

MARJA PAKARINEN

**Ammattiin opiskelevien nuorten
seksuaalikäyttäytyminen
ja siihen liittyvät tiedot
ja asenteet ennen
seksuaaliterveysinterventiota
ja sen jälkeen**

MARJA PAKARINEN

Ammattiin opiskelevien nuorten
seksuaalikäyttäytyminen
ja siihen liittyvät tiedot
ja asenteet ennen
seksuaaliterveysinterventiota
ja sen jälkeen

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA
Esitetään Tampereen yliopiston
yhteiskuntatieteellisen tiedekunnan tiedekuntaneuvoston
suostumuksella julkisesti tarkastettavaksi
Tampereen yliopiston ARVO-rakennus
Väitössali F115, Arvo Ylpön katu 34,
Tampere, 14.6.2019, klo 12

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA
Tampereen yliopisto, yhteiskuntatieteiden tiedekunta

<i>Vastuuhjaaja ja Kustos</i>	Professori Tarja Suominen Tampereen yliopisto Suomi	
<i>Ohjaaja</i>	Dosentti Jari Kylmä Tampereen yliopisto Suomi	
<i>Esitarkastaja</i>	Dosentti Leena Koivusilta Turun yliopisto Suomi	Dosentti Outi Kanste Oulun yliopisto Suomi
<i>Vastaväittäjä</i>	Dosentti Päivi Kankkunen Itä-Suomen yliopisto Suomi	

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck -ohjelmalla.

Copyright ©2019 tekijä

Kannen suunnittelu: Roihu Inc.

ISBN 978-952-03-1088-2 (painettu)
ISBN 978-952-03-1089-9 (verkkojulkaisu)
ISSN 2489-9860 (painettu)
ISSN 2490-0028 (verkkojulkaisu)
<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-03-1089-9>

PunaMusta Oy – Yliopistopaino
Tampere 2019

ESIPUHE

Tämä väitöskirja on kymmenen vuotta kestäneen tutkimusmatkan määränpää. Koko matkan ajan olen muutamia apurahakausia ja äitiysvapaita lukuun ottamatta tehnyt päivätyötä kolmannella sektorilla, sosiaali- ja terveydenhuollon järjestöissä. Tutkimusta olen tehnyt etäällä varsinaisista tutkijayhteisöistä, mutta keskellä inhimillisiä, lämpimiä ja suurella sydämellä työtään tekeviä työyhteisöjä, joissa ihminen ja ihmisen hyvinvointi on aina kaiken keskiössä.

”Tieto on valtaa” totesi sir Francis Bacon. Mutta tänä päivänä valtaa on tiedon jakaminen. Itselleni väitöskirja tai tutkimuksen tekeminen ei ole sinällään ole tärkein arvo. Suurimman arvon se saa silloin, kun tietoa sovelletaan tai hyödynnetään käytännössä. Tässä tapauksessa nuorten seksuaaliterveyden edistämisessä. Tutkimuksen ja käytännön vuoropuhelun pitäisi olla arkista ja luontevaa. Itse olen siitä onnellisessa asemassa, että voin tehdä tätä vuoropuhelua todeksi omassa työssäni nuorisojärjestössä ja nuorisotyön kentällä.

Ensimmäiseksi haluan esittää suurimmat kiitokset teille rohkeat, monimuotoiset ja yksilölliset nuoret, jotka vastasitte kyselyyn. Seksuaalisuus on ydinosa ihmisen miinua, samalla herkkää sekä vahvaa. Kiitos, kun annoitte palan itsestänne osaksi tutkimusta. Kiitos kaikille niille kahdeksalle ammatilliselle oppilaitokselle, jotka osallistuivat tutkimukseen. Kiitos opettajille, jotka ottivat työnsä ohella tehtäväkseen tutkimuksen käytännön järjestelyjä ja kiitos rehtoreille, jotka päästivät tutkijan sisälle kouluhinne.

Tätä kirjaa ei olisi tehty ilman ohjaajaani professori Tarja Suomista, joka muistutti, kyseli, kommentoi, hoputti, rohkaisi, kannusti ja ystävällisesti, mutta määrätietoisesti tuuppasi eteenpäin, kun oma eteneminen hidastui tai pysähtyi. Lämmin kiitos Tarja, ilman sinua tätä kirjaa ei olisi. Sain auttajaksi myös toisen huippuohjaajan; Jari Kylmän. Jarin empaattinen, kannustava, asiantunteva ja oivaltava ohjaus auttoi aina askeleen eteenpäin. Sorrun helposti monimutkaiseen ajatteluun, mutta ohjaajat ja väitöskirjan tekeminen - yllättävää kyllä - opettivat yksinkertaisuuteen ja selkeyteen. Tutkimukseni aikana minua on auttanut ja ohjannut tilastollisissa kysymyksissä Mika Helminen, joka on uskomattoman perusteellisesti ja selkeästi auttanut aina tarvittaessa pohtimaan ja oivaltamaan ratkaisuja menetelmällisiin kysymyksiin.

Kiitokset kuuluvat myös entiselle työnantajalleni Hivpointille, jolla on aina erityinen paikka sydämässäni. Väitöskirja sai alkunsa työskennellessäni tässä hiv- ja seksuaaliterveystyön asiantuntijajärjestössä, joka on tukenut tutkimustani monin tavoin. Hivpointissa kasvoin ihmisen monimuotoisuuden kunnioittamisen arvoihin, jotka yhä edelleen ovat osa minua ja työtettäni. Suuri kiitos myös tutkimusta rahoittaneille tahoille. Sosiaali- ja terveysministeriö rahoitti 135 000 kondomia käytettäväksi tutkimuksessa. Apurahoja myönsivät lisäksi Tampereen yliopisto, Tampereen kaupungin tiederahasto, Sukupuolitautien vastustamisyhdistys ja Sairaanhoidtajien koulutussäätiö. Kiitos kaikille työskentelyä rahoittaneille tahoille siitä, että uskoitte tutkimuksen tärkeyteen.

Ohjausryhmään kuuluneille professori Elise Kosuselle ja dosentti Katja Joroselle suuri kiitos avusta ja kommentista. Esitarkastajani dosentti Leena Koivusilta ja dosentti Outi Kanste tekivät suuren ja perusteellisen työn lukiessaan tutkimustani. Kiitän teitä kaikkia tarkoista huomioista ja kommentista, jotka saivat ajattelemaan työtä tarkemmin ja eri näkökulmista. Kommenttien pohjalta tekemiäni korjausten jälkeen olin ensimmäistä kertaa itsekkin tyytyväinen lopputulokseen. Kiitos myös kaikille läheisilleni ja kollegoilleni tuesta ja kannustuksesta. Lämpimät terveiset ja kiitokset lähetän erityisesti äidilleni Kajalle.

Lopuksi maailman isoimmat halaukset lapsilleni Paavolle ja Tuomakselle, jotka ovat syntyneet ja kasvaneet ”tieteilevän” äidin helmoissa. Olin kirjoittanut itselleni muistiin 5-vuotiaan narkästyneen kritiikin: ”Onko tärkeämpää, että pelleilet koneella tyhmiä oppeja vai että lapset jää ilman juomaa ja ruokaa”. Ekaluokkalaisen mielestä minun on täytynyt kirjoittaa tässä ajassa jo ainakin ”miljoona” väitöskirjaa. Olette tärkeimmät. Nyt pistetään hetkeksi opit sivuun ja ollaan vaan.

Keväisessä Kuopiossa 8.5.2019

Marja Pakarinen

TIIVISTELMÄ

Tämän tutkimuksen tarkoitus on kuvata ja selittää ammattiin opiskelevien 15–19-vuotiaiden nuorten seksuaalikäyttäytymistä ja siihen liittyviä tietoja ja asenteita ennen seksuaaliterveysinterventiota ja sen jälkeen. Lisäksi kuvataan, miten ammattiin opiskelevat nuoret arvioivat oppilaitoksissa toteutettua seksuaaliterveysinterventiota. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää nuorten seksuaaliterveyden edistämiseksi ja suunniteltaessa, kehitettäessä ja toteutettaessa seksuaaliterveysinterventioita oppilaitoksissa.

Tutkimusasetelma oli satunnaistettu ja kontrolloitu koeasetelma. Tutkimuksen interventioryhmään satunnaistettiin neljä oppilaitosta (N=1104 opiskelijapaikkaa) ja neljä oppilaitosta kontrolliryhmään (N=800 opiskelijapaikkaa). Tutkimusluvut haettiin oppilaitosten käytäntöjen mukaisesti. Aineisto kerättiin sähköisellä kyselylomakkeella kolme kertaa: alkumittaus ennen interventiota tammi-helmikuussa 2011 (vastaajia n=705), ensimmäinen seurantamittaus heti intervention päättymisen jälkeen (n=375) ja toinen seurantamittaus 14 viikkoa intervention päättymisen jälkeen (vastaajia n=161). Intervention kesto oli 11 viikkoa ja siihen sisältyi kolme osa-aluetta: 1) seksuaaliterveyden oppitunti, 2) kirjalliset materiaalit 3) kondomien ilmaisjakelu. Aineisto analysoitiin tilastotieteellisillä menetelmillä.

Tutkimukseen osallistuneet olivat iältään pääasiassa 16–17-vuotiaita (96 %). Kaksi kolmasosaa vastaajista oli poikia. Ennen interventiota nuorista 63 prosentilla (n = 432) oli seksikokemuksia eli yhdyntöjä tai suuseksiä. Kondomin käyttö oli nuorilla epäsäännöllistä ja seksitautitesteissä oli käynyt joka viides. Intervention jälkeen seksitautitesteissä käyneiden osuus lisääntyi tilastollisesti merkitsevästi interventioryhmässä, kontrolliryhmässä ei ollut vastaavaa eroa.

Seksuaalikäyttäytymiseen yhteydessä olevia tietoja mitattiin kahdeksalla kysymyksellä. Ennen interventiota keskimäärin viiteen kysymykseen vastattiin oikein. Heikoimmin tiedetty kysymys liittyivät seksitautien oireettomuuteen ja hi-viruksen tarttumiseen. Poikien tiedot olivat merkitsevästi heikommät kuin tyttöjen. Intervention jälkeen interventioryhmässä tiedot paranivat ensimmäisen ja toisen mittauksen välillä. Ero oli tilastollisesti merkitsevä. Kontrolliryhmässä tiedot paranivat tilastollisesti merkitsevästi alkumittauksen ja ensimmäisen seurantamittauksen välillä.

Seksuaalikäyttäytymiseen liittyviä asenteita mitattiin kokonaisuutena sekä neljällä eri osa-alueella, jotka olivat luottamus kondominkäyttökykyihin ja kommunikointikykyihin, sekä sosiaalisen hyväksynnän ja kondomin käytön esteettömyyden kokemus. Asenteet olivat keskimäärin myönteisiä kaikilla osa-alueilla ennen interventiota. Interventoryhmässä asenteiden keskiarvo kokonaisuudessaan oli ensimmäisessä seurantamittauksessa tilastollisesti merkitsevästi alempi eli asenteet olivat kielteisemmät kuin kahdessa muussa mittauksessa. Kontrolliryhmässä ei ollut eroja.

Intervention toteutuksen arviointi oli myönteinen kaikilla osa-alueilla: oppitunti, kirjalliset materiaalit ja kondomien jakelu. Myönteiseen arviointiin oppitunnista oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä vastaajan seurusteleminen. Kirjallisten materiaalien ja kondomien jakelun myönteiseen arviointiin taas oli tilastollisesti merkitsevästi yhdessä kokemus terveydenhoitajan vastaanotolle pääsyn helppoudesta.

Nuorten seksuaalikäyttäytyminen on tulosten perusteella aktiivista ja monimuotoista, mutta kondomin käyttö epäsäännöllistä. Kondomin käyttö on harvinaista erityisesti suuseksissä ja anaalyhdynnässä. Seksuaalikasvatuksen tulisi huomioida nuorten monimuotoiset seksitavat sekä löytää uusia keinoja nuorten motivoimiseksi kondomin käyttöön ja seksitautien testaukseen. Tulosten perusteella vaikuttaa siltä, että seksuaaliterveysinterventiolla voi olla yhteys lisääntyneeseen seksitautitesteissä käymiseen. Nuorten, erityisesti poikien, tiedot seksuaalikäyttäytymiseen liittyen ovat heikot. Nuorten tietoja tulisi vahvistaa seksitauteja, kuten hiv-infektiota koskien. Nuorten asenteet seksuaalikäyttäytymiseen liittyen ovat myönteiset, mikä on hyvä lähtökohta seksuaaliterveyden edistämislle.

Avainsanat: nuoret, seksuaalisuus, seksuaalikäyttäytyminen, seksuaaliterveys, tiedot, asenteet, seksuaaliterveysinterventio, ammatillinen oppilaitos

ABSTRACT

The purpose of this study is to describe and explain 15 to 19 years old adolescents' attitudes, knowledge and sexual behavior before and after a sexual health promotion intervention. In addition, the purpose is to examine adolescents' self-evaluations of the sexual health intervention that was carried out in randomly selected vocational schools. The aim of the study is to produce information that can be used to promote adolescent's sexual health and to plan, develop and implement sexual health interventions in school environments.

The study was randomized and controlled. Four vocational schools (N = 1104 student places) were randomized in the intervention group, and four vocational schools (N = 800 student places) were randomized in the control group. Research permission was obtained according to the guidelines of each vocational school. The data was collected with a self-completion online questionnaire three times during the study: before intervention in January to February 2011 (baseline n = 705), the first follow-up immediately after the intervention (n=375) and the second follow-up 14 weeks after the intervention (n=161). The duration of the intervention was 11 weeks and it consisted of three components: 1) class-room session of sexual health; 2) information materials (leaflets and posters); 3) free condom distribution. The data was analyzed by statistical methods.

Nearly all participants were 16 to 17 years old (96%). Two thirds of the participants were boys. In the intervention baseline group 63% (n = 432) of the participants were sexually experienced and had had either intercourse or oral sex. The condom use was inconsistent among participants. One fifth had been tested for sexually transmitted infections (STI). After the intervention, the proportion of those who had been tested for STIs, was statistically significantly higher in the intervention group. There were no differences in the control group between measurements.

Knowledge concerning sexual behavior was measured with eight questions. Before the intervention on average five questions were answered correctly. The least well-known questions were related to the symptoms of STIs and to the transmission of HIV-infection. Boys had statistically significantly weaker knowledge than girls. In the intervention group the knowledge was statistically significantly better in the second follow-up group than in the first follow-up group. In the control group the

participants had significantly higher knowledge in the second follow-up compared with the baseline or with the first follow-up group.

Attitudes concerning sexual behavior were measured as total and in four sub-categories: 1) self-efficacy in condom use 2) self-efficacy in communication 3) feeling of social acceptance 4) obstacles to condom use. Before the intervention, the attitudes concerning sexual behavior were positive in all four sub-categories. The mean total score of the attitudes was statistically significantly lower, and there were less positive attitudes in the first follow-up intervention group compared to the other groups. There were no statistically significant differences concerning attitudes in the control group.

The participants were fairly satisfied with all the components of the intervention: class-room session, information materials and free condom distribution. More positive evaluation from the class-room session was significantly associated with being in a relationship. The positive self-evaluation of information materials and condom distribution was most frequently associated with the perceived access to the school health nurses' appointment.

Young people's sexual behavior seems to be active and diverse, but condom use is inconsistent. Especially in oral sex or in anal intercourse a condom is rarely used. The diversity of sexual behavior among adolescents should be taken into account in sexual education and find new ways to motivate adolescents to use condoms and to be tested for STIs. Adolescents, especially boys, have weak knowledge concerning sexual behavior. Adolescents knowledge concerning sexually transmitted infections such as HIV should be strengthened. Adolescents' attitudes concerning sexual behavior are positive, which is a good starting point for sexual health promotion.

Keywords: adolescent, sexuality, sexual behavior, sexual health, knowledge, attitudes, sexual health intervention, vocational institution

SISÄLLYS

1	Johdanto.....	15
2	Teoreettiset lähtökohdat	17
2.1	Lähdekirjallisuuden tiedonhaun kuvaus	17
2.2	Nuoruus ja seksuaaliterveys	18
2.2.1	Nuorten seksuaalikäyttäytyminen	21
2.2.2	Nuorten seksuaalikäyttäytymiseen liittyvät tiedot	23
2.2.3	Nuorten seksuaalikäyttäytymiseen liittyvät asenteet	25
2.3	Seksuaaliterveyden edistäminen ja interventiot oppilaitoksissa.....	26
2.4	Yhteenveto teoreettisista lähtökohdista	30
3	Tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset	32
4	Tutkimuksen empiirinen toteutus	33
4.1	Tutkimusasetelma ja tutkimuksen kulku.....	33
4.2	Tutkimukseen osallistujat	34
4.3	Seksuaaliterveysinterventio.....	35
4.4	Kyselylomakkeen kehittäminen ja aineiston keruu	36
4.5	Aineiston analyysi	40
5	Tulokset	43
5.1	Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot (Osajulkaisut I, II, III).....	43
5.2	Ammattiin opiskelevien nuorten seksuaalikäyttäytyminen (Osajulkaisu I ja III)	44
5.3	Ammattiin opiskelevien nuorten seksuaalikäyttäytymiseen liittyvät tiedot (Osajulkaisu II ja III)	45
5.4	Ammattiin opiskelevien nuorten seksuaalikäyttäytymiseen liittyvät asenteet (Osajulkaisu II ja III)	46
5.5	Seksuaaliterveysintervention arviointi (Osajulkaisu IV).....	48
5.6	Tulosten yhteenveto	50
6	Pohdinta.....	52
6.1	Tutkimuksen eettisyys	52
6.2	Tutkimuksen luotettavuus	54

6.2.1	Mittareiden ja tutkimusprosessin luotettavuuden tarkastelu	54
6.2.2	Intervention luotettavuuden tarkastelu.....	58
6.3	Tulosten tarkastelu.....	60
6.3.1	Seksuaalikäyttäytymisen tarkastelu.....	60
6.3.2	Seksuaalikäyttäytymiseen liittyvien tietojen tarkastelu.....	63
6.3.3	Seksuaalikäyttäytymiseen liittyvien asenteiden tarkastelu	65
6.3.4	Intervention toteutumisen arvioinnin tarkastelu.....	66
6.4	Johtopäätökset ja suositukset	68
6.5	Jatkotutkimustarpeet.....	70
	Kirjallisuus.....	71
	Julkaisut	105

KUVIOLUETTELO

Kuvio 1. Tutkimusasetelma ja tutkimukseen osallistuneiden nuorten määrä eri vaiheissa.

Kuvio 2. Aineiston keruun kuvaus.

LISTA LIITTEISTÄ

- Liite 1. Tiedote tutkimuksesta osallistujille.
- Liite 2. Tiedote tutkimuksesta vanhemmille/hooltajille.
- Liite 3. Tiedote tutkimuksesta interventio-oppilaitoksille.
- Liite 4. Tiedote tutkimuksesta kontrollioppilaitoksille.
- Liite 5. Tutkimuksen kyselylomake: taustakysymykset, seksuaalikäyttäytymisen kysymykset, seksuaalikäyttäytymiseen liittyvien tietojen ja asenteiden kysymykset.
- Liite 6. Tutkimuksen kyselylomake: intervention arviointia koskevat kysymykset.

LYHENTEET

α	Cronbachin alpha
CDC	Centers for Disease Control and Prevention
CINAHL	The Cumulative Index to Nursing and Allied Health
EBM	Evidence-Based Medicine
ECDC	European Centre for Disease Control and Prevention
EOS	Ei osaa sanoa
IPPF	International Planned Parenthood Federation
Medic	Suomalainen lääketieteen ja terveydenhuollon viitetietokanta
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
n	Otoskoko
p	Merkitsevyystaso
PAHO	Pan-American Health Organization
PHE	Public Health England
PsycInfo	American Psychological Association
PubMed	US National Library of Medicine National Institutes of Health
RCP	Royal College of Physicians
Seksitauti	Seksiteitse tarttuva tauti, sukupuolitauti
STD	Sexually transmitted disease
STI	Sexually transmitted infection
STM	Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö
THL	Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos
UNESCO	United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization
UNICEF	Yhdistyneiden kansakuntien lastenrahasto
UNFPA	United Nations Population Fund
VN	Valtioneuvosto
WHO	World Health Organization

ALKUPERÄISJULKAISUT

Väitöskirjan yhteenveto-osa perustuu alla mainittuihin osajulkaisuihin. Osajulkaisuihin viitataan tekstissä käyttäen roomalaisia numeroita:

- Julkaisu I Pakarinen M, Helminen M, Kylmä J & Suominen T. 2014. Ammattiin opiskelevien 15–19-vuotiaiden nuorten seksuaalikäyttäytyminen. *Hoitotiede* 26(3), 166–176.
- Julkaisu II Pakarinen M, Kylmä J, Helminen M & Suominen T. 2017. Ammattiin opiskelevien 15–19-vuotiaiden nuorten seksuaalikäyttäytymiseen liittyvät tiedot ja asenteet. *Hoitotiede* 29(2), 139–149.
- Julkaisu III Pakarinen M, Kylmä J, Helminen M & Suominen T. Attitudes, knowledge and sexual behavior among Finnish adolescents before and after an intervention. Lähetetty arvioitavaksi.
- Julkaisu IV Pakarinen M, Kylmä J, Helminen M & Suominen T. 2019. Vocational school students' self-evaluations of a sexual health promotion intervention. *Scandinavian Journal of Caring*.
<https://doi.org/10.1111/scs.12682>.

Artikkeleiden I, II ja IV käyttöön väitöskirjan osajulkaisuihin on saatu kustantajien lupa. Yhteenveto-osa sisältää myös artikkeleissa julkaisemattomia tuloksia.

1 JOHDANTO

Nuoruus on siirtymävaihe aikuisuuteen ja sen aikana ihmisessä tapahtuu monia biologisia, fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia muutoksia. Nuoruus on myös haavoittuvaa aikaa terveyden ja hyvinvoinnin kannalta, koska osa kehitysvaiheista altistaa terveysriskeille. Nuorten terveyden edistämiseen panostaminen onkin sijoitus, jolla on myönteisiä vaikutuksia pitkälle ihmisen elämään. (Laakkonen 2014.)

Nuorten seksuaaliterveyden edistäminen on ollut jo pitkään yksi tärkeistä terveyden edistämisen kohteista niin maailmanlaajuisesti kuin kansallisesti. Suomalaisten nuorten seksuaaliterveys on kansainvälisesti vertailtuna varsin hyvä tietyillä indikaattoreilla mitattuna. Esimerkiksi alle 20-vuotiaiden synnytysten ja raskaudenkeskeytysten määrä on vähentynyt 2000-luvun aikana. Samoin 15–19-vuotiailla todettujen klamydiatartuntojen määrä on vähentynyt viimeisen kymmenen vuoden aikana. Klamydia on tyypillisesti nuorten aikuisten ja erityisesti naisten tauti. Naisten tartunnoista joka neljäs todetaan 15–19-vuotiailla, kun miehillä vastaava osuus on 11 prosenttia. (Jaakola ym. 2016, 2018.)

Suomessa sosiaali- ja terveysministeriön seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmassa vuoteen 2020 saakka on nuorten seksuaalikasvatus otettu yhdeksi painopisteistä (THL 2014). Vuonna 2009 Suomessa kunnille tuli velvollisuus tarjota seksuaaliterveysneuvontaa (Ritamo ym. 2010) ja seksuaalikasvatus tuli osaksi koulujen opetussuunnitelmia vuonna 2004 (Opetushallitus 2004). Oppilaitoksissa tehtävällä seksuaalikasvatuksella on merkittävä rooli nuorten seksuaaliterveyden edistämässä (Henderson ym. 2007, WHO 2010b, UNFPA 2017).

Nuorten seksuaaliterveys on sensitiivinen aihe ja siihen liittyy yksilön fyysisten ja psyykkisten tekijöiden lisäksi sosiaalisia ja kulttuurisia näkökulmia. Tässä tutkimuksessa seksuaaliterveys on yläkäsite, jota tarkastellaan nuorten seksuaalikäyttäytymisen ja seksuaalikäyttäytymiseen liittyvien tietojen ja asenteiden kautta. Seksuaaliterveyttä tarkastellaan myös oppilaitoksessa toteutettavien seksuaaliterveysinterventioiden kautta. Tämän tutkimuksen kohderyhmäksi valittiin ensimmäistä vuotta ammattiin opiskelevat 15–19-vuotiaat nuoret. Tutkimusjoukon valinta perustui aikaisempaan tutkimustietoon siitä, että ammattiin opiskelevat nuoret ovat lukiolaisia seksuaalisesti aktiivisempia ja kokeneempia. Erityisesti ammattiin opiskelevien poikien tiedot

seksuaalikäyttäytymiseen liittyen ovat heikot. Ammattiin opiskelevilla tytöillä kondomin käyttö on selvästi lukiolaisia ikätovereita harvinaisempaa ja he kohtaavat lukiolaisia nuoria enemmän seksuaalista häirintää ja väkivaltaa. (Luopa ym. 2010, Puusniekka ym. 2012.)

Aikaisempi tutkimustieto suomalaisten nuorten, erityisesti ammattiin opiskelevien, seksuaalikäyttäytymisestä ja siihen liittyvistä tiedoista ja asenteista on vähäistä. Myöskään seksuaaliterveyden interventioita ei ole tutkittu ja arvioitu aikaisemmin suomalaisten ammattiin opiskelevien nuorten näkökulmasta. Tämä tutkimus sijoittuu hoitotieteen tutkimusalalle. Tutkimuksen tarkoitus on kuvata ja selittää ammattiin opiskelevien 15–19-vuotiaiden nuorten seksuaalikäyttäytymistä ja siihen liittyviä tietoja ja asenteita ennen seksuaaliterveysinterventiota ja sen jälkeen. Lisäksi tarkoitus on kuvata, miten ammattiin opiskelevat nuoret arvioivat oppilaitoksissa toteutettua seksuaaliterveysinterventiota. Tutkimuksen aikana kehitettiin seksuaaliterveysinterventio ja kyselylomake, sekä mittarit seksuaalikäyttäytymisen, siihen liittyvien tietojen ja asenteiden mittaamiseen ja intervention toteutumisen arvioimiseen. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää nuorten seksuaaliterveyden edistämässä ja suunniteltaessa, kehitettäessä ja toteutettaessa seksuaaliterveysinterventioita oppilaitoksissa.

2 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Lähdekirjallisuuden tiedonhaun kuvaus

Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat muodostuivat useista nuorten seksuaaliterveyttä, seksuaalikäyttäytymistä, tietoja, asenteita sekä seksuaaliterveyden edistämistä ja interventioita käsittelevistä lähteistä. Tutkimuksen tiedonhakuja tehtiin vuosina 2009–2018 sekä kansainvälisistä että kotimaisista tietokannoista, kuten CINAHL, Cochrane Library, EBM Guidelines, MEDLINE, Medic, PsycInfo, PubMed ja Social Science Database. Tiedonhakuja ja tutkimuksen teoreettista taustatietoa on täydennetty tutkimuksen edetessä ja otettu mukaan uusimpia tutkimuksia aiheeseen liittyen. Hakusanoina käytettiin suomenkielisiä sanoja, kuten muun muassa nuoruus, nuoret, opiskelija, seksuaalisuus, seksuaalikäyttäytyminen, seksuaaliterveys, tieto, asenteet, interventio, oppilaitos, seksi, yhdyntä, suuseksi, sukupuolitauti, seksitauti, seksiteitse tarttuva tauti, seksuaaliopetus, seksuaaliterveyden edistäminen, ohjelma, riskikäyttäytyminen, kondomi, ehkäisy, seksuaaliopetus, seksuaalikasvatus, koulu, oppilaitos, ammatillinen oppilaitos, toisen asteen koulutus. Englanninkielisiä hakusanoja olivat muun muassa adolescence, young people, sex, sexual, sexuality, health, health promotion, sexually transmitted infection, STD, STI, behavior, knowledge, attitudes, school, education, school class, institution, vocational, intervention, programme, condom, availability. Hauissa käytettiin edellä mainittujen sanojen erilaisia taivutusmuotoja, katkaisupisteitä ja yhdistelmiä.

Tietokannoista tehtyjen hakujen lisäksi lähdekirjallisuutta etsittiin tutkimuksessa käytettyjen artikkeleiden lähdeluetteloista ja suoraan viranomaisten ja terveysorganisaatioiden, kuten Maailman terveysjärjestö WHO:n (World Health Organization), sosiaali- ja terveysministeriön (STM) ja Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (THL) verkkosivuilta. Tiedonhaussa otettiin huomioon interventiotutkimukset, jotka oli tehty länsimaissa, kuten Euroopassa tai Pohjois-Amerikassa. Mukaan ei otettu interventiotutkimuksia, jotka oli tehty Afrikan, Aasian ja Etelä-Amerikan maissa. Nämä jätettiin pois, koska koulujärjestelmät, seksitautien esiintyvyys, testeihin pääseminen ja kondomien saatavuus ovat monin paikoin erilaisia länsimaihin verrattuna ja siksi tutkimustuloksia on vaikea soveltaa tai verrata suomalaisiin olosuhteisiin.

2.2 Nuoruus ja seksuaaliterveys

Nuoruus on ajallisesti määritelty monilla eri tavoilla riippuen siitä, missä yhteydessä käsitettä käytetään. Esimerkiksi Nuorisolaissa (1285/2016) nuorilla tarkoitetaan alle 29-vuotiaita. Tutkimuksissa taas nuoruus on tyypillisesti määritelty ajanjaksoksi 10 ikävuodesta 19 vuoteen, mutta nuoruuden ajanjakso vaikuttaa muuttuneen pidemmäksi opintojen pidentyessä ja perheen perustamisen viivästyessä. Uudeksi nuoruusajan määritelmäksi on ehdotettu 10–24-vuotta. (Sawyer ym. 2018.) Nuorten 15–19-vuotiaiden ikäryhmä muodostaa noin 20 prosenttia maailman väestöstä ja noin kahdeksan prosenttia Euroopan väestöstä. (Dehne & Riedner 2005, Avery & Lazdane 2010.) Suomalaisista joka kymmenes on 10–19-vuotias (Tilastokeskus 2017).

Nuoruus on suurten fyysisten, sosiaalisten ja psyykkisten muutosten aikaa. Nuoruus on varhaislapsuuden jälkeen seuraavaksi merkittävin kehityksen kausi, jolloin aivot muovautuvat uudelleen rakenteellisesti ja toiminnallisesti. Murrosiän kehitysjakson aikana lapsesta tulee fyysisesti lisääntymiskykyinen, mutta psyykinen kehitys jatkuu murrosikää pitempään. (Hermanson & Sajaniemi 2018.) Seksuaaliterveyden kannalta nuoruus on merkittävä ajanjakso, jonka vaikutukset voivat kantaa pitkälle aikuisuuteen (DeLamater & Friedrich 2002, Auslander ym. 2005, WHO 2016a).

Seksuaaliterveys on keskeinen osa ihmisen hyvinvointia kaikissa elämän vaiheissa ja siten merkittävä osa kansanterveyttä. Vuonna 2000 Maailman terveysjärjestö WHO ja panamerikkalainen terveysjärjestö PAHO (Pan-American Health Organization) määrittivät seksuaaliterveyden laajasti seksuaalisuuteen liittyväksi kokonaisvaltaiseksi fyysisen, emotionaalisen, psyykkisen ja sosiokulttuurisen hyvinvoinnin tilaksi (WHO 2000). Seksuaaliterveyteen kuuluu muun muassa kyky kehittää ja ylläpitää merkityksellisiä ihmisten välisiä suhteita, arvostaa omaa kehoa, olla vuorovaikutuksessa toisten kanssa arvostavasti ja ilmaista kiintymystä, rakkautta ja läheisyyttä omien arvojen mukaisella tavalla. Seksuaaliterveyteen sisältyy positiivinen, kunnioitettava lähestymistapa seksuaalisuuteen ja seksuaalisiin suhteisiin sekä oikeus nautinnollisiin ja turvallisiin seksuaalikokemuksiin. (WHO 2006, 2014a.)

Seksuaaliterveys on moniulotteinen käsite, johon on yhteydessä psyykkisten, fyysisten, biologisten, sosiaalisten, kulttuuristen, koulutuksellisten, taloudellisten ja henkisten tekijöiden verkosto. Nuorten seksuaaliterveyttä tulisi aina tarkastella nuoruusiän liittyvän kehityksen ja muutosten kontekstissa. (DeLamater & Friedrich 2002, Auslander ym. 2005, Laakkonen 2014.) Nuoruuden kehitykseen kuuluu luontaisena osana muun muassa seksuaalisten halujen ja tunteiden herääminen sekä mahdolliset ensimmäiset seksuaalikokemukset (Chapman & Werner-Wilson 2008). Monet kehitykseen kuuluvista muutoksista ovat myös sellaisia, joiden takia nuoret ovat

seksuaaliterveyden suhteen erityisen haavoittuvassa asemassa. Esimerkiksi aivojen rakenteen muutokset lisäävät riskinottoa ja voimistavat tunnereaktioita sekä heikentävät nuoren kykyä arvioida tai ennakoita tekojen seurauksia. (Hermanson & Sajaniemi 2018). Biologiset tekijät, kuten limakalvojen muutokset ja vielä kehittymätön immuunipuolustus, taas altistavat nuoren herkästi seksitautitartunnoille ja niiden jälkitaudeille, kuten tulehduksille (Chinsembu 2009, Slater & Robinson 2014).

WHO määrittelee nuorten seksuaaliterveyden maakohtaisiksi indikaattoreiksi seksitautien ja ei-toivottujen raskauksien määrän, seksin aloittaneiden määrän, raskauden ehkäisyä ja kondomia käyttävien määrän, seksikumppaneiden määrän ja ennen 15 ikävuotta seksin aloittaneiden määrän. Seksuaaliterveyden sosiaalisina ja yhteiskunnallisina indikaattoreina pidetään pakollista seksuaaliopetusta koulussa, nuorten terveyspalvelujen saatavuutta, tiedon määrää ja terveyspalveluiden käyttämistä. (WHO 2010b.)

Nuorten keskuudessa seksitaudit ja ei-toivotut raskaudet ovat muita ikäryhmiä yleisempiä ja seksitautien määrä vaikuttaa lisääntyvän monilla Euroopan alueilla (WHO 2016b). Klamydia on yleisin todetuista seksitaudeista ja Euroopassa kaksi kolmasosaa kaikista klamydiatartunnoista todetaan 15–24-vuotiailla. Klamydian esiintyvyys on todennäköisesti vielä suurempaa, koska osa tartunnoista jää toteamatta. Tippuritartunnoista 40 prosenttia ja hiv-infektioista 11 prosenttia todetaan alle 25-vuotiailla. (ECDC 2015.) Suomalaisten nuorten seksuaaliterveys on varsin hyvä WHO:n indikaattoreilla tarkasteltuna. Alle 20-vuotiaiden synnytysten, raskaudenkeskeytysten ja klamydiatartuntojen määrä on vähentynyt viimeisten kymmenen vuoden aikana. Toisaalta toistuvien klamydiatartuntojen määrä on noussut myös Suomessa ja tippuritartunnat ovat lisääntyneet etenkin nuorilla naisilla. Suomessa 80 prosenttia kaikista klamydiatartunnoista todetaan alle 29-vuotiailla. Nuorilla naisilla klamydian esiintyvyys on lähes nelinkertainen miehiin verrattuna. (Jaakola ym. 2016, 2018.)

Seksitautien varhainen toteaminen ja hoito ovat keskeisiä toimia seksuaaliterveyden edistämiseksi, jotta infektioiden leviämistä ja jälkiseurauksia voidaan ehkäistä. Tämä edellyttää sitä, että nuorilla on mahdollisuus seksitautien testaukseen ja kynnys testeihin hakeutumiseen ja niiden puheeksi ottaminen terveydenhuollossa on mahdollisimman matala. (THL 2014.) Seksitautien oireettomuus tai oireiden huomaamattomuus viivästyttävät hoitoon hakeutumista (Slater & Robinson 2014). Myös kumppaneiden saaminen testauksen ja hoidon piiriin on välttämätöntä, jotta infektiokierre saataisiin katkaistua. Klamydian osalta toistuvat tartunnat ovat yleisiä. Useat partnerit ja heikko sitoutuminen seksitautien hoitoon lisäävät uudelleentartunnan riskiä, joka on suurimmillaan alle 16-vuotiailla. (PHE 2010.) Seksitautitartunnoilla on havaittu olevan yhteys varhaisempaan seksin aloittamisikään ja vastentahtoisen seksin

kokemuksiin. Lisäksi heillä, joilla edellinen seksikokemus oli suojaamaton seksi tuntemattoman partnerin kanssa, esiintyi muita useammin seksitauteja. (Tikkanen ym. 2011.)

