

Maria-Isabella Ali-Sisto & Salla-Maarit Isola

SEKSUAALI – JA LISÄÄNTYMISTERVEYS JA SOSIOEKONOMISET TAUSTAT

SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYS JA SOSIOEKONOMISET TAUSTAT

Maria-Isabella Ali-Sisto
Salla-Maarit Isola
Opinnäytetyö
Kevät 2014
Hoitotyön koulutusohjelma
Oulun ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Oulun ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma, kättilötyön suuntautumisvaihtoehto

Tekijät: Maria-Isabella Ali-Sisto, Salla-Maarit Isola
Opinnäytetyön nimi: Seksuaali- ja lisääntymisterveys ja sosioekonomiset taustat
Työn ohjaajat: Ulla Paananen (OAMK); Heljä-Marja Surcel (THL)
Työn valmistusluku ja -vuosi: Kevät 2014 Sivumäärä: 50

Seksuaali- ja lisääntymisterveys on osa ihmisen kokonaisvaltaista terveyttä. Yksilötasolla tietouden lisääminen ja vastuullinen seksikäyttäytyminen parantaa seksuaali- ja lisääntymisterveyttä. Suomalaista tutkimustietoa on laajasti sosioekonomisten taustojen yhteydestä terveyteen, ja koska niiden välinen yhteys on selkeästi havaittavissa, tutkimustietoa on tärkeää saada myös seksuaali- ja lisääntymisterveyden osalta. Tässä tutkimuksessa on vertailtu sosioekonomisen taustan yhteyttä sukupuolitauteihin, lapsettomuuteen, lapsettomuustutkimuksiin ja -hoitoihin sekä aborttien, keskenmenojen ja seksikumppanien määrään. Lisäksi seksuaalisen mielenkiinnon vähene- mistä, tyytyväisyyttä seksielämään ja seksielämän tärkeyttä on tarkasteltu. Tämän tutkimuksen kannalta merkittävin sosioekonomisen taustan mittari on koulutustausta. Tavoitteena on tuottaa seksuaali- ja lisääntymisterveyden palveluiden kehittämisessä hyödynnettävää tietoa.

Työn toimeksiantaja on Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimuksessa on käytetty toimeksiantajan Terveys 2000 ja Terveys 2011-tutkimusaineistoa, joka koostuu pääasiassa terveyshaastatteluilta, terveystarkastuksista ja puhelinhaastatteluilta. Tutkimukset jakautuivat molempina vuosina yli 30-vuotiaiden ja 18–29-vuotiaiden erillisiin aineistoihin. Tutkimus on toteutettu tilastoanalyysillä kvantitatiivista menetelmää käyttäen.

Tutkimuksessa havaittiin sosioekonomisen taustan olevan yhteydessä seksuaali- ja lisääntymisterveyteen. Perusasteen koulutuksen saaneilla havaittiin olleen enemmän toistuvia raskauden keskeytyksiä ja seksuaalisen häirinnän uhka on yleisempää kuin muiden koulutusryhmien edustajilla. Perusasteen käyneet miehet raportoivat enemmän sukupuolitauteja, kun taas korkeasti koulutetut olivat käyneet useammin HIV-testeissä kuin muiden koulutusryhmien edustajat. Lapsettomuus on yleisempää korkeasti koulutetuilla ja he hakeutuvat muita useammin lapsettomuustutkimuksiin ja -hoitoihin.

Sosioekonomisen taustan vaikutus terveyskäyttäytymiseen tulee ottaa huomioon palveluita kehitettäessä. Väestön seksuaaliterveydestä tarvitaan lisää tutkimustietoa sosioekonomisten terveys- erojen kaventamiseksi.

Asiasanat: seksuaaliterveys, lisääntymisterveys, sosioekonomiset tekijät, seksuaalisuus

ABSTRACT

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

Authors: Maria-Isabella Ali-Sisto, Salla-Maarit Isola
Title of thesis: Sexual and Reproductive Health and Socioeconomic factors
Supervisors: Ulla Paananen (OAMK); Heljä-Marja Surcel (THL)
Term and year when the thesis was submitted: Spring 2014 Pages: 50

Sexual and reproductive health forms a considerable part of human health. According to evidence-based knowledge the socioeconomic factors can affect sexual and reproductive health. However, only a few Finnish studies exist. For that reason more information on the subject is needed.

The purpose of the study was to find out connections between socioeconomic factors and sexual and reproductive health. The objective of the study was to produce evidence-based knowledge exploitable in developing health care services.

The data for this study was collected by National Institute for Health and Welfare in the years of 2000 and 2011. The data collection method was questionnaire-based with both multiple choice and open-ended questions. Quantitative method was used for the data analysis. In this study the indicator for socioeconomic factors is respondents' educational background. The indicators for sexual and reproductive health are for example sexual transmitted diseases, abortions and infertility.

The main conclusion was that educational background affects sexual and reproductive health. The connection between education and abortions was considerable. Abortions as well as sexual risk behavior were more common among the low-educated. Infertility was more common in the high educated group, and so were the infertility treatments.

Decreasing health differences between socioeconomic groups should be taken seriously by the health care services. More information about the sexual and reproductive health of the population should be collected for the further studies.

Keywords: Sexual health, reproductive health, sexuality, socioeconomic factors

SISÄLLYS

LYHENTEET.....	7
1 JOHDANTO.....	8
2 SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYS.....	9
2.1 Seksuaali- ja lisääntymisterveyden käsitteet.....	9
2.2 Seksuaalisuus.....	10
2.3 Lapsettomuus.....	11
2.4 Keskenmeno.....	12
2.5 Raskaudenkeskeytykset.....	12
2.6 Sukupuolitaudit.....	13
2.7 Seksuaali- ja lisääntymisterveyden haasteita Suomessa.....	13
3 SOSIOEKONOMISET TAUSTAT.....	15
3.1 Sosioekonomisen aseman määrittely.....	15
3.2 Sosioekonomisten terveyserojen selittyminen.....	16
3.3 Sosioekonomiset terveyserot Suomessa.....	17
4 TERVEYS 2000 JA 2011 TUTKIMUKSET.....	19
4.1 Yleistä Terveys 2000 ja 2011- aineistosta.....	19
4.2 Tutkimusten sosioekonominen jakautuminen.....	19
4.3 Seksuaali- ja lisääntymisterveys T2000 ja T2011 -tutkimuksissa.....	21
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT.....	23
6 AINEISTO JA MENETELMÄT.....	24
6.1 Tutkimusmenetelmän kuvaus.....	24
6.2 Aineiston käsittely ja analysointi.....	25
7 TULOKSET JA TULOSTEN TULKINTA.....	26
7.1 Sosioekonominen tausta ja tahaton lapsettomuus.....	26
7.2 Sosioekonominen tausta ja keskenmenot.....	29
7.3 Sosioekonominen tausta ja abortit.....	31
7.4 Sosioekonominen tausta ja sukupuolitaudit.....	33
7.5 Sosioekonominen tausta ja sukupuolielämä.....	36
7.6 Sosioekonominen tausta ja sen yhteys seksikäyttäytymiseen, tyytyväisyys seksielämään ja seksuaalisen häirinnän uhka.....	37
8 POHDINTA.....	39

8.1 Yhteenveto tuloksista	39
8.2 Tutkimuksen luotettavuus	40
8.3 Tutkimuksen eettisyys	41
8.4 Omat oppimiskokemukset	42
8.5 Kehittämisen- ja jatkotutkimusaiheet	42
LÄHTEET	44

LYHENTEET

THL = Terveyden ja hyvinvoinnin laitos

T2000 = Terveys 2000 väestötutkimus

T2011 = Terveys 2011 seurantatutkimus

1 JOHDANTO

Seksuaalisuus on tärkeä osa ihmistä koko elämän ajan. Siihen liittyvät muun muassa seksuaalinen kehitys, sukupuoli-identiteetti ja suvun jatkaminen. Seksuaaliterveydellä tarkoitetaan kokonaisvaltaista hyvinvoinnin tilaa suhteessa seksuaalisuuteen, ei pelkästään sairauden puuttumista. (Väestöliitto 2013, hakupäivä 27.8.2013.) Lisääntymisterveys on täyttä hyvinvointia kaikissa lisääntymiseen liittyvissä toiminnoissa. Lisääntymisterveyden edellytyksenä on mahdollisuus turvalliseen ja tyydyttävään sukupuolielämään, johon liittyy suvun jatkaminen ja mahdollisuus siitä päättämiseen. Seksuaali- ja lisääntymisterveys ymmärretään osittain päällekkäisiksi käsitteiksi. (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007–2011. 2007, 20; 185.) Tässä opinnäytetyössä käytämme käsitettä seksuaali- ja lisääntymisterveys.

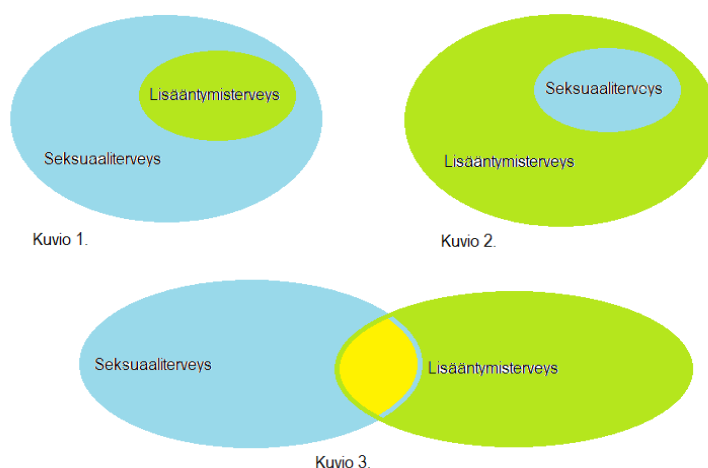
Terveyseroja tutkitaan useimmiten sosioekonomisen aseman mittareilla, joita ovat koulutus, ammattiasema ja tulot. Yksilön sosioekonomiseen asemaan vaikuttaa usein myös vanhempien tai puolison sosioekonominen tausta. (Lahelma ym. 2011, 46–47.) Vaikka suomalaisten terveydentila on kohentunut, sosioekonomiset terveyserot ovat osittain jopa kasvaneet (Palosuo ym. 2007, 3).

Tasa-arvoon pyrkivissä yhteiskunnissa suuret hyvinvointi- ja terveyserot eivät ole poliittisesti ja eettisesti hyväksyttäviä, ja niihin pyritään vaikuttamaan yhteiskuntapoliittisella päätöksenteolla (Lahelma ym. 2011, 42; Rotko ym. 2011, 14–15). Terveyden edistämisen keskeisiä haasteita on sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen, mukaan lukien seksuaali- ja lisääntymisterveys, jolla näyttää olevan yhteys yleensä terveydelle haitallisesti vaikuttaviin riskitekijöihin (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007–2011. 21). Sosioekonomisten tekijöiden ja seksuaali- ja lisääntymisterveyden välisestä yhteydestä on kuitenkin hyvin vähän raportoitua tutkimustietoa. Tässä tutkimuksessa olemme selvittäneet sosioekonomisten tekijöiden yhteyttä seksuaali- ja lisääntymisterveyteen. Aineistona on Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen (THL) toteuttamat Terveys 2000 (T2000) (<http://www.terveys2000.fi/>) ja Terveys 2011 (T2011) (<http://www.terveys2011.info/>) väestötutkimukset, joista kumpikin sisältää kysymyksiä sekä sosioekonomisiin taustoihin että seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyen.

2 SEKSUAALI- JA LISÄÄNTYMISTERVEYS

2.1 Seksuaali- ja lisääntymisterveyden käsitteet

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden nykyiset määritelmät perustuvat paljolti vuoden 1994 Kairon väestökongressin määritelmiin, vaikka niistä on keskusteltu jo aiemmin. Kun aikaisemmin lisääntymisterveyden tärkeimpänä näkökulmana oli väestönkasvuun liittyvät ongelmat, siirryttiin nyt huomioimaan ensisijaisesti yksilön hyvinvointi ja oikeudet. Lisääntymisterveyden käsitettä laajennettiin myös lisäämällä siihen seksuaalisuuteen liittyviä oikeuksia (Lottes 2000, 13-15). Kairon kongressin määritelmät eivät kuitenkaan ole yksiselitteisiä ja kaikkien hyväksymiä. Kairon kongressin määritelmän mukaan seksuaaliterveys on osa lisääntymisterveyden käsitettä, mutta useat tutkijat kannattavat käsitteiden erottamista toisistaan tai niiden hierarkian muuttamista päinvastoin (Lottes 2000, 19-20; Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen, toimintaohjelma 2007-2011 2007, 20). Eurooppalaisissa yhteyksissä käytetään usein rinnakkaisilmaisua seksuaali- ja lisääntymisterveys, koska käsitteet ymmärretään osin päällekkäisiksi (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen, toimintaohjelma 2007-2011 2007, 20). Tämän vuoksi ja koska käsitteiden hierarkisuus ei ole sama kaikkialla, käytämme tässä opinnäytetyössä ilmaisua seksuaali- ja lisääntymisterveys. Termien käyttöä on havainnollistettu seuraavassa kuvassa.



KUVA 1. Kuviossa 1 termit WHO:n epävirallisen määritelmän mukaan, kuviossa 2 Kairon kongressin määritelmä ja kuviossa 3 Eurooppalaisissa yhteyksissä käytetty rinnakkaisilmaisuu. (Marjaana Pelkonen, PowerPoint-esitys 26.4.2012.)

