

Anneli Weiste-Paakkanen
Riikka Lämsä
Hannamaria Kuusio
(toim.)

Suomen romaniväestön osallisuus ja hyvinvointi

Romanien hyvinvointitutkimus
Roosan perustulokset 2017–2018

RAPORTTI



RAPORTTI 15/2018

Anneli Weiste-Paakkanen, Riikka Lämsä,
Hannamaria Kuusio (toim.)

SUOMEN ROMANIVÄESTÖN OSALLISUUS JA HYVINVOINTI

ROMANIEN HYVINVOINTITUTKIMUS ROOSAN PERUSTULOKSET 2017-2018



TERVEYDEN JA
HYVINVOINNIN LAITOS

© Kirjoittajat ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

ISBN 978-952-343-245-1 (painettu)

ISSN 1798-0070 (painettu)

ISBN 978-952-343- 246-8 (verkkojulkaisu)

ISSN 1798-0089 (verkkojulkaisu)

<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-343-246-8>

PunaMusta Oy
Helsinki, 2018

SISÄLLYS

Lukijalle	5
Tiivistelmä	7
Gustiba	8
Sammandrag.....	9
Abstract.....	10
JOHDANTO	11
1. ROMANIEN OSALLISUUS	13
2. TIEDONKERUU, AINEISTO JA MENETELMÄT	16
2.1 Suomen romanit tutkimuksen osallistujina	16
2.2 Kulttuurisensitiivisyys tutkimuksessa	17
2.3 Tutkimuseettiset näkökohdat	19
2.4 Tiedonkeruu.....	20
2.5 Tutkimukseen osallistuneet	25
2.6 Analyysimenetelmät	27
3. ELINOLOT, OSALLISTUMINEN,	
SYRJINTÄ JA ELÄMÄNLAATU	29
3.1 Koulutus, työllisyys ja toimeentulo	29
3.2 Perheet ja kotitaloudet	35
3.3 Asuminen	39
3.4 Lapsuuden elinolot	43
3.5 Osallistuminen, auttaminen ja luottamus.....	47
3.6 Syrjintä ja turvallisuus.....	56
3.7 Elämänlaatu	64
4. TERVEYS	68
4.1 Koettu terveys ja pitkäaikaiset sairaudet.....	68
4.2 Kohonnut verenpaine	72
4.3 Oireet ja lääkkeiden käyttö	75
4.4 Ylipaino ja lihavuus	77
4.5 Infektiotaudit	81
4.6 Suun terveys	85
4.7 Perheiden terveys	87
4.8 Henkinen hyvinvointi	89

5. TOIMINTA JA TYÖKYKY	97
5.1 Kognitiivinen toimintakyky.....	98
5.2 Fyysinen toimintakyky	101
5.3 Näkö ja kuulo	105
5.4 Työkyky.....	108
5.5 Yhteenveto	111
6. ELINTAVAT	112
6.1 Ruokatottumukset.....	112
6.2 Fyysinen aktiivisuus ja uni.....	117
6.3 Tupakointi, päihteet ja riippuvuudet	122
6.4 Alkoholin käyttö	126
7. PALVELUJEN KÄYTTÖ JA KOETTU TARVE	130
7.1 Terveyspalvelut	131
7.2 Varhaiskasvatus sekä sosiaali- ja työllisyyspalvelut	136
7.3 Liikunta- ja kulttuuripalvelut.....	138
8. YHTEENVETO JA PÄÄTELMÄT	140
LÄHTEET	148

LUKIJALLE

Romanien hyvinvointitutkimus Roosa tuottaa tietoa romaniväestön hyvinvoinnista, osallisuudesta, terveydestä ja toimintakyvystä. Romanipoliittisen ohjelman linjaamalla tavalla sen tavoitteena on edistää romaniväestön hyvinvointia ja tehostaa palvelujen kohdentumista. Tuloksia ja kehittämisehdotuksia on määrä sisällyttää myös maakuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen suunnitelmiin.

Tähän asti romaneista on ollut muita vähemmistöryhmiä vähemmän tietoa sosiaali- ja terveystalvelujen käyttäjinä. Nyt kerätty tieto on vertailukelpoista koko väestöä koskevan tutkimustiedon kanssa niiltä osin, kun se on mahdollista. Romaniväestön olosuhteiden ja tarpeiden tuntemus on välttämätöntä toimintakäytäntöjen kehittämiseksi osana kaikille tarkoitettuja yhteisiä palveluja. Romanikulttuurin ja romaniyhteisön elinolojen tuntemus parantaa myös ammattilaisten kykyä kohdata eri taustoista tulevia asiakkaita. Suotuisasta kehityksestä huolimatta kansallinen hyvinvointipolitiikka ja romaneille kohdenneet toimet eivät ole riittäneet turvaamaan romaneille tosiasiallista yhdenvertaisuutta esimerkiksi asumisen ja työnsaannin osa-alueilla. Oikeudet ovat kuitenkin todellisia vasta, kun ne toteutuvat käytännössä.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen toteuttama Romanian hyvinvointitutkimus (Roosa) on osa Euroopan sosiaalirahaston rahoittamaa ja Diakonia-ammattikorkeakoulu Diakin hallinnoimaa Nevo Tiija -hanketta. Roosaa edelsi vuonna 2013 esitutkimus, jossa kehitettiin tutkimusmenetelmiä ja rakennettiin yhteistyöverkostoja romaniyhteisön luottamuksen saavuttamiseksi.

Tutkimuksen osanottajiksi kutsuttiin vapaaehtoisia, itsensä Suomen romaneiksi kokevia 18 vuotta täyttäneitä henkilöitä. Osallistujia haettiin romanitaustaisten aluekoordinaattorien verkostojen kautta sekä tiedottamalla tutkimuksesta laajasti eri romaniyhdistysten, romanihankkeiden ja neuvottelukuntien kautta. Tutkittavien moninaisuus pyrittiin varmistamaan järjestämällä matalan kynnyksen tutkimustilaisuuksia eri alueilla, eri-ikäisille ja eri kohderyhmiin kuuluville romaneille heidän omissa tapaamispaikoissaan yhteistyössä muun muassa seurakuntien ja kuntien vanhus- sekä nuorisotyön kanssa.

Tutkimukseen kuului terveystarkastus sekä lomakehaastattelu tai itse täytetty kysely. Tiedot ovat täysin luottamuksellisia ja niiden henkilötietolain mukainen käsittely turvaa tutkittavien tietosuojan. Tutkimukseen osallistui 365 henkilöä. Romanit osallistuivat tutkimuksen toteutukseen kumppaniraadin asiantuntijoina, hankkeen työntekijöinä ja vapaaehtoisina yhteistyökumppaneina. Keskinäistä vuorovaikutusta, osallisuutta ja eri tahojen monikulttuurisen osaamisen lisääntymistä onkin pidettävä hankkeen yhtenä merkittävänä saavutuksena.

Tutkimustulosten mukaan romaniyhteisössä on runsaasti suojaavia voimavaroja. Yhteisön tuki, avun antaminen ja saaminen sekä runsas osallistuminen yhdistysten ja seurakuntien toimintaan ilmentävät romanien yhteisöllisyyttä ja selviytymiskeinoja. Romaniväestön terveyttä ja hyvinvointia tarkasteltaessa on otettava huomioon taustalla vaikuttavia tekijöitä, kuten työmarkkina-asema, koulutus ja lapsuuden elinolosuhteet. Tutkittavien rohkeus tuoda esiin oman kulttuuriryhmän kokemuksia on suotuisa merkki osallisuuden lisääntymisestä.

Helsingissä 8.11.2018

Tuire Santamäki-Vuori, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos,
Hyvinvointiosaston johtaja

TIIVISTELMÄ

Romanien hyvinvointitutkimus (Roosa) on tutkimus Suomen romaniväestöstä. Tutkimuksen tavoitteena on parantaa romanien hyvinvointia, osallisuutta, terveyttä ja toimintakykyä. Tutkimus tuottaa tietoa romanipolitiikan toimenpiteiden tueksi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) toteutti Roosa-tutkimuksen osana Diakin hallinnoimaa Nevo Tiija- uusi aika -hanketta, jota rahoitti Euroopan sosiaalirahasto.

Romanit ovat kulttuuriaan vaaliva vähemmistö ja erottamaton osa monikulttuurista Suomea. Romanien elämään ja asemaan Suomessa on lähes viime päiviin saakka vaikuttanut vakinaisen asunnon puute, heikot työllisyys- ja koulutusmahdollisuudet sekä rakenteellinen syrjintä. Romanit edistävät määrätietoisesti omia oikeuksiaan, hyvinvointiaan ja osallisuuttaan muun muassa erilaisten yhdistysten sekä neuvottelukuntien kautta.

Roosa-tutkimus on suunniteltu ja toteutettu yhteistyössä Suomen romanien kanssa. He ovat osallistuneet tutkimuksen toteutukseen paitsi tutkittavina ja tutkimuksen työntekijöinä, myös suunnittelemalla ja muokkaamalla tutkimuksen sisältöjä yhteistyössä tutkimusryhmän kanssa. Roosa-tutkimuksen aineistoa kerättiin eri puolilta Suomea, ja siihen osallistui yhteensä 365 henkilöä, joista miehiä oli 142 ja naisia 223. Tutkimukseen kuului sekä terveystarkastus että strukturoitu haastattelu tai kysely.

Tutkimukseen osallistuneilla oli yhteisössään runsaasti voimavaroja, jotka edistävät yhteiskunnallista osallisuutta. Yhteisön tuki eli runsas läheisten auttaminen taloudellisesti, henkisen tuen muodossa ja käytännön asioiden hoidossa sekä runsas osallistuminen yhdistysten ja seurakuntien toimintaan olivat osallistuneiden voimavaroja. Keskeisiä haasteita olivat toimeentulovaikeudet, jotka saattavat heikentää mm. elämänlaatua. Toisaalta enemmistö tutkimukseen osallistuneista oli tyytyväisiä muun muassa ihmissuhteisiin. Erityisiä terveyden ja hyvinvoinnin haasteita olivat naisilla yleiset fyysisen toimintakyvyn vaikeudet, sekä monien pitkäaikaisien sairauksien ja niiden riskitekijöiden yleisyys. Sekä miehillä että naisilla oli monia terveyttä kuormittavia elintapoja, kuten vähäinen vapaa-ajan liikunta ja tupakoinnin yleisyys. Syrjintäkokemukset olivat myös yleisiä.

Eri alojen ammattilaiset voivat hyödyntää tämän tutkimuksen tuloksia kohdattaessa romaniasiakkaita. Tulosten avulla voidaan tunnistaa keskeisiä voimavaroja sekä terveyden ja hyvinvoinnin pulmia. Romanit ovat haavoittuvassa asemassa ennen kuin esimerkiksi koulutustason nousemisen myönteiset vaikutukset alkaa mahdollisesti näkyä terveyden ja hyvinvoinnin osoittimissa. Tässä tutkimuksessa havaittuja haasteita tulee seurata ja huomioida romanit tulevissa hallintorakenteissa, niin että myös romanien, kuten muidenkin vähemmistöjen, tosiasiallinen yhdenvertaisuus toteutuu. Romanian hyvinvointitutkimus Roosa on avannut hyvän mahdollisuuden jatkaa tätä myönteistä kehittämistyötä.

GUSTIBA

Kaalengo tšihko aahhibosko roodiba (Roosa) hin roodiba Finitiko kaalengo folkenna. Roodibosko faatiba hin te fendjaven kaalengo tšihko aahhiba, dielos liijiba, sastiba ta tšeeribosko vojiba. Roodiba aanela džaaniba ta hahtiba aro dola tšeeribosko tšuuvi, so hin aro romano politikako programmos. Sastibosko ta tšihko aahhibosko instituutos (THL) pherdidas, sar iek dielos aro Roosa-roodiba Nevo Tiija-hankiba, so Diak fallidas ta kai Europako Sosiaalo Louviba diijas louvo.

Finitiko Kaale hin minoritetos, koone rikkavana phallo pengo kulttuuresta ta (joon) hin bifroojime dielos buut kulttuuresko Finitiko themmesta. Aro kaalengo dživiba ta stedos aro Finitiko them hin neer aka diives angouvidas altino buuribosko fottiba, džaaligo buttibosko ta skoolibosko vojibi ta strukturikaano ring tšuuvi. Kaale fendjavena moolako džaanimes pengo iega horttibi, tšihko aahhibi ta dielos liijiba sar džeenom froo sankibongo ta rakkibosko komitiengo.

Roosa-roodiba hin planeerade ta pherdade tšetano buttiaha Finitiko kaalensa. Joon hin dielade aro roodibosko pherdiba sar komuja koonen roodena ta roodibosko buttiagiiren, panna joon hin dielade aro plaaneriba ta formiba roodibosko arrune saaki tšetanes roodibosko gruppoha. Roosa-roodibosko materiaalosalamlade froo ringa Finitiko them, ta doi aahntas tšetanes 365 komuja, katta džeene sas 142 ta džuoja 223. Aro roodiba hunjudas panna sastibosko roodiba ta strukturikaano rakkibosko tšeeriba elle puhhiba.

Roodibosko hluutiba sikadas auri, te aro Finitiko kaalengo tšetiba hin buut džoraliben, so naalila tšetano thaanengo dieliba. Tšetibosko hahtiba jakkes, te buut neerune komuja lena ekonomikaano hahtiba, aro onnovitiko muoda ta praktikaano saakengo omsorgibossa ta buut dielos liiben aro sankibongo ta khangarengo butti sas saarengeng džoraliben. Maħkurne kharibi sas sakko diivesko dživibosko svoortibi, so vojuvena tšeeren džaalideske sar dživibosko hlaaga. Vaures majoritetos koon dielada aro roodiba sas džintaha aro lengo komujengo bandribi. Koni fuortune kharibi sas kaalengo džuujuengo džaaligo fysikaano hajiba, ta bisastime dživibosko maneeeri ta douva, te leen sas langhto tiijako dukja buut, so sas faarliga aro lengo sasjiba. Džeenen ta džuujuen sas buut ajasave dživibosko maneeeri, so lyördade lengo sastiba, sar joon staavena kutti aro lengo phirro tiija ta buut hatsavena thyöli. Ring tšuuvi bosko džintibi sas niina buut.

Froo thaanengo professionaale vojuvena te gotjaven dauva roodibosko hluutibi ka joon dikkena kaale saakakiire. Hluutibonsa vojuvena pinsaven maħkurne džoraliben ta sastibosko ta tšihko aahhibosko probleemi. Kaale hin aro tšingrimen stedos sigide sar nm. skoolako hleetibosko apre aahhibosko tšihka angouvibi byrjuvena te dissuven auri aro sastibosko ta tšihko aahhibosko indikatorja. Aro dai roodiba hogime kharibi mote följaven ta dikken kaale aro aavime fallibosko struktuuren, jakkes te panna kaalengo, sar vaure minoritetjengo, hortto itveeriba pherdila. Kaalengo tšihko aahhibosko roodiba Roosa hin phiradas tšihko vojiba te rikaven naalal dauva positivuno fenjibosko butti.

SAMMANDRAG

Syftet med denna studie är att främja romernas välfärd, delaktighet, hälsa och funktionsförmåga. Forskningen skapar kunskap för att stödja de politiska åtgärderna beträffande romer. Institutet för hälsa och välfärd genomförde Roosa-undersökningen som en del av Nevo Tiija – den nya tiden – projektet som finansieras av Europeiska socialfonden och förvaltas av Diakoni-yrkeshögskolan Diak.

Romer är en minoritet som vårdar sin egen kultur och är en oskiljbar del av det multikulturella Finland. Brist på ständig bostad, svaga sysselsättnings- och utbildningsmöjligheter och strukturell diskriminering har påverkat romernas liv och ställning nästan hittills. Romer främjar målmedvetet sina egna rättigheter samt sin välfärd och delaktighet, bland annat genom olika föreningar och råd.

Roosa-undersökningen är planerad och genomförd i samarbete med de finska romerna, som har deltagit i genomförandet av undersökningen både som försökspersoner och som undersökningspersonal. De har också planerat och bearbetat studiens innehåll i samarbete med forskningsgruppen. Undersökningen är baserad på information från hälsokontroller och strukturerade intervjuer eller enkäter. Deltagarna består av 365 personer, 142 män och 233 kvinnor.

Deltagarna hade rikligt resurser i sin gemenskap som främjade samhällelig delaktighet. Deltagarnas resurser bestod såväl av deltagande i aktiviteter i föreningar och församlingar som av gemenskapets stöd, det vill säga finansiellt och psykiskt stöd av närstående samt hjälp med att behandla praktiska ärenden. Väsentliga utmaningar var svårigheter med uppehälle, som kan försvaga bland annat livskvalitet. Å andra sidan var de flesta av deltagarna nöjda med sina mänskliga relationer. Svårigheter i fysisk funktionsförmåga samt hög förekomst av långvariga sjukdomar och dess riskfaktorer var specifika utmaningar i hälsa och välfärd hos kvinnor. Både hos män och hos kvinnor förekom det många levnadsvanor som belastar hälsan, till exempel otillräcklig fysisk aktivitet på fritiden och rökning. Upplevelser av diskriminering var också vanliga.

Resultaten av denna undersökning kan användas av experter av olika branscher när de möter romkunder. Med hjälp av resultaten kan man identifiera centrala resurser och svårigheter i hälsa och välfärd. Romer befinner sig i en sårbar ställning innan de positiva effekterna av högre utbildningsnivå möjligtvis börjar synas i hälsa- och välfärdsindikatorer. Utmaningar som upptäckts i denna undersökning ska följas upp och man ska ta hänsyn till romer i kommande förvaltningsstrukturer, så att den faktiska jämlikheten bland romer och andra minoriteter blir förverkligad. Den aktuella välfärdsundersökningen för romer Roosa har öppnat en bra möjlighet att fortsätta detta positiva utvecklingsarbete.

ABSTRACT

The Roma Wellbeing Study is a study of the Finnish Roma population. The aim of the study is to improve wellbeing, inclusion, health and functional ability of the Finnish Roma. The study produces knowledge for the implementation of the Roma policies. The National Institute for Health and Welfare conducted the Roma study as a part of the Nevo Tiija (New Era) project, coordinated by the Diaconia University of Applied Sciences, funded by the European Social Fund.

Finnish Roma is a cultural minority which is an inseparable part of the multicultural Finland. Lack of permanent housing, weak educational and employment opportunities and structural discrimination have affected the position and life of the Finnish Roma until recently. The Finnish Roma improve their rights, wellbeing and inclusion purposefully through associations and advisory boards.

Roma Wellbeing Study has been planned and conducted in cooperating with the Finnish Roma. They took part in the implementation of the study as participants, as employees and as experts who planned and modified the contents of the study together with the research group. The data was collected in different areas of Finland. From the total 365 participants 142 were men and 223 were women. The study included a health examination and a structured interview or a questionnaire.

The results showed that the participants had several strengths which promote inclusion in society. These strengths include community support such as substantial economical and psychological help between the next of kin, as well as supporting each other in practical matters. Another strength was active participation in church and association activities. Key challenges were difficulties in earning livelihood, which may weaken quality of life. On the other hand, the participants of the Roma study were satisfied with their social relationships. Key challenges in health and wellbeing were difficulties in physical functional ability among women as well as the high prevalence of self-reported chronic diseases and their risk factors. Both women and men had several negative health behaviors, such as lack of physical exercise and high prevalence of smoking. Experiences of discrimination were also prevalent. The results of this study can be utilized by professionals in different fields when they encounter Roma persons as their customers. The results enable to identify key strengths and challenges in health and wellbeing. The Roma are in a vulnerable position until e.g. the rise of their educational level may also be seen in positive trends in the indicators of health and wellbeing. The challenges identified in this study need to be monitored and the Roma must be taken into account in future social and healthcare reforms, so that the equity of the Roma as well as other minorities will be realized. The Roma Wellbeing Study has given a good basis to continue this positive development.

JOHDANTO

Anneli Weiste-Paakkanen, Riikka Lämsä, Päivikki Koponen, Mariitta Vaara,
Seppo Koskinen, Tuija Martelin ja Hannamaria Kuusio

Romanit ovat kuuluneet Suomen väestöön noin viisisataa vuotta, mutta he ovat saaneet yhteiskunnan palveluja muuta väestöä lyhyemmän ajan. Vasta 1970-luvulta alkaen Suomessa on toteutettu ihmisoikeuslähtöistä hyvinvointipolitiikkaa, jossa myös vähemmistöjen hyvinvoinnilla on ollut sijansa. Romanien koulutustaso on noussut sukupolvien myötä ja lainsäädännöllä on taattu yhdenvertaiset oikeudet muun muassa asumiseen ja peruspalveluihin. Silti on vielä paljon tehtävää, jotta historian aikana syrjityn vähemmistön tosiasiallinen yhdenvertaisuus toteutuisi.

Suomen ensimmäinen Romanipoliittinen ohjelma (Rompo) tähtää romanien koulutuksen, työllisyyden, asumisen, peruspalvelujen, syrjimättömyyden sekä kielen ja kulttuurin edistämiseen sekä osallistumis- ja toimintavalmiuksien parantamiseen (STM 2009). Ohjelman pohjalta valtioneuvosto hyväksyi periaatepäätöksen romanipolitiikan linjauksiksi vuonna 2010. Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) asetti työryhmän, jonka tehtävänä oli ohjelman toimeenpanon koordinointi ja seuranta. Rompon ohjausryhmään kuului puheenjohtajan, varapuheenjohtajan ja sihteerin lisäksi 24 jäsentä, joista puolet oli romanitaustaisia. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL) osallistuu Romanipoliittisen ohjelman (Rompo) toimeenpanon seurantaan ja arviointiin. Hyvinvoinnin edistämisen ja peruspalvelujen kohdentumisen toimintalinjauksessa korostetaan romanien elinoloja koskevan tietopohjan kehittämistä. (STM 2014.) Uusi Romanipoliittinen ohjelma 2018–2022 jatkaa hyvinvoinnin edistämystyötä korostaen erityisesti romanien omien toimintavalmiuksien kehittämistä ja osallisuutta (STM 2018).

Tutkitun tiedon puute on eräs Romanipoliittisen ohjelman seurantaan ja arviointia vaikeuttavista tekijöistä. Ohjelmassa linjataan, että romaniväestön hyvinvointia edistetään ja sosiaali- ja terveyspalveluiden kohdentumista tehostetaan. Tavoitteen toteutumiseksi tarvitaan tietoa, mitkä toimet ja miten kohdennettuina olisivat keskeisimpiä (STM 2009). STM, Romaniasiain neuvottelukunta (RONK) ja Rompon ohjausryhmä antoivat tutkimuksen tekemisen THL:n tehtäväksi. Tutkimuksessa oli tarkoitus selvittää romaniväestön elinolosuhteita, terveyttä, hyvinvointia ja asumista sekä palvelujen tarvetta. (STM 2009.) Tutkimusta Suomen romaneista on toivottu myös ennen tätä. Jo ennen ensimmäistä Romanipoliittista ohjelmaa (2009), Suomen Romaniyhdistys on esittänyt lukuisten selvitysten perusteella, että Suomessa on tarve laajalle perustutkimukselle romanien elinoloista, terveydestä, toimintakyvystä ja palveluiden käytöstä. (Välimäki 1997; Majaniemi & Viljanen 2008). On myös tuotettu lukuisia viranomaisille suunnattuja oppaita, jotka käsittelevät romanikulttuuria ja asiakkuutta sosiaali- ja terveyspalveluissa. Näissä todetaan, että romanit ovat yhä eriarvoisessa asemas-

sa palveluissa ja tarve laajalle tutkimukselle on suuri. (OPH 2012; Luttinen ym. 2007) EU:n komission tiedonannon (KOM 2013, 454) mukaisesti romanien elinoloja edistävien kansallisten strategioiden toimeenpanossa tulee seurata romanien asumisen, koulutuksen, työllisyyden ja terveydentilaa jäsenmaissa. Romanian hyvinvointitutkimus Roosan tavoitteena oli 1) edistää romanien yhdenvertaisuutta, 2) tuottaa ajantasainen tilannekatsaus, jonka perusteella pystytään arvioimaan Romanipoliittisen ohjelman toimivuutta ja kehittämään keskeisiä seurattavia ilmiöitä kuvaavia seurantaindikaattoreita ja 3) mahdollistaa tiedon saaminen ohjelman toimenpiteiden vaikuttavuudesta myöhemmissä seurantatutkimuksissa. Suomessa on väestötutkimuksissa jo pitkään huomioitu esimerkiksi ulkomaalaistaustainen väestö (esim. Nieminen ym. 2014; Castaneda ym. 2012), mutta vertailukelpoisen ja luotettavan tiedon puute on pitkään ollut romanityön vaikuttavuuden mittaamisen esteenä.

Romanien hyvinvointitutkimus toteutettiin osana Diakonia-ammattikorkeakoulun (Diak) hallinnoimaa Nevo Tiija – Uusi aika -hanketta, jota rahoitti Euroopan Sosiaalirahasto. Suomen rakennerahasto -ohjelman Sosiaalisen osallisuuden edistäminen ja köyhyyden torjunta- toimintalinjasta on vastuussa STM. Roosa-tutkimuksessa pyrittiin yhdistämään osallistava, kulttuurisensitiivinen lähestymistapa aiempaan THL:n väestötutkimusosaamiseen. Romanit ovat osallistuneet tutkimuksen suunnitteluun, toteutukseen ja raportointiin. Toteutuksessa on ollut mukana lukuisia romaneja työntekijöinä ja asiantuntijoina. Romanit ovat osallistuneet myös työpajoihin, joissa käytiin keskusteluja tulosten tulkinnasta. Keskustelut on tuotu esiin tulosluvuissa asiayhteydessään.

Raportin ensimmäisessä luvussa esitellään osallisuuden käsitettä ja tapoja, jolla Suomen romaniväestön osallisuutta edistetään. Toinen luku käsittelee Roosa-tutkimuksen tiedonkeruuta, aineistoa ja menetelmiä. Siinä käydään läpi myös kulttuurisensitiivisen tutkimuksen lähtökohtia ja toimintatapoja sekä tutkimusetiikkaa. Lisäksi kerrotaan, miten Roosa-tutkimuksen tuloksia on verrattu muiden väestötutkimusten tuloksiin. Varsinaiset tulokset esitellään kuudessa alaluvussa. Luvuissa käsitellään elinoloja, elämänlaatua ja osallistumista, syrjintää, terveyttä, henkistä hyvinvointia toiminta- ja työkykyä, elintapoja ja palveluja. Raportin lopussa esitetään yhteenveto tuloksista ja tehdään kehittämissuhteita. Tämän tutkimuksen pitkän tähtäimen tavoitteena on tietoa tuottamalla parantaa Suomen romanien hyvinvointia, osallisuutta, terveyttä, toiminta- ja työkykyä sekä palvelujen saantia.

1. ROMANIEEN OSALLISUUS

Anna-Maria Isola ja Anneli Weiste-Paakkanen

MITÄ OSALLISUUS ON?

Kun tarkastellaan kokonaisvaltaista hyvinvointia, voidaan rakenteelliset ja yksilölliset tekijät liittää yhteen osallisuuden käsitteen avulla (Isola ym. 2018; Leemann ym. 2018). Osallisuus on sitä, että ihminen kokee olevansa merkityksellinen osa jotakin kokonaisuutta. Hän tulee kuulluksi omana itsenään ja pystyy vaikuttamaan elämänsä kulkuun ja yhteisiin asioihin. Osallisuuteen vaikuttavat tarpeet, ja osallisuus edellyttää yhteyttä omiin ja yhteisiin voimavaroihin. Niitä ovat toimeentulo, palvelut, tieto, taito, toiminta ja luottamus. Käsitteenä osallisuus on sukua sosiaaliselle hyvinvoinnille. Resurssien ja tarpeiden lisäksi siihen vaikuttaa ihmisten välinen vuorovaikutus.

Osallisuuden kokemuksella on yhteyksiä terveyteen, toimeentuloon, työttömyyteen, elämänlaatuun, äänestysaktiivisuuteen ja yksinäisyyteen. THL:n Sosiaalisen osallisuuden edistämisen koordinaatiohankkeessa (Sokra) tehdyssä tutkimuksessa selvisi, että työelämän ulkopuolella olevilla eli toimeentulonsa toimeentulotuesta, työmarkkinatuesta, kuntoutustuesta tai työkyvyttömyyseläkkeestä saavilla vakava psyykinen kuormittuneisuus oli yli kolme kertaa yleisempää kuin väestöllä keskimäärin. Tutkimukseen osallistuneista 60 prosenttia koki hankalaksi kattaa kotitaloutensa menot, 55 prosenttia koki terveytensä keskitasoiseksi tai huonommaksi ja 25 prosenttia koki itsensä yksinäiseksi. (Leemann ym. 2018; Sokra 2018.)

OSALLISUUDEN KOKEMUS AUTTAA NÄKEMÄÄN MAHDOLLISUUKSIA

Osallisuus rakentuu erilaisissa ihmiselämän suhteissa (Deneulin & McGregor 2010; Longshore Smith & Seward 2009). Bill Reimer (2004) on jäsentänyt ihmiselämän suhteet neljään luokkaan: Markkinasuhteet perustuvat tavaroiden ja palveluiden vaihtoon. Byrokraattiset suhteet liittyvät esimerkiksi hyvinvointivaltion rahoittamiseen ja hyvinvoinnin jakamiseen. Assosiativisissa suhteissa ihmisiä yhdistää jaetut, ehkä hetkellisetkin, intressit. Yhteisölliset suhteet perustuvat jaettuun ja yhdenmukaiseen identiteettiin.

Yksilön osallisuus vaihtelee riippuen siitä, miten hän asemoituu kulloiseenkin suhteeseen. Esimerkiksi vähemmistön jäsenen asema markkinasuhteissa voi olla huono mutta yhteisöllisissä suhteissa hyvä. Tällöin osallisuus yhdessä suhteessa voi paikata osattomuutta toisessa suhteessa. Voi olla niinkin, että vähemmistön jäsenen asema markkinasuhteissa on huono ja sen lisäksi hän kokee syrjintää yhteisöllisissä suhteissa.

Tällöin osattomuus kasautuu. Osattomuus yhdessä suhteessa voi myös altistaa osattomuudelle toisessa suhteessa. Yksilöllinen hyvinvointi on sekoitus osallisuutta erilaisissa suhteissa – sitä, mitä ihminen kokee olevan mahdollista tavoitella ja saavuttaa. Jos yksilö kokee osallisuutta, hän saattaa nähdä enemmän mahdollisuuksia sekä uskoa itseensä ja ulkopuolelta tuleviin toiminnan mahdollisuuksiin.

SYRJINTÄ HEIKENTÄÄ OSALLISUUDEN KOKEMUSTA

Michael Thompson ja Aaron Wildavsky (1986) toteavat, että köyhydessä selviytymisen strategiat vaihtelevat sen mukaan, miten yksilöt ja yhteisöt pystyvät vaikuttamaan tarpeisiin ja resursseihin omassa kulttuurissaan. Tarpeet vaihtelevat yksilöittäin riippuen esimerkiksi sairauksista tai vammoista, elämänhistoriasta ja temperamentista, mutta ne vaihtelevat myös sen perusteella, mitä erilaisissa yhteisöissä pidetään arvostettuna ja millaisia tapoja yhteisöllä on. Saatavilla olevien resurssien määrä puolestaan muotoutuu esimerkiksi lakien, käytäntöjen, vaikuttamismahdollisuuksien sekä yksilön tai yhteisön sosioekonomisen aseman perusteella.

Syrjityt yhteisöt ovat alttiita kutistamaan tarpeitaan - samalla tapahtuu vetäytymistä kuoreen. Thompson ja Wildavsky esittävät, että eristäytymistä parempi toimintatapa olisi antaa syrjitylle ryhmälle yhteiskunnallisesti tunnustettu asema ja valtaa. Tunnustetun aseman myötä tulee valtaa, jonka ansiosta ei tarvitse enää välttämättä kutistaa tarpeitaan. Vallan avulla se pääsee käsiksi uusiin resursseihin sekä myös vaatimaan uusia resursseja kuten kulttuurierityisiä palveluita. Myös ympäristön ennakkoluulot voivat lieventyä ja vaikuttaminen yhteisiin asioihin helpottua.

Osallisuus tarkoittaa myös sitä, että yhteys inhimillisiin tarpeisiin säilyy. Perustarpeiden (ravinto, suoja, vaatetus, turva) lisäksi on olemassa joukko inhimillisiä tarpeita, kuten osallistuminen, ymmärtäminen ja luovuus. (Max-Neef 1991.) Nämä tarpeet luovat mahdollisuuden inhimilliseen toimintaan. Jos yhteys esimerkiksi osallistumisen tarpeeseen katoaa, ihminen ei osallistu vuorovaikutukseen muiden kanssa ja häneltä saattaa kadota halu vaikuttaa esimerkiksi äänestämällä. Tarpeiden kutistaminen, jota usein pienituloisuudessa ja vaikeuksien keskellä tapahtuu, ei pitemmän päälle ole suinkaan hyve vaan voi pikemminkin altistaa huono-osaisuudelle ja lujittaa eriarvoisuutta. Vaikeuksien keskellä yhteys tarpeisiin katoaa eivätkä tarpeet inhimillisen toiminnan mahdollistajina saa siten tilaisuutta muuttua voimavaroiksi.

OSALLISUUS TÄSSÄ TUTKIMUKSESSA

Ihmisen hyvinvointiin vaikuttavat palvelujen ja niiden saatavuuden lisäksi myös osallisuuden kokemus. Äänestäminen on yksi esimerkki osallisuuden ilmenemisestä käytännössä. Se on yksi poliittisen vaikuttamisen keino, toiminto muiden toimintojen

joukossa. Täysi-ikäisellä ihmisellä on mahdollisuus äänestää, mutta mahdollisuus ei aina muutu toiminnaksi. Toimintavaihtoehtoja on useita: ihminen valitsee tietoisesti äänestämisen tai äänestämättä jättämisen, hän ei ehkä pääse äänestyspaikalle tai hän jättää äänestämättä tiedostamattaan. Lopputulokseen vaikuttavat joukko erilaisia tekijöitä, esimerkiksi luottamus päättäjiin mutta myös uskomukset toimijuudesta. Tarve osallistua ja ajaa omaa etuaan on ehkä heikentynyt tai tarve ymmärtää yhteiskunnan toimintaa on kadonnut. Osallisuutta kokeva ihminen uskoo omiin mahdollisuuksiinsa enemmän, jolloin hän myös pyrkii vaikuttamaan itseään koskeviin asioihin aktiivisesti. Romanian hyvinvointitutkimus Roosassa on käytetty soveltuvin osin samoja kysymyksiä kuin aiemmissa suomalaisissa väestötutkimuksissa. Osa kysymyksistä kertoo myös osallisuudesta. Esimerkiksi elinoloja ja palveluja käsittelevät kysymykset liittyvät osallisuuden resurssinäkökulmaan. Tarpeista kertovat terveyteen, toimintakykyyn ja elämänlaatuun liittyvät kysymykset. Osallisuuden sosiaaliseen ulottuvuuteen liittyvät puolestaan kysymykset osallistumisesta ja syrjinnästä.

Suomen rakennerahasto -ohjelmassa kerrotaan, että pienituloisen väestön osuus ja suhteellinen köyhyys ovat kasvaneet viimeisen viidentoista vuoden aikana, ja valtaosa pienituloisista on työvoiman ulkopuolella. Köyhyysriski ja syrjäytyminen koskettavat paitsi työkyvyltään heikentyneitä, myös kieli- ja kulttuurivähemmistöjä, joita syrjitään työmarkkinoilla. Suurin köyhyysriski on yksinhuoltajilla ja ikääntyvillä yksin elävillä naisilla. (Kestävää kasvua ja työtä 2014–2020.) Vaikka suomalaisten yleinen hyvinvoinnin taso on parantunut, hyvinvoinnin jakautuminen on entistä epätasa-arvoisempaa. Aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu, että pitkään työttömänä olleiden terveys ja työkyky heikkenee (esim. Koskinen 2012; Sainio 2013). Tutkimuksista tiedetään myös, että pitkittynyt työttömyys lisää sairastavuutta ja työelämän ulkopuolella olemisen heikentää terveyspalvelujen saantia. Kestävää kasvua ja työtä 2014–2020-ohjelmalla edistetään sosiaalista osallisuutta parantamalla väestön työllisyyttä ja työkykyä. Siten myös köyhyyden ja siitä kumpuavaan syrjäytymiseen voidaan puuttua. Romanian hyvinvointitutkimus Roosa toteutettiin osana Euroopan sosiaalirahaston rahoittamaa Nevo Tiija -uusi aika -hanketta, jonka tavoitteena oli romanien työkyvyn, osallisuuden ja työllisyyden parantaminen. Romanit olivat yksi kohderyhmistä Suomen rakennerahasto-ohjelman Sosiaalisen osallisuuden edistäminen ja köyhyyden torjunta -toimintalinjassa. Tunnistamalla työ- ja toimintakyvyn ongelmia sekä analysoimalla ihmisen osallisuuteen vaikuttavia tekijöitä ongelmiin voidaan puuttua. Romanian, kuten kenen hyvänsä, osallisuus rakentuu resursseista ja rakenteista, toimintamahdollisuuksista ja merkityksellisyyden kokemuksista, joita tässä tutkimuksessa tuodaan esiin.

2. TIEDONKERUU, AINEISTO JA MENETELMÄT

2.1 Suomen romanit tutkimuksen osallistujina

Anneli Weiste-Paakkanen, Riikka Lämsä ja Hannamaria Kuusio

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat kaikki vähintään 18-vuotiaat Suomen romanit. Romanit ovat kieli- ja kulttuurivähemmistö, joka on asunut Suomessa noin 500 vuotta. Romanien lukumäärästä Suomessa ei ole tarkkaa tietoa, mutta arviolta heitä on 10 000 – 12 000 henkilöä. Luku perustuu alueellisten romaniasian neuvottelukuntien suunnittelijoiden arvioihin ja sitä on käytetty yleisesti 2000-luvulla (Syrjä & Valtakari 2008). Vuoden 1970 väestölaskennassa Tilastokeskus keräsi tiedot 5 097 romanilta (SVT 1974). Romaneja asuu ympäri Suomea. Opetushallituksen arvion mukaan Etelä-Suomessa asuu noin 4500 romanitaustaista henkilöä, Länsi-, Sisä- ja Lounais-Suomen alueilla noin 2500, Itä-Suomessa 1500 ja pohjoisimmassa Suomessa 1000 romanitaustaista henkilöä (Rajala ym. 2012). Romaneja asuu erityisesti Etelä-Suomen suurissa kaupungeissa, mutta myös tietyillä paikkakunnilla Etelä-Pohjanmaalla ja Savossa, sekä Jyväskylän ja Oulun seuduilla. Ruotsissa asuu joitakin tuhansia Suomen romaneja. Ruotsissa pysyvästi asuvat Suomen romanit eivät kuitenkaan kuuluneet tutkimuksen kohderyhmään, koska tavoitteena oli tutkia romanien kokemuksia suomalaisesta yhteiskunnasta ja palvelujärjestelmästä. Tutkittavan syntymämaa saattoi kuitenkin olla Ruotsi.

Suomessa romanit korostavat asemaansa kulttuurivähemmistöidentiteetin omaavina Suomen kansalaisina. Suomen perustuslain 17 §:n 3 momentin mukaan heillä on oikeus ylläpitää ja kehittää omaa kieltään ja kulttuuriaan. Romanikulttuuria ylläpidetään ja luodaan jaetussa kulttuurisessa, sosiaalisessa ja taloudellisessa vuorovaikutuksessa pääväestön kanssa (Okely 2010). Erilaisten kategorioiden avulla sekä romanit että pääväestö muodostavat käsityksen romaniudesta ja ei-romaniudesta (Stenroos 2012). Yksilölle kulttuuritapojen noudattaminen on osa identiteettiä, mutta tapoja saatetaan noudattaa myös tilanteittain ja ajallisesti vaihtelevasti. Esimerkiksi vanhojen ihmisten läsnä ollessa voidaan noudattaa romanitapoja, vaikka nuoret eivät keskenään niitä noudattaisikaan (Kopsa-Schön 1996). Tällainen joustavuus ei kuitenkaan automaattisesti vähennä yksilön henkilökohtaista identifioitumista romaniksi (Stenroos 2012). Myös yhteisön tunnustuksella on merkitys sille, kuka voi identifioida itsensä romaniksi.

Roosa-tutkimuksessa romanit itse määrittivät kuulumisensa kohderyhmään sen perusteella, että he itse kokivat olevansa Suomen romaneja. Tällaista itseidentifikaatioon perustuvaa määrittelyä käytetään myös Romanipoliittisessa ohjelmassa (STM 2009). Väestörekisteriin perustuvaa, väestötutkimuksissa yleisesti käytössä olevaa

otantaa ei ollut mahdollistakaan käyttää, koska tietoa etnisyydestä ei ole Väestörekisterissä henkilötietolain (523/1999,§6) kieltäessä sen.

2.2 Kulttuurisensitiivisyys tutkimuksessa

Anneli Weiste-Paakkanen, Hannamaria Kuusio ja Riikka Lämsä

Roosa-tutkimuksen lähtökohtana oli kulttuurisensitiivisyys. Tutkimuksen suunnitteluun osallistui romaneja työryhmässä sekä työpajoissa, kuulemistilaisuuksissa, seminaareissa ja keskustelutilaisuuksissa. Romanikulttuurin tavat huomioitiin mahdollisimman laajasti tutkimuksen sisältöjen ja menetelmäsääntöjen suunnittelussa. Tutkimushenkilöstön työssä pyrittiin noudattamaan kulttuurisesti kunnioittavia vuorovaikutustaitoja. Sekä sanattoman että sanallisen kohtaamisen ja viestinnän tuli olla arvostavaa niin, että kaikilla osapuolilla oli oikeus kulttuurinsa ilmaisuun ja sen kanssa hyväksytyksi ja kuulluksi tulemiseen. (Leininger 1988.)

Kulttuurisensitiivisyyden toteuttamisesta käytiin paljon keskusteluja tutkimusryhmässä. Jouduttiin esimerkiksi miettimään, kuinka paljon tutkimuksessa noudatetaan väestötutkimuksen vakiintuneita käytäntöjä ja kuinka paljon niistä voitiin poiketa kulttuuristen tapojen noudattamiseksi. Yhteisön osallistaminen tutkimuksen suunnitteluun oli ensiarvoisen tärkeää. Kuitenkin myös yhteisön sisäiset valtasuhteet saattoivat vaikuttaa esimerkiksi siihen, ketkä vastustivat ja ketkä puolustivat tutkimuksen tekemistä. Yhteisön itsensä tuottama tieto on arvokasta, mutta osallistavan tutkimuksen toteutuksessa on myös kysyttävä, kenen ääni yhteisöstä kuuluu (Chambers 1997; Schumacher 1973).

Kulttuurisensitiivisessä tutkimuksessa huomioidaan myös kulttuurin ja yhteisön historia ja sen vaikutukset nykyisyyteen (Weiste-Paakkanen 2018). Romanien osalta tutkimuksen suunnittelussa ja tulosten tulkinnessa on tärkeää huomioida Suomen romanien historiaa ainakin viime vuosisadan puolivälistä saakka. Ennen toista maailmansotaa Viipurin läänissä asui noin kolmannes koko Suomen romaneista (Syrjä & Valtakari 2008), ja heitä muutti evakkona erityisesti Etelä-Suomeen ja pääkaupunkiseudulle. Suomen valtio jätti Karjalan evakkoromanit pääosin ilman asuntoa ja he jäivät jälleenrakentamis- ja asuttamistoimien ulkopuolelle (Pulma 2012). Tämä aiheutti romanien keskuudessa laajamittaista asunnottomuutta ja heikkoja asumisololoja, mikä teki esimerkiksi lasten koulutuksen usein mahdottomaksi. Romanit ovat kohdanneet myös suoranaista vainoa. 1900-luvun puoliväliin asti valtion tavoitteena on ollut sulauttaa romanit pääväestöön. (Pulma 2012; Suonoja & Lindberg 1999.) Näiden historiallisten kehityskulkujen kautta voidaan ymmärtää esimerkiksi muuta väestöä heikompi koulutustaso ja joidenkin vanhemman sukupolven romanien kriittinen asenne tutkimuksia kohtaan.

Kulttuurisensitiivisessä, osallistavassa tutkimuksessa molemminpuolisen luottamuksen rakentaminen tutkittavan yhteisön kanssa on ensiarvoisen tärkeää. Monet ai-

emmat väestötutkimukset ovat osoittaneet, että etnistä vähemmistöä edustavien henkilöiden rekrytoiminen tutkimuksiin edellyttää erityisiä ponnisteluja. Esimerkiksi kirjeen lähettäminen, ei ole tehokas tapa kutsua tutkittavia osallistumaan. (Weiste-Paakkanen 2017.) Roosa-tutkimuksessa osallistujia ei voitu kutsua kirjeitse kuten väestötutkimuksissa yleensä, vaan yhteystietojen kerääminen ja tutkittavien kutsuminen piti tehdä verkostojen kautta. Henkilökohtainen kontakti tutkittavaan muodostui ensiarvoisen tärkeäksi.

Romanit osallistuivat tutkimukseen tutkittavina, työntekijöinä, jotka rekrytoivat tutkittavia, sekä asiantuntijoina. Kulttuurisensitiivisessä, osallistavassa tutkimuksessa yhteistyö kohderyhmän kanssa tutkimuksen suunnittelussa, toteutuksessa ja raportoinnissa on tiiviimpää kuin väestötutkimuksissa yleensä (Weiste-Paakkanen 2018). Roosa-tutkimuksen kumppaniraatiin kuului edustajia valtakunnallisesta ja alueellisista romaniasiain neuvottelukunnista, romaniyhdistyksistä sekä hankkeista. Romanikulttuurin asiantuntijat ovat antaneet jatkuvaa, välillä hyvin kriittistäkin palautetta muun muassa tutkimussisältöjen kulttuurisensitiivisyydestä ja henkilötietojen keräämisestä. THL:ssä toimii romanikumppaniraati, joka kuuluu Monikulttuurisuuden asiantuntijaryhmä MONET:n kumppaniraateihin. (thl.fi/aiheet/monet) Ryhmässä käsitellään tutkimussuunnitelmia ja ideoitaan ja toteutetaan terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen liittyvää kehittämistyötä. THL:n romanikumppaniraatiin kuuluu edustajia valtakunnallisesta romaniasiain neuvottelukunnasta, Etelä-Suomen alueellisesta romaniasiain neuvottelukunnasta, Länsi- ja Lounais-Suomen alueellisesta romaniasiain neuvottelukunnasta, Itä-Suomen alueellisesta romaniasiain neuvottelukunnasta ja Pohjois-Suomen alueellisesta romaniasiain neuvottelukunnasta sekä Savonlinnan seudun romanilähetys ry:stä, Suomen Romaniyhdistyksestä, Romaninuorten neuvostosta ja Diakonia-ammattikorkeakoulusta. Lisäksi raatiin kutsutaan kuultavaksi käsiteltävän teeman mukaan muita romanityön asiantuntijoita esimerkiksi paikallisyhdistyksistä ja ajankohtaisista hankkeista.

Roosa-tutkimuksessa järjestettiin tiedonkeruun päätyttyä syyskuussa 2018 työpäjäpäivä, jonne kutsuttiin tutkimuksessa mukana olleita romaniasiiantuntijoita keskustelemaan ja tuottamaan arkitietoon pohjautuvia näkökulmia Roosa-tutkimuksen tuloksista. Pajat järjestettiin World Cafe-menetelmällä, joka on keskusteluun perustuvaa pienryhmäkeskustelua eri teemoista (ks. Ruuskanen ym. 2015). Eri aihepiirien asiantuntijat, jotka vastaavat tämän raportin tuloksista, esittelivät alustavia tuloksia, ja kirjurit kirjasivat romaniosallistujien keskustelut tuloksista. Tutkijat poimivat keskusteluaineistosta keskeiset sisällöt, joita käytetään tässä raportissa kuvaamaan tulosten mahdollisia tulkintoja ja täydentämään kerättyä määrällistä aineistoa. Myös kumppaniraati ja lukuisat romanityön asiantuntijat kommentoivat tämän raportin käsikirjoitusta.

2.3 Tutkimuseettiset näkökohdat

Anneli Weiste-Paakkanen, Riikka Lämsä, Noora Ristiluoma, Tuija Martelin, Seppo Koskinen ja Hannamaria Kuusio

Roosa-tutkimusta edelsi vuonna 2013 toteutettu Romanian hyvinvointiesitutkimus, (ks. tarkemmin luku 2.4). Myös esitutkimus lähetettiin eettiselle toimikunnalle arvioitavaksi. Tutkimussisältö ja tutkimuksessa käytettävät lomakkeet saivat puoltavan lausunnon (173/13.03.00/2013) Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiirin koordinoivalta eettiseltä toimikunnalta (Weiste-Paakkanen ym. 2014). Syyskuussa 2016 HUS Koordinoiva eettinen toimikunta käsitteli Roosa-tutkimuksen tutkimussuunnitelman ja pyysi korjauksia esimerkiksi niin, että tutkimuksesta kieltäytyvien tietoja tai syitä kieltäytymiseen ei voida kerätä. 16.11.2016 Roosa-tutkimus sai puoltavan lausunnon (HUS 1445/2016), jossa todettiin, että tutkimussuunnitelman ja sen liitteet täyttävät tutkimuslain (488/1999) 17 momentin mukaiset edellytykset. Kesällä 2017 saatiin puolto sille, että tutkimukseen osallistuneille voitiin antaa elokuvalippu korvaukseksi käytetystä ajasta ja vaivasta.

Roosa-tutkimukseen, kuten kaikkiin muihinkin väestötutkimuksiin osallistuminen, oli täysin vapaaehtoista. Tutkittava henkilö antoi suostumuksensa osallistumiseen saatuaan riittävästi suullista ja kirjallista tietoa tutkimuksesta. Tutkimuksen alussa tutkimushoitaja tarkisti tutkittavan henkilöllisyyden ja selosti jokaiselle tutkittavalle henkilökohtaisesti tutkimuksen tarkoituksen, toteuttajan, tavoitteet, osallistumisen vapaaehtoisuuden, tutkimuskäynnin sisällön, mahdollisuuden keskeyttää tutkimus halutessaan ja tutkimustiedon käyttötavat. Tutkittava allekirjoitti suostumuslomakkeen, jonka myös tutkimushoitaja allekirjoitti. Tutkittava sai itselleen kopion suostumuslomakkeesta ja tutkimuksen tiedotteen. Suostumus pyydettiin ainoastaan henkilöiltä, jotka osallistuivat terveystarkastukseen. Vain haastatteluun tai kyselyyn vastanneiden palautettu lomake katsottiin riittäväksi suostumukseksi. Myös heille tutkimuksesta informoitiin sekä suullisesti että annettiin tiedote tutkimuksesta.

Tutkittavien henkilöllisyyden pysyminen salassa varmistettiin monin tavoin. Tutkimuskäynnin aikana jokaiseen täytettävään lomakkeeseen lisättiin tutkittavalle annettusta tarrasarja-arkista siihen kuuluva tarra. Tarrassa oli vain tutkimusnumero ja sen viivakoodi. Niistä ei käynyt ilmi tutkittavan nimeä, osoitetietoja tai muitakaan henkilöllisyyden paljastavia tietoja. Tilanteissa, joissa tutkittava täytti haastattelulomakkeen itsenäisesti tutkimustapahtumassa, hän sulki lomakkeen itse kuoreen, jolloin romaniyhteisöön kuuluvat aluekoordinaattorit eivät nähneet tutkittavien vastauksia vaan vasta tutkimushoitaja avasi kuoren tarkastaakseen lomakkeen yhdessä tutkittavan kanssa. Henkilötietoja sisältävät suostumuslomakkeet pidettiin erillään muista tutkimuslomakkeista. Tutkimuskäynnin aikana kerätyt terveystarkastus- ja kyselytiedot tallennettiin tutkimuskäynnin päätyttyä tutkittavan tutkimusnumerolla THL:n

tiedonkeruuohjelmaan. Haastattelulla/kyselyllä kerätyt tiedot toimitettiin tallennettavaksi tallennusfirmaan.

Kaikki tutkimuslomakkeet säilytetään lukitussa tilassa THL:ssä. Tutkimustietoja analysoitaessa tutkijoilla on käytössään tutkimusaineisto, josta yksittäisiä henkilöitä ei voi tunnistaa. Tuloksia raportoitaessa anonymiteetin varmistamiseksi ei kerrota tutkimuspaikkakuntia suurimpia kaupunkeja lukuun ottamatta. Tuloksia ei myöskään esitellä alueittain tai paikkakunnittain vaan yleisemmällä tasolla ikäryhmittäin sekä miehet ja naiset eroteltuina.

2.4 Tiedonkeruu

Hannamaria Kuusio, Mariitta Vaara, Sirpa Hyyrönmäki, Riikka Lämsä, Seppo Koskinen, Tuija Martelin, Noora Ristiluoma ja Anneli Weiste-Paakkanen

KOKEMUKSET ESITUTKIMUKSESTA

Roosa-tutkimusta edelsi vuonna 2013 toteutettu Romanian hyvinvointiesitutkimus. Sen keskeisiä tavoitteita olivat yhteistyöverkostojen rakentaminen, romanien omien näkemysten kartoittaminen tutkimustarpeista ja -menetelmistä sekä romaniväestön luottamuksen lisääminen terveys- ja hyvinvointitutkimuksia tekeviä viranomaisia kohtaan. Esitutkimuksessa arvioitiin myös THL:n aiempien väestötutkimusten menetelmien ja tutkimusaihepiirien soveltuvuutta romaniväestön parissa suoritettavaan tiedonkeruuseen. Esitutkimukselle koottiin ohjausryhmä, johon kutsuttiin romaniasian neuvottelukunnan, alueellisten romaniasian neuvottelukuntien, paikallisten romanityöryhmien ja romanijärjestöjen edustajia. Lisäksi ohjausryhmää täydennettiin romaniasian neuvottelukunnan ja alueellisten neuvottelukuntien suositusten mukaisesti.

Esitutkimuksessa tehtiin terveystarkastus ja haastattelu 27 romanille, joilta kerättiin myös palautetta tutkimukseen osallistumisesta. Esitutkimuksen aikana tutkimuksen sisällöistä ja toteutuksesta käytiin keskustelua ohjausryhmän ja romaniväestön kanssa. (Weiste-Paakkanen ym. 2014.) Terveystarkastukseen osallistuneet kokivat osallistumisen hyödylliseksi. Erityisesti tutkimushoitajalta saatu tieto omasta terveydentilasta koettiin hyödyllisenä. Hyväksi koettiin toimintamalli, jossa koko tutkimuksen toteuttaa yksi tai enintään kaksi tutkimushoitajaa, eikä osallistuja joudu kohtaamaan useampia hoitajia, kuten koko väestölle suunnatuissa väestötutkimuksissa on tapana.

Esitutkimuksen aikana käydyt keskustelut romaniyhteisön edustajien kanssa toivat esiin erilaisia mielipiteitä Romanian hyvinvointitutkimuksesta. Osa mielipiteistä oli hyvin kriittistä tutkimusta kohtaan. Pelkona oli, että tutkimustulokset leimaavat

koko yhteisön kielteisesti, ja että tutkimus siten pahentaa romanien kokemaa syrjintää. Henkilötietojen keräämiseen suhtauduttiin erityisen kriittisesti historiallisten seikkojen kuten toisen maailmansodan aikaisten vähemmistöjen vainojen vuoksi. Osa romaneista oli kuitenkin sitä mieltä, että hyvinvointitutkimus oli tervetullut ja sen avulla voitaisiin saada apua ongelmiin, kuten syrjintään liittyviin tekijöihin. Tutkimukseen osallistujien monimuotoisuutta pidettiin ensiarvoisen tärkeänä, jotta saataisiin tietoa romaniväestössä keskimäärin ilmenevistä asioista, ei pelkästään huono- tai hyväosaisista. Keskustelujen myötä tutkimusryhmälle tuli selväksi, että romanien parissa toteutettava hyvinvointitutkimus on haastava sekä joiltakin osin sensitiivisten aiheidensa että melko yleisen tutkimuskielteisyyden takia.

Romaniyhteisöjen edustajien kanssa käytiin keskusteluja myös tutkimuksen sisällöistä, joiden lähtökohtana toimivat aiemmat kansalliset väestötutkimukset. Sisältöihin suhtauduttiin osittain erittäin kriittisesti. Keskustelun perusteella kuitenkin päädyttiin siihen, että yhdenvertaisuusperiaatteen mukaisesti romaneja koskevan väestötutkimuksen sisällön on oltava mahdollisimman samanlainen kuin koko väestöä tai mitä tahansa muuta väestöryhmää koskevan tutkimuksen. Jokainen yksilö saisi tutkimuksen aikana päättää itse, mihin tutkimuksen osiin hän osallistuisi ja mihin kysymyksiin vastaisi. Luottamuksellinen ja henkilökohtainen tutkimustilanne mahdollistaisi arkojenkin aiheiden käsittelyn.

TUTKIMUKSESTA TIEDOTTAMINEN JA TUTKITTAVIEN TAVOITTAMINEN

Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus ja Terveystieteiden tutkimuskeskus järjestivät Roo-sa-tutkimuksesta kuulemistilaisuuden Helsingissä joulukuussa 2016. Tutkimuksesta vastaavat henkilöt halusivat kuulla Suomen romaniväestöä tutkimukseen liittyvistä kysymyksistä ennen tiedonkeruun käynnistymistä. Kuulemistilaisuuteen kutsuttiin romaniasioiden parissa työskenteleviä henkilöitä eri järjestöistä, oppilaitoksista ja muista organisaatioista. Kuulemistilaisuuteen osallistuneiden romanien vahva viesti oli, että THL:n tulee varmistaa tutkimuksen lainmukaisuus ja tutkimuksen toteutukseen tulee osallistua romaneja. Kuulemistilaisuuden jälkeen THL toimitti Romaniasian neuvottelukunnalle selvityksen, jossa käytiin läpi suunnitelma ja sen asianmukaisuus perustuslain 11.6.1999/731 16§, tutkimuslain 488/1999 17§, henkilötietolain 523/1999 ja yhdenvertaisuuslain 1325/2014 näkökulmista.

