

SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYS VÄESTÖTUTKIMUKSISSA

Tiina Paaso & Jenna Tuunala
Opinnäytetyön raportti
Kevät 2013
Oulun seudun ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma

TIIVISTELMÄ

Oulun Seudun ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma, kättilötyön suuntautumisvaihtoehto

Tekijät: Paaso Tiina ja Tuunala Jenna
Opinnäytetyön nimi: Seksuaali- ja lisääntymisterveys väestötutkimuksissa
Ohjaajat: Ulla Paananen ja Heljä-Marja Surcel
Kevät 2013

Sivumäärä: 58 + 1 liitesivu

Seksuaali- ja lisääntymisterveys (SeLiTe) on tärkeä osa ihmisen terveyttä ja hyvinvointia. Sen kehittäminen on ollut lähtökohtina sosiaali- ja terveysministeriön asettaman työryhmän laatimalle SeLiTe-toimintaohjelmalle 2007–2011. Toimintaohjelma koostuu neljästä aihealueesta, joiden tavoitteena on ollut linjata lähivuosien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämistyötä. Toimintaohjelman toteutumista seurataan mm rekisteri- ja tutkimustietoon perustuvilla indikaattoreilla ja muuttujilla. Yksittäisten tutkimusten lisäksi väestön terveyttä ja hyvinvointia kuvaavaa tietoa kertyy väestöpohjaisista kyselytutkimuksista, joita toteuttavat Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen lisäksi ainakin Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö, Väestöliitto, Sosiaali- ja terveysministeriö ja Työterveyslaitos.

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää säännöllisesti toteutetuissa väestötutkimuksissa esitettyjen SeLiTe-aihepiiriin kuuluvien kysymysten kattavuutta ja arvioida kysymysten laatua ja sisältöä. Tarkoituksena on pohtia, miten väestötutkimuksista saatu tieto olisi hyödynnettävissä arvioitaessa SeLiTe-toimintaohjelman 2007–2011 tavoitteiden toteutumista. Tutkimuksen mukaan seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyviä kysymyksiä on yleisesti ottaen vähän ja määrällisesti yhteensä yhtä paljon kuin elintapa-kysymyksiä, jotka koskevat vain tupakointia, alkoholin tai huumeiden käyttöä. SeLiTe-aihepiirin kysymyksistä saa hyvin tietoa raskauden ehkäisyyn, raskauteen ja synnytykseen liittyvistä asioista. SeLiTe-palvelujen kehittäminen kaikki väestönosat huomioiden on tärkeä tavoite, jonka toteutumisen seurannassa väestötutkimukset ovat keskeisiä. Tässä tutkimuksessa todettiin, että väestötutkimusten kysymykset keräävät tietoa palvelujen toteutuneesta käytöstä, mutta ei niiden tarpeesta tai saatavuudesta. Palvelujen käyttöä koskevat kysymykset ovat lisäksi hyvin raskaus- ja synnytys keskeisiä, jolloin tiedon keruu jää puutteelliseksi ei-synnytyksikäisten naisten, miesten ja vanhusten palvelujen käytöstä ja tarpeesta.

Tulosten mukaan seksuaalisen väkivallan kokemiseen tai uhkaan, sukupuolitauteihin ja riskikäyttäytymiseen liittyvä tieto on väestötutkimuksissa puutteellista ja osin hajautuneena eri tutkimuksiin, niin että tarkojen analyysien tekeminen on vaikeaa. Toimintaohjelman tavoitteena ollut klamydia ja HIV-infektioiden ilmaantuvuuden vähentymisen toteutuminen edellyttää väestötasoisista tutkimustietoa, jossa on selvitetty seksuaali- ja lisääntymisterveyteen vaikuttavien infektioiden ilmaantuvuuden yhteys ja vuorovaikutukset riskikäyttäytymiseen, seksuaaliseen väkivaltaan, henkilön sosioekonomiseen taustaan ja toistuviin abortteihin. Hyödyntämällä tutkimustietoa ennaltaehkäisevien palvelujen ja toimintatapojen kehittämistyössä voidaan tulevaisuudessa konkreettisesti vaikuttaa laajemmin paitsi sukupuolitautilien esiintyvyyteen myös väestön seksuaali- ja lisääntymisterveyteen.

Asiasanat: seksuaali- ja lisääntymisterveys, väestötutkimus, terveys, hyvinvointi

ABSTRACT

Oulu University of Applied Sciences
Degree Program in Nursing and Health Care, Option of Midwifery

Authors: Paaso Tiina and Tuunala Jenna

Title of thesis: Sexual and reproductive health in population researches

Supervisors: Ulla Paananen and Heljä-Marja Surcel

Spring 2013

Number of pages: 58+1 appendix page

Sexual and reproductive health is an important part of a person's health and well-being. Sexual and reproductive health development has been a starting point for the Sexual and Reproductive Health Program 2007-2011 laid by the Ministry of Social Affairs and Health. The program consists of four themes aligning the promotion of sexual and reproductive health over the next few years and its implementation is followed up for example via indicators and variables derived from various registry and research data. Information on the health and well-being of the population is also gathered via questionnaire-based studies carried out by the National Institute of Health and Welfare, the Finnish Student Health Service, the Family Federation of Finland and the Finnish Institute of Occupational Health, among others.

The aim of this study was to evaluate the variety, quality and contents of the sexual and reproductive health related questions used in population studies carried out at regular intervals. The objective was to discuss how the information gathered from population studies could be utilized when evaluating how the objectives of the Sexual and Reproductive Health Program 2007-2011 have been met.

Findings revealed that in general, there are few questions related to the sexual and reproductive health. The number of sexual and reproductive health related questions is equal to lifestyle related questions restricted to smoking, drinking or using drugs. Sexual and reproductive health related questions provide successfully information on contraception, pregnancy and childbirth. Sexual and reproductive health development of the whole population is an important goal in the program and population studies conclude a central follow-up method of this goal. The findings of this study show that the questions used in population studies gather information on the use of services, but not on the service needs or availability. Questions related to the use of services focus on pregnancy and childbirth, resulting in lack of information concerning the service use and needs of the women under or over the childbearing age, as well as of men and elderly people.

The results of the study show that information related to the experiences or threat of sexual violence, sexually transmitted diseases and risk behavior is insufficient and scattered in several studies, which prevents making accurate analyses. Reducing the incidence of Chlamydia and HIV infections, as one of the program objectives, calls for population level research data clarifying the connections and interaction between the infections and risk behavior, sexual violence, a person's socio-economic background and recurrent abortions. Utilizing research data in the development of preventive services and actions is a concrete way of reducing the incidence of sexually transmitted diseases as well as improving the sexual and reproductive health of the nation in general.

Key words: sexual and reproductive health, population research, health, welfare

SISÄLLYS

SISÄLLYS.....	4
LYHENTEET.....	6
JOHDANTO.....	7
1 SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYS.....	8
1.1 Seksuaali- ja lisääntymisterveyden kehittäminen.....	8
1.2 Seksuaali- ja lisääntymisterveyden käsitteet.....	8
2 SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN TOIMINTAOHJELMA.....	11
2.1 Toimintaohjelma ja sen keskeiset tavoitteet.....	11
2.2 Väliarviointi sosiaali- ja terveysministeriön toimintaohjelmasta.....	12
3 TOIMINTAOHJELMAN SISÄLTÖ JA TAVOITTEIDEN TOTEUTUMISEEN TÄHTÄÄVÄT TOIMENPITEET.....	13
3.1 Seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvän neuvonnan kehittäminen ja väestön tietouden parantaminen.....	13
3.2 Seksuaali- ja lisääntymisterveyden palveluiden organisointi ja ammattihenkilöiden osaaminen.....	15
3.3 Raskautta edeltävä neuvonta ja raskaudenajan hoito, synnytyksen hoito ja synnytyksen jälkeinen hoito.....	16
3.4 Raskauden ehkäisypalvelut ja keskeytykset.....	19
3.5 Sukupuolitaudit.....	21
3.6 Seksuaalinen väkivalta.....	23
3.7 Raportointi, rekisterit, tilastointi, seuranta ja niiden aiheuttamat haasteet.....	24
3.8 Seksuaali- ja lisääntymisterveyden tutkimus.....	26
4 TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....	27
5 TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN.....	28
5.1 Tutkimusmenetelmä.....	28
5.2 Aineiston keruumenetelmä.....	29
5.3 Aineiston käsittely ja analyysi.....	32
6 TUTKIMUKSEN TULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET.....	34
6.1 Tulosten analysointi.....	34
6.2 Kysymysten määrällinen vertailu aihealueittain eri tutkimuksissa.....	38
6.3 Tulosten laadullinen arviointi.....	40
7 POHDINTA.....	49

7.1 Tutkimustulosten pohdinta.....	49
7.2 Tutkimuksen eettisyys	50
7.3 Tutkimuksen luotettavuus.....	51
7.4 Omat oppimiskokemukset	52
7.5 Kehittämisen- ja jatkotutkimushaasteet	53
LÄHTEET.....	54
LIITE 1/1	58

LYHENTEET

Sosiaali- ja terveysministeriö = STM

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos = THL

Terveys 2000 tutkimus = T2000

Terveys 2011 tutkimus = T2011

Lasten ja nuorten terveysseurantatutkimus = LATE

Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus = ATH

Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys = AVTK

Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytyminen ja terveys = EVTK

Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö = YTHS

Seksuaali- ja lisääntymisterveys = SeLiTe

JOHDANTO

Seksuaali- ja lisääntymisterveys on tärkeä osa ihmisen terveyttä ja hyvinvointia. Väestön seksuaali- ja lisääntymisterveyden ongelmat ja sitä vaarantavat tekijät ja ilmiöt yhteiskunnassa ovat olleet lähtökohtina sosiaali- ja terveysministeriön asettaman työryhmän laatimalle SeLiTe-toimintaohjelmalle 2007–2011. Toimintaohjelman tavoitteena on ollut edistää väestön, sekä pariskuntien että yksilöiden, seksuaali- ja lisääntymisterveyttä. Sisällöltään toimintaohjelma on jaettu 14 aihealueeseen, joille on asetettu tavoitteet ja toimenpiteet ja joiden tarkoituksena on ollut linjata lähivuosien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämistyötä.

Suurin osa suositelluista toimenpiteistä on ennaltaehkäiseviä ja niiden toteutuessa kustannussäästöt ovat mahdollisia. Tulevaisuudessa näiden suositusten toteuttaminen parantaa palveluiden toimivuutta, saatavuutta ja laatua niin kansallisella kuin kunnallisella tasollakin. Seksuaaliterveyden edistäminen perustuu lainsäädäntöön ja siihen liittyviin oikeuksiin. Näitä ovat muun muassa seksuaalisuutta ja parisuhdetta koskeva neuvonta, hedelmättömyyden ehkäisy, seksuaalisen ja sukupuolisen suuntautumisen kehityksen tukeminen, ei-toivottujen raskauksien ehkäisy, sukupuolitautien torjunta sekä seksuaalisen väkivallan ehkäisy.

Väestötutkimusten avulla saadaan tutkittua tietoa väestön terveydentilasta ja niihin liittyvistä ongelmista. Tätä tietoa tarvitaan, jotta ymmärretään seksuaaliterveyden keskeinen merkitys terveyteen yleisesti ja ongelmiin voidaan puuttua ja ennaltaehkäiseviä palveluita kehittää tarpeita vastaavalla tavalla myös tällä alalla. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on yksi väestötutkimuksia tekevä taho. THL aloitti toimintansa 1. tammikuuta 2009, kun Kansanterveyslaitos ja Stakes yhdistyivät, ja se toimii sosiaali- ja terveysministeriön alaisena. Muita väestötutkimuksia tekeviä tahoja ovat esimerkiksi Tilastokeskus ja Työterveyslaitos.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää väestötutkimuksissa olevien SeLiTe-kysymysten kattavuus ja arvioida kysymysten laatua ja sisältöä. Tarkoituksena on pohtia, miten väestötutkimuksista saatu tieto olisi hyödynnettävissä arvioitaessa SeLiTe-toimintaohjelman 2007–2011 tavoitteiden toteutumista. Väestötutkimuksissa ja -kyselyissä on perinteisesti mukana lisääntymisterveyteen liittyviä asioita, mutta seksuaaliterveyteen, sukupuolikäyttäytymiseen ja sukupuolitauteihin liittyvät kysymykset ovat alustavien selvitystemme mukaan heikommin esillä.

1 SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYS

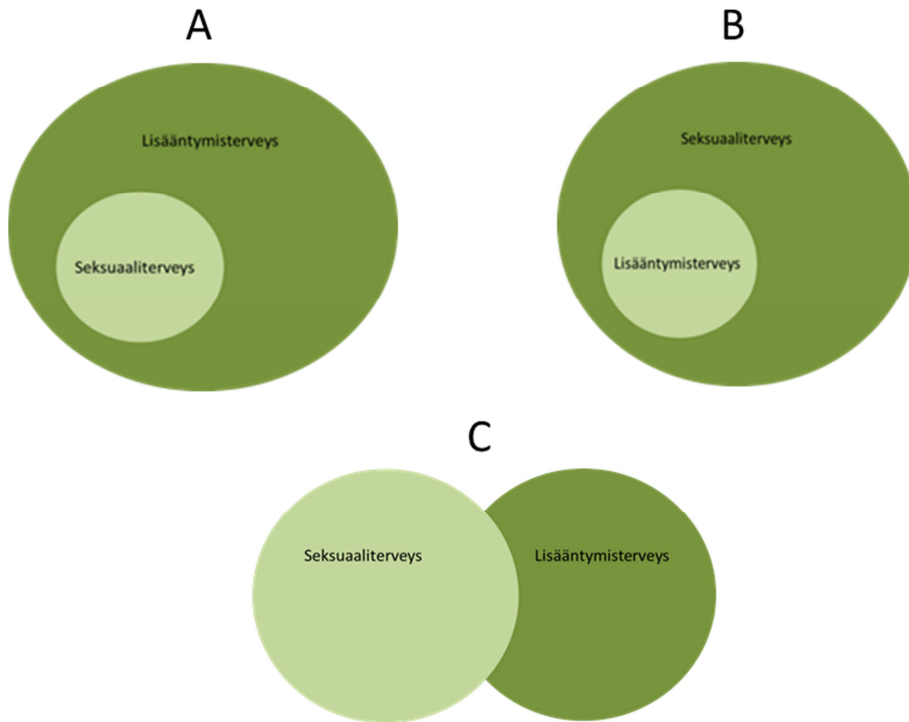
1.1 Seksuaali- ja lisääntymisterveyden kehittäminen

Suomessa valtioneuvoston alaisena toimii sosiaali- ja terveysministeriö (STM). Sen tehtävänä on turvata kohtuullinen toimeentulo elämän eri vaiheissa, turvata riittävät sosiaali- ja terveystalvet, edistää väestön hyvää terveyttä ja toimintakykyä, edistää terveellistä työ- ja elinympäristöä sekä edistää sukupuolten välistä tasa-arvoa. STM ohjaa ja johtaa sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujen toimintaa sekä niiden kehittämistä. Ministeriö määrittelee sosiaali- ja terveyspolitiikan suunnan, valmistelee keskeiset uudistukset ja lainsäädännöt sekä lisäksi ohjaa niiden toteuttamista ja huolehtii yhteyksistä poliittiseen päätöksentekoon. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, hakupäivä 21.5.2012.)

THL on tutkimus- ja kehittämislaitos, joka toimii STM:n alaisena. THL:n tehtävänä on terveyden edistäminen ja väestön hyvinvointi, sosiaali- ja terveystalveluiden kehittäminen sekä sosiaalisten ongelmien ja sairauksien ehkäiseminen. THL toteuttaa toimintaansa tutkimusten, asiantuntijavai- kuttamisen, kehittämistyön, viranomaistehtävien, seurannan ja arvioinnin sekä kansainvälisen yhteis-työn avulla. THL palvelee sekä kuntien että valtion päättäjiä, järjestöjä, alan toimijoita, kansa- laisia ja tutkimusmaailmaa tavoitteenaan vaikuttaa suomalaisten terveyden ja hyvinvoinnin puo- lesta. (Organisaatio 2012, hakupäivä 21.5.2012.)

1.2 Seksuaali- ja lisääntymisterveyden käsitteet

Lisääntymisterveyden käsite on esiintynyt jo reilun kahden vuosikymmenen ajan kansainvälises- sä sanastossa, mutta seksuaaliterveyden käsite yleistyi vasta Kairossa 1994 pidetyn Yhdistynei- den Kansakuntien väestö- ja kehityskonferenssin hyväksymän käsitelmäärittelyn jälkeen. Sen mukaan lisääntymisterveyden käsitteeseen sisältyy myös seksuaaliterveys, jota kuvataan kaa- vamaisesti alla olevassa kuviossa (Kuvio 1). (Toimintaohjelma 2007, 20.)



KUVIO 1. Kuvassa esitetään kaavamaisesti (A) Seksuaaliterveyden ja lisääntymisterveyden suhde Kairossa 1994 pidetyn konferenssin mukaan, (B) Seksuaali- ja lisääntymisterveyden termien uudelleen asettelu ja (C) Seksuaali- ja lisääntymisterveyden käsitteet kulkevat käsi kädessä (Pelkonen 26.4.2012, Power Point – esitys.)

Kairon väestö- ja kehityskonferenssin määritelmän mukaan lisääntymisterveys tarkoittaa täyttää fyysistä, henkistä ja yhteiskunnallista hyvinvointia, ei vain vammattomuutta ja sairaudettomuutta, kaikissa lisääntymiseen liittyvissä asioissa, prosesseissa ja toiminnoissa. Näin ollen lisääntymisterveys edellyttää ihmisten mahdollisuutta turvalliseen ja tyydyttävään sukupuolielämään ja että heillä on kyky jatkaa sukuaan sekä vapaus päättää, käyttävätkö he tätä kykyä ja jos niin milloin ja kuinka usein. Edellä mainittu ehto sisältää sen, että molemmilla sukupuolilla on oikeus saada tietoa ja käyttää valintansa mukaista perhesuunnittelumenetelmää ja muita vastaavia valintansa mukaisia menetelmiä syntyvyyden säännöstelemiseksi, jotka ovat laissa sallittuja. Lisäksi jokaisella on oikeus saada asianmukaista terveydenhoitoa, jonka turvin naisille on mahdollisuus taata turvallinen raskausaika ja synnytys sekä pariskunnille parhaat mahdollisuudet saada terve lapsi. (Toimintaohjelma 2007, 185.)

Konferenssin jälkeen seksuaaliterveyden asiantuntijat ovat esittäneet, että käsitteiden järjestys hierarkiassa tulisi olla päinvastainen, koska heidän mukaansa seksuaaliterveys on edellytys li-

sääntymisterveydelle (Kuvio 1, kuva B). Lisäksi seksuaaliterveys käsittää enemmän asioita kuin lisääntymisterveys sisältäen koko elämänkaaren ajan eikä vain vuosina rajallista lisääntymisen ajanjaksoa. (Toimintaohjelma 2007, 20.)

