

Terveesti nyt ja huomenna

Näkökulmia yksilön, yhteisön ja
yhteiskunnan terveyden edistämiseen



Camilla Laaksonen, Pia Suvivuo & Anja Kuukasjärvi (toim.)

Terveesti nyt ja huomenna

**Näkökulmia yksilön, yhteisön ja
yhteiskunnan terveyden edistämiseen**

**Turun ammattikorkeakoulun
Raportteja 219**

Turun ammattikorkeakoulu
Turku 2015

Kuvat: Miia Tuominen

ISBN 978-952-216-591-6 (painettu)

ISSN 1457-7925 (painettu)

Painopaikka: Suomen Yliopistopaino – Juvenes Print Oy, Tampere 2015

Myynti: loki.turkuamk.fi

ISBN 978-952-216-592-3 (pdf)

ISSN 1459-7764 (elektroninen)

Jakelu: loki.turkuamk.fi



Sisältö

Alkusanat	6
------------------------	----------

Terveyden edistäminen.....	8
Camilla Laaksonen & Pia Suvivuo	

Yksilön terveyden edistäminen

Isovanhempien elämäntapojen vaikutus lastenlasten terveyteen	14
Camilla Laaksonen & Ronald Robeers	

Digitaaliset pelit lasten ja nuorten terveyden edistämässä.....	24
Heidi Parisod & Sanna Salanterä	

Suuhygienistin työhyvinvointi	34
Minna Hyötilä & Päivi Pietikäinen	

Kolmasikäläisten hyvinvointi	42
Annika Toiviainen & Katariina Felixson	

Yhteisön terveyden edistäminen

Koulun seksuaalikasvatus nuorten seksuaaliterveyden edistäjänä.... 56

Pia Suvivuo

Kouluterveydenhuolto lasten ja nuorten terveyden tukijana..... 68

Jaana Tomppo & Camilla Laaksonen

Mielenterveyden edistäminen ja sen häiriöiden ennaltaehkäisy.....76

Mari Lahti

Maahanmuuttajaperheiden vanhemmuuden tukeminen 86

Anna Ollila, Salla-Maria Puro & Kristiina Viljanen

Maahanmuuttajaperheiden arki ja terveys..... 96

Ritva Laaksonen-Heikkilä & Anu Puodinketo-Wahlsten

Yhteiskunnan terveyden edistäminen

**Ympäristön terveysvaaroista terveyden ja
hyvinvoinnin edistämiseen.....** 110

Sirpa Halonen

Mediakasvatusta muuttuvan median ymmärtämiseksi 124

Päivi Myllymäki

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden osaamisen kehittäminen 134

Anne Merta

Nuorten aikuisten työttömien terveyden edistäminen..... 148

Emilia Laitinen, Marjo Salmela & Pia Suvivuo

Terveyden edistäminen tekonivelpotilaan hoitoprosessissa..... 160

Jenni-Mari Kiviranta & Pia Suvivuo

**Camilla Laaksonen**

Camilla Laaksonen on pohjakoulutukseltaan terveydenhoitaja ja väitellyt terveystieteiden tohtoriksi (TtT) vuonna 2012. Hän toimii Turun ammattikorkeakoulussa Terveys ja hyvinvointi -tulosalueella lehtorina ja Terveiden edistämisen tutkimusryhmän tutkimusvastaavana. Camilla Laaksonen asiantuntija-alueita ovat erityisesti terveyden edistäminen, terveydenhoito-osaaminen, terveyspalvelujärjestelmän ja -prosessien kehittäminen sekä TKI-osaaminen ja tutkimusosaaminen.

**Anja Kuukasjärvi**

Anja Kuukasjärvi on suorittanut kaksi filosofian maisteri -tutkintoa, pääaineina suomen kieli ja pohjoismainen filologia. Lisäksi hän on draamaopettaja ja kirjallisuusterapeutti. Anja Kuukasjärvi työskentelee Turun ammattikorkeakoulussa Terveys ja hyvinvointi -tulosalueen lehtorina, julkaisuvastaavana ja Hyve-verkkojulkaisun päätoimittajana.

**Pia Suvivuo**

Pia Suvivuo on pohjakoulutukseltaan terveydenhoitaja ja väitellyt terveystieteiden tohtoriksi (TtT) vuonna 2011. Hän toimii Turun ammattikorkeakoulussa Terveys ja hyvinvointi -tulosalueella yliopettajana ja SOTE-palvelujärjestelmän kehittäminen -tutkimusryhmän tutkimusvastaavana. Pia Suvivuon asiantuntija-alueita ovat sosiaali- ja terveyspalvelujärjestelmät, terveyden edistäminen, terveydenhoito-osaaminen, terveyspalvelujärjestelmän ja -prosessien kehittäminen sekä TKI-osaaminen ja tutkimusosaaminen. Hänen asiantuntijuusalueeseensa kuuluvat myös seksuaalikasvatus, seksuaaliterveys ja seksuaaliterveyden edistäminen.

Alkusanat

Terveyden edistäminen voidaan määritellä toimintana, jonka tarkoituksena on parantaa yksilön tai yhteisön edellytyksiä ja mahdollisuuksia huolehtia omasta ja ympäristönsä terveydestä. Väestörakenteen ja elämäntapojen muuttuminen, uudenlaiset ympäristöt ja yhteiskuntarakenteet sekä globaalit terveysuhat tuovat merkittäviä haasteita terveyden edistämislle niin meillä kuin muuallakin. Tulevaisuudessa tarvitaan uudenlaisia, monialaiseen tutkimukseen perustuvia, eettisesti kestäviä terveyden edistämisen sisältöjä ja menetelmiä.

Terveesti nyt ja huomenna -julkaisun tarkoituksena on tuoda esiin erilaisia näkökulmia terveyden edistämiseen. Julkaisun on tuottanut Turun ammattikorkeakoulun Terveyden edistämisen tutkimusryhmä. Tutkimusryhmän tavoitteena on toimia terveyden edistämisen asiantuntijaryhmänä, kehittää uudenlaisia terveyden edistämisen sisältöjä ja menetelmiä, tuottaa teemaan liittyviä oppimisympäristöjä ja toimia tiiviissä yhteistyössä eri toimijoiden ja sidosryhmien kanssa. Tutkimusryhmän toiminta on alueellista, kansallista ja kansainvälistä.

Terveesti nyt ja huomenna -julkaisun kirjoittajiksi on kutsuttu tutkimusryhmän jäseniä, muita asiantuntijoita sekä yhteistyökumppaneita. Artikkelit on jäsennelty toiminnan mukaisesti yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan tasoille. Globaali ja kansainvälinen taso kulkevat useassa artikkelissa läpileikkaavana teemana.

Julkaisu on ensisijaisesti tarkoitettu terveys- ja hyvinvointialojen opiskelijoille. Se soveltuu erinomaisesti myös muiden alojen opiskelijoille sekä muille terveyden edistämisen ajankohtaisista ja tulevaisuuden teemoista kiinnostuneille.

Turussa syksyllä 2015

Camilla Laaksonen

TtT, päätoiminen tuntiopettaja

Terveyden edistäminen -tutkimusryhmän tutkimusvastaava

Turun ammattikorkeakoulu

Pia Suvivuo

TtT, yliopettaja

Turun ammattikorkeakoulu

Anja Kuukasjärvi

FM, lehtori

Turun ammattikorkeakoulu

Terveyden edistäminen

Camilla Laaksonen

TtT, päätoiminen tuntiopettaja, Terveyden edistäminen

-tutkimusryhmän tutkimusvastaava

Turun ammattikorkeakoulu

Pia Suvivuo

TtT, yliopettaja, SOTE-palvelujärjestelmän kehittäminen

-tutkimusryhmän tutkimusvastaava

Turun ammattikorkeakoulu

Terveys voidaan määritellä monella eri tavalla. Terveystieteissä yleisimmin käytetty terveyden määritelmä on Maailman terveysjärjestön, WHO:n, Ottawan perusasiakirjaan (1986) kirjattu terveysmääritelmä. Sen mukaan terveys on täydellinen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila eikä vain sairauden puuttumista. Jotta täydellinen fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen hyvinvointi voitaisiin saavuttaa, yksilöiden ja yhteisöjen on kyettävä toteuttamaan toiveensa, tyydyttämään tarpeensa ja muuttamaan ympäristöä tai opittava tulemaan toimeen sen kanssa. Täydellisyyteen voi terveydessäkin pyrkiä, mutta useinkaan sitä ei käytännössä ole mahdollista saavuttaa. Lähes jokainen ihminen sairastaa jossain elämänsä vaiheessa, mutta kroonisetkaan sairaudet eivät hyvin hoidettuina estä normaalia elämää. Realistista onkin tavoitella parasta mahdollista terveyttä ja sellaista tilannetta, joka sallii ihmisten elää yksilöllisesti, sosiaalisesti ja taloudellisesti hyödyllistä elämää. Terveys on jokapäiväisen elämän voimavara ja prosessi, joka jatkuu läpi elämän.

Perinteisen terveystieteiden rinnalle on viime aikoina yhä vahvemmin nostettu käsitys terveydestä ihmisen kokemana, jatkuvassa muutoksessa olevana tilana, johon sairauksien ja fyysinen ja sosiaalinen elinympäristön lisäksi vaikuttavat ihmisen omat kokemukset, arvot ja asenteet. Jokainen yksilö määrittelee terveytensä omalla tavallaan. Oma määritelmä saattaa merkittävästi poiketa muiden ihmisten, esimerkiksi perheenjäsenten tai terveydenhuoltohenkilöstön, käsityksistä ja arvioista. Yksilö voi kokea itsensä terveeksi huolimatta siitä, että hän sairastaisi diagnosoituja sairauksia. Koetun terveyden osalta merkityksellistä on usein riippumattomuuden ja autonomian tunne; mitä paremmin yksilö kokee pitävänsä omaa elämänsä ohjaksissa, sen paremmaksi hän yleensä kokee terveytensä.

Positiiviseen terveystieteeseen liittyvä terveyden edistämisen malli lähtee terveysvarannon kasvattamisesta ja mahdollisuuksien luomisesta. Terveyden edistäminen on prosessi, jossa lisätään ihmisen tietoisuutta itsestään ja terveyden edistämisestä. Pyrkimyksenä on parantaa ihmisten mahdollisuuksia omasta ja ympäristönsä hyvinvoinnista huolehtimiseen ja siinä henkilökohtaisten taitojen kehittäminen on tärkeää. Näitä taitoja voidaan kehittää muun muassa tiedon lisäämisen, asenteisiin vaikuttamisen ja terveyskasvatuksen erilaisin keinoin. Terveystieteen ammattilaiset käyttävät terveyden edistämistyössä asiantuntemustaan tavalla, joka luo ihmisille mahdollisuuksia ymmärtää itse, mitkä tekijät ovat tärkeitä ja tukevat heidän terveyttään. Tämä edustaa niin sanottua voimaantumisen lähestymistapaa.

Terveyden edistäminen ei ole ainoastaan yksilön toiminnan muuttamista, vaan se on myös terveyden edellytysten yhteiskunnallista parantamista. Sen pitäisi ulottua yksilöihin, yhteisöihin, yhteiskuntaan ja nykyään yhä laajemmin myös globaalille tasolle. Toiminnassa painottuu eri toimijoiden yhteistyö, aktiivinen osallisuus ja voimaantuminen. Lähtökohta voi olla terveyttä edistävä, terveyttä suojeleva tai sairauksia ehkäisevä. Nykyään terveyden edistämässä korostuu terveyden voimavarojen löytäminen ja hyödyntäminen perinteisen riskejä seulovan ja ongelmia ehkäisevän ajattelutavan rinnalla. Terveyden edistäminen tähtää terveyden oikeudenmukaisuuden saavuttamiseen. Se tähtää terveyserojen pienentämiseen ja samanlaisten mahdollisuuksien ja voimavarojen takaamiseen, jotta kaikki voisivat saavuttaa parhaimman mahdollisen terveyden.

Terveellisen yhteiskuntapolitiikan kehittäminen perustuu siihen, että terveyden edistäminen toteutuu pääasiallisesti terveyspalvelujärjestelmän ulkopuolella. Terveysteen vaikuttavina ympäristötekijöinä voidaan nähdä lainsäädäntö, vero- ja hintapolitiikka sekä tulo- ja sosiaaliturvapolitiikka. Terveysteen edistämiseen sisältyy myös terveellisemmän ympäristön aikaansaaminen, mikä tarkoittaa ekologista lähestymistapaa sekä korostaa yhteisöllistä vastuuta ja luonnonvarojen säilyttämisen merkitystä. Terveyspalvelujärjestelmän uudistaminen on tärkeä toimenpide terveyden edistämässä.

Jotta terveyttä voidaan edistää, on ymmärrettävä sen arvoperustainen luonne. Siinä puututaan yksilön elämään, ja siksi sen pitää olla aina eettisesti perusteltua, vaikka tavoitteena onkin hyvän elämän lisääminen. Terveysteen edistämisen keskeinen pyrkimys on omasta ja ympäristönsä hyvinvoinnista huolehtimisen mahdollisuuksien parantaminen.

A photograph of two horses in a grassy field. One horse is in the foreground, facing the camera, and the other is in the background, grazing. The field is green with some white flowers. In the background, there are trees and a blue sky with clouds. A yellow rectangular box is overlaid on the image, containing the text.

Yksilön terveyden edistäminen



Isovanhempien elämäntapojen vaikutus lastenlasten terveyteen

Camilla Laaksonen

TtT, lehtori

Terveysten edistäminen -tutkimusryhmän tutkimusvastaava

Turun ammattikorkeakoulu

Ronald Robeers

lehtori

University College Artevelde, Gent, Belgia

Yksilön elämäntavoilla ja ympäristöllä on uusimman epigeneettisen tiedon pohjalta ratkaiseva merkitys jälkeläisten terveyteen ja riskiin sairastua muun muassa erilaisiin syöpiin ja sydän- ja verisuonisairauksiin. Epigeneettisillä tekijöillä tarkoitetaan tekijöitä, jotka säätelevät geeniemme toimintaa ja voivat joko lisätä tai vähentää yksilön tai hänen jälkeläistensä sairastumisriskiä. Uusi tieto johtaa väistämättä kysymyksiin yksilön vastuusta ja velvollisuuksista niin omasta kuin jälkeläisten ja tulevien sukupolvien terveydestä ja sairauksista. Epigeneettisen tiedon lisääntyessä kasvaa samalla uuden tiedon tarve terveyden edistämisen sisällöistä, menetelmistä ja etiikasta.

Osa terveysperinnöstä jälkeläisiin geenien ja epigeneettisten tekijöiden kautta

Elämän tuntomerkkejä ovat liikkumiskyky, reagointi ärsykkeisiin, aineenvaihdunta ja lisääntymiskyky. Kaikki eliöt koostuvat soluista ja edellä kuvatut elämän tunnusmerkit ovat olemassa jo yksisoluisillakin eliöillä, kuten esimerkiksi bakteereilla. Ihmisyksilö on kehittynyt yhdestä, hedelmöittyneestä, munasolusta, joka hedelmöitymisen jälkeen on jakautunut kahdeksi ja jatkanut jakautumistaan yhä uudelleen ja uudelleen. Vähitellen sikiökauden aikana jakautuvat solut myös erilaistuvat ja niistä alkaa kehittyä erilaisia solutyyppejä, jotka ovat erikoistuneet erilaisiin tehtäviin ja muodostavat yhteen liittyessään erilaisia kudoksia. Erilaiset kudostyyppit puolestaan muodostavat elimiä ja elinjärjestelmiä, kuten esimerkiksi verenkiertojärjestelmä, hengityselimistö ja ruoansulatuskanava.

Ihminen ei olisi olemassa ilman geneettistä koodia ja epigeneettistä säätelymekanismia. Ihmisen geenit, eli perintötekijät, on koodattu soluissa varastoituneeseen DNA:han eli deoksiribonukleiinihappoon. Tätä geneettistä koodia voidaankin yksinkertaistettuna pitää yksilön rakennusohjeena, jonka kautta yksilö kehittyy, toimii ja siirtää informaatiota eteenpäin. Pelkkä geneettinen koodi ei kuitenkaan yksin selitä yksilön olemassaoloa, vaan tämän lisäksi epigeneettisillä tekijöillä näyttää olevan ratkaiseva merkitys. Epigeneettiset tekijät säätelevät geeniemme toimintaa. Ne vaikuttavat geenien ja DNA:n toimintaan esimerkiksi hilliten tai lisäten tiettyjen geenien toimintaa. Kauan on tiedetty, että perintötekijämme vaikuttavat jälkeläistemme terveyteen ja riskiin sairastua tiettyihin sairauksiin. Uusimman tutkimuksen mukaan epigeneettisillä tekijöillä on geenien lisäksi ratkaiseva osuus yksilön tai hänen jälkeläistensä riskiin sairastua erilaisiin tauteihin. Epigenetiikka murtaa perinteistä käsitystä lajien kehittymisestä, ja voidaankin sanoa, että epigenetiikka on perinnöllisyystieteen käsillä oleva murros.

Yksilön elämäntavoilla ja ympäristöllä näyttäisi olevan erityisen keskeinen merkitys epigeneettisiin tekijöihin. Tämä johtaa kysymyksiin yksilön elämäntavoista ja ympäristöön liittyvään velvollisuuteen ja vastuuseen omasta ja jälkeläistensä terveydestä ja sairauksista. Epigeneettisen tiedon lisääntyessä kasvaa samalla uuden tiedon tarve terveyden edistämisen sisällöistä, menetelmistä ja etiikasta.

Terveyden edistämisen etiikka ja epigeneettisen tiedon lisääntyminen

Terveyden edistämisellä pyritään lähtökohtaisesti tukemaan yksilön, yhteisön tai yhteiskunnan kykyä huolehtia omasta ja muiden terveydestä ja hyvinvoinnista. Keskeisenä ajatuksena on, että terveyden edistämisessä pyritään vaikuttamaan ensisijaisesti tiedolla mutta myös vaikuttamaan asenteisiin ja tukemaan tiedon ja asenteiden siirtymistä terveyttä edistäväksi toiminnaksi. Terveyttä edistävien tahojen tulee perustaa toiminta parhaaseen olemassa olevaan, ajankohtaiseen ja luotettavaan tietoon. Tiedon lisäksi terveyden edistämisessä keskeistä, niin sisällön kuin käytettyjen menetelmien osalta, on eettinen hyväksyttävyys.

Terveyden edistämisen etiikassa tärkein kysymys liittyy siihen, millä oikeutuksilla yksilön terveyteen ja elämäntapoihin puututaan, mitkä terveyden edistämisen sisältöjen ja menetelmien eettiset arvot todentuvat ja miten ne todentuvat. Lähtökohtana terveyden edistämisen etiikassa on yleisten ihmisoikeuksien kunnioittaminen. Lisäksi terveyden edistämisen etiikassa painotetaan voimakkaasti sisällön ja menetelmien oikeutusta eli sitä, mitä ja millä tavalla yksilön terveyttä edistetään, kuka toiminnassa on keskiössä ja mille tasolle – yksilön, yhteisön, yhteiskunnan vai globaalille – toiminnan tulisi kohdentua.

Epigenetiikka on tutkimusalueena edelleen nuorta, ja toistaiseksi tieto epigeneettisten tekijöiden vaikutuksista ja siitä, miten elämäntapa ja ympäristö siirtyvät omaksi ja jälkeläisten terveysvarannoksi, on vähäistä. Epigeneettisen uuden tiedon soveltaminen käytännön terveyden edistämisessä ei liene vielä ajankohtaista. Paikallaan on sen sijaan pohtia, millaisia terveyden edistämisen eettisiä kysymyksiä liittyy uudelleenlaiseen epigeneettiseen tietoon ja sen soveltamiseen. Tässä artikkelissa keskitytään lasten ylipainon ja lihavuuden edistämiseen.

Lapsuusiän ylipaino ja lihavuus

Lapsuusiän ylipainon ja lihavuuden tiedetään olevan yhteydessä useaan terveyttä ja hyvinvointia vaarantavaan tekijään, ja sen tiedetään lisäävän riskiä sairastua useisiin vakaviin tauteihin. Ylipainoisten lasten riski tulla ylipainoisiksi aikuisiksi on kaksinkertainen, ja ylipainoisten nuorten riski tulla ylipainoisiksi aikuisiksi on nelinkertainen normaalipainoisiin ikätovereihinsa verrattuna. Lapsuus- ja nuoruusiän liha-

vuus ja ylipaino voivat lisätä ennenaikaisen kuoleman riskiä, sairastumista sydän- ja verisuonitauteihin, astmaan, diabetekseen ja uniapneaan, tytöillä riskiä kärsiä lapsettomuudesta myöhemmässä iässä. Lihavat lapset ilmoittavat kokevansa erityisesti terveyteen, fyysiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn sekä ulkonäköön liittyvän elämänlaadun heikommaksi normaalipainoisiin ikätovereihin verrattuna. Lapsilla lihavuus saattaa vaikuttaa kielteisesti myös mielialaan ja lisätä riskiä joutua ikätovereiden syrjimiksi ja kiusaamiksi.

Lapsuusiän lihavuutta selittävät useat erilaiset tekijät. Lapsen lihavuuden riskiin liittyvistä tekijöistä osa ilmenee jo ennen hedelmöitystä, osa sikiöaikana ja osa lapsen syntymän jälkeen. Ennen hedelmöitystä vaikuttavia tekijöitä ovat esimerkiksi äidin tai isän tai molempien ylipaino ennen hedelmöitystä ja isän tupakointi varhaisnuoruudessa. Sikiöaikana lapsuusiän lihavuusriskiin vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa äidin tupakointi ja ylipaino raskauden aikana. Syntymän jälkeen ilmeneviä tekijöitä ovat esimerkiksi erilaiset perheen arvoihin, terveystäytymiseen, sosioekonomiseen asemaan ja koulutukseen, etniseen taustaan ja kulttuuriin liittyvät tekijät.

Myös perimällä on osuutta lapsen lihavuusriskiin. Perimän tiedetään osalla lapsista vaikuttavan sekä painon vaihteluun että syömiskäyttäytymiseen, kuten ruokahuuun ja nälän tunteeseen sekä liikunnallisuuteen. Lapsilla noin 40 prosentilla ja nuorilla yli 70 prosentilla painon vaihtelu selittyy perimällä. Varsinaiset lihavuudelle altistavat yksittäiset geenimuutokset ovat harvinaisia, mutta ne ovat mahdollisia, ja vanhempien lihavuus onkin yksi merkittävimmistä lapsuusiän lihavuuden riskitekijöistä.

Lasten ylipainon ja lihavuuden ehkäiseminen

Lasten lihavuuden ehkäiseminen tulisi suunnata lasta suunnitteleviin, lasta odottaviin ja lapsen saaneisiin vanhempiin, niin äitiin kuin isäänkin. Lapsuusiän lihavuuden ehkäisemisessä tulee huomioida lapseen itseensä, hänen perheeseensä ja muihin lähiyhteisöihin sekä yhteiskuntaan liittyvät monet tekijät. Vanhemmat vaikuttavat keskeisesti lapsen elämäntapojen muotoutumiseen, eikä lasten lihavuuden ehkäisyä voida suunnata yksin lapsiin, vaan myös vanhempiin ja lapsen lähiyhteisöihin, kuten isovanhempiin ja yhteiskunnan tasolle.

Vaikka ylipainon ja lihavuuden ehkäisyä on tutkittu paljon ja on kehitetty erilaisia menetelmiä sen ehkäisyyn, ei tieteellinen näyttö etenkin menetelmien pitkäaikaisvaikutuksista ole vahvaa. Uusi epigeneettinen tieto lasten lihavuudesta on edelleen perus- ja eläintutkimusta eikä aiheesta ole laajoja systemaattisia katsauksia. Tulevaisuudessa uudenlainen epigeneettinen tieto saattaa kuitenkin johtaa aivan uudella tavalla lihavuuden ehkäisyyn ja hoitoon liittyviin menetelmiin ja hoitosuosituksiin.

Ylipainon ja lihavuuden ehkäisy, uusi tieto ja etiikka

Ylipainoon ja lihavuuden ehkäisyyn liittyvät menetelmät ja uudenlainen tieto edellyttävät eettistä tarkastelua. On olemassa useita malleja, joita voidaan hyödyntää eettisten kysymysten tarkasteluun terveyden edistämisen alueella. Erilaiset mallit painottavat erilaisia näkökulmia ja tarkastelutasoja.

Seuraavaksi sovelletaan Carterin ym. (2012) esittämää mallia lihavuuden ehkäisyyn, uuden tiedon ja etiikan väliseen vuoropuheluun. Kyseisessä mallissa tarkastelun kohteena ovat seuraavat näkökulmat: autonomia ja yksityisyys, yhteinen hyvä ja etu, syyllisyys ja leimautuminen sekä hyödyn levittäminen.

Autonomia ja yksityisyys

Yksilön vapautta ja autonomiaa voidaan tarkastella esimerkiksi elämäntapojen, elinympäristön, kulttuuristen, sosioekonomisten ja koulutuksellisten tekijöiden näkökulmista. Uuden epigeneettisen tiedon valossa ympäristötekijät ja elintavat merkitsevät paljon jälkipolville. Uusi tieto johtaa pohtimaan yksilön mahdollisuuksia ja vapautta valita sekä vaikuttaa elämäntapoihinsa ja elinympäristöönsä. Voidaan pohdita yksilön mahdollisuutta vaikuttaa kulttuuriin tai sosioekonomisiin tekijöihin perheessä, johon hän syntyy ja jossa kasvaa. Yksilöllisyyteen ja autonomiaan liittyvää keskustelua voidaan käydä myös tarkasteltaessa, kuinka pitkälle autonomia ja yksilöllisyys menevät yhteisön ja yhteiskunnan yhteisen hyvän edelle.

Uuden epigeneettisen tiedon valossa tiedetään, että yksilöt perivät ja siirtävät terveysvarantoaan seuraaviin sukupolviin. Kun yksilötason terveysriski siirtyy isossa joukossa yksilöitä, seurauksena on yhteisöllisen, yhteiskunnallisen, kenties globaalin terveysriskin kasvu. On esitetty, että eräänä taustatekijänä nykyisen lapsuusiän lihavuuden epidemianomaiseen ilmenemiseen olisi edellisiltä sukupolvilta siirtyneiden lihavuusriskiä lisäävien epigeneettisten tekijöiden yleistymisen väestössä.

Yhteinen hyvä ja hyöty

Lapsuusiän lihavuus saattaa aiheuttaa huomattavia terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä haittoja lapsuusiässä tai myöhemmin elämässä. Yksilöön kohdistuvan haitan lisäksi lihavuuteen liittyvät erilaiset seurannaissairaudet aiheuttavat huomattavia yhteiskunnallisia, erityisesti terveydenhuollon kustannuksia. Lihavuuden ehkäiseminen on yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan edun mukaista. Sovellettavien menetelmien tarkastelussa tulee kuitenkin aina arvioida yksilön autonomian ja itsemääräämisoikeuden suhdetta yhteiseen hyvään ja hyötyyn.

Sosiaalinen vastuu tulee siitä, että yksilön valinnat uuden epigeneettisen tutkimuksen perusteella siirtyvät jälkipolviin ja tulevaisu yhteiskunnissa näkyy, miten yksilö elää. Jos elämäntapamme muuttavat meitä niin, että jälkipolvilla on yhä kasvanut riski esimerkiksi lihavuuteen, sosiaaliset seuraukset ovat jälkipolville huomattavat. Epigeneettisen tiedon lisääntyessä jokaisen sosiaalinen vastuu väistämättä lisääntyy.

Syylisyys ja leimaaminen

Ei ole eettisesti hyväksyttävää soveltaa terveyden edistämisen menetelmiä, joissa yksilöön tai yhteisöön kohdistuu syyttämistä tai leimaamista. Jo näiden oletettava riski on eettisesti arveluttavaa. Erilaisten menetelmien hyödyntämisessä tulee kyseistä näkökulmaa tarkastella erittäin huolellisesti.

Leimaamisen osalta voidaan esimerkkinä käyttää melko yleisesti hyödynnettävää kouluperusteista terveyden edistämisen menetelmää, jossa kouluyhteisöstä poimitaan lapsia, esimerkiksi vähän liikkuvia, ja heihin kohdennetaan erityisiä terveyden edistämisen toimia. Vaikka kohdennetut terveyden edistämisen menetelmät usein ovat erittäin hyvin perusteltuja, kohdentamiseen liittyvä leimaantumisen riski on huomioitava ja on varmistettava, että leimaantumista ei tapahdu.

Terveyden edistämisen menetelmiä käytettäessä on tunnettava syylistämiseen ja syylistymisen tunteeseen liittyvä ilmiö. Vaikka esimerkiksi terveydenhoitaja ei omalla toiminnallaan aiheuttaisi asiakkaalle syylisyyden tunnetta, ylipainoisten ja lihavien lasten vanhemmat kokevat usein tehneensä jotain väärin ja syylistävät itseään lapsen ylipainosta. Syylisyyden tunteen huomioiminen menetelmien valinnassa ja asiakkaiden kohtaamisessa on ensiarvoisen tärkeää niin eettisen toiminnan kuin vaikuttavuudenkin osalta.

Uusi epigeneettinen tieto saattaa lisätä vanhempien tai peräti isovanhempien syyllisyyden tunnetta lapsen lihavuudesta. Edeltävällä sukupolvella ei kuitenkaan ole ollut tietoa elämäntapansa ja elinympäristönsä vaikutuksesta tuleviin sukupolviin. Samalla kun uusi epigeneettinen tieto lisääntyy ja vahvistuu, entistä ajankohtaisemmaksi tulee sen pohtiminen, mikä vastuu nykyisellä sukupolvella nykyisen tiedon valossa on tuleviin sukupolviin ja heidän terveyteensä.

Hyödyn levittäminen

Epigeneettinen tutkimus on tällä hetkellä edelleen pääsääntöisesti perus- ja eläintutkimusta, eikä varmaa tietoa ole siitä, miten epigeneettiset tekijät ihmiseen vaikuttavat ja miten ne siirtyvät jälkipolviin. Luotettavan tiedon hyödyntäminen terveyden edistämisen käytännön toimissa on edellytys korkeatasoiselle toiminnalle, mutta eettinen tarkastelu pitää käynnistää paljon ennen kuin tietoa ollaan soveltamassa.

Tulevaisuudessa on arvioitava, mikä merkitys yksilön epigeneettisillä tekijöillä on riskiin sairastua ja toisaalta, mikä osuus yksilön elämäntavoilla ja elinympäristöllä on jälkeläisten sairastumisriskiin. Samalla on pohdittava yksilön perimän ja epigeneettisten tekijöiden selvittämiseen liittyviä yleisiä eettisiä kysymyksiä ja toiminnan oikeutusta niin yksilön ja nykyisyyden kuin jälkeläisten ja tulevaisuuden kannalta.

Jos epigeneettinen tieto tuo mukanaan selkeää näyttöä terveyden edistämisen sisältöihin tai menetelmiin, tulee uusi, näyttöön perustuva tieto ottaa käyttöön. Terveystieteidenhuollossa on lain säätämä velvoite tarjota asiakkaalle parhaaseen olemassa olevaan näyttöön perustuvaa hoitoa, ja tämä koskee luonnollisesti myös terveyden edistämistä ja sairauksien ehkäisemistä. Terveystieteidenhuoltohenkilöstön on oltava tietoinen uuden tiedon kehittämisestä ja tiedon kehittämisen mukanaan tuomista eettisistä kysymyksistä, joita pitää tarkastella kriittisesti ennen uuden tiedon soveltamista ja levittämistä käytännön työhön.

Pohdinta

Tulevaisuudessa saatetaan epigeneettisen tiedon pohjalta pystyä kohdentamaan yhä tehokkaammin ylipainon ja lihavuuden ehkäisy juuri niihin yksilöihin ja niihin tekijöihin, jotka kullakin yksilöllä ovat ylipainon tai lihavuuden taustalla. Samalla kun yhä tehokkaammin pystytään ehkäisemään ylipainoa ja lihavuutta, pystytään myös vähentämään epigeneettisiin tekijöihin liittyviä seuraaviin sukupolviin vaikuttavia riskitekijöitä.

Yksilölle ja yhteiskunnalle uudenlainen tieto on hyödyllistä, jos sillä pystytään eettisesti kestäväällä tavalla yhä tehokkaammin ehkäisemään lihavuutta ja siihen liittyviä terveyttä ja hyvinvointia haittaavia tekijöitä. Toisaalta uusi tieto luo useita uudenlaisia eettisiä kysymyksiä, joita artikkelissa on pohdittu ylipainon ja lihavuuden ehkäisyn näkökulmasta.

Vastuun ja velvollisuuden pohdinnassa keskeistä on tarkastella myös syyllisyyttä ja syyllistämistä. Terveyden edistämisen etiikan näkökulmasta tarkasteltuna yksilö ei voi olla vastuussa asioista, joista hänellä ei ole voinut olla tietoa. Epigeneettinen tieto on niin nuorta, että tämän ajan lasten riskiä lihavuuteen ei voida vastuuttaa menneille sukupolville. Tiedon lisääntyessä on kuitenkin syytä pohtia, missä vaiheessa yksilöiden, yhteisöjen ja yhteiskuntien tulee ottaa vastuuta tulevista sukupolvista.

Epigeneettinen uusi tieto, yksilön vastuu omasta ja muiden, mutta myös tulevien sukupolvien, terveydestä asetetaan tarkasteluun terveyden edistämisen näkökulmasta. Ilmiötä voidaan tarkastella myös sen valossa, mikä vastuu yhteisöillä, kulttuuritekijöillä ja yhteisössä vallitsevilla arvoilla, perinteillä sekä lähiympäristöllä on nykyiseen ja myös tulevaisuuden yhteiskuntaan. Voidaan myös tarkastella ja pohtia median, ruoan hintapolitiikan, tupakka- ja alkoholipolitiikan ja erilaisten yhteiskunnallisten toimien ja tekijöiden vaikutusta ei ainoastaan nykyiseen vaan tuleviin sukupolviin.

Nykyään emme kuitenkaan enää voi välttää kysymystä siitä, missä vaiheessa epigeneettinen uusi tieto on niin vahvaa että olemme tilanteessa, jossa nykyisen sukupolven tulisi tiedostaa terveysriskit ja sen pitäisi ottaa vastuuta myös tulevien sukupolvien terveydestä.

Lähteet

- Birbills, M.; Moschonis, G.; Mougious, V. & Manios, Y. 2013. On behalf of the Health Growth Study group. Obesity in adolescence is associated with paternal risk factors, parental BMI and sociodemographic characteristics. *European journal of Clinical Nutrition* 67, 115–121.
- Bjälle, J. G.; Haug, E.; Sand, O.; Öystein, V. S. & Toverund, K. C. 1999. Ihminen. *Fysiologia ja anatomia*. Helsinki: WSOY.
- Bollati, V. & Baccarelli, A. 2010. Environmental epigenetics. *Heredity* 105, 106–112.
- Carter, S. M.; Cribb, A. & Allegrante, J. P. 2012. How to think about health promotion ethics. *Public Health Reviews* 34(1), 1–24.
- Cooper, R.; Pereira, P. & Hyppönen, E. 2013. Parental obesity and risk factors for cardiovascular disease among their offspring in mid-life: findings from the 1958 British Birth Cohort Study. *International Journal of Obesity*, 1–7.
- Curley, J. P.; Mashoodh, R. & Champagne, F. A. 2011. Epigenetics and the origins of paternal effects. *Horm Behav.* 59(3), 306–314.
- Dabelea, D. & Crume, T. 2011. Maternal environment and the transgenerational cycle of obesity and diabetes. *Diabetes* 60, 1849–1855.
- Godfrey, K. M.; Karen, A.; Lillycrop, G.; Burdge, P.; Gluckman, P. D. & Hanson, M. 2007. Epigenetic Mechanisms and the mismatch Concept of the Developmental Origins of Health and Disease. *Pediatric research*, 61(5), 5R–10R.
- Han, J. C.; Lawlor, D. A. & Kimm, S. Y. S. 2010. Childhood obesity. *Lancet* 375, 1737–1748.
- Herrera, B. M. & Keildson, S. & Lindgren, C. M. 2011. Genetics and epigenetics of obesity. *Maturitas* 69, 41–49.
- Johnson, L. J. & Tricker, P. J. 2010. Epigenomic plasticity within populations: its evolutionary significance and potential. *Heredity* 105, 113–121.
- Kumanyika, S. K. 2008. Environmental influences on childhood obesity. Ethnic and cultural influences in context. *Physiology & Behavior* 94, 61–70.
- Lihavuus (lapset) 2014. Käypähoitosuositus. Viitattu 4.12.2014 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus.jsessionid=91C004AEF59F717FF0335050BBE06942?id=hoi50034>.

Lehnen, H.; Zechner, U. & Haaf, T. 2013. Epigenetics of gestational diabetes mellitus and offspring health: the time for action is in early stage of life. *Molecular Human Reproduction* 19 (7), 415–422.

Leino-Kilpi, H. 2012. Terveiden edistämisen etiikka. Teoksessa Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. (toim.) *Etiikka hoitotyössä*, 184–199. Helsinki: Sanoma Pro.

Lisboa, P. C.; de Oliveira, E. & de Moura, E. G. 2012. Obesity and endocrine dysfunction programmed by maternal smoking and pregnancy in lactation. *Frontiers in Physiology* 3, Article 437, 1–9.

Nienstedt, W.; Hänninen, O.; Arstila, A. & Björkqvist, S.-E. 2006. Ihmisen fysiologia ja anatomia. Helsinki: WSOY.

Pembrey, M. E.; Bygren, L. O.; Kaati, G.; Edvinsson, S.; Northstone, K.; Sjöström, M.; Golding, J. & ALSPAC Study Team. 2006. Sex-specific, male-line transgenerational responses in humans. *European Journal of Human Genetics* 14, 159–166.

Pohjanpalo, V. 2014. Olet mitä mummosi söi. *Päänsärky-lehti* 2, 15–18.

Pomp, D. & Mohlke, K. L. 2008. Obesity genes: so close and yet so far...*Journal of Biology* 7, 36.

Poston, L.; Harthoorn, L. F. & van der Beek E. M. 2011. On behalf of contributors to the ILIS Europe workshop. Obesity in pregnancy: Implications for the mother and lifelong health of the child. A consensus statement. *Pediatric Research*, 69 (2), 175–180.

Poulsen, P.; Esteller, M.; Vaag, A. & Fraga, F. 2007. The Epigenetic Basis of Twin Discordance in Age-Related Diseases. *Pediatric research*, 61(5), 38R–42R.

Rothstein, M. A.; Cai, Y. & Marchant, G. E. 2009. The ghost in our genes: Legal and ethical implications of epigenetics. *Health Matrix Cleveland* 19(1), 1–62.

Russo, P. & Siani, L. A. 2010. Heritability of body weight: Moving beyond genetics. *Nutrition, Metabolism & Cardiovascular Diseases* 20, 691–697.

Suominen, I.; Pärssinen, R.; Haajanen, K. & Pelkonen, J. 2010. Geenitekniikka. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 52. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Terveiden edistämisen eettiset haasteet 2008. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Toikkanen, U. 2014. Epigenetiikasta etsitään uusia työkaluja. *Suomen Lääkärilehti* 16–17 (69), 1205–1206.

Digitaaliset pelit lasten ja nuorten terveyden edistämisessä

Heidi Parisod

TtM, tohtorikoulutettava, Hoitotieteen laitos

Turun yliopisto

Sanna Salanterä

TtT, kliinisen hoitotieteen professori, Hoitotieteen laitos

Turun yliopisto

Terveyden edistämiseen käytettävien keinojen on vastattava nykypäivän lasten ja nuorten tarpeisiin. Tämä edellyttää, että uudistetaan jo käytössä olevia ja kokeillaan rohkeasti uusia, vaihtoehtoisia menetelmiä. Digitaaliset pelit tarjoavat monia mahdollisuuksia, ja niiden käyttö terveyden edistämisessä on viime aikoina lisääntynyt. Hyötyjen ohella peleillä on kuitenkin lasten ja nuorten terveyden edistämisen näkökulmasta myös muutamia heikkouksia, jotka pitää huomioida niiden käyttöä harkittaessa. Pelit eivät saa olla itsetarkoitus, vaan on aina arvioitava, onko niistä hyötyä asetettujen tavoitteiden saavuttamisessa.

Pohja tulevalle terveydelle luodaan lapsuudessa ja nuoruudessa. Terveyden edistämiseen käytettävien menetelmien on vastattava sekä kohderyhmän tarpeisiin että yleisesti terveyden edistämisen moninaisiin haasteisiin. Käytettyjen keinojen on oltava lapsia ja nuoria kiinnostavia. Nykyinen tarjolla oleva runsas digitaalinen virikemaaailma haastaakin kiinnostavuudessaan perinteiset terveyden edistämisen menetelmät. Lisähaastetta tuovat taloudelliset säästöpaineeet, sillä käytössä olevia resursseja joudutaan supistamaan. Siten nykyiset terveyden edistämisen menetelmät kaipaavatkin päivittämistä sekä rinnalleen uusia, kiinnostavia ja vähin resurssein käyttöön otettavia keinoja.

Pelien on esitetty voivan muun teknologian ohella tarjota tulevaisuudessa uusia mahdollisuuksia, joita ei vielä täysin ole tunnistettu. Pelien elementtien hyödyntämisen muussa kuin perinteisessä peliympäristössä onkin esitetty olevan yksi 100 merkittävimmän tulevaisuuden teknologian joukossa. Kiinnostus pelejä ja pelillistämistä kohtaan on lisääntynyt viime vuosina myös terveydenhuollossa. Voisivatko digitaaliset pelit olla vaihtoehtoinen menetelmä muiden lasten ja nuorten terveyttä edistävien toimien rinnalla ja osaltaan vastaus terveyden edistämisen haasteisiin?

Lasten ja nuorten pelaaminen

Pelillä tarkoitetaan erilaisten aktiviteettien muodostamaa kokonaisuutta, jota pelaajat pelaavat hyväksymiensä sääntöjen mukaisesti ja tietyn tavoitteen saavuttamiseksi. Nämä aktiviteetit edellyttävät tietoisten valintojen tekemistä, ja ne tehdään vapaan tahdon illuusion perusteella. Pelin kiinnostavuutta lisää se, että samalla kun pelin tavoite motivoi pelaajaa, pelin säännöt aiheuttavat peliin haastetta ja vastustajat pyrkivät estämään pelaajaa saavuttamasta tätä asetettua tavoitetta. Pelejä voidaan jakaa eri pelilajeihin useanlaisista näkökulmista. Jako voidaan tehdä esimerkiksi pelielementtien, kuten pelin sääntöjen, tai peliin sisältyvän tarinan perusteella. Eri pelilajeja ovat esimerkiksi pulmapelit, urheilupelit, strategiapelit ja seikkailupelit.

Tässä artikkelissa tarkasteltavana ovat digitaaliset pelit, joilla tarkoitetaan jollakin digitaalisella laitteella, kuten tietokoneella tai älypuhelimella, pelattavaa peliä. Digitaaliset pelit voidaan jakaa vielä niin sanottuihin perinteisiin paikallaan pelattaviin (*sedentary games*) ja fyysisesti aktivoiviin peleihin (*active videogames*). Näiden pelityyppien erona on se, että paikallaan pelattavissa peleissä peliä ohjataan paikallaan istuen, esimerkiksi näppäimistön ja hiiren avulla, kun taas fyysisesti aktivoivissa peleissä, esimerkiksi Nintendo Wii tai Xbox 360 Kinect -peleissä, pelaaja käyttää tietyn vartalon osan tai koko vartalon liikkeitään pelin ohjaamisessa.

Yleensä pelit kiinnostavat lapsia ja nuoria iästä ja sukupuolesta riippumatta, sillä noin 97 prosenttia 10–19-vuotiaista nuorista pelaa tietokone-, mobiili- tai konsolipelejä. Nuoret pojat ovat kaikkein innokkaimpia pelaajia, mutta myös vähiten pelaavien nuorten ryhmästä eli vanhimman ikäluokan tytöistä yli 50 prosenttia pelaa erilaisia pelejä. Myös pienet lapset pelaavat nykyään yhä enemmän digitaalisia pelejä. Pelaaminen aloitetaan nykyisin aiempaa nuorempana. Vuonna 2013 tehdyn tutkimuksen mukaan kaksi kolmasosaa 3–4-vuotiaista pelaa digitaalisia pelejä vähintään silloin tällöin, kun kolme vuotta aiemmin vain kolmannes tuosta ikäryhmästä pelasi.

Lapsia ja nuoria kiehtoo peleissä niihin liittyvä kilpailuasetelma ja mahdollisuus vertailla pelin tuloksia toisten kanssa. Nuoret pelaajat pitävät sisällöltään rikkaista peleistä, joissa on suuri määrä erilaisia toimintoja. He haluavat myös päästä testaamaan ja muokkaamaan näitä toimintoja vapaasti käyttäen luovuuttaan sekä kehittämään ja löytämään uutta pelin toimintojen avulla. Lapset ja nuoret pitävät myös pelien tarjoamasta älyllisestä haasteesta ja peliin liittyvästä tarinasta, jonka avulla he voivat etsiä erilaisia vinkkejä etenemiseen. Nuoria pelaajia kiinnostavat pelit, jotka eivät lopu liian nopeasti, joissa tapahtuu muutoksia ja joiden haasteellisuus lisääntyy vähitellen matkan varrella. Liian lapsellisen ulkoasun välttämiseksi etenkin nuoret toivovat, että sisältö olisi toteutettu valokuvamaisesti animoinnin sijaan. Tästä huolimatta animoidut hahmot ovat toivottuja ja niiden toivotaan olevan keskenään erilaisia. Pelin sisällön pitäisi myös olla lapsia ja nuoria kiinnostava sekä todellisuuteen pohjautuva, lasten ja nuorten elämään liittyvä. Nuoret pelaajat pitävät moninpelistä enemmän kuin yksinpelistä, mutta vain silloin kun pelaajat ovat pelaamistaidoiltaan samalla tasolla.

