
RAPORTTI 15/2018

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

SUOMEN ROMANIVÄESTÖN
OSALLISUUS JA HYVINVOINTI

ROMANIEN HYVINVOINTITUTKIMUS ROOSAN PERUSTULOKSET 2017-2018

TERVEYDEN JA HYVINVOINNIN LAITOS
# SISÄLLYS

<table>
<thead>
<tr>
<th>Luokka</th>
<th>Sivu</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Lukijalle</td>
<td>5</td>
</tr>
<tr>
<td>Tiivistelmä</td>
<td>7</td>
</tr>
<tr>
<td>Gustiba</td>
<td>8</td>
</tr>
<tr>
<td>Sammandrag.</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>Abstract</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>JOHDANTO</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>1. ROMANIEN OSALLISUUS</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>2. TIEDONKERUU, AINEISTO JA MENETELMÄT</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>2.1 Suomen romanit tutkimuksen osallistuina</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>2.2 Kulttuurisensitiivisyys tutkimuksessa</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>2.3 Tutkimuseettiset näkökohdat</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>2.4 Tiedonkeruu</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>2.5 Tutkimuksen osallistuneet</td>
<td>25</td>
</tr>
<tr>
<td>2.6 Analyysimenetelmät</td>
<td>27</td>
</tr>
<tr>
<td>3. ELINOLOT, OSALLISTUMINEN,</td>
<td>29</td>
</tr>
<tr>
<td>SYRJINTÄ JA ELÄMÄNLAATU</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>3.1 Koulutus, työllisyys ja toimeentulo</td>
<td>29</td>
</tr>
<tr>
<td>3.2 Perheet ja kotitaloudet</td>
<td>35</td>
</tr>
<tr>
<td>3.3 Asuminen</td>
<td>39</td>
</tr>
<tr>
<td>3.4 Lapuuden elinolot</td>
<td>43</td>
</tr>
<tr>
<td>3.5 Osallistuminen, auttaminen ja luottamus</td>
<td>47</td>
</tr>
<tr>
<td>3.6 Syrjintä ja turvallisuus</td>
<td>56</td>
</tr>
<tr>
<td>3.7 Elämänlaatu</td>
<td>64</td>
</tr>
<tr>
<td>4. TERVEYS</td>
<td>68</td>
</tr>
<tr>
<td>4.1 Koettu terveys ja pitkäaikaiset sairaudet</td>
<td>68</td>
</tr>
<tr>
<td>4.2 Kohonnut verenpaine</td>
<td>72</td>
</tr>
<tr>
<td>4.3 Oireet ja lääkkeiden käyttö</td>
<td>75</td>
</tr>
<tr>
<td>4.4 Ylipaino ja lihavuus</td>
<td>77</td>
</tr>
<tr>
<td>4.5 Infektiotaudit</td>
<td>81</td>
</tr>
<tr>
<td>4.6 Suun terveys</td>
<td>85</td>
</tr>
<tr>
<td>4.7 Perheiden terveys</td>
<td>87</td>
</tr>
<tr>
<td>4.8 Henkinen hyvinvointi</td>
<td>89</td>
</tr>
</tbody>
</table>
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 tethystä palvelujen kohdentumista. Tuloksia ja kehittämisehdotuksia on määrää sisällyttää myös maakuntien hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen suunnitelmiin.


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

Tutkimuksen osanottajaksi kutsuttiin vapaaehtoisia, itsensä Suomen romaneiksi kokevia 18 vuotta täyttäneitä henkilöitä. Osallistujia haettiin romanitaustaisen aluekoordinaattorien verkostojen kautta sekä tiedottamalla tutkimuksesta laajasti eri romanivyvhistysten, romanihankkeiden ja neuvottelukunnien kautta. Tutkittavien moninaisuus pyrittiin varmistamaan järjestyssä matalan kynnyksen tutkimustilaisuuksia eri alueilla, eri-ikäisille ja eri kohderyhmille kuuuluville romaneille heidän omassa tapaamispaikossaan yhteistyössä muun muassa seurakuntien ja kuntien vanhusten- sekä nuorisotyön kanssa.

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 elinolot. Tutkittavien rohkeus tuoda esiin oman kulttuuriryhmän kokemuksia on suotuisa merkki osallisuuden lisääntymisestä.

Helsingissä 8.11.2018
Tuire Santamäki-Vuori, Terveyden 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 romanipoliikan toimenpiteiden tueksi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) toteutti Roosa-tutkimuksen osana Diakin hallinnoinmaa Nevo Tiija- uusi aika -hanketta, jota rahoitti Euroopan sosialirahasto.

Romanit ovat kulttuurialaa vaaliva vähemmistö ja erottamaton osa monikulttuurista Suomea. Romanien elämään ja asemaan Suomessa on lähes viime päivitysaan 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 puolilla Suomea, ja siihen osallistui yhteensä 365 henkilöä, joista miehiä oli 142 ja naisia 223. Tutkimukseen kuului sekä terveystkustannus että struktuuritoitahastattelu tai kysely.


GUSTIBA

Kaalengo tšihko aahhibosko roodiba (Roosa) hin roodiba Finitiko kaalengo folkenn. Roodibosko faatiba hin te fendjaven kaalengo tšihko aahhiba, dielos liijiba, sastiba ta tšeeribosko vojiba. Roodiba aanela džaaniba ta ġaštiba aro dola tšeeribosko tšuuvibi, so hin aro roman 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 kultturesko Finitiko themmesta. Aro kaalengo dziviba ta stedos aro Finitiko them hin neer aka diives angouvidas altino buuribosko fottiba, džaalgico buttibosko ta skoolibosko vojibi ta strukturikaano ring tšuuviba. Kaale fendja-vena moolako džaanimes pengo igea 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 buttiajiren, panna joon hin dielade aro plaaneriba ta formiba roodibosko arrun saaki tšetanes roodibosko grupphoa. Roosa-roodibosko materiaalos samlade froo ringa Finitiko them, ta doi aahtas tšetanes 365 komuja, katta dżeene sas 142 ta džuuna 223. Aro roodiba ġunjudas panna sastibosko roodiba ta strukturikaano rakkibosko tšeeriba elle puhhiba.

Roodibosko ġluutibika sikadas auri, te aro Finitiko kaalengo tšetiba hin buut džoraliben, so naalila tšetano thanengo dieliba. Tšetibosko ġaštiba jakkes, te buut neerun komuja lena ekonomikaano ġaštiba, aro onnovitiko muoda ta praktikaano saaken-go omsorgibossa ta buut dielos liiben aro sankibongo ta khangarengu butti sas saareng-e džoraliben. Mähkurne kharibi sas sakko diišvesko dzivibosko svoortiba, so vojuvena tšeeren džaalideske sar dzivibosko ġlaaga. Vaures majoritetos koon dielada aro roodiba sas džinta aro lengo komujengo bandribi. Koni fuortune kharibi sas kaalengo džuujengo džaaligo fysikaano hajiba, ta bisastime dzivibosko maneeri ta douva, te leen sas langtho tijaka dukja buut, so sos faarliga aro lengo sasjiba. Dżeenen ta džuujen sas buut ajasave dzivibosko maneeri, so lyördade lengo sastiba, sar joon staavena kuttu aro lengo phirro tijja ta buut ġatšavena thyöl. Ring tšuuuvibosko džintibi sas niina buut.


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 somundersökningspersonal. 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 var 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.
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 ihmisoikeusläähtöistä hyvinvointipolitiikkaa, jossa myös vähemmistöjen hyvinvoinnilla on ollut sijansa. Romanien koulutustaso on nousut 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.


1. ROMANIEN OSALLISUUS
Anna-Maria Isola ja Anneli Weiste-Paakkanen

MITÄ OSALLISUUS ON?

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

OSALLISUUDEN KOKEMUSAUTTAA NÄKEMÄÄ NÄKEMÄN MAHDOLLISUUKSIA


**SYRJINTÄ HEIKENTÄÄ OSALLISUUDEN KOKEMUSTA**

Michael Thompson ja Aaron Wildavsky (1986) toteavat, että köyhyydessä 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 yhteisöillä on. Saatavilla olevien resursien määrä määrittää yhteisöissä myös työllistä, käyttäviä, vaikuttamismahdollisuuksia sekä yksilön tai yhteisön sosioekonomisen aseman perusteella.


**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

THL • RAPORTTI 15 | 2018

14

2. TIEDONKERUU, AINEISTO JA MENETELMÄT

2.1 Suomen romanit tutkimuksen osallistujina
Anneli Weiste-Paakkanen, Riikka Lämsä ja Hannamaria Kuusio


Roosa-tutkimuksessa romanit itse määrittivät kuulumisensa kohderyhmään sen perusteella, että he itse kokivat olevansa Suomen romaneneja. Tällaista itsidentifikaatioon perustuvaa määrittelyä käytetään myös Romanipoliittisessa ohjelmassa (STM 2009). Väestörekisteriin perustuvaa, väestötutkimuksissa yleisesti käytössä olevaa...
otantaan ei ollut mahdollistakaan käyttää, koska tietoa etnisyydestä ei ole Väestörekisterissä henkilötietolain (523/1999, §6) kieltäessä sen.

2.2 Kulttuurisensitiivisyyss 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 tavoitteenä mahdollisimman laajasti tutkimuksen sisältöjen ja menetelmäsääntöjen suunnittelussa. Tutkimushenkilöstön työssä pyrittiin noudattamaan kulttuurisesti kunniottavia vuorovaikutustaitoja. Sekä sanattoman että sanallisen kohtaamisen ja viestinnän tuli olla arvostava niin, että kaikilla osapuolilla oli oikeus kulttuurinsa ilmaisuun ja sen kanssa hyvää sen yhteisöksi ja kuulluksi tulemiseen. (Leininger 1988.)


Tiedonkeruu, aineisto ja menetelmät

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


tiedonkeruuohjelmaan. Haastattelulla/kyselyllä kerätyt tiedot toimitettiin tallennetta- vaksi 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


Esitutkimuksen aikana käydyt keskustelut romaniyhteisön edustajien kanssa toivat esiin erilaisia mielipiteitä Romanien 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 romanesta 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 aiheidenä että melko yleisen tutkimuskielteisyyden takia.


TUTKIMUKSESTA TIEDOTTAMINEN JA TUTKITTAVIEN TAVOITTAMINEN


THL palkkasi eripituisiin työsuhteisiin tutkimuksen aluekoordinaattoreiksi eriikäisiä romananimiehiä ja -naisia eri puolilta Suomea, yhteensä seitsemän henkilöä. Heidän rooliansa ei erittäellä tarkemmin yksityisyysen suojaamiseksi, koska kulttuurintulkkin asema voi olla hankala edustamansa yhteisön ja viranomaisten välillä (Schneeweis 2013). Aluekoordinaattoreiden tehtävänä oli käydä kertomassa tutkimuksesta romaniväestysten ja -järjestöjen tilaisuuksissa sekä yksityisissä kodeissa, puhelimessa 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 yhdyskuntien toiminnalla.


Tutkimuksen sisältö

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

Tutkimuksen sisältö muodostui haastatteluista ja terveystarkastuksista. Tutkimuskojulajan toteuttama haastattelu oli laaja ja sen tekeminen kesti noin 1-1,5 tuntia. Haastattelulomakkeessa oli runsaasti struktuuritoja, pääasiassa muissa aiemmissa väestötutkimuksissa käytettyjä kysymyksiä terveydestä, hyvinvoinnista, osallisuudesta, syrjinnästä sekä palvelujen käytöstä ja koetusta palvelun tarpeesta.


Fyysisen toimintakyvyn mittauksilla selvitettiin nivelen toimintaa ja liikkuvuutta sekä ylä- ja alaraajojen lihasvoimaa. Näissä mittauksissa tutkittavaa pyydettiin kyykistyymään, nosemalla 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 tuolilta nousulla (thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/155/).

TIEDONKERUUN TOTEUTUMINEN


Muutosten jälkeen osallistumisesta kiinnostuneilla henkilöillä oli mahdollisuus myös pyytää yhteydenottoa nettit-ilmoituksen kautta, jolloin tutkimushoitajat olivat yhteydessä henkilöihin ja sopivat tutkimusajan. Tutkittaville tarjottiin mahdollis-
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 sovelti paremmin esimerkiksi iäkkäille tutkittaville. Tutkimukseen osallistumisen parantamiseksi osallistujille korvattiin matkakulut yli 15 kilometrin matkalta, heille järjestettiin ruokatarjoilu ja annettiin kiitokseksi elokuvalippu.

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

2.5 Tutkimukseen osallistuneet
Hannamaria Kuusio, Mariitta Vaara, Noora Ristoluoma ja Eero Lilja


Taulukko 2.5.1
Osallistumisen eri tutkimusosioihin, osuus osallistujista, N ja %.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Osallistuneet</th>
<th>Lukumäärä (N)</th>
<th>%</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Osallistunut ainakin yhteen tutkimusosioon</td>
<td>365</td>
<td>100</td>
</tr>
<tr>
<td>Osallistunut terveystarkastukseen ja täytetty laaja lomake</td>
<td>199</td>
<td>55</td>
</tr>
<tr>
<td>Osallistunut terveystarkastukseen ja täytetty lyhyt lomake</td>
<td>73</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>Osallistunut vain terveystarkastukseen</td>
<td>5</td>
<td>1</td>
</tr>
<tr>
<td>Täytetty vain laaja lomake</td>
<td>48</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>Täytetty vain lyhyt lomake</td>
<td>40</td>
<td>11</td>
</tr>
</tbody>
</table>
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. Lyhyen lomakkeeseen vastanneita oli miesten eri ikäryhmissä yhtä paljon, mutta naisilla alle 30-vuotiaiden osuus lyhyen lomakkeeseen vastanneista oli pienempi kuin vanhempien ikäryhmien.

Taulukko 2.5.2.
*Tutkimuksen osioihin osallistuneiden osuudet, ikäryhmittäin, miehet ja naiset, N ja %.