THL palkkasi eripituisiin työsuhteisiin tutkimuksen aluekoordinaattoreiksi erikäisiä romanimiehiä ja -naisia eri puolilta Suomea, yhteensä seitsemän henkilöä. Heidän rooliansa ei eritellä tarkemmin yksityisyyden suojaamiseksi, koska kulttuurintulkin asema voi olla hankala edustamansa yhteisön ja viranomaisten välillä (Schneeweis 2013). Aluekoordinaattoreiden tehtävänä oli käydä kertomassa tutkimuksesta romanijärjestöjen ja -järjestöjen tilaisuuksissa sekä yksityisissä kodeissa, puhelimesta ja so-

siaalisessa mediassa. He sopivat tutkimukseen ilmoittautuneiden kanssa tutkimusajat ja -paikat, vastasivat kysymyksiin ja opastivat tarvittaessa. Samalla aluekoordinaattorit tutustuttivat muuta tutkimushenkilöstöä romanikulttuuriin ja siihen liittyviin tapoihin. Palkattujen aluekoordinaattoreiden lisäksi tiedottamista hoitivat vapaaehtoiset paikalliset yhdyshenkilöt.

Tutkimuksesta tiedotettiin romaneille eri puolilla Suomea esimerkiksi kaupunkien nuorisopalveluiden ja Suomen Romaniyhdistyksen vanhus- ja nuorisotyön kautta. Tutkimuksen henkilöstö kävi kertomassa tutkimuksesta eri kuntien romanityöryhmien kokouksissa ja romaninuorten leireillä. Tutkimuksesta keskusteltiin useissa eri romaniyhdistysten kesäkouluissa sekä romaniasiaain neuvottelukuntien neuvottelupäivillä ja kokouksissa. Roosa-tutkimusta esiteltiin myös kaikilla Nevo Tiija -hankkeen työllisyysmessuilla Helsingissä, Oulussa ja Jyväskylässä. Painettua tutkimusesitettä jaettiin romaniyhdistysten ja neuvottelukuntien kautta. Mediassa Roosa-tutkimus näkyi lukuisissa lehtiartikkeleissa ja radiohaastatteluissa, ja tietoa levitettiin myös verkossa.

TUTKIMUKSEN SISÄLTÖ

Tutkimuksen toteuttivat Roosa-tutkimukseen koulutetut tutkimushoitajat, joilla oli terveydenhuollon ammattitutkinto (lähihoitaja, sairaan- tai terveydenhoitaja tai fysioterapeutti).

Tutkimuksen sisältö muodostui haastattelusta ja terveystarkastuksesta. Tutkimushoitajan toteuttama haastattelu oli laaja ja sen tekeminen kesti noin 1-1,5 tuntia. Haastattelulomakkeessa oli runsaasti strukturoituja, pääasiassa muissa aiemmissä väestötutkimuksissa käytettyjä kysymyksiä terveydestä, hyvinvoinnista, osallisuudesta, syrjinnästä sekä palvelujen käytöstä ja koetusta palvelun tarpeesta.

Taustatiedot-osio sisälsi kysymyksiä muun muassa sosiodemografisista tekijöistä (mm. ikä sukupuoli, kotitalouden rakenne, koulutus, työmarkkina-asema, asuminen), elinympäristöstä ja kielitaidosta sekä romani-identiteetistä. Toisessa osiossa kartoitettiin terveydentilaa, sairauksia ja sairauksien oireita. Kolmannessa ja neljännessä osiossa keskityttiin koettuun häirintään, väkivaltaan ja epäoikeudenmukaiseen kohteluun. Viidennessä osiossa kysyttiin sosiaalisen hyvinvointiin liittyviä kysymyksiä muun muassa harrastuksista, internetin käytöstä, äänestämisestä ja avun antamisesta. Kuudes osio sisälsi kysymyksiä toiminta- ja työkyvystä. Sen jälkeen elintavat-osiossa kysyttiin ruoka- ja liikuntatottumuksista, päihteiden käytöstä ja nukkumisesta. Kahdeksas ja yhdeksäs osio sisälsivät kysymyksiä elinoloista ja elämänlaadusta. Lomakkeen viimeisessä osiossa kysyttiin laajasti palvelujen käytöstä, koetusta palvelun tarpeesta sekä palvelujen koetusta riittävydestä. Tutkimuslomakkeet löytyvät verkkosivulta (thl.fi/roosa).

Heinäkuussa 2017 haastattelulomakkeesta otettiin käyttöön myös lyhennetty versio, johon oli valittu keskeisimmät kysymykset jokaisesta tutkimusosiesta. Sen täyttäminen kesti noin 15–20 minuuttia. Lyhyen haastattelulomakkeen tavoitteena oli tarjota osallistumismahdollisuus kaikille, myös niille jotka eivät jaksaneet, halunneet tai ehtineet osallistua laajempaan haastatteluun. Laajan tai lyhyen haastattelulomakkeen sai halutessaan täyttää myös itsenäisesti ennen tutkimushoitajan tapaamista. Tällöin tutkimushoitaja pyrki tarkastamaan lomakkeen yhdessä tutkittavan kanssa. Aluekoordinaattorit jakoivat haastattelulomakkeita kotona täytettäväksi niille, jotka eivät halunneet osallistua tutkimuspäiviin tai terveystarkastuksiin. Tällöin lomake palautettiin THL:lle postitse. Itse täytetyissä lomakkeissa ei enää tarkasti ottaen ollut kyse haastattelusta vaan kyselystä, joten tässä raportissa puhutaan haastattelu- tai kyselylomakkeesta.

Terveystarkastus toteutettiin yleensä samalla tutkimuskäynnillä kuin haastattelu. Tutkimuskäynti voitiin toteuttaa joko tekemällä haastattelu ensin ja sen jälkeen terveystarkastus tai päinvastoin. Roosa-tutkimuksen terveystarkastuksen mittauksissa pyrittiin noudattamaan samoja menettelyjä kuin koko väestöä koskevan FinTerveys 2017 – tutkimuksen mittauksissa (Koponen ym. 2018) ja eurooppalaisten standardien mukaan (Tolonen 2016). Aluksi mitattiin verenpaine ja syke, pituus, paino ja vyötärön ympäryys. Näöntutkimuksessa mitattiin silmien yhteisnäköä lähelle ja kauas näkötaulujen avulla.

Fyysisen toimintakyvyn mittauksilla selvitettiin nivelten toimintaa ja liikkuvuutta sekä ylä- ja alaraajojen lihasvoimaa. Näissä mittauksissa tutkittavaa pyydettiin kyykistymään, nousemalla istuma-asennosta seisomaan kymmenen kertaa mahdollisimman nopeasti, nostamaan kädet ylös, viemään kädet selän taakse ja puristamaan puristusvoimamittaria mahdollisimman voimakkaasti (thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/141/) ja tuoilta nousulla (thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/155/).

Kognitiivisen toimintakyvyn tutkimuksessa arvioitiin kielellistä sujuvuutta, mielenpainamista ja muistissa säilyttämistä. Siinä käytettiin vakiintuneita väestötutkimuksissa ja kliinisessä käytössä olevia testejä eli CERAD-testisarjaan kuuluvia tehtäviä (thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/90/). Henkistä hyvinvointia mitattiin Hopkins Symptom Checklist (HSCL, Derogatis ym. 1974) -lomakkeella, jonka 25 kysymystä kartoittavat viimeksi kuluneen seitsemän vuorokauden aikaisia masennus- ja ahdistuneisuusoireita. Tutkittava sai halutessaan täyttää HSCL – lomakkeen itse tai tutkimushoitaja esitti lomakkeen kysymykset tutkittavalle haastatteleamalla. Tutkimukseen osallistunut sai haastattelun ja terveystarkastuksen yhteydessä palautteen keskeisistä tutkimustuloksista myös kirjallisesti sekä tarvittaessa neuvontaa ja ohjausta hoitoon tai tutkimuksiin hakeutumiseksi.

TIEDONKERUUN TOTEUTUMINEN

Tavoitteena oli saada eri-ikäisiä ja erilaisissa elämätilanteissa olevia henkilöitä eri puolilta maata osallistumaan Roosa-tutkimukseen, jotta mukaan saataisiin mahdollisimman edustava joukko romaneja. Tiedonkeruu käynnistyi helmikuussa 2017 pääkaupunkiseudulla ja Pohjois-Suomessa. Pääkaupunkiseudun tutkimuspiste oli THL:n tiloissa Helsingissä ja Oulun tutkimuspiste Diakonissalaitoksen Liikuntaklinikalla. Molemmista tutkimuspisteistä työskenteli sekä kokoaikainen aluekoordinaattori että kokoaikainen tutkimushoitaja.

Maaliskuusta 2017 alkaen perustettiin uusia tutkimuspisteitä muun muassa eri puolille Helsinkiä sekä muutamalle pienemmälle paikkakunnalle Etelä-Suomessa ja Länsi-Suomessa. Kesällä 2017 tutkimusta toteutettiin Itä-Suomessa ja syksyllä 2017 kokeiltiin pääkaupunkiseudulla kerran viikossa päivystävää tutkimuspistettä, johon halukkaat saivat tulla ilman ajanvarausta. Alkukesästä 2017 päättyi toisen tutkimuspisteen (Oulu) varsinainen tiedonkeruu ja alueen tutkimushoitaja jatkoi osa-aikaisena kiertäen eri tutkimusalueita. Osa-aikaisia aluekoordinaattoreja palkattiin eri puolille Suomea. Loppuvuodesta 2017 järjestettiin pääkaupunkiseudulla kolme yksittäistä tutkimustapahtumaa ja Pohjois-Suomessa kaksi peräkkäistä tutkimuspäivää.

Talvella 2018 järjestettiin tutkimuspäivät Länsi-, Itä- ja Etelä-Suomen keskisuurissa kaupungeissa. Keväällä 2018 tutkimuspäiviä järjestettiin eri puolilla Helsinkiä ja Vantaata sekä pienemmillä Etelä-Suomen paikkakunnilla. Tällöin myös uusi osa-aikainen tutkimushoitaja koulutettiin tekemään tutkimuskäyntejä. Kesällä 2018 Roosa-tutkimukseen oli mahdollista osallistua eri kesäkouluissa ja perheleireillä Itä-Suomessa. Heinäkuussa tutkimuspiste oli avoinna kahden päivän ajan Keski-Suomessa. Elokuussa 2018 ennen tiedonkeruun päättymistä järjestettiin tutkimuspäivät vielä Länsi- ja Lounais-Suomessa sekä kaksipäiväinen päiväleiri Itä-Suomessa. Tutkimuksia tehtiin myös kotikäynteinä (28 tutkimusta) tutkittavien kodeissa eri puolella Suomea. Kotikäynnillä pyrittiin tekemään kaikki samat terveystarkastusmittaukset ja haastattelu kuin varsinaisella tutkimuskäynnillä tutkimuspisteessä.

Tutkimukseen osallistui aineistonkeruun alussa varsin vähän romaneja. Tutkimuksen edetessä osallistujien määrä kasvoi. Tutkittaviksi ilmoittautuneet esimerkiksi peruivat usein pysyvään tutkimuspisteseen saamansa tutkimusajan muiden kiireiden vuoksi. Tiedonkeruun vauhdittamiseksi aluekoordinaattorit ja tutkimukseen jo osallistuneet ehdottivat muutoksia tutkimuksen toteutukseen. Alettiin järjestää tutkimustapahtumia, jonne romaneja kutsuttiin yhdessä ystävien ja sukulaisten kanssa. Tällä tavoin voitiin kunnioittaa romanien yhteisöllisyyttä. Muutos oli hyvä, koska tutkimustapahtumiin saapui useita romaneja.

Muutosten jälkeen osallistumisesta kiinnostuneilla henkilöillä oli mahdollisuus myös pyytää yhteydenottoa netti-ilmoituksen kautta, jolloin tutkimushoitajat olivat yhteydessä henkilöihin ja sopivat tutkimusajan. Tutkittaville tarjottiin mahdolli-

suus täyttää haastattelulomake myös itse joko kotona tai tutkimustapahtumassa, koska osa osallistujista koki, että haastattelulomake oli liian pitkä. Lisäksi alkuperäisestä lomakkeesta muokattiin lyhyempi versio, joka soveltui paremmin esimerkiksi iäkkäille tutkittaville. Tutkimukseen osallistumisen parantamiseksi osallistujille korvattiin matkakulut yli 15 kilometrin matkalta, heille järjestettiin ruokatarjoilu ja annettiin kiitokseksi elokuvalippu.

Tutkittavien moninaisuus pyrittiin varmistamaan monin tavoin. Tutkimuksesta tiedotettiin ja tutkimustapahtumia järjestettiin erilaisissa elämäntilanteissa oleville, kuten ikääntyneille, perheellisille, nuorille aikuisille ja opiskeluiässä oleville nuorille. Tapahtumat järjestettiin matalalla kynnyksellä ja usein ilta-aikoihin, jolloin myös työssäkäyvien oli mahdollista osallistua niihin. Tutkimuspaikat olivat julkisia tiloja ja helposti saavutettavia.

2.5 Tutkimukseen osallistuneet

Hannamaria Kuusio, Mariitta Vaara, Noora Ristiluoma ja Eero Lilja

Roosa-tutkimukseen osallistui yhteensä 365 henkilöä (taulukko 2.5.1). Vähän yli puolet osallistujista kävi terveystarkastuksessa ja vastasi laajaan lomakkeeseen. Joka viides osallistui terveystarkastukseen ja vastasi lyhyen lomakkeen kysymyksiin. Hieman yli neljännekseltä osallistujista saatiin vastaukset vain joko laajaan tai lyhyeen lomakkeeseen ilman terveystarkastusta. Pelkästään terveystarkastukseen osallistuneita oli vain viisi henkilöä. HSCL-kyselyn täytti 262 henkilöä, 72 prosenttia kaikista tutkimukseen osallistuneista.

Taulukko 2.5.1

Osallistuminen eri tutkimusosioihin, osuus osallistujista, N ja %.

Osallistuneet	Lukumäärä (N)	%
Osallistunut ainakin yhteen tutkimusosioon	365	100
Osallistunut terveystarkastukseen ja täytetty laaja lomake	199	55
Osallistunut terveystarkastukseen ja täytetty lyhyt lomake	73	20
Osallistunut vain terveystarkastukseen	5	1
Täytetty vain laaja lomake	48	13
Täytetty vain lyhyt lomake	40	11

Miesten ja naisten tutkimuksen eri osiin osallistuminen ikäryhmittäin esitetään taulukossa 2.5.2. Tutkimukseen osallistuneista lähes kaksi kolmasosaa oli naisia. 30–54-vuotiaita osallistui muita ikäryhmiä enemmän sekä terveystarkastukseen että etenkin laajaan haastatteluun. Lyhyeen lomakkeeseen vastanneita oli miesten eri ikäryhmissä yhtä paljon, mutta naisilla alle 30-vuotiaiden osuus lyhyeen lomakkeeseen vastanneista oli pienempi kuin vanhempien ikäryhmien.

Taulukko 2.5.2.

Tutkimuksen osioihin osallistuneiden osuudet, ikäryhmittäin, miehet ja naiset, N ja %.

	Miehet		Naiset	
	N	%	N	%
Laaja haastattelu				
18–29-vuotiaat	24	27	44	28
30–54-vuotiaat	39	44	72	45
55+	25	28	43	27
Kaikki	88	100	159	100
Terveystarkastus				
18–29-vuotiaat	27	28	41	25
30–54-vuotiaat	40	36	69	41
55+	38	36	57	34
Kaikki	105	100	167	100
Lyhyt haastattelu				
18–29-vuotiaat	17	32	14	24
30–54-vuotiaat	18	33	21	36
55+	19	35	24	41
Kaikki	54	100	59	100
Yhteensä				
18–29-vuotiaat	41	29	59	27
30–54-vuotiaat	57	40	94	42
55+	44	31	70	31
Kaikki	142	100	223	100

Osallistuneiden kulttuurisesta identifiotumisesta kertoo esimerkiksi kieli, pukeutuminen ja perhetausta. Oikeusministeriön mukaan Suomen romaneista noin 30-40 prosenttia puhuu suomen kielen lisäksi romanikielen pohjoista murretta, kaaloa, joka on

erittäin uhanalainen kieli (Soininen 2014). Kansallisen koulutuksen arviointikeskuksen mukaan hyvin romanikieltä osaavia on alle kolmannes koko romaniväestöstä, vaikka kolme neljäsosaa arvostaa omaa kieltään ja haluaa sen säilyvän puhuttuna (Huhtanen & Puukko 2016). Roosa-tutkimukseen osallistuneista vain muutama tutkittava ilmoitti äidinkielekseen romanikielen ja loput suomen kielen. Noin kolmasosa miehistä ja 13 prosenttia naisista vastasi puhuvansa romanikieltä hyvin tai erinomaisesti. Mitä vanhempi vastaaja oli, sitä useammin hän osasi romanikieltä. 55 vuotta täyttäneistä miehistä lähes puolet ja naisista noin viidesosa puhui romanikieltä hyvin tai erinomaisesti. Suurin osa tutkimukseen osallistuneista kertoi elävänsä romanikulttuurin tapojen mukaisesti. Tutkimukseen osallistuneista noin kolme neljäsosaa käytti aina romanasua. Nuorimpaan ja vanhimpaan ikäryhmään kuuluneet käyttivät romanasua jonkin verran harvemmin kuin 30–54-vuotiaat. Suurimmalla osalla osallistujista, yhdeksällä kymmenestä, äiti, isä tai kasvattivanhemmat ovat tai olivat olleet taustaltaan romaneja.

2.6 Analyysimenetelmät

Hannamaria Kuusio, Seppo Koskinen, Marianne Laalo ja Eero Lilja

Tulokset esitetään tässä raportissa painotettuina suorina jakaumina sekä keskiarvojen vertailuina. Koska tietoa koko Suomen romaniväestön iästä, sukupuolesta, koulutuksesta tai työllisyydestä ei ole saatavana, Roosa-tutkimuksen aineisto painotettiin vastaamaan koko Suomen aikuisväestöä 31.12.2017 (Tilastokeskus). Painotus tehtiin sukupuolittain ja 5-vuotiskäryhmittäin. Painokertoimet laskettiin erikseen lyhyeen tai laajaan lomakkeeseen vastanneille, vain laajaan haastatteluun vastanneille, HSCL-lomakkeeseen vastanneille sekä terveystarkastukseen osallistuneille.

Tulosten tulkinnan tueksi estimaateille on laskettu luottamusvälit ja sukupuolten ja ikäryhmien välisten erojen merkitsevyyttä kuvaavat p-arvot. Analyysimenetelminä käytettiin logistista ja lineaarista regressioanalyysia. Luokittelumuuttujien osuuksien eroja tarkasteltiin χ^2 -testillä ja F-testiä käytettiin jatkuville muuttujille. Tulokset esitetään ikäryhmittäinen ja sukupuolittainen tarkastelu on rajattu niihin kysymyksiin tai terveystarkastusmittaustuloksiin, joissa tietoja saatiin vähintään 30 osallistujalta. Taulukoissa ja kuvioissa ei esitetä ikä- ja sukupuoliryhmittäisessä tarkastelussa vastanneiden/mittausten lukumääriä tutkittavien tunnistettavuuden välttämiseksi.

Roosa-tutkimuksen osallistujien tuloksia verrataan tässä raportissa koko väestön vastaaviin tuloksiin niiltä osin kuin kysymykset tai terveystarkastusmittaukset ovat olleet samoja kuin koko väestölle suunnatuissa tutkimuksissa. Koko väestöä koskevana vertailutietona käytetään pääosin FinTerveys 2017 -tutkimuksesta 30 vuotta täyttänyttä väestöä koskevia jo julkaistuja tuloksia (Koponen ym. 2018). Lisäksi tuloksia verrataan soveltuvin osin FinSote 2017–2018 -tutkimuksesta julkaistuihin tuloksiin 20

vuotta täyttäneestä väestöstä (Pentala-Nikulainen ym. 2018). Joitakin tuloksia voidaan verrata myös koko Suomen väestöä koskeviin virallisiin tilastoihin.

Romanien hyvinvointitutkimustulosten ja koko väestöä koskevien tulosten vertailuun tulee suhtautua varovaisesti, koska tiedonkeruutavat, maantieteellinen alueellinen kattavuus, vastaajien sosioekonominen asema ja ikäraajaukset poikkeavat toisistaan.

Roosa-tutkimus poikkeaa FinTerveys- ja FinSote-tutkimuksista tiedonkeruutavan, osallistujien iän ja alueellisen kattavuuden osalta. FinTerveys ja FinSote-tutkimusten otos on poimittu väestökisterikeskuksen tiedoista satunnaisotoksena kaikista tutkimuksen kohdeikäryhmään kuuluvista henkilöistä. Roosa-tutkimuksessa osallistujia saatiin erilaisten verkostojen kautta ja aluekoordinaattorien kutsumana. Myös lomakkeilla annettujen tietojen keruutavat poikkeavat toisistaan. FinTerveys- ja FinSote-tutkimuksissa tiedot kerättiin itse täytettävillä kyselylomakkeilla (paperi- tai verkkolomake), kun Roosa-tutkimuksessa vastaavat tiedot saatiin joko haastatteleamalla tai tutkittavan itse täyttämistä lomakkeista. Roosa-tutkimuksessa ei ollut eri lomaketta haastatteluun ja kyselyyn. FinTerveys- ja FinSote-lomakkeet oli muotoiltu itse täytettävään kyselyyn soveltuvaan muotoon. Roosa-tutkimuksessa alun perin haastattelumuotoon tarkoitettut kysymykset ovat voineet olla hankalia itse täytetyissä lomakkeissa, joissa ei kattavasti ollut tarkentavia selityksiä. Tämä on voinut olla erityisen hankalaa niille vastaajille, joilla oli vähemmän koulutusta ja tottumusta lomakkeiden täyttämiseen.

Myös vastaajien sosiodemografiset taustatekijät poikkeavat toisistaan. Roosa-tutkimuksen analyyseissä ikä ja sukupuoli painotettiin vastaamaan koko väestön ikä- ja sukupuolirakennetta, mutta Roosa-tutkimukseen osallistuneiden koulutustaso ja työllisyysasema poikkeavat FinTerveys- että FinSote-tutkimukseen osallistuneiden koulutustasosta ja työllisyysasemasta. Näillä taustatekijöillä on useissa aiemmissä tutkimuksissa todettu olevan voimakas yhteys muun muassa terveyteen, hyvinvointiin ja palvelujen käyttöön liittyvissä kysymyksissä (Palosuo ym. 2007). Myös vastaajien alueellinen edustavuus on erilainen. Lisäksi tässä raportissa FinTerveys-tulosten osalta on käytettävissä ainoastaan 30 vuotta täyttäneitä koskevat julkaistut tulokset. FinSote-tutkimus puolestaan koski 20 vuotta täyttäneitä henkilöitä. Sen sijaan Roosa-tutkimukseen osallistuneista nuorimmat olivat 18-vuotiaita. Nämä asiat onkin syytä pitää mielessä verrattaessa Roosa-tutkimuksen tietoja koko väestöä koskeviin tietoihin.

3. ELINOLOT, OSALLISTUMINEN, SYRJINTÄ JA ELÄMÄNLAATU

Tässä luvussa käsitellään tutkimukseen osallistuneiden elinoloja, kuten toimeentuloa, työllisyyttä ja koulutusta sekä asumista ja kotitaloutta. Lisäksi kuvataan tutkimukseen osallistuneiden lapsuuden elinoloja, koska niillä saattaa olla vaikutus nykyisyydessä koettuihin haasteisiin tai vahvuuksiin. Elinoloja käsittelevät kysymykset liittyvät osallisuuden resurssinäkökulmaan. Osallisuuden sosiaalista ulottuvuutta tarkastellaan erilaisiin yhteiskunnallisiin toimintoihin ja aktiviteetteihin osallistumisen näkökulmasta ja myös kuvaamalla, kuinka paljon ja miten tutkimukseen osallistuneet auttavat ja saavat apua muilta. Syrjintäkokemuksilla on myös vahva yhteys osallisuuden kokemukseen ja sen edellytyksiin, joten syrjintäkokemukset esitetään tässä luvussa. Lopussa käsitellään elämänlaatua, johon kaikki nämä tekijät vaikuttavat.

3.1 Koulutus, työllisyys ja toimeentulo

Tuija Martelin, Hannamaria Kuusio ja Anneli Weiste-Paakkanen

Koulutus on keskeinen voimavara, joka vaikuttaa eri reittejä pitkin yksilöiden ja yhteisöjen hyvinvointiin ja terveyteen. Heikosti koulutetuilla esimerkiksi työttömyys on keskimääräistä yleisempää (Kalenius 2014), mikä puolestaan on yhteydessä toimeentulo-ongelmiin. Myös terveyden ja toimintakyvyn ongelmat sekä terveyden kannalta epäedulliset elintavat ovat yleisempiä vähän koulutusta saaneilla kuin enemmän koulutetuilla (Koskinen ym. 2018), ja korkea-asteen koulutuksen saaneiden elinajanodote 25 vuoden iässä oli vuosina 2011-14 miehillä noin seitsemän vuotta ja naisilla viisi vuotta pitempi kuin perusasteen koulutuksen saaneilla (Tarkiainen ym. 2017).

Koko väestön koulutustaso on Suomessa jatkuvasti noussut. Vuoden 2016 lopussa jo yli 70 prosentilla 15 vuotta täyttäneistä oli jokin perusasteen jälkeinen tutkinto, ja korkea-asteen tutkinto oli noin 30 prosentilla. Naisten koulutustaso on alle 70-vuotiailla korkeampi kuin miesten: korkea-asteen tutkinnon oli suorittanut naisista 35 prosenttia ja miehistä 27 prosenttia, nuorissa ikäryhmissä ero naisten eduksi on vielä suurempi (SVT 2018a). Myös romanien koulutustaso on viime vuosikymmeninä kohentunut, mihin yhdeksi keskeiseksi syyksi on nähty tehostunut asuntopolitiikka: vakituinen asunto on mahdollistanut koulunkäynnin (Rajala & Blomerus 2015; Friman-Korpela 2014). Romanien koulutukseen liittyy silti edelleen haasteita. Suomen ensimmäisessä romanipoliittisessa ohjelmassa romaniväestön koulutukseen osallistumisen vahvistaminen ja yleinen koulutustason parantaminen nostettiin ohjelman ensisijaisiksi tavoitteiksi, sillä koulutuksen nähtiin avaavan ovet työmarkkinoille ja yhteiskunnalliseen osallisuuteen yleisemminkin (Rompo 2009).

Osittain heikon koulutustaustan, mutta osittain myös muun muassa ennakkoluulojen vuoksi romanien työllistyminen nykypäivän työmarkkinoilla on keskimääräistä vaikeampaa (Syrjä & Valtakari 2008; Ärling 2018). Työttömyys on yksi keskeisistä toimeentulovaikeuksien taustalla olevista tekijöistä, minkä lisäksi se on yhteydessä myös moniin muihin hyvinvoinnin ja terveyden ongelmiin. Agraariyhteiskunnan murros toisen maailman sodan jälkeisenä aikana vei romaneilta mahdollisuuden toimia kiertävinä kauppiaina, seppinä ja kausityövoimana (Tervonen 2012). Nykyisin romaneilla on havaittu olevan vaikeuksia saada työharjoittelupaikkaa tai työtä, vaikka yhä useampi hankkii vähintään toisen asteen koulutuksen (Rajala & Blomerus 2015).

MENETELMÄT

Vastaajan koulutusta tiedusteltiin lomakkeella kahdella kysymyksellä, joista toinen koski koulutusvuosien määrää ja toinen suoritettua koulutusta. Koulutusvuosien määrää koskeva kysymys oli ”Kuinka monta vuotta olette yhteensä käynyt koulua ja opiskellut päätoimisesti?”, ja vastaajaa kehoitettiin ottamaan huomioon myös kansa- ja peruskoulu. Seuraavaksi kysyttiin ”Mikä on koulutuksenne?”, ja vastausvaihtoehdot olivat: vähemmän kuin kansakoulu tai peruskoulu; kansakoulu tai peruskoulu; keski-koulu; ammattikoulu tai vastaava; lukio; opistotutkinto; alempi korkeakoulututkinto; ylempi korkeakoulututkinto; tohtori. Lisäksi kysyttiin vastaajan omaa arviota luku- ja kirjoitustaidosta: ”Luetteko suomeksi/ruotsiksi?” ja ”Kirjoitatteko suomeksi/ruotsiksi?” (en lainkaan, huonosti, kohtalaisesti, hyvin, erinomaisesti).

Pääasiallista toimintaa ja työllisyyttä tiedusteltiin kysymällä ensin ”Oletteko ollut ansiotyössä pää- tai sivutoimisesti 12 viime kuukauden aikana?” ja sitten ”Oletteko tällä hetkellä pääasiassa: palkkatyössä tai yrittäjänä; työtön; opiskelija, lisäkoulutuksessa tai palkattomassa työharjoittelussa; eläkkeellä; perhevapaalla, kotiäiti tai ” isä; jokin muu. Koettua toimeentuloa kartoitettiin kolmen kysymyksen sarjalla: ”Oletteko joskus 12 viime kuukauden aikana” 1) pelännyt, että teiltä loppuu ruoka, ennen kuin saatte rahaa ostaaksenne lisää; 2) joutunut tinkimään lääkkeiden ostosta rahan puutteen vuoksi; tai 3) jättänyt rahan puutteen vuoksi käymättä lääkärissä?”. Nämä kysymykset ovat yleisesti käytössä eri väestötutkimuksissa. Lisäksi yksi elämänlaatumittarin (ks. luku 3.7) kysymyksistä liittyy taloudelliseen tilanteeseen.

TULOKSET

Tutkimukseen osallistuneista alle 55-vuotiaista miehistä ja naisista hiukan alle puolella oli jokin perusasteen jälkeinen tutkinto, kun taas vanhimmalla ikäryhmällä osuus jää selvästi alle viidennekseen (taulukko 3.1.1). Kaikista vastaajista keskimäärin noin kol-

manneksella oli perusasteen jälkeinen tutkinto. Noin neljänneksellä vastaajista oli koulutusta vähemmän kuin kansa- tai peruskoulu, heistä lähes kaikki kuuluivat vanhimpaan ikäryhmään. Opisto- tai korkeakoulutasoinen tutkinto oli alle kymmenesosalla. Koulu- ja opiskeluvuosia oli keskimäärin noin yhdeksän kaikkien vastaajien keskuudessa sekä miehillä että naisilla; alle 55-vuotiaat olivat keskimäärin käyneet koulua tai opiskelleet noin 11 vuotta ja sitä vanhemmat keskimäärin vajaan seitsemän vuotta.

Taulukko 3.1.1

Perusasteen jälkeisen tutkinnon suorittaneiden osuus (%) ja koulu- ja opiskeluvuosien määrä (keskiarvo; vuosia), ikäryhmittäin, miehet ja naiset.

	Miehet (n = 86 ¹ –141)				Naiset (n = 153 ¹ –215)			
	18–29	30–54	55+	kaikki	18–29	30–54	55+	kaikki
Perusasteen jälkeinen tutkinto, (%)	48	48	18	36	45	45	14	31
Koulu- ja opiskeluvuosia keskimäärin, keskiarvo; vuosia ¹	11,4	11,0	6,6	9,3	10,8	11,2	6,7	9,1

¹ Havaintomäärän pienuus johtuu siitä, että kysymys on esitetty vain laajalla lomakkeella.

Kaikkien tutkimukseen osallistuneiden joukossa naisista noin kolme neljäsosaa ja miehistä noin kaksi kolmesta arvioi oman luku- ja kirjoitustaitonsa hyväksi tai erinomaiseksi (taulukko 3.1.2). Naisilla itse arvioitu luku- tai kirjoitustaito oli sitä parempi, mitä nuoremmasta ikäryhmästä oli kysymys, miehillä vain vanhin ikäryhmä poikkesi muista. Osa vastaajista on saattanut arvioida luku- tai kirjoitustaitonsa todellista huonommaksi, koska kysymyksen (”suomeksi/ruotsiksi”) on saatettu virheellisesti tulkita tarkoittavan luku- tai kirjoitustaitoa molemmilla kielillä.

Taulukko 3.1.2**Oma arvio luku- ja kirjoitustaidosta, ikäryhmittäin, miehet ja naiset, %.**

	Miehet (n = 88 ¹ —142)				Naiset (n = 158 ¹ —217)			
	18–29	30–54	55+	kaikki	18–29	30–54	55+	kaikki
Hyvä tai erinomainen lukutaito	73	73	49	63	92	81	61	74
Hyvä tai erinomainen kirjoitustaito ¹	— ²	72	— ²	62	87	79	72	77

¹Havaintomäärän pienuus johtuu siitä, että kysymys on esitetty vain laajalla lomakkeella²Vähäisten vastaajamäärien vuoksi lukua ei esitetä

Noin 30 prosenttia tutkimukseen osallistuneista oli ollut ansiotyössä 12 viime kuukauden aikana (taulukko 3.1.3). Osuus oli sekä miehillä että naisilla suurimmillaan 30-54-vuotiailla. Tutkimushetkellä palkkatyössä tai yrittäjänä työskenteli vajaa viidennes, työttömänä oli noin neljäsosa. Alle 30-vuotiaista noin puolet ilmoitti olevansa työttömiä, 30-54-vuotiaistakin noin kolmasosa. Työttömyysaste, joka tarkoittaa työttömien prosentiosuutta saman ikäisestä työvoimasta eli työllisistä ja työttömistä, oli siis kaikkien tutkimukseen osallistuneiden keskuudessa noin 60 prosenttia. Alle 30-vuotiaista työvoimaan kuuluneista vastaajista jopa kolme neljästä oli työttömänä. Työllisten osuus oli sekä miehillä että naisilla suurin ikäryhmässä 30-54, jossa neljäsosa miehistä ja kolmasosa naisista oli palkkatyössä tai yrittäjänä. Viidesosa 18-29-vuotiaista oli opiskelijoita. Eläkkeellä oli runsas kymmenesosa 30-54-vuotiaista, sitä vanhemmista noin yhdeksän kymmenestä.

Taulukko 3.1.3

Nykyinen pääasiallinen toiminta ja ansiotyö 12 viime kuukauden aikana, ikäryhmittäin, miehet ja naiset, %.

	Miehet (n = 88 ¹ — 140)				Naiset (n = 155 ¹ —216)			
	18–29	30–54	55+	kaikki	18–29	30–54	55+	kaikki
Pääasiallinen toiminta:								
Palkkatyössä tai yrittäjänä	19	25	— ²	16	16	33	7	19
Työtön	52	37	— ²	26	49	36	6	24
Opiskelija	22	18	— ²	12	20	11	— ²	8
Eläkkeellä	— ²	15	91	42	— ²	13	85	44
Perhevapaalla	— ²	— ²	— ²	— ²	13	— ²	— ²	4
Jokin muu	— ²	— ²	— ²	4	— ²	— ²	— ²	2
Ansiotyössä 12 viime kuukauden aikana¹	32	42	9	27	24	53	19	32

¹ Havaintomäärän pienuus johtuu siitä, että kysymys on esitetty vain laajalla lomakkeella

² Vähäisten vastaajamäärien vuoksi lukua ei esitetä

Kokemukset taloudellisesta niukkuudesta olivat varsin yleisiä (taulukko 3.1.4). Lähes puolet kaikista tutkimukseen osallistuneista oli pelännyt ruoan loppuvan ennen kuin he saavat rahaa ostaakseen lisää tai oli joutunut tinkimään lääkkeiden ostosta rahan puutteen vuoksi. Kolmasosa naisista ja viidesosa miehistä oli jättänyt rahan puutteen vuoksi käymättä lääkärissä. Vanhimmassa ikäryhmässä yli 60 prosenttia ilmoitti joutuneensa tinkimään lääkkeiden ostosta.

Taulukko 3.1.4

Köyhyyskokemukset 12 viime kuukauden aikana, ikäryhmittäin, miehet ja naiset, %.

	Miehet (n = 137)				Naiset(n = 201)			
	18–29	30–54	55+	kaikki	18–29	30–54	55+	kaikki
Pelännyt ruoan loppumista	39	46	34	40	54	55	42	50
Joutunut tinkimään lääkkeiden ostosta	15	43	65	46	29	46	61	49
Jättänyt rahan puutteen vuoksi käymättä lääkärissä	17	14	31	22	16	27	48	34

VERTAILU KOKO VÄESTÖÖN JA YHTEENVETO

Tutkimukseen osallistuneiden koulutustaso oli matalampi kuin koko väestössä. Alle 55-vuotiaista vastaajista hiukan alle puolella oli jokin perusasteen jälkeinen tutkinto, kun vuonna 2017 koko väestössä 61 prosenttia 15–29-vuotiaista miehistä ja 64 prosenttia naisista oli suorittanut jonkin perusasteen jälkeisen tutkinnon, ja ikäryhmässä 30–54-vuotiaat vastaavat luvut olivat koko väestössä peräti 82 ja 89 prosenttia (SVT 2017a). Työttömyys oli vastaajien joukossa huomattavan yleistä koko väestöön verrattuna, etenkin nuorten tilanne oli huolestuttava: peräti kolme neljästä työvoimaan kuuluvasta alle 30-vuotiaasta (eli työllisistä ja työttömistä) oli työttömänä. Kaikkien vastaajien joukossa työttömyysaste eli työttömien osuus työvoimasta oli noin 60 prosenttia. Koko väestössä 15–74-vuotiaiden työttömyysaste oli esimerkiksi lokakuussa 2017 runsaat seitsemän prosenttia ja 15–24-vuotiaiden 12 prosentin luokkaa (SVT 2018b).

Työpajoissa työttömien määrä herätti monenlaista keskustelua. Jotkut pitivät työttömien määrää uskottavana, toiset taas arvelivat, että työssä käyviä on todellisuudessa enemmän, jos mukaan lasketaan epätyypilliset työsuhteet kuten kolmannelle sektorille työllistyminen. Työpajoissa nousi esiin myös työttömyyden paikkakuntakohtaisuus: joillakin paikkakunnilla kaikki romanit ovat töissä tai opiskelevat, mutta joillakin paikkakunnilla on erittäin vaikeaa työllistyä. Yleinen kokemus oli, että syrjinnästä johtuen romanina on erittäin vaikea löytää opiskeluun liittyviä harjoittelupaikkoja ja työllistyä valmistumisen jälkeen. Tärkeänä pidettiin, että kunnat lähtisivät mukaan mahdollistamaan harjoittelupaikan löytymistä tai työkokeiluja, jotta romanit pääsisivät aiempaa paremmin työelämään.

Tätä taustaa vasten ei ole yllättävää, että köyhyyskokemukset olivat tutkimukseen osallistuneiden keskuudessa huomattavasti yleisempiä kuin koko väestössä. Ruoan loppumista oli pelännyt miehistä 40 prosenttia ja naisista puolet, kun koko väestössä 20-54-vuotiaiden vastaavat luvut olivat 13 ja 18 prosenttia FinSote-tutkimuksen julkaisemattomien tulosten valossa. Roosa-tutkimukseen osallistujat olivat joutuneet tinkimään lääkkeiden ostosta noin kolme kertaa niin usein kuin 20-54-vuotiaat koko väestössä. Myös rahan puutteen vuoksi jätettiin menemättä lääkäriin useammin kuin koko väestössä: noin viidennes Roosa-tutkimukseen osallistuneista miehistä ja kolmasosa naisista oli jättänyt menemättä lääkäriin rahan puutteen vuoksi, kun koko väestössä 20-54-vuotiaiden vastaavat osuudet olivat 12 ja 22 prosenttia. Työpajoissa keskusteltiin, että usein ihminen on tottunut elämään niukasti, mikäli omassa lapsuudessa on ollut taloudellisesti tiukkaa. Yleisesti ajateltiin, että mikäli rahat ovat vähissä, monet tinkivät mieluummin lääkkeistä ja lääkärikäynneistä kuin ruoasta. Peruselintarvikkeita on usein hankittu varastoon, mutta sairauksia on vaikeampi ennakoida ja lääkkeitä ostaa etukäteen. Huolissaan oltiin siitä, että lääkärissä käymisestä tai lääkkeitä tinkiminen saattaa johtaa eliniän odotteen lyhenemiseen.

3.2 Perheet ja kotitaloudet

Tuija Martelin, Anneli Weiste-Paakkanen, Riikka Lämsä ja Hannamaria Kuusio

Siviilisääty, perherakenne ja kotitalouden koko ovat tärkeitä hyvinvoinnin ja terveyden taustatekijöitä. Naimisissa olevien on monissa tutkimuksissa esimerkiksi todettu olevan keskimäärin terveempiä kuin muihin siviilisäätyryhmiin kuuluvat, ja yksinasuvat ovat monessa suhteessa heikommassa asemassa kuin muut (Kauppinen ym. 2014). Yksinhuoltajat muodostavat monessa suhteessa, esimerkiksi toimeentulon ongelmien näkökulmasta, haavoittuvan ryhmän. Perherakenne ja kotitalouksien koko vaikuttavat myös palvelutarpeisiin. Perheiden ja kotitalouksien rakenteessa on Suomessa viime vuosikymmeninä tapahtunut monia muutoksia: avioliitot ovat yleistyneet ja avioliitot vastaavasti vähentyneet, kotitaloudet ovat keskimäärin pienentyneet ja yksin asuminen on yleistynyt (SVT 2018c; SVT 2017a).

Romaniyhteisössä tyypillinen perhe on usein laajentumaperhe, jossa samaan sukuun kuuluvat voivat liittyä eripituisiksi ajoiksi yhteiseen talouteen muodostamatta välttämättä yhteistä ruokakuntaa. Pariskuntia ei aina vihitä, vaan vanhan romanitavan mukaan liitto voi perustua keskinäiselle sopimukselle, jos puolisoiden sukujen vanhimmat hyväksyvät liiton. Nuoret romanipariskunnat eivät usein sopivuussyistä asu vanhempiensa lähetyvillä. Keskinäinen lojaalius, auttaminen ja yhteisöllisyys ovat virallisia sukunimiä tai siviilisäätyä tärkeämpiä. Myös lasten kasvaminen ainakin osan ajasta muiden kuin biologisten vanhempien kanssa on varsin yleistä. (Viljanen 1994.)

MENETELMÄT

Siviilisäätystä tiedusteltiin lomakkeella kysymyksellä: ”Mikä on siviilisäätynne?” Vastausvaihtoehdot olivat naimisissa, avoliitossa, naimaton, asumuserossa tai eronnut, leski sekä rekisteröity parisuhde. Viimemainittuun luokkaan ei tullut yhtään havaintoa, joten sitä ei esitetä taulukossa. Tällä kysymyksellä saatava tieto ei ole vertailukelpoinen väestötilastojen virallista siviilisäätystä koskevien tietojen kanssa, koska avoliitossa olevat voivat olla viralliselta siviilisäädyltään naimattomia, eronneita tai leskiä. Lisäksi kysymys antaa vastaajalle mahdollisuuden ilmoittaa olevansa eronnut tai leski, vaikka liitto ei olisikaan ollut virallinen. Kotitalouden kokoa ja ikärakennetta kartoitettiin kysymällä ensin ”Kuinka monta jäsentä kuuluu tällä hetkellä kotitalouteenne eli ruokakuntaanne mukaan lukien itsenne?” Lisäohjeena todettiin, että ruokakunnalla tarkoitetaan tässä henkilöitä, jotka asuvat ja ruokailevat yhdessä tai jotka muuten käyttävät tulojaan yhdessä. Lukumäärään ohjeistettiin laskemaan myös omasta tai puolison aiemmasta liitosta olevat lapset, jotka asuvat kotitaloudessa vain osan aikaa, riippumatta siitä, missä he ovat kirjoilla. Lisäksi kartoitettiin kotitalouden ikärakennetta kysymällä ”Kuinka moni taloutenne jäsenistä mukaan lukien itsenne on 1) alle 3-vuotias, 2) 3-6-vuotias, 3) 7-17-vuotias, 4) 18-64-vuotias, 5) 65-79-vuotias, 6) 80-vuotias tai vanhempi?”. Tämä kysymys sisältyi vain laajaan lomakkeeseen.

Näiden kysymysten pohjalta muodostettiin lisäksi perhetyyppi-muuttuja, jonka luokat olivat 1) yksin asuva, 2) pariskunta, ei alle 18-vuotiaita lapsia, 3) pariskunta ja alle 18-vuotiaita lapsia, 4) yksinhuoltaja ja 5) muu yhdessä asuva. Luokat 2 ja 3 sisältävät sekä avio- että avoliitossa olevat henkilöt. Yksinhuoltajiksi luokiteltiin ne vastaajat, jotka eivät olleet naimisissa tai avoliitossa ja joiden kotitaloudessa oli yksi tai useampi alle 18-vuotias, mutta ei muita 18 vuotta täyttäneitä kuin vastaaja itse. Viimeinen luokka sisältää ne vastaajat, joita ei voitu luokitella muihin perhetyyppihin. Perhetyyppi-luokitus on karkea eikä anna kaikkien vastaajien kohdalla oikeata kuvaa heidän perhetilanteestaan, sillä kotitaloudessa asuvien sukulaisuudesta ei ollut tietoa. Koska kotitalouden ikärakennetta tiedusteltiin vain laajalla lomakkeella, vastaajien lukumäärä on pienempi kuin siviilisäätystä ja kotitalouden kokoa koskevissa kysymyksissä. Pienten havaintomäärien vuoksi jakaumat esitetään vain ikäryhmälle 30-54-vuotiaat ja koko aineistolle.

TULOKSET

Tutkimukseen osallistuneista miehistä yhteensä 40 prosenttia oli naimisissa, naisista vain noin neljäsosa (taulukko 3.2.1). Ero johtuu 30 vuotta täyttäneiden ryhmästä, sillä nuorimpaan ikäryhmään kuuluvista noin viidesosa oli naimisissa. Avoliitossa olevien osuus oli suurin nuorimmassa ikäryhmässä sekä miehillä että naisilla. Lähes

puolet nuorimpaan ikäryhmään kuuluvista vastaajista oli naimattomia, vanhemmissa ikäryhmissä naimattomien osuus oli suurempi naisilla kuin miehillä. Miehistä eronneita tai leskiä ja naisista eronneita oli hiukan alle viidesosa vastaajista. 55 vuotta täyttäneistä naisista 29 prosenttia oli leskiä.

Noin kolmannes vastaajista asui yksin: miespuolisista hiukan sen alle ja naisista hiukan yli. Yksin asuminen oli naisilla yleisintä vanhimmassa ikäryhmässä, miehillä ikäryhmien väliset erot eivät olleet kovin selkeitä. Kahden hengen kotitalouksissa asui runsas kolmannes sekä miehistä että naisista. Osuus oli erityisen suuri 55 vuotta täyttäneillä miehillä (56 prosenttia), kun taas naisilla ikäryhmien välillä ei ollut kovin suuria eroja. Kolmen tai sitä useamman henkilön kotitalouksissa asui noin kolmannes vastaajista. Osuus oli molemmilla sekä miehillä että naisilla suurin 30-54-vuotiailla. Perhetyyppiä koskevat havainnot ovat epävarmoja pienten havaintomäärien ja luokitteluun liittyvien ongelmien vuoksi. Huomiota kiinnittää lähinnä yksinhuoltajien suuri osuus naisilla: tulosten mukaan noin kolmannes tutkimukseen osallistuneista 30-54-vuotiaista naisista oli yksinhuoltaja.

Taulukko 3.2.1**Siviilisäätö, kotitalouden koko ja perhetyyppi, ikäryhmittäin, miehet ja naiset, %.**

	Miehet (n = 85 ¹ –142)				Naiset (n = 152 ¹ –216)			
	18–29	30–54	55+	kaikki	18–29	30–54	55+	kaikki
Siviilisäätö								
Naimisissa	17	50	40	40	22	29	20	24
Avoliitossa	29	— ²	23	17	23	— ²	13	11
Naimaton	46	26	14	25	49	40	24	34
Eronnut	8 ³	18 ³	23 ³	17 ³	— ²	24	15	17
Leski	— ³	— ³	— ³	— ³	— ²	— ²	29	15
Kotitalouden koko								
1 henkilö	30	23	31	27	25	25	50	36
2 henkilöä	28	19	56	36	34	30	38	34
3+ henkilöä	42	58	13	37	41	45	12	30
Perhetyyppi⁴								
Yksin asuva	— ²	19	— ²	29	— ²	24	— ²	33
Pariskunta, ei lapsia	— ²	27	— ²	34	— ²	10	— ²	22
Pariskunta ja lapsia	— ²	32	— ²	17	— ²	17	— ²	11
Yksinhuoltaja	— ²	— ²	— ²	4	— ²	34	— ²	17
Muu yhdessä asuva	— ²	14	— ²	15	— ²	15	— ²	17

¹ Havaintomäärän pienuus johtuu siitä, että kysymys on esitetty vain laajalla lomakkeella² Vähäisten vastaajamäärien vuoksi lukua ei esitetä³ Vähäisten vastaajamäärien vuoksi miesten osalta eronneet ja lesket ovat yhdistettynä samaan lukumäärään⁴ Koska perhetyyppi-muuttujan muodostamisessa on käytetty myös kotitalouden ikärakennetta koskevaa muututtajaa, joka sisältyi vain laajaan lomakkeeseen, vastaajien määrät ovat pieniä ja yksin asuviksi luokiteltujen osuus poikkeaa tuloksesta, joka perustuu kotitalouden kokoa koskevaan kysymykseen**VERTAILU KOKO VÄESTÖÖN JA YHTEENVETO**

Koko väestössä siviilisäädyn, kotitalouden koon ja perhetyypin jakaumat eri ikäryhmissä sekä miehillä että naisilla heijastelevat pitkälti eri elämäntapahtumien ajoitumista yksilön ja perheen elämänkaarella, kuten perheen perustamista, lasten aikuistumista ja puolison kuolemaa. Nämä säännönmukaisuudet näkyvät myös tähän tutkimukseen osallistuneita koskevissa tuloksissa.

Nuorimmassa ikäryhmässä naimisissa olevien osuus näyttää jonkin verran suuremmalta kuin koko väestössä: tähän tutkimukseen osallistuneista 18-29-vuotiaista noin viidesosa oli naimisissa, kun koko väestössä vuonna 2017 vastaava osuus oli miehillä 7 prosenttia ja naisilla 13 prosenttia (SVT 2017b, tietokantataulukot). 30 vuotta täyttäneillä miehillä naimisissa olevien osuus ei kovin paljon poikkea koko

väestöstä, joskin 55 vuotta täyttäneillä luku jää pienemmäksi (40 prosenttia) kuin koko väestössä (62 prosenttia). Naisilla naimisissa olevien osuudet 30 vuotta täyttäneillä (29 prosenttia 30-54-vuotiailla ja 20 prosenttia 55 vuotta täyttäneillä) ovat pienempiä kuin koko väestössä, jossa noin puolet näihin ikäryhmiin kuuluvista oli naimisissa.

Yksin asuvien osuudet olivat miehillä eri ikäryhmissä suunnilleen samaa luokkaa kuin koko Suomen väestöllä vuonna 2017 (18–29-vuotiailla 28 prosenttia, 30–54-vuotiailla 23 prosenttia, 55 vuotta täyttäneillä 25 prosenttia), mutta naisilla yksin asuminen oli 30 vuotta täyttäneillä yleisempää kuin koko väestössä, jossa 30-54-vuotiaista 14 prosenttia ja 55 vuotta täyttäneistä 39 prosenttia asui yksin vuoden 2017 tilastotietojen valossa (SVT 2017a). Yksinhuoltajia oli koko Suomen väestössä vuonna 2017 runsaat 12 prosenttia 30-54-vuotiaista naisista (SVT 2017a, tietokantataulukot; perheasema ”äiti, ei puoliso”), kun tähän tutkimukseen osallistuneiden samanikäisten naisten kohdalla vastaava luku oli 34 prosenttia.

3.3 Asuminen

Tuija Martelin, Timo Kauppinen ja Anneli Weiste-Paakkanen

Asuinolot ovat tärkeä perheiden ja yksilöiden hyvinvointiin ja terveyteen vaikuttava tekijä. Suomen romaniväestön muita suomalaisia heikompaan asuntotilanteeseen alettiin kiinnittää erityistä huomiota 1960- ja 1970-luvun taitteessa. Mustalaisiasiain neuvottelukunnan vuonna 1969 teettämässä selvityksessä todettiin, että romaniväestön asuinolot olivat heikommalla kuin muulla väestöllä (Asuntohallitus 1988). Sama huomio tehtiin myös vuoden 1970 väestölaskennan yhteydessä toteutetussa romaniväestön elinoloja koskeneessa selvityksessä (Weiste-Paakkanen & Palteisto 2013). Tilanteen korjaamiseksi säädettiin laki mustalaisväestön asunto-olojen parantamisesta, joka tuli voimaan vuoden 1976 alussa. Vuoden 1981 loppuun asti voimassa ollut laki velvoitti kunnat huolehtimaan oman kuntansa romaniväestön asuinolojen parantamisesta, mitä varten oli mahdollista saada erityislainaa. Romaniväestön asuinolot kohenevatkin erityislain voimassaolon aikana selvästi, mutta monia haasteita jäi silti. Erityisesti on kritisoitu sitä, ettei laki onnistunut kohentamaan kaikkein heikoimmassa asemassa olevien romanien asuinoloja toivotulla tavalla. Lain voimassaolon päätyttyä romanien asuntotilannetta on kohennettu yleisin asuntopoliittisin keinoin. Romaniväestön asuntotilannetta haastaviksi tekijöiksi on katsottu erityisesti monien romanien taloudellisen tilanteen heikkous, eräät kulttuurin erityispiirteistä johtuvat vaikeudet (kuten nuoren ja vanhempien henkilöiden asuminen samassa talossa) sekä romanien asuntomarkkinoilla kohtaama syrjintä. (Asuntohallitus 1988; Paulus 1996; Vesanen 1999; Suonoja & Lindberg 1999; Törmä & Huotari 2018.)

MENETELMÄT

Tutkimukseen osallistuneiden romanien asuinoloja kartoitettiin lomakkeella kysymällä asunnon hallintaperustetta, muuttojen määrää, huoneiden lukumäärää sekä tyytyväisyyttä erilaisiin asunnon ja asuinympäristön ominaisuuksiin. Asunnon hallintaperustetta selvitettiin kysymyksellä ”Missä asutte tällä hetkellä?”. Vastausvaihtoehdot olivat 1) omistusasunnossa, 2) vuokra-asunnossa, 3) palvelutalossa, kuntoutuskodissa tai vanhainkodissa, 4) tuttavien tai sukulaisten luona ja 5) muualla. Luokat 3, 4 ja 5 on yhdistetty, koska monissa ikäryhmissä havaintomäärät olivat pieniä. Huoneiden lukumäärän ja kotitalouden koon perusteella muodostettiin asumisahtautta kuvaava muuttuja. Siinä ahtaaksi asuviksi tulkittiin vakiintuneen käytännön mukaisesti ne, joiden asunnossa asui enemmän kuin yksi henkilö huonetta kohti, kun keittiötä ei lasketa huonelukuun. Pienten havaintomäärien vuoksi muuttojen lukumäärän jakauma raportoidaan vain tekstissä. Tyytyväisyyttä asuinolosuhteisiin kartoitettiin kysymällä ”Miten tyytyväinen olette asumiseenne nykyisessä asunnossanne?”. Vastaaajaa pyydettiin ilmaisemaan tyytyväisyytensä asteikolla 1=erittäin tyytyväinen, 5=erittäin tyytymättömän kahdeksaan asunnon tai ympäristön ominaisuuteen: asunnon kokoon, varusteisiin, kuntoon ja kustannuksiin, asuinalueen turvallisuuteen, naapureihin, asunnon sijaintiin ja asunnon saamisen mahdollisuuksiin. Asumista koskevissa analyyseissä on rajoitettu vain Suomessa asuviin vastaajiin.

TULOKSET

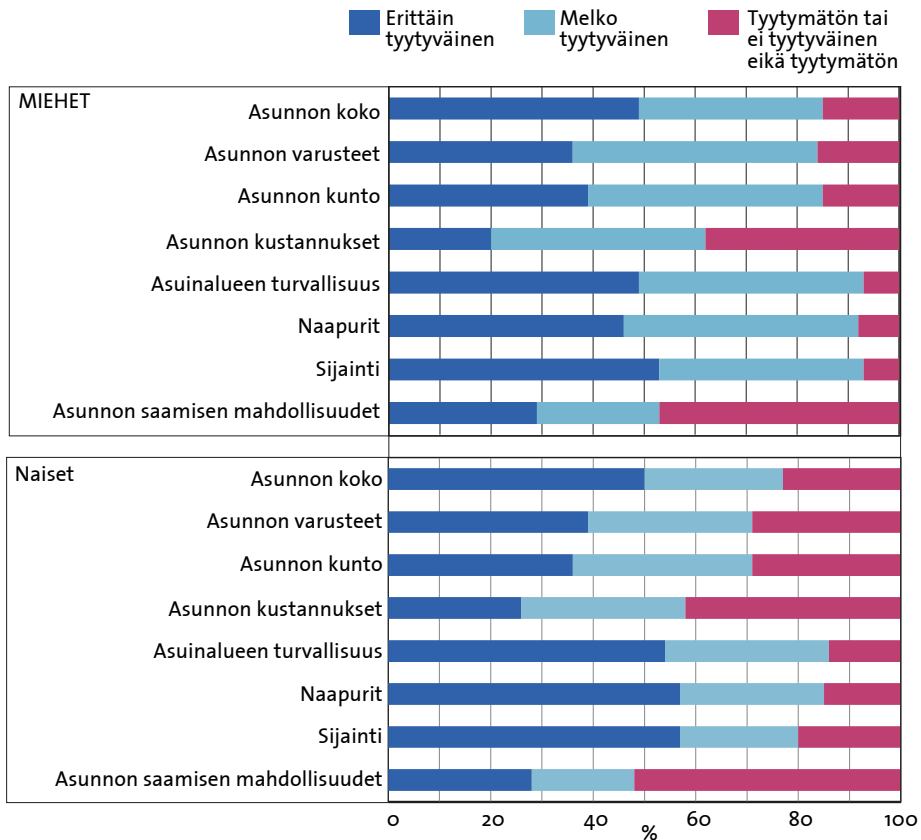
Vuokra-asunto oli tavallisin asunnon hallintaperuste tutkimukseen osallistuneiden keskuudessa: miehistä seitsemän ja naisista kahdeksan kymmenestä asui vuokra-asunnossa (taulukko 3.3.1). Omistusasunnossa asuminen oli yleisintä vanhimmassa ikäryhmässä, ja kokonaisuudessaan noin viidesosa miehistä ja kymmenesosa naisista asui omistusasunnossa. Jonkin muun vastausvaihtoehdon valitsi noin kymmenesosa vastaajista; heistä suurin osa ilmoitti asuvansa tuttavien tai sukulaisten luona. Ahtaasti asui runsas viidesosa tutkimukseen osallistuneista miehistä ja 14 prosenttia naisista, keskimäärin kaikista 18 prosenttia. Vähäisintä ahtaasti asuminen oli vanhimmassa ikäryhmässä. Lähes puolet vastaajista ei ollut muuttanut kertaakaan viiden viime vuoden aikana, ja osuus oli suurin vanhimmassa ikäryhmässä. Kolme kertaa tai sitä useammin muuttaneita oli miehistä alle viidesosa ja naisista noin viidesosa. Näin usein tapahtuneet asunnon vaihdot olivat tavallisempia 18-29-vuotiailla kuin vanhemmissa ikäryhmissä.