WHO:n epävirallisen määritelmän mukaan seksuaaliterveydellä tarkoitetaan kokonaisvaltaista hyvinvoinnin tilaa, jonka edellytyksenä on positiivinen ja kunnioittava asenne seksuaalisuuteen sekä mahdollisuus turvallisiin ja nautinnollisiin seksuaalisiin kokemuksiin ilman syrjintää, pakotamista ja väkivaltaa. Sen edellytyksiä ovat kaikkien ihmisten seksuaalisten oikeuksien kunnioittaminen, suojeleminen ja toteuttaminen. (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen, toimintaohjelma 2007-2011 2007, 20-21.)

Kairon väestö- ja kehityskonferenssin määritelmän mukaan lisääntymisterveydellä tarkoitetaan täyttä henkistä, fyysistä ja yhteiskunnallista hyvinvointia kaikissa lisääntymiseen liittyvissä asioissa, toiminnoissa ja prosesseissa. Lisääntymisterveys edellyttää, että ihmisillä on mahdollisuus turvalliseen ja tyydyttävään sukupuolielämään. Ihmisillä tulee olla kyky jatkaa sukua ja mahdollisuus päättää, käyttävätkö he sitä ja kuinka usein. Ihmisillä on oikeus käyttää ja saada tietoa turvallisista, tehokkaista ja hinnaltaan kohtuullisista perhesuunnittelumenetelmistä. Heillä on oikeus asianmukaiseen terveydenhuoltoon, jolloin naisille taataan turvallinen raskaus ja synnytys. (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen, toimintaohjelma 2007-2011 2007, 185.)

2.2 Seksuaalisuus

Seksuaalisuuden määritelmä ei ole yksiselitteinen. WHO:n määritelmän mukaan seksuaalisuus sisältää muun muassa sukupuolen, sukupuoli-identiteetin ja sukupuoliroolit sekä hellyyden, kosketuksen ja intiimiyden perustarpeet joita ilmaistaan ajatuksissa, tunteissa ja teoissa. Seksuaalisuus näkyy ihmisten käyttäytymisessä, uskomuksissa ja asenteissa. Seksuaalisuudessa toteutuu muun muassa biologisten, sosiaalisten ja yhteiskunnallisten tekijöiden vuorovaikutus. Tämän määritelmän mukaan seksuaalisuuteen kuuluu olennaisena osana lisääntymisen ja parinmuodostuksen lisäksi seksuaaliset toiminnot. (Kontula 2008, 15–16.) Kun ihmistä tuetaan nauttimaan seksuaalisuudestaan, edistetään samalla seksuaaliterveyttä (Kontula ym. 2007. 10).

Seksuaalisuutta voidaan tarkastella myös Lumme-mallin avulla. Lumme-mallissa seksuaalisuus jaetaan eri osa-alueisiin. Seksuaalisuuteen liittyy paljon sellaista, mitä ei voi kuvailla sanoin. Jokainen kokee seksuaalisuuden eri tavalla, joten Lumme-mallin tarkoituksena on ennemmin herättää pohtimaan, mikä merkitys seksuaalisuudella on ihmisen terveydelle ja elämälle, kuin antaa valmiita vastauksia. Tässä mallissa seksuaalisuuden osatekijöitä ovat yksilön arvot ja ihmiskäsitys, positiivinen seksuaalinen minäkuva, seksuaalisuutta kannattelevat tekijät, seksuaalisuuden osatekijät ja iän sekä elämäkokemuksen tuomat muutokset. Seksuaalisuuden osatekijöitä ovat

esimerkiksi fyysiset tekijät, kuten biologiset toiminnot, ja psyykkiset tekijät, kuten tunteet. Seksuaalisuutta kannatteleviin tekijöihin kuuluvat esimerkiksi rakkaus ja ihmisen temperamentti. (Bildjuschkin ym. 2010. 24–39, 42–55, 60–61.)

Seksuaalisuus määritty monilta osin sukupuolen kautta. Sukupuoliroolit ja -normit ovat usein tiukkoja, sillä ihmisille asetetaan erilaisia vaatimuksia ja oikeuksia sukupuolen mukaan. Sukupuoliroolit voivat aiheuttaa ahdistusta, jos ihminen ei koe vaatimuksia omakseen. Erityisesti miehen sukupuolirooli on ollut pitkään hyvin kapea, mikä voi olla osasy syy syrjäytymiseen. (Bildjuschkin ym. 2010. 31–34.)

Seksuaaliterveyden ja sen edistämisen kannalta seksuaalisuuden monimuotoisuuden ymmärtäminen ja omien asenteiden pohtiminen on tärkeää, jotta asiakkaat saavat asianmukaista ja heille tarpeellista tietoa. Lumme-mallissa seksuaalisuuteen vaikuttavat tekijät otetaan hyvin huomioon ja malli kannustaa pohtimaan ja kyseenalaistamaan seksuaalisuuteen liittyviä ajatuksia ja arvoja.

2.3 Lapsettomuus

Lapsettomuudella tarkoitetaan sitä, että raskaus ei ole alkanut vähintään vuoden kestäneen säännöllisen sukupuolielämän jälkeen. On arvioitu, että 15 % hedelmällisessä iässä olevista pareista kärsii lapsettomuudesta jossain elämänsä vaiheessa. Noin kolmasosa lapsettomuuden syistä johtuu naisesta, kolmasosa miehestä ja kolmasosassa syitä löytyy molemmista. (Tiitinen ym. 2004. 176.)

Tärkeimmät lapsettomuuden syyt ovat munasolun kypsyshäiriöt, munanjohdinvauriot sekä erilaiset siittiötuotannon häiriöt. Munasolun kypsyshäiriön tai irtoamishäiriön eli ovulaatiohäiriön syy voi olla hypotalamuksen, aivolisäkkeen tai munasarjan toiminnassa. Häiriö voi myös olla seurausta jostain muusta sairaudesta. Krooniset sairaudet, kuten keliakia, sekä syömisshäiriöt voivat aiheuttaa ovulaatioon liittyviä ongelmia. Ovulaatioon voivat vaikuttaa myös endokriiniset häiriöt, joista tavallisin on kilpirauhasen vajaatoiminta. Munanjohdinvauriot häiritsevät sulusolujen kuljetusta ja hedelmöitymistä. Munanjohdin voi olla täysin tukkeutunut tai vaurio voi olla osittainen heikentäen sen normaalia liikettä. Munanjohdinvauriot ovat usein seurausta aiemmin sairastetusta pikkulantion tulehduksesta. Merkittävänä lapsettomuuden aiheuttajana pidetään myös endometrioosia eli kohdun limakalvon sirottumatautia, jota tavataan 10–30 %:lla lapsettomuudesta kärsivistä naisista. (Tiitinen ym. 2004. 177–178.)

2.4 Keskenmeno

Keskenmenolla tarkoitetaan raskauden päättymistä ennen 22. täyttä raskausviikkoa tai sen seurauksena syntyvä sikiö painaa alle 500 grammaa. Suurin osa keskenmenoista tapahtuu ennen 12. raskausviikon päättymistä. Noin 10–15 % raskauksista päättyy keskenmenoon, ja jos otetaan huomioon biokemialliset raskaudet, keskenmenoon päättyy arviolta jopa puolet alkaneista raskauksista. Biokemiallinen raskaus tarkoittaa sitä, että munasolu hedelmöityy ja kiinnittyy kohtuun muodostaen istukkasolukkoa. Raskaustesti näyttää positiivista, mutta vuoto alkaa tavallista runsaampana muutaman päivän sisällä. Keskenmenon syitä voivat olla sikiön kromosomipoikkeavuudet, kohdun rakennepoikkeavuudet, hormonaaliset syyt ja joskus tulehdukset. Tupakointi, ylipaino ja huonossa hoitotasapainossa olevat sairaudet lisäävät keskenmenon riskiä. Keskenmenon yleisin oire on verenvuoto johon liittyvät alavatsakivut. (Tiitinen. 2013. Hakupäivä 3.12.2013.)

2.5 Raskaudenkeskeytys

Suomessa raskaus voidaan naisen pyynnöstä keskeyttää ennen 12. täyttä raskausviikkoa ja erityisluvalla ennen 20. viikkoa. Mikäli luotettavalla tutkimuksella on todettu sikiön vaikea vamma tai sairaus, raskaudenkeskeytyksen takaraja on 24 raskausviikkoa. (Kauranen. 2011. 25–26.) Keskeytysmenetelmänä 12. raskausviikkoon asti on joko imukaavinta tai lääkkeellinen vaihtoehto, jossa käytetään antiprogestiini mifepristonia yhdessä prostaglandiinin kanssa. Keskeytys tehdään 12. raskausviikon jälkeen emättimen kautta annettavalla prostaglandiinilla. Mifepristonin antaminen ennen prostaglandiinia vähentää prostaglandiinin tarvetta ja nopeuttaa keskeytystä. (Toivonen. 2004. 171.)

Raskaudenkeskeytykselle on lääketieteellinen peruste, kun raskauden jatkuminen tai lapsen synnyttäminen naisen sairauden, ruumiinvian tai heikkouden vuoksi vaarantaisi hänen henkensä tai terveytensä. Raskaus voidaan keskeyttää sosiaalisin perustein, kun naisen tai hänen perheensä elämänotot ja muut olosuhteet huomioon ottaen lapsen synnyttäminen tai hoito olisi huomattava rasitus. Ikä- ja lapsilukuperuste tarkoittaa, että nainen on raskauden alkaessa alle 17- tai yli 40-vuotias tai jo synnyttänyt neljä lasta. Muita laillisia perusteita raskaudenkeskeytyksille Suomessa ovat raskauksesta alkanut raskaus, sikiön epäilty vaikea sairaus tai vamma, sekä äidin tai isän sairaus tai muu lastenhoitokykyä rajoittava syy. (Toivonen. 2004. 171.)

Sosiaaliset syyt ovat Suomessa ylivoimaisesti yleisin raskaudenkeskeytysten peruste. Vuonna 2012 sosiaaliset syyt olivat perusteena 91,9 %:ssa tehdyistä keskeytyksistä. Kun sosiaalisiin syihin lisätään ikään ja lasten lukumäärään liittyvät perusteet, kattavat ne lähes 96 % keskeytyksistä. Sikiövaurioiden perusteella tehtiin 3,4 % raskaudenkeskeytyksistä. (Heino ym. 2013. Hakupäivä 28.11.2013.)

2.6 Sukupuolitaudit

Sukupuolitaudit tarttuvat pääosin seksikontakteissa. Tutkimuksiin on aiheellista hakeutua, jos on harrastanut suojaamatonta seksiä. Kirvely virtsatessa, märkäinen vuoto virtsaputkesta tai haavaumat sukuelinten limakalvoilla saattavat olla oireita sukupuolitaudista. Ne voivat kuitenkin olla usein oireettomia. (Hannuksela. 2012. Hakupäivä 16.12.2013.)

Klamydiatulehduksia todetaan Suomessa noin 13 000 vuodessa ja klamydia onkin yleisin bakteeriperäinen sukupuolitaudin aiheuttaja. Tippuri- ja kuppattartuntojen määrä on viimeisen kymmenen vuoden aikana kasvanut Suomessa. Vuonna 2012 tippuritartuntoja ilmoitettiin yli 300 ja kuppattartuntoja noin 200. Tippuri- ja kuppattartuntoja saadaan paljon ulkomailta. (Paavonen 2004. 293., Jaakola ym. 2013. 24–25.)

Virusperäisistä sukupuolitautilien aiheuttajista yleisimpiä ovat erilaiset papilloomavirukset. Matalan riskin virukset aiheuttavat usein kondyloomaa ja epiteelivaurioita. Korkean riskin virukset voivat aiheuttaa näiden lisäksi vuosien tai vuosikymmenien jälkeen jopa syöpää. Tällä hetkellä papilloomavirukset aiheuttavat noin 5 % kaikista syöivistä maailmassa. (National Cancer Institute. 2012. Hakupäivä 22.01.2014.) Korkean riskin virukset ovat lisänneet kohdunkaulan syöpää myös Suomessa. (Laukkanen. 2012. 57.)

2.7 Seksuaali- ja lisääntymisterveyden haasteita Suomessa

Suomessa on ollut käytössä Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma vuosina 2007–2011. Uusi toimintaohjelma julkaistaan kevään 2014 aikana. Suomessa väestön seksuaali- ja lisääntymisterveyden tila on tilastollisesti hyvä, myös kansainvälisellä tasolla. Haasteita kuitenkin on. Sukupuolitaudeista tippuria todettiin vuonna 2012 eniten koko 2000-luvun aikana. Suomessa klamydiaa on tilastoitu eniten vuonna 2007. Sitä tavataan edelleen runsaasti etenkin nuorilla.

(Hulkko, ym. 2010. 35., Jaakola, ym. 2013. 24.) Myös synnytykset fertiili-ikänsä loppupuolella ja hedelmättömyys siihen liittyvine hoitoineen ovat yleistyneet (Koponen, ym. 2012. 114.)

Raskaudenkeskeytysten määrä on vähentynyt 2000-luvulla, ja vuonna 2012 niitä tehtiin vähiten koko 2000-luvulla. Erityisesti alle 20-vuotiaiden raskaudenkeskeytykset ovat laskussa. Ongelmana ovat kuitenkin toistuvat raskaudenkeskeytykset, joiden määrä on kasvanut. Vuonna 2012 tehdystä raskaudenkeskeytyksistä 37 % oli toistuvia. Yhtä usein raskaudenkeskeytys tehtiin 1–2 lasta synnyttäneille. (Heino, ym. 2013a. Hakupäivä 23.01.2014.) Toistuvien raskaudenkeskeytysten riski on suuri, kun ensimmäinen raskaudenkeskeytys on tehty alle 20-vuotiaana. Heidän kohdallaan ehkäisyneuvonta ei ole ollut riittävää, joten siihen tulisi kiinnittää erityistä huomiota. (Heino, ym. 2013b. 3083–3086. Hakupäivä 23.01.2014.)

