

Õpilase seksuaaltervis

Tegevusjuhend kooli tervishoiutöötajale

Eesti Seksuaaltervise Liit
Eesti Haigekassa
Eesti Õdede Liit

Õpilase seksuaaltervis
Tegevusjuhend kooli tervishoiutöötajale

Tallinn, 2007

Koostatud tegevusjuhendid on üks osa tervishoiutöötajat abistavatest lisamaterjalidest, mis aitavad suunata tervisedendustööd koolis, ennetada õpilaste riskikäitumist ja hoida nende tervist. Tegevusjuhendid on soovitusliku iseloomuga.

Juhend "Õpilase seksuaalervis" on valminud Koolitervishoiuteenuse arendamise projekti raames Eesti Haigekassa, Eesti Seksuaalervise Liidu ja Eesti Õdede Liidu koostöös.
© Eesti Seksuaalervise Liit

Finantseeritud Eesti Haigekassa eelarvest.

Tasuta jagamiseks.

Käsikirja koostasid: Kai Haldre, Kai Part, Kaie Toomet, Siim Värv. Konsultant Margus Punab (ptk. "Seksuaalne küpsemine teismelisees ja sugulise arengu hindamine")

Kujundus ja küljendus: Dada AD

ISBN

Sisukord

Sissejuhatus	lk 5
Mõisted	lk 8
Lühendid	lk 8
I. Seksuaalne küpsemine teismeliseas ja sugulise arengu hindamine. Kai Part ..	lk 9
Seksuaalne küpsemine kui arengu osa	lk 9
Suguline areng murdeas	lk 11
Sugulise arengu hindamine	lk 14
Mõned olulised aspektid koolitervishoiutöötaja tegevuses	lk 15
Õpilaste sagedasemad küsimused	lk 16
Sugulise arengu hindamine õpilase tervisekontrolli käigus	lk 18
II. Rasestumisvastased vahendid. Kai Haldre	lk 21
Kontratseptsioonialase nõustamise ja rasestumisvastase vahendi valiku põhimõtted ..	lk 21
Erinevate rasestumisvastaste meetodite tõhusus	lk 23
Ülevaade erinevatest rasestumisvastastest meetoditest	lk 24
Hormonaalne kontratseptsioon	lk 24
Kombineeritud rasestumisvastased tabletid e pillid, plaaster ja tuperõngas	lk 24
Minipillid e ainult kollaskehahormooni sisaldavad tabletid	lk 29
Süstitav hormonaalne meetod	lk 30
Postkoitaalsed e häda-abi e SOS-pillid	lk 31
Emakasisene vahend (ESV)	lk 32
Vaske sisaldav ESV	lk 32
Hormonaalne emakasisene süsteem (hormonaalne ESV)	lk 33
Naiste ja meeste steriliseerimine	lk 34
Barjäärimeetodid	lk 34
Spermitsiidid	lk 34
Füsioloogiline meetod	lk 35
Koolitervishoiutöötaja roll	lk 35
III. Seksuaalsel teel levivatesse haigustesse nakatumise vältimine. Siim Värvo ..	lk 38
Mis on seksuaalsel teel levivad haigused	lk 38
HIV/AIDS	lk 40
HPV	lk 42
Seksuaalsel teel levivate haiguste vältimine	lk 44
Koolitervishoiutöötaja roll	lk 46
IV. Kuulamisest, mõistmisest, esmatasandi nõustamisest. Kaie Toomet	lk 48
Nõu andmine ja nõustamine	lk 48
Nõustamise eesmärgid	lk 49
Nõustamisprotsess	lk 49
Suhtemistõkked	lk 51
Aktiivne kuulamine	lk 53
V. Noorte seksuaaltervise küsimustes lisainfot ja abi pakkuvad asutused	lk 56

Sissejuhatus

Laste ja noorte **seksuaaltervise edendamine ja riskikäitumise ennetamine** on koolitervishoiu ja -hariduse oluline osa. Selle eesmärk on soodustada lapse arengut täiskasvanuks, kes mõistab enda ja teiste seksuaalsust, väärtustab seksuaaltervist ja käitub vastutustundlikult, on võimeline lähisuhete loomiseks ning kogeb oma seksuaalelu täisväärtuslikuna. Rasestumisvastaste meetodite ja kondoomi kasutamine, st soovimatute raseduste ja seksuaalsel teel levivate haiguste (STLH) vältimine on aluseks heale seksuaaltervisele ja tervete laste sünnile oodatud ajal.

Noorte vastutustundlikule seksuaalkäitumisele aitavad kaasa mitmed tegurid, mida laias laastus võib rühmitada **lapsepõlve ja perekonnaga seotud teguriteks** (kvaliteetsed peresuhetud, pere sotsiaalmajanduslik staatus, soodne isiksuslik areng) ning **ümbritseva keskkonnaga seotud teguriteks** (avatud suhtumine inimese seksuaalsusesse ja noorte seksuaalse arengu toetamine; võrdsete õiguste ja võimaluste loomine sõltumata vanusest, soost, seksuaalsest orientatsioonist; kvaliteetne kooli seksuaalharidus; noortesõbralike seksuaal- ja reproduktiivtervise teenuste ja rasestumisvastaste vahendite kättesaadavus).

Kui päritolu ja perekonnaga seotud tegureid saab ühiskond mõjutada kaudselt ja vähesel määral, siis kindlasti saab ühiskond (sh kool ja tervishoid) märkimisväärselt mõjutada noorte seksuaaltervise edendamist. Eestis on selles valdkonnas viimase viieteistkümne aasta jooksul toimunud mitmeid positiivseid muutusi, mille üle võib rõõmu tunda ning mis on otseselt seotud noorte reproduktiiv- ja seksuaaltervise näitajate paranemisega.

Mida on seni tehtud noorte seksuaaltervise edendamise valdkonnas?

Alates 1990ndate algusest on Eestis tegutsenud **noorte nõustamiskeskused**, millised on lähituvalt noorte vajadustest pakkunud mõlemast soost noortele kontratseptsioonialast nõustamist, HIVi ning seksuaalsel teel levivate haiguste suhtes testimist, võimalust vestelda lähisuhetest ja seksuaalsusest asjatundliku nõustajaga.

Alates 1996. aastast on kooli õppeprogrammis **kohustusliku aინena inimeseõpetus**, mille raames antakse seksuaalharidust. On andmeid, et kohustusliku seksuaalhariduse kehtestamine on positiivselt mõjutanud õpilaste seksuaalteadmisi 1990ndate teisel poolel. Õpetajatele on koostatud metoodilisi materjale seksuaalkasvatuse andmiseks koolis (rasestumisvastaste vahendite komplekt, õppefilmid, seksuaalkasvatuse õpetajaraamat jt). Noorte vajadusi silmas pidades on loodud **internetipõhine nõustamisportaal www.amor.ee**, kus noored saavad spetsialistidelt nõu küsida seksuaaltervist puudutavates küimustes. Positiivseks võib lugeda Eesti Haigekassa **50% soodustust** hormonaalsetele rasestumisvastastele vahenditele, mis on muutnud selle kontratseptsiooniliigi kättesaadavamaks kogu elanikkonnale. Kindlasti on oma ette saavutuseks **SOS-pillide** apteegi käsimüüki viimine 2003. aastal. Noorte nõustamiskeskustes, laste tugikeskustes ja teistes abi andvates asutustes on üha tõhusamalt hakatud tegelema seksuaalvägivalla probleemidega. Seksuaaltervist puudutav seadusloome on arenenud.

Samas on veel palju noorte seksuaaltervise valdkondi, mille probleemide lahendamiseks tuleb ühiskonnal teha jõupingutusi. Nii on jätkuvalt suureks probleemiks HIV juhtude lisanudmine noorte hulgas. Uus kooli õppekava on väljatöötamisel, haridus- ja tervishoiusüsteemis toimuvad ka edaspidi muudatused jne.

Milline on Eesti noorte seksuaaltervise olukord?

Viimase viieteistkümne aasta jooksul on toimunud positiivsed nihked Eesti noorte seksuaaltervise näitajates, kuid mitmete näitajate osas jäädakse ikka veel alla näiteks naabritele Põhja-maades.

Seksuaalelu alustamise keskmine vanus Eestis on 17,5 eluaastat. 15. eluaastaks on seksuaalvahekorras olnud umbes 20% noortest. Vaadates seksuaalelu alustamise vanuse muutumist Põhja-Euroopas, võib prognoosida selle näitaja mõningast alanemist edaspidigi. Kuna esimese lapse sünd on nihkunud keskmiselt 25. eluaastale, on järjest pikenenud aeg, mil vajatakse usaldusväärset rasestumisvastast meetodit.

Alates 1990ndate aastate algusest, mil tänapäevased rasestumisvastased vahendid said kättesaadavaks, on **abortide arv** kõigis vanusegruppides, sh teismeliste hulgas, mitu korda vähenenud. Kui 1992. aastal oli 55 aborti tuhande 15–19-aastase kohta, siis 2005. aastal oli vastav näitaja 26. Nii nagu arenenud riikides, ei ole ka Eestis teismeliseas sünnitamine tavaline: 1992. aastal oli 50 **elussündi** ja 2005. aastal 21 elussündi tuhande 15–19-aastase kohta. Võrdlusena on Soomes nii teismeliste abortide kui sünnituste arv Eesti tasemest ligi kaks korda väiksem. Viimastel aastatel on olnud sünnitusi aastas kuni 14-aastastel noortel 2–4, 15–17-aastastel ligi 300 ja 18–19-aastastel 800 ringis. Kuni 14-aastaseid abordipatsiente on aastas olnud 12–20, 15–17-aastaseid ligi 500 ja 18–19-aastaseid ligi 800. Seega on Eestis igal aastal teismelistel kokku ligi 2500 rasedust, millest valdav osa pole planeeritud – raseduse korral teismelised pigem katkestavad raseduse kui sünnitavad.

Kui traditsiooniliste STLHde (süüfilis, gonorröa) esmashaigestumus on 2000ndatel vähenenud, siis **klamüüdia** ning **herpes- ja papilloomiviiruse** levik püsib kõrgel tasemel. Alates 2000. aastast alanud **HIVi** haigestumuse järsk tõus hõlmab siiani peamiselt noori: 2005. aastal moodustasid nakatunutest peaaegu 60% kuni 24-aastased. Seoses HPV vaktsiini müügile tulekuga seisab lähiaastatel tõenäoliselt ees teismeliste vaktsineerimine HPV suhtes. Kuigi noorte **kontratseptsioonikasutuse kohta** on vähe andmeid, võib siiski eeldada, et on paranenud tõhusate rasestumisvastaste meetodite kasutamine. On teada, et 15–24-aastaste hulgas tähelepanu 2000ndatel esmasseksuaalvahekorras kondoomi kasutamise suurenemist: 46% 2003. aastal ja 62% 2005. aastal.

Kuidas koolitervishoiutöötaja saab noorte seksuaaltervise edendamisele kaasa aidata?

Kooliõed ja -arstid on seotud nii hariduse kui tervishoiuteenusega ja suhtlevad vahetult suure osaga noortest. Koolitervishoiutöötaja saab kaasa aidata noore **seesmisele soovile enda tervise eest hoolt kanda**. Kui tunda ennast väheväärtuslikuna, halva või abituna (nt depressiooni või seksuaalse ärakasutamise korral), siis võib see viia seksuaalse riskikäitumiseni. Koolimeedik saab kaasa aidata, et **noorel tekiks võime riskiolukorda ära tunda, otsustusjulgus ja head teadmised** seksuaaltervisest. Kuna koolitervishoiutöötaja puutub kokku nii poiste kui tüdrukutega, saab ta arvestada **mõlema sugupoole võrdse infovajadusega**. Teadaolevalt on Eesti poiste teadmised suguküpsusest, soovimatutest rasedustest ja STLHst kehvemad kui tüdrukutel. Tüdrukud küpsevad bioloogiliselt ka veidi varem kui poisid ja saavad seetõttu varem tähelepanu ja terviseteadet.

Millised on koolitervishoiutöötaja töövaldkonnad seksuaaltervise edendamisel?

Koolitervishoiutöötaja tegeleb **seksuaaltervise edendamisega** (õpilase, riskirühma ja kogu kooli tasemel) ning **riskikäitumise ennetamisega**.

Seksuaalkasvatust käsitlevad tunnid kuuluvad õpetajate tööülesannete hulka, kuid koolitervishoiutöötaja teadmisi võib soovi korral teatud teemade juures (seksuaalne areng, murdeiga, rasedumisvastased meetodid, STLH/HIV) kasutada.

Seksuaalkasvatustunnid ja **individuaalne tervisenõustamine** täiendavad vastastikku teineteist, sest õppetöö käigus lastega saavutatud hea kontakt annab õpilastele julgust nende teemadega koolitervishoiutöötaja poole pöörduda. Koolitervishoiutöötaja on õpilase jaoks võrdne partner, kes saab aktiivselt teavet pakkuda, toetada õpilase enesehinnagut ja enesekeh-testamisvõimet (vt ptk *Kuulamisest, mõistmisest, esmatasandi nõustamisest*). Seksuaalteemadel rääkimine peab noore jaoks olema usaldust tekitav, et julgetaks tulla vastuvõtule ka probleemiga, millega mujale ei julgeta pöörduda – näiteks kui noor alustab seksuaalelu ja vajab nõu rasedumise vältimiseks (vt ptk *Rasedumisvastased vahendid*), SOS-pillide kohta, STLHde ja nende testimisvõimaluste kohta (vt ptk *Seksuaalsel teel levivatesse haigustesse nakatumise vältimine*). Kui nõustamise käigus õnnestub luua usaldusväärne õhkkond, võivad selguda seksuaalvägivalla, raseduse või abordiga seotud probleemid. Seksuaalne riskikäitumine (sh vahendite mittekasutamine, seksuaalpartnerite suur hulk) võib viidata masendusele ja probleemidele kodus. **Tervisekontrolli** käigus on koolitervishoiutöötaja peamine ülesanne võimalikult vara avastada sugulise arengu kõrvalekalded (vt ptk *Seksuaalne küpsemine teismeliseeas ja sugulise arengu hindamine*), kuid ka õpilase vajadus kontratseptsiooni või STLH/HIVi suhtes testimise järele. Tervisekontrolli samavõrd oluline osa on anda õpilasele kinnitus, et tema areng kulgeb tavapäraselt, õpetada noori tundma oma keha ja kehaga toimuvaid muutusi.

Koolitervishoiutöötaja saab kõikide nimetatud probleemide korral **aidata lapsel leida abi ja toetust**. Koolitervishoiutöötaja koostööpartnerid väljaspool kooli on perearst ja eriarst (naistearst, meestearst, lastearst, endokrinoloog), sotsiaaltöötaja, psühholoog ja lastekaitse spetsialist.

Käesoleva juhendi koostajad soovivad, et koolide tervishoiutöötajad leiaksid siit innustust ja abi oma töös õpilaste seksuaaltervise edendamisel. Teemade käsitlemisel on antud teoreetiline ülevaade, praktilisi soovitusi tegevuste läbiviimiseks ning ära on toodud ka spetsialistide ja noortele abi pakkuvate asutuste loetelu. Juhendis on kasutatud noorte murekirju ja küsimusi, mis on võetud reaalsest elust.

Kirjanduse loetelu

1. Tervise Arengu Instituut. Eesti meditsiinilise sünniregistri ja raseduskatkestusandmekogu andmed. www.tai.ee/?id=2369
2. Gissler M, Eronen H, Soimula A. Nordic statistics on induced abortions. Statistical Summary 32/2004. Helsinki: STAKES, 2004 – www.stakes.info/files/pdf/tilastotiedotteet/Tt32_04.pdf
3. Lõhmus L, Trummal A. HIV/AIDSi teemaatikaga seotud teadmised, hoiakud ja käitumine Eesti noorte hulgas]. Tallinn: Tervise Arengu Instituut, 2005. www.tai.ee
4. Tervisekaitseinspeksioon www.tervisekaitse.ee

Mõisted

amenorröa – menstruatsiooni puudumine

androgeenid – meessuguhormoonid, naistel toodetakse munasarjades ja neerupealistes, meestel testistes ja neerupealistes

antiandrogeenne – meessuguhormoonide toime vastane toime

bakteriaalne endokardiit – bakteritest põhjustatud südame sisekesta ja/või klappide põletik

basaaltemperatuur – kehatemperatuuri tõus umbes 24 tundi pärast ovulatsiooni

blastotsüst – embrüo arenemise staadium, põiekene, milles on moodustunud sisemine rakude kogumik (sellest kujuneb loode) ja välimine rakkude kiht (trofoblast, millest saab alguse platsenta)

düsmenorröa – valulikud menstruatsioonid

endomeetrium – emaka limaskest

follikulogenees – munaraku areng ja küpsemine kuni ovulatsioonini

gestageen ja östrogeen – naissuguhormoonid, toodetakse peamiselt munasarjades; nende sünteetilised analoogid on kasutusel hormonaalsetes rasestumisvastastes vahendites

hirsutism – mehetüüpi karvakasv naistel, eriti suguorganite, keha ja näo piirkonnas, võib kaasneda soodumus akne tekkeks

hüpotaalamus-hüpfüüs-gonaadid süsteem – isereguleeriv (tagasiside mehhanismil põhinev) suguhormoonide tootmist ja suguorganite talitlust reguleeriv süsteem

implanteerumine – embrüo pesastumine emaka limaskestale

kolorektaalne – jämesoole- ja pärasoole

luteiniseeriv hormoon – ajuripatsis toodetud hormoon, mis mõjutab suguhormoonide sünteesi munasarjades, osaline hüpotaalamus-hüpfüüs-gonaadid süsteemis

ovulatsioon – küpse munaraku vabanemine munasarjast

porfüüria – ainevahetuse haigus, mille käigus eritub uriiniga suurel hulgal maksas ja luuüdis toodetud pigmentaineid (porfüriine)

teratogeenne – keemiliste ainete, mikroorganismide ja kiirguse võime põhjustada lootel väärendeid

trombofilia – kaasasündinud või omandatud defekt vere hüübimissüsteemis (tulemuseks on soodumus trombide tekkeks)

Lühendid

DNA – desoksüribonukleinhape

EE – etinüülöstradiool

ESV – emakasisene vahend e"spiraal"

HPV – inimese papilloomiviirus

KMI – kehamassiindeks

LNG – levonorgestrel

STLH – seksuaalsel teel leviv haigus

24h – 24 tundi

Seksuaalne küpsemine teismeliseeas ja sugulise arengu hindamine

Kai Part

*Kuidas saan teada, et olen meheks saanud?
Miks mul nii palju vinne on?
Kust menstruatsiooni ajal veri tuleb?
Mis on eneserahuldamine? Kas see on kahjulik?
Kas ma arenen normaalselt?
Kui neitsinahk ei purune, kas siis olen süütu edasi?
Kuidas avaldada armastust?*

Mõisted

Noorukiiga (ingl k *adolescence*) on üleminek lapseeas täiskasvanuikka. Noorukiea vanuselised piirid on ebaselged, nt Maailma Terviseorganisatsiooni järgi kestab noorukiiga 10.–19. eluaastani. Erinevad autorid jaotavad noorukiiga vanuse alusel erinevalt, näiteks võib seda tinglikult jaotada varaseks (10.–14. eluaasta), keskmiseks (15.–18. eluaasta) ja hiliseks (19.–21. eluaasta). Sagedamini jaotatakse teismeliseiga pigem sisuliste muutuste alusel.

Sageli kasutatakse noorukieaga samas tähenduses mõistet “**teismeliseiga**”, mõnikord piiritletakse teismeliseiga 13.–18. eluaastaga.

Murdeiga (ingl k *puberty*) on vanus, mil saabub suguküpsus – küpsevad suguelundid, arenevad sekundaarsed sugutunnused ja kiireneb kasv.

Järgnevalt kasutame sõna “teismeliseiga” tähistamiseks perioodi 10. ja 20. eluaasta vahel.

Seksuaalne küpsemine kui arengu osa

Inimese areng toimub kogu elu jooksul. Eriti kiired muutused toimuvad teismeliseeas, mil samaaegselt toimub kehaline, kognitiivne, emotsionaalne ja seksuaalne areng.

Sageli nähakse selle eluperioodiga seoses pigem probleeme ja riskikäitumist, vähem isiksuslikku arengut. Tuleb silmas pidada, et teatud piirini on riskiv käitumine teismelisee loomulik osa. Oma kogemustest õppides saab noor lahendada olulised arenguülesanded, kujunevad isiklikud hoiakud ja väärtushinnangud, mis juhivad valikuid ja suhteid elus. Täiskasvanute ülesanne on noort sellel keerulisel arenguperioodil mõista ja toetada.

Lapsepõlve ja teismelisee **seksuaalsest küpsemisest** sõltub, kuidas inimene ennast ja oma partnerit täiskasvanuna tajub, kuidas ta tunnetab ennast mehe või naisena, suhetes ümbritsevaga ning milline on tema võime luua lähedasi suhteid, mis on kantud vastastikusest usaldusest ja andmisvajadusest.

Järgnevalt ülevaade muutustest, mis toimuvad enamikuga noortest. Siiski tuleb silmas pidades, et **iga noor on erinev ja võib liikuda oma arenguteel erinevalt**.

Kehaline areng

Toimub kiire kasvamine ja läbitakse murdeeaie iseloomulikud muutused. Keskkel kohal on küsimus "Kas ma olen normaalne?" (seoses nt eneserahuldamise kogemusega, öiste seemnepursetega jne). Tekib senisest suurem huvi oma välimuse vastu, teismelisee lõpuks kandub tähelepanu pigem enda isiksusele. Varakult saadud faktidel põhinevad teadmised kehaliste muutuste kohta aitavad teismelisel saavutada adekvaatset kehapilti.

Kognitiivne areng

Iseseisvusvajadus suureneb, vanemate mõju väheneb. Areneb võime langetada teadlikke otsuseid. Hakkab täiustuma põhjus-tagajärg seose mõistmine ja abstraktne mõtlemine. Toimetulekuoskused suurenevad. Sõpradelt ja meediast saadav teave muutub senisest tähtsamaks. Järkjärgult hakkab eakaaslaste mõju otsuste tegemisel nõrgenema ja osatakse paremini analüüsida meediast tulevaid sõnumeid. Tekib huvi ühiskonnas toimuva vastu. Tekivad edasiõppimis- ja erialavalikuplaanid. Kogemuste lisandudes tekivad küpsemad suhted sõprade ja pereliikmetega. Kujuneb välja isiklik väärtushinnangute süsteem.

