

Piia Nousiainen

**KAINUULAISTEN 20 - 54-VUOTIAIDEN NAISTEN RISKIALTIS SEKSUAALI-
KÄYTTÄYTYMINEN**

Opinnäytetyö
Kajaanin ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala
Hoitotyön koulutusohjelma
Syksy 2013



Koulutusala Sosiaali- terveys- ja liikunta-ala	Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma
Tekijä(t) Piia Nousiainen	
Työn nimi Kainuulaisten 20 - 54-vuotiaiden naisten riskialtis seksuaalikäyttäytyminen	
Vaihtoehtoiset ammattiopinnot Terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto	Ohjaaja(t) Sirpa Parviainen Toimeksiantaja THL:n, Kajaanin AMK:n ja Kainuun sote- kuntayhtymän yhteistyö / Arja Oikarinen
Aika Syksy 2013	Sivumäärä ja liitteet 44 + 1
<p>Opinnäytetyössä tarkasteltiin kainuulaisten 20 – 54-vuotiaiden naisten seksuaalikäyttäytymistä ja sen riskialttiita piirteitä. Riskialttiin seksuaalikäyttäytymisen piirteinä pidettiin yhdyntään johtavia yhden illan suhteita sekä raskaudenkeskeytyksiä.</p> <p>Työn aihe nousi esille Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymästä, jossa haluttiin tarkempaa tietoa naisväestön seksuaalikäyttäytymisestä. Aineiston on kerännyt Terveyden ja hyvinvoinnin laitos vuonna 2010. Opinnäytetyö toteutettiin käyttäen määrällistä tutkimusotetta. Työn tarkoituksena oli kuvailla kainuulaisten naisten seksuaalikäyttäytymistä. Tavoitteena oli tuoda tunnuslukujen kautta ilmi tietoa, jota voidaan hyödyntää esimerkiksi julkisen terveydenhuollon linjausten suunnittelussa sekä palveluiden kohdentamisessa.</p> <p>Pääongelmana oli: Millaista on kainuulaisten naisten seksuaalikäyttäytyminen? Osaongelmia oli kolme: 1) Minkä verran kainuulaisten 20 - 54-vuotiaiden naisten keskuudessa esiintyy riskialtista seksuaalikäyttäytymistä? 2) Mihin ikäryhmään kuuluvien naisten seksuaalikäyttäytymisessä on eniten riskialttiita piirteitä? 3) Millainen kohderyhmä tarvitsee eniten seksuaaliterveyden edistämistä?</p> <p>Saatu aineisto analysoitiin tilastollisilla tietokoneohjelmilla ristiintaulukoimalla ja tarkastelemalla frekvenssejä sekä korrelaatioita.</p> <p>Riskialtista seksuaalikäyttäytymistä esiintyy kainuulaisten naisten keskuudessa melko saman verran kuin muuallakin Suomessa.</p> <p>Kainuulaisilla naisilla nuorimmassa ikäryhmässä esiintyy enemmän seksuaalisesti riskialttiita piirteitä kuin vanhemmilla naisilla. Yhdyntään johtaneet yhden illan suhteet ovat yleisimpiä alle 30-vuotiaiden naisten keskuudessa. Seksuaaliterveyden edistämisestä hyötyisi eniten nuorempi, alle 30-vuotias naisväestö. Riskialtis seksuaalikäyttäytyminen on yleisempää niiden keskuudessa, jotka käyttävät reilummin alkoholia ja jotka ovat kannabiksen käyttäjiä. Myös masentuneisuus on yleisempää niiden keskuudessa, jotka ovat olleet yhden illan suhteissa. Naisista ne, joille oli joskus tehty raskaudenkeskeytys, olivat suuremmalla todennäköisyydellä olleet vuoden sisällä yhden illan suhteessa.</p> <p>Jatkotutkimusaiheina esiin nousi 1) nuorten aikuisten seksuaalisen riskinoton taustalla olevien tekijöiden selvittäminen, 2) minkä verran päihdepalveluiden yhteydessä toteutetaan seksuaaliterveyden edistämistä, 3) kuinka ehkäisyn aloitus toteutuu raskauden keskeytyksen jälkeen, ja 4) kuinka hoitoketjun eri toimijat varmistavat potilaan tai asiakkaan raskauden ehkäisyn toteutumisen raskaudenkeskeytyksen jälkeen.</p>	
Kieli	Suomi
Asiasanat	Seksuaaliterveys, riskialtis seksuaalikäyttäytyminen, terveyden edistäminen
Säilytyspaikka	<input checked="" type="checkbox"/> Verkkokirjasto Theseus <input type="checkbox"/> Kajaanin ammattikorkeakoulun kirjasto



School Health and Sports	Degree Programme Nursing
Author(s) Nousiainen Piia	
Title High-Risk Sexual Behavior in 20-54-Year-Old Women in Kainuu Region	
Optional Professional Studies Public Health Nursing	Instructor(s) Parviainen Sirpa
	Commissioned by National Institute for Health and Welfare, and Kainuu Social and Health Care Joint Authority
Date Autumn 2013	Total Number of Pages and Appendices 44 + 1
<p>This thesis focuses on sexual behavior among women aged 20 - 54 in Kainuu region and related features. Abortions and casual relationships leading to intercourse are considered to be the features of high-risk sexual behavior. The topic of this thesis was introduced by Kainuu Social and Health Care Joint Authority that wanted more specific information about the sexual behavior of the female population. The data used in this thesis was collected by the National Institute of Health and Welfare in 2010.</p> <p>This thesis was completed by using the quantitative research method. The purpose was to describe the sexual behavior of women living in Kainuu region. The goal was to produce information which could be used, for example, for planning public policies and allocating the services. The main research problem was to explore what the sexual behavior of women was like in Kainuu region. This problem was divided into three sub-problems: 1) How common is high-risk sexual behavior among 20-54-year-old women in Kainuu region? 2) At what age group does women's sexual behavior entail most high-risk features? 3) What kind of target group needs sexual health promotion most?</p> <p>The data was analysed with statistical computer programs by observing frequencies and using cross tabulation. High-risk sexual behavior occurs as commonly in Kainuu as elsewhere in Finland. The youngest age group displays more high-risk, sexual features than the oldest. Casual relationships that lead to intercourse are more common among under-30-year-old women. The youngest, under-30-year-old women benefit most likely from sexual health promotion. High-risk sexual behavior is more common among women who use alcohol frequently or who use cannabis. Depression is more common among those who have had casual relationships</p> <p>Themes for further research include factors contributing to sexual risk taking among young adults, inclusion of sexual health promotion in services for substance abusers, starting post-abortion contraception and ensuring post-abortion contraception.</p>	
Language of Thesis	Finnish
Keywords	Sexual health, high-risk sexual behavior, health promotion
Deposited at	<input checked="" type="checkbox"/> Electronic library Theseus <input type="checkbox"/> Library of Kajaani University of Applied Sciences

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 SEKSUAALITERVEYS	3
2.1 Seksuaaliterveyden edistäminen	5
2.2 Riskialtis seksuaalikäyttäytyminen	9
3 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	12
4 TUTKIMUSAINEISTO	14
4.1 Kyselylomakkeen kuvaus	14
4.2 Otos	16
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	17
5.1 Aineiston keruu	18
5.2 Tutkimusaineiston käsittely ja aineistoanalyysi	18
6 KAINUULAISTEN NAISTEN SEKSUAALIKÄYTTÄYTYMINEN	21
6.1 Yhdyntään johtaneet yhden illan suhteet	21
6.2 Raskaudenkeskeytykset	27
7 JOHTOPÄÄTÖKSET	32
7.1 Yhdyntään johtaneet yhden illan suhteet	32
7.2 Raskaudenkeskeytykset	34
8 POHDINTA	38
8.1 Opinnäytetyön luotettavuus	38
8.2 Eettisyys	39
8.3 Oma ammatillinen kasvu	40
LÄHTEET	43

LIITTE 1 Aineistotaulukot

1 JOHDANTO

Suomalaisen väestön seksuaali- ja lisääntymisterveyden tila on kansainvälisesti tarkastellen hyvä. Haasteita kuitenkin tarjoaa muun muassa raskaudenkeskeytysten ja sukupuolitautilien ehkäisy sekä yhteiskunnan seksualisoituminen. Lisäksi päihteiden käyttö lisää seksuaalista riskikäyttäytymistä. (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma 2007, 19 - 20.)

Opinnäytetyön aihe nousi esiin työelämästä, kun Kainuun sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymän taholta esitettiin toive kainuulaisten naisten seksuaaliseen käyttäytymiseen puretuvasta opinnäytetyöstä. Aiheeseen oli jo saatavilla tutkimusaineisto (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus), mutta sitä ei päästy hyödyntämään, koska sitä ei oltu analysoitu. Tämän opinnäytetyön tulokset pohjautuvat Alueelliseen terveys- ja hyvinvointitutkimukseen.

Suomalaisten seksuaalista käyttäytymistä ovat aiemmin tutkineet muun muassa Kuortti ja Jähi (2009), jotka keskittyivät tutkimuksessaan nuoriin naisiin (15 - 18-vuotta) ja heidän arvoihinsa ja valintoihinsa seksuaalisen riskikäyttäytymisen näkökulmasta. Nuorten aikuisten (18 - 29-vuotta) seksuaalista riskikäyttäytymistä ja suojaavia tekijöitä ovat tutkineet Haavio-Mannila, Hemminki, Koponen ja Nikula (2007). Tutkimuksessa vertailtiin sukupuolten välisiä väestöryhmittäisiä vastaavuuksia. Tutkimuksessa tarkasteltiin seksipartnereiden ja satunnaisten seksisuhteiden määriä ja ehkäisyn käyttöä. Dubikaytis, Haavio-Mannila, Hemminki, Karro, Kuznetsova, Laanpere, Nikula ja Regushevskaya (2009) ovat tutkimuksessaan vertailleet raskauden keskeytykseen johtavia riskitekijöitä pietarilaisten, virolaisten ja suomalaisten fertiili-ikäisten naisten kesken.

Vaikka Suomalaisten seksuaaliterveydestä ja seksuaalikäyttäytymisestä on useita tutkimuksia, on hyödyllistä tutkia asiaa myös paikallisemmalla tasolla. Tutkimalla riskialtista seksuaalista käyttäytymistä kainuulaisten naisten keskuudessa, saadaan tarkempaa tietoa, jota voidaan esimerkiksi hyödyntää palvelujen kohdentamisessa.

Tämän määrällisellä tutkimusotteella toteutetun opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla kainuulaisten naisten seksuaalikäyttäytymistä. Tavoitteena on tuoda tunnuslukujen kautta ilmi tietoa, jota voidaan hyödyntää esimerkiksi julkisen terveydenhuollon linjausten suunnittelussa sekä palveluiden kohdentamisessa.

Opinnäytetyön pääongelmana on ”millaista on kainuulaisten naisten seksuaalikäyttäytymisen?” Osaongelmat ovat 1) Minkä verran kainuulaisten 20 - 54-vuotiaiden naisten keskuudessa esiintyy riskialtista seksuaalikäyttäytymistä? 2) Mihin ikäryhmään kuuluvien naisten seksuaalikäyttäytymisessä on eniten riskialttiita piirteitä? 3) Millainen kohderyhmä tarvitsee eniten seksuaaliterveyden edistämistä?

Opinnäytetyön kohderyhmä on rajattu 20 - 54-vuotiaisiin, koska tutkimusaineistoa oli saatavilla ainoastaan tästä ikäryhmästä. Riskialttiin seksuaalisen käyttäytymisen ilmenemismuotoja voivat olla suojaamattoman seksin harrastaminen ja useat seksipartnerit (Rew & Taylor-Seehafer 2000, 15). Riskialttiin seksuaalikäyttäytymisen seurauksena saattaa olla ei-toivottu raskaus ja seksitaudit (Kontula, Kosonen & Papp 2000, 15). Tässä opinnäytetyössä riskialttiina seksuaalisena käyttäytymisenä pidetään yhdyntään johtaneita yhden illan suhteita, kondomin käytön laiminlyöntiä yhden illan suhteissa sekä raskauden keskeytyksiä.

Riskialttiille seksuaalikäyttäytymiselle voivat altistaa krooninen masennus ja päihteiden käyttö. Kondomin käytön laiminlyöminen saattaa olla seurauksena alkoholin käytöstä ennen seksin harrastamista. Myös parisuhteen puuttuminen on tekijä, joka vaikuttaa altistavasti seksuaaliseen riskinottoon. (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma 2007, 20; Kontula ym. 2000, 16; Haavio-Mannila ym. 2007, 303 - 304.) Opinnäytetyössä tarkastellaan näiden ilmiöiden esiintyvyyttä niillä naisilla, joilla esiintyy riskialtista seksuaalikäyttäytymistä. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmassa (2007, 99) todetaan, että raskauden keskeytyksen jälkeinen ehkäisy ei aina toteudu. Myös nuorten, alle 25-vuotiaiden keskuudessa ehkäisymenetelmät ovat riittämättömiä. Opinnäytetyössä selvitetään myös riskialttiin seksuaalisen käyttäytymisen esiintyvyyttä eri ikäryhmissä. Tarkastellaan myös raskauden keskeytysten määrää henkilöä kohden. Näin saadaan viitteitä siitä, ovatko toistuvat raskaudenkeskeytykset yleisiä kainuulaisilla naisilla, ja onko keskeytyksen jälkeinen ehkäisy riittävää.

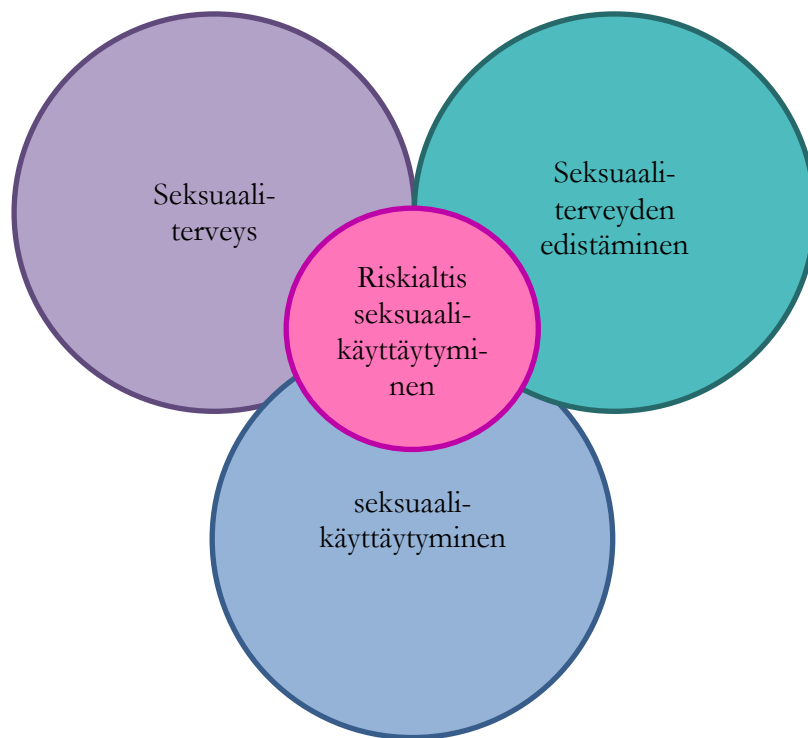
Tutkimusaineisto on tilattu Terveiden ja hyvinvoinnin laitokselta. Aineistoa tilatessa on valittu eri muuttujat, joita on haluttu tarkastella ja analysoida. Muuttujat on valittu tutkimusongelman ja teoreettisen viitekehyksen perusteella. Aineisto on analysoitu tietokoneella ristiintaulukoimalla ja frekvenssejä tarkastelemalla käyttäen tilasto-ohjelmaa.