Poikien ja miesten seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen on palveluiden tuottajien ja kehittäjien haaste. Seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvät ohjelmat ja palvelut ovat keskittyneet pääasiassa naisiin, vaikka miehilläkin on parisuhteeseen ja seksuaalisuuteen liittyvän neuvonnan tarvetta. Monet isät kokevat myös jäävänsä sivullisiksi neuvolapalveluissa, vaikka niissä korostetaan perheen ja parisuhteen huomioimista. (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007–2011. 2007. 30–31.) Poikien seksuaalitiedot ovat selkeästi huonommat kuin tyttöillä ainakin kouluiässä. Pojat kokevat koulun seksuaalikasvatuksen koskevan enemmän tyttöjä kuin itseään, ja pojat saavat seksuaalitietoutta eniten median välityksellä (Konttula ym. 2007. 136–137.) Toimintaohjelman yhtenä tavoitteena on sukupuolten välisen tasa-arvon lisääminen siten, että poikien ja nuorten miesten neuvonnan tarve huomioidaan nuorisoneuvolas- sa sekä koulu- ja opiskelijaterveydenhuollossa. Myös erityisesti miehille suunnattuja neuvontapalveluita tulisi lisätä ja kehittää. (Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007–2011. 2007. 33–34.)

3 SOSIOEKONOMISET TAUSTAT

3.1 Sosioekonomisen aseman määrittely

Nyky-yhteiskunnassa sosioekonomisen aseman on todettu olevan jopa tärkein eriarvoisuuden lähde ja terveyden määrittäjä. Tyypillisimmät sosioekonomisen aseman ulottuvuudet, joilla terveyseroja voidaan tarkastella, ovat koulutus, ammattiasema ja tulot. Myös työmarkkina-asema, varallisuus ja asumismuoto ovat sosioekonomisen aseman osoittimia. Yksilön oman sosioekonomisen aseman lisäksi voidaan huomioida myös vanhempien tai puolison sosioekonominen asema. (Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. 2008. 22.; Laaksonen ym. 2011. 45–47.)

Koulutus sosioekonomisen aseman mittarina huomioi ei-aineelliset resurssit, kuten tiedot, taidot, asenteet ja arvot. Koulutusta mitataan korkeimmalla suoritettulla tutkinnolla tai suoritetuilla koulutusvuosilla. Koulutustaso toimii hyvin sosioekonomisena luokituksena, sillä koulutustaso saavutetaan yleensä viimeistään varhaisessa aikuisuudessa, eikä se muutu paljoa elämän aikana. Koulutusrakenteen muutos koulutustason noustua vuosikymmenten kuluessa tosin vaikuttaa koulutuksen haasteellisuuteen sosioekonomisen aseman näyttäjänä. Hyvä koulutus tukee terveyttä edistävää käyttäytymistä. (Laaksonen ym. 2011. 46–47.) Korkeasti koulutettujen työsuhteessa olevien on todettu käyvän säännöllisimmin terveystarkastuksissa käyttävän ennaltaehkäiseviä terveyspalveluita, kun taas työttömät ja syrjäytyneet hakeutuvat usein hoitoon vasta välttämättömässä tilanteessa. Näin ollen korkeasti koulutettujen kohdalla voidaan puhua terveydenhoidosta ja vähemmän koulutettujen kohdalla pikemminkin sairaanhoidosta. Tämä voi osaltaan lisätä sosioekonomisten terveyserojen kasvua. (Murto ym. 2009. 112.)

Aikuisväestön terveystarkastuksen mukaan terveyden kokeminen keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi on yleisempää alemmissa koulutusryhmissä kuin korkeimmin koulutetuilla. Valtaosa terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi kokevista naisista (68 %) tai miehistä (74 %) ovat enintään 12 vuotta opiskelleita. (Murto ym. 2009. 25–26.)

Ammattiasema sosioekonomisen aseman ulottuvuutena kuvaa aineellisia sekä muita elinoloja ja voimavaroja. Se ilmentää eri ammattiryhmille tyypillisiä organisaatorakenteita, työjärjestelyjä ja työolosuhteita. Koska myös ammattirakenteet ovat ajassa muuttuvia, pitkittäistarkastelut vaikeu-

tuvat. Ammattiasemien voimavarat ja työtehtäviin liittyvät altistukset ja olosuhteet ovat terveydellisiä taustatekijöitä. Ammattiasemaluokituksia on monia, ja ne ovat usein järjestysasteikollisia, mutta maatalous- ja muut yrittäjät voi olla vaikea sijoittaa hierarkillisesti. (Laaksonen ym. 2011. 47–48.)

Tulot ilmentävät selkeästi aineellisia resursseja. Tuloryhmitykset ovat selkeimmin järjestysasteikollisia, ja ne voidaan muodostaa käytettävissä olevan rahamäärän perusteella tai suhteellisten tuloryhmien, esimerkiksi tulojakauman viidennesten perusteella. Tulojen ja perintöjen perusteella karttunut varallisuus sekä asumismuoto ovat tärkeitä aineellisen sosioekonomisen aseman osia, mutta luotettavien tietojen kerääminen varallisuudesta on vaikeaa. Pitkällä aikavälillä varallisuus voi olla jopa parempi taloudellisten voimavarojen mittari kuin tulot. Erityisesti ikääntyneillä varallisuus on tuloja tärkeämpi terveyteen vaikuttava tekijä. (Laaksonen ym. 2011. 48, 184.)

Sosioekonomiset terveyserot tarkoittavat terveydentilassa, sairastavuudessa ja kuolleisuudessa ilmeneviä järjestelmällisiä eroja sosioekonomisten väestöryhmien välillä. Sosioekonomisen aseman osoittimet liittyvät vahvasti toisiinsa, mutta kullakin on myös itsenäinen kytkentänsä terveyteen. Yhteiskunnalliset tekijät vaikuttavat terveyseroihin. Niitä voidaan pitää epäoikeudenmukaisina sen takia, että niihin ei pysty yksilön vapaalla valinnalla vaikuttamaan, eivätkä ne ole biologisesti väistämättömiä. Heikko terveys voi painottua tiettyihin väestöryhmiin, mikä edesauttaa puolestaan yhteiskunnallista jakautumista. (Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008-2011. 2008. 22.) Vaikka terveydentila ja elinajan odote ovat myönteisesti kehittyneet Suomessa, sosioekonomiset ryhmät ovat hyötynet tästä kehityksestä eri tavoin. (Lahelma, ym. 2007. 25.)

3.2 Sosioekonomisten terveyserojen selittyminen

Selitysmallit kokoavat sosioekonomisten terveyserojen tärkeimpiä syytekijöitä ryhmiksi ja osoittavat syy-yhteyksien suuntaa ja luonnetta. Selitysmallit ovat erojen muodostuminen keinotekoisesti eli artefaktaselitys, luonnollinen tai sosiaalinen valikoituminen, kulttuuriin ja terveyskäyttäytymiseen perustuva selitysmalli sekä aineellisiin ja rakenteellisiin oloihin perustuva selitysmalli. (Lahelma ym. 2007. 28–29.)

Erojen keinotekoisella muodostumisella tarkoitetaan sitä, että erot sosiaalisten ryhmien välillä johtuvat sosiaalisen aseman ja terveydentilan puutteellisesta kirjaamisesta tai virheistä sosiaalisen

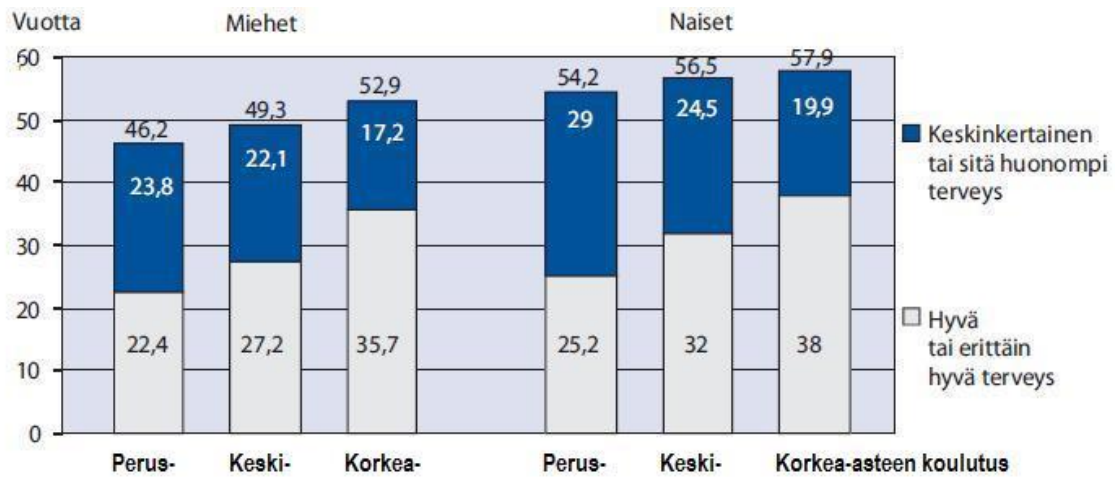
aseman ja terveyden välisen yhteyden mittaamisessa. Tähän selitysmalliin ei enää kiinnitetä nykyään paljoa huomiota, sillä todettuja sosioekonomisia terveyseroja pidetään todellisina. Valikoitumismallin mukaan ne, joilla on hyvä terveys, päätyvät todennäköisemmin ylempiin sosiaalisiin asemiin, ja huonon terveyden omaavat jäävät helpommin sosiaalisen asteikon alempiin osiin. Terveys vaikuttaa sosiaaliseen liikkuvuuteen yksilön elämän aikana, ja sosiaalista liikkuvuutta tapahtuu sukupolven sisällä ja sukupolvien välillä. Esimerkiksi huonon terveyden takia yksilö voi pudota koulutusuralta vanhempiaan alempaan sosiaaliseen asemaan, ja työkyvyn rajoittuminen terveydentilan vuoksi saattaa pudottaa henkilön alempaan työasemaan. (Lahelma ym. 2007. 29–30.)

Kulttuuriin ja terveystyötyymiseen perustuvassa selitysmallissa tarkastellaan sosiaalisen aseman vaikutusta terveydentilaan. Sosioekonomisille ryhmille tyypilliset kulttuuriset tekijät, kuten perinteet, arvot ja asenteet voivat toimia terveyserojen syntymekanismeina. Epäterveelliset elintavat ovat jakautuneet epätasaisesti sosioekonomisen aseman mukaan. Aineellisessa tai rakenteellisessa selitysmallissa ajatellaan, että aineelliset tekijät ja elinolot vaikuttavat sosioekonomisten ryhmien terveyteen terveyseroja tuottavalla tavalla. Esimerkiksi lapsuuden ja aikuisuuden taloudelliset olosuhteet, työolot, toimeentulo ja vauraus, asuminen ja kotiympäristö ovat vaikuttavia tekijöitä. Alemmassa yhteiskunnallisessa asemassa olevien elin- ja työolot sekä taloudelliset resurssit ovat usein huonompia, kuin korkeammassa asemassa olevilla. (Lahelma ym. 2007. 30–31.)

3.3 Sosioekonomiset terveyserot Suomessa

Väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen on ollut terveystalitiikan tavoitteena Suomessa jo pitkään, muun muassa Terveys 2015-kansanterveysohjelmassa. Sen tavoitteisiin kuuluu eriarvoisuuden vähentäminen ja heikoimmassa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvoinnin ja suhteellisen aseman parantaminen. Tavoitteena on myös eri koulutus- ja ammattiryhmien välisten kuolleisuuserojen pieneneminen viidenneksellä vuoteen 2015 mennessä (Terveys 2015-kansanterveysohjelman väliarviointi 2012, 34; Rotko ym. 2011, 82). Tavoitteista huolimatta sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005-raportista käy ilmi, että vaikka suomalaisten terveydentila on monien osoittimien mukaan kohentunut, sosioekonomiset terveyserot ovat säilyneet ennallaan tai kasvaneet. Esimerkiksi sydän- ja verisuonitautikuolleisuus on pienentynyt, mutta pienentyminen on ollut nopeinta ylemmissä sosiaaliryhmissä. Terveen elinajan pituudessa on

sosioekonomisten ryhmien välillä jopa suurempia eroja kuin kuolleisuudessa. (Palosuo ym. 2007, 3, 61–62, 221, 225.)



KUVA 2. 25-vuotiaiden miesten ja naisten elinajanodote ja terveiden elinvuosien odote koulutusryhmittäin 1990-luvun alkupuolella. (Sihvonen ym. 2007, 125.)

4 TERVEYS 2000 JA 2011 TUTKIMUKSET

4.1 Yleistä Terveys 2000 ja 2011- aineistosta

T2000-tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa ajankohtaista tietoa väestön terveydestä ja toimintakyvystä. (Aromaa 2000, hakupäivä 29.8.2013). Tutkimus järjestettiin syksystä 2000 kevääseen 2001 koko Suomessa ja siitä vastasi pääosin THL (Pekkarinen 2012, hakupäivä 29.8.2013). T2000-tutkimuksen kohderyhmänä oli suomalainen aikuisväestö (yli 18-vuotiaat) ja sen otoskoko oli 10000 henkilöä, joista 30 vuotta täyttäneitä oli noin 8000 ja 18–29-vuotiaita 1900. Tutkimukseen kerättiin aineistoa muun muassa terveystarkastusten, terveystarkastusten ja puhelinhaastatteluiden avulla. Lopullinen otos 30 vuotta täyttäneiden tutkimuksessa oli 7977 henkilöä, joista ainakin yhteen kyselyn vaiheeseen osallistui 93%. Osallistumisprosentti oli siis erittäin hyvä. (Aromaa ym. 2002, hakupäivä 29.8.2013). Nuorilta (18–29-vuotiaat) kerättiin tietoa kyselyiden avulla. Heistä yhteensä 1487 (78 %) vastasi johonkin kyselyyn. (Koskinen ym. 2005. 14. Hakupäivä 3.12.2013.)