Hyvään seksuaaliterveyteen kuuluu oikeus turvallisiin seksuaalikokemuksiin. Seksuaalinen häirintä ja väkivalta ovat tutkimusten perusteella varsin yleisiä nuorten arjessa. Seksuaalista häirintää on kokenut suomalaisista ammatillisten oppilaitosten pojista kahdeksan prosenttia ja tytöistä 30 prosenttia (Ikonen & Halme 2018). Samansuuntaisia tulokset olivat ruotsalaistutkimuksessa, jossa noin joka viidennellä nuorista oli ollut seksikokemuksia vasten tahtoaan edeltävän vuoden aikana (Tikkanen ym. 2011).

Nuorten seksuaaliterveyteen vaikuttavat hyvin samanlaiset tekijät, kuin terveyteen muutoinkin (WHO 2016b). Seksuaaliterveyttä suojaavia sosiaalisia tekijöitä ovat muun muassa vuorovaikutus vanhempien tai huoltajien kanssa ja perheeltä saatu tuki (Mackenbach & Bakker 2002, Klein ym. 2018) sekä positiiviset suhteet muihin nuoriin ja vertaisiin (Zambon ym. 2010). Nuorten heikkoon seksuaaliterveyteen ovat yhteydessä muun muassa tunne-elämän kehittymättömyys, huoltajilta tai muilta aikuisilta saatavan tuen puuttuminen, psyykinen pahoinvointi, alkoholin käyttö, suuri seksikumppaneiden määrä, seksuaalinen hyväksikäyttö, heikko sosiaalinen tukiverkosto ja nuori ikä (WHO 2010b, Slater & Robinson 2014). Terveysongelmien kumuloituminen näkyy myös seksuaaliterveydessä; ongelmat näyttävät kasaantuvan useimmin niille, joilla on muitakin terveyden riskitekijöitä (Baskin-Sommers & Sommers 2006, Wiefferlink 2006, Takakura ym. 2007). Seksuaaliterveyden ongelmien on havaittu kasautuvan myös ylisukupolisesti (Paananen ym. 2012).

Nuorten kasvuympäristöinä koulut ja oppilaitokset ovat tärkeimpien joukossa. Kannustavia ja myönteisiä kokemuksia koulusta pidetään keskeisinä suojaavina tekijöinä nuoren itsetunnon, minäkuvan ja terveyskäyttäytymisen kannalta jopa silloin, kun muut olosuhteet nuoren elämässä ovat terveyttä uhkaavia (Vieno ym. 2007, Bonnell ym. 2013). Suomalaisista 14–16-vuotiaista nuorista lähes 99 prosenttia käy peruskoulun. Suomessa peruskoulun jälkeinen opetus jakautuu yleissivistävään lukio- koulutukseen ja ammatilliseen koulutukseen, jonka laajuus on 180 opintopistettä. Oppilaitosmuotoisessa ammatillisessa peruskoulutuksessa opiskeli noin 161 000 opiskelijaa vuonna 2016. Heistä uusia opiskelijoita oli noin 47 000. Eniten opiskelijoita on tekniikan aloilla, palvelualoilla sekä kaupan ja hallinnon aloilla. Muita aloja ovat terveys- ja hyvinvointialat, tietojenkäsittely- ja tietoliikennealat, maa- ja metsätalousalat, humanistiset ja taidealat, luonnontieteet, kasvatusalat ja yhteiskunnalliset alat. Uusista opiskelijoista 55 prosenttia on miehiä, mutta alakohtainen vaihtelu on suurta. Esimerkiksi tekniikan alan uusista opiskelijoista noin 80 prosenttia on miehiä,

kun taas terveys- ja hyvinvointialoilla suhde on päinvastainen ja opiskelijoista noin 80 prosenttia on naisia. (Tilastokeskus 2016.)

2.2.1 Nuorten seksuaalikäyttäytyminen

Seksuaalikäyttäytyminen on ihmiselle luontaista toimintaa ja laaja käsite, jonka voidaan katsoa sisältävän niin fyysistä kuin emotionaalista kanssakäymistä ihmisten välillä. Seksuaalikäyttäytyminen alkaa jo paljon ennen ensimmäisiä fyysisiä seksikontakteja, ja siihen liittyy muun muassa seksuaalisten halujen heräämistä, ihastumisen ja rakastumisen tunteita, seksuaali-identiteetin muokkautumista ja kehon muutoksia. (Graber ym. 1998.) Tutkimuksissa nuorten seksuaalikäyttäytymistä lähestytään tyyppillisesti riskikäyttäytymisen näkökulmasta. Seksuaalikäyttäytyminen on kuitenkin lähtökohtaisesti hyvinvointia ylläpitävää ja vahvistavaa toimintaa. Ongelmaksi se muodostuu vasta silloin, kun sen seuraukset ovat ei-toivottuja tai uhkaavat terveyttä. (WHO 2006.)

Tutkimukset nuorten seksuaalikäyttäytymisestä kohdistuvat suurelta osin fyysisen toimintaan, kuten yhdyntöjen aloittamisikään, yhdyntöjen ja seksikokemusten määrään, seksikumppaneiden määrään ja ehkäisyn käyttöön. Nuorten seksuaalikäyttäytymisen tutkimuksissa yleistä on hetero-oletus eli tutkimustieto koskee lähinnä naisen ja miehen välistä seksuaalikäyttäytymistä (Lehtonen 2003, Tikkanen ym. 2011). Suomalaisista nuorista noin 90 prosenttia ilmoittaa olevansa seksuaaliselta suuntautumiseltaan heteroja. Toisin sanoen noin joka kymmenes nuorista määrittelee itsensä ei-heteroseksuaaliseksi. (Luopa ym. 2017.) Muista seksitavoista kuin emätinyhdynnästä löytyy vain vähän tutkimustietoa. Ruotsalaisessa tutkimuksessa (Tikkanen ym. 2011) noin kymmenesosa nuorista oli kokenut anaaliyhdyntä.

Yhdyntöjen keskimääräinen aloittamisikä vaihtelee maiden välillä. Euroopan maissa keskimäärin 25–35 prosenttia 15-vuotiaista on ollut yhdynnässä, pojat tyttöjä useammin (Sonenstein ym. 2014, WHO 2014). Suomalaisnuorista noin joka neljäs 15-vuotias on ollut yhdynnässä, eikä poikien ja tyttöjen välillä ole juuri eroa (WHO 2016b). Yhdynnässä olleiden määrässä on eroja koulutusmuotojen välillä. Ammattiin opiskelevista ensimmäisen ja toisen vuoden opiskelijoista 60 prosenttia on ollut yhdynnässä, kun taas lukiolaisista ikätovereista yhdynnän on kokenut 38 prosenttia (THL 2017). Noin kolmanneksella 15–19-vuotiaista nuorista on ollut useampi kuin yksi seksikumppani (Rotermann 2008). Suomalaisnuorista suurimmalla osalla on ollut korkeintaan kaksi seksikumppania ja joka viidennellä on ollut yhdyntöjä vähintään

viiden kumppanin kanssa (IHL 2015). Nuorilla miehillä on tyttöjä useammin yhdyn-
töjä satunnaisten kumppaneiden kanssa (Nikula 2009).

Seksin aloittamisen varhaisella iällä on useissa tutkimuksissa todettu olevan yhteydessä seksuaaliterveyden riskeihin, kuten suojaamattomaan seksiin, seksitautien esiintymiseen, ei-toivottuihin raskauksiin ja kumppaneiden suurempaan määrään (Kuortti & Jähi 2009, Nikula 2009, Yode & LeGrand 2012). Varhain aloitetut yhdyn-
nät ovat yhteydessä myös muihin nuoruuden terveysriskeihin, kuten päihteen käyttöön (Madkour ym. 2010) ja masennukseen (Jamieson & Wade 2011, Oshri ym. 2011).

Nuorten ehkäisyn käyttö on ollut yksi tutkimusten keskeisistä kiinnostuksen koh-
teista. Kondomi on ehkäisyvälineistä ainut, jonka oikea ja säännöllinen käyttö ehkäisee seksitautien tarttumista (Weller & Davis-Beatty 2007). Ehkäisymenetelmistä nuoret käyttävät yleisimmin kondomia tai ehkäisypillereitä, mutta ehkäisyn käyttö on epäsäännöllistä. Suomalaisnuoret sijoittuvat Euroopan maiden välisessä vertailussa keskitasolle kondomin käytön aktiivisuudessa. Suomalaisista 15-vuotiaista pojista 73 prosenttia ja tytöistä 57 prosenttia oli käyttänyt kondomia viimeisimmässä yhdynnässä. Eurooppalaisista nuorista yleisimmin kondomia käyttävät sveitsiläiset, joista yli 80 prosenttia oli käyttänyt kondomia viimeisimmässä yhdynnässä. Vähiten kondomia käytetään Puolassa, jossa noin neljännes nuorista oli käyttänyt kondomia viimeisimmässä yhdynnässä. (WHO 2016b.) Yli kymmenesosalla suomalaisnuorista ei ollut mitään ehkäisyä käytössä viimeisimmässä yhdynnässään (Puusniekka ym. 2012). Joissain Euroopan maissa jopa yli 30 prosenttia seksuaalisesti aktiivisista 15-vuotiaista ei käytä lainkaan ehkäisyä (WHO 2014).

Seksi ilman kondomia on yleistä nuorilla, joiden seksikumppani on vakituinen partneri. Seurustelusuhteen muuttuessa pitempiaikaiseksi kondomin käyttö jää pois ja usein tilalle tulee hormonaalinen ehkäisy. Seksitautitartuntaa ei pidetä todennäköisenä tutun kumppanin kanssa. (Kuortti & Jähi 2009, Nikula 2009.) Nuorilla tuplaehkäisy eli hormonaalisen ehkäisyn ja kondomin yhtäaikainen käyttö on harvinaista (Puusniekka ym. 2012). Kondomin käyttämättömyyteen ovat yhteydessä myös muun muassa alkoholin käyttö, seksin aloittaminen nuorena ja kokemukset vastentahtoisesta seksistä (Tikkanen ym. 2011). Nuoret itse kertovat kondomin käyttämättömyyden syiksi seksin suunnittelemattomuuden, muun ehkäisyn käytön, luottamuksen kumppaniin tai oletuksen siitä, että seksi on parempaa ilman kondomia. Kondomin käytön syynä taas mainitaan halu välttyä raskaudelta tai seksitaudeilta. (Tschann ym. 2010, Tikkanen ym. 2011.)

Seksuaalikäyttäytymisessä on todettu olevan eroja sukupuolten välillä ja erot ovat suurimmillaan nuoruudessa. Nuoret miehet raportoivat useammin yhdyntöjä

satunnaisten kumppaneiden kanssa ja säännöllisempää kondomin käyttöä kuin nuoret naiset. Tyttöillä taas seksuaalisen häirinnän kokemukset ovat yleisempiä. (Nikula 2009, Puusniekka ym. 2012.) Seksuaalikäyttäytymisessä ilmenee eroja myös koulutusmuotojen välillä. Ammatillisessa koulutuksessa opiskelevien nuorten seksuaalikäyttäytyminen on lukiolaisia ikätovereita aktiivisempaa, seksin aloittaneiden nuorten määrä on suurempi ja riskeille altistava seksuaalikäyttäytyminen yleisempää (mm. Larsson ym. 2006, Häggström-Nordin ym. 2011, Puusniekka ym. 2012). Hollantilaisessa tutkimuksessa havaittiin ammatillisessa koulutuksessa opiskelevien aloittavan yhdynnät varhaisemmalla iällä ja heillä oli enemmän seksikumppaneita kuin muissa koulutusmuodoissa opiskelevilla (De Graaf ym. 2014). Paremmalla koulumenestyksellä on havaittu olevan yhteys vähäisempään ei-toivottujen raskauksien ja seksitautien esiintyvyyteen (Kirby & Lepore 2007, Bradley & Greene 2013). Tyttöillä, joilla ei ole peruskoulun jälkeistä tutkintoa, on todettu olevan enemmän klamydiatartuntoja, raskaudenkeskeytyksiä ja synnytyksiä kuin tutkinnon suorittaneilla tytöillä (THL 2016).

Molempien vanhempien kanssa asumisen ja vanhempien korkeamman koulustaustan on havaittu olevan yhteydessä myöhäisempään seksin aloittamisikään ja ehkäisyn käyttöön (Manlove ym. 2009). Terveyttä edistävään ja riskeiltä suojaavaan käyttäytymiseen on yhteydessä myös vahvempi koherenssin tunne (Wainwright ym. 2007, Mattila ym. 2011), kun taas heikko koherenssin tunne on yhteydessä nuorten seksuaalisen hyväksikäytön kokemuksiin (Priebe ym. 2010). Päihteiden, kuten tupakan ja alkoholin, käyttö on yhteydessä suojaamattomaan seksiin, seksitautien esiintyvyyteen, raskauden keskeytyksiin, varhaisempaan seksin aloittamiseen ja useisiin seksikumppaneihin. Humalassa nuori on myös alttiimpi seksuaaliselle hyväksikäytölle tai väkivallalle. (Keren & Hasida 2007, Nikula 2009, RCP 2011, Tikkanen ym. 2011, Samposalo 2013.) Tyttöillä alkoholin käyttö ei kuitenkaan välttämättä aiheuta itsehallinnan menetystä tai ehkäisyn laiminlyöntiä (Suvivuo 2011). Ruotsalaisia nuoria koskevassa tutkimuksessa humalatila seksin aikana oli harvinainen (Tikkanen ym. 2011).

2.2.2 Nuorten seksuaalikäyttäytymiseen liittyvät tiedot

Seksuaalikäyttäytymiseen liittyvät tiedot tukevat nuorta valintojen tekemisessä ja antavat mahdollisuuden tehdä tietoisia seksuaaliterveyttä koskevia päätöksiä (Nummelin 2000, Fisher ym. 2009, Agius ym. 2010, Voisin ym. 2012). Tosiasialliset tiedot seksuaalikäyttäytymiseen liittyen ovat välttämättömiä, mutta eivät yksistään riitä muuttamaan esimerkiksi riskikäyttäytymistä turvallisempaan suuntaan.

Käyttäytymisen muutos edellyttää myös muun muassa taitoja ja motivaatiota. Tietojen on kuitenkin todettu olevan yksi päätöksentekoon vaikuttava tekijä esimerkiksi ehkäisyssä (Hulton 2001). Nuorten hyvän seksuaaliterveyden perustana pidetään oikeita, ajantasaisia ja laadukkaita seksuaaliterveyteen ja seksuaalikäyttäytymiseen liittyviä tietoja (THL 2014, WHO 2016c).

Länsimaisissa tutkimuksissa nuorten seksuaalikäyttäytymiseen liittyviä tietoja on tutkittu pääasiassa oikein-väärin-väittämällä esimerkiksi fyysisestä kehityksestä, raskaaksi tulosta, seksitaudeista ja hiv-infektiosta (Song ym. 2000, Hoff ym. 2003). Nuorten tietojen on todettu heikentyneen 2000-luvulla. Parhaiten nuoret tietävät sukukypsyyden saavuttamisesta ja kondomin tehokkuudesta raskauden ja seksitautien ehkäisyssä. Tieto seksitaudeista on useissa tutkimuksissa havaittu heikoksi ja tietämys on heikentynyt vuosi vuodelta. (Hoff ym. 2003, Liinamo 2005, Espada ym. 2015, THL 2015.) Useissa tutkimuksissa nuorten tiedot hiv-infektiosta on todettu hyviksi, vaikka tiedot muista seksitaudeista olisivat heikkoja (Smith ym. 2008, Agius ym. 2010, Kontula 2010, Samkange-Zeeb ym. 2011). Toisaalta myös tietojen hiv-infektiosta ja sen tarttumisesta on todettu heikentyneen viime vuosina (Espada ym. 2015, THL 2015).

Nuorten seksuaalikäyttäytymiseen liittyvissä tiedoissa on eroja sukupuolten ja koulutusmuotojen välillä. Poikien tiedot on todettu tyttöjen tietoja heikommiksi (mm. Kontula & Meriläinen 2007, Kontula 2010, THL 2015) ja ero sukupuolten välillä on kasvanut 2000-luvulla (Espada ym. 2015). Ammattiin opiskelevien tiedot ovat lukiolaisia ikätovereita heikommalla tasolla. Ammattiin opiskelevista suomalaisista tytöistä 34 prosentilla ja pojista 13 prosentilla on hyvät tiedot seksuaalikäyttäytymiseen liittyen, kun taas lukiolaisista tytöistä 43 prosentilla ja pojista 30 prosentilla tiedot ovat hyvät. (THL 2015.) Lähes viidennes ammattiin opiskelevista on heikot tiedot seksuaalikäyttäytymiseen liittyen (Luopa ym. 2010). Myös hollantilaisessa tutkimuksessa havaittiin ammattiin opiskelevien nuorten tietojen olevan merkittävästi heikommalla tasolla kuin saman ikäisillä yliopistoon valmistavassa koulutuksessa opiskelevilla (De Graaf ym. 2014). Liinamon (2005) tutkimuksessa todettiin, että jo peruskoulussa heikko koulumenestys ja suunnitelmat suoraan ammatilliseen koulutukseen hakeutumisesta selittivät heikkoa seksuaalikäyttäytymiseen liittyvän tiedon tasoa.

Hyvään tietotasoon on yhteydessä vanhempien korkeampi koulutus (Liinamo 2005) sekä tunne siitä, että pystyy hallitsemaan omaa elämäänsä (Voisin ym. 2012). Pojilla seksuaaliopetuksen suuremman määrän on todettu olevan yhteydessä parempiin tietoihin (Kontula 2010). Aiheen ajankohtaisuus ja seksuaalinen kokeneisuus olivat yhteydessä hyviin tietoihin tytöillä (Liinamo 2005), mutta poikien kohdalla seksuaalisen kokeneisuuden on todettu olevan yhteydessä heikompiin tietoihin (Kontula

2010). Amerikkalaisessa tutkimuksessa heikkojen tietojen havaittiin olevan yhteydessä riskikäyttäytymiseen ja ei-toivottuihin raskauksiin (Rock ym. 2003).

Nuoret kaipaavat sekä perustietoa seksuaaliterveydestä että yksityiskohtaisempaa tietoa tietyistä aiheista. Moni nuori kokee, että tieto ja neuvonta seksuaalikäyttäytymiseen liittyvissä aiheissa on riittämätöntä ja tietoa annetaan liian myöhään. (IPPF 2012.) Nuorille tärkeimmät tiedonlähteet vaikuttavat pysyneen samoina jo pitkään. Nuoret ilmoittavat saavansa tietoa useimmin koulusta, ystäviltä, televisiosta, vanhemmilta ja internetistä (Lehtinen ym. 2007, Smith ym. 2008, Whitfield ym. 2013). Tytöt suosivat henkilökohtaisia tiedonlähteitä, kuten ystäviä ja kouluterveydenhoitajaa. Pojille taas tärkeitä tiedonlähteitä ovat televisio, internet ja opettajat. (Whitfield ym. 2013.)

2.2.3 Nuorten seksuaalikäyttäytymiseen liittyvät asenteet

Nuorten seksuaalikäyttäytymiseen liittyvistä asenteista löytyy varsin vähän tutkimustietoa, eikä niille löydy yksiselitteistä määritelmää tai valmista mittaria. Asenteita kuitenkin pidetään merkittävinä osatekijöinä useissa käyttäytymistä ennustamaan pyrkivissä teorioissa (Halpern-Felsher & Reznik 2009) ja niitä voidaan pitää tärkeänä osaluueena myös seksuaalikäyttäytymistä tutkittaessa. Esimerkiksi suunnitellun toiminnan teoriaan (Theory of Planned Behavior) perustuvissa tutkimuksissa positiiviset asenteet kondomia kohtaan, positiiviset sosiaaliset normit, luottamus omiin kykyihin (self-efficacy) ja aikomukset käyttää kondomia toimivat myös kondomin käyttöä ennustavina tekijöinä (Noar ym. 2004). Asenteisiin liittyvää tutkimustietoa löytyy lähinnä ehkäisyn käyttöä koskien.

Seksuaalikäyttäytymiseen liittyvinä asenteina on kuvattu muun muassa luottamusta omiin kondominkäyttökykyihin (self-efficacy), neuvottelutaitoja seksistä kumppanin kanssa sekä kokemusta sosiaalisesta tuesta ehkäisyn käyttöön (Outlaw ym. 2010, Shneyderman & Schwarz 2012, Espada ym. 2015). Ne nuoret, joilla oli vahvempi itseluottamus, raportoivat muita useammin positiivisia asenteita seksiä kohtaan (Chapman & Werner-Wilson 2008). Seksuaalisilta riskeiltä suojautuminen edellyttää kykyä neuvotella kumppanin kanssa seksiin liittyvistä käytännöistä. Ehkäisyn käytön on havaittu olevan yleisempää heillä, joilla on hyvät kyvyt kommunikoida kumppanin kanssa koskien seksiä ja parisuhdetta. (IPPF 2012.) Kondomin kantaminen mukana ja seksistä keskusteleminen kumppanin kanssa edistävät nuorten kondomin käyttöä (Bryan ym. 2002). Valtaosa suomalaisnuorista kokee helpoksi

puhua seksistä kumppanin kanssa, vaatia kondomin käyttöä ja hankkia kondomeja (THL 2015).

Asenteisiin yhteydessä olevista tekijöistä löytyy varsin vähän tutkittua tietoa (Halpern-Felsher & Rexnik 2009). Hollantilaisessa tutkimuksessa selvitettiin eroavakko seksuaalikäyttäytymiseen liittyvät asenteet toisistaan koulutusmuodon perusteella olevien 12–25-vuotiaiden nuorten välillä. Tutkimuksessa ilmeni, että ammatillisessa koulutuksessa olevilla nuorilla oli konservatiivisempia asenteita seksuaalikäyttäytymiseen liittyen kuin yliopistokoulutukseen tähtäävässä toisen asteen koulutuksessa olevilla. Ammatillisessa koulutuksessa olevilla oli myös heikommat kyvyt kieltäytyä eihalutusta seksistä kuin muilla. (De Graaf ym. 2014.)

Seksuaalikäyttäytymiseen liittyviin asenteisiin ovat yhteydessä erityisesti sukupuoli ja sosiaaliset suhteet. Tyttöjen asenteet ovat yleisesti poikia myönteisempiä. Pojilla asenteet ovat tyttöjä myönteisemmät suhtautumisessa kondomin tehoon raskauden ehkäisyssä. (Stulhofer ym. 2007, Espada ym. 2015.) Nuoret ovat herkkiä vertaisten ja lähipiirin mielipiteille (Slater & Robinson 2014) ja nuorten asenteet ovat todennäköisemmin myönteisiä, jos he uskovat ystäviensä olevan seksuaalisesti aktiivisia ja suhtautuvan seksiin myönteisesti (Bersamin ym. 2006, Bui & Goodson 2007). Myös perheen sisäisten suhteiden, kuten vanhempien ja nuorten välisen vuorovaikutuksen ja vanhempien huolenpidon, on todettu vaikuttavan myönteisiin asenteisiin (Ott ym. 2006, Chapman & Werner-Wilson 2008, THL 2014). Lähipiirin avoin suhtautuminen seksuaalisuuteen on tytöillä yhteydessä säännöllisempään kondomin käyttöön (Stulhofer ym. 2007, Rink ym. 2015). Nuorempi ikä on yhteydessä myönteisempiin asenteisiin ehkäisyn käyttöä kohtaan (Espada ym. 2015). Eräissä tutkimuksissa todettiin, että ne nuoret, jotka eivät olleet saaneet uskonnollista kasvatusta, suhtautuivat myönteisemmin kondomin käyttöä kohtaan kuin uskonnollisen kasvatuksen saaneet (Stulhofer ym. 2007).

2.3 Seksuaaliterveyden edistäminen ja interventiot oppilaitoksissa

Sosiaaliset suhteet ja yhteisöt ovat merkittävässä asemassa nuoruudessa. Niiden avulla nuoret oppivat taitoja, joita kehittämisessä aikuiseksi tarvitaan myös seksuaaliterveyteen liittyen. Nuoret tarvitsevat ympärilleen aikuisia, jotka antavat tietoa ja välineitä muun muassa seksistä keskustelemiseen kumppanin kanssa ja siitä kieltäytymiseen niin haluttaessa. (Slater & Robinson 2014, WHO 2016a.) Seksuaaliterveyden edistämällä tarkoitetaan tässä tutkimuksessa niitä toimia, jotka kohdistuvat yksilöihin (nuoriin) ja yhteisöihin (kouluihin) ja joiden tarkoituksena on edistää nuorten

seksuaaliterveyttä. Näitä toimia ovat muun muassa seksuaalikasvatus, terveydenhuollon palvelut, ehkäisyvälineiden saatavuus, erilaiset ohjelmat ja interventiot (WHO 2010a).

Oppilaitokset ovat tärkeä ympäristö seksuaaliterveyden edistämiseksi (Henderson ym. 2007, WHO 2010b). WHO (2014) suosittelee, että seksuaaliterveyden edistämistä toteutetaan kouluissa ja oppilaitoksissa. Suomessa suosituksena on, että seksuaaliterveyden edistäminen seksuaalikasvatuksen muodossa on mukana opetussuunnitelman perusteissa ala-asteelta lähtien (THL 2014). Seksuaalikasvatukseen kuuluu seksuaalivalistus, -opetus, -neuvonta ja seksuaaliohjaus (Nummelin 2000). Seksuaalikasvatus kattaa seksuaalisuuden eri osa-alueet ja sen tavoite on tukea ja suojella nuoren seksuaalista kehitystä. Sen keskeisiä sisältöjä ovat myönteisen seksuaalisuuden edistäminen sekä seksuaalisen ja sukupuolisen identiteetin tukeminen. Seksuaalikasvatuksen tavoitteiksi on asetettu myös ei-toivottujen raskauksien sekä seksuaalisen väkivallan ehkäisy. Opiskelijoille tarjotaan nykyistä aikaisemmin ja laajemmin tietoa seksitaudeista ja niiltä suojautumisesta osana seksuaalikasvatusta. (STM 2009, THL 2014.)

Monissa läntisissä maissa, kuten Suomessa, seksuaalikasvatusta ei toteuteta itsenäisenä oppiaineena, vaan se sisältyy terveystiedon oppiaineen opetukseen muiden terveyden ja hyvinvoinnin aiheiden rinnalla. Vaikka seksuaalikasvatus on osa opetussuunnitelmaa, vaihtelee sen toteuttaminen käytännössä oppilaitosten välillä. Oppilaitokset voivat itsenäisesti päättää seksuaalikasvatuksen määräästä ja oppituntien sisällöt riippuvat myös opettajien edellytyksistä seksuaalisuuteen liittyvien aiheiden käsitteelyyn sekä opiskelijaryhmistä. (Wiefferink ym. 2005, Kirby ym. 2007, Herr ym. 2012.)

Seksuaalikasvatuksen on havaittu lisäävän kondomin ja ehkäisyn käyttöä (Haldre ym. 2012, Slater & Robinson 2014), lisäävän nuorten tietoa seksuaalisuudesta (Boyce ym. 2000, Song ym. 2000, Liinamo 2005) ja vähentävän seksitautitartuntoja ja abortteja (Hadre ym. 2012). Seksuaalikasvatuksen on todettu vaikuttavan myös asenteisiin esimerkiksi lisäämällä myönteistä suhtautumista kondomin käyttöä ja ehkäisyä kohtaan (Boyce ym. 2000).

Osa seksuaaliterveyden edistämistä ovat seksuaaliterveyspalvelut, jotka kuuluvat Suomessa opiskeluterveydenhuollon sisältöihin (VN asetus 6.4.2011/338). Seksuaaliterveyden edistäminen on osa kouluterveydenhoitajan työtä ja siihen kuuluu muun muassa seksuaalisuuden puheeksi ottaminen terveystarkastusten yhteydessä. Osa suomalaisnuorista kokee vaikeaksi asioida terveydenhuollossa seksuaaliterveyttä koskien. Esimerkiksi ammattiin opiskelevista pojista 13 prosenttia ja tytöistä 17 prosenttia koki vaikeaksi käydä terveydenhoitajalla tai lääkärillä näiden asioiden takia. (THL

2015.) Seksuaaliterveyden edistämisessä yhteistyö opetus- ja terveydenhuollon henkilöstön kesken on tärkeää (STM 2007).

Oppilaitokset ovat luonteva ympäristö interventioille, koska niiden kautta voidaan tehokkaasti tavoittaa suuri määrä nuoria. Vaikka seksuaaliterveysinterventioita on toteutettu suuri määrä, on yhä olemassa tarve vaikuttavien interventioiden kehittämiselle. Melko harvat interventiot ovat onnistuneet saamaan aikaan toivottavia tuloksia, vaikutukset ovat olleet vaatimattomia tai epäjohtomukaisia tai ne eivät ole säilyneet pitemmän aikavälin seurantamittauksissa. (Scher ym. 2006, DiClemente ym. 2007, Oringanje ym. 2009.) Seksuaaliterveysinterventioiden vaikutusten arviointia vaikeuttaa myös se, että interventiot toteutetaan luonnollisissa ja kompleksisissa olosuhteissa, jolloin kaikkia intervention toteutukseen, vaikutuksiin ja tuloksiin liittyviä tekijöitä on mahdotonta mitata tai kontrolloida.

Niin interventioiden toteuttaminen, tavoitteet, keinot ja sisältö kuin niiden tutkimisessa käytetyt asetelmat vaihtelevat suuresti, mikä tekee interventioiden vertailun vaikeaksi. Interventioiden toteuttajina on ollut niin opettajia ja koulujen henkilökuntaa kuin vertaisohjaajia (Stephenson ym. 2008) sekä vanhempia tai huoltajia (Akers ym. 2011). Interventioiden arvioinnissa mittareina on käytetty lähes aina seksuaalikäyttäytymistä ja lisäksi tietoja, asenteita ja käyttäytymisaikomuksia, sekä seksitauteja tai ei-toivottuja raskauksia. Interventioiden vaikutuksina on kuvattu muun muassa seksuaalisen riskikäyttäytymisen vähentymistä (Kirby 2008), lisääntynyttä ehkäisyn käyttöä (Kirby 2008), seksuaalikäyttäytymiseen liittyvien tietojen lisääntymistä (Pazol ym. 2015, Mesheriakova & Tebb 2017), myönteisempiä asenteita ehkäisyn käyttöön (Whitaker ym. 2010) ja vahvempaa luottamusta omaan kykyihinkin (self-efficacy) käyttäen kondomia (Cartagena ym. 2006).

Yksi tulos on kuitenkin yhdenmukainen lähes kaikissa tutkimuksissa: oppilaitosinterventiot eivät ole lisänneet nuorten seksuaalista aktiivisuutta. Valtaosassa tutkimuksista yhdyntäoluiden määrä ja yhdyntöjen määrä on pysynyt lähes samana tai vähentynyt hieman interventioiden aikana ja jälkeen (Wolk ym. 1995, Furstenberg ym. 1997, Guttmacher ym. 1997, Schuster ym. 1998, Kirby ym. 1999, Blake ym. 2003).

Interventioita on arvioitu myös siitä näkökulmasta, millaisia vaikutuksia erityisesti seksuaaliterveysopetuksella on nuorten seksuaalikäyttäytymiseen (Kirby ym. 2007), tietoihin (Song ym. 2000, Borawski ym. 2015), asenteisiin ja seksitautien esiintyvyyteen (Robin ym. 2004, Larsson ym. 2006, Kirby & Laris 2009). Espanjalaisessa interventiotutkimuksessa toteutettiin viisi 50 minuutin oppituntia, joiden havaittiin lisänneen nuorten tietoja hiv-infektiosta ja muista seksitaudeista sekä muuttaneen

asenteita myönteisemmiksi hiv-infektiota ja hiv-tartunnan saaneita ja kondomin käyttöä kohtaan (Morales ym. 2014).

Kondomien jakelua nuorille on tutkittu osana interventioita erityisesti 1990-luvulla Yhdysvalloissa, mutta tämän jälkeen harvemmin. Interventioiden sisällöt ja kondomien jakelutapa ovat vaihdelleet vapaasti ja maksutta jaettavista kondomeista (Schuster ym. 1998, Kirby ym. 1999), kondomiautomaateista (Kirby ym. 1999, Francis ym. 2016) tai terveydenhoitajan vastaanotolta saataviin kondomeihin (Furstenberg ym. 1997, Blake ym. 2003) ja vanhempien suostumuksella noudettaviin kondomeihin (Wolk ym. 1995, Guttmacher ym. 1997). Kondomien ohella on jaettu kirjallista materiaalia ja toteutettu seksuaaliterveysopetusta. Jakelun vaikutuksia on mitattu muun muassa jaettujen kondomien määrillä, muutoksilla opiskelijoiden asenteissa ja suhtautumisessa kondomeihin, muutoksilla seksuaalisessa aktiivisuudessa ja kondomien käytön säännöllisyydessä. Kondomien jakelua sisältävistä interventioista on saatu vaihtelevia tuloksia. Eräässä tutkimuksessa havaittiin, että opiskelijoista noin puolet käytti jaettuja kondomeja yhdynnässä ja niitä käytettiin myös kondomeihin tutustumiseen ja kokeilemiseen ilman yhdyntää (Schuster ym. 1998). Joissain oppilaitoksissa kondomien käyttö lisääntyi interventioiden seurauksena (Guttmacher ym. 1997, Schuster ym. 1998, Blake 2003) ja toisissa kondomien käyttö väheni, mutta vastaavasti hormonaalisen ehkäisyn käyttö lisääntyi (Kirby ym. 1999).

Vaikuttavan intervention tekijöinä on pidetty teoriaperusteisuutta sekä intervention monipuolisuutta ja laaja-alaisuutta. Riskikäyttäytymisen vähentämisessä intervention kohdentuminen selkeästi juuri riskejä sisältävän toiminnan vähentämiseen sekä vuorovaikutteisten ja osallistavien opetusmenetelmien käyttö näyttävät lisäävän vaikuttavuutta. Vaikutusten aikaansaamiseen tarvitaan useilla tunneilla annettua seksuaaliopetusta. (Robin ym. 2004, Liinamo 2005, Berglas ym. 2016.) Toisaalta myös melko pienen intervention, kuten yhden oppitunnin tai seksuaaliterveystietoa sisältävän lehtisen lukeminen, on havaittu lisänneen nuorten tietoja (Liinamo 2005). Opettajien ja interventioiden toteuttajien sitoutuminen on osoittautunut vaikutusten kannalta oleelliseksi (Robin ym. 2004). Tutkimusnäyttö ei pysty kuitenkaan yksiselitteisesti osoittamaan, mistä tekijöistä vaikuttava interventio muodostuu.

Osallistujien itsearviointi on tärkeä osa interventioiden kehittämistä, mikä jää usein vähälle huomiolle (Craig ym. 2013). Itsearvioinnissa saatua tietoa voidaan käyttää tutkimuksen tulosten tulkitsemisessa ja selittämisessä sekä intervention toimivuuden arvioinnissa. Osallistujien mielipiteet interventiosta ja sen hyväksyttävyyden arvostus ovat tärkeitä, kun interventioita kehitetään. (Saunders 2005.) Opiskelijoiden keskuudessa seksuaaliterveysinterventiot ovat olleet hyväksytyjä. Tärkeänä on pidetty esimerkiksi

sitä, että interventioissa jaettavia kondomeja on saatavilla useissa paikoissa ja niiden ottaminen on helppoa ja huomaamatonta (Schuster ym. 1997, Francis ym. 2016).

2.4 Yhteenveto teoreettisista lähtökohdista

Tämän tutkimuksen keskeisiä käsitteitä ovat nuorten seksuaaliterveys, seksuaalikäyttäytyminen, seksuaalikäyttäytymiseen liittyvät tiedot ja asenteet sekä seksuaaliterveyden edistäminen ja seksuaaliterveysinterventiot oppilaitoksissa. Nuoruusiän biologiset, fyysiset ja sosiaaliset muutokset altistavat nuoria seksuaaliterveyden riskeille. Nuorten seksuaaliterveyttä tulisi aina tarkastella nuoruuden kehitysvaiheiden kontekstissa.

