

**RASKAUDEN EHKÄISYN KÄYTTÖ 15-VUOTIAILLA SUOMALAISNUORILLA  
WHO-Koululaistutkimuksen tuloksia**

Karita Koski

Terveyskasvatuksen pro gradu -tutkielma  
Liikuntatieteellinen tiedekunta  
Jyväskylän yliopisto  
Kevät 2022

## TIIVISTELMÄ

Koski, K. 2022. Raskauden ehkäisyn käyttö 15-vuotiailla suomalaisnuorilla – WHO-Koululaistutkimuksen tuloksia. Liikuntatieteellinen tiedekunta, Jyväskylän yliopisto, terveystieteiden pro-gradu -tutkielma, 53 s., 1 liite.

Nuorten ei-toivotut raskaudet ovat globaalisti merkittävä terveysongelma. Suomessa nuorten ei-toivottuja raskauksia on pyritty ehkäisemään muun muassa parantamalla ehkäisymenetelmien saatavuutta ja järjestämällä nuorille suunnattuja ehkäisyneuvonpuheita. Vaikka Suomessa nuorten raskaudet ovat vähentyneet viimeisten vuosien aikana, vuonna 2020 tuhatta 15–19-vuotiasta kohden tehtiin yhä 6,4 raskaudenkeskeytystä. Tutkimusten mukaan ei-toivottu raskaus on merkittävä riski nuoren kokonaisvaltaiselle terveydelle riippumatta raskauden lopputulemasta.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää suomalaisten 15-vuotiaiden raskauden ehkäisyn käyttöä sekä siihen yhteydessä olevia yksilö- ja perhetekijöitä. Tutkimuksen aineistona hyödynnettiin vuonna 2014 suomalaisissa kouluissa kerättyä WHO-Koululaistutkimuksen kyselyaineistoa 9.-luokkalaisten tutkittavien (n=2476) osalta. Aineisto analysoitiin IBM SPSS Statistics 27 -ohjelmistolla käyttäen ristiintaulukointia, Khiin neliö -testiä, binääristä logistista regressioanalyysia sekä riippumattomien otosten t-testiä.

Tutkimukseen vastanneista 9.-luokkalaisista 24,1 % raportoi olleensa sukupuoliyhdyntänsä. Heistä 91,7 % raportoi käyttäneensä luotettavaa raskauden ehkäisymenetelmää edellisessä yhdynnässään. Yleisimmin käytetyt ehkäisymenetelmät olivat kondomi ja e-pilleri. Jälkiehkäisyä edellisessä yhdynnässään kertoi käyttäneensä 10,6 % vastaajista, joskin ainoana ehkäisymenetelmänä sitä käytettiin vain noin prosentissa tapauksista. Muita kuin edellä mainittuja raskauden ehkäisymenetelmiä raportoi käyttäneensä 5,5 % vastaajista. Raskauden ehkäisyn laiminlyöminen oli tavallisempaa, mikäli nuori oli ollut ensimmäisessä sukupuoliyhdyntänsä hyvin nuorena, hänellä oli heikko terveyden lukutaito, tai nuoren perheen varallisuustaso oli matala.

Tämän tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että useimmat 9.-luokkalaiset suomalaisnuoret käyttävät raskauden ehkäisyä ollessaan sukupuoliyhdyntänsä. Toisaalta aikaisemmissa tutkimuksissa nuorille suositeltujen pitkäkestoisten raskauden ehkäisymenetelmien sekä kaksoisehkäisyn käyttö suomalaisnuorilla vaikuttaa olevan vähäistä. Nuorten hyvä terveyden lukutaito voi raskauden ehkäisyn käytön myötä suojata ei-toivottujen raskauksien aiheuttamilta terveyshaitoilta. Yhdenvertaisuuden toteutumiseksi raskauden ehkäisyn käyttöä tulisi pyrkiä lisäämään erityisesti ryhmissä, joissa sen käyttö on vähäistä esimerkiksi yksilöllisellä ja oikea-aikaisella tuella ja neuvonnalla sekä maksuttoman ehkäisyn tarjoamisella. Jatkotutkimusta tarvitaan selvittämään pitkäkestoisten raskauden ehkäisymenetelmien vähäiseen käyttöasteeseen liittyviä tekijöitä sekä sitä, voitaisiinko pitkäkestoisten menetelmien käyttöä lisäämällä ehkäistä ei-toivottuja raskauksia nuorten keskuudessa nykyistä tehokkaammin.

Asiasanat: raskauden ehkäisy, seksuaali- ja lisääntymisterveys, nuoret

## ABSTRACT

Koski, K. 2022. The use of contraception among Finnish 15-year-old adolescents – Results from the HBSC-survey. Faculty of Sport and Health Sciences, University of Jyväskylä, Master's thesis, 53 pp., 1 appendix.

Unwanted pregnancies among adolescents are a major global health concern. In Finland, efforts have been made to prevent these unwanted pregnancies by increasing the availability of contraceptive methods and by arranging contraceptive services targeted for adolescents. Even though the number of adolescent pregnancies in Finland has decreased in recent years, in 2020 there were still 6,4 abortions carried out per thousand 15–19-year-olds. Studies show that an unwanted pregnancy is a significant risk to an adolescent's overall health, no matter the outcome of the pregnancy.

The aim of this study was to review the use of contraception in Finnish 15-year-olds and the individual and family factors related to it. The data used in this study was a sub-data of the Health Behaviour of School-aged Children (HBSC) questionnaire study conducted in 2014. The sub-data comprised of the answers of Finnish 9<sup>th</sup>-graders (n=2476). The data was analyzed using IBM SPSS Statistics 27 -software. Cross-tabulation, Chi-square test, binary logistic regression, and independent samples T test were used as methods of analysis.

24,1 % of the 9<sup>th</sup>-graders who responded, reported that they had had sexual intercourse. 91,7 % of them reported using a reliable method of contraception at their last intercourse. The most commonly used methods of contraception were a condom and an e-pill. The use of emergency contraception was reported by 10,6 % of respondents, although, it was used as the only method of contraception in only about 1 % of the cases. 5,5 % of respondents reported that they used other methods of contraception. It was more common not to use contraception if the adolescent had had their first sexual intercourse at a very young age, had poor health literacy, or the adolescent's family was categorized as having a low level of wealth.

Based on this study, it can be stated that majority of Finnish 9<sup>th</sup>-graders use contraception when having sexual intercourse. On the other hand, the use of dual contraception as well as the use of long-term contraception (LARC), which is recommended for adolescents in previous studies, is rare. With a higher level of contraception use, good health literacy could protect against the negative health effects of unwanted pregnancies. In order to achieve equity, efforts should be made to increase the use of contraception among groups where its use is low. This could for example be done by providing adolescents with individual and timely support and counseling as well as by providing free of charge contraception for adolescents. Further research is needed to identify the factors that are related to the low use rate of long-term contraception among Finnish adolescents, as well as to find out, if unwanted pregnancies could be better prevented by increasing the use of long-term contraception within adolescents.

Key words: contraception, sexual- and reproductive health, adolescents

# SISÄLLYS

## TIIVISTELMÄ

## ABSTRACT

1	JOHDANTO .....	1
2	NUORTEN SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYS.....	3
2.1	Seksuaali- ja lisääntymisterveys .....	3
2.2	Seksuaalioikeudet osana nuorten seksuaali- ja lisääntymisterveyttä .....	5
2.3	Nuorten seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen.....	6
2.4	Suomalaisten nuorten seksuaali- ja lisääntymisterveys .....	9
3	RASKAUDEN EHKÄISY.....	12
3.1	Raskauden ehkäisy terveyttä edistävänä tekijänä.....	12
3.2	Raskauden ehkäisymenetelmät ja jälkiehkäisy .....	15
3.3	Raskauden ehkäisyn käyttö nuorilla.....	16
3.4	Raskauden ehkäisyn käyttöön yhteydessä olevat tekijät.....	17
3.4.1	Yksilötekijät .....	17
3.4.2	Yhteisötekijät .....	18
3.4.3	Yhteiskunnalliset tekijät.....	18
4	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET .....	20
5	TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT .....	21
5.1	Muuttajat .....	21
5.2	Analyysimenetelmät.....	25
6	TULOKSET .....	26
6.1	15-vuotiaiden suomalaisnuorten raskauden ehkäisyn käyttö .....	27
6.2	Yksilölliset taustatekijät ja raskauden ehkäisyn käyttö 15-vuotiaalla nuorella.....	28
6.3	Perheen taustatekijät ja raskauden ehkäisyn käyttö 15-vuotiaalla nuorella .....	31
7	POHDINTA .....	32

7.1 15-vuotiaat suomalaisnuoret suosivat lyhytkestoisia ehkäisymenetelmiä ja moni turvautuu jälkiehkäisyn käyttöön .....	32
7.2 Raskauden ehkäisyn laiminlyöminen riskiryhmiin kuuluvat nuoret tarvitsevat kohdennettua ja oikea-aikaista tukea.....	35
7.3 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus .....	36
7.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset.....	39
LÄHTEET .....	40

## LIITTEET

Liite 1: WHO-Koululaistutkimuksen kyselylomakkeen hyödynnetyt osiot

# 1 JOHDANTO

Nuorten raskaudet ja niistä aiheutuvat komplikaatiot ovat globaalilla tasolla valtava terveydellinen haaste. On arvioitu, että alle 19-vuotiaille tehdään maailmassa noin neljä miljoonaa ei-turvallista raskaudenkeskeytystä vuosittain (Darroch ym. 2016), ja raskaus- ja synnytyskomplikaatioiden tiedetään olevan kehittyvissä maissa 15–19-vuotiaiden yleisin kuolinsyy (WHO 2020). Vaikka äitiyskuolleisuusluvut ovat Suomessa pieniä (Kiuru ym. 2021), alaikäisen ei-toivottu raskaus lisää riskiä nuoren fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen terveyden haasteille (Darroch ym. 2016; Jalanko ym. 2021).

Aikaisemman tutkimustiedon mukaan noin viidesosa seksuaalisesti aktiivisista nuorista laiminlyö raskauden ehkäisyn käytön (Inchley ym. 2020). Joidenkin yksilötekijöiden, kuten iän (Frost ym. 2007; Vázquez-Rodríguez ym. 2018), koulutusasteen (Bongaarts & Hardee 2019; Goni & Rahman 2012; Waiz 2000) ja syntyperän (Craig ym. 2014; Szucs ym. 2020), sekä yhteisötekijöiden, kuten perhesuhteiden (Vázquez-Rodríguez ym. 2018) on osoitettu olevan yhteydessä raskauden ehkäisyyn käyttöön. Useiden tutkimusten (Apter 2018; Bahamondes & Bahamondes 2021; Tang ym. 2012) sekä erään meta-analyysin (Diedrich ym. 2017) mukaan nuorten raskauden ehkäisyn tehokkuutta voitaisiin parantaa suosittelemalla nuorille pitkäkestoisia raskauden ehkäisymenetelmiä. Näiden käyttö suomalaisten nuorten keskuudessa vaikuttaa kuitenkin olevan vähäistä (Gyllenberg ym. 2018) nuorten suosissa ehkäisymenetelminään lyhytkestoisia vaihtoehtoja, kuten kondomia ja e-pilleriä (de Looze ym. 2019; Inchley ym. 2016).

Vaikka raskauden ehkäisyn käytöstä ja siihen yhteydessä olevista tekijöistä on tehty valtavasti tutkimusta ja löydettävissä on myös useita metatason tutkimuksia, viimeaikaista länsimaista tutkimusta nuorten raskauden ehkäisyn käyttöön liittyvistä tekijöistä ei ole löydettävissä. Koska raskauden ehkäisyn käyttöön liittyy useita kulttuurillisia ja kontekstisidonnaisia tekijöitä (UNFPA 2015, Säävälä 2017), ulkomaiset tutkimukset voivat olla heikosti sovellettavissa suomalaiseen väestöön. Niin ikään aikuisväestöllä teetetyt tutkimukset eivät välttämättä sovellu yleistettäväksi nuoriin, sillä erityisesti nuorilla raskauden ehkäisyn käyttöön liittyy sosiaaliseen ja seksuaaliseen kehitykseen yhteydessä olevia erityispiirteitä, kuten sosiaalisen kontekstin painottuminen valintoja tehtäessä (Templeton ym. 2017; Ti ym. 2021; Van de Bongardt ym. 2015).

Tämän pro gradu -tutkielman tarkoituksena on selvittää, minkälaista suomalaisten seksuaalisesti aktiivisten nuorten raskauden ehkäisyn käyttö on, ja mitkä tekijät ovat yhteydessä siihen, käyttääkö nuori raskauden ehkäisyä. Tunnistamalla raskauden ehkäisyn käyttöön yhteydessä olevia tekijöitä, voidaan jatkotutkimuksen myötä pyrkiä selvittämään keinoja, joilla raskauden ehkäisyn käyttöä voidaan lisätä. Tavoitteena on edistää yhdenvertaisuutta ja ehkäistä terveyserojen vahvistumista kiinnittämällä erityishuomiota raskauden ehkäisyn laiminlyömiselle alttiiden ryhmien raskauden ehkäisyn käytön tukemiseen.

## 2 NUORTEN SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYS

Seksuaalisuuden käsitteelle on olemassa lukuisia erilaisia määritelmiä (Schroeder 2009, 3). Yleisesti seksuaalisuuteen liitetään sukupuoliin, sukupuoli-identiteettiin ja sukupuolirooleihin, seksuaaliseen suuntautumiseen, sukupuolisuhteisiin ja lisääntymiseen liittyviä teemoja (WHO 2006, 10). Seksuaalisuus on ihmisessä läsnä jo syntymässä, mutta sen merkitys vaihtelee usein elämän vaiheiden mukaan, erilaisissa sosiaalisissa ja kulttuurisissa konteksteissa, sekä erilaisissa yhteiskunnallisissa tilanteissa (Glasier ym. 2006, Schroeder 2009, 4–6). Seksuaalisuus on osa ihmisen terveyttä ja seksuaaliterveys olennainen osa kokonaisvaltaista hyvinvointia (Santalahti 2018).

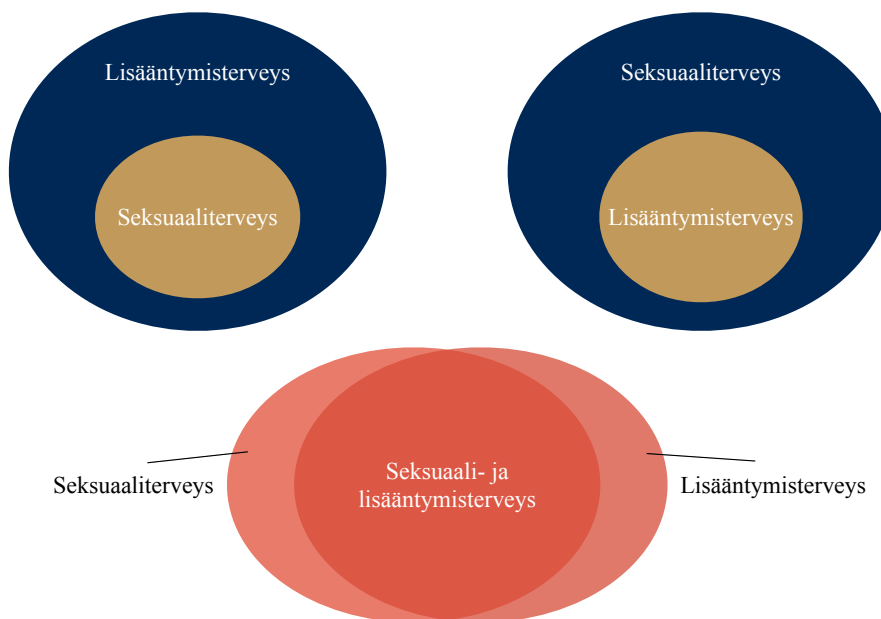
### 2.1 Seksuaali- ja lisääntymisterveys

Seksuaaliterveyttä on käsitteellistetty ensimmäisiä kertoja vuonna 1975, kun Maailman terveysjärjestö WHO määritteli seksuaaliterveyden somaattisen, emotionaalisen, intellektuaalisen ja sosiaalisen seksuaalisten näkökohtien yhdistymistä tavoilla, jotka rikastuttavat ja kehittävät persoonallisuutta, parantavat viestintää ja lisäävät rakkautta (WHO 1975, 23). Määritelmää päivitettiin vuonna 2002 järjestetyssä WHO:n asiantuntijakokouksessa, jolloin päivitetystä määritelmästä nostettiin esiin myös nautinnon keskeistä asemaa, positiivisen suhtautumisen merkitystä, sekä fyysisen, emotionaalisen, psyykkisen ja sosiaalisen näkökulman merkitystä myös seksuaaliterveydessä (Glasier ym. 2006; WHO 2006, 5). Tällöin seksuaaliterveys määriteltiin seuraavasti:

*”Seksuaaliterveys on seksuaalisuuteen liittyvän fyysisen, emotionaalisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila; siinä ei ole kyse vain sairauden, toimintahäiriön tai raihnavuuden 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.”*



Lisäntymisterveyden käsitettä määriteltiin Kairon kansainvälisessä konferenssissa vuonna 1994, jolloin lisääntymisterveyden katsottiin olevan lisääntymiseen ja sen prosessiin liittyvä fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila (Berro Pizzarossa 2018; Clasier ym. 2006; Fathalla & Fathalla 2008). Tällöin laadittu määritelmä käsittää raskauden ehkäisyn näkökulmasta mahdollisuuden turvalliseen ja tyydyttävään seksielämään, mahdollisuuden ja vapauden lisääntyä ja päättää lisääntymisestä, sekä oikeuden itse valittuihin ehkäisyvälineisiin ja palveluihin, jotka mahdollistavat turvallisen raskauden ja synnytyksen. Määritelmä on saanut paljon kannatusta, sillä se kuvaa lisääntymisterveyttä laajemmin verrattuna aikaisempiin väestönkasvuun keskittyviin määritelmiin ja korostaa naisten oikeuksia (Berro Pizzarossa 2018). Tässä määritelmässä seksuaaliterveyden katsotaan sisältyvän lisääntymisterveyteen (Glasier ym. 2006). Toisaalta lisääntymisterveys voidaan nähdä myös seksuaaliterveyden alakäsitteenä (Bildjuschkin ym. 2016a, 10). Vaikka käsitteiden hierarkiasta on kiistelty, voitaneen todeta näkökulmasta riippumatta niiden osittain ulottuvan toistensa päälle ja toisaalta tuovansa mukaan omat erityiset ulottuvuutensa (Bildjuschkin ym. 2016a, 10). Molemmat käsitteet sisältävät samoja teemoja esimerkiksi turvallisen seksielämän ja oman päätäntävällän osalta. Lisäntymisterveys kuitenkin korostaa juuri päätöstä mahdollisesta lisääntymisestä ja sen ajoittamisesta, kun taas seksuaaliterveys korostaa mahdollisuutta päättää intiimeistä ihmissuhteista ja seksielämästä. Tässä pro gradu -tutkielmassa seksuaali- ja lisääntymisterveys ymmärretään toisiaan täydentävänä kokonaisuutena kuvan 1 mukaisesti.



KUVA 1. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden käsitteet (mukaillen Bildjuschkin ym. 2016a, 10).

Nuorten kohdalla seksuaali- ja lisääntymisterveys linkittyy vahvasti nuoren sosiaaliseen, kulttuuriseen ja ekonomiseen ympäristöön (Morris & Rushwan 2015) ja nuorilla seksuaalisuuteen liittyvät arvot, uskomukset ja odotukset ovat vahvasti sidoksissa sosiaaliseen kontekstiin (Templeton ym. 2017). Nuoren seksuaali- ja lisääntymisterveyden perustana tulisi olla laadukas seksuaalikasvatus ja -neuvonta, korkealaatuiset seksuaaliterveyden palvelut sekä omien seksuaalioikeuksien tunnistaminen (Apter 2011).

## **2.2 Seksuaalioikeudet osana nuorten seksuaali- ja lisääntymisterveyttä**

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden kannalta on keskeistä, että seksuaalioikeuksia kunnioitetaan ja että ne toteutuvat (Glasier ym. 2006). Seksuaalioikeuksien käsite on kehittynyt osana sosiaalisia ja poliittisia liikkeitä, ideologioita ja uskontoja (Finkle & McIntosh 2002), ja sen painopiste on ajan kuluessa siirtynyt väestönkasvun hillitsemisestä ihmisoikeuksien toteutumiseen (Berro Pizzarossa 2018). Vuonna 2002 luodun määritelmän (Glasier ym. 2006) mukaan seksuaalioikeudet pitävät sisällään kaikkien oikeuden – ilman pakottamista, syrjintää tai väkivaltaa – seksuaalikasvatukseen, kumppanin valintaan, turvalliseen ja nautinnolliseen seksielämään ja koskemattomuuteen sekä oikeuden tavoitella parasta saavutettavissa olevaa seksuaaliterveyden tilaa, mihin katsotaan sisältyvän myös kaikkien ikäryhmien mahdollisuus käyttää seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyviä terveydenhoitopalveluja. Seksuaalioikeuksien toteutuessa nuorilla tulisi olla oikeus seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvään perusteltuun tietoon sekä luottamuksellisiin terveystalviin, mutta maailmanlaajuisesti nämä oikeudet toteutuvat vaihtelevasti (Morris & Rushwan 2015; Woog ym. 2015).