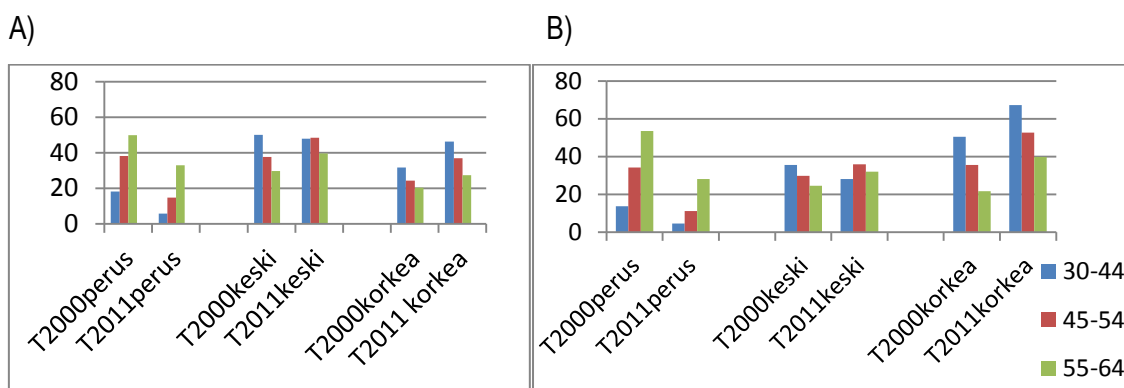
T2011-tutkimus oli T2000-tutkimuksen seurantatutkimus. Tiedonkeruu aloitettiin elokuussa 2011 ja päättyi kesäkuussa 2012. Tutkimukseen kutsuttiin elossa olevat, T2000-tutkimukseen osallistuneet väestöstä edustavat henkilöt, jotka olivat vähintään 29-vuotiaita vuonna 2011. Tämän lisäksi tutkimukseen kutsuttiin uusi satunnaisotos 18–28-vuotiaita henkilöitä. (THL 2013, hakupäivä 29.8.2013.) Tiedonkeruu toteutettiin samalla tavoin kuin T2000-tutkimus (Mäkinen ym. 2012, 18–19). Yli 30-vuotiaiden aikuisten osallistumisprosentti oli hiukan alhaisempi kuin T2000-tutkimuksessa. Noin puolet (51,6 %) kutsutuista nuorista (alle 30-vuotiaista) osallistui terveystarkastuksiin ja kyselyihin vastasi 39,5 % eli 623. (Virtala ym. 2012, 25.)

4.2 Tutkimusten sosioekonominen jakautuminen

T2000 ja T2011 -tutkimuksissa määritellään perusasteen koulutuksen saaneiksi henkilöt, jotka ovat suorittaneet enintään ammattikurssin tai saaneet työpaikkakoulutuksen, mutta joilla ei ollut ylioppilastutkintoa. Keskiasteen koulutuksen saaneiksi luokitellaan henkilöt, joilla on käytynä ammattikoulu, oppisopimuskoulutus, näyttötutkinto, ammatillinen koulu tai erikoisammattitutkinto ja korkea-asteen koulutukseksi luokitellaan ammatilliset opistotutkinnot ja ammatti- ja muut korkea-

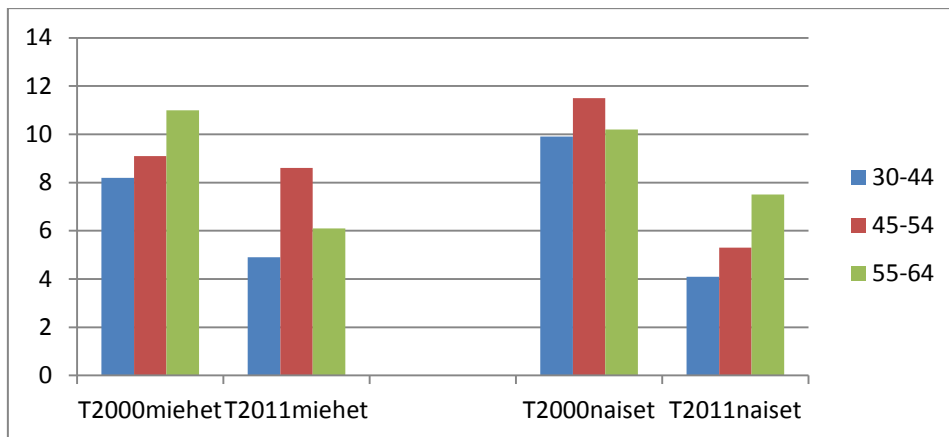
koulututkinnot. (Martelin ym. 2002, hakupäivä 15.11.2013.) Tässä tutkimuksessa käytetään samaa luokitusta.

T2000-tutkimusaineistossa koulutustaso oli yhteydessä ikään siten, että nuoremmat ikäryhmät olivat kouluttautuneet pidempään kuin vanhemmat ikäryhmät. Vain perusasteen koulutuksen käyneitä oli yli 85-vuotiaiden joukossa 80 %, kun taas 18–29-vuotiaissa nuorissa vastaava luku oli naisilla 12 % ja miehillä 16 %. Nuoret naiset ovat useammin korkeasti koulutettuja kuin miehet. (Martelin ym. 2002, hakupäivä 15.11.2013.) Kymmenen vuotta myöhemmin tehdyssä seuranta-tutkimuksessa vain perusasteen tutkinnon suorittaneiden osuus oli laskenut ja toisaalta keskias-teen tai korkea-asteen koulutuksen suorittaneiden osuus oli selvästi noussut (Kuva 1). Nuoremmissä ikäryhmissä oli naisten koulutustaso selvästi miehiä parempi molemmissa tutkimuksissa, vaikka koulutustaso oli yleisesti kohonnut kymmenen vuoden aikana. (Karvonen ym. 2012, 30, 32–33.)



KUVA 3. Miesten (A) ja naisten (B) koulutusaste (%) T2000 ja T2011 tutkimuksissa.

T2000 ja T2011 -tutkimuksissa 30–64-vuotiaiden työssäkäyvien määrä oli naisilla noin 70 % ja miehillä noin 75 %. Vaikka naisten ja miesten työllisyys oli lähes yhtä yleistä, eroja oli muun muassa työsuhteen tyypissä ja työaikamuodossa. Osa-aikatyö oli naisilla yleisempää kuin miehillä. (Martelin ym. 2002. Hakupäivä 06.02.2014., Pensola ym. 2012, 38.)



KUVA 4. Työttömyysaste prosentteina miehillä ja naisilla T2000 ja T2011-tutkimuksissa.

T2000-tutkimuksessa noin kymmenesosa kaikista työkäisistä henkilöistä oli työttömiä tai lomautettuja, mutta työttömyys on laskenut kymmenessä vuodessa (Kuva 2). Tulokset vastaavat tilastokeskuksen lukuja. Työttömyysasteen muutokseen vaikuttaa se, että 2000-luvun alussa toivuttiin vielä 90-luvun lamasta. Kymmenen vuoden jälkeen Suomen työttömyys on alhaisempaa etenkin muihin EU-maihin nähden, sillä Suomessa esimerkiksi yritykset sietävät paremmin taantumaa. Taustalla ei myöskään Suomen osalta ole ylivelkaantumista. (Tilastokeskus. 2010. Haku-päivä 06.02.2014.)

Siviilisäätö vaihteli iän mukaan siten, että naimattomien osuus oli pienin (<4%) ja leskien osuus suurin (>20% miehistä ja >55% naisista) vanhimmissa ikäryhmissä T2000 (Martelin ym 2002) että T2011 (Karvonen ym 2011) tutkimuksissa. Parisuhteessa elävien osuus kaikista siviilisäädystä on suurin (>65%) ja naimattomien osuus pienin (noin 10%) väestöstä.

4.3 Seksuaali- ja lisääntymisterveys T2000 ja T2011 -tutkimuksissa

Sekä T2000 että T2011 tutkimuksessa kysyttiin kaikilta tutkittavilta ehkäisyä, lapsettomuutta ja sukupuolitauteja koskevia kysymyksiä. Sukupuolitaudeista T2000-tutkimuksessa kysyttiin herpes-, kondylooma- ja klamydiatartuntoja. Näitä tauteja ei kysytty T2011-seurantatutkimuksessa, vaan ne oli korvattu HIV-testeissä käyntiä koskevilla kysymyksillä vuoden ja viiden vuoden ajalta. Sukupuolitauteista T2011-tutkimus oli aineistoltaan niukempi kuin T2000-tutkimus. Lisäksi naisilta kysyttiin keskenmenoista ja raskaudenkeskeytyksistä.

T2000 ja T2011 tutkimuksissa on pyritty tuottamaan lisääntymisterveydestä tietoa väestön terveysseurantaan sekä mahdollistaa tutkimukset lisääntymisterveyden riski- ja suojatekijöistä sekä niiden välisistä yhteyksistä (Koponen ym. 2004, 9).

Seksuaali- ja lisääntymisterveys oli vain yksi aihepiiri tutkimuksissa, sen ohella kysymyksissä huomioitiin kokonaisvaltaisesti terveyttä ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Kysymyksiä esitettiin muun muassa kansansairauksista, tapaturmista, elintavoista ja biologisista vaaratekijöistä. Sosiodemografiset tekijät huomioitiin merkittävänä vaikuttajina. Myös elämänlaatua ja terveyspalveluiden käyttöä kartoitettiin tutkimuksissa. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden yhteyttä muihin kysytyihin asioihin voidaan tarkastella aineiston avulla. (Koskinen ym. 2012. 10–12.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää sosioekonomisten taustojen ja seksuaali- ja lisääntymisterveyden välistä yhteyttä. Tutkimusstrategia on vertaileva tutkimus ja aineistona on THL:n T2000 ja T2011 väestötutkimuksen seuranta-aineisto. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää seksuaali- ja lisääntymisterveyden palveluiden kehittämisessä niin, että Terveys 2015 kansanterveysohjelman tavoitteisiin päästäisiin.

Tutkimusongelmat:

1. Onko sosioekonomisilla taustoilla ja seksuaali- ja lisääntymisterveydellä yhteyttä?
2. Millainen yhteys sosioekonomisilla taustoilla ja seksuaali- ja lisääntymisterveydellä on?

6 AINEISTO JA MENETELMÄT

6.1 Tutkimusmenetelmän kuvaus

Käytämme työssä kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Yleisesti ajateltuna tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla, ennustaa, kartoittaa tai selittää tutkittavaa ilmiötä. Tämä pätee niin kvantitatiiviseen kuin kvalitatiiviseen tutkimukseen. Keskeisiä asioita kvantitatiivisessa tutkimuksessa ovat aiemmat tutkimukset ja teoriat tutkittavasta aiheesta ja keskeisten käsitteiden määrittely. (Hirsjärvi ym. 2009, 138–140.) Toisin sanoen kvantitatiivisen tutkimuksen edellytys on, että ilmiöön vaikuttavat tekijät tunnetaan (Kananen 2011, 12). Tutkimus alkaa tutkimusongelman määrittelystä. Tutkimusongelma muutetaan tutkimuskysymyksiksi, joiden avulla laaditaan haastattelukysymykset ja kerätään aineisto ongelman ratkaisemiseksi. (Kananen 2010, 74.) Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutkittavista henkilöistä määritellään perusjoukko, johon tuloksien pitää päteä, ja tästä joukosta otetaan otos, jolle varsinainen tutkimus tehdään. Tutkimuksen havaintoaineisto on määrällisesti eli numeerisesti mitattavaa ja aineisto tulee saattaa tilastollisesti käsiteltävään muotoon. Tutkimuksen johtopäätökset tehdään havaintoaineistoa tilastollisesti analysoimalla. (Hirsjärvi ym. 2009, 140)

Kvantitatiiviset ja kvalitatiiviset tutkimukset eroavat toisistaan tutkimusmetodiensa osalta. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa havainnointi, haastattelu ja tekstianalyysi ovat merkittävässä asemassa, kun taas kvantitatiivisessa tutkimuksessa olennaista on määrällisyys. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa käytetään tiedonkeruumenetelmänä myös haastattelua, mutta se koostuu valmiista, strukturoiduista tai avoimista kysymyksistä, joilla tutkitaan ilmiöön liittyvien ominaisuuksien tai yhteyksien esiintymistiheyksiä eli frekvenssejä. Strukturoiduilla kysymyksillä tarkoitetaan kysymyksiä, joissa on valmiit vastausvaihtoehdot. (Kananen 2008, 10–11,26.)

Kvantitatiivisen tutkimuksen heikkoutena ovat mahdolliset virheet. Koska tutkimus pyrkii yleistämään, otannan pitäisi vastata mahdollisimman tarkasti perusjoukkoa. Vääränlainen otos ei vastaa perusjoukkoa, jolloin tulokset ovat virheellisiä. (Kananen 2008, 13.)

Tutkimuksessa käytämme THL:n T2000 ja T2011 -tutkimusten aineistoa. Tutkimussuunnitelmalle oli T2000 -aihealueen suunnitteluryhmän hyväksyntä (Pekkarinen. 2012. Hakupäivä 27.01.2014.

