

**VANHEMPIEN SEKSUAALITERVEYSTIETÄMYS JA
SEKSUAALITERVEYTEEN LIITTYVÄ KESKUSTELU
YLÄKOULUIKÄISEN NUOREN KANSSA**

Raippalinna Krista

Terveyskasvatuksen pro gradu-tutkielma

Kesä 2016

Terveystieteiden laitos

Jyväskylän yliopisto

TIIVISTELMÄ

Raippalinn, K. 2016. Vanhempien seksuaaliterveystietämys ja seksuaaliterveyteen liittyvä keskustelu yläkouluikäisen nuoren kanssa. Terveystieteiden laitos, Jyväskylän yliopisto, terveystieteiden pro gradu-tutkielma, 53 s., 3 liitettä.

Vanhemman ja nuoren välinen seksuaaliterveyteen liittyvä keskustelu on osa nuoren seksuaalisen hyvinvoinnin edistämistä. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, millainen on vanhempien seksuaaliterveystietämys. Lisäksi selvitettiin, mitkä tekijät ovat yhteydessä vanhemman ja nuoren välisen seksuaaliterveyteen liittyvän keskustelun toteutumiseen ja sen laajuuteen sekä mitkä tekijät ova yhteydessä vanhemman aikomukseen keskustella seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista nuoren kanssa. Tutkimuksen viitekehysenä käytettiin käyttäytymisen ennustamisen integroitua mallia (Integrated model of behavior prediction, IMBP).

Tutkimukseen valittujen koulujen kriteerinä käytettiin vuoden 2013 Kouluterveyskyselyn seksuaaliterveystiedon tasoa maakunnittain tarkasteltuna. Parhaimman ja heikoimman tietämyksen maakunnista arvottiin koulut, joista tutkimukseen osallistui kolme koulua. Syksyllä 2015 yläkouluikäisten oppilaiden vanhemmille lähetettiin kysely koulun sähköisen järjestelmän avulla. Kyselyyn vastasi 77 vanhempaa (naisia $n=72$, miehiä $n=5$). Aineiston analyysimenetelminä käytettiin ristiintaulukointia, khiin neliö-testiä, Mann-Whitney U-testiä, Kruskal-Wallis-testiä, Wilcoxonin merkkitestiä ja parittaista t-testiä.

Tutkimuksen tulosten mukaan yläkouluikäisten nuorten vanhempien seksuaaliterveystietämys oli keskimäärin 7/11 oikein vastattua kysymystä. Itse arvioitu seksuaaliterveystietämys oli objektiivista mitattua seksuaaliterveystietämystä parempi ($p<0.001$). Vanhemman objektiivisesti mitattu seksuaaliterveystietämys oli yhteydessä ($p=0.035$) keskustelun laajuuteen siten, että suppeasti seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista keskustelleilla vanhemmilla oli heikompi tietämys kuin laajemmin keskustelleilla vanhemmilla. Vanhemman kokema helppous keskustella nuoren kanssa seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista oli yhteydessä ($p<0.001$) vanhemman ja nuoren väliseen seksuaaliterveyteen liittyvän keskustelun toteutumiseen. Mitä helpommaksi vanhempi koki keskustelun, sitä todennäköisemmin hän oli toteuttanut seksuaaliterveyskeskustelun nuoren kanssa. Myös vanhemman seksuaaliterveyskeskusteluun liittyvä minä-pystyvyys oli yhteydessä ($=0.033$) vanhemman aikomukseen keskustella seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista nuoren kanssa, jos aikomusta tarkastellaan riippumatta toteutuneesta keskustelusta. Mitä vahvemmas vanhempi arvioi oman minä-pystyvyytensä, sitä todennäköisemmin hän aikoi keskustella seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista nuoren kanssa.

Tutkimuksen mukaan vanhemman ja nuoren väliseen seksuaaliterveyteen liittyvän keskustelun toteutumiseen, sen laajuuteen ja vanhemman aikomukseen keskustella seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista nuoren kanssa on yhteydessä moni vanhempaan liittyvä tekijä. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää esimerkiksi vanhempien antaman seksuaalikasvatuksen tukemisessa vanhempainiltojen yhteydessä.

Avainsanat: seksuaaliterveystietämys, vanhemmat, keskustelu, seksuaalikasvatus

ABSTRACT

Raippalinna, K. 2016. The Knowledge of Sexual Health among Parents and the Discussion of Sexual Health with a Youngster of Lower Secondary School Age. Department of health sciences, University of Jyväskylä, Master's thesis, 53 pp., 3 appendices.

Parent-youngster discussion of sexual health is part of promoting a youngster's sexual wellbeing. The purpose of the study was to find out, on one hand, what the knowledge of sexual health among parents is like and, on the other hand, what factors are associated with a parent's intention to discuss sexual health matters with a youngster. Another aim of the study was to discover the factors that are linked to the implementation and extent of parent-youngster discussion of sexual health. The frame of reference used in the study was the Integrated Model of Behavior Prediction (IMBP).

The schools for the study were chosen on the basis of the regional level of the knowledge of sexual health discovered in a school health survey (2013). From the regions with both the best and worst knowledge schools were chosen at random, with three of them participated for the study. In autumn 2015, a survey was sent to parents of pupils of lower secondary school age via the school electronic system. 77 parents (female n=72, male n=5) responded to the survey. The data were analysed by means of cross tabulation, the chi square test, the Mann-Whitney U test, the Kruskal-Wallis test, the Wilcoxon signed-rank test and the paired-samples t-test.

The findings of the study showed that the knowledge of sexual health among the parents of the youngsters of lower secondary school age was, on average, 7/11 questions answered correctly. Their knowledge of sexual health as evaluated by themselves was better than that measured objectively ($p < 0.001$). The objectively measured parental knowledge of sexual health was linked ($p = 0.035$) to the extent of the discussion so that those parents had a lower level of knowledge of sexual health that had only briefly discussed it than those who had dealt with the topic more broadly. The ease felt by parents to discuss sexual health with a youngster was connected ($p < 0.001$) with the parent-youngster implementation of discussion of sexual health. The easier a parent had considered discussion with a youngster, the more probable it was that he/she had carried out a parent-youngster discussion of sexual health. For example, also a parent's self-efficacy related to the discussion of sexual health was associated ($p = 0.033$) with his/her intention to discuss sexual health with a youngster, if implementation of discussion is not taken into account. The higher a parent considered his/her self-efficacy, the more likely it was he/she was going to discuss sexual health with a youngster.

According to this study many parental factors are related to the implementation and extent of any parent-youngster discussion of sexual health as well as to parental intention to discuss matters associated with sexual health with a youngster. Study findings can be utilized for example in supporting parents to discuss sexual health related topics with their youngsters in parent's evenings in school.

Key words: sexual health knowledge, parents, discussion, sexual education

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 NUORTEN SEKSUAALITERVEYS	2
2.1 NUORTEN SEKSUAALINEN KÄYTTÄYTYMINEN.....	2
2.2 NUORTEN SEKSITAUDIT	4
2.3 NUORTEN SEKSUAALITERVEYTEEN LIITTYVÄ HÄIRINTÄ	6
2.4 NUORTEN SEKSUAALITERVEYSTIETÄMYS JA -KOKEMUKSET	8
3 SEKSUAALIKASVATUS	10
4 KÄYTTÄYTYMISEN ENNAKOINNIN INTEGROITU MALLI (IMBP).....	13
5 VANHEMPIEN ANTAMA SEKSUAALIKASVATUS JA SEKSUAALITERVEYS-TIETÄMYS	17
5.1 VANHEMMAN JA NUOREN VÄLINEN SEKSUAALITERVEYTEEN LIITTYVÄ KESKUSTELU.....	18
5.2 SEKSUAALITERVEYSKESKUSTELUUN YHTEYDESSÄ OLEVAT TEKIJÄT KÄYTTÄYTYMISEN INTEGROIDUN MALLIN (IMBP) POHJALTA.....	21
5.3 VANHEMPIEN SEKSUAALITERVEYSTIETÄMYS	28
6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	30
7 TUTKIMUS AINEISTO JA MENETELMÄT	31
7.1 TUTKIMUKSEN RAJAUS	31
7.2 KYSELYN RAKENTAMINEN JA ESITESTAUUS	31
7.3 AINEISTON KOKO JA KERUU	32
7.4 AINEISTON ANALYSOINTI.....	32
8 TULOKSET	34
8.1 TAUSTATIEDOT.....	34
8.2 VANHEMPIEN SEKSUAALITERVEYSTIETÄMYS	35
8.3 VANHEMMAN JA NUOREN VÄLINEN SEKSUAALITERVEYTEEN LIITTYVÄ KESKUSTELU	37
8.4 VANHEMMAN AIKOMUS KESKUSTELLA NUOREN KANS SA SEKSUAALITERVEYTEEN LIITTYVISTÄ ASIOISTA.....	41
9 POHDINTA.....	44
9.1 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	48
9.2 JOHTOPÄÄTÖKSET JA TULOSTEN HYÖDYNNETTÄVYYS	51
9.3 JATKOTUTKIMUKSET.....	52
LÄHTEET.....	54

1 JOHDANTO

Seksuaaliterveys on oleellinen osa ihmisen hyvinvointia ja terveyttä (Bildjuschkin 2015a). Nuoren seksuaalista hyvinvointia edistää seksuaalikasvatus, jonka antamisessa vanhemmilla on merkittävä rooli (Unesco 2009). Vanhemman ja nuoren välinen seksuaaliterveyteen liittyvä keskustelu on osa vanhempien antamaa seksuaalikasvatusta. Vanhemman ja nuoren välisellä seksuaaliterveyteen liittyvällä keskustelulla on todettu olevan yhteys nuoren vastuullisempaan seksuaalikäyttäytymiseen joidenkin tekijöiden osalta (Aspy ym. 2007; Markham ym. 2010; Parkes ym. 2011).

Vanhemman ja nuoren välistä seksuaaliterveyteen liittyvän keskustelun toteutumista ja sen sisältöä on tutkittu kohtalaisesti. Esimerkiksi vanhemman itse arvioidulla seksuaaliterveystietämyksellä on havaittu olevan yhteys vanhemman ja nuoren väliseen seksuaaliterveyteen liittyvän keskustelun toteutumiseen (Guilamo- Ramos ym. 2008; Byers & Sears 2012) tai sen sisältöihin (Byers ym. 2008; Jerman & Constantine 2010). Suomessa seksuaaliterveystietämykseen keskittyneet tutkimukset ovat kohdistuneet lähinnä nuoriin itseensä (esimerkiksi Kouluterveyskyselyt). Vanhemman objektiivisesti mitattua seksuaaliterveystietämystä tai sen yhteyttä keskustelun toteutumiseen tai sisältöihin ei olla tutkittu kattavasti suomalaisella väestöllä. Tutkimuksia tarvittaisiin myös muista vanhempiin liittyvistä tekijöistä, joilla on yhteys vanhemman ja nuoren väliseen seksuaaliterveyskeskustelun toteutumiseen, sisältöön tai vanhemman aikomukseen keskustella seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista nuoren kanssa.

Tämän pro gradu-tutkielman tarkoituksena on selvittää, millainen on yläkouluikäisten nuorten vanhempien seksuaaliterveystietämys. Nuorten seksuaaliterveyden edistämisen tämän hetken haasteita ovat etenkin seksitaudit (Tartuntataudit 2014) ja nuorten kokema seksuaaliterveyteen liittyvä häirintä, etenkin tyttöjen (Poliisi & Pelastakaa lapset 2011; Kouluterveyskysely 2014) ja sukupuolivähemmistöjen kokemana (METRO youth chances 2014; Syrjintä Suomessa 2014). Siksi vanhempien objektiivisesti mitatun seksuaaliterveystietämyksen selvittämisessä painotetaan näiden aiheiden tietämystä. Lisäksi tutkimuksen tarkoituksena on selvittää mitkä vanhempaan liittyvät tekijät ovat yhteydessä vanhemman ja nuoren välisen seksuaaliterveyteen liittyvän keskustelun toteutumiseen ja sen laajuuteen, sekä selvittää mitkä tekijät ovat yhteydessä vanhemman aikomukseen keskustella seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista nuoren kanssa. Tutkielman viitekehyksenä käytetään käyttäytymisen ennustamisen integroitua mallia (IMBP).

2 NUORTEN SEKSUAALITERVEYS

Maaailman terveysjärjestö World Health Organization (WHO) on määritellyt *seksuaaliterveyden* seuraavanlaisesti: ”Seksuaaliterveys on seksuaalisuuteen liittyvän fyysisen, emotionaalisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila; siinä ei ole kyse vain sairauden, toimintahäiriön tai raihnaisuuden puuttumisesta. Hyvä seksuaaliterveys edellyttää positiivista ja kunnioittavaa asennetta seksuaalisuuteen ja seksuaalisiin suhteisiin sekä mahdollisuutta nautinnollisiin ja turvallisiin seksuaalisiin kokemuksiin ilman pakottamista, syrjintää ja väkivaltaa. Hyvän seksuaaliterveyden saavuttaminen ja ylläpitäminen edellyttää kaikkien ihmisten seksuaalisten oikeuksien kunnioittamista, suojelemista ja toteuttamista” (Seksuaalikasvatuksen standardit Euroopassa 2010).

Seksuaaliterveys on osa ihmisoikeuksia, johon myös seksuaalioikeudet kuuluvat (Kontula & Meriläinen 2010). WHO (2006) on määritellyt seksuaalioikeuksiin kuuluvaksi muun muassa oikeuden seksuaalikasvatukseen, oikeuden seksuaalisuuteen liittyvän tiedon hakemiseen, saamiseen ja levittämiseen, oikeuden kehon koskemattomuuden kunnioittamiseen ja oikeuden yhteiseen tahtoon perustuviin seksuaalisiin suhteisiin, ilman pakottamista, riistoa ja väkivaltaa. Jokaisen ihmisen tulee kunnioittaa muiden seksuaalioikeuksia (World Health Organization 2006). Lasten seksuaalioikeuksien voidaan ajatella olevan aikuisten velvollisuuksia (Cacciatore 2008, 319).

Seuraavassa tarkastellaan nuorten seksuaaliterveyttä viidestä eri näkökulmasta. Nuorten seksuaalista käyttäytymistä, nuorten seksitauteja, nuorten kokemaa seksuaaliterveyteen liittyvää häirintää ja nuorten seksuaaliterveystietämystä- ja kokemuksia käytetään tässä tutkimuksessa myös vanhempien seksuaaliterveystietämyksen pohjana.

2.1 Nuorten seksuaalinen käyttäytyminen

Nuoren seksuaaliseen käyttäytymiseen vaikuttavat sekä sisäiset että ympäristölliset tekijät (Shneyderman & Schwartz 2012). Nuorten tyttöjen (n=234) persoonallisilla tekijöillä kuten minäpystyvyydellä, tilannetekijöillä kuten neuvottelustrategioilla ja kulttuuritekijöillä kuten seksuaalikulttuurilla on yhteys tytön itsehallintaan seksuaalisesti latautuneissa tilanteissa (Suvivuo 2011). Seksuaalikulttuurilla tarkoitetaan ympäristössä vallalla olevia sukupuolisuuteen ja seksuaalisuuteen liittyviä arvoja ja normeja, uskomuksia ja myyttejä sekä asenteita (Ilmonen & Nissinen 2006). Länsimaissa seksuaalikulttuuri on muuttunut vuosikymmenien saatossa yksityisestä

julkisemmaksi ja näkyvämmäksi osaksi arkea (Kontula 2006). Tämä näkyy esimerkiksi sallivimpina asenteina nuorten sukupuolisuhteita kohtaan (Kontula 2013).

Pornografian katselu, joka on nuoren seksuaaliseen käyttäytymiseen mahdollisesti vaikuttava ympäristöllinen tekijä, on nuorten keskuudessa melko yleistä. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen ja hyvinvoinnin laitoksen joka toisena vuonna tekemän, ikäryhmää edustavan Kouluterveyskyselyn (2014) tulosten mukaan vuonna 2013 vajaa puolet (48 %) 8. ja 9. luokkalaisista nuorista ilmoitti katsoneensa pornografiaa ja joka seitsemäs (14%) ilmoitti kuvanneensa tai katsoneensa webkameran avulla intiimejä kehon osia tai itsetyydytystä (Kouluterveyskysely 2014).

Esimerkiksi Lénglen ym. (2006) tutkimuksen mukaan seksuaalisesti latautuneiden ohjelmien katselu voi mahdollisesti lisätä nuoren seksuaalista aktiivisuutta. Spisakin (2015) mukaan median ja nuoren käyttäytymisen välisestä syy-seuraussuhteesta ei kuitenkaan voida tehdä johtopäätöksiä, sillä yksilöiden mediasuhteet ovat keskenään erilaisia ja median vaikutuksen yhteyttä muista ympäristöllisistä tekijöistä on hankala erottaa. Lisäksi median käytön vaikutusta nuoren seksuaaliseen käyttäytymiseen ei olla tutkittu kattavilla pitkittäistutkimuksilla (Spisak 2015). Pornografiasta omaksuttujen *uskomusten* on kuitenkin arvioitu olevan nuoren seksuaalisen kehityksen kannalta haitallisia (Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma 2006).

Kouluterveyskyselyn (2014) mukaan 8. ja 9. luokkalaisten Suomalaisten nuorten yhdyntäkumppaneiden määrä on pysynyt suhteellisen vakiona koko 2000-luvun ajan. Vuonna 2013 reilu viidennes (22 %) kyselyyn vastanneista nuorista ilmoitti kokeneensa yhdynnän. Suurin osa yhdynnän kokeneista oli ollut vain yhden seksikumppanin kanssa. Niistä, jotka olivat kokeneet yhdynnän joka seitsemäs (14 %) oli ollut viiden tai useamman seksikumppanin kanssa. Aiempien vuosien tavoin pojat ilmoittivat useimmista seksikumppaneista tyttöjä yleisemmin (Kouluterveyskysely 2014), joskin poikien fyysinen kehitys on tässä iässä hitaampaa kuin tyttöillä. Tulosten tulkinnassa onkin otettava huomioon, että pojat mahdollisesti liioittelevat ilmoittamissaan seksikumppaneiden määrissä (Puusniekka ym. 2012).

Sen sijaan nuorten kondomin käyttö ei ole tutkimusten mukaan johdonmukaista. Kouluterveyskyselyn (2014) mukaan 8. ja 9. luokkalaisten kondomin käyttö viimeisimmässä yhdynnässä on 2000-luvun ajan ollut osin puutteellista. Yhdynnän kokeneista reilu puolet (58 %) ilmoitti käyttäneensä kondomia ja reilu kuudennes (16 %) ilmoitti olleensa ilman mitään ehkäisyä

viimeisimmässä yhdynnässä (Kouluterveyskysely 2014). Kuortin ja Kosusen (2009) tutkimuksessa nuorten kondomin käytön havaittiin olevan myös epäsäännöllistä (Kuortti & Kosunen 2009). Tutkimukset ovat kuitenkin perinteisesti käsittäneet seksikokemukset yhdyntänä, jolloin muut seksin muodot jäävät tuloksissa huomiotta. Tutkimuksista voidaan kuitenkin havaita, että yläkouluikäisten seksuaalisissa kokemuksissa ja käyttäytymisessä on eroavaisuuksia yksilöiden välillä. Kouluterveyskyselyn (2014) mukaan suurimmalla osalla yläkoululaisista ei ole vielä kokemusta yhdynnästä, hyväilystä vaatteet päällä, niiden alta tai alastomana. Joukkoon mahtuu myös nuoria, joilla on ollut useita seksikumppaneita (Kouluterveyskysely 2014). Kouluterveyskyselyn vastaukset tuovat esiin nuorten eri kehitysvaiheet ja tarpeen seksuaalikasvatukselle (Puusniekka ym. 2012).

2.2 Nuorten seksitaudit

Nuorten seksitautien aiheuttamat, suorat lääketieteelliset kustannukset on arvioitu huomattaviksi (Chesson ym. 2004). Seksitautitartunnoilla on myös havaittu olevan yhteys nuoren seksuaali- ja lisääntymisterveyteen sekä yleiseen hyvinvointiin (World Health Organization 2006). Mielenterveyden ongelmista erityisesti masennus on yhdistetty seksuaali- ja lisääntymisterveydestä johtuviin ongelmiin (World Health Organization 2009).

Suomessa tehdyn tutkimuksen (Woodhall ym. 2007) mukaan 9. luokkalaisten nuorten vanhemmista (n= 740) joka kahdeksas (12 %) oli sitä mieltä että heidän lapsellaan on korkea riski saada seksitauti, kun 9. luokkalaisista (n=400) itse vain 6% oli tätä mieltä (Woodhall ym. 2007). Kuitenkin tiedetään, että suurin osa suomalaisista saa todennäköisemmin seksitaudin elämänsä aikana (esimerkiksi HPV-torjuntatyöryhmän selvitys 2011). Woodhallin ym. (2007) tutkimuksen mukaan vanhemmilla olisi realistisempi kuva seksitautitartunnan riskeistä kuin nuorilla itsellään.

Seuraavassa tarkastellaan kolmea nuorilla yleisintä seksitautia; ihmisen papilloomavirusta (HPV), klamydiaa ja genitaalisherpestä. Nuorten seksitautien tarkkaa määrää ja yleisyysjärjestystä on kuitenkin vaikea määrittellä, sillä kaikki seksitaudit eivät kuulu ilmoitettaviin tauteihin ja toisaalta moni ei oireiden puuttumisen vuoksi hakeudu hoitoon tai tartunnan saaneet saavat lääkityksen kumppanin kautta (Sukupuolitaudit 2015). Vaikka HIV (Human Immunodeficiency virus) -tartunnat eivät kuulu nuorten yleisimpiin seksitauteihin, tulisi seksuaalikasvatuksessa tuoda esiin myös seksiteitse leviävän HIV-tartunnan mahdollisuus. HIV-tartuntojen määrä on ollut nousussa vuoteen 2013 verrattuna ja yleisimmin tartunnat on saatu heteroseksissä (Tartuntataudit 2014).

Yleisin seksiteitse tarttuva tauti on HPV, jonka noin puolet nuorista saa kolmen vuoden sisällä seksuaalisen kanssakäymisen aloittamisesta (HPV-torjuntatyöryhmän selvitys 2011). Suurin osa infektioista paranee itsestään, joskin osa kehittyy jopa syöväksi asti (HPV-torjuntatyöryhmän selvitys 2011; Syrjänen & Rautava 2015). HPV aiheuttaa kohdunkaulan syöpää (HPV-torjuntatyöryhmän selvitys 2011) ja osan muun muassa peniksen, peräaukon ja suun syövästä (HPV-torjuntatyöryhmän selvitys 2011; Syrjänen & Rautava 2015). Syrjäsen ja Rautavan (2015) mukaan länsimaissa HPV:n aiheuttamien suunielun syöpien ilmaantuvuus on lisääntynyt lähes kolminkertaiseksi viimeisen 30 vuoden aikana. Länsimaissa pään ja kaulan alueen syövästä lähes 90 % arvellaan olevan HPV:n aiheuttamia (Syrjänen & Rautava 2015). HPV voi tarttua muun muassa suuseksissä (Syrjänen & Rautava 2015), käsien välityksellä tai synnytyksen yhteydessä (Sukupuolitaudit 2015), eikä kondomi välttämättä suojaa täysin HPV-tartunnalta (Manhart & Koutsky 2002). Jotta HPV-infektio muuttuu jakautuneiksi syöpäsoluiksi, tarvitaan tartunnan lisäksi muitakin vaaratekijöitä, joita ei toistaiseksi tunneta tarkasti (Syrjänen & Rautava 2015).

Naisilla kohdunkaulan syöpää tai sen esiasteita seulotaan PAPA-kokeella (HPV-torjuntatyöryhmän selvitys 2011). 11–12-vuotiailla tytöillä on mahdollisuus saada kansalliseen rokotusohjelmaan kuuluva HPV-rokote (HPV-rokote 2015). Lun ym. (2015) mukaan rokote on todettu tehokkaaksi niitä pitkäaikaisia infektioita ja kohdunkaulan sairauksia vastaan jotka aiheutuvat HPV-rokotteessa olevista virustyypeistä. Toisaalta rokotteen tehokkuuden pitkäaikaisuudesta ja turvallisuudesta ei ole toistaiseksi riittävästi näyttöä (Lu ym. 2011). HPV-rokotteet ovat vähentäneet naisten genitaal- ja anaalialueen syöpiä, mutta pään ja kaulan alueen syövästä ei tältä osin ole tarpeeksi tutkittua tietoa (Syrjänen & Rautava 2015).