Maailman terveysjärjestö (WHO) on lisäksi laatinut epävirallisen määritelmän seksuaaliterveydelle vuonna 2002 järjestetyssä asiantuntijakokouksessa. Sen mukaan seksuaaliterveys on seksuaalisuuteen liittyvän fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja emotionaalisen hyvinvoinnin tila, jossa kyse ei ole vain sairauden, toimintahäiriön tai raihnaisuuden puuttumisesta. Hyvä seksuaaliterveys edellyttää kunnioittavaa ja positiivista asennetta niin seksuaalisuuteen kuin seksuaalisiin suhteisiin sekä mahdollisuutta turvallisiin ja nautinnollisiin seksuaalisiin kokemuksiin ilman pakottamista, väkivaltaa ja syrjintää. Hyvän seksuaaliterveyden saavuttaminen, ja sen ylläpitäminen, edellyttää ihmisten seksuaalisten oikeuksien kunnioittamista, toteuttamista ja suojelemista. (Maailman terveysjärjestön (WHO) Euroopan aluetoimisto ja BZgA 2010, 17.)

Väestöliiton määritelmän mukaan perhesuunnittelu ja lisääntymisterveys ovat osa seksuaaliterveyttä (Kuvio 1, kuva C). Perhesuunnittelun tavoitteena on ehkäistä ei-suunnittelemtomia raskauksia ja lisääntymisterveyden tavoitteena turvata hedelmällisyys mahdollisimman hyvänä, jotta biologisten lasten saaminen onnistuisi elämäntilanteen siltä tuntuessa. Hedelmällisyyttä voi vaalia muun muassa suojautumalla seksitaudeilta, eli käyttämällä kondomia ja välttämällä riskitilanteita, seulomalla tauteja ja sairauksia sekä hoitamalla mahdolliset löydökset. (Seksuaaliterveys 2012, hakupäivä 2.5.2012.)

2 SOSIAALI- JA TERVEYSMINISTERIÖN TOIMINTAOHJELMA

2.1 Toimintaohjelma ja sen keskeiset tavoitteet

STM asetti työryhmän laatimaan Suomen ensimmäisen kansallisen seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman, jonka tavoitteena oli edistää väestön, sekä pariskuntien että yksilöiden seksuaali- ja lisääntymisterveyttä. Toimintaohjelma toteutettiin vuosina 2007–2011. Huomiota kiinnitettiin erityisesti nuoriin. STM tuki tämän toimintaohjelman avulla väestön, parien sekä yksilöiden seksuaali- ja lisääntymisterveyden vahvistamista. Kyseessä oli monitieteinen ja monialainen ohjelma, joten sen laatiminen perustui eri sektoreiden ja hallinnonalojen yhteistyöhön. Ohjelma oli ensisijaisesti tarkoitettu sosiaali- ja terveydenhuollossa työskenteleville henkilöille, heidän johtajilleen, yhteistyötahoille ja kunnallisille luottamushenkilöille. Lisäksi keskeisiä kohderyhmiä olivat sosiaali- ja terveydenhuollon opettajat, peruskoulujen, lukioiden ja ammatillisten oppilaitosten terveystiedon opettajat ja heidän kouluttajansa. (Toimintaohjelma 2007, 3, 13, 22.)

SeLiTe-toimintaohjelman 2007–2011 mukaan väestön tietoutta seksuaali- ja lisääntymisterveydestä oli parannettava ja monipuolista neuvontaa integroitava osaksi sosiaali- ja terveystalvija. Ei-toivottujen raskauksien, raskauden keskeytysten ja sukupuolitautilien ehkäisemiseksi täytyi lisätä kondomien käyttöä sekä painottaa kummankin osapuolen vastuullista panosta seksuaalisuhteessa. Raskauden ajan, synnytyksen ja synnytyksen jälkeisessä hoidossa oli tavoitteena varmistaa syntyvän lapsen ja äidin terveys, sekä koko perheen hyvinvointi. Lisäksi tavoiteltiin vanhemmuuden ja perisuhteen tukemista, palvelun tarpeisiin vastaamista entistä yksilöllisemmin, sekä erityisryhmien palveluiden kehittämistä. Toimintaohjelmassa kiinnitettiin huomiota erityisesti seksuaalisen väkivallan varhaiseen tunnistamiseen sekä ennaltaehkäisyn ja hoidon kehittämiseen. Tavoitteiden toteutumisen edellytyksenä olivat seksuaali- ja lisääntymisterveyden palvelurakenteen kehittäminen ja osaamisen vahvistaminen. (Toimintaohjelma 2007, 22.)

Toimintaohjelman tavoitteena oli organisoida kansallisella tasolla seksuaali- ja lisääntymisterveyden pysyvä asiantuntijatyö ja perustaa kansallinen yhteistyö- ja koordinaatioelin. Alueellisella tasolla kaikissa sairaanhoitopiireissä ehdotettiin perustettavaksi alueellinen SeLiTe-työryhmä ja nimettäväksi yhdyshenkilö. STM suositteli, että kunnat ja kuntayhtymät ottaisivat huomioon toimintaohjelman linjaukset meneillään olleessa kunta- ja palvelurakennuudistuksessa. (Toimintaohjelma 2007, 13, 22.)

Toimintaohjelma sisälsi useita ennaltaehkäiseviäkin suosituksia, joiden toteuttaminen olisi mahdollista osana normaalia kehittämistoimintaa jo olemassa olevilla resursseilla. Lyhyellä tähtämellä aiheutuneet lisäkustannukset parantaisivat palveluiden toimivuutta, saatavuutta, laatua ja kustannustehokkuutta. Esimerkiksi ehkäisyneuvonta hyvin toteutettuna voi vähentää sukupuolitauteja, raskauden keskeytyksiä ja niistä aiheutuvia komplikaatioita. (Toimintaohjelma 2007, 3, 23.)

2.2 Väliarviointi sosiaali- ja terveysministeriön toimintaohjelmasta

Toimintaohjelman väliarviointi on tehty toteutuskauden puolivälissä keväällä 2009. Väliarviointi toteutettiin kyselyiden ja strukturoidun tiedonkeruun avulla. Lisäksi hyödynnettiin seksuaali- ja lisääntymisterveyttä koskevia tuoreita tilastoja, terveyskeskuskyselyä, sairaanhoitopiirikyselyä ja koulutusorganisaatioille keväällä 2009 suunnattua kyselyä. Sairaanhoitopiiri-kysely oli laadittu väliarviota varten ja se lähetettiin kaikille sairaanhoitopiireille keväällä 2009. Terveyskeskus-kyselyn aineisto kerättiin lokakuussa 2008. Sosiaali- ja terveysalan ammattikorkeakouluilta ja muilta keskeisiltä koulutustahoilta kysyttiin seksologian ja seksuaaliterveyden koulutuksista vuosien 2003–2009 välisenä aikana. (Väliarviointi 2010, 4.)

Väliarvioinnin raportissa on esitelty taulukot, joista selviää siihen mennessä saavutetut tavoitteet ja muutokset (Väliarviointi 2010, 4). Toimintaohjelman loppuvaiheessa järjestettiin STM:n ja THL:n yhteistyönä työseminaari, jossa eri aihealueiden asiantuntijat esittivät toimintaohjelman aikana toteutuneet edistysaskeleet ja toisaalta aihealueen haasteet tulevaisuudessa. Työseminaarin esitykset on luettavissa THL:n www-sivuilla (http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/organisaatio/rakenne/yksikot/seli/verkostokirje/2012).

3 TOIMINTAOHJELMAN SISÄLTÖ JA TAVOITTEIDEN TOTEUTUMISEEN TÄHTÄÄVÄT TOIMENPITEET

SeLiTe-toimintaohjelmassa 2007–2011 on kuvattu sen toimikaudella käynnistettävä tai toteutettava toimintamalli ja tavoitteet seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämistyön toimintatavoille, osaamisen kehittämiseksi, johtamiselle ja palvelurakenteille. Ohjelmaan sisältyi 14 aihekokonaisuutta, joille oli suunniteltu tarvittavat toimenpiteet sekä asetettu tavoitteet. Tässä työssä toimintaohjelman aihekokonaisuudet on tiivistetty kahdeksaan aihekokonaisuusluokkaan, esimerkiksi käsittelemällä kaikki synnytyksiä käsitelleet osiot yhteisen otsikon alla.

3.1 Seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvän neuvonnan kehittäminen ja väestön tiedon parantaminen

Seksuaalineuvonnan palvelutarpeesta ei ollut Suomessa selvää käsitystä toimintaohjelmaa laadittaessa, sillä aihetta oli kartoitettu vähän ja tieto oli hajanaista. Neuvonnapalveluita tarjoavien organisaatioiden kokemusten perusteella neuvonnan tarve oli 2000-luvulla kasvussa. Apua tultiin ehkä herkemmin hakemaan, kun suhtautuminen seksuaalisuuteen oli tullut aiempaa avoimemmaksi ja lääketieteelliset hoitokeinot olivat kehittyneet. Yksityisen sektorin oletettiin olevan seksuaalisista toimintahäiriöistä kärsivien ihmisten ensisijainen hoitoon hakeutumisreitti, vaikka perusterveydenhuolto on palvelujen tarjoajana avainasemassa. Toimintaohjelman mukaan aktiivista seksuaalisuuden puheeksi ottamista tulisi lisätä kaikissa palveluissa potilasta kunnioittavalla tavalla. (Toimintaohjelma 2007, 28–29, 33.)

Seksuaalineuvonta kuuluu perinteisesti ehkäisevän terveydenhuollon palveluihin, kuten äitiys- ja lastenneuvolatyöhön. Neuvoloissa tulisi antaa enemmän neuvontaa ja tietoa parisuhdevaikeuksien ja lapsiperheiden vanhempien eroamisen ehkäisemiseksi. Lisäksi nuorten tulisi saada neuvoja ja apua seksuaalisuutta koskeviin kysymyksiin vaivattomasti lähipalveluna. Tässä keskeinen merkitys on koulu- ja opiskelijaterveydenhuollolla, joille valtakunnallisissa oppaissa seksuaalineuvonta onkin osoitettu. (Toimintaohjelma 2007, 29–30.)

Seksuaalineuvonnan tulisi toteutua tasa-arvoisesti asiakkaan tarpeen mukaan riippumatta iästä, sukupuolesta, kulttuurista, seksuaalisesta suuntautumisesta tai muista yksilöllisistä ominaisuuksista.

sista. Myös tuotettavan materiaalin ja informaation tulisi tavoittaa tasa-arvoisesti kaikki väestöryhmät. Seksuaaliterveyteen liittyvät palvelut kohdistuvat usein pääasiassa naisiin, vaikka miehetkin haluaisivat osallistua enemmän esimerkiksi raskauden ehkäisyn toteuttamiseen. Neuvoloissa isät kokevat edelleen jäävänsä sivullisiksi, vaikka parisuhteen ja perheen huomioimista korostetaan. Seksuaali- ja sukupuolivähemmistöille tarkoitetut erityispalvelut ovat Suomessa kolmannen sektorin järjestämiä, joista Seksuaalinen tasavertaisuus Seta Ry on tunnetuin. Vammaisten ihmisten seksuaalisuus on usein tabu, johon sekä heidän läheisten että palveluita tuottavien ammattihenkilöiden on vaikea suhtautua. (Toimintaohjelma 2007, 30–33, 43.)

Valtaväestöstä poikkeavan kulttuuritaustan omaavien ihmisten osuuden todettiin toimintaohjelmaa laadittaessa lisääntyneen ja sen ennustettiin lisääntyvän tulevaisuudessakin. Seksuaaliterveyden aihealueilla eroavaisuuksia kulttuurisissa näkemyksissä esiintyi ja ne näkyivät esimerkiksi uskomusten ja riittien muodossa. Lisäksi erityisesti naisen aseman ja heidän oikeuteensa määrätä koskemattomuudestaan erosivat suomalaisesta tavasta. Ilman tarvittavaa valmentautumista monikulttuuriset kohtaamiset palvelujen parissa ennakoitiin tuottavan pettymyksiä niin asiakkaille kuin työntekijöille. SeLiTe-palveluissa tulisi huomioida myös maahanmuuttajien perustiedot, jotka voivat olla puutteelliset. Lisäksi vangit ja yhdyskuntapalvelua suorittavat asiakkaat ovat seksuaali- ja lisääntymisterveyden kannalta haasteellinen ryhmä, sillä koulutustaso on alhainen ja terveyttä koskevat tiedot keskivertoa heikkomat. (Toimintaohjelma 2007, 32–33.)

Väliarvioinnin mukaan haasteena oli edelleen seksuaalineuvojen määrän vähyys, seksuaalineuvojen toimenkuvan selkiintymättömyys ja pysyvien rakenteiden puuttuminen palvelujärjestelmästä. Seksuaalineuvonnan tehtävät pitäisi osoittaa koulutetun työntekijän hoidettavaksi sairaanhoidopiireissä ja terveyskeskuksissa, jotta seksuaaliterveyden integroiminen muiden palveluiden yhteyteen onnistuisi. Työn laadun parantaminen ja hoitokäytäntöjen uusiminen sekä kustannusten säästäminen voisi onnistua valtakunnallisella yhteistyöllä. (Väliarviointi 2010, 7.) Palvelujen tarpeesta ja käytöstä oli toimintaohjelmaa laadittaessa niukasti ja hajanaisesti tietoa. Toimintaohjelman päätyttyä tietoa oli saatavilla yksittäisistä tutkimuksista ja selvityksistä. Säännöllisin väliajoin tehtävä seurantatutkimus on kuitenkin edellytyksenä palvelujen kehittymisen seurantaan ja mahdollisten muuttuvien tarpeiden edellyttämän kehittämistyön toteuttamiselle.

Seksuaalikasvatuksen pohja tulisi aloittaa jo varhaislapsuudessa (Seksuaalikasvatuksen Standardit Euroopassa 2010). Alle kouluikäisten ja alakoululaisten seksuaalikasvatuksen tehtävänä on luoda pohjaa toisen ihmisen kunnioittamiselle ja ihmissuhteille. Lisäksi seksuaalikasvatuksen

tulisi kehittää ymmärrystä omasta kehosta ja antaa tietoa itsemääräämisoikeudesta. Peruskoulun alaluokilla terveystieto ja seksuaaliopetus sisällytetään muihin oppiaineisiin, mutta yläluokilla terveystietoa opetetaan omana oppiaineena. Peruskoulun seksuaaliopetus on avainasemassa tavoittaessaan koko oppivelvollisuusikäisen väestön. (Toimintaohjelma 2007, 36–37.)

Terveystiedon opetus jatkuu sekä lukiossa että ammattikoulussa. Lukion opetussuunnitelmaan terveystietoa sisältyy yksi pakollinen kurssi sekä kaksi valinnaista. Näiden aiheissa seksuaaliterveys mainitaan sisällössä. Ammatilliseen perustutkintoon terveystietoa kuuluu yksi opintoviikko opetussuunnitelman mukaan, mutta siihen ei sisälly ollenkaan seksuaaliterveyteen liittyviä aiheita. Tavoitteen mukaan seksuaalikasvatuksen tulisi koskea kaikkia lapsia ja nuoria tasa-arvoisesti ja sisältyä kaikkeen kasvatukseen ja opetustoimintaan varhaiskasvatuksesta toisen asteen koulutukseen. (Toimintaohjelma 2007, 37–38.)

Peruskoulun jälkeen tietoa kertyy eniten Internetistä ja aikakauslehdistä, mutta tietoa on aika hajallaan ja voi hukkua epäasiallisen informaation sekaan. STM:n hankerahoituksella maahamme ollaan kehittämässä kansalaisen terveystietoa, jonka kautta ihmiset saisivat luotettavaa tietoa terveyttään koskien yhdestä paikasta. Tavoitteena on, että tätä kautta väestö voisi saada asiantuntijoiden tuottamaa ja tarkastamaa tietoa myös seksuaali- ja lisääntymisterveydestä. (Toimintaohjelma 2007, 39–41.)

Väliarvioinnin mukaan haasteena oli edelleen se, että seksuaaliterveyden edistämistä varhaiskasvatuksessa ei ole tapahtunut tarvittavissa määrin. Myös opetussuunnitelman perusteita uusittaessa peruskouluissa, lukioissa ja ammatillisissa oppilaitoksissa olisi tulevaisuudessa varmistettava, että seksuaaliterveysasiat tulevat olemaan selkeästi osa terveystiedon opetusta eri luokka-asteilla. Lisäksi ammatillisissa oppilaitoksissa olisi kiinnitettävä erityistä huomiota nuorten aikuisen seksuaalikasvatuksen vahvistamiseen ja seksuaaliterveyspalveluihin. Sekä palvelujen kehittäminen että seksuaalikasvatuksen vahvistaminen edellyttää entistä tarkempaa tutkimuksellista tietoa nykytilanteesta. (Väliarviointi 2010, 8.)

3.2 Seksuaali- ja lisääntymisterveyden palveluiden organisointi ja ammattihenkilöiden osaaminen

Äitiysneuvolat ovat oleellinen osa suomalaista terveydenhuoltoa raskauden aikana. Ennen toimintaohjelman aloitusta tehtyjen tutkimusten mukaan ehkäisyneuvonta oli yhdistetty osaksi äitiys-

neuvolatyötä ja vain joka viidennessä terveyskeskuksessa oli erillinen ehkäisyneuvola. Osa SeLi-Te-palveluista, kuten raskaudenkeskeytysten ja sukupuolitautilien hoito, sekä hedelmättömyystutkimukset, oli hoidettu terveyskeskuksissa vaihtelevin tavoin yleensä vastaanotto toiminnan osana, eikä niitä oltu integroitu tai keskitetty perhesuunnittelutoiminnan yhteyteen. (Toimintaohjelma 2007, 47–48.)

Asiantuntijoiden näkemysten mukaan äitiysneuvolajärjestelmää olisi uudistettava, kuten myös sen toimintamalleja. Jos äitiysneuvolassa pitäisi nykyistä enemmän pystyä seuraamaan normaalia raskautta ja hoitamaan tiettyjä erityisryhmiä kuten alatiesynnytystä pelkääviä ilman erikoissairaanhoidon tukea, tulisi lisääntymisterveyden asiantuntemusta vahvistaa äitiysneuvolassa. Tämä vahvistaminen tukisi lisäksi perusterveydenhuollon ja sosiaalihuollon moniammatillisia tiimejä. Tämä antaisi erikoissairaanhoidolle lisää resursseja panostaa sellaisiin erityisryhmiin, joiden seuranta ja hoito on järjestettävä äitiyspoliklinikalla. (Toimintaohjelma 2007, 51.)

Keskeinen uudistamislinja toimintaohjelmassa oli lasten, nuorten sekä heidän perheidensä palveluiden kokoaminen kunnissa perhepalveluverkostoihin ja perhekeskuksiin, joihin useasti ollaan liittämässä myös äitiys- ja lastenneuvoloita. Etuina työntekijöille olisi moniammatillinen yhteistyö, henkilökunnan riittävyys ja pätevyys sekä konsultoinnin helpottuminen. Kaikkia palveluita ei kuitenkaan ole tarkoitus keskittää suurempien väestöpohjien yksiköihin, vaan tiettyjä palveluita on tarve saada lähempää, erityisesti nuorille suunnattuja. Lisäksi neuvolapalvelut säilyisivät pääosin lähipalveluina, mutta osa palveluista kuten synnytysvalmennus ja sikiöseulonnat ja siihen liittyvä ohjaus hoidettaisiin keskitetysti. (Toimintaohjelma 2007, 51–52, 54.)

