



JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

**SUOMESSA ASUVIEN YLÄKOULUIKÄISTEN  
MAAHANMUUTTAJANUORTEN SEKSUAALITERVEYSTIEDOT**

Susanna Nurmeksela  
Terveyskasvatuksen  
pro gradu -tutkielma  
Jyväskylän yliopisto  
Terveystieteiden laitos  
Syksy 2011

## TIIVISTELMÄ

Tiedekunta <b>Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta</b>	Laitos <b>Terveystieteiden laitos</b>
Tekijä <b>Säde Susanna Nurmeksela</b>	
Työn nimi <b>Suomessa asuvien yläkouluikäisten maahanmuuttajanuorten seksuaaliterveystiedot</b>	
Oppiaine <b>Terveyskasvatus</b>	Työn laji <b>pro gradu -tutkielma</b>
Aika <b>11/2011</b>	Sivumäärä <b>84+liitteet</b>
<p><b>Tiivistelmä</b></p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää millainen seksuaaliterveystietämys yläkouluikäisillä maahanmuuttajanuorilla on. Tutkimuksessa tarkastellaan iän, sukupuolen, luokka-asteen, maassaoloajan ja kouluvuosien yhteyttä seksuaaliterveystietoihin. Tutkimuksessa selvitetään myös millaista seksuaaliterveystietoa maahanmuuttajanuoret kokevat tarvitsevansa ja miten tämä on suhteessa heidän menestykseensä tietokysymyksissä. Lisäksi selvitetään maahanmuuttajanuorten kokemuksia koulun seksuaaliopetuksesta.</p> <p>Tutkimuksen aineisto kerättiin kyselylomakkeella, joka perustui suomalaisnuorille aiemmin tehdyn seksuaaliterveystietokyselyn kysymyksiin. Tutkimukseen osallistui viisi yläkoulua eri puolilta Suomea. Kyselyyn vastasi 120 maahanmuuttajanuorta. Kyselylomakkeen strukturoidut kysymykset analysoitiin tilasto-ohjelmalla. Monivalintakysymykset analysoitiin ristiintaulukoinnilla ja merkitsevyyttä testattiin <math>\chi^2</math>-testillä. Taustamuuttujien yhteyttä tietokysymyksissä menestymiseen analysoitiin T-testillä ja ANOVAlla. Avoimien kysymysten analysoinnissa käytettiin teemoittelua, jota tarvittaessa syvennettiin muodostamalla alateemoja.</p> <p>Tutkimustulosten perusteella voidaan sanoa, että tutkittavilla maahanmuuttajanuorilla oli selviä puutteita seksuaaliterveystiedoissaan. Tietämys oli selvästi huonompaa kuin suomalaisilla yläkoululaisilla keskimäärin. Tiedon taso oli alhainen kaikilla tutkituilla seksuaaliterveyden osa-alueilla. Tyttöjen ja poikien ero seksuaaliterveystiedoissa oli tilastollisesti merkitsevä tyttöjen eduksi. Oikeiden vastausten määrä erosi myös luokka-asteittain tilastollisesti merkitsevästi niin, että 7-luokkalaisilla tiedot olivat heikoimmat ja 9-luokkalaisilla parhaimmat. Maahanmuuttajat arvioivat usein omat tietonsa paremmiksi kuin ne todellisuudessa olivat, eivätkä kokeneet tarvitsevansa lisätietoa. Maahanmuuttajanuorten seksuaaliterveystietämys ei suurelta osin vastannut opetussuunnitelmassa määriteltyjä tavoitteita. Koulun seksuaaliopetukseen nuoret olivat pääosin tyytyväisiä.</p> <p>Tutkimuksen tavoitteena oli saada uutta tietoa aiheesta, jota aiemmin on tutkittu hyvin niukasti. Saaduilla tuloksilla voidaan helpottaa koulujen ja kouluterveydenhuollon työtä maahanmuuttajien parissa. Jatkossa maahanmuuttajanuorten seksuaaliterveydestä tulisi tehdä laajempi valtakunnallinen tutkimus. Myös suomalaisnuorten ja maahanmuuttajanuorten tietämyksen erojen syitä tulisi tutkia. Seksuaaliopetuksen kehittämisen kannalta myös nuorten toiveiden ja tarpeiden syvällisempi tutkimus olisi tarpeen. Kohdistamalla tutkimus terveystiedon opettajiin ja kouluterveydenhoitajiin voitaisiin saada arvokasta tietoa maahanmuuttajanuorten kohtaamiseen liittyvistä kysymyksistä.</p>	
Asiasanat <b>Maahanmuuttaja, Nuori, Seksuaaliterveys, Seksuaalisuus, Seksuaaliopetus</b>	

**ABSTRACT**

Faculty <b>Faculty of Sport and Health Sciences</b>	Department <b>Department of Health Sciences</b>
Author <b>Säde Susanna Nurmeksela</b>	
Title <b>The sexual health knowledge of middle school aged immigrants living in Finland</b>	
Subject <b>Health Education</b>	Level <b>Master's thesis</b>
Month and year <b>11/2011</b>	Number of pages <b>84+attachments</b>
<p>The purpose of the study was to clarify what kind of sexual health knowledge young immigrants have, what patterns do they have concerning sexual health and what kind of sexual health related information they think they need. Research about how age, gender, grade, stay time in Finland and school years in Finland explain sexual health knowledge was also made. The aim was to get new information about the subject that has been studied very little before and with that information help schools' work with young immigrants.</p> <p>The data was collected by a questionnaire that included both structured and open questions. Five schools from different parts of Finland participate in this study and 120 young immigrants gave their answer. Structured questions were analyzed statistically. The associations between variables were analyzed by cross tabulation. Correlations between variables were tested by T-test and ANOVA. Open questions were analyzed by using themes and if necessary analyze was deepen by subthemes.</p> <p>The results of this research indicated that young immigrants had big lack of sexual health knowledge. Comparison between immigrants and Finnish young people shows that the knowledge of immigrants was clearly slower. The knowledge was low in every field studied. Difference between boys and girls were statistically significant for girls benefit. Also the grade explained the knowledge statistically significant so that on 7<sup>th</sup> grade the knowledge was lowest and on 9<sup>th</sup> grade it was highest. Young immigrants estimated their knowledge to be better than it actually was. Young immigrants' sexual health knowledge did not correspond the goals by curriculum. Youngsters were mainly satisfied with school's sexual education.</p> <p>The aim of this study was to get new information about the subject that has been very little studied before. With these results we can help schools work with young immigrants. Still more research is needed about young immigrants' sexual health. Also the factors explaining differences between young Finns and young immigrants needs more research. Developing sexual education we need more information about young immigrants' wishes and needs. Studying teachers and school nurses we could have valuable data about the questions concerning work young with immigrants.</p>	
Keywords An Immigrant, Young people, Sexual health, Sexuality, Sexual education	

# SISÄLLYS

<b>1 JOHDANTO .....</b>	<b>5</b>
<b>2 MAAHANMUUTTAJAT SUOMESSA .....</b>	<b>7</b>
2.1 MAAHANMUUTTO TILASTOJEN VALOSSA .....	7
2.2 MITÄ MAAHANMUUTTAJALLA TARKOITETAAN? .....	9
<b>3 SEKSUAALITERVEYS OSA YKSILÖN HYVINVOINTIA .....</b>	<b>11</b>
3.1 HYVÄ SEKSUAALITERVEYS KUULUU JOKAISELLE .....	11
3.2 SEKSUAALITERVEYDEN MÄÄRITELMIÄ JA YHTEISKUNNALLISIA NÄKÖKULMIA SEKSUAALISUUTEEN .....	12
3.3 SEKSUAALISUUDEN ULOTTUVUUDET MUOKKAAMASSA YKSILÖN SEKSUAALITERVEYTTÄ .....	13
<b>4 MAAHANMUUTTAJIEN SEKSUAALITERVEYDEN ERITYISPIIRTEITÄ .....</b>	<b>16</b>
4.1 MAAHANMUUTTAJAN SOPEUTUMINEN UUTEEN KOTIMAAHAN .....	16
4.2 MAAHANMUUTTAJIEN SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYTEEN VAIKUTTAVIA TEKIJÖITÄ ...	17
4.3 MAAHANMUUTTAJANUORTEN SEKSUAALITERVEYS KOHTAA MONIA HAASTEITA .....	19
4.4 SEKSUAALISUUS ERI USKONNOISSA .....	22
<b>5 NUORTEN SEKSUAALITERVEYS SUOMESSA .....</b>	<b>25</b>
5.1 SUOMALAISILLA NUORILLA HYVÄ SEKSUAALITERVEYS – MYÖS SEKSUAALITERVEYSTIEDOT PARANTUNEET .....	25
5.2 MAAHANMUUTTAJANUORILLA USEIN HEIKOMPI SEKSUAALITERVEYS .....	27
5.3 TOIMIA MAAHANMUUTTAJANUORTEN SEKSUAALITERVEYDEN EDISTÄMISEKSI TARVITAAN ....	28
5.3.1 <i>Kansainvälisiä näkökulmia maahanmuuttajanuorten seksuaaliterveyden edistämiseksi ....</i>	28
5.3.2 <i>Miten Suomessa panostetaan maahanmuuttajanuorten seksuaaliterveyden edistämiseen? 31</i>	31
5.3.3 <i>Transnationaalisuus näkökulmana opettajan ja maahanmuuttajanuoren välisessä vuorovaikutuksessa .....</i>	33
5.4 TERVEYSTIEDON OPETUSSUUNNITELMA SEKSUAALITERVEYDEN NÄKÖKULMASTA .....	36
<b>6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS .....</b>	<b>38</b>
<b>7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS .....</b>	<b>39</b>
7.1. AINEISTONKERUUMENETELMÄ .....	39
7.2. AINEISTON ANALYYSI .....	40
<b>8 TUTKIMUSTULOKSET .....</b>	<b>42</b>
8.1. VASTAAJIEN TAUSTATIEDOT .....	42
8.2. LAPSUUS JA MURROSIKÄ .....	43
8.3. SUKUPUOLIELINTEN RAKENNE JA TOIMINTA .....	45
8.4. EHKÄISY .....	50
8.5. SUKUPUOLITAUDIT .....	55
8.6. RASKAUS .....	56
8.7. SEKSUAALINEN KANSSAKÄYMINEN JA ITSETYYDYTYKSEN TARVE .....	59
8.8. SEKSUAALITERVEYSTIEDON TARVE .....	60
8.9. KOULUN SEKSUAALIOPETUS .....	62

8.10. IÄN, SUKUPUOLEN, LUOKKA-ASTEEN, MAASSAOLOAJAN, KOULUVUOSIEN MÄÄRÄN JA SEURUSTELUN YHTEYS MAAHANMUUTTAJANUORTEN SEKSUAALITERVEYSTIETOIHIIN.....	63
<b>9 POHDINTA .....</b>	<b>65</b>
9.1. TUTKIMUKSEN PÄÄTULOKSET .....	65
9.2. SEKSUAALITERVEYSTIETÄMYKSEN EROT SUOMALAISNUORTEN JA MAAHANMUUTTAJANUORTEN VÄLILLÄ .....	66
9.3. KODIN JA KOULUN MERKITYS SEKSUAALIKASVATUKSEN ANTAJINA.....	68
9.4. MAAHANMUUTTAJANUORTEN TIEDOT SUHTEESSA TERVEYSTIEDON OPETUSSUUNNITELMAN TAVOITTEISIIN .....	70
9.5. USKONNON JA KULTTUURIN VAIKUTUS SAATUIHIN TULOSSIIN.....	71
9.6. TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS.....	73
9.7. JATKOTUTKIMUSAIHEET JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET .....	75
<b>LÄHTEET .....</b>	<b>78</b>
<b>LIITTEET.....</b>	<b>85</b>
LIITE 1: KYSELYLOMAKE SUOMEKSI.....	85
LIITE 2: KYSELYLOMAKE ENGLANNIKSI .....	97

## 1 JOHDANTO

Seksuaalisuus on oleellinen osa jokaisen ihmisen identiteettiä, ja seksuaaliterveys on perusta ihmisen omien mahdollisuuksien täydelle kehittymiselle, ihmisoikeuksista nauttimiselle ja yleiselle hyvinvoinnin tunteelle. Maahanmuuttajanuori on uudessa kotimaassaan monien muutosten keskellä. Seksuaalisuus ja seksuaaliterveys voivat olla nuorelle niitä kaikkein yksityisimpiä asioita ja usein myös suuria tabuja nuoren perhepiirissä. Lisäksi kommunikaatio- ja kulttuurierojen aikaansaamat haasteet sekä nuorten erilaisuus vaikeuttavat maahanmuuttajanuorten seksuaaliterveyden edistämistä.

Maahanmuuttajanuorten seksuaalisuutta ja erityisesti seksuaaliterveyttä on tutkittu niin Suomessa kuin muuallakin maailmassa hyvin vähän. Maahanmuuttajien määrä kasvaa maassamme vuosittain ja tarve alueen tutkimiselle ja kehittämistyölle lisääntyy. Myös maahanmuuttajien seksuaaliterveyspalveluiden tarve tulee jatkossa korostumaan enenevästi. Seksuaaliterveyden edistämiseen onkin viime aikoina panostettu ja myös maahanmuuttajat on otettu huomioon omana erityisryhmänään. (Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen 2009.) Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on vuoden 2010 alussa aloittanut mittavan hankkeen ”Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimus 2010-2013 (Maamu)”. Tässä huomio kiinnittyy työkäisiin maahanmuuttajiin, heidän terveydentilaansa ja sairauksiinsa. Nuoria maahan muuttaneita ei omana erityisryhmänään ole tutkittu eikä heidän seksuaaliterveydestään ole saatavilla ajanmukaista tietoa. Maahanmuuttajanuorten seksuaaliterveystiedot vaikuttavat oleellisesti heidän kykyynsä vastuulliseen seksuaalikäyttäytymiseen ja toisaalta kynnykseen hakea tietoa ja apua sitä tarvitessaan. Ilman aiheen syvällistä tutkimusta maahanmuuttajanuorten erityistarpeisiin ei osata vastata ja heidän seksuaaliterveytensä vaarantuu.

Tässä opinnäytetyössä perehdytään tähän ajankohtaiseen aiheeseen tarkemmin ja selvitetään maahanmuuttajanuorten seksuaaliterveyteen liittyviä kysymyksiä. Tutkimuksen viitekehys perustuu tutkimuksiin suomalaisnuorten seksuaaliterveydentilasta (Kontula & Meriläinen 2007; Apter ym. 2009) sekä kansainvälisiin selvityksiin maahanmuuttajanuorten seksuaaliterveydestä ja seksuaaliterveystiedoista eri maissa (mm. Clark ym. 2002; Coleman &

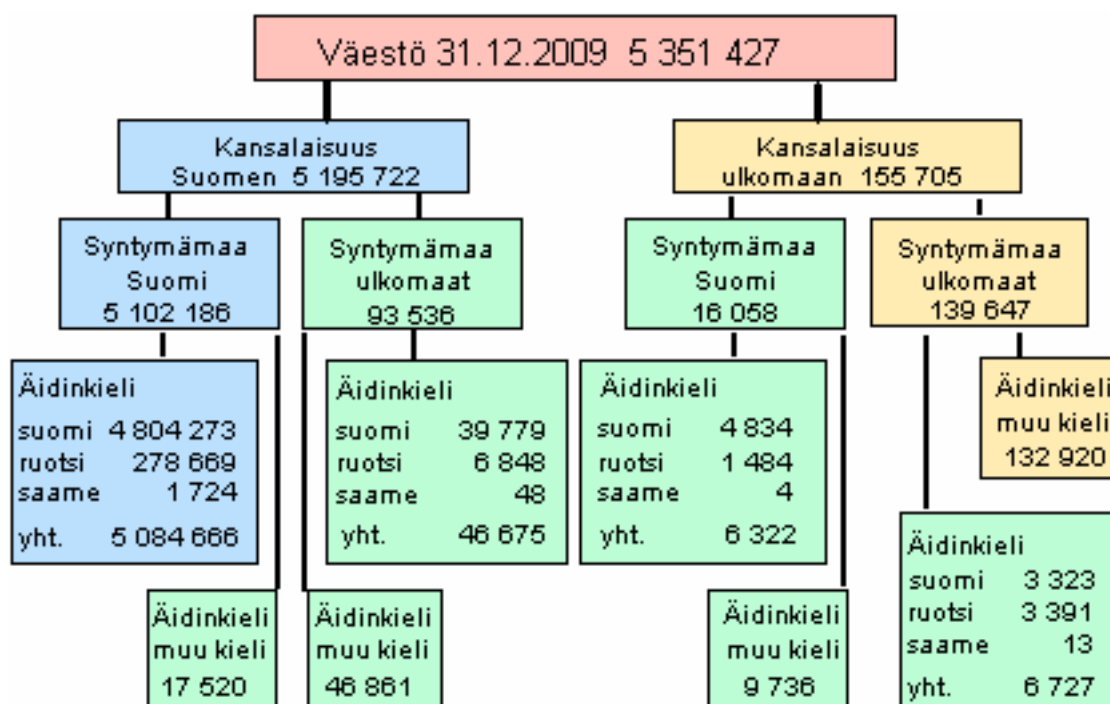
Testa 2007; Song ym. 2005; Brindis ym. 2003). Viitekehyksenä on myös terveystiedon opetussuunnitelma seksuaaliterveyden näkökulmasta. Lisäksi seksuaalisuutta ja seksuaaliterveyttä tarkastellaan yleisenä ilmiönä. Maahanmuuttajia tarkastellaan omana erityisryhmänään muun muassa uskonnollisten ja kulttuuristen lähtökohtien valossa. Teoreettinen viitekehys pyrkii esittelemään lähtökohtia maahanmuuttajanuorten seksuaaliterveydelle, sen haasteille ja mahdollisuuksille.

Tutkimustulokset selvittävät millainen seksuaaliterveystietämys yläkouluikäisillä maahanmuuttajanuorilla on ja mitkä muuttajat selittävät tietotason eroja. Maahanmuuttajanuorten tarpeiden ymmärtämiseksi selvitetään myös millaista seksuaaliterveystietoa nuoret kokevat tarvitsevansa ja mitä he pitävät tärkeänä koulun seksuaaliopetuksessa. Tutkimuksen aineistonkeruutapana on kyselytutkimus ja tutkimuksessa analysoidaan 120:n maahanmuuttajanuoren vastaukset kyselyyn. Tutkimuksessa on mukana viisi yläkoulua eri puolilta Suomea. Tietokysymyksissä analyysimenetelmänä käytetään ristiintaulukointia ja merkitsevyyttä testataan  $\chi^2$ -testillä. Taustamuuttujien yhteyttä tietokysymyksissä menestymiseen analysoidaan T-testillä ja ANOVAlla. Tietokysymysten lisäksi nuorten ajatuksia ja asenteita seksuaaliterveyttä kohtaan selvitetään avoimilla kysymyksillä. Avoimet kysymykset analysoidaan käyttäen teemoittelua ja tarvittaessa analyysia syvennetään muodostamalla alateemoja. Tutkimustulokset luovat hyvän yleiskatsauksen yläkouluikäisten maahanmuuttajanuorten seksuaaliterveystietoihin ja tuottavat uutta tietoa ajankohtaisesta, haastavasta aiheesta.

## 2 MAAHANMUUTTAJAT SUOMESSA

### 2.1 Maahanmuutto tilastojen valossa

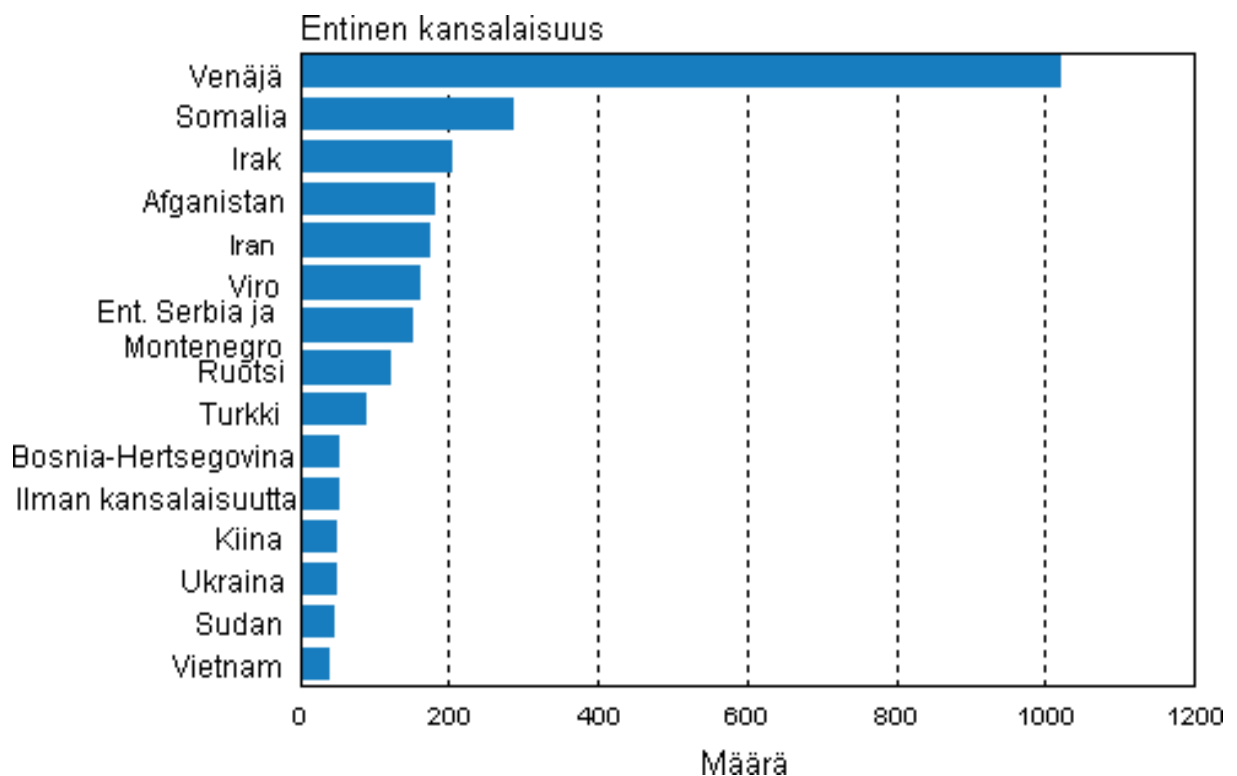
Suomessa asui vuoden 2009 lopussa vakinaisesti noin 5,4 miljoonaa Suomen kansalaista, joista noin 94 000 on syntynyt ulkomailla (Kuvio 1). Ulkomaiden kansalaisia asui Suomessa noin 156 000 eli 2,9 prosenttia väestöstä. Ulkomaiden kansalaisten määrä lisääntyi vuoden 2009 aikana yli 12 400:lla henkilöllä. Suurimmat ulkomaalaisten ryhmät olivat Venäjän, Viron, Ruotsin ja Somalian kansalaiset. Ulkomailla syntyneitä henkilöitä asui maassamme reilut 230 000. (Tilastokeskus 2010.) Seuraavassa kuviossa 1 on selvitetty Suomen väestön jakautuminen joulukuussa 2009.



**Kuvio 1.** Suomen väestö syntymämaan, kansalaisuuden ja äidinkielen mukaan 31.12.2009. Lähde: Tilastokeskus 2010. ([http://tilastokeskus.fi/til/vaerak/2009/vaerak\\_2009\\_2010-03-19\\_tie\\_001\\_fi.html?ad=notify](http://tilastokeskus.fi/til/vaerak/2009/vaerak_2009_2010-03-19_tie_001_fi.html?ad=notify))



Tilastokeskuksen mukaan ulkomailta Suomeen muutti vuoden 2009 aikana 26 700 henkeä. Määrä on 2400 edellisvuotta pienempi. Suomesta ulkomaille muutto väheni myös hieman ollen 12 150 henkeä. Nettomaahanmuuttoa kertyi vuoden 2009 aikana yhteensä 14 550 henkeä, mikä on tuhat vähemmän kuin vuotta aiemmin. Ulkomaan kansalaisten nettomaahanmuutto supistui 1 350 hengellä. Suomi sai vuonna 2009 muuttovoittoa EU-maista 4 300 henkeä. Suomen EU-mailta saama muuttovoitto oli pienempi kuin vuotta aiemmin, ensimmäistä kertaa 2000-luvulla. Eniten Suomen kansalaisuuksia vuonna 2009 myönnettiin venäläisille, somaleille ja irakeille. (Tilastokeskus 2010.) Kuviossa 2 kuvataan Suomen kansalaisuuden saaneet henkilöt entisen kansalaisuuden mukaan.



**Kuvio 2.** Suomen kansalaisuuden saaneet entisen kansalaisuuden mukaan vuonna 2009. Lähde: Tilastokeskus 2010. ([http://tilastokeskus.fi/til/muutl/2009/muutl\\_2009\\_2010-04-22\\_tie\\_001\\_fi.html](http://tilastokeskus.fi/til/muutl/2009/muutl_2009_2010-04-22_tie_001_fi.html))

Suomessa asuvissa ulkomaan kansalaisissa on suhteessa huomattavasti enemmän työikäisiä ja nuoria kuin Suomen kansalaisissa, ja eläkeikäisten (yli 65-vuotiaiden) osuus on vain 6 prosenttia. Väestön keskittyminen työikäisiin – ja paljolti lisääntymisikäisiin – korostaa seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluiden saatavuuden merkitystä ulkomaalaistaustaiselle väestölle. Suomessa asuvien ulkomaalaisten ikärakenne vaihtelee hyvin paljon

kansalaisuusryhmittäin. Esimerkiksi espanjalaisista, marokkolaisista, briteistä ja ranskalaisista yli 90 prosenttia oli vuoden 2006 lopulla työikäisiä, kun taas somalialaisista, bosnialaisista ja sudanilaisista alle 70 prosenttia oli työikäisiä. Turvapaikanhakijoina tai pakolaisina saapuneissa ryhmissä on muihin maahanmuuttajiin verrattuna paljon lapsia. (Sisäasiainministeriö 2009.)

Suomessa syntyneet maahan muuttaneiden vanhempien lapset (niin sanottu toinen sukupolvi) eivät näy ulkomaalais- tai vieraskielisten tilastoissa, koska useilla on Suomen kansalaisuus tai heidät on merkitty väestörekisteriin suomen- tai ruotsinkielisinä. Vuonna 2005 toisesta sukupolvesta 84 % oli Suomen ja 16 % ulkomaan kansalaisia. Suomessa oli vuonna 2005 noin 50 000 lasta, jolla ainakin toinen vanhemmista on vieraskielinen maahanmuuttaja. (Martikainen 2007, 55-58.) Suurimmat ryhmät ovat venäjänkieliset (yli 8 000), somalinkieliset (4 500) ja vironkieliset (3 000) lapset. Suomi alkoi vastaanottaa maahanmuuttajia enemmän vasta 1990-luvun alussa ja siksi muuttajien täällä syntyneistä lapsista suurin osa on toistaiseksi alaikäisiä. Lähivuosina on kuitenkin muodostumassa suuri joukko nuoria ja lisääntymisikäisiä henkilöitä, joiden vanhemmat ovat muuttaneet ulkomailta. Heidän erityiset seksuaali- ja lisääntymisterveystarpeensa tulevat koko ajan ajankohtaisemmiksi. (Martikainen 2007, 49-50; Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen 2009.)

## 2.2 Mitä maahanmuuttajalla tarkoitetaan?

Maahanmuuttaja on uudissana, joka on otettu käyttöön korvaamaan sana siirtolainen, joka on kuvannut lähinnä työperäistä maahanmuuttoa. *Maahanmuuttajalla* tarkoitetaan kaikkia Suomessa nykyään asuvia maahan muuttaneita riippumatta heidän maahanmuuttonsa syistä tai lähtömaastaan. Maahanmuuttaja on siten laajempi käsite kuin siirtolainen, joka kuvaa lähinnä työperäistä maahanmuuttoa. (Martikainen 2006, 25.) Suomeen tuleva maahanmuuttaja on yleensä ulkomaan kansalainen, mutta voi olla myös jo Suomen kansalaisuuden omaava paluumuuttaja. Henkilöllä on oltava oleskelulupa Suomessa oloon. Maahanmuuttajia kuvataan ja ryhmitellään usein heidän kansallisuutensa, kansalaisuutensa ja kulttuuriin liittyvän uskonnon ja kielen perusteella. Kansallisuus, kuten muutkin etniset ja kulttuuriset piirteet ovat tärkeitä maahanmuuttajien määrittämisessä, erityisesti pyrittäessä ymmärtämään heidän terveyspalvelujen tarpeitaan. (Taavela 1999, 21.) Tässä tutkimuksessa

maahanmuuttajalla tarkoitetaan kaikkia ulkomailla syntyneitä ja myöhemmin Suomeen muuttaneita, sekä ns. toisen polven maahanmuuttajia.

Maahan muuttaneet naiset, miehet ja lapset ovat heterogeeninen ryhmä. Mukana on hyvin erilaisista sosioekonomisista taustoista tulevia ihmisiä, niin lukutaidottomia kuin erityisalojen asiantuntijoita, eri-ikäisiä ja erilaisissa perhesuhteissa eläviä henkilöitä. On mahdotonta puhua maahanmuuttajien seksuaaliterveyden tarpeista erittelemättä, mistä erityisryhmästä on kulloinkin kyse. Kaikki muuttajat joutuvat kuitenkin kohtaamaan taustastaan ja asemastaan riippumatta tiettyjä maasta toiseen muuttoon liittyviä paineita seksuaaliterveydestä huolehtimiselle. Kulttuuritausta tai etninen ryhmä on vain yksi terveydentilaan ja palveluiden käyttöön vaikuttavista seikoista. (Seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma 2006.)

## **3 SEKSUAALITERVEYS OSA YKSILÖN HYVINVOINTIA**

### **3.1 Hyvä seksuaaliterveys kuuluu jokaiselle**

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen on noussut 2000-luvulla eurooppalaisen terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen asialistalle. Maiden väliset erot seksuaali- ja lisääntymisterveydessä ovat Euroopassa suuria, ja myös ongelmat ovat erilaisia historiallisista, kulttuurillisista ja kansantaloudellisista tekijöistä johtuen. WHO rohkaiseekin sekä globaalissa että Euroopan alueen strategiassa jäsenmaitaan laatimaan maakohtaiset seksuaali- ja lisääntymisterveyden ohjelmansa omista lähtökohdistaan. Euroopan parlamentti taas on kiinnittänyt huomiota mm. nuorten seksuaali- ja lisääntymisterveyden parantamiseen. (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen Toimintaohjelma 2007-2011, 19.)

Terveyden edistämisen laatusuosituksessa (2007) seksuaaliterveys kehoitetaan ottamaan osaksi kuntastrategiaa osana terveys-, sosiaali- ja sivistystoimen toimintasuunnitelmia. Kouluyhteisössä toimintakulttuurien tulisi olla seksuaaliterveyden näkökulmasta turvallisia ja tasa-arvoisia. Seksuaali- ja sukupuoli vähemmistöön liittyvää kiusaamista tai syrjintää ei tulisi sallia vaan kaikilla pitäisi olla tasa-arvoinen mahdollisuus saada terveystiedon opetusta ja seksuaaliterveyteen liittyvää ohjausta. (Ritamo ym. 2007, 60-61.)

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman (2007) mukaan terveystietoon sisältyvä seksuaaliopetus ja kouluterveydenhuollon toiminta pitäisi suunnitella yhteistyössä siten, että seksuaaliopetus ja neuvonta täydentävät ja tukevat toisiaan. Yhteiskunnan seksualisoituminen asettaa haasteita kodin ja koulujen seksuaalikasvatukselle. Koulun seksuaalikasvatuksella voidaan tukea lasten ja nuorten suojaamiseen tähtäviä toimia esimerkiksi järjestämällä vanhempainiltoja ja luomalla yhteisiä sääntöjä tv:n katselusta ja Internetin käytöstä. Myös koulujen seksuaaliopetuksessa ja kouluterveydenhuollossa tulee huomioida yhteiskunnan monikulttuuristuminen. Maahanmuuttajataustaisten lasten ja nuorten erilaiset lähtökohdat ovat haasteita sekä opetuksen ja neuvonnan sisällölle ja toteuttamiselle että kodin ja koulun yhteistyölle. (Apter ym. 2009, Kouluterveydenhuolto 2002, 87.)