<http://www.terveys2000.fi/data.html>). Väestökyselyiden haastattelulomakkeet koostuivat strukturoiduista kysymyksistä, jotka pääosin olivat vaihtoehtokysymyksiä. Koska aineisto on valmiiksi kerätty ja se soveltuu tarkasteltavaksi vain kvantitatiivista tutkimusmenetelmää käyttäen, tutkimusottemme on kvantitatiivinen.

6.2 Aineiston käsittely ja analysointi

Tutkimusaineisto koottiin pyytämällä T2000- ja T2011-aineistosta tarvittavat muuttujat tutkimuksen ohjeiden mukaan (Pekkarinen. 2012. Hakupäivä 27.01.2014.

<http://www.terveys2000.fi/data.html>). Tutkimusaineisto analysoitiin SPSS 21.0 Windows-ohjelmalla (SPSS, Inc., Chicago, IL, USA) huomioimatta otos- ja otantakokoja. Tässä opinnäytetyössä tulokset edustavat kysymyksiin vastanneita henkilöitä.

T2000-aineistoon on sisällytetty sosioekonomista asemaa kuvaava muuttuja, joka on muodostettu huomioimalla vastaajan koulutus, ammattiasema ja tulot (Martelin, ym. 2002. 16). Käytimme tätä luokkamuuttujaa omassa tutkimuksessa analysoidessamme sosioekonomisen aseman yhteyttä seksuaali- ja lisääntymisterveyttä kuvaaviin muuttujiin.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyttä kuvaavina tekijöinä käytimme seuraavia muuttujia:

1. tahaton lapsettomuus
2. lapsettomuustutkimukset
3. lapsen saaminen lapsettomuushoitojen avulla
4. keskenmenot
5. abortit
6. sukupuolitautilien esiintyvyys (vain T2000-aineistossa)
7. kiinnostus sukupuolielämään
8. Nuorten (<30-vuotiaiden) tyytyväisyys seksielämään ja seksin tärkeys sekä kumppanien määrä ja seksuaalisen häirinnän uhka (vain T2000-aineistossa)

7 TULOKSET JA TULOSTEN TULKINTA

7.1 Sosioekonominen tausta ja tahaton lapsettomuus

Naisilla lapsettomuusongelmat olivat T2000 -tutkimuksen mukaan hieman yleisempiä korkeammin koulutetuilla kuin muilla, esimerkiksi 45–54-vuotiaista korkeakoulutetuista 23,1 % kertoi yrittäneensä lasta yli 12 kuukautta siinä onnistumatta, peruskoulutetuista vastaavasti 17,1 % (Klemetti ym. 2004. 45–52.). Tutkimuksessa ei kysytty, onko lapsettomuudesta kärsivä henkilö saanut lasta hedelmöityshoitojen avulla. Kuitenkin lapsettomuusongelmista kärsivistä korkeasti koulutettujen ryhmän naisista 77,1 % oli synnyttänyt. T2000-aineistosta ei käy ilmi, kuinka suuri osa on saanut hedelmöityshoidoista apua, kuinka monella raskaus on alkanut myöhemmin itsestään ja kuinka moni on jäänyt lapsettomaksi.

T2011-tutkimuksen mukaan tahaton lapsettomuus oli hiukan lisääntynyt 10 vuoden seurantajakson aikana sekä naisilla että miehillä. Yli 30-vuotiaista naispuolisista vastanneista 18,3 % ja miehistä 10,9 % ilmoitti kokeneensa lapsettomuutta jossakin elämänsä vaiheessa ja tahattomasta lapsettomuudesta raportoiminen oli yleisempää nuorten vastaajien joukossa (Koponen ym. 2012. 112–113). Analysoidessamme koulutuksen yhteyttä lapsettomuusongelmiin, todettiin lapsettomuusongelmien olevan yleisempää korkeasti koulutettujen naisten joukossa kuin perusasteen koulutuksen saaneilla sekä T2000 että T2011-tutkimukseen vastanneiden joukossa (Taulukko 1). Huomattava osa lapsettomuudesta jossakin elämänsä vaiheessa kärsineistä naisista oli korkeasti koulutettuja sekä T2000 (38 %; 218/570) että T2011 (60,0%; 249/411) -tutkimukseen vastanneiden joukossa. Kuitenkin vanhemmissa ikäluokissa korkeasti koulutettujen luvut ovat tasaantuneet muihin koulutusryhmiin nähden, kun lopullinen lapsiluku on täynnä. Miehet raportoivat lapsettomuudesta hiukan harvemmin kuin naiset.

Myös miehillä lapsettomuusongelmat olivat selvästi yleisempiä korkeammin koulutetuilla (Taulukko 1) ja lapsettomuusongelmista raportoivien osuus oli hiukan lisääntynyt kymmenen vuoden seurantajakson aikana sekä 30–44- (T2000-tutkimuksen 12,1 % vrt T2011-tutkimuksen 15,3 %) että 45–54-vuotiaiden ryhmässä (16,7 % vrt 17,4 %, vastaavasti).

TAULUKKO 1. Lapsettomuus, lapsettomuustutkimukset/ -hoidot ja lapsen saanti hoitojen avulla. Kysymyksiin vastanneiden tapausten lukumäärä (N) ja osuus (%) kaikkien kysymyksiin vastanneiden joukossa T2000 ja T2011 aineistoissa naisilla ja miehillä.

Naiset	Tutkimusaineisto	Perusaste N (%)	Keskiaste N (%)	Korkea-aste N (%)
Kärsinyt lapsettomuudesta vähintään 12 kk	T2000	172/1625 (10,6)	180/1007 (17,9)	218/1153 (18,9)
	T2011	41/385 (10,6)	121/697 (17,4)	249/1165 (21,4)
Osallistunut lapsettomuustutkimuksiin/ -hoitoihin	T2000	91/170 (53,5)	98/179 (54,7)	133/218 (61,0)
	T2011	16/124 (12,9)	73/205 (35,6)	155/398 (38,9)
Saanut lapsen hoitojen avulla (vain 2011)	T2011	3/15 (20)	30/59 (50,8)	66/138 (47,8)
Miehet				
Kärsinyt lapsettomuudesta vähintään 12 kk	T2000	93/1234 (7,4)	88/1147 (7,7)	89/720 (12,4)
	T2011	17/359 (4,7)	82/790 (10,4)	101/688 (14,7)
Osallistunut lapsettomuustutkimuksiin/ -hoitoihin	T2000	20/93 (21,5)	41/88 (46,6)	52/89 (58,4)
	T2011	10/92 (10,9)	41/194 (21,1)	66/201 (32,8)
Saanut lapsen hoitojen avulla (vain 2011)	T2011	3/8 (37,5)	13/34 (38,2)	30/56 (53,6)

Lapsettomuustutkimuksiin ja -hoitoihin osallistuminen on selvästi yhteydessä koulutukseen sekä naisilla että miehillä. Tulostemme mukaan lapsettomuustutkimuksiin ja -hoitoihin osallistuminen on laskenut kymmenen vuoden seurantajakson aikana erityisesti naisten raportoimana (Taulukko 1). Miehet raportoivat hedelmöityshoitoihin osallistumisesta harvemmin kuin naiset ja miesten keskuudessa alemman koulutustason miehet osallistuvat tutkimuksiin tai hoitoihin selvästi harvemmin kuin korkea-asteisen koulutuksen saaneet miehet (Taulukko 1). Korkeasti koulutetuista miehistä tutkimuksiin hakeutui 33–59% kymmenen vuoden seurantajakson aikana, mutta peruskoulutuksen saaneista vain korkeintaan viidesosa.

T2011 –tutkimuksessa kysyttiin, oliko lapsettomuushoito johtanut lapsen syntymään. Kysymyksen vastanneista naisista 99/244 (41%) ja miehistä 46/117 (39%) oli saanut lapsen hoitojen avulla. Tutkimuksesta huomataan, että korkeasti koulutetut ovat saaneet tuloksellista apua lapsettomuusongelmaan. Lapsettomuushoitoihin hakeutuminen on myös ollut aktiivisempaa korkeasti koulutetuilla. Tosin koetut lapsettomuusongelmatkin ovat kyseisessä koulutusryhmässä yleisempiä kuin alemmissa koulutusryhmissä.

Toisin kuin miehillä, naisten lapsettomuustutkimuksiin ja -hoitoihin hakeutumisella näyttää olevan yhteys puolison tulotasoon pikemmin kuin omaan koulutusasteeseen. Näin voidaan päätellä siitä, että miesten koulutuskohtaiset erot lapsettomuustutkimuksiin hakeutumisessa olivat naisia suurempia korkeasti koulutettujen ja keskiasteen koulutuksen saaneiden välillä.

Sosioekonomisen taustan vaikutusta nuorten seksuaali- ja lisääntymisterveyteen ei tässä tutkimuksessa pystytty luotettavasti arvioimaan, koska nuorilta kysyttiin korkeinta valmista tutkintoa. Monella alle 30-vuotiaalla koulutus on vielä kesken, joten esimerkiksi keskiasteen koulutukseen kuuluu sekä korkeakoulussa opiskelevia että niitä, joilla koulutus jää keskiasteelle. Korkeasti koulutetut ovat todennäköisesti tämän ikäryhmän vanhimpia.

Alle 30-vuotiailla raportoitu lapsettomuus ei ollut yleistä, eniten lapsettomuudesta kertoi keskiasteen koulutuksen saaneet sekä miehissä että naisissa. Miehiä tässä ryhmässä oli 4,9 % ja naisia 14 %. Tätä selittänee alle 30-vuotiaiden hedelmällinen ikä, mutta myös se, että ensimmäisen lapsen saantia yritetään yhä korkeammalla iällä. Vuonna 2010 ensisynnytyksikä oli 28,3 vuotta (Sutela. 2012. Hakupäivä 10.01.2014).

7.2 Sosioekonominen tausta ja keskenmenot

Jaoin tutkimuksessa keskenmenot kolmeen eri luokkaan: ei keskenmenoja, 1-2 keskenmenoja ja yli 3 keskenmenoja eli toistuvat keskenmenot. Kuten taulukossa 2 nähdään, keskenmenoja kokeneiden naisten osuudessa ei ollut merkittäviä eroja eri koulutusryhmien välillä. Keskiasteen ja korkeakouluasteen naiset raportoivat hiukan enemmän keskenmenoja vanhemmassa ikäryhmässä, mikä saattaa liittyä siihen, että lasta yritetään saada myöhemmällä iällä alempiin koulutusryhmiin verrattuna. Toistuvia keskenmenoja kokeneiden osuus vaihteli 0,7 %:sta 3,2 %:iin (Taulukko 2) eikä selvää eroa koulutustason tai ikäryhmien välillä ollut havaittavissa. Myöskään keskenmenojen määrässä ei ollut tapahtunut merkittäviä muutoksia kymmenessä vuodessa.

Alle 30-vuotiaiden ryhmässä keskenmenoja oli eniten peruskoulutuksen saaneilla (1-2 keskenmenoja 25 %:lla ja toistuvia 1,4 %:lla) verrattuna keskiasteen koulutuksen tai korkeakoulutuksen saaneisiin (18,8 %) nuoriin, joista kummassakaan ryhmässä ei raportoitu toistuvia keskenmenoja. Perusasteen koulutuksen saaneilla nuorilla muita enemmän keskenmenoja saattaa aiheuttaa epäterveelliset elintavat. Toisaalta opiskelut päättyvät heillä aikaisemmin, joten perheen perustaminen voi olla ajankohtaisempaa nuoremmalla iällä.

TAULUKKO 2. Keskenmenot 30–44-vuotiailla ja 45–54-vuotiailla naisilla koulutusryhmän mukaan jaoteltuna T2000 ja T2011-tutkimuksissa.

		T2000		T2011	
Keskenmenojen määrä	Koulutusaste	30-44-vuotiaat N (%)	45-54-vuotiaat N (%)	30-44-vuotiaat N (%)	45-54-vuotiaat N (%)
ei	Perusaste	106/139 (76,3)	205/264 (77,7)	10/15 (66,7)	34/48 (70,8)
	Keskiaste	295/378 (78)	181/237 (76,4)	122/151 (80,8)	135/185 (73)
	Korkea-aste	377/495 (76,2)	203/269 (75,5)	279/348 (80,2)	229/302 (75,8)
1-2	Perusaste	32/139 (23)	53/264 (20,1)	4/15 (26,7)	13/48 (27,1)
	Keskiaste	75/378 (19,8)	53/237 (22,4)	24/151 (20)	44/185 (36,7)
	Korkea-aste	108/495 (21,8)	58/269 (21,6)	65/348 (18,7)	69/302 (22,8)
vähintään 3	Perusaste	1/139 (0,7)	6/264 (2,3)	1/15 (6,7)	1/48 (2,1)
	Keskiaste	8/378 (2,1)	3/237 (1,3)	5/151 (3,3)	6/185 (3,2)
	Korkea-aste	10/495 (2)	8/269 (3)	4/348 (1,1)	4/302 (1,3)

7.3 Sosioekonominen tausta ja abortit

Abortit jaettiin kolmeen eri luokkaan: ei abortteja, yksi abortti ja kaksi tai useampia abortteja eli toistuvat abortit. T2000 aineistossa toistuvia abortteja oli eniten peruskoulutuksen saaneilla, heistä 3,4 %:lle oli tehty kaksi tai useampia abortteja. Vastaava luku oli keskiasteen koulutuksen saaneilla 3,3 % ja korkeasti koulutetuilla 1,6 %. Kaikista toistuvista aborteista yli puolet oli tehty peruskoulutuksen saaneille. Myös alle 30-vuotiailla toistuvia abortteja oli eniten peruskoulutuksen saaneilla.

