

KYSELYTUTKIMUS NEUVOLA - ASIAKKAIDEN SEKSUAALISESTA  
HYVINVOINNISTA JA SEKSUAALITERVEYTEEN LIITTYVÄSTÄ  
NEUVONNAN JA TUEN TARPEESTA

Riitta Ala-Luhtala  
Terveyskasvatuksen  
Pro gradu -tutkielma  
Jyväskylän yliopisto,  
terveystieteiden laitos  
Syksy 2008

## TIIVISTELMÄ

Kyselytutkimus neuvola-asiakkaiden seksuaalisesta hyvinvoinnista ja seksuaaliterveyteen liittyvästä neuvonnan ja tuen tarpeesta

Riitta Ala-Luhtala

Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta,

terveystieteiden laitos, 2008

103 s, liitteet 33

Ohjaajina yliopistonopettaja Maija Nykänen ja lehtori Jorma Tynjälä

---

Tutkimuksen tarkoituksena oli saada tietoa lasta odottavien parien ja eri-ikäisten lasten vanhempien seksuaalisesta hyvinvoinnista ja seksuaaliterveyteen liittyvästä neuvonnan ja tuen tarpeesta. Kohdejoukkona oli Jyväskylässä, Oulussa ja Lohjalla neuvolan palveluja käyttäneet parisuhteessa eläneet naiset ja miehet. Aineisto (n=560) kerättiin syksyllä 2007 kyselylomakkeella neuvoloiden terveydenhoitajien avustuksella. Tutkimuksessa käytettiin pääasiassa määrällistä tutkimusotetta. Avoimista vastauksista saatu laadullinen aineisto ryhmiteltiin sisällönanalyysin periaatteita noudattaen.

Seksuaalinen hyvinvointi samoin kuin ”huonovointisuus” näytti koostuvan monista erilaisista yksittäisistä asioista, jotka olivat yhteydessä toisiinsa. Tulosten mukaan 60–70 % kyselyyn vastanneista ilmaisi seksuaalisen hyvinvointinsa olevan hyvä ja vastaavasti 30–40 % ilmaisi sen olevan huono. Seksuaalista hyvinvointia parhaiten selittivät avioliitossa olo ja elämänvaihe ennen lasten syntymää. Miehet ilmoittivat seksuaalisen hyvinvointinsa naisia paremmaksi. Seksuaalinen suhde koettiin parisuhdetta huonommaksi. Seksuaalista hyvinvointia ylläpitäviksi ja edistäviksi tekijöiksi nousivat muun muassa tyytyväisyys terveyteen; toimivat raskauden ehkäisymenetelmät; sairauksien ja kipujen puuttuminen; kumppanin kokeminen hyväksi ystäväksi ja kumppanien välinen kunnioitus sekä arvostus ja rakkaus; avoin tunteiden ilmaisu; läheisyys sekä henkisen yhteyden kokeminen. Seksuaalista hyvinvointia heikentäviä tekijöitä olivat muun muassa tyytymättömyys fyysiseen kuntoon; positiivisten viestien vähäisyys; harvat seksuaalisen kanssakäymisen kerrat; seksuaalinen haluttomuus; orgasmiongelmat; kokemukset seksuaalisen kanssakäymisen rutiininomaisuudesta ja kaavamaisuudesta; yhteisen rauhallisen ajan ja ristiriitatilanteiden hallintakeinojen puute.

Neuvola koettiin tärkeäksi paikaksi saada apua ja tukea seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista. Myös ystävät, perheneuvola, yksityiset terapeutit, psykologit ja lääkärit sekä parisuhdekurssit mainittiin avun ja tuen tahoina. Neljäsosa tutkittavista vastasi, että he tarvitsevat jatkossa seksuaaliterveyteen liittyvää neuvontaa ja tukea. Neuvonnan ja tuen sisältöjä voidaan käsitellä neuvolan terveydenhoitajan ja lääkärin toimesta, sekä niitä voivat hyödyntää kaikki terveydenhuollon ammattilaiset ja heitä kouluttavat tahot.

**Asiasanat:** hyvinvointi, seksuaaliterveys, seksuaalneuvonta, parisuhde, vanhemmuus, neuvola

## ABSTRACT

An inquiry concerning sexual welfare and need for consulting and support in sexual health for mother- and child clinic's clients

Riitta Ala-Luhtala

Jyväskylä: University of Jyväskylä,  
Studies in Sport, Physical Education and Health,  
Department of Health Sciences, 2008

103 p, appendixes 33

Supervisors were Maija Nykänen and Jorma Tynjälä

---

The aim of the study was to get information concerning the sexual welfare and the need for advice and support in sexual health of the couples who are expecting their first child or those parents who already have children of different ages. The target group of the study was women and men living in a steady relationship who used services of mother- and child clinics in Jyväskylä, Oulu and Lohja. The material (n=560) was collected in the autumn 2007 by a questionnaire form with the help of the clinics staff. The method of the study was quantitative, and the answers given to the open questions were classified adhering the principles of content analysis.

Sexual welfare as well as "sexual indisposition" seemed to constitute of several different separate items, which were interrelated. According to the results, 60–70% regarded their sexual welfare being good, and respectively, 30–40% was not satisfied with it. Sexual welfare was best explained by being married and the time before a child. Men regarded their sexual health better than women. The relationship was considered good, but the sexual interrelation worse. The factors maintaining and benefiting sexual health were gratification with one's health, means of contraception, lack of sickness and pain, partner being a good friend, mutual respect, love and appreciation, open indication of emotions, intimacy and experience of spiritual connection. The factors worsening sexual welfare were discontent with ones physical shape condition, the meagreness of positive messages, infrequent sexual intercourse, sexual reluctance, problems with orgasms, experiences of sex as routine and stereotyped, and lack of shared placed time and means of controlling discordances.

The clinic was held as an important authority for help and support in matters concerning sexual health. Also friends, family counselling, private therapists, psychologists, and doctors as well as relationship courses were mentioned as a source of help and support. A quarter of informants answered that in the future they will need advice and support as regards to their sexual health. The content of the counselling and the support can be dealt with the nurse and the doctor of the clinic. The results can be used by the professionals of medical care and by their educators.

Key words: welfare, sexual health, sex counseling, marital relationship, parenting, mother clinic, child clinic

## SISÄLLYS

### TIIVISTELMÄ

### ABSTRACT

### 1 JOHDANTO

2 SEKSUAALISUUS OSANA IHMISEN TERVEYTTÄ JA HYVINVOINTIA .....	6
2.1 Seksuaalisuuden moninaisuuden määrittelyä käsitteiden avulla .....	6
2.3.1 Biologinen ulottuvuus .....	10
2.3.2 Kulttuurillinen ulottuvuus .....	15
2.3.3 Psykologinen ulottuvuus .....	19
2.3.4 Eettinen ulottuvuus .....	23
3 SEKSUAALITERVEYDEN EDISTÄMINEN JA SEKSUAALINEUVONTA .....	26
3.1 Seksuaaliterveyden edistäminen yhteiskunnan, yhteisön ja yksilön tasolla .....	26
3.2 Seksuaalineuvonta ja sen tasoja määrittävä PLISSIT-malli .....	28
3.3 Seksuaalineuvonta perusterveydenhuollon neuvoloissa .....	31
3.4 Seksuaalineuvonnan ja tuen tarpeesta .....	32
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT .....	35
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS .....	36
5.1 Tutkittavat ja aineiston keruu .....	36
5.2 Mittarit .....	38
5.3 Analyysimenetelmät .....	41
6 TUTKIMUSTULOKSET .....	44
6.1 Taustatietoihin liittyvät tutkimustulokset .....	44
6.2 Biologiseen ulottuvuuteen liittyvät tutkimustulokset .....	48
6.3 Kulttuurilliseen ulottuvuuteen liittyvät tutkimustulokset .....	51
6.4 Psykologiseen ulottuvuuteen liittyvät tutkimustulokset .....	58
6.5 Eettiseen ulottuvuuteen liittyvät tutkimustulokset .....	65
6.6 Tutkimustulokset seksuaali- ja parisuhdepalvelujen käytöstä ja tarpeesta .....	67
7. POHDINTAA TUTKIMUSTULOISTA JA SUOSITUS JATKOTOIMIKSI .....	73
7.1 Tutkimuksen luotettavuus .....	73
7.2 Tutkimusaineiston edustavuus .....	76
7.3 Tutkittavien seksuaalista hyvinvointia edistävät, ylläpitävät ja heikentävät tekijät .....	77
7.4 Tutkittavien seksuaaliterveyteen liittyvä neuvonnan ja tuen tarve .....	88
7.5 Suositukset .....	90
7.6 Jatkotutkimuksen aiheet .....	91
7.6 Jatkotutkimuksen aiheet .....	92
LÄHTEET .....	93

### LIITTEET

## 1 JOHDANTO

*Kahden ihmisen seksuaalinen parisuhde on kuin kemiallinen reaktio, fysiologinen ja emotionaalinen prosessi, joka toimiessaan tuo tyydytystä ja mielihyvän tunteita, mutta toimimattomana aiheuttaa kipua ja pettymystä (Greenberg 2004, 255).* Tutkimusten mukaan parisuhteeseen ja seksuaalisuuteen liittyvät ongelmat heikentävät ihmisen kokonaisvaltaista hyvinvointia ja voivat vaikuttaa monien sairauksien taustalla (Feldman ym. 1994, Lauman ym. 1999, Haavio-Mannila ja Kontula 2001, David ym. 2003, Roy 2004, Davison ja McCabe 2005, Mahony 2006). Toisaalta tiedetään, että toimiva parisuhde ja seksuaalisuus edistävät terveyttä (Shapiro ym. 2000, Mahony 2006, Patrick ym. 2007). Kotimaiset ja ulkomaiset tutkimukset osoittavat, että ihmiset tarvitsevat tietoa, neuvontaa ja tukea parisuhteen ja seksuaalisuuden kysymyksissä (Waterhouse 1996, Gröhn ym. 1999, Olsson ym. 2005, Ryttyläinen 2005, Magnan ym. 2006). Tietoa ja rohkeutta tarvitsevat myös työntekijät, jotka joutuvat kohtaamaan asiakkaiden kysymyksiä (Pelkonen ja Löthman-Kilpeläinen, 2000, Verhoeven ym. 2003, Magnan ym. 2006, Taylor ja Davis 2006).

Nuorten seksuaaliterveystiedon tarvetta on kartoitettu 2000-luvun Suomessa kiitettävästi (Liinama 2005), mutta aikuisille suunnattua tutkimusta löytyy vähemmän. Erityisesti aikuisväestön näkemyksiä seksuaalineuvonnan tarpeesta tai hankintakanavista maassamme ei juuri ole tutkittu (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 19, 137). Suomalaista seksuaaliterveyden tutkimusta on tehty biologiseen kontekstiin, parisuhteisiin sekä jonkin verran ammattilaisten ja aikuisväestön seksuaaliterveyden tieto- ja taito osaamiseen liittyen, mutta suurimmaksi osaksi tutkimukset on täytynyt etsiä ulkomaisista lähteistä. Ulkomaisten tutkimustulosten siirtäminen omaan kansalliseen ympäristöön ei ole aivan ongelmatonta johtuen kulttuurillisista sekä arvo- ja normisidonnaisuuksien eroavaisuuksista (Ciami 2002). Tämän vuoksi tarvitaan moninaista ja laaja-alaista kansallista seksuaaliterveyden tutkimustyötä. Tähän tarpeeseen pyrin osaltani vastaamaan pro gradu -tutkimuksellani.

Pro gradu -työni tarkoitus on tutkia lasta odottavien parien ja eri-ikäisten lasten vanhempien seksuaalista hyvinvointia, sitä edistäviä ja heikentäviä tekijöitä sekä seksuaaliterveyteen liittyvää neuvonnan ja tuen tarvetta. Lapsen saamiseen sekä äidiksi ja isäksi tuloon liittyvien asioiden vaikutukset seksuaaliseen hyvinvointiin ovat mielestäni mielenkiintoinen tutkimuksen kohde, koska on katsottu, että toimiva parien välinen suhde on edellytys toimivalle vanhemmuudelle (Karila 1989). Lisäksi tiedetään, että vanhemmuus rasittaa parisuhdetta (Reuna 1998).

Määrittelen työssäni seksuaaliseen hyvinvointiin keskeisesti liittyviä käsitteitä melko seikkaperäisesti, koska ne ovat edelleen vieraita (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 13) ja epäselviä monille perusterveydenhuollon ammattilaisille. Tarkastelen seksuaalisuutta ja siihen liittyvää tutkimusta Greenbergin seksuaalisuuden ulottuvuuksia selittävää teoreettista mallia mukailen (Greenberg ym. 1993, 5). Olen ottanut mallin teoreettiseksi viitekehykseksi, koska katson, että se sopii strukturoiduksi rungoksi, erityisesti silloin, kun seksuaalisuutta tarkastellaan laajemmin eikä vain johonkin yksittäiseen osa-alueeseen liittyen. Näistä sisällöistä kokosin tutkimuksessani käytetyn kyselylomakkeen keskeisimmät kysymykset. Neuvola-asiakkaitten ilmoittamia seksuaaliterveyden aihealueen neuvonnan ja tuen tarpeita tarkastelen Annonin vuonna 1974 kehittämän PLISSIT-mallin mukaisesti. Mallin avulla seksuaaliterveyden edistämisen asiantuntijat voivat arvioida asiakkaidensa tai potilaidensa tarvitsemaa neuvonnan tai terapian tasoa ja käyttämiään menetelmiä. Malli toimii myös apuna työntekijöiden arvioidessa oman kompetenssinsa riittävyyttä. (Annon 1976, Salmimies 1980, Taylor ja Davis 2006.) Tutkimukseni tuloksia voivat hyödyntää terveydenhuollon eri sektoreilla toimivat ammattilaiset sekä ne koulutus- ja opetuspuolen työntekijät, jotka suunnittelevat ja pitävät seksuaaliterveyteen liittyviä koulutuksia ja kursseja.

## 2 SEKSUAALISUUS OSANA IHMISEN TERVEYTTÄ JA HYVINVOINTIA

Tässä luvussa kuvaan seksuaalisuutta ja siihen läheisesti liittyviä käsitteitä sekä niiden yhteyttä seksuaaliseen hyvinvointiin. Tarkastelun kohderyhmänä ovat parisuhteessa elävät lasta odottavat parit ja eri-ikäisten lasten vanhemmat. Seksuaaliseen hyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä tarkastelen Greenbergin (1993) seksuaalisuuden ulottuvuuksia selittävän teoreettisen mallin mukaisesti.

### 2.1 Seksuaalisuuden moninaisuuden määrittelyä käsitteiden avulla

**Seksuaalisuuden** on katsottu olevan osa ihmisen terveyttä ja hyvinvointia, eikä sitä voida erottaa muusta ihmisen toiminnasta ja/tai tarkastella irrallisena vietti-ilmiönä. (Nurmi 2000, 15.) Seksuaalisesti terveen aikuisen on katsottu arvostavan kehoaan, käyttäytyvän vastuullisesti, kommunikoiden kunnioittavasti sekä ilmaisevan rakkautta ja läheisyyttä omia arvojaan vastaavalla tavalla. Seksuaalisesti terve ihmissuhde pohjaa yhteisiin arvoihin, ja siinä voidaan erottaa viisi tunnusomaista piirrettä: se perustuu yhteisymmärrykseen, se ei riistä kumpaakaan, on rehellistä, tuottaa kummallekin mielihyvää sekä on suojattu suunnittelemttomalta raskaudelta ja sukupuolitaudeilta. (Lottes 2000a.) Seksuaalisuus on aiemmin käsitetty vahvasti biologiseksi vietiksi, vaikka seksuaalitoimintojen fysiologinen puoli ja kyky sukupuoliyhdyntään ovat vain yksi osa seksuaalisuutta. (Terveyskasvatuksen neuvottelukunta 1989, 4, McFarlane ja Rubenfeld 1993, Bruess and Greenberg 1994, 3.) **Seksuaalisessa kanssakäymisessä** tavoitteena on mielihyvän jakaminen. Seksuaaliseksi kanssakäymiseksi mielletään erityisesti seksuaalista mielihyvää tuottava läheisyys ja kosketukset, eikä siihen välttämättä tarvitse kuulua yhdyntä. (McCarthy ja McCarthy 2003, 32.) Työssäni seksuaalisen kanssakäymisen synonyymeinä, eri kirjoittajien käyttämistä termeistä johtuen, esiintyy sellaisia ilmaisuja kuten seksi, rakastelu, seksielämä, sukupuolielämä, seksuaalinen elämä, sukupuolinen aktiivisuus ja seksuaalinen suhde.

**Seksuaaliterveys** on nimetty fyysisen, emotionaalisen, psyykkisen ja sosiokulttuurisen hyvinvoinnin tilaksi. Seksuaalisuus nähdään tässä määritelmässä elämän osa-alueena, joka rikastuttaa sekä yksilöllistä että sosiaalista elämää, eikä kyse ole vain sairauden, toimintahäiriön tai raihnaisuuden puuttumisesta. (WHO, PAHO ja WAS 2000.) Robinsonin ym. (2002) mukaan seksuaaliterveys pohjautuu lisäksi itsensä hyväksymiseen siten, että yksilön käyttäytyminen, arvot ja tunteet ovat yhdenmukaiset ja yhdistyvät yksilön persoonallisuuden rakenteeseen sekä itsetuntemukseen. Seksuaaliterveyden määritelmään liittyy kyky ja mahdollisuus nauttia seksuaalisuudesta (WHO 2004). Seksuaaliterveyden käsitettä on käytetty joko itsenäisenä tai **lisääntymistervey-**

**teen** liitettyä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 13). Lottes (2000a) kuvaa näiden kahden edellä mainitun käsitteen eroavuutta Kloudaa (1996) lainaten: *”Seksuaaliterveys on yhteydessä ihmisten välisiin suhteisiin, kun taas lisääntymisterveys liittyy sukupuolielinten toimintaan, hedelmällisyyteen, klinisiin palveluihin ja sairauksiin. Näillä käsitteillä on erilaisia painopisteitä, mutta käytännössä niitä on kuitenkin vaikea erottaa”*. Seksuaaliterveys on relevantti koko elämänkaaren ajan eikä vain lisääntymiskautena (Kosunen 2006, 9). Työssäni käytän Lottesin suositusten mukaisesti seksuaaliterveys-käsitettä niin, että siihen on sisällytetty hyvinvoinnin ulottuvuuden lisäksi lisääntymisterveyteen sekä **seksuaalioikeuksiin** (liite 1) liittyvät asiat.

**Hyvinvoinnin** termi liitetään useimmiten mukaan, kun puhutaan seksuaalisesta terveydestä (Terveyskasvatuksen neuvottelukunta 1989, 17). Terveyden ja hyvinvoinnin katsotaan olevan sidoksissa toisiinsa, ja hyvinvointi ymmärretään laajemmaksi kuin terveys (Vertio 1992,16), jolloin siinä painottuu holistinen, kokonaisvaltainen lähestymistapa (Bruess ja Greenberg 1994, 6, Tones ja Green, 2004, 8). Holistisessa näkemyksessä terveyden katsotaan olevan riippuvainen yleisesti elämänlaadusta, joka ei ole vain yksilön sisäistä, vaan käsittää sen yhteiskunnan, jossa yksilöt elävät (Bernard ja Krupat 1994, 17, Vilen ym. 2002, 17, Tones ja Green 2004, 8). Elämänlaatu nähdään yksilöiden tai ryhmien kokemuksina siitä, miten heidän tarpeensa tulevat tyydyttyiksi ja miten heidän on mahdollisuus saavuttaa mm. onnellisuus (Vertio 1992, 131). Downie ja kumppanit (1996, 18) kuvaavatkin hyvinvoinnin yksilön kokemaksi subjektiiviseksi tuntemukseksi, joka on riippuvainen ihmisen mielentilasta ja onnellisuudesta tietyllä hetkellä, ja tästä johtuen hyvinvoinnin tilaa voi arvioida vain ihminen itse. Tässä työssä **seksuaalisen hyvinvoinnin** katsotaan olevan ihmisen itsensä kokema tila, johon vaikuttavat monet ihmisen elämään liittyvät tapahtumat, muun muassa parisuhde ja vanhemmaksi tulo.

Työssäni **parisuhteella** ja **vanhemmaksi tulolla** on keskeinen merkitys. Suomen kielen sanakirja (Nurmi, 1999, 702) määrittelee parisuhteen kiintymykseen ja seksuaalisuuteen liittyväksi kahden ihmisen väliseksi suhteeksi. Parisuhteen keskeisimpiä asioita on katsottu olevan rakkaus, lapset ja työ. Parisuhderakkauteen katsotaan sisältyvän puolisoitten välinen vuorovaikutus, seksuaalinen kanssakäyminen, suhteen vakaus ja puolisoitten väliset ristiriidat. Lapsiin liittyviä osaluoteita ovat vanhemmuus ja lapsen vaikutus parisuhteeseen. (Tolkki-Nikkonen 1990, 19–20.) Ihmisen elämän kehityskriiseiksi on laskettu kuuluviksi normaaliin elämäntulkkuun liittyvät tapahtumat, kuten sukukypsyuden saavuttaminen, rakastuminen, avo-/avioliiton solmiminen, lapsen ja erityisesti ensimmäisen lapsen syntyminen (Pyykkö 1990, 12). Äidiksi ja isäksi tulo on

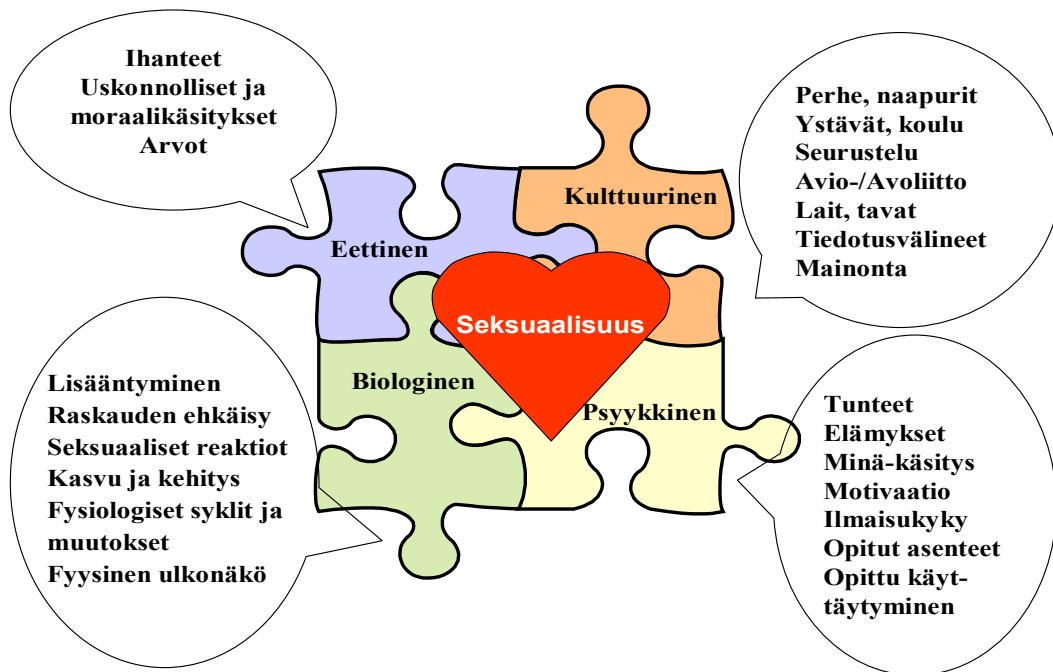


yksilön persoonallisuuskehityksen kannalta merkittävimpiä elämän muutosvaiheita (Nieminen ja Nummenmaa 1985, 87).

Lapsen tulon myötä nainen siirtyy kohti äitiyttä ja mies isyyttä (Kaila-Behm 1997). Vanhemmuuteen kasvavan perheen vaihe alkaa ensimmäisen lapsen syntymästä, ja jatkuu ensimmäiset vuodet kestäen noin 2-3 vuotta. Tälle vaiheelle on ominaista parikeskeisyyden muuttuminen perhekeskeisyyteen. Puolisoiden on totuttava odotusaikaan ja kasvettava vähitellen vanhemmuuteen. Lapsen kaikkiin tarpeisiin vastaaminen ja parisuhteen muuttuminen lapsen myötä voivat aiheuttaa pareissa epävarmuutta ja pelkoa. (Antikainen 1994.) Raskaus ja lapsen saaminen vaikuttavat monella tapaa yksilöiden kokemaan seksuaaliseen hyvinvointiin, ja siinä erityisesti parisuhteen laatuun (Valkama ym. 2006, Reuna 1998). Naisen elämään vaikuttavat emotionaalisten ja sosiaalisten muutoksien lisäksi vielä erilaiset raskauteen ja synnytykseen liittyvät biologiset muutokset (Gloger-Tippett 1983).

## **2.2 Seksuaalisuuden ulottuvuudet Greenbergin mukaan**

Olen ottanut työhöni Greenbergin ja työryhmän (1993) seksuaalisuuden ulottuvuuksia tarkastelevan teoreettisen mallin, koska siinä on otettu huomioon seksuaalisuuden laaja-alaisuus ja moninaisuus. Mallissa nivoutuu yhteen edellä mainitsemiäni seksuaalisuuden eri käsitteistöjen sisältöjä, ja sen avulla voi strukturoidummin tarkastella yksilöiden seksuaalista hyvinvointia. Greenberg kokoaa yhteen seksuaalisuuden ilmenemismuodot neljäksi eri ulottuvuudeksi: biologiseksi, kulttuurilliseksi, psyykkiseksi ja eettiseksi (kuvio 1). Tämän mallin mukaan seksuaalisuus on integroitunut osa kokonaispersoonallisuutta, ja mallin eri ulottuvuuksien keskinäinen suhde vaikuttaa siihen, kuinka yksilö seksuaalisuutensa kokee. (Greenberg ym. 1993, 5-6, Bruess ja Greenberg 1994, 5-6, Nurmi 2000, 215, Sironen ja Kalilainen 2006.)



**Kuvio 1.** Seksuaalisuuden ulottuvuudet Greenbergin mukaan (Greenberg ym. 1993, 5)

Tarkastelen työssäni seksuaalisuuden eri ulottuvuuksia niin, että tutkimukseni keskiössä on lasta odottavien ja eri-ikäisten lasten vanhempien seksuaaliseen hyvinvointiin vaikuttavia asioita ja tapahtumia. Kuviossa 2 on esitetty tarkasteluni kohteena olevat seksuaalisuuden ulottuvuuksien sisällöt.

<b>Biologinen</b>	<b>Kulttuurinen</b>	<b>Psykologinen</b>	<b>Eettinen</b>
Lisääntymis- terveys: Raskauden- keskeytys, keskenmeno, ehkäisy, lapset- tomuushoidot ja seksuaalinen väkivalta Seksuaaliset toimintahäiriöt Fyysinen minäkuva	Parisuhteen merkitys ja parisuhteen seksuaalisuus Parisuhteen seksuaalista hyvinvointia kuormittavia ja toimivuutta lisääviä tekijöitä	Tunteet ja läheisyys Kommunikaatio Ristiriitojen hallintakeinot	Itsetyydytys, uskonto, uskottomuus ja moraalikäsitykset

**Kuvio 2.** Tässä tutkimuksessa käytetyt seksuaalisuuden ulottuvuuden eri sisällöt Greenbergiä (1993) mukaillen

### 2.3.1 Biologinen ulottuvuus

Seksuaalisuuden biologinen ulottuvuus pitää sisällään lisääntymisterveyteen liittyvät asiat, kuten lisääntymiskyvyn sekä raskauden ehkäisyyn, raskauteen ja raskauden keskeytykseen liittyvät asiat. Se pitää sisällään erityisesti yksilön luonteenomaisen seksuaalisen kehityksen sekä tavan reagoida seksuaaliseen stimulaatioon. Seksuaaliseen kanssakäymiseen liittyvät fysiologiset reaktiot ja siihen liittyvät mahdolliset toimintahäiriöt sekä fyysinen minäkuva (body image) ovat keskeisimpiä tähän ulottuvuuteen liittyviä asioita. (Greenberg ym. 1993, 5, Bruess ja Greenberg 1994, 6.) Tässä tutkimuksessa biologiseen ulottuvuuteen katsotaan kuuluvaksi myös raskauden, synnytyksen ja lapsen tulon tuomat muutokset parien seksuaalisessa kanssakäymisessä.

### Lisääntymisterveys

Suomessa väestön lisääntymisterveydentila on kansainvälisessä vertailussa tilastojen perusteella erinomainen. Äiti- ja perinataalikuolleisuus sekä keskosten ja pienipainoisina syntyneiden osuudet syntyneistä ovat maailman alhaisimpia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 12.) Biologisen seksuaaliterveyden näkökulmasta tilanne Suomessa on kuitenkin kehittynyt huonompaan suuntaan ja muun muassa raskaudenkeskeytykset ovat lisääntyneet (Kosunen ym. 2003, Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 12). Raskaudenkeskeytysten lukumäärä Suomessa on ollut alimmillaan vuonna 1995, jolloin keskeytyksiä oli 9872 kpl, kun ennakkotietojen mukaan vuonna 2007 keskeytysten lukumäärä oli 10303 kpl, eli 8,8 keskeytystä tuhatta hedelmällisyysikäistä (15–49-vuotiasta) naista kohti. Vaikka raskaudenkeskeytykset tehdään suurimmaksi osaksi edelleen nuorille, niin joukossa on yllättävän paljon fertiili-ikäisiä aikuisia naisia. Keskeytysten määrä kasvoi vuonna 2007 eniten 25–29-vuotiailla, vajaat neljä prosenttia vuoteen 2006 verrattuna. Raskauden keskeytykseen vuonna 2007 tulleista naisista vähän alle 40 % ei ollut käyttänyt mitään ehkäisyä. (Stakes 2008.)

Raskauden keskeytykset ja keskenmenot saattavat olla monille naisille hyvin stressaavia ja seksuaaliterveyttä heikentäviä tapahtumia. Norjalainen tutkimus (Broen ym. 2005), jossa haastateltiin raskaudenkeskeytykseen tulleita naisia, osoitti, että vielä viiden vuoden kuluttua raskauden keskeyttämisestä nämä naiset kuvasivat hyvinvoinnin tilaansa huonoksi. He tunsivat syyllisyyttä tapahtuneesta, ja heillä esiintyi masennusta enemmän kuin verrokkiryhmällä tai naisilla, joilla raskaus oli keskeytynyt spontaanisti. Samassa tutkimuksessa spontaanin raskauden keskeytymisen kokeneet naiset kokivat keskenmenon elämänlaatua heikentävänä asiana vielä kuuden kuu-

kauden kuluttua keskenmenosta. Myöhemmissä mittauksissa, kahden ja viiden vuoden kuluttua tapahtumasta, tilanne oli kuitenkin jo korjaantunut. Suomalaisessa raskaudenkeskeytyksen kokeiden naisten haastattelututkimuksessa abortin jälkeinen tila näyttäytyi naisten kertomuksissa ruumista muuttavana, joskus jopa sairaudenkaltaisena tilana. Tutkittavat puhuivat ruumiin eheyden puutteen kokemuksista ja tunteista, jotka ovat täysin tunnistamattomina ”paketissa” ja täydellisessä kontrollissa ruumiin sisällä. (Tuomaala 2002.) Toisaalta Kosunen (1993) toteaa ulkomaisiin tutkimuksiin tukeutuen, että raskaudenkeskeytyksellä yksittäisenä tekijänä ei olisi suurta vaikutusta naisen fyysiseen tai myöhempään psyykkiseen terveyteen.

Myös ehkäisyn epävarmuus heikentää seksuaalielämää. Suomessa tehdyn neuvolatutkimuksen mukaan raskauden pelko on melko yleinen ongelma synnyttäneille naisille (Reinholm 2000). Stakesin vuoden 2008 tilastotietojen mukaan vähän yli 60 % kaikista vuonna 2007 raskauden keskeytykseen tulleista naisista oli oman kertomansa mukaan käyttänyt jotakin ehkäisymuotoa. Ei-toivotun raskauden alkaminen voi olla riskitekijä lapselle. Tshekkiläisessä tutkimuksessa seurattiin 35 vuoden ikään asti vuosina 1962 ja 1963 syntyneitä lapsia, joiden äidit olivat ilmoittaneet, että raskaus oli alkanut vahingossa ja raskaus ei ollut toivottu. Tämä tutkimus osoitti, että ei-toivottuna syntyminen korreloi mielenterveysongelmiin aikuisuudessa. (David ym. 2003.) Skotlantilaisten tutkijoiden mielestä onkin yllättävää, että suunnittelemattomien raskauksien määrä on pysynyt muuttumattomana, vaikka muun muassa ehkäisymenetelmien valikoima on laajentunut. Edinburghilaiseen sairaalan tulleista vajaasta 3000 raskaana olevasta naisesta vain reilu 60 % ilmoitti, että raskaus oli suunniteltu. (Lakha ja Glasier 2006.)

Lisääntymisterveyteen liittyvä, seksuaaliseen hyvinvointiin vaikuttava tekijä on tahaton lapsettomuus. Kontulan mukaan (2004a) Suomi lähestyy muuta Eurooppaa lapsettomuustrendissään. Tähän asti eri syistä johtuen lapsettomiksi jääneiden naisten osuus on ollut 15 %, mutta osuus kasvaa pariinkymmeneen prosenttiin. Korkeasti koulutetut naiset muodostavat tästä ryhmästä vielä erillisen ryhmän, ja heistä arvioidaan jopa kolmanneksen jäävän lapsettomaksi. Lisäksi synnytykset fertiili-ian loppupuolella ovat lisänneet hedelmättömyyteen liittyviä hoitoja (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 12). Lapsettomuushoitoja saaneilla naisilla on tutkimusten mukaan todettu yhteyttä erilaisiin raskaus-, synnytys- sekä lapsivuodeajan ongelmiin. Suomalaisessa tutkimuksessa selvitettiin yli 500 lapsettomuushoitoja saaneen naisen fyysistä ja psyykkistä terveydentilaa raskauden toisen raskauskolmanneksen aikana sekä kahden ja 12 kuukauden kuluttua synnytyksestä. Tutkimuksessa todettiin näillä naisilla esiintyvän raskauden ja synnytyksen jälkeisen ajan masennusta, raskaudenaikaisia pelkotiloja ja synnytykseen liittyviä komplikaatioita

verrokkiryhmiä enemmän. Edellä mainitut asiat korreloivat lasten alhaisiin syntymäpainoihin ja fyysiseen kehitykseen liittyviin ongelmiin. (Punamäki ym. 2006.)

Seksuaalinen väkivalta on yksi vakavimpia rikoksia ihmisyyttä kohtaan ja useimmiten aiheuttaa moninaisia niin psyykkisiä kuin fyysisiä vaurioita heikentäen ihmisen seksuaaliterveyttä. Kontulan ja Haavio-Mannilan Suomalainen seksi -tutkimuksessa (1993) alle 18-vuotiaana naisista 17 % ja miehistä 8 % oli joutunut seksuaalisen väkivallan uhriksi. Seksuaalisen häirinnän kohteeksi joutuneista on ollut vaikeaa saada luotettavaa tilastoa, koska uhrin usein vaikenivat. Tilastojen valossa seksuaalisen väkivallan katsotaan kuitenkin olevan hyvin monimuotoisesti ja konkreettisesti läsnä suomalaisten arjessa. (Brusila 2006.)

### **Seksuaaliset toimintahäiriöt**

Seksuaaliset toimintahäiriöt ovat konkreettinen ilmentymä ihmisen seksuaaliterveyden häiriintymisestä (liite 2). Seksuaalisia toimintahäiriöitä on todettu esiintyvän runsaasti parisuhteessa elävillä naisilla (Berman 2005, Reinholm 2000) sekä keski-ikäisillä miehillä (Koskimäki ym. 2000). Seksuaalinen haluttomuus on yleisimpiä syitä, joiden vuoksi haetaan apua seksuaalineuvonnasta tai seksologisista hoitopalveluista. Haavio-Mannilan ja Kontulan (2001) suomalaiselle väestölle tehdyissä tutkimuksissa noin kolmasosa naisista mainitsi kärsivänsä omasta tai kumppanin seksuaalisesta haluttomuudesta vuonna 1992, ja vuonna 1999 vastaava määrä oli vajaa 40 %. Miesten kohdalla luvut olivat alhaisemmat. Gröhnin ja kumppaneiden (1999) neuvolan ja työterveyshuollon asiakkaille tekemässä tutkimuksessa omasta tai kumppanin seksuaalisesta haluttomuudesta kärsi reilu 60 % tutkittavista naisista ja miehistä vastaavasti noin yksi neljäsosa. Seksuaalinen haluttomuus näyttäisi olevan erityisesti naisten ongelma, mutta 2000-luvun alun uusi ilmiö on ollut haluton, väsynyt nuorehko mies (Kiviniemi 2001). Englannissa 2002 tehdyssä tutkimuksessa psykoseksuaalista terapiaa antavat ammattilaiset ilmoittivat, että puolella heidän noin 600 pariterapiaan tulleesta asiakkaastaan esiintyi jommalla kummalla ainakin yksi toiminnallinen seksuaalisuuden häiriö. Miesten yleisin oire oli erektiohäiriö ja naisilla haluttomuuteen liittyvät kysymykset. Miehillä esiintyi myös runsaasti seksuaaliseen haluun liittyviä ongelmia. (Roy 2004.)

Orgasmiongelmat ovat yksi seksuaalisiin toimintahäiriöihin kuuluva oire. Haavio-Mannilan ja Kontulan (2001) tutkimuksessa 18–74-vuotiaasta miehestä oli viimeisimmässä yhdynnässään jäänyt ilman orgasmia 6 %, ja näistä 10 % oli alle 25-vuotiaita. Vastaavasti naisista 5 % ei ollut

kokenut orgasmia koskaan. Yleisintä orgasmitta jääminen heidän tutkimuksessaan oli kuitenkin alle 25-vuotiailla suomalaisilla naisilla. Gröhnin ja kumppaneiden (1999) tutkimuksessa neuvolan ja työterveyshuollon asiakkaista viidesosa kärsi orgasmiin liittyvistä ongelmista. Liian nopea ja hidaskäyminen ovat myös vaikeuttamassa seksuaalista kanssakäymistä. Haavio-Mannilan ja Kontulan (2001) tutkimuksessa miehistä reilu viidesosa piti puolisonsa käyminstä liian hitaana vähintään useimmiten. Naisista sama määrä piti kumppaninsa käyminstä liian nopeana. Ikä ei näyttänyt vaikuttavan ongelman esiintymiseen tai esiintymättömyyteen. Seksologi, dosentti Juhana Pihan omista suomalaisista miesasiakkaistaan vuosien 1994–2007 aikana kokoamien tietojen mukaan erektiohäiriöistä kärsi reilu 80 % ja liian nopeasta käymisestä yksi viidesosa. Erektiohäiriöisten asiakkaiden keski-ikä hänen tutkimuksessaan oli 52 vuotta ja ennenikäisestä käymisestä kärsivien 48 vuotta. Huomattavaa kuitenkin oli, että ennen hoitoon hakeutumisesta, vuosien 2002–2007 aikana, erektiohäiriöoireita oli esiintynyt asiakkailla vajaa viisi vuotta ja ennenikäistä käymistä yli 16 vuotta. Hänen tutkimustuloksistaan käy kuitenkin ilmi, että entistä nuoremmat hakeutuvat hoitoon ja oireiden kesto aika ennen hoitoon hakeutumista on alkanut lyhentyä. (Piha 2007.)

Kivut vaikuttavat seksuaalielämään. Tanskalaisen tutkimuksen mukaan erilaisista kroonisista kivuista kärsivillä naisilla esiintyi useimmin seksuaalista haluttomuutta, yhdyntöjen määrä oli vähäinen ja he pitivät seksuaalielämää vähemmän tärkeänä elämän osa-alueena verrattuna verrokkiryhmän terveisiin naisiin (Laursen ym. 2006). Meanin ja kumppaneiden (1997) yhdyntäkivuista kärsiville naisille suunnatussa tutkimuksessa ilmeni, että kipujen syyt ovat hyvin moninaisia ja jopa neljäsosalla kipujen syitä ei löydetty. Vulvan vestibuliitti (tulehdustila) todettiin kivun syyksi puolella tutkitavista ja osalla oli vulvan ja vaginan atrofiaa (kuivuminen, surkastuminen). Lisäksi kivuista kärsineillä naisilla esiintyi haluttomuutta seksuaaliseen kanssakäymiseen verrokkiryhmiä enemmän. Sukupuolielinten limakalvojen kostumisongelma on myös yksi yhdyntäkipua aiheuttava asia. Kontulan ja Haavio-Mannilan tutkimuksessa (2001) joka kymmenennellä nuorella ja keski-ikäisellä naisella oli esiintynyt seksuaalista kanssakäymistä haittaavaa kostumisongelmaa kuluneen vuoden aikana.

### **Seksuaaliset toimintahäiriöt synnytyksen jälkeen**

Barettin ja kumppaneiden tutkimuksesta käy ilmi, että suurin osa naisista on aloittanut seksuaalisen kanssakäymisen kuuden kuukauden kuluttua synnytyksestä, mutta reilulla puolella on kuitenkin vaikeuksia aloituksessa (Barett ym. 2000). Synnytykseen liittyvillä toimenpiteillä näyttäisi

olevan yhteyttä synnytyksen jälkeisen seksuaalielämän tyytymättömyyteen. Toisen amerikkalaisen tutkimuksen mukaan ensisynnyttäjät, joille synnytyksen jälkeen ei tehty episiotomialeikkausta tai heillä oli vain pieni ensimmäisen asteen repeämä, kokivat synnytyksen jälkeen yhdynnässä vähemmän kipuja. Lisäksi he olivat seksuaaliseen kanssakäymiseensä huomattavasti tyytyväisempiä kuin ne, joille edellä mainitut toimenpiteet oli tehty (Signorello ym. 2001). Gjerdingenin ja kumppaneiden (1993) mukaan uudet vanhemmat saavuttaisivat vasta vuoden kuluttua synnytyksestä saman rakastelutiheyden kuin ennen synnytystä. Toisaalta tutkimuksista käy ilmi, että jopa 50–80 % naisista kärsii vielä vuoden kuluttua synnytyksestä väsymyksestä, uupumuksesta, kivuista välilihan leikkauksesta johtuen, virtsan pidätysongelmista ja masennuksesta. Näistä edellä mainituista asioista johtuen seksuaalisen kanssakäymisen ongelmia esiintyisi vielä reilusti yli vuoden kuluttua synnytyksestä. (Brown ja Lumley 1998, Baret ym. 2000, Thomson ym. 2002.)

Haluttomuus, väsymys, pelko kivuista, kuivat limakalvot, pelko raskaaksi tulosta, muuttunut kuva itsestä ja negatiiviset synnytykseen liittyvät kokemukset nousivat esille Rowlandin ym. (2005) synnyttäneille naisille suunnatussa tutkimuksessa, jossa selvitettiin imetyksen vaikutuksia seksielämän alkamiseen. Imetys näytti tämän tutkimuksen mukaan vaikuttavan seksielämän aloittamisen viivästymiseen. Tärkeimmäksi syyksi naiset ilmoittivat haluttomuuden. Useammat tutkimukset näyttävät osoittavan, että rintaruokinnalla on yhteyttä seksuaaliseen haluttomuuteen ja samalla parisuhteen tyytyväisyyden vähentymiseen (Avery ym. 2000, Glazener 1997, Byrd ym. 1998). Tutkimuksia löytyy myös imetyksen myönteisistä vaikutuksista seksuaalielämään. Baretin ym. (2000) ja Signorellon ym. (2001) tutkimukset osoittivat, että imetyksen aikana naiset raportoivat seksuaalisen kiihottumisen, herkkyyden ja seksuaalisen aktiviteetin lisääntyneen.

## **Fyysinen minäkuva**

Seksuaalisen eheyden kokemisen yksi tärkeimmistä vaikuttajista on kokemus fyysisestä minäkuvasta (body image). Ruumiinkuvalla tarkoitetaan ihmisen käsitystä omasta ruumiistaan ja sen toiminnoista. Ruumiinkuva kehittyy lapsuudessa, ja jo hyvin varhain opitaan vertaamaan itseä muihin ja arvioimaan, millä tavalla ulkonäkö mahdollisesti poikkeaa muista ihmisistä. Ulkonäöllä ja ulkomuodolla on keskeinen asema ihmisten välisissä suhteissa. Rakastumisessa ja seksuaalisen kanssakäymisen aloittamisessa ne korostuvat. (Palo ja Palo 1999, 340.) Fyysinen minäkuva määräytyy sosiaalisesti, mutta lisäksi siinä on voimakas persoonallinen elementti. Ihmisen peri-mä, merkitys, jonka hän antaa aikaisemmille kokemuksilleen ja muut minäidentiteetin osatekijät vaikuttavat käsitykseen, jonka ihminen muodostaa omasta kuvastaan. Fyysisen minäkuvan muuttuessa voi ihmisen käsitys mieheydestään tai naiseudestaan muuttua ja näin ollen heikentää kokemusta omasta seksuaaliterveydestä. (McFarlane ja Rubenfeld 1993.) Australiassa tehdyssä tutkimuksessa todettiin, että seksuaaliongelmia, masennusta ja ahdistusta näytti esiintyvän niillä miehillä ja naisilla, jotka olivat tyytymättömiä omaan kehonkuvaansa (Davison ja McCabe 2005).

Englantilaiset tutkijat löysivät yhteyden oman kehonkuvan kokemisen, sukupuolen sekä seksuaalisen suuntautuneisuuden mukaan. Tutkimustuloksista käy ilmi, että kaikkein tyytyväisimpiä omaan kehoonsa olivat heteroseksuaaliset miehet ja tyytymättömiä heteroseksuaaliset naiset sekä homomiehet. Lisäksi heteroseksuaaliset naiset kokivat itsensä useammin muita lihavammaksi. (Conner ym. 2004.) Olssonin ym. (2005) synnyttäneille äideille kohdennetun tutkimuksen mukaan tyytymättömyys omaan kehonkuvaan oli vaikuttamassa keskeisimmin näiden äitien kokemaan epätyytyttävään seksuaaliseen elämään. Gröhnin ja kumppaneiden (1999) Jyväskylän neuvolan ja työterveyden asiakkaiden seksuaalisuuden kysymyksiä ja ongelmia kartoittavassa tutkimuksessa ilmeni myös kehonkuvaansa tyytymättömiä lasta odottavia ja synnyttäneitä naisia.

### **2.3.2 Kulttuurillinen ulottuvuus**

Seksuaalisuuden kulttuurillista ulottuvuutta voi kuvata eräänlaiseksi summaksi sekä historian että nykyhetken vaikutuksista ihmisen ajatuksiin ja tekoihin. Historiallinen vaikutus tulee näkyviin erityisesti pohdittaessa miesten ja naisten rooleja sekä erilaisia kansallisia tapoja. Esimerkkinä historiallisesta vaikutuksesta seksuaalisuuteen voi mainita sosiaaliset instituutiot, kuten



avioliiton, perheen sekä ihmisten välisistä vuorovaikutussuhteista parisuhteen. (Greenberg ym. 1993, 5-6, Bruess ja Greenberg 1994, 5, 44.)

### **Parisuhteen merkitys ja parisuhteen seksuaalisuus**

Ihminen saa useimmiten alkunsa parisuhteesta ja perhe on paikka, jossa kasvetaan ja kehitytään lapsena sekä edelleen aikuisena. Kasvuperheen sisäistyksen ja samaistumisen ovat mukana myöhemmissä suhteissa. Lisäksi kokemukset muista ihmissuhteista ovat vaikuttamassa kokemukseen itsestä ja myöhemmistä suhteista. Ihminen tarvitsee suhteen toiseen ollakseen olemassa, tullaan nähdyksi, ymmärretyksi ja voidakseen itse eläytyä toiseen. (Tuhkasaari 2007.) Parisuhteen laatu sekä perheen tunneilmasto ja arkipäivän sujuminen näyttävät tutkimuksen valossa määrittävän pitkälle muiden perheenjäsenten hyvinvointia. (Pelkonen ja Löthman-Kilpeläinen 2000). Belskyn (1999) kiintymyssuhteita tarkastelevassa tutkimuksessa todettiin erityisesti äidin raskausajan kokemalla parisuhdetyytyväisyydellä olevan suuri merkitys lapsen turvallisten tunne-siteiden muodostumiselle.

Avioliitto ja perhe ovat yhteiskunnan keskeisiä instituutioita. Ihmisistä avioituu eri maissa elämänsä aikana 85–90 % ja vain muutama prosentti ei pidä avioliittoa erityisen tärkeänä itselleen. Arvo- ja hyvinvointitutkimuksissa on todettu, että ihmiset pitävät terveyden lisäksi parisuhdetaan ja perhettään elämänsä tärkeimpinä asioina. (Kontula 2004b, 7.) Avioliittoa solmittaessa sen toivotaan onnistuvan ja parisuhde koetaan elämän täyttymyksen tuojaksi (Haavio-Mannila ja Kontula 2001). Suomalaisesta aineistosta tehty tutkimus osoitti avo- ja avioliittojen vaikuttavan terveyttä edistävästi. Tutkimuksen mukaan yksinäiset ja eronneet miehet sekä leskeksi jääneet naiset ilmoittivat vastauksissaan terveytensä keskimääräistä huonommiksi. (Joutsenniemi ym. 2006.) Hawkinsin ja kumppaneiden (2002) tutkimuksen mukaan avioliiton todettiin tuovan myönteisiä vaikutuksia yksilön terveydelle ja toimeentulolle, onnellisuudelle, lastenhoidolle sekä yhteisön hyvinvoinnille. Schoon ym. (2005) totesivat virolaisille, suomalaisille ja englantilaisille aviossa oleville ja eronneille suunnatussa tutkimuksessa parisuhteessa elävien olevan eronneita huomattavasti tyytyväisempiä elämäänsä.

Haavio-Mannilan ja Kontulan (2001) tutkimuksen mukaan parisuhteen olemassaolo vaikuttaisi voimakkaasti seksuaalielämän pitämiseen tyydyttävänä: parisuhteiset olivat paljon tyytyväisempiä kuin yksin elävät. Perinteinen parisuhde sekä aktiivinen rakastelu näyttivät selittävän parhaiten seksuaalisen hyvinvoinnin kokemista. Laumannin ja kumppaneiden (1999) amerikkaiselle

väestölle suunnatussa tutkimuksessa ilmeni, että parisuhteessa elävillä miehillä ja naisilla esiintyi vähemmän seksuaalisuuden alueen ongelmia kuin yksinasuvilla, eronneilla tai leskeksi jääneillä. Sukupuolielämän tyydyttävänä kokeminen näyttäisi kuitenkin vähenevän parisuhteen keston mukaan. Haavio-Mannilan ja Kontulan (2001) tutkimuksessa kaikkein tyytyväisimpiä olivat viisi vuotta nykyisessä suhteessa olleet. Iällä ei näyttänyt kuitenkaan olevan mitään merkitystä siihen, miten tyytyväiset ihmiset olivat sukupuolielämäänsä. Gröhnin ym. (1999) tutkimuksen mukaan yli 40-vuotiailla esiintyi jonkin verran enemmän tyytymättömyyttä parisuhteeseen ja sukupuolielämään kuin alle 40-vuotiailla.

Seksuaalinen kanssakäyminen on olennainen osa parisuhdetta ja se toimii jännityksen ja stressin helpottajana sekä energisoi suhdetta (Kumpula 2007). Mahony (2006) on tuonut esille eri tutkimuksiin pohjautuvassa artikkelissaan rakkauden, toimivan avioliiton ja kumppanuuden terveellisiä vaikutuksia ihmiseen. Artikkelin mukaan edellä mainituilla tekijöillä näyttäisi olevan jopa sydänsairauksia, syöpää ja keuhkokuumetta vähentävä vaikutus. Pareilla, jotka olivat rakastelleet kerran tai kaksi viikon aikana, todettiin selvästi korkeammat immunoglobuliinitasot kuin harvemmin rakastelleilla. Näyttäisi, että suhteen elinvoima ja intiimiys kärsivät, jos seksuaalisessa kanssakäymisessä on häiriöitä tai sitä ei ole lainkaan (Kumpula 2007). Tutkimukset ovat osoittaneet, että miehillä ja naisilla on paljon seksuaalisuuteen liittyviä ongelmia ja niillä on todettu olevan haitallinen vaikutus parisuhteeseen ja parien kokemaan kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin (Feldman ym. 1994, Lauman ym. 1999). Ojanlatvan ja kumppaneiden (2004) suomalaiselle naisväestölle suunnattu tutkimus osoitti, että rakastelujen määrällä ja siitä saatavalla nautinnolla ja hyvänolon tunteella ei välttämättä ole yhteyttä. Kyselytutkimuksessa tuli ilmi, että avioliitto, tai ylipäätään kumppanin olemassaolo, lisäsi rakastelujen määrää mutta samalla haluttomuuteen ja orgasmihäiriöihin liittyviä ongelmia.

### **Parisuhteen seksuaalista hyvinvointia kuormittavia ja toimivuutta lisääviä tekijöitä**

Avioliiton arvostuksesta huolimatta suomalaisten erotilastot ovat Euroopan korkeimpia. Tilastokeskuksen väestötietojen mukaan Suomessa vuonna 2007 avioeroon päätyi 13 224 paria, joka oli 31 paria vähemmän kuin vuonna 2006. Solmittuja avioliittoja oli samana vuonna 29 497. (Tilastokeskus 2008a.) Näin laskettuna vajaat puolet avioliitoista näyttää päätyvän eroon. Lukumäärä hieman nousee, jos otetaan mukaan avoerot, joiden määrää on tarkasti vaikea arvioida. Suhteen päättäminen on toisinaan ainoa oikea ratkaisu, mutta usein psyykkistä taakkaa sekä taloudellisia ja sosiaalisia ongelmia lisäävä päätös (Autiosaari 2003). Paradoksaalista on, että eronneiden uu-

delleen eroamia tapahtuu enemmän kuin ensimmäisessä suhteessa olleiden. McCarthy ja Ginsberg (2007) viittaavat McCarthyn ja McCarthyn (2005) tutkimuksiin, jossa ensimmäisessä suhteessa olleiden eroprosentti oli 35–45 % ja uudelleen eronneiden huomattavasti enemmän eli 65 %. Avioerot näyttäisivät Perhon ja Korhosen (2002, 2003) 41–42-vuotiaille naisille ja miehille suunnatun haastattelututkimuksen mukaan tapahtuvan enimmäkseen noin kymmenen yhdesäolovuoden aikana. Vaikeuksia suhteessa selittivät muun muassa vastavuoroisuuden ja läheisyyden puute sekä epätasa-arvo puolisoitten kesken. Lisäksi naisten halu toteuttaa unelmiaan lastenhoitovastuun helpottaessa sekä miesten menohalu ja heidän kokemansa puolison erilaisuus ja yhteensopimattomuus vaikuttivat suhteen toimimattomuuteen.

Parisuhteeseen ja seksuaalisuuteen liittyvät ongelmat näyttävät olevan hyvin yleisiä juuri synnytyksen jälkeen (Ahlborg ym. 2000, Ahlborg ja Strandman 2001). Pelkonen ja Löthman-Kilpeläinen (2000) kirjallisuuskatsaukseen perustuvassa tutkimuksessaan sekä Hakulinen (1998) pitkittäistutkimuksessaan toivat esille, että parien suhde näyttää muuttuvan lapsen syntymän jälkeen: yhteenkuuluvuus ja läheisyys voivat vähetä, parisuhteelle ei jää enää aikaa ja sukupuolielämä pikemminkin huononee kuin paranee, perheen joustavuus vähenee ja rooliristiriidat lisääntyvät. Kumpula ja Malinen (2007) kirjoittavat, amerikkalaisten Cottmanin ja Silverin (1999) tutkimukseen viitaten, vanhempien parisuhdetyytyväisyyden vähentyneen huomattavasti lapsen kolmen ensimmäisen elinvuoden aikana. Samanaikaisesti vanhemmat olivat raportoineet parisuhteessaan vihamielisyyden lisääntyneen ja intiimiyden vähentyneen. Parisuhdevaikeuksien on todettu olevan synnytyksen jälkeisen masennuksen riskitekijä ja yhteydessä naisten haluttomuuteen (Glazener 1997, DeJudicibus ja McCabe 2002). Kyyrönen (1983, 60–61) taas esittää, että lapsen tulo voi olla puolisoita lähentävä tekijä. Vastuu syntyvästä lapsesta auttaa joitakin pareja kasvamaan aiempaa itsenäisemmiksi ja vastuuntuntoisemmiksi, jolloin yksilön kasvun myötä parisuhteen toimivuus lisääntyy.