### 3.2 Seksuaaliterveyden määritelmiä ja yhteiskunnallisia näkökulmia seksuaalisuuteen

Seksuaaliterveyden käsite on hyvin laaja, koska se sisältää fyysisen, psyykkisen ja sosiokulttuurisen terveyden ja hyvinvoinnin ulottuvuudet. Termi seksuaaliterveys löytyy WHO:n asiakirjoista ensimmäisen kerran 1970- ja 1980-luvuilta. Yksi WHO:n seksuaaliterveyden määritelmä on ollut ”ruumiillisten, henkisten ja sosiaalisten tekijöiden integraatio siten, että se positiivisesti rikastaa ja vahvistaa persoonallisuutta, kommunikaatiota ja rakkautta”. (Lottes 2000, 17-20.) Vuoden 1994 Kairon konferenssin jälkeen on ryhdytty käyttämään termiä seksuaaliterveys. Tieteellisissä julkaisuissa viittaukset seksuaalisuuteen ja seksuaaliterveyteen ovat parinkymmenen vuoden aikana lisääntyneet merkittävästi. Nykyään termiä seksuaaliterveys käytetään useiden maiden kansanterveysohjelmissa sekä terveysorganisaatioissa ympäri maailmaa. Käsite ja sen soveltaminen ei ole kuitenkaan kansainvälisesti yhtenäistä johtuen erilaisista kulttuureista, yhteiskunnassa vallitsevista arvoista ja normeista sekä kunkin maan terveyspolitiikasta. (Liinamo 2005, 22.)

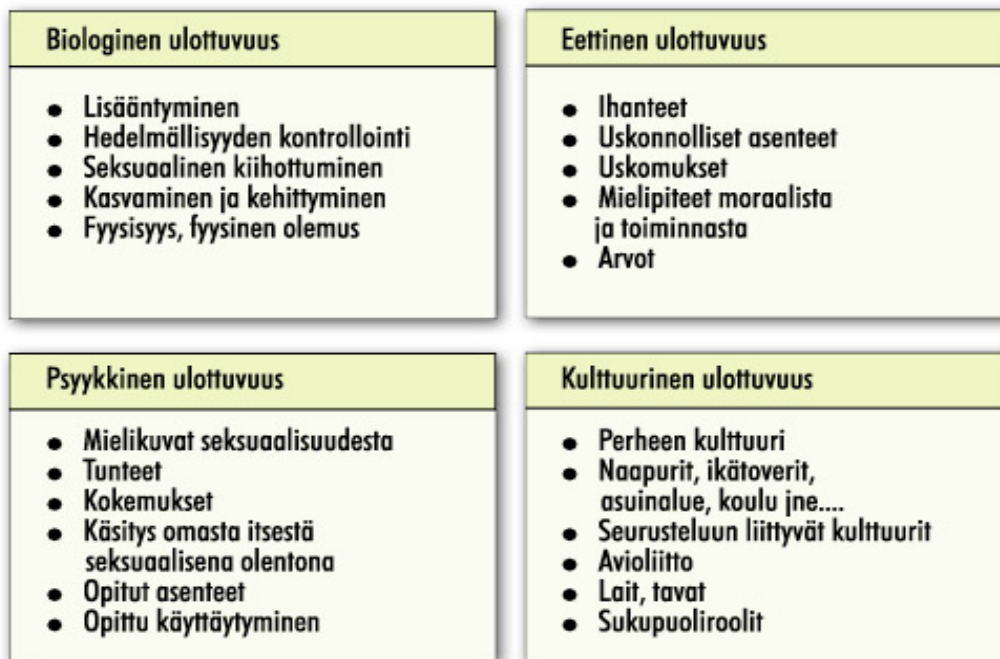
Kettingin (1996) mukaan *seksuaaliterveydessä* on kyse siitä, että ihmisiä autetaan saavuttamaan täysi hallinta heidän omasta seksuaalisuudestaan, ja heille annetaan mahdollisuus hyväksyä se ja nauttia siitä koko laajuudessaan. Se ei koske ensisijaisesti diagnosointia, hoitokeinoja tai lääkinällistä hoitoa, vaan mm. tiedon puutetta, oman itsensä hyväksymistä, omaa identiteettiä ja kommunikointia kumppanin kanssa. Klouda (1996) taas sanoo, että seksuaaliterveys on riippuvainen ja aina sidoksissa ihmisten välisiin suhteisiin. Yhdysvalloissa toimiva Seksuaalisuuden, tiedon ja kasvatuksen neuvosto (SIECUS) on muotoillut seuraavan määritelmän: Seksuaalisesti terveet aikuiset arvostavat kehoaan, käyttäytyvät vastuullisesti, kommunikoivat kunnioittavasti kummankin sukupuolen kanssa sekä ilmaisevat rakkautta ja läheisyyttä omia arvojaan vastaavalla tavalla. (Lottes 2000, 17-20.) Naidoo ja Willis (2002) ymmärtävät seksuaalisen terveyden yhdeksi kuudesta terveyden ulottuvuudesta psyykkisen, fyysisen, sosiaalisen, emotionaalisen ja hengellisen ulottuvuuden rinnalla. Terveys muodostuu näistä osatekijöistä ja niihin vaikuttavista yhteiskunnallisista, kulttuurisista ja ympäristön olosuhteista. Seksuaalinen terveys on siis yksilön oman seksuaalisuuden hyväksymistä ja kykyä saavuttaa tyydytystä tuottava oman seksuaalisuuden ilmaisemisen muoto. Tässä tutkimuksessa seksuaaliterveyden käsite ymmärretään Kettingin

(1996) mukaisesti, koska se korostaa seksuaalitetiedon- ja ohjauksen merkitystä sekä painottaa yksilön kykyä hallita omaa seksuaalisuuttaan ja seksuaali-identiteettiään.

Sukupuolisuudesta ja seksuaalisuudesta käytetyt käsitteet muodostuvat yhteiskunnan tai yhteisön ihmiskuvasta ja sen ympärille kytkeytyvistä arvoista, normeista, tabuista, myyteistä sekä asenteista. Nämä ovat vahvasti kulttuurisidonnaisia ja välittyvät usein sukupolvelta toiselle. Uudet määrittelyt, käsitteet, ilmaisut ja terminologia voivat vahvistaa, vaikeuttaa tai purkaa vanhoja käsityksiä seksuaalisuudesta. Yhteiskunnassa pidetään arvokkaana sitä, mitä elämässä pidetään hyvänä ja toivottavana. Mitä arvokkaampi jokin asia tai ilmiö on, sitä voimakkaampia tunteita siihen kytkeytyy. Sukupuolisuus ja seksuaalisuus ovat ihmisille merkittäviä ja arvokkaita asioita, ja niihin liittyy vahvoja tunnesisältöjä. Sukupuolisuus ja seksuaalisuus kytkeytyvät yhteiskunnan perusrakenteisiin ja vallan käyttöön. Yhteisön normit voivat olla virallisia kuten lait ja järjestyssäännöt, tai epävirallisempia ja usein kirjoittamattomia sääntöjä, joita odotetaan noudatettavan. Seksuaalimoraali rakentuu arvojen ja normien perustalle ja pyrkii ohjaamaan yksilön seksuaalikäyttäytymistä yhteisön hyväksymään suuntaan ja yhdenmukaisuuteen. (Ilmonen & Nissinen 2006, 23-24.) Maailman terveysjärjestö (WHO) on määritellyt nuorille omat seksuaalioikeudet, joihin kaikilla maailman nuorilla sukupuolesta, ihonväristä, seksuaalisesta suuntauksesta tai terveydentilasta riippumatta on oikeus. Nuorten seksuaalioikeudet sisältävät mm. oikeuden saada paikkansapitävää ja ymmärrettävää tietoa seksuaalisuudesta sekä oikeuden määrätä omasta kehostaan. (Nuorten seksuaalioikeudet 2011.)

### **3.3 Seksuaalisuuden ulottuvuudet muokkaamassa yksilön seksuaaliterveyttä**

Greenbergin, Bruessin ja Haffnerin (2004) mukaan seksuaalisuuteen ja sen ilmenemiseen kuuluu neljä eri ulottuvuutta, joihin liittyy runsaasti alakäsitteitä (Kuvio 3). Ulottuvuudet vaikuttavat ihmiseen yhtä aikaa ja kokonaisvaltaisesti eikä niitä käytännössä voi erottaa toisistaan. Niiden yhteisvaikutuksesta muodostuu ihmisen seksuaalisuuden perusta. Tässä pro gradu -tutkielmassa nämä seksuaalisuuden ulottuvuudet nähdään yksilön seksuaaliterveyden perustana.



**Kuvio 3.** Seksuaalisuuden ulottuvuudet. Mukailten Greenberg ym. 2004.

*Biologiseen ulottuvuuteen* kuuluu ihmisen fysiologiseen toimintaan ja sen tuntemiseen liittyvät asiat. Tieto oman kehon fysiologisesta toiminnasta auttaa toimimaan vastuullisesti suhteessa seksuaaliterveyteen. Biologinen ulottuvuus pitääkin sisällään sukupuolen, perinnöllisyyden, lisääntymisen, hedelmällisyyden kontrolloinnin ja seksuaalisen kiihottumisen. Se sisältää myös kasvamisen ja kehittymisen sekä fyysisyyden ja fyysisen olemuksen. (Greenberg ym. 2004, 5-6.)

*Psyykinen ulottuvuus* pitää sisällään mielikuvat seksuaalisuudesta, tunteet, motivaation, kokemukset, käsityksen itsestä seksuaalisena olentona, opitut asenteet sekä opittu käyttäytyminen. Positiivinen kehonkuva on osa psyykkiseen hyvinvointiin ja sen kautta seksuaalisuuteen vaikuttavista tekijöistä. (Greenberg ym. 2004, 6.)

*Eettiseen ulottuvuuteen* kuuluvat ihmisen ja yhteisön ihanteet, uskonnolliset käsitykset, käsitykset moraalista sekä arvot. Eettinen toiminta ei välttämättä suoraan tarkoita vain lakien noudattamista, vaan enemmänkin omien opittujen arvojen ja moraalin summaa, johon ympäröivä yhteisö on vaikuttanut. Eettisten valintojen tekeminen oman seksuaalisuuden esiin tuomisen suhteen edellyttää näin ollen vastuun ottamista omasta ja osaltaan muidenkin

seksuaalisesta hyvinvoinnista. (Greenberg ym. 2004, 11.) Miehen ja naisen suhteeseen perustuvan perheen näkeminen yhteiskunnan perusyksikkönä on antanut sille tabuleiman. Perhe nähdään pyhänä, jolloin perhettä uhkaavat ilmiöt kuten naimattomuus tai homoseksuaalisuus on saatettu leimata luonnon tai Jumalan tahdon vastaisiksi, jopa epänormaaliksi. Tabu on usein kaksinkertaisesti kiellettyä, koska kielletystä ei aina voi edes puhua ääneen. Vaikenemisella voidaan estää ilmiöiden käsitteellistämistä ja järkipäistä käsittelyä. (Ilmonen & Nissinen 2006, 24.)

*Kulttuuriseen ulottuvuuteen* kuuluu perheen kulttuuri, naapurit, ikätoverit, asuinalue ja esimerkiksi koulu. Siihen kuuluu myös seurusteluun liittyvät kulttuurit, avioliitto, lait ja tavat sekä sukupuoliroolit. (Pietiläinen 2006, 539.) Yksilön ympärillä olevan yhteisön vaikutus hänen seksuaalisuuteensa on suuri. Jo lapsesta asti saamme ympäristöstämme vaikutteita siitä, mikä on oikein tai väärin. Opimme myös kuinka oman sukupuolemme tulisi käyttäytyä ja mitä oman kehon osia tulee peittää ja mihin muut eivät saa koskea. (Sironen & Kalilainen 2006, 358.)



## **4 MAAHANMUUTTAJIEN SEKSUAALITERVEYDEN ERITYISPIIRTEITÄ**

### **4.1 Maahanmuuttajan sopeutuminen uuteen kotimaahan**

Sukupuolta ja seksuaalisuutta koskevat käsitykset ovat sekä oman kulttuurin että oman identiteetin ydintä. Käsitykset sukupuolesta, mieheydestä ja naiseudesta voivat erota hyvinkin paljon valtakulttuuriin kuuluvien ja maahan muuttaneiden välillä, mutta aina näitä eroja ei ole. Vaikea kysymys on, mitä oman kulttuurin tunnuspiirteitä maahan muuttaneet voivat säilyttää. Vallitsevassa kulttuurissa on arvoja ja normeja, joita ihmisten odotetaan noudattavan, mutta ihmisen yksilöllisiin arvoihin ei voida puuttua. Siksi esimerkiksi oikeus omaan uskontoon ja sen traditioihin sekä äidinkielen puhumiseen ja kulttuurin mukaiseen pukeutumiseen usein säilyy myös uudessa kotimaassa. (Emas 2006, 77-78.)

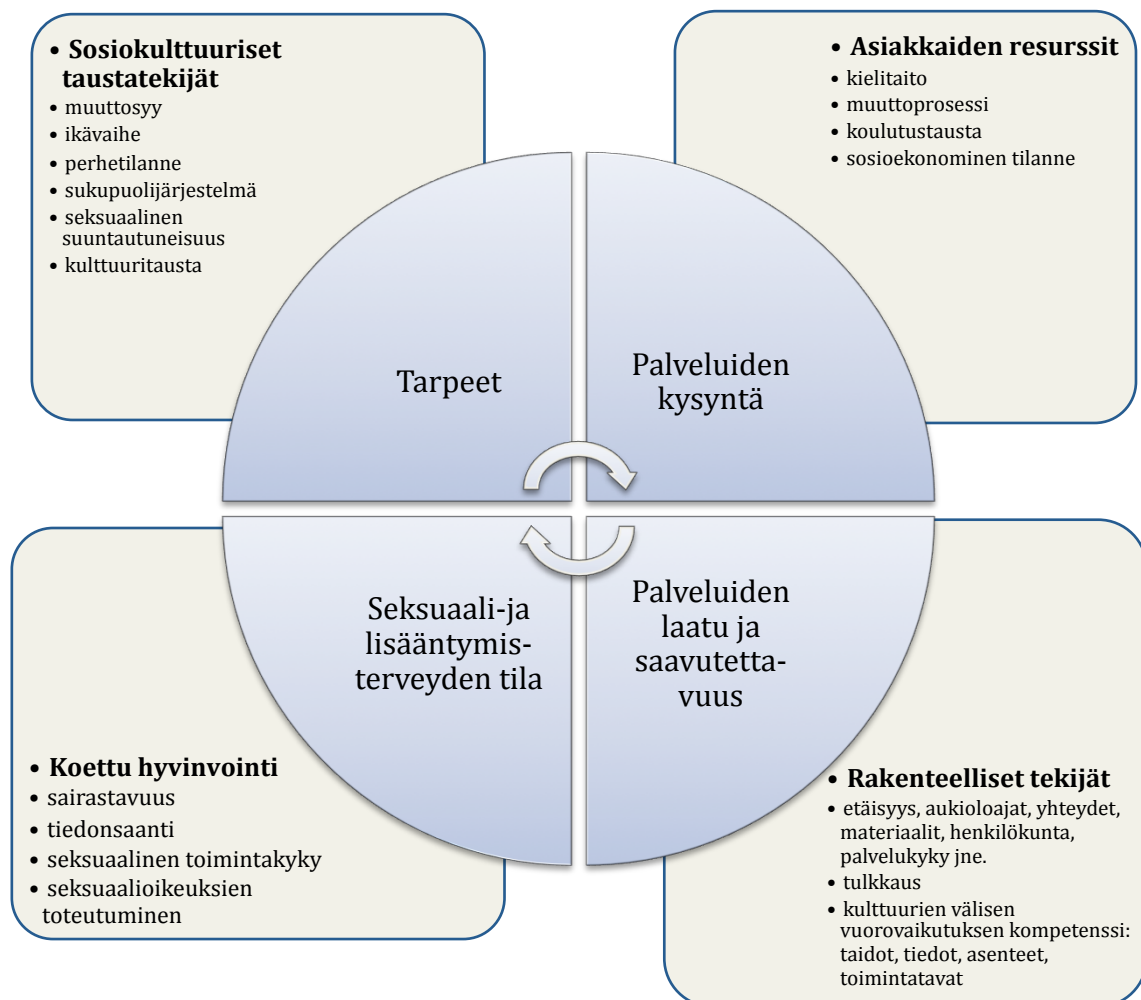
Maahanmuuttajien kotoutumista voidaan tarkastella niin yksilön, perheen, yhteisön kuin yhteiskunnankin tasoilla. Sopeutumisprosessiin vaikuttavat hyvin monet tekijät. Martikainen & Tiilikainen (2007) nostavat yhdeksi tärkeäksi tekijäksi sukupuolen, koska useiden tutkimusten mukaan naiset ovat riskialttiimmassa asemassa kuin miehet. Naissukupuolen on todettu olevan yhteydessä keskitasoiseen tai heikkoon terveyteen erilaisissa maahanmuuttajien ryhmissä. Tyttöjen ja naisten liikkuvuutta myös usein rajoitetaan enemmän, ja heidän seksuaalisuutensa ja maineensa ovat huolenpidon ja kontrollin kohteena. Tämä kaikki voi vaikuttaa negatiivisesti naisen sopeutumismahdollisuuksiin uudessa kotimaassa. (Martikainen & Tiilikainen 2007, 24-26.)

Maahanmuuttajien keskinäiset suhteet ja perhe-elämä vaikuttavat myös suuresti siihen, miten uuteen kotimaahan sopeutuminen onnistuu. Perheenjäsenten, sukupuolten ja sukupolvien välisten roolien on todettu usein muuttuvan maahanmuuton seurauksena. Erityisesti näin tapahtuu silloin, kun lähtö- ja kohdemaan välillä on suuria eroja. Esimerkiksi kotitöiden jakaminen uudella tavalla, miehen ja naisen asemaan kohdistuvat odotukset ja nuorten nopea sopeutuminen uusiin olosuhteisiin aiheuttavat muutoksia perheessä. Oman kulttuurin ja uskonnon säilyttäminen voi olla hankalaa ja varsinkin nuoret joutuvat usein ristiriitaisiin tilanteisiin. Usein omista tavoista ja perinteistä kuitenkin halutaan pitää vahvasti kiinni ja

uuden kotimaan kulttuuri voi näyttäytyä maahanmuuttajille hyvinkin epäihanteellisena. (Martikainen & Tiilikainen 2007, 24-26.)

## 4.2 Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyteen vaikuttavia tekijöitä

Apter ym. (2009) ovat selvittäneet maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyviä tekijöitä. He ovat jakaneet tekijät neljään pääluokkaan; Tarpeisiin, Palveluiden kysyntään, Palveluiden laatuun ja saavutettavuuteen sekä Yksilön seksuaali- ja lisääntymisterveyden tilaan (Kuvio 4). Seuraavassa tutustutaan näihin neljään luokkaan tarkemmin.



**Kuvio 4.** Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyteen vaikuttavia tekijöitä. Väestöliitto: Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen 2009, 9.

### *Tarpeet*

Tarpeet muodostuvat erilaisista sosiokulttuurisista taustatekijöistä, kuten muuton syystä, iästä, perhetilanteesta, sukupuolijärjestelmästä, seksuaalisesta suuntautuneisuudesta ja kulttuuritaustasta. Muuton syy voi ainakin osittain olla seksuaaliterveyteen liittyvä. Esimerkiksi pakolaisnaisten menneisyydessä voi olla seksuaalisen väkivallan kokemuksia tai seksityötä. Myös seksuaalinen suuntautuneisuus tai seksuaalioikeudet voivat olla muuton syynä jos lähtömaassa ei suvaita henkilön edustamaa vähemmistöä. Uudessa kotimaassa nämä henkilöt tarvitsevat tukea ja ohjausta hyvän itsetunnon ja seksuaaliterveyden muodostumiseksi. Suomessa on myös seksityöläisiksi tulleita naisia. Tässä seksuaaliterveyden saavutettavuuden piiriin tulevat myös ihmiskauppaa koskevat kysymykset. Myös seksityöläisten sukupuolitaudit vaativat erityishuomiota, mihin esimerkiksi kolmannen sektorin palveluilla voidaan vaikuttaa. Maahanmuuttajan ikä vaikuttaa siihen, millaisia seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyviä tarpeita hänellä on. Nuorilla, lisääntymisiässä olevilla ja vaihdevuodet ohittaneilla on kaikilla omat erityistarpeensa. (Apter ym. 2009.)

### *Palveluiden kysyntä*

Palveluiden kysyntä sisältää asiakkaiden resurssit, joihin kuuluu kielitaito, muuttoprosessi, koulutustausta ja sosioekonominen tilanne. Riippumatta lähtömaasta, muuton tavasta tai perhesuhteista, muuttaminen maasta toiseen itsessään vaikuttaa ihmisen mahdollisuuksiin huolehtia seksuaali- ja lisääntymisterveydestään. Koska seksuaaliterveys koskettaa elämän intiimejä ja useissa kulttuureissa kaikkein yksityisimmiksi koettuja terveyden osa-alueita, niiden käsitteleminen vieraalla kielellä ja vieraassa ympäristössä voi tuottaa vaikeuksia. Maahanmuuttajan heikko koulutustausta ja huono sosioekonominen tilanne vaikuttavat usein seksuaali- ja lisääntymisterveyttä heikentävästi. (Apter ym. 2009.)

### *Palveluiden laatu ja saavutettavuus*

Mahdollisuus seksuaaliterveyden asianmukaiseen hoitoon vaikuttaa vahvasti maasta toiseen muuttaneiden ihmisten elämän järjestymiseen ja asettautumiseen uuteen maahan. Terveystarpeiden huoltojärjestelmät poikkeavat maiden välillä eikä oikean tahon löytäminen ole välttämättä helppoa. Jos henkilö tarvitsee vaikkapa ehkäisyä, hän ei välttämättä ensimmäisenä osaa ottaa yhteyttä esimerkiksi terveyskeskuksen terveydenhoitajaan. Vaikka maahanmuuttaja onnistuisi löytämään tahon, jolta voisi saada apua seksuaaliterveyden tarpeisiinsa, palveluntarjoajan kanssa voi olla vaikeaa keskustella intiimeistä kysymyksistä, joille on

vaikea löytää ääneen lausuttavia sanoja edes omalla kielellä. Tulkkipalveluiden saatavuus voi olla hankalaa ja intiimeistä asioista keskustelu tulkin välityksellä voi monelle olla mahdotonta. Seksuaaliterveysmateriaaleja löytyy muille kielille käännettynä vain vähän, mikä osaltaan hankaloittaa ohjausta ja neuvontaa. (Apter ym. 2009.) Myös rakenteelliset seikat voivat vaikeuttaa palveluiden saavutettavuutta. Terveyspalvelut voivat sijaita kaukana eikä maahanmuuttaja osaa välttämättä niitä edes etsiä. Myös aukioloaikoihin liittyvät käytänteet voivat olla uudessa kotimaassa aivan erilaisia verrattuna henkilön lähtömaahan. (Brindis ym. 2003.)

#### *Seksuaali- ja lisääntymisterveyden tila*

Maahanmuuttajien seksuaaliterveyteen vaikuttaa myös henkilön sen hetkinen seksuaali- ja lisääntymisterveyden tila. Koettu hyvinvointi ja seksuaalinen toimintakyky ovat tärkeitä seksuaaliterveyden osa-alueita. Seksuaalioikeuksien toteutuminen voi eri kulttuureissa olla hyvin erilaista. Esimerkiksi naisen asema ja oikeudet eivät välttämättä yllä samalla tasolle kuin Suomessa. Eri kulttuureissa myös suhtaudutaan sairauksiin hyvin eri tavoin. (Apter ym. 2009.) Opettaessani itse maahanmuuttajanuoria, afgaanitytöt kertoivat, että heille on kerrottu kuukautisten olevan sairaus ja hävettävä asia. Tämä on hyvä esimerkki siitä millaisia uskomuksia ja väärää tietoa maahanmuuttajilla voi olla. Seksuaaliterveyden edistämiseksi tarvitaan tiedon jakoa ja järjestelmällistä ohjausta.

### **4.3 Maahanmuuttajanuorten seksuaaliterveys kohtaa monia haasteita**

Maahanmuuttajanuorilla lähtökohdat ovat hyvin erilaiset verrattuna suomalaisiin nuoriin, ja heidän seksuaaliterveyteensä vaikuttavat monet eri asiat. Muutto uuteen maahan tuo lisäpaineita perhesiteitä kohtaan. Jos uusi ympäristö koetaan vieraaksi ja vanhemmilla on vaikeuksia päästä mukaan työ- ja yhteiskuntaelämään, myös lasten voi olla vaikea sopeutua uuteen ympäristöön. Nuoruuteen liittyvät kysymykset, erityisesti seurustelu ja avioituminen, ovat herkkiä kysymyksiä, koska yksittäisen henkilön käyttäytymistä voidaan pitää koko ryhmän kunnian vertauskuvana. Halu rajoittaa nuorten, erityisesti naisten seksuaalisuuden ilmentämistä voi saada aikaan seksuaaliterveyden kannalta ei-toivottuja muotoja. Näitä voivat olla esimerkiksi väkivalta ja hyväksikäyttö, liikkuvuuden rajoittaminen, aborttiin pakottaminen tai sen estäminen, ehkäisyn kieltäminen tai seksuaaliterveystiedon kieltäminen.

Tämän vuoksi nuorten ja erityisesti nuorten naisten seksuaaliterveys vaatii erityistä huomiota. (Apter ym. 2009.)

Nuorten tyttöjen ja naisten tilannetta on vaikea lähestyä perhekokonaisuudesta irrallaan, koska ulkopuolisten puuttuminen seksuaalikysymyksiin koetaan helposti uhkaavana. Luottamuksen kasvattaminen ja vuorovaikutus ovat ainoita tehokkaita keinoja nuorten maahanmuuttajien seksuaaliterveyden edistämiseksi. Maahanmuuttajataustaisten lasten ja nuorten terveydestä ja hyvinvoinnista Suomessa on hyvin vähän yleistettävää tutkimustietoa eikä seksuaaliterveydestä mitään. (Apter ym. 2009.) Hermanson & Lommi (2009) ovat tehneet urauurtavaa tutkimusta selvittämällä millaisia haasteita maahanmuuttajataustaiset nuoret tuovat kouluterveydenhuollolle. Tutkimuksessa nousi erityisesti esille vuorovaikutuksen ja luottamuksellisuuden merkitys maahanmuuttajanuorten kanssa työskennellessä. (Hermanson & Lommi 2009, 1009-1015.) Myös useissa kansainvälisissä tutkimuksissa (Coleman & Testa 2007; Brindis ym. 2005; Hendrickx ym. 2008) on löydetty samankaltaisia tuloksia. Seksuaaliterveysasioiden käsittely kouluterveydenhuollossa on vielä muutakin terveyttä vaikeammin lähestyttävä kysymys arkaluontoisuutensa ja nuorten erilaisten taustojen vuoksi (Hermanson & Lommi 2009, 1009-1015).

Myös miesten ja naisten elämänpiirit erottelevasta kulttuuritaustasta tulevalle miehelle suomalainen arkitodellisuus on hämmentävä: naisten paljastava pukeutuminen ja rento käyttäytyminen voivat poiketa suuresti siitä, mitä hän on tottunut näkemään omassa lähtömaassaan. Pahimmillaan luontevan vuorovaikutuksen puuttuminen suomalaisten kanssa johtaa paikallisten sukupuolinormien ymmärtämättömyyteen tai ohittamiseen ja seksuaalisiin konfliktitilanteisiin, pahimmillaan väkivaltaan. Suomalaiseen yhteiskuntaan sopeutuminen ja sosiaalisten suhteiden luominen onkin erittäin tärkeää, jotta maahanmuuttaja saa realistisen kuvan elämästä Suomessa. (Apter ym. 2009.) Cacciatoren (2006) mukaan yhteiskunnissa, joissa puhutaan seksuaalisuudesta avoimesti ja hyväksyvästi, on vähemmän seksuaaliasioihin liittyviä tabuja ja ahdistuksen tunteita sekä tehokkaammin toteutuneet kansalliset ja paikalliset seksuaaliterveyshankkeet.

Nyky-Suomessa puhutaan seksuaalisuudesta ja siihen liittyvästä tiedosta suhteellisen avoimesti, toisin kuin suurimmassa osassa maailmaa. Monista maista, esimerkiksi Venäjältä tai Yhdysvalloista, tulevilla on epäilyksiä, että tieto johtaa vääjäämättä aikaistuviin

kokeiluihin ja ongelmiin. Näitä pelkoja ei voiteta vain sivuuttamalla ne väärinä. (Apter ym. 2009.) Lisäpelkoja luo median välittämä kuva suomalaisesta seksuaalisuudesta, mikä on usein vääristynyt ja aiheuttaa erityisesti nuorille ahdistusta ja riittämättömyyden tunnetta (Cacciatore 2006, 215-216). Tutkimuksissa on todettu, että nuorilla toistuva seksuaalisältöiselle medialle altistuminen on yhteydessä stereotyyppisiin ja pinnallisiin asenteisiin seksiä kohtaan sekä ylisuuriin oletuksiin ikätovereiden seksuaalisesta aktiivisuudesta ja seksuaalikokemusten yleisyydestä. (Apter ym. 2009). Toisaalta Kontula & Meriläinen (2007, 82-83) totesivat laajassa tutkimuksessaan, että 2000-luvulla nuorten arvio ikätovereiden seksuaalisesta aktiivisuudesta on kääntynyt pääläelleen. Nyt nuoret arvioivat ikätovereidensa olevan kokemattomampia kuin he todellisuudessa ovat.

Maahanmuuttotaustaisen perheen lasten, kuten kaikkien lasten, seksuaali- ja lisääntymisterveyden perusta on arvostava suhde omaan kehoon ja itsemääräämisoikeuteen. Kouluympäristö on monelle maahan muuttaneiden vanhempien lapselle paikka, jossa on vaikeaa kasvattaa luontevaa ja omanarvontuntoista kuvaa omasta kehostaan. Erityisesti tyttöjä voidaan kiusata muista poikkeavasta vaatetuksesta ja käytöstavoista, huoritella sekä hänätä erilaisuuden vuoksi. Maahanmuuttajataustaisten lasten ja nuorten hyvinvoinnin ja seksuaaliterveyden kannalta on ensiarvoisen tärkeää, että kaikenlaiseen kiusaamiseen ja häirintään puututaan välittömästi. Kiusaamisen kieltäminen ja varhainen puuttuminen lisää paitsi erityisryhmien myös koko kouluyhteisön hyvinvointia. (Apter ym. 2009.)

Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvät haasteet voidaan jakaa Rademakersin, Mouthaan ja de Neefin (2005) mukaan neljään kategoriaan:

- 1) sairauksien ja riskien epidemiologiaan,
- 2) psykososiaalisiin ja kulttuurisiin tekijöihin,
- 3) kommunikation haasteisiin, ja
- 4) moraalisiin ja eettisiin ongelmiin.