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

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

2.6 Analyysimenetelmät
Hannamaria Kuusio, Seppo Koskinen, Marianne Laalo ja Eero Lilja


3. ELINOLOT, OSALLISTUMINEN, SYRJINTÄ JA ELÄMÄNLAATU


3.1 Koulutus, työllisyys ja toimeentulo
Tuija Martelin, Hannamaria Kuusio ja Anneli Weiste-Paakkanen


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 päätöimisesti?”, ja vastaajaa kehotettiin 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 ”Kirjoitatko suomeksi/ruotsiksi?” (en lainkaan, huonosti, kohtalaisesti, hyvin, erinomaisesti).

Pääasiallista toimintaa ja työllisyyttä tiedusteltiin kysymällä ensin ”Oletteko oluit ansiotyössä sää- tai sivutoimisesti 12 viime kuukauden aikana?” ja sitten ”Oletteko tällä hetkellä pääasiassa: palkkatyössä tai yritystä vastaavassa toimialueessa; työtön; opiskelija; ammattikoulu- tai peruskoulutuksessa; 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 ostaa lisää; 2) joutunut tinkimään lääkkeiden ostosta rahan puutteen vuoksi; tai 3) jättänyt rahan puutteen vuoksi käymättä lääkäriä?” Nämä kysymykset ovat yleisesti käytössä eri väestötutkimuksissa. Lisäksi yksi elämänlaatumatetta (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 viidenneksen (taulukko 3.1.1). Kaikista vastaajista keskimäärin noin kol-

**Taulukko 3.1.1**

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

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Miehet (n = 861—141)</th>
<th>Naiset (n = 1531—215)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Perusasteen jälkeinen</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>tutkinto, (%)</td>
<td>48</td>
<td>45</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>30–54</td>
<td>45</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>55+</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>kaikki</td>
<td>31</td>
</tr>
<tr>
<td>Koulu- ja opiskeluvuosia</td>
<td>11,4</td>
<td>10,8</td>
</tr>
<tr>
<td>keskimäärin, keskiarvo;</td>
<td>11,0</td>
<td>11,2</td>
</tr>
<tr>
<td>vuosia¹</td>
<td>6,6</td>
<td>6,7</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>9,3</td>
<td>9,1</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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 saatanut arvioida luku- tai kirjoitustaitonsa todellista huonommaksi, koska kysymyksen (”suomeksi/ruotsiksi”) on saatettu virheellisesti tulkita tarkoittavan luku- tai kirjoitustaitoa molemmissa kielillä.
**Taulukko 3.1.2**

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

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Miehet (n = 881—142)</th>
<th>Naiset (n = 1581—217)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>18–29</td>
<td>30–54</td>
</tr>
<tr>
<td>Hyvä tai erinomainen lukutaito</td>
<td>73</td>
<td>73</td>
</tr>
<tr>
<td>Hyvä tai erinomainen kirjoitustaito¹</td>
<td>—²</td>
<td>72</td>
</tr>
</tbody>
</table>

¹ Havaintomäärän pienuus johtuu siitä, että kysymys on esitetty vain laajalla lomakkeella
² Vähäisten vastaajamäärien vuoksi lukua ei esitetä

### Taulukko 3.1.3

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

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Miehet (n = 88¹ — 140)</th>
<th>Naiset (n = 155¹ — 216)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>18–29</td>
<td>30–54</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Pääasiallinen toiminta:</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Palkkatyössä tai yrittäjänä</td>
<td>19</td>
<td>25</td>
</tr>
<tr>
<td>Työtön</td>
<td>52</td>
<td>37</td>
</tr>
<tr>
<td>Opiskelija</td>
<td>22</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>Eläkkeellä</td>
<td>—²</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>Perhevapaalla</td>
<td>—²</td>
<td>—²</td>
</tr>
<tr>
<td>Jokin muu</td>
<td>—²</td>
<td>—²</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Ansiotyössä 12 viime kuukauden aikana¹</strong></td>
<td>32</td>
<td>42</td>
</tr>
</tbody>
</table>

¹ Havaintomäärän pienuus johtuu siitä, että kysymys on esitetty vain laajalla lomakkeella
² Vähäisten vastaanottamien vuoksi lukua ei esitetä

Taulukko 3.1.4
Köyhyskokemukset 12 viime kuukauden aikana, ikäryhmittäin, miehet ja naiset, %.

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

VERTAILU KOKO VÄESTÖÖN JA YHTEENVETO


3.2 Perheet ja kotitaloudet

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


MENETELMÄT
Siviilisäätyä tiedusteltiin lomakkeella kysymyskellä: "Mikä on siviilisäätynne?" Vastausvaihtoehdot olivat naimisissa, avoliitossa, naimaton, asumuserossa tai eronnut, leksi sekä rekisteröity pari suhde. Viimemainittuja luvuilla ei tulessa yhtään havaintoa, joten sitä ei esitetä taulukossa. Tällä kysymyksellä saatava tieto ei ole vertailukelpoinen väestötilastojen virallista siviilisäätyä koskevien tietojen kanssa, koska avoliitossa olevat voivat olla viralliselta siviilisäädyltään naimattomia, eroneita tai leksiä. Lisäksi kysymys antaa vastaajille mahdollisuuden ilmoittaa olevansa eronnut tai leksi, vaikka liitto ei olisikaan ollut virallinen. Kotitalouden kokoa ja ikärakennetta kartottettiin kysymällä ensin “Onko kotitalossa kuuluvia tällä hetkellä 18 vuotta vanhempia?” Lisäksi kartoitettiin kotitalouden ikärakennetta kysymällä ”Kuinka moni taloutteen jäsenistä mukaan lukien iten 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 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 voida luokitella muihin perhetyyppeihin. Perhetyyppi-luokitus on karkea eikä anna kaikkien vastaajien kohdalla oikeata kuvaa heidän perheitilanteestaan, sillä kotitaloudessa asuvien sukulaisuuden mukaan ei ollut tietoa. Koska kotitalouden ikärakennetta tiedusteltiin vain laajalla lomakkeella, vastaajien lukumäärä on pienempi kuin siviilisäätyä ja kotitalouden kokoa koskevissa kysymyksissä. Tutkimus osallistuneista miehiä 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 nuorimpana ikäryhmän kuuluvista vastaajista oli naimattomia, vanhemmissa
ikäryhmissä naimattomien osuus oli suurempi naisilla kuin miehillä. Miehistä
eronneita tai leksiä ja naisista eronneita oli hiukan alle viidesosa vastaajista. 55 vuotta
täyttäneistä naisista 29 prosenttia oli leksiä.

Noin kolmannes vastaajista asui yksin: miespuolisista hiukan sen alle ja naisis-
ta hiukan yli. Yksin asuminen oli naisilla yleisintä vanhimmassa ikäryhmässä, miehillä
ikäryhmien välistä 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 hengin kotitalouksissa asui noin kolmannes
vastaajista. Osuus oli molemmilla sekä miehillä että naisilla suurin 30-54-vuoti-
ailla. Perhetyyppejä koskevat havainnot ovat epävarmoja pienten havaintomäärien ja
luokittelun liittyvien ongelmien vuoksi. Huomiota kiinnittää lähinnä yksinhuoltaji-
en suuri osuus naisilla: tulosten mukaan noin kolmannes tutkimukseen osallistuneis-
ta 30-54-vuotiaista naisista oli yksinhuoltaja.
**Taulukko 3.2.1**

*Siviilisääty, kotitalouden koko ja perhetyyppi, ikäryhmittäin, miehet ja naiset, %.*

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Miehet (n = 851–142)</th>
<th>Naiset (n = 1521–216)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>18–29</td>
<td>30–54</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Siviilisääty</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Naimisissa</td>
<td>17</td>
<td>50</td>
</tr>
<tr>
<td>Avoliitossa</td>
<td>29</td>
<td>—2</td>
</tr>
<tr>
<td>Naimaton</td>
<td>46</td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>Eronnut</td>
<td>8³</td>
<td>18³</td>
</tr>
<tr>
<td>Leski</td>
<td>—3</td>
<td>—3</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Kotitalouden koko</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>1 henkilö</td>
<td>30</td>
<td>23</td>
</tr>
<tr>
<td>2 henkilöä</td>
<td>28</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>3+ henkilöä</td>
<td>42</td>
<td>58</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Perhetyyppi</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Yksin asuva</td>
<td>—2</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>Pariskunta, ei lapsia</td>
<td>—2</td>
<td>27</td>
</tr>
<tr>
<td>Pariskunta ja lapsia</td>
<td>—2</td>
<td>32</td>
</tr>
<tr>
<td>Yksinhuoltaja</td>
<td>—2</td>
<td>—2</td>
</tr>
<tr>
<td>Muu yhdessä asuva</td>
<td>—2</td>
<td>14</td>
</tr>
</tbody>
</table>

1 Havaintomäärän pienuus johtuu siitä, että kysymys on esitetty vain laajalla lomakkeella
2 Vähäisten vastaajamärien vuoksi lukui ei esitetä
3 Vähäisten vastaajamärien vuoksi miesten osalta eronneet ja lesket ovat yhdistettyä samaan lukumäärään
4 Koska perhetyyppi-muuttujan muodostamisessa on käytetty myös kotitalouden ikäryhmää koskevaa muutustauja, joka sisältyy 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 perhetyyppin jakaumat eri ikäryhmissä sekä miehillä että naisilla heijastelivat pitkälti eri elämäntapahtumien ajoittumista 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
Elinolot, osallistuminen, syrjintä ja elämänlaatu

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 kuuluivista oli naimisissa.


3.3 Asuminen
Tuija Martelin, Timo Kauppinen ja Anneli Weiste-Paakkanen

MENETELMÄT


TULOKSET

### Taulukko 3.3.1

**Asunnon hallintasuhde ja asumisväljyys, ikäryhmittäin, miehet ja naiset, %**

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Miehet (n = 881—136)</th>
<th>Naiset (n = 1571–206)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>18–29</td>
<td>30–54</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Asunnon hallintasuhde</strong>¹:</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>-omistusasunto</td>
<td>3</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>-vuokra-asunto</td>
<td>93</td>
<td>71</td>
</tr>
<tr>
<td>-muu</td>
<td>3</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Ahtaaasti asuvia:</strong></td>
<td>23</td>
<td>30</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

Lähes puolet tai jopa suurempi osuus tutkimukseen osallistuneista miehistä ja naista oli erittäin tyytyväisiä asuntansa kokoon, asuinalueen turvallisuuteen, naapurihin 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 mahdollisuksiin: 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.
Vertailu koko väestöön ja yhteenveto


3.4 Lapsuuden elinolot

Tuija Martelin, Anneli Weiste-Paakkanen ja Hannamaria Kuusio

MENETELMÄT


TULOKSET

Noin 60 prosenttia kaikista vastaajista oli asunut molempien vanhempiensa luona koulun aloittamisjäässä (taulukko 3.4.1). Joko äidin tai isän kanssa ilmoitti asuneensa miehistä vajaa viidenne 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 jomman-kumman vanhempansa kanssa.
<table>
<thead>
<tr>
<th>Taulukko 3.4.2</th>
<th>Erilaisten ongelmien kokeminen lapsuudessa, ikäryhmittäin, miehet ja naiset, %</th>
<th>Miehet (n = 128–133)</th>
<th>Naiset (n = 191–199)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>18–29</td>
<td>30–54</td>
<td>55+</td>
</tr>
<tr>
<td>Perheen pitkäaikaiset taloudelliset vaikeudet</td>
<td>40</td>
<td>32</td>
<td>60</td>
</tr>
<tr>
<td>Vanhempien työttömyys</td>
<td>57</td>
<td>52</td>
<td>63</td>
</tr>
<tr>
<td>Vanhempien vakava sairaus</td>
<td>19</td>
<td>27</td>
<td>37</td>
</tr>
<tr>
<td>Isän alkoholi-ongelmat</td>
<td>25</td>
<td>33</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>Äidin alkoholi-ongelmat</td>
<td>—1</td>
<td>—1</td>
<td>—1</td>
</tr>
<tr>
<td>Isän mielenterveys-ongelmat</td>
<td>—1</td>
<td>—1</td>
<td>—1</td>
</tr>
<tr>
<td>Äidin mielenterveys-ongelmat</td>
<td>—1</td>
<td>—1</td>
<td>—1</td>
</tr>
<tr>
<td>Vakavat ristiriidat perheessä</td>
<td>22</td>
<td>33</td>
<td>25</td>
</tr>
<tr>
<td>Vanhempien ero</td>
<td>51</td>
<td>36</td>
<td>22</td>
</tr>
<tr>
<td>Oma vakava sairaus</td>
<td>—1</td>
<td>—1</td>
<td>—1</td>
</tr>
<tr>
<td>Koulu-kiusamaanen</td>
<td>29</td>
<td>36</td>
<td>41</td>
</tr>
<tr>
<td>Pitkäaikainen asuminen lastenkodissa</td>
<td>10</td>
<td>12</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>Pitkäaikaisesti vailla vakinaista asuntoa</td>
<td>5</td>
<td>21</td>
<td>58</td>
</tr>
</tbody>
</table>

1 Vähäisten vastaajamäärien vuoksi ikäryhmittäisiä lukuja ei esitetä
Vertailu koko väestön ja yhteenveto


3.5 Osallistuminen, auttaminen ja luottamus

Hannamaria Kuusio, Tuija Martelin ja Anneli Weiste-Paakkanen


Romaniyhteisö on usein sosiaalisesti tiiviis, 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, taide- näyttelyissä tai urheilukilpailuissa (myös raveissa) tms. vähintään kerran kuukaudessa, 3) kävivät kirkossa tai muissa uskonnonliisissä 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. Tie-toa 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 ”Äänestitteko 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”. Kysymys sarja sisälsi seuraavan tahot: oikeuslaitos, poliisi, kunnan päätöksenteko, julkiset terveyspalvelut, julkiset sosiaalipalvelut ja ihmiset yleensä. Tarkastelussa olivat kysymyksen arvon 4 tai 5 vastanneiden osuus.

Avun antamista tarkasteltiin kysymyksellä ”Oletteko auttanut jotakuta kotitalouten ulkopuolella asuvaa henkilöä alla mainituissa asioissa vapaa-aikanaanne 12 viime kuukauden aikana?” Kysymyksen alakysymykset olivat: ”lastenhoito”, ”koti ja pihatyöt (ruoanlaitto, siivous, puutarhanhoito, lumityöt yms.)”, ”kauppa-, pankki- ym. asioiden hoitaminen”, ”päivittäistä toiminnosta 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 ”Tunnetteko itsenäiseksi?” Yksinäisiksi luokiteltiin ne vastaajat, jotka valitsivat vastausvaihtoehdon ”jatkuvasti” tai ”melko usein”.