2 SEKSUAALITERVEYS

Tässä luvussa käsitellään seksuaaliterveyttä ja sen määritelmää sekä seksuaaliterveyden edistämistä ja sen toimijoita sekä maailmanlaajuisesti että Euroopan, Suomen ja Kainuun tasoilta katsottuna. Luvussa tarkastellaan myös terveydenhoitajan työtä ja sitä, miten seksuaaliterveyden edistäminen näkyy terveydenhoitajan käytännön työssä. Kappaleessa on myös avattu seksuaalikäyttäytymisen käsitettä ja tarkasteltu sen riskialttiita piirteitä eri tutkimusten avulla. Tarkasteltavat tutkimukset on valittu niin, että ne käsittelevät mahdollisimman laajasti eri ikäkausia.

Termi ”seksuaaliterveys” on ollut käytössä jo 1970- ja -80-luvuilla. Maailmanlaajuisesti sitä on käytetty yleisesti 1990-luvulta lähtien. (Lottes 2000, 17 - 19.) Vuonna 2000 Maailman Terveysjärjestö WHO sekä Pan American Health Organization PAHO kokosivat työryhmän tarkentamaan määritelmää. Tuolloin seksuaaliterveys määriteltiin ”*fyyssisen, emotionaalisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaksi subteessa seksuaalisuuteen*”. Seksuaaliterveys edellyttää myönteistä ja kunnioittavaa lähestymistä seksuaalisuuteen ja seksuaalisuhteisiin. Jotta seksuaaliterveys olisi eheä, tulisi henkilöllä olla mahdollisuus miellyttäviin ja turvallisiin seksuaalisiin kokemuksiin, joissa ei esiinny pakottamista, syrjintää tai väkivaltaa. (Defining sexual health 2013.) Bildjuschkin ja Ruuhilahti (2010, 19) korostavat, että seksuaaliterveys käsittää paljon muutakin kuin vain esimerkiksi yhdynnän tai raskaudenehkäisyä. Siihen tulee sisällyttää ihminen kokonaisvaltaisena olentona.

Seuraavassa kuviossa on selvitetty tämän opinnäytetyön teoreettinen viitekehys, joka koostuu seksuaaliterveydestä, sen edistämisestä ja seksuaalikäyttäytymisestä. Opinnäytetyön keskiössä on riskialtis seksuaalikäyttäytyminen. Nämä tekijät ovat kaikki toisiinsa nähden limittäin, sillä muutos yhdellä osa-alueella vaikuttaa väistämättä myös toisiin.



Kuvio 1. Opinnäytetyön teorettinen viitekehys.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden käsitteet kulkevat monesti käsi kädessä (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma 2007; WHO Regional Strategy on Sexual and Reproductive Health 2001; Lottes 2000, 13 - 19; Reproductive health strategy 2004, 21). Evert Kettingin (1996) mukaan on esitetty linjaus siitä, että seksuaaliterveys on yksi lisääntymisterveyden osatekijöistä. Kettingin mukaan järjestyksen pitäisi kuitenkin olla päinvastainen. Seksuaaliterveys on osa ihmisen elämää koko elämänkaaren ajan, ei ainoastaan lisääntymistarkoituksessa. (Lottes 2000, 19.)

Joissain lähteissä lisääntymisterveyden nähdään käsittelevän enemmän lääketieteellisiä ongelmia, jotka liittyvät raskauteen, synnytykseen ja imeväisikään. Seksuaaliterveys taas käsittää ihmisen oman hallinnan seksuaalisuudestaan ja mahdollisuuden hyväksyä seksuaalisuutensa ja nauttia siitä. Seksuaaliterveys ei keskity ensisijaisesti diagnooseihin, vaan pitää sisällään myös tiedon, itsensä hyväksynnän, identiteetin ja kommunikaation kumppanin kanssa. Määritelmien käytössä ei ole löytynyt yhtenäistä periaatetta, tämän vuoksi käsitteet nivotaan usein

yhteen. (Lottes 2000, 19; Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma 2007, 20.)

Seksuaalisesti terve aikuinen on kehoaan arvostava, vastuullisesti käyttäytyvä, kunnioittavasti kommunikoiiva sekä omien arvojensa mukaisesti rakkautta ja läheisyyttä ilmaiseva ihminen. (the Sexuality, Information, and Education Council, Lottesin 2000, 20 mukaan.) Lottes (2000, 22) määrittelee seksuaaliterveyden mahdollisuudeksi saada nauttia seksuaalisuudesta ja ilmaista sitä ilman sukupuolitaudin, ei-toivotun raskauden, pakotetuksi tulemisen, väkivallan tai syrjinnän pelkoa. Hänen mukaansa seksuaalisen terveyden saavuttamiseksi yksilöllä on oltava tietoa, jonka perusteella hän voi harjoittaa turvallista ja nautinnollista seksiä. Seksin tulisi pohjautua itsekunnioitukseen, myönteiseen seksuaalisuuteen ja molemminpuoliseen kunnioitukseen.

2.1 Seksuaaliterveyden edistäminen

Maailman terveysjärjestö WHO julkaisi vuonna 2004 ensimmäisen maailmanlaajuisen lisääntymisterveyden strategian, joka on hyväksytty Maailman terveyskokouksessa. Seksuaaliterveyden edistäminen on tässä strategiassa yksi viidestä keskeisimmästä näkökannasta. Julkaisussa todetaan, että lisääntymisterveys ja seksuaaliterveys kulkevat lähekkäin käsi kädessä, joten puuttumalla toisen alueen ongelmiin, voidaan vaikuttaa myönteisesti myös toiseen. Nykyisten palvelujen vahvistamisella ja uusien interventioden kehittämisen avulla on mahdollista saada aikaan toivottu vaikutus. Palveluiden järjestäminen on tärkeässä asemassa, kun puhutaan tiedon lisäämisestä ja ohjauksesta seksuaaliterveyden edistämässä. Soveltuvan ohjauksen avulla voidaan vaikuttaa myös terveellisimpiin valintoihin seksuaalisuuteen liittyen, tästä esimerkkinä kondomin käyttö. Strategiassa suositellaankin, että erityisesti ongelmien tunnistamiseen ja strategioiden laatimiseen tulisi panostaa. (Reproductive health strategy 2004, 1, 21 - 23.)

Euroopan tasolla seksuaaliterveyttä on pyritty edistämään muun muassa Maailman terveysjärjestö WHO:n Euroopan aluetoimiston laatimalla Euroopan alueen seksuaali- ja lisääntymisterveyden strategialla (WHO regional strategy on sexual and reproductive health). Strategia julkaistiin vuonna 2001 ja sen tarkoituksena on antaa ohjeistusta seksuaali- ja lisääntymisterveyttä parantamaan tähtäävien linjausten ja ohjelmien kehittämiseen ja toteutukseen. Strategiassa painotetaan myös pakolaisten ja maahanmuuttajien seksuaaliterveyden ja sen erityis-

piirteiden huomioimista. Tavoitteena on muun muassa raskaudenkeskeytysten väheneminen, seksitautien ja HI-viruksen esiintyvyyden väheneminen, väestön tiedon lisääminen liittyen seksitauteihin ja HI-virukseen, pakolaisten seksuaali- ja lisääntymisterveyden suojeleminen sekä kantaväestön ja maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyserojen kaventaminen. Tavoitteiden saavuttamiseksi suositellaan terveyden edistämisen tehostamista, palveluiden vahvistamista, moniammatillista yhteistyötä sekä tutkimustyön kehittämistä. Tilannetta tulisi tarkastella säännöllisin väliajoin, esimerkiksi seuraamalla ehkäisyn käytön yleisyyttä sekä seksitautien esiintyvyyttä. (WHO regional strategy on sexual and reproductive health 2001, 6 - 23.)

Suomessa seksuaaliterveyden edistämisen haasteisiin vastattiin vuonna 2007, jolloin valmistui maan ensimmäinen seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma. Siinä on määritelty keskeiset toimenpiteet ja tavoitteet seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseksi vuosille 2007 - 2011. Toimintaohjelman lähtötilanteena oli melko hyvä seksuaali- ja lisääntymisterveyden tila verrattuna moniin muihin Euroopan maihin. Raskaudenkeskeytysten ja sukupuolitautilien määrän lisääntyminen olivat kuitenkin asettaneet oman haasteensa, joihin toimintaohjelmallakin pyrittiin vastaamaan. Ohjelmassa on korostettu neljäätoista eri painopistettä, joihin panostamalla väestön seksuaali- ja lisääntymisterveyttä pyritään parantamaan. Seksuaaliterveyden edistämisen kannalta keskeisiä painopisteitä ovat neuvonta, tietouden parantaminen, palveluiden organisointi, raskauden ehkäisypalvelut, raskaudenkeskeytyksen hoito sekä sukupuolitautilien torjunta. (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma 2007, 13, 19 - 117.)

Seksuaaliterveyden edistämistä Suomessa johtaa ja valvoo sosiaali- ja terveysministeriö. Käytännön seksuaaliterveyden edistämisen toteuttamisesta vastaa Terveyden ja hyvinvoinnin laitos THL. Sen vastuualueeseen kuuluvat myös kansallinen ohjaus ja kehittäminen, kuntien tukeminen, tartuntatautien torjumisen edistäminen sekä kansalaisten seksuaali- ja lisääntymisterveydentilan seuraaminen. (Seksuaaliterveyden edistäminen 2012.)

Väestöliitto on asiantuntijajärjestö, joka näyttelee merkittävää osaa Suomalaisten seksuaaliterveyden edistämässä. Väestöliiton seksuaaliterveysklinikan tehtävänä on seksuaaliterveyden edistäminen, seksuaalioikeuksien turvaaminen, palveluiden kehittäminen ja tarjoaminen sekä tutkimusten ja kansainvälisen yhteistyön tekeminen. Klinikka tarjoaa vastaanottopalveluita, lisäksi siellä toteutetaan kliinistä lääketutkimusta liittyen seksuaaliterveyteen. Seksuaali-

terveyspalveluita tarjotaan myös netissä. Terveydenhuoltoalan ammattilaisten koulutus ja konsultaatiopalvelut kuuluvat klinikan palveluihin. (Seksuaaliterveysklinikka 2013.)

Terveydenhuoltolaissa (30.12.2010/1326, 13§) määritellään kuntien vastuu ehkäisyneuvonnan sekä seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluiden järjestämisestä. Tartuntatautilaki (25.7.1986/583 3-4§) määrää yleisvaarallisten ja ilmoitettavien tartuntatautiin ”*ehkäisyä, varhastoteamisesta ja seurannasta, epidemian selvittämiseksi tai torjumiseksi tarvittavista toimenpiteistä sekä tartuntatautiin sairastuneen tai sairastuneeksi epäillyn tutkimuksesta, hoidosta ja lääkinällisestä kuntoutuksesta sekä sairaalainfektioiden torjunnasta*”. Tartuntatautiasetuksessa (31.10.1986/786, 2§) luetellaan sekä yleisvaaralliset että ilmoitettavat tartuntataudit. Seksitaudeista yleisvaaralliseksi on määritelty kuppua. Ilmoitettavia seksitauteja ovat hepatiitti B ja C, hiv-infektio, sukupuoliteitse leviävät klamydiainfektiot, sankkerit sekä tippuri.

Terveydenhuoltolaki velvoittaa kuntia ”*seuraamaan asukkaaitensa terveyttä ja hyvinvointia sekä niihin vaikuttavia tekijöitä väestöryhmittäin sekä kunnan palveluissa toteutettuja toimenpiteitä, joilla vastataan kuntalaisten hyvinvointitarpeisiin. Kuntalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista sekä toteutetuista toimenpiteistä on raportoitava valtuustolle vuosittain, minkä lisäksi valtuustolle on kerran valtuustokaudessa valmistettava laajempi hyvinvointikertomus.*” (Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326, 12§.) Kainuun maakunta -kuntayhtymän hyvinvointikertomus on vuodelta 2011. Siinä hyvinvoinnin ja terveyden kehittämiskohteiksi on mainittu palvelujen saatavuus, ennaltaehkäisevä toiminta jokaisen ikäluokan kohdalla sekä uuden teknologian hyödyntäminen ja kansalaisten opastuksen käyttöön. (Kainuun maakunta -kuntayhtymän hyvinvointikertomus 2011, 42.)

Kainuun maakuntaohjelmassa ei ole erikseen nostettu esille seksuaaliterveyteen liittyviä asioita. Kuten seuraavassa kappaleessa todetaan, seksuaaliterveys on yksi terveyden edistämisen osa-alueista. Terveyden edistämisen toimenpiteiksi on maakuntaohjelmassa asetettu terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen rakenteiden luominen, terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen suunnitelman laatiminen, seuranta sekä arviointi, ihmisiin kohdistuvien vaikutusten ennakkoarviointimenetelmän käyttöön ottaminen, verkostomaisten toimintamallien ja ”matalan kynnyksen” kohtaamispaikkojen kehittäminen sekä konkreettisten osallistumistapojen luominen, jotta kainuulaiset voivat osallistua palveluiden kehittämiseen. (Kainuun maakuntaohjelma 2009 - 2014 2009, 59.)

Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen tuodaan esille myös Kainuun maakuntakuntayhtymän strategisessa suunnitelmassa vuosille 2007 - 2015 (2008, 2) sekä Sosioekon-

miset terveyserot ja niiden kaventaminen Kainuussa -julkaisussa (Aitoaho 2008, 256 - 261), jossa perhepalvelujen osa-alueen yhtenä päämääränä on raskaudenkeskeytysten määrän väheneminen (Ylävaara 2008, 263 - 265.)

Yllä luetellut seksuaaliterveyden edistämisen keskeiset toimijat sekä linjaukset on esitetty kuviossa 2. Kuvion ylimmässä kuplassa on maailmanlaajuiseen seksuaaliterveyden edistämiseen vaikuttavat tekijät, alimmassa Kainuun tason tekijät. Väliin jäävät Euroopan ja Suomen seksuaaliterveyden edistäjät.



Kuvio 2. Seksuaaliterveyden edistämiseen vaikuttavat keskeiset toimijat ja linjaukset.

2.2 Riskialtis seksuaalikäyttäytyminen

Ågmo (2007, 1 - 3) käsittelee teoksessaan seksuaalikäyttäytymisen käsitettä. Hän määrittelee seksuaalikäyttäytymisen ”*miksi tahansa toiminnoksi, joka johtaa seksuaaliseen mielihyvään. Seksuaalinen mielihyvä on sukuelimien fyysisestä stimulaatiosta tai kypseisen stimulaation psyykkisestä vastineesta syntynyt myönteinen tunne*”. Encyclopædia Britannican (2013) mukaan seksuaalikäyttäytymistä on mikä tahansa toiminta, joka pitää sisällään seksuaalisen kiihottumisen. Seksuaalikäyttäytymiseen vaikuttavat sekä perityt käyttäytymismallit jotka tähtäävät suvun jatkamiseen, että vaikutukset, joita yksilö on saanut yhteisöltä ja yhteiskunnalta. Hassani (2010, 14) lisää määrittelmään, että se pitää sisällään monia toimintoja, kuten partnerin etsimisen, ihmisten välisen kanssakäymisen, fyysisen ja psyykkisen ystävyyden sekä seksuaalisen kontaktin. Tässä opinäytetyössä seksuaalikäyttäytyminen tarkoittaa mitä tahansa toimintoa, joka johtaa seksuaaliseen mielihyvään ja se pitää sisällään monia toimintoja, kuten partnerin etsimisen, ihmisten välisen kanssakäymisen, fyysisen ja psyykkisen ystävyyden sekä seksuaalisen kontaktin.