Tarkasteltaessa *epidemiologisia muuttujia* huomataan, että useimmissa maissa maahanmuuttajien joukossa on enemmän ei-toivottuja raskauksia, abortteja, HIV:ta ja muita sukupuolitauteja sekä seksuaalista väkivaltaa. Esimerkiksi Alankomaissa

maahanmuuttajanaisilla abortit ovat 4-13 kertaa yleisempiä kuin valtaväestöllä. (Rademakers ym. 2005.) Syy tähän löytyy tehottomasta ehkäisykäyttäytymisestä. Maahanmuuttajilla on usein puutteelliset tiedot ehkäisyyn liittyvistä asioista ja pelkoja lääkärikäyntejä kohtaan. Myös lukutaidottomuus voi osaltaan vaikuttaa huonoon tietotasoon. (Rademakers ym. 2005; Brindis ym. 2005; Schouten ym. 2007; Coleman & Testa 2007; Milan ym. 2006; Guilamo-Ramos ym. 2006.)

*Psykososiaalisiin ja kulttuurisiin tekijöihin* liittyvät normit ja arvot perhe-elämästä, sosiaalisesta kanssakäymisestä, seksuaalisuudesta ja sukupuolten rooleista. Nämä tekijät voivat vaikuttaa suuresti siihen, millaisia ehkäisyvalintoja yksilö tekee ja mitä asioita yksilö omassa seksuaalisuudessa arvostaa. Maahanmuuttajanuoren omasta kulttuurista tulevat arvot voivat olla hyvin erilaisia verrattuna uuden kotimaan arvoihin ja tämä voi aiheuttaa ongelmia kotona, koulussa ja terveydenhuollossa. (Rademakers ym. 2005; Apter ym. 2009.)

*Kommunikaatiokysymyksiin* liittyvät kielivaikeudet, erilaiset vuorovaikutustyyli ja ylipäänsä tiedon saamisen vaikeudet. Ihmisillä voi olla kulttuuritaustojensa vuoksi hyvin erilainen tapa kommunikoida ja tuoda esille ongelmiaan. Myös heidän ennakkokäsityksensä uuden kotimaan terveyspalveluista voi ohjata käyttäytymistä ja vuorovaikutusta suurestikin. Yhteisen kielen puuttuminen voi vaikeuttaa luottamuksen syntymistä. (Rademakers ym. 2005; Gilliam & Hernandez 2007.) *Moraaliset ja eettiset ongelmat* nousevat esille, kun eri kulttuurit kohtaavat. Esimerkiksi kouluissa tarjottava seksuaalikasvatus voi johtaa moniin ongelmiin. Opetus ei ole monien maahanmuuttajanuorten vanhemmista lainkaan sopivaa ja avoin keskustelu seksuaalisuudesta on usein ongelmallista. (Rademakers ym. 2005; Apter ym. 2009.)

#### **4.4 Seksuaalisuus eri uskonnoissa**

##### *Ortodoksisuus*

Ortodoksisuudessa seksuaalisuus on yksi ihmisen perusolemukseen kuuluvista asioista niin kuin syöminen, juominen ja lämmön ja suojan tarve. Ortodoksisen kirkon opetuksen mukaan seksuaalisuus on luonnollinen ja valtavan positiivinen asia. Juuri siksi kirkko suhtautuu siihen erityisen kunnioittavasti ja vaalien. Seksuaalisuuden ymmärretään olevan enemmän kuin vain

fyysisiä tarpeita. Se kuuluu myös oleellisesti psyykkiseen ja hengelliseen olemukseen. (Kasala 2008, 60-68.) Seksuaalisuuden toteuttaminen liitetään vahvasti avioliittoon. Ihanteena on yksiavioisuus, mutta eronnutta ja leskeksi jäänyttä ymmärretään ja he saavat etsiä uuden puolison. Avioliiton ulkopuolella tapahtuvan seksin on katsottu olevan hallitsematonta ja aiheuttavan epäjärjestyttä ja pahennusta. Lähtökohtana on, että seksuaalisuus ja lasten saaminen kuuluvat vain miehen ja naisen pysyvään liittoon. Se kuitenkin jättää ehkäisyn aviopuolisoiden harkintaan. Abortti on vakava, murhaan verrattavissa oleva synti ja kirkko vastustaa sitä. (Rotkirch 2007, 40-41.) Joissain tapauksissa (esim. raiskaus) voidaan abortti kuitenkin nähdä hyväksyttävänä. Ortodoksisen kirkon mukaan lapsen pitää antaa olla lapsi. Seksistä kuitenkin saa ja pitääkin puhua jo nuorille, ja korostaa sen luonnollisuutta osana muuta elämää. (Kasala 2008, 60-68.)

### *Islamin usko*

Islamilaisten maiden kouluissa ei anneta minkäänlaista sukupuolikasvatusta, ja biologian opetuksessa lisääntymisbiologiaa vain sivutaan. Kuukautiset tulevat usein tytöille yllätyksenä ja niitä hävetään. Kuukautisista tai siemensyöksyistä, ehkäisystä puhumattakaan, ei kerrota myöskään perhepiirissä, joten tieto leviää lähinnä ikäryhmän sisällä ja vanhemmilta lapsilta, ja saattaa siksi olla väritynyttä. Jotkut muslimivanhemmat saattavat vastustaa kouluissa annettavaa sukupuolivalistusta, koska sen katsotaan yllyttävän seksikokeiluihin. Tietoa sukupuolitaudeista ei jaeta avoimesti, joten niitä vastaan ei osata suojautua. (Hallenberg 2008, 91-92.) Hajjar (2008) kuvaa, että Islamissa lapset oppivat perustiedot lainopista puberteettikään mennessä. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että he tietävät perusasioita kuukautisista ja siitä mikä on sallittua ja kiellettyä niiden aikana. Opetus tapahtuu käsi kädessä opettajan ja vanhempien kanssa ja mm. tämän vuoksi suomalainen kouluissa tapahtuva seksuaalikasvatusta tuntuu monesta islaminuskaisesta väärältä. Avioliittoelämään liittyvät asiat niin ikään opitaan vasta avioliiton yhteydessä. Länsimaille tyypillistä kuvailevaa seksuaaliopetusta ja lasten varhaista aikuistumista pidetään Islamissa usein sopimattomana. (Hajjar 2008, 113.)

### *Katolisuus*

Katolisen kirkon opetuksessa seksuaalisuuteen liittyvät kysymykset kuuluvat ensisijaisesti moraaliteologian ja kristillisen antropologian alaan. Katolinen kirkko myös korostaa ihmisen oikeutta ja velvollisuutta noudattaa omantuntonsa ääntä. Seksuaalisen kanssakäymisen



katsotaan kuuluvan vain avioliittoon ja naimattomien ihmisten välinen ruumiillinen kanssakäyminen on rikkomus sekä persoonien arvokkuutta että sukupuolisuuden arvoa vastaan. Uskottomuutta ja avioeroja katolinen kirkko pitää raskaana rikoksena luonnollista lakia vastaan. Katolinen kirkko on perinteisesti suhtautunut hyvin varauksellisesti sekä seksologiaa että yhteiskunnan tarjoamaa seksuaalikasvatusta kohtaan. Lasten ja nuorten kohdalla seksuaalikasvatuksen pelätään levittävän käsityksiä, jotka kyseenalaistavat siveyden arvon ja mahdollisesti muodostavat uhkan perinteiselle kristilliselle perhekäsitykselle. Tämän vuoksi katolinen kirkko korostaa vanhempien merkitystä seksuaalitiedon antajina. (Elomaa 2008, 135-142.)

Coleman & Testa (2008) osoittavat tutkimuksellaan, että uskonnolla on suuri merkitys englantilaisten nuorten seksuaalitietämykseen ja seksuaalikäyttäytymiseen. Toisin kuin usein oletetaan, myös konservatiivisesti ajattelevat uskovaiset nuoret ovat seksuaalisesti aktiivisia (mm. musliminuorista 20 %). Uskovaisilla nuorilla, etenkin muslimeilla, on heikommat tiedot seksuaaliasioista kuin nuorilla, joille uskonto ei ole merkityksellinen. Vapaampi ajattelu ja asenteet, joita ei-uskovaiset ja kristityt edustavat, ennustavat suurempaa seksuaalisen kanssakäymisen todennäköisyyttä. Seksuaalisesti aktiivisia 15–18 ikävuoteen mennessä oli ollut 41 % ateistinuorista, 42 % kristityistä, 20 % muslimeista ja 19 % hinduista. Heikon seksuaalitietämyksen yhteys seksuaalikäyttäytymiseen on selvä: yli kolmannes nuorista musliminaisista ei käyttänyt ehkäisyä ensimmäisessä yhdynnässään, kun taas ei-uskonnollisista nuorista luku oli vain 10 %. Hinduilla vastaava luku oli 20 % ja kristityillä 12 %. Kristityt ja musliminaiset osoittivat voimakkainta riskikäyttäytymistä seksuaalisessa kanssakäymisessä; heistä 55 % ei ollut koskaan käyttänyt raskauden ehkäisyä ja 14 % ei ollut käyttänyt ehkäisyä kahden tai useamman partnerin kanssa. (Coleman & Testa 2008.)

## 5 NUORTEN SEKSUAALITERVEYS SUOMESSA

### 5.1 Suomalaisilla nuorilla hyvä seksuaaliterveys – myös seksuaaliterveystiedot parantuneet

Nuorten seksuaaliterveys on kehittynyt maassamme parempaan suuntaan viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana. Tätä muutosta todistavat mm. nuorten raskauksien ja aborttien väheneminen ja nuorten valistuneisuuden paraneminen ehkäisyvälineiden käytössä. Nuorten seksuaaliterveyden edistämisen kulmakivenä voidaan pitää laadukasta seksuaalikasvatusta ja ehkäisypalvelujen helppoa saatavuutta. Nuoruusiän seksuaaliset kokemukset ovat tärkeitä nuoren seksuaalisuuden löytymiselle ja seksuaali-identiteetin muodostumiselle. (Kosunen 2000, 270-273.)

Kouluterveyskyselyssä 2002-2009 kävi ilmi, että nuorten seksuaaliterveystietous on paranemaan päin. Tyttöjen tiedot ovat edelleen poikia paremmat, ja lukiolaisten tiedot peruskoulussa ja ammattioppilaitoksissa opiskelevia paremmat. (Kouluterveyskysely 2010.) Myös kansainvälisissä tutkimuksissa on todettu sukupuolen ja iän vaikuttavan seksuaaliterveystietoihin. Tytöt pärjäävät tietotesteissä poikia paremmin ja seksuaaliterveystiedot karttuvat joka luokka-asteella. (Westwood & Mullan 2006; Gunilla ym. 2006.) Suomalaisnuorilla varhainen sukupuolielämän aloittaminen on 2000-luvulla hieman vähentynyt ja valtaosa nuorista aloittaa sukupuolielämän 16. ikävuoden jälkeen. Ehkäisyn käyttäminen on koko ajan hieman parantunut ja samalla ehkäisypillereiden käytöstä on tullut yhä yleisempää. Ehkäisyttietous ei kuitenkaan edelleenkään ole riittävällä tasolla: klamydialuvut pysyttelevät yhä korkealla ja 20-24-vuotiaiden suuret raskaudenkeskeytysluvut huolestuttavat. Erityisen huolestuttavaa on kondomin käytön vähäisyys ja usko siihen, ettei ensimmäisessä yhdynnässä voi tulla raskaaksi. Myös nuorten seksuaaliterveydessä esiintyvät sosioekonomiset erot huolestuttavat. Huono seksuaaliterveys näyttää kasautuvan niille nuorille, joiden terveys on muutenkin huono mm. päihteiden käytön ja mielenterveysongelmien vuoksi. (Kouluterveyskysely 2010.)

Suomalaisnuoret ovat tutkimusten perusteella pitäneet tietojaan sukupuoli- ja seksuaaliasioista riittävinä. Tutkijat kuitenkin arvioivat nuorten tiedot melko pinnallisiksi. Suomalaisnuorten

tietämys erityisesti raskaaksi tulemisesta ja sukupuolitaudeilta suojautumisesta on nähty heikkona. (Kouluterveyskysely 2010). Samat aihealueet ovat osoittautuneet vaikeiksi asioiksi myös muissa maissa. Englannissa tehdyssä kyselyssä havaittiin, että nuorten tiedot olivat heikoimpia sukupuolitaudeissa ja jälkiehkäisyssä (Westwood & Mullan 2006). Myös Yhdysvalloissa (Carrera ym. 2000) ja Ruotsissa (Sydsjö ym. 2006) tehdyt tutkimukset osoittavat nuorilla olevan puutteita erityisesti sukupuolitauteihin ja ehkäisyyn liittyen.

Suomalaisten nuorten seksuaaliterveystiedot ovat kuitenkin huomattavasti parantuneet viimeisen parinkymmenen vuoden aikana ja ovat kansainvälisesti korkealla tasolla. (Kontula & Meriläinen 2007; Liinamo 2005, 42-43; Westwood & Mullan 2006; Carrera ym. 2000; Sydsjö ym. 2006.) Tutkimuksissa (Liinamo 2005, 69-70; Kontula & Meriläinen 2007, 126-130) on havaittu, että nuorten tietoihin seksuaaliterveydestä vaikuttavat monet asiat, kuten koulumenestys, jatko-opintosuunnitelmat, vanhempien koulutustaso ja puberteetin alkamisajankohta. Tiedot seksuaaliterveydestä olivat huonoja myös silloin, kun nuori ei kokenut seksuaaliasioita lainkaan ajankohtaisiksi. Kouluterveyskyselyssä (2010) kävi ilmi, että 8-9-luokkalaiset suhtautuvat terveystietoon aiempaa myönteisemmin. Terveystietooppiaineen myötä tulevaisuudessa nuorten seksuaalitetämyksen voidaan odottaa edelleen lisääntyvän (Cacciatore 2006, 219).

Kontula & Meriläinen (2007) ovat tutkineet laajasti suomalaisnuorten (8.luokka) seksuaaliterveystietoja vuosina 2000 ja 2006. Heidän laatimaansa kyselylomaketta on käytetty myös tämän tutkimuksen toteuttamisessa. Pohdinnassa (luku 9) suomalaisnuorten ja maahanmuuttajanuorten seksuaaliterveystietoja vertaillaan toisiinsa. Kontulan & Meriläisen tutkimustulokset osoittavat, että yläkouluikäisten nuorten seksuaaliterveystiedot ovat 2000-luvun aikana hieman parantuneet. Pojilla tiedot ovat parantuneet tyttöjä enemmän, mutta tyttöjen tiedot ovat edelleen huomattavasti poikia paremmat. Parhaat tiedot nuorilla oli itsetyydytyksestä, ehkäisystä ja raskaudesta. Seksuaaliseen kanssakäymiseen ja sukupuolitauteihin liittyviin kysymyksiin nuoret taas antoivat eniten vääriä vastuksia. Tytöt olivat selvästi poikia parempia lapsuuden ja murrosiän kehitykseen liittyvissä kysymyksissä, samoin kuin raskauteen liittyvissä kysymyksissä. Pojat olivat parantaneet tietojaan erityisesti seksuaaliseen kanssakäymiseen ja itsetyydytykseen liittyvissä tiedoissaan. Yleinen koulumenestys selitti menestymistä tietokysymyksissä ja tytöillä tämä oli yleisempää kuin pojilla. Koulun seksuaaliopetus selitti poikien seksuaalitetämyksiä enemmän kuin tyttöjen. Ne

pojat, joilla koulumenestys oli huonoa ja jotka jäivät vaille seksuaaliopetusta, saivat hyvin vaatimattomasti pisteitä tietokysymyksistä. (Kontula & Meriläinen 2007, 62-107.)

## **5.2 Maahanmuuttajanuorilla usein heikompi seksuaaliterveys**

Eri kulttuureista kotoisin olevien nuorten seksuaaliterveystiedot ja tiedon tarpeet vaihtelevat merkittävästi. Yhdysvaltalaisesta tutkimuksesta käy ilmi, että samalla alueella asuvien afroamerikkalaisten ja puertoricolaisten nuorten tiedot, asenteet ja uskomukset poikkeavat toisistaan ja tiedoissa on merkittäviä puutteita (Clark ym. 2006). Toinen tutkimus osoittaa, että puertoricolaiset nuoret osoittivat afroamerikkalaisia suurempaa kiinnostusta välttää sukupuolitauteja, mutta heillä oli negatiivisemmat asenteen kondomin käyttöä kohtaan. Puertoricolaiset myös raportoivat positiivisempia asenteita raskautta kohtaan kuin afroamerikkalaiset nuoret. (Milan ym. 2006.)

Yhdysvaltalaisien nuorten maahanmuuttajanaisten tiedoissa ja asenteissa hormonaalista ehkäisyä ja jälkielehköä kohtaan on todettu olevan puutteita ja väärinkäsityksiä (Clark ym. 2006; Song ym. 2005). Monikulttuurisilla yhdysvaltalaisnuorilla on todettu olevan puutteelliset tiedot sukupuoliteitse tarttuvista sairauksista, saadusta seksuaalikasvatuksesta huolimatta. Nuorilla, jotka olivat saaneet seksuaalikasvatusta useista eri lähteistä (koulu, vanhemmat, ystävät) oli paremmat tiedot sukupuoliteitse tarttuvista sairauksista kuin nuorilla, jotka olivat saaneet kasvatusta vain yhdestä lähteestä. Tutkittaessa aasialaisnuoria ja australialaisnuoria havaittiin, että vaikka aasialaissyntyisillä nuorilla oli heikommat tiedot sukupuoliteitse tarttuvista sairauksista ja suurempi riski saada sukupuoliteitse tarttuva sairaus, ottivat australialaissyntyiset nuoret enemmän riskejä seksikäyttäytymisessään (Song ym. 2005).

Yhdysvaltalaisessa pitkittäistutkimuksessa (Fergus ym. 2007) havaittiin nuorten seksuaalikäyttäytymisessä merkittäviä eroja verrattaessa afroamerikkalaisten ja valkoihoisten nuorten seksikäyttäytymistä. Afroamerikkalaiset nuoret osoittivat enemmän riskikäyttäytymistä 9. luokalla kuin valkoihoiset nuoret. Milanin ym. (2006) tutkimuksessa huomattiin myös samalla maantieteellisellä alueella elävien afroamerikkalaisten ja puertoricolaisten seksikäyttäytymisen poikkeavan toisistaan. Puertoricolaiset nuoret

raportoivat suurempaa seksuaalista aktiivisuutta ja vähempää kondomin käyttöä afroamerikkalaisiin nuoriin verrattuna. Afroamerikkalaisilla oli taas ollut useampia kumppaneita ja heidän seurustelusuhteensa olivat kestoaltaan lyhyempiä kuin puertoricolaisten. (Milan ym. 2006.)

Tutkimuksissa (Coleman & Testa 2008; Samangaya 2007) on todettu, että maahanmuuttajanuorilla on hankaluuksia hakeutua terveysterveystieteiden piiriin. Erityisen hankalaa palveluihin hakeutuminen on silloin, kun palveluiden tarve johtuu omasta seksuaalikäyttäytymisestä ja on nuoren uskonnollisia vakaumuksia vastaan (Coleman & Testa 2008). Nuoria yhdysvaltalaisia vähemmistönuoria tutkittaessa havaittiin heidän käyttävän seksuaaliterveystieteitä selvästi harvemmin kuin valkoihoisten. Syiksi tähän nuoret raportoivat mm. häpeän tunteet, ajan löytämisen klinikalle menemiseksi sekä uskonnolliset syyt (Samangaya 2007). Myös välimatkoja, kondomien oston epämukavuutta, terveydenhuollon suhtautumista miehiin ja pelkoa tavata joku tuttu palveluita hakiessa on pidetty syynä olla käyttämättä seksuaaliterveystieteitä (Brindis ym. 2005).

### **5.3 Toimia maahanmuuttajanuorten seksuaaliterveyden edistämiseksi tarvitaan**

#### **5.3.1 Kansainvälisiä näkökulmia maahanmuuttajanuorten seksuaaliterveyden edistämiseksi**

Kansainvälisissä tutkimuksissa (Schouten ym. 2007; Coleman & Testa 2007; Milan ym. 2006; Guilamo-Ramos ym. 2006) etnisillä vähemmistönuorilla on todettu olevan eroavaisuuksia seksuaalikäyttäytymisessä, tiedoissa ja uskomuksissa verrattuna valkoihoisiin nuoriin. Tämä lisää heidän riskiään ei-toivottuihin raskauksiin ja sukupuoliteitse tarttuviin sairauksiin. Näiden eroavaisuuksien ymmärtäminen on merkittävä askel seksuaaliterveystieteitä kehitettäessä. Etnisille vähemmistönuorille, joilla on todettu olevan puutteita tiedoissa, tulisi suunnata seksuaalikasvatusta, joka keskittyy juuri puutteellisen tiedon lisäämiseen. Paikkoja, joista nuoret saavat tietoa, tulisi lisätä ja tiedon saantia helpottaa (Milan ym. 2006). Useissa tutkimuksissa (Schouten ym. 2007; Coleman & Testa 2007; Guilamo-Ramos ym. 2006) on käynyt ilmi eri kulttuureista tulevien nuorten ja heidän vanhempiansa välisen kommunikaation seksuaalisuudesta olevan puutteellista. Seksuaalikasvatusta suunniteltaessa tulee ottaa huomioon, että monikulttuuriset nuoret kokevat

usein puhumisen seksuaalisuuteen liittyvistä aiheista vanhempien kanssa vaikeana (Schouten ym. 2007). Lisäksi nuorten vanhempia pitäisi informoida tutkimustuloksista, joiden mukaan nuoret toivoisivat enemmän seksuaalikasvatusta vanhemmiltaan (Coleman & Testa 2007).

Erilaiset uskonnolliset vakaumukset vaikuttavat voimakkaasti nuorten tietoihin ja asenteisiin seksuaalisuudesta sekä seksuaalikäyttäytymiseen. Vaihtelu nuorten välillä osoittaa eri uskontoja edustaville nuorille suunnatun, heidän erityiset tarpeensa huomioivan seksuaalikasvatuksen merkityksen. Seksuaalikasvatuksessa tulisi löytää menetelmiä työskennellä näiden nuorten parissa. (Coleman & Testa 2008.) Eri etnistä taustaa edustavien nuorten seksuaalinen käyttäytyminen, riskinotto ja kyky kantaa vastuuta kehittyvät eri aikaan ja eri tavalla. Tämä tulisi huomioida seksuaalikasvatuksen ajankohtaa mietittäessä. Afroamerikkalaisten nuorten on todettu osoittavan suurempaa riskikäyttäytymistä jo 9. luokalla, kun taas valkoihoisten amerikkalaisten riskikäyttäytyminen lisääntyy vasta lukioiässä. Seksuaaliterveyden edistämiseksi tulisi eri ryhmille tarjota seksuaalikasvatusta aiemmin kuin toisille, jotta riskikäyttäytymistä voitaisiin ehkäistä parhain mahdollisin tuloksin. Myös yhdysvaltalaisilla valkoihoisilla miehillä on todettu riskikäyttäytymisen kasvavan hyvin voimakkaasti lukioiässä. Tämän tyyppiset ryhmät tarvitsisivat tehostettua seksuaalikasvatusta riskikäyttäytymisen vähentämiseksi. (Fergus ym. 2007.)

Uskomukset, joiden mukaan tietyistä uskonnollisista ja etnisistä ryhmistä tulevat nuoret eivät olisi seksuaalisesti aktiivisia, korostavat tarvetta kehittää seksuaaliterveyspalveluita, jotka vastaavat näiden nuorten tarpeisiin (Coleman & Testa 2008). Maahanmuuttajanuorten tietoisuutta, aloitekykyä, keskusteluvalmiuksia sekä asenteita parantamalla voitaisiin lisätä turvallista ja vastuullista seksuaalikäyttäytymistä. (Hendrickx ym. 2008). Lisäksi nuorten välisiä tunnesiteitä ja ystävyyttä painottava seksuaalikasvatus voisi vähentää seksipartnereiden määrää ja näin edistää nuorten turvallista seksikäyttäytymistä edelleen (Milan ym. 2006). Seksuaalikasvatuksessa tulee myös painottaa hormonaaliseen ehkäisyyn ja jälkiehkäisyyn liittyvien epäilysten poistamista, tiedon lisäämistä ja näin pyrkiä muuttamaan nuorten asenteita. Nuorille tulisi myös painottaa, ettei jälkiehkäisyyn käyttö ole osoitus vastuuttomuudesta vaan pikemminkin päinvastoin. Lisäksi koulujen tarjoaman seksuaalikasvatuksen määrää tulisi lisätä (Clark ym. 2006.) Parantamalla nuorten vähemmistönaisten tietoisuutta ehkäisyyn mahdollisuuksista voidaan lisätä nuorten ehkäisyyn käyttöä ja näin vähentää ei-toivottujen raskauksien määrää (Mollen ym. 2008).

Useissa tutkimuksissa (Brindis ym. 2005; Samangaya 2007; Coleman & Testa 2008) ovat tulleet ilmi vähemmistönuorten vaikeudet hakeutua terveysterveystietoon etenkin silloin, kun kyseessä on etnisestä tai kulttuurisesta vähemmistöryhmästä oleva nuori. Maahanmuuttajanuorille tulisi tarjota seksuaaliterveyspalveluja, jotka vastaavat heidän tarpeisiinsa (Samangaya 2007) ja ottavat huomioon kulttuurin roolin (Brindis ym. 2003; Gilliam & Hernandez 2007). Yhdysvalloissa tehdyssä tutkimuksessa kehitettiin monikulttuuristen nuorten perhesuunnittelun saatavuutta, joustavuutta ja laatua Family PACT- ohjelman avulla. Tarjoamalla ilmaisia palveluita, lisäämällä erilaisten palveluntarjoajien määrää ja kehittämällä kokonaisvaltaista perhekasvatusta pystyttiin lisäämään palveluiden käyttöä monikulttuuristen nuorten joukossa (Brindis ym. 2003). Myös Samangaya (2007) on todennut palvelujen saatavuuden parantamisen, nuorisoystävällisten palvelujen ja mahdollisuuden asioida samaa sukupuolta olevan henkilön kanssa lisäävän nuorten seksuaaliterveyspalveluiden käyttöä.

Nuoret maahanmuuttajamiehet eivät mielellään käy terveydenhuollossa seksuaaliasioiden vuoksi, mutta he ovat halukkaita ottamaan vastaan seksuaaliterveystietoa asioidessaan terveydenhuollossa muista syistä (Gilliam & Hernandez 2007). Aiempien tutkimusten (Brindis ym. 2003; Samangaya 2007) perusteella näyttäisi siltä, että seksuaaliterveyspalveluihin hakeutuminen on maahanmuuttajanuorille suuri kynnys, johon rohkaisemisella ja neuvonnalla voitaisiin vaikuttaa positiivisesti. Myös seksuaalikasvatuksen limittäminen muihin terveydenhuollon käynteihin voisi olla yksi tapa jakaa tietoa maahanmuuttajanuorille. Tämä voisi toimia esimerkiksi koulun terveystarkastuksissa. Maahanmuuttajanuoret edustavat useita eri kulttuureja ja siksi kaikki nuoret tavoittavaa seksuaalikasvatusta voi olla vaikea kehittää. Useiden menetelmien yhdistäminen monikulttuurisessa seksuaalikasvatuksessa onkin siksi tärkeää. (Brindis ym. 2003; Samangaya 2007.)

Valtaosa maahanmuuttajanuorten seksuaaliterveyteen liittyvistä tutkimuksista on tehty Yhdysvalloissa ja kohderyhmänä on usein latinalaisamerikkalaisia ja afroamerikkalaisia maahanmuuttajanuoria. Näitä tutkimustuloksia ei voida yleistää koskemaan kaikkia maahanmuuttajanuoria. Erityisesti muslimimaista ja Aasiasta muuttaneita nuoria on tutkittu

hyvin vähän. Tulokset ovat kuitenkin keskenään hyvin samansuuntaisia ja tutkimusotannat hyvinkin laajoja, joten niiden voidaan ajatella melko luotettavasti kuvaavan maahanmuuttajanuorten seksuaaliterveyden haasteita. Tulokset antavat selviä viitteitä siitä, että maahanmuuttajanuorten seksuaaliterveys on usein heikompi kuin valtaväestöllä, ja toimia tilanteen parantamiseksi tarvitaan.

### **5.3.2 Miten Suomessa panostetaan maahanmuuttajanuorten seksuaaliterveyden edistämiseen?**

Suomessa nuorten seksuaaliterveyden edistäminen ja seksuaalikasvatus nähdään ennen kaikkea koulun tehtävänä. Jokaisella nuorella on oikeus riittävään ja asialliseen tietoon seksuaalikäyttäytymiseen liittyvistä riskeistä, terveeseen malliin seksuaalisuuden normeista, tunteiden ja kasvun voimavaroista sekä oikeus suojattuun kehitykseen. Seksuaalikasvatus ei tarkoita seksin opettamista. Seksuaalikasvatus on tärkeä ja erottamaton osa kasvatustyötä sekä luonnollinen osa elämänhallinnan taitojen lisäämistä. (Apter ym. 2009.)

Nykyisiä haasteita koulujen seksuaalikasvatuksessa ovat seksuaalisen monimuotoisuuden, sukupuolisensitiivisyyden ja monikulttuurisuuden huomioiminen (Coleman & Testa; Schouten ym 2007; Brindis ym. 2003). Ehkäisyneuvolasta maahanmuuttajanuori voi saada palvelua raskaudenehkäisyyn ja seksuaaliterveyteen liittyvissä asioissa sekä seksuaalineuvontaa. Kaikissa kunnissa tällaista palvelua ei kuitenkaan ole. Järjestöissä ja maahanmuuttajayksiköissä ohjataan tarvittavien palveluiden ääreen, jos ei omia palveluita ole tarjolla. Maahanmuuttajayksiköiden terveystalvelut kattavat useimmiten vain akuutit asiat, ja seksuaali- ja lisääntymisterveysasioissa maahanmuuttaja ohjataan esimerkiksi julkisten palveluiden piiriin. (Apter ym. 2009.)

Perinteisten omien vähemmistökulttuurimme lisäksi palveluammateissa tarvitaan yhä laajenevaa monikulttuurista asiantuntemusta maahanmuuton yleistyessä. Suomalaisissa ja kansainvälisissä tutkimuksissa (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen Toimintaohjelma 2007-2011, 19; Samangaya 2007; Brindis ym. 2003; Gilliam & Hernandez 2007) on todettu, että seksuaaliterveyden aihealueilla kulttuuristen näkemysten eroavaisuudet tulevat selvästi esiin erilaisten uskomusten ja riittien muodossa, ja erityisesti suhteessa naisten



asemaan ja heidän oikeuteensa määrätä koskemattomuudestaan. Ilman riittävää valmentautumista monikulttuuriset kohtaamiset palvelujärjestelmässä aiheuttavat pettymyksiä niin asiakkaille kuin työntekijöille. Erilaisissa seksuaali- ja lisääntymisterveyden palveluissa on huomioitava myös se, että maahanmuuttajataustaisten henkilöiden perustiedot saattavat olla hyvin puutteelliset, koska seksuaalisuus on edelleen tabu monissa kulttuureissa. (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen Toimintaohjelma 2007-2011, 19; Samangaya 2007; Brindis ym. 2003; Gilliam & Hernandez 2007.) Monikulttuurisuuden vuoksi palvelujärjestelmässä tarvitaan ammattitaitoisia tulkki- ja käännöspalveluita, joihin laki potilaan asemasta ja oikeudesta velvoittaa. Suurissa kaupungeissa on laadittu maahanmuuttajille materiaaleja heidän äidinkielellään. (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen Toimintaohjelma 2007-2011, 32.)