Klamydia on Chlamydia trachomatis-bakteerin aiheuttama seksitauti (Sukupuolitaudit 2015). Tartuntatautirekisterin (2014) mukaan vuonna 2014 klamydiatartunnoista suurin osa (82 %) todettiin 15-29-vuotiailla nuorilla. 15–19-vuotiaista sekä naisilla että miehillä tartunnat ovat hieman laskeneet verrattuna kahteen edelliseen vuoteen. Tässä ikäryhmässä ilmoitetut tartunnat ovat yleisempiä naisilla (Tartuntataudit 2014).

Kuitenkin toistuvien klamydia-infektioiden määrä on vuosien saatossa ollut nousussa etenkin 25-vuotiaiden naisten joukossa (Wikström ym. 2012). Peipertin (2003) mukaan klamydia voi hoitamattomana aiheuttaa sisäsynnytintulehduksen, joka voi edelleen johtaa hedelmättömyyteen. Vastaavasti raskauden aikaisella klamydia-infektiolla voi olla lapsen terveydelle vakaviakin

haitallisia vaikutuksia. Suurin osa klamydian aiheuttamista infektioista on oireettomia (Peipert 2003).

Genitaalialueen infektioita aiheuttavat herpes simplex-virus tyypit 1 ja 2 (Sukupuolitaudit 2015). Infektion ensioireet ovat yleensä vähäoireiset tai kokonaan oireettomat (Sukupuolitaudit 2015), erityisesti jos tartunta saadaan nuorena (Bernstein ym. 2013). Primaarissa infektiossa genitaalierpes aiheuttaa ihon ja limakalvon rakkuloita, myöhemmässä vaiheessa kutinaa ja kihelmöintiä, jonka jälkeen esiintyy rakkuloita ja haavaumia (Sukupuolitaudit 2015). Tyypin 2 viruksen aiheuttama infektio lisää HIV:n tartuntatodennäköisyyttä jopa kolminkertaisesti (Freeman ym.2006). Genitaalierpes voi siirtyä synnytyksessä myös lapseen (Sukupuolitaudit 2015). Kondomin käyttö vähentää tartuntoja merkittävästi, mutta ei täysin suojaa herpes simplex 2 tyypin tartunnalta (Wald ym. 2001).

Yleistymässä oleva herpes simplex tyyppi 1 on naisilla yleisempää kuin miehillä (Kortekangas-Savolainen & Vuorinen 2006) ja toisaalta tartunta on yleisempää nuoremmissa kuin vanhemmissa ikäryhmissä (Bernstein ym. 2013). Genitaalierpeksen tarkasta esiintyvyydestä ei HPV-infektioiden tavoin ole saatavilla tietoa, sillä kumpikaan viruksista ei kuulu ilmoitettaviin tauteihin niiden yleisyydestä huolimatta (Sukupuolitaudit 2015).

2.3 Nuorten seksuaaliterveyteen liittyvä häirintä

Tutkimusten mukaan nuorten kokema seksuaalinen häirintä on Suomessa yleistä (Kouluterveyskysely 2014; Poliisi & Pelastakaa lapset 2011). *Seksuaalinen häirintä* määritellään tasa-arvolaisissa, jossa sillä tarkoitetaan ”sanallista, sanatonta tai fyysistä, luonteeltaan seksuaalista ei-toivottua käytöstä, jolla tarkoituksellisesti tai tosiasiallisesti loukataan henkilön henkistä tai fyysistä koskemattomuutta erityisesti luomalla uhkaava, vihamielinen, halventava, nöyryyttävä tai ahdistava ilmapiiri” (Tasa-arvolaki 1986). Seksuaalinen häirintä voi ilmetä esimerkiksi sukupuolisesti vihjailevina ilmeinä ja eleinä, härskeinä puheina, kaksimielisinä vitseinä, fyysisenä kosketteluna, sukupuolista kanssakäymistä koskevinä ehdotuksina, raiskauksena tai sen yrityksenä (Tasa-arvolaki 2015). Seksuaaliseen häirintään kuuluvat myös aineistot, jotka ovat seksuaalisesti värittyneitä (Tasa-arvolaki 2015) sekä sähköposti- ja tekstiviestien kautta tehdyt ehdotukset ja yritykset (HE 44/2009).

Poliisin ja Pelastakaa Lapset ry:n (2011) tekemän selvityksen (n=2 283) mukaan noin kolmannes (33 %) alle 16-vuotiaista ilmoitti vastaanottaneensa vanhemmalta henkilöltä seksuaalisesti

häiritseviä viestejä, kuvia tai videoita ja hieman yli kolmannes (35 %) alle 16-vuotiasta ilmoitti tuntemattoman henkilön ehdottaneen seksiä (Poliisi & Pelastakaa Lapset 2011). Vuoden 2013 kouluterveyskyselyssä (2014) 8. ja 9. luokkalaisista nuorista joka neljäs (26 %) ilmoitti kokeneensa häiritsevää seksuaalista ehdottelua tai ahdistelua puhelimesta tai internetissä joskus tai toistuvasti (Kouluterveyskysely 2014). Tytöt ilmoittivat kokeneensa internetissä tapahtuvaa seksuaalista häirintää huomattavasti poikia useammin (Kouluterveyskysely 2014; Poliisi ja Pelastakaa lapset 2011).

Kouluterveyskyselyn (2014) mukaan 8. ja 9.-luokkalaisista kyselyyn vastanneista noin yksi kymmenestä (11 %) ilmoitti kokeneensa toistuvasti tai joskus kehon intiimien alueiden koskettelua vasten tahtoa. Lähes puolet (47 %) peruskoululaisista ilmoitti kokeneensa seksuaalisuutta tai kehoa loukkaavaa nimittelyä joskus tai toistuvasti. Nimittelystä ilmoittavien välillä ei merkittävästi ollut sukupuolieroja (Kouluterveyskysely 2014).

Yläkouluikäisten seksuaali- ja sukupuolivähemmistöön kuuluvien nuorten häirinnästä ei olla Suomessa tehty kattavia tutkimuksia. Tutkimukset kuitenkin osoittavat, että seksuaali- ja sukupuolivähemmistöön kuuluvat nuoret ja nuoret aikuiset joutuvat häirinnän kohteeksi muuta väestöä enemmän (Huotari ym. 2011; Alanko 2014; METRO youth chances 2014). *Sukupuoleen perustuva häirintä* määritellään tasa-arvolaisissa ja sillä tarkoitetaan ”henkilön sukupuoleen, sukupuoli-identiteettiin tai sukupuolen ilmaisuun liittyvää ei-toivottua käytöstä, joka ei ole luonteeltaan seksuaalista ja jolla tarkoituksellisesti tai tosiasiallisesti loukataan tämän henkistä tai fyysistä koskemattomuutta ja jolla luodaan uhkaava, vihamielinen, halventava, nöyryyttävä tai ahdistava ilmapiiri” (Tasa-arvolaki 1986). Sukupuoleen perustuva häirintä voi ilmetä esimerkiksi henkilön sukupuolen, sukupuoli-identiteetin tai sukupuolen ilmaisun halventamisena tai koulukiusaamisena, kun se perustuu edellä mainittuihin tekijöihin (Tasa-arvolaki 2015).

Kattavan Isobritannialaisen, 15–25-vuotiaisiin nuoriin kohdistuvan tutkimuksen (n=6 514) mukaan lähes puolet (45 %) seksuaali- ja sukupuolivähemmistöön kuuluvista vastaajista raportoi kokeneensa häirintää ja lähes kolme neljästä (74 %) nimittelyä (METRO youth chances 2014). Suomalaisessa 16–30-vuotiaisiin sukupuoli- ja seksuaalivähemmistöön kuuluviin ammattikouluopiskelijoihin kohdistuvassa tutkimuksessa (Huotari ym. 2012, n=636) nuorten häirintäkokemukset eivät olleet yhtä yleisiä. Silti reilu kolmannes (36 %) vastaajista raportoi, että heillä oli kokemusta kiusatuksi joutumisesta seksuaalisen suuntautuneisuuden tai

sukupuolivähemmistöön kuulumisen vuoksi. Erityisesti sukupuolivähemmistöön kuuluvilla nuorilla kiusatuksi joutuminen oli yleistä (Huotari ym. 2011).

Seksuaalirikokset tulevat harvoin poliisin tietoon (Huotari ym. 2011; Poliisi & Pelastakaa lapset 2011; METRO youth chances 2014). Esimerkiksi Poliisin ja Pelastakaa lapset (2011) tutkimuksen mukaan lähes puolet (45 %) kyselyyn vastanneista lapsista ei ollut kertonut seksuaalirikoksesta kenellekään. Vain joka kymmenes (10 %) rikoksen kohteeksi joutunut ilmoitti siitä poliisille (Poliisi & Pelastakaa lapset 2011). Seksuaalirikoksia ovat muun muassa pakottaminen seksuaaliseen tekoon, seksuaalinen hyväksikäyttö, seksuaalinen ahdistelu, seksuaalipalvelujen ostaminen nuorelta, lapsen houkutteleva seksuaalisiin tarkoituksiin ja sukupuolisiveellisyttä loukkaavan lasta koskevan esityksen seuraaminen (Rikoslaki 1889a). Rikoksia yleistä järjestystä vastaan ovat muun muassa sukupuolisiveellisyttä loukkaavan kuvan levittäminen tai sen yritys, kuvaohjelman laiton esittäminen tai sen levittäminen alaikäisille, sukupuolisiveellisyttä lasta esittävän kuvan hallussapito, sukupuolisiveyttä loukkaava markkinointi ja sukupuolisiveellisyden julkinen loukkaaminen (Rikoslaki 1889b).

Rikoksen julkittuomisen esteenä voi olla rikoksen kokeneen syyllisyyden, häpeän tai pelon tunne (Poliisi ja Pelastakaa lapset 2011). Esimerkiksi Alangon (2014) tutkimuksessa syrjintää kokeneet nuoret ilmoittivat syrjinnästä kertomisen esteeksi seksuaali- ja sukupuolivähemmistö-identiteetin paljastumisen tai he uskoivat, ettei syrjinnästä kertominen johda mihinkään. Enemmistö syrjinnästä eteenpäin kertoineista olivat myös kokeneet, ettei se johtanut mihinkään (Alanko 2014). Sisäministeriön tutkimuksen (2014) mukaan sukupuolivähemmistöihin kohdistuvan syrjinnän koettiin lähtevän jo yhteiskunnan heteronormatiivisesta ajattelusta (Syrjintä Suomessa 2014). Nuoren kokemaa seksuaalisuutta koskevaa loukkausta voi olla vaikea huomata, mutta se voi aiheuttaa jopa vuosienkin päästä ilmenevää, hyvinvointia haittaavaa oireilua (Porras 2015).

2.4 Nuorten seksuaaliterveystietämys ja -kokemukset

Seksuaalikasvatus on osa suomalaisessa peruskoulussa opetettavaa terveystiedon oppiainetta (Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet 2014). Kouluterveyskyselyn (2014) mukaan suurimmalla osalla nuorista tiedot seksuaali- ja lisääntymisterveydestä ovat kuitenkin hyvän tason alapuolella. Poikien tietämys aiheesta on tyttöjä heikompa. Tiedot ovat molemmilla sukupuolilla heikentyneet vuodesta 2009 ja tiedot seksitaudeista ovat osittain heikentyneet huomattavasti aiempiin vuosiin verrattuna (Kouluterveyskysely 2014). Myös Fridlundin ym. (2014) tutkimuksessa

15–31-vuotiaiden (n=1022) tiedot seksitautien tartuntatavoista oli puutteelliset. Esimerkiksi yleistyneessä suuseksissä ei osata ottaa huomioon seksitautien tarttumariskiä (Fridlund ym. 2014).

Liinamon (2005) väitöskirjan mukaan 8. ja 9.luokkalaisten heikkoa seksuaaliterveystietoa selitti huono koulumenestys. Myös kuukautisten tai siemensyöksyjen keskimääräistä myöhäisempi alkaminen, vanhempien alhaisempi koulutus ja tietämättömyys jatkokoulutussuunnitelmista tai ammatilliseen koulutukseen suuntaaminen oli yhteydessä heikkoon seksuaaliterveystietämykseen. Erityisesti tyttöjen kohdalla kokemus siitä, ettei seksuaaliasiat olleet ajankohtaisia, oli yhteydessä heikkoon seksuaaliterveystietämykseen (Liinamo 2005). Kontulan (2010) kahteen laajaan kansalliseen kyselyyn perustuvan tutkimuksen mukaan nuorten seksuaaliterveystietämystä edesauttoi sellaiset opettajat, jotka opettivat muun muassa seksuaalisuuteen liittyvien asenteiden luonnollisuutta ja jotka kokivat, että seksuaalisuuteen liittyvistä asioista oli helppo keskustella (Kontula 2010).

Kuortin ja Kosusen (2009) tutkimuksessa (n=247) ne tytöt, joilla oli useampia seksikumppaneita, olivat enemmän huolissaan raskauden kuin seksitautien mahdollisuudesta (Kuortti & Kosunen 2009). Myös Rinkisen (2012) tutkimuksessa tulee esille nuorten omat seksuaaliterveyskokemukset. Rinkisen tutkimusaineisto koostui Väestöliiton internetpalvelun kautta saaduista seksuaaliterveyteen liittyvistä kysymyksistä, joiden lähettäjät olivat 11–17-vuotiaita nuoria (n=1015). Eniten kysymyksiä oli liittyen seksuaaliseen toimintaan (32 % kysymyksistä), mieheksi ja naiseksi kasvamiseen (28 % kysymyksistä) ja raskauteen (27 % kysymyksistä). Seksuaalista toimintaa ja mieheksi ja naiseksi kasvamiseen liittyviin kysymyksiin liittyi usein epäily ongelmasta. Rinkisen mukaan eräs syy tällaiseen ongelmalähtöiseen ajatteluun voi olla ajankuvallemme tyypillinen seksuaalisuuden medikalisaatio (Rinkinen 2012).

Kontulan (2012) PoikaS-hankkeen tulosten mukaan pojat kaipaavat lisää tietoa oman kehityksen normaaliudesta. Kehityksen normaaliuden mittana oli useimmiten peniksen koko tai sen toimintakyky. Myös suhteet tyttöihin, ensimmäinen yhdyntä ja seksuaaliseen suuntautuneisuuteen, kuten homoseksuaalisuuteen liittyvät kysymykset olivat yleisiä. Maahanmuuttajataustaisia poikia koskevan aineiston tuloksissa havaittiin poikia askarruttavan etenkin kahden kulttuurin väliset ristiriidat seksuaaliasioihin liittyen. Myös poikien huonompi tietämys seksuaaliasioista nousi esiin (Kontula 2012).

3 SEKSUAALIKASVATUS

Seksuaalikasvatus eli seksuaalisuuden kognitiivisten, emotionaalisten, sosiaalisten, vuorovaikutteisten, fyysisten (Unesco 2009; Seksuaalikasvatuksen standardit Euroopassa 2010) sekä poliittisten, uskonnollisten ja kulttuuristen (Unesco 2009) ulottuvuuksien oppiminen on seksuaaliterveyttä edistävää kasvatusta. Kaikilla lapsilla ja nuorilla katsotaan olevan oikeus saada ikäänsä nähden sopivaa seksuaalikasvatusta jo syntymästään lähtien (Seksuaalikasvatuksen standardit Euroopassa 2010).

Yläkouluikäisenä seksuaalisuuteen liittyvät asiat alkavat usein kiinnostaa enemmän ja toisaalta nuoren itsehavainnointi, älylliset kyvyt ja moraalit ovat kehittyneet siinä määrin, että laajempi seksuaalikasvatus on mahdollista (Seksuaalikasvatuksen standardit Euroopassa 2010). Yläkouluikäisen seksuaalikasvatus on ajankohtaista myös siksi, että nuorten seksuaalisen riskikäyttäytymisen tiedetään lisääntyvän teinivuosina (Moilanen 2015). Seksuaalikasvatus voi osaltaan olla vähentämässä seksuaalisuuteen liittyvien riskien, kuten seksitautien ja seksuaalisen väärinkäytön ilmenemistä (Unesco 2010). Toisaalta seksuaalikasvatuksella voidaan tukea nuoren positiivista ja vastuullista suhtautumista seksuaalisuuteen (Seksuaalikasvatuksen standardit Euroopassa 2010).

Seksuaalikasvatuksen ajatellaan koostuvan suurelle joukolle tapahtuvasta seksuaalivalistuksesta, pienryhmissä annettavasta, opetussuunnitelmaan perustuvasta seksuaaliopetuksesta sekä ammattihenkilön antamasta seksuaalineuvonnasta (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014-2020). Bildjuschkinin (2015b) mukaan seksuaalikasvatukseen kuuluu myös koulutuksen saaneen ammattilaisen antama ohjaus, jossa korostuu toiminnallisuus (Bildjuschkin 2015). Nämä määritelmät eivät kuitenkaan ota huomioon esimerkiksi vanhempien merkitystä nuoren seksuaalikasvatuksessa. Seksuaalikasvatus voidaan jakaa myös epäviralliseen ja viralliseen kasvatukseen (Bildjuschkin 2015b), jolloin myös vanhempien osallisuus seksuaalikasvatuksessa tulee huomioiduksi.

Unescon (2009) mukaan seksuaalikasvatuksen sisältö voidaan jakaa neljään eri oppimisen komponenttiin (Unesco 2009). Seksuaaliterveyteen liittyviä oppimisen osa-alueita tarvitaan, jotta nuori voi luoda turvallisia ja tyydyttäviä suhteita ja ottaa vastuun omasta ja muiden seksuaaliterveydestä ja hyvinvoinnista (Seksuaalisuuden standardit Euroopassa 2010). Ensimmäiseksi seksuaalikasvatuksen tulisi antaa riittävästi *informaatiota* aiheista, joista nuoret haluavat tietää ja joista heidän täytyy tietää (Unesco 2009). Seksuaalikasvatuksen informaation

tulisi olla tieteellisesti perusteltua, täsmällistä ja ei-tuomitsevaa sekä ottaa huomioon nuoren kehitystaso, sukupuoli (Unesco 2009) ja tiedon tarve (Bildjuschkin 2015b). Toiseksi seksuaalikasvatuksen tulisi tarjota mahdollisuus tutustua seksuaalisuuteen ja sosiaalisiin suhteisiin koskeviin *arvoihin, asenteisiin ja sosiaalisiin normeihin* (Unesco 2009). Asenteet, joihin myös arvot kuuluvat, ohjaavat osaltaan nuoren käyttäytymistä (Seksuaalisuuden standardit Euroopassa 2006). Myös *parisuhde- ja vuorovaikutustaitojen* oppiminen kuuluu seksuaalikasvatukseen (Unesco 2009). Esimerkiksi neuvottelu- ja viestintätaitojen avulla nuori voi tuoda esiin omia toiveita ja rajoja (Seksuaalisuuden standardit Euroopassa 2010). Viimeiseksi seksuaalikasvatuksen tulisi antaa mahdollisuus oppia *vastuuta* sekä itsestä että opettaa toisten seksuaalioikeuksien kunnioitusta (Unesco 2009).

Seksuaalikasvatuksen standardien (2010) mukaan seksuaalikasvatuksen sisältöihin voidaan lukea kahdeksan eri teemaa, joista jokaista tulisi käsitellä. Teemat ovat seksuaalisuus, tunteet, ihmissuhteet ja elämäntyyli, seksuaalisuus, terveys ja hyvinvointi, seksuaalisuus ja oikeudet ja seksuaalisuutta määrittävät sosiaaliset ja kulttuuriset tekijät (Seksuaalikasvatuksen standardit Euroopassa 2010).

Suvivuon (2011) väitöskirjassaan ehdottamat neljää kohtaa, jotka tulisi ottaa huomioon erityisesti tyttöjen seksuaalikasvatuksessa, ovat Unescon (2009) laatimien suositusten suuntaisia. Suvivuon (2010) mukaan seksuaalikasvatuksessa tulisi kiinnittää huomiota paitsi 1) tyttöjen henkilökohtaisten arvojen ja asenteiden tunnistamiseen ja 2) tyttöjen kumppanin painostamiseen vastustamiseen tai sietämisen harjoitteluun ja kehittämiseen, myös 3) tyttöjen itsetuntemuksen lisäämiseen; omien tarpeiden, halujen ja tunteiden tunnistamiseen ja 4) tyttöjen omien odotusten arvioimisen rohkaisemiseen ja niiden ehtojen arvioimiseen, joiden tulisi täytyä ennen seksuaalista toimintaa (Suvivuo 2011).

McKee ym. (2010) ovat asiantuntijaryhmässään kehittäneet tutkijoille tarkoitetun viitekehysten terveelle seksuaaliselle kehitykselle. Aihealueissa on yhtäläisyyksiä Unescon (2009) tekemiin seksuaaliterveyteen liittyviin suosituksiin sekä Suvivuon (2011) ehdottamiin aiheisiin, mutta niiden lisäksi viitekehys tuo esiin myös seksuaaliterveyteen liittyvän elämänpituuden oppimisen ja resilienssin. Elämänpituinen oppiminen seksuaalisuudesta, tiedosta ja asenteista jatkuu myös aikuisuudessa (McKee ym. 2010). Resilienssi voidaan määritellä yksilön toimintana, joka ylläpitää toimintakykyä kun yksilö kohtaa vaikeita asioita elämässään (Joutsenniemi & Lipponen 2015). Resilienssiä tarvitaan esimerkiksi silloin, kun henkilöllä on ikäviä kokemuksia seksuaalisuuteen

liittyen, mutta niiden ei haluta vaikuttavan loppuelämän seksuaalisuuteen negatiivisesti (McKee ym. 2010).

4 KÄYTTÄYTYMISEN ENNAKOINNIN INTEGROITU MALLI (IMBP)

Tutkimukset, jotka perustuvat terveyskäyttäytymisen malleihin tai teorioihin, on todettu kaikista tehokkaimmiksi (Glanz ym. 2008). Käyttäytymisen ennakoinnin integroitu malli (Integrated Model of Behaviour prediction, IMBP) on teorioista ja empiirisistä löydöksistä koostettu terveyskäyttäytymismalli, joka auttaa tunnistamaan yksilön käyttäytymiseen vaikuttavia tekijöitä (Montano & Kasprzyk 2008, 77). Kuten kaikissa terveyskäyttäytymisen ennakointiin ja muuttamiseen käytetyissä käyttäytymismalleissa, on myös IMBP:n perimmäisenä tarkoituksena terveyden edistäminen (Glanz ym. 2008).

IMBP on muokattu suunnitellun käyttäytymisen teorian (theory of planned behavior) ja perustellun toiminnan teorian (theory of reasoned action) pohjalta (Montano & Kasprzyk 2008, 77- 80). Mallia on käytetty myös vanhemman ja nuoren välisen seksuaaliterveyteen liittyvän keskustelun tutkimuksissa (esimerkiksi Byers & Sears 2012).

IMBP-mallissa keskeisenä tekijänä on henkilön *aikomus* käyttäytymiseen; jos henkilöllä ei ole aikomusta suorittaa käyttäytymistä, ei sitä todennäköisemmin tule tapahtumaan (Montano & Kasprzyk 2008, 78). Mallia käyttäneiden tutkimusten perusteella kuitenkin huomattiin, ettei henkilön aikomus yksin riitä käyttäytymisen toteuttamiseen (Fishbein & Yzer 2003). Malliin lisättiin myöhemmin tekijöitä, joiden on katsottu olevan suoraan yhteydessä käyttäytymiseen (vrt. Fishbein & Cappella 2006; Montano & Kasprzyk 2008).