3.3 Raskautta edeltävä neuvonta ja raskaudenajan hoito, synnytyksen hoito ja synnytyksen jälkeinen hoito

Raskautta edeltävää neuvontaa tarjotaan kaikille naisille ja heidän kumppaneilleen, jotka tarvitsevat ammattilaisen neuvontaa ennen raskaaksi tuloa. Neuvonta järjestetään joko perusterveydenhuollossa tai erikoissairaanhoidossa riippuen alueellisesta sopimuksesta. Neuvonta voidaan toteuttaa myös erikoissairaanhoidon konsultaation tukemana ja tarvittaessa läheteellä äitiyspoliklinikalla. (Toimintaohjelma 2007, 57.) Tuoreen tutkimuksen mukaan tahaton lapsettomuus on yleistynyt Suomessa 2000 luvulla ja joka viides 30–69 vuotiaista raportoi kokeneensa tahatonta lap-

settomuutta jossain elämänsä vaiheessa (Koponen, P., Klemetti, R., Luoto, R., Alha, P. & Surcel, H-M. 2012, 111).

Lapsettomuuden tutkimisen käynnistämistä harkitaan, jos raskaus ei ole alkanut vuoden kuluessa säännöllisestä yrittämisestä tai tarvittaessa jo aiemmin, jos tiedossa on hedelmällisyyttä alentavia tekijöitä. Perusterveydenhuollossa lapsettomuuden tutkiminen aloitetaan taustatietojen keräämisellä ja kliinisten tutkimusten tekemisellä, jonka jälkeen tutkimukset jatkuvat erikoissairaanhoidon puolella. Myös yksityinen sektori on merkittävässä asemassa palveluiden tarjoajana. (Toimintaohjelma 2007, 57.)

Lapsettomuuden taustalla on todennäköisesti usein syitä, joita voitaisiin ehkäistä paremmalla neuvonnalla. Neuvonnan kehittäminen ja riskien ehkäiseminen edellyttää kuitenkin tarkempaa tutkimustietoa lapsettomuuden taustalla olevista syistä ja riskitekijöistä. Raskaudenehkäisy palveluissa sekä koulu- ja opiskelijaterveydenhuollossa olisi lisättävä hedelmällisyyttä ja seksuaaliterveyttä edistävää valistusta. (Tiitinen, A. 2012, hakupäivä 22.2.2013.)

Toimintaohjelmassa oli valittu tietyt teemat, joiden mukaan raskaana olevien naisten ja heidän perheidensä hoidon kehittämistä arvioidaan. Alapuolella olevassa taulukossa (Taulukko 1.) on esitelty teemat ja niiden tavoitteet. (Toimintaohjelma 2007, 59–60.)

TAULUKKO 1. Toimintaohjelman teemat raskauden aikaiseen ja sen jälkeiseen hoitoon (Toimintaohjelma 2007, 59–72.)

Teema	Tavoite
Varhainen vuorovaikutus ja vanhemmaksi kasvu	Vanhempia ohjataan havaitsemaan vastasyntyneen tarpeita sekä vastaamaan niihin tarkoituksenmukaisesti
Imetyksen ohjaus ja tukeminen	Kuuden kuukauden täysimetystä tuetaan ja sen jatkumista valtakunnallisten suositusten mukaisesti
Synnytyssuunnitelma	Naisella on tilaisuus osallistua oman synnytyksen suunnitteluun ja mahdollisuus saada ohjausta synnytykseen valmistautumisessa.
Synnytyspelon käsittely	Tarvittava tuki ja apu alatiesynnytystä pelkäävälle naiselle, jotta keisarinleikkaukseen ei tarvitse turvautua pelon takia
Perhevalmennuksen kehittäminen	Tarpeellisiksi koettujen asioiden käsitteleminen ja niiden tietojen kehittäminen.
Verkostoituminen erityisryhmille palveluja tuottavien tahojen kanssa	Ammattihenkilö tunnistaa erityisryhmät sekä tietää miten heitä hoidetaan ja mitä muita palveluita he tarvitsevat
Tupakoivien äitien tukeminen ja ohjaus	Tupakoinnin väheneminen raskaus- ja imetysaikana
Päihteitä käyttävien äitien tunnistaminen ja hoito	Alkoholin käytön väheneminen raskausaikana sekä päihteiden väärinkäytön tunnistaminen äitiyshuollossa ja sen mukainen hoito ja tuki.
HIV-äiti-lapsitartuntojen ehkäiseminen	HIV-tartuntojen ehkäiseminen äidistä lapseen
Ylipainoisten äitien seuranta ja ohjaus	Tarvittava tieto ja tuki liikunnan ja ravinnon vaikutuksesta raskausdiabeteksen ehkäisyyn ylipainoisilla odottajilla sekä normaalipainoisilla raskausdiabeteksen riskissä oleville odottajille
Keskenmenopotilaan jälkitarkastus ja psykososiaalinen tuki	Keskenmenon saaneilla potilailla mahdollisuus saada psykososiaalista tukea sairaalassa olon aikana ja myös sen jälkeen halutessaan.

Väliarvioinnissa osoitettiin, että vain noin 75 % terveyskeskuksien äitiysneuvoloista käytti AUDIT-lomaketta alkoholin käytön mittarina. Haasteena on edelleen saada raskauden aikainen tupakan ja päihteiden käyttö vähenemään. (Väliarviointi 2010, 8.) Tuoreen THL:n tutkimuksen mukaan raskauden aikainen tupakointi on Suomessa vallitsevaa käsitystä yleisempää; jopa 22 % kaikista raskaana olevista ilmoittaa polttavansa alkuraskauden aikana (Surcel, H-M. 2012, hakupäivä 22.2.2013). Raskaana olevien naisten ylipaino on selvästi lisääntynyt ja siitä on ollut valmisteilla äitiyshuollon ohjeistuksen päivitys. Lisäksi huomioitavaa on synnytysiän nousu ja sen seuraukset niin odottaville äideille, syntyneille vauvoille kuin terveydenhuolollekin. Parannuskeinona on ollut sikiöseulontojen laadunseurannan ja -valvonnan, sekä vaikuttavuuden seurannan ja seulontatietien luotettavuuden seurannan ja arvioinnin järjestäminen alueellisella ja valtakunnallisella tasolla. (Väliarviointi 2010, 9.)

3.4 Raskauden ehkäisypalvelut ja keskeytykset

Päätelmät raskauden ehkäisyn tuloksellisuudesta on tehtävä raskauden keskeytystilastoihin perustuen, sillä Suomessa ei ole tutkimustietoa siitä kuinka suuri osa raskauksista kaiken kaikkiaan on suunniteltuja ja kuinka hyvin perheen koon suunnittelu ja lasten syntymän ajoittuminen onnistuvat. (Toimintaohjelma 2007, 97). Raskauden keskeytykseen hakeutuneista 38 % ei ollut käyttänyt mitään ehkäisyä raskauden alkaessa vuonna 2006, mikä tarkoittaa sitä, että vaikka raskauden ehkäisyyn liittyvä epäonnistumisen mahdollisuuskin huomioitaisiin, olisi periaatteessa kolmannes keskeytyksistä estettävissä ehkäisyä käyttämällä (Toimintaohjelma 2007, 99). Terveys 2011 raportin mukaan keskeytysten määrissä ei ole tapahtunut merkittäviä muutoksia vuodesta 2000 (Koponen, P., Klemetti, R., Luoto, R., Alha, P. & Surcel, H-M. 2012, 113).

Perhesuunnittelun vaikeudesta kertoo puolestaan se, että 6-8 kuukautta synnytyksen jälkeen valitsee kohonnut riski raskauden keskeytykseen, joka omalta osaltaan kertoo synnytyksen jälkeisen ehkäisyn riittämättömästä toteutumisesta. Lääketieteellisiin menetelmiin siirrytään verrattain myöhään, sillä kahdessa äitiysneuvolassa tehdyssä tutkimuksessa ilmeni, että kondomi on tärkein ehkäisymenetelmä ainakin vuoden synnytyksen jälkeen ja noin viidennes ei käytä minkäänlaista ehkäisyä ensimmäisten kolmen kuukauden jälkeen synnytyksestä. (Toimintaohjelma 2007, 99.)

Nuorten tärkein ehkäisymenetelmä on kondomi ja havaittavissa on ollut siirtymää kondomin käytöstä ehkäisypillereihin, harvoin kuitenkaan niiden yhdistelmään. Raskauden ehkäisyn näkökulmasta on siis siirrytty tehokkaamman ehkäisyn suuntaan, mutta sukupuolitautilien ehkäisemisen näkökulmasta heikompaan (Kosunen, E. 2004.) Aikuisväestön ehkäisykäytännöistä ei ole ole-massa samalla tavoin vertailukelpoista tietoa kuten nuorison osalta. Aikuisväestön tutkimuksissa ei ole määritelty aina yksiselitteisesti raskautta haluavien osuutta, jolloin myöskään ehkäisyä lai-minlyövien osuuksista ei ole selkeää tietoa. Jälkiehkäisy vapautui itsehoitolääkkeeksi toukokuu-sa 2002, mutta keskeytystilastojen perusteella, sillä ei kuitenkaan ole ollut toivottua vaikutusta raskauden keskeytystarpeeseen. (Toimintaohjelma 2007, 99–100.)

Kansanterveyslain 1972 ehkäisyneuvonta kuuluu kuntien järjestettäväksi. Ehkäisyneuvonnan kannalta keskeisimmät seikat ovat palveluihin pääsy ja niiden saatavuus. Ehkäisyneuvonnan saa-tavuuden esteitä ovat olleet tiedolliset, maantieteelliset, taloudelliset, psykososiaaliset, hallinnolli-set ja lääketieteelliset seikat. Niitä ovat olleet esimerkiksi vähäinen tieto välineistä ja palveluista, etäisyys palveluista, ehkäisyvälineiden hinta ja vastaanotolla käynnin kokonaiskustannukset, pe-lot ja uskomukset, kulttuuriset käsitykset, uskonto, työnjako, näyttöön perustumattomat rajoitukset ehkäisyvälineiden tarjonnassa sekä turhat tutkimukset ehtona ehkäisyn saamiselle. (Toimintaoh-jelma 2007, 101–102.)

Palveluiden kehittäminen seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen suuntaan on ollut ydin-ajatuksena raskauden ehkäisypalveluiden kehittämisessä. Haastattelut seksuaalikäyttäytymises-tä, parisuhteen luonteesta ja elämäntilanteesta yleensä ovat edellytyksenä sopivan ehkäisymene-telmän valinnassa. Haastattelun yhteydessä olisi myös hyvä ottaa puheeksi sukupuolitautilien eh-käisy, seksuaalineuvonta ja esimerkiksi väkivaltakokemusten tai muiden vaikeuksien havaitsemi-nen. Palvelukäytäntöjä tulisi myös kehittää niin, että palveluissa huomioitaisiin myös entistä enemmän poikia ja miehiä. (Toimintaohjelma 2007, 103.)

Tutkimusten mukaan kaikki terveyskeskukset ovat järjestäneet ehkäisyneuvontapalvelut, mutta niissä on kuitenkin suuria eroja. Koulu- ja opiskeluterveydenhuollon on parannettava ehkäisy-osaamista ja kuntien on huolehdittava palveluiden tunnettavuudesta nuorille, etenkin jos kyseisiä palveluita on tarjolla vain äitiys- tai lastenneuvolassa. (Väliarviointi 2010, 9–10.)

Raskaudenkeskeytyksen hoidosta annettiin vuonna 2001 hoitosuositus, jonka ensisijaisena ta-voitteena on lainsäädäntöä noudattava, potilaan yksilölliset tarpeet huomioon ottava ja lääketie-

teellisesti turvallinen raskaudenkeskeytys, joka toteutetaan perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä. Lisäksi tavoitteena on huomioida raskauden ehkäisyyn liittyvä neuvonta, jolla tuetaan toimivaa, hyvää ja turvallista parisuhdetta ja pyritään keskeytysten määrän vähentämiseen ja erityisesti toistuvien keskeytysten estämiseen. Tilastot kuitenkin viittaavat siihen, että keskeytyksen jälkeinen ehkäisyneuvonta ei ole tehostunut riittävästi, sillä toistuvien keskeytysten osuus on ollut lievässä nousussa. Potilaiden psykososiaalinen hoito ja tehokkaan raskauden ehkäisyn suunnittelu on entistä enemmän perusterveydenhuollon palveluiden varassa, sillä raskauden keskeytys on viimeisen kymmenen vuoden aikana muuttunut pääosin polikliiniseksi lyhytkestoiseksi toiminnaksi. Tämä on otettava huomioon palveluiden suunnittelussa ja toteutuksessa. (Toimintaohjelma 2007, 108–110.)

Väliraportissa ilmeni, että raskauden keskeytysten määrä oli vähentynyt, mutta toistuvien keskeytysten määrä oli nousussa. Niitä tulisikin analysoida tarkemmin ja suunnitella tarvittavia toimenpiteitä tilanteen parantamiseksi. Kustannuksiltaan edullisimmaksi tulisi pysyvän ehkäisyn tarjoaminen maksutta keskeytykseen tuleville. Edellytyksenä tämän toteutumiseksi tarvitaan sairaanhoitopiiriin ja terveyskeskusten tiiviimpää yhteistyötä. (Väliarviointi 2010, 10.)

Vuonna 2011 Suomessa tehtiin 10 490 raskaudenkeskeytystä, joka on 2 % enemmän kuin edellisenä vuonna. Eniten keskeytyksiä tekivät 20–24-vuotiaat. 2000 -luvulla keskeytysten määrä on kuitenkin pysynyt vakaana, eli keskimäärin 9,0 keskeytystä tuhatta hedelmällisessä iässä (15–40 – vuotiaista) olevaa naista kohden. Merkittävää 2000 – luvulla on ollut alle 20-vuotiaiden naisten keskeytysten määrän väheneminen. (Raskaudenkeskeytykset 2011, hakupäivä 13.2.2013.) Raskaudenkeskeytyksen päivitetty Käypä hoito -suositus on julkaistu Käyvän hoidon kotisivuilla.

3.5 Sukupuolitaudit

Yleisin bakteerin aiheuttama sukupuolitauti on sukupuoliteitse tarttuva klamydiainfektio. Muita Suomessa esiintyviä sukupuolitauteja ovat kuppa ja tippuri. 1980-luvun jälkeen niiden esiintyvyyttä on vähentynyt Suomessa merkittävästi, eivätkä niiden ilmaantuvuusluvut ole kasvussa. 2000-luvulla HIV-tapauksia on todettu noin 130 kappaletta vuodessa. Tuoreen HIV-strategialuonnoksen mukaan HIV-infektion tartuntatietä on tyypillisesti heteroseksuaalinen yhdyntä ja infektiot todetaan myöhään. HIV-infektio on hyvin yleinen miehillä, jotka harrastavat seksiä miesten kanssa. ja tä-

hän ryhmään suunnattua ennaltaehkäisevää työtä ja testausta pitääkin strategian mukaan laajentaa ja kehittää nykyisestään. (Hiv-tartunnat todetaan liian myöhään 2012, hakupäivä 14.2.2013.)

Sukupuoliteitse tarttuvista taudeista ylivoimaisesti yleisin on HPV eli ihmisen papilloomaviruksen aiheuttama infektio, mutta sen esiintyvyydestä ei ole olemassa tilastollista seurantaa. Sukupuolitautilien ehkäisemisessä suuri rooli on seksuaalikasvatuksella ja kondomin käytön edistämällä. (Toimintaohjelma 2007, 111–112.)

Toimintaohjelman mukaan kaikkien sukupuolitautilien diagnostinen valmius on pidettävä ajan tasalla perusterveydenhuollossa epidemioiden torjumiseksi. Esimerkiksi klamydian edelleen todettavissa oleva yleistyminen tulkitaan yleisesti olevan merkki siitä, ettei sukupuolitauteja vastaan suojauduta riittävästi. Nuorisolle tehtyjen kyselytutkimusten mukaan kondomien suosio on laskussa, jolloin heikko suojautuminen jättää portit auki myös muille sukupuoliteitse tarttuville taudeille. (Toimintaohjelma 2007, 113–114.)

Sukupuolitautilien osalta toimintaohjelman tavoitteena oli klamydiatartuntojen määrän laskeminen vähintään viidenneksellä vuoden 2005 tasosta, sekä seksivälitteisten HIV-tartuntojen määrän laskeminen vuoteen 2012 mennessä. Tavoitteena oli lisäksi tippuri- ja kuppataartuntojen määrän nousun estäminen ja kotimaassa esiintyvien tartuntojen vähentäminen, sekä vähentää kohdunkaulan syövän ja sen esiasteiden esiintyvyyttä. Tavoitteiden toteutumiseksi väestön tietoutta sukupuolitaudeista, niiden ehkäisystä ja vaikutuksista lisääntymisterveyteen suunniteltiin parannettavan. Lisäksi suunniteltiin edistettävän kondomien käyttöä ja valikoiduissa terveydenhuollon toimipisteissä opportunistisen klamydiaseulonnan käyttöönottoa. Klamydiapositiiviseksi todettujen henkilöiden sukupuolikumppaneiden tutkimukseen ja hoitoon saattamista tuli tehostaa, papilloomavirusrokotteen vaikutusta kohdunkaulansyövän ehkäisyyn tutkia sekä seurantajärjestelmiä ja niiden keräämien tietojen hyväksikäyttöä kehitettävä. Myös terveydenhuollon ammattihenkilöstön koulutusta sukupuolitaudeista tuli tehostaa ja klamydian tutkimuksesta, hoidosta ja ehkäisystä laatia Käypä hoito-suositus. (Toimintaohjelma 2007, 115–117.)

Väliraportin mukaan sukupuolitautilien ehkäisyä on edelleen tehostettava (Väliarviointi 2010, 11). Klamydiainfektioiden esiintyvyyksluvut ovat pysyneet samalla tasolla 2000-luvulla (Jaakkola, Lyytikäinen, Rimhanen-Finne, Salmenlinna, Vuopio, Roivainen, Löflund, Kuusi, & Ruutu 2012). Matalan kynnyksen nimettömänä testaukseen pääsy ei edelleenkaan toimi Suomessa ja tartunnan jäljitys ei useimmiten toteudu (Wikström, Bloigu, Ohman, Hiltunen-Back, Virtanen, Tasanen, Paavo-

nen, Lehtinen, Surcel 2012). Tuoreen tutkimuksen mukaan noin viidennes raportoiduista klamydia-infektioista on Suomessa uusia infektioita, joka tukee ajatusta, että infektion hoidon onnistumisen varmistaminen kontrollinäytteellä vähentäisi tehokkaasti toistuvista infektioista johtuvaa infektion esiintyvyyttä (Sukupuolitaudit Suomessa 2011, hakupäivä 22.2.2013). Klamydiainfektioiden esiintyvyyksiluvut ovat pysyneet samalla tasolla 2000-luvulla (Jaakkola ym 2012).

Matalan kynnyksen nimettömänä testaukseen pääsy ei edelleenkään toimi Suomessa ja tartunnanjäily ei useimmiten toteudu. Tuoreen tutkimuksen mukaan noin viidennes raportoiduista klamydia-infektioista on Suomessa uusinta-infektioita (Wikström ym. 2013), mikä tukee ajatusta, että infektion hoidon onnistumisen varmistaminen kontrollinäytteellä vähentäisi tehokkaasti toistuvista infektioista johtuvaa infektion esiintyvyyttä ja todennäköisesti näkyisi raportoitujen infektioiden määrän vähenemisenä (Sukupuolitaudit Suomessa 2011, hakupäivä 22.2.2013.)