Emotsionaalne areng

Tekib soov privaatsuseks ja eraldatuseks, piiride testimiseks perekonnas. Muututakse iseenest teadlikumaks ja enesekesksemaks. Võivad tekkida vastuolulised tunded ja ärevus murdeeaie muutuste ja seksuaalsete mõtete suhtes. Enesehinnang võib kõikumada. Kui varane kiindumusuhete imikueas annab läheduse ja turvatunde kogemuse, siis tekivad positiivne kehapilt ja eneseväärikus – need on abiks suhtlemisel ja otsuste langetamisel. Suhted (eakaaslastega, sõpradega, partneritega) muutuvad järjest tähtsamaks – neil on emotsionaalse läheduse kogemisel oluline roll. Sõprussuhete kaudu näeb noor iseennast ja tänu neile tugevdab oma mina-tunnet. Igatsus läheduse järele toob teismelise ellu armastuse – algul iidoliarmastuse, seejärel salajase armastuse reaalselt olemas oleva inimese suhtes. Fantaasiad arendavad seesmist seksuaalsust, tuues endaga kaasa tunded, unistused, lootused, hirmud. See on aluseks naudinguvõimele. Teismeliseeas on romantilised suhted motiveeritud pigem enesekesksusest, suhtlemisoskused on alles arenemas. Tunded on küll intensiivsed, kuid et partner ei vasta sageli ettekujutustele, jäävad suhted sageli lühiaegseteks.

Seksuaalne areng

Oma keha avastades ja selle seksuaalseid reaktsioone tundma õppides, jõuavad teismelised eneserahuldamiseni – teismeliseeas on see ilmselt kõige levinum seksuaaltegevus. Tekib teadlikkus enese ja teiste seksuaalsusest ja selle väljendamisvõimalustest. Seksuaalsusega seotud teemade vastu on suur huvi, kuid sageli ei julgeta küsida ja jäetakse mulje, et "kõik on juba teada!". Tekib arusaam seksuaalse sisuga naljadest. Kogemuste lisandudes mõistetakse tervete ja ebatervete inimsuhete erinevusi, täiustuvad läbirääkimisoskused, sh oskus rääkida seksuaalsusest. Esimesed tähelepanuavaldused ja suudlused viivad vastastikuste hellitusteni, lõpuks ka seksuaalvahekorraeni. Mõnikord kulgeb see protsess kiiresti, kuid enamasti kulub seksuaalkogemuste lisandumiseks aastaid – individuaalsed erinevused on siin suured. Järkjärgult tekib võime luua rahuldustpakkuvaid lähisuhteid, mis on kantud andmisvajadusest ja hoolimisest. Kujuneb välja sooline identiteet ehk enese sügavam tunnetamine mehe või naisena, mis on tugevasti mõjutatud antud keskkonnas toimivatest mees- ja naissoo rollimudelitest. Stereotüüpne ettekujutus soorollidest võib tekitada raskusi oma tunnete mõistmisel ja ebakindlust oma soovide väljendamisel, seda peetakse seksuaalse riskikäitumise üheks põhjuseks.

Teismeliseeas võib esineda kiindumust nii oma- kui ka vastassooliste suhtes, samuti on paljudel inimestel homoseksuaalseid seksuaalfantaasiaid. Teismelisee lõpuks kujuneb arusaamine enda seksuaalsest orientatsioonist. Homoseksuaalse orientatsiooniga noored võivad tajuda sotsiaalset isolatsiooni ja rusutust ning see võib väljenduda suitsidaalsuses.

Suguline areng murdeeas

Murdeea (e puberteedi) saabumise vanus on väga individuaalne. Tüdrukutel algab murdeiga enamasti 8. ja 13. eluaasta vahel, poistel 9. ja 14. eluaasta vahel. Murdeea alguseks loetakse poistel munandite kasvu algust ja tüdrukutel rindade kasvu algust ning mõlemil häbeme karvakasvu algust.

Mis käivitab murdeea?

1–3 aastat enne murdeea muutuste ilmnemist tekib hüpofüüsi eesgaras luteiniseeriva hormooni (LH) episoodiline eritumine une ajal, mis koos follikuleid stimuleeriva hormooniga (FSH) käivitab suguhormoonide (naistel östrogeen ja meestel testosteroon) tootmise suguelundites. Suguhormoonide toimega on seotud tüdrukutel suguelundite ja rindade areng, munarakkude küpsemine (follikulogenees) ja menstruatsioon, ning poistel seemnerakkude küpsemine (spermatogenees) ja munandite kasv. Enne suguelundite arengut hakatakse neerupealistes tootma androgeene, mille toime tekib nii poistel kui tüdrukutel suguhormoonidest sõltumatult karvakasvu ning mõnikord varase puberteedi tunnuseks ka akne.

Murdeiga ja pikkuskasv

Meeste ja naiste pikkuse keskmise erinevus (13 cm) on tingitud kahest põhjusest: 1) poistel algab maksimaalne kasvukiiruse spurt umbes kaks aastat tüdrukutest hiljem (kasvuspurdi alguses on nad tüdrukutest pikemad), 2) poisid kasvavad murdeea kasvuperioodil keskmiselt 28 ja tüdrukud 25 cm.

Murdeeas järjest suuremas koguses toodetavate suguhormoonide toime kahekordistub kasvuhormooni tootmine, mis käivitab toruluude kasvuplaatides kasvuhormoon IGF-1 (insuliinisarnane kasvufaktor-1) vahendusel luude kasvu, mis on aluseks murdeeas toimuvale kasvuspurdile. Intensiivne kasv käivitub tüdrukutel seetõttu koos rindade arenguga, jõuab maksimumini enne menstruatsioonide algamist, peale menarhet lisandub enamasti veel vaid 4–6 cm pikkust umbes aasta jooksul. Poistel algab intensiivseim kasv 3.–4. Tanneri sugulise arengu staadiumis (vt Tabel 4). Luude vanus (mida saab mõõta röntgenoloogiliselt käelabalt) on seetõttu tihedamini seotud sugulise küpsemisega, kui kronoloogiline vanus. Toruluude kasvuplaatide sulgumine tähistab kasvu lõppu. Kasvu lõppemist saab kindlaks teha luude vanuse järgi.

Tüdrukute murdeiga

Rindade kasv on esimeseks murdeea alguse tunnuseks ja see toimub keskmiselt 11-aastaselt – nibud muutuvad tumedamaks, nibuväli kummub ettepoole, rind hakkab kasvama ning koos sellega arenevad piimanäärmed. Sageli on murdeeas üks rind teisest suurem. Rindade kasvule järgneb **häbemekarvade kasv**.

Kasvuspurt algab tüdrukutel umbes kaks aastat varem kui poistel, keskmiselt 12-aastaselt. Kasv ei ole alati sünkroonne – jalad ja käed võivad kasvada kiiremini kui ülejäänud keha. Puusadele, reitele, kõhule ja rindadele koguneb rasvkude, mis loob **naisele omased kehavormid**. Toimub **suguelundite** (häbememokkade, tupe ja emaka) kasv ja areng, suguhormoonide eritumine ja ovulatsioonide algus. Võib tekkida **akne** (keskmiselt 13-aastaselt).

Kuus kuud kuni aasta enne esimest menstruatsiooni hakkab tupest erituma **valgevoolust**

– see on emakakaela näärmete toodetav limane eritis ning tupe limaskestast sekreet, mis niisutab ja kaitseb tuppe ning on vajalik tupe loomuliku keskkonna säilitamiseks.

Tabel 1. Murdeea muutuste algus tüdrukutel.

	Varaseim iga (vanus aastates)	Hiliseim iga (vanus aastates)	Keskmine iga (vanus aastates)
1. Rindade kasvu algus	9	13	11
2. Häbemekarvade kasvu algus	9	15	12
3. Maksimaalne kasvuspurt	9 ½	15 ½	12
4. Menstruatsioonide algus	10	16	12 ½
5. Kaenlaaluste karvade kasvu algus	11 ½	14 ½	13

Esimene menstruatsioon (*menarche*) toimub keskmiselt 12–13aastaselt (keskmiselt 2,3 aastat pärast rindade kasvu algust). Menstruatsioonide algamiseks on vajalik, et kehakaal oleks vähemalt 46–47 kg. Menstruaaltsükkel võib esimesel aastal olla ebaregulaarne (80%-l pikkusega 21–45 päeva) ja anovulatoorne, tsükkel muutub korrapärasemaks ja ovulatoorseks paari aasta jooksul. Siiski võib ka kohe pärast menarhet esineda ovulatoorseid tsükleid. Täielikult funktsioneeriva menstruaaltsükli kujunemine võib kesta ligikaudu kaheksa aastat (mida hilisem menarhe, seda hilisemalt reguleerub menstruaaltsükkel). Normaalne vereerituse kestvus on **3–7 päeva** ning tsükli pikkus **21–35 päeva**. Menstruaalvere **hulka** on raske hinnata, erinevatel naistel kõigub see üsnagi suurtes piirides, kuid tavapäraselt eritub kokku umbes 40–80 ml menstruaalverd.

Regulaarseks muutunud menstruaaltsükkel võib loomulikult kõikuda ± 5 päeva. Ka normaalselt esineb aeg-ajalt anovulatoorseid tsükleid, mistõttu ühekordse mööduva tsüklihäire tõttu pole enamasti vaja uuringuid teha. Küll aga on vajalik naistearstile pöörduda, kui esineb tsüklihäireid vereerituse, normist pikenenud, vererohkemaid või sagedamini esinevat menstruaalvere (vt allpool).

Naistearsti ja/või laste endokrinoloogi konsultatsioon on vajalik, kui:

- Menstruatsioon pole alanud 15. (hiljemalt 16.) eluaastaks.
- Rindade kasv pole alanud 13. eluaastaks (vt allpool *Enneaegne ja hilinenud murdeiga*).
- Menstruatsioon puudub 3–4 aasta möödumisel alates rindade arengu algusest.
- Menstruatsioon või rindade kasv algab enne 8. eluaastat (vt allpool *Enneaegne ja hilinenud murdeiga*).
- Esineb igakuine alakõhuvalu ilma menstruatsioonita (kahtlus suletud neitsinahale, vt allpool).
- Menstruatsioon puudub 3–6 kuud ilma selge põhjuseta.
- Esinevad kaalu ja kasvu kõrvalekalded.

Poiste murdeiga

Esmaseks murdeea muutuseks poistel on **munandite ja peenise kasv** keskmiselt 12 aasta vanuses. Järgneb **häbemekarvade kasv** esmalt peenise juurele. Hiljem järgneb **kaenlaaluste karvade kasv** ja umbes 15–16-aastaselt **karvakasv näol**. Umbes 50% poistest võib puberteediperioodil kogeda **ajutist rinnanibude hellust ja/või rinna näarmelise koe mahu tõusu** (günekomastia), mis möödub spontaanselt mõne aasta jooksul. **Kasvuspurt** algab keskmiselt 14 aasta vanuses. **Poiste kehakuju muutub** suureneva lihasmassi arvelt. **Häälemurre** on tingitud häälepaelte, kõrikõhrede ja -lihaste kasvust ning leiab aset 13–14aastaselt. Võib tekkida **akne** (keskmiselt 14aastaselt).

Tabel 2. Murdeea muutuste algus poistel.

	Varaseim iga (vanus aastates)	Hiliseim iga (vanus aastates)	Keskmine iga (vanus aastates)
1. Munandite kasvu algus	10	14	12
2. Peenise kasvu algus	10	14	12 ¼
3. Häbemekarvade kasvu algus	10 ½	14	12 ½
4. Häälumurre	11 ½	15 ½	13 ½
5. Maksimaalne kasvuspurt	11 ½	16	14
6. Kaenlaaluste karvade kasvu algus	11 ½	16 ½	14

Umbes aasta pärast peenise kasvu algust, tavaliselt 12. ja 15. eluaasta vahel, hakkavad munandid tootma seemnerakke ning poisid kogevad esimest korda **ejakulatsiooni ehk seemnepurset**. Kui seemnepurse toimub öösel magamise ajal, nimetatakse seda öiseks seemnepurskeks e pollutsiooniks e „märjaks unenäoks“. Ereksioonid ja seemnepursked tekivad spontaanselt ja nende tekkimine on normaalse arengu tunnuseks.

Laste endokrinoloogi/ meestearsti/ lastekirurgi konsultatsioon on vajalik, kui:

- 7-aastaselt ei ole lahenenud võimalik eesnaha kitsenemine.
- Märatakse munandite ebalooslikku suurenemist, tihenemist või muud ebanormaalset muutust munandite piirkonnas.
- Munandi maht ei ole vastavuses muu kehalise arenguga või on tuvastatav munandite mahu olulise (>20%) erinevus.
- Munandikotis on vaid üks munand või puuduvad need üldse.
- eluaastaks ei ole tekkinud munandite ja peenise kasvu (vt allpool *Enneaegne ja hilinenud murdeiga*).
- Munandite kasv tekib enne 9. eluaastat (vt allpool *Enneaegne ja hilinenud murdeiga*).
- Esinevad kaalu ja kasvu kõrvalekalded.

Tabel 3. Tüdrukute sugulise arengu staadiumid Tanneri järgi.

	Rindade areng	Häbemekarvade kasv	Teised muutused
1	rinnad arengu tunnusteta	karvkate puudub	– pikkuskasv (baastasemel) 5–6 cm aastas
2	rinnanibu ja areool kergelt välja võlvunud	üksikud, vähe pigmenteerunud, sirged või vähe keerduvad karvad suurtel häbememokkadel	– pikkuskasv 7–8 cm aastas
3	rinnanäärme ja areooli suurenemine ja pigmenteerumine, areool ei võlva ümbritsevast nahapinnast kõrgemale	lainjas, hõre, enam pigmenteerunud karvkate häbeme keskel, üksikud lokkis karvad	– pikkuskasv 8 cm aastas – kaenlaaluste karvade kasv – akne
4	rinnanäärme suurenemine lõpliku kujuni; areool koos nibuga on tugevalt esile võlvunud ümbritsevast nahapinnast	lokkis, pigmenteerunud peaaegu täiskasvanule omane karvkate häbemekingul	– menarhe – pikkuskasv 7 cm aastas
5	rinnanäärme küps staadium, rinnanibu selgelt eraldatav areoolist, mis asetseb ühel tasapinnal ümbritseva nahaga	tihe, lokkis, pigmenteerunud täiskasvanule omane karvkate kogu häbemekingul	– pikkuskasv lõppenud 16. eluaastaks

Sugulise arengu hindamine

Sekundaarsete sootunnuste arengut hinnatakse 5-palli süsteemis Tanneri skaala järgi (vt Tabel 3 ja 4, Joonis 1). Hinnatakse tüdrukutel rindade arengut (*thelarche*), poistel suguelundite arengut (*gonadarche*) ja mõlemal häbemekarvade kasvu (*pubarche*). Algset Tanneri skaalat on hiljem kombineeritud teiste murdeea muutusi väljendavate tunnustega.

Lisaks sugulise arengu hindamisele Tanneri järgi hinnatakse tüdrukutel menstruatsioonide algamist (menarhe), menstruaaltsükli pikkust, menstruatsiooni kestvust, menstruaalvalude esinemist, vereerituse hulka. Kaalu ja kasvu jälgimiseks kasutatakse kaalu- ja kasvukõveraid (vt Grünberg et al. 1998).

Tabel 4. Poiste sugulise arengu staadiumid Tanneri järgi.

	Suguelundite areng	Häbemekarvade kasv	Teised muutused
1	prepubertaalne peenis ja munandid <3 ml	karvkate puudub	– pikkuskasv (baastasemel) 5–6 cm aastas
2	munandite kasv 4–8 ml, peenise kasvu algus, munandikoti suurenemine	üksikud, vähe pigmenteerunud, sirged või vähe keerduvad karvad peenise juurel	– pikkuskasv (baastasemel) 5–6 cm aastas
3	munandite kasv 10–15 ml, peenise kasv pikkuses ja läbimõõdus	lainjas, hõre, enam pigmenteerunud karvkate, mis ulatub üle häbemeliiduse	– pikkuskasv 7–8 cm aastas – günekomastia – kaenlaaluste karvade kasv – häälemurre – lihasmassi suurenemine
4	munandite kasv 15–20 ml, peenise kasv pikkuses ja läbimõõdus, munandikoti pigmenteerumine	lokkis, pigmenteerunud peaaegutäiskasvanule omane karvkate peenise juure ümber ja munandikoti ülemises osas	– pikkuskasv 10 cm aastas – kaenlaaluste karvade kasv – akne
5	munandi maht 20–30 ml, täiskasvanule omane peenis ja munandikott	tihe, lokkis, pigmenteerunud täiskasvanule omane karvkate	– pikkuskasv lõppenud 17. eluaastaks – karvakasv näol – mehelik kehakuju – günekomastia möödunud

Joonis 1. Poiste ja tüdrukute sugulise arengu staadiumid Tanneri järgi (originaal www.addison.ac.uk).



Poiste puhul hinnatakse eesnaha kitsenemist, munandite laskumist, kas esineb probleeme seoses suguelunditega, valulikkust urineerimisel, munandite ebaloomulikku suurenemist, tihene- mist, ebamugavustunnet munandite piirkonnas.

Enneaegne ja hilinenud murdeiga

Enneaegseks puberteediks tüdrukutel loetakse rindade kasvu algust enne 8. eluaastat. Tumeda rassi esindajatel algab loomulik puberteet varem kui valge rassi esindajatel (enneaegse puberteedi piir 7. eluaasta). Ülekaalusisus võib samuti puberteedi saabumist kiirendada. Eristatakse tõelist e. tsentraalset (LH ja suguhormoonide tõus) ja pseudo- ehk mittetsentraalset (suguhormoonide tõus, LH ei ole tõusnud) enneaegset puberteeti. Mida nooremas eas algab enneaegne puberteet, seda suurema tõenäosusega on tegemist haigusliku põhjusega - kesknärvisüsteemi kasvajakasvaja ja infektsioonid, aju kiiritusravi, neurofibromatoos, östrogeene produtseerivad munasarja ja neerupealise kasvajakasvaja jt. Enneaegset puberteeti esineb tüdrukutel tunduvalt sagedamini kui poistel.

Enneaegseks puberteediks poistel loetakse munandite ja häbemekarvade kasvu algust enne 9. eluaastat, ning seda põhjustavad kesknärvisüsteemi kasvajakasvaja, raske ajutrauma, vesipea, neerupealise ja munandi kasvajakasvaja jt. Esineb harva.

Varase puberteedi kahtluse korral tüdrukutel või poistel tuleb võtta ühendust lapse vanematega, et konsulteerida perearstiga ja vajadusel lasteendokrinoloogiga ja/ või naistearstiga/ androloogiga.

Hiliseks puberteediks loetakse olukorda, kus sekundaarseid sugutunnuseid ei ilmne tüdrukutel 13.–14. ja poistel 15.–16. eluaastaks ning menstruatsioon puudub 16. eluaastaks. Puberteedi hilinemist esineb poistel sagedamini kui tüdrukutel, sellega kaasneb ka kasvu pidurdumine ja luulise vanuse hilinemine. Paljudel juhtudel on tegemist päriliku (konstitutsionaalse) eelsoodumusega ja sel puhul saabub murdeiga hiljem ning kulgeb normaalselt. Hilist puberteeti võivad põhjustada - stress, üleliigne treeningkoormus, kesknärvisüsteemi kasvajakasvaja ja infektsioonid, tsüstiline fibroos, krooniline neeruhaigus, alatoitumus, kilpnäärme alatalitus, diabeet jt. Puberteet ei saabu ka kromosomaalsete patoloogiate korral (Turneri sündroom, Klinefelteri sündroom), laskumata munandite korral vms. Võivad esineda ka olukorrad, kus sekundaarsed sugutunnused tüdrukutel avalduvad, kuid menstruatsiooni ei teki – sel puhul tuleb kahtlustada emaka puudumist, tupe vaheseina olemasolu, suletud neitsinaha esinemist.

Hilise puberteedi kahtluse korral tuleb konsulteerida perearstiga ning vajadusel naistearsti/ androloogi ja/või endokrinoloogiga.

Mõned olulised aspektid koolitervishoiutöötaja tegevuses

Tänu erialasele ettevalmistusele omab koolitervishoiutöötaja teadmisi seksuaalsest arengust, murdeea muutustest, inimese seksuaalanatoomiast ja -füsioloogiast, mida võib kasutada **terviseedendustöös** nii individuaalsel kui ka klassi või kooli tasandil. Soovi korral võib koolitervishoiutöötaja teha koostööd inimeseõpetuse õpetajaga vastavate ainetundide, teemapäevade, kampaaniate ja muude ürituste läbiviimisel. Murdeea muutustest tuleb õpilastele rääkida kindlasti enne isiklike muutuste algust, et soodustada positiivset suhtumist oma kehasse ja muutustesse. Arengust rääkides tuleb lisaks suguküpsemisega seotud muutustele kindlasti käsitleda ka seksuaalse küpsemise teemat.

Seksuaaltervisega seotud teemasid on soovitatav käsitleda aktiivõppe meetodeid kasutades. Abivahendina on soovitatav kasutada 2005. aastal Eesti Seksuaaltervise Liidu, Inimeseõpetajate Ühingu ja Tervise Arengu Instituudi koostööna valminud õpetajaraamatut „*Seksuaalkasvatuse II ja III kooliaste*“ (jagatud koos koolitustega inimeseõpetust andvatele õpetajatele 2005–2007 Tervise Arengu Instituudi kaudu).

Individaalsel nõustamisel ja õpilaste tervisekontrolli käigus tuleb arvestada, et teismeline vajab abi probleemide tekkimisel ja toetust ning respekti, privaatsuse tunnustamist oma loomulikus arengus. Siin on koolitervishoiutöötajal oluline arvestada järgmist:

- austada noore privaatsusvajadust,
- kohelda teda kui võrdset partnerit,
- pakkuda noorele nõustamise käigus valikuid ja tunnustada tema vastutust,
- aidata mõista teismeliseeas toimuvat ja kinnitada, et muutused on loomulikud,
- pakkuda teavet (nt arengust, tervisekontrolli tulemustest, rasestumisvastastest vahenditest, rasedusest, kondoomidest, SOS-pillidest, seksuaalsusest ja suhetest) – millele toetudes saab noor teha iseseisvaid (riske mittesisaldavaid) otsuseid,
- olla ühenduslüliks noore ja spetsialiseeritud abipakkuva asutuse vahel,
- kasutada sõnu ja mõisted, mis arvestavad erineva seksuaalse orientatsiooni võimalusega,
- pöörata erilist tähelepanu krooniliste haiguste ja puudega õpilastele, kelle seksuaalne areng jääb muude terviseprobleemide tõttu sageli tagaplaanile või erineb keskmisest.

Vt ka ptk *Kuulamisest, mõistmisest, esmatasandi nõustamisest*.

Õpilaste sagedasemad küsimused

Õpilastel on **palju küsimusi** oma keha, arengu ja seksuaalsuse suhtes. Järgnevalt mõnedest olulisematest aspektidest, seoses murdeea ja seksuaalse arenguga, mida koolitervishoiutöötajal on vaja noortega suheldes silmas pidada.