Taulukko 3.3.1**Asunnon hallintasuhde ja asumisväljyys, ikäryhmittäin, miehet ja naiset, %.**

	Miehet (n = 88 ¹ –136)				Naiset (n = 157 ¹ –206)			
	18–29	30–54	55+	kaikki	18–29	30–54	55+	kaikki
Asunnon hallintasuhde¹:								
-omistusasunto	3	20	25	19	2	7	13	9
-vuokra-asunto	93	71	56	69	82	92	71	80
-muu	3	9	19	12	16	1	17	11
Ahtaasti asuvia:	23	30	13	22	19	19	9	14

¹ Havaintomäärän pienuus johtuu siitä, että kysymys on esitetty vain laajalla lomakkeella

Lähes puolet tai jopa suurempi osuus tutkimukseen osallistuneista miehistä ja naisista oli erittäin tyytyväisiä asuntonsa kokoon, asuinalueen turvallisuuteen, naapureihin ja asunnon sijaintiin (kuvio 3.3.1). Hieman vähemmän tyytyväisiä oltiin asunnon varusteisiin ja kuntoon, mutta myös niiden tapauksessa melko tai erittäin tyytyväisiä oli yli 80 prosenttia miehistä ja runsaat 70 prosenttia naisista. Vähiten tyytyväisiä oltiin asunnon kustannuksiin ja asunnon saamisen mahdollisuuksiin: vain noin puolet vastaajista oli melko tai erittäin tyytyväisiä asunnon saamisen mahdollisuuksiin ja noin 60 prosenttia asunnon kustannuksiin. Kaiken kaikkiaan naiset olivat jonkin verran vähemmän tyytyväisiä asuinoloihin kuin miehet.



Kuvio 3.3.1
Tyytyväisyys asumiseen, miehet ja naiset, %.

VERTAILU KOKO VÄESTÖÖN JA YHTEENVETO

Kuten aiempien selvitysten valossa oli odotettavissa, ylivoimaisesti yleisin asunnon hallintaperuste myös tämän tutkimuksen vastaajien keskuudessa oli vuokra-asunto, jossa asui miehistä 70 prosenttia ja naisista 80 prosenttia. Kysymys ei mahdollistanut kunnallisten ja yksityisten vuokra-asuntojen erottelua, mutta aiempien tietojen perusteella ensin mainitut muodostavat valtaosan (Paulus 1996; Vesanen 1999; Törmä ja Huotari 2018). Esimerkiksi Paulus (1996) arvioi karkeasti, että vuonna 1994 noin 5000 romanian (kaikki ruokakunnat jäsenet mukaan lukien) olisi hakenut kuntien aravavuokra-asuntoihin, mikä suhteutettuna romaniväestön kokonaismäärään tuki ennakkokäsitystä julkisten aravavuokra-asuntomarkkinoiden suuresta roolista. Omistusasunnossa ilmoitti asuvansa noin viidennes tutkimukseen osallistuneista miehistä

ja vajaa kymmenesosa naisista. Omistusasuminen oli siis tutkimukseen osallistuneilla harvinaista, harvinaisempaa kuin esimerkiksi alimpaan tulokymmenyksen kuuluvilla asutokunnilla suurimmissa kaupungeissa (Ilmarinen ym. 2018) tai useimmissa maahanmuuttajaryhmissä suurimmilla kaupunkiseuduilla (Saikkonen ym. 2018). Kaikista Suomen asutokunnista 64 prosenttia ja asuntoväestöstä 70 prosenttia asui vuonna 2017 omistusasunnossa (SVT 2018d).

Ahtaasti asui kokonaisuudessaan 18 prosenttia vastaajista. Koko väestössä ahtaasti asuvia on 17 prosenttia, mutta tässä luvussa ovat mukana myös lapset, joilla ahtaasti asuminen on yleisempää (SVT 2018d). Tutkimukseen osallistuneilla ahtaasti asuminen oli siis yleisempää kuin koko väestössä, mutta tulokseen liittyy paljon epävarmuutta pienten havaintomäärien vuoksi. Lähes puolet eivät olleet muuttaneet kertaakaan viiden viime vuoden aikana, ja vilkas muuttaminen oli tavallisinta nuorimmassa ikäryhmässä, kuten yleensäkin. Asunnon ja asuinympäristön ominaisuuksiin oltiin pääosin varsin tyytyväisiä. Poikkeuksen tästä muodostivat asunnon saamisen mahdollisuudet ja asumisen kustannukset: kun asunnon kokoon, varusteisiin ynnä muihin ominaisuuksiin erittäin tai melko tyytyväisiä oli noin 70-90 prosenttia vastaajista, vain noin puolet oli erittäin tai melko tyytyväisiä asunnon saamisen mahdollisuuksiin ja noin 60 prosenttia asumisen kustannuksiin. Myös Törmän ja Huotarin (2018) tekemässä kyselyssä suurin osa kyselyyn vastanneista romaneista oli tyytyväisiä tai erittäin tyytyväisiä asuntoon, ympäristöön ja naapuruussuhteisiin (Törmä & Huotari 2018).

3.4 Lapsuuden elinolot

Tuija Martelin, Anneli Weiste-Paakkanen ja Hannamaria Kuusio

Lapsuuden elinolot ja kokemukset vaikuttavat monin tavoin yksilön hyvinvointiin ja terveyteen koko elämänkaaren ajan. Esimerkiksi lapsuutta varjostaneiden toimeentulo-ongelmien, vanhempien heikon koulutuksen tai terveysongelmien on laajoissa, kokonaisten suomalaisten syntymävuosikohorttien pitkäaikaiseen rekisteripohjaiseen seurantaan perustuvissa tutkimuksissa havaittu heijastuvan hyvinvointiin ja terveyteen nuorena aikuisuudessa (esim. Paananen ym. 2012; Ristikari ym. 2018). Myös itse raportoitujen lapsuusajan kuormittavien tapahtumien tai olosuhteiden on todettu olevan yhteydessä huonoon koettuun terveyteen ja psyykkiseen kuormittuneisuuteen sekä terveyden kannalta epäedullisiin elintapoihin nuorena aikuisuudessa (Kestilä 2008).

MENETELMÄT

Lapsuuden elinoloja kartoitettiin Roosa-tutkimuksessa lomakkeella ensinnäkin tiedustelemalla lapsuusajan asuinpaikkaa kysymyksellä ”Asuitteko lapsena, noin 7-vuotiaana 1) molempien vanhempienne kanssa, 2) äidin tai isän kanssa, 3) sukulaisten, esimerkiksi isovanhempien, setien tai tätien kanssa, 4) lastenkodissa tai muussa laitoksessa?”. Lisäksi vastaajaa pyydettiin muistelemaan koko lapsuusikaansa ja kertomaan, olivatko he kokeneet erilaisia ongelmia: ”Kun ajattelette kasvuaikaanne, siis aikaa ennen kuin täytitte 16 vuotta, niin...”. Tämän jälkeen lueteltiin kaikkiaan 13 erilaista kokemusta tai asiain tilaa: perheen pitkäaikaiset taloudelliset vaikeudet, vanhempien työttömyys, isän tai äidin vakava sairaus tai vamma, isän alkoholiongelma, äidin alkoholiongelma, isän mielenterveysongelma, äidin mielenterveysongelma, vakavat ristiriitaisuudet perheessä, vanhempien ero, oma pitkäaikainen tai vakava sairaus, koulukiusaaminen, pitkäaikainen asuminen lastenkodissa ja pitkäaikainen vailla vakinaista asuntoa oleminen. Vastausvaihtoehdot olivat ei, kyllä tai en osaa sanoa. Tuloksissa tarkastellaan kyllä-vastauksen antaneiden osuuksia kaikista vastaajista. Kysymyssarjan osioista 11 ensimmäistä sisältyivät myös laajaan suomalaisten terveyttä ja toimintakykyä kartoittaneeseen Terveys 2000 -tutkimukseen. Kaksi viimeistä lisättiin lähinnä esitutkimuksen yhteydessä esille nousseiden mainintojen perusteella.

TULOKSET

Noin 60 prosenttia kaikista vastaajista oli asunut molempien vanhempiensa luona koulun aloittamisiässä (taulukko 3.4.1). Joko äidin tai isän kanssa ilmoitti asuneensa miehistä vajaa viidennes ja naisista neljäsosa. Sukulaisten luona asuneita oli miehistä 15 prosenttia, kun taas naisista vain viisi prosenttia. Lastenkodissa oli asunut harvempi kuin viisi sadasta. Osa vastaajista oli ilmoittanut useamman kuin yhden asuinpaikan, ja heistä valtaosa kertoi asuneensa toisaalta molempien, toisaalta vain jommankumman vanhempansa kanssa.

Taulukko 3.4.1**Lapsuuden asuinpaikka, ikäryhmittäin, miehet ja naiset, %.**

	Miehet (n = 137)				Naiset (n = 201)			
	18–29	30–54	55+	kaikki	18–29	30–54	55+	kaikki
Molempien vanhempien luona	70	60	60	62	59	62	57	59
Äidin tai isän kanssa	25	15	12	16	34	27	18	25
Sukulaisten luona	— ¹	16	19	15	— ¹	6	— ¹	5
Lastenkoti tai muu laitos	— ¹	— ¹	— ¹	4	— ¹	— ¹	— ¹	2
Useita asuinpaikkoja ²	— ¹	— ¹	— ¹	— ¹	— ¹	— ¹	20	9

¹ Vähäisten vastaajamäärien vuoksi lukua ei esitetä.² Tavallisin yhdistelmä: molempien vanhempien luona + äidin tai isän kanssa

Erilaisten kuormittavien tekijöiden kokeminen lapsuusaikana oli varsin yleistä (taulukko 3.4.2). Vanhempien työttömyyttä tai perheen pitkäaikaisia taloudellisia vaikeuksia oli kokenut noin puolet vastaajista; taloudellisten vaikeuksien kokemus oli erityisen yleinen vanhimmassa ikäryhmässä. Vanhempien vakava sairaus tai vanhempien ero oli koskettanut noin kolmasosa vastaajista. Ensin mainittu oli tavallisin vanhimmassa ikäryhmässä, kun taas vanhempien eron oli kokenut selvästi useampi nuorimpaan ikäryhmään kuuluvista kuin vanhemmista ikäryhmistä. Vakavia ristiriitaisuuksia perheessä kertoi kokeneensa runsas neljännes miehistä ja noin viidesosa naisista. Isän alkoholiongelmista kertoi noin neljännes, kun taas äidin alkoholiongelmista tai jommankumman vanhemman mielenterveysongelmista sekä oma vakava sairaus olivat suhteellisen harvinaisia. Koulukiusaamista oli kokenut runsas kolmannes vastaajista. Noin kymmenesosa miehistä ja sitä pienempi osuus naisista oli asunut pitkäaikaisesti lastenkodissa. Pitkäaikainen eläminen vailla vakinaista asuntoa oli hyvin yleistä vanhimmassa ikäryhmässä, jossa lähes 60 prosenttia miehistä ja noin kolmannes naisista ilmoitti kokeneensa tämän. Nuoremmissa ikäryhmissä eläminen vailla vakinaista asuntoa oli selvästi vähemmän yleistä, mutta 30-54-vuotiaistakin keskimäärin lähes viidesosa ilmoitti kokeneensa sen.

Taulukko 3.4.2*Erialaisten ongelmien kokeminen lapsuudessa, ikäryhmittäin, miehet ja naiset, %.*

	Miehet (n = 128–133)				Naiset (n = 191–199)			
	18–29	30–54	55+	kaikki	18–29	30–54	55+	kaikki
Perheen pitkäaikaiset taloudelliset vaikeudet	40	32	60	45	24	44	66	49
Vanhempien työttömyys	57	52	63	57	48	55	47	50
Vanhempien vakava sairaus	19	27	37	29	27	34	38	34
Isän alkoholi-ongelmat	25	33	18	26	22	23	26	24
Äidin alkoholi-ongelmat	— ¹	— ¹	— ¹	3	— ¹	— ¹	— ¹	3
Isän mielenterveys-ongelmat	— ¹	— ¹	— ¹	6	— ¹	— ¹	— ¹	5
Äidin mielenterveys-ongelmat	— ¹	— ¹	— ¹	6	— ¹	— ¹	— ¹	7
Vakavat ristiriidat perheessä	22	33	25	28	21	25	13	19
Vanhempien ero	51	36	22	34	57	43	17	35
Oma vakava sairaus	— ¹	— ¹	— ¹	6	— ¹	— ¹	— ¹	6
Koulu-kiusaaminen	29	36	41	37	34	49	29	38
Pitkäaikainen asuminen lastenkodissa	10	12	12	11	9	8	4	6
Pitkäaikaisesti vailla vakinaista asuntoa	5	21	58	32	13	15	32	22

¹ Vähäisten vastaajamäärien vuoksi ikäryhmittäisiä lukuja ei esitetä

VERTAILU KOKO VÄESTÖÖN JA YHTEENVETO

Valtaosa vastaajista kertoi asuneensa koulun aloitusiässä molempien vanhempiensa kanssa, seuraavaksi yleisintä oli asuminen jommankumman vanhemman kanssa. Eri-laiset lapsuusaikana koetut kuormittavat olosuhteet olivat varsin yleisiä, etenkin perheen pitkäaikaiset taloudelliset vaikeudet ja vanhempien työttömyys. Viimemainitut kokemukset olivat selvästi yleisempiä kuin Kestilän ym. (2006) koko Suomea edustaneen Terveys 2000 -tutkimuksen aineistoon perustuvassa tutkimuksessa. Siinä vanhempien työttömyyden ilmoitti kokeneensa keskimäärin alle kymmenesosa ja perheen taloudellisia vaikeuksia alle viidesosa 18-39-vuotiaista, jotka elivät lapsuutensa suunnilleen samoihin aikoihin kuin Roosa-tutkimukseen osallistuneet 30-54-vuotiaat. Myös vanhempien ero tai vakava sairaus sekä koulukiusaaminen olivat tähän tutkimukseen osallistuneiden keskuudessa yleisempiä kuin Kestilän ym. (2006) tutkimuksessa.

Työpajoissa todettiin, että kuinka monet vanhemman polven romanit ovat vielä lapsuudessaan ja nuoruudessaan eläneet kiertolaisina. Vaikka monet kokivat myös taloudellisia vaikeuksia, vanhempien työttömyyttä tai sairautta, niin elämää ei välttämättä koettu vaikeana, koska lapset tiesivät, että vanhemmat tekevät kaikkensa lastensa eteen. Nykyisin romaniyhteisössä kannustetaan vahvasti nuoria kouluttautumaan, jotta heidän elämänsä muodostuisi helpommaksi kuin aiemmilla sukupolvilla.

3.5 Osallistuminen, auttaminen ja luottamus

Hannamaria Kuusio, Tuija Martelin ja Anneli Weiste-Paakkanen

Osallistuminen ja aktiivisuus ovat sosiaalisen osallisuuden käsitteitä, jolloin osallisuus nähdään kuulumisena ja kiinnittymisenä yhteisöön, mukana olemisena yhteisön elämässä ja toiminnassa sekä merkityksellisenä toimintana (Martela ym. 2017; Martela & Ryan 2015). Se on kokemuksellista, eli tunne jäsenyydestä, kuulumisesta yhteisöön sekä kykyä ja voimavaroja tehdä omaa elämää koskevia päätöksiä. Luottamus helpottaa tarvitsemansa avun hakemista ja vuorovaikutusta. Luottamuksen puute puolestaan voi rajoittaa toimijuutta (Isola 2017). Yhteiskunnallisen luottamuksen on nähty edistävän monia myönteisiä asioita sekä yksilön että koko yhteiskunnan tasolla, kuten yhteistyötä, demokraattista vakautta, elämään tyytyväisyyttä ja hyvää terveyttä (Komu & Hellsten 2010). Eri ajanjaksoina ja määritelmässä osallistumista ja aktiivisuutta on tarkasteltu myös esimerkiksi sosiaalisen toimintakyvyn, tai sosiaalisen pääoman ulottuvuuksina (Tiikkainen & Pynnönen 2018).

Romaniyhteisö on usein sosiaalisesti tiivis, mikä parantaa yksilön mahdollisuuksia saada tukea läheisiltään ja sitä kautta vaikuttaa myönteisesti heidän kokemaansa terveyteen ja elämänlaatuun. Vahvat sosiaaliset siteet perheen ja suvun jäsenten välillä

toimivat suojatekijänä elämän vaikeuksia vastaan. (Hassler ym. 2012.) Sekä kansainvälisissä tutkimuksissa että Suomessa on havaittu, että romanien vahva yhteisöllisyys ja läheisten ihmisten tuki ovat voimavaroja, jotka vaikuttavat myönteisesti elämänlaatuun (Viljanen 2010).

MENETELMÄT

Sosiaalista osallistumisaktiivisuutta kysyttiin kysymyksellä ”Kuinka usein keskimäärin teette seuraavia asioita?”. Tässä tarkastellaan niiden osuuksia, jotka 1) osallistuvat kerho- tai yhdistystoimintaan mukaan lukien yhteiskunnalliset luottamustehtävät vähintään kerran kuukaudessa, 2) kävivät teatterissa, elokuvissa, konserteissa, taidenäyttelyissä tai urheilukilpailuissa (myös raveissa) tms. vähintään kerran kuukaudessa, 3) kävivät kirkossa tai muissa uskonnollisissa tilaisuuksissa vähintään kerran kuukaudessa, 4) harrastivat liikuntaa, metsästystä, kalastusta, puutarhanhoitoa tai muuta ulkoilua vähintään kerran viikossa tai 5) harrastivat käsitöitä, askartelua, soittamista, laulamista, valokuvaamista, maalaamista, keräilyä tms. vähintään kerran viikossa. Tietoa yhteydenpidosta tarkasteltiin kysymällä ”Käytättekö internetiä:” yhteydenpitoon (esim. sähköposti, keskustelupalstat ym.) Vastausvaihtoehtoina olivat 1) käytän itse, 2) käytän avustettuna, 3) en käytä. Tässä tarkastellaan niiden osuutta, jotka käyttävät internetiä yhteydenpitoon itsenäisesti tai avustettuna.

Yhteiskunnallista osallistumisaktiivisuutta kysyttiin kysymyksellä ”Äänestittekö edellisissä?” ”kunnallisvaaleissa”, ”eduskuntavaaleissa” ja ”presidentin vaaleissa”. Vastausvaihtoehdot olivat 1) en 2) kyllä ja 3) en muista. Tässä tarkastellaan kunkin kysymyksen alakohdan ”kyllä”- vastanneiden osuutta. Luottamusta kartoitettiin pyytämällä vastaajia arvioimaan asteikolla yhdestä viiteen luottamustaan eri viranomaisiin. Luottamusta arvioitiin asteikolla 1 = ”en luota ollenkaan” 5 = ”luotan täysin”. Kysymyssarja sisälsi seuraavat tahot: oikeuslaitos, poliisi, kunnan päätöksenteko, julkiset terveyspalvelut, julkiset sosiaalipalvelut ja ihmiset yleensä. Tarkastelussa ovat kysymykseen arvon 4 tai 5 vastanneiden osuus.

Avun antamista tarkasteltiin kysymällä ”Oletteko auttanut jotakuta kotitaloutenne ulkopuolella asuvaa henkilöä alla mainituissa asioissa vapaa-aikananne 12 viime kuukauden aikana?” Kysymyksen alakysymykset olivat: ”lastenhoito”, ”koti ja pihatyöt (ruoanlaitto, siivous, puutarhanhoito, lumityöt yms.)”, ”kauppa-, pankki- ym. asioiden hoitaminen”, ”päivittäisistä toiminnoista huolehtiminen (pukeutuminen, peseytyminen, lääkkeiden otto ym.)”, ”henkinen tuki (kuunteleminen ja tukeminen vaikeuksissa)” ja ”taloudellinen tuki”. Vastausvaihtoehdot olivat 1) en ole, 2) kyllä, omia tai puolison vanhempia, 3) kyllä, omia tai puolison isovanhempia, 4) kyllä, lapsia tai lasten-lapsia ja 5) kyllä, muita henkilöitä. Tässä tarkastellaan niiden osuutta, jotka vastasivat vähintään yhteen kohtaan ”kyllä”. Avun antamisen tiheyttä tarkasteltiin

puolestaan kysymällä ”Kuinka usein olette auttanut jotakuta kotitaloutenne ulkopuolella asuvaa henkilöä 12 viime kuukauden aikana?” Kysymyksen alakysymykset olivat: ”omia tai puolison vanhempia”, ”omia tai puolison isovanhempia”, ”lapsia tai lasten lapsia” (tarkoitetaan omia tai puolison) ja ” muita henkilöitä”. Vastausvaihtoehdot olivat: 1) en kertaakaan, 2) kerran tai muutaman kerran vuodessa, 3) kerran tai pari kuukaudessa, 4) kerran tai pari viikossa, 5) joka päivä tai useampina päivinä. Analysoidessa kohdasta ”omia tai puolison vanhempia” poistettiin kaikki yli 55-vuotiaiden vastaukset ja kohdasta ”omia tai puolisonlapsia tai lastenlapsia” poistettiin kaikki alle 30-vuotiaiden vastaukset. Yksinäisyyttä arvioitiin kysymyksellä ”Tunneteko itsenne yksinäiseksi?” Yksinäisiksi luokiteltiin ne vastaajat, jotka valitsivat vastausvaihtoehdon ”jatkuvasti” tai ”melko usein”.

TULOKSET

Kerho- tai yhdistystoimintaan osallistui vähintään kerran kuukaudessa miehistä puolet ja naisista reilu kolmannes (taulukko 3.5.1). Teatterissa, elokuvissa, urheilutapah-tumissa tai muissa vastaavissa, oli käynyt hieman alle puolet alle 55 -vuotiaista miehistä ja noin neljännes naisista. Nuoret osallistuivat erilaisiin kerhoihin iäkkäämpiä harvemmin. Miehistä reilusti yli puolet ja naisista seitsemän kymmenestä oli käynyt kirkossa tai muussa hengellisessä tilaisuudessa vähintään kuukausittain. Nuorimmat miehet osallistuivat muita hieman harvemmin hengellisiin tilaisuuksiin. Vähintään viikoittain liikuntaa, puutarhatöitä, hevosten hoitoa tai muuta ulkoilua oli harrastanut 41 prosenttia miehistä ja yli puolet naisista. Erityisen aktiivisia liikunnan tai ulkoilun harrastajia oli iäkkäämmät naiset (61 %). Muita harrastuksia kuten käsitöitä, askartelua, musisointia tai muuta vastaavaa, harrasti 44 prosenttia miehistä ja 60 prosenttia naisista. Vähiten käsitöitä harrastivat vanhimpaan ikäryhmään kuuluvat miehet. Internetiä yhteydenpitoon itsenäisesti ja avustettuna käytettiin paljon. Miehistä lähes neljä viidestä ja naisista 73 prosenttia käytti sähköpostia tai muuta sosiaalista mediaa yhteydenpitoon. Nuorista internetiä yhteydenpitoon käyttivät lähes kaikki vastaajat.

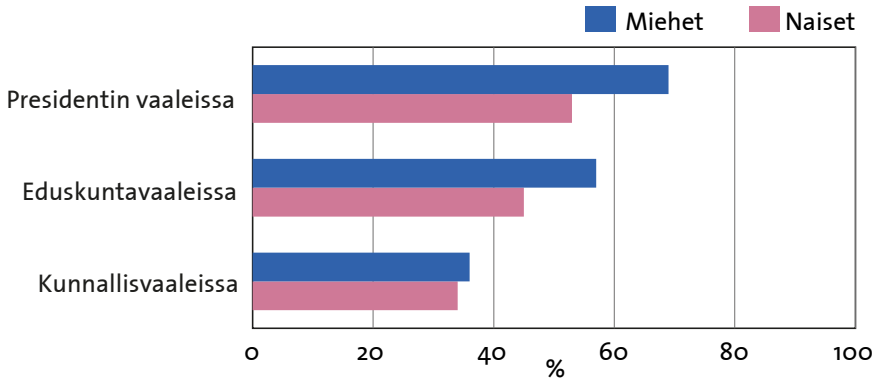
Taulukko 3.5.1

Vapaa-ajallaan aktiivisesti eri toimintoihin osallistuvien osuus ikäryhmittäin, miehet ja naiset %.

	Miehet (n = 82–84 ¹)				Naiset (n = 147 ¹ –151)			
	18–29	30–54	55+	kaikki	18–29	30–54	55+	kaikki
Kerho- tai yhdistys toiminta (vähintään kuukausittain)	29	51	64	50	19	33	51	38
Kirkko tai muu uskonnollinen tilaisuus (vähintään kuukausittain)	45	58	63	57	62	69	67	67
Liikunta, ulkoilu, metsästys, kalastus, hevosten hoito, puutarhatyöt tai muu ulkoilu (vähintään viikoittain)	33	54	29	41	45	45	61	52
Käsityöt, askartelu, soittaminen, laulaminen, valokuvaaminen, maalaaminen tms. (vähintään viikoittain)	49	54	29	44	59	51	69	60

¹ Havaintomäärän pieniä johtuu siitä, että kysymys on esitetty vain laajalla lomakkeella.

Eniten äänioikeutta käytettiin presidentin vaaleissa (kuvio 3.5.1). Niihin oli osallistunut miehistä 69 prosenttia ja naisista yli puolet. Edellisiin kunnallisvaaleihin oli osallistunut sekä miehistä että naisista noin kolmannes ja eduskuntavaaleihin reilusti yli puolet miehistä ja lähes puolet naisista. Miehet äänestivät jonkin verran naisia useammin ja kaikkein yleisintä äänestämistä oli iäkkäämmillä miehillä.



Kuvio 3.5.1

Äänestäminen edellisissä kunnallis-, eduskunta- ja presidentinvaaleissa, miehet ja naiset, %.

Luottamus viranomaisiin ja julkisiin sosiaali- ja terveyspalveluihin arvioitiin suhteellisen heikoksi. Noin kolmasosa miehistä luotti täysin tai lähes täysin oikeuslaitokseen ja kunnan päätöksentekoon ja hieman suurempi osuus (40 %) poliisiin (taulukko 3.5.2). Naisista noin puolet luotti oikeuslaitokseen ja poliisiin täysin tai lähes täysin. Kunnan päätöksentekoon naiset luottivat suunnilleen yhtä paljon kuin miehet. Julkisiin terveyspalveluihin luotti 43 prosenttia miehistä ja 57 prosenttia naisista. Noin kolmannes miehistä ja 43 prosenttia naisista luotti täysin tai lähes täysin sosiaalipalveluihin. Noin puolet miehistä ja naisista luotti toisiin ihmisiin täysin tai lähes täysin. Ikäryhmien välillä ei ollut merkittäviä eroja luottamuksessa oikeuslaitokseen, poliisiin, kunnan päätöksentekoon, sosiaalipalveluihin tai toisiin ihmisiin. Vanhimpaan ikäryhmään kuuluvat miehet ja nuorimpaan ikäryhmään kuuluvat naiset kokivat erityisen vähän luottamusta terveyspalveluihin. Vanhimpaan ikäryhmään kuuluvat naiset luottivat terveyspalveluihin eniten. Nuorimpaan ikäryhmään kuuluvat naiset luottivat vähiten toisiin ihmisiin.

Taulukko 3.5.2

Viranomaisiin, päätöksentekoon ja ihmisiin yleensä täysin tai lähes täysin luottavien osuus ikäryhmittäin, miehet ja naiset, %.

	Miehet (n = 129–132)				Naiset (n = 195–199)			
	18–29	30–54	55+	kaikki	18–29	30–54	55+	kaikki
Luottamus oikeuslaitokseen	37	30	36	34	53	55	54	54
Luottamus poliisiin	38	39	41	40	59	48	45	49
Luottamus kunnan päätöksentekoon	27	40	31	33	38	39	33	36
Luottamus julkisiin terveyspalveluihin	44	52	34	43	39	56	67	57
Luottamus julkisiin sosiaalipalveluihin	39	37	15	29	31	46	46	43
Luottamus ihmisiin	53	51	57	54	33	55	53	50

Kodin ulkopuolella asuvan henkilön auttaminen oli erittäin yleistä sekä miehillä että naisilla. Miehistä kolme viidestä ja naisista seitsemän kymmenestä oli auttanut kodin ulkopuolella olevaa henkilöä lasten hoidossa (taulukko 3.5.3). Erityisen yleistä lastenhoitoapu oli alle 55-vuotiailla naisilla. Myös koti- ja pihatöissä auttaminen oli yleistä, erityisesti nuoremmilla. Nuorista miehistä seitsemän kymmenestä ja naisista lähemmäs yhdeksän kymmenestä oli auttanut viime vuoden aikana koti- ja pihatöissä kodin ulkopuolella olevaa henkilöä. Yli puolet vastaajista oli käynyt kaupassa tai hoi-
tanut kodin ulkopuolella asuvan pankkiasioita. Henkinen tuki, esimerkiksi tukeminen vaikeuksissa, oli yleisin kodin ulkopuolella asuvan henkilön auttamisen tavoista. Miehistä 85 prosenttia ja naisista lähes jokainen oli tukenut vaikeuksissa kodin ulkopuolella asuvaa. Taloudellisen avun antaminen oli myös varsin yleistä, sillä noin kolme neljästä vastaajasta oli auttanut rahallisesti. Useimmin autettiin omia lapsia tai lastenlapsia, joita vähintään viikoittain oli auttanut yli 40 prosenttia miehistä ja lähemmäs puolet naisista (taulukko 3.5.4). Omia tai puolison vanhempia autettiin myös erittäin

usein. Vähintään kuukausittain omia tai puolison vanhempia oli auttanut yli 70 prosenttia nuorista naisista ja lähemmäs puolet nuorista miehistä. Omia tai puolison isovanhempia naiset auttoivat miehiä jonkin verran useammin ja noin joka neljäs nainen oli auttanut omaa tai puolison isovanhempaa vähintään kuukausittain. Muita henkilöitä kuten naapureita tai sukulaisia autettiin myös erittäin usein. Miesten tai naisten kuin myöskään ikäryhmien välillä ei ollut eroa siinä kuinka usein oli autettu naapuria tai sukulaista.

Taulukko 3.5.3

Oman kotitalouden ulkopuolella asuville annetun avun sisältö ikäryhmittäin, miehet ja naiset, %.

	Miehet (n = 80 ¹ – 82)				Naiset (n = 146 ¹ – 152)			
	18–29	30–54	55+	kaikki	18–29	30–54	55+	kaikki
Lastenhoito	42	69	60	60	82	83	52	69
Koti- ja pihatyöt	71	62	59	63	89	80	49	68
Kauppa- tai pankki-asioiden hoitaminen	48	61	41	51	60	67	47	57
Päivittäiset toiminnot (esim. peseytyminen, pukeminen)	26	34	11	24	30	36	19	28
Henkinen tuki (kuuleminen ja tukeminen vaikeuksissa)	68	96	79	84	94	91	98	95
Taloudellinen tuki	55	82	64	70	60	76	72	71

¹Havaintomäärän pienuus johtuu siitä, että kysymys on esitetty vain laajalla lomakkeella.

Taulukko 3.5.4

Oman kotitalouden ulkopuolella asuville antaneiden avun useus, ikäryhmittäin miehet ja naiset, %.

	Miehet (n = 54 ¹ – 78)				Naiset (n = 103 – 142)			
	18–29	30–54	55+	kaikki	18–29	30–54	55+	kaikki
Omia tai puolison vanhemmat (vähintään kuukausittain)	45	51	17	39	72	51	16	43
Omia tai puolison iso- vanhemmat (vähintään kuukausittain)	32	12	– ²	19	38	20	– ²	27
Omia lapsia tai lasten- lapset (vähintään viikoittain)	– ²	53	31	43	– ²	47	48	48
Muita henkilöitä, esim. muu sukulainen tai naapuri (vähintään kuukausittain)	48	71	70	66	75	79	69	74

¹ Havaintomäärän pienuus johtuu siitä, että kysymys on esitetty vain laajalla lomakkeella.

² Vähäisten vastaajamäärien vuoksi lukua ei esitetä.

Vaikka toisten ihmisten auttaminen Roosa-tutkimukseen osallistuneilla oli erittäin yleistä, myös yksinäisyyttä koettiin. Sekä miehistä että naisista noin 15 prosenttia raportoi, että on kokenut yksinäisyyttä melko usein tai jatkuvasti. Nuoret miehet kokivat yksinäisyyttä muita harvemmin.

VERTAILU KOKO VÄESTÖÖN JA YHTEENVETO

Tässä esitetyt koko väestöä koskevat vertailutiedot ovat FinTerveys 2017 -tutkimuksesta, ellei tekstissä mainita toisin (Erhola 2018). Sosiaalinen osallistuminen oli huomattavan yleistä Roosa-tutkimukseen osallistuneilla. Roosa-tutkimukseen osallistuneet miehet olivat koko väestön miehiä aktiivisempia kerho- tai yhdistystoiminnassa, kävivät useammin teatterissa, harrastivat useammin käsitöitä, musisointia tai muuta

vastaavaa harrastusta sekä osallistuivat erilaisiin hengellisiin tapahtumiin selvästi koko väestöä useammin. Ainoastaan liikuntaa ja muuta ulkoilua Roosa-tutkimukseen osallistuneet miehet harrastivat koko väestöä harvemmin. Roosa-tutkimukseen osallistuneet naiset osallistuivat koko väestön naisia selvästi useammin kerho- tai yhdistystoimintaan, uskonnollisiin tilaisuuksiin sekä harrastivat enemmän käsitöitä, musisointia tai maalaamista. Teatterissa, elokuvissa tai muissa vastaavissa tapahtumissa Roosa-tutkimuksen naiset kävivät harvemmin. Myös liikuntaa ja ulkoilua Roosa-tutkimuksen osallistujat harrastivat selvästi koko väestöä vähemmän.

Työpajoissa tunnistettiin romanien aktiivinen osallistuminen monenlaiseseen yhteisölliseen toimintaan. Monelle uskonnolliset tilaisuudet ovat tärkeitä, samoin musiikin harrastaminen ja raveissa käyminen. Useinkaan ei ole niin tärkeää, mitä tekeminen on, kunhan saadaan olla yhdessä. Huolissaan oltiin lasten harrastamisesta: lapset osallistuvat vain vähän yhteisön ulkopuoliseen harrastustoimintaan, koska vanhemmat eivät aina tiedä paikkakunnan harrastusmahdollisuuksista tai ne ovat liian kalliita.

Presidentinvaaleissa Roosa-tutkimukseen osallistuneet miehet olivat käyneet koko väestön miehiä useammin äänestämässä. Eduskunta- ja kunnallisvaaleissa äänestämisen oli puolestaan selvästi koko väestön miehiä harvinaisempaa. Roosa-tutkimuksen naiset äänestivät kaikissa vaaleissa koko väestä harvemmin. Kuten koko väestössä, myös Roosa-tutkimuksen osallistujissa äänestysaktiivisuus kasvoi iän myötä. Roosa-tutkimuksen miehet äänestivät naisia useammin, mutta koko väestössä puolestaan naiset kävivät äänestämässä miehiä useammin. Koko väestöä koskevat äänestystiedot on poimittu Tilastokeskuksen StatFin-tietokannasta (SVT 2018e). Työpajoissa keskusteltiin siitä, että presidentinvaalit ovat romaneille tärkeitä, koska ajatellaan, että presidentillä on mahdollisuus vaikuttaa yleiseen ilmapiiriin. Muita vaaleja ei koeta niin kiinnostavina, vaikka äänestämisen onkin nousussa.

Roosa-tutkimukseen vastanneiden ja koko väestön vertailua luottamuksesta eri instituutioihin ja toisiin ihmisiin ei voida yhtenäisten tietojen puuttumisen takia esittää. Roosa-tutkimuksessa luottamus eri instituutioihin arvioitiin verraten matalaksi. Erityisen vähän luottamusta terveyspalveluihin koki vanhimpaan ikäryhmään kuuluvat miehet ja nuorimpaan ikäryhmään kuuluvat naiset. Vanhimpaan ikäryhmään kuuluvat naiset luottivat terveyspalveluihin eniten. Terveyspalveluihin luotettiin kaikissa osaryhmissä enemmän kuin sosiaalipalveluihin. Noin joka toinen mies ja nainen luottivat toisiin ihmisiin. Nuorimpaan ikäryhmään kuuluvat naiset luottivat toisiin ihmisiin vähiten. Aiemman selvityksen mukaan joillakin romaneilla on huonoja kokemuksia poliisin ja oikeuslaitoksen asenteellisuudesta. Tämä on saattanut heikentää romanien luottamusta kyseisiin instituutioihin (Suonoja & Lindberg 1999).

Läheisapu on romanien keskuudessa erittäin yleistä sekä miehillä että naisilla. Roosa-tutkimuksessa miehet auttoivat taloudellisesti kodin ulkopuolella asuvia naisia useammin. Naiset antoivat miehiä useammin lastenhoitoa, tekivät koti- ja pihatöi-

tä, kävivät kaupassa tai pankissa sekä antoivat henkistä tukea. Vaikka auttaminen on yleistä koko väestössä, auttoivat Roosa-tutkimukseen osallistuneet koko väestöön verrattuna kodin ulkopuolella asuvia selvästi useammin. Päivittäisissä toiminnoissa joka viides Roosa-tutkimukseen vastannut ja joka kymmenes koko väestössä auttoi kodin ulkopuolella asuvaa. Myös taloudellista apua Roosa-tutkimukseen vastanneet antoivat huomattavasti koko väestöä useammin. Avun antamiseen oltiin myös sitoutuneita. Roosa-tutkimukseen vastanneet auttoivat huomattavasti useammin kodin ulkopuolella asuvia omia tai puolison lapsia tai lastenlapsia, omia tai puolison isovanhempia sekä muita henkilöitä kuten naapureita tai sukulaisia. Työpajoissa keskusteltiin romanien yhteisöllisyydestä ja siitä, että perhekäsitys on laajempi kuin pääväestöllä. Sisaruksia ja naapureita autetaan paljon, samoin suvun vanhuksia. Yleinen käsitys olikin, että romaniyhteisössä huolehditaan toisista paremmin kuin pääväestössä.

Vaikka toisten ihmisten auttaminen Roosa-tutkimukseen osallistuneilla oli erittäin yleistä, yksinäisyyttä koettiin jonkin verran enemmän kuin koko väestössä. Koko väestössä alle joka kymmenes koki itsensä yksinäiseksi kun se Roosa-tutkimukseen osallistujilla oli 15 prosenttia. Koko väestössä yksinäisyyden kokemus lisääntyy yleensä iän myötä. Roosa-tutkimukseen osallistuneilla yksinäisyyden kokemus oli yleisintä keski-ikäisillä. Työpajoissa kuitenkin arveltiin, että myös vanhuksat kokevat nykyisin helposti yksinäisyyttä, koska kyläilyperinne on vähentynyt ja he ovat nuoruudessaan tottuneet siihen, että ympärillä on aina muita ihmisiä. Tunnistettiin myös se, että työttömyys altistaa yksinäisyydelle ja nuoret perheet voivat olla yksinäisiä perheiden asuessa kaukana. Romaniyhteisössä koettiin vahvuutena se, että omillaan pärjäämisen kulttuuri ei ole ehkä niin vahva kuin pääväestöllä ja käytännön apua saa aina, jos sitä pyytää. Työpajoissa keskusteltiin romanien yhteisöllisyydestä ja siitä, että perhekäsitys on laajempi kuin pääväestöllä. Sisaruksia ja naapureita autetaan paljon, samoin suvun vanhuksia.

3.6 Syrjintä ja turvallisuus

Anu Castaneda, Kaaren Erhola, Hannamaria Kuusio, Anneli Weiste-Paakkanen ja Riikka Lämsä

Tässä luvussa kuvataan Roosa-tutkimukseen osallistuneiden kokemuksia syrjinnästä ja turvallisuudesta. Syrjintä tarkoittaa henkilön epäoikeudenmukaista kohtelua yhden tai useamman henkilökohtaisen ominaisuuden perusteella. Syrjintää on monenlaisia. Välitöntä eli suoraa syrjintää on esimerkiksi yksilön tai ryhmän nimittely tai uhkailu. Välillistä eli epäsuoraa syrjintää ovat näennäisesti yhdenvertaiset säännöt, käytännöt, tai kohtelu, joita sovelletaan kuitenkin epäoikeudenmukaisesti liittyen syrjityn henkilön henkilökohtaiseen ominaisuuteen. Välillinen syrjintä voi olla tiedostettua tai tiedostamatonta. Etninen syrjintä on jonkin henkilön tai ryhmän asettamista muita

huonompaan asemaan etnisen taustan vuoksi. Etninen syrjintä voi liittyä esimerkiksi henkilön erilaiseen ulkonäköön tai vaatetukseen. Palveluissa tapahtuva syrjintä voi olla esimerkiksi palvelujen ulkopuolelle jättämistä, puutteellisesti toteutettua neuvontaa ja ohjausta tai tarpeiden huomiotta jättämistä. Yksilön toistuvissa syrjintäkokemuksissa on usein kyse syrjivistä rakenteista yksittäisten kokemusten sijaan.

Laki kieltää syrjinnän. Tasa-arvolaisissa kielletään syrjintä sukupuolen tai sukupuoli-identiteetin vuoksi. Yhdenvertaisuuslaki puolestaan velvoittaa viranomaiset edistämään yhdenvertaisuutta kaikessa toiminnassa. Syrjintää kuitenkin ilmenee ja se vaikuttaa sitä kokevien ihmisten ja ryhmien hyvinvointiin sekä suoraan että välillisesti. Esimerkiksi Suomen ulkomaista syntyperää olevan väestön kokeman suoran tai epäsuoran syrjinnän on tutkittu olevan yhteydessä koettuun terveyteen, henkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin ja turvallisuuden kokemuksiin (Castaneda ym. 2015; Rask ym. 2018).

Syrjintä on yhteydessä turvallisuuden kokemukseen, sillä siihen liittyy ainakin jossain määrin turvallisuutta heikentävää uhkaa. Turvallisuuteen liittyvillä kokemuksilla voidaan tarkoittaa kokemuksia erilaisista häirinnän tai väkivallan muodoista, tai kokemusta niiden uhasta. Häirinnän, väkivallan ja näiden uhan kokeminen voi haavoittaa kokijaansa monin tavoin joko näkyvästi tai näkymättömästi. Turvattomuuteen liittyvien kokemusten tutkimisen tavoitteena on, että tutkimustiedon avulla voitaisiin tehostaa turvallisuuden edistämistä niin romanityhteisön sisällä kuin Suomen pääväestön ja romaniväestön välillä.

Romanien kohtaamaa syrjintää on tutkittu Suomessa viime vuosina paljon. Esimerkiksi Vähemmistövaltuutetun (2014) toimesta tehdyssä tutkimuksessa selvisi, että romaneista 68 prosentilla oli kokemus syrjinnästä yhdellä tai useammalla perusteella viimeisen vuoden aikana. Myös romanivanhukset ovat kokeneet saavansa huonoa palvelua etnisen taustansa vuoksi sosiaali- ja terveydenhuollossa (Törmä ym. 2014). Lisäksi on tutkittu, että romaneilla on vaikeuksia saada tarvitsemaansa tukea viranomaisilta kulttuurillisen ymmärtämättömyyden ja negatiivisten asenteiden vuoksi (Hirvilampi & Laatu 2008). Kansainvälisessä tutkimuksessa osoitettiin, että yhdeksässä eri Euroopan maassa keskimäärin 41 prosenttia romaneista oli kokenut tulleen syrjityksi etnisyyden perusteella (FRA 2016).

MENETELMÄT

Roosa-tutkimuksessa epäoikeudenmukaista kohtelua kartoitettiin kysymällä ”Ovatko vieraat ihmiset kadulla tai muulla yleisellä paikalla (esim. kaupassa tai ravintolassa) kohdelleet Teitä epäoikeudenmukaisesti 12 viime kuukauden aikana?” Vastausvaihtoehtoina oli ”kyllä” tai ”ei”. Syrjintäkokemusten yleisyyttä selvitettiin viranomaispalveluissa ja palvelujärjestelmässä koettuna epäoikeudenmukaisena kohteluna. Kysy-

myksenä oli, ”Oletteko viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana ollut tekemisissä seuraavien viranomaisten kanssa? Jos olette, miten Teitä kohdeltiin?” Viranomaistahot ja palvelut olivat: 1) Kela, sosiaalitoimisto tai muut sosiaalipalvelut, 2) terveysasema tai muut terveyspalvelut, 3) työ- ja elinkeinotoimisto tai työvoiman palvelukeskus sekä 4) poliisi. Vastausvaihtoehdot olivat: ”en ole”, ”olen ja minua kohdeltiin oikeudenmukaisesti”, sekä ”olen ja minua kohdeltiin epäoikeudenmukaisesti (ei kohdeltu hyvin ja tasa-arvoisesti)”. Tässä luvussa raportoidaan kuhunkin kysymykseen vastausvaihtoehdon ”olen ja minua kohdeltiin epäoikeudenmukaisesti” valinneet niistä, jotka olivat asioineet kyseisessä palvelussa viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana. Haastattelussa kysyttiin myös, oliko vastaajan esimies, työtoveri tai asiakkaat työpaikalla kohdelleet vastaajaa epäoikeudenmukaisesti viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana. Tarkastelussa on ”kyllä” vastanneiden osuus työssä olleista.

Turvallisuuden kokemuksesta kysyttiin, välttelikö vastaaja joitain paikkoja siksi, että oli huolissaan turvallisuudestaan. Vastausvaihtoehtoina oli ”kyllä” tai ”ei”. Häirintä- ja väkivaltakokemuksia selvitettiin kysymällä, oliko joku viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana: ”estänyt liikkumasta, tarttunut kiinni, tyrkkinyt, töninyt tai läimäissyt”, ”lyönyt nyrkillä tai kovalla esineellä, potkinut, kuristanut tai käyttänyt jotakin asetta”, ”häirinnyt seksuaalisesti loukkaavilla sanoilla tai teoilla” tai ”pakottanut tai yrittänyt pakottaa sukupuoliyhteyteen tai muuhun seksuaaliseen kanssakäymiseen”. Kaikkiin kysymyksiin vastattiin vastausvaihtoehdoilla ”kyllä” tai ”ei”. Tässä raportissa kysymyksiä tarkastellaan niistä muodostettuna yhdistettynä muuttujana, joka kuvaa vähintään yhtä myönteistä vastausta edellä esitettyihin kysymyksiin.

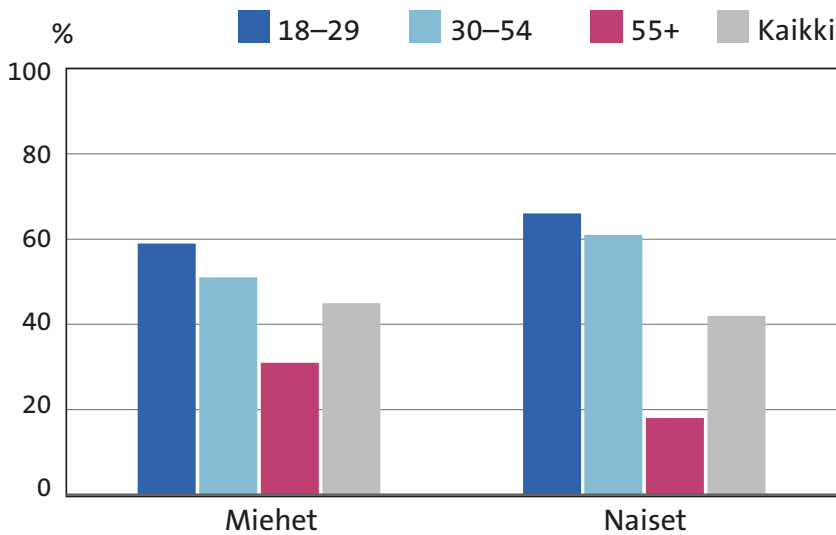
TULOKSET

Epäoikeudenmukaista kohtelua vierailta ihmisiltä kadulla tai muulla yleisellä paikalla viimeksi kuluneen vuoden aikana oli kokenut 45 prosenttia miehistä ja 42 prosenttia naisista (taulukko 3.6.1). Sekä miehillä että naisilla nämä kokemukset olivat selvästi yleisempiä nuoremmissa ikäryhmissä kuin iäkkäämmissä: 18–29-vuotiaista miehistä 59 prosenttia ja naisista 66 prosenttia oli kokenut epäoikeudenmukaista kohtelua vierailta ihmisiltä (kuvio 3.6.1). Yli 54-vuotiaista miehistä kolmannes ja naisista 18 prosenttia oli kokenut epäoikeudenmukaista kohtelua. Terveyspalveluita viimeksi kuluneen vuoden aikana käyttäneistä epäoikeudenmukaista kohtelua oli kokenut joka viides mies ja 13 prosenttia naisista. Kelan ja sosiaalipalveluiden osalta vastaavat luvut olivat 21 prosenttia miehistä ja 25 prosenttia naisista, työ- ja elinkeinotoimiston ja työvoiman palvelukeskuksen osalta kuusi prosenttia miehistä ja 14 prosenttia naisista, ja poliisin osalta 29 prosenttia miehistä ja 18 prosenttia naisista. Työssä olleista miehistä ja naisista noin viidennes oli kokenut esihenkilön, työtoverin tai asiakkaan harjoittamaa epäoikeudenmukaista kohtelua viimeksi kuluneen vuoden aikana.

Taulukko 3.6.1**Kokemukset syrjinnästä, miehet ja naiset, %.**

	Miehet (n = 70¹–136)	Naiset (n = 97¹–212)
Epäoikeudenmukaista kohtelua vierailta ihmisiltä yleisellä paikalla kokeneet (12kk)	45	42
Terveyspalveluissa asioineista epäoikeudenmukaista kohtelua kokeneet (12kk)	20	13
Kelassa ja sosiaalipalveluissa asioineista epäoikeudenmukaista kohtelua kokeneet (12kk)	21	25
Työ- ja elinkeinotoimistossa ja työvoiman palvelukeskuksessa asioineista epäoikeudenmukaista kohtelua kokeneet (12kk)	6	14
Poliisissa asioineista epäoikeudenmukaista kohtelua kokeneet (12kk)	29	18
Työssä olleista epäoikeudenmukaista kohtelua työpaikalla kokeneet (12kk)	21	21

¹ Havaintomäärän pienuus johtuu siitä, että kysymys on esitetty vain laajalla lomakkeella.



Kuvio 3.6.1

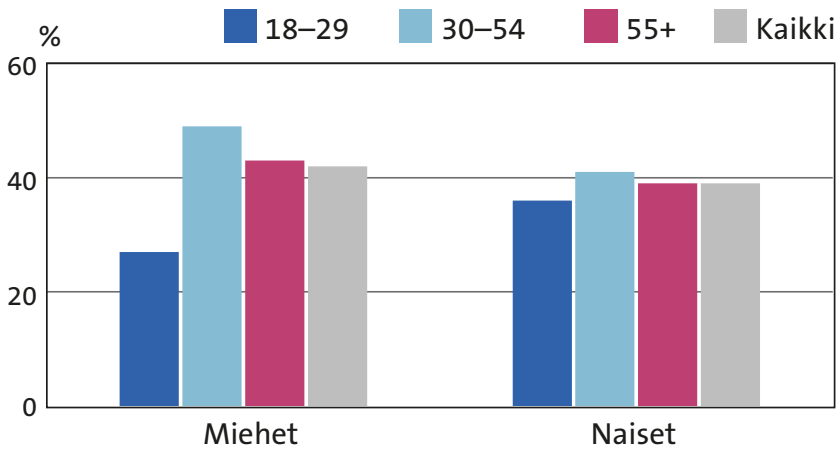
Epäoikeudenmukaista kohtelua vierailta ihmisiltä kadulla tai muulla yleisellä paikalla viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana kokeneet ikäryhmittäin, miehet ja naiset, %.

Roosa-tutkimukseen osallistuneista miehistä 42 prosenttia ja naisista 39 prosenttia oli vältellyt joitakin paikkoja siksi, että oli huolissaan turvallisuudestaan (taulukko 3.6.2). Näyttäisi siltä, että nuorimmat, alle 30-vuotiaat miehet, välttelivät joitakin paikkoja turvallisuuden takia muita vähemmän, vaikka ero ei olekaan tilastollisesti merkitsevä (kuvio 3.6.2). Naisten osalta ikäryhmien välillä ei ollut eroja. Jonkin häirintä- tai väkivaltatapahtuman viimeksi kuluneen vuoden aikana oli kokenut 12 prosenttia sekä miehistä että naisista. Häirintä- ja väkivaltatapahtumien muodoista yleisimpiä olivat liikkumisen estäminen, tarttuminen, tyrkkiminen, töniminen tai läimäiseminen, ja niitä oli kokenut noin joka kymmenes mies ja nainen. Muut väkivallan muodot olivat selvästi harvinaisempia, ja niitä oli kokenut yhdestä viiteen prosenttia sekä miehistä että naisista. Häirintä- ja väkivaltatapahtumat olivat selvästi yleisempiä nuoremmissa ikäryhmissä kuin vanhemmissa. Vanhimmassa ikäryhmässä häirintä- ja väkivaltatapahtumia kokeneita oli vain muutama prosentti, mutta 18–29-vuotiaista jotain näistä tapahtumista oli viimeksi kuluneen vuoden aikana kokenut 32 prosenttia miehistä ja 28 prosenttia naisista.

Taulukko 3.6.2**Turvallisuuteen liittyvät kokemukset, miehet ja naiset, %.**

	Miehet (n = 82 ¹ –134)	Naiset (n = 151 ¹ –209)
Joitain paikkoja turvattomuuden vuoksi välttelevät	42	39
Jonkin häirintä- tai väkivaltatapahtuman kokeneet (12kk)	12	12

¹ Havaintomäärän pienuus johtuu siitä, että kysymys on esitetty vain laajalla lomakkeella.

**Kuvio 3.6.2**

Joitain paikkoja turvattomuuden vuoksi välttelevät ikäryhmittäin, miehet ja naiset, %.

POHDINTA

Tässä luvussa tarkasteltiin Roosa-tutkimuksen tuloksia syrjinnän ja turvattomuuden kokemuksista. Tulokset ovat yhteneväisiä Suomessa aiemmin tehtyjen selvitysten kanssa (esim. Vähemmistövaltuutettu 2014; Törmä ym. 2014). Kuitenkaan Suomen koko väestöön kohdistuneissa väestötutkimuksissa ei ole tutkittu syrjinnäkokemuksia samanlaisilla kysymyksillä kuin Roosa-tutkimuksessa. Tämän vuoksi tuloksia verrataan tässä tutkimukseen, joissa on tutkittu Suomen ulkomaista syntyperää olevaa väestöä. Vuonna 2014 toteutetussa Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi -tutkimuksessa (UTH) kävi ilmi, että Suomen ulkomaista syntyperää olevasta väestöstä 15 prosenttia oli kokenut epäoikeudenmukaisesta kohtelusta viimeksi kuluneen vuoden aikana (Castaneda ym. 2015). Kokemus epäoikeudenmukaisesta kohtelusta

vaihteli siten, että Lähi-Itä- ja Afrikka -taustaisilla tällaiset kokemukset olivat yleisimpiä, 22–27 prosenttia. Roosa-tutkimuksessa havaittu Suomen romaniväestön kokemana epäoikeudenmukainen kohtelu oli tätä huomattavasti yleisempää, sillä lähes joka toinen vastaaja oli kokenut viimeksi kuluneen vuoden aikana epäoikeudenmukaista kohtelua vieraalta ihmiseltä yleisellä paikalla. Erityisen yleisiä syrjinnän kokemukset olivat nuorimmissa ikäryhmissä, ja suurin osa nuorista vastaajista oli kokenut vieraiden ihmisten harjoittamaa syrjintää. Syrjityksi tulemisen kokeminen vahingoittaa ihmistä, ja siksi asiaan on syytä suhtautua suurella vakavuudella.

Roosa-tutkimuksessa ja UTH-tutkimuksessa kartoitettiin samalla kysymyssarjalla kokemuksia epäoikeudenmukaisesta kohtelusta eri viranomaisten kanssa asioidessa (Castaneda ym. 2015). Romaneilla oli erityisen paljon syrjintäkokemuksia poliisin, Kelan tai muun sosiaalipalvelun kanssa asioitaessa. Kun kahdeksan prosenttia ulkomaista syntyperää olevista oli kokenut epäoikeudenmukaista kohtelua poliisin kanssa asioidessaan viimeksi kuluneen vuoden aikana, oli vastaavat luvut Roosa-tutkimukseen osallistuneilla miehillä 29 prosenttia ja naisilla 18 prosenttia. Kelassa tai sosiaalipalveluissa asioineista ulkomaista syntyperää olevista henkilöistä 10 prosenttia oli kokenut epäoikeudenmukaista kohtelua viimeksi kuluneen vuoden aikana näissä palveluissa (korkeimmillaan Lähi-itä ja Afrikka -taustaisilla 14–16 %), kun osuus Roosa-tutkimukseen osallistuneilla oli 21–25 prosenttia. Roosa-tutkimukseen osallistuneet kokivat siis sekä vieraiden ihmisten että viranomaisten taholta epäoikeudenmukaista kohtelua ja syrjintää enemmän kuin Suomen ulkomaista syntyperää oleva väestö.