Yksilön käyttäytymiseen katsotaan olevan suorasti yhteydessä joko käyttäytymisen esteenä tai fasilitaattorina olevia tekijöitä, kuten *tiedot ja taidot, ympäristölliset tekijät, totumus* (Fishbein & Cappella 2006) ja *käytöksen hyväksyttävyyys* (Kasprzyk & Montano 2008, 78). Mallin mukaan vanhemman seksuaaliterveyskeskustelu nuoren kanssa tulee siis todennäköisimmin tapahtumaan jos 1) vanhemmalla on aikomus keskusteluun sekä keskusteluun tarvittavia tietoja ja taitoja 2) ympäristössä ei ole suuria esteitä, jotka estäisivät vanhemman ja nuoren välisen seksuaaliterveyteen liittyvän keskustelun 3) seksuaaliterveyskeskustelu on vanhemman mielestä hyväksyttävää ja 4) vanhempi on totunut keskustelemaan seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista (Kasprzyk & Montano 2008, 78).



KUVA 1. Käyttäytymisen ennustamisen integroitu malli (Mukaeltu Kasprzyk & Montano 2008).

IMBP:n mukaan aikomuksen esteenä tai fasilitaattorina toimii *asenteet, koetut normit ja pystyvyyteen liittyvät tunteet käyttäytymistä kohtaan* (Fishbein & Yzer 2003). Fishbeinin ja Cappellan (2006) mukaan se, missä määrin nämä kolme psykososiaalista determinanttia vaikuttavat aikomukseen, riippuu kyseessä olevasta käyttäytymisestä ja tutkittavasta ihmisjoukosta. Käyttäytyminen voi esimerkiksi toisessa kulttuurissa olla asenteista johtuvaa, toisessa kulttuurissa normatiivisista uskomuksista johtuvaa. Jotta käyttäytymiseen voidaan vaikuttaa, tulisikin ensin määritellä mitkä näistä tekijöistä ennustavat juuri kyseessä olevaa käyttäytymistä vahviten (Fishbein & Cappella 2006).

Asenteet voidaan jakaa *kokemusperäiseen asenteeseen*, joka pohjautuu tunneperäiseen kokemukseen toivotusta käyttäytymisestä sekä *instrumentaaliseen asenteeseen*, joka pohjautuu käyttäytymisuskomukseen (Kasprzyk & Montanon 2008, 78). Kokemusperäinen asenne tarkoittaa sitä, missä määrin henkilö ajattelee positiivisesti käyttäytymistä kohtaan ja instrumentaalinen

asenne viittaa siihen, kuinka paljon hyötyä henkilö kokee käyttäytymisestä aiheutuvan (Guilamo-Ramos ym. 2008).

Koetut normit voidaan jakaa *määräävään normiin* ja *kuvainnolliseen normiin* (Kasprzyk & Montano 2008, 78). Fishbeinin ja Yzerin (2003) mukaan määräävä normi käsittää sen, mitä henkilö ajattelee hänelle läheisten ihmisten ajattelevan hänen käyttäytymisestään. Kuvainnollinen normi käsittää sen, miten henkilö ajattelee muiden käyttäytyvän (Fishbein & Yzer 2003).

Kasprzynin ja Montanon (2008, 79-80) mukaan *pystyvyyteen liittyvät tekijät* käsittävät *koetun kontrollin* ja *minä-pystyvyyden*. Koettu kontrolli kuvaa sitä, missä määrin henkilö ajattelee pystyvänsä käyttäytymään toivotulla tapaa. Minä-pystyvyys käsittää sen, missä määrin henkilö ajattelee pystyvänsä käyttäytymään toivotulla tapaa myös silloin, kun hän kohtaa haasteita (Kasprzyn & Montano 2008, 79-80).

Asenteet, koetut normit ja pystyvyyteen liittyvät tekijät taasen pohjautuvat *uskomuksiin* (Fishbein & Cappella 2006). Uskomusten, asenteiden, koettujen normien ja pystyvyyteen liittyvien tekijöiden katsotaan suoraan ennustavan aikomusta (Fishbein ym. 2001). Mallin avulla voidaan tunnistaa ne henkilön aikomukseen vaikuttavat uskomukset, joita muuttamalla voidaan saada muutos myös aikomuksessa toteuttaa tietty käyttäytyminen (Fishbein & Yzer 2003). Fishbein & Cappella (2006) painottavatkin, että *uskomukset määrittävät vahviten aikomusta ja käyttäytymistä* (Fishbein & Cappella 2006). Uskomukset koostuvat kuudesta eri osa-alueesta; *tunteista käyttäytymistä kohtaan, käyttäytymisuskomuksista, uskomuksista muiden odotuksista, uskomuksista muiden käyttäytymisestä, uskomuksista omasta kontrollin taidoista ja uskomuksista omasta pystyvyydestä* (Kasprzyn & Montano 2008, 79).

Yksilön uskomuksiin käyttäytymistä kohtaan vaikuttavat *taustalla olevat tekijät*, jotka koostuvat muun muassa *persoonasta, tunnetilasta, koetusta riskistä, nautinnollisuuden halusta, median vaikutuksesta tai kulttuurisista tekijöistä* (Fishbein & Yzer 2003). Fishbein & Cappellan (2006) mukaan nämä tekijät vaikuttavat epäsuorasti käyttäytymiseen, sillä esimerkiksi eri taustaisia ihmisiä voi silti yhdistää samanlaiset uskomukset. Jos taustalla oleva tekijä on systemaattisesti yhteydessä uskomuksiin, on se todennäköisesti yhteydessä myös käyttäytymiseen. Toisaalta, jos taustalla oleva tekijä ei ole yhteydessä uskomuksiin, ei se todennäköisesti myöskään ole yhteydessä käyttäytymiseen. Kun taustalla olevat tekijät on valittu tutkittavan käyttäytymisen ja ihmisjoukon

kannalta olellisesti, on IMBP oikein käytettynä herkkä eri kulttuureille ja persoonallisuuksille (Fishbein & Cappella 2006).

IMBP-mallin pohjalta tunnistetun käyttäytymisen esteenä tai fasilitaattorina olevan tekijän löytäminen ei takaa sitä, että tekijää voitaisiin muuttaa yksilön käyttäytymisen kannalta suotuisammaksi (Fishbein & Yzer 2003). Se ei myöskään anna työkaluja siihen miten tunnistettuja tekijöitä voitaisiin muuttaa yksilön käyttäytymisen kannalta suotuisammaksi (Fishbein & Cappella 2006).

5 VANHEMPIEN ANTAMA SEKSUAALIKASVATUS JA SEKSUAALITERVEYS- TIETÄMYS

Vanhemmat ovat eräs tärkeimmistä toimijoista nuoren seksuaalisessa sosiaalisuudessa (Léngel & Jackson 2008). Vanhemmilla on myös ensisijainen rooli nuoren seksuaaliterveyttä ja suhteita tukevan tiedon ja tuen antamisessa (Unesco 2009). Vanhempien antama, jatkuva seksuaalikasvatus on tärkeää myös siksi, että se mahdollistaa kasvatuksen sellaisissa seksuaaliterveyteen liittyvissä asioissa, joita kaikki nuoret joutuvat säännöllisesti kohtaamaan omassa arjessaan. Seksuaalikasvatus ei siis ole irrallinen osa kasvatusta, vaan liittyy tiiviisti muuhun vanhempien antamaan kasvatukseen (Cacciatore 2008, 110).

Lapsen tai nuoren seksuaalisuuteen liittyvä oppiminen tapahtuukin suurimmalta osin ammattilaisten antaman opetuksen ulkopuolella (Seksuaalisuuden standardit Euroopassa 2010). Myös koulun seksuaaliterveyskasvatuksessa suositellaan yhteistyötä oppilaiden vanhempien kanssa nuorten seksuaaliterveysopetuksen tehostamiseksi (Unesco 2009; Seksuaalikasvatuksen standardit Euroopassa 2010).

Sormusen ym. (2012) tutkimuksen mukaan suomalaisten neljäs luokkalaisten lasten vanhemmat kokevat seksuaaliterveyskasvatuksen kuuluvan pääosin sekä kodin että koulun vastuulle kodin ensisijaisen vastuun sijaan. Vanhemmista (n=348) reilu puolet (62 %) oli sitä mieltä, että vastuu kasvatuksesta koskien ihmisen seksuaalista kehitystä kuuluu yhdenvertaisesti sekä koululle että kodille. Vanhemmista reilu neljännes (27 %) oli sitä mieltä, että vastuu tämän aihealueen kasvatuksesta kuuluu pääosin kodille. Noin puolet (51 %) vanhemmista oli sitä mieltä, että vastuu kasvatuksesta koskien kehon kunnioitusta ja suojaamista kuuluu yhtävertaisesti sekä kodille että koululle ja noin kaksi viidestä (41 %) oli sitä mieltä, että vastuu tämän aihealueen kasvatuksesta kuuluu pääosin kodille (Sormunen ym. 2012). Vanhempien mielipide nuoren ensisijaisesta seksuaalikasvattajasta eroaa siis hieman ammattilaisten näkemyksestä.

Seuraavassa tarkastellaan vanhemman ja nuoren välistä seksuaaliterveyskeskustelun toteutumista, sen sisältöä ja keskustelun yhteyttä nuoren seksuaaliseen käyttäytymiseen. Lisäksi seksuaaliterveyteen liittyvään keskusteluun yhteydessä olevia, vanhempaan liittyviä tekijöitä tarkastellaan jo aiemmin esitellyn käyttäytymisen ennustamisen integroidun mallin pohjalta. Vanhempien seksuaaliterveystietämykseen perehdytään omassa alakappaleessaan.

5.1 Vanhemman ja nuoren välinen seksuaaliterveyteen liittyvä keskustelu

Keskustelu on yksi tehokkaimmista keinoista välittää arvoja, asenteita ja normeja (Unesco 2009). Vanhemman ja nuoren välinen seksuaaliterveyteen liittyvä keskustelu harjoituttaa nuoren sosiaalisia taitoja ja rohkaisee nuorta ilmaisemaan omia mielipiteitä, myös seksuaaliasioihin liittyen (Cacciatore 2008, 373). Kouluterveyskyselyn (2014) mukaan suomalaisista 8. ja 9.luokkalaisista nuorista vajaa puolet (42 %) koki seksuaalisuuteen liittyvistä asioista keskustelun jomman kumman vanhemman tai vanhempien kanssa erittäin tai melko vaikeana. Nuorista reilu puolet (58%) piti keskustelua erittäin tai melko helppona (Kouluterveyskysely 2014). Jerman ja Constantinen (2010) Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa (n=907) suurin osa (78%) vanhemmista koki seksuaalisuuteen liittyvän keskustelun nuoren kanssa erittäin tai melko helppona (Jerman & Constantine 2010). Suomalaiset nuoret siis kokivat vanhemman kanssa käydyn, seksuaalisuuteen liittyvän keskustelun hieman vaikeampana verrattuna kansainvälisen tutkimuksen vanhempien kokemuksiin.

Ulkomaisissa tutkimuksissa vanhemman ja nuoren välinen seksuaaliterveyteen liittyvä keskustelu ei näyttäisi toteutuvan ainakaan kaikkien yläkouluikäisten kohdalla. Byersin ja Searsin (2012) Kanadalaisessa tutkimuksessa (n=573) vajaa kolmannes (29 %) äideistä oli keskustellut aiheesta 11–13-vuotiaan nuoren kanssa kun Jermanin ja Constantinen (2010) yhdysvaltalaisella väestöllä tehdyssä tutkimuksessa suurin osa (85 %) vanhemmista oli keskustellut 8-18- vuotiaan nuoren kanssa seksiin tai parisuhteeseen liittyvistä asioista. Reilu viidennes (22 %) äideistä aikoi keskustella aiheesta seuraavan kuuden kuukauden kuluessa (Byers & Sears 2010). Noin neljäsosa niistä vanhemmista, jotka olivat jo keskustelleet seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista ilmoittivat Byersin ja Searsin (2012) tutkimuksessa keskustelleensa näistä aiheista myös syvällisemmällä tasolla nuoren kanssa.

Kansainvälisissä tutkimuksissa yleisimpiä seksuaaliterveyteen liittyviä aiheita, joista vanhemmat olivat keskustelleet yläkouluikäisen nuoren kanssa olivat murrosiän kehitysvaiheet (Byers ym. 2008; Jerman & Constantine 2010; Byers & Sears 2012), seksistä pidättäytyminen (Jerman & Constantine 2010; Byers & Sears 2012) ja lisääntyminen (Byers ym. 2008; Jerman & Constantine 2010; Byers & Sears 2012). Vanhemman ja nuoren välinen seksuaaliterveyskeskustelu näyttäisi keskittyvän fysiologis- ja biologispainotteisiin aiheisiin.

Vanhemman ja nuoren välisen seksuaaliterveyteen liittyvän keskustelun ja nuoren seksuaaliterveyden välistä yhteyttä käsittelevät tutkimukset on usein tehty nuoren riskikäyttäytymisen eli ei-toivotun seksuaalisen käyttäytymisen näkökulmasta. Useista

tutkimuksista on saatu viitteitä siitä, että vanhemman ja nuoren välinen seksuaaliterveyskeskustelu on suojaava tekijä nuoren seksuaalisen riskikäyttäytymisen osatekijältä (Aspy ym. 2007; Markham ym. 2010; Parkes ym. 2011).

Aspyn ym. (2007) tutkimuksen (n=1 083) mukaan vanhemman ja nuoren välinen keskustelu nuoren seksuaalisen aktiivisuuden myöhentämisestä ja seksuaalikäyttäytymisen moraalista ovat yhteydessä nuoren seksistä pidättäytymiseen. Samaisen tutkimuksen mukaan ne nuoret, jotka keskustelivat vanhempiensa kanssa ehkäisystä, seksitautien ennaltaehkäisystä ja joita opetettiin kieltäytymään seksistä, ilmoittivat käyttäneensä ehkäisyä viimeisimmässä yhdynnässä kaksi kertaa suuremmalla todennäköisyydellä kuin ne nuoret, jotka eivät keskustelleet näistä asioista vanhempiensa kanssa (Aspy ym. 2007).

Markhamin ym. (2010) 58 tutkimusta käsittäneen systemaattisen kirjallisuuskatsauksen mukaan riittävää tutkimusnäyttöä vanhemman ja nuoren välisen seksuaaliterveyteen liittyvän keskustelun yhteydestä nuoren seksuaaliseen käyttäytymiseen on ainoastaan nuoren varhain aloitetun seksuaalisen kanssakäymisen osalta. Myös Parkesin ym. (2011) tutkimus (n=1854) tukee tätä tulosta. Heidän tutkimuksessa havaittiin, että vanhemman ja nuoren välinen keskustelu seksistä oli yhteydessä nuoren ensimmäisen yhdynnän myöhentämiseen (Parkes ym. 2011). Lisäksi Markhamin ym. (2010) kirjallisuuskatsauksessa havaittiin, että vanhemman ja nuoren välinen seksuaaliterveyteen liittyvä keskustelu on mahdollisesti suojaavampi tekijä tytöille kuin pojille.

Guilamo- Ramoksen ym. (2012) kirjallisuuskatsauksen mukaan isän ja nuoren välisen seksiin liittyvän keskustelun ja nuoren ehkäisyn käytön tai nuoren seksistä pidättäytymisen välisestä yhteydestä on heikkoa näyttöä vähäisten tutkimusten vuoksi. Vanhemman ja nuoren (Markham ym. 2010) sekä isän ja nuoren (Guilamo- Ramos ym. 2012) välisen seksuaaliterveyteen liittyvän keskustelun yhteydestä muihin seksuaalisen riskikäyttäytymisen osatekijöihin ei ole riittävästi näyttöä liian vähäisten pitkittäisten tutkimusten vuoksi (Markham ym. 2010; Guilamo-Ramos ym. 2012).

Tutkimuksissa on tullut myös esiin tuloksia, joissa vanhemman ja nuoren välinen seksuaaliterveyteen liittyvä keskustelu on ollut yhteydessä johonkin nuoren lisääntyneeseen seksuaalisen riskikäyttäytymisen osatekijään (esimerkiksi Aspy ym. 2007; Bersamin ym. 2008; Parkes ym. 2011). Bersamin ym. (2008) pitkittäistutkimuksessa (n=887) vanhemman ja nuoren välinen seksiin liittyvä syvällisempi keskustelu oli yhteydessä nuoren seksuaalisen käyttäytymisen

aloittamiseen vuoden aikajanalla tarkasteltuna (Bersamin ym. 2008). Parkesin ym. (2011) tutkimuksessa vanhemman ja nuoren välinen seksuaaliterveyteen liittyvä keskustelu oli yhteydessä seksuaalisesti kokeneiden nuorten ehkäisyn käyttämättä jättämiseen. Aspyn ym. (2007) tutkimuksessa havaittiin, että jos vanhemmat ilmoittivat keskustelleensa nuoren kanssa seksitautien ennaltaehkäisystä tai ehkäisystä ylipäättään, oli nuori todennäköisemmin ollut yhdynnässä (Aspy ym. 2007). On myös tutkimuksia, joiden mukaan vanhemman ja nuoren välisellä seksuaaliterveyteen liittyvällä keskustelulla ei ole yhteyttä nuoren seksuaaliseen käyttäytymiseen. Esimerkiksi Longmoren ym. (2009) pitkittäistutkimuksen mukaan (n=697) vanhemman ja nuoren välisellä seksiin liittyvällä keskustelulla ei ollut yhteyttä nuoren seksuaalisen kanssakäymisen aloittamiseen (Longmore ym. 2009).

Edellä mainittujen tutkimustulosten tarkastelussa tulisi kuitenkin ottaa huomioon tekijät, jotka mahdollisesti lisäävät vanhemman ja nuoren välistä seksuaaliterveyteen liittyvää keskustelua ja täten antaa kuvan siitä, että keskustelu olisi yhteydessä nuoren riskikäyttäytymiseen tai sen osatekijään. Esimerkiksi Guilamo-Ramoksen ym. (2012) tutkimuksen mukaan mitä vanhempi nuori oli keskustellessaan seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista vanhemman kanssa, sitä suuremmalla todennäköisyydellä hänen seksuaalinen käyttäytyminen oli lisääntynyt. Toisaalta nuoremmilla nuorilla oli vähemmän seksuaaliterveyteen liittyviä keskustelukokemuksia vanhemman kanssa ja toisaalta vähemmän seksuaaliseen käyttäytymisen kokemusta (Guilamo-Ramos ym. 2012).

Suurimmassa osassa tutkimuksista ei myöskään otettu huomioon vanhemman tietoa nuoren seurustelu- tai tapailukokemuksista. On esimerkiksi havaittu, että seurustelevat nuoret harrastavat todennäköisemmin seksiä verrattuna niihin nuoriin, jotka eivät seurustele (Longmore ym. 2009). Longmore ym. (2009) pohtivatkin, että ne vanhemmat, jotka tietävät nuoren seurustelukokemuksista, voivat mahdollisesti lisätä keskustelua seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista nuoren kanssa.

Vanhemman ja nuoren välisen seksuaaliterveyteen liittyvän keskustelun aiheilla voi myös olla merkityksensä nuoren seksuaaliseen käyttäytymiseen. Esimerkiksi Deptulan ym. (2010) laajan (n=16 980) pitkittäistutkimuksen mukaan negatiivisiin seksuaaliterveyteen liittyviin asioihin keskittyminen voi olla yhteydessä nuoren kondomin käyttämisen jättämiseen ja seksuaalisen kanssakäymisen aloittamiseen viimeisen vuoden aikana (Deptula ym. 2009). Lisäksi täytyy ottaa huomioon, että vanhemman ja nuoren väliseen seksuaaliterveyteen liittyvään keskusteluun keskittyvissä tutkimuksissa otetaan harvemmin huomioon keskustelun emotionaalista sävyä.

Seksuaaliterveyteen liittyvä keskustelu on määritelty tutkimuksissa vaihtelevasti. Useissa tutkimuksissa puhutaan kommunikaatiosta (eng. communication), mutta toisissa tutkimuksissa kommunikaatio ja keskustelu (eng. discuss) rinnastetaan samaksi asiaksi. Joissakin tutkimuksissa kommunikaatio käsitettiin laajempaan, viestinnällisenä asiana, kun toisissa se käsitetään suppeampana, lähinnä keskustelua tarkoittavana asiana. Seksuaaliterveyteen liittyvän kommunikaation tai keskustelun määrittelyn heterogeenisyys vaikeuttaa tutkimustulosten vertailua (esimerkiksi Markham ym. 2010).

Kaiken kaikkiaan voidaan todeta, että vanhemman ja nuoren välinen seksuaaliterveyteen liittyvä keskustelu todennäköisimmin suojaa nuorta seksuaaliselta riskikäyttäytymisen osatekijöiltä, kuten varhaiselta yhdynnän aloittamiselta (Markham ym. 2010; Parkes ym. 2011) tai ehkäisyn käyttämättä jättämiseltä (Aspy ym. 2007). Tutkimusten heterogeenisyydestä johtuen on tulosten yleistäminen kuitenkin vaikeaa.

5.2 Seksuaaliterveyskeskusteluun yhteydessä olevat tekijät käyttäytymisen integroidun mallin (IMBP) pohjalta

Tämän luvun tarkoituksena on selvittää IMBP-mallin pohjalta mitkä tekijät ovat yhteydessä vanhemman ja nuoren välisen seksuaaliterveyteen liittyvän keskustelun toteutumiseen ja sen sisältöön sekä mitkä tekijät ovat yhteydessä vanhemman aikomukseen keskustella seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista nuoren kanssa. Lähdeaineiston rajaamiseksi taustalla olevista tekijöistä on tarkasteluun valittu vain yleisimmät tutkitut tekijät.

Lähdeaineiston tiedonhaku (taulukko 1) tehtiin Wiley online library, Ovid medline ja CINAHL – tietokannoista hakusanoilla “sex* AND communication” ja “parent* AND sex*com*”. Lisäksi tiedonhaussa hyödynnettiin tutkimusten lähdeviitteitä. Tiedonhaku rajattiin vuosien 2007-2015 länsimaalaisiin ja englanninkielisiin tutkimuksiin. Tutkimusten kohderyhmä nuorten osalta rajattiin 13–16-vuotiaisiin nuoriin. Valintakriteerinä oli, että tutkimus tutki jotain IMBP-mallissa esitetyn seksuaaliterveyskeskusteluun liittyvän tekijän yhteyttä vanhemman ja nuoren välisen keskustelun toteutumiseen, sen sisältöön tai vanhemman aikomukseen keskustella seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista nuoren kanssa. Täten kirjallisuuskatsauksesta poissuljettiin sellaiset tutkimukset, jotka tutkivat esimerkiksi vanhemman yleistä minä-pystyvyyttä seksuaaliterveyskeskusteluun liittyvän minä-pystyvyyden sijaan.