On selvää, että tulevaisuudessa Suomessa tarvitaan innovatiivisia uudistuksia maahanmuuttajien seksuaaliterveyden edistämiseksi sekä seksuaaliterveyspalveluiden parantamiseksi. Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittisessa ohjelmassa (2006) on esitetty muutamia keinoja, joilla maahanmuuttajien seksuaaliterveyspalveluita voidaan kehittää:

1) Ammatillaiset (opettajat, terveydenhuoltohenkilökunta ja sosiaalitoimen ammatillaiset, turvakotien henkilökunta, seksuaalirikoksia tutkivat poliisit) tarvitsevat asenne- ja suvaitsevaisuuskasvatusta ja tietoa erityisryhmien erityistarpeista ja –tilanteista. Tähän liittyy tieto kulttuurivähemmistöjen uskonnoista, tavoista ja tarpeista, sekä maahanmuuttajien seksuaaliterveystiedon tasosta, laadusta ja seksuaaliterveyteen liittyvistä uskomuksista, tabuista ja tavoista. Lisäksi tietoa tarvitaan naisten sukupuolielinten silpomiseen liittyvistä tavoista, riskeistä ja suomalaisesta lainsäädännöstä; miten kohdata tällaisessa kulttuurissa kasvanut ihminen ja miten valistaa häntä. (Seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma 2006.)

2) Maahanmuuttajille tulisi tarjota kulttuurisensitiivistä ja omankielistä seksuaaliterveysneuvontaa seksuaaliterveydestä ja –oikeuksista vastaanottokeskuksissa, peruskoulussa ja muissa oppilaitoksissa sekä osana kaikkea kotouttamistoimintaa. (Seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma 2006.)

3) Julkisen sektorin palveluissa pitäisi huomioida maahanmuuttajien seksuaaliterveyteen liittyviä erityistarpeita (Seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma 2006).

4) 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. (Seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma 2006.)

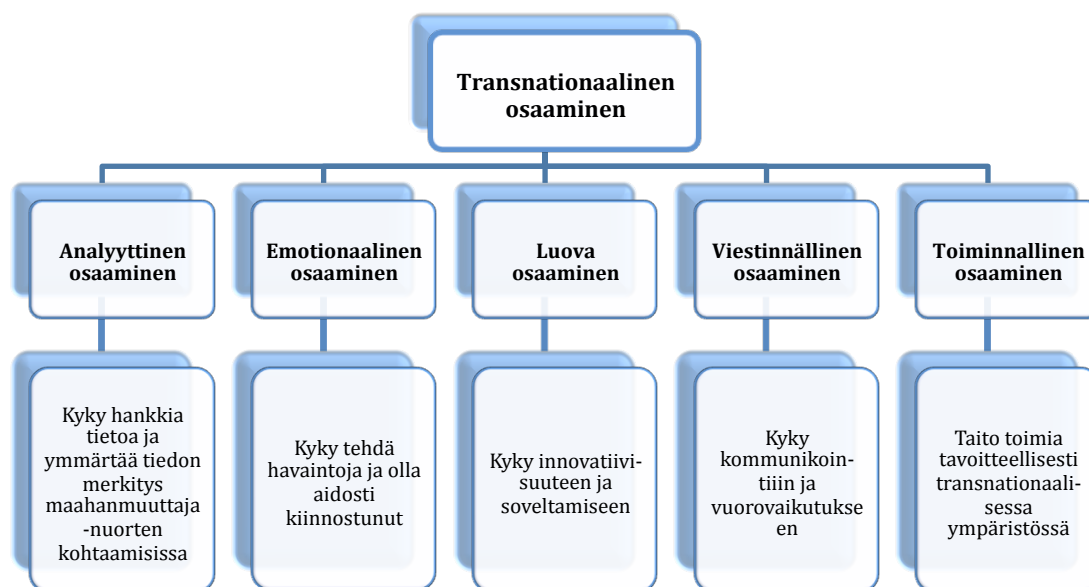
5) Maahanmuuttajanuorten tulee saada sama informaatio kuin muidenkin, kuitenkin siten, että heidän kieleen ja käsitteisiin liittyvät ongelmansa ja mahdollisesti vähäisempi perustiedontasonsa otetaan huomioon. Heille pitäisi myös antaa apua löytää ratkaisuja mahdolliseen vanhempien ja valtakulttuurin normien väliseen ristiriitaan. (Seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma 2006.)

### **5.3.3 Transnationaalisuus näkökulmana opettajan ja maahanmuuttajanuoren välisessä vuorovaikutuksessa**

*Transnationaalisuudella* tarkoitetaan ”kansallisuuksien välistä” tai ”ylikansallista” ja se liittyy nykyajan muuttoliikkeeseen ja sen luonteeseen (Sainola-Rodriquez 2009, 29-31). Transnationaalinen on toisinaan suomennettu myös ylirajaisuudeksi ja sillä viitataan erilaisiin valtioiden rajat ylittäviin arkisiin sosiaalisiin ja kulttuurisiin käytänteisiin, kuten ystävyys- ja perhesiteiden ylläpitoon tai poliittiseen toimintaan. (Rastas, Huttunen & Löytty 2005, 33; Martikainen 2006, 24.) Koehn & Rosenau (2002) ovat kehittäneet transnationaalisuuden teoreettista viitekehystä monikansallisiin ja -kulttuurisiin, ja eri syistä johtuviin kohtaamisiin. He yhdistivät transnationaalisuuden koskemaan myös kahden henkilön välistä kommunikointia. Näin syntyi transnationaalisen osaamisen viitekehys, jonka osa-alueet käsittelevät transnationaalisia kohtaamisia eri näkökulmista. (Koehn & Rosenau 2002, 1-23.) Peter Koehn on vielä jatkanut aiheen tutkimusta erityisesti terveydenhuoltoa koskeviin monikansallisiin kohtaamisiin.

Sainola-Rodriquez (2009) on tutkinut transnationaalisuutta näkökulmana maahanmuuttajien kohtaamisessa suomalaisessa terveydenhuollossa. Hän on väitöstudiumissaan suomentanut transnationaalisen osaamisen osa-alueet. Transnationaalinen osaaminen sisältää paljon teemoja, joita voi hyödyntää myös kouluympäristössä. Opettajan ja maahanmuuttajanuoren välinen kohtaaminen on transnationaalista ja vaatii kulttuurit ylittävää osaamista.

Koululuokkien monikulttuurisuuden lisääntyessä opetukseen tarvitaan uusia näkökulmia ja toimintamalleja opetuksen laadun säilyttämiseksi. Transnationaalinen osaaminen jaetaan viiteen osa-alueeseen: analyyttinen osaaminen, emotionaalinen osaaminen, luova osaaminen, viestinnällinen osaaminen ja toiminnallinen osaaminen. Kaikki nämä osa-alueet sisältävät paljon teemoja, joita voi sellaisenaan tai soveltaen käyttää työvälineenä seksuaalikasvatuksen arvioinnissa ja kehittämisessä. Seuraavassa transnationaalisen osaamisen osa-alueet on sovellettu toimimaan maahanmuuttajanuorten kohtaamisen työvälineenä kouluympäristössä (Kuvio 5).



Kuvio 5. *Transnationaalisen osaamisen osa-alueet.* Mukailten Sainola-Rodriquez 2009, 37.

*Analyyttisellä osaamisella* tarkoitetaan, että opettajalla on kyky hankkia tietoa ja ymmärtää tiedon merkitys maahanmuuttajanuorten kohtaamisessa. Opettajan tulisi ymmärtää keskeiset kulttuurisidonnaiset seksuaaliterveyteen liittyvät arvot, uskomukset ja käytännöt. Lisäksi pitäisi ymmärtää miten maahanmuutto vaikuttaa nuoren seksuaaliterveyteen ja millaisia seurauksia uusi kotimaa voi aiheuttaa. Maahanmuuttajanuori voi käydä läpi suuriakin muutostiloja, jotka vaikuttavat kaikilla elämän eri osa-alueilla, myös seksuaaliterveydessä. Opettajan on hyvä ymmärtää nuoren omia, sen hetkisiä resursseja. Aikaisemmat kokemukset, onnistumiset ja epäonnistumiset, maahanmuuttajanuorten parissa tulisi osata hyödyntää. (Koehn & Rosenau 2002, Sainola-Rodriquez 2009.)

*Emotionaalinen osaaminen* on kykyä tehdä havaintoja maahanmuuttajanuorista ja heidän perheistään, ja olla aidosti kiinnostunut heidän asioistaan. Opettajan tulisi kunnioittaa seksuaaliterveyteen liittyviä arvoja, perinteitä, uskomuksia ja kokemuksia, joita maahanmuuttajanuorilla on. Opettajalla tulisi myös olla ymmärrystä nähdä kuinka uusi kulttuuri vaikuttaa nuorten tilanteeseen ja kykyyn sopeutua. Emotionaalinen osaaminen käsittää myös kyvyn tulla toimeen erilaisten ja eri kulttuureista tulevien ihmisten kanssa vaikka arvomaailmat voivat olla hyvinkin erilaisia. Usko omaan ammattitaitoon ja luottamus kykyyn auttaa ovat tärkeitä maahanmuuttajien kanssa työskennellessä. (Koehn & Rosenau 2002, Sainola-Rodriquez 2009.)

*Luova osaaminen* tarkoittaa kykyä olla innovatiivinen ja soveltaa opetusmenetelmiään maahanmuuttajanuorillekin sopivaksi. Opettaja voi joutua muokkaamaan ja soveltamaan opetusmenetelmiään niin, että monikulttuurisen luokan opettaminen on mahdollista. Uusien toimintamallien suunnittelun ei kuitenkaan tarvitse olla ainoastaan opettajan vastuulla vaan yhteistyötä työtovereiden ja oppilaiden kanssa kannattaa hyödyntää. Uudet näkökulmat ovat usein hyvinkin tervetulleita tuttuun oppimisympäristöön. Ne kasvattavat niin opettajaa kuin oppilaitakin. (Koehn & Rosenau 2002.)

*Viestinnällisellä osaamisella* tarkoitetaan kykyä kommunikointiin ja vuorovaikutukseen. Kielitaito ja erityisesti tulkinkäyttötaito ovat melko uusia asioita opettajan työssä. Koululuokassa voi olla usean eri äidinkielen omaavia nuoria eikä suomen tai englannin kielellä opettaminen aina riitä. Tulkin kanssa työskentely vaatii harjoittelua, ja haasteita voi tulla myös silloin jos tulkki kokee jotkin opetettavat asiat sopimattomina. Viestinnälliseen osaamiseen kuuluu myös kyky havaita ja ymmärtää maahanmuuttajanuorten nonverbaalista ja kulttuurista viestintää, joka voi poiketa paljon suomalaisten viestintätavoista. Taito luoda luottamuksellinen ja avoin ilmapiiri opetukseen voi helpottaa maahanmuuttajia esittämään kysymyksiä ja jakamaan ajatuksiaan. Väärinymmärrykset tulisi opettajan uskaltaa oikaista ja selvittää mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. (Koehn & Rosenau 2002, Sainola-Rodriquez 2009.)

*Toiminnallinen osaaminen* on taitoa toimia tavoitteellisesti monikulttuurisessa ympäristössä. Tähän kuuluu kyky ylläpitää luottamusta ja positiivista vuorovaikutusta, ja ratkoa ongelmia.

Joustavuus, tilannetaju ja luovuus korostuvat myös tässä osaamisalueessa. Tärkeää on myös edistää tasa-arvoisuuden toteutumista ja olla oppilaiden tukena. (Koehn & Rosenau 2002.)

#### **5.4 Terveystiedon opetussuunnitelma seksuaaliterveyden näkökulmasta**

Terveystieto erotettiin omaksi oppiaineekseen vuonna 2001. Tästä lähtien terveystieto on ollut kaikille peruskoululaisille pakollinen oppiaine, jota opetetaan eri muodoissa kaikilla luokka-asteilla. Yläkoulussa terveystietoa on tunti viikossa läpi vuoden. Terveystieto -oppiaineen keskeinen haaste on terveysosaamisen vahvistaminen. Tarkoituksena on edistää oppilaiden terveyttä, hyvinvointia ja turvallisuutta tukevaa osaamista. Opetuksen tehtävänä on kehittää oppilaiden tiedollisia, sosiaalisia, tunteiden säätelyä ohjaavia, toiminnallisia ja eettisiä valmiuksia. Opetuksen lähtökohtana on terveyden ymmärtäminen fyysiseksi, psyykkiseksi ja sosiaalisesti toimintakyvyksi. Opetuksessa kehitetään tietoja ja taitoja terveydestä, elämäntavasta, terveystottumuksista ja sairauksista sekä kehitetään valmiuksia ottaa vastuuta ja toimia oman sekä toisten terveyden edistämiseksi. (Terveystiedon opetussuunnitelma 2010; Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet 2004.)

Perusopetuksen opetussuunnitelmassa (2004) mainitaan terveystiedon yhtenä opetustavoitteena seksuaaliterveys eri osa-alueineen. Seksuaalikasvatuksen tavoitteena on lisätä lapsen ja nuoren ymmärrystä itsessä tapahtuvissa muutoksissa kasvun ja kehityksen myötä, tukea nuoren ihmissuhdetaitoja, seksuaali-identiteetin rakentumista, tunteiden hallintaa sekä itsetuntoa. Tässä kasvatustyössä tulee ottaa huomioon lapsen nuoren iän ja kehitystason lisäksi sukupuoli sekä uskonnolliset ja kulttuuriset lähtökohdat, jolloin se antaa parhaiten eväitä yksilöllisiin kehitysvaiheisiin. (Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet 2004; Kouluterveydenhuolto 2002, 49.)

Maailman terveysjärjestö (WHO) on vuonna 2010 julkaissut standardit eurooppalaiselle seksuaalikasvatukselle. Seksuaalikasvatuksen sisältöjä ja niiden laajuutta eri ikäryhmissä käsittelevä julkaisu tarjoaa uuden kehyksen päättäjille ja alan asiantuntijoille, ja painottaa ennaltaehkäisyn merkitystä. Tuore suositus esittää seksuaalikasvatuksen ottamista opetussuunnitelmiin jo ala-asteelta lähtien. WHO:n standardit sisältävät samoja aihealueita ja painotuksia kuin terveystiedon opetussuunnitelma. Siinä kuitenkin korostetaan vielä

enemmän seksuaalikasvatuksen merkitystä lapsuudesta lähtien sekä eheän seksuaali-identiteetin yhteiskunnallista merkitystä. (Seksuaalikasvatuksen standardit Euroopassa 2010.)

Terveystiedon opetussuunnitelmassa on jaoteltu opetuksen tavoitteet eri luokka-asteille. Näiden tavoitteiden vertaaminen tutkimuksen tuloksiin antaa viitteitä siitä kuinka hyvin maahanmuuttajanuoret ovat saavuttaneet opetussuunnitelman asettamat tavoitteet. Seuraavassa esitetään kootusti terveystiedon opetussuunnitelman seksuaaliterveyteen liittyvät tavoitteet 7-9- luokkalaisille.

### **7.luokka**

- ymmärtää terveyden fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena kokonaisuutena
- tuntee ihmisen kasvun ja kehityksen tunnuspiirteet
- näkee seksuaalisuuden myönteisenä asiana ja voimavarana elämässä
- tuntee seksuaalisen kehityksen vaiheet eri ikäkausina, erityisesti murrosiässä
- herää pohtimaan omaa seksuaalista minäkuvaansa sekä seksuaalisuuden merkitystä seksiä laajempänä käsitteenä
- tiedostaa nuorten harhakäsityksiä ikäistensä seksuaalikäyttäytymisestä

### **8. luokka**

- pohtii seurusteluun ja seksuaalisuuteen liittyviä kysymyksiä
- ymmärtää henkisen kypsyyden ja toisen ihmisen kunnioittamisen merkityksen edellytyksenä seksikokemusten aloittamiselle
- tietää nuorille sopivat ehkäisymenetelmät ja niiden käyttöön liittyviä seikkoja
- tietää yleisimmät sukupuolitaudit ja niiden ehkäisyn ja hoitomahdollisuudet
- tuntee seksuaalisuuteen liittyvää lainsäädäntöä, oikeuksia ja velvollisuuksia
- ymmärtää sukupuolisen ja seksuaalisen suuntautumisen moninaisuuden

### **9. luokka**

- motivoituu ottamaan vastuuta omasta terveydestään
- tietää oman koulun- ja lähiympäristön tarjoamat terveys- ja sosiaalipalvelut ja osaa tarvittaessa hakeutua niihin
- ymmärtää seksuaalisuuden eri muodot, arvot ja normit
- tietää aborttilain ja pohtii raskauden keskeytykseen liittyviä kysymyksiä
- pohtii vastuuta ja velvollisuuksia parisuhteessa ja perheessä
- tutustuu lähialueen neuvola- ja terveydenhuoltopalveluihin mahdollisuuksien mukaan

## 6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS

Tutkimuksella selvitetään millainen seksuaaliterveystiedon taso yläkouluikäisillä maahanmuuttajanuorilla on, millaisia toimintamalleja ja asenteita heillä on seksuaaliterveyteen liittyvissä asioissa ja millaista seksuaaliterveyteen liittyvää tietoa he kokevat tarvitsevansa. Tavoitteena on saada uutta tutkimustietoa aiheesta, jota Suomessa ei ole tutkittu ja tämän tiedon avulla helpottaa koulujen ja kouluterveydenhuollon työtä maahanmuuttajien parissa.

### Tutkimuskysymykset

1. Millainen seksuaaliterveystietämys yläkouluikäisillä maahanmuuttajanuorilla on?
2. Miten ikä, sukupuoli, luokka-aste, seurustelu, maassaoloaika ja koulunkäyntivuodet Suomessa selittävät maahanmuuttajanuorten tietotasoa?
3. Millaista seksuaaliterveystietoa yläkouluikäiset maahanmuuttajanuoret kokevat tarvitsevansa ja miten tämä on suhteessa heidän tietotasoonsa?
4. Miten yläkouluikäiset maahanmuuttajanuoret kokevat koulun seksuaaliopetuksen?

## 7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

### 7.1. Aineistonkeruumenetelmä

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat yläkouluikäiset maahanmuuttajanuoret. Tässä tutkimuksessa maahanmuuttajalla tarkoitetaan kaikkia ulkomailla syntyneitä ja myöhemmin Suomeen muuttaneita, sekä ns. toisen polven maahanmuuttajia. Tutkimukseen osallistui nuoria eri puolilta Suomea, yhteensä neljästä eri kaupungista. Aineisto kerättiin kyselylomakkeella ja aineistonkeruusta vastasivat sekä koulujen opettajat että tutkija itse. Opettajien rooli oli tärkeä siinä, että he usein arvioivat oppilaidensa kielitaidon ja näin tutkimukseen voitiin valita maahanmuuttajanuoria, jotka pystyivät mahdollisimman hyvin ymmärtämään kyselylomakkeen sisällön. Aineisto kerättiin kevään ja syksyn 2010 aikana.

Tutkimusta varten laadittiin kyselylomake, joka koostui suljetuista ja avoimista kysymyksistä. Strukturoituja, seksuaaliterveystietoja mittaavia, kysymyksiä oli valtaosa ja ne olivat pääasiassa monivalintakysymyksiä. Kyselylomake tehtiin sekä suomeksi (Liite 1) että englanniksi (Liite 2), koska osa vastaajista osasi englantia paremmin kuin suomen kieltä. Lomakkeen monivalintakysymykset olivat Väestöliiton suunnittelemia ja niitä on käytetty suomalaisnuorten seksuaaliterveystiedon tutkimisessa hyvin laajasti 2000-luvun aikana (Kontula & Meriläinen 2007). Monivalintakysymysten lisäksi lomakkeessa oli muutamia tutkijan lisäämiä strukturoituja kysymyksiä sekä avoimia kysymyksiä.

Kyselylomakkeessa oli kaiken kaikkiaan 44 kysymystä, joista 38 oli suljettuja ja 6 avoimia. Näiden lisäksi kysyttiin vastaajan taustatietoja. Väestöliiton monivalintakysymyksissä oli kaikissa annettu neljä vastausvaihtoehtoa, joista vain yksi oli oikein. Neljä vastausvaihtoehtoa pienensi arvaamisen vaikutusta tutkimuksen tuloksiin. Monivalintakysymyksissä oli yksi ristiriidattomasti oikeaksi todettava vastausvaihtoehto ja kolme muuta vastausta olivat myös siinä määrin uskottavia, ettei oikean vaihtoehdon valinta ollut vastaajalle liian helppoa.

Avoimien kysymysten tarkoituksena oli syventää ja täydentää suljettujen kysymysten vastauksia, ja toisaalta myös selvittää nuorten asenteita, tarpeita ja toiveita seksuaaliterveyteen liittyen. Kyselyn pituus oli 12 sivua sisältäen esittelysivun. Kysymykset oli jaoteltu niin, että ne muodostivat 9 kokonaisuutta:



1. Vastaajan taustatiedot
2. Lapsuus ja murrosikä
3. Sukupuolielinten rakenne ja toiminta
4. Ehkäisy
5. Sukupuolitaudit
6. Raskaus
7. Seksuaaliterveystiedon tarve
8. Seksuaalinen kanssakäyminen ja itsetyydytys
9. Koulun seksuaaliopetus

Kysymysten suunnittelussa ja valinnassa tehtiin yhteistyötä terveystiedon opettajien kanssa. Kyselylomake pyrittiin tekemään mahdollisimman selkeäksi ja helposti ymmärrettäväksi. Se esitettiin viidellä nuorella; kahdella suomalaisella ja kolmella maahanmuuttajalla. Palautteen perusteella joitakin kysymyksiä vielä selkeytettiin ja muutamia kysymyksiä jätettiin kokonaan pois.

Yhteistyökoulujen saaminen mukaan tutkimukseen oli kohtalaisen helppoa. Usein kuitenkin kävi niin, ettei koululta löytynyt nuoria, jotka olisivat kielitaitonsa perusteella pystyneet vastaamaan kyselyyn. Joissain kouluissa kyselylomakkeen sisältöä pidettiin sopimattomana nuorille maahanmuuttajille. Myös oppilaiden vanhempien reaktioita pelättiin. Rehtorit ja opettajat myös usein kieltäytyivät tutkimuksesta siksi, että maahanmuuttajanuoret ovat viime vuosina olleet lukuisten tutkimusten kohteena. Lopulta tutkimukseen saatiin mukaan 5 yläkoulua eri puolilta Suomea. Osa kouluista halusi toteuttaa aineiston keruun itsenäisesti ja postittivat saadut vastaukset tutkijalle. Osaan kouluista tutkija meni itse keräämään aineistoa. Kyselyyn vastattiin oppituntien aikana ja nuorilta meni kyselyyn vastaamiseen aikaa 25-45 minuuttia. Täytettyjä kyselylomakkeita saatiin lopulta 135 kappaletta. Näistä 15 jätettiin analysoinnin ulkopuolelle vastausten puutteellisuuden vuoksi. Analysoitavaksi päätyi 120 lomaketta.

## **7.2. Aineiston analyysi**

Seksuaaliterveystietoja mittaavien monivalintakysymysten vastaukset analysoitiin tilastollisesti ohjelmalla SPSS 15.0 (Taulukko 1). Analyysia varten vastaajien ikä, maassaoloaika ja kouluvuodet luokiteltiin uudelleen, jolloin muuttujaluokista saatiin riittävän suuret. Tyttöjen ja poikien vastausten eroja analysoitiin ristiintaulukoinnilla. Muuttujien

välistä riippuvuutta ja merkitsevyyttä testattiin  $\chi^2$ - riippumattomuustestillä. Taustamuuttujien selitysastetta oikeiden vastausten määrään analysoitiin T-testillä sekä 1-suuntaisella varianssianalyysillä (ANOVA). (Ketokivi 2009; Heikkilä 2004.)

**Taulukko 1** Käytetyt analysointimenetelmät tietokysymyksissä

Aineisto	Analyysimenetelmä
Tietokysymysten vastausvaihtoehtojen prosenttiosuudet	Frekvenssit
Tyttöjen ja poikien vastausten erot	Ristiintaulukointi
Tyttöjen ja poikien oikeiden vastausten välinen merkitsevyys	$\chi^2$ - riippumattomuustesti
Taustamuuttujien yhteys oikeiden vastausten määrään	
Sukupuoli	t-testi
Ikä	1-suuntainen varianssianalyysi
Luokka-aste	1-suuntainen varianssianalyysi
Maassaoloaika	1-suuntainen varianssianalyysi
Koulunkäyntivuodet	1-suuntainen varianssianalyysi
Seurustelu	t-testi

Avointen kysymysten osalta aineisto litteroitiin auki. Vastauksiin perehdyttiin lukemalla aineisto läpi useita kertoja. Eri kysymyksissä vastaukset olivat hyvin erityyppisiä. Joihinkin oli vastattu lyhyesti parilla sanalla ja toisissa vastaukset koostuivat useasta lauseesta. Analyysimenetelmänä käytettiin teemoittelua, jota tarvittaessa tarkennettiin alateemoilla. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara, 2000; Kylmä & Juvakka 2007.)

## 8 TUTKIMUSTULOKSET

### 8.1. Vastaajien taustatiedot

Vastaajat olivat iältään 12-18-vuotiaita, keski-ikä ollessa 14,3 vuotta. Vastaajat luokiteltiin iän lisäksi myös luokka-asteittain, koska maahanmuuttajat eivät Suomessa aina ole ikää vastaavalla luokka-asteella. Vastanneista 7-luokkalaisia oli 40,8 % (N=49), 8-luokkalaisia 18,3 % (N=22) ja 9-luokkalaisia 40,8 % (N=49). Vastanneista oli tyttöjä 51,7 % (N=62) ja poikia 48,3 % (N=58).

Vastaajat olivat muuttaneet Suomeen Euroopasta, Lähi-Idästä, Aasiasta, Afrikasta sekä Pohjois-Amerikasta. Maassaoloaika vaihteli yhdestä vuodesta 16:een vuoteen. Valtaosa vastaajista (62,2%) oli asunut Suomessa viisi vuotta tai kauemmin, keskimääräisen ajan ollessa 8,5 vuotta. Vastaajat olivat käyneet koulua Suomessa keskimäärin 6,2 vuotta. Selvä enemmistö vastaajista (97,5%) oli osallistunut koulun terveystiedon opetukseen. Kysyttäessä seurustelusta 57,5% vastaajista ilmoitti seurustelewansa tällä hetkellä tai seurustelleensa aiemmin, kun taas 42,5% ilmoitti, ettei ole koskaan seurustellut. (Taulukko 2)

**Taulukko 2** Vastaajien taustatiedot

	n (%)	ka	SD
<b>Sukupuoli</b>			
Tyttö	62 (51,7%)		
Poika	58 (48,3%)		
<b>Ikä</b>			
11-13 vuotta	33 (27,5%)	14,3	1,64
14-15 vuotta	63 (52,5%)		
16-18 vuotta	24 (20,0%)		
<b>Luokka-aste</b>			
7 luokka	49 (40,8%)		
8 luokka	22 (18,3%)		
9 luokka	49 (40,8%)		
<b>Maassaoloaika</b>			
1-5 vuotta	43 (36,1%)	8,5	4,47
6-10 vuotta	27 (22,7%)		
11-16 vuotta	49 (41,2%)		
<b>Kouluvuodet Suomessa</b>			
1-4 vuotta	36 (30,3%)	6,2	2,52
5-8 vuotta	64 (53,8%)		
9-13 vuotta	19 (16,0%)		
<b>Seurustelu</b>			
On seurustellut	69 (57,5%)		
Ei ole seurustellut	51 (42,5%)		
<b>Terveystiedon opetus</b>			
On osallistunut	117 (97,5%)		
Ei ole osallistunut	3 (2,5%)		

## 8.2. Lapsuus ja murrosikä

Enemmistö tytöistä tiesi valkovuodon normaaliuteen ja kuukautiskiertoon liittyvät asiat. Toisaalta kolmasosalla tytöistä oli kuukautiskierrosta väärää tai puutteellista tietoa. Pojista vain noin puolella oli oikeaa tietoa sekä valkovuodosta että kuukautiskierrosta. Kuukautiskiertoon liittyvässä kysymyksessä tyttöjen ja poikien välinen ero oli tilastollisesti merkitsevä ( $p=0,018$ ). Tiedoissa valkovuodosta tyttöjen ja poikien ero oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ( $p=0,000$ ). Vain noin kolmasosa sekä tytöistä että pojista vastasi oikein, ettei tyttö kuukautistensa aikana tule helpommin raskaaksi, ei koe keskenmenoä eikä ole estynyt osallistumaan urheiluharjoituksiin. Niin ikään kolmasosa vastaajista esitti, että tytöt tulevat kuukautistensa aikana helpommin raskaaksi tai ovat liian heikkoja osallistumaan urheiluharjoituksiin. Tiedoissa murrosiän fyysisten muutosten ajoittumisesta oli puutteita. Puolet vastaajista osasi vastata tähän oikein. Huomattavaa on, että sekä tytöistä että pojista

kolmasosa ajatteli murrosiän fyysisten muutosten ilmaantuvan tytöille nopeasti ja pojille hitaasti. Murrosiän vaikutuksesta seksuaalisen kiinnostuksen heräämiseen vastasi oikein vain noin kolmasosa tytöistä ja alle kolmasosa pojista. Enemmistö sekä tytöistä ja pojista ajatteli seksuaalisen kiinnostuksen heräävän ainoastaan hormonituotannon muutosten vuoksi. (Taulukko 3)

**Taulukko 3** Kysymykset lapsuudesta ja murrosiästä (N=120)

<b>Oikeiden vastausten osuus:</b>	<b>Tytöt</b> (n=62)	<b>Pojat</b> (n=58)	<b>p</b> (oikeat vastaukset)
1. Murrosiän fyysiset muutokset tapahtuvat teini-ikäisille eri ikäisinä	64,5%	55,2%	0,296
2. Seksuaaliasiat alkavat kiinnostaa murrosikäisiä enemmän, koska heidän hormonituotantonsa muuttuu, joillakin heidän ystävistään on seksikokemuksia ja koska media tyrkyttää seksiä teini-ikäisille	30,6%	27,6%	0,713
3. Kuukautiskierto tarkoittaa aikaa kuukautisten alusta seuraavien kuukautisten alkuun	72,6%	51,7%	0,018
4. Kuukautisten aikana tytöt EIVÄT tule herkemmin raskaaksi, koe keskenmenoä tai ole liian heikkoja osallistumaan urheiluharjoituksiin	37,1%	27,6%	0,266
5. Valkovuoto on normaalia, kehitykseen kuuluvaa eritettä, jonka tulo alkaa yleensä jo ennen kuukautisten alkua	83,9%	53,4%	0,000

Erillisellä kysymyksellä selvitettiin sitä, mistä maahanmuuttajanuoret saavat tai etsivät tietoa seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista. Kysymykseen oli annettu valmiiksi 9 vastausvaihtoehtoa (Taulukko 4) ja lisäksi vastaaja sai halutessaan kirjoittaa muun vaihtoehdon, jos listasta ei löytynyt sopivaa. Vastaajaa pyydettiin valitsemaan kolme hänelle sopivinta vaihtoehtoa.

**Taulukko 4** Mistä nuoret etsivät/saavat seksuaaliterveystietoa?

Vastausvaihtoehdot	Tytöt n=62 (%)	Pojat n=58 (%)	Yhteensä N=120 (%)
Internet	30 (48,4%)	40 (69,0%)	70 (58,3%)
Terveydenhoitaja	37 (59,7%)	20 (34,5%)	57 (47,5%)
Kaverit	18 (29,0%)	29 (50,0%)	47 (39,2%)
Koulu/opettajat	21 (33,9%)	26 (44,8%)	47 (39,2%)
Televisio	11 (17,7%)	23 (39,7%)	34 (28,3%)
Nuorten lehdet	20 (32,3%)	9 (15,5%)	29 (24,2%)
Vanhemmat	17 (27,4%)	6 (10,3%)	25 (20,8%)
Terveyskeskus	13 (21,0%)	5 (8,6%)	18 (15,0%)
Sisarukset	10 (16,1%)	1 (1,7%)	11 (9,2%)
Joku muu, mikä?	2 (3,2%)	1 (1,7%)	3 (2,5%)

Taulukosta 4 nähdään, että Internet nousi suosituimmaksi tiedonhankintavälineeksi ja peräti 70 nuorta valitsi tämän vaihtoehdon. Pojilla Internetin suosiminen oli yleisempää kuin tytöillä. Tytöt luottivat tiedonhankinnassa eniten terveydenhoitajaan, ja koulua/opettajia pidettiin kaiken kaikkiaan hyvänä seksuaaliterveystiedon lähteenä. Myös kavereilta saadaan tietoa, pojat tyttöjä enemmän. Pojille television kautta hankittu tieto oli suosittua, kun taas tytöt kannattivat enemmän nuorten lehtiä. Tytöt luottivat poikia enemmän niin vanhempiinsa kuin sisaruksiinsakin tiedon lähteenä, mutta nämä eivät olleet kovin suosittuja kummallakaan sukupuolella. Myöskään terveyskeskuksen puoleen ei käännytty usein seksuaaliterveystietoa tarvittaessa.