Turvallisuuden kokemusten osalta häirintä- ja väkivaltakysymyksiä kartoitetaan koko väestölle suunnatuissa terveyden ja hyvinvointiin kohdentuvissa tutkimuksissa. Kysymysmuodot kuitenkin vaihtelevat ja vaikeuttavat siten tulosten vertailua eri tutkimusten välillä. Esimerkiksi vuonna 2018 toteutetussa Suomen koko väestön terveyttä ja hyvinvointia selvittäneessä FinSote-tutkimuksessa kysyttiin muutoin sama kysymys kuin Roosa-tutkimuksessa, mutta neljän häirintä- ja väkivaltamuodon lisäksi yhtenä kysymyksenä kysyttiin vahingoittamisella uhkaamisesta (Pentala-Nikulainen ym. 2018). FinSote-tutkimuksen mukaan miehistä kahdeksan prosenttia ja naisista 12 prosenttia oli kokenut jotain näistä häirinnän ja väkivallan muodoista viimeksi kuluneen vuoden aikana. Osuudet olivat siis samaa luokkaa kuin Roosa-tutkimuksessa, vaikka kysymysmuotoilujen erot estävät suoremman vertailun. Kuten Roosa-tutkimuksessa, myös FinSote-tutkimuksessa havaittiin häirintä- ja väkivaltakokemusten kasaantuvan nuoremmille ikäryhmille, erityisesti naisille. FinSote-tutkimuksessa 24 prosentilla 20–54-vuotiaista naisista oli häirintä- ja väkivaltakokemuksia viimeksi kuluneen vuoden aikana.

Tietoja väkivallan tekijöistä ei ollut mahdollista analysoida tarkemmin tässä tutkimuksessa aineiston kokoon liittyvien rajoitusten vuoksi. Tulevaisuudessa olisi tarpeen selvittää lähisuhdeväkivallan esiintymistä. Aiemmissa tutkimuksissa on osoitettu, että

romaninaiset kohtaavat samanlaista vakavaa lähisuhde- ja perheväkivaltaa kuin pääväestöön kuuluvat naiset (Törmä ym. 2013). Väkivalta on fyysistä ja psyykkistä pahoinpitelyä ja alistamista. Romanit eivät aina luota viranomaisiin, kuten sosiaalityöntekijöihin ja poliisiin, jonka vuoksi koettu väkivalta voi jäädä piiloon. He voivat myös jättää kertomatta väkivallasta, koska haluavat välttää yhteisön leimautumista.

Roosa-tutkimuksen työpajoihin osallistuneet romaniväestön edustajat tunnistivat tuloksissa esiin nousseen syrjinnän sekä paikkojen välttelyn turvallisuusuhan vuoksi. Romanit kohtaavat runsaasti epäasiallista kohtelua, ennakkoluuloja ja nimittelyä julkisilla paikoilla ja monissa palveluissa, kuten kaupoissa ja ravintoloissa sekä viranomaisten taholta. Tavallinen esimerkki oli, että vartijat lähtivät kaupassa seuraamaan romaniasiakasta. Työpajoihin osallistuneet kuvasivat monien romanien kohtaavan epätasa-arvoista kohtelua myös työelämässä: epäluottamusta työntekijää kohtaan tai alentavaa kohtelua. Osa kertoi julkisen epäasiallisen kohtelun aiheuttavan joka kerta loukatun mielen ja häpeän kokemuksen muiden edessä. Osa kertoi puolestaan turtuneensa eriarvoiseen kohteluun, koska se on niin yleistä. Ajatus oli, että toistuvasta syrjinnästä huolimatta romanin tuli yrittää käyttäytyä hyvin ja olla provosoitumatta tilanteissa, vaikka joskus sitä oli vaikea välttää. Erityisen huolissaan oltiin syrjivän ja alentavan kohtelun vaikutuksista lapsiin. Työpajoissa kuvattiin, että vaikka syrjintä harvoin kohdistuu pieniin lapsiin, niin he joutuvat toistuvasti olemaan mukana tilanteissa ja seuraamaan, miten heidän vanhempiaan kohdellaan alentavasti vieraiden ihmisten toimesta.

Yleinen ajatus oli, että joistakin kulttuurisista eroista huolimatta romanit ovat ja haluavat olla suomalaisia ja osa suomalaista yhteiskuntaa. Valistusta ja tiedottamista on tehty pääväestön suuntaan vuosikymmeniä ja sitä on edelleen jatkettava. Hyvänä viimeaikaisena kehityksenä nähtiin se, että jotkut romanit ovat nostaneet syrjivän kohtelun esiin esimerkiksi sosiaalisen median kautta ja syrjivästä käytöksestä on tehty rikosilmoituksia. Hyvänä nähtiin myös se, että romanityö lisääntyy ja vahvistuu koko ajan.

Yhteenvetona voidaan todeta, että Roosa-tutkimuksen tulosten perusteella syrjinnän kokemukset ovat huolestuttavan yleisiä Suomen romaniväestössä. Syrjintää kohdataan useimmin vieraiden ihmisten taholta, mutta jossain määrin myös viranomaisten kanssa asioitaessa. Sekä syrjintään että turvattomuuteen liittyvät kokemukset kasaantuvat nuoremmille ikäryhmille, erityisesti nuoremmille naisille. Nuorten aikuisten hyvinvointiin ja turvallisuuteen on syytä kohdistaa erityisiä voimavaroja ja toimia: on panostettava sekä ennaltaehkäisevään että korjaavaan työhön.

3.7 Elämänlaatu

Tuija Martelin, Hannamaria Kuusio, Anneli Weiste-Paakkanen ja Riikka Lämsä

Elämänlaatu ymmärretään yleisesti laaja-alaiseksi ja moniulotteiseksi käsitteeksi, joka kattaa useita elämänalueita: aineellisen hyvinvoinnin, läheissuhteet, terveyden ja toimintakyvyn, psyykkisen, emotionaalisen ja kognitiivisen hyvinvoinnin sekä käsityksen itsestä. Roosa-tutkimukseen osallistuneiden koettua elämänlaatua kartoitettiin EuroHIS-8-elämänlaatumittarilla, joka on yleisesti käytössä eri väestötutkimuksissa. Mittaria voidaan käyttää kaikki elämänlaadun ulottuvuudet tiivistävänä summamittarina, ja lisäksi voidaan tarkastella erikseen sen kahdeksaa osiota.

MENETELMÄT

Roosa-tutkimuksessa käytetty 8-osiainen EuroHIS-8-elämänlaatumittari perustuu alunperin 26-osiota käsittävään Maailman terveysjärjestön elämänlaatumittariin (WHOQOL-BREF). Kysymykset kartoittavat yleistä elämänlaatua, terveydentilaa, elinvoimaisuutta, itsetuntoa, suhteita muihin ihmisiin, tyytyväisyyttä asuinalueen olosuhteisiin sekä ja taloudellista tilannetta. Vastaja pyydetään miettimään elämäänsä kahden viime viikon aikana ja valitsemaan kunkin osion kohdalla itselleen parhaiten sopivan vaihtoehdon viisiportaiselta asteikolta, jossa ykkönen tarkoittaa huonoa tilannetta ja viitonen erittäin hyvää. Yleistä elämänlaatua kartoittaa kysymys ”Millaiseksi arvioitte elämänlaatunne?” (1=erittäin huonoksi, 5= erittäin hyväksi). Tyytyväisyyttä terveyteen, kykyyn selviytyä päivittäisistä askareista, itseän, ihmissuhteisiin ja asuinalueen olosuhteisiin selvitetään kysymyksellä ”Miten tyytyväinen olette olleet kahden viime viikon aikana erilaisiin asioihin elämässänne?” (1=erittäin tyytymätön, 5= erittäin tyytyväinen). Lopuksi kysytään, missä määrin vastaja on kahden viime viikon aikana kokenut seuraavia asioita: onko hänellä ollut riittävästi tarmoa arkipäivän askareita varten ja onko hänellä tarpeeksi rahaa tarpeisiin nähden (1= ei lainkaan, 5=täysin riittävästi). Kokonaismittari muodostetaan laskemalla pisteet yhteen ja jakamalla kysymysten lukumäärällä (tarkempi kuvaus: ks. TOIMIA-tietokanta), minkä lisäksi eri osakysymyksiä voidaan tarkastella myös erikseen.

Seuraavassa Roosa-tutkimukseen osallistuneiden elämänlaatua kuvataan ensinnäkin niiden osuudella, joiden elämänlaatu on keskimäärin hyvä eli eri osioiden keskiarvo on vähintään neljä. Lisäksi tarkastellaan erikseen mittarin kahdeksaa osiota. Niiden kohdalla kuvataan niiden tutkimukseen osallistuneiden osuudet, jotka ovat valinneet jommankumman parhaista vaihtoehdoista (esim. hyvä tai erittäin hyvä).

TULOKSET

Kun otetaan huomioon elämänlaatumittarin kaikki kahdeksan kysymystä, noin kolmannes tutkimukseen osallistuneista miehistä ja naisista koki elämänlaatunsa keskimäärin hyväksi (taulukko 3.7.1). Miehillä ikäryhmien välillä ei ollut suuria eroja, mutta naisilla nuorimmassa ikäryhmässä elämänlaatunsa keskimäärin hyväksi tuntevien osuus oli jonkin verran suurempi (44 %) kuin 30-54-vuotiailla (27 %).

Noin kaksi kolmannesta vastaajista antoi omalle elämänlaadulleen kokonaisarvoksi ”hyvä” tai ”erittäin hyvä”. Sekä miehillä että naisilla osuus oli suurin nuorimmassa ikäryhmässä ja pienin 55 vuotta täyttäneillä. Suunnilleen kolme neljästä vastaajasta tai jopa useampi oli erittäin tai melko tyytyväinen kykynsä selvitä päivittäisistä toimista, ihmissuhteisiinsa ja asuinalueen olosuhteisiin, ja myös itseensä tyytyväisten osuus oli lähes samaa luokkaa. Miehillä 30-54-vuotiaat olivat vähiten tyytyväisiä kykynsä selvitä päivittäisistä toimista, kun taas peräti yhdeksän kymmenestä 55 vuotta täyttäneestä vastaajasta oli erittäin tai melko tyytyväinen; naisilla ikäryhmien välillä ei ollut eroja. Lähes kaikki tutkimukseen osallistuneet 55 vuotta täyttäneet miehet olivat myös melko tai erittäin tyytyväisiä ihmissuhteisiinsa ja asuinalueensa ominaisuuksiin.

Edellisiin elämänalueisiin verrattuna jonkin verran pienempi osuus koki, että heillä oli täysin tai lähes riittävästi tarmoa arkipäivän elämää varten; myös terveyteensä melko tai erittäin tyytyväisten osuus jäi hieman pienemmäksi kuin ensin mainittujen kysymysten kohdalla. Selvästi vähiten oltiin tyytyväisiä taloudelliseen tilanteeseen: vain kolmannes tutkimukseen osallistuneista miehistä ja vielä pienempi osa naisista arvioi, että heillä oli lähes tai täysin riittävästi rahaa tarpeisiinsa nähden. Sekä miehillä että naisilla osuus oli 18-29-vuotiailla hieman suurempi kuin vanhemmissa ikäryhmissä. Vain noin neljännes 30 vuotta täyttäneistä tutkimukseen osallistuneista naisista arvioi, että rahaa oli lähes tai täysin riittävästi.

Taulukko 3.7.1

Elämänlaatu, ikäryhmittäin, miehet ja naiset, %.

	Miehet (n = 86 ¹ –138)				Naiset (n = 145 ¹ –206)			
	18–29	30–54	55+	kaikki	18–29	30–54	55+	kaikki
Summa- pistemäärä: elämänlaatussa keskimäärin hyväksi kokevien osuus ¹	33	33	39	35	44	27	34	33
Oma arvio: elämänlaatu hyvä tai erittäin hyvä	70	65	50	60	80	67	59	66
Erittäin tai melko tyytyväinen:								
– terveyteen ¹	71	54	77	67	69	61	59	62
– kykyyn selviytyä päivittäisistä askareista ¹	81	64	91	77	76	74	75	75
– itseen ¹	81	58	80	71	61	63	77	69
– ihmissuhteisiin ¹	74	76	96	77	71	70	88	81
– asuinalueen olosuhteisiin ¹	65	78	96	83	69	74	75	74
Täysin tai lähes riittävästi:								
– tarmoa arkipäivän elämää varten ¹	59	59	68	63	69	55	44	54
– rahaa tarpeisiin nähdén ¹	42	32	29	33	38	24	25	27

¹ Havaintomäärän pienuus johtuu siitä, että kysymys on esitetty vain laajalla lomakkeella

VERTAILU KOKO VÄESTÖÖN JA YHTEENVETO

Noin kolmannes Roosa-tutkimukseen osallistuneista koki elämänlaatunsa hyväksi, kun arvioinnissa hyödynnettiin kaikkiaan kahdeksaa eri elämänalueisiin liittyvää kysymystä. Miesten ja naisten välillä ei havaittu eroja elämänlaadussa, mutta ikäryhmittäin tarkasteltaessa nuorimpaan ikäryhmään kuuluvat naiset olivat jonkin verran muita tyytyväisempiä. Osuus on kaikkien vastaajien joukossa selvästi pienempi kuin koko maata koskeneessa FinSote-tutkimuksessa, jossa noin 60 prosenttia 20 vuotta täyttäneistä miehistä ja naisista koki elämänlaatunsa keskimäärin hyväksi saman, väestötutkimuksissa yleisesti käytetyn mittarin mukaan (Pentala-Nikulainen ym. 2018). FinSote-tutkimuksen mukaan koettu elämänlaatu on keskimäärin sitä parempi mitä enemmän koulutetusta ryhmästä on kyse. Kyseisen tutkimuksen mukaan kuitenkin koko väestössä myös koulutus- ja opiskeluvuosien perusteella alimpaan kolmannekseen kuuluvista miehistä ja naisista yli puolet koki elämänlaatunsa keskimäärin hyväksi.

Koettu elämänlaatu oli tutkimukseen osallistuneiden keskuudessa erilainen eri elämänalueilla. Miehet olivat erityisen tyytyväisiä asuinalueen olosuhteisiin ja naiset puolestaan ihmissuhteisiinsa. Ihmissuhteisiin, omaan kykyyn selviytyä päivittäisistä toimista, asuinalueen ominaisuuksiin ja itseän oltiin keskimäärin tyytyväisempiä kuin terveyteen tai siihen, kuinka riittävästi vastaajalla oli omasta mielestään tarmoa arkipäivän elämää varten. Esimerkiksi ihmissuhteisiin tyytyväisten osuus oli tutkimukseen osallistuneiden keskuudessa samaa luokkaa kuin koko Suomen väestössä FinSote-tutkimuksen valossa: sen mukaan kaikista 20 vuotta täyttäneistä miehistä noin 76 prosenttia ja naisista 83 prosenttia oli vähintään melko tyytyväinen ihmissuhteisiinsa eli lähes yhtä moni kuin Roosa-tutkimukseen vastanneista (Pentala-Nikulainen ym. 2018). Terveyteen ja kykyyn selviytyä päivittäisistä askareista oltiin 20–54-vuotiaiden ryhmässä jonkin verran tyytymättömiä kuin koko samanikäisessä väestössä (FinSote, julkaisemattomat tulokset). Naisten tyytyväisyys itseensä oli koko väestöä heikompaa.

Yleistä elämänlaatuarviota selvästi heikentävä osa-alue oli taloudellinen tilanne: vain kolmannes tutkimukseen osallistuneista miehistä ja vielä pienempi osuus naisista koki, että heillä oli täysin tai lähes riittävästi rahaa tarpeisiin nähden. FinSote-tutkimuksen (julkaisemattomien) tulosten mukaan koko 20 vuotta täyttäneessä väestössä vastaava luku oli sukupuolesta ja ikäryhmästä riippumatta 60 prosentin tuntumassa. Havainto on sopusuunnassa koettuja toimeentulo-ongelmia (ks. luku 3.1) sekä toimeentulotuen tarvetta (ks. luku 7.2) koskevien tulosten kanssa. Yksi keskeinen kokemusta selittävä tekijä on epäilemättä matala työllisyysaste, mikä puolestaan liittyy osittain koulutustason ongelmiin (ks. luku 3.1). Kokemukseen rahojen riittämättömyydestä voi vaikuttaa osaltaan myös sukulaisten ja muidenkin ihmisten runsas auttaminen (ks. luku 3.5).

4. TERVEYS

Tässä luvussa tarkastellaan Roosa-tutkimukseen osallistuneiden koettua terveyttä ja pitkäaikaisia sairauksia, kohonnutta verenpainetta, oireita ja lääkkeiden käyttöä. Seuraavaksi käsitellään ylipainoa ja lihavuutta, infektioitauteja, suun terveyttä, perheiden terveyttä ja henkistä hyvinvointia.

Terveyden eriarvoisuuden vähentäminen on ollut jo monien vuosikymmenten ajan terveyspolitiikan tärkeä tavoite Suomessa, mutta toistaiseksi tavoitteen saavuttamisessa on onnistuttu verrattain huonosti (Kansallinen terveystieteen kaventamisen toimintaohjelma 2008-2011). Myös FinTerveys 2017 -tutkimuksen tulosten mukaan useimmissa terveyttä kuvaavissa mittareissa (mm. lihavuuden, kohonneen verenpaineen, diabeteksen ja astman yleisyydessä) koulutusryhmien välinen ero oli selvä: tilanne oli edullisin (terveysongelmia oli vähiten) korkea-asteen koulutuksen saaneilla ja heikoin perusasteen koulutuksen saaneilla (Koskinen ym. 2017). Tästä syystä muun muassa koulutustausta on otettava huomioon vertailtaessa Roosa-tutkimukseen osallistuneiden ja aiempien koko väestön terveyttä kuvaavien tutkimusten tuloksia. Tulosten vertailtavuutta ja yleistettävyyttä voi rajoittaa myös Roosa-tutkimukseen, erityisesti terveystarkastukseen osallistuneiden, mahdollinen valikoituminen. Ne, joilla on paljon terveysongelmia, ovat voineet osallistua muita aktiivisemmin halutessaan keskustella ja saada lisää tietoa omasta terveydestään ja terveysongelmistaan. Toisaalta myös kaikkein sairaimmat ovat voineet jäädä pois Roosa-tutkimuksesta, koska heidän on ollut vaikea tulla tutkimuspaikoille ja kotikäyntejä pystyttiin tekemään verrattain vähän.

4.1. Koettu terveys ja pitkäaikaiset sairaudet

Seppo Koskinen, Päivikki Koponen ja Tiina Laatikainen

Terveysaiheisten haastattelu- ja kyselytutkimusten vakiintuneinta sisältöä ovat tutkitavan omaa arviota terveydentilastaan sekä pitkäaikaissairauksia koskevat kysymykset. Koettu terveys perustuu vastaajan omaan arvioon, ja siihen vaikuttavat oireiden ja todettujen sairauksien ohella vastaajan elämäntilanne, tiedot omasta ja lähiyhteisönsä sairaushistoriasta sekä odotukset ja kokemukset. Arvio omasta terveydestä antaa vastaajan terveydentilasta hyvän yleiskuvan, jonka on havaittu olevan varsin yhtäpitävä lääkärin tekemän arvion kanssa ja ennustavan tulevia terveysongelmia ja kuolemanvaaraa (Manderbacka 1998).

Koko väestölle kohdennettujen tutkimusten perusteella etenkin iäkkään väestön koettu terveys kohentui 2000-luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä huomattavasti, mutta FinTerveys 2017 -tutkimuksessa vastaavaa myönteistä kehitystä ei todettu (Koskinen ym. 2018). Suomalaisissa tutkimuksissa ei viime vuosikymmenellä ole havaittu

eroja miesten ja naisten koetussa terveydessä. Arvioihin koetusta terveydestä vaikuttaa se, miten ja millaisessa yhteydessä kysymys on esitetty. Terveystarkastustutkimusten yhteydessä toteutetuissa haastatteluissa koettu terveys on ollut selvästi parempi kuin samoihin aikoihin kootuissa postikyselytutkimusten aineistoissa (Koskinen ym. 2018).

Pitkäaikaisia sairauksia koskevat kysymykset on suomalaisissa tutkimuksissa yleensä tarkennettu koskemaan lääkärin toteamia tai hoitamia sairauksia, jolloin saatuihin tuloksiin vaikuttavat myös terveystarkastusten saatavuus ja mahdolliset erot eri väestöryhmien välillä siinä, miten hakeudutaan lääkärin tutkimuksiin ja hoitoon. Suomalaisessa väestössä yleisimpiä pitkäaikaisia sairauksia ovat olleet verenpainetauti, muut verenkiertoelinten sairaudet, diabetes, astma, allergiat, mielenterveysongelmat sekä tuki- ja liikuntaelinsairaudet.

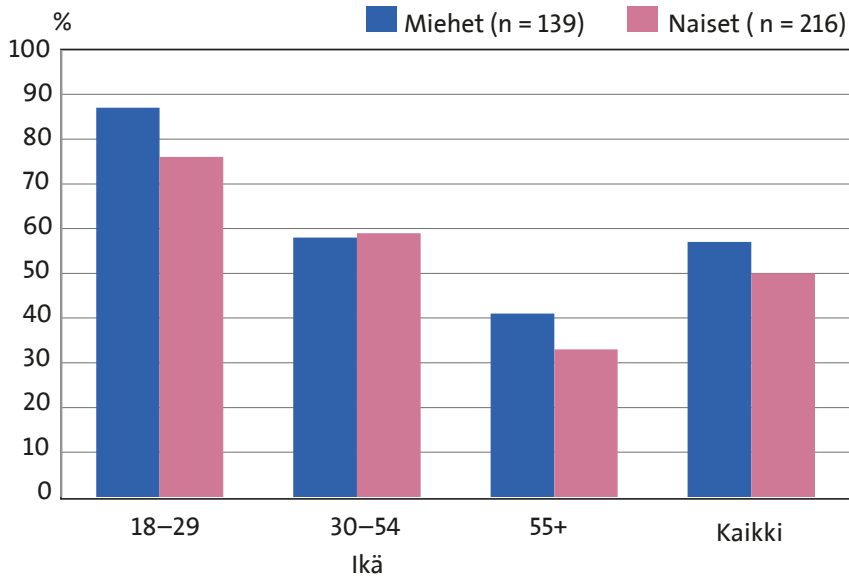
MENETELMÄT

Roosa-tutkimuksen haastatteluissa ja itse täytetyillä kyselylomakkeilla (sekä laajassa että lyhyemmässä sisällössä) ennen muita terveydentilaa koskevia kysymyksiä pyydettiin tutkittavaa arvioimaan omaa terveyttään viisiluokkaisen asteikon mukaan (hyvä, melko hyvä, keskitasoinen, melko huono tai huono). Täsmälleen sama kysymys on ollut käytössä lukuisissa aiemmissa kysely- ja haastattelututkimuksissa. Tässä raportissa tarkastellaan terveytensä hyväksi tai melko hyväksi arvioineiden osuutta.

Pitkäaikaisia sairauksia kysyttiin myös samassa muodossa kuin aiemmissa tutkimuksissa: ”Onko teillä 12 viime kuukauden aikana ollut mitään seuraavia lääkärin toteamia tai hoitamia sairauksia?”. Kysymyksessä vastattiin kyllä tai ei yhteensä 17 sairaudesta. Näiden jälkeen kysyttiin, onko tutkittavalla ollut jokin muu lääkärin toteama pitkäaikainen sairaus. Lisäksi pyydettiin tarkentamaan, mikä muu sairaus on. Roosa-tutkimuksessa kysyttiin samoja sairauksia kuin muissa aiemmissa tutkimuksissa, mutta lisäksi kysyttiin kilpirauhasen vajaa- ja liikatoiminnasta, joiden arvioitiin olevan mahdollisesti yleisiä romaniväestössä Roosa-tutkimuksen pilotin perusteella. Tässä luvussa tarkastellaan muita Roosa-tutkimukseen osallistuneiden raportoimia yleisimpiä sairauksia, paitsi henkiseen hyvinvointiin liittyviä ongelmia, joita käsitellään luvussa 3.8.

TULOKSET

Roosa-tutkimukseen osallistuneista naisista puolet ja miehistä hieman useammat (57 %) kokivat terveytensä hyväksi tai melko hyväksi. Naisten miehiä heikompi terveys korostui nuorimmilla ja vanhimmilla tutkimukseen osallistuneilla (kuvio 4.1.1). Sekä miehillä että naisilla koettu terveys heikkeni iän mukana: 55 vuotta täyttäneistä naisista vain kolmannes, miehistä 41 prosenttia piti terveyttään hyvänä tai melko hyvänä.



Kuvio 4.1.1

Terveytensä hyväksi tai melko hyväksi kokevien osuus, ikäryhmittäin, miehet ja naiset, %.

Suomalaisessa väestössä yleisimmät pitkäaikaiset sairaudet olivat myös varsin yleisiä Roosa-tutkimukseen osallistuneilla. Sydän- ja verisuonitaudit ilmaantuvat yleensä vasta keski-ikäen jälkeen. Sepelvaltimotautia raportoi sairastavansa lähes joka kolmas 55 vuotta täyttäneistä miehistä ja joka neljäs nainen. Polven tai lonkan kulumavikoja raportoivat erityisen yleisesti 55 vuotta täyttäneet naiset (taulukko 4.1.1).

Taulukko 4.1.1

Yleisimpien itse ilmoitettujen, lääkärin 12 viime kuukauden aikana toteamien tai hoitamien sairauksien esiintyvyys, miehet ja naiset, %.

Sairaus	Miehet (n = 136—138)	Naiset (n = 207—211)
Sepelvaltimotauti, 55 vuotta täyttäneillä	28	25
Polven tai lonkan kulumavika, 55 vuotta täyttäneillä	34	69
Nivelreuma tai muu nivelsairaus	20	32
Selän kulumavika, muu selkäsairaus	27	33
Astma	16	27
Diabetes	24	29
Kilpirauhasen vajaa- tai liikatoiminta	4	24

TULOSTEN VERTAILU KOKO VÄESTÖÖN JA YHTEENVETO

Roosa-tutkimukseen osallistuneiden koettu terveys oli selvästi heikompi kuin aiemmissa koko Suomen väestön kattaneissa tutkimuksissa. Koko väestössä koki terveytensä hyväksi tai melko hyväksi yli 10 prosenttiyksikköä useampi kuin Roosa-tutkimukseen osallistuneista. Tulokset poikkeavat koko väestöä koskevista tutkimuksista myös siten, että Roosa-tutkimukseen osallistuneiden naisten koettu terveys näyttäisi olevan miehiä heikompi, vaikka naisten ja miesten välinen ero ei ollutkaan tilastollisesti merkitsevä. Vastaava sukupuolten välinen ero on havaittu joissakin aiemmissa tutkimuksissa, mutta tällaista eroa ei havaittu Terveys 2011, FinTerveys 2017 tai FinSote-tutkimuksissa muuta kuin kaikkein iäkkäimmillä (Koskinen ym. 2018; Pentala-Nikulainen ym. 2018). Työpajoissa mietittiin miksi Roosa-tutkimukseen osallistuneet naiset kokivat terveytensä hyväksi harvemmin kuin miehet. Ajateltiin, että naiset vertaavat omia mahdollisuuksiaan pitää itsestään huolta kantaväestön naisten mahdollisuuksiin. Lisäksi koettiin, että naiset joutuvat tekemään enemmän töitä ja kotitöitä kuin miehet, millä voi olla vaikutusta koettuun terveyteen. Hameen paino ja korkokenkien käyttö voivat myös vaikuttaa naisten kokemuksiin.

Kaikki yleisimmät tässä tutkimuksessa kysytyt pitkäaikaiset sairaudet näyttäisivät olevan Roosa-tutkimukseen osallistuneilla selvästi yleisempiä kuin koko väestössä

(Koponen ym. 2018; Pentala-Nikulainen ym. 2018) niiltä osin kuin tulokset ovat edes suuntaa-antavasti vertailukelpoisia (astma, diabetes, sepelvaltimotauti). Näihin tuloksiin voi kuitenkin osaltaan vaikuttaa se, miten hyvin tutkimukseen osallistujat ovat tunnistaneeet lomakkeella mainitut sairaudet erityisesti silloin, kun he ovat vastanneet lomakkeisiin itse, eikä tutkimushoitaja niitä tarkastanut. Lääkärin toteamiin ja hoitamiin sairauksiin on tällöin voitu sisällyttää myös epämääräisempiä oireita. Roosa-tutkimuksen tulokset osoittavat kuitenkin sen, että keskeisimpien pitkäaikaisten sairauksien esiintyvyyttä romaniväestössä pitäisi selvittää tarkemmin, sillä näiden pätevä tutkiminen ja hoito edellyttävät usein runsasta terveyspalvelujen käyttöä. Lisäksi nämä sairaudet voivat usein heikentää työ- ja toimintakykyä. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet ovat väestön toimintakyvyn vajavuuksien, työkyvyttömyyden ja hoidon tarpeen keskeisiä syitä. Sydän- ja verisuonitaudit (erityisesti sepelvaltimotauti) ovat merkittäviä ennen aikaisten kuolemien aiheuttajia. Tehostunut ehkäisy ja hoito ovat vähentäneet suomalaisessa väestössä sekä sydän- ja verisuonitautien ilmaantuvuutta että kuolleisuutta näihin tauteihin.

Diabetes on ollut pitkään yleistymässä suomalaisessa väestössä ja sen ehkäisyyn on myös paneuduttu viime vuosina useissa kansanterveyshankkeissa. Roosa-tutkimuksen tulokset osoittavat, että koko väestölle suunnattuja hankkeita tulisi kehittää paremmin romaniväestölle soveltuviksi ja kohdentaa enemmän sairauksien ehkäisyyn ja terveyden edistämisen toimia romaniväestöön. Lähes kaikkia tässä kuvattuja sairauksia voidaan ehkäistä kiinnittämällä huomiota painonhallintaan, liikuntaan ja ravitsemukseen, joita käsitellään tässä raportissa myöhemmin.

Työpajoissa keskusteltiin sairauksiin liittyen myös siitä, että lääkkeitä saatetaan jättää ostamatta, koska henkilöllä on taloudellisesti tiukkaa ja vähät rahat halutaan mieluummin käyttää perheen ja lasten hyväksi kuin omaan hyvinvointiin. Mahdollisuutta saada lääkkeiden erityiskorvausoikeuksia ei aina tiedetä.

4.2 Kohonnut verenpaine

Tiina Laatikainen, Päivikki Koponen, Noora Ristiluoma ja Seppo Koskinen

Kohonnut verenpaine lisää riskiä sairastua sydän- ja verisuonitauteihin. Verenpaineen katsotaan olevan vielä ”normaali”, kun se on alle 130/85 mmHg, tyydyttävä välillä 130-139/85-89 ja koholla, kun paine on 140/90 mmHg tai enemmän. Sepelvaltimotaudin ja aivohalvausten riski kasvaa selvästi systolisen ja diastolisen verenpaineen noustessa. Tärkeimmät muutettavissa olevat kohonneen verenpaineen riskitekijät ovat suolan (natriumin) liiallinen saanti, ylipaino, runsas alkoholinkäyttö, tupakointi ja vähäinen fyysinen aktiivisuus. (Laatikainen ym. 2018.)

MENETELMÄT

Terveystarkastukseen osallistuneiden verenpaine mitattiin Roosa-tutkimuksessa automaattimittarilla (Omron i-C10) oikeasta käsivarresta istuvassa asennossa. Mittaukset suorittivat koulutetut hoitajat noudattaen kansainvälisiä standardoituja ohjeita (Tolonen 2016). Tutkittavan tuli istua mansetti olkavarressa vähintään viisi minuuttia ennen mittausta. Roosa-tutkimuksessa verenpaineen mittausta edelsi useimmiten haastattelu samassa tilassa, jolloin tutkittavat olivat istuneet ennen mittausta jo pidempäänkin. Mittaus toistettiin kolme kertaa. Jokaisen mittauksen jälkeen pidettiin vähintään yhden minuutin tauko. Tässä raportissa käytetään ensimmäisen ja toisen mittauksen keskiarvoa. Verenpainelääkkeiden käyttöä selvitettiin haastattelussa ja kyselylomakkeella. Mikäli tutkittavilla oli verenpainelääkitys tai tutkimuksessa mitattu systolinen verenpaine oli 140 mmHg tai enemmän tai diastolinen verenpaine 90 mmHg tai enemmän, heillä arvioitiin olevan kohonnut verenpaine. Kohonneen verenpaineen hoitoa ja seurantaa ei pystytä Roosa-tutkimuksessa arvioimaan, koska tieto sekä mitatusta verenpaineesta että lääkityksestä saatiin niin pieneltä määrältä tutkittavia.

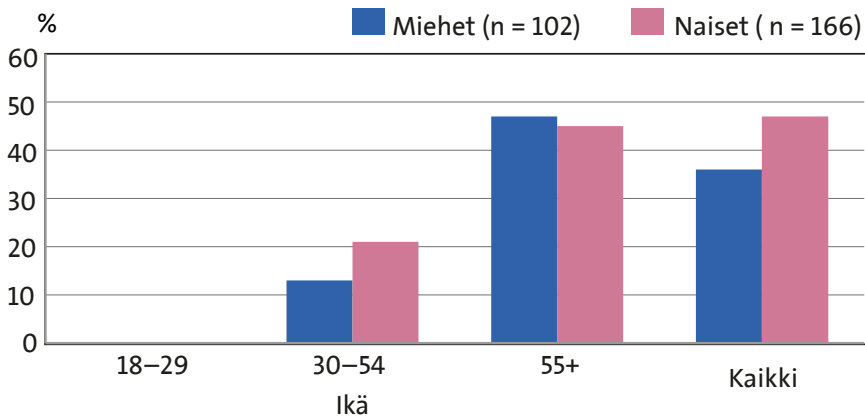
TULOKSET

Roosa-tutkimukseen osallistuneista miehistä hieman useammalla kuin joka kolmannella ja naisista hieman useammalla kuin joka neljännellä oli kohonnut verenpaine (taulukko 4.2.1 ja kuvio 4.2.1).

Taulukko 4.2.1

Mitatun verenpaineen jakauma, miehet ja naiset, %.

Mitattu verenpaine (mmHg)	Miehet (n = 102)	Naiset (n = 166)
Alle 130/85 (normaali)	51	65
130-139/85-89 (tydyttävä)	18	19
140-159/90-99 (lievästi kohonnut)	22	14
160/100 tai yli (kohtalaisesti kohonnut)	9	2



Kuvio 4.2.1

Kohonneen verenpaineen yleisyys, systolinen paine yli 140 mmHg tai diastolinen paine yli 90 mmHg tai käyttänyt verenpaineläkettä viime viikon aikana, ikäryhmittäin, miehet ja naiset, %.

Roosa-tutkimukseen laajempaan sisältöön osallistuneiden pienen määrän vuoksi kohonneen verenpaineen hoitoa ei pystytä tarkemmin arvioimaan. Kuitenkin vain hieman yli puolella niistä, joilla oli käytössään verenpainelääke, mitattu verenpaine oli hoitotasolla (alle 140/90 mmHg).

TULOSTEN VERTAILU KOKO VÄESTÖÖN JA YHTEENVETO

Vaikka verenpainetaudin ehkäisy ja hoito ovat Suomessa tehostuneet, kohonnut verenpaine on Suomessa edelleen hyvin yleinen. Roosa-tutkimukseen osallistuneilla 55 vuotta täyttäneillä miehillä verenpaine oli kohonnut hieman harvemmin kuin samankäisillä miehillä koko väestössä. Roosa-tutkimukseen osallistuneilla naisilla kohonnut verenpaine oli suunnilleen yhtä yleinen kuin koko väestössä. Vuonna 2017 Suomessa asuvista työikäisistä noin puolella oli verenpainelääkitys tai tutkimuksessa todettu kohonnut verenpaine. Lääkehoidossa olevista 30 vuotta täyttäneistä noin 40 prosentilla mitattu verenpaine oli hoitotasolla (Laatikainen ym. 2018). Roosa-tutkimuksen mukaan romaniväestön verenpaineen hoito näyttää todennäköisesti onnistuvan ainakin yhtä hyvin kuin kuin Suomen väestössä yleensä. Verenpainetta mitataan terveydenhuollossa aktiivisesti. Myös Roosa-tutkimukseen osallistuneilla kohonnut verenpaine oli useimmiten todettu jo aiemmin ja hoidossa. Kuitenkin muutamia tutkimukseen osallistuneita ohjattiin hakeutumaan hoitoon selvästi kohonneiden verenpainearvojen vuoksi. Kohonneesta verenpaineesta johtuvan sairastuvuuden ja kuolleisuuden alen-

tamiseksi olisi myös romaniyhteisöissä lisättävä toimia riskitekijöiden alentamiseksi. Terveystieteiden tutkimuksissa tulisi tehostaa myös jo sairastuneiden lääkehoitoa ja elintapaneuvontaa. Työpajoissa ajateltiin, ettei kaikilla romaneilla ole ehkä tarpeeksi tietoa korkean verenpaineen aiheuttamista riskeistä.

4.3 Oireet ja lääkkeiden käyttö

Seppo Koskinen, Päivikki Koponen ja Tiina Laatikainen

Todettujen sairauksien lisäksi väestön terveystarkastustutkimuksissa on kysytty yleisimpiä oireita tai vaivoja sekä yleisimpien pitkäaikaisten ja akuuttien sairauksien sekä oireiden hoitoon käytettyjä lääkkeitä. Tutkituista oireista ja vaivoista osa voi liittyä pitkäaikaisiin sairauksiin, ja ne kaikki voivat aiheuttaa merkittävää haittaa päivittäisissä toimissa. Selkä-, niska- ja olkapääkipu sekä kävelyvaikeutta aiheuttavat polvi- tai lonkka-vaivat ovat aiempien tutkimusten perusteella hyvin yleisiä suomalaisessa väestössä (Heliövaara ym. 2018). Päänsärky voi johtua hyvin monista eri syistä, ja se aiheuttaa huomattavat kustannukset, muun muassa sairauspoissaoloina. Särkylääkkeitä käytetään muun muassa tuki- ja liikuntaelinten ongelmien ja kipujen sekä lukuisten muiden syiden takia hyvin paljon. Ne aiheuttavat kuitenkin toivotun kivunlievityksen ohella runsaasti haittavaikutuksia. (Koskinen 2018.)

MENETELMÄT

Roosa-tutkimuksen haastatteluissa ja itse täytettävillä kyselylomakkeilla tiedusteltiin 16 oireita tai vaivaa: ”Onko teillä viimeksi kuluneen kuukauden (30 pv) aikana ollut seuraavia oireita ja vaivoja?”. Vastausvaihtoehdot olivat päivittäin, harvemmin kuin päivittäin ja ei lainkaan. Tässä raportissa kuvataan kipuun liittyviä oireita, muita yleisimpiä ja erityisesti toimintakykyyn vaikuttavia vaivoja. Tuloksissa esitetään päivittäin tai harvemmin koettujen oireiden ja vaivojen yleisyyttä. Suun terveyteen liittyviä oireita käsitellään myöhemmin tässä luvussa.

Roosa-tutkimuksessa kysyttiin myös 17 erilaisen yleisimpien pitkäaikaisien tai akuuttien sairauksien sekä oireiden hoitoon käytettyjen lääkkeiden käytöstä: ”Milloin viimeksi olette käyttänyt seuraavia lääkkeitä?”. Vastausvaihtoehdot olivat viimeisen viikon aikana, 1-4 viikkoa sitten, 1-12 kuukautta sitten, yli vuosi sitten ja en koskaan. Tässä raportissa kuvataan särkylääkkeiden käyttöä viimeisimmän kuukauden aikana. Antibioottien käyttöä viime 12 kuukauden aikana kuvataan myöhemmin tässä luvussa infektioautien yhteydessä. Roosa-tutkimuksessa lääkkeiden käyttö huomioidaan myös sairauksien ja niiden riskitekijöiden yleisyyttä arvioitaessa (tässä raportissa kohonnut verenpaine tai verenpainetauti). Oireita, vaivoja ja lääkkeitä koskevat

kysymykset olivat vain laajassa lomakkeessa, minkä takia ikäryhmittäisiä tuloksia voidaan raportoida vain rajoitetusti.

TULOKSET

Yli puolella Roosa-tutkimukseen osallistuneista naisista sekä miehistä oli ollut selkä-, nivel- tai pään särkyä viimeksi kuluneen kuukauden aikana (taulukko 4.3.1). Noin neljällä kymmenestä tutkimukseen osallistuneesta oli ollut vatsavaivoja tai pahoinvointia. Kävelyvaikeus tai ontuminen polven tai lonkan vaivojen takia oli yleisintä vanhimmilla tutkimukseen osallistuneilla, 55 vuotta täyttäneistä jo yli puolet oli kokenut kävelyvaikeuksia tai ontumista viimeksi kuluneen kuukauden aikana.

Taulukko 4.3.1

Viimeksi kuluneen kuukauden (30 pv) aikana oireita tai vaivoja kokeneiden osuus, miehet ja naiset, %.

Sairaus	Miehet (n = 85—87)	Naiset (n = 154—156)
	kaikki	kaikki
Nivelsärky	53	56
Päänsärky	67	76
Selkäkipu, selkäsärky	62	69
Kävelyvaikeus tai ontuminen polven tai lonkan vaivan takia	36	52
Vatsavaivat tai pahoinvointi	42	46

Selvä enemmistö (miehistä 80 %, naisista 88 %) Roosa-tutkimukseen osallistuneista oli käyttänyt viimeisen kuukauden aikana särkylääkkeitä (taulukko 4.3.2). Yleisintä oli särkylääkkeiden käyttö päänsärlyn takia.

Taulukko 4.3.2

Särkylääkkeitä viimeisimmän kuukauden aikana käyttäneet, miehet ja naiset, %.

Lääke	Miehet (n = 84—87)	Naiset (n = 149—153)
Päänsärkyyn	67	73
Nivel- tai lihassärkyyn	36	59
Muuhun särkyyn	24	29
Johonkin em. vaivaan	80	88

TULOSTEN VERTAILU KOKO VÄESTÖÖN JA YHTEENVETO

Roosa-tutkimukseen osallistuneilla oli varsin yleisesti erilaisia oireita ja vaivoja, sekä näihin liittyvää särkylääkkeiden käyttöä. Tuki- ja liikuntaelimestön kivut ja vaivat ovat yleisiä Suomessa ja ne voivat haitata merkittävästi myös työ- ja toimintakykyä (Heliövaara ym. 2018). Roosa-tutkimukseen osallistuneilla tuki- ja liikuntaelinten vaivat olivat selvästi yleisempiä kuin koko väestössä FinTerveys 2017-tuloksiin verrattuna (Heliövaara ym. 2018). Pääsärky ja muut kipuoireet ovat sekä väestön hyvinvoinnin kannalta että taloudellisesti isoja ongelmia, joiden ehkäisy ja hyvä hoito kuuluvat palvelujärjestelmän tärkeisiin tehtäviin (Koskinen 2018). Suomessa särkylääkkeiden käyttö on yleistä ja Roosa-tutkimukseen osallistuneilla vielä yleisempää kuin koko väestössä FinTerveys 2017 -tutkimukseen verrattuna (Koskinen 2018). Havaitut erot koko väestöön verrattuna voivat kuitenkin osittain johtua eroista tiedonkeruumenetelmistä sekä Roosa-tutkimukseen osallistujien valikoitumisesta. Särkylääkkeiden asianmukaiseen käyttöön ohjaaminen on tärkeää sekä perusterveydenhuollossa että erikoissairaanhoidossa, mutta huomiota on syytä kiinnittää myös kipuoireiden ehkäisyyn ja kipua aiheuttavien sairauksien hoitoon. Liikunnan vähäisyyden, mahdollisesti tuki- ja liikuntaelimiä rasittavan naisten pukeutumisen, kuormittavan työn ja ylipainon merkitystä kipuoireiluun pitäisi selvittää tarkemmin romaniyhteisössä.

4.4 Ylipaino ja lihavuus

Satu Männistö, Päivikki Koponen, Noora Ristiluoma ja Seppo Koskinen

Ylipaino ja lihavuus ovat seurausta ruokavalion liian suuresta energiamäärästä suhteessa energian kulutukseen. Elimistö varastoi ylimääräisen energian rasvakudokseen. Elintason nousu sekä elinympäristön ja elintapojen muuttuminen ovat johtaneet lihavuuden yleistymiseen. Ylimääräistä energiaa kertyy muun muassa sokeri- ja rasvapi-toisista välipaloista, napostelusta, alkoholista sekä isoista ruoka-annoksista. Energian kulutusta ovat pienentäneet työn fyysisen kuormittavuuden ja arkiliikunnan vähene-minen sekä istuvan elämäntavan yleistyminen. Lihavuudelle voivat altistaa myös liian lyhyet yöunet, stressi ja erilaiset henkisen hyvinvoinnin ongelmat. Yksittäisen ihmisen kohdalla alttius lihomiseen vaihtelee, ja siihen vaikuttaa myös perimä.

Lihavuus lisää riskiä sairastua muun muassa tyyppin 2 diabetekseen, sydän- ja veri-suonitauteihin, moniin syöpiin, masennukseen, uniapneaan, dementiaan sekä tuki- ja liikuntaelinsairauksiin. Lihavuus vähentää myös ikääntyvien toimintakykyä ja vähen-tää terveitä elinvuosia. Erityisesti vyötärölihavuus ja nuorella iällä alkanut lihavuus li-säävät sairastumisen riskiä. Vyötärölihavuus on terveydelle haitallisempaa, koska vat-saonteloon kertyvä rasva on aineenvaihdunnallisesti aktiivisempaa kuin lantiolle ja reisiin kertyvä rasva. Lihavuus on yleistynyt Suomessa vuosikymmenten ajan, mut-

ta 2000-luvun alkupuolella kehitys hidastui tai jopa tasaantui. FinTerveys 2017 -tutkimuksen mukaan lihavuus oli kuitenkin jälleen lisääntynyt vuodesta 2011 vuoteen 2017 (Lundqvist ym. 2018).

MENETELMÄT

Roosa-tutkimuksen terveystarkastuksessa pituus mitattiin Seca 217 -pituusmitalla ja paino Seca 878 -digitaalivaa'alla kevyessä vaatetuksessa ilman kenkiä. Painoindeksi (BMI, kg/m^2) laskettiin jakamalla paino (kg) pituuden (m) neliöllä. Esimerkiksi 75 kg painavan ja 170 cm (=1,7 m) pitkän henkilön painoindeksi on $26,0 \text{ kg}/\text{m}^2$ ($75 / (1,7 \cdot 1,7)$). Ylipainon rajaksi on kansainvälisesti sovittu painoindeksin arvo $25 \text{ kg}/\text{m}^2$ ja lihavuuden rajaksi $30 \text{ kg}/\text{m}^2$ (WHO 2004). Vyötärön ympäryys mitattiin paljaalta iholta suoliluun harjanteen ja alimman kylkiluun puolivälistä kevyen uloshengityksen aikana tutkittavan seistessä. Osalla tutkittavista oli mittauksen aikana ohut aluspaita. Miesten vyötärölihavuuden rajaksi on määritelty 100 cm ja naisten 90 cm (Duo-decim 2013). Analyyseista poistettiin muutama tutkittava, joilla oli mittaustilanteessa yllään romanipuku tai muu painava päällysvaate sekä naiset, joiden raskaus oli edennyt yli 20. viikon.

Roosa-tutkimuksen haastattelussa kysyttiin tutkittavan omaa käsitystä painostaan. Vastausvaihtoehtoina esitettiin: pidän itseäni liian laihana; hieman liian laihana; sopivan kokoisena; hieman ylipainoisena; tai liian lihavana. Lisäksi tutkittavilta kysyttiin, ovatko he milloinkaan vakavasti yrittäneet laihduttaa. Tutkittavilla oli mahdollisuus valita itseään parhaiten kuvaava vaihtoehto: en ole koskaan yrittänyt laihduttaa; olen yrittänyt laihduttaa 1-2 kertaa; 5-6 kertaa; tai 6 kertaa tai enemmän.

TULOKSET

Roosa-tutkimukseen osallistuneiden miesten keskimääräinen painoindeksi oli $31,8 \text{ kg}/\text{m}^2$ ja naisten $32,8 \text{ kg}/\text{m}^2$. Miesten keskimääräinen paino oli 96 kg ja pituus 174 cm, kun naisten vastaavat lukemat olivat 84 kg ja 161 cm. Normaalipainoisia miehiä ja naisia oli alle 20 prosenttia (taulukko 4.4.1). Yli 10 prosentilla tutkittavista painoindeksi oli vähintään $40 \text{ kg}/\text{m}^2$.

Kaksi kolmasosaa miehistä (60 %) ja naisista (65 %) oli lihavia ($\text{BMI} \geq 30$) (taulukko 4.4.2). Vähintään 55-vuotiaiden ikäryhmässä lihavia miehiä oli 10 ja naisia 20 prosenttiyksikköä enemmän kuin nuorimmassa alle 30-vuotiaiden ikäryhmässä. Kolme neljästä miehestä (74 %) ja yli puolet naisista (56 %) oli vyötärölihavia. Vähintään 55-vuotiaiden ikäryhmässä vyötärölihavia oli eniten.

Taulukko 4.4.1**Painoindeksin jakauma, miehet ja naiset, %.**

Painoindeksi (kg/m ²)	Miehet(n = 100)	Naiset (n = 134)
< 25	12	17
25,0-29,9	30	21
30,0-34,9	37	26
35,0-39,9	11	22
≥ 40	10	14

Taulukko 4.4.2**Lihavien osuus, ikäryhmittäin, miehet ja naiset, %.**

	Miehet (n = 100—101)				Naiset (n = 134—149)			
	18–29	30–54	55+	kaikki	18–29	30–54	55+	kaikki
Lihavat (BMI ≥30)	52	62	62	60	51	62	72	65
Vyötärö- lihavat (miehet yli 100 cm, naiset yli 90 cm)	62	74	78	74	43	50	67	56

Joka toinen tutkimukseen osallistuneista miehistä ja joka neljäs naisista piti itseään sopivan painoisena tai liian laihana (taulukko 4.4.3). Noin kolmannes osallistuneista koki itsensä hieman ylipainoiseksi. Miehistä itsensä lihavaksi kokivat joka neljäs ja naisista joka kolmas. Noin 40 prosenttia miehistä ja 30 prosenttia naisista ei ollut vakavasti laihduttanut kertaakaan elämänsä aikana (taulukko 4.4.4). Vähintään kolme kertaa laihduttaneita oli kolmannes miehistä ja lähes puolet naisista.

Taulukko 4.4.3**Oma käsitys painosta, ikäryhmittäin, miehet ja naiset, %.**

	Miehet (n = 88 ¹)				Naiset (n = 150 ¹)			
	18–29	30–54	55+	kaikki	18–29	30–54	55+	kaikki
Liian laiha tai sopiva paino	61	43	43	46	24	16	35	26
Hieman ylipainoinen	26	39	19	29	28	40	37	36
Lihava	13	19	38	25	48	44	28	38

¹ Havaintomäärän pieniä johtuu siitä, että kysymys on esitetty vain laajalla lomakkeella.**Taulukko 4.4.4****Vakavat laihdutusyritykset elämän aikana, miehet ja naiset, %.**

	Miehet (n = 88 ¹)	Naiset (n = 150 ¹)
Ei koskaan	44	32
1-2 kertaa	19	22
3-5 kertaa	17	17
6 kertaa tai useammin	20	29

¹ Havaintomäärän pieniä johtuu siitä, että kysymys on esitetty vain laajalla lomakkeella.**TULOSTEN VERTAILU KOKO VÄESTÖÖN JA YHTEENVETO**

Lihavuus on yksi suurimmista kansanterveyteen liittyvistä haasteista Suomessa. Lihavuus lisää sairastumisen riskiä sekä aiheuttaa merkittäviä haittoja työ- ja toimintakyvyssä. Roosa-tutkimukseen osallistuneilla ylipaino ja lihavuus olivat vieläkin yleisempiä kuin koko väestössä, jossa 30 vuotta täyttäneistä miehistä kolme neljäsosaa ja naisista kaksi kolmasosaa oli ylipainoisia (Lundqvist ym. 2018). Lihavia oli koko väestöstä noin neljännes 30 vuotta täyttäneistä. Terveydelle haitallisempaa vyötärölihavuutta esiintyi Roosa-tutkimukseen osallistuneista kolmella neljästä miehestä ja yli puolella naisista kun koko väestössä lähes joka toinen 30 vuotta täyttänyt oli vyötärölihava (Lundqvist ym. 2018). Vain puolet lihavista Roosa-tutkimukseen osallistuneista pitivät itseään lihavana. Lihavuuden yleisyyteen Roosa-tutkimukseen osallistuneilla voivat vaikuttaa paitsi elintavat (mm. suosituksista poikkeavat ruokatottumukset ja liikunnan vähäisyys), myös tutkittavien valikoituminen. Lihavuuden yhteyttä Roosa-tutkimukseen osallistuneilla todettujen pitkäaikaisten sairauksien yleisyyteen pitäisi myös selvittää tarkemmin.

Painon nousun ehkäisy on helpompaa kuin laihduttaminen ja laihdutustuloksen ylläpito. Painonhallinnan keskeisiä tekijöitä ovat terveellinen ruokavalio (enemmän kasviksia, hedelmiä, marjoja ja täysjyväviljavalmisteita), säännöllinen ateriarytmi, kohtuulliset annoskoot sekä aktiivinen elämäntapa. Ylimääräiset kilot on sitä helpompi karistaa, mitä aikaisemmin niihin tartutaan. Jo 5–10 prosentin pysyvällä painonpudotuksella saavutetaan terveyshyötyjä (Duodecim 2013).

Lihavuuden ehkäisyssä vastuu on sekä yksilöillä, terveydenhuollolla että yhteiskunnalla. Onnistuneet ehkäisytöimet vaativat laajaa yhteiskunnan eri toimijoiden yhteistyötä. Terveydenhuollon tehtävä on tunnistaa lihavuuden kannalta henkilöt, jotka tulisi ohjata ehkäisyyn tai hoitotoimien piiriin sekä seurata yksilöiden painon kehitystä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos koordinoi kansallista lihavuusohjelmaa, joka on toimintasuunnitelmassaan koonnut koko väestöä, eri-ikäisiä ja eri toimijoita koskevat tavoitteet lihavuuden ehkäisemiseksi ja ehdotuksia käytännön toimista painotavoitteiden saavuttamiseksi (Kansallisen lihavuusohjelman ohjelmaryhmä 2013). Näiden tavoitteiden sovellettavuutta romaniyhteisöissä pitäisi selvittää.

Roosa-hankkeen työpajoissa esitettiin, että toimeentulovaikkeudet ohjaavat ostamaan epäterveellistä ruokaa, mikä aiheuttaa lihomista. Työpajoihin osallistuneet arvioivat, että romaniväestössäkin kiinnitetään nykyisin aiempaa enemmän huomiota terveyteen, mutta ei vielä tarvittavissa määrin. Painon hallinnassa keskusteltaessa olisi kiinnitettävä huomioitava myös perheen liikunta- ja ruokatottumusten vaikutukseen lasten terveyteen.

4.5 Infektiotaudit

Kirsi Liitsola ja Hanna Nohynek

Infektiotauteja aiheuttavat erilaiset mikrobit, kuten bakteerit ja virukset. Ne voivat tarttua henkilöstä toiseen esimerkiksi kosketuksen, pisaroiden, saastuneen ruoan tai juoman välityksellä. Infektiotauteja voidaan ehkäistä rokotuksin ja tartuntoja voidaan ehkäistä esimerkiksi hyvällä käsi- ja yskimishygienialla. Torjuntatoimista huolimatta infektioaudit aiheuttavat edelleen paljon sairastavuutta ja sairauspoissaoloja sekä kustannuksia terveydenhuollolle ja yhteiskunnalle.

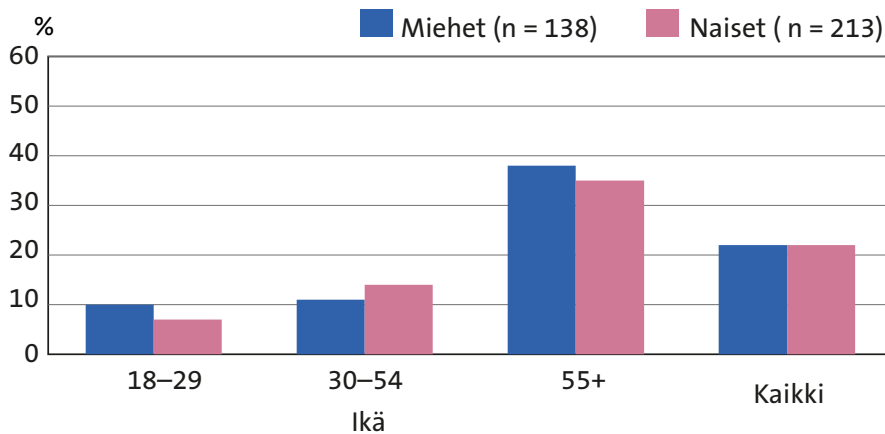
Antibioottien käyttö on Suomessa yleistä ja tavallisimmin niitä käytetään hengitystieinfektioiden hoitoon (Liitsola ym. 2018). Antibioottien liiallisen käytön vaarana on antibioottien tehon menetykselle vastustuskykyisten bakteerikantojen kehittymisen myötä. Antibioottien käytön määrä on vähentynyt 2010-luvulla Suomessa, mutta edelleen meillä käytetään antibiootteja enemmän ja käytetyt antibiootit ovat laajakirjoisempia kuin Ruotsissa tai Norjassa.

MENETELMÄT

Rokotuksista ja antibioottien käytöstä kysyttiin haastattelussa tai tutkittavat vastasivat näitä koskeviin kysymyksiin itse täyttämillään lomakkeilla. Antibioottien käyttöä kysyttiin muiden lääkkeiden käytön yhteydessä ”Milloin viimeksi olette käyttänyt seuraavia lääkkeitä?”. Vastausvaihtoehdot olivat viimeisen viikon aikana, 1-4 viikkoa sitten, 1-12 kuukautta sitten, yli vuosi sitten ja en koskaan. Tässä raportissa esitetään niiden osuus jotka olivat käyttäneet antibiootteja 12 viime kuukauden aikana. Influenssarokotuskattavuutta selvitettiin kysymällä, oliko henkilö saanut influenssarokotteen 12 viime kuukauden aikana - tutkimus tehtiin tammikuun 2017 ja elokuun 2018 välisenä aikana. Lasten rokottamista selvitettiin kysymällä, oliko vastaaja koskaan kieltäytynyt lapselleen neuvolassa tarjotusta rokotteesta. Käsitteitä rokotteiden hyödyistä ja haitoista selvitettiin kuudella väittämämuotoisella kysymyksellä, joita ei ole käytetty aiemmin laajoissa koko väestön terveystutkimuksissa. Antibioottien käyttöä koskeva kysymys sekä kysymykset lasten rokotuksista ja rokotuksia koskevista käsitteistä sisältyivät vain pidempään lomakkeeseen.

