

OLIVIA MALINEN JA SALLA NIEMINEN

**MIELENTERVEYS, AUTONOMIA JA  
SEKSUAALIKÄYTTÄYTYMINEN  
MYÖHÄISNUORUUDESSA**

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta  
Psykologian kandidaatin tutkielma  
Toukokuu 2020

# TIIVISTELMÄ

Olivia Malinen ja Salla Nieminen: Mielenterveys, autonomia ja seksuaalikäyttäytyminen myöhäisnuoruudessa  
Kandidaatintutkielma  
Tampereen yliopisto  
Psykologian tutkinto-ohjelma  
Toukokuu 2020

---

Tässä tutkimuksessa tarkastelimme mielenterveyden häiriön diagnoosin saaneiden ja terveiden nuorten välisiä eroja autonomiassa ja seksuaalikäyttäytymisessä. Aihe on ajankohtainen ja tärkeä, sillä nuoruusiän mielenterveyden häiriöt ovat yleistyneet yhteiskunnassamme. Jaoin nuoret kahteen ryhmään sen mukaan, oliko heille joskus diagnosoitu jokin mielenterveyden tai neuropsykiatrisen häiriö. Autonomiata tarkastelimme Adolescent Autonomy Questionnaire (AAQ) -kyselylomakkeella, jossa autonomia on jaettu asenteelliseen, emotionaaliseen ja toiminnalliseen autonomiaan. *Asenteellinen autonomia* kuvaa nuoren kykyä tehdä päätöksiä ja määrittellä tavoitteita, *emotionaalinen autonomia* nuoren luottamusta omiin valintoihinsa ja *toiminnallinen autonomia* nuoren kykyä muodostaa strategioita tavoitteisiin pääsemiseksi. Seksuaalikäyttäytymistä puolestaan tarkastelimme Adolescent Sexual Activity Index (ASAI) -kyselylomakkeella, joka kartoittaa nuoren asteittain etenevää seksuaalista käyttäytymistä.

Oletimme, että mielenterveyden häiriön diagnoosin saaneilla nuorilla asenteellinen ja toiminnallinen autonomia sekä autonomia kokonaisuudessaan olisivat matalammalla tasolla kuin terveillä nuorilla. Lisäksi oletimme, että näillä nuorilla emotionaalinen autonomia olisi joko kovin korkealla tai kovin matalalla tasolla, ja terveillä nuorilla puolestaan keskitasolla. Seksuaalikäyttäytymisen osalta hypotesimme oli, että mielenterveyden häiriön diagnoosin saaneilla esiintyisi vähemmän seksuaalista aktiivisuutta kuin terveillä nuorilla.

Tutkimuksemme aineisto oli osa Kehityksen ihmeet -pitkittäistutkimusta. Tässä tutkimuksessa keskityimme viimeisimpään aineistonkeruuvaiheeseen, jolloin nuoret olivat 17–19-vuotiaita. Tutkimukseen osallistuneista nuorista ( $n = 439$ ) hieman useammalle kuin joka kymmenennelle oli joskus diagnosoitu jokin mielenterveyden häiriö, joista yleisimmät olivat masennus ja ahdistus. Aineistomme analysoitiin parametrisella riippumattomien otosten  $t$ -testillä.

Oletustemme mukaisesti kokonaisautonomia sekä asenteellinen ja toiminnallinen autonomia olivat matalammalla tasolla mielenterveyden häiriön diagnoosin saaneilla kuin terveillä nuorilla. Sen sijaan hypotesimme vastaisesti nuoret eivät eronneet emotionaalisessa autonomiassa tai seksuaalikäyttäytymisessä.

Tulosten perusteella mielenterveyden häiriön diagnoosin saaneiden nuorten autonomian kehittymistä olisi tärkeää tukea. Autonomian kehittyminen on keskeinen nuoruuden kehitystehtävä, joka näyttää olevan uhattuna mielenterveyden häiriöissä. Erityisesti korkeampia kognitiivisia toimintoja ja itseohjautuvuutta, jotka ovat keskeisiä asenteellisessa ja toiminnallisessa autonomiassa, tulisi pyrkiä tukemaan mielenterveyspalveluissa. Sen sijaan seksuaalikäyttäytyminen ei vaikuttaisi muuttuvan mielenterveyden häiriöiden seurauksena, ja näin ollen sosiaaliset suhteet, kuten parisuhde, saattavat tarjota tärkeää tukea mielenterveyden ongelmien parissa kamppailevalle nuorelle.

Avainsanat: myöhäisnuoruus, mielenterveys, autonomia, seksuaalikäyttäytyminen

Tämän julkaisun alkuperäisyys on tarkastettu Turnitin OriginalityCheck –ohjelmalla.

## SISÄLLYSLUETTELO

<b>1. JOHDANTO</b> .....	1
<b>1.1 Nuoruusikä ja mielenterveys</b> .....	1
<b>1.2 Nuoren autonomia</b> .....	2
<b>1.3 Nuoren seksuaalisuus</b> .....	4
<b>1.4 Tutkimuskysymykset ja hypoteesit</b> .....	6
<b>2. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN</b> .....	7
<b>2.1 Tutkittavat ja tutkimuksen kulku</b> .....	7
<b>2.2 Mittarit</b> .....	8
<b>2.3 Aineiston analysointi</b> .....	9
<b>3. TULOKSET</b> .....	10
<b>3.1 Kuvailevat tulokset</b> .....	10
<b>3.2 Nuorten erot autonomiassa ja seksuaalikäyttäytymisessä</b> .....	11
<b>4. POHDINTA</b> .....	12
<b>4.1 Nuoren mielenterveyden yhteys autonomiaan</b> .....	13
<b>4.2 Nuoren mielenterveyden yhteys seksuaalikäyttäytymiseen</b> .....	15
<b>4.3 Tutkimuksen vahvuudet, rajoitukset ja jatkotutkimustarpeet</b> .....	16
<b>4.4 Tutkimuksen merkitys</b> .....	17
<b>LÄHTEET</b> .....	18

# 1. JOHDANTO

Nuorten mielenterveys on ajankohtainen ja tärkeä aihe yhteiskunnassamme. Nuorten mielenterveyden häiriöt ovat lisääntyneet viime vuosina, mutta avun saanti ei ole kasvanut samassa suhteessa (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 2019). Psykkisten voimavarojen tukeminen on tärkeää ennaltaehkäisevää mielenterveystyötä, sillä mielen voimavarat ovat avainasemassa nuorten aikuisten kehitystä tarkasteltaessa. Oikea-aikainen apu voi auttaa nuorta selviytymään vaikeistakin elämäntilanteista ja viitoittaa kehityksen takaisin tasapainoiselle polulle. Mielenterveyden haasteet heijastuvat myös nuoruusiän kehitystehtävistä selviämiseen. Autonomia on nuoruusiän keskeinen kehityksellinen päämäärä (Aalto-Setälä & Marttunen, 2007), ja sen kehittyminen tukee nuoren itsenäistymistä ja kasvamista vastuuntuntoiseksi aikuiseksi. Seksuaalisuuden kehitys, tunne-elämän vakautuminen ja hyvä itsetuntemus auttavat nuorta muodostamaan kestävän parisuhteen. Nuoren hyvinvointi heijastuu hänen kehitykseensä, ja haasteet kehityksessä voivat näkyä niin autonomian taidoissa kuin seksuaalikäyttäytymisessä. Tässä tutkimuksessa tarkastelemme mielenterveyden häiriön diagnoosin saaneiden ja terveiden suomalaisten nuorten eroja autonomiassa ja seksuaalikäyttäytymisessä.

## 1.1 Nuoruusikä ja mielenterveys

Nuoruus on siirtymäaikaa lapsuudesta aikuisuuteen. Se jaetaan yleensä kolmeen vaiheeseen: varhaisnuoruuteen (10–14 v), keskinuoruuteen (15–17 v) ja myöhäisnuoruuteen (18–20 v). Nuoruusikää kuvastavat niin fyysiset, psyykkiset kuin sosiaalisetkin muutokset. Nuoruuden nähdään alkavan puberteetista. Silloin kehossa tapahtuu suuria biologisia muutoksia, jotka heijastuvat myös seksuaalisuuden kehitykseen. Nuoruusiän psyykinen kehitys keskittyy oman itsen etsimiseen ja tulevaisuuteen suuntautumiseen, ja sosiaalisessa kehityksessä nuorten vertaissuhteiden merkitys korostuu (Petersen & Others, 1995).

