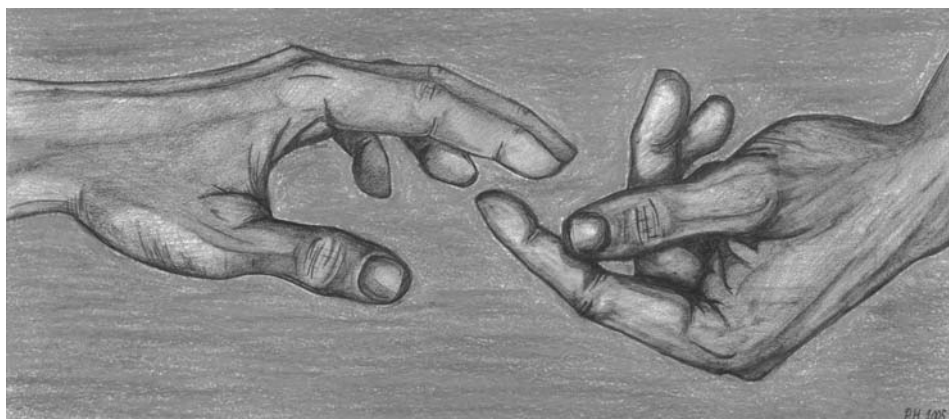


Arja Liinamo

Suomalaisnuorten seksuaalikasvatus
ja seksuaaliterveystiedot
oppilaan ja koulun näkökulmasta

Arviointia terveyden
edistämisen viitekehyksessä



Arja Liinamo

Suomalaisnuorten seksuaalikasvatus
ja seksuaaliterveystiedot oppilaan
ja koulun näkökulmasta

Arviointia terveyden edistämisen viitekehyksessä

Esitetään Jyväskylän yliopiston liikunta- ja terveystieteiden tiedekunnan suostumuksella
julkisesti tarkastettavaksi yliopiston vanhassa juhlasalissa (S212)
toukokuun 28. päivänä 2005 kello 12.



JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

JYVÄSKYLÄ 2005

Suomalaisnuorten seksuaalikasvatus
ja seksuaaliterveystiedot oppilaan
ja koulun näkökulmasta

Arviointia terveyden edistämisen viitekehyksessä

STUDIES IN SPORT, PHYSICAL EDUCATION AND HEALTH 106

Arja Liinamo

Suomalaisnuorten seksuaalikasvatus
ja seksuaaliterveystiedot oppilaan
ja koulun näkökulmasta

Arviointia terveyden edistämisen viitekehyksessä



JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

JYVÄSKYLÄ 2005

Editors

Harri Suominen

Department of Health Sciences, University of Jyväskylä

Pekka Olsbo, Irene Ylönen

Publishing Unit, University Library of Jyväskylä

Cover Picture: *Kosketus* by Panu Helanterä

ISBN 951-39-2138-7

ISSN 0356-1070

Copyright © 2005, by University of Jyväskylä

Jyväskylä University Printing House, Jyväskylä 2005

ABSTRACT

Liinamo, Arja

Sexual education and sexual health knowledge among Finnish adolescents at pupil and school level - Evaluation from the point of view of health promotion

Jyväskylä: University of Jyväskylä, 2005, 111 p.

(Studies in Sport, Physical Education and Health,
ISSN 0356-1070; 106)

ISBN 951-39-2176-X

English summary

Diss.

This doctoral dissertation explored the implementation of and changes in sexual education in 8th and 9th grades of comprehensive school, as well as the effect of specific programmes on the provision of sexual education. In addition, the study focused on the sexual health knowledge of adolescents, relevant pupil-related background factors and the effect of sexual education on knowledge level. The research data were provided by the nationwide School Health Promotion Study, specifically 8th and 9th grade data from 1996 and 1998-2001. The data were analysed separately at pupil and school levels, and with multilevel analysis with both levels together.

Between 1996 and 1998, the number of pupils reporting sexual education lessons during the past school year decreased in 9th grade but remained the same in 8th grade. At school level, the coverage of sexual education lessons worsened. In the late 1990s (1998-1999), the sexual health knowledge of girls was better than of boys, and of 9th graders better than of 8th graders. Of the different statements, the pupils had the weakest knowledge in matters related to sexually transmitted diseases. In addition to grade and gender, pupils' poor knowledge was explained by poor school performance, later than average puberty, finding sexual matters not to be topical, practical instead of theoretical continuing education plans and parents' low educational level. Sexual experience explained the knowledge level of girls but not of boys: the girls' knowledge level increased with experience. Both sexual education at school and having read the sex education magazine mailed to adolescents by the Ministry of Social Affairs and Health had an independent effect on improved sexual health knowledge. Of the studied health and sexual education programmes, the Fertility Festival in Central Finland increased the coverage of sexual education in the campaign area in 1998-1999, but not two years later in 2000-2001. Other health education at school was also related to good sexual education coverage at both time periods. At school level, the amount of sexual education increased during the two-year follow-up period. Improved or maintained level of coverage was explained by the school's participation in the Finnish Family Federation's sex quiz, as well as by the school's other health education. In 2000-2001, variation in the sexual health knowledge of 9th grade boys and girls was significant between pupils as well as between schools. Most of this variation occurred between pupils, with only 3 % of the variation occurring between schools. The knowledge level of adolescents was explained both by the pupils' personal background factors and by factors related to sexual education at school.

The results demonstrate that school sexual education programmes have a significant role in promoting the sexual health knowledge of adolescents. In the future, the new school subject of health education will create opportunities for developing the sexual education curriculum.

Keywords: sexual education, sexual health knowledge, school, adolescents, sexual health promotion, health promotion, evaluation

Author's address Arja Liinamo, MSc.
Department of Health Sciences
University of Jyväskylä
P.O. Box 35 (L)
FIN-40014 University of Jyväskylä, Finland
e-mail: arja.liinamo@sport.jyu.fi

Supervisors Professor Matti Rimpelä, MD, PhD
National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES), Helsinki, Finland

Professor Lasse Kannas, PhD, MEd
Department of Health Sciences
University of Jyväskylä

Reviewers Docent Sakari Karvonen, PhD
National Research and Development Centre for Welfare and Health (STAKES), Helsinki, Finland

Docent Sirpa Shemeikka, PhD
Department of Public Health and General Practice
University of Kuopio

Opponents Professor Kerttu Tossavainen, PhD
Department of Nursing Science
University of Kuopio

Docent Osmo Kontula, PhD
The Population Research Institute
The Family Federation of Finland
Helsinki, Finland

*Omistan tämän kirjan
äidilleni ja isälleni
sekä Heikille, Eevalle ja Ilkalle,
ja edelleen sukupolvien ketjulle...*

ESIPUHE

Tämä tutkimustyö on saanut alkunsa kiinnostuksestani terveyden edistämiseen, sen tutkimiseen ja kehittämiseen. Kouluterveyshankkeen käynnistyminen ja työskentelyni projektissa 1990-luvun lopulla innostivat myös tutkimustyöhön. Kiitän Stakesin tutkimusprofessori Matti Rimpelää tästä mahdollisuudesta sekä tutkimustyöni ohjauksesta. Ohjeesi tutkimuskysymysten rajaamisessa ja tutkimusartikkeleiden kirjoittamisessa mahdollistivat oppimisen ja tutkimukseni etenemisen. Kiitän Kouluterveyskyselyyn osallistuneita nuoria sekä koulujen henkilöstöä ja kuntia paikallista terveystyötä tukevan informaation ja erinomaisen tutkimusaineiston mahdollistamisesta. Stakes on toteuttanut tutkimusta yhteistyössä Jyväskylän ja Tampereen yliopistojen kanssa. Kaikki nämä organisaatiot ovat mahdollistaneet ja tukeneet myös minun työtäni. Stakesissa Maija Ritamo on ollut seksuaaliterveyden edistämisen puolestapuhuja ja eteenpäin viejä. Kiitän Maijaa tuesta ja yhteistyöstä. Elise Kosunen Tampereen yliopistosta on ollut useiden artikkeleideni kommentoija ja kanssakirjoittaja. Kiitos Elise kriittisistä ja rakentavista palautteista sekä kannustavista sanoista.

Jyväskylän yliopistossa Jukka Jokela on ollut minulle sanomattoman tärkeä yhteistyö- ja tukihenkilö koko prosessin ajan. Kiitos Jukka tuestasi ja avustasi erityisesti tutkimusaineiston käsittelyssä ja analysoinnissa. Lasse Kannas on vaikuttanut kiinnostumiseeni terveyskasvatuksen ja terveyden edistämisen tutkimisesta. Kiitos Lasse tästä kipinästä, työni tukemisesta erityisesti sen loppuvaiheessa ja ohjauksestasi kirjallisuuskatsauksen laadinnassa. Jari Villbergin kanssa olen saanut tehdä yhteistyötä monitasoanalyysin opiskelussa ja soveltamisessa. Kiitos Jari korvaamattomasta avusta ja opastuksesta. Tampereen yliopistosta kiitän myös Arja Rimpelää neljännen osatutkimuksen asetelmaan liittyneistä kommentteista sekä antoisista terveyden edistämisen tutkimuksen ja arvioinnin koulutustilaisuuksista sekä Heini Huhtalaa tutkimusmenetelmäneuvoista. Työni esitarkastajille Sakari Karvoselle ja Sirpa Shemeikkalle osoitan suuret kiitokset tutkimuskokonaisuuteen paneutumisesta sekä niistä parannuksista ja tarkennuksista, joita heidän palautteidensa pohjalta työhöni tein.

Työn kieliasun viimeistelystä kiitän suomen kielen osalta Kirsi Malilaa ja englannin kielessä Tiina Hoffmania. Pirjo Koikkalaista ja Leena Hakalaa kiitän avusta työn painokuntoon saattamisessa. Väestöliiton kampanjoiden sekä Euroopan terveet koulut -ohjelman vastuuhenkilöitä kiitän yhteistyöstä koulujen rekisteritietojen liittämässä tämän tutkimuksen aineistoihin. Lisäksi kiitän teitä kaikkia tutkijakollegoita ja työkaivereita, jotka olette kannustaneet ja auttaneet minua tutkijan tiellä. Tutkimustyötäni ovat taloudellisesti tukeneet Sosiaali- ja terveysministeriö, Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Juho Vainion Säätiö sekä Jyväskylän yliopiston Terveystieteiden laitos ja Terveyden edistämisen tutkimuskeskus. Suuret kiitokset tästä tuesta.

Lopuksi haluan kiittää perhettäni, puolisoani Heikkiä sekä tytärtäni Eevaa ja poikaani Ilkkaa, sekä ystäviäni elämänilosta ja tuesta. Tukeva arki on mahdollistanut tutkimustyöhön keskittymisen ja auttanut pysyttelemään siitä myös ajoittain sopivasti etäällä.

Jyväskylässä toukokuussa 2005

Arja Liinamo

VÄITÖSKIRJAAN SISÄLTYVÄT OSAJULKAISUT

Väitöskirjatyö perustuu seuraaviin osajulkaisuihin (I-V):

- I Liinamo, A., Rimpelä, M., Kosunen E. & Jokela, J. 2000. Seksuaaliopetuksen muutokset peruskoulujen yläasteilla 1995–1998. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 37 (1), 53–63.
- II Liinamo, A., Rimpelä, M., Kosunen, E. & Jokela, J. 2000. Nuorten seksuaaliterveystiedot. *Suomen Lääkärilehti* 55 (45), 4603–4609.
- III Liinamo, A., Rimpelä, M., Kosunen, E. & Jokela, J. 2000. Vaikuttavatko seksuaaliopetus ja seksuaalivalistuslehti nuorten seksuaaliterveystietoihin? *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 37 (4), 293–303.
- IV Liinamo, A., Kosunen, E., Rimpelä, M. & Jokela, J. 2003. Terveyskasvatusohjelmien vaikutukset peruskoulujen yläluokkien seksuaaliopetukseen. *Yhteiskuntapolitiikka* 68 (6), 568–583.
- V Liinamo, A., Jokela, J., Villberg, J. & Rimpelä, M. 2005. Oppilas- ja koulutuksen tekijät nuorten seksuaaliterveystietojen selittäjinä. Artikkelijulkaistavaksi *Sosiaalilääketieteellisessä Aikakauslehdessä* 42 (2).

SISÄLLYS

ABSTRACT

ESIPUHE

VÄITÖSKIRJAAN SISÄLTYVÄT OSAJULKAISUT

1	JOHDANTO.....	11
1.1	Tutkimuksen tausta ja tarkoitus.....	11
1.2	Seksuaalikasvatuksen hallinnollinen ohjaus.....	13
1.2.1	Seksuaaliopetus yläluokkien valtakunnallisissa opetussuunnitelmissa.....	13
1.2.2	Seksuaalikasvatuksen ohjaus sosiaali- ja terveyshallinnossa ...	14
1.2.3	Seksuaalikasvatukselle määriteltyjä tavoitteita.....	16
2	TUTKIMUKSEN VIITEKEHYS JA KESKEISET KÄSITTEET.....	18
2.1	Viitekehys.....	18
2.2	Keskeiset käsitteet.....	21
2.2.1	Seksuaaliterveys - seksuaaliterveyden edistäminen.....	21
2.2.2	Seksuaalikasvatus ja -opetus.....	23
2.2.3	Seksuaaliterveystiedot.....	25
3	TERVEYDEN EDISTÄMISEN ARVIOINTI.....	27
3.1	Arviointi ja terveyden edistämisen periaatteet.....	27
3.2	Paradigmakeskustelu.....	28
3.3	Tutkimusasetelmat ja -menetelmät terveyden edistämisen arviointitutkimuksessa.....	30
4	AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA.....	33
4.1	Nuorten seksuaaliterveyden edistämisen tutkimus.....	33
4.2	Nuoren kehitys haasteena seksuaalikasvatukselle.....	35
4.2.1	Seksuaalinen kehitys nuoruudessa.....	35
4.2.1.1	Biologinen ja psyykkinen kehitys.....	36
4.2.1.2	Seksuaalisuuteen sosiaalistuminen.....	37
4.2.2	Nuorten seurustelu- ja seksuaalikokemukset.....	38
4.2.3	Sukupuolitaudeilta ja ei-toivotuilta raskauksilta suojautuminen.....	39
4.3	Seksuaalikasvatuksen toteutuminen.....	40
4.4	Nuorten seksuaaliterveystiedot.....	42
4.4.1	Seksuaaliterveystietoja selittävät yksilön taustatekijät aikaisemmissä tutkimuksissa.....	44
4.4.2	Tietojen merkitys seksuaaliterveyden edistämässä.....	45

4.5	Nuorten seksuaalikasvatuksen ja seksuaaliterveyden edistämisen arviointitutkimus.....	48
4.5.1	Seksuaalikasvatuksen vaikutukset koeasetelmallisissa tutkimuksissa.....	49
4.5.1.1	Vaikutukset terveysosaamiseen.....	49
4.5.1.2	Vaikuttaako seksuaalikasvatus käyttäytymiseen?.....	50
4.5.1.3	Vaikutusta määrittävät tekijät.....	51
4.5.2	Seksuaaliterveyden väestöinterventioiden arviointitutkimus .	55
5	TUTKIMUSTEHTÄVÄT	57
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	60
6.1	Aineistot.....	60
6.2	Mittarit	61
6.3	Tilastolliset menetelmät.....	66
7	YHTEENVETO TULOKSISTA.....	68
7.1	Seksuaaliopetuksen muutokset peruskoulujen yläasteilla 1995-1998.....	68
7.2	Nuorten seksuaaliterveystiedot	69
7.3	Vaikuttavatko seksuaaliopetus ja seksuaalivalistuslehti nuorten seksuaaliterveystietoihin?	70
7.4	Terveyskasvatusohjelmien vaikutukset peruskoulujen yläluokkien seksuaaliopetukseen	70
7.5	Oppilas- ja koulutason tekijät nuorten seksuaaliterveystietojen selittäjinä.....	71
8	POHDINTA	74
8.1	Tutkimuksen luotettavuus.....	74
8.2	Tulosten pohdinta	79
8.3	Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet	85
	SUMMARY	88
	LÄHTEET	93

1 JOHDANTO

1.1 Tutkimuksen tausta ja tarkoitus

Tämän tutkimuksen suunnittelu sai alkunsa tilanteesta, jossa nuorten raskaudenkeskeytysten havaittiin 1990-luvun lopulla yleistyneen niiden pitkään jatkuneen vähenemisen jälkeen. Tämä trendin muutos kohdisti arvioinnin nuorten seksuaalikasvatuksen tilanteeseen (Kosunen 2000). Tutkimuksen käynnistämistä puolsivat myös merkit koulujen seksuaaliopetuksen vähenemisestä (Kontula 1997; Hannukkala 1999; Liinamo, Kosunen ym. 1999). Ilmiö liittyi 1990-luvun hallinnolliseen muutokseen, jossa valtakunnallista ohjausta vähennettiin sekä perusopetuksen (Peruskoulun opetussuunnitelman perusteet 1994) että terveyspalveluiden järjestämisessä (Taskinen ja Muuri 1997) samalla, kun kuntien ja koulujen vastuuta lisättiin. Tällöin jo entuudestaan vahva järjestöjen merkitys vahvistui palveluiden tuottamisessa julkisten palveluiden rinnalla (Rönning 1999; Jokinen ja Saaristo 2002). Valtakunnallisen ohjauksen kevennyttyä korostettiin sekä opetushallinnon että muiden hallinnonalojen toteuttamaa perusopetuksen arvioinnin merkitystä (Koulutuksen tuloksellisuuden arviointimalli 1998; Linnakylä 1998). Keski-Suomessa 1990-luvun puolivälissä alkanut Perhesuunnittelu 2000 -hanke (Ritamo ym. 2000) viritti alueella seksuaaliterveyden tutkimus- ja kehittämistoimintaa yhteistyössä Stakesin kanssa.

Sain mahdollisuuden tämän tutkimuksen toteuttamiseen Stakesin valtakunnallisesta Kouluterveyskyselystä, joka tehdään yhteistyössä kuntien sekä Jyväskylän ja Tampereen yliopistojen kanssa. 1990-luvun puolivälissä alkaneen Kouluterveyskyselyn tarkoituksena on tuottaa valtakunnallisesti yhtenäisellä menetelmällä kouluille, kunnille ja lääneille tietoa 14–18-vuotiaiden nuorten koulukokemuksista, terveydestä ja terveystottumuksista sekä tukea terveyden

edistämistä kouluissa ja kunnissa (Rimpelä ym. 1996). Kyselyaineistot kerätään kahden vuoden välein, mikä mahdollistaa nuorten terveyden ja siihen liittyvien tekijöiden seurannan ikäkohorttitasolla sekä valtakunnallisesti että koulu-, kunta- ja aluetasolla. Paikallisella ja aluetasolla tällainen aineisto on tarpeen, koska se palvelee terveyden edistämisen suunnittelua ja arviointia (Green 2004). Yhdistettynä muuhun nuorten terveyden rekisteritietoon jatkuva tiedonkeruu on peruselementti terveyden edistämässä väestötasolla: sen avulla voidaan osoittaa terveyden edistämisen tarpeita, ja lisäksi se palvelee väestötasoisten interventioiden arviointia (McQueen 2004).

Terveysaiheista opetusta on sisällynyt Suomessa kouluopetukseen jo 1800-luvulla (Halila 1949; Korhonen 1971). Vaikka opetus laajeni 1900-luvun puolivälissä, oli terveysopetuksen asema hyvin vaihteleva aina 90-luvulle saakka (Korhonen 1998; Rimpelä 2000). Vuosituhannen vaihde toi terveystiedolle koululain uudistuksen myötä erillisen oppiaineen aseman peruskoulussa. Tämä tutkimus, ja Kouluterveyskyselyn toteuttaminen ja tulosten raportointi yleisestikin, on ajoittunut koululakiuudistuksen valmisteluvaiheeseen ja mahdollisesti osaltaan vaikuttanut terveystiedon aseman kohentumiseen. Peruskoulun kasvatus- ja opetustehtävän keskeisenä päämääränä on lapsen ja nuoren yleissivistyksen tukeminen, johon kuuluvat tunne-elämän, kommunikaation ja yhteisössä toimimisen sekä eettisten taitojen ohessa myös monipuoliset tiedolliset valmiudet. Oppilaiden terveystietoja on tutkittu hyvin vähän, mikä kuvastanee tietojen vähäistä arvostusta terveyden näkökulmasta. Koululaisten terveystutkimus on painottunut terveyskäyttäytymiseen, ja kansainvälisestikin terveystietoja on tarkasteltu lähinnä terveyskäyttäytymisen renkinä eikä itsenäisesti tärkeänä terveystieteenä ja terveyttä mahdollistavana tekijänä. Tiedot ovat terveyden kannalta tärkeitä, mutta harvoin yksistään riittäviä esimerkiksi terveyskäyttäytymisen omaksumisessa. Ne ovat keskeinen terveysosaamisen ulottuvuus. Tieto vaikuttaa ihmisen uskomusten ja asenteiden muodostumiseen sekä motivaatioon ja mahdollistaa terveyttä tukevien valintojen tekemistä ja käyttäytymistä (Green ja Kreuter 1999; Tones ja Green 2004). Kodilla ja lähiyhteisöllä on tärkeä merkitys lasten ja nuorten kehityksessä ja oppimisessa seksuaaliterveydenkin kannalta. Nuoruudessa kuitenkin koulun, muun virallisen kasvatuksen sekä median ja kaveripiirin merkitys esimerkiksi seksuaaliterveyteen liittyvinä tiedonlähteinä kasvaa. Lapsilla ja nuorilla on oikeus terveyteen ja seksuaaliterveyteen liittyvään tietoon, ja virallisen kasvatuksen tulee mahdollistaa tiedon universaali saatavuus.

Tässä työssä seksuaalikasvatusta kuvaavat koulun seksuaaliopetus ja valtakunnallinen seksuaalivalistuslehti sekä nuorten seksuaaliterveyden edistämissä tai koulujen terveysopetuksen kehittämiseksi toteutetut ohjelmat ja kampanjat. Tässä tutkimuksessa Kouluterveyskyselyn valtakunnallisesta aineistosta tutkittiin kuvailevasti seksuaaliopetuksen muutosta ja nuorten seksuaaliterveystietoja sekä analyttisesti koulujen seksuaaliopetukseen ja nuorten seksuaaliterveystietoihin vaikuttavia tekijöitä. Tutkimus kytkeytyy terveyden edistämisen arvioinnin viitekehykseen substanssina seksuaaliterveyden edistäminen.

1.2 Seksuaalikasvatuksen hallinnollinen ohjaus

1.2.1 Seksuaaliopetus yläluokkien valtakunnallisissa opetussuunnitelmissa

Koulujen opetussuunnitelmat sisälsivät Suomessa joitakin sukupuolikasvatukseen viittaavia aiheita 1950-luvulla, mutta 1950–1960-luvuilla opetus oli hyvin vähäistä ja hajanaista. 1960-luvun lopulla virisi keskustelu seksuaaliopetuksen tarpeesta ja sen tilanteesta kouluissa. (Sukupuolikasvatustyöryhmän mietintö 1979.) Varsinaisesti ihmissuhde- ja sukupuolikasvatus liitettiin peruskoulujen opetussuunnitelmiin vasta vuonna 1970: ”Koulun tulee myös antaa tietoja sukupuoliseen kypsyymiseen ja käyttäytymiseen liittyvistä biologisista seikoista ja näitten kytkeytymisestä sosiaalisiin ja eettisiin näkökohtiin – – ” (Peruskoulun opetussuunnitelmakomitean mietintö I 1970). Tällöin sukupuoli- ja perhe-elämään liittyviä kysymyksiä sisältyi kansalaistaidon perhekasvatuksen osaluueeseen ja yleisemmin terveyteen liittyviä aiheita terveystkasvatuksen aihepiiriin. Kotitalouden oppisisältöihin kuuluivat perhekasvatus ja lastenhoito, ja luonnonhistorian tavoitteissa mainitaan oppilaan tutustuttaminen ihmisen ruumiin rakenteeseen ja sen elintoimintoihin. (Peruskoulun opetussuunnitelmakomitean mietintö II 1970.)

Vuoden 1985 peruskoulun yläasteen valtakunnallisessa opetussuunnitelmassa kansalaistaito poistui yläasteen oppiaineiden joukosta ja sen sisällöt ohjattiin muihin oppiaineisiin. Seksuaalikasvatukseen liittyviä aiheita oli siis integroituna eri oppiaineisiin: biologia, kotitalous (aihekokonaisuuksina perhekasvatus ja terveystkasvatus), liikunta, historia ja yhteiskuntaoppi sekä oppilaanohjaus sisälsivät näitä kasvatusteemoja. Liikunnanopetukseen varatuista tunneista tuli käyttää terveyst- ja liikennekasvatukseen yläasteen aikana vähintään 30 oppituntia. Vuoden 1985 valtakunnallinen opetussuunnitelma antoi kunnille aiempaa suuremmat mahdollisuudet tehdä omia opetussuunnitelmia koskevia ratkaisuja ja velvoitti niitä opetussuunnitelmiansa kehittämiseen. Vaikka kuntien vastuuta lisättiin, korostettiin edelleen myös opetuksen yhdenmukaisuuden ja alueellisen tasa-arvon vuoksi valtakunnallisen ohjauksen merkitystä. (Peruskoulun opetussuunnitelman perusteet 1985.)

Seuraavassa vuoden 1994 peruskoulun yläasteen valtakunnallisessa opetussuunnitelmassa koulujen vastuu ja mahdollisuudet opetussuunnitelmien kehittämiseen korostuivat aiempaa enemmän. Edelleen painotettiin kuitenkin myös kunnan roolia ja vastuuta. Yläasteen opetussuunnitelma oli mahdollista suunnitella paitsi hajautetuksi myös kurssimuotoiseksi ja jaksotetuksi. Valinnaisaineet mahdollistuivat yläasteen alusta lähtien. Seksuaalikasvatuksen kannalta oleellinen muutos oli se, että yläasteen liikunnan ja kotitalouden vähimmäistuntimäärät pienenivät yhdellä viikkotunnilla aikaisempaan opetussuunnitelmaan verrattuna. Kotitalouden keskeisissä sisällöissä mainittiin muun muassa elämänhallinta- ja ihmissuhdetaidot, mutta perhe- ja terveystkasvatuksen aihekokonaisuudet tuotiin esille nyt vain mahdollisina eikä pakollisina teemoina. Liikunnan opetuksen tavoitteisiin sisältyi terveyden ylläpitäminen ja terveelliset elämäntavat, mutta terveystkasvatukseen ei enää velvoitettu käyttämään tiet-

tyä minimituntimäärää, kuten aiemmin. Myöskään oppilaanohjauksen tavoitteissa ja sisällöissä ei enää mainittu murrosiän muutoksia. Sen sijaan seksuaalikasvatuksen aiheita kuului edelleen biologian opetukseen: sisältöinä olivat ihmisen rakenne ja toiminta sekä seksuaalisuus ja ihmissuhteet. (Peruskoulun opetussuunnitelman perusteet 1994.)

Valtakunnallisissa opetussuunnitelmien perusteissa 1994 kehoitettiin ottamaan huomioon terveyteen liittyvässä opetuksessa terveystieteiden kehittäminen annettuihin valtakunnallisiin suosituksiin. Kouluhallituksen vuonna 1990 julkaiseman koulujen terveystieteiden oppaan (Terveystieteiden opas koulujen – – 1990) mukaan perhe- ja sukupuolikasvatukseen liittyviä kysymyksiä tulisi käsitellä kaikilla luokka-asteilla oppilaiden ikä- ja kehitystason mukaisesti. Ehkäisyneuvontaa tulisi antaa yläasteella sopiviin opetuskokonaisuuksiin liittyneenä ja kouluopetuksen tueksi tulisi kouluterveydenhuollossa tarjota raskauden ehkäisyneuvontaa yksilö- ja ryhmäkohtaisesti. Aiemman korostuneen varoittavan asenteen sijasta peruslähtökohtana tulisi olla se, että ihmisen seksuaalisuus on positiivinen asia. Seksuaaliopetuksen toteutumisen kannalta vuoden 1994 opetussuunnitelmamuutokset saattoivat vähentää aiheeseen liittyviä oppisisältöjä ja oppitunteja. Toisaalta kouluilla ja kunnilla oli halutessaan mahdollisuus toteuttaa opetus myös aiempaa paremmin ja monipuolisemmin esimerkiksi valinnaiskursseja järjestämällä.

Koulujen terveystieteiden asema vahvistui vuosituhatluvun alussa uuden perusopetuslain (Laki perusopetuslain muuttamisesta 2001) annettua terveystieteen oman oppiaineen aseman. Valtioneuvoston asetuksen (2001) mukaan terveystietoa opetetaan 7.–9. vuosiluokilla yhteensä kolme vuosiviikkotuntia. Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteissa 2004 on esitetty eri oppiaineille, terveystieto mukaan lukien, aiempaa selkeämmät tavoitteet ja sisällöt sekä päättöarvioinnin kriteerit. Seksuaaliterveys eli ihmissuhteet, seksuaalisuus, käyttäytyminen sekä niihin liittyvät arvot ja normit esitetään yhtenä keskeisenä sisältönä. Päättöarvioinnin kriteereinä mainitaan muun muassa seksuaaliterveyden perusteiden, raskauden ehkäisyn ja vastuullisen seksuaalikäyttäytymisen merkityksen tietäminen. Yläluokkien uusien opetussuunnitelmien käyttöönotto on alkanut pääosassa kouluista lukuvuonna 2004–2005. Opetussuunnitelma tulee ottaa käyttöön kaikissa kouluissa viimeistään syksyllä 2006. (Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet 2004.)

1.2.2 Seksuaalikasvatuksen ohjaus sosiaali- ja terveyshallinnossa

Opetushallinnon lisäksi seksuaalikasvatusta on ohjannut sosiaali- ja terveyshallinto. Vuonna 1970 voimaan tullut aborttilaki ja sitä seurannut voimakas aborttien määrän kasvu vauhdittivat ehkäisyneuvonnan tehostamista muun muassa sen sisällyttämisellä koulujen opetusohjelmiin ja kehoituksella käyttää terveydenhuoltohenkilöstöä asiantuntijana ehkäisyneuvontaa käsittelevillä oppitunneilla. Kansanterveyslain myötä ehkäisyneuvonta tuli kuntien lakisääteiseksi tehtäväksi vuonna 1972. Terveystieteiden neuvontaa ja etenkin raskauden ehkäisyneuvontaa kehoitettiin tehostamaan ensimmäisessä kansanterveysjärjestelmän valtakunnallisessa suunnitelmassa vuosina 1972–1976. Terveystieteiden keskuksen sek-

suaalikasvatustyöryhmä laati vuonna 1977 ohjeet sukupuolikasvatuksesta terveydenhoitajien käyttöön. (Nurmi 1998.) Vaikka 70-luvulla korostuikin raskauden ehkäisyneuvonta, suosituksissa ja ohjeissa painotettiin myös laajempaa seksuaalikasvatusta. Vuoden 1979 aborttilain muutoksen johdosta sosiaali- ja terveysministeriö asetti sukupuolikasvatustyöryhmän suunnittelemaan lainmuutoksen edellyttämiä toimenpiteitä (Sukupuolikasvatustyöryhmän mietintö 1979). Työryhmä näki raskaudenkeskeytyksen ja ehkäisyn ihmissuhde- ja sukupuolikasvatukseen kuuluvina asioina eikä erillisinä kysymyksinä ja teki ehdotuksia ihmissuhde- ja sukupuolikasvatuksen kehittämiseksi. Koulutoimen kohdalla kehoitettiin opetussuunnitelmien, opetusmenetelmien ja opetusjärjestelyiden kehittämiseen. Yleisesti korostettiin yhteistyön merkitystä kunnissa, erityisesti koulu- ja terveystoimen kesken. (Sukupuolikasvatustyöryhmän mietintö II 1981.)

Ihmissuhde- ja sukupuolikasvatus sisältyi ensimmäisen kerran erityisenä painoalueena kansanterveystyön valtakunnalliseen suunnitelmaan vuosina 1980–1984, ja lääkintöhallitus ohjasi ihmissuhde- ja sukupuolikasvatuksen toteuttamista (Lääkintöhallituksen ohjekirje 1980). Lisäksi valtioneuvoston asettama terveyskasvatuksen neuvottelukunta laati vuosille 1984–1988 terveyskasvatuksen kehittämissuunnitelman, jossa tavoitteeksi asetettiin muun muassa nuorten ihmissuhde- ja sukupuolikasvatuksen kehittäminen ja nuorten raskaudenkeskeytysten vähentäminen (Terveyskasvatuksen kehittämissuunnitelma vuosiksi 1984–1988). 1980-luvun lopulla aidsin uhan ja uuden tartuntatautilain myötä lääkintöhallitus antoi suosituksen tartuntatautien vastustamistyön järjestämisestä korostaen terveyskasvatuksen merkitystä (Lääkintöhallitus Yleiskirje 1988). Lääkintöhallituksen ja myöhemmin sosiaali- ja terveysministeriön toimesta on vuodesta 1987 lähtien lähetetty nuorille seksuaalivalistuslehti koti-osoitteeseen. Vuodesta 1989 lehti on postitettu vuosittain kotiin kaikille 16 vuotta ja vuodesta 2002 15 vuotta täyttävälle nuorille. (Hannonen 1993; Nurmi 2000.) Lehden mukana on lähetetty tutustumista varten kondomi sekä kirje vanhemmille. Lehden tarkoituksena on välittää nuorille seksiin ja seurusteluun liittyvää, täsmällistä ja oikeaa tietoa. Siinä käsitellään esimerkiksi seurustelua, nuorten seksuaalikäyttäytymistä, raskauden ehkäisymenetelmiä, sukupuolitauteja ja niiden ehkäisyä, itsetyydytystä sekä homoseksuaalisuutta. Ihmissuhde- ja sukupuolikasvatus oli myös vuosina 1999–2002 valtakunnallisten kansanterveystyön ja sosiaali- ja terveydenhuollon suunnitelmien painoalueena (Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet 1998).

Suomessa seksuaaliterveyden edistämistä on siis ohjattu 1970-luvulta lähtien sekä kouluhallinnon että sosiaali- ja terveyshallinnon kautta. Lisäksi opetushallitus on tukenut 1990-luvulla seksuaalikasvatusta julkaisemalla terveyskasvatuksen tukimateriaalia (Lähdesmäki 1994; Peltonen 1994). Seksuaaliterveyden edistämisen ohjaus tehostui selvästi 1970- ja 1980-luvuilla, mutta hallinnollisten muutosten yhteydessä 1990-luvulla sitä vähennettiin valtakunnallisella tasolla ja vastaavasti lisättiin kuntien vastuuta opetuksen ja terveystalveluiden järjestämisessä (Peruskoulun opetussuunnitelman perusteet 1994; Lehto 1997). Kunnat ja koulut vastasivat siis opetussuunnitelmistaan, eikä valtakun-

nallisissa ohjeissa erikseen kiinnitetty huomiota seksuaalikasvatukseen. Samalla, kun kuntien ja koulujen itsenäisyyttä opetussuunnitelmien valmistelussa lisättiin, johti 1990-luvun lama julkisten palvelujen karsimiseen, mikä koski myös ehkäisevää terveydenhuoltoa, johon kouluterveydenhuolto lukeutuu mukaan (Taskinen ja Muuri 1997). Myös perusopetuksessa säästettiin (Saari ja Kupari 1996). Nämä muutokset yhdessä opetussuunnitelmauudistuksen kanssa saattoivat heikentää seksuaalikasvatuksen toteuttamista. Vaikka valtio ja kunnat kantavat edelleenkin päävastuun hyvinvointipalveluista ja koulutuksesta, on kansalaisjärjestöjen jo ennestään merkittävä rooli tullut 1990-luvulla yhä tärkeämmäksi (Rönneberg 1999; Jokinen ja Saaristo 2002). Järjestöt toimivat aiempaa enemmän verkostoissa julkisten palveluiden rinnalla, ja ne ovat osallistuneet myös koulujen terveystieteiden kehittämiseen. Noin 80 % peruskoulujen yläasteiden rehtoreista ilmoitti koulunsa osallistuneen järjestöjen organisoimiin päihteiden käytön ehkäisyohjelmiin tai -kampanjoihin 1990-luvun lopulla (Liinamo, Rimpelä ym. 1999). Koulujen seksuaalikasvatuksen kehittämiseen on osallistunut Väestöliiton lisäksi Sexpo-säätiö järjestämällä koulutusta, tuottamalla sekä nuorille että nuorten parissa toimiville kirjallisuutta ja seksuaalikasvatusmateriaalia sekä toteuttamalla kampanjoita seksuaalikasvatuksen kehittämiseksi (Nummelin 1997; Kontula ym. 2001; www.sexpo.fi; www.vaestoliitto.fi).

1.2.3 Seksuaalikasvatukselle määritellyjä tavoitteita

Nuorten seksuaaliterveyden edistämisen melko yleisluontoisiksi tavoitteiksi on opetushallinnon sekä sosiaali- ja terveyshallinnon toimesta esitetty sisältöjä sukupuolisesta kehityksestä, ihmisen lisääntymisen biologiasta, raskauden ehkäisystä ja ihmissuhteista. Suomalaiset asiantuntijat ja tutkijat ovat keskustelleet seksuaalikasvatuksen tavoitteista monista näkökulmista. Näiksi päämääräksi on 1990-luvulla yleisesti esitetty seksuaalisuutta koskevan tiedon lisäämistä yleensä seksuaalisuudesta (Kannas 1993), lisääntymisen biologiasta ja sukupuolisesta käyttäytymisestä (Cacciatore 1994; Lähdesmäki 1994) sekä arvojen selkiyttämistä ja taitojen opettamista (Kannas 1993). Lisäksi tavoitteina on mainittu oman itsensä hyväksyminen ja arvostaminen, taito luoda ihmissuhteita, vastuullisuus, motivaatio suojata itseään ja hyväksi vanhemmaksi kasvaminen (Cacciatore 1994; Lähdesmäki 1994). Hukkila ja Nisula (1991) korostivat seksuaalikasvatusta sukupuolten välisen tasa-arvon edistämisen ja seksuaalisen väkivallan ehkäisemisen keinona. Kontulan (1997) mielestä tavoitemäärittelyissä sekaantuvat ihmiskäsitys, yhteiskunnalliset ja poliittiset arvot, ammatilliset lähtökohdat ja kasvatusta koskevat teoriat. Hän on esittänyt systeemiteoriaa soveltaen seksuaalisuuden eroottisen, liittymisen (bonding), sukupuolen (gender) sekä lisääntymisen osa-alueiden integroimista seksuaalikasvatukseen pelkästään lisääntymiseen painottuvan näkökulman sijasta. Kontulan valtakunnallisen tutkimuksen mukaan yläasteiden opettajat pitivät keskeisinä sukupuolikasvatuksen arvoina vastuuseen kasvattamista, oikeiden asiatietojen välittämistä, kokonaispersoonallisuuteen kasvattamista sekä luontevan seksuaalisuuteen suhtautumisen opimista.

Väestöliitto on esittänyt seksuaalikasvatuksen perustiedoiksi kehoon ja hedelmällisyyteen sekä nuorten oikeuksiin ja vastuuseen liittyviä tietoja. Lisäksi nuoret tarvitsevat vuorovaikutuksellisia ja sosiaalisia taitoja, eettisen viittekeyksen, käytännön taitoja sekä tunteiden ja järjen hallintaa seksuaalisuudessa. (Kontula ym. 2001.) Viime aikoina on nostettu esiin heteronormatiivisuuden tiedostaminen koulussa ja terveyspalveluissa sekä ei-heteroseksuaalisten (Lehtonen 2000, 2004) ja muihin seksuaali- ja sukupuolivähemmistöihin kuuluvien nuorten (Lehtonen 2000; Frantti-Malinen 2004) turvallisen kouluympäristön ja tasapainoisen kehityksen tukeminen. Tavoitekeskustelussa on yleisesti kaivattu käyttäytymistavoitteiden ohessa laajempaa terveysosaamisen tavoitteiden käyttöä (Liinamo 2004).

2 TUTKIMUKSEN VIITEKEHYS JA KESKEISET KÄSITTEET

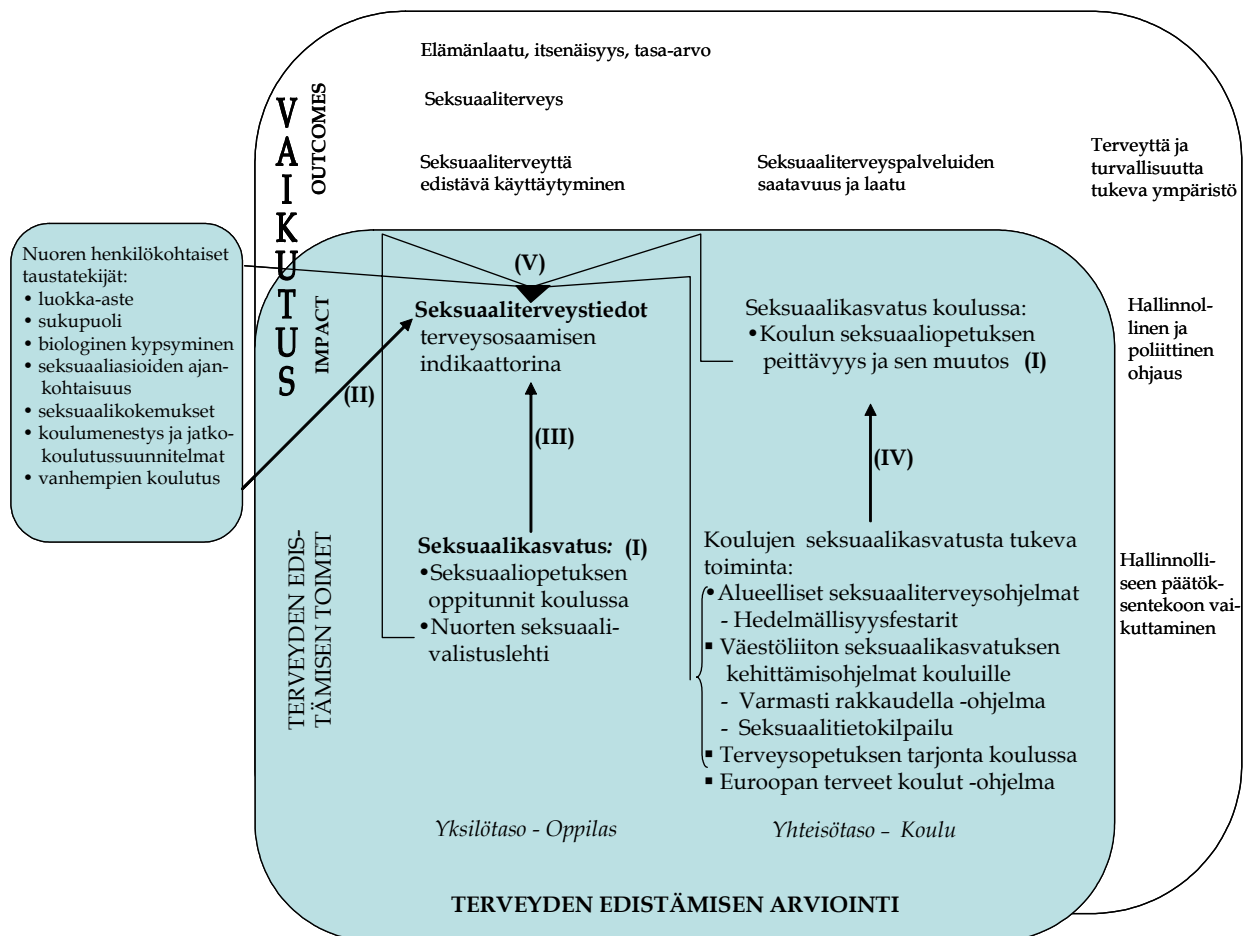
2.1 Viitekehys

Tutkimuksen viitekehys on sovitettu Nutbeam (2000a, b) terveyden edistämisen tulomalliin (An outcome model for health promotion), jossa terveystieteistä tarkastellaan osana laajempaa terveyden edistämisen kontekstia. Terveysteen ja elämänlaatuun vaikuttavat monet yksilölliset, yhteisölliset sekä yhteiskunnalliset tekijät ja olosuhteet. Terveysteen edistämistoimien vaikutukset voidaan jäsentää vertikaalisesti eri tasoille, joissa niitä mitataan erilaisin terveyden determinanteilla ja terveyttä määrittävin indikaattorein. Tämän tutkimuksen viitekehykseen on kytketty aikaisemman tutkimustiedon perusteella myös nuorten henkilökohtaiset taustatekijät seksuaaliterveystietojen kannalta. (Kuvio 1.)