Seksuaalioikeuksien puutteellinen toteutuminen aiheuttaa nuorten seksuaali- ja lisääntymisterveydelle valtavia haasteita kehittyvissä maissa (UNFPA 2015; Woog ym. 2015). Katsauksessa, jossa selvitettiin nuorten alle 19-vuotiaiden tyttöjen seksuaalioikeuksien toteutumista maailmanlaajuisesti 70 matala- ja keskituloisessa valtiossa, kävi ilmi, että lähes kaikissa mukana olleissa valtioissa harvempi kuin joka kymmenes nuorista oli saanut informaatiota perhesuunnittelusta terveydenhoitokäynnillä viimeisen vuoden aikana (Woog ym. 2015). Lisäksi katsauksessa mukana olleista valtioista erityisesti Afrikan valtioissa oli tavallista, että nuoren puoliso oli vastuussa raskauden ehkäisyyn liittyvästä päätöksenteosta samaan aikaan, kun valtaosassa Afrikkaa yli neljännes naisista raportoi, ettei toivo raskautta

seuraavan kahden vuoden aikana, mutta ei myöskään käytä ehkäisyä (Woog ym. 2015). Katsauksen tulos on samansuuntainen kuin vuonna 2016 toteutetussa arviossa, jonka mukaan kehittyvissä maissa noin 23 miljoonaa tyttöä on riskissä ei-toivotulle raskaudelle (Darroch ym. 2016). Tämä raskauden ehkäisyn tarpeen ja sen käytön ristiriita selittää nykytilannetta, jossa 2,5 miljoonaa alle 16-vuotiasta synnyttää vuosittain (Neal ym. 2012) ja alle 19-vuotiaille tehdään noin 4 miljoonaa ei-turvallista raskaudenkeskeytystä (Darroch ym. 2016). Nuorten raskauksien taustalla on usein kontekstisidonnaisia seksuaalioikeuksia uhkaavia tekijöitä, kuten lapsiavioliitot, köyhyys, mahdollisuuksien puuttuminen sekä sosiaaliset ja kulttuuriset normit liittyen naiseuteen ja äitiyteen (UNFPA 2015). Kansainväliset järjestöt tekevät jatkuvasti työtä seksuaali- ja lisääntymisoikeuksien toteutumiseksi, mutta sen jotkin osa-alueet, kuten nuorten seksuaali- ja lisääntymisterveyden palvelut, raskauden ehkäisyn tarjoaminen sitä toivoville, sekä ei-turvallisten raskaudenkeskeytysten ehkäiseminen, eivät toteudu kaikkialla maailmassa (Temmerman ym. 2014).

Euroopan Parlamentin vuonna 2017 toteuttaman selvityksen mukaan eroja seksuaali- ja lisääntymisterveyden oikeuksien toteutumisessa on myös Euroopassa. Selvityksessä nousi esiin eroja esimerkiksi raskaudenkeskeytykselle asetetuissa ehdoissa, valtion tarjoamissa perhesuunnittelupalveluissa sekä palveluihin liittyvissä maksuissa (Anedda ym. 2018, 9, 61). Myös raskauden ehkäisyyn liittyvien palveluiden suhteen erot olivat raportissa merkittäviä: siinä missä Ruotsissa nuoret saavat sekä raskauden ehkäisymenetelmän sekä palvelut maksutta, Puolassa julkinen terveydenhuolto ei osallistu millään tavoin raskauden ehkäisyn kustannuksiin (Anedda ym. 2018, 62–63). Euroopan Parlamentti (Anedda ym. 2018, 109) toteaa raportissaan esiin nousseet puutteet ja esittää jäsenmailleen ehdotuksia seksuaali- ja lisääntymisterveyden palveluiden yhdenvertaistamiseksi. Myös Suomessa kuntien välillä tiedetään olevan suuria eroja maksutta tarjottavien ehkäisymenetelmien ja niihin liittyvien ikärajojen suhteen (Tiitinen 2021a). Laadukasta tutkimusta seksuaalioikeuksien toteutumisesta Suomessa ei kuitenkaan ole löydettävissä.

### **2.3 Nuorten seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen**

Nuoren seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen kannalta on keskeistä, että nuorella on tietoisuus omista seksuaalioikeuksistaan ja mahdollisuuksistaan, mikä luo turvallisen perustan oman seksuaalisuutensa tarkasteluun ja seksuaalikäyttäytymiseen liittyvään päätöksentekoon

(Apter ym. 2004). Seksuaalisen käyttäytymisen sekä tunteiden ja kognitioiden kehittymistä tapahtuu läpi lapsuuden ja nuoruuden yhdessä yleisen kehityksen ja kehitystehtävien rinnalla (Liinamo 2005, 35). Ensimmäisten intiimien ihmissuhteiden muodostaminen (Baams 2020) sekä omaan seksuaalisuuteen tutustuminen ja seksuaali-identiteetin jäsentyminen (Liinamo 2005, 36) ovat keskeisiä nuoruuden seksuaalisen kehittymisen kehitystehtäviä. Puberteetin aikana nuoret alkavat pitää saman ikäisiä ihmisiä seksuaalisesti kiinnostavina, usein flirttailevat, toiset etenevät suuteluun, ja hyväilyn kautta intiimimpään seksuaalikäyttäytymiseen ja joskus yhdyntään (Liinamo 2005, 38). Puberteetin aikana seksuaalisuuteen liittyvät käsitykset saavat sosiaalista ulottuvuutta, minkä myötä ikätovereiden keskuudessa vallitsevat normit vaikuttavat seksuaalikäyttäytymiseen liittyvään päätöksentekoon (Van de Bongardt ym. 2015). Nuoret ovat uteliaita ja etsivät tyypillisesti myös tietoa liittyen seksuaalisuuteen liittyen (Cacciatore ym. 2019). Usein nuorilla terveyteen liittyvän tiedon lähteenä on Internet, ja sen käyttö myös seksuaaliterveyttä koskevaan tiedonhakuun on yleistä (Kanuga & Rosenfeld 2004; Springate & Omar 2013).

Oleellista nuorten seksuaalisuutta ja siihen liittyvää käytöstä tarkasteltaessa on huomioida nuoren omat näkemykset ja syyt päätöksenteon taustalla. Eräissä systemaattisissa katsauksissa (Hulton 2001) havaittiin, että nuoren kognitiivinen kehitys, tiedot seksuaalisuudesta, sosiaaliset vaikutteet sekä valinnan odotetut edut olivat tärkeitä tekijöitä seksuaalisuuteen liittyvässä päätöksentekoprosessissa. Tuoreemmassa systemaattisissa katsauksissa (Templeton ym. 2017) niin ikään havaittiin, että nuorten tehdessään seksuaalikäyttäytymiseen liittyviä valintoja, päätöksenteossa korostuvat seksuaalisen kanssakäymisen odotetut edut, kuten kiintymys, nautinto ja sosiaalinen status ikätovereiden kesken. Nämä odotetut edut painottuvat päätöksenteossa, vaikka päätökseen liittyvistä terveystarpeista oltaisiin tietoisia. Ei siis ole riittävää, että nuoret ovat tietoisia mahdollisista riskeistä, vaan nuorille suunnatuissa palveluissa tulisi kuunnella nuoren omaa näkemystä siitä, mikä on päätöksenteossa olennaista (Templeton ym. 2017).

Suomessa seksuaali- ja lisääntymisterveyden palveluista säädetään laissa. Kunnan on esimerkiksi neuvoloiden, koulu- ja opiskeluterveydenhuollon ja ehkäisyneuvoloiden kautta järjestettävä asukkailleen ehkäisyneuvontaa ja muita seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistäviä palveluja (Terveydenhuoltolaki 1326/2010, 2010). Lisäksi seksuaali- ja lisääntymisterveyden palveluita tarjotaan yksityisillä lääkäriasemilla ja kolmannella sektorilla. Julkisten opiskeluterveydenhuoltoon kuuluvien seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistävien

palveluiden tulisi sisältää muun muassa seksuaalisuutta ja parisuhdetta koskevan neuvontaa, seksuaalisen väkivallan ehkäisyä, sukupuolitautilien torjuntaa ja seksuaaliterveyteen liittyvää neuvontaa (Asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011, 2011). Raskauden ehkäisyn Käypä hoito -suosituksessa (2021) linjataan, että nuoren tulisi päästä raskaudenehkäisy palveluihin viikon sisällä yhteydenotosta, eikä ikä saa olla esteenä ehkäisyn käytön aloittamiselle. Lain mukaan alaikäinen saa itse päättää ehkäisyn käyttämisestä, kun on ikänsä ja kehitystasonsa perusteella siihen kykenevä (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 1992). Yleisen tulkinnan mukaan 15-vuotias on saavuttanut tämän kehitystason (Raskauden ehkäisy: Käypä hoito -suositus 2021).

Kuntien järjestämät ehkäisy- ja perhesuunnittelupalvelut ovat kansalaisille maksuttomia (Liinamo 2005, 14; Kansanterveyslaki 66/1972, 1972). Palveluihin kuuluu käytännössä neuvontaa, ehkäisyn aloittamiseen liittyviä palveluita ja tarvittaessa laboratoriotestejä (Gyllenberg 2020). Ehkäisyvälineiden kustannukset jäävät kuitenkin pääosin asiakkaan maksettaviksi. Viime vuosien aikana osassa Suomen kunnista on aloitettu kokeilu maksuttomien ehkäisyvälineiden jakamisesta tietyille ikäryhmille, mutta kuntien välillä on suuria eroja tarjottavien ehkäisymenetelmien ja ikärajojen suhteen (Tiitinen 2021a). THL:n seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmassa (Bildjuschkin ym. 2016b, 125) suositellaan, että kunnat tarjoaisivat maksuttoman ehkäisyn kaikille alle 20-vuotiaille ja Sanna Marinin hallitusohjelmaan (Valtioneuvosto 2019, 148) on kirjattu alle 25-vuotiaille maksuttoman ehkäisyn tarjoavan kokeilun laajentaminen kaikkialle Suomeen.

Palveluiden saatavuuden parantaminen on yksi tapa edistää nuorten seksuaali- ja lisääntymisterveyttä. Keskeistä nuorten seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisessä on kuitenkin myös niiden valmiuksien tukeminen, joiden avulla nuori pystyy tekemään omaa terveyttään edistäviä valintoja (Cacciatore ym. 2019). Seksuaalikasvatuksen avulla pyritään kehittämään niitä tietoja, taitoja, asenteita ja arvoja, jotka mahdollistavat oman seksuaalisuutensa määrittämisen ja siitä nauttimisen fyysisellä ja emotionaalaisella tasolla yksin sekä sosiaalisissa suhteissa (Apter 2011). Seksuaalikasvatus on jokaisen seksuaalioikeus (Braeken ym. 2010, 20).

Seksuaalikasvatusta voidaan tarkastella eri lähestymistapojen kautta. WHO ja Saksan liittovaltion terveyskasvatuskeskus ovat luoneet Eurooppaan seksuaalikasvatukselle standardit,

jotka pyrkivät edistämään kokonaisvaltaista lähestymistapaa seksuaalikasvatukseen (THL 2010). Kokonaisvaltainen seksuaalikasvatuksen lähtökohtana on seksuaalisuuden ymmärtäminen voimavarana, ja se pyrkii tarjoamaan lapsille ja nuorille tarvittavan tietoisuuden, taidot, asenteet ja arvot, jotka auttavat ymmärtämään omaa terveyttään, hyvinvointiaan ja arvokkuuttaan, sekä luomaan kunnioittavia sosiaalisia ja seksuaalisia ihmissuhteita, arvioimaan valintojensa vaikutusta omaan ja toisten hyvinvointiin, sekä ymmärtämään ja turvaamaan oikeuksiaan läpi elämän (Cacciatore ym. 2019; UNESCO 2018). Määritelmät eri lähteissä (Braeken ym. 2010; UNFPA 2021) eroavat hieman toisistaan, mutta pääperiaate kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin edistämisestä ongelmakeskeisyyden sijaan näkyy läpi eri määritelmien. Lähestymistapa tukee positiivisen seksuaalisuuden periaatetta hyväksyen ihmisen seksuaalisena olentona tunteineen ja toiveineen niiden kieltämisen sijaan (Vanwesenbeeck 2020). Kokonaisvaltaisesta seksuaalikasvatuksesta on tehty monipuolisesti tutkimusta, ja tutkimukset puoltavat sen entistä laajempaa soveltamista (Cacciatore ym. 2019; Carter 2012). Vuonna 2016 laaditussa systemaattisessa katsauksessa (Montgomery & Knerr 2016) kokonaisvaltaisen seksuaalikasvatuksen osana opetussuunnitelmaa todettiin olevan yhteydessä useisiin seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistäviin tekijöihin, kuten lisääntyneeseen raskauden ehkäisyn käyttöön sekä myöhäisempään ensimmäisen yhdynnän ajankohtaan.

Kouluissa seksuaalikasvatuksen ryhmätason käytännön sovellutuksesta käytetään nimitystä seksuaaliopetus (Liinamo 2005, 24), minkä lisäksi seksuaalikasvatusta voidaan toteuttaa yleisemmän seksuaalivalistuksen ja yksilöidyn seksuaalineuvonnan keinoin (Kontula & Meriläinen 2007). Suomessa seksuaaliopetusta annetaan kouluissa osana terveystieto-oppiainetta, jota yläkoulussa opetetaan itsenäisenä oppiaineena (Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet 2014). Opetussuunnitelman perusteissa (2014) yläkoulun terveystiedossa seksuaali- ja lisääntymisterveyden osalta keskeisiksi sisältöalueiksi on nostettu perehtyminen seksuaaliterveyden eri osa-alueisiin, seksuaalisuuteen sekä seksuaalisen kehityksen monimuotoisuuteen.

#### **2.4 Suomalaisen nuorten seksuaali- ja lisääntymisterveys**

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden mittareina on pidetty esimerkiksi teiniraskauksien, aborttien ja sukupuoliteitse tarttuvien tautien määriä (Santalahti 2018). Nämä tilastolliset mittarit ovat

kuitenkin yksipuolisia työkaluja kokonaisvaltaisen ja moniulotteisen seksuaali- ja lisääntymisterveyden kuvaamiseen. Jo vuonna 2006 on todettu, että näiden tilastollisten ongelmalähtöisten mittareiden rinnalle olisi kehitettävä uusia arviointimenetelmiä, jotka arvioisivat seksuaali- ja lisääntymisterveyttä monipuolisemmin osana yksilön kokonaisvaltaista terveyttä (Kosunen 2003, 28). Yhä edelleen kuitenkin seksuaali- ja lisääntymisterveyttä kuvataan lähinnä indikaattoreiden ja tilastojen avulla.

Käytettävissä olevien mittareiden valossa suomalaisten nuorten seksuaaliterveys on kansainvälisesti vertailtuna hyvällä tasolla ja sen kehitys on viime vuosina ollut myönteistä (Kuortti & Halonen, 2018). Tähän on osaltaan arvioitu vaikuttaneen terveystieteelliset päätökset muun muassa seksuaalikasvatukseen lisäämisestä opetussuunnitelmaan, jälkiehkäisyntuomisesta käsikauppavalmisteeksi sekä nuorille maksuttoman ehkäisyntarjoamisesta (Heino & Gissler 2021). Nuorten seksuaaliterveyteen tiedetään kuitenkin yhä liittyvän useita haasteita. Esimerkiksi nuorten tietojen seksuaaliterveydestä tiedetään heikentyneen (Bildjuschkin ym. 2016c, 28) ja terveyserojen korostuvan myös seksuaaliterveydessä (Kuortti & Halonen 2018). Myös nuorison kasvavan maahanmuuttajataustaisuuden tuoma kulttuurien ja uskontojen monimuotoisuus, mediassa esiin nouseva kulttuurin yleinen seksuaalisointuminen, sekä sosiaalisen median esiin nostamat ihanteet luovat haasteita suomalaisten nuorten seksuaali- ja lisääntymisterveydelle tulevaisuudessa (Kuortti & Halonen 2018).

Suomessa vuonna 2013 THL:n indikaattorilla mitattuna peruskoulun tytöistä vain 20 prosentilla ja pojista 13 prosentilla oli hyvät tiedot seksuaali- ja lisääntymisterveydestä (THL 2014). Indikaattorissa kahdeksaan esitettyyn kysymykseen tulee vastata oikein, jotta vastaajalla katsotaan olevan hyvät tiedot. Pojilla on tyypillisesti huonompi seksuaali- ja lisääntymisterveydestietämys kuin tytöillä, minkä lisäksi huonon koulumenestyksen ja vanhempien matalan koulutustason (Liinamo 2005) sekä maahanmuuttajataustaisuuden (Nurmeksela 2011) on todettu olevan yhteydessä heikkoon seksuaali- ja lisääntymisterveyden tietämykseen suomalaisilla nuorilla. Viimeaikaista tutkimustietoa suomalaisten nuorten seksuaali- ja lisääntymisterveydestä ja siihen liittyvistä tekijöistä on löydettävissä niukasti.

Aikaisen seksuaalisen aktiivisuuden tiedetään olevan yhteydessä mielenterveyden haasteisiin, kuten masentuneisuuteen (Hodgkinson ym. 2010; Spriggs & Halpern 2008) sekä seksuaaliseen riskikäyttäytymiseen, kuten useampiin seksikumppaneihin (Kaplan ym. 2013; Kugler ym.

2017; Sandfort ym. 2008) ja ehkäisyn käyttämättömyyteen (Guleria ym. 2017; Kaplan ym. 2013; Magnusson ym. 2012; Raine ym. 2003; Tyler ym. 2014), minkä vuoksi myös seksuaalisesti aktiivisten nuorten prosentuaalista osuutta voidaan pitää jonkinlaisena seksuaaliterveyttä kuvaavana indikaattorina. Suomessa vuonna 2013 noin 20,7 % ja vuonna 2021 noin 19 % 8–9.-luokkalaisista oli ollut sukupuoliyhdyntässä (THL 2021). Muihin länsimaihin verrattuna prosentuaaliset osuudet ovat samaa luokkaa. Esimerkiksi Yhdysvalloissa toteutetussa kyselytutkimuksessa tytöistä 21 % ja pojista 20 % (Martinez & Abma 2020) ja kansainvälisessä Health Behaviour in School-aged Children (HBSC) - tutkimuksessa tytöistä 14 % ja pojista 24 % (Inchley ym. 2020) kertoi olleensa sukupuoliyhdyntässä, kun kyselyyn vastattiin 15-vuotiaina. Sekä kansainvälisellä tasolla (Inchley ym. 2020) että Suomessa (THL 2021) on tilastoissa nähtävissä laskeva trendi 15-vuotiaiden seksuaalisen aktiivisuuden osalta vuonna 2010 ja vuonna 2018 kerättyjen aineistojen välillä.

Suomessa nuorten alle 20-vuotiaiden raskaudet ovat vähentyneet viimeisten vuosikymmenten aikana, mikä näkyy sekä nuorten synnytysten (Kiuru ym. 2021, 4) että nuorten raskaudenkeskeytysten (Heino & Gissler 2021, 2) määrien vähentymisenä. Vuonna 2020 15–19-vuotiaiden synnyttäjien määrä oli suhteessa kaikkiin synnyttäjiin pienimmillään sitten rekisterin perustamisen vuonna 1987 (Kiuru ym. 2021, 4). Vuonna 2020 tehtiin tuhatta 15–19-vuotiasta kohden 6,4 raskaudenkeskeytystä, kun viittä vuotta aikaisemmin luku oli 7,9 (Heino & Gissler 2021).



### 3 RASKAUDEN EHKÄISY

Raskauden ehkäisyä on määritelty kirjallisuudessa eri tavoin. Suomalainen raskauden ehkäisyn Käypä hoito -suositus (2021) kuvaa raskauden ehkäisyä keinona estää raskauden alkaminen sukupuoliyhdyntässä. Eräässä systemaattisessa katsauksessa (Teal & Edelman 2021) raskauden ehkäisy määritellään varovaisemmin interventiona, jonka tarkoitus on vähentää raskauden alkamisen mahdollisuutta yhdynnän jälkeen. Kirjallisuudessa käytetään myös tarkempaa käsitettä moderni raskauden ehkäisy (engl. modern contraception), joka määritellään tuotteeksi tai toimenpiteeksi, joka häiritsee lisääntymistä yhdynnässä (Hubacher & Trussel 2015). Käsitettä on kuitenkin kritisoitu sen sulkiessa joitakin luonnonmenetelmiä modernin raskauden ehkäisyn käsitteen ulkopuolelle (Lopez-del Burgo & de Irala 2016). Tässä pro gradu -tutkielmassa käytetään suomalaisen Käypä hoito -suosituksen määritelmää raskauden ehkäisystä.