**TULOKSET**

Taulukko 3.5.1
Vapaa-ajallaan aktiivisesti eri toimintoihin osallistuvien osuus ikäryhmittäin, miehet ja naiset %.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Toiminta</th>
<th>Miehet (n = 82–841)</th>
<th>Naiset (n = 1471–151)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>18–29</td>
<td>30–54</td>
</tr>
<tr>
<td>Kerho- tai yhdistys toiminta</td>
<td>29</td>
<td>51</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>(vähintään kuukausittain)</td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Kirkko tai muu uskonnollinen</td>
<td>45</td>
<td>58</td>
</tr>
<tr>
<td>tilaisuus (vähintään kuukausittain)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Liikunta, ulkoilu, metsästys,</td>
<td>33</td>
<td>54</td>
</tr>
<tr>
<td>kalastus, hevosten hoito,</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>puutarhatyöt tai muu ulkoilu</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>(vähintään viikoittain)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Käsityöt, askartelu, soittaminen,</td>
<td>49</td>
<td>54</td>
</tr>
<tr>
<td>laulaminen, valokuvaminen,</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>maalaaminen tms. (vähintään</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>viikoittain)</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

1 Havaintomäärän pienuus 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 äänestäminen oli äkkäämmillä miehillä.
**Taulukko 3.5.2**

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

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Miehet (n = 129–132)</th>
<th>Naiset (n = 195–199)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>18–29</td>
<td>30–54</td>
</tr>
<tr>
<td>Luottamus oikeuslaitokseen</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Miehet</td>
<td>37</td>
<td>30</td>
</tr>
<tr>
<td>Naiset</td>
<td>38</td>
<td>39</td>
</tr>
<tr>
<td>Luottamus poliisiin</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Miehet</td>
<td>27</td>
<td>40</td>
</tr>
<tr>
<td>Naiset</td>
<td>44</td>
<td>52</td>
</tr>
<tr>
<td>Luottamus kunnan päätöksentekoon</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Miehet</td>
<td>39</td>
<td>37</td>
</tr>
<tr>
<td>Naiset</td>
<td>53</td>
<td>51</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

**Taulukko 3.5.3**

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

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Miehet (n = 801 – 82)</th>
<th>Naiset (n = 1461 – 152 )</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>18–29</td>
<td>30–54</td>
</tr>
<tr>
<td>Lastenhoito</td>
<td>42</td>
<td>69</td>
</tr>
<tr>
<td>Koti- ja pihatyöt</td>
<td>71</td>
<td>62</td>
</tr>
<tr>
<td>Kauppa- tai pankki-asioiden hoitaminen</td>
<td>48</td>
<td>61</td>
</tr>
<tr>
<td>Päivittäiset toiminnot (esim. peseytyminen, pukeminen)</td>
<td>26</td>
<td>34</td>
</tr>
<tr>
<td>Henkinen tuki (kuuleminen ja tukeni vaikeuksissa)</td>
<td>68</td>
<td>96</td>
</tr>
<tr>
<td>Taloudellinen tuki</td>
<td>55</td>
<td>82</td>
</tr>
</tbody>
</table>

1 Havaintomäärän 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, %.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Miehet (n = 541 – 78)</th>
<th>Naiset (n = 103 – 142)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>18–29</td>
<td>30–54</td>
</tr>
<tr>
<td>Omia tai puolison vanhemmat (vähintään kuukausittain)</td>
<td>45</td>
<td>51</td>
</tr>
<tr>
<td>Omia tai puolison iso-vanhemmat (vähintään kuukausittain)</td>
<td>32</td>
<td>12</td>
</tr>
<tr>
<td>Omia lapsia tai lasten-lapset (vähintään viikoittain)</td>
<td>¬2</td>
<td>53</td>
</tr>
<tr>
<td>Muita henkilöitä, esim. muu sukulaisten tai naapurin (vähintään kuukausittain)</td>
<td>48</td>
<td>71</td>
</tr>
</tbody>
</table>

1 Havaintomäärän pienuus johtuu siitä, että kysymys on esitetty vain laajalla lomakkeella.
2 Vähäisten vastaajamäärän vuoksi lukua ei esitetä.


### VERTAILU KOKO VÄESTÖÖN JA YHTEENVETO

Tässä esitetty 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, käivivät useammin teatterissa, harrastivat useammin käsitöitä, musisointia tai muuta...


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


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. Syrjintää tarkoittaa henkilön epäoikeudenmukaista kohtelua yhden tai useamman henkilökohdaisen 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 henkilökohdaisen ominaisuuteen. Välillinen syrjintä voi olla tiedostettu tai tiedostamatonta. Etninen syrjintä on jonkin henkilön tai ryhmän asettamista muihin...


Syrjintä on yhteydessä turvallisuuden kokemuksen, sillä siihen liittyvien kokemusten ja näkökulmien ja yhteydessä yhteisöiden ja kansalaisen määrin turvallisuutta heikentää. Turvallisuuteen liittyvät kokemukset voidaan tarkoittaa kokemuksia erilaisista haitoja. Hätäntä alkaa, kävivallan ja näiden uhan kokeminen voi haavoittaa kokijaansa monin tavoin joko näkyvästi tai näkymättömästi. Turvattomuuteen liitty- vien kokemusten tutkimisessa tavoitteena on, että tutkimustiedon avulla voitaisiin tehostaa turvallisuuden edistämistä niin romanijäteisön sisällä kuin Suomen pääväestön ja romaniväestön välillä.


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?” Vastausvaihte- tehtoina olivat ”kyllä” ja ”ei”. Syrjintäkokemusten yleisyyttä selvitetettiin viranomaispalveluissa ja palvelujärjestelmissä koettuna epäoikeudenmukaisena kohteluna. Kysy-
myksenä oli, ”Oletteko viimeksä 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 palvelukeskuksen 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 oikeudenmukaisesti” valinneet niistä, jotka olivat asioineet kyseisessä palvelussa viimeksä kuluneiden 12 kuukauden aikana. Haastatteluissa kysyttyin myös, olko 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. Vastausvaihtoehdeina oli ”kyllä” tai ”ei”. Häirintä- ja väkivaltakokemuksia selvitettiin kysymällä, oliko joku viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana: ”estänyt liikkumasta, tarttunut kiinni, tyrkkinyt, tönnyt 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 vastattuiin vastausvaihtoehdoilla ”kyllä” tai ”ei”. Tässä raportissa kysymyksiä tarkastellaan niistä muodostettuna yhdistettyynä muuttujana, joka kuvaa vähintään yhtä myönteistä vastausta edellä esitettyihin kysymyksiin.

**TULOKSET**

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

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

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

Kuvio 3.6.1
Epäoikeudenmukaista kohtelua vierailta ihmisiltä kadulla tai muulla yleisellä paikalla viimeksin kuluneiden 12 kuukauden aikana kokeneet ikäryhmittäin, miehet ja naiset, %.
**Taulukko 3.6.2**

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Englanniksi</th>
<th>Miehet (n = 821–134)</th>
<th>Naiset (n = 1511–209)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Joitain paikkoja turvattomuuden vuoksi välttelevät</td>
<td>42</td>
<td>39</td>
</tr>
<tr>
<td>Jonkin häirintä- tai väkivaltatapahtuman kokeneet (12kk)</td>
<td>12</td>
<td>12</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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**


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
Elinolot, osallistuminen, syrjintä ja elämänlaatu


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, psykyyksen, emotionaalisen ja kognitiivisen hyvinvoinnin sekä käsityksen itsestä. Roosa-tutkimukseen osallistuneiden koetut elämänlaatua kartoitettiin EuroHIS-8-elämänlaatumatattarilla, joka on yleisesti käytössä eräissä väestötutkimuksissa. Mitteria voivat kätätä kaikki elämänlaadun ulottuvuudet tiivistävänä summamittarina, ja lisäksi voidaan tarkastella erikseen sen kahdeksaa osiota.

MENETELMÄT


Seuraavassa Roosa-tutkimuksen osallistunoiden elämänlaatua kuvataan ensin, näin niiden osuudella, joiden elämänlaatu on keskimäärin hyvä eli eri osioiden keskiarvo on vähintään neljä. Lisäksi tarkastellaan erikseen mittarin kahdeksaa osiota. Niiden kohdalla kuvataan niiden tutkimuksen osallistunoiden osuudet, jotka ovat valinnet jommmankumman parhaista vaihtoehdoista (esim. hyvä tai erittäin hyvä).
TULOKSET

Kun otetaan huomioon elämänlaatatummittarin 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 vastaajasta antoi omalle elämänlaadulle 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 kykyyn päättää päivittäisistä toimista, ihmissuhteisiinsa ja asuinalueen olosuhteisiin, ja myös itseensä tyytyväisten osuus oli lähes samaa luokkaa. Miehillä 30-54-vuotiaat olivat vähiten tyytyväisiä kykyyn päättää päivittäisistä toimista, kun taas peräti yhdeksän kymmenestä 55 vuotta täyttäneestä vastaajasta oli erittäin tai melko tyytyväinen; naisilla ikäryhmien välillä ei ollut eroja. Lähis 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 lähis riittävästi tarmoa arkipäivän elämää varten; myös terveyteen-sä melko tai erittäin tyytyväisten osuus jäi hieman pienemmäksi kuin ensin mainittujen kysymysten kohdalla. Selvästi vähiten olitiin tyytyväisiä taloudelliseen tilanteeseen: vain kolmannes tutkimukseen osallistuneista miehistä ja vielä pienempi osa naisista arvioi, että heillä oli lähis 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 lähis tai täysin riittävästi.
**Taulukko 3.7.1**

*Elämänlaatu, ikäryhmittäin, miehet ja naiset, %.*

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Miehet (n = 861–138')</th>
<th>Naiset (n = 1451–206')</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>18–29</td>
<td>30–54</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Summapistemäärä:</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>elämänlaatunsa keskimäärin hyväksi kokevien osuus¹</td>
<td>33</td>
<td>33</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Oma arvio:</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>elämänlaatu hyvä tai erittäin hyvä</td>
<td>70</td>
<td>65</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Erittäin tai melko tyytyväinen:</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>– terveyteen¹</td>
<td>71</td>
<td>54</td>
</tr>
<tr>
<td>– kykyyn selviytyä päivittäisistä askareista¹</td>
<td>81</td>
<td>64</td>
</tr>
<tr>
<td>– itseen¹</td>
<td>81</td>
<td>58</td>
</tr>
<tr>
<td>– ihmissuhteisiin¹</td>
<td>74</td>
<td>76</td>
</tr>
<tr>
<td>– asuinalueen olosuhteisiin¹</td>
<td>65</td>
<td>78</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Täysin tai lähes riittävästi:</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>– tarmoa arkipäivän elämää varten¹</td>
<td>59</td>
<td>59</td>
</tr>
<tr>
<td>– rahaa tarpeisiin nähdä¹</td>
<td>42</td>
<td>32</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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


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 kohden. FinSote-tutkimuksen (julkaisemattomien) tulosten mukaan koko 20 vuotta täyttäneistä väestössä vastaava luku oli sukupuolesta ja ikäryhmästä riippumatta 60 prosentin tuntumassa. Havainto on sopusoinnussa koettuja toimeentulo-ongelmia (ks. luku 3.1) sekä toimeentulotuen tarvetta (ks. luku 7.2) koskevien tulosten kanssa. Yksi keskeinen kokemusta selittävä tekijä on epälemmattä matala työllisyysaste, mikä puolestaan liittyvä osittain koulutustason ongelmiin (ks. luku 3.1). Kokemukseen rohjen 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, infektiotauteja, suun terveyttä, perheiden terveyttä ja henkistä hyvinvointia.


4.1. Koettu terveys ja pitkäaikaiset sairaudet
Seppo Koskinen, Päiviikki Koponen ja Tiina Laatikainen

Terveysaiheisten haastattelu- ja kyselytutkimusten vakiintuneita sisältöä ovat tutkit tavan omaa arviota terveydentilastaan sekä pitkäaikaisa sairauksia 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 arvon kanssa ja ennustavan tulevia terveysongelmia ja kuolemanvaaraa (Manderbacka 1998).

erö ja 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 terveyspalvelujen saatavuus ja mahdolliset erot eri väestöryhmien välillä siinä, miten hakeudutaan lääkärin tutkimuksiin ja hoitoon. Suomalaissessa 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 lyhyemmassa sisällössä) ennen muita terveydentila koskevia kysymyksiä pyydetiin tutkittavaa arvioimaan omaa terveyttään viisiluokkaisen asteikon mukaan (hyvä, melko hyvä, keskitasoinen, melko huono tai huono). Tämälleen sama kysymys on ollut käytössä lukuisissa aiemmissa kysely- ja haastattelututkimuksissa. Tässä raportissa tarkastellaan terveytensä hyväksi tai melko hyväksi arvioineiden osuutta.


**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 tutkimuksen 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, %.

Taulukko 4.1.1
Yleisimpien itse ilmoitettujen, lääkärin 12 viime kuukauden aikana toteamien tai hoitamien sairauksien esiintyvyys, miehet ja naiset, %.

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

TULOSTEN VERTAILU KOKO VÄESTÖÖN JA YHTEENVETO


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


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

4.2 Kohonnut verenpaine

Tiina Laatikainen, Päiviikki 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 aivovalvausten riski kasvaa selvästi systolisen ja diastolisen verenpaineen nousessa. Tärkeimmät muutettavissa olevat kohonneen verenpaineen riskitekijät ovat suolan (natriumin) liiallinen saanti, ylipaino, runsas alkoholinkäyttö, tupakointi ja vähäinen fyysinen aktiivisuus. (Laatikainen ym. 2018.)
MENETELMÄT


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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Mitattu verenpaine (mmHg)</th>
<th>Miehet (n = 102)</th>
<th>Naiset (n = 166)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Alle 130/85 (normaali)</td>
<td>51</td>
<td>65</td>
</tr>
<tr>
<td>130-139/85-89 (tyydyttävä)</td>
<td>18</td>
<td>19</td>
</tr>
<tr>
<td>140-159/90-99 (lievästi kohonnut)</td>
<td>22</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>160/100 tai yli (kohtalaisesti kohonnut)</td>
<td>9</td>
<td>2</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Kuvio 4.2.1
Kohonneen verenpaineen yleisyys, systolinen paine yli 140 mmHg tai diastolinen paine yli 90 mmHg tai käyttänyt verenpainelääkettä viime viikon aikana, ikäryhmittäin, miehet ja naiset, %.