TULOKSET

Roosa-tutkimukseen osallistuneista hieman yli viidesosa oli saanut influenssarokotuksen edeltävän 12 kuukauden aikana (kuvio 4.5.1). Rokotusten ottaminen yleistyi iän myötä. Miehistä 12 prosenttia ja naisista 8 prosenttia vastasi kieltäytyneensä joskus lapselleen neuvolassa tarjotusta rokotteesta (taulukko 4.5.1).



Kuvio 4.5.1

Influenssarokotteen 12 viime kuukauden aikana saaneiden osuus, ikäryhmittäin, miehet ja naiset, %.

Taulukko 4.5.1

Lapselle neuvolassa tarjotusta rokotteesta kieltäytyneiden osuus, ikäryhmittäin, miehet ja naiset, %.

	Miehet (n = 115—138)				Naiset (n = 185—213)			
	18–29	30–54	55+	kaikki	18–29	30–54	55+	kaikki
Lasten rokottamisesta kieltäytyneiden osuus %	29	18	1	12	9	14	1	8

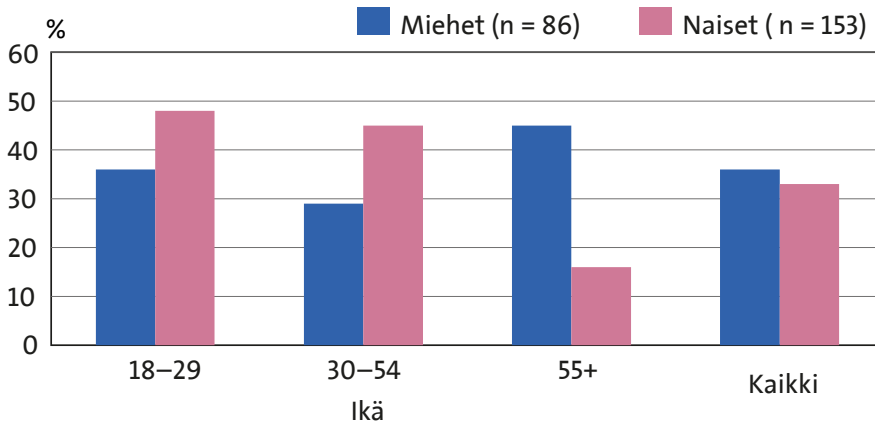
Enemmistö Roosa-tutkimukseen osallistuneista (naisista 74 % ja miehistä 73 %) oli sitä mieltä, että rokotteet ovat välttämättömiä terveyden suojelemiseksi (taulukko 4.5.2). Kaksi kolmesta piti rokotteita turvallisina. Kaksi kolmesta oli myös sitä mieltä, että rokottamatta jättäminen voi aiheuttaa oman ja muiden sairastumisen. Vain hieman yli puolet (naisista 57 % ja miehistä 58 %) osallistuneista koki saaneensa riittävästi tietoa rokotteista terveyskeskuksessa tai neuvolassa. Yli puolet sekä naisista (54 %) että miehistä (61 %) katsoi, että neuvolassa annettavien rokotteiden tulisi olla kaikille pakollisia. Enemmistö sekä naisista (78 %) että miehistä (63 %) oli sitä mieltä, että heidän perheensä ja yhteisönsä suhtautuvat myönteisesti rokotuksiin.

Taulukko 4.5.2

Käsityksiä rokotteiden hyödyistä ja haitoista, täysin tai jokseenkin samaa mieltä olevien osuus, miehet ja naiset, %.

	Miehet (n = 84—86)	Naiset (n = 147—151)
Rokotteet ovat välttämättömiä terveyden suojelemiseksi	73	74
Rokotteet ovat turvallisina	63	66
Rokottamatta jättäminen voi aiheuttaa oman ja muiden sairastumisen	63	67
Olen saanut riittävästi tietoa rokotteista terveyskeskuksessa tai neuvolassa	58	57
Neuvolassa annettavien rokotteiden tulisi olla kaikille pakollisia	54	61
Perheeni ja yhteisöni suhtautuvat myönteisesti rokotuksiin	63	78

Noin joka kolmas Roosa-tutkimukseen osallistuneista oli käyttänyt antibiootteja tutkimusta edeltäneiden 12 kuukauden aikana (kuvio 4.5.2). Miesten ja naisten välillä ei ollut merkittävää eroa.



Kuvio 4.5.2

Antibioottien käytön yleisyys 12 viime kuukauden aikana, ikäryhmittäin, miehet ja naiset, %.

TULOSTEN VERTAILU KOKO VÄESTÖÖN JA YHTEENVETO

Suomessa influenssan riskiryhmien (<https://thl.fi/en/web/rokottaminen/rokotteet/kausi-influenssarokote>), joihin kuuluvat muun muassa kaikki 65 vuotta täyttäneet, rokotuskattavuus jää merkittävästi alle Euroopan neuvoston suositteleman 75 prosentin (Liitsola ym. 2018). FinTerveys 2017 -tutkimuksessa influenssarokotuskattavuus oli 30 vuotta täyttäneillä miehillä 36 prosenttia ja naisilla 41 prosenttia (Liitsola ym. 2018) ja FinSote-tutkimuksessa 20 vuotta täyttäneillä miehillä 32 prosenttia ja naisilla 40 prosenttia (Pentala-Nikulainen ym. 2018). Roosa-tutkimukseen osallistuneilla influenssarokotuskattavuus oli koko väestöä alhaisempi, vaikka heillä oli enemmän pitkäaikais-sairauksia kuten astmaa, joiden perusteella he kuuluvat influenssan riskiryhmiin ja maksuttoman rokotuksen piiriin. Pienten vastaajamäärien vuoksi rokotuskattavuutta ei kuitenkaan voida tässä tutkimuksessa raportoida eriteltyinä ikääntyneisiin tai muihin riskiryhmiin. Antibioottien käyttö edeltävien 12 kuukauden aikana oli Roosa-tutkimukseen osallistuneilla hieman harvinaisempaa kuin koko väestössä (Liitsola ym. 2018), mikä voi liittyä muun muassa eroihin palvelujen käytössä.

Työpajoissa oltiin sitä mieltä, että lapsille annetaan yleisesti kaikki rokotusohjelmaan kuuluvat rokotukset ja lapsiperheissä tiedetään erilaisista rokotuksista. Sen sijaan monilla on tietämättömyyttä rokotuksien ehkäistävien tautien aiheuttamista jälkitaudeista ja siitä, ketkä ovat oikeutettuja saamaan kansallisen ohjelman aikuisten

rokotuksia. Kaikki eivät esimerkiksi tiedä, että influenssan riskiryhmiin kuuluvilla ja heidän lähipiirillään on mahdollisuus saada influenssarokotus ilmaiseksi (<https://thl.fi/en/web/rokottaminen/rokotteet/kausi-influenssarokote>). Rokotteisiin liittyvää tiedottamista tarvittaisiin lisää. Yleisesti oli tiedossa, että käsienspesu on hyvä keino ehkäistä tautien tarttumista.

Roosa-tutkimuksen tulokset osoittavat, että rokotusohjelman toteutumista ja rokotuksiin liittyviä käsityksiä tulisi selvittää tarkemmin romaniväestössä. Rokotusrekisterin tietojen perusteella on mahdollista seurata rokotuskattavuutta vanhempien syntymämaan perusteella, mutta ei etnisen ryhmän perusteella. Roosa-tutkimuksen tulokset tuovat uutta tietoa romaniväestön influenssarokotuskattavuudesta, lasten rokotamisesta ja rokotamiseen liittyvistä käsityksistä. Tutkimus osoittaa tarpeen lisätä romaniväestön tietoisuutta kansallisen rokotusohjelman maksuttomista rokotuksista ja niiden hyödyistä.

4.6 Suun terveys

Liisa Suominen ja Eero Raittio

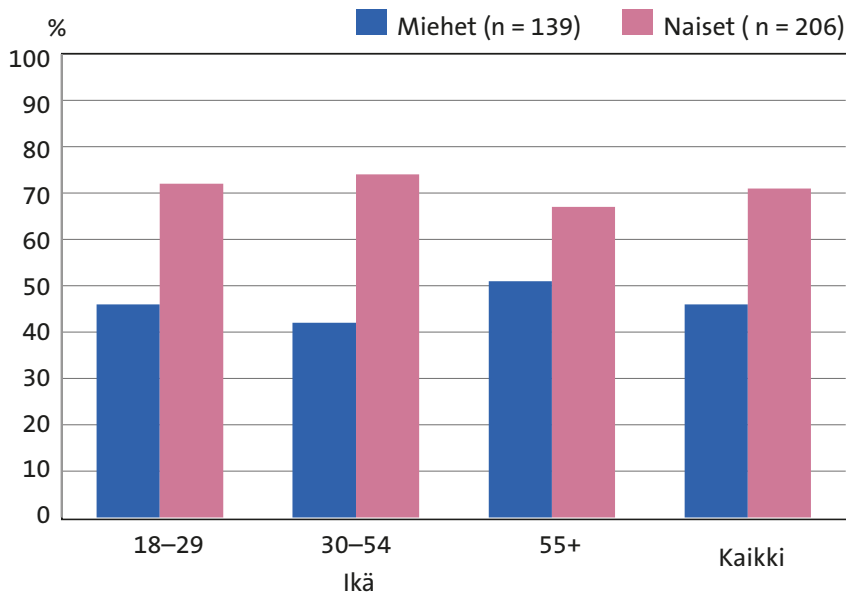
Huolellisella suun omahoidolla on suuri merkitys suun sairauksien ehkäisyssä (Duodecim 2014; Duodecim 2016b). Suun terveyteen liittyvien oireiden ja vaivojen perusteella voidaan arvioida vastaajan hoidon tarvetta. Näitä väestötason tietoja tarvitaan terveyden edistämistä ja palvelujen järjestämistä varten. (Suominen & Raittio 2018.)

MENETELMÄT

Tässä luvussa kuvataan haastattelu- ja kyselylomakkeeseen perustuvia tietoja hampaiden harjaustiheydestä sekä suun terveyteen liittyvistä oireista ja vaivoista. Tutkittavilta kysyttiin, kuinka usein he harjaavat hampaansa, ja tässä raportoidaan niiden osuus, jotka ilmoittivat harjaavansa hampaansa suosituksen mukaisesti eli vähintään kahdesti päivässä. Lisäksi pidempään lomakkeeseen vastanneilta kysyttiin myös, oliko heillä ollut 1) hammassärkyä tai 2) muita hampaisiin tai hammasproteeseihin liittyviä vaivoja viimeksi kuluneen kuukauden (30 pv) aikana. Vastausvaihtoehdot olivat päivittäin, harvemmin kuin päivittäin ja ei lainkaan.

TULOKSET

Alle puolet Roosa-tutkimukseen osallistuneista miehistä ja 71 prosenttia naisista kertoi harjaavansa hampaansa vähintään kahdesti päivässä (kuvio 4.6.1). Ikäryhmien välillä ei ollut merkitseviä eroja hampaiden harjauksessa.



Kuvio 4.6.1

Hampaansa kahdesti tai useammin päivässä harjaavien osuus, ikäryhmittäin, miehet ja naiset, %.

Roosa-tutkimukseen osallistuneista miehistä hieman yli joka neljäs ja naisista joka viides oli kokenut hammassärkyä viimeksi kuluneen kuukauden aikana (taulukko 4.6.1). Muut hampaisiin tai hammasproteeseihin liittyvät vaivat olivat puolestaan yleisempiä naisilla (26 %) kuin miehillä (15 %).

Taulukko 4.6.1

Suun terveyteen liittyviä oireita ja vaivoja viimeksi kuluneen kuukauden (30 pv) aikana kokeneiden osuus, ikäryhmittäin, miehet ja naiset, %.

	Miehet (n = 87 ¹)				Naiset (n = 158 ¹)			
	18–29	30–54	55+	kaikki	18–29	30–54	55+	kaikki
Hammassärkyä	38	23	29	28	22	28	12	20
Muita hampaisiin tai hammasproteeseihin liittyviä vaivoja	16	19	9	15	16	13	42	26

¹ Havaintomäärän pienuus johtuu siitä, että kysymys on esitetty vain laajalla lomakkeella.

TULOSTEN VERTAILU KOKO VÄESTÖÖN JA YHTEENVETO

Suunterveyden kulmakivinä pidetään huolellista suun omahoitoa sekä säännöllistä suun terveydenhuollon palvelujen käyttöä (Suominen & Raittio 2018, ks. suun terveydenhuollon palvelujen käytöstä tämän raportin luvussa 4.6). Myönteinen kehitys vähintään kahdesti päivässä hampaansa harjaavien osuudessa oli pysähtynyt koko väestössä verrattaessa FinTerveys 2017 -tutkimuksen tuloksia vuoden 2011 tilanteeseen. Koko väestöön verrattuna Roosa tutkimukseen osallistuneista miehistä (46 % vs. 53 %) ja naisista (71 % vs. 80 %) hieman pienempi osuus harjasi hampaitaan kahdesti päivässä. Roosa-tutkimukseen osallistuneiden erot koko väestöön ovat samansuuntaisia sekä FinTerveys että FinSote-tutkimuksiin verrattuna. Näihin eroihin vaikuttaa mahdollisesti sekä osallistuneiden erilainen koulutustausta että Roosa-tutkimukseen osallistuneiden valikoituminen. Roosa-tutkimukseen osallistuneilla myös hammas särky ja muut hampaisiin tai hammasproteeseihin liittyvät vaivat olivat suhteellisen yleisiä. Tässä vertailua koko väestöön hankaloittaa myös kysymysten erilaisuus.

4.7 Perheiden terveys

Päivikki Koponen, Reija Klemetti, Satu Jokela, Mika Gissler ja Kirsi Liitsola

Romaniyhteisössä on perinteisesti arvostettu lapsia. Romanit ovat yleensä itsenäistyneet perheellistymällä varhain ja lapset on hankittu suhteellisen nuorina. Suomessa naiset ovat kuitenkin jo pitkään saaneet yhä vähemmän lapsia (SVT 2018). Lasten saamiseen liittyvät tapahtumat ja käytännöt vaikuttavat monilla tavoin naisten terveyteen. Aiemmat tutkimukset ovat osoittaneet lasten hankintaan liittyvien tapahtumien olevan yhteydessä moniin muihin terveysongelmiin, kuten naisten ylipainoon, sydän- ja verenkiertoelinten sairauksiin sekä diabetekseen (Kharazmi ym. 2007; Luoto ym. 2008; Haukkamaa ym. 2009; Marchi ym. 2015). Tutkimuksissa on osoitettu myös selvä yhteys henkisen hyvinvoinnin ja lasten odotukseen tai saamiseen liittyvien kokemusten välillä (Klemetti ym. 2010; Toffol ym. 2011). Imetyksen on todettu olevan yksi tehokkaimmista ja vaikuttavimmista keinoista edistää lasten ja äitien terveyttä (Hakulinen ym. 2017). Imetys esimerkiksi suojaa lasta infektiolta ja äitiä myöhemmältä rintasyövältä. Lapsiperheiden ruokasuositusten sekä kansallisten imetyssuositusten mukaan täysimetystä suositellaan 4-6 kuukauden ikään ja osittaista imetystä suositellaan jatkamaan kiinteiden lisäruokien ohella vähintään 12 kuukauden ikään (Syödään yhdessä 2016; Hakulinen ym. 2017).

MENETELMÄT

Ehkäisymenetelmien käytöstä, imetyksestä ja lapsettomuuskokemuksista ja keskeytyksistä kysyttiin Roosa-tutkimuksessa vain laajassa lomakkeessa. Muut lasten hankintaan liittyvät kysymykset esitettiin kaikille naisille haastatteluissa tai naiset vastasivat näihin itse täyttämillään lomakkeilla.

TULOKSET

Kolmannes Roosa-tutkimukseen osallistuneista 18–54-vuotiaista naisista kertoi, ettei heillä ole tarvetta käyttää ehkäisyä ja yli joka kymmenes kertoi, ettei halua käyttää ehkäisyä. Muutamat olivat käyttäneet vuoden aikana useita ehkäisymenetelmiä, joista kierukka oli yleisin. Roosa-tutkimukseen osallistuneista naisista 74 prosenttia oli saanut ainakin yhden lapsen ja ensimmäinen lapsi oli saatu keskimäärin 20,5-vuotiaana. Vähintään yhden lapsen saaneilla 18–29-vuotiailla naisilla oli keskimäärin kaksi lasta (keskiarvo 2,2), 30–54-vuotiaat olivat saaneet lapsia hieman enemmän (keskiarvo 2,7). Tutkimukseen osallistuneista naisista noin puolella oli myös tutkimushetkellä ainakin yksi alaikäinen, alle 18-vuotias lapsi kotitaloudessaan. Lähes joka kolmas tutkimukseen osallistunut nainen oli kokenut ainakin yhden keskenmenon ja merkittäväällä osalla oli useampia keskenmenoja (keskiarvo 1,6 vähintään yhden keskenmenon kokeneilla). Niiden naisten osuus, jotka olivat kokeneet yhden tai useamman keskeytyksen oli huolestuttavan suuri. Tahattoman lapsettomuuden kokemus oli joka viidennellä naisella. Lapsen saaneista naisista monet kertoivat, etteivät he ole koskaan imettäneet lasta. Useimmat imettäneet naiset kertoivat imetyksen kestäneen selvästi alle suositellun ajan.

TULOSTEN VERTAILU KOKO VÄESTÖÖN JA YHTEENVETO

Yleisimpien ehkäisymenetelmien käyttö oli Roosa-tutkimukseen osallistuneilla lähes yhtä yleistä kuin koko väestössä (Klemetti ym. 2018). Keskenmenot ja tahattoman lapsettomuuden kokemus olivat Roosa-tutkimukseen osallistuneilla naisilla yleisempiä kuin koko väestössä. Tutkimustulokset antavat viitteitä siitä, että lasten hankintaan liittyvistä ongelmista tarvitaan romaniyhteisöissä lisää kulttuurisensitiivistä keskustelua. Tarvitaan myös romaninaisia osallistavaa naisten ja perheiden terveyttä koskevien palvelujen ja tukitoimien kehittämistä. Työpajoissa esitettiin, että ehkäisystä pitäisi puhua kouluissa nuoresta asti sekä tytöille että pojille, koska asiasta ei useinkaan puhuta kotona. Nuorilla voi olla myös vaikeuksia hankkia ehkäisyvälineitä koska niihin ei ole varaa eikä rahaa voi tähän tarkoitukseen pyytää vanhemmilta. Joidenkin kuntien tarjoamaa ilmaista ehkäisyä nuorille pidettiin hyvänä käytäntönä.

Täysin vertailukelpoisia tietoja imetyksestä ei ole käytettävissä muista väestötutkimuksista. Tulokset antavat kuitenkin viitteitä siitä, että Roosa-tutkimukseen osallistuneet naiset olivat imettäneet lapsiaan selvästi harvemmin kuin suomalaiset naiset keskimäärin. Lisäksi Roosa-tutkimukseen osallistuneilla imetys oli jäänyt myös keskimääräistä lyhyemmäksi. Kansallisen imetyksen edistämisen toimintaohjelman (Hakulinen ym. 2018) osatavoitteina vuosille 2018-2022 on muun muassa parantaa äitien ja perheiden valmiuksia ja mahdollisuuksia imettää lastaan toivomustensa mukaisesti, pidentää imetyksen ja täysimetyksen kestoa Suomessa. Lisäksi tavoitteena on lisätä väestön tietoa imetyksen terveyshyödyistä ja tavoista edistää imetystä sekä edistää myönteistä suhtautumista imetykseen, jota suositellaan jatkettavan 6-12 kuukautta. Näiden tavoitteiden toteutumista pitäisi erityisesti edistää romaniyhteisössä, jossa on viime vuosikymmenet suhtauduttu melko kielteisesti imetykseen.

4.8. Henkinen hyvinvointi

Anu Castaneda, Kaaren Erhola ja Riikka Lämsä

Henkinen hyvinvointi on yksi keskeisimmistä kokonaisvaltaiseen hyvinvointiin, toimintakykyyn ja fyysiseenkin terveyteen vaikuttavista tekijöistä. Henkisellä hyvinvoinnilla tarkoitetaan tässä etenkin masennuksen ja ahdistuneisuuden oireiden kautta ilmenevää henkistä kuormaa. Luvussa kuvataan Roosa-tutkimukseen osallistuneiden naisten ja miesten kokemuksia omasta henkisestä hyvinvoinnistaan sekä lääkärin toteamia sairauksia ja lääkehoitoja. Henkiseen hyvinvointiin liittyvien palvelujen käyttöä käsitellään luvussa 7.1.

MENETELMÄT

Henkisen hyvinvoinnin tilaa selvitettiin Roosa-tutkimuksessa usealla tavalla. Henkisen pahoinvoinnin esiintyvyyttä tarkasteltiin terveystarkastuksen yhteydessä Hopkins Symptom Checklist (HSCL-25, Derogatis ym. 1974) -mittarilla. Se sisältää 25 kysymystä erilaisten masennus- ja ahdistuneisuusoireiden esiintymisestä viimeksi kuluneiden seitsemän vuorokauden aikana. Roosa-tutkimuksessa osallistujat täyttivät HSCL-lomakkeen itsenäisesti terveystarkastuksen yhteydessä tai tutkimushoitaja haastatteli kysymykset osallistujalta. Kysymyksiin vastattiin neliportaisella asteikolla: ”ei lainkaan”, ”jonkin verran”, ”melko paljon” ja ”erittäin paljon”. Analyysissä kysymyksistä muodostettiin alkuperäiseen vastausskaalaan (1–4) palautettu summapistemäärä, joka luokiteltiin kahdeksi niin, että kliinisesti merkittävien masennus- ja ahdistuneisuusoireiden leikkauspisteeksi asetettiin yli 1,75 (Nettelblad ym. 1993). Vastaavalla tavalla muodostettiin alaskaalat erikseen merkittävälle masennusoireille perustuen 15 masennusoireeseen (esim. kiinnostuksen puute lähes kaikkeen, arvottomuuden tun-

teet, toivottomuus tulevaisuuden suhteen) ja merkittävillä ahdistuneisuusoireille perustuen kymmeneen ahdistuneisuusoireeseen (esim. jännittyneisyys tai kiihtyneisyys, vapina, sydämentykytykset tai -jyskytykset). Lisäksi yksittäisistä oirekysymyksistä tarkempaan tarkasteluun valittiin ”vaikeus nukahtaa tai unen katkonaisuus” sekä ”ajatukset elämäsi lopettamisesta”, ja näistä tarkasteltiin vähintään ”jonkin verran” vastanneiden osuutta.

Henkistä kuormittuneisuutta kartoitettiin haastattelussa myös Mental Health Index (MHI-5) -kysymyssarjalla (Cuijpers ym. 2009). Siinä kartoitetaan viidellä kysymyksellä masentuneisuutta, ahdistuneisuutta ja positiivista mielialaa viimeksi kuluneiden neljän viikon aikana. Kuhunkin kysymykseen vastattiin asteikolla 1–6, ja vastausvaihtoehdot olivat: ”koko ajan”, ”suurimman osan aikaa”, ”huomattavan osan aikaa”, ”jonkin aikaa”, ”vähän aikaa” ja ”ei lainkaan”. Tässä raportissa tarkasteluun valittiin onnellisuuden kokemuksia kuvaava muuttuja (”ollut onnellinen”), ja siitä vähintään ”suurimman osan aikaa” viimeksi kuluneiden neljän viikon aikana itsensä kokeneiden osuus.

Masennusoireita arvioitiin haastattelussa lisäksi kahdella masennuksen avainoireita ja masennusjaksoja kartoittavalla kysymyksellä. Tutkittavilta kysyttiin, oliko heillä viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana ollut vähintään kahden viikon mittaista jaksoa, jolloin he olisivat suurimman osan ajasta ”olleet mieli maassa, alakuloisia tai masentuneita” sekä ”menettäneet kiinnostuksensa useimpiin asioihin, kuten harrastuksiin, työhön tai muihin asioihin, joista he ovat yleensä kokeneet mielihyvää”. Kysymykseen vastattiin ”kyllä” tai ”ei”. Tässä raportissa tarkastellaan vastaajia, jotka vastasivat molempiin kysymyksiin ”kyllä”.

Lisäksi haastattelussa kysyttiin, oliko lääkäri todennut tai hoitanut tutkittavalla masennusta tai muuta psyykkistä sairautta viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana. Kysymykseen vastattiin ”kyllä” tai ”ei”, ja niitä tarkasteltiin sekä omina kysymyksiinään, että jompaankumpaan kysymykseen ”kyllä”-vastanneiden osalta. Haastattelussa kysyttiin myös, oliko vastaaja käyttänyt uni- tai nukahtamislääkkeitä, rauhoittavia lääkkeitä tai masennuslääkkeitä ”viimeisen viikon aikana”, ”1–4 viikkoa sitten”, ”1–12 kuukautta sitten”, ”yli vuosi sitten” tai ”ei koskaan”. Tuloksia tarkasteltiin sekä erillisten kysymysten osalta että johonkin näistä kysymyksistä ”viimeisen viikon aikana”-vastanneiden osalta.

TULOKSET

Taulukossa 4.8.1 kuvataan Roosa-tutkimukseen osallistuneiden henkistä hyvinvointia erikseen miehillä ja naisilla. Miehistä 26 prosenttia ja naisista 37 prosenttia oli kokenut merkittäviä masennus- ja ahdistuneisuusoireita viimeksi kuluneiden seitsemän vuorokauden aikana. Naisten osalta ikäryhmät eivät eronneet toisistaan (kuvio 4.8.1).

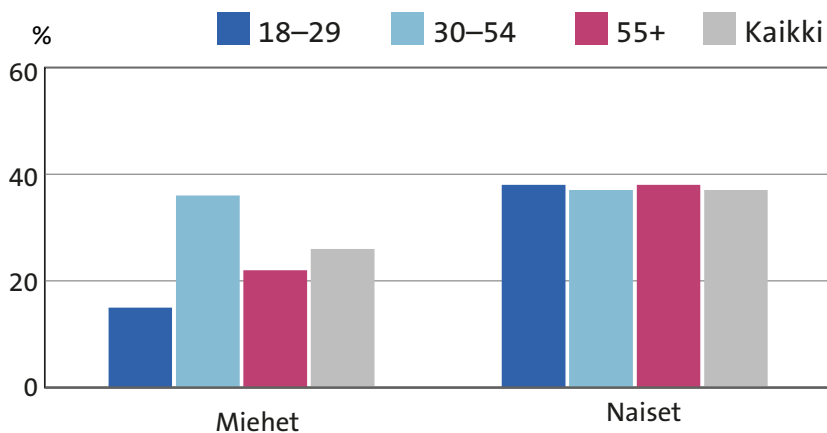
Miesten osalta ikäryhmien väliset erot olivat suurempia, vaikka eivät olleetkaan tilastollisesti merkitseviä: nuorimmassa ikäryhmässä merkittäviä masennus- ja ahdistuneisuusoireita oli 15 prosentilla, kun 30–54-vuotiailla esiintyvyys oli 36 prosenttia. Merkittäviä masennusoireita oli 27 prosentilla kaikista miehistä ja 38 prosentilla kaikista naisista. Merkittäviä ahdistuneisuusoireita oli 19 prosentilla miehistä ja 31 prosentilla naisista. 18–29-vuotiaista naisista 44 prosentilla oli merkittäviä ahdistuneisuusoireita, kun vastaava osuus oli 27–30 prosenttia yli 29-vuotiailla (kuvio 4.8.2).

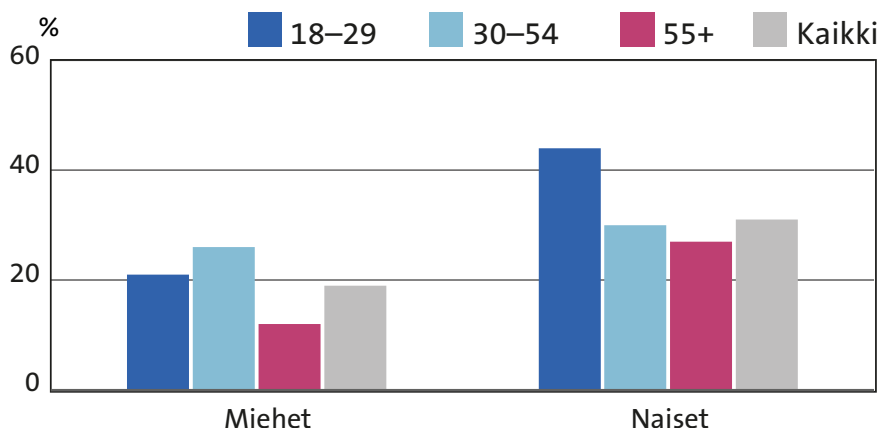
Roosa-tutkimukseen osallistuneista miehistä 58 prosentilla ja naisista 67 prosentilla oli vähintään jonkin verran vaikeuksia nukahtaa tai unen katkonaisuutta viimeksi kuluneiden seitsemän vuorokauden aikana. Kahdella prosentilla naisista ja kymmellä prosentilla miehistä oli viimeksi kuluneiden seitsemän vuorokauden aikana ollut vähintään jonkin verran ajatuksia elämänsä lopettamisesta. Valtaosa elämänsä lopettamista ajatelleista miehistä kuului vanhempiin ikäryhmiin (esim. yli 54-vuotiailla 13 %).

Viimeksi kuluneen vuoden aikana kolmannes sekä miehistä että naisista oli kokenut vähintään kahden viikon jakson, jossa esiintyi masennuksen avainoireita. Yli 54-vuotiaista naisista tällaisen jakson oli kokenut 18 prosenttia, kun nuoremmissa ikäryhmissä osuus oli 38–42 prosenttia (kuvio 4.8.3). Miehillä tilanne oli päinvastainen: nuorimmasta ikäryhmästä 20 prosenttia oli kokenut vähintään kahden viikon mittaisen masennusoirejakson, kun vanhemmilla miehillä vastaava osuus oli 33–37 prosenttia. Kuitenkin sekä miehistä että naisista suurin osa, kolme neljästä, oli kokenut viimeksi kuluneen kuukauden aikana suurimman osan ajasta itsensä onnelliseksi.

Taulukko 4.8.1**Henkisen hyvinvoinnin tila, miehet ja naiset, %.**

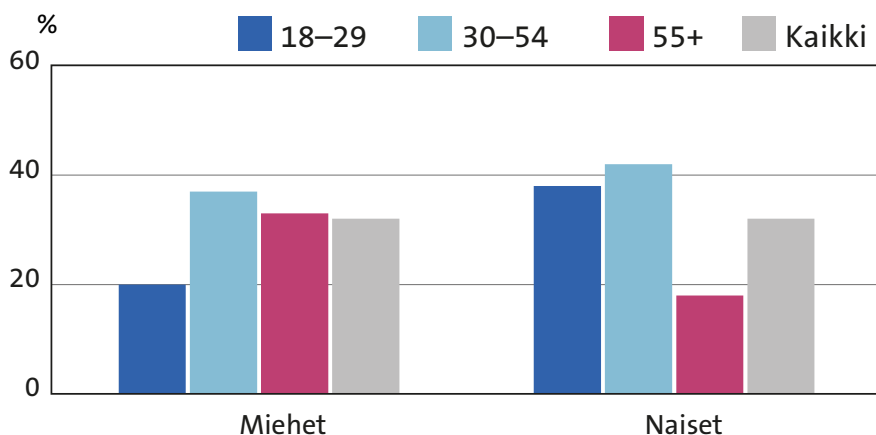
	Miehet (n = 103–135)	Naiset (n = 170–206)
Merkittäviä masennus- ja ahdistuneisuusoireita (7vrk)	26	37
Merkittäviä masennusoireita (7vrk)	27	38
Merkittäviä ahdistuneisuusoireita (7vrk)	19	31
Vähintään jonkin verran vaikeutta nukahtaa tai unen katkonaisuutta (7vrk)	58	67
Vähintään jonkin verran ajatuksia elämänsä lopettamisesta (7vrk)	10	2
Masennuksen avainoirejakso (mielialan lasku ja kiinnostuksen puute) (12kk)	32	32
Suurimman osan ajasta onnellisuutta (1kk)	74	75

**Kuvio 4.8.1****Merkittäviä masennus- ja ahdistuneisuusoireita viimeksi kuluneen viikon aikana kokeneet, ikäryhmittäin, miehet ja naiset, %.**



Kuvio 4.8.2

Merkittäviä ahdistuneisuusoireita viimeksi kuluneen viikon aikana kokeneet, ikäryhmittäin, miehet ja naiset, %.



Kuvio 4.8.3

Masennusjakson kahta keskeistä avainoiretta (mieli maassa ja kiinnostuksen menettäminen) viimeksi kuluneen vuoden aikana kokeneet, ikäryhmittäin, miehet ja naiset, %.

Roosa-tutkimukseen osallistuneista miehistä 14 ja naisista 16 prosenttia raportoiti lääkäriin toteaman tai hoitaman masennuksen viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana (taulukko 4.8.2). Muiden psyykkisten sairauksien osalta osuudet olivat vain 3–4 prosenttia. Nuorempien ikäryhmien naisilla oli lääkäriin toteamaa masennusta tai muita psyykkisiä sairauksia 12–22 prosentilla ja vanhimmalla ikäryhmällä 12 prosentilla. Uni-, masennus- tai rauhoittavia lääkkeitä oli viimeksi kuluneen viikon aikana käyttänyt 21 prosenttia miehistä ja 32 prosenttia naisista. Yleisimmin (miehet 13

% ja naiset 26 %) oli käytetty uni- ja nukahtamislääkkeitä. Rauhoittavia tai masennuslääkkeitä oli käyttänyt naisista 17 prosenttia ja miehistä 6–10 prosenttia. Naisista vanhin ikäryhmä oli käyttänyt lääkkeitä selvästi eniten, kun nuoremmilla ikäryhmillä käyttö oli selvästi vähäisempää. Uni-, masennus- tai rauhoittavaa lääkettä oli viimeksi kuluneen viikon aikana käyttänyt 46 prosenttia yli 54-vuotiaista naisista, kun vastaava osuus oli nuorimmassa ikäryhmässä vain 15. Miehillä lääkkeiden käytössä ei ollut eroja ikäryhmien välillä.

Taulukko 4.8.2

Henkiseen pahoinvointiin liittyvät lääkärin toteamat sairaudet ja lääkehoidot, miehet ja naiset, %.

	Miehet (n = 87¹–137)	Naiset (n = 151¹–210)
Lääkärin toteama masennus (12kk)	14	16
Lääkärin toteama muu psyykinen sairaus (12kk)	3	4
Lääkärin toteama masennus tai muu psyykinen sairaus (12kk)	15	17
Unilääkkeen käyttö (7vrk)	13	26
Rauhoittavan lääkkeen käyttö (7vrk)	6	17
Masennuslääkkeen käyttö (7vrk)	10	17
Uni-, masennus- tai rauhoittavan lääkkeen käyttö (7vrk)	21	32

¹ Havaintomäärän pienuus johtuu siitä, että kysymys on esitetty vain laajalla lomakkeella.

POHDINTA

Tässä luvussa tarkasteltiin Roosa-tutkimuksen löydöksiä henkisestä hyvinvoinnista. Sekä Roosa-tutkimukseen osallistuneet miehet että naiset kärsivät merkittävistä masennus- ja ahdistuneisuusoireista koko väestöä useammin. Vuosina 2011–2012 koko väestöön kohdistetussa Terveys2011-tutkimuksessa samoilla kysymyksillä mitattuja merkittäviä masennus- ja ahdistuneisuusoireita esiintyi yli 29-vuotiaista miehistä kuudella prosentilla ja naisista seitsemällä prosentilla (Koskinen ym. 2012). Roosa-tutkimukseen osallistuneilla miehillä oireilun määrä oli noin nelinkertainen ja naisilla noin viisinkertainen koko väestön osuuksiin verrattuna.

Tulokset olivat samankaltaisia myös muilla mittareilla mitattuna. Roosa-tutkimukseen osallistuneilla miehillä 14 prosentilla ja naisilla 16 prosentilla oli itse raportoituna lääkärin toteama tai hoitava masennus viimeksi kuluneen vuoden aikana. Koko Suomen väestön terveyttä ja hyvinvointia vuosina 2017–2018 selvittäneessä FinSote-tutkimuksessa vastaavat luvut olivat sekä miehillä että naisilla kahdeksan prosenttia (Pentala-Nikulainen ym. 2018). Samaisessa FinSote-tutkimuksessa kysyttiin ajatuksia elämän lopettamisesta. Kysymys ei ole täysin vertailukelpoinen Roosa-tutkimuksen kysymyksen kanssa, koska kysymys oli hieman erimuotoinen ja aikaväli selvästi pidempi (viimeksi kulunut vuosi), kun Roosa-tutkimuksessa ajanjaksona oli viimeksi kulunut viikko. Kuitenkin huolestuttavaa on, että kun FinSote-tutkimuksen mukaan 2–3 prosentilla yli 54-vuotiaista miehistä oli viimeksi kuluneen vuoden aikana ollut ajatuksia elämänsä lopettamisesta (Pentala-Nikulainen ym. 2018), niin Roosa-tutkimuksen osallistujilla ainakin jonkin verran ajatuksia elämänsä lopettamisesta oli noin neljä kertaa enemmän hyvin lyhyellä, viikon, aikavälillä.

Vuonna 2017 toteutetun FinTerveys-tutkimuksen mukaan koko väestön miehistä 12 prosenttia ja naisista 14 prosenttia oli kokenut viimeksi kuluneen vuoden aikana masennusjakson molempia avainoireita (mieli maassa ja mielenkiinnon väheneminen) (Koponen ym. 2018). Roosa-tutkimuksessa vastaavat luvut olivat 32 prosenttia sekä miehillä että naisilla. FinTerveys-tutkimuksen mukaan lääkärin toteama tai hoitava masennus oli viimeksi kuluneen vuoden aikana ollut kuudella prosentilla miehistä ja kahdeksalla prosentilla naisista (Koponen ym. 2018). Roosa-tutkimukseen osallistuneilla todettu tai hoidettu masennus oli sekä miehillä että naisilla noin kaksi kertaa yleisempi. Masennuslääkkeitä oli FinTerveys-tutkimukseen osallistuneista käyttänyt viimeksi kuluneen vuoden aikana miehistä kuusi prosenttia ja naisista kahdeksan prosenttia ja joskus aikaisemmin miehistä seitsemän prosenttia ja naisista kymmenen prosenttia. Roosa-tutkimuksessa masennuslääkkeitä oli käyttänyt viimeksi kuluneen viikon aikana 10 prosenttia miehistä ja 17 prosenttia naisista. Jotakin tutkituista mielen hyvinvointiin liittyvistä lääkkeistä oli viimeksi kuluneen viikon aikana käyttänyt 21 prosenttia Roosa-tutkimukseen osallistuneista miehistä ja 32 prosenttia naisista. Masennuksen ja lääkkeiden käytön yleisyys voivat kertoa paitsi hyvästä palvelujen saataavuudesta, myös sen suuresta tarpeesta.

Roosa-tutkimuksen tuloksia tulkitsevista työpajoissa keskusteltiin henkisen pahoinvoinnin esiintyvyydestä ja syistä. Syiden nähtiin olevan eri-ikäisillä erilaisia: vanhemmalla ikäpolvella on vaikeita muistoja ja pelkoja vainoista, keski-ikäisillä ja sitä vanhemmilla miehillä on puutetta mielekkästä tekemisestä ja naisilla taas huolia arjen vastuista. Myös huoli läheisten hyvinvoinnista aiheutti ahdinkoa. Työpajoissa keskusteltiin paljon nuorten aikuisten vaikeudesta löytää paikkansa yhtä aikaa sekä romaninyhteisössä että muualla yhteiskunnassa. Myös koetun syrjinnän nähtiin aiheuttavan henkistä pahoinvointia. Keskustelussa tunnistettiin, että henkisen hyvinvoinnin vai-

keudet ja päihdeongelmat liittyvät usein yhteen, samoin kuin lääkkeiden väärinkäyttö. Molemmat voivat olla niin henkiseen hyvinvointiin liittyvien vaikeuksien syy kuin seurauskin. Oireiden yleisyyden arveltiin johtuvan osittain myös siitä, että henkisen hyvinvoinnin ammattilaisten palveluihin hakeudutaan pääväestöä harvemmin, jolloin vaikeuksiin ei saada apua ja ne pitkittyvät. Apua haetaan ja saadaan jossain määrin esimerkiksi uskonnollisissa yhteisöissä. Työpajoissa mietittiin, että asioita voitaisiin parantaa muun muassa panostamalla tuleviin sukupolviin eli vaikuttamalla esimerkiksi lasten koulunkäyntiin ja harrastusmahdollisuuksiin sekä nuorten aikuisten opiskelu- ja työmahdollisuuksiin. Yleisesti ajateltiin, että työssäkäynti tasoittaa parhaiten hyvinvointieroja. Esiin tulivat myös matalan kynnyksen palvelupisteiden tärkeys sekä hankke- ja perhetyön merkitykset ja mahdollisuudet.

Yhteenvedona voi todeta, että henkinen huonovointisuus on Roosa-tutkimukseen osallistuneiden romanien keskuudessa selvästi yleisempää kuin koko väestössä. Se kasautuu ahdistuneisuuden osalta erityisesti nuorempien ikäluokkien naisille ja masennuksen osalta erityisesti vanhempien ikäluokkien miehille. Nuorten naisten osalta tilanne on erityisen kuormittava, koska Roosa-tutkimuksen tulosten mukaan heillä on elämässään myös muita hyvinvointia heikentäviä asioita, kuten kokemuksia syrjinnästä ja turvattomuudesta (ks. luku 3.6). Yleisesti ottaen romanien henkistä hyvinvointia heikentävät todennäköisesti monet samat asiat kuin muussakin väestössä eli työttömyys, raskaat elämäkokemukset, toivottomuus, heikko taloudellinen tilanne, syrjintä sekä oman elämän päämäärättömyys.

Henkiseen hyvinvointiin liittyvät kysymykset ovat romaniyhteisössä arkaluonteisia. Kuitenkin tämän tutkimuksen tulokset osoittavat, että henkisen hyvinvoinnin vajaiden ennaltaehkäisyyn, toteamiseen ja hoitamiseen tulisi kiinnittää aiempaa enemmän huomiota. Tutkimustuloksista olisi hyvä herättää keskustelua romaniyhteisöissä. Olisi tärkeää, että henkisestä hyvinvoinnista olisi aiempaa helpompaa puhua ja kynns hakeutua palveluihin madaltuisi.

5. TOIMINTA JA TYÖKYKY

Seppo Koskinen, Päivi Sainio ja Hannamaria Kuusio

Tässä luvussa tarkastellaan toimintakyvyn osa-alueista terveystarkastuksessa mitattua ja itse arvioitua kognitiivista ja fyysistä toimintakykyä sekä näöntarkkuutta ja tutkimukseen osallistuneiden omaa arviota kuulostaan. Lisäksi esitetään tuloksia itse arvioidusta työkyvystä. Tässä luvussa esitetyt tulokset perustuvat sekä terveystarkastustutkimuksen että haastattelu- ja kyselylomakkeiden tietoihin.

Suomalaisen väestön toimintakyky ja työkyky parantuivat nopeasti 1970-luvulta 2010-luvun alkuun saakka (Koskinen ym. 2011; Sainio ym. 2013), mutta 2010-luvulla myönteinen kehitys on hidastunut ja joiltakin osin pysähtynyt (Sainio ym. 2018 a ja b; Koskinen ja Sainio 2018). Myönteisestä kehityksestä huolimatta toimintarajoitteiden yleisyydessä on huomattavia eroja muun muassa iän, sukupuolen, koulutuksen, siviilisäädyn, syntymämaan ja asuinalueen mukaan (Martelin ym. 2005; Gould ym. 2006b; Martelin ym. 2012; Rask ym. 2015; Koskinen ym. 2018). Luotettavat tiedot eri väestöryhmien toiminta- ja työkyvystä ovat välttämätön lähtökohta tasa-arvoon ja yhdenvertaisuuteen tähtäävälle yhteiskuntapolitiikalle. Tietoja tarvitaan ainakin kolmeen tarkoitukseen. Ensinnäkin on tunnistettava, missä väestöryhmissä kipeimmin tarvitaan työ- ja toimintakykyä edistäviä toimenpiteitä. Lisäksi monipuoliset ja luotettavat tiedot ovat tarpeen kehitettäessä ratkaisuja, joilla työ- ja toimintakykyä voidaan tehostaa edistää eniten tukea tarvitsevilla väestöryhmissä. Kolmanneksi tarvitaan seurantatietoa toiminta- ja työkyvyn kehittymisestä, jotta voidaan arvioida työ- ja toimintakyvyn edistämistoimien vaikuttavuutta ja kehittää niitä aiempaa paremmiksi.

Romaniväestön toiminta- ja työkyvystä ei ole julkaistu tutkimustietoa Suomesta eikä muualtakaan Euroopasta, vaikka näitä tietoja tarvitaan romaniväestön hyvinvoinnin edistämiseksi (Hajioff & McKee 2000; Fésüs ym. 2012; Escobar-Ballesta ym. 2018). Tässä raportissa julkaistaan ensimmäistä kertaa romaniväestön toiminta- ja työkykyä monipuolisesti kuvaavia tuloksia. On kuitenkin epävarmaa, kuinka hyvin nämä tulokset kuvaavat Suomen koko romaniväestön tilannetta. Siksi on oltava varovainen tulkittaessa Roosa-tutkimuksen tuloksia ja verrattaessa niitä koko väestön tilanteeseen.

Roosa-tutkimuksen tulosten vertailua koko väestöä edustavien tutkimustulosten kanssa vaikeuttaa ainakin viisi asiaa. Ensinnäkin Roosa-tutkimukseen osallistuneiden määrä oli niin pieni, että sattuma voi vaikuttaa varsin paljon etenkin ikäryhmittäisiin tuloksiin. Lisäksi on mahdotonta arvioida, kuinka hyvin Roosa-tutkimukseen osallistuneet edustavat koko romaniväestöä: ovatko tutkimukseen osallistuneet keskimääräistä terveempiä, toimintakykyisempiä ja paremmin voivia, vai onko tutkimukseen osallistunut etenkin sellaisia henkilöitä, joilla on keskimääräistä enemmän ongelmia.

Kolmas vertailua ja sen tulkintaa vaikeuttava asia on sosiodemografisten rakenteiden erot vertailtavien ryhmien välillä. Esimerkiksi koulutusaste, työmarkkina-asema, tulot ja asumismuoto vaikuttavat hyvin voimakkaasti moniin terveyden ja toimintakyvyn ulottuvuuksiin (Palosuo ym. 2007; Joutsenniemi 2007). Tämän raportin muista luvuista käy ilmi, että Roosa-tutkimukseen osallistuneet poikkeavat koko väestöstä monien edellä mainittujen tekijöiden suhteen. Siksi on vaikeaa arvioida, miltä osin mahdolliset erot Roosa-tutkimukseen osallistuneiden ja koko väestön toimintakyvyssä liittyvät eroihin Roosa-tutkimukseen osallistuneiden ja koko väestön sosiaalisessa asemassa. Neljänneksi on otettava huomioon, että Roosa-tutkimukseen osallistuneiden joukossa oli myös 18–29-vuotiaita, mutta koko väestöä koskevat vertailutulokset perustuvat FinTerveys 2017 -tutkimuksen perusraporttiin (Koponen ym. 2018), jossa kuvattiin tilannetta 30 vuotta täyttäneessä väestössä. Viidenneksi Roosa- ja FinTerveys 2017 -tutkimusten tulosten vertailua mutkistavat erot tiedonkeruun toteutuksessa. Finterveys 2017 -tutkimuksessa kaikki mittaukset ja haastattelut toteutettiin tutkimushuoneissa, joissa olivat läsnä ainoastaan tutkittava ja tutkimushoitaja. Roosa-tutkimuksessa kyselytietoja kerättiin myös tilaisuuksissa, joissa paikalla oli muita henkilöitä.

5.1 Kognitiivinen toimintakyky

Seppo Koskinen, Tiia Ngandu ja Päivi Sainio

Kognitiiviset toiminnot ovat tiedon vastaanottoon, käsittelyyn, säilyttämiseen ja käyttöön liittyviä psyykkisiä toimintoja (Tuulio-Henriksson 2018). Kognitiivisen toimintakyvyn vakavat ongelmat, erityisesti muistisairaudet, yleistyvät iän mukana. Joka kolmas yli 65-vuotias ilmoittaa kärsivänsä muistioireista, vaikka suurimmalla osalla heistä ei ole etenevää muistisairautta (Duodecim 2017). Eteneviä muistisairauksia sairastavat henkilöt tarvitsevat runsaasti sosiaali- ja terveyspalveluja. Muistisairaudet ovatkin tärkein syy hakeutua ympärivuorokautista hoivaa tarjoavien asumispalveluiden pariin (Finne-Soveri ym. 2015).

MENETELMÄT

Roosa-tutkimuksessa kognitiivista toimintakykyä tutkittiin sekä kognitiivisten tehtävien että tutkittavien omien arvioiden avulla. Vastaavat tiedot kerättiin koko väestöä koskevassa FinTerveys 2017 -tutkimuksessa vuonna 2017 (Koskinen ym. 2018a).

Kysely- ja haastattelulomakkeella vastaajilta kysyttiin ”Millaiseksi koette muistinne, oppimis- ja keskittymiskykyenne?”. Tutkittava arvioi muistinsa toimintaa, uusien tietojen omaksumisen ja asioiden oppimisen sujumista ja kykyään yleensä keskittyä asioihin valiten yhden viidestä vastausvaihtoehdosta, jotka olivat erittäin hyvin, hyvin,

tydyttävästi, huonosti ja erittäin huonosti. Tässä raportissa esitetään tuloksia muistinsa, oppimiskykynsä ja keskittymiskykynsä erittäin hyväksi tai hyväksi arvioineiden osuuksista.

Terveystarkastukseen sisältyi CERAD-tehtäväsarjan kolme osatehtävää (Morris ym. 1989; Hänninen ym. 2010). Kielellistä sujuvuutta arvioitiin ”eläinten luetteleminen” -osatehtävällä, jossa tutkittavaa pyydettiin luettelemaan minuutin aikana mahdollisimman monta eri eläintä. Mieleenpainamista arvioitiin ”opitut sanat” -osatehtävällä, jossa tutkittavan tuli opetella kymmenen sanaa lukemalla ensin sanat ääneen, minkä jälkeen hänen piti luetella ne sanat, jotka muisti. Tehtävä toistettiin kolme kertaa. Muistissa säilyttämistä arvioitiin kysymällä sama sanalista uudelleen viiden minuutin kuluttua sen opettelusta. Tehtävät on kuvattu tarkemmin Terveys 2011 -tutkimuksen menetelmäraportissa (Tuulio-Henriksson & Sainio 2016) ja TOIMIA-tietokannassa (TOIMIA-tietokanta: CERAD-tehtäväsarja 2018). Tässä raportissa tarkastellaan lueteltujen eläinten lukumäärää, kolmella esityskerralla opittujen sanojen yhteislukumäärää sekä sanalistan viivästetyssä mieleenpalautuksessa alle viisi sanaa muistaneiden osuutta.

TULOKSET

Noin puolet Roosa-tutkimukseen osallistuneista miehistä ja naisista arvioi muistinsa, oppimiskykynsä ja keskittymiskykynsä erittäin hyväksi tai hyväksi. Miesten ja naisten välillä ei ollut merkittäviä eroja, mutta ikäryhmien tulokset poikkesivat toisistaan: iän karttuessa koettu oppimiskyky heikkeni jyrkästi, muisti heikkeni hieman vähemmän ja keskittymiskyvyssä ikäryhmien välillä ei ollut eroja (taulukko 5.1.1).

Kielellisen sujuvuuden tehtävässä parhaiten suoriutuivat 18–54-vuotiaat; 55 vuotta täyttäneet eivät suoriutuneet eläinten luettelemisesta aivan yhtä hyvin (taulukko 5.1.2). Myös sanaluettelon oppimistehtävässä ikäryhmien välillä oli vastaava ero. Viivästetyssä mieleenpalautuksessa alle viisi sanaa muistaneita oli erittäin vähän kahdes- ja nuorimmassa ikäryhmässä. Ikäryhmien väliset erot itse arvioidussa oppimiskyvyssä ja muistissa olivat suurempia kuin kognitiivisten testien tuloksissa. Miehet ja naiset suoriutuivat kognitiivisista tehtävistä yhtä hyvin.

Taulukko 5.1.1

Muistinsa, oppimiskykynsä ja keskittymiskykynsä erittäin hyväksi ja hyväksi kokevien osuus, ikäryhmittäin, miehet ja naiset, %.

	Miehet (n = 136–138)				Naiset (n = 201–211)			
	18–29	30–54	55+	Kaikki	18–29	30–54	55+	Kaikki
Muisti	73	56	42	54	65	60	46	54
Oppiminen	77	49	29	47	68	58	37	50
Keskittyminen	61	54	64	59	63	59	57	59

Taulukko 5.1.2

Kognitiivisten tehtävien tulokset, ikäryhmittäin, miehet ja naiset.

	Miehet (n = 100–101)				Naiset (n = 157–165)			
	18–29	30–54	55+	Kaikki	18–29	30–54	55+	Kaikki
Kielellinen sujuvuus, lueteltujen sanojen lukumäärä, keskiarvo	23	24	18	21	22	23	17	20
Opittujen sanojen lukumäärä kolmella kerralla yhteensä, keskiarvo	22	21	16	19	23	22	17	20
Viivästetyssä mieleenpalautuksessa alle 5 sanaa muistaneiden osuus, (%)	4	0	29	13	0	3	28	14

TULOSTEN VERTAILU KOKO VÄESTÖÖN JA YHTEENVETO

Roosa-tutkimukseen osallistuneet miehet ja naiset arvioivat muistinsa, oppimiskykynsä ja keskittymiskykynsä heikommiksi kuin koko 30 vuotta täyttänyt väestö FinTerveys 2017 -tutkimuksessa (Koskinen ym. 2018a). Esimerkiksi muistiaan piti erittäin hyvänä tai hyvänä 54 prosenttia Roosa-tutkimukseen osallistuneista miehistä ja naisista, kun vastaava osuus FinTerveys 2017 -tutkimuksessa oli suurempi, miehillä 69 ja naisilla 72 prosenttia. Kognitiivisissa testituloksissa vastaava ero oli selvästi pienempi: sanalistan oppimisessa ei ollut lainkaan eroa Roosa-tutkimukseen osallistuneiden miesten ja koko väestöä edustavien miesten välillä, ja naisillakin ero oli pieni (20 sanaa vs. 22 sanaa). Myös lueteltujen eläinten lukumäärä oli lähes yhtä suuri Roosa-tutkimukseen osallistuneiden miesten (21) ja naisten (20) ryhmissä kuin FinTerveys-tutkimuksessa (23 ja 24). Viivästetyssä mieleenpalautuksessa Roosa-tutkimukseen osallistuneiden miesten tulos oli lähes sama kuin FinTerveys-tutkimuksessa, mutta Roosa-tutkimukseen osallistuneiden naisten ryhmässä viivästetyn mieleenpalautuksen ongelmat olivat yleisempiä (14 %) kuin koko naisväestössä (7 %).

Roosa-tutkimukseen osallistuneiden oma arvio kognitiivisesta toimintakyvystään oli tuntuvasti heikompi verrattuna koko väestöön. Sen sijaan kognitiivisissa testeissä erot olivat vähäisiä – etenkin kun otetaan huomioon se, että koulutuksella on voimakas yhteys kognitiivisista testeistä suoriutumiseen, ja Roosa-tutkimukseen osallistuneiden koulutus oli keskimäärin vähäisempi kuin koko väestössä. Roosa-tutkimus ei näin ollen nosta selvästi esiin mitään nimenomaan romaniväestöä koskevaa toimenpidetarvetta. Kun vanhimpien ikäryhmien koko kasvaa nopeasti lähivuosisikymmeninä – sekä romanien että muun väestön keskuudessa – on selvää, että muistisairauksia sairastavien määrä väistämättä kasvaa. Iäkkäiden kansalaisten ja heidän läheistensä hyvinvoinnin turvaamiseksi on tärkeää tukea kognitiivisen toimintakyvyn säilymistä mahdollisimman pitkään. Siihen voidaan vaikuttaa terveillä elintavoilla sekä hyvällä hoidolla ja kuntoutuksella. Liikunta, terveellinen ravinto, tupakoinnin ja päihteiden käytön välttäminen sekä kognitiivinen aktiivisuus suojaavat kognitiota. Kognitiivisten toimintojen heikentymistä voidaan ehkäistä myös vähentämällä tunnettuja vaaratekijöitä, joita ovat ylipaino, korkea verenpaine, korkea kolesteroli keski-ikässä sekä diabetes (STM 2012).

5.2 Fyysinen toimintakyky

Seppo Koskinen, Päivi Sainio, Sari Stenholm, Mariitta Vaara ja Heli Valkeinen

Fyysisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan ihmisen fyysisiä edellytyksiä selviytyä arkipäivän tehtävistä, ja se ilmenee esimerkiksi kykynä liikkua. Riittävä fyysinen toimintakyky mahdollistaa omatoimisen kotona asumisen sekä osallistumisen yhteiskuntaan ja

yhteisöön, esimerkiksi töissä ja harrastuksissa käymisen, ja on siten tärkeä osa elämäntahtoa (Satariano ym. 2012). Suomessa fyysinen toimintakyky on kehittynyt suotuisaan suuntaan etenkin eläkeikäisessä väestössä 2010-luvun alkuun saakka, mutta sen jälkeen muutokset ovat olleet vähäisiä (Sainio ym. 2013 ja 2018b). Toimintakyvyn väestötasoinen seuranta tuottaa tärkeää tietoa muutoksista, jotka tulisi ottaa huomioon yhteiskuntapolitiikassa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita ja palvelujärjestelmiä, terveyden edistämistä ja ympäristöä kehitettäessä.