TAULUKKO 1. Tutkimuslähteaineiston yhteenveto

Tekijät	Yhteyttä ei tutkittu	Yhteyttä ei todettu	Yhteys todettu	Tutkimukset
Tieto				
Itse arvioitu tieto ja keskustelu*			4	Byers ym. 2008; Guilamo-Ramos ym. 2008; Jerman & Constantine 2010; Byers & Sears 2012
Itse arvioitu tieto ja aikomus keskustella			1	Byers & Sears 2012
Objektiivinen tieto ja keskustelu*	0			
Taito				
Keskustelumukavuus ja keskustelu*			3	Byers ym. 2008; Jerman & Constantine 2010; Byers & Sears 2012
Keskustelumukavuus ja aikomus keskustella			1	Byers & Sears 2012
Keskustelun helppous ja keskustelu*	0			
Asenne, koetut normit ja pystyvyys				
Asenne ja keskustelu			4	Guilamo-Ramos ym. 2008; Davis ym. 2010; Evans ym. 2011; Byers & Sears 2012
Asenne ja aikomus keskustella*			1	Byers & Sears 2012
Koettu normi ja keskustelu			2	Guilamo-Ramos ym. 2008; Byers & Sears 2012
Koettu normi ja aikomus keskustella*			1	Byers & Sears 2012
Pystyvyys ja keskustelu			5	Guilamo-Ramos ym. 2008; Davis ym. 2010; Evans ym. 2011; Byers & Sears 2012
Pystyvyys ja aikomus keskustella*			1	Byers & Sears 2012
Keskustelun hyväksyttävyyys ja keskustelu*	0			
Tottumus keskustella ja keskustelu*	0			
Ympäristölliset tekijät ja keskustelu*	0			
Taustalla olevat tekijät ja keskustelu				
Vanhemman ja nuoren sukupuoli (ristiriita)			5	Ogle ym. 2008; Jerman & Constantine ym. 2010; Wilson & Koo 2010; Byers ym. 2008; Davis ym. 2010; Byers & Sears 2012
Nuoren vuosiluokka			1	Byers & Sears 2012
Vanhemman ikä		1	1	Byers ym. 2008; Jerman & Constantine 2010
Vanhemman koulutustaso		2	1	Byers ym. 2008; Davis ym. 2010; Jerman & Constantine 2010
Taustalla olevat tekijät ja aikomus keskustella				
Nuoren vuosiluokka		1		Byers & Sears 2012
Vanhemman ikä	0			
Vanhemman koulutustausta	0			

*= IMBP- mallissa tekijöiden välillä suora yhteys

Numerot viittavat tutkimuksissa esiin tulleiden yhteyksien määrään

Tiedon yhteys keskusteluun. Kahdessa tutkimuksessa havaittiin vanhemman itse arvioidun seksuaaliterveystietämyksen olevan yhteydessä vanhemman ja nuoren välisen seksuaaliterveyteen liittyvän keskustelun toteutumiseen (Guilamo- Ramos ym. 2008; Byers & Sears 2012) ja kahdessa tutkimuksessa keskustelun sisältöön (Byers ym. 2008; Jerman & Constantine 2010). Guilamo-Ramoksen ym. (2008) tutkimuksessa vastaajina oli sekä äidit että lapset, yhteensä 668 äiti-lapsiparia. Äitien itse arvioitu alhaisempi seksuaaliterveystietämys oli yhteydessä siihen, että äidit eivät olleet keskustelleet lapsen kanssa seksuaaliterveyteen liittyvistä aiheista. Yhteys oli vahvempi etenkin äidin ja pojan välillä (Guilamo-Ramos ym. 2008). Byersin ja Searsin (2012) IMBP- malliin perustuvassa tutkimuksessa (n=573) ne äidit, jotka ilmoittivat keskustelleensa nuoren kanssa seksiin liittyvistä asioista, arvioivat seksuaaliterveystietämyksensä paremmaksi kuin ne äidit, jotka eivät vielä olleet keskustelleet aiheesta nuoren kanssa (Byers & Sears 2012). Vanhemman itse arvioidun, alhaisemman seksuaaliterveystietämyksen on havaittu olevan yhteydessä myös vanhemman ja nuoren välisen seksuaaliterveyteen liittyvään keskustelun vähäisempään laajuuteen (Byers ym. 2008; Jerman & Constantine 2010).

Tiedon yhteys aikomukseen keskustella. Yhdessä tutkimuksessa tutkittiin vanhemman seksuaaliterveystietämyksen yhteyttä vanhemman aikomukseen keskustella nuoren kanssa seksiin liittyvistä asioista. Byersin ja Searsin (2012) tutkimuksen mukaan äidin itse arvioidulla alhaisemmalla seksuaaliterveystietämyksellä havaittiin olevan yhteys äidin aikomukseen olla keskustelematta nuoren kanssa seksiin liittyvistä asioista seuraavan 6 kuukauden sisällä (Byers & Sears 2012).

Taidon yhteys keskusteluun. Vanhemman kokema keskustelumukavuus oli yhdessä tutkimuksessa yhteydessä vanhemman ilmoittamaan vanhemman ja nuoren väliseen seksuaaliterveyteen liittyvän keskustelun toteutumiseen (Byers & Sears 2012) ja kahdessa tutkimuksessa keskustelun sisältöihin (Byers ym. 2008; Jerman & Constantine 2010). Byersin ja Searsin (2012) tutkimuksessa vanhemman kokema korkeampi mukavuuden aste keskustella seksiin liittyvistä asioista nuoren kanssa oli yhteydessä siihen, että aiheesta oli jo keskusteltu. Jerman ja Constantinen (2010) tutkimuksessa (n=903) sekä Byersin ym. (2008) tutkimuksessa havaittiin, että vanhemman kokema keskustelun epämukavuus oli yhteydessä vähäisempiin keskusteltuihin aiheisiin (Jerman & Constantine 2010) ja mahdollisesti esteenä vanhemman ja nuoren väliselle yksityiskohtaisemmalle seksuaaliterveyteen liittyvälle keskustelulle (Byers 2008).

Taidon yhteys aikomukseen keskustella. Yksi tutkimus tutki vanhemman koetun seksuaaliterveyteen liittyvän keskustelumukavuuden yhteyttä vanhemman aikomukseen keskustella nuoren kanssa seksiin liittyvistä asioista. Byersin ja Searsin (2012) tutkimuksessa ne äidit, jotka aikovat keskustella nuoren kanssa seksiin liittyvistä asioista, kokivat keskustelun mukavammaksi kuin ne äidit, jotka eivät aikoneet keskustella aiheesta nuoren kanssa (Byers & Sears 2012).

Asenteiden yhteys keskusteluun. Vanhemman seksuaaliterveyskeskusteluun liittyvät asenteet olivat kahden tutkimuksen mukaan yhteydessä vanhemman ja nuoren väliseen seksuaaliterveyskeskustelun toteutumiseen (Guilamo-Ramos ym. 2008; Byers & Sears 2012) ja kahden tutkimuksen mukaan osittain yhteydessä keskustelun sisältöön (Davis ym. 2010; Evans ym. 2011). Byersin ja Searsin (2012) tutkimuksessa ne äidit, jotka jo olivat keskustelleet seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista nuoren kanssa, kokivat omaavansa positiivisemmat asenteet seksuaaliterveyteen liittyen verrattuna äiteihin, jotka eivät olleet vielä keskustelleet aiheesta nuoren kanssa (Byers & Sears 2012). Myös Guilamo-Ramosin ym. (2008) tutkimuksessa äidit olivat todennäköisemmin jo keskustelleet seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista nuoren kanssa jos he ajattelivat, että keskustelu auttoi nuorta kypsempään ajatteluun (Guilamo-Ramos ym. 2008). Evansin ym. (2011) RCT- tutkimuksesta kerättyjen tietojen mukaan vain isien korkeampi minäpystyvyys oli yhteydessä isän kehoitukseen myöhentää nuoren seksuaalista kanssakäymistä. Davisin ym. (2010) samaan aineistoon pohjautuneessa tutkimuksessa (n=1 969) tämä yhteys säilyi myös 18 kuukauden seurannassa.

Asenteiden yhteys aikomukseen keskustella. Yhdessä tutkimuksessa tutkittiin vanhemman seksuaaliterveyttä koskevan keskusteluun liittyvien asenteiden yhteyttä vanhemman aikomukseen keskustella seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista nuoren kanssa. Byersin ja Searsin (2012) tutkimuksessa havaittiin, että ne äidit, jotka aikovat keskustella nuoren kanssa seksiin liittyvistä asioista, ilmoittivat positiivisemmista asenteista seksiin liittyvää keskustelua kohtaan, kuin ne äidit, jotka eivät aikoneet keskustella aiheesta nuoren kanssa (Byers & Sears 2012).

Koettujen normien yhteys keskusteluun. Kahdessa tutkimuksessa todettiin vanhemman seksuaaliterveyttä koskevaan keskusteluun liittyvien sosiaalisten normien olevan yhteydessä vanhemman ja nuoren väliseen seksuaaliterveyteen liittyviin asioiden keskustelun toteutumiseen (Guilamo-Ramos ym. 2008; Byers & Sears 2012) ja yhdessä tutkimuksessa sen sisältöön (Guilamo-Ramos ym. 2008). Byersin ja Searsin (2012) tutkimuksessa jo aiheesta keskustelleet äidit kokivat seksuaaliterveyskeskusteluun liittyvät koetut normit positiivisemmin kuin ne äidit, jotka

eivät vielä olleet keskustelleet seksiin liittyvistä asioista nuoren kanssa (Byers & Sears 2012). Guilamo-Ramoksen (2008) tutkimuksessa havaittiin, että äidit olivat jo keskustelleet seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista nuoren kanssa jos he tunsivat, että seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista keskustelu kuuluu vastuullisen vanhemman tehtäviin. Mitä korkeampia äitien kokemat normit olivat, sitä useammin he olivat keskustelleet seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista nuoren kanssa (Guillamo-Ramos 2008).

Koettujen normien yhteys aikomukseen keskustella. Yksi tutkimus tutki vanhemman seksuaaliterveyskeskusteluun liittyvien normien yhteyttä vanhemman aikomukseen keskustella seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista nuoren kanssa. Byersin ja Searsin (2012) tutkimuksessa ne äidit, jotka ilmoittivat seksuaaliterveyskeskusteluun liittyvistä positiivisista koetuista normeista, aikoivat todennäköisemmin keskustella nuoren kanssa seksiin liittyvistä asioista verrattuna niihin äiteihin, jotka ilmoittivat seksuaaliterveyskeskusteluun liittyvistä negatiivisemmista koetuista normeista (Byers & Sears 2012).

Pystyvyyden yhteys keskusteluun. Vanhemman pystyvyyden tunteen yhteyttä vanhemman ja nuoren väliseen seksuaaliterveyteen liittyvän keskustelun toteutumiseen tutki kaksi tutkimusta (Guilamo-Ramos ym. 2008; Byers & Sears 2012) ja kolme tutkimusta (Guilamo-Ramos ym. 2008; Davis ym. 2010; Evans ym. 2011) sen yhteyttä keskustelun sisältöön. Byersin ja Searsin (2012) sekä Guilamo-Ramoksen ym. (2008) tutkimusten mukaan äitien ilmoittama korkeampi minä-pystyvyys seksuaaliterveyskeskustelussa nuoren kanssa ennusti seksuaaliterveyteen liittyvää keskustelua nuoren kanssa (Guilamo-Ramos ym. 2008; Byers & Sears 2012). Guilamo-Ramoksen ym. (2008) tutkimuksen mukaan mitä parempi minä-pystyvyys äideillä oli, sitä enemmän he keskustelivat seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista nuoren kanssa. Evansin ym. (2011) tutkimuksen mukaan korkeampi minä-pystyvyys liittyen nuoren kanssa käytyyn seksuaaliterveyskeskusteluun ennusti vanhemman kehotusta myöhentää seksuaalista kanssakäymistä (Evans ym. 2011), joskin tätä yhteyttä ei samalla aineistolla tutkittuna todettu enää 18 kuukauden seurannassa (Davis ym. 2010).

Pystyvyyden yhteys aikomukseen keskustella. Yksi tutkimus tarkasteli vanhemman yksilöllisten tekijöiden yhteyttä vanhemman aikomukseen keskustella seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista nuoren kanssa. Byersin ja Searsin (2012) tutkimuksessa ne äidit, jotka aikoivat keskustella nuoren kanssa seksiin liittyvistä asioista, ilmoittivat omaavansa korkeamman minä-pystyvyyden tunteen seksiin liittyvän keskustelun suhteen verrattuna niihin äiteihin, jotka eivät aikoneet keskustella aiheesta nuoren kanssa (Byers & Sears 2012).

Taustalla olevien tekijöiden yhteys keskusteluun. Taustalla olevien tekijöiden yhteydestä vanhemman ja nuoren väliseen seksuaaliterveyteen liittyvän keskustelun sisältöön on ristiriitaista näyttöä. Samoin kuin Jerman & Constantinen (2010) tutkimuksessa, myös Oglen ym. (2008) tutkimuksessa (n=345 vanhempaa, 307 nuorta) havaittiin, että tyttäret puhuvat varsin vähän seksuaaliterveyteen liittyvistä aiheista isiensä kanssa (Ogle ym. 2008; Jerman & Constantine ym. 2010). Jerman ja Constantinen (2010) tutkimuksessa isät ilmoittivat keskustelleensa nuoren kanssa useammasta, mutta Wilsonin ja Koon (2010) tutkimuksessa (n=1 969) isät ilmoittivat keskustelleensa harvemmista seksuaaliterveyteen liittyvästä aiheista kuin äidit (Jerman & Constantine 2010; Wilson & Koo 2010). Äidit keskustelivat seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista enemmän (Guilamo-Ramos ym. 2008; Wilson & Koo 2010) tai laajemmin (Byers ym. 2008) tyttäriensä kuin poikiensa kanssa. Tutkimuksen tulokset vanhemman iän ja koulutustaustan yhteydestä vanhemman ja nuoren väliseen seksuaaliterveyteen liittyvään keskustelun sisältöön olivat keskenään ristiriidassa (Byers ym. 2008; Davis ym. 2010; Jerman & Constantine 2010). Byersin ym. (2008) mukaan vanhemman iällä ja koulutustaustalla on mahdollisesti yhteys seksuaaliterveyteen liittyvän keskustelun aiheisiin, kun Jerman & Constantine (2010) eivät löytäneet näiden tekijöiden välillä yhteyttä. Myöskään Davis ym. (2010) mukaan vanhemman koulutustaustan ja seksuaaliterveyskeskustelun sisällön välillä ei ole yhteyttä. Byersin ym. (2008) tutkimuksessa iäkkäämmät vanhemmat ilmoittivat keskustelleensa pääosin laajemmin seksuaaliterveyteen liittyvistä aiheista (Byers ym. 2008). Lisäksi Byersin ja Searsin (2008) tutkimuksessa vanhemmat keskustelivat seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista sitä laajemmin mitä ylemmällä luokalla nuori oli.

Taustalla olevien tekijöiden yhteys aikomukseen. Byersin ja Searsin (2012) tutkimuksessa havaittiin, että taustalla olevat tekijät, tässä tapauksessa nuoren vuosiluokka ja vanhemman itse saatu seksuaalikasvatus, eivät olleet yhteydessä vanhemman aikomukseen keskustella seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista nuoren kanssa (Byers & Sears 2012).

Yhteenvedon voidaan todeta, että IMBP-mallissa esitetyt tekijät ovat suuremmilta osin yhteydessä vanhemman ja nuoren väliseen seksuaaliterveyteen liittyvän keskustelun toteutumiseen ja sen sisältöön. Sen sijaan vähäisempää tutkimustietoa on niistä vanhempiin liittyvistä tekijöistä, joilla on yhteys vanhemman aikomukseen keskustella nuoren kanssa seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista. Tutkimustieto on ristiriitaista taustalla olevien tekijöiden (vanhemman ja nuoren sukupuoli, vanhemman ikä ja koulutustausta) yhteydestä vanhemman ja nuoren väliseen seksuaaliterveyteen

liittyvistä asioista keskusteluun. Tosin IMBP-mallissa näiden tekijöiden katsotaan vaikuttavan aikomukseen ja käyttäytymiseen epäsuorasti, jolloin niiden merkitys vanhemman aikomukseen keskustella ja toisaalta itse keskustelussa voi olla vähäisempi.

On myös huomioitava, että yksikään tässä kirjallisuuskatsauksessa mukana olleista tutkimuksista ei luokitellut tutkimiansa tekijöitä hyväksyttävyyden, ympäristöllisten tekijöiden, tottumuksen tai keskustelun helppouden kategorioihin. Lisäksi yksikään tutkimuksista ei tarkastellut seksuaaliterveystietämystä objektiivisesti.

Tutkimuslähdeaineiston johtopäätösten luotettavuuteen vaikuttaa se, että kaikki tutkimustulokset perustuivat vastaajien omiin näkemyksiin keskustelusta, joka voi erota tapahtuneesta, todellisesta keskustelusta. Toisaalta tutkimusten kyselyt oli Oglen ym. (2008) tutkimusta lukuunottamatta suunnattu vain vanhemmille, jolloin tapahtuneesta oltiin saatu vain vanhemman näkemys keskustelusta. Vanhemman ja nuoren keskinäinen näkemys seksuaaliterveyteen liittyvän keskustelun toistuvuudesta (Akers ym. 2010) ja määrästä (Jaccard ym. 2000) eroavat usein toisistaan. Sitä, kumman osapuolen näkemys on lähempänä totuutta, on vaikea arvioida (Byers & Sears 2008).

Lisäksi tulee muistaa, että vanhemman ja nuoren välinen seksuaaliterveyteen liittyvä keskustelun toteutuminen tai sisältöön liittyvät tekijät eivät ole riippuvaisia pelkästään vanhempaan liittyvistä tekijöistä. Keskustelun esteenä voi esimerkiksi olla nuoren kokema häpeä liittyen seksuaaliterveyskeskusteluun (Ogle ym. 2008). Johtopäätösten yhteenvedoa hankaloittaa myös se, että tutkimukset määrittivät keskustelun eri tavoin. Toisissa tutkimuksissa keskustelu oli määritelty laajemmin seksuaaliterveyteen liittyvänä keskusteluna, toisissa oli keskitytty vain yhteen aiheeseen, kuten seksiin liittyvään keskusteluun.

Byers ja Searsin (2012) ja Byersin (2008) tutkimustulosten yleistämistä hankaloittaa tutkimuksen alhaiset vastausprosentit (alle 33 % ja 41 %). Guilamo- Ramoksen (2008) ja Jerman ja Constantinen (2010) tutkimuksissa vastaajien etniset tausta olivat kirjavia. Tutkimusten tulosten johtopäätöksiä tarkasteltaessa tulisikin huomioida, että etnisellä taustalla voi olla yhteys tapakulttuuriin ja siihen miten seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista keskustellaan.

Myös tutkimusten tiedonkeruutavat heikentävät tulosten luotettavuutta tiettyjen tutkimusten osalta. Sekä Byersin ja Searsin (2012) että Byersin (2008) tutkimusten kyselyt jaettiin vanhemmille heidän lastensa välityksellä, jolloin lapsi on voinut osaltaan vaikuttaa siihen, vastaako vanhempi kyselyyn.

Byersin (2008) tutkimuksessa lapsi myös palautti kyselyn koulunsa opettajalle. Jerman ja Constantinen (2010) tutkimuksissa tutkimustulokset perustuivat puhelinhaastatteluihin. Tällaisessa tiedonkeruutavassa on kuitenkin vaarana se, että lähtökohtaisesti helpompana seksuaaliterveystasioista keskustelun kokevat vanhemmat valikoituvat vastaamaan kyselyyn. Oglén (2008) tutkimuksessa vanhempien vastaukset kerättiin vanhempainiltojen yhteydessä, jolloin tutkimukseen osallistuneet vanhemmat ovat saattaneet olla jo lähtökohtaisesti valikoituneita. Lisäksi Byersin ja Searsin (2012) tutkimuksissa kyselyyn vastanneille tarjotulla rahalla, on voinut olla vaikutus siihen, kuka kyselyyn vastasi.

5.3 Vanhempien seksuaaliterveystietämys

Vanhempien seksuaaliterveystietämyksen yhteys vanhemman ja nuoren väliseen seksuaaliterveyteen liittyvään keskusteluun on useimmissa tutkimuksissa rajoittunut vanhemman omaan arvioon seksuaaliterveystietämyksestä (esimerkiksi Jerman & Constantine 2010; Byers & Sears 2012). Myöskään Suomalaisen aikuisväestön tietoja seksuaaliterveyden osalta ei olla riittävästi tutkittu viime vuosina (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014-2020). Aikuisväestön seksuaaliterveystietämystä on tutkittu niukasti ja tietämys on keskittynyt seksitauteihin, etenkin HPV:een. Vanhempien tietämystä nuorten seksuaalisesta häirinnästä ja syrjinnästä on tutkittu myös varsin vähän.

Länsimaalaiset tutkimukset osoittavat aikuisväestön seksuaaliterveystietämyksessä (Clark ym. 2015) tai seksuaaliterveyteen liittyvässä tietämyksessä (Marek ym. 2011; Dahlström ym. 2012; Staras ym. 2012) olevan puutteita. Clarkin ym. (2015) Yhdysvaltalaisessa aikuisväestössä (18–89-vuotiailla) tehty tutkimus (n=498) osoitti keskimääräisen seksuaaliterveystietämyksen olevan 4/8 pistettä. Suurin osa tutkimushenkilöistä vastasi muun muassa HIV:n tartuntapojia koskevan väittämän kohdalla oikein. Vähemmän oikeita vastauksia oli sukupuoli- identiteettiä ja seksuaalisen käyttäytymisen yhteydestä seksuaaliseen suuntautuneisuuteen koskevien väittämien kohdalla (Clark ym. 2015).

Clarkin ym. (2015) tutkimuksen objektiivisesti mitatun tietämyksen tulos eroaa Jerman ja Constantinen (2010) vanhempien itse arvioidusta seksuaaliterveystietämyksestä. Jerman ja Constantinen (2010) Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa huomattavan suurin osa (92 %) vanhemmista arvioi oman seksuaaliterveystietämyksensä erittäin tai melko hyväksi (Jerman & Constantine 2010).

Ruotsissa (Dahlström ym. 2012), USA:ssa (Staras ym. 2014) ja Unkarissa (Marek ym. 2011) tehdyissä tutkimuksissa tutkittiin nuorten vanhempien tietoisuutta ja tietoa HPV:stä. Suurin osa vanhemmista oli kuullut HPV:sta ja näistä suurin osa vastasi oikein HPV:n olevan seksiteitse tarttuva infektio (Marek ym. 2011; Dahlström ym. 2012; Staras ym. 2014). Reilu puolet vanhemmista vastasi oikein HPV:n tarttuvan missä tahansa seksin muodossa (Marek ym. 2011). Dahlströmin ym (2012) tutkimuksessa vähemmän oikeita vastauksia oli väittämien kohdalla, jotka koskivat HPV:ta muiden syöpien kuin kohdunkaulan syövän aiheuttajana ja miesten mahdollisuutta saada HPV- infektio (Dahlström ym. 2012).

Tulosten tarkastelussa täytyy ottaa huomioon, että Dahlströmin ym. (2012) tutkimus tehtiin ennen Ruotsissa aloitettuja HPV- rokotus kampanjoita (Dahlström ym. 2012). Myös Marekin ym. (2011) tutkimuksen jälkeen on HPV:een liittyvä tietoisuus ja tieto on voinut muuttua. Samaisesta tutkimuksesta tuli myös ilmi, että HIV/AIDS- tietous on mahdollisesti jättänyt alleen muiden seksitautien tietouden, vaikka HPV on HIV:ta yleisempi myös aikuisten keskuudessa (Marek ym. 2011).

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää vanhemman objektiivisesti mitatun seksuaaliterveystietämyksen, vanhemman seksuaaliterveyskeskusteluun liittyvän helppouden, tottumuksen ja hyväksynnän yhteyttä vanhemman ja nuoren välisen seksuaaliterveyskeskustelun toteutumiseen ja laajuuteen. Lisäksi tarkoituksena oli tarkastella vanhemman seksuaaliterveyskeskusteluun liittyvän minä-pystyvyyden, instrumentaalisen asenteen ja määrävän normin yhteyttä vanhemman aikomukseen keskustella seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista nuoren kanssa. Tutkimuksessa vanhemman ja nuoren välistä seksuaaliterveyteen liittyvää keskustelua tarkasteltiin käyttäytymisen ennakkoinnin integroidun mallin (Integrative model of behavior prediction, IMBP) viitekehyksessä (kuva 1).

Tutkimuskysymykset olivat:

1. Millainen on vanhempien seksuaaliterveyteen liittyvä tietämys objektiivisesti mitattuna ja itse arvioituna?
2. Mitkä tekijät ovat yhteydessä vanhemman ja nuoren väliseen seksuaaliterveyteen liittyvän keskustelun toteutumiseen ja keskustelun laajuuteen?
3. Mitkä tekijät ovat yhteydessä vanhemman aikomukseen keskustella nuoren kanssa seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista ?