Aborttien yleisyys alemmissä koulutusryhmissä huomattiin myös vuoden 2011 tutkimuksessa. Kaikista perusasteen koulutuksen saaneista 22,7 %:lle oli tehty vähintään yksi abortti, ja keskiasteen koulutuksen saaneista 25 % oli joskus keskeyttänyt raskautensa. Korkeasti koulutetuista abortti oli tehty 13,7 %:lle, eli ero on alempiin koulutusryhmiin nähden huomattava. Myös toistuvien aborttien lukumäärässä oli koulutusryhmäkohtaisia eroja; korkeasti koulutetuilla toistuvia abortteja oli ollut 1,5 %:lla, kun keskiasteen koulutuksen saaneista toistuvia abortteja oli ollut 4,9 %:lla

TAULUKKO 3. Aborttien lukumäärä 30–44-vuotiailla ja 45–55-vuotiailla naisilla koulutusryhmän mukaan jaoteltuna T2000 ja T2011 –tutkimuksissa.

Aborttien lukumäärä	Koulutusaste	T2000		T2011	
		30-44-vuotiaat N (%)	45-54-vuotiaat N (%)	30-44-vuotiaat N (%)	45-54-vuotiaat N (%)
ei abortteja	Perusaste	79/138 (57,2)	194/264 (73,5)	10/18 (55,6)	35/49 (71,4)
	Keskiaste	287/379 (75,7)	194/237 (81,9)	108/161 (67,1)	143/194 (73,7)
	Korkea-aste	420/495 (84,8)	237/269 (88,1)	307/357 (86)	260/309 (84,1)
1 abortti	Perusaste	45/138 (32,6)	54/264 (20,5)	4/18 (22,2)	12/49 (24,5)
	Keskiaste	78/379 (20,6)	37/237 (15,6)	41/161 (25,5)	29/194 (15,8)
	Korkea-aste	67/495 (13,5)	29/269 (10,8)	45/357 (12,6)	41/309 (13,3)
2 tai enemmän	Perusaste	14/138 (10,1)	16/264 (6,1)	4/18 (22,2)	2/49 (4,1)
	Keskiaste	14/379 (3,7)	6/237 (2,5)	12/161 (7,5)	9/194 (4,6)
	Korkea-aste	8/495 (1,6)	3/269 (1,1)	5/357 (1,4)	8/309 (2,6)

Naisten abortteja ikäryhmittäin tarkastellen huomataan, että abortteja tehdään eniten perusasteen koulutuksen saaneille naisille. Perusasteen koulutuksen saaneista 30–44-vuotiaista yli 40 %:lle oli tehty vähintään yksi abortti, kun korkeasti koulutetuilla vastaava osuus oli noin 15 %. Koulutusasteen vaikutus olisi hyvä ottaa huomioon abortin jälkeisessä ehkäisyneuvonnassa.

7.4 Sosioekonominen tausta ja sukupuolitaudit

Sosioekonomisesta asemasta riippumatta, vähintään yhden sukupuolitaudin (klamydia, visvasyyli eli kondylooma tai herpes) sairastaneita naisia tai miehiä on eniten ikäryhmässä 30-44 vuotta ja naisten joukossa infektiota on sairastettu enemmän kuin miesten joukossa (naisilla 258/1068; 24% ja miehillä 139/925; 15%). Tässä ikäryhmässä alimman koulutustason miehillä oli enemmän raportoituja sukupuolitauteja (31/147; 21,1%) kuin samanikäisillä korkean koulutustason omaavilla miehillä (48/306;15,7%). Naisilla vastaavaa eroa koulutustason mukaan ei havaittu vaan kummassakin ryhmässä noin 25% raportoi sairastetusta sukupuolitaudista.

Analysoitaessa koulutusasteen yhteyttä raportoituihin sukupuolitauteihin, todettiin korkeakoulutuksen saaneiden naisten ja miesten raportoivan hiukan useammin sairastaneensa vähintään yhden sukupuolitaudin verrattuna muihin koulutusasteisiin, mutta erot koulutusryhmien välillä eivät ole tilastollisesti merkitseviä.

TAULUKKO 4. Naisten ja miesten klamydia-, kondylooma- ja herpestartunnat T2000. Kysymyksiin vastanneiden tapausten lukumäärä (N) ja osuus (%) kaikkien kysymyksiin vastanneiden joukossa.

Sukupuolitauti	Koulutusaste	Naiset		Miehet	
		30-44-vuotta N %	45-54-vuotta N %	30-44-vuotta N %	45-54-vuotta N %
Klamydia	Perusaste	14/119 11,8	8/236 3,4	15/139 10,8	11/249 4,4
	Keskiaste	39/382 10,2	4/219 1,8	29/455 6,4	8/267 3,0
	Korkea-aste	60/547 11,0	8/287 2,8	23/299 7,7	7/178 3,9
Kondylooma	Perusaste	18/118 15,3	12/239 5,0	15/142 10,6	5/248 2,0
	Keskiaste	54/383 14,1	13/221 5,9	28/457 6,1	12/264 4,5
	Korkea-aste	81/548 14,8	20/290 6,9	25/300 8,3	3/179 1,7
Herpes	Perusaste	8/116 6,9	12/236 5,1	10/136 7,4	4/248 1,6
	Keskiaste	12/377 3,2	13/218 6,0	11/453 2,4	16/271 5,9
	Korkea-aste	34/544 6,3	21/292 7,2	9/294 3,1	12/179 6,7

Yleisin tässä aineistossa raportoitu sukupuolitauti sekä naisilla että miehillä on kondylooma, jota on 57-52% infektioista. Naisten raportoiduista sukupuolitaudeista 38% on klamydia- ja 38% herpes-infektioita. Miehet raportoivat herpes-infektioita hiukan harvemmin kuin klamydia-infektioita (43 vrt 51%).

Yli puolet (59%; 140/242) tässä tutkimuksessa raportoiduista klamydia-infektioista oli naisilla, mikä on yhtäpitävä THL:n valtakunnalliseen tartuntatautiraportin kanssa, jossa vuosittain valtaosa kaikista raportoiduista klamydia-infektioista on naisilla (Klamydia. Hakupäivä 11.04.2014.

http://www.thl.fi/fi_FI/web/infektiotaudit-fi/klamydia.)

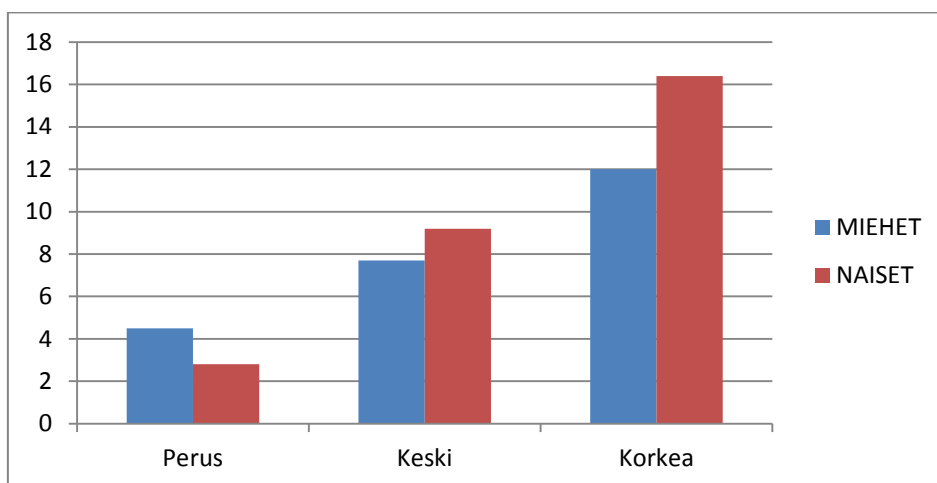
Tutkittaessa kumppanien määrän yhteyttä klamydiainfektioihin, miehistä noin puolella oli useampi kuin yksi kumppani. Yli puolet tartunnan saaneista raportoi saaneensa tartunnan yhden kumppanin kanssa ollessaan. Merkille pantavaa oli, että tähän kysymykseen oli vastannut selvästi vähemmän kuin raportoitujen klamydia-infektioiden määrä olisi antanut odottaa.

TAULUKKO 5. Klamydiatartunnat kumppaneiden lukumäärän mukaan miehillä ja naisilla. Kysymyksiin vastanneiden tapausten lukumäärä (N) ja osuus (%) kaikkien kysymyksiin vastanneiden joukossa T2000 .

Kumppanien lkm	Klamydia miehet N %	Klamydia naiset N %
Yksi kumppani	21/38 55,3	39/59 66,1
Useita kumppaneita	17/38 44,7	20/59 33,9

T2011-tutkimuksessa arvioitiin seksuaalista riskikäyttäytymistä kysymällä Hiv-testissä käynejä. Viimeisen viiden vuoden aikana oli HIV-testeissä käynyt 8 % (171/2046) miehistä ja 10 % (278/2556) naisista. Tulosten perusteella 30–44-vuotiaat naiset ja miehet ovat käyneet HIV-testeissä useammin kuin sitä vanhempien ikäryhmien edustajat ja valtaosa heistä on korkeasteisen koulutuksen saaneita (naisista 152/198; 77 % ja miehistä 45/71; 63 %). Paitsi perusasteen koulutuksen saaneita miehiä, ovat naiset käyneet HIV-testeissä useammin kuin miehet (Kuva 5). Hiv-testeissä käynti saattaa kuvastaa sekä vastuun ottamista että riskikäyttäytymistä.

KUVA 5. HIV-testissä käynti (%) miehillä ja naisilla koulutusasteen mukaan 5 vuoden aikana T2011-tutkimuksessa.



7.5 Sosioekonominen tausta ja sukupuolielämä

Seksuaalisen mielenkiinnon vähentymisen asteet eri koulutusasteen käyneiden joukossa oli pääasiassa toisiinsa verrannollinen. Seksuaalisen mielenkiinnon huomattava vähentyminen tai loppuminen oli vahvempaa perusasteen koulutuksen käyneillä miehillä (Taulukko 6.), joissa yli 65-vuotiaiden joukossa 18 % (65/359) raportoi mielenkiinnon loppuneen kokonaan. Myös muissa sosioekonomisissa ryhmissä mielenkiinto väheni iän myötä sekä miehillä että naisilla. Tässä ei ole tapahtunut merkittäviä muutoksia kymmenen vuoden seurantajakson aikana.

Tarkastaessamme seksuaalisen mielenkiinnon vähenemisen yhteyttä siviilisäätyn totesimme, että vastausvaihtoehdon ”vaikuttanut paljon tai erittäin paljon” antaneet olivat pääsääntöisesti pysyvässä parisuhteessa. Kysymykseen vastanneista miehistä 79,9 % (1475/1847) ja naisista 69,5 % (1638/2357) oli avioliitossa tai muutoin pysyvässä parisuhteessa, mikä vastaa hyvin T2011-tutkimuksessa ilmoitettuja siviilisäätytietoja (Karvonen ym. 2012, 31).

TAULUKKO 6. Seksuaalisen mielenkiinnon väheneminen (%) eri koulutusasteen käyneillä naisilla ja miehillä vuonna 2011.

Naiset	Ei lainkaan	Jonkin verran	Melko paljon	Erittäin paljon	N
Perusaste	59,9	23,6	11,7	4,7	554
Keskiaste	62,9	27,0	6,0	4,1	679
Korkea-aste	63,2	25,4	7,3	4,1	1124
Kaikki naiset	62,3	25,5	8,0	4,2	2357
Miehet					
Perusaste	52,2	34,6	8,5	4,8	437
Keskiaste	64,2	26,6	7,7	1,4	763
Korkea-aste	72,0	21,0	5,1	1,9	647
Kaikki miehet	64,1	26,5	7,0	2,4	1847

Kuten taulukosta 6. huomataan, korkeasti koulutetut olivat kärsineet vähemmän seksuaalisen mielenkiinnon laskusta kun alemmat koulutusryhmät. Sukupuolieroja huomattiin Terveys 2011 tutkimuksessa niiden välillä, joiden seksuaalinen mielenkiinto oli vähentynyt erittäin paljon. Niistä miehistä, joilla mielenkiinto oli erittäin paljon vähentynyt, lähes puolet oli peruskoulutuksen saaneita, kun naisista lähes puolet oli korkeasti koulutettuja. Tähän vaikuttaa se, että kysymykseen vastanneiden korkeasti koulutettujen naisten määrä oli muita koulutusryhmiä suurempi. Kaikista korkeasti koulutetuista naisista vain 4,1 % koki kiinnostuksen vähentyneen erittäin paljon. Seksuaalisen mielenkiinnon havaittiin vähenevän nopeammin perusasteen koulutuksen käyneillä kuin korkeasti koulutetuilla, toisin sanottuna seksuaalinen mielenkiinto vähenee peruskoulutetuilla nuoremmalla iällä kuin muilla. Tämä voi johtua monesta syystä, esimerkiksi kuormittavasta työstä tai kroonisista sairauksista. Korkeasti koulutetut saattavat hakea parisuhdeongelmiin helpommin apua terveydenhuollosta kuin peruskoulutetut.

7.6 Sosioekonominen tausta ja sen yhteys seksikäyttäytymiseen, tyytyväisyys seksielämään ja seksuaalisen häirinnän uhka

T2000-tutkimuksessa kysyttiin alle 30-vuotiaita muassa kumppaneiden määrää, kuinka usein heillä on seksiä, seksuaalisen häirinnän uhkaa sekä tyytyväisyyttä seksielämään ja sen tärkeyttä. Seksuaalisen häirinnän uhkaa tutkittaessa koulutuksellisia eroja ei juuri havaittu, mutta jonkin verran uhkaa koki peruskoulun käyneistä naisista 4,9 % ja korkeasti koulutetuista 2,5 %.