MENETELMÄT

Roosa-tutkimuksessa fyysistä toimintakykyä arvioitiin samoilla menetelmillä kuin koko väestöön kohdistuneissa Terveys 2011- ja FinTerveys 2017 -tutkimuksissa (Sainio ym. 2016; Sainio ym. 2018b). Liikkumiskykyä kartoitettiin kysymyksellä ”Pystyttekö yleensä seuraaviin suorituksiin?”, jonka erillisiä alakohtia olivat: kävelemään levähtämättä noin puoli kilometriä; juoksemaan lyhyehkön matkan (noin sata metriä) ja nousemaan portaita yhden kerrosvälin levähtämättä. Vastausvaihtoehtoja oli neljä: 1) pystyn vaikeuksitta, 2) pystyn, mutta vaikeuksia on jonkin verran, 3) pystyn, mutta se on erittäin vaikeaa, 4) en pysty lainkaan. Tuloksissa esitetään niiden vastaajien osuus, jotka arvioivat suoriutuvansa tehtävistä vaikeuksitta.

Terveystarkastuksessa puristusvoima mitattiin kirjoittavasta (dominoivasta kädestä) Jamar/Saehan-mittarilla kaksi kertaa, joista parempi tulos raportoidaan (TOIMIA-tietokanta: käden puristusvoima 2018). Terveystarkastuksissa tehtiin niveltoimintatestejä, jotka ovat sisältyneet kansallisiin terveystarkastustutkimuksiin jo Mini-Suomi-tutkimuksesta 1978–80 lähtien. Kyykistymisen onnistumista arvioitiin 3-luokkaisella asteikolla (normaali, vaikeutunut, ei onnistunut). Tässä raportissa tarkastellaan niiden osuutta, joiden kyykistys oli vaikeutunut tai ei onnistunut lainkaan.

TULOKSET

Roosa-tutkimukseen osallistuneista miehistä noin 80 prosenttia ja naisista 60 prosenttia arvioi selviytyvänsä vaikeuksitta puolen kilometrin kävelystä ja yhden kerrosvälin portaiden noususta (taulukko 5.2.1). Sen sijaan sadan metrin mittaisen matkan juoksemisesta suoriutui vaikeuksitta selvästi harvempi, vajaat 60 prosenttia miehistä ja vajaat 30 prosenttia naisista. Alle 55-vuotiaat miehet ja naiset suoriutuivat jotakuinkin yhtä hyvin puolen kilometrin kävelystä ja portaiden noususta, mutta 55 vuotta täytäneillä naisilla vaikeudet olivat selvästi yleisempiä kuin miehillä. Juokseminen tuotti yleisemmin vaikeuksia naisille kuin miehille kaikissa ikäryhmissä.

Miesten ja naisten väliset erot näkyivät selvästi myös fyysisen toimintakyvyn testeissä (taulukko 5.2.2). Kyykkyyän pääseminen ja sieltä nouseminen oli vaikeutunut

vain joka yhdeksännellä miehellä, mutta lähes joka toisella Roosa-tutkimukseen osallistuneella naisella. Käden puristusvoima oli kaikissa ikäryhmissä miehillä vähintään 50 prosenttia suurempi kuin naisilla. Ikäryhmien väliset erot käden puristusvoimassa olivat melko pieniä, mutta kyykistysvaikeudet yleistyivät jyrkästi iän mukana. Alle 55-vuotiailla kyykistysvaikeudet olivat hyvin harvinaisia. Sen sijaan 55 vuotta täyttäneistä naisista vain noin joka kuudes suoriutui kyykistymisestä vaikeuksitta. 55 vuotta täyttäneillä miehillä kyykistysvaikeudet olivat selvästi harvinaisempia: runsaat neljä viidesosaa suoriutui vaikeuksitta kyykistymisestä.

Taulukko 5.2.1

Liikkumiskykyä edellyttävistä toiminnoista vaikeuksitta suoriutuvien osuus, ikäryhmittäin, miehet ja naiset, %.

	Miehet (n = 136–139)				Naiset (n = 206–211)			
	18–29	30–54	55+	Kaikki	18–29	30–54	55+	Kaikki
Puolen kilometrin kävely	88	80	67	76	82	82	32	59
Yhden kerrosvälin nouseminen portaita	95	84	78	84	92	83	30	60
Lyhyen (noin 100 metriä) matkan juokseminen	72	68	39	57	55	36	11	28

Taulukko 5.2.2

Mitattu fyysinen toimintakyky, ikäryhmittäin, miehet ja naiset.

	Miehet (n = 101–102)				Naiset (n = 167)			
	18–29	30–54	55+	Kaikki	18–29	30–54	55+	Kaikki
Maksimaalinen puristusvoima (kg)	45	50	40	45	28	29	21	25
Kyykistys vaikeutunut tai ei onnistunut (%)	0	9	18	11	9	21	85	46

TULOSTEN VERTAILU KOKO VÄESTÖÖN JA YHTEENVETO

Roosa-tutkimukseen osallistuneista naisista 60 prosenttia kertoi suoriutuvansa vaikeuksitta puolen kilometrin kävelemisestä ja portaiden kiipeämisestä yhden kerrosvälän. Koko väestöön kohdistuneessa FinTerveys 2017 -tutkimuksessa 30 vuotta täyttäneistä naisista peräti 85 prosenttia ilmoitti suoriutuvansa vaikeuksitta (Sainio ym. 2018b). Juoksemisessa vastaava ero oli vielä suurempi: Roosa-tutkimukseen osallistuneista naisista vajaat 30 prosenttia, mutta FinTerveys-tutkimuksen naisista 60 prosenttia ilmoitti kykenevänsä juoksemaan vaikeuksitta sata metriä. Miehillä erot Roosa-tutkimukseen osallistuneiden ja koko väestön välillä olivat samansuuntaisia, mutta selvästi pienempiä.

Fyysisen toimintakyvyn testeissä erot Roosa-tutkimukseen osallistuneiden ja koko väestön välillä olivat pääosin pienempiä kuin vastaavat erot itse ilmoitetussa liikkumiskyvyssä. Käden maksimaalinen puristusvoima oli Roosa-tutkimukseen osallistuneilla naisilla keskimäärin 25 ja miehillä 45 kilogrammaa. Ero oli lähes yhtä suuri kuin FinTerveys 2017 -tutkimuksessa, jossa naisten maksimaalinen puristusvoima oli 30 ja miesten 49 kilogrammaa. 55 vuotta täyttäneillä miehillä kyykistymisen vaikeudet olivat hivenen yleisempiä FinTerveys-tutkimuksessa (22 %) kuin Roosa-tutkimuksessa (18 %). 55 vuotta täyttäneillä naisilla kyykistymisvaikeudet olivat Roosa-tutkimuksessa (85 %) kaksi kertaa niin yleisiä kuin FinTerveys-tutkimuksessa (44 %). Nuorempien ikäryhmien vertailu ei ole mahdollista, koska kyykistymistä arvioitiin FinTerveys-tutkimuksessa ainoastaan 55 vuotta täyttäneiltä.

Miehillä havaitut fyysisen toimintakyvyn erot Roosa-tutkimukseen osallistuneiden ja koko väestön välillä olivat verrattain pieniä. Roosa-tutkimukseen osallistuneilla naisilla oli selvästi enemmän vaikeuksia suoriutua puolen kilometrin kävelystä, portaiden kiipeämisestä ja juoksemisesta sekä kyykistymisestä koko väestöön verrattaessa. Sen sijaan käden puristusvoimassa vastaava ero koko väestön naiseen verrattuna oli pieni. Havaittujen erojen voidaan olettaa ainakin osittain liittyvän vertailtujen ryhmien koulutusasteen eroihin, sillä vähän koulua käyneiden fyysinen toimintakyky on koko väestössä selvästi heikompi kuin pitempään opiskelleiden (Palosuo ym. 2007; Koskinen ym. 2018b). Roosa-tutkimukseen osallistuneiden koulutustaso oli selvästi koko väestöä alhaisempi. Itse arvioitua liikkumiskykyä koskevien tulosten (kävely, portaiden nousu, juoksu) suuret erot Roosa-tutkimukseen osallistuneiden ja koko väestöä edustavien naisten välillä voi osin johtua painavasta vaatetuksesta ja kengistä, jotka voivat vaikeuttaa esimerkiksi juoksemista.

Liikkumisongelmien seurauksena asioiden hoitaminen kodin ulkopuolella ja osallistuminen sosiaaliseen kanssakäymiseen voivat rajoittua heikentäen siten myös elämänlaatua (esim. Rantakokko ym. 2016). Etenkin iäkkäässä väestössä, sekä romani-keskuudessa että muissa ryhmissä, liikkumisvaikeudet ovat yleisiä ja väestön ikääntyminen kiihdyttää liikkumisvaikeuksista kärsivien määrän kasvua tulevinä vuosina.

Fyysisen toimintakyvyn säilymistä ja kohentamista on tuettava muun muassa rohkaimmalla kansalaisia lisäämään arkiliikuntaa sekä lihasvoiman ja tasapainon harjoittelua ja parantamalla fyysisen ympäristön esteettömyyttä.

5.3 Näkö ja kuulo

Seppo Koskinen, Hannu Uusitalo, Alexandra Mikhailova ja Päivi Sainio

Näkö- ja kuulo-ongelmat yleistyvät nopeasti etenkin 70. ikävuoden jälkeen (Laitinen 2009; Uusitalo ym. 2018). Sekä näkö- että kuulo-ongelmiin liittyy usein muita toimintakyvyn rajoituksia ja suuri palvelujen tarve (Laitinen 2009; Mikkola ym. 2016). Suomessa merkittävät näkövaikeudet ovat vähentyneet ainakin 2000-luvun alusta lähtien, mutta kuulovaikeuksien yleisyys näyttää säilyneen suunnilleen ennallaan (Uusitalo ym. 2018).

MENETELMÄT

Roosa-tutkimuksessa näköä ja kuuloa arvioitiin samoilla menetelmillä kuin koko väestöön kohdistuneissa Terveys 2011- ja FinTerveys 2017 -tutkimuksissa (Sainio 2016; Uusitalo ym. 2018). Tutkittavan omaa arviota lähelle näkemisen tarkkuudesta selvitettiin kysymyksellä: ”Pystyttekö lukemaan tavallista sanomalehtitekstiä (silmälaseilla tai ilman)?” Oma arviota kuulosta tiedusteltiin kysymyksellä: ”Pystyttekö kuulemaan mitä usean henkilön välisessä keskustelussa sanotaan (kuulokojeen kanssa tai ilman)?” Vastausvaihtoehdot molempiin kysymyksiin olivat ”pystyn vaikeuksitta”, ”pystyn, mutta vaikeuksia on jonkin verran”, ”pystyn, mutta se on minulle erittäin vaikeaa” ja ”en pysty lainkaan”. Tässä raportissa tarkastellaan niiden vastaajien osuutta, jotka arvioivat pystyvänsä vaikeuksitta lukemaan tavallista sanomalehtitekstiä tai kuulemaan usean henkilön välistä keskustelua.

Terveystarkastuksessa silmien yhteisnäön tarkkuutta tutkittiin käyttämällä hyvin valaistuja Oriolan lähi- ja kaukonäkötauluja (Precision Vision). Näöntarkkuus tutkittiin silmälasein, joita tutkittava yleensä käytti katsoessaan lähelle ja/tai kauas. Lähinäkö-tutkimuksessa tutkittava piti taulua sillä etäisyydellä, jolta mielestään näki parhaiten. Lähinäön tarkkuus (visus, V) luokiteltiin kirjainten koon perusteella: normaali = erottaa 1 mm ja sitä pienemmät kirjaimet (vastaa lähinäöntarkkuutta yli 0,4 testietäisyyden ollessa 40 cm); heikentynyt = erottaa 1,5–1,8 mm kirjaimet (näöntarkkuus 0,32–0,4); heikkonäköinen = erottaa 2,4–11,5 mm kirjaimet (näöntarkkuus 0,05–0,25); sokea tai lähes sokea = erottaa korkeintaan 11,6 mm kirjaimet (näöntarkkuus alle 0,05). Taulukossa 5.3.2 kolme viimeksi mainittua luokkaa on yhdistetty pienten tapausmäärien takia. Kaukonäkö-tutkimuksessa tutkittavan etäisyys taulusta oli 4 metriä. Kaukonäöntarkkuus luokiteltiin näöntarkkuusarvojen (visus, V) perusteella seu-

raavasti: normaali = 1,0 tai parempi; jonkin verran heikentynyt = 0,63–0,8; selvästi heikentynyt = 0,32–0,5; heikkonäköinen = 0,25–0,1; vaikeasti heikkonäköinen tai sokea = alle 0,1. Taulukossa 5.3.2 tarkastellaan kolmea viimeksi mainittua luokkaa yhdessä.

TULOKSET

Lähes neljä viidesosaa Roosa-tutkimukseen osallistuneista miehistä ja naisista arvioi pystyvänsä vaikeuksitta lukemaan sanomalehtitekstiä (taulukko 5.3.1). Kolme neljäsosaa tutkimukseen osallistuneista ilmoitti kuulevansa vaikeuksitta usean henkilön välisen keskustelun. Vaikeudet sanomalehtitekstin lukemisessa ja usean henkilön välisen keskustelun kuulemisessa yleistyivät iän mukana.

Terveystarkastuksessa mitattu lähinäön tarkkuus oli heikentynyt etenkin 55 vuotta täyttäneiden miesten ja naisten ryhmissä; heistä lähes kolmasosa ei erottanut muun muassa monissa sanomalehdissä käytettyjä yhden millimetrin korkuisia kirjaimia. Myös 30–54-vuotiailla naisilla heikentynyt lähinäöntarkkuus oli varsin yleistä (14 %). Sen sijaan lähes kaikkien 30–54-vuotiaiden miesten sekä alle 30-vuotiaiden miesten ja naisten lähinäkö oli normaali (taulukko 5.3.2).

Kun tarkastellaan kaikkia ikäryhmiä yhdessä, naisilla oli sekä lähinäön (20 %) että kaukonäön (14 %) ongelmia enemmän kuin miehillä (14 % ja 9 %). 55 vuotta täyttäneistä naisista joka viidennen kaukonäön tarkkuus oli selvästi heikentynyt. Nuoremmissa naisten ikäryhmissä ja jokaisessa miesten ikäryhmässä heikentynyt kaukonäkö oli erittäin harvinainen (taulukko 5.3.2). Vakavimpia kaukonäön ongelmia eli heikkonäköisyyttä tai sokeutta ($V < 0,32$) ei todettu yhdelläkään tutkimukseen osallistuneella. Sen sijaan vakava lähinäön heikkeneminen ($V < 0,32$) todettiin yhdeksällä prosentilla Roosa-tutkimukseen osallistuneista naisista.

Taulukko 5.3.1

Tutkittavan oma arvio näöntarkkuudesta ja kuulosta, ikäryhmittäin, miehet ja naiset, %.

	Miehet (n = 138–139)				Naiset (n = 205–209)			
	18–29	30–54	55+	Kaikki	18–29	30–54	55+	Kaikki
Sanoma-lehtitekstiä vaikeuksitta lukemaan pystyvien osuus	93	88	60	78	95	75	71	77
Usean henkilön välisen keskustelun vaikeuksitta kuulevien osuus	90	86	52	73	84	80	67	75

Taulukko 5.3.2

Normaalin ja heikentyneen lähi- ja kaukonäön yleisyys, ikäryhmittäin, miehet ja naiset, %.

	Miehet	Naiset
Lähinäkö (visus)	n=99	n=155
Normaali (>0,4)	86	80
Heikentynyt (0,32–0,4)	12	11
Heikkonäköinen (0,05–0,25)	2	9
Kaukonäkö (visus)	n=97	n=153
Normaali (>0,8)	64	62
Lievästi heikentynyt (0,63–0,8) 5-6	26	24
Heikentynyt (0,32–0,5)	9	14
Heikkonäköinen (0,1–0,25)	0	0
Vaikeasti heikkonäköinen tai sokea (<0,1)	0	0

TULOSTEN VERTAILU KOKO VÄESTÖÖN JA YHTEENVETO

Vaikeudet kuulla usean henkilön välistä keskustelua olivat jonkin verran yleisempiä Roosa-tutkimukseen osallistuneiden miesten (27 %) ja naisten (25 %) ryhmissä verrattuna FinTerveys 2017 -tutkimuksen tuloksiin (22 % ja 17 %). Näköongelmien yleisyydessä erot olivat suurempia. Sanomalehtitekstin lukeminen tuotti vaikeuksia tai se ei onnistunut yli viidesosalla Roosa-tutkimukseen osallistuneista, kun FinTerveys-aineistossa vaikeuksia oli vain joka kymmenennellä. Näöntarkkuuden mittaustulosten erot olivat tätäkin suurempia: heikentynyt lähinäkö oli Roosa-tutkimukseen osallistuneista miehistä 14 prosentilla ja naisista 20 prosentilla, kun FinTerveys-aineistossa vastaavat osuudet olivat neljä ja kaksi prosenttia. Heikentyneen kaukonäön yleisyydessä oli lähes yhtä suuret erot: Roosa-tutkimukseen osallistuneista ja miehistä yhdeksällä prosentilla ja naisista 14 prosentilla kaukonäöntarkkuus oli heikentynyt, kun FinTerveys-aineistossa vastaava osuus oli neljä prosenttia kummallakin sekä miehillä että naisilla.

Vaikeudet nähdä tarkasti lähelle ja kauas olivat Roosa-tutkimukseen osallistuneilla monin verroin yleisempiä kuin koko väestössä. On hyvin mahdollista, että tämä johtuu suurelta osin asianmukaisten silmälasien puuttumisesta. Työpajojen ja kumppaniraadin arvioiden mukaan silmälääkärissä käyminen on kallista, samoin silmälasit. Monilla ei ole niihin varaa. Silmälääkärin sijaan saatetaan käydä optikolla, sillä optikopalvelut ovat halvempia tai peräti ilmaisia. Silmälasien tai kuulolaitteiden käyttöön ottamista voi monilla pitkittää myös se ajatus, että niiden käytön aloitettuaan niistä ei pääse enää eroon. Tulosten perusteella on selvää, että romaniväestössä yleisten näköongelmien korjaamiseen pitää kiinnittää tähänastista enemmän huomiota. Silmälasien asianmukaisuuden ohella olisi tärkeää huolehtia siitä, että mahdolliset näkökykyä heikentävät sairaudet, kuten kaihi, tunnistetaan ja hoidetaan.

5.4 Työkyky

Seppo Koskinen, Päivi Sainio ja Hannamaria Kuusio

Työikäisen väestön hyvä työkyky on yhteiskuntapolitiikan keskeinen päämäärä. Tämän päämäärän merkitys korostuu lähitulevaisuudessa, kun väestön ikärakenteen muutos asettaa kasvavia vakavia haasteita työvoiman saatavuudelle ja sosiaaliturvan rahoitukselle (Gould ym. 2006a). Työurien pidentämistavoitteessa onnistuminen edellyttää, että työikäisen väestön työkykyä kyetään kohentamaan, ja mahdollisimman moni työelämän ulkopuolella oleva työkykyinen työllistyy. Vuonna 2000 työelämän ulkopuolella arvioitiin olevan noin 400 000 itseään täysin työkykyisenä pitävää työikäistä, ja osittain työkykyisiä oli yhtä paljon (Koskinen ym. 2011). Työikäisten oma arvio työkyvystään parani merkittävästi tämän vuosikymmenen ensimmäisen vuosikymmenen aikana, mutta 2010-luvulla myönteinen muutos on pysähtynyt (Koskinen & Sainio 2018).

MENETELMÄT

Roosa-tutkimuksessa – kuten muissakin väestötutkimuksissa – työkykyä arvioidaan tutkittavien omaan käsitykseen perustuen. Koettua työkykyä koskevat tiedot perustuvat haastattelussa tai kyselyssä esitettyihin kysymyksiin. Nykyistä työkykyä koskeva kolmiportainen arvio on peräisin Mini-Suomi-tutkimuksesta (Aromaa ym. 1989). Kysymys arvioi työkykyä kolmiportaisesti: ”Riippumatta siitä, oletteko ansiotyössä vai ette, arvioikaa minkälainen työkykynne on nykyisin?” Vastausvaihtoehdot olivat: täysin työkykyinen, osittain työkyvytön tai täysin työkyvytön. Tässä raportissa esitetään niiden vastaajien osuus, jotka arvioivat itsensä täysin työkykyisiksi. Vastaajat arvioivat nykyistä työkykyään myös suhteessa parhaimpaan työkykyynsä. Työkyvyille annettiin pisteitä asteikolla 0–10, jossa nolla tarkoitti täysin työkyvyttöntä ja 10 tarkoitti työkykyä parhaimmillaan (Tuomi ym. 2006). Nämä kaksi työkyvyn mittaria korreloivat voimakkaasti perusteellisempien mittarien kanssa, joten ne ovat yksinkertaisuudestaan huolimatta varsin päteviä työkyvyn osoittimia (Gould ym. 2006a).

TULOKSET

Roosa-tutkimukseen osallistuneista miehistä joka toinen ja naisista noin 40 prosenttia arvioi olevansa täysin työkykyinen (taulukko 5.4.1). Työkyky heikkeni iän mukana varsin jyrkästi: 18–29-vuotiaista naisista 70 prosenttia ja miehistä yli 80 prosenttia piti itseään täysin työkykyisenä, 30–54-vuotiaista naisista ja miehistä 54 prosenttia, mutta 55 vuotta täyttäneistä naisista vain 15 prosenttia ja miehistä 33 prosenttia katsoi olevansa täysin työkykyinen. Myös työkykypistemäärän valossa työkyky heikkeni selvästi iän myötä.

Taulukko 5.4.1

Tutkimukseen osallistuneiden oma arvio työkyvystään, ikäryhmittäin, miehet ja naiset.

	Miehet (n = 136–138)				Naiset (n = 202–210)			
	18–29	30–54	55+	Kaikki	18–29	30–54	55+	Kaikki
Täysin työkykyisenä itseään pitävien osuus (%)	83	54	33	51	70	54	15	39
Työkyky-pistemäärän keskiarvo (asteikko 0-10)	8,7	7,3	5,8	7,0	8,6	7,4	5,3	6,7

TULOSTEN VERTAILU KOKO VÄESTÖÖN JA YHTEENVETO

FinTerveys 2017 -tutkimuksessa 30–69-vuotiaista naisista ja miehistä lähes 80 prosenttia piti itseään täysin työkykyisenä. Roosa-tutkimukseen osallistuneista naisista noin 40 prosenttia ja miehistä noin 50 prosenttia arvioi olevansa täysin työkykyinen. Myös työkykypistemäärän valossa Roosa-tutkimukseen osallistuneiden työkyky oli heikompaa kuin koko 30–69-vuotiaan väestön, mutta suhteellinen ero oli pienempi. Roosa-tutkimuksessa miesten keskimääräinen työkykypistemäärä oli 7,0 ja naisten 6,7, kun FinTerveys-tutkimuksessa työkykypistemäärän keskiarvo oli 30–69-vuotiailla miehillä 7,8 ja naisilla 8,0. Tulosten vertailua vaikeuttaa tämän luvun alussa esitettyjen näkökohtien lisäksi se, että Roosa-tutkimuksen työkykyä koskevat tulokset sisältävät myös 70 vuotta täyttäneiden antamat vastaukset, kun FinTerveys-tutkimuksessa työkykyä kartoitettiin ainoastaan alle 70-vuotiaiden keskuudessa.

Näistä ja muista tutkimustuloksista voidaan todeta, että olisi tärkeää kehittää keinoja, joilla koko väestön – niin romanien kuin muidenkin - työkykyä voidaan parantaa. Jäljellä olevan työkyvyn tukeminen ja työn sovittaminen työntekijän edellytyksiin ovat työterveyshuollon ja laajemmin koko hyvinvointipolitiikan keskeisiä tehtäviä.

5.5 Yhteenveto

Seppo Koskinen, Päivi Sainio ja Mariitta Vaara

Roosa-tutkimukseen osallistuneiden toiminta- ja työkyky näyttäisi olevan jonkin verran heikompi kuin koko väestön. Vertailua koko väestöön voidaan kuitenkin pitää vain suuntaa antavana muun muassa tämän luvun alussa kuvattujen syiden takia. Joitakin havaintoja on kuitenkin syytä nostaa esiin. Ensinnäkin Roosa-tutkimukseen osallistuneiden ja koko väestön välisistä eroista osa todennäköisesti johtuu siitä, että valtaosa Roosa-tutkimukseen osallistuneista ei ollut suorittanut mitään peruskoulun jälkeistä tutkintoa, ja koulutusasteella on havaittu olevan hyvin vahva yhteys toimintakykyyn sekä Suomessa että monissa muissa maissa. Erityisesti kognitiivista toimintakykyä koskevat tulokset viittaavat siihen, että Roosa-tutkimukseen osallistuneiden oma arvio toimintakyvystään oli jonkin verran heikompi kuin testitulokset osoittivat Näiden yleisluonteisten havaintojen ohella esiin nousi kaksi muuta jatkotoimia edellyttävää tulosta.

Ensinnäkin Roosa-tutkimukseen osallistuneilla naisilla liikkumisvaikeudet olivat huomattavan paljon yleisempiä kuin koko väestössä. Kaikki liikkumiskykyä mittaavat osoittimet näyttivät yhdenmukaisesti, että puolen kilometrin käveleminen, portaiden nouseminen, sadan metrin juokseminen ja kyykistyminen tuottivat vaikeuksia paljon suuremmalle osalle Roosa-tutkimukseen osallistuneista naisista kuin naisille koko väestöä koskevassa FinTerveys 2017 -tutkimuksessa. Liikkumiskyvyn rajoitusten suuri yleisyys Roosa-tutkimuksen naisilla voi liittyä ainakin ylipainon ja lihavuuden yleisyyteen ja vapaa-ajan liikunnan vähäisyyteen Roosa-tutkimukseen osallistuneiden naisten keskuudessa sekä monien painavaan vaatekseen.

Toinen tärkeä ongelma, jota todennäköisesti voitaisiin nopeastikin lievittää, on näköongelmien yleisyys Roosa-tutkimukseen osallistuneiden keskuudessa. Olisi tärkeää kiinnittää aiempaa enemmän huomiota romaniväestön näöntarkkuuden mittaamiseen, asianmukaisten silmälasien tarjoamiseen sekä näkökykyä heikentävien sairauksien tunnistamiseen ja hyvään hoitoon.

6. ELINTAVAT

Elintavoilla on erittäin suuri vaikutus terveyteen. Jokainen voi itse tehdä elintapoihin liittyviä valintoja, mutta muun muassa elinolot, taloudellinen tilanne sekä perheen ja yhteisön tuki vaikuttavat valintoihin. Pienetkin muutokset voivat olla hyödyllisiä, vaikka terveyttä edistävät valinnat eivät aina ole yksinkertaisia ja helppoja yksilön omassa elämäntilanteessa. Tässä raportissa käsitellään terveyteen vaikuttavista elintavoista ruokatottumuksia, fyysistä aktiivisuutta, unta, tupakointia ja muiden nikotiinituotteiden käyttöä, alkoholin ja eräiden muiden päihteiden käyttöä sekä peliriippuvuutta.

6.1 Ruokatottumukset

Satu Männistö, Marja Vanhala, Seppo Koskinen ja Päivikki Koponen

Suomalaisten ravitsemussuosituksen tavoitteena on edistää terveyttä ja ehkäistä sairauksien kehittymistä kannustamalla terveellisiin ruokavalintoihin (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014). Suosituksia on annettu aterioinnista, ruokavalinnoista ja ravintoaineiden saannista, ja ne pohjautuvat uusimpaan tutkimustietoon ravitsemuksen ja terveyden välisistä yhteyksistä.

Terveellinen ruokavalio on koostumukseltaan monipuolinen ja vaihteleva. Se sisältää runsaasti kasviksia, hedelmiä ja marjoja sekä täysjyväviljavalmisteita. Päivittäin nautitaan myös rasvattomia tai vähärasvaisia maitovalmisteita sekä vähärasvaisia juustoja. Lihatuotteista suositetaan siipikarjan lihaa. Kalan kulutusta voi lisätä käyttämällä vaihdellen eri kalalajeja. Ruoanvalmistuksessa ja leivonnassa suositetaan kasviöljyä ja leivälle sipaistaan kasvimargariinia.

Aikuisväestön ruokatottumuksia on Suomessa seurattu noin neljän vuosikymmenen ajan. Vaikka suomalaisten ruokavaliossa on tapahtunut suositusten mukaisia muutoksia, ruokavaliossamme on edelleen kehitettävää. Osalla aikuisista kasvien, hedelmien ja marjojen kulutus on liian pientä, kun taas tyydyttyneen rasvan (kovan rasvan) osuus kokonaisrasvan saannista on liian suurta (Valsta ym. 2018). Ruokavalintoihin vaikuttavat yhä enemmän myös erilaiset muotiruokavaliot ja ympäristönäkökulmat.

MENETELMÄT

Roosa-tutkimuksen haastattelussa kysyttiin arkipäivisin nautittujen pääaterioiden (aamiainen, lounas ja päivällinen/illallinen) lukumääriä käyttäen seuraavia vaihtoehtoja: en syö; 1-2 päivänä viikossa; 3-4 päivänä viikossa; ja syön joka arkipäivä. Tässä raportissa esitetään niiden tutkittavien osuus, jotka söivät aamiaisen joka arkipäivä ja jotka eivät syöneet lainkaan aamiaista. Lisäksi esitetään niiden osuus, jotka söivät lounaan arkisin.

Ruoankäyttöä kartoitettiin kysymällä, miten usein 7 viime päivän aikana tutkitavat olivat nauttineet tiettyjä ruokia ja juomia (yhteensä 14 kohtaa). Tässä raportissa esitetään terveellisten ja epäterveellisten ruokatottumusten yleisyyttä. Koska Roosa-tutkimuksen kysymykset oli muotoiltu hieman eri tavalla, tulokset eivät ole suoraan vertailukelpoisia koko väestöä koskeviin tutkimuksiin. Ruoan valintaan vaikuttavista seikoista (yhteensä 10 kohtaa) kysyttiin: ”Mitkä seuraavista seikoista kuvaavat ruokavalintojanne (kts. Taulukko 3)?” Tutkittavia pyydettiin valitsemaan häntä itseään parhaiten kuvaava vaihtoehto seuraavista vaihtoehdoista: ei lainkaan tärkeää; ei kovin tärkeää; melko tärkeää; hyvin tärkeää; tai en osaa sanoa. Tässä raportissa esitetään vaihtoehdot melko tai hyvin tärkeää vaihtoehdon valinneiden osuudet.

TULOKSET

Roosa-tutkimukseen osallistuneista naisista 44 prosenttia ja miehistä 28 prosenttia söi aamiaisen joka arkipäivä. Yli 55-vuotiaat nauttivat aamiaisen useammin kuin nuoremmat. Kaksi kolmesta tutkittavasta söi lounaan arkisin (taulukko 6.1.1).

Taulukko 6.1.1

Lounaan ja aamupalan syöminen, ikäryhmittäin, miehet ja naiset, %.

	Miehet (n = 139)				Naiset (n = 200–202)			
	18–29	30–54	55+	kaikki	18–29	30–54	55+	kaikki
Joka arkipäivä lounas	65	57	76	66	65	56	61	60
Joka arkipäivä aamupala	12	21	41	28	18	31	65	44

Noin kolme neljästä (miehistä 74 % ja naisista 70 %) söi tuoreita kasviksia tai kasvissalaattia niukasti eli harvemmin kuin 6–7 päivänä viikossa. Vielä isompi osuus miehistä (yli 80 %) söi niukasti hedelmiä ja marjoja, kun osuus naisilla oli 69 prosenttia. Erityisesti alle 30-vuotiaat söivät niukasti kasviksia, hedelmiä ja marjoja. Alle neljännes tutkittavista käytti rasvatonta maitoa tai piimää vähintään 6–7 päivänä viikossa (taulukko 6.1.2).

Noin joka neljäs nautti vähintään kolmena päivänä viikossa sokeroituja mehua tai virvoitusjuomia, makeisia ja makeita leivonnaisia. Nuorimmassa ikäryhmässä useammat nauttivat sokerilla makeutettuja juomia ja makeisia kuin vanhemmat, kun taas makeat leivonnaiset maistuivat vanhemmille osallistujille. Miehet (18 %) söivät useammin hampurilaisia, pizzaa ja suolaisia leivonnaisia kuin naiset (9 %). Nuorimmat tutkimukseen osallistuneet miehet söivät muita useammin hampurilaisia, pizzaa ja suolaisia leivonnaisia.

Kaksi kolmesta tutkimukseen osallistuneesta söi tummaa leipää vähintään kolmena päivänä viikossa. Miehet (79 %) söivät vähintään kerran viikossa kalaa naisia useammin (62 %). Nuorimmat tutkimukseen osallistuneet söivät harvemmin kalaa kuin muut.

Taulukko 6.1.2

Ruokatottumukset, miehet ja naiset, %.

	Miehet (n = 80 ¹ —83)	Naiset (n = 142 ¹ —145)
Niukasti* tuoreita kasviksia tai kasvissalaattia	74	70
Niukasti* hedelmiä tai marjoja	84	69
Sokeroituja mehuja tai virvoitusjuomia vähintään kolmena päivänä viikossa	28	29
Suklaata tai muita makeisia vähintään kolmena päivänä viikossa	20	22
Pullaa, viinereitä, keksejä, kakkuja ym. vähintään kolmena päivänä viikossa	29	31
Tummaa leipää vähintään kolmena päivänä viikossa	63	68
Kalaa vähintään kerran viikossa	79	62
Hampurilaisia, pizzaa, suolaisia piiraita vähintään kolmena päivänä viikossa	18	9
Rasvatonta maitoa tai piimää päivittäin tai lähes päivittäin (6-7 päivänä viikossa)	16	24

* Harvemmin kuin 6-7 päivänä viikossa

¹ Havaintomäärän pienuus johtuu siitä, että kysymys on esitetty vain laajalla lomakkeella

Ruoan valinnassa enemmistö tutkimukseen osallistuneista piti tärkeänä, että ruoka on romanitapojen mukaan puhdasta (miehet 82 % ja naiset 89 %) (taulukko 6.1.3). Miehet pitivät tärkeänä, että ruokavalio sisältää runsaasti lihaa (80 %). Sekä miehistä että naisista selvästi yli puolet (67 ja 78 %) piti tärkeänä kasvien, hedelmien ja marjojen runsasta kulutusta. Yli puolet vastaajista piti tärkeänä runsaskuituisten ja vähärasvaisten elintarvikkeiden suosimista ruokia valittaessa. Lisäksi naisista yli 60 prosenttia piti tärkeänä välttää runsassuolaisia elintarvikkeita. Ruokasuositusten vastaisesti noin 40 prosenttia osallistuneista piti tärkeänä vähähiilihydraattisen ruokavalion noudattamista.

Noin joka kolmas piti tärkeänä, että ruoka lohduttaa kun on surullinen tai stressaantunut. Yli puolelle oli tärkeää, että ruokaa on saatavilla ruokapankista tai diakoniatyön kautta. Osa vastaajista on varmaankin itse käyttänyt ruoan ilmaisjakelua, mutta osa on ehkä ajatellut laajemmin tällaisen palvelun tarvetta perheessään tai lähiyhteisössään.

Taulukko 6.1.3**Ruuan valinnassa tärkeät seikat, miehet ja naiset, %.**

	Miehet (n = 82¹—84)	Naiset (n = 146¹—149)
Ruokavalio sisältää runsaasti lihavalmisteita	80	49
Ruoka sisältää vähän lisäaineita	47	47
Valita vähän rasvaa sisältäviä elintarvikkeita	53	57
Suosia runsaskuituisia elintarvikkeita	57	68
Välttää runsassuolaisia elintarvikkeita	46	62
Noudattaa vähähiilihydraattista ruokavaliota	44	40
Syödä runsaasti kasviksia, hedelmiä, marjoja	67	78
Ruoka lohduttaa kun on surullinen tai stressaantunut	28	36
Ruoka on romanitapojen mukaan puhdasta	82	89
Ruokaa on saatavilla ruokapankista tai diakoniatyön kautta (ruuan ilmaisjakelu)	59	62

¹ Havaintomäärän pienuus johtuu siitä, että kysymys on esitetty vain laajalla lomakkeella.**TULOSTEN VERTAILU KOKO VÄESTÖÖN JA YHTEENVETO**

FinTerveys 2017 -tutkimuksen tulosten perusteella 30 vuotta täyttäneessä väestössä noin kolme neljästä aikuisesta söi arkipäivisin lounaan, naiset hieman miehiä useammin (Valsta ym. 2018). Roosa-tutkimukseen osallistuneilla lounaan syöminen oli jonkin verran harvinaisempaa, eikä miesten ja naisten välillä havaittu vastaavaa eroa. Kasviksia, hedelmiä ja marjoja suositellaan syötävän 5-6 kertaa päivässä (vähintään 500 g/päivä). Suositusten mukainen kasvisten, hedelmien ja marjojen syönti täyttyy harvoin koko väestössäkään, vain 20 prosenttia naisista ja 10 prosenttia miehistä raportoi syövänsä niitä useita kertoja päivässä. Kuitusuositusta on vaikea saavuttaa ilman täysjyvävalmisteita (esim. ruisleipä). Erityisesti miehet voisivat vaihtaa punaisen lihan ja pro-

sessoidun lihan (esim. makkara) välillä kanaan, kalkkunaan, kalaan ja kasvisruokaan. Suositusten mukaan punaista kypsennettyä lihaa ja prosessoituja lihavalmisteita saa syödä enintään 500 g viikossa. Ruokavalintoja koskevat tulokset antavat viitteitä siitä, että tieto ja näkemys suositusten mukaisista ruokavalinnoista voivat olla puutteellisia, ja niitä ei välttämättä toteuteta arjessa. Myös FinSote-tutkimuksen tuloksiin (Pentala-Nikulainen ym. 2018) verrattuna Roosa-tutkimukseen osallistuneet söivät selvästi harvemmin kasviksia, hedelmiä ja marjoja. Koulutusaste, työmarkkina-asema, perhe-tilanne ja tulot vaikuttavat myös ruokatottumuksiin ja -valintoihin, mikä on otettava huomioon näitä tuloksia tulkittaessa.

Roosa-hankkeen työpajoissa keskusteltiin siitä, että ruokatottumuksia, kuten muitakin elintapoja (tupakointi, liikunta ja nukkuminen), ohjaavat lapsuuden perheestä saadut toimintamallit, jotka eivät välttämättä ole olleet terveyttä edistäviä. Ruokatottumusten osalta tunnistettiin ruoan mielihyvää tuottava vaikutus, lohtusyöminen ja ”ruualla rakastaminen”, jotka osaltaan voivat olla muokkaamassa ruokailutapoja epäterveellisemmiksi. Pohja terveellisille elintavoille sekä aikuisiän terveydelle ja hyvinvoinnille luodaan lapsuusiässä. Lisäksi taloudelliset vaikeudet voivat ohjata ostamaan kalliimpien kasvien sijaan esimerkiksi halpoja makkaratuotteita, eikä niinkään halvempia kasviksia (esim. kaali, juurekset), joiden monipuolinen käyttö ei ole tuttua. Lapset syövät samaa kuin vanhemmatkin eli paljon makeaa, suolaista ja rasvaista ruokaa sekä epäterveellisiä välipaloja. Romaniyhteisössä tarvittaisiin laajemmin keskustelua ja ohjausta perheiden ruokatottumuksista sekä ruokavalion terveysvaikutuksista.

Suosituksissa korostetaan ruokavalion kokonaisuutta. Yksittäinen elintarvike ei yleensä heikennä tai paranna ruokavalion laatua. Lautasmalli auttaa syömään terveellisemmin: puolet lautasesta täytetään salaattilla tai lämpimällä kasvislisäkkeellä, neljäsosa perunalla, täysjyväpastalla tai muulla täysjyvälisäkkeellä ja viimeinen neljännes lihalla, kalalla tai proteiinipitoisella kasvisruoalla. Ateriaa täydennetään täysjyväleivällä, jonka päällä on kasviöljypohjaista rasvaveitettä. Jälkiruoaksi sopivat hedelmät ja marjat. Ruokajuomaksi suositellaan rasvatonta maitoa tai piimää ja janojuomaksi vettä. Hyvänä nyrkkisääntönä voi pitää, mitä värikkäämpää syömämme ruoka on, sen terveellisempää.

6.2 Fyysinen aktiivisuus ja uni

Katja Borodulin, Raija Korpelainen, Seppo Koskinen ja Päivikki Koponen

Riittävä fyysinen aktiivisuus suojaa monelta sairaudelta ja parantaa toimintakykyä (Duodecim 2016a). Aiempien väestötutkimusten mukaan sekä miesten että naisten vapaa-ajan liikunta on lisääntynyt viime vuosikymmeninä, mutta työmatka- ja työaikainen liikunta ovat vähentyneet (Borodulin 2016; Borodulin ym. 2018). Tietoa paikallaan vietetystä ajasta on tähän mennessä julkaistu vähän, mutta sekä itse rapor-

toidut (Borodulin ym. 2018) että liikemittarilla kerätyt tiedot (Husu 2014) osoittavat väestön viettävän runsaasti aikaa paikallaan. Liikuntaa tulisi sisältyä jokaiseen päivään, ja pitkää yhtäjaksoista paikallaan oloa, kuten istumista, kannattaa välttää. Suositeltavaa olisi kerryttää kohtuukuormitteista kestävyystyypistä liikuntaa, kuten kävelyä, yhteensä vähintään kaksi ja puoli tuntia viikossa. Raskastehoisemman liikunnan, kuten juoksulenkkeilyn suositus on yhteensä vähintään yksi tunti 15 minuuttia viikossa. Viikkoon tulisi sisältyä pari kertaa lihasvoimaa ja tasapainoa ylläpitävää liikuntaa, kuten porraskävelyä, tanssia, lihasvoimaharjoittelua tai ryhmäliikuntamuotoja.

Uniongelmat ovat väestössä hyvin yleisiä ja ilmaantuvat herkästi niin psyykkisen kuin fyysisen terveydentilan muuttuessa (Potter ym. 2016; Frank ym. 2017; Partonen ym. 2018). Tämän takia väestötutkimusten unta ja nukkumista koskevat kysymykset ovat keskeisiä väestön terveydentilaa arvioitaessa. Normaali unen määrä on aikuisilla 7–9 tuntia vuorokaudessa, mutta tarvittavan unen määrä on yksilöllinen. On myös luontaisesti lyhytunisia ja pitkäunisia ihmisiä. Olisi tärkeää pyrkiä nukkumaan säännöllisesti itselleen riittävän pitkät yöunet, jotta voit välttää univelan kertymisen liian lyhyiksi jääneistä tai virkistämättömistä yöunista.

MENETELMÄT

Fyysistä aktiivisuutta mitattiin Roosa-tutkimuksessa vain vapaa-ajan osalta haastatte- luissa tai itse täytetyissä lomakkeissa. Vapaa-ajan liikunnasta tässä raportissa esitetään niiden osuus, jotka raportoivat harrastavansa edes jotakin liikuntaa vapaa-aikana: kävelyä, pyöräilyä tai muuta liikuntaa tai varsinaista kuntoliikuntaa useita tunteja viikos- sa tai kilpailumielessä harrastettua urheilua. Vain tämä kysymys sisältyi tutkimukseen kaikille osallistujille. Muut fyysistä aktiivisuutta koskevat kysymykset eivät sisältyneet lyhyempiin lomakkeisiin.

Vapaa-ajan istumista tavallisena arkipäivänä mitattiin ruutuajakysymyksellä, jossa pyydettiin arvioimaan television, tietokoneen tai älylaitteen ääressä istuen vie- tetty aika tunneissa ja minuuteissa. Tässä raportissa esitetään yli kolme tuntia päiväs- sä istuvien osuus.

Lisäksi tutkimuksen laajojen lomakkeiden sisältöön kuului myös kysymyssarja vapaa-ajan liikkumista rajoittavista asioista; ”Rajoittavatko seuraavat asiat vapaa-ajan liikkumistanne?”, vastausvaihtoehdoin kyllä tai ei (yhteensä 20 kohtaa liikunnan mo- tivaatioon ja olosuhteisiin liittyviä tekijöitä).

Unta ja nukkumista kartoitettiin Roosa-tutkimuksessa kysymällä, kuinka mon- ta tuntia tutkittavat nukkuivat vuorokaudessa ja nukkuivatko he mielestään tarpeek- si. Raportointia varten enintään kuusi tuntia vuorokaudessa nukkuvien osuus lasket- tiin erikseen, sillä se kertoo lyhytunisuudesta, ja valtaosalle se ei ole riittävä määrä unta (Hirshkowitz ym. 2015).

TULOKSET

Vapaa-ajan liikuntaa harrasti noin puolet Roosa-tutkimukseen osallistuneista miehistä ja hieman yli kolmannes naisista. Nuorimmat liikkuvat aktiivisimmin. Noin 40 prosenttia istui vapaa-ajallaan yli kolme tuntia päivässä (taulukko 6.2.1).

Taulukko 6.2.1

Liikunta ja istuminen, ikäryhmittäin, miehet ja naiset, %.

	Miehet (n = 82 ¹ —136)				Naiset (n = 134 ¹ —201)			
	18—29	30—54	55+	kaikki	18—29	30—54	55+	kaikki
Vapaa-ajan liikuntaa harrastavien osuus	63	45	58	54	44	44	25	36
Päivässä yli 3 tuntia television, tietokoneen tai älylaitteen ääressä istuvien osuus ¹	42 ¹	46 ¹	40 ¹	43 ¹	40 ¹	35 ¹	45 ¹	39 ¹

¹ Havaintomäärän pienuus johtuu siitä, että kysymys on esitetty vain laajalla lomakkeella

Vain hieman yli 60 prosenttia Roosa-tutkimukseen osallistuneista koki nukkuvansa riittävästi (taulukko 6.2.2). Noin kolmanneksella unen pituus oli enintään kuusi tuntia vuorokaudessa. Keskimäärin niin naiset kuin miehetkin nukkuivat noin seitsemän tuntia vuorokaudessa, nuorimmat (18–29-vuotiaat) lähes tunnin pitempään kuin vanhimmat (55 vuotta täyttäneet).

Taulukko 6.2.2**Unen riittävyys ja unen pituus ikäryhmittäin, miehet ja naiset, %.**

	Miehet (n 136—137)				Naiset (n = 192—205)			
	18—29	30—54	55+	kaikki	18—29	30—54	55+	kaikki
Mielestään tarpeeksi nukkuvien osuus	77	60	59	63	72	56	62	62
Enintään 6 tuntia nukkuvien osuus	19	32	40	33	14	28	34	28
Unen pituuden keskiarvo	7,3	6,9	6,5	6,8	7,6	6,8	6,9	7,0

Vapaa-ajan liikkumista rajoittaviksi koetuista asioista Roosa-tutkimukseen osallistuneilla miehillä yleisimpiä olivat laiskuus, väsymys ja apea mieliala sekä kiinnostuksen puute (taulukko 6.2.3). Naisilla nämä samat asiat olivat yleisimpiä liikkumista rajoittavia tekijöitä, mutta heistä 42 prosenttia koki myös romanivaatetuksen vapaa-ajan liikuntaa rajoittavana. Naiset raportoivat miehiä useammin rahan puutteen yhtenä tärkeimmistä vapaa-ajan liikuntaa rajoittavista tekijöistä.

Taulukko 6.2.3

Vapaa-ajan liikkumista rajoittaviksi koetut asiat, miehet ja naiset, %.

	Miehet (n = 128—133)	Naiset (n = 187—196)
Kiinnostuksen puute	38	41
Ajan puute	30	35
Laisuus	48	53
Väsymys töiden, opiskelun ym. vuoksi	44	48
Apea mieliala tai yleinen väsymys	43	50
Liikuntataitojen puute	7	27
En tiedä miten kannattaisi liikkua	5	20
Sairaus tai vamma	34	39
Rahan puute	34	46
Liikuntatilojen puute	12	20
Liikuntavarusteiden puute	18	31
Romanivaatetus	8	42
Huonot liikenne yhteydet liikuntapaikoille	8	15
Sopivan liikuntamuodon puute	18	26
Liikunnan ohjauksen puute	16	27
Ryhmäpaine, toisten negatiiviset asenteet	9	13
Sopivan ryhmän puute	19	30
Liikunnan aiheuttama epämukava olo	11	18
Epäonnistumisen pelko	7	14
En löydä tarpeeksi tietoa luontoon liittyvistä harrastuksista	7	8

TULOSTEN VERTAILU KOKO VÄESTÖÖN JA YHTEENVETO

Työmatkojen ja työn aikaisesta liikunnasta ei kysytty Roosa-tutkimuksessa, minkä vuoksi tutkimukseen osallistuneiden fyysisestä aktiivisuudesta saadaan varsin suppea kuva. Tutkimukseen osallistuneet harrastivat selvästi koko väestöä vähemmän vapaa-ajan liikuntaa sekä FinTerveys 2017- (Borodulin ym. 2018) että FinSote-tutkimuksen (Pentala-Nikulainen ym. 2018) tuloksiin verrattuna. Erityisesti Roosa-tutkimukseen osallistuneilla naisilla vapaa-ajan liikunnan harrastaminen oli vähäistä. On mahdollista arvioida, kuinka hyvin tämä vastaa tilannetta koko romaniväestön osalta. Koulutusaste, työmarkkina-asema ja perhetilanne vaikuttavat liikunnan harrastamisen, mikä on otettava myös huomioon näitä tuloksia tulkittaessa. Tutkimukseen osallistuneet tunnustivat paljon vapaa-ajan liikuntaa rajoittavia tekijöitä. Koko väestössä liikuntaa rajoittavista tekijöistä tyypillisimmät ovat ajanpuute, vähäinen motivaatio ja sopivan liikuntaystäväen tai -ryhmän puute. Näyttäisi siltä, että motivaatioon liittyvät tekijät ovat sekä Roosa-tutkimuksessa että koko väestössä vähäisen liikunnan kannalta tärkeitä yhteisiä tekijöitä (Borodulin ym. 2016).

Roosa-hankkeen työpajoissa todettiin, etteivät romanit arvosta liikuntaa ja urheilua yhtä paljon kuin muu väestö Suomessa. Romanikulttuuri ei sinänsä estä mitään urheiluharrastusta. Hankaluuksia voi kuitenkin ilmetä esimerkiksi romaninaisilla urheiluvaatteiden käytössä. Monilta paikkakunnilta oli hyviä kokemuksia esimerkiksi tietyn ikäisten naisten omista uimahallivuoroista tai liikuntaryhmistä. Työpajoissa tunnustettiin halua ja tarvetta liikunnan lisäämiseen, mikäli samalla voidaan ylläpitää oman kulttuurin käytäntöjä. Urheilun seuraaminen ja Suomen kannustaminen olivat tapoja kokea yhteenkuuluvuutta muihin suomalaisiin. Työpajoihin osallistuneet toivoivat, että nykyisiä ja tulevia romaniurheilijoita nostettaisiin enemmän esille esikuviksi. Uniongelmat ovat työpajakeskusteluihin osallistuneiden mielestä hyvin yleisiä romaniyhteisössä ja monet ovat ”perineet” tavan nukkua liian vähän. Uniongelmien ja koetun unen riittämättömyyden syitä pitäisi selvittää kuitenkin tarkemmin. Niihin voivat vaikuttaa myös muun muassa liikunnan vähäisyys, pitkä ruutu-aika TV:n ääressä ennen nukkumaan menoa, sekä vaihtelevat arjen aikataulut ja päivärytmit.

6.3 Tupakointi, päihteet ja riippuvuudet

Otto Ruokolainen, Karoliina Karjalainen, Susanna Raisamo, Patrick Sandström, Hanna Ollila ja Seppo Koskinen ja Päivikki Koponen

Tupakointi lisää kuolleisuutta ja aiheuttaa monia sairauksia, ja siksi sen yleisyyttä on pitkään seurattu väestötutkimuksissa. Suomessa miesten tupakointi on vähentynyt jo 1960-luvulta alkaen ja naistenkin tupakointi on vähentynyt jo parin vuosikymmenen ajan. Tupakoinnin vähenemisen ennustetaan jatkuvan niin, että Maailman terveys-

järjestön tavoite tupakoinnin yleisyyden vähenemisestä 30 prosentilla vuodesta 2013 vuoteen 2025 voidaan saavuttaa sekä miehillä että naisilla (Heloma ym. 2015). Tupakoinnin lopettaminen on yksi tärkeimmistä terveyttä edistävästä päätöksistä ja lopettamisella on runsaasti myönteisiä terveysvaikutuksia. Asiantuntevaa apua tupakoinnin lopettamiseen tulisi olla saatavissa sekä perusterveydenhuollossa, kuten terveyskeskuksissa ja työterveydenhuollossa, että erikoissairaanhoidossa. Nikotiinikorvaushoitoa tai tupakkavieroitukseen tarkoitettuja reseptilääkkeitä voidaan käyttää tupakoinnin lopettamisessa, mikäli lopettaminen vaatii lääkkeellistä tukea. Hoidosta tulisi aina keskustella terveydenhuollon ammattilaisen kanssa, jotta varmistetaan mahdollisimman tehokas lääkkeiden tai korvaushoitotuotteiden käyttö.

Päihdetutkimuksilla on selvitetty huumeiden ja muiden päihteiden käyttöä sekä huumemielipiteitä ja -asenteita Suomen aikuisväestön keskuudessa vuodesta 1992 alkaen (Karjalainen ym. 2016). Monilla niistä henkilöistä, jotka ovat joskus elinaikanaan käyttäneet huumeita, käyttö on jäänyt yhteen tai kahteen kokeiluun. Vuoden 2014 tulosten mukaan neljännes miehistä ja vajaa kuudesosa naisista kertoi käyttäneensä jotain huumausainetta joskus elinaikanaan. Yleisimmin käytetty huume väestötasolla on kannabis, ja sen käyttö on yleistynyt 1990-luvulta alkaen. Yhä useampi suomalainen ajattelee, että kannabiksen kokeiluun sisältyy korkeintaan vähäinen terveydellinen tai muu riski, tai että kannabiksen polttamisesta ei tulisi rangaista. Kannabiksen käyttö voi kuitenkin aiheuttaa merkittäviä terveyshaittoja. Haitat liittyvät erityisesti runsaaseen käyttöön nuoruusiässä, jolloin kannabis voi vaikuttaa haitallisesti aivojen kehitykseen, mielenterveyteen ja kognitiiviseen suoriutumiseen. Runsa kannabiksen käyttö altistaa ahdistus- ja masennushäiriöiden kehittymiselle. Pitkäaikainen kannabiksen käyttö heikentää myös tarkkaavaisuutta ja muistia. Muista terveysvaikutuksista tärkeimpiä ovat keuhkosairaudet ja raskauden aikaisen käytön haittavaikutukset kehittyvään sikiöön. (Karjalainen ym. 2016; Hakkarainen ym. 2014.)

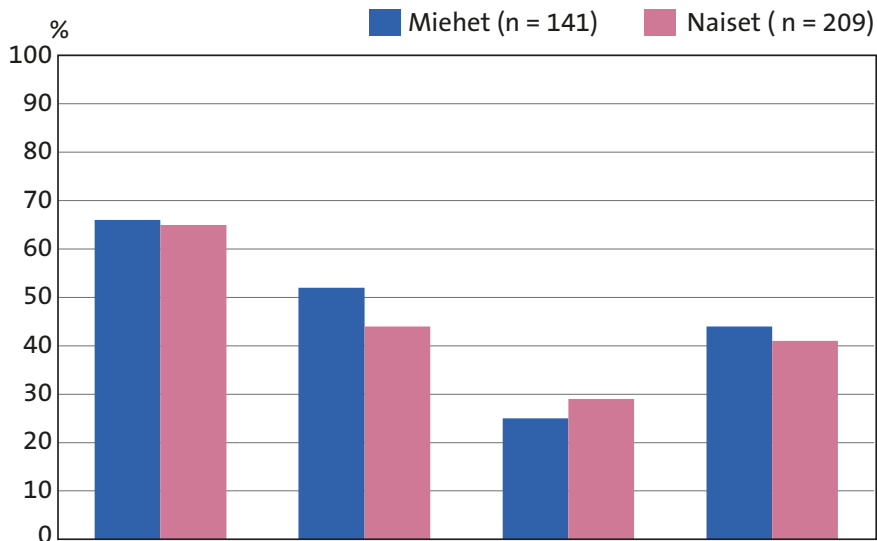
Suomi on rahapelaamisen kärkimaita Euroopassa. Rahapelit näkyvät arjen ympäristöissä monin tavoin. Valtaosalla pelaajista rahapelaaminen on hallinnassa, mutta osalle liiallisesta pelaamisesta koituu eriasteisia taloudellisia, sosiaalisia ja terveydellisiä ongelmia. Rahapelihaitat koskettavat suoraan tai välillisesti satoja tuhansia suomalaisia. Haittoihin on mahdollista vaikuttaa vastuullisella rahapelipolitiikalla sekä muilla ehkäisevän ja korjaavan työn keinoilla. Rahapelaamista kartoittaneen väestökyselyn mukaan lähes viidennes vastaajista pelasi vähintään riskitasolla (Salonen & Raisamo 2015). Tyypillisin rahapelihaitta liittyi oman rahapelaamisen hallinnan puutteeseen: vastaajat kertoivat pelanneensa enemmän kuin olivat alun perin aikoneet.

MENETELMÄT

Tupakka- ja muista nikotiinituotteista esitettiin kolme kysymystä haastatteluissa ja itse täytetyillä kyselylomakkeilla: ”Tupakoitko nykyisin (savukkeita, sikareita tai piippua)?”, ”Käytättekö nuuskaa nykyisin?” ja ”Käytättekö nykyisin nikotiinipitoisia sähkösavukkeita?”. Tässä raportissa esitetään näitä tuotteita päivittäin käyttäneiden osuudet. Lisäksi kysyttiin huumeista: ”Oletteko koskaan käyttänyt kannabista (hasis, marijuana)?” sekä ”Oletteko koskaan käyttänyt huumeita pistämällä?”. Rahapelaamisen ongelmia selvitettiin kysymyksellä: ”Onko Teistä 12 viime kuukauden aikana tunnut, että rahapelaaminen saattaa olla Teille ongelma?”.