#### 3.1 Raskauden ehkäisy terveyttä edistävänä tekijänä

Raskauden ehkäisy antaa mahdollisuuden päättää lasten hankkimisesta sekä mahdollisuuden hallita lapsilukua ja raskauksien ajoittamista. Kuitenkin maailmanlaajuisesti noin 40 prosenttia raskauksista on arvioitu olevan ei-suunniteltuja (Sedgh ym. 2014). Kuten todettu, teini-ikäisten raskaudet ovat valtava ongelma erityisesti kehittyvissä maissa, mutta aiheuttavat kansanterveydellisiä haasteita myös länsimaissa (Leppälähti ym. 2014). Nuorten ei-toivottujen raskauksien ehkäiseminen onkin keskeinen osa nuorten seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämistä (Darroch ym. 2016; WHO 2014, 3), sillä alaikäisen ei-toivotun raskauden tiedetään olevan merkittävä riski nuoren kokonaisvaltaiselle terveydelle (Darroch ym. 2016; Jalanko 2022).

Raskauden ehkäisyn käyttäminen on vahvasti sidoksissa kulttuurilliseen kontekstiin (UNFPA 2015). Kehittyvien maiden raskaus- ja synnytyskomplikaatiot aiheuttavat noin 99 prosenttia koko maailman äitiyskuolleisuudesta ja ovat 15–19-vuotiaiden yleisin kuolinsyy kehittyvissä maissa (WHO 2020). WHO:n (2020) mukaan äitiyskuolemat liittyvät yleensä ei-turvallisiin raskaudenkeskeytyksiin tai riskiraskauksiin, joiden syynä voi olla multipariteetti, lyhyt aika edellisestä raskaudesta tai odottajan ikä. Ei-turvallisia raskaudenkeskeytyksiä arvioidaan tapahtuvan maailmassa vuosittain lähes 20 miljoonaa (Cleland ym. 2012a), joista noin neljä

miljoonaa alle 19-vuotiaille (Darroch ym. 2016). Myös lapsikuolleisuuden osalta pienin ikäeroin syntyneillä lapsilla sekä alle 18-vuotiaalle äideille syntyneillä lapsilla on korkeampi riski menehtyä ennen yhden vuoden ikää, joskin pienen ikäeron osalta on systemaattisessa katsauksessa saatu myös ristiriitaisia tutkimustuloksia (Cleland ym. 2012a). On arvioitu, että mikäli raskauden ehkäisy olisi kehittyvissä maissa kaikille halukkaille mahdollista, vähentäisi se äitiyskuolleisuutta noin 30 prosenttia, mikä vastaa vuosittain yli 100 000 ihmishenkeä (Cleland ym. 2012a).

Suomessa äitiys- ja lapsikuolleisuus luvut ovat pieniä (Kiuru ym. 2021). Synnytyksiin liittyviä äitiyskuolemia, jossa kuolinsyy liittyy raskauteen, synnytykseen tai lapsivuodeaikaan vuonna 2020 oli 16, mikä on noin 2,9 kuolemaa 100 000 raskautta kohden (Kiuru ym. 2021). Esimerkiksi Etelä-Sudanissa sama suhdeluku vuonna 2019 oli yli 1000 (WHO 2020). Koska luvut eroavat niin merkittävästi kehittyvien maiden äitiys- ja lapsikuolleisuudesta, länsimaissa raskauden ehkäisyn terveysvaikutuksia on tarkasteltava erilaisessa perspektiivissä. Seuraavaksi tarkastellaan raskauden ehkäisyn merkitystä terveydelle erityisesti kehittyneissä maissa terveyden eri osatekijöiden näkökulmista.

Nuoren ei-toivotun raskauden terveysvaikutukset ulottuvat niin fyysiseen, psyykkiseen kuin sosiaaliseenkin terveyteen, ja riskejä terveystaitoille on todettu riippumatta siitä, johtaako raskaus synnytykseen vai raskaudenkeskeytykseen (Gipson ym. 2008). Sekä suomalaisessa (Leppälahti ym. 2013) että kansainvälisissä tutkimuksissa (Ganchimeg ym. 2014; Jeha ym. 2015) joidenkin raskauskomplikaatioiden, kuten raskausmyrkytyksen, ennenaikaisen synnytyksen ja infektioiden riskien on havaittu olevan nuorilla korkeampia kuin aikuisilla raskaana olevilla. Raskauden ehkäisyn käyttämättömyyden tiedetään olevan yhteydessä raskaudenkeskeytyksiin (Biggs ym. 2015) ja vuonna 2020 raskaudenkeskeytyksen tehneistä nuorista 38,8 % ilmoitti, ettei ollut käyttänyt mitään raskauden ehkäisymenetelmää (Heino & Gissler 2021). Vaikka Suomessa laillinen raskaudenkeskeytys on yleensä turvallinen toimenpide, sekä lääkkeelliseen että kirurgiseen raskaudenkeskeytykseen liittyy riski terveydelle haitallisille komplikaatioille (Raskaudenkeskeytys: Käypä hoito -suositus 2013). Tavallisimpia raskaudenkeskeytykseen liittyviä fyysisiä komplikaatioita ovat kohdun epätäydellinen tyhjentyminen, verenvuoto ja infektio (Carlsson ym. 2018; Raskaudenkeskeytys: Käypä hoito -suositus 2013). Harvinaisempia terveydelle haitallisia fyysisiä komplikaatioita kirurgisen keskeytyksen osalta ovat kohdun puhkeaminen, suurentunut

riski ennenaikaiselle synnytykselle ja istukkakomplikaatiot tulevissa raskauksissa (Raskaudenkeskeytys: Käypä hoito -suositus 2013).

Useiden tutkimusten ja katsausten mukaan ei-toivottu raskaus (Jalanko 2022; NCCMH 2011) sekä raskaudenkeskeytys (Coleman 2011) suurentavat riskiä psyykkisen terveyden haasteille. Sillä, päättyykö ei-toivottu raskaus synnytykseen vai raskaudenkeskeytykseen, ei sen sijaan ole todettu olevan yhteyttä mielenterveyden haasteiden esiintymiseen kansainvälisessä katsauksessa (NCCMH 2011) eikä suomalaisessa tutkimuksessa (Jalanko 2022). Aikaisemman psyykkisen sairauden tiedetään suurentavan mielenterveysongelmien riskiä merkittävästi ei-toivotun raskauden tapauksessa (NCCMH 2011; Raskaudenkeskeytys: Käypä hoito -suositus 2013). Iän yhteydestä raskaudenkeskeytyksen jälkeisiin mielenterveyden ongelmiin on ristiriitaista tutkimustulosta. Joissakin tutkimuksissa (Cogle ym. 2005; Major ym. 2000) nuoremmat naiset raportoivat enemmän haasteita, mutta eräässä tutkimuksessa (Quinton ym. 2001) iällä ei ollut merkitystä mielenterveyden haasteiden esiintymiseen seurannan aikana.

Nuorena raskautumisen tiedetään olevan yhteydessä myös sosiaalisen terveyden haasteisiin. Kansainvälisessä tutkimuksessa avioliiton ulkopuolisen raskautumisen alle 18-vuotiaana todettiin olevan yhteydessä korkeampaan riskiin kokea stigmaa, hylkäämistä tai väkivaltaa (Raj & Boehmer 2013). Lisäksi nuorena raskautumisen tiedetään sekä kansainvälisesti että Suomessa nostavan riskiä opintojen keskenjäämiseen sekä työelämän ulkopuolelle jäämiseen (Boden ym. 2008; Leppälahti ym. 2016; UNFPA 2015, 10) ja matalampaan tulotasoon (Leppälahti ym. 2016; Temmerman ym. 2014).

Kaikki Suomessa yleisesti käytössä olevat raskauden ehkäisykeinot oikein käytettyinä ehkäisevät ei-toivottuja raskauksia hyvin (Raskauden ehkäisy: Käypä hoito -suositus 2021) ja siten ehkäisevät edellä mainittujen mahdollisia ei-toivotun raskauden aiheuttamia terveyshaittoja. Lisäksi raskauden ehkäisyllä voi olla nuorelle myös muita positiivisia terveysvaikutuksia, kuten sukupuolitautilien ehkäisy tai runsaiden tai kivuliaiden kuukautisten hallitseminen (Raskauden ehkäisy: Käypä hoito -suositus 2021). Vaikka raskauden ehkäisyn sivuvaikutukset aiheuttavat myös joitakin riskejä terveydelle, yleisesti sen terveyshyödyt ovat merkittävästi voimakkaammat kuin mahdolliset haitat (Cleland ym. 2012a). Oleellista raskauden ehkäisyn kannalta on löytää yksilöllisesti sopiva raskauden ehkäisymenetelmä, jolloin käytön jatkuvuus on todennäköisempää (Raskauden ehkäisy: Käypä hoito -suositus 2021).

### 3.2 Raskauden ehkäisymenetelmät ja jälkiehkäisy

Raskauden ehkäisymenetelmät voidaan jakaa hormonaalisiin ja ei-hormonaalisiin menetelmiin. Ei-hormonaalisia menetelmiä ovat estemenetelmät, kuten kondomi, pessaari ja spermisidit, niin sanottu rytmimenetelmä, keskeytetty yhdyntä sekä kuparikierukka (Teal & Edelman 2021). Kondomi on ainut miehen käytettävä ehkäisykeino (Teal & Edelman 2021). Oikein käytettynä se on luotettava ehkäisymenetelmä ja ehkäisee myös sukupuolitautilien tarttumista (Raskauden ehkäisy: Käypä hoito -suositus 2021). Kuparikierukan ehkäisyteho perustuu sen aiheuttamiin sulusolulle epäedullisiin olosuhteisiin ja sen ehkäisee raskautta erittäin tehokkaasti (Bahamondes & Bahamondes 2021; Mansour ym. 2010; Teal & Edelman 2021). Pessaarin ja spermisidien ehkäisyteho tyypillisessä käytössä on huono ja niiden käyttö Suomessa on harvinaista, kuten myös naisten kondomin (Raskauden ehkäisy: Käypä hoito -suositus 2021). Myös keskeytetyn yhdynnän (Ranjit ym. 2001) sekä rytmimenetelmän (Mansour ym. 2010; Urrutia ym. 2018), jossa raskauden ehkäisy perustuu yhdynnän ajankohtaan, ehkäisyteho tyypillisessä käytössä on heikko. Tyypillisellä käytöllä tarkoitetaan tosielämässä tapahtuvaa käyttöä, jossa huomioon otetaan käyttöön liittyvät mahdolliset virheet. Sterilisaatio on peruuttamaton ehkäisymenetelmä ja Suomessa alle 30-vuotiaille mahdollinen vain erityistapauksissa (Halttunen-Nieminen & Piltonen 2019).

Hormonaalisia ehkäisyvalmisteilla pyritään estämään munasolun kehittyminen tai sen hedelmöittyminen (Teal & Edelman 2021). Hormonikierukka, joka aiheuttaa muutoksia kohdunkaulan limassa vaikeuttaen sulusolujen kulkua, on ehkäisykeinona yhtä tehokas kuin sterilisaatio (Mansour ym. 2010) ja se sopii myös nuorille (Bahamondes & Bahamondes 2021). Ihonalaisen ehkäisykapseli on teholtaan samaa luokkaa sterilisaation ja kierukan kanssa (Teal & Edelman 2021). Myös yhdistelmäehkäisytabletti, ehkäisyrenkas ja -laastari ovat tehokkaita ehkäisykeinoja, joskaan eivät yhtä tehokkaita, kuin pitkävaikutteinen kierukka tai kapseli (Teal & Edelman 2021). Ehkäisymenetelmiä voidaan jaotella niiden vaikutusmekanismin lisäksi myös lyhyt- ja pitkäkestoisiin menetelmiin. Lyhytkestoiset menetelmät, kuten yhdistelmäehkäisy- ja minipillerit, vaativat päivittäistä muistamista, toisin kuin pidempikestoiset menetelmät, kuten kapselit tai kierukat (Teal & Edelman 2021).

Jälkiehkäisy on tapa estää raskauden alkamista yhdynnän jälkeen (American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence 2005), eikä sitä sen vuoksi voida pitää varsinaisena ehkäisykeinona. Jälkiehkäisyä voidaan käyttää joko jälkiehkäisytablettia tai yhdynnästä

kuuden vuorokauden kuluessa asetettua kuparikierukkaa (Cleland ym. 2012b; Teal & Edelman 2021). Jälkiehkäisytabletti tulee ottaa 72 tunnin sisällä suojaamattomasta yhdynnästä ja Suomessa tabletin saa apteekista ilman reseptiä riippumatta hakijan iästä (Tiitinen 2021b). Kuparikierukka jälkiehkäisy menetelmänä on erittäin tehokas (Cheung ym. 2021; Cleland ym. 2012b), mutta jälkiehkäisytabletti ei teholtaan vastaa muita ehkäisy menetelmiä ja se usein aiheuttaa sivuvaikutuksia (American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence 2005; Cheung ym. 2021). Jälkiehkäisyä ei suositella pidettävän säännöllisenä raskauden ehkäisykeinona (Cheung ym. 2021; Raskauden ehkäisy: Käypä hoito -suositus 2021).

### **3.3 Raskauden ehkäisyn käyttö nuorilla**

Suomessa 8.–9.-luokkalaisista yhdynnässä olleista nuorista 19,7 % kertoo, että viimeisimmässä yhdynnässään ei ollut käytössä mitään ehkäisy menetelmää (THL 2021). Erityisesti poikien kohdalla ehkäisyn käyttämättömyys on lisääntynyt vuodesta 2019 (19,6 %) vuoteen 2021 (22,3 %). Kun lukuja verrataan kansainvälisiin Euroopassa ja Kanadassa saatuihin tuloksiin (Inchley ym. 2020), ovat Suomen luvut ehkäisyn käyttämättömyydelle hieman keskiarvoa (18,7 %) korkeammat.

Kondomi on nuorten keskuudessa yleisimmin käytetty ehkäisy menetelmä sekä Suomessa että muualla maailmassa (de Looze ym. 2019; Inchley ym. 2016, 188; Kuortti & Halonen 2018; Lazarus ym. 2009; Martinez & Abma 2020). Pohjoismaissa ja Alankomaissa nuoret käyttävät e-pillereitä useammin kuin muualla Euroopassa: 8–27 prosenttia 14–16-vuotiaista raportoi käyttäneensä e-pilleriä ehkäisy menetelmänä edellisessä yhdynnässään (de Looze ym. 2019). Kaksoisehkäisyn (kondomi ja jokin muu menetelmä) käyttö on nuorten keskuudessa harvinaista (de Looze ym. 2019; Puusniekka ym. 2012). Noin joka kolmas suomalaisista yhdynnässä olleista yläkoululaisista tytöistä on käyttänyt jälkiehkäisyä vähintään kerran (Puusniekka ym. 2012) ja luvut ovat samansuuntaisia myös muissa länsimaissa (Williams ym. 2021).

Tutkimusten (Apter 2018; Bahamondes & Bahamondes 2021; Tang ym. 2012) mukaan nuorille tulisi suositella pitkäkestoisia ehkäisy menetelmiä, sillä nuorilla ehkäisyn käyttämyöntyvyys voi olla heikko, jolloin pitkävaikutteisten valmisteiden käyttö lisää ehkäisyn tehokkuutta. Aiheesta tehty meta-analyysi suosittaa pitkäkestoisten ehkäisy menetelmien, kuten kierukan sekä ehkäisykapselin, tarjoamista nuorille ensisijaisina ehkäisy menetelmä vaihtoehtoina (Diedrich

ym. 2017). Myös suomalainen Käypä hoito -suosituksen (2021) mukaan nuorilla pitkäkestoisten ehkäisymenetelmien käyttö voi lisätä ehkäisyn tehokkuutta. Pitkäkestoisten ehkäisymenetelmien käyttö on kuitenkin Suomessa nuorilla harvinaista (Gyllenberg ym. 2018).

### **3.4 Raskauden ehkäisyn käyttöön yhteydessä olevat tekijät**

Kehittyneissä maissa raskauden ehkäisyn käytön terveyshyödyt on tunnistettu ja sen käytöstä sekä siihen liittyvistä tekijöistä on tehty tutkimusta erilaisin asetelmin. Kuten aikaisemmin tässä tutkielmassa on todettu, ehkäisyn käyttöön liittyy erilaisia haasteita kehittyvissä ja kehittyneissä maissa. Sen vuoksi seuraavissa alaluvuissa on esitetty tutkimustuloksia pääasiassa kehittyneiden maiden tutkimuksista, joiden tuloksia voidaan jossain määrin yleistää myös suomalaisiin nuoriin.

#### **3.4.1 Yksilötekijät**

Joidenkin itsestä riippumattomien yksilötekijöiden, kuten iän (Frost ym. 2007; Vázquez-Rodríguez ym. 2018), tiedetään olevan yhteydessä nuorten ehkäisyn käyttämiseen kehittyneissä maissa. Lisäksi on tutkittu useiden itsestä riippuvien yksilötekijöiden, kuten terveyden lukutaidon ja muun seksuaalikäyttäytymisen yhteyttä raskauden ehkäisyn käyttämiseen nuorilla. Eräässä systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa terveyden lukutaidolla todettiin yhteys raskaudenehkäisyyn liittyvään tiedolliseen osaamiseen, mutta merkittävää yhteyttä terveyden lukutaidon ja raskauden ehkäisyn käytön välillä ei ollut (Kilfoyle ym. 2016). Toisaalta eräässä nuorilla teetetyssä tutkimuksessa tiedon puute on todettu olevan yhteydessä ehkäisyn laiminlyömiseen (Vázquez-Rodríguez ym. 2018).

Itsestä riippuvista yksilötekijöistä seksuaalisen riskikäyttäytymisen (Frost ym. 2007; Szucs ym. 2020) sekä ensimmäisen yhdynnän aikaisen ajankohdan (Guleria ym. 2017; Kaplan ym. 2013; Magnusson ym. 2012; Raine ym. 2003; Tyler ym. 2014) tiedetään olevan yhteydessä nuorten heikkoon ehkäisyn käyttöön. Suomessa ehkäisyn käyttäminen on yleisempää lukiolaisten joukossa verrattuna ammattikoululaisiin (Puusniekka ym. 2012), ja hyvän koulumenestyksen tiedetään olevan yhteydessä parempiin seksuaaliterveystietoihin (Liinamo 2005). Kehittyneissä maissa tehtyä tutkimusta koulumenestyksen yhteydestä ehkäisyn käyttöön ei ole löydetty.

Kehittyvissä maissa sen sijaan tutkimusta kouluttautuneisuuden yhteydestä ehkäisyn käyttöön on tehty paljon ja tulokset osoittavat kiistatta sen positiivisen yhteyden (Bongaarts & Hardee 2019; Goni & Rahman 2012; Waiz 2000).

Nuorten mukaan ehkäisymenetelmän valintaan vaikuttavat menetelmän ehkäisyteho, suoja seksitauteja vastaan sekä käytön häiritsemättömyys (Bharadwaj ym. 2012). Toisaalta kivun tai neulojen pelko voi estää pitkäkestoisen ehkäisykeinoon, kuten implantin tai kierukan, valitsemisen nuorten tyttöjen keskuudessa (Bharadwaj ym. 2012). Myös tiedollisten puutteiden sekä pitkäkestoisiin ehkäisykeinoihin liittyvien väärin käsitysten on todettu olevan yhteydessä näiden välttämiseen ehkäisykeinoa valittaessa (Coles ym. 2018).

### **3.4.2 Yhteisötekijät**

Nuoren ja vanhempien välisen sujuvan kommunikaation (Widman ym. 2016) sekä korkean vanhempien valvonnan tason (Dittus ym. 2015; Manlove ym. 2008) on todettu olevan yhteydessä nuoren ehkäisyn käyttöön, kun taas rikkonaisen perhetaustan ja heikkojen perhesuhteiden tiedetään olevan nuorilla yhteydessä ehkäisyn laiminlyömiseen (Vázquez-Rodríguez ym. 2018). Sujuva kommunikaatio kumppanin kanssa ehkäisyn käyttämisestä (Johnson ym. 2015) sekä vakiintunut parisuhdestatus (Gibbs 2013) ovat positiivisesti yhteydessä ehkäisyn käyttämiseen nuorilla. Sen sijaan partnerin korkea ikä sekä suuri ikäero nuoren ja kumppanin välillä ovat yhteydessä heikkoon ehkäisyn käyttöön (Guleria ym. 2017). Myös kaveripiiri, jossa on seksuaalista riskikäyttäytymistä, kuten aikaisia ensimmäisiä yhdyntäkokemuksia, voi altistaa nuoren ehkäisyn käyttämättömyyteen (Vázquez-Rodríguez ym. 2018). Positiiviset kokemukset tietyistä ehkäisymenetelmistä kaveripiirissä tai tuttavilla voivat vaikuttaa nuoren ehkäisymenetelmän valintaan (Cohen ym. 2017; Hoopes ym. 2016).