Hyvään seksuaaliterveyteen kuuluu positiivinen lähestymistapa seksuaalisuuteen ja oikeus nautinnollisiin ja turvallisiin seksikokemuksiin. Seksuaaliterveyden indikaattoreina pidetään muun muassa seksin aloittaneiden ja kondomia käyttävien nuorten määrää, seksikumppaneiden määrää ja ennen 15 ikävuotta seksin aloittaneiden määrää. Yhteiskunnallisia indikaattoreita ovat muun muassa koulujen pakollinen seksuaaliopetus ja terveystalveluiden saatavuus. Seksuaaliterveyttä suojaavia tekijöitä ovat muun muassa hyvä vuorovaikutus huoltajien kanssa, vahva koherenssin tunne ja myönteiset suhteet muihin nuoriin ja vertaisiin. Seksuaaliterveyden riskejä lisäävät tunne-elämän kehittymättömyys, psyykinen pahoinvointi ja päihteiden käyttö sekä heikko sosiaalinen tukiverkosto.

Suomalaisnuorista noin neljännes 15-vuotiaista on ollut yhdynnässä ja kondomin käyttö on epäsäännöllistä. Yli kymmenesosalla nuorista ei ollut mitään ehkäisyä käytössään viimeisimmässä yhdynnässä. Suomessa neljäsosa klamydiatartunnoista todetaan alle 20-vuotiailla. Toistuvien klamydiatartuntojen ja tippuritartuntojen määrä on ollut nousussa, vaikka muuten klamydiatartuntojen määrä alle 20-vuotiailla on laskenut hiljalleen 2000-luvun kuluessa. Tämän tutkimuksen kohderyhmäksi valittiin ammattiin opiskelevat nuoret, jotka ovat aikaisempien tutkimusten perusteella erityisen haavoittuvassa asemassa seksuaaliterveyden suhteen. He ovat lukiossa opiskelevia ikätovereita seksuaalisesti aktiivisempia, kondomin käyttö on vähäisempää ja seksuaalinen häirintä ja väkivalta yleisempää.

Seksuaalikäyttäytymiseen liittyvät oikeat tiedot mahdollistavat tietoisten päätösten tekemisen seksuaaliterveyteen liittyen. Nuorilla on tietoa kondomin tehokkuudesta seksitautien ehkäisystä, mutta muuten tieto seksitaudeista on heikkoa. Poikien tiedot on todettu tyttöjä huonommiksi ja ammattiin opiskelevien tiedot ovat lukiolaisia heikommalla tasolla. Hyviin tietoihin on yhteydessä muun muassa vanhempien

korkeampi koulutus, aiheen ajankohtaisuus ja seksuaaliopetuksen määrä. Heikoilla tiedoilla on todettu olevan yhteys seksuaaliseen riskikäyttäytymiseen ja ei-toivottuihin raskauksiin.

Nuorten seksuaalikäyttäytymiseen liittyville asenteille ei löydy yksiselitteistä määritelmää ja asenteita on tutkittu lähinnä ehkäisyyn ja kondomin käyttöön liittyen. Ehkäisyn käyttöön yhteydessä olevia asenteita ovat muun muassa vahvempi itseluottamus, neuvottelutaidot ja kokemus sosiaalisesta tuesta. Suomalaisnuorista suurin osa kokee helpoksi puhua seksistä kumppanin kanssa, vaatia kondomin käyttöä ja hankkia kondomeja. Tyttöjen asenteet ovat poikia myönteisemmät ja nuorten asenteet ovat todennäköisemmin myönteisiä, jos he uskovat ystäviensä suhtautuvan seksiin myönteisesti. Myös hyvä vuorovaikutus vanhempien kanssa on yhteydessä myönteisempiin asenteisiin.

Oppilaitokset ovat keskeisessä roolissa nuorten seksuaaliterveyden edistämisessä. Suomessa seksuaalikasvatus on opetussuunnitelmassa ala-asteelta lähtien. Sen tavoite on tukea ja suojella nuoren seksuaalista kehitystä ja sisältöihin kuuluu muun muassa myönteisen seksuaalisuuden edistäminen sekä seksitautien ja seksuaalisen väkivallan ehkäisy. Seksuaalikasvatus sisältyy terveystiedon oppiaineeseen ja sen toteuttaminen vaihtelee oppilaitosten välillä. Seksuaalikasvatuksella on osoitettu olevan vaikutusta nuorten tietojen lisääntymiseen ja ehkäisyn käyttöön.

Oppilaitokset ovat luonteva ympäristö seksuaaliterveyden interventioille, mutta interventioiden vaikutuksia koskeva tutkimustieto on vähäistä. Tutkimusten vertailua vaikeuttaa suuri vaihtelu toteutustavoissa, sisällöissä ja asetelmissa. Interventioiden vaikutuksina on kuitenkin havaittu myönteisempiä asenteita ehkäisyä kohtaan, ehkäisyn käytön lisääntymistä, tietojen lisääntymistä ja seksuaalisen riskikäyttäytymisen vähentymistä. Tutkimusnäyttö ei pysty toistaiseksi ristiriidattomasti osoittamaan vaikuttavan intervention osa-alueita. Osallistujien itsearviointi on yksi merkittävä osa interventioiden kehittämistä. Arvioinnissa saatua tietoa voidaan käyttää tulosten tulkitsemisessä.

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ja selittää ammattiin opiskelevien 15–19-vuotiaiden nuorten seksuaalikäyttäytymistä ja seksuaalikäyttäytymiseen liittyviä tietoja ja asenteita ennen interventiota ja sen jälkeen. Lisäksi tarkoituksena on kuvata, miten ammattiin opiskelevat nuoret arvioivat oppilaitoksissa toteutettua seksuaaliterveysinterventiota. Tutkimuksessa kehitettiin seksuaaliterveysinterventio ja mittari, jolla mitattiin nuorten seksuaalikäyttäytymistä ja siihen liittyviä tietoja ja asenteita. Mittari sisälsi myös intervention toteutumista arvioivia kysymyksiä. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää nuorten seksuaaliterveyden edistämisessä ja suunniteltaessa, kehitettäessä ja toteutettaessa seksuaaliterveysinterventioita oppilaitoksissa.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaista on ammattiin opiskelevien nuorten seksuaalikäyttäytyminen ennen seksuaaliterveysinterventiota ja sen jälkeen? (Osajulkaisu I ja III)
2. Millaisia ovat ammattiin opiskelevien nuorten seksuaalikäyttäytymiseen liittyvät tiedot ennen seksuaaliterveysinterventiota ja sen jälkeen? (Osajulkaisu II ja III)
3. Millaisia ovat ammattiin opiskelevien nuorten seksuaalikäyttäytymiseen liittyvät asenteet ennen seksuaaliterveysinterventiota ja sen jälkeen? (Osajulkaisu II ja III)
4. Miten ammattiin opiskelevat nuoret arvioivat seksuaaliterveysintervention toteutumista oppilaitoksissa? (Osajulkaisu IV)

4 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS

4.1 Tutkimusasetelma ja tutkimuksen kulku

Tutkimuksessa käytettiin satunnaistettua ja kontrolloitua tutkimusasetelmaa. Tutkimuksen alkaessa kehitettiin seksuaaliterveysinterventio. Lisäksi laadittiin kyselylomake nuorten seksuaalikäyttäytymisen ja seksuaalikäyttäytymiseen liittyvien tietojen ja asenteiden mittaamiseen sekä intervention toteutumisen arviointiin. Interventioryhmään ja kontrolliryhmään satunnaistettiin yhteensä kahdeksan oppilaitosta kaikista Suomessa oppilaitosmuotoista opetussuunnitelmaperusteista ammatillista peruskoulutusta antavista oppilaitoksista.

Tutkimusaineisto kerättiin kolmessa vaiheessa. Alkumittaus suoritettiin tammi-helmikuussa 2011 ennen intervention alkamista koko tutkimusjoukolle ja siihen vastasi yhteensä 705 nuorta. Tämän jälkeen käynnistyi yksitoista viikkoa kestänyt interventiojakso neljässä oppilaitoksessa. Neljä kontrolliryhmään kuuluvaa oppilaitosta jatkoi opintoja normaalin opetussuunnitelman mukaisesti. Ensimmäinen seurantamittaus suoritettiin välittömästi intervention päättymisen jälkeen touko-kesäkuussa 2011 (interventioryhmä $n=173$, kontrolliryhmä $n=202$). Toinen seurantamittaus käynnistyi 14 viikkoa intervention päättymisen jälkeen elokuussa 2011 (interventioryhmä $n=115$, kontrolliryhmä $n=46$). Molemmilla seurantamittauskerroilla kyselylomake oli auki neljän viikon ajan. (Kuvio 1.)

Tammi-helmikuu 2011		Helmi-toukokuu	Touko-kesäkuu		Elo-syyskuu 2011	
Alkumittaus ennen interventiota		Seksuaaliterveys-intervention toteutus 11 vk	Ensimmäinen seurantamittaus 0-4 viikkoa intervention jälkeen		Toinen seurantamittaus 14-18 viikkoa intervention jälkeen	
<i>Interventio-ryhmä</i> n=517	<i>Kontrolli-ryhmä</i> n=188		<i>Interventio-ryhmä</i> n=173	<i>Kontrolli-ryhmä</i> n=202	<i>Interventio-ryhmä</i> n=115	<i>Kontrolli-ryhmä</i> n=46

Kuvio 1. Tutkimusasetelma ja tutkimukseen osallistuneiden nuorten määrä eri vaiheissa

4.2 Tutkimukseen osallistujat

Tutkimuksen perusjoukoksi määriteltiin kaikki oppilaitosmuotoista suomenkielistä opetussuunnitelmaperusteista ammatillista peruskoulutusta syksyllä 2010 antaneet oppilaitokset, pois lukien ammatilliset erityisoppilaitokset, yksinomaan aikuiskoulutusta antavat oppilaitokset ja ruotsinkielistä koulutusta antavat oppilaitokset (N=228). Tiedot oppilaitoksista ja siitä, kuinka paljon niissä oli paikkoja vuoden 2010 syksyllä ammattiin valmistavan peruskoulutuspohjaisen koulutuksen aloittaville opiskelijoille, kerättiin opetushallituksen KOULUTA-koulutustietojärjestelmästä vuodelta 2010. Kaikki tutkimusjoukkoon kuuluvat oppilaitokset ja niiden opiskelijapaikkojen määrät listattiin Excel-tiedostoon.

Satunnaistamista varten oppilaitokset jaettiin neljään kokoluokkaan aloittaville opiskelijoille varattujen oppilaspaikkojen määrän perusteella. Kokoluokkien avulla haluttiin varmistaa, että otokseen saadaan mukaan erikokoisia oppilaitoksia. Kokoluokat olivat 1) 30–49, 2) 50–99, 3) 100–199 4) yli 200 opiskelijapaikkaa. Perusjoukosta jätettiin pois alle 30 opiskelijapaikan oppilaitokset, jotta osallistujien anonymiteettiä pystyttiin suojaamaan paremmin. Jokaisesta kokoluokasta satunnaistettiin yksi oppilaitos interventioryhmään ja yksi oppilaitos kontrolliryhmään. Interventio-ryhmän kooksi tuli 1104 (=N) opiskelijapaikkaa ja kontrolliryhmän 800 (=N) opiskelijapaikkaa. Satunnaisotannan toteuttamisessa ja otoskoon määrittelyssä konsultoitiin tilastotieteilijää. Tilastotieteilijän arvion mukaan 800–1100 opiskelijan otoskoko oli

riittävä tutkimuksen jatkamiseen. Otoskoon arvioinnissa ennakoitiin kadon määräksi noin 75 prosenttia, jolloin vastaajien lopulliseksi määräksi tulisi noin 200–300 vastaajaa molemmissa tutkimusryhmissä.

Satunnaistamisen jälkeen oppilaitosten rehtoreihin otettiin yhteyttä ja heiltä tiedusteltiin halukkuutta osallistua tutkimukseen. Yksi oppilaitoksista kieltäytyi osallistumasta tutkimukseen vedoten ajanpuutteeseen ja tämän tilalle satunnaistettiin uusi oppilaitos. Tutkimusluvut haettiin oppilaitosten yksilöllisten käytäntöjen mukaisesti. Tutkimuksen alkumittaukseen helmikuussa vastasi yhteensä 705 opiskelijaa, ensimmäiseen seurantamittaukseen yhteensä 375 opiskelijaa ja toiseen 161 opiskelijaa.

4.3 Seksuaaliterveysinterventio

Tutkimuksessa kehitettiin seksuaaliterveysinterventio hyödyntämällä aikaisempaa tutkimuskirjallisuutta (mm. Furstenberg ym. 1997, Guttmacher ym. 1997, Kirby ym. 1999, Song ym. 2000, Blake ym. 2003, Liinamo 2005, Larsson ym. 2006, DiClemente ym. 2007, SAMSHA 2007, Kirby 2008, Fisher ym. 2009). Intervention kehittämisessä otettiin lähtökohdaksi olemassa olevat seksuaalikasvatuksen käytännöt Suomessa ja interventio kehitettiin vastaamaan oppilaitosten resursseja seksuaalikasvatukseen. Intervention tavoitteena oli antaa nuorille tietoa seksuaalisuudesta, turvallisemmasta seksistä, kondomin oikeasta käytöstä, seksitaudeista ja rohkaista hakeutumaan tarvittaessa testeihin.

Interventio muodostui kolmesta osa-alueesta 1) yksi seksuaaliterveyden oppitunti, 2) kirjallisten materiaalien jakelu ja 3) kondomien ilmaisjakelu. Intervention kesto oli 11 viikkoa ja se toteutettiin helmi-toukokuussa 2011 neljässä interventio-oppilaitoksessa. Ennen intervention alkua jokaiselta interventio-oppilaitokselta nimettiin vastuopettajat, jotka toteuttivat oppitunnin omille opiskelijaryhmilleen ja vastasivat myös muutoin intervention käytännön järjestelyistä oppilaitoksilla. Tutkija kävi tapaamassa vastuopettajia ennen tutkimuksen käynnistymistä ja kävi läpi heidän kanssaan tutkimuksen vaiheet ja intervention toteuttamisen.

Interventioon sisältyi yksi 45 minuutin seksuaaliterveyden oppitunti, jonka aiheet olivat seksuaalisuus, turvallisempi seksi, miten kondomia käytetään oikein, seksitaudit ja niiden testaus. Tunnilla oli mahdollisuus kysymyksiin ja keskusteluun. Oppitunnin sisällöistä laadittiin PowerPoint-esitys, jonka sisältö ja diat pohjautuivat Hiv-tukikeskuksen (nykyinen Hivpoint) nuorten seksuaaliterveyskoulutuksissa käytettyihin luentomateriaaleihin. Opettajat saivat oppitunnin sisältöjen lisäksi opettajalle tarkoitettua lisäaineistoa, josta löytyi tarkempia selityksiä sisältödioiden liittyen sekä

lähdeviitteitä. Oppitunnin lopuksi opiskelijoille jaettiin myös interventiossa jaossa ollut kirjallinen esitemateriaali sekä kondomipaketti. Opiskelijoille kerrottiin, mistä oppilaitoksella jaossa olevia materiaaleja ja kondomeja voi halutessaan noutaa lisää.

Oppilaitokset saivat jaettavaksi kirjallista materiaalia eli esitteitä ja julisteita, jotka sijoitettiin samaan paikkaan kuin ilmaisjakelukondomit ja ne olivat vapaasti opiskelijoiden otettavissa. Materiaalit noudattivat aiheiltaan oppitunnin sisältöä ja mahdollistivat opiskelijoiden itsenäisen aiheeseen tutustumisen. Intervention aikana oli jaossa viisi erilaista kirjallista materiaalia: 1) Nuorille suunnatut internetsivut www.justwearit.fi, joilla oli tietoa seksuaaliterveydestä, seksuaalisuudesta, seksistä, turvallisemmasta seksistä, seksitaudeista ja niiltä suojautumiselta. 2) Kaksi julistetta, joissa oli erilaisten nuorten kasvokuvia ja teksti “Mistä sitä tietää? Tuttu tai tuntematon, vain kondomi suojaa seksitaudilta.” 3) Esite “Seksitaudit”, jossa oli tietoa seksitaudeista ja niiden toteamisesta. 4) Esite “Hiv – vain testi kertoo”, jossa oli tietoa hiv-infektiosta ja sen toteamisesta. 5) Esite “Kortsut ja spärärit”, jossa oli tietoa kondomeista ja niiden oikeasta käytöstä. Internet-sivun linkki oli esillä oppitunnilla sekä juliste- että esitemateriaaleissa. Kaikki kirjalliset materiaalit oli tuottanut Hiv-tukikeskus (nykyinen Hivpoint). Tutkija oli osallistunut materiaalien tuottamiseen työskennellessään organisaatiossa ja niiden käyttöön interventiossa oli lupa.

Oppilaitokset saivat jaettavaksi kondomeja, jotka sijoitettiin vapaasti opiskelijoiden saataville. Kondomien sijoituspaikka valittiin yhdessä oppilaitoksen vastuupettajien kanssa niin, että kondomit olivat helposti mutta tarvittaessa huomaamattomasti otettavissa. Koulun henkilökuntaa tiedotettiin kondomien jakelusta ja siitä, että oppilaitoksen kaikilla opiskelijoilla oli mahdollisuus ottaa kondomeja vapaasti omaan käyttöönsä (liite 3). Kondomit oli pakattu pahvikoteloon, joka sisälsi kolme kondomia sekä kuvalliset käyttöohjeet. Kondomipakkaukset olivat Hiv-tukikeskuksen (nykyinen Hivpoint) tuottamia ja ne rahoitettiin sosiaali- ja terveysministeriön tuella. Kondomeja oli jaettavana tutkimuksen aikana yhteensä 135 000 kappaletta. Tutkija osallistui kondomipakkauksen suunnitteluun.

4.4 Kyselylomakkeen kehittäminen ja aineiston keruu

Kyselylomakkeen kehittämisessä sovellettiin ja hyödynnettiin aikaisempaa tutkimustietoa, kyselylomakkeita ja -mittareita nuorten seksuaalikäyttäytymisestä, siihen liittyvistä tiedoista ja asenteista sekä oppilaitoksissa toteutetuista seksuaaliterveysinterventioista (mm. CDC 2009, THL 2009, WHO 2010b). Kyselylomake oli sähköinen ja kysely toteutettiin Webropol-ohjelmalla. Taustakysymyksiä oli 16 ja ne olivat: 1)

opintojen aloittamisvuosi, 2) syntymävuosi, 3) koulutusala, 4) aiempi koulutus, 5) ke-
nen kanssa asuu, 6) vanhempien koulutus, 7) vanhempien työtilanne, 8) seurustelu-
suhde, 9) uskonnollisuus, 10) kokemus terveydenhoitajan vastaanotolle pääsyn help-
poudesta, 11) seksiin painostetuksi joutuminen, 12) tupakointi, 13) alkoholin käyttö,
14) sukupuoli, 15) synnyinmaa ja 16) koherenssin tunne. Koherenssin tunteen (sense
of coherence) mittarina käytettiin aikaisemmin kehitettyä ja suomalaisilla nuorilla tes-
tattua mittaria (Honkinen 2009). Mittari perustuu Antonovskyn (1993) mittariin ko-
herenssin tunteesta ja sisälsi kysymyksiä mielekkyyden (meaningfulness), ymmärret-
tävyuden (comprehensibility) ja hallittavuuden (manageability) osa-alueista. Kohe-
renssein tunteen mittari koostui 13 kysymyksestä, joihin vastattiin 7-portaisella Likert-
asteikolla. Vastausvaihtoehdot vaihtelivat välillä ”Erittäin harvoin tai ei koskaan” ja
”Erittäin usein”. Taustamuuttujakysymykset olivat samat kaikissa kolmessa mittauk-
sessa sekä interventio- että kontrolliryhmälle. (Liite 5.)

Seksuaalikäyttäytymisen kysymykset alkoivat kysymyksellä: ”Onko sinulla kos-
kaan elämäsi aikana ollut yhdyntää tai suuseksiä?” Jos vastaaja vastasi kysymyksen
”Kyllä”, hän siirtyi seksuaalikäyttäytymistä koskeviin jatkokysymyksiin. Jos vastaus
oli ”Ei”, vastaaja siirtyi automaattisesti ohi kaikista seksuaalikäyttäytymistä koskevista
kysymysten. Seksuaalikäyttäytymisen kysymykset koostuivat kolmesta osiosta eri sek-
sitapojen mukaan jaoteltuna. Ensimmäisessä osiossa vastattiin suuseksiä koskeviin
kysymyksiin, toisessa emätinyhdyntää ja kolmannessa anaalivydyntää koskeviin kysy-
myksiin. Jokainen osio sisälsi samankaltaiset kysymykset. Aluksi kysyttiin, kuinka
monta kertaa vastaajalla oli elämän aikana ollut kyseisiä seksikokemuksia. Mikäli ko-
kemuksia kyseisestä seksitavasta ei ollut lainkaan, vastaaja siirtyi automaattisesti seu-
raavaan osioon. Jokaisessa osiossa kysyttiin seuraavaksi seksikumppaneiden luku-
määrää elämän aikana, ikää ensimmäisellä seksikerralla, kumppanin tai vastaajan it-
sensä humalassa olemisen useutta seksin aikana, seksikertojen ja kumppaneiden mää-
rää ilman kondomia elämän aikana ja edeltävän kolmen kuukauden aikana sekä kon-
domin käytön säännöllisyyttä kyseiseen seksitapaan liittyen. (Liite 5.)

Seksuaalikäyttäytymisen mittarissa kysyttiin lisäksi, kuinka monta samaa suku-
puolta olevaa seksikumppania vastaajalla on ollut elämän aikana ja kuinka monta ker-
taa elämän aikana on ollut seksiä (emätin- tai anaalivydyntä) ilman kondomia. Nuoria
pyydettiin kirjoittamaan vastaus kysymyksiin kondomin käyttämättömyyden syistä ja
kondomin käytön syistä. Lopuksi kysyttiin, kuinka monta kertaa vastaaja on käynyt
seksitautitesteissä elämänsä aikana ja viimeisen kolmen kuukauden aikana sekä
kuinka monta kertaa vastaajalla on todettu jokin seksitauti elämänsä aikana. Seksuaal-
ikäyttäytymisen kysymykset olivat samat kaikissa kolmessa mittauksessa sekä inter-
ventio- että kontrolliryhmille. (Liite 5.)

Seksuaalikäyttäytymiseen liittyviä tietoja mitattiin kahdeksalla väittämällä, jotka koskivat seksitauteja ja niiltä suojautumista, kuten esimerkiksi ”Kaikki seksitaudit voivat olla oireettomia”. Väittämiin vastattiin asteikolla oikein, väärin tai en osaa sanoa. Lisäksi vastaajilta kysyttiin mistä tai keneltä hän on saanut tietoa seksuaalikäyttäytymiseen liittyen. Vastajat arvioivat kolmeatoista valmiiksi annettua tiedonlähdetä ja sitä, kuinka usein ne toteutuvat omalla kohdalla. (Liite 5.)

Seksuaalikäyttäytymiseen liittyvien asenteiden mittari koostui viidestätoista väittämästä, joita arvioitiin 5-portaisella Likert-asteikolla ”Täysin samaa mieltä” ja ”Täysin eri mieltä”. Asennemittari jakautui neljään osa-alueeseen ja lisäksi mitattiin asenteita kokonaisuutena. Mittarin ensimmäinen osa-alue mittasi luottamusta kondomin käyttökykyihin ja sisälsi kolme väittämää, kuten esimerkiksi ”Pelkään, että kondomin käyttäminen epäonnistuu”. Toinen osa-alue oli luottamus kommunikointikykyihin ja sisälsi kolme väittämää, kuten esimerkiksi ”Voin helposti kieltäytyä seksistä, jos en halua sitä”. Kolmas mittarin osa-alue oli sosiaalisen hyväksynnän kokemus, joka sisälsi kolme väittämää, kuten esimerkiksi ”Seksikumppanin mielipide kondomin käytöstä on minulle tärkeä” ja neljäs osa-alue kondomin käytön esteet sisälsi kuusi väittämää, kuten esimerkiksi ”Minun on helppo ostaa kondomeja, kun käytän niitä”. (Liite 5.) Seksuaalikäyttäytymiseen liittyvien tietojen ja asenteiden kysymykset olivat samat kaikissa kolmessa mittauksessa sekä interventio- että kontrolliryhmille.

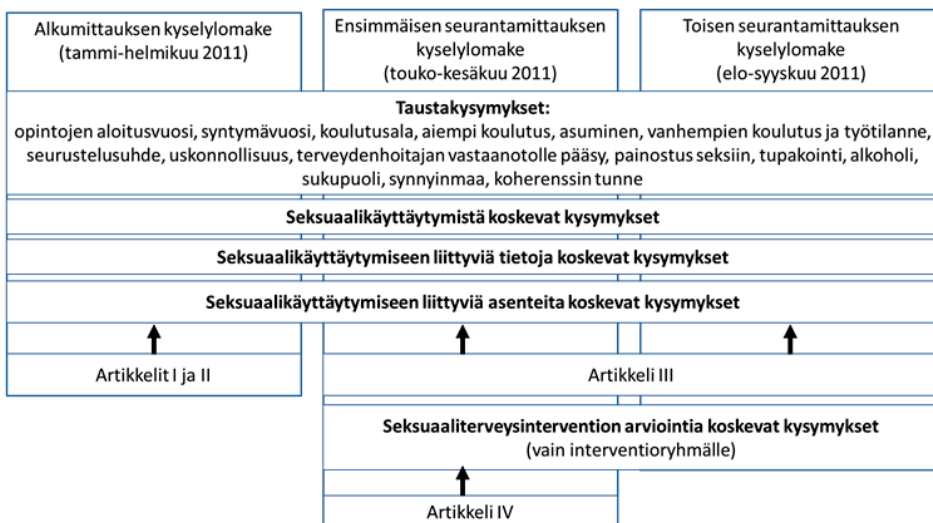
Intervention toteutumista arvioivat kysymykset sisältyivät ensimmäiseen ja toiseen seurantamittaukseen ja kysymykset esitettiin ainoastaan interventioryhmälle. Intervention arviointiin liittyviä kysymyksiä esitettiin kaikista kolmesta intervention osa-alueesta: oppitunnista, kirjallisista materiaaleista ja kondomien ilmaisjakelusta. Vastaajilta kysyttiin ensin, olivatko he osallistuneet seksuaaliterveysoppitunnille. Jos vastaaja ei ollut osallistunut oppitunnille, hän siirtyi automaattisesti arvioimaan seuraavaa osa-aluetta. Niille, jotka olivat osallistuneet oppitunnille, esitettiin viisi oppimisen kokemusta arvioivaa väittämää, kuten esimerkiksi ”Opin tunnilla paljon uutta seksuaalisuudesta”. Seuraavaksi esitettiin kolme väittämää oppitunnin toteuttamisesta, kuten sisällön kiinnostavuudesta, ymmärrettävyydestä ja mahdollisuudesta esittää kysymyksiä. Väittämiin vastattiin 5-portaisella Likert-asteikolla ”Täysin samaa mieltä” – ”Täysin eri mieltä”. Lopuksi vastaajia pyydettiin antamaan numeroarvosana oppitunnille asteikolla 1 (heikko)- 5 (kiitettävä).

Kaikkia kirjallisia materiaaleja pyydettiin arvioimaan oppimisen näkökulmasta 5-portaisella Likert-asteikolla, jossa 1 oli ”Opin siitä paljon uutta” ja 4 ”En oppinut siitä mitään uutta”. Viides vastausvaihtoehto oli ”En lukenut materiaalia”. Kondomien ilmaisjakelua arvioitiin kysymällä ensin, saiko vastaaja oppilaitoksesta ilmaisjakelukondomeja ja jos sai, kuinka monta pakettia. Seuraavaksi vastaajia pyydettiin

vastaamaan ”Kyllä” tai ”Ei” jokaiseen kysymykseen koskien interventiokondomien käyttöä. Väittämät olivat: 1) Käytin niitä [kondomeja] seksissä, 2) Harjoittelin kondomin käyttöä itsekseen, 3) Annoin kondomin jollekin toiselle, 4) Säästin kondomit myöhempää käyttöä varten, 5) Heitin pois, 6) Jotain muuta, mitä (avoin vastaus).

Niiltä vastaajilta, jotka eivät olleet saaneet kondomeja kysyttiin syytä siihen. Seuraavaksi esitettiin seitsemän väittämää kondomien jakelun toteuttamisesta. Jokainen väittämä pyydettiin arvioimaan 5-portaisella Likert-asteikolla, jossa 1 oli ”Täysin samaa mieltä” ja 5 ”Täysin eri mieltä”. Kaksi ensimmäistä väittämää koskivat kondomien jakelun herättämää keskustelua kotona tai ystävien kesken. Viisi seuraavaa väittämää olivat 1) Kondomien jakelu oppilaitoksessa oli hyvin järjestetty, 2) Hankin kondomit mieluummin muualta kuin oppilaitoksesta, 3) Kondomeja oli helppo ottaa oppilaitoksesta, 4) On hyödyllistä, että oppilaitoksessa jaetaan ilmaisia kondomeja ja 5) Kondomien jakelu oppilaitoksessa on muuttanut suhtautumistani kondomien käyttöön. (Liite 6.)

Kyselylomakkeen tekninen toimivuus ja kysymysten ymmärrettävyys testattiin ennen aineiston keruuta pilottiryhmällä, johon kuului 24 terveysalalla ammattiin opiskelevaa nuorta. Testausvaiheessa vastaajia pyydettiin antamaan palautetta epäselvistä kysymyksistä ja muista havainnoista kyselylomakkeen jälkeen olevassa avoimessa tekstikentässä. Mittareiden sisäistä luotettavuutta testattiin Cronbachin alfa-kertoimen avulla. Testauksesta tulleiden palautteiden, alfa-kertoimen sekä tilastotieteilijän konsultoinnin perusteella kyselylomakkeeseen tehtiin muokkauksia. Muutamia kysymyksiä tehtiin pieniä täsmennyksiä ja kieliopillisia parannuksia. Asennemittarin neljää väittämää muokattiin mittarin johdonmukaisuuden ja luotettavuuden parantamiseksi. Esimerkiksi väittämä ”Kannan aina kondomia varmuuden vuoksi mukana” muutettiin muotoon ”Jotta voin käyttää kondomia, on kondomi minulla aina varmuuden vuoksi mukana”. (Kuvio 2.)



Kuvio 2. Aineiston keruun kuvaus

Webropol-ohjelmaan tutkijalla oli henkilökohtainen käyttöoikeus, eivätkä ulkopuoliset päässeet tarkastelemaan kyselylomaketta tai vastauksia. Aineiston keruuta varten jokaiselle oppilaitokselle luotiin oma internetosoite ja salasana, jonka kautta opiskelijat pääsivät vastaamaan lomakkeeseen. Linkki lomakkeeseen oli auki rajatun ajan. Linkki ja salasana sähköiseen kyselylomakkeeseen toimitettiin opiskelijoille tiedotekirjeellä, jossa oli lisäksi yleistä tietoa tutkimuksesta ja tutkijan yhteystiedot (liite 1). Tiedotekirjeet opiskelijoille, vanhemmille/huoltajille (liite 2) ja koulun henkilökunnalle (liite 3) jaettiin oppilaitoksesta nimettyjen yhteysopettajien välityksellä. Kuusi oppilaitosta kahdeksasta mahdollisti opiskelijoille kyselyyn vastaamisen oppitunnin aikana tietokoneluokissa ja tiedotekirjeet jaettiin tulosteina tunnin alkaessa. Kaksi kontrolliryhmään kuulunutta oppilaitosta toimitti tutkimusta koskevat kirjeet opiskelijoille sähköpostitse ja opiskelijat vastasivat kyselyyn omalla ajallaan.

4.5 Aineiston analyysi

Aineiston analysoinnissa käytettiin IBM SPSS Statistics 24-tilasto-ohjelmaa. Aluksi Webropolissa ollut aineisto siirrettiin Excel-muotoon. Koko aineisto käytiin tässä muodossa läpi ja siitä poistettiin muutamien vastaajien vastaukset, jotka olivat selvästi epärealistisia. Tällöin vastaajat olivat esimerkiksi säännönmukaisesti valinneet

kaikkien kysymysten vastausvaihtoehdoista suurimman luvun tai vaihtoehdon. Lisäksi aineistosta poistettiin kaikkien niiden vastaajien vastaukset, jotka eivät kuuluneet kohderyhmään eli 1) olivat aloittaneet opiskelut muuna ajankohtana kuin 2010 vuoden syksyllä tai 2) joiden ikä oli alle 15 tai yli 20 vuotta. Alkumittauksen aineistosta poistettiin edellä mainittujen syiden takia 155 vastaajan vastaus, ensimmäisen seurantamittauksen aineistosta poistettiin 102 vastaajan vastaus ja toisen seurantamittauksen aineistosta poistettiin 106 vastaajan vastaus. Poistetut vastaukset olivat pääasiassa tutkimuksen kohderyhmään kuulumattomien opiskelijoiden vastauksia.

Tilastolliset analyysit aloitettiin tarkastelemalla muuttujien frekvenssi- (n) ja prosenttijakaumia (%). Luokitteluasteikollisia muuttujia luokiteltiin uudelleen yhdistämällä harvinaisimpia vastausvaihtoehtoja. Frekvensseiltään pieniä luokkia yhdistettiin suuremmiksi luokiksi. Viisiportaisissa Likert-asteikoissa alkupään ja loppupään vastausvaihtoehdot yhdistettiin, jolloin esimerkiksi ”Täysin samaa mieltä” ja ”Jokseenkin samaa mieltä” yhdistettiin arvoksi ”Samaa mieltä”. Tällä tavoin yhdistelemällä muodostettiin kahden tai kolmen arvon muuttujia analyysia varten. Koherenssin tunteen mittariin kuului kolmetoista väittämää, joihin vastattiin asteikolla 1–7. Mittarista tehtiin summamuuttuja laskemalla yhteen vastausten pisteet (teoreettinen vaihteluväli 13–91). Mitä korkeammat pisteet koherenssin tunteen muuttuja sai, sitä vahvempi oli vastaajan koherenssin tunne.

Seksuaalikäyttäytymiseen liittyvät tiedot -mittariin kuului kahdeksan väittämää. Vastaukset pisteytettiin niin, että oikeasta vastauksesta sai yhden pisteen ja väärästä tai ”En osaa sanoa” -vastauksesta nolla pistettä. Yhdestä kahteen puuttuvaa tietoa korvattiin vaihtoehdolla ”En osaa sanoa”. Jos puuttuvia tietoja oli enemmän kuin kaksi, kyseinen vastaus poistettiin tietoväittämien analyysistä. Tietoväittämiin vastanneiden määrä arvioitiin riittävän luotettavaksi analyysien tekemiseen. Vastaajan saamat pisteet laskettiin yhteen ja ne vaihtelivat nollan ja kahdeksan pisteen välillä. Tietomittarin pisteistä muodostettiin analyyseja varten ensin kolme luokkaa, jossa 8–7 pistettä tarkoitti hyviä tietoja, 6–5 pistettä heikkoja tietoja ja 4–0 pistettä erittäin heikkoja tietoja (osajulkaisu II). Tilastollisen analyysin helpottamiseksi seuraavaa analyysia varten pisteistä muodostettiin kaksi luokkaa, jossa 8–6 pistettä merkitsi hyviä tietoja ja 5–0 pistettä huonoja tietoja (osajulkaisu III). Kaksiluokkaisella muuttujalla pystyttiin samaan tulos useammista analyyseista kuin pienempiin vastaajamääriin jakautuvalla kolmiluokkaisella muuttujalla.

Seksuaalikäyttäytymiseen liittyvien asenteiden mittari jakautui neljään osa-alueeseen: 1) Luottamus kondominkäyttökykyihin, 2) Luottamus kommunikointikykyihin, 3) Sosiaalinen hyväksyntä ja 4) Kondomin käytön esteet. Asenteille kokonaisuudessaan sekä kaikille asennemittarin osa-alueille laskettiin keskihajonta (SD) ja

keskiarvomuuttuja, jonka teoreettinen vaihteluväli oli 1–5 pistettä. Keskiarvopisteet määriteltiin niin, että yli neljän pisteen keskiarvo tarkoitti erittäin myönteisiä asenteita, yli kolmen mutta alle neljän pisteen keskiarvo myönteisiä asenteita ja kolmen tai alle kolmen keskiarvo kielteisiä asenteita.