Nuoruusikä on herkkää ja haavoittuvaa aikaa kehityksessä tapahtuvien voimakkaiden muutosten vuoksi. Maailman terveysjärjestö WHO määrittelee mielenterveyden sellaiseksi hyvinvoinnin tilaksi, jossa yksilö tiedostaa omat vahvuutensa ja kykenee selviytymään elämän haasteista sekä työskentelemään ja osallistumaan yhteisönsä toimintaan (Suomen Mielenterveys ry, 2020). Nuoruus on useimpien mielenterveyden häiriöiden alkamisikä. Lapsilla mielenterveyden häiriöitä on noin kaksi kertaa vähemmän kuin nuorilla, ja aikuisten mielenterveyden häiriöistä suurin

osa on saanut alkunsa jo nuoruusiässä. Nuorilla mielenterveyden häiriöt ovat myös yleisiä: jopa 20-25 prosenttia nuorista kärsii jostain mielenterveyden häiriöstä, joista yleisimpiä ovat mieliala-, ahdistuneisuus-, päihde- ja käytöshäiriöt (Marttunen, Huurre, Strandholm, & Viialainen, 2013). Eri mielenterveyden häiriöiden esiintyminen samanaikaisesti on myös tavallista, esimerkiksi masennus- ja ahdistuneisuushäiriöt esiintyvät usein yhdessä (Marttunen ym., 2013).

Mielenterveyden häiriön diagnoosi on tärkeä erottaa normaalista mielentilojen vaihtelusta ja ohimenevästä oirehdinnasta; esimerkiksi arkipuheessa masennuksella viitataan tavallisesti vain ohimenevään tunnetilaan. Mielenterveyden häiriön diagnoosi edellyttää kuitenkin yleensä pidempikestoista ja yhtäjaksoista oirehdintaa, jonka yksilö tai tämän läheiset kokevat elämää merkittävästi haittaavaksi. Kuvaamme seuraavaksi masennusta ja ahdistusta, sillä ne ovat nuorten yleisimmät mielenterveyden häiriöt (Marttunen ym. 2013). Masennusdiagnoosi (ICD-10 mukaan) edellyttää vähintään kahden seuraavan ydinoireen esiintymistä yhtäjaksoisesti vähintään kahden viikon ajan: 1) masentunut mieliala, 2) mielenkiinnon tai mielihyvän kokemisen katoaminen ja 3) uupumus, väsymys riittävästä levosta huolimatta. Näiden ydinoireiden lisäksi tulee esiintyä vähintään kaksi muuta oiretta, jotka voivat olla muun muassa unihäiriötä, ruokahalun heikkenemistä tai itsetuhoisia ajatuksia. Ahdistus puolestaan on pelkoa muistuttava tunne, josta seuraa erilaisia psyykkisiä, kehollisia ja käyttäytymisen oireita, kuten paniikin tuntemuksia, sydämen tykytystä ja välttämiskäyttäytymistä. Yksilön voi olla kuitenkin vaikeaa tunnistaa pelon kohdetta. Ahdistuneisuushäiriöstä voidaan puhua vasta, kun oireet aiheuttavat selvää toiminnallista haittaa tai merkittävää subjektiivista kärsimystä. Ahdistuneisuushäiriöihin luetaan monia erilaisia alahäiriöitä, kuten erilaisia pelkotiloja, paniikkihäiriö ja pakko-oireinen häiriö (Marttunen ym., 2013).

## **1.2 Nuoren autonomia**

Ryanin ja Decin itsemääräämisteorian mukaan ihmisellä on kolme psykologista perustarvetta: autonomia, kyvykkyys ja yhteenkuuluvuus. Autonomialla tarkoitetaan ihmisen kokemusta siitä, että hän on vapaa päättämään itse omaan elämäänsä liittyvistä asioista (Ryan & Deci, 2000). Autonomian on havaittu olevan psykologisena perustarpeena suhteellisen universaali ja kulttuurikontekstista riippumaton nuoren kehitystä muovaava tekijä (Kavyashree & Manjula, 2014; Kee-Lee, 2000). Nuoren käyttäytymisessä autonomia näkyy sisäisenä motivaationa ulkoisen sijaan. Autonomian kehittyminen kytkeytyy myös Erik H. Eriksonin psykososiaaliseen kehitysteoriaan, jonka mukaan nuoruusiän keskeinen kehitystehtävä on identiteetin kehittyminen. Identiteetikriisin onnistunut

läpikäynti tukee nuorta autonomian kehityksessä muun muassa lisäämällä ymmärrystä omista tarpeista, tavoitteista ja mahdollisuuksista (Sigelman & Rider, 2018). Autonomian kehittyminen näkyykin nuoren kasvavana itsemääräämisoikeuden tarpeena, tavoitteenasettelun taitojen kehittymisenä sekä lapsuudenkodista ja vanhemmista irrottautumisena. Autonomian kehittyminen myöhäisnuoruudessa on tärkeää, jotta nuoresta kasvaa itsenäinen ja vastuuntuntoinen aikuinen.

Noom, Dekovic ja Meeus (2001) muodostivat autonomiasta integratiivisen mallin, jonka mukaan autonomia koostuu asenteellisesta, emotionaalisesta ja toiminnallisesta autonomiasta. *Asenteellinen autonomia* viittaa tavoitteiden valitsemisen ja määrittelemisen kognitiiviseen prosessiin. Nuori osaa ajatella ennen välitöntä toimintaa: hän kykenee punnitsemaan erilaisia mahdollisuuksia ja valitsemaan niistä parhaimman. *Emotionaalinen autonomia* kuvaa tunnetason itsenäistymistä vanhemmista ja kavereista, mikä näkyy luottamuksena omiin valintoihin ja tavoitteisiin muiden toiveista riippumatta. *Toiminnallinen autonomia* viittaa säätelyprosessiin, jossa yksilö kehittää strategioita tavoitteidensa saavuttamiseksi ja kykenee ottamaan vastuun niiden toteuttamisesta. Tässä tutkimuksessa tarkastelemme autonomiaa tämän integratiivisen mallin mukaisesti. Suomalaisnuorten autonomian yhteyttä mielenterveyteen myöhäisnuoruudessa on tutkittu vain vähän, mikä lisää tämän tutkimuksen tarpeellisuutta.

Nuoren autonomian kyvyn voidaan nähdä heijastuvan vahvasti nuoren mielenterveyteen: autonomian kehittyminen vaatii mielen voimavaroja. Mielenterveyden häiriöt puolestaan heikentävät jaksamista. Masennuksen ja ahdistuksen oireiden voisi ajatella olevan vastakohta korkean autonomian piirteille: esimerkiksi väsymys, aloittekyvyttömyys ja negatiivinen mieliala vaikeuttavat itsenäistymistä, tavoitteiden asettamista ja vastuunottamista. Kehitystehtävien parissa kamppaileminen voi aiheuttaa nuoren kehitykselle normaalia mielentilan vaihtelua. Kehitystehtävien ratkaisemattomuus vaikeuttaa lisäksi tulevaa kehitystä ja on riski mielenterveyden ongelmille (Sigelman & Rider, 2018). Oman näköisen identiteetin löytämisen voidaan nähdä olevan perusta autonomian kehittymiselle. Tungin ja Sandhun (2005) tutkimuksessa havaittiin, että emotionaalinen autonomia sekä saavutettu ja etsinnässä oleva identiteetti olivat positiivisesti yhteydessä hyvinvointiin, kun taas identiteettivaiheista sulkeutunut ja hajanainen identiteetti olivat käänteisessä suhteessa hyvinvointiin. Kehityksen ollessa vielä kesken hyvinvointi voi olla nuorilla kovin erilaista riippuen heidän itsenäistymisen tasostaan.

Emotionaalisen autonomian kehitys näkyy nuoren kasvavana tunnetason itsenäistymisen tarpeena. Vahva emotionaalinen autonomia on toisinaan yhdistetty myös negatiivisiin perhesuhteisiin, ja äärimmillään ilmenevänä se voi olla merkki nuoren turvattomasta kiintymyksestä vanhempiinsa (Parra & Oliva, 2009). Dhillon ja Mehran (2019) mukaan korkea emotionaalinen autonomia ennusti masennusta myöhäisnuoruudessa, mutta yhteys oli riippuvainen nuoren

resilienssin tasosta: keskinäinen yhteys oli vahva silloin, kun resilienssin taso oli matala. Resilienssi kuvaa nuoren psyykkistä vahvuutta vastoinkäymisille, mitä voidaan pitää suojatekijänä masennukselle. Toisaalta myös matalan emotionaalisen autonomian voidaan ajatella olevan yhteydessä masennukseen: jos tunnetason itsenäistymistä lapsuuden kodista ja vanhemmista ei tapahdu ollenkaan, nuori jää jumiin itsenäistymisen kehitysvaiheeseen. Näiden ristiriitojen vuoksi emotionaalisen autonomian ja mielenterveyden välistä yhteyttä on mielenkiintoista tutkia lisää.