Teoksessa *Seksin trendit meillä ja naapureissa* Haavio-Mannila ja Kontula (2001) toteavat, että 1990-luvulla oman sukupuolielämänsä tyydyttäväksi kokeneiden osuus oli vähentynyt verrattuna 1980-luvun loppupuolelle. Vaikka seksin arvostus, kumppaneiden kiinnostus ja motivaatio seksuaalielämään sekä molemminpuolinen rakkaus olivat lisääntyneet, ihmiset eivät olleet onnistuneet toteuttamaan uudistuneita seksuaalisia toiveitaan ja mielikuviaan riittävästi. Tutkimuksen mukaan asiaan näyttävät vaikuttaneen ihmisten kiireinen elämäntapa ja psyykkiset paineet, jolloin heille ei ollut jäänyt tarpeeksi aikaa eikä energiaa rakkaus- ja seksuaalisuhteiden solmimiselle sekä rakastelulle. Samoin suomalainen neuvolan ja työterveyden asiakkaille suunnattu tutki-

mus osoitti rauhallisen ajan puuttumisen, kiireen ja stressin lisäävän tyytymättömyyttä parisuh-teissa (Gröhn ym. 1999).

Ruotsalaisten tutkijoiden mukaan keskeisimpiä seksuaalisuhteita heikentäviä ja rakastelutilantei-ta häiritseviä tekijöitä synnyttäneiden äitien kertomusten mukaan näyttivät olevan väsymys, uu-pumus tai lapsen läsnäolo (Olsson ym. 2005). Hyden ym. (1998) tutkimus toi esille väsymyksen yhdeksi seksuaalista kanssakäymistä ja -tyytyväisyyttä vähentäväksi tekijäksi. Antikainen kuvaa (1994) parisuh-teissa ilmenevistä vuorovaikutuksen ongelmista yleisempiä olevan muun muassa seksiin ja kotitöiden jakamiseen liittyvät ongelmat. Hän toteaaakin hieman humoristisesti artikke-lissaan: *”Kun mies ei päivällä imuroi, niin vaimo ei yöllä suostu seksiin, ja kun vaimo ei yöllä suostu seksiin, mies ei päivällä suostu imuroimaan”*. Samoin Määttä (2000, 160) kuvaa omassa parisuh-teiden kestävyyttä käsittelevässä tutkimuksessaan kotitöiden tasapuolisen jakautumisen merkityksen yhtenä parisuhteen tyytyväisyyttä selittävänä tekijänä.

Sihvo (2002) tuo esille kirjallisuuskatsaukseen perustuvassa tutkimuksessaan työn vaikutukset parisuhteeseen. Hän toteaa työssä koetun stressin vaikuttavan yksilön käyttäytymiseen puolisona, mutta stressi ei välttämättä vähennä parisuhteen lämpöä tai lisää puolisoitten välisiä erimielisyyksiä. Yhteyden esiintyminen työn ja parisuhteen välillä näyttää riippuvan useista samanaikai-sesti vaikuttavista tekijöistä ja ennen kaikkea työn stressitekijöistä itsestään. Hänen mielestään työn ja parisuhteen sekä perhe-elämän vaikutuksia toisiinsa on vaikea arvioida yksiselitteisesti.

Määttä (1997) kuvaa amerikkalaisiin tutkimuksiin liittyvän kirjallisuuskatsauksen tuloksissa, että monille ihmisille dominoiva asia elämässä voi olla vähintään yhden ihmissuhteen tyydyttävä kehitys. Tällöin yksilöt rakentelevat omia teorioita, selityksiä ja uskomuksia siitä, mikä saa pa-risuhteen onnistumaan tai epäonnistumaan. Omat käsitykset heijastuvat tapaan arvioida parisuh-detta ja ne voivat kaventaa yksilön mahdollisuuksia käsitellä parisuhteen dynamiikkaan liittyviä erilaisia sisältöjä. Tutkijan mukaan suhteen ongelmien tai konfliktien ratkaisemisessa on kump-paneiden tärkeää kiinnittää huomiota sekä omaan käyttäytymiseen että tapaan olla vuorovaiku-tuksessa.

### 2.3.3 Psykologinen ulottuvuus

Seksuaalisuuden psykologiseen ulottuvuuteen vaikuttavat keskeisesti opitut asiat seksuaalisuu-desta. Asenteet ja tunteet, niin itseä kuin muitakin kohtaan, kehittyvät jo varhain lapsuudessa.

Asenteet muodostuvat kokemuksista. Pieni lapsi ottaa jatkuvasti signaaleja ympäristöstään, ja niiden signaalien mukaisesti hän muodostaa omia käsityksiään siitä, miten pitää toimia ja ajatella sekä mikä on oikein ja mikä on väärin. Lapsuudessa opitaan, kuinka omaa sukupuolta olevan tulee käyttäytyä sekä mitkä asiat ovat kiellettyjä ja mitkä osat ovat vartalosta sellaisia, joita ei pidä kosketella tai mainita ääneen. Nuorena opitaan, mitkä tunteet ovat sallittuja ja hyväksytyjä ja mitkä tunteet ovat hyvä kätkeä. Näin sekä miellyttävät että epämiellyttävät varhain opitut tunteet ovat vaikuttamassa yksilön seksuaalista hyvinvointia edistäen tai heikentäen koko elämän ajan. (Greenberg ym. 1993, 5, Bruess ja Greenberg 1994, 6.)

### **Tunteet ja läheisyys**

Tunteet ovat keskeisessä roolissa, kun puhutaan seksuaalisen potentiaalin toteutumisesta tai toteutumatta jäämisestä. Kumppaneiden välisen emotionaalisen tunneyhteyden katsotaan stimuloivan seksuaalisia reaktioita jopa enemmän kuin fyysisen kosketuksen. Emootioiden katsotaan varastoituvan kehoon sekä sitä kautta aiheuttavan joko miellyttäviä tai epämiellyttäviä reaktioita kehon toimintaan. Ratkaisemattomat, tunteisiin liittyvät ristiriidat heikentävät seksuaalireaktioita ja sen myötä seksuaalisen tyydytyksen kokemista. (Schnarch 1997, 85, Douglas ja Slinger 2000, 107.) Emotionaalisen terveyden on katsottu olevan yhteydessä kykyyn tunnistaa tunnetiloja sekä hallita niitä (Ewles ja Simnett 1995, 6, Savola ja Koskinen-Ollonqvist 2005, 10). Sigmund Freud oli ensimmäisiä, jotka toivat esille tunteiden säätelyn yhteyden somaattisten sairauksien syntymiseen. Tunteiden tunnistamisella ja niiden säätelyn kyvykkyydellä oli Freudin mielestä ihmisen hyvinvoinnin ja terveyden kannalta keskeinen merkitys. (Freud 1964, 342–349, Malin ym. 1997, 31–32.)

Ruotsalaisen, synnyttäneille äidille tehdyn tutkimuksen mukaan tunneyhteyden katkeaminen puolisoon vaikutti merkittävästi seksuaaliseen hyvinvointiin. Tutkittavat naiset kokivat lapsen tyydyttävän heidän läheisyyden tarpeensa ja tämä asia oli myötävaikuttamassa yhteyden katkeamiseen puolisoon. Yhteyden katkeaminen oli lisäksi vaikuttamassa heidän seksuaalisen halunsa vähenemiseen ja sitä kautta parisuhteen laadun huononemiseen. (Olsson ym. 2005.) Positiivisilla tunneilmaisuuilla on tärkeä merkitys parisuhteen stabiilisuudelle. Epämiellyttäviä tunteita voi tuoda julki, kunhan puolisoitten välillä on myös tasapainottavia, miellyttäviä ja rakkautta ilmaisevia signaaleja. (Gottman 1994, 64.) Amerikkalaisen, kolmannen sukupolven seksuaaliterapian lähestymistavan kehittäjän David Schnarchin (1991, 86–88) mukaan nuorilla ei näyttäisi olevan vielä lyhyen elämäkokemuksensa johdosta kykyä emotionaalisen tunneyhteyden luomi-

seen. Tunneyhteys on Schnarchin mielestä yksi tärkeimmistä parien välistä hyvää seksuaalielämää ylläpitävistä tekijöistä. Hän on jopa väittänyt, koskien juuri aikuisten ihmisten tunneyhteyden kasvua, että *”hyvä seksi ja selluliitti korreloivat keskenään.”*

Läheisyys tarkoittaa fyysistä ja emotionaalista, intiimiä koskettamista kahden tai useamman sellaisen ihmisen välillä, joilla on hyvin voimakkaat myönteiset tunteet toisiaan kohtaan ja jotka samalla tuntevat luottamusta läheisyydessä ollessaan. Läheisyyden katsotaan olevan välttämätön osa seksuaalisen hyvinvoinnin kokemisessa, ja se voi olla tyydyttävämpää kuin itse sukupuoliyhdyntä. Läheisyydestä vallitsee kuitenkin hyvin kaavamaisia käsityksiä, ja muun muassa saana intiimi käytetään usein kiertoilmaisuna viittaamaan sukupuoliyhdyntään, sen sijaan, että se ymmärrettäisiin seksuaalisen läheisyyden yhdeksi osatekijäksi. (McFarlane ja Rubenfeld 1993.) Haavio-Mannila ja Kontula (2001) arvioivat väestölle suunnatussa kyselytutkimuksessaan suomalaisten läheisyyden tarpeen tyydyttyvän yhä harvemmin. Vuonna 1992 noin 1500 suomalaisesta 14 % koki saavansa parisuhteessaan liian vähän kosketusta ja läheisyyttä, kun luku vuonna 1999 oli jo 27 %. Halausten on muun muassa osoitettu laskevan erityisesti naisten verenpainetta ja lisäävän oksitosiinihormonin määriä ihmisen elimistössä (Mahoney 2006). Vaikka läheisyys onkin edellytys kauneimmille eroottisille ja seksuaalisille kokemuksille, läheisyyteen liittyvät monet pelot ovat usein erilaisten seksuaalisten ongelmien takana (Huttunen 2006). Amerikkalaisille yliopisto-opiskelijoille tehdyissä kolmessa erillisessä tutkimuksessa tuli ilmi kumppaneiden tarpeiden toteutumisen tärkeys parisuhteen toimivuudelle sekä siinä koetulle hyvinvoinnille. Tarpeiden toteutuminen oli yhteydessä parisuhteessa koettuun tunneyhteyden ja läheisyyden kokemiseen. (Patrick ym. 2007.)

## **Kommunikaatio**

Puolisoiden välinen viestintä ja keskustelut ovat toimivan parisuhteen tärkeimpiä asioita (Määttä 2000,100). Suomalaisessa neuvola- ja työterveyshuollon asiakkaille suunnatussa tutkimuksessa kävi ilmi, että vajaa puolet vastaajista koki keskusteluja olevan keskiverroksi tai riittämättömästi oman kumppanin kanssa. Naiset ilmoittivat parisuhteissaan olevan keskusteluja enemmän kuin mitä miehet. (Gröhn ym. 1999.) Määttä (2000, 113) tuo kestävän parisuhteen selittäviä tekijöitä tarkastelevassa tutkimuksessaan esille, että selviytymistarinoissaan suomalaiset avioparit kertoivat, kuinka he olivat opetelleet puhumaan keskenään. Tutkittaville oppiminen ei ollut aina helppoa ja taito oli saavutettu vasta monien vaikeuksien tai jopa eron uhan edessä.

Seksuaalisuutta ilmaistaan kommunikaation avulla. Kommunikaatio on ihmisten välinen kosketuspinta, joka säätelee voimakkaasti seksuaalienergian virtausta itseen ja itsestä pois päin. Kommunikaatio voi olla sanallista tai sanatonta. Rajoitukset sanallisessa ja sanattomassa viestinnässä vaikeuttavat omien seksuaalisten tarpeiden riittävää ilmaisua. Ihmisten väliseen kommunikaatioon liittyy yllättävän paljon vaikeuksia ja kuitenkin toimiva kommunikaatio on tärkein avain tyytyväisyyteen seksuaalisessa suhteessa. (McFarlane ja Rubinfeld 1993.) De Villers (1998,17) kuvaa kommunikaation tärkeydestä osuvasti kirjassaan *Miten tulla hyväksi rakastajaksi*:

”Kun osaa ilmaista itseään, voi paremmin antaa ja vastaanottaa sitä, mikä virittää seksuaalisesti. Keskustelussa saatu palaute vähentää ”arvuuttelun” tuomaa ahdistusta siitä, mitä kumppani haluaa ja onko hän tyytyväinen vai ei. Keskustelu vähentää seksuaalista väärinymmärrystä, joka voi tuottaa mielipahaa ja vähentää kiinnostusta seksiin. Lisäksi keskustelun avulla voi lisätä jännitystä kumppaneiden välille, vähentää kyllästymistä sekä rakentaa läheisyyttä.”

Erityisesti positiivisen vuorovaikutuksen on todettu lisäävän suhteissa tyytyväisyyttä ja myönteistä asennoitumista. Ranskalaisen tutkimuksen mukaan tyytyväisillä pareilla on enemmän myönteistä nonverbaalista viestintää kuin vastaavasti tyytymättömillä. Tutkijoiden mukaan positiivisten kehon viestien vahvistaminen lisää puolisoitten tyytyväisyyttä toisiaan kohtaan. (Julien ym. 2000.) Amerikkalaisten Shapiro ja kumppaneiden (2000) mukaan parisuhteen tyytyväisyyteen vaikuttavia tekijöitä näyttäisivät olevan puolisoitten välinen kiintymys sekä toisiaan kohtaan osoittama ihailu. Tutkijat haastattelivat tuoreita aviopareja ja kiinnittivät näissä haastatteluissa erityisesti huomiota parisuhteen tyytyväisyyttä lisääviin tekijöihin. Puolisoitten välinen me-henki ja ystävyys ennustivat parhaiten parisuhteen kestävyyttä ja tyytyväisyyttä. Cohanin ja Bradburyn (1997) tutkimuksessa pareilla, jotka ilmaisivat verbaalisesti tyytyväisyyttä ja huumoria, näytti esiintyvän vähemmän masentuneisuuteen liittyviä oireita ja he olivat suhteisiinsa tyytyväisempiä kuin vertailuryhmän parit.

### **Ristiriitojen hallintakeinot**

Kyvyttömyys ristiriitatilanteiden käsittelyssä johtaa tyytymättömyyden lisääntymiseen parisuhteessa (Karney ja Bradbyry 1995). Cohanin ja Bradburyn (1997) tutkimus selvitti tekijöitä, jotka ovat vaikuttamassa suhteiden päättymiseen ensimmäisten yhdessäolo vuosien aikana. Tutkijat seurasivat puolentoista vuoden ajan vasta-avioituneita pareja ja selvittivät heidän ongelmanratkaisukykyjään ja sopeutumistaan erilaisissa tilanteissa. Tutkimuksen mukaan eroon päätyviltä

pareilta puuttui taidot ratkaista aviollisia ristiriitatilanteita. Nämä taidot ovat olennaisia stressitilanteisiin sopeutumisessa, ja ne kehittyvät vasta vuosien myötä. Pukkalan (2006) pitkäkestoisia suhteita tarkastelevassa tutkimuksessa yksi parisuhteita koossa pitävä asia näytti olevan puolisoiden kyky ratkaista keskinäisiä ongelmia. Tutkimus osoitti, että parisuhde huonoine ja hyvine ajanjaksoineen voi tarjota yksilöille kannustavat edellytykset kehittyä aikuisina. Amerikkalainen David Schnarch (1991, 47, 355) on kuvannutkin parisuhdetta eräänlaiseksi kasvatuskoneeksi (growing machine), jossa konfliktien kohtaaminen ja käsittely mahdollistavat parhaiten yksilön kasvun.

### **2.3.4 Eettinen ulottuvuus**

Seksuaalisuuden eettinen ulottuvuus pitää sisällään yksilöiden käsitykset oikeasta ja väärästä. Se pohjautuu paljolti uskonnolliseen filosofiaan, humanismiin sekä pragmaattisiin (käytännönläheisiin) lähtökohtiin. Ihmisten elämän aikana muovautuneet asenteet ja sisäistetyt eettiset ohjeistukset ovat voimakkaasti vaikuttamassa siihen, miten kohtaamme, käsittelemme tai ratkaisemme seksuaalisuuteen liittyviä kysymyksiä ja asioita. (Greenberg 1993, 5–6, Bruess ja Greenberg 1994, 6.) Voidaan puhua seksuaali-ideologiasta, joka on eräänlainen uskomusjärjestelmä siitä, mikä on hyväksyttävää ja soveliasta seksuaalikäyttäytymistä miehillä ja naisilla. Suurimmassa osassa maita uskonnollisuuden aste ja uskontokuntien yleisesti hyväksytyt dogmit vaikuttavat vahvasti seksuaali-ideologiaan. (Lottes 2000b.) Uskonnollisen vakaumuksen omaava ihminen saattaa tuntea syyllisyyttä, painostusta tai jopa syrjintää, jos hänen seksuaalikäyttäytymisensä poikkeaa uskonnon tai uskonnollisen yhteisön asettamista normeista (McFarlane ja Rubenfeld 1993, Terveyskasvatuksen neuvottelukunta 1989, 10).

### **Itsetyydytys, uskonto, uskottomuus ja moraalikäsitteet**

Itsetyydytyksellä on ollut poikkeuksellisen pitkään tabuluonne ja sitä on pidetty historian saatossa pitkiä aikoja tarpeettomana sekä leimattu varhemmin jopa terveydelle vaaralliseksi. Haavio-Mannilan ja Kontulan (2001) tutkimuksen mukaan ikäihmisistä (65–75-vuotiaat) vain puolet tiesi tai uskoi, että itsetyydytyksestä ei ole terveydellistä haittaa. Nuoremmissa (18–44-vuotiaat) vastaava luku oli noin 85 %. Kaikista tutkitavista edelleen pari prosenttia pelkäsi itsetyydytyksen haittoja ja noin kymmenesosa oli epävarma asioiden oikeasta laidasta. Tutkijoiden mielestä väärin tietojen vuoksi epävarmuus ja epäluulot ovat voineet olla edelleen esteenä itsetyydytyksen harjoittamiselle. Uskonnolla näyttäisi olevan merkitystä siihen, miten muun muassa itsetyy-



dytys koetaan. Amerikkalaisen kyselytutkimuksen mukaan yliopistossa opiskelleiden naisten seksuaaliset asenteet ja tavat poikkesivat merkittävästi uskonnollisen vakaumuksen omaavien ja ei-omaavien kesken. Uskonnollisen vakaumuksen omaavilla oli kielteisempi asenne muuhun kuin lisääntymistarkoituksessa tapahtuvaan seksiin. He tunsivat syyllisyyttä itsetyydytyksestä enemmän ja heillä oli sekä yhdyntään johtavaa seksiä että seksikumppaneita vähemmän kuin ei-uskonnollisilla naisilla. Ryhmien välillä ei kuitenkaan todettu eroavuutta seksuaalisen kanssakäymisen miellyttävyydessä. (Davison ym. 2004.) Toisaalta uskon on todettu olevan parisuhdetta koossa pitävä asia. Robinsonin (1994) tutkimuksessa, jossa haastateltiin pitkään yhdessä olleita pareja, todettiin, että uskonnon tarjoama moraalinen, hengellinen ja emotionaalinen tuki näytti lisäävän suhteen vakautta.

Ihmisten toimintoja voi pitkälle säädellä arkipäivän moraalilla, joka pitää sisällään eräänlaisia sisäistettyjä malleja siitä, miten ihmisten välinen rakkaus- ja perhe-elämä kehittyy. Yksiavioisuus on esimerkki arkipäivän moraalista, joka on eräänlainen kulttuurillinen toimintamalli. (Haavio-Mannila ja Kontula 2001.) Uskottomuus on asia, jossa koetellaan yksiavioisuuden moraalikäsitteitä. Uskottomuuden taustalla on monia erilaisia tekijöitä, joiden takia henkilö luopuu yleisesti oikeana pidetystä käyttäytymistavasta ja rikkoo omaa moraaliaan ja antamiaan lupauksia vastaan. Yhteiskunnan suhtautuminen parisuhteeseen ja avioliittoon sekä uskottomuuteen ovat osaltaan joko tukemassa pysyvää suhdetta tai sitten heikentämässä sitä. Perinteinen maalaisyhteiskunnan moraalilla näyttäisi rapistuneen eikä uskottomuus ole enää niin suuri synty kuin ennen. Samaan aikaan suomalaiset pitävät kuitenkin uskollisuutta edelleen parisuhteensa tärkeimpänä asiana. (Kiiänmaa 2007.)

Uskottomuus näytti Haavio-Mannilan ja Kontulan (2001) tutkimuksen mukaan yleistyvän Suomessa 1970-luvulta 1990-luvulle tultaessa. Uskottomien, naimisissa olevien suomalaismiesten (18–54-vuotiaiden) osuus nousi 1970-luvulta 1990-luvulle mentäessä 17 %:sta 39 %:iin, mutta laski jonkin verran vuoteen 1999 mennessä (34 %:iin). Samoin uskottomien naisten osuus kohosi vuosien 1970–1992 välisenä aikana 7 %:sta 34 %:iin ja laski vuoteen 1999 mennessä 30 %:iin. Kielteinen asenne aviolliseen uskottomuuteen lisääntyi vuodesta 1992 vuoteen 1999. Tutkimustulosta selitti se, että naisten asenteet muuttuivat kielteisemmiksi, samalla kun miesten asenteet pysyivät ennallaan. Suhteen keston mukainen tarkastelu toi esille, että pitkissä suhteissa hyväksyttiin uskottomuus yleisemmin kuin alle viisi vuotta kestäneissä. Tutkijat toteavat, että tuoreissa parisuhteissa oltiin ehdottomia, mutta suhteen pitkittyessä ja varmistuessa sen sitovuuteen alet-

tiin suhtautua vapaamielisemmin. Samoin uskonnolliset ihmiset eivät hyväksyneet uskottomuutta läheskään yhtä usein kuin ne, joille uskonto ei ollut tärkeä.

Määtän (1994) korkeakouluopiskelijoille tekemässä haastattelututkimuksessa moraalinormisto, joka edellytti itsekontrollia ja myötäili kristillistä etiikkaa, näytti säätelevän vahvasti opiskelijoiden käsityksiä parisuhteesta elämisestä. Tutkittavat pitivät uskollisuusnormia rikkovia seksuaalisia kokemuksia rakkautta loukkaavina ja tuomittavina. Jallinojan kokoamassa aviosuhteita tarkastelevassa tutkimuksessa (1997, 11, 212–214), suurin osa haastatelluista miehistä ja naisista eivät hyväksyneet uskottomuutta omassa suhteessaan. Muutamien tutkimukseen osallistuvien mukaan oli olemassa kahdenlaista uskottomuutta, fyysistä ja henkistä. Henkinen uskottomuus koettiin pahempana kuin fyysinen. Jallinoja toteaa tutkimuksessaan, että sallitun ja sopimattoman raja oli hämärtynyt ja rajan näytti määräävän suhteeseen sitoutuminen. Uskottomuus näyttäisi koskevan noin kolmasosaa suomalaisista, ja se mainitaan avioerojen yleisimmäksi syyksi (Buchert ym. 2007, 7).

Säädyllyisyys tai säädyttömyys voidaan liittää seksuaalietikkaan kuuluvaksi käsitykseksi. Asennoituminen tiettyihin seksuaalisiin virikkeisiin vaihtelee paljolti sen mukaan, koetaanko ne erotiikkana vai pornona. Pornossa monet kokevat seksuaalisuuden olevan irrotettu muista tunteista ja muusta elämästä irralliseksi, epäsopivaksi asiaksi, ja toiset kokevat sen omaa seksuaalisuuttaan rikastuttavaksi, eroottiseksi virikkeeksi. (Terveyskasvatuksen neuvottelukunta 1989, 5.) Haavio-Mannilan ja Kontulan (2001) tutkimuksesta käy ilmi, että asennoituminen ja suhtautuminen muun muassa prostituutioon ja pornografiaan oli muuttunut myönteisemmäksi 1970-luvulta 1990-luvulle tultaessa.

### 3 SEKSUAALITERVEYDEN EDISTÄMINEN JA SEKSUAALINEUVONTA

Tässä luvussa käyn läpi seksuaaliterveyden edistämisen ja seksuaalineuvonnan käsitteitä. Lisäksi tarkastelen seksuaalineuvonnan tasoja määrittelevää Annonin PLISSIT-mallia ja kuvaan, miten seksuaaliterveyden alueen kysymyksiä ja ongelmia voidaan eritellä eri tasojen mukaisesti. Lopuksi tarkastelen äitiys- ja lastenneuvolan roolia lasta odottavien ja lapsiperheiden vanhempien seksuaalineuvonnan antajana ja seksuaalisen hyvinvoinnin tukijana.

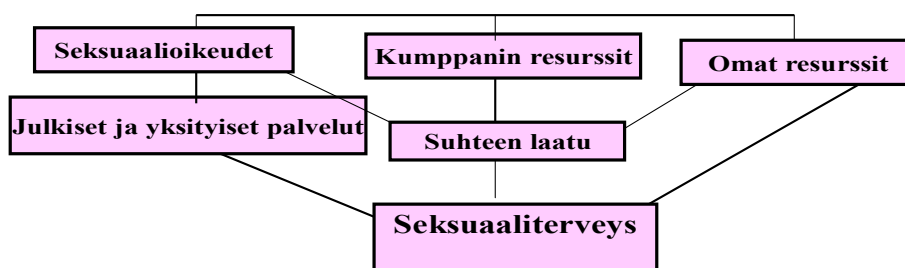
#### 3.1 Seksuaaliterveyden edistäminen yhteiskunnan, yhteisön ja yksilön tasolla

Edellisessä luvussa mainittu seksuaaliterveys nähdään tässä työssä seksuaaliterveyden edistämisen sisällöllisenä osa-alueena. Seksuaaliterveys ymmärretään osaksi kansanterveyttä ja seksuaaliterveyden edistäminen osaksi terveyden edistämistä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 13). Terveyden edistämisen määritelmät korostavat tavoitteita ja tuovat esille toivotun päämäärän eli lisääntyneen terveyden ja hyvinvoinnin (Lahtinen ym. 2003, 21). Seksuaaliterveyden edistämisen päämääränä on elämänlaadun ja ihmissuhteiden parantaminen. Keskeisimpinä tehtävinä ovat tiedon ja tuen antaminen oman elämän hallintaan, oman identiteetin löytämiseen ja itsensä hyväksymiseen sekä vuorovaikutustaitojen vahvistaminen kumppanin ja muiden ihmisten välillä. (Lottes 2000a.) Seksuaaliterveyden edistämisen katsotaan alkavan jo ennen lapsen syntymää ja jatkuvan elämänkulun jokaisessa vaiheessa (Bruess ja Greenberg 1994, 8, Cacciatore 2000). Seksuaaliterveyden edistämistä voidaan tarkastella makro- ja mikroperspektiivistä. Makrotason analyysi tarkastelee laajemmin sosiaalisia järjestelmiä ja tapaa, jolla perusinstituutiot ja arvot vaikuttavat ihmisten elämään. Tällöin toimenpiteet kohdistuvat yhteisöihin ja yhteiskuntaan. Mikrotason analyysi keskittyy yksilöiden ja pienryhmien väliseen vuorovaikutukseen ja kommunikaatioon. (Lottes 2000b.)

**Yhteisön ja yhteiskunnan tasolla** seksuaaliterveyden edistämässä tarkastelun kohteena ovat laajemmin yhteiskunnan instituutiot ja talous, valtiovalta, perhe, kasvatus ja koulutus, uskonto ja lääketiede sekä arvot ja normit. Yhteisön tasolla voidaan luoda ja tukea vastuullista seksuaalista hyvinvointia tukevaa toimintaa mm. seksuaalikasvatusohjelmien avulla. Hedelmällisyyttä voidaan suojella toteuttamalla ohjelmia, joiden tavoitteena on vähentää erilaisia sukupuolitauteja ja raskaudenkeskeytyksiä. Yhteiskunnan tasolla tuetaan ja edistetään seksuaaliterveyttä edistäviä päätöksiä sekä vaikutetaan yhteiskunnassa ilmeneviin myytteihin ja uskomuksiin. Kansallisten toimintasuunnitelmien ja strategioiden luominen ja toimeenpaneminen on tärkeä osa yhteiskun-

nallista seksuaaliterveyden edistämistyötä. (Lottes 2000b, Kosunen 2006, 15.) Tästä hyvänä esimerkkinä Suomessa on Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisema Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma vuosille 2007–2011. Toimintaohjelmassa vahvistetaan aikaisempia ohjeistuksia ja kehityssuuntia sekä annetaan samalla hyvin yksityiskohtaisia suosituksia seksuaaliterveyden huomioimisesta sosiaali- ja terveydenhuollon eri sektoreilla sekä koulujen ja ammatillisten oppilaitoksien opetussuunnitelmissa. Päätaivitteena toimintaohjelmalla on väestön ja yksilöiden hyvän seksuaali- ja lisääntymisterveyden vahvistuminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 13–14.)

Työni käsittelee keskeisesti seksuaaliterveyden edistämistä **yksilön tasolla**. Kontulan (2000) mukaan yksilön tasolla seksuaaliterveyttä (kuvio 3) edistetään silloin, kun ihmisellä on mahdollisuus toteuttaa seksuaalisuuttaan omaehtoisella, tyydyttävällä ja turvallisella tavalla. Seksuaaliterveys saa tällöin muotonsa erilaisissa vuorovaikutustilanteissa ja parisuhteessa, joilla on sekä fysiologisia että psyykkisiä vaikutuksia yksilöön. Pelkkä kumppani ei sinänsä tuota seksuaaliterveyttä, vaan perustekijänä on omia odotuksia vastaava suhteen laatu. Suhteen laatuun vaikuttavat omat ja kumppanin käytössä olevat resurssit. Yksilöiden resurssit muodostuvat suurimmaksi osaksi heidän tietoistaan, taidoistaan ja kokemuksistaan seksuaalisuudesta. Resurssien puute aiheuttaa useimmiten epätydyttävän seksuaalisuhteen. Tätä puutetta voidaan auttaa julkisten tai yksityisten palvelujen avulla, tunnistamalla ihmisten seksuaaliset oikeudet ja samalla myöntämällä heidän oikeutensa seksuaaliterveyttä edistäviin palveluihin. Neuvolat ovat yksi esimerkki näistä julkisista palveluista. Näillä palveluilla ihmisten eri elämänvaiheissa voidaan luoda edellytyksiä toimivien ja tyydyttävien suhteiden syntymiselle.



**Kuvio 3.** Seksuaaliterveyden edistäminen yksilötasolla (Kontula 2000)

Seksuaalioikeuksien toteutuminen on keskeinen seksuaaliterveyden edistämisen osa-alue. Seksuaalioikeudet (ks. liite 1) pitävät sisällään, vapaaehtoisten palvelujen ja tuen tarjoamisen lisäksi, yksilön oikeudet tietoihin ja taitoihin niin, että hän pystyy tekemään vastuullisia, omia arvojaan vastaavia päätöksiä seksuaalisuudestaan. Seksuaalioikeudet pitävät sisällään oikeuden vapaaehtoiseen seksuaalisiin suhteisiin sekä oikeuden ilmaista omaa seksuaalista suuntautuneisuuttaan ilman väkivaltaa tai syrjintää. (Lottes 2000a, Nurmi 2000, 26.)

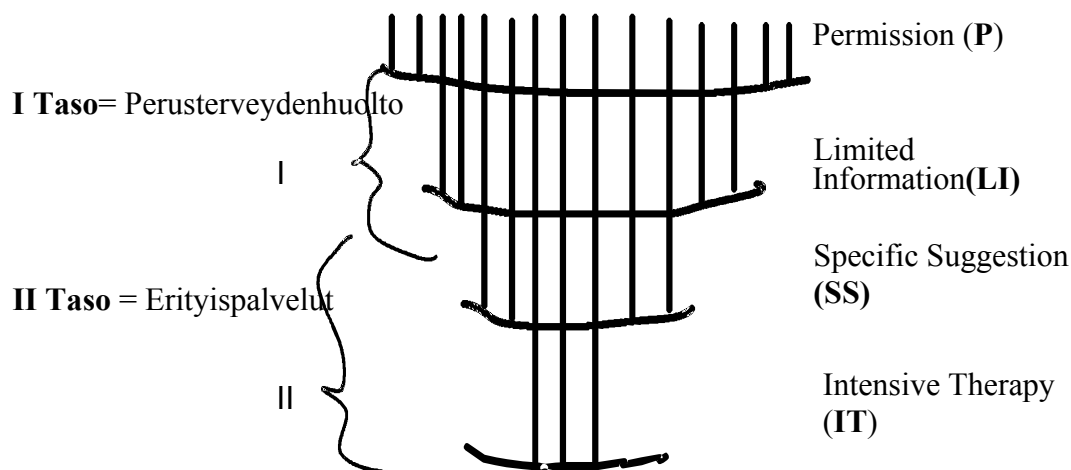
### **3.2 Seksuaalineuvonta ja sen tasoja määrittävä PLISSIT-malli**

Seksuaalista terveyttä edistävää työtä, terveystasvatusta, sanotaan ihmissuhde- ja sukupuolikasvatukseksi tai seksuaalikasvatukseksi ja seksuaalineuvonnaksi (Nurmi 2000, 18). Työssäni keskeisin termi on seksuaalineuvonta. Seksuaalineuvonta on vuorovaikutukseen pohjautuvaa ammatillista asiakas- tai potilastyötä, jonka keskeisiä alueita ovat seksuaalisuuteen ja sukupuolisuuteen liittyvät kysymykset ja ongelmat (Ilmonen 2006). Seksuaalineuvonnan tavoitteena on tarjota asiakkaille mahdollisuus työstää seksuaaliterveyteen liittyviä asioita niin, että seksuaalinen elämä koetaan tyydyttäväksi ja voimavaroja antavaksi. Tietoja ja erityisohjeita antamalla asiakasta autetaan löytämään oma seksuaalisuutensa. (Bruess ja Greenberg 1994, 275, Kaimola 1998.)

Terapeuttisen vaikutuksen toteutumista ammatillisessa neuvonnan vuorovaikutustilanteissa voidaan nimittää arkiterapeuttiseksi kasvatus- ja viestintätavaksi, jonka tarkoituksena on vapauttaa yksilön omia voimavaroja ja siirtää hänelle energiaa. Arkiterapia pitää sisällään kaikki mahdolliset asiat, jotka saavat asiakkaan kokemaan, että häntä on ymmärretty ja että hän saa voimaa itselleen. (Kannas 1993, 74, Kettunen ym. 1996, 30.) Arkiterapian synonyyminä Vilen ym. (2002, 18) käyttävät termejä terapeutin hoitotyö, terapeutin lähestyminen tai terapeutitset kommunikaatiomenetelmät. Terapian ja arkiterapian suurin ero on siinä, että terapiassa pyritään parantamaan asiakkaiden vajavuuksia tai sairauksia terapeutisella vuorovaikutuksella, kun arkiterapiassa käsitellään ihmisten sosiaalisessa elämässä kohtaamia ”tavallisia” kysymyksiä ja asioita. (Kannas 1993, 74, Kettunen ym. 1996, 30.) Terapiassa työstetään ongelmia, joiden syyt ovat tiedostamattomia ja ne ovat syvällä yksilön kehityksessä (Kaimola 1998).

Annonin vuonna 1974 kehittämän teoreettisen PLISSIT-mallin kirjaimet kuvaavat seksuaalineuvonnan koostuvan neljästä eri tasosta, jotka ovat luvan antaminen seksuaaliterveyden asioista puhumiseen (**P**ermission), rajattu tieto (**L**imited **I**nformation), erityisohjeet (**S**pecific **S**uggestion) ja intensiiviterapia (**I**ntensive **T**herapy) (Annon 1976, Salmimies 1980, Nurmi 2000, 95–96,

Vuola 2003, Taylor ja Davis 2006, Valkama 2006) (kuvio 4). Malli on luotu niille sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille, jotka kohtaavat työssään asiakkaiden/potilaiden seksuaaliterveyteen liittyviä asioita.



**Kuvio 4.** Annonin PLISSIT-malli ja sen eri tasojen käyttö terveydenhuollossa (Annon 1976, Salmimies 1980, Nurmi 2000, 96)

**Permission tasolla** asiakas hyväksytään seksuaalisena olentona ja häntä autetaan ilmaisemaan itseään ja seksuaalisuuttaan positiivisella ja vastuullisella tavalla. Tällöin kuullaan asiakkaan kysymyksiä ja huolia hänen ajatuksistaan, fantasioistaan, unelmistaan ja käyttäytymisestään. Asiakas saattaa muun muassa kuvitella, että hänen seksuaaliset fantasiansa ja käyttäytymisensä seksuaalisessa kanssakäymisessä ovat poikkeavia, ja tämä voi aiheuttaa pelkoa, syyllisyyttä ja ahdistusta. Usein asiakkailta puuttuu todellinen, asiallinen tieto. Salliminen useimmiten riittää selvittämään asian, josta olisi saattanut tulla myöhemmin suuri ongelma. (Nurmi 2000, 96, Taylor ja Davis 2006, Valkama 2006.) Neuvontaprosessissa autetaan asiakasta lähinnä sellaisten ongelmien ratkaisemisessa, jotka ovat ilmaantuneet lähimenneisyydessä tai äskettäin (Bruess ja Greenberg 1994, 275, Kaimola 1998). Vilen ym. (2002, 11) kuvaavat sosiaali- ja terveydenhuollossa käytettävää neuvontatason (counselling-taso) työtä vuorovaikutukselliseksi tukemiseksi, joka pitää sisällään ohjaamista, neuvojen antamista, kehottamista ja tukemista. Suurin osa asiakkaista tulee hoidetuksi tällä ensimmäisellä tasolla. (Annon 1976, Nurmi 2000, 96, Taylor ja Davis 2006, Valkama 2006.)

**Limited Informaation** -tasolla annetaan asiakkaalle tietoa juuri häntä huolestuttavista asioista. Seksuaalneuvonnassa se tarkoittaa esimerkiksi tiedon antamista sukupuolielinten koosta ja nii-

den toiminnasta, itsetyydytyksestä ja erilaisista tavoista toteuttaa seksuaalisuuttaan. Tämä tieto saattaa vaikuttaa yksilön seksuaalisten asenteiden ja käyttäytymisen merkittäviin muutoksiin. (Annon 1976, Salmimies 1980, Nurmi 2000, 96, Taylor ja Davis 2006, Valkama 2006.)

**Specific Suggestion** -tasolla seksuaalisuuteen liittyviä kysymyksiä ja häiriötä pyritään auttamaan terapeuttisin menetelmin. Asiakkaalle annetaan spesifisiä ohjeita juuri hänen kokemaansa erityistason hoitoon. Kysymyksessä ovat yleensä seksuaaliset toimintahäiriöt (ks. toimintahäiriöiden luettelo, liite 2), joiden ilmenemisen taustalla voi olla fyysisiä ja psykososiaalisia sekä kumppaneiden väliseen suhteeseen liittyviä ongelmia. Kysymyksessä voi olla myös eri sairauksien tai vammojen vaikutus seksuaaliseen hyvinvointiin. (Annon 1976, Salmimies 1980, Nurmi 2000, 96, Taylor ja Davis 2006, Valkama 2006.) Seksuaaliterapiassa keskeisiä osa-alueita ovat kommunikaation selkeyttäminen ja parantaminen sekä erityistekniikoiden avulla yksilön auttaminen tulemaan tietoiseksi omista seksuaalisista reaktioistaan ja niihin mahdollisesti liittyvistä esteistä (Kaimola 1998). Seksuaaliterapia on perustaltaan pariterapiaa. Mikäli kumppani jätetään ulkopuolelle, ratkaisevaa tietoa saattaa jäädä piiloon ja terapeuttinen lopputulos voi vaarantua. (Leiblum 2007.)

**Intensive Therapy** -taso tulee kysymykseen silloin, kun asiakkaan hoitamisessa ei ole auttanut lyhytkestoinen terapia (Nurmi 2000, 96). Intensiiviterapia tai psykoterapia on usein pitkäkestoista, yksilön historiaan ulottuvaa tarkastelua ja se edellyttää sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiselta syvempää tietämystä taustatekijöistä ja syistä, jotka aiheuttavat yksilössä ilmenevät ongelmat. Kysymyksessä voi olla raiskaus tai seksuaalinen hyväksikäyttö, psykoseksuaaliset tai parisuhteeseen liittyvät ongelmat tai vakavat konfliktit. (Annon 1976, Salmimies 1980, Taylor ja Davis 2006.) Intensiiviterapia eroaa neuvonta- ja terapiatasosta muun muassa ohjauksen keston, syvyyden ja intensiteetin suhteen. Neuvonta- ja lyhytterapiatasolla tehdään asiakkaan kanssa yhdessä johtopäätöksiä ja päätelmiä, ei pitkälle vietyjä analyysejä ja tulkintoja. Intensiiviterapia tarkoittaa pidempiaikaista tukemista, ihmisen perimmäisen ”minän” rakenteiden tarkastelua vuorovaikutuksessa psykoterapiakoulutuksen saaneen työntekijän kanssa. (Vilen ym. 2002, 11–12.)

Seksuaalineuvontaa ja -terapiaa voidaan tehdä yksilö-, pari- ja ryhmätasolla. Seksuaalineuvonnan tasot ovat yhteydessä toisiinsa siten, että asiakaskontakteissa aina ylempi taso pitää sisällään alempaan tasoon kuuluvat asiat (Taylor ja Davis 2006). Perusterveydenhuollossa henkilökunnan tulee pystyä toimimaan ainakin kahdella ensimmäisellä tasolla (Salmimies 1980) ja osittain kolmannella (Nurmi 2000, 95–96). Mallin avulla seksuaaliterveyden asiantuntija voi arvioida asi-

akkaan tarvitseman seksuaalineuvonnan tai -terapian tason lisäksi käytettäviä neuvonta- tai hoitomenetelmiä. Työntekijä voi käyttää mallia työvälineenä arvioidessaan oman kompetenssinsa riittävyttä. (Annon 1976, Vuola 2003, Taylor ja Davis 2006, Valkama 2006.)

### **3.3 Seksuaalineuvonta perusterveydenhuollon neuvoloissa**

Suomessa vuonna 1972 voimaan tullut kansanterveyslaki edellytti kuntia järjestämään perusterveydenhuollon palvelut alueensa väestölle. Näihin palveluihin kuuluivat äitiys- ja lastenneuvoloiden sekä koulu- ja opiskelijaterveydenhuollon palvelut. Lisäksi osana ennaltaehkäisevää toimintaa kunnat velvoitettiin järjestämään raskauden ehkäisyä palveluja. Perhesuunnitteluneuvolat ovat tärkeä osa ennaltaehkäiseviä palveluita. (Kosunen 2000.) Lääkintöhallitus antoi vuonna 1980 ohjekirjassaan kunnille veloituksen toteuttaa seksuaalineuvontaa osana näitä peruspalveluita. Ohjeiden mukaan seksuaalineuvonta on osa asiakkaan ja potilaan kokonaisuhoitoa ja sen toteutumisessa on tärkeää lisätä terveydenhuollon henkilöstön valmiuksia seksuaaliterveyden aihepiirin asioissa. (Lääkintöhallitus 1980.) Työssäni tutkimuksen kohteena olevat asiakkaat ovat kaikki perusterveydenhuollon äitiys- ja/tai lastenneuvolapalveluja käyttäviä parisuhteessa eläviä naisia ja miehiä.

Äitiys- ja lastenneuvolat ovat keskeinen osa lasta odottavien ja alle kouluikäisten perheiden ennaltaehkäiseviä perusterveydenhuollon palveluja kunnassa. Äitiysneuvolatyön keskeisimpiä tehtäviä ja samalla kehittämiskohteita muuttuvassa yhteiskunnassa on katsottu olevan synnytykseen valmentautuminen, epäsäännöllisten raskauksien ja riskiperheiden tunnistaminen, seuranta ja tarvittava jatkoahoito sekä toimenpiteiden kohdentaminen perheen tarpeiden perusteella. Miesten neuvonta naisen tukemisessa synnytyksen aikana sekä tuki isyyteen kasvamisessa ja lapsen hoitoon osallistumisessa ovat tärkeitä kehittämisen kohteita. Neuvolan tehtävänä on huomioida ensimmäisen lapsen syntymisen vaikutuksia perheen hyvinvointiin ja vanhempien yhteenkuuluvaisuuteen, puolisoitten sitoutumista perheeseen sekä lapsen tuomia muutoksia parisuhteeseen ja sukupuolielämään. Lapsille tehtävät määräaikaistarkastukset ja lapsen terveyden seuraaminen ovat lastenneuvoloiden perustehtäviä, mutta yhä selvemmin niiden rinnalle on tullut koko perheen tukeminen ja vanhemmuuteen valmentaminen, ongelmien varhainen huomaaminen ja niihin puuttuminen. Lisäksi tärkeitä asioita ovat parisuhdekysymysten huomioiminen sekä parisuhteiden neuvonta ja tukeminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003, 40–45.)



Sosiaali- ja terveysministeriön (2006, 22.) *Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma vuosille 2007–2011* toimenpiteinä kehoitetaan integroimaan seksuaaliterveyden edistämisen näkökulma aikuisten neuvolapalveluissa muun muassa seuraavasti: 1) äitiys- ja perhesuunnitteluneuvonnan yhteydessä annetaan parisuhdetta ja seksuaalisuutta koskevaa neuvontaa sekä raskauden aikana että synnytyksen jälkeen henkilökohtaisessa neuvonnassa ja perhevalmennusten yhteydessä, 2) lastenneuvolassa keskustellaan lapsen seksuaalisesta kehityksestä ja ohjataan vanhempia tukemaan tasapainoista kehitystä seksuaaliterveyden näkökulmasta sekä keskustellaan tarvittaessa vanhempien kanssa parisuhteeseen ja seksuaalisuuteen liittyvistä kysymyksistä ja 3) erityisesti miehille suunnattuja neuvontapalveluja lisätään ja muotoja sekä sisältöjä kehitetään.

### 3.4 Seksuaalineuvonnan ja tuen tarpeesta

Aikaisemmat tutkimukset tuovat esille, että ihmiset tarvitsevat tietoa, neuvontaa ja tukea seksuaaliterveyteen liittyvissä kysymyksissä. Ryttyläisen (2005) suomalaisille synnyttäneille naisille suunnatussa raskauden ja synnytyksen hallintaan vaikuttavien tekijöiden tutkimuksessa tuli selvästi esille naisten toiveet saada keskustella ammattihenkilöiden kanssa parisuhteeseen ja sen hoitamiseen liittyvistä kysymyksistä. Olssonin ym. (2005) tutkimuksen tuloksista ilmeni, että synnyttäneet naiset toivovat keskustelua synnytyksen jälkeisestä seksielämästä ja yleensä seksuaalisuudesta synnytyksen jälkeisen tarkastuksen yhteydessä. Lisäksi he toivoivat saavansa vahvistusta ja tukea ammattilaisilta oman kehon hyväksyntään ja sen ”normaaliin toimintaan palautumisesta”.

Neuvolassa ja työterveyshuollossa toteutetussa suomalaisessa tutkimuksessa kolme neljäsosaa kyselyyn vastanneista keski-ikältään 33-vuotiaasta ilmoitti, että he olisivat tarvinneet seksuaalisuuteen liittyvää neuvontaa jossain elämänsä vaiheessa. Asiat, joista vastaajat halusivat keskustella, liittyivät parisuhteeseen ja erilaisiin seksuaalisiin toimintahäiriöihin, muun muassa haluttomuuteen. Seksuaaliterapeutti, psykologi sekä terveydenhoitaja olivat ammattihenkilöitä, joiden kanssa edellä mainittuja asioita haluttiin jakaa. (Gröhn ym. 1999.) Viljamaan (2003) neuvolan palveluja selvittävässä tutkimuksessa todettiin halukkuus keskustella neuvolassa parisuhteeseen liittyvistä asioista. Naiset halusivat keskustelua useammin kuin miehet. Keskustelua haluttiin käytävän vastaanottojen yhteydessä eikä niinkään ryhmissä tai terveydenhoitajan synnytyksen jälkeisellä kotikäynnillä.

Seksuaalisuuden alueen ongelmia esiintyy paljon, mutta vain harvat hakevat apua ongelmiinsa. Moreiran ym. (2005) amerikkalaiselle väestölle suunnatussa tutkimuksessa viidesosa oli hakenut apua seksuaalisuuden ja parisuhteen ongelmiin, vaikka puolet vastaajista ilmoitti kärsivänsä niistä. Vastaajista reilu kolmasosa oli keskustellut oman kumppanin kanssa ja vain 9 % oli kysynyt terveydenhuollon rutiinitarkastuksessa ongelmistaan kolmen viimeisen vuoden aikana. Ongelmia, joihin haettiin apua, olivat miehillä erektiohäiriöt ja naisilla kostumiseen liittyvät kysymykset. Suomalaisessa äitiysneuvolassa tehdyn odottavien äitien seksuaalikäyttäytymistä ja neuvonnan tarvetta käsittelevän tutkimuksen mukaan noin neljäsosa vastaajista pelkäsi yhdyntän vaikutuksia raskauteen, mutta vain muutama oli toivonut saavansa lisäinformaatiota raskaudenajan seksuaalielämästä (Valkama ym. 2006). Tiedon puutteesta kertoo myös suomalainen neuvolatutkimus, jossa parit kertoivat pelkäävänsä raskaudenaikaisen seksin vahingoittavan lasta tai haittaavan raskauden kulkua ja sen vuoksi raskauden aikainen yhdyntähalukkuus oli vähentynyt (Reinholm 2000).

Aina neuvontaa ja tukea ei ole saatavilla, vaikka sitä haluttaisiinkin. Kurosen (1993) äitiys- ja lastenneuvolan toimintakäytänteitä tarkastelevassa tutkimuksessa tuli esille, että parisuhdetta ei tarkastella neuvoloissa aikuisten näkökulmasta, aikuisten välisenä tunne- ja seksuaalisuhteena muuta kuin silloin, jos sillä ajatellaan olevan vaikutusta vanhemmuuteen. Perälä ym. (1998) äitiyshuollon palveluja selvittävässä tutkimuksessaan toivat esille, että puolisoiden välistä suhdetta ja seksuaalisuutta käsitellään neuvoloissa liian vähän. Myös vuonna 2005 tehdyssä äitiyshuoltoa ja lastenneuvolaa koskevassa selvityksessä ilmeni, että parisuhteen ja seksuaalisuuden kysymyksiä ei käsitellä riittävästi (Hakulinen-Viitanen ym. 2005). Pelkosen ja Löthman-Kilpeläisen (2000) tutkimuksessa todettiin lisäksi, että neuvolassa työntekijät olivat kiinnittäneet vähän huomiota vauvan tuomiin muutoksiin perheessä, vanhempien jaksamiseen ja parisuhteeseen, vaikka monet vanhemmat halusivat keskustella näistä kysymyksistä. Viljamaan (1998 ja 2000) neuvolapalveluja tarkastelevissa tutkimuksissa kävi ilmi, että viidesosa neuvolan palveluja käyttävistä vanhemmista oli ilmaissut halunsa keskustella parisuhteeseen liittyvistä asioista, mutta ei ollut uskaltanut tai onnistunut siinä. Gröhnin ym. (1999) tutkimuksessa kolmasosa neuvolan ja työterveydenhuollon asiakkaista toivoi, että työntekijät ottaisivat automaattisesti puheeksi vastaanottokäynneillä parisuhteeseen ja seksuaalisuuteen liittyvät asiat. Ulkolaiset tutkimukset osoittavat, että asiakkaat eivät uskaltaisi ottaa ensimmäisenä esille heitä huolestuttavia, seksuaaliterveyteen liittyviä kysymyksiä, vaan odottavat, että työntekijät ottaisivat ne ensin esille (Waterhouse 1996, Gröhn 1999, Magnan ym. 2006). Työntekijät taas odottavat asiakkaiden ensin aloittavan keskustelun aiheesta (Taylor ja Davis 2006, Magnan ym. 2006).

Ammattilaisten antamalla tuella on todettu olevan merkitystä tuleville vanhemmille. Hakulinen (1998) nosti pitkittäistutkimuksessaan esille neuvolan työntekijöiden tuen merkityksen lapsen saaneiden perheiden tukijoina. Tuloksissa ilmeni, että mitä enemmän emotionaalista, instrumentaalista tai arvioivaa tukea perheet olivat saaneet neuvolassa, sitä vähemmän he olivat kokeneet kuormittavia tekijöitä lapsen syntymän jälkeen. Lisäksi tukea saaneet kokivat perheensä olevan joustavampia ja yhteenkuuluvampia kuin tukea saamattomat. Valtakunnalliseen satunnaisotokseen perustuvassa tutkimuksessaan Pelkonen (1994) toi esille neuvolan työntekijöiden tuen tarpeellisuuden vanhempien itsetunnon, itseluottamuksen ja voimavarojen kasvattamisessa. Viljamaan (2003) tutkimuksessa äitiys- ja lastenneuvolan palveluja käyttävien naisten ja miesten mielestä neuvolasta saatu tuki oli kuitenkin vain keskinkertaista (ei hyvä-ei huono). Ensimmäistä lasta hoitavat äidit olivat Viljamaan tutkimuksessa muita vanhempia tyytyväisempiä tukeen ja naiset huomattavasti tyytyväisempiä kuin miehet. Moniin eurooppalaisiin tutkimuksiin pohjautuvassa WHO:n (2007) artikkelissa tuli esille miesten saaman raskaudenajan emotionaalisen tuen merkitys. Mitä enemmän miehet olivat kokeneet saavansa työntekijöiltä emotionaalista tukea odotusaikana, sitä tyytyväisempiä he olivat fyysiseen ja psyykkiseen terveyteensä. Nämä miehet olivat tukea saamattomia miehiä tyytyväisempiä parisuhteisiinsa lapsen syntymän jälkeen. Artikkelissa korostettiin miehen roolin vahvistamista terveydenhuollon palvelujärjestelmässä. Miehet kokivat jäävänsä näissä palveluissa taka-alalle, eivätkä kokeneet saavansa tarpeeksi tukea kasvussaan isäksi ja vanhemmaksi. Tutkimuksen mukaan tukea saavat miehet pystyivät parhaiten tukemaan kumppaneitaan odotusaikana ja synnytyksen jälkeen.

## 4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Seksuaaliterveyden edistäminen vaatii kansallista tutkittua tietoa, jotta eri palvelujärjestelmissä voidaan vastata niihin haasteisiin, joita 2000-luvun eri-ikäiset ja erilaisissa elämäntilanteissa olevat naiset ja miehet tarvitsevat ja odottavat seksuaalisen hyvinvointinsa ylläpitämiseen ja edistämiseen. Tutkimukseni tarkoituksena oli saada tietoa lasta odottavien ja eri-ikäisten lasten vanhempien seksuaalisesta hyvinvoinnista sekä seksuaaliterveyteen liittyvästä neuvonnan ja tuen tarpeesta. Tutkimukseni teoreettisena viitekehyksenä ja ensimmäisen pääkysymyksen taustateorianä oli Greenbergin (1993) (s. 8–9) seksuaalisuuden ulottuvuuksia selittävä malli. Seksuaaliterveyden tasoja määrittelevä Annonin (1974) (s. 28–31) PLISSIT-malli toimi toisen pääkysymyksen viitekehyksenä.

Tutkimustehtäväni pääkysymykset ja niitä tarkentavat alakysymykset ovat seuraavat:

1. Minkälainen on tutkittavien seksuaalinen hyvinvointi?
  - 1.1 Mitkä tekijät ylläpitävät ja edistävät tutkittavien seksuaalista hyvinvointia?
  - 1.2 Mitkä tekijät heikentävät tutkittavien seksuaalista hyvinvointia?
2. Tarvitsevatko tutkittavat seksuaaliterveyteen liittyvää neuvontaa ja tukea?
  - 2.1 Minkälaisista asioista tutkittavat tarvitsevat seksuaaliterveyteen liittyvää neuvontaa ja tukea?
  - 2.2 Miltä taholta tai keneltä tutkittavat haluavat saada seksuaaliterveyteen liittyvää neuvontaa ja tukea?