TULOKSET

Roosa-tutkimukseen osallistuneista miehistä 44 prosenttia ja naisista 41 prosenttia tupakoi päivittäin (kuvio 6.3.1). Tupakointi oli yleisintä nuorimmassa ikäryhmässä, sekä miehillä että naisilla. Nuuskan tai nikotiinipitoisten sähkösavukkeiden käyttö oli vähäistä. Miehistä viisi prosenttia käytti päivittäin nikotiinipitoisia sähkösavukkeita ja nuuskaa tätä harvempi. Naisilla sähkösavukkeiden ja nuuskan käyttö oli hyvin vähäistä, näitä kertoi käyttäneensä vain muutama tutkimukseen osallistunut.



Kuvio 6.3.1

Päivittäin tupakointien osuus, ikäryhmittäin, miehet ja naiset, %.

Roosa-tutkimukseen osallistuneista miehistä noin joka kolmas ja naisista harvempi kuin joka kymmenes kertoi joskus käyttäneensä kannabista ja muutama tutkimukseen osallistunut kertoi myös käyttäneensä huumeita pistämällä.

Melkein kolmannes miehistä ja lähes kuudesosa naisista kertoi joskus kokeneensa, että rahapelaaminen saattaa olla heille ongelma. Osa vastaajista on saattanut ajatella vastaamisessaan myös jonkun läheisen ongelmaa, ei vain omaansa. Rahapelaamisen ongelmista kertoivat erityisesti nuorimmat miehet ja muutenkin miehet useammin kuin naiset.

TULOSTEN VERTAILU KOKO VÄESTÖÖN JA YHTEENVETO

Kansallisissa väestötutkimuksissa on havaittu, että tupakointi on Suomessa vähentynyt työikäisessä väestössä, mutta päivittäin tupakoivien osuus aikuisista on kuitenkin vielä kaukana tupakkalain tavoitetasosta (alle 5 prosenttia väestöstä käyttää tupakkaa tai nikotiinituotteita päivittäin vuonna 2030). FinTerveys 2017 -tutkimuksessa (Heloma ym. 2018) 30 vuotta täyttäneistä miehistä 16 prosenttia ja naisista 11 prosenttia tupakoi päivittäin. FinSote-tutkimuksessa (Pentala-Nikulainen ym. 2018) päivittäin tupakoivien osuus 20 vuotta täyttäneistä oli miehillä hieman pienempi (14 %) ja naisilla hieman suurempi (14 %). Näihin tuloksiin verrattuna tupakointi oli huomattavasti yleisempää Roosa-tutkimukseen osallistuneilla. Tähän voi osaltaan vaikuttaa myös tutkimukseen osallistuneiden erilainen koulutustausta ja tutkimukseen osallistuneiden valikoituneisuus niin, että tulokset eivät ole täysin yleistettävissä koko romaniväestöön. Koko väestössä tupakointi on selkeästi yleisintä enintään perusasteen koulutuksen suorittaneiden ryhmässä. Tupakoinnin vähenemisen edistämiseksi ja nopeuttamiseksi tulee sote-palveluissa kiinnittää erityistä huomiota tupakkavieroituspalvelujen saatavuuteen, erityisesti niissä väestöryhmissä, joissa tupakointi on yleistä. Roosa-tutkimukseen osallistuneista sekä naiset että miehet tupakoivat lähes yhtä yleisesti, mikä voi osaltaan rajoittaa esimerkiksi kumppanilta saatavaa tukea lopettamisessa.

Aiemmissa väestötutkimuksissa on havaittu, että nuorten tupakointi on vähentynyt merkittävästi 2000-luvulla. Roosa-tutkimuksessa tupakointi oli nuorimmassa ikäryhmässä (18-29-vuotiaat) kuitenkin hyvin yleistä. Sekä tupakoinnin aloittamisen ehkäisyyn että tupakoinnin lopettamisen tukemiseen tarvittaisiin toimia romaniyhteisössä. Tupakoinnin lopettaminen sekä säästää sekä yksilön että yhteiskunnan menoja että tuo lukuisia terveyshyötyjä yksilölle.

Nuuskan ja sähkösavukkeiden käyttö oli Roosa-tutkimukseen osallistuneilla vähäistä, mikä vastaa myös kansallisissa väestötutkimuksissa saatuja tuloksia (Pentala-Nikulainen ym. 2018). Kuitenkin nikotiinipitoisten sähkösavukkeiden käyttö oli Roosa-tutkimukseen osallistuneilla hieman yleisempää kuin aiemmissa väestötutki-

muksissa (esim. Ruokolainen ym. 2016; Ruokolainen ym. 2017). Savukkeiden ohella myös muiden nikotiinipitoisten tuotteiden käytön lopettamisen tukemiseen tulee kiinnittää huomiota.

Tupakoinnin yleisyyttä pidettiin Roosa-hankkeen työpajoissa valitettavana ja mietittiin keinoja, joilla voitaisiin estää nuoria aloittamasta tupakointia. Tupakointiin liittyi toisaalta porukkaan kuulumisen tarve etenkin nuorilla, mutta osa tupakoijista pyrkii tupakoimalla lievittämään yksinäisyyden ja tekemisen puutteen kokemuksia. Tupakoinnin lopettamisen tueksi mahdollisesti tarvittavien vieroitustuotteiden korkean hinnan epäiltiin rajoittavan niiden käyttöä.

Vaikka tulokset eivät ole suoraan vertailukelpoisia, voidaan arvioida, että viimeisimmän kansallisen päihdetutkimuksen tuloksiin (Karjalainen ym. 2016) verrattuna Roosa-tutkimukseen osallistuneet olivat käyttäneet kannabista joskus elämänsä aikana koko väestöä useammin. Koska Roosa-tutkimukseen osallistuneista muutamat raportoivat käyttäneensä myös huumeita pistämällä, tulokset osoittavat tarpeen kehittää toimia päihteen käytön ehkäisyyn romaniväestössä vaikuttamalla päihteitä koskeviin tietoihin ja asenteisiin. Erityisesti tulisi kiinnittää huomiota päihdehaitoilta suojaaviin tekijöihin ja riskitekijöihin (esim. nuorten koulutus ja työllistyminen).

Myös rahapeliongelmat näyttäisivät Roosa-tutkimukseen osallistuneilla yleisemmiltä kuin koko väestössä verrattaessa Roosa-tutkimuksen tuloksia vuoden 2017 Aikuisväestön terveys- ja hyvinvointitutkimuksen tuloksiin, joiden mukaan miehistä yhdeksän prosenttia ja naisista viisi prosenttia oli kokenut, että rahapelaaminen saattaa olla heille ongelma (Murto ym. 2017). Subjektiiivista koettua ongelmaa kartoittava kysymys ei välttämättä kuvaa rahapeliongelman todellista esiintyvyyttä. Yksilön oma kokemus siitä, että rahapelaaminen on ongelma, on kuitenkin monella tavoin merkityksellinen ja myös perustava lähtökohta rahapeliongelman tunnistamiselle ja hoidolle. Roosa-tutkimukseen osallistuneet ovat kuitenkin saattaneet ajatella vastauksessaan laajemmin myös muiden kuin omia ongelmiaan. Rahapelaaminen tuottaa ongelmia pelaajien lisäksi heidän läheisilleen (Salonen ym. 2015).

6.4 Alkoholin käyttö

Pia Mäkelä, Seppo Koskinen ja Päivikki Koponen

Suomalaisten alkoholinkäyttö pääasiassa lisääntyi vuosikymmenien ajan aina vuoteen 2007 asti. Kulutuksen lisääntyessä alkoholista johtuvat syyt nousivat yhdeksi tärkeimmistä työikäisen väestön kuolemansyistä. Vuoden 2007 jälkeen alkoholin kokonaiskulutus on vähentynyt noin 15 prosentilla. Kulutusjakautumat ovat Suomessa erittäin vienoja eli suuri osa väestöstä juo vähän, osa kohtuullisesti ja pieni osa juo erittäin paljon (Härkönen ym. 2017).

Alkoholin riskikäyttöä on kahta tyyppiä. Korkea keskimääräinen kulutustaso lisää erilaisten sairauksien, esimerkiksi sydän- ja verisuonitautien, maksasairauksien, muistihäiriöiden ja syöpien riskiä. Se lisää myös henkiseen hyvinvointiin liittyvien ongelmien riskiä tai pahentaa niitä. Alkoholiongelmaan saattaa esimerkiksi liittyä masennustila tai alkoholia saatetaan käyttää toiveena masennuksen lievittäminen, vaikka alkoholi lopulta vain lisää masennusoireita. Humalajuominen, eli suuri kerralla juotu alkoholimäärä, lisää erityisesti tapaturmien riskiä. Runsaan alkoholin käytön riskit ovat sitä suuremmat, mitä enemmän alkoholia kulutetaan pitemmällä aikavälillä ja toisaalta mitä enemmän sitä käytetään yksittäisillä käyttökerroilla. Alkoholinkäytön terveysriskit ovat pienet, jos alkoholin käyttö naisilla jää enintään yhteen annokseen päivässä ja miehillä kahteen. Riskejä vähentää suurempien alkoholimäärien (5-6 annosta kerralla tai enemmän) kerralla juomisen välttäminen. (Mäkelä ym. 2018; Duodecim 2015.) Terveysvaikutusten lisäksi alkoholin riskikäytön aiheuttaman sosiaalisten ongelmien ovat merkittäviä. Alkoholin liikakäyttö on myös usein mukana pahentamassa syrjäytyneiden huono-osaisuuden kierrettä.

MENETELMÄT

Alkoholinkäyttöä kartoitettiin haastatteluissa ja itse täytetyillä kyselylomakkeilla. Käytön useutta kysyttiin: ”Kuinka usein juotte olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia?”. Vastausvaihtoehtoina esitettiin 1) en koskaan, 2) kerran kuukaudessa tai harvemmin, 3) 2-4 kertaa kuukaudessa, 4) 2-3 kertaa viikossa ja 5) 4 kertaa tai useammin viikossa. Alkoholin riskikäyttöä arvioitiin kysymyksellä ”Kuinka usein olette juonut kerralla kuusi annosta tai enemmän?” Vastausvaihtoehtoina olivat 1) en koskaan, 2) harvemmin kuin kerran kuukaudessa, 3) kerran kuukaudessa, 4) kerran viikossa ja 5) päivittäin tai lähes päivittäin.

Riskikäyttöä arvioitiin myös AUDIT-C mittarilla, joka yhdistää tiedot alkoholin käytön useudesta, tyyppisesti kerralla käytetyistä alkoholimääristä ja humalajuomisesta (vähintään 6 alkoholiannosta kerralla). Mittariin sisältyy edellä mainittujen lisäksi kysymys: ”Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olette ottanut niinä päivinä, jolloin olette juonut alkoholia?”. Lomakkeella oli myös mallikuvia alkoholiannoksista. Vastausvaihtoehtoina olivat 1) 1-2 annosta, 2) 3-4 annosta, 3) 5-6 annosta, 4) 7-9 annosta ja 5) 10 tai enemmän. Kolmesta kysymyksestä lasketun liikakäytön pisterajoina on miehillä vähintään 6 pistettä ja naisilla vähintään 5 pistettä.

TULOKSET

Roosa-tutkimukseen osallistuneista miehistä 43 prosenttia ja naisista 77 prosenttia oli raittiita (eli vastasi ettei juonut koskaan alkoholia sisältäviä juomia). Miehistä kolme

neljäosaa käytti alkoholia enintään kerran kuukaudessa tai ei lainkaan. Miehistä neljäosaa käytti alkoholia vähintään kerran viikossa, naisista vain muutama (taulukko 6.4.1).

Taulukko 6.4.1

Alkoholin käytön useus, miehet ja naiset, %.

	Miehet (n= 138)	Naiset (n= 204)
ei koskaan	43	77
enintään kerran kuukaudessa	31	18
2-4 kertaa kuukaudessa	18	5
Kerran viikossa tai useammin	8	1

Alkoholin riskikäyttö oli Roosa-tutkimukseen osallistuneilla nuorilla miehillä varsin yleistä (taulukko 6.4.2). Ne, jotka käyttivät alkoholia harvemmin kuin viikoittain tai kuukausittain, joivat kerralla paljon silloin, kun juovat. Alkoholin riskikäyttöä oli vain nuorimmilla Roosa-tutkimukseen osallistuneilla naisilla.

Taulukko 6.4.2

Alkoholin riskikäyttö, ikäryhmittäin, miehet ja naiset, %.

	Miehet (n = 136)				Naiset (n = 201–204)			
	18–29	30–54	55+	kaikki	18–29	30–54	55+	kaikki
Kerran kuukaudessa tai useammin kerralla kuusi annosta tai enemmän juovien osuus	50	23	12	24	9	1	2	3
Alkoholin liikakäyttö (AUDIT pisterajan ylittävät)	52	30	16	29	14	2	2	4

TULOSTEN VERTAILU KOKO VÄESTÖÖN JA YHTEENVETO

Aiempien väestötutkimusten mukaan raittius on Suomessa yleistynyt. Roosa-tutkimukseen osallistuneilla raittius oli koko väestöä yleisempää ja tutkimukseen osallistuneet käyttivät alkoholia selvästi harvemmin kuin Suomen koko väestö keskimäärin. Humalajuominen ja alkoholin liikakäyttö ovat koko väestössä suhteellisen yleisiä ja miehillä huomattavasti yleisempiä kuin naisilla (Mäkelä ym. 2018; Pentala-Nikulainen ym. 2018). Roosa-tutkimuksessa alkoholin riskikäyttö oli yleisintä ja selvästi koko väestön miehiä yleisempää nuorimmassa ikäryhmässä. Tutkimukseen osallistuneilla naisilla alkoholin riskikäyttö oli koko väestöä harvinaisempaa ja siitä oli viitteitä vain nuorimpaan ikäryhmään kuuluvilla. Myös vuoden 2016 Juomatapatutkimuksen mukaan (Härkönen ym. 2017) koko väestön naisilla humalakulutus oli yleisintä alle 30-vuotiailla. Koko väestössä miesten humalajuominen on ollut jonkin verran nuorimpia aikuisia yleisempää 30–49-vuotiailla kuin nuoremmilla. Myös alkoholin käytön osalta Roosa-tutkimuksen tulosten vertailukelpoisuutta rajoittavat monet tekijät ja tuloksia tulkittaessa on otettava huomioon myös muun muassa koulutustason, työllisyysaseman ja henkisen hyvinvoinnin yhteydet alkoholin käyttöön. Roosa-tutkimustulokset osoittavat, että nuorten romanimpien alkoholin käyttöä tulisi selvittää tarkemmin, etsien keinoja mahdollisten alkoholihaittojen ehkäisyyn.

7. PALVELUJEN KÄYTTÖ JA KOETTU TARVE

Tässä luvussa kuvataan terveys-, sosiaali- ja työllisyyspalvelujen käyttöä sekä kokemuksia saadun palvelun riittävydestä. Luvussa 7.1 esitetään tuloksia varhaiskasvatuksen palvelujen sekä kuntien liikunta- ja kulttuuripalvelujen käytöstä.

Palvelujen saatavuutta on usein tutkittu tarkastelemalla henkilön omaa kokemusta palvelutarpeesta (esim. Manderbacka 2012; Allin ym. 2010). Henkilön kokemukseen palvelutarpeesta voi vaikuttaa hänen oman kokemuksena lisäksi myös asiantuntijan tekemä arvio palvelutarpeesta. Myös sosiaali- ja terveyspalveluissa käytettävät hoito- ja tutkimusmenetelmät, niiden saatavuus sekä asiakkaiden tiedot ja asenteet muokkaavat koettuja ja ilmaistuja tarpeita. Koetut ja ilmaistut tarpeet vaihtelevat myös eri kulttuureissa ja maantieteellisillä alueilla (Mäntyranta ym. 2005). Aiempien väestötutkimustulosten mukaan palvelutarvetta ovat kokeneet muita useammin alempan tuloryhmään kuuluvat, työttömät, sekä terveytensä huonoksi kokevat (Kuusio ym. 2016; Manderbacka ym. 2012; Allin & Masser 2009).

Romanien palvelujen käyttöä koskevia tutkimuksia on tehty Suomessa tai Euroopassa vain vähän ja aiempi tieto Suomesta on yli kymmenen vuoden takaa (Majaniemi & Viljanen 2008; Hirvilammi & Laatu 2008). Kaikkialla Euroopassa ei ole Suomen kaltaista koko väestöä kattavaa sosiaalivakuutusta tai julkista palvelujärjestelmää, joten muualla palvelujen saatavuuteen vaikuttaa jo se, onko henkilöllä sairausvakuutusta ja pääseekö hän terveyspalvelujen piiriin (Keskimäki ym. 2014). Suomessa on aiemmin tutkittu romanivanhusten kokemuksia kuntoutuspalvelun tarpeesta ja tulokset viittaavat siihen, että vanhukset säästävät lääkekuluissa, pitkittävät lääkärille menoja, eivätkä aina pysty maksamaan tarvitsemiaan kuntoutuskuluja (Majaniemi & Viljanen 2008). Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) tekemän arvion mukaan romanit ovat yliedustettuina toimeentulotuen saajissa, mutta käyttävät päihde- ja vanhus- huollon sekä varhaiskasvatuksen palveluita koko väestöä vähemmän (Hirvilammi & Laatu 2008). Romanien kulttuuripalvelujen käyttöä kartoittaneen Ihmisoikeusliiton selvityksen mukaan perinteisesti korkeakulttuuriksi lasketut kulttuuriesitykset, kuten ooppera ja klassisen musiikin konsertit, eivät olleet suosittuja romanivastaajien parissa, vaan he kaipasivat enemmän kunnan tai hengellisten yhdistysten tuottamia musiikillisia tilaisuuksia (Toivanen 2012).

7.1 Terveyspalvelut

Hannamaria Kuusio, Riikka Lämsä, Anneli Weiste-Paakkanen ja Päivikki Koponen

Suomessa palveluiden yhdenvertainen saatavuus ja saavutettavuus ovat keskeisiä sosiaali- ja terveystalouden sekä palvelujen kehittämisen tavoitteita. Palvelujen käyttöön vaikuttavat useat eri tekijät kuten sosioekonominen asema, ikä, asuinalue, koettu palvelujen tarve tai aiemmat kokemukset palveluista sekä asenteet palveluja tai palvelujärjestelmää kohtaan. Rakenteelliset esteet kuten monimutkainen palvelujärjestelmä, liian korkeat kustannukset tai pitkät jonot saattavat vaikeuttaa palvelujen käyttöä (Allin & Masseria 2009). Tällöin henkilö ei välttämättä hakeudu tarvitsemiinsa palveluihin vaikka hän kokisi palvelutarvetta.

MENETELMÄT

Palvelujen käyttöä koskevat tiedot saatiin haastattelulomakkeista. Lääkärikäynneistä kysyttiin: ”Kuinka monta kertaa olette oman sairautenne tai raskauden tai synnytyksen vuoksi käynyt lääkärin, terveyden- tai sairaanhoitajan vastaanotolla tai tavannut lääkärin tai hoitajan kotona?” Lääkärin ja terveyden- ja sairaanhoitajan vastaanottokäynnit merkittiin vastausvaihtoehdoissa erikseen. Tässä luvussa raportoidaan niiden henkilöiden osuus, jotka olivat vastanneet käyneensä terveyskeskuslääkärissä vähintään yhden kerran. Hammaslääkärillä käymisestä kysyttiin: ”Oletteko käynyt 12 viime kuukauden aikana hammaslääkärillä?” Vastauksista raportoidaan terveyskeskuksen ja yksityisen hammaslääkärin käynnit. Naisille suunnatuista seulontatutkimuksista tarkastellaan mammografiatutkimuksessa ja ultraäänitutkimuksessa sekä kohdunkaulan syövän seulontatutkimuksessa (PAPA -koe) käymistä, sillä nämä kuuluvat Suomessa kaikille naisille tarjottaviin syöpäseulontoihin. Näitä tutkimuksia voidaan tehdä myös muissa yhteyksissä, kuten ehkäisyyn liittyvässä seurannassa. Lisäksi kysyttiin käyntiä naistentautien tarkastuksessa tai tutkimuksessa. Tässä luvussa tarkastellaan niiden vastaajien osuutta, jotka ilmoittivat käyneensä edellä luetelluissa tutkimuksissa tai lääkärillä 12 viime kuukauden aikana tai 1–5 vuotta sitten.

Koettua palvelun tarvetta kysyttäessä vastaajaa pyydettiin arvioimaan, onko hän mielestään saanut riittävästi palveluja 12 viime kuukauden aikana. Vastausvaihtoehdotja oli neljä: ”en ole tarvinnut palvelua”, ”olisin tarvinnut, mutta en saanut palvelua”, ”olen käyttänyt palvelua, mutta se ei ollut riittävä” sekä ”olen käyttänyt palvelua ja se oli riittävä”. Näistä muun kuin ensimmäisen vaihtoehdon valinneet luokiteltiin palvelua tarvinneiksi. Ne, jotka vastasivat tarvinneensa mutta eivät saaneet palvelua lainkaan tai saatu palvelu ei ollut riittävä, luokiteltiin palvelua riittämättömästi saaneiksi. Palvelua riittämättömästi saaneiden osuutta tarkasteltiin rajattuna niihin, jotka olivat tarvinneet palvelua. Kysymyksessä tarkasteltuja palveluja olivat terveyskeskuslääkärin

vastaanotto (ajanvaraus ja päivystys), sairaanhoitajan vastaanotto terveyskeskuksessa (ajanvaraus ja päivystys), hammashoito (hammaslääkäri tai suuhygienisti) ja fysioterapia, henkisen hyvinvoinnin palvelut (esim. terapiakäynnit psykologin, hoitajan tai lääkärin luona).

TULOKSET

Terveyskeskuslääkärin vastaanotolla vähintään kerran oman sairautensa takia oli viime vuoden aikana käynyt miehistä 66 prosenttia ja naisista 76 prosenttia. Sekä miehistä että naisista hieman yli puolet (53 %) oli käynyt terveyskeskushammaslääkärillä. Noin joka kymmenes mies ja kuusi prosenttia naisista oli käyttänyt hammaslääkäripalveluja yksityisesti.

Miehet kokivat tarvetta terveyskeskuslääkärin vastaanotolle hieman naisia harvemmin (taulukko 7.1.1). Koetussa palvelutarpeessa ei ollut merkittäviä eroja eri ikäryhmissä. Terveyskeskuslääkärin palveluja tarvinneista hieman alle kolmannes miehistä ja naisista arvioi, että palvelut olivat riittämättömiä (kuvio 7.1.1). Mitä vanhempia miehet olivat, sitä useampi heistä koki, etteivät he ole saaneet riittävästi terveyskeskuslääkärin palveluja. Keskimmäiseen ikäryhmään kuuluvat naiset kokivat muita useammin, etteivät ole saaneet riittävästi palveluja.

Miehistä 67 prosenttia ja naisista 72 prosenttia koki, että heillä oli ollut viimeisen vuoden aikana tarvetta sairaanhoitajan vastaanottopalveluihin (taulukko 7.1.1). Rooksa-tutkimukseen vastanneet yli 55-vuotiaat miehet kokivat tarvinneensa nuorempia miehiä harvemmin sairaanhoitajan vastaanottopalveluja. Naisten eri ikäryhmien välillä ei ollut eroja. Sairaanhoitajan vastaanottopalveluja tarvinneista miehistä joka viides ja naisista noin joka neljäs arvioi sairaanhoitajan vastaanottopalvelut riittämättömiksi (kuvio 7.1.1). Miesten osalta vastaajien lukumäärä ei riitä ikäryhmävertailuun. Naisilla kokemus siitä, ettei saanut palvelua riittävästi, oli yleisintä 30-54-vuotiaiden keskuudessa.

Hammaslääkäri

Hammaslääkäripalveluja oli viimeisen vuoden aikana kokenut tarvinneensa 67 prosenttia miehistä ja 57 prosenttia naisista (taulukko 7.1.1). Vanhemmat (55+ vuotiaat) miehet kokivat tarvinneensa hammaslääkärin palveluja hieman useammin kuin nuoremmat miehet. Vanhempien naisten hammaslääkäripalvelujen tarve oli selvästi nuorempaa väestöä harvinaisempaa. Hammaslääkäripalveluja tarvinneista miehistä noin joka viides ja naisista noin joka neljäs koki saaneensa palveluja riittämättömästi (kuvio 7.1.1). Vanhimpaan ikäryhmään kuuluvat naiset kokivat nuorempia naisia useammin, että hammaslääkäripalvelut olivat riittämättömiä.

Fysioterapia

Noin kolmannes miehistä ja naisista koki tarvinneensa fysioterapiapalveluja (taulukko 7.1.1). Sekä alle 30-vuotiaat miehet että naiset kokivat tarvitsevansa fysioterapeuttin palveluja harvemmin kuin heitä vanhemmat. Fysioterapiapalveluja tarvinneista miehistä ja naisista reilusti yli puolet koki, että palvelut olivat riittämättömiä (kuvio 7.1.1).

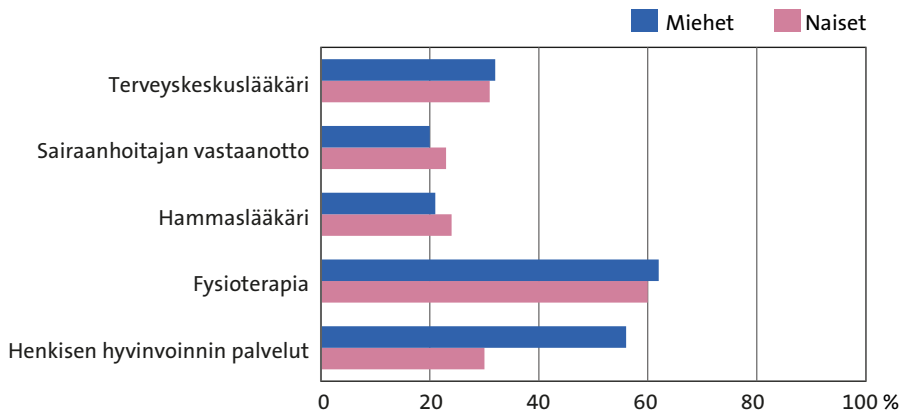
Henkisen hyvinvoinnin palvelut

Miehistä 13 prosenttia ja naisista 18 prosenttia koki tarvitsevansa henkisen hyvinvoinnin palveluja (taulukko 7.1.1). Muita useammin tarvetta raportoivat nuorimmat, alle 55-vuotiaat naiset. Henkisen hyvinvoinnin palveluja tarvinneista miehistä yli puolet ja naisista noin kolmasosa koki saaneensa palveluja riittämättömästi. (Kuvio 7.1.1).

Taulukko 7.1.1

Terveys- ja fysioterapiapalveluja tarvinneet, ikäryhmittäin, miehet ja naiset, %.

	Miehet (n = 129—132)				Naiset (n = 200—201)			
	18–29	30–54	55+	Kaikki	18–29	30–54	55+	Kaikki
Terveyskeskuslääkärin vastaanotto	67	76	74	73	81	80	92	85
Sairaanhoidajan vastaanotto	68	71	63	67	72	72	72	72
Hammaslääkäripalvelut	61	67	71	67	58	67	47	57
Fysioterapiapalvelut	18	36	34	32	24	33	41	35
Henkisen hyvinvoinnin palvelut	12	15	12	13	26	24	10	18



Kuvio 7.1.1

Terveyspalveluja riittämättömästi saaneet, miehet ja naiset, %.

Seulontatutkimukset

Aiemmissä tutkimuksissa on havaittu, että ikääntyneet romaninaiset jäävät usein terveystarkastusten ulkopuolelle. He eivät juuri käy papa- ja mammografiatutkimuksissa, joita tarjotaan tietyille ikäluokille ja naistentautien lääkärit ovat pitkään ilmaisseet huolensa romaninaisista. (Törmä ym. 2014.) Mammografiatutkimukseen kutsutaan 50-69-vuotiaat naiset noin kahden vuoden välein, mutta kyseisiä tutkimuksia voidaan tehdä myös tarvittaessa (Seulontaohjelma 2007). Kyseisen seulonnan kohde-ryhmään kuuluvista Roosa-tutkimukseen osallistuneista naisista mammografiassa oli käynyt 65 prosenttia viiden viimeisen vuoden aikana. Kaikista yli 30-vuotiaista naisista 45 prosenttia oli käynyt mammografiatutkimuksessa viiden viimeisen vuoden aikana ja noin joka viides oli käynyt ultraäänitutkimuksessa. Kohdunkaulan syövän seulontaan kutsutaan 30-60-vuotiaat naiset viiden vuoden välein. Joissakin kunnissa myös tätä nuoremmat tai vanhemmat naiset saavat kutsun kohdunkaulan syövän seulontaan. (Seulontaohjelma 2007.) Kohdunkaulan syövän seulontatutkimuksen kohde-ryhmään kuuluvissa ikäryhmissä 71 prosenttia ja kaikista tutkimukseen osallistuneista yli 30-vuotiaista naisista 55 prosenttia oli käynyt kohdunkaulan seulontatutkimuksessa viimeisen viiden vuoden aikana. Roosa-tutkimukseen vastanneista naisista tarkastuskäynnillä tai tutkimuksessa oli käynyt kolme viidestä.

TULOSTEN VERTAILU KOKO VÄESTÖÖN JA YHTEENVETO

Roosa-tutkimukseen osallistuneet olivat käyneet koko väestöä useammin terveyskeskuslääkärin ja terveyskeskushammaslääkärin vastaanotolla. Yksityisten lääkäripalvelujen käyttö oli puolestaan koko väestöä harvinaisempaa. Tätä tulosta voi selittää se, että Roosa-tutkimukseen osallistuneiden romanien koulutus- ja työllisyysaste ovat koko väestöä alhaisempia (ks. luku 3.1). Aiemmissa väestötutkimuksissa on nimittäin todettu, että yleisimmin yksityislääkäripalveluja käyttävät korkeasti koulutetut. Perusasteen koulutuksen saaneet ovat kokeneet muita useammin liian korkeat asiakasmaksut esteeksi lääkäripalvelujen käytölle. (Aalto ym. 2018.)

Roosa-tutkimukseen osallistuneet kokivat tarvinneensa sekä terveyskeskuslääkärin että sairaanhoitajien palveluita suunnilleen yhtä usein kuin koko väestö, mutta Roosa-tutkimukseen osallistuneet kokivat palvelut koko väestöä useammin riittämättömiksi. Roosa-hankkeen tulostyöpajoihin osallistuneet pohtivat, että kokemusta terveyspalvelujen riittävydestä tai riittämättömyydestä saattaa selittää se, että palvelujen saatavuus on yleisesti heikkoa ja joillakin alueilla terveyskeskuslääkärin vastaanotolle on vaikea saada aikoja. Koettiin, että tällöin palveluja pitäisi osata vaatia sitkeästi ja tuntee potilaan oikeudet, vaikka kynnys esimerkiksi valitusten tekemiseen onkin hyvin korkea. Esiin nostettiin myös yhdenvertaisen kohtelun merkitys palveluihin hakeutumisessa. Jos avun tarvitsija on useamman kerran kokenut palveluissa syrjintää, huonoa kohtelua tai ymmärtämättömyyttä, on vaikea lähteä hakemaan apua uudelleen. Syrjintää on tässä tutkimuksessa kuvattu luvussa 3.6.

Miehet kokivat tarvinneensa hammaslääkäripalveluja hieman useammin kuin koko väestö ja naiset puolestaan harvemmin. Roosa-tutkimuksessa vanhimpien naisten tarve hammaslääkäripalveluille oli vähäisintä, mutta samalla kokemus palvelujen riittämättömyydestä oli yleisintä. Aiemmissa tutkimuksissa on selvinnyt, että romanit eivät helposti hakeudu hoitoon, sillä heidän käsityksensä mukaan ihminen on terve, ellei sairaus tai vaiva aiheuta kohtuutonta haittaa. Etenkin iäkkäämmät romanit saattavat vierastaa palveluihin hakeutumista. (OPH 2012; Majaniemi & Viljanen 2008.) Vaikka palveluihin ei helposti hakeuduttaisikaan, se ei välttämättä poista koettua palvelutarvetta. Roosa-hankkeen työpajoissa osallistujat selittivät melko vähäistä hammaslääkäripalvelun käyttöä toimenpiteisiin liittyvän kivun pelolla. Palveluun saatetaan hakeutua turhan myöhään ja tällöin vaadittavat toimenpiteet voivat olla jo laajoja. Työpajan osallistujat toivat esiin myös huolensa erityisesti lasten hammasterveydestä ja toivoivat heille parempia palveluja.

Roosa-tutkimukseen vastanneet miehet kokivat tarvinneensa naisia vähemmän fysioterapian palveluja. Kokemus fysioterapiapalvelujen riittämättömyydestä oli verraten yleistä, erityisesti naisilla. Koko väestöä koskevia tietoja fysioterapian koetusta palvelutarpeesta ei ole saatavana. Työpajojen osallistujat toivat esiin, että painava ja kiristävä vaatetus voi aiheuttaa kuormitusta ja saattaa näin lisätä tuki- ja liikuntaelinoi-

reita ja siten fysioterapiapalvelujen tarvetta. Fysioterapian vähäistä käyttöä selitettiin myös tiedon puutteella ja kustannuksilla. Erityisesti ikääntyneillä ei välttämättä ole tietoa fysioterapiapalveluista ja tietoa mahdollisuudesta saada näitä palveluja. Joillekin fysioterapiakäynnin kustannusten omavastuuosuus on myös liian kallis, jos käyn-
tejä tarvitaan useampia.

Henkisen hyvinvoinnin palvelujen tarvetta raportoivat erityisesti nuorimmat naiset. Näitä palveluja tarvinneista miehistä yli puolet ja naisista noin kolmasosa koki saaneensa palveluja riittämättömästi. Riittämättömästi henkisen hyvinvoinnin palveluja saaneiden määrä on suhteellisen iso. Roosa-hankkeen työpajoissa pohdittiin, että leimautumisen pelko saattaa olla este käyttää henkisen hyvinvoinnin palveluja. Tilanne on työpajoihin osallistuneiden mielestä kuitenkin vuosien aikana parantunut. Romanien keskuudessa kuten laajemminkin yhteiskunnassa ollaan aiempaa valmiimpia puhumaan avoimesti myös henkisestä hyvinvoinnista. Tehokas tiedottaminen henkisen hyvinvoinnin palvelujen sisällöistä ja toimintatavoista saattaisi vähentää palvelujen käyttämiseen liitettyjä ennakkoluuloja. Työpajoissa pohdittiin, että romaniperheissä ja suvuissa usein autetaan ja tuetaan henkistä hyvinvointia. Lievissä vaikeuksissa tuki voi olla riittävää, mutta ulkopuolisen avun tarpeen tunnistaminen on myös tärkeää ja palveluihin hakeutumisen kynnystä tulisi kaikin keinoin madaltaa.

Mammografiaan ja ultraäänitutkimukseen Roosa-tutkimukseen osallistuneet naiset olivat osallistuneet koko väestöä harvemmin. Kohdunkaulan syövän seulontatutkimuksen yli 30-vuotiaat osallistuivat lähes yhtä usein kuin koko väestöön kuuluvat naiset. Romaneja tulisi kannustaa osallistumaan seulontoihin, koska niiden kautta voidaan tavoittaa henkilöt mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, joilla on riski sairastua tai jotka ja mahdollisesti sairastavat seulottavaa tautia.

7.2 Varhaiskasvatus sekä sosiaali- ja työllisyyspalvelut

Hannamaria Kuusio, Riikka Lämsä, Anneli Weiste-Paakkanen ja Päivikki Koponen

Varhaiskasvatus on pienten lasten eri elämänpiireissä tapahtuvaa kasvatuksellista vuorovaikutusta, jonka tavoitteena on edistää lasten tasapainoista kasvua, kehitystä ja oppimista. Varhaiskasvatus järjestetään useimmiten päiväkodeissa. (www.thl.fi/lapset, nuoret ja perheet). Lasten ja perheiden sosiaalipalveluihin kuuluu muun muassa kotipalvelu, perhetyö, lastensuojelu, kasvatus- ja perheneuvola sekä nuorten sosiaalityö ja sosiaalinen kuntoutus (www.thl.fi/lapset, nuoret ja perheet). Vanhuslain mukaan ikääntyneellä väestöllä tarkoitetaan vanhuuseläkkeeseen oikeuttavassa iässä olevaa väestöä. Ikääntyneiden sosiaalipalveluita ovat muun muassa kotihoito, palveluasuminen tai ympärivuorokautinen hoito (www.thl.fi/ikaantyneet). Suomen Romaniyhdistyksen vanhusten palvelutarvekartoituksessa on todettu, että romanien parissa ydinper-

heen rajat ylittävä huolenpito on hyvin yleistä. Ikääntyneiden palveluja voidaan haakea esimerkiksi ikääntyvälle tädille tai kasvatusäidille. (Majaniemi & Viljanen 2008.)

MENETELMÄT

Laajassa lomakkeessa koettua palvelutarvetta varhaiskasvatuksesta, lasten- ja perheiden sosiaalipalveluista (esim. kasvatus- ja perheneuvonta), työvoimahallinnon palveluista ja toimeentulotuesta kysyttiin samalla tavalla kuin koettua terveystarvetta (ks. luku 7.1). Lasten varhaiskasvatusta ja lasten ja perheiden sosiaalipalveluja koskevan kysymyksen vastauksia tarkastellaan kaikkien ikäryhmien osalta, riippumatta vastaajien ruokakunnasta, koska palveluja voidaan tarvita myös ruokakuntaan kuulumattomalle perheenjäsenelle. Esimerkiksi isovanhemmat voivat huolehtia varhaiskasvatuksesta, joten palveluja tarvitsevia voi olla myös isovanhemmissa. Työllisyyspalveluista tarkastellaan kokemuksia työvoimahallinnon palvelujen tarpeesta alle 55-vuotiailla. Näillä tarkoitetaan TE-toimiston tai työvoiman palvelukeskuksen palveluja. Roosa-tutkimuksessa kysymys esitettiin ainoastaan laajassa lomakkeessa.

TULOKSET

Vastaajista noin joka kymmenes oli kokenut tarvinneensa varhaiskasvatuksen palveluja. Varhaiskasvatuspalvelujen tarvetta kokivat hieman muita useammin alle 55-vuotiaat naiset, joista 17 prosenttia oli tarvinnut lasten varhaiskasvatuksen palveluja viimeisen vuoden aikana.

Lasten ja perheiden sosiaalipalveluja oli kokenut tarvinneensa noin 15 prosenttia sekä miehistä että naisista. Tarvetta kokivat muita useammin 30–54-vuotiaat, joista noin joka neljäs koki tarvetta näihin palveluihin. Ikääntyneiden sosiaalipalveluja koki tarvinneensa miehistä kuusi prosenttia ja naisista noin joka kymmenes. Yli 55-vuotiaat kokivat tarvetta jonkin verran useammin kuin tätä nuoremmat.

Toimeentulotuen tarvetta koettiin suhteellisen usein. Miehistä reilu puolet ja naisista noin seitsemän kymmenestä oli viimeisen vuoden aikana kokenut tarvinneensa toimeentulotukea. Nuoremmat kokivat tarvinneensa toimeentulotukea vanhempaa väestöä useammin. Riittämättömäksi tuen koki reilusti yli puolet vastaajista. Vanhimmat tutkimukseen osallistuneet kokivat kuitenkin nuorempia useammin tuen riittämättömäksi.

VERTAILU KOKO VÄESTÖÖN JA YHTEENVETO

Joka kymmenes Roosa-tutkimukseen vastannut koki tarvinneensa varhaiskasvatuksen palveluja. Nuoremmat ja erityisesti naiset kokivat tarvetta hieman muita enemmän. Lasten ja perheiden sosiaalipalvelujen tarvetta Roosa-tutkimukseen osallistuneet kokivat koko väestöä yleisemmin. Roosa-tutkimuksen osallistujat kuitenkin kokivat palvelut useimmin riittävinä. Roosa-tutkimuksessa tarvetta kokivat muita useammin yli 55-vuotiaat naiset. Lapsi- ja perhepalvelujen muutosohjelma (LAPE) ”kärkihankkeessa tehdyn selvityksen mukaan romaniperheissä arvostetaan edelleen lasten kotihoitoa, vaikka varhaiskasvatuksen palveluihin osallistuminen on yleistynyt. Romaniperheet lapsineen ja nuorineen käyttävät samoja yhteiskunnan palveluja kuin muutkin, mutta perheiden moninaisuus näkyy erilaisina sosioekonomisina eroina. Varhaiskasvatuksen palvelujen käytön on havaittu tasaavan sosioekonomisia eroja (Boelius 2017).

Työllisyyspalveluja tarkasteltiin alle 55-vuotiailla. Sekä miehet että naiset kokivat tarvinneensa työllisyyspalveluja paljon. Erityisen paljon tarvetta kokivat nuoret miehet ja naiset. Tarvetta toimeentulotukeen koettiin koko väestöä yleisemmin (Penttilä-Nikulainen ym. 2018). Vaikka Roosa-tutkimuksen osallistujista nuoremmat kokivat muita useammin toimeentulotuen tarvetta, vanhimmat kokivat muita useammin tuen riittämättömäksi. Koko väestöön verrattuna Roosa-tutkimukseen osallistuneet miehet kokivat tuen riittämättömäksi jonkin verran useammin ja naiset puolestaan harvemmin. Työllisyyteen ja toimeentuloon liittyen Roosa-hankkeen työpajojen osallistujat tunnistivat köyhyyden ylisukupolvisen luonteen. Jos vanhemmat ovat eläneet köyhyydessä ja joutuneet käyttämään toimeentulotukea pitkäaikaisesti, saattaa kynnyks hakea tukea olla seuraavalle sukupolvelle matalampi. Monilla olisi halua ja kykyä ansaita oma elantonsa, mutta työpaikkoja tai edes koulutukseen liittyviä harjoittelupaikkoja romanien on hyvin vaikea saada (ks. myös Ärling 2018).

7.3 Liikunta- ja kulttuuripalvelut

Palvelutarvetta kysyttiin myös kirjastopalvelujen, liikuntapalvelujen, kulttuuripalvelujen ja nuorisopalvelujen osalta. Miehet kokivat tarvetta kirjastopalveluille naisia useammin. Kaikista tutkimukseen osallistuneista miehistä 41 prosenttia ja naisista 37 prosenttia oli tarvinnut kirjastopalveluja. Nuorimpaan ja vanhimpaan ikäryhmään kuuluvat naiset ja vanhimpaan ikäryhmään kuuluvat miehet kokivat tarvitsevansa kirjastopalveluja jonkin verran muita harvemmin. Liikuntapalveluja koki tarvinneensa 47 prosenttia miehistä ja 41 prosenttia naisista. Miehistä 17 prosenttia ja naisista 19 prosenttia koki tarvinneensa nuorisopalveluja viimeisen vuoden aikana. Muita useammin tarvetta koki 30-54-vuotiaat, joista noin joka kolmas koki tarvinneensa nuorisopalveluja. Vaikka näistä palveluista ei ole ajantasaista vertailutietoa muista väestötutkimuksista, haluttiin Roosa-tutkimuksessa tuoda esiin romanien osallisuus laa-

ja-alaisesti eri yhteiskunnan palveluissa. Myös kirjasto-, liikunta-, kulttuuri ja nuoripalvelujen saavutettavuuteen tulee kiinnittää huomiota, jotta kaikki väestöryhmät kokisivat ne kulttuurillisesti esteettömiksi ja yhdenvertaisuus eri asiakasryhmien välillä toteutuisi.

8. YHTEENVETO JA PÄÄTELMÄT

Riikka Lämsä, Hannamaria Kuusio, Seppo Koskinen, Tuija Martelin ja Anneli Weiste-Paakkanen

Romanien hyvinvointitutkimus Roosa on ensimmäinen suomalainen romanien hyvinvointia, osallisuutta, terveyttä sekä toiminta- ja työkykyä tarkasteleva tutkimus. Roosa-tutkimuksen tavoitteena oli edistää romanien yhdenvertaisuutta, ja tutkimuksen suunnitteluun, toteutukseen ja raportointiin osallistui laaja joukko romaneja työntekijöinä ja kumppaniraadin asiantuntijoina. Toisena tavoitteena oli tuottaa tietopohja, jonka avulla pystytään jatkossa arvioimaan Romanipoliittisen ohjelman toimivuutta.

Tutkimukseen osallistui täysi-ikäisiä ja erilaisissa elämäntilanteissa olevia romanimiehiä ja -naisia eri puolilta Suomea. Tutkimukseen kuului haastattelu tai itse täytettävä kyselylomake ja terveystarkastus. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL) toteutti Roosa-tutkimuksen osana Euroopan sosiaalirahaston rahoittamaa Nevo Tiija -hanketta vuosina 2017–2018. Tutkimukseen osallistui 365 itsensä romaniksi kokevaa henkilöä, joista 142 oli miehiä ja 223 naisia. Iältään he olivat 18–90-vuotiaita.

TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tutkimuksen tulokset tarjoavat mahdollisuuden tunnistaa tärkeimpiä hyvinvointiin ja terveyteen liittyviä vahvuuksia ja haasteita Suomen romaniväestössä. Tulokset osoittivat, että Roosa-tutkimukseen osallistuneiden koulutustaso oli selvästi koko väestöä alhaisempi. Myös työttömyys oli huomattavan yleistä koko väestöön verrattuna. Etenkin nuorten tilanne on huolestuttava, koska kouluttautumisesta huolimatta nuorten on vaikea löytää töitä. Roosa-tutkimuksen osallistujien kokema elämänlaatu oli heikompi kuin koko väestössä. He olivat omassa elämässään kuitenkin tyytyväisimpiä ihmissuhteisiinsa, omaan kykyynsä selviytyä päivittäisistä toimista, asuinalueen ominaisuuksiin ja itseensä. Esimerkiksi ihmissuhteisiin tyytyväisten osuus oli Roosa-tutkimukseen osallistuneissa samaa luokkaa kuin koko Suomen väestössä. Vähemmän tyytyväisiä oltiin terveyteen tai tarmoon selviytyä arkipäiväisistä toimista. Yleistä elämänlaatuarviota heikensi osallistujien taloudellinen tilanne: vain kolmannes tutkimukseen osallistuneista miehistä ja vielä pienempi osuus naisista koki, että heillä oli riittävästi rahaa tarpeisiin nähden. Havainto on sopusoinnussa koettuja toimeentulo-ongelmia sekä toimeentulotuen tarvetta koskevien tulosten kanssa.

Sosiaalinen osallistuminen oli huomattavan yleistä Roosa-tutkimukseen osallistuneilla. He olivat koko väestöä aktiivisempia kerho- ja yhdistystoiminnassa, uskonnollisissa tilaisuuksissa ja musiikin harrastajina. Näillä harrastuksilla on aiemmissa tutkimuksissa osoitettu olevan myönteinen yhteys hyvinvointiin (Hyypä 2014). Myös keskinäinen avunanto oli Roosa-tutkimukseen osallistuneilla yleisempää kuin koko

väestössä. Kodin ulkopuolella asuvia tuttuja ja sukulaisia autettiin niin taloudellisesti kuin henkisen tuen ja käytännön askareiden muodossa, ja apua tarjottiin usein ja pitkäkestoisesti. Yksinäisyyden kokeminen oli kuitenkin yleistä, erityisesti keski-ikäisillä osallistujilla. Tutkimuksen perusteella näyttäisi siltä, että Suomen romaniväestössä yhteisöllisyys ja sosiaalinen osallisuus ovat vahvuuksia ja voimavaroja, jotka voivat auttaa selviämään myös haastavista elämänolosuhteista.

Terveyden osalta tulokset osoittivat, että monet yleisimmät pitkäaikaiset sairaudet (mm. diabetes, sepelvaltimotauti, astma) ja toimintakyvyn ongelmat olivat Roosa-tutkimukseen osallistuneilla yleisempiä kuin koko väestössä. Myös lähi- ja kaukonäön ongelmat olivat huomattavasti yleisempiä kuin koko väestössä. On mahdollista, että asianmukaisten silmälasien puuttuminen voi liittyä toimeentulon vaikeuksiin. Fyysisessä toimintakyvyssä huolta herätti erityisesti romaninaisten heikko kunto. Heillä oli koko väestön naisia huomattavasti enemmän liikkumisvaikeuksia. Naiset myös kokivat terveytensä heikommaksi kuin naiset koko väestössä keskimäärin. Huono kunto, liikkumisvaikeudet ja heikoksi koettu terveys voivat liittyä ylipainon ja lihavuuden yleisyyteen ja vapaa-ajan liikunnan vähäisyyteen sekä monien käyttämään painavaan vaatetukseen ja korkeakorkoisiin jalkineisiin. Liikkumisvaikeudet heikentävät elämäntilaa. Ne vaikeuttavat osallistumista kodin ulkopuolisiin tilaisuuksiin ja siten voivat vähentää yksilön osallisuutta. Etenkin vanhenevalla väestöllä liikkumiskyky on tärkeä itsenäisen elämän säilyttämiseksi. (Ks. esim. Rantakokko ym. 2013; Rantakokko ym. 2009.)

Ruokaan liittyvät tulokset antavat viitteitä siitä, että tieto ja näkemys suosituksen mukaisista ruokavalinnoista voi olla puutteellista, ja ruokatottumuksiin ja muihin elintapoihin saattaa liittyä arvoja ja asenteita, jotka eivät ole terveyttä edistäviä. Aikaisemmat tutkimukset osoittavat, että ruokatottumuksiin ja -valintoihin vaikuttavat koulutusaste, työmarkkina-asema, perhetilanne ja tulot. Roosa-tutkimuksen tulokset osoittavat, että romanien keskuudessa on päihitteettömyyttä, jota uskonnollisuus todennäköisesti edistää, mutta samalla nuorimman ikäryhmän miehillä on alkoholin riskikäyttöä. Tupakointi on huolestuttavan yleistä erityisesti nuorilla. Elintapaohjauksessa tarvitaan laajaa verkostoyhteistyötä, sillä kyse ei ole vain yksilöiden valinnoista, vaan elintapojen muotoutumiseen vaikuttavat merkittävästi elinolot, asuinympäristö, perhe ja muu lähiyhteisö. Yhteistyöllä yhdistysten ja romaniyhteys henkilöiden ja vertaistoimijoiden kanssa on saatu hyviä tuloksia (ks. esim. Stenroos 2018).

Roosa-tutkimuksessa havaittiin, että henkinen huonovointisuus kasautui ahdistuneisuutena nuorempien ikäluokkien naisille ja masennusoireina vanhempien ikäluokkien miehille. Erityisesti nuorten naisten tilanne herättää huolta, sillä he kokivat myös muita hyvinvointia kuormittavia tekijöitä, kuten syrjintää ja turvattomuutta. Nuorimpien ikäryhmien naiset myös kokivat tarvitsevansa eniten henkisen hyvinvoinnin palveluja. Henkisen hyvinvoinnin palveluja tarvinneista miehistä yli puolet ja naisista kolmannes koki saaneensa niitä riittämättömästi.

Tuloksissa erityisen huolestuttavaa on syrjäntäkokemusten yleisyys. Lähes joka toinen vastaaja oli kokenut viimeksi kuluneen vuoden aikana epäoikeudenmukaista kohtelua vieraalta ihmiseltä julkisella paikalla. Syrjinnän kokemukset olivat erityisen yleisiä nuorimmissa ikäryhmissä. Syrjintää oli koettu myös viranomaisten, erityisesti poliisin, Kelan tai sosiaalipalveluiden, kanssa asioitaessa. Samankaltainen tulos on saatu myös aikaisemmissa tutkimuksissa. Esimerkiksi Nevo Tiija - uusi aika -hankkeen Työnimi -kampanjassa on tuotu julkisuuteen romanien kokemaa syrjintää esimerkiksi työnhaussa (Diak 2018a). Syrjintä rikkoo ihmisoikeuksia ja heikentää koko yhteiskunnan turvallisuudentunnetta. Siksi siihen on erityisen tärkeää puuttua. (Yhdenvertaisuusvaltuutettu 2018.)

Palvelujen käyttöön liittyen sosiaali- ja terveystalvet koettiin verraten usein riittämättöminä. Roosa-tutkimuksen vastanneista miehistä alle puolet ja naisista vähän yli puolet luotti julkisiin terveystalveihin. Luottamus sosiaalipalveluihin oli vielä vähäisempää kuin luottamus terveystalveihin. Talveja tarkasteltaessa on huomioitava, että pienituloisuus ja työelämän ulkopuolella oleminen rajaavat terveystalvejen käytön julkisiin palveluihin, eikä yksityisen sektorin tai työterveydenhuollon talvejen käyttö useinkaan ole mahdollista. Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, että työttömät käyttävät terveystalveja vähemmän kuin olisi tarve, minkä vuosi sairauksia jää myös toteamatta ja toisaalta työttömät ovat muita sairaampia ja heidän elintansa ovat epäterveellisempiä kuin työllisillä (esim. Saikku 2011; Virtanen 2008).

Tuloksista voi yhteenvetona esittää, että Roosa-tutkimukseen osallistuneiden terveyden ja hyvinvoinnin taso on monin osin heikompi kuin koko väestössä. Tulosta selittää todennäköisesti osittain osallistujien koko väestöä heikompi koulutusaste ja matalampi työllisyysaste, joiden on aikaisemmissa väestötutkimuksissa todettu olevan yhteydessä heikompaan terveyteen ja hyvinvointiin (esim. Koponen ym. 2018). Romanien koulutustaso on kuitenkin nopeasti kohoamassa (Rajala & Blomerus 2015), joten myös terveyden ja hyvinvoinnin voidaan odottaa kohenevan koulutustason noustessa.

ROOSA-TUTKIMUKSEN ANTI KULTTUURISENSITIIVISELLE TUTKIMUSPERINTEELLE JA VÄESTÖTUTKIMUKSELLE

Roosa-tutkimuksen lähtökohtana oli romaneita osallistava ja yhdenvertaisuutta korostava tutkimustapa. Tutkimuksen vahvuutena ja onnistumisen edellytyksenä olivat romanitaustaisten aluekoordinaattoreiden ja vapaaehtoisten tekemä työ. He uskoivat, että romanien hyvinvoinnin tutkiminen ja edistäminen on arvokas tavoite. Myös kumppaniraadissa toimivat tahot antoivat arvokkaan panoksen omaa yhteisöään koskevan tiedon tuottamisessa ja tutkimustulosten tulkinnassa.

Roosa-tutkimukseen tavoiteltiin alun perin tuhatta osallistujaa, mutta noin joka kymmenennen Suomen romanin tutkiminen osoittautui epärealistiseksi. Yhteystieto-

jen kerääminen ja tutkittavien rekrytoiminen verkostojen avulla edellytti paljon yhteistyötä ja luottamusta eri toimijoiden välillä. Roosa-tutkimus osoitti, että kulttuurisensitiivisessä tutkimuksessa luottamussuhteen rakentuminen tutkittavan yhteisön ja viranomaisten sekä tutkijoiden välillä vie runsaasti aikaa. Luottamuksen rakentaminen vaatii pitkäjänteistä tiedottamista, kasvokkaisia tapaamisia ja sinnikästä keskustelua myös tutkimuksen herättämistä epäluuloista. (Ks. myös Ärling 2018.) Aineistonkeruun loppua kohden Roosa-tutkimuksen osallistujamäärä kasvoi alkua nopeammin, joten voi ajatella, että luottamuksen rakentuminen vie kulttuurisensitiivisessä tutkimuksessa useamman vuoden. Tämä huomioiden 365 tutkittavan tavoittamista voidaan pitää kohtuullisena määränä ensimmäiselle romanien parissa tehdyille hyvinvointitutkimukselle.

Tutkimuksen heikkoutena on se, ettei tiedetä, kuinka hyvin tutkimuksen osallistajat edustavat Suomen romaniväestöä. Olivatko osallistajat erityisen aktiivisia tai hyvinvoivia romanien keskuudessa vai olivatko he niitä, joilla on keskimääräistä enemmän ongelmia? Valikoitumista suuntaan tai toiseen pyrittiin estämään aineistonkeruun monipuolisuudella. Roosa-tutkimuksessa oli töissä eri-ikäisiä, eri puolella Suomea asuvia mies- ja naisromaneja. Ajatuksena oli, että he onnistuvat rekrytoimaan tutkimukseen mukaan erityisesti oman viiteryhmänsä edustajia. Tutkimustapahtumia järjestettiin monipuolisesti erilaisilla paikkakunnilla: kasvukeskuksissa ja maaseudulla, paikkakunnilla, jossa oli aktiivista romanityötä ja paikkakunnilla, jossa sitä ei vielä ollut. Voi ajatella, että henkilöt, joilla oli erityisen suuri tarve terveystarkastukselle oman voinnin vuoksi, ovat yliedustettuina osallistujissa. Toisaalta tutkimustapahtumia järjestettiin myös muiden tilaisuuksien ”oheistapahtumina”, jolloin osallistajat eivät varta vasten hakeutuneet terveystarkastukseen. Mukaan tutkimukseen kutsuttiin myös heitä, joiden tiedettiin olevan hyvässä yhteiskunnallisessa asemassa. Koska tieto aineiston edustavuudesta puuttuu, on mahdotonta varmuudella sanoa, kuinka hyvin tässä raportissa esitetyt tulokset ovat yleistettävissä Suomen koko romaniväestöön. Tältä osin tulokset ovatkin suuntaa antavia.

Tutkimusaineistoa kerättiin monin eri tavoin (terveystarkastuksella, haastattelulla, itse täytettävällä kyselyllä). Monipuolisuus mahdollisti erilaisten ihmisten osallistumisen tutkimukseen, mutta samalla se edellytti erityistä huolellisuutta tiedonkeruun dokumentaatiossa ja arkistoinnissa. Samoin aineiston tarkastaminen ennen analyysin tekoa vaati runsaasti työtä ja aikaa. Tuloksia tarkasteltiin tässä raportissa eri ikäryhmiin sekä miehiin ja naisiin jaoteltuna. Kaikkien tulosten kohdalla tällainen jaottelu ei onnistunut aineiston pienuuden vuoksi. Tämä heikentää mahdollisuuksia arvioida joidenkin tulosten yleisyyttä. Raportissa on vertailtu Roosa-tutkimuksen tuloksia koko väestön kattavien tutkimusten tuloksiin. Tutkimuksissa on kuitenkin ollut eroja esimerkiksi tiedonkeruumenetelmissä ja alueellisessa kattavuudessa. Tämän vuok-

si tässä raportissa esitetyt erot Roosa-tutkimukseen osallistuneiden romanien ja koko väestön välillä ovat suuntaa antavia.