Asenteellisen ja toiminnallisen autonomian yhteys mielenterveyteen tulee esiin nuoren kyvyssä määritellä tavoitteita ja kehittää strategioita niiden saavuttamiseksi. Tämä puolestaan heijastuu muun muassa elämänhallinnan taitoihin, minäkäsitykseen ja ympäristön palautteeseen. Jonesin, Papadakis, Orrin ja Straumanin (2013) tutkimuksessa epäonnistuminen henkilökohtaisten tavoitteiden saavuttamisessa ja tavoitteiden pohdinta jälkikäteen olivat yhteydessä masennuksen ja ahdistuksen tunteisiin. Näin ollen voisi ajatella, että epäonnistumisen kokeneilla ja masennuksesta tai ahdistuksesta kärsivillä uusien tavoitteiden valinta ja määrittely (asenteellinen autonomia) on vaikeaa. Opettajalta saadun autonomian tuen on havaittu vähentävän nuorten ahdistusta ja masennusta (Yu, Li, Whang, & Zhang, 2016). Nuoren autonomian tukeminen olisikin tärkeää niin epäonnistumisten kuin onnistumisten hetkillä: mielenterveyden häiriöiden ennaltaehkäisemisen lisäksi se auttaa nuorta onnistumaan, motivoitumaan ja asettamaan tulevaisuudelle tavoitteita. Tätä tukee myös Eryilmazin (2011) tutkimustulos, jonka mukaan subjektiivista hyvinvointia lisäävien strategioiden käyttö (toiminnallinen autonomia) ja elämäntavoitteiden määrittäminen (asenteellinen autonomia) olivat yhteydessä paitsi toisiinsa myös nuoren hyvinvointiin.

### **1.3 Nuoren seksuaalisuus**

Eriksonin psykososiaalisen kehitysteorian mukaan nuoruusiän ja varhaisaikuisuuden kehitykseen kytkeytyvät myös läheisyyden ja eristäytymisen kysymykset (Sigelman & Rider, 2018). Identiteetikriisin jälkeen nuori alkaa etsiä syvällistä ihmissuhdetta kiintymyksen ja rakkauden tarpeiden toteuttamiseksi. Seksuaalisuus nähdään ihmisen perusominaisuutena, joka on keskeinen osa kehitystä jo lapsuudesta alkaen. Nuoruusiän seksuaalinen kehitys tulisi nähdä biopsykososiaalisena kokonaisuutena (Petersen & Others, 1995). Opetushallituksen julkaisema Seksuaalisuuden portaat -malli ottaa huomioon nämä kolme kehityksen osa-aluetta. Kuvaamme seuraavaksi mallin nuoruusikäen ajoittuvat seksuaalisen kehityksen vaiheet. Varhaisnuoruudessa uskalletaan tavallisesti ensimmäistä kertaa kertoa omista tunteista ihastuksen kohteelle ja näyttää tunteet sanattomin viestein

(*Tykkään sinusta* –porras). Tämän jälkeen uskalletaan ottaa myös fyysistä kontaktia ihastuksen kohteeseen (*Käsikkäin*-porras). Vasta keskinuoruudessa aletaan hakea seksuaalista kontaktia ja mahdollisesti seksuaalista kiihottumista suudelmin ja fyysisen läheisyyden kautta (*Suudelmien riemu* –porras). Myöhäisnuoruuteen siirryttäessä nuori on yleensä valmis myös intiimimpään kosketukseen toisen kanssa (*Hyvältä tuntuvat hyväilyt* -porras). Viimeinen kehityksen porras, *Rakkautta ja seksiä*, saavutetaan keskimäärin varhaisaikuisuuden kynnyksellä, ja vasta tässä vaiheessa nuoren nähdään olevan valmis myös yhdyntään (Cacciatore & Korteniemi-Poikela, 2019). On kuitenkin tärkeää huomata, että seksuaalisuus kehittyy jokaisella yksilöllisesti hieman eri polkuja pitkin, ja tämä malli kuvaa vain keskimääräistä kehitystä. Tässä tutkimuksessa tarkastelemme nuorten seksuaalikäyttäytymistä mittarilla, jonka kysymykset kartoittavat jokaisen seksuaaliportaan kehitystason mukaista toimintaa (Hansen, Paskett, & Carter, 1999).

Seksuaalisuuden kehittyminen ja ensimmäiset kokemukset parisuhteesta ovat keskeinen osa nuoruuden kehitystä. Suomessa ensimmäiset seurustelu- ja seksuaalikokemukset saadaan tuoreimpien tietojen mukaan keskinuoruudessa: tytöt ovat aloittaneet seurustelun keskimäärin 16,5-vuotiaana ja pojat 17,5-vuotiaana. Tytöt saavat ensimmäiset yhdyntäkokemuksensa keskimäärin 16–17-vuotiaana ja pojat 17–18-vuotiaana. Pojista noin viidesosa ja tytöistä noin kymmenesosa on aloittanut seurustelun yli 20-vuotiaana ja yhdynnät yli 21-vuotiaana (Väestöliitto, 2020). Näin ollen suomalaisnuoret aloittavat seksin harrastamisen keskimäärin samoihin aikoihin kuin nuorten ajatellaan saavuttavan viimeinen seksuaalisen kehityksen porras, vaikkakin aloitusikä on lähellä portaan alarajaa.

Nuorten seksuaalikäyttäytymistä myöhäisnuoruudessa on tutkittu vain vähän, ja sen vuoksi tämä tutkimus tuo tärkeää tietoa seksuaalikäyttäytymisen yhteydestä mielenterveyteen juuri myöhäisnuoruudessa. Vasilenkon (2017) tutkimuksessa, jossa oli eri-ikäisiä nuoria, seksuaalikäyttäytymisen yhteydet mielenterveyteen olivat positiivisempia myöhäisnuoruudessa kuin varhais- tai keskinuoruudessa. Tämän pohjalta voidaan ajatella, että seksuaalikäyttäytymisen aloittaminen vasta myöhäisnuoruudessa voi tukea mielenterveyttä. Toisaalta Savioja (2019) havaitsi, että nuoruusiän kehityksen myötä seksuaalikokemusten ja mielenterveyden välinen yhteys saattaa muuttua myös päinvastaiseksi: esimerkiksi pojilla yhdyntöjen puute myöhäisnuoruudessa oli yhteydessä suurempaan koettuun masennukseen. Nykyään nähdään myös varhaisen seksuaalisen aktiivisuuden mahdollinen positiivinen merkitys nuoren kehitykselle (Russell, 2005).

Tutkimustietoa seksuaalikäyttäytymisen yhteydestä mielenterveyteen varhaisnuoruudessa löytyy sen sijaan enemmän, mutta tutkimustieto on osittain ristiriitaista. Varhaisen seksuaalikäyttäytymisen on havaittu olevan yhteydessä masennusoireisiin (Vasilenko, 2017), ja vielä keskinuoruudessaakin varhaiset seksuaaliset kokemukset (erityisesti yhdyntä) olivat itsenäisesti



yhteydessä masennukseen (Kaltiala-Heino, Kosunen, & Rimpelä, 2003). Myös Mendlen, Ferreron, Mooren ja Hardenin (2013) tutkimuksessa ei-romanttisissa suhteissa varhainen seksuaalinen aktiivisuus oli itsenäisesti yhteydessä masennukseen, ja tämä yhteys oli sitä voimakkaampi mitä nuoremasta nuoresta oli kyse. Mendle ym. (2013) havaitsivat kuitenkin, että romanttisissa suhteissa varhaisen seksuaalikäyttäytymisen ja masennuksen välinen yhteys ei ollut itsenäinen vaan selittyi geeni- ja ympäristötekijöillä. Varhaisen seksuaalikäyttäytymisen ja masennuksen välinen yhteys voi selittyä suhteen laadun lisäksi sillä, että varhais- ja keskinuoruudessa nuori ei välttämättä ole vielä psyykkisesti valmis pidemmälle edenneisiin seksuaalisen kanssakäymisen muotoihin. Toisaalta eräässä tutkimuksessa varhainen seksuaalikäyttäytyminen ja matala psykologinen hyvinvointi eivät olleet yhteydessä toisiinsa (e Silva, van de Bongardt, Baams, & Raat, 2017).

Tutkimustulosten ristiriitaisuus voi selittyä myös osittain kulttuurin vaikutuksella. Varhainen seksuaalinen aktiivisuus ei ollut yhteydessä mielenterveyden oirehdintaan Suomessa, Ruotsissa eikä Ranskassa, mutta Puolassa ja Yhdysvalloissa yhteys löydettiin (Madkour, Farhat, Halpern, Godeau, & Gabhainn, 2010). Saviojan (2019) tutkimuksessa puolestaan havaittiin, että varhais- ja keskinuoruudessa koetut yhdynnät olivat yhteydessä masennukseen myös Suomessa. Toivottomuusteorian mukaan ihmiset tekevät erilaisia tulkintoja mahdollisesti negatiivisista elämäntapahtumista. Tulkinta määrittää sen, miten yksilö tapahtuman kokee, ja seuraako siitä masennusta (Lakdawalla, Hankin, & Mermelstein, 2007). Näin ollen nuoren tulkinta seksuaalisesta kanssakäymisestä vaikuttaisi enemmän mielenterveyden oirehdintaan kuin seksuaalinen kanssakäyminen itsessään. Kulttuurin normit puolestaan oletettavasti muokkaavat yksilön tekemiä tulkintoja: esimerkiksi jos varhainen seksuaalinen aktiivisuus on yleistä nuorten keskuudessa, nuoret epätodennäköisemmin kokevat häpeää tai syyllisyyttä seksuaalisesta kokeneisuudestaan.