Pelit terveyden edistämisen menetelmänä

Kiinnostus pelejä kohtaan terveyden edistämisen näkökulmasta on lisääntynyt viime aikoina ja terveysspelien määrä on jatkuvassa kasvussa. Terveysspelit kuuluvat niin sanottuihin hyötypeleihin. Tällaisilla hyötypeleillä (*serious games*) tarkoitetaan digitaalisia sekä osin myös ei-digitaalisia pelejä, joiden pääkäyttötarkoitus on viihdekäytön sijaan esimerkiksi opetuksessa tai terveyden edistämisessä. Terveysspelillä (*health game*) tarkoitetaan hyötypeleä, jonka tavoite liittyy terveyteen kuten jonkin tietyn sairauden hoidon, kuntoutuksen tai terveellisten elintapojen edistämisen näkökulmasta. Myös viihdekäyttöön tarkoitettuja pelejä, kuten fyysisesti aktivoivia pelejä, voidaan kutsua terveysspeleiksi, jos niitä käytetään vaikka fyysisen aktiivisuuden tukemiseen tai kuntoutukseen. Näiden lisäksi terveysspelejä on käytetty erilaisten terveyteen liittyvien tietojen opettamiseen ja taitojen harjoitteluun muun muassa diabeteksen hoidon yhteydessä sekä tukemaan terveyssikäyttäytymisen muutosta tai ylläpitämään ravitsemukseen liittyviä terveellisiä elintapoja. Terveysspelejä on käytetty myös kivun hoidon menetelmänä. Tuolloin pelin on tarkoitus vaikkapa kiinnittää potilaan huomio muualle kivuliaan toimenpiteen yhteydessä. Pelejä on lisäksi käytetty voiminnan arvioinnin, diagnoosin tekemisen ja hoidon tukena muun muassa ADHD:n ja posttraumaattisen stressin yhteydessä, kognitiivisten taitojen harjoittelun menetelmänä muistiharjoitteissa sekä terveydentilan seuraamisessa, jolloin peliin on yhdistetty jokin ulkoinen voiminnan seurantamittari.

Lisääntyneestä kiinnostuksesta huolimatta fyysisesti aktivoivien pelien lisäksi saatavilla on vasta vähän laadukkaita ja yleisesti käytettävissä olevia terveysspelejä. Terveysspelin käyttö esimerkiksi terveyttä edistävän ohjauksen menetelmänä edellyttääkin usein pelin kehittämistä alusta alkaen. Terveysspelin kehittäminen on monitahoinen prosessi, jossa edetään pelin suunnitelmasta varsinaiseen pelin kehitysvaiheeseen ja testaukseen ennen valmiin pelin julkaisua. Nämä prosessin vaiheet eivät välttämättä ole suoraviivaiset, vaan joskus voi olla tarpeen palata esimerkiksi pelin testaamisvaiheesta takaisin kehitysvaiheeseen. Pelin kehitysprosessi edellyttää monialaista osaamista, jossa yhdistyvät niin pelinkehityksen ja pelimekaniikan osaaminen sekä ymmärrys ja teoreettinen tieto kohteena olevasta terveyssaiheesta ja terveyden edistämisestä. Yleisesti pelin kehittämisessä huomiota tulee kiinnittää muun muassa pelin visuaaliseen toteutukseen, pelihahmojen ja tarinan suunnitteluun, pelin eri mekanismeihin, interaktiivisuuteen, muokattavuusmahdollisuuksiin

ja tarjottaviin haasteisiin sekä pelin palkitsemis- ja palautejärjestelmään. Terveyspelin kehittämisessä tärkeää on näiden lisäksi pelin terveyteen liittyvä sisältö. Sen pitää viihdyttävyyden ohella pohjautua sekä paikkansa pitävään ja tutkittuun tietoon terveysaiheesta että terveyden edistämisen teorioihin pelin terveyttä edistävän vaikuttavuuden takaamiseksi. Terveyspelin kehityksessä onkin pidettävä mielessä alkutaipaleesta lähtien se terveyteen liittyvä tarkoitus, johon peliä ollaan kehittämässä. Huomiota pitää kiinnittää erityisesti myös siihen, kuinka pelissä saavutetut terveyteen liittyvät tavoitteet siirretään osaksi pelin ulkopuolista, todellista elämää. Lisäksi on tärkeää muistaa, että kehitettäessä pelejä lapsille ja nuorille, myös heille pitää taata mahdollisuus osallistua pelin kehittämiseen sen alkuvaiheista alkaen. Tällä turvataan sekä YK:n lasten oikeuksien sopimuksen mukainen lasten ja nuorten oikeus vaikuttaa heitä koskeviin asioihin että pelin kiinnostavuus, käyttökelpoisuus ja ymmärrettävyys heidän omasta näkökulmastaan.

Pelien hyödyt ja haasteet

Digitaalisten pelien vaikutusta lapsiin ja nuoriin on tutkittu useasta terveyden edistämisen näkökulmasta. Eniten on tutkittu kaupallisia, fyysisesti aktivoivia pelejä, mutta jonkin verran tutkimusta on tehty myös muun muassa ohjauksellisista ja terveyskäyttäytymisen muutokseen tähtäävistä peleistä. Tutkimustulosten perusteella fyysisesti aktivoivien pelien pelaaminen vastaa kevyttä ja kohtalaista liikuntaa, etenkin jos pelaaminen vaatii sekä ala- että yläraajojen käyttöä. Fyysisesti aktivoivien pelien pelaamisen on todettu myös lisäävän energian ja hapen kulutusta sekä nostavan sydämen sykettä. Tulosten perusteella ei voida kuitenkaan osoittaa, että pelkkä fyysisesti aktivoivien pelien pelaaminen vastaa riittävän tehokkaasti päivittäisiä terveysliikuntasuosituksia. Lisäksi on todettu, että pelaajan taidot ja hänen tekemänsä valinnat pelin aikana sekä pelin ominaisuudet, kuten viihdyttävyys, vaikuttavat pelaamisella saavutettavaan fyysisen aktiivisuuden tasoon ja muihin positiivisiin tekijöihin. Saavutetut tulokset näyttävät myös olevan vain lyhytaikaisia, ja siten pelaamisen positiiviset vaikutukset vähenevät pian alkuinnostuksen jälkeen.

Fyysisesti aktivoivien pelien ohella digitaalisia pelejä on tutkittu etenkin astma-, diabetes- ja ravitsemusohjauksen menetelmänä lapsilla ja nuorilla. Tällaisten niin sanottujen ohjauksellisten pelien on todettu lisäävän lasten ja nuorten ravitsemukseen liittyviä tietoja sekä vaikuttavan positiivisesti etenkin astman omahoitoon. Muiden kuin fyysisesti aktivoivien pelien tutkimus on kuitenkin tähän saakka ollut melko

vähäistä, ja siten myös näiden pelien terveysvaikutuksia koskeva tutkimusnäyttö on fyysisesti aktivoivia pelejä heikompaa. Yleisesti ottaen terveyspelien avulla voidaan kuitenkin tukea terveyteen liittyviä myönteisiä asenteita, terveyskäyttäytymistä ja motivaatiota. Pelejä on myös hyödynnetty tuloksekkaasti lasten ja nuorten psykoterapiassa etenkin tilanteissa, jossa perinteiset terapiamuodot eivät ole toimineet. Terveyspelien on todettu myös tukevan pelaajan itsevarmuutta erilaisissa elämäntilanteissa.

Pelit voivat lisäksi hyödyttää terveyden edistämistä usealla muulla tavalla. Ne ovat hauskoja ja viihdyttäviä, ja niiden maailmaan uppoudutaan huomaamatta. Pelejä käyttämällä terveyttä voidaan tukea ajasta ja paikasta riippumatta Internetin välityksellä. Siten voidaan tavoittaa laajojakin ryhmiä kerralla. Pelit soveltuvat myös menetelmäksi erilaisiin ympäristöihin, ja niitä voidaan käyttää esimerkiksi sairaalassa sairautensa vuoksi eristyksessä olevan lapsen kuntoutuksessa. Pelien avulla on myös mahdollista harjoitella sellaisia asioita, joiden harjoittelu todellisessa tilanteessa olisi hankalaa tai jopa mahdotonta esimerkiksi turvallisuuden tai taloudellisten ja ajallisten tekijöiden vuoksi.

Pelien hyötynä on myös se, että ne voivat kiinnostaa niitä lapsia ja nuoria, joita ei saavuteta perinteisin terveyden edistämisen menetelmin. Internetpelit voivat tukea myös pelaajien välistä sosiaalista kanssakäymistä ja siten vuorovaikutteista oppimista. Ne voivat luoda tunteen kuulumisesta johonkin ryhmään ja tarjota vertaistukea esimerkiksi samaa sairautta sairastavien lasten ja nuorten kesken paikasta riippumatta. Pelien hyötynä on myös niiden mahdollisuus tukea motivaatiota, ja ne voivat kannustaa tavoitteiden saavuttamista huomaamattomasti erilaisten tavoitteiden ja palkintojen kautta. Lisäksi niitä on mahdollista muokata ja yksilöidä käyttäjän ominaisuuksien ja tarpeiden mukaisesti. Pelaaja voi esimerkiksi luoda pelihahmon omien toivomustensa mukaan, mikä voi lisätä pelaajan yksilöllisyyden kokemusta. Myös pelistä saatu palaute voidaan yksilöidä pelaajan toimintojen mukaisesti, ja pelaaja voi edetä pelissä omassa tahdissaan.

Peleillä on kuitenkin muutamia haasteita, jotka tulee huomioda tarkasteltaessa pelejä lasten ja nuorten terveyden edistämisen menetelmänä. Ne liittyvät lasten ja nuorten fyysisen passiivisuuden lisääntymiseen, peliriippuvuuteen sekä virtuaali-maailmassa tapahtuvaan häirintään ja kiusaamiseen. Näiden lisäksi terveyspelejä kehitettäessä tulee kiinnittää huomiota sisältöön, pelien tasavertaiseen saavutettavuuteen ja tietoturvallisuuteen niiden käyttöön liittyvien haittojen vähentämiseksi.

Viime aikoina on yhä enemmän keskusteltu lasten ja nuorten fyysisen passiivisuuden lisääntymisestä. Sen on todettu olevan itsenäinen terveysriski. Paikallaan pelattaviin peleihin kulutettu aika lisää tätä fyysisen passiivisuuden aikaa. Kansallisten suositusten mukaan kouluikäisillä lapsilla ruutuaika ei saisi ylittää kahta tuntia päivässä. Fyysiseen aktiivisuuteen pitäisi kiinnittää huomioita jo terveyspelejä suunniteltaessa esimerkiksi kehittämällä peleihin erilaisia aikarajoituksia. Lisäksi myös ohjaukselliseen peliin voitaisiin lisätä toiminnallisuuksia, jotka edellyttävät pelaajan fyysistä aktiivisuutta pelkän paikallaan pysymisen sijaan.

Fyysisen passiivisuuden ohella peleissä tavoiteltava viihdyttävyyys ja niihin uppoutuminen saattavat johtaa joitakin pelaajia jopa peliriippuvuuteen. Suurimmalla osalla lapsista ja nuorista ei ole ongelmia pelaamisensa kanssa, mutta pieni osa pelaajista pelaa pelejä niin paljon, että se vaikuttaa heidän jokapäiväiseen elämäänsä. Peliriippuvuudessa voi äärimmäisissä tapauksissa olla samankaltaisia oireita kuin esimerkiksi päihteisiin liittyvissä riippuvuuksissa. Jo lievemmissä tapauksissa liiallinen pelaaminen on yhdistetty heikkoon koulumenestykseen, oppimisvaikeuksiin, kehityksellisiin häiriöihin, kuten tarkkaavaisuushäiriöön, ja kielellisen kehityksen häiriöihin, sekä muihin negatiivisiin terveysvaikutuksiin, kuten nukahtamisvaikeuksiin. Lisäksi sosiaalinen vuorovaikutus virtuaalimaailman välityksellä saattaa joillakin kompensoida todellisen elämän sosiaalisia suhteita ja aiheuttaa lopulta todellisesta elämästä eristäytymistä, yksinäisyyttä ja masentuneisuutta sekä heikentää itsetuntoa.

Pelaaja voi kohdata häirintää ja kiusaamista digitaalisen pelin aikana. Kiusaaminen virtuaalimaailmassa voi olla henkisesti haitallisempaa kuin kasvokkain tapahtuva kiusaaminen, koska se voi olla jatkuvaa ja tapahtua ympäri vuorokauden. Lisäksi kiusaamiseen käytettyä materiaalia voidaan levittää laajasti ja nopeasti Internetin välityksellä, josta sitä on hankala poistaa jälkikäteen. Virtuaalimaailmassa tapahtuva kiusaaminen on yhdistetty masennukseen ja äärimmäisissä tapauksissa jopa itsemurhayrityksiin, ja siten siihen tulee suhtautua erittäin vakavasti. Terveyspelejä suunniteltaessa onkin mietittävä, ettei pelimaailma tarjoa mahdollisuuksia tällaiseen kiusaamiseen tai peliin tulee sisällyttää moderaattori, joka valvoo pelimaailman tapahtumia.

Pelin suunnitteluvaiheessa huomiota on kiinnitettävä pelin sisältöön, jottei siinä ole mitään lapsille ja nuorille haitallista. Viihdekäyttöön tarkoitettujen pelien tutkimuksissa on todettu, että pelien aggressiivinen sisältö voi johtaa aggressiiviseen käyttäytymiseen, vaikkakin tätä koskevat tutkimustulokset ovat ristiriitaisia. Lisäksi yleisesti digitaalisessa mediassa esiintyvän päihdemyönteisen tai kehonkuvaa vääristävän sisällön on todettu olevan yhteydessä lisääntyneeseen päihteiden käyttöön, seksuaalikäyttäytymisen muutoksiin ja vääristyneeseen kehonkuvaan nuorilla. Kehittämisympäristössä on myös paneuduttava terveystieteen tasavertaisen saatavuuden takaamiseen, jottei sen käyttöä rajoita esimerkiksi digitaalisten laitteiden käyttömahdollisuuksien ja teknologisten taitojen puute. Lisäksi tietoturvatieteilijät on otettava huomioon peleissä, jotka sisältävät pelaajan terveyteen liittyviä tai muita henkilökohtaisia tietoja.

Pohdinta

Kiinnostus peleistä terveyden edistämisen menetelmänä on viime vuosina ollut lisääntymässä ja siten myös terveystieteen määrä on kasvussa. Myös terveystietoihin liittyvä tutkimus on viime vuosina lisääntynyt, mutta se on vielä vähäistä muiden kuin fyysisesti aktiivisten pelien osalta. Tähän mennessä saadut tutkimustulokset kuitenkin osoittavat pelien olevan potentiaalisia menetelmiä lasten ja nuorten terveyden edistämiseksi. Tutkimuksissa ilmenneiden positiivisten tulosten rinnalla peleillä on myös useita muita hyötyjä, jotka tukevat niiden käyttöä lasten ja nuorten terveyden edistämiseksi. Näiden hyötyjen ohella ei tule kuitenkaan ohittaa pelien haasteita. Näihin tulee kiinnittää erityistä huomiota lapsille ja nuorille tarkoitettujen terveystieteen kehitys- ja käyttöönottoympäristöissä.

Terveyden edistämiseksi voidaan käyttää valmiiksi saatavilla olevia kaupallisia pelejä, kuten fyysisesti aktiivisia pelejä. Muita laadukkaita terveystietoja on kuitenkin vielä saatavissa varsin vähän. Niiden käyttöönotto edellyttääkin siten usein kehittämisen aloittamista alusta alkaen. Terveystieteen kehittäminen vaatii sekä taloudellisia resursseja että monialaista yhteistyötä pelien kehitykseen perehtyneiden ammattilaisten ja terveystieteen asiantuntijoiden välillä, unohtamatta pelin tulevia käyttäjiä eli lapsia ja nuoria. Tällainen monialainen yhteistyö edellyttää uusien toimintamallien

jen omaksumista ja yhteisen kielen löytämistä, mutta se voi parhaimmillaan tarjota pelin kehitystyössä mukana oleville avartavia onnistumisen kokemuksia. Tällaista yhteistyötä ja onnistumisen kokemuksia olemme saaneet kokea yhdessä Turun yliopiston hoitotieteen ja informaatioteknologian laitosten sekä Turun ammattikorkeakoulun toimijoiden välillä monitieteisessä terveystelejä koskevassa TerveysPelit (TEPE) -tutkimusryhmässä.

Tämä artikkeli on yleiskatsaus digitaalisiin peleihin lasten ja nuorten terveyden edistämässä. Tulevaisuuden terveyden edistämistä koskevat haasteet edellyttävät nykyisten menetelmien uudistamista ja rohkeutta kokeilla uusia, vaihtoehtoisia menetelmiä. Digitaaliset pelit voivatkin tarjota vaihtoehtoisen menetelmän nykyisten terveyden edistämisen menetelmien rinnalle ja mahdollisuuden vastata lasten ja nuorten terveyden edistämistä koskeviin haasteisiin. Peliin hyödyistä huolimatta niitä ei tule kuitenkaan pitää itsetarkoituksena, vaan niiden hyödyllisyyttä menetelmänä tulee aina arvioida tavoitteeseen, sisältöön ja kohderyhmään nähden. Parhaimmillaan pelit voivat kuitenkin tarjota iloa ja hauskuutta terveyden edistämisen ohella.

Lähteet

Apperley, T. H. 2006. Genre and game studies: Toward a critical approach to video game genres. *Simulation & Games* 37(1), 6–23.

Baranowski, T.; Buday, R.; Thompson, D. I. & Baranowski, J. 2008. Playing for real. Video games and stories for health-related behavior change. *American Journal of Preventive Medicine* 34 (1), 74–82.

Kharrazi, H.; Lu A. S.; Gharghabi F. & Coleman W. 2012. A scoping review of health game research: Past, present, and future. *Games for Health Journal* 1(2), 153–164.

Korda, H. 2013. Bringing evidence-based interventions to the field: the fidelity challenge. *Journal of Public Health Management and Practice* 19(1), 1–3.

Kuronen, E. & Koskimaa, R. 2011. *Pelaajabarometri 2010*. Jyväskylä: Agora Center.

Lenhart, A.; Kahne, J.; Middaugh, E.; Macgill, A. R., Evans, C. & Vitak, J. 2008. Teens, Video Games, and Civics. Teens' gaming experiences are diverse and include significant social interaction and civic engagement. Pew Internet & American Life Project. Saatavissa www.pewinternet.org.

Linturi, R.; Kuusi, O. & Ahlqvist, T. 2013. Suomen sata uutta mahdollisuutta: radikaalit teknologiset ratkaisut. Eduskunnan tulevaisuusvaliokunnan julkaisu 6/2013. Helsinki: Tulevaisuusvaliokunta.

Mitgutsch, K. & Alvarado, N. 2012. Purposeful by Design. A Serious Game Design Assessment Model. FDG 2012, FDG '12 Proceedings of the International Conference on the Foundations of Digital Games, 121–128.

Nousiainen, T. & Kankaanranta, M. 2008. Exploring Children's Requirements for Game-Based Learning Environments. *Advances in Human-Computer Interaction*, 1–7.

Parisod, H.; Aromaa, M.; Kauhanen, L.; Kimppa, K.; Laaksonen, C.; Leppänen, V.; Pakarinen, A.; Smed, J. & Salanterä, S. 2014. The advantages and limitations of digital games in children's health promotion. *Finnish Journal of eHealth and eWelfare* 6(4), 164–173.

Parisod, H.; Pakarinen, A.; Kauhanen, L.; Aromaa, M.; Leppänen, V.; Liukkonen, T.; Smed, J. & Salanterä, S. 2014. Promoting children's health with digital games: A review of reviews. *Games for Health Journal* 3(3), 145–156.

Smed, J. & Hakonen, H. 2003. Towards a Definition of a Computer Game. TUCS Technical Report No 553. Turku: Turku Centre for Computer Science.

STM. 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Suoninen, A. 2013 Lasten mediabarometri: 0–8-vuotiaiden median käyttö ja sen muutokset vuodesta 2010. Verkkojulkaisuja 75. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto, Nuorisotutkimusseura.

Suits, B. 1976. What Is a Game? *Philosophy of Science* 34(2), 148–156.

Susi, T.; Johannesson, M. & Backlund, P. 2007. Serious Games – An Overview. Technical Report HS- IKI -TR-07-001.

TerveysPelit (TEPE) –tutkimusryhmä. http://www.utu.fi/en/units/med/units/hoitotiede/research/projects/rpclidema/Documents/TEPE_poster.pdf

Thompson, D.; Baranowski, T.; Buday, R.; Baranowski, J.; Thompson, V.; Jago, R. & Griffith, M. J. 2010. Serious Video Games for Health How Behavioral Science Guided the Development of a Serious Video Game. *Simulation & Gaming* 41(4), 587–606.

de Vet E.; Simons, M. & Wesselman, M. 2014. Dutch children and parents' views on active and non-active video gaming. *Health Promotion International* 29(2), 235–243.

Suuhygienistin työhyvinvointi

Minna Hyötilä

TtM, lehtori

Turun ammattikorkeakoulu

Päivi Pietikäinen

TtM, päätoiminen tuntiopettaja

Turun ammattikorkeakoulu

Suuhygienistin olisi hyvä omaksua fyysinen ergonomia jo ennen sairauksien ilmenemistä. Ergonomian opetuksen sisällyttäminen opetussuunnitelmaan jo opiskelun alkuvaiheessa on avainasemassa työhyvinvoinnin lisäämisessä ja työperäisten sairauksien ehkäisyssä. Silloin suuhygienistiopiskelijoilla on mahdollista jo opiskeluaikana tiedostaa ja sisäistää ergonomisesti hyvät työskentelytavat. Suuhygienistin tietoisuus työhön liittyvistä ergonomisista riskitekijöistä motivoi suuhygienistejä käyttämään ergonomisia työskentelytapoja sekä ennaltaehkäisemään vaurioita ja pitkäaikaista työkyvyttömyyttä ja edistämään työhyvinvointia ergonomisin keinoin.

Ergonomia on monitieteinen tieteenala, joka tutkii ja kehittää ihmisen ja toimintajärjestelmän vuorovaikutusta. Se voidaan jakaa fyysiseen, kognitiiviseen ja organisatoriseen ergonomiaan. Ergonomian avulla pyritään edistämään työterveyttä ja -turvallisuutta sekä hyvinvointia sopeuttamalla työ, työvälineet, työympäristö ja muu toimintajärjestelmä vastaamaan ihmisen ominaisuuksia ja tarpeita. Sillä pyritään ehkäisemään sairauksia, kuten tuki- ja liikuntaelinvaijoja.

Terveystenhuoltolaki (1326/2010) sekä laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista (629/2010) velvoittavat työnantajat huolehtimaan työntekijän hyvinvoinnista, työn laadusta ja potilasturvallisuudesta. Työterveyshuollon toimintamuotoja rasitus- ja stressisairauksien ehkäisyssä ovat puolestaan työpaikkaselvitykset ja niiden pohjalta annettavat toimenpidesuosituksien sekä työntekijöiden terveydentilan seuranta. Ergonomiaa hyödynnetään kaikilla työelämän aloilla, soveltamistapojen ja tarpeiden vaihdellessa. Koska ergonomia käsitteenä on laaja ja kokonaisvaltainen tarkastelutapa, ergonomian tarkastelu keskittyy usein käytännössä tiettyyn osa-alueeseen. Fyysisessä ergonomiassa keskitytään fyysisen toiminnan sopeuttamiseen ihmisen anatomian ja fysiologisten ominaisuuksien mukaisesti, jolloin korostuu työympäristön, työvälineiden ja työmenetelmien suunnittelu.

Ergonomialla suuhygienistin ja suun terveydenhuollon näkökulmasta tarkoitetaan työasentojen ja työliikkeiden kehittämistä ihmisen toimintojen mukaisesti sekä fyysisen hammashoitoympäristön kuten tilojen, välineiden ja ympäristötekijöiden suunnittelua. Tarkasteluun sisältyy myös hammashoitotyön organisointi, kuten työn rytmittäminen, elpymisliikunnan ja terveysliikunnan edistäminen.

Tunnistettavat riskitekijät suuhygienistin työssä

Suuhygienistin työssä yhdistyvät asiantuntijuus ja praktiset kädentaidot. Siinä on riskitekijöitä, jotka saattavat johtaa tuki- ja liikuntaelinsairauksiin varsinkin yläraajojen, selän ja niska-hartiaseudun alueilla. Vuonna 2010 suomalaisille suuhygienisteille suunnatussa kyselyssä 76 prosenttia vastaajista ilmoitti, että heillä esiintyy niska-hartiaseudun terveysongelmia joka kuukausi ja 23 prosenttia oli ollut sairauslomalla viimeisen vuoden aikana tuki- ja liikuntaelin terveysongelmien takia.

Käypä hoito -suosituksen (2007) mukaan käden ja kyynärvarren rasitussairauksien yleisesti tunnettuja riskitekijöitä ovat työliikkeiden toistuvuus ja kesto, runsas käden voimien käyttö ja ranteiden taivutusasennot. Näitä fyysisen kuormituksen riskitekijöitä tunnistetaan myös suun terveydenhoitotyössä. Hammaskiven poiston on todettu olevan fyysisesti kuormittavin yksittäinen hoitotoimenpide. Se on hyvin tavallinen suun terveydenhoitotyöstä vastaavan suuhygienistin työtehtävä. Suuhygienistin sairastumisriskiä lisäävät lisäksi työasennot, työskentelyn aiheuttama lihas-ten staattinen kuormitus sekä hammashoitotyön tarkkuusvaatimukset. Työpäivän pituus on yleensä kahdeksan tuntia, josta puolet on suun sisällä tehtävää tarkkaa työskentelyä. Tutkimuksen mukaan suuhygienistin työpäivän pituus korreloi ranteeseen kohdistuneen kivun kanssa. Myös yksilölliset ominaisuudet ovat yhteydessä ergonomiaan. Ikä, sukupuoli, terveys, toimintakyky, ammattitaito, työn hallinta ja kiinnostus vaikuttavat olennaisesti siihen, miten suuhygienisti kuormittuu työssään.

Edellä mainittujen riskitekijöiden vuoksi tuki- ja liikuntaelinvaivat ovat yhä hammashoitohenkilöstön merkittävin sairauspoissaolojen syy, vaikka ammattitaudeiksi rekisteröidyt tuki- ja liikuntaelinten rasitussairaudet ovat vähentyneet viime vuosina. Suuhygienistiopintojen aikana opiskelijat arvioivat osaavansa huomioida työn fyysiseen hyvinvointiin liittyvät tekijät melko hyvin, ja he arvioivat myös harjoitteleensa ammattitaitoa edistävässä harjoittelussa melko usein työn fyysiseen hyvinvointiin liittyviä tekijöitä. Sen sijaan säännöllisessä työelämässä lihasperäiset sairaudet yleistyvät tutkimusten mukaan jo kymmenen työvuoden jälkeen.

Ergonomiaan huomiota, harjoittelua ja oikeita työvälineitä

Kliinisessä työssä suuhygienisti työskentelee istuma-asennossa, joten hyvän työasennon löytäminen vaatii harjoittelua ja oman kehon toiminnan tuntemusta. Ergonomisen työskentelyn lähtökohtana on hyvä ja tasapainoinen istuminen. Sen edellytyksenä on puolestaan hyvä työtuoli. Tutkimukset ovat osoittaneet, että satulatuolin käyttö edistää työntekijän työhyvinvointia. Se vähentää merkittävästi istumatyöskentelyyn liittyvää rasitusta ja kipua. Päivän mittaan satulatuolin käyttö vähentää yläselän lihasten aktiivisuutta, mitä perinteinen työtuoli ei tee. Satulatuolissa istuma-asento on seisonnan kaltainen. Alaselän lihakset aktivoituvat tarkoituksenmukaisella tavalla tukemaan selkärankaa.

Tutkimusten mukaan suuhygienistit työskentelevät suuren osan kliinisestä työskentelyajasta pää voimakkaasti eteenpäin taipuneena ja kiertyneenä. Tällöin varsinkin oikea yläraaja on usein voimakkaasti kohonneena ylittäen suositukset ja niska- ja hartiaseutuun kohdistuu voimakas staattinen kuormitus. Optimaaliset ulottuvuusalueet eivät ole kovin suuret työskenneltäessä istuma-asennossa samalla, kun katse on tiiviisti potilaan suussa ja toinen käsi toiminnassa. Lisäksi yläraajojen toistuvat kohoasennot tai äärikiertoliikkeet kuormittavat hartioiden ja olkavarsien lihaksia, ja käsien vienti sivulle tai kurkottelut häiritsevät ja hidastavat työskentelyä. Työskentelyyn liittyvät kurkottelut voivat johtaa vartalon hankaliin asentoihin ja staattisen lihastyön lisääntymiseen sekä vaikuttaa perusasennon vakauteen. Näin ollen suuhygienistin tulee kiinnittää huomiota työliikkeiden tarkoituksenmukaisuuteen.

Ergonomisesti oikein valituilla, käytetyillä ja asennetuilla työvälineillä ehkäistään ennen kaikkea tuki- ja liikuntaelinten haitallista kuormittumista ja sairauksia. Kliinisessä työssään luppeja käyttävillä suuhygienisteillä on vähemmän työperäisiä tuki- ja liikuntaelinsairauksia. Instrumenttien huolto sekä varren muotoilu vaikuttavat suuhygienistin työhyvinvointiin ja -terveyteen, sillä instrumentin kahvan muotoilulla ja painolla on todettu olevan vaikutusta lihasten kuormittuvuuteen. Lisäksi on todettu, että instrumenttikahvan sopiva paksuus vähentää kuormittavuutta. Tutkimusten mukaan suuhygienistiopiskelijat käyttävät työskentelyssään lihasvoimaa. Lihasten aktiviteettia ja voiman tarvetta voidaan vähentää hammaskiven poiston yhteydessä käyttämällä sormitukea ja modifioitua kynäotetta.

Ergonomisen työskentelyn oppiminen opiskeluvaiheessa

Turun ammattikorkeakoulun vuosina 2012–2014 koordinoimassa monialaisessa InnoHealth-projektissa havainnoitiin suuhygienistiopiskelijoiden ergonomista työasentoa ja toimintaa sekä instrumentin fysiologista käyttöä kliinisen työskentelyn aikana. Opiskelijoiden ergonomisen työasennon ja toiminnan havainnointi pohjautui nykyisiin ergonomiasuosituksiin. Opiskelijat käyttivät aktiivisesti hyväkseen työtuolin eri asentoja. Myös niskatukea säädettiin ja potilasta pyydettiin kääntämään päätä haluttuun suuntaan. Jalkakytkin ja tarveaineet sijoitettiin tarkoituksenmukaisesti palvelemaan ergonomista työasentoa ja toimintaa. Lisäksi potilastuolin korkeus säädettiin reiden yläpintaan nähden sopivaksi.

Merkittävä kehittämiskohde oli kuitenkin satulatuolin korkeuden säätö. Satulatuoli oli pääsääntöisesti asetettu liian alhaalle suosituksiin nähden. Parannettavaa oli myös työvalon asettelussa ja silmän etäisyydessä työkohteeseen. Valaisin oli asetettu tavallisimmin liian lähelle työkohdetta tai silmien etäisyys kohteesta ei ollut riittävä. Havainnoinnissa tuli erityisesti esille, että opiskelijat pyrkivät tietoisesti ylläpitämään ergonomista työskentelyasentoa ja useimmat korjasivat virheasennon sen huomattessaan.

Suuhygienistiopiskelijoiden haastattelussa tuli esiin, että työskentelyolosuhteet ja työympäristö vaikuttivat ergonomian toteutumiseen. Useimmat kokivat, että toimivat laitteet ja välineet sekä uudet ja terävät instrumentit edistivät ergonomiaa. Välitön ohjaus ja opettajilta ja opiskelukavereilta saatu palaute edistivät omalta osaltaan ergonomista toimintaa. Esille tuli myös opiskelijan oma aktiivisuus ja tietoisuus omista virheasunnoista ja ergonomisen työskentelyn periaatteista. Opiskelijat kuvasivat myös kiireen ja yleisen hälinän vaikuttaneen ergonomiaan. Lisäksi opiskelija tinki omasta ergonomiastaan, jos asiakkaalla oli fyysisiä rajoituksia.

Suuhygienistiopiskelijoiden käsi-instrumentin fysiologista käyttöä sekä erilaisten instrumenttikahvojen yhteyttä kokonaisergonomiaan havainnoitiin ohjatun harjoittelun yhteydessä. Tutkimuksen myötä saatiin lisää tietoa siitä, millainen käsi-instrumenttikahva on käyttäjästävällinen ja ergonominen. Yhteenvetona todettiin, että käyttäjästävällinen ja ergonomisesti muotoiltu käsi-instrumenttikahva tuo lisäarvoa suuhygienistiopiskelijan instrumentin käyttöön.

Moniammatillista yhteistyötä ergonomian hyväksi

Turun ammattikorkeakoulun suun terveydenhuollon ja fysioterapian koulutusohjelmissa on toteutettu jo useampana vuonna yhteinen ergonomiaprojekti. Fysioterapeuttiopiskelijat ovat kartoittaneet suuhygienistiopiskelijoiden ergonomian toteutumista ja antaneet tämän perusteella yksilöllistä ohjausta. Moniammatillinen yhteistyö mahdollistaa ammattiryhmien asiantuntijuuden yhdistämisen ja siten tarkoituksenmukaisen ohjausmenetelmän ja -välineen kehittämisen suuhygienistiopiskelijoiden ja jo valmiiden suuhygienistien käyttöön. Yhteistyön kehittäminen edelleen on ensiarvoisen tärkeää. Suuhygienistiopiskelijoille tehdyssä kyselyssä yhtenä kehittämis ehdotuksena oli esimerkiksi henkilökohtaisen ergonomiapäiväkirjan pito ohjatun harjoittelun aikana. Lisäksi ehdotettiin myös työasentojen valokuvaus-

ta ja kuvien analysoinnin avulla oppimista. Fysioterapian asiantuntijoilta odotettiin myös suun terveydenhoitotyöhön sopivia jumppa- ja venyttelyohjeita. Opiskelijat korostivat myös omaa vastuutaan ergonomisessa toiminnassa, mutta toivoivat, että opettajat muistuttaisivat siitä säännöllisesti.

Turun ammattikorkeakoulun tavoitteena on uusien suun terveydenhuollon toimintojen valmistuminen vuonna 2018. Uusien tilojen keskittäminen Turun yliopiston hammaslääketieteen laitoksen läheisyyteen sekä hammasteknikkokoulutuksen käynnistyminen Turun ammattikorkeakoulussa muodostavat tulevaisuudessa alalle vahvan koulutuskeskittymän. Nämä luovat erinomaisen pohjan moniammatillisille, innovatiivisille ja ergonomisille ratkaisuille.

Pidempää työuria ja parempaa työhyvinvointia

Ergonomian merkitys korostuu työvoiman ja väestön ikääntymisen, työurien pidentämistarpeen sekä lisääntyvien työtehtävien ja -vaatimusten vuoksi. Ergonomia on tärkeä suuhygienistin työhyvinvoinnin edistämisessä sekä tuki- ja liikuntaelinsairauksien ennaltaehkäisyssä. Jo melko pienillä muutoksilla voidaan vaikuttaa ergonomiaan ja suun terveydenhoitotyön kuormitusta voidaan tasapainottaa monin eri tavoin.

On parannettava fyysistä ympäristöä, tilojen suunnittelua, kalusteiden ja instrumenttien muotoilua sekä niiden ja tarvikkeiden sijoittelua. Osa kehittämiskohteista liittyy työtekniikkaan ja työn hallintaan sekä tietoisuuteen oman kehon tarkoituksenmukaisesta käytöstä eri työtilanteissa. Lisäksi voidaan paneutua töiden organisointiin, tauotukseen ja myös koko työyhteisön toimivuuteen. Työvälineiden tarkoituksenmukaisella valinnalla ja käytöllä voidaan vähentää yläraajojen kuormitusta. Ergonomisten käsi-instrumenttikahvojen kehittämisellä sekä instrumentin fysiologisen käytön ohjauksella voidaan vaikuttaa työhyvinvointiin jo opiskeluvaiheessa.

Lähteet

Aho, K. & Jaanu, I. 2013. Suuhygienistin työhyvinvoinnin edistäminen ergonomisin keinoin. Opinnäytetyö. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Darby, M. L. & Walsh, M. M. 2003. Dental Hygiene Theory and Practice. 2nd Edition. St. Louis: Saunders. An Imprint of Elsevier Science.

Darby, M. L. 2012. Mosby's Comprehensive Review of Dental Hygiene. Seventh edition. St. Louis, Missouri: Elsevier.

Engström, K.; Henriks-Eckerman M.-L.; Kauhaniemi, P. & Virtanen, T. 2005. Hammashoitoalan työperäisten terveysriskien kartoitus – kemikaalialtistus ja tuki- ja liikuntaelinkuormitus paikkaustoimenpiteiden yhteydessä. Työsuojelujulkaisu 34. Tampere: Turun aluetyöterveyslaitos, Työsuojeluhallinto. Viitattu 27.2.2015 [www.http://tyosuojelujulkaisut.wshop.fi/documents/2009/05/TSJ_34.pdf](http://tyosuojelujulkaisut.wshop.fi/documents/2009/05/TSJ_34.pdf).

Grawford, L.; Gutierrez, G. & Haber, P. 2005. Work environment and occupational health of dental hygienists: a qualitative assessment. *Journal of Occupational & Environmental Medicine* 47(6), 623–632.

Hayes, M. J.; Taylor, J. A. & Smith, D. R. 2011. Predictors of work-related musculoskeletal disorders among dental hygienists. *International Journal of Dental Hygiene* 10(4), 265–269.

Heikkilä, L. & Iivonen, H. 2010. Suuhygienistillä ilmenevät tuki- ja liikuntaelimistön terveysongelmat sekä niiden ennaltaehkäisy. Kyselytutkimus suuhygienisteille. Opinnäytetyö. Oulu: Oulun seudun ammattikorkeakoulu.

Hyötilä, M. 2014. Ergonomiaosaamista InnoHealth-projektissa. *Suun terveydeksi* 3, 26–27.

Hyötilä, M.; Luoto, T. & Prinssi, R. 2014. Tuotekehitystä InnoHealth-projektissa. *Suun terveydeksi*, 26–27.

InnoHealth 2013. Viitattu 27.2.2015 <http://innohealth.fi/>.

Käypä hoito -suositus 2007. Käden ja kyynärvarren rasitussairaudet. Helsinki: Duodecim.

Laki terveydenhuollon laitteista ja tarvikkeista 24.6.2010/629.

Lasanen, R. 2012. Työaseman vaikutus niska-hartiaseudun ja selkälihasten sekä jalkojen verenkiertoon ja rasitukseen. Pro gradu -tutkielma. Teknis-luonnontieteellinen koulutusohjelma, Sovelletun fysiikan laitos. Itä-Suomen yliopisto.

Leino-Arjas, P. 2009. Musculoskeletal Disorders Among Dentists and Teachers. Research report for the Finnish Work Environment Fund.

Murtomaa, H. & Roos, M. 2008. Hammashoitotyön ergonomia. *Therapia Odontologica*.

Murtomaa, H. & Roos, M. 2008. Fysiologisen työskentelyn periaatteet. *Therapia Odontologica*.

Opetusministeriö 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Helsinki: Opetusministeriö.

Pietikäinen, P. 2009. Ammatillisen osaamisen kehittyminen suuhygienistikoulutuksessa –suuhygienistiopiskelijoiden näkökulma. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Turku: Turun yliopisto.

Takala, E.-P.; Toivonen, R.; Vataja, K., Murtomaa, H. & Virtanen, J. 2009. Hammaskiven poisto rasittaa eniten kättä. *Suomen Hammaslääkärilehti* 16(6):24–29.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Turun ammattikorkeakoulu 2013. Turun ammattikorkeakoulun suuhygienistikoulutuksen opetussuunnitelma 2013–2016. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Työsuojeluhallinto 2013. Viitattu 27.2.2015 <http://www.tyosuojelu.fi/fi/ergonomia/73>.

Työterveyslaitos 2015. Viitattu 27.2.2015 <http://www.ttl.fi/fi/ergonomia/Sivut/default.aspx>

Simmer-Beck, M. & Branson, G. B. 2010. An evidence-based review of ergonomic features of dental hygiene instruments. *Work* 35 (2010) 477-485. IOS Press.

Valachi, B. 2008. Practice Dentistry Pain-Free. Evidence-Based Strategies to prevent Pain and Extend Your Career. Portland: Posturedontics Press.

Kolmasikäläisten hyvinvointi

Annika Toiviainen

sosionomi (AMK)

Turun ammattikorkeakoulu

Katariina Felixson

VTM, projektipäällikkö

Turun ammattikorkeakoulu

Nykyiset kolmasikäläiset eli noin 65–80-vuotiaat voivat paremmin ja ovat aktiivisempia kuin heitä edeltäneet eläkkeelle siirtyneiden sukupolvet. 2010-luvun kolmasikäläisten hyvinvointi ei koostu pelkistä perustarpeista, kuten terveydestä ja riittävästä ravinnosta, vaan omalle hyvinvoinnille olennaisia ovat myös muun muassa monipuoliset sosiaaliset suhteet sekä valinnan vapauden säilyttäminen mahdollisimman pitkälle. Kolmasikäläisten elämäntavat ovat muuttuneet nopeammin kuin ikäihmisille suunnattujen ennaltaehkäisevien palvelut ovat kehittyneet. Siksi tulevaisuudessa on tarpeen pohtia huolellisesti, millaiset palvelut tukevat parhaimmalla tavalla ikääntyneen väestön hyvinvointia, aktiivisuutta ja itsenäistä selviämistä.

Väestön eliniänodote on noussut Euroopassa tasaiseen tahtiin. WHO:n tavoitteet, että ihmiset saavat lisää elinvuosia ja niihin lisää elämää, ovat toteutuneet. Länsimainen väestö saa elää nykyään terveempänä pidempään kuin koskaan ennen, mikä on johtanut siihen, että ikääntymistä ja siihen elämänvaiheeseen liittyvää hyvinvointia on lähestyttävä eri näkökulmasta kuin aikaisemmin.

Tässä artikkelissa ikääntyneistä käytetään termiä kolmasikälinen. Kolmanneksi iäksi kutsutaan elämänvaihetta, jossa työ on takana, mutta varsinainen vanhuus vielä edessä. Kolmatta ikää pidetään aktiivisena ja toiminnantäyteisenä hyvän vanhenemisen aikana. Kolmannen iän ikärajat ovat jokseenkin liukuvat, mutta yleensä se käsitetään alkavaksi noin 60–65 vuoden iässä ja päättyvän viimeistään 80–85 vuoden iässä. Kronologista ikää tärkeämpää kolmannen iän määrittelyssä on yksilön oma kokemus toimintakyvystään ja hyvinvoinnistaan. Kolmannesta neljanteen ikään siirrytään siinä vaiheessa, kun kyky itsenäiseen selviytymiseen heikkenee ja avun sekä hoivan tarve kasvaa.

Vaikka kolmasikälisten terveys ja hyvinvointi ovat lisääntyneet, tuohon elämänvaiheeseen liittyy myös selkeitä hyvinvointiriskejä, jotka saattavat johtaa ennenaikaiseen toimintakyvyn heikkenemiseen, palvelutarpeen kasvuun ja sitä kautta lisääntyviin sosiaali- ja terveyspalvelukustannuksiin. Tyypillisiä riskitekijöitä kolmasikäisillä ovat muun muassa epäterveellinen ruokavalio sekä vähäinen fyysinen aktiivisuus, jotka johtavat helposti ylipainoon, sydän- ja verisuonitauteihin sekä diabetekseen. Myös alkoholin liiallinen käyttö ja lisääntyvät mielenterveysongelmat ovat kolmasikäisten kasvava haaste ympäri Eurooppaa.

Kolmanteen ikään liittyy useasti monia suuria elämänmuutoksia, jotka saattavat altistaa ihmisiä hyvinvoinnin ja terveyden heikkenemiselle. Suurin osa länsimaalaisista eläköityy kolmannessa iässä. Eläkkeelle jäämisen myötä yksilön arki muuttuu monesti ratkaisevasti, ja vanhat rytmit ja rutiinit sekä sosiaaliset verkostot häviävät tai ainakin muuttuvat. Toisille tämä on positiivinen elämänmuutos, mutta toisilla se vaikuttaa negatiivisesti muun muassa sosiaalisen vuorovaikutuksen määrään, ruokavalioon ja fyysiseen aktiivisuuteen. Unohtaa ei voida myöskään eläkkeelle siirtyneen kolmasikäisen taloudellisen tilanteen heikkenemistä. Koska käytettävissä olevat rahat vähenevät palkkatulon vaihduttua eläkkeeseen, etenkin vähävaraisten kolmasikäisten on välillä vaikea hankkia hyvinvointiaan tukevia palveluja ja tuotteita.