### 8.3. Sukupuolielinten rakenne ja toiminta

Sukupuolielinten kokonaisrakenne tiedettiin huonosti. Tytöistä enemmistö uskoi virtsarakon olevan osa naisten sukuelimiä ja pojat taas valitsivat näihin kuuluvaksi vain yhden munasarjan. Miehen sukupuolielimet tiedettiin vielä tätäkin huonommin. Selkeä enemmistö vastaajista valitsi tähän peniksen ja kivekset, kun eturauhasen osallisuuden tiesi vain noin viidesosa vastaajista. Kaksi kolmasosaa pojista uskoi, että myös munasarjat tuottavat spermaa ja vain viidesosa tiesi munasarjojen ja kivesten tuottavan hormoneja. Tytöistä kaksi viidesosaa luuli munasarjojen tuottavan spermaa. Tyttöjen ja poikien vastausten ero oli

tilastollisesti merkitsevä ( $p=0,023$ ). Pojat tiesivät hieman tyttöjä paremmin, että siittiöitä tuotetaan kiveksissä. Pojan yölliset siemensyöksyt tiedettiin hyvin osaksi normaalia aikuiseksi kehittymisen vaihetta. Poikien peniksen jäykistyminen eri tilanteissa tiedettiin melko hyvin, mutta toisaalta reilu kolmasosa myös yhdisti tapahtuman vain tyttöjen katseluun. Melko hyvin osattiin vastata kysymykseen tyttöjen rintojen kehityksestä, ja tytöt vastasivat tähän poikia paremmin eron ollessa tilastollisesti merkitsevä ( $p=0,041$ ). Puolet sekä tytöistä että pojista vastasivat oikein siihen miten penis pestään hygieenisesti. Toisaalta viidesosa myös kannatti vaihtoehtoa, että terska pestään vain näkyviltä osin. (Taulukko 5)

**Taulukko 5** Kysymykset sukupuolielinten rakenteesta ja toiminnasta (N=120)

<b>Oikeiden vastausten osuus:</b>	<b>Tytöt (n=62)</b>	<b>Pojat (n=58)</b>	<b>p (oikeat vastaukset)</b>
7. Peniksen päässä sijaitsevaa terskaa peittää esinahka. Suositeltavaa hygienian kannalta on vetää esinahka aivan taakse ja pestä penis kokonaan	50,0%	51,7%	0,850
8. Siittiöitä tuotetaan kiveksissä	46,8%	55,2%	0,358
9. Pojan yölliset siemensyöksyt tarkoittavat, että hän on kokemassa normaalia aikuiseksi kehittymisen vaihetta	80,6%	77,6%	0,680
10. Poikien penis kovettuu ajoittain. Sellaista voi tapahtua kun poika koskettelee sukupuolielimiään, tanssittaessa ja silloin, kun poika katselee ihailien tyttöjä	48,4%	37,9%	0,248
11. Tyttöjen rinnat kehittyvät suuremmiksi murrosiässä. Ne ovat usein vähän eri kokoiset vielä kehittyessään, ovat vähän arat ennen kuukautisia ja alkavat kehittyä normaalisti 8-13 vuoden iässä	54,8%	36,2%	0,041
12. Sekä munasarjat, että kivekset tuottavat hormoneja	41,9%	22,4%	0,023
13. Naisen sukupuolielimiin kuuluvat kaksi munasarjaa, kaksi munanjohdinta ja kohtu	27,4%	25,9%	0,847
14. Miehen sukupuolielimiin kuuluvat penis kivekset ja eturauhanen	19,4%	19,0%	0,957

Kahdella avoimella kysymyksellä selvitettiin kenen/keiden kanssa vastaajat keskustelevat seurusteluun ja seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista (Taulukko 6), ja miksi juuri heidän kanssaan (Taulukko 7). Kysymysten tarkoituksena oli selvittää onko maahanmuuttajanuorten helppoa keskustella seksuaalisuudesta muiden kanssa ja keihin he eniten luottavat. Selvä enemmistö (n=65) nuorista kertoi keskustelelevansa näistä asioista kavereidensa kanssa. Myös



kouluterveydenhoitajaan/lääkäriin (n=36) ja omiin vanhempiin (n=32) luotettiin paljon. Vastaajat kokivat voivansa puhua myös sisaruksilleen (n=18) ja koulun terveystiedon opettajalle (n=12). Tosin ne, jotka mainitsivat vastauksessaan terveystiedon opettajan sanoivat samalla, että keskustelu on enemmänkin pakon edessä tapahtuvaa tiedon vastaanottamista kuin omista tarpeista lähtevää keskustelua. Huomion arvoista on se, että melko paljon oli myös niitä vastaajia, jotka eivät puhuneet seurustelusta tai seksuaaliterveydestä kenenkään kanssa (n=18). Syyksi mainittiin usein se, että asia ei ollut vastaajalle ajankohtainen esimerkiksi siksi, ettei vastaaja tällä hetkellä itse seurustellut. Internet ja nuorten lehdet saivat myös jonkin verran kannatusta tiedon lähteenä. Kaikista vastaajista (N=120) tähän kysymykseen vastasi 103 nuorta. Annettujen vastausten perusteella muodostettiin 7 teemaa, joiden alle annetut vastaukset luokiteltiin. Suuressa osassa vastauksia mainittiin enemmän kuin yksi vaihtoehto.

**Taulukko 4** Avoin kysymys: Maahanmuuttajanuorten keskustelukumppanit seksuaaliterveysasioissa (n=103)

	<b>Kenen/keiden kanssa keskustele seksuaaliterveysasioista?</b>	Mainittu vastauksissa (lkm)
1	Kaverit ja ystävät	65
2	Kouluterveydenhoitaja tai lääkäri	36
3	Vanhemmat	32
4	Sisarukset	18
5	Ei keskustele kenenkään kanssa	18
6	Terveystiedon opettaja	12
7	Muu vastaus	5

Maahanmuuttajanuoret kokivat tärkeimpänä keskustelussa keskustelukumppanin luotettavuuden (n=32). Erityisesti kaverit, vanhemmat ja terveydenhoitaja olivat henkilöitä, joiden kanssa pystyi vastaajien mielestä keskustelemaan luottamuksellisesti. Myös henkilöiden kokemus ja tietämys seksuaaliterveysasioissa (n=27) sekä puhumisen helppous (n=25)

mainittiin useassa vastauksessa. Usein vastaajaa vanhemmat henkilöt tai terveysalan ammattilaiset miellettiin henkilöiksi, jotka tietävät asioista paljon ja ovat siksi hyviä keskustelukumppaneita. Kavereille taas kerrottiin olevan helppoa puhua ja koettiin, että he ymmärtävät omaa tilannetta parhaiten esimerkiksi siksi, että ovat saman ikäisiä (n=21). Monet kokivat, että omien vanhempien kanssa puhuminen on noloa tai kiusallista (n=12) ja muutamia kertoja mainittiin myös, että omien vanhempien tiedot ovat puutteellisia näissä asioissa koulutuksen puuttumisen vuoksi. Toisaalta oma perhe koettiin myös hyvin tärkeäksi ja siksi perheen kanssa oli osan mielestä kaikkein luontevinta keskustella (n=10). Osa vastaajista myös koki, että näistä asioista ei voi nolostumatta puhua kenenkään kanssa tai ettei tällaisista asioista ylipäänsä tulisi keskustella (n=18). Kaikista vastaajista tähän kysymykseen vastasi 88 nuorta (N=120).

**Taulukko 7** Avoin kysymys: Perustelut keskustelukumppanin valinnalle (n=88)

	<b>Mitkä asiat ovat perusteena keskustelukumppanin valinnalle?</b>	Mainittu vastauksissa (lkm)
1	Luotettavuus	32
2	Tieto ja kokemus	27
3	Puhumisen helppous	25
4	Ymmärrys/vertaistuki	21
5	Puhumisen sopimattomuus	18
6	Noloa puhua vanhempien kanssa	12
7	Tärkeiden ihmisten merkitys	10

Erillisellä kysymyksellä haluttiin selvittää vielä sitä, mistä seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista nuoret puhuvat vanhempiensa kanssa. Kysymykseen oli listattu yhdeksän seksuaaliterveyteen liittyvää aihetta (Taulukko 8) ja vastaaja valitsi ”kyllä” tai ”ei” sen mukaan onko hän keskustellut kyseisestä aiheesta vanhempiensa kanssa.

**Taulukko 8** Mistä asioista nuoret puhuvat vanhempiensa kanssa? (N=120)

<b>Aihealue</b>	<b>Tytöt n=62 (%)</b>	<b>Pojat n=58 (%)</b>	<b>Yhteensä N=120 (%)</b>
<b>Avoliitto</b>	35 (57%)	34 (59%)	69 (58%)
<b>Seurustelu</b>	36 (58%)	32 (55%)	68 (57%)
<b>Kuukautiset</b>	56 (90%)	5 (9%)	61 (51%)
<b>Avoliitto</b>	27 (44%)	28 (48%)	55 (46%)
<b>Ehkäisy</b>	29 (47%)	19 (33%)	48 (40%)
<b>Sukupuolitaudit</b>	26 (42%)	19 (33%)	45 (38%)
<b>Seksuaalinen suuntautuminen</b>	21 (34%)	14 (24%)	35 (29%)
<b>Seksin harrastaminen</b>	14 (23%)	12 (21%)	26 (22%)
<b>Siemensyöksyt</b>	4 (6%)	12 (21%)	16 (13%)

Taulukosta 8 nähdään, että seurustelusta sekä avoliittoon ja avoliittoon liittyvistä asioista maahanmuuttajanuoret ovat keskustelleet vanhempiensa kanssa kaikkein eniten. Keskustelu avoliitosta on ollut hieman yleisempää kuin keskustelu avoliitosta. Kuukautisista puhuminen on myös ollut melko yleistä, mutta tässä tyttöjen ja poikien ero on huomattava. Tytöistä valtaosa on keskustellut kuukautisista vanhempiensa kanssa, kun taas pojista vain muutama prosentti. Ehkäisystä ja sukupuolitaudeista on keskustellut noin kaksi viidestä nuoresta, tytöt ovat olleet molemmissa poikia aktiivisempia. Seksuaalisesta suuntautuneisuudesta, seksin harrastamisesta ja siemensyöksyistä on keskusteltu kaikkein vähiten. Kaiken kaikkiaan nuoret ovat keskustelleet seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista vanhempiensa kanssa melko niukasti. Keskimäärin annetuista aihealueista oli keskustellut vain 39% nuorista. Usein vastaajat myös jakautuivat niin, että joko oli keskustellut vanhempiensa kanssa useasta mainitusta aihealueesta tai sitten ei ollut keskustellut kyseisistä asioista lainkaan.

#### **8.4. Ehkäisy**

Nuoret tiesivät hyvin sen, että ehkäisy on yhteisesti sekä pojan että tytön vastuulla. Huomattakoon, että yksi kymmenestä vastaajasta oli sitä mieltä, että päävastuu ehkäisyasioissa on vanhemmilla. Tytöistä lähes kaikki ja pojista yli kaksi kolmasosaa vastasi oikein siihen, millä perustein ehkäisymenetelmä tulee valita. Tässä tyttöjen ja poikien ero oli

tilastollisesti merkitsevä ( $p=0,011$ ). Kondomien ostamisen ikäraajattomuus oli sekä tytöillä että pojilla pääosin tiedossa, vaikkakin viidesosa arveli ikärajan olevan 16 vuotta. Tytöistä kaksi kolmasosaa ja pojista alle puolet tiesivät, että e-pillereitä saa niin kouluterveydenhoitajan, lääkärin kuin ehkäisyneuvolankin kautta. Varminta ehkäisyvälinettä raskauden ehkäisyyn valittaessa suurin osa nuorista vastasi väärin. Sekä tytöistä että pojista vain yksi neljästä osasi vastata oikein. Useimmilla vääränä vastauksena oli kondomi, jonka valitsi kaksi kolmasosaa vastaajista. Nuoret tiesivät hyvin sen, että kondomeja voi ostaa vapaasti apteekeista, ruokakaupoista, kioskeista ja huoltoasemilta. Huomattakoon kuitenkin, että yksi kymmenestä vastaajasta uskoi kondomien ostoon tarvittavan vanhempien lupaa. Tytöistä kaksi kolmasosaa tiesi miten e-pillereitä tulee käyttää, kun taas pojista vain alle puolet. Huomattavaa on, että pojista kaksi viidesosaa ja tytöistäkin yksi viidestä uskoi e-pillereiden aiheuttavan lapsettomuutta. Jälkiehkäisyn käytöstä oikeaa tietoa oli hieman yli puolella tytöistä ja alle puolella pojista. (Taulukko 9)

**Taulukko 9** Kysymykset ehkäisystä (N=120)

<b>Oikeiden vastausten osuus:</b>	<b>Tytöt (n=62)</b>	<b>Pojat (n=58)</b>	<b>p (oikeat vastaukset)</b>
17. Nuorten raskauden ja sukupuolitautilien ehkäisy on yhteisesti sekä tytön että pojan vastuulla	82,3%	77,6%	0,523
18. Ehkäisy keinoa valittaessa tulisi ottaa selvää kaikista menetelmistä ja valita itselle sopivin	90,3%	72,4%	0,011
19. Kondomien ostamisessa ei ole alaikärajaa	61,3%	53,4%	0,385
20. Jos haluaa e-pilleriehkäisyn tulee ottaa yhteyttä kouluterveydenhoitajaan, lääkäriin tai ehkäisyneuvolaan	61,3%	44,8%	0,071
21. E-pillerit ehkäisee varmimmin raskauden	24,2%	25,9%	0,833
22. Kondomeja voi ostaa vapaasti apteekista, kioskeista, ruokakaupoista ja huoltoasemilta	80,6%	79,3%	0,855
23. Ehkäisytabletteja otetaan yhtäjaksoisesti 21-22 päivää, jotta ne olisivat tehokkaita	61,3%	48,3%	0,152
24. Jälkiehkäisy aloitetaan niin pian kuin mahdollista, mutta viimeistään 72 tuntia suojaamattomasta yhdynnästä	56,5%	44,8%	0,203

Monivalintakysymysten lisäksi nuorten tietoja raskauden ja sukupuolitautilien ehkäisystä selvitettiin kahdella avoimella kysymyksellä (Taulukko 10). Kysymysten tarkoituksena oli selvittää minkä ehkäisyvälineen nuori kokee itselleen sopivan ja mistä tai miten nuori saisi hankittua tarvitsemansa ehkäisyvälineen. Kysymyksillä myös pyrittiin tutkimaan sitä onko maahanmuuttajanuorilla tietoa ehkäisyvälineistä ja niiden toimintaperiaatteista.

Selvä enemmistö nuorista valitsi ehkäisy menetelmäkseen kondomin (n=53). Kondomin ja e-pillerin yhdistelmää suosisi 15 vastaajaa ja pelkkiin e-pillereihin luottaisi 13 vastaajaa.

Muutama vastaaja ei kokenut asiaa itselle ajankohtaiseksi eikä siksi tiennyt minkä ehkäisyvälineen valitsisi (n=9). Vastauksensa antoi 90 nuorta.

**Taulukko 10** Avoin kysymys: Nuorten valinta itselle sopivaksi ehkäisy menetelmäksi (n=90)

	Sopivan ehkäisy menetelmän valinta	Mainittu vastauksissa (lkm)
1	Kondomi	53
2	Kondomi + Ehkäisy pillerit	15
3	Ehkäisy pillerit	13
4	Ei tietoa, koska asia ei ajankohtainen	9

Perusteluksi ehkäisy menetelmän valinnalle (Taulukko 11) mainittiin useimmin raskauden ehkäisy (n=28) ja sukupuolitaudeilta suojautuminen (n=24). Ehkäisy menetelmän turvallisuus ja luotettavuus (n=19) koettiin myös tärkeiksi. Kondomien kohdalla käytön helppous ja esteetön hankkiminen sekä edullisuus mainittiin (n=22) valintaperusteena.

*”minä valitsisin kondomin, koska se on helppo käyttää, halpaa ja 100%, että ei tule raskaaksi + ehkäisee seksitaudeista”* (Tyttö 15 vuotta, Irak/Egypti, Suomessa 10 vuotta)

Nuorten perusteluissa ehkäisy menetelmän valinnalle nousi esille monia harhaluuloja tai väärinkäsityksiä ehkäisyvälineiden toimivuudesta. Kondomin 100%:een ehkäisyvarmuuteen luotettiin usein ja se miellettiin tehokkaimmaksi raskauden ehkäisykeinoksi. Ehkäisy pillerin toimintaperiaatteessa oli epätietoutta ja usein ajateltiin pillerin ehkäisevän yhdyntäkertakohtaisesti.

*”hankkisin kondomin ja e-pillereitä, koska silloin kun olen sukupuoliyhteydessä niin käytän kortsua, ettei tulisi raskaaksi ja sen jälkeen otan e-pillerin varmistaakseni että en tule raskaaksi”* (Tyttö 16 vuotta, Vietnam, syntynyt Suomessa)

Toisaalta paljon oli myös niitä vastauksia, joissa hyvin tiedettiin kondomin ja e-pillerin yhteiskäytön hyödyt. Pojat luottivat selkeästi useammin kondomiin, kun taas tytöt tiesivät enemmän e-pillereistä ja kaksoisehkäisystä. Vastauksissa nousi esille myös se ajatus, että poika päättää ja määrää käytettävän ehkäisyvälineen. Kaikista vastaajista (N=120) tähän kysymykseen vastasi 88 nuorta.

*”Käyttäisin kondomia, koska sen on minusta tosi hyvä ehkäisymenetelmä. Käyttäisin joko kondomia tai sanoisin tytölle että ota sinä e-pilleriä tai sitten käyttäisin kondomia ja tyttö ottaisi e-pillerin varmuuden vuoksi” (Poika 17 vuotta, Kurdistan/Irak, Suomessa 7 vuotta)*

**Taulukko 11** Avoin kysymys: Perusteet ehkäisymenetelmän valinnalle (n=88)

	<b>Miksi valitsee tietyn ehkäisymenetelmän?</b>	Mainittu vastauksissa (lkm)
1	Raskauden ehkäisy	28
2	Sukupuolitautilien ehkäisy	24
3	Helppo saatavuus ja käytön helppous	22
4	Ehkäisyvälineen turvallisuus ja luotettavuus	19

Ehkäisyvälineisiin liittyen nuorilta kysyttiin vielä mistä ja miten he saisivat hankittua valitsemansa ehkäisyvälineen (Taulukko 12). Lähes kaikilla vastaajilla oli mielessä paikka, josta saisi ehkäisyvälineitä.

*”Kondomeja voin saada kaupoista tai apteekista ja e-pillereitä ehkäisyneuvolasta tai apteekista, reseptillä, joka on saatu lääkäriltä” (Tyttö 15 vuotta, Irak, Suomessa 9 vuotta)*

Enemmistö hankkisi ehkäisyvälineen kaupasta (n=51). Myös e-pillerin valinneissa oli niitä, jotka uskoivat hankkivansa pillerit tavallisesta kaupasta. Apteekki mainittiin vastauksissa usein (n=35) ja enemmistö e-pillerin valinneista osaisi hakeutua apteekkiin niitä hankkimaan. Hyvin harvoin (n=8) kuitenkin mainittiin sitä, että ennen apteekkiin menoa pitäisi olla resepti e-pillereitä varten. Moni vastaaja hakisi kondomeja koulun terveydenhoitajalta tai lääkäriltä (n=30). Jonkin verran luotettiin myös vanhempien ja kavereiden tai tyttö/poikaystävän (n=12) apuun ehkäisyvälineen hankkimisessa.

*”vanhempien luvalla ja hankisin sen myös kaverilta” (Tyttö 14 vuotta, Somalia, Suomessa 9 vuotta)*

Vastauksista nousi muutaman kerran esille myös se, että kondomin hankkimiseen ajateltiin olevan ikäraja. Kaikista vastaajista kysymykseen antoi vastauksensa 85 nuorta (N=120).

*”lääkäristä, sanoisin, että olen jo 21 v.”* (Tyttö 14 vuotta, Somalia, Suomessa 14 vuotta)

**Taulukko 12** Avoin kysymys: Mistä nuori hankkisi haluamansa ehkäisyvälineen (n=85)

	<b>Mistä saisi haluamansa ehkäisyvälineen?</b>	Mainittu vastauksissa (lkm)
1	Kauppa	51
2	Apteekki	35
3	Koulun terveydenhoitaja tai lääkäri	30
4	Toisen henkilön avustuksella	12
5	Muu vastaus	23

## 8.5. Sukupuolitaudit

Tytöistä noin kaksi kolmasosaa ja pojista hieman alle puolet tiesivät, että sukupuolitaudit tarttuvat vain limakalvokontakteissa limakalvolta toiselle. Ero tyttöjen ja poikien tiedoissa oli tilastollisesti merkitsevä ( $p=0,019$ ). Pojista kaksi viidestä uskoi tautien tarttuvan myös suudeltaessa ja kosketeltaessa sukupuolielimiä käsin. Kysyttäessä mistä tietää, ettei yhdyntäkumppanilta saa sukupuolitauteja tytöistä kaksi kolmasosaa vastasi oikein, pojista vain yksi kolmasosa. Pojista kaksi viidestä uskoi, että tiedon varmistamiseksi riittää, jos kumppani sanoo, ettei hänellä ole tautia. Myös viidesosa tytöistä luottaisi kumppanin sanaan. Tyttöjen ja poikien ero oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ( $p=0,002$ ). Nuoret tiesivät huonosti, että sukupuolitautien voi tutkituttaa koululääkärillä, terveyskeskuksessa ja sukupuolitauteiden poliklinikalla. Niin tytöt kuin pojatkin valitsivat vain sukupuolitauteiden poliklinikan sopivaksi paikaksi. Harvat nuoret tiesivät, että sukupuolitauti voi olla usein täysin oireeton. Enemmistö uskoi, että sukupuolitauti voi olla oireeton vain harvoin. (Taulukko 13)



**Taulukko 13** Kysymykset sukupuolitaudeista (N=120)

<b>Oikeiden vastausten osuus:</b>	<b>Tytöt</b> (n=62)	<b>Pojat</b> (n=58)	<b>p</b> (oikeat vastaukset)
26. Sukupuolitaudit tarttuvat limakalvo- kontakteissa limakalvolta toiselle	67,7%	46,6%	0,019
27. Ei voi tietää, ettei saa yhdyntäkumppanilta sukupuolitautia vaikka olisi tuntenut hänet jo usean kuukauden ajan, vaikka hänellä on kaveripiirissä hyvä maine ja vaikka hän kertoisi, ettei hänellä ole sukupuolitautia	64,5%	36,2%	0,002
28. Sukupuolitaudin voi tutkituttaa ja hoitaa koululääkärin vastaanotolla, terveyskeskuksessa ja sukupuolitautien poliklinikalla	40,3%	25,9%	0,093
29. Sukupuolitartunta voi usein olla täysin oireeton	24,3%	15,5%	0,235

## 8.6. Raskaus

Tytöistä neljä viidestä tiesi, että kuukautisten alkaminen on merkki siitä, että tyttö voi tulla raskaaksi. Pojistakin kaksi kolmasosaa tiesi oikean vastauksen, mutta viidesosa myös uskoi, että vasta tytön täytettyä 16 vuotta raskaaksi tuleminen on mahdollista. Nuorilla oli huonosti tietoa siitä, että nainen tulee helpoimmin raskaaksi kuukautiskierron puolivälissä. Vastaukset jakautuivat niin tytöillä kuin pojillakin hyvin tasaisesti kaikkien neljän vastausvaihtoehdon kesken, ja oikea vaihtoehto sai kaikkein vähiten kannatusta. Kaksi kolmasosaa nuorista tiesi, että raskaustestin tekeminen on ensimmäinen askel jos epäilee olevansa ei-toivotusti raskaana. Pojat vastasivat tähän kysymykseen tyttöjä paremmin. Tytöistä 15% odottelisi, että vielä seuraavatkin kuukautiset jäävät tulematta. Tytön ensisijaisen oikeuden päättää alkaneen raskauden jatkumisesta tiesi oikein kaksi viidesosaa sekä tytöistä että pojista. Lähes yhtä suuri osa kannatti sitä, että tyttö ja poika päättävät asian yhdessä. Kaksi kolmasosaa nuorista tiesi oikein sen, että alle 16-vuotias tyttö Suomessa raskaaksi tullessaan tekee useimmiten abortin. Myös lapsen pitäminen tai sen luovuttaminen adoptoitavaksi sai kannatusta. (Taulukko 14)

**Taulukko 14** Kysymykset raskaudesta (N=120)

<b>Oikeiden vastausten osuus:</b>	<b>Tytöt (n=62)</b>	<b>Pojat (n=58)</b>	<b>p (oikeat vastaukset)</b>
30. Tyttö voi tulla raskaaksi, kun hänen kuukautisensa ovat alkaneet	80,6%	67,2%	0,094
31. Nainen tulee helpoimmin raskaaksi kuukautiskierron puolivälissä	19,4%	19,0%	0,957
32. Jos epäilee olevansa ei-toivotusti raskaana tulee tehdä raskaustesti	72,6%	79,3%	0,389
33. Alkaneen raskauden jatkumisesta päättää ensisijaisesti tyttö	41,9%	41,4%	0,951
34. Kun alle 16-vuotias tyttö Suomessa huomaa olevansa raskaana hän useimmiten tekee abortin	64,5%	58,6%	0,507

Raskauteen liittyviä monivalintakysymyksiä haluttiin vielä täydentää avoimella kysymyksellä (Taulukko 15). Kysymyksessä vastaajia pyydettiin kuvittelemaan itsensä tilanteeseen, jossa joko vastaaja itse tai vastaajan tyttöystävä olisi raskaana. Kysymyksellä haluttiin selvittää sitä, millaisia toimintamalleja nuorilla on tällaisessa tilanteessa ja millaisia ajatuksia tilanne heissä herättäisi.

Pääosin nuoret suhtautuivat kuviteltuun tilanteeseen asiallisesti ja enemmistöllä oli ajatus siitä miten tilanteessa toimisi. Valtaosa nuorista keskustelisi raskaudesta kumppaninsa kanssa ja he yhdessä päättäisivät miten toimitaan (n=54). Moni nuori haluaisi myös vanhempien apua ja tukea tilanteessa (n=20).

*”Minä tyttönä kertoisin poikaystävälleni siitä, sitten yhdessä mieltisimme miten kertoisimme vanhemille siitä. Jos olisi hyvä suhde ja vanhemmat auttaisivat taloudellisesti niin voisin myös pitää vauvaa.”* (Tyttö 15 vuotta, Kosovo, Suomessa 15 vuotta)

*”kertoisin vanhemille, jos he eivät pidä siitä, karkaisin kotoilta ja muuttaisin johonkin paikkaan johon voisin kasvattaa oman lapseni”* (Tyttö 14 vuotta, Somalia, Suomessa 9 vuotta)

Suurempi osa nuorista piti aborttia (n=29) parempana ratkaisuna kuin lapsen pitämistä (n=16).

*”tyttöystäväni pitäisi tehdä abortti koska emme ole valmiita elättämään lapsen”*  
(Poika 16 vuotta, Kurdistan, Suomessa 5 vuotta)

Adoption mainitsi kuusi vastaajaa. Lääkäriltä ja terveydenhoitajalta haettaisiin myös apua (n=28) ja raskaus haluttaisiin varmistaa raskaustestillä. Moni nuori koki olevansa valmis ottamaan vastuuta lapsesta ja perheestä. Usein pohdittiin omaa nuorta ikää ja suhteen laatua, ja taloudellinen tilannekin herätti huolta.

*”I would talk to her about it and see weather she wants to give birth the child or not and then if she wants to give birth I would continue the relationship and take care of the child”* (Poika 14 vuotta, Yhdysvallat, Suomessa 5-6 vuotta)

Vain muutama vastaaja piti aborttia täysin poissuljettuna vaihtoehtona. Toiset eivät tieneet mitä tehdä tällaisessa tilanteessa ja uskoivat paniikin ja ahdistuksen olevan ensimmäiset ajatukset (n=15). Jonkin verran vastauksissa nousi esille, että poika päättäisi raskauden jatkumisesta määräämällä tytön tekemään abortin. Pääosin kuitenkin ajateltiin, että tyttö saa tehdä lopullisen päätöksen asiasta. Kysymykseen saatiin 98 vastausta (N=120)

**Taulukko 13** Avoin kysymys: Toimiminen raskaaksi tullessa (n=98)

	<b>Miten nuori toimisi tullessaan ei-toivotusti raskaaksi?</b>	Mainittu vastuksissa (lkm)
1	Keskustelu ja yhteinen päätös kumppanin kanssa	54
2	Abortti	29
3	Hakeutuminen terveydenhoitajan tai lääkärin luo	28
4	Lapsen pitäminen tai adoptio	22
5	Vanhempien apu ja tuki	20
6	Epätietoisuus, paniikki	15

## 8.7. Seksuaalinen kanssakäyminen ja itsetyydytys

Kaksi kolmasosaa nuorista tiesi, että masturboinnilla tarkoitetaan itsensä seksuaalisesti kiihottavaa hyväilyä. Vain noin kolmasosa sekä tytöistä että pojista tiesi, että ensimmäisessä yhdynnässä molemmat voivat kokea kipua, puolet tytöistä ei koe lainkaan kipua ja että immenkalvoa voidaan tarvittaessa laajentaa. Kysymykseen itsetyydytyksen merkityksestä vain noin puolet osasi sanoa, että se on hyvä keino tutustua oman kehonsa seksuaalisiin reaktioihin. Pojista kolmasosa oli sitä mieltä, että itsetyydytys on helppoa, koska sitä voi tehdä missä ja milloin vain. Huomattavaa on myös se, että 15% nuorista ajatteli itsetyydytyksen olevan sopivaa vain seksikumppanin puuttuessa. Tässä tyttöjen ja poikien ero ole tilastollisesti merkitsevä ( $p=0,046$ ).