7 TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT

7.1 Tutkimuksen rajaus

Tutkimuksen rajaamiseksi tarkasteltiin vain niitä vanhempaan liittyviä tekijöitä ja vanhemman ja nuoren seksuaaliterveyskeskustelun toteutumisen ja sisällön välisiä yhteyksiä, joita lähdetutkimusaineiston mukaan on tutkittu vähän (alle 3 tutkimusta) tai ei ollenkaan ja jotka ovat IMBP- mallin mukaisesti suoraan yhteydessä toisiinsa (taulukko 1). Taustalla olevien tekijöiden yhteyksiä tarkasteltiin vain vanhemman aikomukseen keskustella seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista nuoren kanssa, sillä aikomus käyttäytymiseen on IMBP-mallin keskeisin tapahtuma (Montano & Kasprzyk 2008, 78).

7.2 Kyselyn rakentaminen ja esitetaus

Tutkimus perustui yläkouluikäisen nuoren vanhemmille suunnattuun kyselyyn. Tutkimuksen viitekehystenä käytettiin IMBP- mallia, joka ohjasi kyselyn rakentamista. Kyselyn muuttujat olivat toteutunut keskustelu (2 kysymystä), aikomus keskustella (1 kysymys), keskustelun helppous (1 kysymys), keskustelun hyväksyttävyyys (1 kysymys), tottumus keskustella (1 kysymys), keskusteluun liittyvä instrumentaalinen asenne (1 kysymys), keskusteluun liittyvä määräävä normi (1 kysymys), keskusteluun liittyvä minä-pystyvyys (1 kysymys) ja taustalla olevat tekijät (5 kysymystä). Liitteessä 1 esitellään kyselyn muuttujat lähteineen.

Pääpaino kyselyssä oli vanhemman seksuaaliterveystietämyksessä. Seksuaaliterveystietämystä kysyttiin itse arvioituna (1 kysymys) sekä objektiivisesti mitattuna (11 kysymystä). Suurin osa seksuaaliterveystietämyksen kysymyksistä koski nuorten seksitauteja ja nuorten seksuaaliterveyteen liittyvää häirintää. Muutama kysymys koski nuorten yleistä seksuaaliterveyskäyttäytymistä, -kokemusta tai -tietämystä (liite 2). Tieto-osion kysymykset pohjautuvat suurimmaksi osaksi vanhempien seksuaaliterveyttä käsitelleisiin tutkimuksiin sekä nuorten seksuaaliterveystietämyksen ja -käyttäytymisen osalta vuoden 2013 Kouluterveyskyselyyn. Kysymykset olivat monivalintakysymyksiä, joissa kussakin oli 4 vastausvaihtoehtoa. Vaihtoehtoista yksi oli oikein ja 2 väärää väittämää. Neljäs vaihtoehto oli "en tiedä". Kyselyssä kehoitettiin vastaamaan parhaan tiedon mukaan. Arvausten sijaan vanhempia kehoitettiin valitsemaan vastausvaihtoehto "en tiedä".

Edellä mainittujen 27 kysymyksen lisäksi kysyttiin kaksi kysymystä koskien lapsen koulun ja kodin välisestä seksuaalikasvatukseen liittyvästä yhteistyöstä. Nämä lähetettiin kullekin koululle raporttina, eikä niitä tässä pro gradu- työssä käsitellä. Tarkoituksena oli, että jokainen koulu voi kehittää kodin ja koulun välistä seksuaalikasvatukseen liittyvää yhteistyötä, jos näkevät sen tarpeelliseksi.

Kyselylomake esiteltiin eri vaiheissa kaiken kaikkiaan kolmella (n=3) vanhemmalla ja tarkistettiin kolmella (n=3) henkilöllä. Vastausten ja kommenttien pohjalta tehtiin muutoksia yhden kysymyksen asettelussa, yhden kysymyksen vastausvaihtoehdoissa ja tieto-osion ohjeistuksessa.

7.3 Aineiston koko ja keruu

Vastaajien rekrytointi aloitettiin elokuussa 2015. Tutkimukseen valittujen koulujen kriteerinä käytettiin vuoden 2013 Kouluterveyskyselyn seksuaaliterveystiedon tasoa maakunnittain tarkasteltuna. Parhaimman ja heikoimman tietämyksen maakunnista arvottiin manuaalisesti kaikenkaikkiaan yhteensä seitsemän koulua, joista tutkimukseen osallistui 3 koulua. Heikoimman tietämyksen maakunnista tutkimukseen osallistui yksi yläkoulu Etelä- Karjalasta ja parhaimman tietämyksen maakunnista kaksi yläkoulua Kainuusta. Tutkimuslupa saatiin kyseisten koulujen rehtoreilta.

Aineisto kerättiin loka-joulukuussa 2015 yläkoululaisten (12-15-vuotiaiden) oppilaiden vanhemmilta. Vanhemmat vastasivat kyselyyn koulun sähköisen järjestelmän, Wilman avulla. Kyselyssä mukana olleissa kouluissa oli yhteensä 489 oppilasta, joiden vanhemmista 77 vastasi kyselyyn. Kyselyyn vastanneiden vanhempien lapsista 38 % kävi koulua numero 1, 22 % koulua numero 2 ja 40 % koulua numero 3. Kyselyn vastaamisen keskeyttäneitä oli 38, jolloin keskeyttämisprosentiksi muodostui 33 %.

7.4 Aineiston analysointi

Aineistoa kuvattiin prosenttien, frekvenssien, vaihteluvälin, keskiarvon ja mediaanin avulla. Objekttiivisen tiedon luokissa väärät vastaukset ja “en tiedä”- vastaukset luokiteltiin samaan luokkaan ja tiedon tasosta muodostettiin kolme luokkaa: heikko (0–3 oikeaa vastausta), kohtalainen (4–6 oikeaa vastausta), hyvä (7–9 oikeaa vastausta) ja erinomainen (10–11 oikeaa vastausta). Keskusteltujen aiheiden laajuudesta muodostettiin kolme luokkaa: suppea (1–3 keskusteltua

aihetta), kohtalainen (4–6 keskusteltua aihetta) ja laaja (7 tai enemmän keskusteltua aihetta). Ikämuuttuja koostui kahdesta luokasta: 29–44-vuotiaista ja 45–58-vuotiaista.

Aikomuksen luokat muodostettiin kahdella eri tavalla. Ensimmäisessä luokituksessa luokat muodostettiin vain keskusteluaikomuksen perusteella. Luokituksen ryhmät olivat “aikovat keskustella” ja “ei aio/ei tiedä aikooko keskustella”. “En aio keskustella” ja “en tiedä aionko keskustella”- luokat yhdistettiin, sillä vain yksi vanhempi vastasi, ettei aio keskustella seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista nuoren kanssa. Toisessa luokituksessa luokat muodostettiin siten, että jo keskustelleet vanhemmat jätettiin luokituksesta pois. Tällöin luokat olivat “aikovat keskustella, mutta eivät ole vielä keskustelleet” ja “eivät aio/eivät tiedä aikovatko keskustella, eivätkä ole vielä keskustelleet”.

Muuttujien välistä riippuvuutta tarkasteltiin ristiintaulukoinnin avulla. Tilastollisina testeinä käytettiin kahden riippumattoman otoksen keskikohdan tarkastelussa Mann-Whitneyn U-testiä ja kolman tai useamman riippumattoman otoksen keskikohdan tarkastelussa Kruskal-Wallis testin. Mann-Whitney-testiä ja Kruskal-Wallis testin käytetään pienten aineistojen analyysissä (Metsämuuronen 2005, 877). Jos molemmat muuttujat olivat järjestysasteikollisia, käytettiin tilastollisena testinä Wilcoxonin merkkitestin ja niissä tilanteissa, joissa muuttujat olivat molemmat kategorisia, käytettiin tilastollisena testinä khiin neliön tarkkaa Fischerin-testin. Parittaista t-testin käytettiin kahden järjestysasteikollisen ja jatkuvan muuttujan yhteyksien tarkastelun varmistuksessa. Tilastollisesti merkitsevän tuloksen rajana käytettiin arvoa, joka on alle 0.05. Aineisto analysoitiin SPSS Statistics 22.0 tilasto-ohjelmalla.

8 TULOKSET

Seuraavassa nuorella tarkoitetaan kyselyyn vastanneen vanhemman vanhinta yläkoulua käyvää lasta tai huollettavaa. Vastaavasti vanhemmalla tarkoitetaan kyselyyn vastanneita yläkouluikäisen nuoren tai huollettavan vanhempaa tai huoltajaa.

8.1 Taustatiedot

Vanhemmista (n=77) suurin osa oli naisia ja vain muutama miehiä (taulukko 2). Vanhempien ikä vaihteli 29–58-vuoden välillä ja heidän keski-ikä oli 44 vuotta. Reilu puolet vanhemmista oli käynyt ylimpänä koulutuksenaan lukion/ammattikoulun/opiston. Vajaa puolet vanhemmista oli käynyt korkeakoulun. Peruskoulun ylimpänä koulutustasonaan käyneiden vanhempien osuus oli pieni (taulukko 2).

Vanhemmista vajaa puolet ilmoitti nuoren sukupuoleksi tytön ja reilu puolet ilmoitti sukupuoleksi pojan. Vanhempien ilmoittama nuoren vuosiluokka jakaantui melko tasaisesti 7:nneen, 8:nneen ja 9:nneen vuosiluokan kesken. Vanhemmista suurin osa ilmoitti nuoren perheeseen kuuluvan kaksi biologista vanhempaa. Vanhemmista vajaa seitsemäs ilmoitti olevansa yksinhuoltajia, lähes joka kahdeksas uusperheitä ja yksi yhteishuoltajia.

TAULUKKO 2. Vanhempien (n=77) taustatiedot (prosentit pyöristetty)

Taustamuuttuja	n	(%)
Sukupuoli		
Mies	5	(7)
Nainen	72	(94)
Koulutus		
Korkeakoulu	32	(42)
Lukio/ammattikoulu/opisto	41	(53)
Peruskoulu	4	(5)
Nuoren sukupuoli		
Poika	47	(61)
Tyttö	40	(39)
Nuoren vuosiluokka		
9. luokka	27	(35)
8. luokka	25	(33)
7. luokka	25	(33)
Perherakenne		
2 biologista vanhempaa	57	(74)
Yksinhuoltaja	10	(13)
Uusperhe	9	(12)
Yhteishuoltajuus	1	(1)

8.2 Vanhempien seksuaaliterveystietämys

Seksuaaliterveystietämystä mitattiin 11 kysymyksellä. Vastaukset hajaantuivat kaikkien vastausvaihtoehtojen kesken kuudessa kysymyksessä, kolmen vastausvaihtoehdon kesken kolmessa kysymyksessä ja kahden vastausvaihtoehdon kesken kolmessa kysymyksessä. Keskimääräinen seksuaaliterveystietämys oli 7 oikein vastattua kysymystä yhdestätoista. Keskimäärin kysymyksistä tiedettiin 61 % oikein. Heikoin tietämys oli kolme oikein vastattua kysymystä, paras 10 oikein vastattua kysymystä (taulukko 3).

TAULUKKO 3. Tieto-osion oikein vastattujen kysymysten jakautuminen (prosentit pyöristetty)

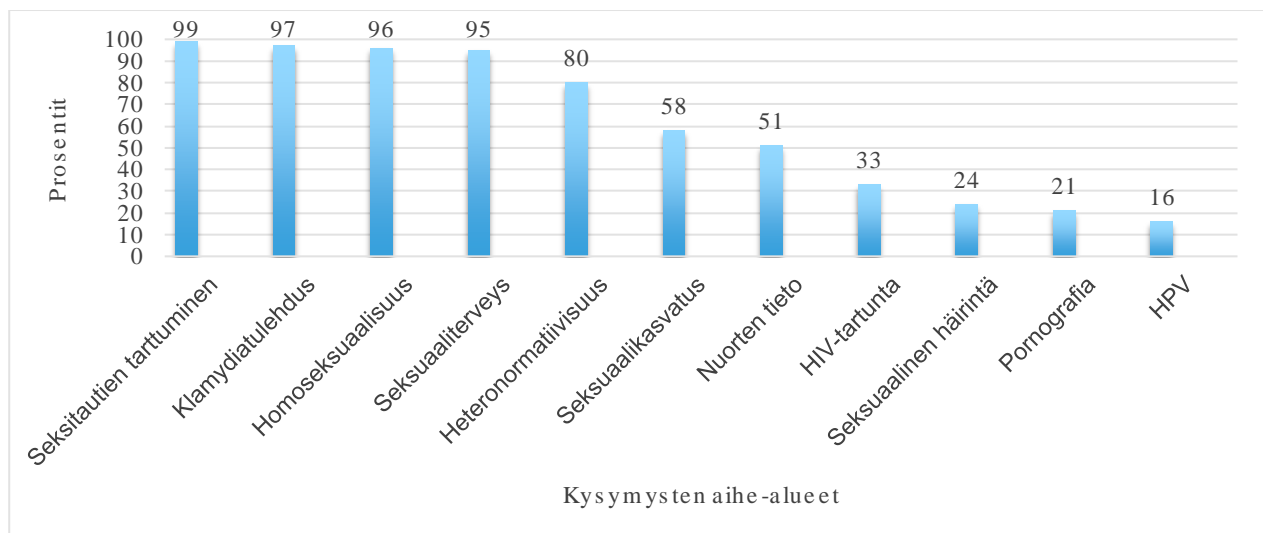
Oikein vastatut kysymykset	n	(%)	Tietoluokat
0	0	(0)	Heikko (4 %)
1	0	(0)	
2	0	(0)	
3	3	(4)	Kohtalainen (40 %)
4	5	(7)	
5	9	(12)	
6	16	(21)	Hyvä (57 %)
7	19	(25)	
8	15	(20)	
9	9	(12)	Erinomainen (1 %)
10	1	(1)	
11	0	(0)	
Yhteensä	77	(100)	

Aiheista parhaiten tiedettiin seksitautien mahdolliset tarttumistavat (“Seksitaudit voivat tarttua muun muassa suojaamattomassa suuseksissä”), klamydiatulehduksen mahdolliset seuraamukset (“Klamydiatulehdus voi aiheuttaa hedelmättömyyttä”), homoseksuaalisuuden määritelmä (“Homoseksuaalisuus tarkoittaa kykyä tuntea romanttista tai seksuaalista kiinnostusta pääosin samaa sukupuolta kohtaan”) sekä seksuaaliterveyden määritelmä (“Hyvään seksuaaliterveyteen kuuluu mahdollisuus seksuaalisuuden toteuttamiseen ilman pelkoa, painostusta tai syrjintää”). Kuvassa 2 esitellään oikein vastattujen kysymysten jakautuminen aihe-alueittain.

Heteronormatiivisuuden määritelmä (“Heteronormatiivisuus tarkoittaa ajattelutapaa, jossa miehen ja naisen välinen kiinnostus nähdään kaikista luonnollisimpana ja toivotuimpana”) tiedettiin melko hyvin. Kohtalaisen hyvin tiedettiin seksuaalikasvatukseen sisältöön (“Seksuaalikasvatukseen kuuluu

muun muassa viestintä-, neuvottelu- ja ongelmaratkaisutaitojen kehittäminen”) ja nuorten seksuaaliterveystietämykseen liittyneet kysymykset (”Vuonna 2013 yläkoululaisten seksuaaliterveystietämys oli keskimäärin alle hyvän tason”).

Heikoiten tiedettiin HIV-tartunnan yleisin leviämistapa (”Vuonna 2014 Suomessa diagnosoitu HIV-tartunta saatiin yleisimmin miehen ja naisen välisessä seksissä), nuorten kokeman seksuaalisen häirinnän yleisyys (”Noin joka neljäs yläkouluikäisistä nuorista raportoi kokeneensa seksuaalista häirintää puhelimesta tai netissä vuonna 2013”), poikien ilmoittaman pornografian katselun yleisyys (”Noin kolme neljästä yläkouluikäisestä pojasta raportoi katsoneensa internetistä pornografiaa vuonna 2013”) ja HPV-tartunnan mahdolliset seuraamukset (”Human papilloma virus, HPV, voi aiheuttaa pään ja kaulan alueen, peräaukon ja kohdunkaulan syöpää”).



KUVA 2. Oikein vastattujen kysymysten jakautuminen aihe-alueittain (prosentit pyöristetty)

Yleisimmät väärät vastaukset olivat ”Human papilloma virus (HPV) voi aiheuttaa vain kohdunkaulansyöpää” (74 %), ”Vuonna 2014 diagnosoitu HIV-tartunta saatiin yleisimmin ruiskujen (huumeet) välityksellä” (51 %), ”Joka toinen yläkouluikäinen poika raportoi katsoneensa internetistä pornografiaa” (25 %), ”Noin joka seitsemäs yläkouluikäisistä nuorista raportoi kokeneensa seksuaalista häirintää” (21 %), ”Vuonna 2013 yläkouluikäisten seksuaaliterveystietämys oli keskimäärin erinomaisen ja hyvän välillä” (13 %) ”Seksuaalikasvatukseen kuuluu muun muassa omista kokemuksista kertominen” (12 %). Yleisimmin ”en tiedä”- vastauksen saaneet kysymykset olivat heteronormatiivisuutta (20 %),

pornografiaa (51%), nuorten kokemaa seksuaalista häirintää (51 %), nuorten seksuaaliterveystietämystä (29 %) ja HIV- tartuntaa (17 %) koskevissa kysymyksissä.

Suurin osa vanhemmista arvioi oman seksuaaliterveystietämyksensä hyväksi (64 %). Erinomaiseksi tietonsa arvioi reilu kolmannes (35 %) ja kohtalaiseksi yksi (1 %) vanhemmista. Yksikään vanhemmista ei arvioinut tietämystään heikoksi. Sen sijaan objektiivisesti mitatun tietämyksen mukaan vanhemmista suurin osa (56 %) kuului hyvän tietämyksen luokkaan, 40 % kohtalaisen tiedon luokkaan, muutama (4 %) heikon tiedon luokkaan ja yksi (1 %) erinomaisen tiedon luokkaan (taulukko 4).

Vanhemman objektiivisesti mitattu seksuaaliterveystietämys erosi tilastollisesti merkitsevästi itse arvioidusta tiedosta Wilcoxonin merkkitestin mukaan ($p < 0.001$). Myös parittaisen t-testin mukaan ero oli tilastollisesti merkitsevä ($p < 0.001$), joskaan muuttujien välinen korrelaatio ($r = 0.080$) ei ollut tilastollisesti merkitsevä ($p = 0.491$). Hyvän, kohtalaisen ja heikon objektiivisesti mitatun tietämyksen luokkiin kuului kuhunkin vanhempia erinomaiseksi tai hyvän tiedon arvioineista vanhemmista (taulukko 4).

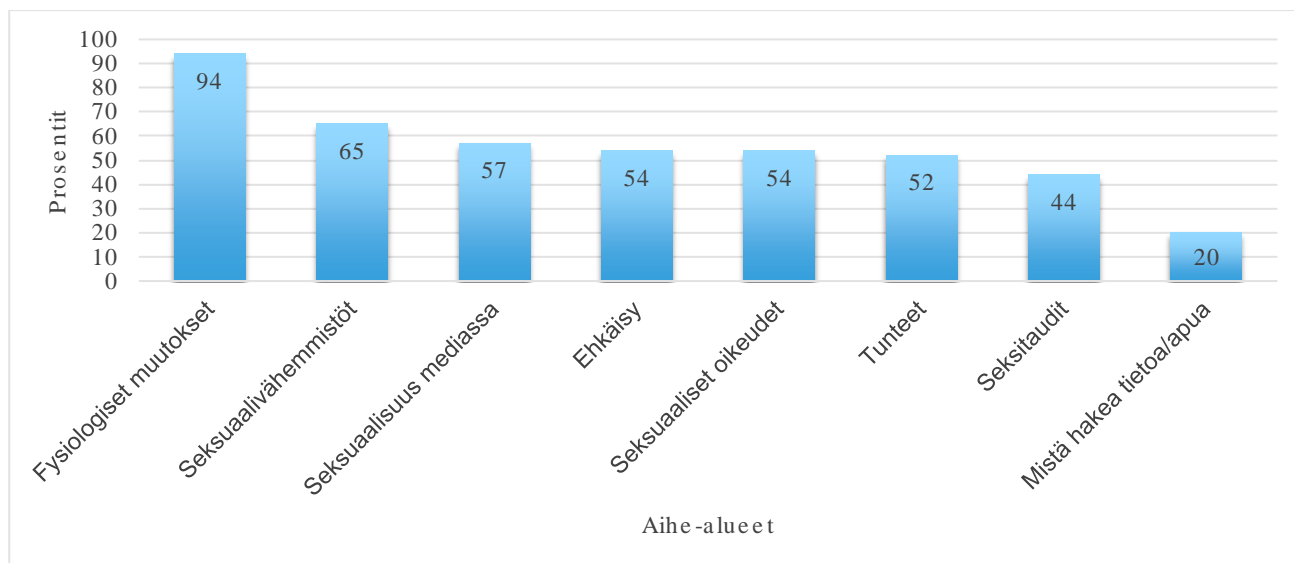
TAULUKKO 4. Vanhemman objektiivisesti mitatun seksuaaliterveystietämyksen ja vanhemman itse arvioidun tiedon ristiintaulukointi (p -arvo < 0.001) (prosentit pyöristetty)

Objektiivinen tieto	Itse arvioitu tieto					
	Erinomainen		Hyvä		Kohtalainen	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Erinomainen	0	(0)	1	(2)	0	(0,0)
Hyvä	16	(59)	27	(55)	0	(0,0)
Kohtalainen	11	(41)	18	(37)	1	(100)
Heikko	0	(0,0)	3	(6)	0	(0,0)
Yhteensä	27	(100)	49	(100)	1	(100)

8.3 Vanhemman ja nuoren välinen seksuaaliterveyteen liittyvä keskustelu

Vanhemmista 61 % ilmoitti keskustelleensa ja vanhemmista 39 % ilmoitti ettei ollut keskustellut seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista nuoren kanssa. Ne vanhemmat, jotka olivat keskustelleet nuoren kanssa seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista, olivat keskustelleet yleisimmin fysiologisista muutoksista murrosiässä. Muita yleisiä aiheita olivat seksuaalivähemmistöt, seksuaalisuus mediassa, ehkäisy, toisten seksuaalisten oikeuksien kunnioitus ja seksuaalisuuteen liittyvät tunteet. Alle puolet niistä vanhemmista, jotka olivat jo keskustelleet nuoren kanssa seksuaaliterveyteen

liittyvistä asioista oli keskustellut seksitaudeista ja viidennes siitä, mistä hakea tietoa/apua (esim. seksuaaliterveyspalvelut). Kuvassa 3 esitetään keskustellut aiheet.



KUVA 3. Vanhemman ja nuoren välisen seksuaaliterveyteen liittyvän keskustelun aiheet vanhemman ilmoittamana

Vastausvaihtoehtona oli myös “muu, mikä?”, johon vanhempi sai ilmoittaa aihe-alueita valmiiden vastausvaihtoehtojen ulkopuolelta. Muita ilmoitettuja aihe-alueita oli nuoren kohtaama seksuaalinen häirintä (1), turvataidot (1) ja vastuut ja oikeudet omaan lapseen (1). Keskustelujen aiheiden määrä vaihteli yhdestä kymmeneen. Keskusteltujen aiheiden keskiarvo oli 4.5 ja mediaani 4. Niistä vanhemmista, jotka olivat jo keskustelleet nuoren kanssa seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista, suppeasti (1–3 aihetta) oli keskustellut 40 % vanhemmista, kohtalaisesti (4–6 aihetta) oli keskustellut 38 % vanhemmista ja laajasti (7 aihetta tai enemmän) oli keskustellut 21 % vanhemmista.

Vanhemman objektiivisesti mitatun seksuaaliterveystietämyksen ja vanhemman ja nuoren välisen seksuaaliterveyskeskustelun toteutumisen yhteyttä tarkasteltiin Mann Whitney U-testin avulla. Vanhemman objektiivisesti mitattu seksuaaliterveystietämys ei ollut yhteydessä keskustelun toteutumiseen ($p=0.761$). Objektiivisesti mitattu tietämys kuitenkin erosi tilastollisesti merkitsevästi keskustelun laajuudessa Kruskal-Wallis testin mukaan tarkasteltuna siten, että parittaisessa vertailussa suppeasti seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista keskustelleilla vanhemmilla oli heikompi tietämys kuin laajemmin keskustelleilla vanhemmilla ($p=0.035$). Taulukossa 5 esitellään

vanhemman objektiivisesti mitatun seksuaaliterveystietämyksen ja vanhemman ja nuoren välisen seksuaaliterveyskeskustelun laajuuden ristiintaulukointi.