Ensimmäisessä tutkimustehtävässä tarkasteltiin seksuaalisuuden hyvinvointia selittävien tekijöiden yhteyttä eri taustatekijöiden välillä. Taustatekijöinä olivat sukupuoli, ikä, koulutustaso, perhemuoto, raskaana olo, suhteen kesto, siviilisääty, aikaisemmat suhteet, lapsettomuushoidot, keskenmeno, raskauden keskeytys, tyytyväisyys elämän erilaisiin asioihin (terveys, fyysinen kunto, taloudellinen tilanne, kotitöiden jakautuminen, kumppanin osallistuminen lasten hoitoon ja kasvatukseen, koulutus ja ammatti) sekä uskonnon tärkeys elämässä.

## 5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

### 5.1 Tutkittavat ja aineiston keruu

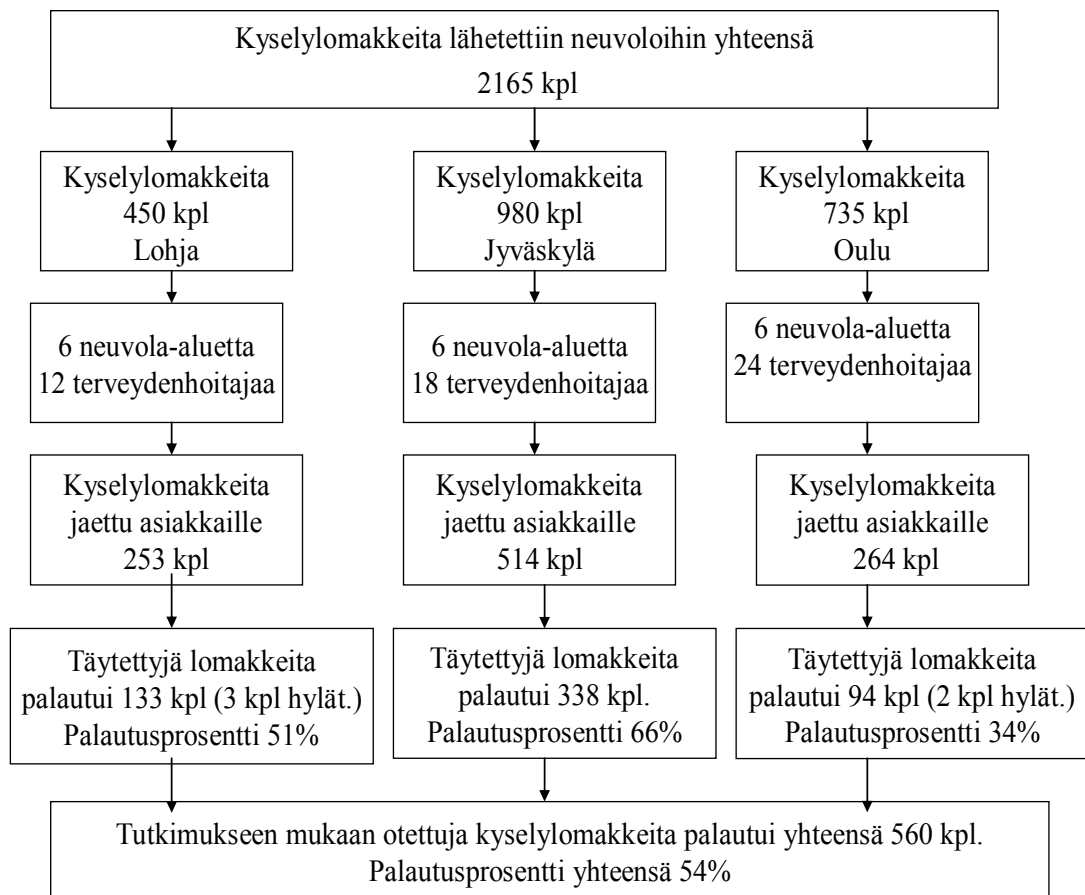
Tässä tutkimuksessa kehikkoperusjoukkoa (Heikkilä 1999, 33) edustivat vuonna 2007 viikoilla 38–39 Jyväskylässä, viikolla 41 Oulussa sekä viikoilla 37–38 Lohjalla neuvolan palveluja käyttäneet lasta odottavat ja eri-ikäisten lasten neuvolapalveluja käyttävät vanhemmat. Pareilla tarkoitettiin tässä tutkimuksessa perheitä, joissa molemmat kumppaneista elivät samassa taloudessa joko odottaen lasta tai elivät lapsen tai lastensa kanssa. Tutkimukseen otettiin mukaan myös parit, jotka jostain syystä eivät tutkimusajankohtana eläneet samassa taloudessa, mutta joilla oli parisuhde sekä jotka odottivat yhteistä lasta tai heillä oli jo yhteinen lapsi tai lapsia. Ulkomaalaiset, jotka eivät kyenneet vastaamaan suomeksi kyselylomakkeeseen, sekä yksinhuoltajat rajattiin tutkimuksen ulkopuolelle. Kyselyyn osallistuvien odottavien naisten raskauden kestolle tai lastenneuvolassa asioivien äitien ja isien lasten iälle tai lukumäärälle ei asetettu mitään raja-arvoja, vaan kaikki tutkimusajankohtana neuvolan palveluja käyttäneet parisuhteessa eläneet kuuluivat tutkimuksen piiriin.

Tutkimusluvut kyselyä varten haettiin kirjallisesti kaikkien kolmen kaupungin neuvolapalveluista vastaavilta virkamiehiltä (liitteet 3–5). Oulussa ja Jyväskylässä tutkimuksesta informoitiin neuvolan terveydenhoitajien omissa kokouksissa ja lisätietoa annettiin sähköpostitse. Lohjalle lomakkeet postitettiin kaikille terveydenhoitajille henkilökohtaisesti ja tietoa tutkimuksesta annettiin sähköpostin välityksellä. Jyväskylässä, Oulussa ja Lohjalla tutkimukseen osallistui kuusi eri neuvola-aluetta. Neuvoloissa työskenteli eri määrä terveydenhoitajia, joilla osalla toimenkuvaan kuului yksinomaan äitiys- tai lastenneuvolatyö tai heillä oli ns. yhdistetty neuvolatyö, johon kuuluivat molemmat sektorit. Jyväskylässä yksi neuvola-alue jäi tutkimuksesta pois, koska siellä oli menossa toinen tutkimus samaan aikaan. Oulussa neuvola-alueita ja työtä tekeviä terveydenhoitajia oli niin paljon, että tutkimustyöhön käytettävien resurssien rajallisuuden vuoksi päädyttiin ottamaan vain osa neuvola-alueita mukaan siten, että ne sijainniltaan kuitenkin edustivat tasaisesti Oulun kaupungin eri asuinalueita. Lohjalla kaikki neuvola-alueet ja terveydenhoitajat olivat tutkimuksessa mukana.

Kyselylomakkeita monistettiin ja vietiin tai lähetettiin neuvoloihin yhteensä 2165 kpl. Tutkimuslomakkeita toimitettiin jaettavaksi terveydenhoitajien tutkimusajankohtana arvioimien asiakkaiden ja heidän kumppaneidensa määrien mukaisesti. Varsinaisessa aineistonkeruussa kyselyyn

vastattiin nimettömänä, jolloin kenenkään henkilöllisyys ei tullut ilmi. Kyselylomakkeessa oli kuitenkin merkintä siitä, oliko vastaaja mies vai nainen ja minkä paikkakunnan äitiys- ja lastenneuvolan palveluja asiakas käytti. Tutkimukseen osallistuvien paikkakuntien neuvoloiden terveydenhoitajat antoivat kyselylomakkeet täytettäväksi asiakkaille joko ennen vastaanotolle tuloa tai heti sen jälkeen. Tavoitteena oli, että jokaisella parisuhteessa elävällä asiakkaalla, kyselytutkimukseen sovitun ajankohdan puitteissa, olisi ollut mahdollisuus niin halutessaan päästä tutkimukseen mukaan. Neuvolan odotusauloihin varattiin palautelaatikot, joihin täytetyt lomakkeet palautettiin. Jos joku asiakkaista halusi täyttää lomakkeen kotona ja/tai ottaa kumppanilleen lomakkeen täytettäväksi, hänelle annettiin valmis palautekuori, joka toimitettiin myöhemmin neuvolaan. Kyselylomakkeita ei kuitenkaan jaettu järjestelmällisesti kotiin vietäväksi neuvolassa asioivien kumppaneille. Täytetyt, täyttämättömät ja jakamattomat kyselylomakkeet neuvolan terveydenhoitajat lähettivät tutkijalle kyselyn ajanjakson päättymisen jälkeen.

Terveydenhoitajat antoivat asiakkailleen kyselylomakkeita täytettäväksi eri paikkakunnilla yhteensä 1031 kpl. Lohjalla 253 jaetusta kyselylomakkeesta palautui 133 kpl, josta hylättiin puutteellisten tietojen vuoksi kolme (palautusprosentti 51 %). Jyväskylässä jaettuja kyselylomakkeita oli 514 kpl, joista palautui 338 kpl (palautusprosentti 66 %). Oulussa asiakkaille asti jakoon meni 264 kyselylomaketta ja täytettynä palautui 94 kpl, joista kaksi jouduttiin hylkäämään puutteellisten tietojen vuoksi (palautusprosentti 34 %). Tutkimukseen mukaan otettuja kyselylomakkeita palautui yhteensä 560 kpl (palautusprosentti 54 %). Kuvioista 5 käy selville, miten tutkimukseni aineisto muodostui.



**Kuvio 5.** Tutkimusaineiston muodostuminen

## 5.2 Mittarit

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa aineiston keruu useimmiten toteutetaan käyttämällä standardoituja tutkimuslomakkeita valmiine vastausvaihtoehtoineen (Heikkilä 1999, 16, Mattila 1999, 46). Tutkimuksessani käytetyn kyselylomakkeen kysymykset olivat pääosin strukturoituja monivalintakysymyksiä eli vastaajalle annettiin valmiiksi vastausvaihtoehdot ja asteikot, joita käyttäen häntä pyydettiin vastaamaan esitettyihin kysymyksiin (Mattila 1999, 46, Heikkilä 1999, 49). Tutkimuksen kyselylomakkeen kysymykset (liite 6) koottiin ja muokattiin monesta eri lähteestä. Lomakkeen taustatiedot (TAUSTATIEETOJA) kysymykset 1–4, 6–9, parisuhdetta koskevat (PARISUHTEESI) kysymykset 1–7 ja 14–24 sekä seksuaali- ja parisuhdepalvelujen tarvetta ja käyttöä koskevat (SEKSUAALI- JA PARISUHDEPALVELUJEN TARVE JA KÄYTTÖ) kysymykset 3–8 saatiin Jyväskylän yliopiston perhetutkimusyksikön tutkijan Kaisa Malisen Jyväskylässä 25.11.2006 *Parisuhteen polulla sinä ja minä* yleisötilaisuuteen muokkaamasta ennako-

kyselystä (liite 7). Tässä ennakkokyselyssä parisuhdetta koskevat (PARISUHTEESI) kysymykset 2–3 oli saatu Hendrickin (1981, 1988) tutkimuksista, jotka käsittelivät kumppaneiden parisuhdetyytyväisyyteen vaikuttavia asioita. Kumppaneiden erimielisyyksiin suhtautumista mittaavat (PARISUHTEESI) kysymykset 14–21 oli poimittu Kurdekin (1994) tutkimuksesta, joka selvitti mitkä kysymyssarjat mittaisivat parhaiten erilaisissa parisuhteissa elävien miesten ja naisten suhtautumistapoja ristiriitatilanteiden aikana. Taustatietojen (TAUSTATIETOJA) kysymys 14 saatiin *Perhebarometri 2003: parisuhde koetuksella* tutkimuksesta (Väestöliitto 2003). Seksuuassuhdetta koskevat (SEKSUAALINEN SUHTEESI) kysymykset 1–19 poimittiin ja muokattiin Kontulan ja Haavio-Mannilan (1993) toimittamasta suomalaiselle väestölle suunnatusta *Suomalainen seksi* haastattelututkimuksesta.

Kyselylomakkeeseen mukaan otetut kysymykset pyrittiin valikoimaan niin, että ne mahdollisimman hyvin mukailisivat Greenbergin (1993) seksuaalisuuden ulottuvuuksien sisältöjä ja tätä kautta antaisivat vastauksia tutkimuskysymyksiin. Kyselylomakkeen kysymykset, jotka käsittivät seksuaali- ja parisuhdepalvelujen tarpeen ja käytön, pyrittiin esittämään niin, että niistä saatua tietoa voitiin tarkastella Annonin (1974) seksuaalineuvonnan tasojen hahmottamiseen luodun käsitteellisen PLISSIT-mallin mukaisesti. Taulukossa 1 on kuvattu kyselylomakkeessa käytetyt kysymysten teemat, niitä mittaavat numerot sekä se, mihin Greenbergin seksuaalisuuden ulottuvuuksien kategoriaan mittarit kuuluvat. Lisäksi taulukosta selviää, mitkä kysymykset arvioitiin Annonin PLISSIT-mallin tasojen apuna käyttäen.

Mittari sisälsi 65 eri kysymystä, joista 33 oli Likertin asteikon tyyppisiä kysymyksiä 1–4 tai 1–6 asteikolla. Avoimia kysymyksiä oli kuusi. Avoimista kysymyksistä numero 23, joka käsitteli parien yhtä toivomusta liittyen parisuhteeseen, jätettiin pois, koska vastaukset olivat pääsääntöisesti samansuuntaisia kuin vastaukset kysymyksiin numero 22 ja 24. Seksuaalielämän ongelmiin liittyvä (SEKSUAALINEN SUHTEESI) kysymys 9 n, pelko sukupuolitaudeista, aids mukaan lukien, jätettiin kokonaan käsittelemättä aiheen laajuuden vuoksi. Tuloksissa tämä aihealue ei noussut esille. Samoin (SEKSUAALI- JA PARISUHDEPALVELUJEN TARVE JA KÄYTTÖ) kysymykset 6 a ja 6 b, tyytyväisyys aikaisemmin saatuun neuvontaan ja sen perustelut, jätettiin pois vastausten vähyyden ja puutteellisuuksien vuoksi.



**Taulukko 1.** Kyselylomakkeen teemat, niitä mittaavat kysymykset ja kategoriat, johon mittari kuuluu (ks.myös liite 6)

Kysymyksen teemat	Kysymysten numerot <sup>a</sup>	Kategoriat
Yleiset taustatiedot	T 1–4, 6–9	Taustamuuttujia
Taustatietona tyytyväisyys: terveyteen ja fyysiseen kuntoon taloudelliseen tilanteeseen kotitöiden jakautumiseen lastenhoitoon ja kasvatukseen koulutukseen ja ammattiin	T 14 (1–6) Greenberg:	Taustamuuttujia sekä Biologisen ulottuvuuden mittari Kulttuurisen ulottuvuuden mittari Kulttuurisen ulottuvuuden mittari Kulttuurisen ulottuvuuden mittari Kulttuurisen ulottuvuuden mittari
Lisääntymisterveyden taustatiedot raskaana olo	T 5	Taustamuuttuja ja Biologisen ulottuvuuden mittari
lapsettomuus, keskenmeno ja raskauden keskeytys	T 10–12	Biologisen ulottuvuuden mittari
Taustatietona uskonnon tärkeys	T 13	Eettisen ulottuvuuden taustamuuttuja
Parisuhteeseen liittyvät teemat	P 2,5–6,8-9,12–21,25 P 1,3–4,10–11,22–24	Psykologisen ulottuvuuden mittari Kulttuurisen ulottuvuuden mittari
Seksuaaliseen suhteeseen liittyvät teemat	S 5–6,9 S 1–2,4,7,10 S 11–19	Biologisen ulottuvuuden mittari Kulttuurisen ulottuvuuden mittari Eettisen ulottuvuuden mittari
Seksuaali- ja parisuhdepalvelujen tarpeeseen ja käyttöön liittyvät teemat	SP 4a,7b SP 1–3,5,7a, 8	Annon: PLISSIT-mallin tasojen mittari Palvelun tarvetta selittävä mittari

a) (T) kyselylomakkeessa *Taustatietoja* alle kuuluvat kysymykset

(P) kyselylomakkeessa *Parisuhteesi* alle kuuluvat kysymykset

(S) kyselylomakkeessa *Seksuaalinen suhteesi* alle kuuluvat kysymykset

(SP) kyselylomakkeessa *Seksuaali- ja parisuhdepalvelujen tarve ja käyttö* alle kuuluvat kysymykset

Kyselylomake esiteltiin heinäkuussa 2007 Jyväskylän kaupungin kahdessa neuvolassa. Kyselylomakkeeseen vastasi tällöin kuusi neuvolan asiakasta, yksi mies ja viisi naista. Testauksesta saatujen palautteiden pohjalta lomaketta muutettiin vielä kolmen kysymyksen kohdalta ja yksi kysymys, joka mittasi parisuhteelle käytettävää aikaa, poistettiin ajan arvioinnin vaikeuden vuoksi. Pilotointiin osallistuneita kyselylomakkeita ei otettu tutkimukseen mukaan.

### 5.3 Analyysimenetelmät

Vastaajien kyselylomakkeilta tiedot tallennettiin numerolliseksi aineistoksi suoraan SPSS 15.0-ohjelman matriisiin analysointia varten. Tallennuksen jälkeen aineistosta ajettiin suorat jakaumat ja tarkastettiin mahdolliset koodausvirheet (Heikkilä 1999, 131, Metsämuuronen 2005, 317, Uhari ja Nieminen 2001, 88). Tuloksia tarkasteltiin pääasiassa frekvensseinä, prosenttijakaumina ja osaa keskiarvoina. Puuttuvat tiedot jätettiin käsittelemättä siten, että frekvenssit ja prosenttijakaumat laskettiin kunkin kysymyksen muuttujiin vastanneiden mukaan. Luokitteluasteikon ja osassa järjestysasteikon tasoisten muuttujien välisiä riippuvuuksia tarkasteltiin ristiintaulukoinnin avulla. Ristiintaulukoinnin avulla voitiin verrata muuttujien jakaumia eri ryhmissä. Jakaumien erojen tilastollista merkitsevyyttä testattiin  $\chi^2$ -riippumattomuustestillä. Testin avulla saatiin tieto, onko muuttujien välillä todellista eroa vai johtuuko ero sattumasta (Metsämuuronen 2005, 345–346, Uhari ja Nieminen 2001, 161,166.) Kahden järjestysasteikollisen muuttujan välistä riippuvuutta mitattiin Spearmanin järjestyskorrelaatiokertoimen avulla.

Keskiarvojen erojen merkitsevyyttä testattiin jakaumasta riippumattomien, parametrittömien Mann-Witney U- ja Kruskal-Wallis -testejä apuna käyttäen. Parametrittömät testit perustuvat mediaanien vertailuun ja tästä syystä ne eivät ole riippuvaisia perusjoukon jakaumasta. (Uhari ja Nieminen 2001, 126, Metsämuuronen 2004, 133, 194). Yleensä vinosti jakautuneet muuttujat, pienet otoskoot sekä luokittelu- ja järjestysasteikon muuttujat edellyttävät parametrittömien testiä käyttöä (Rasi ym. 2006, 97–98). Kun vastemuuttuja oli vähintään järjestysasteikollinen ja tutkittiin kahden ryhmän eroja, käytettiin Mann-Witney U-testiä ja useamman ryhmän vertaamisessa Kruskal-Wallis -testiä. U-testi on varsin voimakas testi ja sopii sekä mediaanin että keskiarvon erojen testaamiseen. Kruskal-Wallis -testin yhteydessä puhutaan testin konservatiivisuudesta, eli se hylkää nollahypoteesin vasta, kun nollahypoteesi on todella varma. (Uhari ja Nieminen 2001, 126, Metsämuuronen 2004, 7, 134.) Tutkimuksen muuttujien välisessä tarkastelussa pienen aineistokoon kohdalla käytettiin ristiintaulukoinnissa ja keskiarvojen vertailussa Exact-testiä, jota on suositeltu käyttämään aina, kun se vain on mahdollista. (Metsämuuronen 2005, 26). Muuttujien vertailujen tuloksissa ilmoitettiin tilasto-ohjelman antama tarkka p-arvo. Tuloksista osaa tarkasteltiin ja havainnollistettiin vielä taulukoin tai graafisesti pylväsdiagrammien avulla.

Osaa muuttujista tarkasteltiin taaksepäin askeltavan logistisen regressioanalyysin avulla. Analyysin avulla pyrittiin löytämään useiden selittäjien joukosta ne, jotka selittivät ilmiötä ja siinä ta-

pahtuvaa vaihtelua parhaiten. Tulokset kertoivat, vaikuttivatko selittävät muuttujat tapahtuman todennäköisyyteen ja kuinka suuri vaikutus oli. Selittävien tekijöiden joukosta jäi lopulliseen malliin ne, jotka olivat tilastollisesti merkitseviä. (Metsämuuronen 2005, 687, Uhari ja Nieminen 2001, 181,194.) Regressiomallin tilastollista merkitsevyyttä kuvasi 95 %:n luottamusväli (vastaa p-arvoa 0,05), joka laskettiin selittävien muuttujien OR-arvolle (ristitulossuhde). Tällöin voitiin todeta, kuvaako kyseinen selittävä muuttuja tilastollisesti merkitsevää todennäköisyyttä selitettävään muuttujaan nähden. (Heikkilä 1999, 228, Uhari ja Nieminen 2001, 181, 183, 189, Metsämuuronen 2005, 130–131, 687.) Logistisessa regressioanalyysissä on huomioitava, että yksikään tekijä saadussa mallissa ei välttämättä ole syy tutkittavalle selitettävälle tekijälle, vaan se kertoo yhteyden asioiden välillä (Metsämuuronen 2005, 688–689). Logistista mallia on sovellettu yleensä tilanteisiin, joissa vastemuuttuja on kaksiluokkainen. Tämän vuoksi mitattavista luokitte- luasteikollisista muuttujista muodostettiin ns. dummy-muuttujia koodaamalla ne kahteen ryh- mään, 0 ja 1. Ennen dikotomisointia summamuuttujien riippuvuus tarkastettiin Cronbachin alfa- testin avulla. Tulosten tarkastelussa (PARISUHTEESI) kysymyksien 14 ja 19 sekä (SEKSUAALINEN SUHTEESI) kysymyksen 7 asteikon suuntaa muutettiin vastaamaan muiden kysymysten asteikkojen suuntaa. Ne muuttujat, jotka vaikuttivat alfan arvoon laskien sitä alle 0,60, jätettiin pois. Vastemuuttujaan kuuluvat kaikki oleelliset osiot otettiin kuitenkin mukaan.

Aineiston informaatiota tiivistettiin ryhmittelemällä (TAUSTATIETOJA) kysymykset 1 (ikä), 5 (raskausviikot) ja 6 (suhteen kesto) uudelleen katkaisupisteiden tarkastelun jälkeen (Uhari ja Nieminen 2001, 89). Ikäluokat jaoteltiin kolmeen ryhmään: 16–25, 26–32 ja 33–45-vuotiaisiin. Taustatiedoissa olevaa raskauden kestoja ei otettu tutkimusten tarkastelussa huomioon. Suhteen kesto määriteltiin neljäksi ryhmäksi: 0–4, 5–9, 10–14 ja 14–21 vuotta kestäneisiin. Lasten iät, (TAUSTATIETOJA) kysymys 9, luokiteltiin uudelleen siten, että iät ilmaistiin kokonaisina vuo- sina ja alle vuoden ikäiset saivat luvun nolla (0). Kuukaudet kuusi tai enemmän pyöristettiin yli vuoden ikäisten kohdalla kokonaiseksi vuodeksi ja alle kuusi kuukautta tai vähemmän jätettiin huomioimatta. Kysymyksessä 13 (TAUSTATIETOJA) asteikolla 1–5, 1 hyvin tärkeä – 4 ei lain- kaan tärkeä muutettiin asteikoksi 1–2, 1 tärkeä ja 2 ei tärkeä. Tulosten tarkastelussa kohtaa 5 (en osaa sanoa), ei otettu tarkasteluun mukaan. Kysymyksissä 14 (TAUSTATIETOJA) yhdistettiin asteikolla 1 erittäin tyytyväinen – 4 erittäin tyytymätön, asteikoksi 1 erittäin tyytyväi- nen/tyytyväinen ja 2 erittäin tyytymätön/tyytymätön. Kysymykset 1–20 (PARISUHTEESI), 1–9 ja 11–19 (SEKSUAALINEN SUHTEESI) Likertin asteikolla 1–6 luokiteltiin tiiviimpään muo- toon asteikoiksi 1–4. Asteikkojen ääripäät 1–2 sekä 5–6 liitettiin yhteen ja janan numerot 3 ja 4 säilyivät muuttumattomina. Kyselylomakkeen kysymykset eivät olleet Greenbergin seksuaali-

suuden ulottuvuuksien mukaisesti loogisessa järjestyksessä, vaan tulosten tarkastelua varten kysymysten vastaukset ryhmiteltiin uuteen järjestykseen. Tämä osaltaan vaikutti siihen, että esimerkiksi väite *ei pidä lainkaan paikkaansa* ja määrä mittaava kysymys *kaiken aikaa*, tarkasteltiin yhteisessä kuviossa. Kysymyksissä 1 ja 2 (SEKSUAALI- JA PARISUHDEPALVELUJEN TARVE JA KÄYTTÖ) asteikolla 1–5 tiivistettiin 1–4:ksi siten, että alkupään kohdat 1 *Kyllä liikaakin* ja kohta 2 *Kyllä riittävästi* liitettiin yhteen numeroksi 1. Luokittelut pyrittiin tekemään niin, että samaan luokkaan tulevat arvot kuuluivat mahdollisimman loogisesti yhteen. (Uhari ja Nieminen 2001, 89, 163–164.) Kaikkiin kuvioihin on liitetty seloste siitä, mikä on alkuperäinen asteikko ja miten tutkija on tiivistänyt informaation tulosten tarkastelussa. Muutettua Likertin asteikkoa 1–4 tai 1–2 käytettiin vain frekvenssi ja prosenttijakaumien tarkastelussa sekä ristiintaulukoinnissa. Keskiarvojen ja mediaanien vertailussa käytettiin alkuperäistä asteikkoa 1–6.

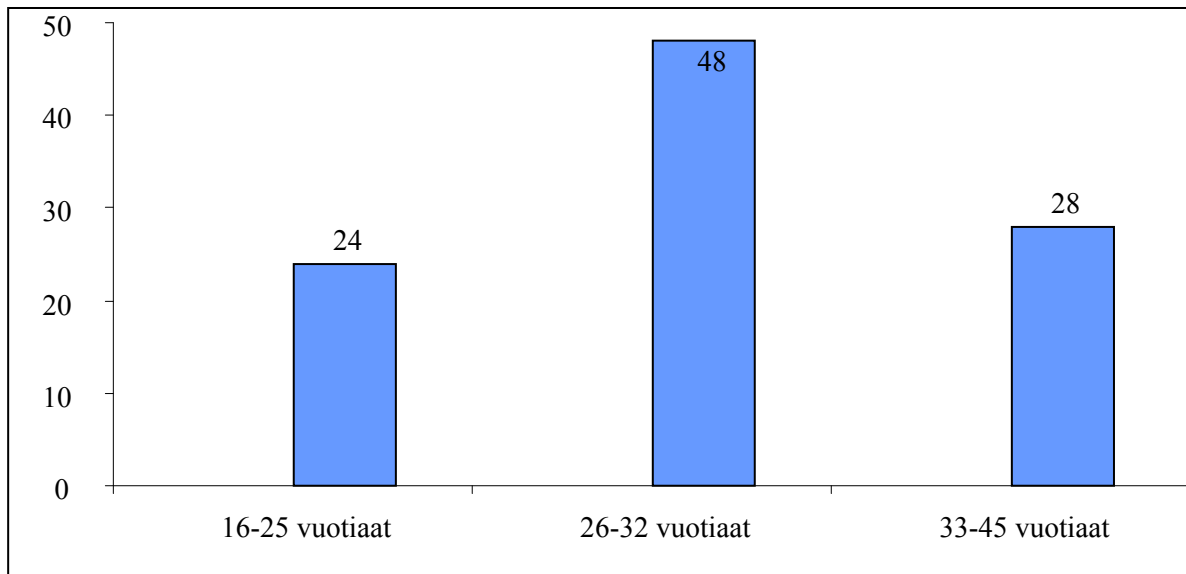
Avoimet vastaukset ryhmiteltiin tutkijan harkinnan mukaan. Vastaukset pyrittiin kuitenkin kuvaamaan arvioinnin tuloksissa mahdollisimman aineistolähtöisesti noudattaen tässä kohdin laadulliseen tutkimukseen liittyvää uskollisuutta välittää vastaus niin kuin vastaaja on sen ilmoittanut (Lukkarinen, 2001, 116–117, Eskola ja Suoranta, 1999, 147). Ryhmittelyn jälkeen osasta vastauksista laadittiin frekvenssijakaumat, joita havainnollistettiin pylväsdiagrammien avulla. Seksuaali- ja parisuhteeseen liittyvät tutkittavien esittämät neuvonnan, tuen tai terapian aiheet ja tarpeet koottiin vastauksista teemoittain, ei mainintojen lukumäärien tai tärkeysjärjestyksen mukaan. Ryhmittelyn jälkeen teemat luokiteltiin vielä kahteen eri tasoon, neuvontatasoon sekä erityis- ja terapiatasoon. Nämä eri tasot sisältöineen koottiin taulukoksi.

## 6 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimuksen tulokset esitetään, osaa taustatietoja lukuun ottamatta, Greenbergin (1993) seksuaalisuuden eri ulottuvuuksien (biologinen, kulttuurillinen, psykologinen ja eettinen) mukaisesti. Lisäksi osaa seksuaali- ja parisuhdepalveluja koskeviin kysymyksiin saatuja vastauksia tarkastellaan vielä Annonin (1974) seksuaaliterveyspalvelujen PLISSIT-mallin I–II (luvan antaminen, rajattu tieto) ja III–IV (erityisohjeet, intensiiviterapia) tasojen mukaisesti.

### 6.1 Taustatietoihin liittyvät tutkimustulokset

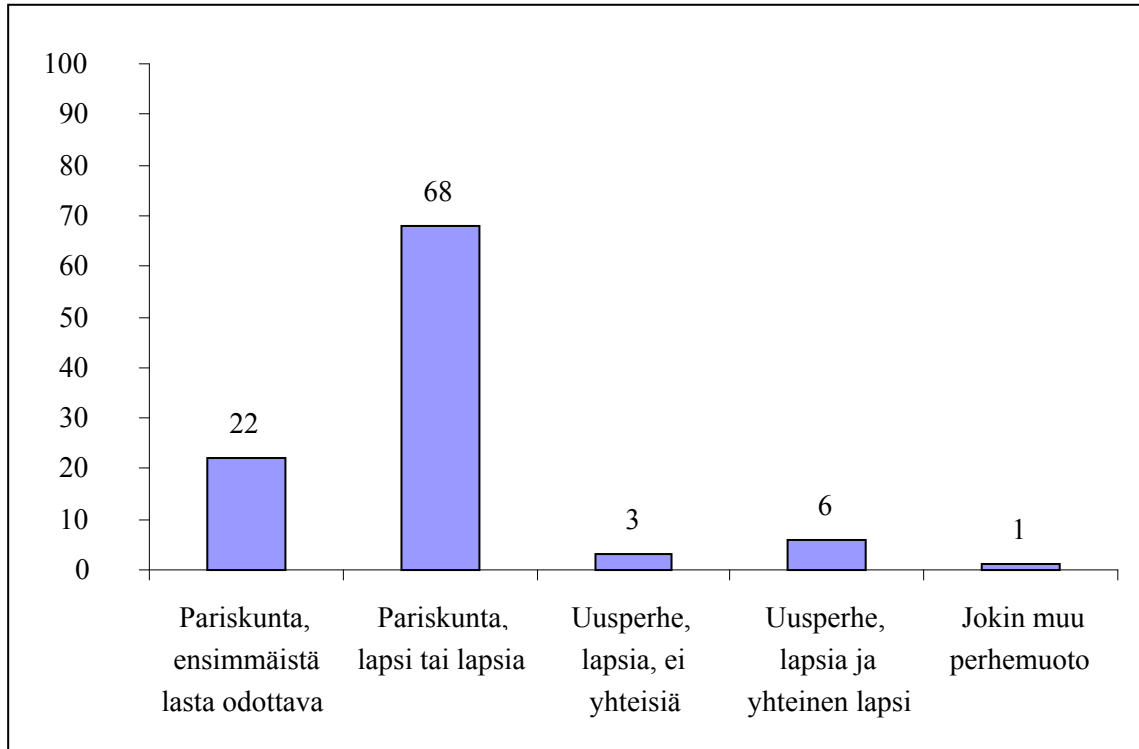
Tutkimukseen osallistui yhteensä 560 eri neuvoloissa tutkimusajankohtana asioinutta parisuhhteessa elävää naista ja miestä. Naisia vastanneista oli 84 % ja miehiä 16 %. Vastaajien ikäkaumien prosenttiosuudet on kuvattu kuviossa 6. Vastaajien keski-ikä oli 29 vuotta ja ensimmäistä lasta odottavien naisten ja miesten 27 vuotta.



**Kuvio 6.** Tutkittavien ikäjakauma (%)

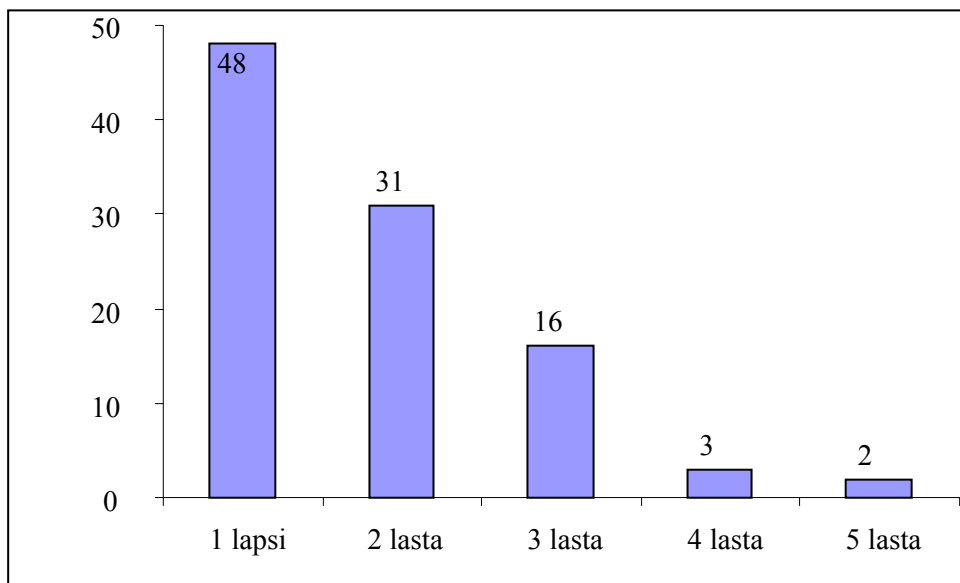
Korkeimmaksi koulutukseksi vastaajista 5 % ilmoitti peruskoulun tai vastaavan, 34 % keskiasteen koulutuksen tai vastaavan, 13 % opistoaseen koulutuksen ja 25 % alemman korkeakoulututkinnon tai ammattikorkeakoulututkinnon sekä 23 % ylemmän korkeakoulututkinnon tai enemmän (liite 8).

Lapsettomia, ensimmäistä lastaan odottavia tutkittavista oli noin viidennes, ja loppuilla oli yksi tai useampi lapsi. Lapsiperheistä 9 % oli uusperheitä. Parisuhteessa eläviä eri osoitteissa asuvia tutkittavista oli 1 %. (kuvio 7)



**Kuvio 7.** Tutkittavien perhemuoto (%)

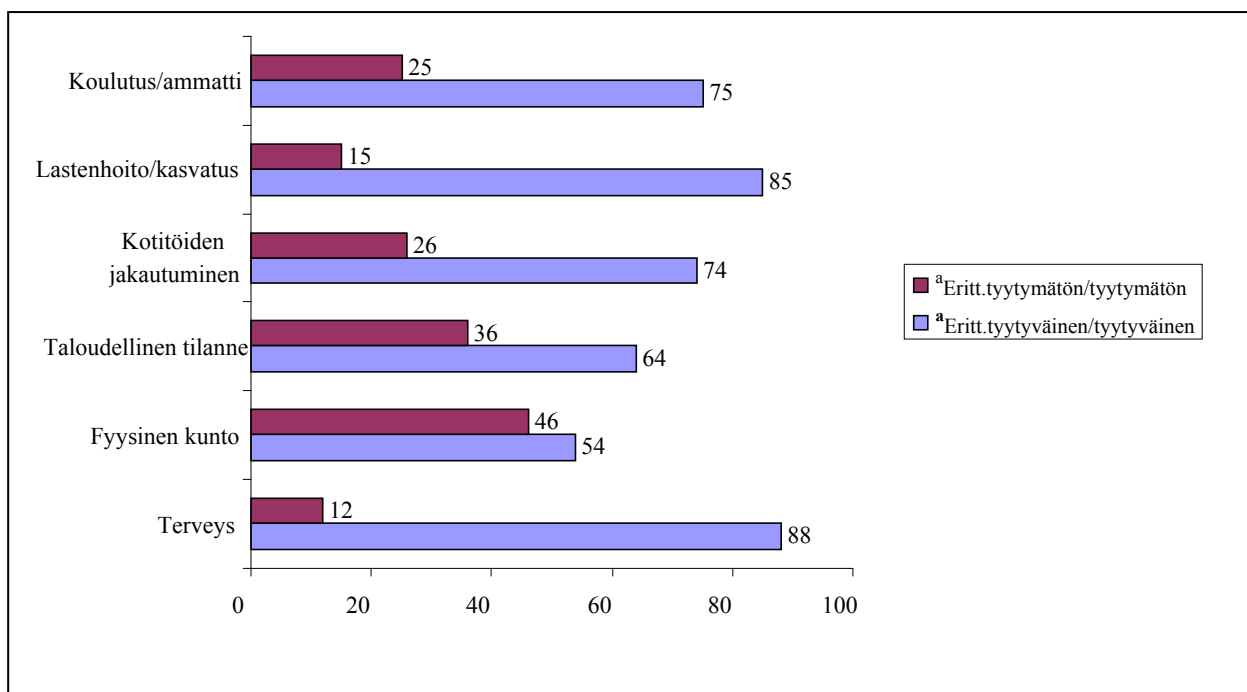
Niiden parien, joilla oli lapsia, lasten määrä vaihteli yhdestä viiteen (kuvio 8).



**Kuvio 8.** Tutkittavien perheissä olevien lasten lukumäärä (%)

Perheissä asuvien lasten iät vaihtelivat alle yksivuotiaista (<1 vuotta = 0 kk–11 kk) 24-vuotiaisiin. Alle kouluikäisiä (<7 vuotta) lapsista oli yhteensä 82 % ja näistä oli alle vuoden ikäisiä lapsia 25 %. (liite 8)

Vastaajista suurin osa oli tyytyväisiä omaan terveyteensä, mutta fyysiseen kuntoonsa vain reilut puolet. Taloudelliseen tilanteeseensa tyytyväisiä tutkittavista oli yli puolet, kotitöiden jakautumiseen kolme neljäsosaa ja omaan koulutukseensa tai ammattiinsa saman verran. Kumppanin osallistumisesta lastenhoitoon tai kasvatukseen tyytyväisiä vastaajia oli lapsiperheistä suurin osa. (kuvi 9)



a) Alkuperäisellä asteikolla 1 erittäin tyytyväinen, 2 tyytyväinen, 3 hieman tyytymätön, 4 erittäin tyytymätön, tiivistetty 1-2 asteikolliseksi niin, että 1 – 2 =erittäin tyytyväinen/tyytyväinen ja 3 – 4 =erittäin tyytymätön/tyytymätön

### Kuvio 9. Tutkittavien tyytyväisyys tai tyytymättömyys elämän eri asioihin (%)

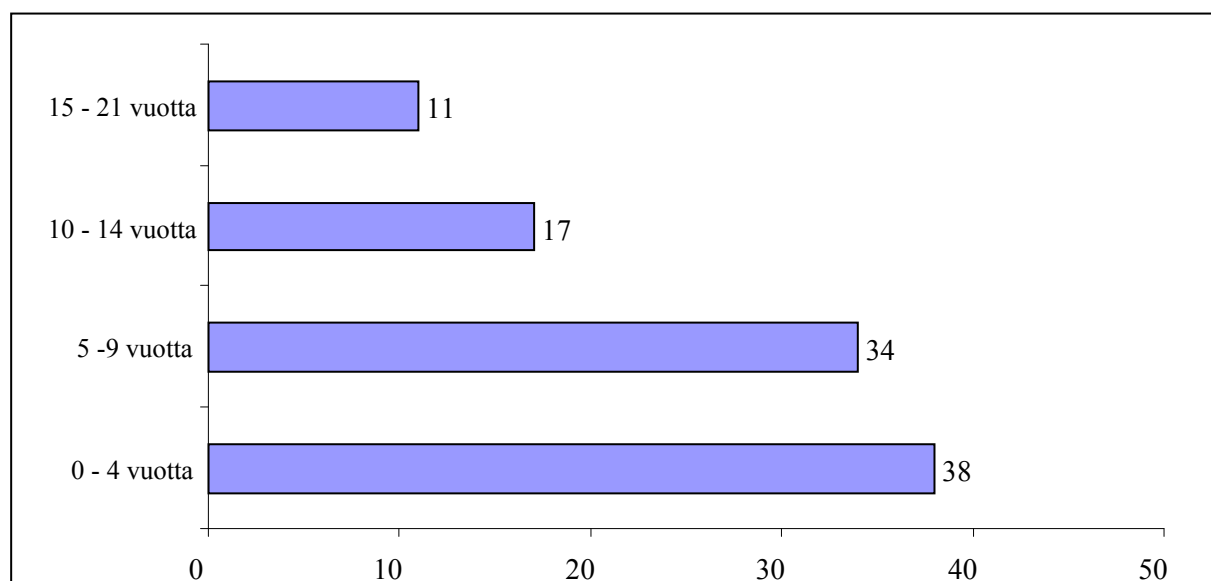
Sukupuolten välinen vertailu osoitti, että naiset olivat miehiä tyytyväisempiä terveyteensä, mutta tyytymättömämpiä kotitöiden jakautumiseen ja kumppanin osallistumiseen lastenhoitoon sekä kasvatukseen (Taulukko 2).

**Taulukko 2.** Tutkittavien tyytyväisyys tai tyytymättömyys elämän eri asioihin sukupuolen mukaan vertailtuna (%)

	<sup>a</sup> Naiset				<sup>a</sup> Miehet				$\chi^2$ -testi
	Tyytyväinen		Tyytymätön		Tyytyväinen		Tyytymätön		
	n	%	n	%	n	%	n	%	p=
Tyytyväisyys terveyteen	415	89	51	11	75	82	17	18	0,044
Tyytyväisyys fyysiseen kuntoon	248	53	218	47	54	59	38	41	0,335
Tyytyväisyys taloudelliseen tilanteeseen	296	64	170	36	62	67	30	33	0,479
Tyytyväisyys kotitöiden jakautumiseen	328	70	138	30	85	93	6	7	< 0,001
Osallistuminen lastenhoitoon ja kasvatukseen	308	83	62	17	64	95	3	5	0,009
Tyytyväisyys koulutukseen/ammattiin	350	75	114	25	69	76	22	24	0,936

a) Alkuperäisellä asteikolla 1 erittäin tyytyväinen, 2 tyytyväinen, 3 hieman tyytymätön, 4 erittäin tyytymätön, tiivistetty 1-2 asteikolliseksi niin, että 1 – 2 = tyytyväinen ja 3 – 4 = tyytymätön

Vastanneista 65 % oli naimisissa ja loput 35 % asuivat avoliitossa. Nykyistä suhdetta aiemmin parisuhteissa eläneitä tutkittavista oli kolmannes ja lopuilla ei ollut aikaisempia parisuhteita. Tarkasteltaessa naimisissa ja avoliitossa eläviä oli avoliitossa olevilla aikaisempia suhteita tilastollisesti merkitsevästi enemmän ( $p < 0,001$ ). (liite 9) Vastanneille oli kertynyt eripituisia yhdessäolovuosia. Reilulla kolmanneksella yhdessäolovuosia oli kertynyt muutamasta kuukaudesta neljään vuoteen, toisella kolmanneksella vuosia oli 5–9 ja lopuilla 10 vuodesta 21 vuoteen (kuvio 10).



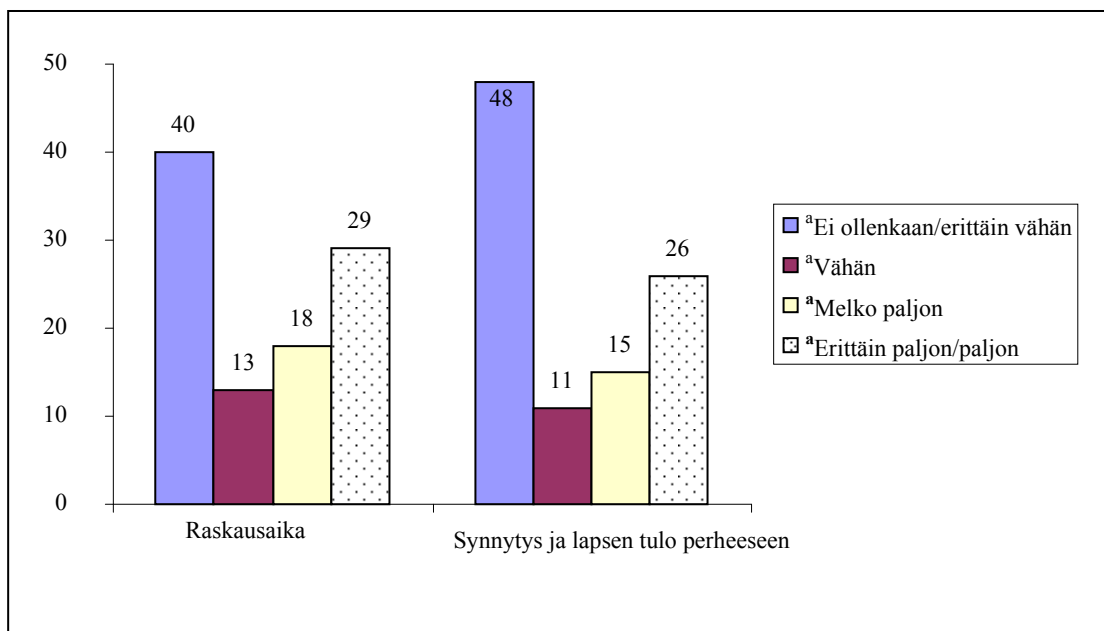
**Kuvio 10.** Tutkittavien parisuhteen kesto (%)



## 6.2 Biologiseen ulottuvuuteen liittyvät tutkimustulokset

Lasta odottavia pareja tutkittavista oli vajaat puolet. Näistä ensimmäistä lasta odotti 45 %. (liitteet 9–10) Lapsettomuuteen liittyviä hoitoja vastanneista oli saanut (itse tai lapsettomuushoitoja saaneen kumppani) 9 %. Keskenmenon (itse tai keskenmenon kokeneen kumppani) ilmoitti kokeneensa 20 % vastaajista. Raskauden keskeytyksen oli käynyt läpi (itse tai raskauden keskeytyksen kokeneen kumppani) vastaajista 13 %. Raskauden keskeytyksen kerrat vaihtelivat raskauden keskeytyksen kokeneilla yhdestä kolmeen kertaan (yksi kerta 84 %:lla, kaksi kertaa 15 %:lla ja kolme kertaa 1 %:lla). (liitteet 10–11)

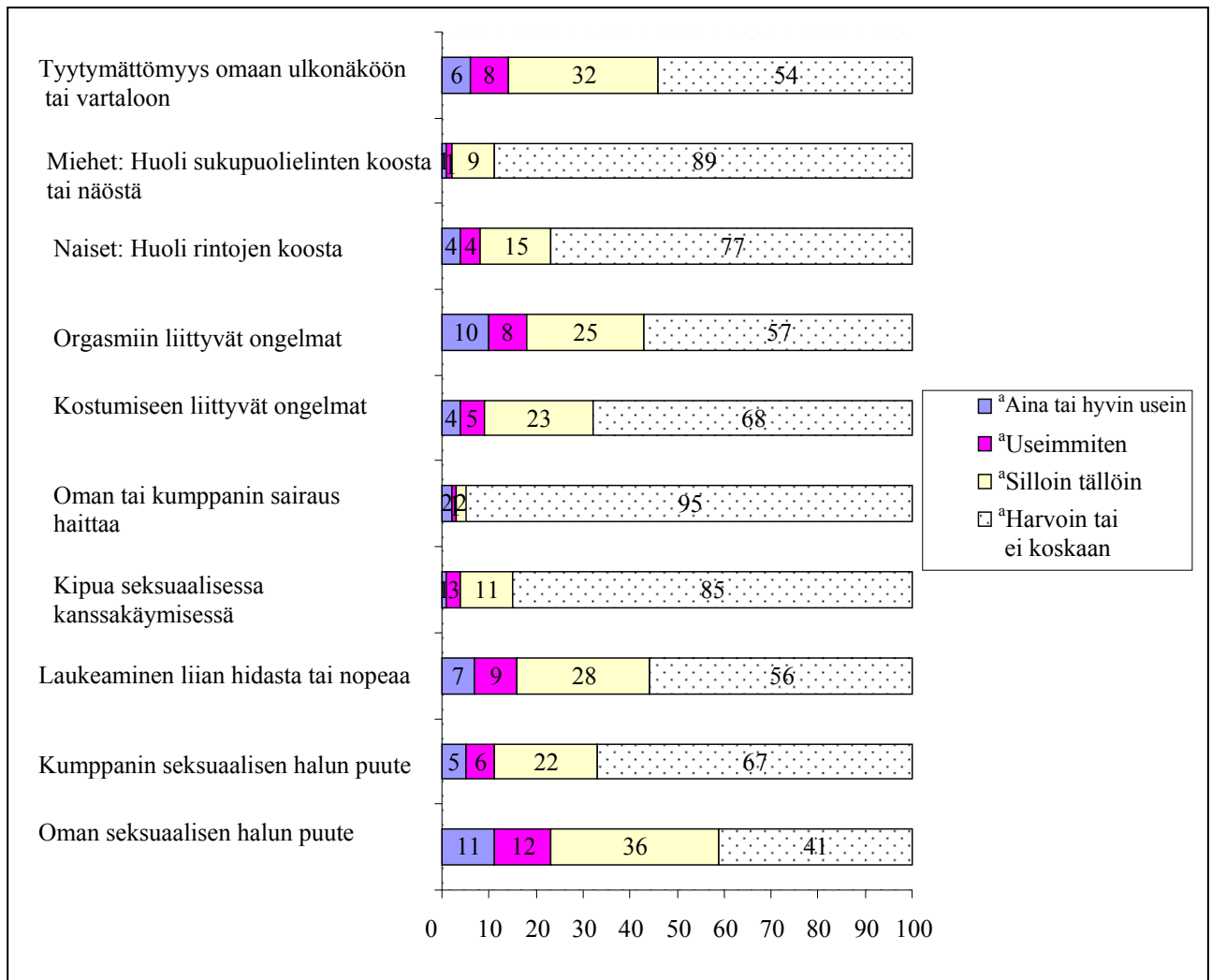
Tutkittavista vajaat puolet ilmoitti raskausajan heikentävän seksuaalielämää vähintäänkin melko paljon. Synnytys ja lapsen tulo perheeseen heikensi vähintään melko paljon seksuaalielämää 41 %:n lapsen saaneen tutkittavan mielestä. (kuviot 11) Sukupuolten välisessä vertailussa ei tullut esille eroja (liite 11).



a) Alkuperäinen asteikko 1 ei ollenkaan - 6 erittäin paljon tiivistettiin 1 - 4 asteikoksi niin, että numerot 1 - 2 yhdistettiin ne saivat luokan ei ollenkaan/erittäin vähän, 3 sai luokan vähän, 4 sai luokan paljon ja 5 - 6 yhdistettiin ja ne saivat luokan erittäin paljon/paljon.

**Kuvio 11.** Raskausajan sekä synnytyksen ja lapsen perheeseen tulo heikentävä vaikutus tutkittavien seksuaalielämään (%)

Seksuaalisen halun puutetta viimeisen vuoden aikana oli ilmennyt vähintäänkin silloin tällöin vastaajista reilulla puolella. Lisäksi yksi kolmasosa ilmoitti, että heidän kumppaneillaan esiintyi haluttomuutta vähintäänkin silloin tällöin. Seksuaalisiin toimintahäiriöihin kuuluvaa liian hidasta tai liian nopeaa laukeamista oli parien välisessä sukupuolielämässä ainakin silloin tällöin vajaalla puolella. Yhdyntäkivut ja sairaus eivät näyttäneet kovin usein haittaavan tutkittavien sukupuolielämää. Sukupuolielinten kostumiseen liittyvästä ongelmasta ilmoitti kuitenkin kärsivän pareista vähintään silloin tällöin kolmannes, ja yhtä usein esiintyi vajaalla puolella pareista orgasmiongelmia. Tutkittavista melkein puolet vastasi, että omaan ulkonäköön ja vartaloon liittyvät asiat olivat aiheuttaneet heille tyytymättömyyttä vähintäänkin silloin tällöin. (kuvio 12)

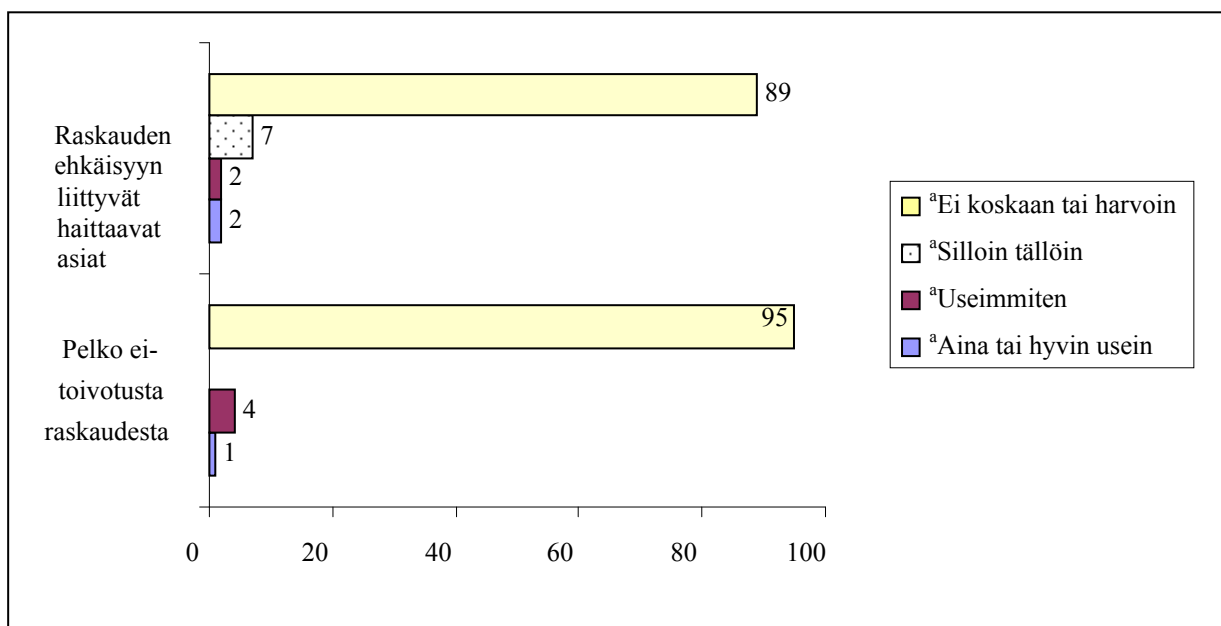


a) Alkuperäinen asteikko 1 aina, 2 hyvin usein, 3 useimmiten, 4 silloin tällöin, 5 harvoin ja 6 ei koskaan, tiivistettiin 1 – 4 asteikolliseksi niin, että 1-2 yhdistettiin ja ne saivat luokan aina tai hyvin usein ja 5 – 6 yhdistettiin ja ne saivat luokan ei koskaan tai harvoin.