#### **1.4 Tutkimuskysymykset ja hypoteesit**

Tutkimuskysymyksemme on, eroavatko mielenterveyden häiriön diagnoosin saaneet 17–19-vuotiaat suomalaisnuoret terveistä a) autonomian ja b) seksuaalikäyttäytymisen osalta. Mielenterveyden ongelmia kartoitamme kysymällä nuorilta, onko heillä tällä hetkellä tai onko heillä joskus ollut jokin mielenterveyden tai neuropsykiatrinen häiriö. Autonomiata tarkastelemme integratiivisella mallilla, jossa autonomia on jaettu asenteelliseen, emotionaaliseen ja toiminnalliseen autonomiaan. Hypoteesimme tässä tutkimuksessa on, että mielenterveyden häiriön diagnoosin saaneet nuoret eroavat terveistä niin kokonaisautonomiassa kuin sen alalottuvuuksissa. Oletamme, että

mielenterveyden häiriön diagnoosin saaneilla nuorilla kokonaisautonomia sekä alaulottuvuuksista asenteellinen ja toiminnallinen autonomia ovat matalammalla tasolla kuin terveillä nuorilla. Lisäksi oletamme, että mielenterveyden häiriön diagnoosin saaneilla nuorilla emotionaalinen autonomia on joko kovin korkealla tai kovin matalalla tasolla, ja terveillä nuorilla puolestaan keskitasolla.

Nuorten seksuaalikäyttäytymistä kartoitamme kysymyksillä, jotka kattavat kaikkien nuoruuteen ajoittuvien seksuaalisuuden portaiden mukaista toimintaa. Myöhäisnuoruuteen näistä ajoittuvat kysymykset vaatteiden alta tapahtuvasta hyväilystä sekä riisuutumisesta alasti ja yhdynnästä. Toki oletettavasti myös varhaisempien tasojen seksuaalikäyttäytymistä esiintyy myös myöhäisnuoruudessa, kuten halaamista, kädestä pitämistä ja suuteluja. Oletamme, että niillä nuorilla, joilla on todettu jokin mielenterveyden häiriö, on vähemmän seksuaalista aktiivisuutta kuin terveillä nuorilla. Näkisimme mielenterveyden häiriöiden vaikeuttavan seksuaalikäyttäytymistä: esimerkiksi masennukselle tyypilliset oireet, kuten väsymys sekä negatiiviset ajattelu- ja tulkintatavat, voisivat johtaa nuoren vetäytyvään seksuaalikäyttäytymiseen.

## **2. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN**

### **2.1. Tutkittavat ja tutkimuksen kulku**

Tutkimuksemme on osa laajempaa poikkitieteellistä Kehityksen ihmeet (KEHI) -pitkittäistutkimusta, joka alkoi vuonna 1999 Helsingin yliopiston sekä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) yhteistyönä. Tutkimus on saanut eettisen hyväksynnän HUS:n eettiseltä toimikunnalta. Pitkittäistutkimuksessa on seurattu vuosina 1999–2000 syntyneitä suomalaisia lapsia ja heidän perheitään. Tutkimuksen alussa mukana oli 763 perhettä, joista noin puolella raskaus alkoi hedelmöityshoitojen avulla ja noin puolella luonnollisesti. Aineistoa on kerätty kuudessa eri ajankohdassa: raskauden toisella kolmanneksella (T1), lapsen ollessa kaksi kuukautta (T2), 12 kuukautta (T3), 7–8 vuotta (T4), 9–10 vuotta (T5) ja 17–19 vuotta (T6). Seitsemäs tutkimusvaihe (T7) on parhaillaan käynnissä.

Tutkimuksemme keskittyy vaiheeseen T6, jonka aineisto on kerätty vuosina 2017–2019 nuorten ollessa 17–19-vuotiaita. Tässä vaiheessa tutkimuksessa oli mukana 439 nuorta. Nuorista tyttöjä oli 256 (58 %) ja poikia 175 (40 %) ja 7 vastaajaa (2 %) ilmoitti sukupuolekseen ”muu”. Nuorista 75 prosenttia opiskeli lukiossa, 14 prosenttia ammattikoulussa, 4 prosenttia oli töissä, 2

prosenttia oli työttömänä ja 5 prosenttia vastasi vaihtoehdon muu. Suurin osa nuorista asui molempien vanhempien kanssa (67 %), osa asui vain äidin (14 %) tai vain isän (3%) luona. Pieni osa nuorista (4 %) oli muuttanut jo pois kotoa ja asui joko yksin, kämppiksen tai puolison kanssa tai oli vaihdossa. Loput asuivat vuorotellen molempien vanhempien luona. Nuorten vanhemmista noin kolme neljäsosaa (74 %) oli edelleen yhdessä.

## 2.2 Mittarit

*Nuoren mielenterveyttä* mitattiin kysymyksellä ”Onko sinulla ollut tai onko sinulla tällä hetkellä mielenterveyden tai neuropsykiatrinen häiriö?” Vastausvaihtoehdot olivat kyllä (1) ja ei (0). Mikäli nuori vastasi kyllä, häneltä kysyttiin tarkemmin saamaansa diagnoosia, ja vaihtoehtoina olivat masennus, ahdistuneisuushäiriö, pakko-oireinen häiriö, syömishäiriö, päihdeongelma, kaksisuuntainen mielialahäiriö, psykoosi, tarkkaavaisuushäiriö (esimerkiksi ADHD tai ADD), autismin kirjon häiriö (esimerkiksi Asperger tai autismi) tai muu häiriö, jonka nuori sai itse tarkentaa.

*Nuoren autonomiaa* mitattiin Adolescent Autonomy Questionnaire (AAQ) -mittarilla (Noom ym., 2001). AAQ-mittari sisältää 18 väittämää, joiden sopivuutta itseensä nuori arvioi 5-portaisella Likert-asteikolla (1 = Ei lainkaan minua kuvaava, 5 = Erittäin hyvin minua kuvaava). Muodostimme mittarista kolme summamuuttujaa vastaamaan nuoren eri toiminnan tasoja. *Asenteellista autonomiaa* tarkasteltiin kuudella väittämällä (esimerkiksi ”Tiedän, mitä haluan” ja ”Epäröin päätöksiäni”). Samoin *emotionaalista autonomiaa* (esimerkiksi ”Koen, että on OK olla eri mieltä toisten kanssa” ja ”Myönnän toisten olevan oikeassa, jopa silloin kun en ole varma”) ja *toiminnallista autonomiaa* (esimerkiksi ”Lähden helposti mukaan johonkin uuteen” ja ”Epäröin, miten minun tulisi toimia”) tarkasteltiin kumpaakin kuudella väittämällä. Lisäksi muodostimme mittarin kaikista väittämistä autonomian kokonaissummamuuttujan. Ennen summamuuttujien muodostamista pisteytimme epäröintiä ja autonomian puutetta mittaavat väittämät uudelleen siten, että korkeat pistemäärät kuvasivat korkeaa autonomian astetta. Mittarin sisäinen reliabiliteetti oli hyvä (asenteellinen autonomia  $\alpha = .84$ , emotionaalinen autonomia  $\alpha = .62$ , toiminnallinen autonomia  $\alpha = .71$  ja koko mittari  $\alpha = .74$ ).

*Nuoren seksuaalikäyttäytymistä* mitattiin Adolescent Sexual Activity Index (ASAI) -mittarilla (Hansen, Paskett, & Carter, 1999). ASAI on kehitetty mittaamaan nuoren heteroseksuaalista käyttäytymistä mahdollisimman neutraaleilla kysymyksillä, jotka soveltuvat kuitenkin myös ei-heteroseksuaalisiin suhteisiin. Mittari sisältää 13 väittämää, joista 10 ensimmäistä mittaavat kuinka

usein nuorella on ollut seuraavia seksuaalisia tai romanttisia kokemuksia viimeisten 30 päivän aikana: (1) halailu, (2) kädestä pitäminen, (3) ajan viettäminen kahden kesken, (4) suuteleminen, (5) hyväileminen, (6) makoileminen yhdessä, (7) toinen hyväili minua vaatteiden alta, (8) hyväilin toista vaatteiden alta, (9) riisuutuminen alasti ja (10) osallistuminen yhdyntään. Nuori arvioi näitä 6-portaisella Likert asteikolla, (1 = ei lainkaan, 6 = päivittäin). Mittarin kolme viimeistä kysymystä kartoittavat puolestaan yhdyntöjen lukumäärää viimeisten 30 päivän aikana ja eri seksikumppanien lukumäärää viimeisten 30 päivän ja viimeisten 12 kuukauden aikana. Jätimme kuitenkin nämä kysymykset tarkastelujemme ulkopuolelle, koska tutkimuksemme keskittyy kuvaamaan seksuaalisuutta sen asteittain etenevän kehityksen kautta. Muodostimme seksuaalikäyttäytymistä mittaavan summamuuttujan siten, että summasimme kaikki väittämät yhteen painotetusti kertomalla väittämät 1-3 yhdellä, väittämät 4-6 kahdella ja väittämät 7-10 kolmella. Väittämien painottamisen takia koodasimme vastausvaihtoehdot uudestaan (0 = ei lainkaan, 5 = päivittäin). Päädyimme tekemään summamuuttujan painotetusti, sillä se kuvasi mielestämme seksuaalisen kehityksen portaita painottamatonta summamuuttujaa paremmin. Mittarin sisäinen johdonmukaisuus osoittautui hyväksi (Cronbachin  $\alpha = .84$ ). Muodostimme kuitenkin myös painottamattoman summamuuttujan seksuaalikäyttäytymisen eri tasojen keskinäisen vertailun helpottamiseksi.