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

TULOSTEN VERTAILU KOKO VÄESTÖÖN JA YHTEENVETO

tamiseksi olisi myös romaniyhteisöissä lisättävä toimia riskitekijöiden alentamiseksi. Terveydenhuollossa 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, Päiviikki Koponen ja Tiina Laatikainen


MENETELMÄT


Roosa-tutkimuksessa kysyttiin myös 17 erilaisen yleisimpien pitkäaikaisien tai akuuttisten sairauksien sekä oireiden hoitoon käytettyjen lääkkeiden käytöstä: ”Milloin viimeksi olette käyttänyt seuraavia lääkeaineita?” Vastausvaihtoehdot olivat viimeisen viikon aikana, 1-4 viikkoa sitten, 1-12 kuukautta sitten, yli vuosi sitten ja ennen kuukauden aikana. Tässä raportissa kuvataan särkylääkkeiden käyttöä viimeisimmän kuukauden aikana. Antibioottien käyttöä viimeisiin kuukausiin kuukautta sitten, yli vuosi sitten ja ennen kuukautta. Tässä raportissa kuvataan myöhemmin lääkkeiden käyttö huomioimaan myös sairauksien ja niiden riskitekijöiden yleisyyttä arvioidaan (tässä raportissa kohdalla yleisyyttä arvioitaessa). 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 olivat ollut selkä-, niveli- tai pään särkyviimeksi kuluneen kuukauden aikana (taulukko 4.3.1). Noin neljässä 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 olisi 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, %.

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

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

**Taulukko 4.3.2**

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Lääke</th>
<th>Miehet (n = 84—87)</th>
<th>Naiset (n = 149—153)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Päänsärkyyn</td>
<td>67</td>
<td>73</td>
</tr>
<tr>
<td>Nivel- tai lihassärkyyn</td>
<td>36</td>
<td>59</td>
</tr>
<tr>
<td>Muuhun särkyyn</td>
<td>24</td>
<td>29</td>
</tr>
<tr>
<td>Johonkin em. vaivaan</td>
<td>80</td>
<td>88</td>
</tr>
</tbody>
</table>
TULOSTEN VERTAILU KOKO VÄESTÖÖN JA YHTEENVETO


4.4 Ylipaino ja lihavuus

Satu Männistö, Päiviikki Koponen, Noora Ristiluoma ja Seppo Koskinen


Lihavuus lisää riskiä sairastua muun muassa tyypin 2 diabetekseen, sydän- ja verisuonitaukeihin, moniin syöpiin, masennukseen, uniaipueaan, dementiaan sekä tuki- ja liikuntaelimisairauksiin. Lihavuus vähentää myös ikääntyvien toimintakykyä ja vähentää terveitä elinvoiusia. Erityisesti vyötärölähavuus ja nuorella iällä aloitetut lihavuus lisäävät sairastumisen riskiä. Vyötärölihavuus on terveydelle haitallisempaa, koska vatsaonteloon kertyvä rasva on aineenvaihduunnallisesti aktiivisempaa kuin lantiolle ja reisiin kertyvä rasva. Lihavuus on yleistynyt Suomessa vuosikymmenten ajan, mut-

MENETELMÄT

Roosa-tutkimuksen terveydenkattamisessa pituus mitattiin Seca 217-pituusmitalla ja paino Seca 878-digitaalivaaalla kevyessä vaatetuksessa ilman kenkiä. Painoindeksi (BMI, kg/m²) laskettiin jakamalla paino (kg) pituuden (m) neliöllä. Esimerkiksi 75 kg painavan ja 170 cm (=1,7 m) pitkän henkilön painoindeksi on 26,0 kg/m². Ylipainon rajaksi on kansainvälisesti sovittu painoindeksin arvo 25 kg/m² ja lihavuuden rajaksi 30 kg/m² (WHO 2004). Vyötärönympärys mitattiin paljaalta iholta suoliluun harjanteen ja alimman kylkiluun puolivälistä kevyen uloshengityksen aikana tutkittavan seistessä. Osalla tutkittavista oli ohut aluspaita. Miesten vyötärölihavuuden rajaksi on määritelty 100 cm ja naisten 90 cm (Duo-decim 2013). Analyysistä poistettiin muutama tutkittava, joilla oli mittaustilanteessa yllään romanipuku tai muu painava päällysvaate sekä naiset, joiden raskaus oli edenneet yli 20. viikon.

Roosa-tutkimuksen haastattelussa kysyttiin tutkittavan omaa käsitystä painosta. Vastausvaihtoehtoina esitettiin: pidän itseäni liian laihana; hieman liian laihana; sopivan kokoisena; hieman ylipainoisena; tai liian lihavana. Lisäksi tutkittavilta kysyttiin, ovatko he milloinkaan 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 kg/m² ja naisten 32,8 kg/m². 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 kg/m². Kaksi kolmasosaa miehiä (60 %) ja naisista (65 %) oli lihavia (BMI ≥ 30) (taulukko 4.4.2). Vähintään 55-vuotiaiden ikäryhmässä lihavia miehiä oli 10 ja naisia 20 prosenttiyksikköä enemmän kuin nuorimmassa 30-39-vuotiaiden ikäryhmässä. Kolme neljästä miehestä (74 %) ja yli puolet naisista (56 %) oli vyötärölähavuus. Vähintään 55-vuotiaiden ikäryhmässä vyötärölähiva oli eniten.
### Taulukko 4.4.1

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Painoindeksi (kg/m²)</th>
<th>Miehet (n = 100)</th>
<th>Naiset (n = 134)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>&lt; 25</td>
<td>12</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>25,0-29,9</td>
<td>30</td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td>30,0-34,9</td>
<td>37</td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>35,0-39,9</td>
<td>11</td>
<td>22</td>
</tr>
<tr>
<td>≥ 40</td>
<td>10</td>
<td>14</td>
</tr>
</tbody>
</table>

### Taulukko 4.4.2

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

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Miehet (n = 100—101)</th>
<th>Naiset (n = 134—149)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>18–29</td>
<td>30–54</td>
</tr>
<tr>
<td>Lihavat (BMI ≥30)</td>
<td>52</td>
<td>62</td>
</tr>
<tr>
<td>Vyötärö-lihavat (miehet yli 100 cm, naiset yli 90 cm)</td>
<td>62</td>
<td>74</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Taulukko 4.4.3

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Miehet (n = 88)</th>
<th>Naiset (n = 150)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>18–29</td>
<td>61</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>30–54</td>
<td>43</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>55+ kaikki</td>
<td>46</td>
<td>35</td>
</tr>
<tr>
<td>Liian paino</td>
<td>18–29</td>
<td>30–54</td>
</tr>
<tr>
<td>18–29</td>
<td>61</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>30–54</td>
<td>43</td>
<td>16</td>
</tr>
<tr>
<td>55+ kaikki</td>
<td>46</td>
<td>35</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

Taulukko 4.4.4

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Miehet (n = 88)</th>
<th>Naiset (n = 150)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ei koskaan</td>
<td>44</td>
<td>32</td>
</tr>
<tr>
<td>1-2 kertaa</td>
<td>19</td>
<td>22</td>
</tr>
<tr>
<td>3-5 kertaa</td>
<td>17</td>
<td>17</td>
</tr>
<tr>
<td>6 kertaa tai useammin</td>
<td>20</td>
<td>29</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

**TULOSTEN VERTAILU KOKO VÄESTÖÖN JA YHTEENVETO**

Painon nousun ehkäisy on helpompaa kuin laihduttaminen ja laihdutustuloksen ylläpito. Painonhallinnan keskeisiä tekijöitä ovat terveellinen ruokavalio (enemmän kasviksia, hedelmiä, marjoja ja täysjyväviljelmiä), säännöllinen ateriarytmi, kohdustuimet laihdutustuloksen ehkäisy ja aktiivinen elämäntapa. Ylimääräiset kilot on sitä helpompi karistaa, mutta aiakasemmin niihin tarvitaan. Jo 5–10 prosentin pysyvällä painonpudotuksella saavutetaan terveyshyötyjä (Duodecim 2013).

Lihavuuden ehkäisyssä vastuu on sekä yksilöllä, terveydenhuollolla että yhteiskunnalla. Onnistuneet ehkäisytoimet vaativat laajaa yhteiskunnan eri toimijoiden yhteistyötä. Terveydenhuollon tehtävänä on tunnistaa lihavuuden kannalta henkilöt, jotka tulisi ohjata ehkäisin tai hoitotoimien piirin sekä seurata yksilöiden painon kehitystä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos koordinoi kansallista lihavuushojelmaa, joka on toimintasuunnitelmassa koostunut koko väestöä, eri-ikäisiä ja eri toimijoita koskevat tavoitteet ja hoidetut lähialueet lihavuuden ehkäisemiseksi ja ehdottuksia käytännön toimista painotavoitteiden saavuttamisessa (Kansallisen lihavuushojelman ohjelmaryhmä 2013). Näiden tavoitteiden solvellettavuutta romaniyhteisöissä pitäisi selvittää.

Roosa-hankkeen työpajoissa esitettiin, että toimeentulotulokset ovat ostanut malmin ongelmia lihavuudessa. Työpajoihin Onnisteet arvioivat, että romaniväestössä on nykyisin aikaisemman kiinnosteen ja sairaustilanteiden toimintaa on kuitenkin tässäkin yhteiskunnassa. Painon hallinnassa keskustellaan oikeidetehokkaiden eri-ikäisiä ja eri toimijoita koskevat tavoitteet lihavuuden ehkäisemiseksi ja ehdottuksia käytäynnön toimista painotavoitteiden saavuttamisessa (Kansallisen lihavuushojelman ohjelmaryhmä 2013). Näiden tavoitteiden solvelluttavuutta romaniyhteisöissä pitäisi selvittää.

4.5 Infektiotaudit
Kirsi Liitsola ja Hanna Nohynek


MENETELMÄT


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 kielteytyneensä jokseen lapselleen neuvolassa tarjotusta rokotteesta (taulukko 4.5.1).

![Kuvio 4.5.1](image-url)

*Influenssarokotteet 12 viime kuukauden aikana saaneiden osuus, ikäryhmittäin, miehet ja naiset, %.*
Taulukko 4.5.1

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

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Miehet (n = 115—138)</th>
<th>Naiset (n = 185—213)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>18–29</td>
<td>30–54</td>
</tr>
<tr>
<td>Lasten rokottamisesta kieläytynneiden osuus %</td>
<td>29</td>
<td>18</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Enemmistö Roosa-tutkimukseen osallistuneista (naisista 74 % ja miehistä 73 %) oli sitä mieltä, että rokotette 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 hieno mansi 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 annettavian rokotteiden tulisi olla kai- kille pakollisia. Enemmistö sekä naisista (78 %) että miehistä (63 %) oli sitä mieltä, et-tä heidän perheensä ja yhteisönsä suhtautuval myönteisesti rokotuksiin.

Taulukko 4.5.2

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

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Miehet (n = 84—86)</th>
<th>Naiset (n = 147—151)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Rokotette ovat välttämättömiä terveyden suojelemiseksi</td>
<td>73</td>
<td>74</td>
</tr>
<tr>
<td>Rokotette ovat turvallisia</td>
<td>63</td>
<td>66</td>
</tr>
<tr>
<td>Rokottamatta jättäminen voi aiheuttaa oman ja muiden sairastumisen</td>
<td>63</td>
<td>67</td>
</tr>
<tr>
<td>Olen saanut riittävästi tietoa rokotteista terveyskeskuksessa tai neuvolassa</td>
<td>58</td>
<td>57</td>
</tr>
<tr>
<td>Neuvolassa annettavien rokotteiden tulisi olla kaikille pakollisia</td>
<td>54</td>
<td>61</td>
</tr>
<tr>
<td>Perheeni ja yhteisöni suhtautuvat myönteisesti rokotteisiin</td>
<td>63</td>
<td>78</td>
</tr>
</tbody>
</table>
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.

![Kuva 4.5.2](antibioottien_kayton_yleisyys_12_viime_kuukauden_aikana.jpg)

Kuvio 4.5.2
Antibioottien käytön yleisyys 12 viime kuukauden aikana, ikäryhmittäin, miehet ja naiset, %.

TULOSTEN VERTAILU KOKO VÄESTÖÖN JA YHTEENVETO

Työpajoissa oltiin sitä mieltä, että lapsille annetaan yleisesti kaikki rokotusohjelmana kuuluvat muun muassa erilaisista rokotuksista. Sen sijaan monilla on tietämättömyyttä rokotuksen ehkäistävien tautien aiheuttamista jälkitaudeista ja siitä, ketkä ovat oikeutettuja saamaan kansallisen ohjelman aikuisten

Roosa-tutkimuksen tulokset osoittavat, että rokotusohjelman toteutumista ja rokotuksiin liittyviä käsityksiä tulisi selvittää tarkemmin romaniväestössä. Rokotusrekisterin tietojen perusteella on mahdollista seurata rokotuskattavuutta vanhempien syntymäaikaan perusteella, mutta etnisen ryhmän perusteella. Roosa-tutkimuksen tulokset tuovat uutta tietoa romaniväestön influenssarokotuskattavuudesta, lasten rokotamisesta ja rokotamiseen liittyvästä 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 tietoja hampaidein 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) harrassärkyä tai 2) muita hampaisia tai hampasproteeseihin liittyviä vaivoja viimeksi kuluneen kuukauden (30 pv) aikana. Vastausvaihtoehto olivat päivittäin, harvemmin kuin päivittäin ja ei lainkaan.