**Kuvio 12.** Viimeisen vuoden aikana tutkittavien sukupuolielämässä esiintyneet kysymykset ja ongelmat (%)

Naisilla esiintyi seksuaalista haluttomuutta useammin kuin miehillä ( $p<0,001$ ). Lisäksi miehet ilmoittivat kumppaneillaan esiintyvän seksuaalista haluttomuutta useammin kuin vastaavasti naiset ( $p<0,001$ ). Miesten ja naisten vastauksia vertailtaessa näytti, että miehillä esiintyi hieman useammin liian hidasta tai nopeaa laukeamista seksuaalisen kanssakäymisen aikana ( $p=0,042$ ). Naiset kuitenkin raportoivat miehiä useammin orgasmiin liittyvästä ongelmasta ( $p<0,001$ ) ja ilmoittivat miehiä useammin olevansa tyytymättömiä ulkonäköönsä ja vartaloonsa ( $p<0,001$ ). (liite 12)

Ei-toivotun raskauden pelkoa tai raskauden ehkäisyyn liittyviä ongelmia esiintyi tutkittavilla harvoin (kuvio 13). Lapsettomuushoitoja saaneilla oli vielä harvemmin ei-toivotun raskauden pelkoa ( $p=0,020$ ) ja raskauden ehkäisyyn liittyviä ongelmia ( $p=0,014$ ) kuin niillä, joille hoitoja ei ollut tarvinnut tehdä (liite 13).



a) Alkuperäinen asteikko 1 aina, 2 hyvin usein, 3 useimmiten, 4 silloin tällöin, 5 harvoin ja 6 ei koskaan, tiivistettiin 1 – 4 asteikolliseksi niin, että 1-2 yhdistettiin ja ne saivat luokan aina tai hyvin usein ja 5 – 6 yhdistettiin ja ne saivat luokan ei koskaan tai harvoin.

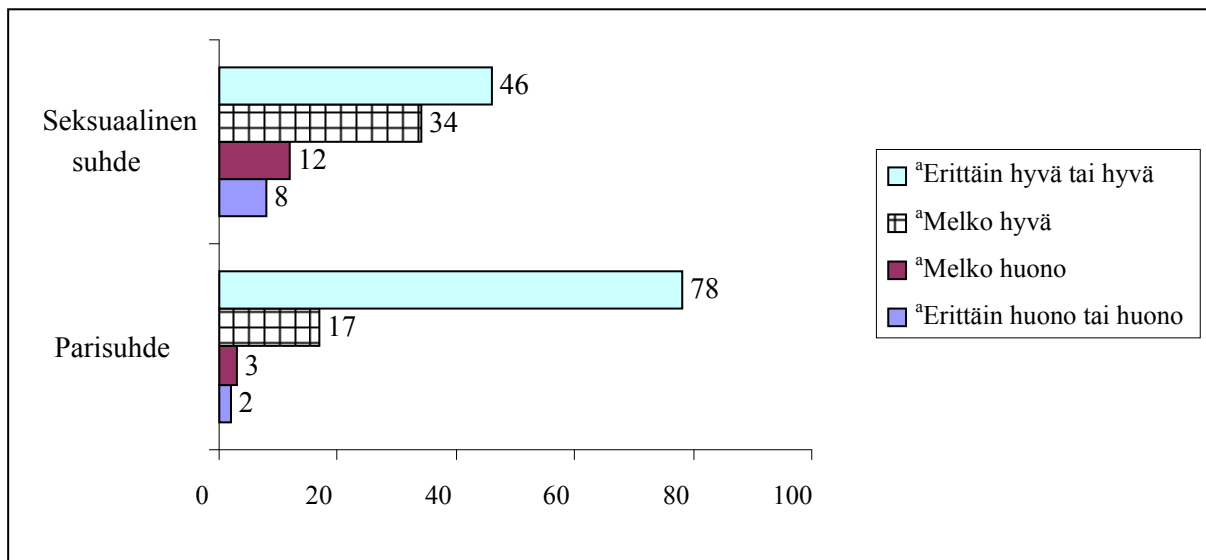
**Kuvio 13.** Tutkittavien viimeisen vuoden aikana kokema pelko ei-toivotusta raskaudesta ja seksuaalista kanssakäymistä haittaavat raskauden ehkäisyyn liittyvät asiat (%)

Lapsettomuushoitoja saaneiden, keskenmenon tai keskeytyksen kokeneiden tutkittavien seksuaalisuuden kysymykset tai ongelmat eivät juuri poikenneet niistä, jotka edellä mainittuja asioita eivät olleet joutuneet käymään läpi. Keskenmenon kokeneilla näytti kuitenkin olevan hieman useammin orgasmiin liittyviä ongelmia kuin niillä, jotka eivät olleet kokeneet keskenmenoaa ( $p=0,027$ ) (liite 13). Tämän tutkimuksen vastaajista seksuaalista väkivaltaa ilmoitti kokeneensa 4

%, yksi mies ja 22 naista. Vertailtaessa seksuaalista väkivaltaa kokeneiden seksuaalisuuden alueen kysymyksiä tai ongelmia niihin, jotka eivät olleet joutuneet sitä kokemaan, tuli eroa esille vain tyytymättömyydessä omaan ulkonäköön tai vartaloon; väkivaltaa kokeneet olivat muita useammin tyytymättömiä omaan ulkonäköönsä tai vartaloonsa ( $p<0,001$ ). (liite 13)

### 6.3 Kulttuurilliseen ulottuvuuteen liittyvät tutkimustulokset

Parisuhdettaan kuvaili vähintään hyväksi reilu kolme neljäsosaa tutkittavista, mutta seksuaalista suhdettaan vain vajaa puolet (kuvio 14). Keskiarvojen vertailussa Likertin asteikolla 1–6 (1 erittäin huono–6 erittäin hyvä) parisuhde sai keskiarvon 5,02 ja seksuaalinen suhde keskiarvon 4,29.



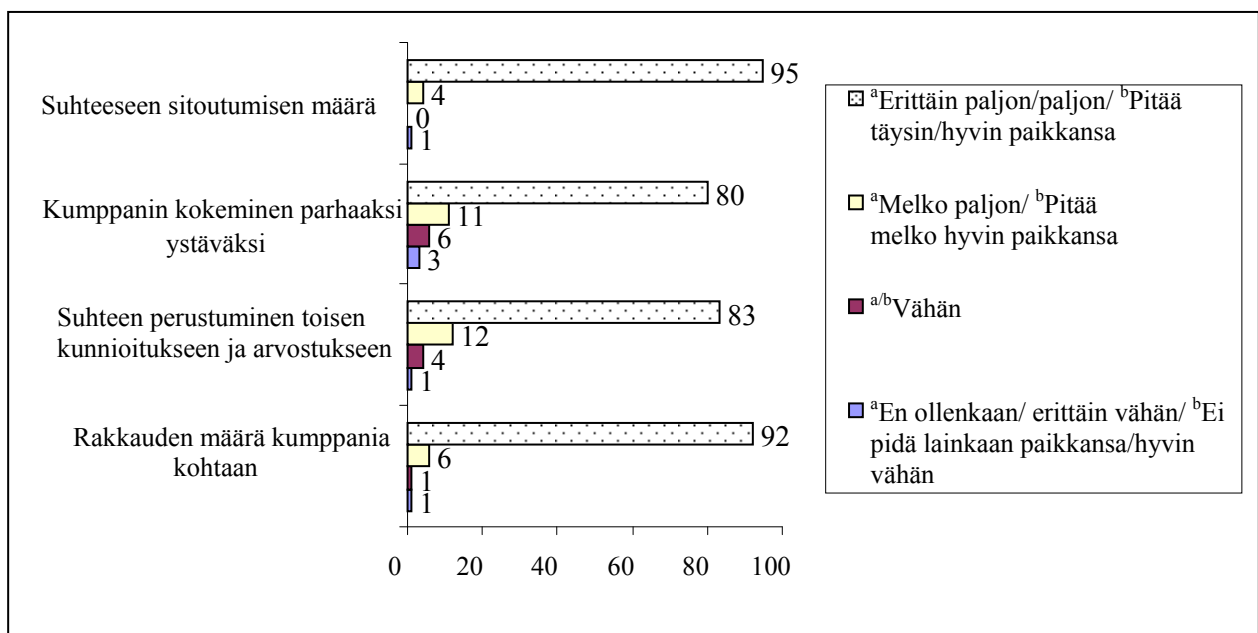
a) Alkuperäinen asteikko 1 erittäin huono – 6 erittäin hyvä tiivistettiin 1 – 4 asteikoksi niin, että 1-2 yhdistettiin ja niistä tuli erittäin huono tai huono, 3:sta tuli melko huono, 4:stä melko hyvä ja 5 – 6 yhdistettiin ja niistä tuli erittäin hyvä tai hyvä.

**Kuvio 14.** Tutkittavien kuvaukset pari- ja seksuaalisesta suhteestaan (%)

Naimisissa olevat kuvailivat parisuhteensa paremmaksi kuin avoliitossa elävät ( $p<0,001$ ), mutta vastaavasti seksuaalisessa suhteessa ei tullut eroa ryhmien välille. Lapsettomat, lasta odottavat parit ilmoittivat parisuhteensa ( $p<0,001$ ) ja seksuaalisen suhteensa ( $p=0,025$ ) paremmiksi kuin vastaavasti parit, joilla jo oli lapsi tai lapsia. Sukupuolten vertailussa eroja ei todettu. (liite 14) Niillä tutkittavilla, jotka ilmaisivat olevansa tyytyväisiä fyysiseen ( $p=0,009$ ) kuntoonsa, taloudelliseen tilanteeseensa ( $p=0,010$ ) ja kotitöiden jakautumiseen ( $p<0,001$ ), näytti parisuhde olevan vielä parempi kuin niillä, jotka eivät olleet edellä mainittuihin asioihin tyytyväisiä (liite 15). Samoin seksuaalisen suhteensa hyväksi ilmoittivat ne, jotka olivat tyytyväisiä fyysiseen kuntoonsa ( $p=0,003$ ), kotitöiden jakautumiseen ( $p=0,001$ ) ja terveyteensä ( $p=0,004$ ) (liitteet 15–16). Perus-

koulun käyneet näyttivät kokevan seksuaalisen suhteensa paremmaksi kuin ne, jotka olivat korkeammin koulutettuja ( $p=0,003$ ). Parisuhteen kokemiseen koulutus ei vaikuttanut. (liitteet 16–17) Suhteen kestolla ei ollut merkitystä siihen, minkälaiseksi parisuhde kuvailtiin, mutta 0–4 vuotta yhdessä olleet ilmoittivat seksuaalisen suhteensa tilastollisesti melkein merkitsevästi paremmaksi kuin pidempään yhdessä olleet ( $p=0,051$ ) (liite 17). Eroja pari- ja seksuaalisuhteen kuvailussa ei tullut esille lapsettomuushoitojen, keskeytyksen tai seksuaalista väkivaltaa kokeneiden vastauksissa (liitteet 18–20). Keskenmenon kokeneilla näytti kuitenkin seksuaalinen suhde olevan vielä parempi kuin niillä, jotka keskenmenoja eivät olleet joutuneet kokemaan ( $p=0,008$ ) (liitteet 18–19).

Suurin osa vastaajista näytti olevan sitoutunut hyvin suhteeseensa, ilmoitti kumppaninsa parhaaksi ystäväkseen ja koki, että suhde perustui toisen kunnioittamiseen ja arvostukseen. Kumppaniaan rakasti paljon tai erittäin paljon lähes kaikki. (kuvio 15)

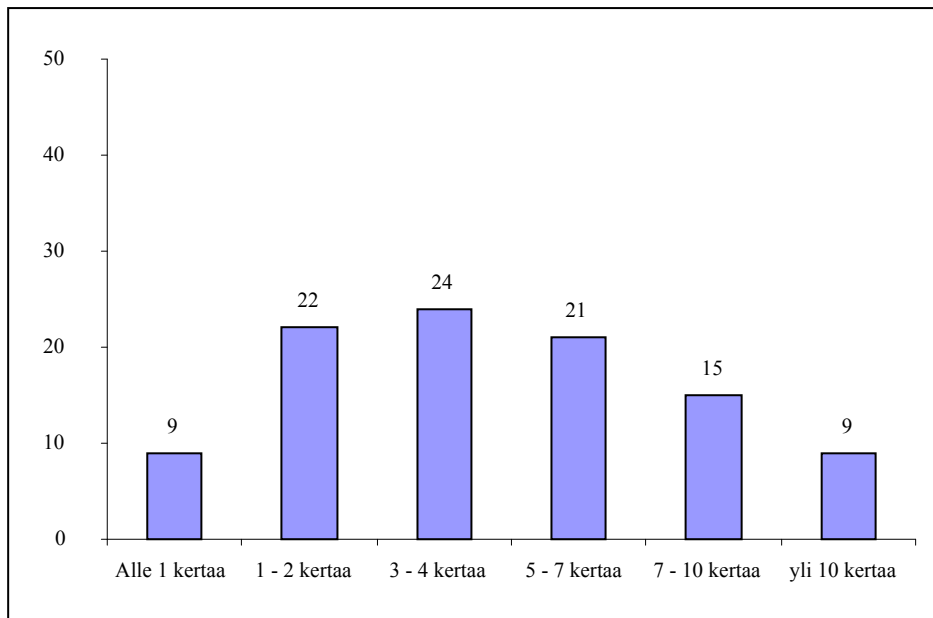


a) Alkuperäinen asteikko 1 en ollenkaan – 6 erittäin paljon tiivistettiin 1–4 asteikoksi niin, että 1–2 yhdistettiin ja ne saivat luokan en ollenkaan tai erittäin vähän, 3 sai luokan vähän, 4 sai luokan melko paljon ja 5–6 yhdistettiin ja ne saivat luokan erittäin paljon tai paljon. b) Väittämien alkuperäinen asteikko 1 ei pidä lainkaan paikkansa – 6 pitää täysin paikkansa tiivistettiin 1–4 asteikoksi niin, että 1–2 yhdistettiin ja ne saivat luokan ei pidä lainkaan paikkansa tai hyvin vähän, 3 sai luokan vähän, 4 sai luokan pitää melko hyvin paikkansa ja 5–6 yhdistettiin ja ne saivat luokan pitää täysin tai hyvin paikkansa.

**Kuvio 15.** Tutkittavien kuvaus parisuhteestaan ja kumppanistaan (%)

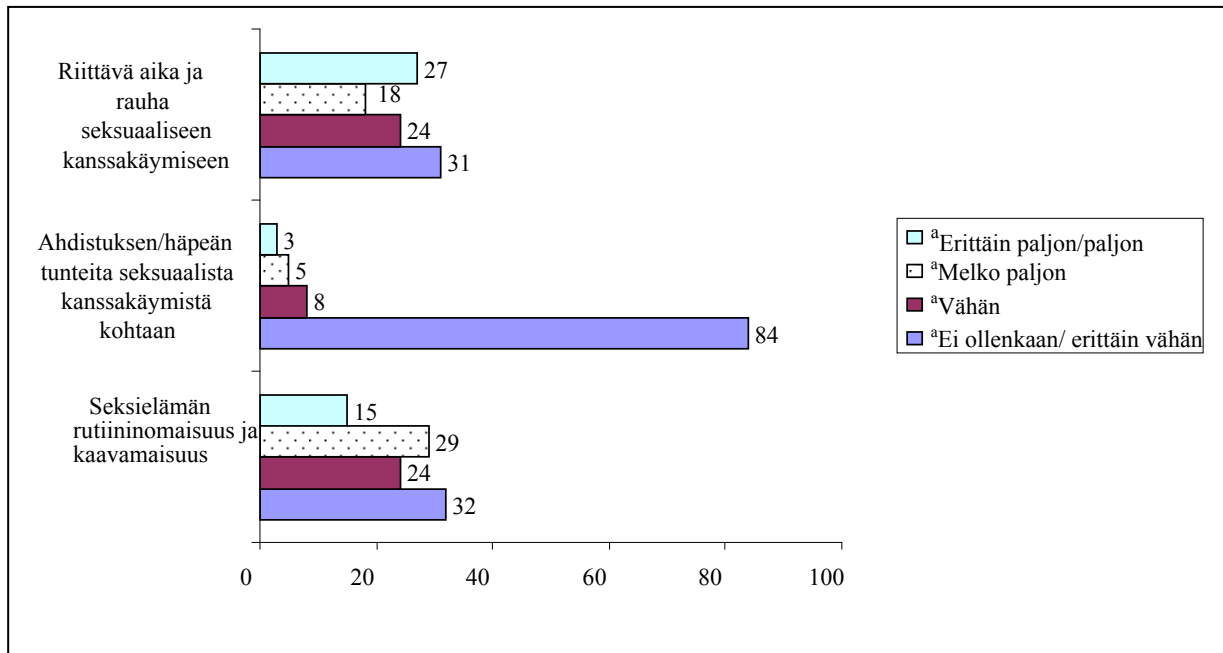
Avio- tai avoeroa tai suhteen päättämistä tutkittavista 90 % ei ollut harkinnut koskaan tai jos oli, niin erittäin harvoin (liite 20). Vastauksissa ei ilmennyt eroja miesten ja naisten välillä, mutta avoliitossa elävät olivat harkinneet eroa useammin kuin avioliitossa olevat ( $p<0,001$ ). (liitteet 20–21)

Seksuaalisen kanssakäymisen kertoja alle 1 tai 1–2 kertaa kuukaudessa oli yhdellä kolmasosalla vastaajista, 3–4 tai 5–7 kertaa vajaalla puolella ja 7–10 tai yli 10 kertaa yhdellä neljäsosalla (kuvio 16). Raskaus ei näyttänyt tämän tutkimuksen mukaan vaikuttavan seksuaalisen kanssakäymisen kertoihin, eikä sukupuolten välille tullut eroja. Omaan fyysiseen kuntoonsa tyytyväisillä näytti tilastollisessa vertailussa olevan seksuaalisen kanssakäymisen kertoja kuitenkin useammin (5–7 kerrasta yli 10 kertaan kuukaudessa) kuin tyytymättömillä ( $p=0,003$ ) (liite 21). Samoin ensimmäistä lastaan odottavilla pareilla oli seksuaalisen kanssakäymisen kertoja useammin (yli 10 kertaa kuukaudessa) kuin pareilla, joilla oli jo lapsi tai lapsia ( $p<0,001$ ) (liite 22).



**Kuvio 16.** Tutkittavien seksuaalisen kanssakäymisen kerrat kuukaudessa (%)

Tutkittavista vajaa puolet ilmoitti seksielämänsä olevan vähintäänkin melko paljon rutiininomaista ja kaavamaista, ja yli puolet oli sitä mieltä, ettei heillä ollut kuin korkeintaan vähän rauhaa ja aikaa seksuaaliseen kanssakäymiseensä. Ahdistuksen ja/tai häpeän tunteita seksuaalista kanssakäymistä kohtaan vastaajista oli kokenut 16 %. (kuvio 17)



a) Alkuperäinen asteikko 1 ei ollenkaan – 6 erittäin paljon tiivistettiin 1 – 4 asteikoksi niin, että 1 - 2 yhdistettiin ja ne saivat luokan ei ollenkaan tai erittäin vähän, 3 sai luokan vähän, 4 sai luokan melko paljon ja 5 – 6: yhdistettiin ja ne saivat luokan erittäin paljon tai paljon.

**Kuvio 17.** Tutkittavien ilmoittamia kokemuksia seksuaalisesta suhteesta (%)

Seksuaalisuuden kulttuurisen ulottuvuuden hyvinvointia selitettäviksi tekijöiksi tässä tutkimuksessa valittiin yhteensä kahdeksan kysymystä ja väittämää (ks. kyselylomake liite 6): Kuinka paljon rakastat kumppaniasi? (PARISUHTEESI kysymys 3), Suhteemme perustuu toisen kunnioittamiseen ja arvostukseen (PARISUHTEESI kysymys 10), Koen, että kumppanini on minun paras ystäväni (PARISUHTEESI kysymys 11), Kuinka sitoutunut olet suhteeseesi? (PARISUHTEESI kysymys 4), Kuinka usein olet harkinnut avio-/avoeroa tai suhteenne päättämistä? (PARISUHTEESI kysymys 7), Onko seksielämäni mielestäsi rutinoitunutta ja kaavamaisista? (SEKSUAALINEN SUHTEESI kysymys 2), Nostaako seksuaalinen kanssakäyminen sinulle ahdistuksen ja / tai häpeän tunteita? (SEKSUAALINEN SUHTEESI kysymys 4), Onko teillä riittävästi aikaa ja rauhaa seksuaaliseen kanssakäymiseen? (SEKSUAALINEN SUHTEESI kysymys 7). Cronbachin alpha-testin avulla testattiin edellä mainituista kysymyksistä ja väittämistä saatujen vastausten sopivuutta kuvamaan seksuaalisuuden kulttuurisen ulottuvuuden hyvinvointia ( $\alpha=0,69$ ) (liitteet 22–23). Summamuuttuja jaettiin logistista regression-analyysia varten kahteen ryhmään: niihin, joiden parisuhteissa voitiin katsoa olevan hyvin seksuaalisuuden kulttuuriseen ulottuvuuteen liittyviä, seksuaalista hyvinvointia ylläpitäviä ja edistäviä tekijöitä (64 % kuului tähän ryhmään, ryhmä sai numeron 1), ja niihin, jossa hyvinvointia ylläpitäviä ja edistäviä tekijöitä oli vähän (36 % vastaajista kuului tähän ryhmään, ryhmä sai numeron 0) (liite 23). Logistisen regressioanalyysin avulla tarkasteltiin eri selittävien tekijöiden yhteyttä

seksuaalisuuden kulttuuriseen ulottuvuuteen liittyviin, seksuaalista hyvinvointia ylläpitäviin ja edistäviin tekijöihin (ryhmään 1). Eri selittävästä tekijöistä perhemuodolla (ensimmäisessä vaiheessa logistisessa regressioanalyysin mallissa mukana oli myös sukupuoli, siviilisäätö, suhteen kesto ja koulutus) oli yhteyttä siihen, miten vastaajat kokivat seksuaalisuuden kulttuuriseen ulottuvuuteen liittyvät, seksuaalista hyvinvointia ylläpitävät ja edistävät osa-alueet (liitteet 23–24). Lasta odottavat, lapsettomat pariskunnat ilmoittivat edellä mainitun seksuaalisuuden ulottuvuuden hyvinvointinsa melkein kuusi kertaa todennäköisemmin paremmaksi (OR 5,67, 95 %:n luottamusväli 2,85–11,24,  $p < 0,001$ ) kuin pariskunnat, joilla jo oli lapsi tai lapsia (Taulukko 3).

**Taulukko 3.** Seksuaalisuuden kulttuurisen ulottuvuuden hyvinvointia ylläpitävien ja edistävien asiasisältöjen yhteys lasta odottavien ja eri-ikäisten lasten vanhempien seksuaaliseen hyvinvointiin. Logistinen regressio, selittävänä tekijänä perhemuoto.

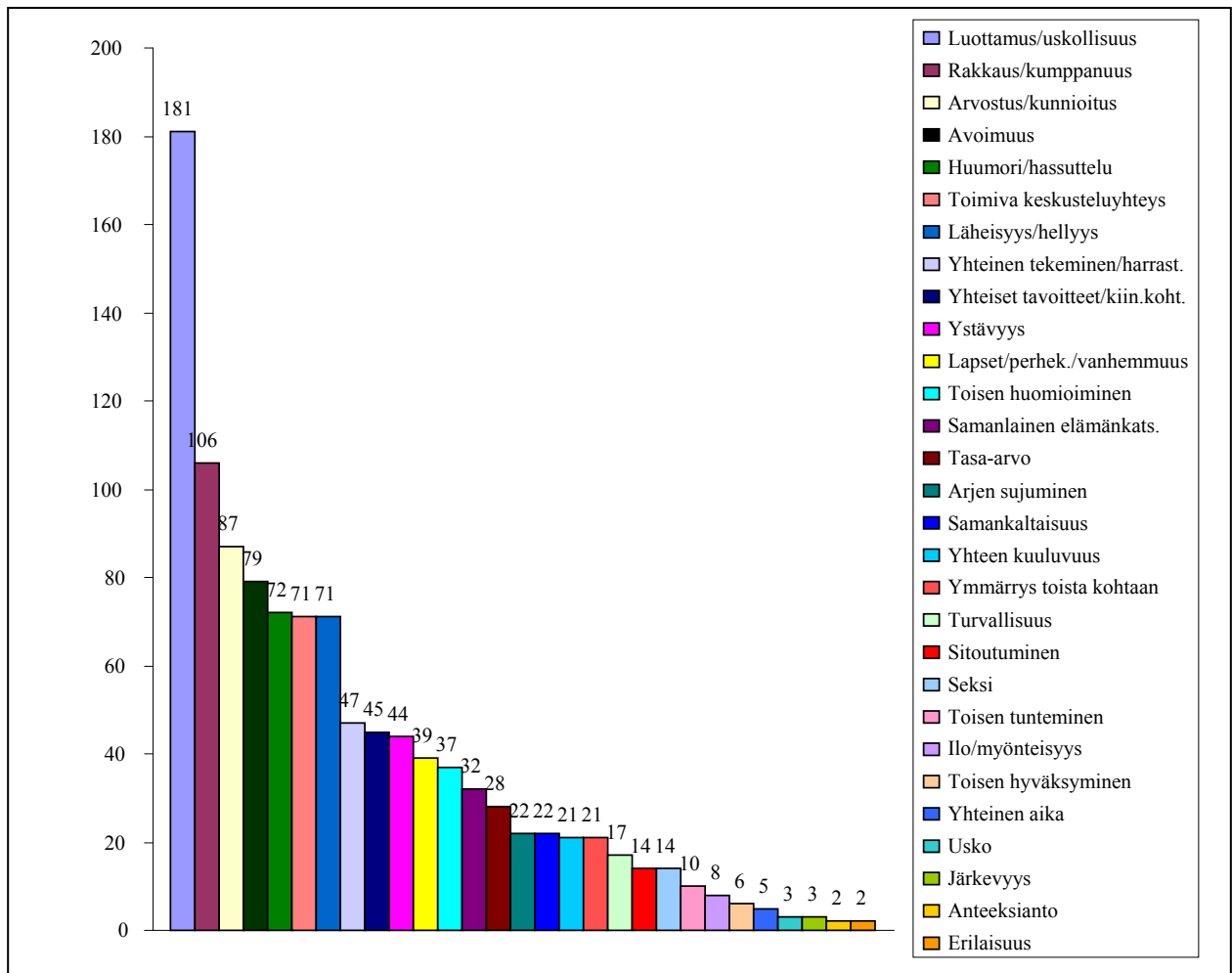
Seksuaalisuuden kulttuurisen ulottuvuuden hyvinvointia selittävä tekijä	Ristitulossuhde	95 %:n luottamusväli	Merkitsevyys p-arvo	n
<b>Perhemuoto</b>				
Lapsia	1,00			416
Ei lapsia	<b>5,67</b>	2,85–11,24	<0,001	89

Referenssiryhmä on merkitty 1,00

Tutkittavilta kysyttiin avoimen kysymyksen avulla heidän parisuhteensa parhaita puolia. Vastauksia tähän kysymykseen saatiin 477 tutkittavalta. Luottamus toiseen tai uskollisuuteen liittyvät asiat saivat eniten mainintoja eli yhteensä 181 kertaa: ”Luottamus toisen sitoutumisesta suhteeseen”, ”Luottamus toisiinsa 100 %:sti”, ”Luottamus ja halu elää yhdessä lopun elämän”. Rakkaus tai kumppanuus oli 106:n vastauksessa ja arvostus ja /tai kunnioitus 87:n: ”Rakastamme toisiamme, vaikka arki on hankalaa”, ”Rakastava ja kannustava kumppani”, ”Vahva rakkaus”, ”Toisen kunnioittaminen, yhteiset arvot ja kumppanuus”, ”Kunnioitus ja arjen arvostaminen”. Avoimuus oli mainittu 79 kertaa, huumori/hassuttelu 72 ja läheisyys/hellyys ja keskusteluyhteyden toimivuus 71 kertaa: ”Avoimuus asioissa, huumorintaju ja ihana mies”, ”Avoimuus, toisen arvostaminen ja kunnioittaminen, toisen taitojen arvostaminen”, ”Keskustelut, avoimuus, huumori”, ”Samanlainen huumorintaju, hyvä olla yhdessä”, ”Keskusteluyhteys avoin”, ”Hellyys ja huumorintaju”, ”Meillä on hauskaa yhdessä”. (kuvio18)



Yhteinen tekeminen tai yhteiset harrastukset löytyivät 47:n vastauksesta, yhteiset tavoitteet tai kiinnostuksen kohteet 45:n ja ystävyys 44:n. Vanhemmuuteen, perheeseen tai lapseen liittyviä vastauksia oli yhteensä 39. Toisen huomioiminen löytyi 37:n vastauksesta ja samanlainen elämäntapa 32:n. Tasa-arvo oli mainittu 28 kertaa, arjen sujuminen ja samankaltaisuus molemmat 22 kertaa sekä yhteenkuuluvuus ja ymmärrys toista kohtaan molemmat 21 kertaa. Turvallisuus löytyi 17 tutkittavan vastauksesta, sitoutuminen ja seksi molemmat 14:n ja toisen tunteminen 10:n. Mainintoja saivat myönteisyys/iloisuus kahdeksan kertaa, toisen hyväksyminen kuusi, yhteinen aika viisi ja usko ja järkevyys molemmat kolme sekä anteeksianto ja erilaisuus samoin molemmat kaksi. (kuvio 18)

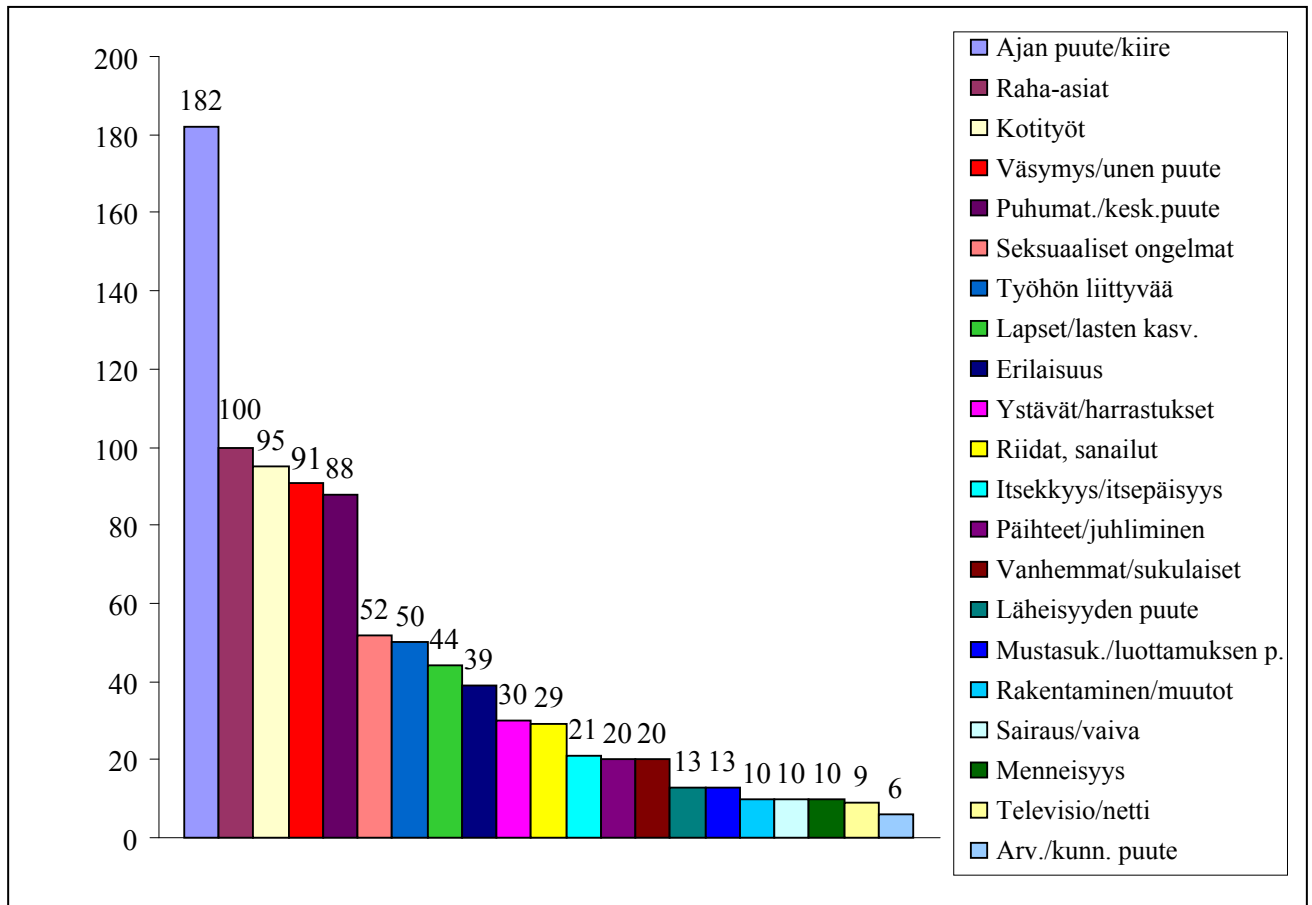


**Kuvio 18.** Tutkittavien mielestä heidän parisuhteensa parhaat puolet (lukumäärien mukaan)

Toisen avoimen kysymyksen avulla kartoitettiin kolme asiaa, jotka eniten aiheuttavat ongelmia tutkittavien parisuhteissa. Vastauksia tähän kysymykseen saatiin 434 tutkittavalta. Ajan puute tai kiire oli yleisin ongelmia aiheuttava asia ja se löytyi useimman vastauksesta (n = 182): ”Ei riit-

tävästi aikaa toisillemme”, ”Ajankäyttö, oman ajan löytäminen”, ”Miehelläni olisi enemmän aikaa minulle, aika ei tahdo riittää kaikkeen”. Seuraavaksi eniten mainintoja oli raha-asioista (n = 100) ja kolmanneksi eniten kotitöistä (n = 95) sekä väsymyksestä/unen puutteesta (n = 91): ”Raha-asiat ja väsymys”, ”Mies tekisi kotitöitä enemmän ja ottaisi minut huomioon- käskemättä”, ”Arkiasiat, kotityöt, arjen väsymys”, ”Yhteisen ajan puute ja siivoamisesta riitely ovat aineisia riidan aiheita”, ”Minun väsymys, uupumus ja masennuksesta toipuminen, joka lisää miehen työmäärää”, ”Jo pelkkä minun väsyminen aiheuttaa miehessä pelkoa, joka tulee esiin ärtyvyytenä ja vihaisuutena”, ”Kotitöiden hoitaminen, turhanpäiväinen nalkuttaminen ja väsymys”, ”Siivoojan puute ja väsymys”. Puhumattomuus/keskusteluyhteyden puute mainittiin 88 kertaa, seksuaaliseen kanssakäymiseen liittyvät ongelmat 52 kertaa ja töihin liittyvät 50 kertaa: ”Väärin olettaminen, ei voi puhua ilman riitaa”, ”Ajoittain keskusteluyhteyden katkeaminen ja vaikeiden asioiden käsittely”, ”Puhumattomuus ja loukkaaminen, katu, vaikei näytä”, ”Huono kommunikointi”, ”Mieheni sulkeutuneisuus ja vaikeus keskustella ja näyttää tunteitaan”, ”Puhumattomuus, seksin puute ja minun väsymys”, ”Seksin puute (miehen mielestä)”, ”Oma vaikeus ilmaista hellyyttä tai rakkautta ja en halua seksiä niin usein”, ”Liian tiukalle ommellut tikit, vielä 8 kk synnytyksen jälkeen kipuja yhdynnässä, siksi seksi ei kiinnosta minua”, ”Miehen vuorotyö”, ”Puolison 3-vuorotyö ja sen tuomat sosiaaliset rajoitteet ja yhteisen ajan vähyys”, ”Pitkät työtajat”. ( kuvio 19)

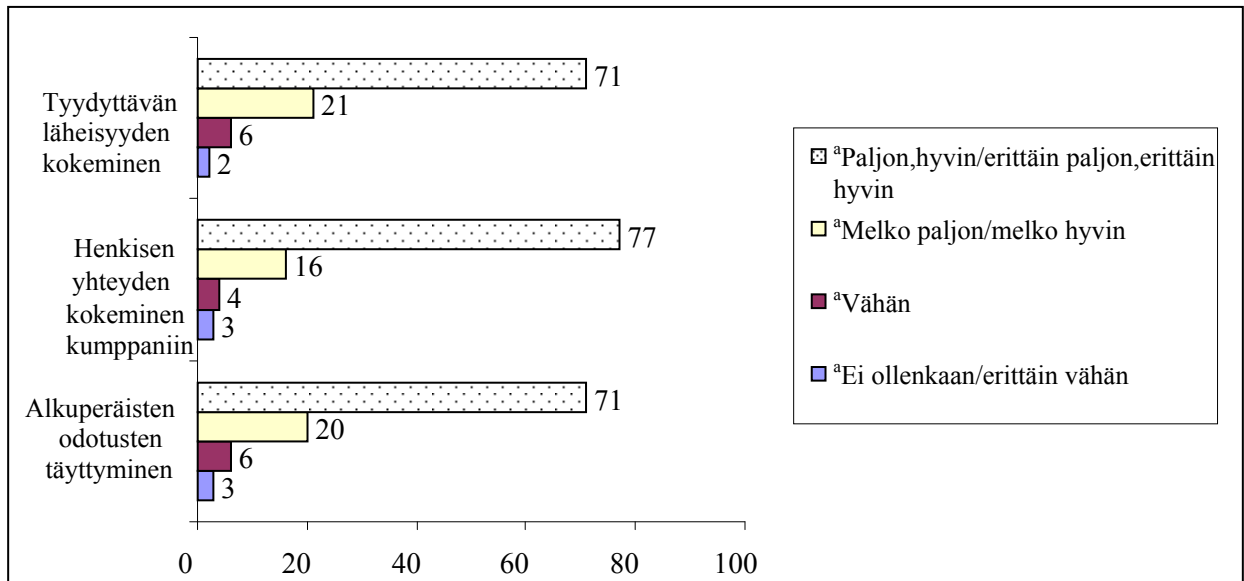
Lasten kasvatukseen tai yleensä lapsiin liittyvät asiat vaivasivat 44 vastaajaa, kumppanien erilaisuus 39:ää ja ystävät tai harrastukset 30:tä. Riidat tai sanailu löytyi 29 vastauksesta, itsekkyyys tai itsepäisyys 21:n ja päihteet tai juhliminen sekä omat vanhemmat tai sukulaiset molemmat 20:n vastauksesta. Läheisyyden puute ja mustasukkaisuus tai luottamuksen puute oli ongelmana 13 tutkittavalle sekä rakentaminen/muutot, sairaudet/vaivat ja menneisyyteen liittyvät asiat 10:lle. Lisäksi televisio tai netti aiheutti ongelmia yhdeksälle tutkittavista ja arvostuksen tai kunnioituksen puute kuudelle. (kuvio 19)



**Kuvio 19.** Tutkittavien mielestä heidän parisuhteessaan kolme eniten ongelmaa aiheuttavaa asiaa (lukumäärien mukaan)

#### 6.4 Psykologiseen ulottuvuuteen liittyvät tutkimustulokset

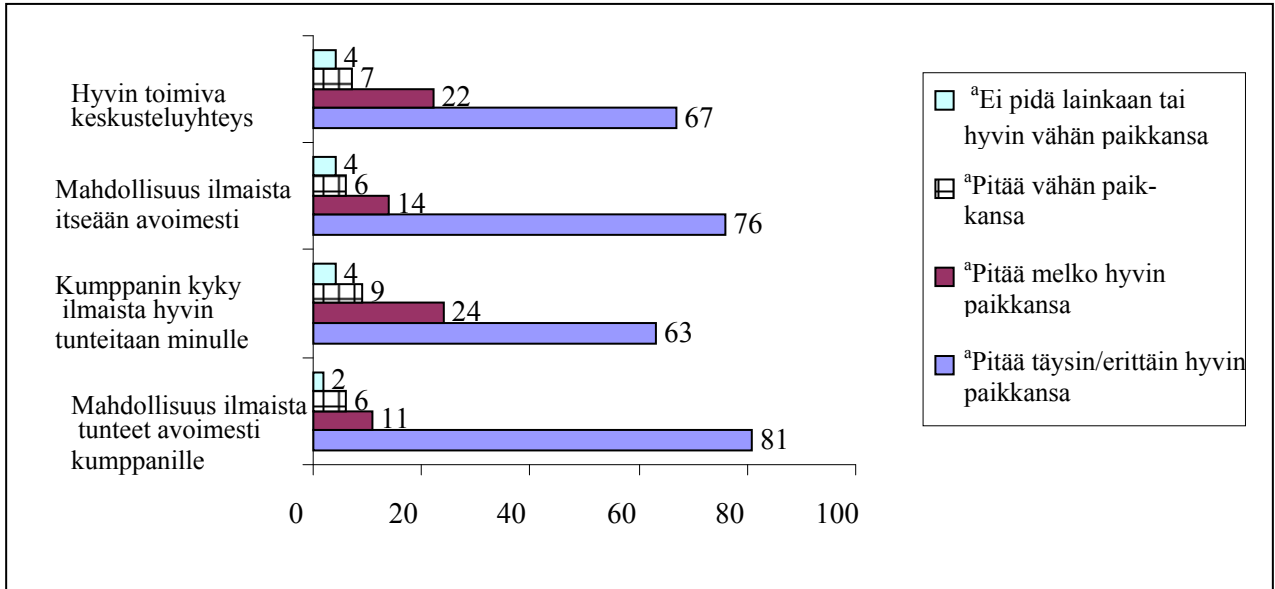
Tutkimukseen osallistuneista yli kaksi kolmasosaa koki, että heidän parisuhteensa oli täyttänyt heidän alkuperäiset odotuksensa vähintään hyvin. Enemmistö oli sitä mieltä, että heillä oli henkistä yhteyttä kumppaniinsa vähintäänkin paljon, ja saman määrän läheisyyttä koki sisältyvän suhteisiinsa kaksi kolmasosaa tutkittavista. (kuvio 20)



a) Alkuperäinen asteikko 1 ei/en ollenkaan – 6 erittäin paljon tiivistettiin 1 – 4 asteikoksi niin, että 1 - 2 yhdistettiin ja ne saivat luokan ei/en ollenkaan tai erittäin vähän, 3 sai luokan vähän, 4 sai luokan melko paljon/melko hyvin ja 5 – 6: yhdistettiin ja ne saivat luokan erittäin paljon, erittäin hyvin tai paljon, hyvin.

### Kuvio 20. Tutkittavien kuvaus parisuhteesta (%)

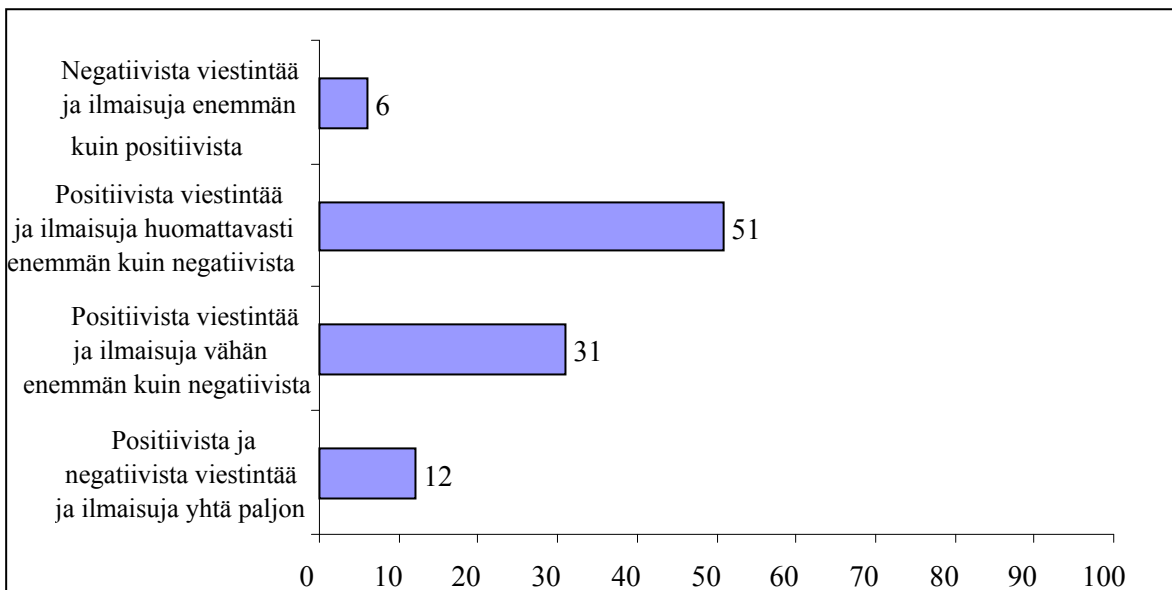
Vastaajista suurin osa ilmoitti, että väittämä *voin ilmaista avoimesti kumppanilleni kaikki tunteeni* pitää vähintäänkin erittäin hyvin paikkansa, mutta vain reilut puolet oli samaa mieltä väittämästä, *kumppanini pystyy ilmaisemaan minulle hyvin tunteensa*. Tutkittavista hieman yli kaksi kolmasosaa katsoi, että väittämä *voin ilmaista itseäni avoimesti* pitää vähintäänkin erittäin hyvin paikkansa, vaikka ihan niin moni ei ollut samaa mieltä väittämästä, *keskusteluyhteytemme toimii hyvin*. (kuvio 21)



a) Väittämien alkuperäinen asteikko 1 ei pidä lainkaan paikkaansa – 6 pitää täysin paikkaansa, tiivistettiin 1 – 4 asteikoksi niin, että 1 – 2 yhdistettiin ja ne saivat luokan ei pidä lainkaan paikkansa tai hyvin vähän, 3 sai luokan pitää vähän paikkansa, 4 sai luokan pitää melko hyvin paikkansa ja 5 – 6 yhdistettiin ja ne saivat luokan pitää täysin tai hyvin paikkansa.

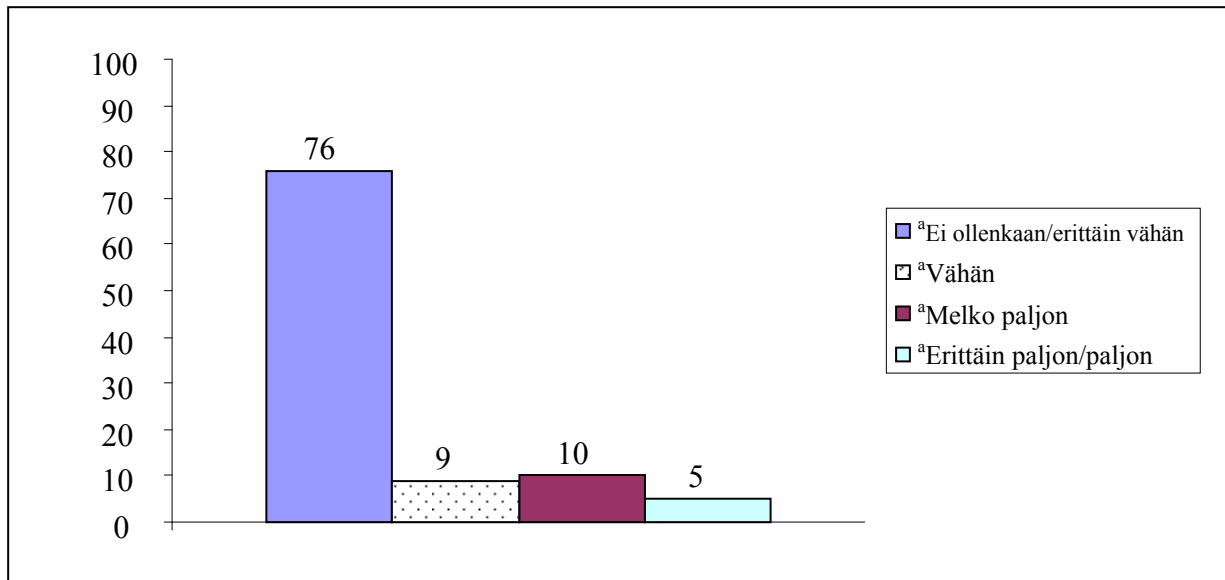
**Kuvio 21.** Tutkittavien kokemukset verbaalisesta ja non-verbaalisesta viestinnästä parisuhteessa (%)

Vastaajista puolet oli sitä mieltä, että heidän parisuhteissaan oli positiivista viestintää ja ilmaisuja huomattavasti enemmän kuin negatiivista (positiivista 5 tai enemmän/negatiivista 1). Toisella puoliskolla oli positiivista viestintää ja ilmaisuja, joko vähän enemmän kuin negatiivista (positiivista 2–3/negatiivista 1), positiivista ja negatiivista yhtä paljon (positiivista 1/negatiivista 1), tai negatiivista enemmän kuin positiivista (positiivista 1/negatiivista 2 tai enemmän). (kuvio 22)



**Kuvio 22.** Tutkittavien näkemykset parisuhteen positiivisten ja negatiivisten viestien ja ilmaisujen suhteesta (%)

Kysyttäessä seksuaalisista tarpeista, joita tutkittavat eivät uskaltaneet sanoa kumppanilleen ääneen, reilu kaksi kolmasosaa ilmoitti, ettei heillä ollut tällaisia tarpeita ollenkaan tai sitten erittäin vähän. Vähän tai enemmän edellä mainittuja tarpeita oli kuitenkin yhdellä neljäsosalla pareista. (kuvio 23) Seksuaalisen kanssakäymisen kertoja kuukaudessa oli harvemmin niillä (alle 1 tai 1–2 kertaa kuukaudessa), joilla oli eniten ilmaisemattomia seksuaalisia tarpeita ( $p < 0,001$ ) (liite 24).



a) Alkuperäinen asteikko 1 ei ollenkaan – 6 erittäin paljon, tiivistettiin 1 – 4 asteikoksi niin, että 1 - 2 yhdistettiin ja ne saivat luokan ei ollenkaan tai erittäin vähän, 3 sai luokan vähän, 4 sai luokan melko paljon ja 5 – 6: yhdistettiin ja ne saivat luokan erittäin paljon tai paljon.

**Kuvio 23.** Tutkittavien seksuaalisten tarpeiden määrä, joita he eivät uskalla sanoa ääneen kumppanilleen (%)

Seksuaalisuuden psykologisen ulottuvuuden hyvinvointia selitettäviksi tekijöiksi tässä tutkimuksessa valittiin yhteensä kahdeksan kysymystä ja väittämää: Missä määrin parisuhteesi täyttää alkuperäiset odotuksesi? (PARISUHTEENI kysymys 2), Kuinka paljon koet henkistä yhteyttä kumppaniisi? (PARISUHTEENI kysymys 5), Onko suhteessasi sinua tyydyttävää läheisyyttä? (PARISUHTEENI kysymys 6), Voin ilmaista avoimesti kumppanilleni kaikki tunteeni (PARISUHTEENI kysymys 8), Kumppanini pystyy ilmaisemaan minulle hyvin tunteensa (PARISUHTEENI kysymys 9), Minun ei tarvitse olla varuillani siitä, että sanon tai teen jotain sellaista, mistä kumppanini loukkaantuu tai suuttuu. Voin ilmaista itseäni avoimesti (PARISUHTEENI kysymys 12), Keskusteluyhteytemme toimii hyvin (PARISUHTEENI kysymys 13), Onko sinulla seksuaalisia tarpeita, joita et uskalla sanoa ääneen kumppanillesi? (SEKSUAALINEN SUHTEENI kysymys 3).

Cronbachin alpha-testin avulla testattiin edellä mainituista kysymyksistä ja väittämistä saatujen vastausten sopivuutta kuvamaan seksuaalisuuden psykologisen ulottuvuuden hyvinvointia ( $\alpha=0,88$ ) (liitteet 24–25). Summamuuttuja jaettiin logistista regressioanalyysiä varten kahteen ryhmään: niiden, joiden parisuhteissa voitiin katsoa olevan hyvin seksuaalisuuden psykologiseen ulottuvuuteen liittyviä, seksuaalista hyvinvointia ylläpitäviä ja edistäviä tekijöitä (66 % vastaajista kuului tähän ryhmään, ryhmä sai numeron 1), ja niihin, jossa hyvinvointia ylläpitäviä ja edistäviä tekijöitä oli vähän (34 % vastaajista kuului tähän ryhmään, ryhmä sai numeron 0) (liite 25). Logistisen regressioanalyysin avulla tarkasteltiin eri selittävien tekijöiden yhteyttä seksuaalisuuden psykologiseen ulottuvuuteen liittyviin, seksuaalista hyvinvointia ylläpitäviin ja edistäviin tekijöihin (ryhmään 1).

Eri selittäviä tekijöistä siviilisäätty ja perhemuoto (ensimmäisessä vaiheessa logistisessa regressioanalyysin mallissa mukana oli myös sukupuoli, suhteen kesto ja koulutus) olivat yhteydessä siihen, miten vastaajat kokivat seksuaalisuuden psykologiseen ulottuvuuteen liittyvät seksuaalista hyvinvointia ylläpitävät ja edistävät osa-alueet (liitteet 25–26). Naimisissa olevat ilmoittivat yli kaksi kertaa todennäköisemmin (OR 2,26, 95 % luottamusväli 1,55–3,32,  $p<0,001$ ) seksuaalisuuden psykologisen ulottuvuuden seksuaalista hyvinvointia ylläpitävien ja edistävien osa-alueiden sisältyvän suhteisiinsa kuin pariskunnat, jotka elivät avoliitossa. Samoin lasta odottavat, lapsettomat pariskunnat ilmoittivat yli kaksi kertaa todennäköisemmin edellä mainittujen osa-alueiden sisältyvän suhteisiinsa (OR 2,17, 95 % luottamusväli 1,34–3,52,  $p=0,002$ ) kuin pariskunnat, joilla jo oli lapsi tai lapsia (Taulukko 4).

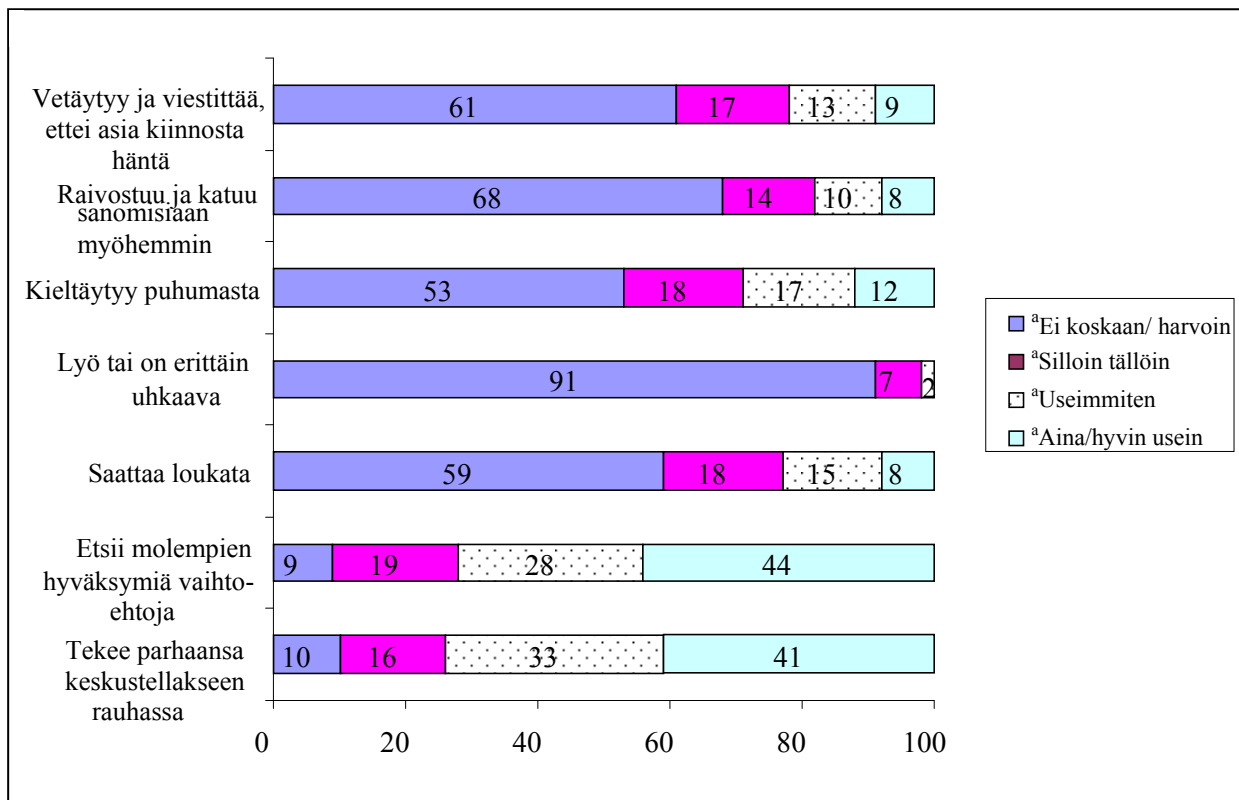
**Taulukko 4.** Seksuaalisuuden psykologisen ulottuvuuden hyvinvointia ylläpitävien ja edistävien asiiasältöjen yhteys lasta odottavien ja eri-ikäisten lasten vanhempien seksuaaliseen hyvinvointiin. Logistinen regressio, selittävinä tekijöinä siviilisäätty ja perhemuoto.