Roosa-tutkimuksen toteuttaminen antoi runsaasti kokemusta kulttuurisensitiivisen tutkimuksen tekemisestä. Näitä kokemuksia ja hyviä käytäntöjä voidaan tulevaisuudessa hyödyntää mahdollisessa jatkotutkimuksessa ja kehittämistyössä. Roosa-tutkimusta laajemmin myös Nevo tiija- hankkeessa on kehitetty suuri määrä uusia toimintatapoja, joita hyödyntämällä voidaan edistää esimerkiksi romanien koulutus-astetta ja työllisyyttä (Ärling ym. 2018). THL:n Sosiaalisen osallisuuden koordinaatiohankkeessa Sokrassa on koottu yhteen tekoja ja ilmiöitä, joista ihmisten ja yhteisöjen osallisuus koostuu. Yksi näistä on Suomen Romanifoorumin kehittämä teemapäivä-konsepti, joka on lisäämässä romanien osallisuutta ja vaikuttamassa romaniyhteisön muutokseen. Teemapäivillä on nostettu keskustelujen aiheiksi esimerkiksi asenteet, arvot, voimaantumisen uhriutumisen sijaan sekä parisuhteen ja perheen hyvinvointi. (Diak 2018b.)

Suomessa on useimpia muita Euroopan maita aktiivisemmin edistetty romanien osallisuutta ja pyritty parantamaan romanien elinoloja. Roosa-tutkimuksen havainnot voidaan hyödyntää näiden toimien arvioinnissa ja kehittämisessä. Tietoa hyvistä käytännöistä voidaan levittää myös muihin Euroopan maihin. Erityisen tärkeää on osoittaa, että laajan hyvinvointitutkimuksen tekeminen vähemmistön parissa onnistuu ilman etnisyyteen viittaavia rekisteritietoja. Monessa Euroopan maassa tiedonkeruu ilman vähemmistön omaa osallistumista tutkimuksen toteutukseen on aiheuttanut huolta tietojen väärinkäytöstä. Suomen romanien hyvinvointitutkimus osoittaa, että osallisuus ja vapaaehtoisuus ovat eettisen vähemmistötutkimuksen tärkeitä elementtejä.

MITEN TÄSTÄ ETEENPÄIN?

Yhteiskunnassa on tarjolla sekä kaikille suunnattuja universaaleja palveluja ja tietyille väestöryhmälle kohdennettuja palveluja. Universaaleissa palveluissa yhdenvertaisuutta edistetään huomioimalla eri taustoista tulevat asiakkaat kulttuurisensitiivisesti. Kohdennetuissa palveluissa lähtökohtana on, että erityisesti tietyille ryhmälle suunnatut palvelut auttavat tasaamaan eroja suhteessa koko väestöön esimerkiksi hyvinvoinnissa, terveydessä, työllisyydessä tai muussa tavoiteltavassa asiassa. Kohderyhmänä voivat olla vaikkapa ikääntyneet, koulutuksen ulkopuolelle jääneet tai romanit.

Vuonna 2006 ilmestyneessä ”Hyvinvointivaltion rajat, riittävät palvelut jokaiselle” -teoksessa pohditaan kohdennettujen palveluiden ja kaikille suunnattujen palvelujen suhdetta (Friman-Korpela 2006). Romaniasiaain neuvottelukunnan suhtautuminen kohdennettuihin palveluihin on ollut varovaista (Friman-Korpela 2006), ja samaa

mieltä oli myös osa Roosa-tutkimuksen kumppaniraatiin osallistuneista. Ajatuksena on, että romanit kuuluvat erottamattomasti suomalaisiin, eivätkä he halua erottautua koko väestöstä kohdennettujen palvelujen myötä. Toisaalta samaisessa Friman-Korpe-
lan (2006) tekstissä tuodaan ilmi yhdenvertaisuuslaki, joka mahdollistaa positiivisen erityiskohtelun yhdenvertaisuuden lisäämiseksi.

Tässä raportissa on esitetty Romanien hyvinvointitutkimus Roosin perustulokset. Jatkotutkimuksissa olisi tarpeen syventää nyt tehtyjä havaintoja esimerkiksi tarkastelemalla tämän aineiston perusteella erilaisten tekijöiden, kuten lapsuuden elinolojen ja terveyden, hyvinvoinnin ja elämälaadun välisiä suhteita. Tämän tutkimuksen tulokset antavat aiheen suositella myös monenlaisia palveluja. Lisäksi ehdotuksia saatiin romaniasiantuntijoiden työpajoissa. Alla esitetyt toimenpide-ehdotukset vaikuttavat tulosten perusteella hyödyllisiltä, toteuttamiskelpoisilta ja ovat sopusoinnussa Suomen Romanipoliittisen ohjelman Rompo 2018–2020 kanssa. Niiden toteuttamistarpeesta ja -kelpoisuudesta romaniyhteisön tulee itse päättää. Romaniyhteisö voi edistää toimimensa parannusten toteutusta yhteistyössä palvelujärjestelmän asiantuntijoiden kanssa, kuten tähänkin asti. Kaikessa toiminnassa tulee huomioida yhdenvertaisuuden ja tasa-arvon edistämisen periaatteet.

TOIMENPIDE-EHDOTUKSET

Aikaisemmista tutkimuksista tiedetään, että koulutuksella ja riittävällä toimeentulolla on yhteys terveyteen ja hyvinvointiin (esim. Koponen ym. 2018). Romanien koulutusaste on viime vuosina noussut ja yhteisössä tuetaan nuorten kouluttautumista. Ongelmana kuitenkin on, että kouluttautuminen ei takaa romaninuorelle työpaikkaa, koska esimerkiksi syrjintä vaikeuttaa työllistymistä. Nuorten tilanteen parantamiseksi tarvitaan työllistymistä edistäviä toimia (ks. myös Ärling ym. 2018). Myös romanien jatkokouluttautumista pitää tukea (Rajala & Blomerus 2015). Työelämän ulkopuolella olevia romaneja tulisi osallistaa lisäämällä työharjoittelupaikkoja, kuntouttavaa työtoimintaa sekä valmentavaa ja kuntouttavaa koulutusta. Julkisen sektorin tulisi toimia esimerkkinä vähemmistöjen työllisyyden edistämisessä. Näin työelämään liittyvät arjen kohtaamiset yleistyisivät puolin ja toisin, mikä vähentäisi syrjäytymistä ja yhteisön sisäänpäin kääntymistä sekä pääväestön harjoittamaa syrjintää.

Romaniväestön syrjintä on ilmiö, johon pitää vakavasti puuttua. Romanikulttuurista tiedottaminen läpi koko yhteiskunnan ja sen palvelujen olisi ensimmäinen askel syrjinnän vähentämiseksi. Romanitietoisuutta voidaan lisätä esimerkiksi kokemusasiantuntijoiden ja romanikulttuurin ohjaajien avulla erityisesti henkisen hyvinvoinnin palvelujen, sosiaalipalvelujen, Kelan ja poliisin työntekijöiden keskuudessa. Romanikulttuurin ohjaajia ja kokemusasiantuntijoita voidaan hyödyntää myös esimerkiksi varhaiskasvatuksen ja koulutuksen tukitoimissa, sosiaalityössä, asumispalve-

luissa ja muissa sosiaali- ja terveydenhuoltopalveluissa. Syrjintä edellyttää tehokkaita puuttumiskeinoja. Yhdenvertaisuusvaltuutettu (2018) on tehnyt esityksen eduskunnalle yhdenvertaisuuslain uudistamiseksi, jotta aiempaa tehokkaampi puuttuminen olisi mahdollista esimerkiksi työelämässä.

Yleisimpien kansantautien, kuten tuki- ja liikuntaelinsairauksien, sydän ja verisuonitautien (erityisesti sepelvaltimotaudin), diabeteksen ja muistisairauksien ehkäisemiseksi koko väestölle suunnattuja kansanterveyshankkeita tulisi kehittää paremmin romaniyhteisöä huomioiviksi. Matalan kynnyksen kulttuurisensitiivisille terveyden edistämisen hankkeille, jotka kohdistuvat esimerkiksi ruokatottumuksiin, liikuntaan ja muihin elintapoihin, olisi selvä tarve ja niitä tulisi kehittää yhdessä romaniyhteisön kanssa. Kuntien tulisi omassa terveyden edistämisen toiminnassaan huomioida kulttuurinen esteettömyys ja tarjota esimerkiksi omia liikuntavuoroja niitä haluaville ryhmille. Yhdessä romaninaisten kanssa voitaisiin kehittää vaikuttavia keinoja vähentämään tärkeimpiä liikkumisrajoitteiden syitä.

Lasten ja perheiden hyvinvointi tulisi ottaa erityisen kehittämistyön kohteeksi. Romanilapsille ja -nuorille tulisi olla tarjolla kulttuurisensitiivistä harrastustoimintaa. Toiminta voitaisiin yhdistää olemassa olevien urheiluseurojen tai nuorisopalveluiden yhteyteen. Osallistuminen pitäisi myös aidosti mahdollistaa, koska nykyisin korkeat harrastusmaksut voivat olla osallistumisen este monelle pienituloiselle. Neuvoloissa ja koulu- ja opiskeluterveydenhuollossa olisi tärkeää huomioida aiempaa vahvemmin romanilasten, -nuorten, -naisten ja -perheiden tarpeet. Henkilökunnalle tulisi tarjota koulutusta ja materiaalia romanikulttuurista. Perheiden hyvinvoinnin edistämiseksi tarvitaan kohdennettua neuvontaa esimerkiksi imetyksen tukemiseksi ja matalan kynnyksen palvelupisteitä, joissa voidaan käsitellä myös kaikkein arkaluonteisimpiaakin asioita, kuten perheiden terveyttä ja lähisuhdeväkivaltaa.

Palvelujärjestelmässä tulisi ylipäättään tarjota aiempaa enemmän matalan kynnyksen kulttuurisensitiivisiä palveluja esimerkiksi hanke- ja perhetyön kautta. Vertaistuen ja kokemusasiantuntijuuden kautta voitaisiin vahvistaa palvelujärjestelmän ja asiakkaiden kohtaamisen kulttuurisensitiivisyyttä. Esimerkiksi vanhustyössä tarvittaisiin romanityöntekijöitä lisäämään vanhusten turvallisuuden tunnetta asumispalveluissa. Henkisen hyvinvoinnin palveluihin hakeutumista tulisi edistää. Turvakodeissa, vankiloissa ja muissa väkivallan ehkäisytyötä tekevissä laitoksissa tarvittaisiin kulttuurisensitiivistä osaamista.

Romanien hyvinvoinnista ja terveydestä tarvitaan tietoa jatkossakin, jotta tiedettäisiin mihin suuntaan ne kehittyvät ja kuinka vaikuttavia tarjolla olevat palvelut ovat. Myös tulevaisuuden tiedonkeruussa on huomioitava, ettei romaneja koskevia tietoja voida eritellä koko väestöä koskevista tiedoista vaan tiedonkeruun on tapahduttava romanien oman osallistumisen kautta. Palvelurakenteen uudistuessa tulisi varmistaa, että yhteiskunnallisissa palveluissa ja erityisesti hyvinvoinnin ja terveyden edistämis-

työssä huomioidaan riittävästi kulttuurisensitiivisyys ja varmistetaan vähemmistöjen tosiasiallisen yhdenvertaisuuden toteutuminen.

Vaikka tutkimuksen tulokset viittaavatkin siihen, että Suomen romaniväestön terveydessä ja hyvinvoinnissa on tällä hetkellä monia haasteita, löytyi myös useita vahvuuksia. Näitä olivat erityisesti sosiaalisen osallistumisen, erilaisen harrastustoiminnan ja keskinäisen avunannon yleisyys. Näiden voimavarojen tunnustaminen, tukeminen ja hyödyntäminen on jatkossakin tärkeää.

ROOSA-TUTKIMUKSEN POHJALTA TEHDYT TOIMENPIDE-EHDOTUKSET:

1. Kouluttautumisen ja työllistymisen tukeminen lisäämällä esimerkiksi harjoittelupaikkoja ja työssä oppimista ja kannustamalla romaneja kouluttautumaan myös korkeakouluopintoihin.
2. Syrjinnän vähentäminen tiedottamalla kulttuurista ja lisäämällä luontevia arkipäivän kohtaamisia sekä puuttamalla aktiivisesti epäkohtiin.
3. Terveyden edistäminen romaniyhteisön kanssa suunniteltavien ja toteutettavien, esimerkiksi ruokatottumuksiin ja liikuntaan keskittyvien, hankkeiden avulla.
4. Lasten, nuorten, naisten ja perheiden tukeminen lisäämällä harrastusmahdollisuuksia, edistämällä perheiden terveyttä ja mahdollistamalla myös arkaluontoisten aiheiden käsittely.
5. Kulttuurisensitiivisten matalan kynnyksen palveluiden lisääminen esimerkiksi perhetyöhön ja henkisen hyvinvoinnin palveluihin.
6. Romanien hyvinvoinnin ja terveyden seuranta ja tiedon kerääminen osallistavalla, kulttuurisensitiivisellä tutkimustavalla.
7. Romaniyhteisön omien voimavarojen, kuten auttamisen ja osallistumisen vahvistaminen, tukeminen ja hyödyntäminen.

Lähteet

- Aalto AM, Vehko T, Sinervo T, Sainio S, Muuri A, Elovainio M, Pekurinen M. (2017) Terveydenhuollon asiakaslähtöisyys. Tutkimuksesta tiiviisti 12/2017. Helsinki: THL.
- Allin S, Grignon M, Le Grand J. (2010) Subjective unmet need and utilization of health care services in Canada: what are the equity implications? *Social Science and Medicine* 70(3), 465–472.
- Allin S, Masseria C. (2009) Unmet need as an indicator of health care access. *Eurohealth* 15(3), 7–9.
- Aromaa A, Heliövaara M, Impivaara O, Knekt P, Maatela J, Joukamaa M, Klaukka T, Lehtinen V, Melkas T, Mälkiä E, Nyman K, Paunio I, Reunanen A, Sievers K, Kalimo E, Kallio V. (1989) Terveys, toimintakyky ja hoidontarve Suomessa. Mini-Suomi-terveystutkimuksen perustulokset. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja AL:32. Helsinki: Kela.
- Asuntohallitus (1988) Romaniväestön asuntotyöryhmän muistio, Helsinki: Asuntohallitus.
- Boelius T. (2017) Romanilapset, -nuoret ja -perheet osana LAPE-muutosohjelmaa. Selvitys. Jyväskylä: Keski-Suomen sosiaalialan osaamiskeskus.
- Borodulin K, Sipilä N, Rahkonen O, Leino-Arjas P, Kestilä L, Jousilahti P, Prättälä R. (2016) Socio-demographic and behavioral variation in barriers to leisure-time physical activity. *Scandinavian Journal of Public Health* 44(1), 62–69.
- Borodulin K, Jousilahti P, Mäki-Opas T, Männistö S, Valkeinen H, Wennman H. (2018) Fyysinen aktiivisuus ja istuminen. Teoksessa Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K, Koskinen S (toim.). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa, FinTerveys 2017 -tutkimus. Raportti 4/2018. Helsinki: THL, 38–41.
- Castaneda A, Rask S, Koponen P, Mölsä M, Koskinen S. (toim.). (2012) Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012. Helsinki: THL.
- Castaneda A, Larja L, Nieminen T, Jokela S, Suvisaari J, Rask S, Koponen P, Koskinen S. (2015) Ulkomaalaistaustaisten psyykinen hyvinvointi, turvallisuus ja osallisuus - Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi -tutkimus 2014 (UTH). Työpaperi 18/2015. Helsinki: THL.
- Castaneda A, Rask S, Koponen P, Suvisaari J, Koskinen S, Härkänen T, Mannila S, Laitinen K, Jukarainen P, Jasinskaja-Lahti I. (2015) The association between discrimination and psychological and social well-being: a population-based study of Russian, Somali and Kurdish migrants in Finland. *Psychology and Developing Societies* 27(2), 270–292.
- Chambers R. (1997) *Whose reality counts? Putting the last first*. London: Intermediate technology publications.
- Deneulin S, McGregor A. (2010) The capability approach and the politics of a social conception of wellbeing. *European Journal of Social Theory* 13(4), 501–519.
- Derogatis L, Lipman R, Rickels K, Uhlenhuth E, Covi L. (1974) The Hopkins Symptom Checklist (HSCL): a self-reported symptom inventory. *Behavioral Science* 19(1), 1–15.
- Diak. (2018a) Työnimi. Verkkosivu. Viitattu 15.11.2018. <https://dialogi.diak.fi/2018/10/31/tyonimi/>.
- Diak. (2018b) Romanianien osallisuus. Verkkosivu. Viitattu 15.11.2018. <https://peda.net/diak/romanien-osallisuus/tjt>.
- Duodecim. (2017) Muistisairaudet. Käypä hoito -suositus. Verkkojulkaisu. Viitattu 15.11.2018. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=hoi50044>.
- Duodecim. (2016a) Liikunta. Käypä hoito -suositus. Verkkojulkaisu. Viitattu 15.11.2019. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituks/suositus?id=kht00080&suositusid=hoi50075>

- Duodecim. (2016b) Parodontiitti. Käypä hoito -suositus. Verkkojulkaisu. Viitattu 15.11.2018. www.kaypahoitosuositukset.fi.
- Duodecim. (2015) Alkoholiongelmaisen hoito. Käypä hoito -suositus. Verkkojulkaisu. Viitattu 15.11.2018. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50028>.
- Duodecim. (2014) Karies. Käypä hoito -suositus. Verkkojulkaisu. Viitattu 15.11.2018. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50078>.
- Duodecim. (2013a) Aikuisten Käypä hoito -suositukset. Verkkojulkaisu. Viitattu 7.11.2018. www.kaypahoitosuositukset.fi.
- Duodecim. (2013b) Aikuisten lihavuus. Käypä hoito -suositus. Verkkojulkaisu. Viitattu 7.11.2018. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=kht00001>.
- Erhola K, Kehusmaa S, Hammar T, Sainio P, Noro A, Mäkelä M. (2018) Avun antaminen. Teoksessa P Koponen, K Borodulin, A Lundqvist, K Sääksjärvi, S Koskinen (toim.) *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. FinTerveys 2017 -tutkimus. Raportti 4/2018*. Helsinki: THL, 160-163.
- Escobar-Ballesta M, García-Ramírez M, Miranda D, Petrova-Benedict R. (2018) Shedding light on governance for Roma health inequities. *Journal of Prevention & Intervention in the Community* 46(1), 84-99.
- Fésüs G, Östlin P, McKee M, Ádány R. (2012) Policies to improve the health and well-being of Roma people. The European experience. *Health Policy* 105(1), 25-32.
- Finne-Soveri H, Kuusterä K, Tamminen A, Heimonen S, Lehtonen O, Noro A. (2015) Muistibarometri 2015 ja RAI-tietoa kansallisen muistiohjelman tueksi. Raportti 17/2015. Helsinki: THL.
- FRA. (2016) EU-Midis II. Second European Union Minorities and Discrimination Survey. Roma Selected findings. Luxembourg: European Union Agency for Fundamental Rights.
- Frank S, Gonzalez K, Lee-Ang L, Young M, Tamez M, Mattei J. (2017) Diet and Sleep Physiology: Public Health and Clinical Implications. *Frontiers in Neurology* 8, Article 393.
- Friman-Korpela S. (2014) Romanipolitiikasta romanien politiikkaan. Poliittisen asialistan ja toimijakonseption muutos 1900-luvun jälkipuoliskon Suomessa. *Jyväskylä Studies in Education, Psychology and Social Research* 513. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Friman-Korpela S. (2006) Romanit ja sosiaalinen oikeudenmukaisuus. Teoksessa Teperi J, Vuorenkoski L, Manderbacka K, Ollila E, Keskimäki I (toim.). *Riittävät palvelut jokaiselle. Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Helsinki: Stakes.
- Gould R, Ilmarinen J, Järvisalo J, Koskinen S (toim.). (2006a) *Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia*. Helsinki: ETK, Kela, KTL ja TTL.
- Gould R, Martelin T, Koskinen S, Sainio P. (2006b) Yhteenveto väestöryhmien välisistä työkyvyn eroista. Teoksessa R Gould, J Ilmarinen, J Järvisalo, S Koskinen (toim.) *Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia*. ETK, Kela, KTL ja TTL, 104-110.
- Haukkamaa L, Moilanen L, Kattainen A, Luoto R, Kahonen M, Leinonen M, Jula A, Kesaniemi Y, Kaaja R. (2009) Pre-eclampsia is a risk factor of carotid artery atherosclerosis. *Cerebrovascular Diseases* 27(6), 599-607.
- Hajioff S, McKee M. (2000) The health of the Roma people: a review of the published literature. *Journal of Epidemiology & Community Health* 54(11), 864-869.
- Hakkarainen P, Kaprio J, Pirkola S, Seppälä T, Soikkeli M, Suvisaari J. (2014) Kannabis ja terveys. Tutkimuksesta tiiviisti. Helsinki: THL.
- Hassler S, Eklund L. (2012) Sense of coherence and self-reported health among Roma people in Sweden. A pilot study. *International Journal of Circumpolar Health* 71(0), 1-6.

- Heliövaara H, Viikari-Juntura E, Solovieva S. (2018) Tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Teoksessa Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K, Koskinen S (toim.). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. FinTerveys 2017 -tutkimus. Raportti 4/2018. Helsinki: THL, 79-83.
- Heloma A, Ruokolainen O, Jousilahti P. (2015) WHO:n tavoite tupakoinnin vähenemisessä voidaan saavuttaa - kansallinen tavoite Savuton Suomi 2040 vaatii tehostettuja toimia. Tutkimuksesta tiiviisti 10. Helsinki: THL.
- Heloma A, Ruokolainen O, Ollila H. (2018) Tupakointi. Teoksessa Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K, Koskinen S (toim.). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa, FinTerveys 2017 -tutkimus. THL Raportti 4/2018. Helsinki: THL, 27-29.
- Henderson C, Evans-Lacko S, Thornicroft G (2008) Mental Illness Stigma, Help Seeking, and Public Health Programs. *American Journal of Public Health* 103(5): 777-780.
- Hirvilammi T, Laatu M. (2008) Epäoikeudenmukainen kohtelu on romaniasiakkaiden arkea. Teoksessa T Hirvilammi, M Laatu (toim.) Toinen vääryyskirja. Helsinki: Kelan tutkimusosasto, 183-195.
- Hirshkowitz M, Whiton K, Albert S, Alessi C, Bruni O, DonCarlos L, Hazen N, Herman J, Adams Hillard P, Katz E, Kheirandish-Gozal L, Neubauer D, O'Donnell A, Ohayon M, Peever J, Rawding R, Sachdeva R, Setters B, Vitiello M, Ware J. (2015) National Sleep Foundation's updated sleep duration recommendations: final report. *Sleep Health* 1(4), 233-243.
- Huhtanen M, Puukko M (2016) Romanikielen asema, opetus ja osaaminen. Romanikielen oppimistulokset perusopetuksen 7.-9. vuosiluokilla 2015. Julkaisut 4:2016. Helsinki: Kansallisen koulutuksen arviointikeskus.
- Husu P, Suni J, Vähä-Ypyä H, Sievänen H, Tokola K, Valkeinen H, Mäki-Opas T, Vasankari T. (2014) Suomalaisten aikuisten kiihtyvyyssmittarilla mitattu fyysinen aktiivisuus ja liikkumattomuus. *Suomen Lääkärilehti* 69(25-32), 1860-1866.
- Hyypä M (2014) Kulttuuri pidentää ikää. Helsinki: Duodecim.
- Hänninen T, Pulliainen V, Sotaniemi M, Hokkanen L, Salo J, Hietanen M, Pirttilä T, Pöyhönen M, Juva K, Remes A, Erkinjuntti T. (2010) Muistisairaiden tiedonkäsittelymuutosten varhainen toteaminen uudistetulla CERAD-tehtäviäsarjalla. *Duodecim* 126(17), 2013-21.
- Härkönen J, Savonen J, Virtala E & Mäkelä, P. (2017) Suomalaisten alkoholinkäyttötavat 1968-2016: Juomatapatutkimusten tuloksia. Raportti 3/2017. Helsinki: THL.
- Ilmarinen K, Kauppinen TM, Karvonen S. (2018) Tilaa vai saavutettavuutta – asuinolojen alueellinen vaihtelu. Tutkimuksesta tiiviisti 15/2018. Helsinki: THL.
- Isola A-M, Kaartinen H, Leemann L, Lääperi R, Schneider T, Valtari S, Keto-Tokoi A. (2018) Mitä osallisuus on? Osallisuuden viitekehystä rakentamassa. Työpäperi 33/2017. Helsinki: THL. <http://www.julkari.fi/handle/10024/135356>
- Joutsenniemi K. (2007) Living arrangements and health. Publications of the National Public Health Institute 15/2007. Helsinki: Kansanterveyslaitos.
- Kalenius A. (2014) Koulutus, työllisyys ja työttömyys Julkaisuja 13/2014. Helsinki: Opetus- ja kulttuuriministeriö.
- Kansallisen lihavuusohjelman ohjelmaryhmä. (2013) Lihavuus laskuun - Hyvinvointia ravinnosta ja liikunnasta. Kansallinen lihavuusohjelma 2012-2015. Ohjaus 13/2013. Helsinki: THL.
- Karjalainen K, Savonen J, Hakkarainen P. (2016) Suomalaisten huumeiden käyttö ja huumeasenteet-Huumeaiheiset väestökyselyt Suomessa 1992-2014. Raportti 2/2016. Helsinki: THL.
- Kauppinen T, Martelin T, Hannikainen-Ingman K, Virtala E. (2014) Yksin asuvien hyvinvointi. Mitä tällä hetkellä tiedetään? Työpäperi 27/2014. Helsinki: THL.
- Keskimäki I, Nykänen E, Kuusio H. (2014) Paperittomien terveystalvet Suomessa. Raportteja 11/2014. Helsinki: THL.

- Kestilä L. (2008) Pathways to health: determinants of health, health behaviour and health inequalities in early adulthood. Publications of the National Public Health Institute A 23/2008. Helsinki: THL.
- Kestilä L, Koskinen S, Martelin T, Rahkonen O, Pensola T, Aro H, Aromaa A. (2006) Determinants of health in early adulthood: what is the role of parental education, childhood adversities and own education? *European Journal of Public Health* 16(3), 306-315.
- Kestävää kasvua ja työtä 2014-2020. (2018) Suomen rakennerahasto -ohjelma. Verkkojulkaisu. Viitattu 25.11.2018. <https://www.rakennerahastot.fi/kestavaa-kasvua-ja-tyota-2014-2020-ohjelma>.
- Kharazmi E, Fallah M, Luoto R. (2007) Cardiovascular diseases attributable to hysterectomy: a population-based study. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 86(12), 1476–1483.
- Klemetti R, Liitsola K, Luoto R, Gissler M, Jokale S, Koponen P. (2018) Seksuaali- ja lisääntymisterveys. Teoksessa Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K, Koskinen S (toim.). *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. FinTerveys 2017 -tutkimus. Raportti 4/2018*. Helsinki: THL, 101-106.
- Klemetti R, Raitanen J, Sihvo S, Saarni S, Koponen P. (2010) Infertility, mental disorders and well-being—a nationwide survey. *Acta Obstetrica et Gynecologica Scandinavica* 89(5), 677–682.
- KOM. (2013) Communication from the Commission to the European Parliament, the Council, The European Economic and Social Committee and the Committee of the Regions. Steps Forward in Implementing National Roma Integration Strategies. Brussels: European Commission.
- Komu M, Hellsten K. (2010) Luottamus ihmisiin ja luottamus instituutioihin Euroopassa. *Nettityöpapereita 12/2010*. Kela. Viitattu 5.11.2018. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/16514/Nettityopapereita12.pdf?sequence>.
- Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K, Koskinen S (toim.). (2018) *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa - FinTerveys 2017 -tutkimus. Raportti 4/2018*. Helsinki: THL.
- Kopsa-Schön T. (1996) Kulttuuri-identiteetin jäljillä: Suomen romanien kulttuuri-identiteetistä 1980-luvun alussa. Helsinki: SKS.
- Koskinen S. (2018) Muut ajankohtaiset oireet. Teoksessa Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K, Koskinen S (toim.). *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. FinTerveys 2017 -tutkimus. Raportti 4/2018*. Helsinki: THL, 91-93.
- Koskinen S, Manderbacka K, Koponen P. (2018) Koettu terveys ja pitkäaikaissairastavuus. Teoksessa Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K, Koskinen S (toim.). *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. FinTerveys 2017 -tutkimus. Raportti 4/2018*. Helsinki: THL, 49-51.
- Koskinen S, Martelin T, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K, Koponen P. (2018a) Terveysten, toimintakyvyn ja niihin vaikuttavien tekijöiden vaihtelu koulutuksen ja asuinalueen mukaan. Teoksessa P Koponen, K Borodulin, A Lundqvist, K Sääksjärvi, S Koskinen (toim.). *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa - FinTerveys 2017 -tutkimus. Raportti 4/2018*. Helsinki: THL, 178-186.
- Koskinen S, Sainio P. (2018b) Työkyky. Teoksessa P Koponen, K Borodulin, A Lundqvist, K Sääksjärvi, S Koskinen (toim.). *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa - FinTerveys 2017 -tutkimus. Raportti 4/2018*. Helsinki: THL, 132-134.
- Koskinen S, Tuulio-Henriksson A, Ngandu T, Sainio P. (2018c) Kognitiivinen toimintakyky. Teoksessa P Koponen, K Borodulin, A Lundqvist, K Sääksjärvi, S Koskinen (toim.). *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa-FinTerveys 2017 -tutkimus. Raportti 4/2018*. Helsinki: THL, 118-122.

- Koskinen S, Lundqvist A, Ristiluoma N (toim.). (2011) *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011*. Raportti 68/2012. Helsinki: THL.
- Koskinen S, Härkänen T, Rissanen H, Sainio P, Martelin T, Gould R. (2011) Väestön toimintaja työkyvyn kehitys. Teoksessa H Uusitalo (toim.). *Työurat pidemmäksi - selvityksiä työuraryhmälle*. Selvityksiä 2011:1. Helsinki: Eläketurvakeskus, 117-133.
- Kuusio H, Koponen P, Castaneda A, Lilja E, Manderbacka K, Koskinen S. (2016) Unmet need for medical care among people of foreign origin in Finland. *European Journal of Public Health* 26(suppl1).
- Laatikainen T, Vartiainen E, Jula A, Jousilahti P, Niiranen T. (2018) Kohonnut verenpaine ja verenpainetauti. Teoksessa Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K, Koskinen S (toim.). *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa*. FinTerveys 2017 -tutkimus. Raportti 4/2018. Helsinki: THL, 52-55.
- Laitinen A. (2009) Reduced visual function and its association with physical functioning in the Finnish adult population. Prevalence, causes, and need for eye care services. *Research* 2/2009. Helsinki: THL.
- Leemann L, Isola AM, Kukkonen M, Puromäki H, Valtari S, Keto-Tokoi A (2018) Työelämän ulkopuolella olevien osallisuus ja hyvinvointi. Työpäpaperi 17/2018. Helsinki: THL. <http://www.julkari.fi/handle/10024/136551>
- Leininger, M. M. (1997) Overview and reflection on the theory of culture care and the ethn nursing research method. *Journal of Transcultural Nursing*, 118(2), 32-53.
- Liitsola K, Ikonen N, Nohynek H, Sane J, Lyytikäinen O. (2018) Infektiotaudit. Teoksessa Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K, Koskinen S (toim.). *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa*. FinTerveys 2017 -tutkimus. Raportti 4/2018. Helsinki: THL, 75-78.
- Longshore Smith M, Seward C. (2009) The relational ontology of Amartya Sen's capability approach: Incorporating social and individual causes. *Journal of Human Development and Capabilities*. 10(2), 213-235.
- Lundqvist A, Männistö S, Jousilahti P, Kaartinen N, Mäki P, Borodulin K. (2018) Lihavuus. Teoksessa Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K, Koskinen S (toim.). *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa*. FinTerveys 2017 -tutkimus. Raportti 4/2018. Helsinki: THL, 45-48.
- Luoto R, Kharazmi E, Whitley E, Raitanen J, Gissler M, Hemminki E. (2008) Systolic hypertension in pregnancy and cardiovascular mortality: a 44-year follow-up study. *Hypertension in Pregnancy* 27(1), 87-94.
- Luttinen K, Pasma J, Huttu H, Lieppinen M-L, Vihtkari M, Pääkkönen E-L, Lindberg L, Lindgren H. (2007) *Vast Vastensa*. Opa romanien kanssa työskenteleville sosiaalialan ammattilaisille. Oulu: KalevaPrint.
- Majaniemi P, Viljanen A M. (2008) *Romanivanhusten palvelutarvekartoitus*. Helsinki: Suomen Romaniyhdistys.
- Manderbacka K. (1998) *Questions on survey questions on health*. Dissertation Series 30. Stockholm: Swedish Institute for Social Research.
- Manderbacka K, Muuri A, Keskimäki I, Kaikkonen R, Elovainio M. (2012) Mitä tyydyttämättömien palvelutarve kertoo terveystilanteen saatuudesta? *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 49(1), 4-12.
- Marchi J, Berg M, Dencker A, Olander E, Begley C. (2015) Risks associated with obesity in pregnancy, for the mother and baby: a systematic review of reviews. *Obesity Reviews* 16(8): 621-638.
- Martela F, Richard R. (2015) The Benefits of Benevolence: Basic Psychological Needs, Beneficence, and the Enhancement of Well-Being. *Journal of Personality* 84(6), 750-764.

- Martela F, Richard R, Steger M. (2017) Meaningfulness as Satisfaction of Autonomy, Competence, Relatedness, and Beneficence: Comparing the Four Satisfaction and Positive Affect as Predictors of Meaning in Life. *Journal of Happiness Studies* 19(5), 1261–1282.
- Martelin T, Nieminen T, Sainio P, Koskinen S, Tiikkainen P. (2018) Sosiaalinen toimintakyky. Teoksessa P Koponen, K Borodulin, A Lundqvist, K Sääksjärvi, S Koskinen (toim.). *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. FinTerveys 2017 - tutkimus. Raportti 4/2018.* Helsinki: THL, 122-127.
- Martelin T, Karvonen S, Linnanmäki E, Prättälä R, Koskinen S. (2012) Terveysten, toimintakyvyn ja niihin vaikuttavien tekijöiden vaihtelu koulutuksen ja asuinalueen mukaan. Teoksessa S Koskinen, A Lundqvist, N Ristiluoma (toim.) *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Raportti 68/2012.* Helsinki: THL, 202-210.
- Martelin T, Sainio P, Koskinen S. (2005) Koulutuksen ja siviilisäädyn mukaiset erot 30-64-vuotiaiden suomalaisten toimintakyvyssä. *Kuntoutus* 28(1), 12–26.
- Max-Neef M. (1991) *Human Scale development. Conceptions, application and further reflections.* New York: Apex Press.
- Mikkola T, Polku H, Sainio P, Koponen P, Koskinen S, Viljanen A. (2016) Hearing loss and use of health services: a population-based cross-sectional study among Finnish older adults. *BMC Geriatrics* 16:182.
- Morris J, Mohs R, Rogers H, Fillenbaum G, Heyman A. (1989) The consortium to establish a registry for Alzheimer's disease (CERAD). Part I. Clinical and neuropsychological assessment of neuropsychological measures. *Neurology* 39(9), 1159–1165.
- Murto J, Kaikkonen R, Pentala-Nikulainen O, Koskela T, Virtala E, Härkönen T, Koskenniemi T, Jussmäki T, Vartiainen E, Koskinen S. (2017) Aikuisten terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus ATH:n perustulokset 2010-2017. Verkkojulkaisu. Viitattu 15.11.2018. www.thl.fi/ath.
- Mäenpää N, Perho K, Ärling M (toim.). (2018) Uskalla! It's possible. Romanien sujuvat koulutus ja työllisyyspolut. Tšetanes naal - ja Nevo tiija -hankkeiden loppujulkaisu. Puheenvuoro 15. Helsinki: Diak.
- Mäkelä P, Männistö S, Alho H, Lundqvist A, Härkönen J. (2018) Alkoholin käyttö. Teoksessa Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K, Koskinen S toim. *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa, FinTerveys 2017 -tutkimus. Raportti 4/2018.* Helsinki: THL, 30-32.
- Männistö S, Laatikainen T, Harald K, Borodulin K, Jousilahti P, Kanerva N, Peltonen M, Vartiainen E. (2015) Suomalaisen työikäisten ylipainon ja lihavuuden kasvu näyttää hidastuneen: Kansallisen FINRISKI-terveystutkimuksen tuloksia. *Suomen Lääkärilehti* 70(14-15), 969-975.
- Mäntyranta T, Elonheimo O, Brommels M. (2005) Mitä on terveyspalvelujen tarve? *Suomen Lääkärilehti* 60 (34), 3281-3284.
- Nieminen T, Sutela H, Hannula U. (2014) *Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi Suomessa 2014.* Helsinki: Tilastokeskus.
- Okely J (2010) *Constructing Culture Through Shared Location, Bricolage and Exchange. The case of Gypsies and Roma.* Teoksessa Stewart M, Rövid M (toim.) *Multi-disciplinary Approaches to Romany Studies.* Budapest: Central European University, 35-54.
- OPH (2012) *Romani ja terveyspalvelut. Opas terveydenhuollon ammattilaisille. Oppaat ja käsikirjat 2012:6.* Helsinki: Opetushallitus.
- Paananen R, Ristikari T, Merikukka M, Rämö A, Gissler M. (2012) Lasten ja nuorten hyvinvointi Kansallinen syntymäkohortti 1987 tutkimusaineiston valossa. Raportti 52. Helsinki: THL.
- Palosuo H, Koskinen S, Lahelma E, Prättälä R, Martelin T, Ostamo A, Keskimäki I, Sihto M, Talala K, Hyvönen E, Linnanmäki E (toim.). (2007) *Terveysten eriarvoisuus Suomessa – Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Julkaisuja 2007:23.* Helsinki: STM.

- Partonen T, Lundqvist A, Wennman H, Borodulin K. (2018) Uni. Teoksessa Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K, Koskinen S (toim.). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa, FinTerveys 2017 -tutkimus. THL Raportti 4/2018. Helsinki: THL, 42-44.
- Paulus I. (1996) Romaniväestön asuntotilanne 1990-luvun puolivälissä. Suomen ympäristö 46. Helsinki: Ympäristöministeriö.
- Pentala-Nikulainen O, Koskela T, Parikka S, Kilpeläinen H, Koskeniemi T, Aalto A-M, Muuri A, Koskinen S, Lounamaa A. (2018) Kansallisen terveys-, hyvinvointi ja palvelututkimus FinSoten perustulokset 2017-2018. Verkkojulkaisu. Viitattu 15.11.2018. thl.fi/finsote.
- Potter G, Skene D, Arendt J, Cade J, Grant P, Hardie L. (2016) Circadian Rhythm and Sleep Disruption: Causes, Metabolic Consequences, and Countermeasures. *Endocrine Reviews* 37(6), 584–608.
- Pulma P. (2012) Sodan puristuksessa. Teoksessa Pulma P (toim.). Suomen romanien historia. Helsinki: SKS. 154-168
- Rajala S, Blomerus S. (2015) Katsaus aikuisten romanien koulutustaustoihin. Raportit ja selvitykset 2015:8. Helsinki: Opetushallitus.
- Rajala S, Salonen M, Blomerus S, Nissilä, L. (2012) Romanioppilaiden perusopetuksen tilannekatsaus 2010-2011 ja toimenpide-ehdotukset. Raportit ja selvitykset 2011:26. Helsinki: Opetushallitus.
- Rantakokko M, Mänty M, Iwarsson S, Törmäkangas T, Ieinen R, Heikinen E, Rantanen T. (2009) Fear of Moving Outdoors and Development of Outdoor Walking Difficulty in Older People. *Journal of the American Geriatrics Society* 57(4), 634-640.
- Rantakokko M, Mänty M, Rantanen T. (2013) Mobility Decline in Old Age. *Exercise and Sport Sciences Reviews* 41(1), 19-25.
- Rantakokko M, Portegijs E, Viljanen A, Iwarsson S, Kauppinen M, Rantanen T. (2016) Changes in life-space mobility and quality of life among community-dwelling older people: a 2-year follow-up study. *Quality of Life Research* 25(5), 1189–1197.
- Rask S, Elo I T, Koskinen S, Lilja E, Koponen P, Castaneda A. (2018) The association between discrimination and health: findings on Russian, Somali and Kurdish origin populations in Finland. *European Journal of Public Health* 28(5), 898–903.
- Rask S, Sainio P, Koponen P, Koskinen S. (2015) Toimintakyky ja työkyky. Teoksessa Nieminen T, Sutela H, Hannula U (toim.) Ulkomaista syntyperää olevien työ ja hyvinvointi Suomessa 2014. Helsinki: TTL, Kotouttamisrahasto, THL ja Tilastokeskus, 163-170.
- Reimer, B (2004) Social exclusion in a comparative context. *Sociologica Ruralis* 44(1), 76–94.
- Ristikari T, Keski-Säntti M, Sutela E, Haapakorva P, Kiilakoski T, Pekkarinen E, Kääriälä A, Aaltonen M, Huotari T, Merikukka M, Salo J, Juutinen A, Pesonen-Smith A, Gissler M. (2018) Suomi lasten kasvu ympäristönä. Kahdeksantoista vuoden seuranta vuonna 1997 syntyneistä. Raportti 7/2018. Helsinki: THL.
- Ruokolainen O, Ollila H, Karjalainen K. (2017) Determinants of electronic cigarette use among Finnish adults: results from a population-based survey. *Nordic Studies on Alcohol and Drugs* 34(6), 471-480.
- Ruokolainen O, Ollila H, Sandström P, Heloma A. (2016) Kiistanalainen sähkösavuke: käytön yleisyys, muutokset ja taustatekijät. *Yhteiskuntapolitiikka* 81(1), 17-30.
- Ruuskanen P, Körkkö H, Karumaa N (2015) World cafe. *Setlementtijulkaisu* 38. Helsinki: Suomen Setlementtiliitto
- Saarni S, Härkänen T, Sintonen H, Suvisaari J, Koskinen S, Aromaa A, Lönnqvist J. (2006) The impact of 29 chronic conditions on health-related quality of life: a general population survey in Finland using 15D and EQ-5D. *Quality of Life Research* 15(8), 1403–1414.

- Saikkonen P, Hannikainen K, Kauppinen T, Rasinkangas J, Vaalavuo M. (2018) Sosiaalinen kestävyys: asuminen, segregatio ja tuloerot kolmella kaupunkiseudulla. Raportti 2/2018. Helsinki: THL.
- Saikkonen P. (2011) Pitkäaikaistyöttömien terveyspalvelut ja kuntoutus – tarkastelua siirtymätyömarkkinoiden kehikossa. Yhteiskuntapolitiikka 76(1), 55-64.
- Sainio P. (2016) Vision and hearing. Teoksessa A Lundqvist, T Mäki-Opas (toim.) Health 2011 Survey – Methods. Raportti 8/2016. Helsinki: THL, 139–140.
- Sainio P, Koskinen S. (2018) Arkitoimista suoriutuminen. Teoksessa P Koponen, K Borodulin, A Lundqvist, K Sääksjärvi, S Koskinen (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa -FinTerveys 2017 -tutkimus. Raportti 4/2018. Helsinki: THL, 165-168.
- Sainio P, Stenholm S, Valkeinen H, Vaara M, Heliövaara M, Koskinen S. (2018) Fyysinen toimintakyky. Teoksessa: Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K, Koskinen S, toim. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa - FinTerveys 2017 -tutkimus. Raportti 4/2018. Helsinki: THL, 108-112.
- Sainio P, Koskinen S, Sihvonen A-P, Martelin T, Aromaa A. (2013) Iäkkään väestön terveyden ja toimintakyvyn kehitys. Teoksessa E Heikkinen, J Jyrkämä, T Rantanen (toim.) Gerontologia. Helsinki: Duodecim, 50-65.
- Salonen A, Raisamo S. (2015) Suomalaisten rahapelaaminen 2015. Rahapelaaminen, rahapeli-ongelmat ja rahapelaamiseen liittyvät asenteet ja mielipiteet 15-74-vuotiailla. Raportti 16/2015. Helsinki: THL.
- Satariano W, Guralnik J, Jackson R, Marottoli R, Phelan E, Prohaska T. (2012) Mobility and aging: new directions for public health action. American Journal of Public Health 102(8), 1508–1515.
- Schneeweis A. (2013) Empowered Leaders and Alone in Community. Stories of Romanian Roma Health Mediators. Women's Studies in Communication 36(2), 167-188.
- Scumacher, E. (1973) Pieni on kaunista. Ihmisen talous ihmistä unohtamatta. Helsinki: Tammi.
- Soininen M. (2014) Romanian perustuslaissa turvattujen kielellisten oikeuksien toteutuminen. Selvityksiä ja ohjeita 11/2014. Helsinki: OM.
- Sokra. (2018) Työelämän ulkopuolella olevat tuntevat yksinäisyyttä selvästi muita useammin. <https://blogi.thl.fi/tyoelaman-ulkopuolella-olevat-tuntevat-yksinaisyytta-selvasti-muita-useammin/>
- Stenroos, M. (2018) Vertaistoimijuuden merkitys romaninuorisotyön näkökulmasta. Teoksessa N Mäenpää, K Perho, M Ärling (toim.). Uskalla! It's possible. Romanian sujuvat koulutus ja työllisyyspolut. Tšetanes naal - ja Nevo tiija -hankkeiden loppujulkaisu. Puheenvuoro 15. Helsinki: Diak, 177-185
- Stenroos, M. (2012) Sitä ei voi olla tuntosarvet teipissä. Romanikulttuurin performatiivisuus kulttuurien välitilassa. Pro gradu-tutkielma. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- STM. (2018) Suomen Romanipoliittinen ohjelma 2018-2022. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 3/2018.
- STM. (2014) Romanipoliittisen ohjelman toimeenpanon ohjaus ja seuranta. Työryhmän raportti. Raportteja ja muistioita 2013:48. Helsinki: STM.
- STM. (2010) Kansallinen muistiohjelma 2012-2020. Tavoitteena muistiystävällinen Suomi. Raportteja ja muistioita 2012:10. Helsinki: STM.
- STM. (2009) Suomen Romanipoliittinen ohjelma (Rompo). Työryhmän esitys. Selvityksiä 2009:48. Helsinki: STM.
- STM. (2007) Seulontaohjelmat. Opas kunnille kansanterveystyöhön kuuluvien seulontojen järjestämisestä. Julkaisuja 2007:5. Helsinki: STM.

Suominen L, Raittio E. (2018) Suunterveys. Teoksessa Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K, Koskinen S (toim.). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. FinTerveys 2017 -tutkimus. Raportti 4/2018. Helsinki: THL.

SVT. (2018a) Väestön koulutus rakenne. Suomen virallinen tilasto. Verkkojulkaisu. Viitattu 22.11.2018. http://www.stat.fi/til/vkour/2017/vkour_2017_2018-11-02_tie_001_fi.html

SVT. (2018b) Työvoimatutkimus. Suomen virallinen tilasto. Verkkojulkaisu. Viitattu 22.11.2018. http://www.stat.fi/til/tyti/2018/10/tyti_2018_10_2018-11-20_tie_001_fi.html

SVT. (2018c) Perheet. Suomen virallinen tilasto. Verkkojulkaisu. Viitattu 22.11.2018. http://www.stat.fi/til/perh/2017/perh_2017_2018-05-25_tie_001_fi.html

SVT. (2018d) Asunnot ja asuinolot. Suomen virallinen tilasto. Verkkojulkaisu. Viitattu 22.11.2018. http://www.stat.fi/til/asas/2017/01/asas_2017_01_2018-10-10_tie_002_fi.html

SVT. (2018e) Vaalit. Suomen virallinen tilasto. Verkkojulkaisu. Viitattu 15.11.2018. https://px-net2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/StatFin_Vanha/?rxid=4d24e8d3-1762-4bdd-8efe-505593184db6

SVT. (2017a) Perheet. Suomen virallinen tilasto. Verkkojulkaisu. Viitattu 22.11.2018. http://www.stat.fi/til/perh/2016/02/perh_2016_02_2017-11-24_kat_007_fi.htm

SVT. (2017b) Väestörakenne. Suomen virallinen tilasto. Verkkojulkaisu. Viitattu 22.11.2018. http://www.stat.fi/til/vaerak/2017/01/vaerak_2017_01_2018-10-01_tie_001_fi.html

SVT. (2017) Syntyneet. Suomen virallinen tilasto. Verkkojulkaisu. Viitattu 15.11.2018. <http://www.stat.fi/til/synt/index.html>

SVT. (1974) VI C:104. 1970 Osa XVIIB Väestölaskenta. Suomen virallinen tilasto. Helsinki: Tilastokeskus.

Syrjä H, Valtakari M. (2008) Romanian pitkä matka työn markkinoille. Tutkimus romanien työmarkkinoille sijoittumisen edistämisestä. Työ ja yrittäjyys 22/2008. Helsinki: TEM.

Talala K, Härkänen T, Martelin T, Karvonen S, Mäki-Opas T, Manderbacka K, Suvisaari J, Sainio P, Rissanen H, Ruokolainen O, Heloma A, Koskinen S. (2014) Koulutusryhmien väliset terveys- ja hyvinvointierot ovat edelleen suuria. Suomen Lääkärilehti 69(36), 2185-2192.

Tarkiainen L, Martikainen P, Peltonen R, Remes H. (2017) Sosiaaliryhmien elinajanodote-erojen kasvu on pääosin pysähtynyt. Suomen Lääkärilehti 72(9), 588-593.

Tervonen M. (2012) Romanit ja suuri muutos. Teoksessa Pulma P (toim.). Suomen romanien historia. Helsinki: SKS, 166-197.

THL. (2017) Erityisryhmien kohtaaminen. Verkkojulkaisu. Viitattu 15.11.2018. <https://thl.fi/fi/palvelut-ja-asiointi/valtion-sosiaali-ja-terveydenhuollon-erityispalvelut/turvakotipalvelu/ohjeet-palveluntuottajille#Erityisryhm%C3%A4t>.

[thl.fi/toimia/tietokanta](http://www.thl.fi/toimia/tietokanta). Verkkojulkaisu. Viitattu 15.11.2018. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/141/>

[thl.fi/toimia/tietokanta](http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/155/). Verkkojulkaisu. Viitattu 15.11.2018. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/155/>

[thl.fi/toimia/tietokanta](http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/90/). Verkkojulkaisu. Viitattu 15.11.2018. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/90/>

[thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2018/02/14/TOIMIA_Sosiaalisen_toimintakyvyn_suositus_paivitetty_2018.pdf](http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/media/files/suositus/2018/02/14/TOIMIA_Sosiaalisen_toimintakyvyn_suositus_paivitetty_2018.pdf).

THL. (2013) Lihavuus laskuun – Hyvinvointia ravinnosta ja liikunnasta. Kansallinen lihavuusohjelma 2012–2015. Ohjauk 13/2013. Helsinki: THL.

- THL. (2016) Romanit turvakodeissa. Verkkoasiat. Viitattu 15.11.2018. <https://thl.fi/documents/10531/1773249/L%C3%A4hisuhdev%C3%A4kivaltaa+kokeneet+romanit+turvakodeissa,+verkkosivumateriaali.pdf/f416c1bd-f8f2-4e3b-9b9c-5a73b3ee14c5>.
- THL.FI/aiheet/Monet Thl:n monikulttuurisuuden asiantuntijaryhmä
- THL.FI/aiheet/ikaantyneet
- THL.FI/aiheet/lapset,nuoret ja perheet
- THL.FI/roosa
- Thompson M, Wildavsky A. (1986) A poverty of distinction. From economic homogeneity to cultural homogeneity in the classification of poor people. *Policy Sciences* 19(2), 163–199.
- Tiikkainen P, Pynnönen K. (2018) Sosiaalisen toimintakyvyn mittaaminen väestötutkimuksissa. TOIMIA-tietokanta. Verkkojulkaisu. Viitattu 15.11.2018.
- Tilastokeskus. (2018) Statt-Fin- tietokanta Verkkojulkaisu. Viitattu 15.9.2018. http://pxnet2.stat.fi/PXWeb/pxweb/fi/StatFin/StatFin__vrm__vaerak/statfin_vaerak_pxt_001.px/table/tableViewLayout2/?rxid=ac1516f7-96fe-4327-8ed8-f3727e9643f1.
- Toffol E, Heikinheimo O, Koponen P, Luoto R, Partonen T. (2011) Hormonal contraception and mental health: results of a population-based study. *Human Reproduction* 26(11), 3085–3093.
- Tolonen H (toim.). (2016) EHES Manual. Part A. Planning and preparation of the survey. 2nd edition. Directions 13/2016. Helsinki: THL.
- Tolonen H (toim.). (2016) EHES Manual. Part B. Fieldwork procedures. 2nd edition. Directions 14/2016. Helsinki: THL.
- Tuomi K, Ilmarinen J, Jahkola A, Katajarinne L, Tulkki A (toim.). (2006) Työkykyindeksin kyseylomake. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Tuulio-Henriksson A, Sainio P. (2016) Cognitive functioning. Teoksessa A Lundqvist, T Mäki-Opas (toim.) Health 2011 Survey - Methods. Raportti 8/2016. Helsinki: THL, 142-144.
- Tuulio-Henriksson A. (2016) Kognitiivisen toimintakyvyn arviointi väestötutkimuksissa. TOIMIA-tietokanta. Verkkojulkaisu. Viitattu 15.11.2018. <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/suositus/16/>.
- Törmä S, Huotari K. (2018) Romanian asumisen yhdenvertaisuuden seurantaselvitys. Raportteja 6/2018. Helsinki: Ympäristöministeriö.
- Törmä S, Huotari K, Tuokkola K, Pitkänen S. (2014) Ikäihmisten moninaisuus näkyväksi. Selvitys vähemmistöihin kuuluvien ikääntyneiden henkilöiden kokemasta syrjinnästä sosiaali- ja terveyspalveluissa. Julkaisu 14/2014. Helsinki: Sisäministeriö.
- Törmä S, Tuokkola K, Hurtig J (2013) Lähisuhde- ja perheväkivalta romaninaisten kokemana. Avun tarpeet yhteisössä ja palvelujärjestelmässä. Raportteja ja muistioita 2013:33. Helsinki: STM.
- Uusitalo H, Mikhailova A, Sainio P, Koskinen S. (2018) Näkö ja kuulo. Teoksessa P Koponen, K Borodulin, A Lundqvist, K Sääksjärvi, S Koskinen (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa - FinTerveys 2017 -tutkimus. Raportti 4/2018. Helsinki: THL, 113-117.
- Valsta L, Lundqvist A, Kaartinen N, Raulio S, Sääksjärvi K, Männistö S. (2018) Ruokatottumukset. Teoksessa Koponen P, Borodulin K, Lundqvist A, Sääksjärvi K, Koskinen S (toim.). Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa, FinTerveys 2017 -tutkimus. THL Raportti 4/2018, 33-37.
- Vesanen P. (1999) Romanikulttuurin piirteet heijastuvat asunnon järjestymiseen. *Asu ja Rakennus* 6, 9-12.
- Viljanen A M, Hagert T, Blomerus S. (2007) Tasa-arvon harha: romanit suomalaisessa terveydenhuollossa. Teoksessa Pakaslahti A, Huttunen M (toim.). Kulttuurit ja lääketiede. Helsinki: Duodecim, 458-466

- Viljanen A M. (1994) Psykiatria ja kulttuuri. Tutkimus oikeuspsykiatrisesta argumentaatioista. Helsinki: Stakes, Suomen Antropologinen Seura.
- Virtanen P, Vahtera J, Broms U, Sillanmäki L, Kivimäki M, Koskenvuo M. (2008) Employment trajectory as determinant of change in health-related lifestyle: the prospective HeSSup study. *European Journal of Public Health* 18(5), 504-508.
- Vähemmistövaltuutettu. (2014) Erilaisena arjessa. Selvitys romanien syrjäytäkokemuksista. Julkaisusarja 15. Helsinki: Vähemmistövaltuutettu.
- Välimäki S. (1997) Romanivanhusten elinoloista Suomessa. 38/1997. Helsinki: Stakes.
- Weiste-Paakkanen A, Vaara M, Nyman D, Ristiluoma N, Kuusio H. (2018) Kulttuurisensitiivisen väestötutkimuksen kokemuksia. Teoksessa Mäenpää N, Perho K, Ärling M toim. Uskalla! It's possible. Romanien sujuvat koulutus ja työllisyyspolut. Tšetanes naal - ja Nevo tiija -hankkeiden loppujulkaisu. Puheenvuoro 15. Helsinki: Diak, 220-228.
- Weiste-Paakkanen A, Jokela S, Kytö S, Koponen P, Castaneda A, Larja L, Nieminen T. (2017) Ulkomaalaistaustaisen väestön terveys- ja hyvinvointitutkimukset. Ulkomaalaistaustaisen kenttähenkilöstön kokemuksia. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 54(3), 226-237.
- Weiste-Paakkanen A, Martelin T, Koponen P, Koskinen S, Linnanmäki E. (2014) Romanien hyvinvointi- esitutkimus. Loppuraportti. Työpaperi 16/2014. Helsinki: THL.
- Weiste-Paakkanen A, Palteisto A. (2013) Tutkimustieto auttaa parantamaan romanien elinoloja. Hyvinvointikatsaus 3/2013. Helsinki: Tilastokeskus.
- WHO. (2004) Obesity: prevention and managing the global epidemic. Report of a WHO Consultation. WHO Technical Report Series no. 894. Geneva: WHO.
- Yhdenvertaisuusvaltuutettu (2018) Yhdenvertaisuusvaltuutetun kertomus eduskunnalle. Verkkajulkaisu. Viitattu 15.11.2018. <https://www.syrjinta.fi/documents/10181/36404/Eduskuntakertomus/68ed9230-62d6-4e4b-894b-9c4fa17fe104>.
- Ärling M. (2018) Romanien työllisyys - paljon isoja haasteita ja paljon mahdollisuuksia. Teoksessa Mäenpää N, Perho K, Ärling M (toim.). Uskalla! It's possible. Romanien sujuvat koulutus ja työllisyyspolut. Tšetanes naal - ja Nevo tiija -hankkeiden loppujulkaisu. Puheenvuoro 15. Helsinki: Diak, 148-167.