Toisaalta on tarpeen pitää mielessä myös se, että 2010-luvun kolmasikäläiset ovat vakaavaraisempia kuin yksikään heitä edeltänyt ikäihmissukupolvi. Osalla kolmasikäläisistä on runsaasti varallisuutta, jota voidaan ja halutaankin usein käyttää omaa hyvinvointia tukevaan kulutukseen.

Kolmasikäläisten terveys- ja hyvinvointiriskien ennaltaehkäisy on kuitenkin tärkeää niin yksilön elämänlaadun kuin kansantaloudenkin näkökulmasta. Tutkimuksissa on osoitettu, että fyysinen aktiivisuus ja sosiaalinen osallisuus tukevat kolmasikäläisen toimintakykyä ja mielenterveyttä, joten niihin on panostettava heille suunnatuissa ennaltaehkäisevissä palveluissa.

Kolmasikäläisten hyvinvoinnin tukeminen

Healthy Ageing Supported by Internet and Community eli HASIC-projektin tavoitteena on lisätä yli 65-vuotiaiden eurooppalaisten kokonaisvaltaista hyvinvointia edistämällä terveellisiä elämäntapoja ja lisäämällä ikäihmisten omaa osallisuutta hyvinvointinsa tukemisessa. Projektin kohderyhmänä ovat ensisijaisesti juuri kolmasikäläiset eli suhteellisen hyväkuntoiset ja itsenäisesti selviävät ikääntyneet henkilöt. Projektin alussa kolmasikäläisten terveelliset elämäntavat määriteltiin pitämään sisällään terveellisen ravinnon, riittävän fyysisen aktiivisuuden, kohtuullisen alkoholin käytön ja sosiaaliset suhteet. Alkuperäisessä määritelmässä korostuivat fyysisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin ulottuvuudet, mutta kolmasikäläisten psyykkinen hyvinvointi oli tuossa määritelmässä unohtettu lähes kokonaan. Sen vuoksi projektin edetessä edellä mainittujen neljän teeman rinnalle on nostettu psyykkisen hyvinvoinnin osa-alueita, kuten positiivisen mielialan ylläpitäminen ja itsemääräämiskeuden säilyttäminen.

Konkreettisina keinoina kolmasikäläisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi HASIC-projektissa käytetään kohderyhmälle suunnattua mentorikoulutusta, jonka osallistujille annetaan valmiudet vertaisryhmien vetämiseen. Koska kolmasikäläisiä kiinnostaa yhä enemmän tietoteknisten laitteiden käyttö ja monet heistä osaavat jo käyttää niitä, hankkeessa kehitetään myös ikääntyvien hyvinvointia tukeva teknologinen sovellus, jota kohderyhmä tulee testaamaan projektin aikana. Alueellisten ikäihmisten palveluiden kehittämiseen kiinnitetään myös huomiota, ja yli 65-vuotiaiden kohderyhmä osallistetaan hankkeen suunnitteluun ja toteutukseen mahdollisimman paljon sen kaikissa vaiheissa.

Kolmasikäläisille hyvinvointia tuottavat tekijät

Kolmasikäläisten omaa käsitystä hyvinvoinnista ja sen edistämistä lähdettiin selvittämään teemahaastattelun keinoin. HASIC-projektin puitteissa haastateltiin kymmentä kolmasikäläistä keväällä 2014 ja selvitettiin, mitkä tekijät he kokevat omalle hyvinvoinnilleen merkityksellisimmiksi. Haastatellut kolmasikäläiset olivat ikäjakaumaltaan 63–79-vuotiaita, ja kymmenen haastattelun joukossa oli viisi naista ja viisi miestä. Kaikki haastatellut olivat varsin terveitä, hyväkuntoisia ja aktiivisia ikäisikseen, joten haastattelujen tulokset eivät ole yleistettävissä koko ikäryhmään.

Haastattelut analysointiin teemoittelemalla, ja analysoinnin tuloksena esille nousi viisi pääluokkaa, joiden mukaan kolmasikäläisille hyvinvointia tuottavat tekijät voidaan määritellä. Ikäihmiset kokevat hyvinvointinsa keskeisimmiksi tekijöiksi sosiaaliset suhteet, terveyden, taloudelliset resurssit, valinnan vapauden ja luonnon. Seuraavassa pureudumme tarkemmin jokaiseen näistä osa-alueesta.

Ensimmäisenä hyvinvointia tuottavana tekijänä esille nousi terveys, joka määriteltiin useimmiten selkeästi fyysisenä terveytenä. Fyysinen terveys nähtiin tärkeänä hyvinvoinnin ylläpitäjänä kaikissa haastatteluissa. Moni haastateltava toi esiin kiitollisuutensa siitä, että oli säilynyt terveenä tähän asti. Yksilön oma rooli fyysisen toimintakyvyn ylläpitäjänä nousi useissa haastatteluissa esiin. Haastatelluilla kolmasikäläisillä on riittävästi tietoa elämäntapojen vaikutuksista terveyteen. Useassa haastattelussa mainittiin liikunnan ja ravitsemuksen merkitys omaan hyvinvointiin. Yleisesti terveys nähtiin ehtona osallistumiselle ja toimimiselle.

H1: ...et liikuntaa mun tarttis lisätä ja jottain jumpan tapast, et ei pelkkää kävelyä.

H5: ...joskus puhutaan melkein fraasein miten on niin tärkeää että on terve, mut se vaan kyllä oikeesti on kyllä niin.

Vaikka tietoa terveyden edistämisestä ja ylläpitämisestä haastatelluilla oli varsin paljon, ei tiedon määrä kuitenkaan aina korreloinut oman terveyskäyttäytymisen kanssa. Tässäkään ikäryhmässä tieto ja toiminta eivät siis aina kulje käsi kädessä.

Toinen haastatteluissa selkeästi esille noussut hyvinvointia tukeva tekijä oli henkilön taloudellisten resurssien riittävyys. Hyvinvointiin liittyviä rakenteellisia tekijöitä mainittiin useassa haastattelussa. Yksi haastateltava mainitsi palvelujen riittävyyden ja saavutettavuuden yhdeksi hyvinvointia tuottavaksi tekijäksi. Asuminen ja taloudellinen turvallisuus esiintyivät haastateltavien vastauksissa kuitenkin lähinnä sivulauseissa ikään kuin itsestäänselvyytinä. Tutkimukseen osallistuneet henkilöt olivat sosioekonomiselta taustaltaan hyvin samankaltaisia hyvin toimeentulevia eläkeläisiä, mikä saattaa selittää toimeentuloon liittyvän puheen vähäisyyttä.

H9: Ei se ainakaan mistään rahasta oo. Vaik kyl se tietty jotain meinaa, kesämökki on ja rivitaloasunto, ni mitä sitä muuta kaipaa.

Kolmantena teemana nousivat esiin valinnan vapauteen liittyvät asiat. Haastateltavien vastauksista välittyi useasti ilo siitä, että sai viettää työstä vapaata elämää. Moni haastateltava mainitsi tekevänsä asioita puhtaasti itsekkäistä syistä eli asioita, joista tulee hyvä mieli. Eläkkeellä oli mahdollisuus tehdä ja toteuttaa asioita, joita ei kiireisen työelämän aikana ollut mahdollista tehdä.

H5: ...mut tällä hetkellä tietysti tää tilanne et voi olla eläkkeellä ja on se oma vapaus...

H10: ...jos nyt ajattelee tätä tilannetta, niin että on niinku, pystyy hyvin viettää tän vapaa-ajan ja viihtyy elämässä ja ei oo sil tavalla tekemisen puutetta...

Neljäntenä aiheena haastatellut toivat esille luonnon merkityksen. Tämä oli teema, jota ei haastatteluja ennen osattu juurikaan ennakoida. Luonnon merkitys hyvinvoinnin edistäjänä tuli esiin etenkin miesten puheissa. Yksi haastateltava mainitsi, miten luonnossa liikkeessaan voi tuntea hyvän olon virtaavan kehossa. Suhde luontoon oli myös muuttunut ikääntymisen mukana. Eläkeiässä oma paikka elämäntienkierrossa oli tullut selkeämmäksi ja luontoa arvostettiin aiempaa enemmän.

H3: ...asua metsässä ja elää metsästä, se olis se haave.

H6: ...mitä vanhemmaks tulee ni sitä enemmän sitä pelkää ampua eli säästää mieluummin sitä luontoa kun ampuu otuksen. Emmää nauti ollenkaan siitä enää että pääsee ampumaan vaan siitä, että saa olla luonnossa.

Viidentenä ja viimeisenä hyvinvointia voimakkaasti tuottavana tekijänä esille nousivat hyvät ihmissuhteet. Sosiaalisten suhteiden merkitys hyvinvoinnin edistäjänä tuli esiin kaikissa haastatteluissa. Hyvät suhteet lapsiin ja muihin sukulaisiin koettiin tärkeiksi henkisiä voimavaroja lisääviksi tekijöiksi. Kolme haastateltavaa nosti esiin parisuhteen merkityksen etenkin, jos kyseessä oli toinen tai kolmas avioliitto.

H8: ...sit ku menet uuden kerran ni ajattelet eri taval asioist, et sää myönnyt ja annat pal enemmän periks ja otat niinku toisenki huomioon.

Läheisten hyvinvointi tuotti hyvää oloa myös haastateltavalle. Vanhemmalle lapsi on aina lapsi riippumatta tämän iästä, eikä huoli lasten pärjäämisestä lopu milloinkaan. Tieto läheisten ihmisten hyvinvoinnista toi rauhaa ja tasapainoa haastateltavan elämään.

H7: Mul on hyvä olla ku mä nään et lapsilla on kaikki hyvin, heidän ei tarvitse huolehtia mistään ...se on sitä mikä on niinku tärkeää.

Sosiaalisten suhteiden merkitystä hyvinvointiin syvennettiin haastatteluissa vielä tarkemmin verkostokartan piirtämisen avulla. Verkostokartan avulla etsittiin vastauksia siihen, mitä sosiaalinen verkosto merkitsi tutkimukseen osallistuneiden omalle hyvinvoinnille. Aineistosta oli löydettävissä yhteensä viisi merkityskokonaisuutta, jotka tulivat esiin haastateltavien kuvatessa omia verkostojaan. Sosiaalisen verkoston merkitys näyttäytyi kolmasikäläisille konkreettisenä apuna, jota muut heille tarjosivat. Lisäksi se toi heille mahdollisuuden olla hyödyllinen ja kokea itsensä tarpeelliseksi muita läheisiä auttaen. Näiden lisäksi sosiaalinen verkosto mahdollisti henkisen tuen saannin sekä mahdollisuuden kuulua erilaisiin yhteisöihin. Sen kautta kolmasikäläisten oli myös helpompi osallistua erilaisiin kehoja ja mieltä virkistäviin harrastuksiin, joihin ei yksin ehkä tulisi lähdettyä.

Sosiaalisen verkoston merkitys konkreettisen avun saamisen näkökulmasta korostui kolmasikälaisten haastatteluissa. Haastateltavat toivat esiin erilaisia arjen sujuvuuteen liittyviä tehtäviä, joihin he saivat apua verkostonsa jäseniltä. Vaikka kaikki haastateltavat olivat suhteellisen terveitä ja toimintakykyisiä, he kaipasivat ajoittaista konkreettista apua fyysisesti raskaissa tai erityisosaamista vaativissa asioissa, kuten esimerkiksi pihatöissä ja siivoamisessa. Myös ajokortittomuus lisäsi avuntarvetta. Teknologisten laitteiden nopea kehitys on ajanut monet ikäihmiset tilanteeseen, jossa avun tarve tietotekniikan käytössä on yleistä. Monella tällaista apua onkin omassa sosiaalisessa verkostossaan, mutta tarpeen tullen haastatellut ikäihmiset ovat päätyneet ostamaan tukea myös yksityisiltä palveluntarjoajilta.

Vaikka sosiaalinen verkosto nousi vahvasti esiin siitä näkökulmasta, että ikäihminen voi saada omaa hyvinvointiaan tukevaa apua lähipiiriltään, eivät kolmasikäiset kuitenkaan halua olla sosiaalisissa vuorovaikutuksissa ainoastaan saamapuolella. Työssä ollessaan ikäihmiset ovat voineet kokea itsensä tarpeelliseksi työn kautta, mutta eläkkeelle siirtymisen myötä tähän tulee selkeä puute, jonka täyttämiseen on löydettävissä erilaisia keinoja. Kahdeksan haastateltavaa kymmenestä oli lähtenyt täyttämään tätä aukkoa vapaaehtoistyön kautta. Vapaaehtoisen auttamistyön haastateltavat kokivat vaikuttavan vastavuoroisesti, sillä auttamalla toista sai tehtyä hyvää ja koettua oman toiminnan merkityksellisyyden.

H10: Siin saa ainakin hyvän mielen kun tietää sen tuskan kun joskus tulee kun joku ei onnistu ja on vaikeeta.

Lastenlasten hoitoon ja kasvatukseen osallistuminen nousi vapaaehtoistyön rinnalla merkittäväksi tavaksi kokea itsensä tärkeäksi. Työelämän tilalle oli tullut avun tarjoaminen omille lapsille, ja se koettiin yksinomaan positiivisena asiana haastateltavien elämässä. Konkreettisen hoitoavun lisäksi haastateltavat kokivat tärkeänä roolinaan välittää elämäkokemustaan, iän tuomaa viisautta ja omia arvojaan seuraaville sukupolville.

Sosiaaliselta verkostolta haettiin myös neuvoja ja tukea omaan päätöksentekoon. Pitkäaikaisiin ystävyys-suhteisiin liittyvä keskinäinen luottamus ja samalla aaltopituisella oleminen edistivät hyvinvointia. Yksi haastateltava koki merkitykselliseksi sen, että voi yhdessä ystävien kanssa pohtia mieltä askarruttavaa asiaa. Puoliso ja lähimmät ystävät koettiin tärkeinä tuen lähteinä myös henkilökohtaisissa huolissa. Suuria menetyksiä hiljattain kokeneelle haastateltavalle oli tärkeää saada puhua surustaan läheiselle ystävälle. Huolien ja murheiden kertominen edisti hänen psyykkistä hyvinvointiaan.

H1: ...et jos mä jäisin sitä yksin miettimään, mut kun mä saan sen Maijal puhuttuu, hän tavallaan sit myötäilee ja ni sit mä olen jo siit saanu, vähän päässy tasapainoon.

Ikäihmisten henkiselälle hyvinvoinnille tärkeää oli myös, että omat, kaikkein läheisimmät ihmiset, yleensä perheenjäsenet, voivat hyvin. Perheen hyvinvointi oli haastateltaville lähes yhtä tärkeää kuin oma hyvinvointi. Vastaavasti lasten ja lastenlasten murheet vaikuttivat myös haastateltavien omaan mielialaan negatiivisesti.

Vaikka oma perhe, mukaan lukien lapset ja lapsenlapset, vaikutti kolmasikälaisten hyvinvointiin kaikkein vahvimmin, ei muidenkaan sosiaalisten suhteiden merkitys ollut lainkaan mitätön. Monet haastatelluista kokivat tärkeäksi sen, että he kuuluivat johonkin kodin ja suvun ulkopuoliseen yhteisöön. Oli se sitten harrastusporukka tai asuinalueelle muodostunut yhteisö, pidettiin tällaista viiteryhmää tärkeänä sosiaalisen kanssakäymisen lähteenä ja omaa hyvinvointia edistävänä tekijänä. Mahdollisuus kuulua porukkaan, jonka jäsenillä ”synkkaa” hyvin keskenään, näyttäytyi tärkeänä myös eläkkeelle siirtyneiden joukossa.

Tarve kuulua johonkin yhteisöön oli johtanut osalla haastatelluista sukututkimuksen tekemiseen. Jos suvussa ei aikaisemmin ollut pidetty kovinkaan tiiviisti yhteyttä ja sukulaisuussuhteet olivat vuosien saatossa väljähtyneet, yhteenkuuluvuus omaan sukuun oli alkanut joidenkin haastateltavien elämässä tuntumaan liian vähäiseltä. Eräskin haastateltava oli sukututkimusharrastuksen kautta löytänyt kymmenen vuotta itseään nuoremman sukulaistytönsä, jota ei aiemmin ollut edes tuntenut. Tämän sukulaisen kautta yhteenkuuluvaisuuden tunne omaan sukuun laajemminkin oli taas herännyt eloon, mitä haastateltava piti omaa hyvinvointiaan tukevana tekijänä.

Harrastuksissa syntyneiden sosiaalisten suhteiden merkitys korostui myös kolmasikäisten haastatteluissa. Harrastusten merkitys kehon ja mielen virkistäjänä oli ilmeinen, ja harrastuksiin liittyvät ystävyys- ja tuttavuussuhteet nousivat esiin kaikissa kymmenessä haastattelussa. Verkoston jäsenten kanssa käytiin kulttuuritapahtumissa ja harrastettiin monipuolisesti liikuntaa. Puoliso oli luonteva kumppani harrastuksiin; mielekästä vapaa-aikaa haluttiin viettää yhdessä.

Sosiaalinen verkosto tarjosi myös kimmokkeita liikunnan harrastamiseen. Kaksi haastateltavaa kertoi, miten he olivat kyllä jo aiemmin tienneet liikunnan tarpeellisuudesta, mutta motivaatio harrastuksen aloittamiseen oli puuttunut. Verkostoon kuuluva henkilö oli houkutellut haastateltavan mukaan harrastuksen pariin hyvin tuloksin. Harrastusten kautta syntyneitä tuttavuussuhteita pidettiin tärkeänä omaa verkostoa laajentavana tekijänä. Eläkeiässäkään ei haluttu jäädä neljän seinän sisään. Tuttuihin ympyröihin kaivattiin vaihtelua, jota harrastusryhmät tarjosivat.

H10: ...se kipinä oli oikeastaan siinä et ku liikkua pitäs ja itsellä se liikkuminen on sitä et jos ei kukaan potki niin se liikkuminen jää.

H6: Kyllä se jollakin tavalla virkistää ja saa jutella ihmisten kanssa. Kun vaimon kanssa täällä ollaan kahdestaan nurkissa niin ne on ne samat jutut. Ei sitä oikein löydä sitä uutta keskusteltavaa.

Johtopäätökset ja yhteenveto

HASIC-projektin puitteissa haastateltiin kymmentä kolmasikäistä keväällä 2014 ja selvitettiin, mitkä tekijät he kokevat omalle hyvinvoinnilleen merkityksellisimmiksi. Haastatellut kolmasikäiset olivat ikäjakaumaltaan 63–79-vuotiaita, ja kymmenen haastatellun joukossa oli viisi naista ja viisi miestä. Kerätty haastatteluaineisto tuki käsitystä siitä, että kolmasikäiset ovat yleisesti ottaen varsin terveitä ja hyvinvoivia. Hyvinvoinnin peruspilareina usein pidettävät terveellinen ruokavalio, fyysinen aktiivisuus ja kohtuullinen päihteidenkäyttö vaikuttivat olevan kolmasikäisillä joko suhteellisen kunnossa tai ainakin heillä oli tietoa näistä asioista. Kaikissa tapauksissa hyvätkään tiedot terveellisistä elämäntavoista eivät kuitenkaan riittäneet niiden omaksumiseen. Terveyttä pidettiin tärkeänä hyvinvoinnin osatekijänä, mutta siihen suhtauduttiin pikemmin itsestäänselvytenä kuin suurena hyvinvointihaasteena. Tulosten perusteella voidaankin todeta, että ainakin tässä aineistossa kolmasikäisten perustarpeet olivat niin hyvin tyydytettyjä, että heidän hyvinvoin-

nin osatekijöissään korostuivat tarvehierarkian korkeammat tasot. Syytä on kuitenkin muistaa, että kolmasikäläisten hyvinvointi ei ole jakautunut tasaisesti. Vaikka tässä aineistossa hyvinvointihaasteet ja perustarpeiden tyydytys eivät nousseetkaan esille, on Suomessakin niitä vähempiosaisia kolmasikäläisiä, joilla riittävä ruoka tai asunto sekä näiden edellyttämä varallisuus ei ole itsestäänselvyyksiä.

Kaiken kaikkiaan tutkimustulokset tukevat kuitenkin käsitystä moderneista kolmasikäläisistä, jotka ovat hyväkuntoisia ja aktiivisia toimijoita ja kuluttajia, joiden hyvinvointi rakentuu klassisten peruspilarien varaan, mutta joille se ei kuitenkaan riitä. Sosiaalisten suhteiden merkitys hyvinvoinnille on olennainen, ja vuorovaikutusta muiden ihmisten kanssa haetaan oman perheen ja suvun lisäksi enenevässä määrin myös ystävistä ja erilaisista harrastusporukoista. Yhteyttä ystäviin ja läheisiin osataan pitää yhä enemmän myös virtuaalisten välineiden kautta, eivätkä Facebook tai Skype enää ole harvinaisuuksia kolmasikäläisten keskuudessa. Valinnanvapauden tarve hyvinvoinnin osatekijänä ulottuu kaikille elämäalueille. Nykyiset kolmasikäläiset ovat kriittisempiä kuluttajia kuin heitä edeltäneet sukupolvet, ja he osaavat äänestää jaloillaan, jos saatu palvelu ei miellytä. Valinnanvapaus koskee myös kolmasikäläisten ajankäyttöä. Ansiotyöstä irtaantumisen jälkeen kolmasikäläiset eivät enää halua, että kukaan ulkopuolinen määrittelee heidän ajankäyttöään. Vapaaehtoistyötä ja myös ansiotyötä ollaan yhä valmiita tekemään, mutta niitä halutaan tehdä omilla ehdoilla ja itselle sopivan aikataulun mukaisesti.

Voidaan vain arvailla, millaisia kolmasikäläisiä meillä on tulevaisuudessa. Samalla on hyvä pohtia, miten nyt kolmasikäläisille tarjolla olevat, usein varsin perinteiset, ennaltaehkäisevät palvelut pystyvät vastaamaan alati muuttuviin ja vaatimustasoltaan lisääntyviin hyvinvointipalvelutarpeisiin.

Lähteet

- Aichberger, M. C.; Busch, M. A.; Reischies, F. M.; Ströhle, A.; Heinz, A. & Rapp, M. A. 2013. Effect of physical inactivity on cognitive performance after 2.5 years of follow-up: Longitudinal results from the Survey of Health, Ageing, and Retirement (SHARE). *Journal of Gerontopsychology and Geriatric Psychiatry* 23 (1), 7–15.
- Anderson, P. & Baumberg, B. 2006. *Alcohol in Europe. A Public Health Perspective*. London: Institution of Alcohol Studies.
- Dahlberg, L.; Andersson, L.; McKee, K. J. & Lennartsson, C. 2014. Predictors of loneliness among older women and men in Sweden: A national longitudinal study. *Aging and Mental Health* Aug 15, 1–9.
- Djukanović, I.; Sorjonen, K. & Peterson, U. 2014. Association between depressive symptoms and age, sex, loneliness and treatment among older people in Sweden. *Aging and Mental Health* 30, 1–9.
- Halava, I. & Pantzar M. 2013. *Rytmitalous – miksi yhdeksästä viiteen ei toimi*. Helsinki: Seure.
- Hallgren, M.; Högberg, P. & Andréasson, S. 2009. *Alcohol Consumption among Elderly European Union Citizens*. Stockholm: Swedish National Institute of Public Health.
- Hughes, S. L.; Leith, K. H.; Marquez, D. X.; Moni, G.; Nguyen, H. Q.; Desai, P. & Jones, D. L. 2011. Physical activity and older adults: expert consensus for a new research agenda. *Gerontologist*. 51 (6), 822–32.
- Immonen, S. 2012. *Perspectives on alcohol consumption in older adults*. Viitattu 15.11.2014 https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/37625/immonen_dissertation.pdf?sequence=1.

Karisto, A. (toim). 2005. Suuret ikäluokat. Tampere: Vastapaino.

Knight, E.; Stuckey, M. I. & Petrella, R. J. 2014. Health promotion through primary care: enhancing self-management with activity prescription and Health. *The Physician and Sport Medicine* 42 (3), 90–99.

Laslett, P. 1996. *A Fresh Map of Life. The Emergence of the Third Age*. 2nd edition. London: Macmillan Press Ltd.

Rasheed, S. & Woods, R. T. 2013 Malnutrition and quality of life in older people: a systematic review and meta-analysis. In *Ageing Research Reviews* 12 (2), 561–6.

Routasalo, P. E.; Tilvis, R. S; Kautiainen, H. & Pitkala, K. H. 2009. Effects of psychosocial group rehabilitation on social functioning, loneliness, and well-being of lonely, older people: randomized, controlled trial. *Journal of Advanced Nursing* 65, 297–305.

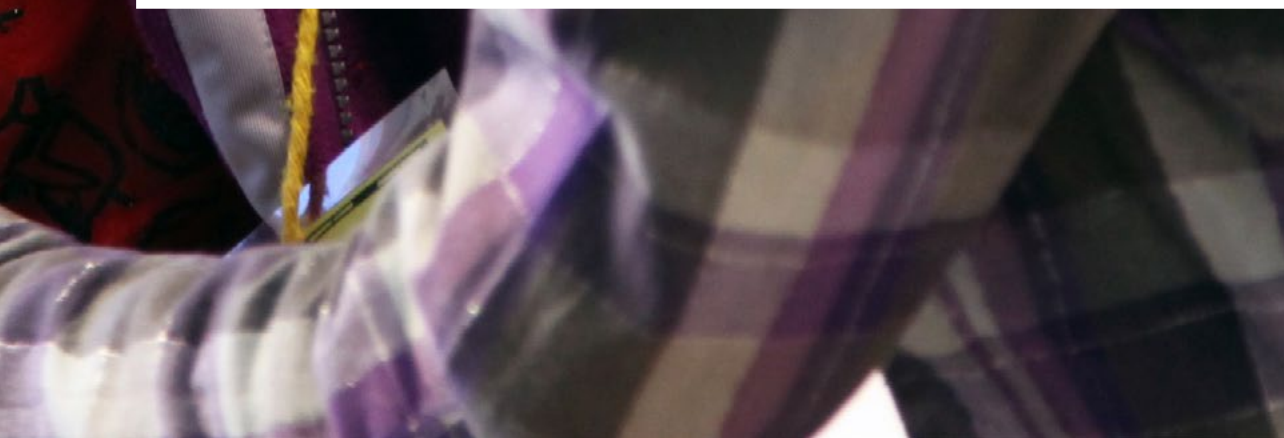
Toiviainen, A. 2014. ”Mul on aika pienet ne kuviot, mut kyl mä niist jottain hyvää olooa saan – Sosiaalisen verkoston merkitys kolmasikäläisten hyvinvointiin”. Opinnäytetyö. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Volkert, D. 2013. Malnutrition in older adults - urgent need for action: a plea for improving the nutritional situation of older adults. *Gerontology* 59 (4), 328–33.





Yhteisön terveyden edistäminen



Koulun seksuaalikasvatus nuorten seksuaaliterveyden edistäjänä

Pia Suvivuo

TtT, yliopettaja, SOTE-palvelujärjestelmän kehittäminen

-tutkimusryhmän tutkimusvastaava

Turun ammattikorkeakoulu

Nuorilla on oikeus luottamukselliseen, korkeatasoiseen ja heitä kunnioittavaan seksuaalikasvatukseen ja seksuaaliterveydenhuoltoon. Seksuaalikasvatuksen on tarpeen nykyistä paremmin huomioida se todellisuus ja maailma, jossa nuoret toimivat ja elävät. Sen tulee tarjota keinoja seksuaaliterveyden edistämiseen ja seksuaalisuutta koskevien tietojen ja kokemusten käsittelyyn. Seksuaalikasvatusta pitäisi suunnata lasten ja nuorten seksuaaliterveyden lukutaidon kehittämiseen. Seksuaaliterveyden lukutaito mahdollistaa seksuaalisuutta koskevan tiedon ja siihen liittyvien arvojen, normien ja käyttäytymismallien tarkastelun. Se edellyttää teoreettista ja käytännöllistä tietoa, kriittisen ajattelun taitoa, itsetuntemusta sekä vastuullisuutta. Itsetuntemukseen kuuluu keskeisesti kyky reflektoida omia tunteita, tarpeita, motiiveja, arvoja, asenteita ja kokemuksia. Siihen sisältyy myös tietoisuus omista vahvuuksista, heikkouksista ja omasta kehosta sekä kyky erottaa omat ja muiden toiveet ja tarpeet. Nämä tekijät ovat keskeisiä nuorten seksuaaliterveydessä ja seksuaaliterveyden lukutaidossa.

Maailma, jossa nuoret elävät, on muuttunut viime vuosikymmenten aikana. Samalla nuorten seksikäyttäytyminen on muuttunut viestintäteknologian ja sosiaalisen median, Internetin ja matkapuhelinten käytön yleistyttyä ja näiden tultua osaksi nuorten arkea. Seksuaalisuutta koskevat asenteet ovat muovautuneet, median ja sosiaalisen median vaikutus on lisääntynyt lasten ja nuorten arjessa ja huoli lasten ja nuorten seksuaalisesta hyväksikäytöstä on tuonut uusia haasteita seksuaalikasvatukseen. Kuitenkin lasten ja nuorten seksuaalikasvatuksen tarve on pysynyt entisellään; edelleen asiallinen tutkimuksiin ja tietoon perustuva informaatio ja riittävät seksuaaliterveystiedot ja -taidot ovat välttämättömiä lasten ja nuorten, tulevien aikuisten, seksuaaliselle kasvulle ja seksuaaliterveydelle. Lasten ja nuorten maailmassa tapahtuneet muutokset haastavat myös seksuaalikasvatuksen uusiutumaan ja päivittämään niin menetelmät kuin sisällötkin.

Mitä on seksuaaliterveys?

Seksuaaliterveydellä tarkoitetaan seksuaalisuuteen liittyvää fyysisen, emotionaalisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaa. Hyvä seksuaaliterveys edellyttää positiivista ja kunnioittavaa asennetta seksuaalisuuteen. Se mahdollistaa tyydyttävät ja turvalliset seksuaaliset kokemukset ja ohjaa turvallisiin kokemuksiin ilman pakottamista, syrjintää ja väkivaltaa. Hyvän seksuaaliterveyden saavuttaminen ja ylläpitäminen edellyttää kaikkien ihmisten seksuaalioikeuksien kunnioittamista, suojelemista ja toteuttamista.

Seksuaalikasvatus tähtää seksuaaliterveyden edistämiseen. Sen tarkoituksena on auttaa yksilöä saavuttamaan positiivisia kokemuksia ja nauttimaan omasta seksuaalisuudestaan. Tarkoituksena on tukea yksilön elämässä seksuaaliterveyden positiivisia puolia, kuten itsearvostusta ja -kunnioitusta, toisten kunnioittamista, seksuaalista nautintoa, ja auttaa välttämään sen negatiivisia puolia eli esimerkiksi sukupuolitauteja, ei-toivottua raskautta ja seksuaalista pakottamista. Seksuaalikasvatuksella tarkoitetaan seksuaalisuuden kognitiivisten, emotionaalisten, sosiaalisten, vuorovaikutteisten ja fyysisten näkökohtien oppimiseen tähtäävää toimintaa. Seksuaalikasvatus nähdään yläkäsitteenä, johon liittyvät seksuaalivalistus, -opetus ja -neuvonta. Seksuaalikasvatuksen tavoitteena on tuottaa tietoja ja taitoja, muuttaa asenteita ja arvoja kaikilla ihmisen seksuaalisuuteen liittyvillä osa-alueilla ja edistää seksuaaliterveyttä.

Nuorten seksuaalikasvatus Suomessa

Nuorten seksuaalioikeuksiin kuuluu oikeus seksuaalikasvatukseen ja seksuaaliterveydenhuoltoon, joka on luottamuksellista ja korkeatasoista ja johon nuorilla on varaa ja jota annetaan nuoria kunnioittaen. Suomessa nuorten seksuaalikasvatusta ja seksuaaliterveyden edistämistä on ohjattu 1970-luvulta lähtien sekä opetushallinnon että sosiaali- ja terveyshallinnon kautta. Kansallisella tasolla sosiaali- ja terveysministeriö ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitos ovat linjanneet suomalaista seksuaaliterveyteen liittyvää toimintaa ja toimintapolitiikkaa. Esimerkiksi sosiaali- ja terveysministeriön (2007) ja Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (2014) laatimien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmien yhtenä keskeisenä kohderyhmänä olivat lapset ja nuoret. Myös WHO:n Euroopan aluetoimiston kokoama asiantuntijaryhmä on määritellyt standardeja lasten ja nuorten seksuaalikasvatukselle.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelman mukaan seksuaalikasvatuksen tulee tavoittaa tasa-arvoisesti kaikki lapset ja nuoret. Lapsen ja nuoren seksuaalisen kehityksen tukeminen on asetettu tavoitteeksi sekä varhaiskasvatuksen, esiopetuksen, perusopetuksen että toisen asteen opetuksen suunnitelmiin. Seksuaalikasvatuksen tuleekin sisältyä kaikkeen kasvatus- ja opetustoimintaan. Toimintaohjelman mukaan lasten ja nuorten seksuaalikasvatuksessa tulee käsitellä seksuaali- ja lisääntymisterveyden fyysisiä, psyykkisiä, sosiaalisia ja eettisiä aiheita lapsen ja nuoren kehitystasoon soveltuvalla tavalla sekä tukea seksuaali-identiteetin kehittymistä.

Suomessa seksuaalisuuteen ja seksuaalikasvatukseen liittyvät asenteet ovat nykyään varsin positiivisia. 1990-luvun puolivälin jälkeen seksuaalikasvatuksessa aiemmin korostuneen varoittavan asenteen sijaan ihmisen seksuaalisuutta on pyritty tuomaan esiin myös positiivisena asiana. Suomalaisen seksuaalikasvatuksen tärkeimpinä tavoitteina on ollut opettaa nuorille vastuullisuutta seksuaalisissa vuorovaikutustilanteissa, tarjota asiantietoja seksuaalisuuteen liittyvistä aiheista ja opettaa suvaitsevaisuutta ja luonnollista suhtautumista seksuaalisuuteen ja siihen liittyviin asioihin. Seksuaalikasvatuksen tehtävänä ei Suomessa ole seksin kieltäminen ja pidättäytyminen seksistä vaan seksuaalisuuteen liittyvien terveysriskien vähentäminen ja sen edistäminen siten, että oppilaat voivat tehdä tietoon perustuvia tietoisia valintoja seksuaalisuuteen liittyvissä kysymyksissä.

Koulun seksuaalikasvatus ja sen kehittämistarpeet

Verrattuna muuhun Eurooppaan Suomessa seksuaalikasvatus on suhteellisen kattavaa. Vuodesta 1970 lähtien seksuaaliopetus on kuulunut pakollisena peruskoulujen opetusohjelmaan. Vuonna 1994 tapahtuneen opetussuunnitelmauudistuksen myötä seksuaaliopetus kuitenkin väheni huomattavasti ja opetuksen toteutukseen tuli merkittäviä koulujen välisiä eroja. Koululainsäädäntöä uudistettiin jälleen vuosituhaten vaihteessa, ja vuonna 2004 terveystiedosta tuli itsenäinen oppiaine. Sen myötä seksuaalikasvatusta on opetettu osana terveystieto-oppiainetta, mikä on mahdollistanut seksuaaliterveyteen liittyvien kysymysten huomioimisen entistä selkeämmin ja laajalaisemmin koulujen opetussuunnitelmissa. Viime vuosina terveystiedon opetuksen määrää opetussuunnitelmissa on pyritty lisäämään.

Lasten ja nuorten seksuaaliterveyden edistämisessä kotien lisäksi peruskoulun seksuaalikasvatus on avainasemassa, koska se tavoittaa koko oppivelvollisuusikäisen väestön. Peruskoulun alaluokilla (luokat 1–6) terveystieto ja seksuaaliopetus integroidaan muihin oppiaineisiin, kuten biologiaan. Yläluokilla (luokat 7–9) terveystietoa opetetaan omana oppiaineenaan. Lukion opetussuunnitelma sisältää yhden pakollisen ja kaksi valinnaista terveystiedon kurssia, ja ammatillisen perustutkinnon opetussuunnitelmassa terveystietoa on yksi opintoviikko. Peruskoulun terveystieto-oppiaineeseen sisältyy useita seksuaaliterveyteen liittyviä aiheita ja myös lukiossa sisältöjä mainitaan muutamia. Sen sijaan ammatillisen perusopetuksen terveystiedon opetussuunnitelmassa seksuaaliterveyden sisältöjä ei mainita.

Vaikka koulujen seksuaalikasvatusta ohjataan valtakunnallisesti opetussuunnitelmiin, suositusten ja toimintaohjelmien kautta, koulujen seksuaalikasvatusta voidaan toteuttaa hyvin eri tavoin. Tämä mahdollistaa erilaisten seksuaalikasvatusinterventtioiden toteutuksen ja niiden kehittämisen. Samalla se on myös uhka, sillä seksuaalikasvatuksen taso voi vaihdella hyvinkin paljon koulukohtaisesti johtuen mm. seksuaalikasvattajan osaamisesta, asenteista ja annetuista resursseista. Koulujen henkilökunta, erityisesti terveystiedon opettajat ja kouluterveydenhoitaja, ovat keskeisessä roolissa nuorten seksuaalikasvattajina. Seksuaalikasvatus koulussa edellyttää moniammatillista ja suunnitelmallista yhteistyötä opettajakunnan ja muun kouluhenkilöstön välillä.

Useimmissa kouluissa seksuaalikasvatus toteutetaan tyttöjen ja poikien yhteisissä luokkaryhmissä. Yleisimmin käytettyjä opetusmenetelmiä on luokkahuoneopetus, johon on sisällytetty videoita ja ryhmäkeskusteluja. Joissakin kouluissa jaetaan lisäksi lehtisiä, jotka käsittelevät seksuaalisuutta ja ehkäisyä, sekä järjestetään erilaisia pelejä, tietovisoja ja teemapäiviä. Seksuaalikasvatuksessa tulisi soveltaa monipuolisia opetusmenetelmiä, sellaisia jotka antavat tiedollisten valmiuksien lisäksi myös vuorovaikutuksellisia ja sosiaalisia valmiuksia. Myös oppimateriaaleja tulee kehittää, päivittää ja monipuolistaa. Koulun seksuaaliopetuksen tueksi pyritään laatimaan ohjaavaa aineistoa, jossa otetaan huomioon ikäkaudet, kohderyhmät ja kulttuuriset lähtökohdat.

Koulujen lisäksi jotkut vapaaehtoisjärjestöt, kuten esimerkiksi Väestöliitto ja Sexpo-ääitiö sekä luterilainen kirkko, järjestävät monipuolista toimintaa nuorten seksuaaliterveyden edistämiseksi. Ne toteuttavat erilaisia kampanjoita, järjestävät koulutusta ja tuottavat seksuaalikasvatusmateriaaleja sekä seksuaalikasvattajille että nuorille itselle. Koulujen ja virallisten toimijoiden tarjoaman seksuaalikasvatuksen lisäksi nuoret kääntävät seksuaalisuuteen liittyvät tietonsa ja taitonsa myös mediasta, ystäviltään ja monista muista lähteistä. Erityisesti ensimmäiseltä seksuaalikumppanilta opitaan paljon.

Nuorten seksuaaliterveys, tietotaso ja seksikäyttäytyminen

Kansainvälisten standardien mukaan suomalaisten nuorten seksuaaliterveyttä voidaan pitää varsin hyvänä. Esimerkiksi teiniraskauksien ja raskaudenkeskeytysten ja aborttien Suomessa määrät ovat alhaisimpia Euroopassa. Huolimatta varsin toimivasta seksuaalikasvatusjärjestelmästä haasteita seksuaalikasvatuksen kehittämiseksi ja seksuaaliterveyden edistämiseksi riittää.

Nuorten seksuaalikasvatuksen toimivuutta ja tuloksellisuutta on peilattu nuorten seksuaaliterveyden tunnuslukuihin, kuten sukupuolitautien, raskaudenkeskeytysten ja raskauksien lukumääriin. Suomalaisten nuorten sukupuoli- ja seksikäyttäytymistä on seurattu useilla kansainvälisestikin arvostetuilla seurantatutkimuksilla. Näitä ovat Kouluterveyskysely vuodesta 1996 alkaen, Nuorten Terveystapatutkimus vuodesta 1977 alkaen ja Koululaisten terveyskäyttäytyminen -tutkimukset vuodesta 1984 alkaen.

Nuorten naisten seksuaalisen aktiivisuuden aloittamisikä Suomessa on lähellä muiden Länsi-Euroopan maiden tasoa. Kouluterveyskyselyn (2013) mukaan suomalaisista 8. ja 9. luokan tytöistä sekä pojista 22 prosenttia oli ollut sukupuoliyhdynnässä. Vaikka suurin osa nuorista huolehtii ehkäisystä, kuitenkin 14 prosenttia tytöistä ja 18 prosenttia pojista ei ollut käyttänyt mitään ehkäisymenetelmää viimeisimmässä yhdynnässä. Lisäksi tytöistä 7 prosenttia ja pojista 11 prosenttia oli ollut todella humalassa viimeisimmässä yhdynnässä. Elämänsä aikana oli kokenut painostamista tai pakottamista seksiin 8 prosenttia tytöistä ja 4 prosenttia pojista.

Kouluterveyskyselyn (2013) mukaan nuorten tiedot seksuaali- ja lisääntymisterveydestä ovat heikentyneet vuodesta 2008–2009 kaikilla opiskeluasteilla ja molemmilla sukupuolilla. Hyvät tiedot seksuaali- ja lisääntymisterveydestä oli peruskoulun tytöistä vain 20 prosentilla ja pojista 13 prosentilla. Ammattiin opiskelevilla tytöillä hyvät tiedot olivat 34 prosentilla ja pojilla 18 prosentilla. Lukiolaisista hyvät tiedot seksuaaliterveydestä oli 43 prosentilla tytöistä ja 30 prosentilla pojista. Erityisesti tietämys seksitaudeista on heikentynyt huomattavasti. Poikien tiedot seksuaali- ja lisääntymisterveydestä on heikompaa kuin tyttöjen ja ammatillisissa oppilaitoksissa opiskelevien heikompaa kuin lukiolaisten. Nuoren huonon koulumenestyksen ja vanhempien matalan koulutustason on niin ikään osoitettu olevan yhteydessä heikkoon seksuaali- ja lisääntymisterveyden tiedon tasoon. Viitteitä on myös siitä, että maahanmuuttajataustaisten nuorten seksuaaliterveystietämys olisi heikompaa kuin yläkoululaisilla keskimäärin.

Suomalaiset nuoret tytöt näyttävät olevan selvästi paremmin selvillä seksuaalisuuteen liittyvistä kysymyksistä kuin pojat. Tyttöjen hyvät tiedot seksuaaliterveysasioista on yhteydessä hyvään koulumenestykseen ja yleisiin kognitiivisiin taitoihin. Pojilla seksuaaliterveystiedot ovat tyttöjä huonommat koulumenestyksestä riippumatta. Kuitenkaan nuorten tyttöjen ja poikien seksuaalisella kokeneisuudella, esim. yhdyntäkokemuksilla tai yhdyntähalulla, ei ole todettu olevan yhteyttä seksuaaliterveystietojen tasoon, kuten esimerkiksi hyviin tietoihin seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. Esimerkiksi ne pojat, joilla on huonommat tiedot seksuaaliterveydestä, aloittavat yhdynnät aikaisemmin. Sekä nuorilla tytöillä että pojilla oli vähiten tietoa seksuaalisesta kanssakäymisestä, yhdynnästä ja sukupuolitaudeista, vaikka ne ovat juuri niitä aiheita, joita useimmiten koulun seksuaalikasvatustunneilla käsitellään. Pojille koulun seksuaalikasvatuksen merkityksen on arvioitu olevan tärkeämpää kuin tytöille.

Suomalaisten nuorten seksuaaliterveystietojen tason alenemisen lisäksi seksuaalikasvatuksen haasteena on mm. seksuaalinen häirintä ja väkivalta, jotka ovat yleisiä nuorten arjessa. Myös toistuvien klamydiatartuntojen määrä on noussut, tippuritartunnat ovat lisääntyneet etenkin nuorilla naisilla ja miesten kuppatapausten määrä on lisääntynyt pääkaupunkiseudulla. Lisäksi 20–24-vuotiaiden raskaudenkeskeytysten määrä on edelleen melko korkea, eli 18 tuhatta saman ikäistä naista kohti vuonna 2012, ja toistuvien raskaudenkeskeytysten määrä on hieman kasvanut.

Seksuaaliterveyden lukutaito seksuaalikasvatuksen tavoitteeksi

Nuorten eriarvoisuuden lisääntyminen, ongelmien kasautuminen ja nuorten syrjäytyminen tai syrjään joutuminen tuovat haasteita nuorten seksuaali- ja lisääntymisterveyspalvelujen ja seksuaalikasvatuksen kehittämislle. Seksuaaliopetusta ja -neuvontaa tarvitsevat edelleen kaikki lapset ja nuoret, mutta lisätuen tarjoaminen ja toiminnan eriyttäminen nuorten tarpeiden mukaisesti tulisi olla mahdollista myös seksuaalikasvatuksessa. Panostamalla seksuaalikasvatuksen resursseihin, seksuaalikasvattajien riittävään osaamiseen, monipuolisiin seksuaalikasvatuksen menetelmiin ja niiden kehittämiseen voidaan edistää nuorten seksuaaliterveyttä ja siten vaikuttaa positiivisesti heidän seksielämäänsä jo nuoruudessa, mutta myös aikuisiällä.