Intervention toteutumista arvioivista kysymyksistä laskettiin keskiarvomuuttuja viidelle oppitunnilla oppimista mittavalle väittämälle (Cronbachin alfa $\alpha=0,956$), kolmelle oppitunnin toteuttamista mittaavalle väittämälle ($\alpha=0,753$) ja viidelle kirjallisista materiaaleista oppimista mittaavalle väittämälle ($\alpha=0,966$). Lisäksi laskettiin keskiarvomuuttuja seitsemälle väittämälle, joilla mitattiin kondomien jakelun toteuttamista oppilaitoksessa ($\alpha=0,601$). Kaikkien summa- ja keskiarvomuuttujien jakauman muotoa tutkittiin Kolmogorov-Smirnov- ja Shapiro-Wilk-testeillä. Testien perusteella muuttujat eivät olleet normaalijakautuneita ja tämän tiedon perusteella valittiin analyysissä käytetyt menetelmät.

Taustamuuttujien yhteyttä seksuaalikäyttäytymiseen testattiin ristiintaulukoinnilla, Pearsonin khiin neliö -testillä tai Fisherin tarkalla testillä. Lisäksi käytettiin Kruskal-Wallis H-testiä, Mann-Whitney U-testiä tai Spearmanin järjestyskorrelaatiokerrointa (ρ). Koherenssin tunteen yhteyttä seksuaalikäyttäytymiseen tarkasteltiin Kruskal-Wallis H-testillä. Koherenssin tunteen yhteyttä tietoihin ja asenteisiin tarkasteltiin Spearmanin korrelaatiokertoimella. Vertailu muutoksille ennen interventiota ja intervention jälkeen tehtiin käyttämällä ristiintaulukointia, Pearsonin khiin neliö -testiä ja Kruskal-Wallis H-testiä. Kohtalaisen korrelaation rajana pidettiin arvoa $r_s=0,3$. Tilastollisissa analyyseissä merkitsevyystaso $p<0,05$ katsottiin tilastollisesti merkitseväksi. (Parahoo 2006, Polit & Peck 2012, Heikkilä 2015.)

5 TULOKSET

5.1 Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot (Osajulkaisut I, II, III)

Ennen interventiota toteutettuun alkumittaukseen vastasi 705 nuorta, jotka olivat pääasiassa iältään 16–17-vuotiaita (vaihteluväli 15–19-vuotta). Suurin osa oli 16-vuotiaita (78 %, n=529) ja 17-vuotiaita oli 18 prosenttia. Vastaajista kaksi kolmasosaa oli poikia. Suurin osa vastaajista opiskeli tekniikan ja liikenteen alalla (68 %, n=419). Muut vastaajat tulivat yhteiskuntatieteiden, liiketalouden ja hallinnon, matkailu-, ravitsemis- ja talousalalta tai kulttuurialalta. Yli puolet (55 %, n=355) vastaajista asui yhdessä kahden vanhemman tai huoltajan kanssa ja noin joka kolmas (34 %) yhden huoltajan kanssa. (Osajulkaisu I, taulukko 1.)

Suurin osa (73 %, n=498) vastaajista ei ollut seurustelusuhteessa kyselyn toteuttamisen aikaan. Seurustelevista nuorista noin puolet oli seurustellut saman kumppanin kanssa yli kuusi kuukautta. Puolet vastanneista nuorista (51 %, n=350) ei tupakoinut lainkaan, kun taas kolmasosalla (35 %) tupakointi oli päivittäistä. Noin viidesosa vastaajista (22 %, n=151) ei ollut käyttänyt koskaan alkoholia humalaan saakka. Viikoittain humalassa oli joka kuudes (17 %) vastanneista nuorista. Viidesosa (22 %, n=151) vastaajista ilmoitti kokeneensa painostusta seksiin. Tytöistä painostusta oli kokenut joka kolmas ja pojista joka viides. Vastaajista 56 prosenttia ilmoitti kokevansa terveydenhoitajan vastaanotolle pääsyn helppona. Koherenssin tunteen pisteiden keskiarvo oli 58,7 (vaihteluväli 24–91, kh 11,2). (Osajulkaisu I, taulukko 1.)

Vastaajat erosivat toisistaan jossain määrin ennen interventiota ja sen jälkeen. Interventioryhmän ensimmäisessä seurantamittauksessa vastaajat erosivat kahden muun mittauksen vastaajista siinä, että heillä oli tilastollisesti merkitsevästi yleisempää olla viikoittain humalassa ($p=0,001$) ja he kokivat vaikeammaksi päästä terveydenhoitajan vastaanotolle ($p=0,005$). (Osajulkaisu III, taulukko 1.)

Kontrolliryhmässä löytyi myös eroja ennen interventiota ja sen jälkeen tehdyissä mittauksissa. Ensimmäisen seurantamittauksen vastaajat olivat tilastollisesti merkitsevästi useammin seurustelusuhteessa ($p<0,001$) kuin alkumittaukseen tai toiseen seurantamittaukseen vastanneet. (Osajulkaisu III, taulukko 1.)

5.2 Ammattiin opiskelevien nuorten seksuaalikäyttäytyminen (Osajulkaisu I ja III)

Nuorten seksuaalikäyttäytyminen ennen interventiota näyttää aktiivisena ja monimuotoisena. Lähes kahdella kolmasosalla vastaajista (63 %, n=272) oli ollut jokin seksikokemus, joko suuseksiä tai emätin- tai anaaliyhdyntä, ainakin kerran elämänsään. Lähes kaikilla näistä seksuaalisesti kokeneista nuorista oli ollut sekä emätinyhdyntöjä että suuseksiä ja joka viides oli ollut myös anaaliyhdyntä. Ensimmäisen seksikokemuksen aikana nuoret olivat keskimäärin 15-vuotiaita. Lähes puolet (43 %, n=181) vastaajista ilmoitti olleensa emätinyhdyntänsä yli kaksikymmentä kertaa elämänsä aikana ja joka kolmannella (34 %, n=117) oli ollut vähintään viisi seksikumppania. Vastaajista noin joka kuudes ilmoitti, että oli itse tai kumppani oli humalassa aina tai usein seksin aikana. Samaa sukupuolta oleva seksikumppani oli ollut 17 prosentilla (n=72) vastaajista. (Osajulkaisu I, taulukko 2.)

Ennen interventiota nuorten kondomin käyttö oli epäsäännöllistä. Vastaajista joka kolmas (33 %, n=113) ilmoitti käyttävänsä kondomia aina emätinyhdyntänsä, muilla kondomin käyttö oli satunnaista (50 %) tai sitä ei käytetty lainkaan (17 %). Anaaliyhdyntänsä kondomia ilmoitti käyttävänsä aina viidesosa (19 %, n=13) ja suuseksissä seitsemän prosenttia (n=23). Jokin muu ehkäisy kuin kondomi oli käytössä aina emätinyhdyntänsä 41 prosentilla vastaajista (n=178). Edeltävän kolmen kuukauden aikana nuorista kaksi kolmasosaa (67 %, n=180) ilmoitti olleensa yhdynnässä ilman kondomia ja heistä suurimmalla osalla (60 %, n=89) oli ollut yksi seksikumppani. Kondomin käytön epäonnistuminen, kuten kondomin rikkoutuminen tai luiskahtaminen pois paikaltaan, oli nuorilla harvinaista. Kondomin käyttämättömyyden syyksi vastaajat (n=245) ilmoittivat yleisimmin tiedon siitä, ettei kummallakaan ollut seksitauteja (75 %) tai että joku muu ehkäisymenetelmä oli käytössä (66 %). (Osajulkaisu I, taulukko 2.) Joka viides (n=64) vastaajista ilmoitti, että oli käynyt seksitautitesteissä joskus elämänsä aikana. Yleisimmin oli käyty klamydiatesteissä, mutta muita seksitauteja oli testattu harvoin. Klamydiaa oli todettu kolmella prosentilla vastaajista (n=12).

Ennen interventiota seksuaalikäyttäytymiseen oli vahvimmin yhteydessä sukupuoli, seurustelusuhteen pituus, kokemukset painostuksesta seksiin, tupakointi, alkoholin käyttö ja koherenssin tunne. Yli kuusi kuukautta seurustelleilla oli suurempi määrä suuseksi- ja emätinyhdyntöjä, pienempi määrä kumppaneita, kondomin käyttö oli vähäisempää ja seksitautitesteissä käyminen yleisempää kuin alle kuusi kuukautta seurustelleilla. Viikoittainen humalahakuinen juominen ja päivittäinen tupakointi olivat yhteydessä varhaisempaan seksin aloittamiseen, useampiin seksikumppaneihin

sekä suuseksi- ja emätinyhdyntäkertojen suurempaan määrään. Heikko koherenssin tunne oli yhteydessä useampiin seksikumppaneihin sekä humalassa olemiseen seksin aikana. Kokemukset seksiin painostetuksi joutumisesta olivat yhteydessä humalatiilaan seksin aikana, varhaisempaan seksin aloitusikään, yhdyntöihin ilman kondomia ja suurempaan kumppaneiden määrään. Sukupuoli oli tilastollisesti erittäin merkitsevästi yhteydessä seksitautitesteissä käymiseen. Alkumittaukseen vastanneista tytöistä 38 prosenttia ja pojista yhdeksän prosenttia oli käynyt seksitautitesteissä (n=316). (Osajulkaisu I, taulukko 3.)

Interventoriyhmässä ennen ja jälkeen intervention oli tilastollisesti merkitsevä ero ($p=0,019$) ainoastaan seksitautitesteissä käymisen osalta. Testeissä käyneiden osuus nousi mittausten välillä. Alkumittauksessa ennen interventiota joka viides (21 %, n=64) ilmoitti käyneensä seksitautitesteissä, intervention jälkeen ensimmäisessä seurantamittauksessa testeissä oli käynyt 25 prosenttia vastaajista (n=27) ja toisessa seurantamittauksessa 38 prosenttia vastaajista (n=45). (Osajulkaisu III, taulukko 3.)

Kontrolliryhmässä ennen ja jälkeen intervention oli tilastollisesti merkitsevä ero ($p=0,003$) seksuaalisesti kokeneiden määrässä. Ensimmäisessä seurantamittauksessa oli enemmän heitä, joilla oli ollut seksikokemus joskus elämänsä aikana, kuin alkumittauksessa tai toisessa seurantamittauksessa. Kontrolliryhmässä oli myös tilastollisesti merkitsevä ($p=0,036$) ero seksin useudessa ilman kondomia ensimmäisen ja toisen seurantamittauksen välillä. Ensimmäisessä seurantamittauksessa 40 % (n=35) kertoi käyttävänsä aina kondomia, kun taas toisessa seurantamittauksessa luku oli 24 % (n=6). (Osajulkaisu III, taulukko 3.)

5.3 Ammattiin opiskelevien nuorten seksuaalikäyttäytymiseen liittyvät tiedot (Osajulkaisu II ja III)

Nuorten seksuaalikäyttäytymiseen liittyvät tiedot olivat varsin heikot ennen interventiota. Alkumittauksessa vastattiin oikein keskimäärin viiteen kysymykseen kahdeksasta (n=699). Erittäin hyvät tiedot seksuaalikäyttäytymisestä eli 8–7 oikeaa vastausta oli joka neljännellä vastaajalla. Seitsemän prosenttia vastasi kaikkiin kysymyksiin oikein. Erittäin huonot tiedot eli 4–0 oikeaa vastausta oli joka kolmannella nuorella. Parhaiten tiedettiin, että suuseksissä on riski seksitautitartunnalle ja että ehkäisypillirit eivät suojaa seksitaudeilta. Noin joka neljäs (27 %) tiesi, että seksitaudit voivat olla täysin oireettomia. Alle puolet (47 %) nuorista tiesi, ettei hiv tartu suutelemalla ja 56 prosenttia tiesi, ettei hiv voi tarttua wc-istuimen reunalta. (Osajulkaisu II, taulukko 1.)

Ennen interventiota nuoret (n=699) ilmoittivat yleisimmäksi tiedonlähteeksi seksuaalikäyttäytymiseen liittyen koulun oppitunnit (52 %) sekä ystävät (40 %). Tytöt saivat tietoa poikia useammin äidiltä. Tytöistä 31 prosenttia oli saanut tietoa äidiltä ja neljä prosenttia isältä. Pojat saivat tietoa yhtä usein (13 %) molemmilta vanhemmilta.

Ennen interventiota tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä tietoihin olivat seurustelu-suhteen pituus ja sukupuoli. Yli kuusi kuukautta seurustelleiden tiedot olivat tilastollisesti merkitsevästi (p=0,003) paremmat kuin alle kuusi kuukautta seurustelleiden tai heidän, jotka eivät seurustelleet. Myös sukupuoli oli tilastollisesti merkitsevästi (p<0,001) yhteydessä tietoihin. Tytöistä joka kolmannen (33 %) tiedot olivat erittäin hyvät eli oikeita vastauksia oli 7–8. Pojista viidenneksellä (22 %) oli erittäin hyvät tiedot. Erittäin heikot tiedot eli korkeintaan puolet vastauksista oikein oli tytöistä 15 prosentilla ja pojista 36 prosentilla. Hyvät tiedot olivat myös tilastollisesti merkitsevästi (p=0,005) yhteydessä viikoittaiseen humalahakuiseen alkoholin käyttöön. (Osajulkaisu II, taulukko 3.)

Tietoja tarkasteltiin ennen ja jälkeen intervention. Interventioyhmässä ennen interventiota tehdyssä alkumittauksessa puolella (50 %, n=240) vastaajista oli hyvät tiedot eli 6–8 oikeaa vastausta seksuaalikäyttäytymiseen liittyen. Ensimmäisessä seurantamittauksessa heti intervention jälkeen tiedot olivat hyvät 47 prosentilla (n=75) ja toisessa seurantamittauksessa 58 prosentilla (n=114). Ero ensimmäisen ja toisen seurantamittauksen välillä oli tilastollisesti merkitsevä (p=0,030).

Myös kontrolliryhmässä tiedoissa oli tilastollisesti merkitsevä (p=0,025) ero ennen interventiota ja sen jälkeen tehdyissä mittauksissa. Alkumittauksessa hyvät tiedot oli 41 prosentilla vastaajista (n=69) ja ensimmäisessä seurantamittauksessa 59 prosentilla vastaajista (n=64). Toisessa seurantamittauksessa ei ollut tilastollisesti merkitsevää eroa suhteessa kahteen muuhun mittaukseen.

5.4 Ammattiin opiskelevien nuorten seksuaalikäyttäytymiseen liittyvät asenteet (Osajulkaisu II ja III)

Ennen interventiota nuorten seksuaalikäyttäytymiseen liittyvät asenteet olivat keskimäärin myönteisiä (ka>3,0) kaikilla mitatuilla osa-alueilla. Vastaajista 40 % oli erittäin myönteinen (ka>4,0) luottamus omiin kykyihin käyttää kondomia (n=258), kokemus sosiaalisesta hyväksynnästä (n=255) sekä kokemus kondomin käytön esteettömyydestä (n=254). Puolella vastaajista oli erittäin myönteinen luottamus kykyihin kommunikoida seksikumppanin kanssa (n=255).

Ennen interventiota asenteisiin oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä sukupuoli, asuminen kahden vanhemman/huoltajan kanssa ja alkoholinkäyttö. Pojilla oli tilastollisesti merkitsevästi ($p < 0,001$) myönteisempi luottamus omiin kykyihin käyttää kondomia kuin tytöillä. Tytöt taas luottivat poikia useammin kommunikointitaitoihinsa seksikumppanin kanssa ($p < 0,001$), kokivat vahvempaa sosiaalista hyväksyntää ($p = 0,002$) ja kokivat vähemmän kondomin käytön esteitä ($p < 0,001$). Yli kuusi kuukautta seurustelleilla nuorilla oli tilastollisesti merkitsevästi vahvempi luottamus omiin kondominkäyttökykyihin ($p = 0,007$) ja kommunikointikykyihin ($p < 0,001$) ja heidän kokonaisasenteensa olivat keskimäärin myönteisempiä ($p = 0,004$) kuin vähemmän aikaa seurustelleilla tai ei-seurustelevilla. Molempien vanhempien/huoltajien kanssa asuvilla nuorilla oli tilastollisesti merkitsevästi vähäisempi luottamus omiin kommunikointikykyihin ($p = 0,007$) ja heidän kokemuksensa sosiaalisesta hyväksynnästä oli muita vähäisempää ($p = 0,001$). Viikoittainen humalahakuinen alkoholinkäyttö oli yhteydessä myönteisempiin asenteisiin kokonaisuudessaan ($p < 0,001$) sekä vahvempaan luottamukseen omiin kondominkäyttökykyihin ($p < 0,001$) ja kommunikointikykyihin ($p = 0,002$). Vahvemmallalla koherenssin tunteella oli myös yhteys myönteisiin asenteisiin kaikilla osa-alueilla, mutta korrelaatio oli heikko. (Osajulkaisu II, taulukko 3.)

Asenteissa ilmeni jonkin verran vaihtelua, kun niitä tarkasteltiin ennen ja jälkeen intervention. Interventoryhmässä seksuaalikäyttäytymisen asenteet olivat myönteisiä ($ka > 3,0$) kaikilla osa-alueilla kaikissa mittauksissa. Asenteiden keskiarvo kokonaisuudessaan oli kuitenkin tilastollisesti merkitsevästi ($p < 0,001$) alhaisempi interventoryhmän ensimmäisessä seurantamittauksessa ($ka = 3,7$) kuin kahdessa muussa mittauksessa ($ka = 3,9$). Ensimmäisen seurantamittauksen vastaajilla oli heikompi luottamus omiin kykyihin kommunikaatiossa ($p = 0,003$), heikompi sosiaalisen tuen kokemus ($p = 0,003$) ja he kokivat enemmän kondomin käytön esteitä ($p < 0,001$) kuin alkumittauksen tai toisen seurantamittauksen vastaajat. (Osajulkaisu III, taulukko 2.)

Kontrolliryhmässä ennen ja jälkeen intervention asenteet olivat keskimäärin myönteisiä ($ka > 3,0$) niin kokonaisuudessaan kuin neljän osa-alueen osalta. Kontrolliryhmässä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja asenteissa eri mittauskertojen välillä. (Osajulkaisu III, taulukko 2.)

5.5 Seksuaaliterveysintervention arviointi (Osajulkaisu IV)

Seksuaaliterveysintervention arviointia koskeva tieto analysoitiin ensimmäisen seurantamittauksen vastauksista. Intervention arviointi oli myönteinen kaikkien intervention osa-alueiden osalta: oppitunnin, kirjallisten materiaalien ja kondomien jake- lun. Valtaosa vastaajista (73 %, n=90) oli osallistunut seksuaaliterveysoppitunnille kevään aikana. Lähes puolet osallistujista (43 %) piti oppituntia hyvänä tai erinomai- sena ja yhtä moni arvioi oppitunnin tyydyttäväksi. Oppitunnille annetun arvosanan keskiarvo oli 3,35 (n=120, vaihteluväli 1–5).

Nuoret arvioivat oppineensa oppitunnilla ”paljon uutta” seksitaudeista (33 %, n=40), seksuaalisuudesta (30 %, n=37) ja turvallisemmasta seksistä (27 %, n=33). Noin viidesosa arvioi oppineensa ”paljon uutta” seksistä ja kondomin käytöstä. Op- pitunnilla oppimisen pisteiden keskiarvo oli 3,4 (SD 1,2, vaihteluväli 1–5). Oppitun- tia arvioitiin myös sen toteuttamisen näkökulmasta. Suurin osa oli sitä mieltä, että oppitunnin sisältö oli helppo ymmärtää (63 %, n=77) ja että tunnilla oli mahdollisuus kysyä kysymyksiä (54 %, n=65). Joka kolmas (33 %, n=40) piti oppituntia kiinnostava- na. Oppitunnin toteuttamiselle annettujen pisteiden keskiarvo oli 2,6 (SD 1,0, vaih- teluväli 1–5). (Osajulkaisu IV, taulukko 3.)

Oppitunnin arviointiin oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä vastaajan seurusteleminen. Seurustelusuhteessa olevat nuoret arvioivat useammin oppineensa oppi- tunnilla paljon uutta seksitaudeista, turvallisemmasta seksistä ja seksistä kuin ne, jotka eivät seurustelleet. Seurustelevat nuoret olivat myös useammin saamaa mieltä siitä, että tunti oli helppo ymmärtää ja tunnilla oli mahdollisuus kysyä kysymyksiä. (Osa- julkaisu IV, taulukko 5.)

Intervention aikana jaettuun kirjallisiin materiaaleihin oli tutustunut suurin osa vastaajista. Kolme neljästä (75 %, n=94) oli lukenut vähintään yhden kirjallisista ma- teriaaleista. Yleisimmin (71 %, n=89) oli luettu ”Kortsut ja spärdärit” -esitettä kon- domeista ja niiden oikeasta käytöstä. Kaikista viidestä materiaalista vähiten oli luettu internet-sivuja ”www.justwearit.fi”, mutta myös niihin oli tutustunut kaksi kolmas- osaa (66 %) vastaajista. Nuorista 38 prosenttia (n=44) arvioi oppineensa ”paljon uutta” esitteestä ”Hiv näkyy vain testissä”, jossa kerrotaan hiv-infektiosta ja sen tes- tauksesta. Kolmasosa (34 %, n=39) arvioi oppineensa ”paljon uutta” ”Seksitaudit” - esitteestä ja neljännes vastaajista oli oppinut ”paljon uutta” ”Kortsut ja spärdärit” - esitteestä. Julisteista ja nettisivuilta oli oppinut ”paljon uutta” noin joka neljäs vastaa- jista. Materiaaleista oppimiselle annettujen pisteiden keskiarvo oli 3,3 (SD 1,2, vaih- teluväli 1–5). (Osajulkaisu IV, taulukko 4.)

Materiaalien lukeminen ja niistä oppimisen kokemus olivat tilastollisesti merkitsevästi ($p < 0,001$) yhteydessä kokemukseen kouluterveydenhoitajan vastaanotolle pääsyn helppoudesta. Ne, joiden mielestä terveydenhoitajan vastaanotolle oli helppo päästä, lukivat useammin materiaaleja ja arvioivat useammin oppineensa niistä uutta tietoa kuin ne, joiden mielestä terveydenhoitajan vastaanotolle pääsy on vaikeaa. (Osajulkaisu IV, taulukko 5.)

Ilmaisia interventiokondomeja oli ottanut valtaosa nuorista (78 %, $n=102$). Useimmat (42 %) olivat ottaneet kahdesta viiteen kondomipakettia (paketissa kolme kondomia). Noin joka kolmas (35 %) oli ottanut enemmän kuin viisi pakettia. Yleisimmin nuoret kertoivat säästäneensä kondomit myöhempää käyttöä varten (73 %, $n=96$), lähes puolet (46 %) oli käyttänyt kondomeja seksikontaktissa ja viidennes (20 %) oli antanut kondomit jollekin toiselle. Osa kertoi harjoitelleensa kondomin käyttöä itsekseen (16 %) tai heittäneensä kondomit pois (15 %). Se, miten kondomeja käytettiin, oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä seurustelemiseen ja sukupuoliin. Seurustelusuhhteessa olevat käyttivät kondomeja muita useammin seksikontaktissa ($p < 0,001$). Pojat säästivät kondomeja myöhempää käyttöä varten ($p=0,049$) ja harjoittelivat kondomin käyttöä itsekseen ($p=0,008$) tyttöjä useammin.

Kaikki interventioryhmään kuuluneet nuoret, myös he, jotka eivät olleet itse ottaneet kondomeja, arvioivat kondomien jakelun toteutusta oppilaitoksissa. Suurin osa (62 %, $n=98$) oli sitä mieltä, että kondomien jakelu oppilaitoksissa on hyödyllistä. Eri mieltä asiasta oli 8 % nuorista. Yli puolet (59 %, $n=93$) nuorista arvioi, että kondomeja oli helppo ottaa oppilaitokselta ja 42 prosenttia ($n=66$) oli sitä mieltä, että jakelu oli hyvin järjestetty. Vastaaajista 39 prosenttia ($n=61$) arvioi jakelun herättäneen keskustelua ystävien kanssa, kun taas kahdeksan prosenttia ($n=13$) arvioi jakelun herättäneen keskustelua kotona. Joka kolmas (34 %, $n=54$) oli sitä mieltä, että hankkii kondomeja mieluummin jostain muualta kuin oppilaitoksesta. (Osajulkaisu IV, taulukko 3.)

Kondomien jakelun arviointi oli yhteydessä kokemukseen kouluterveydenhoitajan vastaanotolle pääsyn helppoudesta. Ne, joiden mielestä kouluterveydenhoitajalle oli helppo päästä arvioivat kondomien jakelun muita useammin hyödylliseksi ($p < 0,001$), hyvin järjestetyksi ($p=0,014$) ja interventiokondomien saamisen helpoksi ($p=0,009$). He myös arvioivat muita useammin, että kondomien jakelu oli herättänyt keskustelua kotona ($p=0,012$). (Osajulkaisu IV, taulukko 5.)

5.6 Tulosten yhteenveto

Osallistujat olivat pääasiassa 16–17-vuotiaita ammattiin opiskelevia nuoria ja heistä kaksi kolmasosaa poikia. Suurin osa vastaajista ei ollut seurustelusuhteessa. Seurustelevista nuorista noin puolet oli ollut saman kumppanin kanssa yli kuusi kuukautta. Nuorista kolmannes tupakoi päivittäin ja viikoittain oli humalassa joka kuudes. Viidennes vastaajista oli kokenut painostusta seksiin. Hieman yli puolet koki terveydenhoitajan vastaanotolle pääsyn helpoksi. Interventoryhmässä ensimmäiseen seurantamittaukseen osallistuneet erosivat kahden muun mittauksen osallistujista siinä, että heillä oli yleisempää olla viikoittain humalassa ja he kokivat terveydenhoitajalle pääsyn vaikeaksi. Kontrolliryhmässä ensimmäisen seurantamittauksen vastaajat olivat kahta muuta mittausta useammin seurustelusuhteessa.

Ennen interventiota noin kahdella kolmasosalla vastaajista oli ollut joku seksikokemus elämänsä aikana. Lähes kaikilla oli kokemusta sekä emätinyhdyntästä että suuseksistä. Kolmannes ilmoitti, että heillä oli ollut viisi tai useampia seksikumppaneita. Samaa sukupuolta oleva seksikumppani oli 17 prosentilla vastaajista. Kondomin käyttö oli nuorilla epäsäännöllistä. Yleisintä kondomin käyttö oli emätinyhdyntäessä, jossa kolmannes kertoi käyttävänsä aina kondomia. Seksitauteja, pääasiassa klamydiaa, oli testattu viidennekseltä vastaajista. Tytöistä lähes 40 prosenttia ja pojista alle 10 prosenttia oli käynyt testeissä. Ero sukupuolten välillä oli tilastollisesti merkitsevä. Intervention jälkeen tehdyissä mittauksissa seksitautitesteissä käyminen oli tilastollisesti merkitsevästi yleisempää kuin alkumittauksessa.

Ennen interventiota nuorista kolmanneksella oli erittäin heikot tiedot seksuaalikäyttäytymiseen liittyen. Heikoimmin tiedetyt kysymykset liittyivät seksitautien oireettomuuteen ja hiv-infektion tarttumiseen. Yli kuusi kuukautta seurustelleiden tiedot olivat merkitsevästi muita paremmat. Asenteet olivat myönteisiä kaikilla mitatuilla osa-alueilla. Tiedoissa tapahtui jossain määrin muutoksia sekä interventio että kontrolliryhmässä, mutta interventoryhmässä muutos ei ollut tilastollisesti merkitsevä.

Asenteet olivat kaikissa mittauksissa ja kaikilla osa-alueilla myönteisiä. Pojilla oli myönteisempi luottamus omiin kykyihin käyttää kondomia, kun taas tytöt luottivat useammin kommunikointitaitoihinsa seksikumppanin kanssa, kokivat vahvempaa sosiaalista hyväksyntää ja vähemmän kondomin käytön esteitä. Yli kuusi kuukautta seurustelleiden asenteet olivat muita myönteisemmät.

Seksuaaliterveysintervention arviointi oli myönteinen kaikilla osa-alueilla niin opitunnin, kirjallisten materiaalien kuin kondomien jakelun osalta. Lähes 80 prosenttia vastaajista oli ottanut interventiokondomeja. Suurin osa oli säästänyt kondomit

myöhempään käyttöön ja lähes puolet käyttänyt niitä seksikontaktissa. Yli puolet vastaajista oli sitä mieltä, että kondomien jakelu on hyödyllistä. Seurustelusuhteessa olevat nuoret arvioivat oppineensa tunneilla ”paljon uutta” useammin kuin ne, jotka eivät seurustelleet. Kokemus kouluterveydenhoitajan vastaanotolle pääsyn helppoudesta oli yhteydessä kirjallisista materiaaleista oppimisen ja kondomien jakelun hyödyllisyyden kokemukseen.

6 POHDINTA

6.1 Tutkimuksen eettisyys

Seksuaaliterveys ja seksuaalikäyttäytyminen ovat tutkimuksen aiheena sensitiivisiä ja eettisten näkökohtien ottaminen huomioon on keskeistä varsinkin, kun tutkimus kohdistuu alaikäisiin nuoriin. Tutkimuksen toteuttamisen eettisistä näkökohdista konsultoitiin eettistä toimikuntaa 23.4.2009. Toimikunnan arvioinnin mukaan kyseessä ei ollut lain (laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 488/1999) tarkoittama tutkimus, jolle tulisi hakea eettisen toimikunnan ennakoarviointi. Tutkimusluvut haettiin oppilaitosten omien tutkimuslupakäytäntöjen mukaisesti. Oppilaitokset saivat tutkimuksesta kertovat tiedotekirjeet, jotka oppilaitoksen toimesta jaettiin opiskelijoille (liite 1), vanhemmille/huoltajille (liite 2) sekä henkilöstölle (liite 3 ja 4). Huoltajilla oli halutessaan mahdollisuus kieltää alaikäisen opiskelijan osallistuminen tutkimukseen.

Aineisto kerättiin sähköisellä lomakkeella anonyymina kyselynä. Aiheen sensitiivisyydestä ja tutkimusjoukon nuoresta iästä johtuen kyselylomakkeisiin ei liitetty tunnistetietoja, joilla vastaajia olisi voitu yksilöidä. Kyselylomakkeen tallentuminen tietokantaan tapahtui myös ilman tunnistetietoja. Näin varmistettiin tietojen luottamuksellisuus ja vastaajien tunnistamattomuus. Otannasta jätettiin pois kaikkein pienimmät oppilaitokset ja mukaan otettiin vain yli 30 opiskelijan oppilaitokset opiskelijoiden tietosuojaan ja anonyymiteetin turvaamiseksi. Tutkimuksen missään vaiheessa tutkijalle ei kertynyt henkilörekisteriä vaan tutkimuksen tiedotus ja aineiston keruu tapahtuivat oppilaitosten yhteyshenkilöiden kautta. Sähköinen kysely toteutettiin Webropol-ohjelmalla, johon tallennettuihin tietoihin vain tutkijalla oli henkilökohtainen käyttöoikeus. Tutkimuksen aineisto säilytettiin tutkijan henkilökohtaisella tietokoneella ja henkilökohtaisella verkkoasemalla, joihin kirjautuminen vaati salasanan. Tutkimusaineisto hävitetään, kun se on tämän tutkimuksen jälkeen käynyt tarpeettomaksi.

Tutkimukseen osallistujien itsemääräämisoikeus perustuu siihen, että heillä on mahdollisuus kaikissa vaiheissa itse päättää, osallistuvatko he tutkimukseen ja vastaavatko heille esitettyihin kysymyksiin. Osallistujille on annettava riittävästi tietoa tutkimuksesta, jotta he voivat tehdä päätöksiä osallistumisestaan. (Kuula 2015.) Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja opiskelijalle kerrottiin mahdollisuudesta

kieltäytyä osallistumasta tutkimukseen, keskeyttää osallistuminen tai jättää vastamatta yksittäisiin kysymyksiin missä vaiheessa tahansa. Tutkimuslomakkeen lopussa opiskelijan piti lähettää lomake painamalla ”Lähetä vastaukset” -painiketta, jolloin opiskelija teki vielä tietoisin päätöksen siitä, osallistuuko tutkimukseen lähettämällä vastauksensa.

Eettisestä näkökulmasta voidaan tarkastella myös sitä, aiheutuuko tutkimukseen osallistujille henkisiä, sosiaalisia tai taloudellisia vahinkoja. Vahinkoja ehkäistään kunnioittamalla osallistujia ja huomioimalla tutkimuksen mahdollisesti herättämät tunteet ja kysymykset. (Kuula 2015.) Tutkimukseen osallistujille annettiin tutkijan ja Hiv-tukikeskuksen (nykyinen Hivpoint) puhelinnumerot sekä sähköpostiosoitteet ja osallistujia kehoitettiin ottamaan yhteyttä näihin tahoihin tai oppilaitoksen terveydenhoitajaan, mikäli aihe herätti kysymyksiä. Yhteystiedot olivat esillä tiedotekirjeissä, kirjallisissa materiaaleissa ja kyselylomakkeissa. Sähköinen kyselylomake mahdollisti sen, että opiskelijalta voitiin kysyä ainoastaan häntä koskevia kysymyksiä. Lomakkeeseen rakennettiin automaattisia siirtymiä kysymyksistä toiseen riippuen siitä, miten edelliseen kysymykseen oli vastattu. Tällöin esimerkiksi niiden vastaajien, joilla ei ollut vielä seksikokemuksia, ei tarvinnut vastata seksuaalikäyttäytymistä koskeviin kysymyksiin. Kyselylomakkeessa ei ollut pakollisia kysymyksiä, joten vastaaja sai halutessaan jättää vastaamatta yksittäiseen kysymykseen.

Tutkimuslomakkeen ja interventiomateriaalien kieleen kiinnitettiin erityistä huomiota, jotta jokainen pystyi vastaamaan kysymyksiin sukupuoli- tai seksuaali-identiteetistään riippumatta. Kyselylomakkeessa ei esimerkiksi puhuttu ”tyttö- tai poikaystävästä”, vaan käytettiin neutraalia termiä ”kumppani”. Tutkimuksessa myös eroteltiin seksuaalikäyttäytyminen emätinyhdyntöihin, suuseksiin ja anaalivydyntöihin, jolloin tietoa seksuaalikäyttäytymisestä saatiin monipuolisemmin.

Tutkimuksen lähtökohtana oli seksuaalikäyttäytymisen näkeminen nuoruuteen luonnollisesti kuuluvana asiana ja voimavarana, ei riskikäyttäytymisenä. Tämä lähtökohta näkyi intervention ja kyselylomakkeen kehittämisessä sekä tulosten analysoinnissa. Riskidiskurssia on pidetty haitallisena, koska se voi turhaan stigmatisoida esimerkiksi seksitautitartunnan saaneita ja nostaa kynnyksen tutkimuksiin ja hoitoon hakeutumiseen (Lehtinen ym. 2009). Vaikka nuoruuteen liittyvät kehitysvaiheet asettavat nuoret seksuaaliterveyden suhteen haavoittuvaan asemaan, olisi tärkeä pitää yllä voimavaralähtöistä näkökulmaa. Nuorille seksuaalisuus ja seksi ovat erittäin tärkeä osa elämää (Kuorti & Jähi 2009). Tutkijan oma koulutus ja työkokemus seksuaaliterveyden edistämisestä antoivat valmiuksia arvioida tutkimukseen liittyviä kielellisiä ja diskursseihin liittyviä eettisiä näkökulmia.

Oppilaitoksille tai opiskelijoille ei syntynyt tutkimukseen osallistumisesta kustannuksia. Tutkimuksen aikana jaetut materiaalit ja kondomit olivat oppilaitoksille ilmaisia. Tutkimukseen osallistuminen ei rajannut oppilaitosten tai opiskelijoiden osallistumista muuhun toimintaan; oppilaitokset saivat vapaasti toteuttaa myös muuta opetussuunnitelman mukaista seksuaaliterveyden edistämistä intervention aikana. Tutkimuksen päättymisen jälkeen myös kontrollioppilaitoksille lähetettiin ilmaisia kondomeja sekä kirjallista materiaalia jaettavaksi opiskelijoille.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

6.2.1 Mittareiden ja tutkimusprosessin luotettavuuden tarkastelu

Tutkimusaineiston keräämiseksi kehitettiin sähköinen kyselylomake, joka laadittiin aikaisemman tutkimustiedon perusteella ja esitettiin luotettavuuden varmistamiseksi (Heikkilä 2014). Taustamuuttujat valittiin aikaisemman tutkimustiedon ja intervention tavoitteiden perusteella. Koherenssin tunteen mittaamiseen käytettiin valmista mittarilla, jonka oli aikaisemmissa tutkimuksissa todettu soveltuvan suomalaisten nuorten tutkimiseen (Honkinen 2009). Koherenssin tunne valittiin taustamuuttujaksi, koska sillä on havaittu olevan yhteys terveyttä edistävään ja riskeiltä suojaavaan käyttäytymiseen (Wainwright ym. 2007, Mattila ym. 2011). Heikolla koherenssin tunteella on havaittu yhteys nuorten kokemuksiin seksuaalisesta hyväksikäytöstä (Priebe ym. 2010).