Seksuaalisuuden psykologisen ulottuvuuden hyvinvointia selittävät tekijät	Ristitulossuhde	95 %:n luottamusväli	Merkitsevyys p-arvo	n
<b>Siviilisäätty</b>				
Avoliitossa	1,00			191
Naimisissa	<b>2,26</b>	1,55–3,32	<0,001	355
<b>Perhemuoto</b>				
Lapsi/lapsia	1,00			428
Ei lapsia	<b>2,17</b>	1,34–3,52	0,002	118

Referenssiryhmä on merkitty 1,00

Vastaajien kokemukset siitä, miten heidän kumppaninsa suhtautuivat heihin erimielisyyksien aikana, kartoitettiin seitsemällä eri kysymyksellä ja yhdellä avoimella kysymyksellä. Tutkittavista noin kaksi kolmasosaa vastasi, että heidän kumppaninsa pyrkivät vähintään useimmiten tekemään parhaansa keskustellakseen rauhassa erimielisyyksien aikana. Yhtä suuri osuus koki, että heidän kumppaninsa etsii ristiriitatilanteissa vaihtoehtoja, jotka molemmat voisivat hyväksyä. Loukkauksia vähintään silloin tällöin kumppanin taholta tutkittavista oli kokenut vajaa puolet. Suurin osa vastaajista kuitenkin ilmoitti, etteivät lyöminen tai uhkaukset kuuluneet heidän kumppaninsa käytökseen. Tutkittavien mukaan heidän kumppaneistaan kieltäytyi puhumasta erimielisyyksien aikana vähintään useimmiten noin kolmannes. Raivostuvia ja myöhemmin katuvia, sekä erimielisyyksien tilanteissa vetäytyviä ja asian suhteen välinpitämättömiä vastaajien mielestä heidän kumppaneistaan oli vähintään silloin tällöin reilu kolmannes. (kuvio 24)

Erimielisyyksien aikana vielä muulla tavalla puolisoonsa suhtautuvia kumppaneita oli 11 vastaajalla: ”Olettaa väärin ja loukkaantuu”, ”Huumorilla yrittää lieventää tilannetta”, ”Huutaa”, ”Ei ole hänen vika milloinkaan”, ”Martyyri”, ”Turhautuu omaan epätäydellisyyteensä ja suuttuu itselleen”, ”Saattaa suuttua, mutta käy tuulettumassa ja tulee kyvykkäämpänä takaisin”, ”Kaivelemalla saa sanan suusta”, ”Ahdistuu erimielisyyksistä”, ”Heittäytyy marttyyriksi”, ”Mököttää”.



a) Alkuperäinen asteikko 1 ei koskaan – 6 aina, tiivistettiin 1 – 4 asteikoksi niin, että 1 - 2 yhdistettiin ja ne sai luokan ei koskaan tai harvoin, 3 sai luokan silloin tällöin, 4 sai luokan useimmiten ja 5 – 6 yhdistettiin ja ne saivat luokan aina tai hyvin usein

**Kuvio 24.** Tutkittavien vastaukset oman kumppanin tavasta suhtautua heihin erimielisyyksien aikana (%)



Cronbachin alpha-testin avulla testattiin, sopivatko tutkittavien käsitykset heidän kumppaneidensa suhtautumisesta heihin erimielisyyksien aikana kuvaamaan kumppaneiden hyviä ristiriitojen hallintataitoja ( $\alpha=0,80$ ) (liite 26). Summamuuttuja jaettiin logistista regressioanalyysiä varten kahteen ryhmään. Toisessa ryhmässä olivat ne vastaajat, joiden kumppaneilla voitiin katsoa olevan hyvät ristiriitojen hallintataidot (60 % vastaajista kuului tähän ryhmään, ryhmä sai arvon 1) ja toisessa ne, jossa kumppaneiden ristiriitojen hallintataidot eivät olleet hyvät (40 % kuului tähän ryhmään, ryhmä sai arvon 0). ( liite 26) Logistisen regressioanalyysin avulla tarkasteltiin eri selittävien tekijöiden yhteyttä kumppaneiden ristiriitatilanteiden hyvään hallintaan (ryhmään 1).

Eri selittävästä tekijöistä siviilisäätö ja perhemuoto (mukana ensimmäisessä vaiheessa logistisessa regressioanalyysin mallissa mukana olivat myös sukupuoli, suhteen kesto ja koulutus) olivat yhteydessä siihen, miten vastaajat kokivat kumppaneidensa ristiriitojen hallintataidot (liite 27). Naimisissa olevat kokivat kumppaneillaan olevan hyvät ristiriitatilanteiden hallintataidot yli puolitolta kertaa todennäköisemmin ( $OR=1,66$ , 95 % luottamusväli 1,15–2,40,  $p=0,007$ ) kuin miten naimattomat kokivat. Lasta odottavat, lapsettomat pariskunnat kokivat kumppaneillaan olevan edellä mainitut taidot kaksi kertaa todennäköisemmin ( $OR=2,09$ , luottamusväli 1,33–3,30,  $p=0,002$ ) kuin parit, joilla jo oli lapsi tai lapsia. (Taulukko 5)

**Taulukko 5.** Oman kumppanin hyvät ristiriitatilanteiden hallintataidot erimielisyyksien aikana lasta odottavilla ja eri-ikäisten lasten vanhemmilla. Logistinen regressio, selittävinä tekijöinä siviilisäätö ja perhemuoto.

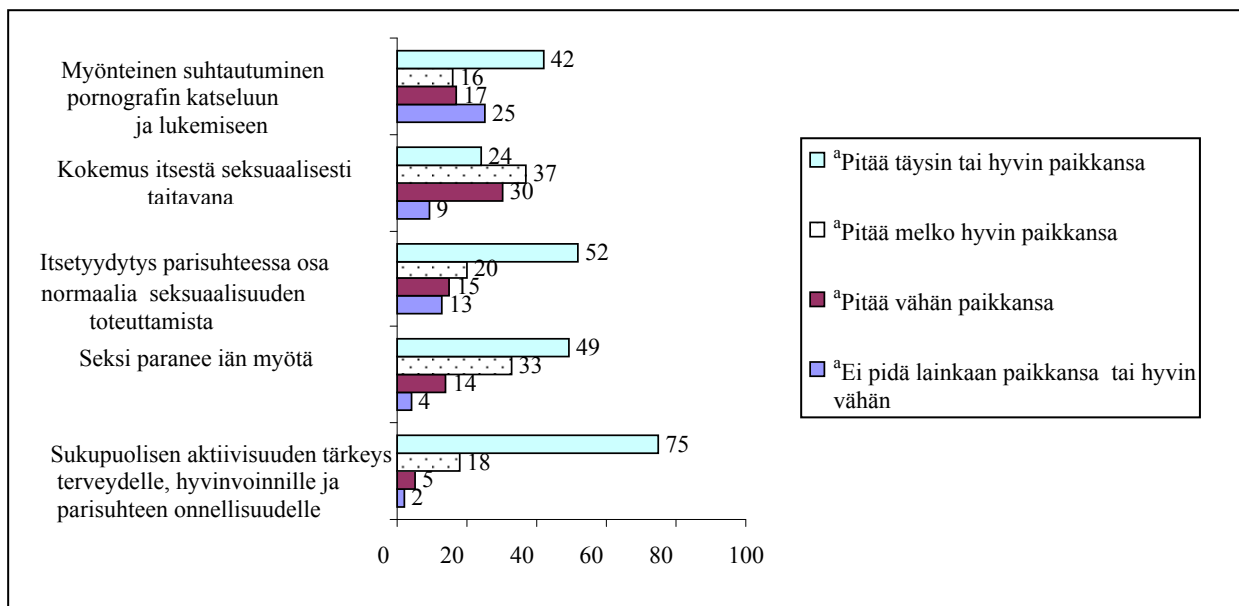
Kumppanin ristiriitatilanteiden hyvää hallintataitoa selittävät tekijät	Ristitulossuhde	95 %:n luottamusväli	Merkitsevyys p-arvo	n
<b>Siviilisäätö</b>				
Avoliitossa	1,00			193
Naimisissa	<b>1,66</b>	1,15–2,40	0,007	356
<b>Perhemuoto</b>				
Lapsi/lapsia	1,00			431
Ei lapsia	<b>2,09</b>	1,33–3,30	0,002	118

Referenssiryhmä on merkitty 1,00

## 6.5 Eettiseen ulottuvuuteen liittyvät tutkimustulokset

Uskonnon merkityksen omassa elämässään tärkeäksi tai erittäin tärkeäksi vastaajista koki vajaa kolmannes ja loput eivät kokeneet niin tärkeäksi tai lainkaan tärkeäksi. Vain 3 % vastaajista ei osannut arvioida uskonnon tärkeyttä omassa elämässään. (liite 28)

Väittämä *sukupuolinen aktiivisuus on ihmisen hyvinvointia ja terveyttä edistävä asia ja tärkeä parisuhteen onnellisuudelle* piti melkein kaikkien tutkittavien vastausten mukaan vähintäänkin melko hyvin paikkansa. Noin 80 % vastaajista oli samaa mieltä siitä, että väittämä *seksi paranee iän myötä* pitää vähintäänkin hyvin paikkansa. Kahden kolmasosan mielestä väittämä *itsetyydytys on osa normaalia seksuaalisuuden toteuttamista parisuhteessa* piti vähintäänkin hyvin paikkansa. Väittämästä *olen seksuaalisesti varsin taitava* tutkittavista 40 % ilmoitti, että se omalla kohdalla piti korkeintaan vähän paikkansa. Sama määrä vastaajista ilmoitti väittämän *minulla ei ole mitään pornografian katselua tai pornografisen kirjallisuuden lukemista vastaan* pitävän myös korkeintaan vähän paikkansa. (kuvio 25)



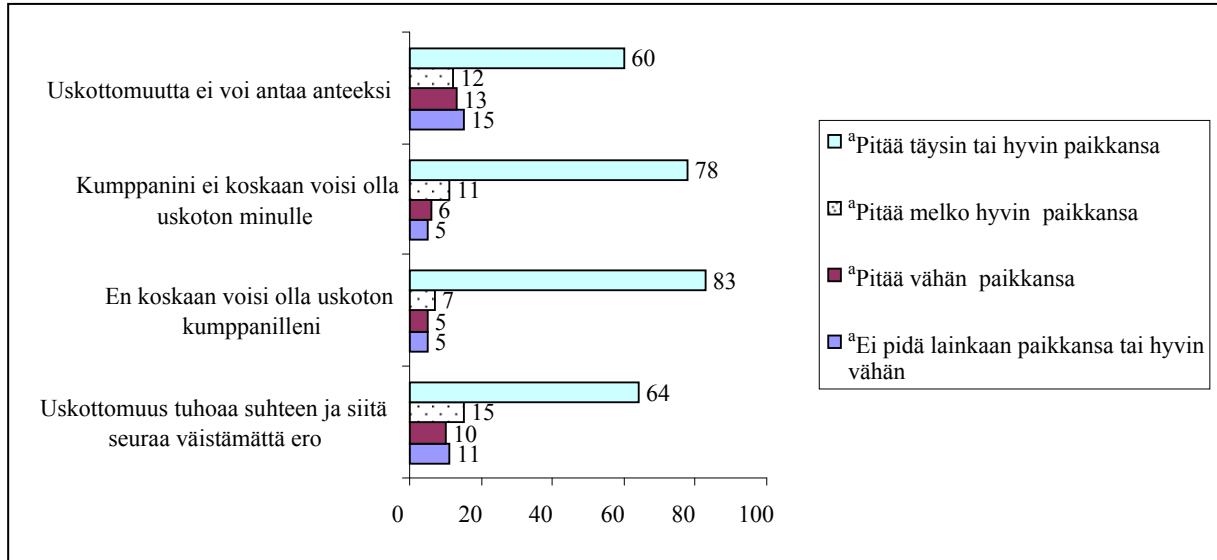
a) Väittämien alkuperäinen asteikko 1 ei pidä lainkaan paikkaansa – 6 pitää täysin paikkaansa, tiivistettiin 1 – 4 asteikoksi niin, että 1 – 2 yhdistettiin ja ne saivat luokan ei pidä lainkaan paikkansa tai hyvin vähän, 3 sai luokan pitää vähän paikkansa, 4 sai luokan pitää melko hyvin paikkansa ja 5 – 6 yhdistettiin ja ne saivat luokan pitää täysin tai hyvin paikkansa.

### Kuvio 25. Tutkittavien vastaukset seksuaalisuutta käsitteleviin väittämiin (%)

Naisten mielestä *seksi paranee iän myötä*-väite piti paremmin paikkansa kuin mitä miesten mielestä ( $p=0,028$ ) (liite 28). Uskonnon tärkeyttä ja itsetyydytyksen normaaliutta parisuhteessa tar-

kasteltaessa uskonnon ei niin tärkeäksi elämässään kokevat, ilmoittivat väittämän pitävän paremmin paikkansa kuin ne, joille uskonto oli tärkeä ( $p < 0,001$ ) (liite 29). Samoin avioliitossa olevat kokivat avioliitossa olevia useammin väittämän itsetyydytyksen normaaliudesta pitävän paikkansa ( $p = 0,005$ ) (liite 30). Seksuaalisuuden taitoja sukupuolen mukaan tarkasteltaessa vastausten välillä ei tullut eroja esille (liite 28). Avioliitossa elävät vastasivat kuitenkin avioliitossa olevia useammin väittämän omista hyvistä seksuaalisista taidoistaan pitävän paikkansa ( $p = 0,001$ ) (liite 30). Hyvät seksuaaliset taidot omaavat kokivat seksuaalisen suhteensa hyväksi ja päinvastoin, huonoksi kokevat kokivat seksuaalisen suhteensa huonoksi (liite 31). Naiset eivät ilmoittaneet väittämän pornografian katselun ja lukemisen myönteisyydestä pitävän niin hyvin paikkansa kuin mitä miehet ilmoittivat ( $p < 0,001$ ) (liite 28), ja samoin näytti olevan avioliitossa olevien kokemukset verrattuna avioliitossa oleviin ( $p < 0,001$ ) (liite 30). Uskonnon elämässään tärkeäksi kokevat eivät ilmoittaneet väittämän pornografian katselun ja lukemisen myönteisyydestä pitävän niin hyvin paikkansa kuin ne, joille uskonto ei ollut niin tärkeä ( $p < 0,001$ ) (liite 29).

Vastaajista yli kahden kolmasosan mielestä väittämät *uskottomuus on asia, joka tuhoaa suhteen ja siitä seuraa väistämättä ero ja uskottomuutta ei voi antaa anteeksi* pitivät vähintäänkin melko hyvin paikkansa. Suurin osa tutkittavista oli sitä mieltä, että väittämät *en koskaan voisi olla uskon kumppanilleni ja kumppani ei voisi olla koskaan uskon minulle* pitivät vähintään melko hyvin paikkansa. (kuviot 26) Sukupuolella ja siviilisäädyltä ei ollut merkitystä siihen, miten tämän kappaleen ensimmäiset väittämät oli koettu (liitteet 28 ja 30), mutta uskonnon tärkeäksi kokeneet eivät olleet ihan niin usein sitä mieltä, että uskottomuutta ei voisi antaa anteeksi kuin ne, joille uskonto ei ollut niin tärkeä ( $p = 0,49$ ) (liite 29). Sukupuolella tai uskonnon tärkeydellä ei ollut merkitystä siihen, miten tutkittavat ajattelivat oman tai kumppanin mahdollisesta uskottomuudesta (liitteet 28–29), mutta avioliitossa olevat olivat avioliitossa eläviä useammin sitä mieltä, etteivät he voisi olla uskottomia kumppaneilleen ( $p = 0,003$ ) ja etteivät heidän kumppaninsa voisi olla uskottomia heille ( $p = 0,002$ ) (liite 30).

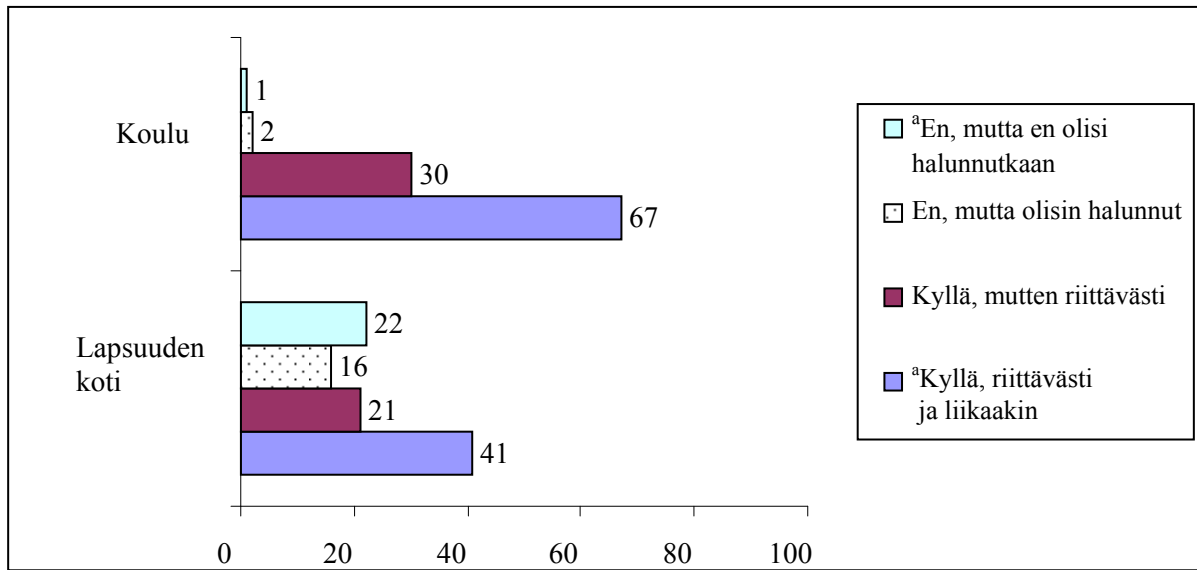


a) Väittämien alkuperäinen asteikko 1 ei pidä lainkaan paikkaansa – 6 pitää täysin paikkaansa, tiivistettiin 1 – 4 asteikoksi niin, että 1 – 2 yhdistettiin ja ne saivat luokan ei pidä lainkaan paikkansa tai hyvin vähän, 3 sai luokan pitää vähän paikkansa, 4 sai luokan pitää melko hyvin paikkansa ja 5 – 6 yhdistettiin ja ne saivat luokan pitää täysin tai hyvin paikkansa.

**Kuvio 26.** Tutkittavien vastaukset uskottomuutta käsitteleviin väittämiin (%)

## 6.6 Tutkimustulokset seksuaali- ja parisuhdepalvelujen käytöstä ja tarpeesta

Seksuaaliterveyteen liittyvää tietoa lapsuudenkodistaan riittävästi ja jopa liikaakin tutkittavista oli saanut noin 40 %, mutta riittämättömästi tai kokonaan tietoa vaille vastaajista oli jäänyt melkein sama osuus. Koulusta tietoa edellä mainituista asioista vastaajista oli saanut riittävästi ja liikaakin noin kaksi kolmasosaa ja yhden kolmasosan mielestä riittämättömästi tai ei lainkaan. Lapsuuden kodista seksuaaliterveyteen liittyvää tietoa ei saanut, mutta ei myöskään ollut halunnut reilu viidennes tutkittavista, koulusta vastaavasti näin ajattelevia tutkittavista oli vain 1 %. (kuvi 27)



a) Alkuperäinen asteikko 1kyllä liikaakin, 2 kyllä riittävästi, 3 kyllä, mutta liian vähän, 4 en, mutta olisin halunnut, 5 en, mutta en olisi halunnutkaan, tiivistettiin 1 – 4 asteikoksi yhdistämällä 1 ja 2 yhteen (kyllä riittävästi ja liikaakin)

**Kuvio 27.** Tutkittavien vastaukset lapsuuden kodista ja koulusta saadun parisuhteeseen ja sukupuolielämään liittyvän tiedon määrästä (%)

Vastaajista yksi neljäsosa oli elämänsä varrella tarvinnut seksuaali- ja parisuhteeseen liittyvää neuvontaa ja tukea; naiset miehiä useammin ( $p=0,026$ ) (liite 31). Kysymykseen *oletko saanut tarvitsemaasi neuvontaa ja tukea* puolet ilmoitti, ettei ollut saanut (liite 32).

Avoimilla kysymyksillä kartoitettiin vielä, minkälaista seksuaali- ja parisuhteeseen liittyvää neuvontaa ja tukea vastaajat ( $n=122$ ) olivat tarvinneet aiemmin elämänsä eri vaiheissa ja minkälaista neuvontaa tai tukea he nyt tai jatkossa haluaisivat saada ( $n=143$ ). Näistä vastauksista koottiin yhteen samaan aihepiiriin kuuluvat teemat. Taulukossa 6 on tutkittavien vastauksista koottu yhteen ne eri teemat, jotka voitiin katsoa kuuluvaksi Annonin (1974) PLISSIT-mallin I tai II tasolle (neuvontataso) ja PLISSIT-mallin tasoille III tai IV (erityisosaaminen tai terapia).

Seuraavista tutkittavien vastauksista käy ilmi, minkälaista neuvontaa tai tukea he olivat tarvinneet elämänsä aikana ja minkälaista neuvontaa tai tukea he tarvitsevat nyt tai mahdollisesti tulevaisuudessa. Esimerkkejä PLISSIT-mallin I ja II tasoon liittyen: *”Tutustumista toisiinsa uudelleen”, ”Vinkkejä arjen ongelmatilanteista selviämiseen, rentoutta ja alkuaikojen huumaa seksiin”, ”Voisi kysellä, miten muilla asiat menee”, ”Hyvän parisuhteen ylläpitäminen elämäntilanteen muuttuessa, esim. lapsen syntyessä”, ”Miten oppisimme keskustelemaan ongelmista”, ”Mikä on seksin rooli elämässä”, ”Miten pitää parisuhde täysin vireillä pienten lasten kanssa arjessa”, ”Arjen selviytymisvinkkejä”, ”Kuinka pitää parisuhde hyvänä”, ”Keskusteluapua ja vink-*

*kejä seksiin”, ”Sopivaa ehkäisyä on ollut vaikea löytää, tulevaisuudessa tarvitsen apua tässä asiassa”, ”Ehkä yleisesti voisi kertoa, että esim. raskaus vaikuttaa seksuaalisuuteen”, ”Harjoitusta rakentavaan riitelyyn ja positiivisen palautteen antamiseen”, ”Miten keskustella rauhassa hermostuneen osapuolen kanssa”, ” Keskustelun avaus miehen erektiosta”, ”Jos tulee kysyttävää, mahdollisuus saada vastauksia”, ”Uusperheen ongelmiin, parisuhteen vaalimiseen arjen ja työn keskellä”, ”Sellaista, missä molemmat puoliset ovat paikalla, avioliittoneuvontaa”, ”Miten ratkaista ongelmatilanteita, kun toinen puhuu kuin papupata ja toista on vaikea saada puhumaan”, ”Haluttomuus synnytyksen jälkeen”, ”Voiko nainen haluta seksiä, voiko seksi olla tärkeää? Oman äidin minuun siirtämät asenteet naisena olemisesta”, ”Imetysaika vei minulta lipidon täysin - miksei kukaan sano, että asia on ok ja tilanne korjaantuu kun imetys loppuu”.*

Vastauksista on poimittu erityisosaamiseen ja terapiaan (PLISSIT -mallin III ja IV taso) kuuluvia esimerkkejä: *”Miehen pitkäaikainen haluttomuus”, ”Orgasmivaikeudet”, ”Uskottomuuden aiheuttamista ongelmista”, ”Parisuhdekriisiin apua”, ”Avioeroon liittyen”, ”Minulta tulee orgasmi liian nopeasti ja seksiakti on liian nopeasti ohi”, ”Pettäminen, toinen mies; olisin halunnut jutella, onnistuuko alkuperäinen suhde pelastaa”, ”Raskaudenajan masennus”, ”Parisuhdeväkivalta”, ”Edellisessä parisuhteessa ongelmia: mies ei kyennyt aina yhdyntään ja se oli hänelle selvästi vaikea asia, josta ei voinut puhua”, ”Eron harkinnassa, tämän asian miettimisessä”, ”Rakensimme taloa, emme nähneet koskaan, tuli kolmas osapuoli suhteeseen”, ”Parisuhde on rakoillut haluttomuuteni/häpeän tunteiden vuoksi”, ”Omat orgasmivaikeudet suhteen alussa, kivulias yhdyntä”, ”Edellinen suhde oli alistava”, ”Mustasukkaisuus ja luottamattomuus”, ”Ennenaikainen siemensyöksy, joka on mielestäni avain epätydyttävään seksielämään”.*

**Taulukko 6.** Seksuaalineuvontaan sekä erityisosaamiseen ja terapiaan kuuluvat teemat

<b>Seksuaalineuvonta (PLISSIT-mallin I ja II tasot) <sup>a</sup></b>	
Parisuhdekriisien välttäminen <sup>b</sup>	Seksin sujuminen ja eroottisuuden ylläpito
Kommunikaatio-ongelmat	Seksuaalisuus raskauden, synnytyksen ja lapsen tulon jälkeen
Ristiriitatilanteisiin ratkaisuja	Seksin rooli elämässä ja normaalius
Vinkkejä parisuhteen ongelmatilanteisiin	Ehkäisyyn liittyviä kysymyksiä
Miten aikaa parisuhteen hoitoon	Kuukautishäiriöt
Parisuhteen ylläpitäminen ja kehittäminen	Haluttomuus raskauden ja synnytyksen jälkeen
Parisuhteen pelisäännöt	Itsetuntoon ja body imageen liittyvät asiat
Keskustelua parisuhteeseen liittyen	Lapsettomuus ja seksuaalisuus
Uusperheeseen liittyvät kysymykset	Hormonimuutokset raskauden ja lapsen syntymän jälkeen
Vertaisryhmäkeskusteluja arjen sujumisesta, lasten hoidosta ja parisuhteeseen liittyen	
Tunteiden ilmaisua ja läheisyys	
Lapsettomuus ja parisuhde	
Ikäkriisit ja parisuhde	
Oman lapsuusperheen asenteet ja mallit ja niiden vaikutus omaan parisuhteeseen	
<b>Nuoruuteen kuuluva neuvonta <sup>c</sup></b>	
Tietoa seksistä, murrosiän vaikutus seksuaalisuuteen, sukupuolitaudeista, itsetunto ja oma epävarmuus, oma keho, neuvontaa elämän muutoksiin, neuvoa seurustelun alkuvaiheisiin liittyen	
<b>Erityisosaaminen ja terapia (PLISSIT-mallin III ja IV tasot) <sup>d</sup></b>	
Aiempien suhteiden ongelmien käsittely <sup>b</sup>	Haluttomuus pitkäaikaisena ongelmana
Parisuhdeväkivalta	Orgasmiongelmat
Lapsuuden traumat ja parisuhde	Erektiohäiriöt
Vaikeat ristiriitakysymykset	Hidas ja nopea siemensyöksy
Vaikeat kommunikaatio-ongelmat	Ahdistuksen ja häpeän tunteet
Avioeron harkinta	Seksuaalinen hyväksikäyttö
Uskottomuus	Kivulias yhdyntä
Mustasukkaisuus	
Päihdeongelma ja parisuhde	
Masennus ja parisuhde	

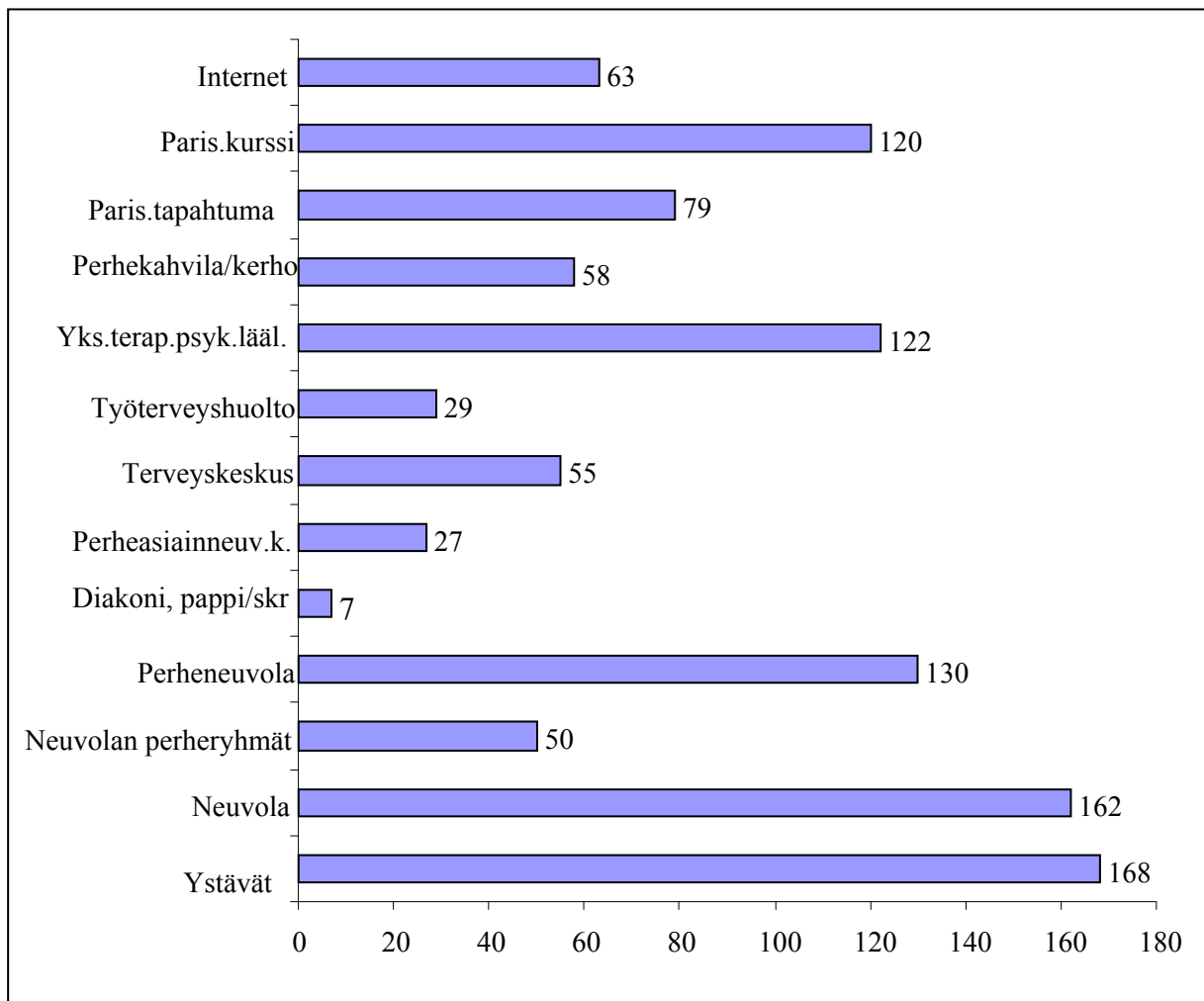
<sup>a</sup> Voidaan katsoa kuuluvaksi perusterveydenhuollon seksuaalineuvontaan

<sup>b</sup> Teemoja ei ole esitetty tärkeysjärjestyksessä eivätkä mainintojen määrien mukaan

<sup>c</sup> Voidaan katsoa kuuluvaksi kouluterveydenhuoltoon, tärkeätä myös terveystiedossa

<sup>d</sup> Voidaan katsoa kuuluvaksi esimerkiksi perheasiainneuvottelukeskukseen, perheneuvolaan, seksuaali- ja pariterapiaan

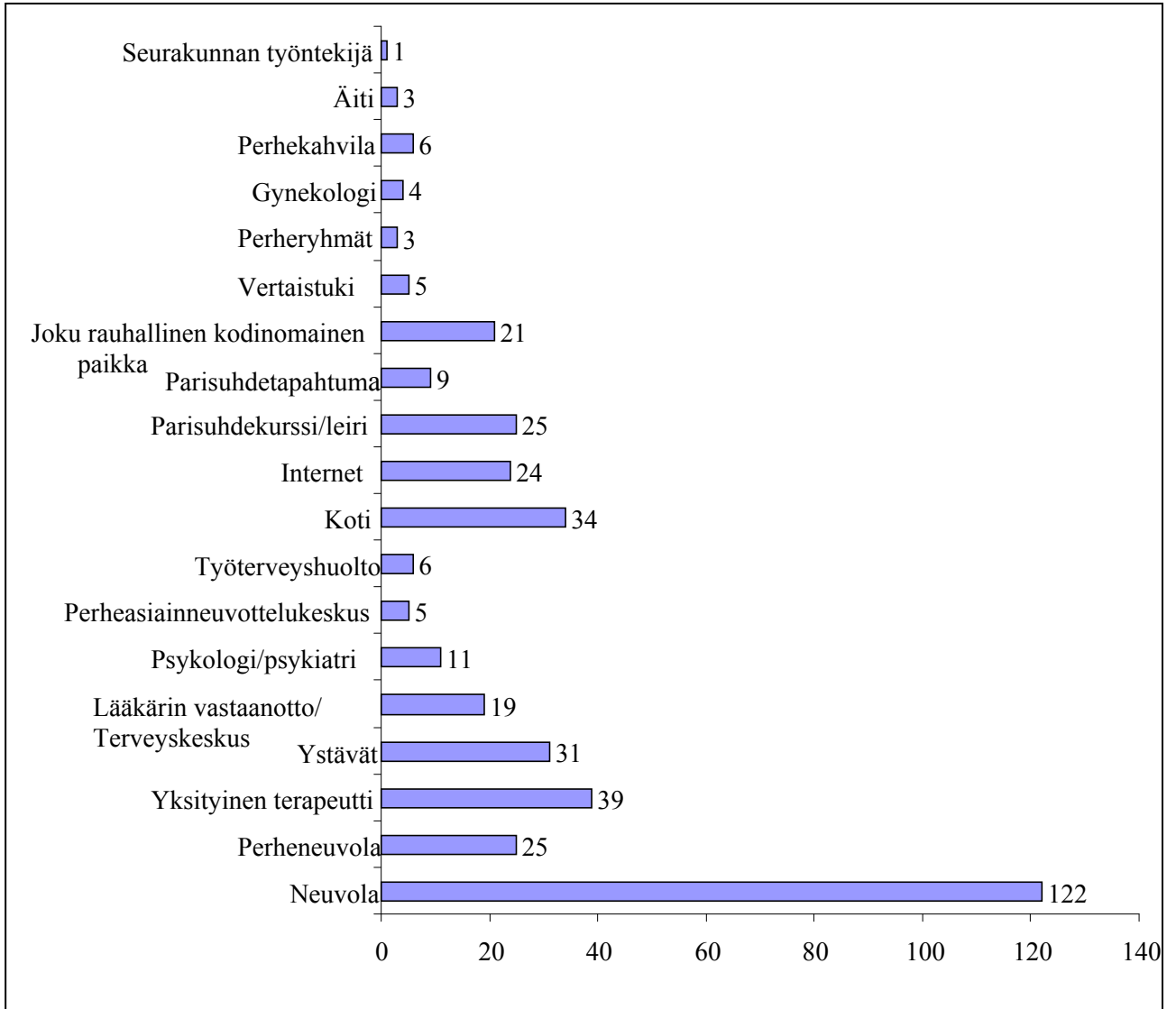
Tutkittavilta kysyttiin valmiiden vastausvaihtoehtojen avulla, miltä taholta tai tahoilta he tarvittaessa haluavat jatkossa saada seksuaaliterveyteen liittyvää neuvontaa ja tukea. Kysymykseen vastasi 328 tutkittavaa. Eniten merkintöjä saivat ystävät ja neuvolan vastaanotto, perheneuvola, yksityisen terapeutti, psykologi tai lääkäri sekä parisuhdekurssit Loppujen kohdalla merkintöjen määrät vaihtelivat 79:stä alle 10. Muun muassa neuvolan perheryhmät saivat vain 50 merkintää ja perheasiainneuvottelukeskus 27. (kuvio 28)



**Kuvio 28.** Tutkittavien toiveet tahoista, mistä he haluavat saada jatkossa seksuaali- ja parisuhteeseen liittyvää neuvontaa ja tukea (lukumäärä)

Vastauksia saatiin 307 tutkittavalta avoimeen kysymykseen paikasta tai paikoista, mitkä juuri tällä hetkellä olisivat luontevin ja mieluisin paikka keskustella sekä saada neuvontaa ja tukea seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista. Neuvola mainittiin tällaiseksi paikaksi ylivoimaisesti useammin, 122 vastauksessa. Loput paikat tai ammattihenkilöt saivat mainintoja yhden ja 39:n väliltä. (kuvio 29)





**Kuvio 29.** Tutkittavien maininnat luontevasta ja mieluisimmasta paikasta, missä he haluaisivat, oma elämäntilanne huomioon ottaen, keskustella ja saada seksuaali- ja parisuhteeseen liittyvää neuvontaa ja tukea (lukumäärä)

## 7. POHDINTAA TUTKIMUSTULOKSISTA JA SUOSITUS JATKOTOIMIKSI

### 7.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen sisäistä validiteettia (tutkimuksen omaa luotettavuutta) eli mittaavatko tutkimuskysymykset sitä, mitä on haluttukin mitata, on pyritty lisäämään ottamalla tutkimukseen mukaan seksuaalisuutta selittävä teoreettinen viitekehys (Greenberg 1993) sekä seksuaalineuvontaa selittävä malli (Annon 1994). Johtopäätöksien teossa on näin pystytty ottamaan huomioon hyvin aihepiiriin laajuus ja moninaisuus. Kysymykset johdettiin teoreettisessa viitekehyksessä ja seksuaalineuvonnan mallissa olevista teemoista, ja näin ne saatiin vastaamaan hyvin kirjallisuuskatsauksessa esitettyjä seksuaalisuuden käsitteitä. (Heikkilä 1999, 28, 178, Metsämuuronen 2005, 57, 63.) Kyselylomakkeen kysymykset suurimmaksi osaksi poimittiin jo aiemmin käytetyistä aihepiiriin eri tutkimuksista ja kysymyksiä mitattavuus oli näin jo testattu. Tutkimuksen sisäistä validiteettia lisäsivät parien omat ja omiin kokemuksiin liittyvät itsenäisesti annetut vastaukset. (Metsämuuronen 2005, 58.) Kyselylomakkeen käytön etuna erityisesti seksuaalitutkimuksessa on, että tutkittavan anonyymisyys säilyy, eivätkä tutkijan omat tulkinnat pääse vaikuttamaan aineiston keruu- ja käsittelyvaiheessa (Nurmi 2000, 107). Arkaluontoisten kysymysten käyttömahdollisuus kyselylomaketta apuna käyttäen on hyvä verrattuna esimerkiksi henkilökohtaiseen haastatteluun. Kyselylomake sisälsi avoimia vastausvaihtoehtoja. Avoimet kysymykset ovat tarkoitukseenmukaisia silloin, kun vaihtoehtoja ei tarkkaan tunneta etukäteen (Heikkilä 1999, 19, 48). Strukturoidussa kyselyssä mielenkiintoisimpia ja informatiivisimpia voivat olla juuri avovastaukset, jotka saattavat tuoda ennalta-arvaamattomia näkökulmia tutkittavaan asiaan (Salmela 1997). Tässä tutkimuksessa avoimilla vastauksilla haluttiin erityisesti havainnollistaa ja rikastuttaa tutkittavien itsensä antamia kuvauksia tutkijan saamiin tuloksiin.

Sama tutkimuksen validiteettia lisäävä asia voi joltain osin olla heikentävänäkin tekijänä. Kvantitatiivisissa tutkimusmenetelmissä, erityisesti strukturoitua kyselylomaketta käytettäessä, on mahdollista selvittää monimutkaisten ja erilaisten ongelmien perimmäisiä syitä. Tässä tutkimuksessa suurin osa mielenkiinnon kohteena olevista asioista koskee kyselyyn vastanneiden omia käsityksiä ja tuntemuksia parisuhteeseen ja seksuaalisuuteen liittyen, jolloin saatava tieto perustuu täysin vastaajien omiin kokemuksiin kohteena olevasta aiheesta. Vastauksissa voi olla vaarana, että vastataan niin kuin haluttaisiin asioiden olevan eikä niin kuin ne todellisuudessa ovat tai päinvastoin. Kyselytutkimukselle on ominaista, ettei tiedon kerääjä ole välittömässä yhteydessä tiedon antajaan, ja näin hän ei voi esimerkiksi vastata kyselyyn liittyviin kysymyksiin eikä varmentaa

mahdollisia epäselvyyksiä, joita vastauksista voi ilmetä. (Heikkilä 1999, 179, Mattila 1999, 47.) Nämä edellä mainitut tekijät voivat olla vaikuttamassa tutkimuksista saatuja tuloksia arvioitaessa. Toisaalta kyselylomakkeiden avulla suoritettu aineiston koonti on katsottu tehokkaammaksi ja taloudellisimmaksi tavaksi kerätä tietoa silloin, kun tutkittavia on paljon (Heikkilä 1999, 18). Kyselylomakkeen toimivuutta testattiin ennen käyttöönottoa. Kuusi neuvolan asiakasta täytti lomakkeen ja niistä saadut korjausehdotukset huomioitiin.

Parisuhteen-osioon kuuluva kysymys 25, joka mittasi positiivisen ja negatiivisen viestinnän suhdetta parien välisessä kommunikaatiossa, osoittautui kuitenkin varsinaisessa tutkimuksessa vaikeaksi ymmärtää. Kysymys sisällytettiin lopulliseen tutkimukseen mukaan, koska tutkittavista 81 % vastasi siihen. Seksuaalinen suhteeni -osioon kuuluva kysymys 10, jossa kysyttiin seksuaalisen kanssakäymisen kertoja kuukaudessa, saattaa olla ymmärretty väärin, koska kysymyksen kohdalla ei ollut selitystä siitä, mitä seksuaalinen kanssakäyminen tarkoittaa. Useimmiten ihmiset ymmärtävät seksuaalisen kanssakäymisen yhdynnäksi, vaikka se tarkoittaa erityisesti seksuaalista mielihyvää tuottavaa läheisyyttä ja kosketusta, jossa yhtenä osatekijänä voi olla yhdyntä (Haavio-Mannila ja Kontula 2001, McCarthy ja McCarthy 2003, 4). Kysymys otettiin kuitenkin tutkimukseen mukaan tulkinnan epävarmuudesta huolimatta, koska se havainnollisti hyvin, miten usein tutkittavilla oli yleensä seksuaalista kanssakäymistä, oli kysymyksessä sitten yhdyntä tai jotain muuta seksuaalista mielihyvää tuottavaa toimintaa. Tässä tutkimuksessa on jouduttu käyttämään monenlaisia käsitteitä liittyen seksuaalista mielihyvää tuottavaan läheisyyteen ja kosketukseen. Moninaisuus johtuu siitä, että aiemmissa tutkimuksissa eri tutkijat olivat käyttäneet asiasta erilaisia ilmaisuja. Ilmaisujen paljoudesta ja epämääräisyydestä johtuen oli vaikea tulkita ja lukea sekä tehdä johtopäätöksiä vastauksista. Lisäksi oli vaikea löytää vain yhtä sopivaa tutkimukseeni soveltuvaa, seksuaaliseen mielihyvään ja läheisyyteen keskeisesti liittyvää käsitettä.

Kyselylomake oli viisisivuinen, ja sen täyttämiseen meni minimissään 15–20 minuuttia. Avoimet kysymykset usein houkuttelevat vastaamatta jättämiseen. Näin kävi osittain tässäkin tutkimuksessa. Avoimia kysymyksiä oli sijoitettu kyselylomakkeen jälkipäähän, jolloin vastaaminen niihin väheni (Heikkilä 1999, 48). Edellä mainitut tekijät ovat saattaneet olla yhtenä syynä, miksi palautusprosentti jäi hieman alhaiseksi; aikaa lomakkeen täyttämiseen ei ole ollut riittävästi. Toisaalta luotettavuustarkastelujen kannalta pitkä mittari on usein parempi kuin lyhyt (Metsämuuronen 2005, 59). Palautusprosenttiin on saattanut vaikuttaa aiheen arkaluonteisuus. Vaikka lomakkeet palautettiin neuvolan aulassa oleviin palautuslaatikoihin, aina on olemassa teoreettinen

mahdollisuus, että vastaajan henkilöllisyys paljastuu, jos ei muille asiakkaille, niin mahdollisesti neuvolan työntekijöille. Tämä ongelma olisi saatu poistettua suljettujen palautuskuorien avulla, mutta tässä tutkimuksessa sitä ei pystytty toteuttamaan. Yksikkökatoa (liian puutteelliset tiedot) tapahtui viiden vastaajan kohdalla, jolloin lomakkeet hyljättiin kokonaan. Eräkatoa (joidenkin muuttujien yksittäisten arvojen puuttumista) esiintyi monissa kysymyksissä. Eräkato oli kuitenkin sen verran pieni, useimmiten reilusti alle yhden prosentin luokkaa, että sillä ei katsottu olevan suurta merkitystä aineiston tuloksien arvioinnissa. Tulosten käsittelyssä puuttuva tieto huomioitiin ja saadut luvut laskettiin aina vastaajien mukaan. (Heikkilä 1999, 42.)

Prosenttiosuuksien tarkastelussa aineistoa pääsääntöisesti tiivistettiin asteikolta 1–6 asteikolle 1–4. Luokittelu tehtiin niin, että sekä asteikon kaksi ensimmäistä että kaksi viimeistä numeroa yhdistettiin. Likertin luokituksessa (1–6) asteikon keskivaiheilla oleville numeroille annettiin sanallinen merkitys. Näin haluttiin lisätä tulosten informatiivisuutta. Numeroille annetut sanalliset merkitykset on tehty tutkijan harkinnan mukaan, eikä varmaa tietoa tässä tutkimuksessa pysty saamaan siihen, vastaavatko ne 100 %:sti kaikkien vastaajien käsitystä asiasta. Kaikista tiivistyksistä ja sanallisista lisäyksistä tehtiin selvitys kuvioihin, jolloin jokaisella lukijalla on vielä mahdollisuus arvioida tiivistyksen ja sanallisten lisäysten osuvuutta.

Tutkimuksen reliabiliteettia, jonka sisältö viittaa tutkimuksen toistettavuuteen (Metsämuuronen 2005, 66), varmistettiin sillä, että tutkimuksen tutkittavat otettiin kolmesta erikokoisesta kaupungista ja maantieteellisesti eri paikoista Suomea; etelästä, Keski-Suomesta ja pohjoisesta. Saadut vastaukset olivat hyvin samansuuntaisia. Reliabiliteetti määritellään kyvyksi tuottaa eissattumanvaraisia tuloksia. Tämä vaatimus haluttiin varmistaa ottamalla käyttöön tilastolliset testit, jotka erityisesti soveltuivat kyseiseen aineistoon. Lisäksi tallennettu aineisto tarkistettiin huolellisesti ja havaintomatriisissa todetut syöttövirheet korjattiin. Tutkimuksessa käytettiin summamuuttujia, jotka koostuivat useasta samaa asiaa mittaavasta osiomuuttujasta; ne tekijät jätettiin pois, jotka huonosti korreloivat kohteena olevaan yhdistettyyn muuttujaan. (Heikkilä 1999, 179.)

Reliabiliteetin satunnaisvirhettä pyrittiin välttämään ohjeistamalla kyselylomakkeen antajat niin, että kaikille tietynä ajankohtana neuvolassa asioineille lasta odottaville ja eri-ikäisten lasten vanhemmille tarjottaisiin kysely. Valitsin tutkimukseeni edellä mainitut kohderyhmät, koska oletin vastaajien määrän lisääntyvän otettaessa mukaan kaikki palvelun piirissä olevat äitiys- ja lastenneuvolan palveluja käyttävät parisuhteessa elävät naiset ja miehet. Näin katsoin voivani saada laajemmin ja monipuolisemmin selville kohderyhmien seksuaaliseen hyvinvointiin vaikuttavia ylläpitäviä ja edistäviä sekä heikentäviä tekijöitä. Näin ei kuitenkaan käynyt johtuen osittain luonnollisista syistä. Osa terveydenhoitajista sairastui, jäi lomalle tai jostain muusta syystä oli estynyt hoitamaan asiakasvastaanottoaan, ja tilalle ei ollut otettu sijaisia, tai jos oli otettu, niin informaatio kyselystä ei ollut tavoittanut kaikkia heitä. Lisäksi tutkijalle tuntemattomista syistä kaikille vastaanotolla käyneille ei tutkimuslomaketta tarjottu.

## **7.2 Tutkimusaineiston edustavuus**

Suomessa oli vuoden 2007 lopussa 1 438 000 perhettä. Perheisiin kuului 76 prosenttia väestöstä. Kaksi kolmasosaa perheistä oli avioparien perheitä. Avoparien perheitä oli 21 prosenttia. Lapsiperheitä (perheessä on alle 18-vuotiaita lapsia) oli 588 000. Lapsiperheisiin kuuluu 42 prosenttia väestöstä. Lapsiperheiden yleisin perhemuoto on edelleen avioparin perhe, 62 %. Avoparien perheitä oli 18 % kaikista perheistä. Uusperheitä oli vuoden 2007 lopussa 53 000. Uusperheiden määrä on lisääntynyt noin 600 perheellä viime vuodesta. (Tilastokeskus 2008b.) Vuonna 2007 Suomessa syntyi 55 729 lasta (Tilastokeskus 2008c). Tutkimuskyselyyni vastasi yhteensä 560 lasta odottavaa ja lapsen tai lapsia saaneita, erilaisissa perheissä elävää naista ja miestä. Näin ollen tutkimukseni koskee vain murto-osaa kaikista Suomessa olevista odottavista ja lapsen saaneista pareista. Toisaalta neuvolat edustavat universaalialia palvelua, joka saavuttaa lähes kaikki odottavat naiset ja alle kouluikäisten lasten perheet (Hakulinen-Viitanen ym. 2005, 21), ja tällöin satunnainen otos joistakin erisuuruuksista kaupungeista on mielestäni melko edustava pienoiskuva perusjoukosta. Mitä suurempi perusjoukko on, sitä pienempi suhteellinen osuus riittää otokseksi luotettavien tietojen saamiseksi (Heikkilä 1999, 43).

Vastaajien ikäjakauma oli normaalisti jakautunut (16 vuodesta 45 vuoteen, keski-ikä 29 vuotta) ja näin he edustivat iältään fertiili-ikäistä suomalaista aikuista väestöä. Ensimmäistä lasta odottavien pariin keski-ikä oli 27 vuotta, joka vastaa melko hyvin Suomessa olevien, ensimmäistä lasta odottavien keski-ikää (28,1) (Tilastokeskus 2008 c). Kaikkiaan lasta odottavia pareja tutkittavista oli vajaa puolet ja lapsiperheisiä pareja 78 %, ja näin ollen tuloksissa painottuvat heidän vastauksensa. Tutkimuksessa painottuvat myös ensimmäisessä suhteessaan elävien ja naimisissa olevien

vastaukset, koska aineistosta uusperheellisiä oli vain 9 % ja avoliitossa eläviä 35 %. Näiltä osin aineistoni edusti hyvin suomalaista, perheellistä fertiili-ikäistä aikuisväestöä.

Naisten osuus tutkimukseen osallistuvissa oli luonnollisesti suurempi (84 %), koska odottavat naiset ovat pääasiassa äitiysneuvolan asiakkaita ja he jäävät useimmin vastasyntyneiden lasten kanssa kotiin. Näin heidän on helpompi käyttää päiväsaikaan neuvolapalveluja. Tämä vaikuttaa tutkimustuloksiin niin, että naisten ajatukset ja mielipiteet asioista vääjäämättä muokkaavat vastauksia. Asia on pyritty huomioimaan vertaamalla muuttujia sukupuolen mukaan. Edellä mainittu asia huomioiden katson, että tutkimuksen ulkoinen validiteetti, yleistettävyyys (Metsämuuronen 2005, 579) tutkimuksen kohteena olevaan ryhmään toteutui hyvin naisten kohdalla, mutta vain suuntaa antavasti miesten kohdalla. Samoin lapsettomuushoitoja saaneiden sekä keskenmenon, keskeytyksen sekä seksuaalista väkivaltaa kokeneiden määrä aineistossani oli pieni, ja tällöin heidän kohdallaan tutkimuksista saadut tulokset eivät ole suoraan yleistettävissä muihin samoja asioita elämässään kokeneisiin naisiin ja miehiin.

### **7.3 Tutkittavien seksuaalista hyvinvointia edistävät, ylläpitävät ja heikentävät tekijät**

#### **Seksuaalisuuden biologinen ulottuvuus**

Tutkittavista vajaalle puolelle raskaus ja synnytys sekä lapsen tulon tuomat ongelmat näyttivät vaikuttavan heikentävästi seksuaaliseen hyvinvointiin. Samansuuntaisia tuloksia on saatu aikaisemmissa tutkimuksissa (Barett ym. 2000, Brown ja Lumley 1998, Rowland ym. 2005). Vaikka vastaajista puolet edellä mainitulla tavalla kokikin, raskaana olevilla lasta odottavilla ei kuitenkaan ollut seksuaalisiin toimintahäiriöihin kuuluvia ongelmia yhtään sen useammin kuin niillä, jotka eivät nyt lasta odottaneet. Sitä vastoin heillä esiintyi seksuaalista haluttomuutta ja liian hidasta tai nopeaa laukeamista harvemmin kuin ei-lastaa odottavilla. Raskauden, synnytyksen ja lapsen tulon tuomat seksuaalielämää heikentävät vaikutukset eivät tämän tutkimuksen mukaan näyttäisi löytyvän seksuaalisuuden biologiseen ulottuvuuteen liittyvistä asioista. Tässä tutkimuksessa ei erikseen kysytty, miten muun muassa imetys on tutkittavien mielestä vaikuttanut naisten seksuaaliseen kanssakäymiseen. Aikaisemmista tutkimuksista tiedetään, että imetyksellä voi olla muun muassa haluttomuutta ja limakalvojen kuivuutta lisäävä vaikutus (Rowlandin ym. 2005, Avery ym. 2000, Glazener 1997, Byrd ym. 1998), mutta toisaalta myös seksuaalista herkkyyttä ja aktiivisuutta lisäävä vaikutus (Barett ym. 2000 ja Signorello ym.2001).

Seksuaalista haluttomuutta vähintään useimmiten ilmeni kaikilla tutkittavilla tai tutkittavien vastausten mukaan heidän kumppaneillaan yhteensä reilulla kolmasosalla. Naisilla haluttomuutta ilmeni useammin kuin miehillä. Miesten vastaukset kumppaneidensa haluttomuudesta tukevat tutkimustulosta siitä, että naiset ovat miehiä useammin haluttomia. Jos mukaan otetaan vielä ne vastaajat, joilla kysymys nousi esille itsellä tai kumppanilla aina silloin tällöin, voidaan haluttomuutta pitää tämän tutkimuksen mukaan yleisimpänä seksuaalisena toimintahäiriönä. Aikaisemmat tutkimustulokset tukevat hyvin tätä päätelmää (Gröhn ym. 1999, Haavio-Mannila ja Kontula 2001, Roy 2004). Tämän tutkimusten mukaan näyttäisi, että orgasmiongelma olisi naisten ongelma, joka liittyy läheisesti haluttomuusongelmaan. Tutkittavien avoimet vastaukset parisuhteen tyytymättömyyttä aiheuttavista asioista kuvaavat hyvin edellä olevaa päätelmää: ”*Rakastelun vähyys harmittaa miestä, en saa orgasmia*” (nainen), ”*Seksielämä, välillä minun haluttomuus ja välillä minun orgasmin puute*”(nainen), ”*Minun haluttomuus, väsymys ja yhteisen ajan puute*”(nainen).