Ei-toivottu raskaus ja seksitaudit ovat riskejä, jotka saattavat sisältyä seksuaaliseen kanssakäymiseen. Asenteilla, kokemuksilla, merkityksillä ja valinnoilla on vaikutus seksuaalisen riskin ottamiseen. Jotta pystyisi välttämään riskejä, ihmisellä tulee olla tarpeenmukaista tietoa ja motivaatiota, lisäksi myös vuorovaikutustaitoja sekä kykyä ilmaista toiveensa ja laatia suunnitelmia kondomin käytöstä. Lisäksi neuvottelutaidot ja mukautumiskyky sekä häiritsevien tekijöiden hallinta edesauttavat riskiltä suojautumista. Häiritsevillä tekijöillä voidaan tarkoittaa esimerkiksi humalatilaa. Eräs riskiryhmään kuuluva joukko ovat ihmiset, joilla on huono itsetunto, krooninen masennus tai jotka tuntevat itsensä toivottomiksi tai avuttomiksi. Näillä ihmisillä saattaa ilmetä eräänlaista itsetuhoisuutta, joka asettaa heidät alttiiksi riskeille. (Kontula ym. 2000, 15 - 16.) Rew'n ja Taylor-Seehaferin (2000, 15 - 16) mukaan riskialtis seksuaalikäyttäytyminen ilmenee varhain aloitettuna seksielämänä, suojaamattoman seksin harrastamisena sekä useina seksikumppaneina. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmassa (2007, 20) todetaan, että yksin terveydenhuollon keinoilla ei pystytä vastaamaan haasteisiin, jotka uhkaavat väestön seksuaaliterveyttä. Alkoholin ja huumeaineiden lisääntynyt käyttö altistavat riskialttiille seksuaalikäyttäytymiselle.

Suomessa seksuaalikäyttäytymisen riskialttiita ilmenemismuotoja käsitteleviä tutkimuksia ovat tehneet muun muassa Haavio-Mannila ym. (2007), jotka ovat tarkastelleet 18 - 29-vuotiaiden naisten ja miesten seksuaalista riskikäyttäytymistä ja suojaavaa käyttäytymistä. Tutkimuksen tuloksista käy ilmi, että miehet harrastavat tilapäissuhteita useammin kuin naiset – miehistä 33% ja naisista 20% oli ollut tilapäissuhteessa vuoden sisällä. Myös kumppanien määrä on naisilla vähäisempi – miehistä 25%:lla ja naisista 18%:lla oli ollut enemmän kuin yksi partneri vuoden sisällä. Tilapäissuhteissa kondomia käytti vain alle puolet tutkituista. Tutkijat arvelevat vähäisen kondominkäytön saattavan selittyä ainakin osittain alkoholin nauttimisella ennen seksin harrastamista. Riskialtis seksuaalikäyttäytyminen oli selkeästi sidoksissa parisuhteen puuttumiseen.

Toisessa tutkimuksessa, jossa on tarkasteltu 20 - 24-vuotiaiden seksuaalista riskinottoa, todetaan, että nuoret haluavat kerätä kokemuksia eivätkä välttämättä sitoutua. Tämä selittyy sillä, että he pelkäävät jäävänsä jostain paitsi, jos sitoutuvat pitkäaikaisesti heti nuoruudessa. Joidenkin tutkimukseen osallistuneiden nuorten viikonloppuihin kuului säännöllisesti alkoholin nauttiminen ja seksin harrastaminen ei-vakituisen kumppanin kanssa. Tutkimuksessa ilmeni seksisuhteiden syynä olevan joskus muukin kuin pelkkä nautinnon hakeminen. Muun muassa naisellisuuden tai miehekkyyden vahvistaminen, kapinointi moraalisia asenteita kohtaan, läheisyyden tarve, ahdistuksen helpottaminen ja kostaminen olivat syitä, minkä takia seksiä saatettiin harrastaa. Nuoret, jotka hakivat hyväksyntää, olivat suuremmassa riskissä harrastaa seksiä ilman ehkäisyä. Joissain tapauksissa kondomin käyttö oli jäänyt sen vuoksi, että toinen osapuoli odottaa toisen ottavan vastuun sen käytöstä. Kondomin käyttöön vaikuttivat myös se, oliko sitä ollut saatavilla, ja oliko kumppani vaikuttanut luotettavalta. (Kontula ym. 2000, 240 - 242.)

Fertiili-ikäisten naisten raskaudenkeskeytysten riskitekijöitä on vertailtu monikansallisessa, vuonna 2009 julkaistussa tutkimuksessa. Tutkimuksessa kävi ilmi, että raskaudenkeskeytyksiä on tehty huomattavasti eniten vanhimille naisille. Suomessa raskaudenkeskeytysten määrä oli kuitenkin selvästi alhaisempi kuin vertailluissa kohteissa Pietarissa tai Virossa. Noin kolmannes nuorimmassa ikäryhmässä oli ollut kahdessa tai useammassa seksisuhteessa viimeisen vuoden aikana. Mitä enemmän ikää tutkituilla oli, sitä epätodennäköisemmin heillä oli ollut useita seksipartnereita viimeisen vuoden aikana. Luotettavan ehkäisymenetelmän käyttö viimeisimmässä yhdynnässä oli Suomessa melko yleistä. Useiden seksipartnereiden ja raskaudenkeskeytysten välillä ei havaittu merkittävää yhteyttä. Riskialtis seksuaalikäyttäytyminen, kuten nuorena aloitettu sukupuolielämä ja useat seksipartnerit, oli yleisintä nuorten naisten

keskuudessa. Suomalaisen naisten keskuudessa parisuhdestatus ei vaikuttanut raskaudenkeskeytysten yleisyyteen. Ehkäisyn puutteellisella käytöllä oli yhteys aborttien esiintyvyyteen. (Dubikaytis ym. 2009.)

Haavio-Mannila ja Kontula (2009, 52) ovat tutkineet ikääntyvien seksuaalista aktiivisuutta ja halukkuutta. Tutkimuksessa kävi ilmi, että hyvin harvalla ikääntyvällä oli seksuaalista kanssakäymistä, mikäli hän ei ollut vakituksessa suhteessa. Miehistä vain 7%:lla ja naisista 5%:lla oli ollut useampi kuin yksi seksikumppani viimeksi kuluneen vuoden aikana.

Yleisimpiä seksitauteja Suomessa ovat kondylooma, klamydia ja sukuelinherpes (Hiltunen-Back & Riikola 2010). Etelä-Suomen aluehallintovirasto on julkaissut vuonna 2012 raportin, jossa on tarkasteltu sukupuolitautilien esiintymistä Suomessa vuosikymmenten ajalta. Kun tarkastellaan sukupuolitautilien esiintyvyyttä vuodesta 1995 vuoteen 2010, huomataan, että klamydiatartunnat ovat yleisempiä naisilla kuin miehillä. Toisaalta tämä saattaa selittyä naisten aktiivisemmalla testaamisella. Klamydiatartuntoja esiintyy useimmin nuorilla naisilla. Kaiken kaikkiaan klamydiatartunnat ovat yleistyneet väestön keskuudessa. Kondyloomaa ei ole määritelty tartuntatautiasetuksessa (31.10.1986/786, 2§) yleisvaaralliseksi tai ilmoitettavaksi tartuntataudiksi, joten sen yleisyydestä ei ole niin tarkkaa tietoa kuin esimerkiksi klamydian. Arvioiden mukaan kondyloomatartunnat ovat vähenemään päin. Sukuelinherpeksen yleisyyttä voidaan arvioida tarkastelemalla hoitoilmoitusrekisteriä. Rekisterin mukaan sukuelinherpeksen aiheuttamat hoitokäynnit ja poliklinikkakäynnit ovat viime vuosina pysyneet melko muuttumattomina. (Hiltunen-Back, Ilola, Mussalo-Rauhamaa & Vuorenmaa 2012, 17 - 24.)

Raskauden keskeytykset Suomessa ovat vähentyneet 90-luvulle asti. Tämän jälkeen keskeytysten määrä on pysynyt melko tasaisena. Vuonna 2012 raskaudenkeskeytyksiä tehtiin 8,6 kappaletta tuhatta fertiili-ikäistä naista kohti. Luku oli pienin tähän asti 2000-luvulla. (Gissler, Heino & Soimula 2013). Vuonna 2006 raskauden keskeytyksen tehneistä naisista 38 % ei ollut käyttänyt minkäänlaista ehkäisyä tullessaan raskaaksi. Etenkin nuorten alle 25-vuotiaiden naisten keskuudessa raskauden ehkäisy ei toteudu tarvetta vastaavalla tavalla. Myös synnytyksen ja raskaudenkeskeytyksen jälkeinen ehkäisy on usein riittämätöntä. (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2007, 97 - 99.)

3 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyölle asetetaan tavoite, josta ilmenee sekä toimeksiantajan että työn tekijän saavuttama hyöty. Tavoitteen avulla kerrotaan, millaista hyötyä, tietoa ja osaamista työn avulla tuotetaan ja kenelle. (Tutkimuksen - opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite 2013.) Tämän opinnäytetyön tavoitteena on tuoda tunnuslukujen kautta ilmi tietoa, jota voidaan hyödyntää esimerkiksi julkisen terveydenhuollon linjausten suunnittelussa sekä palveluiden kohdentamisessa.

Määrällinen tutkimus voi olla tarkoitukseltaan selittävä, kuvaileva, kartoittava, vertaileva tai ennustava (Vilka 2007, 19). Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla kainuulaisten naisten seksuaalikäyttäytymistä. Kuvailevassa tutkimuksessa esitetään tarkasti esimerkiksi ilmiön tai toiminnan keskeiset piirteet, joiden avulla lukija voi muodostaa oman näkemyksensä esimerkiksi eri tekijöiden asemasta. (Vilka 2007, 20.)

Määrällisen tutkimuksen alussa määritellään tutkimusongelma, joka halutaan ratkaista tai johon halutaan vastaus (Kananen 2008, 11). Ongelma pyritään esittämään selkeästi ja tarkasti. Kun tutkimuksen johtoajatus on selkiytynyt, voidaan asettaa tutkimuksen pääongelma. Pääongelman perusteella voidaan asettaa osaongelmat. Pää- ja osaongelmia ei ole välttämätöntä käyttää, vaan voidaan määritellä myös joukko samantasoisia ongelmia tai tutkimuksessa voi olla vain yksi ongelma. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 117.) Tässä opinnäytetyössä tuntui mielekkäältä asettaa sekä pää- että osaongelmat. Tämän opinnäytetyön tutkimusongelmat ovat:

Pääongelma:

Minkälaista on kainuulaisten naisten seksuaalikäyttäytyminen?

Osaongelmat:

1. Minkä verran kainuulaisten 20 - 54-vuotiaiden keskuudessa esiintyy riskialtista seksuaalikäyttäytymistä?
2. Mihin ikäryhmään kuuluvien naisten seksuaalikäyttäytymisessä on eniten riskialtuita piirteitä?
3. Millainen kohderyhmä tarvitsee eniten seksuaaliterveyden edistämistä?

Ongelman asettamisen jälkeen otetaan selvää, minkä tiedon avulla ongelmaan saadaan ratkaisu. Tässä vaiheessa on tehtävä päätös, millä tavalla tarvittava tieto hankitaan. (Kananen 2008, 11.)

4 TUTKIMUSAINEISTO

Tämä kappale käsittelee opinnäytetyön pohjana olevaa alueellista terveys- ja hyvinvointitutkimusta. Kappaleessa kuvaillaan käytettyä kyselylomaketta, kyselylomakkeen indikaattoreita ja mitta-asteikoita sekä otosta.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on toteuttanut vuosina 2010 - 2011 alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen. Tässä työssä siitä käytetään lyhennettä ATH-tutkimus. Tutkimuslomake lähetettiin 34 000 suomalaiselle, jotka olivat iältään 20 - 75+ -vuotiaita. Kysely toteutettiin Turussa, Kainuussa, Oulun seudulla sekä Keski-Satakunnassa. Tämän lisäksi kerättiin koko Suomea edustava otos. Otos jaettiin kolmeen ikäryhmään: 20 - 54-vuotiaisiin, 55 - 74-vuotiaisiin sekä yli 75-vuotiaisiin. (ATH - Terveyttä ja hyvinvointia kuntalaisille: tulokset tuetuiksi 2013.) Tutkimuksen tarkoituksena oli auttaa kuntia ja alueita toimimaan niin, että ne pystyisivät tukemaan asukkaiden hyvinvointia ja kunnan elinvoimaisuutta. Tämän kunnat pystyvät tekemään ennakoimalla, seuraamalla ja kohdentamalla toimintaansa. Tutkimuksen tekemistä oli puoltanut myös se, että kunnilla on lain asettama velvoite seurata väestön terveydentilaa ja tekijöitä, jotka siihen vaikuttavat väestöryhmittäin. (ATH - Terveyttä ja hyvinvointia kuntalaisille: tausta ja tavoitteet 2013.)

4.1 Kyselylomakkeen kuvaus

Kyselylomakkeen oli laatinut Terveyden ja hyvinvoinnin laitos käyttäen apunaan laajaa asiantuntijaverkostoa. Tällä oli varmistettu se, että tutkittavat ilmiöt käsiteltiin tasapuolisesti ja riittävän kattavasti, tutkimusnäyttöön perustuen. (ATH - Terveyttä ja hyvinvointia kuntalaisille: ATH-aineisto 2013.)

ATH-tutkimuksessa kerättiin tietoa sellaisista ilmiöistä, joista erilaiset rekisterit eivät kerro, esimerkiksi elintavat ja kokemukset (ATH - terveyttä ja hyvinvointia kuntalaisille 2013). Kyselylomakkeen aihealueita olivat hyvinvointi, terveys, työ- ja toimintakyky, elintavat ja riskitekijät, terveyden edistäminen sekä palveluiden tarve ja käyttö (Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus ATH 2008 - 2012). Taustatietoina vastaajilta kysyttiin sukupuolta, ikää, siviilisäätyä, kouluvuosien määrää, asuinpaikkaa (keskusta – haja-asutusalue), ja muita asumistietoja, samassa taloudessa asuvien määrää, asukkaiden ikää, mahdollista raskautta, työllisyyttä,

ammattiasemaa sekä mahdollista työttömyyttä tai lomautusta. Vanhimmissa ikäryhmässä taustatietokysymykset loppuivat kysymykseen samassa taloudessa asuvien iästä. (Tutkimuslomakkeet 2012.) 20 - 54-vuotiaille lähetetty kyselylomake löytyy kokonaisuudessaan osoitteesta http://www.terveytemme.fi/ath/lomakkeet/2010/A1004-1_SUOMI_20-54_FI.pdf.