3.6 Seksuaalinen väkivalta

Asian tabu-luonteesta johtuen seksuaalisen väkivallan yleisyydestä on vaikeaa saada kokonaiskuvaa. Seksuaalinen väkivalta peittyi parisuhdeväkivallan käsitteen sisään, sillä ne esiintyvät usein päällekkäin. Seksuaalista väkivaltaa koetaan kuitenkin myös parisuhteen ulkopuolella. Akuuttivaiheessa seksuaalisen väkivallan seuraukset ovat samanlaisia kuin muidenkin traumaattisten tapahtumien jälkeen. (Toimintaohjelma 2007, 119–120.) Kognitiiviset, emotionaaliset ja neurologiset muutokset, jotka altistavat mielenterveysongelmille ja saattavat ilmetä monenlaisena psyykkisenä ja somaattisena oireiluna voivat olla seksuaalisen väkivallan aiheuttamia (Heikinheimo & Tasola 2004, Punamäki & Ylikomi 2007). Seksuaalisen väkivallan aiheuttamia psyykkisiä ja psykosomaattisia oireita ovat esimerkiksi masennus ja itsetuhoisuus, vireystilan ja keskittymisen muutokset sekä seksuaalisuuden muutokset. (Toimintaohjelma 2007, 120.)

Seksuaalista väkivaltaa kokeneiden tulisi päästä asianmukaisesti tutkimukseen ja hoitoon sukupuolesta, asuinpaikasta ja varallisuudesta riippumatta. Mahdollisimman varhaisella uhrien tunnistamisella ja hoidolla ehkäistään lisätraumatisoitumista ja –uhrautumista sekä seksuaalirikollisuutta. Asiakas ei yleensä kerro historiaansa oma-aloitteisesti, jolloin aikaisemmat seksuaalisen hyväksikäytön tai väkivallan kokemukset eivät tule esille vastaanottotilanteissa, ellei niitä erikseen kysytä. Varsinkaan alaikäiset seksuaalisen väkivallan tai hyväksikäytön uhrin eivät usein uskalla tai osaa kertoa kokemuksistaan kenellekään. Seurusteluikäiset nuoret puuttuvat lähes kokonaan poliklinikka-aineistosta, jotka on kerätty seksuaalisen hyväksikäytön tai väkivallan vuoksi hoitoon

hakeutuneista alaikäisistä, joka voi viitata siihen, että he jäävät kokonaan palvelujen ulkopuolelle. (Toimintaohjelma 2007, 120–121.)

Väkivallasta kysymistä osana rutiininomaista toimintaa on painotettu viime vuosien terveydenhuollolle suunnatuissa oppaissa, sillä se ei ole vielä ollut rutiininomainen käytäntö terveydenhuollon toiminnassa. Väkivaltaa kokeneiden palvelutarjonta on tällä hetkellä satunnaista ja myös palveluiden saatavuudessa on alueellisia eroja. Poikien ja miesten kokema väkivalta on myös vielä vaietumpi asia kuin naisten, vaikka sekin on valitettavan yleistä. (Toimintaohjelma 2007, 121–122.)

Seksuaalista väkivaltaa kokeneiden kokonaisvaltaista tutkimusta ja hoitoa tulisi parantaa akuuttivaiheessa, kriisiytymistilanteissa sekä pitkäaikaisesti oireilevilla. Lisäksi uhrien oikeusturvaa tulisi parantaa sekä ammattihenkilöstön tietoisuutta, osaamista ja verkostoitumista tulisi myös kehittää. Pakottamiselle ja väkivaltaisille kokemuksille altistuvat erityisesti varhain kehittyneet tytöt, joiden olisi erittäin tärkeää saada ajoissa kehitysvaiheensa vastaavaa seksuaalikasvatusta. Seksuaalisen väkivallan ehkäisyn kannalta täytyisi olla avoin ilmapiiri seksuaalisuudesta keskustelemiselle sekä aiheiden käsittelylle koulun oppitunneilla. Parhaimmat näytöt primaaripreventiosta on saatu ohjelmista, joissa vaikutetaan lapsuuden ja nuoruudenaikaiseen kehitykseen yksilö- ja perhetasolla. Toimintaohjelman mukaan seksuaalisen väkivallan yleisyyttä tulisi kartoittaa määrävälein nuorisotutkimusten yhteydessä. (Toimintaohjelma 2007, 123–129.)

Väliraportin mukaan seksuaalista väkivaltaa pidetään edelleen merkittävänä piiloon jäävänä ongelmana. Seksuaalisen väkivallan näkyväksi tekemistä, ammatillisen osaamisen vahvistamista, ennaltaehkäisyä sekä toimenpiteitä uhrien ja tekijöiden auttamiseksi on jatkettava luomalla alueelliset ja paikalliset rakenteet ja osoittamalla niille riittävät resurssit. Väkivallattomuuteen kasvattaminen on ennaltaehkäisyn kannalta keskeisin periaate. (Väliarviointi 2010, 12.)

3.7 Raportointi, rekisterit, tilastointi, seuranta ja niiden aiheuttamat haasteet

THL, Tilastokeskus ja Työterveyslaitos vastaavat terveyteen liittyvästä tilastoinnista ja rekisteröinnistä, mihin Suomen terveysseuranta perustuukin täydentyen säännöllisesti tehtävillä kyselytutkimuksilla. Työterveyslaitosta lukuun ottamatta ne ovat keskeisimmät seksuaali- ja lisääntymisterveyttä koskevien tietojen tilastoviranomaiset. (Toimintaohjelma 2007, 144.) THL kerää seksuaali- ja lisääntymisterveyttä koskevista tilastoista informaatiota muun muassa kaikista äitiys- ja

lastenneuvolakäynneistä sekä ehkäisyneuvolakäynneistä syntyneiden lasten rekisteriin (Syntyneiden lasten rekisteri 2013, hakupäivä 24.3.2013). THL vastaa myös vuodesta 1996 lähtien toteutetusta kouluterveyskyselystä, josta saadaan seurantatietoa nuorten terveystietoisuudesta mukaan lukien nuorten seksuaalikäyttäytyminen, ehkäisy käyttö sekä saatu seksuaaliopetus ja seksuaalitiedot (Kouluterveyskysely, hakupäivä 24.3.2013).

THL vastaa myös sukupuolitautien tilastoinnista ja HIV/AIDS-tilastoista. Kliinisen mikrobiologian laboratorioilla on velvoite ilmoittaa klamydian, tippurin, kupan ja HIV-infektion varmentavista löydöksistä valtakunnalliseen tartuntatautirekisteriin. Myös lääkäreillä on velvoite ilmoittaa kaikista edellä mainituista tautitapauksista tartuntatautirekisteriin. (Tartuntatautien seuranta ja ilmoittautuminen 2013, hakupäivä 24.3.2013.)

Kansanterveyslain muutos (L 928/2005) edellyttää, että jokaisen kunnan on seurattava väestön terveyttä väestöryhmittäin kuin myös terveyttä edistävän toiminnan toteutumista. Tähän tarvitaan indikaattoreiden eli osoittimien kehittämistä terveyttä edistävien toimien eri aloille, kuten SeLiTe:en ja se on tärkeää myös kansainvälisen vertailun mahdollistamiseksi. (Toimintaohjelma 2007, 149.) Euroopan unionin alueella on pyrkimyksenä luoda kattava kansainvälinen seurantajärjestelmä (ECHI eli European Community Health Indicators) (Euroopan komissio 2013, hakupäivä 24.3.2013). EU:n kansanterveys- ja kuluttaja-asioiden pääosaston rahoittamissa lisääntymis- ja seksuaaliterveyden hankkeissa on kehitetty seurantajärjestelmien tilastollisia osoittimia (Toimintaohjelma 2007, 149). Suomen Tilasto- ja Indikaattoripankin SOTKANet:in sivuilla on nykyään myös SeLiTe-teemaan liittyviä indikaattoreita (Tietojen hakeminen SOTKANetistä 2013, hakupäivä 24.3.2013). Seksuaaliterveyden kehityksen seurantaan tarvittaisiin yksityis-kohtaisempaa tietoa nuorten synnytyksistä ja keskeytyksistä ja alaikäisten synnytykset ja keskeytykset tulisi eritellä omaksi indikaattorikseen. EU- hankkeen ehdottamista seksuaaliterveyden kannalta keskeisistä indikaattoreista puuttuu kokonaan järjestelmällinen tiedonkeruu aikuisväestön ehkäisymenetelmien käytöstä (ehkäisypillereitä lukuun ottamatta). (Toimintaohjelma 2007, 151.)

Palveluiden laadun kehittäminen ja laadun seuranta ovat keskeisiä seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämässä. Seuraava tärkeä kehitysvaihe on yleisten tilastollisten seurantaindikaattoreiden ja sen jälkeen laatuindikaattoreiden kehittäminen, joiden avulla pystytään toteuttamaan valtakunnallista vertailua. Luotettavat tiedonkeruumenetelmät ja tilastointitavat ovat perusta kaikkien väestöryhmien seksuaali- ja lisääntymisterveyden säännölliseksi seuraamiseksi. (Toimintaohjelma 2007, 151.)

Väliarvioinnin mukaan tutkimustoimintaa ja työelämän yhteistyötä on tiivistettävä ja etenkin seksuaaliterveyteen kohdistuvaa tutkimusta on lisättävä. Yhteistyötä on laajennettava niin, että seksuaali- ja lisääntymisterveyden seurantaindikaattorit sopivat myös Euroopan tason vertailuun. Seksuaalikäyttäytymisestä ja sitä määrittävistä tekijöistä tarvitaan säännöllisesti kerättävää tietoa koko väestöä koskien. (Väliarviointi 2010, 14.)

3.8 Seksuaali- ja lisääntymisterveyden tutkimus

Seksuaaliterveyden tutkimus on monitieteellistä, joten sen tutkimuskenttä ei ole yksiselitteisesti määriteltävissä käsitteen laaja-alaisuuden ja erilaisten rajaamistapojen vuoksi. Sen tutkimuksesta on vaikea saada kokonaiskuvaa, koska julkaisuja on tehty monilla tieteenaloilla. Yliopistojen ja tutkimuslaitosten yhteistyössä tekemää seksuaaliterveyden tutkimusta on esimerkiksi THL:n toteuttama kouluterveyskysely, josta saadaan seurantalunteista tietoa muun muassa seksuaalikäyttäytymisestä, mutta tutkimusyhteistyötä tarvittaisiin enemmän viestinnän, psykologian ja kasvatustieteiden tutkimusten kanssa. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden ilmiöiden laajempaan ymmärtämiseen tarvittaisiin enemmän laadullista tutkimusta, jota toteutetaankin paljon ammattikorkeakouluissa tehtävinä opinnäytetöinä ja työelämän yhteistyöhankkeina. Rekisteritietoja yhdistelemällä on mahdollista saada suuriin aineistoihin perustuvaa, kansainvälisestikin ainutlaatuista tutkimustietoa. (Toimintaohjelma 2007, 156–158.)

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden osalta on noussut esille niiden edistämisen kannalta tärkeitä aiheita, joista ei kuitenkaan ole tietoa huolimatta siitä, että tieto on luonteeltaan perustavaa laatua ja koskee suuria väestöryhmiä. Lisää tutkimustietoa tarvittaisiin esimerkiksi seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvien palveluiden tarpeesta ja saatavuudesta, väestön seksuaalisesta hyvinvoinnista ja parisuhteesta, seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen tarpeista ja kohtelusta sekä suunnitellun perhekoon ja lasten syntymän ajoituksen toteutumisesta. Terveys 2015 - kansanterveysohjelmassa tai sosiaali- ja terveydenhuollon tavoite- ja toimintaohjelmassa 2004–2007 ei mainita erikseen seksuaali- ja lisääntymisterveyttä, mutta se liittyy kuitenkin yleisesti teemoihin kuten syrjäytymisen ehkäiseminen, lasten ja nuorten terveyden edistäminen ja väkivallan vähentyminen, joita on haluttu painottaa yhteiskunnan tavoitteenasettelussa. (Toimintaohjelma 2007, 159.)

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden yleisenä ongelmana on se, ettei aihepiiriä vielä mielletä terveyden ja hyvinvoinnin kokonaiskenttään, joten tutkimusrahoituksen saaminen voi olla ongelmallista. Tupakointi, päihteiden käyttö, ylipaino ja liikunta ovat pitkään olleet perinteisiä terveyden edistämisen aiheita, jollainen on kuitenkin myös seksuaaliterveyttä edistävä käyttäytyminen, sillä myös sillä on omat yhtymä-kohtansa muihin terveystapoihin ja taustatekijöihin. Seksuaalikäyttäytyminen tulisi tunnistaa yhdeksi terveyteen vaikuttavaksi tekijäksi ja seksuaaliterveyden tutkimus tulisi tunnustaa osaksi terveyttä edistävää tutkimusta. (Toimintaohjelma 2007, 159–162.)

4 TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää väestötutkimuksissa olevien SeLiTe-kysymysten kattavuutta sekä kiinnittää huomiota kysymysten laatuun ja sisältöön. Tavoitteena on lisäksi arvioida, saadaanko väestötutkimuksista tietoa, joka on hyödynnettävissä SeLiTe-toimintaohjelman 2007–2011 tavoitteiden toteutumisen seurannassa.

Työn pidemmän ajan tavoite on laatia perusteet, joilla voidaan vaikuttaa tulevaisuudessa tehtävien väestökyselyjen sisältöön. Tutkimuksen tavoitteena on saada kyselyitä laativat tahot ymmärtämään seksuaalisuuden vaikutus ihmiseen lapsesta aikuiseen ja vanhukseen asti. Ennakkoletuksena on, että kysymysten määrä on nykyisissä kyselyissä vähäinen ja edustaa kapeasti laajaa SeLiTe-aihepiiriä.

Tutkimustehtävät ovat:

1. Mikä on seksuaali- ja lisääntymisterveyttä käsittelevien kysymysten määrä väestötutkimuksissa?
2. Miten laaja-alaisesti kysymyksen edustavat koko seksuaali- ja lisääntymisterveys aihepiiriä?
3. Minkälaisilla kysymysmuodoilla saavutetaan tutkimuksen tavoite?
4. Miten saatu tieto auttaa seksuaali- ja lisääntymisterveyden kehittämistä?

5 TUTKIMUKSEN SUORITTAMINEN

5.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimus on kvalitatiivinen tutkimus, jonka päämääränä on, toisin kuin kvantitatiivisessa tutkimuksessa, löytää ja tuoda esille tosiasioita, enemmän kuin todentaa olemassa olevaa tietoa (Hirsjärvi ym. 2007, 152–153). Tietoa hankitaan kokonaisvaltaisesti ja aineistoa kootaan todellisista tilanteista. Tiedonkeruussa luotetaan pääasiassa omiin havaintoihin ja keskusteluihin sen sijaan että käytetään mittausvälineillä hankittua tietoa. Lomakkeet ja testit ovat monilla tutkijoilla tiedonhankinnan apuvälineitä. Aineistohankinnassa käytetään laadullisia metodeja, joita ovat esimerkiksi teemahaastattelu, ryhmähaastattelut ja erilaisten tekstien ja dokumenttien analyysit. (Hirsjärvi ym. 2007, 155.) Tässä tutkimuksessa on käytetty aineistona Suomessa säännöllisin väliajoin toteutettavien väestötutkimuksia ja etenkin niistä poimittuja SeLiTe-kysymyksiä. Aineisto on koottu poimimalla kysymykset kyselylomakkeista. Aineistoanalyysi on tutkimusmenetelmää parhaiten kuvaava sana, sillä valittua aineistoa käytiin useaan kertaan lävitse ja etsittiin sen perusteella puuttuvia kysymyksiä ja mittareita. Tutkimuksessa käytetään pääsääntöisesti kvalitatiivista tutkimusmenetelmää, mutta kvantitatiivista tutkimusmenetelmän piirteitä tulee ajoittain esille.

Kvalitatiiviselle tutkimukselle on tyypillistä, että tutkijat pyrkivät sen avulla paljastamaan uusia ennalta odottamattomia seikkoja. Tämän vuoksi hypoteesin tai teorian testaaminen ei ole tutkimuksen lähtökohta. (Hirsjärvi ym. 2007, 155.) Analysoimalla kysymyksiä oli tarkoitus selvittää minkä verran suomalaisten seksuaali- ja lisääntymisterveydestä saadaan tietoa väestötutkimuksissa esiintyvien kysymysten avulla, sekä sitä, miten kysymykset jakaantuvat aihealueittain. Tarkoituksena oli myös selvittää, ovatko jotkut aihealueet enemmän esillä verrattuna toisiin aihealueisiin.

Verrattuna kvalitatiiviseen tutkimukseen kvantitatiivisessa tutkimuksessa on keskeistä hypoteesin laadinta, käsitteiden määrittely, aiemmin luodut teoriat ja niistä tehdyt johtopäätökset. Lisäksi aineiston keruu suunnitellaan siten, että havaintoaineisto soveltuu numeeriseen, määrälliseen mittaamiseen. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa kerätty tieto pyritään saamaan taulukkomuotoon ja aineisto saattamaan tilastollisesti käsiteltävään muotoon. (Hirsjärvi ym. 2007, 131.) Kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän piirteet tulevat esiin taulukoissa, joissa pyritään esittämään tieto helposti luettavassa muodossa. Taulukoiden perusteella ei kuitenkaan tehdä johtopäätöksiä vaan havainnollistetaan tutkittua aineistoa.

5.2 Aineiston keruumenetelmä

Aineiston keruu aloitettiin valitsemalla mukaan väestötutkimukset, jotka toteutetaan säännöllisin väliajoin ja jotka antavat mahdollisimman todenmukaisen kuvan siitä, mitä kyselyiden perusteella suomalaisten seksuaali- ja lisääntymisterveydestä voidaan päätellä. Spesifisesti tietyille ammattitai erityisryhmille suunnatut kyselyt jätettiin tämän tutkimuksen ulkopuolelle. Aineistoon sisältyi yhteensä 11 tutkimusta: kaikki THL:n toteuttamat kyselytutkimukset, Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiön (YTHS) toteuttama korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus, Väestöliiton Finsex-tutkimus ja STM:n Nuorten terveystapatutkimus. Alla olevassa taulukossa (Taulukko 2) on esitetty tutkimusten keskeiset tavoitteet ja tutkimuksen ajankohdat, otannat ja kohderyhmät.

Melkein kaikki väestötutkimusten kyselylomakkeiden kysymykset olivat monivalintakysymyksiä. Avoimia kysymyksiä, joihin olisi voinut itse kirjoittaa, ei ollut juuri lainkaan. Isoille väestöryhmille tehtävät tutkimukset täytyy ajankäytöllisistä syistä tehdä monivalintamuotoisena, sillä se nopeuttaa vastausten tulkitsemista. Monivalintakysymykset voidaan tulkita tekniikan avulla, kun avoimet kysymykset täytyisi käydä lävitse ihmisvoimin. Monivalintakysymysten heikkoutena on, että kaikki vastaajat eivät välttämättä löydä itselleen sopivaa vastausvaihtoehtoa. Avoin kysymys antaa tarkemman ja henkilökohtaisemman vastauksen ja niitä kannattaisi hyödyntää silloin kun tutkimusjoukko on pieni.