Tässä tutkimuksessa puhutaan vaikutuksesta. Suomessa sanoja vaikuttavuus ja vaikutus on käytetty terveyden edistämisen arvioinnissa vaihtelevasti ja usein toistensa synonyymeina. Englannin kielessä näillä termeillä on erilaiset merkitykset. Vaikuttavuus, *effectiveness*, tarkoittaa terveyden edistämisen toimien ja interventioiden kykyä vaikuttaa esimerkiksi väestön terveyteen tai terveysvalintoihin. Se kuvaa toiminnan ansioksi luettavaa yhteiskunnallista vaikutavuutta tavanomaisissa olosuhteissa. (Mittelmark 2001; Hakulinen ym. 2002; Koskinen-Ollonqvist ym. 2005.) Vaikutusta merkitsevät myös englannin kielessä useat termit, kuten *impact*, *outcome* ja *effect*. Yleisesti terveyden edistämisen toimien välittömistä tai lyhyen aikavälin vaikutuksista käytetään termiä *impact*. Nutbeam (1998a, 2000a) puhuu kuitenkin terveyden edistämisen tuloksista, *health promotion outcomes*, tai intervention vaikutuksista, *intervention impact*, ku-

vatesaan terveyden edistämisen toimien vaikutusta terveyttä määrittävien yksilöllisten, yhteisöllisten sekä ympäristöllisten ja yhteiskunnallisten tekijöiden muutoksiin. Tones ja Tillford (2001) mainitsevat myös epäsuorat (indirect) indikaattorit arvioitaessa esimerkiksi terveyden edistämisen toiminnan vaikutusta yhteisön toiminnan muutokseen. Terveyden edistämisen toimien sekä terveyden ja elämänlaadun välimaastoon sijoittuvia indikaattoreita kutsutaan myös välilliseksi (intermediate) terveyden tulosindikaattoreiksi (Macdonald ja Davies 1998; Nutbeam 1998a, 2000a; Tones ja Tillford 2001). Vaikutus-käsite *outcome* kuvaa yleisesti pidemmällä aikavälillä terveydessä tai elämänlaadussa saavutettavia tuloksia, mutta sitä käytetään myös esimerkiksi puhuttaessa terveystietojen tai käyttäytymisen vaikutuksista (Nutbeam 2000a; Mittelmark 2001; Tones ja Tilford 2001). Terveyden edistämisen arviointitutkimusta käsitellään enemmän luvussa 3.

Tämän tutkimuksen viitekehyskuvion (Kuvio 1) alimmalla tasolla kuvataan terveyden edistämisen toimet: nuorten seksuaalikasvatus ja kouluyhteisön seksuaalikasvatusta tukevat ohjelmat. Vaikutuksen arvioinnin hierarkiassa ensimmäinen taso kuvaa seksuaalikasvatuksen vaikutusta nuorten seksuaaliterveystietoihin sekä kouluyhteisöön kohdistuneiden ohjelmien vaikutusta seksuaaliopetukseen koulutasolla (seksuaaliopetuksen peittävyys). Nutbeamin mallin mukaisesti seksuaaliterveystiedot kuvaavat yhtä terveysosaamisen (health literacy) ulottuvuutta. Muita tärkeitä terveysosaamisen indikaattoreita ovat nuoren kognitiiviset ja sosiaaliset taidot, kuten ymmärrys seksuaaliterveyteen vaikuttavista tekijöistä, seksuaaliterveyteen liittyvät asenteet, motivaatio, käyttäytymisaikomukset ja taidot sekä pystyvyyden tunne liittyen terveyttä tukevaan käyttäytymiseen. Tässä tutkimuksessa ei ole arvioitu näitä terveysosaamisen ulottuvuuksia, ja yhteisötaso rajautuu kouluyhteisöön. Seksuaaliterveyden edistämisen toimintaa kouluyhteisössä voisivat kuvata tässä tutkimuksessa käytetyn indikaattorin lisäksi useat muutkin yhteisön toimintaa indikoivat tekijät, kuten koulun säännöt tai toimintakulttuuri sekä kouluterveydenhuollon toiminta seksuaaliterveyden edistämiseksi. Nutbeamin mallissa terveyttä edistävä elämäntyyli ja käyttäytyminen, hyvät ja kaikkien saavutettavissa olevat terveyspalvelut sekä terveyttä edistävä ympäristö ovat välillisiä, terveyttä ja hyvää sosiaalista elämänlaatua edeltäviä terveyden edistämisen tulosindikaattoreita. Ympäristölliset ja poliittiset toimet voivat tukea yksilöiden ja yhteisöjen mahdollisuuksia vaikuttaa terveyttä edistäviin olosuhteisiin ja terveyteen. Edellä kuvattujen terveyden edistämisen sekä sen vaikutusten ja tulosten välinen yhteys on dynaaminen, ei staattinen eikä lineaarinen. (Nutbeam 1998a, 2000a, b; Kuvio 1.)



KUVIO 1 Tutkimuksen viitekehys (osajulkaisut I-V)

Viitekehyskuviossa harmaalla pohjalla olevia tekijöitä on tutkittu tässä tutkimuksessa empiirisesti. Sen ulkopuolella olevat tekijät kuvaavat laajemmin Nutbeam (2000a) mallin tasoja. Esimerkiksi terveyden edistämisen vaikutuksia seksuaalikäyttäytymisen tai seksuaaliterveyteen ei ole tutkittu empiirisesti. Viitekehyksessä ilmenevät yhteiskunnallisen tason tekijät perustelevat ja kehystävät tätä tutkimusta, ja niiden merkitystä arvioidaan myös tuloksia tulkittaessa. Kirjallisuuskatsaus jäsentyy tämän mallin mukaisesti kattaen myös yhteiskunnallisen tason, kuten seksuaalikasvatuksen hallinnollisen ohjauksen sekä seksuaalikasvatuksen ja seksuaaliterveyden edistämisen laajemmän vaikutuksen nuorten terveysosaamiseen, seksuaalikäyttäytymiseen ja seksuaaliterveyteen. Kuviossa 1 vahvennetulla tekstillä esitetyt käsitteet ovat tämän tutkimuksen keskeisiä käsitteitä. Seksuaaliterveyden, seksuaalikasvatuksen ja seksuaaliterveystietojen käsitteitä kuvataan seuraavassa luvussa ja terveyden edistämisen arviointia luvussa 3.

Tässä tutkimuksessa on arvioitu ensiksi koulun seksuaaliopetuksen oppituntien järjestämistä valtakunnallisella tasolla (osajulkaisu I) sekä nuorten seksuaaliterveystietoja ja niihin yhteydessä olevia nuoren henkilökohtaisia taustatekijöitä (osajulkaisu II). Tutkimukset ajoittuvat 1990-luvun lopulle ajankoh-

taan, jolloin hallinnollinen velvoite seksuaaliopetuksen järjestämiseen peruskoulussa oli vähentynyt. Tämän jälkeen on arvioitu koulun seksuaaliopetuksen ja valtakunnallisen seksuaalivalistuslehden vaikutusta nuorten seksuaaliterveystietoihin (osajulkaisu III) sekä terveys- ja seksuaalikasvatuksen kehittämishjelmien vaikutusta seksuaaliopetuksen oppituntien järjestämiseen (IV osajulkaisu). Lopuksi on tutkittu seksuaaliterveystietojen oppilas- ja koulutason vaihtelua sekä oppilaiden henkilökohtaisten taustatekijöiden ja kaikkien edellä mainittujen seksuaaliterveyden edistämisen toimien vaikutusta oppilaiden seksuaaliterveyden tietotason vaihteluun (V osajulkaisu). (Kuvio 1.)

2.2 Keskeiset käsitteet

2.2.1 Seksuaaliterveys - seksuaaliterveyden edistäminen

Seksuaaliterveys on tässä työssä terveyden edistämisen sisällöllinen osa-alue. Seksuaaliterveyden käsite on laaja, sillä se sisältää fyysisen, psyykkisen ja sosiokulttuurisen terveyden ja hyvinvoinnin ulottuvuudet (Promotion of Sexual Health 2000). Tämän tutkimuksen aineistossa käsite rajautuu tarkoittamaan seksuaaliterveystietojen ja seksuaaliopetuksen oppitunneilla käsiteltyjen aiheiden mukaisesti pääasiassa seksuaaliterveyden fyysistä ulottuvuutta: biologista kypsymistä, yhdyntää, raskaaksi tuloa sekä raskauden ja sukupuolitautien ehkäisyä. Seurusteluun, homoseksuaalisuuteen ja itsetyydytykseen liittyvät asiat voivat kuitenkin kuulua myös seksuaaliterveyden psyykkiseen ja sosiaaliseen ulottuvuuteen. Tämän tutkimuksen mittarit käsittävät osittain tavoitteet, joita nuorten seksuaalikasvatukselle on asetettu 1970–1990-luvuilla. Koska seksuaaliterveyden edistämisen tulisi kattaa nykyistä laajemmin seksuaaliterveyden eri ulottuvuudet, kuvaan käsitettä ja sen kehitystä tarkemmin tässä luvussa kirjallisuuden pohjalta.

Seksuaaliterveyden käsite otettiin käyttöön WHO:n konferenssissa vuonna 1975 ja tällä hetkellä sitä käytetään useiden maiden kansanterveysohjelmissa. Käsite ja sen soveltaminen ei kuitenkaan ole kansainvälisesti yhtenäistä, vaan se riippuu eri maiden kulttuureista, yhteiskunnassa vallitsevista arvoista ja normeista sekä terveyspolitiikasta (World Health Organization 1987; Giami 2002). Käsitteen sisältö ja painotukset ovat lisäksi vaihdelleet ajan ja yhteiskunnallisten muutosten myötä: esimerkiksi ehkäisymenetelmien kehityksellä, hiv-infektiolla ja seksologian laajenemisella tieteenalana on ollut vaikutusta (Giami 2002). Kansanterveyden näkökulmasta tieteellisen perustan laajeneminen lääketieteestä muun muassa kasvatukseen ja yhteiskuntatieteisiin sekä epidemiologiaan on vaikuttanut myös seksuaaliterveyden käsitteen kehitykseen. Vuonna 1975 käsite kytkettiin WHO:n terveys-käsitteeseen, jolla tarkoitettiin täydellistä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaa, eikä vain sairauden puuttumista. Myöhemmin se liitettiin terveyden edistämisen (Ottawa Charter for Health Promotion 1986) määrittelyyn painottamalla sisällössä yksilön lisäksi yhteiskunnallisia ja ympäristöllisiä olosuhteita. Seksuaaliterveys sisältää siis

sekä yksilön vastuullisen seksuaalikäyttäytymisen että yhteiskunnan vastuun seksuaalisesti terveestä yhteiskunnasta, mikä puolestaan liittyy vuonna 1995 kansainvälisen perhesuunnittelujärjestön (International Planned Parenthood Federation 1996) julkaisemaan ihmisoikeuksiin perustuvien seksuaalioikeuksien julistukseen.

Maailman terveysjärjestö WHO ja Pan-Amerikan terveysjärjestö PAHO määrittelivät vuonna 2000 yhteistyössä maailman seksologiyhdistyksen kanssa seksuaaliterveyden seksuaalisuuteen liittyväksi fyysisen, emotionaalisen, psyykkisen ja sosiokulttuurisen hyvinvoinnin tilaksi. Se näyttäytyy vapaana ja vastuullisena seksuaalisena ilmaisuna, joka tukee persoonallista ja sosiaalista hyvinvointia sekä rikastuttaa yksilöllistä ja sosiaalista elämää. Kyse ei ole siis vain sairauden, toimintahäiriön tai raihnaisuuden puuttumisesta. Seksuaaliterveyden saavuttamiseksi ja ylläpitämiseksi on välttämätöntä tunnustaa ja toteuttaa seksuaalioikeuksia, joihin kuuluu muun muassa oikeus seksuaalisuutta koskevaan tietoon. (Promotion of Sexual Health 2000.) Robinsonin ynnä muiden (2002) mukaan seksuaaliterveys pohjautuu henkilökohtaiseen tietoon ja itsensä hyväksymiseen siten, että yksilön käyttäytyminen, arvot ja tunteet ovat yhdenmukaisia ja yhdistyvät yksilön laajempaan persoonallisuuden rakentamiseen ja itsetuntemukseen. Seksuaaliterveys kattaa kyvyn olla läheisessä suhteessa kumppanin kanssa sekä kyvyn vuorovaikutukseen ja vastuulliseen seksuaaliseen toimintaan. Se ei tarkoita vain seksuaalisen toimintahäiriön, sukupuolitautilien ja seksuaalisesta väkivallan puuttumista, vaan siihen sisältyy myös tunne itsearvostuksesta, henkilökohtaisesta viehättävyydestä ja kompetenssista. Lisäksi seksuaaliterveyteen kuuluu yksilöiden erilaisuuden ja moninaisuuden hyväksyminen ja kunnioittaminen. Naidoo ja Willis (2002) ymmärtävät seksuaalisen terveyden yhdeksi kuudesta terveyden ulottuvuudesta psyykkisen, fyysisen, sosiaalisen, emotionaalisen ja hengellisen ulottuvuuden rinnalla. Terveys muodostuu näistä osatekijöistä ja niihin vaikuttavista yhteiskunnallisista, kulttuurisista ja ympäristöllisistä olosuhteista. Seksuaalisen terveyden mainitut tutkijat määrittelevät yksilön oman seksuaalisuuden hyväksymiseksi ja kyvyksi saavuttaa tyydytystä tuottava oman seksuaalisuuden ilmaisemisen muoto.

Seksuaaliterveyden rinnalla tai ohessa käytetään usein käsitettä lisääntymisterveys. Näillä termeillä on erilaisia painopisteitä, mutta myös yhteisiä alueita. Lisääntymisterveys-käsite otettiin käyttöön 1980-luvulla kansainvälisten väestöongelmien sekä äitien ja lasten terveyden parissa työskentelevien järjestöjen toimesta. Kairon konferenssin jälkeen perhesuunnittelujärjestöt ja terveysalan asiantuntijat ovat ryhtyneet käyttämään termiä seksuaaliterveys. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden käsitteitä on käytetty erillisinä (Ketting 1996; Kouda 1996) ja rinnakkaisina tai hyödyntämällä toista ylä- ja toista alakäsitteenä (Lottes 2000; www.glossary.ippf.org). Seksuaaliterveyden käsite kattaa lisääntymisterveyttä laajemmin seksuaaliseen kehitykseen, sukupuolielämään ja sukupuolielimiin liittyviä tekijöitä, ja sitä pidetään kokonaisvaltaisemmin ihmisen hyvinvointiin liittyvänä käsitteenä kuin lisääntymisterveyttä (Lottes 2000; Promotion of Sexual Health 2000).

Tässä tutkimuksessa määrittelen seksuaaliterveyden edistämisen, seksuaalikasvatuksen ja -opetuksen terveyden edistämisen ja terveystieteiden käsitteiden mukaisesti. Seksuaaliterveyden edistäminen on prosessi, jossa mahdollistetaan ihmisiä toimimaan terveyttä edistävasti. Se sisältää yksilön kykyjen ja taitojen vahvistamisen sekä sosiaalisten, ympäristöllisten ja taloudellisten olosuhteiden muuttamisen niin, että ne tukevat yksilöiden ja väestön terveyttä. Seksuaalikasvatus, kuten terveystieteidenkasvatuskin, sisältää tiedon välittämistä ja tukee motivaatiota, taitoja ja luottamusta toimia seksuaaliterveyttä edistävasti. (Nutbeam 1998b.) Seksuaaliterveyden edistämällä tarkoitetaan yksilöihin (nuoriin) ja yhteisöihin (kouluun) kohdistuvia toimia nuorten seksuaaliterveyden edistämiseksi. Nämä kattavat seksuaalikasvatuksen eli koulun seksuaaliopetuksen ja nuorten valtakunnallisen seksuaalivalistuslehden sekä kouluun kohdistuneet ohjelmat ja kampanjat seksuaalikasvatuksen kehittämiseksi.

2.2.2 Seksuaalikasvatus ja -opetus

Kasvatus on yksilöllistä ja yhteisöllistä toimintaa ja vaikuttamista yksilön kehityksen tukemiseksi sekä yhteiskuntaan sosiaalistamiseksi. Lasten ja nuorten kasvatusta toteuttavat perhe sekä yhteiskunta esimerkiksi koulun ja muun yhteiskunnallisen toiminnan kautta. Koulussa sekä opetus että yhteisön toiminta kokonaisuudessaan on kasvatusta. (Rauste-von Wright ym. 2003; Rinne ym. 2004.)

Tässä tutkimuksessa seksuaalikasvatusta ja -opetusta on arvioitu yhteiskunnallisesta näkökulmasta terveyden edistämisen viitekehyksessä. Tutkimus ei siis ole lähtökohdiltaan kasvatustieteellinen. Kasvatustieteessäkin opetusta on perinteisesti arvioitu hallinnon ja sen lisäksi opetusprosessien sekä oppisaavutusten näkökulmista. Nykykäsityksen mukaan sekä opetus että oppiminen tulee hahmottaa monisyiseksi, inhimilliseksi prosessiksi, johon myös arvioinnin tulisi aiempaa enemmän kohdistua. Opettaminen perustuu vuorovaikutukseen, ja oppiminen ymmärretään oppijan aktiivisena tiedon konstruointina. Opetuksen ja oppimisen tutkimuksen perinne on siirtynyt behavioristisesta kognitiiviseen ja sosiokognitiiviseen. Hallinnollisen tason opetuksen tutkimuksessa oppimiskäsitysmuutoksen seuraukset eivät ole niin merkittäviä kuin oppimisprosessien ja oppisaavutusten tutkimuksessa. Selkeää ja arkielämänsä mukaista behavioristista traditiota on pidetty perusasioiden tai -tietojen opetuksen arviointiin sopivana. Se ei kuitenkaan sovellu ymmärtämistä painottavan opetuksen ja oppimisen arviointiin. Kasvatustieteellisestä lähtökohdasta tarkasteltuna opetuksen ja sen vaikutuksen arviointi pohjautuu tässä tutkimuksessa behavioristiseen traditioon. Seksuaalikasvatuksen ja -opetuksen vaikutusta arvioidaan rajatusti mitattavina tietoina, joita mitataan kysymyksinä, joihin oppilas vastaa. (von Wright 1993; Rauste-von Wright ym. 2003; Heikkinen 2005.)

Kansainvälinen perhesuunnittelujärjestö näkee seksuaalikasvatuksen (sexuality education) opetuksena kaikista seksuaalisuuteen ja sen ilmaisuun liittyvistä tekijöistä. Järjestö määrittelee erikseen myös englanninkielisen käsitteen sex education lisääntymisprosesseja, puberteettia ja seksuaalikäyttäytymistä käsitteleväksi perusopetuksena, joka sisältää tietoa esimerkiksi raskauden eh-

käisymenetelmistä, suojautumisesta sukupuoliteitse tarttuvilta infektioilta sekä vanhemmuudesta. Seksuaalikasvatus sisältää edellä mainittujen teemojen lisäksi myös ihmissuhteisiin, seksuaaliasenteisiin, seksuaalirooleihin ja sukupuolten välisiin suhteisiin liittyviä sisältöjä sekä vuorovaikutus- ja päätöksentekotaitojen harjoittelua (www.glossary.ippf.org).

Suomessa seksuaalikasvatuskäsitteistö on ollut vaihtelevaa. 1970-luvulla käytettiin ihmissuhde- ja sukupuolikasvatuksen käsitettä korostaen molempien sanojen sisältämää kokonaisuutta (Ihmissuhde- ja sukupuolikasvatuksen – – 1976; Sukupuolikasvatustyöryhmän mietintö 1979). Tätä pidettiin 1990-luvulla pulmallisena muun muassa siksi, että käsite painottaa ihmissuhteiden sukupuolista luonnetta (Kannas 1993; Nummelin 1997). Kannaksen (1993) mukaan sukupuolikasvatuksen käsitettä voitiin pitää vakiintuneena ilmaisuna kuvaamaan terveyskasvatusta, jonka keskeisenä asiasisältönä on seksuaalisuus ja tavoitteena seksuaaliterveyden edistäminen. Itse hän käytti rinnakkain sukupuolikasvatuksen ja seksuaalikasvatuksen käsitteitä edellä mainitussa tarkoituksessa. Rimpelä ja Ritamo (1995) esittivät ihmissuhde- ja sukupuolikasvatuksen korvaamista seksuaalikasvatuksen käsitteellä, koska se vastasi kansainvälisessä kirjallisuudessa ja tutkimuksessa käytettyä termiä toiminnasta, jonka tavoitteena on seksuaalisen hyvinvoinnin edistäminen. Kontula (1997) puolestaan esitti käsitteen korvaajaksi perinteistä suomalaista sukupuolikasvatusta, jota hän piti seksuaalikasvatuksen synonyymina. Vuosituhannen alussa on kuitenkin puhuttu pääasiassa seksuaalikasvatuksen käsitteestä (Liinamo, Kosunen ym. 1999; Nummelin 2000; Lehtonen 2003). Nummelin (2000) käyttää käsitettä kuvaamaan ammatillista, institutionaalista toimintaa, jonka sisältönä ja kohteena on seksuaalisuutta koskeva ymmärrys ja kokemus sekä päämääränä yksilöiden ja yhteisön seksuaalisen hyvinvoinnin kokonaisvaltainen edistäminen. Suomessa seksuaalikasvatukseen on sovellettu terveyskasvatuksen käsittehierarkiaa, jossa seksuaalikasvatus jäsennetään yläkäsitteeksi sen toteutusmuotoja kuvaaville käsitteille seksuaaliopetus, -neuvonta ja -valistus (Nupponen ym. 1991; Aarva 1992; Terveyskasvatuksen neuvottelukunta 1995; Nummelin 1997, 2000). Seksuaaliopetus tarkoittaa koulussa opetussuunnitelman mukaisesti tapahtuvaa, seksuaalineuvonta asiakkaan kanssa ammatillisessa vuorovaikutuksessa toteutuvaa ja seksuaalivalistus ammatillista, joukkoviestinnän keinoin tapahtuvaa seksuaalisuuteen liittyvien asioiden käsittelyä. Tämän työn seksuaalikasvatuksen käsitteet jäsentyvät myös tähän käsittehierarkian mukaisesti.

WHO:n terveyskasvatuksen määrittelyyn perustuen seksuaalikasvatuksen tässä tutkimuksessa määrittelyn sisältävän tiedon välittämisen sekä motivaation, taitojen ja itseluottamuksen tukemisen, jotta nuori voi toimia seksuaaliterveyttä edistävasti (Nutbeam 1998b). Esimerkiksi kodin toteuttama tai muu joukkoviestinnän kautta tapahtuva seksuaalikasvatus seksuaalivalistuslehteen lukuun ottamatta ei sisälly tähän tutkimukseen. Terveyskasvatus laajemmin sisältää myös viestinnän, joka liittyy hallinnollisten ja poliittisten toimien mahdollisuuksiin vaikuttaa yksilöllisiin, yhteiskunnallisiin ja ympäristöllisiin terveyttä määrittäviin tekijöihin. Tässä työssä terveys- ja seksuaalikasvatusohjelmat

ja -kampanjat kuvaavat edellä mainitun tavoitteista seksuaalikasvatusta. (Nutbeam 1998b.)

2.2.3 Seksuaaliterveystiedot

Tässä tutkimuksessa seksuaaliterveystietoja on mitattu seitsemällä seksuaaliterveyteen liittyvällä väitelauseella. Väittämät kuvaavat lähinnä seksuaalisuuden ja seksuaaliterveyden fyysistä ja biologista ulottuvuutta, sukukypsyyden saavuttamista, raskaaksi tuloa sekä raskauden ja sukupuolitautien ehkäisyä. Yksi väittämä mittaa homoseksuaalisuus-käsitteen merkityksen tietämistä ja liittyy lähinnä seksuaalisuuden psyykkiseen ulottuvuutta (Greenberg ym. 1993). Niiniluodon (1975, 1989) mukaan väitelauseiden muodossa kielellisesti esitettävä tieto, propositionaalinen tieto, edustaa kuvailevaa, faktuaalista tietoa (ks. myös Nurmi 1995). Osaamiseksi määriteltynä jonkin asian tietäminen merkitsee kykyä vastata oikein asiaa koskeviin kysymyksiin. Nurmi (1995) on jaotellut tiedon kuvaukseen ja omaan kokemukseen perustuvaksi tiedoksi. Kuvaukseen perustuvaa tietoa omaksutaan esimerkiksi opetuksesta ja kokemukseen perustuvaa tietoa taas vähitellen itsenäisesti esimerkiksi yrityksen, erehdyksen tai oivalluksen kautta. Kuvailevaa, välittömiin havaintoihin tai kokemuksiin perustuvaa tietoa on pidetty myös arkitietona, joka eroaa teoreettisesta tiedosta (Engeström 1988). Teoreettinen tieto on ilmiöitä selittävää ja perustuu tiedon alkuperään, sisäisiin yhteyksiin, muodostaen kokonaisuuksia ja lainalaisuuksia.

Tietoon kuuluu perusteltavuus. Klassisesti tieto määritellään hyvin perustelluksi todeksi uskomukseksi. Tieto on totta, kun se heijastaa todellisuutta ja ulkomaailmaa objektiivisesti juuri sellaisena kuin se on. (Niiniluoto 1975; vrt. myös Tynjälä 1999.) Nurmi (1995) on määritellyt tiedon näyttöön perustuvaksi ihmiselle yhteiskunnallisesti tarpeelliseksi informaatioksi. Näyttö voi perustua esimerkiksi omiin havaintoihin, tieteelliseen tutkimukseen, asiantuntijan lausuntoon tai loogiseen todistukseen. Pragmatistisen tietonäkemyksen mukaan ihmisen oma toiminta on keskeistä tiedonmuodostuksessa. Totena pidetään tietoa, joka osoittautuu käytännössä toimivaksi (Tynjälä 1999). Myös nuorten seksuaaliterveyteen liittyviä tietoja on tutkittu paitsi objektiivisesti kyselylomakkeilla, myös haastatteluilla pyrkien näin tarkastelemaan nuorten omaan kokemusmaailmaan pohjautuvaa tietämystä (Allen 2001). Uusiseelantilaisnuoret jäsensivät seksuaalitiedon kahdella tavalla: tietona, joka saadaan sekundaarilähteistä kuten seksuaalikasvatuksesta, ja tietona, joka muodostuu henkilökohtaisista kokemuksista. Nuoret pitivät jälkimmäistä, seksuaalikasvatuksesta puuttuvaa tietotyyppiä edellistä tärkeämpänä (Allen 2001.) Tietoa on pidetty tavoitteellisen toiminnan edellytyksenä. Jo kreikkalaisessa tietokäsityksessä aitoa tietoa edusti taitoon liittyvä tekijän tieto, jossa tietäminen merkitsi osaamista tai taitamista sekä sen käsittämistä, miten tulos syntyy (Niiniluoto 1975, 1989). Tällaista tietoa on kutsuttu aktiiviseksi, toimintaa ohjaavaksi tiedoksi (Nurmi 1995; vrt. myös Niiniluoto 1975). Suomen kielessäkin verbi tietää on alun perin tarkoittanut muun muassa tien tuntemista. Tieto on jotain sellaista, joka vie perille. (Mehtäläinen 1992.) Jensen on tarkastellut tiedon asemaa terveyskasvatuksessa oppilaiden toimintakompetenssin kehittämisen näkökulmasta. Oppilaat

tarvitsevat laajaa, positiivista, johdonmukaista ja toimintaorientoitunutta ymmärrystä terveydestä. Tieto terveysvaikutuksista ja terveysongelmista luo edellytyksiä toimintakompetenssin kehittämiseen. Lisäksi tarvitaan tietoa ongelman taustoista ja syistä sekä muutosstrategioista. (Jensen 2000.)

Kokemuksiin ja havaintoihin perustuvan objektiivisen ja empiirisen tietokäsityksen (Niiniluoto 1975, Tynjälä 1999) kanssa vastakohtaisen, rationalistisen tietokäsityksen mukaan havaintoihin pohjautuva tieto syntyy vain ihmisen ajattelun kautta. Tieto ei siis liity pelkästään aistihavaintoihimme, vaan on subjektiivista ja edellyttää kykyä informaation tulkintaan ja päättelyyn (Niiniluoto 1975; Nurmi 1995; Turunen 1988; Mehtäläinen 1992; Tynjälä 1999; Raustevon Wright ym. 2003). Ihminen tulkitsee havainnot todellisuudesta oman mielensä sisäisiin rakenteisiin pohjautuen, ja tiedosta muodostuu jäsenynejitä, hierarkkisia kokonaisuuksia. Tätä kutsutaan konstruktivistiseksi tietokäsitykseksi. Nämä ajattelun rakenteet ovat muuttuvia ja kehittyviä ja vaihtelevat myös kulttuurista riippuen. Sirpalemainen hajatieto, jota arkitietomme edustaa, on erotettava jäsenynejitä kokonaisuuksia muodostavasta systemaattisesta tiedosta (Niiniluoto 1975, 1989).

Ihmisen kasvaessa ja kehittyessä, etenkin lapsuuden ja nuoruuden aikana, myös kognitiiviset toiminnot, kuten ajattelu, kehittyvät. Kasvuikässä ajattelun kehittyneisyys vaikuttaa tiedon ymmärtämiseen ja omaksumiseen. Piaget (Piaget 1977; Saarinen ym. 1991) erottaa ajattelun kehityksessä neljä pääkautta. Ajattelun tunnusmerkit muuttuvat laadultaan yksilön siirtyessä seuraavalle kaudelle, ja kehitysvaiheet liittyvät siihen, millaisiin kognitiivisiin toimintoihin lapsi tai nuori kykenee. Tämän tiedostaminen antaa perusteita myös opetuksen ja kasvatuksen suunnittelulle. Murrosiän alussa tapahtuu huomattava loogisen ajattelukyvyn paraneminen, kun lapsi siirtyy konkreettien operaatioiden vaiheesta formaalien operaatioiden vaiheeseen. Nuori kehittyä abstraktiin ja hypoteettis-deduktiiviseen ajatteluun, jolloin ajattelu ei enää ole sidottu konkreettiseen todellisuuteen, kuten aiemmissa vaiheissa. Käsitteet voivat tässä vaiheessa rakentua loogiseksi, hierarkkiseksi järjestelmiksi. Ajattelun kehityksen yhteydestä nuorten tietämykseen (seksuaali)terveydestä on julkaistu myös tutkimustietoa. Australialaisilla 12–17-vuotiailla nuorilla tutkittiin kognitiivisen kehityksen tason yhteyttä seksuaalitietoihin (Peterson ja Murphy 1990). Kehittyneä ajattelu, verrattuna konkreettiseen ajatteluun, ennusti parempia aids-tietoja ja yleisiä seksuaalitietoja. Tutkijoiden mukaan tulos haastaa erityisesti kehitystason huomioon ottamiseen opetuksen suunnittelussa (Peterson ja Murphy 1990). Myös yhdysvaltalaisoppilailta abstrakti ajattelukyky oli yhteydessä parempaan päätöksentekoprosessiin ja useampiin terveyden edistämisen kannalta perusteltuihin päätöksiin liikenneturvallisuuteen liittyvässä tilanneanalyysissä, kun verrattiin heidän suoriutumistaan konkreettisen ajattelun tasolla oleviin koulutovereihin (Hammes ja Duryea 1986).

3 TERVEYDEN EDISTÄMISEN ARVIOINTI

3.1 Arviointi ja terveyden edistämisen periaatteet

Arvioinnille ei ole olemassa yksiselitteistä määritelmää, vaan se riippuu tieteenalasta ja kontekstista (Sinkkonen ja Kinnunen 1994). Terveyden edistämisen ja terveystkasvatuksen arvioinnissa tarkastellaan toimintaa suhteessa sen arvoihin ja päämääriin (Rootman ym. 2001; Tones ja Tilford 2001). Arvioinnin tehtäväksi on esitetty määrittellä terveyden edistämisen politiikan, ohjelmien, käytännön, intervention tai palvelujen arvo tai vaikutus ja tarjota muutosehdotuksia (Koskinen-Ollonqvist ym. 2005). WHO määrittelee (Ottawa Charter for Health Promotion 1986) terveyden edistämisen prosessiksi, jonka tarkoituksena on parantaa ihmisten mahdollisuuksia vaikuttaa omaan ja ympäristönsä terveyteen. Se sisältää yksilöiden taitojen ja voimavarojen vahvistamisen lisäksi toimet sosiaalisten, ympäristöllisten ja taloudellisten olosuhteiden muuttamiseksi niin, että ne tukevat väestön ja yksilöiden terveyttä. Lisäksi tasa-arvo on määritelty terveyden edistämisen keskeiseksi arvoksi. (Tones 1996; Raphael 2000; Lahtinen ym. 2003; Tones ja Green 2004.) Terveyden edistämisen toimilla tarkoitetaan terveystkasvatuksellista toimintaa, yhteisöjen kehittämistä, terveystpalveluluiden uudistamista sekä terveyttä edistäviä yhteiskuntapolitiikan toimia. Tones ja Green (2004) määrittelevät terveystkasvatuksen suunnitelluksi toiminnaksi, joka on tarkoitettu kehittämään terveyteen ja sairauteen liittyvää oppimista. Greenin ja Kreuterin (1999) mukaan terveystkasvatus on sellaisten oppimiskokemusten yhdistelmä, joka on suunniteltu helpottamaan terveydelle edullista, vapaaehtoista toimintaa. Terveystkasvatus voi tukea terveydelle edullisia kognitiivisia voimavaroja, kuten tiedon ja ymmärryksen lisääntymistä, päätöksenteko- ja ongelmanratkaisutaitojen kehittymistä sekä, asenteiden, motivaation, käyttäy-

tymisaikomusten ja -taitojen muodostumista (Nutbeam 1998b, 2000a; Tones ja Green 2004). Seedhouse (2001) näkee terveyden edistämisen mahdollistamisena eli tarvittavan perustan ja olosuhteiden huolehtimisena, jotta ihmiset voivat saavuttaa terveyteen liittyviä tavoitteitaan omien mahdollisuuksiensa mukaan. Mahdollistaviin olosuhteisiin kuuluvat yksilön perustarpeiden ohessa ihmisen elämään, myös terveyteen, vaikuttavan tiedon saatavuus sekä taito ja itseluottamus tämän tiedon soveltamiseen. Tässä mielessä Seedhouse myös korostaa yleisen kasvatuksen roolia terveyden edistämisen toimintana.

Vaikka terveystieteiden arvioinnille oli Yhdysvalloissa kasvatustieteiden ja sosiaalitieteiden piirissä kehittynyt oma vähemmän kokeellisten menetelmien käyttöön pohjautuva ja vahvemmin survey-menetelmiin perustuva perinne, herätti terveyden edistämisen laajeneminen kriittisen keskustelun arviointiin soveltuvista tutkimusasetelmista ja -menetelmistä sekä indikaattoreista (Nutbeam 1998a; Tones ja Tilford 2001). Terveyden edistämisen ohjelmathan voidaan kohdistaa usealle tasolle, kuten yksilöön, organisaatioon, yhteisöön tai yhteiskuntaan (Bartholomew ym. 2001). Terveyden edistämisen teoriat ja käsitteet juontuvat useista tieteenaloista, joilla on omat tutkimustraditionsa, ja arviointi voidaan toteuttaa useista lähestymistavoista käsin (Tones ja Tilford 2001; Lahtinen ym. 2003). Arviointi ei ole näin neutraalia, vaan ideologia, arvot ja periaatteet vaikuttavat siihen, mitä pidämme tuloksena ja mitä arvioimme (Raphel 2000; Tones ja Green 2004). Nämä seikat ovat alakohtaisia, joten arviointi onkin sidoksissa tieteenaloihin eikä niinkään terveystieteiden tai terveyden edistämisen toimiin. Ohjelmathan eivät ole tieteenalakohtaisia vaan edustavat usein monialaista terveyden edistämisen toiminnan kenttää. (McQueen 2001.)

Terveyden edistämisen arvioinnin indikaattoreiden puutteellinen määrittely on tiedostettu jo pitkään (Green ja Levis 1986; Nutbeam 1998a; Raphel 2000). Arvioinnin tavoitteena on pidetty muun muassa useilla indikaattoreilla tehtävää ohjelman tulosten mittaamista sekä ohjelman prosessin arviointia, joka valaisee sitä, kuinka vaikutukset saadaan aikaiseksi ja miten ohjelmaa voitaisiin kehittää. Lisäksi voidaan arvioida tehokkaita tapoja, joilla saavutetaan toivotut tulokset, sekä tuottaa tietoa päätöksenteon tueksi tai tietoperustan ja teorian kehittämiseksi. Erottelua formatiiviseen eli toimintoihin ja prosesseihin liittyvään ja summatiiviseen eli tuloksia ja vaikutuksia koskevaan arviointiin käytetään yleisesti. (Nutbeam 1998a; Tones ja Tilford 2001; Tones ja Green 2004.)

3.2 Paradigmakeskustelu

Terveyden edistämisen arvioinnin epistemologinen keskustelu on pääasiassa kulminoitunut vastakkaisiin näkökulmiin, joita ovat toisaalta positivistinen ja kvantitatiivinen sekä toisaalta fenomenologis-tulkinnallinen ja kvalitatiivinen, myös konstruktivimiksi kutsuttu, tutkimustraditio (Rada ym. 1999; Oakley 2001; Tones ja Tilford 2001; Simpson ja Freeman 2004; Tones ja Green 2004). Myöhemmin keskusteluun on tuotu mukaan kolmas kriittiseen realismiin perustuva paradigma (Tones ja Tilford 2001; Tones ja Green 2004).

Positivismissa tieteellinen tieto on objektiivista sekä yleistettävää ja sitä voidaan saavuttaa todellisuutta havainnoimalla. Tieteellinen tutkimus pyrkii selittämiseen ja kausaalisuhteiden varmistamiseen. Tulkinnallisessa lähestymistavassa tieto perustuu puolestaan ihmisten todellisuudelle antamiin merkityksiin ja tulkintoihin. Tieto on siis sidoksissa tilanteeseen ja kontekstiin, ja sitä saadaan laadullisin menetelmin. Ymmärrys todellisuudesta konstruoituu prosessissa, jossa tutkija toimii tulkitsijana. Kriittinen lähestymistapa kyseenalaistaa mahdollisuuden ymmärtää sosiaalista maailmaa ja painottaa niitä rakenteita ja prosesseja, joissa tieto rakentuu sosiaalisesti. Tällainen arviointi tuottaa näin ollen tietoa vallitsevista sosiaalisista rakenteista. (Tones ja Green 2004; vrt. myös Pawson ja Tilley 1997.) Tämä paradigmasodaksikin kutsuttu keskustelu liittyy paljolti kansanterveystieteessä käytetyn, biolääketieteellisen tutkimustradition soveltamiseen terveyden edistämässä (Macdonald ja Davies 1998; Tones ja Green 2004).

Terveyden edistämisen varhaisimmat lähestymistavat perustuivat kasvatustieteeseen ja psykologiaan; taustalla oli biolääketieteellinen riskitekijäparadigma ja tavoitteena yksilön käyttäytymisen muuttaminen. 1980-luvulla alkoi paradigmanmuutos lääketieteellisestä yksilökeskeisyydestä laajempaan rakenteelliseen lähestymiseen sisältäen terveyden edistämisen ympäristölliset, taloudelliset, sosiokulttuuriset ja lainsäädännölliset tekijät. Arvioitaessa terveyden edistämistä tulosten ja vaikutusten mittaamisessa suuntautua aiemmasta reduktionistisesta, psykososiaalisesta ja käyttäytymiseen keskittyvästä paradigmasta nykyiseen ekspansionistisempaan lähestymistapaan ja ajatteluun. Viime vuosina keskustelu terveyden edistämisen tulosten, indikaattoreiden sekä arviointiin soveltuvien tutkimusasetelmien ja -menetelmien kehittämisestä onkin ollut huomattavaa. (Nutbeam 1998b; Raphel 2000; McQueen 2001; Bauer ym. 2003.)

Toisenlaisen näkökulman paradigmakesteluun on tuonut Ann Oakley (1998; ks. myös Töttö 2004). Hänen mukaansa paradigmojen vastakkainasettelu on sosiaalisesti rakentunut käsitys ja se palvelee lähinnä sosiaalisia toimintoja, joilla erotetaan eri ammattiryhmien statusta. Vastakkainasettelu ei niinkään viittaa oleelliseen, empiiriseen ristiriitaan, vaan terveyden edistämisen nuoruuteen tieteenalana sekä siihen liittyvään epävarmuuteen. Oakleyn mielestä peruskysymyksiä tässä paradigmojen vastakkainasettelun sosiaalisen rakentumisen prosessissa ovat argumentit sosiaali- ja luonnontieteiden välillä, laadullisten menetelmien rooli emansipatorisissa sosiaalitieteissä sekä kvantitatiiviseen, kokeelliseen tutkimukseen liittyvät eettiset seikat. Tonesin ja Greenin (2004) näkemyksen perusteella paradigmakestely ei liity vain terveyden edistämiseen, vaan yleisempään keskusteluun siitä, kuinka (epistemologia) ja millaisilla menetelmillä ja asetelmilla (metodologia) saamme tietoa todellisuudesta ja sen luonteesta (ontologia).

3.3 Tutkimusasetelmat ja -menetelmät terveyden edistämisen arviointitutkimuksessa

Terveyden edistämisen arvioinnissa on viime vuosina korostettu realististen ja monipuolisten tutkimusmenetelmien ja indikaattoreiden kehittämisen tarvetta sekä vaadittu samalla metodologista pluralismia ja triangulaatiota. Terveyteen ja hyvinvointiin liittyvät ilmiöt ovat kompleksisia, eivätkä yhteydet eri tekijöiden välillä ole yksinkertaisia ja suoria. Arviointitutkimuksessa täytyy ottaa tämä kompleksisuus huomioon, ja arvioinnin tulee perustua useisiin lähteisiin yhdistäen ja verraten eri menetelmin saatuja tuloksia. Arviointi voi myös sisältää sekä koeasetelmallisia ja väestötasoisia että tulkitsevia menetelmiä käyttäviä kvalitatiivisia tutkimuksia. (Nutbeam 2000b; Raphael 2000; Denman ym. 2002). Viime aikoina on korostettu prosessiin ja kontekstiin liittyvien tekijöiden huomioimista sekä kvalitatiivisen ja kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän yhdistämistä (Oakley 2001; Strange ym. 2001; Tones ja Green 2004).

Klassisen koeasetelman soveltuvuus terveyden edistämisen arviointiin on kyseenalaistettu, koska koeasetelman vaatimukset ja kriteerit ovat ristiriidassa edistämistoiminnan periaatteiden kanssa (Allison ja Rootman 1996; Nutbeam 1998a; Tones ja Green 2004). Koeasetelmaa pidetään mahdollisena esimerkiksi silloin, kun terveyden edistämisen interventio on kapeasti rajattu ja pohjautuu selkeään oletukseen panoksen ja tuloksen välillä ja kun arvioidaan tulosta eikä intervention laatua (Tones ja Green 2004). Myös selkeästi itsenäisiin organisaatioihin, kuten kouluihin tai työyhteisöihin, kohdistuvien ohjelmien arviointiin voidaan käyttää koeasetelmia (Nutbeam 1998a; 2000b). Koeasetelmat eivät kuitenkaan välttämättä sovellu yhteisöperustaisiin ja laajasti yhteisössä toteutettaviin ohjelmiin (Nutbeam 1998a). Yhteisö- ja väestöohjelmissä klassiset koeasetelmat ovat epärealistisia esimerkiksi koe- ja kontrolliryhmiin satunnaistamisen suhteen ja voivat jopa rajoittaa ohjelman toteuttamista. Lisäksi koeasetelmiin voi liittyä eettisiä ongelmia. Yhteisöön tai väestöön kohdistetut interventiot on suunniteltu vaikuttamaan väestöihin, ei yksilöihin, ja arviointi on mahdollista vain yhteisötasolla. Se voi tapahtua esimerkiksi kohdistamalla ohjelma tai interventio koko yhteisöön tai vertaamalla tuloksia maantieteellisesti erillään oleviin muihin yhteisöihin, joissa ei ole toteutettu vastaavaa ohjelmaa. Arvioinnin yksikkönä on siis yhteisö, ja havaintoyksikkönä on yksilö. Tällaisia näennäiskoikeellisia asetelmia on pidetty parempana lähestymistapana yhteisöohjelmien arvioinnissa klassisiin, kontrolloituihin koeasetelmiin verrattuna. (Nutbeam 2000b; Denman ym. 2002.) Yhteisöinterventioiden arvioinnin analyysimenetelmiin tarvitaan klusterimenetelmiä, joilla voidaan ottaa huomioon yksilöiden, kuten oppilaiden, klusteroituminen tiettyihin yhteisöihin, esimerkiksi kouluihin. Analyysissa voidaan myös erottaa yksilö- ja yhteisötekijöiden vaikutukset mitattavaan tulokseen. (Goldstein 1997.)

Ann Oakley (1998, 2001) on kritisoinut kokeellisuuden hylkäämistä ja pitää sitä perusteettomana, koska tällöin jää huomioimatta kokeellisen sosiaalitie-teen huomattava historia ja sen epistemologiset yhtenevyydet terveyden edis-

tämiseen. Hänen mukaansa kokeellisten asetelmien vastustus voi johtua terveyden edistämisen esiammatillisuudesta sekä tarpeesta luoda omaa, erillistä tieteellistä identiteettiä. Kokeelliset asetelmat soveltuvat hyvin terveyden edistämiseen, joka sijoittuu usein sekä sosiaalitieteiden että lääketieteen tieteenaloille, eivätkä kokeellisen ja kvalitatiivisen tutkimusparadigman lähestymistapojen erot ole yhteensovittamattomia. Koeasetelmien tarpeellisuutta ja soveltuvuutta sosiaalisten interventioiden arviointiin on myös puolustettu (Stephenson ja Imrie 1998; Töttö 2004). Niitä tulisi kuitenkin täydentää laadullisilla tutkimusmenetelmillä ohjelman onnistumisen kannalta oleellisten prosessi- ja kontekstitekijöiden sekä osallistujien näkökulmien ymmärtämiseksi (Macdonald ja Davies 1998; Oakley 2001; Strange ym. 2001). Tällaisia koulutasolla satunnaistettuja, laaja-alaisia, pitkäkestoisia ja kokeellisia interventioita, joita on täydennetty laadullisilla tutkimusmenetelmillä, on sovellettu kahdessa seksuaalikasvatusohjelmassa Skotlannissa (Wight ja Abraham 2000; Buston ym. 2002; Wight ym. 2002) sekä Englannissa (Forrest ym. 2002; Strange ym. 2002a, b; Stephenson ym. 2003; Strange ym. 2003; Stephenson ym. 2004). Ohjelmissa arvioidaan välittömiä vaikutuksia ja pidempiaikaisia tuloksia sekä laajasti myös prosessia ja kontekstiin liittyviä tekijöitä ohjelman toteutettavuuden ja tulosten saavuttamisen edellytysten kannalta (Strange ym. 2001).