Seksuaalikäyttäytymiseen liittyvien kysymysten valintaan vaikutti tutkimuksessa käytetty interventio ja sen keinot ja tavoitteet sekä aikaisempi tutkimustieto. Kysymyksiä esitettiin yhdyntöihin, suuseksiin ja anaaliseksiin liittyen. Tällä tavalla saatiin aikaisempaa tutkimusta monipuolisempaa ja tarkempaa tietoa nuorten seksuaalikäyttäytymisestä. Tässä tutkimuksessa tietoja mitattiin kahdeksalla oikein-väärin-väittämällä. Valmiilla väittämällä kerättävää tietoa on kritisoitu siitä, että se ei ota huomioon nuorten omaa ymmärrystä ja taustalla olevaa tietoa seksuaalikäyttäytymisestä. (Rock ym. 2003). Oikea vastaus voidaan myös antaa vahingossa tai arvaamalla. Tässä tutkimuksessa saadut tulokset ovat kuitenkin samansuuntaisia aikaisemman tutkimuksen kanssa, jossa nuorten tietoja seksuaalikäyttäytymiseen liittyen on tutkittu samantyyppisillä oikein-väärin-väittämällä. Tämä viittaa siihen, että tulokset ovat varsin luotettavat.

Seksuaalikäyttäytymiseen liittyvien asenteiden mittaamiseen kehitettiin neljästä osa-alueesta koostuva mittari. Mittaria ei ole käytetty aikaisemmissa tutkimuksissa, joten sen sisällön kehittäminen sekä pätevyyden ja sisäisen johdonmukaisuuden testaaminen vaativat vielä lisätutkimusta. Asennemittarissa yhdistettiin ja sovellettiin välttämisiä useista aikaisemmin käytetyistä seksuaalikäyttäytymiseen liittyvien asenteiden mittareista. Mittarille tehdyn esitestauksen perusteella neljää asennemittarin välttämää muokattiin selkeämmäksi mittarin johdonmukaisuuden parantamiseksi. Asennemittarin Cronbachin alfa-kertoimet vaihtelivat välillä 0,55–0,78, jolloin mittarin voidaan katsoa osoittavan riittävän vahvaa sisäistä johdonmukaisuutta (Heikkilä 2014). Uuden mittarin kyseessä ollessa näitä kertoimia pidetään kohtuullisina (Adamson & Prion 2013). Luotettavuudesta saadaan viitteitä myös siitä, että kolme kertaa toistetuissa mittauksissa tulokset olivat linjassa toistensa kanssa ja tulokset olivat yhteneviä aikaisempien tutkimustulosten kanssa (Vehkalahti 2002, Kellar & Kelvin 2013).

Sähköinen kyselylomake aineistonkeruumenetelmänä valittiin sen käytännöllisyyden vuoksi. Lomake oli helppo jakaa linkkinä osallistujille ja aineisto tallentui suoraan sähköiseen muotoon. Aikaisemmissa tutkimuksissa on myös todettu, että vastaajat kokevat turvalliseksi kertoa sensitiivisistä ja henkilökohtaisista aiheista anonyymien sähköisen kyselyn avulla (Gray ym. 2016). Kyselylomakkeessa kiinnitettiin erityistä huomiota kieleen ja termien ymmärrettävyyteen. Kysymykset muotoiltiin niin, että niihin pystyi vastaamaan riippumatta seksuaali- tai sukupuoli-identiteetistä. Lomakkeessa puhuttiin kumppaneista ja seksuaalikäyttäytymistä koskien kysyttiin erikseen erilaisista seksitavoista, emätinyhdyntöistä, suuseksistä ja anaaliyhdyntöistä, jolloin vastaukset eivät rajautuneet vain naisen ja miehen väliseen seksikäyttäytymiseen.

Oppilaitokset valittiin tutkimukseen satunnaisotannalla. Satunnaisotannasta huolimatta aineisto vinoutui tekniikan ja liikenteen alan sekä poikien yliedustuksen suhteen. Tutkimukseen osallistuneista suurin osa oli iältään 16-vuotiaita ja valtaosa oli poikia. Tyttöjen määrä (n=215) aineistossa oli tilastotieteilijän konsultaation perusteella riittävä analyysien toteuttamiseen käytetyillä menetelmillä. Tulokset ovat yleis-tettävissä ammatillisissa oppilaitoksissa opiskeleviin nuoriin, mutta tulosten tulkin-nassa aineiston poikavoittoisuus on hyvä ottaa huomioon.

Tutkimuksen yleistettävyyteen vaikuttaa myös se, että tutkimusprosessi on kestänyt pitkään. Tutkimuksen aineiston keruu toteutettiin vuonna 2011 ja viimeiset tulokset on raportoitu vuonna 2019. Tällä ajanjaksolla merkittäviä muutoksia on tapahtunut muun muassa nuorten päivittäisessä tupakoinnissa ja humalahakuisessa alkoholin käytössä. Tämän tutkimuksen vastaajista 35 prosenttia tupakoi päivittäin. Tuoreimmassa kouluterveyskyselyssä päivittäin tupakoivia ammattiin opiskelevia

nuoria oli noin 23 prosenttia (THL 2017). Vähintään kerran kuukaudessa tosi humalassa oli vuonna 2008 40 prosenttia ammattiin opiskelevista nuorista. Vuonna 2017 määrä oli 28 prosenttia (THL 2017). Näitä taustamuuttujia koskevien tulosten yleistämisen osalta on syytä olla varovainen.

Kyselyn vastausprosenttia ei pystytä arvioimaan kovin tarkalla tasolla, koska käytössä ei ole tietoa siitä, kuinka paljon opiskelijoita lopulta kuului tutkimusjoukkoon. Satunnaistaminen suoritettiin opiskelijapaikkojen määrän perusteella, mutta tietoa ei ole siitä, kuinka moni opiskelija otti paikan vastaan ja aloitti opinnot. Tietoa ei ole myöskään siitä, kuinka moni tutkimusryhmään kuuluneista opiskelijoista sai kyselylomakkeen, koska lomakkeiden jakelu oli opettajien vastuulla ja heiltä ei kerätty systemaattisesti tietoa jakelun toteuttamisesta. Kuusi oppilaitosta kahdeksasta mahdollisti kyselyyn vastaamisen oppitunnin aikana, jolloin kokonaiset koululuokat saivat kerrallaan kyselylomakkeen täytettäväksi. Kahdessa kontrolliryhmään kuuluvassa oppilaitoksessa linkki kyselylomakkeeseen jaettiin opiskelijoille ainoastaan sähköpostilla ja opiskelijat vastasivat kyselyyn omalla ajallaan. Niissä oppilaitoksissa, jotka mahdollistivat vastaamisen oppitunnilla, vastaajamäärät olivat selvästi korkeammat kuin kahdessa sähköpostitse linkin lomakkeeseen jakaneessa oppilaitoksessa. Kontrollioppilaitosten sitoutumista tutkimukseen olisi saattanut lisätä se, että tutkija olisi tavannut oppilaitosten henkilökuntaa henkilökohtaisesti ja keskustellut aineiston keräämisestä. Aineiston keruussa olisi voinut myös painottaa vielä enemmän sitä, että vastaaminen olisi hyvä mahdollistaa oppitunnin aikana, mikä olisi nostanut vastausprosenttia. Ainoastaan sähköpostitse linkin kyselylomakkeeseen saaneiden joukossa oli myös varsin paljon vastaajia, jotka eivät kuuluneet tutkimuksen kohderyhmään. Tutkimusjoukkoon kuulumattomien vastaajien vastaukset poistettiin aineistosta. Interventiooppilaitosten vastuupettajat tavattiin ennen tutkimuksen alkua ja heitä ohjeistettiin järjestämään aineiston keruu mahdollisuuksien mukaan oppituntien aikana.

Aineiston keruun ajankohdalla oli vaikutusta vastaajien määriin. Molempien seurantamittausten kohdalla kato oli suuri. Syynä oli muun muassa se, että seurantamittaukset sijoittuivat sellaisiin ajankohtiin, jolloin oppilaitoksissa oli käynnissä työssäoppimisen jaksoja ja kokonaisia opiskelijaryhmiä oli poissa opetuksesta. Katoa syntyi runsaasti myös niissä oppilaitoksissa, joissa pyyntö vastata kyselyyn lähetettiin vain sähköpostitse. Aineiston valikoituminen on kuitenkin todennäköisesti pientä, koska vastaajat tulivat pääasiassa kokonaisista luokkaryhmistä, jotka vastasivat kyselyyn oppituntien aikana. Tämä tiedetään oppilaitoskohtaisten vastausten lukumääristä ja opettajien aineiston keruuta koskien antamista palautteista.

Aineiston luotettavuutta arvioitaessa on syytä ottaa huomioon itseraportoidulle tiedolle tyypilliset ongelmat. Ihmisillä voi olla vaikeuksia tai haluttomuutta muistaa

seksuaalikäyttäytymiseen liittyviä yksityiskohtia ja raportoiminen on usein epätarkkaa, koska tieto menneestä käyttäytymisestä on muistin varassa. Ongelmana voi olla myös liioittelu tai aliarviointi sen perusteella, mitä pidetään sosiaalisesti toivottavana ja hyväksyttävänä. (Brenner ym. 2003.) Jotkut kysymykset ja tutkimuksen aihepiiri saattavat houkutella osaa nuorista pilailuvastauksiin (Rosenbaum 2009, Cornell ym. 2012). Interventiot saattavat myös muuttaa käyttäytymisen raportoimista muuttamatta kuitenkaan käyttäytymistä itsessään (Aral & Peterman 1998). Aineistosta poistettiin muutamia sellaisia vastaajia, jotka olivat vastanneet kysymyksiin epärealistisesti, esimerkiksi valinneet säännönmukaisesti kaikista vastausvaihtoehdoista suurimman vaihtoehdon. Kyselylomakkeen luotettavuutta pyrittiin parantamaan rakentamalla sähköiseen lomakkeeseen automaattisia siirtymiä kysymysten välille. Tällöin vastaaja ohjattiin suoraan hänelle sopivaan kysymykseen aikaisemman vastauksen perusteella. Esimerkiksi ne, jotka ilmoittivat, ettei heillä ole ollut lainkaan kokemuksia suuseksistä tai anaaliyhdynnästä, eivät saaneet lainkaan lisäkysymyksiä aiheeseen liittyen.

Tutkimuksen luotettavuutta olisi lisännyt tiedonkeruu interventiota toteuttaneilta opettajilta, jolloin olisi saatu tietoa siitä, millä tavalla interventio on käytännössä toteutettu oppilaitoksissa ja toteutuiko se suunnitelman mukaisesti. Tutkimuksen alkussa laadittiin sähköinen kyselylomake oppilaitosten rehtoreille, joka sisälsi kysymyksiä oppilaitoksen opiskelijoiden määrästä, opiskelijaterveydenhuollon järjestämisestä, seksuaaliterveyden opetuksesta ja kondomien jakelusta oppilaitoksessa. Kyselylomakkeet lähetettiin kaikille kahdeksan oppilaitoksen rehtorille ennen tutkimuksen käynnistymistä. Rehtoreiden kyselylomakkeisiin tuli kuitenkin vastauksia ainoastaan kolmesta oppilaitoksesta muistutusviesteistä huolimatta, joten puutteellista aineistoa ei käytetty tutkimuksessa.

Tutkimusasetelman heikkoutena voidaan pitää sitä, että vastaajia ei yksilöity, eikä näin ollen voida tietää, olivatko vastaajat samoja nuoria eri mittauskerroilla. Vastaajien yksilöintiä ei tehty tutkimusaiheen sensitiivisyyden vuoksi ja alaikäisten osallistujien yksityisyyden suojaamiseksi. Tietoa on kuitenkin saatavilla ryhmätasolla siitä, missä määrin vastaajat olivat samoja eri mittausvaiheissa. Ensimmäiseen seurantamittaukseen vastanneista 85 prosenttia ilmoitti vastanneensa myös alkumittaukseen. Toiseen seurantamittaukseen vastanneista 55 prosenttia oli vastannut sekä alkumittaukseen että ensimmäiseen seurantamittaukseen eli ollut mukana koko tutkimusprosessin ajan. Asetelmasta johtuen tutkimuksessa ei voitu tehdä tulkintoja siitä, muuttuivatko nuorten käyttäytyminen, tiedot tai asenteet intervention vaikutuksesta eri mittauksen välillä. Tuloksissa tarkasteltiin ryhmäkohtaisia eroja eri mittauskerroilla

ennen ja jälkeen interventiota. Tutkimuksen luotettavuutta parantaa se, että siinä käytettiin kontrolliryhmää verrokkina.

Tutkimuksen toteuttamiseen ja aineiston tulkintaan vaikuttavat tutkijan esiymmärrys tutkittavasta aiheesta ja ihmiskäsitys. Osa esiymmärryksestä muodostuu teoreettisesta viitekehyksestä, jota rakennetaan ennen tutkimusta. Aikaisemman tutkimustiedon perusteella vaikuttaa siltä, että nuorten seksuaalikäyttäytymisen tutkimusta on hallinnut erityisesti kaksi näkökulmaa. Yksi on rakkausideologia, jossa seksuaalikäyttäytyminen liitetään rakkauteen ja kiintymykseen. Toinen on heteronormatiivisuuden oletus, jossa seksuaalikäyttäytymisen oletetaan tapahtuvan naisen ja miehen välillä. (Tikkanen ym. 2011.) Yksi vahvana näyttäytyvä lähtökohta on myös nuorten seksuaalikäyttäytymisen tutkiminen riskikäyttäytymisen näkökulmasta. Tämän tutkimuksen lähtökohtana on seksuaalikäyttäytymisen näkeminen luonnollisena osana nuoruuden kehitystä ja näkemys seksuaalisuuden ja sukupuolen monimuotoisuudesta. Seksuaalikäyttäytymistä itsessään ei tässä tutkimuksessa nähdä riskikäyttäytymisenä, mutta sen seuraukset voivat olla joko terveyttä ylläpitäviä ja vahvistavia tai ei-toivottuja ja terveyttä vaarantavia.

Esiymmärrykseen aiheesta vaikuttavat teoreettisen tiedon ohella tutkijan tausta ja työhistoria. Tässä tutkimuksessa tutkijan työhistoria liittyy seksuaaliterveyden edistämiseen ja seksitautien ennaltaehkäisyyn. Ammatillinen kokemus on parantanut tutkijan kykyä tulkita aineistoa ja ymmärtää tutkittavaa ilmiötä monista näkökulmista käsin. Ammatillinen kokemus saattaa sisältää myös riskejä, kuten lisätä ennako-oletuksia tai arvolatauksia aihetta kohtaan. Tutkija kuitenkin tiedosti kokemuksen tuoman esiymmärryksen ja siihen liittyvät arvolataukset ja ennako-oletukset. Tietoisuutta lisättiin keskusteluilla, joita käytiin ohjaajien kanssa koko tutkimusprosessin ajan, keskusteluilla kollegoiden kanssa, sekä tekemällä muistiinpanoja oman pohdinnan tueksi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013.)

6.2.2 Intervention luotettavuuden tarkastelu

Interventiotutkimuksessa luotettavuuden arviointi perustuu tutkimusasetelman täsmällisyyteen (mm. valittujen interventioiden soveltuvuus ja kontrolliryhmän käyttö), aineiston keruuseen ja analysointiin käytettyjen menetelmien täsmällisyyteen ja sopivuuteen (aineiston keruun tapa, mittarin soveltuvuus, mittaako oikeita asioita) ja yleistettävyyteen samankaltaisiin ihmisryhmiin ja ympäristöihin (SAMSHA 2007). Intervention luotettavuutta voidaan myös tarkastella siitä näkökulmasta, onko

intervention toteutettu suunnitelman mukaisesti ja perustuuko se teoreettiseen viitekehykseen (Moore ym. 2015).

Intervention kesto oli 11viikkoa, jonka aikana toteutettiin yksi seksuaaliterveyden oppitunti ja opiskelijoiden saatavilla oli kirjallisia materiaaleja ja kondomeja. Aikaisemmassa tutkimuksessa on havaittu, että vaikutusten aikaansaamiseen tarvitaan useilla tunneilla annettua seksuaaliopetusta ja monimuotoisia menetelmiä (Robin ym. 2004, Liinamo 2005, Berglas ym. 2016.) Seksuaalikasvatus on Suomessa integroitu terveystiedon oppiaineeseen, minkä takia ajalliset resurssit seksuaalikasvatukseen ovat pienet ja käytännössä seksuaalikasvatukseen ei ole käytettävissä useita tunteja. Seksuaaliterveysinterventioiden kehittämisessä ja arvioinnissa on kiinnitettävä huomiota kontekstiin eli siihen, miten interventio vastaa yhteisön kapasiteettia, resursseja tai valmiutta toimia (McCormack 2010). Tulosten haluttiin antavan tietopohjaa arvioida sitä, miten hyvin käytössä olevat keinot toimivat nuorten seksuaaliterveyden edistämässä ja toisaalta haluttiin testata sellaista interventiota, jonka toteuttamiseen ja soveltamiseen oppilaitoksilla olisi mahdollisuuksia myös jatkossa. Aikaisemmassa tutkimuksessa jo yhden oppitunnin ja seksuaaliterveysmateriaalin lukemisen havaittiin lisäävän nuorten tietoa seksuaalikäyttäytymiseen liittyen (Liinamo 2005).

Intervention luotettavuutta voidaan arvioida intervention toteuttavien henkilöiden osaamisen ja osallistujien näkökulmasta (Pollit & Beck 2014). Intervention toteuttivat opettajat, joiden vastuulle kuului muutenkin terveystiedon opetus, joten seksuaaliterveysaiheiden opettaminen kuului heidän toimenkuvaansa. Yksilöllistä vaihtelua voi olla kuitenkin paljon siinä, kuinka luontevaa aiheen opettaminen on ja kuinka tuttuja asiat ovat opettajalle entuudestaan. Oppituntiin vaikuttavat monet asiat ja yksittäinen oppitunti saattaa olla herkkä satunnaisille häiriötekijöille. Luotettavuutta parannettiin sillä, että opettajat saivat tutkijan tekemän valmiin PowerPoint-aineiston oppitunnille ja siihen liittyvän tukimateriaalin, jossa oli tarkempaa tietoa aiheista. Ohjeistukset intervention toteuttamiseen annettiin kaikille oppilaitoksille samalla tavalla. Opettajilta ei tässä tutkimuksessa kerätty tietoa intervention toteuttamisesta. Intervention arviointia helpottaa ja luotettavuutta parantaa se, että interventio on kehitetty tutkimuksessa ja tutkija ollut mukana interventiossa käytettyjen kirjallisten materiaalien suunnittelussa.

Interventioita arvioitaessa on hyvä muistaa, että tutkimus itsessään on jo eräänlainen interventio, joka käynnistää erilaisia prosesseja. Norjalaisessa tutkimuksessa todettiin, että alkumittauksella oli oleellinen merkitys intervention onnistumisessa. Jo kyselylomakkeen täyttäminen käynnisti nuorissa ajatusprosessin, joka johti tietojen lisääntymiseen aiheesta. (Traeen 2003.) Kyselylomakkeiden täyttämisen vaikutukset saattavat näkyä myös kontrolliryhmän tuloksissa.

6.3 Tulosten tarkastelu

6.3.1 Seksuaalikäyttäytymisen tarkastelu

Yli puolella tutkimukseen osallistuneista nuorista oli ollut seksikokemuksia ja keskimääräinen ikä ensimmäisille kokemuksille oli 15 vuotta. Tutkimukseen osallistuneet nuoret olivat pääosin iältään 16-vuotiaita, joten seksuaalisesti aktiivinen aika oli heillä vielä lyhyt. Seksuaalisesti kokeneiden nuorten osuus on tässä tutkimuksessa samaa luokkaa kuin viimeisimmässä kouluterveyskyselyssä (THL 2017). Aikaisempaa tutkimustietoa suuseksin tai anaalihdyntöjen yleisyydestä nuorilla ei ole saatavilla. Tämän tutkimuksen perusteella suuseksi on nuorilla lähes yhtä yleistä kuin emätinyhdyntä. Lähes kaikilla emätinyhdyntäkokeneista nuorista oli kokemuksia myös suuseksistä. Anaalihdyntäkokonut oli viides vastaajista. Vaikka vastaajilla oli seksikokemuksia vain noin vuoden tai kahden ajalta, heistä kolmasosa ilmoitti, että heillä oli ollut viisi tai useampia seksikumppania elämänsä aikana. Kumppaneiden määrä tässä tutkimuksessa on suurempi kuin aikaisemmassa tutkimuksessa. Kouluterveyskyselyssä (THL 2015) viidesosalla ammattiin opiskelevista nuorista oli ollut seksiä vähintään viiden kumppanin kanssa.

Vastaajista 17 prosentilla oli ollut seksikokemuksia samaa sukupuolta olevan kumppanin kanssa. Aikaisempien tutkimusten mukaan noin kymmenesosa nuorista määrittelee itsensä ei-heteroseksuaaliseksi (Luopa ym. 2017). Huomioitavaa kuitenkin on, että tässä tutkimuksessa nuoria ei pyydetty määrittelemään seksuaalista suuntautumistaan. Lomakkeessa kysyttiin ainoastaan seksikokemuksista samaa sukupuolta olevan kumppanin kanssa riippumatta siitä, miten nuori määrittelee sukupuolensa tai seksuaali-identiteettinsä. Seksikokemukset samaa sukupuolta olevan kumppanin kanssa vaikuttavat olevan yleisempiä, kuin mihin aikaisempi tutkimustieto viittaa. Seksuaaliterveyden edistämässä ja seksuaalikasvatuksessa on otettava aina huomioon sukupuolen ja seksuaalisuuden monimuotoisuus eikä oletuksia nuorten seksuaali- tai sukupuoli-identiteetistä voi tehdä. Myös seksuaaliterveyden tutkimuksessa tulisi välttää heteronormatiivisuuden oletusta, jossa seksuaalikäyttäytymisen oletetaan tapahtuvan naisen ja miehen välillä (Tikkanen ym. 2011). Muuten hyvin merkittävä osa nuorten seksuaalikäyttäytymistä saattaa jäädä huomioimatta.

Nuorten kondomin käyttö oli epäsäännöllistä ja satunnaista ennen interventiota, eikä siinä tapahtunut muutoksia intervention jälkeen tehdyissä mittauksissa. Erityisesti suuseksissä ja anaalihdyntäkokonut kondomin käyttö oli tulosten perusteella harvinaista, vaikka molemmissa seksitavoissa on riski seksitautien tarttumiselle.

Anaaliyhdyntäessä riski on erityisen suuri mahdollisten limakalvovaurioiden takia. Aikaisempia tutkimustuloksia nuorten kondomin käytöstä suuseksissä tai anaaliyhdyntäessä ei ole saatavilla, mutta emätinyhdyntäessä kondomin käyttö on todettu epäsäännölliseksi myös muissa tutkimuksissa. WHO:n (2016b) selvityksessä 15-vuotiaista pojista 27 ja tytöistä 43 prosenttia ei ollut käyttänyt kondomia viimeisimmässä yhdynnässä. Kouluterveyskyselyn tulosten mukaan yli kymmenesosalla nuorista ei ollut mitään ehkäisyä käytössä viimeisimmässä yhdynnässä (Puusniekka ym. 2012). Nuorten erilaisten seksitapojen yleisyys ja kondomin käytön vähäisyys on tärkeä tieto huomioitavaksi niin seksuaalikasvatuksessa kuin nuorten terveydenhuollon palveluissa. Esimerkiksi seksitautien testaamisessa on keskeistä, että testi otetaan siitä paikasta, jota kautta tartunta on voinut tapahtua, eli tarvittaessa suun tai peräaukon limakalvoilta (Käypä hoito -suositus 2018).

Tässä tutkimuksessa keskeisimmät kondomin käyttämättömyyden syyt olivat luottamus kumppaniin ja jonkin muun ehkäisymenetelmän käyttö. Seurustelusuhteen pidentyessä myös kondomin käyttö vähenee. Samoja syitä on todettu myös aikaisemmissa tutkimuksissa (Kuortti & Jähi 2009, Nikula 2009, Tschann ym. 2010, Tikkanen ym. 2011). Parisuhteen pidentyessä kondomin tilalle tulee usein hormonaalinen ehkäisy. Tämä vaihe olisi tärkeä huomioida terveydenhuollossa, jossa hormonaalista ehkäisyä hakevat nuoret asioivat. Ehkäisyn aloitukseen liittyvä käynti terveydenhuollon ammattilaisen luona on luonnollinen tilaisuus ottaa puheeksi seksitautien testaaminen ja mahdollisten tartuntojen selvittäminen ennen kuin kondomi jätetään pois.

Tutkimukseen osallistuneista nuorista joka viides oli käynyt seksitautitesteissä ennen interventiota. Valtaosalle oli tehty klamydiatesti ja muita seksitauteja oli testattu yhdeltä prosentilta vastaajista. Tulosten perusteella seksitautitestejä tilastollisesti merkittävästi useammin tytöiltä kuin pojilta. Testeissä käyminen oli myös yleisempää niillä, jotka olivat pidemmässä parisuhteessa. Nuorten seksuaaliterveyden edistämisen kannalta seksitautien testaamisessa ja testien puheeksiottamisessa on edelleen parannettavaa terveydenhuollon palveluissa, joissa kohdataan nuoria. Seksiteitse tarttuvilla infektioilla voi olla vaikutuksia seksuaali- ja lisääntymisterveyteen pitkälle aikuisuuteen (Lehtinen ym. 2009). Erityisesti tulisi miettiä keinoja, joilla poikien testeissä käymistä tehostetaan. Myös tartunnan saaneen kumppanien testaamisesta ja tartunnan jäljityksestä olisi huolehditava. Nuorten naisten kohdalla seksuaaliterveyden ja seksitautien puheeksiottamiselle tarjoutuu luontevia tilaisuuksia muun muassa silloin, kun nuori hakee hormonaalista ehkäisyä. Naisilla klamydiatartunta aiheuttaa myös miehiä useammin oireita, joiden takia hakeudutaan tutkimuksiin. Erityisesti miesten osalta seksuaaliterveyden puheeksiottamista tulisi tehostaa terveystarkastusten tai

terveydenhuollon käyntien yhteydessä ja löydettävä uusia keinoja tavoittaa nuoria miehiä. Yhtenä syynä nuorten seksitautien yleisyyteen on arveltu olevan nuorille suunnattujen terveyspalveluiden vähäiset resurssit (Hiltunen-Back & Reunala 2005).

Seksitautitesteissä käyminen oli ainoa muuttuja, jossa näkyi tilastollisesti merkitseviä eroja eri mittauksen välillä. Interventoryhmässä testeissä käyneiden määrä kasvoi ollen alkumittauksessa 21 prosenttia, ensimmäisessä seurantamittauksessa 25 prosenttia ja toisessa seurantamittauksessa 38 prosenttia. Kontrolliryhmässä eri mittausten välillä ei ollut eroa seksitautitesteissä käymisessä. Tulosten perusteella ei voida tehdä suoria johtopäätöksiä siitä, onko interventiolla ollut merkitystä testeissä käymiseen. Tulokset antavat kuitenkin rohkaisevia viitteitä siitä, että seksitautitesteistä puhuminen ja testeissä käymiseen kannustaminen ovat tärkeä osa seksuaalikasvatuksen sisältöjä.

Terveyden riskitekijöillä on taipumusta kumuloitua (Baskin-Sommers & Sommers 2006, Wiefferlink 2006, Takakura ym. 2007, Paananen ym. 2012) ja sama koskee seksuaaliterveyteen liittyviä riskejä. Nuorten yleinen terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, päihteiden käytön ehkäiseminen, hyvä mielenterveys, turvalliset ihmissuhteet, kiusaamisen ja väkivallan ehkäisy ovat kaikki samalla myös seksuaaliterveyden edistämistä. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella viikottainen humalahakui-nen juominen ja päivittäinen tupakointi olivat yhteydessä seksikertojen suurempaan määrään, useampiin seksikumppaneihin ja varhaisempaan seksin aloittamisikään. Samanlaisia tuloksia päihteiden käytön yhteydestä seksuaalikäyttäytymiseen on saatu myös aikaisemmissa tutkimuksissa (mm. Keren & Hasida 2007, Nikula 2009, RCP 2011, Tikkanen ym. 2011, Samposalo 2013).

Kokemukset seksiin painostetuksi joutumisesta näyttäytyvät tulosten perusteella merkityksellisinä nuorten seksuaaliterveyden kannalta. Tähän tutkimukseen osallistuneista tytöistä kolmannes ja pojista viidennes oli kokenut painostusta seksiin. Saman suuntaisia tuloksia on saatu myös aikaisemmissa tutkimuksissa jo useiden vuosien ajan (Tikkanen ym. 2001, Ikonen & Halme 2018). Kokemukset painostuksesta seksiin olivat tilastollisesti erittäin merkitsevästi yhteydessä humalatilaa seksin aikana, seksiin ilman kondomia, varhaisempaan seksin aloitusikään ja suurempaan kumppaneiden määrään. Seksuaalista painostusta kokeneet nuoret vaikuttavat olevan haavoittuvassa asemassa laajemminkin seksuaaliterveyden suhteen. Aiheeseen on kiinnitetty huomiota useissa suosituksissa viime vuosina. Turvallista ja väkivallatonta seksuaalisuutta ja häirinnän ymmärtämistä loukkaukseksi ihmisoikeuksia kohtaan pidetäänkin yhtenä seksuaalikasvatuksen avainsisällöistä (UNESCO 2018). Nuorten seksuaalisen häirinnän ja väkivallan ehkäisy ja niihin puuttuminen on nostettu keskeiseksi tavoitteeksi terveyden edistämiseksi myös Suomessa (Opetushallitus 2018).

Seksuaalisen häirinnän ehkäisyn tulisi olla osa kaikkea kiusaamisen, häirinnän ja väkivallan vastaista työtä, ei vain osa seksuaalikasvatuksen sisältöä.

6.3.2 Seksuaalikäyttäytymiseen liittyvien tietojen tarkastelu

Nuorten seksuaalikäyttäytymiseen liittyvät tiedot ennen interventiota olivat tulosten perusteella heikot ja saman suuntaisia tuloksia on havaittu aikaisemmissa tutkimuksissa (Espada ym. 2015, THL 2015). Harvempi kuin joka kymmenes vastasi oikein kaikkiin tietoihin mittaaviin väittämiin. Kolmasosa vastasi oikein korkeintaan puoleen väittämistä. Vain neljäsosa vastaajista tiesi, että seksitaudit voivat olla täysin oireettomia. Nuorten tiedot seksitaudeista on todettu huonoiksi myös aikaisemmissa tutkimuksissa (Hoff ym. 2003, Liinamo 2005, Espada ym. 2015, THL 2015). Nuorten huonot tiedot seksitautien oireettomuudesta on huolestuttava tulos, koska sillä voi olla vaikutusta seksitautitesteihin hakeutumiseen. Seksitautitartuntaa ei välttämättä osata epäillä, jos se ei aiheuta oireita. Erityisesti klamydian kohdalla oireettomuus on tyypillistä ja voi viivästyttää tutkimuksiin hakeutumista (Käypä hoito -suositus 2018).

Heikoimmin tiedettiin myös väittämät hiv-infektion tarttumisesta. Alle puolet tiesi, ettei hiv tartu suutelemalla ja hieman yli puolet tiesi, ettei hiv tartu wc-istuimen reunalta. Aikaisemmissa tutkimuksissa nuorten hiv-tiedot on todettu hyväiksi, vaikka muista seksitaudeista tiedot olisivat heikolla tasolla (mm. Smith ym. 2008, Kontula 2010, Samkange-Zeeb ym. 2011). Tietojen hiv-infektiosta on toisaalta todettu heikentyneen viime vuosina (Espada ym. 2015, THL 2015). Hiv-infektion noin 30-vuotisen historian aikana sairaus on muuttunut kuolemaan johtavasta taudista hoidettavissa olevaksi krooniseksi infektioksi (Hirvinen ym. 2017). Tämä lienee vaikuttanut myös siihen, että puhuminen ja tieto hiv-infektiosta ovat vähentyneet. Hiv olisi kuitenkin tärkeä ottaa edelleen puheeksi seksuaalikasvatuksessa muiden seksitautien ohella. Oikea tieto viruksen tarttumistavoista on tärkeää niin ennaltaehkäisyn kannalta kuin myös aiheettomien pelkojen vähentämisessä hiv-tartuntaa tai tartunnan saaneita kohtaan.

Pidempi seurustelusuhde ja viikoittainen humalahakuinen juominen olivat yhteydessä parempiin tietoihin seksuaalikäyttäytymiseen liittyen. Aikaisemmassa tutkimuksessa on todettu, että seksuaalinen kokeneisuus on yhteydessä hyviin tietoihin (Liinamo 2005), mikä saattaa selittää yhteyden olemassa oloa. Sekä pidempään seurustelleet että viikoittain humalahakuisesti juovat nuoret ovat tämän ja aikaisempien tutkimustulosten mukaan muita seksuaalisesti aktiivisempia (mm. Keren & Hasida 2007, Nikula 2009, RCP 2011, Tikkanen ym. 2011, Samposalo 2013). Poikien tiedot

olivat merkitsevästi tyttöjä heikkommat ja sama tulos on ilmennyt useissa aikaisemmissa tutkimuksissa (mm. Kontula 2010, Luopa ym. 2010, THL 2015). Kaikkein heikoin tiedettyjen kysymysten osalta ei kuitenkaan ollut eroja sukupuolten välillä.

Ennen interventiota nuoret ilmoittivat merkittävimmäksi seksuaalikäyttäytymiseen liittyvän tiedon lähteeksi koulun oppitunnit. Tämä tulos kertoo oppilaitosten merkittävästä roolista seksuaalikasvatuksessa. Tytöt saivat tietoa seksuaalikäyttäytymiseen liittyen äidiltä, mutta harvoin isältä. Pojat saivat tietoa molemmilta vanhemmilta yhtä usein. Aikaisemmassa tutkimuksessa on havaittu, että vanhempien merkitys tiedonlähteenä on suuri erityisesti pojille (Stulhofer ym. 2007). Hyvä vuorovaikutus vanhempien kanssa on yksi seksuaaliterveyttä edistävästä tekijöistä (Mackenbach & Bakker 2002, WHO 2010b, Klein ym. 2018) ja tästä syystä vanhempien roolia interventioissa ja nuorten seksuaaliterveyden edistämisessä olisi syytä vahvistaa ja tukea. Jo interventioiden suunnittelussa olisi hyvä huomioida, miten vanhemmat tai huoltajat otetaan mukaan.

Tiedoissa ennen ja jälkeen interventiota oli jossain määrin eroa mittauskertojen välillä. Interventioryhmässä tiedot paranivat hieman, mutta erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä. Myös kontrolliryhmässä ensimmäisen seurantamittauksen tiedot olivat tilastollisesti merkitsevästi paremmat, kuin alkumittauksessa. Myös pelkkä kyselylomakkeen täyttäminen voi olla interventio, jolla vaikuttaa tietojen lisääntymiseen (Traeen 2003). Nuoret vastasivat jokaisessa mittauksessa samoihin tietoväittämiin ja vastaaminen on jo sinällään saattanut herättää halun selvittää oikeat vastaukset esitettyihin väittämiin. Seksuaaliterveyteen liittyvien kysymysten käsittely tavalla tai toisella näyttää lisänneen nuorten tietoja jossain määrin. Aikaisemmassa tutkimuksessa on myös havaittu, että jo yksi oppitunti tai materiaalin lukeminen ovat parantaneet nuorten seksuaalikäyttäytymiseen liittyviä tietoja (Liinamo 2005).

Nuorten, erityisesti poikien, seksuaaliterveyteen liittyvien tietojen parantaminen on edelleen ajankohtainen haaste terveyden edistämiseksi. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma suosittelee, että tietoa tulisi olla nuorille tarjolla nykyistä aikaisemmin ja laajemmin (THL 2014). Poikien tietojen parantamisessa oppilaitos voi olla merkittävässä roolissa, koska aikaisemman tutkimuksen pohjalta erityisesti pojat hyötyvät seksuaaliopetuksesta (Kontula 2010). Vaikuttavia, monimuotoisia ja nuoria puhuttelevia sukupuoli- ja ikäsensitiivisiä keinoja seksuaalitietojen lisäämiseksi tarvitaan.