ATH-tutkimuksen kyselylomakkeessa käytettiin indikaattoreita eli tunnuslukuja, jotka kuvaavat tiivistetysti ilmiön tilaa ja muutoksia. Kuvattaessa väestön terveyttä ja hyvinvointia indikaattorien avulla, tunnusluvut voivat olla esimerkiksi keskiarvoja, määriä suhteessa väestöön tai palvelujen käyttö henkeä kohti. (Keskeisiä käsitteitä 2013.) Kyselylomakkeen indikaattorit oli tarkoitettu kuvaamaan sitä, kuinka terveyden ja hyvinvoinnin eri osa-alueet toteutuvat. Niitä valitessa oli otettu huomioon se, että ne palvelisivat sekä terveys- ja hyvinvointipolitiikkaa että palvelujen suunnittelua ja arviointia. Indikaattorien pätevyyttä ja vertailukelpoisuutta sekä käytäntöön sovellettavuutta pidettiin tärkeinä tekijöinä. Yhteisessä käytössä olevat indikaattorit antavat vertailukelpoista tietoa seurantaan varten. (ATH - terveyttä ja hyvinvointia kuntalaisille: ATH -aineisto 2013.)

ATH -kyselylomakkeessa on kolmenlaisia muuttujia. Nominaali- eli laatueroasteikollisella muuttujalla ryhmitellään tutkittavat eri luokkiin jonkin tietyn ominaisuuden perusteella. Tällä asteikolla ei pystytä esittämään jotain olevan enemmän tai vähemmän, eikä myöskään järjestystä asioiden välillä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 101; Tutkimuslomakkeet 2012; Vilkkä 2007, 48.) Kyselylomakkeessa nominaalimuuttujia ovat muun muassa sukupuoli ja siviilisääty.

Ordinaali- eli järjestysasteikollisia muuttujia ovat esimerkiksi yhdyntään johtaneet yhden illan suhteet sekä kondomin käyttö näissä suhteissa. Ordinaaliasteikollisella muuttujalla asetetaan mittaustulokset järjestykseen. Tässä luokat voivat olla erilaisia, mutta ne voidaan myös laittaa järjestykseen. Esimerkiksi yhden illan suhteet on jaettu arvoihin 1-4, numero yksi ollen ”kyllä, vain kerran”, numero kaksi ”kyllä, useita kertoja”, numero kolme ”ei”, sekä numero neljä ”en ole koskaan ollut sukupuoliyhdyntässä”. Sekä nominaali- että ordinaaliasteikkoa käytetään sanalliseen mittaamiseen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 101; Tutkimuslomakkeet 2012; Vilkkä 2007, 48.)

Absoluuttisen asteikon eli suhdeasteikon avulla mitataan tutkimusilmiötä, jonka ominaisuus häviää nollopisteessä. Tämän asteikon avulla voidaan mitata muuttujia numeerisesti. (Kank-

kunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 101; Tutkimuslomakkeet 2012.) Esimerkiksi raskaudenkeskeytysten määrää mitataan absoluuttisella asteikolla.

4.2 Otos

Aineiston keräämisessä käytettiin ositettua otantaa, jotta perusjoukosta saatiin edustava otos (Härkänen 2011, 3). Perusjoukolla tarkoitetaan sitä tutkimuskohteena olevaa joukkoa, johon tulokset ovat yleistettävissä ja josta tutkimuksessa halutaan tietoa. Ositettu otanta on hyväksi havaittu menetelmä, kun tutkitaan ominaisuuksiltaan hajanaista perusjoukkoa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 79; Vilka 2007, 54). Tämän opinnäytetyön perusjoukko on kainuulaiset 20 - 54-vuotiaat naiset. Kainuun alueella kokonaisotos oli 9000. Tämä oli jaettu kolmeen ositteeseen: Kajaanin alueella 3000, Ylä-Kainuun alueella 3000 ja Kuhmon - Sotkamon alueella 3000. Ositteet oli vielä ositettu uudelleen iän ja sukupuolen perusteella. Yli 75-vuotiaita oli otokseen poimittu suhteessa useampia kuin muissa ikäryhmissä. (Härkänen 2011, 3.)

Otoksen poimintatodennäköisyyden pystyi selvittämään laskemalla otoskoon ja perusjoukon välisen suhteen Kainuun vuoden 2011 väestötilaston perusteella (Tilastoja väestöstä 2012). Kainuun otokseen oli poimittu n. joka seitsemäs (14 %) yli 20-vuotiaista asukkaista, Kajaanin ositteeseen n. joka kymmenes (10,3 %), Kuhmo-Sotkamon ositteeseen n. joka viides (18,7 %) ja Ylä-Kainuun ositteeseen n. joka kuudes asukkaista (15,8 %).

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Määrällinen tutkimus pyrkii tuottamaan tietoa, joka on perusteltua, luotettavaa ja joka on yleistettävissä. Tutkimuksessa valitaan joukko eli otos, jolta kysytään tutkimusongelmaan liittyviä kysymyksiä. Yleensä aineisto kerätään strukturoidulla kyselylomakkeella. Saatujen tuloksien katsotaan edustavan koko joukkoa eli perusjoukkoa. Määrälliselle tutkimukselle ominaista on tiedon strukturointi, mittaaminen, tiedon numeerinen esittäminen sekä havaintoyksiköiden suuri määrä. (Heikkilä 2004, 14; Kananen 2008, 10; Vilka 2007, 13, 51.)

Määrällisessä tutkimuksessa teorian tieto on tärkeässä osassa. Teoriaa pyritään rakentamaan, selittämään, uudistamaan, purkamaan tai täsmentämään. Tutkimusprosessissa tutustutaan ensin teoriaan, ja vasta tämän jälkeen edetään käytäntöön eli aineiston hankkimiseen. (Vilka 2007, 25.) Olen tutustunut aihetta koskevaan kirjallisuuteen ja tutkimustietoon. Tärkeimpiä käsitteitä on määritelty ja avattu luvussa 2. Kun käytännön ”kenttätyö” on tehty, edetään taas takaisin teoriaan käyttäen analyysiä, tuloksia ja tulkintoja. Määrällisessä tutkimuksessa teoreettiset käsitteet ovat suuressa roolissa. Ne muodostuvat tutkimustyön lopputuloksena ja ovat luonteeltaan yleisiä ja laaja-alaisia. Teoreettista tietoa hyödyntämällä tutkija pystyy löytämään säännönmukaisuuksia esimerkiksi eri asioiden ja ilmiöiden välillä. (Vilka 2007, 25 - 26.)

Seksuaaliterveyteen, sen edistämiseen ja seksuaalikäyttäytymiseen liittyvää kirjallisuutta ja tutkimuksia on olemassa paljon. Tietoutta löytyy monen vuoden takaa, ja asiaa on käsitelty monesta eri näkökulmasta katsottuna. Tutkimuksia on tehty paljon liittyen varsinkin nuorten ja murrosiässä olevien ihmisten seksuaalikäyttäytymiseen. Osan teorian tiedosta muodostavat erilaiset tilastot ja osa koostuu määrällisiä ja laadullisia tutkimuksia. Opinnäytetyössä käytetyn teorian tiedon kriteereinä on käytetty tiedon tuoreutta ja luotettavuutta. Joukkoon on otettu vain muutama lähde 90-luvulta, loput ovat 2000- ja 2010-luvuilta. Luotettaviksi lähteiksi on kelpuutettu esimerkiksi julkisen hallinnon – kuten sosiaali- ja terveysministeriön, terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen sekä aluehallintoviraston – julkaisemia tutkimuksia. Lähteiden joukossa on myös tieteellisten lehtien julkaisemia artikkeleita.

5.1 Aineiston keruu

Ennen aineiston keräämistä käsitteet tulee määritellä ja muuttaa mitattavaan muotoon eli operationalisoida. Näin saadaan tutkittava asia mitattavaan muotoon. Tämän jälkeen siirrytään aineiston keruuseen, jonka menetelmiä ovat kysely, haastattelu, systemaattinen havainnointi sekä muu aineisto, kuten esimerkiksi valmis rekisteri tai tilasto. Mikäli aineiston keruumenetelmänä käytetään kyselyä, on kyselylomake eli mittari valmistettava seuraavaksi. (Vilkkä 2007, 27 - 30, 36, 62.) Opinnäytetyö perustuu valmiiseen aineistoon. Kyselylomake on kuvattu tarkemmin kappaleessa 3.1.

Opinnäytetyössä käytettävä aineisto tilattiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta keväällä 2012. Ensin valittiin ne muuttujat, joita haluttiin tarkastella ja tilata Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta. Muuttujat valittiin tutkimusongelman ja teoriataustan perusteella. Määrällisen tutkimuksen aineisto muutetaan aina muotoon, jossa se voidaan käsitellä tilastollisesti, yleensä tämä tehdään käyttäen havaintomatriisia. Havaintomatriisi tarkoittaa taulukkoa, johon on syötetty havainnot, jotka koskevat muuttujia (Vilkkä 2007, 111, 117). Aineisto lähetettiin Terveyden ja hyvinvoinnin laitokselta sähköisessä muodossa muistitikulla kesällä 2012. Muistitikun sai aukaistua ainoastaan salasanalla, joka on aineistokohtainen. Muistitikun tutkimusaineisto oli syötettynä valmiiksi havaintomatriisiin, jonka sai auki tietokoneen tilasto-ohjelmalla.

5.2 Tutkimusaineiston käsittely ja aineistoanalyysi

Ennen kuin valitaan tilastolliset menetelmät, saatu aineisto tallennetaan tilasto-ohjelmaan, tässä opinnäytetyössä SPSS-ohjelmaan. Tämän jälkeen aineisto tarkistetaan. Tarkistusta tehdessä on tärkeää huomioida esimerkiksi puuttuvat arvot. Tämä tehdään siten, että lasketaan frekvenssit ja prosenttiosuudet kullekin muuttujalle. Mikäli arvoja puuttuu paljon, voi olla mielekäästä arvioida kannattaako puuttuvia arvoja korvata aineiston laskennallisilla keskiarvoilla. Tässä vaiheessa voidaan myös tarkistaa, ettei tallennusvirheitä ole tapahtunut. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 100.)

Aineisto saatiin siis valmiina SPSS-tiedostona. Kaikkea aineistoa ei ehditty analysoimaan SPSS-ohjelmalla, koska sen lisenssi umpeutui. Loppu aineisto analysoitiin käyttämällä vastaa-

vaa PSPP-ohjelmaa. Ohjelmat olivat käytettävyydeltään vastaavia, joten PSPP-ohjelman käyttö ei juurikaan eronnut SPSS:n käytöstä.

Tehtäessä perustason analyysiä voidaan tarkastella riippuvuutta kahden eri muuttujan välillä. Tämä voidaan tehdä käyttämällä ristiintaulukointia tai korrelaatiokerrointa. Myös arvojen lukumääristä eli frekvensseistä sekä prosentuaalisista osuuksista ollaan kiinnostuneita. Yksinkertaisin tapa käsitellä tunnuslukuja on käyttää tilasto-ohjelmaa. Hoitotieteellisiä aineistoja analysoitaessa yleisin ohjelma on SPSS (Statistical Package for the Social Sciences). (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 100; Vilka 2007, 118-120.) Tässä opinnäytetyössä on käytetty aineiston analysointiin SPSS-ohjelmaa sekä vastaavaa PSPP-ohjelmaa.

Frekvenssi tarkoittaa jossakin ryhmässä, luokassa tai aineistossa esiintyvää havaintojen lukumäärää. Frekvenssin avulla voidaan ilmoittaa myös aineistossa, luokassa tai ryhmässä esiintyvät eri havaintotyytit lukumäärällisesti. (Vilka 2007, 121.) Opinnäytetyön aineistoa analysoidessa selvitettiin frekvenssit eri muuttujille, kuten *”Onko Teille tehty raskaudenkeskeytyksiä?”*. Näin saatiin tietoa eri ilmiöiden esiintyvyydestä ja prosenttiosuuksista.

Ristiintaulukoimalla voidaan löytää riippuvuuksia kahden tai useamman eri muuttujan välillä. Näin voidaan havaita muuttujia, jotka voisivat selittää toista muuttujaa. Ristiintaulukoinnin perusteella ei kuitenkaan pidä päätellä suoria syy-seuraus-suhteita. Ristiintaulukoitaessa muuttujia, kannattaa muuttaa havaintojen lukumäärät prosenteiksi. Näin saadaan tulokset havainnollisemmaksi ja selkeämmin luettaviksi. (Vilka, 2007, 129.) Opinnäytetyössä on ristiintaulukoitu keskenään muuttujia, joita on haluttu vertailla keskenään. Esimerkiksi muuttujat *”siviilisääty”* ja *”onko Teillä ollut ns. ”yhden illan” suhteita, jotka johtivat yhdyntään 12 viime kuukauden aikana?”* ristiintaulukoitiin keskenään. Näin saatiin viitteitä siitä, ovatko yhden illan suhteet yleisimpiä jonkin tietyn joukon keskuudessa.

Kahden muuttujan välistä riippuvuutta pystytään tarkastelemaan esimerkiksi käyttämällä Pearsonin korrelaatiokerrointa eli tulomomenttikerrointa (r). Jotta tätä menetelmää voidaan käyttää, tulee tarkasteltavien muuttujien olla välimatka- tai suhdeasteikollisia. Korrelaatiokerroin voi olla -1 ja 1:n välillä. Negatiivinen arvo tarkoittaa sitä, että muuttujien välillä on negatiivinen korrelaatio, eli kun toisen muuttujan arvo nousee, niin toisen laskee. Arvon ollessa positiivinen molemmat muuttujat kasvavat tai laskevat samaan suuntaan. Mitä lähempänä nollaa arvo on, sitä vähäisempi korrelaatio muuttujien välillä on. (Heikkilä 2004, 90 - 91; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 108.) Opinnäytetyön aineiston muuttujien välisiä

riippuvuuksia on tarkasteltu siten, että Pearsonin korrelaatiokerrointa on tarkasteltu kaikkien niiden välimatka- ja suhdeasteikollisten muuttujien välillä, jotka on ristiintaulukoitu.

Eri muuttujien välisiä yhteyksiä voidaan arvioida käyttämällä p-arvoa, joka kertoo tilastollisesta merkitsevyydestä. P-arvolla pystytään testaamaan korrelaatiota. Korrelaatio on tilastollisesti merkittävä vain, mikäli p:n arvo on alle käytettävän merkitsevyytason. Hoitotieteissä tilastollisen merkitsevyyden rajana on yleisesti pidetty arvoa $p \leq 0.05$. Mikäli analysoitava aineisto on suurikokoinen, p-arvot saattavat olla herkästi tilastollisesti merkitseviä. Yleisesti voidaan todeta, että suurissa aineistoissa korrelaatiokertoimen ollessa alle 0,3, riippuvuus ei ole käytännössä merkitsevä vaikka p-arvo osoittaisikin tilastollista merkitsevyyttä. (Heikkilä 2004, 206; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 105 - 106.) Opinnäytetyössä muuttujien p-arvo ja Pearsonin korrelaatiokerroin on ilmoitettu kappaleessa 6 taulukkoselosteiden yhteydessä.