TAULUKKO 5. Vanhemman objektiivisesti mitatun seksuaaliterveystietämyksen ja vanhemman ja nuoren välisen seksuaaliterveyskeskustelun laajuuden ristiintaulukointi (p-arvo=0.035) (prosentit pyöristetty)

Objektiivinen tieto	Keskustelun laajuus					
	Suppea		Kohtalainen		Laaja	
	n	(%)	n	(%)	n	(%)
Erinomainen	0	(0,0)	0	(0,0)	1	(2)
Hyvä	7	(15)	11	(23)	7	(15)
Kohtalainen	10	(21)	7	(15)	2	(4)
Heikko	2	(4)	0	(0,0)	0	(0,0)
Yhteensä	19	(100)	18	(100)	10	(100)

Vanhemman taitoa keskustella seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista kysyttiin kysymyksellä “Kuinka helppoa on/olisi keskustella seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista lapsesi/huollettavasi kanssa?”. Vanhemmista reilu viidesosa (21 %) ilmoitti keskustelun seksuaaliterveydestä nuoren kanssa olevan erittäin helppoa. Vajaa puolet (48 %) vanhemmista vastasi keskustelun olevan melko helppoa. Vanhemmista vajaa kolmasosa (30 %) vastasi keskustelun olevan melko vaikeaa ja vanhemmista 1 % vastasi keskustelun olevan erittäin vaikeaa.

Vanhemman kokema seksuaaliterveyteen liittyvän keskustelun helppous nuoren kanssa oli yhteydessä vanhemman ja nuoren väliseen seksuaaliterveyskeskustelun toteutumiseen Mann Whitney U-testillä tarkasteltuna (p<0.001). Ne vanhemmat, jotka kokivat keskustelun helppona, olivat todennäköisemmin jo keskustelleet nuoren kanssa seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista verrattuna niihin vanhempiin, jotka kokivat keskustelua vaikeana (taulukko 6). Sen sijaan vanhemman kokema seksuaaliterveyteen liittyvän keskustelun helppous ei ollut yhteydessä seksuaaliterveyskeskustelun laajuuteen Kruskal-Wallis testillä tarkasteltuna (=0.586).

TAULUKKO 6. Vanhemman kokeman seksuaaliterveyteen liittyvän keskustelun helppouden ja vanhemman ja nuoren välisen seksuaaliterveyskeskustelun toteutumisen ristiintaulukointi (p-arvo <0.001) (prosentit pyöristetty)

Keskustelun helppous	Keskustelun toteutuminen			
	Kyllä		Ei	
	n	(%)	n	(%)
Erittäin helppoa	16	(34)	0	(0)
Melko helppoa	27	(57)	10	(33)
Melko vaikeaa	4	(9)	19	(63)
Erittäin vaikeaa	0	(0)	1	(3)
Yhteensä	47	(100)	30	(100)

Vanhemman kokemaa seksuaaliterveyteen liittyvän keskustelun hyväksyttävyyttä kysyttiin kysymyksellä “Kuinka hyväksyttävää on mielestäsi vanhemman/huoltajan ja lapsen/huollettavan välinen seksuaaliterveyteen liittyvä keskustelu?” Suurin osa (83 %) vanhemmista vastasi vanhemman ja nuoren välisen seksuaaliterveyteen liittyvän keskustelun olevan erittäin hyväksyttävää. Melko hyväksyttävänä keskustelua piti 17 %. Yksikään vanhemmista ei vastannut keskustelun olevan “ei juurikaan hyväksyttävää” tai “ei ollenkaan hyväksyttävää”.

Hyväksyttävyyden muuttuja ei ollut riittävän jakautunut, jotta sen tilastollista merkitsevyyttä käyttäytymisen eri luokissa oltaisiin voitu tarkastella luotettavasti. Parittaisessa vertailussa keskustelua erittäin hyväksyttävänä ja melko hyväksyttävänä pitäneiden kesken vanhemman ja nuoren välinen seksuaaliterveyskeskustelun toteutuminen ei eronnut tilastollisesti merkitsevästi ($p=0.069$) Mann Whitney-testillä tarkasteltuna. Myöskään keskustelua erittäin hyväksyttävänä ja melko hyväksyttävänä pitäneiden kesken vanhemman ja nuoren välinen seksuaaliterveyskeskustelun laajuus ei eronnut tilastollisesti merkitsevästi ($p=0.606$) Kruskal-Wallis testillä tarkasteltuna.

Vanhemman tottumusta keskustella seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista kysyttiin kysymyksellä “Missä määrin olet keskustellut omien vanhempiesi/hoitajiesi kanssa seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista?”. Vanhemmista hieman alle puolet (47 %) vastasi keskustelleensa omien vanhempiansa kanssa seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista melko vähän. Vajaa puolet (46 %) vanhemmista ilmoitti keskustelleensa vähän tai ei ollenkaan, 7 % ilmoitti keskustelleensa melko paljon ja yksi (1 %) erittäin paljon seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista omien vanhempiansa kanssa.

Vanhemman tottumusta keskustella seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista omien vanhempien kanssa ja vanhemman ja nuoren välisen seksuaaliterveyteen liittyvän keskustelun toteutumisen yhteyttä tarkasteltiin Mann Whitney U-testin avulla. Vanhemman seksuaaliterveyskeskusteluun liittyvä totumus oli yhteydessä keskustelun toteutumiseen siten, että mitä enemmän vanhemmat olivat keskustelleet aiheesta omien vanhempiansa kanssa, sitä todennäköisemmin he olivat jo keskustelleet aiheesta myös nuoren kanssa ($p=0.005$). Taulukossa 7 esitellään vanhemman totumus keskustella omien vanhempien kanssa seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista ja vanhemman ja nuoren välisen seksuaaliterveyskeskustelun toteutumisen ristiintaulukointi. Vanhemman seksuaaliterveyskeskusteluun liittyvällä totumuksella ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevää

yhteyttä vanhemman ja nuoren väliseen seksuaaliterveyskeskustelun laajuuteen Kruskal-Wallis testillä tarkasteltuna ($p=0.510$).

TAULUKKO 7. Vanhemman tottumus keskustella omien vanhempien kanssa seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista ja vanhemman ja nuoren välisen seksuaaliterveyskeskustelun toteutumisen ristiintaulukointi (p -arvo =0.005) (prosentit pyöristetty).

Tottumus	Keskustelun toteutuminen			
	Kyllä		Ei	
	n	(%)	n	(%)
Erittäin paljon	1	(2)	0	(0)
Melko paljon	5	(11)	0	(0)
Melko vähän	25	(53)	11	(37)
Vähän/en ollenkaan	16	(34)	19	(63)
Yhteensä	47	(100)	30	(100)

8.4 Vanhemman aikomus keskustella nuoren kanssa seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista

Suurin osa (86 %) vanhemmista aikoi keskustella nuoren kanssa seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista. Vanhemmista reilu kahdeksas osa (13 %) ei tiennyt aikooko keskustella aiheesta ja yksi vanhempi (1 %) ilmoitti, ettei aio keskustella aiheesta nuoren kanssa.

Vanhemman ikä, koulutustaso tai nuoren vuosiluokka ei tämän aineiston mukaan ollut tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä vanhemman aikomukseen keskustella nuoren kanssa seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista (taulukko 8). Taustalla olevien tekijöiden yhteyksiä vanhemman aikomukseen keskustella seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista nuoren kanssa tarkasteltiin Kruskal-Wallis testin ja khiin neliön testin avulla.

TAULUKKO 8. Muuttujien väliset yhteydet vanhemman aikomukseen keskustella, riippumatta toteutuneesta keskustelusta. Mann Whitney U-testi/Kruskal-Wallis testin testin mukaan (p -arvo)

Muuttuja	Aikomus keskustella
Vanhemman ikä	=0.522
Vanhemman koulutustaso	=0.615
Nuoren vuosiluokka	=0.150
Minä-pystyvyys	=0.033*
Instrumentaalinen asenne	=0.012*
Määräävä normi	=0.007*

* p -arvo <0.05=tilastollisesti merkitsevä yhteys

Vanhemman seksuaaliterveyskeskusteluun liittyvää minä-pystyvyyttä kysyttiin kysymyksellä: "Miten arvioisit omia valmiuksiasi keskustella seksuaaliterveyteen liittyvistä, lapsesi/huollettavasi

esille tuomista, yllättävistä asioista? Vanhemmista vajaa neljännes (23 %) arvioi omaavansa erittäin hyvät valmiudet. Vanhemmista suurin osa (69 %) arvioi omaavansa melko hyvät valmiudet. Melko heikot valmiudet arvioi omaavansa 8 %. Yksikään vanhemmista ei arvioinut omaavansa erittäin heikkoja valmiuksia.

Vanhemman nuoren kanssa käytyyn seksuaaliterveyskeskusteluun liittyvä minä-pystyvyys oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä Mann Whitney U-testin mukaan vanhemman aikomukseen keskustella seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista nuoren kanssa, jos aikomusta tarkastellaan riippumatta siitä, oliko vanhempi jo toteuttanut keskustelun ($p=0.033$, taulukko 8). Niillä vanhemmilla, jotka aikoivat keskustella seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista nuoren kanssa, oli parempi minä-pystyvyys verrattuna niihin vanhempiin, jotka eivät aikoneet tai olivat epävarmoja aikomuksestaan keskustella seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista nuoren kanssa (Taulukko 9). Toisaalta keskusteluun vasta aikovien vanhempien minä-pystyvyys ei eronnut tilastollisesti merkitsevästi Kruskal-Wallis testin mukaan ei-aikovien/epävarmojen vanhempien minä-pystyvyydestä ($p=0.112$).

Vanhemman seksuaaliterveyskeskusteluun liittyvää instrumentaalista asennetta kysyttiin kysymyksellä “Missä määrin uskot, että seksuaalisuuteen liittyvistä asioista keskustelu on/olisi lapsesi/huollettavasi kannalta hyödyllistä”? Suurin osa (55 %) vanhemmista uskoi keskustelun olevan erittäin hyödyllistä. Toiseksi yleisimmin (40 %) uskottiin keskustelun olevan melko hyödyllistä. Pieni osa (5 %) vanhemmista uskoi keskustelun olevan melko hyödytöntä. Yksikään vastaajista ei uskonut keskustelun olevan erittäin hyödytöntä.

Vanhemman seksuaaliterveyskeskusteluun liittyvä instrumentaalinen asenne oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä Mann Whitney U-testin mukaan vanhemman aikomukseen keskustella nuoren kanssa seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista, jos aikomusta tarkastellaan riippumatta jo toteutuneesta keskustelusta ($p=0.012$, taulukko 8). Niillä vanhemmilla, jotka aikoivat keskustella seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista nuoren kanssa, oli parempi instrumentaalinen asenne verrattuna niihin vanhempiin, jotka eivät aikoneet tai olivat epävarmoja aikomuksestaan keskustella seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista nuoren kanssa (taulukko 9). Toisaalta keskusteluun vasta aikovien vanhempien instrumentaalinen asenne ei eronnut tilastollisesti merkitsevästi ($p=0.477$) ei-aikovien tai epävarmojen vanhempien instrumentaalisesta asenteesta Kruskal-Wallis testin mukaan.

Määräviä normeja kysyttiin kysymyksessä “Missä määrin olet samaa mieltä seuraavan väittämän kanssa: "Suurimman osan minulle läheisten ihmisten mielestä minun pitäisi keskustella lapsen/huollettavani kanssa seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista?” Vanhemmista 14 % oli väittämän kanssa erittäin samaa mieltä. Vanhemmista suurin osa (55%) oli väittämän kanssa melko samaa mieltä. Toiseksi yleisimmin (18 %) oltiin väittämän kanssa melko eri mieltä ja erittäin eri mieltä väittämän kanssa oli 13 %.

Vanhemman seksuaaliterveyskeskusteluun liittyvä määräävä normi oli Mann Whitney U-testin mukaan tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä vanhemman aikomukseen keskustella seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista nuoren kanssa, jos aikomusta tarkastellaan riippumatta jo toteutuneesta keskustelusta (taulukko 8). Ne vanhemmat, jotka olivat väittämän kanssa samaa mieltä, aikovat todennäköisemmin keskustella seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista nuoren kanssa verrattuna niihin vanhempiin, jotka olivat väittämän kanssa eriävää mieltä ($p=0.007$, taulukko 9). Toisaalta keskusteluun vasta aikovien vanhempien määräävä normi ei Kruskal-Wallis testin mukaan eronnut tilastollisesti merkitsevästi ($p=0.100$) verrattuna niihin vanhempiin, jotka eivät aikoneet keskustella tai olivat epävarmoja keskusteluaikomuksestaan.

TAULUKKO 9. Eri muuttujien yhteydet vanhemman aikomukseen keskustella nuoren kanssa seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista, riippumatta toteutuneesta keskustelusta (prosentit pyöristetty)

Muuttujat	Aikomus keskustella				P-arvo
	Kyllä		Ei / Ei tiedä		
	n	(%)	n	(%)	
Minä-pystyvyys					
Erittäin hyvät valmiudet	17	(26)	1	(9)	
Melko hyvät valmiudet	46	(70)	7	(64)	
Melko heikot valmiudet	3	(5)	3	(27)	
Erittäin heikot valmiudet	0	(0)	0	(0)	
Yhteensä	66	(100)	11	(100)	$p=0.033$
Instrumentaalinen asenne					
Erittäin hyödyllistä	39	(59)	3	(27)	
Melko hyödyllistä	26	(39)	5	(46)	
Melko hyödytöntä	1	(2)	3	(27)	
Erittäin hyödytöntä	0	(0)	0	(0)	
Yhteensä	66	(100)	11	(100)	$p=0.012$
Määräävä normi					
Erittäin samaa mieltä	11	(17)	0	(0)	
Melko samaa mieltä	38	(58)	4	(36)	
Melko eri mieltä	11	(17)	3	(27)	
Erittäin eri mieltä	6	(9)	4	(36)	
Yhteensä	66	(100)	11	(100)	$p=0.007$

9 POHDINTA

Tässä pro gradu- tutkielmassa selvitettiin millainen on vanhempien seksuaaliterveystietämys. Lisäksi selvitettiin mitkä vanhempaan liittyvät tekijät ovat yhteydessä vanhemman ja nuoren väliseen seksuaaliterveyteen liittyvään keskustelun toteutumiseen tai laajuuteen sekä vanhemman aikomukseen keskustella seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista nuoren kanssa.

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan vanhempien objektiivisesti mitattu seksuaaliterveystietämys oli Clarkin ym. (2015) tutkimuksen tuloksiin verrattuna hieman parempi, sillä tässä kyselyssä vanhemmat vastasivat kysymyksistä reiluun puoleen oikein. Tulosten vertailussa on huomioitava, että Clarkin ym. (2015) tutkimuksessa peruskoulun korkeimpana kouluttautumisasteena käyneiden vanhempien osuus oli hieman korkeampi verrattuna tämän tutkimuksen vanhempien korkeimpaan kouluttautumisasteeseen.

Jerman ja Constantinen (2010) ja Clarkin ym. (2015) vertailtujen tutkimustulosten mukaisesti tämän tutkimuksen tulokset tukevat käsitystä siitä, että vanhemmilla on taipumus arvioida oma seksuaaliterveystietämys objektiivisesti mitattua tietämystä paremmaksi. Luulo todellisuutta korkeammasta tietämyksestä voi kuitenkin johtaa väärän tiedon eteenpäin välittämiseen. Toisaalta, jos vanhempi ei tunnista todellista heikompaa tietämyksen tasoaan, ei hän välttämättä myöskään osaa hakea lisätietoa asioista silloin kun sitä tarvitsee.

Tässä tutkimuksessa parhaiten tiedetyt seksuaaliterveyteen liittyvät kysymykset koskivat seksuaaliterveyteen liittyvää yleistä tietämystä. Aiheiden medianäkyvyys on voinut olla eräs syy näiden aiheiden parempaan tietämykseen. Kohtalaisesti tiedetyistä aihe-alueista seksuaalikasvatusta koskevan kysymyksen vastauksissa yllättävää oli, että reilu kymmenes vanhemmista vastasi omien kokemusten kertomisen kuuluvan seksuaalikasvatukseen. Kysymyksen asettelu ei kuitenkaan mahdollistanut sen tiedon selville saamista, mitä omiin kokemuksiin kuuluvia asioita vanhemmat ajattelivat seksuaalikasvatukseen kuuluvan. Vanhemman omista seksuaalikokemuksista kertominen ei kuitenkaan kuulu nuoren seksuaalikasvatukseen (Korteniemi-Poikela & Cacciatore 2015).

Sen sijaan spesifimpää seksuaaliterveystietoa vaatineet kysymykset tiedettiin tämän tutkimuksen tulosten mukaan huonoiten. Vanhemmat esimerkiksi aliarvioivat sekä poikien pornografian katselun että nuorten kokeman seksuaalisen häirinnän yleisyyden. Vastauksista tuli myös ilmi, että

vanhemmilla saattaa olla osittain vanhentunutta tietoa seksitaudeista. Esimerkiksi noin puolet vanhemmista vastasi väärin HIV:n leviävän yleisimmin epäpuhtaiden ruiskujen (huumeet) välityksellä, vaikkakin nykyään vain muutama prosentti tartunnan saaneista on saanut viruksen ruiskujen välityksellä (Taruntataudit 2014). Spesifimmän seksuaaliterveystiedon puute ilmeni myös HPV:tä koskevassa kysymyksessä. Suurin osa tämän kyselyn vanhemmista vastasi Dahlströmin ym. (2012) tutkimuksen mukaisesti HPV:n aiheuttavan vain kohdunkalulansyöpää. Tämän tuloksen voi tulkita olevan osittain ristiriidassa tuloksen kanssa, jossa suurin osa vanhemmista tiesi seksitautien leviävän myös suuseksissä. On mahdollista, että viime vuosina mainostettu kohdunkaulan syövän vastainen rokote on antanut vanhemmille mielikuvan, että HPV aiheuttaa vain kohdunkaulan syöpää. Vanhempien seksuaaliterveyteen liittyvän väärän tiedon korjaaminen olisi tärkeää paitsi vanhemman, myös nuoren kannalta. Väärän tiedon edelleen kertominen nuorelle voi ohjata nuorta väärin seksuaaliterveyteen liittyviin valintoihin.

Läheskään kaikki vanhemmat eivät näyttäisi keskustelevan nuoren kanssa seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista. Reilu kolmannes tämän tutkimuksen kyselyyn vastanneista vanhemmista ilmoitti, ettei ollut keskustellut seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista nuoren kanssa. Suurin osa vanhemmista kuitenkin aikoi keskustella aiheesta tulevaisuudessa. Tämän tuloksen mukaan keskustelun toteutuminen näyttäisi kuitenkin olevan parempi verrattuna Byersin ja Searsin (2012) tutkimukseen, jossa vanhemmista vähemmistö oli keskustellut tai aikoi keskustella seksuaaliterveyteen liittyvistä aiheista nuoren kanssa. Koska vanhemmilla on merkittävä rooli nuoren seksuaalikasvatuksessa (Unesco 2009) tulisi varmistaa myös niiden vanhempien osallistaminen lapsen seksuaalikasvatukseen, jotka eivät vielä olleet keskustelleet aiheesta nuoren kanssa.

Tämän tutkimuksen tulokset mukailevat aiempien tutkimuksien (Byers ym. 2008; Jerman & Constantine 2010; Byers & Sears 2012) tuloksia siitä, että vanhemmat keskustelevat seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista yleisimmin murrosiän fysiologisista muutoksista. Seksitaudeista ja seksuaalisista oikeuksista tai siitä miten suojautua seksuaaliselta häirinnältä oli tämän tutkimuksen tulosten mukaan keskusteltu huomattavasti harvemmin, joskin nämä aihealueet kuuluvat myös 11–15-vuotiaiden nuorten seksuaalikasvatukseen (esimerkiksi Unesco 2009). On myös huomion arvoista, että ehkäisystä oli keskusteltu yleisemmin kuin esimerkiksi seksitaudeista. Tämä tulos antaa osviittaa siitä, että vanhemmat eivät välttämättä perustele nuorelle laajemmin eri ehkäisymenetelmiin sisältyviä valintoja. Vanhemmista vielä harvempi, noin joka kymmenes tähän tutkimukseen osallistuneista, ilmoitti keskustelleensa nuoren kanssa siitä, mistä hakea tietoa tai

apua seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista. Keskustelun toteuttaneista vanhemmista suurin osa olikin keskustellut seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista todennäköisemmin suppeasti kuin laajasti. Näiden tulosten perusteella vanhempia tulisi kannustaa keskustelemaan seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista nuoren kanssa laajemmin, jotta nuorilla olisi riittävästi tietoa ja taitoa kohdata seksuaaliterveyteen liittyviä asioita elämässään.

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan vanhempien objektiivinen seksuaaliterveystietämys ei ollut yhteydessä siihen, oliko vanhempi jo keskustellut nuoren kanssa seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista. Tulos eroaa niistä aiemmista tutkimuksista (Guilamo- Ramos ym. 2008; Byers & Sears 2012), joissa tieto käsitettiin vanhemman itse arvioituna seksuaaliterveystietämyksenä. Täten on mahdollista, että vanhemman itse arvioitu tietämys on objektiivisesti mitattua seksuaaliterveystietämystä merkityksellisempi tekijä vanhemman ja nuoren välisessä seksuaaliterveyskeskustelun toteutumisessa.

Vanhemman parempi objektiivisesti mitattu seksuaaliterveystietämys oli tämän tutkimuksen tulosten mukaan yhteydessä laajempaan seksuaaliterveyskeskusteluun. Tulos antaa samansuuntaisia tuloksia niiden tutkimusten osalta, joissa tieto on käsitetty vanhemman itse arvioituna seksuaaliterveystietämyksenä (Byers ym. 2008; Jerman & Constantine 2010). Täten voi olla myös mahdollista, että vanhemman objektiivinen tietämys ei ollut yhteydessä keskustelun toteutumiseen, koska heikomman tietämyksen omaavat vanhemmat ovat voineet keskustella suppeasti, esimerkiksi vain yhdestä aiheesta. Keskustelu esimerkiksi yleisimmin keskustellusta aiheesta, fysiologisista muutoksista murrosiässä, riittää sekin jo keskustelun toteutumiseen.

Suurin osa vanhemmista koki tämän tutkimuksen tulosten mukaan seksuaaliterveyteen liittyvän keskustelun nuoren kanssa helppona. Tulokset ovat Jerman ja Constantinen (2010) tutkimustulosten suuntaisia. Jos taas tämän pro gradu-tutkimuksen tuloksia verrataan vuoden 2013 Kouluterveyskyselyn tuloksiin, voidaan todeta, että siinä missä Kouluterveyskyselyn (2014) mukaan nuoret pitivät seksuaaliterveyteen liittyvää keskustelua jommankumman vanhemman tai vanhempien kanssa keskimäärin vaikeana, pitivät vanhemmat tämän tutkimuksen mukaan keskustelua nuoren kanssa keskimäärin helppona. Nämä tulokset antavat viitettä siitä, että myös nuorella voi olla merkityksensä vanhemman ja nuoren välisessä seksuaaliterveyteen liittyvässä keskustelussa. Toisaalta, vaikka vanhempi kokisi keskustelun vaikeana, on tähän kokemukseen todennäköisesti mahdollista vaikuttaa interventioiden avulla (esimerkiksi Akers ym. 2010).

Tuloksen huomioiminen on erityisen tärkeää siksi, että vanhemman kokemalla keskustelun helppouden asteella on tämän tutkimuksen mukaan mahdollisesti yhteys keskustelun toteutumiseen.