6.3.3 Seksuaalikäyttäytymiseen liittyvien asenteiden tarkastelu

Nuorten asenteet ennen interventiota olivat kaikilla neljällä mitatulla osa-alueella keskimäärin myönteisiä. Asenteiden osa-alueita olivat luottamus omiin kykyihin käyttää kondomia, luottamus kykyihin kommunikoida seksikumppanin kanssa, kokemus sosiaalisesta hyväksynnästä ja kokemus kondomin käytön esteettömyydestä. Myös aikaisemmassa tutkimuksessa suomalaisten nuorten asenteiden on havaittu olevan myönteisiä. Nuoret kokevat helpoksi seksistä puhumisen kumppanin kanssa, kondomien käytön vaatimisen ja kondomien hankkimisen (THL 2015).

Poikien luottamus kondominkäyttökykyihin oli tyttöjä vahvempi, joka saattaa selittyä esimerkiksi sillä, että pojilla on kondomin käytöstä omakohtaista kokemusta. Tyttöillä taas kommunikointitaitoihin ja sosiaaliseen hyväksyntään liittyvät asenteet olivat poikia myönteisempiä ja he kokivat vähemmän kondomin käytön esteitä. Nämä tulokset ovat samansuuntaisia aikaisempien tutkimusten kanssa (Stulhofer ym. 2007, Espada ym. 2015). Vahva koherenssin tunne oli yhteydessä myönteisempiin asenteisiin kaikilla osa-alueilla, mutta korrelaatio oli heikko. Aikaisemmassa tutkimuksessa vahvemman koherenssin tunteen on todettu olevan yhteydessä parempaan kontrollin tunteeseen ja sosiaalisen tuen kokemukseen (Mattila ym. 2011). Myös vahvemmalla itseluottamuksella on todettu olevan yhteys myönteisiin asenteisiin (Chaman & Werner-Wilson 2008).

Pidempään seurustelleilla oli vahvempi luottamus omiin kondominkäyttökykyihin ja kommunikointikykyihin ja heidän kokonaisasenteensa oli muita myönteisempi. Tätä tulosta selittänee osittain se, että seurustelusuhteessa olevat ovat muita seksuaalisesti kokeneempia. Kokemuksen myötä varmuus kondomin käytössä lisääntyy ja tutun kumppanin kanssa seksistä keskusteleminen voi olla helpompaa. Molempien vanhempien kanssa asuminen oli yhteydessä vähäisempään luottamukseen omiin kommunikointikykyihin ja vähäisempään kokemukseen sosiaalisesta hyväksynnästä. Tämän tuloksen tueksi ei löydy aikaisempaa tutkimustietoa. Vuorovaikutus vanhempien kanssa ja huolenpidon kokemukset ovat aikaisempien tutkimuksen mukaan olleet yhteydessä myönteisiin asenteisiin (Ott ym. 2006, Chapman & Werner-Wilson 2008, THL 2014), mutta asuminen vanhempien kanssa vaikuttaa olevan erityyppinen muuttuja kuin sosiaalisen tuen muuttajat.

Myönteisiin asenteisiin oli yhteydessä viikoittainen humalahakuinen alkoholin käyttö. Aiheesta ei löydy vastaavaa aikaisempaa tutkimustulosta. Viikoittaisella humalahakuisella juomisella on tämän ja aikaisempien tutkimusten (mm. Keren & Hasida 2007, Nikula 2009, RCP 2011, Tikkanen ym. 2011, Samposalo 2013) perusteella yhteys aktiiviseen seksuaalikäyttäytymiseen. Yksi selitys myönteisten asenteiden ja

humalahakuisen juomisen yhteydelle saattaa olla seksuaalinen kokeneisuus ja sitä kautta aiheiden tuttuus.

Tässä tutkimuksessa asenteet olivat positiiviset kaikissa mittausvaiheissa ennen ja jälkeen interventiota, eikä tilastollisesti merkitseviä eroja havaittu. Nuorten myönteiset asenteet antavat hyvän pohjan seksuaaliterveyden edistämiseksi. Myönteisten asenteiden, kuten hyvän luottamuksen omiin kykyihin ja neuvottelutaitojen, on todettu myös ennustavan kondomin käyttöä (Noar ym. 2004, Widman ym. 2006, Stulhofer ym. 2007, Caal 2008, Byno 2010, Whitaker ym. 2010).

6.3.4 Intervention toteutumisen arvioinnin tarkastelu

Nuorten arvio intervention eri osa-alueista oli myönteinen. Suurin osa vastaajista oli osallistunut seksuaaliterveysoppitunnille ja heistä lähes puolet arvioi oppitunnin hyväksi tai erinomaiseksi. Eniten uutta nuoret arvioivat oppineensa seksitaudeista, seksuaalisuudesta ja turvallisemmasta seksistä. Myös aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu, että nuoret kokevat oppivansa eniten juuri seksitaudeista (Vivancos ym. 2013). Yksi selitys voi olla se, että nuorten tiedot ovat kaikkein heikoimmat juuri seksitautien osalta, joten näissä tiedoissa on eniten paranemisen varaa. Suurimman osan mielestä tunnin sisältö oli helppo ymmärtää ja kolmannes piti oppituntia kiinnostavana. Seurustelevat nuoret arvioivat muita useammin oppineensa tunnilla uutta ja pitivät tuntia helposti ymmärrettävänä. Tähän voi vaikuttaa muun muassa se, että itselle ajankohtaiset ja tutut aiheet kiinnostavat.

Intervention aikana jaossa olleisiin kirjallisiin materiaaleihin oli tutustunut suurin osa vastaajista. Yleisimmin oli luettu esitettä kondomeista ja niiden oikeasta käytöstä ja neljännes vastaajista koki myös oppineensa siitä paljon uutta. Eniten nuoret arvioivat oppineensa esitteestä, jossa kerrottiin hiv-tartunnasta ja sen toteamisesta. Yksi mahdollinen selitys voi tässäkin löytyä siitä, että nuorten tiedot ovat heikot hiv-infektiota koskevissa kysymyksissä ja tästä aiheesta nuorilla voi olla eniten opittavaa. Interventiossa käytettyjä kirjallisia esitemateriaaleja luettiin enemmän kuin www.justwearit.fi -nettisivuja. Vaikka nuoret ovat jo pitkään olleet aktiivisia internetin käyttäjiä, näyttää kirjalliselle materiaalille edelleen olevan tarve ja kysyntää.

Ilmaisia kondomeja ottivat lähes kaikki vastaajista ja suurin osa otti useita kondomipaketteja. Kondomit laitettiin useimmiten säästöön myöhempää käyttöä varten, mutta niitä käytettiin myös seksikontaktissa. Tämän tutkimuksen perusteella ei voida kuitenkaan päätellä sitä, olisivatko nuoret hankkineet seksikontaktissa käyttämänsä kondomit joka tapauksessa muuta kautta vai lisäksi kondomien saatavuus myös

niiden käyttöä seksikontaktissa. Vähemmistö vastaajista ilmoitti käyttäneensä kondomeja itsekseen käytön harjoitteluun. Nuoria voitaisiinkin rohkaista käyttämään ilmaisjakelukondomeja myös tähän tarkoitukseen, mikä tekisi kondomia tutummaksi ja antaisi varmuutta sen käyttöön. Suurin osa nuorista oli sitä mieltä, että kondomien jakelu oppilaitoksissa on hyödyllistä.

Vain kahdeksan prosenttia nuorista arvioi jakelun herättäneen keskustelua kotona. Tulos on jossain määrin yllättävä, koska suurin osa vastaajista asui edelleen kotona vanhempien tai huoltajien kanssa ja kotiin toimitettiin myös tiedotekirje tutkimuksesta ja kondomien jakelusta (liite 2). Useissa aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu vuorovaikutuksen vanhempien kanssa ja vanhempien antaman tuen olevan myönteisesti yhteydessä hyvään seksuaaliterveyteen (DiIorio ym. 2003, WHO 2010b, Downing ym. 2011). Jatkossa vanhempien ja huoltajien rooli kannattaa ottaa systemaattisemmin huomioon osana interventiota ja rohkaista huoltajia keskustelemaan kotona interventiosta ja seksuaaliterveyden aiheista nuorten kanssa. Tämä saattaisi osaltaan myös tukea ja vahvistaa intervention myönteisiä vaikutuksia.

Reilu kolmannes vastaajista kertoi, että interventio oli herättänyt keskustelua ystävien kanssa. Vuorovaikutuksen lisääntyminen vertaisten ja kumppaneiden kanssa voi olla tärkeä intervention paremman vaikuttavuuden kannalta (Zambon ym. 2010, Helme ym. 2011). Myös sosiaalisten verkostojen ja ystäväpiirin vaikutus on hyvä ottaa eksplisiittisesti huomioon interventioita suunniteltaessa ja toteutettaessa.

Intervention arviointiin oli yhteydessä kokemus kouluterveydenhoitajan vastaanotolle pääsyn helpoudesta. Ne, jotka kokivat pääsyn helpoksi arvioivat myös interventiota myönteisemmin. He olivat lukeneet materiaaleja ja arvioivat oppineensa niistä uutta. He myös arvioivat kondomien jakelun hyödylliseksi ja paremmin järjestetyksi, arvioivat kondomien saamisen helpoksi ja totesivat jakelun herättäneen keskustelua kotona useammin kuin ne, jotka eivät kokeneet terveydenhoitajalle pääsyä helpoksi. Tulosten perusteella voidaan pohtia sitä, tulisiko erityistä huomiota kiinnittää juuri niiden nuorten tavoittamiseen, joille kouluterveydenhuollon palvelujen käyttämisen kynnyks on suurin. Tämä ryhmä saattaisi olla se, jolle terveydenhuollon tuesta olisi eniten hyötyä.

Nuorten seksuaaliterveys ja sen edistäminen ovat monimutkaisia ilmiöitä, joihin vaikuttavat erilaiset tekijät. Vaikuttavien interventioiden kehittäminen ja toteuttaminen ovat siksi haastavaa. WHO:n kansainvälisessä strategiassa seksiteitse tarttuvien infektioiden ennaltaehkäisemiseksi korostetaan, että maiden tulisi identifioida ne kohderyhmät, jotka ovat erityisen haavoittuvassa asemassa seksitautien tartunnan suhteen ja kohdistaa toimia erityisesti näihin kohderyhmiin (WHO 2016d). WHO:n strategiassa yhdeksi haavoittuvaksi ryhmäksi nostetaan nuoret. Nuoriin katsotaan

kuuluvaksi kuitenkin varsin laaja joukko ihmisiä 10–19-ikävuoden välillä, jossa on suurta vaihtelua jo kehitystason perusteella. Seksuaaliterveyden edistämisen kannalta hyödyllistä voisi olla identifioida nuorten keskuudesta myös tarkempia kohderyhmiä, jotka tarvitsevat erityisestä huomiota seksuaaliterveyden tukemiseksi. Tässä tutkimuksessa kohderyhmäksi on valittu ammattiin opiskelevat nuoret. Useissa kotimaisissa ja eurooppalaisissa tutkimuksissa on havaittu, että ammattiin opiskelevat ovat seksuaaliterveyden suhteen erityisen haavoittuvassa asemassa.

Tässä tutkimuksessa nousee esiin muutamia tällaisia ryhmiä, kuten esimerkiksi pojat, seksuaalista painostusta kokeneet, usein alkoholia käyttävät nuoret ja ne nuoret, jotka kokevat terveydenhoitajan vastaanotolle pääsyn vaikeaksi. Sukupuoleen liittyviä tuloksia sovellettaessa on kuitenkin tärkeä muistaa, että myöskään tytöt ja pojat eivät muodosta homogeenisiä ryhmiä, eikä ulkoapäin määritelty sukupuoli vastaa aina nuoren kokemusta hänen omasta sukupuolestaan (Lehtonen 2003). Käytännön työssä nuorten seksuaaliterveyden edistämässä tulisi aina ottaa huomioon erilaiset sukupuoli- ja seksuaali-identiteetit ja olla tekemättä oletuksia sukupuolen perusteella. Nuorten seksuaaliterveyden edistämässä ja sen tutkimisessa on syytä kiinnittää erityistä huomiota kieleen ja tapaan puhua seksuaaliterveydestä. Riskilähtöisestä näkökulmasta olisi tärkeä siirtyä tarkastelemaan nuorten seksuaalisuutta myös voimavara- ja hyvinvoinnin lähteenä.

6.4 Johtopäätökset ja suositukset

Tutkimuksen johtopäätöksinä ja suosituksina todetaan seuraavaa:

Seksuaalikäyttäytyminen

1. Nuorten seksuaalikäyttäytyminen on monimuotoista heti ensimmäisistä seksikokemuksista lähtien. Seksuaalikasvatuksen tulee huomioida erilaiset seksitavat sekä seksuaalisuuden monimuotoisuuden ja välttää hetero-oletusta.
2. Kondomin käyttö on epäsäännöllistä ja nuorilla on useita kumppaneita. Suuseksissä ja anaalihdyntöissä kondomia käytetään harvoin. Kondomin käytön lisääminen on yhä edelleen keskeistä nuorten seksuaaliterveyden edistämässä.
3. Erityisesti poikien seksitautitesteissä käyminen on vähäistä. Testien puheeksiottaminen vastaanotolla, testauksen tarjoaminen aktiivisesti nuorille, testauksesta puhuminen ja tiedon lisääminen eri tavoin ovat ensisijaisen tärkeitä, jotta seksitauti-infektioiden haitalliset seuraukset saataisiin minimoitua.

Seksuaalikäyttäytymiseen liittyvät tiedot ja asenteet

4. Nuorten tiedot seksuaalikäyttäytymiseen liittyen ovat heikot. Tiedot kuitenkin lisääntyivät jossain määrin intervention jälkeen tehdyissä mittauksissa niin interventio- kuin kontrolliryhmässä. Uusia, nuoria puhuttelevia ja monipuolisia keinoja tarvitaan nuorten tietojen lisäämiseksi.
5. Heikoimmat tiedot nuorilla olivat seksitautien oireettomuuteen ja hiv-infektion tarttumiseen liittyen. Nämä aiheet on hyvä ottaa mukaan seksuaalikasvatuksen sisältöihin. Oikeat tiedot auttavat suojautumaan tartunnoilta ja hakeutumaan testeihin, mutta voivat myös vähentää seksitauteihin liittyvää stigmaa.
6. Poikien tiedot ovat huomattavasti tyttöjä heikkomat. Uusia, sukupuolisensitiivisiä keinoja tarvitaan seksuaalikasvatuksessa, jotta poikien tiedot saadaan parantumaan.
7. Nuorten asenteet seksuaalikäyttäytymiseen liittyen ovat myönteiset. Tämä antaa hyvät edellytykset ja lähtökohdat seksuaaliterveyden edistämiseksi.

Seksuaaliterveysinterventio

8. Nuorten arviointi intervention toteutumisesta oli kaikilta osin myönteinen ja nuoret pitivät kondomien jakelua oppilaitoksissa hyödyllisenä.
9. Interventiossa nuoret kokivat oppineensa eniten uutta seksitaudeista ja hiv-infektioista, joista heillä oli tulosten mukaan myös heikoimmat tiedot. Seksitaudit ovat tärkeä seksuaalikasvatuksen aihe.
10. Seksuaalisuutta koskevien aiheiden ajankohtaisuus näyttäytyi merkitsevästi tekijänä oppimisen kokemuksissa. Ne nuoret, jotka itse olivat seurustelusuhhteissa tutkimuksen aikana tai olivat seksuaalisesti aktiivisia, arvioivat myös oppineensa uutta intervention eri osa-alueista. Interventioissa tulisi huomioida paremmin erilaisissa kehityksen vaiheissa olevat nuoret. Nuoret tarvitsevat erilaisia keinoja seksuaalikasvatukseen riippuen esimerkiksi siitä, ovatko seksuaalisesti aktiivisia.

Seksuaaliterveys

11. Nuorten parista erottuu ryhmiä, jotka vaikuttavat olevan erityisen haavoittuvassa asemassa seksuaaliterveyden suhteen. Tällainen ryhmä ovat esimerkiksi nuoret, jotka eivät koe helpoksi päästä terveydenhoitajan vastaanotolle ja heidät olisi tärkeä huomioida terveydenhuollon palveluissa paremmin. Terveydenhuollon asiointikynksen on tärkeä olla mahdollisimman matala kaikille nuorille.
12. Seksuaalikasvatukseen käytettävissä oleva aika on vähäinen monessa oppilaitoksessa. Seksuaaliterveyden edistämisen teemoja voisi myös ottaa läpileikkaavasti mukaan osaksi koulun opetus- ja kasvatustyötä, opiskelijaterveydenhuollon tehtäviä.
13. Suuri määrä nuoria kokee painostusta seksiin. Nämä nuoret vaikuttavat olevan seksuaaliterveyden kannalta erityisen haavoittuvassa asemassa. Seksuaalisen ja

sukupuolisen häirinnän vastaisen työn tulisi sisältyä kaikkeen kiusaamisen, väkivallan ja häirinnän vastaiseen työhön oppilaitoksissa.

6.5 Jatkotutkimustarpeet

1. Nuorten seksuaalikäyttäytymisen tutkimus on ollut riskipainotteista. Jatkotutkimuksissa olisi hyvä ottaa näkökulmaksi seksuaalikäyttäytymisen myönteisenä voimavarana ja nuorten oikeuden nautinnolliseen ja turvalliseen seksuaalisuuteen. Nuorten seksuaalikäyttäytymistä voitaisiin tarkastella erityisesti seksuaalioikeuksien toteutumisen näkökulmasta.
2. Nuorten seksuaaliterveystietoja on tutkittu sellaisten valmiiden väittämien avulla, joihin on vastaus kyllä tai ei. Nuorten tietoa ja käsityksiä seksuaaliterveydestä ja seksikäyttäytymisestä olisi hyvä tarkastella myös sellaisilla menetelmillä, jotka tuovat paremmin ja monipuolisemmin esiin nuorten oman kokemuksen ja tiedot aiheeseen liittyen.
3. Seksuaalikäyttäytymisen ja siihen liittyvien tietojen ja asenteiden mittaamiseksi olisi hyvä jatkaa mittareiden kehittämistä. Tässä tutkimuksessa kehitettyjä mittareita olisi syytä testata ja kehittää edelleen.
4. On joitakin taustamuuttujia, kuten esimerkiksi sukupuoli ja päihitteet, jotka näyttävät liittyvän sekä seksuaalikäyttäytymiseen että siihen liittyviin tietoihin ja asenteisiin. Tarkempaa tutkimustietoa tarvitaan siitä, mikä on taustamuuttujien merkitys nuorten seksuaaliterveyden edistämisessä. Myös seksuaaliterveyteen liittyvien asenteiden tarkempi määrittely ja tutkiminen voisi tuottaa uutta tietoa asenteiden merkityksestä seksuaaliterveyden edistämisessä.
5. Nuorten seksuaaliterveyttä ja seksuaalisuutta koskevan tutkimustiedon tulisi vahvistua tiedolla nuorten omasta kokemusmaailmasta, tietoisuudesta ja käsityksistä seksuaaliterveyteen liittyen. Näihin liittyvää tutkimusta on vain vähän saatavilla.
6. Jatkotutkimuksessa voitaisiin selvittää nuorten sosiaalisten suhteiden ja normien vaikutuksia seksuaaliterveyteen. Sosiaalisia suhteita löytyy niin ystävä- ja kaveripiiristä, oppilaitoksista ja kouluista kuin myös perheen sisältä. Myös yhteiskunnallisilla arvoilla ja normeilla, sekä lähiympäristöjen suhtautumisella seksuaalisuuteen on vaikutusta nuoriin. Interventioiden vaikutusten arviointia parantaisi moniulotteisempi tieto nuorten kokemusmaailmasta.
7. Nuoret nähdään herkästi yhdeksi yhtenäiseksi ryhmäksi, vaikka nuoruus on ajanjaksona varsin pitkä. Jatkotutkimuksessa voisi selvittää millaisia seksuaaliterveyden suhteen erityisen haavoittuvassa asemassa olevia kohderyhmiä nuorten joukosta erottuu. Tämä voisi auttaa kohdentamaan ja kehittämään seksuaalikasvatusta ja seksuaaliterveyden edistämistä.
8. Jatkotutkimuksessa voisi tehdä vertailevaa tutkimusta nuorista, jotka opiskelevat erilaisilla koulutusasteilla tai eri koulutusmuodoissa ja selvittää sitä, millaisia eroja nuorten välillä on seksuaaliterveydessä ja millaiset tekijät niihin vaikuttavat.

KIRJALLISUUS

- Adamson K & Prion S. 2013. Reliability: Measuring internal consistency using cronbach's α . *Clinical Simulation in Nursing*, 9(5), e179–e180.
- Agius PA, Pitts MK, Smith A & Mitchell A. 2010. Sexual behaviour and related knowledge among a representative sample of secondary school students between 1997 and 2008. *Australian and New Zealand Journal of Public Health*, 34(5), 476–481.
- Akers AY, Holland CL & Bost J. 2011. Interventions to Improve Parental Communication About Sex: A Systematic Review. *Pediatrics*, 127(3), 494–510.
- Antonovsky A. 1993. The structure and properties of the sense of coherence scale. *Social Science and Medicine*, 36(6), 725–733
- Aral SO & Peterman TA. 1998. Do we know the effectiveness of behavioral interventions? *Lancet*, 351, 33–36.
- Auslander BA, Rosenthal SL & Blythe MJ. 2005. Sexual development and behaviors of adolescents. *Pediatric Annals*, 34, 785–793.
- Avery L & Lazdane G. 2010. What do we know about SRH of adolescents in Europe? *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 15(S2), 54–66.
- Baskin-Sommers A & Baskin I. 2006. The co-occurrence of substance use and high-risk behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 38(5), 609–611.
- Berglas N, Jerman P, Rohrbach L, Angulo-Olaiz F, Chou C-P & Constantine N. 2016. An implementation and outcome evaluation of a multicomponent sexuality education programme for high school students. *Journal of Sex Education*, 16(5), 549–567.
- Bersamin M, Warker S, Fisher D & Grube J. 2006. Correlates of oral sex and vaginal intercourse in early and middle adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 16, 59–68.
- Blake SM, Ledsky R, Goodenow C, Sawyer R, Lohrmann, D & Windsor R. 2003. Condom Availability Programs in Massachusetts High Schools: Relationships with Condom Use and Sexual Behavior. *American Journal of Public Health*, 93(6), 955–962.
- Bonell C, Jamal F, Harden A, Wells H, Parry W, Fletcher A, Petticrew M, Thomas J, Whitehead M, Campbell R, Murphy S & Moore L. 2013. Systematic review of the effects of schools and school environment interventions on health: evidence mapping and synthesis. *Public Health Research*, 1(1). www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK262770/pdf/Bookshelf_NBK262770.pdf. Viitattu 25.7.2018.
- Borawski EA, Tufts KA, Trapl ES, Bhayman LL, Yoder LD & Lovegreen LD. 2015. Effectiveness of health education teachers and school nurses teaching sexually transmitted infections/human immunodeficiency virus prevention knowledge and skills in high school. *Journal of School Health*, 85(3), 189–196.
- Boyce WF, Warren WK & King AJ. 2000. The effectiveness of a school-based HIV education program: A longitudinal comparative evaluation. *Canadian Journal of Program Evaluation*, 15(2), 93–116.

- Bradley BJ & Greene AC. 2013. Do health and education agencies in the United States share responsibility for academic achievement and health? A review of 25 years of evidence about the relationship of adolescents' academic achievement and health behaviors. *Journal of Adolescent Health*, 52, 523–532.
- Brener N, Billy J & Grady W. 2003. Assessment of factors affecting the validity of self-reported health-risk behavior among adolescents: evidence from the scientific literature. *Journal of Adolescent Health*, 33, 436–457.
- Bryan A, Fisher W & Fisher J. 2002. Tests of meditational role of preparatory safer sexual behaviour in the context of Theory of Planned Behaviour. *Health Psychology*, 21, 71–80.
- Buhi E & Goodson P. 2007. Predictors of adolescent sexual behavior and intentions: a theory-guided systematic review. *Journal of Adolescent Health*, 40, 4–21.
- Byno L. 2010. Sexual behaviors, sexual knowledge, self-esteem, and sexual attitudes in emerging adult females. *Dissertation Abstracts International Section A: Humanities and Social Sciences* 70(9).
- Caal S. 2008. Adolescent sexual development: Contextualizing a cognitive process in the decision to engage in protective or risky sexual behavior. *Dissertation Abstracts International Section B: The Sciences and Engineering* 69(3B).
- Cartagena RG, Veugelers PJ, Kipp W, Magigav K & Laing LM. 2006. Effectiveness of an HIV prevention program for secondary schools in Mongolia. *Journal of Adolescent Health*, 39(6), 925.e9–925.e16.
- CDC. 2009. National youth risk behavior surveillance questionnaire. Adolescent and School Health. Centers for Disease Control and Prevention (CDC). Atlanta.
- Chapman E & Werner-Wilson R. 2008. Does positive youth development predict adolescent attitudes about sexuality? *Adolescence*, 43(171), 505–23.
- Chinsembu KC. 2009. Sexually transmitted infections in adolescents. *Open Infectious Diseases Journal*, 3, 107–117.
- Cornell D, Klein J, Konold T & Huang F. 2012. Effects of validity screening items on adolescent survey data. *Psychological Assessment*, 24, 21–55.
- Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Michie S, Nazareth I & Petticrew M. 2013. Developing and evaluating complex interventions: The new medical research council guidance. *International Journal of Nursing Studies*, 50(5), 587–592.
- De Graaf H, Vanwesenbeeck I & Meijer S. 2014. Educational Differences in Adolescents' Sexual Health: A Pervasive Phenomenon in a National Dutch Sample. *Journal of Sex Research*, 52(7), 747–757.
- De Lamater J & Friedrich WN. 2002. Human sexual development. *Journal of Sex Research*, 39, 10–14.
- Dehne K & Riedner C. 2005. Sexually transmitted infections among adolescents. The need for adequate health services. Department of Child and Adolescent Health and Development (CAH). World Health Organization. <http://whqlibdoc.who.int/hellos.uta.fi/publications/2005/9241562889.pdf>. Viitattu 6.6.2018.
- DiClemente RJ, Salazar L & Crosby RA. 2007. A Review of STD/HIV Preventive Interventions for Adolescents: Sustaining Effects Using an Ecological Approach. *Journal of Pediatric Psychology*, 32(8), 888–906.
- DiIorio C, Pluhar E & Belcher L. 2003. Parent-child communication about sexuality: A review of the literature from 1980–2002. *Journal of HIV/AIDS Prevention and Education for Adolescent and Child*, 5, 7–32.

- Downing J, Jones L, Bates G, Sumnall H & Bellis MA. 2011. A systematic review of parent and family-based intervention effectiveness on sexual outcomes in young people. *Health Education Research*, 26(5), 808–833.
- ECDC. 2015. Sexually transmitted infections in Europe 2013. European Centre for Disease Prevention and Control (ECDC). Surveillance report. Stockholm.
- Espada J, Escribano S, Orgiles M, Morales A & Guillen-Riquelme A. 2015. Sexual risk behaviors increasing among adolescents over time: comparison of two cohorts in Spain. *AIDS Care*, 27(6), 783–788.
- Fisher W, Fisher J & Harman J. 2009. The information-motivation-behavioral skills model: a general social psychological approach to understanding and promoting health behavior. Teoksessa Jerry Suls & Kenneth Wallston (toim.). *Social psychological foundations of health and illness*. Blackwell Publishing Ltd. United Kingdom. 82–106.
- Francis DB, Noar SM, Widman L, Willoughby J, Sanchez DM & Garrett KP. 2016. Perceptions of a campus-wide condom distribution programme: an exploratory study. *Health Education Journal*, 75(8), 998–1011.
- Furstenberg FF, Geitz LM, Teitler JO & Weiss CC. 1997. Does Condom availability make a difference? An evaluation of Philadelphia's health resource centers. *Family Planning Perspectives*, 29, 123–127.
- Graber JA, Brooks-Gunn J & Galen BR. 1998. *Betwixt and between: Sexuality in the context of adolescent transitions*. Teoksessa R Jessor (toim.). *New perspectives on adolescent risk behavior*. University Press. Cambridge, NY. 270–316
- Gray J.R. 2016. *Collecting and Managing Data*. Teoksessa: Gray JR, Grove SK & Sutherland S (toim.) *Burns & Grove's the Practice of Nursing Research*. 8 ed. Edition. Saunders. US. 493–518.
- Gutmacher S, Lieberman L, Ward D, Freudenberg N, Radosh A & Jarlais DD. 1997. Condom Availability in New York City Public High Schools: Relationships to Condom Use and Sexual Behavior. *American Journal of Public Health*, 87(9), 1427–1433.
- Haldre K, Part K & Ketting E. 2012. Youth sexual health improvement in Estonia, 1990–2009: the role of sexuality education and youth-friendly services. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 17(5), 351–362.
- Halpern-Felsher B & Reznik Y. 2009. Adolescent sexual attitudes and behaviors. A developmental perspective. *Prevention Researcher*, 16(4), 3–6.
- Heikkilä T. 2014. *Tilastollinen tutkimus*. 9. Painos. Edita. Helsinki
- Helme DW, Noar SM, Allard S, Zimmerman RS, Palmgreen P & McClanahan KJ. 2011. In-Depth Investigation of interpersonal discussions in response to a safer sex mass media campaign. *Health Communication*, 26(4), 366–378.
- Henderson M, Wight D, Raab GM, Abraham C, Parkes A, Scott S & Hart G. 2007. Impact of a theoretically based sex education programme (SHARE) delivered by teachers on NHS registered conceptions and terminations: final results of cluster randomized trial. *British Medical Journal*, 334, 133–138.
- Hermanson E & Sajaniemi N. 2018. Nuoruuden kehitys – mitä tapahtuu pinnan alla? *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, 134(8), 843–849.
- Herr S, Telliöhan S, Price J, Dake J & Stone G. 2012. High school health-education teachers' perceptions and practices related to teaching HIV prevention. *Journal of School Health*, 82(11), 514–521.
- Hiltunen-Back E & Reunala T. 2005. Klamydia lisääntyy. *Pääkirjoitus. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, 12, 16–18.

- Hirvinen S, Mäkinen H & Salo S. 2017. Hiv-hoitotyön käsikirja. 4. uudistettu painos. <https://hivpoint.fi/wp-content/uploads/2016/12/Hiv-hoitoty%C3%B6nk%C3%A4sikirja-2018.pdf>. Viitattu 24.7.2018.
- Hoff T, Green L & Davis J. 2003. National survey of adolescents and young adults: sexual health knowledge, attitudes and experiences. Menlo Park, CA: Henry J. Kaiser Family Foundation.
- Honkinen P-L. 2009. Nuorten koherenssin tunne: mittaaminen, ennustavat tekijät, seuraukset. Terveystieteen laitos, Turun yliopisto. Väitöskirja.
- Hulton IJ. 2001. Adolescent sexual decision-making: an integrative review. *Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing*, 8(4), 1–16.
- Hägström-Nordin E, Borneskog C, Eriksson M & Tyden T. 2011. Sexual behavior and contraceptive use among Swedish high school students in two cities: Comparison between genders, study programmes, and over time. *European Journal of Contraception & Reproductive Health Care*, 16(1), 36–46.
- Ikonen R & Halme N. 2018. Lasten ja nuorten kokemaa seksuaalista häirintää ja väkivaltaa. Kouluterveyskyselyn 2017 tuloksia. Tutkimuksesta tiiviisti 6, maaliskuu 2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Helsinki.
- Imamura M, Tucker J, Hannaford P, Oliveira da Silva M, Astin M, Wyness L, Bloemenkamp K, Jahn A, Karro H, Olsen J & Temmerman M. 2007. Factors associated with teenage pregnancy in the European Union countries: a systematic review. *European Journal of Public Health*, 17(6), 630–636.
- IPPF. 2012. Increasing the knowledge base on young people's sexual and reproductive health and rights in Europe. Summary report of qualitative research conducted in five European countries under the SAFE II project. International Planned Parenthood Federation (IPPF), European network. Brussels.
- Jaakola S, Lyytikäinen O, Rimhanen-Finne R, Salmenlinna S, Pirhonen J, Savolainen-Kopra K, Liitsola K, Jalava J, Toropainen M, Nohynek H, Virtanen M, Löflund J-E, Kuusi M ja Salminen M. 2016. Tartuntataudit Suomessa 2015. Raportti 10/2016. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.
- Jaakola S, Lyytikäinen O, Rimhanen-Finne R, Salmenlinna S, Savolainen-Kopra K, Liitsola K, Jalava J, Toropainen M, Nohynek H, Virtanen M, Löflund J-E, Kuusi M ja Salminen M. 2018. Tartuntataudit Suomessa 2017. Raportti 6/2018. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.
- Jamieson LK & Wade TJ. 2011. Early age of first sexual intercourse and depressive symptomatology among adolescents. *Journal of Sex Research*, 48(5), 450–60.
- Jemmott JB, Jemmott LS & Fong GT. 1998. Abstinence and Safer Sex HIV Risk-reduction Interventions for African American Adolescents: A randomized controlled trial. *Journal of American Medical Association*, 279(19), 1529–1536.
- Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 488/1999. www.finlex.fi/en/laki/kaannokset/1999/19990488. Viitattu 28.9.2017.
- Kankkunen P & Vehviläinen-Julkunen K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. painos. Sanoma Pro. Helsinki.
- Kellar S & Kelvin E. 2013. *Munro's Statistical Methods for Health Care Research*. Wolters Kluwer Health. Lippincott Williams & Wilkins. Philadelphia, Yhdysvallat
- Keren M & Hasida BZ. 2007. Risk-taking among adolescents. *Journal of Adolescence*, 30(1), 17–31.