### **3.4.3 Yhteiskunnalliset tekijät**

Yhteiskunnallisten tekijöiden, kuten saatavilla olevien palveluiden ja niiden kustannusten, tiedetään olevan yhteydessä nuoren ehkäisyn käyttöön. Eräässä Suomen kunnassa tehdyssä kokeilussa pitkäkestoisen ehkäisyn käyttö lisääntyi merkittävästi ja raskaudenkeskeytykset vähenivät alle 25-vuotiailla, kun heille tarjottiin maksuton pitkäkestoinen ehkäisyväline

(Gyllenberg 2020). Kansainvälisissä tutkimuksissa on niin ikään pitkäkestoisen ehkäisykeinoon maksuttomuuden todettu olevan yhteydessä ehkäisyn käyttöön (Thompson ym. 2016).

Raskauden ehkäisyn käyttöön liittyy vahvoja kulttuurisia ja uskonnollisia sääntöjä ja normeja (Säävälä 2017). Maahanmuuttajien tiedetään kehittyneissä maissa käyttävän keskimääräisesti vähemmän raskauden ehkäisyä kuin kantaväestön (Craig ym. 2014; Degni ym. 2010; Raskauden ehkäisy: Käypä hoito -suositus 2021; Säävälä 2017). Esimerkiksi vertailtaessa Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimukseen (Maamu) osallistuneita venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisia vähintään vuoden Suomessa asuneita henkilöitä ja Terveys 2011 -tutkimukseen osallistuneita kantasuomalaisia keskenään, oli lähes kaikkien luotettavien raskauden ehkäisymenetelmien käyttö Maamu-tutkimukseen osallistuneilla selvästi harvinaisempaa (THL 2012, 136). Somalialaistaustaisilla naisilla luotettavan raskauden ehkäisymenetelmän käyttö oli muihinkin maahanmuuttajaryhmiin verrattuna erityisen harvinaista. Malinin ja Gisslerin (2008) tutkimuksessa havaittiin, että ulkomaalaistaustaisilla (lukuun ottamatta Somaliaa) nuorilla naisilla oli keskimääräistä enemmän ei-toivottuja raskauksia, mikä kertoo raskauden ehkäisyn tarpeesta.

Syntyperällä on todettu olevan yhteys ehkäisyn käyttämiseen nuorilla myös kansainvälisissä tutkimuksissa (Craig ym. 2014; Frost ym. 2007; Szucs ym. 2020). Säävälän (2017) mukaan syitä ehkäisyn käyttämättömyyteen etnisissä ryhmissä ovat esimerkiksi virheelliset käsitykset sen vaikutuksesta naisen hedelmällisyyteen tulevaisuudessa, puolison ja muiden läheisten vaikutusvalta tai toive suuresta lapsiluvusta. Erityisesti hormonaalisen ehkäisyn käyttöön on usein yhdistetty pelkoja ja harhakäsityksiä niin nuorten kuin aikuistenkin maahanmuuttajien keskuudessa (Craig ym. 2014; Degni ym. 2010). Kielelliset ja kulttuurilliset erot voivat aiheuttaa haasteita myös nuoren terveysosaamisessa (Nurmeksela 2011). Erityisesti seksuaali- ja lisääntymisterveydestä maahanmuuttajataustaisten henkilöiden perustiedot saattavat olla puutteellisia, sillä seksuaalisuuteen ja esimerkiksi lasten hankintaan ja ehkäisymenetelmiin liittyy erilaisia kulttuurillisia ja uskonnollisia moraalisia tulkintoja (Kuortti & Halonen 2018). Maahanmuuttajat voivat kokea myös kielimuurin ehkäisypalvelujen saatavuutta heikentävänä tekijänä (Degni ym. 2010).



#### 4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän pro gradu -tutkielman tarkoituksena on selvittää suomalaisten 15-vuotiaiden raskaudenehkäisyn käyttöön liittyviä tottumuksia sekä sitä, miten nuoren yksilölliset taustatekijät (sukupuoli, ensimmäisen sukupuoliyhdyntään ajankohta, terveyden lukutaito, koulutusorientaatio, koulumenestys) ja perheen taustatekijät (varallisuustaso, vanhempien valvonnan taso, syntyperä) ovat yhteydessä ehkäisyn käyttämiseen. Tunnistamalla näitä tekijöitä voidaan pyrkiä lisäämään ehkäisyn käyttöä nuorten keskuudessa, ehkäisemään ehkäisyn käyttämättömyydestä aiheutuvia terveysriskejä ja siten edistämään nuorten seksuaali- ja lisääntymisterveyttä. Tutkimuskysymykset ovat:

1. Kuinka yleistä raskauden ehkäisyn käyttö on 15-vuotiailla suomalaisnuorilla ja mitä raskauden ehkäisymenetelmiä he käyttävät?
2. Miten yksilölliset taustatekijät (sukupuoli, ensimmäisen sukupuoliyhdyntään ajankohta, terveyden lukutaito, koulutusorientaatio, koulumenestys) ovat yhteydessä 15-vuotiaan nuoren raskauden ehkäisyn käyttöön?
3. Miten perheen taustatekijät (perheen varallisuustaso, vanhempien valvonnan taso, syntyperä) ovat yhteydessä 15-vuotiaan nuoren raskauden ehkäisyn käyttöön?

## 5 TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT

Tässä pro gradu -tutkielmassa käytettiin vuonna 2014 kerättyä WHO-Koululaistutkimuksen aineistoa 15-vuotiaiden vastaajien osalta (n=2476). WHO-Koululaistutkimus on osa Maailman terveysjärjestö WHO:n kanssa yhteistyössä toteutettavaa kansainvälistä Health Behaviour in School-Aged Children (HBSC) -tutkimusta (Suomessa WHO-Koululaistutkimus), jonka aineistoa kerätään neljän vuoden välein 11-, 13- ja 15-vuotiailta koululaisilta (WHO 2014; Tynjälä ym. 2020). Useissa eri maissa toteutettavassa tutkimuksessa selvitetään strukturoidun kyselylomakkeen avulla koululaisten terveyttä, hyvinvointia ja terveystottumuksia. Oppilaat vastaavat kyselyyn anonymisti oppitunnin aikana opettajan valvonnassa, ja tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista (Lyyra ym. 2016). Osallistuvat koulut valitaan ryväsotannalla Suomen koulurekisteristä ja edustavuus varmistetaan huomioimalla maakunta, kuntatyyppi ja koulun koko (Ojala 2017; Paakkari ym. 2019).

HBSC-tutkimuksen viitekehys painottaa terveyttä psyykkisen ja fyysisen hyvinvoinnin tilana ja pyrkii selittämään käyttäytymisen yhteyttä terveyteen asettamalla ympäristötekijät sekä yksilölliset tekijät selittämään terveystottumuksia (Currie ym. 2009, 132). Currien ym. (2009, 132) mukaan HBSC-tutkimukselle ominaista on pyrkimys kuvailla ja analysoida käyttäytymistä laajemmassa sosiaalisessa kontekstissa.

Tähän pro gradu -tutkielmaan valittiin Suomessa vuonna 2014 kerätty aineisto, sillä vuoden 2014 aineistossa 9.-luokkalaisten osallistujien määrä oli merkittävästi suurempi kuin viimeisimmässä aineistossa. HBSC-kyselyssä vain 9.-luokkalaisilta kysytään seksuaaliseen aktiivisuuteen ja ehkäisyyn liittyvistä teemoista. Mukaan aineistoon otettiin sekä suomen- että ruotsinkieliset vastaajat. Kyselylomakkeen osiot, joita on hyödynnetty tässä pro gradu -tutkielmassa, ovat tarkemmin esitettyinä liitteessä 1.

### 5.1 Muuttujat

Vastemuuttujana tässä tutkimuksessa käytettiin nuoren *raskauden ehkäisyn käyttöä*. Raskauden ehkäisyn käyttöä selvitettiin kysymällä ”Kun viimeksi olit sukupuoliyhdyntäessä, käytitkö tai käyttikö kumppanisi...” Vastausvaihtoehtoina olivat ”kondomia”, ”e-pillereitä”, ”jälkiehkäisyä”, ”kaksoisehkäisyä (kondomi + jokin muu menetelmä)” sekä ”jotain muuta

menetelmää”, joista kuhunkin nuorella oli mahdollisuus valita ”kyllä”, ”ei” tai ”en tiedä”. Tarkasteltaessa ehkäisyn käyttöä, puuttuvaksi tiedoksi katsottiin ne, jotka eivät olleet lainkaan vastanneet kysymykseen käytössä olleesta ehkäisymenetelmästä (n=22). Selvitettäessä taustatekijöiden yhteyttä ehkäisyn käyttöön, puuttuvaksi tiedoksi katsottiin myös ne (n=7), jotka olivat vastanneet käyttäneensä ainoastaan jotain muuta menetelmää, sillä heidän osaltaan ei ole tietoa siitä, onko käytössä ollut luotettavaa ehkäisymenetelmää. Vastemuuttujasta tehtiin tilastollisia testejä varten kaksiluokkainen. Mikäli nuori oli vastannut käyttäneensä vähintään yhtä tehokasta ehkäisymenetelmää (kondomi, e-pilleri tai kaksoisehkäisy), katsottiin hänen kuuluvan käyttänyt luotettavaa ehkäisyä -ryhmään. Muiden kysymykseen vastanneiden katsottiin kuuluvan ei käyttänyt luotettavaa ehkäisyä -ryhmään. Niiden osuus, jotka eivät tieneet, oliko yhdynnässä käytetty raskauden ehkäisyä, laskettiin vastaajista, jotka olivat valinneet vähintään yhden ehkäisymenetelmän kohdalla vastausvaihtoehdon ”en tiedä”, ja muihin ”ei” tai ”en tiedä”, ja kaksiluokkaisen muuttujan osalta heidät katsottiin puuttuvaksi tiedoksi tarkasteltaessa luotettavan ehkäisymenetelmän käyttöä, sillä heitä ei voitu luotettavasti jakaa muuttujan ryhmiin.

Yksilötekijöiden muuttujina käytettiin koulutusorientaatiota, koulumenestystä, terveyden lukutaidon tasoa, ensimmäisen yhdynnän ajankohtaa sekä sukupuolta. *Koulutusorientaatiota* selvitettiin kysymällä nuoren suunnittelemaa opintosuuntausta peruskoulun jälkeen, johon vastausvaihtoehdot olivat ”pyrin lukioon”, ”pyrin ammattikouluun tai muuhun ammatilliseen koulutukseen”, ”pyrin oppisopimuskoulutukseen”, ”pyrin suorittamaan kaksoistutkintoa”, ”menen töihin”, ”jään työttömäksi” ja ”en osaa sanoa”. Oppilaan koulutusorientaatio luokitellaan tässä pro gradu -tutkielmassa akateemiseen (lukio sekä kaksoistutkinto) ja ei-akateemiseen (muut vaihtoehdot).

*Koulumenestystä* mitattiin äidinkielen ja matematiikan viimeisimmän arvosanan mukaan. Asteikolla 4–10 annetuista arvosanoista tehtiin summamuuttuja, joka edelleen jaettiin kahdella vaihteluvälillä säilyttämiseksi. Näin luotu indikaattori kuvaa yleisesti oppilaan akateemista menestystä, ja sen mukaan tutkittavat jaettiin kolmeen luokkaan, jossa arvo 4–7 vastasi heikkoa koulumenestystä, keskiarvo 7,5–8,5 kohtalaista koulumenestystä ja keskiarvo 9–10 hyvää koulumenestystä (Paakkari ym. 2017). Summamuuttujan Cronbachin alpha -kerroin oli 0,76.

*Terveyden lukutaidon tasoa* tarkasteltiin Health Literacy for School-aged Children (HLSAC) -mittarin avulla, joka on kehitetty erityisesti kouluikäisten lasten terveyden lukutaidon

mittaamiseen. Kymmenen väittämän mittari perustuu Paakkarin ja Paakkarin (2012) terveyden lukutaidon määritelmään, jonka mukaan terveyden lukutaidolla tarkoitetaan kykyä hankkia, arvioida ja käyttää sellaista tietoa, jonka pohjalta voidaan terveyden näkökulmasta ymmärtää syvemmin itseään, muita ihmisiä ja ympäröivää maailmaa. Paakkarin ja Paakkarin (2012) mukaan terveyden lukutaito sisältää teoreettisten tietojen, käytännön taitojen, kriittisen ajattelun, itsetuntemuksen ja eettisen vastuullisuuden osa-alueet, jotka ideaalitulanteessa yhteen kietoutuneina muodostavat korkeimman tason terveyden lukutaidon.

Tutkittavat vastasivat kyselyssä kahteen ”olen varma, että...” -alkuiseen väittämään kultakin terveyden lukutaidon viideltä osaamisalueelta. Väittämänä oli esimerkiksi ”olen varma, että minulla on hyvät tiedot terveydestä”. Vastausvaihtoehdot olivat ”ei lainkaan totta”, ”juuri ja juuri totta”, ”jossain määrin totta” ja ”täysin totta”. Vastauksista luotiin summamuuttuja, jonka Cronbachin alpha -kerroin 0,94 tuki mittarin hyvää reliabiliteettia. Muuttujaa tarkastellaan tässä pro gradu -tutkielmassa jatkuvana muuttujana niin, että korkeampi arvo kertoo paremmasta terveyden lukutaidosta, sekä luokiteltuna muuttujana niin, että pisteet 10–25 vastaavat alhaista, pisteet 26–35 kohtalaista ja pisteet 36–40 korkeaa terveyden lukutaidon tasoa (Paakkari ym. 2018).

*Ensimmäisen yhdyntän ajankohdan* osalta tutkittavilla oli valittavanaan vastausvaihtoehdot ”11-vuotiaana tai nuorempana”, ”12-vuotiaana”, ”13-vuotiaana”, ”14-vuotiaana”, ”15-vuotiaana” tai ”16-vuotiaana tai vanhempana”. Koska viimeinen vaihtoehto sai vain vähän osumia valtaosan tutkittavista ollessa 15-vuotiaita, yhdistettiin viimeiset vaihtoehdot luokaksi ”15-vuotiaana tai vanhempana”.

Lisäksi yksilötekijöistä tutkittavan itseraportoitua *sukupuolta* käytettiin selittävänä muuttujana. Sukupuolta kysyttäessä vastausvaihtoehdot olivat ”poika” ja ”tyttö”.

Perhetekijöiden muuttujina käytettiin perheen relatiivista varallisuuden tasoa, vanhempien valvonnan tasoa sekä nuoren syntyperää. *Perheen relatiivista varallisuuden tasoa* mitattiin Perheen varallisuusindeksi (*Family affluence scale FAS III*) -mittarilla (Torsheim ym. 2016), jonka on todettu korreloivan hyvin talouden todellisen tulotason kanssa (Currie ym. 2014, 145). Mittarin kuusi kysymystä kartoittavat kotitalouteen liittyviä asioita, kuten tietokoneen ja auton omistamista sekä viimeisen vuoden aikana tehtyjen ulkomaanmatkojen määrää. Annetuista vastauksista luotiin summamuuttuja, jonka mukaan tutkittavat jaettiin HBSC-protokollan

mukaisesti matalan (alin 20 %), keskitason (keskimmäinen 60 %) ja korkean (ylin 20 %) relatiivisen varallisuuden luokkiin, millä pyritään lisäämään vertailtavuutta kansallisesti (Hartley ym. 2016). Luokat muodostettiin koko aineistossa, vaikka prosentuaaliset osuudet muuttuivatkin irrottaessa aineistosta yhdynnässä olleiden osa-aineisto, sillä tällöin varallisuusluokka kertoo varallisuuden tasosta suhteessa koko ikäluokkaan. Luokkamuuttujan lisäksi perheen varallisuuden yhteyttä nuoren raskauden ehkäisyn käyttöön selvitettiin myös jatkuvana muuttujana. Summamuuttujan Cronbachin alpha -kerroin oli verrattain matala (0,46), mikä kuitenkin katsottiin tässä pro gradu -tutkielmassa riittäväksi.

*Vanhempien valvonnan tasoa* (engl. parental monitoring) mitattiin selvittämällä viiden kysymyksen avulla tutkittavan isän sekä äidin osallisuutta ja valvontaa liittyen esimerkiksi nuoren ystäviin, rahankäyttöön ja vapaa-ajankäyttöön (Brown ym. 1993). Kysymykset kysyttiin erikseen äidin sekä isän osalta ja ne alkoivat fraasilla ”kuinka paljon äitisi/isäsi todella tietää siitä...?” Kysymyksenä oli esimerkiksi ”kuinka paljon isäsi todella tietää siitä, missä vietät aikaasi koulun jälkeen?” ja vastausvaihtoehdot olivat ”ei ole tai en tapaa häntä”, ”ei tiedä mitään”, ”tietää jonkin verran” ja ”tietää paljon”. Ensin mainittu vastausvaihtoehto koodattiin puuttuvaksi tiedoksi ja lopuista vastauksista luotiin summamuuttuja, johon sisällytettiin vastaukset sekä äidin että isän osalta. Summamuuttujan Cronbachin alpha oli korkea (0,89), eikä se noussut poistamalla väitteitä muuttujasta. Summamuuttujan mukaan tutkittavat jaettiin matalan valvonnan (alin kolmannes, 10–21 pistettä), kohtalaisen valvonnan (keskimmäinen kolmannes, 22–26 pistettä) sekä korkean valvonnan (ylin kolmannes, 27–30 pistettä) luokkiin.

Tutkimuksessa selvitettiin tutkittavan *syntyperää* kysymällä tutkittavan omaa syntymämaata sekä erikseen tutkittavan vanhempien syntymämaita. Vastausvaihtoehdot kaikkiin näihin kysymyksiin olivat ”Suomessa”, ”Virossa”, ”Venäjällä”, ”Ruotsissa”, ”Somaliassa” sekä ”muussa maassa, missä...”. Suomalaistaustaisiksi katsottiin kaikki vastaajat, joiden molemmat vanhemmat olivat syntyneet Suomessa ja ulkomaalaistaustaisiksi ne nuoret, jotka olivat itse tai joiden vähintään toinen vanhempi oli syntynyt ulkomailla. Maahanmuuttajanuoria ei erotettu omaksi ryhmäkseen, sillä ryhmien frekvenssit olisivat olleet tällöin hyvin pieniä.

## 5.2 Analyysimenetelmät

Kaikkien luokiteltavien taustamuuttujien yhteyttä raskauden ehkäisyyn käyttöön selvitettiin ristiintaulukoimalla ja Khiin neliötestillä. Fisherin tarkkaa testiä käytettiin silloin, kun Khiin neliötestin oletukset eivät toteutuneet. Näiden testien perusteella merkitseviä tekijöitä tarkasteltiin tarkemmin binäärisessä logistisessa regressioanalyysissä yksi tekijä kerrallaan. Tekijöitä ei ensisijaisesti laitettu samaan malliin, sillä mallin avulla haluttiin selvittää jo todetun yhteyden suuntaa ja voimakkuutta, eikä tutkimuksessa selvitetty erilaisten kontrolloitavien selittäjämuuttujien vaikutusta todettuihin yhteyksiin. Jatkuvien selittävien tekijöiden osalta yhteyttä raskauden ehkäisyyn selvitettiin riippumattomien otosten T-testillä vertaamalla keskiarvoja ryhmissä, joissa oli tai ei ollut käytetty ehkäisyä. Lisäksi Fisherin tarkkaa testiä käytettiin selvittämään taustatekijöiden yhteyttä siihen ryhmään kuulumiseen, jossa raskauden ehkäisyyn käytöstä ei ollut tietoa. Aineisto analysoitiin SPSS Statistics -ohjelmistolla, josta käytettiin ohjelmistoversiota 27, ja tilastollisen merkitsevyyden rajana pidettiin p-arvon lukua 0,05.

## 6 TULOKSET

Kyselyyn vastasi 2476 9.-luokkalaista, joista poikia oli 49,0 % ja tyttöjä 51,0 %. Vastaajien keski-ikä oli 15,81 vuotta. Vastaajista 24,1 % raportoi olleensa sukupuoliyhdyntässä. Sukupuoliyhdyntässä olleiden joukko (n=579) muodosti tutkimuksen osa-aineiston, jonka osalta raskauden ehkäisyn käyttöä tarkasteltiin. Osa-aineistossa poikien osuus oli 49,2 % ja tyttöjen 50,8 %. Sukupuoliyhdyntässä olleista 17,5 % kertoi olleensa ensimmäistä kertaa sukupuoliyhdyntässä alle 14-vuotiaana, 28,5 % 14-vuotiaana ja 54 % 15-vuotiaana tai vanhempana. Tarkemmat tiedot osa-aineistosta on esitetty taulukossa 1.