Suuri osa kyselyistä on saatavilla sähköisessä muodossa tutkimusta toteuttavien tahojen verkkosivuilla (liite 1). Osa kyselyistä saatiin pyytämällä ne kyselyiden toteuttajilta. Osaan tutkimuksista kuuluu useita kyselylomakkeita, jolloin kysymykset on kerätty kaikista lomakkeista.

TAULUKKO 2. Tutkimusten esittely

Kysely	Tietoa tutkimuksesta	Ajankoh- ta/Otanta	Kohderyhmä
Kouluterveyskysely 2011	Kyselyn tarkoituksena on koota tietoa nuorten elinoloista, kouluoloista, terveydestä, terveystottumuksista sekä oppilas- ja opiskelijahuollosta.	Vuosittain	Peruskoulun 8. ja 9. luokan oppilaille sekä lukioiden ja ammatillisten oppilaitosten 1. ja 2. vuoden opiskelijoille
Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2012	Tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa opiskelijoiden hyvinvoinnin trendeistä ja kehittämishankkeiden vaikutuksista.	4. vuoden välein	Korkeakouluopiskelijat
Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys (AVTK) 2010	Tutkimuksen tavoitteena on kartoittaa työikäisen väestön elintavoissa tapahtuneita muutoksia.	Vuosittain / 5000	Työikäiset (15–64 vuotiaat)
Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus (ATH) 2012	Tutkimuksen tarkoituksena on tukea kuntia palveluiden suunnittelussa ja arvioinnissa, sillä asukkaidenterveyden ja hyvinvoinnin edistäminen on yksi kunnanperustehtävistä. Laajenee kansalliseksi vuosien 2012-2014 aikana.	Vuosina 2012 - 2014 / 150 000	20 ikävuodesta eteenpäin
FINSEX 2007	Tutkimuksen avulla on vuosikymmeniä seurattu suomalaisten seksuaalielämässä tapahtuvia muutoksia.	1971/2152, 1992/2250, 1999/1496,	18-54v(1971), 18-74v (1992), 18-81v(1999), 18-74v (2007)

2007/2590

FINRISKI-tutkimus 2007	Finriski on laaja väestötutkimus kroonisten, ei tarttuvien tautien riskitekijöistä.	Joka 5. vuosi / 10 000	Satunnaisotoksia 25–74 v
Terveys 2000	Päätavoitteena oli tuottaa kattava kuva työikäisen ja iäkkään väestön terveydestä ja toimintakyvystä.	Tehty 2000 / 10 000	Satunnaisesti yli 18v
Terveys 2011	Terveys 2011 on seurantatutkimus, joka perustuu 2000–2001 toteutettuun Terveys 2000-tutkimukseen.	Tehty 2011 / n. 10 800	8800 samaa henkilöä kuin terveys 2000 tutkimuksessa (terveystarkastus) + 2000 uutta 18-29v (kysely)
Lasten ja nuorten terveysseurantatutkimus (LATE) 2007	Tarkoituksena on kerätä mahdollisimman kattavaa terveysseurantatietoa, sillä etenkin alle 11-vuotiaiden lasten terveydestä on Suomessa vähän valtakunnallista tietoa.	Tehty 2007- 2008 / 1541	Eryteisesti alle 11 v
Nuorten terveystapatutkimus (STM) 2011	Seurataan 12 – 18-vuotiaiden nuorten terveyttä ja terveystotumuksia valtakunnallisen postikyselyn avulla.	Joka 2. vuosi	12 -18 -vuotiaat
Terveyskäyttäytyminen ja terveys: eläkeikäisen väestön kyselytutkimus (EVTK) 2009	Saada tietoa eläkeikäisen väestön (65–85-vuotiaiden) terveydentilasta, elintavoista, toimintakyvystä ja apuvälineiden käytöstä.	Joka 2. vuosi / 2400	Satunnaisesti valituille eläkeläisille

5.3 Aineiston käsittely ja analyysi

Aineiston analysoinnissa käytettiin sekä induktiivista että deduktiivista päättelyä. Aluksi tutustuttiin STM:n laatimaan toimintaohjelmaan, jotta saatiin käsitys seksuaali- ja lisääntymisterveyden ongelmista ja sitä vaarantavista tekijöistä ja ilmiöistä. Tämän jälkeen kerättiin kaikista tutkimuksista seksuaali- ja lisääntymisterveyttä käsittelevät kysymykset ja lajiteltiin ne aihealueittain. Sen jälkeen aloitettiin tutkimusten analysointi tarkastelemalla kysymyksistä saatavaa informaatiota.

Analysointi tapahtui kolmessa eri vaiheessa: ensin aineisto redusointiin eli pelkistettiin, seuraavaksi klusteroitiin eli ryhmiteltiin ja lopuksi abstrahointiin eli luotiin teoreettiset käsitteet (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108). Pelkistämisen ja ryhmittelyn apuna käytettiin erilaisia taulukoita. Microsoft Excel-*taulukko*on koottiin kaavio kysymysten määrästä ja Microsoft Word-*ohjelma*n avulla tehtiin lista kysymyksistä aihealueittain ja kyselyittäin.

Pelkistämisen ja ryhmittelyn jälkeen verrattiin aineiston eri osa-alueita keskenään. Näin luotiin käsitys siitä, minkälaisia kysymyksiä kysytään ja mitä puolestaan jätetään helposti kysymättä. Huomiota kiinnitettiin myös yksittäisten kysymysten laatuun, sisältöön ja kattavuuteen. Tässä vaiheessa arvioitiin, kuinka paljon yhdellä kysymyksellä saa tietoa ja olisiko kysymys mahdollisesti kannattanut esittää eri tavalla.

Tutkimukseen valituista kyselyistä kerättiin seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyviä kysymyksiä aihealueittain. Aihealueet määriteltiin STM:n toimintaohjelman 2007–2011 teemojen mukaisesti ja yhdistämällä joitakin toimintaohjelman teemoja laajemmiksi aihekokonaisuuksiksi. Lisäksi mukaan lisättiin neljä toimintaohjelman ulkopuolista otsikkoa aihealueisiin liittyvien suurten kysymysmäärien vuoksi. Vertailunaineistoksi koottiin elintavat-teema, johon sisältyy tupakointiin ja päihteiden käyttöön liittyviä kysymyksiä.

TAULUKKO 3. *Aihealueet*

Muodostetut aihealueet

Seksuaalivalistus ja mielipiteet

Seksuaalipalvelut

Kuukautiset, raskaus, synnytys ja synnytyksen jälkeinen aika sekä imetys

Vaihdevuodet, naisten/miesten vaivat

Raskauden keskeytykset
Ehkäisy
Seksuaalinen väkivalta
Lapset lapsettomuus ja lapsettomuushoidot
Sukupuolitaudit, oireet ja toimenpiteet
Seksuaalikäyttäytyminen ja sukupuolielämä
Ihmissuhteet
Elintavat

Aihealueiden rajausta tapahtui kysymyksiä lajiteltaessa. Osa kysymyksistä olisi voinut kuulua useampaankin kategoriaan. Ainoastaan kysymys, jossa kysyttiin mahdollisista sukupuolielinten sairauksista sekä sukupuolitaudeista samassa kysymyksessä laskettiin kuuluvaksi sekä naisten- / miestentautien alaisuuteen että sukupuolitautiluokkaan. Keskenmenot katsottiin kuuluvaksi ”Kuukautiset, raskaus, synnytys ja synnytyksen jälkeinen aika sekä imetys” -otsikon alle. ”Raskauden keskeytykset” -ryhmään kuuluvat vain varsinaiset keskeytykset eli abortit.

Kysymykset kondomien käytöstä katsottiin kuuluvaksi ehkäisyä käsittelevään ryhmään, vaikka ne olisivat voineet koskea myös seksuaalikäyttäytymistä ja sukupuolielämää. Kaikista kysymyksistä ei käynyt ilmi, tiedusteltiin asiaa ehkäisyn vai riskikäyttäytymisen kannalta. Riskikäyttäytyminen luettiin kuuluvaksi ”seksuaalikäyttäytyminen”-ryhmään.

”Ihmissuhde”-kysymyksissä tiedusteltiin lähinnä siviilisäätystä tai siinä tapahtuneita muutoksia. Myös mahdolliset yksinäisyyttä koskevat kysymykset laskettiin tähän ryhmään kuuluvaksi. ”Naisten/miesten vaivojen” alaisuuteen luettiin kuuluvaksi muun muassa sukupuolielinten alueella olevia tulehduksia käsittelevät kysymykset ja esimerkiksi rinta-, kohtu ja eturauhassyöpiä käsittelevät kysymykset.

6 TUTKIMUKSEN TULOKSET JA JOHTOPÄÄTÖKSET

6.1 Tulosten analysointi

Tarkasteltuamme valittuja kyselyitä kokosimme yhteen yleisiä havaintoja. Seksuaali- ja lisääntymisterveyttä koskevien kysymysten lisäksi huomioitiin elintapakysymykset (tupakka, alkoholi, huumeet), jotta kysymysten määrää voisi verrata. Tämä ajatus syntyi, koska seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmassa huomioitiin, että nämä ovat olleet perinteisiä terveyden edistämisen aiheita liikunnan ja ylipainon kanssa. Toimintaohjelman mukaan seksuaali- ja lisääntymisterveyden yleisenä ongelmana oli, ettei aihepiiriä mielletä terveyden ja hyvinvoinnin kokonaiskenttään ja siten myös tutkimusrahoituksen saaminen oli haastavaa. Seksuaalikäyttäytyminen on kuitenkin yksi terveyteen vaikuttava tekijä, jolla on omat yhtymä-kohtansa muihin terveystapoihin ja taustatekijöihin. (Toimintaohjelma 2007, 159–162.)

Kuten jo SeLiTe-toimintaohjelmassa todettiin, lisää tutkimustietoa tarvittaisiin seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvien palveluiden tarpeesta ja saatavuudesta, väestön seksuaalisesta hyvinvoinnista ja parisuhteesta, seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen tarpeesta ja kohtelusta sekä suunnitellun perhekoon ja lapsen syntymän ajoituksen toteutumisesta (Toimintaohjelma 2007, 159). Kyselyitä tarkasteltaessa havainnoitiin sama asia, sillä näihin asioihin liittyviä kysymyksiä ei suoranaisesti löytynyt ollenkaan. Joitakin asioita sivuttiin, kuten esimerkiksi palveluiden tarpeen määrää sairaalakäyntien osalta, mutta kysymykset eivät varsinaisesti käsitelleet seksuaaliterveyttä.

Yhtenä suurimmista puutteista havaittiin, että sukupuolitaudeista ja seksuaalisesta väkivallasta on paljon tavoitteita toimintaohjelmassa, mutta niihin verrattuna kysymysten määrä on mitättömän vähäinen. Vain pieni osa seksuaaliväkivallan tapauksista tulee esille, joten kokonaiskuvaa tapauksien määrästä on vaikea saada. Asiasta tarkemmin kysymällä olisi tietoa mahdollista saada, sillä kyselyihin saa pääsääntöisesti vastata anonyymisti, jolloin kynnys mainita asiasta madaltuisi. Sama asia koskee myös sukupuolitauteja.

Seksuaalikäyttäytymisestä sekä ehkäisystä kysymyksiä on kohtuullisen paljon. Näiden kysymysten avulla varsinaisen riskikäyttäytyminen ei kuitenkaan tule esille. Käytettyä ehkäisymenetelmää tiedustellaan, mutta jos henkilö esimerkiksi käyttää ehkäisypillereitä, jää epäselväksi johtuuko tämä vakituisesta parisuhteesta vai pelkästään raskauden ehkäisystä. Tässä tapauksessa ei selviä tiedostaako henkilö sukupuolitautilien tarttumisen riskin.

Jo toimintaohjelmassa tuotiin esille havainto, että nuorilta saadaan seksuaali- ja lisääntymisterveyttä koskevaa tietoa huomattavasti laajemmin kuin aikuisilta. Lisäksi kysymysten laadusta ilmenee, että erityisesti ikääntyneiltä asioista kysytään vieläkin vähemmän. Ainoassa ikääntyneille suunnatussa kyselyssä oli kaksi kysymystä ja niistäkin toinen käsitteli ihmisuhteita. Toinen erittäin suppeaksi jäävä aihealue on erityisryhmien seksuaali- ja lisääntymisterveys. Aiheet koetaan aroiksi kysyä, mutta ilman uutta tietoa on mahdotonta kehittää heille suunnattuja palveluita.

Puutteellisten aiheiden lisäksi huomio kiinnittyi siihen, että osassa kyselyissä kysymyksiä saattoi olla määrällisesti paljon, mutta ne käsittelivät vain muutamaa aihealuetta. Tietystä aiheista tietoa kertyi laajalti, mutta muut tärkeät aiheet jäivät täysin huomiotta. Lisäksi vaikka kysymyksiä olisikin ollut runsaasti, saattoivat ne olla vain pinnallisia, jolloin juuri aremmista aiheista ei kysymyksiä ollut. Tämä ilmiö voi johtua siitä, että pelätään vastausprosentin jäävän matalammaksi, jos aroista aiheista olisi kysymyksiä. Minna Nikula on kuitenkin tutkimuksessaan todennut, ettei SeLiTe-kysymysten mukaan otto vaikuta vastaajien määrään (Nikula 2012).

Alla olevaan kuvioon (kuvio 2) on koottu SeLiTe-teeman kysymysten määrä kyselyittäin. Kuvion vasemmassa reunassa on otsikot aihealueille, joiden mukaan väestötutkimusten kysymykset lajiteltiin. Keskimmaisessä sarakkeessa on aihealueen kysymysten määrä yhteensä ja oikean puoleisessa sarakkeessa näkyy kuinka moneen eri tutkimukseen aihealueen kysymykset ovat jakautuneet. Tutkimusten kokonaismäärä esitetään kahtena eri lukuna. Ensimmäinen luku kertoo kuinka monessa tutkimuksessa kysymyksiä on yhteensä. Maksimimäärä voi olla 11. Jälkimmäinen, suluissa oleva luku puolestaan kertoo kuinka monessa kyselylomakkeessa kysymyksiä esiintyy. Kyselylomakkeita yhteensä oli 34 kappaletta. Tämä johtuu siitä, että esimerkiksi Terveys 2000 (T2000) tutkimuksessa on 15 erillistä kyselylomaketta ja Terveys 2011 (T2011) tutkimuksessa 9 kyselylomaketta. Laskemalla kaikki kyselylomakkeet yhteen, on aineistossa yhteensä 34 kyselylomaketta, mutta yhdistämällä tutkimuksen osakyselyt (T2000, T2011 sekä Finriski-tutkimukset) yhdeksi, on aineistossa yhteensä 11 tutkimusta. Kuviossa näkyy esimerkiksi, että elintapoihin liittyvät kysymykset (tupakointi ja alkoholin käyttö) ovat mukana kaikissa tutkimuksissa, mutta eivät kaikissa kyselylomakkeissa.

Kuviossa 2 esitetty kysymysten määrä ja arvio niiden riittävyydestä tai laajuudesta jaoteltiin kolmeen kategoriaan:

1) kysymyksiä riittävästi ja laajasti (kysymyksiä keskimäärin kolme/tutkimus eli yhteensä vähintään 33 kappaletta ja kysymyksiä esiintyi vähintään 7/11 tutkimuksista),

2) kysymyksiä riittävästi, mutta suppeasti (kysymyksiä keskimäärin kolme/tutkimus mutta harvemmassa kuin 7/11 tutkimuksessa) ja

3) kysymyksiä vähän.

Alaluokat	Kysymysten määrä	Monessako kyselyssä
Valistus ja mielipiteet	25	2(2)
Palvelut, vastaanotto, neuvonta	56	4(12)
Kuukautiset, raskaus, synnytys, synnytyksen jälkeinen aika, imetys	77	5(8)
Vaihdevuodet, naisten/miesten vaivat	33	6(12)
Raskauden keskeytykset	7	4(7)
Ehkäisy	38	8(11)
Seksuaalinen väkivalta	5	4(4)
Lapset, lapsettomuus, lapsettomuushoidot	38	5(10)
Sukupuolitaudit, oireet, toimenpiteet	7	4(3)
Seksuaalikäyttäytyminen ja sukupuolielämä	90	7(13)
Ihmissuhteet	50	9(16)
Elintavat	287	12(26)

Kysymyksiä riittävästi ja laajasti

Kysymyksiä riittävästi, mutta suppeasti

Kysymyksiä vähän

KUVIO 2. SeLiTe alaluokat, alaluokkien kysymysten kokonaismäärä kaikissa kyselykaavakkeissa ja kuinka monessa tutkimuksessa kysymyksiä esiintyy. Tutkimusten lukumäärä on esitetty kahtena eri lukuna: Tutkimusten kokonaismäärä on 11 ja kyselylomakkeiden kokonaismäärä on 34.

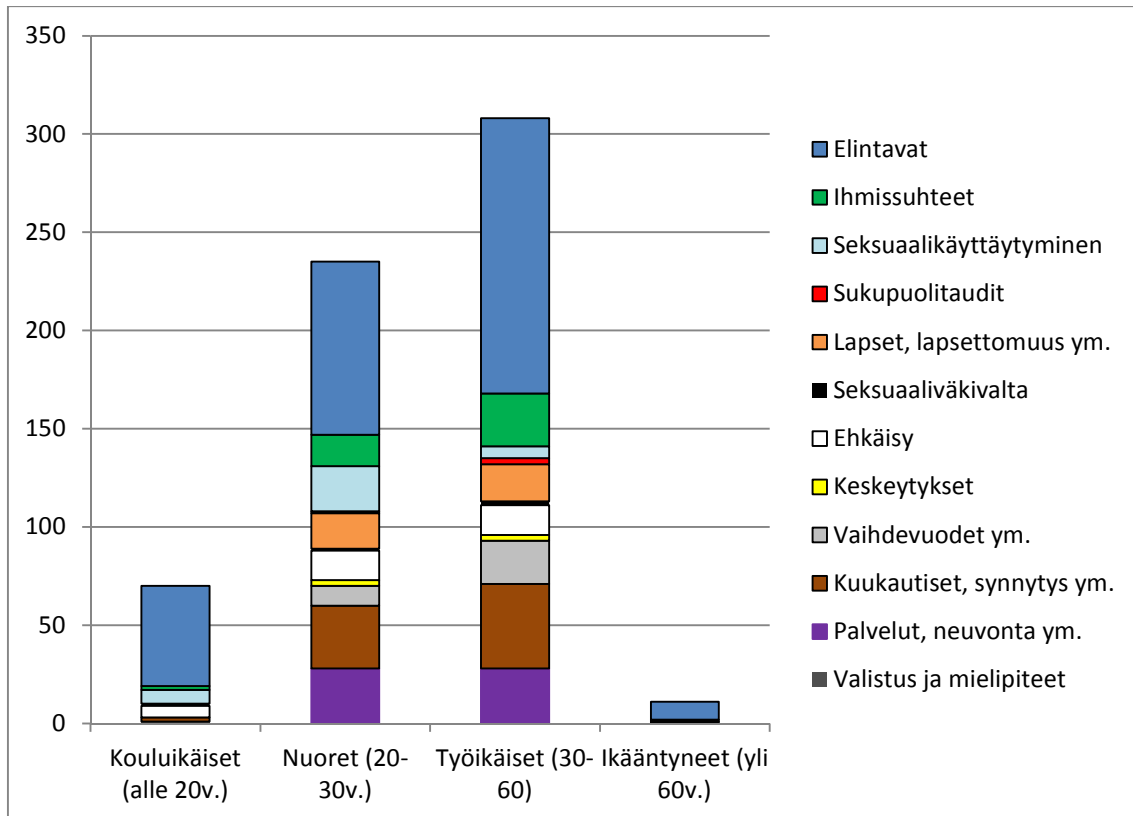
6.2 Kysymysten määrällinen vertailu aihealueittain eri tutkimuksissa

Alla olevassa kuviossa 3 on esitetty kysymysten määrä ja keskinäiset suhteet ikäryhmittäin. Koulukäisten kysymyksiin sisällytettiin kouluterveyskyselyssä, LATE tutkimuksessa ja STM:n nuorten terveystapatutkimuksessa mukana olevat kysymykset. Nuorten kysymyksiksi luokiteltiin korkeakouluopiskelijoiden terveyskyselyssä sekä T2000 ja T2011 -tutkimuksissa nuorille osoitettujen kyselyiden kysymykset. Muut kysymykset T2000 ja T2011 -kyselyissä ja ATH:n, AVTK:n ja Finriskin kysymykset luokiteltiin kuuluvaksi työikäisille. Ikääntyneille kuuluvaksi tutkimukseksi laskettiin vain eläkeikäisille suunnattu EVTK kyselytutkimus. Finsex-tutkimusta ei ole huomioitu alla olevissa taulukoissa, koska tutkimus on suunnattu laajasti koko aikuisväestölle (18 v- yli 74 -vuotiaat). Lisäksi kyseinen tutkimus on luonteeltaan asenne ja mielipiteitä mittaava tutkimus ja sen kyselyosa sisältää vain seksuaali- ja lisääntymisterveyttä koskevia kysymyksiä.