- Klein V, Becker I & Stulhofer A. 2018. Parenting, communication about sexuality, and the development of adolescent women's sexual agency: a longitudinal assessment. *Journal of Youth and Adolescence*, 47(7), 1486–1498.
- Kirby D, Brener N, Brown N, Peterfreund N, Hillard P & Harrist R. 1999. The Impact of Condom Distribution in Seattle Schools on Sexual Behavior and Condom Use. *American Journal of Public Health*, 89(2), 182–187.
- Kirby DB & Laris BA. 2009. Effective curriculum-based sex and STD/HIV education programs for adolescents. *Child Development Perspective*, 3(1), 21–29.
- Kirby DB, Laris BA & Roller LA. 2007. Sex and HIV education programs: their impact on sexual behaviors of young people throughout the world. *Journal of Adolescent Health*, 40(3), 206–217.
- Kirby DB. 2008. The impact of schools and school programs upon adolescent sexual behavior. *Journal of Sex Research*, 39(1), 27–33.
- Kirby D & Lepore G. 2007. Factors affecting teen sexual behavior, pregnancy, childbearing and sexually transmitted disease: Which are important, which can you change? Washington, DC: National Campaign to Prevent Teen and Unplanned Pregnancy.
- Kontula O & Meriläinen H. 2007. Koulun seksuaalikasvatus 2000-luvun Suomessa. *Katsaus E26/2007*. Väestötutkimuslaitos. Väestöliitto, Helsinki.
- Kontula O. 2010. The evolution of sex education and students' sexual knowledge in Finland in the 2000s. *Sex Education*, 10(4), 373–386.
- Kuortti M & Jähi R. 2009. Riskillä vai ilman – tutkimus tyttöjen seksikäyttäytymisen valinnoista ja niihin liittyvistä arvoista. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*, 46, 244–257.
- Kuula A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Gummerus. Jyväskylä.
- Käypä hoito -suositus. 2018. Seksitaudit. Suomalainen Lääkäriseura Duodecimin ja Sukupuolitautilien Vastustamisyhdistys ry:n asettama työryhmä. Julkaistu: 8.5.2018. www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksat/suositus?id=hoi50087. Viitattu 1.8.2018.
- Laakkonen H. 2014. Adolescents' sexual and reproductive health (srh): Empowering young people to realize their full potential. *Entre Nous*. The European magazine for sexual and reproductive health 80.
- Larsson M, Eurenus K, Westerling R & Tyden T. 2006. Evaluation of a sexual education intervention among Swedish high school students. *Scandinavian Journal of Public Health*, 34, 124–131.
- Lehtinen M, Apter D, Kosunen E, Lehtinen T, Verho T & Paavonen J. 2007. Nuorten seksitautien ehkäisy. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, 123(24), 2999–3007.
- Lehtinen M, Eriksson T, Apter D & Paavolainen J. 2009. Papilloomaviruksen ja klamydian torjunnan vaikuttavuus. *Katsaus*. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, 125(13), 1377–84.
- Lehtonen J. 2003. Seksuaalisuus ja sukupuoli koulussa. Näkökulmana heteronormatiivisuus ja ei-heteroseksuaalisten nuorten kertomukset. *Nuorisotutkimusseura*. Julkaisuja 31. Helsinki.
- Liinamo A. 2005. Suomalaisnuorten seksuaalikasvatus ja seksuaaliterveystiedot oppilaan ja koulun näkökulmasta. Arviointia terveyden edistämisen viitekehityksessä. *Jyväskylän yliopisto*. Väitöskirja.
- Luopa P, Kanste O & Klementti R. 2017. Toisella asteella opiskelevien sateenkaarinuorten hyvinvointi 2017. Kouluterveyskyselyn tuloksia. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL)*. Tutkimuksesta tiivistä. Helsinki

- Luopa P, Lommi A, Kinnunen T & Jokela J. 2010. Nuorten hyvinvointi Suomessa 2000-luvulla. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL). Helsinki.
- Mackenbach J & Bakker M. 2002. Reducing inequalities in health: a European perspective. Routledge. London.
- Madkour AS, Farhat T, Halpern CT, Godeau E & Gabhainn SN. 2010. Early adolescent sexual initiation as a problem behavior: A comparative study of five nations. *Journal of Adolescent Health*, 47(4), 389–98.
- Manlove J, Ikramullah D, Mincieli L, Holcombe E & Danish S. 2009. Trends in sexual experience, contraceptive use and teenage childbearing: 1992–2002. *Journal of Adolescent Health*, 44(5), 413–432.
- Mattila M-L, Rautava P, Honkinen P-L, Ojanlatva A, Jaakkola S, Aromaa M, Suominen S, Helenius H & Sillanpää M. 2011. Sense on coherence and health behaviour in adolescence. *Acta Paediatrica*, 100, 1590–1595.
- Mesheriakova VV & Tebb KP. 2017. Effect of an iPad-based intervention to improve sexual health knowledge and intentions for contraceptive use among adolescent females at school-based health centers. *Clinical Pediatrics*, 56(13), 1227–1234.
- Moore G, Audrey S, Barker M, Bond L, Bonell C, Hardeman W, Moore L, O’Cathain A, Tinati T, Wight D & Baird J. 2015. Process evaluation of complex interventions: Medical Research Council guidance, *British Medical Journal*, 350(6), h1258–h1258.
- Morales A, Espada JP & Orgilés M. 2014. The short-term impact of peers as co-facilitators of an HIV prevention programme for adolescents: a cluster randomised controlled trial. *European Journal of Contraception and Reproductive Health Care*, 19, 379–91.
- Nikula M. 2009. Young men's sexual behaviour in Finland and Estonia: Opportunities for prevention of sexually transmitted infections. *Lääketieteen laitos, Helsingin yliopisto. Väitöskirja*.
- Noar S, Anderman E, Zimmerman R & Cupp P. 2004. Fostering achievement motivation in health education: Are we applying relevant theory to school-based HIV prevention programs? *Journal of Psychology and Human Sexuality*, 16(4), 59–76.
- Nummelin R. 2000. Seksuaalikasvatusmateriaalit – pääkaupunkilasten nuorten näkemyksiä ja kokemuksia. Tampereen yliopisto. Väitöskirja.
- Nuorisolaki 1285/2016. www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2016/20161285. Viitattu 19.8.2018.
- Opetushallitus 2004. Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet. https://www.oph.fi/download/139848_pops_web.pdf. Viitattu 31.3.2019.
- Opetushallitus. 2018. Opas seksuaalisen häirinnän ennaltaehkäisemiseksi ja siihen puuttumiseksi kouluissa ja oppilaitoksissa. http://oph.fi/download/189829_Opas_seksuaalisen_hairinnan_ennal_tae_hkaisu_miseksi_ja_siihen_puuttumiseksi_ko.pdf. Viitattu 20.6.2018.
- Oringanje C, Meremikwu MM, Eko H, Esu E, Meremikwu A & Ehiri JE. 2009. Interventions for Preventing Unintended Pregnancies among Adolescents. *Cochrane Database of Systematic Reviews*, 4.
- Oshri A, Tubman JG & Jaccard J. 2011. Psychiatric symptom typology in a sample of youth receiving substance abuse treatment services: Associations with self-reported child maltreatment and sexual risk behaviors. *AIDS and Behavior*, 15(8), 1844–56.
- Ott M, Millstein S, Ofner S & Halpern-Felsher B. 2006. Greater expectations: adolescents' positive motivations for sex. *Perspectives in Sexual Reproductive Health*, 38, 84–89.
- Outlaw A, Naar-King S, Parson J & Janisse H. 2010. Predictors of condom use in a multisite study of high-risk youth living with HIV. *AIDS Education and Prevention*, 22(1), 1–14.

- Paananen R, Ristikari T, Merikukka M, Rämö A & Gissler M. 2012. Lasten ja nuorten hyvinvointi. Kansallinen syntymäkohortti 1987 -tutkimusaineiston valossa. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos (THL). Raportti 52. Helsinki.
- Parahoo K. 2006. *Nursing Research, Principles, Process and Issues*. 2nd ed. Palgrave Macmillan. New York.
- Pazol K, Zapata LB, Tregear SJ, Mautone-Smith N & Gavin L. 2015. Impact of contraceptive education on contraceptive knowledge and decision making. A systematic review. *American Journal of Preventive Medicine*, 49(201), 46–56.
- PHE. 2010. Research and analysis. Health Protection Report 4(32). Public Health England (PHE).
- Polit DF & Beck CT. 2012. *Nursing research. Generating and assessing evidence for nursing practice*. 9. painos. Philadelphia: Wolters Kluwer Health / Lippincott Williams & Wilkins.
- Priebe G, Hansson K & Svedin CG. 2010. Sexual abuse and associations with psychosocial aspects of health. A population-based study with Swedish adolescents. *Nordic Journal of Psychiatry*, (64)1, 40–48.
- Puusniekka R, Kivimäki H & Jokela J. 2012. Nuorten seksuaalikäyttäytyminen 2000-luvulla. *Nuorisotutkimus*, 3, 4–24.
- RCP. 2011. *Alcohol and Sex: A Cocktail for Poor Sexual Health*. Report of the Alcohol and Sexual Health Working Party. Royal College of Physicians (RCP). London.
- Rink E, Montgomery-Andersen R & Anastario M. 2015. The effectiveness of an education intervention to prevent chlamydia infection among Greenlandic youth. *International Journal of STD & AIDS*, 26(2), 98–106.
- Ritamo M, Pelkonen M & Nikula M. 2010. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Väliarvointi sosiaali- ja terveystieteiden toimintaohjelmasta vuosille 2007–2011. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/cbbcdf34-116e-4a6e-b588-1b46b202f1b2>. Viitattu 18.7.2018.
- Robin L, Dittus P, Whitaker D, Crosby R, Eethier K, Mezoff J, Miller K & Pappas-Deluca K. 2004. Behavioral interventions to reduce incidence of HIV, STD, and pregnancy among adolescents: a decade in review. *Journal of Adolescent Health*, 34 (1), 3–26.
- Rock EM, Ireland M & Resnick MD. 2003. To know that we know what we know: perceived knowledge and adolescent sexual risk behavior. *Journal of Adolescent Health*, 32(2), 146–147.
- Rosenbaum JE. 2009. Truth or consequences: The intertemporal consistency of adolescent self-report on the youth risk behavior survey. *American Journal of Epidemiology*, 169, 1388–1397.
- Salazar L, Bradley E, Younge SN, Daluga NA, Crosby RA, Lang DL & DiClemente RJ. 2010. Applying Ecological Perspectives to Adolescent Sexual Health in the United States: Rhetoric or Reality? *Health Education Research*, 25(4), 552–562.
- Samkange-Zeeb F, Spallek L & Zeeb H. 2011. Awareness and knowledge of sexually transmitted diseases (STDs) among school-going adolescents in Europe: a systematic review of published literature. *BMC Public Health*, 11, 1–12.
- Samposalo H. 2013. *Juomatapojen yhteys alkoholihaittoihin ja riskikäyttäytymiseen 14–16-vuotiailla nuorilla*. Tampereen yliopisto. Väitöskirja.
- SAMSHA. 2007. *Identifying and Selecting Evidence-Based Interventions*. Guidance Document for the Strategic Prevention Framework State Incentive Grant Program. Department of Health and Human Services. Substance Abuse and Mental Health Services Administration (SAMSHA).

- Saunders RP, Evans MH & Joshi PJ. 2005. Developing a process-evaluation plan for assessing health promotion program implementation: a how-to guide. *Health Promotion Practice*, 6(2), 134–147.
- Sawyer SM, Azzopardi PS, Wickremarathne D & Patton GC. 2018. The age of adolescence. *Lancet*, 2(3), 223–228.
- Scher LS, Maynard R & Stagner M. 2006. Interventions Intended to Reduce Pregnancy-related Outcomes among Adolescents. *Campbell Systematic Reviews*, 12.
- Schuster MA, Bell RM, Berry SH & Kanouse DE. 1998. Impact of a high school condom availability program on sexual attitudes and behaviors. *Family Planning Perspectives* 1998, 30(2), 67–72.
- Shneyderman Y & Schwarz S. 2012. Contextual and intrapersonal predictors of adolescent risky sexual behavior and outcomes. *Health Education and Behavior*, 10, 1–15.
- Slater C & Robinson AJ. 2014. Sexual health in adolescents. *Clinics in Dermatology*, 32(2), 189–195.
- Smith A, Agius P, Mitchell A, Barrett C & Pitts M. 2008. Secondary students and sexual health 2008. Results of the 4th National Survey of Australian Secondary Students, HIV/AIDS and Sexual Health. <https://apo.org.au/node/18390>. Viitattu 18.2.2019.
- Sonenstein FL, Pleck JH & Ku LC. 2014. Levels of sexual activity among adolescent males in the United States. *Family Planning Perspectives*, 23(4), 162–167.
- Song EY, Pruitt E, McNamara J & Colwell B. 2000. A meta-analysis examining effects of school sexuality education programs on adolescents' sexual knowledge, 1960–1997. *Journal of School Health*, 70(10), 413–416.
- Stephenson J, Strange V, Allen E, Copas A, Johnson A, Bonell C, Babiker A & Oakley A. 2008. The Long-term Effects of a Peer-led Sex Education Programme (RIPPLE): A Cluster Randomised Trial in Schools in England. *PLOS Medicine*, 5(11).
- STM. 2007. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007–2011. Sosiaali- ja terveystieteiden tiedekunta. Helsinki.
- STM. 2009. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä ehkäisevä suun terveydenhuolto. Asetuksen (380/2009) perustelut ja soveltamisohjeet. Sosiaali- ja terveystieteiden tiedekunta. Helsinki.
- Stulhofer A, Graham C, Bozicevic I, Kufrin K & Ajdukovic D. 2007. HIV/AIDS-related knowledge, attitudes and sexual behaviors as predictors of condom use among young adults in Croatia. *International Family Planning Perspectives*, 33(2), 58–65.
- Suvivuo P. 2011. The ability of adolescent girls to exert control over sexually-charged situations. A narrative study for the promotion of sexual health. Itä-Suomen yliopisto, terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja.
- Takakura M & Kobayashi M. 2006. Relationship of Condom Use with Other Sexual Risk Behaviors among Selected Japanese Adolescents. *Journal of Adolescent Health*, 40(1), 85–88.
- Takakura M, Wake N & Kobayashi M. 2007. Relationship of condom use with other sexual risk-behaviors among selected Japanese adolescent. *Journal of Adolescent Health* 40(1), 85–88.
- Tartuntatautirekisterin tilastotietokanta. THL. <http://www3.ktl.fi/> viitattu 23.11.2011.
- THL. 2009. Kouluterveyskysely. Vuoden 2008–2009 lomakkeet. Terveystieteiden tiedekunta (THL), Helsinki.
- THL. 2014. Edistä, ehkäise, vaikuta - Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014–2020. Reija Klemetti & Eija Raussi-Lehto (toim.). Terveystieteiden tiedekunta (THL). Opas 33, 2014. Tampere 2016.

- THL. 2015. Koulu-terveyskysely. Tulokset. Kysymyiskohtaiset taulukot. Seksuaali-terveys.
- THL. 2017. Koulu-terveyskyselyn tulokset nuorilla 2017. Indikaattori: Sukupuoliyhdyntäessä olleet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/ktk/ktk1/summary_perustulokset?alue_0=87869&mittarit_0=187209&mittarit_1=200280&mittarit_2=199315&vuosi_2017_0=v2017# Viitattu 20.6.2018.
- Tikkanen R, Abellsson J & Forsberg M. 2011. Kunskap, attityder och sexuella handlingar bland unga. Göteborgin yliopisto. Institut för social arbete. Skriftserien 2011:1.
- Tilastokeskus. 2016. Suomen virallinen tilasto (SVT): Ammatillinen koulutus [verkkojulkaisu]. Helsinki. http://www.stat.fi/til/aop/2016/aop_2016_2017-09-27_tie_001_fi.html. Viitattu 20.6.2018.
- Tilastokeskus. 2017. Suomen virallinen tilasto (SVT): Väestörakenne [verkkojulkaisu]. Helsinki. <http://www.stat.fi/til/vaerak/index.html>. Viitattu 20.6.2018.
- Traeen B. 2003. Effect of an intervention to prevent unwanted pregnancy in adolescents. A randomized, prospective study from Nordland county. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 13(3), 207–223.
- Tschann JM, Flores E, De Groat CL, Deardorff J & Wibbelsman CJ. 2010. Condom negotiation strategies and actual condom use among latino youth. *Journal of Adolescent Health*, 47, 254–262.
- UNESCO. 2018. International technical guidance on sexual education. An evidence-informed approach. UNESCO. Ranska.
- UNFPA. 2017. Comprehensive sexuality education. Giving young people the information, skills and knowledge, they need. www.unfpa.org/public/home/adolescents/pid/6483. Viitattu 28.9.2017.
- UNICEF. 2011. The state of the world's children 2011. Adolescence: an age of opportunity. New York (NY): UNICEF. www.unicef.org/adolescence/files/SOWC_2011_Main_Report_EN_02092011.pdf. Viitattu 16.11.2015.
- Vehkalahti K. 2002. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki. <http://www.helsinki.fi/~kvehkala/mmm/moniste.pdf>. Viitattu 5.4.2018
- Vieno A, Santinello M, Pastore M & Perkins DD. 2007. Social support, sense of community in school, and self-efficacy as resources during early adolescence: an integrative model. *American Journal of Community Psychology*, 39, 177–90.
- Vivancos R, Abubakar I, Phillips-Howard P & Hunter PR. 2013. School-based sex education is associated with reduced risky sexual behaviour and sexually transmitted infections in young adults. *Public Health*, 127, 53–57.
- VN asetus 6.4.2011/338. Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta.
- Voisin D, Tan K, Salazar L, Crosby R & DiClemente R. 2012. Correlates of sexually transmitted infection prevention knowledge among African American girls. *Journal of Adolescent Health*, 51(2), 197–199.
- Wainwright N, Surtees P, Welch A, Luben R, Khaw K & Bingham S. 2007. Healthy life style choices: could sense of coherence aid health promotion. *Journal of Epidemiological Community Health*, 61, 871–876.
- Weller SC & Davis-Beatty K. 2007. Condom effectiveness in reducing heterosexual HIV transmission. *The Cochrane Library*, Issue 4.

- Whitaker AK, Terplan M, Gold MA, Johnson LM, Creinin MD & Harwood B. 2010. Effect of a brief educational intervention on the attitudes of young women toward the intrauterine device. *Journal of Pediatric Adolescent Gynecology*, 23(2), 116–120.
- Whitfield C, Jomeen J, Hayter M & Gardiner E. 2013. Sexual health information seeking: a survey of adolescent practices. *Journal of Clinical Nursing*, 22, 3259–3269.
- WHO. 2000. Promotion of Sexual Health. Recommendations for Action. Pan American Health Organization. World Health Organization (WHO). Guatemala.
- WHO. 2006. Defining sexual health. Report of a technical consultations on sexual health 28.–31.1.2002. World health organization (WHO). Geneve.
- WHO. 2010a. Seksuaalikasvatuksen standardit Euroopassa. Suuntaviivat poliittisille päättäjille, opetus- ja terveydenhoitoalan viranomaisille ja asiantuntijoille. Maailman terveysjärjestön (WHO) Euroopan aluetoimisto ja BZgA. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.
- WHO. 2010b. Measuring sexual health: conceptual and practical considerations and related indicators. World Health Organization (WHO). Geneve.
- WHO. 2014a. Health for the World's Adolescents. A second chance in the second decade. World Health Organization (WHO). Geneve.
- WHO. 2014b. Investing in children: the European child and adolescent health strategy 2015–2020. World Health Organization (WHO). Regional committee for Europe 64th session.
- WHO 2016a. Adolescent Development. 2016. Maternal, newborn, child and adolescent health. World Health Organization (WHO). http://www.who.int/maternal_child_adolescent/topics/adolescence/dev/en. Viitattu 30.8.2016.
- WHO. 2016b. Growing up unequal: gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being. 2016. Health behavior in school-aged children (HBSC) study: international report from the 2013–2014 survey. World Health Organization (WHO). http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/303438/HSBC-No.7-Growing-up-unequal-Full-Report.pdf?ua=1. Viitattu 20.6.2018.
- WHO. 2016c. Action plan for sexual and reproductive health: towards achieving the 2030. Agenda for Sustainable Development in Europe – leaving no one behind. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen. www.euro.who.int/en/health-topics/Lifestages/sexual-and-reproductive-health/publications/2016/action-plan-for-sexual-and-reproductive-health-towards-achieving-the2030-agenda-for-sustainable-development-in-europe-leaving-no-one-behind-2016. Viitattu 15.8.2017.
- WHO. 2016d. Global health sector strategy on sexually transmitted infections 2016-2021. World Health Organization (WHO). www.who.int/reproductivehealth/publications/rtis/ghss-stis/en/. Viitattu 25.6.2018.
- Widman L, Welsh D, McNulty J & Little K. 2006. Sexual communication and contraceptive use in adolescent dating couples. *Journal of Adolescent Health*, 39, 893–899.
- Wiefferink CH, Poelman J, Linthorst M, Vanwesenbeeck I, Van Wijngaarden JCM & Paulussen TGW. 2005. Outcomes of a systematically designed strategy for the implementation of sex education in Dutch secondary schools. *Health Education Research*, 20(3), 323–333.
- Wiefferink CH, Peters L, Hoekstra F, Dam GT, Buijs GJ & Paulussen TG. 2006. Clustering of health-related behaviors and their determinants: possible consequences for school health interventions. *Prevention Science* 7(2), 127–149.

- Wolk LI & Rosenbaum R. 1995. The Benefits of School-Based Condom Availability: Cross-Sectional Analysis of a Comprehensive High School-Based Program. *Journal of Adolescent Health*, 17, 184–188.
- Yode M & LeGrand T. 2012. Association between age at first sexual relation and some indicators of sexual behaviour among adolescents. *African Journal of Reproductive Health*, 16(2), 173–188.
- Zambon A, Morgan A, Vereecken C, Colombini S, Boyce W & Mazur J. 2010. The contribution of club participation to adolescent health: evidence from six countries. *Journal of Epidemiology and Community Health*, 64(1), 89–95.

LIITTEET

LIITE 1: Tiedote tutkimuksesta osallistujille.

Hvya ammattiin opiskeleva nuori

Oppilaitoksellasi on käynnistymässä tutkimus, jonka tavoitteena on kuvata ammattiin opiskelevien nuorten seksuaalikäyttäytymistä sekä intervention (oppitunti, kirjallinen materiaali, kondomit) vaikutusta siihen. Tutkimuksen tulokset julkaistaan väitöskirjassa, joka valmistuu vuoden 2013 aikana. **Tutkimus tulee tarjoamaan ainutlaatuisia tietoja nuorten seksuaaliterveydestä Suomessa.**

Oppilaitoksesi/yksikkösi on satunnaisesti valittu yhdeksi tutkimukseen osallistuvista oppilaitoksista. Tutkimuksessa on mukana yhteensä noin 2000 ammattiin opiskelevaa nuorta eripuolilta Suomea. Puolessa tutkimukseen osallistuvista oppilaitoksista pidetään kevään 2011 aikana seksuaaliterveysoppitunti ja jaetaan kirjallista materiaalia, sekä ilmaisia kondomeja. Toinen puoli oppilaitoksista muodostaa kontrolliryhmän, joka vastaa ainoastaan kyselylomakkeen kysymyksiin.

Sinun oppilaitoksesi kuuluu kontrolliryhmään. *(Teksti kontrolliryhmälle)*

Sinun oppilaitoksesi kuuluu tutkimusryhmään, jossa järjestetään interventio. *(Teksti interventoryhmälle)*

Kolme kertaa tutkimuksen aikana Sinua pyydetään vastaamaan sähköiseen kyselylomakkeeseen, jolla kerätään tietoa seksuaalikäyttäytymisestä ja siihen liittyvistä tiedoista ja asenteista. Ensimmäinen kysely toteutetaan helmikuussa, toinen kysely toukokuussa ja kolmas kysely elokuussa 2011. Lomakkeessa ei kysytä henkilötietoja, eikä yksittäisen vastaajan vastauksia voi tunnistaa. Kyselyyn vastaamiseen kuluu noin 10–20 minuuttia. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja, jos et halua vastata johonkin kysymykseen, voit aina hypätä kysymyksen yli.

Olethan mukana toteuttamassa tärkeää tutkimusta nuorten seksuaalikäyttäytymisestä!

KYSELYLOMAKKEESEEN PÄÄSET SEURAAVASTA LINKISTÄ: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Kyselylomake on auki 7.2.–20.2.2011.

Jos Sinulla ei ole mahdollisuutta vastata kyselyyn oppitunnin yhteydessä, voit vastata kyselyyn myös omalla ajallasi. Vastaamisen jälkeen paina kyselyn viimeisellä sivulla painiketta "LÄHETÄN VASTAUKSENI", muuten vastauksesi eivät tallennu järjestelmään.

Suuri kiitos osallistumisestasi tärkeään tutkimukseen!

Annamme mielellämme lisätietoa tutkimuksesta ja vastaamme kaikkiin kysymyksiin.

TtM, Marja Pakarinen
Väitöskirjan tekijä
Tampereen yliopisto
Terveystieteiden yksikkö,
hoitotiede
p. xxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

prof. Tarja Suominen
Väitöskirjan ohjaaja
Tampereen yliopisto
Terveystieteiden yksikkö,
hoitotiede
p. xxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

dos. Jari Kylmä
Väitöskirjan ohjaaja
Tampereen yliopisto
Terveystieteiden yksikkö,
hoitotiede
p. xxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

LIITE 2: Tiedote tutkimuksesta vanhemmille/huoltajille.

Hyvä ammattiin opiskelevan nuoren vanhempi/huoltaja

Teen väitöskirjatutkimusta Tampereen yliopistossa aiheesta ”Ammattiin opiskelevien nuorten seksuaaliterveys – intervention vaikutukset”.

Tavoitteenani on kuvata ammattiin opiskelevien 15–19-vuotiaiden nuorten seksuaalikäyttäytymistä sekä intervention (oppitunti, kirjallinen materiaali, kondomit) vaikutusta siihen. Tietoa seksuaalikäyttäytymisestä ja siihen liittyvistä tiedoista ja asenteista kerään kolme kertaa sähköisellä kyselylomakkeella, johon vastaaminen on opiskelijalle vapaaehtoista. Tutkimuslomakkeessa ei kerätä yksilöityjä tunnistetietoja (nimi, henkilötunnus, osoite), eikä yksittäisen opiskelijan vastausta voida yhdistää henkilöön. Tutkimuksessa kerätty kyselyaineisto hävitetään tutkimuksen loputtua. Tutkimukseen osallistuu yhteensä lähes 2000 opiskelijaa eri oppilaitoksista. Tutkimus käynnistyy oppilaitoksessa viikolla 6.

Tutkimuksen aihe on syntynyt käytännön tarpeesta saada tietoa seksuaaliterveystiedon ja ilmaisten kondomien vaikutuksista nuorten käyttäytymiseen. Suomalaiset nuoret aloittavat kansainvälisesti vertailtuna seksielämän nuorena, mutta käyttävät muita harvemmin kondomia. **Vaikuttavien keinojen löytäminen seksuaaliterveyden ylläpitämiseen ja seksitautien ennaltaehkäisyyn on tärkeä osa nuoren kokonaisvaltaista terveyden edistämistä.**

Mikäli ette halua alaikäisen nuoren vastaavan sähköiseen kyselylomakkeeseen, pyydän teitä ystävällisesti ilmoittamaan kieltävän päätöksenne oppilaitokselle joko postitse tai sähköpostitse ennen tutkimuksen alkamista 7.2.2011.

Tutkimustyöni ohjaajana toimivat professori Tarja Suominen ja dosentti Jari Kylmä Tampereen yliopistosta. Annamme mielellämme lisätietoa tutkimuksesta ja vastaamme kaikkiin kysymyksiinne.

Yhteistyöstä tärkeässä ja ainutlaatuisessa seksuaaliterveystutkimuksessa kiittäen

TtM, Marja Pakarinen
Väitöskirjan tekijä
Tampereen yliopisto
Terveystieteiden yksikkö,
hoitotiede
p. xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
[xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx](#)

Professori Tarja Suominen
Väitöskirjan ohjaaja
Tampereen yliopisto
Terveystieteiden yksikkö,
hoitotiede
p. xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
[xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx](#)

Dosentti Jari Kylmä
Väitöskirjan ohjaaja
Tampereen yliopisto
Terveystieteiden yksikkö,
hoitotiede
p. xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx
[xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx](#)

✕

En anna lupaa siihen, että alaikäinen lapseni _____ osallistuu ”Ammattiin opiskelevien nuorten seksuaaliterveys – intervention vaikutukset” -tutkimukseen.

____ / ____ 2011

Huoltajan allekirjoitus, nimen selvennys

LIITE 3: Tiedote tutkimuksesta interventio-oppilaitoksille.

Ammattiin opiskelevien nuorten seksuaalikäyttäytyminen – tutkimuksen ja intervention toteuttaminen oppilaitoksissa

Teen väitöskirjatutkimusta Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksella aiheesta ”ammattiin opiskelevien nuorten seksuaaliterveys – intervention vaikutukset”. Tavoitteenani on selvittää, miten oppilaitoksessa toteutettu interventio – oppitunnilla annettu seksuaaliterveyskasvatus ja ilmaiskondomien, sekä esitteiden saatavuus – vaikuttaa nuoren seksuaalikäyttäytymiseen.

Tutkimusaihe on syntynyt käytännön tarpeesta saada tietoa seksuaalitervestiedon ja ilmaisten kondomien jaon vaikutuksista nuorten käyttäytymiseen. Suomalaiset nuoret aloittavat kansainvälisesti vertailtuna seksielämän nuorena, mutta käyttävät muita harvemmin kondomia. Seksitautitartunnat ovat yleisiä nuorilla ja voivat aiheuttaa vakavia vaikutuksia terveyteen ja elämänlaatuun pitkälle aikuisuuteen. Vaikuttavien keinojen löytäminen seksuaaliterveyden ylläpitämiseen ja seksitautien ennaltaehkäisyyn on tärkeä osa nuoren kokonaisvaltaista terveyden edistämistä.

Tutkimusasetelma on satunnaistettu koe-kontrolliasetelma, jossa tutkimusryhmälle suoritetaan interventio ja muutosta mitataan suhteessa kontrolliryhmään, jossa interventiota ei suoriteta. Tutkimusaineisto kerätään kaikilta ryhmiltä kolmessa vaiheessa sähköisellä kyselylomakkeella, jossa ei kysytä henkilötietoja. Oppilaitoksenne on satunnaisesti valittu tutkimusryhmään, jossa toteutetaan tutkimusinterventio.

1. Tutkimuksen kohderyhmä

Oppilaitos/yksikkö: xxx

Kohderyhmä ovat vuoden 2010 syksyllä ammattiin valmistavan perusopetus pohjaisen koulutuksen aloittaneet opiskelijat, mukaan lukien lukion oppimäärän tai ylioppilastutkinnon suorittaneet perusopetus pohjaisen koulutuksen aloittaneet 15–19-vuotiaat nuoret.

2. Kyselyiden toteuttaminen oppilaitoksella

Tutkimuksen aineisto kerätään sähköisellä kyselylomakkeella (Webropol). Lomake sisältää kysymyksiä opiskelijoiden taustatiedoista, seksuaalikäyttäytymisestä, -asenteista ja seksuaalituloista. Kyselylomakkeessa ei kerätä opiskelijoiden henkilötietoja ja kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Lomakkeen täyttäminen kestää noin 10–20 minuuttia.

Tutkija toimittaa oppilaitoksille valmiiksi tulostetut tiedotkirjeet jaettavaksi opiskelijoille, josta löytyy tietoa tutkimuksesta ja ohje kyselyyn vastaamiseksi. **Erittäin toivottavaa on, että oppilaitokset mahdollistavat kohderyhmään kuuluvien opiskelijoiden kyselyyn vastaamisen esimerkiksi ATK-tunnin aikana tai sen lopuksi**, jolloin vastausprosentti kyselyyn on huomattavasti parempi ja tutkimuksesta tulee mahdollisimman kattava. Opiskelijat voivat vastata kyselyyn myös omalla ajallaan, mikäli heillä ei ole mahdollisuutta vastata oppitunnin aikana.

Tutkimusaineistoa kerätään sähköisellä kyselylomakkeella kolme kertaa, jotta voidaan saada tietoa seksuaalikäyttäytymisen mahdollisista muutoksista tutkimusaikana. Aikataulu:

- Ensimmäinen aineiston keruu **ajalla 7.2.–20.2.2011** ennen intervention alkamista
- Toinen aineiston keruu **ajalla 16.–29.5.2011** heti intervention päättymisen jälkeen
- Kolmas ja viimeinen aineiston keruu **ajalla 22.8.–4.9.2011** 16 viikon kuluttua intervention päättymisestä.

Tutkimuksen alkaessa myös rehtoreita pyydetään vastaamaan lyhyeen sähköiseen kyselylomakkeeseen, jossa kysytään organisaation taustamuuttujia, opiskelijaterveydenhuollon järjestämistä sekä seksuaaliterveyskasvatuksen käytäntöjä oppilaitoksella. Rehtorit saavat ohjeet kyselyyn vastaamiseksi sähköpostitse.

3. Intervention toteuttaminen oppilaitoksilla

Intervention kuuluu 1) **materiaalien jakelu** ja 2) **seksuaaliterveyden oppitunti**. Oppilaitoksille toimitetaan kaikki interventioissa käytettävät materiaalit: kondomit, esitemateriaalit, julisteet ja opettajan opetusmateriaali. Tarvittaessa materiaaleja postitetaan lisää intervention aikana.

Tutkimuksessa jaettavat kondomit on rahoittanut sosiaali- ja terveysministeriö ja kaikki materiaalit ovat maksuttomia oppilaitokselle. Aids-tukikeskus huolehtii tarvittaessa ylimääräisten materiaalien takaisin postituksesta aiheutuvista kuluista intervention jälkeen. Oppilaitos voi halutessaan pitää ja hyödyntää kaikki ylijääneet materiaalit, mutta ne tulee kerätä pois aulatilasta intervention jälkeen. Materiaalit voi laittaa jaettavaksi uudelleen tutkimuksen päättymisen jälkeen syyskuussa 2011.

Intervention kesto on 12 viikkoa, jonka ajan materiaaleja tulee olla opiskelijoiden saatavilla.

Interventio käynnistyy 21.2.2011 ja päättyy 13.5.2011.

1) Materiaalien jakelu: Kondomit toimitetaan oppilaitoksille pahvipakkauksissa. Jokainen pakkaus sisältää kolme kondomia. Pakkaukset sijoitetaan intervention ajaksi opiskelijoiden saataville yksikön aulatilaa, josta opiskelijat voivat käydä niitä halutessaan vapaasti noutamassa. Samaan paikkaan sijoitetaan myös esitemateriaali ja julisteet. Oppilaitokselta tulisi nimetä vastuuhenkilö, joka huolehtii kondomien ja muiden materiaalien lisäämisestä aulatilaa tarpeen mukaan 12 viikon ajan. Kondomeja on laskennallisesti varattu 20 pakettia (sis. 3 kondomia) yhtä kohderyhmään kuuluvaa oppilasta kohden.

2) Seksuaaliterveyden oppitunti: Ajalla 21.2.–13.3.2011 oppilaitoksen opettaja pitää kohderyhmään kuuluville opiskelijoille seksuaaliterveyden oppitunnin valmiin PowerPoint-opetusmateriaalin mukaisesti. Oppitunnin kesto on 45 minuuttia. Oppitunti voidaan järjestää terveystiedon oppiaineesta tai jossain muussa aineessa. Oppitunnin voi pitää opettaja, joka normaalistikin vastaa oppilaitoksessa seksuaaliterveyden opetuksesta. PowerPoint-materiaali toimitetaan sähköisessä muodossa oppilaitoksen opettajalle.

4. Tutkimuksen eettiset kysymykset ja tutkimusluvut

Tutkimuksen toteuttamisen eettisistä näkökohdista on konsultoitu eettistä toimikuntaa 23.4.2009. Kyseessä ei ole tutkimuslain (488/1999) tarkoittama tutkimus, jolle tulisi hakea eettisen toimikunnan ennakoarviointi. Tutkimusluvut haetaan tutkimukseen osallistuvien oppilaitosten tutkimuslupakäytäntöjen mukaisesti. Tutkija toimittaa oppilaitoksille tiedotekirjeen tutkimukseen osallistuvien opiskelijoiden huoltajille, joilla on mahdollisuus kieltää alaikäisen opiskelijan osallistuminen tutkimukseen.

Opiskelijalle kyselylomakkeeseen vastaaminen on vapaaehtoista. Tutkimusaineistossa ei kerätä tunnistetietoja opiskelijasta, eikä vastauksia voida yksilöidä. Opiskelija voi keskeyttää lomakkeen täyttämisen milloin tahansa halutessaan tai hypätä yli kysymyksistä, joihin hän ei halua vastata. Tutkimuksessa kerätty kyselyaineisto hävitetään tutkimuksen loputtua.

5. Tutkimuksesta tiedottaminen

Oppilaitoksille lähetetään valmiiksi tulostettuina kaikki tutkimukseen liittyvät jaettavat tiedotekirjeet.

Tutkimuksesta olisi hyvä informoida kaikkia opettajia ja opiskelijahuoltohenkilöstöä ja varautua siihen, että tutkimus herättää joissakin opiskelijoissa tarvetta keskustella asioistaan. Myös opiskelijaterveydenhuollon on hyvä varautua opiskelijoiden tiedusteluihin tai esimerkiksi seksitautien testaustarpeen lisääntymiseen. Voitte ottaa aina halutessanne ja tarvitessanne yhteyttä tutkimuksen tekijään tai tutkimuksen ohjaajiin.

6. Tulosten valmistuminen

Tutkimuksen tuloksista raportoidaan väitöskirjatutkimuksessa, jonka suunniteltu valmistumisaika on vuonna 2013. Tutkimustuloksia on kuitenkin saatavilla jo ennen väitöskirjan valmistumista osajulkaisujen myötä. Tutkimukseen osallistuville oppilaitoksille lähetetään ensimmäisten joukossa tietoa tutkimuksen valtakunnallisista tuloksista.

Kaikissa kysymyksissä tai ongelmatilanteissa voitte ottaa yhteyttä tutkija Marja Pakariseen tai väitöskirjan ohjaajiin.

Lämpimästi yhteistyöstä tärkeässä ja ainutlaatuisessa tutkimushankkeessa kiittäen

Marja Pakarinen
Väitöskirjan tekijä
Tampereen yliopisto
Hoitotieteen laitos
p. xxxxxxxxxxxxxxxx
[xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx](#)

Professori Tarja Suominen
Väitöskirjan ohjaaja
Tampereen yliopisto
Hoitotieteen laitos
p. xxxxxxxxxxxxxxxx
[xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx](#)

Dosentti Jari Kylmä
Väitöskirjan ohjaaja
Tampereen yliopisto
Hoitotieteen laitos
p. xxxxxxxxxxxxxxxx
[xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx](#)

LIITE 4: Tiedote tutkimuksesta kontrollioppilaitoksille.