Aineistoa haluttiin tarkastella myös ikäluokittain, joten oli mielekästä luokitella ”ikä”-muuttuja tietyn kokoisiin luokkiin. Alkuperäisessä aineistossa muuttuja ”ikä” käsitti kaikki 20 - 75+-vuotiaat. Tämän vuoksi tehtiin muuttujasta ”ikä” uusi muuttuja. Uusi ikämuuttuja muotoutui, kun jaoteltiin arvot ryhmiksi siten että ikä luokiteltiin viiden vuoden välein. Näin saatiin uusi muuttuja, jossa oli seitsemän eri arvoa: ensimmäinen oli ”20 - 24 vuotta”, toinen ”25 - 29 vuotta” ja niin edelleen, aina arvoon ”50 - 54 vuotta” saakka.

Määrällisessä tutkimuksessa tuloksia voidaan esittää taulukoiden, kuvioiden, tunnuslukujen ja tekstin avulla (Vilka 2007, 135). Opinnäytetyön tulokset on esitetty sanallisesti, tarvittaessa tulokset on esitetty tekstin alla myös taulukoiden avulla. Taulukoita käyttämällä tietoa saadaan esitettyä yksityiskohtaisesti (Vilka 2007, 135).

Siviilisäätystä kartoittavassa kysymyksessä oli viisi vastausvaihtoehtoa: 1. *avioliitossa tai rekisteröidyssä parisuhteessa*, 2. *avoliitossa*, 3. *asumuserossa tai eronnut*, 4. *leski* sekä 5. *naimaton*. (Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus, ATH 2010 -kyselylomake 2013, 2.) Naimattomista naisista 9,1 % oli ollut yhden kerran ja 18,2 % useita kertoja yhdyntään johtavassa yhden illan suhteessa. Avioliitossa tai rekisteröidyssä parisuhteessa olevista naisista 1 % oli ollut kerran tai useita kertoja yhdyntään johtavassa yhden illan suhteissa. Eronneista yhden illan suhteissa oli ollut yhden kerran 10,7 % ja useita kertoja 4 %.(Taulukko 2.)

TAULUKKO 2. Vastanneiden naisten yhdyntään johtaneiden yhden illan suhteiden yleisyys (%) peilattuna siviilisäätyn. (n = 860.)

onko ollut yhdyntään johtaneessa yhden illan suhteessa	siviilisäätty				
	avioliitossa/ rekisteröidyssä parisuhteessa	avoliitossa	naimaton	eronnut	leski
kyllä, vain kerran	0,9	3,9	9,1	10,7	0,0
kyllä, useita kertoja	0,2	0,0	18,2	4,0	8,3
ei	98,7	95,1	62,6	85,3	91,7
ei ole koskaan ollut sukupuoliyhdyntäessä	0,2	1,0	10,1	0,0	0,0
yhteensä %	100	100	100	100	100

Mikäli nainen vastasi ”kyllä” kysymykseen yhden illan suhteista, häntä pyydettiin vastaamaan myös seuraavaan kysymykseen, joka oli ”*käytettiinkö näissä ns. ”yhden illan” suhteissa kondomia 12 viime kuukauden aikana?*” Vastausvaihtoehdot olivat: 1. *kyllä, aina*, 2. *joskus* sekä 3. *ei koskaan*. (Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus, ATH 2010 -kyselylomake 2013, 13.) Naisista, jotka olivat olleet yhdynnässä niin sanotussa yhden illan suhteessa kerran tai useita kertoja, kondomia oli käyttänyt aina 41,2 %. Yhden illan suhteissa kondomia oli käyttänyt joskus 25,5 % ja ei koskaan 33,3 % naisista. Kondomin käytössä oli eroja riippuen siitä, oliko yhden illan suhteita ollut kerran vai useita kertoja. (Taulukko 3.)

TAULUKKO 3. Kondomin käyttö (%) yhdyntään johtaneissa yhden illan suhteissa. (n = 51.) p = 0,856 r = 0,025

kondomin käyttö yhden illan suhteissa	onko ollut yhdyntään johtavassa yhden illan suhteessa	
	kyllä, vain kerran	kyllä, useita kertoja
kyllä, aina	53,6	26,1
joskus	3,6	52,2
ei koskaan	42,9	21,7
yhteensä %	100	100

Ehkäisy pillereiden käyttöä kartoitettiin kysymyksen ”*oletteko käyttäneet seuraavia lääkkeitä tai valmisteita 7 viime päivän aikana?*” avulla. Kysymyksen yhteydessä oli lueteltu eri lääkkeitä, mukaan lukien ehkäisy pillerit. Jokaisen lääkkeen kohdalla vastausvaihtoehtoja oli kolme: 1. *ei*, 2. *kyllä, muuta kuin reseptilääkettä* sekä 3. *kyllä, reseptilääkettä*. (Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus, ATH 2010 -kyselylomake 2013, 13.) Yhdyntään johtavassa yhden illan suhteessa kerran olleista 20,7 % kertoi käyttäneensä viikon sisällä reseptillä saatavia ehkäisy pillereitä. Niistä, joilla oli ollut useita yhden illan suhteita, vastaava prosenttiosuus oli 34,8. Niistä naisista, jotka eivät olleet yhden illan suhteissa, ehkäisy pillereitä käytti 13,7 %.

Niille jotka olivat olleet kerran yhdyntään johtavassa yhden illan suhteessa vuoden sisällä, 26 % vastasi ”*kyllä*” kysymykseen ”*onko Teille tehty raskauden keskeytystä?*”. Niistä joilla oli ollut useita yhden illan suhteita, sama prosenttiluku oli 8,7. Niistä, jotka eivät olleet viimeisen 12 kuukauden aikana olleet yhdyntään johtaneissa yhden illan suhteissa, 11,4 %:lle oli joskus tehty raskaudenkeskeytys. (Taulukko 4.) Kyselyyn osallistuessaan yksikään nainen joka oli ollut yhdyntään johtavassa yhden illan suhteessa 12 viime kuukauden aikana, ei ollut raskaana.

TAULUKKO 4. Tehdyt raskaudenkeskeytykset (%) peilattuna yhdyntään johtaneisiin yhden illan suhteisiin. (n = 846.) p = 0,096 r = -0,057

onko tehty raskauden keskeytyksiä	onko ollut yhdyntään johtavassa yhden illan suhteessa			
	kyllä, vain kerran	kyllä, useita kertoja	ei	ei ole koskaan ollut sukupuoliyhdyntässä
ei	74,1	91,3	88,7	83,3
kyllä	25,9	8,7	11,4	16,7
yhteensä %	100	100	100	100

Masennuksen esiintymistä pystyttiin tarkkailemaan kysymyksellä ”onko Teillä ollut seuraavia lääkärin toteamia tai hoitamia sairauksia 12 viime kuukauden aikana?”. Sairauksia oli lueteltu useita, joukossa siis masennus. Vastausvaihtoehdot olivat ”ei” ja ”kyllä”. (Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus, ATH 2010 -kyselylomake 2013, 11.) Niistä, jotka olivat olleet yhden illan suhteessa kerran tai useita kertoja, yhteensä 16 % kertoi olleensa lääkärin hoidettavana masennuksen vuoksi. Niistä, joilla ei ole ollut yhden illan suhteita, masennusta oli hoidettu 8,2 %:lla. Taulukossa 5 on kuvattu koko tutkimusjoukon masentuneisuutta peilaten siihen, onko yhden illan suhteita ollut kerran vai useita kertoja, vai onko niitä ollut lainkaan 12 viime kuukauden aikana. Kuviossa on myös niiden osuus, jotka eivät ole olleet ikinä sukupuoliyhdyntässä.

TAULUKKO 5. Masennuksen esiintyvyys (%) peilattuna siihen, onko ollut yhdyntään johtaneissa yhden illan suhteissa. (n = 866.) p = 0,2 r = -0,044

lääkärin toteama tai diagnosoima masennus	onko ollut yhdyntään johtavassa yhden illan suhteessa			
	kyllä, vain kerran	kyllä, useita kertoja	ei	ei ole koskaan ollut sukupuoliyhdyntässä
ei	81,5	87,0	91,8	76,9
kyllä	18,5	13,0	8,2	23,1
yhteensä %	100	100	100	100

Alkoholin käyttöön liittyvä kysymys oli ” *Kuinka usein olette juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?*” Kysymyksen yhteydessä vastaajaa pyydettiin katsomaan viereistä laatikkoa, jossa oli kerrottu esimerkkejä siitä, kuinka montaa annosta mikäkin juomamäärä vastaa. Vastausvaihtoehtoiksi oli annettu 1. *en koskaan*, 2. *harvemmin kuin kerran kuukaudessa*, 3. *kerran kuukaudessa*, 4. *kerran viikossa* sekä 5. *päivittäin tai lähes päivittäin*. (Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus, ATH 2010 -kyselylomake 2013, 19.) Niistä, joilla oli ollut yksi yhden illan suhde, 64 % joi harvemmin kuin kerran kuukaudessa yli kuusi alkoholiannosta. Kerran viikossa tai päivittäin ei juonut yksikään. Useita kertoja yhden illan suhteissa olleista yli kuusi annosta alkoholia joi harvemmin kuin kerran kuukaudessa 35 %, kerran kuukaudessa 30 % ja kerran viikossa 26 %. Päivittäin tai lähes päivittäin joi 4,3 %. Suurin osa niistä, joilla ei ollut yhden illan suhteita, eivät juoneet koskaan (40 %) tai joivat harvemmin kuin kerran kuukaudessa (44 %) yli kuusi alkoholiannosta. Ylivoimaisesti enemmistö (86 %) niistä, jotka eivät olleet koskaan sukupuoliyhdyntänsä, eivät juoneet koskaan yli kuutta annosta alkoholia. (Taulukko 6.)

TAULUKKO 6. Alkoholin käyttö (%) peilattuna siihen, onko ollut yhdyntään johtavissa yhden illan suhteissa. (n = 760.) p = 0,00 r = -0,163

juo kerralla >6 annosta alkoholia	onko ollut yhdyntään johtavassa yhden illan suhteessa			
	kyllä, vain kerran	kyllä, useita kertoja	ei	ei ole koskaan ollut sukupuoliyhdyntänsä
ei koskaan	14,3	4,3	39,9	85,7
harvemmin kuin kerran kuukaudessa	64,3	34,8	44,4	14,3
kerran kuukaudessa	21,4	30,4	11,7	0,0
kerran viikossa	0,0	26,1	4,0	0,0
päivittäin tai lähes päivittäin	0,0	4,3	0,0	0,0
yhteensä %	100	100	100	100

Alkoholinkäytön vaikutusta kondomin käyttöön voitiin tarkastella ristiintaulukoimalla ”käyttiinkö näissä yhden illan suhteissa kondomia?” ja ”kuinka usein olette juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?”. Yli puolet (56,5 %) niistä, jotka käyttivät aina kondomia yhden illan suhteissa, joivat harvemmin kuin kerran kuukaudessa kuusi alkoholiannosta tai enemmän. Satunnaisesti kondomia yhden illan suhteissa käyttäneiden alkoholinkäyttö jakaantui melko tasaisesti. Heistä suurin osa (92,4 %) joi kuusi tai enemmän annosta joko harvemmin kuin kerran kuussa, yhden kerran kuussa tai kerran viikossa. Niistä jotka eivät käyttäneet kondomia koskaan, valtaosa joi alkoholia kuusi annosta tai enemmän harvemmin kuin kerran kuukaudessa. Kerran viikossa kuusi tai enemmän annosta juovien osuus oli suurin niiden keskuudessa, jotka käyttivät kondomia vain joskus. (Taulukko 7.)

TAULUKKO 7. Alkoholin käyttö (%) peilattuna kondomin käyttöön yhden illan suhteissa. (n = 53.) p = 0,930 r = -0,012

juo kerralla >6 annosta alkoholia	kondomin käyttö yhden illan suhteissa		
	kyllä, aina	joskus	ei koskaan
ei koskaan	13,0	7,7	11,8
harvemmin kuin kerran kuukaudessa	56,5	30,8	58,8
kerran kuukaudessa	21,7	30,8	23,5
kerran viikossa	4,3	30,8	5,9
päivittäin tai lähes päivittäin	4,3	0,0	0,0
yhteensä %	100	100	100

Kannabiksen käyttöä selvitettiin kysymyksellä ”oletteko käyttäneet kannabista (basis, marijuana) 12 viime kuukauden aikana?” Vastausvaihtoehdot olivat: 1. en ole koskaan käyttänyt, 2. en sekä 3. kyllä. (Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus, ATH 2010 -kyselylomake 2013, 20.) Kannabista oli 12 viime kuukauden aikana käyttänyt 11,8 % niistä, jotka olivat olleet kerran tai useita kertoja yhden illan suhteessa. Kaikkiaan kyselyyn vastanneesta 20 - 54-vuotiaista kannabista ilmoitti käyttäneensä 12 viime kuukauden aikana 0,9 %. Niistä, joilla oli ollut useita

yhdyntään johtavia yhden illan suhteita viimeisen vuoden aikana, yli 17 % oli käyttänyt kannabista vuoden sisällä. Niiden keskuudessa, jotka eivät olleet yhden illan suhteissa, vastaava prosenttiluku oli 0,3. (Taulukko 8.)

TAULUKKO 8. Kannabiksen (hasis, marihuana) käyttö (%) peilattuna yhdyntään johtaneisiin yhden illan suhteisiin. (n = 875.) p = 0,00 r = 0,218

käyttänyt kannabista viim. 12 kk:n aikana	onko ollut yhdyntään johtavassa yhden illan suhteessa			
	kyllä, vain kerran	kyllä, useita kertoja	ei	ei ole koskaan ollut sukupuoliyhdyntä
ei koskaan	75,0	47,8	87,9	84,6
ei	17,9	34,8	11,8	15,4
kyllä	7,1	17,4	0,3	0,0
yhhteensä %	100	100	100	100

6.2 Raskaudenkeskeytykset

Kyselylomakkeen kysymykseen ”onko Teille tehty raskauden keskeytyksiä?” vastasi yhteensä 860 naista iältään 20 - 54 vuotta. Heistä raskaudenkeskeytys oli tehty 101:lle eli 11,7 %:lle. Prosentuaalisesti eniten keskeytyksiä oli tehty 35 - 39-vuotiaille. (Taulukko 9.) Raskaudenkeskeytykseen päätyneistä naisista suurimmalle osalle (79,2 %) keskeytys oli tehty vain kerran. Kahdesti raskaudenkeskeytyksen tehneiden osuus oli 12,5 %. Suurin yhdelle ihmiselle tehty raskaudenkeskeytysten määrä oli kahdeksan, joka oli tehty yhdelle vastanneista.

Ehkäisytablettien käyttöä kartoitettava kysymys on kuvattu edellisessä luvussa. Niistä naisista, joille oli joskus tehty raskauden keskeytys, 12,9 % oli käyttänyt reseptillä saatavia ehkäisytabletteja edeltäneen seitsemän päivän aikana. Kaikista kyselyyn vastanneista 20 – 54-vuotiaista naisista 14,2 % ilmoitti käyttävänsä ehkäisytabletteja.

Yhdyntään johtavassa yhden illan suhteessa 12 viime kuukauden aikana kerran tai useita kertoja (kysymys on tarkemmin muotoiltu edellisessä luvussa) oli ollut 9 % niistä, joille oli tehty raskauden keskeytyksiä. Niistä, joille ei ollut tehty keskeytystä, yhden illan suhteissa oli kerran tai useita kertoja ollut 5,5 %. Suurin osa niistä raskaudenkeskeytyksen tehneistä naisista, jotka olivat olleet yhden illan suhteissa viimeisen vuoden aikana, olivat olleet niissä vain kerran. (Taulukko 11.)