- Teismelised võivad rõõmu tunda oma keha muutuste üle, kuid samal ajal **muretseda, kas kõik on ikka normaalne**. Enne murdeiga omandatud teadmistest ja ettevalmistusest sõltub paljuski, kuidas noor oma muutuste perioodi tajub.
- On oluline, et noored mõistaksid, et **murdeiga saabub eri inimestel, poistel ja tüdrukutel, erineval ajal**. Õpilaste erinev arengutempo nõuab sellele teemale tundlikku lähenemist. Tähelepanu tuleb pöörata nii neile noortele, kelle murdeiga saabub keskmisest varem, kui ka neile, kes küpsevad keskmisest hiljem.
- **Poisid ja tüdrukud võivad tajuda murdeea saabumist erinevalt**, sõltuvalt hoiakutest ümbritsevas keskkonnas. Sageli seostatakse menstruatsioonide algamist tüdruku puhul eeskätt emakssaamisega, seevastu poiste seemnepursete algamist peamiselt tärkava seksuaalsusega. Võimalik, et sel põhjusel räägitakse poistega nende murdeea muutustest oluliselt vähem kui tüdrukutega. Teabe jagamisel murdeea muutuste tähendusest tuleb nii poistele kui tüdrukutele võrdselt tähelepanu pöörata.
- Rasestumine ei pruugi võimalik olla kohe alates menarhest, sest esialgu ei pruugi tsükliks olla ovulatoorsed (vt eelpool Tüdrukute murdeiga). Meestel võib seemnerakkude tootmine alata kohe esimeste murdeea muutuste ilmnemisel, seemnerakkude hulk ja koos sellega viljastumise tõenäosus suurenevad aja jooksul. Kuna viljaka ea algust pole päris täpselt võimalik kindlaks määrata (eriti meestel), siis peab **teismeliste tutvustama rasestumisvastaseid meetodeid juba enne murdeea algust**.
- Hormoonide tasakaalu ebaküpsuse tõttu võib murdeeas esineda **juveniilseid verejookse**. Harva võib menstruatsiooniaegne verekaotus olla nii suur, et tekib aneemia. Väga rohke vereeritusega menstruatsiooni, pikenenud menstruatsiooni (kui menstruatsioon kestab kauem kui seitse päeva, menorraagia) või sagedamini kui iga 21 päeva tagant ilmneva

menstruatsiooni (polümenorröa) ja/või aneemia korral tuleb kohe pöörduda naistearsti vastuvõtule. Enamasti mööduvad juveniilsed verejooksud iseenesest aja möödudes, kuid mõnikord on vajalik ka naistearsti poolt ordineeritud ravi.

- **Menstruaalvalud** (düsmenorröa) on seotud emakalihases normaalselt tekkivate prostaglandiinidega menstruatsiooni ajal. Kui menstruaalvalud on häirivad, siis enamasti piisab apteegis müügil olevate valuvaigistite kasutamisest (ibuprofeen), mida võib kindlasti vajadusel noortele soovitada. **Valuvaigisti tuleb sisse võtta ennetavalt** – enne suurema valu saabumist ja vastavalt pakendil toodud annustamisjuhiste. Lõõgastid (Nospa) menstruaalvalude puhul ei sobi, kuna takistavad vere väljutamist emakast. Lisaks sümptomaatilise ravi soovitamisele, mõjub rahustavalt ja ennetavalt ka vestlus menstruaaltsüklist ja menstruaalvalude põhjusest. Kui valu on väga tugev või muutub aja jooksul üha intensiivsemaks, tuleb nõu pidada naistearstiga (noorte nõustamiskeskuses, naistenõuandlas).
- Kui pole tegemist vererohke või valuliku menstruatsiooniga, pole **vabastus kehalise kasvatus** tunnist vajalik, kuid esimeste menstruatsioonidega kohanemisel, menstruaalvalude või rohke vereerituse korral võib olla vajalik, et koolitervishoiutöötaja vahendab õpilase palvel kehalise kasvatus õpetajale õpilase muret.
- **Sidemet** ja **tamponide** kasutamine nõuab harjutamist ja tüdrukud vajavad igakülgset teavet sel teemal. On hea, kui kooliõel on võimalik vajadusel anda tasuta sidemeid ja tampoone.
- **Menstruatsioon võib ära jääda** raseduse korral, kuid ka kehakaalu languse või intensiivse treeningu tõttu, mil rasvkoe hulk oluliselt väheneb. Kõikidel nimetatud juhtudel on vaja nõu pidada naistearstiga.
- Umbes 12-aastaselt hakkavad nii tüdrukutel kui ka poistel intensiivsemalt tööle naha higi- ja rasunäärmed ning tekivad **vistrikud e akne**. Akne teket soodustavad pärilikkus, meessuguhormoonide toime, naha suurenenud rasueritus ning nahal elavad bakterid. Akne raviks on soovitatav pöörduda nahaarsti vastuvõtule.
- Murdeas suureneb higistamine ja seetõttu tuleb senisest enam tähelepanu pöörata **isiklikule hügieenile**. Noori, nii poisse kui tüdrukuid huvitab, missuguseid kehahooldustooteid kasutada, kuidas senisest suurema higistamisega toime tulla, kuidas pestakse suguelundite piirkonda (poistele tuleb selgitada, et eesnaha alust piirkonda pestakse iga päev sooja veega; tüdrukutele tuleb selgitada, et tuppe seestpoolt ei pesta jne). Noori huvitavad ka erinevad keha ja moega seotud küsimused – raseerimine, tätoveerimine, keele-, naba jm piirkonna rõngaste ja ehte paigaldamine ning tervisega seotud küsimused.
- Kui poistel eesnahk ei ulatu 7-aastaselt üle peenise pea, võib tegemist olla **fimoosiga** ja tuleb nõu pidada spetsialistiga. Eesnaha alumisel küljel paikneb **eesnaha kida**, mis võib seksuaalvahekorra ajal venitada ja rebeneda, tekkiv väike veritsus möödub enamasti iseenesest. Peenisepea servas paiknevad normaalselt väikesed valged valutud moodustised, mis sarnanevad rasunäärmetega – tegemist pole haigusliku nähtusega.
- Noortel on hulk küsimusi neitsinaha kohta. **Neitsinahk** on veniv limaskestast tupe sissekäigust, mis esimese seksuaalvahekorra ajal venib või pisut rebeneb. Sageli venib neitsinahk juba tampoone kasutades. Väga harva võib neitsinahk olla avauseta (*hymen imperforatum*) – selle kahtluse korral tuleb pöörduda naistearsti vastuvõtule.

- Nii poistel kui tüdrukutel võib olla **küsimusi rindade kohta**. Nii näiteks võivad poisid olla mures günekomastia pärast, mis võib esineda märgataval osal poistest (vt eelpool *Poiste murdeiga*). Tüdrukud võivad muretseda rindade kuju ja suuruse pärast. On loomulik, et üks rind hakkab teisest varem arenema ning rindade suurus võib olla veidi erinev. Kui esineb märgatav rindade suuruse erinevus või üks rinnanääre pole arenenud, tuleb konsulteerida naistearstiga.

Sugulise arengu hindamine õpilase tervisekontrolli käigus

Juhendi kirjutamise hetkel on ette valmistamisel uus sotsiaalministri määrus, mis kirjeldab laste, sh õpilaste tervisekontrolli sisu ja korda. Kuna lõplik dokument on valmimas, siis juhendi koostajad pakuvad välja järgmised üldpõhimõtted sugulise arengu hindamisel, mis on soovitusliku iseloomuga.

Eesmärk

Sugulise arengu hindamise eesmärk on varakult avastada võimalikud kõrvalekalded arengus ja arengut mõjutavad riskitegurid ning ühtlasi teabe ja nõustamise pakkumine.

Sagedus ja aeg

Sugulise arengu hindamine peaks toimuma 2–3 korral põhikooli jooksul, arenguliselt põhjendatud aeg selleks on 1.–2., 5.–6. ja 8. klass.

Mida hinnatakse

1.–2. klassis hinnatakse genitaalide arengut, poistel munandite laskumist ja eesnaha kitsenemist (kui seda ei ole eelnevalt hinnatud perearsti poolt). 5.–6. ning 8. klassis hinnatakse pikkust, kaalu ja sugulist arengut Tanneri järgi (vt eelpool Sugulise arengu hindamine).

Vanemate kaasamine

Õpilase tervisekontrollist teavitatakse eelnevalt vanemaid. Soovituslik on algklassides läbi viidava vestluse ja läbivaatuse juurde kaasata ka lapsevanem.

Kvaliteet

Sugulise arengu hindamine toimub vabatahtliku vestluse ja meditsiinilise läbivaatuse vormis, milleks peab koolitervishoiutöötajal olema ametialane pädevus ja vajalikud nõustamisoskused (vt ptk *Kuulamisest, mõistmisest, esmatasandi nõustamisest*). Tervisekontroll toimub õpilase vajadusi ja õigusi arvesse võttes: väga oluline on privaatsus, õpilase ja lapsevanema nõusolek, toetav ja turvaline õhkkond.

Meditsiiniline läbivaatus

Meditsiiniline läbivaatus ei tohi tekitada õpilasele hingelist traumat. Kui osutada tähelepanu teismelise tunnetele, olla teadlik võimalikest probleemidest ja hirmudest ning omada häid nõustamisoskusi, siis võib meditsiiniline läbivaatus kujuneda teismelise jaoks positiivseks ja enesekindlust suurendavaks kogemuseks. Kuna delikaatsed küsimused ja lahtiriietumine võõra isiku ees on nii teismeliste kui täiskasvanutele sageli kohmetusttekitav ning see omakorda tekitab ebamugavust läbivaatuse tegijale, siis võib kasutada järgmisi abinõusid.

- **Võimalikust ebamugavustundest rääkimine** – see on hea moodus tekkida võiva ärevuse leevendamiseks. Õpilasele võib kinnitada, et kohmetus- ja ebamugavustunne on loomulik ning et täiskasvanud tunnevad läbivaatusel samuti kohmetust.

- **Privaatsuse tagamine lahtiriietumisel** – õpilasel peab olema võimalus omaette lahti riie- tuda, mõnedes maades kasutatakse läbivaatusel ka kitlit või lina, millega saab ennast katta pärast lahtiriietumist ja enne vaatlust. Läbivaatusel ei peaks viibima kõrvalisi isikuid, läbi- vaatuse koht ei tohiks olla uksest sisenejale nähtav jne.
- **Teabe jagamine ja selgitused.** Läbivaatuse ajal tuleb täpselt selgitada, millal, kus ja kui- das lahti riie tuda, miks on läbivaatus vajalik ja mida vaadeldakse. Kui läbivaatuse ajal anda pidevalt õpilasele tagasisidet, siis saab läbivaatus teenida ka hariduslikku eesmärki ja lee- vendada märgatavalt võimalikku ärevust. Näiteks saab läbivaatuse tegija öelda, millist keha piirkonda ta parasjagu vaatab; kinnitada, et vastav piirkond on normaalse ehituse ja aren- guga; öelda, kui miski vajab täiendavat uurimist jne. Kui koolimeedik teab õpilaste sageda- semaid muresid ja küsimusi seoses suguelundite ja arenguga, siis saab ta läbivaatuse käigus ennetavalt pakkuda vastavat teavet (vt eelpool *Õpilaste sagedasemad küsimused*). Kui poisil tekib suguelundite läbivaatusel tahtmatult erektsioon, siis ei peaks seda tähelepanuta jätma, vaid selgitama, et see võib juhtuda igaiühega meditsiinilisel läbivaatusel ning et selle pärast pole vaja muretseda. Tüdrukute suguelundite hindamisel piirduetakse välise vaatlusega. Vaginaalset läbivaatust teeb naistearst, ning selleks tekib vajadus alles pärast seksuaalelu alustamist või kaebuste korral. Ka suukaudsete hormonaalsete rasestumisvastaste pillide väljakirjutamisel pole vaginaalne läbivaatus kaebusteta isikul vajalik.

Suunamine spetsialisti vastuvõtule

Kui tervisekontrolli tulemusel tekib kahtlus sugulise arengu kõrvalekaldest, võtab kooliõde ühendust lapsevanemaga ja selgitab, kuhu pöörduda erialase konsultatsiooni saamiseks (vt allpool *Kuhu pöörduda konsultatsioonile sugulise arengu häire kahtlusega?*).

Kontratseptsioon ja STLH/HIV testimine

Tervisekontrolli käigus uuritakse, kas esineb vajadus rasestumisvastase nõuande järel või sek- suaalsel teel levivate haiguste/HIVI suhtes testimiseks (vt ptk *Rasestumisvastased vahendid ja Seksuaalsel teel levivate haigustesse nakatumise vältimine*). Vajadusel antakse teavet noortele abi pakkuvate asutuste kohta (noorte nõustamiskeskused, perearst, eriarstid jt) – vt ptk *Noorte seksuaaltervise küsimustes lisainfo ja abi pakkuvad asutused*.

Dokumenteerimine

Tervisekontrolli käigus kogutud andmed on konfidentsiaalsed ja dokumenteeritakse vastavalt isikuandmete kaitse seadusele.

Kuhu pöörduda konsultatsioonile sugulise arengu häire kahtlusega?

Murdeea arengu probleemidega tegelevad esmalt **perearst** ning vajadusel **naistearst, meeste- arst, lastearst, lasteendokrinoloog**.

Murdeea kasvuprobleemidega tegelevad peamiselt **lasteendokrinoloogid**, keda võib leida Tallinna Lastehaigla ja TÜK lastekliiniku juurest.

Tütarlapsi ja noormehi nõustavad arengu ja seksuaaltervise seonduvates küsimustes (sh kontratseptsiooninõuanne, testimine HIV/ seksuaalsel teel levivate infektsioonide suhtes) ka **noorte nõustamiskeskused** (vaata lisa ka www.amor.ee).

Murdeea muutusi käsitlevad raamatud, mida võib soovitada õpilastele lugemiseks

Ausfelder T. Kõigest, mida poisid tahavad teada. Tormikiri, Tallinn, 2002.

Mennen P, Geisler D. Esimene armastus. Koolibri, Tallinn, 2003.

Gravelle K, Gravelle J. Tüdruku usaldusraamat. Egmont Estonia, Tallinn, 1997.
Stoppard M. Seksi ABC. Koolibri, Tallinn, 1999.

Kasutatud kirjandus:

1. Greydanus DE, Shearin RB. Adolescent sexuality and gynaecology. Philadelphia, London, 1990.
2. Grünberg H, Adojaan B, Thetloff M. Kasvamine ja kasvuhäired. Metoodiline juhend laste füüsilise arengu jälgimiseks. Tartu, 1998.
3. Kask V. Puberteedialiste tütarlaste soolise arengu dünaamiline hindamine. Tartu, 1998.
4. Maaailma Terviseorganisatsioon www.who.int/child-adolescent-health
5. Marshall WA, Tanner JM. Variations in patterns of pubertal changes in girls. Arch Dis Child 1969;44:291.
6. Papp K, Part K, Tõrik S. KISS noorsoouuring 1999. Eesti Pereplaneerimise Liit, Tartu noorte nõustamiskeskus, Tartu, 2001.
7. Strauss FJ & Barbieri RL (eds). Yen and Yaffe's Reproductive Endocrinology. Elsevier Inc., Philadelphia, 2004.
8. Sanfilippo JS, Muram D, Dewhurst J, Lee P. A Pediatric and Adolescent Gynecology. WB Saunders Company, Philadelphia, 2001.
9. Strasburger VC, Brown TR. Adolescence Medicine - A Practical Guide. Lippincott-Raven Philadelphia, New York, 1998.

Rasestumisvastased vahendid

Kai Haldre

Teiste arvates olen võibolla vahekorra liiga noor (olen 15), kuid olen vahekorras olnud peaaegu viis kuud (ehk siis nädalas 1–3 korda). Mul ja mu partneril ei ole piisavalt raha, et kondoomi pidevalt osta. Olen kaks korda kasutanud SOS-pille, kuid neid ei tohi tihti võtta. Kardan, et naistearsti juurde minnes vaadatakse imelikult, et ma liiga noor jne. Saaks näiteks beebipille kasvõi võtta... Olen kuulnud ka mingist süstist.. Aga mis sellega kaasneb ja kindlasti maksab see palju. Sooviksin mingit arvamust sellest. Kuidas on kõige turvalisem ja odavam.

Plaastrid olen vahetanud, iga nädal,selline küsimus nende kohta, et kas nad peavad olema täiesti kinni igalt poolt, mul tekib tavaliselt plaastri keskele tühi vagu, kust vesi käib läbi, kas äkki see mõjutab kogu organismi?

Hakkasin alles kasutama NuvaRingi Kas see on normaalne, et NuvaRing liigub tupes vahest ettepoole (ei tule välja). Kas see vähendab kuidagi ta mõju?

Kui ma sooviksin hakata kasutama rasestumisvastaseid plaastreid, kas ma peaksin minema naistearsti juurde ning ega minu vanus ei saa tulla probleemiks nende kasutamisel? Olen 14.

Võtan esimest kuud pille, kuid mul kadus üks pill ära. Kas võin see kuu siis ühe vähem võtta, ilma et midagi halba juhtuks?

Kontratseptsioonilase nõustamise ja rasestumisvastase vahendi valiku põhimõtted

Ideaalne rasestumisvastane vahend on 100%lt tõhus, täiesti ohutu, odav, vaid kasutajast sõltuv (ilma meedikuta), lihtsalt kasutatav, viljakus taastub selle kasutamise lõpetamisel koheselt, kaitseb ka seksuaalsel teel levivate haiguste (STLH) vastu ja vahendil pole mitte mingisuguseid kõrvaltoimeid. Olgu kohe öeldud, et sellist vahendit pole tänaseks veel leiutatud.

Meediku roll on aidata patsienti/klienti sobiva rasestumisvastase meetodi valikul. Lõpliku otsuse teeb kasutaja. Meediku ülesandeks on anda informatsiooni ühe või teise meetodi positiivsete omaduste ja võimalike riskide kohta, analüüsida meetodi sobivust seksuaalse elustiiliga, informeerida, kust saab vahendit hankida ning milline on selle hind.

Teismelised ei ole homogeenne noortegrupp – igal aastal on Eestis teismelistel üle tuhande sünnituse ja nende seas on noori, kes jätkavad koolis käimist, on teismelisi, kellel on mõni krooniline haigus, erivajadustega teismelised võivad olla seksuaalselt aktiivsed, vahendi valikul võib määravaks osutuda selle hind. See tähendab, et pole olemas nn“noortele sobivaid rasestumisvastaseid vahendeid”, vaid iga noore inimese vajadusi ja soove tuleb arvestada individuaalselt ning põhimõtteliselt võivad noored kasutada kõiki meetodeid. Kuigi populaarseimaks on

noorte seas osutunud kondoom ja kombineeritud hormonaalsed meetodid (pillid, plaaster, tuperõngas), siis soovi korral võivad teismelised kasutada ka minipille (nt diabeedi, migreeni korral), depoovahendit (nt erivajadusega noored, kes ei saa pillide või kondoomi kasutamisega hakkama) või emakasisest vahendit.

Inimeste nõustamisel rasestumisvastase meetodi valimiseks tuleb arvestada:

1. Seksuaalset elustiili – kas partnereid on üks või paraleelselt mitu, kas on tegemist ühe kindla partneriga ja/või lühiajaliste suhetega, kui sage on seksuaalelu.
2. Kas naine on sünnitanud või mitte, kas soovitud lapsed on kõik olemas või soovitakse järgmise lapse sündi edasi lükata.
3. Kui pikaks ajaks on rasestumisest hoidumine vajalik ja kui soovimatu või vastunäidustatud (nt tervisliku seisundi tõttu) rasedus hetkel on.
4. Võimalikke riskitegureid (suitsetamine, üldhaiguste anamnees, ravimite tarvitamine, perekondlik anamnees trombooside tekkeks, KMI jne).

Iga rasestumisvastase meetodi puhul tuleb võimalikke terviseriske vaadelda tasakaalus – mis on antud inimese tervisele ohtlikum, kas soovimatu rasedus või tema poolt soovitud rasestumisvastane meetod.

Kontratsepsioonialase nõustamise põhimõtted

Kontratsepsioonialane nõustamine erineb arstirohu kirjutamisest haiguste korral – siin on põimunud nii spetsialisti poolne teavitamine (konsultatsioon) kui ka nõustamine (vt ptk *Kuulamisest, mõistmisest, esmatasandi nõustamisest*).

Nõustamisel:

1. Aktsepteeritakse patsiendi/kliendi seksuaalsust.
2. Tutvustatakse erinevaid meetodeid nii, et kasutaja saaks ise teha temale sobivaima valiku.
3. Tagatakse järjepidevus: kasutajat teavitatakse, kust ja kuidas saab uute küsimuste tekkimisel lisainformatsiooni; kuhu pöörduda, et saada uut retsepti/vahendit.
4. Kasutajale tuleb selgitada valitud meetodi:
 - toimemehhanismi,
 - tõhusust (vt *Tabel 1*),
 - mõju edasisele viljakusele,
 - võimalikku mõju seksuaalsusele,
 - võimalikke kõrvaltoimeid ja mida nende esinemisel tuleb teha, milliste kaebuste korral tuleks koheselt arstile pöörduda, millistel juhtudel on antud meetod vastunäidustatud,
 - kuidas valitud meetodit kasutada, kui pikalt võib/saab meetodit kasutada,
 - kas meetod kaitseb STLH/HIVi nakatumise eest,
 - kui sageli on tarvis arstlikus kontrollis käia,
 - mida teha, kui meetodi kasutamine ebaõnnestus (nt kondoom purunes või libises, unustatud pillid, tuperõnga iseeneslik väljumine või plaastri lahtitulek jm).

Mitmel meetodil võib eriti kasutamise alguses olla **ajutisi, tervisele mitteohtlikke kõrvalnähte**. On ülimalt oluline **informeerida kasutajat** nende esinemise võimalusest – kõrvalnähtud (tegelikult mööduva iseloomuga) on peamine põhjus, miks rasestumisvastase vahendi kasutamine katkestatakse.

Erinevate rasestumisvastaste meetodite tõhusus

Rasestumisvastaste vahendite efektiivsuse hindamiseks ja meetodite võrdlemiseks kasutatakse Pearli indeksit, mis väljendab raseduste arvu 100 kasutaja kohta aastas. Tänapäevasteks

tõhusateks rasestumisvastasteks meetoditeks loetakse hormonaalseid meetodeid, emakasisest vahendit, steriliseerimist ja korrektset kondoomi kasutamist.

Füsioloogiline meetod, ebajärjekindel kondoomi kasutamine ja spermitsiidi kasutamine ei ole tõhusad meetodid ning seetõttu on need täiesti ebasobivad neile, kes raseduse korral otsustaksid aborti kasuks. Katkestatud suguühet ei loeta rasestumisvastaseks meetodiks ja see ei peaks kuuluma haritud inimese teadliku valiku hulka.

Tabel 1. Pearl indeks e. raseduste arv 100 naise kohta esimese 12 kasutamiskuu jooksul (*allikas: Guillebaud J. Contraception today. Fourth edition. A pocketbook for general practitioners. London, 2000*).