TAULUKKO 1. Kuvailevat tiedot osa-aineistossa (n=579).

		n	%
Sukupuoli	Tyttö	294	50,8
	Poika	285	49,2
Äidinkieli	Suomi	465	80,3
	Ruotsi	114	19,7
Koulumenestys	Heikko	177	30,6
	Kohtalainen	322	55,6
	Hyvä	80	13,8
Koulutusorientaatio	Akateeminen	302	52,2
	Muut	277	47,8
Terveystietäminen	Matala	66	11,9
	Kohtalainen	301	54,2
	Hyvä	188	33,9
1. yhdynnän ajankohta	11-vuotiaana tai nuorempana	24	4,3
	12-vuotiaana	10	1,8
	13-vuotiaana	56	10,1
	14-vuotiaana	162	29,2
	15-vuotiaana tai vanhempana	302	54,5
Syntyperä	Suomalaistaustainen	533	92,1
	Ulkomaalaistaustainen	46	7,9
Perheen varallisuus	Matala	151	26,8
	Kohtalainen	322	57,1
	Korkea	91	16,1
Vanhempien valvonta	Matala	232	44,4
	Kohtalainen	175	33,5
	Korkea	115	22,0

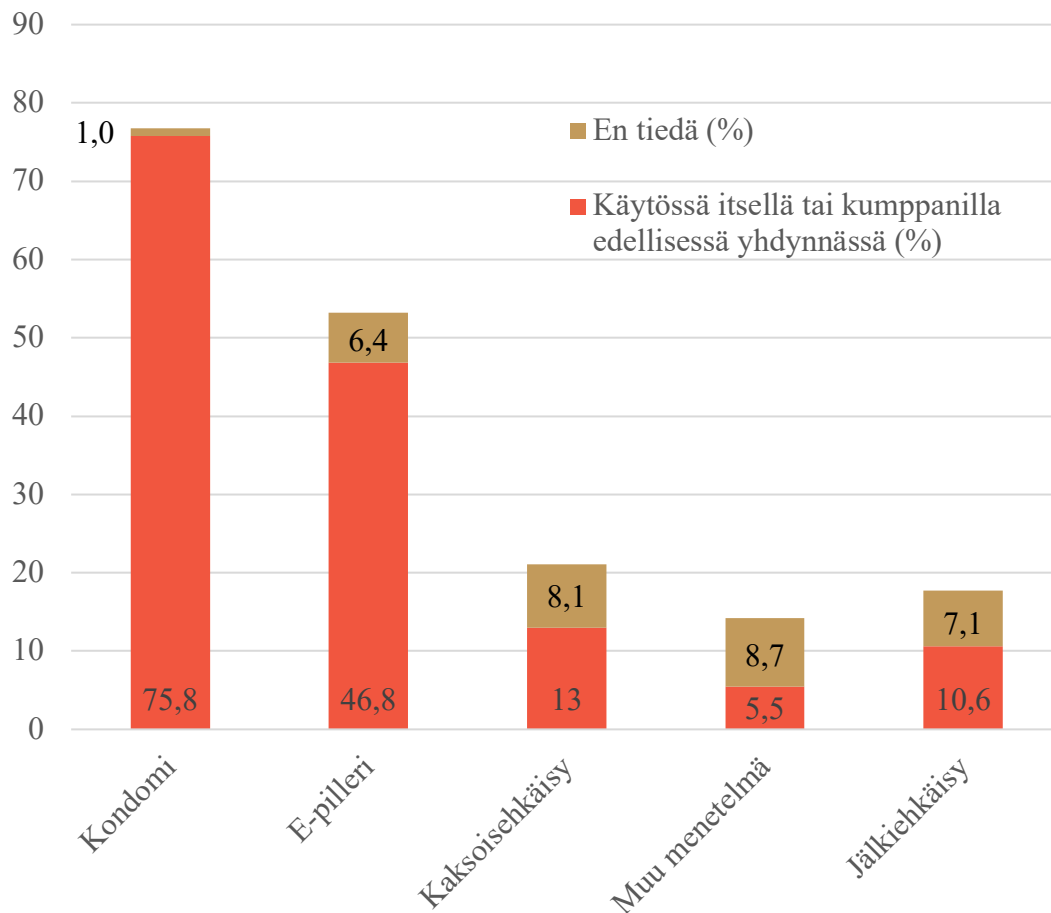
## 6.1 15-vuotiaiden suomalaisnuorten raskauden ehkäisyn käyttö

Sukupuoliyhdyntäessä olleista nuorista 96,2 % (n=557) vastasi kysymykseen edellisessä yhdynnässä käytössä olleesta ehkäisymenetelmästä. Heistä 89,1 % (n=496) raportoi käyttäneensä – tai kumppaninsa käyttäneen – joko kondomia, e-pilleriä tai kaksoisehkäisyä ehkäisymenetelmänä. 7,0 % (n=39) ei kertomansa mukaan käyttänyt edellisessä yhdynnässään mitään raskauden ehkäisymenetelmää, 1,3 % (n=7) ainoastaan jotain muuta menetelmää ja 1,1 % (n=6) raportoi käyttäneensä vain jälkiekäisyä. 1,6 % vastaajista (n=9) ei tiennyt, oliko edellisessä yhdynnässään käytössä raskauden ehkäisyä. Tässä ryhmässä oli sekä tyttöjä että poikia (tyttöjä 44,4 %, poikia 55,6 %) ja ryhmään kuulumisen oli todennäköisempää, mikäli nuorella oli ulkomaalaistaustaa (p=0,028), hänellä oli heikko terveyden lukutaito (p=0,015) tai nuori oli ollut ensimmäisessä yhdynnässään ennen 14-vuoden ikää (p=0,007).

Tarkasteltaessa luotettavan ehkäisymenetelmän käytön osuutta tulkittiin puuttuvaksi tiedoksi ne, joiden käyttämästä raskauden ehkäisymenetelmästä ei ollut tarkkaa tietoa (käytössä vain joku muu menetelmä tai ei tietoa käytetystä ehkäisymenetelmästä). Näin ollen 91,7 % vastaajista (n=496) raportoi käyttäneensä luotettavaa ehkäisymenetelmää edellisessä yhdynnässään, kun 8,3 % (n=45) vastaajista laiminlöi luotettavan raskauden ehkäisymenetelmän käytön.

Tarkasteltaessa yksittäisten ehkäisymenetelmien käyttöä edellisessä yhdynnässä havaittiin, että kondomi oli yleisimmin käytetty ehkäisykeino nuorten keskuudessa (75,8 % kondomin osalta kysymykseen vastanneista, n=376) (kuva 2). E-pillereitä edellisessä yhdynnässään ehkäisykeinona raportoi käyttäneensä 46,8 % kysymykseen vastanneista (n=196) ja kaksoisehkäisyä 13,0 % (n=45). Jotain muuta menetelmää raportoi käyttäneensä 5,5 % (n=19) vastaajista. Jälkiekäisyä raportoi edellisessä yhdynnässä käyttäneensä 10,6 % (n=37) vastaajista ja heistä suurin osa (n=31) käytti jälkiekäisyä yhdessä jonkin toisen ehkäisymenetelmän kanssa.





KUVA 2. Käyttöasteet menetelmittäin edellisessä yhdynnässä (% kuhunkin kysymykseen vastanneista).

Tarkasteltaessa en tiedä -vastauksia ehkäisymenetelmittäin, en tiedä -vastauksia annettiin useimmin kysymykseen jonkin muun menetelmän käytöstä. Näin vastanneista 86,7 % oli poikia. En tiedä -vastauksia annettiin myös kaksoisehkäisyn, jälkiehkäisyn ja e-pillereiden kohdalla. Myös näiden menetelmien kohdalla valtaosa näin vastanneista oli poikia (kaksoisehkäisy 92,9 %, jälkiehkäisy 88,0 %, e-pilleri 92,6 %). 1 % (n=5) vastaajista raportoi, ettei tiennyt, käytettiinkö edellisessä yhdynnässään kondomia ja heistä 40,0 % oli poikia.

## 6.2 Yksilölliset taustatekijät ja raskauden ehkäisyn käyttö 15-vuotiaalla nuorella

Tutkituista yksilötekijöistä luokka-asteikollisella terveyden lukutaidolla ( $p=0,025$ ) ja ensimmäisen yhdynnän ajankohdalla ( $p<0,001$ ) havaittiin tilastollisesti merkitsevä yhteys raskauden ehkäisyn käyttöön. Raskauden ehkäisyn laiminlyöminen oli tavallisempaa, mikäli vastaaja oli ollut ensimmäisessä yhdynnässään hyvin nuorena tai kuului heikon terveyden

lukutaidon ryhmään (taulukko 2). Niistä nuorista, jotka olivat olleet ensimmäisessä sukupuoliyhdyntänsä ennen 12 vuoden ikää, 57,1 % laiminlöi raskauden ehkäisyn käytön edellisessä yhdynnässä. Sukupuolella, koulumenestyksellä tai koulutusorientaatiolla ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä raskauden ehkäisyn käyttöön. Yksilötekijöiden jatkuvia muuttujia tarkasteltaessa koulumenestyksellä tai terveyden lukutaidolla ei niin ikään havaittu tilastollisesti merkitsevää yhteyttä (taulukko 3).

TAULUKKO 2. Luokka-asteikollisten yksilötekijöiden yhteys raskauden ehkäisyn käyttöön.

		Käyttänyt kondomia, e-pilleriä tai kaksoisehkäisyä % (n)	Ei ole käyttänyt ehkäisyä tai vain jälkiehkäisyä % (n)	$\chi^2$ (df), p
Sukupuoli	Tyttö	89,8 (246)	10,2 (28)	0,099 (1) p=0,753
	Poika	90,6 (250)	9,4 (26)	
Koulumenestys	Heikko	90,1 (154)	9,9 (17)	0,871 (2) p=0,647
	Kohtalainen	89,5 (274)	10,5 (32)	
	Hyvä	93,2 (68)	6,8 (5)	
Koulutusorientaatio	Akateeminen	91,6 (262)	8,4 (24)	1,370 (1) p=0,242
	Muut	88,6 (234)	11,4 (30)	
Terveyden lukutaito	Heikko	81,0 (51)	19,0 (12)	7,400 (2) <b>p=0,025</b>
	Kohtalainen	92,0 (264)	8,0 (23)	
	Hyvä	91,1 (164)	8,9 (16)	
1. yhdynnän ajankohta	11-vuotiaana tai nuorempana	42,9 (9)	57,1 (12)	55,674 (4) <b>p&lt;0,001</b>
	12-vuotiaana	90,0 (9)	10,0 (1)	
	13-vuotiaana	94,5 (52)	5,5 (3)	
	14-vuotiaana	90,6 (145)	9,4 (15)	
	15-vuotiaana tai vanhempana	92,4 (278)	7,6 (23)	

TAULUKKO 3. Jatkuvien yksilötekijöiden yhteys raskauden ehkäisyn käyttöön.

	Käyttänyt kondomia, e-pilleriä tai kaksoisehkäisyä		Ei ole käyttänyt ehkäisyä tai vain jälkiehkäisyä		t (df), p
	keskiarvo	keskihajonta	keskiarvo	keskihajonta	
Koulumenestys <sup>a</sup>	7,4	1,2	7,2	1,4	-1,174 (548) p=0,241
Terveyden lukutaito <sup>b</sup>	32,3	6,0	30,4	8,2	-1,566 (55,69) p=0,123

<sup>a</sup> Äidinkielen ja matematiikan arvosanan keskiarvo,

<sup>b</sup> Terveyden lukutaidon summamuuttujan yhteenlaskettu pistemäärä.

Sekä kohtalaisen (OR 2,7) että hyvän (OR 2,4) terveyden lukutaidon ryhmässä raskauden ehkäisyn käyttö oli yleisempää verrattuna nuoriin, joilla oli heikko terveyden lukutaito. Ensimmäisen yhdynnän ajankohdan osalta raskauden ehkäisyn käyttö oli harvinaisempaa, jos ensimmäinen yhdyntä oli tapahtunut 11-vuotiaana tai aikaisemmin verrattuna kaikkiin muihin ryhmiin. Taulukossa 4 on esitetty nämä erillisten mallien tulokset. Kun terveyden lukutaito ja ensimmäisen yhdynnän ajankohta asetettiin samaan malliin, ainoastaan ensimmäisen yhdynnän ajankohta jäi tilastollisesti merkitseväksi tekijäksi raskauden ehkäisyn käytön suhteen.

TAULUKKO 4. Raskauden ehkäisyn käyttö terveyden lukutaidon ja 1. yhdynnän ajankohdan mukaan.

		OR	95 % LV <sup>a</sup>	P-arvo
Terveyden lukutaito <sup>c</sup>	Heikko	1,0 <sup>b</sup>		
	Kohtalainen	2,7	1,3–5,8	<b>0,010</b>
	Hyvä	2,4	1,1–5,4	<b>0,034</b>
1. yhdynnän ajankohta <sup>d</sup>	11-vuotiaana tai nuor.	1,0		
	12-vuotiaana	12,0	1,3–112,6	<b>0,030</b>
	13-vuotiaana	23,1	5,4–98,5	<b>&lt; 0,001</b>
	14-vuotiaana	23,9	4,7–35,6	<b>&lt; 0,001</b>
	15-vuotiaana tai vanh.	16,1	6,2–42,2	<b>&lt; 0,001</b>

<sup>a</sup> Ristitulosuhteen (OR) luottamusväli, <sup>b</sup> Referenssiryhmä on merkitty 1,0,

<sup>c</sup> Malli sopi aineistoon  $\chi^2 (2) = 6,169$ ,  $p=0,046$ ,

<sup>d</sup> Malli sopi aineistoon  $\chi^2 (4) = 32,034$ ,  $p<0,001$ .

### 6.3 Perheen taustatekijät ja raskauden ehkäisyn käyttö 15-vuotiaalla nuorella

Perheen varallisuudella, vanhempien valvonnalla tai syntyperällä ei ollut luokka-asteikollisina muuttujina tilastollisesti merkitsevää yhteyttä raskauden ehkäisyn käyttöön (taulukko 5). Perheen varallisuuden osalta ehkäisyä käyttäneiden FAS III-pisteiden keskiarvo oli kuitenkin korkeampi kuin ehkäisyä käyttämättömien ryhmässä. Tämän jatkuvan muuttujan osalta ero osoittautui tilastollisesti merkitseväksi, eli perheen varallisuus on yhteydessä nuoren raskauden ehkäisyn käyttöön niin, että korkeampi varallisuus ennustaa todennäköisempää raskauden ehkäisyn käyttöä (taulukko 6). Vanhempien valvonnan tasolla jatkuvana muuttujana ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä raskauden ehkäisyn käyttöön.

TAULUKKO 5. Luokka-asteikollisten perhetekijöiden yhteys raskauden ehkäisyn käyttöön.

		Käyttänyt kondomia, e-pilleriä tai kaksoisehkäisyä % (n)	Ei ole käyttänyt ehkäisyä tai vain jälkiehkäisyä % (n)	$\chi^2$ (df), p
Perheen varallisuus <sup>a</sup>	Alin luokka	87,8 (130)	12,2 (18)	1,763 (2) p=0,414
	Keskimmäinen luokka	90,4 (273)	9,6 (29)	
	Ylin luokka	93,1 (81)	6,9 (6)	
Vanhempien valvonta <sup>b</sup>	Alhainen	90,5 (199)	9,5 (21)	1,565 (2) p=0,457
	Kohtalainen	91,0 (152)	9,0 (15)	
	Korkea	94,4 (102)	5,6 (6)	
Syntyperä	Suomalaistaustainen	90,8 (462)	9,2 (47)	p=0,106 <sup>c</sup>
	Ulkomaalaistaustainen	82,9 (34)	17,1 (7)	

<sup>a</sup> Relatiivinen FAS III, <sup>b</sup> Parental monitoring -indeksi,

<sup>c</sup> laskettu käyttäen Fisherin tarkkaa testiä.

TAULUKKO 6. Jatkuvien perhetekijöiden yhteys raskauden ehkäisyn käyttöön.

	Käyttänyt kondomia, e- pilleriä tai kaksoisehkäisyä		Ei ole käyttänyt ehkäisyä tai vain jälkiehkäisyä		t (df), p
	keskiarvo	keskihajonta	keskiarvo	keskihajonta	
Perheen varallisuus <sup>a</sup>	8,7	1,9	8,1	2,5	-2,071 (535) <b>p=0,039</b>
Vanhempien valvonta <sup>b</sup>	22,7	4,6	21,8	4,6	-1,166 (493) p=0,244

<sup>a</sup> FAS III, <sup>b</sup> Parental monitoring -indeksi.

## 7 POHDINTA

Tässä pro gradu -tutkielmassa tarkasteltiin suomalaisten 15-vuotiaiden raskauden ehkäisyn käyttöä sekä siihen yhteydessä olevia yksilö- ja perhetekijöitä. Tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että valtaosa seksuaalisesti aktiivisista 15-vuotiaista suomalaisnuorista käyttää raskauden ehkäisyä ollessaan sukupuoliyhdynnässä. Yleisimmin käytetyt ehkäisymenetelmät nuorten keskuudessa ovat kondomi ja e-pilleri. Jälkiehkäisyn käyttö ainoana ehkäisymenetelmänä on harvinaista, joskin sitä käytetään yleisemmin yhdessä jonkin muun ehkäisymenetelmän kanssa. Pitkäkestoisten raskauden ehkäisymenetelmien, joita tutkimusten mukaan tulisi nuorille suositella, käyttö suomalaisnuorilla on vähäistä. Raskauden ehkäisyn laiminlyöminen on tavallisempaa, mikäli nuori on ollut ensimmäisessä sukupuoliyhdynnässään hyvin nuorena, hänellä on heikko terveyden lukutaito, tai nuoren perheen varallisuustaso on matala.

### 7.1 15-vuotiaat suomalaisnuoret suosivat lyhytkestoisia ehkäisymenetelmiä ja moni turvautuu jälkiehkäisyn käyttöön

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan noin joka neljäs suomalainen 15-vuotias on ollut sukupuoliyhdynnässä. Osuus on hieman korkeampi, kuin kansainvälisissä tutkimuksissa (14–24 %) (Inchley ym. 2020; Martinez & Abma 2020) sekä vuonna 2021 Suomessa tehdyssä tutkimuksessa (19 %) (THL 2021). Toisaalta Suomessa on havaittu laskeva trendi 15-vuotiaiden seksuaalisessa aktiivisuudessa (THL 2021), mikä selittää tämän vuonna 2014 kerätyn aineiston pohjalta tehdyn tutkimuksen korkeampaa tulosta. Näistä 15-vuotiaista suomalaisnuorista 8,3 % laiminlöi luotettavan ehkäisymenetelmän käytön edellisessä yhdynnässään, mikä on hieman vähemmän kuin kansainvälinen keskiarvo (Inchley ym. 2020) tai Suomessa vuonna 2021 tehdyssä kyselytutkimuksessa saatu prosentuaalinen osuus (THL 2021). Eroavaisuudet tuloksissa voivat selittyä esimerkiksi sillä, miten raskauden ehkäisy on tutkimuksessa määritetty. Kyselytutkimuksessa myös kysymyksen asettelu voi vaikuttaa tuloksiin. WHO-Koululaistutkimuksen kyselyssä kunkin ehkäisymenetelmän käytölle oli mahdollista valita vastausvaihtoehto ”en tiedä”. On mahdollista, että tulokset olisivat erilaisia, mikäli kysymys raskauden ehkäisyn käytön osalta olisi aseteltu muotoon, jossa vastausvaihtoehtoina olisivat ainoastaan ”kyllä” ja ”ei”. Lisäksi raskauden ehkäisyn käyttöä

selvitetään kysymällä *edellisessä yhdynnässä* käytössä ollutta ehkäisymenetelmää, mikä ei välttämättä kuvaa nuoren tavallista käyttäytymistä raskauden ehkäisyn suhteen.

Tutkimuksen tulosten mukaan kondomi oli 15-vuotiailla nuorilla yleisimmin käytetty ehkäisymenetelmä, mikä on linjassa aikaisemman kotimaisen (Liinamo 2005, 39; Kuortti & Halonen 2018) ja kansainvälisen (de Looze ym. 2019, 46; Inchley ym. 2016, 188; Lazarus ym. 2009; Martinez & Abma 2020) tutkimustiedon kanssa. Kondomin käyttö on tässä tutkimuksessa katsottu luotettavaksi ehkäisymenetelmäksi, joskin joidenkin pitkäkestoisten menetelmien tiedetään olevan nuorilla huomattavasti ehkäisyteholtaan luotettavampia (Apter 2018; Diedrich ym. 2017; Tang ym. 2012). Kondomin etu on kuitenkin sen suoja sukupuolitauteja vastaan, mitä pitkäkestoiset menetelmät eivät tarjoa. Lähes joka toinen nuori raportoi itse käyttäneensä tai kumppaninsa käyttäneen e-pilleriä ehkäisykeinona edellisessä sukupuoliyhdynnässään, mikä on hieman useammin kuin kansainvälisissä tutkimuksissa keskimäärin (de Looze ym. 2019; Inchley ym. 2016). Tässä tutkimuksessa havaittu kaksoisehkäisyn matala käyttöaste sen sijaan vastaa aikaisempaa tutkimustietoa hyvin (de Looze ym. 2019, 46; Puusniekka ym. 2012). Muita raskauden ehkäisymenetelmiä käytettiin vähän, mikä viittaa siihen, että 15-vuotiaat suomalaisnuoret käyttävät teholtaan heikkoja ehkäisymenetelmiä harvoin. Toisaalta on huomioitava, että kyselyssä muut menetelmät kattavat myös luotettavia menetelmiä, kuten tutkimustiedon nuorille puoltamat pitkäkestoiset menetelmät (Apter 2018; Bahamondes & Bahamondes 2021; Diedrich ym. 2017; Tang ym. 2012), joiden käyttö suomalaisnuorilla niin ikään vaikuttaa olevan vähäistä. Samansuuntaisia tuloksia on saatu myös aikaisemmin suomalaisessa tutkimuksessa (Gyllenberg ym. 2018). Eitoivottujen raskauksien aiheuttamien terveystaittojen vähentämiseksi oleellista on nuorten raskauden ehkäisyn käytön lisäksi myös käytettävien ehkäisymenetelmien käyttömyöntyvyys ja tehokkuus. Aiheellista olisikin selvittää sitä, miksi näiden ehkäisymenetelmien käyttö suomalaisten nuorten keskuudessa on harvinaista, vaikka kansainvälinen tutkimus sekä suomalainen Käypä hoito -suositus toteavat ne nuorilla tehokkaiksi. Aikaisemman tutkimustiedon sekä tämän pro gradu -tutkielman perusteella on mahdollista, että pitkäkestoisten ehkäisymenetelmien käyttöä lisäämällä voitaisiin ehkäistä nuorten eitoivottujen raskauksien aiheuttamia terveystaittoja nykyistä paremmin.