Tämän tutkimuksen tuloksissa esiin tullut yhteys vanhemman seksuaaliterveyskeskusteluun liittyvän tottumuksen ja vanhemman ja nuoren seksuaaliterveyskeskustelun toteutumisen välillä antaa viitettä siitä, että vanhemman ja nuoren väliseen seksuaaliterveyteen liittyvän keskustelun toteutumiseen liittyy sukupolvet ylittäviä tekijöitä. Tämän sukupolven vanhempien antaman seksuaalikasvatuksen merkitys korostuu, kun sen huomioidaan olevan yhteydessä myös seuraavan sukupolven saamaan seksuaalikasvatusmahdollisuuksiin. Vanhemman kokemus seksuaaliterveyteen liittyvän keskustelun helppoudesta tai tottumuksesta ei tämän tutkimuksen mukaan ollut yhteydessä vanhemman ja nuoren välisen seksuaaliterveyteen liittyvän keskustelun laajuuteen. On kuitenkin mahdollista, että aineiston koon pienuus on voinut vaikuttaa tulokseen. Myös muuttujien jakautumisen painottuminen toiseen päähän, etenkin tottumus- muuttujan kohdalla, on voinut vaikuttaa yhteyksien tarkasteluun.

Vanhemman seksuaaliterveyteen liittyvällä instrumentaalisella asenteella, määrävällä normilla ja minä-pystyvyydellä ei tämän tutkimuksen mukaan ollut yhteyttä vanhemman aikomukseen keskustella seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista, jos yhteyttä tarkasteltiin niiden vanhempien osalta, jotka eivät vielä olleet keskustelleet seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista nuoren kanssa. Tulokset eroavat tältä paitsi IMBP-mallin teoriasta, myös Byersin ja Searsin (2010) tutkimuksen tuloksista, jossa keskusteluun aikovilla vanhemmilla oli parempi instrumentaalinen asenne, määrävä normi ja minä-pystyvyys verrattuna ei-aikoviin vanhempiin. Tässä pro gradu-tutkimuksessa vain yksi vanhempi ilmoitti ettei aio keskustella seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista nuoren kanssa. Tämän takia keskusteluun aikovia vanhempia jouduttiin vertaamaan niihin vanhempiin, jotka olivat epävarmoja aikomuksestaan keskustella seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista nuoren kanssa. Aikomuksen epävarmuus on kuitenkin eri asia kuin päätös siitä, ettei aio keskustella seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista nuoren kanssa.

Jos aikomusta tarkasteltiin siten, että mukana olivat myös ne vanhemmat, jotka jo olivat keskustelleet seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista, oli vanhemman parempi minä-pystyvyys, instrumentaalinen asenne ja määrävä normi yhteydessä siihen, että vanhempi aikoi keskustella seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista nuoren kanssa tulevaisuudessakin. Tässä tuloksessa sekoittavana tekijänä on kuitenkin ne vanhemmat, jotka jo ovat keskustelleet seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista nuoren kanssa. Tämä huomattiin, kun tarkasteltiin jo keskustelleiden vanhempien

minä-pystyvyyttä, instrumentaalista asennetta ja määräävää normia vasta vanhempiin, jotka eivät aikoneet tai eivät tienneet aikovatko keskustella seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista nuoren kanssa. On siis mahdollista, että seksuaaliterveyteen liittyvä keskustelu nuoren kanssa lisää vanhemman minä-pystyvyyden tunnetta, instrumentaalista asennetta ja määräävää normia.

Tämän tutkimuksen tulokset mukailevat Byersin ja Searsin (2012) tutkimuksen tuloksia ja IMBP-mallin teoriaa siitä, että taustalla olevat tekijät, kuten vanhemman ikä ja koulutustaso sekä nuoren vuosiluokka eivät ole suoraan yhteydessä vanhemman aikomukseen keskustella seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista nuoren kanssa. Näin ollen taustalla olevat tekijät eivät ole ensisijaisia kiinnostuksen kohteita, kun halutaan tukea vanhempien aikomusta keskustella seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista nuoren kanssa. Fishbeinin ja Cappellan (2006) mukaan taustalla olevat tekijät eivät tällöin olisi yhteydessä myöskään vanhemman ja nuoren välisen seksuaaliterveyteen liittyvän keskustelun toteutumiseen tai laajuuteen.

9.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella sekä reliabiliteetin että validiteetin avulla. Mittari eli kysely on reliabeli eli toistettava silloin, kun sen vastaukset ovat suunnilleen samanlaisia eri mittauskerroilla (Metsämuuronen 2005, 65). Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että kysely on toistettavissa silloin kun siihen ei vaikuta esimerkiksi olosuhteet tai satunnaisvirheet (KvantiMOTV 2008). Kyselystä saadut vastaukset olivat samansuuntaisia sekä pilotti- että varsinaisessa kyselyssä niiden kysymysten osalta, joihin ei pilottivaiheen jälkeen tehty muutoksia. Sen sijaan kyselyn vastaavuutta, eli vanhemman ja nuoren välisen vastausten yhteneväisyyttä ei tässä kyselyssä ole mitattu. Aiempien tutkimusten (Jaccard ym. 2000; Akers ym. 2010) perusteella voidaankin todeta, että vanhempien vastaukset ovat voineet erota nuoren näkemyksestä esimerkiksi seksuaaliterveyteen liittyvän keskustelun osalta.

Kyselyn valideetti, eli luotettavuus tarkoittaa sitä, että kysely mittaa sitä, mitä sen on tarkoitus mitata (Metsämuuronen 2005, 65). Kyselyn luotettavuutta tarkasteltaessa tulee tässä tutkimuksessa ottaa huomioon se, että vaikka kysymykset pohjautuivat IMBP-malliin ja suurimmaksi osaksi aiemmissa tutkimuksissa käytettyihin kysymyksiin, ei kyselyä ole tällaisenaan aiemmin käytetty. Pilottitutkimuksen suuremman osallistujamäärän perusteella olisi ollut mahdollista saada paremmin selville vastauvaihtoehtojen jakautuneisuutta, mikä osaltaan olisi lisännyt kyselyn tieto-osion ja esimerkiksi aikomuksen luokkien luotettavuutta.

Tässä tutkimuksessa tehdyt luokitukset on perusteltu kappaleessa 7.1. Luokitusten luotettavuutta tarkasteltaessa tulisikin huomioida erityisesti aikomus-muuttujan luokitus. Jotta luokittelu olisi täysin vastannut IMBP-mallin mukaisesti vanhemman aikomusta keskustella seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista nuoren kanssa, olisi muuttujan täytynyt koostua vain niistä vanhemmista, jotka eivät vielä olleet keskustelleet seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista nuoren kanssa. Toisaalta, kerran muodostettu keskusteluaikomus ei välttämättä ole pysyvää. Voi esimerkiksi olla mahdollista, että jo seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista keskustellut vanhempi ei aiokaan enää tulevaisuudessa keskustella tästä aiheesta nuoren kanssa. Tässä aineistossa oli mukana muutama vanhempi, joka oli jo keskustellut nuoren kanssa aiheesta, mutta ei aikonut tai oli epävarma aikomuksestaan keskustella aiheesta tulevaisuudessa. Siksi oli perusteltua tarkastella vanhemman keskusteluaikomusta myös niin, että jo keskustelleet vanhemmat otettiin luokitukseen mukaan.

Kyselyn luotettavuutta pohtiessa on syytä tarkastella lähemmin myös taito-muuttujaa. Keskustelutaidon voidaan nähdä sisältävän varsin monia eri osa-alueita. Kuitenkin keskustelutaito sisälsi tässä aineistossa vain yhden muuttujan, keskustelun helppouden. Toisaalta keskustelun helppous nähtiin tärkeänä taidon osa-alueena, sillä seksuaaliterveyteen liittyvistä aiheista keskustelu vaatii niin omien kuin vastapuolen tunteiden ja kokemusten huomioon ottamista. Seksuaaliterveyteen liittyvien aiheista keskustelu vaatii niiden muotoilemista vastapuolen ikään ja kehitystasoon sopiviksi. Keskustelun helppous voi kuitenkin olla myös muuta kuin taitoa. Mahdollisesti keskustelun helppouteen voi olla yhteydessä esimerkiksi kiinnostus tai tottumus keskustella seksuaaliterveyteen liittyvistä aiheista. Vanhemman ja nuoren välisellä suhteella ja luottamuksella voi myös olla merkityksensä vanhemman kokemaan keskustelun helppouteen. Vanhemman kokeman keskustelun helppouden tuloksia tarkastellessa on myös syytä huomioida se, etteivät tulokset anna viitettä siitä, mikä oli vanhemman lähtökohtainen kokemus seksuaaliterveyteen liittyvän keskustelun helppoudesta ennen keskustelun toteutumista tai sitä, onko kokemus voinut muuttua toistuvan keskustelun myötä. Tässä tutkimuksessa keskustelun helppous haluttiin erottaa keskustelumukavuudesta, sillä näiden kahden sanan rinnastaminen synonyymeiksi olisi voinut heikentää tutkimuksen luotettavuutta.

Tutkimuksen luotettavuuteen on myös voinut vaikuttaa vastaajien ja tutkijan tulkintaerot. Vastaajat ovat voineet tulkita kysymyksen “Oletko keskustellut lapsesi kanssa seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista?” koskevan vain seksiä liittyviksi asioiksi, vaikka seksuaaliterveyteen liittyvät asiat käsittävät aiheita laajemminkin. Toisaalta seksuaaliterveyden määritelmää ei haluttu selventää kyselyssä, sillä määritelmää kysyttiin vanhemmilta itseltään kyselyn tieto-osiossa.

On myös syytä huomioida, että tutkimustulokset eivät kerro minkä ikäinen nuori on ollut, kun vanhempi on keskustellut hänen kanssaan seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista. On mahdollista, että ne vanhemmat, jotka ilmoittivat keskustelleensa nuoren kanssa seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista, on tapahtunut silloin, kun nuori on ollut lapsi. Kyselylomakkeen kysymyksen tarkemmalla kuvauksella oltaisiin todennäköisesti saatu luotettavampia tuloksia tämän kysymyksen osalta.

Kyselyn annetuissa keskustelun aiheiden vaihtoehtoista jäi puuttumaan esimerkiksi turvataidot, joka on oleellinen osa seksuaalisen häirinnän ennaltehkäisyä ja täten tärkeä osa seksuaaliterveyteen liittyvää keskustelua. On mahdollista, että annettujen keskustelun aiheiden vastausvaihtoehtoja ei ollut tarpeeksi, jotta keskustelun laajuutta olisi voitu tarkastella luotettavasti. Vain muutama vanhemmista lisäsi annettujen keskusteluvaihtoehtojen ulkopuolelta aiheen, josta oli keskustellut nuoren kanssa.

Vaikka kysely sisälsi keskusteltujen aiheiden määrän, ei siinä otettu huomioon keskustelun syvällisyyttä. Täten on mahdollista, että ne vanhemmat, jotka ovat vain pinnallisella tasolla maininneet seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista ja ne vanhemmat, jotka ovat syvällisesti ja laajasti keskustelleet aiheesta, ovat molemmat ilmoittaneet keskustelleensa nuoren kanssa seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista. Tässä kyselyssä keskusteltujen aiheiden syvällisyyttä ja laajuutta olisi voitu tutkia käyttämällä esimerkiksi Likert-asteikollista mittaria, jolloin tulokset olisivat voineet olla tältä osin luotettavempia.

Tämän tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkimuksen taustalla käytetty terveyskäyttäytymisen malli, jota on käytetty myös muissa vanhemman ja nuoren seksuaaliterveyteen liittyvän keskustelun tutkimuksissa. Viitekehyksenä toimineen mallin vahvuutena voidaan pitää sitä, että se on yhdistelmä aiemmista teorioista ja sitä on muokattu ajan saatossa lisäämällä malliin uusia käyttäytymiseen vaikuttavia tekijöitä (Montano & Kasprzyk 2008, 77- 80). Kuten edellä kuvattu, IMBP-mallia ei tässä tutkimuksessa toteutettu kuitenkaan kattavasti. IMBP-mallin mukaisesti aikomukseen on yhteydessä myös koettu kontrolli, kuvainnolliset normit ja kokemuseräinen asenne, joita ei tässä kyselyssä vanhemmilta kysytty.

On myös otettava huomioon, että IMBP-mallin tekijöiden väliset yhteydet eivät kerro tekijöiden syy-seuraussuhteesta, sillä tekijät voivat vaikuttaa toisiinsa myös vastakkaiseen suuntaan (Byers & Sears 2008). Tätä on käsitelty edellä vanhemman aikomuksessa keskustella seksuaaliterveyteen

liittyvistä asioista nuoren kanssa. On myös mahdollista, että vanhemman seksuaaliterveyteen liittyvä keskustelu lisää vanhemman keskustelutaitoja- ja tietoa seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista.

Tutkimuksen ulkoinen validiteetti eli ulkoinen luotettavuus kertoo kuinka yleistettävissä tutkimustulokset ovat (Metsämuuronen 2005, 65). Tämän tutkimuksen tuloksia ei voida yleistää kaikkia yläkoululaisten vanhempia koskevaksi monesta syystä. Ensimmäiseksi, kaikki tutkimukseen mukaan arvotut koulut eivät halunneet osallistua tutkimukseen. Myöskään kaikki vanhemmat, joilla oli mahdollisuus vastata kyselyyn, eivät siihen vastanneet. Tutkimukseen onkin voinut päätyä ne koulut ja vanhemmat, jotka kokevat nuoren seksuaalikasvatuksen keskivertoa tärkeämpänä. Toiseksi tulee ottaa huomioon, että suurin osa vastaajista oli naisia. Tutkimustuloksia ei täten voida yleistää sukupuolia koskevaksi, varsinkin kun vanhemman sukupuolella on aiempien tutkimusten perusteella todettu olevan yhteys nuoren kanssa käytyyn seksuaaliterveyskeskusteluun.

Tulosten yleistettävyyttä heikentää myös otoksen koon (n=77) pienuus. Vaikka kysely pyrittiin pitämään lyhyenä keskenjättäneiden minimoimiseksi, oli keskenjättäneiden prosentuaalinen osuus korkea (33%). Nämä tekijät voi johtua esimerkiksi siitä, että aihe koettiin liian arkaluonteiseksi tai kysymykset liian vaikeaksi. Toisaalta on mahdollista, että keskenjättäneiden osuus oli korkea myös siksi, että aihe on kiinnostanut vanhempia vain katsomaan, millaisia kysymyksiä kyselyssä on.

Tutkimuksessa on pyritty noudattamaan ihmistieteiden eettisiä periaatteita, jotka ovat tutkittavan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, vahingoittamisen välttäminen ja yksityisyys sekä tietosuojat (TENK 2009). Vanhemmille lähetettiin Wilma- järjestelmän kautta tiedote tutkimuksesta (liite 3), jossa kerrottiin tutkijan yhteystiedot, tutkimuksen aihe, sen säilytys, käyttötarkoitus ja mahdollinen jatkokäyttö. Lisäksi tiedotteessa kerrottiin aineiston keruun toteutustapa, arvioitu vastaamisen ajankulu ja vastaamisen anonyymius. Myös vastaamisen vapaaehtoisuus tuli tiedotteesta ilmi.

9.2 Johtopäätökset ja tulosten hyödynnettävyys

Vanhempien antaman seksuaalikasvatuksen osalta on tärkeä varmistaa, että vanhempien seksuaaliterveystietämys on riittävää ja ajantasaista. Vanhempia tulisi myös kannustaa toteuttamaan keskustelu seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista nuoren kanssa ja rohkaista heitä keskustelemaan aiheista laajemmin.

Vanhemman ja nuoren välistä seksuaaliterveyteen liittyvän keskustelun toteutumista voidaan mahdollisesti edesauttaa lisäämällä vanhemman kokemaa helpoutta keskustella seksuaaliterveyteen liittyvistä aiheista nuoren kanssa. Nuoren kanssa käyty seksuaaliterveyteen liittyvä keskustelu lisää nuoren tottumusta keskustella aiheesta ja täten keskustelulla voi olla positiivinen merkitys myös tulevien sukupolvien seksuaalikasvatuksessa.

Vanhemman seksuaaliterveyteen liittyvän keskusteluaikomuksen ja vanhemman seksuaaliterveyskeskusteluun liittyvän instrumentaalisen asenteen, määräävän normin ja minäpystyvyyden välistä yhteys jäi tässä tutkimuksessa epäselväksi aikomuksesta kieltäytyvien vanhempien vähyyden takia. Vanhemman ikä ja koulutustaso sekä nuoren vuosiluokka eivät kuitenkaan näytä olevan yhteydessä vanhemman aikomukseen keskustella seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista nuoren kanssa.

Edellä käsitellyjä tuloksia voidaan hyödyntää joko yksilöllisellä tasolla tai laajemmin, kun vanhempaa tai vanhempia halutaan tukea keskustelussa seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista nuoren kanssa. Ennen tutkimustulosten yleistämistä tulisi tulokset varmistaa uusilla tutkimuksilla.

9.3 Jatkotutkimukset

Tässä tutkimuksessa ei tutkittu kaikkia IMBP-mallissa esitettyjä, vanhemman ja nuoren väliseen seksuaaliterveyteen liittyvän keskustelun toteutumiseen yhteydessä olevia tekijöitä. IMBP- mallia viitekehystenään käyttävien tutkimusten olisi hyödyllistä tutkia myös ympäristöllisten tekijöiden yhteyttä vanhemman ja nuoren väliseen seksuaaliterveyskeskusteluun.

Suuremmalla otoksella ja kattavammilla kysymyksillä voitaisiin tutkia niitä tekijöitä, jotka ovat suoraan yhteydessä vanhemman aikomukseen keskustella seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista nuoren kanssa. Näin saataisiin mahdollisesti paremmin esiin juuri ne psykososiaaliset determinantit, jotka ovat ominaisia yläkouluikäisten nuorten vanhempien aikomuksessa keskustella seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista nuoren kanssa.

Vanhemman ja nuoren sukupuolen välisiä yhteyksiä vanhemman aikomukseen keskustella seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista, seksuaaliterveyskeskustelun toteutumiseen ja sen sisältöön tulisi tutkia. Isiä tulisi myös saada rekrytoitua tutkimuksiin paremmin. Tulevissa tutkimuksissa tulisi paremmin kiinnittää huomio myös vanhemman tietoon nuoren seurustelustatuksesta, jolla voi olla

merkitystä seksuaaliterveyteen liittyvän keskustelun toteutumiseen ja sisältöön. Tulosten luotettavuuden kannalta myös keskustelun syvällisyys tulisi huomioida tulevissa tutkimuksissa.

LÄHTEET

- Akers, A.Y., Holland, C. L. & Bost, J. 2011. Interventions to improve parental communication about sex: a systematic review. *Pediatrics*. 127, 494-510. doi:10.1542/peds.2010-2194
- Alanko, K. 2014. Mitä kuuluu sateenkaarinuorille suomessa? Nuorisotutkimusverkosto/nuorisotutkimusseura. Verkkojulkaisu ja 72. Seta. Seta-julkaisu ja 23.
- Aspy, C., Vesely, S., Oman, R., Rodine, S., Marshall, L. & McLeroy, K. 2007. Parental communication and youth risky behaviour. *Journal of Adolescence*. 30, 449-466. doi:10.1016/j.adolescence.2006.04.007.
- Bernstein, D.I., Bellamy, A.R., Hook, E.W., Levin, M.J., Wald, A., Ewell, M.G., Wolff, P.A., Deal, C.D, Heineman, T.C., Dubin, G. & Belshe, R.B. 2013. Epidemiology, clinical presentation and antibody response to primary infection with herpes simplex virus type 1 and type 2 in young women. *Clinical infectious diseases*, 56 (3), 344-351.
- Bersamin, M., Todd, M., Fisher, D.A., Hill, D.L. Grube, J.W. & Walker, S. 2008. Parenting practices and adolescent sexual behavior: a longitudinal study. *Journal of marriage and family*, 70, 97-112.
- Bildjuschkin, K. 2015a. Lukijalle. Seksuaalikasvatuksen tueksi. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen työpaperi 35/2015.
- Bildjuschkin, K. 2015b. Seksuaalikasvatus. Seksuaalikasvatuksen tueksi. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen työpaperi 35/2015.
- Byers, E.S., Sears, H.A. & Weaver, A.D. 2008. Parent's reports of sexual communication with children in kindergarden to grade 8. *Journal of marriage and family*, 70, 86-96.
- Byers, E. S. & Sears, H.A. 2012. Mothers who do and do not intend to discuss sexual health with their young adolescents. *Family relations*, 61 (5), 851-863.
- Cacciatore, R. 2008. Huomenna pannaan pussauskoppiin. *Opas vanhemmille*. 2. painos. Porvoo: Bookwell Oy
- Chesson, H.W., Blandford, J.M., Gift, J.M., Tao, G. & Irwin, K.L. 2004. The estimated direct medical cost of sexually transmitted diseases among american youth, 2000. *Perspectives on sexual and reproductive health*, 36 (1), 11-19.
- Clark, C. A., Baldwin, K. L. & Tanner, A.E.2007. An exploratory study of selected sexual knowledge and attitudes of Indiana adults. *American journal of sexuality education*, 2 (3), 39-58. doi:10.1300/J455v02n03_04

- Dahlström, L.A., Sundström, K., Young, C., Lundholm, C., Sparen, P. & Tran, T.N. 2012. Awareness and knowledge of human papillomavirus in the Swedish adult population. *Journal of adolescent health*, 50, 204-206.
- Davis, K.C., Blitstein, J.L. & Kamyab, K. 2010. Impact of a parent-child sexual communication campaign: results from a controlled efficacy trial of parents. *Reproductive health*, 7, 31.
- Deptula, D. P., Henry, D. B. & Schoeny, M.E. 2010. How can parents make a difference? Longitudinal associations with adolescent sexual behavior. *Journal of family psychology*, 24(6),731-739. doi: 10.1037/a0021760
- Evans, W.D., Blitstein, J.L. & Davis, K.C. 2011. Social cognitive mediators of parent-child sexual communication. *American Journal of health behavior*, 35 (4), 428-437.
- Fishbein, M., von Haften, I. & Appleyard, J. 2001. The role of theory in developing effective interventions: implications from project SAFER. *Psychology, health and medicine*, 6 (2), 223-238. doi: 10.1080/13548500120035463
- Fishbein, M. & Cappella, J.N. 2006. The role of theory in developing effective health communication. *Journal of communication*, 56, S1-S17.
- Fishbein, M. & Yzer, M.C. 2003. Using theory to design effective health behavior interventions. *Communication theory*, 13 (2), 164-183.
- Freeman, E.E., Weiss, H.A., Glynn, J.R., Cross, P.L., Whitworth, J.A. & Hayes, R.J. 2006. Herpes simplex virus 2 infection increases HIV acquisition in men and women: systematic review and meta-analysis of longitudinal studies, *AIDS*, 20, 73-83.
- Fridlund, V., Stenqvist, K. & Nordvik, M. K. 2014. Condom use: the discrepancy between practise and behavioral expectations. *Scandinavian journal of public health*, 42, 759-765.
- Glanz, K., Rimer, B.K. & Viswanath, K. 2008. *Health behavior and health education. Theory, research and practise*. 4. painos. SA: Jossey- Bass.
- Guilamo-Ramos, V., Jaccard, J., Dittus, P. & Collins, S. 2008. Parent-adolescent communication about sexual intercourse: An analysis of maternal reluctance to communicate. *Health psychology*, 27(6), 760-769.
- Guilamo-Ramos, V., Bouris, A., Lee, J., McCarthy, K., Shannon, L.M., Pitt-Barnes, S. & Dittus, P. 2012. Paternal influences on adolescent sexual risk behaviors: a structured literature review. *Pediatrics*, 130 (5), 1313- 1325. doi:10.1542/peds.2011-2066
- HE 44/2009. Hallituksen esitykset. Viitattu 1.2.2016. www.edilex.fi
- HLBTIQ – opas toimittajalle. Näin kirjoitat seksuaali- ja sukupuolivähemmistöistä. 2012. SETA. Viitattu 1.11.2015. www.seta.fi
- HPV-rokote 2015. Viitattu 12.11.2015. [Www.thl.fi](http://www.thl.fi)

- HPV-torjuntatyöryhmän selvitys 2011. THL:n asettama papilloomavirustautien torjuntatyöryhmän selvitys. Raportti 28/2011.
- Huotari, K., Törmä, S. & Tuokkala, K. 2011. Syrjintä koulutuksessa ja vapaa-ajalla: Erityistarkastelussa seksuaali- ja sukupuolivähemmistöihin kuuluvien nuorten syrjintäkokemukset toisen asteen oppilaitoksissa. Syrjintäselvitys 2010. Sisäasiainministeriön julkaisu 11/2011.
- Ilmonen, T. & Nissinen J. 2006. Teoksessa D. Apter, L, Väisälä & K. Kaimola (toim.) Seksuaalisuus. 1.painos. Helsinki: Duodecim, 20-26.
- Jaccard, J., Dittus, P.J. & Gordon, V. V. 2000. Parent-teen communication about premarital sex: Factors associated with the extent of communication. *Journal of adolescent research*, 15(2), 187-208.
- Jerman, P. & Constantine, N. A. 2010. Demographic and psychological predictors of parent-adolescent communication about sex: A representative statewide analysis. *Journal of youth and adolescence* 39, 1164-1174.
- Joutsenniemi, K. & Lipponen, K. 2015. Resilienssi ja posttraumaattinen kasvu. *Suomen lääkirilehti*, 39, 2515-2519.
- Kontula, O. 2006. Suomalaisten seksuaalikulttuuri. Teoksessa D. Apter, L, Väisälä & K. Kaimola (toim.) Seksuaalisuus. 1.painos. Helsinki: Duodecim, 27-37.
- Kontula, O. 2010. The evolution of sex education and student's sexual knowledge in Finland in the 2000s. *Sex education*, 10 (4), 373-386.
- Kontula, O. 2012. Millaisia tietoja ja millaista seksuaalikasvatusta pojat tarvitsevat? Kirjassa Mitä pojat todella haluavat tietää seksistä. Tehoa poikien seksuaaliopetukseen (PoikaS-hanke). Osmo Kontula (toim.). Väestöliiton julkaisusarja D55/2012.
- Kontula, O. 2013. Sukupolvet ja seksuaalisuuteen liittyvät arvot suomessa. Väestöliiton Väestöntutkimuslaitoksen työpaperi 3:2013.
- Kontula, O. & Meriläinen, H. 2010. Koulun seksuaalikasvatus 2000-luvun Suomessa. Helsinki: Väestöliitto.
- Kouluterveyskysely 2014. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisu. Viitattu 20.9.2015. www.thl.fi.
- Kortekangas- Savolainen, O. & Vuorinen, T. 2007. Trends in herpes simplex virus type 1 and 2 infections among patients diagnosed with genital herpes in a Finnish sexually transmitted disease clinic, 1994–2002. *Sexually Transmitted Diseases*, 34 (1), 37–40. doi: 10.1097/01.olq.0000222725.81045.62.