Rasestumisvastane meetod	tõhusus erinevate uuringute põhjal	Oxford/FPA uuring (Lancet 1982; uuritavad üle 25-aastased abielus naised)	
		vanus 25-34 a. (kasutanud <2 aasta)	vanus üle 34 a. (kasutanud <2 aasta)
steriliseerimine:			
meestel	0–0,05*	0,08	0,08
naistel	0–0,5*	0,45	0,08
süstitav (Depo-Provera)	0–1		
kombineeritud pillid:			
< 50 µg EE	0,2–3	0,38	0,23
minipillid	0,3–4	2,5	0,5
emakasisene vahend (ESV):			
vask-ESV	1–2		2,9
hormoon-ESV Mirena	0,1–0,2		
meeste kondoom	2–15	6,0	
naiste kondoom	5–15		
katkestatud suguühe	6–17		
spermitsiid (Pharmatex)	4–25		
füsioloogiline meetod	2–25		
ei kasuta meetodit, noor naine	80–90		
ei kasuta meetodit, 40-aastane naine	40–50		
ei kasuta meetodit, 45-aastane naine	10–20		

Ülevaade erinevatest rasestumisvastastest meetoditest

Järgnevas ülevaates käsitleme erinevate meetodite olemust, toimemehhanismi ja tõhusust, kasutamise viisi, eeliseid ja võimalikke probleeme kasutamisel, toome ära olukorrad, mil ei saa vastavat meetodit kasutada ning teabe, millal vahendi ostmiseks on tarvis arsti retsepti.

Iga meetodi juures on toodud ka selle hind 2007. aasta aprilli seisuga.

Uusim teave iga konkreetse preparaadi omaduste ja hinna kohta on aadressil www.ravim-info.ee. Seal on ka täpne ja põhjalik tootja informatsioon iga konkreetse preparaadi kohta. Lisalugemist erinevatest meetoditest leiate www.amor.ee

Hormonaalne kontratseptsioon

Eestis saadavad hormonaalsed rasestumisvastased meetodid on järgmised:

- I Kombineeritud rasestumisvastased tabletid e pillid, plaaster ja tuperõngas.
- II Ainult kollaskehahormooni sisaldavad tabletid e minipillid.
- III Süstitav kollaskehahormooni sisaldav pikaajaline preparaat.
- IV Postkoitaalsed e häda-abi e SOS pillid.

I Kombineeritud rasestumisvastased tabletid e pillid, plaaster ja tuperõngas

Toime ja tõhusus

Pillides, plaastris ja tuperõngas on "kombineeritud" kahte sünteetilist naissuguhormooni **östrogeeni ja gestageeni** (ka progestoogen e progestiin e kollaskehahormoon).

Rasestumisvastase toime aluseks on kolm mehhanismi:

1. Hüpotalamus-hüpofüüs-gonaadid süsteemis tagasiside blokeerimine, mille tulemusel **pärsitakse follikulogeneesi ja ovulatsiooni**.
2. **Emakakaela lima** muutumine paksuks ja viskoosseks ning seega spermatoosidele raskesti läbipääsetavaks.
3. Emaka limaskestast e **endometriumi õhenemine** – endomeetrium on vähese sekretoorse aktiivsusega ja selles ei toimu tsüklilisi muutusi.

Tänu mitmesuunalisele toimele on need preparaadid ülimalt tõhusad – korrektsel kasutamisel esineb 0,1 rasedust saja kasutaja kohta aastas. Unustamise ja muude vigade tõttu võib tõhususeks lugeda umbes 98–99%.

Kõigis tänapäevastes kombineeritud pillides, plaastris ja tuperõngas kasutatakse **östrogeense komponendina** etinüülöstradioli (EE). Praegu kasutusel olevad preparaadid on kõik madaladoosilised, sisaldades ühes tablettis kas 15, 20, 30 või 35 µg EE või vastava päevase koguse plaastris (20 µg) ja tuperõngas (15 µg).

Eestis saadaolevates ravimites on kasutusel **kümmekond erinevat gestageeni**.

Farmakoloogilistelt omadustelt ja kõrvaltoimetelt on erinevate gestageenidega preparaadid pisut erinevad, neid nüansse saab patsiendi heaks ära kasutada. Kui üks preparaat ei sobi, saab valida teise koostise või doosiga preparaadi.

Pillid jaotatakse **monofaasilisteks ja multifaasilisteks** (kahe- või kolmefaasilised). Esimeste puhul sisaldavad kõik 21 tabletti ühesuguse doosi hormooni, multifaasilistes preparaatides muutuvad ühe või mõlema komponendi doosid tsükli jooksul vastavalt kahel või kolmel korral. Eestis on kasutusel valdavalt monofaasilised pillid.

Kasutamine

Esmakordsel kasutamisel võib alustada ükskõik millise madaladoosilise preparaadiga (15–30 µg EE). See, kas valitud kombinatsioon kasutajale sobib või mitte, selgub alles kahe-kolme kasutamiskuu järel. Siis on ka sobiv aeg teha ettepanek günekoloogiliseks läbivaatuseks, kui seda pole toimunud eelneva aasta-pooleteise jooksul.

Analüüside või funktsionaalsete testide tegemine rutiinselt kõigile, kes soovivad alustada kombineeritud hormonaalse meetodi kasutamist, ei ole põhjendatud. Ohutu kasutamise tagamiseks on määrava tähtsusega **põhjalik individuaalne ja perekondlik anamnees ning arteriaalse vererõhu mõõtmine**. Uuringuid (nt veres lipiidide taseme hindamine, trombofiilia diagnoosimine, rindade kontrollimine jne) tuleb teha vastava anamneesi olemasolul.

Günekoloogiline läbivaatus **ei ole** kaebuste puudumisel ja eriti noorte naiste puhul esmasel

kombineeritud hormonaalse meetodi väljakirjutamisel vajalik (seda eriti teismelistel). Samas tuleb toonitada, et regulaarne günekoloogiline läbivaatus sagedusega kord aastas on erinevate haiguste ennetamiseks vajalik igale naisele ja seda kogu elu vältel. Kontratseptsioonialane nõustamine on sobiv hetk naisi sellest teavitada.

Kasutamise alguses võib esineda vähest veritsust – sellest tuleb kasutajat hoiatada. Veritsus möödub enamasti kahe-kolme kasutamiskuu jooksul. Kui see nii pole, tuleb kaaluda preparaadi vahetust.

Tervisest tingitud vastunäidustuste puudumisel võib **tänapäevaseid kombineeritud hormonaalseid preparaate kasutada alates teismeliseast kuni menopausini**. Põhjendamata pause kombineeritud preparaatide tarvitamises pole vaja pidada – pause tegemine suurendab riski soovimatuks raseduseks.

Pillid

Pille tarvitatakse üldjuhul järjest 21 päeva ning sellele järgneb 7 pillivaba päeva. Esimene pill võetakse menstruatsiooni esimesel päeval, sest siis on tagatud rasestumisvastane kaitse juba sama tsükli jooksul. Pillivabal perioodil tekib menstruatsioonitaoline vereeritus. Pille tuleb võtta iga päev samal kellaajal, kuid kuni 12-tunnine kõikumine ei vähenda toimet.

Kasutusel on ka teisi skeeme: nt 15 µg EE sisaldavate preparaatide korral võetakse tablette pidevalt (28 tablettist 24 sisaldavad toimeaineid ja neli on platseebotabletid). Osades preparaatides kasutatakse skeemi 21+7 (21 tabletti sisaldavad toimeaineid ning 7 tabletti on platseebotabletid), arvatakse, et sel juhul tekib kergemini tableti võtmise rutiin.

Oluline on, et nõustaja oleks kursis tema poolt soovitatavate preparaatidega ja oskaks patsiendile korrektset teavet anda. Vt allpool *Vead kasutamisel ja unustamine*.

Rasestumisvastane plaaster EVRA

Kasutamist alustatakse esimesel menstruatsiooni päeval. Pakendis on kolm plaastrit – üks plaaster sisaldab toimeainet seitsmeks päevaks, st üks plaaster tuleb nahale panna üks kord nädalas kolme nädala vältel. Seejärel on üks plaastrivaba nädal, mille jooksul tekib menstruatsioonitaoline veritsus, rasestumisvastane toime aga säilib. Plaaster tuleb panna kuivale, puhtale (kreemitamata!) nahale. Sobivad piirkonnad on õlavars, turi (abaluu piirkond), kõhu alaosa, tuhar. Plaastrit ei tohi panna rindadele. Iga uus plaaster asetatakse eelmisest erinevasse kohta. Koht tuleb valida selliselt, et ei toimuks riiete vm poolt hõõrdumist.

Tuperõngas NuvaRing

Ühes rõngas sisaldub toimeainet kolmeks nädalaks. Tuperõngas pannakse tuppe menstruatsiooni esimese viie päeva jooksul. Asetamine on sarnane tampoonide kasutamisega – rõngas peab olema nii kõrgel, et selle olemasolu ei tunne. Kõige esimese rõnga kasutamisel tuleb esimese seitsme päeva jooksul kasutada vahekorras olles kondoomi.

Kolm nädalat on rõngas tupes ja siis tehakse seitsmepäevane paus – rasestumisvastane toime säilib, tekib menstruatsioonitaoline veritsus. Uus rõngas asetatakse tuppe täpselt samal nädalapäeval ja kellaajal, mil eelmine sai ära võetud. Kui rõngas peaks iseeneslikult väljuma, tuleb ta lihtsalt koheselt tagasi panna. Rasestumisvastane toime säilib, kui rõngata aeg pole pikem kui kolm tundi.

Eelised

Kombineeritud hormonaalsete meetodite positiivsed omadused:

1. Kontratseptiivsed:

- on väga tõhusa rasestumisvastase toimega (ligi 100%),
- hoiavad ära emakavälise raseduse (kuna ei toimu ovulatsiooni),
- kasutamine pole seotud seksuaalvahekorraga,
- on pöörduv meetod, viljastumisvõime taastub kiiresti.

2. Mitte-kontratseptiivsed:

- vähenevad menstruaaltsükliga seotud häired (väheneb menstruaalvere hulk, düsmenorröa, premenstruaalne sündroom, ovulatsioonisündroom),
- menstruaalsioonid ilmuvad alati pilli-, plaastri- või tuperõngavabal nädalal ja nende esinemist saab vajadusel edasi lükata,
- väheneb:
 - rauavaegusaneemia esinemissagedus,
 - akne ja hirsutism (eriti antiandrogeene sisaldavate preparaatide kasutamisel),
 - healoomuliste rinnanäärme haiguste esinemise risk,
 - healoomuliste munasarjatsüstide esinemine,
 - risk endomeetriumi- ja munasarjavähi tekkeks,
 - risk kolorektaalvähiks.
- esineb soodne toime kilpnäärme üle- või alatalitlusele,
- oletatavalt positiivne toime reumatoidartriidile,
- väheneb risk haigestuda ägedasse ülemiste suguteede põletikku, kuna emakakela lima muutub nii mikroobidele kui spermatoosoididele raskemini läbipääsetavaks.

Nii suguteede põletikud kui emakaväline rasedus võivad saada viljatuse põhjuseks – seega aitavad kombineeritud vahendid kaasa viljakuse säilimisele.

NB! Hormonaalsed rasestumisvastased meetodid ei kaitse seksuaalsel teel ülekantavate haiguste eest! Selleks on tarvis kasutada kondoomi.

Võimalikud probleemid kasutamisel

Pillide tarvitamist peab igapäevaselt meeles pidama. Unustamisprobleemi arvestades on välja mõeldud *EVRA* plaaster ja tuperõngas *NuvaRing*. Esimestel kasutuskuudel võib esineda iiveldustunnet, rindade hellust, tursetunnet, meeleolukõikumisi – kõik see pole ohtlik ja tavaliselt need kõrvalnähtud mööduvad kahe-kolme kasutuskuu jooksul. Sagedasem kõrvalnäht esimesel paaril kasutuskuul on ebaregulaarne vähene veritsus – kasutaja peab olema sellest eelnevalt teadlik ja selle võimalusega arvestama. Kui veritsus ei möödu kolmandal kasutuskuul, tuleks arstiga nõu pidada.

Üsikutel kasutajatel võib pärast meetodi kasutamise lõpetamist kuluda paar kuud menstruaalsioonide taastumiseni.

Inimeste seas on levinud **hirmud ja müüdid** seoses kombineeritud hormonaalse kontratseptiooni kasutamisega:

- *Pillid teevad paksuks.* Pillide, plaastri, tuperõnga kaalutõstev toime ei ole tõendust leidnud. Kasutamise alguses võib esineda vedelikupeetust. Osal kasutajatest kaal langeb. Kui on märgatav anaboolne efekt, tuleks valida teise koostisega (östrogeendominantne) preparaat.
- *Karvad hakkavad kasvama.* Pillidel pole karvakasvu soodustavat toimet. Uute gestageenidega madaladoosilised pillid mõjuvad soodsalt nahale ja vähendavad meessuguhormoonidest tingitud probleeme (nt akne). Osad pillid on spetsiaalselt meessuguhormoonide toime vastase gestageeniga, ravides nii hirsutismi kui aknet.
- *Seksuaaliha kaob.* Mõnel kasutajal võib esineda veres toimiva meessuguhormooni taseme langus (kuna suureneb suguhormooni siduva globuliini hulk). Sellisel juhul kaasneb iha langusega üldine initsiatiivitus ja jõuetus. Tuleb valida madalama EE tasemega pill või vahetada pillid plaastri või tuperõnga vastu.
- *Hormonaalsed meetodid põhjustavad viljatust.* Tõhusate hormonaalsete rasestumisvastaste vahendite kasutamisel väheneb vajadus abortide järgi, ei esine emakavälist rasedust, funktsionaalseid munasarjatsüste ja väheneb risk STLH levimiseks ülemistesse suguteedesse

- kõik need toimed aitavad kaasa viljakuse hoidmisele.
- *Hormonaalsed meetodid põhjustavad vähki.* Väheneb risk mitmete vähipaikmete osas. Seos vähiga on minimaalne ja põhjuslik seos pole tõestatud.

Kui pärast esimest kahte-kolme kasutamiskuud siiski selgub, et valitud meetod ei sobi (so esinevad tervisele ohutud, aga lihtsalt ebamugavad kõrvaltoimed), on võimalik tegutseda järgnevalt:

1. Valida teistsuguse östrogeenisaldusega preparaat.
2. Valida teistsuguse gestageeniga preparaat.
3. Muuta manustamisviisi – pillide asemel plaaster või tuperõngas ja vastupidi.

Kombineeritud hormonaalsete meetodite kasutamisel on riskid seotud kardiovaskulaarsete haiguste, pahaloomuliste kasvajate ja maksahaigustega.

Eeskätt östrogeen mõjutab vere hüübivussüsteemi. **Venoosse trombemboolia** (sh jala süvaveenitromboos, mille raske tüsistus on kopsuarteri tromboos) riskitegurid on kaasasündinud või omandatud trombofiilia, ülekaalulisus (KMI üle 30), immobilisatsioon, ulatuslikud varikoossed veenid. Ohutu kasutamise tagamiseks tuleb nende tegurite olemasolu enne kasutamist välja lülitada, erinevatel põhjustel pikaajase lamama või ratastooli jäädes tuleb kasutamine katkestada.

Arteriaalse süsteemi haiguste (müokardi infarkt, aju insult) riskiteguriteks on perekondlik aterosgeenne lipiidide profiil, suitsetamine, insuliinsõltuv diabeet, hüpertensioon, ülekaalulisus (KMI üle 30), migreen. Nende riskide tähtsus suureneb vanusega – nii ei tohi näiteks 35-aastased ja vanemad naised, kes suitsetavad, kombineeritud hormonaalseid meetodeid kasutada. Noortel naistel esineb väga harva loetletud raskeid haigusi, mistõttu on väga vähe neid, kellele kombineeritud hormonaalsed meetodid ei sobi.

Kombineeritud hormonaalsed meetodid on **rinnavähi** tekkes väga nõrk riskitegur. Risk haigestuda rinnavähki on mõõdukalt tõusnud pillide kasutamise ajal, 10 aastat pärast pillide kasutamise lõpetamist on rinnavähki haigestumise risk pillikasutajatel sama suur kui naistel, kes pole kunagi pille kasutanud. Pillide kasutamise kestus ega vanus pillide kasutamist alustades pole rinnavähi tekke seisukohast olulised. Pillide kasutamise ajal tekkinud rinnavähivormid on vähem agressiivsed kui pille mittekasutanutel. Samas ei saa uuringute andmete põhjal kindlalt väita, et seos pillide kasutamise ja rinnavähi esinemise vahel on põhjuslik. Rinnavähi kõige olulisemateks riskiteguriteks loetakse hilist (st. hiljem kui 30-aastaselt) esimest sünnitust, perekondlikku eelsoodumust ja vanust.

Põhjuslikku seost sünteetiliste naissuguhormoonide kasutamise ja emakakaelavähi esinemise vahel pole tõestatud. Vähi tekkes on määrav roll inimese papilloomiviiruse (HPV) kõrge riskiga tüvedel, mis levivad seksuaalsel teel. Vt ptk *Seksuaalsel teel levivatesse haigustesse nakatumise vältimine*.

Pikaajaline pillide kasutamine võib olla kaasteguriks 4-kordsele **emakakaelavähki** haigestumise riski tõusule neil, kellel HPV onkogeensete tüüpide DNA on positiivne.

Kombineeritud meetodi kasutamisel on tõusnud hea- ja halvaloomulise maksakasvaja risk. Samas esineb neid haigusi nii harva, et ravimi väljakirjutamise igapäevases praktikas see midagi ei muuda.

Kes ei saa kasutada kombineeritud hormonaalseid meetodeid?

Kombineeritud hormonaalne meetod pole sobiv naistele, kellel on äge või krooniline maksahaigus (nt aktiivne kollatõbi), mil maksafunktsiooni näitajad pole korras; kellel on olnud rinnavähk või mõni teine hormoonsõltuv kasvaja. Vastunäidustuseks on põetud arteriaalne või venoosne tromboos. Kui migreen ägeneb kasutamise ajal, tuleb sellest meetodist loobuda. Teatud ravimite (nt epilepsiaravimid, uinutid, HIViravimid) pideva kasutamise, diabeedi, kõrgene-

nud vererõhu ja ulatuslike varikoossete veenide korral tuleb tihti mitme erineva spetsialistiga nõu pidada võimalike riskide hindamisel. Nende haiguste korral on ka rasedus suur risk – see peab olema igal juhul planeeritud. Enamuse loetletud probleemide korral saab kasutada mini-pille (vt allpool).

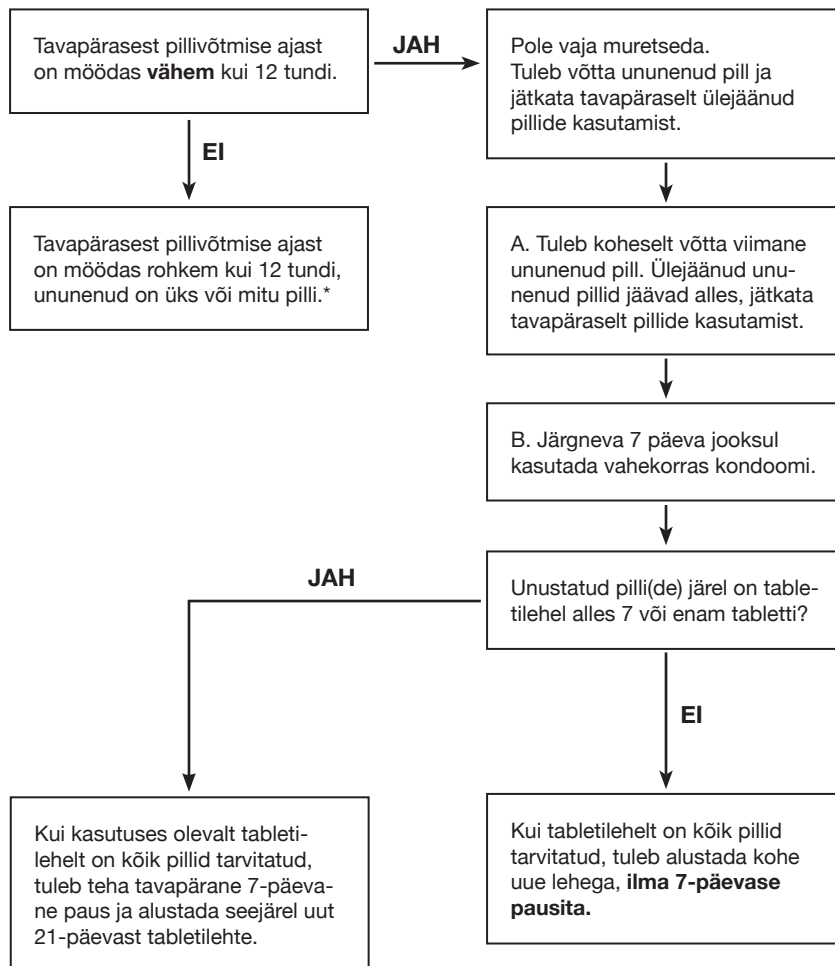
Vead kasutamisel ja unustamine

Tõhusus väheneb, kui:

- pillivõtmine **hilineb üle 12 tunni**, tuperõngas **on väljunud üle kolme tunni tagasi**, plaastri kasutamisel on eeldatavasti unustamise toime kasutamisinädalast (vt *tootja infoleht*, www.raviminfo.ee),
- esineb **oksendamine** kolme tunni jooksul pärast pilli sissevõtmist,
- väga tugev, vesine **kõhulahtisus** (kerge kõhulahtisus pillide imendumist ei mõjuta),
- kasutatakse **maksaensüüme aktiveerivaid ravimeid** (antibiootikumid, epilepsiaravimid, HIVravimid, naistepuna sisaldavad taimsed preparaadid jm).

Loetletud juhtudel on soovitatav kasutada pillidele lisaks kondoomi järgneva 14 päeva vältel.

Joonis 1. Mida teha, kui pillivõtmine ununeb?



*Kui ununenud on kaks või enam pilli ja need pärinesid tabletilehelt esimese seitsme pilli seast ja oli kaitsmata vahekord pärast eelmise tabletilehe lõpetamist, võib osutada vajalikuks SOS-pillide tarvitamine, edasi jätkata nagu toodud punktides A. ja B.

Kust vahendit saab?

Kombineeritud hormonaalsed vahendid on saada apteegis arsti retsepti (perearst, naistearst, noorte nõustamiskeskuse arst) alusel. Need kuuluvad haigekassa soodusravimite nimekirja. Arst saab korraga välja kirjutada retseptid kuueks kuuks.

Ühe kuu pillide hind (soodustuse olemasolul) jääb vahemikku 45–110 krooni. Koos soodustusega on EVRA plaastri hind 120 ja *NuvaRingi* hind 110 krooni ringis (2007).

II Minipillid e. ainult kollaskehahormooni sisaldavad tabletid

Minipillides kasutatavad gestageenid on levonorgestrel, noretisteroon või desogestrel. Hetkel (2007) on Eestis saadaval vaid desogestreeli sisaldavad minipillid nimetusega *Cerazette*.

Toime ja tõhusus

Minipillide rasestumisvastase toime aluseks on

- Emakakaela **lima muutumine paksuks** ja viskoosseks ning seega spermatoosidele raskesti läbipääsetavaks.
- **Ovulatsiooni pärssimine osades tsüklites** (*Cerazette* puhul enamuses tsüklites).
- **Endomeetriumi omaduste muutumine** selliselt, et viljastatud munaraku pesastumine on häiritud.