Jälkiehkäisyä ainoana ehkäisymenetelmänä käyttäneiden nuorten osuus tutkimuksessa oli hyvin pieni (1,1 %). Tästä voidaan päätellä, etteivät 15-vuotiaat suomalaisnuoret pidä jälkiehkäisyä säännöllisenä raskauden ehkäisykeinona, mikä on suositusten (Cheung ym. 2021;

Raskauden ehkäisy: Käypä hoito -suositus 2021) mukaista. Jälkiehkäisyä kuitenkin käytettiin huomattavasti useammin jonkin toisen ehkäisymenetelmän rinnalla (9,5 %) eli kokonaisuudessaan useampi kuin joka kymmenes nuori raportoi käyttäneensä jälkiehkäisyä edellisessä yhdynnässään. Tämä herättää pohtimaan, miksi niin usein on koettu tarvetta jälkiehkäisylle, vaikka käytössä on ollut toinen ehkäisymenetelmä. Syyt saattavat liittyä ensisijaisen ehkäisymenetelmän huolimattomaan käyttöön, kuten e-pillerin unohdukseen, tai osaamattomuuteen käyttää ehkäisymenetelmää oikein. Syitä olisi aiheellista tarkemmin selvittää, jotta niihin voidaan vastata asianmukaisin interventioin. Mikäli syyt käyttää jälkiehkäisyä liittyvät ehkäisymenetelmän huolimattomaan käyttöön, voitaisiin jatkossa selvittää myös sitä, voidaanko lisäämällä pitkäaikaisia ehkäisymenetelmiä nuorten käyttöön vähentää jälkiehkäisyn käytön tarvetta. Toisaalta jälkiehkäisyn tuomisen käsikauppavalmisteeksi on arvioitu vähentäneen ei-toivottuja raskauksia Suomessa (Heino & Gissler 2021) ja sen käytön tulee olla matalalla kynnyksellä mahdollista myös jatkossa.

Ehkäisymenetelmästä riippuen 1–9 % vastaajista ei tiennyt, käytettiinkö kyseistä ehkäisymenetelmää edellisessä yhdynnässään. On luonnollista, että näin vastanneista valtaosa oli poikia ja vastauksia annettiin erityisesti jonkin muun menetelmän, kaksoisehkäisyn ja jälkiehkäisyn käytön osalta. Mikäli erillistä keskustelua näiden ehkäisymenetelmien käytöstä ei ole käyty, poikia ei välttämättä ole tietoinen menetelmien käytöstä. Toisaalta esimerkiksi e-pillerin osalta yli 90 % vastaajista oli tietoisia e-pillerin käytöstä edellisessä yhdynnässään, mikä kertoo siitä, että nuoret ovat yleensä keskustelleet raskauden ehkäisyn käytöstä. Oletettavasti kondomin käytöstä kysyttäessä ”en tiedä” -vastauksia annettiin hyvin vähän. Vain pieni osa vastaajista ei tiennyt, oliko edellisessä yhdynnässään käytössä mitään ehkäisymenetelmää. Huolestuttavaa oli kuitenkin se, että heikko terveyden lukutaito sekä ulkomaalainen syntyperä olivat yhteydessä tähän ryhmään kuulumiseen. Vaikka ryhmän koko oli pieni ja siksi tulokset suuntaa antavia, herää huoli siitä, saavatko maahanmuuttajaperheiden nuoret tarvitsemaansa tietoa ja ohjausta liittyen seksuaali- ja lisääntymisterveyden teemoihin. Tässä tutkimuksessa syntyperä muuttujana oli kuitenkin karkeasti luokiteltu, eivätkä tulokset siksi kerro tarkemmin siitä, johtuuko yhteys nuoren syntymämaasta, nuoren vanhempien syntymämaasta vai muista tekijöistä, kuten kielestä ja kulttuurista. Lisäksi syntyperää tarkasteltiin perhetekijänä, vaikka sen voitaisiin katsoa olevan yksilötekijä, kun kyse on nuoren omasta syntymämaasta.

## **7.2 Raskauden ehkäisyn laiminlyömissä riskiryhmiin kuuluvat nuoret tarvitsevat kohdennettua ja oikea-aikaista tukea**

Tämän tutkimuksen mukaan heikko terveyden lukutaito on yhteydessä suomalaisnuorilla raskauden ehkäisyn laiminlyömiseen. Tätä löydöstä tukee aikaisempi tutkimustulos, jossa tiedon puutteen on todettu olevan yhteydessä heikkoon raskauden ehkäisyn käyttöön (Vázquez-Rodríguez ym. 2018). Koulumenestyksen tai koulutusorientaation ei tässä tutkimuksessa kuitenkaan todettu olevan yhteydessä raskauden ehkäisyn käyttöön, mikä antaa viitteitä siitä, että yleisen koulumenestyksen sijaan erityisesti hyvä terveyden lukutaito on keskeistä nuoren raskauden ehkäisyn käytön kannalta. Panostamalla nuorten hyvään terveyden lukutaitoon voidaan siis tämän tutkimuksen mukaan lisätä nuorten raskauden ehkäisyn käyttöä ja siten ehkäistä ei-toivottujen raskauksien aiheuttamia fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia terveyshaittoja. Terveyden lukutaidon yhteys raskauden ehkäisyn käyttöön selittänee osin myös sitä, miksi Suomessa, jossa terveyden lukutaito on osa peruskoulun opetussuunnitelmaa, raskauden ehkäisyn käytön prosentuaalinen osuus on kansainvälisesti vertailtuna korkea. Lisäksi heikon terveyden lukutaidon tiedetään olevan yhteydessä moniin muihin terveydelle haitallisiin tekijöihin (Dewalt ym. 2004) ja suojaamattomat sukupuoliyhdyntät nostavat terveyshaittojen riskiä entisestään tässä ryhmässä. Terveyserojen kasvamisen ehkäisemiseksi ja yhdenvertaisuuden toteutumiseksi olisi siten ensiarvoisen tärkeää pyrkiä edistämään raskauden ehkäisyn käyttöä erityisesti niillä nuorilla, joilla terveyden lukutaito on heikkoa.

Tässä tutkimuksessa perheen alhaisemman varallisuustason havaittiin olevan yhteydessä nuoren heikompaan raskauden ehkäisyn käyttöön. Matalan sosioekonomisen aseman tiedetään niin ikään olevan yhteydessä heikompaan kokonaisvaltaiseen terveydentilaan (Lago ym. 2018), joten ei-toivottujen raskauksien aiheuttamia terveyshaittoja tulisi pyrkiä erityisesti ehkäisemään myös tässä ryhmässä yhdenvertaisuuden toteutumiseksi. Näin ollen tulisi selvittää niitä keinoja, joilla raskauden ehkäisyä voitaisiin lisätä erityisesti alhaisimman varallisuustason perheiden nuorilla. Vaikka syyt raskauden ehkäisyn käyttämättömyydelle tässä ryhmässä ovat oletettavasti moninaisia, tarjoamalla nuorille maksuton ehkäisy voitaisiin varmistua siitä, etteivät ehkäisymenetelmän kustannukset ole nuorelle syy jättää raskauden ehkäisyä käyttämättä. Näin voitaisiin nuorten raskauden ehkäisyn käytön osalta pyrkiä tasaamaan väestön varallisuuteen liittyviä terveyseroja.



Sukupuoliyhdyntästä olleista 17,5 %, eli kaikista kyselyyn vastanneista 9.-luokkalaisista 4 % raportoi olleensa sukupuoliyhdyntästä ensimmäistä kertaa 13-vuotiaana tai nuorempana. Aikaisempi tutkimustulos osoittaa ensimmäisen yhdynnän aikaisen ajankohdan (Guleria ym. 2017; Kaplan ym. 2013; Magnusson ym. 2012; Raine ym. 2003; Tyler ym. 2014) olevan yhteydessä nuorten heikkoon ehkäisyn käyttöön ja myös tässä tutkimuksessa aikainen ensimmäinen sukupuoliyhdyntä ennusti heikompaan raskauden ehkäisyn käyttöä. Kun yksilötekijöistä Khiin neliötestin mukaan merkitsevät terveyden lukutaito ja ensimmäisen yhdynnän ajankohta asetettiin samaan malliin, ainoastaan ensimmäisen yhdynnän ajankohta jäi tilastollisesti merkitseväksi tekijäksi raskauden ehkäisyn käytön suhteen. Tämä antaa viitteitä siitä, että ensimmäisen yhdynnän ajankohta on keskeistä ehkäisyn käytön kannalta ja nuorten ehkäisyn käytön lisäämiseksi tulisi keskittyä erityisesti tähän ryhmään. Yhteyden on arvioitu johtuvan muun muassa nuoren kehittymättömästä kyvystä analysoida suojaamattoman yhdynnän riskejä tai kommunikoida päätöksistään ja toiveistaan kumppaneidensa kanssa (Rickert ym. 2002). Nämä nuoret ovat siis erityisessä riskiryhmässä ei-toivottujen raskauksien aiheuttamille terveyshaitoille. Sen vuoksi olisi ensiarvoisen tärkeää varmistua siitä, että ne nuoret, joille asia on ajankohtainen, olisivat tietoisia suojaamattoman yhdynnän riskeistä ja saisivat tarvitsemaansa tukea raskauden ehkäisyn käyttöön nuoresta iästään huolimatta. Kokonaisvaltaisen seksuaalikasvatuksen keinot tarjota työkaluja omien valintojensa vaikutusten arvioimiseen sekä oikeuksiensa ymmärtämiseen ja turvaamiseen (Cacciatore ym. 2019) palvelevat tätä tavoitetta hyvin. Toisaalta nuorten kehittyminen on hyvin yksilöllistä ja toisille raskauden ehkäisyn tarve ei ole vielä yläkoulussa ajankohtainen. Sen vuoksi erityisesti yläkoulun alemmilla luokilla seksuaalikasvatuksen tulisi olla yksilöllisiin nuoren tarpeisiin vastaavaa, jota ryhmämuotoisen seksuaalikasvatuksen lisäksi voitaisiin toteuttaa esimerkiksi terveydenhoitajan vastaanotolla, jossa aiheen ajankohtaisuudesta voitaisiin keskustella yksilöllisesti jokaisen nuoren kanssa.

### **7.3 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus**

Tutkimuksen tekemisessä on noudatettu tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012) hyvää tieteellistä käytäntöä. Näin ollen tutkimustyössä sekä tulosten esittämisessä ja arvioinnissa on kiinnitetty huomiota yleiseen huolellisuuteen ja tarkkuuteen sekä avoimuuteen ja rehellisyyteen. Aikaisempiin julkaisuihin on viitattu asianmukaisesti. Tässä tutkimuksessa on käytetty WHO-Koululaistutkimuksen aineistoa, joka on osa kansainvälistä HBSC-tutkimusta.

Aineistoa kerätessä on huolehdittu vastaajien anonymiteetista sekä osallistumisen vapaaehtoisuudesta (Currie ym. 2014).

WHO-Koululaistutkimuksen kyselylomake on laadittu niin, että yläkoululaisten on helppo täyttää se itsenäisesti. Toisaalta pitkäkö kyselylomake voi aiheuttaa myös luotettavuuden heikkenemistä esimerkiksi vastausväsymyksen (Valli 2015, 27) ja luokkatilanteessa koetun ryhmäpaineen vuoksi. Koska tämän tilastollisen tutkimuksen aineisto on kerätty strukturoidulla kyselylomakkeella, kertovat tulokset siitä, kuinka nuoret ovat raportoineet käyttävänsä raskauden ehkäisyä, eikä tutkimuksen puitteissa voida varmaksi sanoa sitä, miten raskauden ehkäisyä todellisuudessa käytetään. Toisaalta kyselytutkimus on ylivoimainen tutkimusmetodi suurten tutkimusaineistojen keräämisessä (Valli 2015, 27) ja kysymyksen esittäminen kaikille samassa muodossa parantaa tutkimuksen luotettavuutta (Valli 2015, 28). Lisäksi, kun tarkastellaan raskauden ehkäisyn käyttöä, nuoren itse ilmoittama tieto on ainoa mahdollinen tapa kerätä tietoa ilmiöstä.

Toisaalta kyselytutkimus voi aiheuttaa myös harhaa. Kun nuorilta kysyttiin edellisessä yhdynnässä käytössä ollutta ehkäisymenetelmää, vastausvaihtoehto ”jotain muuta menetelmää” on epämääräinen, eikä kerro, onko vastaajalla ollut käytössään luotettavaa ehkäisymenetelmää. Kun kysymyksen muut vaihtoehdot olivat ”kondomia”, ”kaksoisehkäisyä”, ”e-pilleriä” ja ”jälkiehkäisyä”, muun menetelmän alle lukeutuu sekä tehokkaita ehkäisymenetelmiä, kuten ehkäisykapseli (Teal & Edelman 2021) ja hormonikierukka (Mansour ym. 2010), että tehottomia ehkäisymenetelmiä, kuten rytmimenetelmä (Mansour ym. 2010; Urrutia ym. 2018). Näin ollen ne vastaajat (n=7), jotka olivat vastanneet ”kyllä” tähän kohtaan, eivät lisäksi raportoineet käyttäneensä muuta luotettavaa ehkäisymenetelmää, katsottiin luotettavan ehkäisymenetelmän käytön osalta puuttuvaksi tiedoksi. Todellisuudessa vastaajat olivat tai eivät olleet käyttäneet luotettavaa ehkäisymenetelmää, mutta kysymyksen asettelun vuoksi luotettavaa ryhmäjako ei heidän osaltaan voitu tehdä. Tämä olisi ollut mahdollista välttää itselaaditulla kyselylomakkeella, mutta toisaalta WHO-Koululaistutkimuksen suuri otoskoko oli tutkimuksen kannalta oleellisempaa, ja näiden vastaajien osuus otoksesta oli pieni.

WHO-Koululaistutkimuksen kyselyaineiston otoskoko on suuri ja sen oletetaan edustavan perusjoukkoa hyvin (Currie ym. 2014). Suomessa otanta on järjestetty huolellisella ositetulla ryväotannalla (Ojala 2017; Paakkari ym. 2019), mikä lisää yleistettävyyttä perusjoukkoon.

Tässä tutkimuksen otoskoko supistui jaettaessa aineisto osa-aineistoksi, johon kuulumisen kriteerinä oli, että nuori oli ollut sukupuoliyhdyntässä. Osa-aineiston koko ( $n=579$ ) aiheutti sen, että tarkasteltaessa raskauden ehkäisyn käyttöön yhteydessä olevia tekijöitä, vastemuuttujaa tuli tarkastella kaksiluokkaisena. Kolmiluokkaista vastemuuttujaa käytettäessä ryhmien frekvenssit olivat liian pieniä tilastollisille testeille. Näin ollen esimerkiksi vain jälkiehkäisyä käyttäneitä ei voitu ottaa samaan analyysiin omiksi ryhmikseen, vaan vastemuuttuja luokiteltiin luotettavaa ehkäisyä käyttäneisiin ja ei-käyttäneisiin. Jälkiehkäisyä käyttäneiden sekä niiden, jotka eivät tiedä, oliko edellisessä yhdynnässä käytössä ehkäisymenetelmää, osuudet raportoitiin tuloksissa erikseen. Myös kaksiluokkaista vastemuuttujaa käytettäessä yksittäisessä analyysissä frekvenssit olivat liian pieniä ensin suunnitellulle analyysimenetelmälle. Tällöin sovellettiin pieniin otoksiin sopivaa menetelmää, mikä on raportoitu tuloksissa.

Muuttujien muodostamisessa hyödynnettiin yleisesti käytössä olevia, kyseisen mittauskohteen mittaamiseen soveltuvia mittareita, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta. Summamuuuttujien reliabiliteettia mitattiin sisäisestä johdonmukaisuudesta (Valli 2015, 79) kertovalla Cronbachin alpha -kertoimella. Kertoimet olivat pääosin korkeita lukuun ottamatta perheen varallisuudesta kertovaa summamuuttujaa, jonka Cronbachin alpha -kerroin jäi matalaksi (0,46). Minkään muuttujan Cronbachin alpha -kerroin ei olisi noussut poistettaessa väitteitä summamuuttujasta.

Joidenkin muuttujien yhteyttä raskauden ehkäisyn käyttöön selvitettiin tässä tutkimuksessa sekä luokkamuuttujina että jatkuvina muuttujina. Osassa tapauksista tulokset olivat muuttujan tyyppistä riippuen eriäviä. Esimerkiksi perheen varallisuuden kohdalla jatkuvaa muuttujaa tarkasteltaessa ero oli merkitsevä, mutta luokkamuuttujaa tarkastellessa näin ei ollut. Tämä voi olla seurausta esimerkiksi siitä, ettei luokkamuuttujan luokittelupiste erotellut muuttujaa tarpeeksi. Koska muuttujien osalta luokat oli kuitenkin luotu perustellulla tavalla, ei niitä muokattu tilastollisten testien vuoksi. Terveiden lukutaidon osalta muuttuja oli luokkamuuttujana tilastollisesti merkitsevä, mutta jatkuvan muuttujan osalta tilastollista merkitsevyyttä ei ollut. Tämä voi taas selittyä sillä, että merkitsevä ero näyttäisi sekä Khiin neliötestin että binääriseen regressioanalyysin perusteella olevan juuri heikon terveyden lukutaidon ja muiden luokkien välillä, mutta esimerkiksi kohtalaisen ja hyvän terveyden lukutaidon välillä eroa ei ollut.

Tämä tutkimus kuvaa tiettyjen tekijöiden yhteyttä raskauden ehkäisyn käyttöön, mutta ei kerro syy-seuraussuhteista tai ilmiön kehittymistä ajassa, sillä tutkimus on tehty poikkileikkausaineiston perusteella. Näin ollen tuloksena on kuvaus tämänhetkisestä tilanteesta 15-vuotiailla suomalaisnuorilla. Huomioitava on myös, että tutkimuksessa on selvitetty ainoastaan joidenkin WHO-Koululaistutkimuksessa ilmi tulevien taustatekijöiden yhteyttä raskauden ehkäisyn käyttöön. On mahdollista, että jotkin kyselyn ulkopuoliset tekijät selittävät raskauden ehkäisyn käyttöä vahvemmin kuin tässä tutkimuksessa tarkastellut.

#### **7.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset**

Tämän tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että valtaosa seksuaalisesti aktiivisista 15-vuotiaista suomalaisnuorista käyttää raskauden ehkäisyä, mutta pitkäkestoisten raskauden ehkäisymenetelmien käyttö suomalaisnuorilla on vähäistä. Hyvin nuorena sukupuoliyhdyntät aloittaneilla on yleisemmän raskauden ehkäisyn käytön laiminlyömisestä myötä suurentunut riski ei-toivottujen raskauksien aiheuttamille terveyshaitoille. Sen vuoksi nuorille tulisi iästä riippumatta tarjota yksilöllisesti oikea-aikaista tukea sekä neuvontaa raskauden ehkäisyyn liittyen. Yhteys perheen matalan varallisuustason ja ehkäisyn käyttämättömyyden välillä puoltaa jo Suomessa joissakin kunnissa toteutettavaa maksuttoman ehkäisyn tarjoamista nuorille. Tutkimuksen tulokset antavat myös viitteitä siitä, että panostamalla nuorten terveyden lukutaidon kehittämiseen, voidaan edistää suomalaisnuorten raskauden ehkäisyn käyttöä ja siten ennaltaehkäistä ei-toivottujen raskauksien aiheuttamia terveyshaittoja.

Jatkossa yhdenvertaisuuden edistämiseksi tulisi tarkemmin selvittää keinoja, joilla raskauden ehkäisyn käyttöä voitaisiin lisätä ryhmissä, joissa sen käyttö on vähäistä. Lisäksi jatkossa olisi aiheellista selvittää tarkemmin eri ehkäisymenetelmien käyttöä nuorilla. Näin voitaisiin saada tutkimustietoa myös pitkäkestoisten raskauden ehkäisymenetelmien käytöstä sekä niiden käyttöön ja käyttämättömyyteen liittyvistä tekijöistä, sekä selvittää sitä, voitaisiinko pitkäkestoisten menetelmien käyttöä lisäämällä ehkäistä ei-toivottuja raskauksia nuorilla nykyistä tehokkaammin. Tärkeää jatkotutkimuksessa olisi huomioida myös nuorten kokemukset raskauden ehkäisyn käytöstä.