Seksuaalisen väkivallan vastaisen työn, seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen huomioimisen sekä ei-toivottujen raskauksien ja seksitautien ehkäisyyn tulisi edelleen olla seksuaalikasvatuksen sisältöinä, sillä ne ovat seksuaaliterveyden ydinasioita. Seksuaalikasvatuksen menetelmiä pitäisi monipuolistaa ja kehittää. Erilaisia seksuaalisesti latautuneita tilanteita, niissä käytettäviä neuvottelutaitoja ja strategioita, tunnetaitoja ja ongelmanratkaisukeinoja kannattaisi harjoitella. Lisäksi omien tunteiden, toiveiden ja tarpeiden esittämistä olisi hyödyllistä opetella erilaisin vuorovaikutuksellisin menetelmin, kuten rooli- ja tilanneharjoituksin, simulaation ja pelein.

Koulun seksuaalikasvatus korostaa rationaalista seksikäyttäytymistä. Se perustuu oletukseen rationaalisesta toiminnasta, kontrollista ja harkinnasta, ja se on tyypillisesti kohdentunut riskien minimointiin sekä turvallisuuden ja vastuullisuuden korostamiseen. Pahimmillaan rationaalisuuden korostaminen seksuaalikasvatuksessa voi johtaa siihen, että opetus on negatiivisväyhteistä riskien, ongelmien ja vaarojen korostamista. Kuitenkaan nuoret itse eivät useinkaan liitä riskin merkityksiä seksuaalisiin tapahtumiin, vaan niihin liitetään tunteet, nautinto, sosiaaliset kontaktit

sekä ajatukset vapaudesta, vastuusta ja valmiudesta. Nuorten seksuaalikäyttäytyminen ei siis pohjaudu pelkästään rationaalisuuteen, tietoon ja järkeen, vaan myös tunte- ja tilannetekijöihin, kuten romanttisuus, hullaantuminen, intohimo, kiinnostus uusien kokemusten ja jännityksen hakemiseen vaikuttavat seksuaalisissa tilanteissa. Näiden tekijöiden huomioiminen seksuaalikasvatuksessa on välttämätöntä, jotta se tavoittaisi nuorten kokemusmaailmaa ja olisi relevanttia.

Seksuaalikasvatusta tulisi suunnata lasten ja nuorten seksuaaliterveyden lukutaidon kehittämiseksi. Seksuaaliterveyden lukutaito mahdollistaisi seksuaalisuutta koskevan tiedon ja siihen liittyvien arvojen, normien ja käyttäytymismallien tarkastelun. Terveiden lukutaidolla tarkoitetaan niitä kognitiivisia ja sosiaalisia tietoja ja taitoja, jotka vaikuttavat yksilön motivaatioon ja kykyyn saada käyttöönsä, ymmärtää ja soveltaa informaatiota tavalla, joka edistää ja ylläpitää hyvää terveyttä. Se on kykyä lukea oman elimistön ja ympäristön viestejä ja taitoa toimia terveyden näkökulmasta tarkoituksenmukaisesti. Terveiden lukutaito edellyttää teoreettista ja käytännöllistä tietoa, kriittisen ajattelun taitoa, itsetuntemusta sekä vastuullista kansalaisuutta. Itsetuntemukseen kuuluu keskeisesti kyky reflektoida omia tunteita, tarpeita, motiiveja, arvoja asenteita ja kokemuksia. Siihen sisältyy myös tietoisuus omista vahvuuksista, heikkouksista ja omasta kehosta sekä kyky erottaa omat toiveet ja tarpeet kumppanin ja ystävien toiveista. Nämä tekijät ovat keskeisiä myös nuorten seksuaaliterveydelle ja seksuaaliterveyden lukutaidolle.

Seksuaaliterveyden edistämiseksi ja seksuaaliterveyden lukutaidon kehittämiseksi erilaisten interventioiden yhtenä tavoitteena tulisi olla nuorten itsehallinnan vahvistaminen. Lapsia ja nuoria tulisi tukea ja ohjata siten, että he saavat välineitä omien intentioidensa saavuttamiseen, ehkäisyn käyttöön, tehokkaaseen neuvotteluun ja alkoholin käytön vaikutuksien hallintaan seksuaalisesti latautuneissa tilanteissa. Seksuaalikasvatuksen tulisi auttaa nuoria lisäämään itsetuntemustaan opettamalla heitä tunnistamaan omia tarpeitaan, halujaan ja tunteitaan ja tarjota heille mahdollisuuksia harjoitella sekä omien tarpeiden ja toiveiden esille tuomista että kumppanin taholta mahdollisesti tulevan paineen tai painostuksen sietämistä – tarvittaessa myös vastustamista. Sen lisäksi, että nuorille opetetaan kontrollia, heille tulisi opettaa sopivassa suhteessa sekä järkeä että tunnetta, myös seksuaalista iloa, nautintoa, kokeilumieltä ja heittäytymistä turvallisissa raameissa. Kieltäytymisen lisäksi nuorten pitäisi sanoa myös ”kyllä”, kun tilanne on sopiva.

Parhaimmillaan seksuaalikasvatuksessa yhdistyy ammattilaisten eli aikuisten seksuaalisuuteen liittyvien riskien ennaltaehkäisyä ja rationaalisuutta painottava näkökulma ja nuorten kannalta relevantti, hyväksyttävä ja kiinnostava näkökulma. Seksuaalikasvatuksen yhtenä haasteena onkin huomioida nykyistä paremmin se todellisuus ja maailma, missä nuoret toimivat ja elävät. Tämän vuoksi nuorten omat kokemukset ja kertomukset seksuaalisuudesta pitää kuulla ja ottaa vakavasti, jotta heidän toimintaansa ja heidän tekemiään seksuaaliterveyden valintoja sekä niiden taustalla olevia kulttuurisia ja sosiaalisia tekijöitä voidaan ymmärtää ja käsitellä. Vain tätä kautta seksuaalikasvatusta voidaan kehittää entistä tehokkaammaksi ja toimivammaksi.

Lähteet

IPPF European Network 2006. Sexuality education in Europe – A reference guide. Viitattu 26.10.2015 http://www.ysafe.net/SAFE/Documents/Design_sex%20ed%20guide%20final%20final_30nov2006.pdf.

Jaakola, S.; Lyytikäinen, O.; Rimhanen-Finne, R.; Salmenlinna, S.; Vuopio, J.; Roivainen, M.; Nohynek, H.; Löflund, J.-E.; Kuusi, M. & Ruutu, P. 2013. Tartuntataudit Suomessa 2012. Raportti 10/2013. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus. Viitattu 9.9.2014 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-890-2>.

Klemetti, R. & Raussi-Lehto, E. 2014. Edistä, ehkäise, vaikuta – Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014–2020. Helsinki: THL.

Kontula, O. 2004. Reproductive Health Behaviour of Young Europeans. The Role of Education and Information, Population Studies 2 (45). Council of Europe Publishing, Strasbourg.

Kontula, O. & Meriläinen, H. 2007. Koulun seksuaalikasvatus 2000-luvun Suomessa. Väestöntutkimuslaitos. Katsauksia E 26/2007. Helsinki: Väestöliitto, Väestöntutkimuslaitos.

Kontula, O. 2010a. The evolution of sex education and students' sexual knowledge in Finland in the 2000s. Sex Education 10 (4), 373–386.

Kontula, O. 2010b. Seksuaalikasvatus poikien näkökulmasta. Nuorten seksuaaliterveys – yhteinen asia -työseminaari 2.12.2010.

Kuortti, M. 2012. Suomalaisten tyttöjen seksuaaliterveys ja -kulttuuri – Arvot, riskit ja valinnat. Väitöskirja. Lääketieteen yksikkö. Tampere: Tampereen yliopisto.

Liinamo, A. 2005. Suomalaisnuorten seksuaalikasvatus ja seksuaaliterveystiedot oppilaan ja koulun näkökulmasta. Arviointia terveyden edistämisen viitekehityksessä. Väitöskirja. Jyväskylä studies in Sport, Physical Education and Health 106. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Opetushallitus 2014. Perusopetuksen opetussuunnitelman perusteet. Viitattu 27.1.2015 http://www.oph.fi/download/163777_perusopetuksen_opetussuunnitelman_perusteet_2014.pdf.

Opetus- ja kulttuuriministeriö 2000. Viitattu 3.9.2014 http://www.minedu.fi/OPM/Tiedotteet/2000/9/terveystieto_omaksi_oppiaineekseen.html.

Paakkari, L. & Paakkari, O. 2012. Health Literacy as a Learning Outcome in schools. Health Education 112 (2), 133–152.

Ritamo, M.; Pelkonen, M. & Nikula, M. 2010. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Väliarviointi sosiaali- ja terveysministeriön toimintaohjelmasta vuosille 2007–2011. Helsinki: Yliopistopaino. Viitattu 9.9.2014 <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/cbbcdf34-116e-4a6e-b588-1b46b202f1b2>.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2007. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007–2011. Julkaisuja 17. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavilla myös http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1058193.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Neuvolatoiminta, koulu- ja opiskeluterveydenhuolto sekä ehkäisevä suun terveydenhuolto. Asetuksen (380/2009) perustelut ja soveltamisohjeet. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 20. Viitattu 9.9.2014 http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087414&name=DLFE-11139.pdf.

Suomen virallinen tilasto (SVT) 2013. Raskaudenkeskeytykset 2012. Tilastoraportti 18/2013. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 9.9.2014 <http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201306284109>.

Suvivuo, P. 2011. The ability of adolescent girls to exert control over sexually charged situation – A Narrative study for the promotion of sexual health. Väitöskirja. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.

Suvivuo, P. 2013. Seksuaaliskriittit haastavat nuorten terveydenlukutaidon ja seksuaalikasvatuksen. Nuorisotutkimus 3, 71–75.

Suvivuo, P.; Tossavainen, K. & Kontula, O. 2008. The role of alcohol in a sexually motivated situation. Health Education 108(2), 145–162.

Suvivuo, P.; Tossavainen, K. & Kontula, O. 2009. Contraceptive use and non-use among teenage girls in sexually motivated situation. *Sex Education* 9 (4), 355–369.

Suvivuo, P.; Tossavainen, K. & Kontula, O. 2010. "Can there be such a delightful feeling as this?" Variations of sexual scripts in Finnish teenage girls' narratives. *Journal of Adolescence Research* 25 (5), 669–689.

Suvivuo, P.; Tossavainen, K. & Kontula, O. 2011. Negotiation in adolescent girls' sexually motivated situations: achievement of intentions by using different negotiation strategies. *Electronic Journal of Human Sexuality* 14 (29).

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010. Seksuaalikasvatuksen standardit Euroopassa: suuntaviivat poliittisille päättäjille, opetus- ja terveydenhoitoalan viranomaisille ja asiantuntijoille. Helsinki: THL.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014. Kouluterveyskyselyn tulokset 2013. Viitattu 9.9.2014 http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/vaestotutkimukset/kouluterveyskysely/tulokset.

Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 6.4.2011/338.

World Health Organization 2002. Gender and reproductive rights, glossary, sexual health. Viitattu 9.9.2014 [http://www.who.int/topics/sexual_health/en/World Health Organization 2002. Gender and reproductive rights, glossary, sexual health.](http://www.who.int/topics/sexual_health/en/World_Health_Organization_2002_Gender_and_reproductive_rights_glossary_sexual_health)

Kouluterveydenhuolto lasten ja nuorten terveyden tukijana

Jaana Tomppo

TtM, päätoiminen tuntiopettaja

Turun ammattikorkeakoulu

Camilla Laaksonen

TtT, päätoiminen tuntiopettaja,

Terveysten edistäminen -tutkimusryhmän tutkimusvastaava

Turun ammattikorkeakoulu

Suomalainen kouluterveydenhuolto on kansainvälisesti tunnettu ja arvostettu. Se on tarkoitettu kaikille Suomen peruskoululaisille ja heidän perheilleen. Lähtökohtana on terveyden edistäminen ja ehkäisevä terveydenhoitotyö, jota on maksuttomasti saatavilla koulupäivien aikana joko koululta tai sen välittömästä läheisyydestä. Kouluterveydenhuollon tärkeimpiä tehtäviä ovat oppilaan kasvun ja kehityksen seuraaminen sekä terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen, vanhempien ja huoltajien kasvatustyön tukeminen, varhainen erityistuen tarpeen tunnistaminen ja puuttuminen, lapsen omahoidon tukeminen sekä yhteistyö muiden oppilashuollon toimijoiden kanssa. Kouluterveydenhuolto tukee yksittäisiä lapsia ja heidän perheitään, koululuokkia, koko kouluyhteisöä ja kouluympäristöä.

Kouluterveydenhuollon historiaa

Suomessa kouluterveydenhuollolla on pitkä historia. Jokaisella suomalaisella on siitä käytännössä jonkinlainen kuva omalta kouluajaltaan. Moni saattaa muistaa, millainen henkilö kouluterveydenhoitaja oli, missä hänen vastaanottonsa sijaitsi ja mitä siellä yleensä tehtiin.

Koululääkärit työskentelivät jo 1880-luvun lopulla oppikouluissa ja 1900-luvun alusta alkaen suurten kaupunkien kouluissa. Kenraali Mannerheimin lastensuojeliitto palkkasi ensimmäiset kouluhoitajattaret koululääkäreiden avuksi 1920-luvulla, ja 1930-luvulla aloitettiin yksilölliset terveystarkastukset. Sodan vuoksi 1940-luvulla toiminta oli puutteellista, mutta merkittävänä asiana sodan jälkeen saatiin ilmainen kouluateria kansakouluihin. Vuonna 1944 tuli laki kunnallisista terveys-sisarista, ja 1950-luvulla kouluterveydenhuollon toiminta siirtyi koululautakunnan alaisuudesta terveydenhoitolautakunnan alaisuuteen. 1960-luvulla kouluterveydenhuolto vakiintui ja yhtenäistyi koskemaan kaikkia kouluja koko maassa. Pääpaino kouluterveydenhuollossa oli sairauksien hoidossa ja etenkin kulkutautien ehkäisyssä, muun muassa tuberkuloosin vastustamistyötä terveys-sisar-tekivät ahkerasti.

Kansanterveyslaki vuonna 1972 määritteli kunnan ja terveyskeskuksen yhdeksi tehtäväksi järjestää kouluterveydenhuolto, mutta jo ennen tätä olivat terveys-sisar-toimineet kouluissa kouluhoitajina. Kansanterveyslain myötä tuli käyttöön nimitys terveydenhoitaja. Kansanterveyslain ansiosta kouluterveydenhuolto yhtenäistyi koko maassa, ja se jaettiin kolmeen toiminnalliseen osa-alueeseen eli koulun terveydellisten olojen valvontaan, oppilaskohtaiseen terveydenhuoltoon ja terveyskasvatukseen.

1980-luvulla kouluterveydenhuollossa alettiin kiinnittää aiempaa enemmän huomiota oppilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon, joten voimavaroja suunnattiin mielenterveysongelmien ennaltaehkäisyyn ja terveyskasvatus korostui. Vuosikymmenen lopulla kuntien kiristyneen taloudellisen tilanteen vuoksi resursseja siirrettiin kouluterveydenhuollosta muuhun toimintaan, kuten esimerkiksi vanhustenhuoltoon. Resurssien leikkauksien vuoksi monien lasten ja nuorten ongelmat lisääntyivät.

1990-luvulla kokonaisvaltainen kouluterveydenhuolto kehittyi edelleen. Oppilaskohtaiset kouluterveydenhuollon suunnitelmat uudistettiin, ja toiminnan painopiste siirtyi fyysisistä ongelmista psykososiaalisiin ongelmiin ja ennaltaehkäisevään työhön.

Kouluterveydenhuoltoa koskeva lainsäädäntö sekä erilaiset asetukset ja suositukset ovat kehittyneet vähitellen. Niiden tarkoituksena on taata, että eri puolilla maata kouluterveydenhuoltoa järjestetään samojen periaatteiden mukaisesti. Tänä päivänä suomalainen kouluterveydenhuoltojärjestelmä on Euroopan tasolla erittäin hyvin kehittynyt ja ainutlaatuinen.

Kouluterveydenhuollon tavoite

Kouluterveydenhuollon tavoitteena on olla työterveydenhuoltoa vastaava kokonaisvaltainen lasten ja nuorten terveydenhuoltoa antava taho. Kouluterveydenhuolto on lakisääteistä ja oppilaille maksutonta. Tavoitteena on turvata lapsille ja nuorille mahdollisimman terve kasvu ja kehitys ja luoda pohjaa aikuisiän terveydelle ja hyvinvoinnille. Kouluterveydenhuolto jatkaa äitiys- ja lastenneuvolan tekemää laaja-alaista työtä. Kouluterveydenhuolto kattaa kaikki ikäluokat alakoulusta yläkouluun ja lukioon. Ammatillisten oppilaitosten ja ammattikorkeakoulujen terveydenhuolto puolestaan kuuluu opiskeluterveydenhuoltoon. Kouluterveydenhuolto toimii koulupäivien ja koulun lukuvuoden aikana. Terveystarkastaja on pääsääntöisesti tavattavissa koululla ja koulun koosta riippuu se, miten usein kouluterveydenhoitaja on tavattavissa koululla. Suosituksen mukaan yhdellä kokopäivätoimisesti kouluterveydenhuollossa työskentelevällä terveydenhoitajalla olisi vastuullaan noin 600 oppilasta. Mitoituksessa on ohjeistettu kuntia myös siten, että jos terveydenhoitaja tekee kouluterveydenhuollon lisäksi muuta työtä, oppilaita olisi korkeintaan 140 päivässä. Koululääkärillä, joka tekee kouluterveydenhuoltoa kokopäivätoimisesti, pitäisi olla vastuullaan korkeintaan 2 100 koululaista. Jos lääkäri toimii kouluterveydenhuollossa osa-aikaisesti, hänellä saisi olla vastuullaan korkeintaan 500 koululaista yhtä työpäivää kohden.

Kouluterveydenhoitajan työ koostuu vuosittaisista terveystarkastuksista, erilaisista seulontatutkimuksista, rokotuksista, sairaanhoidosta ja koulutapaturmien hoidosta sekä terveystarkastuksesta yksilöllisesti ja erilaisissa ryhmissä. Kouluterveydenhuollossa kiinnitetään kasvun ja kehityksen seurannan ohella huomiota terveellisiin elintapoihin, kuten ravitsemukseen, liikuntaan, lepoon, ihon hoitoon ja seksuaaliterveyteen.

Terveystarkastuksista 1., 5. ja 8. luokan tarkastus on niin sanottu laaja terveystarkastus, johon osallistuvat sekä terveydenhoitaja että lääkäri. Laaja terveystarkastus pitää sisällään koko perheen hyvinvoinnin tarkastelun, ja siihen kutsutaan mukaan myös oppilaan vanhemmat. Laajat terveystarkastukset tukevat omalta osaltaan oppilaan koulussa selviytymistä, ja ne toteutetaan yhteistyössä oppilashuoltohenkilöstön kanssa.

Kouluterveydenhuollosta vastaa kouluterveydenhoitaja, ja hän on koulussa tai oppilaitoksessa useammin tavattavissa kuin koululääkäri. Lääkäri osallistuu laajoihin terveystarkastuksiin ja ottaa vastaan oppilaat, jotka terveydenhoitaja on arvioinut lääkärin konsultaatiota tarvitseviksi. Koululääkäri vastaa pääosin läheteiden tekemisestä paikallisen käytännön mukaisesti esimerkiksi lastenlääkärille tai silmälääkärille.

Kouluikäisten terveyden edistäminen

Koulussa terveyden edistämisen pitää olla tavoitteellista, suunnitelmallista, jatkuvaa ja parhaaseen olemassa olevaan näyttöön perustuvaa. Näyttöön perustuvalla toiminnalla terveydenhuollossa tarkoitetaan toimintaa, joka perustuu teoriaan, kliiniseen asiantuntijuuteen ja jossa keskeistä on yksittäisen asiakkaan tai asiakasyhteisön näkökulman huomioon ottaminen. Koulussa terveyden edistämisen on kohdennuttava niin yksittäiseen koululaiseen ja hänen perheeseensä kuin luokka- ja kouluyhteisöönkin.

Terveysneuvonta- tai ohjaus on keskeinen terveyden edistämisen menetelmä, jolla pyritään tukemaan koululaisen voimaantumista oman ja muiden terveyden ylläpitämiseen ja hoitamiseen. On tärkeää tukea koululaista ymmärtämään terveyden merkitys ja tukea häntä terveellisten valintojen tekemisessä. Terveyden edistämiseen liittyy myös se, että koululainen oppii tunnistamaan mahdollisia terveyttä uhkaavia tai terveysongelmaan viittaavia tekijöitä mahdollisimman varhaisessa vaiheessa ja osaa tarvittaessa hakea apua. Tiivistettynä voidaan todeta, että konkreettisena tavoitteena on pyrkiä tukemaan koululaisen tietoja, taitoja, asenteita ja käyttäytymistä siten, että hän kykenee tekemään terveyden kannalta edullisia valintoja.

Kouluterveydenhuollossa keskeisiä terveyden edistämisen aihealueita ovat itsehoitovalmiudet ja omasta terveydestä huolehtiminen, terveelliseen ravintoon ja liikuntaan liittyvät aiheet, oman kasvun ja kehityksen ymmärtäminen. Lisäksi tärkeää on tuki murrosikään liittyvissä kysymyksissä, kavereihin ja ihmissuhteisiin liittyvät aihealueet, liikenneturvallisuus sekä päihdekasvatus ja mielenterveyden edistämiseen liittyvät kysymykset. Kouluterveydenhuollolla on asetuksen mukaiset velvollisuudet kouluikäisten ja heidän perheidensä terveyden edistämiseen, mutta terveyden edistäminen velvoittaa myös kaikkia muita koulussa toimivia tahoja, ja se tulee huomioida esimerkiksi opetuksessa ja koulun jokapäiväisessä toiminnassa.

Kouluyhteisön ja -ympäristön terveys ja turvallisuus

Lasten ja nuorten ympäristöllä, perheellä, kaveripiirillä, luokka- ja kouluyhteisöllä on olennainen vaikutus terveyteen ja hyvinvointiin. Kouluterveydenhuolto on perinteisesti kohdistanut terveyden edistämiseen liittyvät toimet yksilöihin, mutta viime vuosina suuntaus on yhä enenevässä määrin suunnattu yhteisöihin. Koulun merkitys lapsen ja nuoren terveydelle on suuri. Tilanteissa, joissa elinolot tai perhetilanne eivät ole terveyttä tukevia, saattaa hyvä koulu tukea lapsen ja nuoren kasvua ja kehitystä myönteiseen suuntaan. Kouluympäristö ja -yhteisö voivat toisaalta myös uhata koululaisen terveyttä ja hyvinvointia, vaikka lapsen lähtökohdat olisivatkin hyvät. Kouluyhteisön terveyden edistäminen näkyy tapahtumina, yhdessä tekemisessä, uudenalaisina terveysopetusmenetelminä, opetussuunnitelmien kehittämisenä, vanhempainiltoina ja monenlaisina muina toimintoina. Myönteiset oppimiskokemukset lisäävät koululaisen hyvinvointia, itsearvostusta ja pystyvyyden tunnetta.

Kouluterveydenhuollon on osallistuttava asiantuntijana kouluyhteisön ja -ympäristön terveellisyyden ja turvallisuuden tarkastamiseen. Se toteutetaan moniammatillisessa yhteistyössä oppilaitoksen, oppilaiden, terveystarkastajan, henkilöstön työterveyshuollon, työsuojeluhenkilöstön ja tarvittaessa muiden asiantuntijoiden kanssa. Tarkastuksessa todetut puutteet pitää kirjata ja puutteiden korjaamista on seurattava vuosittain.

Moniammatillinen yhteistyö ja oppilashuoltotyö

Kouluterveydenhoitaja ja koululääkäri tekevät tiivistä yhteistyötä muiden kouluyhteisössä työskentelevien kanssa. Keskeisiä yhteistyötahoja ovat vanhempien lisäksi koulun opettajat, erityisopettaja, rehtori, koulupsykologi ja kuraattori. Yhteistyötä tehdään koulun arjessa, mutta myös erityisissä oppilashuollon yhteistyökokouksissa, joiden koolle kutsujana on yleensä koulun rehtori. Opettajat voivat keskittyä perustehtäväänsä eli opettamiseen, koska koulussa on ammattitaitoista tukea ja apua oppilaiden ongelmien niin vaatiessa.

Uusi opiskelija- ja oppilashuoltolaki tuli voimaan elokuussa 2014. Sen myötä tavoitteena on siirtää toiminnan painopistettä ennaltaehkäisevään suuntaan. Kun oppilaille ja opiskelijoille turvataan varhainen tuki, koulussa tai oppilaitoksessa voidaan tarjota matalan kynnyksen palveluita ja näin välttää raskaita ja kalliita toimenpiteitä. Oppilaalle on järjestettävä mahdollisuus keskustella henkilökohtaisesti oppilashuollon psykologin tai kuraattorin kanssa laissa säädetyssä määrääjässä. Laissa säädetään myös terveydenhoitajan ja lääkärin saavutettavuudesta sekä kuraattoreiden kelpoisuudesta. Koulutuksen järjestäjä vastaa siitä, että koulussa laaditaan oppilaitoskohtainen opiskeluhuoltosuunnitelma.

Kouluterveyskyselyllä tietoa koulun terveyden edistämiseen

Valtakunnallinen kouluterveyskysely on ollut Suomessa käytössä peruskouluissa vuodesta 1996 lähtien. Se toteutetaan peruskoulun 8. ja 9. luokan oppilaille sekä lukion ja ammatillisen koulun toisen vuoden opiskelijoille. Kouluterveyskyselyn toteutuksen koordinoimisesta vastaa Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Kysely toteutetaan joka toinen vuosi, ja siihen vastaa aina noin 200 000 nuorta. Kyselyyn vastataan koulupäivän aikana. Kyselyllä saadaan kattavaa tietoa nuorten terveydestä ja hyvinvoinnista, elinoloista ja koetusta terveydestä sekä oppilas- ja opiskelijahuollosta.

THL:n sivuilla julkaistaan kyselyssä valtakunnalliset, maakuntakohtaiset ja Aluehallintovirastoalueiden mukaiset tiedot. Näiden lisäksi kuntien on mahdollista saada maksua vastaan omaan käyttöönsä kunta- ja koulukohtaiset tulokset. Koulut ja oppilaitokset voivat käyttää kouluterveyskyselyn tuloksia kouluyhteisön hyvinvoinnin edistämiseksi, oppilas- ja opiskelijahuoltotyössä sekä terveystiedon opetuksessa.

paikallisia painopistealueita hyödyntäen. Kuntatasolla kouluterveyskyselyn tuloksia voidaan käyttää hyväksi esimerkiksi laadittaessa kunnan hyvinvointistrategiaa ja muita kuntakohtaisia suunnitelmia. Valtakunnallisesti kyselyn tuloksia käytetään toimintaohjelmien suunnittelussa, seurannassa ja arvioinnissa.

Suomalainen kouluterveydenhuolto esimerkkinä muualla Euroopassa

Turun ammattikorkeakoulu tekee paljon kansainvälistä yhteistyötä eri hankkeissa ja tutkimus-, kehittämis- ja innovaatiotoiminta (TKI-toiminta) lisääntyy koko ajan. Eräänä esimerkkinä kouluterveydenhuoltoon liittyvästä hankkeesta on yhteistyö Saksassa Potsdam–Brandenburg-alueen kouluterveydenhuoltojärjestelmän kehittämisessä.

Potsdam on Brandenburgin aluetta ja sijaitsee noin 30 kilometrin päässä Berliinistä. Brandenburgin alue on entistä Itä-Saksaa. Saksa muodostuu 16 alueesta, joilla jokaisella on pitkälti eri lainsäädäntö. Joitakin yhteisiä säädöksiä on, mutta esimerkiksi alakoulu voi joillain alueilla kestää neljä, toisilla kuusi vuotta. Myös opetussuunnitelmat ovat erilaiset eri puolilla Saksaa, ja jokaisella alueella on omat eri alojen ministeriönsä.

Saksassa ei ole samanlaista yhteneväistä kouluterveydenhuoltojärjestelmää, jollaiseen Suomessa olemme tottuneet. Saksalainen terveydenhuolto poikkeaa muiltakin osin suomalaisesta siten, että terveydenhuolto pohjautuu pitkälti yksityisen terveydenhuollon palvelujen käyttämiseen, eikä Saksassa ole yhtä kattavaa julkista terveydenhuoltoa kuin Suomessa. Myös sairaanhoitajan asema on Saksassa erilainen kuin Suomessa, eikä sairaanhoitaja työskentele Saksassa yhtä itsenäisesti kuin Suomessa.

Potsdam–Brandenburg-alueen kouluterveydenhuoltojärjestelmän kehittämisen alkuvaiheessa Turun ammattikorkeakoulusta oli asiantuntijoita esittelemässä suomalaista järjestelmää. Tämän jälkeen Saksasta tuli asiantuntijoita vastavierailulle Turkuun. Vieraille esiteltiin suomalaista terveydenhoitajakoulutusta ja kouluterveydenhuoltoon liittyviä opintoja sekä suomalaista koulutusjärjestelmää ja kouluterveydenhuoltoa.

Hankkeen aikana Potsdam–Bradenburgin alueen edustajat tutustuivat Suomen lisäksi myös puolalaiseen ja tanskalaiseen kouluterveydenhuoltojärjestelmään. Eri maista keräämänsä aineiston pohjalta he tuottivat suosituksen siitä, millaista järjestelmää Potsdam–Bradenburg-alueella tulisi kehittää. Lokakuussa 2014 Potsdamin päätösseminaariin osallistui ministeriöiden edustajia Bradenburghin alueilta, koulutuksen edustajia, paikallisen sairaanhoitajaliiton edustajia ja hoitotyötä tekeviä sairaanhoitajia. Seminaarissa oli myös myös henkilöitä Frankfurtin alueelta, jossa on osoitettu mielenkiintoa kouluterveydenhuollon kehittämiseen.

Päätösseminaarissa esiteltyä suositusta kommentoیدessaan Turun ammattikorkeakoulun edustajat pyrkivät korostamaan terveyden edistämisen ja ennalta ehkäisevän työn merkitystä kouluterveydenhuollossa, sillä suomalaisen kouluterveydenhuollon keskeisenä tarkoituksena on terveyden edistäminen ja ongelmien ennaltaehkäisy, ei ensisijaisesti sairaanhoitopalvelujen tuottaminen. Yhteistyö saksalaisen kouluterveydenhuollon kehittämisessä jatkuu, ja suunnitelmissa on viedä suomalaista osaamista koululasten terveyden edistämisestä ja korkeatasoisesta kouluterveydenhuoltojärjestelmästä ja oppilashuollosta myös muualle Eurooppaan.

Lähteet

Hakulinen-Viitanen, T.; Hietanen-Peltola, M.; Hastrup, A.; Wallin, M. & Pelkonen, M. 2012. Laaja terveystarkastus. Ohjeistus äitiys- ja lastenneuvolatoimintaan sekä kouluterveydenhuoltoon. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Kouluterveydenhuollon laatusuositus 2004. Oppaita 8. Helsinki: STM ja Suomen Kuntaliitto.

Kouluterveydenhuolto 2002. Opas kouluterveydenhuollolle, peruskouluille ja kunnille. Oppaita 51. Helsinki: Stakes.

Kouluterveyskysely 2014. Viitattu 21.11.2014 <http://info.stakes.fi/kouluterveyskysely/FI/index.htm>.

Oppilas- ja opiskelijahuoltolaki 30.12.2013/1287.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014. Kouluterveydenhuolto. Kasvun kumppanit. Viitattu 21.11.2014 <http://www.thl.fi/fi/web/lapset-nuoret-ja-perheet>.

Valtioneuvoston asetus neuvolatoiminnasta, koulu ja opiskelijaterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta 6.4.2011/338.

Mielenterveyden edistäminen ja sen häiriöiden ennaltaehkäisy

Mari Lahti

TtT, päätoiminen tuntiopettaja

Turun ammattikorkeakoulu

Terveyden edistäminen on nykypäivän terveydenhuollon kasvava alue. Mielenterveyden edistäminen ja mielenterveyden häiriöiden ennaltaehkäisy kuuluvat olennaisesti terveyden edistämiseen. Se viittaa terveyteen ja siihen liittyviin määrääviin tekijöihin, kun taas mielenterveyden häiriöiden ennaltaehkäisy viittaa sairauteen ja sairauden ennaltaehkäisyyn. Mielenterveystyöhön ja mielenterveyshoitotyöhön kuuluu osana sekä mielenterveyden laaja-alainen edistäminen että mielenterveyden häiriöiden ehkäisy, hoito ja kuntoutus.

Mielenterveys on ihmisen kokemaa voimavaraa ja sen määrä vaihtelee eri elämäntilanteissa. Tämä voimavara auttaa ihmisiä toimimaan elämän normaaleissa stressitilanteissa ja työskentelemään yhteisön jäsenenä. Mielenterveyden häiriöt heikentävät ihmisen kokemaa elämänlaatua ja hyvinvointia monella eri osa-alueella. Tästä aiheutuvat haitat on koettu merkittävinä niin yksilölle kuin yhteiskunnallekin.

Mielenterveyden häiriöt, esiintyvyys ja palvelut

Mielenterveyden häiriöiden elämänlaatua heikentävät vaikutukset ovat verrattavissa vakavien somaattisten sairauksien vaikutuksiin. Inhimillisen kärsimyksen lisäksi häiriöt aiheuttavat merkittävän yhteiskunnallisen rasitteen. On arvioitu, että maailmanlaajuisesti noin 38 prosenttia aikuisväestöstä kärsii vuosittain mielenterveydenhäiriöistä. Niiden esiintyvyydessä ei ole ollut muutosta viimeisten vuosien aikana. Mielenterveys- ja päihdehäiriöiden kokonaiskustannukset ovat miljardeja euroja vuosittain.

Kolme yleisintä mielenterveyden häiriötä eri ikäryhmissä on ahdistuneisuushäiriöt, masennus ja unettomuus. Suomessa psykiatrisessa sairaalahoidossa olevien yleisimmät mielenterveyden ongelmat ovat skitsofrenia, masennus ja kaksisuuntainen mielialahäiriö. Suomessa 160 000 ihmistä käytti erikoissairaanhoidon mielenterveyspalveluita vuonna 2011. Samaan aikaan erikoissairaanhoidon psykiatrian palveluissa oli 1,4 miljoonaa hoitopäivää ja yli 40 000 hoitopakettia. Näistä hoitopaketeista 22 prosenttia oli vastentahtoisia hoitoon määräämisinä. Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen Terveysten 2000 -tutkimuksen mukaan 20–25 prosentilla Suomen väestöstä on psyykkisiä oireita.

Suomessa mielenterveyden palvelut kuuluvat kuntien järjestämään terveydenhuoltoon. Perus- ja erikoissairaanhoidossa on omat mielenterveyspalvelunsa. Kunnat järjestävät ennaltaehkäiseviä mielenterveyspalveluita. Suuntaus on ollut jo pitkään siirtyä erikoissairaanhoidon palveluista perusterveydenhuollon palveluihin ja yhä enemmän kohti avopalveluita sairaalan sijaan. Tämä sama suuntaus on myös nähtävissä maailmalla.

Suomessa ja myös muualla Euroopassa on ollut jo pitkään menossa rakenneuudistus psykiatrian sairaalahoidossa. Tavoitteena on ollut vähentää sairaansijoja ja tuottaa palveluita enenevissä määrin avopalveluiden parissa. Mielenterveyden edistäminen ja mielenterveyden häiriöiden ennaltaehkäisy onkin tärkeää tässä muutoksessa. Perusterveydenhuollon mielenterveyspalvelut toteutuvat useiden eri tahojen välisenä yhteistyönä. Mukana ovat esimerkiksi päivähoito, koulut, neuvolat, kotipalvelu, poliisi ja erikoissairaanhoido. Onnistuakseen mielenterveyden edistäminen vaatii hyvää eri sektorien rajoja ylittävää yhteistyötä. Tehokas mielenterveyden häiriöitä ennaltaehkäisevä toiminta vaatii kuitenkin erikoissairaanhoidon asiantuntemuksen ja osaamisen hyödyntämisen.

Mielenterveyden edistämisen ja sen häiriöiden ehkäisyn käsitteet

Maailman terveysjärjestö (WHO) kuvaa mielenterveyttä tilana, jossa ihminen ymmärtää omat kykynsä, pystyy toimimaan normaaleissa stressitilanteissa ja työskentelemään tuottavasti tai tuloksellisesti sekä olemaan yhteisönsä jäsen. Terveys taas kuvataan tilana ilman tauteja ja toiminnan häiriöitä. Terveys on WHO:n mukaan täydellisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila. Tätä määritelmää on kuitenkin kritisoitu, ja nykyään Maailman terveysjärjestön määrittelemä käsite terveydestä on laaja-alaisempi, ja se korostaa terveyden dynaamisuutta. Terveys nähdäänkin koko ajan muuttuvana tilana, johon vaikuttavat sairaudet ja fyysinen ja sosiaalinen elinympäristö, mutta ennen kaikkea ihmisen omat kokemukset ja hänen arvonsa ja asenteensa.

Mielenterveyden edistäminen ja mielenterveyden häiriöiden ennaltaehkäisy ovat toisiaan lähellä olevia käsitteitä ja usein myös niiden määrittelyssä ilmenee päällekkäisyyttä. Mielenterveyden edistämien viittaa terveyteen ja siihen liittyviin määrittäviin tekijöihin. Mielenterveyden häiriöiden ennaltaehkäisy viittaa taas sairauteen ja sairauden ennaltaehkäisyyn. Kuitenkin on tärkeää nähdä käsitteiden väliset eroavaisuudet, jotta terveyden edistämisen toiminnot voidaan suunnata ja kohdentaa oikein. Mielenterveyden edistämisen tavoitteena on edistää väestön psyykkistä hyvinvointia, kun taas mielenterveyden häiriöiden ehkäisyssä keskitytään mielenterveyden häiriöiden riskitekijöihin.

Perinteisesti terveyden edistämisessä jakoa on tehty primaari-, sekundaari- ja tertiääriprentioon sen mukaan, mihin sairauden vaiheeseen preventiiviset eli ennaltaehkäisevät interventiot eli väliintulot kohdistetaan. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan *primaari-preventiolla* tarkoitetaan mielenterveyden häiriöiden alttiuden vähentämistä vaikuttamalla vaaratekijöihin ja suojaavin tekijöihin. Mielenterveystyössä sairastavuuden ehkäisyllä on merkittävä rooli, ja se onkin noussut kiinnostuksen kohteeksi alan tutkimuskentällä viimeisen kymmenen vuoden aikana. Mielenterveystyössä toisiaan tukevat käsitteet ovat mielenterveyden edistäminen ja mielenterveyshäiriöiden ennaltaehkäisy. *Sekundaari-preventiolla* tarkoitetaan mielenterveyden häiriöiden varhaista havaitsemista ja hyvää hoitoa, jossa riskitekijöihin vaikuttamalla pyritään ehkäisemään sairauden paheneminen. *Tertiääri-preventiolla* tarkoitetaan mielenterveystyössä pitkäaikaishoitoa ja kuntouttamista sekä työ- ja toimintakyvyn ylläpitämistä. Mielenterveydenhäiriöiden ennaltaehkäisyn ja mielenterveyden edistämisen katsotaan sijoittuvan pääasiassa primaari-prention alueelle.

Mielenterveyden edistäminen ja mielenterveyden häiriöiden ennaltaehkäisy voidaan myös jakaa kolmeen ryhmään sen mukaan, mihin toimenpiteet kohdistetaan. *Väestökohtainen mielenterveyden häiriöiden ennaltaehkäisy* koskee määriteltyä väestöä kokonaisuudessaan. Tästä hyvänä esimerkkinä on mediassa toteutettava kampanja mielenterveyden häiriöihin liittyvän stigman, leimaantumisen vähentämiseksi. *Selektiivinen mielenterveyden häiriöiden ennaltaehkäisy* kohdistuu yksilöihin tai väestöryhmiin, joiden riski sairastua mielenterveyden häiriöihin on suurentunut. Tästä esimerkkinä ovat mielenterveys- ja päihdehäiriöistä kärsivien vanhempien lasten tukemiseksi kehitetyt interventiot. *Indikoitu ehkäisy* suunnataan korkean riskin henkilöihin, joilla on jo joitakin havaittavia oireita mielenterveyden häiriöstä, mutta jotka eivät täytä sairauden diagnostisia kriteereitä. Esimerkiksi psykoosin riskioireista kärsivien nuorten tunnistaminen ja hoitaminen mahdollisen psykoosin ennaltaehkäisemiseksi on tärkeää.

Mitä on mielenterveyden edistäminen?

Mielenterveystyö on yksi terveyden edistämisen osa-alue. Mielenterveyden edistäminen on kaikkea sellaista toimintaa, joka parantaa ihmisten elinympäristöä ja olosuhteita, ja siinä terveydenhuollon henkilöstöllä on suuri merkitys. Mielenterveyttä voidaan edistää arkissa tilanteissa, esimerkiksi ehkäisemällä koulukiusaamista, lieventämällä yksinäisyyttä tai parantamalla työolosuhteita. Mielen hyvinvointia ja terveyttä edistävät ihmiselle itselleen mielekäs toiminta, tyydyttävät sosiaaliset suhteet, taloudellinen turvallisuus ja terveelliset elämäntavat.

Mielenterveyden edistäminen sisältää laajan kirjon toimia, joita voidaan kohdistaa eri väestö- ja ikäryhmiin. Mielenterveyden edistämistä voidaan jaotella muun muassa elämänkaaren mukaan, ja erityisesti lapsiin ja nuoriin kohdistuva työ on tärkeää. Euroopan komissio on linjannut, että nuorten mielenterveyden edistämistä tulee jatkossa painottaa, jotta voidaan taata heidän tulevaisuuden hyvinvointinsa.

Mielenterveyden edistämisen erilaisia interventioita voidaan jaotella universaaliin, selektiiviseen sekä kohdennettuun preventioon, ja ne on usein kohdistettu eri ikäryhmiin. Nämä eri jaottelut voivat kuitenkin olla päällekkäisiä. Mielenterveyden edistämisen interventioita voidaan myös tarkastella elämänhallintaan liittyvien interventioiden, stressin käsittelyn ja ennaltaehkäisevän konsultaation sekä positiivisen psykoterapian näkökulmasta. Maailman terveysjärjestön mukaan mielenterveyden edistämistä voidaan jaotella Ottawan mallin mukaisesti. Siinä huomioidaan terveystieteelliset kysymykset, kannustavien ympäristöjen luominen, yhteisön toimintojen tukeminen, henkilökohtaisten taitojen kehittäminen ja toimivat terveyspalvelut.

Suomessa on viime vuosina ollut yhteiskunnallisessa keskustelussa ja päätöksenteossa näkyvillä useita mielenterveyden edistämiseen ja mielenterveyden häiriöiden ennaltaehkäisyyn keskittyviä hankkeita, projekteja, tutkimushankkeita ja poliittisia ohjelmia. Samoin Euroopan unioni on linjannut tärkeäksi asiaksi mielenterveyden edistämisen ja nostanut sen teemaa erityisesti esille eurooppalaisessa päätöksenteossa. Maailman terveysjärjestön ohjelmissa mielenterveyden edistäminen ja mielenterveyden häiriöiden ennaltaehkäisy nousivat voimakkaasti esiin jo 1980-luvulla, minä jälkeen ne ovat olleet kasvavan tieteellisen tutkimuksen kohteena.

Mielenterveyteen vaikuttavia suojaavia ja riskitekijöitä on tutkittu niin kansallisesti kuin kansainvälisestikin. Jotta edistävä ja ennaltaehkäisevä mielenterveystyö onnistuisi, useampaan tekijään on puututtava samanaikaisesti. Yksilön mielenterveyteen vaikuttavat suuresti ympäristöön ja yhteiskuntaan liittyvät tekijät. Samoin yksilöön ja lähisuhteisiin liittyvät tekijät vaikuttavat voimakkaasti yksilön mielenterveyteen. On näyttöä siitä, miten nämä mielenterveyttä suojaavat tekijät vaikuttavat yksilön mielenterveyden lisäksi myös fyysiseen toimintakykyyn. Pohjoismaissa mielenterveyskuntoutujilla on muuhun väestöön verrattuna noin 15 vuotta alentunut eliniän odote.

Mielenterveyden edistämisen viitekehys

Mielenterveyden edistämisen tavoitteena on keskittyä kolmeen ratkaisevaan tekijään mielenterveyden edistämisessä, identifioida erilaiset kohderyhmät, ja asettaa heille terveyden edistämisen toimintoja. Tarpeen on myös määritellä odotetut hyödyt ja pitkän aikavälin hyödyt. Mielenterveys korostuu kaikissa ihmisryhmissä. On kuitenkin todettu, että heikossa sosioekonomisessa asemassa olevilla ihmisillä on enemmän mielenterveyden ongelmia.

Yhteiskunnan poliittinen päätöksenteko, tutkimustoiminta ja käytännön työ mielenterveyden parissa toteutuvat usein eri organisaatioissa ja näillä on vain vähän tekemistä toistensa kanssa. Jotta voidaan tehokkaasti ja vaikuttavasti edistää yksittäisten ihmisten mielenterveyttä ja ennaltaehkäistä mielenterveyden häiriöitä, näiden tahojen yhteistyön on monipuolistuttava ja tarkennuttava. Pitkän aikavälin mielenterveyden edistämisen suunnittelu, implementointi ja investoinnit tuleekin huomioida eri tahoilla. Tavoitteisiin päästäkseen mielenterveyden edistäminen ja mielenterveyden häiriöiden ennaltaehkäisy vaatii usean toimijan saumattoman yhteistyön. Mielenterveyden edistämisen yhtenä tavoitteena onkin terveyserojen minimointi ja epätasa-arvoisuuden vähentäminen.