Kui minipille kasutatakse nii nagu ette nähtud, on nad peaaegu sama tõhusad kui kombineeritud pillid – võimalik on üks rasedus 100 kasutaja kohta aastas (tõhusus 99%).

Kasutamine

Minipillide kasutamist tuleb alustada menstruatsiooni esimesel päeval. Minipille tuleb tarvitada pidevalt, iga päev, ilma 7-päevase pausita. Tablett tuleb sisse võtta võimalikult samal kellajal. Kasutamisel pole vanuspiiri – kasutada võib teismeliseest kuni menopausini.

Eelised

Minipille saavad kasutada naised, kellel esinevad kõrvaltoimed või vastunäidustused kombineeritud preparaatide kasutamisel nende östrogeense komponendi tõttu (kes on disponeeritud arteriaalse või venoosse süsteemi haigustele (vt eelpool), kellel on hüpertensioon, diabeet, ülekaalulisus või migreen). Minipille saab kasutada rinnaga toitmise perioodil.

Võimalikud probleemid kasutamisel

Minipille peab kasutama väga regulaarselt, iga päev. Sage, tervisele ohutu, aga ebamugav kõrvaltoime on vähene, ebaregulaarne veritsus. Pikemaajasel kasutamisel võib menstruatsioon ära jääda (see pole tervisele ohtlik, aga võib põhjustada asjatut muretsemist). Kasutamise alguses võib olla tursetunnet, iiveldust, akneprobleemi, meeleolumuutusi.

Kes ei saa minipille kasutada?

Minipille ei saa kasutada, kui on äge või krooniline maksahaigus (maksafunktsiooni näitavad analüüsid pole korras) või hiljuti on olnud venoosne tromboos.

Unustamine

Tõhusus väheneb kui:

- *Cerazette* võtmine **hilineb üle 12 tunni** (teiste preparaatide puhul on piiriks **kolm tundi**),
- esineb **oksendamine** kolme tunni jooksul pärast minipilli sissevõtmist,
- väga tugev, vesine **kõhulahtisus** (kerge kõhulahtisus pillide imendumist üldreeglina ei mõjuta),
- kasutatakse **maksaensüüme aktiveerivaid ravimeid**.

Loetletud juhtudel on soovitatav kasutada pillidele lisaks kondoomi järgneva 14 päeva vältel.

Kust vahendit saab?

Cerazette on apteegis müügil retseptiravimina (retsepti saab perearstilt, naistearstilt või noorte keskuse arstilt) ja kuulub haigekassa soodusravimite nimekirja. Soodustusega kujuneb 28 päeva minipillide hinnaks 63–70 krooni (2007).

III Süstitav hormonaalne meetod

Kollaskehahormooni saab manustada ka lihasesisese süstina. Sellisel juhul jääb ära ravimi esmane passaaž maksa ja soolte kaudu. Eestis on saadaval *Depo-Provera*, milles on toimeaine medroksüprogesteroonatsetaat. Üks süst tuleb teha iga 12 nädala (kolme kuu) järel.

Mõnedes maades on saadaval depoo kollaskehahormooni preparaadid implantaadina, so toimeaine on väikese pulgakese kujul (kas üks või viis tükki), mille arst paigutab viieks aastaks naha alla. Eestis neid enam ei turustata, mistõttu me neid siinkohal ei käsitله. Olemuselt on implantaadid sarnased süstitava *Depo-Provera*ga.

Toime ja tõhusus

Rasestumisvastane toime põhineb ovulatsiooni pärssimisel, endomeetriumi õhenemisel ja emakakaela lima paksenemisel. Õigel kasutamisel on vahend väga tõhus: 0,2–0,3 rasedust saja kasutaja kohta aastas e tõhusus 99,7–99,8%.

Kasutamine

Esimene süste tuleks teha menstruatsiooni esimese viie päeva jooksul (ideaalis esimesel päeval) – siis on tagatud rasestumisvastane toime juba esimesel kasutamiskuul. Kui alustada süstiga hiljem, tuleb esimese kolme nädala jooksul kasutada lisaks kondoomi. Süstitakse sügavale tuharalihasesse või õlavarre ülaosasse. Õlg on eelistatum paik adipossetel naistel – siis on kindel, et süste satub lihasesse.

Eelised

Pärssiva toime tõttu endomeetriumi väheneb risk endomeetriivähiks, oluliselt väheneb võimalus emakavälise raseduse ja munasarjade healoomuliste tsüstide tekkeks. Saavad kasutada naised, kellele östrogeenne hormoon on vastunäidustatud – kellel esineb vererõhu tõus, fokaalne migreen. Eeliseks on, et rasestumisvastase vahendi kasutamine pole seotud vahekorraga ning süstida tuleb vaid kord kolme kuu jooksul. Mõned naised eelistavad *Depo-Provera*t, kuna menstruatsioonid jäävad suure tõenäosusega ära ja see on sobiv nende elustiiliga.

Võimalikud probleemid *Depo-Provera* kasutamisel

Sarnaselt minipillide kõrvaltoimega, võib ette tulla ebakorrapäraseid veritsusi, seda eriti kasutamise alguses. Umbes 60–70% kasutajatest võtab esimesel kasutusaastal kaalus juurde pool kuni kaks kilogrammi. On kirjeldatud ka pärssivat toimet seksuaalihale ning meeleolumuutusi. Kõrvaltoimete esinemisel ei ole võimalik koheselt ravimi mõju elimineerida – peab ootama mitu kuud, kuni toime taandub. Miinuseks on see, et viljakuse taastamiseks võib kuluda kuni aasta – viljakus pole nii hästi “juhitav” kui näiteks pillide, tuperõnga või plaastri kasutamisel.

Kes ei saa vahendit kasutada?

Depo-Provera süsti ei tohi teha ägeda või kroonilise maksahaiguse või hiljutise venoosse tromboosi korral.

Ettevaatusega tuleb kasutada naistel, kellel on esinenud ravi vajavaid meeleoluhäireid (depressiooni), kellel on diabeet ja kellel on erinevatel põhjustel risk luuhõrenemiseks.

Kust vahendit saab?

Depo-Provera on apteegis müügil retseptiravimina. *Depo-Provera* kuulub haigekaasa soodusravimite nimekirja, 50% soodustuse olemasolul kujuneb ühe süsti (so kaitse kolmeks kuuks) hinnaks 75–80 krooni.

IV Postkoitaalsed e häda-abi e SOS-pillid

Seksuaalvahekorra järgselt on soovimatu raseduse vältimiseks võimalik kasutada **nelja meetodit**: kombineeritud pille suuremas annuses, ainult gestageeni sisaldavaid pille, mifepristooni (antiprogestageen) või paigaldada emakasisene vahend.

Levinuim neist on väheste kõrvaltoimete ja suure efektiivsuse tõttu ainult gestageeni – levonorgestreeli (LNG) – sisaldavate pillide kasutamine. Eestis on need pillid *Postinori* ja *Escapelle* nime all.

SOS-pille kasutatakse pärast kaitsmata vahekorda, mil vahekord toimus ilma rasestumisvastaseid vahendeid kasutamata või kui kasutatav meetod “vedas alt”.

Sellised olukorrad on näiteks:

- Kondoomi purunemine või mahalibisemine.
- Kombineeritud rasestumisvastaste tablettide unustamine ≥ 2 tableti järjest.
- Süstitava depoovahendi uue annuse hilinemine ≥ 2 nädala.
- Vägivaldne seksuaalvahekord.

Toime ja tõhusus

Suures annuses LNG pärsib või lükkab edasi ovulatsiooni ning muudab emaka limaskesta viljastatud munaraku pesastumiseks ebasoodsaks.

Lisaks on oletatud, et LNG pärsib spermatoosidide, munaraku või embrüo liikumist, mõjutab kollaskeha funktsiooni, pärsib viljastumist ja munaraku pesastumist.

Summaarselt on see meetod 98,5% tõhus.

SOS-pillid ei toimi, kui rasedus on juba olemas (viljastatud munarakk on pesastunud emaka limaskestale). Seega ei ole SOS-pillidel raseduse katkemist e aborti esilekutsuvat toimet.

Kasutamine

Postinoris on kaks 0,75 mg LNG sisaldavat tabletti, Escapelles üks 1,5 mg LNG sisaldav tablett. Ravim (korraga 1,5 mg LNG) tuleb sisse võtta esimesel võimalusel pärast vahekorda, kuid mitte hiljem kui kolme (viimastel andmetel ka kuni viie) ööpäeva möödumisel vahekorrast. Pillid on seda tõhusamad, mida kiiremini pärast kaitsmata vahekorda nende tarvitamist alustatakse.

Kui kasutatakse peamise meetodina kondoomi, võiksid “häda-abi” pillid olla varutud tagavaraks. SOS-pille pole soovitatav kasutada sagedamini kui kord kuus. Kui sagedasem kasutamine osutub vajalikuks või kasutataksegi kord kuus, tuleks mõelda teisele kontratseptsioonimeetodile (pillid, plaaster, tuperõngas, emakasisene vahend).

Eelised

Tõhus meetod, mida saab kasutada pärast kaitsmata vahekorda. Vastunäidustuste vähesus.

Võimalikud probleemid kasutamisel

SOS-pillid pole meetod pidevaks kasutamiseks! Kasutaja peab olema informeeritud võimalikest kõrvaltoimetest, mis ei ole tervisele ohtlikud, küll aga põhjustavad ebamugavust ja muretsemist. Kõige sagedasem kõrvaltoime on menstruaaltsükli häire – veritsus (võib kesta mitu päeva) mõne päeva möödudes pärast pillide tarvitamist või algab menstruatsioon tavapärasest varem.

Ette võib tulla iiveldust, oksendamist.

Kes ei saa SOS-pille kasutada?

SOS-pillid on vastunäidustatud, kui on rasedus, allergia, äge porfüüria või äge maksahaigus. Seega meetodi kasutamiseks **absoluutseid vastunäidustusi ei ole**. Kui ravimi kasutamise ajal on patsient rase ja soovib rasedust edasi kanda, siis seniselt teadaolevalt pole ravimil teratogeenset toimet (enne implanteerumist ei saa hormoonid blastotsüstile toimet avaldada) ja pole leitud tavapärasest enam väärarendiga laste sündi või probleeme raseduse kulus.

Kui "häda-abi" pilli kasutamisel tekkis emakaväline rasedus, siis põhjuslikku seost siin pole – emakavälise raseduse tekkes on olulisim olemasolev munajuha kahjustus ja see oleks tekkinud ka ilma pilli kasutamisetä.

Kust vahendit saab?

Hädaabipillid on apteegis käsimüügis, so ilma arsti retseptita. *Escapelle* hind on umbes 140 krooni, kahe tableti *Postinori* hind on vahemikus 107–115 krooni (2007).

Emakasisene vahend (ESV)

Kasutusel on kahte tüüpi emakasisesed vahendid:

I Vaske sisaldav ESV e "vaskspiraal".

II Hormonaalne emakasisene süsteem *Mirena* e hormonaalne ESV.

I Vaske sisaldav ESV

Plastikust, tihti T-kujuline vahend, mille ümber on vaskniit. Paigaldatakse emakasse arsti poolt. Olenevalt tootest võib vasega ESV jääda emakasse kas kolmeks või viieks aastaks.

Toime ja tõhusus

Arvatakse, et ESV põhjustab emaka limaskestas steriilse "põletikusarnase" keskkonna, mis nõrgendab spermatooside liikuvust, takistab munaraku transporti ja viljastamist, takistab viljastatud munaraku pesastumist. Vaseioonidele on omistatud spermatooside kahjustavat toimet. ESV ei mõjuta munasarjade tööd. Vasest ESV tõhususeks loetakse 98–99%, so 1–2 rasedust saja kasutaja kohta aastas.

Kasutamine

ESV paigaldab naistearst/perearst. Tavaliselt paigaldatakse ESV menstruatsiooni ajal – siis on kindel, et pole rasedust ning emakakaelakanal on pisut avatud ja protseduur hõlpsam. Vajadusel saab paigaldada ka muul ajal (nt rinnaga toitmise perioodil, mil menstruatsioonid pole veel taastunud).

Eelised

Sobib neile noortele, kellel on probleeme regulaarse rasestumisvastase vahendi hankimisega või vahendi hoidmisega kodus. Vahend pole seotud seksuaalvahekorraga ega nõua meespiidamist. Sobib sünnitanud naistele, kellel on tarvis pikemaegset kaitset. Sobib hästi ja saab paigaldada rinnaga toitmise perioodil. Sobiv vahend ka neile, kellel on mingil põhjusel vastunäidustatud hormonaalsed meetodid. Viljakus taastub kohe pärast vahendi eemaldamist.

Võimalikud probleemid kasutamisel

ESV sobib naisele, kelle seksuaasuhe on vastastikku monogaamne. Sünnitamata noortele pole esmavalikuks, kuna noortel on enam seksuaalpartnereid ja seeläbi suurem risk STLHdesse nakatumiseks. Vahend ise ei põhjusta suguteede põletikke, küll aga on põletiku teket soodustavaks ja selle kulgu raskendavaks asjaoluks juhul, kui suguteedesse satuvad haigustekitajad.

Osal kasutajatest muutuvad menstruatsioonid vererohkemaks ja pikemaks.

Kes ei saa kasutada vaske sisaldavat ESVd?

ESVd ei saa kasutada naised, kellel:

- on kaasasündinud vaheseinaga või kahesarveline emakas,
- esinevad sageli suguteede põletikud või on hiljuti läbi põetud äge väikevaagna põletikuline haigus,
- on väga vererohked ja valulikum menstruatsioonid,
- esineb aneemia,
- on teadmata põhjusel veritsused suguteedest,
- esineb vaseallergia,
- on anamneesis bakteriaalne endokardiit või paigaldatud südameklapi protees,
- on HIV.

Kust vahendit saab?

ESVd müüakse apteegis arsti (naistearst, perearst, noorte nõustamiskeskuse arst) retseptiga. Vasega ESV ei ole haigekassa soodusravimite nimekirjas. 2007. aastal on selle hind vahemikus 300–450 krooni.

II Hormonaalne emakasisene süsteem (hormonaalne ESV)

Eestis on saadaval hormonaalne ESV nimega *Mirena*. T-kujuline plastikust vahend, millesse on lisatud sünteetiline kollaskehahormoon levonorgestreel (LNG). Hormoon on kapslisse lisatud selliselt, et igapäevaselt eraldub emaka limaskestast ühtlane kogus (20µg/24h) hormooni. Eri- nevalt pillidest, plaastrist, tuperõngast ja süstitavast vahendist on siin hormooni toime eeskätt lokaalne (emaka limaskestast). Hormonaalne ESV võib emakasse jääda viieks aastaks.

Toime ja tõhusus

Rasestumisvastase toime aluseks on LNG lokaalne toime emaka limaskestale – emaka limaskest õheneb ja viljastatud munaraku pesastumine pole võimalik. Kollaskehahormooni toimel pakseneb emakakaela kanali lima ja muutub spermatoosoididele raskesti läbitavaks. Osaliselt on pärssitud ovulatsioon. Kaasneb vasest ESVle sarnane “võõrkehaefekt”. Need mitmesuunalised toimed teevad *Mirena* ülimalt tõhusaks vahendiks, rasestumisvastane kaitse on võrreldav steriliseerimisega: 99,8–99,9% e 0,1–0,2 rasedust saja kasutaja kohta aastas.

Kasutamine

(vt *vaske sisaldava ESV kasutamine*).

Eelised

Hormonaalne ESV sobib naistele, kes vajavad pikemaajalist rasestumisvastast kaitset. Endomeetriumi õhenemise tulemusena väheneb oluliselt menstruatsiooniga erituv vere hulk. Ühel viiendikul kasutajatest ei esine menstruatsiooni hormonaalse ESV olemasolu ajal – see on vahendi oodatav ja soovitud toime. ESV eemaldamisel menstruaaltsükkel (ja viljakus) taastub kiiresti, 1–2 kuu jooksul. Ka menstruatsiooniga seotud valulikkus e düsmenorröa taandub enamikul kasutajatest. Seega on hormonaalne ESV eelistatud naistel, kes kannatavad vererohkete ja valulike menstruatsioonide all.

Paksenenud lima emakakaelas takistab lisaks spermatoosoididele ka võimalike haigustekitajate levimist ülemistesse suguteedesse, panustades seeläbi viljakuse säilimisse. Väheneb emakavälise raseduse risk. Kui sünnitamata naine soovib ESVd, siis tuleks võimalusel eelistada hormonaalset ESVd vaske sisaldavale ESVle. Saab paigaldada ka rinnaga toitmise ajal, kui menstruatsioonid pole veel taastunud.

Võimalikud probleemid kasutamisel

Kuigi progestiini soovitud toime on vaid lokaalne, võib esimestel kasutusküüdel esineda ka süsteemsele toimele viitavaid nähte – aknet, iiveldust, peavalu, meeleoluhäireid, seksuaaliha muutust. Need nähtused taanduvad enamasti hiljemalt poole aasta möödumisel ESV paigaldamisest. Kuna emaka limaskesta inaktiivseks muutumine võtab mõne aja, on teine sageli esinev kõrvaltoime esimesel kolmel kuni kuuel kasutusküüel ebaregulaarne veritsus.

Kes ei saa Mirenat kasutada?

Hormonaalset ESVd ei saa kasutada naised, kellel:

- on kaasasündinud vaheseinaga või kahesarveline emakas,
- esinevad sageli suguteede põletikud või on hiljuti läbi põetud äge väikevaagna põletikuline haigus,
- on teadmata põhjusel veritsused suguteedest,
- on ravitud rinnavähki või emakakaela pahaloomulisi kasvujaid,
- on hetkel aktiivne äge maksahaigus,
- on venoosne tromboos,
- on anamneesis bakteriaalne endokardiit või paigaldatud südameklapi protees,
- on HIV.

Kust vahendit saab?

Hormonaalset ESVd müüakse apteegis arsti (naistearst, perearst, noorte nõustamiskeskuse arst) retseptiga. Vahend on haigekassa soodusravimite nimekirjas. 2007. aastal on soodustuse olemasolul hinnaks umbes 2200–2300 krooni.

Naiste ja meeste steriliseerimine

Steriliseerimise käigus suletakse naisel munajuhad ja mehel seemnejuhad. Steriliseerimist tuleb käsitleda, kui **pöördumatut** rasestumisvastast meetodit. Steriliseerimine on ainus rasestumisvastane meetod, mille kasutamist reguleerib seadusandlus: 1998. aastal Riigikogus vastu voetud Raseduse katkestamise ja steriliseerimise seadus, mille kohaselt võib steriliseerida vaid täisealist isikut teatud tingimuste olemasolul.

Barjäärimeetodid

I Meeste ja naiste kondoom

(vt ptk *Seksuaalsel teel levivatesse haigustesse nakatumise vältimine*).

II Pessaar

Lateksist õhuke kausike, mis asetatakse tupe ülaosasse emakakaela ette. Kasutatakse koos spermitsiidiga (vt allpool). Kuna pessaaari Eestis ei müüda, siis me seda siinkohal lähemalt ei käsitle.

Spermitsiidid

Spermitsiidid on kemikaalid, mis halvavad spermatoosoidide liikuvuse ja kahjustavad nende kesta. Eestis on kasutusel bensalkooniumkloriidi sisaldavad spermitsiidid (*Pharmatex*) – kas kreemi, küünla, vahu või tablettina.

Toime ja tõhusus

Spermitsiidid üksi kasutades on **väga vähe tõhus** rasestumisvastane vahend. Kuigi teoreetiliselt peaks nende kasutamisel esinema 3–5 rasedust saja kasutaja kohta aastas, siis tegelikus

elus tekib vähemalt 20 rasedust saja kasutaja kohta aastas.

Seetõttu on spermitsiidid kasutamiseks vaid koos kondoomiga (mõnedes maades ka koos pessaariga) lisakaitsena. Spermitsiidid pole alternatiiviks nt pillidele, plaastrile, tuperõngale või emakasisesele vahendile (kui need mingil põhjusel ei sobi) – nende rasestumisvastane toime on kordades erinev.

Samas võivad neid kasutada paarid, kellel raseduse korral on plaan igal juhul sünnitada.

Kasutamine

Vahetult enne seksuaalvahekorda manustatakse spermitsiid tupe ülaosasse, järgides täpselt juhendit – tablettidel ja küünlal tuleb lasta 5–10 minutit mõjuda, kreemi ja vahu toime on kohene. Juhendis on kirjas vahendi toime aeg: küünlal enamasti umbes neli tundi, teistel vähem. Korduval ühtel tuleb seega vajadusel uus doos spermitsiidi manustada.

Spermitsiidi kasutamisel ei tohi suguorganeid enne ja pärast vahekorda pesta tavalise seebiga – see vähendab vahendi tõhusust. On olemas spetsiaalne seep, mida võib kasutada. Spermitsiidi ei tohi kasutada koos tuperavimitega.

Eelised

Spermitsiidid on lihtsalt kättesaadavad ja nende kasutamist saab naine ise kontrollida.

Võimalikud probleemid kasutamisel

Vastunäidustusi kasutamiseks pole. Mõnel inimesel võib põhjustada tupe limaskestast ärritust.

Kust vahendit saab?

Müüakse apteegis käsimüügiravimina. Enamasti on pakendatud 6, 10 või 12 doosi kaupa. Olenevalt annusest ja preparaadist, on üks karp *Pharmatexi* hinnavaheemikus 64–103 krooni (2007).

Füsioloogiline meetod

“Viljakate päevade” arvestamine e perioodiline abstinents e füsioloogiline meetod põhineb ovulatsioonihetke tabamisel ja vastavalt sellele eelneval ja järgneval perioodil seksuaalelust loobumisel. Meetodi kasutamise eelduseks on regulaarne menstruaaltsükkel ja distsiplineeritud ning motiveeritud kasutaja.

Ovulatsioon toimub keskmiselt, olenemata menstruaaltsükli pikkusest, **14 päeva enne oodatavat menstruatsiooni**. Munarakk püsib viljastamisvalmis tunde (kuni ööpäev), spermatoosidid püsivad naise suguteedes viljastamisvõimelistena päevi. Seetõttu tuleb seksuaalelust loobuda vähemalt neli päeva enne ja neli päeva pärast oletatavat ovulatsiooni aega. Ovulatsiooni hindamiseks ja oma kehafunktsioonide kaardistamiseks on kasutatud erinevaid kaudseid märke – basaaltemperatuuri mõõtmine (tõuseb 24 tundi pärast ovulatsiooni), emakakaela lima muutumine klaasjaks ja venivaks (vahetult enne ovulatsiooni), luteiniseeriva hormooni määramine uriinist (test muutub positiivseks 26–27 tundi enne ovulatsiooni).

“Viljakatel” päevadel abstinentsi praktiseerimine on **väga vähe tõhus** rasestumisvastane meetod – aasta jooksul rasestub viiendik kasutajatest. See **ei sobi** teismeliseas – enamasti vajatakse siis just väga kindlat rasestumisvastast meetodit, menstruaaltsükkel on tihti ebaregulaarne.