## LÄHTEET

- American Academy of Pediatrics Committee on Adolescence. (2005). Emergency Contraception. *Pediatrics* 116 (4), 1026-1035. doi:10.1542/peds.2005-1877.
- Anedda, L., Arola, L., Favero, L., Meurens, N., Morel, S. & Schofield, M. (2018). Sexual and reproductive health rights and the implication of conscientious objection. Verkkodokumentti Viitattu 1.2.2022. [https://eurogender.eige.europa.eu/system/files/post-files/eige\\_icf\\_sexual-and-reproductive-health-rights.pdf](https://eurogender.eige.europa.eu/system/files/post-files/eige_icf_sexual-and-reproductive-health-rights.pdf).
- Apter, D. (2011). Recent developments and consequences of sexuality education in Finland. *Sexuality Education and Family Planning* 2, 3–8. doi:10.1159/000331669.
- Apter, D. (2018). Contraception options: Aspects unique to adolescent and young adult. *Best Practice & Research Clinical Obstetrics & Gynaecology* 48, 115–127. doi:10.1016/j.bpobgyn.2017.09.010.
- Apter, D., Cacciatore, R. & Hermanson, E. (2004). Adolescent contraception. *International Congress Series* 1266, 81–89. doi:10.1016/j.ics.2004.01.072.
- Baams, L. (2020). Stages of Sexual Development. Teoksessa S. Hupp & J. Jewell (toim.) *The Encyclopedia of Child and Adolescent Development*. E-kirja. Hoboken, NJ: John Wiley & Sons.
- Bahamondes, M. V. & Bahamondes, L. (2021). Intrauterine device use is safe among nulligravidas and adolescent girls. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica* 100 (4), 641–648. doi:10.1111/aogs.14097.
- Berro Pizzarossa, L. (2018). Here to stay: The evolution of sexual and reproductive health and rights in international human rights law. *Laws* 7 (3), 29. doi:10.3390/laws7030029.
- Bharadwaj, P., Akintomide, H., Brima, N., Copas, A. & D'Souza, R. (2012). Determinants of long-acting reversible contraceptive (LARC) use by adolescent girls and young women. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 17 (4), 298–306. doi:10.3109/13625187.2012.675602.
- Biggs, M. A., Rocca, C. H., Brindis, C. D., Hirsch, H. & Grossman, D. (2015). Did increasing use of highly effective contraception contribute to declining abortions in Iowa? *Contraception* 91 (2), 167–173. doi:10.1016/j.contraception.2014.10.009.
- Bildjuschkin, K., Klemetti, R., Kulmala, T., Luoto, R., Nipuli, S., Nykänen, M., Parekh, S., Raussi-Lehto, E. & Surcel, H. (2016a). Johdanto. Teoksessa R. Klemetti & E. Raussi-

- Lehto (toim.) Edistä, ehkäise, vaikuta - seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 10–21.
- Bildjuschkin, K., Klemetti, R., Kulmala, T., Luoto, R., Nipuli, S., Nykänen, M., Parekh, S., Raussi-Lehto, E. & Surcel, H. (2016b). Raskauden ehkäisy. Teoksessa R. Klemetti & E. Raussi-Lehto (toim.) Edistä, ehkäise, vaikuta - seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 118–129.
- Bildjuschkin, K., Klemetti, R., Kulmala, T., Luoto, R., Nipuli, S., Nykänen, M., Parekh, S., Raussi-Lehto, E. & Surcel, H. (2016c). Väestön tiedot seksuaali- ja lisääntymisterveydestä ja seksuaali- ja lisääntymisterveyskäyttäytyminen. Teoksessa R. Klemetti & E. Raussi-Lehto (toim.) Edistä, ehkäise, vaikuta - seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 28–37.
- Boden, J. M., Fergusson, D. M. & John Horwood, L. (2008). Early motherhood and subsequent life outcomes. *Journal of Child Psychology and Psychiatry* 49 (2), 151–160. doi:10.1111/j.1469-7610.2007.01830.x.
- Bongaarts, J. & Hardee, K. (2019). Trends in contraceptive prevalence in sub-saharan africa: The roles of family planning programs and education. *African Journal of Reproductive Health* 23 (3), 96–105. doi:10.29063/ajrh2019/v23i3.9.
- Braeken, D., Shand, T. & de Silva, U. (2010). IPPF framework for comprehensive sexuality education (CSE). London: IPPF.
- Brown, B. B., Mounts, N., Lamborn, S. D. & Steinberg, L. (1993). Parenting practices and peer group affiliation in adolescence. *Child Development* 64 (2), 467–482. doi:10.2307/1131263.
- Cacciatore, R., Korteniemi-Poikela, E. & Kaltiala, R. (2019). The steps of sexuality—a developmental, emotion-focused, child-centered model of sexual development and sexuality education from birth to adulthood. *International Journal of Sexual Health* 31 (3), 319–338. doi:10.1080/19317611.2019.1645783.
- Carlsson, I., Breeding, K. & Larsson, P. (2018). Complications related to induced abortion: A combined retrospective and longitudinal follow-up study. *BMC Women's Health* 18 (1), 1–9. doi:10.1186/s12905-018-0645-6.
- Carter, D. (2012). Comprehensive sex education for teens is more effective than abstinence. *The American Journal of Nursing* 112 (3), 15. doi:10.1097/01.NAJ.0000412622.87884.a3.

- Cavazos-Rehg, P. A., Krauss, M. J., Spitznagel, E. L., Schootman, M., Peipert, J. F., Cottler, L. B. & Bierut, L. J. (2010). Type of contraception method used at last intercourse and associations with health risk behaviors among US adolescents. *Contraception* 82 (6), 549–555. doi:10.1016/j.contraception.2010.05.007.
- Cheung, T. S., Goldstuck, N. D. & Gebhardt, G. S. (2021). The intrauterine device versus oral hormonal methods as emergency contraceptives: A systematic review of recent comparative studies. *Sexual & Reproductive Healthcare*, 28. doi:10.1016/j.srhc.2021.100615.
- Cleland, J., Conde-Agudelo, A., Peterson, H., Ross, J. & Tsui, A. (2012a). Contraception and health. *The Lancet* 380 (9837), 149–156. doi:10.1016/S0140-6736(12)60609-6.
- Cleland, K., Zhu, H., Goldstuck, N., Cheng, L. & Trussell, J. (2012b). The efficacy of intrauterine devices for emergency contraception: A systematic review of 35 years of experience. *Human Reproduction* 27 (7), 1994–2000. doi:10.1093/humrep/des140.
- Cohen, R., Sheeder, J., Kane, M. & Teal, S. B. (2017). Factors associated with contraceptive method choice and initiation in adolescents and young women. *Journal of Adolescent Health* 61 (4), 454–460. doi:10.1016/j.jadohealth.2017.04.008.
- Coleman, P. K. (2011). Abortion and mental health: Quantitative synthesis and analysis of research published 1995–2009. *The British Journal of Psychiatry* 199 (3), 180–186. doi:10.1192/bjp.bp.110.077230.
- Coles, C. B. & Shubkin, C. D. (2018). Effective, recommended, underutilized: A review of the literature on barriers to adolescent usage of long-acting reversible contraceptive methods. *Current Opinion in Pediatrics* 30 (5), 683–688. doi:10.1097/MOP.0000000000000663.
- Cogle, J. R., Reardon, D. C. & Coleman, P. K. (2005). Generalized anxiety following unintended pregnancies resolved through childbirth and abortion: A cohort study of the 1995 national survey of family growth. *Journal of Anxiety Disorders* 19 (1), 137–142.
- Craig, A. D., Dehlendorf, C., Borrero, S., Harper, C. C. & Rocca, C. H. (2014). Exploring young adults' contraceptive knowledge and attitudes: Disparities by race/ethnicity and age. *Women's Health Issues* 24 (3), 281–289. doi:10.1016/j.whi.2014.02.003.
- Currie, C., Inchley, J., Molcho, M., Lenzi, M., Veselska, Z. & Wild, F. (2014). Health behaviour in school-aged children (HBSC) study protocol: Background, methodology and mandatory items for the 2013/14 survey. St Andrews: Cahru.
- Currie, C., Nic, S. & Godeau, E. (2009). The health behaviour in school-aged children: WHO collaborative cross-national (HBSC) study: Origins, concept, history and development

- 1982-2008. *International Journal of Public Health* 54 (2), 131–139. doi:10.1007/s00038-009-5404-x.
- Darroch, J. E., Woog, V., Bankole, A. & Ashford, L. S. (2016). Adding it up: Costs and benefits of meeting the contraceptive needs of adolescents. Guttmacher Institute. Viitattu 27.2.2022. <https://www.guttmacher.org/report/adding-it-meeting-contraceptive-needs-of-adolescents>.
- de Looze, M., Madkour, A. S., Huijts, T., Moreau, N. & Currie, C. (2019). Country-level gender equality and adolescents' contraceptive use in Europe, Canada and Israel: Findings from 33 countries. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 51 (1), 43–53. doi:10.1363/psrh.12090.
- Degni, F., Ojanlatva, A. & Essen, B. (2010). Factors associated with married Iranian women's contraceptive use in Turku, Finland. *Iranian Studies* 43 (3), 379–390. doi:10.1080/00210861003693919.
- Dewalt, D., Berkman, N., Sheridan, S., Lohr, K. & Pignone, M. (2004). Literacy and health outcomes: A systematic review of the literature. *Journal of General Internal Medicine* 19, 1228–39. doi:10.1111/j.1525-1497.2004.40153.x.
- Diedrich, J. T., Klein, D. A. & Peipert, J. F. (2017). Long-acting reversible contraception in adolescents: A systematic review and meta-analysis. *American Journal of Obstetrics and Gynecology* 216 (4), 364. e1-364. e12. doi:10.1016/j.ajog.2016.12.024.
- Dittus, P. J., Michael, S. L., Becasen, J. S., Gloppen, K. M., McCarthy, K. & Guilamo-Ramos, V. (2015). Parental monitoring and its associations with adolescent sexual risk behavior: A meta-analysis. *Pediatrics* 136 (6), e1587–e1599. doi:10.1542/peds.2015-0305.
- Fathalla, M. F. & Fathalla, M. M. (2008). Sexual and reproductive health: Overview. *International Encyclopedia of Public Health* 5, 695–705.
- Finkle, J. L. & McIntosh, C. A. (2002). United Nations population conferences: shaping the policy agenda for the twenty-first century. *Studies in family planning* 33 (1), 11–23. doi:10.1111/j.1728-4465.2002.00011.x.
- Frost, J. J., Singh, S. & Finer, L. B. (2007). Factors associated with contraceptive use and nonuse, United states, 2004. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 39 (2), 90–99. doi:10.1363/3909007.
- Ganchimeg, T., Ota, E., Morisaki, N., Laopaiboon, M., Lumbiganon, P., Zhang, J., Yamdamsuren, B., Temmerman, M., Say, L. & Tunçalp, Ö. (2014). Pregnancy and childbirth outcomes among adolescent mothers: A world health organization



- multicountry study. *BJOG: An International Journal of Obstetrics & Gynaecology* 121, 40–48. doi:10.1111/1471-0528.12630.
- Gibbs, L. (2013). Gender, relationship type and contraceptive use at first intercourse. *Contraception* 87 (6), 806–812. doi:10.1016/j.contraception.2012.09.030.
- Gipson, J., Koenig, M. & Hindin, M. (2008). The effects of unintended pregnancy on infant, child, and parental health: A review of the literature. *Studies in Family Planning* 39, 18–38. doi: 10.1111/j.1728-4465.2008.00148.x.
- Glasier, A., Gülmezoglu, A. M., Schmid, G. P., Moreno, C. G. & Van Look, P. F. (2006). Sexual and reproductive health: A matter of life and death. *The Lancet* 368 (9547), 1595–1607. doi:10.1016/S0140-6736(06)69478-6.
- Goni, A. & Rahman, M. (2012). The impact of education and media on contraceptive use in Bangladesh: A multivariate analysis. *International Journal of Nursing Practice* 18 (6), 565–573. doi: 10.1111/ijn.12013.
- Guleria, S., Juul, K. E., Munk, C., Hansen, B. T., Arnheim-Dahlström, L., Liaw, K., Nygård, M. & Kjær, S. K. (2017). Contraceptive non-use and emergency contraceptive use at first sexual intercourse among nearly 12 000 scandinavian women. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica* 96 (3), 286–294. doi:10.1111/aogs.13088.
- Gyllenberg, F. (2020). Long-Acting Reversible Contraception Free of Charge: Initiations, User Characteristics, and Induced Abortions. Väitöskirja. Viitattu 13.2.2022. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-6085-0>.
- Gyllenberg, F., Saloranta, T. H., But, A., Gissler, M. & Heikinheimo, O. (2018). Induced abortion in a population entitled to free-of-charge long-acting reversible contraception. *Obstetrics and Gynecology* 132 (6), 1453–1460. doi:10.1097/AOG.0000000000002966.
- Halttunen-Nieminen, M. & Piltonen, T. (2019). Raskauden ehkäisy ja sterilisaatio. Teoksessa J. Tapanainen, O. Heikinheimo, K. Mäkikallio (toim.) *Naistentaudit ja synnytykset*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 120–135.
- Hartley, J. E., Levin, K. & Currie, C. (2016). A new version of the HBSC family affluence scale-FAS III: Scottish qualitative findings from the international FAS development study. *Child Indicators Research* 9 (1), 233–245. doi:10.1007/s12187-015-9325-3.
- Heino, A. & Gissler, M. (2021). Raskaudenkeskeytykset 2020. Tilastoraportti 48/2021. Helsinki: Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 17.1.2022. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2021121761244>.

- Hodgkinson, S. C., Colantuoni, E., Roberts, D., Berg-Cross, L. & Belcher, H. M. (2010). Depressive symptoms and birth outcomes among pregnant teenagers. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 23 (1), 16–22. doi:10.1016/j.jpag.2009.04.006.
- Hoopes, A. J., Gilmore, K., Cady, J., Akers, A. Y. & Ahrens, K. R. (2016). A qualitative study of factors that influence contraceptive choice among adolescent school-based health center patients. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 29 (3), 259–264. doi:10.1016/j.jpag.2015.09.011.
- Hubacher, D. & Trussell, J. (2015). A definition of modern contraceptive methods. *Contraception* 92 (5), 420–421. doi:10.1016/j.contraception.2015.08.008.
- Hulton, L. J. (2001). Adolescent sexual decision-making; an integrative review. *The Online Journal of Knowledge Synthesis for Nursing* 8 (1), 48–60. doi:10.1111/j.1524-475X.2001.00048.x.
- Inchley, J., Currie, D., Budisavljevic, S., Torsheim, T., Jaastad, A., Cosma, A. & Samdal, O. (2020). Spotlight on adolescent health and well-being. Findings from the 2017/2018 health behaviour in school-aged children (HBSC) survey in Europe and Canada. Verkkodokumentti. Viitattu 28.2.2022. <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/332091/9789289055000-eng.pdf>.
- Inchley, J., Currie, D., Young, T., Samdal, O., Torsheim, T., Augustson, L., Mathison, F., Aleman-Diaz, A., Molcho, M., Weber, M. & Barnekow, V. (2016). Growing up unequal: Gender and socioeconomic differences in young people's health and well-being: Health behaviour in school-aged children (HBSC) study: International report from the 2013/2014 survey. Verkkodokumentti. Viitattu 28.2.2022. [https://www.euro.who.int/\\_\\_data/assets/pdf\\_file/0003/303438/HSBC-No.7-Growing-up-unequal-Full-Report.pdf](https://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0003/303438/HSBC-No.7-Growing-up-unequal-Full-Report.pdf).
- Jalanko, E. (2022). Childbirth and induced abortion as a teenager: Associations with contraceptive services and long-term health outcomes. Helsinki: Helsingin Yliopisto. Väitöskirja. Viitattu 6.2.2022. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-951-51-7787-2>.
- Jalanko, E., Gyllenberg, F., Krstic, N., Gissler, M. & Heikinheimo, O. (2021). Municipal contraceptive services, socioeconomic status and teenage pregnancy in Finland: A longitudinal study. *BMJ Open* 11 (2), e043092. doi:10.1136/bmjopen-2020-043092.
- Jeha, D., Usta, I., Ghulmiyyah, L. & Nassar, A. (2015). A review of the risks and consequences of adolescent pregnancy. *Journal of Neonatal-Perinatal Medicine* 8 (1), 1–8. doi:10.3233/NPM-15814038.

- Johnson, A. Z., Sieving, R. E., Pettingell, S. L. & McRee, A. (2015). The roles of partner communication and relationship status in adolescent contraceptive use. *Journal of Pediatric Health Care* 29 (1), 61–69. doi:10.1016/j.pedhc.2014.06.008.
- Kansanterveyslaki 66/1972. (1972). Viitattu 4.2.2022. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>.
- Kanuga, M. & Rosenfeld, W. D. (2004). Adolescent sexuality and the internet: the good, the bad, and the URL. *Journal of Pediatric and Adolescent Gynecology* 17 (2), 117–124. doi:10.1016/j.jpjag.2004.01.015.
- Kaplan, D. L., Jones, E. J., Olson, E. C. & Yunzal-Butler, C. B. (2013). Early age of first sex and health risk in an urban adolescent population. *Journal of School Health* 83 (5), 350–356. doi:10.1111/josh.12038.
- Kilfoyle, K. A., Vitko, M., O'Connor, R. & Bailey, S. C. (2016). Health literacy and women's reproductive health: A systematic review. *Journal of Women's Health* 25 (12), 1237–1255. doi:10.1089/jwh.2016.5810.
- Kiuru, S., Gissler, M. & Heino, A. (2021). Perinataaltilasto – synnyttäjät, synnytykset ja vastasyntyneet 2020. Tilastoraportti 49/2021. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 01.02.2022. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe2021122061770>.
- Kontula, O. & Meriläinen, H. (2007). Koulun seksuaalikasvatus 2000-luvun suomessa. Verkkosivu. Viitattu 23.03.2022. <https://www.vaestoliitto.fi/uploads/2020/12/7c755e1a-koulun-seksuaalikasvatus-2000-luvun-suomessa.pdf>.
- Kosunen, E., Kaltiala-Heino, R., Rimpelä, M. & Laippala, P. (2003). Risk-taking sexual behaviour and self-reported depression in middle adolescence – a school-based survey. *Child: Care, Health and Development* 29 (5), 337–344. doi:10.1046/j.1365-2214.2003.00357.x.
- Kugler, K. C., Vasilenko, S. A., Butera, N. M. & Coffman, D. L. (2017). Long-term consequences of early sexual initiation on young adult health: a causal inference approach. *The Journal of early adolescence* 37 (5), 662–676. doi:10.1177/0272431615620666.
- Kuorti, M. & Halonen, M. (2018). Miten nuorten seksuaaliterveyttä edistetään tehokkaimmin? *Duodecim* 134 (8), 873–879.
- Lago, S., Cantarero, D., Rivera, B., Pascual, M., Blázquez-Fernández, C., Casal, B. & Reyes, F. (2018). Socioeconomic status, health inequalities and non-communicable diseases: a

- systematic review. *Journal of Public Health* 26 (1), 1–14. doi:10.1007/s10389-017-0850-z.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. (1992). Viitattu 16.2.2022. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.
- Lazarus, J., Moghaddassi, M., Godeau, E., Ross, J., Vignes, C., Ostergren, P. & Liljestrand, J. (2009). A multilevel analysis of condom use among adolescents in the european union. *Public Health* 123, 138–144. doi:10.1016/j.puhe.2008.10.014.
- Leppälahti, S., Gissler, M. & Heikinheimo, O. (2014). Onko teiniraskaus Suomessa obstetrinen riski? *Duodecim* 130 (6), 541–542.
- Leppälahti, S., Gissler, M., Mentula, M. & Heikinheimo, O. (2013). Is teenage pregnancy an obstetric risk in a welfare society? A population-based study in Finland, from 2006 to 2011. *BMJ Open* 3 (8), e003225. doi:10.1136/bmjopen-2013-003225.
- Leppälahti, S., Heikinheimo, O., Kalliala, I., Santalahti, P. & Gissler, M. (2016). Is underage abortion associated with adverse outcomes in early adulthood? A longitudinal birth cohort study up to 25 years of age. *Human Reproduction* 31 (9), 2142–2149. doi:10.1093/humrep/dew178.
- Liinamo, A. (2005). Suomalaisnuorten seksuaalikasvatus ja seksuaaliterveystiedot oppilaan ja koulun näkökulmasta: Arviointia terveyden edistämisen viitekehyksessä. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Lopez-del Burgo, C. & de Irala, J. (2016). Modern contraceptive methods: A new misleading definition. *Contraception* 93 (6), 565–566. doi:10.1016/j.contraception.2016.01.014.
- Lyyra, N., Välimaa, R., Leskinen, E., Kannas, L. & Heikinaro-Johansson, P. (2016). Koululaisten yksinäisyys. *Kasvatus* 47 (1), 34–47.
- Magnusson, B. M., Masho, S. W. & Lapane, K. L. (2012). Early age at first intercourse and subsequent gaps in contraceptive use. *Journal of Women's Health* 21 (1), 73–79. doi:10.1089/jwh.2011.2893.
- Major, B., Cozzarelli, C., Cooper, M. L., Zubek, J., Richards, C., Wilhite, M. & Gramzow, R. H. (2000). Psychological responses of women after first-trimester abortion. *Archives of General Psychiatry* 57 (8), 777–784. doi:10.1001/archpsyc.57.8.777.
- Malin, M. & Gissler, M. (2008). Induced abortions among immigrant women in Finland. *Finnish Journal of Ethnicity and Migration* 3, 2–12.
- Manlove, J., Logan, C., Moore, K. A. & Ikramullah, E. (2008). Pathways from family religiosity to adolescent sexual activity and contraceptive use. *Perspectives on Sexual and Reproductive Health* 40 (2), 105–117. doi:10.1363/4010508.