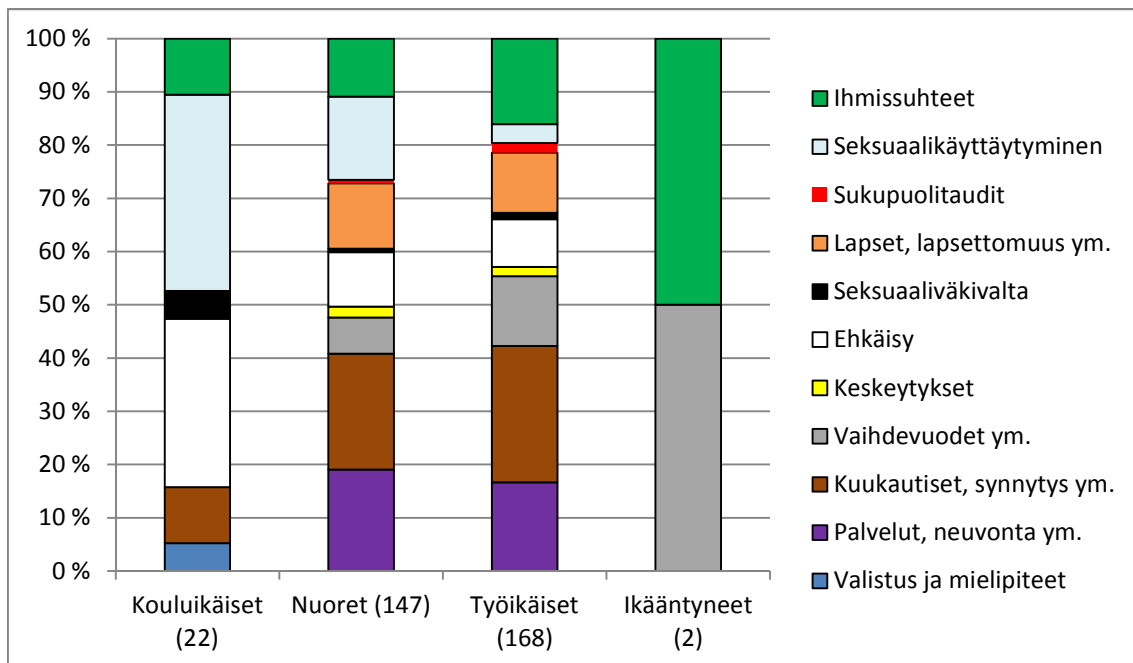
Elintapakysymyksillä on suhteellisen suuri edustavuus kyselytutkimuksissa verrattuna kaikkiin seksuaali- ja lisääntymisterveysalan kysymyksiin yhteensä. Kaikista kysymyksistä noin puolet tai jopa enemmän kohdistuvat elintapoihin, jotka sisältävät vain tupakointiin ja alkoholinkäyttöön liittyviä asioita. Seksuaali- ja lisääntymisterveyttä koskevat kysymykset on esitetty aihealueittain prosentuaalisesti suhteessa toisiinsa. Huomioitavaa on, että eläkeikäisiltä kysytään koko seksuaali- ja lisääntymisterveyden aihealueelta kaksi kysymystä: oletteko avioliitossa, leski tai eronnut ja onko teillä vaihdevuosisihteitä. Nämä johtopäätökset ovat havainnollistettu kuvioissa 3 ja 4.

Sukupuolitauteihin ja seksuaaliseen väkivaltaan liittyvien kysymysten lähes täydellinen puuttuminen kaikista tutkimuksista on havainnollistettu selvästi kuviossa 4. Palvelujen käyttöön tai tarpeeseen liittyvät kysymykset puuttuvat kokonaan nuorilta ja eläkeikäisiltä. Vertaamalla kysymysten määrää eri aihealueissa, todetaan vähiten kysymyksiä kysyttävän sukupuolitaudeista (7 kysymystä 3/11 tutkimuksessa), seksuaalisesta väkivallasta (5 kysymystä 4/11 tutkimuksessa) ja raskauden keskeytyksistä (7 kysymystä 4/11 tutkimuksessa) (Kuvio 4).

Toisaalta kuukautisiin ja synnytyksiin liittyviä kysymyksiä on suhteellisen paljon nuorille ja työikäisille suunnatuissa kyselyissä (Kuvio 3 ja 4), joka viittaa siihen, että miesten osuus seksuaali- ja lisääntymisterveys aihepiirin kysymyksistä on heikko.



KUVIO 3. Kysymysten määrä ikäryhmittäin



KUVIO 4. Kysymysten jakautuminen aihealueittain

6.3 Tulosten laadullinen arviointi

Valistus ja mielipiteet -otsikon alle kysymyksiä kertyi yhteensä 25 kappaletta. Vaikka kysymysten määrä on kohtuullinen, on kysymyksiä vain kahdessa kyselylomakkeessa. Kouluterveyskyselyssä on yksi kysymys, jonka alla kahdeksan väittämää mielipiteistä. Loput 24 kysymystä ovat Finsex-tutkimuksessa, jossa kysymykset ovat väittämämuodossa, esimerkiksi ”Homoseksuaalisten parien (miesparit ja naisparit) solmimat liitot pitäisi voida laillistaa niin kuin avioliitot”. Väittämän alla on viisi vastausvaihtoehtoa, josta voi omaa mielipidettään kuvaavan vaihtoehdon valita. Kyseisessä tutkimuksessa kysytään laajasti ihmisten mielipiteitä muun muassa seksuaalisuudesta, miehen ja naisen asemasta, seksuaalisesta suuntautumisesta ja keinohedelmöityksestä.

Valistus- ja mielipiteet aihetta ei käsitelty itsenäisenä teemana SeLiTe-toimintaohjelmassa. Tässä tutkimuksessa luotiin kuitenkin kyseinen otsikko, sillä kysymyksiä ei ollut mahdollista luontevasti asettaa muiden otsikoiden alle. Mielipiteitä mittaavalla tutkimuksella on kuitenkin mahdollista kerätä monipuolista tietoa ja saada kuva ihmisten käsityksistä seksuaalisuudesta ja sen rajoista sekä luonteesta. Suorissa kyselytutkimuksissa otetaan harvoin esille kysymyksiä esimerkiksi maniaviollisuudesta tai itsetyydytyksestä. Nämä ovat arkoja asioita kysyttäväksi ja käsiteltäväksi ja ihmiset voivat kokea ne hyvin henkilökohtaiseksi ja jättävät mahdollisesti vastaamatta ko. kysymyksiin. Monipuolisen ja kattavan tiedon keruun pohjana on uskallus kysyä aroistakin asioista.

Palveluista, palveluiden käytöstä ja neuvonnasta kysymyksiä on yhteensä 56 kappaletta. Kysymyksistä pääosa (50 kpl) on T2000 ja T2011 -kyselytutkimusten eri kaavakkeissa ja pienempi osa ATH -tutkimuksessa (4 kpl) ja Korkeakouluopiskelijoiden terveyskyselyssä (2 kpl). Kyselyissä kysytään lähes poikkeuksetta kuinka monta kertaa kyseinen henkilö on käynyt lääkärin, terveydenhoitajan, sairaanhoitajan tai vastaavan hoitohenkilön vastaanotolla tai ollut sairaalassa potilaana terveydentilansa vuoksi.

Kysymysten suhteellisen suuresta määrästä huolimatta kysymykset kattavat yksipuolisesti aihepiiriin kuuluvia asioita ja ovat hyvin raskaus/synnytys keskeisiä kysymyksiä. Raskaus ja synnytys luokitellaan kyselytutkimuksissa sairaudeksi ja 41/56 kysymys on muotoa ”Oletteko oman sairautenne takia (tai raskauden tai synnytyksen vuoksi) käynyt lääkärissä viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana?”. Raskauden ja synnytyksen luokittelu sairaudeksi ja sisällyttäminen terveydenhoidon palvelujen käytön syyksi muuttaa kysymyksen luonteen ja vääristää mahdollisesti tietoa tietyn ikäryhmän naisten kohdalla ja peittää alleen muiden palveluiden syiden tarpeet.

SeLiTe-toimintaohjelmassa oli tavoitteena kehittää seksuaalineuvontaa ja -palveluita. Jotta kehittäminen olisi mahdollista, olisi kyselyissä tärkeää kerätä informaatiota palveluiden tarpeesta nykytilaan verrattuna. Kysymyksiä ei kuitenkaan ole muotoiltu selvittämään tätä asiaa. Toimintaohjelmassa tuodaan myös esille, että Suomessa ei ole järjestelmällistä väestölle suunnattua kampanjointia tai tiedotusta seksuaaliterveysasioista. Muotoilemalla kyselyissä olevia kysymyksiä olisi mahdollista selvittää tiedotuksen tarpeellisuutta ja erityisesti sitä, mistä ihmiset mieluiten etsivät SeLiTe-aihepiiriin kuuluvaa tietoa. Nykyaikana internet on varmasti monelle helpoin tapa hankkia tietoutta, mutta tämäkään verkosto ei kata koko maata ja kaikenikäisiä ihmisiä.

Tulosten perusteella voidaan päätellä, että suuri osa kysymyksistä koskee naisia enemmän kuin miehiä. Miesten palvelujen tarpeen kartoittaminen on kuitenkin myös tärkeää. Molemmille sukupuolille suunnattuja kysymyksiä palveluntarpeesta voisi lisätä, esimerkiksi ehkäisypalveluiden tarpeellisuuden määrästä ja nykyisestä saatavuudesta. Toimintaohjelman yhtenä tavoitteena oli seksuaalineuvonnan palvelun toteutuminen tasa-arvoisesti asiakkaan tarpeen mukaan riippumatta asiakkaan sukupuolesta, iästä, seksuaalisesta suuntautumisesta, kulttuuritaustasta tai muista ominaisuuksista (Toimintaohjelma 2007, 33). Näiden asioiden kehittämistä ja tarvetta voisi hyvin selvittää kyselyissä.

Kuukautisista, raskaudesta, raskauden jälkeisestä ajasta ja imetyksestä kysymyksiä oli runsaasti (77 kappaletta), vaikkakin kysymyksiä oli vain 5/11 tutkimuksessa (Kuvio 2). Niissä kyselyissä, joissa kysymyksiä oli, kysymysten määrä oli runsas, yhdessä kyselyssä jopa 19 kappaletta. Kysymysten suuren määrän ymmärtää, sillä tämä otsikko kattaa laajasti lisääntymisterveyden yläotsikon.

Kuukautisiin liittyvissä kysymyksissä tiedusteltiin pääsääntöisesti niiden alkamis- ja loppumisajaa ja säännöllisyyttä, mutta ei muita niihin liittyviä asioita (esim. säännöllisyyttä tai ongelmia). Raskauden aikaisista liitännäissairauksista oltiin kiinnostuneita T2000 ja T2011 -tutkimuksissa. Synnytysten määristä oltiin yleisesti kiinnostuneita, mutta esimerkiksi synnytyskokemuksista tai tavoista ei kysytty. Synnytyksen jälkeisestä ajasta kysymyksiä on vain imetyksestä ja nekin kysymykset ovat vain T2000 ja T2011 -tutkimuksissa. Edellä mainituissa tutkimuksissa, erityisesti T2000-tutkimuksessa, oli käytetty todella paljon tilaa synnytysten lukumääriin ja siihen milloin ne olivat tapahtuneet, sekä siihen kuinka pitkään lapsia imetettiin eri synnytysten jälkeen.

Positiivista on havaita, että keskenmenoista on kysytty yli puolessa niistä kyselyistä, joissa yleisesti raskauksista kysyttiin (6/8). Suurimmassa osassa kysymyksistä tiedusteltiin onko nainen kokenut keskenmenoa ja jos on, niin kuinka monta. Jotta keskenmenojen tai muiden raskauskomplikaatioiden (esim. kohdun ulkoiset raskaudet) taustatekijöitä voisi arvioida, olisi tarkentavien kysymysten mukaan ottaminen perusteltua. Raskauden aikaisista muista ongelmista, kuten esimerkiksi varhaisista supistuksista tai kohdun suun avautumisesta ei kysymyksiä esiintynyt. Toimintaohjelmassa tavoitteita oli esitetty liittyen muun muassa sikiöseulontoihin, synnytyspelkoon, erityisryhmiin sekä alkoholin ja päihteiden käyttöön. Näiden kysymysten osalta uutta tietoa kyselyistä ei saatu, sillä kysymyksiä ei ollut ollenkaan.

Vaihdevuosista ja naisten/miesten vaivoista laadittiin toimintaohjelmasta poikkeava alaluokka, koska näistä aihealueista kysymyksiä löytyi paljon, yhteensä 33 kappaletta. Kysymykset olivat jakautuneet 6/11 eri tutkimukseen ja yhteensä 12/34 kyselylomakkeeseen. Kysymysten sisältö kattoi aihepiirin suppeasti. Suurimmaksi osaksi kysymykset käsitelivät vaihdevuosiin liittyvää hormonilääkitystä, mutta esimerkiksi vaihdevuosisoireista ei kysymyksiä ollut.

Sisällytimme tähän alaluokkaan tietyt naisten ja miesten syövät ja niihin liittyvät kysymykset, esimerkiksi rintasyöpään liittyvät kysymykset. Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimuksessa kysyttiin muun muassa erektiohäiriöstä ja yhdyntäkivusta, jotka ovat aiheellisia kysymyksiä nuorille, mutta olisivat tärkeitä kysymyksiä myös vanhemmille ikäryhmille. Nuoret kuuluvat kuitenkin ikäryhmään, jotka eivät välttämättä hakeudu seksuaalisten ongelmien vuoksi lääkärin vastaanotolle, jonka takia kyselytutkimuksissa saatua tietoa tulisi hyödyntää palvelujen kehittämiseksi ja kohdentamiseksi sitä tarvitsevalle väestöryhmälle.

Raskauden keskeytysten turvallisuuden ja korkean laadun lisäksi, toimintaohjelman tavoitteena oli asiakkaan neuvonnan tarve sekä toistamiseen raskauden keskeytykseen tulevien osuuden vähentäminen. Raskauden keskeytyksistä kysyttiin vain 4/11 tutkimuksessa yhteensä seitsemän kysymystä ja kysymysten aihepiiri oli hyvin suppea. Kuudessa kyselylomakkeessa kysyttiin onko kyseiselle henkilölle tehty raskaudenkeskeytystä ja jos on, niin kuinka monesti. Yhdessä kyselyssä kysyttiin jatkokysymyksessä keskeytyksen syystä ja toimenpiteen teon päättäjistä.

Keskeytyksen syiden tunteminen olisi tärkeää oikeanlaisten keskeytysten vähentämiseen tähtävien palvelujen kehittämistyössä. Olisi myös tärkeää tietää onko keskeytyksen syy ei-toivotun

raskauden päättäminen vai mahdollisesti ongelmat sikiön terveydessä. Sikiön terveydestä johtuvat keskeytykset poikkeavat luonteeltaan muista keskeytyksistä ja taustasyiden ja niiden trendien tunnistaminen olisi hyödyllistä väestön hyvinvoinnin ja terveyden tutkimustyössä. Lisäksi tutkimuksiin tarvittaisiin keskeytystapaan liittyviä kysymyksiä samoin kuin ihmisten tunteista tai suhtautumisesta keskeytyksiin liittyviä kysymyksiä.

Ehkäisyä koskevia kysymyksiä löytyi yhteensä 38 kappaletta 8/11 tutkimuksessa, jonka tulkitimme olevan riittävä määrä kysymyksiä ja kattavan aihepiirin laajasti. Ehkäisykysymyksiä oli keskimäärin paljon nuorille tarkoitetuissa kyselyissä. Ehkäisystä kysyttiin kouluterveyskyselyssä, korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimuksessa, Finsex-, Finriski-, LATE- ja ATH -kyselyissä sekä Nuorten terveystapatutkimuksessa. T2000 ja T2011 -tutkimuksissa kysymykset jakautuivat suhteellisen tasaisesti nuorten ja aikuisten kesken. Näillä perusteilla kysymyksiä oli siis laajalti.

Toimintaohjelmassa ehkäisyä käsiteltiin Raskauden ehkäisypalvelut -otsikon alla ja todettiin, että ehkäisystä kysytään nuorilta huomattavasti useammin kuin aikuisväestöltä. Toimintaohjelman yhtenä tavoitteena oli pyrkiä yksilöiden ja parien mahdollisuuteen valita itselleen sopiva ehkäisymenetelmä ja pyrkiä saamaan alle 25-vuotiaiden ja erityisesti toistuvien raskauden keskeytysten määrä vähenemään. Toimintaohjelman väliraportissa esitettiin, että raskauden ehkäisyyn olisi hyvä laatia oma Käypä hoito-suositus, jossa otettaisiin huomioon myös synnytyksen jälkeinen ehkäisy. Synnytyksen jälkeisestä ehkäisystä ei kysytä yhdessäkään kyselyssä. Pääasiassa kysymyksissä tiedustellaan käytössä olevaa ehkäisymenetelmää ja kauanko ehkäisymenetelmää on käytetty.

Kyselyiden avulla olisi mielenkiintoista saada tietoa ehkäisymenetelmien käyttötarkoituksesta. Erityisesti nuorilta voisi tutkimuksissa kerätä informaatiota heidän tietoudestaan tai valintakriteereistä valitsemansa ehkäisyn käytölle. Kysymyksiä olisi voitu myös esittää esimerkiksi ehkäisyn sujuvuudesta, kuten esimerkiksi e-pillereiden sivuvaikutuksista tai mahdollisista ongelmista. Tämän avulla kouluissa jaettavaa ehkäisy-tietoutta voitaisiin kehittää oikeaan suuntaan.