Koolitervishoiutöötaja roll

Eestis ei ole juhendi kirjutamise hetkel kehtivat ametlikku regulatsiooni, mis kirjeldaks koolitervishoiutöötaja rolli rasestumisvastaste vahendite soovitamises.

Koolis käib enamasti lapsi ja koolitervishoiutöötajal on suurepärane võimalus olla üheks esmaseks allikaks, kust koolilapsed saavad teavet ja nõu rasestumisvastaste vahendite kohta. Arvestada tuleb, et 18ndaks eluaastaks omavad Eestis umbes pooled noortest suguühete kogemust. Umbes viiendik noortest on vahekorras olnud 15. eluaastaks. Teismeliseeas üldreeglinas ei alustata seksuaalelu sooviga rasedaks jääda. Mida nooremalt seksuaalelu alustatakse, seda suurem on tõenäosus soovimatuks raseduseks ja seksuaalsel teel levivatesse haigustesse nakatumiseks.

Koolitervishoiutöötaja roll võiks olla **nii individuaalne nõustamine kui koostöö inimeseõpetuse õpetajaga seksuaaltervise edendamises**. Õppetöö käigus jagatud informatsiooniga peaks alati kaasas käima teave individuaalse abi kohta – soovimatust rasedusest hoidumine on teema, millega võib koolimeediku poole pöörduda. Tervisekontrolli käigus saab koolitervishoiutöötaja selgitada välja need lapsed, kes kontratseptsiooni vajavad, aga seda ei kasuta.

Kooliõel peaks olema võimalus jagada soovijatele **tasuta kondoomi** ja **SOS-pille**. Vajadusel suunata (aidata aeg kokku leppida) perearsti juurde, naistearsti juurde või noorte nõustamiskeskusesse konkreetse rasestumisvastase vahendi saamiseks. Kui ka koolitervishoiutöötajal endal puudub retsepti väljastamise võimalus, saab ta teha esmase nõustamise rasestumisvastastest vahenditest, tutvustada erinevaid võimalusi, selgitada nende toimet ja kasutamise vajalikkust ning kummutada müüte.

Seksuaalne riskikäitumine (sh vahendite mittekasutamine, seksuaalpartnerite suur hulk) varases eas võib viidata masendusele ja probleemidele kodus. Koolitervishoiutöötaja saab siin aidata last **suunata vastava abi ja toetuse leidmiseks**.

Koolitervishoiutöötaja saab **nõustada neid, kes juba mõnda rasestumisvastast vahendit kasutavad** – näiteks olukorras, kus pillid on ununenud, kondoomi kasutamine ebaõnnestunud jm.

Teismelistest rasedatest, kes otsustavad sünnitada, suitsetab viiendik ja umbes 10%-l on sünnieelne jälgimine ebapiisav, alla 17-aastastel on suurenenud risk enneaegseks sünnituseks. Koolitervishoiutöötaja roll võiks olla ka **raseda teismelise esmane nõustamine ja toetamine** – aidata kokku leppida aeg arsti juurde, määrata raseduse suurus, selgitada rasedusega ja arstile pöördumisega seonduvat olenevalt teismelise plaanidest (kas sünnitada või katkestada rasedus), nõustada raseduse tõenäosuse ja rasestumisvastase meetodi kasutamise osas pärast rasedust.

Noored leiavad lisalugemist rasestumisvastastest vahenditest ja soovimatust rasedusest www.amor.ee

Kasutatud kirjandus

1. Collaborative Group on Hormonal Factors in Breast Cancer. Breast cancer and hormonal contraceptives: collaborative reanalysis of individual data on 53 297 women with and 100 239 women without breast cancer from 54 epidemiological studies. *Lancet* 1996; 347:1713–27.
2. Elomaa K. Contraception. Helsinki, Väestöliitto, 1996.
3. Family Planning Handbook for Health Professionals. International Planned Parenthood Federation, London, 1997.
4. Guillebaud J. Contraception Today. Fourth edition. A pocketbook for General Practitioners. London 2000.
5. Haldre K, Karro H. Hormonaalne kontratseptsioon. Juhend perearstidele. Tallinn, 2003.
6. Haldre K, Rahu K, Karro H, Rahu M. Is a poor pregnancy outcome related to young maternal age? A study of teenagers in Estonia during the period of major socio-economic changes (from 1992 to 2002). *Eur J Obstet Gynecol Reprod Biol* 2007; 131:45-51.
7. Hatcher RA, Rinehat W, Blackburn R, Geller JS. The Essentials of Contraceptive Technology.

- A Handbook for Clinic Staff. The Johns Hopkins School of Public Health, 1997.
8. Herten H, Piaggio G, Ding J et al. Low dose mifepristone and two regimens of levonorgestrel for emergency contraception: a WHO multicentre randomised trial. *Lancet* 2002; 360: 1803–10.
 9. Hormonal Contraception. ScheringAG. Berlin, 2001.
 10. Kemmeren JM, Algra A, Grobbee DE. Third generation oral contraceptives and risk of venous thrombosis: meta-analysis. *BMJ* 2001; 323:1–9.
 11. Moreno V, Bosch FX, Munoz N et al for the International Agency for Research on Cancer (IARC) Multicentre Cervical Cancer Study Group. Effect of oral contraceptives in women with human papillomavirus infection. *Lancet* 2002; 359:1085–92.
 12. Royal College of Obstetricians and Gynaecologists. First prescription of combined oral contraception. Faculty of Family Planning and Reproductive Health Care, 2006
 13. World Health Organization. Selected Practice Recommendations for Contraceptive use. WHO, 2002 www.who.int/reproductive-health
 14. World Health Organization. Medical Eligibility Criteria for Contraceptive use. WHO, 2002 www.who.int/reproductive_health/publications/RHR_00_2_medical_eligibility_criteria_second_edition/index.html
 15. www.tai.ee/failid/_le_eestiline_noorteuurimus_2005.pdf

Seksuaalsel teel levivatesse haigustesse nakatumise vältimine

Siim Värv

19% 14–15-aastastest noortest on olnud seksuaalvahekorras. Vaid 53% neist kasutab kondoomi järjepidevalt iga juhuvahekorra ajal. 73% selle vanuserühma esindajatest omab väärteadmisi HIVi leviku kohta.

46% 16–18 aastastest noortest on olnud seksuaalvahekorras. 61% neist kasutab kondoomi järjepidevalt iga juhuvahekorra ajal. 55% selle vanuserühma esindajatest omab väärteadmisi HIVi leviku kohta.

Seksuaalsel teel levivaid klamüüdiahaigusi diagnoositi 2006. aastal 2528 korral – see on diagnoosimissageduselt kolmas nakkushaiguse ülemiste hingamisteede nakkuse ja tuulerõugete järel.

Seksi tuleks vaadelda kui meeldivat võimalust tunnete näitamiseks oma partnerile. Kahjuks käib seksiga kaasas ka tumedam pool – seksuaalsel teel levivad haigused (STLH). Kooliteravishoiuteenuse osutaja saab selle tumedama poolega tegelemine mitmeti – alates õpetajate abistamisest seksuaalhariduslike loengute pidamisel, kuni õpilaste nõustamiseni ja erialaspetsialisti juurde saatmiseni seksuaalsel teel leviva haiguse kahtluse korral.

Mis on seksuaalsel teel levivad haigused?

Seksuaalsel teel levivateks haigusteks loetakse nakkushaigusi, mis levivad peamiselt seksuaalvahekorra ajal nii tupe-, päraku- kui ka suuseksiga.

STLHd võivad tihti küll kulgeda ilma haigusnähtudeta, kuid sellest hoolimata võivad nad põhjustada nii naistel kui ka meestel suguteede põletikke ja nendest tingitud viljatust. Samas võivad STLHd põhjustada ka tõsiseid tervisehädasid – papilloomiviirused soodustavad emakakaelavähi teket, HIVi nakatumine võib lõppeda surmaga, nakkuslik kollatõbi võib põhjustada maksatsirroosi jne. Ka emakaväline rasedus ja enneaegne sünnitus võivad olla seotud STLHdega. Lisaks võivad STLHd kahjustada veel arenevat loodet juba üsasiseselt ning nakatuda võivad ka vastsündinud.

Testimine

STLH teste saab teha noorte nõustamiskeskustes, naha-suguhaiguste arsti juures, perearsti juures ning naistearsti ja meestearsti juures. Vt allpool HIVi ja HPV testimine.

Tabel 1. Enam levinud STLHD.

Haigus	Haigustekitaja	Nakatumisteed	Sümptomid
Klamüdiios	Bakter <i>Chlamydia trachomatis</i>	Kaitsmata tupe-, pära- ja suuseksiga.	Naistel: klaasjas voolus ning valu urineerimisel. Valud allkõhus. Valutu, ebaregulaarne veritsus genitaalidest. Meestel: kipitus kusitis ja valu urineerimisel. Väga sageli ilma sümptomiteta.
Trihhomonoos	Algloom <i>Trichomonas vaginalis</i>	Peamiselt kaitsmata tupe-, pära- ja suuseksiga. Võimalik ka nakkus mittesuguliste väga intiimsete kontaktide puhul.	Naistel: rohke vahutav voolus tupest, valu urineerimisel, sügelustunne tupes. Meestel: rohke eritis kusetorust, valu urineerimisel. Väga sageli ilma sümptomiteta.
Genitaalherpes	<i>Herpes Simplex Virus</i> tüüp 1 ja 2	Kaitsmata tupe-, pära- ja suuseksiga, levib ka juhul, kui partneril puudub lööve. Peamiselt huultele „külmaville“ tekitav HSV1 võib suuseksiga levida ka suguelunditele.	Villiline lööve suguelunditel. Villid on valulikud ja haavanduvad.
Gonorröa	Bakter <i>Neisseria gonorrhoeae</i>	Kaitsmata tupe-, pära- ja suuseksiga.	Naistel: halvalõhnaline voolus, sage ja valulik urineerimine. Valud allkõhus, ebaregulaarne veritsus genitaaludest, väga vererohke menstruatsioon. Meestel: põletav valu urineerimisel ja mädaeritus kusitist. Sageli ilma sümptomiteta.
Süüfilis	Bakter <i>Treponema pallidum</i>	Kaitsmata tupe-, pära- ja suuseksiga.	1–4 nädala jooksul tekib suguelunditele (ka nt pärasoolele) valutu iseparanev haavand. Paari kuu pärast tekib nahalööve, haavandid suguelunditel ning suus, juuste väljalangemine, lihasvalud, palavik. Aastate möödudes kahjustuvad närvisüsteem ja süda, luud ning kõhrkude.
B-hepatiit	<i>Hepatitis B Virus</i>	Kaitsmata tupe-, pära- ja suuseksiga, samuti vere kaudu.	Silmade ja naha kollasus, väsimus, isutus, naha sügelus – 2–6 kuud peale nakatumist. Hiljem on võimalik maksakahjustuste teke. Haigus on ennetatav vaksineerimisega.
HIV/AIDS	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>	Kaitsmata tupe-, pära- ja suuseksiga, vere kaudu ning emalt lapsele.	Vt allpool HIV/AIDS.

Ravi

STLHde ravi iseloomustab tõsiasi, et ravida tuleb alati kõiki seksuaalpartnereid. Ravi tuleb alustada nii kiiresti kui võimalik, kuna haiguste progresseerudes võivad haiguskahjustused olla tõsisemad. Kõikide STLHde vastu ravi ei leidu – viiruslike haiguste puhul on võimalik vaid haigusnähtude leevendamine.

HIV/AIDS

HIV (*Human Immunodeficiency Virus*) on retroviiruste hulka kuuluv viirus, mis põhjustab AIDSi (*Acquired Immunodeficiency Syndrome*) ehk omandatud immuunpuudulikkuse sündroomi.

HIVi peamisteks peremeesrakkudeks on inimese immuunsüsteemi rakud CD4-lümfotsüüdid ehk CD4-abistajarakud (või lihtsalt CD4-rakud), kuid HIV hävitab ka makrofaage ning dendriittrake. Seega on ohustatud nii immuunsüsteemi „koordineerimine“ (CD4 rakkude ülesanne) kui ka reaalne toime (makrofaagid ja dendriittrakud on vastutavad võõraste mikroorganismide ära tundmise ning hävitamise eest).

HIViga nakatumine

Selleks, et HIV leviks nakatunud inimeselt nakatumata inimesele, on vajalik teatav viirusosakeste kontsentratsioon, mis on piisavalt kõrge vaid veres (ka menstruaalveres), spermas, tupevedelikes, lootevees ja rinnapiimas. Viiruse ülekandeks peavad nakatunud kehavedelikud sattuma terve inimese vereringesse. See on võimalik tupe, päraku, peenise ning naha või limaskestade haavade kaudu.

HIV peamised levikuteed:

- **Kaitsmata seksuaalvahekord HIV-positiivse inimesega.**

HIV levib nii suu-, tupe- kui ka pärakuseksiga nii naistelt meestele kui meestelt naistele, kuid kõige ohtlikumaks tuleb lugeda pärakuseksi ning kõige ohutumaks suuseksi. Samuti on vaginaalseksi puhul tõenäolisem HIVi levik meestelt naistele, kuna viirus läbib kergemini tupe limaskesta. Lisaks on HIVi kontsentratsioon spermas suurem.

- **Otsene kontakt HIV-nakatunud verega.**

- Ühiste süstalde ja/või süstlanõelte kasutamine narkootikumide, ravimite, jm süstimisel.
- Ühiste instrumentide kasutamisel nt tätoverimisel ja kehaosade rõngastamisel.
- Nakatunud vere ülekandmine või organite siirdamine (võimalus on tänapäeval siiski nullilähedane, kuna doonoriveri ja ülekantavad elundid kontrollitakse põhjalikult HIVi suhtes).

- **Vertikaalne levik nakatunud emalt lapsele.**

HIV positiivne naine võib nakkuse üle kanda nii raseduse ajal, sünnituse käigus kui ka last rinnaga toites. Võimalus vertikaalseks ülekandeks on ligikaudu 30%, neist juhtudest umbes kolmandiku puhul toimub ülekande sünnieelselt. Kui ema saab raseduse ajal HIV vastast ravi, laps sünnib keisrilõike teel ning ema ei toida last rinnapiimaga, siis väheneb HIVi ülekande risk tunduvalt – erinevates Euroopa riikides 15–20%.

HIVI levik Eestis

2007. aasta 30. märtsi seisuga oli Eestis HIV diagnoositud ametlikult 5894 inimesel. Reaalselt on nakatanuid ilmselt siiski rohkem, erinevatel hinnangutel isegi 2–3 korda. AIDS on sama seisuga diagnoositud 139 inimesel.

Eesti olukorra tõsidust ilmestab uute HIV-juhtude arvu võrdlemine ühe miljoni elaniku kohta aastas teiste riikidega. 2001. aastal oli vastav näitaja Eestis 1080, naaberriigis Lätis 342, Soomes 25 ja Venemaal 597 ning 2005. aastal Eestis 467, Lätis 130, Soomes 26 ja Venemaal 247. Eestis on täiskasvanute hulgas HIV-positiivseid 1,3%, samas kui enamikus Euroopa Liidu riikides on see näitaja 0,1–0,3%.

Kuni 2006. aastani on peamiseks riskigrupiks olnud 15–24 aastased noored. 2006. ning 2007. aasta alguse statistika kohaselt on suurimaks riskigrupiks tõusnud 20–29 aastased noored. Tedaolevalt levib HIV Eestis põhiliselt heteroseksuaalse seksuaalkontakti kaudu.

HIV-infektsiooni kulg

HIV nakkuse äge faas algab keskmiselt 2–3 nädalat pärast nakatumist. Selle faasi ajal võitleb keha aktiivselt viiruse vastu. Sümptomiteks on tüüpilised ägeda viirushaiguse tunnused: palavik, lihasvalu, neelamisvalulikkus, peavalu, väsimus, lümfisõlmede suurenemine. Need nähud mööduvad iseenesest paari nädala jooksul.

Järgmist perioodi nimetatakse **asümptomaatiliseks** või **varjatud kulgemise faasiks**. Sellel perioodil tunneb patsient ennast hästi ning haigused, mida ta sellel ajal põeb, paranevad sama kiiresti kui HIV-negatiivsel inimesel. Sellest hoolimata väheneb pidevalt nii CD4-rakkude kui ka muude immuunsüsteemi rakkude hulk veres. Olenevalt inimesest, võib selle faasi pikkuseks olla ligikaudu 2–10 aastat.

Ilma ravita kujuneb neli kuni kaheksa aastat pärast nakatumist välja **varane HIV tõbi**, mida iseloomustab pidevalt süvenev väsimus, palavikud, peavalud, öised higistamishood, krooniline kõhulahtisus, mitmesugused seennakkused ning haavandid ja põletikud suus. Sellele järgneb **HIV haigus ehk AIDS**, millele on iseloomulik mitmesuguste oportunistlike haiguste ja kasvaja teke. AIDSi diagnoositakse juhul, kui CD4 rakkude hulk veres on langenud alla 200 raku 1µl vere kohta. Kuna immuunsüsteemi töö on tugevasti häiritud, võivad praktiliselt kõik haigused patsiendi jaoks surmaga lõppeda.

Testimine

HIVI nakatumist saab kindlaks teha inimese verd, vereseerumit ja/või -plasmata, sülge, liikvorit, uriini jm uurides. Tavapraktikas otsitakse verest HIV-vastaseid antikehi. Kui veres leidub HIV vastaseid antikehi, on inimene **HIV-positiivne**. Antikehade leidmiseks peab nakatumisest olema möödunud neli kuni kuus nädalat. Nakatumisest kuni antikehade määramise meetodil saadava HIV positiivse testi tulemuseni kuluvat perioodi nimetatakse **aknaperioodiks**. Nakatunud inimene on selle perioodi ajal küll nakkusohtlik, kuid nakkuse olemasolu saab kindlaks teha vaid kulukate HIV antigeeni määramise testidega (nakkuse kindlakstegemine võimalik 16.–21. päeval pärast nakatumist) või HIV genoomi määramise testidega (nakkuse kindlakstegemine võimalik 7.–14. päeval pärast nakatumist). Kõik esmapositiivsed testid kontrollitakse üle vabariigi referentslaboratooriumis.

Eestis saab HIV testi teha kõikides meditsiinasutustes, AIDSi nõustamiskabinettides ja noorte nõustamiskeskustes. AIDSi nõustamiskabinettides on testi tegemine anonüümne, muudes asutustes mitte.

Ravi ja vaksineerimine

HIVi kulu leevendamiseks on küll erinevaid ravimeid, kuid meeles tuleb pidada, et puudub võimalus HIVi välja ravimiseks. Ravistrateegiaks on erinevate ründepunktidega viirusevastaste ravimite kasutamine, mida tuntakse ka HAARTi nime all (*Highly Active Antiretroviral Therapy*). Tavaliselt kasutatakse korraga kolme erinevat preparaati. Selline ravimeetod on küll väga kalline (aastas kulub ühe patsiendi ravile 90 000–100 000 krooni), kuid kaalub siiski üles ravimata jätmisel tekkivad kulutused. Eestis on ravimid nii ravikindlustatud kui ka -kindlustamata patsiendile tasuta (va Retrovir, mille eest tuleb patsiendil tasuta retseptitasu).

Veel ei ole olemas tõhusat HIV vaktsiini, kuigi seda üritatakse luua mitmetes laborites üle kogu maailma. Kuna HIV muutub väga kiiresti ning tal esineb väga palju alatüüpe, ei ole ühese, iga viirusetüübi puhul töötava, vaktsiini loomine tõenäoline.

HIViga seotud väärarusaamad

HIViga on võimalik nakatuda HIV-positiivse inimesega:

- **Samu toidunõusid kasutades.**
- **Sama tualetti kasutades.**
- **Samas basseinis ujudes.**

Tegelikult on sellisel teel HIVi nakatuda võimatu, nakatumiseks on vajalik nakatunud inimese vere, sperma või tupevedelike sattumine vereringesse (vt allpool *HIViga nakatumine ja HIV peamised levikuteed*).

HIViga on võimalik nakatuda sääsepistete/putukahammustuste kaudu.

HIV ei levi sääskedega – kõige veenvamaks tõestuseks on ilmselt epidemioloogiline põhjendus: Aafrika riikides HIV ennetusega tegelevad misjonärid ei nakatu HIViga. Kui sääsed jm putukad levitaksid HIVi, siis nakatuksid võrdselt kohalike elanikega ka ennetustöötajad. Eesti puhul nakatuks ilmselt siis suurel hulgal lapsi (mida ei toimu), kuna sääsed valivad ohvreid kehasoojuse järgi (vt allpool *HIViga nakatumine ja HIV peamised levikuteed* ning www.aids.ee).

HIViga nakatunud inimese elu kaotab mõtte.

Arvatakse, et HIViga nakatumisele järgneb kiiresti raske haigus ja surm. Tegelikult elab HIV-positiivne inimene reeglina vähemalt umbes 10 aastat ilma vaevusteta ning ravi korral pikeneb see aeg veelgi, peale HIV-tõve diagnoosimist võib inimene (ka ilma ravita) elada veel aastaid täisväärtuslikku elu (vt *HIV infektsiooni kulg*).

HIV ja AIDS on ainult narkomaanide probleem.

Tegelikult levib HIV Eestis põhiliselt heteroseksuaalse seksuaalvahekorra kaudu (vt *HIVi levik Eestis*).

HIViga nakatunud inimest on võimalik ära tunda.

Inimest vaadates on võimatu aru saada, kas inimesel on HIV või mitte. Esineb küll mitmeid haigusi, mida tihti seostatakse HIViga, kuid ei ole ühtegi kindlat tunnust, mille põhjal HIV-positiivset inimest ära tunda (vt *HIV infektsiooni kulg*).

HPV

HPV (*Human Papilloma Virus*) on DNA viiruste hulka kuuluv viirus, mis põhjustab healoomulisi muutusi nahal ja limaskestadel kuid osa HPV tüüpe tekitab ka halvaloomulisi kasvajaid.

On teada üle 100 erineva HPV tüübi. Üldistades võib HPV tüübid jagada kolmeks – soolata tüükaid tekitavad viirustüübid, kondüloome tekitavad viirustüübid (madala riski HPV) ja vähki (emakakaela-, päraku- ja sugutivähki) tekitavad viirustüübid (kõrge riski HPV).

Teravad **kondüloomid** on sageli esinev seksuaalsel teel leviv haigus. Nakatumise korral tekiavad suguelundite piirkonda tüükalised moodustised (kondüloomid), mis võivad meenutada lillkapsast. Kondüloomid võivad esineda naistel tupes, emakakaelal ning välissuguelunditel, meestel suguti või munandite piirkonnas. Nii naistel kui ka meestel võivad kondüloomid esineda ka päraku ümbruses ning suu limaskestal.