- Mansour, D., Inki, P. & Gemzell-Danielsson, K. (2010). Efficacy of contraceptive methods: A review of the literature. *The European Journal of Contraception & Reproductive Health Care* 15 (1), 4–16. doi:10.3109/13625180903427675.
- Martinez, G. & Abma, J. C. (2020). Sexual activity and contraceptive use among teenagers aged 15-19 in the United States, 2015-2017. US Department of Health & Human Services, Centers for Disease Control and Prevention. Verkkodokumentti. Viitattu 1.3.2022. <https://www.cdc.gov/nchs/data/databriefs/db366-h.pdf>.
- Montgomery, P. & Knerr, W. (2016). Review of the evidence on sexuality education. Report to inform the update of the UNESCO International Technical Guidance on Sexuality Education. University of Oxford Centre for Evidence-Based Intervention. Paris: UNESCO. Viitattu 2.3.2022. <https://www.gcedclearinghouse.org/sites/default/files/resources/180165eng.pdf>
- Morris, J. L. & Rushwan, H. (2015). Adolescent sexual and reproductive health: The global challenges. *International Journal of Gynecology & Obstetrics* 131, 40–42. doi:10.1016/j.ijgo.2015.02.006.
- NCCMH. (2011). Induced abortion and mental health. National Collaborating Centre for Mental Health. Verkkosivu. Viitattu 2.1.2022. [https://www.aomrc.org.uk/wp-content/uploads/2016/05/Induced\\_Abortion\\_Mental\\_Health\\_1211.pdf](https://www.aomrc.org.uk/wp-content/uploads/2016/05/Induced_Abortion_Mental_Health_1211.pdf).
- Neal, S., Matthews, Z., Frost, M., Fogstad, H., Camacho, A. V. & Laski, L. (2012). Childbearing in adolescents aged 12–15 years in low resource countries: A neglected issue. New estimates from demographic and household surveys in 42 countries. *Acta Obstetrica Et Gynecologica Scandinavica* 91 (9), 1114–1118. doi:10.1111/j.1600-0412.2012.01467.x.
- Nurmeksela, S. (2011). Suomessa asuvien yläkouluikäisten maahanmuuttajanuorten seksuaaliterveystiedot. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 4.2.2022. <http://urn.fi/URN:NBN:fi:jyu-2011121911826>.
- Ojala, K. (2017). Nuori, liikunta ja ulkonäkö. *Liikunta ja tiede* 54 (6), 4–8.
- Paakkari, L. & Paakkari, O. (2012). Health literacy as a learning outcome in schools. *Health Education* 112 (2), 133–152. doi: 10.1108/09654281211203411.
- Paakkari, L., Kokko, S., Villberg, J., Paakkari, O. & Tynjälä, J. (2017). Health literacy and participation in sports club activities among adolescents. *Scandinavian Journal of Public Health* 45 (8), 854–860. doi:10.1177/1403494817714189.

- Paakkari, L., Torppa, M., Välimaa, R., Villberg, J., Ojala, K. & Tynjälä, J. (2019). Health asset profiles and health indicators among 13- and 15-year-old adolescents. *International Journal of Public Health* 46, 1301–1311. doi:10.1007/s00038-019-01280-7.
- Paakkari, O., Torppa, M., Villberg, J., Kannas, L. & Paakkari, L. (2018). Subjective health literacy among school-aged children. *Health Education* 118 (2), 182–195. doi:10.1108/HE-02-2017-0014.
- Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet 2014. (2014). Opetushallitus. Määräykset ja ohjeet 2014:96. Viitattu 1.3.2022. [https://www.oph.fi/sites/default/files/documents/perusopetuksen\\_opetussuunnitelman\\_perusteet\\_2014.pdf](https://www.oph.fi/sites/default/files/documents/perusopetuksen_opetussuunnitelman_perusteet_2014.pdf).
- Puusniekka, R., Kivimäki, H. & Jokela, J. (2012). Nuorten seksuaalikäyttäytyminen 2000-luvulla. *Nuorisotutkimus* 30 (3), 4–24.
- Quinton, W. J., Major, B. & Richards, C. (2001). Adolescents and adjustment to abortion: Are minors at greater risk? *Psychology, Public Policy and Law* 7 (3), 491. doi:10.1037//1076-8971.7.3.491.
- Raine, T., Minnis, A. M. & Padian, N. S. (2003). Determinants of contraceptive method among young women at risk for unintended pregnancy and sexually transmitted infections. *Contraception* 68 (1), 19–25. doi:10.1016/S0010-7824(03)00107-0.
- Raj, A. & Boehmer, U. (2013). Girl child marriage and its association with national rates of HIV, maternal health, and infant mortality across 97 countries. *Violence Against Women* 19 (4), 536–551. doi:10.1177/1077801213487747.
- Ranjit, N., Bankole, A., Darroch, J. E. & Singh, S. (2001). Contraceptive failure in the first two years of use: Differences across socioeconomic subgroups. *Family Planning Perspectives* 33 (1), 19–27. doi:10.1363/3301901.
- Raskauden ehkäisy. Käypä hoito -suositus 2021. (2021). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Gynekologiyhdistyksen ja Suomen Yleislääketieteen Yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 3.1.2022. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi).
- Raskaudenkeskeytys. Käypä hoito -suositus 2013. (2013). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 19.1.2022. [www.kaypahoito.fi](http://www.kaypahoito.fi).
- Rickert, V. I., Sanghvi, R. & Wiemann, C. M. (2002). Is lack of sexual assertiveness among adolescent and young adult women a cause for concern? *Perspectives on sexual and reproductive health* 34 (4), 178–183.
- Säävälä, M. (2017). Maahanmuuttajien raskaudenehkäisy. *Lääkärilehti* 72 (42), 2375–2379.

- Sandfort, T. G., Orr, M., Hirsch, J. S. & Santelli, J. (2008). Long-term health correlates of timing of sexual debut: results from a national US study. *American journal of public health* 98 (1), 155–161. doi:10.2105/AJPH.2006.097444.
- Santalahti, T. (2018). Nuorten seksuaalisuus ja seksuaaliterveys: Opettajan opas. Duodecim terveyskirjasto. Verkko sivu. Viitattu 28.1.2022. <https://www.terveyskirjasto.fi/oos00001>.
- Schroeder, E. (2009). What is sexuality education? Definitions and models. Teoksessa E. Schroeder & J. Kuriansky (toim.) *Sexuality education: Past, present, and future*. Westport, CT: Praeger Publishers.
- Sedgh, G., Singh, S. & Hussain, R. (2014). Intended and unintended pregnancies worldwide in 2012 and recent trends. *Studies in family planning* 45 (3), 301–314. doi:10.1111/j.1728-4465.2014.00393.x.
- Spriggs, A. L. & Halpern, C. T. (2008). Sexual debut timing and depressive symptoms in emerging adulthood. *Journal of Youth and Adolescence* 37 (9), 1085–1096. doi:10.1007/s10964-008-9303-x.
- Springate, J. & Omar, H. A. (2013). The impact of the internet on the sexual health of adolescents: A brief review. *International Journal of Child and Adolescent Health* 6 (4), 469.
- Szucs, L. E., Lowry, R., Fasula, A. M., Pampati, S., Copen, C. E., Hussaini, K. S., Kachur, R. E., Koumans, E. H. & Steiner, R. J. (2020). Condom and contraceptive use among sexually active high school students – youth risk behavior survey, United States, 2019. *MMWR Supplements* 69 (1), 11–18. doi:10.15585/mmwr.su6901a2.
- Tang, J. H., Lopez, L. M., Mody, S. & Grimes, D. A. (2012). Hormonal and intrauterine methods for contraception for women aged 25 years and younger. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 11. doi:10.1002/14651858.CD009805.pub2.
- Teal, S. & Edelman, A. (2021). Contraception selection, effectiveness, and adverse effects: A review. *Jama* 326 (24), 2507–2518. doi:10.1001/jama.2021.21392.
- Temmerman, M., Khosla, R. & Say, L. (2014). Sexual and reproductive health and rights: A global development, health, and human rights priority. *The Lancet* 384 (9941), e30–e31. doi:10.1016/S0140-6736(14)61190-9.
- Templeton, M., Lohan, M., Kelly, C. & Lundy, L. (2017). A systematic review and qualitative synthesis of adolescents' views of sexual readiness. *Journal of Advanced Nursing* 73 (6), 1288–1301. doi:10.1111/jan.13207.

- THL. (2010). Maailman terveysjärjestön (WHO) euroopan aluetoimisto ja BZgA seksuaalikasvatuksen standardit euroopassa suuntaviivat poliittisille päättäjille, opetus- ja terveydenhoitoalan viranomaisille ja asiantuntijoille. Verkkodokumentti. Viitattu 7.1.2022. <https://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085324>.
- THL. (2012). Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Verkkodokumentti. Viitattu 29.1.2022. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-739-4>.
- THL. (2014). Kouluterveyskyselyn tulokset 2013. Verkkosivu. Viitattu 10.2.2022. [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tilastot/vaestotutkimukset/kouluterveyskysely/tulokset](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/vaestotutkimukset/kouluterveyskysely/tulokset).
- THL. (2021). Kouluterveyskyselyn tulokset 2019 ja 2021: Terveys ja toimintakyky. Verkkosivu. Viitattu 10.2.2022. <https://thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet/tutkimus-ja-seuranta/terveys-ja-toimintakyky>.
- Thompson, K. M. J., Rocca, C. H., Kohn, J. E., Goodman, S., Stern, L., Blum, M., Speidel, J. J., Darney, P. D. & Harper, C. C. (2016). Public funding for contraception, provider training, and use of highly effective contraceptives: A cluster randomized trial. *American Journal of Public Health* 106 (3), 541–546. doi:10.2105/AJPH.2015.303001.
- Ti, A., Soin, K., Rahman, T., Dam, A. & Yeh, P. T. (2021). Contraceptive values and preferences of adolescents and young adults: A systematic review. *Contraception* (21), doi:10.1016/j.contraception.2021.05.018.
- Tiitinen, A. (2021a). Raskauden ehkäisy. Duodecim terveyskirjasto. Verkkosivu. Viitattu 4.2.2022. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00165>.
- Tiitinen, A. (2021b). Jälkiehkäisy. Duodecim terveyskirjasto. Verkkosivu. Viitattu 4.2.2022. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00133>.
- Torsheim, T., Cavallo, F., Levin, K. A., Schnohr, C., Mazur, J., Niclasen, B. & Currie, C. (2016). Psychometric validation of the revised family affluence scale: A latent variable approach. *Child Indicators Research* 9 (3), 771–784. doi: 10.1007/s12187-015-9339-x.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2012). Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Verkkodokumentti. Viitattu 28.3.2022. [https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf).
- Tyler, C. P., Whiteman, M. K., Kraft, J. M., Zapata, L. B., Hillis, S. D., Curtis, K. M., Anderson, J., Pazol, K. & Marchbanks, P. A. (2014). Dual use of condoms with other contraceptive methods among adolescents and young women in the United States. *Journal of Adolescent Health* 54 (2), 169–175. doi:10.1016/j.jadohealth.2013.07.042.



- UNESCO. (2018). International technical guidance on sexuality education. Verkkodokumentti. Viitattu 19.2.2022. <https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/ITGSE.pdf>.
- UNFPA. (2015). Girlhood not motherhood: Preventing adolescent pregnancy. Verkkodokumentti. Viitattu 6.2.2022. [https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Girlhood\\_not\\_motherhood\\_final\\_web.pdf](https://www.unfpa.org/sites/default/files/pub-pdf/Girlhood_not_motherhood_final_web.pdf).
- UNFPA. (2021). Comprehensive sexuality education. Verkkodokumentti. Viitattu 19.2.2022. <https://www.unfpa.org/comprehensive-sexuality-education#readmore-expand>.
- Urrutia, R. P., Polis, C. B., Jensen, E. T., Greene, M. E., Kennedy, E. & Stanford, J. B. (2018). Effectiveness of fertility awareness-based methods for pregnancy prevention: A systematic review. *Obstetrics & Gynecology* 132 (3), 591–604. doi:10.1097/AOG.0000000000002784.
- Valli, R. (2015). Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. 2. uudistettu painos. E-kirja. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Valtioneuvosto. (2019). Hallituksen toimintasuunnitelma: Osallistava ja osaava suomi – sosiaalisesti, taloudellisesti ja ekologisesti kestävä yhteiskunta. Valtioneuvosto. Valtioneuvoston Julkaisuja. Viitattu 7.1.2022. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-287-789-5>.
- Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 338/2011. (2011). Viitattu 16.2.2022. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2011/20110338>.
- Van de Bongardt, D., Reitz, E., Sandfort, T. & Deković, M. (2015). A meta-analysis of the relations between three types of peer norms and adolescent sexual behavior. *Personality and Social Psychology Review* 19 (3), 203–234. doi:10.1177/1088868314544223.
- Vanwesenbeeck, I. (2020). Comprehensive sexuality education. *Oxford research encyclopedia of global public health*. doi:10.1093/acrefore/9780190632366.013.205.
- Vázquez-Rodríguez, C. F., Vazquez-Nava, F., Vazquez-Rodriguez, E. M., Castillo-Ruiz, O., Vargas Correa, J. B. & Ortega Betancourt, N. V. (2018). Family, personal, and social factors associated with the non-use of contraceptive methods during the first sexual experience in adolescent women. *Journal of Public Health Policy* 39 (1), 100–110. doi:10.1057/s41271-017-0094-8.
- Waiz, N. K. (2000). Role of education in the use of contraception. *The Lancet* 356, S51. doi:10.1016/S0140-6736(00)92037-3.
- WHO. (1975). Education and treatment in human sexuality: The training of health professionals. Report of a WHO Meeting. World Health Organization Technical Report

- Series no. 572. Verkkodokumentti. Viitattu 3.2.2022.  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/38247>.
- WHO. (2006). Defining sexual health. Report of a technical consultation on sexual health 28–31 January 2002, Geneva. Verkkodokumentti. Viitattu 1.2.2022.  
[https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual\\_health/defining\\_sh/en/](https://www.who.int/reproductivehealth/publications/sexual_health/defining_sh/en/).
- WHO. (2014). Health for the world's adolescents: A second chance in the second decade: Summary. Geneva: World Health Organization. Verkkodokumentti. Viitattu 22.2.2022.  
<https://apps.who.int/iris/handle/10665/112750>.
- WHO. (2020). Global health estimates. Verkkodokumentti. Viitattu 1.2.2022.  
<https://www.who.int/data/gho/data/themes/mortality-and-global-health-estimates>.
- Widman, L., Choukas-Bradley, S., Noar, S. M., Nesi, J. & Garrett, K. (2016). Parent-adolescent sexual communication and adolescent safer sex behavior: A meta-analysis. *JAMA Pediatrics* 170 (1), 52–61. doi:10.3233/NPM-15814038.
- Williams, B. N., Jauk, V. C., Szychowski, J. M. & Arbuckle, J. L. (2021). Adolescent emergency contraception usage, knowledge, and perception. *Contraception* 103 (5), 361–366. doi:10.1016/j.contraception.2021.01.003.
- Woog, V., Alyssa, B., Jesse, P. & Singh, S. (2015). Adolescent womens need for and use of sexual and reproductive health services in developing countries. The Guttmacher Institute. Verkkodokumentti. Viitattu 22.2.2022.  
[https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report\\_pdf/adolescent-srhs-need-developing-countries.pdf](https://www.guttmacher.org/sites/default/files/report_pdf/adolescent-srhs-need-developing-countries.pdf).

# LIITE 1. WHO-Koululaistutkimuksen kyselylomakkeen hyödynnetyt osiot

## 1. Sukupuoli

- Poika  Tyttö

## 9. Missä maassa olet syntynyt?

- Suomessa  
 Virossa  
 Venäjällä  
 Ruotsissa  
 Somaliassa  
 Muussa maassa, missä
- 

## 10. Missä maassa äitisi on syntynyt?

- Suomessa  
 Virossa  
 Venäjällä  
 Ruotsissa  
 Somaliassa  
 Muussa maassa, missä
- 

## 11. Missä maassa isäsi on syntynyt?

- Suomessa  
 Virossa  
 Venäjällä  
 Ruotsissa  
 Somaliassa  
 Muussa maassa, missä
- 

## 28. Viimeisimmässä todistuksessa arvosanani oli ...

	4	5	6	7	8	9	10
äidinkielessä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
matematiikassa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

## 80. Kuinka paljon äitisi todella tietää siitä...?

	Hän tietää paljon	Hän tietää jonkin verran	Hän ei tiedä mitään	Ei ole äitiä tai en tapaa häntä
<b>ÄITI</b>				
• keitä ystäväsi ovat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• kuinka käytät rahasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• missä vietät aikaasi koulun jälkeen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• missä olet iltaisin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• mitä teet vapaa-aikanasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

## 81. Kuinka paljon isäsi todella tietää siitä...?

	Hän tietää paljon	Hän tietää jonkin verran	Hän ei tiedä mitään	Ei ole isää tai en tapaa häntä
<b>ISÄ</b>				
• keitä ystäväsi ovat	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• kuinka käytät rahasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• missä vietät aikaasi koulun jälkeen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• missä olet iltaisin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• mitä teet vapaa-aikanasi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

92. Omistaako perheesi auton (henkilö-, paketti- tai kuorma-auto)?

- Ei  
 Kyllä, yhden  
 Kyllä, kaksi tai useampia

93. Onko sinulla oma huone?

- Ei  
 Kyllä

94. Kuinka monta tietokonetta perheelläsi on (mukaan lukien kannettavat ja tabletit, mutta ei pelikonsoleja eikä älypuhelimia)?

- Ei yhtään  
 Yksi  
 Kaksi  
 Useampia kuin kaksi

95. Kuinka monta kylpyhuonetta kotonasi on?

- Ei yhtään  
 Yksi  
 Kaksi  
 Useampia kuin kaksi

96. Onko kotonasi astianpesukone?

- Ei  
 Kyllä

97. Kuinka monta lomamatkaa ulkomaille teit viime vuonna perheesi kanssa?

- En yhtään  
 Yhden  
 Kaksi  
 Useampia kuin kaksi

103. Valitse seuraavista vaihtoehtoista se, joka parhaiten kuvaa mielipidettäsi

Olen varma, että ...

	Ei lainkaan totta	Juuri ja juuri totta	Jossain määrin totta	Täysin totta
• minulla on hyvät tiedot terveydestä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• löydän tarvittaessa terveyteen liittyvää tietoa, jota minun on helppo ymmärtää	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• osaan päätellä, miten oma toimintani vaikuttaa ympäröivään luontoon	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• osaan helposti antaa esimerkkejä asioista, jotka tukevat terveyttä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• osaan noudattaa lääkärin tai hoitajan minulle antamia ohjeita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-----				
• osaan perustella omia terveyteen liittyviä valintojani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• osaan tarvittaessa antaa ideoita miten terveyttä voidaan kohentaa lähiympäristössäni (esim. lähellä oleva paikka tai alue, perhe, ystävät)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• osaan yleensä selvittää onko jokin terveyteen liittyvä tieto oikea vai väärä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• osaan päätellä, miten käyttäytymiseni vaikuttaa terveyteeni	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• osaan vertailla keskenään eri tietolähteistä saatua terveyteen liittyvää tietoa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

116. Oletko koskaan ollut sukupuoliyhdyntässä?

- Kyllä  
 En, siirry kysymykseen 119

117. Minkä ikäisenä olit ensimmäistä kertaa sukupuoliyhdyntässä?

- 11-vuotiaana tai nuorempana  
 12-vuotiaana  
 13-vuotiaana  
 14-vuotiaana  
 15-vuotiaana  
 16-vuotiaana

118. Kun viimeksi olit sukupuoliyhdyntässä, käytitkö tai käyttikö kumppanisi ...

	Kyllä	Ei	En tiedä
• kondomia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• E-pillereitä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• jälkiekhäisyä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• kaksoisehkäisyä (kondomi + jokin muu menetelmä)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
• jotain muuta menetelmää	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>