Ammattiin opiskelevien nuorten seksuaalikäyttäytyminen – tutkimuksen ja intervention toteuttaminen oppilaitoksissa

Teen väitöskirjatutkimusta Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksella aiheesta ”ammattiin opiskelevien nuorten seksuaaliterveys – intervention vaikutukset”. Tavoitteenani on selvittää, miten oppilaitoksessa toteutettu interventio – oppitunnilla annettu seksuaaliterveyskasvatus ja ilmaiskondomien, sekä esitteiden saatavuus – vaikuttaa nuoren seksuaalikäyttäytymiseen.

Tutkimusaihe on syntynyt käytännön tarpeesta saada tietoa seksuaaliterveystiedon ja ilmaisten kondomien jaon vaikutuksista nuorten käyttäytymiseen. Suomalaiset nuoret aloittavat kansainvälisesti vertailtuna seksielämän nuorena, mutta käyttävät muita harvemmin kondomia. Seksitautitartunnat ovat yleisiä nuorilla ja voivat aiheuttaa vakavia vaikutuksia terveyteen ja elämänlaatuun pitkälle aikuisuuteen. Vaikuttavien keinojen löytäminen seksuaaliterveyden ylläpitämiseen ja seksitautien ennaltaehkäisyyn on tärkeä osa nuoren kokonaisvaltaista terveyden edistämistä.

Tutkimusasetelma on satunnaistettu koe-kontrolliasetelma, jossa tutkimusryhmälle suoritetaan interventio ja muutosta mitataan suhteessa kontrolliryhmään, jossa interventiota ei suoriteta. Tutkimusaineisto kerätään kaikilta ryhmiltä kolmessa vaiheessa sähköisellä kyselylomakkeella, jossa ei kysytä henkilötietoja. Oppilaitoksenne on satunnaisesti valittu tutkimuksen kontrolliryhmään.

1. Tutkimuksen kohderyhmä

Oppilaitos/yksikkö: xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Kohderyhmä ovat vuoden 2010 syksyllä ammattiin valmistavan perusopetus pohjaisen koulutuksen aloittaneet opiskelijat, mukaan lukien lukion oppimäärän tai ylioppilastutkinnon suorittaneet perusopetus pohjaisen koulutuksen aloittaneet 15–19-vuotiaat nuoret.

2. Kyselyiden toteuttaminen oppilaitoksella

Tutkimuksen aineisto kerätään sähköisellä kyselylomakkeella (Webropol). Lomake sisältää kysymyksiä opiskelijoiden taustatiedoista, seksuaalikäyttäytymisestä, -asenteista ja seksuaalitiedoista. Kyselylomakkeessa ei kerätä opiskelijoiden henkilötietoja ja kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Lomakkeen täyttäminen kestää noin 10–20 minuuttia.

Tutkija toimittaa oppilaitoksille valmiiksi tulostetut tiedotkirjeet jaettavaksi opiskelijoille, josta löytyy tietoa tutkimuksesta ja ohje kyselyyn vastaamiseksi. **Erittäin toivottavaa on, että oppilaitokset mahdollistavat kohderyhmään kuuluvien opiskelijoiden kyselyyn vastaamisen esimerkiksi ATK-tunnin aikana tai sen loppuksi**, jolloin vastausprosentti kyselyyn on huomattavasti parempi ja tutkimuksesta tulee mahdollisimman kattava. Opiskelijat voivat vastata kyselyyn myös omalla ajallaan, mikäli heillä ei ole mahdollisuutta vastata oppitunnin aikana.

Tutkimusaineistoa kerätään sähköisellä kyselylomakkeella kolme kertaa, jotta voidaan saada tietoa seksuaalikäyttäytymisen mahdollisista muutoksista tutkimusajana. Aikataulu:

- Ensimmäinen aineiston keruu **ajalla 7.2.–20.2.2011** ennen intervention alkamista
- Toinen aineiston keruu **ajalla 16.–29.5.2011** heti intervention päättymisen jälkeen
- Kolmas ja viimeinen aineiston keruu **ajalla 22.8.–4.9.2011** 16 viikon kuluttua intervention päättymisestä.

Tutkimuksen alkaessa myös rehtoreita pyydetään vastaamaan lyhyeen sähköiseen kyselylomakkeeseen, jossa kysytään organisaation taustamuuttujia, opiskelijaterveydenhuollon järjestämistä sekä seksuaaliterveyskasvatuksen käytäntöjä oppilaitoksella. Rehtorit saavat ohjeet kyselyyn vastaamiseksi sähköpostitse.

3. Tutkimuksen materiaalit

Tutkimukseen osallistuvissa interventio-oppilaitoksissa suoritetaan materiaalien jakelua ja seksuaaliterveyden oppitunti keväällä 2011. Tutkimuksessa jaossa olevat materiaalit ovat kondomeja, esitteitä ja julisteita. Seksuaaliterveyden oppitunti on valmis PowerPoint -materiaali opettajalle. Tutkimuksessa jaettavat kondomit on rahoittanut sosiaali- ja terveysministeriö.

Kontrollioppilaitokset saavat halutessaan käyttöönsä kaikki samat materiaalit, jotka tutkimuksen interventio-oppilaitoksille on toimitettu. Kaikki materiaalit toimitetaan maksutta kontrollioppilaitokselle syyskuussa 2011 tutkimuksen aineiston keruun päätyttyä.

4. Tutkimuksen eettiset kysymykset ja tutkimusluvut

Tutkimuksen toteuttamisen eettisistä näkökohdista on konsultoitu eettistä toimikuntaa 23.4.2009. Kyseessä ei ole tutkimuslain (488/1999) tarkoittama tutkimus, jolle tulisi hakea eettisen toimikunnan ennakoarviointi.

Tutkimusluvut haetaan tutkimukseen osallistuvien oppilaitosten tutkimuslupakäytäntöjen mukaisesti. Tutkija toimittaa oppilaitoksille tiedotekirjeen tutkimukseen osallistuvien opiskelijoiden huoltajille, joilla on mahdollisuus kieltää alaikäisen opiskelijan osallistuminen tutkimukseen.

Opiskelijalle kyselylomakkeeseen vastaaminen on vapaaehtoista. Tutkimusaineistossa ei kerätä tunnistetietoja opiskelijasta, eikä vastauksia voida yksilöidä. Opiskelija voi keskeyttää lomakkeen täyttämisen milloin tahansa halutessaan tai hypätä yli kysymyksistä, joihin hän ei halua vastata. Tutkimuksessa kerätty kyselyaineisto hävitetään tutkimuksen loputtua.

5. Tutkimuksesta tiedottaminen

Oppilaitoksille lähetetään valmiiksi tulostettuina kaikki tutkimukseen liittyvät jaettavat tiedotekirjeet.

Tutkimuksesta olisi hyvä informoida kaikkia opettajia ja opiskelijahuoltohenkilöstöä ja varautua siihen, että tutkimus herättää joissakin opiskelijoissa tarvetta keskustella asioistaan. Myös opiskelijaterveydenhuollon on hyvä varautua opiskelijoiden tiedusteluihin tai esimerkiksi seksitautien testaustarpeen lisääntymiseen. Voitte ottaa aina halutessanne ja tarvitessanne yhteyttä tutkimuksen tekijään tai tutkimuksen ohjaajiin.

6. Tulosten valmistuminen

Tutkimuksen tuloksista raportoidaan väitöskirjatutkimuksessa, jonka suunniteltu valmistumisaika on vuonna 2013. Tutkimustuloksia on kuitenkin saatavilla jo ennen väitöskirjan valmistumista osajulkaisujen myötä. Tutkimukseen osallistuville oppilaitoksille lähetetään ensimmäisten joukossa tietoa tutkimuksen valtakunnallisista tuloksista.

Kaikissa kysymyksissä tai ongelmatilanteissa voitte ottaa yhteyttä tutkija Marja Pakariseen tai väitöskirjan ohjaajiin.

Lämpimästi yhteistyöstä tärkeässä ja ainutlaatuisessa tutkimushankkeessa kiittäen

Marja Pakarinen
Väitöskirjan tekijä
Tampereen yliopisto
Hoitotieteen laitos
p. xxxxxxxxxx
[xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx](#)

Professori Tarja Suominen
Väitöskirjan ohjaaja
Tampereen yliopisto
Hoitotieteen laitos
p. xxxxxxxxxx
[xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx](#)

Dosentti Jari Kylmä
Väitöskirjan ohjaaja
Tampereen yliopisto
Hoitotieteen laitos
p. xxxxxxxxxx
[xxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxxx](#)

LIITE 5: Tutkimuksen kyselylomake: taustakysymykset, seksuaalikäyttäytymisen kysymykset, seksuaalikäyttäytymiseen liittyvien tietojen ja asenteiden kysymykset.

Seksuaaliterveyskysely

HEI!

Kiitos, kun olet päättänyt osallistua valtakunnalliseen "Ammattiin osallistuvien nuorten seksuaaliterveys - intervention vaikutukset" tutkimukseen!

Tällä kyselylomakkeella kerätään tietoa 1. vuoden ammattiin opiskelevien 15–19-vuotiaiden nuorten seksuaalikäyttäytymisestä ja siihen liittyvistä tiedoista ja asenteista. Kyselyn tulokset julkaistaan väitöskirjatutkimuksessa, joka valmistuu vuoden 2013 aikana. Kysely on luottamuksellinen ja nimetön. Tuloksista ei voi tunnistaa yksittäisen opiskelijan vastauksia. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista.

Vastaamalla lomakkeen kysymyksiin olet mukana ainutlaatuisessa valtakunnallisessa tutkimuksessa nuorten seksuaalikäyttäytymisestä. Kyselyyn vastaamiseen kuluu aikaa noin 10-20 minuuttia. Vastaamme erittäin mielellämme kysymyksiin ja otamme palautetta vastaan sähköpostilla tai puhelimitse.

Marja Pakarinen
Väitöskirjan tekijä
Tampereen yliopisto
Terveystieteiden yksikkö, hoitotiede
p. xxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Professori Tarja Suominen
Väitöskirjan ohjaaja
Tampereen yliopisto
Terveystieteiden yksikkö, hoitotiede
p. xxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

Dosentti Jari Kylmä
Väitöskirjan ohjaaja
Tampereen yliopisto
Terveystieteiden yksikkö, Hoitotiede
p. xxxxxxxxxxxxxxxx
xxxxxxxxxxxxxxxxxxxx

©Pakarinen

Tutkimusta tukevat: sosiaali- ja terveysministeriö, Hiv-tukikeskus, Sairaanhoidtajien koulutussäätiö, Sukupuolitautilien vastustamisyhdistys ja Tampereen yliopisto.

1. Minä vuonna olet aloittanut nykyiset opinnot ammatillisessa oppilaitoksessa?

- vuonna 2009 tai aikaisemmin
- vuonna 2010 keväällä
- vuonna 2010 syksyllä
- vuonna 2011 keväällä

2. Syntymävuotesi?

- valinta -

3. Mikä on nykyinen koulutusalasasi ammattioppilaitoksessa?

- valinta -

4. Mikä koulutuksen olet suorittanut loppuun ennen nykyistä ammattioppilaitosta? Voit tarvittaessa valita useamman vaihtoehdon.

- peruskoulun
- lukion
- ammatillisen koulutuksen
- muu, mikä

5. Keitä asuu tällä hetkellä kanssasi samassa asunnossa?

	kyllä	ei
ei ketään muita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
avopuoliso / aviopuoliso / rekisteröity kumppani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
äiti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
isä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
äitipuoli tai isäpuoli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sijaisvanhemmat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
isovanhempi (isoäiti, isoisä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
oma lapsi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sisarus (sisko, veli)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ystävä, kaveri tai muu samanikäinen nuori	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

6. Minkä koulutuksen vanhempasi on suorittanut? Voit valita tarvittaessa useamman vaihtoehdon.

	äiti	isä
kansakoulun/kansalaiskoulun tai peruskoulun	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ammattillisen koulutuksen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lukion	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ammattikorkeakoulun/yliopiston	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jonkin muun koulutuksen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
en osaa sanoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

7. Ovatko vanhempasi töissä tällä hetkellä? Valitse molempien vanhempien kohdalla sopiva vaihtoehto.

	äiti	isä
työssä kokopäiväisesti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
työssä osa-aikaisesti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
työttömänä alle vuoden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
työttömänä yli vuoden	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
eläkkeellä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
opiskelijana	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
joku muu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
en osaa sanoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Mikä seuraavista vaihtoehdoista kuvaa parhaiten seurustelusuhdettasi tällä hetkellä?

- olen seurustellut yhden ja saman kumppanin kanssa alle 3 kk
- olen seurustellut yhden ja saman kumppanin kanssa 3-6 kk
- olen seurustellut yhden ja saman kumppanin kanssa yli 6 kk
- minulla on useita seurustelukumppaneita yhtä aikaa
- en ole seurustelusuhteessa
- joku muu, mikä

9. Riippumatta siitä kuulutko johonkin uskonnolliseen yhteisöön, kuinka uskonnollinen mielestäsi olet?

- en lainkaan uskonnollinen
- hyvin vähän uskonnollinen
- en osaa sanoa
- jonkin verran uskonnollinen
- erittäin uskonnollinen

10. Jos haluat mennä oppilaitoksen terveydenhoitajan kanssa keskustelemaan seksuaalikäyttäytymiseen (esim. kondomin käyttöön, seksitauteihin) liittyvistä asioista, miten helppo sinne on päästä?

- erittäin helppo
- melko helppo
- en osaa sanoa
- melko vaikea
- erittäin vaikea

11. Seuraavat kysymykset mittaavat tuntemuksiasi ja mielialaasi (ns. koherenssin tunne). Arvioi omia tuntemuksiasi esitetystä väittämästä asteikolla 1-7.

11.1. Kuinka usein sinulla on tunne, ettet oikeastaan välitä siitä, mitä ympärilläsi tapahtuu?

hyvin harvoin tai ei koskaan hyvin usein

11.2. Kuinka usein olet yllätynyt sellaisten henkilöiden käyttäytymisestä, jotka uskoit tuntevasi hyvin?

en koskaan jatkuvasti

11.3. Oletko joskus pettynyt ihmisiin, joihin luotit?

en koskaan jatkuvasti

11.4. Tähän asti elämäsi on ollut

täysin vailla selvää tarkoitusta ja päämäärää sen tarkoitus ja päämäärä ovat olleet täysin selvät

11.5. Kuinka usein sinusta tuntuu, että sinua kohdellaan epäoikeudenmukaisesti?

hyvin usein hyvin harvoin tai ei koskaan

11.6. Kuinka usein sinulla on sellainen tunne, että olet oudossa tilanteessa, etkä tiedä mitä tehdä?

hyvin usein hyvin harvoin tai ei koskaan

11.7. Koetko, että päivittäisten tehtäviesi hoitaminen on

suuren mielihyvän ja tyydytyksen lähde tuskallista ja ikävää

11.8. Kuinka usein tunteesi ja ajatuksesi ovat oikein sekaisin?

hyvin usein hyvin harvoin tai ei koskaan

11.9. Kuinka usein koet tunteita, joita et sallisi itsellesi?

en koskaan hyvin usein

11.10. Monet ihmiset – jopa lujaluonteiset –kokevat joskus tietyissä tilanteissa olevansa vain toisten tiellä. Kuinka usein sinä olet kokenut näin?

©Pakarinen

en koskaan

hyvin usein

11.11. Kun jotain epätavallisempaa on tapahtunut, oletko jälkikäteen yleensä todennut, että

olit yli- tai aliarvioinut asian merkityksen näit asian oikeassa mittakaavassa

11.12. Kuinka usein sinulla on tunne, että päivittäiset tekemisesi ovat jokseenkin merkityksettömiä?

hyvin usein

hyvin harvoin tai ei koskaan

11.13. Kuinka usein sinulla on tunteita, joita et koe voivasi varmuudella pitää kurissa?

hyvin usein

hyvin harvoin tai ei koskaan

12. Mikä seuraavista vaihtoehdoista kuvaa parhaiten nykyistä tupakointiasi?

- en ole koskaan tupakoinut
- olen lakossa tai lopettanut tupakoinnin
- tupakoin harvemmin kuin kerran viikossa
- tupakoin muutamana päivänä viikossa
- tupakoin päivittäin

13. Kuinka usein käytät alkoholia humalaan asti?

- en koskaan
- harvemmin kuin kerran kuussa
- kerran kuussa
- kaksi kertaa kuussa
- kaksi kertaa viikossa
- kerran viikossa
- päivittäin tai lähes päivittäin

14. Onko sinua koskaan painostettu seksiin?

- ei koskaan
- erittäin harvoin
- melko harvoin
- en osaa sanoa
- melko usein
- erittäin usein

15. Onko sinulla koskaan elämäsi aikana ollut yhdyntää tai suuseksiä?

- kyllä
- ei

16. Kuinka monta kertaa sinulla on elämäsi aikana ollut suuseksiä (= hyväillyt toisen sukupuolielimiä suulla)?

- 0 kertaa
- 1
- 2-4
- 5-9
- 10-19
- 20 kertaa tai useammin

17. Kuinka monen eri kumppanin kanssa sinulla on ollut suuseksiä elämäsi aikana?

- 1 kumppanin
- 2-4
- 5-9
- 10-19
- 20 tai useamman kumppanin

18. Miten arvioit seuraavien väittämien toteutumista omalla kohdallasi? Valitse itseäsi parhaiten kuvaava vaihtoehto.

aina / melko usein / en osaa sanoa / melko harvoin / ei koskaan

käytämme kondomia/suuseksisuoja suuseksissä
olen humalassa, kun harrastamme suuseksiä
kumppanini on humalassa, kun harrastamme suuseksiä

19. Kuinka monta kertaa sinulla on ollut suuseksiä viimeksi kuluneen kolmen (3) kuukauden aikana?

- 0 kertaa
- 1
- 2-4
- 5-9
- 10-19
- 20 kertaa tai yli

20. Kuinka monta kertaa sinulla on ollut suuseksiä ilman kondomia tai suuseksisuojaaja viimeksi kuluneen kolmen (3) kuukauden aikana?

- 0 kertaa
- 1
- 2-4
- 5-9
- 10-19
- 20 kertaa tai yli

21. Kuinka monen eri kumppanin kanssa sinulla on ollut suuseksiä ilman kondomia tai suuseksisuojaaja viimeksi kuluneen kolmen (3) kuukauden aikana?

- 1 kumppanin
- 2-4
- 5-9
- 10-19
- 20 tai useamman kumppanin

22. Minkä ikäisenä sinulla on ollut ensimmäisen kerran suuseksiä?

- valitse -

23. Kuinka monta kertaa sinulla on elämäsi aikana ollut emätinyhdyntä?

- 0 kertaa
- 1
- 2-4
- 5-9
- 10-19
- 20 kertaa tai useammin

24. Kuinka monen eri kumppanin kanssa sinulla on ollut emätinyhdyntä elämäsi aikana?

- 1 kumppanin
- 2-4
- 5-9
- 10-19
- 20 tai useamman kumppanin

25. Miten arvioit seuraavien väittämien toteutumista omalla kohdallasi? Valitse itseäsi parhaiten kuvaava vaihtoehto

aina / melko usein / en osaa sanoa / melko harvoin / ei koskaan

käytämme kondomia emätinyhdyntäessä

käytämme liukuvoidetta emätinyhdyntäessä

käytämme muuta raskauden ehkäisyä (esim. pillerit, kierukka)

käytämme naisten kondomia

olen humalassa yhdynnän aikana

kumppanini on humalassa yhdynnän aikana

©Pakarinen

kondomin käyttö epäonnistuu (esim. kondomi rikkoutuu tai liukuu pois kesken yhdynnän)

26. Kuinka monta kertaa sinulla on ollut emätinyhdyntä viimeksi kuluneen kolmen (3) kuukauden aikana?

- 0 kertaa
- 1
- 2-4
- 5-9
- 10-19
- 20 kertaa tai useammin

27. Kuinka monta kertaa sinulla on ollut emätinyhdyntä ilman kondomia viimeksi kuluneen kolmen (3) kuukauden aikana?

- 0 kertaa
- 1
- 2-4
- 5-9
- 10-19
- 20 kertaa tai useammin

28. Kuinka monen eri kumppanin kanssa sinulla on ollut emätinyhdyntä ilman kondomia viimeksi kuluneen kolmen (3) kuukauden aikana?

- 1 kumppanin
- 2-4
- 5-9
- 10-19
- 20 tai useamman kumppanin

29. Minkä ikäisenä sinulla on ollut ensimmäisen kerran emätinyhdyntä?

- valitse –

30. Kuinka monta kertaa sinulla on elämäsi aikana ollut anaaliyhdyntä?

- 0 kertaa
- 1
- 2-4
- 5-9
- 10-19
- 20 kertaa tai useammin

31. Kuinka monen eri kumppanin kanssa sinulla on ollut anaaliyhdyntä elämäsi aikana?

- 1 kumppanin
- 2-4
- 5-9
- 10–19
- 20 tai useamman kumppanin

32. Miten arvioit seuraavien väittämien toteutumista omalla kohdallasi? Valitse itseäsi parhaiten kuvaava vaihtoehto.

aina / melko usein / en osaa sanoa / melko harvoin / ei koskaan

käytämme kondomia anaaliyhdyntäessä

käytämme liukuvoidetta anaaliyhdyntäessä

kondomin käyttö epäonnistuu (esim. kondomi rikkoutuu tai liukuu pois kesken yhdynnän)

olen humalassa, kun olen anaaliyhdyntäessä

kumppanini on humalassa, kun olemme anaaliyhdyntäessä

33. Kuinka monta kertaa sinulla on ollut anaaliyhdyntä viimeksi kuluneen kolmen (3) kuukauden aikana?

- 0 kertaa
- 1
- 2-4
- 5-9
- 10-19
- 20 kertaa tai useammin

34. Kuinka monta kertaa sinulla on ollut anaaliyhdyntä ilman kondomia viimeksi kuluneen kolmen (3) kuukauden aikana?

- 0 kertaa
- 1
- 2-4
- 5-9
- 10-19
- 20 kertaa tai useammin

35. Kuinka monen eri kumppanin kanssa sinulla on ollut anaaliyhdyntä ilman kondomia viimeksi kuluneen kolmen (3) kuukauden aikana?

- 1 kumppanin
- 2-4
- 5-9
- 10-19
- 20 tai useammin kumppanin

36. Minkä ikäisenä sinulla on ollut ensimmäisen kerran anaaliyhdyntä?

- valitse -

37. Kuinka monta samaa sukupuolta olevaa seksikumppania sinulla on ollut elämäsi aikana?

- 0 kumppania
- 1
- 2-4
- 5-9
- 10-19
- 20 tai useampi kumppani

38. Kuinka monta kertaa yhteensä elämäsi aikana sinulla on ollut emätin- tai anaaliyhdyntä ilman kondomia?

- 0 kertaa
- 1
- 2-4
- 5-9
- 10–19
- 20 kertaa tai useammin

39. Mieti niitä kertoja/sitä kertaa, kun sinulla oli yhdyntä ja/tai suuseksiä ilman kondomia. Kuinka usein mielestäsi seuraavat olivat syitä siihen, että kondomia ei käytetty tilanteessa?

aina / melko usein / en osaa sanoa / melko harvoin / ei koskaan

tiesin, ettei kummallakaan ollut mitään seksitauteja
kondomia tai suuseksisuoja ei ollut mukana
olimme toistemme ensimmäiset seksikumppanit
en uskaltanut ehdottaa kondomin käyttöä
käytimme muuta raskauden ehkäisyä
en osannut käyttää kondomia
kumppani ei halunnut käyttää kondomia
minä en halunnut käyttää kondomia

40. Joku muu syy, miksi kondomia ei käytetty. Mikä?

©Pakarinen

41. Mieti kaikkia niitä seksikokemuksia, joissa olet käyttänyt kondomia. Mikä/mitkä ovat mielestäsi olleet syitä siihen, että kondomia käytettiin tilanteessa?

42. Kuinka monta kertaa olet käynyt seuraavissa seksitautitesteissä elämäsi aikana?

	0	1	2	3 kertaa tai useammin
klamydia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tippuri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kuppa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

43. Kuinka monta kertaa olet käynyt seuraavissa seksitautitesteissä viimeisen kolmen (3) kuukauden aikana?

	0	1	2	3 kertaa tai useammin
klamydia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tippuri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kuppa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

44. Kuinka monta kertaa sinulla on todettu jokin seksitauti elämäsi aikana?

	0	1	2	3 kertaa tai useammin
klamydia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
tippuri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kuppa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hiv	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kondylooma (HPV)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
herpes	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

45. Lue seuraavat asenteisiin liittyvät väittämät huolellisesti ja rastita se vaihtoehto, joka parhaiten kuvaa mielipidettäsi asiasta. Voit kertoa oman mielipiteesi väitteestä, vaikka et olisi koskaan ollut kuvatussa tilanteessa.

täysin samaa mieltä / osittain samaa m. / eos / osittain eri m. / täysin eri mieltä

45.1. Pelkään, että kondomin käyttäminen epäonnistuu (Ar)

45.2. Luotan kykyihini laittaa kondomi paikoilleen oikein (A)

45.3. Kondomin asettaminen paikalleen on sähläystä (Ar)

45.4. Voin helposti kieltäytyä seksistä, jos en halua sitä (B)

45.5. Jos kumppanini ei haluaisi käyttää kondomia, pystyisin helposti suostuttelemaan hänet käyttämään sitä (B)

45.6. Pelkään, että kumppani torjuu minut, jos ehdotan kondomin käyttöä (Br)

45.7. Ystäväni mielestä kondomia pitää käyttää, kun harrastaa seksiä (C)

45.8. Vanhempani/huoltajani mielestä kondomin käyttäminen on tärkeää (C)

45.9. Seksikumppanin mielipide kondomin käytöstä on minulle tärkeä (C)

©Pakarinen

- 45.10. En käytä kondomia, koska en usko, että se on luotettava ehkäisyväline (Dr)
 45.11. Jos kondomit olisivat halvempia, käyttäisin niitä enemmän (Dr)
 45.12. Minun on helppo ostaa kondomeja, kun käytän niitä (D)
 45.13. Jotta voin käyttää kondomia, on kondomi minulla minulla aina mukana kaiken varalta (D)
 45.14. Seksi ei tunnu yhtä hyvältä, kun käyttää kondomia (Dr)
 45.15. En uskalla ehdottaa kondomin käyttöä uudelle kumppanille, koska silloin hän luulee, että minulla on joku seksitauti (Dr)

46. Seuraavassa on erilaisia väitteitä seksitaudeista ja kondomin käytöstä. Onko väittämä mielestäsi oikein vai väärin?

	oikein	väärin	eos
ehkäisytabletit suojaavat seksitaudeilta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
suuseksissä ei ole riskiä saada seksitautia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kaikki seksitaudit voivat olla täysin oireettomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hiv voi tarttua suudellessa syljestä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ehkäisyvälineistä vain kondomi suojaa seksitaudeilta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
klamydiatulehdus voi aiheuttaa lapsettomuutta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
hiv voi tarttua wc-istuimen reunalta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kerran sairastettua seksitautia ei voi saada uudelleen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

47. Mistä tai keneltä olet saanut tietoa seksuaalikäyttäytymiseen (kuten kondomin käyttöön ja seksitauteihin) liittyvistä asioista?

Erittäin usein / melko usein / eos / melko harvoin / ei koskaan / ei koske minua

- koulussa oppitunnilla on puhuttu aiheesta
 olen puhunut äitini kanssa
 olen puhunut isäni kanssa
 olen puhunut terveydenhoitajan tai lääkärin kanssa
 olen puhunut opettajani kanssa
 olen puhunut ystäväni kanssa
 olen puhunut siskon tai veljen kanssa
 olen hakenut tietoa itse Internetistä
 olen lukenut lehdistä
 olen lukenut kirjoista
 olen lukenut esitteistä
 olen nähnyt julisteita
 jostain muusta lähteestä

48. Kuinka usein seuraavat väittämät toteutuvat sinun kohdallasi?

Erittäin usein / melko usein / eos / melko harvoin / ei koskaan / ei koske minua

- olen ostanut itse kondomeja
 olen saanut kondomeja terveydenhoitajalta tai lääkäriltä

©Pakarinen

olen saanut kondomeja ystäviltä
olen saanut kondomeja äidiltä
olen saanut kondomeja isältä
olen saanut kondomeja oppilaitoksestani
olen saanut kondomeja muualta, mistä (avoin)

49. Sukupuolesi?

- valinta -

50. Missä maassa olet syntynyt?

- Suomessa
- jossain muussa maassa, missä

SUURI KIITOS VASTAUKSISTASI!

51. Jos haluat, voit jättää tähän laatikkoon palautetta lomakkeesta ja siitä heränneistä ajatuksista. Palautteet ovat nimettömiä.

Jos kysymykset jäivät mietityttämään, on hyvä keskustella niistä vanhemman, ystävän, terveydenhoitajan tai muun luotettavan henkilön kanssa. Tukea ja neuvoja turvaseksiin, seksitauteihin, hiv-infektioon tai seksuaalisuuteen liittyen saa myös Hiv-tukikeskuksesta.

Hiv-tukikeskuksen puhelinneuvonta ja ajanvaraus hiv-testiin p. 0207 465 705 on avoinna ma-pe 10–15.30. Lisätietoa löydät myös sivuilta www.hivtukikeskus.fi ja www.justwearit.fi.

Lähetän vastaukseni

LIITE 6. Tutkimuksen kyselylomake: intervention arviointia koskevat kysymykset.

52. Vastasitko väitöskirjatutkimuksen "Ammattiin opiskelevien nuorten seksuaaliterveys" ensimmäiseen sähköiseen kyselyyn, joka toteutettiin helmikuussa 2011?

- En
 Kyllä

53. Vastasitko väitöskirjatutkimuksen "Ammattiin opiskelevien nuorten seksuaaliterveys" toiseen sähköiseen kyselyyn, joka toteutettiin toukokuussa 2011?

- En
 Kyllä

54. Osallistuitko keväällä 2011 oppilaitoksessasi järjestetyille turvaseksioppitunnille (45 minuuttia)?

- kyllä, osallistuin oppitunnille helmikuussa
 kyllä, osallistuin oppitunnille maaliskuussa
 kyllä, osallistuin oppitunnille huhtikuussa
 kyllä, osallistuin oppitunnille toukokuussa
 en osallistunut ollenkaan oppitunnille

55. Lue seuraavat väittämät huolellisesti. Merkitse se vaihtoehto, joka parhaiten kuvaa mielipidettäsi keväällä 2011 järjestetystä seksuaaliterveyden oppitunnista. Vastaa joka kohtaan.

täysin samaa mieltä / osittain samaa mieltä / eos / osittain eri mieltä / täysin eri mieltä

- Opin tunnilla paljon uutta seksuaalisuudesta
Opin tunnilla paljon uutta seksistä
Opin tunnilla paljon uutta turvallisemmasta seksistä
Opin tunnilla paljon uutta kondomin käytöstä
Opin tunnilla paljon uutta seksitaudeista
Oppitunnin sisältö oli kiinnostava
Oppitunnin sisältö oli helppo ymmärtää
Oppitunnilla oli mahdollisuus kysymyksiin

56. Minkä kokonaisarvosanan annat keväällä 2011 järjestetyille seksuaaliterveys - oppitunnille asteikolla 1-5?

- heikko välttävä tyydyttävä hyvä kiitettävä

57. Oppilaitoksellasi oli kevään 2011 aikana jaossa kirjallista tietoa seksuaaliterveydestä. Miten arvioit seuraavien materiaalien hyödyllisyyttä itsellesi?

opin paljon uutta / opin jonkin verran uutta / eos / en oppinut mitään uutta / en lukenut

Esite "Hiv näkyy vain testissä"

Esite "Kortsut ja spärdärit"

Esite "Seksitaudit"

Juliste "Jos oot hänen kaa... saatat olla myös heidän kaa"

Nettisivut "www.justwearit.fi"

58. Oppilaitoksellasi oli kevään 2011 aikana jaossa ilmaisia "Just wear it" -kondomeja. Saitko oppilaitoksestasi ilmaisjakelukondomeja?

ei, en saanut kondomeja

kyllä, sain kondomeja

59. Kuinka monta kondomipakettia (yksi paketti sisältää 3 kondomia) sait oppilaitoksen "Just wear it" -ilmaisjakelukondomeja?

1 paketti

2-5 pakettia

6-10 pakettia

11-19 pakettia

20 pakettia tai enemmän

60. Mitä teit saamillasi "Just wear it" -ilmaisjakelukondomeilla? Vastaa joka kohtaan kyllä tai ei/en.

	kyllä	ei/en
Käytin niitä seksikontaktissa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Harjoittelin kondomin käyttöä itsekseni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annoin kondomin jollekin toiselle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Säästin kondomit myöhempää käyttöä varten	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Heitin pois	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Jotain muuta, mitä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

61. Miksi et saanut oppilaitoksen "Just wear it" -ilmaisjakelukondomeja?

	kyllä	ei/en
en käytä kondomeja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
saan kondomeja muualta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
en tiennyt, että oppilaitoksesta saa kondomeja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
olin kuullut, että oppilaitoksesta saa kondomeja, mutta en tiennyt mistä mistä niitä saa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
en uskaltanut käydä hakemassa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kondomit olivat loppuneet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kondomit olivat liian vaikeasti saatavilla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
muu syy, mikä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

62. Lue seuraavat väittämät huolellisesti. Merkitse se vaihtoehto, joka parhaiten kuvaa mielipidettäsi. Vastaa joka kohtaan.

täysin samaa mieltä / osittain samaa mieltä / eos / osittain eri mieltä / täysin eri mieltä

Kondomien jakelu oppilaitoksessa on herättänyt keskustelua kohtona

©Pakarinen

Kondomien jakelu oppilaitoksessa on herättänyt keskustelua ystävien kesken
Kondomien jakelu oppilaitoksessa oli hyvin järjestetty
Hankin kondomit mieluummin muualta kuin oppilaitoksesta
Kondomeja oli helppo ottaa oppilaitoksesta
On hyödyllistä, että oppilaitoksessa jaetaan ilmaisia kondomeja
Kondomien jakelu oppilaitoksella on muuttanut suhtautumistani kondomien käyttöön

SUURI KIITOS VASTAUKSISTASI!

Valtakunnallisia tuloksia tutkimuksesta saadaan syksyllä 2011. Tuloksista tiedotetaan oppilaitostasi ensimmäisten joukossa.

51. Jos haluat, voit jättää tähän laatikkoon palautetta lomakkeesta ja siitä heränneistä ajatuksista.

Palautteet ovat nimettömiä.

Jos kysymykset jäivät mietityttämään, on hyvä keskustella niistä vanhemman, ystävän, terveydenhoitajan tai muun luotettavan henkilön kanssa.

Tukea ja neuvoja turvaseksiin, seksitauteihin, hiv-infektioon tai seksuaalisuuteen liittyen saa myös Hiv-tukikeskuksesta. Hiv-tukikeskuksen puhelinneuvonta ja ajanvaraus hiv-testiin p. 0207 465 705 on avoinna ma-pe 10–15.30. Lisätietoa löydät myös sivuilta www.hivtukikeskus.fi ja www.justwearit.fi.

Lähetän vastaukseni

JULKAISUT

JULKAISU I

Ammattiin opiskelevien 15–19-vuotiaiden nuorten seksuaalikäyttäytyminen.

Pakarinen M, Helminen M, Kylmä J & Suominen T.

Hoitotiede 26(3), 166–176.

<http://urn.fi/URN:NBN:fi:ELE-1725310>

Artikkeleiden käyttöön väitöskirjan osana on saatu kustantajan lupa

JULKAISU II

**Ammattiin opiskelevien 15–19-vuotiaiden nuorten seksuaalikäyttäytymiseen
liittyvät tiedot ja asenteet.**

Pakarinen M, Kylmä J, Helminen M & Suominen T.

Hoitotiede 2017, 29(2), 139–149.
<http://urn.fi/URN:NBN:fi:ELE-2493854>

Artikkeleiden käyttöön väitöskirjan osana on saatu kustantajan lupa

JULKAISU III

**Attitudes, knowledge and sexual behavior among Finnish adolescents
before and after an intervention.**

Pakarinen M, Kylmä J, Helminen M & Suominen T.

Lähetetty arvioitavaksi.

JULKAISU IV

Vocational school students' self-evaluations of a sexual health promotion intervention.

Pakarinen M, Kylmä J, Helminen M & Suominen T.

Scandinavian Journal of Caring 2019.
<https://doi.org/10.1111/scs.12682>

Artikkeleiden käyttöön väitöskirjan osana on saatu kustantajan lupa