TAULUKKO 11. Yhdyntään johtaneiden yhden illan suhteiden % -osuus peilattuna siihen, onko henkilölle tehty raskauden keskeytystä. (n = 846.) p = 0,096 r = -0,057

onko ollut yhden illan suhteessa	onko tehty raskauden keskeytyksiä	
	ei	kyllä
Kyllä, vain kerran	2,7	7,0
Kyllä, useita kertoja	2,8	2,0
Ei	93,2	89,0
Ei ole koskaan ollut sukupuoliyhdyntäessä	1,3	2,0
yhteensä %	100	100

Alkoholin käyttöä koskevaan kysymykseen (kysymys on tarkemmin muotoiltu edellisessä luvussa), vastanneista naisista, joille oli joskus tehty raskaudenkeskeytys, enemmistö (46,7 %) joi vähintään kuusi alkoholiannosta kerrallaan harvemmin kuin kerran kuukaudessa. Raskauden keskeytyksen tehneistä naisista yli kuusi annosta alkoholia joi 20,7 %. Niistä naisista, kenelle ei oltu tehty raskauden keskeytystä, useimmat joivat yli kuusi alkoholiannosta harvemmin kuin kerran kuukaudessa (45 %) tai eivät juoneet koskaan (39 %) yli kuutta alkoholiannosta.

nosta. Taulukossa 12 esitetään tarkemmin, kuinka usein kysymykseen vastanneet naiset joivat kuusi tai enemmän alkoholiannosta.

TAULUKKO 12. Alkoholin käyttö (%) peilattuna raskauden keskeytyksiin. (n = 741.) p = 0,026 r = 0,082

juo kerrallaan <6 annosta alkoholia	onko tehty raskauden keskeytyksiä	
	ei	kyllä
ei koskaan	39,5	28,3
harvemmin kuin kerran kuukaudessa	44,8	46,7
kerran kuukaudessa	11,3	20,7
kerran viikossa	4,3	4,4
päivittäin tai lähes päivittäin	0,2	0,0
yhteensä %	100	100

Kannabiksen käytössä (kysymys on tarkemmin muotoiltu edellisessä luvussa) oli jonkin verran eroja, kun verrattiin sitä raskauden keskeytysten tehneiden ja muiden saman ikäryhmän edustajien kesken. Naisista, joille oli joskus tehty raskauden keskeytys, 2 % oli käyttänyt kannabista viimeisen 12 kuukauden aikana. Koko tutkimusjoukosta 0.9 % oli käyttänyt kannabista viimeisen vuoden aikana. Niiden osuus, jotka eivät olleet koskaan käyttäneet kannabista, oli suurempi niiden naisten keskuudessa joille ei oltu tehty yhtään keskeytystä. (Taulukko 13.)

TAULUKKO 13. Kannabiksen käyttö (%) peilattuna raskauden keskeytyksiin. (n = 852.) p = 0,023 r = 0,078

käyttänyt kannabista viim. 12kk aikana	onko tehty raskauden keskeytyksiä	
	ei	kyllä
ei koskaan	87,5	79,6
ei	11,7	18,4
kyllä	0,8	2,0
yhteensä %	100	100

7 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä luvussa johtopäätökset on esitetty jaoteltuna niiden piirteiden mukaan, joita opinnäytetyössä on pidetty riskialttiina seksuaalikäyttäytymisenä. Tuloksia on peilattu erilaisiin tutkimuksiin ja tilastoihin. Luvun lopussa on kerrottu esille nousseet jatkotutkimusaiheet.

7.1 Yhdyntään johtaneet yhden illan suhteet

Tutkitun ikäluokan kaikissa ikäryhmissä oli naisia, jotka olivat olleet yhden illan suhteissa. Tosin suurin osa näistä naisista oli iältään 20 - 29-vuotiaita. Myös Dubikaytis ym. (2009, 182) huomasi, että riskialtis seksuaalinen käyttäytyminen – kuten useat seksipartnerit – oli yleisempää nuoremmilla naisilla. Haavio-Mannilan ym. (2007, 300) tutkimustuloksissa 20 % 18 - 29-vuotiaista naisista oli ollut tilapäissuhteessa vuoden sisällä. Opinnäytetyössä tutkituista 20 - 29-vuotiaista naisista 16 % oli ollut yhdyntään johtavassa yhden illan suhteessa viimeisen vuoden aikana. On toki huomattava, että Haavio-Mannilan ym. tutkimuksen kysymysasettelu oli hieman erilainen – siinä ei painotettu, että tilapäissuhde olisi johtanut varsinaisesti yhdyntään. Joten vaikka tulokset eivät ole keskenään täysin kiistattomasti vertailtavissa, voi niistä päätellä samansuuntaisia tuloksia. Kaikkiaan kainuulaisten 20 - 54-vuotiaiden yhden illan suhteiden määrä oli hieman alhaisempi verrattuna muuhun Suomeen. Koko Suomen kattavassa ATH-aineistossa 4,7 % 20 – 54-vuotiaista naisista oli ollut kerran yhdyntään johtavassa yhden illan suhteessa. Useita kertoja tällaisissa suhteissa oli ollut prosentuaalisesti saman verran (4,7 %). (Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus ATH, tulostaulukot 2010 - 2011 2013.)

Haavio-Mannilan ym. (2007, 304) mukaan parisuhteen puuttuminen altistaa selkeästi riskialttiille seksuaalikäyttäytymiselle. Myös tämän opinnäytetyön aineiston perusteella valtaosa naisista, jotka olivat olleet yhdyntään johtavassa yhden illan suhteessa, olivat siviilisäädyltään naimattomia. Siviilisäädyn ja yhden illan suhteiden välistä korrelaatiota ja p-arvoa ei pystynyt mittaamaan, sillä Pearsonin korrelaatiokertoimen käyttö vaatii välimatka- tai suhdeasteikollisen muuttujan.

Yhden illan suhteissa kondomia käytettiin vaihtelevasti. Kondomin käyttö oli satunnaista varsinkin niiden naisten keskuudessa, joilla oli ollut useita yhden illan suhteita. Myös niiden

osuus, jotka eivät olleet yhden illan suhteissaan käyttäneet lainkaan kondomia, oli huomattava. Toisaalta yli puolet niistä, jotka olivat olleet yhden illan suhteessa vain kerran, olivat käyttäneet kondomia aina. Haavio-Mannilan ym. (2007) Terveys 2000-tutkimukseen pohjautuvassa tutkimuksessa kävi ilmi, että satunnaisissa seksisuhteissa kondomia oli käyttänyt hiukan yli kolmannes (34 %) tutkituista 18 - 29-vuotiaista naisista. Satunnaisesti sitä oli käyttänyt 26 % ja käyttämättä jättänyt 11 %. Kondomin käyttö yhden illan suhteissa on siis Kainuussa korkeampaa kuin mitä Terveys 2000-tutkimuksen perusteella Suomessa keskimäärin. Toisaalta myös niiden osuus, jotka eivät olleet koskaan käyttäneet kondomia yhden illan suhteissa, oli suurempi Kainuussa. Terveys 2000-tutkimuksessa kondomin käyttöä koskevaan kysymykseen oli kuitenkin jättänyt vastaamatta 29 % niistä, joilla oli ollut satunnaisia suhteita. On mahdoton tietää, miten nämä puuttuvat vastaajat sijoittuvat yhtälöön. ATH-tutkimuksessa kondomin käytöstä oli kysytty ainoastaan yhden illan suhteiden yhteydessä ja viimeisen vuoden ajalta. Tästä ei siis saa käsitystä siitä, miten kokonaisuudessaan kainuulaiset naiset ehkäisevät ei-toivottuja raskauksia ja seksitauteja.

Ehkäisytablettien käyttö vaikutti olevan yleisempää niillä naisilla, jotka olivat olleet useita kertoja yhden illan suhteessa. Ne, jotka eivät olleet vuoden aikana yhden illan suhteessa, käyttivät ehkäisytabletteja vähemmän kuin yhden illan suhteissa olleet. On tosin muistettava, että ehkäisytabletti ei ole ainoa ehkäisytapana. Markkinoilla on myös monia muita ehkäisykeinoja, kuten esimerkiksi ehkäisykannat, -renkaat ja -kapselit, sekä kierreputket. Tuloksen perusteella nousee esiin kysymys, käyttävätkö yhden illan suhteissa olleet ehkäisytablettia ainoana suojauskeinona yhdynnässä, vai onko käytössä kenties myös kondomi. Tulee muistaa, että kondomi on ainoa ehkäisykeino, jolla voi suojautua seksitauteja vastaan.

Tuloksista käy ilmi, että raskaudenkeskeytys oli tehty huomattavasti useammalle niistä, jotka olivat olleet yhden kerran yhdynnään johtavassa yhden illan suhteessa viimeisen vuoden aikana. Niille, jotka olivat olleet useita kertoja yhden illan suhteessa, raskaudenkeskeytyksiä oli tehty jopa hieman vähemmän kuin niille, joilla ei ollut yhden illan suhteita. Tällaista ilmiötä ei noussut esille niissä tutkimuksissa, joihin on tutustuttu opinnäytetyötä tehdessä. Myös kaksi sellaista naista, jotka eivät olleet koskaan olleet sukupuoliyhdynnässä, ilmoittivat tehneensä raskaudenkeskeytyksen.

On tehty tutkimus, jossa saatiin viitteitä siitä että masennus altistaisi riskialtuille seksuaaliselle käyttäytymiselle. (Kontula ym. 2000, 16) Opinnäytetyön tulokset eivät poikkea tästä aikaisemmasta tutkimuksesta. Lääkäriin toteama tai hoitama masennus viimeisen vuoden aikana

oli yleisempää niillä, jotka olivat olleet yhden illan suhteissa. Toisaalta sitäkin yleisempää masennus oli niillä, jotka eivät ole koskaan olleet sukupuoliyhdyntässä.

Kontulan ym. (2000) ja Haavio-Mannilan ym. (2007) mukaan humalatila saattaa altistaa riskialttiille seksuaalikäyttäytymiselle, kuten esimerkiksi kondomin käytön laiminlyömiseen tai yhden illan suhteeseen. Suomalaisten keskuudessa lisääntynyt alkoholin ja huumausaineiden käyttö altistaa käyttäjät riskialttiille seksuaalikäyttäytymiselle. Alhaisin alkoholinkulutus oli niiden keskuudessa, jotka eivät ole koskaan olleet sukupuoliyhdyntässä. Sen sijaan ne, jotka olivat olleet useita kertoja yhden illan suhteissa, joivat muita useammin yli kuusi alkoholiannosta. Heidän keskuudessaan niiden osuus, jotka eivät juoneet koskaan yli kuutta annosta alkoholia, oli kaikista pienin. Tämä saattaisi antaa viitteitä samasta ilmiöstä kuin minkä myös Kontula ym. (2000) huomasivat. Heidän tutkimuksessaan ilmeni, että jotkut tutkittavista harrastivat säännöllisesti alkoholin runsasta nauttimista ja seksuaalista kanssakäymistä satunnaisien kumppanien kanssa. Verrattaessa alkoholin kulutusta ja kondomin käyttöä yhden illan suhteissa, käy ilmi että ne jotka käyttivät yhden illan suhteissa vain satunnaisesti kondomia, joivat muita useammin yli kuusi annosta alkoholia. Heistä vajaa kolmannes joi vähintään kuusi alkoholiannosta kerran viikossa. Tämä oli huomattavasti harvinaisempaa niiden naisten keskuudessa, jotka käyttivät yhden illan suhteissa aina kondomia tai jotka eivät käyttäneet sitä ollenkaan.

Kannabiksen käyttöä tarkastellessa oli huomattavaa, että sen käyttö oli selvästi yleisempää niillä, jotka olivat olleet kerran tai useita kertoja yhden illan suhteissa. Niiden osuus, jotka eivät olleet ikinä käyttäneet kannabista, oli selvästi suurempi niiden naisten keskuudessa jotka eivät olleet yhden illan suhteissa viimeisen vuoden aikana. Tulosten perusteella voisi päätellä, että myös päihdepalveluiden osuus kainuulaisten naisten seksuaaliterveyden edistämässä olisi tärkeää.

7.2 Raskaudenkeskeytykset

Tarkasteltaessa kyselyyn vastanneiden naisten ilmoittamia raskaudenkeskeytyksiä, tulee huomioda, ettei kyselylomakkeessa oltu kysytty keskeytysten ajankohtaa. Eniten keskeytyksiä oli tehty 35 - 39-vuotiaiden keskuudessa. Toisaalta nämä keskeytykset ovat saattaneet ajoittua nuoremmalle iälle – mitä enemmän ikää tutkittavalla on, sitä enemmän hänelle on elämänsä aikana ennättänyt tapahtumaan. Raskaudenkeskeytysten määriä ei voida vertailla Terveiden

ja hyvinvoinnin laitoksen ylläpitämään tilastoon keskeytyksistä, koska ei voida sanoa mille ajalle ATH-kyselyyn vastanneiden naisten raskaudenkeskeytykset ajoittuvat. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastoista ilmenee vuosittain tehtyjen raskaudenkeskeytysten määrä ikäryhmittäin ja väestöön suhteutettuna. (Gissler ym. 2013.) Vuodelta 2004 löytyy Kansanterveyslaitoksen julkaisu, jossa oli tarkasteltu ikäryhmittäin 18 vuotta täyttäneiden naisten raskaudenkeskeytyksiä. Raskaudenkeskeytys oli tehty 13,4 %:lle, suurin osa raskaudenkeskeytyksen tehneistä oli 30 - 44-vuotiaita. (Koponen, Lindbohm & Sihvo 2004, 29.) Kainuussa raskaudenkeskeytysten yleisyys oli siis hiukan alhaisempi kuin Kansanterveyslaitoksen julkaisussa ilmoitettu. Kyselyyn osallistuessaan melko harva 20 - 54-vuotias nainen käytti ehkäisytabletteja. Suhteellisissa määrissä ei ollut kovinkaan suurta eroa kun vertasi niitä joille oli tehty raskauden keskeytys, niihin joille sitä ei oltu tehty.

Kysymykseen, jossa kysyttiin tehtyjen raskaudenkeskeytysten määrää, oli vastannut useampi nainen kuin siihen, jossa kysyttiin onko henkilölle tehty raskauden keskeytystä. Ilmeisesti siis osa naisista, joille oli tehty raskauden keskeytys, oli vastannut vain keskeytysten määrää kartoittavaan kysymykseen. Suurimmalle osalle niistä naisista, joille oli tehty raskauden keskeytys, se oli tehty vain kerran. Kuitenkin joukossa oli myös niitä, joille se oli tehty useamman kerran.