Peaaegu kõik **emakakaela vähi** juhtumid on põhjustatud kõrge riski HPV poolt. Samuti võib HPV põhjustada meestel päraku- ja sugutivähki, kuid seda siiski harvem. HPVga nakatumisest emakakaelavähi kujunemiseni kulub ligikaudu 10–15 aastat. Kõrge riski HPVga nakatumine ei tähenda automaatselt vähi teket – vaid ligikaudu 0,1% nakatunutest areneb välja (emakakaela)vähk. Teada on, et viirustüübid, mis põhjustavad soolatüükaid, ei põhjusta vähki ja vastupidi.

HPVga nakatumine

HPV võib kehas püsida aastaid ilma avaldumata. Viirus levib otsekontakti kaudu nii seksuaalvahekorras olles kui ka intiimsete puudutustega (nahalt nahale ja limaskestale ning vastupidi). Kõige suurem on nakatumine 20–29 aastaste noorte hulgas.

Peamised HPV omandamist, püsima jäämist ja vähi arengut soodustavad faktorid:

- Seksuaalpartnerite rohkus
- Suitsetamine
- Immuunsüsteemi kahjustavate haiguste olemasolu
- Seksuaalsel teel levivate haigustega nakatumine
- Pikaajaline hormonaalsete rasestumisvastaste vahendite kasutamine

Testimine

HPVga nakatumise kindlaks tegemisel on Eestis kasutusel kahte tüüpi testid – PAP-test ja HPV-test.

PAP-test on oma nime saanud testi väljatöötaja, dr Georg Papanicolau perekonnanime esimestest tähtedest. Test tähendab äigepreparaadi võtmist emakakaela epiteelirakkudest ja kontrolli, kas emakakaela rakkudes esineb vähieelseid muutusi. Muutuste avastamisel saab HPVga nakatumise kindlaks tegemiseks teha ka HPV-testi. PAP-testi soovitatakse teha esimest korda mitte hiljem kui kolm aastat pärast esimest vahekorda ning enne 21. eluaastat. Kuni 30 aastaseks saamiseni tuleks testi teha igal aastal, hiljem riskifaktoritest olenevalt iga kahe-kolme aasta järel. Vähieelsed muutused on ravitavad ja nii saab hoida ära vähi tekke.

HPV-testiga on võimalik määrata nii rakkude nakatumine HPVga kui ka HPV tüüp. Seda testi saab teha nii meestele kui ka naistele. Meestel tehakse test eesnaha või sugutipea põletiku korral, naistel siis, kui PAP-testiga on leitud muutunud rakke. Nii meestel kui ka naistel võib HPV-testi teha kondüloomide esinemise korral.

Vaktsineerimine

HPV vaktsiin on ka Eestis olemas **tüüpide 16 ja 18 vastu**. Need kaks tüüpi põhjustavad ligikaudu 70% emakakaelavähi juhtumitest. Vaktsiin **kaitseb ka** kondüloome põhjustavate **HPV 6. ja 11. tüüpi** eest. Uuringud näitavad, et vaktsiini poolt tekitatud kaitse võib olla kuni 100%. Parima tulemuse annab vaktsiin juhul, kui vaktsineerimine on tehtud **enne suguelu alustamist**.

Vaktsineerida võib nii tüdrukuid kui ka poisse alates üheksandast eluaastast. Meeles tuleb

pidada, et vaktsiin ei tekita kaitset kõikide HPV tüüpide eest, mistõttu tuleb kindlasti jätkata ka emakakaela rakkude kontrollimist PAP-testiga.

Vaktsineerida võivad kõik selleks litsentseeritud meditsiinitöötajad. Juhendi kirjutamise ajal ei ole HPV vaktsiin riiklikus immuniseerimiskavas määratletud riigi poolt rahastatava vaktsiiniga ning seetõttu peavad soovijad selle vaktsineerimise eest ise tasuma, Kolmeaastasele vaktsineerimise maksumus on hetkel üle 5000 krooni.

Seksuaalsel teel levivate haiguste vältimine

Seksuaalsel teel levivate haiguste vältimine

- **Kondoomi kasutamine** seksuaalvahekorra ajal on üks olulisemaid meetodeid STLHde vältimiseks. On olemas nii meeste- kui ka naistekondoomid. Viimaseid ei ole küll Eestis võimalik leida (põhjuseks ilmselt nii kallim hind kui ka harjumatus), kuid mujal riikides on see kasutust leidnud ning selle kaitseomadused ei erine mees-tekondoomi omadest. Lisaks on leitud, et naised on üldiselt vähem riskiva käitumisega ning kasutavad seetõttu kondoomi järjekindlamalt.
- **Seksuaalpartnerite vähesus** on samuti oluline faktor STLHde vältimiseks, kuna kondoom ei anna kunagi 100% kaitset. Mida rohkem on inimesel elu jooksul erinevaid seksuaalpartnereid, seda suurem on tõenäosus nakatuda STLHdesse.
- **Regulaarselt tervisekontrollis käimine** aitab vähendada tõenäosust haigusi teistele edasi anda ja võimaldab avastada nakatumise varases staadiumis. Uue partneriga ilma kondoomita vahekorra astumisel peaksid mõlemad partnerid ennast STLHde suhtes testima.

Kondoom ei anna küll sajaprotsendilist kaitset, kuid vähendab siiski oluliselt tõenäosust STLHdesse nakatuda. Näiteks HIV puhul vähendab kondoom nakatumisriski 80–87%, klamüüdioosi puhul kuni 58%.

Kondoomide ostmiseks puudub vanusepiirang – neid võivad osta kõik.

Ei ole olemas „kõige paremat kondoomifirmat“, kõik müügil olevad kondoomid on elektrooniliselt testitud ning seega tootja poolset praaki praktiliselt ei esine. Siiski tasub kondoomi osta pigem suurematest kaubanduskeskustest või apteekidest. Näiteks võivad kioskites müügil olevad kondoomid olla vahetult klaasi taga – see põhjustab kondoomide jaoks väga kahjuliku temperatuurikõikumise. Müügil on väga palju erinevaid kondoomi – erineva võivad nii suurused, maitsed/lõhnad (kuna STLHd levivad ka suuseksiga, tuleks kondoomi kasutada ka suuseksi puhul – taolised kondoomid annavad lisaväärtuse ka turvalisele suuseksile), värvid, kontuur jne. Samuti võib leida spermiitsiididega kondoomi. Uuringud ei näita siiski taoliste kondoomide puhul lisakaitset soovimatu raseduse vastu.

Võimalikud probleemid kondoomi kasutamisel

Lateksiallergia teke – sellisel juhul on võimalik kasutada lateksivabasid polüuretaankondoomi.

Kondoomi purunemine – põhjused võivad olla erinevad. Nt puruneb kondoom kergemini, kui kasutada õlil põhinevaid libestusaineid, kondoomi säilivustähtaeg on möödas, kondoomipaki avamisel ei olda ettevaatlikud, kondoomi tipust ei suruta õhku välja, jne. Sellisel juhul tuleks kasutada **SOS-pille** (vt ptk *Rasestumisvastased vahendid*).

Kondoom ei rullu korralikult lahti – tõenäoliselt asetatakse kondoomi valet pidi peale. Kondoom tuleks vahetada uue vastu.

Kondoom libiseb seksi ajal maha – põhjuseks võib muuhulgas olla see, et jätkatakse vahekorda ka pärast seemnepurse toimumist. Kondoom tuleks koheselt asendada uuega, samuti tuleks kasutada SOS-pille.

Meestekondoomi korrektne kasutamine.

- Kontrolli säilivustähtaega ja seda, kas pakend on terve.
- Ava pakend ettevaatlikult rebides, kindlasti ei tohi pakendi avamiseks kasutada teravaid esemeid.
- Kontrolli, mis pidi kondoom lahti rullub.
- Suru kondoomi otsas olevast nibust sõrmede abil õhk välja.
- Nibust ikka kinni hoides rulli kondoom erekteerunud peenisele. Kondoom asetatakse peenisele kohe erektsiooni tekkides ning eemaldatakse enne peenise lõtvumist, vajadusel tuleb kondoomi peenise tupest välja tõmbamisel kinni hoida.
- Tee kondoomile sõlm peale ja viska kondoom prügikasti.
- Uuesti seksuaalvahekorda astudes kasuta uut kondoomi.

Naistekondoomi korrektne kasutamine.

- Kontrolli säilivustähtaega ja seda, kas pakend on terve.
- Võta kondoom ettevaatlikult pakendist ja rulli see lahti.
- Libista kondoomi suletud ots tuppe nii kaugele kui võimalik.
- Kontrolli, kas kondoom on õigesti paigas. Alumine rõngas asetub tupeavale.
- Pärast seemnepurset ja suguti väljatõmbamist tupest suru kondoomi välimine rõngas kokku ja keera tiir peale, et seemnevedelik välja ei pääseks. Seejärel eemalda kondoom.
- Tee kondoomile sõlm peale ja viska kondoom prügikasti.

Kondoomidega seotud vääruskumused

Kondoomiga seksimisel väheneb tunnetus/kondoomiga seksimine on justkui *kommi paberiga söömine*. Tänapäevased kondoomid on väga õhukesed (kuid tugevad). Ilma kondoomita seks erineb küll mingil määral kondoomiga seksist, kuid kindlasti ei saa väita, et kondoomiga seksides ei ole mehel või naisel võimalik orgasmi saada vms. Pigem tuleks mõelda sellele, et kondoom on siiski ainus vahend, mis kaitseb STLHde eest. Pigem võiks väita, et kondoomiga seksimine on justkui *šokolaadiglasiuriga jäätise söömine*.

Kondoomi kasutamine näitab usaldamatust partneri vastu.

Kondoomi kasutamine näitab austust ja hoolivust – seksuaalsel teel levivad haigused kulgevad tihti ilma sümptomiteta, mistõttu ilma testi tegemata ei saa kunagi kindel olla, et haigust ei ole.

Kondoomi peale panemine vähendab kirge.

See ei pruugi nii olla, kui kondoomi kasutamist on varem harjutatud. Kondoomi kasutamine võib olla hoopis meeldiv osa eelmängust – nt võib proovida võimalust, et partner paneb kondoomi peale.

Kondoomide ostmine ja kasutamine on poiste asi.

Seksuaalvahekorras on siiski korraga kaks inimest – seega on ka vastutus mõlemal. Ka tüdrukud peaksid kondoomi kaasas kandma. See näitab, et nad hoolivad endast ja partnerist. Samuti peaksid tüdrukud oskama kondoomi kasutada. Lisaks on olemas naistekondoomid (Eestis neid hetkel küll müügil leida ei ole võimalik).

Kondoomid ei sobi kõikidele, kuna need on ühe suurusega.

Kondoomi tehakse erinevates suurustes, on olemas nii ekstrasuured kui ka -väikesed kondoomid. Kondoomid on väga venivad (kuni 90cm pikkuses ja 45cm läbimõõdus), mistõttu nad peaksid katma kõikide vajadused. Kui siiski on tarvilik erisuuruses kondoomi, on neid võimalik hankida hästivarustatud apteekidest ja kaubanduskeskustest.

Koolitervishoiutöötaja roll

Kool on suurepärane võimalus õpilaste teavitamiseks. Seda võimalust tuleks ära kasutada ja pakkuda õpilastele igakülgset infot STLHde kohta, kui ka nõustada õpilasi vajadusel nende seksuaalprobleemides.

Vajadusel individuaalse nõustamise ja juhendamise korraldamine õpilastele, õpilase informeerimine vajadusest külastada erialaspetsialisti

Õpilastel on õigus otsida oma seksuaaltervisega (ning seega ka STLHdega) seotud probleemidele abi koolitervishoiutöötaja juurest. Selleks peab koolitervishoiutöötaja olema hästi informeeritud erinevate STLHde sümptomitest, levikuviisidest ning ravivõimalustest. Kui õpilasel tekib kahtlus STLH suhtes või vajadus end kontrollida, on koolitervishoiutöötaja kohustuseks suunata õpilane erialaspetsialisti vastuvõtule – noorte nõustamiskeskusesse, naha- ja suguhaiguste arsti, naiste- või meestearsti juurde. Vt ptk *Kuulamisest, mõistmisest, esmatasandi nõustamisest*.

Kondoomide olemasolul nende tasuta jagamise korraldamine.

Kondoomide hankimine võib noortele probleemiks olla – seda eriti väiksemates kohtades, kus on võimalus, et müüja on noore enda või vanemate tuttav. Kui kooliarstil või -õel on õpilastega usaldussuhe, on tal võimalik soovijatele tasuta kondoomi jagada (ka rahaline aspekt õpilaste jaoks). Tasuta jagamiseks mõeldud kondoomide osas on soovitatav ühendust võtta Tervise Arengu Instituudi paikkondliku töö kontaktisikutega (regionaalsete terviseedendajatega). Täpsemat infot vt www.tai.ee

Soovi korral õpetajate abistamine seksuaalkasvatuse tundide läbiviimisel. Tänu erialasele ettevalmistusele omab koolitervishoiutöötaja suuremaid teadmisi haiguste olemusest, levimisest ja ennetamisest – seda saab edukalt ära kasutada terviseedendustöös.

Kuna õpilased ei seosta oma seksuaalkäitumist STLHdesse haigestumisega, on üheks tähtsamaks ülesandeks kujundada positiivset suhtumist kondoomi ja mõjutada noori seda igas seksuaalvahekorras kasutama. Kindlasti ei tohi vastavad tunnid/loengud kujuneda õpilaste hirmutamiseks (nt piirduda sümptomite ettelugemisega ja illustreerivate piltide näitamisega). Meeles tuleb pidada, et faktiteadmised ei ole ainsaks eelduseks turvaliseks seksuaalkäitumiseks, tervisekäitumist mõjutavad positiivselt veel ka järgnevad asjaolud:

- Seesmine eneseväärtustamine ja soov enda tervise eest hoolt kanda.
- Enesekindlus riskisituatsioonides ja võime riskiolukorda ära tunda.

Seksuaalkasvatustunde on soovitatav läbi viia aktiivõppe meetodeid kasutades. Abivahendina on soovitatav kasutada 2005. aastal Eesti Seksuaaltervise Liidu, Inimeseõpetajate Ühingu ja Tervise Arengu Instituudi koostööna valminud õpetajaraamatut „Seksuaalkasvatus. II ja III kooliaste“ (jagatud koos koolitustega inimeseõpetust andvatele õpetajatele 2005–2007 Tervise Arengu Instituudi kaudu).

Kasutatud kirjandus

1. Harro M, Rüütel K. HIV-nakkuse ja AIDSi olemus ning ennetamine. Tartu, 2004.
2. Lõhmus L, Trummal A. HIV/AIDS-i temaatikaga seotud teadmised, hoiakud ja käitumine Eesti noorte hulgas. Tallinn, 2005.
3. Lõhmus L, Trummal A. HIV/AIDS-i ennetustegevus Eestis 2004. ja 2005. aastal. Tallinn, 2006.
4. Kagadze M, Kiivit R, Kull M, Part K. Seksuaalkasvatus. II ja III kooliaste. Õpetajaraamat. Tervise Arengu Instituut, Tallinn, 2005.
5. Parm Ü, Parv V. Nakkushaigused. Tartu, 2002.
6. Markowitz LE et al. Quadrivalent Human Papillomavirus Vaccine Recommendations of the Advisory Committee on Immunization Practices (ACIP). MMWR Recommendations and reports, 2007 Mar 23;56(RR-2):1-24.
7. Schmiedeskamp MR, Knockler DR. Human papillomavirus vaccines. Ann Pharmacoter, 2006 Jul-Aug;40(7-8):1344-52.
8. Eesti Seksuaaltervise Liit. Papilloom – papist loom või kuri viirus? Voldik kasutamiseks ja jagamiseks kooliarsti või noorte nõustamiskeskuse arsti poolt. Tallinn, 2007.
9. HIV/AIDS Surveillance in Europe - www.eurohiv.org
10. MTÜ Aidsi ennetuskeskus. www.aids.ee
11. Royal College of Obstetricians and Gynecologists (RCOG). <http://www.ffprhc.org.uk/admin/uploads/CEUGuidanceMaleFemaleCondomsJan07.pdf>
12. Tervisekaitseinspeksioon. www.tervisekaitse.ee

Kuulamisest, mõistmisest, esmatasandi nõustamisest

Kaie Toomet

Mul on tihti nii, et vanemad nagu kuuleksid mind aga tegelikult selgub pärast et nad ei kuulanudki (Inge, 15.a)

Ta muudkui noogutas ja pomises „mh-mm, mh-mm”, samal ajal tuhnis oma paberites. Oleks ta siis mulle kordki otsa vaadanud ja huvi tundnud, mis mul öelda on ... (Karina, 17.a)

Naistenõuandlas ja haiglas töötavad arvamusega arstid, noorte nõustamiskeskuses inimesed, selle pärast ongi sinna nii lihtne minna (Mariann, 19.a)

Kuigi kuulamine tundub olevat lihtne ja igapäevane osa suhtlemisest, kohtab argielus harva isetut kuulamist. Tõenäoliselt on kõigile tuttav olukord, kus oma muret jagades saame osavõtliku ja kannatliku kuulamise asemel vestluspartneri kiire sekkumise, katkestamise ja nõuanete osaliseks.

Osavõtlik ja ennast tahaplaanile seadev kuulamine nõuab tähelepanu, keskendumist ja oskusi. Selline kuulamine, kus kuulaja on oma tegevuses sama aktiivne kui loo rääkija, võib oluliselt rikastada meie maailma ja avada tee üksteise sügavamale mõistmisele.

Mis on nõu andmine ja mis on nõustamine?

Kas on olemas universaalne nõustamistehnika, mida sobiks rakendada töös inimestega laiemalt?

Milline nõustamistehnika võiks kuuluda koolitervishoiutöötaja „tööriistade” hulka?

Kuidas kuulata abivajajat nii, et ta tunneks ennast heakskiidetuna ja sooviks endast rohkem rääkida?

Kuidas toetada vestluskaaslase isesesivust?

Nõu andmine versus nõustamine

Tervishoius leiab laialdast kasutamist konsulteerimine. Nõustamist ja konsulteerimist peetakse oma olemuselt täiesti erinevaks, üksteist lausa välistavaks.

Konsultatsiooni loetakse ebavõrdseks suhteks, kus andja on saajast targem ja seega positsioonilt kõrgemalseisev. Reeglina pöörduv inimene konsultatsioonile, kui tal on mõni konkreetne tervise või haigusega seondud küsimus, kaebus. Sellisel juhul soovib pöörduja saada vastuseid ja lahendust probleemile. Probleemiga asub aktiivselt tegelema konsulteerija – ta vastab küsimustele, annab selgitusi, juhiseid, pakub lahendusi ja jagab korraldusi, mõnikord avastab lisaks uue probleemi.

Konsultatsiooni saaja on selles protsessis passiivne, ta võtab vastu info ja otsused, mida on teinud temast targem inimene. Tervishoius nimetatakse konsultatsiooni saajat patsiendiks.

Nõustamisest räägitakse kui võrdsest suhtest, kus on tegu kahe võrdväärse partneriga, kes on eksperdid „omal alal“ – nõustaja tunneb oluliselt paremini valdkonda, kus ta tegutseb, pöörduja teab paremini kui keegi teine oma isiklikke mõtteid, tundeid ja vajadusi. Edukaks nõustamiseks on oluline mõlema osapoole panus ja suutlikkus jagada oma teadmisi. Erinevalt konsultatsioonile pöördujast on nõustamisele tulek inimene olukorras, mis puudutab mitmeid erinevaid tahke tema elust. Nõustamisele tulek võib olla ühtaegu erutavalt põnev kui hirmutav ja ärevust tekitav. Terapeut-kirjanik T. Hellsteni arvates kogeb inimene nõustamisele tuleku eel väljakannatamatuks muutuvat sisemist vaeva ning muutustest loobumine tundub tulija jaoks kujuneda samuti ähvardavalt vaevaliseks. T. Hellsteni arvates on just sisemine sund see, mis tõukab inimest muutuma, loobuma harjumuspärasest ja pöörduma nõustamisele.

Nõustamise ülesandeks on aidata laiendada inimese enesetundmist, leida tema vajadusi arvestavad ja rahuldavad lahendused, suurendada isiklikku toimetulekut ja toetada isiksuse arengut. Nõustamisel on sõnaõigus eelkõige tulijal. Nõustaja on see, kes kuulab ja julgustab inimest väljendama oma mõtteid, tundeid, vajadusi, otsima iseenda jaoks sobivaid lahendusi.

Nõustaja saab aidata paremini mõista iseennast ja oma olukorda, pakkuda usaldusväärset ja asjakohast informatsiooni, kuid enda jaoks sobiva valiku ja parima otsuse teeb inimene ise. Inimest, kes pöördub nõustamisele, nimetatakse kliendiks.

Nõustamise eesmärgid

Nõustamise esmane eesmärk on aidata kliendil vähendada ärevust, taastada psüühilist tasekaalu, toetada tema seemisi ressursse, suurendada sotsiaalset vilumust ja valmisolekut lahendada ise oma probleeme.

C. Rogersi ja R. May järgi on kliendikeskselt toimiva nõustaja taktikalised ülesanded järgmised:

- luua kliendiga usaldusvahekord,
- jagada kliendile emotsionaalset toetust ja kõrvaldada tema ärevustunnet,
- julgustada klienti ja aidata tal enesega paremini toime tulla,
- aidata kliendil avardada eluliste valikute ja tegutsemisvariantide diapasooni, mõelda teadaolevale lisaks uusi arvesse tulevaid võimalusi.

Nõustamisprotsess

Nõustamisprotsess on erinevatest etappidest moodustuv tervik, mis koosneb vastastikusest tundmaõppimisest, häälestumisest, usaldussuhte loomisest, kliendi probleemi läbiarutamisest ja praktiliste sammude kavandamisest.

B. Gillandi järgi võib nõustamisprotsessi jagada seitmeks osaks:

1. Probleemi sõnastamine ja esmauring.

Selles etapis on nõustaja tähtsaim ülesanne luua kliendiga kontakt ja usaldusvahekord.

Klienti julgustatakse ja innustatakse oma probleemi väljendama.

Nõustaja on ühtaegu hoolitsev, mõistev ja analüüsiv, fikseerides kliendi tunnetes, sõnades ja mitteverbaalses käitumises peegelduvat.

Toimub kliendile muret valmistava probleemi esmane määratlemine. Sageli selgub hiljem, et probleemi esmavisannd ei puuduta kõiki klienti tegelikult huvitavaid tundlikke ja valusaid

küsimusi. Paljud nõustamise asjatundjad peavad just seda etappi kogu protsessi aluseks ning nõustaja professionaalsust kõige enam proovile panevaks osaks.

2. Probleemi kahemõõtmeline määratlemine.

Nõustaja püüab võimalikult adekvaatselt määratelda kliendi esitatud probleemi, tuues esile nii probleemist tingitud tunded kui ka probleemist põhjustatud mõtted, hoiakud, hinnagud. Probleem on edukalt määratletud, kui klient ja nõustaja on selle sõnastuses saavutanud üksmeele.