Seksuaalinen väkivalta oli aihealueena hyvin niukasti edustettuna väestökyselyissä; vain neljässä tutkimuksessa oli yhteensä viisi kysymystä. Jokaisessa tutkimuksessa kysytään suoraan onko henkilö kokenut seksuaalista väkivaltaa. Finsex-tutkimuksessa kysytään lisäksi kenen ahdistelun kohteeksi on joutunut. T2000 ja T2011 -tutkimuksissa seksuaalisesta väkivallasta ei ole

kysytty ollenkaan, joka ihmetyttää, sillä tutkimukset ovat muuten laajoja. Lisäksi aikaisemmassa ATH -kyselyssä kysyttiin onko seksuaalisen hyväksikäytön seurauksena henkilö saanut vammoja (esim. raskauden keskenmeno), mutta tämä kysymys on jäänyt pois uudesta kyselystä.

STM on asettanut erilaisia tavoitteita ja toimenpiteitä seksuaalisen väkivallan esille saamisen ja uhrien auttamisen turvaamiseksi. Esimerkiksi uhrien hoitoon hakeutumista tulisi edistää, väkivallan kokemuksiin liittyvän oireilun tunnistamista pitäisi parantaa sosiaali- ja terveydenhuollonpalveluiden piirissä sekä parantaa erityisesti nuorten kanssa työskentelevien valmiuksia tunnistaa seksuaalisen väkivallan merkkejä. Lisäksi väkivaltaa kokeneiden hoitoketju tulisi organisoida sairaanhoitopiireittäin ja parantaa akuuttivaiheen hoidon saatavuutta ja laatua. Uhrien oikeusturvaa tulee parantaa sekä järjestää tarpeeksi hoitopaikkoja sekä parantaa ammattilaisten koulutusta ja kehittää ja tiedottaa ammattilaisten tueksi tarkoitettuja palveluista. (Toimintaohjelma 2007, 123–125.)

Seksuaalisen väkivallan ehkäisemiseksi oli toimintaohjelmassa laadittu erilliset tavoitteet, jotka lähtevät jo lapsuudesta ja tähtäävät seksuaalisen väkivallan vähenemiseen suomalaisessa yhteiskunnassa. Jo varhaiskasvatukseen tulisi sisällyttää turvataitokasvatusta, eli tietoa yksilön koskemattomuudesta ja itsesuojelusta. Lasten ja nuorten tulisi olla tietoisia seksuaalioikeuksistaan ja heidän tulisi osata puolustaa omia oikeuksiaan ja kunnioittaa toisten oikeuksia. Myös lasten vanhempien tulisi saada tietoa lasten turvataidoista ja seksuaalioikeuksista. Myöhemmässä vaiheessa eri palveluissa kuten neuvoloissa ja työterveyshuollossa tulisi toimia aktiivisesti seksuaalista ja muuta väkivaltaa ehkäisevästi. Tähän ammattihenkilöt tarvitsevat lisäkoulutusta. (Toimintaohjelma 2007, 128–129.)

Edellä mainittujen tavoitteiden ja toimenpiteiden saavuttaminen tuntuu mahdottomalta, jos asian yleisyydestä ei saada mistään informaatiota. Asian esille tuominen sen ”tabu”-luonteisuudesta johtuen ei kelpaa tekosyyksi siihen, että asiasta ei kysytä missään, sillä nyky-yhteiskunnassa tämän kaltaisten asioiden yleisyys vain kasvaa. Seksuaalisen väkivallan yleisyydestä tulisi saada kattava kuva koko suomalaisen väestön keskuudessa, mutta nyt tieto keskittyy pääasiassa nuoriin. Näiden asioiden vuoksi seksuaaliseen väkivaltaan liittyviä kysymyksiä tulisi saada useampaan kyselyyn mukaan lukien aikuisväestö ja eläkeläiset.

Lapsista, lapsettomuudesta ja lapsettomuushoidoista kysymyksiä oli yhteensä 38 kpl 5/11 tutkimuksessa. Kysymyksiä löytyi Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimuksesta, Finsex- ja Finriski - tutkimuksista, T2000 sekä T2011 -tutkimuksista. Pääasiassa kysymyksissä tiedusteltiin lasten lukumäärää sekä sitä, onko henkilö ollut koskaan tutkimuksissa tai saanut hoitoa lapsettomuuteen. Lisäksi tiedusteltiin onko ollut ajanjaksoja jolloin raskaaksi tuleminen ei ole onnistunut. Missään kysymyksissä ei kuitenkaan ole valittavana vaihtoehtoa omasta tahdosta johtuvasta lapsettomuudesta. Toimintaohjelmassa ei ollut varsinaista tavoitetta kyseiseen aihealueeseen liittyen. Melkein jokaisessa tutkimuksessa oli kuitenkin kysymyksiä niihin liittyen, joten ne on koottu omaksi aihekokonaisuudekseen.

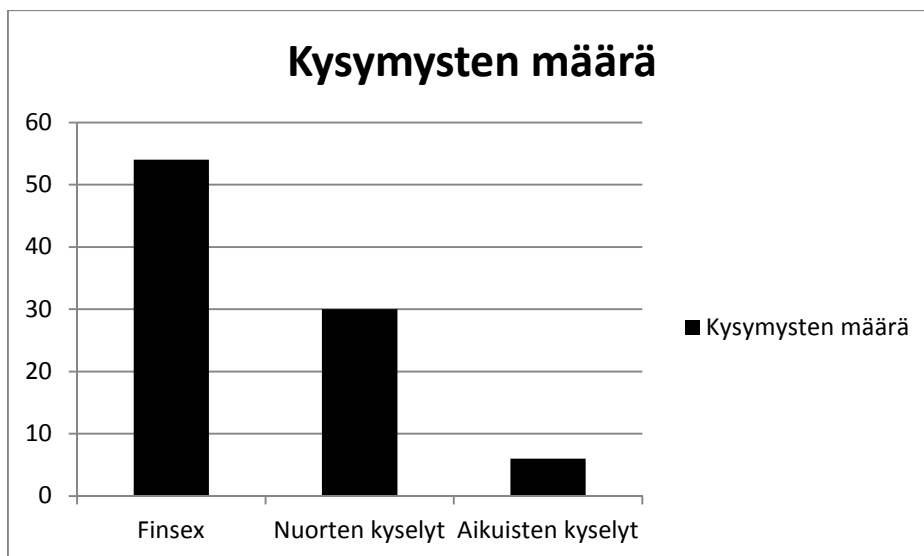
Sukupuolitaudeista, oireista ja toimenpiteistä kysymyksiä on hyvin niukasti, vain 7 kysymystä 3/11 tutkimuksessa. Finsex-tutkimuksen kysymyksissä kysytään sekä sairastettua tautia sekä keneltä tartunta mahdollisesti on saatu. T2000 tutkimuksessa sukupuolitauteihin liittyvät asiat kysytään sukupuolielinten alueella esiintyvien tautien ja tulehdusten yhteydessä sekä tiedustellaan sitä, onko tulehdusten vuoksi jouduttu sairaalahoitoon. T2011 – tutkimuksessa näitä kysymyksiä ei enää kuitenkaan ollut, mutta siellä tiedustellaan kuitenkin onko henkilö käynyt hiv-testissä viimeksi kuluneiden viiden vuoden aikana, sekä viimeksi kuluneiden 12 kuukauden aikana.

Toimintaohjelmassa esitetyissä tavoitteissa ja toimenpiteissä esitettiin, että väestön tietoutta sukupuolitautilta vaikutuksista lisääntymisterveyteen parannetaan, kondomien käyttöä edistetään, sekä otetaan käyttöön opportunistinen klamydian seulonta valikoidussa terveydenhuollon toimipisteissä. Lisäksi klamydia-infektiota sairastavien ihmisten hoitoon saattamista tulisi tehostaa, tutkia papilloomavirusrokotteen vaikutusta kohdunkaulan syövän ehkäisyyn ja myös kehittää seurantaohjelmien keräämien tietojen hyväksikäyttöä. Myös ammattihenkilöstön koulutusta sukupuolitaudeista tulisi tehostaa ja luoda klamydian tutkimuksesta, hoidosta ja ehkäisystä Käypä hoito -suositus. (Toimintaohjelma 2007, 116–117.)

Tavoitteisiin nähden sukupuolitaudeista kysytään minimaalinen määrä kysymyksiä. Informaation saaminen myös tartunnan lähteestä sekä myös mahdollisesti siitä, onko tautia itse tartuttanut eteenpäin, on hyvin tärkeää, jotta saadaan kattavaa tietoa taudin tartuntatavoista. Oireista ei myöskään kysytä mitään, eikä sitä onko sukupuolitauteja sairastanut koskaan aikaisemmin. Myöskään vastaajien tietoutta sukupuolitaudeista ei selvitetä mitenkään. Lisäksi ehkäisy ja sukupuolitautilta yhteydestä olisi hyvä saada tietoa. Näillä kysymyksillä toimintaohjelman tavoitteita ei saa täytettyä.

Huomion herättävä asia on se, ettei HIV-infektiosta ole ollenkaan kysymyksiä muissa kuin Finsex- ja T2011 tutkimuksissa. Toimintaohjelmaan oli kuitenkin laadittu tavoite, jonka mukaan uusien HIV-tartuntojen määrä tulisi saada laskuun. Merkittävä asia on myös Suomen sitoutuminen Euroopan Unionin yhteistoimintaan, jossa seksuaali- ja lisääntymisterveyden seurantaindikaattorit tulisi kehittää sellaisiksi, että ne sopivat Euroopan tason vertailuun. Tämän analyysin perusteella tietojen keruu sopivia indikaattoreita varten ei vielä toteudu.

Seksuaalikäyttäytyminen ja sukupuolielämä ovat myös aihe, jolle ei ole toimintaohjelmassa omaa otsikkoa eikä tavoitteita niiden edistämiseksi tai parantamiseksi. Nämä kysymykset on kehrätty omaksi aihealueeksi, koska seksuaalikäyttäytyminen ja sukupuolielämä vaikuttavat ihmisten elämään ja terveyteen. Otsikon alle kuuluvat myös riskikäyttäytymistä koskevat kysymykset. Kysymyksiä löytyi yhteensä 90 kappaletta, 13/34 kyselyssä ja 7/11 tutkimuksessa. Kysymykset oli suunnattu pääasiassa nuorille vastaajille, kuten alla oleva kuvio osoittaa (Kuvio 5).



KUVIO 5. Seksuaalikäyttäytymistä ja sukupuolielämää käsittelevien kysymysten jakauma

Kysymysten suuri määrä antaa harhaanjohtavan kuvan aihepiiriin edustavuudesta THL:n väestötutkimuksissa, koska oli puolet (54/90) kysymyksistä löytyy Finsex-tutkimuksesta. Kyseisen tutkimuksen kysymykset ovat kattavia ja yksityiskohtaisia; kyselylomakkeesta löytyy muun muassa

kysymys millainen viimeisin yhdyntäkokemuksenne oli. Juuri tämänkaltaisten suorien kysymysten avulla olisi mahdollista saada tietoa ihmisten tyytyväisyydestä sukupuolielämään.

Myös kouluterveyskyselyssä ja korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimuksessa olevat kysymykset ovat monipuolisia ja niiden avulla saadaan hyödyllistä informaatiota nuorten seksuaalikäyttäytymisestä. Kouluterveyskyselyissä kysytään yhdyntöjen aloittamisikää, mutta muista kyselyistä vastaava kysymys puuttuu. Sukupuolielämän aloittamisen alkaminen on yksi EU-hankkeen (ECHI) ehdottamista seksuaali- ja lisääntymisterveyden indikaattoreista. Kysymysten rajoittaminen nuoriin johtaa siihen, että Suomesta ei ole saatavissa luotettavaa tietoa tällä indikaattorilla. Kansainvälisten seurantajärjestelmien organisoiminen hankaloituu, jos seurantatietoa saadaan eri maissa eri asioista.

Sekä T2000 että T2011 -tutkimuksessa tämän aihepiirin kysymyksiä on yhteensä neljässä kyselyssä ja ne kattoivat siten nuoret ja työikäisen väestön. Kysymyksiä on määrällisesti vähän ja ne käsittelivät pääasiassa terveydentilan vaikutusta sukupuolielämään, seksuaalinelämän koettua tärkeyttä ja tyytyväisyyttä, sekä seksuaalista aktiivisuutta.

E erityisesti Finsex-tutkimuksessa esitettyjen kysymysten avulla saadaan monipuolisesti tietoa ihmisten seksuaalikäyttäytymisestä ja siihen liittyvistä asenteista. On myös huomattava, että nuorille tarkoitetuissa kyselyissä nämä asiat ovat selkeästi paremmin esillä kuin aikuisille suunnatuissa. Eläkeläisille suunnatussa EVTK-tutkimuksessa ei ollut yhtään kysymystä seksuaalikäyttäytymisestä, vaikka myös heidän kokemuksistaan olisi mielenkiintoista ja varmasti avartavaa saada tietoutta. Vain harvoissa tutkimuksissa tiedusteltiin minkälaiseksi ihmiset kokevat sukupuolielämän ja mahdollisen toisen ihmisen läheisyyden kaipuun. Lisäksi tärkeää olisi myös saada selville se kuinka paljon niin sanottua riskikäyttäytymistä tapahtuu.

Ihmissuhteita käsitteleviä kysymyksiä löytyy 50 kappaletta yhteensä 9/11 tutkimuksessa. Kysymyksissä tiedusteltiin pääasiassa perhesuhteita, siviilisäätystä, eroja, avo- ja avioliittojen määrää ja leskeksi jäämistä. Joissakin kyselyissä kysymykset koskevat parisuhdetilannetta sekä lapsuudenkodin asennetta sukupuoliasioita kohtaan.

Ajoittain ihmissuhdekysymyksiin oli käytetty paljon tilaa, kun esimerkiksi tiedusteltiin siviilisäädyn lisäksi mahdollista erovuotta, leskeksi jäämisvuotta sekä avo- tai avioliittojen määrää. Oli kuitenkin hienoa huomata, että niin eläkeläisten kuin nuortenkin (kouluterveyskysely ja Lasten terveys -kysely) tutkimuksissa asiaa on selvitetty. Puutteellista on se, että tietous vastaajien kokemasta yksinäisyydestä tai ystävien määrästä jää vähäiseksi.

Elintapakysymyksiä tupakan, alkoholin ja huumeiden käytöstä on esitetty kaikissa kyselyissä ja niitä on yhteensä 287 kappaletta. Ne on poimittu vertailukohteeksi, jotta voidaan verrata SeLiTe-kysymysten lukumäärää elintapoihin liittyvien kysymysten määriin. Vertailun tarkoituksena on osoittaa, kuinka vähän laajat väestötutkimukset mahdollistavat tutkimuksia, joissa selvitetään ihmisten seksuaali- ja lisääntymisterveyden osuutta yleiseen terveyteen, mielenterveyteen, sukupuolitauteihin tai seksuaalikäyttäytymiseen.

Kuntien palveluiden kehittämisen kannalta on ymmärrettävää, että väestön elintavoista saadaan tarkkaa tutkimustietoa. Tämän vuoksi esimerkiksi kouluterveyskyselyn elintapa-kysymysten suuren määrän ymmärtää. Lisäksi riskikäyttäytymisessä, elintavoissa ja seksuaalisuudessa voisi olla yhteneväisyyksiä. Osassa tutkimuksissa oli hyvin yksityiskohtaisesti kysytty esimerkiksi alkoholin kulutusta: tiedusteltiin erikseen muun muassa mietojen alkoholijuomien, viinien ja väkevien alkoholijuomien kulutusta useammassa kysymyksessä eri muodoissa. Lisäksi tiedusteltiin esimerkiksi juomistapoja ja katumusta alkoholin käyttöä kohtaan, kun puolestaan vastaavanlaisia tarkkoja kysymyksiä ihmisten seksuaalisuudesta tai seksuaali- ja lisääntymisterveydestä ei esiintynyt.

7 POHDINTA

7.1 Tutkimustulosten pohdinta

Tutkimuksen tavoitteensa on ollut perehtyä SeLiTe-aihepiirin kattavuuteen väestötutkimuksista ja vertailla saatua tietoa STM:n toimintaohjelman 2007–2010 tavoitteisiin. Toimintaohjelman tavoitteita ja kysymysten määrää vertailemalla tehtiin johtopäätökset kysymysten kattavuudesta. Nämä tulokset osoittavat, että erityisesti seksuaalisen väkivallan, sukupuolitautilien ja riskikäyttäytymisen osuus väestötutkimuksissa jää vähäiseksi. Osasta aihealueista kysymyksiä on määrällisesti riittävästi, mutta ne ovat sijoittuneet vain tiettyihin tutkimuksiin, jolloin vastaukset rajoittuvat helposti vain tietyn ikäryhmän otokseksi. Lisäksi analyysistä näkee, kuinka elintapa-kysymykset ovat runsaslukuisesti esille jokaisessa tutkimuksessa. Määrä- ja laatuanalyysit osoittavat selvästi, että ikääntyneille esitettyjen kysymysten määrä on lähes mitätön.

Hyvän kyselytutkimuksen lähtökohtana on antaa tietoa monipuolisesti ja laajasti. Mukana kyselyssä tulisi olla kysymyksiä mahdollisimman usealta osa-alueelta, myös seksuaali- ja lisääntymisterveydestä. Kysymyksiä tulisi esittää rohkeasti myös aremmilta aihealueilta, kuten seksuaalisesta suuntautumisesta. Kyselyn toistuminen tietyn määräajoin olisi myös tärkeää, jotta tuloksien vertailu olisi mahdollista. Toistettavissa tutkimuksissa samojen kysymysten säilyminen antaa mahdollisuuden vertailuun.

Finsex-tutkimuksessa ja kouluterveyskyselyssä osa kysymyksistä on esitetty väittämämuodossa. Väittämät ovat hyviä ja antavat tietoa ihmisten käsityksistä sekä olemassa olevan tiedon määrästä. Väittämiin voi olla ajoittain myös helpompi vastata, koska silloin eivät omat toimintatavat välttämättä tule esille. Esimerkiksi voi olla helpompi vastata väittämään, jossa kysytään mielipidettä homo/lesbo-pareista, kuin se että kysymys olisi muotoiltu koskemaan omaa seksuaalisuutta. Koemme kuitenkin, että normaalien kysymysten olemassa olo on tärkeää, koska niiden avulla saatu tieto on tarkempaa ja henkilökohtaisempaa.

THL:lla on paljon rekisteritietoa, jota olisi mahdollista yhdistää tutkimuksen vastauksiin, jos kyselyissä kysyttäisiin sen täyttäjän sosiaaliturvatunnus. Sosiaaliturvatunnuksen avulla löytyisi jo olemassa olevaa tietoa rekistereistä, jolloin näitä asioita ei tarvitsisi enää kysyä uudestaan. Esimerkiksi lasten määrä selviää kyseisistä rekistereistä. Tämä voisi antaa mahdollisuuden uusille SeLi-

Te-kysymyksille, jos osa kysymyksistä jäisi pois. Henkilöllisyyden esille tulo voisi kuitenkin vaikuttaa alentavasti vastausprosenttiin, joka ei puolestaan edesauta tiedon keruuta.