- Korteniemi-Poikela, E. & Cacciatore, R. 2015. Seksuaalisuuden portaat. Oppaat ja käsikirjat 2015:1. Opetushallitus. Grano oy.
- Kuortti, M. & Kosunen, E. 2009. Risk-taking behaviour is more frequent in teenage girls with multiple sexual partners. *Scandinavian journal of primary health care*, 27, 47-52. doi: 10.1080/02813430802691933.
- KvantiMOTV 2008. Miittaaminen: mittarin luotettavuus. Viitattu 15.4.2016 www.fsd.uta.fi.
- L'Engle, K.L., Brown, J.D. & Kenneavy, K. 2006. The mass media are an important context for adolescents' sexual behavior. *Journal of Adolescent Health*, 38,186-192.
- Léngle, K.L. & Jackson, C. 2008. Socialization influences in early adolescent's cognitive susceptibility and transition to sexual intercourse. *Journal of research on adolescent*, 18 (2), 353.
- Liinamo, A. 2005. Suomalaisnuorten seksuaalikasvatus ja seksuaaliterveystiedot oppilaan ja koulun näkökulmasta: Arviointia terveyden edistämisen viitekehyksessä. *Studies in sport, physical education and health* 106. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä.
- Longmore, M. A., Eng, A.L., Giordano, P.C. & Manning, W.D. 2009. Parenting and sexual initiation. *Journal of marriage and family*, 71, 969-982.
- Lu, B., Kumar, A., Castallsagué, X. & Giuliano, A. R. 2011. Efficacy and safety of prophylactic vaccines against cervical HPV infection and diseases among women: A systematic review & meta-analysis. *BMC Infectious diseases*, 11(13). doi:10.1186/1471-2334-11-13.
- Manhart, L.E. & Koutsky, L.A. 2002. Do condoms prevent HPV infection, external warts, or cervical neoplasia? A meta-analysis. *Sexually transmitted diseases*, 29 (11), 725-735.
- Marek, E., Dergez, T., Bozsa, S., Gocze, K., Rebek-Nagy, G., Kricskovics, A., Kiss, I., Ember, I. & Gocze, P. 2011. Incomplete knowledge- unclarified roles in sex education: results of a national survey about human papillomavirus infections. *European journal of cancer care*, 20, 759-768. DOI: 10.1111/j.1365-2354.2011.01258.
- Markham, C.M., Lormand, D., Gloppen, K.M., Peskin, M.F., Flores, B., Low, B. & House, L.W. 2010. Connectedness as a predictor of sexual and reproductive health outcomes for youth. Review article. 2010. *Journal of adolescent health*. 46, 23-41. doi:10.1016/j.jadohealth.2009.11.214.
- McKee, A., Albury, K., Dunne, M., Grieshaber, S., Hartley, J., Lumby, C. & Mathews, B. 2010. Healthy sexual development: A multidisciplinary framework for research. *International journal of sexual health*, 22, 14-19. doi: 10.1080/19317610903393043.
- METRO Youth Chances, 2014. Youth Chances Summary of First Findings: the experiences of LGBTQ young people in England. London: METRO.

- Metsämuuronen, J. 2005. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 3. painos. Jyväskylä: Gummeruksen kirjapaino Oy.
- Moilanen, K.L. 2015. Predictors of latent growth in sexual risk taking in late adolescence and early adulthood. *Journal of sex research*, 52 (1), 83-97. doi:10.1080/00224499.2013.826167.
- Montano, D.E. & Kasprzyk, D. 2008. Health behavior and health education. Theory, research and practise. 4. painos. SA: Jossey- Bass.
- Ogle, S., Glasier, A. & Riley, S.C. 2008. Communication between parents and their children about sexual health. *Contraception*, 77, 283-288. doi:10.1016/j.contraception.2007.12.003.
- Parkes, A., Henderson, M., Wight, D. & Nixon, C. 2011. Is parenting associated with teenagers early sexual risk-taking, autonomy and relationship with sexual partners? *Perspectives on sexual and reproductive health*, 43 (1), 30-40. doi: 10.1363/4303011.
- Peipert, J.F. 2003. Genital chlamydia infections. *The new England journal of medicine*, 349, 2424-2430.
- Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet 2014. Helsinki: Opetushallitus
- Poliisi ja Pelastakaa Lapset. 2011. Lasten kokema seksuaalinen häirintä ja hyväksikäyttö internetissä. Viitattu 20.11.2015. www.pelastakaalapset.fi.
- Porras, K. 2015. Seksuaalisuutta loukkaava väkivalta ja sen vaikutus seksuaaliseen hyvinvointiin. Seksuaalikasvatuksen tueksi. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen työpaperi 35/2015*.
- Puusniekka, R., Kivimäki, H. & Jokela, J. 2012. Nuorten seksuaalikäyttäytyminen 2000- luvulla. *Nuorisotutkimus*, 3, 4-24.
- Rikoslaki 1889^a. 20 luku. 24.7.1998/563.
- Rikoslaki 1889^b. 17 luku. 24.7.1998/563.
- Rinkinen, T. 2012. Nuorten kysymyksiä seksuaaliterveydestä Väestöliiton Internetpalvelussa. Väestöliiton Väestöntutkimuslaitoksen julkaisusarja D54/2012. Helsinki: Väestöliitto.
- Seksuaalikasvatuksen standardit Euroopassa. 2010. Suuntaviivat poliittisille päättäjille, opetus- ja terveydenhuoltoalan viranomaisille ja asiantuntijoille. Maailman terveysjärjestön (WHO) Euroopan aluetoimisto ja BZgA. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaisu*. Helsinki.
- Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014-2020. 2014. Edistä, ehkäise, vaikuta. *THL opas 33/2014*. Tampere.
- Shneyderman, Y. & Schwartz, S. J. 2013. Contextual and intrapersonal predictors of adolescent risky sexual behavior and outcomes. *Health Education & Behavior*, 40 (4), 400- 414.
- Sormunen, M., Tossavainen, K. & Turunen, H. 2012. Parental perceptions of the roles of home and school in health education for elementary school children in Finland. *Health promotion international*, 28 (2), 244-256. doi:10.1093/heapro/das004.

- Spisak, S. 2015. Seksiä mediassa! Lasten ja nuorten mediakokemukset osaksi seksuaalikasvatusta. Seksuaalikasvatuksen tueksi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen työpaperi 35/2015.
- Staras, S.A.S., Vadaparampil, S.T., Patel, R.P. & Shenkman, E.A. 2014. Parent perceptions important for HPV vaccine initiation among low income adolescent girls. *Vaccine*, 32, 6163-6169.
- Sukupuolitaudit 2015. Käypä hoito-suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito- johtoryhmän asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 23.9.2015. www.kaypahoito.fi.
- Suvivuo, P. 2011. The ability of adolescent girl to exert control over sexually- charged situatuons. A narrative study for the promotion of sexual health. University of Eastern Finland. Dissertations in health sciences 54.
- Syrjintä Suomessa. 2014. Syrjinnän seuranta tietoraportti 2014. Sisäministeriön julkaisu 7/2014.
- Syrjänen, S. & Rautava, J. 2015. HPV ja syöpä. *Duodecim*. 131, 1765-74.
- Tartuntataudit Suomessa 2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 11/2015. Helsinki.
- Tasa-arvolaki 1986. 8.8.1986/609. 7 luku 30.12.2014/1329.
- Tasa-arvolaki 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön esite 2015. Viitattu 2.12.2015. www.tasa-arvo.fi.
- TENK 2009. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus ennakoarvioinnin järjestämiseksi. Tutkimuseettinen neuvottelulautakunta: Helsinki.
- UNESCO. 2009. International technical guidance on sexuality education. Vol. 1: The rationale for sexuality education. Pariisi: UNESCO. Viitattu 13.11.2015. <http://unesdoc.unesco.org/images/0018/001832/183281e.pdf>.
- Väestöliiton seksuaaliterveyspoliittinen ohjelma. 2006. Helsinki: Väestöliitto.
- Wald, A., Langenberg, A.G., Link, K. Izu, A.E., Ashley, R., Warren, T. Tying, S. Douglas J.M. & Corey, L. 2001. Effect of condoms on reducing the transmission of herpes simplex virus type 2 from men to women. *JAMA*, 285 (24), 3100-3106.
- Wikström, E., Bloigu, A., Öhman, H., Hiltunen-Back, E., Virtanen, M.J., Tasanen, K., Paavonen, J., Lehtinen, M. & Surcel, H-M. 2012. An increasing proportion of reported chlamydia trachomatis infections are repeated diagnoses. *Sexually transmitted diseases*, 39 (12), 968-972.
- Wilson, E.K., Dalberth, B. T. & Koo, H.P. 2010. “We’re the heroes!”: Fathers’ perspectives on their role in protecting their preteenage children from sexual risk. *Perspectives on sexual and reproductive health*, 42 (2) doi: 10.1363/4211710.

- Wilson, E.K. & Koo, H. P. 2010. Mothers, fathers, sons and daughters: gender differences in factors associated with parent-child communication about sexual topics. *Reproductive health*, 7, 31. doi:10.1186/1742-4755-7-31.
- Woodhall, S.H., Lehtinen, M., Verho, T., Huhtala, H., Hokkanen, M. & Kosunen, E. 2007. Anticipated acceptance of HPV vaccination at the baseline of implementation: A survey of parental and adolescent knowledge and attitudes in Finland. *Journal of adolescent health*, 40, 466-469.
- World Health Organization. 2006. Report of a technical consultation on sexual health. Viitattu 10.10.2015. <http://www.who.int>
- World Health Organization. 2009. Mental health aspect of women's reproductive health. A global review of literature. Viitattu 20.9.2015. www.who.int.

LIITE 1 Kyselyn muuttajat lähteineen

Muuttuja	Kysymykset	Lähde
Keskustelu	“Oletko keskustellut ja aiotko keskustella seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista lapsesi/huollettavasi kanssa?” ja “Mistä seksuaaliterveyteen liittyvistä aiheesta/aiheista olet keskustellut lapsesi/huollettavasi kanssa?”	Mukaeltu Jerman & Constantine 2010
Aikomus keskustella	“Oletko keskustellut ja aiotko keskustella seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista lapsesi/huollettavasi kanssa?”	Mukaeltu Byers & Sears 2012
Tieto & taito	Itse arvioitu tietämys: “Millaiseksi arvioit oman tietosi seksuaaliterveydestä?” Objektiivinen tieto: 11 kysymystä. Koettu helppous: “Kuinka helppoa on/olisi keskustella seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista lapsesi/huollettavasi kanssa?”	Jerman & Constantine 2010 Esim. Dahlström ym. 2012; Kouluterveyskysely 2014 Kouluterveyskysely 2014
Käytöksen hyväksyttävyyys	“Kuinka hyväksyttävää on mielestäsi vanhemman/huoltajan ja lapsen/huollettavan välinen seksuaaliterveyteen liittyvä keskustelu?”	Pohjautuen Fishbein & Cappella 2006
Tottumus	“Missä määrin olet keskustellut omien vanhempiesi/huoltajiesi kanssa seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista?”	Mukaeltu Byers ym. 2008
Asenne: instrumentaalinen	“Missä määrin uskot, että seksuaalisuuteen liittyvistä asioista keskustelu on/olisi lapsesi/huollettavasi kannalta hyödyllistä?”	Mukaeltu Byers & Sears 2012
Koetut normit: määräävät normit	Missä määrin olet samaa mieltä seuraavan väittämän kanssa: "Suurimman osan, minulle läheisten ihmisten mielestä minun pitäisi keskustella lapsen/huollettavani kanssa seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista" ?	Byers & Sears 2012
Pystyvyyteen liittyvät tekijät: minä-pystyvyys	Miten arvioisit omia valmiuksiasi keskustella seksuaaliterveyteen liittyvistä, lapsesi/huollettavasi esille tuomista, yllättävistä asioista?	Pohjautuen Fishbein & Cappella 2006; Evans ym. 2011
Taustalla olevat tekijät	Vanhemman ikä, vanhemman sukupuoli, vanhemman koulutustaso, lapsen vuosiluokka, lapsen sukupuoli, perheen rakenne.	Byers ym. 2008; Ogle ym. 2008; Jerman & Constantine 2010

LIITE 2 Kyselylomake

Hei.

Tervetuloa vastaamaan kyselyyn! Vastaathan jokaiseen kysymykseen rehellisesti.

Alustavat tiedot

Vastaajan sukupuoli

- Nainen
- Mies
- Kolmas sukupuoli

Vastaajan koulutustaso

- Peruskoulu
- Lukio/ammattikoulu
- Korkeakoulu
- Muu, mikä?

Vastaajan ikä _____

Lapsesi/huollettavasi sukupuoli

- Tyttö
- Poika
- Kolmas sukupuoli

Lapsesi/huollettavasi vuosiluokka

- 7.luokka
- 8.luokka
- 9.luokka

Missä kunnassa lapsesi/huollettavasi käy koulua? (Kysytään vain koululle lähetettävän koosteen takia. Kysymystä ei käsitellä itse pro Gradu-työssä)

- Vaihtoehto 1
- Vaihtoehto 2
- Vaihtoehto 3

Lapsen/huollettavasi perheen rakenne

- Kaksi biologista vanhempaa
- Yksinhuoltaja
- Uusperhe
- Adoptio- /sijaisvanhemmat
- Muu, mikä?

Oletko keskustellut ja aiotko keskustella seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista lapsesi/huollettavasi kanssa?

- Kyllä, olen keskustellut ja aion keskustella tulevaisuudessa
- Kyllä, olen keskustellut enkä aio keskustella tulevaisuudessa
- Kyllä, olen keskustellut enkä tiedä aionko keskustella tulevaisuudessa
- Ei, en ole keskustellut, mutta aion keskustella tulevaisuudessa
- Ei, en ole keskustellut, enkä aio keskustella tulevaisuudessa
- Ei, en ole keskustellut, enkä tiedä aionko keskustella tulevaisuudessa

Mistä seksuaaliterveyteen liittyvistä aiheesta/aiheista olet keskustellut lapsesi/huollettavasi kanssa? (Tähän kysymykseen vastaus vain silloin, kun vanhempi oli keskustellut aiheesta)

- Ehkäisy
- Fysiologiset muutokset murrosiässä
- Mistä hakea tietoa/apua (esim.seksuaaliterveyspalvelut)
- Seksitaudit
- Seksuaalisuuteen liittyvät tunteet
- Seksuaalivähemmistöt
- Seksuaalisuus mediassa
- Toisten seksuaalisten oikeuksien kunnioitus
- Jokin muu. Mikä?

Kuinka helppoa on/olisi keskustella seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista lapsesi/huollettavasi kanssa?

- Erittäin helppoa
- Melko helppoa
- Melko vaikeaa
- Erittäin vaikeaa

Miten arvioisit omia valmiuksiasi keskustella seksuaaliterveyteen liittyvistä, lapsesi/huollettavasi esille tuomista, yllättävistä asioista?

- Erittäin hyvät valmiudet
- Melko hyvät valmiudet
- Melko heikot valmiudet
- Erittäin heikot valmiudet

Missä määrin uskot, että seksuaalisuuteen liittyvistä asioista keskustelu on/olisi lapsesi/huollettavasi kannalta hyödyllistä?

- Erittäin hyödyllistä
- Melko hyödyllistä
- Melko hyödytöntä
- Erittäin hyödytöntä

Missä määrin olet samaa mieltä seuraavan väittämän kanssa: “Suurimman osan, minulle läheisten ihmisten mielestä minun pitäisi keskustella lapseni/huollettavani kanssa seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista”?

- Erittäin samaa mieltä
- Melko samaa mieltä
- Melko eri mieltä
- Erittäin eri mieltä

Missä määrin olet keskustellut omein vanhempiesi/huoltajiesi kanssa seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista?

- Erittäin paljon
- Melko paljon
- Melko vähän
- Vähän/en ollenkaan

Kuinka hyväksyttävää on mielestäsi vanhemman/huoltajien ja lapsen/huollettavan välinen seksuaaliterveyteen liittyvä keskustelu?

- Erittäin hyväksyttävää
- Melko hyväksyttävää
- Ei juurikaan hyväksyttävää
- Ei ollenkaan hyväksyttävää

Millaiseksi arvioit oman tietosi seksuaaliterveydestä?

- Erinomainen
- Hyvä
- Kohtalainen
- Heikko

Tieto-osio

Vastaa seuraaviin kysymyksiin parhaan tietosi mukaan. Jos et tiedä vastausta, vastaa "en tiedä", älä arvaa.

Hyvään seksuaaliterveyteen kuuluu... (Lähde: Maailman terveysjärjestö)

- mahdollisuus seksuaalisuuden toteuttamiseen ilman pelkoa, painostusta tai syrjintää
- seksitautien puuttuminen
- kyky lisääntyä
- en tiedä

Seksuaalikasvatuksene kuuluu muun muassa... (Lähde: Maailman terveysjärjestö)

- viestintä-, neuvottelu- ja ongelmaratkaisutaitojen kehittäminen
- fantasioiden kumoaminen
- omista kokemuksista kertominen
- en tiedä

Heteronormatiivisuus tarkoittaa...

- ajattelutapaa, jossa miehen sallitaan pukeutuvan naisen vaatteisiin
- ajattelutapaa, jossa kielletään naisen ja miehen välinen rakkaus
- ajattelutapaa, jossa miehen ja naisen välinen kiinnostus nähdään kaikista luonnollisimpana ja toivotumpana
- en tiedä

Homoseksuaalisuus tarkoittaa...

- kykyä tuntea emotionaalista, eroottista ja/tai seksuaalista vetovoimaa riippumatta kohteen sukupuolesta
- kykyä sisäisesti eläytyä sekä miehen että naisen sukupuoleen
- kykyä tuntea romanttista tai seksuaalista kiinnostusta pääosin samaa sukupuolta kohtaan
- en tiedä

Kuinka moni yläkouluikäinen poika raportoi katsoneensa internetistä pornografiaa vuonna 2013?
(Lähde: Kouluterveyskysely 2014)

- Noin joka kymmenes
- Noin joka toinen
- Noin kolme neljästä
- En tiedä

Kuinka moni yläkouluikäisistä nuorista raportoikokeneensa seksuaalista häirintää puhelimesta tai netissä vuonna 2013? (Lähde: Kouluterveyskysely 2014)

- Noin joka seitsemäs
- Noin joka neljäs
- Lähes jokainen
- En tiedä

Vuonna 2013 yläkouluikäisten seksuaaliterveystietämys oli keskimäärin...

- erinomaisen ja hyvän tason välillä
- alle hyvän tason
- alle heikon tason
- en tiedä

Seksitaudit voivat tarttua muun muassa ...

- suojaamattomassa suuseksissä
- hyttysten välityksellä
- poskisuudelmissa
- en tiedä

Vuonna 2014 Suomessa diagnosoitu HIV-tartunta saatiin yleisimmin...

- epäpuhtaiden ruiskujen (huumeet) välityksellä
- äidistä lapseen- tartuntana esimerkiksi synnytysten yhteydessä
- miehen ja naisen välisessä seksissä
- en tiedä

Klamydiatulehdus voi aiheuttaa...

- puutumisoireita
- hiusten lähtöä
- hedelmättömyyttä
- en tiedä

Human papilloma virus (HPV) voi aiheuttaa...

- immuunikadon
- pään ja kaulan alueen, peräaukon ja kohdunkaulan syöpää
- vain kohdunkaulan syöpää
- en tiedä

KOULUN JA KODIN VÄLINEN YHTEISTYÖ

Missä määrin koet tietäväsi mitä koulussa opetetavaan seksuaaliterveyskasvatuksen sisältöihin kuuluu?

- Erittäin hyvin
- Melko hyvin
- Melko huonosti
- Erittäin huonosti

Haluaisitko enemmän tietoa mitä koulussa opetettavan seksuaaliterveyskasvatuksen sisältöihin kuuluu?

- Kyllä. Mistä aiheesta? _____
- En
- En osaa sanoa

KIITOS VASTAUKSESTASI!

LIITE 3 Saatekirje

Arvoisa vanhempi/huoltaja,

Teen Jyväskylän yliopiston terveystieteen laitokselle seksuaaliterveyteen liittyvää pro Gradu- tutkimusta. Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa yläkouluikäisten nuorten vanhempien/hoitajien seksuaaliterveystietämystä sekä seksuaaliterveyteen liittyvää kommunikointia lapsen/huollettavan kanssa.

Toivoisin, että vastaat kyselyyni. Kysymyksiin vastaamisessa kuluu aikaa noin 10 minuuttia ja siihen vastataan nimettömänä. Vastauksista ei siis ole mahdollista saada selville vastaajan henkilöllisyyttä.

Kyselyn tulokset raportoidaan vain pro Gradu-tutkimukseeni ja siitä mahdollisesti tehtävään artikkeliin. Tämän lisäksi kouluille luovutetaan kooste, joka sisältää koulukohtaisen yhteenvedon vain kahden viimeisen kysymyksen osalta. Tutkimusaineisto hävitetään pro gradu- tutkimuksen valmistuttua. Vastauksia on mahdollista hyödyntää seksuaaliterveyden edistämässä.

Kyselyyn voi vastata 30.11.2015 asti. Vanhemmista/hoitajista molemmat voivat täyttää oman kyselyn.

Ystävällisin terveisin,

Krista Raippalinna

krista.s.m.raippalinna@student.jyu.fi