Alle 30-vuotiaat, joilla on ollut viimeisen 12 kuukauden aikana yksi seksikumppani, harrastivat seksiä enemmän (1-2 kertaa viikossa) verrattuna usean kanssa (kerran kuukaudessa tai harvemmin) seksiä harrastaneisiin.. Perusasteen koulutuksen saaneiden joukossa oli selvästi enemmän (65/280; 23,2%) sellaisia nuoria, jotka raportoivat useita kumppaneja kuukaudessa muihin koulutusryhmiin verrattuna (keksiasteen koulutus 21/172; 12%; korkeakoulutus 36/213; 16,9%).

Kaikista perusasteen koulutuksen saaneista naisista lähes joka neljäs oli harrastanut seksiä vähintään kahden kumppanin kanssa kuluneen vuoden aikana. Perusasteen koulutuksen saaneista naisista 65 % vastasi harrastaneensa seksiä yhden kumppanin kanssa kuluneen vuoden aikana, kun korkeasti koulutetuilla vastaava luku oli liki 75 %. Miehillä useiden seksikumppaneiden osalta erot eivät olleet niin suuria, vaikkakin samansuuntaisia. Sen sijaan perusasteen koulutuksen saaneissa miehissä huomattiin esiintyvän enemmän niitä, joilla ei ollut seksikumppaneita lainkaan viimeisen 12 kuukauden aikana. Perusasteen koulutuksen saaneista miehistä 23 %:lla ei ollut lainkaan seksikumppaneita, kun naisilla vastaava luku oli 11,8 %.

Seksielämän tärkeys korreloi tyytyväisyyden kanssa sekä miehillä että naisilla, eikä koulutuksellisia eroja havaittu. Naiset olivat seksielämäänsä hieman tyytyväisempiä kuin miehet. Miehet sen sijaan pitivät sitä tärkeämpänä. Miehistä seksiin tyytyväisimpiä olivat ne miehet, joilla seksiä oli kerran viikossa tai useammin. Vähiten tyytyväisiä olivat ne, joilla seksiä oli harvemmin kuin kerran kuussa. Koulutuksellisia eroja ei havaittu. Naisilla tulokset olivat samansuuntaisia, mutta erot tyytyväisyydessä eivät olleet niin suuria kuin miehillä.

8 POHDINTA

8.1 Yhteenveto tuloksista

Sosioekonomisten taustojen havaittiin olevan yhteydessä seksuaali- ja lisääntymisterveyteen. Se ei ole yllättävää, sillä sosioekonomisen taustan on huomattu vaikuttavan terveyden eri osaluokkiin (Palosuo, ym. 2007. 220. Hakupäivä 16.01.2014). Arvioimalla seksuaalista riskikäyttäytymistä todettuina sukupuolitauteina tai toistuvina raskauden keskeytyksinä todettiin riskikäyttäytymisen olevan yleisempää perusasteen koulutuksen saaneilla kuin muilla. Aborttien yhteys matalaan koulutustasoon on huomattu aiemminkin (Koponen ym. 2004. 29–30. Hakupäivä 16.01.2014). Korkeasti koulutettujen muita parempi tietoisuus suojaamattoman seksin riskeistä liittyy siihen, että korkeakoulutuksen saaneet henkilöt käyvät selvästi useammin HIV testeissä kuin alempien koulutustasojen edustajat. Perusasteen koulutuksen saaneissa oli prosentuaalisesti eniten niitä, jotka eivät tiedä, onko heillä ollut sukupuolitauteja. Tähän todennäköisesti syynä on se, ettei sukupuolitauteja olla testattu. Myös häpeän tunteet voivat liittyä siihen, ettei niitä välttämättä haluta mainita kysyttäessä. Muissakin tutkimuksissa on tultu lopputulokseen, että oireettomia sukupuolitauteja ei käydä testaamassa (Nikula, ym. 2004. 76. Hakupäivä 16.01.2014). Testaamattomuus voidaan luokitella riskikäyttäytymiseksi. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tulisi ottaa huomioon sosioekonomisen taustan vaikutus riskikäyttäytymiseen. Huomiota tulisi kiinnittää myös ohjaustapoihin, jotta ohjaus lisäisi asiakkaan tietoa seksuaaliterveydestä. Palveluita pitäisi pohtia myös yhteiskunnallisella tasolla, sillä tällä hetkellä ne kohdentuvat eriarvoisesti (Palosuo ym. 2007. 220. Hakupäivä 16.01.2014). Peruskoulun käyneiden muita yleisempi kokemus seksuaalisen häirinnän uhkasta voidaan myös tulkita riskikäyttäytymiseksi, johon liittyy häirintä ja mahdollisesti väkivalta.

Seksielämään tyytyväisyydessä ei havaittu sosioekonomisia eroja. Kaikissa koulutusryhmissä tyytyväisimpiä olivat ne, joilla seksiä oli vähintään kerran viikossa. Seksuaalisen mielenkiinnon vähenemistä havaittiin eniten perusasteen koulutuksen saaneilla. Ero muihin koulutusryhmiin nähden oli kuitenkin pienentynyt vuonna 2011.

Vaikka lapsettomuus oli yleisintä korkeasti koulutetuilla, he kuitenkin hakeutuvat muita useammin lapsettomuustutkimuksiin ja -hoitoihin. He myös hyötyvät hoidoista eniten. Naisilla tutkimuksiin ja

hoitoihin hakeutumiseen vaikuttaa luultavasti miehiä enemmän puolison sosioekonominen asema, sillä keski- ja korkea-asteen väliset erot tutkimuksiin ja hoitoihin hakeutumisessa ja niissä onnistumisessa olivat naisilla pienempiä. Perusasteen koulutuksen saaneet hakeutuivat lapsettomuustutkimuksiin ja -hoitoihin huomattavasti muita vähemmän sekä miehissä että naisissa. Perusasteen koulutuksen saaneet eivät välttämättä hakeudu hedelmöityshoitoihin, koska ne ovat kalliita. Lisääntymisterveys Suomessa -raportissa ei havaittu sosioekonomisia eroja keskenmenojen määrässä ikävakioiduna (Klemetti ym. 2004. 32). Tässä tutkimuksessa tultiin samaan johtopäätökseen. Luultavasti keskenmenojen syyt vaihtelevat koulutusryhmittäin. Esimerkiksi korkeasti koulutetuilla syynä keskenmenoihin ja lapsettomuuteen voi olla myöhäisempi ikä tulla raskaaksi. Raskaaksi tulon lykkääminen hedelmällisen iän loppupuolelle uskotaan olevan yhteydessä lapsettomuuteen ja sen yleistymiseen (Koponen ym. 2012. 114. Hakupäivä 16.01.2014).

8.2 Tutkimuksen luotettavuus

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa työn luotettavuutta arvioidaan reliabiliteetilla ja validiteetilla. Reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimuksessa saatujen tulosten pysyvyyttä, eli jos tutkimus toistetaan, saadaan samat tulokset. Jotta reliabiliteetti voitaisiin todentaa täysin, tutkimus pitäisi toistaa. Opinnäytetyössä tähän ei yleensä ole aikaa. Tutkimuksen vaiheet tulee dokumentoida tarkasti ja tehdyt ratkaisut perustella niin, että tutkimus voidaan halutessa toistaa. (Kananen 2011, 118-119, 123.) Tutkimuksen aineisto on THL:n omistuksessa, joten tutkimus on toistettavissa tarvittaessa. Tiedonkeruun vaiheet on dokumentoituna tutkimusten peruseräraporteissa. Tässä tutkimuksessa tehdyt ratkaisut löytyvät perusteltuna opinnäytetyön raportista.

Validiteetilla tarkoitetaan sitä, että tutkimusongelman kannalta mitataan ja tutkitaan oikeita asioita. Validiteetti voidaan varmistaa, kun käytetään oikeaa tutkimusmenetelmää, oikeaa mittaria ja mitataan oikeita asioita. Validiteetissa on useita alalajeja, mutta pohdinta voidaan rajoittaa koskemaan sisäistä ja ulkoista validiteettia. Sisäisellä validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen systemaattista luotettavuutta eli oikeaa syy-seuraus-suhdetta. Sisäisen validiteetin toteutumisen arviointi on hankalaa, mutta tarkalla käsitteiden määrittelyllä ja tutkimuksen dokumentoinnilla voidaan vähentää sitä pienentäviä tekijöitä. Ulkoisella validiteetilla tarkoitetaan saatujen tulosten yleistettävyyttä. Jos valittu otos vastaa perusjoukkoa, ulkoinen validiteetti on kunnossa. (Kananen 2011, 118, 121-124.)

Tässä tutkimuksessa osa kysymyksistä ei antanut vastausta tutkimusongelmiin, esimerkiksi ehkäisyn osalta ei voitu käsitellä tutkimuksen kannalta olennaisia asioita. Ehkäisyä koskevat kysymykset oli muotoiltu niin, ettei niistä saatu selville varsinaista syytä ehkäisyn käyttöön tai sen puuttumiseen. Seksuaaliterveyden kannalta Terveys 2011-tutkimus ei ollut riittävän kattava, sillä sukupuolitaudeista ei ollut lainkaan esitetty kysymyksiä. Kaiken kaikkiaan seksuaaliterveyttä koskevia kysymyksiä oli esitetty paljon vähemmän yli 30-vuotiaille kuin heitä nuoremmille. Tutkimuskysymykset olivat osittain muuttuneet vuoden 2000 kyselystä vuoteen 2011, joten suoria vertailuja terveydentilan muutoksista oli hankalaa tehdä. Vuoden 2011 nuorten aineistoa ei ollut ollenkaan käytettävissä, joten vertailua alle 30-vuotiaiden terveyden muutoksista ei voida tehdä. Aineiston puuttuminen on tämän tutkimuksen kannalta harmillista, sillä nimenomaan alle 30-vuotiaille oli esitetty kattavammin seksuaaliterveyteen liittyviä kysymyksiä. Näiden asioiden vuoksi sisäinen validiteetti toteutui vain osittain.

Ulkoisen validiteetin kannalta tutkimuksista löytyi joitakin ongelmia. Yleisellä tasolla tutkimuksen osallistumisprosentti oli hyvä, yli 30-vuotiaiden tutkimuksissa vuonna 2000 93 % ja vuonna 2011 72,9 %. Osaan kysymyksistä oli kuitenkin vastattu puutteellisesti ja osa kyselyyn osallistuneista ei vastannut kaikkiin kysymyksiin. Tämä heikentää ulkoista validiteettia, koska osasta tuloksia valittu otos ei vastaa perusjoukkoa.

8.3 Tutkimuksen eettisyys

Tässä tutkimuksessa käytettiin valmista aineistoa, jonka Terveiden ja hyvinvoinnin laitos on kerännyt vuosina 2000 ja 2011. Aineiston keruun aikana tutkittavilta on pyydetty kirjallinen suostumus siihen, että tietoja saa käyttää kansanterveyttä edistäviin tutkimuksiin. Vastaaajien henkilötietoja ei tule millään tavalla ilmi tämän tutkimuksen aineistoissa.

Tutkimustuloksia pyrittiin käsittelemään mahdollisimman puolueettomasti omat ennakkokäsitykset huomioimatta. Tulosten raportoinnissa käytettiin aineistosta ilmeneviä ryhmäkohtaisia eroja, jotka olivat yksiselitteisiä. Ne tuotiin esille huomioiden, ettei minkään ryhmän tuloksia peitellä tai korosteta aiheettomasti. Joidenkin tutkimuskysymysten kohdalla päätettiin koota sisällöltään lähekkäin olevia vastausvaihtoehtoja yhteen, jotta saatiin tuloksista helposti luettavia ja tehtyä selkeitä taulukoita.

8.4 Omat oppimiskokemukset

Aloitimme työn huhtikuussa 2013. Kumpikaan meistä ei ollut aiemmin tehnyt korkeakoulutasoista opinnäytetyötä, joten tietoa erilaisista tutkimusmenetelmistä täytyi opiskella. Sosioekonomisten tekijöiden vaikutus terveyteen herätti meissä mielenkiintoa, ja päädyimme yhteistyöhön Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kanssa. Ensimmäisenä vaiheena aloimme työstää tietoperustaa, ja lähdekirjallisuutta löytyi runsaasti sekä seksuaali- ja lisääntymisterveyteen että sosioekonomisiin tekijöihin liittyen. Niiden yhteyttä ei kuitenkaan ollut tutkittu Suomessa. Lähdekirjallisuuden runsaudesta johtuen opimme arvioimaan lähteitä kriittisesti.

Seuraava vaihe työssämme oli kvantitatiiviseen tutkimusmenetelmään perehtyminen, joten tunnemme tutkimustavan periaatteet. Samalla perehdyimme Terveys 2000 ja 2011 peruseräraportteihin, ja saimme tietoa kerätystä aineistoista ja sen eri menetelmistä. Tämä valmisti meitä oman tutkimuksemme aineiston kokoamiseen.

Saimme kokemusta yhteistyötaitojen merkityksestä, sillä Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen ohjeistus poikkeaa hieman koulun opinnäytetyön ohjeesta. Parityöskentely on opettanut vastuunottoa työn etenemisestä ja joustavuutta omassa toimintatavoissa.

8.5 Kehittämisen- ja jatkotutkimusaiheet

Jotta väestön seksuaaliterveydestä saataisiin enemmän tietoa, seuraavissa tutkimuksissa aiheesta pitäisi kysyä laajasti. Seuraavassa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen seurantatutkimuksessa olisi hyvä kysyä aiheesta vähintään yhtä laajasti kuin vuoden 2000 tutkimuksessa sekä kysyä myös yli 30-vuotiailta niitä kysymyksiä, joita nyt kysyttiin vain alle 30-vuotiailta. Kysymysten olisi tärkeää olla samassa muodossa seurantatutkimuksissa, jotta tuloksia voidaan vertailla keskenään. Strukturoiduissa kysymyksissä pitää kiinnittää huomiota vastausvaihtoehtoihin, jotta saadaan vastaus siihen, mitä tutkitaan. Esimerkiksi ehkäisystä ja aborteista kysyttäessä olisi tärkeää saada selville syyt henkilön toimintaan.