Terveyden edistämisen toimien vaikutusten arvioinnin indikaattoreina (outcome) on perinteisesti käytetty terveystyötytymistä tai terveydentilaa kuvaavia indikaattoreita (Tones ja Tilford 1994; Tones ja Green 2004). Nämä vaikutukset ovat kuitenkin etäällä terveyden edistämisen toimista, ja siksi välittömämpien vaikutusten (impact) mittaamiseen tulisi kiinnittää enemmän huomiota (Nutbeam 1998a; Tones ja Green 2004). Raphelin (2000) mukaan arvioinnin tulisi liittyä tekijöihin, jotka tukevat ihmisten terveyttä edistäviä toimintaedellytyksiä sekä määrittävät terveystyötytymistä ja terveyttä. Koulussa tällaiset realistiset ja tarkoituksenmukaiset terveyden edistämisen indikaattorit voivat mitata esimerkiksi ohjelman vaikutusta oppilaan tietoihin tai asenteisiin (Macdonald ja Davies 1998).

Terveyden edistämisen tutkimuksessa epidemiologiaan kohdistuva kritiikki johtuu epidemiologian rinnastamisesta biolääketieteeseen. Perinteisesti se on määritelty tutkimusalueeksi sairauksien jakautumisesta ja determinanteista väestössä. Viime aikoina on korostettu myös positiivisia dimensioita, kuten terveyden määrittäjien, demografisten tekijöiden ja yhteisöjen terveyden tutkimusta (Abel 2004; Green 2004). Epidemiologia voidaan jaotella kuvailevaan, analyttiseen ja sosiaaliseen (Tones ja Green 2004). Kuvaileva epidemiologia palvelee lähinnä terveyden edistämisen suunnittelua toimintojen tarpeiden arviointina ja osoittimena (ks. myös Green ja Kreuter 1999). Analyttinen epidemiologia tutkii puolestaan syy-seuraussuhteita ja sosiaaliepideologia terveyden sosiaalisia ja yhteiskunnallisia määrittäjiä (Tones ja Green 2004).

Terveyden edistämistyö toteutuu yleensä luonnollisissa ja usein kompleksisissa olosuhteissa, jolloin kaikkia ohjelman toteutukseen, vaikutuksiin ja tuloksiin liittyviä tekijöitä on mahdotonta kontrolloida. Leif Aarøn (2000) mukaan tarvitaankin sekä ohjelmien arviointia luonnollisissa olosuhteissa että uusien

käytäntöjen ja työmuotojen kehittämistä kontrolloiduissa koeasetelmissä. Valtakunnallisten ohjelmien vaikuttavuuden arviointi tapahtuu luonnollisissa olosuhteissa (natural experiments), ja tulosten arviointiin voidaan käyttää valtakunnallisia seuranta-aineistoja (Green 2004). Jatkuva tiedonkeruu yhdistettynä muuhun nuorten terveyden rekisteritietoon on peruselementti terveyden edistämässä väestötasolla: sen avulla voidaan osoittaa terveyden edistämisen tarpeita ja arvioida väestötasoisten interventioiden vaikutuksia (McQueen 2004). Käytettäessä seuranta-aineistoa tulee arviointiin sisällyttää taustamuuttujia ja käyttää analyttisiä menetelmiä. Laajoja, valtakunnallisia, koko väestöön kohdistuvia ohjelmien vaikutuksia on kuitenkin tutkittu vähän johtuen tällaisen arviointitutkimuksen metodologisista haasteista (Yzer ym. 2000). Terveyden edistämässä tulisi lisäksi tutkia myös yhteistyöverkoston eri toimijakombinaatioiden vaikutuksia terveyteen ja sen edellytyksiin (Gillies 1998).

Tämä tutkimus kytkeytyy terveyden edistämisen arviointitutkimuksen kehukseen, jonka substanssina on nuorten seksuaaliterveyden edistäminen seksuaalikasvatuksellisin keinoin. Seksuaalikasvatusta tarkastellaan väestötasolla arvioimalla koulujen seksuaaliopetusta ja oppilaiden seksuaaliterveystietoja sekä valtakunnallisten, kouluihin tai suoraan nuoriin kohdistuneiden terveys- ja seksuaalikasvatusohjelmien vaikutusta opetuksen järjestämiseen ja oppilaiden seksuaaliterveystietoihin. Tutkimus pohjautuu positivistiseen tutkimusparadigmaan sekä kuvailevaan ja analyttiseen epidemiologiseen tutkimusmetodologiaan. Seksuaalikasvatusta tutkitaan luonnollisissa olosuhteissa käyttäen analyysiyksikkönä sekä oppilas- että koulutasoa.

4 AIKAISEMPIA TUTKIMUKSIA

4.1 Nuorten seksuaaliterveyden edistämisen tutkimus

Nuorten seksuaaliterveyttä on Suomessa tutkittu paljon seksuaalikäyttäytymisen näkökulmasta valtakunnallisissa (Pötsönen 1992; Kosunen 1996, 2004; Rämö ja Setälä 2001) tai rajatummissa (Kontula ja Meriläinen 1988, Kosunen 1993) aineistoissa. Lisäksi nuorten raskauksia ja raskaudenkeskeytyksiä (Kosunen 1996) sekä klamydiatartuntoja (Hiltunen-Back 2004) on tutkittu rekisteritietojen valossa. Kansainvälisestikin vastaavanlaista nuorten seksuaaliterveystutkimusta on raportoitu runsaasti (Jones ym. 1985; Panchaud ym. 2000; Singh ja Darroch 2000; Häggström-Nordin ym. 2002; Hoff ym. 2003; Ross ym. 2004).

Kansainvälisissä vertailuissa nuorten seksuaaliterveyden on todettu määrittävän monista poliittisista ja yhteiskunnallisista tekijöistä sekä yhteiskunnallisesta asennoitumisesta seksuaalisuuteen. Seksuaaliterveyteen vaikuttavat useat sosioekonomiset tekijät, seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluiden saatavuus, seksuaalikasvatus sekä yleisesti kasvatusta tukevat ohjelmat (Campbell ja Aggleton 1999; Darroch ym. 2001; Kirby 2001; Lewis ja Knijn 2002). WHO on määritellyt keskeisiksi seksuaaliterveyden edistämisen toimintastrategioiksi koko väestöön kohdistuvan laaja-alaisen seksuaalikasvatuksen ja seksuaaliterveyspalveluiden tarjoamisen sekä ammattihenkilöstön kouluttamisen (Promotion of Sexual Health – – 2000). Kansainväliset vertailututkimukset ovat osoittaneet, että maissa, joissa seksuaalikasvatuksen saatavuus on laajempi, nuorten seksuaaliterveys on parempi verrattuna vähän seksuaalikasvatusta tarjoaviin maihin (Jones ym. 1985; Darroch ym. 2001). Koulutus- ja terveystoimittisten sekä institutionaalisten tekijöiden on arvioitu vaikuttavan koulujen seksuaaliopetukseen ainakin Englannissa ja Walesissa (Green 1998) ja välillisesti seksuaaliter-

veyteen ainakin Kanadassa (Orton 1994). Muutoin poliittisten, organisatoristen ja rakenteellisten tekijöiden merkitystä seksuaaliterveyden edistämässä on tutkittu vähän.

Kansallisesti edustavia, nuorten seksuaalikasvatukseen ja seksuaaliterveydestietoihin kohdistuneita tutkimuksia on raportoitu suhteellisen vähän. Erityisesti koulujen seksuaalikasvatuksesta on esitetty tutkimustuloksia ainakin Ruotsissa (Skolverket 1999) ja Yhdysvalloissa (Grunbaum ym. 1998). Myös Euroopan perhesuunnittelujärjestö on julkaissut kansainvälisiä vertailuja koulujen seksuaalikasvatuksesta eri Euroopan maissa (Deven 1991; Vilar 1994). Nuorten yleisiä seksuaaliterveydestietoja on tutkittu Norjassa (Kraft 1993) sekä aidsiin liittyviä tietoja Norjan lisäksi (Kraft 1992) Hollannissa (Vogels ym. 1999) ja Skotlannissa (Thomson ym. 1999). Yhdysvalloista on raportoitu sekä yleisiä seksuaaliterveydestietoja (Hoff ym. 2003) että kondomin oikeaan käyttöön liittyviä tietoja (Crosby ja Yarber 2001).

Suomessa yläkoulujen seksuaaliopetusta on Kouluterveystudkimuksen oppilaskyselyn lisäksi tutkittu valtakunnallisesti koulujen opettajille ja terveydenhoitajille kohdistetulla kertaluontoisella kyselytutkimuksella 1990-luvun puolivälissä (Kontula 1997) sekä aiemmin valikoidussa aineistossa (Kontula 1991a). Valtakunnallisen seksuaalivalistuslehden (Nurmi 2000) vastaanottoa nuorten keskuudessa selvitettiin vuonna 1991 (Hannonen 1993). Kahden koulun oppilaiden, vanhempien ja opettajien näkemyksiä seksuaaliopetuksen sisällöistä ja toteutuksesta on tutkittu oppimateriaalin kehittämiseksi (Nykänen ja Sironen 1996). Nuorten seksuaaliterveydestiedoista on tehty Kouluterveyskyselyn lisäksi poikkileikkaustutkimuksia valtakunnallisesti aids-tietojen osalta vain WHO-koululaistutkimuksessa vuosina 1990 ja 1994 (Pötsönen 1998) ja tätä ennen Etelä-Suomessa ja Uudellamaalla KISS-tutkimuksessa 1986, 1988 ja 1992 (Kontula ym. 1992; Kosunen 1993; Papp 1997). Laadullisilla tutkimusmenetelmillä on Suomessa tutkittu perhekasvatuksen opetussuunnitelmia (Hannukkala 1999) ja analysoitu seksuaaliopetuksen kehittymisen historiaa terveystiedon oppikirjoissa (Palojärvi ja Veikkola 2002). Lisäksi on selvitetty nuorten käsityksiä seurustelusta ja seksuaalisuudesta sekä niihin liittyvistä tiedoista ja tiedonlähteistä (Pötsönen ja Välimaa 1995; Tirkkonen ym. 1989), seksuaaliterveyspalveluista ja seksuaalikasvatuksesta (Heimonen ym. 1996; Liinamo, Ritamo ym. 1997). Terveystieteiden lisäksi myös kasvatustieteen ja sosiologian aloilla on tutkittu nuorille suunnattuja seksuaalikasvatuslehtisiä (Nummelin 1997, 2000), valistusoppaita (Aapola 1999; Näre 1999; Yesilova 2000, 2001) ja oppikirjoja (Heikkinen 1991; Aapola 1999; Laajasalo 2001) sekä koulua kasvatusinstituutina ei-heteroseksuaalisten nuorten näkökulmasta (Lehtonen 2003).

Nuorten seksuaalikasvatuksen vaikuttavuutta on tutkittu kasainvälisesti enimmäkseen koeasetelmallisissa tutkimuksissa etenkin Pohjois-Amerikassa, Australiassa ja Iso-Britanniassa (Visser ja van Bilsen 1994; Frost ja Darroch Forrest 1995; Mellanby ym. 1995; Wellings ym. 1995; Franklin ym. 1997; Grunseit ym. 1997; Coyle ym. 1999; Song ym. 2000; Kirby 2001; DiCenso ym. 2002; Wight ym. 2002; Robin ym. 2004; Stephenson ym. 2004). Väestötason seksuaaliterveysohjelmien vaikuttavuusarviointeja on raportoitu huomattavasti vähemmän.

Suomessa seksuaalikasvatuksen vaikuttavuutta on tutkittu vain yhdessä pienimuotoisessa, aidsiin ja sukupuolitauteihin liittyvässä oppitunti-intervention arviointitutkimuksessa (Hämäläinen ja Keinänen-Kiukaanniemi 1991). Nuorten seksuaaliterveyden edistämisen ja seksuaalikasvatuksen arviointiin soveltuvista tutkimusasetelmista on käyty vilkasta keskustelua (Oakley ym. 1995; Wight ym. 1998; DiCenso ym. 2002; Noar 2002).

4.2 Nuoren kehitys haasteena seksuaalikasvatukselle

4.2.1 Seksuaalinen kehitys nuoruudessa

Ihmisen seksuaalinen kehitys alkaa jo hedelmöitymisestä ja jatkuu elämän loppuun saakka. Siihen vaikuttavat biologiset, kulttuuriset, sosiaaliset ja ihmisten väliseen vuorovaikutukseen liittyvät tekijät. Nuoruuden seksuaalinen kehitys sisältää puberteettiin liittyviä fyysisiä ja psykologisia sekä sosiaalisissa suhteissa ilmeneviä muutoksia. Nuoren kehitystehtäviin kuuluvat identiteetin jäsentyminen, itsensä hyväksyminen sekä seksuaalisten tunteiden käsittelyn ja vuorovaikutustaitojen oppiminen. (Mäenpää ja Siimes 1995; DeLamater ja Friedrich 2002.) Sukupuolinen kehitys ei ole erillinen osa ihmisen persoonallisuuden kehittymistä vaan osa kokonaiskehitystä. Nuoruuden kehityksellisenä päämääränä on saavuttaa itse hankittu autonomia. Nuori rakentaa suhdetta omaan ruumiiseensa ja opettelee elämään muuttuvan kehonsa sekä voimakkaiden eroottisten halujensa kanssa. Sukupuolinen kehitys tapahtuu rinnan sekä suhteessa omaan ruumiiseen että toisen sukupuolen psykofyysiseen todellisuuteen. (Mäenpää ja Siimes 1995; Wight ym. 1998; Aalberg ja Siimes 1999.)

Nuori tarvitsee tietoa myös vastakkaisen sukupuolen sukupuolisuudesta voidakseen kehittää omaa sukupuolista tietouttaan ja identiteettiään. Nuori saavuttaa itsetunnon ja omanarvontunnon ennen kaikkea sitä kautta, että hän tutustuu omaan ruumiinsa, oppii elämään seksuaalisen ruumiinsa kanssa ja saavuttaa riittävästi sosiaalista menestystä. Nämä alueet kehittyvät suhteessa itseen, ikäryhmään, vanhempiin sekä vastakkaiseen sukupuoleen. Autonomian saavuttaminen edellyttää nuorelta tiettyjä kehitystehtäviä, kuten vähittäistä irrottautumista lapsuuden vanhemmista, ruumiinkuvan, seksuaalisuuden ja seksuaalisen identiteetin jäsentymistä sekä ikätovereiden apuun turvautumista nuoruusiän kasvun ja kehityksen aikana. (Wight ym. 1998; Aalberg ja Siimes 1999) Perheen, lähiyhteisön ja peruspalveluiden ohella koulun rooli on kiistaton nuorten seksuaalikasvatuksen tarpeisiin vastaamisessa. Voimakkain kehitysvaihe ajoittuu nimenomaan kouluikään. Seksuaalikasvatus ja -opetus auttavat nuoria murrosiän muutoksiin sopeutumisessa ja antavat nuorille tietoa ja valmiuksia nuoruuden kehitystehtävien läpikäymiseen (Winn ja Roker 1995). Tämä on omiaan tukemaan nuoren terveyttä ja hyvinvointia nuoruudessa ja myöhemmin myös aikuisuudessa.

4.2.1.1 Biologinen ja psyykkinen kehitys

Hormonitoiminnan muuttuminen johtaa murrosiän kehitykseen ja sukupuolihormonien tuotannon lisääntymiseen. Muutoksen seurauksena tyttöjen munasarjojen ja poikien kivesten hormonitoiminta kasvaa. Tästä alkaa kahdesta viiteen vuoteen kestävä sukukypsyuden saavuttaminen ja ruumiin kehittyminen aikuisuuden muotoon. (Mäenpää ja Siimes 1995; Aalberg ja Siimes 1999; DeLamater ja Friedrich 2002.) Nuorisotutkimusten mukaan kuukautisten ja siemensyöksyjen alkaminen on hieman aikaistunut 1980–1990-luvuilla (Rimpelä ym. 1997; Rämö ja Setälä 2001). WHO-koululaistutkimuksen mukaan vuonna 1998 tyttöjen kuukautiset alkoivat keskimäärin 12 vuoden ja 9 kuukauden iässä ja poikien siemensyöksyt 13 vuoden ja 5 kuukauden iässä (Rämö ja Setälä 2001).

Murrosikään ja nuoruuteen kuuluvat myös voimakkaat psyykkiset tapahtumat. Sukupuolihormonien lisääntymisen myötä tunne-elämykset voimistuvat, mieliala tulee ailahtelevaksi, mielenkiinto suuntautuu uusiin asioihin ja ihmissuhteet muuttuvat. Nuori kokee ruumiin muuttumisen sekä odotettuna että hämmentävänä asiana. Mielen mullistukset voivat aiheuttaa psyykkistä taantumista ja niin sanottua nuoruuden sekoilua. Joskus nuoruuteen liittyvän käyttäytymisen spontaanisuus, sosiaalinen kypsymättömyys ja riskinotto voivat vaikuttaa myös seksuaaliterveyteen. Psyykkiseen kasvuun liittyvä taantuma ja kehityksellinen ristiriita ovat tytöillä voimakkaimmillaan noin kaksitoistavuotiaana ja pojilla noin puolitoista vuotta myöhemmin. Pojilla tämä taantuma on voimakkaampi kuin tytöillä. (Mäenpää ja Siimes 1995; Aalberg ja Siimes 1999.)

Identiteetin ja erityisesti seksuaali-identiteetin jäsentyminen on nuoruuden keskeinen kehitystehtävä. Uudet tiedot, taidot ja kyky vuorovaikutukseen johtavat lopullisen minäkuvan muodostumiseen. (Hägglund 1985; Mäenpää ja Siimes 1995.) Wightin ynnä muiden (1998) mukaan yksilön identiteetti muotoutuu yleensä sekä yksilön omista että muiden käsityksistä itsestä, kun taas seksuaalinen identiteetti rakentuu ystävyys-suhteissa saman sukupuolen kanssa. Jälkimmäiseen vaikuttavat samalla myös sukupuoliroolien kautta opitut käsitykset naisten ja miesten rooleista. Koska seksuaalinen identiteetti muotoutuu pääasiassa vuorovaikutuksessa oman sukupuolen kanssa, se on haavoittuva suhteessa toiseen sukupuoleen, mikä onkin haaste seksuaalikasvatukselle. Wightin työryhmän (1998) näkemyksen perusteella seksuaalikasvatuksen tavoitteena voisi olla nuoren omaan sukupuoleen keskittyvän näkökulman laajentaminen myös vastakkaiseen sukupuoleen. Seksuaalisuuden ja sukupuoliroolien merkityksiä tulee seksuaalikasvatuksessa tarkastella näin ollen molempien sukupuolten näkökulmasta. Nuori tuntee vetovoimaa toiseen ihmiseen eroottisessa mielessä. Rakastumiset ovat usein intohimoisia ja lyhytaikaisia, ja nuori peilaa itseään seurustelusuhteissaan, testaa omaa seksuaalista identiteettiään sekä oppii antamaan ja ymmärtämään seksuaalisia viestejä (Mäenpää ja Siimes 1995).

4.2.1.2 Seksuaalisuuteen sosiaalistuminen

Seksuaalinen sosiaalisaatio on usein kuvattu prosessina, jossa omaksutaan tiedot, asenteet ja arvot seksuaalisuudesta. Rakkaus, seurustelu ja seksuaalisuus ovat pitkälti kulttuuristen arvojen muokkaamia käytäntöjä. Seksuaaliset tarpeet palautuvat biologiseen perimäämme, mutta tarpeiden kokeminen ja suuntaaminen määrittyvät kuitenkin osittain kulttuurisesti. (Hukkila ja Nisula 1991; Kontula 1991a.) Sosiaalistuminen on moniulotteinen, vuosien mittaan tapahtuva, asteittainen prosessi, johon vaikuttavat useat tekijät. Esimerkiksi media on perheen, kavereiden ja koulun ohella keskeinen sosiaalistaja nuoruudessa. Seksuaalisuus on siis suurimmaksi osaksi opittua, mutta oppiminen tapahtuu sekä biologisista että sosiaalisista syistä eri tavalla sukupuolesta riippuen (Wight ym. 1998). Viime vuosina on oltu huolissaan seksin ylikorostuneen aseman vaikutuksista erityisesti lapsiin ja nuoriin. Kaupallinen seksuaalikulttuuri on voimistunut, ja se vaikuttaa käsityksiin ja oppimiseen seksuaalisuudesta. (Näre ja Saarikoski 1999.) Erityisesti koulun seksuaalikasvatuksen roolia oikean ja asiallisen tiedon välittäjänä sekä kehityksen tukijana on korostettu.

Amerikkalaistutkimusten mukaan seksuaalisäلتöinen media onkin voimakkaasti lisääntynyt ja vaikuttaa erityisesti nuoriin (Brown 2000, 2002; Ward 2003). Ward totesi median vaikutusta amerikkalaisnuorten seksuaalisuuteen liittyviin asenteisiin, käsityksiin ja käyttäytymiseen tarkastelevassa tutkimuskatsauksessaan, että media-altistus todella vaikutti nuoriin. Toistuva altistuminen seksualisoituneelle medialle, kuten tv-ohjelmille tai musiikkivideoille, oli yhteydessä stereotyyppisiin ja pinnallisiin asenteisiin seksiä kohtaan, ylisuuriin oletuksiin nuorten seksuaalisen aktiivisuuden yleisyydestä ja jopa seksuaalikoemusten yleisyyteen. Useissa tutkimuksissa median todettiin vaikuttavan voimakkaammin tyttöihin kuin poikiin. Näissä tutkimuksissa oli monia rajoituksia, kuten otosten erilaisuus ja tutkimusasetelma, joka useimmiten oli poikkileikkausaineisto ja vain osassa kokeellinen asetelma. Katsaus osoitti kuitenkin median merkittävän roolin nuorten seksuaalisuuteen sosiaalistajana. (Ward 2003.)

Nuorten seksuaalisuuteen sosiaalistumisessa on yleisemminkin havaittu sukupuolieroja. Wight ym. (1998) totesivat pääasiassa brittiläistutkimusten perusteella, että poikien sosiaalistumisessa korostui enemmän seksuaalinen mielihyvä, positiivisuus sekä autonomia, kun taas tytöillä keskeisempiä olivat ongelmat, riskit ja seksuaalisuuden kontrollointi. Tällaisia sukupuolieroja on havaittu myös suomalaistutkimuksissa. Näre (1999) mukaan esimerkiksi tyttöjen valistusoppaissa naiseksi kypsyminen on kuvattu pitkälti ruumiillisena ja sukukypsytyteen liittyvänä esittämällä naiseus problemaattisena, ristiriitaisena asiana, johon tyttöä valmennetaan opettamalla ruumiin hallintaa. Myös tyttöjen haastatteluiden perusteella tutkijat (Hukkila ja Nisula 1991) ovat tulkinneet, että tyttöjen seksuaalitiedoissa korostuu seksuaalikäyttämisen kielteiset seuraukset oman kokemuksellisen mielihyvän jäädessä toissijaiseksi. Yesilovan (2000) mukaan nuorten seksuaalivalistusoppaissa naisruumis esitetään reproduktiivisena ja miesruumis vietillisenä. Nuoria sosiaalistavat materiaalit ovat

sukupuolittuneita ja korostavat tyttöjen kehityksessä vastuuta sekä kontrollia ja pojilla spontaaniutta.

Tutkimusten mukaan näyttää siis siltä, että seksuaalikasvatus ja media saattavat sosiaalistaa tyttöjä ja poikia eri tavalla ja tukea näin sukupuolten eriarvoisuutta yhteiskunnassa. Toisaalta Näre (1991) totesi jo 1990-luvun alussa tyttöjen autonomiaa rajoittavien pidikkeiden alkaneen murtua ja arvioi sen mahdollisesti johtavan tyttöjen kompetenssien kehittymiseen seksuaalikäyttäytymisessä. Poikien seksuaalikulttuuri kuitenkin tukee narsistista heittäytymistä mielihyväperiaatteen vietäväksi, ja Näre kysyikin, voisiko myös poikien seksuaalikulttuuri kehittyä tulevaisuudessa vastuurationaalisempaan suuntaan (Näre 1999). Toisaalta myös seksuaalikasvatus ja siihen liittyvä tutkimus saattavat olla sukupuolisesti painottuneita, jolloin tyttöjen näkökulma voi korostua enemmän kuin poikien. Se, että seksuaalikasvatuksen tavoitekeskustelussa on viime aikoina korostettu aiempaa enemmän seksuaalisuuden sosiaalisia ja kulttuurisia näkökulmia, on tutkimuskirjallisuuden mukaan hyvin perusteltua (Wight ym. 1998; Lehtonen 2003).

4.2.2 Nuorten seurustelu- ja seksuaalikokemukset

Murrosiän kehityksen myötä nuorten seurustelukokemukset tulevat ajankohtaisiksi ja yleistyvät. Suurimmalla osalla peruskoulun päättävistä nuorista on kokemuksia seurustelusta, ja myös seksuaalikokemusten määrä kasvaa iän myötä. Valtakunnallisten tutkimusten mukaan 1990-luvun lopussa peruskoulujen 7. luokkien tytöistä noin joka kymmenes ilmoitti tutkimushetkellä seurustelewansa (Rämö ja Setälä 2001). Kahdeksaluokkalaisista seurusteli noin joka kuudes (Kosunen 2004) ja yhdeksäsluokkalaisista noin joka neljäs (Rämö ja Setälä 2001; Kosunen 2004). Pojat seurustelivat vähemmän kuin tytöt: joka kymmenes poika seurusteli seitsemännellä luokalla, joka kahdeksas kahdeksannella ja joka kuudes yhdeksännellä luokalla (Rämö ja Setälä 2001; Kosunen 2004).

Nuorten kokemukset etenevät suudelmista ja hyväilyistä intiimimpään seksuaalikäyttäytymiseen ja yhdyntään. Suudelmät ja vaatteiden päältä hyväilyt ovat tytöillä ja pojilla lähes yhtä yleisiä, mutta intiimit kokemukset ovat tytöillä poikia yleisempiä. Peruskoulun yhdeksäsluokkalaisista kokemuksia suudelmista on lähes neljällä viidestä, hyväilyistä vaatteiden päältä kahdella kolmesta, intiimeistä hyväilyistä noin joka toisella sekä yhdynnästä joka neljännellä pojista ja lähes joka kolmannella tytöistä (Rämö ja Setälä 2001; Kosunen 2004). Nuorten seksuaalisessa aktiivisuudessa ei tapahtunut suurta muutosta 1980-luvulta 1990-luvun puoliväliin saakka (Kosunen 2004), mutta 1990-luvulla yhdeksäsluokkalaisten poikien kokemukset suulle suutelusta, hyväilyistä ja yhdynnöistä vähenivät WHO-koululaistutkimuksen mukaan. Ainoastaan halaaaminen yleistyi sekä pojilla että tytöillä. Tyttöjen kokemuksissa ei muutoin tapahtunut muutosta. (Rämö ja Setälä 2001.) Kouluterveystudkimuksen mukaan vuosituhanen vaihteessa suutelu-, hyväily- sekä yhdyntäkokemuksia ilmoittaneiden kahdeksas- ja yhdeksäsluokkalaisten poikien ja tyttöjen osuus sen sijaan hieman lisääntyi, mutta viimeisimpien vuosien tulosten mukaan kokemusten yleistymisen on pysähtynyt (Kosunen 2004). Yhdyntöjen kokonaismäärän ja

kumppaneiden lukumäärän mukaan etenkin yhdeksäsluokkalaisten seksuaalinen aktiivisuus kuitenkin lisääntyi 1990-luvun lopulta 2000-luvun alkuvuosiin tultaessa (Kosunen 2004). Kansainvälisessä WHO-koululaistutkimuksen 30 maan vertailututkimuksessa vuosina 2001–2002 15-vuotiaista suomalaistyttöistä ilmoitti olleensa yhdynnässä muihin maihin verrattuna keskimääräistä suurempi osuus (33 % vs. 20 %) ja pojista keskimääräistä pienempi osuus (23 % vs. 28 %). Niistä nuorista, jotka ilmoittivat olleensa yhdynnässä, viisitoistavuotiaat suomalaisnuoret ilmoittivat kokeneensa ensimmäisen yhdynnän (tytöt 14,2-vuotiaina ja pojat 14,1-vuotiaina) saman ikäisenä kuin muiden maiden nuoret keskimäärin. (Ross ym. 2004.)

4.2.3 Sukupuolitaudeilta ja ei-toivotuilta raskauksilta suojautuminen

Erityisesti nuorten suojautuminen sekä sukupuolitauditartunnoilta että ei-toivotuilta raskauksilta on tärkeää. Esimerkiksi aika yhdyntöjen aloittamisen ja lasten hankkimisen välillä on viime vuosikymmeninä huomattavasti pidentynyt. Samalla ovat lisääntyneet hedelmällisyyteen ja raskaaksi tulemiseen liittyvät ongelmat, jotka johtuvat usein sukupuolitautilien jälkiseurauksista. Ehkäisymenetelmistä ainoastaan kondomi voi oikein käytettynä ehkäistä sekä sukupuolitauditartunnoilta että raskaudelta. Tästä huolimatta osa nuorista, pojat tyttöjä useammin, on yhdynnässä ilman minkäänlaista ehkäisymenetelmää. Ehkäisemättä jättäminen on sitä yleisempää, mitä nuorempana yhdynnät aloitetaan. Seitsemäsluokkalaisista yhdynnän kokeneista noin 40 % (Rämö ja Setälä 2001), kahdeksäsluokkalaisista lähes viidesosa ja yhdeksäsluokkalaisista noin kuudesosa (Kosunen 2004) ilmoitti vuosituhannen taitteessa olleensa ilman mitään ehkäisyä viimeisimmässä yhdynnässään. Ilman ehkäisyä yhdynnässä olleiden osuus on pysytellyt samalla tasolla vuosista 1996–1997 lähtien mutta vähentynyt 1980-lukuun verrattuna (Kosunen 2004).

Nuorten yleisimmin käytämä ehkäisymenetelmä on kondomi. Sen käyttö on kuitenkin huolestuttavasti vähenemässä. Kouluterveyskyselyn mukaan kondomin käyttö pelkästään tai yhdessä ehkäisypillereiden kanssa väheni sekä kahdeksas- että erityisesti yhdeksäsluokkalaisilla kuuden vuoden seurantajakson aikana vuosituhannen vaihteessa. Yhdeksäsluokkalaisilla pojilla kondomin käyttö viimeisimmässä yhdynnässä väheni 75 %:sta (1996–1997) 68 %:iin (2002–2003) ja tytöillä 65 %:sta 59 %:iin. Lukiolaisilla kondomin käyttö on peruskouluikäisiä vähäisempää. Lisäksi suurin osa nuorista käyttää ehkäisymenetelmänä ainoastaan kondomia. Kaksoisehkäisyä eli sekä kondomia että ehkäisypillereitä käytti vuosina 2002–2003 6–9 % peruskouluikäisistä nuorista. Kondomin käytön vähennyttyä on ehkäisypillereiden käyttö yleistynyt. Kahdeksas- ja yhdeksäsluokkalaistyttöjen pillereiden käyttö yleistyi kuuden vuoden seurantajakson kuusi prosenttiyksikköä. Vuosina 2002–2003 lähes kolmannes yhdeksäsluokkalaisista ja noin viidennes kahdeksäsluokkalaisista tytöistä käytti viimeisimmässä yhdynnässään ehkäisypillereitä, useimmiten pelkästään eli ilman kondomia. (Kosunen 2004.) Kansainvälisessä vertailussa suomalaisten 15-vuotiaiden suojautuminen kondomilla viimeisimmässä yhdynnässään oli vähäisintä muihin maihin verrattuna. Kun eri maissa keskimäärin 80 % pojista ja 70 % tytöistä il-

moitti viimeisimmässä yhdynnässään käytetyn ehkäisyvälineenä kondomia, oli osuus suomalaispojista 73 % ja -tytöistä 59 %. Yleisesti jonkin ehkäisy menetelmän käyttö raskauden ehkäisemiseksi oli Suomessa lähellä kaikkien vertailumaiden keskiarvoa (pojat 86 % ja tytöt 85 %). (Ross ym. 2004.)

4.3 Seksuaalikasvatuksen toteutuminen

Koulu on sekä kyselytutkimusten että nuorten haastattelujen perusteella kaverien, vanhempien ja median ohessa tärkein seksuaalikasvatuksen lähde (Hannonen 1993; Pötsönen ja Välimaa 1995). Nuoret ovat yleisesti pitäneet koulun seksuaalikasvatuksen määrää riittämättömänä (Kontula 1991b, 1993) ja kokeneet sen alkavan koulussa liian myöhään (Tirkkonen ym. 1989). Valtakunnallisten, eri sukupolvien sukupuolielämää ja myös koulussa saatua sukupuolikasvatusta selvittäneiden tutkimusten (Sievers ym. 1974; Kontula 1993; Haavio-Mannila ja Kontula 2001) mukaan vuosina 1971–1992 koulussa seksuaalikasvatusta saaneiden määrä lähes kolminkertaistui (miehet 28 % vs. 64 % ja naiset 33 % vs. 74 %), mutta ei muuttunut enää 90-luvun lopulle tultaessa. Kaikissa edellä mainituissa tutkimuksissa koulussa opetusta saaneiden määrä kasvoi tasaisesti vanhemmista nuorempiin ikäryhmiin siirryttäessä. Mainittujen tutkimusten perusteella koulussa ei ollut 1950-luvulla juuri lainkaan sukupuolioletusta, mutta opetus yleistyi 1960-luvun lopulta alkaen ainakin 1980-loppuun saakka.

Sekä valtakunnallisen WHO-koululaistutkimuksen että Uudellamaalla ja Etelä-Pohjanmaalla toteutetun KISS-tutkimuksen mukaan suurin osa peruskoulujen yläluokkalaisista oli 1980-luvun lopulla ja 1990-luvun alussa saanut koulussaan seksuaaliopetusta enemmän yhdeksännellä kuin seitsemännellä luokalla. (Kontula 1991b; Kosunen 1993; Kannas ja Heinonen 1993.) Osa oppilaista jäi kuitenkin vaille seksuaaliopetusta: vuonna 1988 viidesosa oppilaista ei ilmoituksensa mukaan ollut koko peruskoulun aikana saanut koulussa minkäänlaisia sukupuolikasvatusta (Kontula 1991b). Pari vuotta myöhemmin, vuonna 1990, lähes kaikki yhdeksäsluokkalaiset ilmoittivat WHO-koululaistutkimuksessa saaneensa jossakin yhteydessä seksuaalisuuteen liittyvää opetusta kouluajan aikana (Kannas ja Heinonen 1993).

Ensimmäinen valtakunnallinen peruskoulujen yläasteiden seksuaaliopetuksen tutkimus toteutettiin vuonna 1996 (Kontula 1997). Tutkimus ajoittui 1990-luvun puolivälin opetussuunnitelmaudistuksen muutosvaiheeseen. Tuolloin noin joka toisen koulun opettajat ennakoivat opetuksen lähitulevaisuudessa vähenevän. Seksuaaliopetus oli kouluissa heikosti koordinoitua: usein opettajat eivät tieneet, mitä koulun muut opettajat aiheesta opettivat. Sukupuolioletusta toteutettiin Kontulan mukaan oppitunteihin sekä opetuksen sisältöihin ja toteuttajiin perustuvan arvion mukaan mainittavissa määrin kolmasosassa kouluista seitsemännellä, yli puolessa kouluista kahdeksannella ja kolmessa neljäsosassa kouluista yhdeksännellä luokalla. Kouluterveyskyselyn vuosien 1996 ja 1997 aineistojen (Liinamo, Kosunen ym. 1999) oppilaiden vastaukset antoivat opetuksen järjestämisestä samansuuntaisen kuvan kuin opetta-

jienkin vastaukset (Kontula 1997): oppilaista noin puolet kahdeksansilla ja kolme neljäsosaa yhdeksänsillä luokilla ilmoitti ainakin yhden seksuaaliopetuksen suunnitellun oppitunnin kuluneen lukuvuoden ajalta. Sekä Kontulan (1997) että Kouluterveyskyselyn (Liinamo, Kosunen ym. 1999) tulosten mukaan koulujen, Kouluterveyskyselyssä myös kuntien, ja alueiden välillä todettiin suuria eroja opetuksen toteuttamisessa. Alueittaiset tulokset olivat edellä mainituissa tutkimuksissa samansuuntaisia: opetusta oli sekä oppilaiden että opettajien ilmoitusten mukaan järjestetty kattavimmin Keski-Suomessa, Pohjois-Karjalassa ja Etelä-Savossa. Koulujen, kuntien tai alueiden eroista ei kuitenkaan ole vertailutietoa aiemmilta vuosilta, joten 1990-luvun puolivälin opetussuunnitelmauudistuksen sekä koulujen ja kuntien vastuun lisäämisen vaikutusta eroihin on vaikeaa arvioida.

Sekä kvantitatiivisissa että kvalitatiivisissa tutkimuksissa on selvitetty myös seksuaalikasvatuksen sisältöjä. Kyselylomaketutkimusten perusteella sisältöinä ovat painottuneet murrosiän kehitys, yhdyntä, raskaus, raskauden ja sukupuolitautien ehkäisy sekä seurustelu, kun taas esimerkiksi itsetyydytystä ja seksuaalivähemmistöjä on käsitelty vain vähän (Kontula 1991b; Kannas ja Hei nonen 1993; Kosunen 1993; Kontula 1997; Liinamo, Kosunen ym. 1999). Myös haastatteluiden mukaan opetus on ollut nuorten mielestä riskejä korostavaa ja seksuaalisuuteen liittyvä mielihyvä ja ilo ovat puuttuneet opetuksen sisällöistä (Tirkkonen ym. 1989; Pötsönen ja Välimaa 1995). Nuorille suunnattujen seksuaalivalistuslehtisten analyysin perusteella sisällöt olivat pintapuolisia ja kapealaisia (Nummelin 1997, 2000). Lisäksi seksuaalisuus näyttäytyi lehtisissä heteroseksuaalisuutena, sukupuoliyhdyntänä sekä riskeinä ja ongelmina ja sisällöt toistivat opetuksessa ja neuvonnassa käsiteltyjä aiheita. Myös ei-heteroseksuaalisten nuorten haastatteluiden perusteella koulujen oppituntien seksuaalikasvatus keskittyi ehkäisyvalistukseen, seksitaudeista tiedottamiseen sekä osin kuukautisiin ja se koettiin teknisiin kysymyksiin keskittyväksi sekä heterokeskeistä yhdyntää korostavaksi. Tutkijan mukaan ei-heteroseksuaalisen suhteen ja perheen huomioiminen jäi 1990-luvulla yksittäisten opettajien varaan. (Lehtonen 2003.)

Nuorille suunnattuja seksuaalivalistusoppaita ja oppikirjoja on arvioitu myös sosiologisesta näkökulmasta. Valistusoppaiden sanomaan sisältyi Yesilovan (2000, 2001) tulkinnan mukaan ajatus naiseuteen kasvattamisesta ja miehuuteen kasvamisesta. Naisruumis esitettiin reproduktiivisena sekä oman kehon hyväksymistä ja hallitsemista korostavana ja miesruumis vietillisenä ja omaehtoisena, itsekontrollin tarpeesta vapaana. Heikkisen (1991) mukaan vuosien 1970–1990 koulujen oppikirjat eivät tukeneet homojen ja lesbojen identiteettikehitystä. Homoseksuaalisuutta käsiteltiin enimmäkseen tekemällä perusteettomia oletuksia sen syistä, ja tutkijan mukaan kirjojen sisältö oli jopa haitallista ja syrjivää (Heikkinen 1991). Suurin osa seksuaalivähemmistöihin kuuluvista nuorista ei kokenut saaneensa oppikirjoista mitään tietoa seksuaalivähemmistöistä ja näki kouluopetuksenkin vaikenevan aiheesta (Lehtonen 1995, 1998). Koulu ei tutkijoiden mukaan tukenut ei-heteroseksuaalisten nuorten itsetunnon ja identiteetin kehitystä (Heikkinen 1991; Lehtonen 1995). Myös Aapo-

lan (1999) mukaan 1990-luvulla käytössä olleissa terveystiedon ja biologian oppikirjoissa murrosikää kuvattaessa pidettiin heteroseksuaalisuutta itsestään selvänä biologisena tosiseikkana.

Erityisesti koulun toteuttaman seksuaalikasvatuksen merkitystä puoltaa eri näkökulmista kaksi väestötasoista tutkimusta (Wellings ym. 1995; Timmerman 2004). Iso-Britanniassa 1990-luvun alussa tehdyn valtakunnallisen tutkimuksen mukaan ne naiset ja miehet, joiden seksuaaliopetuksen pääasiallinen lähde oli ollut koulu, olivat myöhemmin käyttäneet yleisemmin raskauden ehkäisyä verrattuna niihin, joiden tiedonlähde oli pääasiassa ystävät tai media (Wellings ym. 1995). Kahdella alueella Hollannissa toteutettu poikkileikkaustutkimus kouluilmapiirin yhteydestä seksuaaliseen häirintään koulussa osoitti, että avoin ilmapiiri seksuaalisuudesta keskustelemiselle ja erityisesti oppilaiden hyvänä kokema seksuaalikasvatus oppitunneilla olivat positiivisesti yhteydessä oppilaiden kokemastaan seksuaalisesta häirinnästä puhumiseen (Timmerman 2004). Yleinen kouluympäristön turvallisuudesta huolehtiminen, selkeät säännöt, oppilaiden oikeudenmukainen kohtelu, hyvä koulumotivaatio ja yhteenkuuluvuuden tunne eivät siis riittäneet seksuaalisen häirinnän esiintuomiseen ja käsittelyyn oppilaiden taholta.

4.4 Nuorten seksuaaliterveystiedot

Nuorten seksuaaliterveystietoja on tutkittu pääasiassa kyselytutkimuksilla pyytämällä vastaamaan väittämiin murrosikään liittyvästä biologisesta kehityksestä ja raskaaksi tulosta sekä sukupuolitaudeista tai hiv-infektiosta ja niiden ehkäisystä (Kraft 1992, 1993; Kontula ym. 1992; Winn ja Roker 1995; Pötsönen 1998; Song ym. 2000; Hoff ym. 2003). Tällainen tieto perustuu seksuaalikasvatukselle asetettuihin terveystavoitteisiin ja on kuvailevaa, empiristis-objektiivista tietoa. Tämänkaltaista tiedonmittausta on kritisoitu, koska se ei ota huomioon nuorten omia käsityksiä ja kokemuksia (Allen 2001; Rock ym. 2003). Uuden-Seelannin 17–19-vuotiaille nuorille oli kuitenkin tärkeää paitsi seksuaalikasvatuksessa saatu tieto myös tieto, joka muodostui nuoren henkilökohtaisista seksuaalikoemuksista. Nuoret olivat kiinnostuneempia keskustelemaan esimerkiksi seksuaalisuuteen liittyvästä mielihyvästä tai ilosta, tietotyypistä, joka heidän mielestään puuttui seksuaalikasvatuksesta. (Allen 2001.) Amerikkalaisnuorten kansallisessa aineistossa nuorten oma kokemus heidän tiedoistaan oli vain heikosti yhteydessä todelliseen tietoon kondomin käytöstä (Crosby ja Yarber 2001). Kyselytutkimuksen luotettavuutta on arvioitu Suomessa nuorten aids-tietojen (Pötsönen 1998) ja Englannissa nuorten puberteettiin ja seksuaalikehitykseen (Winn ja Roker 1995) liittyvien tietojen mittaamisessa. Kun luotettavuutta tarkasteltiin vertaamalla kyselylomakkeella saatuja tietoja haastatteluilta kerättyihin tietoihin, osoittautuivat tulokset melko yhteneviksi ja kyselylomakemittauksen reliabiliteetti arvioitiin hyväksi.

Suomalaisnuoret ovat 1980- ja 1990-lukujen haastatteluaineistojen pohjalta pitäneet tietojaan sukupuoli- ja seksiasioista riittävinä (Tirkkonen ym. 1989;

Pötsönen ja Välimaa 1995), mutta tutkijat arvioivat haastatteluidensa perusteella keskisuomalaisnuorten tiedot kuitenkin melko pinnallisiksi (Pötsönen ja Välimaa 1995). Eri maiden kyselytutkimusten perusteella nuorten seksuaaliterveyteen liittyviä tietoja on pidetty yleisesti puutteellisina. Suomalaisnuorten tietämys erityisesti raskaaksi tulemisesta ja sukupuolitaudeilta suojautumisesta on nähty parannusta kaipaavana 1980- ja 1990-luvuilla (Kontula ym. 1992; Kosunen 1993; Kontula 1997). Kraftin (1993) mukaan norjalaisnuorilla oli vuonna 1989 huomattavia tiedon puutteita liittyen seksuaalifysiologiaan ja -anatomiaan, sukupuolitauteihin, hedelmöittymiseen ja raskauden ehkäisyyn. 1990-luvulla todettiin englantilaisilta nuorilta puuttuvan oleellisia tietoja seksuaalisesta kehityksestä, raskauden ehkäisystä ja hedelmällisyydestä (Winn ja Roker 1995) ja yhdysvaltalaisnuorilta kondomin käytöstä (Crosby ja Yarber 2001) sekä sukupuoliteitse tarttuvien infektioiden ehkäisystä ja seurauksista (Hoff ym. 2003).