Kyselyjen laajuus ja alueellinen kattavuus vaihtelee suuresti tutkimuksesta riippuen. Laajat kyselyt voivat madaltaa vastausprosenttia, mutta niiden toteuttaminen on kustannustehokkaampaa kuin useamman pienemmän tutkimuksen. Tiheään saapuvat pienet kyselyt puolestaan voivat saada ihmiset kyllästymään toistuvien kyselyiden täyttämiseen. Kouluterveyskyselyssä vastausprosentti on ollut korkea, noin 80 %. Tämä johtuu siitä, että koululaiset ja opiskelijat täyttävät kyselylomakkeet kouluissaan. Viime vuosina muiden kyselyiden vastausprosentti on jäänyt alhaiseksi, noin 50 % tienoille.

Laajojen tutkimusten hyviä puolia ovat useamman aihealueen samanaikainen käsittely, jolloin tietoa saadaan useiden eri asiantuntijoiden käyttöön samalla rahamäärällä. Tällöin myös vastausten vertaileminen on mahdollista, esimerkiksi yhtäläisyyksien etsiminen mielenterveyteen ja seksuaalisuuteen liittyvien ongelmien väliltä. Pienempien tutkimusten heikkous on se, ettei yhdistely onnistu. Niissä jäävät kysymättä aihealueet, joita ei mielletä tarpeeksi tärkeiksi, ja näin usein käy SeLiTe-kysymyksille.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden parissa työskentelee usean erilaisen koulutuksen saaneita ihmisiä, joiden tietotaito vaihtelee suuresti. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden sisällytys eri oppimääriin vaihtelee suuresti. Esimerkiksi kättilöiden opintoihin kuuluu laajasti seksuaali- ja lisääntymisterveyden opintoja, mutta geronomien osaamisvaatimuskuvauksessa siitä ei ole mainintaa. Tavoitteena toimintaohjelmassa olikin, että sosiaali- ja terveydenhuollossa toimivan ammattihenkilöstön perustutkinnot sisältäisivät riittävät perustiedot seksuaali- ja lisääntymisterveydestä. Työntekijöiden riittävät perustiedot ovat lähtökohta seksuaali- ja lisääntymisterveyden kehittämiseksi kaikissa ammattiryhmissä. (Toimintaohjelma s. 134–136.)

7.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkijan on tutkimusta tehdessään otettava huomioon monia tutkimusentekoon liittyviä eettisiä kysymyksiä. Tutkimuseettiset periaatteet ovat yleisesti hyväksytyjä ja niiden tunteminen ja mukaan toimiminen ovat jokaisen tutkijan omalla vastuulla. Eettisesti hyvässä tutkimuksessa on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä, joita ovat esimerkiksi tiedeyhteisön tunnustamien toimin-

tatapojen noudattaminen, tutkimuksen kriteerien mukaisten ja eettisesti kestävien tiedonhankinta, tutkimus- ja arviointimenetelmien käyttöä sekä se, että tutkimus on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti. (Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007, 23–24.)

Kaikissa tutkimustyön vaiheissa tulee välttää epärehellisyyttä ja huomiota tulee kiinnittää ainakin siihen, että toisen tekstiä tai omia tutkimuksia ei saa plagioida, tuloksia ei sepitetä, kaunistella tai esitetä kriittikittömästi ja myös raportoinnin tarkkuuteen ja huolellisuuteen on kiinnitettävä huomiota. Myös tutkimusaineiston löytyminen yhä enenevässä määrin Internetistä tuo esiin koko ajan uusia eettisiä kysymyksiä. (Hirsjärvi ym. 2007, 25–27.)

Työssä käytetyt aineistot ovat kaikkien saatavilla olevia väestötutkimuksia. Käytössä ei ole ollut yhtäkään sellaista versiota, jossa olisi ollut täytettynä vastauksia. Työ ei myöskään tarvitse erillistä lupa keneltäkään henkilöltä tai virastolta, sillä käsitellyt aineistot ovat yleisiä ja julkisia asiakirjoja. Työssä eettisesti huomioitavat kohdat ovat, kuinka aineistossa olevat kysymykset on lajiteltu, onko kaikissa kyselyissä olevat kysymykset huomioitu, onko asetettu tarpeeksi tarkat kriteerit poimituille kysymyksille sekä se, että mitkä kyselyiden osa-alueet on laskettu omiksi kysymyksiksi ja mitkä kysymyskokonaisuuksiksi.

Laatukriteerien osalta työn arviointi perustuu pitkälti samoihin asioihin kuin eettistenkin asioiden osalta. Kerätty aineisto on poimittu julkisista asiakirjoista, jolloin kuka tahansa pystyy tarkastamaan niiden paikkaansa pitävyyden. Laatukriteerejä olemme pyrkineet pitämään yllä tekemällä jokaisen työvaiheen kahteen kertaan, molemmat kerrat eri opiskelijan toimesta. Tämä tarkoittaa esimerkiksi sitä, että käytyään lävitse jonkin väestötutkimuksen on saman tutkimuksen käynyt lävitse myös toinen tutkija huolimattomuusvirheiden minimoimiseksi.

7.3 Tutkimuksen luotettavuus

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuuden arviointi on koko tutkimuksen teon ajan kestävä prosessi. Kaiken tutkimustoiminnan tarkoituksena on välttää virheitä, jonka vuoksi jokaisessa tutkimuksessa on arvioitava tehdyn tutkimuksen luotettavuutta. Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa käytetään yleensä käsitteitä luotettavuus ja pätevyys. (Hirsjärvi ym. 2007, 216.)

Aineiston keruussa on huomion kiinnityttävä aineiston edustavuuteen. Laadullisen tutkimuksessa tavoitteena on ymmärtää tutkimuskohdetta ja kuvata tutkittavaa ilmiötä mahdollisimman tarkasti.

(Hirsjärvi ym. 2007, 176.) Työssämme tutkitaan seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvien kysymysten esiintyvyyttä väestötutkimuksissa. Mukaan on otettu väestötutkimukset, jotka toteutetaan säännöllisin väliajoin mahdollisimman edustavan aineiston saamisen varmistamiseksi.

Tutkijan tarkka selostus tutkimuksen kaikista vaiheista kohentaa laadullisen tutkimuksen luotettavuutta. Laadullisessa aineiston analyysissä on keskeisessä osassa luokittelujen tekeminen, joten lukijalle on annettava tarkka kuva siitä, kuinka luokittelujen perusteet ovat syntyneet. (Hirsjärvi ym. 2004, 217.) Tulosten tulkinta vaatii tutkijalta kykyä saattaa vastauksiaan teoreettisen tarkastelun tasolle, jolloin myös tutkimuksen lukijalle on muodostuttava selkeä kuva siitä, mihin tutkija tutkimuspäätelmänsä perustaa (Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004, 218).

Tutkimuksen luotettavuutta pyrittiin ylläpitämään tekemällä aineiston keräys kahteen kertaan, molemmat kerrat eri opiskelijan toimesta. Tämä tarkoittaa esimerkiksi sitä, että käytyään lävitse jonkin väestötutkimuksen on saman tutkimuksen käynyt lävitse myös toinen tutkija huolimattomuusvirheiden minimoimiseksi. Kerätty aineisto on poimittu julkisista asiakirjoista, jolloin kuka tahansa pystyy tarkastamaan niiden paikkaansa pitävyyden. Aineiston luokittelu on perusteltu käytettyyn teoreettiseen tietoon vedoten.

Luotettavuuden varmistamiseksi tulee myös tarkastella puolueettomasti saatuja tuloksia. Tutkijan tulisi ymmärtää tutkimusaineistoaan, eikä antaa oman toimintansa ja asemansa vaikuttaa tutkimustuloksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2004, 133). Väestötutkimuksista poimittiin kaikki seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvät kysymykset, jonka jälkeen ne on lajiteltu tiettyihin aihekokonaisuuksiin. Kysymyksistä kirjoitetut johtopäätökset pohjautuvat tutkimustehtäviin ja aineistoa analysoidessa lajittelu on pyritty tekemään puolueettomasti. Luokittelujen aihekokonaisuudet on poimittu STM:n toimintaohjelmasta, mutta kysymysten sisältöjen vuoksi jouduimme luomaan vielä ylimääräiset neljä aihekokonaisuutta, sillä niihin kuuluvia kysymyksiä ei voinut liittää mihinkään muihin aihekokonaisuuksiin tutkimustuloksia vääristämättä.

7.4 Omat oppimiskokemukset

Opinnäytetyön tekeminen on ollut pitkä prosessi, jonka aikana on opittu monia uusia asioita. Tämä työ on ollut meille molemmille ensimmäinen korkeakoulutasoinen opinnäytetyö, joten matkan varrella on tullut paljon uutta opittavaa. Alussa keräsimme teoretietoa, jolloin täytyi löytää sopivat

lähteet. Silloin korostuivat oikeat tiedonhakumenetelmät. Meille sopivaa lähdekirjallisuutta oli vain niukasti saatavilla, joten useat sosiaali- ja terveysalan tietokannat tulivat tutuiksi.

Työn edetessä erilaiset tutkimusvaiheet tulivat tutuiksi. Työstimme ensin valmistavan seminaarin ja tutkimussuunnitelman, joiden pohjalta aloimme tehdä varsinaista loppuraporttia. Vaiheet auttoivat selvittämään opinnäytetyön prosessin kulkua ja antoivat paljon kokemusta tieteellisen tutkimuksen tekemisestä ja raportin kirjoittamisesta.

Kvalitatiivisen tutkimuksen periaatteet ovat tulleet tutuiksi työn edetessä. Koulun kursseista sekä alan kirjallisuudesta on ollut hyötyä työn muotoutuessa. Olemme saaneet prosessin aikana tietoa THL:n toiminnasta sekä väestötutkimusten merkityksestä. Olemme oppineet kuinka väestötutkimuksilla saadaan tietoa ihmisistä ja kuinka niiden avulla toimintoja voidaan kehittää. Lisäksi meille on auennut seksuaali- ja lisääntymisterveyden merkitys ihmisen kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin kannalta.

Yhteistyö THL:n kanssa on antanut paljon kokemusta yhteistyötaitojen merkityksestä. Sekä THL:lla että koululla on ollut selkeät, mutta hieman toisistaan poikkeavat toimintatavat ja olemme pyrkineet pääsemään tasapainoon niiden välillä. Yhteistyötaidot ovat kehittyneet myös parityökentelyn avulla.

7.5 Kehittämisen- ja jatkotutkimushaasteet

Jatkotutkimuksena 5-10 vuoden päästä olisi mielenkiintoista tehdä samanlainen kartoitus kuin meidän nyt tehty selvitys SeLiTe-kysymysten määrästä eri tutkimuksissa. Sen avulla selviäisi, onko meidän työllä ollut vaikutusta uusien kyselyiden laadintaan. Toinen mahdollinen jatkotutkimus voisi olla malliesimerkin laadinta kattavasta seksuaali- ja lisääntymisterveyden kyselystä. Kysely voisi sisältää noin 20–30 kysymystä tasaisesti eri osa-alueilta. Suurena haasteena tulevaisuudessa olisi luoda kattava seurantamenetelmä, jonka avulla suomalaisten seksuaali- ja lisääntymisterveyden kehittymistä pystyttäisiin seuraamaan. Suuri SOTE-uudistus aiheuttaa suuria haasteita palveluiden järjestämiselle, jolloin voi olla, ettei seksuaali- ja lisääntymisterveyteen tule panostettua tarpeeksi, sillä sen ei ainakaan vielä toistaiseksi ajatella olevan niin suuressa roolissa terveyden- ja hyvinvoinnin kokonaiskentässä verrattuna esimerkiksi elintapoihin, liikuntaan ja ylipainoon jotka ovat perinteisiä terveyden edistämisen aiheita.

LÄHTEET

Aromaa, A. 2000. Kansallinen tutkimus suomalaisten terveydestä ja toimintakyvystä. Hakupäivä 21.5.2012. <http://www.terveys2000.fi/taustaa.html>

ATH - terveyttä ja hyvinvointia kuntalaisille. 2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Hakupäivä 20.5.2012. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/ath.

Developing sexual health programmes 2010. WHO 2010. http://whqlibdoc.who.int/hq/2010/WHO_RHR_HRP_10.22_eng.pdf . Hakupäivä 18.2.2013.

Eläkeikäisen väestön terveystyöryhmä ja terveys (EVTK). 2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Hakupäivä 21.5.2012. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/evtk.

FINRISKI-tutkimus. 2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Hakupäivä 20.5.2012. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/finriski

Heikinheimo, A., Tasola, S. Vain muistamalla voi unohtaa. Seksuaalisesti hyväksikäytettyjen naisten ryhmäterapia. Tie toipumiseen. Kopijyvä Oy. Jyväskylä, 2004

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Helsinki:Tammi

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. osin uudistettu painos. Helsinki:Tammi

Hiv-tartunnat todetaan liian myöhään. 2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Hakupäivä 14.2.2013. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tiedote?id=32010.

Jaakkola, S., Lyytikäinen, O., Rimhanen-Finne, R., Salmenlinna, S., Vuopio, J., Roivainen, M., Löflund, J-E., Kuusi, M., Ruutu, P. 2012). Tartuntataudit Suomessa 2011. Tampere: Tampereen yliopistopaino.

Koponen, P., Klemetti, R., Luoto, R., Alha, P. & Surcel, H-M. 2012 Lisääntymisterveys, raskauden ehkäisy, raskaudet ja lasten hankinta teoksessa Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos raportti 68/2012. Helsinki 2012.

Kosunen E. Seksuaalikäyttäytymisen muutokset. Teoksessa: Kosunen E, Ritamo M (toim.): Näkökulmia nuorten seksuaaliterveyteen. Stakes. Raportteja 282. Helsinki, 2004.

Kouluterveyskysely. 2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Hakupäivä 20.5.2012. <http://info.stakes.fi/kouluterveyskysely/FI/index.htm>

Kouluterveyskysely. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013. Hakupäivä 24.3.2013. (http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/vaestotutkimukset/kouluterveyskysely)

Kylmä, J. & Juvakka, T., Laadullinen terveystutkimus. Edita 2007.

Lasten ja nuorten terveysseurantatutkimus (LATE). 2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Hakupäivä 21.5.2012. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/late.

Lehtinen M. Rokote hiljaista epidemiaa vastaan. Teoksessa: Kosunen E, Ritamo M (toim.): Näkökulmia nuorten seksuaaliterveyteen. Stakes. Raportteja 282. Helsinki, 2004.

Nikula, M. 2012. Seksuaaliterveys ja seksuaalikäyttäytyminen suomalaisen aikuisväestön keskuudessa: Pilottitutkimus jossa arvioidaan seksuaaliterveyteen liittyvien kysymysten sopivuutta osaksi yleistä terveystutkimuskyselyä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki, 2012.

Organisaatio. 2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Hakupäivä 21.5.2012. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/

Pelkonen, M., ylitarkastaja, sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Power Point –esitys 26.4.2012. Tekijän hallussa.

Raskaudenkeskeytykset 2011. 2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Hakupäivä 13.2.2013. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/seliterveys/raskaudenkeskeytykset/raskaudenkeskeytykset.

Raskaudenkeskeytys. 2013. Käypä hoito. Hakupäivä 26.3.2013.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi27050>

Ritamo, M., Pelkonen, M. & Nikula, M. 2010. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen, Väliarviointi sosiaali- ja terveysministeriön toimintaohjelmasta vuosille 2007–2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen 2007:17. Toimintaohjelma 2007-2011. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Seksuaalikasvatuksen Standardit Euroopassa 2010. Maailman terveysjärjestön (WHO) Euroopan aluetuimisto ja BZgA. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Seksuaaliterveys. 2012. Väestöliitto. Hakupäivä 02.05.2012.
http://www.vaestoliitto.fi/murkun_kanssa/tietoa/seksuaalisuus_ja_seurustelu/seksuaalisuus/mita_seksuaalisuus_on/seksuaaliterveys.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Valtioneuvosto. Hakupäivä 21.5.2012.
<http://valtioneuvosto.fi/ministeriot/stm/fi.jsp>.

Sukupuolitaudit Suomessa 2011. 2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Hakupäivä 22.2.2013.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi%20organisaatio/rakenne/yksikot/seli/verkostokirje/2012/sukupuolitaudit-suomessa-2011

Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys (AVTK). 2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Hakupäivä 20.5.2012. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/avtk

Suomalaisten seksuaalisuus FINSEX tutkimushanke. 2012. Väestöliitto. Hakupäivä 20.5.2012.
http://www.vaestoliitto.fi/tieto_ja_tutkimus/vaestontutkimuslaitos/seksologinen_tutkimus/suomalaisten_seksuaalisuus_finse2/

Surcel, H-M. 2012. Viidennes raskaana olevista tupakoi. Hakupäivä 22.2.2013. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/organisaatio/rakenne/yksikot/seli/verkokirje/raskaana_olevien_tupakointi.

Syntyneiden lasten rekisteri. 2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Hakupäivä 24.3.2013. (http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/rekisteriselosteet/syntyneet_lapset).

Tartuntatauti seuranta ja ilmoittautuminen. 2013. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Hakupäivä 24.3.2013. (http://www.thl.fi/fi_FI/web/infektiotaudit-fi/seuranta)

Terveys 2011 kerää tietoa suomalaisten terveydestä ja se kehityksestä. 2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Hakupäivä 20.5.2012. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/terveys_2011

Terveysindikaattorit. 2013. Euroopan komissio. Hakupäivä 24.3.2013. (http://ec.europa.eu/health-eu/health_in_the_eu/ec_health_indicators/index_fi.htm)

Tietojen hakeminen SOTKANetistä. 2013. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Hakupäivä 24.3.2013. (<http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu>)

Tiitinen, A. 2012. Lapsettomuus. Duodecim. Hakupäivä 22.2.2013. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00151.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A., Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Tammi 2007/2009.

Wikström, E., Bloigu, A., Ohman, H., Hiltunen-Back, E., Virtanen, MJ., Tasanen, K., Paavonen, J., Lehtinen, M., Surcel, HM. 2012. An increasing proportion of reported Chlamydia trachomatis infections are repeated diagnoses. Sex Transm Dis. Dec;39(12):968-72. doi: 10.1097/OLQ.0b013e31826e8720.

Ylikomi R, Punamäki R-L. Raiskaustrauma II: Raiskauksen uhrin psyykkinen akuuttihoito ja hoitopolun rakentaminen. Suomen Lääkärilehti 2007;62:877–83.

LIITE 1/1

Tutkimusten internet linkit

KOULUTERVEYSKYSELY

http://www.thl.fi/attachments/kouluterveyskysely/Lomakkeet/KTK2011_PK_FIN.pdf

KORKEAKOULUOPISELIJOIDEN TERVEYSTUTKIMUS

http://www.yths.fi/filebank/1846-Kyselylomake_SU.pdf

TERVEYS 2000

<http://www.terveys2000.fi/lomake.html>

TERVEYS 2011

<http://www.terveys2011.info/forms.html>

ATH

http://www.thl.fi/attachments/ATH/A1204_1.pdf

AVTK

<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/4582dc7b-0e9c-43db-b5eb-68589239b9a3>

EVTK

<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79893/12023db0-7521-4e22-a80c-cb1dbb27b55a.pdf?sequence=1>

LATE

http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/late/late_tutkimusaineisto/tutkimuksen_tiedonkeruu_menetelmat

FINRISKI

http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/finriski

NUORTEN TERVEYSTAPATUTKIMUS

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=3320152&name=DLFE-16067.pdf