Toinen jatkotutkimusaihe voisi olla erillinen seksuaaliterveyteen liittyvä kysely. Tällä hetkellä seksuaaliterveyttä koskevat kyselytutkimukset rajoittuvat usein tietyn ikäiseen väestön osaan ja kyseilyiden painopiste on elintavoissa. Erityisesti sukupuolitauteja ja riskikäyttäytymistä ei juuri käsitellä väestötutkimuksissa. (Paaso ym. 2013. 49. Hakupäivä 15.01.2014.) Edelleen tutkimuksissa voi

olla helpompaa kysyä muista terveyteen liittyvistä ongelmista kuin seksuaaliterveyteen liittyvistä. Terveys käsittää kuitenkin myös seksuaaliterveyden, joten aihetta olisi syytä alkaa tutkia väestötutkimuksissa yhtä tarkasti kuin muita elintapoja ja terveysongelmia. Sosioekonomisten tekijöiden on havaittu jo monissa aiemmissa tutkimuksissa liittyvän terveyteen ja elintapoihin, joten sen vaikutusta seksuaaliterveyteen ei tule väheksyä.

LÄHTEET

Aromaa, A. 2000. Kansallinen tutkimus suomalaisten terveydestä ja toimintakyvystä. Hakupäivä 29.8.2013. <http://www.terveys2000.fi/taustaa.html>

Aromaa, A. & Koskinen, S. 2002. Terveys 2000-tutkimuksen perustulokset. Hakupäivä 29.8.2013. <http://www.terveys2000.fi/perusraportti/2.1.html> , <http://www.terveys2000.fi/perusraportti/2.2.html>, <http://www.terveys2000.fi/perusraportti/2.3.html> , <http://www.terveys2000.fi/perusraportti/2.4.html>

Bildjuschkin, K. & Ruuhilahti, S. 2010. Puhutaan seksuaalisuudesta. Helsinki: Kirjapaja.

Hannuksela, M. 2012. Sukupuolitaudit, seksitaudit. Hakupäivä 16.12.2013. http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00497

Heino, A., Gissler, M. & Soimula, A. 2013a. Raskaudenkeskeytykset 2012. Aborter 2012. Induced abortions 2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Hakupäivä 23.01.2014. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110210/Tr18_13.pdf?sequence=5

Heino, A. & Gissler, M. 2013b. Toistuvat raskaudenkeskeytykset Suomessa 1983-2009. Lääkäri-lehti 47/2013. 3083–3086. Hakupäivä 23.01.2014. <http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000040273>

Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Hulkko, T., Lyytikäinen, O., Kuusi, M., Seppälä, S. & Ruutu, P. (toim.). 2010. Tartuntataudit Suomessa 1995–2009. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Härkänen, T & Koskinen, S. 2012. Aineisto ja menetelmät. Teoksesta Koskinen, S., Lundqvist, A. & Ristiluoma, N. (toim.) 2012. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Jaakola, S., Lyytikäinen, O., Rimhanen-Finne, R., Salmenlinna, S., Vuopio, J., Roivainen, M., Nohynek, H., Löflund, J., Kuusi, M. & Ruutu, P. (toim.) 2013. Tartuntataudit Suomessa 2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Hakupäivä 22.01.2014.

[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104475/URN ISBN 978-952-245-890-2.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104475/URN_ISBN_978-952-245-890-2.pdf?sequence=1)

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

Kananen, J. 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kananen, J. 2011. Kvantti. Kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008-2011. 2008. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Karvonen, S., Martelin, T. & Koskinen, S. 2012. Sosiodemografiset taustatekijät. Teoksesta Koskinen, S., Lundqvist, A. & Ristiluoma, M. (toim.) 2012. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Hakupäivä 27.01.2014.
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068_2012_netti.pdf?sequence=1

Kauranen, V. 2011. Abortti ja siitä selviytyminen. Helsinki: Art House Oy.

Klamydia. 2014. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Hakupäivä 11.04.2014.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/infektiotaudit-fi/klamydia

Klemetti, R., Sihvo, S. & Koponen, P. 2004. Tahaton lapsettomuus ja hedelmöityshoidot. Teoksesta Koponen, P. & Luoto, R. 2004. Lisääntymisterveys Suomessa. Terveys 2000-tutkimus. Helsinki: Kansanterveyslaitos. Hakupäivä 15.11.2013.
<http://www.terveys2000.fi/julkaisut/lister.pdf>

Kontula, O. 2008. Halu ja intohimo. Tietoa suomalaisesta seksistä. Helsinki: Otava.

Kontula, O. & Meriläinen, H. 2007. Koulun seksuaalikasvatus 2000-luvun Suomessa. Helsinki: Väestöliitto.

Koponen, P. Lindbohm, M & Sihvo, S. 2004. Raskaudet, synnytykset, keskenmenot ja keskeytykset. Teoksesta Koponen, P. & Luoto, R. 2004. Lisäntymisterveys Suomessa. Terveys 2000-tutkimus. Helsinki: Kansanterveyslaitos. Hakupäivä 16.01.2014.

<http://www.terveys2000.fi/julkaisut/lister.pdf>

Koponen, P., Klementti, R., Luoto, R., Alha, P. & Surcel, H. 2012. Raskauden ehkäisy, raskaudet ja lasten hankinta. Teoksesta Koskinen, S., Lundqvist, A. & Ristiluoma, M. (toim.) 2012. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Hakupäivä 15.11.2013.

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068_2012_netti.pdf?sequence=1

Koskinen, S., Kestilä, L., Martelin, T. & Aromaa, A. 2005. Nuorten aikuisten terveys. Terveys 2000-tutkimuksen perustulokset 18-29-vuotiaiden terveydestä ja siihen liittyvistä tekijöistä. Hakupäivä 3.12.2013. <http://www.terveys2000.fi/julkaisut/2005b7.pdf>

Koskinen, S., Lundqvist, A. & Ristiluoma, N. 2012. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Kosunen, E., Sihvo, S., Nikula, M. & Hemminki, E. 2004. Raskauden ehkäisy. Teoksesta Koponen, P. & Luoto, R. 2004. Lisäntymisterveys Suomessa. Terveys 2000-tutkimus. Helsinki: Kansanterveyslaitos. Hakupäivä 15.11.2013. <http://www.terveys2000.fi/julkaisut/lister.pdf>

Laaksonen, M. Aineelliset ja taloudelliset tekijät. 2011. Teoksesta Laaksonen, M. & Silventoinen, K. Sosiaaliepideologia Väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät. 2011. Helsinki: Gaudeamus.

Lahelma, E. & Rahkonen, O. 2011. Sosioekonominen asema. Teoksesta Laaksonen, M. & Silventoinen, K. (toim.) 2011. Sosiaaliepideologia. Väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät. Helsinki: Gaudeamus.

Lahelma, E., Koskinen, S., Martelin, T., Palosuo, H. & Rahkonen, O. 2007. Sosioekonomisten terveyserojen syyt ja selitysmallit. Teoksesta Terveiden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Laukkanen, P. 2012. Occurrence of high risk human papillomaviruses and cervical cancer among fertile-aged women in Finland. University of Oulu. Hakupäivä 22.01.2014. <http://herkules.oulu.fi/isbn9789526200187/isbn9789526200187.pdf>

Leminen, A. 2009. Gynekologiset infektiot. Hakupäivä 15.01.2014. http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=seh00105

Lottes, I. 2000. Uusia näkökulmia seksuaaliterveyteen. Teoksesta Kontula, O & Lottes, I. (toim.) 2000. Seksuaaliterveys Suomessa. Tampere: Tammi.

Martelin, T., Nieminen, T., Heikkilä, M., Kainulainen, S., Kauppinen, T., Lahelma, E., Mannila, S. & Notkola, V. 2002. Sosiodemografiset tekijät ja elinolot. Teoksesta Aromaa, A. & Koskinen, S. (toim.) 2002. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000-tutkimuksen perustulokset. Helsinki: Kansanterveyslaitos. Hakupäivä: 15.11.2013. <http://www.terveys2000.fi/julkaisut/b3.pdf>

Murto, J., Kaikkonen, R., Kostiainen, E., Martelin, T., Koskinen, S. & Linnanmäki, E. 2009. Sosioekonomiset terveyserot Pohjois-Pohjanmaalla. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Mäkinen, T., Pena, S. & Koskinen, S. 2012. Kenttätoiminta. Teoksesta Koskinen, S., Lundqvist, A. & Ristiluoma, N. (toim.) 2012. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

National Cancer Institute. 2012. HPV and Cancer. Hakupäivä 22.01.2014. <http://www.cancer.gov/cancertopics/factsheet/Risk/HPV>

Nikula, M. & Luoto, R. 2004. Sukupuoliteitse leviävät infektioaudit. Teoksesta Koponen, P. & Luoto, R. 2004. Lisääntymisterveys Suomessa. Terveys 2000-tutkimus. Helsinki: Kansanterveyslaitos. Hakupäivä 15.11.2013. <http://www.terveys2000.fi/julkaisut/lister.pdf>

Paaso, T. & Tuunala, J. 2013. Seksuaali- ja lisääntymisterveys väestötutkimuksissa. Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Hakupäivä 15.01.2014.

<http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/62515/OPINNAYTETYO.pdf?sequence=1>

Paavonen, J. 2004. Gynekologiset infektiot. Teoksesta Ylikorkala, O. & Kauppila, A. (toim.) 2004. Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Palosuo, H., Koskinen, S., Lahelma, E., Prättälä, R., Martelin, T., Ostamo, A., Keskimäki, I., Sihto, M., Takala, K., Hyvönen, E. & Linnanmäki, E. (toim.) 2007. Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Palosuo, H., Sihto, M., Keskimäki, I., Koskinen, S., Lahelma, E., Manderbacka, K. & Prättälä, R. 2004. Eriarvoisuus ja terveystaloudellinen. Kokemuksia sosioekonomisten terveyserojen kaventamisesta Ruotsissa, Englannissa ja Hollannissa. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Pekkarinen, M. 2012. Terveys 2000. Hakupäivä 29.8.2013. <http://www.terveys2000.fi/index.html>

Pekkarinen, M. 2012. Terveys 2000. Hakupäivä 27.01.2014. <http://www.terveys2000.fi/data.html>

Pelkonen, M. 2012. Etsikkoajasta toimintaohjelmaan. Erityisasiantuntija Maija Ritamon juhlaseminaari Sosiaalityöstä seksuaalivertaisuuteen. PowerPoint-esitys 26.4.2012 : THL.

Pensola, T., Blomgren, J. & Kestilä, L. 2012. Työ ja toimeentulo. Teoksesta Koskinen, S., Lundqvist, A. & Ristiluoma, M. (toim.) 2012. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Hakupäivä 15.11.2013. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068_2012_netti.pdf?sequence=1

Rautiainen, H. 2006. Ikääntyminen ja seksuaalisuus. Teoksesta Apter, D.; Väisälä, L. & Kaimola, K. (toim.) Seksuaalisuus. Jyväskylä: Kustannus Oy Duodecim.

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

Rotko, T., Aho, T., Mustonen, N. & Linnanmäki, E 2011. Kapeneeko kuilu? Tilannekatsaus terveyserojen kaventamiseen Suomessa 2007-2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

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

Sihvonen, A-P., Koskinen S. & Martelin, T. 2007. Terveet elinvuodet. Teoksesta Palosuo, H., Koskinen, S., Lahelma, E., Prättälä, R., Martelin, T., Ostamo, A., Keskimäki, I., Sihto, M., Talala, K., Hyvönen, E. & Linnanmäki, E. (toim.) Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008. Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008-2011. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012. Terveys 2015-kansanterveysohjelman väliarviointi. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Verkkojulkaisu http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511574&name=DLFE-26108.pdf , luettu 13.5.2013.

Sutela, H. Tilastokeskus. 2012. Hakupäivä 10.01.2014. http://www.stat.fi/artikkelit/2012/art_2012-03-12_010.html

Terveys 2015 –kansanterveysohjelman väliarviointi. 2013. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

THL. 2013. Terveys 2011. Hakupäivä 29.8.2013. <http://www.terveys2011.info/index.html>

Tiitinen, A. 2013. Keskenmeno. Hakupäivä 16.12.2013.

http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00138

Tiitinen, A. & Hovatta, O. 2004. Lapsettomuus. Teoksesta Ylikorkala, O. & Kauppila, A. (toim.) 2004. Naistentaudit ja synnytykset. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Tilastokeskus. 2010. Miten Suomi selviää? Hakupäivä 06.02.2014.
http://www.stat.fi/artikkelit/2010/art_2010-09-07_003.html?s=0#3

Toivonen, J. 2004. Raskaudenkeskeytys. Teoksesta O. Ylikorkala & A. Kauppila (toim.) Naisten-taudit ja synnytykset. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Virtala, E., Härkänen, T., Rissanen, H., Rinne, S., Alha, P., Pena, S. & Knekt, p. 2012. Aineisto. Teoksesta Koskinen, S., Lundqvist, A. & Ristiluoma, N. (toim.) 2012. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. Tampere: Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.

Väestöliitto 2013. Tietoa seksuaalisuudesta. Hakupäivä 27.8.2013.
<http://www.vaestoliitto.fi/seksuaalisuus/tietoa-seksuaalisuudesta/>