KISS-tutkimuksen mukaan Uudenmaan ja Pohjanmaan nuorten seksuaaliterveyteen liittyvät tiedot paranivat merkittävästi vuosina 1986–1992. Vuonna 1992 noin 80 % pojista ja 90 % tytöistä tiesi 15-vuotiaina keskeiset raskaaksi tulemiseen ja myös raskauden ehkäisyyn liittyvät asiat. (Kontula ym. 1992; Kosunen 1993; Kontula 1997.) Tieto siitä, missä kuukautiskierron vaiheessa nainen tulee herkimmin raskaaksi, todettiin kuitenkin huonoksi sekä keskisuomalaisilla nuorilla vuonna 1982 (Kannas ym. 1984) että Uudenmaan ja Pohjanmaan nuorilla vuosina 1986 ja 1988 (Kontula ym. 1992). Asian tiesi oikein vain noin joka kymmenes pojista ja 40 % tytöistä. Viisitoistavuotiaat oululais- ja helsinkiläisnuoret tunsivat vuonna 1988 hyvin tavallisimmat sukupuolitaudit sekä hiv-viruksen tartuntatavat ja kondomin merkityksen tartunnalta suojautumisessa (Hämäläinen ja Keinänen-Kiukaanniemi 1991). Myös valtakunnallisessa tutkimuksessa 13- ja 15-vuotiailla suomalaisnuorilla todettiin olevan hyvät tiedot hiv-infektiosta ja aidsista 1990-luvun alussa (Pötsönen 1998). Etenkin hiv-viruksen tartuntaan ja sen ehkäisyyn liittyvät asiat tunnettiin hyvin. Nuorten aids-tiedot on todettu hyväksi myös muualla Euroopassa (Kraft 1992; Winn ja Roker 1995; Thomson ym. 1999), mutta huonoiksi Yhdysvalloissa (Hoff ym. 2003). Kuitenkin 15-vuotiaiden nuorten aids-tiedot huononivat vuosina 1990–1994 hieman Suomessa (Pötsönen 1998) ja selvemmin Skotlannissa, missä koulun aids-opetus kuitenkin lisääntyi vastaavana ajanjaksona (Thomson ym. 1999).

Vaikka suomalaisnuorten tiedot hi-virukselta suojautumisesta on siis todettu suhteellisen hyväksi, näyttäisi sukupuolitaudeilta suojautumiseen liittyvissä tiedoissa olevan yleisemmin puutteita. KISS-tutkimuksen mukaan nuorten tietämys siitä, että ehkäisyvälineistä vain kondomi suojaa sukupuolitaudeilta, parani nuorilla vuosina 1986–1988. Seitsemäsluokkalaisilla tytöillä tietotaso nousi hieman myös vuosina 1988–1992, mutta pojilla tietämys väheni. Vuonna 1992 asiasta tietämätön oli 15-vuotiaista tytöistä joka kymmenes ja pojista noin joka viides. (Kontula ym. 1992; Kosunen 1993; Kontula 1997.)

4.4.1 Seksuaaliterveystietoja selittävät yksilön taustatekijät aikaisemmissa tutkimuksissa

Kaikissa suomalaistutkimuksissa nuorten seksuaalisuuteen liittyvien tietojen on todettu paranevan iän myötä. Aids-tietoja lukuun ottamatta tyttöjen tiedot ovat osoittautuneet paremmiksi kuin poikien. (Kannas ym. 1984; Kontula ja Rimpelä 1988; Kontula ym. 1992; Kosunen 1993; Pötsönen 1998.) Samansuuntaisia tuloksia iän ja sukupuolen suhteen on raportoitu myös Englannista nuorten puberteettiin ja seksuaalisuuteen liittyvissä tiedoissa (Winn ja Roker 1995) sekä Norjasta yleisten seksuaalitietojen (Kraft 1993) sekä ehkäisy pillereiden vaikutuksiin liittyvien tietojen (Hansen ja Skjeldestad 2003) osalta. Myös Tanskassa, tosin vain Viborgin kaupungin, peruskoulujen yhdeksäsluokkalaisten aineistossa tyttöjen tiedot raskaaksi tulosta ja raskauden ehkäisystä olivat paremmat kuin pojilla (Boelskifte ym. 2002). Yhdysvaltalaisutkimuksessa tyttöjen seksuaaliseen kehitykseen liittyvät tiedot olivat paremmat kuin poikien, mutta ikä ei merkittävästi lisännyt seksuaalitietoutta (Hockenberry-Eaton ym. 1996). Toisessa amerikkalaisutkimuksessa poikien tiedot kondomin oikeasta käytöstä ja sen merkityksestä sukupuolitauditartunnoilta suojautumisessa olivat kuitenkin tyttöjen tietoja paremmat (Leland ja Barth 1992).

Varhaisen sukukypsyuden saavuttamisen todettiin olevan yhteydessä hyvään tietotason 13-, 15- ja 17-vuotiailla nuorilla KISS-tutkimuksessa vuonna 1986 (Kontula ja Rimpelä 1988). Vuonna 1988 yhdeksäsluokkalaisten helsinkiläisten ja oululaisten nuorten hiv-infektioon ja sukupuolitauteihin liittyvät tiedot eivät sen sijaan olleet yhteydessä fyysiseen kypsymiseen (Hämäläinen ja Keinänen-Kiukaanniemi 1991). Tulokset nuorten seksuaalisen kokeneisuuden yhteydestä tiedon tasoon eivät ole kovin yhteneviä. Nuorten omien seksuaalikokemusten määrä oli 1980-luvulla yhteydessä nuorten hyvään tietämykseen seksuaaliterveydestä Keski-Suomessa (Kannas ym. 1984) sekä Uudenmaan ja Pohjanmaan tytöillä, mutta ei pojilla (Kontula ja Rimpelä 1988). Seksuaalinen kokeneisuus ei kuitenkaan ollut yhteydessä hiv- ja sukupuolitauditietoihin oululais- ja helsinkiläisnuorilla vuonna 1988 (Hämäläinen ja Keinänen-Kiukaanniemi 1991). Yhdysvaltalaisessa (Winn ja Roker 1995) ja tanskalaisessa (Boelskifte ym. 2002) tutkimuksessa nuorten seksuaalikokemukset eivät sen sijaan olleet yhteydessä tietoihin. Kansallisesti edustavassa yhdysvaltalaiskoululaisten aineistossa yhdynnän ja useita seksikumppaneita ilmoittaneilla sekä kondomia käyttäneillä nuorilla kondomitiedot olivat kuitenkin parempia kuin vähemmän kokeneilla nuorilla (Crosby ja Yarber 2001). Norjalaisnuorilla seksuaalinen kokeneisuus lisäsi yleisiä seksuaalitietoja (Kraft 1993) ja trondheimiläisnuorilla tietoja ehkäisy pillereiden vaikutuksista (Hansen ja Skjeldestad 2003).

Myös oppilaan perhetaustalla on todettu olevan yhteyttä nuorten seksuaalitietojen tasoon. Vuonna 1982 yhdeksäsluokkalaisilla keskisuomalaisnuorilla vanhempien korkea koulutustausta sekä aktiivinen keskustelu kotona ihmisuhde- ja sukupuoliasioista korreloivat nuoren hyvien tietojen kanssa (Kannas ym. 1984). Kodista saatu aidsiin liittyvä informaatio ei kuitenkaan vuosina 1990 ja 1994 ollut yhteydessä aids-tietojen määrään 13- ja 15-vuotiailla nuorilla. Sen sijaan runsaasti informaatiota eri lähteistä, kuten kotoa, kavereilta, koulusta,

mediasta ja kirjoista, saaneilla nuorilla tiedot olivat paremmat kuin muilla nuorilla. (Pötsönen ym. 1996.) Myös norjalaisnuorilla keskustelut vanhempien ja ystävien kanssa lisäsivät seksuaalitietoutta (Kraft 1993). Aikaisemmissa tutkimuksissa oppilaan hyvän koulumenestyksen on havaittu olevan yhteydessä sekä hyviin, yleisiin seksuaalitietoihin (Kannas ym. 1984; Kontula ja Rimpelä 1988) että hyvätasoisiin tietoihin aidsista ja muista sukupuolitaudeista (Hämäläinen ja Keinänen-Kiukaanniemi 1991). KISS-tutkimuksessa (Kontula ja Rimpelä 1988) koulumenestys oli yhteydessä tiedon tasoon 15- ja 17-vuotiailla, mutta ei 13-vuotiailla. 17-19-vuotiailla norjalaisnuorilla pitkät koulutus suunnitelmat olivat sukupuolen ohella tärkein hyvää seksuaalitietoutta selittävä taustatekijä (Kraft 1993). Valtakunnallisesti edustavassa 16-18-vuotiaiden hollantilaisaineistossa aidsin ehkäisyyn liittyvissä tiedoissa ei oletuksista huolimatta ilmennyt eroja opiskelevien sekä opiskelunsa keskeyttäneiden ja koulutuksen ulkopuolelle jääneiden nuorten välillä. Tutkijoiden mukaan tämä saattoi johtua esimerkiksi siitä, että väestön valistuskampanjat voivat kompensoida koulun seksuaalikasvatusta. (Vogels ym. 1999.)

Tietolähteiden yhteydestä seksuaaliterveystietojen tasoon on vähän tutkimustietoa. Rajatussa yhdeksän harkinnanvaraisesti valitun koulun aineistossa Yhdysvalloissa nuorten seksuaalikäyttäytymiseen ja päihteiden käyttöön liittyneen terveystieteen lukeminen vaikutti positiivisesti tietoihin ja asenteisiin. Tutkimus oli kuitenkin ennen-jälkeen-mittaus ilman kontrolliryhmiä, eikä muiden mahdollisten oppilaiden tietoihin vaikuttaneiden taustatekijöiden tai kouluun liittyvien tekijöiden vaikutusta tietojen lisääntymiseen huomioitu. (Sanderson 2000.) Useista lähteistä saatu tieto oli nimittäin yhteydessä ainakin suomalaisnuorten aidsiin liittyviin tietoihin (Pötsönen ym. 1996). Lisäksi hyvää seksuaalitietoutta selittävien tekijöiden kasaantuminen samoille nuorille on korostanut niiden merkitystä (Kontula ja Rimpelä 1988). Norjalaistytöillä keskustelu samaa sukupuolta olevien ystävien kanssa selitti ehkäisy pillereiden vaikutuksiin liittyviä tietoja, mutta keskustelu terveydenhoitajan tai lääkärin kanssa ei vaikuttanut tietoihin. Pojilla ehkäisystä keskusteleminen useampien henkilöiden kanssa oli yhteydessä hyviin tietoihin ehkäisy pillereiden vaikutuksista. (Hansen ja Skjeldestad 2003.)

4.4.2 Tietojen merkitys seksuaaliterveyden edistämisessä

Tietojen merkitystä terveyden kannalta on jäsennetty yksilötason kausaalimalleilla sekä yhteiskunnallisen tason kehys- ja vaihemalleilla. Yksilömalleissa on jäsennetty empiiriseen tutkimukseen perustuen yksilön päätöksentekoa tai käyttäytymistä määrittäviä tekijöitä. Tällaisia malleja ovat muun muassa terveyskomusmalli, suunnitellun toiminnan teoria, sosiaalisen oppimisen teoria ja transteoreettinen malli (Bandura 1992; Nutbeam ja Harris 2001; Janz ym. 2002; Montano ja Kasprzyk 2002; Prochaska ym. 2002), joita on sovellettu myös seksuaalikäyttäytymisessä. Näissä malleissa on eritelty terveyteen liittyvän päätöksenteon kognitiivisia ja affektiivisia määrittäjiä, kuten tietoja, asenteita, uskomuksia, aikomuksia ja pystyvyyden tunnetta. Esimerkiksi terveyskomusmallissa tiedot vaikuttavat siihen, kuinka yksilö kokee terveysriskin alttiuden tai

uhan ja millaisia hyötyjä ja esteitä hän kokee terveyskäyttäytymisen muutoksessa omalla kohdallaan (Janz ym. 2002).

Keith Tones (Tones ja Green 2004) on yhdistänyt edellä mainittuja tekijöitä terveystoimintamalliin (Health Action Model), johon hän yksilötekijöiden ohessa on kytkenyt myös ihmisen terveystoiminnan omaksumiseen ja ylläpitämiseen liittyviä ympäristöllisiä ja yhteiskunnallisia tekijöitä. Ihmisen uskomukset, motivaatio ja persoonallisuus sekä häneen kohdistuva normatiivinen vaikutus määrittävät ihmisen käyttäytymisaikomusta, jonka toteutuminen käytännössä riippuu toimintaa mahdollistavista ja tukevista tekijöistä. Tiedot voivat vaikuttaa käyttäytymisaikomuksen muodostumiseen ja terveyskäyttäytymisen omaksumiseen. Myös Greenin ja Kreuterin (1999) terveyden edistämisen suunnittelumallissa tiedot, muiden kognitiivisten ja affektiivisten tekijöiden ohessa, nähdään terveyskäyttäytymistä ja terveellistä elämäntyyliä mahdollistavina tekijöinä. Tieto on välttämätöntä, mutta yksistään se ei yleensä riitä käyttäytymisen muutokseen. Käyttäytyminen edellyttää myös motivaatiota, johon tiedon lisäksi vaikuttavat useat muut tekijät. Terveyden edistämässä tarvitaan monipuolista tietoa, kuten faktoja toiminnan perusteluista sekä tietoa toimintatavoista ja olosuhteista. (Green ja Kreuter 1999.) Edellytyksenä tiedon vaikuttamiselle käyttäytymiseen on pidetty myös sitä, että tieto suhteutuu ihmisen ymmärrykseen omasta tilastaan ja se ikään kuin henkilökohtaistetaan, mikä edellyttää aktiivista itsetutkiskelua ja -reflektointia (Wight ym. 1998). Esimerkiksi nuorten naisten seksuaalikäyttäytymiseen vaikuttaa kaksi tasoa: intellektuaaliseen tasoon kuuluvat tiedot, odotukset sekä aikomukset ja kokemukselliseen eli käytännölliseen tasoon käyttäytymisen konteksti ja tilanne (Holland ym. 1991).

Amerikassa on tutkittu nuorten heikoiksi kokemien tietojen yhteyttä seksuaalikäyttäytymiseen. Nuorten huonona kokema tietotaso oli parempaan tietotason verrattuna merkitsevästi yhteydessä vähäisempiin seksuaalokokemuksiin. Seksuaalisesti aktiivisilla nuorilla heikot tiedot olivat puolestaan yhteydessä riskikäyttäytymisen ja raskauksien yleisyyteen. Lisäksi heikkotietoiset nuoret keskustelivat harvemmin kumppaninsa kanssa sukupuolitaudeista ja raskaudesta kuin paremmin asioista perillä olevat nuoret. Tutkijoiden mukaan juuri nuorten oma kokemus tiedon tasosta voi olla objektiivisesti mitattua tietotasoa vahvempi riskikäyttäytymisen selittäjä. (Rock ym. 2003.)

Kognitiivisten ja affektiivisten tekijöiden yhteyksiä seksuaaliterveyteen liittyvään päätöksentekoon on tutkittu paljon (Wight ym. 1998; Hulton 2001). Nuorten raskauden ehkäisyyn käyttöön liittyvän päätöksentekotaitojen tutkimuskatsauksen perusteella nuoren päätökseen vaikuttivat kognitiivisen kehityksen taso sekä seksuaalisuuteen liittyvät tiedot. Lisäksi ehkäisyyn käytön koettua hyödyt sekä vanhemmat ja muut sosiaaliset suhteet tukivat päätöstä käyttää kondomia. (Hulton 2001.) Hollannissa (Baele ym. 2001) kondomin käytön aikomusten ennustajia olivat yleinen pystyvyyden tunne ja kondomin hankintataidot niillä nuorilla, joilla ei ollut yhdyntäkokemuksia, sekä tunnekontrolli, itseluottamus ja seksuaalinen kontrolli yhdynnän kokeneilla nuorilla. Kondomin käyttöön kykenevyyttä ennusti yhdynnän kokeneilla nuorilla yleinen pys-

tyvyyden kokemus, tunnekontrolli ja kondomin hankintataidot (Baele ym. 2001).

Hollantilaisopiskelijoilta tutkittiin miesten ja naisten turvaseksin prevalenssitietoja sisältävien informaatiolehtien vaikutusta seksuaalikäyttäytymiseen (Van den Eijnden ym. 1998). Tieto nimenomaan miesten turvaseksikäyttäytymisen yleisyydestä vaikutti positiivisesti kondomin käytön aikomukseen naisilla, mutta ei miehillä, ja tätä vaikutusta lisäsi naisten käsitys tulevan seksikumppanin myönteisyydestä kondomin käyttöön. Tutkijoiden mukaan sukupuoliero saattaa johtua siitä, että naiset ovat kondomin käytössä riippuvaisempia kumppanin kanssa keskustelusta kuin miehet. Tällöin tieto miesten ja naisten yhtä yleisestä turvaseksikäyttäytymisestä voi tukea nuorten naisten aikeita ottaa kondomin käyttö puheeksi. (Van den Eijnden ym. 1998.) Tämän tutkimuksen perusteella oikea tieto siis vahvisti naisten aikomuksia ja osoitti, että tietoja sukupuolierosta voidaan hyödyntää seksuaalikasvatuksessa. Myös yhdysvaltalaisilla naisopiskelijoilla lehtiartikkelina hiv-tartuntariskistä saatu tieto lisäsi omaa pystyvyyden tunnetta ja oli yhteydessä aikomukseen suojautua aidsriskikäyttäytymiseltä (Yzer ym. 1998). Albanialaistenkin yliopisto-opiskelijoiden poikkileikkausaineistossa tiedot sukupuoliteitse tarttuvista taudeista selittivät pysyvää kondomin käyttöä sekä matalasti että korkeasti koulutettujen perheiden nuorilla (Burazeri ym. 2004). Näiden tutkimusten mukaan nuorten tietojen lisääminen seksuaalikasvatuksella voi tukea suojautumista seksuaalikäyttäytymisessä.

Empiiriseen tutkimustietoon pohjautuvassa psykososiaalisen seksuaaliterveyden edistämisen teoriakehyksessä Wight ym. (1998) näkevät seksuaaliterveyden edistämisessä kolme tasoa: yhteiskunnallisen (social level), tiedollisen (individual cognitions) sekä sosiaalisen vuorovaikutuksen (interaction). Yhteiskunnallinen taso muuntuu yksilöiden käsityksiksi ja uskomuksiksi, jotka puolestaan vaikuttavat tilanteiden hallintaan todellisessa seksuaalisessa vuorovaikutuksessa. Seksuaaliterveyttä tukevaan, käyttäytymistä määrittävään yksilön tiedolliseen tasoon kuuluvat koettu riskialttius, koetut hyödyt ja esteet, käsitys sosiaalisesta hyväksynnästä, pystyvyyden tunne sekä käyttäytymiseen liittyvät aikomukset ja suunnitelmat. Todelliseen käyttäytymiseen vaikuttavat paljolti myös käyttäytymistilanteiden vuorovaikutus sekä konteksti. Seksuaalikasvatuksessa tulee siis tiedollisen tason lisäksi kehittää sosiaalisia taitoja.

Myös Fisher ja Fisher (1998) ovat esittäneet empiriapohjaisen teoreettisen perustan seksuaaliterveyskäyttäytymisen psykologisista määrittäjistä eri väestöryhmissä. Käyttäytymistä ohjaavat tieto, motivaatio ja käyttäytymistaidot. Tutkijat pitävät tietoa välttämättömänä, mutta ei riittävänä edellytyksenä seksuaaliterveyskäyttäytymiselle. Käyttäytyminen edellyttää myös monenlaisia taitoja sekä motivaatiota, joiden kehittymistä tieto stimuloi. Tutkijoiden mukaan näiden kaikkien tekijöiden merkitys on osoitettu esimerkiksi nuorten ehkäisyn käytössä.

4.5 Nuorten seksuaalikasvatuksen ja seksuaaliterveyden edistämisen arviointitutkimus

Nuorten seksuaalikasvatuksen vaikutuksia on arvioitu runsaasti koeasetelmallisissa, erityisesti näennäiskokeellisissa tutkimuksissa etenkin Pohjois-Amerikassa, Australiassa ja Britanniassa (Liinamo 2004). Pohjoismaista on raportoitu viime aikoina ainakin yksi koeasetelmallinen tutkimus Norjasta (Traeen 2003). Useimmat arvioidut seksuaalikasvatusinterventiot on toteutettu kokonaan koulukontekstissa tai laajempina yhteisöohjelmina, joihin on sisältynyt koulun lisäksi myös esimerkiksi nuorten terveystalveluiden kehittämistä ja vanhempien osallistumista. Väestötasoisia seksuaaliterveyden edistämisen ja seksuaalikasvatuksen kampanjoita ja ohjelmia on arvioitu huomattavasti vähemmän, mutta arviointitutkimuksia on kuitenkin raportoitu Hollannista (Yzer ym. 2000), Kariibian alueelta (Middlestadt ym. 1995) ja Italiasta (Borgia ym. 1997).

Seksuaalikasvatuksen arviointitutkimuksia on kritisoitu metodologisista ongelmista. Näennäiskokeellisiin asetelmiin vaikutusten arvioinnissa on suhtauduttu kriittisesti, koska kontrolloituja koeasetelmallisia tutkimuksia on pidetty tarpeellisina tavoiteltujen tulosten osoittamisessa (Oakley 1995; DiCenso 2002; Stephenson ym. 2003). Samalla juuri näennäiskokeellisten asetelmien merkitystä ja tarpeellisuutta erityisesti koulu- ja yhteisöohjelmissa on puolustettu (esim. Nutbeam 2000b; Noar 2001; Denman 2002). Väestötasoisien ohjelmien arvioinnin vähäisyyttä on perusteltu vaikutusten osoittamisen metodologisella ja asetelmallisella haastavuudella (Yzer ym. 2000). Arviointikeskustelu ei liity siis vain seksuaaliterveyden edistämiseen, vaan on ajankohtaista ja vilkasta laajemminkin terveyden edistämisen tutkimuksessa (ks. myös luku 3).

Seksuaalikasvatusohjelmien arvioinnissa tulosindikaattoreina on käytetty tietoja, asenteita, pystyvyyden tunnetta sekä käyttäytymisaikomuksia ja -taitoja, joita tässä tutkimuksessa kutsutaan Nutbeamin (1998a, 2000a) mukaan terveysosaamiseksi (health literacy). Lähes poikkeuksetta interventioissa on tulosindikaattorina käytetty myös seksuaalikäyttäytymistä sekä usein ei-toivottuja raskauksia ja raskaudenkeskeytyksiä. Seksuaaliterveyden psyykkisten tai sosiaalisten ulottuvuuksien näkökulmista ohjelmien vaikutuksia on tutkittu hyvin vähän. Yhdessä ohjelmassa, jonka tavoitteena oli kehittää nuorten vuorovaikutuksellisia ja sosiaalisia taitoja seurustelusuhhteissa, arvioitiin ohjelman vaikutuksia myös nuorten kokemuksiin suhteidensa laadusta (Wight ym. 2002). Edellä mainittu skotlantilaisohjelma vähensi kontrollikouluihin verrattuna hieman sekä poikien että tyttöjen katumuksen tunnetta liittyen yhdynnän ajoitukseen. Pojilla ohjelma myös alensi hieman yhdyntään liittyvää painostuksen kokemista. Interventio-ohjelma vaikutti siis jossain määrin positiivisesti nuorten seurustelusuhhteiden laatuun. Yhtä nuorten sukupuolitauditartuntojen ja raskauksien vähentämiseen kohdistunutta yhdysvaltalaisesta seksuaalikasvatusinterventiota, Safer Choicesia (Coyle ym. 1999), on arvioitu myös taloudelliselta kannalta. Intervention sukupuolitautilien ehkäisyn näkökulmasta suoritettu kustannusvaikutavuus-analyysi osoitti, että jokainen ohjelmaan kulutettu dollari tuotti 2,65

dollarin säästön lääketieteellisissä ja sosiaalisissa kustannuksissa (Wang ym. 2000).

Arviointitutkimusten perusteella ohjelman vaikutusten ja tulosten saavuttaminen näyttävät riippuvan monista tekijöistä, kuten ohjelman kontekstista ja piirteistä sekä kohderyhmästä. Terveysosaamiseen, erityisesti tietoihin, on helppo vaikuttaa seksuaalikasvatuksella, mutta pystyvyyden tunteeseen tai käyttäytymistaitoihin vaikuttaminen vaatii ohjelmalta jo enemmän. Tutkimukset seksuaalikasvatusohjelmien tuloksista ei-toivottujen raskauksien tai raskaudenkeskeytysten vähentämisessä ovatkin antaneet varsin ristiriitaisia tuloksia. Vaikutusten seuranta-aika on usein lyhyt, yleensä muutamasta kuukaudesta yhteen vuoteen, eikä ohjelmien pitempiaikaisia vaikutuksia ole juuri tutkittu. Kuitenkin tietojen (Thomas ym. 1985; Boyce ym. 2000) sekä kondomin käyttöön liittyvien asenteiden, aikomusten ja taitojen (Boyce ym. 2000) on todettu säilyvän ainakin kaksi vuotta ja lisääntyneen kondomin käytön (Jemmott ja Jemmott 2000) ainakin vuoden ohjelman jälkeen.

4.5.1 Seksuaalikasvatuksen vaikutukset koeasetelmallisissa tutkimuksissa

4.5.1.1 Vaikutukset terveystasaamiseen

Useiden kansainvälisten, seksuaalikasvatuksen vaikutuksia arvioineiden tutkimusten perusteella seksuaalikasvatus lisää nuorten seksuaaliterveyteen liittyvää tietoutta. Vaikutus on todettu sekä 1980-luvulle (Kirby 1989; Visser ja van Bilsen 1994), 1990-luvulle että vuosituhatosen vaihteeseen ajoittuvissa tutkimuksissa (Mellanby ym. 1995; Kirby ja Coyle 1997; Boyce ym. 2000; Song ym. 2000; Wight ym. 2002). Seksuaalikasvatusohjelmien on todettu vaikuttavan positiivisesti myös nuorten asenteisiin muun muassa lisäämällä suvaitsevuuutta (Visser ja van Bilsen 1994; Mellanby ym. 1995; Boyce ym. 2000) ja positiivista asennoitumista sukupuolitaudeilta ja ei-toivotulta raskaudelta suojautumista sekä kondomin käyttöä kohtaan (Coyle ym. 1999). Ohjelmat myös voimistavat negatiivista asennoitumista riskikäyttäytymiseen (Kim ym. 1997). Kanadalaiskoulujen (Boyce ym. 2000) seksuaalikasvatusinterventio lisäsi nuorten aiko- muksia keskustella kondomin käytöstä yhdynnässä sekä vahvisti tietoa kondomin oikeasta käytöstä. Myös yhdysvaltalainen kouluinterventio (Coyle ym. 1999) lisäsi vertailukouluihin nähden nuorten pystyvyyden tunnetta liittyen kondomin käyttöön ja vähensi oppilaiden kokemuksia kondomin käytön esteistä. Se ei kuitenkaan vaikuttanut kumppanin kanssa keskustelemiseen tai omaan pystyvyyden tunteeseen, kun kyseessä oli seksistä kieltäytyminen. Seksuaalikasvatuksen vaikutuksia ei Suomessa ole juurikaan tutkittu yhtä oppitunti-interventioita lukuun ottamatta. Vuonna 1988 toteutettiin Oulun ja Helsingin peruskoulujen yläasteilla pienimuotoinen yhden oppitunnin interventio, jossa käsiteltiin aidsia ja muita sukupuolitauteja. Oppitunti lisäsi merkittävästi sekä poikien että tyttöjen sukupuolitauteitietoja, mutta asenteisiin sillä ei ollut juurikaan vaikutusta. (Hämäläinen ja Keinänen-Kiukaanniemi 1991.)

4.5.1.2 Vaikuttaako seksuaalikasvatus käyttäytymiseen?

Tutkimustulokset eivät anna kovin yhtenäistä tai selkeää kuvaa seksuaalikasvatuksen vaikutuksesta nuorten seksuaalikäyttäytymiseen, raskaudelta ja sukupuolitauditartunnoilta suojautumiseen tai raskauksiin ja aborttien lukumääriin. Tuloksiin näyttäisi vaikuttavan toteutetun tutkimuksen asetelma ja laatu sekä arvioidun intervention tai ohjelman piirteet. Lisäksi interventioiden vaikutukset voivat olla erilaisia eri kohdejoukoissa ja kulttuureissa. Tutkimukset ovat kuitenkin melko yhtenevästi osoittaneet, että koulussa toteutetut ohjelmat eivät ole aikaistaneet nuorten yhdyntöjen aloittamista (Franklin ym. 1997; Coyle ym. 1999; Wight ym. 2002; Kirby 2001; Jemmott ja Jemmott 2000) eivätkä myöskään lisänneet yhdyntöjen tai yhdyntäkumppaneiden määrää (Franklin ym. 1997; Kirby 2001; Jemmott ja Jemmott 2000). Joidenkin ohjelmien on todettu jopa lykkäävän yhdyntöjen aloittamista (Frost ja Darroch Forrest 1995; Kirby 2001). Kuitenkaan niissä ohjelmissa, joissa riskikäyttäytymisen vähentämisen ja seksuaaliterveyden edistämisen lisäksi erityisenä tavoitteena on ollut nuorten yhdyntöjen aloittamisen lykkääminen myöhempään ikään, ei näitä vaikutuksia ole saavutettu (DiCenso ym. 2002; Robin ym. 2004). Myös ensisijaisesti seksuaalisuhteista pidättäytymiseen kohdistuneiden ohjelmien vaikutus on Yhdysvalloissa todettu meta-analyysissä hyvin marginaaliseksi (Silva 2002). Ainoastaan yhdessä ensisijaisesti yhdyntöjen lykkäämiseen keskittyneessä afrikkalais-amerikkalaisten nuorten interventiossa yhdyntöjä onnistuttiin siirtämään myöhempään ikään (Jemmott ym. 1998).

Useissa riskikäyttäytymisen vähentämisen interventioihin kohdistuneissa tutkimuksissa (Kim ym. 1997; Coyle ym. 1999; Jemmott ja Jemmott 2000; Robin ym. 2004) on havaittu eri ohjelmien yhtenevästä tuloksena kondomin käytön tehostuminen. Näyttää siltä, että kyseisen ehkäisymenetelmän käyttöä on helppoa lisätä suunnitelmallisella seksuaalikasvatuksella, ja sitä on pidetty jopa parhaiten vaikuttavissa olevana seksuaalikäyttäytymisen osa-alueena (McKay 2001). Interventioiden on todettu vaikuttavan nuorten turvaseksikäyttäytymisen lisäksi myös käyttäytymistä edeltäviin tekijöihin, kuten kondomin käytön aikeiden vahvistumiseen (Kim ym. 1997) tai kondomien hankintaan (Jemmott ja Jemmott 2000). Useiden interventioiden tuloksena myös nuorten ilmoittamien seksikumppanien määrä on vähentynyt (Kim ym. 1997; Jemmott ja Jemmott 2000). Kaikki ohjelmat eivät kuitenkaan ole onnistuneet riskikäyttäytymisen vähentämisessä. Esimerkiksi Itä-Skotlannin koulujen kolmen vuoden seksuaalikasvatusohjelma ei tehostanut 15–16-vuotiaiden sukupuolitaudeilta ja ei-toivottuilta raskauksilta suojautumista (Wight ym. 2002).

Robinin ym. (2004) analyysin mukaan suurin osa Pohjois-Amerikassa 1990-luvulla tehdyistä seksuaalikasvatusinterventioista, jotka toteutettiin kokonaan tai osittain koulukontekstissa, oli tehokkaita paitsi sukupuoliteitse tarttuvien tautien myös ei-toivottujen raskauksien ehkäisyssä. Myös 1980- ja 1990-luvuilla toteutettujen interventiotutkimusten meta-analyysi osoitti ohjelmien tehostavan nuorten ehkäisymenetelmien käyttöä ja vähentävän raskauksien määrää (Franklin ym. 1997). Kuitenkaan viiteen tutkimukseen perustuneen arvointikatsauksen mukaan yhdysvaltalaiset kouluohjelmat eivät vaikuttaneet

nuorten raskauksien lukumäärään (Frost ja Darroch Forrest 1995). Useimmat arvioidut kouluohjelmat kohdistuivat tummaihoisiin alempien sosiaaliryhmien nuoriin. Myöskään DiCenson ym. (2002) yhdyntöjen aloittamisen lykkäämiseen, tehostuneeseen raskauden ehkäisyyn käyttöön ja ei-toivottujen raskauksien vähentämiseen USA:ssa, Australiassa, Uudessa-Seelannissa ja Euroopassa tähänneiden arviointitutkimusten meta-analyysin mukaan ohjelmat eivät tehostaneet nuorten naisten tai miesten ehkäisyyn käyttöä. Ne eivät myöskään vähentäneet naisten raskauksien lukumäärään.

Euroopassa raportoiduista interventioista skotlantilainen teoriaperustainen kouluohjelma ei ainakaan puoli vuotta ohjelman päättymisen jälkeen ollut tehostanut nuorten raskauden ehkäisyyn käyttöä tai vähentänyt ei-toivottuja raskauksia (Wight ym. 2002). Norjassa Nordlannin maakunnassa vuosituhaten vaihteessa nuorten ei-toivottujen raskauksien ehkäisemiseksi toteutettu koulu-interventio osoitti kontrollikoulujen nuoriin verrattuna tehostunutta raskauden ehkäisyyn käyttöä heti ohjelman päättymisen jälkeen, mutta ei enää seurantamittauksessa vuosi ohjelman jälkeen (Traeen 2003). Laajempien seksuaalikasvatusohjelmien lisäksi nuorten kondomin ja raskauden ehkäisyyn käyttöä on voitu parantaa myös koulun terveystalveluiden tehostamisella (Kirby 2002, 2001). Kirbyn analyysin mukaan jopa yksi suunnitelmallinen neuvontatilanne saattoi tehostaa nuorten sukupuolitaudeilta ja ei-toivotulta raskaudelta suojautumista. Pelkästään kondomien jakaminen koulun terveystalveluiden yhteydessä ei kuitenkaan lisännyt kondomin käyttöä seksuaalisesti aktiivisten nuorten joukossa. Kondomien jakaminen ei myöskään aikaistanut nuorten yhdyntöjen aloittamista. (Kirby 2002, 2001.)

Seksuaalikäyttäytymiseen kohdistuneiden interventioiden lisäksi moniongelmaisten nuorten riskiseksikäyttäytymistä ja teiniraskauksia on pyritty vähentämään laaja-alaisemmilla sosiaalisilla interventioilla (Kirby 2002; Robin ym. 2004). Tällaisissa vuosia kestäneissä ohjelmissa on tuettu nuorten kokonaisvaltaista kehitystä paitsi terveystalveluilla myös ohjaamalla heidän koulunkäyntiään sekä harrastus- ja vapaa-ajan toimintaansa. Kirbyn (2002) mukaan nuorille, joille on kasaantunut monenlaisia ongelmia, tällainen pitkäkestoinen, kokonaisvaltainen ohjelma on osoittautunut tehokkaimmaksi nuorten suojaamattomien yhdyntöjen ja raskauksien ehkäisyohjelmista.

4.5.1.3 Vaikutusta määrittävät tekijät

Useissa raportoituhiin seksuaalikasvatusohjelmien arviointitutkimuksiin kohdistuneissa analyttisissä katsauksissa, meta-analyyseissa ja asiantuntija-arvioinneissa on tarkasteltu tekijöitä, jotka määrittävät tai selittävät ohjelman tavoiteltujen tulosten saavuttamista. Esimerkiksi ohjelman kohderyhmän ikä- ja kulttuuritausta sekä toteutetun ohjelman ja arviointitutkimuksen ominaisuudet näyttävät vaikuttavan siihen, saavutetaanko ohjelmalla toivottuja tuloksia vai ei.

Kohderyhmä

Ohjelmaan osallistuneiden nuorten ikä on liittynyt tavoitteiden saavuttamiseen sekä interventioiden vaikutuksissa tietotason seksuaalisuudesta ja raskauden ehkäisystä (Visser ja van Bilsen 1994) että raskauden ehkäisyn käyttöön (Franklin ym. 1997). On osoitettu, että ohjelmat lisäävät enemmän juuri murrosikäisten kuin nuorempien tai vanhempien teini-ikäisten tietoja, mikä liittyy kehitysvaiheessa ilmenevään tiedon tarpeeseen (Visser ja van Bilsen 1994). Franklinin ym. (1997) katsauksen mukaan ohjelmat puolestaan tehostivat enemmän 15–19-vuotiaiden kuin tätä nuorempien seksuaalisesti aktiivisten nuorten ehkäisyä, mikä tutkijoiden mielestä saattoi viitata siihen, että nuorempien kehitystaso ei tietoisesta kasvatusinterventiosta huolimatta riittänyt vastuulliseen käyttäytymiseen. Frostin ja Darroch Forrestin (1995) mukaan kouluohjelmat siirsivät yhdyntöjen aloittamista myöhemmäksi ja tehostivat raskauden ehkäisyn käyttöä eniten niiden nuorten joukossa, jotka eivät olleet aloittaneet yhdyntöjä ennen ohjelman alkua.

Robinin ym. (2004) katsauksen mukaan Yhdysvalloissa positiivisia tuloksia aikaan saaneet nuorten riskikäyttäytymisen ja raskauksien ehkäisyohjelmat kohdistuivat useammin afrikkalais-amerikkalaisiin kuin muun kansallisuustaustan nuoriin. Myös yhdyntöjen aloittamisen lykkäämisessä ja raskauden ehkäisyn käytössä vaikuttaviksi osoittautuneista kouluohjelmista suurin osa kohdistui Yhdysvalloissa tummaihoisiin alempien sosiaaliryhmien nuoriin. Nämä ohjelmat eivät kuitenkaan vähentäneet ei-toivottuja raskauksia. (Frost ja Darroch-Forrest 1995.) Toisaalta DiCenso ym. (2002) pitivät eräänä mahdollisena syynä näiden interventioiden tehottomuuteen sitä, että yli puolessa heidän meta-analyysin tutkimuksistaan valtaosa nuorista oli afrikkalaista tai latinalais-amerikkalaista syntyperää ja edusti alempia sosiaaliryhmiä. Tutkijoiden mukaan ohjelmat olisivat saattaneet olla tehokkaita muissa, vähemmän valikoituneissa kohdejoukoissa.

Ohjelman piirteet

Ohjelman teoriaperustaisuutta on tutkimusten perusteella pidetty oleellisena vaikutusta määrittävänä tekijänä (Kim ym. 1997; Kirby 2001; Robin ym. 2004). Esimerkiksi kondomin käyttöaikeita lisänneet ohjelmat olivat Kimin ym. (1997) mukaan useammin teoriaperustaisia kuin ne ohjelmat, jotka eivät vaikuttaneet aikomuksiin. Riskikäyttäytymisen vähentämisessä vaikuttavimmat ohjelmat käyttivät kognitiivis-behavioristista viitekehystä ja pienryhmäinterventioita (Jemmott ja Jemmott 2000). Kuitenkaan psykososiaaliseen teoriaperustaan pohjautuva, nuorten tietoja lisännyt skotlantilainen seksuaalikasvatuksen kouluinterventio ei ainakaan puoli vuotta ohjelman jälkeen vaikuttanut lainkaan nuorten käyttäytymiseen (Wight ym. 2002).

Ohjelman monipuolisuus ja laaja-alaisuus lisäävät myös tavoiteltujen tulosten saavuttamista. Esimerkiksi yhdysvaltalainen kouluohjelma, joka koostui koulun sisäisen yhteistyön lisäämisestä, opetussuunnitelman ja henkilöstön ke-

hittämisestä, vanhempien informoinnista sekä nuorten terveystalveluiden käytön tehostetusta ohjauksesta, vaikutti positiivisesti sekä lukuisiin terveystalveluosaamisen että terveystalveluikäytymisen indikaattoreihin (Coyle ym. 1999). Erityisesti nuorten raskauden ehkäisyn tehostamiseen ja ei-toivottujen raskauksien vähentämiseen vaikuttamisen kannalta oleellista näyttäisi olevan se, että ohjelma toteutetaan yhteisössä nimenomaan laaja-alaisesti. Kouluohjelmat eivät Frostin ja Darroch Forrestin (1995) mukaan vähentäneet nuorten raskauksia. Laajempaan tutkimusaineistoon pohjautuva Franklinin ym. (1997) meta-analyysi puolestaan osoitti, että yhteisöohjelmat, joissa koulun opetuksen lisäksi kehitettiin nuorten seksuaaliterveystalveluita, olivat vaikuttavampia nuorten seksuaaliterveyden edistämässä ja erityisesti ei-toivottujen raskauksien vähentämässä. Vertailukohtina toimivat pelkästään koulussa toteutetut ohjelmat. Erityisesti ongelmanuorten kohdalla laaja-alaiset nuorten kokonaiskehityksen tukiohjelmat ovat osoittautuneet tehokkaammiksi kuin rajatut interventiot (Kirby 2002; Robin ym. 2004).

Keskustelu- ja vuorovaikutustaitojen harjoittelu on vahvistanut riskikäytymisen vähentämässä tavoiteltuja käyttäytymismuutoksia (Kim ym. 1997). Kirby (1989) on todennut, että tietojen oppimisen kannalta mikään opetusmenetelmä ei ole osoittautunut toista tehokkaammaksi. Riskikäytymisen ja ei-toivottujen raskauksien vähentämässä ohjelman sisältöjen ja tavoitteiden kohdistaminen selkeästi juuri riskejä sisältävien toimintatapojen vähentämiseen sekä vuorovaikutteisten ja osallistuvien opetusmenetelmien käyttö näyttäisivät lisäävän vaikuttavuutta (Kirby 2001; Robin ym. 2004). Franklin ym. (1997) havaitsivat kouluohjelmien analyysissään myös sukupuolieroja: ne ohjelmat, joihin nuoret osallistuivat tyttö- ja poikaryhmissä, lisäsivät enemmän raskauden ehkäisyn käyttöä kuin ohjelmat, joissa vain tytöt olivat mukana. Opetusjärjestelyjenkään osalta tulokset eivät kuitenkaan ole täysin yhdenmukaisia. Esimerkiksi Skotlannissa sekaryhmissä toteutettu, monipuolisia, osallistuvia ja vuorovaikutteisia opetusmenetelmiä sisältänyt kouluohjelma ei vähentänyt nuorten riskikäytymistä (Wight ym. 2002).

Myös ohjelman kesto vaikuttaa seksuaalikasvatuksella tavoiteltujen tulosten saavuttamiseen (Kim ym. 1997; Kirby 2001; Robin ym. 2004). Riskiseksikäytymisen vähentämässä toivottuja käyttäytymismuutoksia saavuttaneet ohjelmat olivat kahdesta kolmeen kertaan pidempiä kuin ohjelmat, jotka eivät yltäneet käyttäytymismuutoksiin asti (Kim ym. 1997). Kirbyn (2001) mukaan ohjelman tulee kestää riittävän pitkään, jotta tavoitteiden toteutumisen kannalta merkittävät tekijät ehditään käsitellä. Muutamien tunnin ohjelmat eivät riitä käyttäytymismuutosten aikaan saamiseen, mutta 15–20 tunnin kokonaisuus yhden tai kahden vuoden aikana toteutettuna voi jo olla tehokas. Kuitenkaan 20 oppitunnin teoria- ja tutkimustietoon pohjautuva skotlantilaisohjelma ei kestoakaan huolimatta ollut vaikuttava (Wight ym. 2002). Opettajien ja muiden ohjelman toteuttajien kouluttaminen ja heidän sitouttamisensa toimintaan on osoittautunut vaikutusten saavuttamisen kannalta oleelliseksi (Kirby 2001; Robin ym. 2004). Englannissa verrattiin aikuisten ja vertaisnuorten toteuttamien koulujen seksuaaliovetusinterventioiden vaikutuksia. Vertailututkimuksen mukaan

aikuisten toteuttama ohjelma oli tehokkaampi tiedollisessa opetuksessa ja oppilaiden aktivoinnissa toiminnallisiin menetelmiin, kun taas vertaisnuorten ohjelma loi nuorille konservatiivisempia arvoja ja normeja kuin aikuisten toteuttama. (Mellanby ym. 2001.)

Tutkimusasetelma ja -menetelmä

Seksuaalikasvatuksen arviointitutkimusten yhteydessä on keskusteltu myös tutkimusasetelman ja -menetelmän merkityksestä tulosten osoittamisen kannalta. Esimerkiksi DiCenson ym. (2002) meta-analyysin tuloksiin saattoivat vaikuttaa analyysissä mukana olleiden arviointitutkimusten asetelmat. Noar (2002) piti DiCenson tutkimuksen ongelmana sitä, että ottaessa mukaan vain koasetelmalliset, kontrolloidut arviointitutkimukset, joiden toteuttaminen koulukontekstissa on usein vaikeaa, jäi arvioinnin ulkopuolelle paljon tärkeitä, näennäiskokeellisissa asetelmissa tehtyjä tutkimuksia. McKay (2001) puolestaan kritisoi DiCenson tutkimusryhmän sisäänottokriteereitä siitä, että keskittyessään raskauden ehkäisystrategioiden vaikutusten tutkimiseen tutkijat jättivät pelkäänsä kondomin käyttöä mittaavat tutkimukset analyysin ulkopuolelle. Tämä rajasi analyysistä pois joukon relevanttia seksuaalikasvatuksen arviointitutkimusta, joka oli tähdännyt riskikäyttäytymisen vähentämiseen pienentämällä paitsi sukupuolitautitartuntojen myös raskauksien määrää. DiCenson ym. (2002) meta-analyysin tutkimuksissa, viittä tutkimusta lukuun ottamatta, kontrolliryhmien nuoret saivat perinteistä seksuaalikasvatusta, mikä on yleinen kouluinterventioiden vertailuasetelma. Tutkijoiden mielestä olikin mahdollista, että interventioilla oli vaikutusta, mutta se ei ollut niin suurta, että olisi erottunut perinteisten ohjelmien vaikutuksista. Meta-analyyttinen menetelmä saattaakin olla sinänsä ankara tulosten osoittamisen kannalta. Tiettyjen nuorten joukossa tehtyjen tutkimusten tulokset eivät välttämättä säily, kun tutkimukset liitetään laajempaan tutkimusjoukkoon ja analysoidaan tiukemmalla, meta-analyyttisellä menetelmällä (Franklin ym. 1997).