### **2.3 Aineiston analysointi**

Analysoimme aineiston SPSS-tilasto-ohjelman (Statistical Package for the Social Sciences) versiolla 25. Tutkimme eroja mielenterveyden häiriön diagnoosin saaneiden ja terveiden nuorten välillä autonomiassa ja seksuaalikäyttäytymisessä riippumattomien otosten *t*-testillä. Koska tarkastelemamme muuttujat olivat jatkuvia, saatoimme käyttää parametristä testiä. Lisäksi suuren otoskoon vuoksi saatoimme olettaa aineiston noudattavan normaalijakaumaa. Levenen testi osoitti varianssien olleen yhtä suuria autonomiassa ja seksuaalikäyttäytymisessä mielenterveyden häiriön diagnoosin saaneiden ja terveiden nuorten välillä. Koska mukana oli vain kolme henkilöä, joilla oli jokin neuropsykiatrinen häiriö (tässä autismikirjon häiriö) ja näistä kahdella esiintyi tämän lisäksi jokin mielenterveyden häiriö, pidimme nämä tutkittavat mukana analyysissämme.

### 3. TULOKSET

#### 3.1 Kuvailevat tulokset

Suurimmalla osalla ( $n = 383$ , 87 %) tutkimuksemme nuorista ei ollut mielenterveyden häiriöitä, mutta hieman useammalla kuin joka kymmenennellä ( $n = 56$ , 13 %) oli joskus diagnosoitu jokin mielenterveyden tai neuropsykiatrinen häiriö. Diagnoosin saaneilla nuorilla tyypillisimmät häiriöt olivat masennus ( $n = 34$ , 61 %) ja ahdistus ( $n = 28$ , 50 %), mutta nuoret kärsivät myös syömishäiriöistä ( $n = 9$ , 16 %), pakko-oireisesta häiriöstä ( $n = 4$ , 7 %), tarkkaavuushäiriöistä ( $n = 4$ , 7 %) sekä autismin kirjon häiriöistä ( $n = 3$ , 5 %). Kuusi vastaajaa (11 %) oli valinnut vaihtoehdon muu häiriö, ja kertonut kärsivänsä dysfasiasta, dissosiaatiohäiriöstä, paniikkihäiriöstä tai sosiaalisten tilanteiden pelosta. Mielenterveyden häiriön diagnooseja oli huomattavasti enemmän tytöillä ( $n = 41$ , 73 %) kuin pojilla ( $n = 15$ , 27 %), mutta häiriöt jakautuivat molemmilla sukupuolilla samansuuntaisesti masennuksen ja ahdistuksen ollessa häiriöistä yleisimpiä. Keskimäärin nuoret olivat saaneet ensimmäisen mielenterveyshäiriödiagnoosinsa 14–15-vuotiaana, mutta tarkkaavuus- ja autismin kirjon häiriöt oli diagnosoitu muita häiriöitä aiemmin (mediaani 9 vuotta). Häiriöt olivat kestäneet keskimäärin 3-4 vuotta, poikkeuksena tarkkaavuushäiriöt (mediaani 12 vuotta) ja autismin kirjon häiriöt (mediaani 6 vuotta).

Taulukossa 1 on kuvattu autonomian ulottuvuuksien summamuuttujien tunnusluvut. Yleisesti ottaen nuorten autonomia oli melko hyvällä tasolla vastausten vaihdellessa keskimäärin “Toisinaan minua kuvaavan” ja “Melko hyvin minua kuvaavan” välillä. Eniten nuoret raportoivat emotionaalista autonomiaa. Tyttöjen ja poikien välillä ei esiintynyt suuria eroja autonomian tasoissa.

Vastanneista nuorista 30 prosenttia oli kyselyn täyttämishetkellä seurustelusuhhteessa. Taulukossa 2 on kuvattu nuorten seksuaalikäyttäytymistä koko aineistossa. Jotta luvut olisivat keskenään mahdollisimman vertailukelpoisia, ne on laskettu painottamattomista summamuuttujista. Tyttöillä esiintyi hieman useammin seksuaalista aktiivisuutta kuin pojilla.

TAULUKKO 1. Autonomian ulottuvuuksien summamuuttujien keskiarvot, keskihajonnat ja vaihteluvälit sukupuolen mukaan.

	Työt			Pojat			Kaikki		
	<i>ka</i>	<i>kh</i>	<i>vv</i>	<i>ka</i>	<i>kh</i>	<i>vv</i>	<i>ka</i>	<i>kh</i>	<i>vv</i>
Asenteellinen autonomia	19.63	5.32	6-30	21.16	4.56	6-30	20.16	5.11	6-30
Emotionaalinen autonomia	22.13	3.71	7-30	21.93	2.87	16-28	21.99	3.42	7-30
Toiminnallinen autonomia	20.17	4.38	9-30	21.18	3.59	9-29	20.51	4.14	9-30

TAULUKKO 2. Seksuaalikäyttäytymisen mittarin (ASAI) painottamattomien summamuuttujien keskiarvot, keskihajonnat ja vaihteluvälit sukupuolen mukaan.

	Työt			Pojat			Kaikki		
	<i>ka</i>	<i>kh</i>	<i>vv</i>	<i>ka</i>	<i>kh</i>	<i>vv</i>	<i>ka</i>	<i>kh</i>	<i>vv</i>
ASAI-väittämät 1-3	6.39	4.75	0-15	5.23	5.07	0-15	5.94	4.91	0-15
ASAI-väittämät 4-6	4.52	4.90	0-15	3.88	4.90	0-15	4.29	4.90	0-15
ASAI-väittämät 7-10	4.49	5.88	0-20	3.79	5.68	0-19	4.23	5.80	0-20

### 3.2 Nuorten erot autonomiassa ja seksuaalikäyttäytymisessä

Ensimmäisenä tutkimuskysymyksenämme oli, eroavatko mielenterveyden häiriön diagnoosin saaneet nuoret terveistä autonomian osalta. Oletimme, että terveillä nuorilla autonomia on kokonaisuudessaan korkeammalla tasolla kuin mielenterveyden häiriön diagnoosin saaneilla nuorilla. Lisäksi oletimme, että asenteellinen ja toiminnallinen autonomia on terveillä nuorilla diagnoosiryhmän nuoria korkeammalla tasolla. Emotionaalisen autonomian osalta oletimme sen olevan mielenterveyden häiriön diagnoosin saaneilla nuorilla joko kovin korkealla tai kovin matalalla tasolla, ja terveillä nuorilla puolestaan keskitasolla. Hypoteesimme mukaisesti tulokset osoittivat, että terveillä nuorilla autonomia oli kokonaisuudessaan korkeammalla tasolla kuin mielenterveyden häiriön diagnoosin saaneilla ( $t(406) = 6.00, p < .001, 95\%:n$  luottamusväli 6.21-12.27).

Tarkasteltaessa autonomian ulottuvuuksia yksitellen tulokset osoittivat, että *asenteellisessa autonomiassa* ( $t(421) = 6.71, p < .001, 95\%:n$  luottamusväli 3.41-6.24) ja *toiminnallisessa autonomiassa* ( $t(432) = 6.53, p < .001, 95\%:n$  luottamusväli 2.62-4.88) mielenterveyden häiriön diagnoosin saaneet ja terveet nuoret erosivat toisistaan tilastollisesti merkitsevästi. Terveet nuoret saivat diagnoosiryhmän nuoria korkeampia pisteitä, eli terveillä nuorilla nämä autonomian

ulottuvuudet olivat hypoteesimme mukaisesti korkeammalla tasolla kuin diagnoosiryhmän nuorilla. Kuitenkin hypoteesimme vastaisesti *emotionaalissa autonomiassa* mielenterveyden häiriön diagnoosin saaneet ja terveet nuoret eivät eronneet toisistaan tilastollisesti merkitsevästi ( $t(422) = 1.20, p = .232, 95\%$ :n luottamusväli  $-0.39-1,60$ ).

Toisena tutkimuskysymyksenämme oli, eroavatko mielenterveyden häiriön diagnoosin saaneet nuoret terveistä seksuaalikäyttäytymisen osalta. Oletimme, että mielenterveyden häiriön diagnoosin saaneilla nuorilla on vähemmän seksuaalista aktiivisuutta kuin terveillä nuorilla. Tulokset osoittivat hypoteesimme vastaisesti, että seksuaalikäyttäytymisessä mielenterveyden häiriön diagnoosin saaneet ja terveet nuoret eivät eronneet toisistaan tilastollisesti merkitsevästi ( $t(421) = -.887, p = .375, 95\%$ :n luottamusväli  $-12.89-4.87$ ). Molemmissa ryhmissä nuoret olivat siis yhtä aktiivisia seksuaalikäyttäytymiseltään.