Mielenterveyden edistäminen tutkimusten valossa

Tällä hetkellä järjestetään hyvin monenlaisia mielenterveyden edistämisen ohjelmia ja koulutuksia. Mielenterveyden edistämisen ohjelmat voivat keskittyä lapsiin, nuoriin, aikuisiin, työssäkäyviin ja ikääntyviin. Samoin eri mielenterveyden edistämisen ohjelmat ovat laajuudeltaan ja toteutustavaltaan hyvin erilaisia.

Lapsiin ja nuoriin suunnattu mielenterveyden edistäminen ja mielenterveyden häiriöiden ehkäisy on hyvin tärkeää, vaikkakin tämän ikäryhmän terveyden edistämisen on todettu sisältävän myös monia haasteita. Näitä ovat muun muassa päihitteet, terveet elämäntavat ja itsetuntemuksen kehittyminen. Aikuiset ja työssäkäyvät muodostavat suurimman ikäryhmän, ja he ovatkin usein myös itse mukana mielenterveyden edistämisessä. Mielenterveyden häiriöiden esiintyvyys aikuisväestössä näyttäytyy suuresti myös taloudellisena menetyksenä, kun työkyvyttömyys ja sairauspoissaolot ovat lisääntyneet mielenterveyden häiriöiden takia. Suomessa erityisesti ikääntyvien parissa näkyy suurten ikäryhmien vanheneminen. Toisaalta tutkimusten mukaan esimerkiksi masennusta havaitaan ikääntyvillä vähemmän kuin työikäisillä. Erityisesti erilaiset sosiaaliset aktiviteetit auttavat ikääntyviä kohentamaan koettua mielenterveyttä samoin myös pidempiaikaiset interventiot.

Tutkimusten mukaan mielenterveyden edistämisessä saavutetaan hyviä tuloksia muun muassa fyysisessä toimintakyvyssä, kunnon kohentumisessa, mielialassa, elämänlaadussa sekä itsetuntemuksen kohentumisessa. Kuitenkin terveyden edistämisessä mielenterveystyössä on havaittu olevan muutamia estäviä tekijöitä, kuten potilaan heikko psyykkinen tila, voimakas mielenterveyslääkitys, tuen puute ja stigma. Erityisesti vakavista mielenterveyden häiriöistä kärsivät kokevat haasteelliseksi osallistua terveyttä edistäviin toimintoihin juuri mielenterveyden häiriön vuoksi. He kokevat oireet, hoidon ja lääkityksen usein estävän heitä osallistumasta. Vakavaa mielenterveyden häiriötä sairastavat kokevat, että kannustaminen ja hoitajan läsnäolo helpottavat osallistumista terveyttä edistäviin toimintoihin.

Mielenterveyskuntoutujat kokevat pääsääntöisesti terveyden ja mielenterveyden edistämisen positiivisena asiana, mutta muutamia negatiivisia asioitakin he ovat raportoineet. He ovat kokeneet motivaation ja heikon fyysisen terveyden tilan olleen esteenä terveyden edistämisen tai mielenterveyden edistämisen toimintoihin osallistumiselle. Myös heikko taloudellinen tilanne saattaa vaikuttaa siihen, kuinka paljon mielenterveyskuntoutuja voi osallistua ja pystyy osallistumaan erilaisiin toimintoihin. Kuitenkin sekä hoitohenkilökunta että mielenterveysasiakkaat kokevat terveyden edistämisen tärkeäksi ja positiiviseksi.

Tutkimusten valossa tärkeäksi teemaksi on myös noussut keskustelu mielenterveyden edistämisen taloudellisista vaikutuksista. On ennustettu, että mielenterveyden häiriöiden hoitoon käytetyt rahat tulevat lähivuosina lisääntymään, ja siksi on tärkeää tutkia mielenterveyden edistämiseen ja mielenterveyden häiriöiden ennaltaehkäisyyn vaikuttavia ja taloudellisesti tehokkaita interventioita. Kansainvälisen tutkimuksen mukaan moni mielenterveyden edistämisen interventio on taloudellisesti kannattava ja tuottaa taloudellista hyötyä pitkään toteutumisensa jälkeenkin. Samoin useat mielenterveyden edistämisen interventiot ovat varsin edullisia toteuttaa, ja ne tulisi suunnata juuri riskiväestöön, jotta parhaat vaikutukset tulevat esille.

Lähteet

European Commission 2008. Improving the mental health of the population: Policy briefs. European communities. Luxemburg.

Happell, B.; Hoey, W. & Gaskin, C. 2012. Community mental health nurses, caseloads, and practices: a literature review. *International Journal of Mental Health Nursing* 21, 131–137.

Health Authorities 2009. Model core program paper. Mental health promotion and mental disorders prevention. Canada: Ministry of Healthy Living and Sports.

Huttunen, J. 2012. Mitä on terveys? Lääkärikirja. Helsinki: Duodecim.

Knapp, M; McDaid, D. & Parsonage, M. 2011. Mental health promotion and mental illness prevention: The economic case. Report published by the Department of Health, London, UK.

Laajasalo, T. & Pirkola, S. 2012. Ennen kuin on liian myöhäistä. Ehkäisevän mielenterveyshuollon toimivia käytäntöjä palvelujärjestelmän kehittäjille. Raportteja 47/2012. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus.

Min, J.-A.; Lee C.-U. & Lee, C. 2013. Mental health promotion and illness prevention: a challenge for psychiatrists. *Psychiatry Investing* 10, 307–316.

Owens, C.; Crone, D.; Kilgour, L. & Ansari, W. 2010. The place and promotion of wellbeing in mental health service: a qualitative investigation. *Journal of psychiatric and mental health nursing* 17, 1–8.

Rautiainen, H. & Pelanteri, S. 2013. Psykiatrinen erikoissairaanhoito 2011. Suomen virallinen tilasto 4/2013. ISSN 1798-0887. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus.

Roberts, S. & Bailey, J. 2011. Incentives and barriers to lifestyle interventions for people with severe mental illness: a narrative synthesis of quantitative, qualitative and mixed method studies. *Journal of Advanced Nursing* 67(4), 690–708.

Ruddick, F. 2013. Promoting mental health and wellbeing. *Nursing Standard* 27 (24), 35–39.

Stengård, E. 2011. Mielenterveyden edistämien. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Vainiola, T. & Vainikkala, S. 2011. Perusterveydenhuollon avohoitokäynnit terveyskeskuksissa 2010. Tilastoraportti 3/2011. Helsinki: Terveiden ja Hyvinvoinnin laitos.

Verhaeghe, N.; Maeseneer, J.; Maes, L.; van Heeringen, C. & Annemans, L. 2001. Perceptions of mental health nurses and patients about health promotion in mental health care: a literature review. *Journal of psychiatric and mental health nursing* 18, 487–492.

Vuorenkoski, L. & Wiili-Peltola, E. 2007. Merging primary and secondary care providers. National Institute for Health and Welfare. *Health Policy Monitor* 9, 1–6.

Vuorilehti, M.; Larri, T.; Kurki, M. & Hätönen, H. 2014. Uudistuva mielenterveystyö. Porvoo: Fioca.

Maahanmuuttaja- perheiden vanhemmuuden tukeminen

Anna Ollila

Terveystenhoitaja (AMK)

Salla-Maria Puro

Terveystenhoitaja (AMK)

Kristiina Viljanen

THL, yliopettaja

Turun ammattikorkeakoulu

Maahanmuuton seurauksena Suomen etniset vähemmistöt ovat yleistyneet. Niiden terveyttä uhkaa muun muassa yhteisen kielen puuttuminen. Jokaiselle asiakkaalle on terveydenhuoltolain nojalla tarjottava saman tasoista ja kattavaa hoitoa, jossa asiakas tulee kuulluksi ja ymmärretyksi. Tämä vaatii terveydenhuollolta uusia innovaatioita. Maahanmuuttaja-asiakkaille tarkoitetun neuvonnan yksinkertaistaminen on tarpeen. Se onnistuu muun muassa käyttämällä selkokieltä ja havainnollistamalla ohjeita esimerkiksi kuvien avulla. Tämä kehittämissyö on tärkeää, sillä ilman yhteistä ymmärrystä tiedon jakaminen on hankalaa.

Suomen väestö on muuttunut globalisoitumisen myötä yhä monikulttuurisemmaksi. Tällä hetkellä koko väestöstä yli viisi prosenttia on ulkomaalaistaustaisia ja muuta kuin suomea äidinkielenään puhuvien ihmisten määrän uskotaan moninkertaistuvan vuoteen 2025 mennessä. Erityisesti hedelmällisessä iässä olevista kansalaisista on suuri osa maahanmuuttajia.

Maahanmuuton seurauksena Suomen etnisten vähemmistöjen määrä on yleistynyt. Etnisten vähemmistöjen terveydelle uhkaa luo muun muassa yhteisen kielen puuttuminen. Maahanmuuttajien määrän kasvu asettaa terveydenhuollon uusien haasteiden eteen. Jokaiselle asiakkaalle tulee terveydenhuoltolain nojalla tarjota saman tasoista ja kattavaa hoitoa, jossa asiakas tulee kuulluksi ja ymmärretyksi. Tämä vaatii terveydenhuollolta uusia innovaatioita, jotta maahanmuuttaja-asiakkaille pystytään tarjoamaan kantaväestön kanssa tasavertaisia palveluita.

Suomessa vallitsevat terveyserot eri väestöryhmien välillä ovat merkittäviä, minkä seurauksena terveydenhuollossa erityishuomio tulisikin kiinnittää erilaisiin kohdennettuihin terveysviestinnän ja -neuvonnan keinoihin. Maahanmuuttaja-asiakkaille neuvonnan yksinkertaistaminen on tarpeen. Sitä voidaan yksinkertaistaa muun muassa käyttämällä selkokieltä ja havainnollistamalla ohjeita esimerkiksi kuvien avulla.

Turun ammattikorkeakoulu käynnisti vuonna 2011 *Terveesti tulevaisuuteen* -hankkeen yhteistyössä Turun kaupungin hyvinvointitoimialan kanssa. Sen tavoitteena on eri väestöryhmien terveyden edistäminen, ja sen aikana on tuotettu muun muassa lapsiperheille suunnattuja, vanhemmuutta ja varhaista vuorovaikutusta tukevia terveyskasvatusmateriaaleja myös maahanmuuttajaperheille. Aineistojen tarkoituksena on toimia puheeksi oton välineinä sekä tukea terveydenhoitajan ja asiakkaan välistä kommunikointia.

Maahanmuuttajaperheet terveydenhuollon asiakkaina

Maahanmuuttajaperhe määritellään sellaiseksi lapsiperheeksi, jossa toinen tai molemmat vanhemmista ovat ulkomaan kansalaisia. Tällä hetkellä noin kahdeksan prosenttia Suomen perheistä on ulkomaalaistaustaisia.

Maahanmuuttajien määrä Suomessa kasvaa jatkuvasti, joten maahanmuuttajia on myös äitiys- ja lastenneuvoloiden asiakkaina yhä enemmän. Neuvolat ovatkin avainasemassa väestön terveyden edistämisessä, sillä niissä pystytään vaikuttamaan koko perheen hyvinvointiin ja terveystottumuksiin varhaisessa vaiheessa. Tavoitteena on huomata perheiden tuen tarve mahdollisimman aikaisin, jotta ongelmia voidaan ehkäistä jo ennen niiden syntymistä. Erityisesti vanhemmuuden tukeminen sen kaikilla osa-alueilla on erityisen tärkeää, sillä lapsen varhaisilla elinolosuhteilla on vaikutuksia pitkälle tulevaisuuteen.

Suomessa neuvolapalveluiden piiriin hakeutuu suurin osa lapsiperheistä jo raskausaikana. Tämän vuoksi myös maahanmuuttajaperheiden terveyden edistäminen on otollista neuvolapalveluissa. Maahanmuuttajat kokevat neuvolat luotettaviksi ja turvallisiksi paikoiksi keskustella arkaluontoisistakin asioista. Suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä poikkeaa selvästi useimpien maahanmuuttajien entisten kotimaiden järjestelmistä. Sairauskäsitketykset ovat hyvin erilaisia, eikä monen maahanmuuttajan kulttuurissa ole soveliaista puhua esimerkiksi seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvistä asioista perheen ulkopuolella. Myös tunteista puhuminen koetaan vaikeaksi, ja erityisesti negatiivisten tunteiden esiintuominen vaatii hyvää luottamussuhdetta hoitajan ja asiakkaan välillä.

Selkokielistä helpotusta kommunikointiin

Maahanmuuttajat kokevat suurimmaksi ongelmaksi yhteisen kielen puuttumisen asioidessaan terveydenhuollon asiakkaina. Kielivaikeudet lisäävät muun muassa väärinymmärryksiä ja vaikeuttavat luottamussuhteen syntymistä. Myös suuri osa lastenneuvolan hoitajista raportoi kokeneensa vaikeaksi asioinnin sellaisten vanhempien ja lasten kanssa, jotka ovat kotoisin toisesta maasta. Hoitajien kokemat haasteet asiakastyössä liittyvät pääsääntöisesti kommunikaatiovaikeuksiin. Yhteisen kielen puuttumisen koetaan haittaavan molemminpuolista ymmärtämistä ja kommunikointia.

Terveydenhuollon ammattihenkilöillä on laillinen velvollisuus tarjota maahanmuuttaja-asiakkaille tulkkauspalvelua asiointia helpottamaan. Tulkin käyttöön liittyy kuitenkin myös haasteita. Suomessa etnisten vähemmistöjen piirit ovat vielä suhteellisen pienet, jolloin pelkona on, että tulkki ja asiakas tuntevat toisensa entuudestaan. Tällöin asiakas saattaa tuntea olonsa kiusalliseksi tulkin läsnä ollessa. Useat maahanmuuttajat myös kieltäytyvät tulkin käytöstä. Maahanmuuttajien englannin kielen taitokaan ei usein ole riittävä sujuvaan kommunikointiin. Englannin kielen käyttö asioimiskielenä ei myöskään tue maahanmuuttajien suomen kielen opettelua ja suomalaiseen kulttuuriin kotouttamista.

Selkokieli tarkoittaa yleiskieltä luettavammin ja ymmärrettävämmin kirjoitettua kieltä ja yleiskielen mukauttamista. Sitä käytetään useista eri syistä johtuviin tarpeisiin ja sen tarve onkin kasvanut Suomessa nopeasti maahanmuuttajien määrän lisääntyessä. Lähestulkoon kaikkien maahanmuuttajien on koettu hyötyvän selkokielen käytöstä jossain vaiheessa maahanmuuttoprosessiaan. Selkokielisten julkaisujen kriteerit ovat tarkat. Kriteerit täytettyään selkokieliselle julkaisuille myönnetään Selkologo, joka takaa niiden selkokielisyyden.

Uusia työvälineitä terveydenhoitajien käyttöön

Turun ammattikorkeakoulun opinnäytetöinä on tuotettu erilaisia puheeksi oton välineitä, jotka tukevat terveydenhoitajien työtä ja helpottavat kommunikointia maahanmuuttaja-asiakkaiden kanssa. Opinnäytetyöt on toteutettu kaksivaiheisinä. Niiden ensimmäisessä vaiheessa tuotettiin materiaalia ohjauksen tueksi ja toisessa vaiheessa keskityttiin materiaalin toimivuuden arviointiin.

Esite synnytyksen jälkeisestä masennuksesta

Tunteista puhuminen on maahanmuuttajille erityisen vaikeaa perheen ulkopuolisen ihmisen kanssa. Raskausaikana ja synnytyksen jälkeen naisen on kuitenkin ensiarvoisen tärkeää pystyä kertomaan omista tunteistaan ja ajatuksistaan, sillä se on tunte-elämän kannalta naisen elämän mullistavinta aikaa. Myös negatiiviset tunteet ovat osa vanhemmaksi kasvamista.

Maahanmuuttajanaisilla on kantaväestöä suurempi riski sairastua synnytyksen jälkeiseen masennukseen. Riskiä lisäävät maahanmuuttostressi sekä taustalla olevat rankat fyysiset ja psyykkiset kokemukset. Sairastuminen vaikuttaa ratkaisevasti äidin ja lapsen väliseen varhaiseen vuorovaikutukseen ja voi lisätä lapsen riskiä sairastua mielenterveyden ongelmiin. Tämän vuoksi ongelman mahdollisimman varhainen tunnistaminen on ensiarvoisen tärkeää.

Aiempien tutkimusten pohjalta luotiin esite synnytyksen jälkeisestä masennuksesta sekä alakulosta, ns. baby blues -vaiheesta. Esitteen loppuun luotiin oirelista, josta maahanmuuttajaäidin on helppo valita omaa olotilaansa kuvaavat tuntemukset. Tarkoituksena on, että terveydenhoitajat voivat käyttää esitettä apuvälineenään työskennellessään maahanmuuttajien kanssa. Esite toimii kielimuurin murtajana sekä auttaa maahanmuuttajaäitiä pohtimaan omia tunteitaan, sillä se on helppo ottaa mukaan kotiin ja siihen voidaan palata uudelleen seuraavalla neuvolakäynnillä.

Esite otettiin käyttöön palautekyselyn jälkeen Turun kaupungin äitiys- ja lastenneuvoloissa. Sitä on ensisijaisesti tarkoitettu käyttämään maahanmuuttajaäitien kanssa, mutta se soveltuu käytettäväksi myös kantaväestöön kuuluvien äitien kanssa. Terveydenhoitajan on tarkoitettu ottaa esite ensimmäisen kerran käyttöön jo loppuraskauden aikana ja palata siihen uudelleen synnytyksen jälkeen sekä muulloinkin oman tarveharkintansa mukaan.

Imetysohjeistus imetysohjauksen tueksi

Maahanmuuttajien imetyskäytäntöjä on tutkittu paljon maailmanlaajuisesti. Köyhimmistä maista länsimaihin muuttaneilla imetyksen on todettu vähenevän merkittävästi. Lähes kaikissa maahanmuuttajaryhmissä suuntauksen on todettu olevan sama: kotimaassa usein yli kaksi vuotta imettäneet äidit siirtyvät uudessa kotimaassaan joko täydelliseen pulloruokintaan tai ainakin lyhentävät imetystään. Maahanmuuttajaäitien imetyksen tukeminen on terveydenhuollolle iso haaste. Imetys tukee monin eri tavoin sekä äidin että lapsen hyvinvointia ja terveyttä, joten maahanmuuttajien imetyskäytännöt eivät ole terveyden kannalta yhdenkään.

Imetyksen edistämiseksi yleistä tiedottamista on kehitettävä, väärää käsityksiä ehkäistävä sekä myönteisiä asenteita ja kokonaisvaltaista tukea lisättävä. Vanhemmat ovat toivoneet neuvolalta lähinnä imetyksen tiedollista tukea. Tietoa on toivottu muun muassa imetystekniikoista, maidonnoususta, rintamaidosta ja imetyksen hyödyistä.

Kaksivaiheisessa Turun ammattikorkeakoulussa toteutetussa opinnäytetyössä tuotettiin ensin kirjallinen imetysohjeistus, joka vastasi vanhempien toivomaan tarpeeseen ja keskittyi imetyksen eduista tiedottamiseen. Ohjeistuksen laatimisessa noudatettiin imetysohjauksen suosituksia, ja se sisälsi tietoa muun muassa maidonnoususta, imetyksen hyödyistä äidille ja lapselle sekä havainnollisti kuvien avulla oikeanlaisen imetysotteen ja erilaisia imetysasentoja. Myös täysimetus ja osittainen imetus avattiin käsitteinä tukemaan suomalaisia imetyssuosituksia.

Ohjeistusta koekäytettiin muutamassa Turun äitiys- ja lastenneuvolassa. Koekäytön pohjalta kerätyn palautteen mukaan ohjeistus on toimiva ja se soveltuu käytettäväksi niin maahanmuuttajaperheiden kuin kantaväestönkin suullisen imetysohjauksen tukena. Ohjeistus on tarkoitettu käytettäväksi ensikäynnin yhteydessä heti synnytyksen jälkeen, mutta sitä on mahdollista käyttää myös jo raskausajan neuvonnassa.

Lopuksi

Maahanmuuttajien määrä Suomessa on kasvussa ja globalisoitumisen myötä terveydenhuollon ammattilaiset kohtaavat työssään uusia, mielenkiintoisia haasteita. Maahanmuuttaja voi tulla uuteen kotimaahansa synnyinmaansa hyvin erilaisista oloista. Synnyinmaassa ei ole välttämättä ollut lainkaan neuvolatoimintaa, jolloin tiedot lapsen hoidosta ja terveydestä pohjautuvat lähinnä lähipiirin kokemuksiin ja uskomuksiin. Osa maahanmuuttajista saattaa olla myös lukutaidottomia. Uudessa kotimaassa on mahdollisuus edistää maahanmuuttajien terveyttä muun muassa ensiluokkaisen neuvolajärjestelmän avulla. Terveyserojen kaventamisen merkitys eri väestöryhmien välillä onkin tärkeää ja sen pitäisi painottua nimenomaan lasten terveyden edistämiseen, kun pyritään vaikuttamaan tulevaisuuden terveyserojen kaventamiseen.

Opinnäytetöiden pohjalta luotujen ohjeistusten tarkoituksena on pyrkiä yksinkertaistamaan ohjauksen antamista ja vastaanottamista, jolloin ohjeistusten käyttö saattaa edistää terveyserojen kaventumista. Aineiston kehittäminen on tärkeää, sillä ilman yhteistä ymmärrystä tiedon jakaminen on hankalaa. Tämä jättää maahanmuuttajat yhtenä yhteiskunnan väestörakenteen osana syrjään, mikä lisää terveyseroja. Terveellinen alkuperä elämälle takaa lapsille myös paremmat mahdollisuudet selviytyä tulevaisuudessa. Tästä syystä tasa-arvoinen informointi on ensiarvoisen tärkeää. Terveyserojen kaventaminen on merkittävä asia niin yksilölle kuin yhteiskunnallekin.

Monikulttuurisuuden lisääntyessä terveydenhuollon ammattilaisten pitäisi myös lisätä omaa ammatillista osaamistaan ja perehtyneisyyttään maahanmuuttajien erityispiirteistä terveydenhuollon asiakkaina. Yhteisen asioimiskielen puuttuminen ja tulkin käyttöön liittyvät ongelmat ovat neuvontatyössä yleisiä, joten uusien innovaatioiden kehittäminen ohjauksen tueksi on tarpeen. Selkokieli voi helpottaa maahanmuuttajille suunnattua ohjausta, mutta se ei välttämättä sovellu kaikille maahanmuuttajille, ja näin ollen erilaisille puheeksi ottamisen välineille on edelleen tarvetta.

Lähteet

Adjekughele, J. 2003. A reflection on Finnish maternity and child health clinics from the perspective of mothers from the African continent. Teoksessa Clarke, K. (toim.) Welfare research into marginal communities in Finland: Insider perspectives on health and social care. Tampere: University of Tampere, 31–73.

Aittokoski, M.; Huitti-Malka, R. & Salokoski, M. 2009. Imetyksen aika. Uusi suomalainen imetyskirja. Helsinki: ARC Books Oy.

Apter, D.; Eskola, M.-S.; Säävälä, M. & Kettu, N. 2009. Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Väestöliitto. Viitattu 3.3.2014 <http://vaestoliitto-fi-bin.directo.fi/@Bin/348092262549bd060261346293c2e98c/1393837987/application/pdf/906852/maahanmuuttajien%20seksuaaliterveys.pdf>.

Arffman, S. 2009. Ruoan valintaan vaikuttavat psyykkiset ja sosiaaliset tekijät. Teoksessa Arffman, S.; Partanen, R.; Peltonen, H. & Sinisalo, L. (toim.) Ravitsemus hoitotyössä. Helsinki: Edita Prima Oy.

Berlin, A. 2010. Cultural competence in primary child health care services – interaction between primary child health care nurses, parents of foreign origin and their children. Stockholm: Karolinska institutet.

Castaneda, A.; Rask, S.; Koponen, P.; Mölsä, M. & Koskinen, S. 2012. Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi – Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. THL raportti 61/2012. Helsinki: THL.

Eklöf, N. & Hupli, M. 2010. Tulkin käyttö maahanmuuttajan hoitotyössä. Sairaanhoitaja 6–7/2010, 58–60.

Hasunen, K.; Kalavainen, M.; Keinonen, H.; Lagström, H.; Lyytikäinen, A.; Nurttila, A.; Peltola, T. & Talvia, S. 2004. Lapsi, perhe ja ruoka. Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:11. Helsinki: Edita Prima Oy.

Heikkilä, L. 2011. Kulttuurisensitiivisyys palvelutuotannon haasteena. Viitattu 3.3.2014 http://www.sosiaalikallega.fi/uutiset/Heikkila_Lydia4.10.2011.pdf.

Hermanson, E. 2012. Synnyttäneiden äidin herkistyminen ja masennus. Duodecim Terveyskirjasto. Saatavissa myös http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=kot00207&p_teos=kot&p_osio=104&p_selaus=.

Higginbottom, G. M.; Morgan, M.; O'Mahony, J.; Chiu Y.; Kocay, D.; Alexandre, M.; Forgeron, J. & Young, M. 2013. Immigrant women's experiences of postpartum depression in Canada: a protocol for systematic review using a narrative synthesis. U.S. National Institutes of Health.

Howard, L.; Hoffbrand, S.; Henshaw, C.; Boath, L. & Bradley, E. 2005. Antidepressant prevention of postnatal depression (Review). The Cochrane Collaboration.

Kansanterveyslaki 28.1.1972/66.

Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. 2013. Äitiysneuvolaopas – Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Helsinki: Kansallinen äitiyshuollon asiantuntijaryhmä.

Koskinen, K. 2008. Imetysohjaus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Lukka, K. 2010. Maahanmuuttajien perhevalmennukselle tarvetta. Terveystieteitä 6/2010, 12–13.

STM 2013. Terveysthuolto Suomessa. Esitteitä 2/2013. Helsinki. Saatavissa myös http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=6511570&name=DLFE-26716.pdf.

Tervakangas, H.-M.; Franck, J. & Tuominen, R. 2012. Terveysthuoitajien näkemyksiä maahanmuuttajista äitiysthuvojen asiakkaina. Terveysthuoitaja 4–5/2012, 26–28.

THL 2009. Imetyksen edistäminen Suomessa. Toimintaohjelma 2009–2012. Raportti 32/2009. Imetysohjaus. Hoitotyön suositus. Viitattu 13.10.2013 <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/98969f64-05de-41d9-9aa6-7e34d8d6d6ba>.

THL 2014. Lastenhuvojan käsikirja. Terveysthuvo. Viitattu 10.2.2014 www.thl.fi > Lastenhuvojan käsikirja > Ohjeet ja tukimateriaalit > Terveysthuvo.

Tilastokeskus 2013. Ulkomaalaistaustaisia perheitä yhä enemmän. Viitattu 14.3.2014 http://www.stat.fi/tup/vl2010/art_2013-09-17_001.html.

Valtakunnallinen terveysthuvojan eettinen neuvottelukunta (ETENE) 2005. Monikulttuurisuus Suomen terveysthuvojan. ETENE-julkaisuja. Helsinki: Yliopistopaino. Saatavissa myös http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17162&name=DLFE-533.pdf.

Valtakunnallinen terveysthuvojan eettinen neuvottelukunta (ETENE) 2008. Terveysthuvojan edistämisen eettiset haasteet. ETENE-julkaisuja. Helsinki : Yliopistopaino. Saatavissa myös http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17135&name=DLFE-526.pdf.

Vertio, H. 2009. Terveysthuvojan periaatteet. Duodecim Terveysthuvo. Saatavissa myös http://www.terveysthuvo.fi/terveysthuvo/tk.koti?p_artikkeli=seh00146&p_haku=terveysthuvo.

Väestöliitto 2014. Maahanmuuttajien määrä. Viitattu 14.3.2014 http://www.vaestoliitto.fi/tieto_ja_tutkimus/vaestontutkimuslaitos/tilastoja-ja-linkkejä/tilastotietoa/maahanmuuttajat/maahanmuuttajien-maara/.

Wiking, E.; Sundquist, J. & Saleh-Stattn, N. 2013. Consultations between immigrant patients, their interpreters, and their general practitioners: Are they real meetings or just encounters? A qualitative study in primary health care. International journal of family medicine volume 2013. Saatavissa myös <http://www.hindawi.com/journals/ijfm/2013/794937/>.

Maahanmuuttaja- perheiden arki ja terveys

Ritva Laaksonen-Heikkilä

THL, lehtori

Turun ammattikorkeakoulu

Anu Puodinketo-Wahlsten

TtM, lehtori

Turun ammattikorkeakoulu

Suomessa maahanmuuttajien määrä on kasvanut viimeisen kahden vuosikymmenen aikana ja kulttuurinen moninaisuus on jo täälläkin arkipäivää. Yhä useampi ammattilainen tapaa työssään eri kulttuuri-taustaustaisia henkilöitä. Kohtaamiseen ei ole valmista reseptiä, vaan tärkeintä on kehittää omia vuorovaikutustaitoja ja hankkia tietoja kotoutumisprosessin vaikutuksesta. Sekä kansainvälisten että Suomessa tehtyjen tutkimusten mukaan maahanmuuttajat ovat terveydeltään hyvin heterogeeninen ryhmä. Terveimpiä ovat nuoret ja työperäiset maahanmuuttajat, sairaimpia traumatisoituneet ja lähtömaassaan kidutetut pakolaiset ja turvapaikanhakijat. Valtaväestön tavoin maahanmuuttajien sairastavuudessa todetut erot selittyvät pitkälti yleisesti terveyteen vaikuttavilla tekijöillä, kuten elinoloilla, sukupuolten välisillä eroilla, perheen rakenteella sekä sosiaalisen tuen ja verkostojen laadulla. Oma erityinen ryhmänsä ovat maahanmuuttajanaiset.

Uuteen kotimaahan – tietoa ja toimintaa

Suomen väestörakenne muuttuu nopeasti. Suurimman muutoksen aiheuttaa ulkomaalaistaustaisen väestön määrän kasvu. Vuonna 1990 Suomessa asui vakituisesti noin 26 000 ulkomaan kansalaista, mutta vuoden 2011 loppuun mennessä heitä oli noin 183 000 eli seitsenkertainen määrä, ja vuoden 2012 lopussa Suomessa asui 195 511 ulkomaan kansalaista, mikä on 3,6 prosenttia Suomen väestöstä. Ulkomaalaisestaustaisen väestön määrän ja väestöosuuden ennustetaan lähivuosikymmeninä kasvavan nopeasti. Suomeen muuttaa hyvin monenlaisia ihmisiä korkeasti koulutetuista kielitaitoisista luku- ja kirjoitustaidottomiin henkilöihin, työn takia muuttavista pakolaisiin ja turvapaikanhakijoihin. Tämä kehitys heijastuu myös Varsinais-Suomeen ja Turkuun. Suomessa ei ole yhtään kuntaa, jossa ei asu ulkomaalaisväestöä. Maahanmuuttajat jäävät useimmiten suuriin kuntiin. Vuonna 2012 Turussa oli 10 086 ulkomaan kansalaista. Yleisimmät kansallisuudet olivat Viro, Venäjä, Irak, Somalia ja Iran. Muun kielisiä eli äidinkielenään muuta kuin suomea tai ruotsia puhuvia asukkaita oli 15 609 eli 8,7 prosenttia väestöstä. Turussa puhutaan kaikkiaan yli sataa kieltä. Vuonna 2012 suurimmat yksittäiset kieliryhmät Turussa olivat venäjä, arabia, kurdi, viro, albania ja somali.

Maahanmuuttajien terveyspalvelujen kehittämisellä on kiire, sillä nykyinen palvelujärjestelmä ei tavoita kaikkia palveluja tarvitsevia. Tasa-arvoon tähtäävän yhteiskuntapolitiikan onnistumiseksi on tärkeää tunnistaa väestöryhmät, joiden terveys ja hyvinvointi ovat keskimääräistä heikommat. Lisäksi tulee selvittää, millä keinoilla tilannetta voidaan korjata. Työkykyiset maahanmuuttajat ovat tärkeitä taloudellisen ja sosiaalisen kestävyysvuoksi ikärakenteeltaan vanhenevassa suomalaisessa yhteiskunnassa. Tutkimusten mukaan valtaosa maahanmuuttajista viihtyy Suomessa hyvin ja haluaa asua täällä jatkossakin.

Vuonna 2012 Maahanmuuttovirasto teki 22 620 ensimmäistä oleskelulupaa koskevaa päätöstä. Eniten oleskelulupia myönnettiin perhesiteen, opiskelun sekä työnteon perusteella. Samana vuonna Maahanmuuttovirasto käsitteli 3 780 turvapaikkahakemusta.

Maahanmuuttajien kotouttaminen perustuu 1.9.2011 voimaan tulleeseen lakiin kotoutumisen edistämisestä (1386/2010). Lain tavoitteena on, että kaikki maahanmuuttajat saavat perustietoa suomalaisesta yhteiskunnasta ja ohjausta palveluista saadessaan oleskeluluvan tai rekisteröidessään oleskeluoikeutensa. Kunnat ovat vastuussa alueensa maahanmuuttajien kotoutumista edistävien perus- ja erityispalvelujen suunnittelusta, kehittämisestä ja järjestämisestä.

Viranomaisten ohella monet järjestöt tekevät erilaista kotouttamistyötä. Ne ovat tärkeitä etenkin perustiedon jakamisessa suomalaisesta yhteiskunnasta sekä palveluihin ohjaamisessa ja neuvonnassa. Kunnat ostavat järjestöiltä erilaisia palveluja, esimerkiksi tukiasuntoja ja turvakotipalveluja.

Terveys, hyvinvointi ja toiminta arjessa

Mä luulen, että se on se yksinäisyys, mikä on se kaikkein suurin ongelma. Että jos on, että ei ole mitään sairautta siellä takana, mikä sitten vaikuttaisi mieleen. Mutta yksinäisyys on semmoinen, mikä aiheuttaa ahdistuneisuutta ja semmoista pelkoa tätä muuta elämää kohtaan. Että sitten, jos ei osaa kieltä tai kun ei osaa kieltä, niin ei halua edes lähteä mihinkään, vaan istuu siellä. Ja erityisesti se koskee sitten tietenkin naisia, joilla on vaan ne omat lapset ja oma mies ja se oma perhe siinä, eikä mitään muuta. (Buchert. & Vuorento 2012)

Suomalaiseen yhteiskuntaan sopeutuminen edellyttää maahan muuttaneelta tälläisen ajatusmaailman ymmärtämistä ja osittain sen omaksumista. Hänen tulee oppia suomalaisen yhteiskunnan pelisäännöt, tutustua ihmisiin, luoda verkostoja sekä puhua suomea edetäkseen suomalaisessa työelämässä. On tärkeää, että Suomeen muuttaneet ihmiset ovat ylpeitä erilaisuudestaan ja samalla kunnioittavat suomalaisen yhteiskunnan kulttuuria ja sääntöjä.

Terveyskeskukseen, neuvolaan, päiväkotiin, kouluun ja sosiaalitoimistoon sekä erikoissairaanhoidon astuu sisään yhä useammin vieraskielisiä tai ulkomailla syntyneitä kuntalaisia. He tuovat mukanaan uudenlaisia tapoja, normeja, uskomuksia, arvostuksia ja elämänkokemuksia. Samanaikaisesti he kohtaavat monia haasteita yrittäessään ymmärtää suomalaista elämäntapaa ja toimintamalleja.

Kotoutuminen on moniulotteinen prosessi. Se on täynnä uusiin asioihin ja toimintatapoihin tutustumista sekä vanhan ja tutun jättämistä. Akkulturaatioasenne kuvaa yksilön asennetta kahden kulttuurin kanssa elämiseen. Asenne kuvaa sitä, kuinka paljon yksilö haluaa säilyttää omaa kulttuuriperinnettään ja identiteettiään sekä miten paljon hän haluaa olla aktiivisesti kontaktissa valtaväestöön. Kotoutuminen uuteen kulttuuriin on suhteessa lähtömaan ja tulomaan väliseen kulttuuriseen etäisyyteen.

Kaikille maahanmuuttajille on yhteistä se, että muutos on stressaava kokemus. Kaikki omaan arkeen tiiviisti liittyvät asiat, kuten oman yhteisön käyttämät toimintamallit, tavat ja elämänarvot, katoavat muuttajan ympäristöstä. Oman kulttuurin tutut tavat, normit ja arvot eivät uudessa asuinpaikassa ole valtaväestön kanssa jaettuja ja arkeen sidottuja asioita. Tavanomaiset arkiset askareet näyttävät vaativan erilaisia, itselle outoja toimintamalleja sekä käytäntöjä, ja tämä aiheuttaa maahanmuuttajan arjessa henkistä rasitetta.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiselle tilanne voi olla uudella tavalla haastava. Sopeutumista on totuttu pitämään tänne muuttaneiden tehtävänä. Sopeutumisprosessi on kuitenkin kaksisuuntainen: suomalaisen yhteiskunnan ja sen organisaatioiden on luotava toimintatapoja, jotka vastaavat uusien tulijoiden tarpeisiin. Terveystieteiden, sosiaalitoimen ja koulutuksen työntekijät arvioivat muualta Suomeen tulleiden perheiden hyvinvointia. Toimivan yhteistyön aikaansaamiseksi on tärkeää tiedostaa ja ottaa huomioon perheiden mahdollisesti erilaiset uskomukset ja tavat. Työntekijälle on huojentavaa, että kaikkia kulttuureita ei tarvitse tuntea. Myöskään liialliset yleistykset kulttuurisista tavoista eivät ole hyödyllisiä, sillä yksilölliset erot vanhemmuudessa ja perheen ajankohtainen elämäntilanne vaikuttavat aina hyvinvointiin ja arjen käytäntöihin.

Kulttuurin lisäksi maahanmuuttokokemus määrittelee myös sitä, millaisia vanhempia maahanmuuttajataustaiset vanhemmat ovat ja miten he lapsiaan hoitavat. Koko vanhemmuus, kuten raskaus, synnytys, vauvojen perushoiva sekä lasten kasvatusta, on yhteydessä laajemmin yhteisössä vallitseviin käsityksiin ja toimintatapoihin. Joissakin kulttuureissa vanhemmuus on valinta tai henkilökohtainen toive, jota voidaan suunnitella. Toisissa kulttuureissa se on luonnollinen osa elämää, johon ei voi vaikuttaa. Maailmanlaajuisesti on vaikea löytää yhtenäistä tapaa hoitaa tai kasvattaa lapsia. Kasvuympäristöjen vaatimukset poikkeavat eri puolilla maailmaa ja lasten kasvatusta on erilaista. Kulttuuriset erot lasten kasvatuksessa johtuvat vanhempien tekemistä valinnoista ja suunnitelmallisesta opettamisesta sekä tiedostamattomasta arvojen, tapojen ja uskomusten siirtämisestä.

Vaikka erilaisia vanhemmuususkomuksia ja -tapoja on paljon, niiden taustalla vaikuttaa aina niin kutsuttu kulttuurinen vanhemmuuden logiikka. Sen tarkoituksena on sosiaalistaa lapsia yhteisön jäseniksi ja tarjota heille sellaista kasvatusta, jonka avulla he selviävät elämässä ja joka edistää moraalisesti oikeana pidettyä kehitystä. Kulttuuriset erot ovat yhteydessä ympäristön vaatimuksiin ja resursseihin sekä yhteisön arvoihin ja uskomuksiin. Kotoutumisen haasteellisessa elämäntilanteessa vanhempien inhimilliset, sosiaaliset ja taloudelliset voimavarat vaikuttavat vahvasti siihen, miten tilanteesta selvitään ja miten vanhemmat tukevat lapsen ja nuoren hyvinvointia ja kotoutumista.

Maahanmuuttajissa on paljon yksinhuoltajaaiteja, kotona vuosia lasten kanssa olevia naisia ja ilman turvaverkkoa olevia puolisoja, joiden apeus ja kotiin vetäytyminen huolestuttavat. Maahanmuuttajanaisten fyysinen terveys on usein heikko. Heillä on paljon esimerkiksi selkäkipuja, jotka johtuvat liikunnan puutteesta ja huonosta kunnosta. Tällaisia huomioita tehtiin Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointitutkimuksessa (Maamu), jonka mukaan kurdi- ja venäläistaustaisten naisten koettu terveys oli selvästi huonompi kuin muiden tutkimuksessa mukana olleiden naisten terveys. Sen sijaan somaliaistaustaiset, etenkin miehet, kokivat terveytensä erityisen hyväksi. He olivat kaikkein tyytyväisimpiä myös elämänlaatuunsa. He olivat lähes poikkeuksetta tyytyväisiä päivittäisistä toimista selviytymiseensä, vaikka huomattava osa kertoi vaikeuksista pankissa tai muissa virastoissa asioimisessa ja internetin käytössä. Kaikissa maahanmuuttajataustaisissa ryhmissä miehet kokivat terveytensä huomattavasti paremmaksi kuin naiset ja sekä naisten että miesten koettu terveys heikkeni johdonmukaisesti iän mukana.

Maahanmuuttajataustaisilla terveyden edistämistoimia ja kuntoutusta tarvitaan lihavuuden ja toimintakykyrajoitteiden ehkäisemiseksi sekä vähäisen liikunnan ja mahdollisten ravitsemuspuutteiden korjaamiseksi. Kansantautien, erityisesti diabeteksen, ehkäisy ja hoidon kehittäminen on myös tärkeää.

Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimuksen mukaan venäläistaustaiset suoriutuivat fyysisen toimintakyvyn testeistä parhaiten, somalialaistaustaiset heikoiten. Kurditaustaisessa väestössä taas koetut näkö- ja kuulovaikeudet olivat erityisen yleisiä. Ylipainoisuus ja lihavuus olivat yleisiä erityisesti somalialais- ja kurditaustaisilla naisilla sekä kurditaustaisilla miehillä. Venäläistaustaisilla ylipainoisuus ja lihavuus olivat lähimpänä koko väestön tilannetta, lukuun ottamatta naisten vyötärölihavuutta, jota oli vähemmän venäläistaustaisilla naisilla. Diabetesta oli eniten somalialaistaustaisilla naisilla, kun taas kohonnutta verenpainetta oli yleisimmin venäläistaustaisilla. Venäläis- ja kurditaustaiset miehet tupakoivat yleisemmin ja naiset harvemmin kuin saman ikäinen kantaväestö. Somalialaistaustaiset eivät tupakoineet juuri lainkaan. Kannabista ilmoitti käyttäneensä 18–29-vuotiaista venäläistaustaisista erityisen moni, lähes 40 prosenttia. Alkoholin käyttö oli yleisintä ja runsainta venäläistaustaisilla miehillä. Somalialaistaustaisista erittäin harva söi päivittäin tuoreita kasviksia tai hedelmiä. Somalialais- ja kurditaustaiset harrastivat vähemmän liikuntaa kuin saman ikäinen kantaväestö.

Jos en tunne naisen omaa kulttuuria, kysyn mahdollisimman paljon, miltä hänestä tuntuu. Kyseleminen on tärkeää, vältän suoria neuvoja, samalla yritän saada selville mitä tilanne naiselle tarkoittaa. (Maahanmuuttajajärjestön työntekijä 14.11.2003)

Maahanmuuttajien kotoutumista pyritään tukemaan alkuvaiheen ohjauksella, neuvonnalla ja palveluilla. Pyrkimyksenä on kehittää joustavia uusia työmuotoja maahanmuuttajien ohjaukseen, neuvontaan sekä palveluista tiedottamiseen, tehostaa viiranomaisten välistä yhteistyötä sekä tukea yhdenvertaisuuden toteutumista palvelujärjestelmässä. On huolehdittava siitä, että julkiset palvelut soveltuvat maahanmuuttajille ja heidän erityistarpeisiinsa vastataan yksilöllisin palveluin. Tavoitteena on, että maahanmuuttajat käyttävät samoja perus- ja erityispalveluja kuin muu väestö.

Maahanmuuttajien ohjauksella ja neuvonnalla varmistetaan pääsy kotoutumista tukeviin palveluihin, nopeutetaan työllistymistä ja vähennetään koulutuspoluilta putoamista. Samalla vähennetään mahdollisesta syrjäytymisestä syntyviä ongelmia ja kustannuksia. Perhe on tärkeä kotoutumisessa, jossa korostetaan koko perheen toimivaan vuorovaikutuksesta sekä turvallisen ja eheän kasvuympäristön luomista lapsille. Neuvola ja varhaiskasvatus sekä perusopetus ja oppilashuoltopalvelut ovat lapsiperheiden tärkeimpiä palveluja.

Maahanmuuttajien terveys- ja hyvinvointitutkimuksen mukaan somalialais- ja kurditaustaiset käyttivät koko väestöä enemmän terveyskeskuksen lääkärivastaanoton palveluita. Näistä käynneistä merkittävä osuus oli päivystyskäyntejä. Kaikki tutkitut maahanmuuttajataustaiset ryhmät käyttivät koko väestöä vähemmän yksityislääkärin ja työterveyslääkärin palveluita sekä lääkärin määräämiä reseptilääkkeitä. Venäläistaustaisilla lääkärin palvelujen käyttö muualla kuin Suomessa oli yleistä. Hoidon saamisen esteistä yleisimpiä olivat jonotus hoitoon pääsemiseksi, liian korkeat hinnat ja kielivaikkeudet. Kuntoutuksen koettu tarve oli huomattavan yleistä erityisesti venäläis- ja kurditaustaisilla, joista joka viides kertoi tarvitsevänsä kuntoutusta.