Seksuaalikasvatusohjelmien arvioinnin ongelmina on pidetty tutkimusasetelmien ja -metodien laadun heikkoa tasoa sekä prosessitiedon puuttumista (Visser ja van Bilsen 1994; Oakley 1995). Kahdessa tuoreessa tutkimuksessa, skotlantilaisessa (Wight ja Abraham 2000; Wight ym. 2002; Buston ym. 2002) ja englantilaisessa (Forrest ym. 2002; Strange ym. 2002a, b; Stephenson ym. 2003; Strange ym. 2003; Stephenson ym. 2004) interventiossa, nämä vaikuttavuuden arvioinnin haasteet onkin huomioitu. Se, ettei skotlantilaisinterventio vaikuttanut riskikäyttäytymiseen puolen vuoden seuranta-aikana, ei prosessiarvioinnin mukaan johtunut mahdollisista eroista ohjelman toteutuksessa eri koulujen välillä. Vaikutusten seuranta-ajan lyhyys saattoi peittää intervention vaikutuksia: suurin osa eli kaksi kolmasosaa nuorista ei vielä ensimmäiseen seurantaajankohtaan mennessä ollut kokenut yhdyntöjä. Vaikka ohjelma ei vaikuttanut varhemmin yhdynnät aloittaneiden toimintatapoihin, saattoi se kuitenkin vaikuttaa myöhemmin aloittaneiden nuorten riskikäyttäytymiseen. Nämä tulokset selviävät ohjelman pidempiaikaisten vaikutusten seurannassa. (Wight ym. 2002.) Tutkimusten perusteella myös tutkimusvaikutus on huomioitava ohjel-

mia arvioitaessa. Norjalaisintervention vertailuryhmässä (Traeen 2003), jossa toteutettiin interventio, mutta ei alkumittausta, interventio ei vaikuttanut ehkäisyyn käyttöön kontrolliryhmään verrattuna, kun taas alkumittauksen ryhmässä ohjelma oli vaikuttava. Tutkijoiden mukaan juuri alkumittauksella oli intervention onnistumisessa oleellinen merkitys: jo kyselylomakkeen täyttämisen voi käynnistää nuorissa prosessin, joka johtaa kiinnostumiseen ja tietoisuuden lisääntymiseen aiheesta. Yhden oppitunnin suomalaisinterventiossa tiedot lisääntyivät koeryhmän lisäksi myös kontrolliryhmän tytöillä, mutta eivät pojilla. Tutkijat tulkitsivat asian siten, että tytöt hyötyivät jo pelkästään siitä, että asiaan kiinnitettiin huomiota kyselylomakkeella, mutta pojat tarvitsivat erityistä opetusta. (Hämäläinen ja Keinänen-Kiukaanniemi 1991.)

4.5.2 Seksuaaliterveyden väestöinterventioiden arviointitutkimus

Laajoja väestökampanjoita on tutkittu vähän, minkä on ajateltu johtuvan väestöohjelmien arviointitutkimuksen metodologisesta vaativuudesta (Yzer ym. 2000). Kontrolloitu koeasetelma ei ole toteutettavissa, eikä koe- ja kontrolliryhmien vertaaminen useinkaan ole mahdollista. Karibian alueella toteutetussa, erityisesti nuorille ja heidän vanhemmille kohdennetussa turvaseksikampanjassa asetelmaongelma vältettiin mittaamalla sitä, missä määrin kohdeväestö altistui kampanjalle, ja vertaamalla vaikutusten tutkimiseksi heikosti altistuneita vahvasti altistuneihin. Poikkileikkausasetelmalla tehdyssä tutkimuksessa erot heikosti ja vahvasti altistuneiden yksilöiden välillä tulkittiin kampanjavaikutuksiksi. Tämä teoriaperustaisesti suunniteltu joukkoviestintäkampanja vaikutti positiivisesti väestön turvaseksiin liittyviin uskomuksiin ja asenteisiin. Poikkileikkausasetelma estää kuitenkin kampanjan aikana tapahtuvan muutoksen tulkittamisen kampanjavaikutukseksi, koska se edellyttäisi samojen yksilöiden tai analyysiyksiköiden tutkimisen ennen ja jälkeen kampanjan. (Middlestadt ym. 1995.)

Hollannissa tutkittiin vuosien 1987–1993 välisenä aikana toteutettua koko väestöön, erityisesti nuoriin, kohdistettua turvaseksikampanjaa (DeVroome ym. 1994). Joka vuosi haastateltiin uutta väestötosta puhelimitse ennen ja jälkeen vuosittaisen useiden viestintäkanavien kautta toteutetun kampanjan. Tällaisesta pitkittäisaineistosta tutkittiin, muuttuivatko turvaseksiin liittyneet tiedot, asenteet ja käyttäytyminen väestössä ajan myötä. Niiden ihmisten osuus, jotka pitivät kondomin käyttöä turvaseksikäyttäytymisenä, lisääntyi vuosien aikana. Myös tietämys kondomin suojasta sukupuolitauteja ja aidsia vastaan kasvoi. Vastoin oletuksia asenteissa ei kuitenkaan tapahtunut muutosta. Käyttäytyminen, jolla pyrittiin ehkäisemään hiv-tartunta, yleistyi merkittävästi nuorten ja useita seksikumppaneita ilmoittaneiden keskuudessa. Erityisesti edellä mainituissa ryhmissä myös sekä todellinen että aiottu kondomin käyttö lisääntyi huomattavasti. (DeVroome ym. 1994.)

Hollannissa tutkittiin myös seuraavien vuosien, 1994, 1995 ja 1996, väestön turvaseksikampanjoiden vaikutuksia asenteisiin, koettuihin sosiaalisiin normeihin sekä turvaseksikäyttäytymiseen liittyvään pystyvyyden tunteeseen ja käyttäytymisaikomuksiin (Yzer ym. 2000). Tarkoituksena oli testata oletusta, jonka

mukaan mitatut ilmiöt muuttuvat parempaan suuntaan, kun kampanjaa toteutetaan, ja huonompaan suuntaan, kun sitä ei jatketa. Monipuolisessa tutkimusasetelmassa, joka sisälsi väestöstä sekä pitkittäis- että poikkileikkausaineistoa, pyrittiin lisäämään validiteettia kontrolloimalla testivaikutusta, historiavaikutusta, kulttuurillista muutosta ja otosten välisiä eroja. Tulosten mukaan viestintäkampanjat voivat pitää yllä, vakiinnuttaa tai jopa edistää kaikkia mitattuja turvaseksikäyttäytymisen determinantteja ja kampanjoiden jatkuminen on välttämätöntä näiden positiivisten vaikutusten ylläpitämiseksi väestössä. Tutkijoiden mielestä jatkuvia väestötason ohjelmia ja kampanjoita tarvitaan siis seksuaaliterveyden edistämiseksi. (Yzer ym. 2000.)

Italian kouluissa toteutettua väestötasoista hiv-tartuntojen ehkäisykampanjaa tutkittiin koeasetelmassa. Siinä yhden alueen koulut toimivat yksilöiden sijasta koeyksikköinä ja ne valittiin otannalla alueen kaikista kouluista sekä satunnaistettiin koe- ja kontrolliryhmiin. Analyysi tehtiin yksilötasolla. Opettajat koulutettiin toteuttamaan ohjelmaa tavanomaisissa kouluolosuhteissa yhden vuoden aikana. Tutkimus ei sisältänyt prosessiarviointia. Ohjelman vaikutuksesta opettajien tiedot kasvoivat huomattavasti alkumittauksesta loppumittaukseen. Myös oppilaiden tiedot lisääntyivät, joskin vähemmän kuin opettajilla, mutta heidän tartuntariskin kokemisensa ei kasvanut merkittävästi kontrolliryhmään verrattuna. Interventio vaikutti eniten niihin nuoriin, joiden alkumittauksen tiedot olivat heikot. Ohjelma vaikutti myös eri tavalla eri koulutyyppisissä; ohjelma oli vaikuttavampi käytännöllisesti kuin teoreettisemmin orientoituneissa kouluissa. (Borgia ym. 1997.)

5 TUTKIMUSTEHTÄVÄT

1. Ensimmäisenä tutkimustehtävänä oli selvittää seksuaaliopetuksen oppituntien toteutumisen muutosta peruskoulujen 8. ja 9. luokilla lukuvuodesta 1995–1996 lukuvuoteen 1997–1998 eli vuoden 1994 opetussuunnitelman käyttöönoton jälkeen. Lisäksi tutkittiin Kouluterveyskyselyn seksuaaliopetuksen arvioinnin validiteettia vertaamalla oppilaiden vastauksiin perustuvia tuloksia opetuksen järjestämisestä samojen koulujen (N = 25) opettajien ja terveydenhoitajien antamiin tietoihin seksuaaliopetuksesta. (I osajulkaisu.)
2. Tutkimuksen toisena tavoitteena oli kuvata kahdeksas- ja yhdeksäsluokkalaisten oppilaiden seksuaaliterveystietoja sekä tutkia oppilaiden sosiodemografisten taustatekijöiden ja seksuaalikokemusten yhteyttä tietotason Kouluterveyskyselyn vuosien 1998–1999 yhdistetyssä poikkileikkausaineistossa (II osajulkaisu).
3. Kolmanneksi tutkittiin oppilaiden koulussa kyseisen lukuvuoden aikana seksuaaliopetuksen oppitunneille osallistumisen sekä ennen kyselyä kotiin postitse lähetetyn valtakunnallisen seksuaalivalistuslehden lukemisen vaikutuksia kahdeksas- ja yhdeksäsluokkalaisten seksuaaliterveystietoihin lukukauden lopussa vuosien 1998–1999 yhdistetyssä aineistossa (III osajulkaisu).
4. Seuraavaksi tutkittiin peruskouluihin kohdistuneiden terveyskasvatusohjelmien ja -kampanjoiden sekä koulun muun terveysopetuksen vaikutuksia koulujen seksuaaliopetuksen tasoon vuosien 1998–1999 ja 2000–2001 poikkileikkausaineistoissa ja seksuaaliopetuksen muutoksiin tutkimus-

ajankohtien välillä koulujen seuranta-aineistossa. Tutkimusasetelma esitetään IV osajulkaisun kuviossa 1. (IV osajulkaisu.)

5. Viimeisessä osatutkimuksessa tutkittiin, ilmenikö vuosituhannen alussa (2000–2001) yhdeksäsluokkalaisten poikien ja tyttöjen seksuaaliterveystiedoissa oppilaiden välisen vaihtelun lisäksi vaihtelua myös koulujen välillä. Lisäksi tutkittiin, mitkä oppilaan henkilökohtaiset taustatekijät ja oppilaan koulun seksuaalikasvatukselliseen toimintaan liittyvät tekijät selittivät seksuaaliterveyden tietotason vaihtelua. (V osajulkaisu.)

Yhteenveto tutkimustehtävistä, -aineistoista ja -menetelmistä on kuvattu tarkemmin taulukossa 1. Tutkimusmenetelmien ja tulosten kuvauksessa puhutaan tutkimusjulkaisujen (I–V) lisäksi osatutkimuksista, joilla tarkoitan kunkin tutkimustehtävän mukaisen osatutkimuksen julkaisua.

TAULUKKO 1 Tutkimustehtävät, -aineistot, analyysitaso ja -menetelmät eri osatutkimuksissa

Tutkimustehtävä	Tutkimusaineisto	Analyysitaso		Analyysimenetelmät
		Oppilas (N)	Koulu (N)	
1) Kuvata seksuaaliopetuksen muutosta peruskoulujen yläasteilla lukuvuosien 1995–1996 ja 1997–1998 välillä.	Kahtena ajankohtana, sekä huhtikuussa 1996 että 1998 Kouluterveyskyselyyn osallistuneet koulut.	24 535 24 760	131	Prosenttijakaumat, ristiintaulukoinnit (SPSS). Validiteettitutkimus
2) Kuvata nuorten seksuaali-terveyden tietotasoa ja siihen yhteydessä olevia oppilaan sosiodemografisia ja seksuaalikäyttäytymiseen liittyviä tekijöitä.	Kouluterveyskyselyiden yhdistetty aineisto vuosilta 1998 ja 1999 (aineistot kerätty maan eri osista eri vuosina).	91 792	-	Prosenttijakaumat, ristiintaulukoinnit, logistinen regressioanalyysi (SPSS).
3) Tutkia koulujen seksuaaliopetuksen ja muun terveysopetuksen sekä sosiaali- ja terveysministeriön nuorille postittaman seksuaalivalistuslehden lukemisen yhteyttä seksuaaliterveystietoihin.	Kouluterveyskyselyiden yhdistetty aineisto vuosilta 1998 ja 1999 (aineistot kerätty maan eri osista eri vuosina).	91 792	-	Prosenttijakaumat, ristiintaulukoinnit, logistinen regressioanalyysi (SPSS).
4) Tutkia, vaikuttavatko kouluihin kohdistuneet, terveys- ja seksuaalikasvatuksen kehittämiseen tähtäävät ohjelmat ja kampanjat tai koulun muu terveysopetus koulujen seksuaaliopetukseen vuosina 1998–1999 ja 2000–2001 tai opetuksen muutokseen tutkimusajankohtien välillä.	Poikkileikkausaineistot: 1. Kouluterveyskyselyiden 1998 ja 1999 yhdistetty aineisto. 2. Kouluterveyskyselyiden 2000 ja 2001 yhdistetty aineisto. Seuranta-aineisto: Molempina ajankohtina Kouluterveyskyselyihin osallistuneet koulut.	84 828 78 984 62 918 ja 62 748	434 441 340	Prosenttijakaumat, ristiintaulukoinnit, logistinen regressioanalyysi (SPSS).
5) Tutkia yhdeksäsluokkalaisten oppilaiden seksuaali-terveyden tietotason yhteydessä olevia oppilastason ja koulutason tekijöitä.	Kouluterveyskyselyiden 2000–2001 yhdistetty aineisto.	39 273	441	Ristiintaulukoinnit, varianssianalyysi (SPSS). Kaksitasoinen lineaarinen regressioanalyysi (MLwiN).

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

6.1 Aineistot

Tutkimusaineistoina ovat vuodesta 1996 alkaen kahden vuoden välein samoilta alueilta maan eri osista koulukyselyinä kerätyistä Kouluterveyskyselyjen aineistoista vuosien 1996 ja 1998–2001 peruskoulujen 8. ja 9. luokkien aineistot. Kouluterveyskyselyt on toistettu vuosittain siten, että joka toinen vuosi samojen alueiden koulut ovat voineet osallistua kyselyyn. (Jokela 1996; www.stakes.fi/kouluterveys.) Kouluterveyskyselyihin osallistutaan kunnittain, ja osallistuminen on vapaaehtoista. Strukturoitu kyselylomake on sisältänyt vuosittain yli 100 kysymystä ja noin 250 muuttujaa oppilaiden koulunkäynnistä, terveystotumuksista, harrastuksista ja perheestä sekä koulun terveysopetuksesta. Oppilaat vastaavat huhtikuun lopulla järjestettävään kyselyyn kouluissa oppitunnin aikana opettajan valvonnassa. Luottamuksen säilyttämiseksi oppilaiden vastaukset on suljettu tunnin päättyessä palautuskuoreen oppilaiden läsnä ollessa. Kouluterveyskyselyä on käytetty seksuaaliopetuksen (Liinamo, Kosunen ym. 1999) ja seksuaalikäyttäytymisen (Kosunen ym. 1999; Kosunen 2004) tutkimuksen lisäksi koulukiusaamisen ja masentuneisuuden (Kaltiala-Heino ja Rimpelä 1999; Kaltiala-Heino ym. 2003), humalajuomisen ja osa-aikatyön (Kouvonen ja Lintonen 2002) sekä koululaisten hyvinvoinnin (Konu 2002) ja nuorten terveyden kuntien välisten erojen (Karvonen ym. 2003) sekä koulujen välisen vaihtelun (Karvonen ym. 2005) tutkimiseen.

Aineistoista on poistettu vastaukset, joissa oli jätetty vastaamatta luokkastetta ja sukupuolta koskeviin kysymyksiin tai yli puoleen muista kaikkien vastattavaksi tarkoitetuista kysymyksistä. Tällaisia vastauslomakkeita oli enintään noin 0,5 % kaikista eri kyselyajankohtien vastauksista. Lisäksi aineistoista

on poistettu erityiskoulujen oppilaiden vastaukset. Koulutason analyysissa on edellytetty, että koulujen kussakin luokka-aste- ja sukupuoliryhmässä on vähintään 15 oppilasta ja koulussa yhteensä vähintään 70 hyväksyttävästi kyselyyn vastannutta oppilasta. Seitsemästä seksuaaliterveystietoväittämästä edellytettiin vastatun vähintään neljään väittämäosioon, joten useampaan vastaamatta jättäneet rajattiin aineiston ulkopuolelle. Eri vuosina kyselyyn vastanneet kahdeksaluokkalaiset olivat vastaushetkellä keskimäärin 14,8- ja yhdeksäsluokkalaiset 15,8-vuotiaita (SD + 0.4 vuotta).

Tämän tutkimuksen kahdessa osatutkimuksessa (II, III) on aineistona vuosina 1998 ja 1999 maan eri osista kerättyjen Kouluterveyskyselyiden yhdistetty oppilastason aineisto (N = 91 792) 8. ja 9. luokilta. Tutkimusaineisto kattaa 82 % kyseisinä vuosina kyselyyn osallistuneiden kuntien 8. ja 9. luokkien oppilasmääristä sekä 67 % koko maan kyseisten vuosien oppilasmääristä (www.tilastokeskus.fi). Ensimmäisen ja neljännen osatutkimuksen oppilasaineistoista on muodostettu koulutason aineistot kahtena peräkkäisenä (1996 ja 1998 sekä yhdistetyt 1998–1999 ja 2000–2001) kertana Kouluterveyskyselyyn osallistuneiden koulujen 8. ja 9.- luokkalaisten vastauksista. I osatutkimuksen kouluaineisto (N = 131) sisältää viidesosan koko maan 8. ja 9. luokkia sisältävistä peruskouluista ja noin 40 % kyseisten vuosien kaikista 8.- ja 9.- luokkalaisista oppilaista. IV osatutkimuksen poikkileikkausaineistojen oppilasmäärät käsittävät molempina tutkimusajankohtina (Ahvenanmaa pois lukien) noin 65 % koko maan 8. ja 9. luokkien koko oppilasmääristä sekä yli puolet (54 %) yläluokkia sisältävistä peruskouluista. Seuranta-aineisto kattaa noin puolet koko maan kyseisten luokka-asteiden oppilasmääristä ja 38 % koko maan yläluokkia sisältävistä peruskouluista. Viimeisen osatutkimuksen aineistona on vuosien 2000–2001 yhdistetty Kouluterveyskyselyn aineisto. Osa koulutason indikaattoreista on muodostettu 8. ja 9. luokkalaisten vastausten perusteella (N = 78 272), mutta aineiston analyysit on tehty 9. luokkien aineistossa (N = 39 273). (Taulukko 1.)

Tiedot koulujen osallistumisesta terveys- ja seksuaalikasvatusohjelmiin lisättiin Kouluterveyskyselyaineistoihin ohjelmien toteuttajilta saatujen rekisteritietojen perusteella.

6.2 Mittarit

Seksuaaliopetuksen mittaaminen oppilas- ja koulutasolla

Oppilastaso

Seksuaaliopetuksesta kysyttiin kolmella kysymyksellä (osajulkaisut I, III, IV, V):

- Onko sinun luokallasi tämän lukuvuoden aikana keskusteltu tai muuten opetettu seurustelusta ja seksiasioista tähän tarkoitukseen suunnitellulla tunnilla? Vastausvaihtoehdot: ei ole; kyllä, yhdellä tunnilla tai kyllä, useammalla tunnilla.

- Kuka tai ketkä ovat tätä opetusta antaneet? Vastaa jokaiseen kohtaan: opettaja, terveydenhoitaja, lääkäri, muu koulun ulkopuolinen asiantuntija, olimme opintokäynnillä terveyskeskuksessa. Vastausvaihtoehdot: kyllä tai ei.
- Mitä aiheita näillä tunneilla on käsitelty? Vastaa jokaiseen kohtaan: seurustelua, raskauden ehkäisyä, klamydiaa, aidsia, yhdyntöjä, jälkiehkäisyä, hedelmättömyyttä, itsetyydytystä, homoseksuaalisuutta. Vastausvaihtoehdot: kyllä tai ei.

Opetuksen monipuolisuutta arvioitiin oppilaan ilmoittamien opetuksen sisältöalueiden mukaan. I osatutkimuksessa muodostettiin neliluokkainen, opetuksen monipuolisuutta kuvaava muuttuja (I osajulkaisu: kuvio 3). III osatutkimuksessa muodostettiin puolestaan seitsemänluokkainen, yhdistetty muuttuja oppituntien määrää ja opetuksen aiheita koskevista kysymyksistä (III osajulkaisu: taulukko 2).

Seksuaaliopetuksen arviointi koulutasolla ja mittaamisen validiteettitutkimus

Opetuksen peittävyys koulutasolla

Seksuaaliopetuksen järjestämisen kattavuutta arvioitiin koulutasolla opetuksen peittävyudeksi nimetyllä mittarilla. Peittävyys laskettiin suhteellisen monipuolista opetusta ilmoittaneiden sekä kahdeksas- että yhdeksäsluokkalaisten poikien ja tyttöjen vastausten mukaan. Opetuksen peittävyyttä kuvaava luku saatiin erikseen pojille ja tytöille laskemalla yhteen prosenttiluvut molemmilta luokka-asteilta (teoreettinen vaihteluväli 0–200). Peittävyys arvioitiin sitä paremmaksi, mitä kattavammin sekä pojat että tytöt 8. ja 9. luokilla ilmoittivat osallistuneensa koulussaan seksuaaliopetuksen oppitunneille kuluneen lukuvuoden aikana. Koulut luokiteltiin seksuaaliopetuksen peittävyuden mukaan viiteen luokkaan siten, että opetuksen kattavuudessa edellytettiin samaa minimitasoa sekä pojilta että tytöiltä (I osajulkaisu: kuvio 2). Tyttöjen ja poikien peittävyyslukujen välinen korrelaatio (.73–.77) oli tilastollisesti merkitsevä kaikissa tutkimusaineistoissa. IV osatutkimuksessa peittävyys laskettiin kuten edellä, mutta koulut jaettiin peittävyyslukujen perusteella kolmeen ryhmään: hyvä, tyydyttävä ja huono (IV osajulkaisu: kuvio 2). Peittävyuden muutoksen tutkimiseksi seuranta-aineistossa muodostettiin kolme luokkaa: 1. Peittävyys parani (N = 103) tai säilyi hyvänä (N = 43). 2. Peittävyys pysyi tyydyttävänä (N = 14) tai huonona (N = 88). 3. Peittävyys heikkeni (N = 59). Logistista regressioanalyysia varten kaksi viimeksi mainittua luokkaa yhdistettiin. (IV osajulkaisu: taulukko 1.)

Ensimmäisen osatutkimuksen yhteydessä arvioitiin Kouluterveyskyselyn oppilaiden vastauksiin perustuvan seksuaaliopetuksen koulutason mittaamisen validiteettia (I osajulkaisu). Validiteetin tutkimiseksi verrattiin seksuaaliopetuksen järjestämistä ja sisällöllistä monipuolisuutta vuonna 1998 25:ssä Kouluterveyskyselyyn osallistuneessa koulussa samojen koulujen opettajien ja tervey-

denhoitajien ilmoitukseen opetuksen järjestämisestä (Liinamo, Koskinen, Rimpelä ym. 1998; Liinamo, Koskinen, Peltoniemi ym. 1999; Liinamo, Koskinen Terho ym. 1999; I osajulkaisu).

Seksuaaliterveystietojen mittaaminen

Seksuaaliterveystietoja mitattiin pääosin samoilla väittämillä kuin KISS-tutkimuksessa vuosina 1986, 1988 ja 1992 (Kontula ja Rimpelä 1988; Kosunen 1993). Kaksi väittämää oli käytössä jo vuonna 1982 Keski-Suomessa toteutetussa koululaisten ihmissuhde- ja sukupuoli tietoja selvittäneessä tutkimuksessa (Kannas ym. 1984), ja kahta tietoväittämää käytettiin mittarina ensimmäistä kertaa ("klamydiatulehdus voi aiheuttaa hedelmättömyyttä" ja "sukupuolitauti on joskus täysin oireeton"). Tietoja kysyttiin seitsemän tietoväittämän kysymyksellä: "Seuraavat väittämät käsittelevät sukupuolielämää koskevaa tietouttasi ja käsityksiäsi. Vastaa jokaiseen kohtaan. (Vastausvaihtoehdot: oikein, väärin, en tiedä): Kuukautisten alkaminen on merkki siitä, että tyttö voi tulla raskaaksi. Ehkäisyvälineistä vain kondomi suojaa sukupuoli taudeilta. Sukupuolitauti on joskus täysin oireeton. Nainen ei voi tulla raskaaksi ensimmäisellä yhdyntäkerällä. Homoseksuaali on henkilö, joka haluaa muuttaa sukupuolensa toiseksi. Siemensyöksyjen alkaminen on merkki siitä, että poika on tullut sukukypsäksi ja voi siittää lapsia. Klamydiatulehdus voi aiheuttaa hedelmättömyyttä." Seksuaaliterveystiedon summaindeksi muodostettiin laskemalla yhteen oikeiden vastausten lukumäärät. Osatutkimuksissa II ja III summaindeksi dikotomisoi tiin analyysia varten kaksiluokkaiseksi: heikot tiedot 0–4 pistettä ja hyvät tiedot 5–7 pistettä. V osatutkimuksessa selitettävänä muuttujana oli oppilaiden seksuaaliterveystietojen summaindeksi jatkuvana muuttujana.

Taustamuuttajat oppilas- ja koulutasolla

Oppilastason taustamuuttajat

Oppilaiden sosiodemografista taustaa kuvasivat luokka-aste ja sukupuoli, vanhempien koulutus, oppilaan koulumenestys ja jatkokoulutussuunnitelmat peruskoulun jälkeen sekä biologinen kypsyminen (II osajulkaisu: taulukot 5 ja 6). Isän ja äidin koulutusta kysyttiin erikseen: "Mikä on korkein koulutus, minkä isäsi/äitisi on suorittanut?" Analyysia varten muodostettiin neliluokkainen, korkeimpaan isän tai äidin ilmoitettuun koulutustaustaan perustuva muuttuja. Koulumenestyksen mittarina oli oppilaan ilmoittama viimeisimmän todistuksen kaikkien aineiden keskiarvo, joka luokiteltiin viisiluokkaiseksi muuttujaksi. Jatkokoulutussuunnitelmia kysyttiin seuraavasti: "Millaisia suunnitelmia sinulla on jatkaa koulunkäyntiä ja opiskelua?" Muuttuja luokiteltiin viisiluokkaiseksi. Biologisen kypsymisen ajoittumista mitattiin kuukautisten ja siemensyöksyjen alkamisiällä: "Minkä ikäinen olit, kun Sinulla oli ensimmäiset kuukautiset/ensimmäinen siemensyöksy?" Vastaukset luokiteltiin analyysia varten viisiluokkaiseksi muuttujaksi. Seksiasioiden ajankohtaisuutta selvitettiin kysymyksellä: "Ovatko seksiasiat sinulle ajankohtaisia?" Muuttujaa käsiteltiin kolmi-

luokkaisena vastausvaihtoehtojen mukaan. Seksuaalikokemusten mittaamiseksi muodostettiin kokeneisuutta kuvaava indeksi kysymyksistä: "Oletko koskaan tehnyt seuraavia asioita (kyllä, en)? Suutelit suulle/Hyväilit vaatteiden päältä/Hyväilit vaatteiden alta?/Oletko ollut yhdynnässä?" Vastaukset yhdistettiin hierarkkiseksi, kokeneisuutta kuvaavaksi, kuusiluokkaiseksi muuttujaksi. (Osajulkaisut II, III, V.)

Sosiaali- ja terveysministeriön nuorille postittaman seksuaalivalistuslehden lukemisesta kysyttiin seuraavasti: "Nuorille on vuosittain lähetetty seksi-asioista kertova lehti (Sexteen, Primavera tai 16kuusitoista). Oletko tutustunut tällaiseen lehteen?" Viiden vastausvaihtoehdon kysymys luokiteltiin analyysia varten neliluokkaiseksi muuttujaksi. Muuta koulussa toteutettua terveysopetusta kysyttiin kysymyksellä "Oletko osallistunut tämän lukuvuoden aikana terveyttä ja sairauksia käsittelevälle oppikurssille, teemapäivään tai teemaviikkoon?" (III osajulkaisu.) IV osatutkimuksessa oppikurssille osallistumista käsiteltiin dikotomisena muuttujana ja teemapäivään ja/tai -viikkoon osallistumisesta muodostettiin yhdistetty, neliluokkainen muuttuja. Tutkittaessa seksuaaliopetusta yksilötason taustamuuttujana käytettiin oppitunneista ja opetuksen sisällöistä muodostettua seitsemänluokkaista muuttujaa. (IV osatutkimus.)

Koulutason taustamuuttujat

Koulutason taustamuuttujia on käytetty selitettäessä koulun seksuaaliopetusta ja sen muutosta (IV osajulkaisu) sekä oppilaiden seksuaaliterveyden tietotasoa (V osajulkaisu).

1. Koulujen terveys- ja seksuaalikasvatusohjelmat

Euroopan terveet koulut -ohjelman (Barnekow Rasmussen ja Rivett 2000) tavoitteena on ollut edistää lasten ja nuorten terveyttä sekä sosiaalista hyvinvointia. Suomessa ohjelmaan on osallistunut kymmeniä peruskouluja ja hanke on edennyt kolmessa vaiheessa, 1993–1996, 1997–1999 sekä vuodesta 2000 eteenpäin. Ohjelman tavoitteina ovat olleet muun muassa terveystieteiden opetussuunnitelman, koulun terveyden edistämisen rakenteiden ja toimintatapojen sekä koulun sisäisen ja ulkoisen yhteistyön kehittäminen (Tossavainen ym. 1996, 2004; Turunen ym. 1999, 2000).

Euroopan terveet koulut -ohjelman (ETK) kahta ensimmäistä vaihetta ei eroteltu, koska suurin osa toisen vaiheen kouluista oli osallistunut myös ensimmäiseen vaiheeseen. Pelkästään toiseen vaiheeseen oli osallistunut vuosien 1998–1999 aineistossa neljä ja seuranta-aineistosta kolme koulua. Muuttuja ETK I-II tarkoittaa ohjelman I ja/tai II-vaiheeseen osallistumista. Osallistuminen ETK-ohjelman kolmanteen vaiheeseen (ETK III) on aineistoissa omana muuttujanaan. Suurin osa kolmannen vaiheen kouluista oli osallistunut jompaankumpaan tai molempiin ohjelman aiemmista vaiheista. Vuosien 2000–2001 aineistosta neljä ja seuranta-aineistosta kaksi koulua oli osallistunut vain ohjelman kolmanteen vaiheeseen. Koska ohjelman kolmas vaihe käynnistyi ensimmäisen aineiston keruun jälkeen ja ennen toisen aineiston keruuta, on osallistuminen

kolmanteen vaiheeseen mukana vuosien 2000–2001 aineiston sekä seuranta-aineiston analyysissä. (IV osajulkaisu.)

Väestöliitto on toteuttanut koulujen seksuaalikasvatuksen kehittämiseksi kaksi kouluihin kohdistunutta kampanjaa: 1. Varmasti rakkaudella –koulu-kampanja, johon on osallistunut noin 600 yläasteen koulua vuosina 1993, 1994, 1996, 1997 ja 1998. Kampanja on toteutettu kouluterveydenhuollon kautta. (Törhönen 1998.) 2. Seksuaaliterveystietokilpailu, jonka Väestöliitto toteutti peruskoulujen 8. luokilla maaliskuussa 2000. Kilpailun tavoitteena oli koulujen seksuaaliopetuksen kehittäminen ja nuorten seksuaalitietojen parantaminen. Kilpailuun osallistui 401 peruskoulua. (Kontula ym. 2001.) Osallistuminen Väestöliiton Varmasti rakkaudella -koulukampanjaan ja Seksuaalitetokilpailuun ovat IV osatutkimuksessa omina muuttujinaan ja V osatutkimuksessa yhdistettynä muuttujana. Kolme neljäsosaa Seksuaalitetokilpailuun osallistuneista kouluista oli aiemmin ollut mukana myös Väestöliiton Varmasti rakkaudella -koulukampanjassa. (Osajulkaisut IV ja V.)

Myös Stakes on toteuttanut yhteistyössä alueellisten toimijoiden kanssa alueellisen seksuaaliterveyskampanjan, joka on nimetty sen päätapahtuman mukaan Hedelmällisyysfestarit-kampanjaksi (Ritamo ym. 2000). Vuoteen 2001 eli tämän tutkimuksen aineistonkeruun päättymiseen mennessä kampanja oli toteutettu useana vuotena Keski-Suomessa, kahdesti Lapissa ja kerran Pohjois-Karjalassa. Sen yhtenä haasteena on ollut seksuaalikasvatuksen kehittäminen. (Osajulkaisut IV, V.)

Hedelmällisyysfestareille altistuneiksi katsottiin koulut, jotka sijaitsivat kyseisissä maakunnissa. Logistista regressioanalyysia varten muodostettiin Hedelmällisyysfestarit -muuttuja, jossa kunkin kolmen festarialueen koulut ovat omina luokkinaan ja festarialueiden ulkopuolella olevat koulut Muu Suomi -luokassa. Näin saatua neliluokkaista muuttujaa käytettiin kaikkien tutkimusaineistojen logistisissa regressioanalyysissä, vaikka Pohjois-Karjalassa Hedelmällisyysfestarit toteutettiin vain vuonna 2001. (Osajulkaisut IV ja V.)

2. Koulun terveysopetus koulutason taustamuuttujana (seksuaaliopetuksen oppitunnit, terveysoppikurssit, -teemapäivät ja -viikot, päihdeopetuksen oppitunnit):

IV osatutkimuksessa terveysoppikurssille sekä teemapäiviin ja -viikkoihin osallistumisen koulutason muuttujat muodostettiin jakamalla vastanneiden prosenttijakauma koulussa tertiileihin. Koulun päihdeopetuksesta muodostettiin päihdeopetuksen peittävyyttä kuvaava koulutason summamuuttuja kolmen kysymyksen perusteella: "Onko Sinun luokallasi tämän lukuvuoden aikana keskusteltu tai muuten opetettu huumeista, pillereistä ja imppauksesta tähän tarkoitukseen suunnitellulla oppitunnilla? Onko luokallasi tämän lukuvuoden aikana keskusteltu tai muuten opetettu tupakoinnista tähän tarkoitukseen suunnitellulla oppitunnilla? Entä alkoholista?" Kullekin kolmelle vastaukselle annettiin uudet arvot (ei opetusta = 0, yhdellä tunnilla = 1 ja useammalla tunnilla = 2) ja näistä laskettiin päihdeopetusta kuvaava indeksi, joka sai arvoja nolasta kuuteen. Arvot 4–6 saaneiden prosentiosuudet laskettiin yhteen erikseen

pojilta ja tytöiltä (teoreettinen vaihteluväli 0–200). Seuraavaksi kunkin koulun poikien ja tyttöjen arvojen perusteella päihdeopetuksen peittävyys luokiteltiin kolmiluokkaiseksi: huono, tyydyttävä ja hyvä. (Osajulkaisu IV.)

V osatutkimuksessa koulun oppilaiden terveysoppikurssille, teemapäiviin tai -viikkoihin osallistumista kuvaa koko koulun (8. ja 9. luokat) osallistuneiden oppilaiden %-osuus. Koulun päihdeopetuksen määrää kuvataan puolestaan summamuuttujalla, joka laskettiin kaikkien kahdeksas- ja yhdeksäsluokkalaisten vastausten perusteella antamalla kullekin kolmelle vastaukselle uudet arvot (ei opetusta = 0, yhdellä tunnilla = 1 ja useammalla tunnilla = 2). Näin saatiin päihdeopetuksen keskiarvo, joka vaihteli teoreettisesti nolasta kuuteen. Myös seksuaaliopetuksen järjestämistä kuvataan koulutason summamuuttujalla, joka muodostettiin kysymykseen ”Onko Sinun luokallasi tämän lukuvuoden aikana keskusteltu tai muuten opetettu seurustelusta ja seksiasioista tähän tarkoitukseen suunnitellulla tunnilla?” kaikilta kahdeksas- ja yhdeksäsluokkalaisilta oppilailta saatujen vastausten perusteella. Summamuuttujaa varten pisteytettiin taas vastausvaihtoehdot: ei opetusta = 0, yhdellä tunnilla = 1 ja useammalla tunnilla = 2. Koulun seksuaaliopetusta kuvaa seksuaaliopetuksen keskiarvo, joka vaihteli teoreettisesti nolasta kahteen. (Osajulkaisu V.)

6.3 Tilastolliset menetelmät

Tutkimuksen kuvailevat tulokset on esitetty prosenttijakaumina. Diskreettien muuttujien välisiä yhteyksiä tutkittiin ristiintaulukoinneilla ja ryhmien välisten erojen merkitsevyyttä testattiin khiin neliötestillä. Seksuaaliopetuksen koulutason mittaamisen validiteettitutkimuksessa erikseen oppilas- ja opettajakyselyiden perusteella kolmiluokkaiseksi luokiteltujen koulujen seksuaaliopetuksen luokittelujen yhtäpitävyyden tilastollinen merkitsevyys testattiin kappa-testillä (Pett 1997). Selitettäessä dikotomista ilmiötä käytettiin logistista regressioanalyysia. Jatkuvien muuttujien keskiarvojen välisiä eroja testattiin puolestaan varianssianalyysilla. Yksilö- ja koulutason tekijöiden vaikutuksia seksuaaliterveystietoihin analysoitiin kaksitasoisella lineaarisella regressioanalyysilla (Goldstein 1997; Keskimäki ym. 2001; Leyland ja Groenewegen 2003; Snijders ja Bosker 2003). Monitasoanalyysi toteutettiin MlwiN-ohjelmalla (V osatutkimus) ja muut analyysit SPSS-ohjelmalla (I–IV osatutkimus).

Logistinen regressioanalyysin kaava:

$$\log [P(Y = 1)/P(Y = 0)] = b_0 + b_1X_1 + \dots + b_pX_p$$

Selitettävänä muuttujana Y:

- oppilaiden heikot seksuaaliterveystiedot (II oja III osajulkaisu)
- koulujen seksuaaliopetuksen hyvä peittävyys sekä peittävyuden paraneminen tai hyvänä säilyminen (IV osajulkaisu)

Kaksitasoisen lineaarisen regressioanalyysin kaava (V osajulkaisu):

Seksuaaliterveystietojen summapistemäärä=

$$y_{ij} = \beta_{00} + \beta_{10}x_{1ij} + \beta_{20}x_{2ij} + \beta_{30}x_{3ij} + \dots + \beta_{p0}x_{pij} + e_{ij} + \beta_{01}z_{1j} + \beta_{02}z_{2j} + \beta_{03}z_{3j} + \dots + \beta_{0q}z_{qj} + u_j$$

:Vakio
:Oppilastaso
:Koulutaso

jossa

$x_{.ij}$ on muuttujan arvo oppilaalla i (n kpl) koulussa j (m kpl)

$\beta_{.0}$ (p kpl) on oppilastason muuttujan $x_{.ij}$ regressiokerroin

$\beta_{0.}$ (q kpl) on koulutason muuttujan $z_{.ij}$ regressiokerroin

$u_j \sim N(0, \Omega_u)$ on koulutason jäännös

$e_{ij} \sim N(0, \Omega_e)$ on oppilastason jäännös.

7 YHTEENVETO TULOKSISTA

7.1 Seksuaaliopetuksen muutokset peruskoulujen yläasteilla 1995–1998

I osatutkimus

Vuoden 1994 opetus suunnitelma uudistuksen jälkeen lukuvuosien 1995–1996 ja 1997–1998 välillä seksuaaliopetuksen oppituntin tai oppitunteja raportoineiden osuus yhdeksäsluokkalaisista väheni ja pysyi ennallaan kahdeksäsluokkalaisilla. Huhtikuussa 1998 30 % yhdeksäsluokkalaisista ja 38 % kahdeksäsluokkalaisista ei ollut ilmoittanut yhtään oppituntia, kun vastaavat osuudet olivat vuonna 1996 21 % ja 37 %. Kaksi tai useampia oppitunteja ilmoittaneiden osuus laski yhdeksännellä luokalla 42 %:sta 31 %:iin ja pysyi kahdeksännellä luokalla ennallaan (24 % vs. 26 %). Molempina vuosina opetus tavoitti paremmin tytöt kuin pojat. Opetuksen toteuttajat ja sisältö pysyivät pääosin entisellään opettajan pitämien oppituntien vähenemistä lukuun ottamatta. (I osajulkaisu: taulukko 3 ja kuvio 3.) Eri opetusaiheita ilmoittaneiden osuudet muuttuivat vain vähän. Klamydiasta opetusta saaneiden oppilaiden osuus väheni hieman (66 %:sta 61 %:iin). Itsetyydytyksen (50 % vs. 55 %) ja homoseksuaalisuuden (33 % vs. 35 %) käsittely puolestaan hieman yleistyi. (I osajulkaisu: taulukko 3.)

Koulutasolla seksuaaliopetuksen peittävyysluokitukset muuttuivat varsin paljon kahden vuoden välein tehdyissä mittauksissa. Seksuaaliopetuksen peittävyys eli opetuksen toteutuminen molempien luokka-asteiden pojilla ja tytöillä pysyi samalla tasolla 22 %:ssa, huononi 44 %:ssa ja parani 34 %:ssa kouluista. Hyvän peittävyyden koulujen osuus pysyi ennallaan (30 % ja 28 %), mutta huo-

non peittävyden osuus kasvoi 15 %:sta 25 %:iin (I osajulkaisu: taulukko 4 ja kuvio 2).

Validiteettitutkimuksessa kahden eri aineiston perusteella koulujen (N = 25) seksuaaliopetuksen peittävyden yhtäpitävyys osoittautui hyväksi ($p < .001$). Sekä oppilas- että opettaja- ja terveydenhoitaja-aineiston perusteella 22 koulua eli 88 % kouluista sijoittui seksuaaliopetuksen peittävyden perusteella samaan luokkaan. Viidessä koulussa arvioksi tuli molempien aineistojen perusteella huono, 10 koulussa tyydyttävä ja 7 koulussa hyvä. Kahdessa koulussa opetuksen peittävyys oli oppilaiden vastausten perusteella huonompaa ja yhdessä parempaa kuin opettajien ja terveydenhoitajien kuvausten perusteella.

7.2 Nuorten seksuaaliterveystiedot

II osatutkimus

1990-luvun lopulla (1998–1999) tyttöjen seksuaalitiedot olivat paremmat kuin poikien ja yhdeksäsluokkalaisten paremmat kuin kahdeksäsluokkalaisten (II osajulkaisu: taulukot 2–4). Eri väittämistä huonoiten tiedettiin sukupuolitauteja koskevat asiat. Logistisessa regressioanalyysissä heikkoa tiedon tasoa selitti molempien luokka-asteiden pojilla ja tytöillä erittäin merkitsevästi huono koulumenestys. Myös todistuksen keskiarvoa koskevaan kysymykseen vastaamatta jättäminen lisäsi heikon tietotason todennäköisyyttä yhtä paljon kuin huono keskiarvo. Sekä pojilla että tytöillä keskimääräistä (12 vuotta) myöhäisempi siemensyöksyjen tai kuukautisten alkaminen, ja tätäkin voimakkaammin siemensyöksyjen tai kuukautisten alkamista koskevaan kysymykseen vastaamatta jättäminen, olivat yhteydessä huonoihin seksuaaliterveystietoihin. (II osajulkaisu: taulukot 5 ja 6.)

Oppilaan jatkokoulutus suunnitelmat peruskoulun jälkeen olivat yhteydessä heikkoihin seksuaaliterveystietoihin. Tietämättömyys koulutus suunnitelmista tai suunnitelmat suoraan ammatilliseen koulutukseen hakeutumisesta selittivät heikkoa tiedon tasoa kaikissa luokka-aste- ja sukupuoliryhmissä verrattuna lukioon ja sen jälkeen korkeakouluun suuntautumiseen. Se, että oppilas ei aikonut jatkaa opintojaan lainkaan peruskoulun jälkeen, ennusti lievästi heikkoa tietotasoa pojilla, muttei tytöillä. Myös vanhempien alhainen koulutus oli yhteydessä oppilaan huonoihin seksuaaliterveystietoihin. Yhteys oli vahvin 8.-luokkalaisilla pojilla. (II osajulkaisu: taulukot 5 ja 6.)