TULOKSET
Alle puolet Roosa-tutkimukseen osallistuneista miehistä ja 71 prosenttia naisista kerto harjaavansa hampaansa vähintään kahdesti päivässä (kuvio 4.6.1). Ikäryhmien välillä ei ollut merkitseviä eroja hampaaiden 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, %.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Miehet (n = 871)</th>
<th>Naiset (n = 1581)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>18–29 30–54 55+</td>
<td>18–29 30–54 55+</td>
</tr>
<tr>
<td>Hammassärkyä</td>
<td>38 23 29 28</td>
<td>22 28 12 20</td>
</tr>
<tr>
<td>Muita hampaisiin tai hammasproteeseihin liittyviä vaivoja</td>
<td>16 19 9 15</td>
<td>16 13 42 26</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

4.7 Perheiden terveys
Päiviikki Koponen, Reija Klemetti, Satu Jokela, Mika Gissler ja Kirsi Liitsola
MENETELMÄT

Ehkäisymenetelmien käyttöä, 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 lomakeilla.

TULOKSET


TULOSTEN VERTAILU KOKO VÄESTÖÖN JA YHTEENVETO


4.8. Henkinen hyvinvointi
Anu Castaneda, Kaaren Erhola ja Riikka Lämsä


MENETELMÄT

teet, toivottomuus tulevaisuuden suhteen) ja merkittäville ahdistuneisuusoireille perustuen kymmeneen ahdistuneisuusoireeseen (esim. jännityneisyys tai kiihtyneisyys, vapina, sydämentykset ja -jyskytykset). Lisäksi yksittäisistä oirekysymyksistä tarkempana tarkastelun valittiin ”vaikeus nukahtaa tai unen katkonaisuus” sekä ”ajatukset elämäsi lopettamisesta”, ja näistä tarkasteltiin vähintään ”jonkin verran” vastanneiden osuutta.

Henkistä kuormittuneisuutta kartotettiin haastattelussa myös Mental Health Index (MHI-5) -kysymysarjalla (Cuijpers ym. 2009). Siinä kartotetaan viidellä kysymyksellä masentuneisuutta, ahdistuneisuutta ja positiivista mielipidettä viimeksi kuluneiden neljän viikon aikana. Kuhunkin kysymykseen vastattiin asteikolla 1–6, ja vastausvaihtoehdot olivat: ”koko ajan”, ”suurimman osan aikaa”, ”huomattavan osan aikaa”, ”vähän aikaa” ja ”ei lainkaan”. Tässä raportissa tarkastelun valittiin onnellisuuden kokemusta kuvavaa muuttuja (”olla onnellinen”), ja siitä vähintään ”suurimman osan aikaa” viimeksi kuluneiden neljän viikon aikana itsensä kokeneiden osuus.

Masennusoireita arvioitiin haastattelussa lisäksi kahdella masennusavainoiroreita ja masennusjaksoja kartoittavalla kysymyksellä. Tutkittavilta kysyttiin, olipa liellä viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana ollut vähintään kahden viikon mittaisa 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”. Kysymyksiin vastattiin ”kyllä” tai ”ei”. Tässä raportissa tarkastellaan vastaajia, jotka vastasivat molempiin kysymyksiin ”kyllä”.

Lisäksi haastattelussa kysyttiin, olipa laakäri todennut tai hoitanut tutkittavalla masennusta tai muuta psykikkistä sairautta viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana. Kysymyksiin vastattiin ”kyllä” tai ”ei”, ja niitä tarkasteltiin sekä omana kysymyksinään, että jompaankumpaan kysymykseen ”kyllä”-vastanneiden osalta. Haastattelussa kysyttiin myös, olipa vastaaja käyttänyt uni- tai nukahtamislääke, rauhoittavia lääkkeitä tai masennuslääkkeitä ”viimeisen viikon aikana”, ”1–4 viikkoa sitten”, ”1–12 kuukautta sitten”, ”yli vuosi sitten” tai ”ei koskaan”. Tuloksia tarkasteltiin sekä erillisestä kysymystä osalta että johonkin näistä kysymyksistä ”viimeisen viikon aikana”-vastanneiden osalta.

**TULOKSET**

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 kai-
kista naisista. Merkittäviä ahdistuneisuusoireita oli 19 prosentilla miehistä ja 31 pro-
sentilla naisista. 18−29-vuotiaista naisista 44 prosentilla oli merkittäviä ahdistunei-
siosoireita, kun vastaava osuus oli 27−30 prosenttia yli 29-vuotiailla (kuva 4.8.2).

Roosa-tutkimukseen osallistuneista miehistä 58 prosentilla ja naisista 67 prosen-
tilla oli vähintään jonkin verran vaikeuksia nukahtaa tai unen katkonaisuutta viime-
ksi kuluneiden seitsemän vuorokauden aikana. Kahdella prosentilla naisista ja kymme-
nellä prosentilla miehistä oli viimeksi kuluneiden seitsemän vuorokauden aikana ollut
vähintään jonkin verran ajatuksia elämänsä lopettamisesta. Valtaosa elämäänsä lopet-
tamista ajatelleista miehistä kuului vanhempin ikäryhmiin (esim. yli 54-vuotiailla 13
%).

Viimeksi kuluneen vuoden aikana kolmannes sekä miehistä että naisista oli ko-
kenut vähintään kahden viikon jakson, jossa esiintyi masennuksen avainoireita. Yli
54-vuotiaista naisista tällaisen jakson oli kokenut 18 prosenttia, kun nuoremmissa ikä-
ryhmissä osuus oli 38–42 prosenttia (kuva 4.8.3). Miehillä tilanne oli päinvastainen:
nuorimmasta ikäryhmästä 20 prosenttia oli kokenut vähintään kahden viikon mittai-
sen masennusoirejakson, kun vanhemmilla miehillä vastaava osuus oli 33−37 prosen-
ttia. Kuitenkin sekä miehistä että naisista suurin osa, kolme neljästä, oli kokenut vii-
meksi kuluneen kuukauden aikana suurimman osan ajasta itsensä onnelliseksi.
Taulukko 4.8.1
Henkisen hyvinvoinnin tila, miehet ja naiset, %.

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

Kuvio 4.8.1
Merkittäviä masennus- ja ahdistuneisuusoireita viimeksi kuluneen viikon aikana kokeneet, ikäryhmittäin, miehet ja naiset, %.
Roosa-tutkimukseen osallistuneista miehistä 14 ja naisista 16 prosenttia rapori-
% ja naiset 26 %) oli käytetty uni- ja nukahtamislääkkeitä. Rauhoittavia tai masennuslääkkeitä oli käytänyt naisista 17 prosenttia ja miehistä 6−10 prosenttia. Naisista vanhimmat kuluneen viikon aikana käyttänyt lääkkeitä selvästi eniten, kun nuoremmilla ikäryhmillä lääkkeen käytö oli selvästi vähäisempää. Uni-, masennus- tai rauhoittavia lääkettä oli viimeksi kuluneen viikon aikana käytänyt 46 prosenttia yli 54-vuotiaista naisista, kun vastaava osuus oli nuorimmassa ikäryhmässä vain 15. Miehillä lääkkeiden käyttöä ei olut eroja ikäryhmien välillä.

**Taulukko 4.8.2**

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

|                        | Miehet  
<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>(n = 871−137)</td>
</tr>
<tr>
<td>Lääkärin toteama masennus (12kk)</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>Lääkärin toteama muu psyykkinen sairaus (12kk)</td>
<td>3</td>
</tr>
<tr>
<td>Lääkärin toteama masennus tai muu psyykkinen sairaus (12kk)</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>Unilääkkeen käyttö (7vrk)</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>Rauhoittavan lääkkeen käyttö (7vrk)</td>
<td>6</td>
</tr>
<tr>
<td>Masennuslääkkeen käyttö (7vrk)</td>
<td>10</td>
</tr>
<tr>
<td>Uni-, masennus- tai rauhoittavan lääkkeen käyttö (7vrk)</td>
<td>21</td>
</tr>
</tbody>
</table>
|                        | Naiset  
|                        | (n = 1511−210)  |
| Lääkärin toteama masennus (12kk) | 16              |
| Lääkärin toteama muu psyykkinen sairaus (12kk) | 4               |
| Lääkärin toteama masennus tai muu psyykkinen sairaus (12kk) | 17              |
| Unilääkkeen käyttö (7vrk) | 26              |
| Rauhoittavan lääkkeen käyttö (7vrk) | 17              |
| Masennuslääkkeen käyttö (7vrk) | 17              |
| Uni-, masennus- tai rauhoittavan lääkkeen käyttö (7vrk) | 32              |

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

**POHDINTA**


Roosa-tutkimuksen tuloksia tulkitsivissa työpajoissa keskusteltiin henkisen pahoinvoinnin esiintyvyydestä ja syistä. Syiden nähtiin olevan eri-ikäisiä erilaisia: vanhemmalla ikäpolvella on vaikeita muistoja ja pelkoja vainoista, keski-ikäisiä ja sitä vanhemmilla miehillä on puutetta mielekkäästä tekemisestä ja naisilla taas huolia arjen vastuusta. Myös huoli läheisten hyvinvoinnista aiheutti ahinkoa. Työpajoissa keskusteltiin paljon nuorten aikuisten vaikeudesta löytää paikkansa yhtä aikaa sekä romaniyhteisössä 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 väärinkäyt- 
tö. Molemmat voivat olla niin henkiseen hyvinvointiin liittyvien vaikeuksien syy kuin 
seuraus. Oireiden yleisyden arveltiin johtuvan osittain myös siitä, että henkisen 
hyvinvoinnin ammattilaisten palveluihin hakeutumaa kävää vähemmän, jolloin 
vaikeuksiin ei saada apua ja ne pitkittyvät. Apua haetaan ja saadaan joissakin määriin esi- 
merkiksi uskonnollisissa yhteisöissä. Työpajoissa mietittiin, että asioida voitaisiin pa- 
rantaa muun muassa panostamalla tuleviin sukupolvien eli vaikuttamalla esimerkiksi 
lasten koulunkäyntiin ja harrastusmahdollisuuksiin sekä nuorten aikuisten opiskelu- 
ja työmahdollisuuksiin. Yleisesti ajateltiin, että työssäkäynti tasoittaa parhaiten hyvin- 
vointitoivoja. Esiin tulivat myös matalan kynnyksen palvelupisteiden tärkeys sekä han- 
ke- ja perhetyön merkitykset ja mahdollisuudet.

Yhteenvetona voi todeta, että henkinen huonovointisuuus on Roosa-tutkimukseen 
osallistuneiden romanien keskuudessa selvästi yleisempi kuin koko väestössä. Se ka- 
sautuu ahdistuneisuuden osalta erityisesti nuoremmin ikäluokkiin naisille ja mais- 
nuksen osalta erityisesti vanhemmin ikäluokkiin miehille. Nuorten naisten osalta ti- 
lanne on erityisen kuormittava, koska Roosa-tutkimuksen tulosten mukaan heillä on 
elämän osalta myös muita hyvinvointia heikentäviä asioita, kuten kokemuksia syrjinnäs- 
tä ja turvattomuudesta (ks. luku 3.6). Yleisesti ottaen romanien henkistä hyvinvointia 
heikentävät todennäköisesti monet samat asiat kuin muussakin väestössä eli työttö- 
myys, raskaat elämänkokemukset, toivottomuus, heikko taloudellinen tilanne, syrjin- 
tä sekä oman elämän päämäärätömyys.

Henkiseen hyvinvointiin liittyvät kysymykset ovat romaniyhteisössä arkaluonte- 
sia. Kuitenkin tämän tutkimuksen tulokset osoittavat, että henkisen hyvinvoinnin va- 
jeiden ennaltaehkäisyn, toteamiseen ja hoitamiseen tulisi kiinnittää enemmän huomiota. Tutkimustuloksista olisi hyvä herättää keskustelua romaniyhteisöissä. Olisi tärkeää, että henkisestä hyvinvoinnista olisi aiempaa helpompaa puhua ja kynnyks 
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 toimintakyvyyttä sekä näöntarkkuutta ja tutkimukseen osallistuneiden omaa arviota kuulostaan. Lisäksi esitetään tuloksia itse arvioidusta työkyvystä. Tässä luvussa esitettyä tuloksia perustuvat sekä terveystarkastustyö- ja kyselylomakkeiden tietoihin.


5.1 Kognitiivinen toimintakyky
Seppo Koskinen, Tiia Ngandu ja Päivi Sainio


MENETELMÄT


Kysely- ja haastattelulomakkeella vastaajilta kysyttiin ”Millaiseksi koette muistinne, oppimis- ja keskittymiskykyinne?” Tutkittava arviot muistinsa toimintaa, uusien tietojen omaksumisen ja asioiden oppimisen sujumista ja kykyään yleensä keskittyä asioihin valiten yhden viidestä vastausvaihtoehdosta, jotka olivat erittäin hyvin, hyvin,
tyydyttävästi, huonosti ja erittäin huonosti. Tässä raportissa esitetään tuloksia muistinsa, oppimiskykyynsä ja keskittymiskykyynsä erittäin hyväksi tai hyväksi arvioineiden osuksista.