Maahanmuuttajilla saattaa olla vaikeuksia ymmärtää palveluiden rakennetta ja toimintaa, jos ne eroavat paljon siitä, mihin he ovat tottuneet entisessä kotimaassaan. Ongelmia voivat tuottaa esimerkiksi perusterveydenhuollon portinvartijan roolin, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisen työnjaon, sairausvakuutusjärjestelmien sekä terveydenhuoltojärjestelmän byrokratian ymmärtäminen. Maahanmuuttajien puutteelliset tiedot palvelujärjestelmästä saattavat estää tarpeenmukaista palvelujen käyttöä ja vaikuttaa palvelujen kohdentumiseen, esimerkkinä tästä on päivystyskäyntien merkittävä osuus. Toisaalta terveydenhuollon puutteelliset tiedot maahanmuuttajista, heidän kulttuuritaustastaan ja erityistarpeistaan saattavat estää tarpeenmukaista palvelujen tarjontaa ja johtaa epätarkoituksenmukaiseen palvelujen käyttöön. Kielitaidon puutteet ja hankaluudet tulkin käytössä voivat myös vaikuttaa koetun palvelutarpeen sekä saadun ja tarjotun palvelun ristiriitaan.

Järjestöjen yleisin tehtävä on tukea maahanmuuttajia arjessa ja antaa tietoa palvelujärjestelmästä. Järjestöjen edustajien mukaan on yleistä, että maahanmuuttajien tiedot suomalaisesta yhteiskunnasta ovat hyvin vähäiset tai olemattomat. Järjestöissä oltiin myös sitä mieltä, että viranomaisilla on hyvin vähän aikaa yleiseen tiedottamiseen ja palveluohjaukseen. Käytännössä palveluohjaus oli asiakkaan tilanteen kartoittamista ja sen selvittämistä, miten asuminen ja toimeentulo on järjestetty.

Turun kaupungin maahanmuuttajien kotouttamisohjelmassa 2014–2017 korostetaan seuraavia strategisia painopisteitä:

- Kansainvälisyys ja monikulttuurisuus ovat Turun tärkeitä voimavaroja ja kaupungin elinvoiman kasvattajia.
- Hyvinvointi- ja terveyseroja kavennetaan ehkäisevällä työllä.
- Palveluita kohdennetaan erityisesti tarvitseville väestöryhmille ja alueille.
- Oman osaamisen kehittämiseen tarjotaan riittävät nykyaikaiset mahdollisuudet ja tuki.
- Maahanmuuttajien työvoimapotentiaalia hyödynnetään.
- Aktiiviseen elämäntapaan kannustetaan eri toimijaryhmien sekä eri toimialojen yhteistyönä.
- Monimuotoista kaupunkia vahvistetaan ja hyödynnetään erilaisuuden luoman rikkaus.
- Hyvinvointia ja terveyttä edistetään kaikessa kaupunkisuunnittelussa. Kaupunkiympäristö takaa terveellisen, turvallisen, esteettömän ja viihtyisän arjen sekä mahdollistaa monimuotoisen kaupunkikulttuurin ja aktiivisen elämisen.
- Kaupunki seuraa asuinalueiden kehitystä tiiviisti ja puuttuu erityisesti syrjäytymisvaarassa olevien alueiden tilanteen kohentamiseen aktiivisesti.

Turun kaupunki on kehittänyt osaamisen ja oppimisen, terveyden ja hyvinvoinnin sekä aktiivisuuden, osallisuuden ja vuorovaikutuksen osalta. Osaamisessa ja oppimisessa keskeistä on suomalaiseseen yhteiskuntaan tutustuminen, tieto palveluista, kulttuuritietoisuuden vahvistaminen ja tiedonvälitys. Terveyttä ja hyvinvointia edistettäessä tärkeää on tukea maahanmuuttajaa kotoutumisen alkuvaiheessa, kohdentaa sosiaali- ja terveyspalvelut hänen tarpeitansa vastaavasti sekä vahvistaa terveyttä tukevia olosuhteita. Toiminnassa olennaista on perhekeskeisyys, ryhmäohjauksen kehittäminen sekä sukupuolisensitiivisyys, esimerkiksi tyttöjen omaksi tilaksi perustetun Tyttöjen Talon toiminta sekä poikien ja miesten harrastustarpeisiin vastaaminen.

Turun kaupungin kehittämistoimenpiteet korostavat aktiivisuutta, osallisuutta ja vuorovaikutusta. Tällöin huomioidaan asiakkaan elämäntilanne palveluja suunniteltaessa ja toteutettaessa sekä pyritään kehittämään viestintää ja alueellista työtä. Kotoutumisen edistämiseksi on tärkeää vapaa-ajan palveluiden hyödyntäminen ja eri väestöryhmien välisen tuntemuksen ja luottamuksen parantaminen.

Terveydenhuollon eri tasoilla tarvitaan lisää osaamista maahanmuuttajien erityistarpeista ja lisää ymmärrystä eri maahanmuuttajaryhmien ja yksilöiden välisiin muun muassa kulttuuriin ja elämäkokemuksellisiin eroihin. Nämä vaikuttavat tapaan hakea palveluita ja ilmaista koettuja ongelmia ja tarpeita.

Entä tuleva – nykyhetkestä haasteisiin ja mahdollisuuksiin

Nyt mä olen sitte yksin ja omillani, oon todennäkösesti menettänyt oman kulttuurin läheisiä sosiaalisia suhteita ... Mistä mä rakennan uuden sen ympäristön? Miten mä asioin, taas uus kauppa ja uudet ihmiset ja uudet koulut ja kaikki?... mut kylhän sellanen uus alku on vähän kun syntyis aikuisena uuteen maailmaan. Et ei ole helppoa, mut kyllä ...on niitä naisia jotka selviytyy. (Maahanmuuttajanainen 18.3.2004)

Maahanmuuttajien terveyspalvelujen kehittämisellä on kiire, sillä nykyinen palvelujärjestelmä ei tavoita kuin osan palveluja tarvitsevista. Kotoutumisen, erityisesti kielitaidon ja joissakin ryhmissä myös luku- ja kirjoitustaidon tukemiseen ja parantamiseen on kiinnitettävä enemmän huomiota. Hyväksi koettu elämänlaatu ja luottamus suomalaiseen palvelujärjestelmään ovat vahvuuksia, jotka ovat hyviä lähtökohtia terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä. Maahanmuuttajien palvelujen kehittämisessä ja arjessa selviytymisessä on Turun ammattikorkeakoululla merkittävä rooli nyt ja tulevaisuuden hankkeiden, opetuksen ja koulutuksen näkökulmista.

Suomalaisten tuttavien ja ystävien saaminen ei ole helppoa edes suomalaisen kansa avoittuneelle maahanmuuttajanaishelle. Elämäntilanne voi vähentää kohtaamisia, joissa ystävyssuhteita voi syntyä. Matalan kynnyksen palveluissa maahanmuuttajilla on mahdollisuus tavata toisiaan ja verkostoitua, millä nähtiin olevan syrjäytymistä ehkäisevä vaikutus. Järjestöissä koettiin kuitenkin, että ne, jotka kaikkein eniten tarvitsevat apua, eivät tule järjestöjen avoimiin palveluihin. Heille pitää olla tarjolla räätälöityä tukea. Yhteiset ryhmätapaamiset auttavat luomaan suhteita sekä muista maista tulleisiin maahanmuuttajanaishiin että suomalaisnaishiin. Kumppanuus sopii maahanmuuttajien kotoutumisen edistämiseen. Se yhdistää erilaista asiantuntemusta kehittämällä viranomaisyhteistyötä sekä maahanmuuttajien viranomaisten ja kolmannen sektorin välistä yhteistyötä.

Muutto maasta toiseen voi tuoda erilaisuuden kokemuksen vahvasti esiin. Selvitäkseen uudessa asuinmaassa maahanmuuttaja joutuu opettelemaan uusia tapoja ja käytäntöjä, vaikka oma arvomaailma ei voi eikä sen tarvitsekaan muuttua nopeasti. Kotoutumisessa, integroitumisessa, on tärkeää säilyttää samaan aikaan arvostava yhteys omaan taustayhteisöön ja -kulttuuriin sekä toimia aktiivisesti uudessa asuinmaassa. Kulttuurisia eroja ei pidä ylikorostaa, silti ne on otettava huomioon.

Lähteet

Berry, J. W. 1989. Cultural relations in plural societies: alternatives to segregation and their sociopsychological implications. Teoksessa: Brewer, M. & Miller, N. (toim.) *Groups in Contact*. New York. Academic Press, 11–127.

Buchert, U. & Vuorento, M. 2012. Suomalaisten hyvinvointipalveluiden ammattilaisten näkemyksiä maahanmuuttajien ammatillisen ja mielenterveyskuntoutuksen haasteista ja ratkaisuista. Sosiaali- ja terveysturvan selosteita 81/2012. Helsinki: KELAN tutkimusosasto.

Castaneda, A. E.; Rask, S.; Koponen, P.; Mölsä, M. & Koskinen, S. (toim.) 2012. Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportteja 61/2012. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos.

Esiselvityshaastattelut, Monika-Naiset Liitto ry, 11.4.2012. Sosiaali- ja terveysturvalaitos, 17.4.2012.

Fågel, S.; Säävälä, M. & Salonen, U. 2012. WOMENTO. Naiset mentoroinnilla yhteisiin tavoitteisiin. Helsinki: Väestöliitto, SITRA.

Kyllönen-Saarnio, E. & Nurmi, R. 2005. Maahanmuuttajanaiset ja väkivalta. Opas sosiaali- ja terveysalan auttamistyöhön. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005:15. Sosiaali- ja terveysministeriö, Työministeriö, Monika-Naiset Liitto ry. Helsinki: Yliopistopaino.

Laki kotoutumisen edistämisestä 30.12.2010/1386.

Maahanmuuton vuosikatsaus 2012. Viitattu 5.11.2014 intermin.fi.

Alitolppa-Niitamo, A.; Fågel, S. & Säävälä, M. (toim) 2013. Olemme muuttaneet – ja kotoudumme. Maahanmuuttaneen kohtaaminen ammatillisessa työssä. Helsinki: Väestöliitto.

Pakaslahti, A. & Huttunen, M. (toim.) 2010. Kulttuurit ja lääketiede. Helsinki: Duodecim.

Salminen, K. 2012. Turun maahanmuuton kuva. Turun kaupunki, Kaupunkitutkimus- ja tietoyksikkö. Tutkimuskatsauksia 5/2012. Viitattu 27.2.2015 http://www.migrationinstitute.fi/files/pdf/tutkimushankkeet/22864_Tutkimuskatsauksia_52012.pdf.

Searight, H. R. 2003. Bosnian immigrants' perceptions of the United States health care system. A Qualitative interview study. *Journal of Immigrant Health* 2003; 5, 87–93.

Stewart, M.,; Anderson, J. & Beiser, M. 2008. Multicultural meanings of social support among immigrants and refugees. *International Migration* 2008; 46, 123–159.

Turun kaupunki 2013. Turun kaupungin maahanmuuttajien kotouttamisohjelma 2014–2017, Koonnut Maarit Luukkaa, 18.12.2013. Turku: Turun kaupunki.

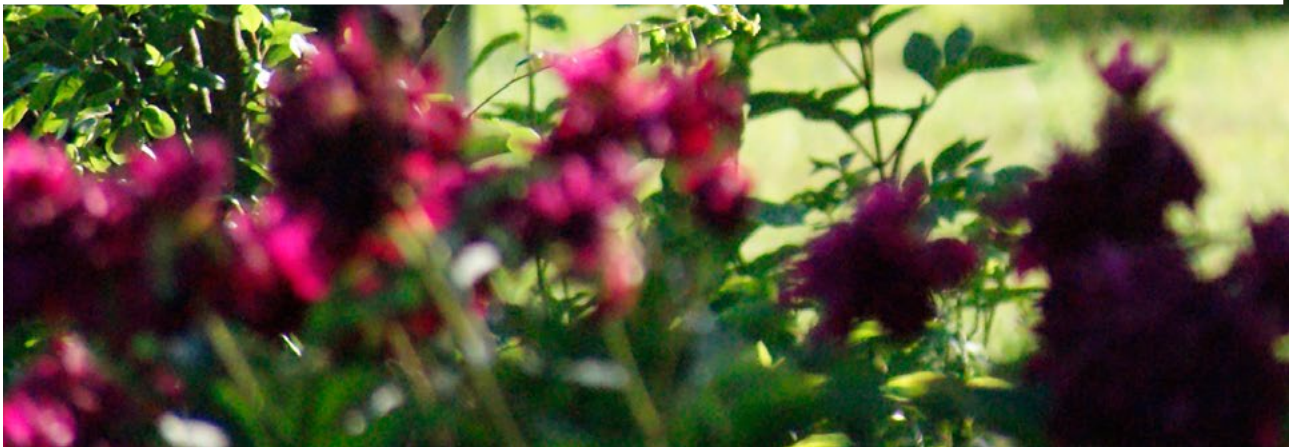
Turvapaikka- ja maahanmuuttorahaston kansallinen ohjelma 201–2020. Luonnos 29.4.2014.

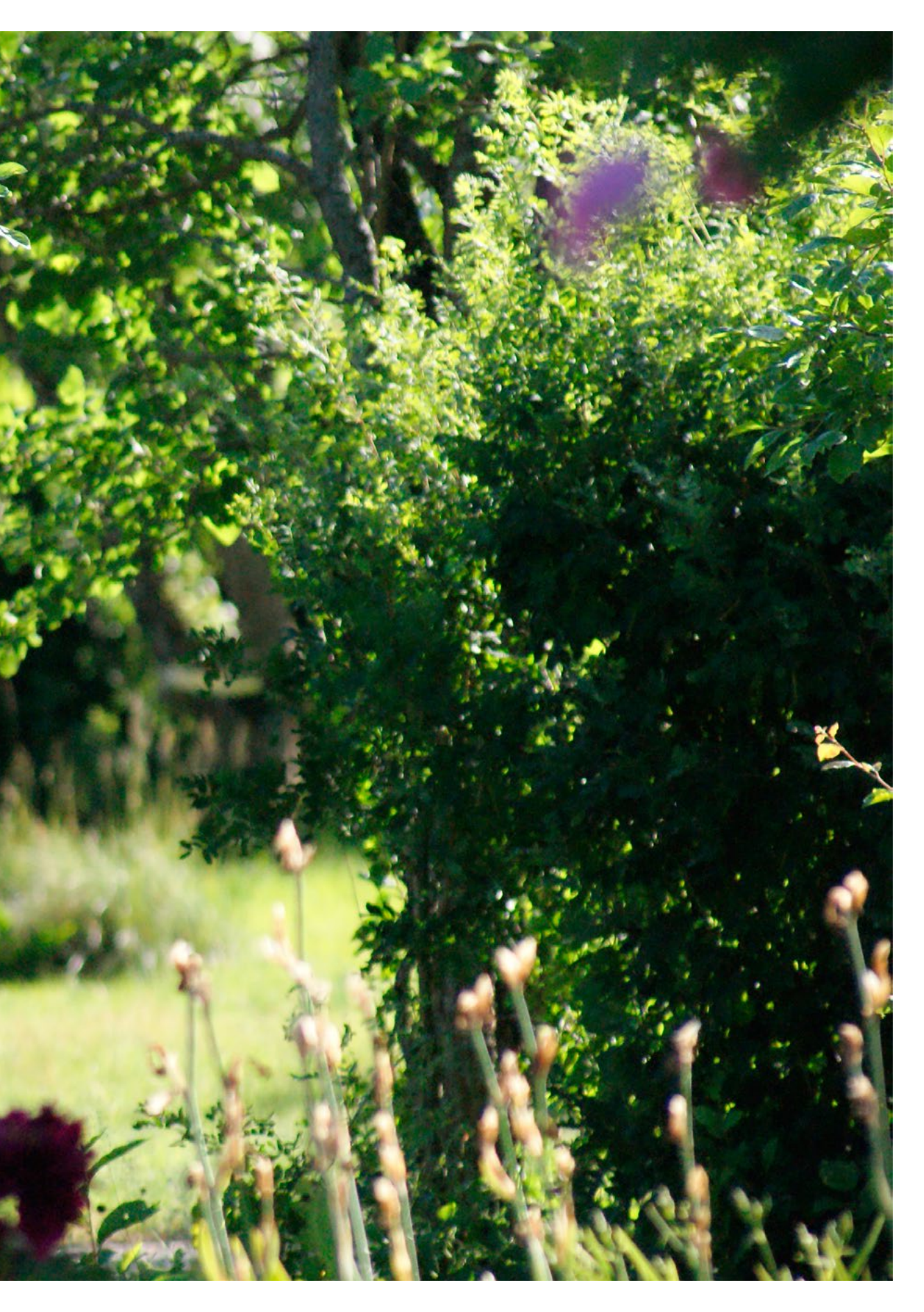
Valtioneuvoston periaatepäätös maahanmuuton tulevaisuus 2020 strategiasta 2013. Sisäministeriö. Viitattu 29.10.2014 www.intermin.fi.

Valtion kotouttamisohjelma 2012. Hallituksen painopisteet vuosille 2012–2015. Viitattu 27.2.2015. www.tem.fi.



Yhteiskunnan terveyden edistäminen





Ympäristön terveysvaaroista terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen

Sirpa Halonen

VTL, yliopettaja

Turun ammattikorkeakoulu

Ihmisen elinympäristö vaihtelee suuresti yhteiskunnan kehitystason, sijainnin, ilmaston, elinkeinojen ja muiden tekijöiden vuoksi. Ympäristö vaikuttaa paljon terveyteen ja hyvinvointiin. Ihminen itse vaikuttaa ympäristöönsä koko ajan sekä elinmahdollisuuksia parantavasti että niitä heikentävästi. Ympäristöterveydenhuolto on yhteiskunnallinen tehtäväalue, jossa pyritään systemaattisesti huomioimaan ympäristön terveysvaarat ja suojaamaan ihmiset niiltä. Vaikka terveysvaaroilta suojaaminen on välttämätöntä edelleenkin, sen rinnalle on noussut ympäristön positiivisia vaikutuksia korostava, ihmisten terveyttä ja hyvinvointia edistävä ympäristöterveyden käsite ja siihen liittyvä suunnittelu- ja toimintatapa. Tässä artikkelissa käsitellään ympäristöterveyttä näistä kahdesta näkökulmasta.

Ihminen ja ympäristö

– riippuvuutta ja ongelmia kaikkina aikoina

Ihmisen ja ympäristön suhde on välttämätön mutta monimutkainen. Kautta ihmisen historian siihen on liittynyt myös ongelmia, jotka ovat vaihdelleet aikojen kuluessa. Huomioita meluhaitoista on tehty antiikin ajoista saakka. Historiallisena aikana aina 1800-luvulle asti ympäristöön liittyvät ongelmat tiedostettiin pääasiassa hygieniaan ja terveyteen liittyvinä haittoina. Vaikka samoja ongelmia on tunnistettu aikojen kuluessa, tapa, jolla niistä puhutaan, on vaihdellut paljon.

Ihmisen ja ympäristön suhde kytkeytyy erilaisten terveystekijöiden kautta yhteiskunnan tuotantotapaan, talouteen sekä elinympäristöön. Varhaisina aikoina, kun ihmiset elivät Suomessa hajallaan hankkien toimeentulonsa metsästyksestä, kalastuksesta, keräilystä ja maataloudesta, terveysongelmia aiheuttivat erityisesti kato-
vuodet, tarttuvat taudit, hygieniaongelmat, tapaturmat sekä heikot asuinolosuhteet. Nämä samat ongelmat ovat nykyään vastassa alikehittyneissä maissa.

Teollistumisen ja kaupungistumisen myötä vauraus Suomessa kasvoi ja yhteiskunnan edistäessä jäsentensä hyvinvointia ehkäisevän terveydenhuollon ja sosiaalipoliitiikan avulla saatiin terveysongelmiin helpotusta. Kun hygieniataso parani vesi- ja viemärilaitosten kehittymisen myötä, ihmisten elinikä piteni selvästi. Elintason kohotessa, yhteiskunnan kehittyessä ja lainsäädännön sekä valvonnan parantuessa perinteiset ympäristöstä aiheutuvat terveysvaarat on saatu melko hyvin hallintaan. Terveysriskit eivät kuitenkaan ole kokonaan hävinneet, vaan ne ovat kehityksen myötä muuttaneet luonnettaan. Useita aiemmin vaarallisia tartuntatauteja on pystytty torjumaan rokotuksin ja myös lääkitys on kehittynyt. Sairastamisen painopiste on siirtynytkin enemmän kroonisiin ja elintasosairauksiin. Myös mielenterveyteen liittyvät sairaudet ja ongelmat ovat lisääntyneet.

Yhteiskunnallinen ja taloudellinen kehitys on pääsääntöisesti edistänyt ihmisten terveyttä ja hyvinvointia. Globalisoituminen, erityisesti ihmisten ja tavaroiden laajamittainen liikkuminen yhdistettynä tehokkaaseen tuotantotapaan, on viimeisten vuosikymmenten aikana luonut myös uusia ympäristöterveysongelmia sekä nostanut esiin jo unohdettuja uhkia. Tartuntataudit, jotka meillä ovat jo voitettuina pidettyjä, kuten tuberkuloosi ja polio, saattavat ihmisten kansainvälisen liikkumisen takia kuitenkin aiheuttaa sairastumisen ja epidemian uhkaa. Aiemmin tuntemattomat tai heikosti tunnistetut eri puolilla maailmaan kehittyneet tarttuvat taudit ovat terveysriski Suomessakin ihmisten liikkumisen vuoksi. Tuotanto ja kulutus ovat erkaantuneet alueellisesti toisistaan, ja käyttämämme hyödykkeet on tuotettu missä päin tahansa maapalloa. Tuotteiden turvallisuuteen joudutaan kiinnittämään jatkuvasti huomiota. Liikenteen ja tuotannon aiheuttamat päästöt vaarantavat ihmisten terveyttä paikallisesti, kulkeutuvat kauas syntysijoiltaan ja uhkaavat terveyttä kansallisvaltioiden rajoista välittämättä. Vesistöjen pilaantuminen on vaikeasti ratkaistava asia, elleivät kaikki rannikkovaltiot sitoudu tavoitteeseen. Ilmastonmuutos lämpötilaa kohottavana, vedenpintaa nostavana ja sään ääri-ilmiöitä tuottavana on todellinen uhka myös ihmisille erityisesti vesihuollon osalta. Siltäkään ei voi suojautua, eikä sitä vastaan taistella ainoastaan paikallisesti tai kansallisesti. Ihmisten taloudelliseen toimintaan liittyvä luonnonvarojen ylikäyttö ja pilaantuminen uhkaa myös ympäristöä ja luonnonympäristön tuottamia, ihmisille välttämättömiä ekosysteemipalveluja.

Ympäristöterveydenhuollolla on Suomessakin pitkä historia. Nykymuotoinen ympäristöterveydenhuolto, joka keskittyy juomaveden ja sisäilman laatuun, säteilyyn sekä elintarvikkeiden ja kulutustavaroiden turvallisuuteen, muotoutui pitkälti 1800-luvun viimeisellä neljänneksellä kunnallishallinnon järjestämisen myötä. Suomessa mallia otettiin Englannista ja Ruotsista (vrt. *Public Health Act 1848*, *Great Public Health Act 1875*, *Ruotsin terveydenhoitosäännös vuodelta 1874*). Vuonna 1879 annettiin terveydenhoitoasetus, joka vastaa nykyistä terveydensuojelulakia. Ennen terveystarkastajien virkojen perustamista eläinlääkärit, kunnanlääkärit ja tarvittaessa myös opettajat ja papit pitivät huolta kansan terveydestä.

Ympäristöterveyden käsite

Maailman terveysjärjestö WHO:n määritelmän mukaan ”[y]mpäristöterveyteen sisältyvät ne ihmisen terveyden ja sairauden näkökulmat, joihin ympäristötekijät vaikuttavat. Sillä tarkoitetaan myös sitä teoriaa ja niitä käytännön toimenpiteitä, joilla arvioidaan ja hallitaan ympäristössä olevia terveyteen vaikuttavia tekijöitä.” WHO:n määritelmä kattaa siis paitsi ihmisen terveyden ja ympäristötekijöiden välisen suhteen, myös ympäristöterveyden edistämiseen liittyvät keinot.

Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa terveyden nähdään kiinnittyvän monin eri tavoin ympäristötekijöihin: ”Terveys syntyy, sitä turvataan ja se voi heikentyä ihmisten arjen olosuhteiden, vuorovaikutuksen, elämäntapojen ja valintojen tuloksena. Terveyteen vaikuttavat arkisten ympäristöjen, esimerkiksi kotien, asuma-alueiden, liikenteen, koulujen, työpaikkojen ja vapaa-ajan toimintojen biologiset, psyykkiset, kemialliset, fysikaaliset ja sosiaaliset ominaisuudet. Siihen vaikuttavat ihmisten keskinäinen sosiaalinen tuki, yhteenkuuluvuus ja huolenpito sekä ihmisten tiedot, taidot ja koulutus.”

Ympäristöterveyden määrittelyssä on erotettavissa kaksi tavoitetta, täsmällisyystavoite ja ymmärtämistavoite. Täsmällisyyttä tavoiteltaessa pyritään rajaamaan ympäristöterveyteen luettavat asiat mahdollisimman tarkasti, jotta ne ovat kontrolloitavissa. Silloin jäävät ulkopuolelle laajemmat käsitteet, kuten hyvinvointi ja elämänlaatu. Rajattu ympäristöterveyden määritelmä kiinnittää huomion ensisijaisesti ympäristön fyysisiin ja kemiallisiin piirteisiin, kuten erilaisten haitallisten aineiden ominaisuuksiin ja niiden ihmisille aiheuttamiin vaikutuksiin. Tavoitteena on etsiä ja hahmottaa selkeästi määriteltyjä syy-seuraus-suhteita ympäristön haitta-aineiden ja ihmisen terveyden välillä. Tiedepohjana toimivat lähinnä kansanterveystieteen, biolääketieteen ja luonnontieteen teoriat ja metodit. Tavoitteena on luoda mahdollisimman täsmälliset kriteerit ja normit, joiden avulla riskejä ja haittoja voidaan yhteiskunnassa ohjata ja hallita. Täsmällisyystavoitteen etuna on sen selkeys ja analyttinen tiukkuus.

Ymmärtämistavoite käyttää ympäristöterveyskäsitettä ikään kuin yhteiskunnallisen keskustelun viitekehyksenä. Sen avulla on nostettavissa yhteiskunnallisista käytännöistä esiin uusia piirteitä, jotka laajentavat ympäristöterveyden määritelmää. Laaja ympäristöterveyden määritelmä pyrkii kattamaan ihmisen terveyteen vaikuttavat moninaiset tekijät. Tämän määrittelytavan mukaan ajatellaan, että kun ihmiset elävät moniulotteisissa ympäristöissä, fyysiset ja kemialliset ympäristötekijät ovat vain yksi ulottuvuus koettujen, psyykkisten, sosiaalisten ja kulttuuristen tekijöiden ohessa. Laaja ympäristöterveyskäsitelmä pyrkii ottamaan mukaan vaikeammin tarkasteltavat syy-seuraus-suhteet ympäristötekijöiden ja ihmisen kokonaisvaltaisen psyko-fyysisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin välillä. Tarkastelutapoja ohjaavat terveystieteiden rinnalla ihmistieteelliset lähestymistavat. Biolääketieteen sijasta korostuu ihmisten toiminnallisuus.

Laaja ympäristöterveyskäsitelmä perustuu holistiseen ihmiskäsitykseen, jossa ihmisen toiminta ja myös subjektiivinen kokemus eli koettu terveys otetaan huomioon. On esitetty, että ympäristöä ei ole olemassakaan ilman subjektia, joka kokee maailman ympärillään omaksi maailmakseen.

TAULUKKO 1.

Ympäristöterveys ja suunnittelu.

Terveyshaittoja vähentävä suunnittelu	Terveyttä edistävä suunnittelu
Rajattu ympäristöterveyden käsite	Laaja ympäristöterveyden käsite
Toimintaa ohjaavat ohje- ja raja-arvot	Toimintaa ohjaavat elinympäristön laatutekijöiden sekä ihmisten toimintojen ja kokemusten huomiointi
Haittojen ja riskien minimointi ja hallinta	Terveellisten elämäntapojen mahdollistaminen
Huomio välittömissä terveyshaitoissa ja riskeissä	Huomio terveyteen vaikuttavissa välillisissä tekijöissä (esim. yhdyskuntarakenne, asuinalueen ominaisuudet)
Sektorikohtainen asiantuntemus (vakiintuneet professiot hallitsevat alan tietämystä)	Monialainen asiantuntemus (uusien toimijoiden ja asiantuntemuksen hyödyntäminen)

Laaja ympäristöterveyden käsite muistuttaa kestävän kehityksen käsitettä, joka luo tavoitteita, edellyttää toimintatapojen uudelleen arviointia, mutta ei anna yleistettäviä, yksiselitteisiä ratkaisuja.

Suomen ympäristöterveydenhuoltojärjestelmä

Nykyinen ympäristöterveydenhuolto Suomessa on lakeihin perustuvaa toimintaa. Terveiden edistämisen ja terveellisen ympäristön suunnittelun tavoitteet on kirjattu Suomessa useisiin eri lakeihin. Julkisen vallan vastuu kansalaisille terveellisen ympäristön järjestämisestä on todettu Suomen perustuslaissa, jonka 20. pykälän mukaan ”julkisen vallan on pyrittävä turvaamaan jokaiselle oikeus terveelliseen ympäristöön sekä mahdollisuus vaikuttaa elinympäristöään koskevaan päätöksentekoon”. Perustuslaki korostaa sekä kansalaisten oikeutta terveelliseen ympäristöön että kansalaisten osallistumisen merkitystä ympäristöterveyden edistämisessä ja toteutumisessa.

Ympäristöterveyttä säätelevän keskeisen lain eli terveydensuojelulain (763/1994) tarkoituksena on ”väestön ja yksilön terveyden ylläpitäminen ja edistäminen sekä ennalta ehkäistä, vähentää ja poistaa sellaisia elinympäristössä esiintyviä tekijöitä, jotka voivat aiheuttaa terveyshaittaa (terveydensuojelu)”. Muita tärkeitä lakeja ovat laki ympäristöterveydenhuollon yhteistoiminta-alueesta (410/2009), tupakkalaki (693/1976), kemikaalilaki (599/2013), säteilylaki (592/1991), geenitekniikkalaki (377/1995), elintarvikelaki (23/2006), eläinlääkintähuoltolaki (685/1990) ja kuluttajaturvallisuuslaki (920/2011).

Vastuu ympäristöterveydenhuoltoon liittyvästä lainsäädännöstä on jaettu sosiaali- ja terveysministeriön (STM), työ- ja elinkeinoministeriön (TEM) sekä maa- ja metsätalousministeriön (MMM) kesken. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa terveydensuojelulaista ja laista ympäristöterveydensuojelun yhteistoiminta-alueista. Ympäristöterveydenhuoltoon liittyvistä elintarvikelaista ja eläinlääkintähuoltolaista päävastuu on maa- ja metsätalousministeriöllä. Työ- ja elinkeinoministeriö vastaa kulutustavaroiden ja kuluttajapalvelusten turvallisuudesta.

Läheisesti ympäristöterveydenhuollon toimintakenttään liittyvistä ympäristönsuojelulaista (527/2014) ja jätelaista (646/2011) päävastuu on ympäristöministeriöllä. Lainsäädännön toimenpanosta ja valvonnasta valtakunnallisella tasolla vastaavat Sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto (Valvira), Turvallisuus- ja kemikaalivirasto (Tukes) ja Elintarviketurvallisuusvirasto (Evira).

Aluehallintovirasto (AVI) on ympäristöterveydenhuollon alueellinen valvontaviranomainen. AVIn tehtäväkirjo on laaja ja koskee muutakin toimintaa kuin ympäristöterveydenhuoltoa. Ympäristöterveydenhuollon osalta AVIn tavoitteena on turvallisen elinympäristön sekä laadukkaiden ja tasapuolisten ympäristöterveyspalvelujen turvaaminen väestölle ja toiminnanharjoittajille sekä eläinten hyvinvoinnin turvaaminen. AVI toteuttaa tavoitteitaan valvomalla, ohjaamalla ja arvioimalla ympäristöterveydenhuollon kunnallisten valvontayksiköiden toimintaa. Se sekä valvoo itse että toimii eräiden lupien ja ilmoitusten käsittelijänä alueellaan. Sen tehtäviin kuuluu myös käsitellä kunnallisten ympäristöterveydenhuollon viranomaisten toiminnasta tehdyt valitukset ja kantelut.

Kunnan tehtävänä on huolehtia, että ympäristöterveydenhuollon lainsäädännön velvoitteita noudatetaan kunnan alueella. Kunnalla tarkoitetaan ympäristöterveydenhuollon valvontayksikköä, joka voi koostua yksittäisestä kunnasta tai ympäristöterveydenhuollon yhteistoiminta-alueesta. Ympäristöterveydenhuollon yhteistoiminta-alue lain (410/2009) mukaan kunnalla tai yhteistoiminta-alueella on oltava tehtävän järjestämiseksi käytettävissään vähintään 10 henkilötyövuotta. Tämän säädöksen sekä kuntarakenteen muutosten ansiosta yhteistoiminta-alueet ovat selvästi lisääntyneet ja valvontayksiköiden määrä vähentynyt. Vuonna 2003 ympäristöterveydenhuollon yksiköitä oli 277 ja vuonna 2014 yhteensä 64 kappaletta.

Kunnan vastuulla oleviin ympäristöterveydenhuollon valvontayksikön tehtäviin sisältyy toiminnanharjoittajien neuvonta ja ohjaus sekä suunnitelmallinen valvonta valtakunnallisen valvontaohjelman mukaisesti. Tehtäviä ovat myös valvontakohteiden toimintaa koskevien ilmoitusten tai hakemusten käsittely ja niistä tehtävät päätökset sekä valvontakohteisiin tehtävät säännölliset tarkastukset sekä tarvittaessa näytteenotto ja tutkimukset. Tehtäviin sisältyy lainsäädännön noudattamatta jättämisestä tai ilmeistä terveyshaittaa aiheuttavasta toiminnasta johtuvien määräysten antaminen tai pakkokeinojen asettaminen. Myös epidemioiden selvittäminen on kunnallisen valvontayksikön tehtävä.

Valvonta on ympäristöterveydenhuollossa keskeinen työmuoto hallinnon eri tasoilla. Valvonnalla varmistetaan ympäristöterveydenhuollon lakien noudattaminen. Valvonnan suunnitelmallisuutta, yhdenmukaisuutta ja tehokkuutta edistämään on luotu Ympäristöterveydenhuollon yhteinen valtakunnallinen valvontaohjelma vuosille 2015–2019. Valvontaviranomaisen keinoja ovat myös toiminnanharjoittajien ja kuluttajien neuvonta, ohjaus ja koulutus. Valvontaviranomaisen on seurattava, että todetut epäkohdat poistetaan. Tarvittaessa valvontaviranomaisen on mahdollista ryhtyä hallinnollisiin pakkokeinoihin epäkohtien korjaamiseksi. Valvontaviranomaisen toimien pitää olla hyvän hallinnon mukaisesti suhteessa epäkohtiin eikä tuotteiden tai palveluiden tarjoamista tule rajoittaa enempää kuin on tarpeen.

Keskeiset elinympäristön terveyshaitat Suomessa

Ihmisten terveys on toiminta- ja työkykyisyyden ehto, ja siihen vaikuttavat monet asiat. Perimän ja elämäntapojen lisäksi elinympäristöllä on suuri merkitys. Kuvaan 2 on koottu keskeisiä suomalaisen elinympäristön vaaratekijöitä, jotka aiheuttavat tutkitusti vakavia terveysuhkia, kuten syöpään sairastumista ja kuolemia. Merkittävimpiä terveysuhkia tutkimusten mukaan ovat pienhiukkaset, passiivitupakointi, radon ja UV-säteily. Näiden lisäksi myös asuntojen homevauriot ja ympäristömelu aiheuttavat merkittäviä terveyshaittoja.

Suomalaisessa ympäristöterveydenhuollossa pyritään käyttämään täsmällisyysovoiteista, rajattua ympäristöterveyden käsitettä. Tavoitteena on osoittaa ja ilmaista mahdollisimman tarkkaan syy ja seuraus. Näin pyritään kartoittamaan, valvomaan ja poistamaan ympäristöstä ihmisten terveyttä uhkaavia tekijöitä. Osa näistä tekijöistä on luonnon itsensä tuottamia, kuten radon ja UV-säteily, mutta suuri osa on sellaisia, joita ihminen on toiminnallaan aiheuttanut, kuten melu, tupakointi ja pienhiukkaset. Tutkimusta tarvitaan, jotta tunnetaan riskit ja osataan suojautua niitä vastaan.

Ympäristön ja terveyden laajempaa yhteyttä on tavoiteltu jo pitkään. Jo Rio de Janeiron -konferenssin (1992) pohjalta syntyneessä Kestävän kehityksen Agenda 21 -ohjelmassa käsitellään terveyskysymystä. Siinä todetaan, että terveys ja kehitys ovat vahvasti yhteydessä toisiinsa. Terveys nähdään olevan riippuvainen ympäristöstä ja yhteiskunnallisista seikoista. Erityisen tärkeänä pidetään ennalta ehkäisevää työtä, jonka toteutuksessa tarvitaan eri alojen yhteistyötä. WHO:n yleiskokous 1997 loi pohjan maailmanlaajuiselle terveysstrategialle. Ensimmäisessä Euroopan ympäristö- ja terveyskonferenssissa 1989 Euroopan alueen jäsenmaat hyväksyivät Euroopan ympäristöterveyden peruskirjan (*Charter on Environmental Health*), johon on kirjatun maiden yhteiset periaatteet ja tavoitteet ympäristöterveydentilan kohentamiseksi. Toisessa Euroopan ympäristö- ja terveyskonferenssissa Helsingissä 1994 hyväksyttiin Euroopan ympäristöterveyden toimintasuunnitelma (*Concern for European's Tomorrow*). Se edellytti kansallisten ympäristöterveysohjelmien laatimista, jotta pitkän tähtäimen tavoitteet saavutettaisiin.

Ympäristöterveystoimikunta laati vuonna 1997 Suomelle kansallisen ympäristöterveysohjelman. Siinä tarvittavat toimenpiteet jaettiin kolmeen ryhmään. Ensimmäinen ryhmä sisälsi terveyden kannalta olennaisia, mutta jo silloin Suomessa hyvin hoidettuja asioita, kuten laadukkaan talousveden takaaminen koko väestölle, elintarvikkeiden turvallisuuden ja terveellisyysvarmistaminen sekä säteilyturvallisuuden. Toiseen ryhmään tuli asioita, joissa tilanne ei ollut vielä hyvä ja jossa tarvittiin merkittäviä lisätoimia. Näitä olivat muun muassa sisäilman laadun parantaminen, meluhaittojen vähentäminen sekä tapaturmien ja onnettomuuksien ehkäiseminen. Monet näistä ongelmista koettiin olevan ainakin vähentävissä hyvällä suunnittelulla ja huolellisella toteutuksella. Kolmanneksi toimikunta nimesi kysymyksiä, joiden suhteen nähtiin tarvittavan pitkälle tulevaisuuteen tähtääviä toimenpiteitä, asennemuutoksia sekä hallinnonalojen ja viranomaisten yhteistyötä. Näitä olivat muun muassa ympäristön psyykkisten ja sosiaalisten terveysriskien huomiointi, ilmastonmuutoksen torjunta sekä kansalaisten vaikutusmahdollisuuksien parantaminen omaan ympäristöönsä. Näissä katsottiin olevan paljon huonosti tunnettuja tekijöitä, jotka edellyttävät aktiivista tutkimustyötä.

Hyvä ympäristö apuna

Ympäristöterveyden laajempi näkemys, missä huomio kiinnitetään ympäristöstä tulevien terveysuhkien lisäksi sen hyvinvointia ja terveyttävää edistävään vaikutukseen, on Suomessa edennyt pikkuhiljaa. Tuoreissa toimintoja ohjaavissa strategioissa se on nostettu toistuvasti esille. Sosiaali- ja terveysministeriön *Hyvinvointi on toimintakykyä ja osallisuutta* -tulevaisuuskatsauksessa vuodelta 2014 todetaan, että elinympäristö on tärkeä hyvinvoinnin ja terveyden voimavara. Ihmisten hyvinvointiin vaikuttaa se, miten liikutaan, asutaan ja työskennellään sekä millaisia mahdollisuuksia, uhkia ja riskejä ympäristössä on. Laadukas elinympäristö ja luonto edistävät hyvinvointia ja terveyttä. Sosiaali- ja terveysministeriön budjettiesityksen vaikuttavuustavoitteiksi vuodelle 2015 on kirjattu: hyvinvoinnille vahva perusta, kaikille mahdollisuus hyvinvointiin ja elinympäristö tukemaan terveyttä ja hyvinvointia.

Ympäristöministeriön budjettiesityksen (2015) vaikuttavuustavoitteissa puolestaan painotetaan hyvää ympäristön tilaa, joka tarkoittaa veden ja ilman laadun parantamista sekä rakennetun ympäristön kehittämistä ihmisten hyvinvointia edistäväksi. Tavoitteena on myös turvata luonnon monimuotoisuus ja ekosysteemipalvelujen toimivuus sekä hyvinvointia ja kilpailukykyä tukevat asumisolot.

Ekosysteemipalveluilla tarkoitetaan ekosysteemien eli luonnon yhtenäisten elollisten systeemien aineellisia tuotteita, aineettomia palveluja ja prosesseja, jotka vuorovaikutuksessa ihmisen kanssa muodostuvat inhimillistä hyvinvointia edistäviksi hyödykkeiksi, hyödyiksi ja arvoiksi. Ekosysteemipalvelut jaetaan neljään pääluokkaan: tuotantopalveluihin, jotka ovat aineellisia tuotteita ihmisten tarpeisiin; prosessinomaisiin säätelypalveluihin; vuorovaikutusluonteisiin kulttuurisiin palveluihin sekä elämää ylläpitäviin palveluihin, jotka sisältävät perusprosesseja, kuten vihreiden kasvien yhteyttämistä, jossa muodostaa uutta biomassaa tai usean ekosysteemin toimesta tapahtuvaa veden kiertoa. Ylläpitävät palvelut luovat perustan muille pääluokille, mutta toisaalta saattavat toimivat välillisinä palveluina toisten lopullisten ekosysteemipalvelujen tuotannossa. Ekosysteemien toiminnoilla on samanaikaisesti monta roolia.

Ekosysteemipalvelu-käsite on uudella tavalla yhdistänyt ihmisten hyvinvointia sekä terveyden ja ympäristön suojelua. Käsite on luotu taloustieteessä, jotta saadaan näkyväksi ja taloudellisestikin arvotetuksi luonnon prosesseja. Luontopääoman merkitys ihmisten hyvinvoinnille on pystyttävä jotenkin määrittelemään, jotta sitä voidaan käyttää päätöksenteossa. Luonnon palvelut kun usein ovat ilmaisia, kaikkien käytettävissä eikä kukaan hallinnoi niitä. Luontoa köyhdyttävästä toiminnasta ei useinkaan laskuteta. Siitä aiheutuu ylikäytön ja pilaantumisen vaara.

Ekosysteemipalvelut ovat luonnon niitä ominaisuuksia, toimintoja ja kehityskulkuja, jotka suoraan tai välillisesti edistävät ihmisten hyvinvointia. Ne ovat toimivien ekosysteemien ihmisille tuottamia hyötyjä. Monet niistä ovat elämälle välttämättömiä, toiset rikastuttavat ja edistävät terveyttä ja hyvinvointia. Luontoympäristön merkitys terveyden esittämisessä on tutkimuksin todettu. Luonnossa oleskelu vähentää stressiä, masennusta ja nopeuttaa sairauksista toipumista. Ekosysteemipalvelut ovat usein vapaasti ihmisten käytettävissä, mutta varsinaisesti kaupallisia hyödykkeitä niistä tulee, kun niihin yhdistetään ihmisen valmistamia tai ylläpitämiä pääoman muotoja – aineellista, henkistä, sosiaalista ja kulttuurista pääomaa. Niiden ympärille on jo rakennettu monenlaista hyvinvointia ja terveyttä ylläpitävää ja lisäävää yritystoimintaa, kuten erilaisia vihreä hoiva eli *green care* -toimintoja. Ekosysteemipalvelujen kautta tarkasteltuna *ympäristöterveys*-käsitettä voisi tukea termillä *ympäristönterveys*. Ympäristönterveys on välttämätöntä pitkällä aikavälillä myös ihmisten terveyden säilymisen ja paranemisen näkökulmasta.

Terveyttä edistävien elinympäristöjen luominen edellyttää ympäristöterveyden näkökohtien tuomista mukaan maankäytön ja rakentamisen suunnitteluun sekä hankkeiden vaikutusten arviointiin. Ympäristövaikutusten arvioinnin (YVA) lisäksi ja siihen sisältyen voidaan tehdä ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi (IVA). Ihmisiin kohdistuvien vaikutusten arviointi on menettelytapa, jossa arvioidaan ennalta päätöksen vaikutuksia ihmisten terveyteen ja hyvinvointiin. Arvioinnin kohteena voi olla hanke, suunnitelma, ohjelma tai mikä tahansa muu päätös. IVAssa yhdistyvät aiemmin erilliset terveysvaikutusten arviointi (TVA) ja sosiaalisten vaikutusten arviointi (SVA).