Koko seksuaaliterveyskyselyn huonoiten tiedetty kysymys oli kysymys siitä, kuinka kauan naisilla keskimäärin kestää ensimmäisestä yhdynnästä ensimmäiseen orgasmiin yhdynnässä. Selvä enemmistö nuorista uskoi naisen saavan orgasmin jo ensimmäisessä yhdynnässä tai hyvin pian sen jälkeen. Tytöt vastasivat tähän huonommin kuin pojat. Nuoret tiesivät, että toisen ihmisen koskettelu ja hyväily on sopivaa silloin, kun molemmat sitä haluavat. Alle puolet nuorista tiesi seksuaalisen hyväksikäytön painostamiseksi tai pakottamiseksi toisen yhdyntään vastoin tämän tahtoa. Kolmasosa oli sitä mieltä, että myös seksistä maksaminen, ja yhdyntä nuoren ja alle 16-vuotiaan kesken on seksuaalista hyväksikäyttöä. (Taulukko 16)

**Taulukko 16** Kysymykset seksuaalisesta kanssakäymisestä ja itsetyydytyksestä (N=120)

<b>Oikeiden vastausten osuus:</b>	<b>Tytöt (n=62)</b>	<b>Pojat (n=58)</b>	<b>p (oikeat vastaukset)</b>
37. Masturbointi tarkoittaa itsensä seksuaalisesti kiihottavaa hyväilemistä	67,7%	69,0%	0,866
38. Sekä tyttö että poika voivat kokea ensimmäisen yhdyntänsä kivuliaana, noin puolet tytöistä ei koe lainkaan kipua ensimmäisessä yhdynnässä ja immenkalvoa voidaan tarvittaessa laajentaa etukäteen pienellä kirurgisella toimenpiteellä	29,5%	31,0%	0,811
39. Itsetyydytys on hyvä tapa tutustua kehonsa seksuaalisiin reaktioihin	61,3%	43,1%	0,046
40. Nainen kokee orgasmin keskimäärin kahden - kolmen vuoden kuluttua ensimmäisestä yhdynnästä	4,8%	8,6%	0,407
41. Monia nuoria kiinnostaisi kosketella ja hyväillä toista ihmistä. Sen voi tehdä, kun molemmat sitä haluavat	85,5%	74,1%	0,120
42. Seksuaalista hyväksikäyttöä on jos painostaa tai pakottaa toisen yhdyntään vastoin tämän tahtoa	48,4%	48,3%	0,990

### 8.8. Seksuaaliterveystiedon tarve

Maahanmuuttajanuorten seksuaaliterveystiedon tarvetta kartoitettiin kahdella avoimella kysymyksellä. Kysymyksillä selvitettiin mistä seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista nuoret haluaisivat saada enemmän tietoa ja miksi nämä asiat ovat heille tärkeitä. Nuoret halusivat enemmän tietoa raskaudesta ja siihen liittyvistä elämänmuutoksista (n=10). Myös sukupuolitaudeista ja ehkäisystä toivottiin lisätietoa (n=9). Vastakkainen sukupuoli kiinnosti sekä tyttöjä että poikia, ja myös itse seksin harrastaminen mietitytti monia (n=13). Useat nuoret kokivat, että kaikki tieto on hyvää ja tarpeellista (n=16), mutta yllättävän paljon oli myös niitä, jotka eivät halunneet enää lisätietoa seksuaaliterveysasioista (n=39). Kaikista vastaajista (N=120) kysymykseen vastasi 74 nuorta. (Taulukko 17)

**Taulukko 17** Avoin kysymys: Seksuaaliterveystiedon tarve (n=78)

	<b>Mistä seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista haluaisi enemmän tietoa?</b>	Mainittu vastauksissa (lkm)
1	Ei halua lisää tietoa	39
2	Kaikki tieto hyvää ja tarpeellista	16
3	Vastakkainen sukupuoli ja seksin harrastaminen	13
4	Raskaus ja siihen liittyvät asiat	10
5	Ehkäisy ja sukupuolitaudit	9

Kysyttäessä seksuaaliterveysasioiden merkityksestä moni nuori mainitsi tulevaisuuden (n=26). Nuoret uskoivat tarvitsevansa tietoja vielä myöhemmin elämässään. Monet myös ajattelivat, että asiat (esim. raskaus, sukupuolitauti) voivat sattua myös itselle ja silloin on hyvä tietää miten toimia ja mistä hakea apua (n=25). Tytöt pitivät erityisen tärkeänä sitä, että osaavat ehkäistä raskauden liian nuorella iällä. Enemmistö vastaajista oli sitä mieltä, että seksuaaliterveys on tärkeää oman hyvinvoinnin kannalta ja kaikki siihen liittyvä tieto on hyödyllistä (n=17). Kahdeksan vastaajaa ei pitänyt seksuaaliterveysasioita lainkaan tärkeinä. Tähän kysymykseen vastasi 54 nuorta (N=120).

Nuorilta kysyttiin myös mistä seksuaaliterveyteen liittyvästä asiasta he haluaisivat tietää lisää. Yhteensä 15 vastaajaa sanoi tietävänsä jo riittävästi tai jopa kaiken seksuaaliterveydestä. Vastaavasti 24 vastaajaa ei halunnut lisätietoa aiheesta esimerkiksi siitä syystä, ettei pitänyt sitä tärkeänä. Näiden yhteensä 39:n nuoren tietokysymysten oikeiden vastausten määrä kuitenkin osoitti tiedoissa olevan selviä puutteita. Niillä, jotka kertoivat jo tietävänsä seksuaaliterveydestä riittävästi, oikeiden vastausten määrän keskiarvo oli 21 oikeaa vastausta 36:ta. Ne, jotka eivät halunneet enää lisätietoa tai eivät pitäneet aiheita tärkeinä saivat keskimäärin oikein vain 18/36 tietokysymystä. Enemmistö tietojaan väärin arvioineista nuorista oli 9-luokkalaisia (n=24), mutta joukossa oli myös 7-luokkalaisia (n=12). Sekä tytöt että pojat arvioivat omaa tietotasoaan väärin ja vähätelivät lisätiedon tarvetta.

## 8.9. Koulun seksuaaliopetus

Kyselyn lopuksi nuorilta kysyttiin vielä koulun seksuaaliopetuksesta kahdella avoimella kysymyksellä. Ensimmäisessä kysymyksessä vastaajaa pyydettiin kertomaan mikä hänen mielestään on koulun seksuaaliopetuksessa erityisen tärkeää ja mistä hän haluaisi opettajan kertovan lisää. Ehkäisy, sukupuolitaudit ja seksin harrastaminen koettiin kaikkein tärkeimmiksi asioiksi seksuaaliopetuksessa (n=33). Monen vastaajan mielestä kaikki asiat seksuaaliopetuksessa ovat tärkeitä ja niistä on hyötyä tulevaisuudessa (n=15). Moni piti tärkeänä myös seurusteluun, aikuistumiseen ja kehon muutoksiin liittyviä asioita (n=10). Iso osa vastaajista toivoi saavansa lisää tietoa seksin harrastamisesta ja siitä mitä yhdynnässä käytännössä tapahtuu. Tämä kiinnosti niin tyttöjä kuin poikia. Lisätietoa toivottiin myös ehkäisystä ja sukupuolitautilien tarttumisesta, ja tytöt toivoivat lisätietoa raskaudesta ja sikiön kehittämisestä. Jonkun verran toivottiin myös keskustelua perusasioista, kuten seurustelusta ja kiinnostuksen heräämisestä vastakkaiseen sukupuoleen. Muutamia vastauksia tuli myös liittyen seksiin pakottamiseen, raiskaamiseen ja miten tällaiseen tulisi suhtautua. Tähän kysymykseen vastasi 68 nuorta (N=120).

Toisella kysymyksellä selvitettiin sitä kokevatko nuoret seksuaaliopetuksen kiusallisena tai onko opettaja käsitellyt asioita, joita nuori ei olisi halunnut tietää. Selvä enemmistö nuorista oli sitä mieltä, että seksuaaliopetus on tärkeää ja kaikki käsiteltävät asiat ovat hyödyllisiä ja mielenkiintoisia. Jotkut kuitenkin kokivat ahdistavana kaiken tiedon siitä mitä elämässä voi tapahtua ja mitä aikuistuminen tarkoittaa. Pojat kokivat joskus tyttöjen jutut, kuten kuukautiset, heille turhana tietona. Tytöt taas olivat kokeneet kiusallisena sen, että heidän täytyi harjoitella kondomin laittamista. Muutama vastaaja oli sitä mieltä, että yhdynnästä puhutaan liikaa. Myös sukupuolitaudit ja opetuksen tukena käytetyt kuvat olivat joidenkin mielestä epämiellyttäviä. Jotkin nuoret myös kokivat opettajan kanssa keskustelemisen kiusallisena. Muutama vastaaja oli myös sitä mieltä, että kaikki seksuaaliopetuksessa käsiteltävä on kiusallista eivätkä he haluaisi oppia enempää. Kysymykseen antoi vastauksensa 59 nuorta (N=120).

### **8.10. Iän, sukupuolen, luokka-asteen, maassaoloajan, kouluvuosien määrän ja seurustelun yhteys maahanmuuttajanuorten seksuaaliterveystietoihin**

Vastaajat luokiteltiin iän perusteella kolmeen eri luokkaan: 11-13-vuotiaat, 14-15-vuotiaat ja 16-18-vuotiaat. Riippumattomien ryhmien T-testillä katsottiin eroaako vastaajien oikeiden vastausten määrä ikäluokkien mukaan. P-arvoksi saatiin 0,152, joten ikä ei näyttäisi selittävän oikein vastausten määrä tilastollisesti merkitsevästi. Keskiarvoja vertaamalla kuitenkin nähtiin, että 14-15-vuotiaat saivat eniten oikeita vastauksia. Toiseksi parhaiten pärjäsivät 16-18-vuotiaat ja huonoiten 11-13-vuotiaat. T-testillä katsottiin myös sukupuolen vaikutusta tietokysymyksissä menestymiseen. Saadun p-arvon (0,005) perusteella voidaan sanoa, että tyttöjen seksuaaliterveystiedot ovat paremmat kuin poikien ja ero on tilastollisesti merkitsevä. Nykyinen tai aiemmin tapahtunut seurustelu ei vaikuttanut oikeiden vastausten määrään merkitsevästi ( $p=0,087$ ). Kuitenkin ne nuoret, jotka seurustelivat tai olivat aiemmin seurustelleet antoivat keskimäärin kahteen kysymykseen enemmän oikean vastauksen kuin ei-seurustelevat. (Taulukko 18)

Luokka-asteen yhteyttä seksuaaliterveystietoihin testattiin varianssianalyysillä (ANOVA). Tulokseksi saatiin, että luokka-aste selittää oikeiden vastausten määrää tilastollisesti erittäin merkitsevästi ( $p=0,000$ ). Seitsemäsluokkalaisten tiedot olivat keskimäärin heikoimmat ja yhdeksäsluokkalaisten parhaimmat (Kuvio 5). Maahanmuuttajanuorten Suomessa oloaika luokiteltiin kolmeen luokkaan niin, että 1-5 vuotta, 6-11 vuotta ja 12-17 vuotta olleet muodostivat omat ryhmänsä. Maassaoloaika ei näyttäisi tilastollisesti merkitsevästi selittävän tietokysymyksissä menestymistä ( $p=0,246$ ). Kuitenkin huomattavaa on, että vähiten aikaa Suomessa olleet vastasivat kysymyksiin parhaiten, kun taas kauiten aikaa olleet vastasivat huonoiten. (Taulukko 18)

Suomessa käydyt kouluvuodet jaoteltiin myös kolmeen ryhmään: 1-4 vuotta, 5-7 vuotta ja 8-13 vuotta. Varianssianalyysi ei antanut tilastollisesti merkitsevää eroa oikeiden vastausten määrässä sen mukaan kuinka kauan vastaaja oli käynyt koulua Suomessa ( $p=0,882$ ). Tässäkin kuitenkin huomattavaa on se, että oikeiden vastausten keskiarvot olivat parhaat ryhmässä ”1-4 kouluvuotta Suomessa” ja huonoimmat ryhmässä ”5-7 kouluvuotta Suomessa”.



**Taulukko 18** Taustamuuttujien yhteys seksuaaliterveystietokysymysten oikeiden vastausten määrään (tietokysymyksiä yhteensä 36 kpl)

Taustamuuttuja		ka	kh	T-testi	ANOVA
Sukupuoli	Tyttö(n=62)	19,48	5,6	F=0,174 df=118 P=0,005	
	Poika(n=58)	16,52	5,8		
Ikä	11-13v(n=33)	16,45	5,4		F=2,274
	14-15v(n=63)	19,06	6,4		df=2
	16-18v(n=24)	17,58	4,6		p=0,107
Luokka-aste	7lk(n=49)	15,67	5,5		F=12,63
	8lk(n=22)	16,82	5,5		df=2
	9lk(n=49)	20,98	5,9		p=0,000
Asunut Suomessa	1-5v(n=43)	19,30	6,5		F=1,374
	6-10v(n=40)	17,41	5,1		df=2
	11-16v(n=36)	17,49	5,6		p=0,257
Koulu-vuodet Suomessa	1-4v(n=36)	19,72	6,0		F=2,837
	5-8v(n=64)	16,98	5,7		df=2
	9-13v(n=19)	18,95	5,3		p=0,063
Seurustelu	Kyllä(n=69)	18,84	6,1	F=0,618 df=118 P=0,087	
	Ei(n=51)	16,98	5,5		

## 9 POHDINTA

### 9.1. Tutkimuksen päätulokset

Tutkimus antaa uutta tietoa aiheesta, jota ei aiemmin ole juurikaan tutkittu. Tutkimustulokset osoittavat, että yläkouluikäisillä maahanmuuttajanuorilla on selviä puutteita seksuaaliterveystiedoissaan. Heikko tietotaso jakautuu tasaisesti kaikille tutkituille seksuaaliterveyden osa-alueille. Luokka-aste ja sukupuoli vaikuttavat merkittävästi nuorten tietotasoon, mutta iällä ja Suomessa oloajalla ei ollut selvää yhteyttä. Myöskään Suomessa käydyt kouluvuodet tai seurustelu eivät vaikuttaneet tietokysymyksissä pärjäämiseen. Merkittävää on myös, että tulosten perusteella maahanmuuttajanuoret uskovat tietävänsä seksuaaliterveysasioista riittävästi vaikka heidän tietotasonsa osoittaa toista. Koulun seksuaaliopetukseen maahanmuuttajanuoret olivat pääosin tyytyväisiä.

Maahanmuuttajanuorten seksuaaliterveystiedot olivat merkittävästi huonommat kuin suomalaisilla saman ikäryhmän nuorilla. Huomattavaa on myös, että Suomessa ikänsä asuneilla, toisen polven maahanmuuttajilla, oli myös selvästi huonompi seksuaaliterveystietämys kuin suomalaisilla nuorilla. Tätä selittänee ainakin osittain kulttuuriset ja uskontotaustasta johtuvat erot. Maahanmuuttajanuoret eivät yltäneet tiedoissaan terveystiedon opetussuunnitelmassa mainittuihin tavoitteisiin. Erityisesti puutteita oli fyysiseen seksuaalisuuteen ja seksuaaliterveyteen liittyvissä tiedoissa. Sen sijaan nuoret osoittivat kypsyyttä, vastuuntuntoa ja kykyä pohtia omaa seksuaaliterveyttään. Omaa terveyttä arvostettiin ja siitä haluttiin pitää huolta. Myös omaa kumppania ja hänen mielipiteitään haluttiin pääasiassa kunnioittaa. Tärkeiden asioiden päättämisessä nuorten perhekeskeisyys nousi esille. Vanhemmat ja kumppani haluttiin ottaa mukaan keskusteluun. Toisaalta keskustelu vanhempien kanssa koettiin kiusallisena ja tietoa haettiin mieluummin muualta, kuten Internetistä, koulusta ja kavereilta.

Koulun seksuaaliopetuksessa maahanmuuttajanuoret toivoivat erityisesti tietoa perusasioista, kuten ehkäisystä, raskaudesta, sukupuolitaudeista ja seksin harrastamisesta. Vastakkainen sukupuoli kiinnosti niin tyttöjä kuin poikiakin. Pääosin seksuaaliopetusta ja saatuja tietoja pidettiin hyvänä ja tärkeänä. Vain harva oli kokenut seksuaaliopetuksen kiusallisena tai

sopimattomana. Kuitenkin ikäkauteen kuuluvaa nolostumista ja vastakkaiseen sukupuoleen liittyvien asioiden vieroksumista tuli esille. Myös tieto seksielämän riskeistä ja omaa terveyttä uhkaavista tekijöistä koettiin joskus ahdistavana.

## **9.2. Seksuaaliterveystietämyksen erot suomalaisnuorten ja maahanmuuttajanuorten välillä**

Verrattaessa maahanmuuttajanuorten ja suomalaisnuorten seksuaaliterveystietoja, havaittiin suuria eroja. Vertailukohtana on Kontulan & Meriläisen (2007) tekemä laaja suomalaisnuorten seksuaaliterveystietokysely, jonka kysymykset olivat tämän tutkimuksen kyselylomakkeen lähtökohtana. Yleisesti ottaen maahanmuuttajanuoret vastasivat kysymyksiin samansuuntaisesti kuin suomalaiset. Kysymykset, jotka olivat hankalia suomalaisnuorille olivat hankalia myös maahanmuuttajanuorille. Myös tyttöjen ja poikien ero oli samanlainen kuin suomalaisnuorilla: tytöt pärjäsivät poikia paremmin kaikilla osa-alueilla. Huomattavaa oli kuitenkin se, että lähes poikkeuksetta maahanmuuttajanuorten oikeiden vastusten määrä oli selvästi alhaisempi kuin suomalaisilla ikätovereilla. Keskimäärin maahanmuuttajanuorilla oikeiden vastausten osuus oli 20 % vähemmän kuin suomalaisilla. Myös toisen polven maahanmuuttajanuoret pärjäsivät tietokysymyksissä huonommin suomalaisnuoriin verrattuna.

Kysymyksissä lapsuudesta ja murrosiästä, suurimmat erot tulivat esille kuukautisiin liittyvissä kysymyksissä. Niissä maahanmuuttajien ja suomalaisten tietomäärän ero oli jopa 35%. Sukupuolielimiin liittyvissä kysymyksissä suurimmat erot olivat rintojen kehittymiseen ja erektioon liittyviä (jopa 40 %). Myös sukupuolihormonien tuotantopaikka tiedettiin lähes 30 % huonommin verrattuna suomalaisiin. Raskauteen liittyen merkittävimmät erot nousivat raskauden jatkamiseen ja raskaaksi tulemiseen liittyen. Huomattava ero oli myös siinä, miten usein suomalaisen nuoren uskottiin raskaaksi tullessaan päätyvän aborttiin. Tätä selittänee osittain kulttuuriset ja uskonnolliset erot.

Maahanmuuttajanuoret tiesivät suomalaisnuoria huonommin myös sukupuolielinten rakenteeseen ja toimintaan liittyvät asiat. Suurimmat erot tulivat rintojen kehitykseen (30 %) ja erektion syntyyn (35 %) liittyen. Myös sukupuolihormonien tuotantopaikan valinnassa maahanmuuttajien ja suomalaisten oikeiden vastausten määrän ero oli lähes 30 %.

Seksuaaliseen kanssakäymiseen liittyvissä kysymyksissä maahanmuuttajanuorten ja suomalaisten erot eivät olleet kovin suuria (n. 10 %). Ensimmäistä yhdyntää koskien maahanmuuttajapojat vastasivat paremmin kuin suomalaiset toverinsa. Kuten suomalaisilla myös maahanmuuttajilla koko tietokyselyn huonoin tulos saatiin kysymyksestä naisen ensimmäisestä orgasmista, jonka uskottiin tapahtuvan jo ensimmäisessä yhdynnässä tai pian sen jälkeen. Ainoastaan tietämättömyys aiheesta ei selitä huonoa tietotasoa vaan nuorilla on aiheesta paljon väärää luuloa ja kuvitelmaa. Tämä voi asettaa niin tytöille kuin pojillekin turhia paineita ja odotuksia. Nuori voi kokea epäonnistuneensa jos ei saavuta orgasmia ensimmäisissä yhdynnöissään. Koulun seksuaaliopetuksessa aiheeseen pitäisi panostaa nykyistä enemmän, jotta väärinkäsitykset ja harhaluulot saataisiin oikaistua.

Ehkäisyasioihin liittyen maahanmuuttajanuorten ja suomalaisnuorten välillä oli osittain hyvin suuria eroja. Vastuu raskauden- ja sukupuolitautilien ehkäisystä tiedettiin 25 % huonommin. Kondomien oston ikärajaa kysyttäessä suomalaisten ja maahanmuuttajien välillä ero oli 30 %. Suomalaisia heikommin maahanmuuttajat tiesivät myös mistä hankkia e-pilleriehkäisy (25 %) ja miten pillereitä tulee käyttää (20 %). Myös tiedoissa jälkiehkäisystä oli suuri ero, 30 %. Aiemmat tutkimukset (Clark ym. 2006; Mollen ym. 2008) osoittavatkin erityisesti maahanmuuttajatytöillä olevan monia ennakkokäsityksiä ehkäisytableteista ja jälkiehkäisystä. Nuoret afroamerikkalaiset naiset olivat huolissaan hormonaalisen ehkäisyn aiheuttamista sivuvaikutuksista ja ehkäisyn vaikutuksista kuukautisten säännöllisyyteen. Jälkiehkäisyä käyttäviä naisia taas pidettiin usein vastuuttomina. (Clark ym. 2006; Mollen ym. 2008.)

Suomalaisnuorten tapaan myös maahanmuuttajanuoret uskoivat kondomin olevan paras keino raskauden ehkäisyyn. Tässä kohtaa nuorilla lienee mennyt sekaisin raskauden ja tartuntojen ehkäisy. Koulun opetuksessakin ehkä painotetaan, ihan perustellusti, kondomin käytön merkitystä ensisijaisena ehkäisyvälineenä. Nuorilla ei kuitenkaan näyttäisi olevan tietoa siitä, että kondomiin liittyy raskausriskejä huomattavasti enemmän kuin ehkäisytableteihin. Yhdysvaltalaisesta tutkimuksesta käy ilmi vuosina 1991–2001 valkoihoisten yhdysvaltalaisopiskelijoiden käyttäneen tuplaehkäisyä hieman useammin kuin tummaihoisten tai latinalaisamerikkalaisten opiskelijoiden (Anderson ym. 2003). Belgialaisessa tutkimuksessa ei todettu selvää eroa syntyperäisten belgialaisnuorten ja vähemmistönuorten kondomin käytön yleisyydessä, mutta vähemmistönuorten todettiin olevan hieman epävarmempia siitä, kuinka kondomia tulisi käyttää oikein (Hendrickx ym. 2008).

Sukupuolitautilien tartuntatapa oli maahanmuuttajilla selvästi suomalaisia huonommin tiedossa (35 %). Maahanmuuttajat myös suomalaisia useammin luottaisivat siihen, että yhdyntäkumppanilta ei saa sukupuolitauteja (25 %). Kuten suomalaisnuoret, myös maahanmuuttajat tiesivät huonosti sen, että sukupuolitauti voi usein olla oireeton. Tämä on ongelmallista, koska nuoret eivät osaa epäillä kantavansa itse tartuntaa ja voivat näin levittää sitä tietämättään. Tartunnat voivat myös jäädä hoitamatta, mistä taas voi olla vakaviakin seurauksia myöhemmin. Kansainvälisissä tutkimuksissa on todettu, että saatu seksuaalikasvatus ei aina takaa hyvää tietämystä. Yhdysvaltalais tutkimuksessa 97 % monikulttuurisista nuorista kertoi saaneensa opetusta sukupuolitaudeista, mutta kuitenkin vain 2 % heistä osasi nimetä kahdeksan yleisintä sukupuolitautia ja tiesi tautien oireista (Clark ym. 2002). Sukupuolitautilien oireettomuuden korostaminen seksuaaliopetuksessa lisää nuorten tietämystä ja voisi vaikuttaa sukupuolitautiltartuntojen määrään. Kysymyksissä itsetyydytyksestä maahanmuuttajien oikeiden vastausten määrä oli n. 30 % pienempi kuin suomalaisilla. Maahanmuuttajat selvästi pitivät itsetyydytystä heille vieraana asiana, ja sopivanakin ainoastaan kumppanin puuttuessa.

### **9.3. Kodin ja koulun merkitys seksuaalikasvatuksen antajina**

Tutkimustulokset osoittavat, että maahanmuuttajanuoret eivät juurikaan keskustele seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista vanhempiensa kanssa. Internet, koulun terveydenhoitaja ja kaverit olivat kyselyyn osallistuneiden nuorten mielestä parhaita tiedonlähteitä. Monista asioista, kuten ehkäisystä, sukupuolitaudeista, seksin harrastamisesta ja seksuaalisesta suuntautumisesta puhuminen koettiin erityisen hankalana. WHO:n määrittelemissä nuorten seksuaalioikeuksissa korostetaan vanhempien ja muiden aikuisten vastuuta seksuaalitiedon antajina ja seksuaalioikeuksista tiedottajina (Nuorten seksuaalioikeudet 2011). Schouten ym. (2007) ovat tutkimuksissaan todenneet, että etninen tausta vaikuttaa voimakkaasti nuorten ja vanhempien väliseen kommunikaatioon seksuaalisuudesta. Heidän tutkimuksessaan käy ilmi, että Hollannissa asuvat turkkilaiset ja marokkolaiset nuoret keskustelevat seksuaalisuudesta selvästi vähemmän vanhempiensa kanssa kuin syntyperäiset hollantilaiset. Samanlaisia tuloksia ovat saaneet myös Hendrickx ym. (2008), joiden mukaan hollantilaiset maahanmuuttajanuoret kokivat kommunikaation seksuaalisuuteen liittyvistä asioista vanhempiensa kanssa vaikeana ja negatiivisena asiana. Kuitenkin vanhempien antamalla tuella oli suuri merkitys myös maahanmuuttajanuorille.

Tekemässäni tutkimuksessa käy ilmi, että nuoret arvostavat vanhempiaan ja perhettään paljon ja perheen mielipiteet ovat tärkeitä. Myös partnerin mielipidettä arvostetaan ja esimerkiksi päätös raskauden jatkamisesta haluttaisiin usein tehdä yhdessä. Kommunikointi partnerin kanssa seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa on osoitettu olevan merkittävä seksuaaliterveyttä edistävä seikka (Hendrickx ym. 2008).

Aiemman tutkimuksen perusteella (Coleman & Testa 2007; Epstein & Ward 2008) etninen tausta näyttäisi vaikuttavan siihen, keneltä maahanmuuttajanuori toivoo saavansa seksuaaliterveyskasvatusta. Iso-Britanniassa asuvat aasialaisnuoret toivovat vain harvoin seksuaalikasvatusta vanhemmiltaan (Coleman & Testa 2007) ja samanlaisiin tuloksiin päästiin myös Yhdysvalloissa asuvien aasialaisnuorten kohdalla (Epstein & Ward 2008). Tutkimuksesta käy ilmi, että Yhdysvalloissa asuvat tummaihoiset nuoret saivat enemmän seksuaalikasvatusta vanhemmiltaan kuin valkoihoiset nuoret (Epstein & Ward 2008) ja Iso-Britanniassa asuvat tummaihoiset nuoret myös toivoisivat vanhemmiltaan enemmän seksuaalikasvatusta (Coleman & Testa 2007).

Tässä tutkimuksessa maahanmuuttajanuoret kokivat koulun tarjoaman seksuaaliopetuksen pääosin hyödyllisenä ja sopivana, ja moni koki kaiken saadun tiedon olevan hyödyllistä. Lisää tietoa toivottiin seksuaaliterveyden perusasioista, kuten ehkäisystä, sukupuolitaudeista ja murrosiästä ylipäänsä. Koulua ja erityisesti oppitunteja onkin pidetty hyvänä väylänä antaa seksuaaliopetusta (Coleman & Testa 2007; Kontula & Meriläinen 2007). Iso-Britanniassa asuvat aasialaisnuoret toivoivat seksuaalikasvatusta ensisijaisesti koulusta, kun taas valkoihoiset ja tummaihoiset nuoret pitivät tärkeämpänä muita tahoja, kuten tyttö/poikaystäviä, mediaa ja terveydenhoitajia. Myös belgialaiset maahanmuuttajanuoret keskustelevat seksuaaliasioista mieluiten opettajien, terveydenhoitajien ja lääkäreiden kanssa (Hendrickx ym. 2008). Tutkimustulokset puoltaisivat sitä ajatusta, että maahanmuuttajanuoret kokevat koulun seksuaaliopetuksen hyvänä, ja mielekkäämpänä kuin vanhemmilta saadun seksuaalikasvatuksen. Kuitenkin vanhemmilta haluttaisiin tukea ja neuvoja ainakin vaativissa tilanteissa.

Koulun merkitys seksuaalikasvatuksen antajana korostaa opettajien transnationaalisen osaamisen merkitystä. Kyky ymmärtää eri kulttuureista ja eri taustoista tulevia nuoria sekä

aito kiinnostus nuorten arvoja ja asenteita kohtaan on tärkeää. Luottamuksellinen ilmapiiri opetustilanteessa helpottaa nuorten osallistumista ja oppiminen on helpompaa. Opettajan tulisi osata ottaa opetuksessaan huomioon maahanmuuttajanuorten tarpeet ja pystyä ratkomaan ongelmia ja olla oppilaidensa tukena. Näin nuoria voisi rohkaista kysymään ja keskustelemaan, eikä väärinkäsityksille jäisi niin suurta sijaa. Transnationaalinen työtapo auttaisi kehittämään maahanmuuttajanuorten seksuaaliterveyden opettamista. Se voisi toimia työvälineenä ja ratkaisuna monissa tässäkin tutkimuksessa esiin nousseissa haasteissa.

#### **9.4. Maahanmuuttajanuorten tiedot suhteessa terveystiedon opetussuunnitelman tavoitteisiin**

Kuten edellä todettiin, on maahanmuuttajanuorilla huomattavia puutteita seksuaaliterveystiedoissaan. Tiedot kuitenkin parantuvat luokka-asteittain niin, että 9-luokkalaisilla tietämystä oli kaikkein eniten. Koska kysely tehtiin pääosin syksyllä, ei voida olettaa, että 7-luokkalaiset jo hallitsevat luokka-asteelle asetetut opetussuunnitelman tavoitteet. Seuraavassa tarkastellaan saatuja tutkimustuloksia suhteessa terveystiedon opetussuunnitelmassa asetettuihin seksuaalikasvatuksen tavoitteisiin. Terveystiedon opetussuunnitelman tavoitteet ovat nähtävissä luvussa 5.

Tämän tutkimuksen perusteella nuorilla oli suuria puutteita siinä millaisia seksuaalisen kehityksen vaiheita murrosikään liittyy. Tiedot eivät vastanneet terveystiedon opetussuunnitelmassa asetettuja tavoitteita. (Terveystiedon opetussuunnitelma 2010; Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet 2004.) Monia luonnollisia kehitykseen liittyviä asioita pidettiin epänormaalina tai sopimattomana. Seksuaalisuuteen suhtauduttiin kuitenkin melko myönteisesti, mistä kertoo nuorten vastausinnostus kyselyyn. Myös seksuaalisuus ja seksuaaliterveys kiinnosti nuoria. Se nähtiin kuitenkin usein pelkkänä seksinä tai siihen liittyvänä raskauden tai sukupuolitaudin pelkona. Etenkään kahdeksaluokkalaiset eivät vielä nähneet seksiä laajempänä käsitteenä. Omaa seksuaalisuutta kuitenkin osattiin jo pohtia ja ajatella asioita tulevaisuuden kannalta. Omasta terveydestä haluttiin pitää huolta.

Ehkäisymenetelmät olivat nuorilla melko hyvin tiedossa. Monilla oli kuitenkin väärää tietoa siitä miten ehkäisypillerit vaikuttavat ja miten niitä tulee käyttää. Myös e-pillereiden raskautta

ehkäisevä teho tiedettiin huonosti. Tietämys sukupuolitaudeista ei yltänyt opetussuunnitelman vaatimuksiin. Nuoret tiesivät huonosti sen miten taudit tarttuvat, missä niitä voi hoidattaa ja mistä tietää, ettei yhdyntäkumppanilta saa tautia. Myöskään sukupuolitautilien oireettomuudesta ei nuorilla ollut tietoa. Kondomin käyttö sukupuolitautilien ehkäisyssä kuitenkin tiedettiin hyvin, mitä todistaa nuorten perustelut itselle sopivan ehkäisymenetelmän valinnalle.

Nuorten antamat vastaukset avoimiin kysymyksiin viittaavat siihen, että he ovat pohtineet seksuaalisuutta ja seksuaaliterveyden merkitystä omalla kohdallaan. Tulokset osoittavat myös, että nuoret pääosin ymmärtävät henkisen kypsyymisen merkityksen seksikokemusten aloittamiselle. Tätä painotetaan terveystiedon opetussuunnitelmassa. Nuoret ovat myös tarvittaessa valmiita ottamaan vastuuta itsestä ja kumppanista vaikka toisaalta myös halu pysyä vielä lapsena nousi vastauksissa esille. Kaiken kaikkiaan maahanmuuttajanuorten seksuaalisuuteen suhtautuminen osoitti kypsyymistä, mutta seksuaaliterveystiedot eivät suurelta osin vastanneet opetussuunnitelmaan laadittuja tavoitteita.