Raskaudenkeskeytyksen käypä hoito-suosituksen mukaan olisi tärkeää keskittyä ehkäisyneuvontaan, jos naiselle on tehty aiemminkin raskaudenkeskeytys. Suosituksen mukaan jatkoehkäisyn suunnittelu aloitetaan perusterveydenhuollossa jo silloin, kun päätös raskaudenkeskeytyksestä tehdään. Erikoissairaanhoidon toimijoita suositellaan vielä varmistamaan ehkäisyn käyttö jatkossa sen jälkeen kun keskeytys on tehty. Mikäli keskeytys on sujunut ilman komplikaatioita, nainen käy jälkitarkastuksessa terveydenhoitajan vastaanotolla, jossa hoitaja vielä varmistaa ehkäisyn aloituksen. (Raskaudenkeskeytyksen käypä hoito-suositus 2013.) Myös Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmassa (2007, 105) on asetettu tavoitteeksi toistuvien raskaudenkeskeytysten väheneminen. Olisikin ensiarvoisen tärkeää, että sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon toimijat tiedostaisivat jatkoehkäisyn ja sen aloittamisen tärkeyden. Tällä voitaisiin mahdollisesti ehkäistä toistuvia raskaudenkeskeytyksiä.

Ne naiset, joille oli joskus tehty raskaudenkeskeytys, olivat todennäköisemmin olleet yhden illan suhteessa viimeisen vuoden aikana, kuin ne naiset, joille ei oltu koskaan tehty raskaudenkeskeytystä. Tämän tuloksen tulkinnan tekee hankalaksi se tosiasia, ettei tiedetä sitä, mil-

loin raskaudenkeskeytykset on tehty. Pystyttäneen kuitenkin sanomaan, että ne naiset joille on tehty raskaudenkeskeytys, ovat suuremmissa riskissä päätyä sukupuoliyhdyntään satunnaisen kumppanin kanssa.

Kuten on todettu edellä luvussa 2.2, ei-toivottu raskaus voi olla seurauksena riskialttiista seksuaalisesta käyttäytymisestä (Kontula ym. 2000, 15). Seksuaaliselle riskinotolle taas altistavat esimerkiksi päihteet (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma 2007, 20). Naisista joille oli tehty raskaudenkeskeytys, suurempi osa joi kerran kuukaudessa vähintään kuusi annosta alkoholia verrattuna niihin, joille ei keskeytystä oltu tehty. Vastaavasti niitä, jotka eivät juoneet koskaan yli kuutta alkoholiannosta, oli enemmän niissä joille ei oltu tehty raskaudenkeskeytystä. Kun tarkastellaan eroja kannabiksen käytössä niiden keskuudessa joille on tehty raskaudenkeskeytys ja niiden joille sitä ei ole tehty, ei huomattavia eroja näyttäisi olevan. Tosin niiden osuus, jotka eivät ole koskaan käyttäneet kannabista, on hieman suurempi niillä joille ei ole koskaan tehty raskaudenkeskeytystä. Kysymyksen asettelu oli kenties tulkittavissa niin, että ne, jotka vastasivat ”ei” siihen, onko käyttänyt kannabista 12 viime kuukauden aikana, olivat ilmeisesti jossain elämänsä vaiheessa sitä käyttäneet. Näiden naisten osuus oli hiukan suurempi niiden keskuudessa, joille oli joskus tehty raskaudenkeskeytys.

Opinnäytetyön tuloksissa minkään muuttujien välillä ei ollut niin paljoa riippuvuutta, että korrelaatiokerroin olisi noussut arvoon 0,3 asti. Joidenkin muuttujien kohdalla muuttujien välisestä merkitsevyydestä kertova p-arvo oli $\leq 0,05$, mutta koska aineisto on melko suuri, p-arvo voi reagoida turhan herkästi ja ilmoittaa muuttujien välisestä merkitsevyydestä. Voidaan siis todeta, että minkään muuttujien välinen riippuvuus ei ole merkittävä.

Tulosten ja johtopäätösten perusteella jatkotutkimusaiheita nousi esiin kaikkiaan neljä kappaletta. Koska yhdyntään johtaneet yhden illan suhteet olivat selvästi yleisimpiä alle 30-vuotiaiden keskuudessa, voisi olla hyödyllistä tehdä esimerkiksi laadullinen tutkimus nuorten ja nuorten aikuisten seksuaalisen riskinoton taustalla olevista tekijöistä. Myös päihteiden käytön ja riskialttiin seksuaalisen käyttäytymisen välillä oli havaittavissa yhteys. Tähän seikkaan liittyen herääkin kysymys, toteutetaanko päihdepalvelutoiminnan yhteydessä seksuaaliterveyden edistämistä, ja missä määrin sitä toteutetaan. Olisiko tarkoituksenmukaista esimerkiksi kehittää toimintamalli, jonka perusteella pystyttäisiin seulomaan päihteidenkäyttäjien seksuaalista riskikäyttäytymistä, ja tätä kautta pystyttäisiin myös puuttumaan siihen? Aihe, johon on pyritty kiinnittämään huomiota, on toistuvat raskaudenkeskeytykset. Olisikin mielekästä

selvittää, kuinka ehkäisy aloitus toteutuu raskaudenkeskeytyksen jälkeen. Tähän liittyen olisi hyödyllistä tutkia, kuinka hoitoketjun eri toimijat varmistavat potilaan tai asiakkaan ehkäisy toteutumisen raskaudenkeskeytyksen jälkeen.

8 POHDINTA

8.1 Opinnäytetyön luotettavuus

Vilkan (2007, 149 - 150) mukaan tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa tarkastellaan varsinkin tutkimuksen reliaabeliutta eli toistettavuutta. Tutkimuksen reliaabeliutta voidaan arvioida etenkin tarkastelemalla mittaukseen liittyviä tekijöitä sekä tutkimuksen toteutuksen tarkkuutta. Tämä pitää sisällään sen, ettei tutkimuksessa ilmene satunnaisvirheitä.

Arviota tehdessä voidaan tarkkailla esimerkiksi sitä, edustaako otos tarpeeksi kattavasti perusjoukkoa ja mikä on kyselyn vastausprosentti (Vilka 2007, 150). Kuten luvussa 4.2 on todettu, tässä opinnäytetyössä käytettävän kyselyn otos on n. 14 % perusjoukosta. Mitä suurempi otoskoko on, sitä paremmin perusjoukko tulee väistämättä edustetuksi. Otokoko on riittävä, jos havaintoyksiköitä on vähintään sata, kun kohderyhmä on pienehkö ja kun tulosten tarkastelu tehdään kokonaistasolla. Otoksoon suositus on 500 - 1000 havaintoyksikköä, jos tehdään valtakunnallista kuluttajatutkimusta. (Vilka 2007, 57.) Alueellisessa terveys- ja hyvinvointitutkimuksessa Kainuun otoskoko oli 9000 havaintoyksikköä, ja palautuneiden kyselyiden määrä oli 4682 kappaletta. Vastausprosentti oli siis 52. Vastaajista 20 - 54-vuotiaita naisia oli 896 kappaletta. (Taulukkoraportit 2010 - 2011.) Tästä voi päätellä, että otoskoko ja vastanneiden havaintoyksiköiden määrä edustaa hyvin perusjoukkoa.

Reliaabeliutta arvioitaessa otetaan huomioon myös se, onko havaintoyksikköjen kaikkia muuttujia koskevat tiedot syötetty huolellisesti (Vilka 2007, 150). Kuten on todettu edellä kappaleessa 5.2, Terveystietokeskuksen ja hyvinvoinnin laitoksella tulokset oli jo syötetty havaintomatriisin muotoon. Myös mittausvirheet tulee ottaa huomioon esimerkiksi lomakkeen kysymyksissä ja vastausvaihtoehdoissa.

Tutkimuksen validiutta ja mittausvirheiden mahdollisuutta tarkastellessa tulee pohtia, mikä on mittarin kyky mitata tutkittavia asioita monipuolisesti ja kattavasti (Vilka 2007, 150). Kyselylomakkeen laadinnassa ja indikaattoreiden valinnassa on käytetty laajaa asiantuntija-apua ja kysymykset on asetettu perustuen tutkimusnäyttöön (ATH - Terveyttä ja hyvinvointia kuntalaisille: ATH-aineisto 2013). Näin ollen mittausvirheiden mahdollisuus vaikuttaa hyvin pieneltä. Kun mietitään mittarin kykyä mitata seksuaaliterveyden tilaa, tulee mieleen seksitautien esiintyvyyttä kartoittavan kysymyksen puuttuminen kyselylomakkeesta. Seksitaudit ovat

riskitekijöitä, jotka liittyvät seksuaaliterveyteen (Kontula ym. 2000, 15). Sukupuolitautilien torjunta on nimetty yhdeksi keskeiseksi tekijäksi seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmassa (2007), joten olisi hyödyllistä seurata niiden esiintyvyyttä paikallisellakin tasolla. Koska kaikkien seksitautien esiintyvyydestä ei ole saatavilla tilastollista tietoa, saataisiin kattavampaa tietoa jos niitä kartoitettaisiin kyselytutkimuksen avulla.

Tutkimuksen kokonaisluotettavuuden arviointiin kuuluu systemaattisten virheiden tarkastelu. Ne vääristävät tuloksia ja siten vaikuttavat tutkimuksen luotettavuuteen. Jos vastaajista on katoa tai he valehtelevat, kaunistelevat tai vähättelevät vastauksissaan, syntyy systemaattinen virhe. (Vilka 2007, 153.) Tuloksia analysoitaessa oli mielenkiintoista huomata, että vastauksissa esiintyi joitain ristiriitoja. Esimerkiksi kahdessa lomakkeessa oli ilmoitettu, että vastaaja ei ole koskaan ollut sukupuoliyhdyntässä, samoissa lomakkeissa oli kuitenkin ilmoitettu, että vastaajalle on tehty raskauden keskeytys. Seksuaaliterveyteen ja seksuaaliseen käyttäytymiseen liittyvät asiat koetaan varmasti hyvin henkilökohtaisiksi asioiksi eikä niistä välttämättä olla valmiita kertomaan tuntemattomalle taholle, vaikka vastauslomakkeet olisivatkin nimettömiä. Jotkut saattavat tuntea häpeää esimerkiksi joskus tehdystä raskaudenkeskeytyksestä tai yhden illan suhteesta, eivätkä halua ilmoittaa näistä lomakkeissa. Koska tutkimuksen otos on niin laaja, ei välttämättä yhden havaintoyksikön virheellinen vastaus vaikuta tutkimustulokseen. Mutta esimerkiksi yhden illan suhteissa olleiden määrä on tutkimusjoukkoon nähden melko pieni, joten jo muutama systemaattinen virhe vääristää tulosta.

8.2 Eettisyys

Opinnäytetyön eettisyyttä tarkastellessa tulee ottaa huomioon yksilön tunnistamattomuus. Koska määrällisessä prosessissa tutkimustulokset ilmoitetaan kokonaisuuksina, tunnistamisen riskiä ei ole. Kirjoittamistapaan sen sijaan tulisi kiinnittää erityistä huomiota. Tutkimustulosten sanallisen ilmaisutavan tulee olla sellaista, ettei se loukkaa tutkimuskohdetta eikä ole esimerkiksi epäkunnioittavaa, tirkistelevää, halventavaa tai loukkaavaa. (Vilka 2007, 164.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on ilmoittanut myös tutkimukseen osallistuneille henkilöille, että kaikilla ATH-tutkimuksen tietoja keräävät ja käsittelevät henkilöt ovat vaitiolovelvollisia. Tutkimusaineistoa käsitellessä kyselyyn vastanneiden henkilöllisyys on pysynyt tunnistamattomana. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen lähettämästä tutkimusaineistosta ei käy ilmi mitään sellaisia tietoja, mistä yksilön pystyisi tunnistamaan. Muistitikku, jossa aineisto

lähetettiin, oli salattu aineistokohtaisella salasanalla. Myös tulosten analysoimis- ja raportointivaiheessa on huolehdittu, että aineisto ei pääse ulkopuolisten käsiin.

Eettiseen tutkimukseen kuuluu myös lähteiden asiallinen käyttö ja oikeaoppinen merkitseminen. Verkkotekstiin viitattaessa tulee käyttää samaa periaatetta kuin painettuihin teoksiin. Toisen tutkijan tuottamaa tekstiä ja tietoa tulee kunnioittaa eikä sitä saa vähätellä tai vääristellä. (Vilka 2007, 165 - 166.) Opinnäytetyössä on pyritty käyttämään systemaattisesti oikeaoppista viittaustekniikkaa riippumatta siitä, onko lähde sähköisessä vai painetussa muodossa. Teoriatietoa kirjoitettaessa on pyritty sellaiseen kirjoitustapaan, ettei vääristellä tai vähätellä lähteenä käytettävää tietoa.

8.3 Oma ammatillinen kasvu

Kajaanin ammattikorkeakoulun terveydenhoitotyön koulutusohjelman tavoitteenmukaisen osaamisen mittariksi on asetettu kompetensseja eli osaamiskokonaisuuksia. Peilaan omaa ammatillista kasvuani kolmeen noista kompetensseista – terveyden edistämisen osaamiseen, yksilön, perheen, ryhmän ja yhteisön terveydenhoitotyön osaamiseen sekä ympäristöterveyden edistämisen osaamiseen. Luvun lopussa pohdin terveydenhoitajan käytännön työtä ja sitä, miten pystyn tulevaisuudessa valmistuttuani edistämään asiakkaitteni seksuaaliterveyttä.

Terveyden edistämisen osaamisen kompetenssi vaatii opiskelijan toiminnan perustuvan terveyden edistämisen ja kansanterveystyön strategioihin ja ohjelmiin sekä vastualueen ja yhteisön tuntemiseen. Opiskelijalta edellytetään myös väestön terveyden edistämisen osaamista asiakkaiden terveystietoisuutta, voimavaroja sekä omatoimisuutta vahvistaen. Opiskelijan tulee osata tunnistaa terveyttä uhkaavat tekijät ja puuttua niihin. Terveydenhoitotyön moniammatillisiin työryhmiin osallistuminen asiantuntijana sekä näiden työryhmien toiminnan koordinoiminen kuuluvat opiskelijan osaamisalueisiin. (Kompetenssit 2010.) Opinnäytetyötä tehdessä olen tutustunut useaan linjaukseen ja strategiaan, jotka liittyvät seksuaali- ja lisääntymisterveyteen ja niiden edistämiseen. Joukossa on ollut niin kansainvälisiä kuin kansallisia sekä paikallisiakin linjauksia ja ohjelmia. Terveydenhoitajan työtä tehdessäni tiedän, mitkä ovat laajemman ja paikallisemman tason suositukset ja linjaukset sekä toimintatavat, joilla pyritään edistämään seksuaaliterveyttä. Opinnäytetyöprosessin aikana olen oppinut tunnistamaan seksuaaliterveyttä uhkaavia tekijöitä sekä niitä asioita, mitkä saattavat vaarantaa eheän

seksuaaliterveyden. Käytännössä seksuaaliterveyden edistäminen kuuluu lähes jokaiselle osa-alueelle, jossa terveydenhoitaja voi työskennellä. Tulevassa työssäni voin hyödyntää ja soveltaa käytäntöön opinnäytetyön prosessin aikana oppimiani asioita.