Laaja ympäristöterveys -käsite lähenee kestävän kehityksen käsitettä. Talous, terveys ja hyvinvointi ovat yhteydessä toisiinsa ja ympäristön hyvä tila on niiden toteutumisen ja säilymisen ehto. Termi *sustainability* on aluesuunnittelussa ja -rakentamisessa käytetty käsite, johon näitä osatekijöitä tiivistetään. Turun ammattikorkeakoulu osallistui *Kestävän aluerakentamisen uudet teknologiat ja menetelmät Itämeren alueella* -verkostohankkeeseen, jossa kumppanuusmatkojen avulla tarkasteltiin kestävyys- ja saavutettavuuden toteutusta aluerakentamisessa Itämeren alueella. Kohteissa pyrittiin eri tavoin edistämään muun muassa käyttäjälähtöisyyttä, esteettömyyttä, saavutettavuutta ja sosiaalista integraatiota, mutta myös ekologisia ratkaisuja, kuten energiatehokkuutta ja ilmastomuutoksen ehkäisyä. Hyvä esimerkki kaikkia käyttäjiä palvelevasta suunnittelusta ja toteutuksesta on maailman esteettömmäksi mainittu toimistotalo Kööpenhaminan liepeillä.

Yleisiä periaatteita, millä aluerakentamisen tavoitteisiin kohteissa pyrittiin, oli muun muassa asukkaiden osallistaminen, kestävien liikenneratkaisujen kehittäminen, energiatehokkuus, älykkään teknologian hyödyntäminen ja kulttuuristen seikkojen huomioiminen. Turussa Skanssin alueen kehittäminen on hyvä esimerkki näitä periaatteita sisältävästä *smart and sustainability* -suunnittelusta.

Aiemmin on todettu, että meillä ovat hyvin hallinnassa perinteiset ympäristöterveydenhuollon kysymykset, kuten laadukkaan talousveden takaaminen koko väestölle, elintarvikkeiden turvallisuuden ja terveellisuuden varmistaminen sekä säteilyturvallisuus. Sisäilman laadun parantamisessa, meluhaittojen vähentämisessä sekä tapaturmien ja onnettomuuksien ehkäisemisessä on selvästi vieläkin parantamisen varaa.

Positiivista on, että Suomen kansallisen ympäristöterveysohjelman (1997) nimeämisen kolmannen tehtäväryhmän kohdalla on myös tapahtunut edistystä. Tämä tehtäväryhmä sisältää ympäristön psyykkisten ja sosiaalisten terveysriskien huomioimisen, ilmastomuutoksen torjunnan, kansalaisten vaikutusmahdollisuuksien parantamisen omaan ympäristöönsä sekä hallintokuntien ja sektoreiden yhteistyön tavoitteiden saavuttamiseksi. Tutkimustieto on lisääntynyt ja tuonut vahvistusta tavoitteiden tärkeydestä. Eri hallintokunnat ja sektorit ovat sisällyttäneet tavoitteita strategioihinsa ja toimintaohjelmiinsa, madaltaneet raja-aitojaan ja asenteelliset esteet yhteistyölle ovat vähentyneet. Työmenetelmät, viestintätavat ja -areenat ovat kehittyneet ja kansalaisten ääni toimijana, käyttäjänä ja kuluttajana tulee selkeämmin esille. Näin on kyetty askel kerrallaan etenemään terveyttä suojaavasta suunnittelusta ja toiminnasta kohti terveyttä ja hyvinvointia edistävää suunnittelua ja toimintaa.

Lähteet

Asikainen, A; Hänninen, O; Pekkanen, J. 013: Ympäristöaltisteisiin liittyvä tautitaakka Suomessa. Ympäristö ja terveys 5/2013, 68–73.

Evira; Tukes & Valvira 2014. Ympäristöterveydenhuollon yhteinen valtakunnallinen valvontaohjelma vuosille 2015–2019. Helsinki: Evira, Tukes ja Valvira.

Halonen, S. 2005: Ihmisen ja ympäristön hyväksi. Ohjelmallinen ympäristöterveystyö ja sen toteutuminen Länsi-Suomen läänin kunnissa. Lisensiaattitutkimus. Sosiaalipolitiikan laitos. Turku: Turun yliopisto.

Konttinen, L. 2013. Luonnon hyvinvointivaikutusten taloudellinen merkitys. Helsinki: Sitra.

Kubiszewski, I; Costanza, R. 2012. Ekosysteemipalvelut hyvinvoinnin perustana. Teoksessa Maailman tila 2012. Kohti kestävää hyvinvointia. Worldwatch-Instituutti, 218–224. Gaudeamus Oy. Alkuteos State of the World. Washington.

Näkökulmia hyvinvointia edistävään elinympäristöön 2006. Suomen ympäristö 13/2006.

Putus, T. 2012. Ympäristöterveydenhuollon historiaa. Ympäristö ja terveys 1/2012, 20–25.

Saastamoinen, O.; Kniivilä M.; Alahuhta, J.; Arovuori, K.; Kosenius, A.-K.; Horne, P.; Otsamo, A. & Vaara, M. 2014. Yhdistävä luonto. Ekosysteemipalvelut Suomessa. Publications of the University of Eastern Finland. Reports and Studies in Forestry and Natural Sciences. Number 15. Joensuu: University of Eastern Finland.

Sairinen, R; Manninen, R; Peltonen, L & Wiik, M. 2006: Ympäristöterveys yhdyskuntasuunnittelussa.

STM, 2014: Ympäristöterveydenhuollon organisaatio. Saatavissa myös <http://www.stm.fi> > hyvinvointi > ympäristöterveys > vastuut > organisointi.

STM 2014. Sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuuskatsaus 2014. Hyvinvointi on toimintakykyä ja osallisuutta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2014:13. Löydettävissä sähköisenä http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=9882186&name=DLFE-31918.pdf

Suomen kansallinen ympäristöterveysohjelma 1997: Komiteanmietintö 1997/8.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Terveys 2015 -kansanterveysohjelman väliarviointi. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistiota 2012:4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Tuomi, A. & Åkerblom, S. (toim.) 2014. Kestävää aluerakentamista Itämeren alueella. Matkaraportit kuudesta Itämeren kaupungista. Kesti-hankkeen loppuraportti. Uudenmaan liitto. Saatavana myös <https://kestavaaluerakentaminen.files.wordpress.com/2014/10/kesti-matkaraportit.pdf>.

Mediakasvatusta muuttuvan median ymmärtämiseksi

Päivi Myllymäki

FM, lehtori

Turun ammattikorkeakoulu

Viime vuosikymmenen aikana on kiinnitetty erityisesti huomiota siihen, miten paljon lapset ja nuoret viettävät aikaansa ja rakentavat identiteettiään mediassa. Sosiaalinen media on vaikuttanut tähän tuomalla mediapalvelut ja sisällöntuottamisen lasten ja nuorten arkeen. Aikuisissa tämä on aiheuttanut myös huolta, muun muassa ruutuajan lisääntymisestä ja todellisuudentajun hämärtymisestä. Mediakasvatuksella autetaan nuoria kehittymään medialukutaitoisiksi, jolloin he osaavat suhtautua kriittisesti mediasisältöihin ja saavat valmiuksia oppia ja toimia mediassa.

Mediakulttuuri syntyy vuorovaikutuksessa tuottajan ja vastaanottajien yhteistyössä. Nykyisin ei enää ajatella median olevan yhdensuuntaista joukkotiedotusta passiivisesti vastaanottavalle yleisölle, vaan merkityksiä rakennetaan yhdessä. Lähes kenen tahansa ajatellaan voivan olla mediatuottaja. Lapset ja nuoret viettävät digitodellisuudessa entistä enemmän aikaa ja mediankäyttö vaikuttaa terveyteenkin. Tämä herättää paljon kysymyksiä mahdollisuuksista, vaikutuksista, jopa uhista. Avuksi tarvitaan mediakasvatusta ja medialukutaitoa.

Mediaan kasvaminen

Lapset aloittavat mediakulutuksen keskimäärin 3-vuotiaina. Lapsi on siis käyttänyt mediatuotteita jo useita vuosia ennen koulun mediakasvatuksen alkamista. Mediatodellisuus voi varhain olla sitä aitoa todellisuutta, joten siksi on tärkeää pitää huoli aidoista kokemuksista, jotta Disneyn metsä tabletin pinnalla ei jäisi ainoaksi metsäksi, jossa lapsi on käynyt. Kun lapsella on vain mediavälineillä saatu kokemus asiasta eikä oikeaa reaalimaailman kokemusta, todellisuudentaju voi hämärtyä. Tätä pohdittiin jo 1970-luvulla, kun lasten animaatiofilmien sankarit nousivat reippaasti ylös jäätyään katujuuren alle ja väkivallastakaan ei ollut uhrille sanottavia seurauksia.

Lapset ovat uteliaita uuden tekniikan ja median suhteen ja se tuo toisaalta paljon mahdollisuuksia, joita voidaan hyödyntää esimerkiksi oppimispelien kehittämisessä. Kouluissa kokeillaan sähköisiä oppimisalustoja ja kynä korvautuu näppäimistöllä. Digitodellisuudessa vietetyn ajan määrä lisääntyy, mikä voidaan nähdä sekä hyötynä että haittana.

Muuttuva media

Joukkoviestinnän muutos on nopeutunut. Mediamuutos 1990-luvulta 2010-luvulle on muuttanut enemmistön mediamaisemaa enemmän kuin kehitys 1950-luvulta 1980-luvulle. 1980-luvulla katsottiin televisiota, kuunneltiin radioita ja luettiin paperilehtiä, kuten kolme vuosikymmentä aiemminkin. 2010-luvulla yhteinen media-arki on muuttunut 1990-luvun alusta täysin.

Suomessa teknologinen determinismi on ollut vallitseva ajattelumalli koko 2000-luvun. On ajateltu, että mikä voidaan teknisesti toteuttaa, kannattaa ilman muuta ratkaista tekniikan keinoin. Tällöin ei ole pohdittu esimerkiksi kasvokkaiskohtaamisen tuomaa lisäarvoa, kun tekninen itsepalveluratkaisu nähty ja markkinoitu itsestään selvästi vaivattomimpana ja nopeimpana.

2000-luvun alussa ajateltiin, että teknisten edellytysten luominen jo sinänsä synnyttää uutta viestintää. Sisällöntuotantoon ja sisältöjen laatuun kiinnitettiin melko vähän huomiota. Kuviteltiin, että blogialustan käytön opettelu synnyttää blogin, mutta bloggaaminen yleistyikin vasta, kun ihmisillä oli sanottavaa ja kun blogista oli saatavilla hyötyä. Samoin on muunkin sosiaalisen median laita: koettu tarve ja hyöty ovat saaneet ihmiset tuottamaan ja jakamaan sisältöjä.

Median teknologia onkin kehittynyt harppauksin viime vuosina. Mediakonvergenssi on yhdentänyt useita välineitä samaan ja yhdentänyt mediasisältökokonaisuuksia. Uuden median tulo on aina herättänyt pelkoa siitä, että vanhat viestintävälineet ja -tavat katoavat. Elokuvan tulon ajateltiin vievän ihmisten halun lukea kirjoja; VHS-nauhureiden pelättiin aikoinaan taas tappavan elokuvateatterit. Useimmiten pelot ovat osoittautuneet aiheettomiksi.

Yksilöllistävä mediankäyttö

Media ja sen käyttötavat ovat viime vuosina muuttuneet nopeasti. Syksyllä 2014 uutisoitiin, että vain joka neljäs tv:n katsoja seuraa ohjelmia lähetyssaikataulun mukaan. Muut tallentavat ohjelmia tai katsovat niitä haluamaansa aikaan valitsemillaan päätelaitteilla. Pikakyselyn mukaan ammattikorkeakouluopiskelijoista vain harvalla on televisio. Eri ikäryhmien mediankulutustavat eriytyvät ja yksilöllistyvät. Kaukana on jo se yhteisöllinen tv-ilta, jolloin kaikki katsoivat samoja kotimaisten kanavien ohjelmia ja saattoivat saada siitä seuraavan päivän yhteisen keskusteluagendan. Poikkeuksiakin toki on. Ylen Docventures-ohjelmaprojektissa on panostettu yhteiseen tv-iltaan ja saatu erityisesti nuoria mukaan. Yhdessä kokoonnutaan katsomaan dokumenttielokuvaa ja sen jälkeistä suoran lähetyksen keskustelua kommentoidaan Twitterissä ja Facebookissa reaaliaikaisesti.

Suomalaisten viestintäkulttuuri on muuttunut teknologisen kehityksen myötä. Kännykät ja muut mobiililaitteet ovat saaneet estyneinä kommunikoijina pidetyn kansan viestimään aktiivisesti. Väline etäännyttää ja auttaa viestimään. Voidaan puhua jopa terveysalan medikalisaatio-termin tapaan medioitumisesta, jolloin valitaan mieluummin välineavusteinen kommunikaatio kuin kasvokkaisviestintä. Tästä on lieveilmiöitäkin, jolloin ei ymmärretä valita oikeanlaista välinettä viestimiseen. Moni meistä on kuullut esimerkiksi tekstiviestillä erotun suhteesta tai kerrotun työsuhteen päättymisestä.

Aikaa vievä media

Ihmisten mediankulutukseen vuorokaudessa käyttämä aika on koko ajan lisääntynyt. Uusimmissa tilastoissa suomalainen käyttää yksinomaan tv-sisältöjen katsomiseen yli kolme tuntia vuorokaudessa. Kun nuorilta kysyy päivittäisen mediakulutuksen määrää, he eivät useinkaan pysty vastaamaan kysymykseen tarkasti. Hehän ovat mediassa koko ajan. Mediakasvatusjulkaisuissa käytetään jopa termiä mediaekologia, kun pohditaan lasten ja nuorten hyvinvointia ja kykyä hallita elämänsä nykyisessä viestintäympäristössä.

Lasten ruutuajan rajoittamisesta keskustellaan vanhempien foorumeilla. On kiinnitetty huomiota ruutuajan ja terveydentilan sekä ruutuajan ja koulumenestyksen välisiin yhteyksiin. Syväoian psykologian väitöstutkimuksen (2014) perusteella näyttäisi siltä, että runsas ruutuaika, yli kolme tuntia vuorokaudessa, heikentää koulumenestystä ja lisää tietenkin liikkumattomuutta. Paljon tietokonetta käyttävien ja konsolipelejä pelaavien lasten tulokset tarkkaavaisuutta ja työmuistia mittaavissa testeissä olivat heikompia ja heidän kouluarvosanojensa keskiarvo oli heikompi.

Nykyisin voidaan puhua infortulvasta tai aivojen ylikuormittumisesta mediankulutuksen yhteydessä. Netti tuottaa paljon informaatiota lyhytkestoiseen muistiin, mutta se ei välttämättä siirry ymmärrykseksi pitkäkestoiseen muistiin. Viestejä tuotetaan ja vastaanotetaan tauottomana virtana ja paljon tehdään yhtä aikaa, jolloin väsyttään. Tiedonkäsittely on pintapuolista ja tiedonhaussa tyydytään helpoimpaan ratkaisuun: opiskeluaineistoa etsitään vain googlaamalla ja kirjallisia tuotoksia synnytetään kopioimalla ja liittämällä eri lähteistä pohtimatta ja ymmärtämättä sisältöä syvemmin. Sisäistetäänkö tieto? Mediakriittisyys lisää myös lähdekriittisyyttä eli kykyä erottaa luotettava ja epäluotettava informaatio.

Verkko on synnyttänyt uusia mediamuotoja ja tekstilajeja. Viihde ja asia sekoittuvat yhä useammin mediasisällöissä, mikä tekee terveyden edistämisestäkin haasteellista. Termi *infotainment*, joka on muodostettu information- ja entertainment-sanoista havainnollistaa hyvin viihde- ja asiasisältöjen sekoittumista. Myös pedagogiikkaan on tuotu oppimispelejä ja muita viihteellisiä aineksia (*edutainment*). Koulu kilpailleen lasten ja nuorten ajasta viihdesisältöjen kanssa. Resurssit tuottaa näyttäviä mediaympäristöjä ovat kouluilla kuitenkin rajalliset. Second Lifen oppimissaaret ja avatar-hahmot saavat paljon verkkopelejä harrastaneet nuoret naureskelemaan myötähäpeästä. Oppimissimulaatiot toisaalta kuitenkin hyödyntävät mediapeleistä tuttua teknologiaa. Tiettävästi Irakiin sotimaan lähteneet nuoret harjoittelivat sotapeleissä pitkään virtuaalisen Bagdadin kaduilla vihollisen kohtaamista.

Faktan ja fiktion rajamailla

Mediassa fakta ja fiktio usein sekoittuvat. Esimerkiksi tosi-tv (*reality tv*) on aina käsikirjoitettua viihdettä. Keskeinen näkökulma mediakasvatuksessa onkin opettaa tiedostamaan faktan ja fiktion rajat, jotta nuori tunnistaa, että se, mitä tosielämäksi väitetään, onkin käsikirjoitettua ja käsiteltyä. Psykologit ovat huolestuneita nuorten kyvystä erottaa todellisuus ja mediatodellisuus. Voiko ihmissuhteiden korvautuminen esimerkiksi pelaamisella ja pelihahmoilla vääristää käsitystä todellisuudesta?

Erityisesti kouluampumistapausten yhteydessä on pohdittu verkkopelien yhteyttä tapahtumiin ja epätoivoisiin tekoihin syyllistyneiden nuorten kykyä ymmärtää tapahtumat tosiksi ja uhrin oikeiksi. Pekka-Eric Auvinen, 18-vuotias abiturientti, joka suunnitteli ja toteutti 2007 Jokelan kouluampumisen, oli sitä ennen kunnostautunut Battlefield-sotapelissä tappamalla 9 475 henkilöhahmoa ja tekemällä itsemurhan 234 kertaa. Ennen reaali maailman toimiin ryhtymistä hän latsi nettiin Tänään tehdään historiaa -otsikolla runsaan määrän tekstejä ja videoita. Verkko on tuonut ennennäkemättömät mahdollisuudet saavuttaa mediajulkisuutta ja edistänyt samanhenkisten mahdollisuuksia kannusta toisiaan äärimmäisiin tekoihin. Auvinen tietävästi tutustui USA:n Columbinessa tapahtuneisiin koulusurmiin tarkoin verkossa. Toisaalta Jokelan tapauksessa, kuten muissakin vastaavissa tapahtumissa, pitää muistaa myös se, että sosiaalinen media tarjosi mukana olleille nuorille kanavan selviytyä ja käsitellä tapahtunutta yhteisöllisesti.

Mediakasvatuksesta keinoja tulkintaan

Mediakasvatuksen yhteydessä on tärkeää tutkia mediasuhdetta. Siinä ei ole kyse media-ammattilaisten koulutuksesta vaan mediataitojen opettamisesta, ja mediataidot ovat sekä osa yleissivistystä että työelämän viestintäosaamista. Tunnistetaan mediatuotteiden ominaisuuksia, kuten kerronnallisuus eli narratiivisuus ja tilannekohtaisuus, ja opitaan mediakriittisiksi. Jotain vanhaakin on siis säilynyt: niin kuin amerikkalainen *Pretty Woman* -elokuva voitiin nähdä uutena tulkintana Tuhkimosadusta, voidaan monet verkkopelitkin nähdä satuina, joissa hyvä ja paha taistelevat toisiaan vastaan. Uusi ja innovatiivinenkin rakentuu vanhan varaan. Esimerkiksi tosi-tv tyydyttää ihmisten tarvetta seurata draamaa mutta saippuasarjojen sijaan se tarjoaa myös illuusion todellisesta elämästä.

Usein arvostellaan mediatuotteiden laatua. On kuitenkin realismia muistaa, että kysyntä synnyttää tarjontaa. Esimerkiksi Big Brother -ohjelmaformaattia on kritisoitu heikonlaatuiseksi ihmiskokeeksi, mutta se on saavuttanut suuren suosion. Big Brother onkin ensimmäisiä ohjelmakonsepteja anglo-amerikkalaisessa mediatuotannossa, jossa hyödynnettiin mediakonvergenssia eli katsottiin tv-ohjelmaa, kommentoitiin sisältöjä internetissä jne. Myöhemmin on yleistynyt ohjelmaformaatin tuotteistaminen hyödyntämällä useita medioita, erityisesti televisiota ja verkkoa.

Mediakasvatuksessa osallistuminen median tuottamiseen antaa nuorille tulkintavalmiuksia. Kun nuoret itse tekevät tv-ohjelmaa, kirjoittavat blogia, toimittavat verkkolehteä, he saavat mitä parhaita mediakasvatusta, koska he oppivat tiedostamaan median toimintatapoja. Näin ollen he myös lukevat, kuuntelevat ja katsovat mediatuotteita eri tavalla, ehkä kriittisemmin, oman kokemuksensa jälkeen.

Joukkotiedotuksesta joukkotiedotuskasvatukseen

Mediakasvatuksen suuntauksiin heijastuvat joukkoviestinnän tutkimuksen perinteet eri aikoina. Kaarle Nordenstrengin 1970-luvulla määrittelemä joukkotiedotus oli massoille tuotettua ja yhdensuuntaista ja kriittinen tarkastelu kohdistui erityisesti tiedotuksen taloudellisiin-poliittisiin taustatekijöihin. Tyypillistä oli puhua vastaanottajista yleisönä, johon pyritään vaikuttamaan. Katsottiin, että joukkotiedotuksen tulisi tarjota tiedollis-älyllisiä haasteita. Samankaltaista ajattelua joukkoviestinnästä palvelemissa hyviä tarkoituksia löytää myös Osmo A. Wiion ja Pekka Puskan (1993) Terveysviestinnän oppaasta, jossa keskitytään terveysalan ammattilaisten mahdollisuuksiin vaikuttaa ihmisten terveyteen ja elintapoihin joukkotiedotuksen avulla.

Varhaisemmassa mediakasvatuksessa tai oikeammin joukkotiedotuskasvatuksessa painottui vielä 1970–1980-luvuilla lastensuojeluhenkinen ote. Vanhempia varoitettiin pahan joukkoviestinnän maailman vaaroista ja lapset peloteltiin pois medias- ta. Puhuttiin lääkeruiskumallista, jonka mukaan median nähtiin suoraviivaisesti vaikuttavan lasten ja nuorten käyttäytymiseen. Eritoten huomiota kiinnitettiin väkivaltaista ja seksuaalista aineistoa sisältävän median vaikutukseen ja aiheesta kirjoittivat lähinnä psykologit ja kasvatussociologit. Viestintäkasvatuksessa pyrittiin ”rokottamaan” lapset haitallista aineistoa vastaan esimerkiksi sensuroimalla media- ainesta ja rajoittamalla materiaalin saatavuutta. 1970-luvun joukkotiedotuskasvatus kohdisti huomionsa yhteiskunnasta yksilöön päin, kun 1980-luvun viestintäkasvatus taas lähti liikkeelle yksilön näkökulmasta.

Mediavalmiuksia monialaisella mediakasvatuksella

Nykyinen mediakasvatus korostaa mediakulttuurissa elämisen perusvalmiuksien kehittämistä: oppimista ja kasvua median parissa. Media nähdään enemmänkin yhteistyökumppanina kuin vihollisena. Tärkeimpänä tavoitteena on kriittinen medialukutaito eli taito analysoida, tulkita, jäsentää, osallistua ja tuottaa. Valtakunnallinen mediakasvatusjärjestö Metka ry määrittelee mediakasvattajiksi kaikki, jotka ohjaavat lapsia ja nuoria mediatekstien ja -esitysten maailmassa. Tässä järjestö tarjoaa käytännönläheistä tukea julkaisemalla verkkomateriaalia ja Mediametkaa-käsikirjojen tyyppisiä oppaita sekä järjestämällä työpajoja.

Mediakasvatus on monitieteistä. Kun tutustuu alan kirjallisuuteen ja tutkimuksiin liikkuu mediatutkimuksen ohella kieli- ja kirjallisuustieteen, taiteen, psykologian, kasvatus-tieteen ja tiedotusopin alueella. Myös toimijoita löytyy monelta ammattialalta.

Julkinen hallinto on pyrkinyt edistämään mediakasvatusta. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisussa *Hyvä mediakasvatus, suuntaviivat 2013–2016* korostetaan, että medialukutaitoon tulee pyrkiä panostamalla mediakasvatukseen sekä opettamisen että tutkimustoiminnan näkökulmasta. Kyseessä ei ole ensimmäinen kerta, vaan painotuksia on ollut jo 1980–90-luvuillakin mutta tietoyhteiskuntakieli on muuttunut mediapainotteiseksi puheeksi.

Kirjastojen rooli mediakasvattajina on korostunut. Kirjastot paitsi lainaavat kirjallisuuden ohella monenlaista mediamateriaalia dvd-elokuvista tietokonepeleihin mutta myös näyttäytyvät yhä useammin tapahtumapaikkoina, joissa hyödynnetään käyttäjien tuottamaa mediaa ja kannustetaan siihen. Jopa niin että käsitys kirjastojen roolista on herättänyt poleemistakin keskustelua: hiljaisen kirjallinaamon muutos äänekkääksi mediakeskukseksi ei ole miellyttänyt kaikkia. Kirjastojen tärkeänä tehtävänä opetus- ja kulttuuriministeriön selvityksissä pidetään tiedonhallinnan taitojen sekä faktan ja fiktion erottamisen taitojen opettamista. Keskeisimmäksi kohderyhmäksi tälle työlle nähdään 9–12-vuotiaat.

Media-ammattilaiset ovat 2000-luvulla ottaneet entistä keskeisimmän roolin ja vastuun mediakasvatuksesta. Tähän kehityskulkuun on vaikuttanut se, että 2012 siirryttiin kuvaohjelmien ennakkosensuurista mediayhtiöiden itsesääntelyyn. Kunkin median koulutetut arvioitsijat tekevät nyt kuvaohjelmien ikärajalukitukset. Mediatalat ovat tarjonneet erityisesti perusopetukseen työvälineitä ja materiaaleja äidinkielen ja kirjallisuuden mediaopetuksen tueksi. Erilaiset hankkeet kuten Sanomalehti koulussa ja Ylen Uutisluokka ovat tarjonneet oppilaille mahdollisuuden kokeilla median tuottamista oikeassa ympäristössä. Lisäksi mediatalat ovat tarjonneet eri kouluasteiden opettajille täydennyskoulutusta ja seminaareja. Mediakasvatusjärjestö Metka ry on tehnyt yhteistyötä esim. Yleisradion kanssa ja järjestänyt jo 15 vuoden ajan Ylen Ison pajan seminaarin opettajille, nuorisotyöntekijöille ja kirjastoammatilaisille. Viimeisimmissä seminaareissa esillä ovat olleet eritoten sosiaalisen median, lisätyn todellisuuden ja mobiilioppimisen teemat.

Mediakasvatusta ei ole pohdittu vain Suomessa, vaan myös yleiseurooppalaisissa yhteyksissä. Euroopan unioni määrittelee mediapalveluja koskevassa direktiivissä 2007 medialukutaidon olevan taitoa, tietoa ja ymmärrystä, jota kuluttaja tarvitsee, jotta voisi käyttää mediaa hyvin ja turvallisesti. Uhistakin huolimatta median edut lienevät haittoja isommat, ja parhaimmillaan mediakasvatus on kulttuurikasvatusta moniulotteiseen maailmaan.

Lähteet

Bolter, J. D. & Grusin, R. 2000. Remediation. Understanding New Media. Boston: MIT Press.

Euroopan unioni 2007. Direktiivi audiovisuaalisista mediapalveluista. 2007/65/EY.

Herkman, J. Kriittinen mediakasvatus. Tampere: Vastapaino.

Hyvä medialukutaito. Suuntaviivat 2013–2016. OKM-julkaisut 11/2013. Helsinki: Opetus- ja kulttuuriministeriö.

Jokelan koulusurmat 2007. Helsingin Sanomat 11.11.2007.

Kirjastot ja media 2012. Selvitys mediakasvatuksen tilasta yleisissä kirjastoissa. OKM-julkaisut 23/ 2012. Helsinki: Opetus- ja kulttuuriministeriö.

Kupiainen R. & Sintonen S. 2009. Medialukutaidot, osallisuus, mediakasvatus. Helsinki: Palmenia.

Matikainen, J. 2008. Verkko kasvattajana. Helsinki: Helsinki: Palmenia.

Mediakasvatuskeskus Metka ry 2014. www-sivut. Viitattu 20.11.2014. <http://mediametka.fi/>.

Merilampi, R.-S. 2014. Mediakasvatuksen perusteet. Helsinki: Avain.

Mustonen, A. 2000. Mediapsykologia. Helsinki: WSOY.

Nordenstreng, K.; Ahmavaara, Y.; Minkkinen, S.; Rand, M. & Starck, M. 1971. Joukkotiedotus yhteiskunnassa. Johdatus joukkotiedotuskasvatukseen. Helsinki: Tammi.

Syväoja, H. 2014. Physical activity and sedentary behaviour in association with academic performance and cognitive functions in school-aged children. Väitöskirja. LIKES – Research Reports on Sport and Health 292. Jyväskylä: LIKES – Research Center for Sport and Health Sciences.

Wiio, O. A. & Puska, P. 1993. Terveysviestinnän opas. Helsinki: Otava.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden osaamisen kehittäminen

Anne Merta

TtM, auktorisoitu seksuaalineuvoja, lehtori

Turun ammattikorkeakoulu

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen on osa terveyden edistämistyötä ja sitä ohjaavat kansalliset seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelmat vuosilta 2007–2011 ja 2014–2020. Tässä artikkelissa tarkastellaan sitä, miten seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämistyö on edennyt, ja minkälaisia haasteita vuosille 2014–2020 ulottuva toimintaohjelma tuo sosiaali- ja terveysalan ammatilliselle osaamiselle, opetuksen ja palvelujen kehittämiseksi sekä tutkimus- ja kehittämistoiminnalle. Esimerkkinä toimintaohjelmien jalkauttamisesta toimii Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueella tehty ja tehtävä seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämistyö.

Johdanto

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen on noussut 2000-luvulla eurooppalaisen terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen asialistalle. Monissa maissa on laadittu maakohtaisia seksuaali- ja lisääntymisterveyden ohjelmia. EU:n tasolla seksuaaliterveydestä on tullut nuorten terveyden edistämisen painoalue. Esimerkiksi vuonna 2010 Maailman terveysjärjestön Euroopan aluetuimisto ja Saksan liittovaltion terveyskasvatuskeskus BZgA julkaisivat Seksuaalikasvatuksen standardit Euroopassa, jotka Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on suomentanut ja johon myös julkaissut vuonna 2014 toteuttamisohjeet.

Myös Suomessa terveydenhuollon lainsäädäntöön on lisätty säännöksiä seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisestä. Terveydenhuoltolaki (1326/2010) velvoittaa kunnan järjestämään alueensa asukkaille ehkäisyneuvontaa ja muita seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistäviä palveluja. Myös valtioneuvoston asetus (338/2011) neuvolatoiminnasta, koulu- ja opiskeluterveydenhuollosta sekä lasten ja nuorten ehkäisevästä suun terveydenhuollosta velvoittaa seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman mukaiseen toimintaan. Esimerkiksi terveysneuvonnan on tuettava yksilön ja hänen perheensä terveyden, mukaan lukien mielenterveyden, sekä psykososiaalisen hyvinvoinnin edistämistä seksuaaliterveyden alueella. Alle kouluikäisen lapsen, oppilaan ja opiskelijan seksuaalista kypsymistä ja kehitystä tukeva neuvonta on sisällytettävä terveysneuvontaan ja terveystarkastuksiin lapsen ja nuoren kehitysvaihetta vastaavasti. Lastenneuvolaopas sekä Koulu- ja Opiskeluterveydenhuollon oppaat sisältävät suosituksia seksuaali- ja lisääntymisterveydestä.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen kansalliset toimintaohjelmat

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen – Toimintaohjelma 2007–2011

Sosiaali- ja terveysministeriön asettama työryhmä laati Suomen ensimmäisen kansallisen seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman vuonna 2007. Ohjelman keskeisenä tavoitteena oli väestön hyvän seksuaali- ja lisääntymisterveyden vahvistaminen. Toimintaohjelmassa seksuaali- ja lisääntymisterveys liitettiin kiinteäksi osaksi kansanterveyttä ja seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen osaksi terveyden edistämistä. Ohjelma oli monialainen ja monitieteinen, joten myös se toimeenpano perustui eri sektorien ja hallinnonalojen yhteistyöhön. Toimintaohjelma sisälsi tavoitteita kansalliselle, alueelliselle ja paikalliselle tasolle. Monet alueellisista tavoitteista ja toimenpiteistä koskivat sairaanhoitopiirejä.

THL teki yhteistyössä sosiaali- ja terveysministeriön (STM) kanssa keväällä 2009 kyselyn Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman (2007–2011) toteutumisesta sairaanhoitopiireissä. Kysely sairaanhoitopiireille uusittiin syksyllä 2011 osana toimintaohjelman loppuarviointia. Kaikki Manner-Suomen 20 sairaanhoitopiiriä vastasivat kyselyyn.

Hieman vajaaseen puoleen sairaanhoitopiireistä oli nimetty seksuaaliterveyden yhteyshenkilö. Sisäinen suunnittelu- ja koordinaatioryhmä oli nimetty puoleen sairaanhoitopiireistä. Alueellisen seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen ryhmä oli nimetty lähes kolmasosaan sairaanhoitopiireistä. Useimmissa seksuaali- ja lisääntymisterveyden alueellisen edistämisen työryhmissä oli edustettuina erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon lisäksi myös ammattikorkeakoulu. Yliopiston ja opetustoimen edustaja oli harvoin mukana. Sosiaalitoimi ei ollut mukana yhdessäkään sairaanhoitopiirissä.

Suurimmassa osassa sairaanhoitopiirejä seksuaalineuvonta- ja seksuaaliterapiavastaanottojen järjestämistavat vaihtelivat sairaanhoitopiireittäin. Suurimmassa osassa sairaanhoitopiirejä oli kuitenkin seksuaalineuvojan tai -terapeutin lisäkoulutuksen saaneita henkilöitä. Sairaanhoitopiirin ja perusterveydenhuollon väliset hoitoketjut olivat käytössä useimmissa sairaanhoitopiireissä sikiöseulontojen järjestämisessä, päihdeongelmaisten äitien hoidossa, imetysohjauksessa, raskauden keskeytysten ja

keskenmenojen hoidossa sekä poikkeavien Papa-löydösten jatkoseurannassa. Synnytyksen jälkeisen masennuksen ja seksuaalista väkivaltaa kokeneiden tunnistamisen, tutkimuksen ja hoidon osalta hoitoketjuja oli laadittu kymmenessä sairaanhoitopiirissä, mutta erityisosaamista vaativan seksuaalineuvonnan hoitoketju oli laadittu vain neljässä sairaanhoitopiirissä. Vähintään puolet vastanneista sairaanhoitopiireistä ilmoitti sisällyttäneensä seksuaaliterveyttä koskevaa informaatiota synnytystä, gynekologisia leikkauksia, eturauhassyöpää, sepelvaltimotautia ja rintasyöpää käsitteleviin potilaille jaettaviin kirjallisiin ohjeisiin. Miltei kaikki sairaanhoitopiirit ilmoittivat kehittäneensä raskausajan, synnytyksen ja lapsivuodeajan hoitoa toimintaohjelman mukaisesti.

Likipitän kaikki sairaanhoitopiirit olivat järjestäneet seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvää täydennyskoulutusta vuoden 2011 aikana. Varsinainen systemaattinen seksuaali- ja lisääntymisterveyden toiminnan tai sen edistämisen seuranta ei ole vakiintunut sairaanhoitopiireissä. Viidessä sairaanhoitopiirissä seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen on sisällytetty sairaanhoitopiirin toimintaohjelmaan. Seksuaali- ja lisääntymisterveyttä ei ollut toistaiseksi huomioitu terveydenhuollon järjestämissuunnitelmaa laadittaessa. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen haasteita sairaanhoitopiireissä olivat mm. seksuaali- ja lisääntymisterveyden integroiminen terveyden edistämisen ohjelmiin ja hoitoketjuihin, perusterveydenhuollon yksikön aktivoituminen seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseen sekä yhteistyö perusterveydenhuollon kanssa.

Esimerkiksi Varsinais-Suomen Sairaanhoitopiiriin (VSSH) perustettiin vuonna 2007 Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen moniammatillinen toimikunta, jonka tehtävä on ollut jalkauttaa toimintaohjelmaa sairaanhoitopiirissä. Toimikunnan jäsenet edustavat Turun yliopistollisen keskussairaalan ja Turun Hyvinvointitoimialan sekä Turun ammattikorkeakoulun moniammatillista henkilöstöä. VSSH:n alueella on toiminut Seksuaaliterveysverkosto, joka on omalla toiminnallaan aktiivisesti edistänyt seksuaali- ja lisääntymisterveyttä järjestämällä säännöllisiä verkostotapaamisia neljä kertaa vuodessa ja toimittamalla jäsenistölleen verkostokirjettä ajankohtaisista asioista 4–5 kertaa vuodessa.

Valtakunnallisella tasolla esimerkiksi Sosiaali- ja terveysalan kehittämiskeskus (Stakes) käynnisti, ja THL on jatkanut, valtakunnallisen, seksuaalineuvojien ja -terapeuttien kaksi kertaa vuodesta toteutuvan verkostotapaamisen. Samoin on koottu yhteen säännöllisiin tapaamisiin ammattikorkeakoulujen seksuaali- ja lisääntymisterveyden aineiden opettajat. Molemmat foorumit ovat tarjonneet sekä täydennyskoulutusta että verkottumismahdollisuuden. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Seksuaali- ja lisääntymisterveysyksikkö (SELI) on toimittanut neljä kertaa vuodessa sähköisesti lähetettävää verkostokirjettä, jonka voi maksutta tilata itselleen THL:n www-sivuilta (www.thl.fi).

Edistä, ehkäise, vaikuta

– Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014–2020

Terveiden- ja hyvinvoinnin laitoksen vuonna 2010 perustettu Seksuaali- ja lisääntymisterveysyksikkö (SELI) sai tehtäväkseen toimintaohjelman päivityksen. Edellisen toimintaohjelman väli- ja loppuarviointi antoivat arvokasta pohjatietoa. SELI-yksikön lisäksi päivittämiseen osallistuivat useat THL:n sisäiset ja ulkopuoliset asiantuntijat. Päivityksen aikana SELI-yksikkö kutsui järjestöjen edustajat keskustelemaan toimintaohjelmasta järjestöjen näkökulmasta. Järjestöiltä saadun arvokkaan palautteen perusteella toimintaohjelmaa kehitettiin edelleen. SELI-yksikkö kuuli toimintaohjelman päivittämisessä myös edellisen toimintaohjelman laatimiseen osallistuneita asiantuntijoita. Lausuntokierrokselta THL sai yhteensä 50 lausuntoa, joiden perusteella uutta toimintaohjelmaa viimeisteltiin. Voi siis hyvin sanoa, että toimintaohjelmaa työstettiin todella laajasti ja moniammatillisesti.

Edistä, ehkäise, vaikuta – Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelmassa 2014–2020 on koottu lähivuosien tavoitteet seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseksi Suomessa ja siinä esitetään toimenpide-ehdotuksia näihin tavoitteisiin pääsemiseksi. Ohjelmassa käsitellään myös seksuaali- ja lisääntymisterveyden tutkimuksen aukkokohtia ja ehdotetaan tutkimusaiheita. Toimintaohjelma on tarkoitettu sosiaali- ja terveydenhuollon johdolle, henkilöstölle, alan järjestöille ja muille keskeisille yhteistyötahoille sekä luottamushenkilöille. Sen lisäksi kohderyhmänä ovat seksuaali- ja lisääntymisterveyden tutkijat, yliopistot, tutkimuslaitokset, ammattikorkeakoulut ja tutkimuksen rahoittajatahot, sosiaali- ja terveysalan opettajat ja opiskelijat sekä peruskoulujen, lukioiden ja ammatillisten oppilaitosten terveystiedon opettajat ja näitä opettavat tahot. Uusi toimintaohjelma jatkaa edellisen toimin-

taohjelman pohjalta ja sen tavoitteena on seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen lisäämällä tietämystä, kehittämällä palveluita ja vahvistamalla seksuaalikasvatusta niin, että se tavoittaa tasa-arvoisesti kaikenikäiset ihmiset ja sisältyy kasvatukseen, opetukseen ja koulutukseen sekä terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen.

Toimintaohjelman ensimmäisenä painopisteenä ovat lapset ja nuoret. Edellisen toimintaohjelman väliarviointi nosti esiin tulevaisuuden haasteista seksuaalikasvatuksen sisällyttämisen varhaiskasvatukseen ja perusopetukseen, seksuaalisen väkivallan vastaisen työn, seksuaali- ja sukupuolivähemmistöjen huomioimisen sekä ei-toivotujen raskauksien ja seksitautien ehkäisyn. Nämä liittyvät pitkälti lasten ja nuorten seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseen ja perustelevat hyvin ensimmäisen painopistealueen valinnan. Nuorten ongelmien kasautuminen, eriarvoisuuden lisääntyminen ja nuorten syrjäytyminen tai syrjään joutuminen tuovat haasteita myös nuorten seksuaali- ja lisääntymisterveyspalvelujen kehittämislle. Seksuaalikasvatuksella voidaan vahvistaa lapsen ja nuoren omanarvontuntoa ja itsetuntemusta sekä kasvattaa turvalliseen ja positiiviseen seksuaalisuuteen. Peruskoulun seksuaalikasvatus on avainasemassa, koska se tavoittaa koko oppivelvollisuusikäisen väestön. Tietämystä lisäämällä ja palveluja kehittämällä edistetään paitsi lasten ja nuorten omaa seksuaali- ja lisääntymisterveyttä myös tulevien sukupolvien terveyttä ja hyvinvointia.

Seksuaali- ja lisääntymisterveys on perinteisesti liitetty naisiin eikä miesten ole ollut helppo hakeutua ehkäisy- ja äitiysneuvolapalveluihin, jotka on koettu naisille suunnatuiksi. Miesten seksuaali- ja lisääntymisterveydestä, tiedon tasosta, palvelujen käytöstä ja toveista palvelujen suhteen on vasta melko vähän tietoa. Toisena toimintaohjelman painopisteenä on miesten seksuaali- ja lisääntymisterveys. Palvelut tulisi pyrkiä järjestämään niin, että myös miehet osaavat ja voivat niihin hakeutua. Tarvitaan myös kohdennettuja palveluja niille miesryhmille, joiden palvelujen tarve on suurin.

Toimintaohjelman kolmantena painopisteenä on monikulttuurisuus. Vaikka Suomi on ollut monien kulttuurien maa jo pitkään, maahanmuutto on Suomessa ollut vähäisempää kuin esimerkiksi muissa Pohjoismaissa. Suomi on kuitenkin vähitellen muuttunut yhä monikulttuurisemmaksi. Maahanmuuttajien seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämiseksi tarvitaan sekä lisää tietoa että kulttuurisensitiivistä ja omakielistä neuvontaa ja palveluja. Myös paperittomilla henkilöillä tulee olla pääsy seksuaali- ja lisääntymisterveyspalveluihin.

Neljäntenä painopisteenä on hyvä syntymän hoito. Uudet äitiysneuvolasuositukset antavat suosituksia äitiysneuvoloille sekä neuvolan ja eri tahojen kuten synnytyssairaaloiden yhteistyöhön, mutta niissä ei anneta suosituksia itse synnytyksen hoidosta. Siksi hyvä syntymän hoito on valittu yhdeksi tämän toimintaohjelman painopistealueeksi. Tavoitteena on edistää synnyttäjän, vastasyntyneen ja koko perheen terveyttä ja hyvinvointia tukemalla synnyttäjän ja hänen kumppaninsa omia varoja, vähentämällä tarpeetonta puuttumista synnytyksen kulkuun ja edistämällä varhaista vuorovaikutusta vastasyntyneen kanssa. Syntymän hoidossa tavoitteena on turvata synnyttäjän ja vastasyntyneen paras mahdollinen terveys ja mahdollistaa kokonaisvaltainen ja voimaannuttava synnytyskokemus perheelle sekä tukea äitiä synnytyksen jälkeen onnistuneeseen imetykseen.

Ammattihenkilöiden osaamisen kehittäminen ja tukeminen

Varhaiskasvatuksen ja esiopetuksen suunnitelmiin sisältyy tavoite lapsen seksuaalisen kasvun ja kehityksen tukemisesta. Tämä on huomioitava näiden alojen ammattilaisten tutkinto- ja täydennyskoulutuksessa. Peruskoulun alaluokilla terveystietoa ei ole omana oppiaineenaan, vaan terveystieto ja siten myös seksuaalikasvatus, on sisällytetty muihin aineisiin. Seksuaalikasvatuksen aiheiden integrointi edellyttää huolellista suunnittelua ja myös tiivistä yhteistyötä kouluterveydenhuollon kanssa. Vuodesta 2011 lähtien yläkoulun terveystiedon opetukseen on vaadittu terveystiedon aineenopettajakelpoisuus. Nämä opinnot ovat 60 opintopisteen laajuiset. Ammatillisen koulutuksen opettajille ei ole määritelty pätevyysvaatimuksia seksologian tai seksuaaliterveyden opetukseen.