#### 4. POHDINTA

Tutkimuksemme tavoitteena oli selvittää, eroavatko mielenterveyden häiriön diagnoosin saaneet 17–19-vuotiaat suomalaisnuoret terveistä ikätovereistaan autonomiassa ja seksuaalikäyttäytymisessä. Tutkimuksemme aineisto on osa Kehityksen ihmeet -pitkittäistutkimusta, josta tarkastelimme myöhäisnuoruuden ikävaihetta nuoren mielenterveyden, autonomian ja seksuaalikäyttäytymisen osalta. Autonomiata tarkastelimme asenteellisen, emotionaalisen ja toiminnallisen autonomian ulottuvuuksien kautta. Seksuaalikäyttäytymistä tutkimme puolestaan mittarilla, joka kartoitti nuoren asteittain etenevää seksuaalista käyttäytymistä. Lähtöoletuksemme oli, että mielenterveyden häiriön diagnoosin saaneilla nuorilla autonomia olisi matalampaa ja seksuaalikäyttäytyminen vähäisempää kuin terveillä nuorilla. Tutkimustulostemme mukaan mielenterveyden häiriön diagnoosin saaneet nuoret erosivat terveistä kuitenkin vain autonomiassa. Mielenterveyden häiriöiden myötä juuri autonomian kannalta keskeiset psyykkiset toiminnot, kuten toiminnanohjaus ja tavoitteenasettelu, heikentyvät (Mielenterveystalo, 2020). Näin ollen mielenterveyspalveluiden olisi tärkeää tukea nuoren autonomian kehitystä, joka on nuoruusiän keskeinen kehityksellinen päämäärä.

#### 4.1 Nuoren mielenterveyden yhteys autonomiaan

Hypoteesimme mukaisesti mielenterveyden häiriön diagnoosin saaneet ja terveet nuoret erosivat toisistaan niin kokonaisautonomiassa kuin asenteellisessa ja toiminnallisessa autonomiassa. Mielenterveyden häiriön diagnoosin saaneilla nuorilla autonomia oli matalampaa kuin terveillä. Tutkimustuloksemme oli samansuuntainen aiempien tutkimusten kanssa (Eryilmaz, 2011). *Asenteellinen autonomia* viittaa tavoitteiden valitsemisen ja määrittelemisen kognitiiviseen prosessiin. Nuori osaa ajatella ennen välitöntä toimintaa: hän kykenee punnitsemaan erilaisia mahdollisuuksia ja valitsemaan niistä parhaimman. *Toiminnallinen autonomia* viittaa puolestaan säätelyprosessiin, jossa yksilö kehittää strategioita tavoitteidensa saavuttamiseksi ja kykenee ottamaan vastuun niiden toteuttamisesta. (Noom ym., 2001.) Psykologisten perustarpeiden, autonomian, pätevyyden ja yhteenkuuluvuuden, toteutuminen on välttämätöntä optimaaliselle kehitykselle ja hyvinvoinnille (Ryan & Deci, 2000). Matalan autonomian voidaan siis ajatella olevan yhteydessä vähemmän suotuisaan kehitykseen ja mahdollisiin mielenterveyden häiriöihin.

Mielenterveyden häiriöiden voidaan ajatella vaikeuttavan nuoren autonomian kehitystä ainakin kolmenlaisten mekanismien kautta. Ensiksi, mielenterveyden häiriöt vaikuttavat suoraan aivojen toimintaan. Muutokset näkyvät niin aivojen välittäjäaineissa kuin psyykkisiä toimintoja ja käyttäytymistä ohjaavissa hermoradoissa. Masennukseen ja ahdistukseen onkin havaittu liittyvän muisti- ja keskittymisvaikeuksia sekä toiminnanohjauksen vaikeuksia, jotka paikantuvat vahvasti etuotsalohkojen toimintaan (Mielenterveystalo, 2020). Masennuksesta tai ahdistuksesta johtuvat toiminnanohjauksen vaikeudet voivat ilmetä aloitekyvyssä, päätöksenteossa ja tarkkaavuuden säätelyssä, mikä näkyy muun muassa vaikeutena toimia joustavasti ja keskittyä olennaiseen. Koska kyseessä ovat samat hermoverkot, autonomian kehittymisen kannalta olennaiset toiminnanohjauksen, tavoitteenasettelun ja vastuullisen päätöksenteon kyvyt heikentyvät mielenterveyden häiriöiden seurauksena.

Toiseksi, mielenterveyden häiriöissä tunne-elämän ja minäkäsityksen tasapainoisuus voi järkkäytyä. Autonomian kehittyminen edellyttää nuorelta selkeää identiteettiä, eli nuoren tulee tietää, kuka hän on ja mitä hän haluaa, sekä sitkeyttä ja pitkäjänteisyyttä pyrkiä kohti itseasetettuja tavoitteita. Itsetuntemus auttaa nuorta paitsi itselle sopivan tavoitteen asettamisessa myös matkan taittamisessa kohti tavoitetta. Itsenäinen päätöksenteko ja tavoitetta kohti ponnisteleminen vaativat aina uskallusta ja epävarmuuden sietokykyä. Mitä paremmat tunnetaidot nuorella on, sitä todennäköisemmin hän onnistuu tavoitteensa saavuttamisessa. Autonomia on vapautta ja vastuuta: se edellyttää nuorelta tiettyä jämäkkyyttä, eli omassa kannassaan pysymistä, itseensä uskomista ja kykyä



perustella, miksi toimii niin kuin toimii, mutta myös joustavuutta, eli kykyä huomata ja myöntää omat virheensä sekä muuttaa toimintansa suuntaa parhaaksi mahdolliseksi.

Kolmanneksi, mielenterveyden häiriöt heikentävät myönteisten tunteiden voimaa: minäpystyvyys, itseluottamus ja uskallus hiipuvat, kun toivottomuus, väsymys ja ahdistus valtaavat mielen. Mielenterveyden häiriöt lisäävät negatiivisia ajatuksia, tunteita ja toimintaa. Ne lamauttavat ja vievät energiaa, jaksamista ja toimintatarmaa: nuoren autonomian kehittymisen polttoainetta. Sen vuoksi mielenterveyden häiriöstä kärsivällä nuorella on vähemmän voimavaroja selviytyä normaaliin elämään kuuluvista haasteista ja vastoinkäymisistä kuin terveellä nuorella, ja toisaalta suurempi riski sortua epäedullisiin ongelmanratkaisutapoihin, kuten päihteisiin, rikollisuuteen tai väkivaltaan. Koska korkean autonomian piirteet voisi nähdä miltei vastakohtana mielenterveyden häiriöiden oireille, on ymmärrettävää, että terveillä nuorilla asenteellinen ja toiminnallinen autonomia sekä autonomia kokonaisuudessaan olivat tutkimuksessamme korkeammalla tasolla kuin mielenterveyden häiriön diagnoosin saaneilla nuorilla. Terveiden ja sairaiden nuorten ryhmien välisen kuilun pienentämiseksi on hyvä muistaa, että nuoren autonomian tukemisen on havaittu vähentävän masennusta ja ahdistusta (Yu ym., 2016).

Hypotesimme vastaisesti mielenterveyden häiriön diagnoosin saaneet ja terveet nuoret eivät eronneet toisistaan emotionaalisessa autonomiassa. *Emotionaalinen autonomia* kuvaa tunnetason itsenäistymistä vanhemmista ja kavereista, mikä näkyy luottamuksena omiin valintoihin ja tavoitteisiin muiden toiveista riippumatta (Noom ym., 2001). Aiempien tutkimusten perusteella oletimme, että mielenterveyden häiriön diagnoosin saaneilla nuorilla emotionaalinen autonomia olisi korkeampaa kuin terveillä nuorilla (Parra & Oliva, 2009; Dhillon & Mehra, 2019). Oletimme kuitenkin myös, että mielenterveyden häiriöt saattaisivat näkyä matalana emotionaalisena autonomiana, sillä ilman tunnetason itsenäistymistä vanhemmista nuoren kehitykseen kuuluva aikuistuminen saattaa hidastua. Mikäli aineistossamme esiintyi ääritapauksia sekä matalasta että korkeasta emotionaalisesta autonomiasta, se ei näy keskiarvotasolla, koska ääritapaukset kumoavat toisensa.