**TULOKSET**

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

Kielellisen sujuvuuden tehtävissä parhaiten suorituvat 18–54-vuotiaat; 55 vuotta täyttäneet eivät suorita tehtävää eläinten luettelomista aivan yhtä hyvin (taulukko 5.1.2). Myös sanaluettelon oppimistehtävissä ikääntyminen välillä oli vastaava ero. Viivästetystä mieleenpalautuksessa alle viisi sanaa muistaneita oli erittäin vähän kahdessa nuorimmassa ikääntyjässä. Ikääntyminen väliset erot itse arvioidutta oppimiskyvynsä ja muistissa olivat suurempia kuin kognitiivisten testien tuloksissa. Miehet ja naiset suorituivat kognitiivisista tehtävistä yhtä hyvin.
**Taulukko 5.1.1**  
*Muistinsa, oppimiskykynsä ja keskittymiskykynsä erittäin hyvaksi ja hyväksi kokemien osuus, ikäryhmittäin, miehet ja naiset, %.*

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Miehet (n = 136–138)</th>
<th>Naiset (n = 201–211)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>18–29</td>
<td>30–54</td>
</tr>
<tr>
<td>Muisti</td>
<td>73</td>
<td>56</td>
</tr>
<tr>
<td>Oppiminen</td>
<td>77</td>
<td>49</td>
</tr>
<tr>
<td>Keskittyminen</td>
<td>61</td>
<td>54</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Taulukko 5.1.2**  
*Kognitiivisten tehtävien tulokset, ikäryhmittäin, miehet ja naiset.*

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Miehet (n = 100–101)</th>
<th>Naiset (n = 157–165)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>18–29</td>
<td>30–54</td>
</tr>
<tr>
<td>Kielellinen sujuvuus, lueteltujen sanojen lukumäärä, keskiarvo</td>
<td>23</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>Opittujen sanojen lukumäärä kolmella kerralla yhteensä, keskiarvo</td>
<td>22</td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td>Viivästettyssä mieleen-palautuksessa alle 5 sanaa muistaneiden osuus, (%)</td>
<td>4</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Roosa-tutkimukseen osallistuneet miehet ja naiset arvioivat muistinsa, oppimiskykyyn- să ja keskittymiskykyynä 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: sanallistaan
oppimisessa ei ollut lainkaan eroa Roosa-tutkimukseen osallistuneiden miesten ja ko-
kko väestöä edustavien miesten välillä, ja naisillakin ero oli pieni (20 sanaa vs. 22 sanaa).
Myös luteltujen eläinten lukumäärä oli lähes yhtä suuri Roosa-tutkimukseen osallis-
tuneiden miesten (21) ja naisten (20) ryhmissä kuin FinTerveys-tutkimuksessa (23 ja
24). Viivästettynä mieleenpalautuksessa Roosa-tutkimukseen osallistuneiden miesten
tulos oli lähes sama kuin FinTerveys-tutkimuksessa, mutta Roosa-tutkimukseen osal-
listuneiden naisten ryhmänä viivästetyn mieleenpalautuksen ongelmat olivat yleisem-
pää (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 voima-
kas yhteys kognitiivisista testeistä suoritumiseen, ja Roosa-tutkimukseen osallistune-
iden koulutus oli keskimäärin vähäisempi kuin koko väestössä. Roosa-tutkimus ei
näin ollen nosta selvästi esiin mitään nimenomaan romaniväestöä koskveaa toimen-
pidetävää. Kun vanhimpien ikäryhmien koko kasvaa nopeasti lähivuosikymmeni-
nä – sekä romanien että muun väestön keskuudessa – on selvää, että muistisairauk-
sia sairastavien määrä väistämättä kasvaa. Läkkäiden kansalaisten ja heidän läheistensä
hyvinvoinnin turvaamiseksi on tärkeää tukea kognitiivisen toimintakyvyn säilymis-
ta mahdollisimman pitkään. Siihen voidaan vaikuttaa terveellä elintavoilla sekä hyväl-
lä hoidolla ja kuntoutuksella. Liikunta, terveellinen ravinto, tupakoinnin ja päihdeen
käytön välttäminen sekä kognitiivinen aktiivisuus suojaavat kognitiota. Kognitiivisten
toimintojen heikentymistä voidaan ehkäistä myös vähentämällä tunnettuja vaarateki-
joitaa, joita ovat ylipaino, korkea verenpaine, korkea kolesteroli keski-iässä sekä diabe-
tes (STM 2012).

5.2 Fyysinen toimintakyky
Seppo Koskinen, Päivi Sainio, Sari Stenholm, Mariitta Vaara ja Heli Valkeinen
Fyysisellä toimintakyvylä tarkoittaa ihmisen fyysisiä edellytyksiä selviytää arkipäi-
vän tehtävistä, ja se ilmenee esimerkiksi kykyyn liikkua. Riittävä fyysinen toimintaky-
ky mahdollistaa omatoimisen kotona asumisen sekä osallistumisen yhteiskuntaan ja

TULOSTEN VERTAILU KOKO VÄESTÖÖN JA YHTEENVETO

Seppo Koskinen, Päivi Sainio, Sari Stenholm, Mariitta Vaara ja Heli Valkeinen
Fyysisellä toimintakyvylä tarkoittaa ihmisen fyysisiä edellytyksiä selviytää arkipäi-
vän tehtävistä, ja se ilmenee esimerkiksi kykyyn liikkua. Riittävä fyysinen toimintaky-
ky mahdollistaa omatoimisen kotona asumisen sekä osallistumisen yhteiskuntaan ja
yhteisöön, esimerkiksi töissä ja harrastuksissa käymisen, ja on siten tärkeä osa elämän-
laatua (Satariano ym. 2012). Suomessa fyysinen toimintakyky on kehittynyt suotui-
saan suuntaan etenkin eläkeikäisessä väestössä 2010-luvun alkuun saakka, mutta sen
jälkeen muutokset ovat olleet vähäisiä (Sainio ym. 2013 ja 2018b). Toimintakyvyn vä-
estötasoineen 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 ko-
ko väestön 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 leväh-
tämättä noin puoli kilometriä; juoksemaan lyhyehkön matkan (noin sata metriä) ja
nousemaan portaita yhden kerrosvälin levähtämättä. Vastausvaltoehdoja oli neljä: 1)
pystyn vaikeuksitta, 2) pystyn, mutta vaikeuksia on jonkin verran, 3) pystyn, mutta se
on erittäin vaikea, 4) en pysty lainkaan. Tuloksissa esitetään niiden vastaajien osuus,
jotka arvioivat suoriutuvansa tehtävistä vaikeuksitta.

Terveystarkastuksessa puristusvoima mitattiin kirjoittavasta (dominoivasta kä-
destä) Jamar/Saehan-mittarilla kaksi kertaa, joista parempi tulos raportoidaan (TOI-
MIA-tietokanta: käden puristusvoima 2018). Terveystarkastuksissa tehtiin nivel-
toimintatestejä, jotka ovat sisältyneet kansallisii terveystarkastustutkimuksiin jo
Mini-Suomi-tutkimuksesta 1978–80 lähtien. Kyykistymisen onnistumista arvioitiin
3-luokkaisellaasteikolla (normaali, vaikeutunut, ei onnistunut). Tässä raportissa tar-
kastellaan niiden osuutta, joiden kyykistys oli vaikeutunut tai ei onnistunut lainkaan.

TULOKSET

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

Miesten ja naisten väliset erot näkyivät selvästi myös fyysisen toimintakyvyn tes-
teissä (taulukko 5.2.2). Kyykkyyn pääseminen ja sieltä nouseminen oli vaikeutunut

**Taulukko 5.2.1**

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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Miehet (n = 136–139)</th>
<th>Naiset (n = 206–211)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>18–29</td>
<td>30–54</td>
</tr>
<tr>
<td>Puolen kilometrin kävely</td>
<td>88</td>
</tr>
<tr>
<td>Yhden kerrosvälin nousuminen portaita</td>
<td>95</td>
</tr>
<tr>
<td>Lyhyen (noin 100 metriä) matkan juokseminen</td>
<td>72</td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Taulukko 5.2.2**

**Mitattu fyysinen toimintakyky, ikäryhmittäin, miehet ja naiset.**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Miehet (n = 101–102)</th>
<th>Naiset (n = 167)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>18–29</td>
<td>30–54</td>
</tr>
<tr>
<td>Maksimaalinen puristusvoima (kg)</td>
<td>45</td>
</tr>
<tr>
<td>Kyykistys vaikeutunut tai ei onnistunut (%)</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>
TULOSTEN VERTAILU KOKO VÄESTÖÖN JA YHTEENVETO


Fyysisen toimintakyvyn säilymistä ja kohdentamista on tuettava muun muassa rohkaisemalla kansalaisia lisäämään arkiliikuntaa sekä lihasvoiman ja tasapainon harjoitteleua ja parantamalla fyysisen ympäristön esteettömyyttä.

5.3 Näkö ja kuulo
Seppo Koskinen, Hannu Uusitalo, Alexandra Mikhailova ja Päivi Sainio


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)?” Omaa arviota kuulosta tiedusteltiin kysymyksellä: ”Pystyttekö kuulemaan mitä usean henkilön välissä keskusteluissa sanotaan (kuulokösen kanssa tai ilman)?” Vastausvaihtoehdot molempiin kysymyksiin olivat ”pystyn vaikeusitta”, ”pystyn, mutta vaikeusista on jonkin verran”, ”pystyn, mutta se on minulle erittäin vaikeaa” ja ”en pysty lainkaan”. Tässä raportissa tarkastellaan niiden vastaajien osuutta, jotka arvioivat pystyvänä vaikeuksitta lukemaan tavallista sanomalehtitextistä 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. Lähinäköötutkimuksessa 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 testiäisyyyden 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 pienien tapausmäärien takia. Kaukonäköötutkimuksessa 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 pystyvänne vaikeuksitetta lukemaan sanomalehtiteksteitä (taulukko 5.3.1). Kolme neljäosaa tutkimukseen osallistuneista ilmoitti kuulevansa vaikeuksitetta 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 sanomalehdistä 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 %) ongelma 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 heikkonäköisyttä 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, %.*

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
<th></th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Sanoma-lehtitekstiä vaikeuksitta lukemaan pystyvien osuus</td>
<td>93</td>
<td>88</td>
<td>60</td>
<td>78</td>
<td>95</td>
<td>75</td>
<td>71</td>
<td>77</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>Usean henkilön välisen keskustelun vaikeuksitta kuulevien osuus</td>
<td>90</td>
<td>86</td>
<td>52</td>
<td>73</td>
<td>84</td>
<td>80</td>
<td>67</td>
<td>75</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
</tbody>
</table>

**Taulukko 5.3.2**
*Normaalin ja heikentyneen lähi- ja kaukonäön yleisyys, ikäryhmittäin, miehet ja naiset, %.*

<table>
<thead>
<tr>
<th>Suunta</th>
<th>Miehet</th>
<th>Naiset</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td><strong>Lähinäkö (visus)</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>n=99</td>
<td></td>
<td>n=155</td>
</tr>
<tr>
<td>Normaali (&gt;0,4)</td>
<td>86</td>
<td>80</td>
</tr>
<tr>
<td>Heikentynyt (0,32–0,4)</td>
<td>12</td>
<td>11</td>
</tr>
<tr>
<td>Heikkonäköinen (0,05–0,25)</td>
<td>2</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td><strong>Kaukonäkö (visus)</strong></td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>n=97</td>
<td></td>
<td>n=153</td>
</tr>
<tr>
<td>Normaali ( &gt;0,8)</td>
<td>64</td>
<td>62</td>
</tr>
<tr>
<td>Lievästi heikentynyt (0,63–0,8) 5-6</td>
<td>26</td>
<td>24</td>
</tr>
<tr>
<td>Heikentynyt (0,32–0,5)</td>
<td>9</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>Heikkonäköinen (0,1–0,25)</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
<tr>
<td>Vaikkeasti heikkonäköinen tai sokea (&lt;0,1)</td>
<td>0</td>
<td>0</td>
</tr>
</tbody>
</table>
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 vastaavat osuudet olivat neljä prosenttia ja naisista viidesosalla, kun FinTerveys-aineistossa vastaavat osuudet olivat neljä prosenttia.

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 aloittuaan niistä ei pääse enää eroon. Tulosten perusteella on selvää, että romaniväestössä yleisten näköongelmien korjaamiseen pitää kiinnitettävä tärkeämpää huomiota. Silmälääkärin asianmukaisuuden ohella olisi tärkeää tukea mahdollisesti näkökykyä heikentävää sairauksia, kuten kaihi, tunnistettaien ja hoidetaan.

5.4 Työkyky

Seppo Koskinen, Päivi Sainio ja Hannamaria Kuusio

**MENETELMÄT**


**TULOKSET**

Roosa-tutkimukseen osallistuneista miehistä joka toinen ja naisista noin 40 prosenttia arvioi olevansa täysin työkykyinen (taulukko 5.4.1). Työkyky heikkeni iän mukaan varsin jyrkästi: 18–29-vuotiaista naisista 70 prosenttia ja miehistä yli 80 prosenttia piti itsään 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.*

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Miehet (n = 136–138)</th>
<th>Naiset (n = 202–210)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>18–29 30–54 55+</td>
<td>18–29 30–54 55+</td>
</tr>
<tr>
<td>Täysin työkykyisenä itseään pitävien osuus (%)</td>
<td>83 54 33 51</td>
<td>70 54 15 39</td>
</tr>
<tr>
<td>Työkykypistemäärän keskiarvo (asteikko 0-10)</td>
<td>8,7 7,3 5,8 7,0</td>
<td>8,6 7,4 5,3 6,7</td>
</tr>
</tbody>
</table>

TULOSTEN VERTAILU KOKO VÄESTÖÖN JA YHTEENVETO


5.5 Yhteenveto

Seppo Koskinen, Päivi Sainio ja Mariitta Vaara


Toinen tärkeä ongelma, jota todennäköisesti voitaisiin nopeasti lievittää, on näköongelmien yleisyyys Roosa-tutkimukseen osallistuneiden keskuudessa. Olisi tärkeää kiinnittää aiempaa enemmän huomiota romaniväestön näöntarkkuuden mitattavuuteen, asianmukaisten silmälasi tarjomiseen 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 elinoloit, 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 nikotiintuotteiden käyttöä, alkoholin ja eräiden muiden päihteiden käyttöä sekä peliriippuvuutta.

6.1 Ruokatottumukset

Satu Männistö, Marja Vanhala, Seppo Koskinen ja Päivikki Koponen

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


MENETELMÄT

Roosa-tutkimuksen haastattelussa kysyttiin arkipäivisin nautittujen pääateriaoiden (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 arkin.


TULOKSET


Taulukko 6.1.1
Louana ja aamupalan syöminen, ikäryhmittäin, miehet ja naiset, %.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Miehet (n = 139)</th>
<th>Naiset (n = 200—202)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Joka arkipäivä</td>
<td></td>
<td></td>
</tr>
<tr>
<td>lounas</td>
<td>65</td>
<td>57</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>30—54</td>
<td>76</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>55+</td>
<td>66</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>kaikki</td>
<td>65</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>18—29</td>
<td>56</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>30—54</td>
<td>61</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>55+</td>
<td>60</td>
</tr>
<tr>
<td>Joka arkipäivä</td>
<td>12</td>
<td>21</td>
</tr>
<tr>
<td>aamupala</td>
<td>21</td>
<td>41</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>28</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>31</td>
<td>65</td>
</tr>
<tr>
<td></td>
<td>44</td>
<td>44</td>
</tr>
</tbody>
</table>
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 rasvontaa maitoa tai piimää vähintään 6–7 päivänä viikossa (taulukko 6.1.2).