Syynä seksuaaliseen haluttomuuteen ja orgasmiongelmiin voi olla, erityisesti naisten kohdalla, kehoon, tunteisiin ja ajatteluun liittyvät muutokset synnytyksen jälkeen. Schnarchin (1997, 240–258) mukaan miesten ja naisten seksuaaliset tyyliet eivät aina kohtaa. Naisilla emootioiden tärkeys korostuu, ja se seksuaalinen kanssakäyminen, jota pareilla oli ennen lapsen syntymää, ei enää naisesta tunnu hyvältä. Näin epämiellyttävät kokemukset seksuaalisen kanssakäymisen aikana voivat johtaa siitä kieltäytymiseen. On vaikea haluta asiaa, joka ei tunnu hyvältä. Olsonin ja kumppaneiden (2005) tutkimuksessa yksi merkittävin seksuaalisen kanssakäymisen ongelmien aiheuttaja synnyttäneillä naisilla oli juuri erilaiset seksuaaliset tarpeet. Odottavien parien ja lapsiperheiden kanssa työskentelevien on tärkeätä keskustella lapsen tulon tuomista mahdollisista muutoksista naisen seksuaalisuuteen. On kuitenkin hyvä muistaa, että haluttomuus ja orgasmiongelmat vaivaavat miehiäkin.

Liian nopeasta tai liian hitaasta laukeamisesta kärsi vastaajista suhteissaan vähintään silloin tällöin vajaa puolet. Tässä tutkimuksessa ei eroteltu, kummalla vastaajan mielestä ongelmaa esiintyi. Edellä mainituista ongelmista kärsivien pitäisi saada hyvissä ajoin asianmukaista tietoa, jotta heidän ei tarvitsisi odottaa vuosikautia (ks. Piha 2007), ennen kuin uskaltavat hakeutua hoitoon. Näin voitaisiin aikaisemmin välttää tai ainakin vähentää edellä mainitun ongelman haitallista vaikutusta parisuhteen seksuaaliseen hyvinvointiin. Eräs tutkittava toi asian esille seksuaalivonnan aiheita kartoittavassa avoimessa kysymyksessä; ”*Minulta tulee orgasmi liian nopeasti ja seksiakti on liian nopeasti ohi*” (mies).

Emättimen kostumiseen liittyvä ongelma ei suuremmin haitannut tutkittavien sukupuoliyhdyntöjä. Ongelmaa esiintyi kuitenkin saman verran (10 %), kuin mitä Haavio-Mannila ja Kontulan (2001) tutkimuksessa. Olettamukseni oli, että vuonna 2007 tiedetään jo miten kostumisongelmaa hoidetaan. Kostumiseen liittyvät ongelmat, silloin kun ne johtuvat fysiologisista syistä, ovat helposti hoidettavissa liukastevoiteilla. Eräs tutkittavista olikin kirjoittanut tämän kysymyksen kohtaan; ”*Ei ongelmaa, sain tietoa terveydenhoitajaltani hyvästä liukastevoiteesta*”(nainen). Päinvastaistakin palautetta tuli erään tutkittavan vastauksessa: ”*Miksei kukaan kertonut, että imetyks kuivattaa limakalvoja ja että asia palautuu imetyksen jälkeen?*”(nainen). Oman sairauden haitta, ehkäisyyn tai ei-toivotun raskauden pelkoon liittyvät kysymykset tai ongelmat eivät nousseet tässä tutkimuksessa selvästi esille. Kivuista oli kuitenkin kärsinyt vastaajista ainakin silloin tällöin 15 %. Kivuilla on todettu olevan useimmiten hoitamattomana seksuaaliterveyttä heikentävä vaikutus (Lauresen ym. 2006, Meanin ym. 1997). Myös kipuja esiintyi naisilla enemmän kuin miehillä.

Tutkittavista oli tyytymättömiä omaan ulkonäköönsä ja/tai vartalonsa vähintäänkin silloin tällöin vajaa puolet; naiset olivat tyytymättömämpiä kuin miehet. Aikaisemmat tutkimustulokset (Conner ym. 2004, Olsson ym. 2005) vahvistavat tätä käsitystä. Lisäksi rintojen koko ja näkö olivat aiheuttaneet naisista noin neljäsosalle huolta vähintään silloin tällöin. Kulttuuri ja siihen kuuluva mallimaailma näyttävät luovan erityisesti naisille täysin epätodellisia ihanteita vartalosta, joita vain harva kokee täyttävänsä tai koskaan tavoittavansa (Kontula 2000). Olssonin ym. (2005) tutkimuksessa synnyttäneet naiset kuvailivat hyvin ankarin sanoin omaa vartaloaan ja ulkonäköään. He tunsivat jopa inhon tunteita muuttunutta kehoaan kohtaan. Toivomuksena heillä oli, että hoitohenkilöstö ja heidän omat kumppaninsa antaisivat positiivista palautetta heidän vartalostaan ja tukisivat myönteisesti synnytyksestä toipumisen prosessissa.

Lisääntymisterveyden tilaa määrittävät ja useimmiten seksuaaliseen hyvinvointiin heikentävästi vaikuttavat raskaudenkeskeytykset ja lapsettomuushoidot eivät tässä tutkimuksessa näyttäneet vaikuttavan heikentävästi tutkittavien seksuaaliseen hyvinvointiin. Edellä mainittuja asioita kokeneiden vastaukset seksuaalisuuden ulottuvuutta mittaaviin eri muuttujiin eivät eronneet niiden tutkittavien vastauksista, jotka eivät olleet edellä mainittuja asioita joutuneet kokemaan. Lapsettomuushoitoja saaneilla oli, todennäköisesti juuri lapsettomuusongelmasta johtuen, harvemmin ei-toivotun raskauden pelkoa ja ehkäisyyn liittyviä ongelmia kuin vastaavasti niillä, jotka hoitoja eivät olleet tarvinneet. Tulokset eivät tältä osin vahvistaneet aiempia tutkimustuloksia (Broen ym. 2005, Punamäki ym. 2006), joiden mukaan edellä mainituilla asioilla usein on ihmisten sek-



suaaliterveyttä heikentävä vaikutus. Vain keskenmenon kokeneilla näytti olevan hieman useammin orgasmiin liittyviä ongelmia kuin vastaavasti niillä, jotka keskenmenoja eivät olleet kokeneet. Nämä ongelmat eivät kuitenkaan vaikuttaneet heidän kokemukseensa seksuaalisesta suhteestaan, koska he ilmoittivat seksuaalisen suhteensa jopa paremmaksi kuin keskenmenoja kokenemattomat. Myöskään seksuaalista väkivaltaa kokeneiden vastaukset seksuaalista hyvinvointia selittäviin muuttujiin eivät poikenneet kuin tyytymättömyydessä omaan ulkonäköön ja/tai vartaloon.

### **Seksuaalisuuden kulttuurinen ulottuvuus**

Tutkittavat olivat suurimmaksi osaksi tyytyväisiä parisuhteeseensa. Aikaisempien suomalaisten tutkimusten mukaan parisuhteen tyytyväisyyttä kysyttäessä tulokset näyttävät olevan hyvin samansuuntaisia (Gröhn ym. 1999, Haavio-Mannila ja Kontula 2001). Vaikka tämä tutkimus, samoin kuin edellä olevat kaksi muutakin tutkimusta, toivat esille monenlaisia toivomuksia ja parantamishdotuksia vastaajien parisuhteisiin, ne eivät näyttäneet kuitenkaan vaikuttaneen niin paljon, että parisuhde olisi arvioitu kovin huonoksi. Osa tutkittavista piti parisuhdettaan melko hyvänä. Tarkkaa vastausta siihen, onko *melko hyvä* (Likertin asteilla 1–6, *melko hyvä* vastaa numeroa 4) parisuhde seksuaalista hyvinvointia ylläpitävä ja edistävä, on tämän tutkimuksen yhteydessä vaikea saada. Tyytyväisyys taloudelliseen tilanteeseen oli yksi parisuhdetyytyväisyyttä selittävä tekijä tai päinvastoin, tyytymättömyys lisäsi parisuhdetytytymättömyyttä. Raha-asiat saivatkin toiseksi eniten mainintoja kysyttäessä tutkittavilta parisuhteen ongelmia aiheuttavista asioista; ”*Raha sen käyttö ja puute*” (mies), ”*Raha, kotityöt ja minä*” (mies). Samoin kotitöiden tasapuolinen jakautuminen näyttää tämän ja aikaisempien tutkimuksien (muun muassa Antikainen 1994, Määttä 2000) mukaan olevan tärkeä parisuhteen tyytyväisyyttä selittävä tekijä. Tutkittavista kaksi kolmasosaa ilmoitti olevansa tyytyväinen kotitöiden jakautumiseen, mutta avoimissa vastauksissa kotityöt saivat kuitenkin kolmanneksi eniten mainintoja parisuhteen ongelmista aiheutuvista tekijöistä ”*Että mieheni ymmärtäisi tekemään kotityöt ilman sanomattakin*” (nainen), ”*Siivouspäivät*” (mies).

Taito kohdata ja ratkaista ristiriitoja on yksi merkityksellisimpiä tekijöitä, kun selitetään parisuhteen osapuolten tyytyväisyyttä suhteeseensa (Karney ja Bradbury 1995, Cohan ja Bradbury 1997, Pukkala 2006). Tässä tutkimuksessa vajaalla puolella edellä mainittujen taitojen voitiin katsoa olevan puutteellisia tai puuttuvan. Ristiriitojen tilanteiden hallinta ja niiden ratkaisemisen taitojen opettelu tulisikin sisällyttää neuvoloiden perhevalmennusryhmien ohjelmaan.

Tutkittavat kokivat seksuaalisen suhteensa huonommaksi kuin parisuhteensa. Seksuaalisilla taidoilla näytti tämän tutkimuksen mukaan olevan vaikutusta seksuaalisen suhteen hyväksi tai huonoksi kokemiseen. Hyvät taidot olivat yhteydessä hyvään seksuaalisen suhteen kokemukseen ja päinvastoin. Seksuaalisen suhteen toimivuudella on todettu olevan merkitystä parisuhdetyytyväisyyteen (Feldman ym. 1994, Lauman ym. 1999). Jos seksuaalinen suhde ei toimi, on sen katsottu aiheuttavan 65–75 % kaikista parisuhteen ongelmista. Sen toimiessa vaikutus parisuhdetyytyväisyyteen on 15–20 %. (McCarthy ja McCarthy 2003, 201.) Seksuaalisen suhteensa huonoksi kokevia oli viidennes tutkittavista. Tulos on hieman matalampi kuin Haavio-Mannilan ja Kontulan tutkimuksessa (2001), jossa seksuaaliseen suhteeseensa tyytymättömiä vuonna 1999 miehistä naisista oli vajaa kolmannes. Samoin kuin parisuhteen kohdassa jo todettiin, voidaan kysyä, ylläpitääkö ja edistääkö *melko hyvä* seksuaalinen suhde seksuaalista hyvinvointia. Tässä tutkimuksessa seksuaalisen suhteensa melko hyväksi kokevia oli reilu kolmannes. Schnarchin mukaan (1991, 140–144, 462–466) keskiverto seksuaalinen suhde ei edistäisi seksuaalista potentiaalia, koska suhteessa silloin tyydytään siihen, mitä saadaan, eikä etsitä sitä, mitä mahdollisesti voitaisiin tavoittaa, eli hyvää seksuaalista suhdetta.

Huonolla fyysisellä kunnolla on todettu olevan seksuaalista terveyttä heikentävä vaikutus (Haavio-Mannila ja Kontula 2001). Tyytyväisyys terveyteen ja fyysiseen kuntoon lisäsi tässä tutkimuksessa tyytyväisyyttä seksuaaliseen suhteeseen. Fyysiseen kuntoonsa tyytyväisillä oli useimmin seksuaalisen kanssakäymisen kertoja kuin vastaavasti tyytymättömillä. Samoin heillä ilmeni fyysiseen kuntoonsa tyytymättömiä harvemmin seksuaalista haluttomuutta ja tyytymättömyyttä omaan ulkonäköön ja/tai vartaloon. (ks. liite 32) Tyytyväisyys fyysiseen kuntoon selitti myös parisuhdetyytyväisyyttä. Hyvä fyysinen kunto näyttää tämän tutkimuksen tulosten mukaan olevan yksi tärkeä tekijä pohdittaessa miten ylläpitää ja edistää seksuaalista hyvinvointia. Tässä tutkimuksessa vähemmän kouluttautuneet (peruskoulu, keskiasteen koulutus) kokivat seksuaalisen suhteensa paremmaksi kuin korkeasti kouluttautuneet. Tulos on päinvastainen kuin muun muassa Haavio-Mannilan ja Kontulan (2001) tutkimuksessa, jossa koulutuksen pituuden todettiin lisäävän hyvinvoinnin kokemista. Olisiko niin, että pidemmälle kouluttautuneilla työ on stressaavampaa, töitä tehdään kotona ja elämä saattaa olla hektistä ja tästä syystä rauhaa ja aikaa ei löydy seksuaaliseen kanssakäymiseen? Tyytyväisyyttä seksuaaliseen suhteeseen, samoin kuin parisuhteeseen, oli lisäämässä tyytyväisyys kotitöiden jakautumiseen. Edellä mainittujen tutkimustulosten mukaan näyttäisi, että ihmiset voisivat vaikuttaa ainakin osittain myönteisellä tavalla omaan pari- ja seksuaaliseen suhteeseensa keskustelemalla ja sopimalla säännöllisesti työnja-

osta talouteen ja kotitöihin liittyvissä asioissa sekä huolehtimalla terveydestään ja kuntonsa ylläpitämisestä.

McCarthy ja McCarthyn mukaan (2003, 4) parisuhteissa, joissa seksuaalisen kanssakäymisen kerrat ovat pääsääntöisesti alle yksi tai yhdestä kahteen kertaan kuukaudessa, voidaan katsoa, että emotionaalisen yhteyden vähetessä riski seksuaalisuhteen ongelmiin kasvaa. Edellä mainitun määritelmän mukaan näyttäisi, että yhdellä kolmasosalla pareista olisi lisääntynyt riski seksuaalisen suhteen ongelmiin. Seksuaalisen suhteen tyytymättömyyteen ja seksuaalisen kanssakäymisen kertojen vähyteen voi olla vaikuttamassa lisäksi seksuaalisen kanssakäymisen laatu. Tässä tutkimuksessa liki puolet tutkittavista koki, että heidän seksuaalinen kanssakäymisensä oli vähintään melko paljon rutiininomaista ja kaavamaisista. Huomionarvoista oli, että sukupuolella ja suhteen kestolla ei näyttänyt olevan merkitystä siihen, miten rutiininomaiseksi ja kaavamaiseksi seksuaalinen kanssakäyminen koettiin.

Ajan ja rauhallisen yhdessäolon puute voi olla seksuaaliseen suhteeseen vaikuttava heikentävä tekijä. Yli puolet vastaajista ilmoitti, ettei heillä ollut kuin korkeintaan vähän aikaa ja rauhaa seksuaaliseen kanssakäymiseen. Tutkittavien parisuhteen ongelmia aiheuttavista maininnoista ajan puute ja kiire olikin ylivoimaisesti useimmin mainittu tekijä: ”*Ajan puute, ajan puute, ajan puute, kun ei ole kiireetöntä aikaa, keskustelu vähenee ja pikkuhiljaa se vaikuttaa kaikkeen*” (nainen), ”*Yhteistä aikaa liian vähän*” (mies). Kiire, ajan puute ja pienten lasten hoitaminen vähentävät lepoon tarvittavaa aikaa, ja sen puutteesta seuraa väsymystä. Vastaajat mainitsivatkin neljänneksi useimmin väsymyksen ja unen puutteen parisuhteen ongelmia aiheuttavaksi tekijäksi: ”*Väsymys, väsymys, väsymys*” (nainen), ”*Väsymys, oma suhde jää vähille ajan puutteen ja voimien vähyden vuoksi*” (nainen). Looginen tulos edellisestä olikin, että tässä tutkimuksessa seksuaalista kanssakäymistä lisäsi fyysinen kunnon lisäksi se, ettei suhteessa ollut vielä lapsia.

### **Seksuaalisuuden psykologinen ulottuvuus**

Odotukset parisuhdetta kohtaan olivat täyttyneet kahdella kolmasosalla tutkittavista, eli sama määrä tutkittavista oli myös tyytyväisiä parisuhteeseensa (ks. liite 33). Tulosten mukaan heillä näytti olevan saavutettavat, realistiset odotukset parisuhteistaan. Myönteiset vastaukset tämän kaltaisessa tutkimuksessa voivat perustua siihen, että kaikki ihmiset eivät ole rohjenneet tai tienneet odottaa tai kaivata jotain parempaa tai enemmän (Haavio-Mannila ja Kontula 2001). Henki- sen yhteyden kokeminen kumppaniin ja läheisyys toteutui hieman yli kahdella kolmasosalla pa-

reista. Kuitenkin vajaa kolmasosa tutkittavista ilmoitti läheisyyttä olevan heidän suhteissaan korkeintaan melko paljon. Tämän tutkimuksen mukaan läheisyyden puute näyttää vähentyneen verrattaessa Haavio-Mannilan ja Kontulan (2001) tutkimukseen, jossa läheisyyden puutteesta 1999 kärsi usein vajaa kolmannes. Toisaalta voidaan miettiä, onko *melko paljon* riittävä läheisyyden määrä ylläpitämään ja edistämään seksuaalista hyvinvointia? Henkisen yhteyden ja läheisyyden puutteen kokemuksilla on todettu olevan merkitystä erityisesti seksuaalisuhteen tyytymättömyyden kautta parisuhteen tyytymättömyyteen (mm. Olsson ym. 2005). Henkisen yhteyden ja läheisyyden vähäiseen määrään saattaa vaikuttaa lapsen syntymisen jälkeen naisten synnytyksestä toipuminen, vanhempien valvominen, väsymys sekä ajan puute, jolloin kumppanit eivät jaksakaan kiinnittää huomiota parisuhteeseensa. Tällöin vähäinen läheisyys, kosketus ja yhdessäolo ovat omiaan ruokkimaan kumppanien välisen tunneyhteyden katkeamista. Tapa olla näin vuorovaikutuksessa saattaa ikään kuin ”jäädä päälle” ja aiheuttaa sitä kautta tyytymättömyyttä. Terveystieteiden henkilöstön tulisi muistuttaa lasta odottavia ja lapsen saaneita pareja läheisyyden ja kosketuksen merkityksestä kumppaneiden tunneyhteyden säilymisen kannalta.

Tunneyhteyden säilymisen kannalta oleellista on, että osaa ilmaista itseään. Tässä tutkimuksessa pareista enemmistö koki, että he itse ja heidän kumppaninsa voivat ilmaista itseään avoimesti. Keskusteluyhteys näytti vastausten mukaan toimivan suurimmalla osalla. Parisuhteen parhaita puolia kysyttäessä läheisyys ja hellyys sekä toimiva keskusteluyhteys saivat molemmat kuudenneksi eniten mainintoja: ”*Hellyyden, rakkauden ja läheisyyden antaminen ja saaminen, avoin keskustelu*” (nainen), ”*Avoimuus, läheisyys, lämpö ja huumori*” (nainen), ”*Avoimuus, voimme puhua kaikesta*” (nainen). Toisaalta keskusteluyhteyden puute ja puhumattomuus oli kuudenneksi yleisin maininta parisuhteen toimivuutta heikentävänä tekijänä. Vaikka koettiin, että avoin tunne- ja keskusteluyhteys sekä itseilmaisus toimi, yhdellä neljäsosalla tutkittavista oli kuitenkin seksuaalisia toiveita ja tarpeita, joita he eivät uskaltaneet kertoa kumppaneilleen. Schnarchin (1997, 102) mukaan erityisesti seksuaalisen suhteen tyytymättömyyteen olisi vaikuttamassa parisuhteen intiimin itseilmaisun puute eli kykenemättömyys ilmaista kiintymykseen ja tunteisiin liittyviä asioita sekä muuttuvia tarpeita ja siinä erityisesti seksuaalisia tarpeita. Ilmaisemattomat seksuaaliset tarpeet tässä tutkimuksessa olivat vaikuttamassa ainakin seksuaalisuuden kanssakäymisen vähäisempiin kertoihin. Olisiko niin, että avoin tunteiden ja omien tarpeiden sekä erityisesti seksuaalisten tarpeiden tunnistaminen ja ilmaisuus ovat edelleen vaikeita asioita eikä niistä mielellään keskustella kumppanin kanssa?

Myös positiivisten viestien määrällä on merkitystä parisuhteen toimivuuden kannalta (Karney ja Bradbury 1995, Julien ym. 2000). Luquet (2007, 5) kuvaa Gottmanin (1997) tutkimuksiin nojautuen, että yksi negatiivinen viesti tarvitsee moninkertaisen määrän positiivisia viestejä kumotaan negatiivisen viestin vaikutuksen (yhden negatiivisen viestin vaikutuksen kumoamiseen tarvitaan viisi positiivista viestiä). Näin tulkittuna tämän tutkimuksen tulosten mukaan vajaa puolet tutkittavista kuuluisi siihen ryhmään, jolla on riittävästi positiivista viestintää suhteissaan, ja toinen puoli riskiryhmään, jossa vähäisten tai puuttuvien positiivisten viestien vuoksi olisi vaara ajautua parisuhdeongelmiin. Terveystieteiden työntekijöiden olisi tärkeää kiinnittää huomiota kumppanien väliseen kommunikaatioon ja muistaa tuoda esille positiivisten viestien merkitys. Parien välistä positiivista viestintää voi ylläpitää vaikka ajattelemalla kumppanistaan kolme kertaa päivässä minuutin ajan positiivisia asioita ja sanomalla joka päivä yhden niistä hänelle ääneen (Luquetin 2007, 76–77).

### **Lasten ja siviilisäädyn vaikutukset tutkittavien seksuaaliseen hyvinvointiin**

Lapsettomat, lasta odottavat tutkittavat kokivat seksuaalisen hyvinvointinsa huomattavasti paremmaksi kuin ne, joilla oli jo lapsi tai lapsia. Samoin lapsettomien tutkittavien kumppaneiden ristiriitojen hallintataidot olivat lapsiperheiden kumppaneita paremmat. Tutkimustulos perheessä olevien lasten heikentävästä vaikutuksesta parien väliseen suhteeseen on samansuuntainen kuin aiemmissa tutkimustuloksissa (muun muassa Ahlborg ym. 2000, Ahlborg ja Strandman 2001). Näyttäisi, niin kuin Pelkonen ja Löthman-Kilpeläinen (2000) sekä Hakulinen (1998) ovat todenneet, että parien suhde muuttuu lapsen syntymän jälkeen. Yhteenkuuluvuus ja läheisyys voivat vähetä eikä parisuhteelle jää aikaa, ja sukupuolielämä pikemminkin huononee kuin paranee, perheen joustavuus vähenee ja rooliristiriidat lisääntyvät. Lapsettomilla pareilla lapsen tuomat suhteen muutokset ja väsymykset eivät vielä paina, ja tällöin suhdetta eivät ole kuormittamassa ympäristöstä tulevat rasitteet. Vaikka tässä tutkimuksessa suhteen kestolla ei näyttänyt olevan selvää yhteyttä siihen, miten edellä mainitut asiat oli koettu, voidaan kuitenkin olettaa, että suhteen kestolla on jotain merkitystä. Haavio-Mannilan ja Kontulan (2001) tutkimuksessa alle viisi vuotta suhteissaan olleet olivat tyytyväisempiä parisuhteisiinsa kuin suhteessa kauemmin olleet.

Avioliitossa olo selitti hyväksi koettua parisuhdetta, seksuaalisuuden psykologisen ulottuvuuden hyvinvointia sekä siihen sisältyvää kumppanin ristiriitatilanteiden hyviä hallintataitoja. Aikaisempien tutkimusten mukaan tiedetään, että parisuhteessa elävät ovat terveempiä ja voivat paremmin kuin sinkkuna tai yksin elävät (muun muassa Joutsenniemi 2006, Schoon 2005, Hawkin

ym. 2002), mutta tässä tutkimuksessa myös avioliitossa eläminen lisäsi parisuhteen tyytyväisyyttä. Näyttäisi, että avioliitossa oleminen on vaikuttanut tutkittaviin niin, että heidän on helpompi ilmaista omia tunteitaan, toiveitaan ja tarpeitaan ja sekä antaa että saada läheisyyttä. Avioliitossa olevilla oli ollut aikaisempia suhteita vähemmän, ja he olivat harkinneet eroa harvemmin kuin avoliitossa elävät. Olisiko niin, että avioliitossa panostetaan suhteen hoitamiseen enemmän, opetellaan ristiriitojen ratkaisutaitoja ja onnea ei etsitä niinkään kumppanin vaihtamisella? Avioliitto ei kuitenkaan selittänyt seksuaalisen suhteen tyytyväisyyttä. Avioliitossa ja avoliitossa elävien kuvailut seksuaalisesta suhteestaan olivat samansuuntaiset, vaikkakin avoliitossa olevat kokivat olevansa seksuaalisesti taitavampia ja heillä voitiin katsoa olevan tämän tutkimuksen mukaan vapaamielisempi asenne seksuaalisuutta kohtaan.

### **Seksuaalisuuden eettinen ulottuvuus**

Vastaajien asenteet seksuaalista kanssakäymistä kohtaan näyttivät olevan myönteiset. Sukupuolisen aktiivisuuden hyvinvointia edistävästä vaikutuksesta vastaajista lähes kaikki olivat samaa mieltä. Mielestäni tämä tutkittavien asennoituminen asiaan antaa erityisesti ennaltaehkäisevän työn tekijöille valtuudet ja luvan ottaa esille seksuaalisuuteen liittyviä asioita. Tutkittavat pitävät asiaa tärkeänä, ja näin ollen he todennäköisesti ovat valmiit keskustelemaan aihepiirin kysymyksistä ja ongelmista. Väittämästä *seksi paranee iän myötä* miehet eivät olleet niin usein samaa mieltä kuin naiset. Näyttäisi, että edelleen erityisesti miehet ajattelevat seksin painottuvan fysiologiseen puoleen, joka iän myötä kaikilla heikkenee. Schnarchin mukaan (1991, 57) seksuaalinen kanssakäyminen painottuu monilla pareilla liikaa fysiologiseen toimintaan, eikä tällöin ymmärretä suhteen emootioiden tärkeää merkitystä. Tunneyhteyden vahvistaminen kumppanien välillä on hänen mukaansa ainoa keino säilyttää seksuaalinen potentiaali fysiologisen puolen rapistuessa.

Uskonnon tärkeäksi elämässään kokevilla, avioliitossa elävillä sekä naisilla oli negatiivisempi asenne itsetyydytystä ja pornografiaa kohtaan kuin vastaavasti miehillä, avoliitossa elävillä ja niillä, joille uskonto ei ollut niin tärkeä. Terveystieteiden työntekijöiden tärkeä tehtävä on pyrkiä ”normalisoimaan” seksuaalisuuteen liittyviä asioita ja siinä erityisesti itsetyydytys. Asenteet uskottomuutta kohtaan näyttäytyivät jyrkän tuomitsevinä. Naimisissa olevilla oli vahvemmin uskoa siihen, etteivät he tai heidän kumppaninsa voisi olla koskaan uskottomia. Jyrkkä asenne uskottomuutta kohtaan kuvaa mielestäni parien vakavaa suhtautumista ja vahvaa sitoutumista omaan suhteeseensa, mutta se voi myös estää ongelman kohdannutta pariskuntaa ratkaisemaan konfliktin. Erottaanko liian helposti, koska katsotaan, että uskottomuutta ei voi antaa anteeksi ja

se tuhoaa aina suhteen? Onko luottamuksen takaisin saaminen mahdotonta, koska ajatellaan vahvasti, että ei itse eikä kumppani voi olla koskaan uskon? Tämän tutkimuksen mukaan näytti, että uskonnon elämässään tärkeäksi kokevat olivat hieman sallivampia uskottomuuden anteeksi annossa, sillä he olivat muita harvemmin sitä mieltä, ettei uskottomuutta voi antaa anteeksi. Tutkittavien parisuhteen parhaimpia puolia kysyttäessä luottamus ja uskollisuus saivat eniten mainintoja; ”*Pitkä parisuhde, voi luottaa, ettei toinen häviä*” (nainen).” Terveystieteiden tutkimuskeskuksen työntekijöiden tehtävä on kertoa uskottomuuden vuoksi kriisissä oleville pariskunnille, että uskottomuudesta voi selvitä, eikä suhteen tarvitse aina päättyä eroon (Buchert ym. 2007, 166). Suhteen uudelleenrakentaminen tarvitsee kuitenkin useimmiten asiantuntija-apua. Työyhteisöissä pitäisi-kin työntekijöillä olla käytössä eräänlainen ”parisuhdeongelmien hoitopolku”, jossa on kuvattu, miten auttaa ja tarvittaessa ohjata eteenpäin niitä, joilla on tarve saada apua ongelmiinsa.

## Yhteenveto edellä mainituista tutkimustuloksista

Tässä kappaleessa edellä mainituista tutkimustuloksista voi todeta, että seksuaalinen hyvinvointi samoin kuin ”huonovointisuus” näytti koostuvan, niin kuin Greenbergin seksuaalisuuden ulottuvuuksia selittävä malli hyvin tuo esille (s. 8-9), monista erilaisista yksittäisistä asioista, jotka olivat yhteydessä toisiinsa (ks. liite 33). Ne asiat, jotka vaikuttivat seksuaalista hyvinvointia lisäävästi, puutteellisina vaikuttivat siihen heikentävästi. Edellä käydyistä tutkimustuloksista voi todeta, että noin 60–70 % kyselyyn vastanneista kuuluisi niihin, joilla näytti olevan hyvin seksuaalista hyvinvointia ylläpitäviä ja edistäviä tekijöitä suhteissaan. Heidän seksuaalista hyvinvointiaan voi kuvata hyväksi ja vastaavaksi heikommaksi niiden 30–40 %:n, joilla seksuaalista hyvinvointia ylläpitäviä ja edistäviä tekijöitä oli harvemmin ja vähemmän. Seksuaalista hyvinvointia selitti parhaiten avioliitossa olo ja aika ennen lasten tuloa. Hyvinvointia ylläpitäviksi ja edistäviksi tekijöiksi voidaan liittää tutkittavien kokemukset tyytyväisyydestä parisuhteeseensa ja sen odotusten täyttymiseen sekä tyytyväisyydestä terveyteen ja lapsiperheillä lastenhoitoon ja kasvatukseen. Pelko ei-toivotusta raskaudesta, ehkäisyyn liittyvät asiat, sairaudet tai kivut eivät aiheuttaneet monellekaan huolta. Samoin parisuhteisiin oli sitouduttu hyvin. Suurin osa tutkittavista koki kumppaninsa hyväksi ystäväkseen. He kunnioittivat ja arvostivat sekä rakastivat toisiaan. Harva oli harkinnut eroa. Myöskään tunteiden ilmaisussa sekä läheisyyden ja henkisen yhteyden kokemisessa ei näyttänyt olevan suurempia ongelmia, eivätkä häpeän tai ahdistuksen tunteet seksuaalista kanssakäymistä kohtaan tai ilmaisemattomat seksuaaliset tarpeet vaivanneet kovin suurta osaa tutkittavista.

Tässä tutkimuksessa esille nousseiden kriteereiden mukaan (positiivisten viestien määrä ja seksuaalisen kanssakäymisen kerrat kuukaudessa) pareista noin 30–40 % näytti kuitenkin olevan tai oli ajautumassa seksuaalista hyvinvointia heikentäviin ongelmiin. Myös raskaus ja synnytys sekä lapsen tai lapsien tulo vaikuttivat seksuaalista terveyttä heikentävästi tutkittavista puolella. Seksuaalinen haluttomuus, orgasmiongelmat, liian nopea tai liian hidas laukeaminen ja tyytymättömyys omaan ulkonäköön ja vartaloon olivat heikentämässä seksuaalista hyvinvointia yhdellä kolmasosalla; naisten useammin kuin miesten. Heikentävinä tekijöinä näytti olevan lisäksi tyytymättömyys fyysiseen kuntoon sekä talous- ja kotitöiden jakautumiseen. Kokemukset seksuaalisen kanssakäymisen rutiininomaisuudesta ja kaavamaisuudesta sekä yhteisen rauhallisen ajan puute voidaan katsoa seksuaalisen kanssakäymisen tyytymättömyyden myötä heikentävän seksuaalista hyvinvointia noin 30–40 %:lla tutkittavista. Toimivaan parisuhteeseen kuuluvat ristiriitatilanteiden hyvät hallintataidot olivat 40 %:lla tutkittavien mukaan heidän kumppaneillaan



puutteelliset. Vastaajien asenteet seksuaalista kanssakäymistä kohtaan olivat kuitenkin myönteisiä; miehillä, avoliitossa elävillä ja uskonnon ei niin tärkeäksi elämässään kokevilla useimmin. Asenteet uskottomuutta kohtaan olivat suurimmalla osalla jyrkän tuomitsevia.

#### 7.4 Tutkittavien seksuaaliterveyteen liittyvä neuvonnan ja tuen tarve

Tässä tutkimuksessa vastaajista reilu kolmannes oli jäänyt lapsuuden kodissaan ja koulussa vaille seksuaaliterveyteen liittyvää neuvontaa. Toisaalta vain neljännes oli tarvinnut aihepiirin neuvontaa elämänsä aikana. Tulos on huomattavasti matalampi kuin Gröhnin ym. (1999) tutkimuksessa, jossa kaksi kolmasosaa neuvolan ja työterveyshuollon asiakkaista oli tarvinnut seksuaaliterveyteen liittyvää neuvontaa ja tukea jossakin elämänsä aikana. Näyttäisikin, että aikuisten neuvonnan tarve olisi vähentynyt siirryttäessä uudelle vuosikymmenelle, tai ihmisillä on kysymyksiä ja ongelmia seksuaaliterveyteen liittyen, mutta kaikki eivät halua niistä keskustella tai saada apua (Moreiran ym. 2005, Valkama 2006). Käsillä olevassa tutkimuksessa huomioitavaa kuitenkin oli, että reilut puolet neuvontaa tarvitsevista eivät olleet sitä saaneet. Yksi neljäsosa vastaajista katsoi tarvitsevansa nykyisessä elämänvaiheessa tai tulevaisuudessa seksuaaliterveyteen liittyvää neuvontaa. Tutkittavien toivomista neuvonnanaiheista reilusti yli puolet voitiin liittää seksuaalineuvonnan tasoja määrittelevän PLISSIT-mallin I ja II tasoille (s. 73). Suurin osa ihmisistä tulee jo hoidetuksi mallin kahdella ensimmäisellä tasolla, jotka kuuluisivat perusterveydenhuollon seksuaalineuvontatyöhön (Annon 1976, Salmimies 1980, Nurmi 2000, 96). Vaikka tutkittavista vain yksi neljäsosa katsoi tarvitsevansa tässä elämänvaiheessa tai jatkossa seksuaaliterveyteen liittyvää neuvontaa ja tukea, kuitenkin reilut puolet vastasi kysymyksiin, missä ja keiden kanssa he haluaisivat keskustella nyt tai tulevaisuudessa aihepiirin asioista. Johtopäätöksenä tästä voi esittää, että vaikka neuvonnan ja tuen tarve ei ole nyt ajankohtainen, koetaan aiheesta keskustelu tässä elämän tilanteessa ja jatkossakin tärkeäksi.

Ystävät olivat yllättäen kaikkein yleisin maininta henkilöstä, jonka kanssa haluttiin keskustella ja saada neuvoa. Ystävien merkitys eräänlaisena vertaistukijana näyttikin tässä tutkimuksessa noussevan vahvasti esille. Toiseksi eniten mainintoja sai neuvola ja erityisesti neuvolan vastaanotto-työ, jossa toivottiin saatavan nyt ja mahdollisesti tulevaisuudessa seksuaaliterveyteen liittyvää neuvontaa ja tukea; ”*Neuvolassa luontevinta keskustella, kuitenkin koko raskausajan käydään saman ihmisen (toivottavasti) luona juttelemassa asioista samalla kun on norm. kontrollikäynti. Olen ollut tyytyväinen omaan ”neuvolantätiin” (nainen), ”Neuvola tuntuu luontevalta paikalta normaalien vastaanottojen yhteydessä, samoin lääkärikäynnit” (nainen), ”Neuvolasta, muttei*

*kuitenkaan omalta terveydenhoitajalta, joka on niin kuin oma äiti ja oman äidin kanssa on vaikea puhua seksuaalisuuteen liittyvistä kysymyksistä” (nainen).*

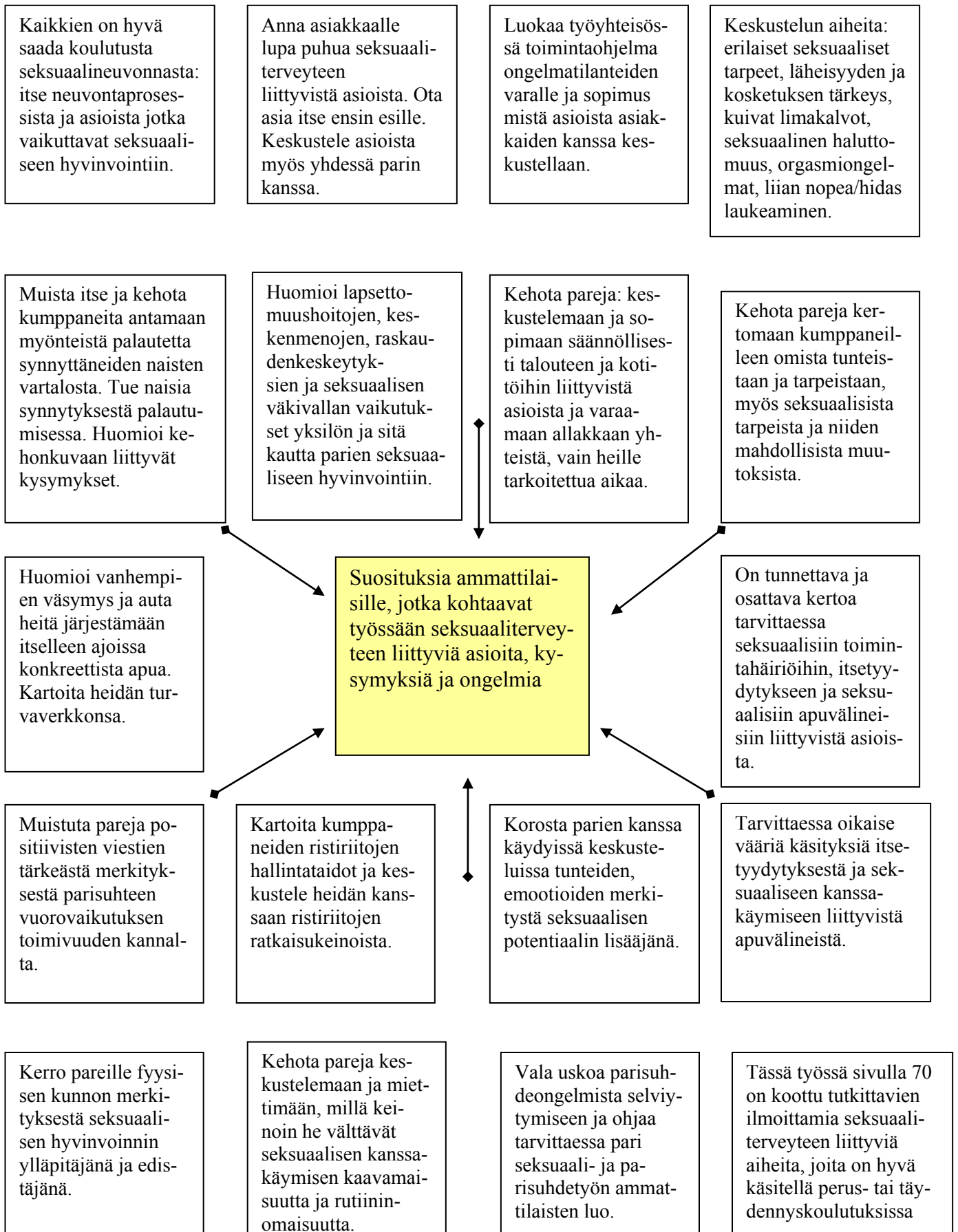
Neuvolan ryhmämuotoiset palvelut eivät näyttäneen kiinnostavan pareja. Useimmissa vastauksissa korostettiin intiimiyden säilymisen tärkeyttä, rauhaa ja toisten asiakkaiden kuulumattomissa olevaa tilaa. Näyttäisi, että seksuaaliterveyden aihepiirin asiat koetaan edelleen hyvin henkilökohtaisiksi ja aroiksi asioiksi puhua tai käsitellä ryhmissä. Tulos on hyvin samansuuntainen Viljamaan (2003) tutkimuksen kanssa, jossa äitiys- ja lastenneuvolan palveluja käyttävät asiakkaat eivät toivoneet parisuhteen ja seksuaalisuuden asioita käsiteltävän neuvolan pienryhmissä. Käsillä olevassa tutkimuksessa parisuhdekurssit saivat neljänneksi eniten mainintoja, joten näiden palvelujen yhteydessä ryhmämuotoisuus ei näyttänyt olevan esteenä. Useat mainitsivat halunsa keskustella seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista erityisesti niihin erikoistuneiden ammattilaisten kanssa. Perheneuvolan työntekijät ja yksityiset terapeutit, psykologit ja lääkärit saivatkin kolmanneksi ja neljänneksi eniten mainintoja ammattihenkilöinä, joiden luona asioita haluttiin käsitellä. Asiantuntemusta aihepiirin asioista arvostettiin, ja sitä toivottiin olevan saatavilla. Internet sai tutkittavilta jonkin verran mainintoja, mutta ei noussut ensisijaiseksi tiedon ja tuen antajan lähteeksi. Näyttäisi, että henkilökohtaista vuorovaikutuksellista kohtaamista edelleen arvostetaan. Seurakunnan ylläpitämä, erityisesti parisuhdeongelmiin erikoistunut perheasiainneuvottelukeskus sai yllättävän vähän mainintoja. Olisiko niin, että paikka nimenä on vieras ihmisille tai se sekoitetaan perheneuvolaan? Perheneuvola saikin kolmanneksi eniten mainintoja paikkana, jossa jatkossa haluttaisiin keskustella ja saada neuvoa ja tukea seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista. Perheneuvola sanana on todennäköisesti tuttu neuvolassa käyville vanhemmille. Perheneuvolan ensisijaisina asiakkaina ovat kuitenkin vanhemmat, joilla on lapsen kasvatukseen ja huolenpitoon liittyviä ongelmia ja perheen hyvinvointiin heikentävästi vaikuttavia parisuhteen ongelmia (Jyväskylän kaupunki 2008).

**Yhteenvetona** edellisestä voidaan todeta, että lasta odottavat ja eri-ikäisten lasten vanhemmat kokivat neuvolan ja erityisesti siinä vastaanottotyön tärkeäksi paikaksi käsitellä ja saada neuvoa sekä tukea seksuaaliterveyteen liittyvistä asioista. Ystävät, perheneuvola, yksityiset terapeutit, psykologit ja lääkärit sekä parisuhdekurssit saivat paljon mainintoja paikoista ja ammattihenkilöistä, keiden kanssa keskustella ja saada neuvoa tai tukea edellä mainituista asioista. Neljäsosa tutkittavista koki, että he tarvitsevat jatkossa seksuaaliterveyteen liittyvää neuvontaa ja tukea. Parien ilmoittamat seksuaalineuvonnan sisällöt olivat suurimmaksi osaksi sellaisia, joita voidaan käsitellä perusterveydenhuollossa, neuvolan terveydenhoitajan ja lääkärin työssä. Vaikka perhe-

ryhmät saivat vähän mainintoja, aikaisemmat tutkimukset kuitenkin puoltavat perheryhmien merkitystä tärkeänä tiedon saannin ja vertaistuen mahdollistajana (Viljamaa 1998, Pelkonen ja Löthman-Kilpeläinen 2001, Vänskä 2000).

## 7.5 Suositukset

Parisuhteen ja seksuaalisuuden teema on kulkenut neuvolatyön ohjeistuksissa ja runko-ohjelmissa jo vuosikymmenen ajan, mutta tutkimukset ja käytännön kokemus ovat osoittaneet, että aihepiirin asioiden käsittely ei ole kuitenkaan toteutunut käytännön työssä sille asetettujen vaatimusten mukaisesti (ks. Olsson ym. 2005, Ryttyläinen 2005, Pelkonen ja Löthman-Kilpeläinen 2000, Hakulinen 1998, Perälä ym. 1998). Tutkimukset osoittavat, että terveydenhoitajat kaipaavat tietoa ja koulutusta parisuhdekysymysten käsittelyyn sekä ryhmien ohjaamiseen (Pelkonen ja Löthman-Kilpeläinen, 2000). Seksuaaliterveyden asiantuntijuus edellyttää hyviä tietoja seksuaalisuudesta, myönteisestä suhtautumisesta seksuaalisuuteen, hyviä vuorovaikutus- ja neuvontataitoja sekä motivaatiota neuvontatyöhön (Nurmi 2000, 98). Työntekijät tarvitsevat lisäksi työaikaa kohdata asiakkaiden parisuhteen ja seksuaalisuuden kysymyksiä sekä toteuttaa ryhmätoimintaa. Valtakunnallisessa äitiys- ja lastenneuvolatyön selvityksessä tuli selvästi esille neuvolatyön niukat henkilöstövoimavarat. Vain kahdessa viidesosassa terveyskeskuksia olivat suositusten mukaiset määrät terveydenhoitajia, jolloin voimavarojen niukkuus näkyi työn sisälöissä ja menetelmissä. Neuvoloissa työskentelevät työntekijät olivat kuitenkin suurimmaksi osaksi motivoituneita kehittämään omaa ammattitaitoaan ja hankkimaan lisää koulutusta. (Hakulinen-Viitanen ym. 2005, 3–4) Neuvolatoiminnalla on Suomessa pitkät perinteet. Neuvola on matalan kynnyksen palvelupiste, joka tavoittaa noin 99 % kaikista odottavista ja lapsiperheistä. Tämän vuoksi neuvola on ihanteellinen paikka toteuttaa seksuaalista hyvinvointia vahvistavaa ja edistävää toimintaa sekä ehkäistä ja puuttua ajoissa niihin ongelmiin, jotka ovat heikentämässä parien seksuaalista hyvinvointia. Kuvioon 30 on koottu suosituksia neuvolan työntekijöille ja heitä kouluttaville tahoille. Osaa suosituksista voidaan hyödyntää kouluterveydenhuollossa ja perus- sekä toisen asteen opetuksessa.



**Kuvio 30.** Neuvola-asiakkaiden seksuaalisen hyvinvoinnin ylläpitämiseen ja edistämiseen liittyviä suosituksia

## 7.6 Jatkotutkimuksen aiheet

Lapsettomien parien seksuaalinen hyvinvointi, seksuaalisuuden eri ulottuvuuksilla mitattuna, oli monin kerroin parempi verrattuna pareihin, joilla oli jo lapsi tai lapsia. Mielestäni on tärkeä jatkossa tutkia, minkälaisella tuella, tiedon antamisella, neuvonnalla, interventioilla tai ylipäättään palveluilla voidaan vaikuttaa niin, että seksuaalisen hyvinvoinnin huononemista voidaan estää lapsen syntymän jälkeen. Avioliitossa elävät voivat tämän tutkimuksen mukaan paremmin kuin avoliitossa olevat. Mielenkiintoista olisikin saada vastauksia kysymykseen, voisiko avioliitto sinänsä vaikuttaa seksuaalista hyvinvointia lisäten ja /tai mitä muita hyvinvointia lisääviä tekijöitä avioliitossa olon taustalta löytyy. Naisten erityisesti biologinen seksuaalinen hyvinvointi näyttäytyi tämän tutkimuksen mukaan useammin heikompana kuin miesten. Huomionarvoinen jatkotutkimuksen aihe on, miten palvelujärjestelmässä entisestään voitaisiin vaikuttaa naisten seksuaaliterveydentilan kohentumiseen. Onko niin, kuten Leiblum (2007) toteaa, että mikäli kumppani jätetään pari- ja/tai seksuaalisuuteen liittyvien ongelmien selvittelyssä ulkopuolelle, ratkaisevaa tietoa saattaa jäädä piiloon ja lopputulos voi vaarantua? Voidaanko vaikuttaa naisten hyvinvointiin (kuten WHO:n 2007 julkaisema tutkimusartikkeli tuo esille) kohdistamalla tehokkaammin neuvoloissa emotionaalinen tuki naisten kumppaneille? Lisäksi mielenkiintoista olisi saada vaikuttavuustietoa sellaisesta pari- ja seksuaalisuhteisiin perehtyneestä sosiaali- ja perusterveydenhuollon järjestelmästä, joka toimisi perustyön ja erityispalvelujen välimaastossa. Tällaista kattavaa kuntasektorin järjestelmää ei tiettävästi vielä Suomesta löydy.

## LÄHTEET

- Ahlborg T, Strandmark M, Dahlöf L-G. First-time parents`sexual relationships. *Scand Journal Sexological* 2000; 3: 127–139.
- Ahlborg T & Strandmark M. The baby was the focus of attention: first-time parents`experiences of their intimate relationship. *Scand J Garing Sci* 2001;15; 318–325.
- Annon J S. The PLISSIT Model: A Proposed Conceptual Scheme for the Behavioral Treatment of Sexual Problems. *Journal of Sex Education and Therapy*. Spring-Summer, 1976:1–15.
- Antikainen J. Puolisousko vanhemmuuden vihollinen? Teoksessa Haataja M-L ja Korhonen Merja (toim.) *Näkökulmia perheeseen*. Stakes. Raportteja 136. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä, 1994; 73–81.
- Autiosaari R. Voiko parisuhteen askelkuvioita muuttaa? *Psykologi* 2003; 3: 8-10.
- Avery M D, Duckett L, Frantzich cr. The experience of sexuality during breastfeeding among primiparous women. *Journal Midwifery Women`s Health* 2000; 45:227-236.
- Barett G, Pehdry E, Peacock J, Victor C, Thankar R, Manyonda I. Women`s sexual health after childbirth. *Br. Journal Obstetric Gynaecol* 2000; 107:186-195.
- Belsky J. Interactional and Contextual Determinants of Attachment Security. Teoksessa Cassidy J & Shaver P R (toim.) *Handbook of Attachment. Theory, Research and Clinical Applications*. The Guilford Press. New York, 1999; 249-264.
- Berman J R. Physiology of female sexual function and dysfunction. *Int J of Impotence Research* 2005; 17:44-45.
- Bernard CL and Krupat E. *Health psychology, biopsychosocial Factors in health and illness*. USA, 1994.
- Broen A N, Moum T, Bodtker A S and Ekeberg Ö. The course of mental health after miscarriage and induced abortion: a longitudinal, five-year follow-up study. *BMC Medicine* 2005; 8:1-14.
- Brown S and Lumley J. Maternal health after childbirth: results of an Australian population-based survey. *Br Journal Obstetric Gynaeco* 1998; 105:15
- Bruess C E and Greenberg J S. *Sexuality Education. Theory and Practice*. Brown Communications. USA, 1994.
- Brusila P. Uhrin näkökulma. Teoksessa Apter D, Väisälä L ja Kaimola K (toim.) *Seksuaalisuus*. Duodecim. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä, 2006: 333 - 341.
- Buchert M, Kiianmaa K, Uljas T. *Revitty sydän. Voiko uskottomuudesta toipua?* Minerva Kustannus Oy. Jyväskylä, 2007.
- Byrd J E, Hyde J S, DeLamater J D Plant E A. Sexuality during pregnancy and the postpartum. *Journal Family Practice* 1998; 47:305-308.

Cacciatore R. Lasten seksuaaliterveys. Teoksessa Kontula O & Lottes I (toim.) Seksuaaliterveys Suomessa. Tammer-Paino Oy. Tampere. 2000; 251-269.

Ciami A. Sexual Health: The emergence, development, and diversity of a concept. Annual Review of Sex research 2002; 13: 1-35.

Cohan C L & Bradbyry T N. Negative Life Events, Marital Interaction and the Longitudinal Course of Newlywed Marriage. Journal of Personality and Social Psychology 1997; 73: 114-128.

Conner M, Johnson C and Grogan S. Gender, sexuality, body image and eating behaviours. Journal of Health Psychology 2004; 9: 505-515.

David H P, Dytrych Z and Matejcek Z. Born Unwanted. American Psychologist 2003; 58: 224-229.

Davison J K, Moore N B, Ullstrup K M. Religiosity and Sexual Responsibility: Relationship of Choice. Am J Health Behav 2004; 28:335-346.

Davison T E and McCabe M P. Relationships between Men's and Women's Body Image and Their Psychological, Social and Sexual Functioning. Sex Roles 2005; 52:463-475.

De Judicibus M, McCabe M. Psychological factors and the sexuality of pregnant and postpartum women. Journal of Sex Research 2002; 39: 94-104.

De Villers Linda. Miten tulla hyväksi rakastajaksi. Suomentaja Kari Kiianmaa. Kehityksen avaimet Ky. Jyväskylä, 1998.

Douglas N and Slinger P. Sexual Secrets. 20<sup>th</sup> anniversary edition. USA, 2000.

Downie R S, Tannahill C & Tanhill A. Health Promotion Models and Values. Oxford University Press. New York, 1996.

Eskola J ja Suoranta J. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Gummerrus Kirjapaino Oy. Jyväskylä, 1999.

Ewles L & Simnett I. Terveiden edistämisen opas. Suomentaja Paula Ovaska-Romano. Sairaanhoidajien koulutussäätiö. Keuruu, 1995.

Feldman H A, Goldstein I, Hatchihritou D, Krane R & McKinley J. Impotence and its medical and psychological correlates: Results of the Massachusetts male aging study. Journal of Urology 1994; 151:54-61.

Freud S. Johdatus psykoanalyysiin. K. J. Gummerus Oy:n kirjapaino. Jyväskylä, 1964.

Gjerdingen D K, Froberg D G, Chaloner K M, McGovern P M. Changes in women's physical health during the first postpartum year. Arc Family Medicine 1993; 2:227-283.

Glazener C M A. Sexual function after childbirth: Women's experiences, persistent morbidity and lack of professional recognition. British Journal Obstetric Gynaecol 1997; 104: 330-335.

Gloger-Tippelt G. A process model of the pregnancy course. *Human development* 1983; 26:134-148.

Gottman J M. What predicts divorce? *The Relationship Between Marital Processes and Marital Outcomes*. Lawrence Erlbaum Associates. Hillsdale, 1994.

Greenberg J S, Bruess C E, Mullen K D. *SEXUALITY. Insights and Issues*. WCB Brown & Benchmark. USA, 1993.

Greenberg L S. *Emotion-Focused Therapy. Coaching Clients to Work Through Their Feelings*. American Psychological Association. Washington, D C, 2004.

Gröhn E, Jaakkola K ja Ala-Luhtala R. Seksuaalisen terveyden edistäminen Jyväskylän kaupungin sosiaali- ja terveystalokeskuksessa. Opinnäytetyö. Seksuaalivoujokoulutus. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala. Jyväskylä, 1999.

Haavio-Mannila E, Kontula O. *Seksin trendit meillä ja naapureissa*. WS Bookwell Oy. Juva, 2001.

Hakulinen T. The family dynamics of childbearing and childrearing families, related family demands and support received from child health clinics. Tampereen yliopisto, 1998.

Hakulinen-Viitanen T, Pelkonen M ja Haapakorva A. Äitiys- ja lastenneuvolatyö Suomessa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä. Helsinki, 2005; 22.

Hawkins A J, Nock S L, Wilson J C, Sanchez L & Wright J D. Attitudes About Covenant Marriage and Divorce: Policy Implications From a Three- State Comparison. *Family Relations* 2002; 51:166-175.

Heikkilä T. *Tilastollinen tutkimus*. Edita. Helsinki, 1999.

Hendrick, S. S. Self-disclosure and marital satisfaction. *Journal of Personality and Social Psychology*, 1981; 40:1150–1159.

Hendrick, S. S. A generic measure of relationship satisfaction. *Journal of Marriage and the Family*, 1988; 50:93–98.

Huttunen O. Seksuaalisuuden monet kasvot. Teoksessa Apter D, Väisälä L ja Kaimola K (toim.) *Seksuaalisuus*. Duodecim. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä, 2006: 15–19.