Emotionaalinen autonomia saattaisi olla mielenterveyden häiriön diagnoosin saaneilla nuorilla korkeampaa kuin muut autonomian ulottuvuudet siitä syystä, että mielenterveyden häiriöistä kärsivä nuori saattaa voida kotiympäristössään pahoin. Negatiivinen ja etäinen suhde vanhempiin tai turvattomat kotiolot voivat ajaa nuorta itsenäistymään nopeammin kuin turvallisissa oloissa tapahtuisi. Voi olla, että aineistomme nuoret olivat pääosin hyvistä kotioloista ja turvallisesti kiintyneitä, jolloin tarve kodista irrottautumiseen ei välttämättä ilmene korostetusti. Mielenterveyden häiriöstä kärsivä nuori saattaa myös erityisesti tukeutua kotiin ja vanhempiinsa, jolloin emotionaalinen autonomia ei ole normaalista poikkeavaa.

Se, minkä takia terveiden ja mielenterveyden häiriön diagnoosin saaneiden nuorten emotionaalisen autonomian tasot eivät poikenneet toisistaan, voi johtua useista syistä, joiden selvittämiseksi aihe vaatii jatkotutkimusta. On kuitenkin myös mahdollista, että eroja terveiden ja mielenterveyden häiriön diagnoosin saaneiden nuorten väliltä ei löytynyt sen vuoksi, että emotionaalinen autonomia on kehittynyt molemmilla ryhmillä samanlaisesti. Kaikki nuoret käyvät läpi murrosiän, johon kuuluu tyypillisesti emotionaalista epävakautta. Voi olla, että emotionaalisen autonomian kysymykset tavoittivat myös tällaista puberteettiin kuuluvaa kapinointia ja korostettua halua selvitä yksin ilman muiden ihmisten apua, minkä vuoksi ryhmät eivät eronneet toisistaan.

#### **4.2 Nuoren mielenterveyden yhteys seksuaalikäyttäytymiseen**

Hypoteesimme vastaisesti mielenterveyden häiriön diagnoosin saaneet ja terveet nuoret eivät eronneet toisistaan seksuaalikäyttäytymisen suhteen. Tutkimustuloksemme oli ristiriidassa Vasilenkon (2017) ja Saviojan (2019) tutkimusten kanssa, jotka ovat esittäneet myöhäisnuoruuden seksuaalikäyttäytymisen olevan yhteydessä hyvään mielenterveyteen ja seksuaalikäyttäytymisen puutteen mielenterveyden ongelmiin. Meidän tutkimuksessamme kuitenkin seksuaalikäyttäytyminen oli samanlaista niin mielenterveyden häiriöistä kärsivillä kuin terveillä nuorilla. Samansuuntaisen tuloksen saivat Silva ym. (2017), jotka havaitsivat, että nuorten psykologinen hyvinvointi ja seksuaalikäyttäytyminen eivät olleet yhteydessä toisiinsa.

Aiempien tutkimustulosten ristiriitaisuuden takia on vaikea sanoa, johtuuko tuloksemme siitä, ettei seksuaalikäyttäytyminen oikeasti eronnut mielenterveyden häiriöistä kärsivillä ja terveillä nuorilla, vai tutkimuksemme otoksesta ja tutkimuskysymyksestämme. Tutkimuksemme nuorista vähemmistö seurusteli kyselyn täyttämishetkellä ja selkeä enemmistö nuorista ei kärsinyt mielenterveyden häiriöistä. Tämän vuoksi tulokset perustuvat pääasiassa vähemmistön eroihin otoksessa. Vaikka nuoret eivät eronneet seksuaalikäyttäytymisen määrässä, seksuaalikäyttäytymisessä saattoi olla laadullisia eroja. Tutkimuksessamme ei ollut mahdollista tarkastella tarkemmin parisuhteen laatua, eikä tutkimuksemme ottanut huomioon seksuaalista riskikäyttäytymistä. On kuitenkin tutkimusnäyttöä siitä, että seksuaalinen riskikäyttäytyminen, kuten useiden seksikumppaneiden lukumäärä (Othieno, Okoth, Peltzer, Pengpid, & Malla, 2015) ja suojaamaton seksi (Brickman, Propert, Voytek, Metzger, & Gross, 2017) ovat olleet yhteydessä mielenterveyteen, esimerkiksi masennusoireisiin. Onkin mahdollista, että mielenterveyden häiriöistä kärsivien nuorten raportoimat seksuaalikokemukset tapahtuivat muita turvattomammassa

parisuhteissa tai parisuhteen ulkopuolella. Tutkimuksemme vertaaminen aiempiin tutkimuksiin on kuitenkin hankalaa, sillä määritelmät seksuaalikäyttäytymisestä ja mielenterveyden ongelmista sekä tutkittavien ikä ovat vaihdelleet suuresti.

### **4.3 Tutkimuksen vahvuudet, rajoitukset ja jatkotutkimustarpeet**

Tutkimuksemme vahvuutena on suuri otos, joka edustaa melko kattavasti suomalaisia nuoria. Aineistomme oli kuitenkin hieman keskimääräistä väestöä terveempi, sillä mielenterveyden häiriöitä esiintyi vain noin joka kymmenennellä. Oman tutkimuskysymyksemme kannalta tämä tarkoitti sitä, että mielenterveyden häiriöistä kärsiviä nuoria oli huomattavasti vähemmän kuin terveitä. Otoskoko oli kuitenkin molemmissa ryhmissä riittävä tilastollisesti vahvemman, parametrinen *t*-testin tekemiseen. Tästä huolimatta aihetta olisi jatkossa hyvä tutkia kliinisillä otoksilla, jolloin mahdollisten erojen löytyminen nuorten väliltä olisi todennäköisempää.

Tutkimuksemme kuvaa hyvin nuorten autonomiaa ja seksuaalikäyttäytymistä yleisellä tasolla. Vahvuutena voidaan pitää myös käyttämiämme mittareita. Seksuaalikäyttäytymisen ASAI-mittarin vahvuutena on sen käyttämä konservatiivinen kieli ja ennen yhdyntää tapahtuvan etenevän seksuaalikäyttäytymisen kartoittaminen (Hansen ym., 1999). Autonomian AAQ-mittari kartoitti puolestaan hyvin nuorten autonomiaa huomioimalla sen eri ulottuvuudet (Noom ym., 2001). Summamuuttujien reliabiliteetit olivat aineistossamme hyviä molempien mittareiden osalta, eli mittarit olivat myös meidän aineistossamme sisäisesti johdonmukaisia. On kuitenkin hyvä huomata, että itsearviointeihin liittyy aina riskejä vastausten luotettavuudessa. Seksuaalikäyttäytymisen osalta aihealueen arkaluontoisuus saattaa lisätä sosiaalisen suotavuuden vaikutusta vastauksissa, joskin aineistonkeruun anonymiteetti vähentää riskiä tähän. Mielenterveyden häiriöiden kartoittaminen diagnoosin mukaan mahdollisti objektiivisen jaottelun mielenterveyden häiriöistä kärsiviin ja terveisiin nuoriin. On kuitenkin hyvä huomata, että myös terveiksi luokitelluilla nuorilla saattoi esiintyä mielenterveyden oirehdintaa.

Tutkimuksemme keskeisin rajoitus liittyy poikkileikkausasetelmaan, jonka takia tutkimuksemme pohjalta ei voida tehdä päätelmiä havaittujen tulosten syy-seuraussuhteista. Olisikin mielenkiintoista tutkia aihetta jatkossa pitkittäisasetelmalla, sillä mielenterveyden ja autonomian yhteydet voivat olla kaksisuuntaisia. Mielenterveyden häiriöt saattavat heikentää autonomian kehittymistä tai aiheuttaa siinä taantumista, esimerkiksi lisäämällä nuoren riippuvaisuutta lähipiiristään. Toisaalta matala autonomia saattaa olla yhteydessä vaikeuksiin nuoren normaalissa

kehityksessä, mikä voi heijastua nuoren mielenterveyteen. Samoin olisi kiinnostavaa tutkia, löytyisikö mielenterveyden ja seksuaalikäyttäytymisen väliltä yhteys, jos vastaajia seurattaisiin läpi nuoruusvuosien. On mahdollista, että ajan myötä seksuaalikäyttäytyminen muuttuu normaalimmaksi mielenterveyden häiriöissä, sillä on havaittu esimerkiksi, että turvallisesti kiintyneet nuoret pyrkivät selvittämään ongelmiaan uskoutumalla muille ja hakemalla apua (Zhao, Young, Breslow, Michel, Flett, & Goldberg, 2015).