Noin joka neljäs nautti vähintään kolmena päivänä viikossa sokeroituja mehuja 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 kolmenä 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, %.

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Miehet (n = 801—83)</th>
<th>Naiset (n = 1421—145)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Niukasti* tuoreita kasviksia tai kasvivalaattia</td>
<td>74</td>
<td>70</td>
</tr>
<tr>
<td>Niukasti* hedelmä tai marjoja</td>
<td>84</td>
<td>69</td>
</tr>
<tr>
<td>Sokeroituja mehuja tai virvoitusjuomia vähintään kolmena päivänä viikossa</td>
<td>28</td>
<td>29</td>
</tr>
<tr>
<td>Suklaata tai muita makeisia vähintään kolmena päivänä viikossa</td>
<td>20</td>
<td>22</td>
</tr>
<tr>
<td>Pullaa, viinereitä, keksejä, kakkuja ym. vähintään kolmena päivänä viikossa</td>
<td>29</td>
<td>31</td>
</tr>
<tr>
<td>Tummaa leipää vähintään kolmena päivänä viikossa</td>
<td>63</td>
<td>68</td>
</tr>
<tr>
<td>Kalaa vähintään kerran viikossa</td>
<td>79</td>
<td>62</td>
</tr>
<tr>
<td>Hampurilaisia, pizzaa, suolaisia piiraita vähintään kolmena päivänä viikossa</td>
<td>18</td>
<td>9</td>
</tr>
<tr>
<td>Rasvatonta maitoa tai piimää päivittäin tai lähes päivittäin (6-7 päivänä viikossa)</td>
<td>16</td>
<td>24</td>
</tr>
</tbody>
</table>

* 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 kasvisten, hedelmien ja marjojen runsasta kulutusta. Yli puolet vastaajista piti tärkeänä runsaskuitujen ja vähäräästa elintarvikkeiden suosimista ruokia valittaessa. Lisäksi naisista yli 60 prosenttia piti tärkeänä vältää runsasuolaisia elintarvikkeita. Ruokasuositusten vastaisesti noin 40 prosenttia osallistuneista piti tärkeänä vähähiljilyhydraattisen ruokavalion noudattamista.

Noin joka kolmas piti tärkeänä, että ruoka lohduttaa kun on surullinen tai stressaantunut. Yli puolet oli tärkeää, että ruokaa on saatavilla ruokapankista tai diakoniateyn kautta. Osa vastaajista on varmaankin itse käyttänyt ruoan ilmiaisjakelu, mutta osa on ehkä ajatellut laajemmin tällaisen palvelun tarvetta perheessään tai lähiyhteisössään.
### Taulukko 6.1.3

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

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Miehet (n = 82¹—84)</th>
<th>Naiset (n = 146¹—149)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Ruokavalio sisältää runsaasti lihavalmisteita</td>
<td>80</td>
<td>49</td>
</tr>
<tr>
<td>Ruoka sisältää vähän lisääineita</td>
<td>47</td>
<td>47</td>
</tr>
<tr>
<td>Valita vähän rasvaa sisältäviä elintarvikkeita</td>
<td>53</td>
<td>57</td>
</tr>
<tr>
<td>Suosia runsaskuituisia elintarvikkeita</td>
<td>57</td>
<td>68</td>
</tr>
<tr>
<td>Välttää runsassuolaisia elintarvikkeita</td>
<td>46</td>
<td>62</td>
</tr>
<tr>
<td>Noudattaa vähähiihihydramattista ruokavaliota</td>
<td>44</td>
<td>40</td>
</tr>
<tr>
<td>Syödä runsaasti kasviksia, hedelmiä, marjoja</td>
<td>67</td>
<td>78</td>
</tr>
<tr>
<td>Ruoka lohduuttaa kun on surullinen tai stressaantunut</td>
<td>28</td>
<td>36</td>
</tr>
<tr>
<td>Ruoka on romanitapojen mukaan puhdasta</td>
<td>82</td>
<td>89</td>
</tr>
<tr>
<td>Ruokaa on saatavilla ruokapankista tai diakoniathyön kautta (ruuan ilmaisjakelu)</td>
<td>59</td>
<td>62</td>
</tr>
</tbody>
</table>

¹ Havaintomääriä pieniä 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 täytyy harvoin koko väestössä, vain 20 prosenttia naisista ja 10 prosenttia miehistä raportoi syöväänsä niitä useita kertoja päivässä. Kuitususitusta on vaikea saavuttaa ilman täysjyvävalmisteita (esim. ruisleipä). Erityisesti miehet voisivat vaihtaa punaisen lihan ja pro-

Roosa-hankkeen työpajoissa keskusteltiin siitä, että ruokatottumuksia, kuten muitakin elintapoja (tupakointi, liikunta ja nukkuminen), ohjaavat lapsuudessa saadut toimintamallit, jotka eivät välttämättä ole olleet terveellisiä. Ruokatottumusten osalta tunnistettiin ruoan mielihyvää tuottava vaikutus, lohtusyöminen ja ”ruualla rakastaminen”, jotka osaltaan voivat olla muokkaamassa ruokailutapoja epäterveellisemmiksi. Pohja terveellisille elintavoille sekä aikuisiksi terveydelle ja hyvinvoinnille luodaan lapsussa. Lisäksi taloudelliset vaikeudet voivat ohjata ostamaan kalliimmat kasvit kasvisten sijaan esimerkiksi halpoja makkaratuotteita, eikä niinkään halvempiä kasviksi (esim. kaali, juurekset), joiden monipuolinen käyttö ei ole tuttua. Lapset syövät samaa kuin vanhemmatkin eli paljon makeaa, suolaista ja rasvaista ruoka ja epäterveellisiä välijohtoja. Romaniyhteisössä tarvittaisiin laajemmin keskusteluja ja ohjausta perheiden ruokatottumuksiin sekä ruokavaltion terveysvaikutuksista.


6.2 Fyysinen aktiivisuus ja uni
Katja Borodulin, Raija Korpelainen, Seppo Koskinen ja Päivikki Koponen

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


MENETELMÄT


Vapaa-ajan istumista tavallisena arkipäivänä mitattiin ruutuaikakysymyksellä, jossa pyydettiin arvioimaan televisio, tietokoneen tai älylaitteen ääressä istuen viettetty aika tunneissa ja minuuteissa. Tässä raportissa esitetään yli kolme tuntia päivässä istuvien osuus.

Lisäksi tutkimuksen laajojen lomakkeiden sisältöön kuului myös kysymysarja vaapaa-ajan liikunnista rajoitettavista asioista; ”Rajoitattavat seuraavat asiat vaapaa-aajan liikkumistanne?”, vastausvaihtoehto kyllä tai ei (yhteensä 20 kohtaa liikunnan motivaatioon ja olosuhteisiin liittyvää tekijöitä).

Unata ja nukkumista kartoitettiin Roosa-tutkimuksessa kysymällä, kuinka monta tuntia tutkittavat nukkuivat vuorokaudessa ja nukkuivatko he mielestänsä tarpeeksi. Raportointia varten enintään kuusi tuntia vuorokaudessa nukkuvien osuus laskettiin eriakseen, sillä se kerto lihyteisemmuudesta, ja valtaosalle se ei ole riittävä määrä unta (Hirshkowitz ym. 2015).
TULOKSET


**Taulukko 6.2.1**

<table>
<thead>
<tr>
<th>Liikunta ja istuminen, ikäryhmittäin, miehet ja naiset, %.</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Miehet (n = 821—136)</td>
</tr>
<tr>
<td>----------------------</td>
</tr>
<tr>
<td>18—29</td>
</tr>
<tr>
<td>Vapaa-ajan liikuntaa harrastavien osuus</td>
</tr>
<tr>
<td>Päivässä yli 3 tuntia television, tietokoneen tai älylaitteen ääressä istuvien osuus</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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 kolmannekset 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, %.*

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Miehet (n 136–137)</th>
<th>Naiset (n = 192–205)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>18—29</td>
<td>30—54</td>
</tr>
<tr>
<td>Mielestään tarpeeksi nukkuvien osuus</td>
<td>77</td>
<td>60</td>
</tr>
<tr>
<td>Enintään 6 tuntia nukkuvien osuus</td>
<td>19</td>
<td>32</td>
</tr>
<tr>
<td>Unen pituuden keskiarvo</td>
<td>7,3</td>
<td>6,9</td>
</tr>
</tbody>
</table>

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

<table>
<thead>
<tr>
<th></th>
<th>Miehet (n = 128—133)</th>
<th>Naiset (n = 187—196)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>Kiinnostuksen puute</td>
<td>38</td>
<td>41</td>
</tr>
<tr>
<td>Ajan puute</td>
<td>30</td>
<td>35</td>
</tr>
<tr>
<td>Laiskuus</td>
<td>48</td>
<td>53</td>
</tr>
<tr>
<td>Väsymys töiden, opiskelun ym. vuoksi</td>
<td>44</td>
<td>48</td>
</tr>
<tr>
<td>Apea mielivalta tai yleinen väsymys</td>
<td>43</td>
<td>50</td>
</tr>
<tr>
<td>Liikuntataidotien puute</td>
<td>7</td>
<td>27</td>
</tr>
<tr>
<td>En tiedä miten kannattaisi liikkua</td>
<td>5</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>Sairaus tai vamma</td>
<td>34</td>
<td>39</td>
</tr>
<tr>
<td>Rahan puute</td>
<td>34</td>
<td>46</td>
</tr>
<tr>
<td>Liikuntatilojen puute</td>
<td>12</td>
<td>20</td>
</tr>
<tr>
<td>Liikuntavarusteiden puute</td>
<td>18</td>
<td>31</td>
</tr>
<tr>
<td>Romanivaatetus</td>
<td>8</td>
<td>42</td>
</tr>
<tr>
<td>Huonot liikenneyhteydet liikuntapaikoille</td>
<td>8</td>
<td>15</td>
</tr>
<tr>
<td>Sopivan liikuntamuodon puute</td>
<td>18</td>
<td>26</td>
</tr>
<tr>
<td>Liikunnan ohjauksen puute</td>
<td>16</td>
<td>27</td>
</tr>
<tr>
<td>Ryhmäpaine, toisten negatiiviset asenteet</td>
<td>9</td>
<td>13</td>
</tr>
<tr>
<td>Sopivan ryhmän puute</td>
<td>19</td>
<td>30</td>
</tr>
<tr>
<td>Liikunnan aiheuttama epämukava olo</td>
<td>11</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>Epäonnistumisen pelko</td>
<td>7</td>
<td>14</td>
</tr>
<tr>
<td>En löydä tarpeeksi tietoa luontoon liittyvistä harrastuksista</td>
<td>7</td>
<td>8</td>
</tr>
</tbody>
</table>
TULOSTEN VERTAILU KOKO VÄESTÖÖN JA YHTEENVETO


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 niin tupakointi on vähentynyt jo 1960-luvulta alkaen ja naistenkin tupakointi on vähentynyt jo parin vuosikymmenen ajan. Tupakoinnin vähennemisen ennustetaan jatkuvan niin, että Maailman terveys-
Elintavat


MENETELMÄT

Tupakka- ja muista nikotiinituotteista esitettiin kolme kysymystä haastatteluiissa ja itse täytetyillä kyselylomakkeilla: ”Tupakoitteko 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 tupakoivat 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 tupakoivien osuus, ikäryhmittäin, miehet ja naiset, %.
Elintavat

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 käyttäneensä roosa-laitteita, ja niitä kertoi myös muutama tutkimukseen osallistunut. Melkein kolmannes miehistä ja lähes kuudesosa naisista kertoi joskus käyttäneensä suurempia ennätyksiä, mutta tämän seurauksena osuus tupakointia vähenee.

TULOSTEN VERTAILU KOKO VÄESTÖÖN JA YHTEENVETO

Kansallisissa väestötutkimuksissa on havaittu, että tupakointi on Suomessa vähentynyt työikäisessä väestössä, mutta päivittäin tupakoivien osuus aiheutuu suurimmaksi osuudeksi kuitenkin paljon kasvavan yhteiskunnan kohdalla. Tupakoivien osuus 20 vuotiaan èhkäisetöinä on hyvin yleistä. Tupakoivien osuus 20 vuotiaan èhkäisetöinä on hyvin yleistä. Tupakoivien osuus 20 vuotiaan èhkäisetöinä on hyvin yleistä.


Nuuskasta tai sähkösavukkeiden käyttö on Roosa-tutkimukseen osallistuneilla vähäistä, mikä vastaa myös kansallisissa väestötutkimuksissa saatujaa tuloksia (Pentala-Nikulainen ym. 2018). Kuitenkin nikotiinipitoisten sähkösavukkeiden käyttö on Roosa-tutkimukseen osallistuneilla hieman yleisempi kuin aiemmissa väestötutki-

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 vieroitustootteiden korkean epäillytä rajoittavat niiden käyttöä.


Myös rahapeliongelmat näyttäisivät Roosa-tutkimukseen osallistuneilla yleisemmiltä kuin koko väestössä verrattaessa Roosa-tutkimukseen tuloksia vuoden 2017 Ai- kuiväestön terveys- ja hyvinvointitutkimuksen tuloksiin, joista osa juo vähän, osa kohtuullisesti ja pieni osa juo erittäin paljon (Härkönen ym. 2015).

6.4 Alkoholin käyttö

Pia Mäkelä, Seppo Koskinen ja Päiviikko Koponen


**MENETELMÄT**


**TULOKSET**

Roosa-tutkimukseen osallistuneista miehistä 43 prosenttia ja naisista 77 prosenttia oli raittiita (eli vastasi ettei juonut koskaan alkoholia sisältäviä juomia). Miehistä kolme
neljäsosaa käytti alkoholia enintään kerran kuukaudessa tai ei lainkaan. Miehistä neljäsosa käytti alkoholia vähintään kerran viikossa, naisista vain muutama (taulukko 6.4.1).