### **9.5. Uskonnon ja kulttuurin vaikutus saatuihin tuloksiin**

Tutkimuksessa ei suoraan selvitetty, miten nuorten uskonnollinen ja kulttuurinen tausta vaikuttaa seksuaalisuuteen suhtautumiseen ja seksuaaliterveystietoihin. Kuitenkin tulosten perusteella voidaan nostaa esille muutamia seikkoja, joissa nuoren tausta voi olla selittävä tekijänä. Vastaajien edustamissa uskonnoissa abortti on usein ankarasti kielletty. Kuitenkin suuri osa vastaajista pitäisi sitä itselleen sopivana vaihtoehtona. Vastauksista käy myös ilmi, että nuoret ovat jo olleet seksuaalisessa kanssakäymisessä vaikka monen uskonto jyrkästi kieltää esiaviollisen seksin. Aiempi tutkimus (Coleman & Testa 2007) osoittaa, että esimerkiksi muslimit ja hindut ovat ennen avioliittoa seksuaalisesti aktiivisempia kuin uskotaan. Samalla kuitenkin seksuaaliterveystiedot ovat heikot, ja sukupuolitauteja ja ei-toivottuja raskauksia on enemmän. (Coleman & Testa 2007.) Vastanneissa oli melko paljon myös niitä nuoria, jotka liittivät seksuaalisen kanssakäymisen vasta avioliittoon. Tämä voi osaltaan vaikuttaa siihen miksi seksuaaliterveystiedot olivat hatarat: jos aihetta ei koeta itselle ajankohtaiseksi voi sen opiskelu tuntua turhalta.



Ehkäisyvälineiden saatavuuteen liittyvää huonoa tietämystä selittää ainakin osittain nuorten uskonnolliset taustat. Jos seksi liitetään kuuluvaksi aikuisuuteen ja avioliittoon, ajatellaan myös ehkäisyvälineiden hankinnan olevan mahdollista vasta täysi-ikäisille. Huonot tiedot jälkiehkäisystä voivat myös osittain olla nuorten taustoista johtuvia. Moni uskonto kieltää ehkäisyn käytön ja jälkiehkäisyä voidaan pitää vielä sopimattomampana (Clark ym. 2006). Maahanmuuttajanuorten negatiiviset asenteet itsetyydytystä kohtaan voivat osittain johtua uskonnon asettamista rajoitteista. Itsetyydytystä saatetaan pitää likaisena, sopimattomana, ja vain naimattomien ihmisten asiana. Seksuaalisuus nähdään ehkä vain miehen ja naisen välisenä, eikä itsetyydytystä siksi nähdä sopivana omaan kehoon tutustumisen keinona.

Monissa uskonnoissa seksuaalisuudesta ja seksistä ei ole sopivaa puhua. Tämä voi johtaa siihen, että nuoret eivät halua/uskalla puhua seksuaaliterveysasioista vanhempiensa kanssa. Aiemmissä tutkimuksissa (Schouten ym. 2007; Hendrickx ym. 2008) onkin todettu, että maahanmuuttajanuoret keskustelevat seksuaaliterveysasioista vanhempiensa kanssa selvästi vähemmän kuin syntyperäiset ikätoverinsa. Tämä voi olla ongelmallista, jos nuoret päätyvät hakemaan tietonsa Internetistä ja lehdistä, joissa tiedon määrä ja laatu voi antaa vääristyneen kuvan monesta seksuaaliterveyteen liittyvästä asiasta. Uskonto ja kulttuuri voi osaltaan selittää myös sitä, miksi niin moni vastaaja koki jo tietävänsä riittävästi seksuaaliterveydestä eikä halunnut lisätietoa. Moni maahanmuuttajanuori on todennäköisesti saanut Suomessa asuessaan paljon sellaista tietoa, jota ei kotimaassaan olisi ikäisenään saanut. Tämä voi vaikuttaa siihen, että nuori kokee tietävänsä jo riittävästi seksuaaliterveydestä. Toisaalta uskonto ja kulttuuri voi vaikuttaa myös siten, että maahanmuuttajanuori kokee seksuaalisuudesta puhumisen sopimattomana eikä siksi halua enempää tietoa.

Terveystiedon opettajan transnationaalisesta osaamisesta olisi hyötyä maahanmuuttajanuorille annettavan seksuaalikasvatuksen toteuttamisessa. Keskeisten kulttuurisidonnaisten seksuaaliterveyteen liittyvien arvojen, uskomusten ja käytänteiden ymmärtäminen, ja toisaalta myös kunnioittaminen, auttaisi luomaan opetustilanteeseen avoimen ja luottamuksellisen ilmapiirin. Myös kyky soveltaa opetusmenetelmiään monikansalliseen luokkaan sopivaksi ja tarvittaessa käyttää tulkkia, auttaisi uskonnollisten ja kulttuuristen asioiden ymmärtämistä. Tutkimustulosten perusteella ei voida eritellä vastauksiin johtaneita tarkkoja syitä. Voitaneen kuitenkin olettaa, että vastaajien uskonnollisella ja kulttuurisella taustalla on voinut olla vaikutusta niin tietokysymyksissä pärjäämiseen kuin avointen kysymysten vastauksiin.

## 9.6. Tutkimuksen luotettavuus

Maahanmuuttajanuorten seksuaaliterveystiedoista ei löytynyt juurikaan aiempaa tutkimustietoa niin Suomesta kuin muualtakaan maailmasta. Teoriataustan rakentaminen pala palalta vaati luovuutta ja johtopäätösten tekemistä, jopa uusien näkökulmien luomista. Aiemman tutkimustiedon puuttuminen hankaloitti tutkimuksesta saatujen tulosten laadukkuuden arviointia ja toisaalta myös tulosten analysointia. Vertailupohjaa ei juurikaan löytynyt ja esimerkiksi seksuaaliterveystietokyselyn arviointikriteerit täytyi muodostaa itse. Tämä osaltaan vaikuttaa tulosten luotettavuuteen ja yleistettävyyteen. Toisaalta aiemmin tutkimattoman aiheen työstäminen pakotti perehtymään asiaan hyvin syvällisesti ja yksityiskohtaisesti. Jokaista analyysin tulosta ja päätelmää piti miettiä ennen sen julki tuomista. Saadut tutkimustulokset ovat samansuuntaisia kuin muutamissa kansainvälisissä tutkimuksissa, (Coleman & Testa 2008; Epstein & Ward 2008; Milan ym. 2006; Clark ym. 2002; Fergus ym. 2007) mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta

Tutkimusmenetelmäksi valittiin kyselytutkimus, koska se palveli hyvin tutkimuksen tavoitetta. Kyselytutkimuksen etuina ovat taloudellisuuden lisäksi mahdollisuus kerätä aineistoa hyvin laajasta ryhmästä sekä käyttää jo valmiiksi kehitettyjä tilastollisia analyysimenetelmiä. Jos lomake on suunniteltu huolella, aineisto voidaan nopeasti käsitellä tallennettuun muotoon ja analysoida tilasto-ohjelmalla. Aiheen arkaluonteisuuden vuoksi tarvittiin menetelmä, joka mahdollistaa anonymiteetin ja helpottaa arkaluontoisiin kysymyksiin vastaamista. Kyselylomakkeen avulla kysyjä pysyy itse neutraalina eikä kyselyn tuloksiin vaikuta tällöin tutkijan henkilöstä johtuvat tekijät. Kyselylomakkeen etuina voidaan pitää myös vastauksista saatujen tietojen suurta yleistettävyyttä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2000, 189-200.) Tässä tutkimuksessa käytetyn kyselylomakkeen tietokysymykset ovat Väestöliiton seksuaalitutkija Osmo Kontulan suunnittelemat, joten niitä voidaan pitää huolella suunniteltuina (Kontula & Meriläinen 2006.) Tutkimus voitaisiin toistaa samaa kyselylomaketta käyttäen.

Kyselytutkimukseen liittyy myös heikkouksia. Suurimpana ongelmana on vastausten luotettavuus. Silloin, kun tutkija ei itse ole keräämässä aineistoa ei voida varmuudella tietää ovatko vastaajat vastanneet kysymyksiin rehellisesti ja ajatuksella, sekä itsenäisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2000, 189-200.) On vaikea tietää, miten muilla kouluilla

toteutettiin aineiston kerääminen, kuinka paljon nuorille annettiin aikaa ja huolehdittiinko siitä, ettei vastauksia täytetä kaverin kanssa. Tässäkin tutkimuksessa vastauksista huomasi selvästi oliko tutkija itse paikalla vai oliko aineiston kerännyt opettaja. Tutkijan itse keräämät vastaukset olivat laadukkaampia ja syvällisempiä. Tällä tarkoitetaan sitä, että kysymysten vastausprosentti oli korkeampi ja avoimiin kysymyksiin oli annettu sisällöllisesti parempia vastauksia. Vastaamiseen kulunut aika, keskimäärin 40 minuuttia, kertoo myös osaltaan siitä, että nuoret täyttivät lomakkeen ajatuksella.

Tutkimustulosten luotettavuutta tarkasteltaessa tulee ottaa huomioon myös kohderyhmän erityispiirteet. Ensinnäkin maahanmuuttajanuorten suomen kielen osaaminen on hyvin eri tasoista. Kyselylomakkeen erikoissanasto on todennäköisesti ollut osalle vastaajista vaikeaa ymmärtää ja siksi kysymyksiin vastaaminen on voinut perustua etenkin monivalintakysymysten kohdalla arvaamiseen. Tämä taas on voinut vaikuttaa saatujen tulosten luotettavuuteen ja totuudenmukaisuuteen. Kielellisiä ongelmia pyrittiin kuitenkin minimoimaan sillä, että kyselylomakkeeseen valittiin mahdollisimman yksinkertaisia kysymyksiä ja sanamuodot pyrittiin muokkaamaan helpoiksi. Lisäksi vastaajiksi valittiin sellaisia nuoria, joiden kielitaito oli jo riittävän hyvä. Vastaajat olivat keskimäärin olleet Suomessa 8,5 vuotta, joten voidaan ajatella, että heidän suomen kielen taitonsa on keskimäärin riittävä kyselyyn vastaamiseen. Kaikki vastaajat myös kävivät koulua joko suomeksi tai englanniksi.

Tutkimusaineiston koko vaikuttaa tulosten luotettavuuteen ja yleistettävyyteen (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2000, 189-200). Analysoitavana olleet 120 kyselylomaketta olivat vastausten laadultaan hyviä ja niiden täyttämiseen oli panostettu; kaikkiin monivalintakysymyksiin oli vastattu ja myös avoimiin kysymyksiin annetut vastaukset olivat sisällöltään rikkaita. Tämän kokoisen aineiston tuloksia ei voi yleistää koskemaan kaikkia maahanmuuttajanuoria, mutta ne kuitenkin antavat hyvin viitteitä siitä, millainen seksuaaliterveyden tietotaso maahanmuuttajanuorilla on. Nuorilla myös oli vastaustensa perusteella samanlaisia puutteita seksuaalitietämyksessään, joten tämä lisää tulosten luotettavuutta. Lisäksi maahanmuuttajanuorten vastaukset olivat suhteessa samanlaisia kuin suomalaisnuorilla: molemmat ryhmät vastasivat hyvin ja huonosti samoihin kysymyksiin. Tutkimustulokset osoittavat selvästi eron suomalaisnuorten ja maahanmuuttajanuorten tietotason välillä. Mielenkiintoista on se, että myös ne maahanmuuttajat, jotka ovat asuneet

Suomessa koko ikänsä menestyivät kyselyssä suomalaisnuoria heikommin verrattuna Väestöliiton (Kontula & Meriläinen 2007) tutkimukseen.

Kyselyyn vastasi nuoria hyvin erilaisista kulttuuritaustoista ja uskonnoista. Tämä on voinut vaikuttaa nuorten antamiin vastauksiin. Nuoren perheessä ei ehkä hyväksytä naisen seksuaalisuutta tai seksuaaliterveydestä puhuminen ei ole sopivaa. Asenteet ja arvot ovat voineet vaikuttaa nuorten vastauksiin. Kyselytutkimuksessa vaarana on myös se, ettei vastauksia saada riittävästi, jolloin tuloksia ei voida yleistää. Ei ole myöskään selvää, miten onnistuneita kysymykset/vastausvaihtoehdot ovat olleet vastaajien näkökulmasta. Tämän tutkimuksen 120 vastausta riittivät tarvittaviin analyyseihin. Jonkin verran palautetta tuli hankalista kysymyksistä, mutta pääasiassa kyselylomake koettiin hyvänä ja sen täyttäminen oli nuorten mielestä mukavaa. Melko pienestä aineistosta huolimatta tutkimustulokset antavat arvokasta tietoa aiheesta, jonka aiempi tutkimus on ollut erittäin vähäistä. Tulokset myös tuovat esille monia jatkotutkimuksen aiheita.

### **9.7. Jatkotutkimusaiheet ja kehittämisehdotukset**

Tutkimuksen tulokset osoittavat, että maahanmuuttajanuorten seksuaaliterveystietojen kehittämis- ja tutkimustyölle on tarvetta. Olisi hyvä selvittää tarkemmin, mistä erot maahanmuuttajanuorten ja suomalaisnuorten välillä johtuvat. Jatkotutkimusta vaatisi myös maahanmuuttajanuorten vääristynyt arvio omista tiedoistaan. Tutkimustulokset antavat viitteitä siihen, että maahanmuuttajanuoret eivät pysty koulussa oppimaan seksuaaliterveysasioita opetus suunnitelman tavoitteiden mukaisesti. Syitä tähän on voi olla monia ja niiden selvittäminen auttaisi kehittämään terveystiedon opetusta parempaan suuntaan. Maahanmuuttajanuorille voisi järjestää alustavia seksuaaliterveyden oppitunteja ennen heidän liittymistään normaaliin opetukseen. Näin heille voitaisiin opettaa perusasioita nuoruudesta, kasvamisesta ja seksuaaliterveydestä. Etenkin ne nuoret, jotka maahan muuton jälkeen menevät suoraan yläkouluun voivat olla vaikeuksissa seksuaaliopetuksen ymmärtämisessä. Valmista tietopohjaa ei välttämättä ole lainkaan. Tämän tutkimuksen perusteella näyttää, että seksuaaliterveyden perusasiat ovat maahanmuuttajanuorilla hukassa. Tämä ehkä osittain selittää myös sitä, miksi nuoret arvioivat tietotasoaan väärin. Yksi keino voisi olla järjestää yläkouluun tuleville maahanmuuttajanuorille tasokoe, joka selvittäisi

heidän tietojaan seksuaaliterveyteen liittyvissä asioissa. Näin harhaluuloihin ja tiedon puutteeseen voitaisiin tarttua paremmin.

Jatkotutkimusta kaipaisi myös koulun terveystiedon opettajien näkökulma maahanmuuttajanuorten opetuksessa. Heiltä saatu tieto voisi auttaa ymmärtämään haasteita ja toisaalta myös mahdollisuuksia, joita maahanmuuttajien kanssa työskentely tuottaa. Opettajilla olisi luultavasti käsitys siitä, mitkä asiat nuorille ovat kaikkein vaikeimpia ja miten kulttuuriset ja uskonnolliset asiat mahdollisesti vaikuttavat. Tässä tutkimuksessa selvitettiin niukasti nuorten seksuaaliterveystiedon tarpeita sekä ajatuksia koulun seksuaaliopetuksesta. Jatkossa olisi tärkeää selvittää tarkemmin millaisia ajatuksia maahanmuuttajanuorilla on seksuaaliterveydestä ja mitä tietoa he kaipaisivat lisää. Myös nuorten ajatukset mahdollisesta ristiriidasta koulun opetuksen ja kotoa tai omasta kulttuurista tulevien asioiden välillä olisivat mielenkiintoista aineistoa. Lisäksi nuorten ajatukset ja toiveet koulun seksuaaliopetusta kohtaan vaatisivat jatkotutkimusta. Niillä tiedoilla voitaisiin paremmin ymmärtää maahanmuuttajanuorten erityistarpeita ja kehittää opetusta edelleen.

Maahanmuuton kasvaessa ja ulkomaalaistaustaisen väestön lisääntyessä nuorten seksuaaliterveyden haasteet kasvavat ja uusia, erilaisia tarpeita tulee muodostumaan. Maahanmuuttajanuorten seksuaaliterveydestä on hyvin vähän aiempaa tutkimustietoa ja monessa kulttuurissa seksuaalisuuteen liittyvät asiat koetaan arkaluontoisina, hyvin yksityisinä asioina. Maahanmuuttajanuoret joutuvat sopeutumaan uuteen ympäristöön ja kohtaavat kulttuurien välisiä ristiriitoja myös seksuaalisuuteen liittyvissä asioissa. Tämä hämmentää ja voi eristää nuoria valtaväestöstä. Jotta nuoret voisivat löytää tasapainon oman kulttuurinsa ja uuden kotimaan arvojen välillä, täytyy heille antaa mahdollisuus kysyä ja saada tarvitsemaansa tietoa helposti. Laadukkaalla seksuaalikasvatuksella ja -neuvonnalla maahanmuuttajanuoria voidaan auttaa kasvamaan seksuaalisesti eheiksi aikuisiksi, joilla on hyvä seksuaaliterveys sekä riittävästi tietoa ja rohkeutta pitää huolta omasta seksuaaliterveydestään.

Maahanmuuttajanuorten seksuaaliterveyden tutkiminen ei ole aivan mutkatonta. Kulttuuriset ja uskonnolliset esteet voivat kasvaa suuriksi. Eri kulttuuritaustasta tulevan tutkijan ja opettajan voi olla hyvin vaikea käsittää maahanmuuttajanuorten lähtökohtia ymmärtää seksuaaliterveyteen liittyviä asioita, ja toisaalta myös ymmärtää nuorten joskus traagistenkin

taustojen vaikutusta heidän seksuaalisuuteen suhtautumiseensa. Voitaneen kuitenkin sanoa, että lisätutkimusta aiheesta varmasti tarvitaan, jotta näiden nuorten seksuaaliterveyttä voidaan ymmärtää ja edelleen parantaa. Vain ymmärtämällä ja tiedostamalla tarpeita voidaan suunnitella toimia niihin vastaamiseksi. Nämä toimet tulevat koskettamaan monia eri tahoja, kuten kouluterveydenhuoltoa, koulujen seksuaalikasvatusta, kuntien seksuaali- ja lisääntymisterveysohjelmia sekä yleistä seksuaalipolitiikkaa.

## LÄHTEET

Anderson J, Santelli J & Gilbert B. Adolescent Dual Use of Condoms and Hormonal Contraception. *Sexually Transmitted Diseases* 2003: 30 (9): 719–722.

Apter D, Eskola M-S, Säävälä M & Kettu N. Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen 2009. Väestöliitto. Väiliraportti- tarpeita tietoa ja erilaisuutta. 20.4.2009.

Brindis C, Barenbaum M, Sanchez-Flores H, McCartes V & Chand R. Let's hear it for the guys: California's Male Involvement Program. *International Journal of Men's Health* 2005: 4 (1): 29–53.

Brindis C, Llewelyn L, Marie K, Blum M, Biggs A & Maternowska C. Meeting the reproductive health care needs of adolescents: California's Family Planning Access, Care, and Treatment Program. *Journal of Adolescent Health* 2003: 32 (6): 79–90.

Cacciatore R. Lasten ja nuorten seksuaalisuus. Teoksessa Apter D, Väisälä L & Kaimola K. (toim.) *Seksuaalisuus*. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus, 2006: 215-216.

Carrera M, Williams J, Philliber S & West E. Knowledge about Reproduction, Contraception, and Sexually Transmitted Infections among Young Adolescents in American Cities. *Social Policy* 2000: 42-50.

Clark L, Barnes-Harper K, Ginsburg K, Holmes W & Schwarz D. Menstrual irregularity from hormonal contraception: a cause of reproductive health concerns in minority adolescent young women. *Contraception* 2006: 74 (3): 214–219.

Clark L, Jackson M & Allen-Taylor L. Adolescent knowledge about sexually transmitted diseases. *Sexually Transmitted Diseases* 2002: 29 (8): 436–443.

Coleman L & Testa A. Preferences towards sex education and information from an ethnically diverse sample of young people. *Sex Education* 2007: 7 (3): 293-307.

Coleman L & Testa A. Sexual health knowledge, attitudes and behaviours: variations among a religiously diverse sample of young people in London, UK. *Ethnicity & Health* 2008: 13 (1): 55-72.

Elomaa J. Katolinen kirkko ja ihmisen seksuaalisuus. Teoksessa Brusila P. (toim.) Seksuaalisuus eri kulttuureissa. Duodecim. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 2008: 135-142.

Emas T. Monikulttuurisuus ja seksuaalisuus. Teoksessa Apter D, Väisälä L & Kaimola K. (toim.) Seksuaalisuus. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus, 2006: 77-78.

Epstein M & Ward M. "Always Use Protection": Communication Boys Receive About Sex From Parents, Peers, and the Media. *Journal of Youth & Adolescence* 2008: (37) 2: 113-126.

Fergus S, Zimmerman M & Caldwell C. Growth Trajectories of Sexual Risk Behavior in Adolescence and Young Adulthood. *American Journal of Public Health* 2007: 97 (6): 1096-1101.

Gilliam M & Hernandez M. Providing contraceptive care to low-income, African American teens: the experience of urban community health centers. *Journal of Community Health* 2007: 32 (4): 231-243.

Greenberg JS, Bruess CE & Haffner DW. Exploring the dimensions of Human Sexuality. Second edition. U.S.A: Jones and Bartlett Publishers Inc, 2004.

Guilamo-Ramos V, Dittus P, Jaccard J, Goldberg V, Casillas, E & Bouris A. The Content and Process of Mother-Adolescent Communication about Sex in Latino Families. *Social Work Research* 2006: 30 (3): 169-181.

Hajjar A. Seksuaalisuus ja intiimiys islamissa. Teoksessa Brusila P. (toim.) Seksuaalisuus eri kulttuureissa. Duodecim. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 2008: 113.

Hallenberg H. Seksuaalisuus islamin maissa. Teoksessa Brusila P. (toim.) Seksuaalisuus eri kulttuureissa. Duodecim. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 2008: 91-92.

Heikkilä T. Tilastollinen tutkimus. 5., uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima Oy, 2004: 183-256.

Hendrickx K, Philips H & Avonts D. Correlates of safe sex behaviour among low-educated adolescents of different ethnic origin in Antwerp, Belgium. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 2008: 13 (2): 164-172.



Hermanson E & Lommi A. Maahanmuuttajataustaiset nuoret haaste kouluterveydenhuollolle. Suomen Lääkärilehti 2009: 64 (11): 1009-1015.

Hirsjärvi S, Remes P & Sajavaara P. Tutki ja kirjoita. 5.painos, Tampere: Tammer-Paino Oy, 2000: 189-200.

Huhdanperä-Ketonen A-M & Pietiläinen Sirkka. Seksuaalisuuden ulottuvuudet. Virtuaali-AMK. Päivitetty 30.1.2010. [Viitattu 14.11.2010] [www-dokumentti] <http://www.amk.fi/opintojaksot/0407012/1082460632058/1092920050022/1108716014891/1108717316856.html>

Huttunen L, Löytty O & Rastas A. Suomalainen monikulttuurisuus. Paikallisia ja ylirajaisia suhteita. Teoksessa Huttunen L, Löytty O & Rastas A. (toim.) Suomalainen vieraskirja. Kuinka käsitellä monikulttuurisuutta. Tampere: Vastapaino, 2005: 16-37.

Ilmonen T & Nissinen J. Seksologian peruskäsitteistöä. Teoksessa Apter D, Väisälä L & Kaimola K. (toim.) Seksuaalisuus. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus, 2006: 23-24.

Jyväskylän kaupunki, opetussuunnitelma 2010. Terveystieto. Oppimistavoitteet ja opetuksen keskeiset sisällöt. Päivitetty 16.4.2010. [Viitattu 10.1.2011] [www-dokumentti] [http://opspro.peda.net/jyvaskyla/viewer.php3?DB=opsperusteet4&mode=2&document\\_id=217](http://opspro.peda.net/jyvaskyla/viewer.php3?DB=opsperusteet4&mode=2&document_id=217)

Jyväskylän kaupunki, opetussuunnitelma 2010. Terveystieto. Tavoitteet ja sisällöt luokilla 7-9. Päivitetty 27.4.2010. [Viitattu 10.1.2011] [www-dokumentti] [http://opspro.peda.net/jyvaskyla/viewer.php3?DB=opsperusteet4&mode=2&document\\_id=255](http://opspro.peda.net/jyvaskyla/viewer.php3?DB=opsperusteet4&mode=2&document_id=255)

Kasala K. Tämä on suuri salaisuus. Ortodoksisen kirkon näkökulmia seksuaalisuuteen. Teoksessa Brusila P. (toim.) Seksuaalisuus eri kulttuureissa. Duodecim. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 2008: 60-68.

Ketokivi M. Tilastollinen päättely ja tieteellinen argumentointi. Palmenia-sarja 67. Helsinki: Hakapaino, 2009: 25-83.

Koehn PH & Rosenau JN. Transnational Competence in an Emergent Epoch. International Studies Perspectives 2002: 3: 105-217.

Kontula O & Meriläinen H. Koulun seksuaalikasvatus 2000-luvun Suomessa. Väestöliitto. Väestöntutkimuslaitos. Katsauksia E 26/2007. Vammalan Kirjapaino Oy, 2007.

Kosunen E. Nuorten seksuaaliterveys. Teoksessa Kontula O & Lottes I. (toim.) Seksuaaliterveys Suomessa. Tampere: Tammerpaino Oy, 2000: 270-273.

Kosunen E. Seksuaalikäyttäytymisen muutokset. Teoksessa Kosunen E & Ritamo M. (toim.) Näkökulmia nuorten seksuaaliterveyteen. STAKES raportteja 282/2004. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy, 2004: 58.

Kouluterveydenhuolto 2002. Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille. Stakes Oppaita 51. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy, 2002.

Kouluterveyskysely 2010. Kouluterveyskyselyn tulokset 2002-2010. Nuorten hyvinvointi Suomessa 2000-luvulla. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 20/2010. Helsinki: Yliopistopaino, 2010.

Kylmä J & Juvakka T. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy, 2007: 15-174.

Liinamo A. Suomalaisnuorten seksuaalikasvatus ja seksuaaliterveystiedot oppilaan ja koulun näkökulmasta. Arviointia terveyden edistämisen viitekehäyksessä. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä University Printing House, 2005.

Lottes I. Uusia näkökulmia seksuaaliterveyteen. Teoksessa Kontula O & Lottes I. (toim.) Seksuaaliterveys Suomessa. Tampere: Tammerpaino Oy, 2000: 17-20.

Martikainen T. Maahanmuuttajaväestön sukupuolittuneisuus, perheellistyminen ja sukupolvisuus. Teoksessa Martikainen T & Tiilikainen M.(toim.) Maahanmuuttajanaiset: kotoutuminen, perhe ja työ. Väestöntutkimuslaitoksen julkaisusarja D 46/2007. Vammalan kirjapaino, 2007: 49-50, 55-58.

Martikainen T & Tiilikainen M. Maahanmuuttajanaiset – käsitteet, tutkimus ja haasteet. Teoksessa Martikainen T & Tiilikainen M.(toim.) Maahanmuuttajanaiset: kotoutuminen, perhe ja työ. Väestöntutkimuslaitoksen julkaisusarja D 46/2007. Vammalan kirjapaino, 2007: 24-26.

Martikainen T, Sintonen T & Pitkänen P. Ylirajainen liikkuvuus ja etniset vähemmistöt. Teoksessa Martikainen T (toim.) Ylirajainen kulttuuri. Etnisyys Suomessa 2000-luvulla. Helsinki: Hakapaino Oy, 2006: 24-25.

Milan S, Ethier K, Lewis J, Kershaw T, Niccolai L & Ickovics J. 2006: Reproductive Health of Urban Adolescents: Differences in the Behaviors, Cognitions, and Social Context of African-American and Puerto Rican Females. *Journal of Youth & Adolescence* 2006: 35 (6): 959-967.

Mollen C, Barg F, Hayes K, Gotcsik M, Blades N & Schwarz D. 2008: Assessing attitudes about emergency contraception among urban, minority adolescent girls: an in-depth interview study. *Pediatrics* 2008: 122 (2): 395–401.

Naidoo J & Willis J. Health Promotion. Foundations for practice. London: Bailliere Tindall, 2002.

Nuorten seksuaalioikeudet 2011. Väestöliitto. [Viitattu 20.9.2011] [www-dokumentti] <http://www.vaestoliitto.fi/nuoret/seksi/seksuaalioikeudet/>

Oulun kaupunki, terveystiedon opetussuunnitelma 2004. [Viitattu 14.4.2011] [www-dokumentti] <http://edu.ouka.fi/~terveys/ops.htm>

Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet 2004. Opetushallitus. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy, 2004.

Pietiläinen S. Seksuaalisuus ja seksuaaliterveyden edistäminen. Teoksessa Paananen U, Pietiläinen S, Raussi-Lehto E, Väyrynen P & Äimälä AM. (toim.) Kätilötyö. Tampere: Tammer-Paino Oy, 2006: 539.

Rademakers J, Mouthaan I, de Neef M. Diversity in sexual health: problems and dilemmas. *Eur J Contracept Reprod Health Care*. 2005 Dec: 10 (4): 207-11.

Ritamo M, Kosunen E & Liinamo A. Seksuaaliterveys. Terveysten edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. Helsinki: Yliopistopaino, 2007.

Rotkirch A. Seksi Venäjällä: vapautumista ja vanhoillisuutta. Teoksessa Korhonen E. (toim.) Venäläiset perheet ja seksuaalisuus murroksessa. Väestöliitto. Helsinki: Priimus Paino Oy, 2007: 40-41.

Sainola-Rodriquez K. Transnationaalisuus – näkökulma maahanmuuttajien kohtaamiseen suomalaisessa terveydenhuollossa. Pro terveys 2010: (1): 22-25. Porvoo, Kirjapaino Uusimaa.

Sainola-Rodriquez K. Transnationaalinen osaaminen. Uusi terveydenhuoltohenkilöstön osaamisvaatimus. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E.Yhteiskuntatieteet 172. Kuopio: Kopijyvä, 2009: 29-40.

Samangaya M. Access to sexual health services for young BME men. Nursing Times 2007: 103 (43): 32–33.

Schouten B, van den Putte B, Pasmans M & Meeuwesen L. Parent-adolescent communication about sexuality: the role of adolescents' beliefs, subjective norm and perceived behavioral control. Patient Education & Counseling 2007: 66 (1): 75–83.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:17. Helsinki: Yliopistopaino, 2007.

Seksuaalikasvatuksen standardit Euroopassa. Suuntaviivat poliittisille päättäjille, opetus- ja terveydenhoitoalan viranomaisille ja asiantuntijoille. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Valopaino Oy, 2010.

Seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma 2006. Väestöliitto. [Viitattu 2.12.2009] [www-dokumentti] [http://www.vaestoliitto.fi/haku/?E\\*Q=seksuaaliterveyspoliittinen+ohjelma](http://www.vaestoliitto.fi/haku/?E*Q=seksuaaliterveyspoliittinen+ohjelma)

Sironen & Kalilainen. Seksuaalisuus. Teoksessa Hovatta O. (toim.) Seksuaalisuus. Duodecim. Pieksämäki: Kustannus Oy, 2006: 358.

Sisäasiainministeriö 2009. Maahanmuuttajien työllistyminen ja kannustinloukut. Selvitysmies Pentti Arajärvi. Sisäasiainministeriön julkaisuja 2/2009.