#### **4.4 Tutkimuksen merkitys**

Tutkimuksemme antaa tietoa mielenterveyden häiriöistä kärsivien ja terveiden nuorten eroista autonomiassa ja seksuaalikäyttäytymisessä. Tutkimuksemme paljastaakin viitteitä siitä, mihin asioihin tulisi kiinnittää huomiota mielenterveyden häiriöistä kärsivien nuorten kohdalla heidän kehityksensä tueksi. Havaitsimme, että mielenterveyden häiriöistä kärsivillä nuorilla autonomia on heikommalla tasolla kuin terveillä nuorilla. Autonomian kehittyminen on keskeinen kehityksellinen päämäärä nimenomaan nuoruusiässä, jolloin nuori pyrkii itsenäistymään ja ottamaan vastuun omasta elämästään. Luottamus omiin valintoihin (emotionaalinen autonomia) näytti säilyvän myös mielenterveyden häiriöissä, mutta sen sijaan vaihtoehtojen löytäminen, päätöksenteko ja tavoitteen määrittäminen (asenteellinen autonomia) sekä strategioiden muodostaminen tavoitteisiin pääsemiseksi (toiminnallinen autonomia) olivat heikentyneet mielenterveyden häiriöiden myötä. Näin ollen mielenterveyspalveluiden tulisi tukea erityisesti nuoren korkeampia kognitiivisia prosesseja, kuten toiminnanohjausta, joka on tärkeää juuri oman toiminnan suunnittelussa, toteuttamisessa ja muokkaamisessa. Yhtä lailla tärkeää tietoa on kuitenkin myös se, että nuorten seksuaalikäyttäytymisessä ei ollut eroja. Voikin olla, että mielenterveyden häiriöstä huolimatta nuori kykenee muodostamaan ja ylläpitämään suhteellisen normaaleja sosiaalisia suhteita. Näin ollen mielenterveyden häiriöiden hoidossa sosiaalisten tukiverkkojen hyödyntäminen olisi suotavaa.

## LÄHTEET

- Aalto-Setälä, T., & Marttunen, M. (2007). Nuoren psyykinen oireilu - häiriö vai normaalia kehitystä? *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, *123*(2), 207–213. Saatavilla <https://www.duodecimlehti.fi/duo96233>
- Brickman, C., Propert, K. J., Voytek, C., Metzger, D., & Gross, R. (2017). Association between depression and condom use differs by sexual behavior group in patients with HIV. *AIDS and Behavior*, *21*(6), 1676–1683. <http://doi.org/10.1007/s10461-016-1610-8>
- Cacciatore, R., & Korteniemi-Poikela, E. (2019). *Rakkaus, ilo, rohkeus: seksuaalisuuden portaat*. Helsinki: Minerva.
- Deci, E., & Ryan, R. (2000). The “What” and “Why” of Goal Pursuits: Human Needs and the Self-Determination of Behavior. *Psychological Inquiry*, *11*(4), 227–268. [https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104\\_01](https://doi.org/10.1207/S15327965PLI1104_01)
- Dhillon, R., & Mehra, N. (2019). Hardiness as a moderator in the relationship between emotional autonomy and depression among adolescents. *Pakistan Journal of Psychological Research*, *34*(2), 299–309. <http://doi.org/10.33824/PJPR.2019.34.2.16>
- Eryilmaz, A. (2011). Investigating adolescents' subjective well-being with respect to using subjective well-being increasing strategies and determining life goals. *The Journal of Psychiatry and Neurological Sciences*, *24*(1), 44–51. <https://doi.org/10.5350/DAJPN2011240106>
- e Silva, R., van de Bongardt, D., Baams, L., & Raat, H. (2017). Bidirectional associations between adolescents' sexual behaviors and psychological well-being. *Journal of Adolescent Health*, *62*(1), 63. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2017.08.008>
- Hansen, W., Paskett, E., & Carter, L. (1999). The adolescent sexual activity index (ASAI): A standardized strategy for measuring interpersonal heterosexual behaviors among youth. *Health Education Research*, *14*(4), 485–490. <https://doi.org/10.1093/her/14.4.485>
- Jones, N., Papadakis, A., Orr, C., & Strauman, T. (2013). Cognitive processes in response to goal failure: A study of ruminative thought and its affective consequences. *Journal of Social and Clinical Psychology*, *32*(5), 482–503. <http://doi.org/10.1521/jscp.2013.32.5.482>
- Kaltiala-Heino, R., Kosunen, E., & Rimpelä, M. (2003). Pubertal timing, sexual behaviour and self-reported depression in middle adolescence. *Journal of Adolescence*, *26*(5), 531–545. [https://doi.org/10.1016/S0140-1971\(03\)00053-8](https://doi.org/10.1016/S0140-1971(03)00053-8)
- Kavyashree, K., & Manjula, M. (2014). Need for autonomy among rural and urban adolescent girls. *Journal of Psychosocial Research*, *9*(1), 27–32.

- Kee-Lee, C. (2000). Emotional autonomy and depression among Chinese adolescents. *The Journal of Genetic Psychology, 161*(2), 161–168. <https://doi.org/10.1080/00221320009596703>
- Lakdawalla, Z., Hankin, B., & Mermelstein, R. (2007). Cognitive theories of depression in children and adolescents: A conceptual and quantitative review. *Clinical Child and Family Psychology Review, 10*(1), 1–24. <https://doi.org/10.1007/s10567-006-0013-1>
- Madkour, A., Farhat, T., Halpern, C., Godeau, E., & Gabhainn, S. (2010). Early adolescent sexual initiation and physical/psychological symptoms: a comparative analysis of five nations. *Journal of youth and adolescence, 39*(10), 1211–1225. <https://doi.org/10.1007/s10964-010-9521-x>
- Marttunen, M., Huurre, T., Strandholm, T., & Viialainen, R. (2013). Nuorten mielenterveyshäiriöt: opas nuorten parissa työskenteleville aikuisille. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.
- Mendle, J., Ferrero, J., Moore, S., & Harden, K. (2013). Depression and adolescent sexual activity in romantic and nonromantic relational contexts: A genetically-informative sibling comparison. *Journal of Abnormal Psychology, 122*(1), 51. <https://doi.org/10.1037/a0029816>
- Mielenterveystalo. (2020). Mielenterveyden ongelmiin liittyvät tiedonkäsittelyn vaikeudet. Saatavilla [https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/oppimisen\\_ja\\_tiedonkasittelyn\\_opas/Pages/osio2.aspx](https://www.mielenterveystalo.fi/aikuiset/itsehoito-ja-oppaat/oppaat/oppimisen_ja_tiedonkasittelyn_opas/Pages/osio2.aspx)
- Noom, M., Dekovic, M., & Meeus, W. (2001). Conceptual analysis and measurement of adolescent autonomy. *Journal of Youth and Adolescence, 30*(5), 577–595. <https://doi.org/10.1023/A:1010400721676>
- Othieno, C., Okoth, R., Peltzer, K., Pengpid, S., & Malla, L. (2015). Risky HIV sexual behaviour and depression among University of Nairobi students. *Annals of General Psychiatry, 14*. <https://doi.org/10.1186/s12991-015-0054-2>
- Petersen, A., & Others, A. (1995). Adolescent development and the emergence of sexuality. *Suicide and Life-Threatening Behavior, 25*, 4–17. <https://doi.org/10.1111/j.1943-278X.1995.tb00485.x>
- Russell, S. (2005). Conceptualizing positive adolescent sexuality development. *Sexuality Research and Social Policy, 2*(3), 4–12. <https://doi.org/10.1525/srsp.2005.2.3.4>
- Savioja, H. (2019). Sexual Behavior in Adolescence: The role of depression, delinquency, and family-related factors. Saatavilla <https://trepo.tuni.fi/bitstream/handle/10024/105448/978-952-03-1018-9.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Sigelman, C., & Rider, E. (2018). Theories of Human Development. Teoksessa C. Sigelman & E. Rider, *Life-span human development* (9. painos, s. 38–39). Boston: Cengage Learning.

- Suomen Mielenterveys ry. (2020). *Mitä mielenterveys on?* Saatavilla <https://mieli.fi/fi/mielenterveysseura/organisaatio-ja-toiminta/strategia/mit%C3%A4-mielenterveys>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. (2019). *Kouluterveyskysely 2017 ja 2019*. Saatavilla [https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/ktk/ktk1/summary\\_perustulokset2?alue\\_0=87869&mittarit\\_0=187209&mittarit\\_1=200386&mittarit\\_2=200408&vuosi\\_0=v2017&kouluaste\\_0=161123#](https://sampo.thl.fi/pivot/prod/fi/ktk/ktk1/summary_perustulokset2?alue_0=87869&mittarit_0=187209&mittarit_1=200386&mittarit_2=200408&vuosi_0=v2017&kouluaste_0=161123#)
- Vasilenko, S. (2017). Age-varying associations between nonmarital sexual behavior and depressive symptoms across adolescence and young adulthood. *Developmental Psychology*, 53(2), 366. <https://doi.org/10.1037/dev0000229>
- Väestöliitto. (2020). *FINSEX seksielämän aloittaminen*. Saatavilla [http://www.vaestoliitto.fi/tieto\\_ja\\_tutkimus/vaestontutkimuslaitos/seksologinen\\_tutkimus/suomalaisten-seksuaalisuus-finse/finsex-seksielaman-aloittaminen/](http://www.vaestoliitto.fi/tieto_ja_tutkimus/vaestontutkimuslaitos/seksologinen_tutkimus/suomalaisten-seksuaalisuus-finse/finsex-seksielaman-aloittaminen/)
- Zhao, W., Young, R., Breslow, L., Michel, N., Flett, G., & Goldberg, J. (2015). Attachment style, relationship factors, and mental health stigma among adolescents. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 47(4), 263–271. <https://doi.org/10.1037/cbs0000018>