**Taulukko 6.4.1**

**Alkoholin käytön useus, miehet ja naiset, %.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Miehet (n= 138)</th>
<th>Naiset (n= 204)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>ei koskaan</td>
<td>43</td>
</tr>
<tr>
<td>enintään kerran kuukaudessa</td>
<td>31</td>
</tr>
<tr>
<td>2-4 kertaa kuukaudessa</td>
<td>18</td>
</tr>
<tr>
<td>Kerran viikossa tai useammin</td>
<td>8</td>
</tr>
</tbody>
</table>

Alkoholin riskikäyttö oli Roosa-tutkimukseen osallistuneilla nuorilla miehillä varsin yleistä (taulukko 6.4.2). Ne, jotka käyttivät alkoholia harvemmin kuin viikoittain tai kuukaussa noin viikoittain, 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, %.

<table>
<thead>
<tr>
<th>Miehet (n = 136)</th>
<th>Naiset(n = 201—204)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td>18—29</td>
<td>30—54</td>
</tr>
<tr>
<td>Kerran kuukaudessa tai useammin kerralla kuusi annosta tai enemmän juovien osuus</td>
<td>50</td>
</tr>
<tr>
<td>Alkoholin liikakäyttö (AUDIT pisterajan ylittävät)</td>
<td>52</td>
</tr>
</tbody>
</table>
TULOSTEN VERTAILU KOKO VÄESTÖÖN JA YHTEENVETO

Tässä luvussa kuvataan terveys-, sosiaali- ja työllisyyspalvelujen käyttöä sekä koke-
muksia saadun palvelun riittävyydestä. Luvussa 7.1 esitetään tuloksia varhaiskasva-
tuksen palvelujen sekä kuntien liikunta- ja kulttuuripalvelujen käytöstä.

Palvelujen saatavuutta on usein tutkittu tarkastelemalla henkilön omaa kokemus-
ta palvelutarpeesta (esim. Manderbacka 2012; Allin ym. 2010). Henkilön kokemuk-
seen palvelutarpeesta voi vaikuttaa hänen oman kokemuksena lisäksi myös asiantun-
tijan 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 palvelutarvotta ovat kokeneet muita useammin alem-
paan tuloryhmään kuuluvat, työttömät, sekä terveytensä huonoksi kokevat (Kuusio

Romanien palvelujen käyttöä koskevia tutkimuksia on tehty Suomessa tai Euroo-
passa vain vähän ja aiempi tieto Suomesta on yli kymmenen vuoden takaa (Majani-
kaltaista koko väestöä kattavaa sosiaalivakuutusta tai julkista palvelujärjestelmää, jo-
ten muualla palvelujen saatavuuteen vaikuttaa jo se, onko henkilöllä sairausvakuu-
tusta ja päéseekö hän terveyspalvelujen piiriin (Keskimäki ym. 2014). Suomessa on
aiemmin tutkittu romanivanhusten kokemuksia kuntoutuspalvelun tarpeesta ja tu-
lokset viittaavat siihen, että vanhuksien säästävät lääkekuluissa, pitkittävät lääkärille
menoa, eivätkä aina pysty maksamaan tarvitsemaan kuntoutuskuluja (Majaniemi &
Viljanen 2008). Sosiaali- ja terveysministeriön (STM) tekemän arvion mukaan roma-
nit ovat ylieduistettuina toimeentulotuen saajissa, mutta käyttävät pähde- 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 paris-
sa, vaan he kaipasivat enemmän kunnan tai hengellisten yhdistysten tuottamia musii-
killisia tilaisuuksia (Toivanen 2012).
Palvelujen käyttö ja koettu tarve

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


MENETELMÄT


Koettua palvelun tarvetta kysyttäessä vastaajaa pyydettiin arvioimaan, onko hän mielestäan saanut riittävästi palveluja 12 viime kuukauden aikana. Vastausvaihtoja oli neljä: ”en ole tarvinnut palvelua”, ”olisin tarvinnut, mutta en saanut palvelua”, ”olen käyttänyt palvelua, mutta se ei ollut riittävää” sekä ”olen käyttänyt palvelua ja se oli riittävää”. Näistä muun kuin ensimmäisen vaihtoehdon valinneet luokiteltiin palvelua tarvinneksi. 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

Terveyskeskulääkärin 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 terveyskeskulääkärin vastaanotolle hieman naisia harvemmin (taulukko 7.1.1). Koetussa palvelutarpeessa ei ollut merkittäviä eroja eri ikäryhmissä. Terveyskeskulääkärin palveluja tarvinneista hieman alle kolmannes miehistä ja naisista arvioi, että palvelut olivat riittämättömiä (kuva 7.1.1). Mitä vanhemmia miehet olivat, sitä useampi heistä koki, etteivät he ole saaneet riittävästi terveyskeskulääkärin palveluja. Keskimääräiseen ikäryhmään kuuluvalta naiset kokivat muita useampaa, etteivät ole saaneet riittävästi palveluja.


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 (kuva 7.1.1). Vanhimpana ikäryhmään kuuluvalta naiset kokivat nuorempia naisia useammin, että hammaslääkäripalvelut olivat riittämättömäät.
Fysioterapia

Noin kolmannes miehistä ja naisista koki tarvinnensa fysioterapiapalveluja (taulukko 7.1.1). Sekä alle 30-vuotiaat miehet että naiset kokivat tarvitsevansa fysioterapeutin 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

<table>
<thead>
<tr>
<th>Terveys- ja fysioterapiapalveluja tarvinneet, ikäryhmätäin, miehet ja naiset, %.</th>
<th>Miehet (n = 129—132)</th>
<th>Naiset (n = 200—201)</th>
</tr>
</thead>
<tbody>
<tr>
<td></td>
<td>18–29</td>
<td>30–54</td>
</tr>
<tr>
<td>Terveyskeskulääkärin vastaanotto</td>
<td>67</td>
<td>76</td>
</tr>
<tr>
<td>Sairaanhoitajan vastaanotto</td>
<td>68</td>
<td>71</td>
</tr>
<tr>
<td>Hammaslääkäripalvelut</td>
<td>61</td>
<td>67</td>
</tr>
<tr>
<td>Fysioterapiapalvelut</td>
<td>18</td>
<td>36</td>
</tr>
<tr>
<td>Henkisen hyvinvoinnin palvelut</td>
<td>12</td>
<td>15</td>
</tr>
</tbody>
</table>
Heikin hyvinvointi

Fysioterapia

Hammastarkastukset

Sairaanhoidon vastaanotto

Terveyskeskuskääri

Henkisen hyvinvoinnin palvelut

Kuvio 7.1.1
Terveyspalveluja riittämättömästi saaneet, miehet ja naiset, %.

Seulontatutkimukset

TULOSTEN VERTAILU KOKO VÄESTÖÖN JA YHTEENVETO


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


7.2 Varhaiskasvatus sekä sosiaali- ja työllisyyspalvelut

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

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

**MENETELMÄT**


**TULOKSET**

Vastaajista noin joka kymmenes oli kokenut tarvinneensa varhaiskasvatuksen palve- luja. Varhaiskasvatuspalvelujen tarvetta kokivat hieman muita useammin alle 55-vuo- tiaat naiset, joista 17 prosenttia oli tarvinnut lasten varhaiskasvatuksen palveluja vii- meisestä vuoden aikana.


VERTAILU KOKO VÄESTÖÖN JA YHTEENVETO


7.3 Liikunta- ja kulttuuripalvelut

Palvelujen käyttö ja koettu tarve

ja-alaisesti eri yhteiskunnan palveluissa. Myös kirjasto-, liikunta- 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. Tässä tavoitteena oli tuottaa tietopohja, jonka avulla pystytään jatkossa arvioimaan Romanipoliittisen ohjelman toimivuutta.


TUTKIMUKSEN TULOKSET


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


ROOSA-TUTKIMUKSEN ANTI KULTTUURISENSITIIVISELLE TUTKIMUSPERINTEELLE JA VÄESTÖTUTKIMUKSELLE

Roosa-tutkimuksen lähtökohtana oli romanenita osallistava ja yhdenvertaisuutta korostava tutkimustapa. Tutkimuksen vahvuutena on onnistumisen edellytyksenä olivat romanitaustaisen aluekoordinaattoreiden ja vapaaehtoisten tekemä työ. He uskoi, että romanien hyvinvoinnin tutkiminen ja edistäminen on arvokas tavoite. Myös kumppaniaraisissa toimivat tahoja antoivat arvokkaan panoksen omaa yhteisöään koskien tiedon tuottamisessa ja tutkimustulosten tulkinnassa.

Roosa-tutkimukseen tavoiteltiin alun perin tuhatta osallistujaa, mutta noin joka kymmenennen Suomen romanien tutkiminen osoittautui epärealistiseksi. Yhteystieto-
Yhteenveto ja päätelmät

jen kerääminen ja tutkittavien rekrytoiminen verkostojen avulla edellytti paljon yhteistyötä ja luottamusta eri toimijoiden välillä. Roosa-tutkimus osoitti, että kulttuurisensitiivisessä tutkimuksessa luottamussuhteet rakentuminen tutkimattavan 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 alkuun nopeammin, joten voi ajatella, että luottamuksen rakentuminen vie kulttuurisensitiivisessä tutkimuksessa useamman vuoden. Tämä huomioidun 365 tutkimattavan tavoittamista voimaa kohtuullisena määränä ensimmäiselle romanien parissa tehdylle hyvinvointitutkimukselle.


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


MITEN TÄSTÄ ETEENPÄIN?

Yhteiskunnassa on tarjolla sekä kaikille suunnattuja universaleja palveluja ja tietylle väestöryhmälle kohdennettuja palveluja. Universaleissa palveluissa yhdenvertaisuutta edistetään huomioimalla eri taustoista tulevat asiakkaat kulttuurisensiitiivisesti. Kohdennetuissa palveluissa lähtökohtana on, että erityisesti tietylle ryhmälle suunnatut palvelut auttavat tasaamaan eroja suhteessa koko väestön esimerkiksi hyvinvoinnissa, terveydessä, työllisydessä 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). Romanian asain neuvottelukunnan suhtautuminen kohdennettuihin palveluihin on ollut varoavasta (Friman-Korpela 2006), ja samaa
Yhteenveto ja päätelmät


TOIMENPIDE-EHDOTUKSET


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 varhaiskasvatukseen ja koulutuksen tukitoimissa, sosiaalityössä, asumispalve-

Yleisimpinä kansantauintien, kuten tuki- ja liikuntalainsairauksien, sydän- ja verisuonitautien (erityisesti sepelvaltimotaudin), diabeteksen ja muistisairauksien ehkäisemiseksi koko väestölle suunnattuja kansanterveyshankkeita tulisi kehittää paremmin romaninyyhteisöä huomioiviksi. Matalan kynnyksen kulttuurisensitiivisille terveyden edistämisen hankkeille, jotka kohdistuvat esimerkiksi ruokatöimiksi, liikuntaan ja muihin elintapaan, olisi selvä tarve ja niitä tulisi kehittää yhdessä romaninyyhteisön kanssa. Kuntien tulisi omassa terveyden edistämisen toiminnassaan huomioida suomalaisten liikkuville yhdenvertaista yhteisöä edistämiseksi.


Henkilökunnalle tulisi tarjota taitoja koulutustaitoja ja materiaalia romaninyyhteisöihin. Perheiden hyvinvoinnin suunnitelmassa tarvitaan kohdennettua osuutta esimerkiksi perheen terveydenhuollon kautta.

Palvelujärjestelmissä tulisi edistää, jotta aiempaa enemmän matalan kynnyksen kulttuurisensitiivisä palveluja esimerkiksi hanke- ja perhetyön kautta. Vertaistuimen ja kokemusantumioten kautta tulisi olla tarjolla olevien palveluiden edistämiseksi. Matalan kynnyksen palvelupisteitä, joissa voidaan käsitellä myös kulttuurisensitiivistä harrastusta ja materiaalia romaninyyhteisöihin.

Romanien hyvinvoinnista ja terveydestä tarvitaan jatkuvasti uutisia, jotta tiedettäisiin mihin suuntaan ne kehittyvät ja kuinka vaikkattavia tarjolla olevat palvelut ovat. Myös tulevaisuuden tiedonkeruus on huomioitava, ettei romaneja koskevia tietoja voida erittäin koko lähes kaikkia koskevia tiedoista vaan tiedonkeruudella on tapahduttava romanien oman osallistumisen kautta. Palvelurakenteen uudistuessa tulisi varmistaa, että yhteiskunnallisissa palveluissa ja erityisesti hyvinvoinnin ja terveyden edistämis-
Yhteenveto ja päätelmät

Työssä huomioidaan riittävästi kulttuurisensiitiivisyyttä 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 vahvuksia. Näitä olivat erityisesti sosiaalisen osallistumisen, erilaisen harrastustoiminnan ja keskinäisen avunannon yleisyys. Näiden voimavarojen tunnustaminen, tuokeminen ja hyödyntäminen on jatkossakin tärkeää.

ROOSA-TUTKIMUKSEN POHJALTA TEHDYT TOIMENPIDE-EHDOTUKSET:

1. Kouluuttautumisen ja työllistymisen tukeminen lisäämällä esimerkiksi harjoittelupaikkoja ja työssä oppimista ja kannustamalla romaneja kouluuttautumaan myös korkeakouluopintoihin.
2. Syrjinnän vähentäminen tiedottamalla kulttuurista ja lisäämällä luontevia arkipäivän kohtaamisia sekä puuttumalla 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 käsitteley.
5. Kulttuurisensiitiivisten matalan kynnyksen palveluiden lisääminen esimerkiksi perhetyöhön ja henkisen hyvinvoinnin palveluihin.
6. Romanien hyvinvoinnin ja terveyden seuranta ja tiedon kerääminen osallistavalla, kulttuurisensiitiivisellä tutkimustavalla.
7. Romaniyhteisön omien voimavarojen, kuten auttamisen ja osallistumisen vahvistaminen, tukeminen ja hyödyntäminen.
Lähteet


Lähteet


Lähteet


Lähteet


THL.FI/aiheet/Monet ThL:n monikulttuurisuuden asiantuntijaryhmä
THL.FI/aiheet/ikaantyneet
THL.FI/aiheet/lapset,nuoret ja perheet
THL.FI/roosa