Song A, Richters J, Crawford J & Kippax, S. HIV and sexual health knowledge and sexual experience among Australian-born and overseas-born students in Sydney. Journal of Adolescent Health 2005: 37(3): 243.

Sydsjö G, Ekholm S, Nyström K, Oscarsson C & Kjellberg S. Knowledge of reproduction in teenagers and young adults in Sweden. *The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care* 2006: 11 (2): 117-125.

Taavela R. Maahanmuuttajien palvelujen laatu Suomen perusterveydenhuollossa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 72. Kuopio: Kuopion yliopiston painatuskeskus, 1999.

Tampereen yliopisto, Tampereen Normaalikoulu. Terveystiedon opetussuunnitelma 7-9 luokille. [Viitattu 14.4.2011] [www-dokumentti] [http://www.uta.fi/laitokset/norssi/perusopetuksen\\_ops/terveystieto.php](http://www.uta.fi/laitokset/norssi/perusopetuksen_ops/terveystieto.php)

Terveystiedon edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2006:19. Helsinki: Yliopistopaino, 2007.

Tilastokeskus. 2010. Väestörakenne. Päivitetty 19.3.2010. [Viitattu 13.1.2010] [www-dokumentti] [http://tilastokeskus.fi/til/vaerak/2009/vaerak\\_2009\\_2010-03-19\\_tie\\_001\\_fi.html?ad=notify](http://tilastokeskus.fi/til/vaerak/2009/vaerak_2009_2010-03-19_tie_001_fi.html?ad=notify)

Tilastokeskus. 2010. Muuttoliike. Päivitetty 22.4.2010. [Viitattu 15.1.2010] [www-dokumentti] [http://tilastokeskus.fi/til/muutl/2009/muutl\\_2009\\_2010-04-22\\_tie\\_001\\_fi.html](http://tilastokeskus.fi/til/muutl/2009/muutl_2009_2010-04-22_tie_001_fi.html)

Westwood J & Mullan B. Knowledge of secondary school pupils regarding sexual health education. *Sex Education* 2006: 6 (2): 151-162.

## **LIITTEET**

### **LIITE 1: KYSELYLOMAKE SUOMEKSI**

#### **ARVOISA VASTAAJA,**

Opiskelen Jyväskylän yliopistossa terveystieteiden ja opintoihini sisältyy opinnäytetyön tekeminen. Olen valinnut työni aiheeksi maahanmuuttajanuorten seksuaaliterveyden. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää millaisia seksuaaliterveystietoja yläasteikäisillä maahanmuuttajanuorilla on ja miten maahanmuuttajanuoret kokevat koulun tarjoaman seksuaalikasvatuksen. Maahanmuuttajanuorten seksuaaliterveyttä on tutkittu aiemmin hyvin vähän eikä Suomessa ole tehty yhtään vastaavaa tutkimusta. Vastatessasi kyselyyni olet mukana kehittämässä maahanmuuttajanuorten seksuaaliterveyden edistämistä ja lisäämässä ymmärrystä maahanmuuttajanuorten seksuaaliterveyden erityispiirteistä.

#### **VASTAUSOHJEITA**

Oheinen kyselylomake sisältää monivalintakysymyksiä, joihin on annettu valmiiksi neljä vastausvaihtoehtoa. Monivalintakysymyksiin vastataan ympäröimällä **yksi** vaihtoehto, ellei toisin mainita.

Lomakkeessa on myös avoimia kysymyksiä, joihin sinä voit vapaasti kirjoittaa oman vastauksesi. Tutkimuksen tulosten kannalta myös avoimiin kysymyksiin antamillasi vastauksilla on suuri merkitys. Toivon, että vastaat kaikkiin kysymyksiin.

#### **VASTAUSTEN PALAUTTAMINEN**

Palauta valmis lomake opettajallesi. Kaikki vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettömänä. Älä siis laita nimeäsi kyselylomakkeeseen. Tutkimuksessa ei tulla mainitsemaan tutkimukseen osallistuneita kouluja eikä kaupunkeja, joissa koulut sijaitsevat. Kyselylomakkeessa annettuja tietoja ei pystytä yhdistämään vastaajaan. Tutkimustulokset julkaistaan lukuvuoden 2010-2011 aikana opinnäytetyössäni. Työ on luettavissa kokonaisuudessaan Jyväskylän yliopiston kirjaston opinnäytetöiden tietokannasta.

#### **KIITOS VASTAUKSESTASI!**

Susanna Nurmeksela

Terveystieteiden opiskelija, Jyväskylän yliopisto, Terveystieteiden laitos

s-posti:susanna.nurmeksela@jyu.fi

**VASTAAJAN TAUSTATIEDOT**

**1. Ikä** \_\_\_\_\_ vuotta

**2. Sukupuoli**

1. Tyttö

2. Poika

**3. Luokka-aste**

1. 7lk

2. 8lk

3. 9lk

**4. Mistä maasta olet kotoisin?** \_\_\_\_\_

**5. Kuinka kauan olet asunut Suomessa?** \_\_\_\_\_ vuotta

**6. Kuinka kauan olet käynyt koulua Suomessa?** \_\_\_\_\_ vuotta

**7. Oletko osallistunut koulun terveystiedon opetukseen?**

1. Kyllä

2. En

**8. Seurusteletko tällä hetkellä tai oletko seurustellut aiemmin?**

1. Kyllä

2. En

## LAPSUUS JA MURROSIKÄ

Seuraavassa joukko monivalintakysymyksiä. Ympyröi se vastausvaihtoehto, joka mielestäsi on oikein. Valitse vain yksi vaihtoehto.

### 1. Murrosiän fyysiset muutokset tapahtuvat

- 1 viikossa tai kahdessa
- 2 teini-ikäisille eri ikäisinä
- 3 nopeasti tytöillä ja hitaasti pojilla
- 4 nopeasti pojilla ja hitaasti tytöillä

### 2. Seksuaaliasiat alkavat kiinnostaa murrosikäisiä enemmän, koska:

- 1 heidän hormonituotantonsa muuttuu
- 2 joillakin heidän ystävistään on seksikokemuksia
- 3 media (TV, elokuvat, lehdet, Internet, levyt) tyrkyttävät seksiä teini-ikäisille
- 4 kaikki edellä mainitut

### 3. Mitä tarkoittaa kuukautiskierto?

- 1 aikaa kahden täydenkuun välillä
- 2 kuukautisten siirtoa kahdella viikolla
- 3 aikaa kuukautisten alusta seuraavien kuukautisten alkuun
- 4 kuukautisvuodon kestoa päivinä

### 4. Kuukautistensa aikana tytöt:

- 1 tulevat helpommin raskaaksi
- 2 kokevat keskenmenon
- 3 ovat liian heikkoja osallistumaan urheiluharjoituksiin
- 4 ei mitään näistä

### 5. Valkovuoto on:

- 1 merkki siitä, että tyttö on saanut sukupuolitaudin
- 2 merkki siitä, että tyttö ei ole huolehtinut intiimihygieniastaan
- 3 normaalia, kehitykseen kuuluvaa eritettä, jonka tulo alkaa yleensä jo ennen kuukautisten alkua
- 4 normaalia, kehitykseen kuuluvaa eritettä, jota yleensä tulee vain noin viitenä päivänä kuukaudessa

### 6. Mistä saat/etsit tietoa seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista? HUOM! Ympyröi kolme sinulle parasta vaihtoehtoa.

- |                   |                     |
|-------------------|---------------------|
| 1 Nuorten lehdet  | 6 Kaverit           |
| 2 Televisio       | 7 Internet          |
| 3 Koulu/opettajat | 8 Terveystenhoitaja |
| 4 Vanhemmat       | 9 Terveyskeskus     |
| 5 Sisarusukset    | 10 Joku muu, mikä?  |
-



## SUKUPUOLIELINTEN RAKENNE JA TOIMINTA

Seuraavassa joukko monivalintakysymyksiä. Ympyröi se vastausvaihtoehto, joka mielestäsi on oikein. Valitse vain yksi vaihtoehto.

**7. Peniksen päässä sijaitsevaa terskaa peittää esinahka. Suositeltavaa hygienian kannalta on:**

- 1 käyttää sukupuolielinten päivittäisen pesun yhteydessä runsaasti saippuaa
- 2 välttää terskan kastumista
- 3 pestä myös terska siltä osin kuin se näkyy
- 4 vetää esinahka aivan taakse ja pestä penis kokonaan

**8. Siittiöitä tuotetaan:**

- 1 siemenjohtimessa
- 2 peniksessä
- 3 kiveksissä
- 4 munasarjassa

**9. Pojan yölliset siemensyöksyt (märät unet) tarkoittavat, että hän on:**

- 1 sairastamassa seksuaalista tautia
- 2 fyysisesti täysin kehittynyt
- 3 kokemassa normaalia aikuiseksi kehittymisen vaihetta
- 4 erilainen kuin muut pojat

**10. Poikien penis kovettuu ajoittain. Sellaista voi tapahtua:**

- 1 kun poika koskettelee itseään
- 2 tanssittaessa
- 3 silloin, kun poika katselee ihailien tyttöjä
- 4 kaikissa näissä tapauksissa

**11. Tyttöjen rinnat kehittyvät suuremmiksi murrosiässä ja ne**

- 1 ovat usein vähän eri kokoiset vielä kehittyessään
- 2 ovat usein vähän arat ennen kuukautisia
- 3 alkavat kehittyä normaalisti 8-13 vuoden iässä
- 4 kaikki edellä mainitut pitävät paikkansa

**12. Sekä munasarjat että kivekset tuottavat:**

- 1 munasoluja
- 2 spermaa
- 3 hormoneja
- 4 siittiöitä

**13. Naisen sukupuolielimiin kuuluvat**

- 1 munasarja, munanjohdin ja kohtu
- 2 munasarja, kaksi munanjohdinta ja kohtu
- 3 kaksi munasarjaa, kaksi munanjohdinta ja kohtu
- 4 kaksi munasarjaa, kaksi munanjohdinta, kohtu ja virtsarakko

**14. Miehen sukupuolielimiin kuuluvat**

- 1 penis
- 2 penis ja kivekset
- 3 penis, kivekset ja eturauhanen
- 4 penis, kivekset, eturauhanen ja kilpirauhanen

**15.a) Kenen/keiden kanssa keskusteleet seurusteluun ja seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista?**

---



---



---



---

**b) Miksi juuri heidän kanssaan?**

---



---



---

**16. Olen keskustellut vanhempieni kanssa seuraavista seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista:**

**(Ympyröi 1 Kyllä TAI 2 En)**

<b>Seurustelu</b>	1 Kyllä	2 En
<b>Ehkäisy</b>	1 Kyllä	2 En
<b>Avoliitto</b>	1 Kyllä	2 En
<b>Avoliitto</b>	1 Kyllä	2 En
<b>Seksuaalinen suuntautuminen</b>	1 Kyllä	2 En
<b>Sukupuolitaudit</b>	1 Kyllä	2 En
<b>Kuukautiset</b>	1 Kyllä	2 En
<b>Siemensyöksyt</b>	1 Kyllä	2 En
<b>Seksin harrastaminen</b>	1 Kyllä	2 En

## EHKÄISY

Seuraavassa joukko monivalintakysymyksiä. Ympyröi se vastausvaihtoehto, joka mielestäsi on oikein. Valitse vain yksi vaihtoehto.

### 17. Kenen vastuulla on nuorten raskauden ja sukupuolitautilien ehkäisy?

- 1 vanhempien
- 2 tytön
- 3 pojan
- 4 yhteisesti sekä tytön että pojan

### 18. Ehkäisykeinoa valittaessa tulisi:

- 1 valita halvin vaihtoehto
- 2 valita sama menetelmä, jota kaverit käyttävät
- 3 ottaa selvää kaikista menetelmistä ja valita itselleen parhaiten sopiva
- 4 käyttää menetelmää, joka on helpoimmin saatavilla

### 19. Kondomien ostamisen alaikäraja on:

- 1 13 vuotta
- 2 16 vuotta
- 3 18 vuotta
- 4 ikäraja ei ole

### 20. Mihin pitää ottaa yhteyttä, jos haluaa e-pilleriehkäisyn?

- 1 kouluterveydenhoitajaan
- 2 lääkäriin
- 3 ehkäisyneuvolaan
- 4 mihin tahansa näistä

### 21. Mikä seuraavista ehkäisee varmimmin raskauden?

- 1 e-pilleri
- 2 kondomi
- 3 keskeytetty yhdyntä
- 4 varmat päivät

### 22. Kondomeja voi ostaa:

- 1 apteekista vain vanhempien luvalla
- 2 vapaasti apteekista, ruokakaupoista, kioskeista, huoltoasemilta
- 3 vain automaateista
- 4 vain seksikaupoista

### 23. Ehkäisytabletit:

- 1 aiheuttavat lapsettomuutta
- 2 ovat hyvä ehkäisymenetelmä tupakoiville naisille
- 3 pahentavat yleensä kuukautiskipuja
- 4 niitä otetaan yhtäjaksoisesti 21-22 päivää, jotta ne olisivat tehokkaita

### 24. Jälkiehkäisy aloitetaan:

- 1 viikon kuluessa suojaamattomasta yhdynnästä
- 2 kahden viikon kuluttua kuukautisten poisjäännistä
- 3 niin pian kuin mahdollista, mutta viimeistään 72 tuntia suojaamattomasta yhdynnästä
- 4 viimeistään kahden tunnin kuluttua suojaamattomasta yhdynnästä

25. Kuvittele, että olet seuraavanlaisessa tilanteessa:

Olet seurustellut jo pidemmän aikaa ja tulee aika hankkia ehkäisyvälineitä.

a) Kerro, minkä ehkäisymenetelmän valitsisit ja miksi valitsisit juuri tämän menetelmän?

---

---

---

---

---

---

b) Kerro mistä ja miten saisit hankittua kyseisen ehkäisyvälineen?

---

---

---

---

---

## SUKUPUOLITAUDIT

Seuraavassa joukko monivalintakysymyksiä. Ympyröi se vastausvaihtoehto, joka mielestäsi on oikein. Valitse vain yksi vaihtoehto.

### 26. Sukupuolitaudit tarttuvat:

- 1 kun sukupuolielimiä koskettelee käsin
- 2 limakalvokontakteissa limakalvolta toiselle
- 3 suudeltaessa
- 4 kaikilla edellisillä tavoilla

### 27. Mistä tietää, että yhdyntäkumppanilta ei saa sukupuolitautia?

- 1 kun on tuntenut hänet jo usean kuukauden ajan
- 2 kun hänellä on kaveripiirissä hyvä maine
- 3 kun hän kertoo, ettei hänellä ole sukupuolitautia
- 4 ei mistään näistä

### 28. Missä sukupuolitaudin voi tutkituttaa ja saada siihen hoitoa?

- 1 koululääkärin vastaanotolla
- 2 terveyskeskuksessa
- 3 sukupuolitautien poliklinikalla
- 4 kaikissa edellä mainituissa paikoissa

### 29. Voiko sukupuolitartunta olla täysin oireeton?

- 1 ei koskaan
- 2 harvoin
- 3 usein
- 4 melkein aina

## RASKAUS

Seuraavassa joukko monivalintakysymyksiä. Ympyröi se vastausvaihtoehto, joka mielestäsi on oikein. Valitse vain yksi vaihtoehto.

### 30. Mistä tietää, että tyttö voi tulla raskaaksi?

- 1 tyttö kiinnostuu pojista ja aloittaa seurustelun
- 2 hän on täyttänyt 16 vuotta
- 3 hänen kuukautisensa ovat alkaneet
- 4 hänen rintansa ovat kehittyneet

### 31. Missä kuukautiskierron vaiheessa nainen tulee helpoimmin raskaaksi?

- 1 ennen kuukautisia
- 2 kuukautisten aikana
- 3 kuukautisten jälkeen
- 4 kuukautiskierron puolivälissä

### 32. Mitä pitää tehdä jos epäilee olevansa ei-toivotusti raskaana?

- 1 odottaa, että vielä seuraavatkin kuukautiset jäävät tulematta
- 2 tehdä raskaustesti
- 3 seurata, ilmeneekö raskausoireita
- 4 kirjoittaa lääkäripalstalle ja kysyä neuvoa

### 33. Kuka ensisijaisesti päättää alkaneen raskauden jatkamisesta?

- 1 vanhemmat
- 2 lääkäri
- 3 tyttö
- 4 tyttö pojan suostumuksesta

### 34. Kun alle 16-vuotias tyttö Suomessa huomaa olevansa raskaana, hän useimmiten:

- 1 tekee abortin
- 2 synnyttää ja pitää lapsen
- 3 synnyttää ja antaa lapsen adoptoitavaksi
- 4 synnyttää lapsen ja muuttaa lapsen isän kanssa yhteen

**35. Kuvittele, että olet seuraavanlaisessa tilanteessa:**

**Olet seurustelusuhteessa ja huomaatte, että sinä olet / tyttöystäväsi on raskaana.**

**Kerro, miten toimisit tällaisessa tilanteessa?**

---

---

---

---

---

---

---

---

## **SEKSUAALITERVEYSTIEDON TARVE**

**36. a) Mistä seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista sinä haluaisit saada enemmän tietoa?**

---

---

---

---

---

**b) Miksi edellä mainitsemasi asiat ovat sinulle tärkeitä?**

---

---

---

---

---

## SEKSUAALINEN KANSSAKÄYMINEN JA ITSETYYDYTYS

Seuraavassa joukko monivalintakysymyksiä. Ympyröi se vastausvaihtoehto, joka mielestäsi on oikein. Valitse vain yksi vaihtoehto.

### 37. Masturbointi tarkoittaa:

- 1 itsensä seksuaalisesti kiihottavaa hyväilemistä
- 2 toisen seksuaalisesti kiihottavaa hyväilemistä
- 3 seksistä kieltäytymistä
- 4 seksuaalista hyväksikäyttöä

### 38. Mikä seuraavista ensimmäistä yhdyntää koskevista väittämistä on oikein?

- 1 sekä tyttö että poika voivat kokea ensimmäisen yhdyntänsä kivuliaana
- 2 noin puolet tytöistä ei koe lainkaan kipua ensimmäisessä yhdynnässä
- 3 immenkalvoa voidaan tarvittaessa laajentaa
- 4 kaikki edellä mainitut

### 39. Itsetyydytys on:

- 1 helppoa, koska sitä voi tehdä missä ja milloin vain
- 2 hyvä tapa tutustua kehonsa seksuaalisiin reaktioihin
- 3 nuoren seksuaaliselle kehitymiselle haitallista
- 4 suositeltavaa vain seksikumppanin puuttuessa

### 40. Nainen kokee orgasmin:

- 1 yleensä jo ensimmäisessä yhdynnässä tai hyvin pian sen jälkeen
- 2 keskimäärin vuoden kuluessa ensimmäisestä yhdynnästä
- 3 keskimäärin kahden – kolmen vuoden kuluttua ensimmäisestä yhdynnästä
- 4 keskimäärin neljän – viiden vuoden kuluttua ensimmäisestä yhdynnästä

### 41. Monia nuoria kiinnostaisi kosketella ja hyväillä toista ihmistä. Sen voi tehdä, kun:

- 1 itse sitä haluaa
- 2 toinen sitä haluaa
- 3 molemmat sitä haluavat
- 4 vanhemmat antavat siihen luvan

### 42. Seksuaalista hyväksikäyttöä on:

- 1 jos nuori on yhdynnässä alle 16 vuotiaan kanssa
- 2 jos painostaa tai pakottaa toisen yhdyntään vastoin tämän tahtoa
- 3 jos ottaa maksun seksuaalisesta kanssakäymisestä
- 4 kaikki edelliset



## **KOULUN SEKSUAALIOPETUS**

**43. Mikä on sinun mielestäsi koulun seksuaaliopetuksessa erityisen tärkeää? Mistä asioista haluaisit opettajan kertovan enemmän?**

---

---

---

---

---

---

---

**44. Onko koulun seksuaaliopetuksessa käsitelty joitain sellaisia asioita, joita et olisi halunnut tietää tai jotka olet kokenut kiusallisena? Mitä nämä asiat ovat olleet?**

---

---

---

---

---

---

---

**KIITOS VASTAUKSESTASI!**

## LIITE 2: KYSELYLOMAKE ENGLANNIKSI

### DEAR RESPONDENT,

I study health education in University of Jyväskylä and my studies include a final project. I have chosen the sexual health of young immigrants to be the subject of my thesis. The purpose of the research is to find out what kind of knowledge young immigrants have about sexual health and their opinions on the sex education offered by school. The sexual health of young immigrants has been studied very little before and no similar studies have been done in Finland. By answering my questionnaire you contribute to improving the sexual health of young immigrants and enhance the understanding of its special characteristics.

### ANSWERING INSTRUCTIONS

The following questionnaire includes multiple-choice questions, each of which has four choices. In multiple-choice questions you choose **ONE** option, unless said otherwise.

There are also some open questions in the questionnaire where you are free to write your own answer. It is very important to answer also the open questions so that the results of the study will be valid. I hope that you will answer all the questions.

### RETURNING YOUR QUESTIONNAIRE

Return the filled form to your teacher. All answers will be handled confidentially and anonymously. So please do not put your name on the form. The schools that have taken part in the study or the cities where the schools are will not be mentioned in the study. The information given in the form cannot be connected to the respondent. The results of the study will be published during the years 2010-2011 in my thesis. The whole thesis can be read in the thesis database of Jyväskylä University Library.

### THANK YOU FOR ANSWERING!

Susanna Nurmeksela

Health education, University of Jyväskylä, Department of Health Sciences

Email: susanna.nurmeksela@jyu.fi

**BACKGROUND INFORMATION**

1. Age \_\_\_\_\_ years

2. Sex

1. Female
2. Male

3. Grade

1. 7th
2. 8th
3. 9th

4. Which country are you from? \_\_\_\_\_

5. How long have you been living in Finland? \_\_\_\_\_ years

6. How long have you gone to school in Finland? \_\_\_\_\_ Years

7. Have you taken part in school's health education?

1. Yes
2. No

8. Are you dating at the moment or have you dated before?

1. Yes
2. No

## CHILDHOOD AND PUBERTY

Next you will find a group of multiple-choice questions. Please circle the answer you think is correct. Please choose **ONLY ONE** option.

### 1. The physical changes of puberty happen

- 1 in a week or two
- 2 for teenagers in different ages
- 3 quickly for girls and slowly for boys
- 4 quickly for boys and slowly for girls

### 2. Teenagers find sexuality more interesting, because:

- 1 their hormone production changes
- 2 some of their friends have had some sexual experiences
- 3 the media (TV, movies, magazines, Internet, CDs) push sex to teenagers
- 4 all of the above

### 3. Menstrual cycle means:

- 1 the time between two full moons
- 2 putting off menstruation for two weeks
- 3 time from the beginning of a period until the beginning of the next period
- 4 the length of menstruation in days

### 4. During their menstruation, girls:

- 1 get pregnant more easily
- 2 have miscarriage
- 3 are too weak to take part in sports exercises
- 4 none of these

### 5. Leukorrhoea/white discharge is:

- 1 a sign meaning that the girl has got a sexually transmitted disease
- 2 a sign meaning that the girl has not taken care of her intimate hygiene
- 3 a normal part of puberty that can start to come even before menstruation begins
- 4 a normal part of puberty that usually comes only during five days a month

### 6. Where do you find information about sexuality/sexual health? Please circle three options that fit you best.

- |                   |                          |
|-------------------|--------------------------|
| 1 Magazines       | 6 Friends                |
| 2 Television      | 7 Internet               |
| 3 School/teachers | 8 Public health nurse    |
| 4 Parents         | 9 Health centre          |
| 5 Siblings        | 10 Something else, what? |

---

## GENITALS' STRUCTURE AND FUNCTIONS

Next you will find a group of multiple choice questions. Please circle the answer you think is correct. Please choose **ONLY ONE** option.

**7. At the top of the penis there is the glans covered by the foreskin. For good hygiene it is recommendable:**

- 1 to use a lot of soap when washing genitals daily
- 2 to avoid getting the glans wet
- 3 to wash also the part of the glans you can see
- 4 to pull the foreskin all the way back and wash the whole penis

**8. Sperm is produced in:**

- 1 seminal duct
- 2 penis
- 3 testicles
- 4 ovary

**9. When a boy is having "wet dreams" (night time ejaculation), it means that he is:**

- 1 suffering of a sexually transmitted disease
- 2 completely physically developed
- 3 in a normal phase of growing up
- 4 different from other boys

**10. Boys' penises harden every now and then. That might happen, when:**

- 1 a boy is touching himself
- 2 a boy is dancing
- 3 a boy is watching girls admiringly
- 4 in all of these cases

**11. Girls' breasts become bigger during puberty, and then they:**

- 1 are usually of a little different size while still developing
- 2 are usually a little sensitive before menstruation
- 3 start to develop normally in the age of 8-13
- 4 all of the above are true

**12. Both ovaries and testicles produce:**

- 1 egg cells
- 2 sperm
- 3 hormones
- 4 sperm cells

**13. Woman's sex organs include:**

- 1 ovary, fallopian tube and uterine
- 2 ovary, two fallopian tubes and uterine
- 3 two ovaries, two fallopian tubes and uterine
- 4 two ovaries, two fallopian tubes, uterine and bladder

**14. Man's sex organs include:**

- 1 penis
- 2 penis and testicles
- 3 penis, testicles and prostate
- 4 penis, testicles, prostate and thyroid gland

**15.a) Who do you talk to about things related to dating and sexual health?**

---



---



---



---

**b) Why with them?**

---



---



---

**16. I have talked about next sexual health-related subjects with my parents:**

**(Circle 1 Yes OR 2 No)**

<b>Dating</b>	1 Yes	2 No
<b>Birth control</b>	1 Yes	2 No
<b>Common law marriage</b>	1 Yes	2 No
<b>Marriage</b>	1 Yes	2 No
<b>Sexual orientation</b>	1 Yes	2 No
<b>Sexually transmitted diseases</b>	1 Yes	2 No
<b>Menstruation</b>	1 Yes	2 No
<b>Ejaculation</b>	1 Yes	2 No
<b>Having sex</b>	1 Yes	2 No

## BIRTH CONTROL

Next you will find a group of multiple-choice questions. Please circle the answer you think is correct. Please choose **ONLY ONE** option.

**17. Who's responsibility it is to take care of youngsters' birth control and prevention of sexually transmitted diseases?**

- 1 the parents
- 2 the girl
- 3 the boy
- 4 the girl and the boy together

**18. When choosing a contraceptive, you should:**

- 1 choose the cheapest option
- 2 use the same method that your friends are using
- 3 find about all the alternatives and choose the best one for you
- 4 use the method that is the most easily available

**19. You can buy condoms when you are:**

- 1 13 years old
- 2 16 years old
- 3 18 years old
- 4 there is no age limit

**20. Where do you contact if you want to get birth control pills?**

- 1 school nurse
- 2 doctor
- 3 contraception clinic
- 4 any of these

**21. Which of next is the most secure way to prevent pregnancy?**

- 1 birth control pills
- 2 condom
- 3 interrupted sex act
- 4 safe days

**22. You can buy condoms from:**

- 1 pharmacies with your parents' permission
- 2 pharmacies, groceries, kiosks and gas stations as you will
- 3 only from vending machines
- 4 only from sex shops

**23. Birth control pills:**

- 1 cause infertility
- 2 are a good contraceptive for smoking women
- 3 usually make menstrual pain worse
- 4 are taken continuously for 21-22 days for them to be effective

**24. You should start emergency contraception:**

- 1 in a week after unprotected sex
- 2 two weeks after a missed period
- 3 as soon as possible but at the latest 72 hours after unprotected sex
- 4 at the latest two hours after unprotected se

**25. Imagine yourself in the following situation:**

**You have been dating for a while now and it is now time to get contraceptives.**

**a) Which contraceptive would you choose and why?**

---

---

---

---

---

---

---

**b) Where and how would you get that contraceptive?**

---

---

---

---

---

---



## **SEXUALLY TRANSMITTED DISEASES (STDs)**

**Next you will find a group of multiple-choice questions. Please circle the answer you think is correct. There is only one right answer to each question.**

### **26. STDs are transmitted:**

- 1 by touching genitals with hands
- 2 in mucosa contact from one mucous membrane to the other
- 3 by kissing
- 4 in all of these cases

### **27. How can you know you will not get an STD from your partner?**

- 1 when you have known him/her for long time
- 2 when he/she has a good reputation amongst friends
- 3 when he/she tells not to have an STD
- 4 none of these

### **28. Where you can test STD and get some treatment?**

- 1 at the school doctor
- 2 at a health centre
- 3 at an STD polyclinic
- 4 in all of these places

### **29. Can an STD be completely symptomless?**

- 1 never
- 2 seldom
- 3 often
- 4 almost always

## PREGNANCY

Next you will find a group of multiple-choice questions. Please circle the answer you think is correct. Please choose **ONLY ONE** option.

**30. How can you know that a girl can get pregnant?**

- 1 the girl gets interested in boys and starts dating
- 2 she is 16 years old
- 3 her menstruation has begun
- 4 her breasts have developed

**31. In which phase of menstruation woman can get pregnant most easily?**

- 1 before menstruation
- 2 during menstruation
- 3 after menstruation
- 4 in the middle of the menstruation cycle

**32. What should you do if you think you are unwantedly pregnant?**

- 1 to wait that also the next period is missed
- 2 to do a pregnancy test
- 3 see if any pregnancy symptoms come up
- 4 to write to a doctor column in a magazine and ask some advice

**33. Who primarily decides whether the pregnancy should continue?**

- 1 parents
- 2 doctor
- 3 girl
- 4 girl with boy's permission

**34. When a girl that is under 16 years old in Finland notices she is pregnant, she usually:**

- 1 gets an abortion
- 2 gives birth and keeps the baby
- 3 gives birth and gives the baby for adoption
- 4 gives birth and moves together with the baby's father

**35. Imagine yourself in the following situation:**

**You are dating and you notice that you are / your girlfriend is pregnant.**

**What would you do in that kind of a situation?**

---

---

---

---

---

---

---

---

**THE NEED OF SEXUAL HEALTH INFORMATION**

**36. a) Which sexual health related factors would you like to have more information about?**

---

---

---

---

---

**b) Why are the above-mentioned factors important to you?**

---

---

---

---

---

## SEXUAL INTERCOURSE AND MASTURBATION

Next you will find a group of multiple-choice questions. Please circle the answer you think is correct. Please choose **ONLY ONE** option.

### 37. Masturbation means:

- 1 touching yourself in a sexually exciting way
- 2 touching someone else in a sexually exciting way
- 3 refusing of sex
- 4 sexual abuse

### 38. Which one of the following statements about first intercourse is true?:

- 1 both the girl and the boy can feel some pain
- 2 about half of the girls do not feel pain at all
- 3 the hymen can be widened if necessary
- 4 all of the above

### 39. Masturbation is:

- 1 easy because you can do it wherever and whenever
- 2 a good way to get to know the sexual reactions of your body
- 3 harmful for young people's sexual development
- 4 recommended only if you do not have a partner

### 40. Woman gets an orgasm:

- 1 usually in her first intercourse or very soon after that
- 2 on average during the first year after first intercourse
- 3 on average after 2-3 years after the first intercourse
- 4 on average after 4-5 years after the first intercourse

### 41. Many young people would like to touch and caress other people. It can happen, when:

- 1 you want it
- 2 your partner wants it
- 3 you both want it
- 4 your parents give their permission

### 42. Sexual abuse exists:

- 1 if an adolescent has an intercourse with a 16-year-old
- 2 if you force and press someone into intercourse
- 3 if you take a payment for having sex
- 4 all of the above

## **SEXUAL EDUCATION IN SCHOOL**

**43. What do you think is especially important in sexual education in school? Which subjects do you want to learn more about?**

---

---

---

---

---

---

**44. Have there been some subjects in sexual education that you felt uncomfortable with or that you did not want to know? What kind of subjects were they?**

---

---

---

---

---

**THANK YOU FOR ANSWERING!**