Huonot seksuaaliterveystiedot olivat todennäköisiä, etenkin tytöillä, kun vastaaja ei kokenut seksuaaliasioita lainkaan ajankohtaisiksi. Tytöillä keskimääräistä huonommat tiedot olivat yhteydessä myös siihen, miten ajankohtaisiksi seksiasiat koettiin. Niillä, joille seksiasiat olivat vain jossain määrin ajankohtaisia, tiedot olivat huonommat kuin niillä, joille seksiasiat olivat erittäin ajankohtaisia. Seksuaalikokemukset olivat yhteydessä heikkoon tiedon tasoon vain tytöillä. Mitä vähemmän seksuaalikokemuksia tytöillä oli, sitä todennäköisemmin heillä oli heikot tiedot seksuaaliterveydestä. Pojilla seksuaalikokemusten kart-

tuminen ei ollut lainkaan yhteydessä seksuaaliterveystietoihin. (II osajulkaisu: taulukot 5 ja 6.)

7.3 Vaikuttavatko seksuaaliopetus ja seksuaalivalistuslehti nuorten seksuaaliterveystietoihin?

III osatutkimus

1990-luvun lopulla (1998–1999) oppilaiden ilmoittama seksuaaliopetuksen määrä ja laaja-alaisuus sekä 16-vuotiaille postissa kotiosoitteeseen lähetetyn seksuaalivalistuslehden lukeminen olivat erittäin merkitsevässä yhteydessä seksuaaliterveystietoihin. Monipuolinen ja useammalla kuin yhdellä oppitunnilla toteutettu seksuaaliopetus paransi oleellisesti nuorten seksuaaliterveystietoja. Seksuaaliopetuksen merkitys tietotason kannalta oli kahdeksasluokkalaisille suurempi kuin yhdeksäsluokkalaisille. Nuorille postitetun valistuslehden lukeminen paransi kahdeksasluokkalaisia poikia lukuun ottamatta nuorten seksuaaliterveystietoja seksuaaliopetuksen tasosta riippumatta. Lehti näytti siis täydentävän tietoja hyvin riippumatta siitä, millaista seksuaaliopetusta nuoret olivat saaneet. Sekä koulun seksuaaliopetuksella että valistuslehden lukemisella oli siis itsenäinen vaikutus nuorten tietojen paranemiseen, ja ne täydensivät toistensa vaikutusta. Koulun muu terveysopetus ei lisännyt seksuaaliterveystietoja. Tulosten mukaan melko vähäinenkin seksuaaliopetus koulussa vähensi merkittävästi niiden nuorten osuutta, joiden seksuaaliterveystiedoissa on puutteita. Jos nuori ei ollut saanut koulussa seksuaaliopetusta eikä hän ollut lukenut seksuaalivalistuslehteä, hänen seksuaaliterveystiedoissaan oli varsin suurella todennäköisyydellä merkittäviä puutteita. (III osajulkaisu: taulukko 5.)

7.4 Terveyskasvatusohjelmien vaikutukset peruskoulujen yläluokkien seksuaaliopetukseen

IV osatutkimus

Tutkituista terveys- ja seksuaalikasvatusohjelmista Keski-Suomen Hedelmällisyysfestarit lisäsi seksuaaliopetuksen peittävyttä alueen kouluissa vuoden 1998–1999 aineistossa, mutta ei vuoden 2000–2001 aineistossa. Muut tutkitut ohjelmat eivät vaikuttaneet poikkileikkausaineistossa koulujen seksuaaliopetuksen peittävyteen, mutta koulun muu terveysopetus eli terveysoppikurssit ja päihdeopetus oli yhteydessä hyvään peittävyteen. (IV osajulkaisu: taulukot 3 ja 4.) Eri ohjelmien kumulatiivisen vaikutuksen tutkimiseksi analysoitiin myös kouluihin kohdistuneiden ohjelmien lukumäärän yhteyttä seksuaaliopetuksen peittävyteen vuosien 2000–2001 poikkileikkausaineistossa. Logistinen regressioanalyysi tehtiin Euroopan terveet koulut -ohjelman, Seksuaalitetokil-

pailun ja Hedelmällisyysfestareiden yhdistetyllä ohjelmamuuttujalla (osallistunut: ei mihinkään, yhteen, kahteen tai kaikkiin ohjelmiin). Ohjelmat vahvistivat toistensa vaikutusta, mutta yhteen ohjelmaan osallistuminen ei vaikuttanut seksuaaliopetukseen. Kahteen tai kaikkiin ohjelmiin osallistuminen verrattuna siihen, että koulu ei osallistunut yhteenkään, lisäsi seksuaaliopetuksen peittävyyttä.

Seurantatutkimuksen alkumittauksessa (1998–1999) seksuaaliopetuksen peittävyys oli tämän tutkimuksen mittarin mukaan hyvä 24 %:ssa ja huono 51 %:ssa kouluista. Kaksi vuotta myöhemmin (2000–2001) opetus oli selvästi parantunut: peittävyys oli hyvä 38 %:ssa ja huono 43 %:ssa kouluista. (IV osajulkaisu: taulukko 1.) Seksuaalitetokilpailuun osallistuminen selitti voimakkaasti seksuaaliopetuksen paranemista tai hyvänä säilymistä vuosien 1998–1999 ja 2000–2001 välillä. Kun muut ohjelmat sekä alkumittausajankohdan seksuaaliopetus ja muu terveysopetus vakioitiin, koulun osallistuminen Seksuaalitetokilpailuun lisäsi seksuaaliopetuksen paranemisen tai hyvänä säilymisen todennäköisyyttä lähes kolminkertaisesti kilpailuun osallistumattomiin kouluihin verrattuna. Seksuaalitetokilpailun lisäksi seksuaaliopetuksen muutosta selitti seurannan loppumittausajankohdan muu terveysopetus. Koulun kuuluminen terveysoppikurssille osallistumisen parhaaseen tai keskimmäiseen tertiiliin kolminkertaisti huonoimpaan tertiiliin verrattuna todennäköisyyden, että seksuaaliopetuksen peittävyys parani tai säilyi hyvänä kahta vuotta aiempaan peittävyteen nähden. (IV osajulkaisu: taulukko 6.) Tulosten mukaan sekä seksuaalikasvatusohjelmilla että koulun yleisellä terveysopetuksen panostamisella oli vaikutusta seksuaaliopetuksen järjestämiseen.

7.5 Oppilas- ja koulutason tekijät nuorten seksuaaliterveystietojen selittäjinä

V osatutkimus

Vuosituhanen alussa (2000–2001) yhdeksäsluokkalaisten seksuaaliterveystietojen keskiarvo oli pojilla 4.95 (keskivirhe 0.10) ja tytöillä 5.69 (keskivirhe 0.09). Tyttöjen tiedot olivat paremmat kuin poikien tiedot (t-testi, $p < .001$) ja sekä oppilas- että koulutasolla tietojen vaihtelu oli pojilla suurempaa kuin tytöillä. Koulujen tietokeskiarvojen vaihteluväli oli pojilla 3.75–6.00 ja tytöillä 4.66.–6.67. (V osajulkaisu: kuvio 1.) Kaksitasoisessa lineaarisessa regressiomallissa seksuaaliterveyden tietotaso vaihteli merkitsevästi sekä oppilaiden että koulujen välillä molemmilla sukupuolilla. Vaikka suurin osa vaihtelusta ilmeni oppilastasolla, oli myös koulujen välisen vaihtelun suuruus merkitsevää. Seksuaaliterveystietojen kokonaisvaihtelusta pojilla 3,3 % ja tytöillä 3,6 % ilmeni koulutasolla ja loput oppilastasolla. Nollamallissa, johon ei sisällytetty lainkaan selittäviä muuttujia, oli oppilastason varianssin estimaatti pojilla 2.029 (keskivirhe 0.021) ja tytöillä 1.436 (keskivirhe 0.015). Vastaavat koulutason arvot olivat pojilla 0.070 (keskivirhe 0.008) ja tytöillä 0.054 (keskivirhe 0.006). (V osajulkaisu.)

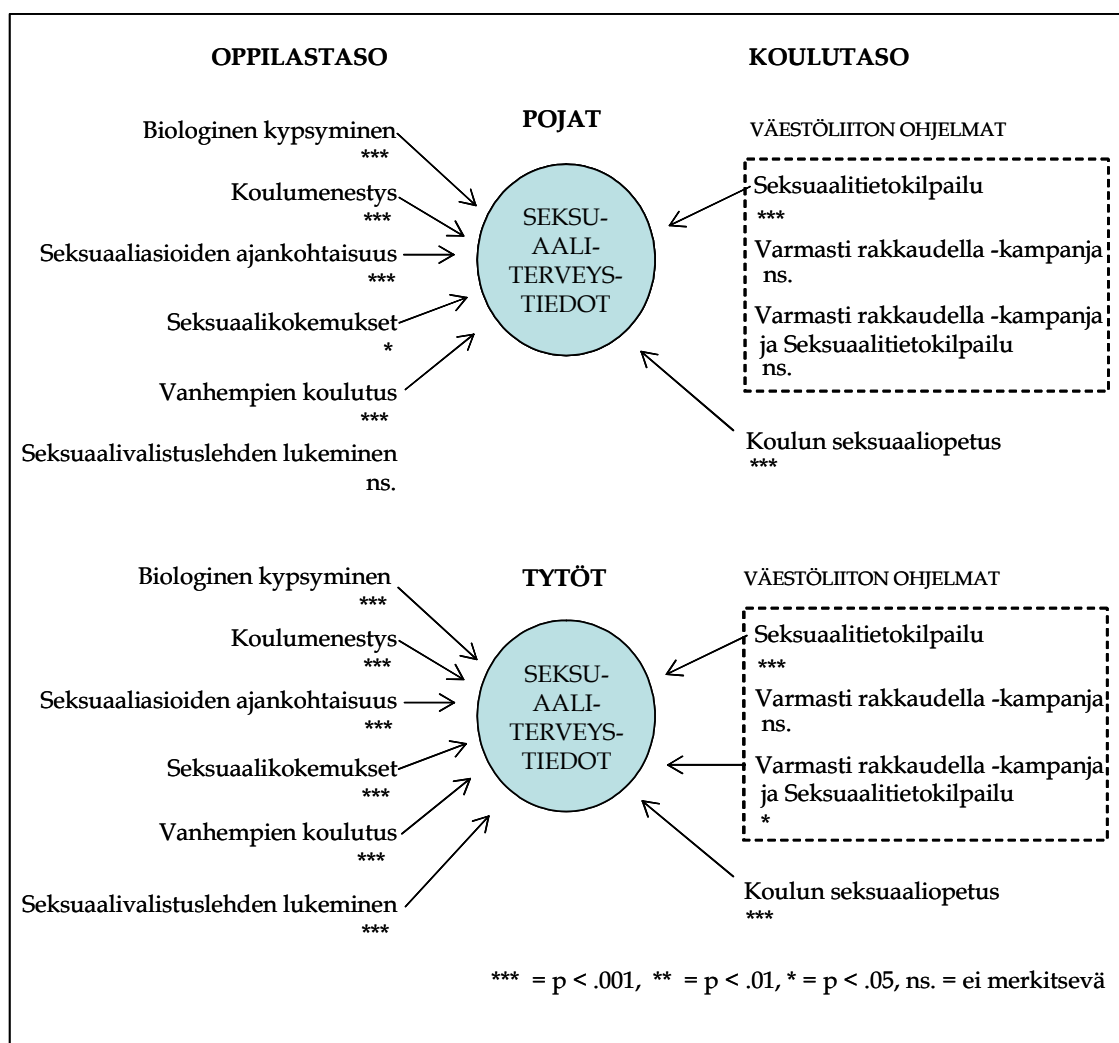
Seksuaaliterveystietojen selittäjät poikien ja tyttöjen monitasomalleissa

Seksuaaliterveystietoja selittivät tytöillä kaikki ja pojilla lähes kaikki malliin mukaan otetut oppilastason muuttajat: kuukautisten tai siemensyöksyjen alkamisikä, koulumenestys, seksuaaliasioiden ajankohtaisuus ja seksuaalikokemukset sekä vanhempien koulutus ja vain tytöillä seksuaalivalistuslehden lukeminen (Kuvio 2). Näiden yksilötason tekijöiden vaikutukset olivat osin erilaisia pojilla ja tytöillä.

Tytöillä kaikki yksilötason jatkuvat selittävät muuttajat paransivat lineaarisesti seksuaaliterveystietoja. Suurin vaikutus oikeiden tietovastausten lukumäärään oli seksuaaliasioiden erittäin ajankohtaisena pitämisellä ja yhdynnän kokemisella (molemmilla lisäys noin 0,3 pistettä). Vähiten vaikutti vanhempien koulutusaste ja seksuaalivalistuslehden lukeminen. Valistuslehden lukeneiden tyttöjen tietokeskiarvo oli keskimäärin 0,15 korkeampi kuin lehteä lukemattomilla tytöillä.

Pojat, jotka ilmoittivat siemensyöksyjen alkaneen 12-vuotiaana, vastasivat tietoväittämiin parhaiten. Heidän tietokeskiarvonsa oli 0,7 pistettä parempi kuin tähän kysymykseen vastaamattomilla oppilailla. Myös kahtatoista ikävuotta aiemmin tai myöhemmin biologisesti kypsyneiden poikien tiedot erosivat vastaamatta jättäneiden ryhmästä merkittävästi. Pojillakin koulumenestys, seksiasioiden ajankohtaisuus ja vanhempien koulutus lisäsivät tietoja lineaarisesti. Poikien seksuaalikokemusten yhteys seksuaaliterveystietoihin oli hyvin vähäistä.

Koulutason tekijöistä koulun osallistuminen Väestöliiton Seksuaalitetokilpailuun lisäsi poikien tietokeskiarvoa 0,18 pistettä ja tyttöjen 0,15 pistettä verrattuna kouluihin, jotka eivät olleet osallistuneet Väestöliiton ohjelmiin tai jotka olivat osallistuneet Varmasti rakkaudella -kampanjaan. Myös niissä kouluissa, jotka olivat osallistuneet Seksuaaliterveystietokilpailun lisäksi aiempaan Varmasti rakkaudella -kampanjaan, tyttöjen tietotaso oli hivenen korkeampi kuin vain Varmasti rakkaudella -kampanjaan tai ei kumpaankaan Väestöliiton ohjelmista osallistuneissa kouluissa. Koulutason tekijöistä merkittävin seksuaaliterveystietojen oikeiden vastausten lukumäärän selittäjä oli sekä pojilla että tytöillä koulun tarjoama seksuaaliopetus: seksuaaliopetuksen oppituntien summapistemäärä oli voimakkaasti yhteydessä yhdeksäsluokkalaisten seksuaaliterveyden tietosummapistemäärään. Esimerkiksi oppituntien keskimääräinen lisääntyminen lukuvuoden aikana yhdestä kahteen lisäsi koulun oppilaiden seksuaaliterveystietojen keskiarvoa noin 0,3 pistettä. Tulosten mukaan melko vähäisenkin seksuaaliopetus voi parantaa oppilaiden seksuaaliterveyteen liittyviä tietoja. (Kuvio 2; V osajulkaisu: taulukko 3.)



KUVIO 2 Seksuaaliterveystietoja selittävät oppilas- ja koulutason tekijät 9.-luokkalaisilla. Kaksitasoinen lineaarinen regressioanalyysi.

Lineaaristen, kaksitasoisten regressiomallien riittävyyden tarkastelua

Hedelmällisyysfestareita lukuun ottamatta sekä poikien että tyttöjen mallissa kaikki estimaatit olivat tilastollisesti merkitseviä. Oppilastason varianssin estimaatti oli pojilla 1.845 (keskivirhe 0.020) ja tytöillä 1.323 (keskivirhe 0.014). Koulutason vastaavat arvot olivat pojilla 0.058 (keskivirhe 0.007) ja tytöillä 0.044 (keskivirhe 0.005). Pojilla oppilastason vaihtelu pieneni nollamallista selitysmalliin 0.184 (9 %) ja tytöillä 0.113 (8 %). Koulutason varianssi pieneni puolestaan pojilla 0.012 (17 %) ja tytöillä 0.010 (19 %). Malli pystyi selittämään osan sekä oppilas- että koulutason vaihtelusta. Tulosten mukaan nuorten seksuaaliterveystiedot määrittyivät sekä oppilaan henkilökohtaiseen taustaan että kouluun liittyvistä tekijöistä.

8 POHDINTA

8.1 Tutkimuksen luotettavuus

Aineiston edustavuus

Kouluterveyskysely on toteutettu Suomen kouluissa vuodesta 1996 lähtien. Se toteutetaan maantieteellisesti samoilla alueilla joka toinen vuosi. Tämän tutkimuksen aineistoina käytettiin koko valtakunnallisen kyselyn vuosien 1998–1999 ja 2000–2001 poikkileikkausaineistoja. Koulutason analyysissä hyödynnettiin niiden koulujen aineistoja, jotka ovat vastanneet kyselyyn peräkkäisinä ajan-kohtina eli vuosina 1996 ja 1998 sekä 1998–1999 ja 2000–2001. Kunnat päättävät koulujensa osallistumisesta Kouluterveyskyselyyn. Tutkimusaineisto ei siis ole satunnaisotos Suomen kunnista tai kouluista, vaan se on muodostunut kuntien ja koulujen Kouluterveyskyselyihin osallistumisen aktiivisuuden mukaan. Kyselyn aineisto saattaa kuitenkin olla valikoitunut koulujen kyselyyn osallistumisen halukkuuden tai esimerkiksi taloudellisista syistä johtuvan osallistumismahdollisuuden perusteella. Koska aineistonkeruun yhteydessä ei ole eri vuosina kerätty tarkkoja tietoja kyselyyn esimerkiksi koulusta poissaolon tai muun syyn vuoksi vastaamattomista, ei käytettävissä ole tarkkoja tietoja aineiston koulukohtaisesta edustavuudesta. Tämä saattaa heikentää tutkimuksen luotettavuutta etenkin koulutason analyysien ja koulujen välisen vaihtelun mittaamisen osalta. Kouluterveyskyselyn aineiston kattavuus on kuitenkin hyvä. Tämän tutkimuksen aineisto kattaa ensimmäisen osatutkimuksen aineistoa lukuun ottamatta suurimman osan Suomen peruskoulujen kahdeksas- ja yhdeksäsluokkalaisista oppilaista sekä peruskoulujen yläluokkia sisältävistä kouluista kunakin tutkimusajankohtana. Ensimmäisen osatutkimuksen aineistossa oli mukana

vuosina 1996 ja 1998 kyselyyn osallistuneet koulut, ja aineisto kattoi molempina vuosina noin neljäsosan koko maan kyseisten ikäluokkien oppilaista ja viidesosan yläluokkia sisältävistä kouluista. Vuosien 1998–1999 yhdistetty oppilastason aineisto (II ja III osatutkimus) kattoi 67 % koko maan kyseisten vuosien oppilasmääristä (Tilastokeskus 2004) ja 82 % kyseisinä vuosina kyselyyn osallistuneiden kuntien 8. ja 9. luokkien oppilaista. Vuosien 1998–1999 ja 2000–2001 koulu- ja oppilastason tutkimuksen (osajulkaisut IV ja V) poikkileikkausaineisto kattoi molempina tutkimusajankohtina noin 65 % koko maan 8. ja 9. luokkien oppilasmääristä ja yli puolet, 54 %, yläluokkia sisältävistä peruskouluista.

Tutkimuksen tiedot on kerätty oman opettajan valvomana luokkakyselyinä. Opettaja on ohjannut kyselylomakkeen täyttämistä annettujen yhteisten ohjeiden mukaan. Kyselyä ohjanneiden opettajien raporttien mukaan kyselyn aikana on useimmiten ollut poissa 5–10 % oppilaista, harvoin yli 20 % (Luopa ym. 2000). Jossain määrin valikoitumista saattaa aiheuttaa näiden kyselyhetkellä poissaolleiden oppilaiden tietojen puuttuminen aineistoista. Tutkimuksen tiedot perustuvat oppilaiden omiin vastauksiin kyselylomakkeessa annettuihin kysymyksiin. Vuosittaiset kyselylomakkeet ovat nähtävissä Stakesin verkkosivuilla (www.stakes.fi/kouluterveys). Luottamuksellisuuden lisäämiseksi luokan kaikkien oppilaiden vastaukset on koottu tunnin loputtua yhteiseen, aineiston kerääjälle osoitettuun postituskuoreen, joka on suljettu oppilaiden läsnä ollessa. Puuttuvia vastauksia eri aineistoissa oli verraten vähän.

Seksuaaliopetuksen oppitunteja koskevan kysymyksen vastauksissa puuttuvien tietojen osuus oli, vuotta 1998 lukuun ottamatta, keskimäärin 2 %. Vuonna 1998, jolloin siirryttiin ensimmäistä kertaa optiseen tallennukseen, puuttuvia vastauksia oli enemmän eli noin 5 %. Seksuualterveystietoväittämässä kato oli noin 1,5 %. Katoanalyysi tehtiin sekä seksuaaliopetuksen että seksuaalterveystietojen tutkimisessa. Aineiston ulkopuolelle rajattujen oppilaiden vastaukset eivät tutkimuksen useiden eri muuttujien (mm. seksuaalikäyttäytyminen, päihteiden käyttö, koulukokemukset) suhteen poikenneet tutkimusaineiston jakaumista. Aineisto ei siis ole valikoitunut oppilaiden seksuaaliopetusta ja seksuaalterveystietoja koskeviin kysymyksiin vastaamisen perusteella. Logistisissa regressioanalyyseissä olivat mukana vain ne oppilaat, joilla oli hyväksytty vastaus kaikkiin mallissa mukana oleviin muuttujiin. Puuttuvien tietojen vaikutusta logistiseen regressioanalyysiin tutkittiin lisäämällä kunkin muuttujan puuttuva tieto omaksi luokakseen. Minkään muuttujan puuttuvien tietojen sisällyttämisellä malliin ei ollut merkittäviä vaikutuksia tuloksiin.

Seksuaaliopetuksen ja seksuaalterveystietojen mittaaminen

Tulokset seksuaaliopetuksen toteuttamisesta perustuvat oppilaiden ilmoitukseen seksuaaliopetuksen oppitunneista kuluneen lukuvuoden aikana. Oppilaiden muistikuvat koko lukuvuoden aikaisista seksuaaliopetuksen oppitunneista saattavat olla kevätlukukauden loppupuolella aikaviiveen vuoksi huonontuneita, mikä voi lisätä epätarkkuutta oppituntien muistamiseen. Lisäksi ne oppilaat, joille opetus on tuntunut erityisen ajankohtaiselta, muistavat oppitunnit todennäköisesti paremmin kuin muut oppilaat. Toisaalta seksuaaliopetuksen kalta-

set erityisoppitunnit, jotka eivät välttämättä sisälly mihinkään oppiaineeseen itsestään selvästi, saattavat jäädä oppilaiden mieleen paremmin kuin tavanomaiset tunnit. Lisäksi seksuaalikasvatusta on voitu toteuttaa muilla oppitunneilla tai oppituntien ulkopuolella eikä omilla erillisillä oppitunneilla. Koulu-terveyskyselyn luotettavuutta seksuaaliopetuksen mittaamisessa tukee yhtenevyys Kontulan (1997) tutkimustuloksiin. Opetusta saaneiden yhdeksäsluokkalaisten oppilaiden käsitykset useimpien sisältöalueiden käsittelyn yleisyydestä (Liinamo, Kosunen ym. 1999) vastasivat melko tarkoin Kontulan tutkimuksessa opettajilta saatuja vastauksia. Myös opetusta saaneiden oppilaiden osuudet on Koulu-terveyskyselyissä todettu suurimmiksi samoilla alueilla (Keski-Suomi, Pohjois-Karjala ja Etelä-Savo), joissa seksuaaliopetus oli Kontulan tutkimuksen mukaan parhaiten toteutettu. Vastaavasti vähiten seksuaaliopetusta raportoineita oppilaita oli niillä alueilla (esim. Oulun seutu), joissa seksuaaliopetus oli myös Kontulan mukaan heikoimmin kehittyntä.

Koulutasolla seksuaaliopetusta mitattiin opetuksen peittävyydellä: kun peittävyys oli huono, oli todennäköistä, että suuri osa oppilaista ei saanut 8. ja 9. luokan aikana lainkaan seksuaaliopetusta. Tällaisia kouluja oli tutkimuskouluista 15 % vuonna 1996 ja 25 % vuonna 1998. Kun opetusta arvioidaan koko koulun tasolla, on olennaista, että opetus tavoittaa kaikilla yläasteen luokilla sekä pojat että tytöt. Esimerkiksi seksuaalista terveyttä tukevia ryhmänormeja voidaan vahvistaa tehokkaasti silloin, kun hyvin suunniteltu opetus tavoittaa koko ikäluokan (Vincent ym. 1987; Orton 1994). Näin ollen seksuaaliopetusta ei voi pitää hyvin järjestettynä opetuksen tavoittaessa hyvin vain joko pojat tai tytöt. Tässä tutkimuksessa koulutason mittaamisen validiteettia tutkittiin erikseen vertaamalla 25 koulun kohdalla Koulu-terveyskyselyissä oppilaiden antamia vastauksia samojen koulujen opettajien ja terveydenhoitajien ilmoitukseen oppitunneista (I osatutkimus). Validiteettitutkimuksessa opettajien ja terveydenhoitajien ilmoitukset opetuksen järjestämisestä antoivat koulujen seksuaaliopetuksen peittävydestä varsin samanlaisen kuvan kuin oppilaskysely. Myös tämä vertailutulos tukee Koulu-terveyskyselyn koulutason mittaamisen luotettavuutta seksuaaliopetuksen osalta.

Tietoväittämät käsittelivät seksuaalista kypsymistä, raskaaksi tulemista, sukupuolitauteja ja homoseksuaalisuutta. Sisällöllisesti väittämien voidaan katsoa mittaavan seksuaaliterveystietoja (Goldsmith 1992; Robinson ym. 2002). Tämän tutkimuksen väittämät arvioivat nuorten seksuaalikasvatukselle määriteltyjen tavoitteiden kannalta keskeisiä sisältöjä. Tietoväittämien seksuaaliterveyden teemat sisältyvät peruskoulun yläasteen valtakunnalliseen opetussuunnitelmaan (Peruskoulun opetussuunnitelman perusteet 1994) sekä nuorten seksuaalikasvatuksen ohje- ja tukimateriaaliin. Siksi näiden tietojen arvioiminen peruskoulun päättövaiheessa on perusteltua. Väittämät painottavat kuitenkin seksuaaliterveyden fyysistä ja biologista ulottuvuutta, eikä mittari vastaa seksuaaliterveyden käsitteen koko laajuutta, johon sisältyy myös esimerkiksi psyykinen ja sosiaalinen ulottuvuus (Greenberg ym. 1993; Promotion of Sexual Health 2000). Tietojen mittaamisen sisältövaliditeettia voidaan kuitenkin nuorten seksuaaliterveyden fyysisen ulottuvuuden osalta pitää kohtalaisen hyvänä.

Tietoväittämissä tieto näyttäytyy kuvailevana, faktuaalisena tietona (Niiniluoto 1975; Nurmi 1995; Jensen 2000). Väittämät eivät mittaa tiedon syvempää ymmärtämistä tai sitä, kuinka tieto suhteutuu nuoren laajempaan tietopetustaan tai esimerkiksi tiedon aktiivista toimintaa ohjaavaa ulottuvuutta (Nurmi 1995; Jensen 2000). Väitelausein mitattu tieto ei välttämättä osoita aina todellista tietämistä (Niiniluoto 1975). Oikea vastaus voidaan antaa vahingossa, tai se voi olla arvauksen tulos. Kyselylomakkeen tietoväittämillä mitatun tiedon luotettavuutta tukevat kuitenkin aiemmat tutkimukset, joissa kyselylomakkeella saatujen tietojen on todettu vastaavan varsin hyvin nuoria haastatteleamalla saatuja tuloksia seksuaaliterveystiedoista (Winn ja Roker 1995; Pötsönen 1998). Kyselylomakemenetelmä on todettu soveltuvaksi ainakin HIV-tartuntaan ja aidsiin (Pötsönen 1998) sekä nuorten puberteettiin ja seksuaalikehitykseen (Winn ja Roker 1995) liittyvien tietojen arviointiin.

Tutkimusasetelma ja seksuaaliterveyden edistämisen arviointi

Tässä tutkimuksessa on arvioitu seksuaaliterveyden edistämisen toimia väestötasolla. Seksuaaliopetuksen toteutumisen arviointi on ikään kuin normiperustaista seksuaaliterveyden edistämisen toiminnan panoksen arviointia (vrt. Sinkkonen ja Kinnunen 1994). Normina voidaan pitää opetuksen tasa-arvoista toteuttamista sekä oppilaiden oikeutta terveyttä ja myös seksuaaliterveyttä koskevaan tietoon. Seksuaaliterveyden tietotaso ja seksuaaliopetuksen peittävyys koulutasolla ovat tässä tutkimuksessa terveyden edistämisen arviointikehyksen mukaisesti edistämistoimien vaikutusten (impact) indikaattoreita (Nutbeam 1998a, 2000a). Toimien vaikutuksia on mitattu rajatuilla kysymyksillä tutkien näin terveys- ja seksuaalikasvatusohjelmien vaikutusta koulujen seksuaaliopetuksen järjestämiseen ja oppilaiden seksuaaliterveystietoihin. Yhteiskunnallisesta näkökulmasta tätä voidaan pitää tavoiteperustaisena arviointina (vrt. Sinkkonen ja Kinnunen 1994).

Väestötasoisten ohjelmien arviointiin ei voida soveltaa tavanomaisia koeasetelmia, koska ohjelmat toteutuvat luonnollisissa olosuhteissa eikä koe- ja kontrolliryhmiä voida selkeästi erottaa (Nutbeam 1998a; Aarø 2000; McQueen 2004). Tässä tutkimuksessa ohjelmien vaikutusta tarkasteltiin poikkileikkausaineistoissa vertaamalla seksuaaliterveyden edistämisen toimille (koulun seksuaaliopetus, valtakunnallinen seksuaalivalistuslehti, Väestöliiton kampanjat, Euroopan terveet koulut -ohjelma sekä alueelliset Hedelmällisyysfestarit) altistuneita kouluja ja oppilaita sellaisiin kouluihin ja oppilaisiin, jotka eivät olleet altistuneet näille ohjelmille (osatutkimukset III, IV, V). Vastaavanlaista asetelmaa on käytetty myös Karibian alueen turvaseksikampanjan arvioinnissa (Middletadt ym. 1995). Osatutkimuksessa IV muodostettiin näennäiskokeellinen asetelma koulutason seuranta-aineistossa ja verrattiin tutkimusajankohtien väliin ajoittuneen Väestöliiton Seksuaalitietokilpailuun osallistumisen tai siihen osallistumatta jättämisen vaikutusta koulujen seksuaaliopetukseen kahden vuoden seurantajaksolla.

Terveyden edistämisen ohjelmat toteutuvat usein kompleksisissa olosuhteissa, ja etenkin silloin, kun tutkijat eivät itse ole osallistuneet ohjelman suun-

nitteluun ja arvioinnin suorittamiseen, on ohjelmien arvioiminen vaikeaa (Campell ym. 2000). Tämän tutkimuksen rajoituksena on koulujen seksuaalikasvatustoiminnan prosessitiedon puuttuminen. Esimerkiksi se, kuinka tässä tutkimuksessa arvioidut seksuaalikasvatusohjelmat on toteutettu ja koettu kouluissa sekä missä määrin ohjelmat ovat tavoittaneet koulujen oppilaat, olisi arvokasta tietoa (Nutbeam 1998a, 2000b; Campell ym. 2000; Tones ja Green 2004). Toisaalta kouluissa on saattanut olla myös muita koulun seksuaaliopetusta tai nuorten seksuaaliterveystietoja lisääviä aktiviteetteja, joita ei ole mitattu tässä tutkimuksessa (Campell ym. 2000). Silloin, kun prosessia ei huomioida, saataan tehdä virhepäätelmiä ohjelman vaikutuksista, koska ohjelman toteuttamiseen liittyvät piirteet vaikuttavat tuloksiin (McBride 2000). Tässä tutkimuksessa ohjelmien vaikutusta oppilaiden seksuaaliterveystietoihin ja seksuaaliopetukseen voidaan arvioida keskimääräisesti tavanomaisten koulujen työskentelyolosuhteiden vallitessa. Tietoa siitä, mitkä toteuttamisen prosessiin liittyvät tekijät määrittävät vaikutusta, ei ole ollut käytettävissä. Tässä tutkimuksessa ei ole mitattu nuorten muita mahdollisia tiedon lähteitä, jotka saattavat toimia tuloksia sekoittavina tekijöinä. Koti, kaverit ja joukkoviestintä, tässä tutkimuksessa mitattua laajemmin, ovat nuorille tärkeitä tiedonlähteitä ja ovat voineet kartuttaa joidenkin nuorten tietoja riippumatta tässä tutkimuksessa mitatusta seksuaalikasvatuksesta. Yhteisöihin ja alueisiin kohdistuneiden ohjelmien vaikutukset saattavat olla myös varsinaista kohdeyhteisöä laajempia. Tällainen ”kontaminaatio” voi olla sekoittava tekijä ohjelmien vaikutusta arvioitaessa. Tässä tutkimuksessa esimerkiksi Hedelmällisyysfestarit-kampanjaan on kuulunut valtakunnallista tiedottamista ja kampanjaan liittyneisiin ammattihenkilöiden koulutustilaisuuksiin on osallistuttu myös kampanja-alueen ulkopuolelta (Ritamo ym. 2000). Ohjelman vaikutukset saattavat näin ulottua myös muualle kuin vain festarialueelle.

Väestökampanjoiden kausaalipäätelmissä tulee validiteetin kannalta huomioida myös testivaikutus. Kun samoilta kouluilta kerätään aineisto ennen ja jälkeen tutkittavan intervention (Cook ja Campbell 1979; Yzer ym. 2000), voi jo alkumittaus olla reaktiivinen: esimerkiksi kampanjaviestit voidaan havaita herkemmin ja mittaaminen sinänsä voi vaikuttaa tuloksiin. Tutkittaessa seuranta-aineistossa Seksuaalitietokilpailun vaikutusta koulujen seksuaaliopetukseen otettiin validiteetin lisäämiseksi malliin mukaan vakioitavana tekijänä alkumittausajankohdan seksuaaliopetuksen taso tutkimuskouluissa. Toisaalta myös Kouluterveyskysely itsessään saattaa kahden vuoden välein kouluissa toistettuna toimia ikään kuin interventiona: koulut saattavat kyselyn seurauksena kehittää ja tehostaa terveyskasvatusta, mikä on sen tarkoituskin. Jos tätä kyselyn omavaikusta ei oteta huomioon, se saattaa sekoittaa tämän tutkimuksen varsinaisina kohteina olevien ohjelmien vaikuttavuuden tulkintaa. Tämän Kouluterveyskyselyn omavaikutuksen huomioon ottamiseksi IV ja V osatutkimuksen mallit tehtiin siten, että myös koulujen Kouluterveyskyselyyn osallistumisen useus oli mallissa mukana omana muuttujanaan. Kyselyyn osallistuminen ei vaikuttanut tulostuottajiin, seksuaaliopetuksen tasoon tai oppilaiden seksuaali-

literveystietoihin, eikä tätä muuttujaa otettu mukaan lopullisiin analyysihin ja tuloksissa esitettyihin malleihin.

8.2 Tulosten pohdinta

Seksuaaliopetus kouluissa

Tämän tutkimuksen mukaan seksuaaliopetus väheni peruskoulujen yläluokilla kahden vuoden seuranta-aikana 1990-luvun puolivälin jälkeen. Koulutasolla arvioituna opetuksen peittävyys väheni lähes joka toisessa koulussa. Tulos osoittaa, että Kontulan (1997) tutkimuksen mukainen joka toisen koulun opettajien arvio opetuksen vähenemisestä 1990-luvun opetussuunnitelmauudistuksen jälkeen toteutui. Myös koulujen opetussuunnitelmiin vuosilta 1994–1998 kohdistunut selvitys osoitti samansuuntaisia havaintoja seksuaaliopetuksen vähenemistä (Hannukkala 1999). Tässä tutkimuksessa havaittiin seksuaaliopetuksessa suurta vaihtelua samassakin koulussa eri lukuvuosina. Vaihtelu kuvanee koulujen seksuaaliopetuksessa havaittua koordinoimattomuutta ja suunnittemattomuutta (Kontula 1997; Liinamo, Koskinen, Peltoniemi ym. 1999).

Tämän tutkimuksen tuloksia voitiin viiden helsinkiläiskoulun osalta verrata samojen koulujen vastauksiin seksuaaliopetuksen oppitunneista KISS-tutkimuksessa vuonna 1992 (I osatutkimus). Vertailussa kävi ilmi, että 9. luokkien vastausten perusteella oppitunnit vähenivät Helsingin kouluissa merkittävästi vuosikymmenen alusta vuosikymmenen loppuun: vuonna 1992 yli 90 % ja vuonna 1998 runsas 50 % yhdeksäsluokkalaisista muisti seksuaaliopetusta ainakin yhden oppitunnin verran. Opetusta saatettiin kuitenkin siirtää alemmille luokka-asteille, joten muutos ei välttämättä antanut kuvaa koko yläasteiden seksuaaliopetuksen vähenemisestä. Vuosituhannen taitteessa suunta kuitenkin muuttui, ja tämän tutkimuksen mukaan varsin monissa peruskouluissa seksuaaliopetus laajeni tuolloin. Tämä tutkimus on antanut tietoa yhteiskunnallisen ohjauksen muutoksen vaikutuksesta koulujen seksuaaliopetukseen: vuoden 1985 opetussuunnitelma ohjasi terveys- ja seksuaaliopetuksen järjestämistä huomattavasti selkeämmin kuin seuraava vuoden 1994 valtakunnallinen opetussuunnitelma. Muutos vähensi siis opetuksen tasa-arvoista järjestämistä. Näiden tutkimustulosten raportointi (I–III osajulkaisu) on ollut osaltaan käynnistämässä keskustelua terveystieto-oppiaineen tarpeellisuudesta. Seksuaaliopetuksen järjestäminen yleistyi 1990-luvun loppupuolen taantuman jälkeen uudelleen jo ennen uuden, terveystieto-oppiaineen sisältävän koululain voimaan tuleamista. Tähän myönteiseen kehitykseen ovat saattaneet vaikuttaa terveys- ja seksuaaliopetuksen tilasta julkisuudessa käyty keskustelu sekä toisaalta myös toteutetut kehittämissuunnitelmat.

Tämän tutkimuksen mukaan alueelliset Hedelmällisyysfestarit ja Väestöliiton Seksuaalitietokilpailu vaikuttivat myönteisesti koulujen seksuaaliopetukseen. Hedelmällisyysfestarit näytti kuitenkin tukevan koulujen seksuaaliopetusta vain Keski-Suomessa, jossa tapahtuma on järjestetty useita kertoja (Ritamo

ym. 2000). Alueellinen kampanjointi ja sen myötä mahdollisesti aktivoituvat kehittämistoimet vaativat siis kertaluonteista pitkäaikaisempaa toimintaa. Australialaistutkimuksessa osoitettiin, että koulujen henkilöstöä voimakkaasti aktivoivat ja asiantuntemusta kouluun tuovat interventiot vaikuttavat koulujen terveyden edistämistyön laaja-alaisuuteen ja laatuun (McBride 2000). Saman tutkimuksen mukaan ne kouluinterventiot, jotka rajoittuivat vain materiaalin lähettämiseen kouluille, eivät tehostaneet koulujen terveyskasvatuksen kehittämistä. Tässä tutkimuksessa materiaalin lähettämiseen perustunut Väestöliiton Varmasti rakkaudella -kampanja ei myöskään osoittautunut seksuaaliopetuksen kannalta vaikuttavaksi. Euroopan terveet koulut -ohjelma on yhteisölähtöinen, tavoitteiltaan laaja terveyden edistämishjelma, ja se ei tämän tutkimuksen mukaan ollut yhteydessä yhden terveyskasvatuksen sisältöalueen, seksuaaliopetuksen oppitunteihin. Ohjelmaan kohdistuneen arvioinnin mukaan kouluissa on kehitetty terveyden edistämisen toimintatapoja ja terveyskasvatuksen opetussuunnitelmaa (Tossavainen ym. 1996). Tämän tutkimuksen mukaan koulujen panostaminen yleisesti terveysopetukseen selitti voimakkaasti seksuaaliopetuksen peittävyttä. Tulokset osoittavat, että koulun kiinnostus terveyskasvatuksen kehittämiseen näkyi useilla terveysopetuksen sisältöalueilla. Tämän tutkimuksen tulokset osoittivat myös, että useampiin terveyskasvatusohjelmiin osallistuminen tehosti seksuaaliopetusta enemmän kuin pelkästään yhteen ohjelmaan osallistuminen. Eri ohjelmat voivat tuoda kouluihin erilaista asiantuntemusta ja toimintaa, jotka tukevat toistensa vaikutuksia.

Suomessa, kuten muissakin Pohjoismaissa, on julkisten opetus-, terveys- ja sosiaalipalveluiden periaatteisiin kuulunut korkea universalismin eli palvelujen kattavuuden ja saatavuuden tasa-arvoisuus (Kosonen 1995). Tämä periaate on ohjannut myös perusopetuksen järjestämistä. Opetussuunnitelman valtakunnallisten perusteiden tehtävänä on tukea kansallisten tavoitteiden toteutumista, vaikka kunnat ja koulut yhä itsenäisemmin valmistelevatkin opetussuunnitelmansa. Seksuaaliopetusta koskevat maininnat vähenivät opetussuunnitelmien perusteissa 1990-luvulla, ja tämän tutkimuksen mukaan opetusta on sen jälkeen järjestetty kouluissa melko epätasa-arvoisesti. Tämä tutkimus tuki aiempien tutkimusten tuloksia seksuaaliopetuksen suurista eroista koulujen välillä (Kontula 1997; Liinamo, Kosonen ym. 1999). Tässä mielessä terveyteen liittyvän opetuksen suhteen oltiin etäällä universalismin periaatteesta. Terveystiedon oppiaineen myötä universalismin tavoitteen saavuttaminen tulee myös mahdollistumaan. Muista maista vertailukelpoista tietoa koulujen seksuaaliopetuksen oppitunneista ei juurikaan ole käytössä. Ruotsissa tilanne oli kuitenkin 1990-luvulla pitkälti samankaltainen kuin Suomessa: Ruotsin opetushallituksen arviointitutkimuksen mukaan seksuaaliopetuksessa oli suuria eroja sekä koulujen että eri luokkien välillä jopa saman koulun sisällä (Skolverket 1999).

Oppilaiden seksuaaliterveystiedot

Nuorilla on oikeus saada omaan kehitykseensä sekä terveyteen ja seksuaaliterveyteen liittyviä tietoja. Seksuaaliterveydestä tietäminen auttaa nuoria sopeutumaan murrosiän muutoksiin sekä mahdollistaa ja tukee seksuaaliterveyttä

edistävää käyttäytymistä ja valintojen tekoa. Erityisesti nuoren kehityksen tukemisen näkökulmasta asiallisen ja hyvän tietopääoman omaksuminen on erittäin tärkeää myös siksi, että kaupallinen seksuaaliviestintä saattaa aiheuttaa nuorissa hämmennystä ja välittää vääristynyttä ja kehitystasoon sopimatonta tietoa.

Nuorten seksuaaliterveystietojen kehitystä tarkasteltiin vertaamalla tämän tutkimuksen tuloksia koko KISS-tutkimuksen vuosien 1986, 1988 ja 1992 tuloksiin yhdeksäsluokkalaisten osalta. Tietotason muutosta analysoitiin kymmenen kyseisinä vuosina KISS-tutkimukseen ja 1998–1999 myös Kouluterveyskyselyyn osallistuneiden koulujen aineistossa neljän väittämän osalta (II osajulkaisu). Sekä koko KISS-tutkimuksen (Kosunen 1993; Kontula 1997) että muutostarkastelua varten tehdyn osa-aineiston mukaan yhdeksäsluokkalaisten tiedot parainivat voimakkaasti vuosien 1986 ja 1988 välillä ja hieman myös vuosina 1988–1992, mutta eivät enää vuosikymmenen lopulle (1998–1999) tultaessa. Joissakin osioissa, esimerkiksi väittämässä ”Nainen ei voi tulla raskaaksi ensimmäisellä yhdyntäkerralla”, tiedot olivat heikentyneet vuosikymmenen lopussa. Osatutkimuksissa raportoitujen tietotulosten perusteella yhdeksäsluokkalaisten sukupuolitauteihin liittyvät tiedot näyttäisivät hieman heikentyneen verrattaessa tietotuloksia vuosien 1998–1999 ja 2000–2001 poikkileikkausaineistoista (II ja V osajulkaisu). Muutoksen suuntaa ei kuitenkaan voi luotettavasti arvioida poikkileikkausaineistojen tulosten pohjalta, vaan se edellyttää tietojen mittaamista seuranta-aineistosta. Merkit seksuaaliterveyden tietotason hienoisesta taantumisesta on otettava vakavasti. Yleinen viestintä sisältää yhä enemmän seksuaaliväritteistä aineista, ja kaupallista, esimerkiksi internetin sisältämää, seksuaalisuuteen liittyvää materiaalia on yhä enemmän lasten ja nuorten saatavilla. Suomalaisen aikuisväestön kodin seksuaalikasvatusroolille asettamat odotukset näyttivät valtakunnallisen tutkimuksen mukaan kasvaneen 1990-luvulla (Haa-vio-Mannila ja Kontula 2001). Tämän tutkimuksen tulokset osoittivat sekä oppilaan henkilökohtaisten taustatekijöiden, kuten kehitysvaiheen, seksuaaliasioiden ajankohtaisuuden ja perhetaustan, että virallisen seksuaalikasvatuksen tärkeän merkityksen nuorten seksuaaliterveystiedoille.