3. Alternatiivide otsing.

Arutatakse läbi probleemi lahendamisel arvestatavad valikud, sammud ja tegutsemisvariandid. Variantide väljapakumist oodatakse kliendilt endalt, nõustaja suunab, toetab klienti lähenduste otsimisel.

Sobivaima tegutsemisstrateegia kavandamisel võib keskenduda nii kõige kindlamatele alternatiividele, kui lähimal ajal elluviidavatele sammudele.

4. Tegevuste kavandamine.

Kavandatakse konkreetseid tegevusi eelmises etapis leitud sammude elluviimiseks.

Nõustaja aitab kliendil püsida tegelikkuses ja vaagida, kui reaalne on valitud sammude tegemine ning milliseid tagajärgi võivad erinevad valikud endaga kaasa tuua. Kliendil aidatakse tunnetada oma võimaluste piire ja mõelda, kuidas oleks võimalik ennast valitud tegevusteks ette valmistada.

Sageli on kliendid sunnitud tunnistama, et kõik probleemid pole lahendatavad. Sel juhul on vaja koguda meelekindlust, et selle teadmisega toime tulla ja edasi elada.

5. Plaanimine sammude detailne ettevalmistamine.

Nõustaja aitab kliendil läbi mõelda, millised tingimused luua valitud sammude elluviimiseks, kuidas end emotsionaalselt ette valmistada, kuidas toime tulla psüühilise pingega ja kindlustada end läbikukkumissohu vastu.

Kuna kliendil ei pruugi kõik ettevõetav õnnestuda, on oluline teda veenda, et ühe katse läbikukkumine ei tähenda veel katastroofi.

6. Astutud sammude hindamine.

Klient teavitab nõustajat tehtud sammudest ja nende tulemustest. Koos hinnatakse saavutatud edu või ebaedu ja mõeldakse, miks kujunesid tulemused just selliseks.

Vajadusel pööratakse tagasi eelnevate etappide toimingute juurde.

7. Nõustamise lõpetamine.

Kliendil on taastunud eneseusk ja emotsionaalne tasakaal, ta tuleb toime oma eluga ning nõustamise jätkamine ei ole enam vajalik. Nõustamise jätkamisest on mõistlik loobuda ka juhul, kui nõustaja võimalused klienti aidata on ammendunud. Nõustamine võib lõppeda ka kliendi otsusel.

Kirjeldatud nõustamisprotsessi puhul on oluline teada, et see on üks võimalikest mudelitest, kus erinevad etapid võivad omavahel põimuda või vajadusel vahelt ära jääda.

Kuna iga inimene on individuaalne, siis ei saa kõiki nõustada ühe ja sama mudeli järgi. Nõustamisel arvestatakse iga kliendi eripära ja sobitatakse kogu protsess tema vajadustega. Olenevate nõustamisel kasutatavast mudelist, on nõustaja pidev ülesanne hoolitseda kogu protsessi jooksul hea kontakti ja usaldusliku vahekorra eest.

Esmakordselt nõustamisele tulles ollakse erutatud ja ärevil. Seetõttu on nõustaja esmaülesandeks luua vestluseks sobivad tingimused ja hoolitseda selle eest, et tulija end võimalikult mugavalt ja turvaliselt tunneks. Mõned soovitusd selleks:

- nõustamine peab toimuma ruumis, kus teid ei segata,
- lülita välja telefon, raadio, kõik teised võimalikud segajad,
- tervita klienti ja tutvusta ennast,
- paku istet ja muuda olukord mugavaks,
- keskendu kliendile, loo tunne, et oled tema päralt ja sul on piisavalt aega,
- küsi, millega saada aidata, toetada,
- selgita, et vestlus on konfidentsiaalne, st omavahel räägitu jääb vaid osalejate endi teada,
- ole siiras, osavõtlik ja lugupidav.

Nõustamine on paljude inimeste jaoks uudne olukord ning sageli ei teata, millist tulemust sellelt võiks loota ja oodata. Tihti tulevad inimesed nõustamisele ootusega, et nõustaja võtaks endale kogu vastutuse – juhiks, selgitaks, annaks juhtnõore ja otsustaks. Paraku ei saa nõustamispõhimõtteid arvestav nõustaja sellistele ootustele vastata, sest nõustamisel on tähelepanu alati kliendil- tema hoiakutel, eelarvamustel, lootustel, kartustel, olukorra- ja probleemitajul, enesetunnetusel. Selleks, et nõustamine annaks tulemust, on vajalik kliendi aktiivne osalus ja koostöö mõlema osapoole vahel.

Nõustamise valdamises on võimalik teha vahet erinevatel tasanditel. Esmase tasandi – kaasamõtlev kuulamine, kliendi rahustamine, julgustamine, tundmine võiks kuuluda iga inimestega töötava spetsialisti oskuste hulka.

Nõustamise põhivahend on inimlik mõistvus. Eksistentsiaalse psühholoogia rajaja ameeriklane R. May on öelnud, et mida sügavamalt me inimesi mõistame, seda tulemuslikumaks kujuneb nõustamine.

Teise inimese mõistmisel on suur abi kuulamisoskusest. Ekslikult arvatakse, et kuulata tähendab lihtsalt vait olla ja kuulda, mis vestluskaaslasel öelda on.

Tegelikult on kuulamine aktiivne pingutus, mis nõuab tähelepanu ja keskendumist. Aktiivne kuulamine tähendab mõista kuulnud jutu tegelikku sõnumit.

Suhtlemistõkked

Psühholoog T. Gordon on välja toonud 12 liiki vastuseid, mis annavad märku ebavõrdsest suhtest ja ei esinda aktiivset kuulamist:

1. Korraldamine, suunamine, käskimine.

„Lõpeta hädaldamine!”

2. Hoiatamine, ähvardamine.

„ Kui sa tahad, et sul hästi läheks, siis parem ära tee seda!”

3. Moraali lugemine, korrale kutsumine.

„Täiskasvanuid tuleb alati austada.”

4. Nõu andmine, lahenduste pakkumine.

„Mina sinu asemel sõbrustaksin teistega.”

5. Loengu pidamine, loogikaga veenmine.

„Lapsed peavad õppima üksteisega läbi saama.”

6. Hinnangute andmine, süüdistamine.
„Sa ei mõtle eriti arukalt.“, „See on väga ebaküps mõte.“
7. Kiitmine, nõustumine.
„Noh, minu meelest oled sa küll ilus.“, „Sa saad sellega hakkama.“
8. Sildistamine, naeruvääristamine.
„Sa käitud nagu metslane.“
9. Analüüsimine, hinnangu andmine.
„Sa oled lihtsalt armukade.“
10. Rahustamine, lohutamine.
„Homme tunned sa end juba paremini.“, „Ära muretse, kõik saab korda.“
11. Küsitlemine, uurimine.
„Kes sulle selle mõtte pähe pani?“, „Kes seal veel olid?“
12. Eemalõtõmbumine, teema vahetamine, nalja viskamine.
„Ah, unusta ära!“, „Me oleme seda juba arutanud.“

Selliseid nõustaja poolt kuulamisel kasutatavaid vastuseid nimetatakse suhtlemistõketeks.

Nähes, et kellelgi on probleeme, kiirustatakse teda sageli lõpuni kuulamata „aitama“, jagama õpetussõnu, elutarkust, lohutust. Tihti on selline sekkumine küll kantud heast tahtest ja kavatsustest, kuid mure korral ei aita selline abistamine kedagi, vaid toob probleeme juurde.

Suhtlemistõkete kasutamine ei leevenda kliendi muret ega paranda tema enesetunnet. Pigem suurendab selline lähenemine segadust, abitust, tekitab vastupanu ja ka sõltuvust, võttes inimeselt ära võimaluse ise otsustada ja vastutada. Rääkijal tekib tunne, et tema probleemid on tähtsusetud ja tühised, halvimal juhul võib ta oma probleemide jagamisest sootuks loobuda.

Suhtlemistõkete kasutamine viib kliendi probleemidest eemale, võtab võimaluse asjade üle järele mõelda, erinevaid otsuseid kaaluda ja neid järele proovida.

Mõistmist taotlev kuulamine

Nii mõnigi kord ei ole inimestel kedagi, kes neid segamatult, nõu andmata ära kuulaks. Seetõttu on nõustamisel eriti oluline kõigepealt kuulata, mis kliendil on oma probleemi kohta öelda. Üks lihtsamaid viise innustada klienti probleemist rääkima, on kasutada nn. ukseavajaid, need on vastused, mis ei sisalda kuulaja enda mõtteid ja tundeid, vaid avavad kliendile ukse ja toetavad kõnelema.

Lihtsamad ukseavajad on otsese tähenduseta vastused nagu:

„selge“

„mh-mm“

„jah“

„või nii“

Osad neist kutsuvad klienti otsesemalt rääkima, näiteks:

„Räägi mulle sellest.“

„Mind huvitab sinu arvamus.“

„Räägi lähemalt, kuidas see juhtus...“, jne.

Ukseavajad hoiavad nõustaja tunded ja mõtted suhtlemisprotsessist väljaspool, nad julgustavad rääkijat ja jätavad ohjad tema enda kätte. Sellise lähenemise abil muutuvad kliendid usaldavamaks ja julgevad ennast avada, vabamalt väljendada. Ukseavajad annavad kliendile tunde, et teda hinnatakse ja austatakse inimesena.

Aktiivne kuulamine

Kui ukseavajad avavad rääkijale ukse, siis pikemaks vestluseks tuleb nõustajal osata ka uks lahti hoida. Tõhus viis selleks on aktiivne kuulamine.

Aktiivset kuulamist peetakse universaalseks nõustamistehnikaks, see on kasutusel kõigis psühhoterapia suundades, seda õpetatakse paljudel suhtlemis- ja isiksuse arengu kursustel. Kuulamisoskusest on abi nii era- kui tööelus.

Aktiivsest kuulamise tulemused:

- Sageli usuvad inimesed, et negatiivsetest tunnetest vabanemiseks tuleb need ära unustada, alla suruda või millelegi muule mõelda. Tegelikult aitab häirivatest tunnetest vabaneda avameelne emotsioonide väljendamine. Aktiivse kuulamise kasutamine aitab kliendil aru saada ja väljendada oma tundeid ning seeläbi on võimalik häirivatest emotsioonidest vabaneda.
- Aktiivne kuulamine muudab suhte lähedaseks ja usaldavaks. Kui empaatiliselt kuulata, võime näha maailma läbi vestluskaaslase silmade ja seeläbi teda paremini mõista. Rääkija tunneb, et on inimesena aktsepteeritud ja mõistetud. Sellisest mõistmisest sünnib vastastikune lugupidamine ja väärtustamine.
- Aktiivne kuulamine aitab kliendil olla iseseisev ja võtta vastutust oma elu eest. Selline kuulamine julgustab mõtlema, analüüsima ja otsima lahendusi oma probleemile. Vastupidiselt autoritaarsele lähenemisele (näit. suhtlemistõkked), ei võta aktiivne kuulamine inimeselt vastutust oma elu ja valikute eest, vaid aitab ennast paremini suunata, olla iseseisev ja vastutav.

Näiliselt lihtsale nimetusele vaatamata ei ole aktiivne kuulamine sugugi lihtne tehnika.

Ennast kõrvale jättev ja kõnelejale häälestuv kuulamine nõuab harjutamist ja ausat tagasisidet. Nii nagu tippspordis peetakse ühe liigutuse omandamiseks vajalikuks 5000 harjutuskorda, vajab ka kuulamisoskus pidevat lihvimist.

Meeles tasub pidada seda, et aktiivse kuulamistehnika kasutamine on sobiv olukorras, kus inimesel on probleem või tema vajadused on rahuldamata.

Aktiivse kuulamise meetod on seotud terve hulga baashoiakute ja -suhtumistega. Kui need puuduvad, ei ole aktiivsest kuulamisest abi ning nõustaja poolt kuulamisvastuseks öeldu kõlab tühjalt ja võltsilt.

Aktiivse kuulamise jaoks vajalikud tingimused ja hoiakud:

- Sul on siiras soov kuulata, mida kliendil öelda on. Selleks on olemas sobiv koht ja varutud aeg.
- Suudad olla ja jääda neutraalseks ning pidada kinni konfidentsiaalsuse nõudest.
- Oled valmis aktsepteerima kliendi tundeid, ükskõik, millised need ka pole ja kuidas need ka sinu tunnetest, arusaamadest erinevad.
- Usud, et klient suudab ise oma tunnetega toime tulla, need läbi töötada ja probleemidele lahendused leida

- Aktsepteerid kliendi tundeid ning mõistad, et need on muutuvad.
- Näed ja tunnustad klienti kui iseseisvat inimest, ainulaadset isikut.
- Teiste aitamise kõrval hoolitsed ka iseenda vajaduste, tasakaalu, professionaalse arengu ja läbipõlemisohu vältimise eest (kovisioon, supervisioon).

Kuulamise tehnika	Eesmärk	Selgitused, näited
I TOETAV KUULAMINE	<ol style="list-style-type: none"> 1. Aidata kaasa kontakti tekkimisele. 2. Näidata kuulamist, huvitatust, poolehoidu. 3. Julgustada klienti end avama ja probleemist kõnelema. 	<p><i>Kohalolek</i> (silmside, tajutav tähelepanu, jne).</p> <p><i>Kehakeel</i> (avatud poosid, rahulik näoilme, osavõtlik hääletoon, rahulik hingamine, liigutused).</p> <p>„Ukseavajad“ (mm, aahaa, räägi lähemalt, ma mõistan, tahan rohkem kuulda, jne).</p> <p><i>Vaikimine</i> (toetuse andmine ilma sõnadeta; <i>Pausid</i> (anna aega mõelda, liigu kliendi tempos).</p> <p><i>Küsimused</i> - Küsimuste tüübid: avatud, suletud, uurivad, võrdlevad, hüpoteetilised, juhtivad – igal tüübil on nõustamises täita oma roll ja eesmärk. - Kasuta kliendile arusaadavat keelt. - Kui klient ei saa küsimusest aru, siis sõnasta see ümber. - Küsi üks küsimus korraga ja oota kannatlikult vastust. - Küsi küsimusi, mis julgustavad klienti oma vajadusi väljendama. - Delikaatsete küsimuste korral selgita, milleks need vajalikud on.</p>
II AKTIIVNE KUULAMINE Tunnete peegeldamine	<ol style="list-style-type: none"> 1. Näidata, et mõistad inimese tundeid käsitletava probleemiga seoses. 2. Aidata kõnelejal paremini mõista oma tundeid nende esitamisega teise inimese poolt. 	<p><i>Sa tunnend end...</i> (nt abituna). <i>Sa oled ...</i> (nt kurb). <i>Sa...</i> (nt kurvastad).</p> <p><i>Nii et just see oli sinu jaoks ehmatav...</i> <i>Sulle tundub, et sind ei võetud tõsiselt...</i> <i>Tunned, et sulle tehti liiga...</i></p> <p>Kui mõistmisega on raskusi või klient osutab vastupanu, siis: <i>Kas võib olla, et ...</i> <i>Kas on võimalik, et sa...</i> <i>Paistab, et sa ...</i> <i>Võib-olla sulle tundub, et...</i> <i>Võib-olla sa tunnend, et</i> <i>Mulle näib, et sa tunnend end veidi</i> <i>Sa paistad olevat veidi / väga/ täiesti ...</i></p>

Kuulamise tehnika	Eesmärk	Selgitused, näited
Ümbersõnastamine	<ol style="list-style-type: none"> 1. Luua ühist arusaamist, kontrollida, kas mõistad probleemi kõnelejaga sarnaselt. Oluline on edasi anda mõte, mitte suhtumine või hinnang. 2. Muuta vestluse sisu selgemaks. 3. Aidata kõnelejal analüüsida probleemi teisi külgi ja arutelda nende üle. 4. Näidata, et mõtled kaasa. 	<p>Kasuta kuulamisvastuste alguses erinevaid väljendeid, sest ühe ja sama fraasi kordamine muutub tüütuks ja tundub ebaloomulik.</p> <p><i>Sinu arvates ...</i> <i>Sinu meelest ...</i> <i>Sa arvad, et ...</i> <i>Sa usud ...</i> <i>Ma saan aru, et ...</i> <i>Sa pead silmas, et ...</i> <i>Otsustasid nii, sest...</i></p>
Täpsustamine	<ol style="list-style-type: none"> 1. Saada täiendavat teavet. 2. Aidata kõnelejal mõista probleemi erinevaid külgi, selgitada seisukohti. 3. Vähendada ebaselgust. 	<p>Kui mõistmisega on raskusi või klient osutab vastupanu, siis: <i>Paranda mind kui ma eksin aga sain aru, et ...</i> <i>Ma ei ole kindel, kas sain sinust õigesti aru aga...</i> <i>Kas on võimalik, et sa</i> <i>Kas täpsustaksid...?</i> <i>Kas pead silmas, et ...?</i> <i>Võiksid sa lähemalt selgitada...?</i> <i>Ma ei saa õigesti aru, kas...?</i></p>
Kokkuvõtete tegemine	<ol style="list-style-type: none"> 1. Teha kokkuvõtte vestlusel räägitud põhiideedest ja rääkija tunnetest selle kohta. 2. Teha vestluses pööre üleminekuks järgmisele teemale. 	<p><i>Kui sinu poolt räägitu kokku võtta ...</i> <i>Seega on sinu põhiliseks probleemiks....</i> <i>Seega on meil põhjust rääkida.....</i></p>

Pärast seda, kui klient on saanud vabalt väljendada oma mõtteid ja tundeid, on põhjust teha nõ käiguvahetus ja pakkuda kliendile asjakohast informatsiooni, selgitusi, vajadusel õpetada ja julgustada teda.

Lõpetuseks lõik S. Covey raamatust „Väga efektiivse inimese 7 harjumust“.

“Kujutage, et teil on probleeme nägemisega ja te otsustate abi saamiseks silmaarsti juurde pöörduda. Olles teie kaebusi põgusalt kuulanud, võtab arst oma prillid eest ja ulatab need teile. „Pange need ette“ ütleb ta, „olen ise neid prille nüüd juba kümme aastat kandnud ja need on mind tõsiselt aidanud. Mul on kodus tagavarapaar, te võite neid kanda“.

Kui suur on tõenäosus, et lähete järgmine kord, kui teil abi tarvis on, sama silmaarsti juurde tagasi?”

Kasutatud kirjandus

1. Covey S. Väga efektiivse inimese 7 harjumust. Ilo, Tallinn, 2001.
2. Gordon T. Tark lapsevanem. Väike vanker, Tallinn, 2003.
3. Hellsten T. Jõehobu töökohal. Johannes Esto Ühing, Tallinn, 2004.
4. Kidron A. Nõustamiskunst. Kirjastus Mondo, Tallinn, 2003.
5. Kidron A. Nõustamispsühholoogia. Kirjastus Mondo, Tallinn, 2002.
6. May R. The art of counselling. NY, 1989.
7. McKay M. Suhtlemisoskused. Väike Vanker, Tallinn, 2004.

Noorte seksuaaltervise küsimustes lisainfot ja abi pakkuvad asutused

Järgnevad viited on peaaesjalikult mõeldud soovitusena õpilastele, kuid asjakohast infot leiab sealt ka koolitervishoiutöötaja.

Internetileheküljed

www.amor.ee – Eesti Seksuaaltervise Liidu (ESTL) kodulehekül, millelt leiab palju asjakohast infot STLHde, kontratseptsiooni, murdeea ja muude seksuaaltervise küsimuste kohta. Leheküljel ka internetipõhine seksuaaltervise alane nõustamine ja noorte nõustamiskeskuste koordinaadid.

www.aids.ee MTÜ Aidsi ennetuskeskuse kodulehekül – põhjalik ülevaade HIVist ja AIDSist, samuti leiavad käsitlemist teised seksuaalsel teel levivad haigused.

www.hiv.ee – Tervise Arengu Instituudi poolt loodud internetilehekül, käsitleb põhjalikult HIVi ja selle levikut.

www.seksuaaltervisekliinik.ee – ESTLi Seksuaaltervise kliiniku kodulehekül.

www.hpv.ee – ülevaade HPV olemusest ja levikust.

www.tervisekaitse.ee – tervisekaitse inspeksiooni kodulehekül – põhjalik statistika nakkushaigustesse, sealhulgas STLHdesse, haigestumise kohta.

Abi pakkuvad asutused

Noorte nõustamiskeskused on eraldi noorte vajadustele kohandatud seksuaal- ja reproduktiivtervisealased vastuvõtud, mis on mõeldud mõlemast soost noortele. Pakutavate teenuste hulgas on nii kontratseptsioonialane nõustamine ja HIVi ning seksuaalsel teel levivate haiguste suhtes testimine, kui ka võimalus nõustajaga vestelda lähisuhetest ja seksuaalsusest. Pakutakse meditsiinilist abi (naistearst, noormeeste arst, ämmaemand), kui ka psühholoogilist abi (osades keskustes psühholoog).

Noorte nõustamiskeskuste kontaktid:

TALLINN	Sõle 23, tel: 666 58 10
	Hariduse 6 tel: 697 4777
	Suur-Ameerika 18A, tel: 666 51 23
TARTU	Vaksali 17 tel: (7) 442 086

KOHTLA-JÄRVE	Tervise 1, tel: (33)78 728
NARVA	Haigla 6, tel: (35) 77 000
PÄRNU	Malmö 19, tel: (44) 45 362
VILJANDI	Maakonna Haigla, tel: (43) 52 076
HAAPSALU	Vaba tn 6, tel: (47) 25 815
PAIDE	Tiigi 8 tel: (38) 48 150
RAPLA	Koidu 23, tel: (48) 56 263
ELVA	Supelranna 21, tel: (7) 456 058
PÕLVA	Uus 2, tel: (79) 99 164
VÕRU	Jüri 19a, kabinet 329, tel: (78) 21 532
KURESSAARE	Kauba 19, tel: (45) 33 382
JÕGEVA	Aia tn 31-46, tel: (77) 22 223
RAKVERE	Tallinna tn 18a, II korrus tel: (32) 23 232
VALGA	Peetri 2, II korrus tel: 766 5160

OÜ Seksuaaltervise kliinik

Suur-Ameerika 18A, Tallinn
Tel: 666 51 23

Tartu Ülikooli Kliinikumi meestekliinik www.meeste.kliinik.ee internetipõhine meeste-
arsti vastuvõtule registreerimine, kliinikute kontaktandmed jm.

AIDSi nõustamiskabinetid

TALLINN	Paldiski mnt 62, tel: 645 5555 Mardi 3, tel: 660 7871
TARTU	Riia 167, tel: 742 7611
PÄRNU	Ristiku 1, kabinet C110, tel: 447 3388
NARVA	Karja 6, tel: 356 0304
KOHTLA-JÄRVE, PURU	Tervise 1, tel: 337 8825

Tartu Laste Tugikeskus – www.tugikeskus.org.ee

Tallinna Laste Tugikeskus – www.lastetugi.ee

Lastevastase ja perevägivalda ennetamine, hooletussejätetud ja/või vääralt koheldud laste ning nende pereliikmete abistamine.

www.lapsemure.ee Nõuandeportaal lastele psühholoogilise abi pakkumiseks.