Huttunen M. *Seksuaaliset toimintahäiriöt*. Kustannus Oy Duodecim, 2008. [WWW-dokumentti] Päivitetty 2008. [viitattu 11.5.2008]

[http://www.terveysportti.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00496&p\\_ylataso=&p\\_osio=&p\\_haku=Seksuaaliset%20toimintah%E4iri%F6t](http://www.terveysportti.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00496&p_ylataso=&p_osio=&p_haku=Seksuaaliset%20toimintah%E4iri%F6t)

Hyde J S, DeLamater J D and Hewitt E C. Sexuality and Dual-Earner Couple: Multiple Roles and Sexual Functioning. *Journal of Family Psychology* 1998; 12: 354–368.



Ilmonen T. Seksuaalinen kohtaaminen asiakastyössä. Teoksessa Apter D, Väisälä L ja Kaimola K (toim.) Seksuaalisuus. Duodecim. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä, 2006:41–59.

Jallinoja R. Moderni säädyllyisyys. Aviosuhteen vapaudet ja sidokset. Tammer-Paino Oy. Tampere, 1997.

Joutsenniemi K E, Martelin T P, Koskinen S V, Martikainen P T, Härkönen T T, Luoto R M, ja Aromaa A J. Official marital status, cohabiting, and self-rated health times trend in Finland 1978–2001. Eur J Public Health 2006; 16:476–483.

Julien D, Brault M, Chartrand E & Begin J. Immediacy Behaviors and Synchrony in Satisfied and Dissatisfied Couples. Canadian Journal of Behavioral Science 2000; 32: 84–90.

Jyväskylän kaupunki 2008. Sosiaali- ja terveystalvet. Perheneuvola. [WWW-dokumentti]. [viitattu 8.4.2008] <http://www.jyvaskyla.fi/perheneuvola>

Kaila-Behm A. Miehestä esikoisen isäksi. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E, Yhteiskuntatieteet 49. Kuopio, 1997.

Kaimola K. Seksologian perusteet. Luentomonisteet. Jyväskylän Ammattikorkeakoulu, sosiaali- ja terveysala. Jyväskylä 1998.

Kannas L. Terveyskasvatus tutkimus- ja koulutusalanä sekä arjen käytäntöinä. Aikuiskasvatus 1993; 2:68–75.

Karila I. Siirtymä vanhemmuuteen. Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen tutkimuksia 304. Jyväskylä, 1989.

Karney B & Bradbury T N. The longitudinal course of marital quality and stability: A review of theory, method and research. Psychological Bulletin 1995; 111: 3–34.

Kettunen T & Liimatainen L & Poskiparta M. Terveyskasvatus arjen neuvontatyössä. Tammer-Paino Oy. Tampere, 1996

Kiianmaa K. Unelmien parisuhde ja uskottomuuden houkutus. [ WWW-dokumentti]. [ viitattu 6.4.2007] <http://www.katajary.info/helmia/uskottomuus>.

Kivijärvi A. Seksologiaa pähkinänkuoressa Lääkärpäivillä: Todennäköisesti jokainen nainen on joskus seksuaalisesti haluton. Suomen Lääkärilehti 2001;56: 80–82.

Kontula O ja Haavio-Mannila E. Suomalainen seksi. Tietoa suomalaisten sukupuolielämän muutoksesta. WSO. Juva, 1993.

Kontula O. Seksuaaliterveyden edistäminen yksilötasolla. Teoksessa Kontula O & Lottes I (toim.) Seksuaaliterveys Suomessa. Tammer-Paino Oy. Tampere. 2000; 56–68.

Kontula O. a. Yhä useampi hyvin koulutettu suomalaisnainen jää lapsettomaksi. Suomen lääkäri-lehti 2004; 59: 4954–4955.

Kontula O b. Perhepolitiikka käännekohdassa. perhebarometri 2004. Väestöliitto, Väestöntutkimuslaitos Katsauksia E 18/2004. Hakapaino Oy. Helsinki, 2004.

Koskimäki J, Hakama M, Huhtala H, Tammela T. Erektiohäiriöiden yleisyys ja yhdyntöjen lukumäärä. *Duodecim* 2000;116:737–741.

Kosunen E. Teini-ikäisten raskaudet ja ehkäisy. STAKES. Raportteja 99. Helsinki, 1993.

Kosunen E. Perhesuunnittelupalvelut. Teoksessa Kontula O & Lottes I (toim.) Seksuaaliterveys Suomessa. Tammer-Paino Oy. Tampere. 2000; 78–91.

Kosunen E, Cacciatore R ja Hirvonen A. Seksuaalisuus elämänkaareissa. *Duodecim* 2003;119:209–16.

Kosunen E. Seksuaaliterveyden edistäminen Suomessa. Muistio seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmaa laativaa työryhmää varten. Työpapereita. Stakes. Helsinki, 2006.

Kumpula S. Intiimiys ja seksuaalisuus parisuhteessa. Teoksessa Malinen V ja Alkio P (toim) Paripsykoterapia ja parisuhteen ikuinen arvoitus. Väestöliitto. VL-Markkinointi Oy. Helsinki, 2007; 82–90.

Kumpula S ja Malinen V. Integratiivisesta paripsykoterapiasta. Teoksessa Malinen V ja Alkio P (toim) Paripsykoterapia ja parisuhteen ikuinen arvoitus. Väestöliitto. VL-Markkinointi Oy. Helsinki, 2007; 52- 63.

Kurdek, L. A. Conflict resolution styles in gay, lesbian, heterosexual nonparent, and heterosexual parent couples. *Journal of Marriage and the Family*, 1994; 56: 705–722.

Kuronen M. Lapsen hyväksi naisten kesken. Tutkimus äitiys- ja lastenneuvolan toimintakäytännöistä. Lisensiaatintyö. Tampereen yliopisto. Stakes, tutkimuksia 25. Gummerrus. Jyväskylä 1993.

Kyyrönen K. Perhe kasvaa ja kehittyy kriisiensä kautta. WSOY. Juva, 1983.

Lahtinen E, Koskinen-Ollonqvist P, Rouvinen-Wilenius P & Tuominen P. Muutos ja mahdollisuus. Terveiden edistämisen tutkimuksen arviointi. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 15. Edita Prima Oy. Helsinki, 2003.

Lakha F and Glasier A. Unintended pregnancy and use of emergency contraception among a large cohort of women attending for antenatal care or abortion in Scotland. *Lancet* 2006; 368:1782-1787.

Laumann E, Paik A & Rosen R. Sexual dysfunction in the United States: Prevalence, predictions, and outcomes. *Journal of the American Medical Association* 1999; 10:537.

Laursen B S, Olesen A S, Delmar C and Arendt-Nielsen L. Ongoing Pain, Sexual Desire, and Frequency of Sexual Intercourses in Females with Different Chronic Pain Syndromes. *Sexuality and disability* 2006; 24:27–37.

Leiblum S R. Sex Therapy Today. Current Issues and Future Perspectives. Teoksessa Leiblum S R (toim.) Principles and Practice of Sex Therapy. The Guildford Press. New York, 2007; 3-22.

Liinamo, A. Suomalaisnuorten seksuaalikasvatus ja seksuaaliterveystiedot oppilaan ja koulun näkökulmasta. Arviointia terveyden edistämisen viitekehyksestä. Studies in Sport, Physical education and Health 106. Jyväskylän Yliopisto. Jyväskylä, 2005.

Lottes I a. Uusia näkökulmia seksuaaliterveyteen. Teoksessa Kontula O & Lottes I (toim.) Seksuaaliterveys Suomessa. Tammer-Paino Oy. Tampere. 2000; 13 – 31.

Lottes I b. Seksuaaliterveyden yhteiskunnallinen malli. Teoksessa Kontula O & Lottes I (toim.) Seksuaaliterveys Suomessa. Tammer-Paino Oy. Tampere. 2000; 36–55.

Lukkarinen H. Ihmisten kokemukset hoitotieteellisenä tutkimusilmiönä: Fenomenologinen lähestymistapa. Teoksessa Janhonen S ja Nikkonen M (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. WS Bookwell Oy. Juva, 2001.

Luquet W. Short-Term Therapy: The Imago Model in Action. Routledge, Taylor&Francis Group. New York, 2007.

Lääkintöhallitus 1980. Ihmissuhde- ja sukupuolikasvatus terveyskeskuksissa. Ohjekirje Dno 702/02/08.

Magnam M A, Reynolds K E, Calvin E A. Barriers to Addressing Patient Sexuality in nursing practice. *Dermatology Nursing* 2006; 18:448-454.

Mahoney S. How Love keeps you healthy. *Prevention* 2006; 58: 164-213.

Malin S & Tuunala E & Vuorinen R. Psykologian perusteet: Yksilöllinen ihminen. 1. p. Otava. Helsinki, 1997.

Mattila H. Lomakekysely asiakaspalautteen hankkimismenetelmänä. Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 48. Kelan omaturvapaino. Helsinki 1999.

McCarthy B and McCarthy E. Rekindling Desire. A Step-by-Step Program to Help Low-Sex and No-Sex Marriage. Brunner-Routledge. New York, 2003.

McCarthy B W & Ginsberg R L. Second Marriages: Challenges and Risks. *The Family Journal: Counseling and Theory for Couples and Families* 2007; 15: 119-193.

McFarlane E A ja Rubinfeld MG. Seksuaalinen eheys. Teoksessa Yra H & Walsh MB (toim.) Inhimilliset tarpeet ja hoitotyö. Suomentaja Ikävalo K ja Toivanen K. WSOY. Juva 1993; 212-264.

Mean M, Binik Y & Khalife S. Biopsychosocial profile of woman with dyspareunia. *Obstetric Gynecol* 1997; 90: 583–589.

Metsämuuronen J. Pienten aineistojen analyysi. Parametrittömien menetelmien perusteet ihmistieteissä. Metodologia-sarja 9. Gummerrus Kirjapaino Oy. Jyväskylä, 2004.

Metsämuuronen J. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Gummerrus Kirjapaino Oy. Jyväskylä 2005.

Moreira E D, Brock G, Glasser D B, Nicolosi A, Laumann E O, Paik A, Wang T, Gingell C. Help-seeking behaviour for sexual problems: the Global Study of Sexual Attitudes and Behaviors. *Int J Clin Pract* 2005; 59; 6-16.

Määttä K. Rakkausskeemaa muokkaavat rakkauskäsitykset korkeakouluopiskelijoilla I osa. Lapin yliopiston kasvatustieteellisiä julkaisuja. B. Tutkimusraporttija ja selvityksiä. 20. Rovaniemi, 1994.

Määttä K. Miten rakkaussuhde kehittyy ja säilyy. Teoreettista tarkastelua III osa. Lapin yliopisto kasvatustieteellisiä julkaisuja. B. Tutkimusraporttija ja selvityksiä. 23. Rovaniemi, 1997.

Määttä K. Kestävä parisuhde. WSOY. Helsinki, 2000.

Nieminen P ja Nummenmaa A R. Lapsen syntymisen psykologiaa. WSOY. Porvoo, 1985.

Nurmi T. Suomen kielen sanakirja ulkomaalaisille. Gummerrus. Jyväskylä, 1999.

Nurmi T. Seksuaaliterveys ja terveydenhoitaja. Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisuja 13. Oy Edita AB. Helsinki, 2000.

Ojanlatva A, Helenius H, Jokinen K, Sundell J, Mäkinen J ja Rautava P. Sexual Activity and Background Variables Among Finnish Middle-aged Women. *Am J Health Behav* 2004; 4:302-315.

Olsson A, Lundqvist M, Faxelid E & Nissen E. Women`s thoughts about sexual life after childbirth: focus group discussions with women after childbirth. *Scand J Garing Sci*; 2005:19; 381-387.

Palo J ja Palo L-M. Rakkaudesta seksiin. WSOY-kirjapainoyksikkö. Porvoo, 1999.

Patric H, Canevello A, Knee R C, Lonsbary C. The Role of Need Fultillment in Relationship Functioning and Well-Being: A Self-determination Theory Perspective. *Journal of Personality and Social Psychology* 2007; 3:434-457.

Pelkonen M. Lapsiperheiden voimavarat ja niiden vahvistaminen hoitotyön keinoin.. *Yhteiskuntatieteet* 18. Hoitotieteen laitos, väitöskirjatyö. Kuopion yliopisto, 1994.

Pelkonen M & Löthman-Kilpeläinen L. Neuvola lapsiperheiden tukena: selvitys äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan kohdistuneista tutkimuksista ja kehittämishankkeista 1990-luvulla. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki, 2000.

Perho H ja Korhonen M. Parisuhteen elämäkertatekijät keski-iän kynnyksellä. *Psykologia* 2002; 37:209-220.

Perho H ja Korhonen M. Parisuhteen kulku ja vaikeat vaiheet liiton alusta keski-iän kynnykselle. *Psykologia* 2003; 2;91-102.

Perälä M-L, Pelkonen M, Vehviläinen-Julkunen K, Viisanen K ja Räikkönen Outi. Äitiyshuollon palvelut muutoksessa. Teoksessa Sihvo S ja Koponen P (toim.) Perhesuunnittelusta lisääntymis-terveyteen. Palvelujen käyttö ja kehittämistarpeet. Raportteja 220. Stakes. Gummerrus Kirjapaino Oy. Saarijärvi, 1998;33–48.

Piha J. Miesten seksuaalihäiriöt ja kokemuksia Miesten Seksuaalihäiriöklinalta 1994 – 2007. Jyväskylän Ammattikorkeakoulu, luento Jyväskylä, 16.11.2007.

Pukkala T. Millaiset avioliitot kestävät? Pitkässä parisuhteessa eläneiden käsitykset pysyvän avioliiton avaimista. Akateeminen väitöskirja. Lapin yliopiston kasvatustieteellinen tiedekunta. Acta Universitatis Lapponiensis 106. Rovaniemi, 2006.

Punamäki R-L, Repokari L, Vilska S, Poikkeus P, Tiitinen A, Sinkkonen J ja Tulppala M. Maternal mental health and predictors of infant developmental and health problems from pregnancy to one year: Does former infertility matter? *Infant Behavior & Development* 2006; 29: 230–242.

Pyykkö A. Kriisit kasvun lähteenä: kirja kasvamisesta ja kasvattamisesta. Finn Lectura. Helsinki, 1990.

Rasi I, Lepola E, Muhli A ja Kanninen A. SPSS 14.0 for Windows Perusteet. Oulun yliopisto. Oulun Yliopistopaino, 2006.

Reinholm M. “Kupeitten kuuma vai kadonnut kaipaus?” Pikkulasten vanhempien kokemuksia seksielämästä perheeseen kasvaessa. Perheverkko. Väestöliitto. Helsinki, 2000.

Reuna V. Perheparometri. Vastuu perheen arjessa. Väestöntutkimuslaitos E 4/1998. Väestöliitto. Helsinki, 1998.

Robinson B E, Bocking W O, Rosser B R S, Miner M and Coleman E. The sexual Health Model: Application of a sexological approach to HIV prevention. *Health Education Research. Theory and Practice* 2002; 17:43-57.

Robinson L C. Religious orientation in enduring marriage: An Exploratory Study. *Review of Religious Research* 1994; 35:207-218.

Roy J. A survey of Relate psychosexual therapy clients, January to March 2002. *Sexual and Relationship Therapy* 2004; 19 no.2:156-166.

Rowland M, Foxcroft L, Hopman W M and Patel R. Breastfeeding and sexuality immediately post partum. *Canadian Family Physician* 2005; 51:1366–1367.

Ryttyläinen K. Naisten arvioinnit hallinnasta raskauden seurannan ja synnytyksen hoidon aikana. Naisspesifinen näkökulma. Yhteiskuntatieteen väitöskirjatyö. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto, 2005.

Salmela T. Tyytyväisyys mykistää, dialogi avaa hanat. Teoksessa Salmela T (toim.) Autetaanko asiakasta- palvelaanko potilasta? Atena Kustannus. Jyväskylä 1997; 187–205.

Salmimies P. Seksuaalisuushäiriöiden lyhytterapian periaatteet. Teoksessa Salmimies P ja Achte K (toim.) Seksuaaliongelmien toiminnalliset seksuaaliongelmien ja niiden hoito. Kustantaja Psykiatrian Tutkimussäätiö. K J Gummerrus Osakeyhtiön Kirjapainossa. Jyväskylä, 1980.

Savola E & Koskinen-Ollonqvist P. Terveiden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Terveiden edistämisen keskuksen julkaisuja. Helsinki, 2005;3.

Schnarch D. Constructing Sexual Crucible. An integration of Sexual and Marital Therapy. W.W. Norton & Company. Ltd. New York, 1991.

Schnarch D. Passionate Marriage. Keeping Love & Intimacy Alive in Committed Relationships. Henry Holt and company. New York, 1997.

Schoon I, Hansson L, Salmela-Aro K. Combining Work and Family Life. Life Satisfaction among Married and Divorced Men and Women in Estonia, Finland and the UK. *European Psychologist* 2005; 10: 309-319.

Shapiro A F, Gottman J M & Carre`re S. The Baby and the Marriage: Identifying Factors that Buffer against Decline in Marital Satisfaction after the First Baby arrives. *Journal of Family Psychology* 2000; 14:59–70.

SexualHealthNet. Seksuaalioikeudet. WAS, Hongon 1999. [WWW-dokumentti]. [viitattu 11.5.2008] <http://sexualhealthnet.jypoly.fi/index.php?id=59>

Sihvo T. Työ ja parisuhde: Tuleeko stressaantuneesta työntekijästä myös pahantuulinen puoliso. Jyväskylän yliopiston perhetutkimusyksikön julkaisuja 13. Jyväskylän Yliopistopaino, 2002.

Signorello L B, Harlow B L, Chekos A K, Repke J T. Postpartum sexual functioning and its relation to perineal trauma: a retrospective cohort study of primiparous women. *American Journal Obstet Gynecol* 2001; 184:881–890.

Sironen M ja Kalilainen P. Terapeuttinen työskentely seksuaalikäytöksissä. Teoksessa Apter D, Väisälä L ja Kaimola K (toim.) Seksuaalisuus. Duodecim. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä, 2006: 349–365.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007. Julkaisuja. Helsinki, 2003:18.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Lastenneuvola lapsiperheiden tukena. Suuntaviivat lastenneuvolatoiminnan järjestämisestä kunnille. Julkaisuja. Helsinki, 2004;13.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007–2011. Helsinki, 2006.

Stakes 2008. Sosiaali- ja terveysalan kehittämiskeskus. Raskauden keskeytykset – ennakkotiedot 2007. [WWW-dokumentti]. Päivitetty 19.6.2008. [viitattu 13.7.2008]. <http://www.stakes.fi/FI/Tilastot/Aiheittain/Lisaantyminen/raskaudenkeskeytykset/index.htm>

Taylor B & Davis S. Using the Extended PLISSIT model to address sexual healthcare needs. *Nursing Standard*.2006; 21: no 11:35–40.

Terveyskasvatuksen neuvottelukunta. Erotiikka ja terveys. Lääkintöhallituksen julkaisuja. Sarja Tilastot ja selvitykset 4/1989. Valtion painatuskeskus. Helsinki, 1989.

Thomson Jf, Roberts CL, Curie M, Ellwood D A. Prevalence and persistence of health problems after childbirth: associations with parity and method of birth. *Birth* 2002; 29: 83–94.

Tilastokeskus 2008a. Avioliittoja enemmän, avioerojen määrä ennallaan. [WWW-dokumentti]. Päivitetty 14.5.2008 [viitattu 13.7.2008] [http://www.stat.fi/til/ssaaty/2007/ssaaty\\_2007\\_2008-05-14\\_tie\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/ssaaty/2007/ssaaty_2007_2008-05-14_tie_001_fi.html)

Tilastokeskus 2008b. Perheitä 1,4 miljoonaa. [WWW-dokumentti]. Päivitetty 30.5.2008 [viitattu 13.7.2008] [http://www.stat.fi/til/perh/2007/perh\\_2007\\_2008-05-30\\_tie\\_001.html](http://www.stat.fi/til/perh/2007/perh_2007_2008-05-30_tie_001.html)

Tilastokeskus 2008c. Syntyneiden määrä lähes ennallaan. [WWW-dokumentti]. Päivitetty 2.5.2008 [viitattu 13.7.2008] [http://www.stat.fi/til/synt/2007/synt\\_2007\\_2008-05-02\\_tie\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/synt/2007/synt_2007_2008-05-02_tie_001_fi.html)

Tolkki-Nikkonen M. Parisuhde, perhesuhde, olosuhde. Mikä pitää avioliiton koossa 15 vuoden jälkeen. Painokaari Oy. Helsinki, 1990.

Tones K & Green J. Health Promotion. Planning and strategies. New Delhi: Sage, 2004.

Tuhkasaari P. Psykoanalyttisesta pariopsykoterapiasta. Teoksessa Malinen V ja Alkio P (toim) Pariopsykoterapia ja parisuhteen ikuinen arvoitus. Väestöliitto. VL-Markkinointi Oy. Helsinki, 2007;32–51.

Tuomaala S. Ruumiita mahdollisuuksien rajoilla, kokemuksia, kertomuksia ja keskustelua abortista. Tasa-arvoasiain neuvottelukunta. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki, 2002.

Uhari M ja Nieminen P. Epidemiologia & biostatistiikka. Duodecim. Jyväskylä, 2001.

Valkama N, Kosunen E, Kaltiala-Heino R. Seksuaalielämä loppuraskaudessa- kyselytutkimus kahdessa Pirkanmaan äitiysneuvolassa. *Yleislääkäri* 2006; 2:24–29.

Valkama S. Seksuaaliterveyden edistämisen professionaalisuuden piirteitä seksologian opetus- suunnitelmien sisällönanalyysin ja asiantuntijakyselyn perusteella. Terveyskasvatuksen lisensiaattityö. Terveystieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto, 2006.

Verhoeven V, Bouijn K, Helder A, Peremans L, Hermann I, Van Royen P, Denekens J and Avonts D. Discussing STIS: doctors are from Mars, patients from Venus. *Family Practice* 2003; 20:11–15.

Vertio H. Terveiden edistäminen- valintojen virta. Sairaanhoidajien koulutussäätiö ja Suomen syöpäyhdistys. Karisto Oy. Hämeenlinna, 1992.

Vilen M, Leppämäki P ja Ekström L. Vuorovaikutuksellinen tukeminen sosiaali- ja terveysalalle. 1-2.painos. WSOY. Helsinki, 2002.

Viljamaa M-L. Mitä äidit ja isät odottavat neuvolan vanhempainryhmiltä. Lisensiaatintyö, Jyväskylän yliopisto:Psykologian laitos. Jyväskylä, 1998. Elektorinen aineisto. <http://selene.lib.jyu.fi:8080/gradu/g/1413>

Viljamaa M-L. Neuvolan palvelukyky. Äitien ja isien tyytyväisyys, palveluiden käyttö ja odotukset. Jyväskylän sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisuja 8. Jyväskylä, 2000.

Viljamaa M-L. Neuvola tänään ja huomenna. Vanhemmuuden tukeminen, neuvolan perhekeskeisyys ja vertaistuki. Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research 212. Jyväskylän yliopisto. Jyväskylä, 2003. Elektroninen aineisto. <http://dissertations.jyu.fi/studeduc/9513914275.pdf>

Vuola T. Mitä seksuaaliterapia on? Duodecim 2003;119:261–266.

Väestöliitto 2003. FSD2130 Perhebarometri 2003: parisuhde koetuksella. [WWW-dokumentti]. [viitattu 1.6.2007] <http://www.fsd.uta.fi/>

Vänskä K. Jaettu asiantuntijuus- näkökulmia terveysneuvonnan ohjauskeskusteluun. Terveyskasvatuksen lisensiaatintyö. Liikunta ja terveystieteiden tiedekunta, terveystieteiden laitos. Jyväskylän Yliopisto, 2000.

Waterhouse J. Nursing practice related to sexuality: a review and recommendations. Nursing Times Research 1996; 6:412-418.

WHO, Pan American Health Organization (PAHO), World Association for Sexology ( WAS). Promotion of Sexual Health. Recommendations for Action. Antigua Guatemala in May 2000; 9-13.

WHO, 2004. Sexual health- a new focus for WHO. Progress in Reproductive Health Research 2004; 67:1-7. [WWW-dokumentti]. [viitattu 17.3.2008] <http://www.who.int/reproductive-health/hrp/progress/67.pdf>

WHO, 2007. Fatherhood and Health outcomes in Europe. WHO Regional office for Europe. [WWW-dokumentti]. [viitattu 16.3.2008] <http://www.euro.who.int/document/e91129.pdf>



### SEKSUAALIOIKEUKSIEN JULISTUS

*WAS (World Association for Sexology. Seksologian maailmanjärjestö). Hongkong 1999.*

Seksuaalisuus on olennainen osa jokaisen ihmisyksilön persoonallisuudesta. Sen täysi kehittyminen riippuu siitä, miten inhimilliset perustarpeet tyydyttyvät. Näitä ovat kaipuu ja halu kontaktiin, läheiseen suhteeseen, tunnelmaisuun, mielihyvään, hellyyteen ja rakkauteen. Seksuaalisuus rakentuu yksilön ja sosiaalisten rakenteiden välisessä vuorovaikutuksessa. Seksuaalisuuden täysi kehittyminen on välttämätöntä yksilölliselle ihmisten väliselle ja yhteiskunnalliselle hyvinvoinnille.

Seksuaalioikeudet ovat universaaleja ihmisoikeuksia, jotka perustuvat kaikille ihmisyksilöille luonnostaan kuuluvaan vapauteen, arvokkuuteen ja tasavertaisuuteen. Koska terveys on perustava ihmisoikeus, tulee myös seksuaaliterveyden olla perusoikeus. Voidaksemme varmistaa sen, että ihmiset ja yhteiskunnat kehittävät tervettä seksuaalisuutta, seuraavat seksuaalioikeudet tulee hyväksyä ja niitä tulee edistää, kunnioittaa ja puolustaa kaikissa yhteiskunnissa ja kaikin keinoin. Seksuaaliterveys on tulos elinympäristöstä, joka tunnustaa, kunnioittaa ja toteuttaa näitä seksuaalioikeuksia.

- 1. Oikeus seksuaaliseen vapauteen** Seksuaalinen vapaus sisältää yksilöiden oikeuden ilmaista seksuaalisuuttaan täydesti. Se sulkee kuitenkin pois seksuaalisen väkivallan, hyväksikäytön ja seksuaalisen riiston.
- 2. Oikeus seksuaaliseen itsemääräämisoikeuteen, seksuaaliseen loukkaamattomuuteen ja fyysiseen turvallisuuteen** Tämä oikeus sisältää kyvyn tehdä itsenäisiä päätöksiä omasta seksuaalielämästä oman henkilökohtaisen ja yhteisön etiikan mukaisesti. Siihen sisältyy myös oman kehon hallinta ja nautinto vapaana kidutuksesta, silpomisesta ja mistä hyvänsä väkivallasta.
- 3. Oikeus seksuaaliseen oikeudenmukaisuuteen** Tämä tarkoittaa vapautta kaikesta syrjinnästä sukupuolen, seksuaalisen suuntautumisen, iän, rodun, sosiaaliluokan, uskonnon, fyysisen tai psyykkisen vamman vuoksi.
- 4. Oikeus seksuaaliseen mielihyvään** Seksuaalinen mielihyvä, mukaan lukien itse-erotiikka, on fyysisen, psyykkisen, älyllisen ja henkisen hyvinvoinnin lähde.
- 5. Oikeus seksuaalisten tunteiden ilmaisuun** Seksuaalinen ilmaisu on enemmän kuin eroottista mielihyvää ja seksuaalista toimintaa. Yksilöillä on oikeus ilmaista seksuaalisuuttaan kommunikoidulla, koskettamalla, ilmaisemalla tunteita ja rakastamalla.
- 6. Oikeus vapaaseen seksuaaliseen liittymiseen** Tämä tarkoittaa mahdollisuutta mennä naimisiin tai olla menemättä, mahdollisuutta erota ja mahdollisuutta solmia muunlaisia vastuullisia seksuaalisia liittoja.
- 7. Oikeus tehdä vapaita ja vastuullisia ehkäisyvalintoja** Tämä sisältää oikeuden päättää siitä, hankkiiko lapsia vaiko ei, päättää lasten lukumäärästä ja ajoituksesta sekä täydet oikeudet syntyvyyden säännöstelyyn.
- 8. Oikeus seksuaalisuutta koskevaan tieteellisesti perusteltuun tietoon** Tämä oikeus sisältää periaatteen, että seksuaalitiedot tuotetaan riippumattoman ja tieteellisesti eettisen tutkimusprosessin avulla ja että tätä tietoa jaetaan sopivilla tavoilla yhteiskunnan kaikille tahoille.
- 9. Oikeus monipuoliseen seksuaalikasvatukseen ja valistukseen** Tämä on elämänpituinen prosessi syntymästä läpi elämänkaaren ja sen tulisi koskea yhteiskunnan kaikkia instituutioita.
- 10. Oikeus seksuaaliterveyspalveluihin** Seksuaaliterveyspalveluiden tulisi olla käytettävissä kaikissa seksuaalisuuteen liittyvissä huolenaiheissa, ongelmissa niiden ehkäisemiseksi ja hoitamiseksi.

*Seksuaalioikeudet ovat perustavaa laatua olevia.*

Lähde: <http://sexualhealthnet.jypoly.fi/index.php?id=59>

**Lääkärikirja Duodecim**

**20.4.2007**

**Matti Huttunen, psykiatrian erikoislääkäri**

Seksuaalisille toimintahäiriöissä jokin seksuaalisen käytöksen vaihe on muuttunut tavalla, joka häiritsee sukupuolielämää tai mielihyvän saamista seksuaalisuudesta. Seksuaalisissa toimintahäiriöissä voidaan erottaa seuraavia häiriöitä:

- seksuaalisen halun häiriöt,
- seksuaalisen kiihottumisen häiriöt
- seksuaalisen laukeamisen häiriöt
- naisilla yhdyntäkipu
- emättimen kouristus.

Sukupuolisen halun ongelmat ilmenevät yleensä seksuaalisen halun, mielikuvien ja aloitteellisuuden puuttumisena. Seksuaalisella addiktiolla tarkoitetaan pakonomaista orgasmihakuista seksuaalista käytöstä, jossa seksiä käytetään alkoholi- tai päihderiippuvuuden tapaan keinona sisäisen tyhjyyden tunteen, itsetunnon ongelmien tai ahdistuksen ja masentuneisuuden lievittämiseksi.

Seksuaalisen kiihottumisen ongelmat liittyvät miehillä seksuaalisen mielihyvän ja erektion, naisilla seksuaalisen mielihyvän ja emättimen kostumisen ja laajenemisen estymiseen. Seksuaalisen laukeamisen ongelmat liittyvät orgasmin tai siihen liittyvän nautinnon saamisen estymiseen, viivästyminen tai heikkouteen. Seksuaalista yhdyntä haittaavia toimintahäiriöitä ovat miehillä ennenaikainen siemensyöksy ja naisilla yhdyntäkipu ja emätinkouristus. Seksuaaliset toimintahäiriöt voivat olla primaarisia tai sekundaarisia. Primaarisille toimintahäiriöille on ominaista se, että ongelma on esiintynyt koko henkilön aikaisemman elämän ajan, kun sekundaarisissa ("hankinnaisissa") muodoissa kyseinen seksuaalinen toiminta on aikaisemmin toiminut normaalisti.

Toinen tapa jaotella seksuaalisia toimintahäiriöitä liittyy niiden esiintymiseen eri tilanteissa. Yleistyneet toimintahäiriöt ilmenevät kaikissa olosuhteisessa riippumatta sukupuolikumppanista, tilanteesta tai seksuaalisen stimulaation luonteesta. Tilannetyyppisissä häiriöissä häiriö ilmenee vain tietyssä tilanteessa tai tietyn partnerin kanssa. Tällainen jaottelu auttaa selvittäessä häiriön luonnetta ja syitä. Sekundaarisista ja tilannetyyppisissä toimintahäiriöistä on useimmiten helpommin hoidettavia ongelmia.

Seksuaaliset toimintahäiriöt voivat olla luonteeltaan puhtaasti psykologisia tai johtua erilaisista ruumiillisista tai psykiatrisista sairauksista tai niiden hoidossa käytetyistä lääkkeistä. Psykologisiin tekijöihin perustuvien seksuaalisten toimintahäiriöiden taustalla on usein seksuaalisuuteen liittyviä häpeän tai syyllisyyden tunteita, erilaisia traumaattisia kokemuksia tai parisuhteeseen liittyviä monia ongelmia.

Artikkelin tunnus: dlk00496 (008.096)

© 2008 Kustannus Oy Duodecim



ASIANOSAINEN/ ASIA	Tutkimusluvan myöntäminen osastonhoitaja, TH/Kä, seksuaali- (NACS) ja pariterapeutti Riitta Ala-Luhtala.  Tutkimuksen nimi: Lasta odottavien parien ja vanhempien seksuaalinen hyvinvointi sekä tiedon, neuvonnan ja avun tarve.
LAUSUNNON ANTAJAT/ LAUSUNNOT	Palvelujohtaja Tähtinen Tuula
PÄÄTÖS/PERUSTELUT	Myönnän osastonhoitaja, TH/Kä, seksuaali- (NACS) ja pariterapeutti Riitta Ala-Luhtalalle tutkimusluvan.
ALLEKIRJOITUKSET	Päätöksen tekijä  Keijo Koski Terveysjohtaja  Päätösluettelon pitäjä  Tiina Helama toimistos sihteeri
OIKAISUVAATIMUS- VIRANOMAINEN	Tähän päätökseen ei ole oikaisuvaatimusoikeutta.
ILMOITUS OTTO- OIKEUTETULLE VIRANOMAISELLE	Sosiaali- ja terveyslautakunta
TIEDOKSI ANTAMINEN/ NÄHTÄVILLÄ	Riitta Ala-Luhtala, palvelujohtaja Tuula Tähtinen



4.9.2007

## TUTKIMUSLUPA

Terveystieteiden tiedekuntaan – kättilö Riitta Ala-Luhtala tekee pro gradu –tutkimusta Jyväskylän yliopiston terveystieteiden tiedekuntaan. Tutkimukseni tarkoituksena on kerätä tietoa lasta odottavien parien ja vanhempien seksuaalisesta hyvinvoinnista, siihen vaikuttavista lisäävistä ja heikentävistä tekijöistä. Toimen mielenkiinnon kohde on kartoittaa heidän seksuaaliterveyden aihealueen tiedon, neuvonnan ja tuen tarvetta. Tuore Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma vuosille 2007- 2010 lähtee siitä, että yhteiskunnan eri toimijoiden, erityisesti perusterveydenhuollon, tulee järjestää toimivat ja tasa- puoliset seksuaali- ja lisääntymisterveyden palvelut kansalaisille. Seksuaalineuvonnan kehittäminen valtakunnallisesti sosiaali- ja terveydenhuollon eri palveluissa edellyttää kansallista tutkimustietoa seksuaalisen hyvinvoinnin tilasta, sekä asiakkaiden tarvitsemasta tiedon, neuvonnan ja avun tarpeesta.

Tutkimus toteutetaan puolistrukturoituna kirjallisena kyselytutkimuksena. Tutkimus on otantatutkimus, joka kohdistuu tietyssä aikana Jyväskylässä, Oulussa ja Lohjalla äitiys- ja lastenneuvolan palveluja käyttäville vanhemmille. Tutkimus on tutkittaville vapaaehtoinen. Kyselylomakkeisiin vastataan anonymisti ja vastaajien henkilöllisyys ei paljastu tutkimuksen missään vaiheessa. Potilaiden henkilöllisyys ei tule ilmi tutkimustuloksissa eikä –raporteissa.

Tutkimusta ohjaavat Jyväskylän yliopistosta, terveystieteiden tiedekunnasta, terveystieteiden yliassistentti Jorma Tynjälä ja terveystieteiden lehtori Maija Nykänen.

Tutkimukseen ei liity tietoturvaan tai eettisiin kysymyksiin liittyviä ongelmia eikä sen suorittamiselle Jyväskylän terveystieteiden keskuksessa ole estettä. Myönnän luvan tutkimuskokonaisuuden toteuttamiselle Jyväskylän sosiaali- ja terveystieteiden keskuksessa.

  
Jarmo J Koski

*Tulosaluejohtaja, avoterveydenhuollon palvelut*

*Vastaava ylilääkäri*

*Jyväskylän kaupunki*

*Sosiaali- ja terveystieteiden keskus*

*Kilpisenkatu 1*

*PL 275, 40101 Jyväskylä*

~

Lohjan terveyskeskus/Terveysneuvonta

Tutkimuslupa - anomus 14.8.2007

Arvoisa vt. Johtava hoitaja Nina Tuuras

Pyydän kohteliaasti lupaa kyselyn suorittamiseen Lohjan terveyskeskuksen Terveysneuvonnan äitiys- ja lastenneuvoloissa. Jyväskylän yliopiston terveystieteiden tiedekunnan pro-gradu tutkimukseni tarkoituksena on kerätä tietoa lasta odottavien parien ja vanhempien seksuaalisesta hyvinvoinnintilasta, siihen vaikuttavista lisäävistä ja heikentävistä tekijöistä. Toinen mielenkiinnon kohteeni on kartoittaa heidän seksuaaliterveyden aihealueen neuvonnan ja tuen tarvetta.

Lääkintöhallitus on antanut jo vuonna 1980 ohjekirjassaan kunnille velvoituksen toteuttaa seksuaalineuvontaa osana peruspalveluita. Neuvolapalveluihin on keskeisesti kuulunut huomioida asiakkaiden seksuaalisuuteen ja ihmissuhteisiin kuuluva neuvonta ja tuki. Myös monet kansainväliset ja valtakunnalliset seksuaaliterveyden edistämisen ohjelmat edellyttävät seksuaaliterveyden huomioimista ja palvelujen toteuttamista erilaisissa palvelujärjestelmien konteksteissa. Näyttää kuitenkin siltä, että ohjeistukset eivät tähän mennessä ole toteutuneet. Esimerkiksi Perälä ym. (1998) äitiyshuollon palveluja selvittävässä tutkimuksessaan sekä Hakulinen-Viitanen ym. (2005) äitiyshuoltoa ja lastenneuvolaa koskevassa selvityksessä toivat esille, että puolisoiden välistä suhdetta ja seksuaalisuutta käsitellään neuvoloissa liian vähän.

Tuore Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma vuosille 2007- 2010 peräänkuuluttaa yhteiskunnan eri toimijoiden, erityisesti perusterveydenhuollon, järjestävän toimivat ja tasa-puoliset seksuaali- ja lisääntymisterveyden palvelut kansalaisille. Voidaksemme edelleen kehittää valtakunnallisesti seksuaalineuvontaa sosiaali- ja terveydenhuollon eri palveluissa, tarvitsemme kansallista tutkimustietoa seksuaalisen hyvinvoinnin tilasta, sekä asiakkaiden tarvitsemasta tiedon, neuvonnan ja avun tarpeesta. Tähän puutteeseen pyrkisin osaltani tutkimuksellani vaikuttamaan.

Kyselystä saatuja tutkimustuloksia voivat hyödyntää ne työntekijät, jotka kohtaavat parisuhteen ja seksuaalisuuden aihepiirin kysymyksiä asiakaskontakteissaan, sekä aihepiirin koulutuksia ja kursseja suunnittelevat tahot.

Tutkimus on tarkoitus toteuttaa puolistrukturoituna kirjallisena kyselytutkimuksena. Tutkimus on otantatutkimus, joka kohdentuu tietynä aikana myös Jyväskylässä, Oulussa, äitiys- ja lastenneuvolan palveluja käyttäville vanhemmille. Lohjan alueella tutkimuksen ajankohta olisi syyskuun alkupuolella. Kyselylomakkeisiin vastataan anonyymisti ja vastaajien henkilöllisyys ei paljastu tutkimuksen missään vaiheessa.

Tutkimustani ohjaavat Jyväskylän yliopistosta, terveystieteiden tiedekunnasta, terveyskasvatuksen yliassistentti Jorma Tynjälä ja terveyskasvatuksen lehtori Maija Nykänen.

Toivon Teidän suhtautuvan myönteisesti kyselyyn. Ohessa on mukana asiakkaille annettava kyselylomake.

Osastonhoitaja

Th/Kä, seksuaali- (NACS) ja pariterapeutti

Ystävällisin terveisin

Riitta Ala-Luhtala



Tutkimuslupa kyselyyn myönnetään

Kyllä

Tutkimuslupaa kyselyyn ei myönnetä

Ei

Lohjalla 29 pv 8 kk 2007



Vt. Ylihoitaja Nina Tuuras



## 14. Miten tyytyväinen olet tällä hetkellä seuraaviin asioihin elämässäsi?

## Liite 6 (2)

	Erittäin tyytyväinen	Tyytyväinen	Hieman tyytymätön	Erittäin tyytymätön
Terveysteen	1	2	3	4
Fyysiseen kuntoon	1	2	3	4
Taloudelliseen tilanteeseen	1	2	3	4
Kotitöiden jakautumiseen	1	2	3	4
<b>Jos lapsia:</b> Kumppanin osallistumisesta lasten hoitoon ja kasvatukseen	1	2	3	4
Koulutukseesi/ammattiisi	1	2	3	4

## PARISUHTEESI

Kun vastaat kysymyksiin, ajattele elämääsi viimeisen vuoden aikana!

*erittäin huono**erittäin hyvä*

1. Miten kuvailisit parisuhdettaasi?

1 2 3 4 5 6

*ei ollenkaan**erittäin paljon*

2. Missä määrin parisuhteesi täyttää alkuperäiset odotuksesi?

1 2 3 4 5 6

3. Kuinka paljon rakastat kumppaniasi?

1 2 3 4 5 6

4. Kuinka sitoutunut olet suhteeseesi?

1 2 3 4 5 6

5. Kuinka paljon koet henkistä yhteyttä kumppaniisi?

1 2 3 4 5 6

6. Onko suhteessasi sinua tyydyttävää läheisyyttä?

1 2 3 4 5 6

*kaiken aikaa**hyvin usein**useimmiten**silloin tällöin**harvoin**ei koskaan*

7. Kuinka usein olet harkinnut avio-/avoeroa tai suhteenne päättämistä?

1 2 3 4 5 6

Kysymykset 8-21 pitävät sisällään joitakin väittämiä. Ren-gasta se kohta asteikosta, mikä on lähinnä omaa ajastusta-si asiasta.

*ei pidä lainkaan paikkaansa**pitää täysin paikkansa*

8. Voin ilmaista avoimesti kumppanilleni kaikki tunteeni.

1 2 3 4 5 6

9. Kumppanini pystyy ilmaisemaan minulle hyvin tunteensa.

1 2 3 4 5 6

10. Suhteemme perustuu toisen kunnioittamiseen ja arvostukseen.

1 2 3 4 5 6

11. Koen, että kumppanini on minun paras ystäväni.

1 2 3 4 5 6

12. Minun ei tarvitse olla varuillani siitä, että sanon tai teen jotain sel-laista, mistä kumppanini loukkaantuu tai suuttuu. Voin ilmaista itseäni avoimesti.

1 2 3 4 5 6

13. Keskusteluyhteytemme toimii hyvin.

1 2 3 4 5 6



**Miten puoliso suhtautuu sinuun, kun teillä on erimielisyyksiä?**

	<i>ei koskaan</i>					
	1	2	3	4	5	6
14. Hän tekee parhaansa keskustellakseen asiasta kaikessa rauhassa.	1	2	3	4	5	6
15. Hän saattaa loukata minua.	1	2	3	4	5	6
16. Hän lyö minua tai on erittäin uhkaava.	1	2	3	4	5	6
17. Tietyssä pisteessä hän kieltäytyy puhumasta asiasta.	1	2	3	4	5	6
18. Hän raivostuu ja sanoo sellaista, mitä hän katuu myöhemmin.	1	2	3	4	5	6
19. Hän etsii vaihtoehtoa, jonka molemmat voisivat hyväksyä.	1	2	3	4	5	6
20. Hän vetäytyy kuoreensa ja antaa ymmärtää, että asia ei kiinnosta häntä.	1	2	3	4	5	6
21. Jollakin muulla tavalla, miten?.....	1	2	3	4	5	6

22. Mitkä ovat mielestäsi parisuhteenne parhaat puolet? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

23. Jos saisit tehdä yhden toivomuksen liittyen parisuhteeseesi, mikä se olisi?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

24. Mitkä kolme asiaa aiheuttaa mielestäsi parisuhteessanne eniten ongelmia?

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

25. Miten kuvailisit parisuhteessasi positiivisten ja negatiivisten viestien ja ilmaisuuden suhdetta? Rengasta oikea vaihtoehto.

posit. 1/ negat.1      posit.2/negat.1      posit.5/negat.1      posit.1/negat. 2 tai enemmän

miten muuten ? posit. \_\_\_\_\_ / negat \_\_\_\_\_

**SEKSUAALINEN SUHTEESI**

Kysymyksiin vastatessasi ajattele elämäsi viimeisen vuoden aikana!

	<i>erittäin huono</i>						<i>erittäin hyvä</i>					
	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6
1. Miten kuvaisit seksuaalista suhdettasi?	1	2	3	4	5	6	1	2	3	4	5	6

	<i>ei/en ollenkaan</i>			<i>täysin / erittäin paljon/aina</i>		
2. Onko seksielämäne mielestäsi rutinoitunutta ja kaavamaista?	1	2	3	4	5	6
3. Onko sinulla seksuaalisia tarpeita, joita et uskalla sanoa ääneen kumppanillesi?	1	2	3	4	5	6
4. Nostaako seksuaalinen kanssakäyminen sinulle ahdistuksen ja /tai häpeän tunteita?	1	2	3	4	5	6
5. Onko raskausaika vaikuttanut seksuaalielämäänne huonontaen sitä?	1	2	3	4	5	6
6. <b>Lapsen saaneet vastaavat.</b> Onko synnytys ja lapsen tuloon liittyvät asiat vaikuttaneet seksuaalielämäänne huonontaen sitä?	1	2	3	4	5	6
7. Onko teillä riittävästi rauhaa ja aikaa seksuaaliseen kanssakäymiseen?	1	2	3	4	5	6

<b>9. Onko sukupuolielämässänne esiintynyt viimeisen vuoden aikana seuraavia kysymyksiä tai ongelmia? Poikkeuksena kysymys p, joka käsittää koko elämän aikasi!</b>	<i>aina</i>	<i>hyvin usein</i>	<i>useim miten</i>	<i>silloin tällöin</i>	<i>hara- voin</i>	<i>ei koskaan</i>
a) Oman seksuaalisen halun puute.	1	2	3	4	5	6
b) Kumppanin seksuaalisen halun puute.	1	2	3	4	5	6
c) Oma/ kumppanin laukeaminen tapahtuu liian hitaasti tai nopeasti.	1	2	3	4	5	6
d) Yhdyntä tuntuu minusta kivuliaalta.	1	2	3	4	5	6
e) Oma tai kumppanini sairaus haittaa seksuaalista kanssakäymistä.	1	2	3	4	5	6
f) Pelko ei-toivotusta raskaudesta painaa mieltäni.	1	2	3	4	5	6
g) Ehkäisyyn liittyvät asiat haittaavat seksuaalista kanssakäymistäni.	1	2	3	4	5	6
h) Ei ole harvinaista, että yhdyntä ei onnistu siksi, että naisen emätin ei kostu riittävästi. Onko teidän sukupuoliyhdyntöissänne esiintynyt tällaista ongelmaa?	1	2	3	4	5	6
i) Sukupuolisen nautinnon päättymistä laukeamiseen ja hyvänolon tunteeseen sanotaan orgasmiksi. Onko sinulla vaikeuksia saada orgasmia seksuaalisen kanssakäymisen aikana?	1	2	3	4	5	6
j) Pelko jätetyksi tulemisesta.	1	2	3	4	5	6
k) <b>Naisille:</b> Huoli rintojen koosta tai näöstä.	1	2	3	4	5	6
l) <b>Miehille:</b> Huoli sukupuolielinten koosta tai näöstä.	1	2	3	4	5	6
m) Tyytymättömyyttä omaan ulkonäköön ja/tai vartaloon.	1	2	3	4	5	6
n) Pelko sukupuolitaudeista, Aids mukaan lukien.	1	2	3	4	5	6
o) Jokin muu, mikä? _____	1	2	3	4	5	6

p) Oletko elämäsi aikana joutunut kokemaan seksuaalista väkivaltaa?

Kyllä

En ole

10. Kuinka monta kertaa teillä on seksuaalista kanssakäymistä kuukaudessa?

alle 1

1-2

3-4

5-7

7-10

yli 10

**Kysymykset 11-19 pitävät sisällään väittämiä. Rengasta se kohta asteikosta, mikä on lähinnä omaa ajastustasi tai kokemustasi kyseisestä asiasta.***ei pidä  
lainkaan  
paikkaansa**pitää täysin  
paikkansa*

11. Sukupuolinen aktiivisuus on ihmisen hyvinvointia ja terveyttä edistävä asia ja tärkeä parisuhteen onnellisuudelle.

1

2

3

4

5

6

12. Seksi paranee iän myötä.

1

2

3

4

5

6

13. Minulla ei ole mitään pornografian katselua tai pornografisen kirjallisuuden lukemista vastaan.

1

2

3

4

5

6

14. Itsetyydytys on osa normaalia seksuaalisuuden toteuttamista parisuhteessa.

1

2

3

4

5

6

15. Olen seksuaalisesti varsin taitava.

1

2

3

4

5

6

16. Uskottomuus on asia, joka tuhoaa suhteen ja siitä seuraa väistämättä ero.

1

2

3

4

5

6

17. En koskaan voisi olla uskonon kumppanilleni.

1

2

3

4

5

6

18. Kumppanini ei koskaan voisi olla uskonon minulle.

1

2

3

4

5

6

19. Uskottomuus on asia, jota ei voi antaa anteeksi.

1

2

3

4

5

6

**SEKSUAALI- JA PARISUHDEPALVELUJEN TARVE JA KÄYTTÖ**

1. Saitko lapsuudenkodissasi parisuhteeseen ja sukupuolielämään liittyvää tietoa?

Kyllä, liikaakin 1

Kyllä, riittävästi 2

Kyllä, mutta liian vähän 3

En, mutta olisin halunnut 4

En, enkä olisi halunnutkaan 5

2. Oletko saanut koulussa parisuhteeseen ja sukupuolielämään liittyvää tietoa?

Kyllä, liikaakin 1

Kyllä, riittävästi 2

Kyllä, mutta liian vähän 3

En, mutta olisin halunnut 4

En, enkä olisi halunnutkaan 5

3. Oletko jossakin elämäsi vaiheessa kokenut tarvitsevasi seksuaali- ja parisuhteeseen liittyvää neuvontaa ja/tai tukea?

Kyllä

En

-jaos vastasit en, voit siirtyä suoraan kysymykseen 7

4 a) Jos vastasit kyllä, millaista neuvontaa ja/tukea olet tarvinnut (missä elämänvaiheessa ja millaisiin kysymyksiin)?

---



---

5. Oletko saanut joltakin taholta tarvitsemaasi neuvontaa ja tukea?

1 Kyllä, mistä/keneltä?.....

2 En ole saanut

6. a) Jos olet saanut neuvontaa tai tukea, kuinka tyytyväinen olet ollut saamaasi neuvonnan tai tuen laatuun?

Erittäin tyy-  
tymätön

1

2

3

4

5

Erittäin tyyty-  
väinen

b) Perustele vastauksesi

---



---

7.a) Miltä näistä tahoista haluaisit jatkossa saada neuvontaa ja tukea seksuaali- ja parisuhteeseesi liittyvissä kysymyksissä, jos koet tai kokisit sitä tarvitsevasi? Merkitse rastilla riveillä olevat kaikki sopivat vaihtoehdot. Jos et koe tarvitsevasi, neuvontaa ja /tai tukea, voit jättää kysymykset 7 a ja b vastaamatta.	Haluan saada jatkossa tukea
a) Läheiset ihmiset (muut kuin kumppani)	
b) 1 Neuvola 2 Neuvolan erilaiset perheryhmät	
c) Perheneuvola	
d) Kirkon perheasiain neuvottelukeskus	
e) Terveyskeskus	
f) Työterveyshuolto	
g) Yksityinen terapeutti, psykologi, lääkäri tms.	
h) Diakoni, pappi, muu seurakunnan työntekijä	
i) Perhekahvila, perhekerho tai muu vastaava kohtaamispaikka	
j) Parisuhdetapahtuma (esim. seurakunnan tai järjestön järjestämä)	
k) Parisuhdekurssi (esim. seurakunnan tai järjestön järjestämä)	
l) Internetin keskustelupalsta tai sivusto, mikä? _____	
m) Muu, mikä? _____	

b) Millaista neuvontaa ja /tai tukea parisuhteesi haluaisit jatkossa saada (millaisiin kysymyksiin)?

---



---

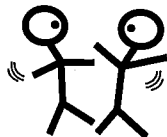
8. Mikä olisi Sinulla omassa elämäntilanteessasi luontevin ja mieluisin paikka, jossa haluaisit keskustella ja saada neuvontaa ja/tai tukea seksuaalisuuteen ja parisuhteeseen liittyvissä asioissa?

---



---

**KIITOS VASTAUKSISTASI!**



## MINÄ JA SINÄ PARISUHTEEN POLULLA

### ENNAKKOTEHTÄVÄ

Olette puolisoasi kanssa osallistumassa Minä ja Sinä parisuhteen polulla - parisuhdetapahtumaan. Tervetuloa! Ennen varsinaista tapahtumaa pyydämme Sinua ja kumppaniasi täyttämään käsissä olevan ennakkotehtävän. Tehtävän tarkoituksena on suunnata ajatuksiasi parisuhdeteemaan ja lisäksi, mikäli annat siihen luvan, käytämme tehtävää osana Jyväskylän yliopistossa toteutettavaa parisuhdetutkimusta. Tutkimuksessa tarkastellaan esimerkiksi sitä, mitä osallistujat odottavat tapahtumalta ja miten he tapahtuman kokevat. Tutkimuksen tiedot ovat luottamuksellisia ja osallistuvien henkilöiden henkilöllisyydet pysyvät salassa. Tapahtuman jälkeen lähetämme kotiinne seurantalomakkeet, joissa kysytään samantyyllisiä kysymyksiä kuin tässä lomakkeessa. Haluamme kannustaa mahdollisimman monia osallistumaan tutkimukseen, joten arvomme kaikkien molemmat lomakkeet palauttaneiden kesken kiitokseksi vaivannäöstä 20 euron arvoisia S-ryhmän lahjakortteja.

Mikäli haluat osallistua tähän tutkimukseen, toivomme Sinun ja puolisoasi täyttävän oheiset tehtävät ja ottamaan lomakkeet mukaanne tullessanne parisuhdelauantaihin. Lomakkeet kerätään teiltä ilmoittautumisen yhteydessä.

Merkitse rastilla sopivin vastausvaihtoehto kussakin tehtävässä tai vastaa avoimiin kysymyksiin omin sanoin. Täytä ennakkotehtävä **itsenäisesti**. Voitte niin halutessanne keskustella tehtävän teemoista puolisoasi kanssa **sen jälkeen** kun olette täyttäneet lomakkeet, mutta älä vaihda vastauksia tämän jälkeen!

Minä ja sinä parisuhteen polulla -tapahtumaan liittyvä tutkimus tehdään Jyväskylän Seudun Perhe-hankkeen ja Jyväskylän yliopiston perhetutkimuskeskuksen yhteistyönä.

Lisätietoja: tutkija Kaisa Malinen 014-260 4555, [kaisa.malinen@jyu.fi](mailto:kaisa.malinen@jyu.fi), Perhetutkimuskeskus, Jyväskylän yliopisto

## ODOTUKSIA JA TOIVEITA

1. Mitkä seuraavista olivat keskeisimmät syyt lähteä mukaan Minä ja sinä parisuhteen polulla -tapahtumaan? Valitse **kaikki sopivat** vaihtoehdot.