Yksilön, perheen, ryhmän ja yhteisön terveydenhoitotyön osaamisen kompetenssissa vaaditaan opiskelijaa hallitsemaan asiakkaan terveyden, kasvun ja kehityksen seuranta. Opiskelijan tulee osata tunnistaa asiakkaan voimavaroja ja riskitekijöitä. Näyttöön perustuvan terveydenhoitotyön suunnitteleminen ja toteuttaminen yksilön, perheen, ryhmän ja yhteisön tasolla ovat osaamisvaatimuksena opiskelijalle. Opiskelijan kuuluu solmia luottamuksellinen vuorovaikutussuhde asiakkaaseensa. (Kompetenssit 2010.) Opinnäytetyön prosessin aikana olen päässyt perehtymään melko tarkasti seksuaaliterveyteen ja siihen vaikuttaviin asioihin. Olen oppinut tunnistamaan seksuaaliterveyden riskitekijöitä sekä suojaavia tekijöitä. Näitä voin käyttää hyväkseni tehdessäni näyttöön perustuvaa terveydenhoitajatyötä asiakkaan voimavaroja tukien ja riskitekijöitä tunnistuen.

Ympäristöterveyden edistämisen kompetenssissa opiskelijalta edellytetään muun muassa monnikansallisten terveystarkkailujen ja niiden ehkäisyn huomioon ottamista kansallisen terveyden edistämisen aspektista. (Kompetenssit 2010.) Kootessani opinnäytetyön teoreettista viitekehystä tutustuin Maailman terveysjärjestö WHO:n laatimiin maailman- ja Euroopanlaajuisiin seksuaali- ja lisääntymisterveyden strategioihin. Näiden avulla opin tunnistamaan laajemmin seksuaaliterveyden edistämisen haasteita ja sitä uhkaavia tekijöitä.

Valmistuttuani terveydenhoitajaksi pystyn edistämään seksuaaliterveyttä esimerkiksi äitiys- ja lastenneuvolassa. Siellä työskennellessään terveydenhoitaja ohjaa seksuaalisuuteen ja seksuaaliterveyteen liittyvissä asioissa (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006). Käytännössä tärkeää on varmasti ohjata etenkin ehkäisyyn liittyvissä asioissa, myös synnytyksen jälkeisen ehkäisyn toteutumisessa. Koulu- ja opiskelijaterveydenhuollossa terveydenhoitajan tulisi olla suunnittelemassa ja kehittämässä opetussuunnitelmaa, jotta seksuaaliopetus ja -neuvonta täydentäisivät ja tukisivat toisiaan (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma 2007, 37). Tärkeässä osassa on myös seksuaalisuuteen liittyvän tiedon antaminen nuorille esimerkiksi ryhmämuotoista seksuaalivalistustapaa hyödyntäen. Terveydenhoitajan tulee myös kohdata nuori yksilönä hänen seksuaalisuuttaan kunnioittaen. Asevelvollisten terveys-tarkastuksissa toteutetaan seksuaaliterveyden edistämistä käymällä läpi seksuaaliterveyttä koskevia kysymyksiä, tekemällä tarvittavia tutkimuksia ja jakamalla valistusmateriaalia. Työterveyshoitaja edistää seksuaaliterveyttä ottamalla seksuaaliterveysasiat puheeksi normaalin

vastaanottotoiminnan yhteydessä. Määrävuositarkastuksissa ja seulontojen yhteydessä otetaan puheeksi myös seksuaaliterveyteen liittyviä kysymyksiä. Kysymyksiä voi olla sisällytettyinä muihin kyselylomakkeisiin. Asiakkaalle voi myös antaa ajantasaista opas- ja oheismateriaalia. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006.)

LÄHTEET

Aitoaho, A. Kainuulaisten terveyden edistäminen. Teoksessa KaikkonenR., Koskinen, S., Kostiaainen, E., Linnanmäki, E., Martelin, T. ja Prättälä, R. 2008. Sosioekonomiset terveys-erot ja niiden kaventaminen Kainuussa. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja 27/2008. Saatavilla:

http://www.kainuu.fi/UserFiles/File/Hyvinvointi/Sosioekonomiset_terveyserot/sosioekonomiset_%20terveyserot_%20Kainuussa_983529202.pdf. (Viitattu 2.4.2013.)

Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus ATH. 2008 - 2012. Terveystemme -projektiryhmä. Saatavilla: <http://www.terveytemme.fi/raportit/index.html>. (Viitattu 4.1.2013.)

Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus ATH, tulostaulukot 2010 - 2011. 2013. Terveystemme -projektiryhmä. Saatavilla: <http://terveytemme.fi/ath/taulukot/index.htm>. (Viitattu 8.10.2013.)

Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus, ATH 2010 -kyselylomake. 2013. Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen laatima kyselylomake. Saatavilla: http://www.terveytemme.fi/ath/lomakkeet/2010/A1004-1_SUOMI_20-54_FI.pdf. (Viitattu 7.10.2013.)

ATH - Terveyttä ja hyvinvointia kuntalaisille. 2013. Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen verkkosivut. Saatavilla: http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/ath. (Viitattu 4.1.2013.)

ATH - Terveyttä ja hyvinvointia kuntalaisille: ATH-aineisto. 2013. Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen verkkosivut. Saatavilla: http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/ath/aineisto. Luettu 4.1.2013.

ATH - Terveyttä ja hyvinvointia kuntalaisille: tausta ja tavoitteet. 2013. Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen verkkosivut. Saatavilla: http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/ath/tausta. (Viitattu 23.3.2013.)

ATH - Terveyttä ja hyvinvointia kuntalaisille: tuloraportit. 2013. Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen verkkosivut. Saatavilla: http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/ath/tuloraportit. (Viitattu 23.3.2013.)

Bildjuschkin, K. & Ruuhilahti, S. 2010. Puhutaan seksuaalisuudesta. Ammatillisia kohtaantumisia sosiaali- ja hoitotyössä. Helsinki: Kirjapaja.

Defining sexual health. 2013. Sexual and reproductive health. WHO:n verkkosivu. Saatavilla: http://www.who.int/reproductivehealth/topics/sexual_health/sh_definitions/en/index.html. (Viitattu 14.3.2013.)

Dubikaytis, T., Haavio-Mannila, E., Hemminki, E., Karro, H., Kuznetsova, O., Laanpere, M., Nikula, M. & Regushevskaya, E. Risk factors for induced abortions in St Petersburg, Estonia and Finland. Results from surveys among women of reproductive age. Julkaisussa: The European Journal of Contraception and Reproductive Health Care, 2009, 14(3); 176 - 186.

Encyclopædia Britannica Online Academic Edition. 2013. Human sexual behaviour. Saatavilla: <http://www.britannica.com/EBchecked/topic/537102/human-sexual-behaviour>. (Viitattu 23.3.2013.)

Gissler, M., Heino, A. & Soimula, A. 2013. Raskaudenkeskeytykset 2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastoraportti. Saatavilla: <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201306284109>. (Viitattu 23.9.2013.)

Haavio-Mannila, E., Hemminki, E., Koponen, P. & Nikula, M. Sexual health among young adults in Finland: Assessing risk and protective behaviour through a general health survey. Julkaisussa: *Scandinavian Journal of Public Health*, 2007, 35; 298 - 305.

Haavio-Mannila, E. & Kontula, O. The Impact of Aging on Human Sexual Activity and Sexual Desire. Julkaisussa: *Journal of Sex Research*, 2009, 46; 46 - 56.

Hassani, K.F. 2010. Changes in Sexual Behavior and Hormonal Contraceptives Use Among Finnish Adolescents. Väitöskirja. (academic dissertation) Terveystieteen laitos. Tampereen yliopisto. Saatavilla: <http://urn.fi/urn:isbn:978-951-44-8138-3>. (Viitattu 23.3.2013.)

Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. 5. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hiltunen-Back, E., Ilola, A-M., Mussalo-Rauhamaa, H. & Vuorenmaa, L. 2012. Sukupuolitaudit Suomessa eilen, tänään ja huomenna - Aktiivisia torjuntatoimia tarvitaan. Etelä-Suomen aluehallintoviraston julkaisuja 19/12. Tampere: Tammerprint. Saatavilla: http://www.avi.fi/fi/virastot/etelasuomenavi/Ajankohtaista/julkaisut/Documents/1912_Sukupuolitaudit_Suomessa_eilen_tanaan_ja_huomenna.pdf. (Tulostettu 21.1.2013.)

Hiltunen-Back, E. & Riikola, T. 2010. Sukupuolitaudit. Suomalainen lääkärisseura Duodecimin verkkosivut. Saatavilla: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00095. (Viitattu 21.1.2013.)

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Härkänen, T. 2011. ATH-koulutus. Luentomateriaali. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla: http://www.terveytemme.fi/ath/analyysit/ATH_2010_otanta.pdf. (Viitattu 13.3.2013.)

Kainuun maakunta -kuntayhtymän hyvinvointikertomus. 2011. Saatavilla: http://maakunta.kainuu.fi/terveempi_pohjois-suomi. (Viitattu 29.3.2013.)

Kainuun maakunta -kuntayhtymän strateginen suunnitelma vuosille 2007 - 2015. 2007. Saatavilla: http://maakunta.kainuu.fi/general/Uploads_files/Suunnitelmat_strategiat/Strateginen_suunnitelma_2007_2015.pdf. (Viitattu 2.4.2013.)

Kainuun maakuntaohjelma 2009 - 2014. 2009. Kainuun maakunta -kuntayhtymä. Saatavilla: http://maakunta.kainuu.fi/general/Uploads_files/Aluekehitys/Maakuntaohjelma_2009_2013/Kainuun_maakuntaohjelma_2009__2014.pdf. (Viitattu 29.3.2013.)

Kananen, J. 2008. Kvantti: kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY-pro.

Keskeisiä käsitteitä. 2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen verkkosivut. Saatavilla: http://www.thl.fi/fi_FI/web/kaventaja-fi/keinot/kasitteet. (Viitattu 9.4.2013.)

Kompetenssit. 2010. Kajaanin ammattikorkeakoulun verkkosivut. Saatavilla: <http://www.kamk.fi/fi/Opiskelijalle/Opetustarjonta/Sairaanhoidon-ja-terveydenhoitaja-koulutus/OPS2010/Terveystoiminta>. (Viitattu 22.9.2013.)

Kontula, O., Kosonen, K. & Papp, K. 2000. Nuorten aikuisten seksuaalikäyttäytyminen ja seksuaaliset riskinotot. Väestöntutkimuslaitoksen julkaisusarja D 36/2000. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Koponen, P., Lindbohm, M-L. & Sihvo, S. 2004. Raskaudet, synnytykset, keskenmenot ja keskeytykset. Teoksessa Lisääntymisterveys Suomessa - Terveys 2000-tutkimus. Koponen, P & Luoto, R. (toim.) Saatavilla: <http://www.terveys2000.fi/julkaisut/lister.pdf>. (Viitattu 22.9.2013.)

Kuortti, M. & Jähi, R. Riskillä vai ilman - tutkimus tyttöjen seksikäyttäytymisen valinnoista ja niihin liittyvistä arvoista. Julkaisussa: Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti, 2009, 46; 244 - 257.

Lottes, I. 2000. Uusia näkökulmia seksuaaliterveyteen. Teoksessa: Kontula, O. & Lottes, I. Seksuaaliterveys Suomessa. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Raskaudenkeskeytyksen käypä hoito-suositus. 2013. Suomalaisen lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Gynekologiyhdistyksen asettama työryhmä. Saatavilla: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi27050>. (Viitattu 17.9.2013.)

Reproductive health strategy : To accelerate progress towards the attainment of international development goals and targets. 2004. Geneva: World Health Organization. Saatavilla: http://whqlibdoc.who.int/hq/2004/WHO_RHR_04.8.pdf. (Viitattu 16.3.2013.)

Rew, L. & Taylor-Seehafer, M. Risky Sexual Behavior Among Adolescent Women. Julkaisussa: Journal of the Society of Pediatric Nurses, 2000, 5 (1); 15 - 24.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma 2007 - 2011. 2007. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:17. Saatavilla: <http://pre20090115.stm.fi/pr1180335140613/passthru.pdf>. (Viitattu 18.3.2013.)

Seksuaaliterveysklinikka. 2013. Väestöliiton verkkosivut. Saatavilla: <http://www.vaestoliitto.fi/seksuaalisuus/seksuaaliterveysklinikka/>. (Viitattu 16.6.2013)

Seksuaaliterveyden edistäminen. 2012. Sosiaali- ja terveysministeriön verkkosivut. Saatavilla: http://www.stm.fi/hyvinvointi/terveydenedistaminen/seksuaaliterveyden_edistaminen. (Viitattu 19.3.2013.)

- Tartuntatautiasetus 31.10.1986/786. Saatavilla:
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860786>. (Viitattu 29.3.2013.)
- Tartuntatautilaki 25.7.1986/583. Saatavilla:
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1986/19860583>. (Viitattu 29.3.2013.)
- Taulukkoraportit 2010 - 2011. 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen verkkosivut. Saatavilla: <http://www.terveytemme.fi/ath/taulukot/index.htm>. (Viitattu 10.4.2013.)
- Terveyden edistämisen laatusuositus. 2006. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön julkaisuja 2006:19. Saatavilla: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-9303.pdf. (Viitattu 29.3.2013.)
- Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Saatavilla:
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L2>. (Viitattu 29.3.2013.)
- Tilastoja väestöstä. 2012. Kainuu.fi.
http://www.kainuu.fi/index.php?mid=2_406_407&la=fi. (Viitattu 13.3.2013)
- Tutkimuksen - opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite. 2013. Kajaanin ammattikorkeakoulun verkkosivut. Saatavilla: <http://www.kamk.fi/opari/Opinnaytetyopakki/Teoreettinen-materiaali/Tukimateriaali/Tavoite-ja-tarkoitus>. (Viitattu 9.4.2013.)
- Tutkimuslomakkeet. 2012. Terveytemme -projektiryhmä. Saatavilla:
<http://www.terveytemme.fi/ath/lomakkeet/>. (Viitattu 4.1.2013.)
- Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa – Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Kustannus-osakeyhtiö Tammi.
- WHO Regional Strategy on Sexual and Reproductive Health. 2001. Copenhagen: WHO Regional Office for Europe. Saatavilla:
http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0004/69529/e74558.pdf. (Viitattu 18.3.2013.)
- Ylävaara, H. Perhepalvelut. Teoksessa Kaikkonen R., Koskinen, S., Kostiainen, E., Linnanmäki, E., Martelin, T. ja Prättälä, R. 2008. Sosioekonomiset terveyserot ja niiden kaventaminen Kainuussa. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja 27/2008. Saatavilla:
http://www.kainuu.fi/UserFiles/File/Hyvinvointi/Sosioekonomiset_terveyserot/sosioekonomiset_%20terveyserot_%20Kainuussa_983529202.pdf. (Viitattu 2.4.2013.)
- Ågmo, A. 2007. Functional and Dysfunctional Sexual Behavior: A Synthesis of Neuroscience and Comparative Psychology. Kidlington: Academic Press.

AINEISTOTAULUKOT

TAULUKKO 1. Kyselyyn osallistuneen tutkittavan ikäluokan ikäjakauma. (n = 896.)

Ikä, vuotta	f	%
20 - 24	73	8
25 - 29	83	9
30 - 34	90	10
35 - 39	93	10
40 - 44	135	15
45 - 49	182	20
50 - 54	240	27
yhteensä	896	99

TAULUKKO 2. Kyselyyn osallistuneiden 20 - 54-vuotiaiden naisten siviilisäätty. (n = 870.)

Siviilisäätty	f	%
avioliitossa tai rekisteröidys- sä parisuhteessa	477	55
avoliitossa	207	24
asumuserossa tai eronnut	76	9
leski	12	1
naimaton	98	11
yhteensä	870	100