Sekä Suomessa (Kontula ym. 1992; Kosunen 1993; Kontula 1997), Norjassa (Kraft 1993), Englannissa (Winn ja Roker 1995) että Yhdysvalloissa (Crosby ja Yarber 2001; Hoff ym. 2003) nuorten seksuaaliterveyteen liittyviä tietoja, kuten seksuaalista kehitystä, raskautta, sukupuolitauteja ja niiltä suojautumista koskevaa tietämystä on pidetty puutteellisena. Seksuaaliterveystiedot kuitenkin lisääntyvät murrosiän aikana selvästi: tämän tutkimuksen tulokset ovat yhteneviä aiempien kyselytutkimusten tulosten kanssa sekä Suomessa (Kannas ym. 1984; Kontula ja Rimpelä 1988; Kontula ym. 1992; Kosunen 1993), Englannissa (Winn ja Roker 1995), Norjassa (Kraft 1993) että Tanskassa (Boelskifte ym. 2002). Kuitenkaan laajan yhdysvaltalais tutkimuksen mukaan ikä ei merkittävästi lisännyt nuorten seksuaalitietoutta (Hockenberry-Eaton ym. 1996). Tulos saattaa heijastella yhteiskunnan eroja suhtautumisessa nuorten seksuaalikasvatukseen. Niin tämän kuin edellä mainituissa muissa maissa tehtyjen tutkimustenkin perusteella tyttöjen tiedot on todettu poikien tietoja paremmiksi.

Aikaisemmat tutkimukset antavat biologisen kypsymisen (Kontula ja Rimpelä 1988; Hämäläinen ja Keinänen-Kiukaanniemi 1991) sekä seksuaalikokemusten (Kontula ja Rimpelä 1988; Hämäläinen ja Keinänen-Kiukaanniemi 1991; Kraft 1992, 1993; Winn ja Roker 1995; Hockenberry-Eaton ym. 1996; Crosby ja Yarber 2001; Boelskifte ym. 2002; Hansen ja Skjeldestad 2003) ja seksuaaliterveystietojen yhteydestä ristiriitaisen kuvan. Tässä tutkimuksessa nuoren omat seksuaalikokemukset (suudelmät, hyväilyt, yhdynnät) olivat yhteydessä seksuaaliterveystietoihin vain tytöillä: mitä enemmän kokemuksia, sitä paremmat tiedot. Pojilla seksuaalikokemusten karttuminen ei ollut yhteydessä tietotasoon. Samanlainen sukupuoliero havaittiin myös KISS-tutkimuksessa 1980-luvulla (Kontula ja Rimpelä 1988), mutta muista maista vastaavia tuloksia ei ole raportoitu. Tämänikäisillä suomalaispojilla on seksuaalikokemuksia lähes yhtä paljon kuin tytöillä (Kosunen 2004). Aikaisempien tutkimusten mukaan tytöt, joilla on seksuaalikokemuksia, hankkivat myös kokemattomia aktiivisemmin tietoja esimerkiksi kirjoista, kavereilta ja koulusta (Hannonen 1993; Pötsönen 1998). Pojilla vastaavaa yhteyttä ei ole havaittu yhtä selvästi, vaikka vuonna 1992 seksuaalikokemuksia ilmoittaneet tytöt ja pojat lukivatkin valtakunnallisen seksuaalivalistuslehden kokonaan useammin kuin ne nuoret, joilla ei vielä ollut seksuaalikokemuksia (Hannonen 1993). Myös koulun seksuaaliopetus tavoittaa paremmin tytöt kuin pojat (Liinamo, Kosunen ym. 1999; I osajulkaisu). Tietotason sukupuolierot saattavat johtua poikien ja tyttöjen erilaisesta suhtautumisesta tietopuoliseen opiskeluun, mikä ilmenee yleisesti myös tyttöjen parempana koulumenestyksenä. Kun seksuaalisuuteen liittyvät asiat tulevat kehityksen ja seurustelukokemusten myötä ajankohtaisiksi, tytöt omaksuvat ja oppivat myös seksuaaliterveyteen liittyviä asioita paremmin kuin pojat. Toisaalta erot saattavat heijastaa poikien ja tyttöjen kehityksen eritahtisuutta. Pojat kehittyvät myöhemmin kuin tytöt, ja murrosikään liittyvä kehityksellinen taantuma on pojilla voimakkaampi kuin tytöillä ja ajoittuu juuri peruskoulun yläluokkien vaiheeseen (Aalberg ja Siimes 1999). Sukupuolittunut seksuaaliterveystietämys on otettava erityisenä haasteena seksuaalikasvatuksen kehittämiseksi.

Tähän tutkimukseen nähden samansuuntainen tulos hyvän koulumenestyksen yhteydestä seksuaaliterveystietoihin on havaittu aikaisemmissakin tutkimuksissa (Kannas ym. 1984; Kontula ja Rimpelä 1988; Kraft 1993). Kuitenkaan Hollannissa opintonsa keskeyttäneiden ja opiskelevien nuorten tiedot eivät eronneet toisistaan (Vogels ym. 1999). Sekä tämän että aikaisemman (Kannas ym. 1984) suomalaisen tutkimuksen mukaan myös vanhempien matala koulutustaso oli yhteydessä nuoren huonoihin seksuaaliterveystietoihin. Lisäksi tutkimuksessa on havaittu, että työläisperheiden nuorilla on enemmän seksuaalikokemuksia kuin maanviljelijöiden ja toimihenkilöperheiden nuorilla (Pötsönen 1998). Näyttää siis siltä, että juuri niillä nuorilla, joilla tiedon tarve olisi suurin, on heikoimmat tiedot seksuaaliterveydestä. Tässä tutkimuksessa todettujen oppilaan huonon koulumenestyksen, lyhyiden koulu-urasuunnitelmien sekä vanhempien matalan koulutustason merkitys heikon seksuaaliterveyden tiedon tason ennustajana herättävät kysymyksen varhaisesta valikoitumisesta terveysuralle myös seksuaaliterveyden alueella (osajulkaisu II ja V). Suomessa sosiaa-

liryhmien väliset terveyserot eivät ole vähentyneet, ja kritiikkiä onkin ilmaistu terveyden edistämisen tehottomuudesta pienentää näitä eroja (Prättälä ym. 1999; Kangas ym. 2002). Nuoruusiän ja myös tulevan terveyden kannalta koulun ja terveydenhuollon yhteistyönä toteutetulla seksuaalikasvatuksella saattaa olla vaikutusta sosiaaliryhmien välisten terveyserojen vähentämiseen. Kansainvälisten ohjelma-arviointien mukaan laaja-alaiset ohjelmat ovat seksuaaliterveyden kannalta vaikuttavampia kuin esimerkiksi vain koulun seksuaaliopeutukseen kohdistuneet ohjelmat. Kouluterveydenhuollon ja nuorten seksuaaliterveyspalveluiden merkitys nuorten seksuaaliterveyden kannalta on erittäin tärkeä. Perheen merkitystä nuorten terveystietojen ja -taitojen sekä terveyteen liittyvien arvojen oppimisessa tulisi korostaa nykyistä enemmän. Nuoret pitävät kotia tärkeänä seksuaaliterveyteen liittyvien asioiden tiedonlähteenä, ja tätä voimavaraa tulisi tukea seksuaaliterveyden edistämässä.

Koulun ja seksuaalikasvatuksen merkitys seksuaaliterveystietojen kannalta

Tässä tutkimuksessa koulujen välistä vaihtelua oppilaiden seksuaaliterveystiedoissa tutkittiin monitasoanalyysillä (V osajulkaisu). Seksuaaliterveystiedot vaihtelivat merkitsevästi sekä oppilaiden että koulujen välillä siten, että oppilaiden välinen vaihtelu oli huomattavasti suurempaa kuin koulujen välinen. Seksuaaliterveystietojen kokonaisvaihtelusta pojilla 3,3 % ja tytöillä 3,6 % ilmeni koulutasolla ja loput oppilastasolla. Koulujen välisiä eroja on havaittu myös Väestöliiton Seksuaalitietokilpailun muodossa toteutetussa kahdeksaluokkalaisten selvityksessä (Kontula ym. 2001). Oppilaiden terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä koulujen välisiä eroja on raportoitu myös muissa suomalaistutkimuksissa. Eroja koulujen välillä ilmeni oppilaiden kokemuksissa kouluelämän laadusta (yleinen koulutyytyväisyys sekä oppilas-opettaja -suhde) 1990-luvun alkupuolella (Malin ja Linnakylä 2001) sekä yleisessä hyvinvoinnissa (Konu ym. 2002) ja oppilaiden kokemuksissa terveysoireissa (Karvonen ym. 2005) 1990-luvun lopulla. Tutkijoiden mukaan oppilaiden välinen vaihtelu sekä yleisessä hyvinvoinnissa (Konu ym. 2002) että koetussa terveydessä (Karvonen ym. 2005) johtui suurimmaksi osaksi yksilöiden välisestä vaihtelusta: vain yksi prosentti hyvinvoinnin ja noin kaksi prosenttia koetun terveyden vaihtelusta ilmeni koulujen välillä. Tietojen osalta yksilöiden ja koulujen välinen vaihtelu oli tämän tutkimuksen mukaan samansuuntaista, joskin koulutason vaihtelu oli hieman edellä mainittuja tutkimuksia suurempaa.

Seksuaalikasvatuksen vaikutusta nuorten seksuaaliterveystietoihin on Suomessa tutkittu aiemmin hyvin vähän. 1980-luvun lopussa aidsiin ja sukupuolitauteihin liittyviä tietoja lisäsi jopa yksi koulun oppitunti (Hämäläinen ja Keinänen-Kiukaanniemi 1991). Suomessa seksuaalikasvatuksen ja koulujen seksuaaliopeutuksen taso näyttäisi heijastuvan nuorten tiedon tasoon yleisestikin. Nuorten seksuaaliterveystiedot paranivat 1980-luvulla (Kontula 1991b; Kosunen 1993; Kontula 1997), jolloin osin hiv-epidemiasta johtuen valistuskampanjat ja myös koulujen seksuaaliopeutus lisääntyivät (Kontula 1997; Nurmi 2000). Sekä tämä (I osajulkaisu) että muut tutkimukset (Kontula 1997; Hannukkala 1999) osoittivat yläasteiden seksuaaliopeutuksen vähenemisen 1990-luvun lopulla.

Samalla nuorten seksuaaliterveystietojen myönteinen kehitys tämän tutkimuksen mukaan pysähtyi ja tiedot jopa joiltakin osin heikentyivät (II osajulkaisu). Kansainvälisissä sekä koeasetelmallisissa että väestötasoisissa arviointitutkimuksissa suunnitelmallisen seksuaalikasvatuksen on poikkeuksetta todettu lisäävän nuorten seksuaaliterveystietoja.

Tämän tutkimuksen mukaan valtakunnallisella seksuaalikasvatuksella on tietojen oppimisen kannalta tärkeä merkitys: niin oppilaiden ilmoittama koulun seksuaaliopetuksen oppituntien ja niillä käsiteltyjen aiheiden lukumäärämäärä kuin 16-vuotiaille postissa kotiosoitteeseen lähetetyn seksuaalivalistuslehden lukeminenkin olivat erittäin merkitsevässä yhteydessä seksuaaliterveystietoihin (III osajulkaisu). Seksuaalivalistuslehden vastaanottoa selvittäneissä tutkimuksissa noin 40 % yhdeksännen (Hannonen 1993) ja kahdeksannen (Nykänen 1996) luokan oppilaista ilmoitti saavansa lehdestä uutta tietoa etenkin sukupuolitaudeista. Tässä tutkimuksessa käytetyn seksuaaliterveystietomittarin seitsemästä tietoväittämästä kolme liittyikin sukupuolitauteihin, joten oli odotettavaa, että lehden lukemisen vaikutus näkyi tietotason paranemisena.

Tutkittaessa monitasoanalyysillä seksuaaliterveystietoja selittäviä tekijöitä seksuaaliopetuksen oppituntien lisäksi koulun osallistuminen Väestöliiton Seksuaalitietokilpailuun selitti yhdeksäsluokkalaisilla pojilla ja tytöillä koulujen välisiä eroja oppilaiden seksuaaliterveystiedoissa (V osajulkaisu). Aiemmassa tutkimuksessa Seksuaalitietokilpailun havaittiin tehostaneen koulujen seksuaaliopetusta (IV osajulkaisu). Tämän analyysin mukaan Seksuaalitietokilpailu on itsessään, eikä vain tehostuneen seksuaaliopetuksen kautta, lisännyt oppilaiden seksuaaliterveystietoja. Tytöillä tiedot olivat paremmat myös niissä kouluissa, jotka olivat osallistuneet Seksuaalitietokilpailun lisäksi myös aiempaan Väestöliiton vuosina 1993–1998 toteuttamaan Varmasti rakkaudella -kampanjaan. Edellä mainittu ohjelma toteutui kouluissa kouluterveydenhuollon kautta, ja se on saattanut tehostaa enemmän tyttöjen kuin poikien seksuaalikasvatusta. Alueellisten toimijoiden yhteistyössä Stakesin kanssa toteuttamat Hedelmällisyysfestarit eivät koulutasolla vaikuttaneet oppilaiden seksuaaliterveystietojen eroihin. Koulut ovat itse päättäneet aktiivisuudestaan osallistua festaritapahtumiin, ja tämän tutkimuksen mukaan ohjelmalla ei ainakaan koko aluetta koskevana muuttujana ollut vaikutusta nuorten seksuaaliterveystietoihin. Toisaalta Hedelmällisyysfestarit ovat saattaneet lisätä nuorten tietoja niissä kouluissa, jotka ovat aktiivisesti osallistuneet ja hyödyntäneet tätä alueellista ohjelmaa. Tällaista prosessitietoa ei kuitenkaan ole käytettävissä.

Tässä tutkimuksessa tutkitut oppilaiden taustatekijät (biologinen kypsyminen, seksuaalikokemukset, koulumenestys, vanhempien koulutustausta, seksuaalivalistuslehden lukeminen) vähensivät koulujen välistä vaihtelua oppilaiden seksuaaliterveystiedoissa pojilla 4,3 % ja tytöillä 3,7 %. Koulutason tekijät (seksuaaliopetus ja koulujen osallistuminen seksuaalikasvatusohjelmiin) selittivät puolestaan vaihtelusta pojilla 12,8 % ja tytöillä 14,8 %. Loput vaihtelusta jäi selittämättä. Pieni osa koulujen välisistä eroista johtui siis oppilaiden seksuaaliterveystietoja selittävien taustojen erilaisuudesta (compositional effect) ja suurempi osa koulukontekstin (contextual effect) toimintaan liittyvistä piirteistä

(Duncan ym. 1998; Leyland ja Groenewegen 2003). Koulun merkitys nuorten terveyden edistämisessä voi liittyä sosiaalisiin tekijöihin, kuten kaveripiirin merkitykseen ja oppilaiden sosiaalisten taustatekijöiden vaikutusten tasoittumiseen koulussa tai toisaalta koulun suunnitelmalliseen terveyden edistämistyöhön, kuten terveystietoon ja -kasvatukseen (West 1997).

Kansainvälisessä perusopetuksen arviointitutkimuksessa koulujen väliset erot oppilaiden oppisaavutuksissa monien pakollisten oppiaineiden osalta on havaittu Suomessa OECD-maiden pienimmiksi (Väljærvi ja Linnakylä 2002). Kansainvälisesti koulujen välillä on havaittu eroja myös oppilaiden terveyskäyttäytymisessä (Raymond ym. 1998; Maes ja Lievens 2003) ja hyvinvoinnissa (Opdenakker ja Van Damme 2000; Torsheim ja Wold 2001). Belgialaistutkimuksissa (Opdenakker ja Van Damme 2000) koulun merkitys oli suurempi oppilaiden kognitiivisten tietojen kuin oppilaiden hyvinvoinnin määrittäjänä. Myöhemmin Belgiassa todettiin, että koulun terveyskasvatuksellinen panostus ei vaikuttanut lainkaan koulujen välisiin eroihin oppilaiden terveyskäyttäytymisessä, johon kuului tupakointi, alkoholin käyttö ja hampaiden harjaus (Maes ja Lievens 2003). Norjalaistutkimuksessa 40 % kahdeksaluokkalaisten kokemien oireiden koulujen välisistä eroista selittyi koulujen psykososiaalisilla ympäristötekijöillä (Torsheim ja Wold 2001). Tässä tutkimuksessa oppilaiden seksuaaliterveystiedoissa oli merkitseviä eroja koulujen välillä ja koulun seksuaalikasvatuksellinen toiminta selitti osan niistä.

Tulosten mukaan koulujen seksuaalikasvatuksellinen toiminta ja kouluihin kohdistuneet seksuaalikasvatusinterventiot kuitenkin selittivät osittain oppilaiden seksuaaliterveystietoja henkilökohtaisten taustatekijöiden lisäksi. Koululla on siten tärkeä rooli nuorten terveystietojen omaksumisessa. Yksi monitasoanalyysin sovellutusalue on yhteisöihin, kuten kouluun, kohdistuneiden terveyskasvatusinterventioiden vaikutusten arviointi (Leyland ja Groenewegen 2003). Monet nuorille suunnatut terveyskasvatusinterventiothan toteutuvat nimenomaan kouluinterventioina. Monitasoanalyysia voisi soveltaa enemmän koulujen terveyskasvatuksen ja kouluihin kohdistuneiden interventioiden arviointiin.

8.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet

Tämä tutkimus sijoittuu ajankohtaan ennen terveystieto-oppiaineen tuloa perusopetukseen omaksi oppiaineekseen. Kouluterveyskyselyn osalta yhden terveystieteen alueen, seksuaaliopetuksen ja nuorten seksuaaliterveystietojen, sekä laajemmin nuorten terveyden koulujen ja kuntien välisten erojen raportointi on lain valmisteluprosessin aikana tarjonnut tietoa poliittisen päätöksenteon tueksi. Aineistosta julkaistut artikkelit ja raportit ovat olleet todennäköisesti myös virittämässä koulun terveyskasvatukseen liittyvää julkista keskustelua sekä kehittämistyötä. Vuosituhannen vaihteessa, jo ennen uuden oppiaineen lainvoimaa, ainakin seksuaaliopetuksen oppitunnit lisääntyivät kouluissa. Tä-

mä tutkimus on rajatuissa kysymyksenasetteluissa tuottanut tietoa seksuaalikasvatusohjelmien vaikuttavuudesta.

Monitasoanalyysi vahvisti aiemmin kuvailevissa tutkimuksissa havaitut koulujen väliset erot nuorten seksuaaliterveystiedoissa. Yksilötason taustatekijöiden vaikutus oppilaiden seksuaaliterveystietoihin osoittaa erityisesti nuoren kehitystasoon soveltuvan seksuaalikasvatuksen tärkeyden. Myös nuoren perhe-taustan merkitys osoittautui tärkeäksi tietojen kannalta. Virallinen seksuaalikasvatus on välttämätöntä, mutta perheen kasvatustehtävän tulee ulottua myös nuoren terveen kehityksen tukemiseen. Tämän tutkimuksen mukaan jopa hyvinkin vähäinen seksuaalikasvatus, yksi oppitunti tai seksuaalivalistuslehden lukeminen, osoittautui seksuaaliterveyden fyysiseen ja biologiseen ulottuvuuteen painottuneiden seksuaaliterveystietojen suhteen hyvin merkitykselliseksi. Tutkituista seksuaalikasvatusohjelmista konkreettisimmin koulujen seksuaaliopetuksen kehittämiseen ja nuorten seksuaaliterveystietojen lisäämiseen kohdistunut Väestöliiton Seksuaalitietokilpailu oli merkittävin opetuksen ja tietojen kannalta.

Terveystieto-oppiaine voi tulevaisuudessa mahdollistaa monia terveystu-
lostien saavuttamisen kannalta oleellisiksi osoittautuneita nuorten terveystu-
tuksen ja terveyden edistämisen toiminnan piirteitä: opetuksen riittävä tunti-
määrä, teoriaperustaisuus ja menetelmällinen toiminnallisuus terveys- ja vuo-
rovaikutustaitojen kehittämisessä, iän ja kehitysvaiheen huomioon ottaminen
sekä terveystiedon opettajien riittävä kompetenssi ovat esimerkkejä tällaisista
tekijöistä. Näihin haasteisiin vastaaminen edellyttää monipuolista tutkimus- ja
kehittämistoimintaa terveystiedon opetuksen kehittämiseksi. Koulun opetus ei
kuitenkaan yksin pysty vastaamaan nuorten terveyden edistämisen tarpeisiin.
Tutkimusten tulokset ovat osoittaneet, että monisektorinen toiminta sekä valta-
kunnan hallinnollisella että paikallisella käytännön tasolla tehostaa tavoitteiden
saavuttamista. Nuorten kannalta koulun, kodin, terveystu-
toimen, järjestöjen ja harrastustoiminnan roolit ja yhteistyö voivat yhdessä olla
luomassa terveyttä tukevaa kasvu-ympäristöä. Kouluterveydenhuollon rooli
nuoren henkilökohtaisiin, seksuaaliterveyteen liittyviin neuvontatarpeisiin vas-
taamisessa on korvaamaton. Kouluterveydenhuollon asiantuntemusta tarvitaan
myös koulu- ja kuntakohtaisen terveysopetuksen suunnittelussa ja toteutukses-
sa. Esimerkiksi kouluterveydenhuoltoon sekä perheeseen nuorten terveyden
edistämisen voimavaroina tulisi jatkossa suunnata myös tutkimustyötä ja kehit-
tämistoimintaa.

Valtakunnalliset kampanjat ja ohjelmat ovat myös tärkeitä. Ne ikään kuin
luovat maaperää kohdennettumille interventioille vaikuttaen samalla yleisesti
väestön tietoihin ja käsityksiin. Hollannista sadut kampanja-arviointitulokset
osoittavat, että väestötasolla saavutettujen tulosten säilyminen edellyttää kam-
panjoiden säännöllistä toteutusta (Yzer ym. 2001). Seksuaaliterveyden edistämi-
sen yksilö-, yhteisö- ja väestötason toimien ja ohjelmien tulisi muodostaa suun-
nitelmallinen, tutkimustietoa hyödyntävä strategia (vrt. Nutbeam 1998a, 2000a).
Ohjelmien vaikuttavuutta on Suomessa tutkittu hyvin vähän, joten siitä ja tu-
loksellisen ohjelman piirteistä on käytettävissä vain rajoitetusti tietoa eikä muis-

ta maista saatu tieto välttämättä soveltu suomalaiseseen kulttuuriin ja politiikkaan. Ohjelmien kehittämisen kannalta tällainen tieto on välttämätöntä.

Seksuaaliterveyden fyysisen ja biologisen ulottuvuuden lisäksi tulevaisuuden seksuaalikasvatuksen ja sen tutkimuksen tulee kattaa laajemmin myös seksuaaliterveyden psyykinen, sosiaalinen ja eettinen ulottuvuus. Valtakunnallisella tutkimuksella voi olla myös interventiivinen vaikutus: sen, mitä tutkitaan, ajatellaan olevan oleellista ja tärkeää, mikä voi ohjata toimintaa. Seksuaalikasvatuksen tietoperustan laajentaminen on siksi hyvin tärkeää. Seksuaaliterveyden ja terveyden edistämisen arvioinnin indikaattoreiden kehitystyö on oleellinen haaste. Käyttäytymis- ja terveystiedon indikaattorit ovat tarpeen, mutta niiden lisäksi tarvitaan edeltävien, välillisten terveyden edistämisen tulosindikaattoreiden kehittämistä. Terveystiedon oppiaineen osalta indikaattoreiden kehittäminen on erittäin ajankohtaista. Myös terveystiedon oppimisesta sekä opettamisen tuloksista tarvitaan jatkossa valtakunnallisesti edustavaa tutkimustietoa.

SUMMARY

Background

In Finland, the sexual education of adolescents has been regulated since the 1970s by the National Board of Education and the Ministry of Social Affairs and Health. Instruction related to this topic has been part of the curriculum since the mid-1900s, but officially relationship and sexual education was included in the curriculum in 1970. To prevent unwanted pregnancies and sexually transmitted diseases among adolescents, the Ministry of Social Affairs and Health has emphasised the importance of relationship and sexual education, as well as cooperation between school and health service personnel. Since 1987, the Ministry of Social Affairs and Health has mailed a sex education magazine to a particular age group (15- or 16-year-olds) to their home address. Sexual health promotion became more intensive in the 1970s and 1980s, and according to research, sexual education at schools increased, the sexual health knowledge of adolescents improved and teenage abortions became less common. Along with administrative changes, the national regulation of sexual education was reduced in the 1990s regarding the implementation of basic education (National Comprehensive School Curriculum 1994) and the organisation of health services (Taskinen and Muuri 1997). At the same time, the responsibility of municipalities and schools was increased. With lighter national regulation, the importance of evaluating basic education by the National Board of Education and by other administrative branches was emphasised (Opetushallitus 1998; Linnakylä 1998). According to research, sexual education at schools was reduced (Kontula 1997; Hannukkala 1999; Liinamo, Kosunen et al. 1999) and teenage abortions became more common in the late 1990s, after a lengthy downward trend. These changes focused the current research at the status of sexual education for adolescents (e.g. Kosunen 2000).

Topics related to sexuality are crucial in supporting the growth and development of adolescents. According to research, sexual education is highly significant for adolescent sexual health. Knowledge about sexual health helps adolescents adjust to the changes of puberty, and allows and supports the kind of behaviour and choices that promote sexual health. In this study, sexual education includes sexual education lessons at school, a national sex education magazine and national programmes and campaigns to promote adolescent sexual health. We utilised the nationwide School Health Promotion Study to look at the factors that affect sexual education at schools and the sexual health knowledge of adolescents. Sexual education is evaluated from the point of view of health promotion, with sexual health promotion as the main subject.

Purpose of the Study

The first goal of this study was to explore the changes in sexual education in 8th and 9th grades of comprehensive school from the school year 1995–1996 to 1997–

1998. In addition, the validity of evaluating sexual education, based on the School Health Promotion Study, was investigated by comparing the results of pupil answers on the implementation of sexual education to the information provided by teachers and school nurses from the same schools (N=25) (I publication). The second research task was to describe the sexual health knowledge of 8th and 9th grade pupils and investigate the association of their socio-demographic background factors and sexual experiences to their knowledge level. The study took place in the late 1990s, in a time when there was a reduced administrative requirement to provide sexual education in comprehensive schools (II publication).

Thirdly, we looked at the effects of sexual education at school and a national sex education magazine on the sexual health knowledge of adolescents in 1998–1999 (III publication). The fourth goal was to explore the effects of specific health education programmes and campaigns and other health education on the sexual education lessons at school in two cross-sectional data sets (1998–1999 and 2000–2001) and on the changes in sexual education during a two-year follow-up period (IV publication). The final research task was to investigate whether, in addition to variation between pupils in their sexual health knowledge (9th grade boys and girls), there was also variation between schools in the early 2000s. Furthermore, we looked at what pupil-related background factors and factors related to sexual education at school explained the variation in sexual health knowledge among 9th graders (V publication).

Data and Analysis

The research data were provided by the national School Health Promotion Study conducted every other year in the same geographical areas of Finland, covering the whole country. This study focused on data from 8th and 9th graders in 1996 and 1998–2001. The school data of the first sub-study (N=131) include a fifth of all comprehensive schools in Finland with 8th and 9th grades and about 40% of all the 8th and 9th grade pupils at that time. The cross-sectional data of the other sub-studies include most of the 8th and 9th grade pupils in Finland at the time of the study (about 80 000–90 000) and most of the comprehensive schools hosting 8th and 9th grades (434 and 441).

The research data were analysed separately at pupil and school levels, and with multilevel analysis with the two levels together. The descriptive results of the study have been presented as percent distributions. The associations between discrete variables were investigated with cross-tabulation and the significance of between-group differences was tested with the Chi-square test. The statistical significance of the agreement between pupil and teacher evaluations was tested with the Kappa test (Pett 1997). Logistic regression analyses were used to explain the dichotomous dependent variables. Differences between the means of continuous variables were tested with analyses of variance. The effect of pupil- and school-level factors on sexual health knowledge was analysed with two-level linear regression analysis (Goldstein 1997; Leyland and Groenewegen 2003; Snijders and Bosker 2003).

Results

Between the years 1996 and 1998, the percent of pupils reporting sexual education lessons during the past school year was reduced in 9th grade but maintained at the previous level in 8th grade. At school level, the coverage of sexual education became worse in almost every other school. In the late 1990s (1998–1999), the sexual health knowledge of girls was better than of boys, and of 9th graders better than of 8th graders. Of the different statements, the pupils had the weakest knowledge in matters related to sexually transmitted diseases. In addition to grade and gender, the pupils' poor knowledge was explained by poor school performance, later than average puberty, finding sexual issues not to be topical, short continuing education plans and parents' low educational level. Sexual experiences explained the knowledge level of girls but not of boys: the girls who reported having experience had better knowledge than those who did not. Both sexual education at school and having read the sex education magazine mailed to adolescents by the Ministry of Social Affairs and Health had an independent effect on improved sexual health knowledge.

Of the studied health and sexual education programmes, the regional sexual health campaign – Fertility Festivals – improved the coverage of sexual education in the schools of the Central Finnish campaign area in 1998–1999, but not any more two years later in 2000–2001. Other health education at school was associated with good coverage of sexual education at both time periods. At school level, the coverage of sexual education increased during the two-year follow-up period at the turn of the millennium. Improved or maintained coverage of instruction was explained by the school's participation in the Family Federation of Finland's (FFF) sex quiz, as well as by other health education at school.

In 2000–2001, variation in the sexual health knowledge of 9th grade boys and girls was statistically significant between pupils as well as between schools. Most of this variation occurred between individuals, with only 3% of the variation occurring between schools. With both genders, sexual health knowledge was explained by the timing of pubertal maturation, school performance, topicality of sexual matters, sexual experiences and the educational level of parents, and with girls also by having read the sex education magazine. Of the school-level factors, the school's participation in the FFF's sex quiz increased the knowledge mean of both boys and girls when compared to schools that did not participate in either of the FFF programmes. Among girls, the school's participation in both FFF campaigns – sex quiz and the earlier Securely with Love campaign – increased their sexual health knowledge. Of the school-level factors, the most significant determinant of sexual health knowledge with both genders was sexual education lessons at school: the sum score of sexual health knowledge was better with more sexual education lessons among 9th graders. Part of both pupil- and school-level variation in sexual health knowledge was explained by the two-level linear regression model; however, the variation remained statistically significant at pupil and school levels with both genders. According to the results, adolescent sexual health knowledge is determined by factors related to

the personal background of the pupil as well as to the school's sexual education.

Conclusions

The reduction in sexual education lessons at school after the mid-1990s coincided with the cutbacks in overall sexual education associated with administrative changes. At the turn of the millennium, the number of sexual education lessons increased again. The increase was affected by a general emphasis on health education at schools and by specific sexual education programmes. This study was conducted before the amendment to the Basic Education Act (453/2001), which defined health education as its own school subject. Reporting on sexual education and adolescent sexual health knowledge, and more broadly, on research results related to youth health, has provided data to support political decision-making during the drafting process of the Act. The articles and reports published from this nationally representative material have probably also stimulated development related to health education at school.

Sexual health knowledge in this study was measured with seven statements about sexual maturity, becoming pregnant, sexually transmitted diseases and homosexuality. The statements emphasise the physical and biological dimension of sexual health. The measure does not cover the whole spectrum of sexual health, which also includes, for example, psychological and social dimensions (Promotion of Sexual Health 2000; Robinson et al. 2002). However, the content validity of this measure can be considered relatively good regarding the physical dimension of adolescent sexual health.

Multilevel analysis confirmed the between-school differences in the sexual health knowledge of adolescents, as discovered in earlier descriptive studies as well. Both official sexual education at school and the school programmes organised by the Family Federation of Finland had a significant role in improving the pupils' knowledge on sexual health topics. The pupils' family background also proved to be an important factor of their knowledge. Sexual education at school is necessary, but at the same time, the family's role needs to extend towards supporting the healthy development of youth. School health services have an important role as well. In the future, research should focus more also on the role of family and health services.

This study, with narrowly defined questions, has provided information about the effects of sexual education. The effects of different programmes have been studied very little in Finland. Evaluation research in this area should be strengthened and utilised more effectively in planning future health promotion programmes and strategies.

In the future, health education as a new school subject will create excellent opportunities for long-range development of sexual education. Therefore, developing the subject and evaluating its effectiveness will require versatile research and development activity. Developing indicators to evaluate health knowledge is important - and developing indicators to evaluate the promotion of sexual health is another essential challenge. Future sexual education, and the

research of it, should cover not only the physical and biological dimension, but more broadly, the psychological, social and ethical dimension of sexual health as well.

LÄHTEET

- Aalberg, V. & Siimes, M. 1999. Lapsesta aikuiseksi. Nuoren kypsyminen naiseksi tai mieheksi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Nemo.
- Aapola, S. 1999. Murrosikä ja sukupuoli. Julkiset ja yksityiset ikämäärittelyt. Helsinki: Suomen kirjallisuuden seura.
- Aarø, L. 2000. On the impotence of intervention studies. Paper in 3th Nordic health promotion research conference Outcomes in Health Promotion. Key questions for research and policy. 6-9.9.2000. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Aarva, P. 1992. Terveystilastus terveyden edistäjänä: valistuksen muodot, vaikutukset ja ideologisuus. Suomen Lääkärilehti 47 (24), 2189-2193.
- Abel, T. 2004. Rethinking The Social Context Of Health Behavior: Implications For Surveillance. Paper presented in Session Building the Evidence based health promotion 29.4.2004. The 18th World Conference on Health Promotion and Health Education. Melbourne 26-30 April 2004. <http://www.health2004.com.au>.
- Allen, L. 2001. Closing sex education's knowledge/practice gap: the reconceptualisation of young people's sexual knowledge. Sex Education 1 (2), 109-122.
- Allison, K. & Rootman, I. 1996. Scientific rigour and community participation in health promotion research: are they compatible? Health Promotion International 11, 333-340.
- Baerle, J., Dusseldorp, E. & Maes S. 2001. Condom use self-efficacy: effect on intended and actual condom use in adolescents. Journal of Adolescent Health 28 (5), 421-431.
- Bandura, A. 1992. A social cognitive approach to the exercise of control over AIDS infection. In R. J. DiClemente (Eds.) Adolescents and AIDS: A generation in jeopardy. Newbury Park, CA: Sage. 89-116.
- Barnekow Rasmussen, V. & Rivett D. 2000. The European network of health promoting schools - an alliance of health, education and democracy. Health Education 100 (2), 61-67.
- Bartholomew, L. K., Parcel, G. S., Kok, G. & Gottlieb, N. H. 2001. Intervention mapping: Designing theory- and evidence-based health promotion programs. Mountain View, CA: Mayfield.
- Bauer, G., Davies, K. J., Pelikan, J., Noack, H., Broesskamp, U. & Hill, C. 2003. Advancing a theoretical model for public health and health promotion indicator development. European Journal of Public Health 13 (3), 107-113.
- Boelskifte, J., Saval, P. M. & Leisgård Rasmussen, K. 2002. Unges viden om prævention og seksualitet gennem 14 år. Ugeskr Laeger 164 (24), 3203-3206.
- Borgia, S., Spadea, T., Perucci, C. A., De Pascali, V., Fano, V., Schifano, P. & Abeni, D. D. C. 1997. Limited effectiveness of a school-based HIV prevention campaign in Italy. European Journal of Public Health 7 (4), 411-417.

- Boyce, W. F., Warren, W. K. & King, A. J. C. 2000. The effectiveness of a school based hiv education program: A longitudinal comparative evaluation. *The Canadian Journal of Program Evaluation* 15 (2), 93-116.
- Brown, J. D. 2000. Adolescents' sexual media diets. *Journal of Adolescent Health* 27S, 35-40.
- Brown, J. D. 2002. Mass media influences on sexuality. *The Journal of Sex Research* 39 (1), 42-45.
- Burazeri, G., Roshi, E. & Tavanxhi, N. 2004. Does knowledge about sexually transmitted infections increase the likelihood of consistent condom use? *Preventive Medicine* 39 (6), 1077-1079.
- Buston, K., Wight, D., Hart, G. & Scott, S. 2002. Implementation of a teacher-delivered sex education programme: obstacles and facilitating factors. *Health Education Research* 17 (1), 159-172.
- Cacciatore, R. 1994. Seksuaalivalistus nuorisogynekologian näkökulmasta. Teoksessa H. Peltonen (toim.) *Koulu terveyden arvoitusta pohtimassa*. Helsinki: Opetushallitus, 148-155.
- Campbell, C. & Aggleton, P. 1999. Young people's sexual health: A framework for policy debate. *The Canadian Journal of Human Sexuality* 8 (4), 249-262.
- Campbell, M., Fitzpatrick R., Haines, A., Kinmonth, A. L., Sandercock, P., Spiegelhalter, D. & Tyrer, P. 2000. Framework for design and evaluation of complex interventions to improve health. *British Medical Journal* 321 (7262), 694-696.
- Chapin, J. R. 2001. Adolescent sex and mass media: A developmental approach. *Adolescence* 35 (140), 799-811.
- Cook, T. D. & Campbell D. T. 1979. *Quasi-experimentation: desing & analysis issues for field setting*. Boston, MA: Houghton Mifflin.
- Coyle, K., Basen-Engquist, K., Kirby, D., Parcel, G., Banspach, S., Harrist, R., Baumler, E. & Weil, M. 1999. Short-term impact of Safer Choices: A multi-component, school-Based HIV, other STD, and pregnancy prevention program. *Journal of School Health*, 69 (5), 181-188.
- Crosby, R. A. & Yarber, W. L. 2001. Perceived versus actual knowledge about correct condom use among U.S. adolescents: results from a national study. *Journal of Adolescent Health* 28 (6), 415-420.
- Darroch, J. E., Frost, J. J. & Singh, S & The Study Team. 2001. *Teenage sexual and reproductive behavior in developed countries. Can more progress be made?* New York, NY: The Alain Guttmacher Institute.
- DeLamater, J. & Friedrich, W. N. 2002. Human sexual development. *The Journal of Sex Research* 39 (1), 10-14.
- Denman, S., Moon, A., Parson, C. & Stears, D. 2002. *The Health Promoting School. Policy, Research and Practice*. London and New York: Routledge/Falmer.
- Deven, F. 1991. A Never-Ending Story. School, family life and sex education in European countries. *Planned Parenthood in Europe* 20 (1), 2-3.

- DeVroome, E. M. M., Paalman, M. E. M., Dingelstad, A. A. M., Kolker, L. & Sandfort, T. G. M. 1994. Increase in safe sex among the young and non-monogamous: knowledge, attitudes and behaviour regarding safe sex and condom use in the Netherlands from 1987 to 1993. *Patient Education and Counseling* 24 (3), 279-288.
- DiCenso, A., Guyatt, G., Willian, A. & Griffith, L. 2002. Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents: systematic review of randomized controlled trials. *British Medical Journal* 324 (7351), 1426-1430.
- Duncan, C., Jones, K. & Moon, G. 1998. Context, composition and heterogeneity: using multilevel models in health research. *Social Science and Medicine* 46 (1), 97-117.
- Engeström, Y. 1988. *Perustietoa opetuksesta*. Valtiovarainministeriö. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Fisher, W. A. & Fisher, J. D. 1998. Understanding and promoting sexual and reproductive health behavior: Theory and method. *Annual Review of Sex research* 9, 39-76.
- Forrest, S., Strange, V. & Oakley, A. & The Ripple study team. 2002. A comparison of students' evaluations of a peer-delivered sex education programme and teacher-led provision. *Sex Education* 2 (3), 195-214.
- Franklin, C., Grant, D., Corcoran, J., O'Dell Miller, P. & Bultman, L. 1997. Effectiveness of prevention programs for adolescent pregnancy: a meta-analysis. *Journal of Marriage and the Family* 59 (3), 551-567.
- Frantti-Malinen, U. 2004. Tietoa ja tukea seksuaali- tai sukupuolivähemmistöön kuuluvalle. Teoksessa E. Kosunen, M. Ritamo (toim.) *Näkökulmia nuorten seksuaaliterveyteen*. Raportteja 282. Helsinki: Stakes, 100-111.
- Frost, J. J. & Darroch Forrest, J. 1995. Understanding the impact of effective teenage pregnancy prevention programs. *Family Planning Perspectives* 27 (5), 188-195.
- Giami, A. 2002. Sexual Health: The emergence, development, and diversity of a concept. *Annual Review of Sex Research* 13, 1-35.
- Gillies, P. 1998. Effectiveness of alliances and partnerships for health promotion. *Health Promotion International* 13 (2), 99-120.
- Goldsmith, M. 1992. Family planning and reproductive health issues. In H. Vur-tis (Ed.) *Promoting Sexual Health*. London: British Medical Assosiation Foundation for AIDS, 121-128.
- Goldstein, H. 1997. Methods in school effectiveness research. *School Effectiveness and School Improvement* 8 (4), 369-395.
- Green, J. 1998. School sex education and education policy in England and Wales: the relationship examined. *Health Education Research* 13 (1), 67-72.
- Green, L. 2004. Matching the evidence at the level we use it. Paper presented in Session Effectiveness of Health Promotion - A Question of evidence 27.4.2004. The 18th World Conference on Health Promotion and Health Education. Melbourne 26-30 April 2004. <http://www.health2004.com.au>.

- Green, L. W. & Kreuter, M. W. 1999. Health promotion planning. An educational and ecological approach. Mountain View, CA: Mayfield Publishing Company.
- Green, L. W. & Lewis, F. M. 1986. Measurement and evaluation in health education and health promotion. California: Mayfield Publishing Company.
- Greenberg, J. S., Bruess, C. R. & Mullen, K. D. 1993. Sexuality. Insights and issues. Dubuque: Vm. C. brown Publishers.
- Grunbaum, J. A., Kann, L., Williams, B. I., Kinchen, S. A., Collins, J. L. & Kolbe, L. J. 1998. Characteristics of health education among secondary schools – school health education profiles, 1996. Morbidity & Mortality Weekly Report 47 (SS-4), 1–31.
- Grunseit, A., Kippax, S., Aggleton, P., Balbo, M. & Slutkin, G. 1997. Sexuality education and young peoples sexual behavior: a review of studies. Journal of Adolescent Research 12 (4), 421–453.
- Haavio-Mannila, E. & Kontula, O. 2001. Seksin trendit meillä ja naapureissa. Helsinki: WSOY.
- Hakulinen, T., Pietilä, A-M. & Kurkko, H. 2002. Terveystiedon edistämisen vaikuttavuuden arviointi. Teoksessa A-M. Pietilä, T. Hakulinen, E. Hirvonen, P. Koponen, E-M. Salminen & K. Sirola (toim.) Terveystiedon edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: WSOY, 282–300.
- Halila, A. 1949. Suomen kansakoululaitoksen historia. Osa 2: Kansakouluasetuksesta piirijakoon. Helsinki: WSOY.
- Hammes, M. J. & Duryea, E. J. 1986. Cognitive development and dynamics of decision-making among adolescents. Journal of School Health 56 (6), 224–226.
- Hannonen, S. 1993. Sixteen-lehden vastaanotto 16-vuotiaiden keskuudessa. Terveystiedon hallinnon pro gradu -tutkielma. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Hannukkala, M. 1999. Perhekasvatus peruskoulujen yläasteilla – oppimisympäristön kartoitusta ja tarkastelua vuosien 1994–1998 opetussuunnitelmien pohjalta. Kotitaloustieteen sivulaudaturtyö. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Hansen, T. & Skjeldestad, F. E. 2003. Communication about contraception and knowledge of oral contraceptives amongst Norwegian high school students. Journal of Adolescence 26 (4), 481–493.
- Heikkinen, H. 2005. Terveystiedon, identiteetti ja hyvä elämä. Teoksessa L. Kannas & H. Tyrväinen (toim.) Virikkeitä terveystiedon opetukseen. Julkaisuja 3. Terveystiedon edistämisen tutkimuskeskus. Julkaisuja 3. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Heikkinen, T. 1991. Homoseksuaalisuus oppikirjoissa. Nuorisotutkimus 9, 27–32.
- Heikkinen, T. & Kontula, O. 1992. Koulujen huumeopetus: tutkimus lukuvuodesta 1989–1990. Helsinki: Sosiaali- ja terveyshallitus.
- Heimonen, A., Launis, T. & Liinamo, A. 1996. Ehkäistä vai edistää? Nuori perhesuunnittelun asiakkaana. Aiheita 18. Jyväskylä: Stakes.