- a Halu kehittää hyvää parisuhdetta entisestään
- b Halu ennaltaehkäistä ongelmia parisuhteessa
- c Avun etsiminen parisuhteen ongelmiin
- d Halu ottaa aikaa parisuhteelle / pysähtyä parisuhdekysymysten äärelle
- e Puhdas mielenkiinto, halu nähdä millainen tilaisuus on
- f Lähdin mukaan puolison suostuttelemana
- g Muu syy, mikä? \_\_\_\_\_

2. Mistä / mitä kautta sait kuulla Minä ja sinä parisuhteen polulla -tapahtumasta?

\_\_\_\_\_

3. Mitä toivot Minä ja sinä parisuhteen polulla -tapahtumalta?

a) Millaisia työskentelytapoja (esim. pariharjoitukset, ryhmäkeskustelut, alustukset)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

b) Millaisia teemoja/aiheita? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

c) Millaisia vaikutuksia parisuhteeseesi? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

d) Mitä haluat kysyä parisuhteisiin liittyen? Kysymyksiin vastataan mahdollisuuksien mukaan tapahtumassa. \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

## PARISUHTEEMME NYT

	erittäin huono				erittäin hyvä		
	1	2	3	4	5	6	
	ei/en ollenkaan				täysin / erittäin paljon		
1. Miten hyvä parisuhteesi on useimpiin muihin parisuhteisiin verrattuna?	1	2	3	4	5	6	
2. Miten hyvin puolisisi vastaa tarpeisiisi?	1	2	3	4	5	6	
3. Kuinka usein toivot, ettet olisi aloittanut tätä suhdetta?	1	2	3	4	5	6	
4. Missä määrin parisuhteesi täyttää alkuperäiset odotuksesi?	1	2	3	4	5	6	
5. Kuinka paljon rakastat kumppaniasi?	1	2	3	4	5	6	
6. Miten tyytyväinen olet parisuhteeseesi kokonaisuutena?	1	2	3	4	5	6	
7. Miten tyytyväinen olet seksisuhteeseesi?	1	2	3	4	5	6	
8. Kuinka paljon ongelmia suhteessanne on?	1	2	3	4	5	6	
9. Missä määrin haluat pysyä yhdessä puolisisi kanssa tässä vaiheessa?	1	2	3	4	5	6	
10. Missä määrin koet, että sinun kuuluu pysyä yhdessä puolisisi kanssa tässä vaiheessa?	1	2	3	4	5	6	
11. Missä määrin koet, että sinun on pakko pysyä yhdessä puolisisi kanssa tässä vaiheessa?	1	2	3	4	5	6	
	kaiken aikaa	hyvin usein	useimmiten	silloin tällöin	harvoin	ei koskaan	
12. Kuinka usein olet harkinnut avio-/avoeroa tai suhteenne päättämistä?	1	2	3	4	5	6	
13. Mistä tai kenestä parisuhteenne tila (= onnellisuus tai onnettomuus) mielestäsi johtuu?	ei ollenkaan				erittäin paljon		
a) Itsestäsi	1	2	3	4	5	6	
b) Puolisostasi	1	2	3	4	5	6	
c) Ulkoisista tekijöistä (muut tekijät elämässä)	1	2	3	4	5	6	
	vahvasti eri mieltä				vahvasti samaa mieltä		
14. Seurustelukumppanit ovat joko yhteensopivia keskenään tai sitten eivät.	1	2	3	4	5	6	7
15. Ihanteellinen parisuhde kehittyy pikku hiljaa ajan myötä.	1	2	3	4	5	6	7
16. Toimiva parisuhde on pääasiassa kiinni siitä löytääkö alun alkaen sopivan kumppanin.	1	2	3	4	5	6	7
17. Hyvä parisuhde kehittyy kovan työn ja yhteensopimattomuuksien selvittämisen kautta.	1	2	3	4	5	6	7
18. Seurustelukumppanit on joko määrätty tulemaan toimeen keskenään tai sitten ei.	1	2	3	4	5	6	7
19. Parisuhteen onnistumisessa on pääasiassa kyse siitä, että oppii ratkaisemaan ristiriitoja puolison kanssa.	1	2	3	4	5	6	7
20. Parisuhteet, jotka eivät ala hyvin, epäonnistuvat väistämättä.	1	2	3	4	5	6	7
21. Haasteet ja esteet parisuhteessa voivat entisestään vahvistaa rakkautta.	1	2	3	4	5	6	7
22. Jos parisuhteen ei ole tarkoitettu toimivan, se tulee ilmi hyvin pian suhteen alettua.	1	2	3	4	5	6	7
23. Ongelmat parisuhteessa voivat lähentää puolisoita.	1	2	3	4	5	6	7
24. Parisuhteen onnistuminen on ennaltamäärätty jo suhteen alusta alkaen.	1	2	3	4	5	6	7
25. Parisuhteet epäonnistuvat usein sen vuoksi, etteivät ihmiset yritä tarpeeksi kovasti.	1	2	3	4	5	6	7
26. Parisuhteen on kestääkseen tunnettava oikealta heti alusta alkaen.	1	2	3	4	5	6	7
27. Näkemällä tarpeeksi vaivaa melkein mikä tahansa parisuhde voi toimia.	1	2	3	4	5	6	7
28. Parisuhde, joka ei saa täydellistä alkua, ei tule koskaan toimimaan.	1	2	3	4	5	6	7
29. Hyvän parisuhteen vaaliminen vaatii paljon aikaa ja panostusta.	1	2	3	4	5	6	7
30. Hankaluudet parisuhteen alussa ovat selvä merkki siitä, että suhde tulee epäonnistumaan.	1	2	3	4	5	6	7
31. Parisuhteet eivät voi kehittyä ilman ajoittaisia ristiriitoja.	1	2	3	4	5	6	7
32. Toimimattomat parisuhteet eivät koskaan olleetkaan tarkoitettu toimimaan.	1	2	3	4	5	6	7
33. Riidat mahdollistavat usein parisuhteen kehittymisen.	1	2	3	4	5	6	7
34. Varhaiset ongelmat parisuhteessa kertovat puolisoitten yhteensopimattomuudesta.	1	2	3	4	5	6	7
35. Toimivat parisuhteet vaativat säännöllistä ylläpitämistä.	1	2	3	4	5	6	7

36. Ihmiset haluavat parisuhteiltaan erilaisia asioita. Esimerkkinä erilaisista tarpeista ovat asioiden yhdessä tekeminen, seksuaalisen elämän jakaminen jne.

a) Mitä haluat saada parisuhteeltasi? Mainitse kolme keskeisintä asiaa.

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

b) Mitä puolisoisi haluaa saada parisuhteeltanne? Mainitse kolme asiaa, jotka arvioisi mukaan ovat hänelle keskeisimpiä. (älä kysy vastauksia puolisoiltasi)

1. \_\_\_\_\_
2. \_\_\_\_\_
3. \_\_\_\_\_

37. Mitkä ovat mielestäsi parisuhteenne parhaat puolet? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

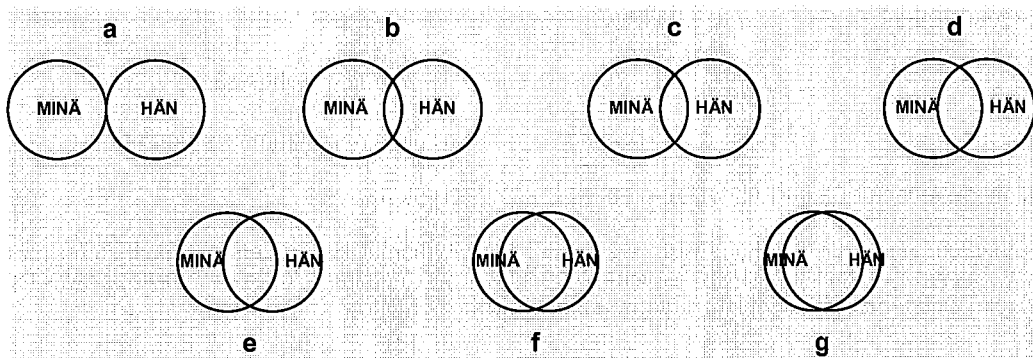
38. Jos saisit tehdä yhden toivomuksen liittyen parisuhteeseesi, mikä se olisi? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

39. Mitkä kolme asiaa aiheuttavat mielestäsi parisuhteessanne eniten ongelmia?

1. (eniten ongelmia aiheuttava) \_\_\_\_\_
2. (toiseksi eniten ongelmia aiheuttava) \_\_\_\_\_
3. (kolmanneksi eniten ongelmia aiheuttava) \_\_\_\_\_

40. a) Valitse kuvioista se, joka mielestäsi kuvaa parhaiten parisuhdettasi. Ympyröi tämän vaihtoehdon kirjain.



b) Perustele valintasi: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

41. Millaista tukea tai apua parisuhteellesi olet elämäsi varrella saanut (miltä taholta, esim. neuvola, terapeutti / missä elämänvaiheessa / millaisiin kysymyksiin, esim. ero, seksuaalisuus)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

42. Millaista tukea parisuhteellesi olisit halunnut saada tai haluaisit saada tulevaisuudessa (miltä taholta, esim. neuvola, terapeutti / missä elämänvaiheessa / millaisiin kysymyksiin, esim. ero, seksuaalisuus)? \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

**HAASTATTELUPYYNTÖ**

Haluaisitko osallistua myös haastattelututkimukseen tapahtuman vaikutuksista sekä parisuhteeseen liittyivistä käsityksistäsi? Tutkimuksen tiedot ovat luottamuksellisia ja osallistujien henkilöllisyydet pysyvät salassa. Haastattelu kestää noin tunnin ja haastattelu-aika ja -paikka ovat joustavasti sovittavissa. Pääosin haastattelut toteutetaan viikoilla 42 ja 43. Kiitokseksi osallistumisesta kaikki haastateltavat palkitaan pienin palkinnoin!

Tutkimuksen toteuttaa opinnäytetyönään Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen opiskelija Asta Karjalainen. Tutkimusta ohjaa ja siitä antaa tarvittaessa lisätietoja Perhetutkimuskeskuksen erikoistutkija Anna Rönkä (014-260 4551).

olemme puolisoni kanssa tai minä olen kiinnostunut osallistumaan haastattelututkimukseen

Puhelinnumeroni/ sähköpostiosoitteeni haastatteluajan sopimista varten \_\_\_\_\_

**TAUSTATIETOJA**

1. Sukupuolesi:                      1 nainen                      2 mies
2. Ikäsi: \_\_\_\_\_ vuotta
3. Korkein koulutuksesi:
- a ei peruskoulutusta
  - b peruskoulu tai vastaava
  - c keskiasteen koulutus (esim. ammattitutkinto, ylioppilastutkinto)
  - d opistotutkinto
  - e alempi korkeakoulututkinto tai ammattikorkeakoulututkinto
  - f ylempi korkeakoulututkinto tai enemmän
4. Perhemuotonne:
- a yhdessä asuva pariskunta ja yhteiset lapset/lapsi
  - b yhdessä asuva pariskunta, ei lapsia
  - c uusperhe, jossa lapsia jommankumman vanhemman tai molempien vanhempien aiemmasta liitosta/aiemmista liitoista
  - d seurusteleva, erillään asuva pari, joista jompikumpi tai molemmat yksinhuoltajia
  - e seurusteleva, erillään asuva pari, ei lapsia
  - f jokin muu perhemuoto, mikä? \_\_\_\_\_
5. Milloin aloititte seurustelun?      \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ kk/v
6. Milloin muutitte yhteen?      \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ kk/v       emme asu yhdessä
7. Oletteko naimisissa?                       emme                       olemme, menimme naimisiin \_\_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ kk/v
8. Oletko ollut naimisissa ennen tätä parisuhdetta?       en                       olen
9. Mikäli perheessänne on lapsia, kirjaa tähän lasten sukupuolet ja syntymäajat kuukauden tarkkuudella (esim. tyttö 7/2000, poika 9/2002). Merkitse tähän kaikki perheessäsi vähintään puolet ajasta (esim. joka toinen viikko) asuvat lapset, riippumatta siitä oletteko molemmat puolisisi kanssa lapsen biologisia vanhempia.

perheessäni ei ole lapsia

10. Parisuhdetapahtuman jälkeen tulemme lähettämään Sinulle nyt täyttämäsi kaltaisen kyselyn. Jotta mahdollisimman moni muistaisi palauttaa myös tämän kyselyn, haluaisimme muistuttaa kaikkia osallistujia tekstiviestillä palautekyselyn täyttämistä. Tätä tarkoitusta varten pyydämme nyt Sinulta kännykkänumeroasi. Numeroon tullaan lähettämään yksi muistutusviesti kyselyn täyttämistä, eikä sitä käytetä mihinkään muuhun tarkoitukseen tai luovuteta muille tahoille.

Kännykkänumeroni on \_\_\_\_\_

en halua luovuttaa numeroani tätä tarkoitusta varten, tai minulla ei ole käytössäni matkapuhelinta

***Kiitokset kyselyn täyttämistä!***



## Korkein koulutus

## Koulutusluokka

	n	%	Valid Percent	Cumulative Percent
Peruskoulu tai vastaava	28	5,0	5,0	5,0
Keskiasteen koulutus	192	34,3	34,3	39,3
Opistotutkinto	71	12,7	12,7	52,0
Alempi korkeakoulututkinto tai ammattikorkeakoulututkinto	139	24,8	24,8	76,8
Ylempi korkeakoulututkinto tai enemmän	130	23,2	23,2	100,0
Yhteensä	560	100,0	100,0	

## Lasten iät ja määrät

			Percent of Cases
	n	%	
Lasten ikä 0 <sup>a</sup>	188	25,2%	45,1%
1	94	12,6%	22,5%
2	82	11,0%	19,7%
3	67	9,0%	16,1%
4	59	7,9%	14,1%
5	77	10,3%	18,5%
6	43	5,8%	10,3%
7	26	3,5%	6,2%
8	28	3,7%	6,7%
9	19	2,5%	4,6%
10	14	1,9%	3,4%
11	17	2,3%	4,1%
12	7	,9%	1,7%
13	3	,4%	,7%
14	3	,4%	,7%
15	3	,4%	,7%
16	4	,5%	1,0%
17	7	,9%	1,7%
19	2	,3%	,5%
20	1	,1%	,2%
21	2	,3%	,5%
24	1	,1%	,2%
Yhteensä	747	100,0%	179,1%

a) 0 vuotta = alle 1 vuotiaat

## Aikaisempi parisuhde siviilisäädyn mukaan vertailtuna

			Oletko naimisissa?		Yhteensä
			Olen	En ole	
Aikaisempi parisuhde	Kyllä	n	93 26,1%	81 41,5%	174 31,5%
	Ei	n	264 73,9%	114 58,5%	378 68,5%
Yhteensä		n	357 100,0%	195 100,0%	552 100,0%

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	14,015 <sup>b</sup>	1	,000	,000	,000	
Continuity Correction <sup>a</sup>	13,307	1	,000			
Likelihood Ratio	13,771	1	,000	,000	,000	
Fisher's Exact Test				,000	,000	
Linear-by-Linear Association	13,990 <sup>c</sup>	1	,000	,000	,000	,000
N of Valid Cases	552					

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 61,47.

c. The standardized statistic is -3,740.

## Raskaana olo

## Olen nyt raskaana/kumppanini on raskaana

	n	%	Valid Percent	Cumulative Percent
Kyllä	268	47,9	47,9	47,9
En/ei	292	52,1	52,1	100,0
Yhteensä	560	100,0	100,0	

## Perhemuoto /Olen nyt raskaana/kumppanini on raskaana

			Olen nyt raskaana/kumppanini on raskaana		Yhteensä
			Kyllä	En/ei	
Perhemuoto	Yhdessäasuva pariskunta, ensimmäistä lasta odottava	n %/Olen nyt raskaana/kumppanini on raskaana	121 45,1%	0 ,0%	121 21,6%
	Yhdessä asuva pariskunta, jossa lapsi/lapsia	n %/Olen nyt raskaana/kumppanini on raskaana	122 45,5%	262 89,7%	384 68,6%
	Uusperhe, jossa lapsia jommankumman vanhemman tai molempien liitosta	n %/Olen nyt raskaana/kumppanini on raskaana	11 4,1%	8 2,7%	19 3,4%
	Uusperhe, jossa lapsia jommankumman vanhemman tai molempien vanhempien	n %/Olen nyt raskaana/kumppanini on raskaana	12 4,5%	20 6,8%	32 5,7%
	Jokin muu perhemuoto	n %/Olen nyt raskaana/kumppanini on raskaana	2 ,7%	2 ,7%	4 ,7%
Yhteensä	n %/Olen nyt raskaana/kumppanini on raskaana	268 100,0%	292 100,0%	560 100,0%	

## Lapsettomuushoitoja saaneiden määrä (itse ja heidän kumppaninsa)

## Lapsettomuuteen liittyvät hoidot

		n	%	Valid Percent	Cumulative Percent
Hoitoja	Kyllä	47	8,4	8,5	8,5
	Ei	509	90,9	91,5	100,0
	Yhteensä	556	99,3	100,0	
Puuttuva tieto		4	,7		
Yhteensä		560	100,0		

**Keskenmenon kokoneiden määrä (itse ja heidän kumppaninsa)****Keskenmeno**

		n	%	Valid Percent	Cumulative Percent
Keskenmeno	Kyllä	112	20,0	20,1	20,1
	Ei	445	79,5	79,9	100,0
	Yhteensä	557	99,5	100,0	
Puuttuva tieto		3	,5		
Yhteensä		560	100,0		

**Raskaudenkeskeytyksen kokoneiden määrä ja kerrat (itse ja heidän kumppaninsa)****Raskauden keskeytykset ja kerrat**

		Raskaudenkeskeytykset		Yhteensä
		On	Ei	
Montako kertaa ollut keskeytykset	1	56	0	56
	% Raskaudenkeskeytykset	86,2%	,0%	83,6%
	2	8	2	10
	% Raskaudenkeskeytykset	12,3%	100,0%	14,9%
	3	1	0	1
	% Raskaudenkeskeytykset	1,5%	,0%	1,5%
Yhteensä		65	2	67
	% Raskaudenkeskeytykset	100,0%	100,0%	100,0%

**Raskausajan sekä lapsen syntymän ja olemassaolon heikentävä vaikutus seksuaaliseen kanssakäymiseen sukupuolen mukaan vertailtuna**

	Sukupuoli	n	Mean Rank	Mann-Witney-U -testi p=
Raskausajan vaikutus seksuaalisuuteen	Nainen	462	280,09	0,282
	Mies	91	261,34	
	Yhteensä	553		
Lapsen vaikutus seksuaalisuuteen	Nainen	360	210,95	0,652
	Mies	63	218,02	
	Yhteensä	423		

<sup>a</sup> Luokitteluasteikolla 1 ei ollenkaan - 6 erittäin paljon

**Viimeisen vuoden aikana tutkittavien sukupuolielämässä esiintyneet kysymykset ja ongelmat sukupuolen mukaan vertailtuna**

	Sukupuoli	n	Mean Rank <sup>a</sup>	Mann-Witney-U- testi p=
Oman seksuaalisen halun puute	Nainen	463	254,96	< 0,001 **
	Mies	91	392,17	
	Yhteensä	554		
Kumppanin seksuaalisen halun puute	Nainen	462	297,27	< 0,001 **
	Mies	91	174,10	
	Yhteensä	553		
Hidas/nopea oman tai kumppanin laukeaminen	Nainen	459	281,41	0,042
	Mies	91	245,71	
	Yhteensä	550		
Yhdynnän kivuliaisuus	Nainen	461	257,79	< 0,001 **
	Mies	91	371,31	
	Yhteensä	552		
Oman tai kumppanin sairauden vaikutus	Nainen	462	278,89	0,303
	Mies	91	267,42	
	Yhteensä	553		
Ei- toivotun raskauden pelko	Nainen	462	274,32	0,171
	Mies	91	290,63	
	Yhteensä	553		
Ehkäisyyn liittyvät ongelmat	Nainen	462	276,07	0,694
	Mies	91	281,70	
	Yhteensä	553		
Emättimen kostumisen ongelma	Nainen	461	272,67	0,182
	Mies	91	295,90	
	Yhteensä	552		
Orgasmiin liittyvä ongelma	Nainen	461	246,10	< 0,001 **
	Mies	91	430,53	
	Yhteensä	552		
Tyytymättömyys omaan ulkonäköön/vartaloon	Nainen	460	263,30	< 0,001 **
	Mies	91	340,20	
	Yhteensä	551		

<sup>a</sup> Luokitteluasteikolla 1 esiintyy aina - 6 ei esiinny koskaan

**Tutkittavien viimeisen vuoden aikana kokema pelko ei-toivotusta raskaudesta ja ehkäisyyn liittyvät ongelmat vertailtuna lapsettomuushoitoja saaneilla pareilla ja niillä, jotka eivät ole hoitoja tarvinneet**

	Lapsettomuushoidot	n	Mean Rank <sup>a</sup>	Mann-Witney-U-testi p= <sup>b</sup>
Ei-toivotun raskauden pelko	Kyllä	46	308,92	0,022
	Ei	503	271,90	
	Yhteensä	549		
Ehkäisyyn liittyvät ongelmat	Kyllä	46	317,45	0,015
	Ei	503	271,12	
	Yhteensä	549		

a Luokitteluasteikolla 1 aina – 6 ei koskaan

b Exact Test

**Orgasmiin liittyvä ongelma keskenmenon kokeneilla ja kokemattomilla**

	Keskenmeno	n	Mean Rank <sup>a</sup>	Mann-Witney- U-testi p= <sup>a</sup>
Orgasmiin liittyvä ongelma	Kyllä	111	245,85	0,027
	Ei	438	281,71	
	Yhteensä	549		

a Luokitteluasteikolla 1 aina – 6 ei koskaan

**Seksuaalista väkivaltaa kokeneiden määrä**

**Seksuaalisen väkivallan kokeminen**

		n	%	Valid Percent	Cumulative Percent
Seksuaalinen väkivalta	Kyllä	23	4,1	4,2	4,2
	Ei ole	520	92,9	95,8	100,0
	Yhteensä	543	97,0	100,0	
Puuttuva tieto		17	3,0		
Yhteensä		560	100,0		

**Seksuaalista väkivaltaa kokeneiden tyytymättömyys omaan ulkonäkönsä/vartalonsa verrattuna niihin, jotka eivät olleet joutuneet kokemaan seksuaalista väkivaltaa**

	Seksuaalinen väkivalta	n	Mean Rank <sup>a</sup>	Mann-Witney -U-testi p= <sup>b</sup>
Tyytymättömyys omaan ulkonäköön/vartaloon	Kyllä	23	126,54	< 0,001**
	Ei	517	276,90	
	Yhteensä	540		

a Luokitteluasteikolla 1 aina – 6 ei koskaan

b Exact Test

**Pari- ja seksuaalisuhteen kokeminen siviilisäädyn mukaan vertailtuna**

	Oletko naimisissa?	n	Mean Rank <sup>a</sup>	Mann-Whitney-U-testi p=
Parisuhteesi	Olen	353	290,29	<0,001
	En ole	194	244,35	
	Yhteensä	547		
Seksuaalinen suhteesi	Olen	360	274,43	0,520
	En ole	194	283,19	
	Yhteensä	554		

a) Luokitteluasteikolla 1 erittäin huono – 6 erittäin hyvä

**Pari- ja seksuaalisuhteen kokeminen perhemuodon mukaan vertailtuna**

	Perhemuoto	n	Mean Rank <sup>a</sup>	Mann-Whitney-U-testi p=
Parisuhteesi	Ei lapsia	120	319,24	<0,001
	Lapsi/lapsia	430	263,29	
	Yhteensä	550		
Seksuaalinen suhteesi	Ei lapsia	120	306,87	0,025
	Lapsi/lapsia	437	271,35	
	Yhteensä	557		

a) Luokitteluasteikolla 1 erittäin huono – 6 erittäin hyvä

**Pari- ja seksuaalisuhteen kokeminen fyysisen kunnon tyytyväisyyden mukaan**

	Fyysinen kunto	n	Mean Rank <sup>a</sup>	Mann-Whitney-U-testi p=
Parisuhteesi	Erittäin tyytyväinen tai tyytyväinen	298	290,50	0,009
	Tyytymätön tai erittäin tyytymätön	252	257,76	
	Yhteensä	550		
Seksuaalinen suhteesi	Erittäin tyytyväinen tai tyytyväinen	300	295,99	0,003
	Tyytymätön tai erittäin tyytymätön	255	256,84	
	Yhteensä	555		

a) Luokitteluasteikolla 1 erittäin huono – 6 erittäin hyvä

**Pari- ja seksuaalisuhteen kokeminen taloudellisen tilanteen tyytyväisyyden mukaan**

	Taloudellinen tilanne	n	Mean Rank <sup>a</sup>	Mann-Whitney-U-testi p=
Parisuhteesi	Erittäin tyytyväinen tai tyytyväinen	352	287,72	0,010
	Tyytymätön tai erittäin tyytymätön	198	253,77	
	Yhteensä	550		
Seksuaalinen suhteesi	Erittäin tyytyväinen tai tyytyväinen	356	282,38	0,365
	Tyytymätön tai erittäin tyytymätön	199	270,17	
	Yhteensä	555		

a) Luokitteluasteikolla 1 erittäin huono – 6 erittäin hyvä

**Pari- ja seksuaalisuhteen kokeminen kotitöiden jakautumisen tyytyväisyyden mukaan**

	Kotitöiden jakautuminen	n	Mean Rank <sup>a</sup>	Mann-Whitney-U-testi p=
Parisuhteesi	Erittäin tyytyväinen tai tyytyväinen	407	307,91	<0,001
	Tyytymätön tai erittäin tyytymätön	142	180,66	
	Yhteensä	549		
Seksuaalinen suhteesi	Erittäin tyytyväinen tai tyytyväinen	411	289,69	0,001
	Tyytymätön tai erittäin tyytymätön	143	242,48	
	Yhteensä	554		

a) Luokitteluasteikolla 1 erittäin huono – 6 erittäin hyvä



**Pari- ja seksuaalisuhteen kokeminen oman terveydentilan tyytyväisyyden mukaan**

	Terveys	n	Mean Rank <sup>a</sup>	Mann-Whitney-U-testi p= <sup>b</sup>
Parisuhteesi	Erittäin tyytyväinen tai tyytyväinen	483	279,46	0,094
	Tyytymätön tai erittäin tyytymätön	67	246,94	
	Yhteensä	550		
Seksuaalinen suhteesi	Erittäin tyytyväinen tai tyytyväinen	487	284,94	0,004
	Tyytymätön tai erittäin tyytymätön	68	228,33	
	Yhteensä	555		

a) Luokitteluasteikolla 1 erittäin huono – 6 erittäin hyvä

b) Exact test

**Pari- ja seksuaalisuhteen kokeminen koulutuksen mukaan**

	Koulutusluokka	n	Mean Rank
Parisuhteesi	1 peruskoulu tai vastaava	26	283,04
	2 keskiasteen koulutus	189	280,05
	3 opistotutkinto	71	257,32
	4 alempi korkeakoulututkinto tai ammattikorkeakoulututkinto	139	279,36
	5 ylempi korkeakoulututkinto tai enemmän	125	273,08
	Total	550	
Seksuaalinen suhteesi	1 peruskoulu tai vastaava	28	362,41
	2 keskiasteen koulutus	190	298,68
	3 opistotutkinto	71	268,11
	4 alempi korkeakoulututkinto tai ammattikorkeakoulututkinto	138	261,76
	5 ylempi korkeakoulututkinto tai enemmän	130	256,52
	Total	557	

a) Luokitteluasteikolla 1 erittäin huono – 6 erittäin hyvä

Test Statistics<sup>a,b,c</sup>

	Parisuhteesi	Seksuaalinen suhteesi
Chi-Square	1,461	16,118
df	4	4
Asymp. Sig.	,834	,003
Exact Sig.	.	.
Point Probability	.	.

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Koulutus

c. Some or all exact significances cannot be computed because the time limit has been exceeded.

### Pari- ja seksuaalisuhteen kokeminen suhteen keston mukaan

	Suhteen kesto	n	Mean Rank
Parisuhteesi	1 0-4	206	284,02
	2 5-9	188	263,90
	3 10-14	94	271,18
	4 15-21	59	275,69
	Total	547	
Seksuaalinen suhteesi	1 0-4	209	300,29
	2 5-9	189	264,76
	3 10-14	97	267,93
	4 15-21	59	253,31
	Total	554	

Test Statistics<sup>a,b,c</sup>

	Parisuhteesi	Seksuaalinen suhteesi
Chi-Square	1,907	7,757
df	3	3
Asymp. Sig.	,592	,051
Exact Sig.	.	.
Point Probability	.	.

a. Kruskal Wallis Test

b. Grouping Variable: Suhteen kesto

c. Some or all exact significances cannot be computed because the time limit has been exceeded.

## Pari- ja seksuaalisuhteen kokeminen lapsettomuushoitoja saaneilla ja saamattomilla

	Lapsettomuuteen liittyvät hoidot	n	Mean Rank a	Sum of Ranks
Parisuhteesi	1 Kyllä	47	307,11	14434,00
	2 Ei	499	270,33	134897,00
	Yhteensä	546		
Seksuaalinen suhteesi	1 Kyllä	47	261,89	12309,00
	2 Ei	506	278,40	140872,00
	Yhteensä	553		

a) Luokitteluasteikolla 1 erittäin huono – 6 erittäin hyvä

b) Exact test

Test Statistics<sup>a</sup>

	Parisuhte esi	Seksuaalinen suhteesi
Mann-Whitney U	10147,000	11181,000
Wilcoxon W	134897,0	12309,000
Z	-1,648	-,707
Asymp. Sig. (2-tailed)	,099	,480
Exact Sig. (2-tailed)	,100	,481
Exact Sig. (1-tailed)	,050	,240
Point Probability	,001	,000

a. Grouping Variable: t10 Lapsettomuuteen liittyvät hoidot

## Pari- ja seksuaalisuhteen kokeminen keskenmenon kokeneilla ja kokemattomilla

	Keskenmeno	N	Mean Rank	Sum of Ranks
Parisuhteesi	1 Kyllä	108	278,51	30079,50
	2 Ei	439	272,89	119798,50
	Total	547		
Seksuaalinen suhteesi	1 Kyllä	112	311,83	34924,50
	2 Ei	442	268,80	118810,50
	Total	554		

a) Luokitteluasteikolla 1 erittäin huono – 6 erittäin hyvä

b) Exact test

Test Statistics<sup>a</sup>

	Parisuhteesi	Seksuaalinen suhteesi
Mann-Whitney U	23218,500	20907,500
Wilcoxon W	119798,5	118810,500
Z	-,358	-2,651
Asymp. Sig. (2-tailed)	,721	,008
Exact Sig. (2-tailed)	,722	,008
Exact Sig. (1-tailed)	,362	,004
Point Probability	,002	,000

a. Grouping Variable: Keskenmeno

**Pari- ja seksuaalisuhteen kokeminen raskauden keskeytyksen kokeneilla ja kokemattomilla**

Raskaudenkeskeytyks		n	Mean Rank	Sum of Ranks
Parisuhteesi	On	69	286,55	19772,00
	Ei	478	272,19	130106,00
	Yhteensä	547		
Seksuaalinen suhteesi	On	70	292,26	20458,50
	Ei	484	275,36	133276,50
	Yhteensä	554		

a) Luokitteluasteikolla 1 erittäin huono – 6 erittäin hyvä

b) Exact test

Test Statistics<sup>a</sup>

	Parisuhteesi	Seksuaalinen suhteesi
Mann-Whitney U	15625,000	15906,500
Wilcoxon W	130106,0	133276,500
Z	-,762	-,861
Asymp. Sig. (2-tailed)	,446	,389
Exact Sig. (2-tailed)	,449	,390
Exact Sig. (1-tailed)	,225	,195
Point Probability	,002	,000

a. Grouping Variable: Raskaudenkeskeytyks

## Pari- ja seksuaalisuhteen kokeminen seksuaalista väkivaltaa kokeneilla ja kokemattomilla

Seks.väkivalta		N	Mean Rank	Sum of Ranks
Parisuhteesi	Kyllä	23	268,37	6172,50
	En ole	511	267,46	136672,50
	Yhteensä	534		
Seksuaalinen suhteesi	Kyllä	23	280,83	6459,00
	En ole	517	270,04	139611,00
	Yhteensä	540		

- a) Luokitteluasteikolla 1 erittäin huono – 6 erittäin hyvä  
b) Exact test

Test Statistics<sup>a</sup>

	Parisuhteesi	Seksuaalinen suhteesi
Mann-Whitney U	5856,500	5708,000
Wilcoxon W	136672,5	139611,000
Z	-,030	-,338
Asymp. Sig. (2-tailed)	,976	,735
Exact Sig. (2-tailed)	,978	,740
Exact Sig. (1-tailed)	,494	,370
Point Probability	,003	,002

a. Grouping Variable: Seksuaalisen väkivallan kokeminen

## Tutkittavien avio/avoeron harkitsemisen kerrat

Avio/avoeron harkitseminen

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Kaiken aikaa tai hyvin usein	4	,7	,7	,7
Useimmiten	2	,4	,4	1,1
Silloin tällöin	47	8,4	8,6	9,7
Harvoin tai en koskaan	493	88,0	90,3	100,0
Yhteensä	546	97,5	100,0	
Puuttuva tieto	14	2,5		
Yhteensä	560	100,0		

## Avioeron harkitseminen sukupuolen mukaan vertailtuna

	Sukupuoli	n	Mean Rank <sup>a</sup>	Mann-Whitney -U-testi p=
Avio/avoeron harkitseminen	Nainen	454	271,82	0,542
	Mies	92	281,77	
	Yhteensä	546		

- a) Luokitteluasteikolla 1 aina – 6 en koskaan

## Avioeron harkitseminen siviilisäädyn mukaan vertailtuna

Oletko naimisissa?		N	Mean Rank <sup>a</sup>	Mann-U-Whitney-test p=
Avio/avoeron harkitseminen	Olen	351	298,54	< 0,001
	En ole	192	223,48	
	Yhteensä	543		

a) Luokitteluasteikolla 1 aina – 6 en koskaan

## Seksuaalisen kanssakäymisen kerrat kuukaudessa vertailtuna fyysiseen kuntoonsa tyytyväisiä ja tyytymättömiä vastaajia

			Seksuaalinen kanssakäyminen kuukaudessa						Yhteensä
			alle 1	1-2	3-4	5-7	7-10	yli 10	
Tyytyväisyys fyysiseen kuntoon	Erittäin tyytyväinen tai tyytyväinen	n	24	52	65	77	50	29	297
	%Seksuaalinen kanssakäyminen kuukaudessa		51,1%	43,3%	48,9%	67,5%	61,7%	59,2%	54,6%
	Tyytymätön tai erittäin tyytymätön	n	23	68	68	37	31	20	247
	%Seksuaalinen kanssakäyminen kuukaudessa		48,9%	56,7%	51,1%	32,5%	38,3%	40,8%	45,4%
Yhteensä		n	47	120	133	114	81	49	544
		%Seksuaalinen kanssakäyminen kuukaudessa	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%

## Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	17,923 <sup>a</sup>	5	,003	,003		
Likelihood Ratio	18,126	5	,003	,003		
Fisher's Exact Test	17,976			,003		
Linear-by-Linear Association	9,058 <sup>b</sup>	1	,003	,003	,001	,000
N of Valid Cases	544					

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 21,34.

b. The standardized statistic is -3,010.

### Lapsettomien parien seksuaalisen kanssakäymisen kerrat kuukaudessa vertailtuna niihin, joilla jo on lapsi tai lapsia

				Seksuaalinen kanssakäyminen kuukaudessa						Yhteensä
				alle 1	1-2	3-4	5-7	7-10	yli 10	
Perhemuoto Ei lapsia/lapsia	Ei lapsia	n	4	28	22	23	16	25	118	
		% Seksuaalinen kanssakäyminen kuukaudessa	8,5%	23,3%	16,4%	20,0%	19,8%	51,0%	21,6%	
	Lapsi/lapsia	n	43	92	112	92	65	24	428	
		% Seksuaalinen kanssakäyminen kuukaudessa	91,5%	76,7%	83,6%	80,0%	80,2%	49,0%	78,4%	
Yhteensä		n	47	120	134	115	81	49	546	
		% Seksuaalinen kanssakäyminen kuukaudessa	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided) <sup>b</sup>	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	32,462 <sup>a</sup>	5	,000			
Likelihood Ratio	29,044	5	,000	,000		
Fisher's Exact Test	28,458			,000		
Linear-by-Linear Association	12,577 <sup>c</sup>	1	,000	,000	,000	,000
N of Valid Cases	546					

a. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 10,16.

b. Cannot be computed because there is insufficient memory.

c. The standardized statistic is -3,546.

### Kulttuurinen ulottuvuus: mukaan tulleiden asiiasältöjen välinen riippuvuus

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Rakastaminen	34,07	16,531	,550	,617	,635
Toisen kunnioitus ja arvostus	34,45	15,834	,572	,487	,624
Ystävyyys	34,47	15,382	,488	,408	,635
Sitoutuneisuus suhteeseen	33,96	17,557	,442	,547	,658
Avio/avoeron harkitseminen	34,33	17,226	,499	,375	,648
Rutiininomaisuus ja kaavamaisuus	35,89	15,694	,338	,155	,677
Ahdistusta ja häpeän tunnetta	34,35	17,322	,260	,096	,689
Rauhallisen ajan määrä seksuaaliseen kanssakäymiseen	36,25	16,191	,204	,070	,728

## Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,691	,744	8

Ryhmä 1, joilla on seksuaalisuuden kulttuuriseen ulottuvuuteen liittyviä hyvinvointia ylläpitäviä ja edistäviä tekijöitä ja ryhmä 0, joilla edellä mainittuja tekijöitä on vähän

## Kulttuurinen

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1 Sisältyy	323	57,7	63,6	63,6
0 Ei sisälly	185	33,0	36,4	100,0
Yhteensä	508	90,7	100,0	
Puuttuvat	52	9,3		
Yhteensä	560	100,0		

## Seksuaalisuuden kulttuurinen ulottuvuus (taaksepäin askeltava logistinen regressioanalyysi)

## Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 perhemuoto(1)	1,773	,361	24,118	1	,000	5,887	2,902	11,944
t7r(1)	,118	,225	,273	1	,601	1,125	,724	1,748
t1r(1)	-,075	,274	,075	1	,785	,928	,543	1,587
koulutusluok			5,833	4	,212			
koulutusluok(1)	,303	,523	,336	1	,562	1,355	,486	3,777
koulutusluok(2)	,122	,569	,046	1	,830	1,130	,370	3,446
koulutusluok(3)	,309	,537	,331	1	,565	1,363	,475	3,907
koulutusluok(4)	,772	,539	2,049	1	,152	2,165	,752	6,231
t6r_v			,583	3	,900			
t6r_v(1)	,154	,247	,389	1	,533	1,167	,718	1,895
t6r_v(2)	,046	,299	,024	1	,877	1,047	,583	1,881
t6r_v(3)	,205	,353	,339	1	,561	1,228	,615	2,450
Constant	-2,534	,637	15,809	1	,000	,079		

a. Variable(s) entered on step 1: perhemuoto, t7r, t1r, koulutusluok, t6r\_v.



Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1								
perhemuoto(1)	1,740	,353	24,258	1	,000	5,695	2,850	11,380
t7r(1)	,033	,207	,025	1	,873	1,033	,689	1,550
Constant	-2,071	,353	34,516	1	,000	,126		
Step 2								
perhemuoto(1)	1,733	,350	24,457	1	,000	5,655	2,846	11,237
Constant	-2,054	,336	37,399	1	,000	,128		

a. Variable(s) entered on step 1: perhemuoto, t7r.

### Ilmaisemattomat seksuaaliset tarpeet ja yhteys seksuaalisen kanssakäymisen kertoihin

	Seksuaaliset tarpeet joita et uskalla sanoa ääneen <sup>a</sup>						Yhteensä	$\chi^2$ - testi <sup>b</sup>
	Seksuaalisuuden kanssakäymisen kerrat/ kuukaudessa							
	Alle 1	1-2	3-4	5-7	7-10 tai yli 10			
n	47	118	133	115	130	543	p<0,001**	
Mean Rank	342,50	303,77	268,86	264,68	227,36			

a Asteikolla 1 ei ollenkaan - asteikolle 6 erittäin paljon

b Kruskal-Wallis testi

### Psykologinen ulottuvuus: mukaan tulleiden asiasisältöjen välinen riippuvuus

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Parisuhteen odotusten täyttyminen	34,45	29,953	,671	,540	,858
Henkisen yhteyden kokeminen	34,29	29,329	,731	,605	,852
Läheisyyden määrä	34,46	29,329	,671	,545	,857
Minun tunteiden ilmaisu	34,20	30,050	,683	,580	,857
Kumppanin tunteiden ilmaisu	34,64	28,985	,673	,529	,857
Mahdollisuus ilmaista itseään avoimesti	34,34	29,064	,655	,549	,859
Keskusteluyhteyden toimivuus	34,55	28,595	,725	,568	,851
Uskallan sanoa seksuaaliset tarpeeni ääneen	34,37	32,069	,348	,153	,894

## Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,876	,881	8

Ryhmä 1, joilla on seksuaalisuuden psykologiseen ulottuvuuteen liittyviä hyvinvointia ylläpitäviä ja edistäviä tekijöitä ja ryhmä 0, joilla edellä mainittuja tekijöitä on vähän

## Psykologinen

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1 Sisältyy	363	64,8	66,1	66,1
0 Ei sisälly	186	33,2	33,9	100,0
Yhteensä	549	98,0	100,0	
Puuttuva tieto	11	2,0		
Yhteensä	560	100,0		

## Psykologinen ulottuvuus (taaksepäin askeltava logistinen regressioanalyysi)

## Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 perhemuoto (1)	,712	,257	7,661	1	,006	2,038	1,231	3,373
t7r(1)	1,036	,217	22,683	1	,000	2,817	1,840	4,314
t1r(1)	-,554	,257	4,644	1	,031	,575	,347	,951
koulutusluok			7,082	4	,132			
koulutusluok(1)	,050	,456	,012	1	,913	1,051	,430	2,571
koulutusluok(2)	,411	,505	,661	1	,416	1,508	,560	4,060
koulutusluok(3)	-,052	,474	,012	1	,913	,949	,375	2,405
koulutusluok(4)	,584	,475	1,511	1	,219	1,793	,707	4,548
t6r_v			2,370	3	,499			
t6r_v(1)	,148	,240	,383	1	,536	1,160	,725	1,856
t6r_v(2)	,237	,296	,642	1	,423	1,268	,710	2,263
t6r_v(3)	,522	,344	2,305	1	,129	1,686	,859	3,310
Constant	-1,521	,531	8,209	1	,004	,218		

a. Variable(s) entered on step 1: perhemuoto, t7r, t1r, koulutusluok, t6r\_v.

## Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% C.I. for EXP(B)	
							Lower	Upper
Step 1 perhemuoto(1)	,775	,247	9,881	1	,002	2,170	1,339	3,519
t7r(1)	,817	,195	17,581	1	,000	2,264	1,545	3,316
Constant	-1,593	,249	40,848	1	,000	,203		

a. Variable(s) entered on step 1: perhemuoto, t7r.

## Ristiriitatilanteiden hallinta: mukaan tulleiden asiasisältöjen välinen riippuvuus

	Scale Mean if Item Deleted	Scale Variance if Item Deleted	Corrected Item-Total Correlation	Squared Multiple Correlation	Cronbach's Alpha if Item Deleted
Saattaa loukata minua	14,15	22,573	,546	,445	,771
Lyö tai on uhkaava	15,57	28,239	,301	,128	,809
Kieltäytyy puhumasta	14,04	21,484	,547	,383	,772
Raivostuu ja katu myöhemmin	14,42	21,938	,562	,458	,768
Vetäytyy ja asia ei kiinnosta häntä	14,32	21,914	,537	,412	,774
Ei yritäkään keskustella rauhassa	13,83	21,608	,658	,475	,750
Ei yritäkään etsiä vaihtoehtoja	13,84	22,319	,582	,399	,765

## Reliability Statistics

Cronbach's Alpha	Cronbach's Alpha Based on Standardized Items	N of Items
,800	,797	7

Ryhmä 1:ssä vastaajat, jotka kokevat, että heidän kumppaneillaan on hyvät ristiriitatilanteiden hallintakeinot ja ryhmä 0:ssä vastaajat, jotka kokevat, että heidän kumppaneidensa ristiriitatilanteiden hallintakeinot eivät ole hyvät

## Ristiriidat

	Frequency	Percent	Valid Percent	Cumulative Percent
Valid 1 Hallitsee	332	59,3	60,3	60,3
0 Ei hallitse	219	39,1	39,7	100,0
Yhteensä	551	98,4	100,0	
Puuttuva tieto	9	1,6		
Yhteensä	560	100,0		

## Ristiriidat (taaksepäin askeltava logistinen regressioanalyysi)

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% C.I. for EXP(B)		
							Lower	Upper	
Step 1 <sup>a</sup>	perhemuoto(1)	,647	,243	7,095	1	,008	1,910	1,186	3,075
	t7r(1)	,583	,206	8,004	1	,005	1,791	1,196	2,682
	t1r(1)	-,454	,249	3,309	1	,069	,635	,390	1,036
	koulutusluok			6,815	4	,146			
	koulutusluok(1)	-,406	,432	,886	1	,347	,666	,286	1,552
	koulutusluok(2)	-,071	,481	,022	1	,882	,931	,363	2,391
	koulutusluok(3)	-,751	,449	2,800	1	,094	,472	,196	1,137
	koulutusluok(4)	-,599	,453	1,751	1	,186	,549	,226	1,334
	t6r_v			1,593	3	,661			
	t6r_v(1)	,227	,227	,999	1	,318	1,255	,804	1,959
	t6r_v(2)	,316	,283	1,246	1	,264	1,372	,787	2,390
	t6r_v(3)	,110	,338	,105	1	,746	1,116	,575	2,166
	Constant	-,428	,500	,733	1	,392	,652		
Step 2	perhemuoto(1)	,702	,238	8,725	1	,003	2,018	1,267	3,217
	t7r(1)	,522	,195	7,179	1	,007	1,685	1,150	2,467
	t1r(1)	-,404	,245	2,729	1	,099	,668	,413	1,078
	koulutusluok			6,150	4	,188			
	koulutusluok(1)	-,373	,429	,754	1	,385	,689	,297	1,598
	koulutusluok(2)	-,017	,476	,001	1	,971	,983	,387	2,498
	koulutusluok(3)	-,672	,443	2,301	1	,129	,511	,214	1,217
	koulutusluok(4)	-,538	,448	1,444	1	,230	,584	,243	1,404
Constant	-,398	,497	,642	1	,423	,671			
Step 3	perhemuoto(1)	,771	,235	10,778	1	,001	2,161	1,364	3,424
	t7r(1)	,540	,190	8,084	1	,004	1,717	1,183	2,491
	t1r(1)	-,442	,241	3,367	1	,067	,643	,401	1,031
	Constant	-,847	,294	8,312	1	,004	,429		

a. Variable(s) entered on step 1: perhemuoto, t7r, t1r, koulutusluok, t6r\_v.

Variables in the Equation

	B	S.E.	Wald	df	Sig.	Exp(B)	95,0% C.I. for EXP(B)		
							Lower	Upper	
Step 1 <sup>a</sup>	perhemuoto(1)	,738	,233	10,065	1	,002	2,093	1,326	3,302
	t7r(1)	,507	,189	7,234	1	,007	1,661	1,148	2,403
	Constant	-,189	,233	26,105	1	,000	,305		

a. Variable(s) entered on step 1: perhemuotrrr, t7r.

## Uskonnon tärkeys tutkittavien elämässä

Uskonnon tärkeys

	n	%	Valid Percent	Cumulative Percent
Hyvin tärkeä tai tärkeä	161	28,8	28,8	28,8
Ei kovin tärkeä tai lainkaan tärkeä	382	68,2	68,3	97,1
En osaa sanoa	16	2,9	2,9	100,0
Yhteensä	559	99,8	100,0	
Puuttuva tieto	1	,2		
Yhteensä	560	100,0		

## Tutkittavien vastauksia seksuaalisuuteen liittyvistä väittämistä sukupuolen mukaan vertailtuna

	Sukupuoli	n	Mean Rank <sup>a</sup>	Mann-Witney-U
Sukupuolielämän aktiivisuuden merkitys hyvinvoinnille/terveydelle	Nainen	464	275,11	p= 0,207
	Mies	92	295,58	
	Yhteensä	556		
Ikä ja seksi	Nainen	463	284,46	0,028
	Mies	92	245,48	
	Yhteensä	555		
Pornografian katselu	Nainen	463	260,11	<0,001**
	Mies	92	368,05	
	Yhteensä	555		
Itsetyydytys parisuhteessa	Nainen	462	276,21	0,672
	Mies	92	283,96	
	Yhteensä	554		
Seksuaaliset taidot	Nainen	462	272,36	0,080
	Mies	92	303,29	
	Yhteensä	554		
Uskottomuus pilaa suhteen ja siitä seuraa aina ero	Nainen	464	274,78	0,203
	Mies	92	297,24	
	Yhteensä	556		
En voi olla koskaan uskoton	Nainen	464	275,73	0,303
	Mies	92	292,47	
	Yhteensä	556		
Kumppanini ei voi olla minulle uskoton	Nainen	461	273,70	0,253
	Mies	92	293,51	
	Yhteensä	553		
Uskottomuutta ei voi antaa anteeksi	Nainen	463	280,89	0,337
	Mies	92	263,46	
	Yhteensä	555		

a) asteikolla 1 ei pidä lainkaan paikkansa - 6 pitää täysin paikkansa

**Tutkittavien vastauksia seksuaalisuuteen liittyvistä väittämistä uskonnon tärkeyden mukaan vertailtuna**

	Uskonnon tärkeys	n	Mean Rank <sup>a</sup>	Mann-Witney-U
Prnografian katselu	Hyvin tärkeä tai tärkeä	160	188,20	p= <0,001**
	Ei kovin tärkeä tai lainkaan tärkeä	378	303,91	
	Yhteensä	538		
Itsetyydytys parisuhteessa	Hyvin tärkeä tai tärkeä	161	228,39	<0,001**
	Ei kovin tärkeä tai lainkaan tärkeä	378	287,72	
	Yhteensä	539		
Uskottomuus pilaa suhteen ja siitä seuraa aina ero	Hyvin tärkeä tai tärkeä	161	262,96	0,473
	Ei kovin tärkeä tai lainkaan tärkeä	378	273,00	
	Yhteensä	539		
En voi olla koskaan uskoton	Hyvin tärkeä tai tärkeä	161	280,08	0,265
	Ei kovin tärkeä tai lainkaan tärkeä	378	265,71	
	Yhteensä	539		
Kumppanini ei voi olla minulle uskoton	Hyvin tärkeä tai tärkeä	161	285,02	0,083
	Ei kovin tärkeä tai lainkaan tärkeä	375	261,41	
	Yhteensä	536		
Uskottomuutta ei voi antaa anteeksi	Hyvin tärkeä tai tärkeä	160	249,79	0,049
	Ei kovin tärkeä tai lainkaan tärkeä	378	277,84	
	Yhteensä	538		

a) 1 ei pidä lainkaan paikkansa - 6 pitää täysin paikkansa

## Tutkittavien vastauksia seksuaalisuuteen liittyvistä väittämistä siviilisäädyn mukaan vertailtuna

	Oletko naimisissa?	n	Mean Rank <sup>a</sup>	Mann-WWhitney-U-testi p=
Sukupuolielämän aktiivisuuden merkitys hyvinvoinnille/terveydelle	Olen	359	275,95	0,820
	En ole	194	278,94	
	Yhteensä	553		
Ikä ja seksi	Olen	358	280,55	0,396
	En ole	194	269,02	
	Yhteensä	552		
Prnografian katselu	Olen	358	256,37	<0,001
	En ole	194	313,65	
	Yhteensä	552		
Itsetyydytys parisuhteessa	Olen	358	262,48	0,005
	En ole	193	301,08	
	Yhteensä	551		
Seksuaaliset taidot	Olen	357	260,69	0,001
	En ole	194	304,17	
	Yhteensä	551		
Uskottomuus pilaa suhteen ja siitä seuraa aina ero	Olen	359	271,73	0,272
	En ole	194	286,74	
	Yhteensä	553		
En voi olla koskaan uskoton	Olen	359	289,67	0,003
	En ole	194	253,55	
	Yhteensä	553		
Kumppanini ei voi olla minulle uskoton	Olen	358	289,10	0,002
	En ole	192	250,14	
	Yhteensä	550		
Uskottomuutta ei voi antaa anteeksi	Olen	358	268,66	0,106
	En ole	194	290,97	
	Yhteensä	552		

a) asteikolla 1 ei pidä lainkaan paikkansa - 6 pitää täysin paikkansa

### Seksuaalisen suhteen hyväksi tai huonoksi kokemisen yhteys kokemukseen seksuaalisista taidoista

			Seksuaalinen suhde	Seksuaalinen taitavuus
Spearman's rho	Seksuaalinen suhde	Correlation Coefficient	1,000	,260**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	557	551
	Seksuaalinen taitavuus	Correlation Coefficient	,260**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	551	554

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

### Seksuaaliterveyteen liittyvää neuvontaa ja tukea tarvitsevat sukupuolen mukaan vertailtuna

#### Oletko tarvinnut joskus elämäsi aikana neuvontaa/tukea /Sukupuoli /Ristiintaulukointi

			Sukupuoli		Yhteensä
			Nainen	Mies	
Oletko tarvinnut joskus elämäsi aikana neuvontaa/tukea	Kyllä	n	128	15	143
		% Sukupuoli	27,7%	16,5%	25,9%
	En	n	334	76	410
		% Sukupuoli	72,3%	83,5%	74,1%
Yhteensä		n	462	91	553
		% Sukupuoli	100,0%	100,0%	100,0%

#### Chi-Square Tests

	Value	df	Asymp. Sig. (2-sided)	Exact Sig. (2-sided)	Exact Sig. (1-sided)	Point Probability
Pearson Chi-Square	4,994 <sup>b</sup>	1	,025	,026	,015	
Continuity Correction <sup>a</sup>	4,426	1	,035			
Likelihood Ratio	5,400	1	,020	,026	,015	
Fisher's Exact Test				,026	,015	
Linear-by-Linear Association	4,985 <sup>c</sup>	1	,026	,026	,015	,008
N of Valid Cases	553					

a. Computed only for a 2x2 table

b. 0 cells (.0%) have expected count less than 5. The minimum expected count is 23,53.

c. The standardized statistic is 2,233.



## Neuvontaa ja tukea saaneiden sekä sitä saamattomien määrät

## Oletko saanut joltain taholta neuvontaa/tukea

	n	%	Valid Percent	Cumulative Percent
Kyllä	75	13,4	44,9	44,9
En	92	16,4	55,1	100,0
Yhteensä	167	29,8	100,0	
Puuttuva tieto	393	70,2		
Yhteensä	560	100,0		

## Fyysisen kunnon yhteys seksuaaliseen haluun ja tyytyväisyyteen omaan ulkonäköön/vartaloon

	Fyysinen kunto	n	Mean Rank	Sum of Ranks
Oma seksuaalinen halun puute	Erittäin tyytyväinen tai tyytyväinen	301	296,46	89235,00
	Tyytymätön tai erittäin tyytymätön	251	252,56	63393,00
	Yhteensä	552		
Tyytymättömyys oman ulkonäköön/vartaloon	Erittäin tyytyväinen tai tyytyväinen	300	299,30	89789,00
	Tyytymätön tai erittäin tyytymätön	249	245,73	61186,00
	Yhteensä	549		

Test Statistics<sup>a</sup>

	Oman seksuaalisen halun puute	Tyytymättömyys omaan ulkonäköön /vartaloon
Mann-Whitney U	31767,000	30061,000
Wilcoxon W	63393,000	61186,000
Z	-3,370	-4,109
Asymp. Sig. (2-tailed)	,001	,000

a. Grouping Variable: t14r\_2 Tyytyväisyys fyysiseen kuntoon

**Parisuhteen tyytyväisyyden ja parisuhteen alkuperäisten odotusten täyttymisen välinen yhteys**

			Parisuhteesi	Alkuperäisten odotusten täytyminen
Spearman's rho	Parisuhteesi	Correlation Coefficient	1,000	,499**
		Sig. (2-tailed)	.	,000
		N	550	550
	Alkuperäisten odotusten täytyminen	Correlation Coefficient	,499**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	.
		N	550	556

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).

**Ristiriitojen hallintataitojen ja kulttuurisen sekä psykologisen seksuaalista hyvinvointia lisäävien, ylläpitävien ja heikentävien asioiden yhteys toisiinsa****Correlations**

			Ristiriitojen hallinta taidot	Kulttuurinen ulottuus	Psykologinen ulottuvuus
Spearman's rho	Ristiriitojen hallinta taidot	Correlation Coefficient	1,000	,205**	,380**
		Sig. (2-tailed)	.	,000	,000
		n	551	500	542
	Kulttuurinen ulottuus	Correlation Coefficient	,205**	1,000	,307**
		Sig. (2-tailed)	,000	.	,000
		n	500	508	503
	Psykologinen ulottuvuus	Correlation Coefficient	,380**	,307**	1,000
		Sig. (2-tailed)	,000	,000	.
		n	542	503	549

\*\* . Correlation is significant at the 0.01 level (2-tailed).