- Hiltunen-Back, E. 2004. Klamydiatartunnat ikäryhmittäin. Teoksessa E. Kosunen & M. Ritamo (toim.) Näkökulmia nuorten seksuaaliterveyteen. Raportteja 282. Helsinki: Stakes, 41-44.
- Hockenberry-Eaton, M., Richman, M., Dilorio, C., Rivero, T. & Maibach, E. 1996. Mother and adolescent knowledge of sexual development: the effect of gender, age and sexual experience. *Adolescence* 31 (121), 35-47.
- 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.
- Holland, J., Ramazanoglu, C., Scott, S., Sharpe, S. & Thomson, R. 1991. Between embarrassment and trust: young women and diversity of condom use. In P. Aggleton & P. Davies (Eds.) *AIDS: responses, intervention and care*. Falmer, Basingstoke, 127-148.
- Hukkila, K. & Nisula, T. 1991. Seksuaalikäyttäytymisen kulttuuriset ehdot. Esi-merkkinä 15-vuotiaat tytöt. *Nuorisotutkimus* 9 (2), 3-9.
- Hulton, L. J. 2001. Adolescent sexual decision-making: an integrative review 8 (4), 1-16.
- Hägglund, T-B. 1985. Nuoruusiän psykiatria. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Häggström-Nordin, E., Hanson, U. & Tyden, T. 2002. Sex behavior among high school students in Sweden: improvement in contraceptive use over time. *Journal of Adolescent Health* 30 (4), 288-295.
- Hämäläinen, S. & Keinänen-Kiukaanniemi, S. 1991. Peruskoululaisten tiedot ja asenteet Hiv-tartunnasta ja sukupuolitaudeista. Yhden hiv-valistusoppitunnin vaikutus. Teoksessa H. Urponen, P. Aarva, R. Nupponen (toim.) *Terveyskasvatustutkimuksen vuosikirja 1991. Tutkimuksia 2/1991*. Helsinki: Sosiaali- ja terveyshallitus. 135-150.
- Ihmissuhde- ja sukupuolikasvatuksen opetussuunnitelmatyöryhmän tarkistettu muistio 1: peruskoulu. 1976. Helsinki: Kouluhallitus.
- International Planned Parenthood Federation. 1996. Charter on sexual and reproductive rights. London: IPPF.
- Janz, N. K., Champion, V. L. & Strecher, V. J. 2002. The health belief model. In K. Glanz, B. K. Rimer & F. Lewis (Eds.) *Health behavior and health education*. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 45-66.
- Jemmott, J. B. & Jemmott, L. S. 2000. HIV behavioural interventions for adolescents in community settings. In J. L. Peterson & R. J. DiClemente (Eds.) *Handbook of HIV Prevention*. New York: Plenum Publisher, 103-124.
- Jemmott, J. B., Jemmott, L. S. & Fong, G. T. 1998. Abstinence and safer sex HIV risk-reduction interventions for African American adolescents: A randomized controlled trial. *American Journal of Medical Association* 279 (19), 1529-1536.
- Jensen, B. B. 2000. Health knowledge and health education in the democratic health-promoting school. *Health Education* 100 (4), 146-153.

- Jokela, J. 1996. Kouluterveys 1996 -aineiston tallennuksesta. Kouluterveys 1996 – Tiedotuslehti N:o 1b. 19.9.1996. Stakes. Jokinen, K. & Saaristo, K. 2002. Suomalainen yhteiskunta. Helsinki: WSOY.
- Jones, E. F., Darroch, Forrest, J. D., Goldman, N., Henshaw, K., Lincoln, R., Rossoff, J. I., Westoff, C. F. & Wulf, D. 1985. Teenage pregnancy in developed countries: determinants and policy implications. *Family Planning Perspectives* 17 (2), 53–63.
- Kaltiala-Heino, R., Kosunen, E. & Rimpelä, M. 2003. Pubertal timing, sexual behaviour and self-reported depression in middle adolescence. *Social Sciences & Medicine* 57 (6), 1055–1062.
- Kaltiala-Heino, R. & Rimpelä, M. 1999. Bullying, depression, and suicidal ideation on Finnish adolescents: school survey. *British Medical Journal* 319 (7206), 451–457.
- Kangas, I., Keskimäki, I., Koskinen, S., Lahelma, E., Manderbacka, K., Prättälä, R. & Sihto, M. 2002. Sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen – tiedosta toimintaan. Teoksessa I. Kangas, I. Keskimäki, S. Koskinen ym. (toim.) Kohti terveyden tasa-arvoa. Helsinki: Edita, 11–18.
- Kannas, L. 1993. Nuorten seksuaalikasvatuksen tavoitteita, tehtäviä ja menetelmällisiä erityispiirteitä. Teoksessa L. Kannas (toim.) Ihanan tukala seksuaalisuus. Selvityksiä 4/1993. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 9–40.
- Kannas, L. & Heinonen, T. 1993. Seksuaalikasvatuksen arkea: vaikenevat kodit ja myöhästelevät koulut. Teoksessa L. Kannas (toim.) Ihanan tukala seksuaalisuus. Selvityksiä 4/1993. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 117–140.
- Kannas, L., Kukkonen, P. & Perälä, A-M. 1984. Koululaisten tiedot sukupuoli- ja ihmissuhdekysymyksistä. Teoksessa K. Laine (toim.) Terveyskasvatustutkimuksen vuosikirja 1984. Lääkintöhallituksen julkaisuja. Sarja Tutkimukset 5/1984. Helsinki: Lääkintöhallitus, 11–26.
- Karvonen, S., Rimpelä, M. & Luopa, P. 2003. Kuntien väliset erot lasten ja nuorten terveydessä ja terveystottumuksissa. Peruseräraportti 2000–2002. Tutkimuksia 131. Helsinki: Stakes.
- Karvonen, S., Vikat, A. & Rimpelä, M. 2005. The role of school context in the increase in young people's health complaints in Finland. *Journal of Adolescence* 28 (1), 1–16.
- Keskimäki, I., Karvonen, S., Sund, R. & Leyland, A. 2001. Monitasomallien käyttö terveystutkimuksessa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 38 (4), 327–335.
- Ketting, E. 1996. Sexual health is something different. *Choices* 25 (2), 1.
- Kim, N., Stanton, B., Li, X., Dickersin, K. & Galbraith, J. 1997. Effectiveness of the 40 adolescent AIDS-risk reduction interventions: a quantitative review. *Journal of Adolescent Health* 20 (3), 204–215.
- Kirby, D. 1989. Research on effectiveness of sex education programs. *Health Education Research* 28 (2), 165–171.
- Kirby, D. 2001. Emerging answers. Research findings on programs to reduce teen pregnancy. May 2001. <http://www.teenpregnancy.org>.

- Kirby, D. 2002. Effective approaches to reducing adolescents unprotected sex, pregnancy, and childbearing. *Journal of Sex Research* 39 (1), 51–58.
- Kirby, D. & Coyle, K. 1997. School-based programs to reduce sexual risk-taking behaviour. *Children and Youth Services Review* 19 (5–6), 415–36
- Kontula, O. 1991a. Sukupuolielämän aloittamisen yhteiskunnallisista ehdoista. *Tutkimuksia* 14/1991. Helsinki: Sosiaali- ja terveyshallitus.
- Kontula, O. 1991b. Nuorten tiedontarve. Teoksessa O. Kontula, U-M. Aaltonen, T. Björklund & S. Lähdesmäki (toim.) *Seksistä – kuinka puhua nuorille? Sexpo ry:n julkaisuja*. Helsinki: Otavan, 37–52.
- Kontula, O. 1993. Sukupuolielämän aloittaminen. Teoksessa O. Kontula & E. Haavio-Mannila (toim.) *Suomalainen Seksi*. Helsinki: WSOY, 86–115.
- Kontula, O. 1997. Yläasteiden sukupuolikasvatus lukuvuonna 1995–1996. *Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 1997: 3*. Helsinki: Edita.
- Kontula, O., Cacciatore, R., Apter, D., Bildjuschkin, K., Törhönen, M., Koski, S. & Tiilo, L. 2001. Koululaisten tiedot seksuaaliterveydestä. *Väestöliitto. Katsauksia E 11*. Helsinki: Väestöliitto.
- Kontula, O. & Meriläinen, J. 1988. Nuorten kypsyminen seurusteluun ja seksuaalisuuteen. *Lääkintöhallituksen julkaisuja. Terveyskasvatus. Sarja Tutkimukset 9/1988*. Helsinki: Lääkintöhallitus.
- Kontula, O. & Rimpelä, M. 1988. Nuorten tiedot sukupuolisesta kehityksestä. Teoksessa L. Kannas & S. Miilunpalo (toim.) *Terveyskasvatustutkimuksen vuosikirja 1988. Lääkintöhallituksen julkaisuja. Terveyskasvatus. Sarja Tutkimukset 8/1988*. Helsinki: Lääkintöhallitus, 141–156.
- Kontula, O., Rimpelä, M. & Ojanlatva, A. 1992. Sexual knowledge, attitudes, fears and behaviors of adolescents in Finland (the KISS study). *Health Education Research. Theory & Practice* 7 (1), 69–77.
- Konu, A. 2002. Oppilaiden hyvinvointi koulussa. *Acta Universitatis Tamperensis* 887. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Konu, A. I., Lintonen, T. P. & Autio, V. J. 2002. Evaluation of well-being in schools – a multilevel analysis of general subjective well-being. *School Effectiveness and School Improvement* 13 (2), 187–200.
- Korhonen, J. 1971. Katsaus terveystieteiden kehittämiseen Suomen kansa- ja oppikouluissa. *Jyväskylän yliopiston kansanterveystieteen laitoksen julkaisuja 2*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Korhonen, J. 1998. Terveyskasvatuksen ja terveystiedon opetussuunnitelmat sekä näkökohtia niiden kehittämiseksi. *Terveystieteen laitoksen julkaisusarja 8*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Koskinen-Ollonqvist, P., Pelto-Huikko, A-P. & Rouvinen-Vilenius, P. (toim.) 2005. Näkökulmia vaikuttavuuteen. *Vaikuttavuuden arvioinnin mahdollisuudet terveyden edistämiseksi*. Helsinki: Terveystieteen tutkimuskeskus.
- Kosonen, P. 1995. Eurooppalaiset hyvinvointivaltiot: yhdentymistä ja hajaantumista. Helsinki: Gaudeamus.
- Kosunen, E. 1993. *Teini-ikäisten raskaudet ja ehkäisy*. Helsinki: Stakes.

- Kosunen, E. 1996. Adolescent reproductive health in Finland: oral contraception, pregnancies and abortions from the 1980's to the 1990s. *Acta Universitatis Tamperensis* 486. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Kosunen, E. 2000. Nuorten seksuaaliterveys. Teoksessa O. Kontula & I. Lottes (toim.) *Seksuaaliterveys Suomessa*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 270-281.
- Kosunen, E. 2004. Seksuaalikäyttäytymisen muutokset. Teoksessa E. Kosunen & M. Ritamo (toim.) *Näkökulmia nuorten seksuaaliterveyteen*. Raportteja 282. Helsinki: Stakes, 46-60.
- Kosunen, E., Vikat, A., Rimpelä, M., Rimpelä, A. & Huhtala, H. 1999. Questionnaire study of use of emergency contraception among teenagers. *British Medical Journal* 319 (7202), 91.
- Kouda, T. 1996. Sexual health? How Boring. *Choices* 25 (2), 7-12.
- Koulutuksen tuloksellisuuden arviointimalli. 1998. Arviointi 7/1998. Helsinki: Opetushallitus.
- Kouvonen, A. & Lintonen, T. 2002. Adolescent part-time work and heavy drinking in Finland. *Addiction* 97 (3), 311 Opetushallitus 318.
- Kraft, P. 1992. Public knowledge of aids in Norway 1986-1989. *Health Education Research* 7, 21-30.
- Kraft, P. 1993. Sexual knowledge among Norwegian adolescents. *Journal of Adolescence* 16 (1), 3-21.
- Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet. 1998. Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveystyön järjestämisestä vuosina 1999-2002. Annettu Helsingissä 31.8.1998. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Laajasalo, T. 2001. Seksuaalisuus lukion oppikirjoissa. Helsingin yliopiston opettajankoulutuslaitos. Tutkimuksia 231. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Lahtinen, E., Koskinen-Ollonqvist, P., Rouvinen-Wilenius, P. & Tuominen, P. 2003. Muutos ja mahdollisuus. Terveyden edistämisen tutkimuksen arviointi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2003: 15. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Laki perusopetuslain muuttamisesta 2001. 453/2001.
- Langfeldt, T. & Porter, M. 1986. Sexuality and family planning: report of a consultation and research findings. Copenhagen: World Health Organization, Regional Office for Europe.
- Lehto, J. 1997. Rahoituksen ja rakenteen muutoksia sosiaali- ja terveyspalveluissa. Teoksessa H. Uusitalo & M. Staff (toim.) *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus*. Raportteja 214. Helsinki: Stakes, 29-48.
- Lehtonen, J. 1995. Nuoret suomalaiset heterokoulussa. *Nuorisotutkimus* 13 (4), 9-20.
- Lehtonen, J. 1998. Heteroseksuaalisuus oppikirjoissa - lähtökohtana ei-heteroseksuaalisten nuorten kokemukset. Teoksessa H. Helve (toim.) *Nuorten arki ja muuttuvat rakenteet*. Nuorisotutkimus 2000, 5/98. Helsinki: Nuorisotutkimusseura, 159-191.

- Lehtonen, J. 2000. Ei-heteroseksuaaliset ja transsukupuoliset ihmiset Suomessa. Teoksessa O. Kontula & I. Lottes (toim.) Seksuaaliterveys Suomessa. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 282–292.
- Lehtonen, J. 2003. Seksuaalisuus ja sukupuoli koulussa. Näkökulmana heteronormatiivisuus ja ei-heteroseksuaalisten nuorten kertomukset. Helsinki: Yliopistopaino & Nuorisotutkimusverkosto.
- Lehtonen, J. 2004. Heteronormatiivisuus seksuaalikasvatuksen haasteena. Teoksessa E. Kosunen & M. Ritamo (toim.) Näkökulmia nuorten seksuaaliterveyteen. Raportteja 282. Helsinki: Stakes, 147–158.
- Leland, N. & Barth, R. 1992. Gender differences in knowledge, intentions, and behaviors concerning pregnancy and sexually transmitted disease prevention among adolescents. *Journal of Adolescent Health* 13 (7), 589–599.
- Lewis, J. & Knijn, T. 2002. The politics of sex education policy in England and Wales and the Netherlands since the 1980s. *Journal of Social Policy* 31 (4), 669–694.
- Leyland, A. & Groenewegen, P. 2003. Multilevel modelling and public health policy. *Scandinavian Journal of Public Health* 31 (4), 267–274.
- Liinamo, A. 2004. Nuorten seksuaalikasvatusohjelmien vaikuttavuus. Teoksessa E. Kosunen & M. Ritamo (toim.) Näkökulmia nuorten seksuaaliterveyteen. Stakes. Raportteja 282. Helsinki: Stakes, 125–136.
- Liinamo, A., Koskinen, M., Peltoniemi, P., Tarkiainen, M., Rimpelä, M., Kosunen, E. & Jokela, J. Kouluterveys 1996 ja 1998. 1999. Seksuaaliopetus ja seurustelukokemukset Lapin läänissä: tilanne Lapin läänissä 1998 ja Rovaseudulla 1996 ja 1998. Lapin lääninhallituksen julkaisusarja 2. Rovaniemi: Lapin lääninhallitus.
- Liinamo, A., Koskinen, M., Rimpelä, M., Kosunen, E. & Jokela, J. Kouluterveys 1996 ja 1998 Keski-Suomessa. 1998. Seksuaaliopetus ja seurustelukokemukset. Turku: Länsi-Suomen lääninhallitus.
- Liinamo, A., Koskinen, M., Terho, P., Rimpelä, M., Kosunen, E. & Jokela, J. Kouluterveyskyselyt 1996 ja 1998. 1999. Seksuaaliopetus ja seurustelukokemukset Turussa. Turun kaupungin terveystoimen julkaisuja 1. Turku: Turun kaupunki.
- Liinamo, A., Kosunen, E., Rimpelä, M. & Jokela, J. 1999. Seksuaaliopetus peruskoulujen yläasteilla. *Suomen Lääkärilehti* 54 (11), 1433–1439.
- Liinamo, A., Rimpelä, M., Jokela, J. & Konu, A. 1999. Koulujen terveystyö ja työolot rehtorien kuvaamina. Aiheita 2. Helsinki: Stakes.
- Liinamo, A., Ritamo, M., Heimonen, A., Launis, T., Pötsönen, R. & Välimaa, R. 1997. Taking adolescents seriously: four areas of Finland. In A. Hardon & E. Hayes (Eds.) *Reproductive Rights in Practice: a feminist report on quality of care*. UK: Zed Books Ltd. 146–169.
- Linnakylä, P. 1998. Koulutuksen kansallisen ja kansainvälisen arvioinnin haasteita. *Kasvatus* 29 (2), 175–189.
- Lottes, I. 2000. Uusia näkökulmia seksuaaliterveyteen. Teoksessa O. Kontula & I. Lottes, (toim.) Seksuaaliterveys Suomessa. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi. 13–35.

- Luopa, P., Rimpelä, M. & Jokela, J. 2000. Huumeet ja koululaiset. Tuloksia Kouluterveyskyselyistä 1996–2000. Aiheita 25. Helsinki: Stakes.
- Lähdesmäki, S. O. 1994. Sukupuolikasvatusta tarvitaan – Kuka opettaa? Teoksessa H. Peltonen (toim.) *Koulu terveyden arvoitusta pohtimassa*. Helsinki: Opetushallitus, 101–108.
- Lääkintöhallituksen ohjekirje. 1980. Ihmissuhde- ja sukupuolikasvatus terveyskasvatuksessa. Dno 7032/02/80. Helsinki: Lääkintöhallitus.
- Lääkintöhallitus. Yleiskirje. 1998. No 1907. Tartuntatautien vastustamistyön järjestäminen. Helsinki: Lääkintöhallitus 3.12.1988.
- Macdonald, G. & Davies, J. K. 1998. Reflection and vision. Proving and improving the promotion of health. In J. K. Davies & G. Macdonald (Eds.) *Quality, evidence and effectiveness in health promotion*. London: Routledge, 5–18.
- Maes, L. & Lievens, J. 2003. Can the school make a difference? A multilevel analysis of adolescent risk and health behaviour. *Social Science & Medicine* 56 (3), 517–529.
- Malin, A. & Linnakylä, P. 2001. Multilevel modelling in repeated measures of the quality of Finnish school life. *Scandinavian Journal of Educational Research* 45 (2), 145–166.
- McBride, N. 2000. The Western Australian school health project: comparing the effects of intervention intensity on organizational support for school health promotion: *Health Education Research* 15 (1), 59–72.
- McKay, A. 2001. Adolescent sexual health education. Does it work? Can it work better? An analysis of recent research and media reports. *The Canadian Journal of Human sexuality* 10 (3–4), 127–135.
- McQueen, D. 2004. Importance of surveillance to health promotion. Oral presentation in session “Building the evidence base for health promotion” 29.4.2004. The 18th World Conference on Health Promotion and Health Education. Melbourne 26–30 April 2004. <http://www.health2004.com.au>.
- McQueen, D. V. 2001. Strengthening the evidence base for health promotion. *Health Promotion International* 16 (3), 261–268.
- Mehtäläinen, J. 1992. Tiedollinen kasvatus ja ajattelun kehittäminen. Helsinki: Opetushallitus.
- Mellanby, A. R., Newcombe, R. G., Rees, J. & Tripp, J. H. 2001. A comparative study of peer-led and adult-led school sex education. *Health Education Research* 16 (4), 481–492.
- Mellanby, A. R., Phelps, F. A., Crichton, N. J. & Tripp, J. H. 1995. School sex education: an experimental programme with educational and medical benefit. *British Medical Journal* 311 (7002), 414–417.
- Middlestadt, S. E., Fishbein, M., Albarracin, D., Francis, C., Eustace, M. A., Helquist, M. & Schneider, A. 1995. Evaluating the impact of a national aids prevention radio campaign in St Vincent and the Grenadines. *Journal of Applied Social Psychology* 25 (1), 21–34.

- Mittelmark, M. B. 2001. Frameworks for evidence of effectiveness in health promotion. Paper in public health doctoral program course Frameworks for health promotion effectiveness 11-12 June, 2001. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Montano, D. E. & Kasprzyk, D. 2002. The theory of reasoned action and the theory on planned behavior. In K. Glanz, B. K. Rimer & F. Lewis (Eds.) Health behavior and health education. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 67-98.
- Mäenpää, J. & Siimes, M. A. 1995. Lasten ja nuorten seksuaalinen kehitys. Teoksessa O. Hovatta, A. Ojanlatva, R. Pelkonen & P. Salmimies (toim.) Seksuaalisuus. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 55-68.
- Naidoo, J. & Wills, J. 2002. Health Promotion. Foundations for Practice. London: Bailliere Tindall.
- Niiniluoto, I. 1975. Tieteellisen käsitteen- ja teorianmuodostuksen perusteita. Helsingin yliopiston Filosofian laitoksen julkaisuja 2. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Niiniluoto, I. 1989. Informaatio, tieto ja yhteiskunta. Filosofinen käsitteanalyysi. Helsinki: Valtionhallinnon kehittämiskeskus.
- Noar, S. M. 2002. Expanding the scope of adolescent health education: Response to DiCenso et al. Rapid responses to: Interventions to reduce unintended pregnancies among adolescents: systematic review of randomized controlled trials. <http://bmj.com/cgi/eletters/324/7351/1426>.
- Nummelin, R. 1997. Seksuaalikasvatusmateriaalit - millaista seksuaalisuutta nuorille? Raportteja 206. Helsinki: Stakes.
- Nummelin, R. 2000. Seksuaalikasvatusmateriaalit - pääkaupunkilaisten nuorten näkemyksiä ja kokemuksia. Acta Universitatis Tamperensis 778. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Nupponen, R., Aarva, P., Laitakari, J., Miilunpalo, S., Paronen, O. & Urponen, H. Terveyskasvatuksen taustakäsitykset ja vaikuttavuuden tutkiminen. 1991. Teoksessa H. Urponen, P. Aarva & R. Nupponen (toim.) Terveyskasvatuksen vuosikirja 1991. Tutkimuksia 2, 11-25. Helsinki: Sosiaali- ja terveyshallitus.
- Nurmi, K. 1995. Johdatus kasvatuksen filosofisiin ja historiallisiin perusteisiin. Helsinki, Lahti: Helsingin yliopisto, Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus.
- Nurmi, T. 1998. Raskauden keskeytyksistä seksuaalisen terveyden edistämiseen. Katsaus valtionhallinnon toimenpiteisiin terveydenhuollossa 1970-luvulta 1990-luvulle. Moniste. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Nurmi, T. 2000. Seksuaaliterveys ja terveydenhoitaja. Seksuaaliterveyden edistäminen ja terveydenhoitajaksi valmistuvien seksuaaliterveyden asiantuntijuus 1970-, 1980- ja 1990-luvuilla. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 13/2000. Helsinki: Edita.
- Nutbeam, D. 1998a. Evaluating health promotion- progress, problems and solutions. Health Promotion International 13 (1), 27-44.
- Nutbeam, D. 1998b. Health promotion glossary. Health Promotion International 13 (4), 349-364.

- Nutbeam, D. 2000a. Health literacy as a public health goal: a challenge for contemporary health education and communication strategies into the 21st century. *Health Promotion International* 15 (3), 259–267.
- Nutbeam, D. 2000b. Health promotion effectiveness – the question to be answered. In *The Evidence of Health Promotion Effectiveness. Shaping Public Health in a New Europe. A Report for European Commission by the International Union for Health Promotion and Education. Part two.* Paris: Jouve Composition & Impression, 1–11.
- Nutbeam, D. & Harris E. 2001. *Theory in a Nutshell. A guide to health promotion theory.* Australia: McGraw Hill.
- Nykänen, M. 1996. 16uustoista lehti 8.-luokkalaisten lukemana. *Terveystieteen laitoksen moniste.* Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Nykänen, M. & Sironen, M. 1996. Hellitäänkö hedettä? – 9.-luokan oppilaiden, vanhempien ja opettajien näkemyksiä seksuaaliopetuksesta ja tukimateriaalina käytettävän videon kehittämisestä. *Terveystieteen laitoksen julkaisusarja 3/1996.* Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Näre, S. 1991. Tyttöjen seksuaalisuuden kontrolli. *Nuorisotutkimus* 2, 10–14.
- Näre, S. 1999. Ristiriitainen nainen – naiseuden kuva ja käytäntö tytöille suunnatuissa opaskirjoissa. *Nuorisotutkimus* 17 (3), 13–28.
- Näre, S. & Saarikoski, H. 1999. Vapauden ajan seksuaalivalistus - vapautta valituksesta. *Nuorisotutkimus* 17 (3), 1–2.
- Oakley, A. 1998. Experimentation in social science: the case of health promotion. *Social Sciences in Health*, 4 (2), 73–89.
- Oakley, A. 2001. Evaluating health promotion: methodological diversity. In S. Oliver & G. Peersman (Eds.) *Using research for effective health promotion.* Philadelphia: Open University Press, 16–31.
- Oakley, A., Fullerton, D., Holland, J., Arnold, S., France-Dawson, M., Kelley, P. & McGrellis, S. 1995. Sexual health education interventions for young people: a metodological review. *British Medical Journal* 310 (6973), 158–162.
- Opdenakker, M-C. & Van Damme, J. 2000. Effects of schools, teaching staff and classes on achievement and well-being in secondary education: similarities and differences between school outcomes. *School Effectiveness and School Improvement* 11 (2), 165–196.
- Orton, M. J. 1994. Institutional barriers to sexual health: issues at the federal, provincial, and local program levels – Ontario as a case study. *The Canadian Journal of Human Sexuality* 3 (3), 209–225.
- Ottawa Charter for Health Promotion. 1986. Ottawa. An International Conference on Health Promotion, November 17.21, 1986.
- Palojärvi, E. & Veikkola, E. 2002. Salailusta sallivuuteen – seksuaaliopetuksen kehittyminen terveystiedon oppikirjoissa 1800-luvun lopulta nykypäivään. *Terveyskasvatuksen pro gradu-tutkielma.* Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Panchaud, C., Singh, S., Feivelson, D. & Darroch, J. E. 2000. Sexually transmitted diseases among adolescents in developed countries. *Family Planning Perspectives*, 32 (1), 24–32.

- Papp, K. 1997. Knowledge of sexual issues, moral beliefs, and sexual experiences among adolescents in Estonia and Finland. Research reports 82. Helsinki: Stakes.
- Pawson, R. & Tilley, N. 1997. Realistic Evaluation. London: Sage Publications.
- Peltonen, H. 1994 (toim.). Koulu terveyden arvoitusta pohtimassa. Helsinki: Opetushallitus.
- Peruskoulun opetussuunnitelmakomitean mietintö I 1970. Komiteamietintö 1970: A 4. Opetussuunnitelman perusteet. Helsinki. Opetusministeriö.
- Peruskoulun opetussuunnitelmakomitean mietintö II 1970. Oppiaineiden opetussuunnitelmat. Komiteamietintö 1970: A. Helsinki. Opetusministeriö.
- Peruskoulun opetussuunnitelman perusteet 1985. Helsinki: Kouluhallitus.
- Peruskoulun opetussuunnitelman perusteet 1994. Helsinki: Opetushallitus.
- Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet 2004. Vammala: Opetushallitus.
- Peterson, C. & Murphy, L. 1990. Adolescents' thoughts and feelings about AIDS in relation to cognitive maturity. *Journal of Adolescence* 13 (2), 185-187.
- Pett, M. A. 1997. Nonparametric statistics for health care research. Statistics for small samples and unusual distributions. CA: Sage Publications.
- Piaget, J. 1978. The development of thought. UK. Oxford: Basil Blackwell.
- Potvin, L., Haddad, S. & Frohlich, K. L. 2001. Beyond process and outcome evaluation: a comprehensive approach for evaluating health promotion programmes. In I. Rootman, M. Goodstadt, B. Hyndman, D. V. McQueen, L. Potvin, J. Springett & E. Ziglio (Eds). Evaluation in health promotion. Principles and perspectives. WHO Regional Publications, European Series 92. Denmark: WHO, 45-62.
- Prochaska, J. O., Redding, C. A. & Evers, K. E. 2002. The transtheoretical model and stages of change. In K. Glanz, B. K. Rimer & F. Lewis (Eds.) Health Behavior and Health Education. San Francisco, CA: Jossey-Bass, 99-120.
- Promotion of Sexual Health. Recommendations for action. 2000. Proceedings of a regional consultation. Guatemala: Pan American Health Organization, World Health Organization.
- Prättälä, R., Forssas, E., Koskinen, S. & Sihto, M. 1999. Eriarvoisuus ja terveyden edistäminen - suomalaisten terveyskäyttäytymisinterventioiden arviointia. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 36, 299-300.
- Pötsönen, R. 1998. Naiseksi, mieheksi, tietoiseksi. Koululaisten seksuaalinen kokeneisuus, HIV/AIDS -tiedot, -asenteet ja tiedonlähteet. *Studies in Sport, Physical Education and Health* 59. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Pötsönen, R., Kannas, L. & Välimaa, R. 1992. Teiniseksiä heinäladosta porttikongiin. Teoksessa S. Shemeikka, A. Nissinen (toim.) *Terveyskasvatustutkimuksen vuosikirja 1992*. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 1/1993. Helsinki. Valtion painatuskeskus, 81-98.
- Pötsönen, R. & Välimaa, R. 1995. Seurustelua ja pelkkää asiaa. Jyväskylän yliopisto. *Terveystieteen laitoksen julkaisusarja 1/95*. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

- Pötsönen, R., Välimaa, R. & Kannas, L. 1996. Suomalaisnuorten HIV/AIDS - tiedonlähteet vuosina 1990 ja 1994. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 33, 35–46.
- Rada, J., Ratima, M. & Howen-Chapman, P. 1999. Evidence-based purchasing of health promotion: methodology for reviewing evidence. *Health Promotion International* 14 (2), 177–187.
- Raphael, D. 2000. The question of evidence in health promotion. *Health Promotion International* 15 (4), 355–367.
- Rauste-von Wright, M., von Wright, J. & Soini, T. 2003. *Oppiminen ja koulutus*. Helsinki: WSOY.
- Raymond, F., Graham, J., White, E. & Hansen, W. 1998. Applying multilevel analytic strategies in adolescent substance use prevention research. *Preventive Medicine* 27 (3), 328–336.
- Rimpelä, M. 2000. Terveystieto peruskoulun oppiaineeksi. *Suomen Lääkärilehti* 4, 380–383.
- Rimpelä, M., Jokela, J., Luopa, P., Liinamo, A., Huhtala, H., Kosunen, E., Rimpelä, A. & Siivola, M. 1996. *Kouluterveys 1996 -tutkimus. Kouluviihtyvyys, terveys ja tottumukset. Perustulokset yläasteilta ja kaupunkien väliset erot*. Stakes. Aiheita 40/1996. Helsinki: Stakes.
- Rimpelä, M., Rimpelä, A., Vikat, A., Hermanson, E., Kaltiala-Heino, R., Kosunen, E. & Savolainen, A. 1997. Miten nuorten terveys on muuttunut 20 vuoden kuluessa. *Suomen Lääkärilehti* 52 (24), 2705–2712.
- Rimpelä & M, Ritamo, M. 1995. Perhesuunnittelua vuoteen 2000. Kehittämissuunnitelman tavoitteet ja sisältö. *Suomen Lääkärilehti* 8, 907–912.
- Rinne, R., Kivirauma, J. & Lehtinen, E. 2004. *Johdatus kasvatustieteisiin*. Porvoo Helsinki: WSOY.
- Ritamo, M., Kautto, S. & Poikajärvi, K. 2000. Perhesuunnittelu 2000 -hankkeen loppuraportti. Aiheita 28/2000. Helsinki: Stakes.
- Robin, L., Dittus, P., Whitaker, D., Crosby, R., Ethier, K., Mezzoff, 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 Adolescents Health* 34 (1), 3–26.
- Robinson, B., Bockting, W., Rosser, S., Miner, M. & Coleman, E. 2002. The Sexual health model: application of a sexological approach to HIV prevention. *Health Education Research* 17 (1), 43–57.
- Rock, E. M., Ireland, M. & Resnick, M. D. 2003. To know that we know what we know: perceived knowledge and adolescent sexual risk behaviour. *Journal of Adolescent Health* 32 (2), 146–147.
- Rootman, I., Goodstadt, M., Potvin, L., Springett, J. 2001. A framework for health promotion evaluation. In I Rootman et al. (Eds.) *Evaluation in health promotion. Principles and perspectives*. WHO Regional Publications, European Series 92. Denmark: WHO, 7–38.

- Ross, J., Godeau, E. & Dias, S. 2004. Sexual health. In C. Currie, C. Roberts, A. Morgan, R. Smith, W. Settertobulte, O. Samdal & V. Barnekow Rasmussen (Eds.) *Young people's health in context. Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: international report from 2001/2002 survey.* Health Policy for Children and Adolescents 4, 153-161. Denmark: WHO.
- Rönberg, L. 1999. Eriytynyt ja moniulotteinen kolmas sektori. Teoksessa L. Hokkanen, P. Kinnunen & M. Siisiäinen (toim.) *Haastava kolmas sektori. Pohdintoja tutkimuksen ja toiminnan moninaisuudesta.* Jyväskylä: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto. 78-100.
- Rämö, J. & Setälä, M. 2001. Seurustelua ja hetekahumppaa. Biologisen kypsymisen, seurustelun ja seksuaalikäyttäytymisen muutokset suomalaisilla nuorilla 1990-luvulla. *Terveyskasvatuksen pro gradu-tutkielma.* Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Saari, H. & Kupari, P. 1996. Missä peruskoulu säästi? Teoksessa R. Jakku-Sihvonen, A. Lindström & S. Lipsanen (toim.) *Toteuttaako peruskoulu tasan-arvoa?* Helsinki: Opetushallitus.
- Saarinen, P., Ruoppila, I. & Korkiakangas, M. 1991. *Kasvatuspsykologian kysymyksiä.* Helsinki, Lahti: Helsingin yliopisto. Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus.
- Sanderson, C. A. 2000. The Effectiveness of a sexuality education newsletter in influencing teenagers' knowledge and attitudes about sexual involvement and drug use. *Journal of Adolescent Research* 15 (6), 674-681.
- Seedhouse, D. 2001. *Health. The foundations for achievement.* Chichester, UK: John Wiley & Sons.
- Silva, M. 2002. The effectiveness of school-based sex education programs in the promotion of abstinence behavior: a meta-analysis. *Health Education Research* 17 (4), 471-481.
- Simpson, K. & Freeman R. 2004. Critical health promotion and education - a new research challenge. *Health Education Research* 19 (4), 340-348.
- Singh, S. & Darroch, J. E. 2000. Adolescent pregnancy and childbearing: Levels and trends in developed countries. *Family Planning Perspectives* 32 (1), 14-23.
- Sinkkonen, S. & Kinnunen, J. 1994. Arviointi ja seuranta julkisella sektorilla. *Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet* 22. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Skolverket. 1999. *Skolverkets rapport nr 180. Skolors arbete mot mobbning och annan kränkande behandling. Sex- och samlevnadsundervisningen. Undervisningen om tobak, alkohol och andra droger. Nationella kvalitetsgranskningar 1999.* Skolverket.
- Snijders, T. & Bosker, R. 2003. *Multilevel analysis. An introduction to basic and advanced multilevel modelling.* London: SAGE Publications.
- Song, E. Y., Pruitt, B. 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. M. & Imrie, J. 1998. Why do we need randomized controlled trials to assess behavioural interventions? *British Medical Journal* 316 (7131), 611-13.
- Stephenson, J. M., Oakley, A., Johnson, A. M., Forrest, S., Strange, V., Charleston, S., Black, S., Copas, A., Petruckevitch, A. & Babiker, A. 2003. A school-based randomized controlled trial of peer-led sex education in England. *Controlled Clinical Trials* 24 (5), 643-57.
- Stephenson, J. M., Strange, V., Forrest, S., Oakley, A., Copas, A., Allen, E., Babiker, A., Black, S., Ali, M., Monteiro, H. & Johnson, A. M., the Ripple study team. 2004. Pupil-led sex education in England (Ripple-study) cluster-randomised intervention trial. *Lancet* 364 (9431), 338-46.
- Strange, V., Oakley, A. & Forrest, S. the Ripple study team. 2003. Mix-sex or single-sex sex education: how would young people like their sex education and why? *Gender & Education* 15 (2), 201-214.
- Strange, V., Forrest, S. & Oakley, A. and the Ripple study team. 2001. A listening trial: 'qualitative' methods within experimental research. In S. Oliver & G. Peersman (Eds.) *Using research for effective health promotion*. Philadelphia: Open University Press. 138-153.
- Strange, V., Forrest, S. & Oakley, A. the Ripple study team. 2002a. Peer-led sex education - characteristics of peer educators and their perceptions of the impact on them of participation in a peer education programme. *Health Education Research*. *Health Education Research* 17 (3), 327-337.
- Strange, V., Forrest, S. & Oakley, A. 2002b. What influences peer-led sex education in the classroom? a view from the peer educators. *Health Education Research* 17 (3), 339-350.
- Sukupuolikasvatustyöryhmän mietintö 1979. Komiteamietintö 1979:29: Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö.
- Sukupuolikasvatustyöryhmän mietintö II. 1981. Komiteamietintö 1981: 14: Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö.
- Taskinen, S. & Muuri, A. 1997. Lasten huolenpito palvelut. Teoksessa H. Uusitalo & M. Staff (toim.) *Sosiaali- ja terveydenhuollon palvelukatsaus*. Raportteja 214/1997, Helsinki: Stakes, 80-92.
- Terveyskasvatuksen kehittämissuunnitelma vuosiksi 1984-88. *Terveyskasvatuksen neuvottelukunnan suositus*. Lääkintöhallituksen julkaisuja. *Terveyskasvatus*. Tutkimukset 2/1983. Tampere: Kirjapaino R.K. Virtanen.
- Terveyskasvatuksen neuvottelukunta. 1995. *Terveyskasvatustutkimuksen kehittäminen Suomessa 1990-luvulla*. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 32 (2), 143-158.
- Terveyskasvatuksen opas koulujen kasvatus- ja opetuskäyttöön. 1990. Helsinki: Kouluhallitus.
- Thomas, L. L., Long, S. E., Hamilton, K. W. B. & Askins, R. V. 1985. High school student's long term retention of sex education information. *Journal of School Health* 55 (7), 274-278.

- Thomson, C., Currie, C., Todd, J. & Elton, R. 1999. Changes in hiv/aids education, knowledge and attitudes among Scottish 15-16 year olds, 1990-1994: findings from the WHO- Health behaviour in school-aged children study (HBSC). *Health Education Research* 14 (3), 357-370.
- Timmerman, M. C. 2004. Safe schools and sexual harassment: The relationship between school climate and coping with unwanted sexual behaviour. *Health Education Journal* 63 (2), 113-126.
- Tirkkonen, J., Hukkila, K. & Kontula, O. 1989. Tyttöjen ja poikien seksuaalikulttuurit. Lääkintöhallituksen julkaisuja. Sarja Tutkimukset 15/1989. Helsinki: Lääkintöhallitus.
- Tones, K. 1996. The anatomy and ideology of health promotion; empowerment in practice. In A. Scriven & J. Orme (Eds.) *Health promotion: professional perspectives*. Basingstoke: Macmillan Press, 9-21.
- Tones, K. & Green, J. 2004. *Health Promotion. Planning and Strategies*. New Delhi: Sage Publications.
- Tones, K. & Tilford, S. 1994. *Health education: effectiveness, efficiency and equity*. London: Chapman Hall.
- Tones, K. & Tilford S. 2001. *Health Promotion: effectiveness, efficiency and equity*. Chapter 3. Evaluation research. Cheltenham: Nelson Thornes.
- Torsheim, T. & Wold, B. 2001. School related stress, support, and subjective health complaints among early adolescents: a multilevel approach. *Journal of Adolescence* 24 (6), 701-713.
- Tossavainen, K., Vartiainen, E. & Paavola, M. 1996. Euroopan terveet koulut -ohjelman toimintatutkimus osana terveystieteellisen kehittämistä Suomessa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 33 (Supplementti), 71-79.
- Tossavainen, K., Turunen, H., Vertio, H., Tupala, M. & Tyrväinen, H. 2004. Tupakoimattomuuden edistäminen Suomen Euroopan Terveet Koulut verkoston kouluissa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 41, 48-58.
- 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.
- Turunen, H., Tossavainen, K., Jakonen, S., Salomäki, U. & Vertio, H. 1999. Initial results from the European network of health promoting schools program on development of health education in Finland. *Journal of School Health* 69 (10), 387-391.
- Turunen, H., Tossavainen, K., Jakonen, S., Vertio, H. & Salomäki, U. 2000. Improving health in the European network of health promoting schools in Finland. *Health Education* 100 (6), 252-260.
- Turunen, K. 1988. *Ihmisen kasvatus*. Jyväskylä: Atena Kustannus Oy.
- Turunen, K. 1989. Tiedon idea ja lajit. Teoksessa *Koulu ja tieto*. Kouluhallitus. Helsinki: Valtion painatuskeskus, 68-83.
- Tynjälä, P. 1999. *Oppiminen tiedon rakentamisena. Konstruktivistisen oppimiskäsityksen perusteita*. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Törhönen, M. 1998. *Väestöliiton Varmasti Rakkaudella -koulukampanja. Väestöliiton moniste*. Helsinki: Väestöliitto.

- Töttö, P. 2004. Syvällistä ja pinnallista. Teoria, empiria ja kausaalisuus sosiaali-tutkimuksessa. Tampere: Vastapaino.
- Valtioneuvoston asetus perusopetuslaissa tarkoitetun opetuksen valtakunnalli-sista tavoitteista ja perusopetuksen tuntijaosta. 2001. 1435/2001.
- Van Den Eijnden, R., Buunk, B. P., Bakker, A. B. & Siero, F. W. 1998. The impact of information about the prevalence of aids-preventive behavior among men and women: the mediating role of social norms. *Psychology and Health* 13 (3), 467-478.
- Vilar, D. 1994. School sex education: still a priority in Europe. *Planned Parent-hood in Europe* 23 (3), 8-12.
- Vincent, M., Clearie, A. & Schluchter, M. 1987. Reducing adolescent pregnancy through school and community-based education. *The Journal of the American Medical Association* 257 (24), 3382-3386.
- Visser, A. P. & Van Bilsen, P. 1994. Effectiveness of sex education provided to adolescents. *Patient Education and Counselling* 23, 147-160.
- Vogels, T., Brugman, E. & van Zessen G. 1999. Aids-related knowledge, atti-tudes, and behaviour: a comparison of Dutch students and dropouts. *Ado-lescence* 34 (134), 369-379.
- Wang, L. Y., Davis, M., Robin, L., Collins, J., Coyle, K. & Baumler, E. 2000. Eco-nomic evaluation of Safer Choices. a school based Human immunodeficiency virus, other sexually transmitted diseases, and pregnancy preven-tion program. *Archives of Pediatric and Adolescent Medicine* 154 (10), 1017-1024.
- Ward, L. M. 2003. Understanding the role of entertainment media in the sexual socialization of American youth: a review of empirical research. *Develop-mental Review* 23 (3), 347-388.
- Wellings, K., Wadsworth, J., Johnson, A. M., Field, J., Whitaker, L. & Field, B. 1995. Provision of sex education and early sexual experience; The relation examined. *British Medical Journal* 311 (7002), 417-420.
- West, P. 1997. Health inequalities in the early years: Is there equalisation in youth? *Social Science and Medicine* 44 (6), 833-858.
- Wight, D. & Abraham, C. 2000. From psycho-social theory to sustainable class-room practice: developing a research-based teacher-delivered sex educa-tion programme. *Health Education Research* 15 (1), 25-38.
- Wight, D., Abraham, C. & Scott, S. 1998. Towards a psychosocial theoretical framework for sexual health promotion. *Health Education Research* 13 (3) 317-330.
- Wight, D., Raab, G. M., Henderson, M., Abraham, C., Buston, K. & Hart, G. 2002. Limits of teacher delivered sex education: interim behavioural out-comes from randomised trial. *British Medical Journal* 324 (7351), 1430-1434.
- Winn, S. & Roker, D. 1995. Knowledge about puberty and sexual development in 11 - 16 -year-olds: implications for health and sex education in schools. *Educational Studies* 21 (2), 187-201.

- World Health Organization. Regional Office for Europe. 1987. Concepts of sexual health: report of a working group.
http://whqlibdoc.who.int/euro/1993/EUR_MUR_521.pdf.
- von Wright, J. 1993. Oppimiskäsitysten historiaa ja pedagogisia seurauksia. Helsinki: Opetushallitus.
- Väljärvi, J. & Linnakylä, P. 2002. Tulevaisuuden osaajat. PISA 2000 Suomessa. Jyväskylä: Kirjapaino Oma Oy.
- Yesilova, K. 2000. Sukupuolittuva ruumis. Fysiologiset muutokset ja itsesuhde nuorille suunnatuissa seksuaalivalistusoppaissa. Nuorisotutkimus 18 (4), 37–47.
- Yesilova, K. 2001. Sukupuolittunut seksuaalikasvatus. Sosiologia 38 (3), 192–204.
- Yzer, M. C., Fisher, J. D., Bakker, A. B., Siero, F. W. & Misovich, S. J. 1998. The effects of information about aids risk and self-efficacy on women's intentions to engage in aids prevention behaviour. *Journal of Applied Psychology* 28 (20), 1837–1852.
- Yzer, M. C., Siero, F.W. & Buunk, B. P. 2000. Can public campaigns effectively change psychological determinants of safer sex? An evaluation of three Dutch campaigns. *Health Education Research* 15 (3), 339–352.

Muut lähteet

- <http://glossary.ippf.org/>. Luettu 12.11.2004.
- <http://www.health.fi/enhps/perustieto.html/> Luettu 3.3.2004.
- <http://www.sexpo.fi/> Luettu 9.12.2004.
- <http://www.vaestoliitto.fi/> Luettu 12.11.2004.
- <http://www.stakes.fi/kouluterveys/> Luettu 10.11.2004.
- <http://www.tilastokeskus.fi/> Luettu 12.11.2004.