Toimintaohjelman tavoitteena on, että ammattihenkilöstöä kouluttavat opettajat kouluttautuvat seksuaali- ja lisääntymisterveyden aihealueeseen ja ylläpitävät osaamistaan täydennyskoulutuksella. Julkisten koulutusorganisaatioiden on kehitettävä seksologian ja seksuaaliterveyden koulutuksiaan ja ammattikorkeakoulujen veloitteena on turvata moniammatillisen koulutuksen jatkuvuus ja kehittäminen. Seksuaali- ja lisääntymisterveyttä opettavien opettajien tulee hankkia järjestelmällistä täydennyskoulutusta. Myös valtakunnallisista koulutuspäivistä vastaavien tahojen tulee huomioida koulutussuunnittelussaan seksuaali- ja lisääntymisterveyden näkökulma ja ajankohtaiset haasteet.

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattihenkilöiden koulutus

Toimintaohjelman tavoitteena on, että seksuaalilääketiede sisällytetään osaksi lääkärikoulutuksen perusopetusta niin, että se on huomioitu erikoisalaopintojen yhteydessä. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten perustutkintojen ja yliopistotutkintojen tulee sisältää riittävät perustiedot seksuaalisuudesta, sukupuolesta ja niiden moninaisuudesta sekä seksuaali- ja lisääntymisterveydestä. On myös huolehdittava siitä, että jokainen sosiaali- ja terveysalan tutkinto tarjoaa seksuaali- ja lisääntymisterveyden perusosaamisen ja seksuaalisuuden huomioimisen sekä ammatin vaatimat syvemmät tiedot ja valmiudet antaa seksuaalineuvontaa.

Opettajille ja muille ammattihenkilöille pitää järjestää säännöllisesti täydennyskoulutusta, joka noudattaa täydennyskoulutuksesta annettuja säännöksiä ja valtakunnallisia suosituksia sekä toteutetaan monitieteisesti. Korkeakoulujen ja tutkimuslaitosten selvitysten perusteella tulee laatia yhteisiä täydennyskoulutus suunnitelmia ja koulutuksia tulisi toteuttaa yhteistyössä. Esimiesten on tuettava tavoitteen toteutumista työnohjausta kehittämällä ja huolehtimalla ajantasaisen materiaalin helppo saatavuus.

Tällä hetkellä on saatavilla runsaasti hyvää sekä koulutuksessa että ohjauksessa ja neuvonnassa hyödynnettävissä olevaa materiaalia. Kolmannen sektorin toimijoista esimerkiksi Väestöliitto (www.vaestoliitto.fi), Sexpo-säätiö (www.sexpo.fi), HIV-tukikeskus (www.hivtukikeskus.fi) ja Seta (www.seta.fi) ovat tuottaneet ansiokasta ja helposti käytettävää materiaalia niin kansalaisten, ammattilaisten kuin koulutajienkin käyttöön. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (www.thl.fi) SELI-yksikkö on rakentanut monipuoliset ja laadukkaat www-sivut palvelemaan seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämistyötä tekevien tiedontarpeita. Yhtenä esimerkkinä helposta tiedonsaannista toimivat Tiedä ja toimi -tietokortit. Tietokorttien aiheina ovat: Seksuaalikasvatus on ihmisoikeus, Synnytys ja syntymän jälkeinen aika, Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen on kuntien ja sote-alueiden tehtävä, Nuorten, naisten ja miesten lisääntymisterveys osaksi terveydenhuoltoa, Parisuhteen tukeminen sekä Tyttöjen ja naisten ympärileikkausten ehkäisy.

Vuosina 2012–2013 toteutettiin Euroopan sosiaalirahaston rahoituksella Suomen ja VirtuaaliAMK-verkoston koordinoima AYVOT-hanke eli Avoin Yhteisöllinen Virtuaalinen Oppimisympäristö. Hankkeessa rakennettiin vuorovaikutteinen, autenttiseen oppimispedagogiikkaan pohjautuva, virtuaalinen seksuaaliterveyden oppimisympäristö osoitteeseen www.seksuaaliterveysasema.fi. Hanketta olivat toteuttamassa VirtuaaliAMK-verkoston lisäksi Hiv-tukikeskus, Sexpo-säätiö, Helsingin diakonissalaitos, Lahden ammattikorkeakoulu, Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Centria ammattikorkeakoulu, Turun ammattikorkeakoulu, Hämeen ammattikorkeakoulu sekä Laurea-ammattikorkeakoulu. Seksuaaliterveysasema on verkkopohjainen oppimisympäristö, joka sisältää laajasti tietoa seksuaaliterveydestä ja antaa mahdollisuuden opiskella seksuaaliterveyttä, joko itsenäisesti tai koulutusorganisaatioiden kautta, verkossa. Oppimisympäristö on hyödynnettävissä erityisesti sosiaali- ja terveysalan opetuksessa sekä täydennyskoulutuksessa että omaehtoisessa tiedon etsinnässä ja soveltuvien osien myös opettajien koulutuksessa. Siellä on mahdollisuus opiskella ja hakea tietoa seuraavista kokonaisuuksista: lasten ja nuorten, aikuisten ja ikääntyvien seksuaaliterveys, seksuaalisuus ja media, sairauksien ja elämäntapojen vaikutus seksuaaliterveyteen, seksuaalisuuden ja sukupuolen moninaisuus, turvallinen seksuaaliterveys sekä matkailijan seksuaaliterveys ja seksuaalisuus eri kulttuureissa.

Seksologian koulutus ja auktorisointitasot Suomessa

Seksologian alan koulutus voidaan jakaa kolmeen linjaan, joista kaksi (neuvonta ja kasvatus) vielä kolmeen eri tasoon (taulukko 1). Eteneminen tasolta seuraavalle edellyttää edellisen tason koulutuksen hankkimista. Perustason eli seksuaalineuvojan ja seksuaalikasvattajan auktorisointi haetaan Suomen Seksologiselta seuralta (www.seksologinenseura.fi). Toisen ja kolmannen tason auktorisoinnit eli terapeutin ja pedagogin sekä kliinisen seksologin ja ns. promoottorien (*sexuality educator and sexual health promoter*) auktorisointi haetaan pohjoismaiselta järjestöltä (*NACS, Nordic Association of Clinical Sexology*) (www.nacs.eu). Kolmannessa linjassa eli tieteellisessä, tutkimukseen tähtäävässä linjassa ei ole tasoja, ja nimike on suomeksi auktorisoitu seksuaalitieteilijä (*authorised in sexual science*), jonka auktorisoinnin myöntää myös NACS.

TAULUKKO 1.

Seksologian koulutuksen linjat ja tasot sekä auktorisoiva taho.

Linja		
Taso	Neuvonta	Kasvatus
I	Seksuaalineuvoja (SSS)	Seksuaalikasvattaja
II	Seksuaaliterapeutti (NACS)	Seksuaalipedagogi (NACS)
III	Kliininen seksologi (NACS)	Seksuaalikasvatuksen kouluttaja ja edistäjä (NACS)

Seksologian perustason opinnot (seksuaalineuvoja) ovat laajuudeltaan 30 opintopistettä (op) ja pohjakoulutusvaatimus on vähintään opisto- tai ammattikorkeakoulutasoinen pohjakoulutus soveltuvalta alalta. Seksuaalikasvattajalle (30 op) koulutukseen pääsemisen tasovaatimus tulee olemaan myös toisen asteen ammatillinen koulutus kuten lähihoitaja, lastenohjaaja ja nuoriso-ohjaaja. Toisen tason koulutus edellyttää 30 opintopisteen kokonaisuutta perusopinnot lisäksi, ja se oikeuttaa käyttämään seksuaaliterapeutin tai -pedagogin nimitystä. Sekä perustason että toisen tason koulutusta tarjoavat ammattikorkeakoulut (Helsingin, Jyväskylän, Turun, Tampereen, Vaasan, Kuopion, Joensuun, Hämeenlinnan ja Rovaniemen ammattikorkeakoulut) ja kesäyliopistot sekä järjestöt (Sexpo-säätiö, Väestöliitto ja Seta). Kolmannen tason kliinisen seksologin ja seksuaalikasvatuksen kouluttajan ja edistäjän opinnot ovat laajuudeltaan 90 op (perusopinnot 30 op ja lisäopinnot 30 op + 30 op).

Seksologian alan työskentelyä ohjaavat vahvasti seksuaalioikeudet, jotka Maailman seksuaaliterveyden maailmanjärjestö WAS (*World Association for Sexual Health*) julisti vuonna 1999 ja täydensi vuonna 2014. Suomen Seksologinen Seura on laatinut lisäksi Seksologin ammattieettiset ohjeet, jotka ohjaavat, ja yhdessä seksuaalioikeuksien kanssa, helpottavat eettisten kysymysten käsittelyssä ja ratkaisussa. Myös uudistetun toimintaohjelman lähtökohtana ovat koko väestöä koskevat seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvät oikeudet.

Seksuaalineuvonta, -ohjaus ja -kasvatus

Jack Annon loi vuonna 1976 seksuaaliohjauksen, -neuvonnan ja -terapian tasojen hahmottamiseksi käsitteellisen PLISSIT-mallin, jonka avulla työntekijä voi arvioida asiakkaan tai potilaan tarvitsemaa seksuaalineuvonnan tai -terapian tasoa sekä käytettäviä neuvonta- ja hoitomenetelmiä. Lisäksi malli toimii työvälineenä arvioitaessa oman pätevyyden riittävyyttä. Suurinta osaa ihmisistä, joilla on seksuaalisuuteen liittyviä ongelmia, voidaan auttaa hyväksymällä seksuaalisuus osaksi elämää sekä antamalla tietoa, tukea ja ohjausta. Tästä syystä mallin ensimmäinen taso, Luvan antaminen ja salliminen (*Permission*), on esitetty suurimpana. Luvan antaminen on myönteistä ja sallivaa suhtautumista seksuaalisuuteen sen erilaisissa ilmenemis- muodoissa. Tällä tasolla kuullaan asiakkaan huolenaiheita, hänen seksuaalisuuteen liittyvistä ajatuksistaan, fantasioistaan, unelmistaan, tunteistaan ja käyttäytymisestään.

Seksuaalikasvatus on tärkeä osa seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämistä ja se on jokaisen ihmisen seksuaalioikeus. Seksuaalikasvatuksen keinoin voidaan ehkäistä seksuaaliseen käyttäytymiseen liittyviä riskejä ja tehdä myös korjaavaa työtä. Seksuaalikasvatusta tarvitaan kaiken ikäisenä. Kehon muutokset käynnistävät mielen muutokset ja sen vuoksi on tärkeää, että tietoa ja tukea voi saada koko läpi elämän.

Lopuksi

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelma vuosille 2014–2020 jatkaa Suomessa edellisellä toimintaohjelmakaudella käynnistettyä suunnitelmallista seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämistyötä. Toimintaohjelman tavoitteena on edistää väestön seksuaali- ja lisääntymisterveyttä ja vähentää siihen liittyvää eriarvoisuutta. Tähän tavoitteeseen pyritään lisäämällä tietoa, kehittämällä palveluja ja vahvistamalla seksuaalikasvatusta. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos myös koordinoi laajan toimijajoukon työskentelyä ja organisoii omalta osaltaan myös toimintaohjelman tulosten arviointia.

Vajaa viidennes toimenpide-ehdotuksista koskee kuntien ja tai kuntayhtymien järjestämiä palveluja ja noin viisi prosenttia alueellisesta palvelujen organisoinnista vastaavia tahoja. Kolmasosa toimintaohjelman toimenpide-ehdotuksista koskee ammattihenkilöiden toimintaa eli hyvin pitkälle päästään jo sillä, että kiinnitetään huomiota ammattihenkilöiden tapaan tehdä työtä, koulutukseen, työnohjaukseen ja esimiestyöhön. Osa toimenpide-ehdotuksista liittyy koulutuksen uudistamiseen tai uudenlaisen koulutuksen esimerkiksi seksuaalikasvattajan korkeakouluopinnot ja seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen sisältöjen implementointiin lääkäreiden koulutukseen. Osa ehdotuksista liittyy korkeakouluissa ja tutkimuslaitoksissa tehtävään tutkimustyöhön. Toimintaohjelman mukaan esimerkiksi seksuaali- ja lisääntymisterveyteen tai sukupuoli-identiteetin, sukupuolen ilmaisuuden ja seksuaalisuuden moninaisuuteen liittyviä kysymyksiä tulisi lisätä väestötutkimuksiin.

Suurin osa toimintaohjelman ehdotuksista on toteutettavissa jo olemassa olevilla resursseilla tai vähäisillä lisäresursseilla, uudenlaisella organisoinnilla, koulutuksen suunnittelulla ja suuntaamisella, eri vastuutahojen määrittämisellä ja hyödyntämällä toimintaohjelmaa kuntien hyvinvointikertomuksissa. Seksuaalikasvatus on ihmisoikeus ja asiakkailta ja potilailta on oikeus tulla kohdatuiksi seksuaalisina olentoina. Seksuaaliohjauksen ja -kasvatuksen tulee kuulua luontevana osana kaikkien asiakkaiden kohtaamiseen ja hoitamiseen. Työntekijä voi kuitenkin kohdata asiakkaan ja potilaan seksuaalisuuden kysymyksiä ainoastaan niin pitkälle kuin hän on itse pohtinut omia seksuaalisuuteen liittyviä arvojaan ja asenteitaan. Työntekijän oman seksuaalisuuden pohdintaprosessi on se, joka mahdollistaa seksuaalisuuden puheeksi ottamisen ja huomioimisen luontevana osana erilaisia asiakastyönprosesseja ja vuorovaikutustilanteita. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistämisen toimintaohjelman 2014–2020 tavoitteisiin pääseminen haastaa meidät kaikki, niin ammattilaiset, kouluttajat kuin päätöksentekijätkin.

Lähteet

Annon, J. S. 1976. The PLISSIT-model: A Proposed Conceptual Scheme for the Behavioral Treatment of Sexual Problems. *Journal of sex education and therapy* 2, 1–15.

Apter, D.; Väisälä, L. & Kaimola, K. (toim.) 2006. *Seksuaalisuus*. Jyväskylä: Gummerus.

Hautamäki-Lamminen, K. 2012. Seksuaalisuuden muutokset syöpään sairastuessa. Tiedontarpeet ja tiedonsaanti. Väitöskirja. Terveystieteiden laitos. Tampere: Tampereen yliopisto. Viitattu 27.10.2015 <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/66885/978-951-44-8760-6.pdf?sequence=1>.

Järvinen, S. 2012. Seksuaaliterveyden edistäminen osana terveysneuvontaa. Pilottina syöpä ja seksuaalisuus. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos raportteja 25/2012. Viitattu 27.10.2015 <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80222/c0546964-ab39-4db1-b508-04f6011f9191.pdf?sequence=1>.

Klemetti, R. & Hakulinen-Viitanen, T. (toim.) 2013. Äitiysneuvolaopas. Suosituksia äitiysneuvolatoimintaan. Opas 29. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 27.10.2015 <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-972-5>.

Klemetti, R. & Raussi-Lehto, E. (toim.) 2014. Edistä, ehkäise, vaikuta. Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelma 2014–2020. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Opas 33. Tampere: Suomen Yliopistopaino Oy. Viitattu 27.10.2015 <http://www.julkari.fi/handle/10024/116162>.

Koponen, P.; Klemetti, R.; Surcel, H.-M.; Mölsä, M.; Gissler, M. & Weiste-Paakkanen, A. 2012. Lisääntymisterveys. Teoksessa Castaneda, A.; Rask, S.; Koponen, P.; Mölsä, M. & Koskinen, S. (toim.) Maahanmuuttajien terveys ja hyvinvointi. Tutkimus venäläis-, somalialais- ja kurditaustaisista Suomessa. Raportti 61/2012. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 134–144.

Koukkula, M., Parekh, S. & Klemetti, R. 2014. Tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen estämisen toimintaohjelman 2012 - 2016 (FGM) väliarviointi. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Työpaperi 26/2014. Viitattu 27.10.2015 http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116300/URN_ISBN_978-952-302-265-2.pdf?sequence=1.

Ritamo, M.; Ryttyläinen-Korhonen, K. & Saarinen, S. (toim.) 2011. Seksuaalineuvonnan tueksi osat I ja II. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos raportteja 27/2011. Viitattu 27.10.2015 <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80221/638fa3f5-4df4-4dc8-86e9-37e0d9db7a9c.pdf?sequence=1>.

Ryttyläinen, K. & Valkama, S. 2010. Seksuaalisuus hoitotyössä. Helsinki: Edita Prima.

Sannisto, T. 2010. Seksuaaliterveyspalvelut terveyskeskuksissa. Tampereen yliopisto, lääketieteen laitos. Acta Electronica Universitatis Tamperensis; 1029 <http://tampub.uta.fi/handle/10024/66691>.

Seksuaalikasvatuksen standardit Euroopassa 2010. Suuntaviivat poliittisille päättäjille, opetus- ja terveydenhoitoalan viranomaisille ja asiantuntijoille. WHO. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Valopaino Oy. Viitattu 27.10.2015 <http://www.julkari.fi/handle/10024/80220>.

Seksuaalikasvatuksen standardit Euroopassa 2014. Toteuttamisohjeet. WHO. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Suomen Yliopistopaino Oy. Viitattu 27.10.2015 <http://www.julkari.fi/handle/10024/116767>.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen 2007. Toimintaohjelma 2007–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. 2007:17. Helsinki: Yliopistopaino. Viitattu 27.10.2015 http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3584.pdf&title=Seksuaali__ja_lisaantymisterveyden_edistaminen_fi.pdf.

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen sairaanhoitopiireissä 2012. Osa I Loppuraportti ja Osa II Väliarviointi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportteja 28/2012. Viitattu 27.10.2015 <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/59b23ab5-6bb0-487f-9080-a3c8c8d282d1>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen estämisen toimintaohjelma 2012 – 2016. (FGM) Julkaisuja 8/ 2012. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 27.10.2015 http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1822114.

Suomen Seksologinen Seura. Viitattu 27.2.2015. <http://www.seksologinenseura.fi/>.

Tiedä ja toimi: Seksuaalikasvatus on oikeus. Tietokortti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 27.2.2015 http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116825/THL_Tied%c3%a4%20ja%20toimi_Seksuaalikasvatus_web.pdf?sequence=1.

Tiedä ja toimi: Synnytys ja syntymän jälkeinen aika. Tietokortti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. <http://www.thl.fi/fi/web/seksuaali-ja-lisaantymisterveys/ajankohtaista/seksuaali-ja-lisaantymisterveyden-toimintaohjelma-2014-2020/tieda-ja-toimi>.

Tiedä ja toimi: Tyttöjen ja naisten ympärileikkauksen ehkäisy. Tietokortti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116826/THL_Tied%c3%a4%20ja%20toimi_Tytt%c3%b6jen_ymparileikkaus_web.pdf?sequence=1.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2011. Seksuaalisuuden puheeksi ottaminen. Viitattu 27.2.2015 <http://www.turku.fi/Public/download.aspx?ID=125348&GUID=%7B6D48EC04-F569-4EC6-8FD2-85B50CDF40B7%7D>.

World Association for Sexual Health WAS. Declaration of Sexual Health. 2014. Viitattu 28.11.2014 http://www.worldsexology.org/wp-content/uploads/2013/08/declaration_of_sexual_rights_sep03_2014.pdf.

Nuorten aikuisten työttömien terveyden edistäminen

Emilia Laitinen

sairaanhoitaja (YAMK)

Marjo Salmela

TtT, yliopettaja

Turun ammattikorkeakoulu

Pia Suvivuo

TtT, yliopettaja, SOTE-palvelujärjestelmän kehittäminen

-tutkimusryhmän tutkimusvastaava

Turun ammattikorkeakoulu

Terveys on yksi tärkeimmistä ihmisen kokemista hyvinvoinnin osatekijöistä. Terve ihminen pystyy parhaiten tavoittelemaan oman elämänsä päämääriä ja toteuttamaan itseään sekä elämään osana yhteisöä omien arvojensa mukaisesti. Suurin osa nuorista aikuisista kiinnittyy opiskelunsa tai työpaikkansa kautta terveyden edistämisen palveluihin. Kuitenkin työttömät tai ilman opiskelupaikkaa olevat nuoret aikuiset jäävät vaille näitä palveluja, ja heidän tavoittamisensa ja motivointinsa omaehtoiseen terveyden edistämiseen voi olla haasteellista. Nämä nuoret kohdataan muun muassa työvoimatoimistoiden ja työvoiman palvelukeskusten palveluiden piirissä. Positiivinen asenne muuttuviin elämäntilanteisiin on tärkein eteenpäin vievä voimavara. Nuoret, joilla on positiivinen elämänasenne sekä aiempaa kokemusta vaikeiden elämäntilanteiden voittamisesta, selviytyvät mitä todennäköisimmin paremmin muuttuvissa elämäntilanteissa.

Yhteiskunnan tärkeimpiä tehtäviä on pienentää väestöryhmien välisiä eroja ja erityisesti parantaa syrjäytyneiden nuorten työllistymistä. Sosiaali- ja terveysministeriö (STM) koordinoi syrjäytymistä, köyhyyttä ja terveysongelmia vähentävän poikkihallinnollisen toimenpideohjelman toteuttamista. Ohjelmassa köyhyyden, eriarvoisuuden ja syrjäytymisen ehkäiseminen on vuosien 2011–2015 hallitusohjelman yksi kolmesta painopistealueesta. Vähentämällä työttömyyttä ja köyhyyttä voidaan ehkäistä syrjäytymistä sekä ihmisten näköalattomuutta ja osattomuutta. Tavoitteiden saavuttamiseksi tarvitaan useiden hallinnonalojen toimia ja yhteistyötä.

Keskeisimpinä tavoitteina poikkihallinnollisella toimenpideohjelmalla on vakiinnuttaa pysyvä toimintamalli yhteiskunnalliseen päätöksentekoon, jonka vaikutukset ihmisten hyvinvointiin, terveyteen ja syrjäytymiseen on aina otettava huomioon. Poikkihallinnollisella toimenpideohjelmalla on seitsemän teemaa, joiden tavoitteena ovat eri kansalaisryhmien yhdenvertaisuuden vahvistaminen, terveyden edistäminen terveyseroja vähentämällä, työstä ja työmarkkinoilta syrjäytymisen vähentäminen, pienituloisten kansalaisten aseman parantaminen, sosiaali- ja terveyspalvelujen uudistaminen, kansalaisjärjestöjen työn vaikuttavuuden parantaminen sekä erityisesti lasten ja nuorten syrjäytymisen vähentäminen.

Keskeisiä puheenaiheita suomalaisessa yhteiskunnassa vuosien mittaan ovat olleet työttömyys ja suomalaisten terveys. Viime vuosina työmarkkinatilanne on heikentynyt, mikä on lisännyt työttömien määrää. Terveyden edistämisen aktiivisia toimia on karsittu ja on havaittu, että suomalaisten terveydessä on tapahtunut negatiivisia muutoksia. Työttömyyden ja huonontuneen terveyden yhteys herättää yhteiskunnallista keskustelua ja luo pohjaa uusille toimille suomalaisten terveyden edistämiseksi. Erityisesti nuorisotyöttömyys ja nuorten omaehtoisen terveyden edistämisen puute ovat merkitseviä tekijöitä, jotka määrittelevät suomalaisen yhteiskunnan tulevaisuuden.

Nuorisotyöttömyys ja syrjäytyminen

Nuorisotyöttömyys on määrällisesti viime vuosina vähentynyt, mutta työttömyyden pitkittyminen on lisännyt syrjäytymisriskiä sekä vaikuttanut siihen, millaiseksi nuori aikuinen kokee työttömyyden. Nuorten työttömyydellä on todettu olevan Sosiaali- ja terveysturvan katsauksen (2007) mukaan yhteys lisääntyneisiin psyykkisiin ja sosiaalisiin ongelmiin, terveyspalveluiden lisääntyneeseen käyttöön, somaattisiin sairauksiin sekä yhteiskunnasta vieraantumiseen.

Työmarkkinoiden ja opiskelun ulkopuolelle jäävien nuorten aikuisten määrä Suomessa on kasvanut taantuman aikana. Tilastokeskuksen (2014) mukaan nuorista aikuisista noin 10 prosenttia on vailla työ- tai opiskelupaikkaa. Osa näistä nuorista aikuisista jää kaikkien yhteiskunnallisten instituutioiden ja palveluiden ulkopuolelle. Tämä aiheuttaa suurentuneen syrjäytymisriskin ja joutumisen yhteiskunnallisten järjestelmien ja palveluiden ulkopuolelle. Tämä vaikeuttaa huomattavasti siirtymistä työelämään ja tavalliseen arkielämään.

Ulkopuolisuuden tunteen ja työttömyyden on todettu siirtyvän sukupolvelta toiselle. Nuoren aikuisen kotitausta vaikuttaa paljon hänen tulevaisuuteensa ja mahdolliseen syrjäytymiseensä. Opiskelun ulkopuolelle ja työttömäksi jääneiden nuorten aikuisten vanhemmat ovat keskimääräistä heikommin koulutettuja ja kuuluvat tavallisemmin alimpiin sosioekonomisiin ryhmiin. Sukupolvelta toiselle siirtyvät työttömyys, terveys ja elämäntavat on tiedostettu yhteiskunnallisesti ja kyseistä negatiivista siirtymää on ryhdytty estämään. Nuorisotyöttömyyden pitkittyessä ja syrjäytyneisyyden lisääntyessä on aloitettu mittavat toimet yhteiskuntaa kuormittavien tekijöiden vähentämiseksi. Tärkeimpiä tehtäviä tällä hetkellä on pienentää väestöryhmien välisiä eroja ja parantaa erityisesti syrjäytyneiden nuorten työllistymistä. Sosiaali- ja terveysministeriö koordinoi syrjäytymistä, köyhyyttä ja terveysongelmia vähentävän poikkihallinnollisen toimenpideohjelman toteuttamista. Köyhyyden, eriarvoisuuden ja syrjäytymisen ehkäiseminen kuuluu vuosien 2011–2015 hallitusohjelman kolmen painopistealueen joukkoon. Vähentämällä työttömyyttä ja köyhyyttä voidaan ehkäistä syrjäytymistä sekä ihmisten näköalattomuutta ja osatomuutta. Tavoitteiden saavuttamiseksi tarvitaan useiden hallinnonalojen toimia ja yhteistyötä niin yksilön kuin yhteiskunnan osalta.

Nuorten työttömien terveyden edistäminen

Terveys 2015 -kansanterveysohjelma linjaa Suomen terveyspolitiikkaa seuraavien 15 vuoden ajan. Ohjelmassa painotetaan terveyden edistämistä ja taustalla on Maailman terveysjärjestön (World Health Organization eli WHO) Terveystä kaikille -ohjelma. Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa pyritään terveyden tukemiseen ja edistämiseen kaikilla yhteiskunnan sektoreilla. Ohjelma on tarkoitettu kaikille hallinnonaloille, sillä väestön terveyteen vaikuttavat terveydenhuollon ulkopuoliset elementit. Tavoitteiden saavuttamisen edellytyksenä on, että kansalaisten terveys otetaan huomioon kaikilla kuntien ja valtion tehtäväalueilla, yksityissektoreilla ja ihmisten omissa toiminnoissa.

Terveys on tärkeimpiä hyvinvoinnin osatekijöitä. Terve ihminen pystyy parhaiten tavoittelevaan elämänsä päämääriä ja toteuttamaan itsensä sekä elämään osana yhteisöä arvojen mukaisesti. Terveys 2015 -kansanterveysohjelma painottaa terveyttä prosessina, jota pitäisi tarkastella elämänkulun näkökulmasta. Tuolloin otetaan yksityiskohtaisemmin huomioon sen eri vaiheet, kuten nuoruus tai työttömyys. WHO määrittelee Ottawa Charter -asiakirjassaan (1986) terveyden edistämisen mahdollistavana keinona. Terveys on muutakin kuin sairauden puuttumista eli se on kokonaisvaltainen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila. Terveys nähdään tämän määritelmän mukaan voimavarana, jonka avulla ihminen pystyy elämään yksilöllisesti, sosiaalisesti ja taloudellisesti hyödyllistä elämää. Tämän takia terveyden edistäminen ei ole vain terveydenhuoltoalan vastuulla, vaan jokaisen ihmisen täytyy myös itse huolehtia terveellisestä elämäntavasta aina omaan hyvinvointiin asti.

Terveyden edistäminen Suomessa pohjautuu terveydenhuoltolakiin, jonka tarkoituksena on ”edistää ja ylläpitää väestön terveyttä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä sekä sosiaalista turvallisuutta.” Terveydenhuoltolaki pyrkii kaventamaan väestöryhmien välisiä terveyseroja sekä toteuttamaan koko väestölle yhdenvertaiset, laadukkaat palvelut. Lain määritelmässä terveyden edistäminen on ”yksilöön, väestöön, yhteisöihin ja elinympäristöön kohdistuvaa toimintaa, jonka tavoitteena on terveyden, työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen sekä terveyden taustatekijöihin vaikuttaminen, sairauksien, tapaturmien ja muiden terveysongelmien ehkäiseminen ja mielenterveyden vahvistaminen.” Terveydenhuoltolaki velvoittaa järjestämään terveysneuvontaa terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi ja seuraamiseksi myös opiskelu- ja työterveyshuollon ulkopuolelle jääville. Yhtenä terveydenhuoltolain tarkoituksena on kaventaa eri väestöryhmien terveyseroja.

Suurin osa nuorista aikuisista kiinnittyy opiskelunsa tai työpaikkansa kautta terveyden edistämisen palveluihin ja saa tukea ja kannustusta työ- ja toimintakykyyn, jaksamiseen tai painonhallintaan parantaviin elintapamuutoksiin. Kuitenkin työttömät tai ilman opiskelupaikkaa olevat nuoret aikuiset jäävät vaille kyseisiä palveluita. Nämä nuoret kohdataan työvoimatoimistoiden ja työvoiman palvelukeskusten palveluiden piirissä. Tällä hetkellä yhteiskunnalla ei ole tarjota riittävästi tukea ja keinoja syrjäytyneiden nuorten aikuisten terveyden omaehtoiseen edistämiseen ja ylläpitämiseen.

Työttömien tai ilman opiskelupaikkaa olevien nuorten aikuisten motivaatio sekä taloudellinen tilanne ovat ratkaisevia heidän omaehtoisissa toiminnoissaan terveyden ylläpitämiseksi ja edistämiseksi. Syrjäytyneiden nuorten aikuisten tavoittaminen ja motivaatio heidän omaehtoiisiin terveyden edistämisen toimiinsa ovat haasteena yhteiskunnalle, joka hyötyy siitä, että ihminen voi hyvin, on terve ja yhteiskunnalle merkitsevä toimija. Hallitus ja sosiaali- ja terveysministeriö ovat tehneet mittavat hankkeet eri väestöryhmien välisten terveyserojen kaventamiseksi. Lopulta kuitenkin jokainen yksilö itse vastaa omasta terveydestään. Mahdollistavat toimet tulevat hyödyksi vain niitä käyttämällä.

Terveys, hyvinvointi ja elämänhallinta

Terveys ja hyvinvointi ovat suomalaisten kohdalla kohentuneet. Kuitenkin samanaikaisesti eri sosiaaliryhmien väliset terveys- ja hyvinvointierot ovat pysyneet ennallaan vuosia tai jopa kasvaneet. Sosioekonomisten terveys- ja hyvinvointierojen lisäksi eroja ilmenee myös alueellisesti ja sukupuolten välillä. Terveyden edistäminen on kansallinen tavoite, jolla pyritään kaventamaan väestöryhmien välisiä terveys- ja hyvinvointieroja. Sosiaali- ja terveysministeriö vastaa terveyserojen kaventamisen yleisestä ohjauksesta, suunnittelusta ja valvonnasta. Sosiaali- ja terveysministeriön laatima Kaste-ohjelma perustuu keskeisiin uudistustarpeisiin, joiden tavoitteina ovat hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden ja palveluiden järjestäminen asiakaslähtöisesti. Painopiste ohjelmassa on siirtyminen ongelmien hoidosta niiden ehkäisemiseen sekä hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen.

Terveyttä painottavassa teoriassa keskitytään koherenssin tunteeseen (*sense of coherence*), joka tarkoittaa yleistä elämän orientaatiota, jota kuvataan ymmärrettävyyden, hallittavuuden ja mielekkyyden näkökulmasta. Koherenssin määritelmä perustuu Aaron Antonovskyn (1923–1994) kiinnostukseen terveyttä ja sitä suojaavia tekijöitä kohtaan, joita hän tutki ihmisistä rankkojen keskitysleirikokemusten kautta. Hänen tutkimuksensa perustuivat siihen ajatukseen, että onko olemassa terveyttä haitallisilta vaikutuksilta suojaavia tekijöitä. Antonosky kehitti terveyttä ja kuormittavien tapahtumien käsittelyn voimavaroja korostavan salutogeneettisen teorian. Teorian keskeinen käsite on koherenssin tunne (*sense of coherence*). Kyseisestä koherenssin tunteesta käytetään suomen kielellä myös nimitystä elämönhallinta.

Elämönhallinnassa ymmärrettävyys on yksilön tunne siitä, että hän kykenee hahmottamaan voimavaransa ja vuorovaikutuksen ympäristönsä kanssa, jolloin elämä koetaan loogiseksi ja ennustettavaksi. Hallittavuus sisältää kokemuksen itsestä ja ympäristön voimavaroista. Näiden avuin yksilöllä on luottamus siihen, että hän voi vaikuttaa oman elämänsä kulkuun ja että hän kykenee säätelemään elämäntilanteitaan. Mielekkyys puolestaan osoittaa sen, että yksilö kokee elämällään olevan tarkoituksen ja haluaa käyttää voimavarojaan erilaisiin elämän sitoumuksiin ja velvollisuuksiin.

Terveys on suhteellista, ja siihen vaikuttavat yksilön tekemät ratkaisut ja elämäntapojen lisäksi ihmisen psyykinen hyvinvointi, työolosuhteet, elinympäristö ja yhteiskunnalliset päätökset. Terveyttä voidaan määritellä kahden näkökulman avulla: objektiivisen, tutkittavan terveyden kannalta sekä subjektiivisen näkökulman kannalta. Terveys nähdään myös tärkeänä yksilön ja yhteiskunnan kannalta. Terveys on positiivinen voiman lähde ja sisältää hyvän olon ominaisuuksia. Se, mitä ymmärrämme terveydellä ja miltä terveys tuntuu, määrittää jokainen ihminen itse oman tietonsa ja kokemuksensa mukaan. Näiden perusteella teemme valintoja, jotka lisäävät tai vähentävät terveyttä. Terveys syntyy ihmisen arjen valintojen kautta. Ihminen muovaa valinnallaan omaa terveyttään ja ympäristöään. Ihmisen arjen olosuhteet, elämäntapojen ja valintojen tulokset voivat heikentää terveyttä. Terveysteen vaikuttavat arkiset ympäristöt, kodit, asuma-alueet, liikenne, koulut, työpaikat ja vapaa-ajan ympäristöt.

Terveydenhuollon päätehtävä on terveyden edistäminen, ja eettisenä periaatteena on ihmisarvon kunnioittaminen. Eri ihmisryhmien oikeudet, sosiaalinen oikeudenmukaisuus, ihmisen vastuu elämänvalinnoistaan ja priorisointi voimavarojen käytössä ovat eettisiä kysymyksiä. Terveyden edistämisessä kohdataan eettisiä ongelmia terveydenhuollon eriarvoisuuden osalta, jotka ovat merkittävien tulevaisuuden haaste, sillä sosioekonomiset erot ovat suuria Suomessa. Eriarvoisuus ilmenee väestöryhmien välisinä eroina, kun voidaan olettaa, että eroja pystyttäisiin kaventamaan eikä yksilöä ole ollut tarkoitus altistaa vaaratekijöille. Väestöryhmien välisiin eroihin vaikuttavat ensisijaisesti koulutus, joka vaikuttaa terveyteen liittyviin tietoihin ja arvoihin, ammattiuraan ja elinympäristöön. Elintavat eivät ole ainoastaan yksilön valinnan tulos, vaan syrjäytyminen, kouluttamattomuus ja sosiaalisten verkostojen puute periytyvät, kuten syrjäytyvien nuorten aikuisten osalta on tutkittu.

Nuoruuden eri kehitysvaiheiden huomioiminen

Terveys, terveyskäyttäytyminen ja terveyden edistäminen liittyvät nuoruusikään kuuluviin fyysisiin ja psyykkisiin muutoksiin. Ne kiinnittyvät myös suhteeseen omaan lähiyhteisöön, nuorisokulttuuriin sekä laajemmin tarkasteltuna yhteiskunnan arvoihin ja ihanteisiin sekä nuorten sosiaalistumista koskeviin yhteiskunnallisiin odotuksiin.

Nuoruusiän kehitystehtävät tuovat omat haasteensa nuorten terveyden edistämiselle. Nuoruusikä ei ole yksiselitteistä määritelmää, jokainen tieteenala määrittelee nuoruuden eri tavoin. Osa ikärajoista perustuu lakeihin ja asetuksiin, osa sosiaaliin sopimuksiin ja omaksuttuihin käytäntöihin. Nuoruuden eri ikäkausina koetaan muutoksia, jotka voivat vaikuttaa suuresti henkilön kokemuksiin, käytökseen ja ajatteluun. Varsinaiseen nuoruuteen ja jälkinuoruuteen liittyvät ristiriidat ja levottomuus. Nuoret voivat kokea fyysiset muutokset voimakkaina ja hämmennystä aiheuttavina. Nuorista tulee aktiivisempia yhteisön jäseniä. He pohtivat omaa ympäristöään, tarjolla olevia mahdollisuuksia ja haasteita. Nuoruuden eri vaiheissa ikätoverien roolit ovat merkityksellisiä kehityksen tukemisessa, unohtamatta aikuisten merkitystä. Kriittisen siirtymävaiheen aikana aikuisten tarjoama tuki, ohjaus ja läsnäolo ovat merkityksellisiä nuorten terveyden edistämisessä. Nuoret tarvitsevat tilaa kehittyä, mutta myös sitä, että heistä pidetään huolta.

Nuoruusikä tarjoaa haasteita terveyden edistämiselle nuoruusiän kehitystehtävien vuoksi, niin nuorelle itselle kuin hänen läheisilleen ja eri tahojen työntekijöille. Nuoruusiässä nuori irtautuu varhaisista ihmissuhteista kuten vanhemmista ja löytää oman yhteisöroolinsa. Nuoren on haettava tukea ikätovereistaan, jotta irtaantuminen vanhemmista onnistuisi. Nuoruusiän kehitystehtävien kautta nuoren tulee saavuttaa kypsä suhde ympäröivään yhteisöön, löytää oma sukupuoliroolinsa, hyväksyä ulkonäkönsä, saavuttaa itsenäisyys tunne-elämässä suhteessa muihin aikuisiin, ottaa vastuu omasta taloudesta sekä kehittää maailmakatsomustaan omien arvojen ja normien mukaisesti. Nuoruus on erityisesti kypsyttämisen aikaa. Lyhytjännitteisyys ja yhdessä hetkessä eläminen ovat tyypillisiä muutoksessa oleville nuorille, ja sopivien normien ja arvojen hakeminen kuuluu ikävaiheeseen. Kypsyttämisyys saa nuoren tekemään virheitä ja vääriä valintoja. Kuitenkin vasta näiden valintojen kautta he voivat löytää oman tapansa toimia. Nuoruudessa opitut asenteet ja käyttäytymismallit terveyteen liittyvissä päätöksissä luovat pohjaa myöhemmälle terveydelle. Jotta nuorten kanssa työskentely ja heidän terveytensä edistäminen on mahdollista, on nuoruuden eri vaiheiden muutokset ymmärrettävä.

Pystyäkseen ymmärtämään nuoria aikuisia sekä toimimaan heidän kanssaan terveyden edistämisen osalta on tärkeää ymmärtää nuorten maailma, kulttuurit, arvot ja maailmankuvat. Keskeisenä sosiaalisena sisältönä nuoruudessa pidetään uuden sukupolven liittämistä yhteiskunnan tehtäviin ja yhteiskunnan roolirakenteisiin sekä kasvamista yhteiskunnan jäseneksi. Media vaikuttaa nuorten aikuisten maailmaan merkittävästi ja usein tämä vaikutus on haitallista. Sähköisten mediapalvelimien kautta tieto, mainonta ja yhteydenpito leviävät nopeasti ja kauas.

Tärkeintä nuorille on säilyttää myönteinen asenne elämään muuttuvissa elämäntilanteissa. Nuoret, joilla on toivoa ja jotka suhtautuvat myönteisesti muuttuviin elämäntilanteisiin ja joilla on aiempaa kokemusta vaikeiden elämäntilanteiden voittamisesta, selviytyvät mitä todennäköisimmin paremmin muuttuvissa elämäntilanteissa.

Nuorille on tärkeää aito välittäminen ja sen avulla toiset ihmiset pystyvät ylläpitämään ja vahvistamaan nuorten toivoa. Välittäminen, ongelmien huomaaminen, niiden ratkaiseminen ja niissä auttaminen voivat ohjata nuorta löytämään oikeat valinnat elämäntilanteiden vaihtuessa. Nuoret arvostavat ikääntymisen tuomaa elämänkokemusta ja aikuisilta saatuja neuvoja. Nuorten on koettu arvostavan rakentavaa kritiikkiä, joka auttaa heitä muuttuvissa elämäntilanteissa. He kokevat itse olevansa sokeita omille virheilleen eivätkä aina tiedä, miten edetä kohti parempaa.

Nuorille työttömille pitäisi tarjota enemmän harrastustoimintaa, joka mahdollistaisi sosiaalisen verkoston ylläpitämistä. Vailla työ- tai opiskelupaikkaa olevat nuoret aikuiset jäävät ilman ohjattua ajanviettoa, jota järjestetään yleensä työ- tai koulupaikoilla syntyvien sosiaalisten verkostojen puitteissa. Paremmat mahdollisuudet vapaa-ajalla voivat lisätä työttömän motivaatiota työnhakutilanteessa sekä hänen oman elämänsä arvostusta. Nuoruudessa opitut elintavat ja koetut elinolot, ihmisuhteet ja mahdollinen koulu- tai työura sekä niihin valikoituminen luovat perustan tulevalle aikuisiän terveydelle.

Ota Koppi! -hanke edistämässä nuorten työttömien terveyttä

Ylempään ammattikorkeakoulututkintoon kuuluvana opinnäyteyönä toteutettiin Turun ammattikorkeakoulussa Ota Koppi! – Syö ja liiku terveydeksi -hankkeeseen liittyvä kehittämisprojekti. Sen tavoitteena oli suunnitella ja toteuttaa kohdeorganisaatioiden Työ- ja elinkeinotoimistojen eli TE-toimistojen henkilökunnalle henkilöstövalmennus, joka sisälsi Ota Koppi! -hankkeen toimintamallin työttömien nuorten omaehtoisen terveyden edistämiseksi. Kehittämisprojektin tarkoituksena oli nuorten työttömien aktivoituminen omaehtoiseen terveyden edistämiseen ravitsemuksen ja liikunnan osalta.

Kehittämisprojektissa tehtiin kysely helmi–maaliskuussa 2014 Porin ja Salon TE-toimistoissa kyseisenä ajankohtana yhteensä 18 asiakaskäynneille saapuneelle 16–29-vuotiaalle työttömälle. Kyselyn yleisenä johtopäätöksenä oli, että asiakasohjaustilanteissa nuoret aikuiset työttömät kokevat melko harvoin saavansa terveyden edistämiseen tarvittavaa ohjausta ja tukea. Kuitenkin he pitivät tarpeellisena saada työttömyysajalle sopivaa neuvontaa ja ohjeistusta terveyden edistämiseksi sekä elämäntapojen muuttamiseksi. Nuoret toivoisivat saavansa tukea ja välittämistä fyysiseen terveydentilaansa ja psyykkiseen hyvinvointiinsa. Lisäksi vastaajat kaipaivat asiakasohjaustilanteissa erilaisten tietokanavien käytön ja ruokapalveluiden esittelyä, liikunnan sekä harrastusmahdollisuuksien ohjeistusta työttömyyden aikana, nautintoaineiden puheeksi ottamista sekä elämäntapojen muutoksen tarpeen huomiointia.

Kehittämiprojektissa järjestettiin valmennustilaisuudet TE-toimistojen henkilökunnalle. Tilaisuuksissa esiteltiin muun muassa transteoreettista muutosvaihemallia työkaluksi TE-toimiston henkilökunnalle nuorten omaehtoisen terveyden edistämiseen sekä motivoitiin henkilöstöä tukemaan nuoria terveyden edistämiseen. Lisäksi niissä tuotiin esille valmennustilaisuuksien suunnittelussa pohjana toimineet kehittämisprojektin soveltavan tutkimuksen tulokset.

Yhteistyö Työ- ja elinkeinotoimistojen kanssa

Työ- ja elinkeinotoimistojen asiantuntijat ovat tärkeitä henkilöitä nuorten aikuisten terveyden edistämässä, sillä he voivat olla ainoita aikuisia, jotka opastavat nuoria tulevaisuuden suunnittelussa, työllistymis- tai koulutusmahdollisuuksissa. Tulevaisuudessa terveyden ja hyvinvoinnin sisällyttäminen asiakasohjausaikeisiin perustuu työ- ja elinkeinoministeriön asettamiin tavoitteisiin. Pääsääntöisesti asiakasohjaukset tähtäävät asiakkaan työllistymiseen. Enenevässä määrin pidetään terveyttä työllistymistä edistävänä.

Ota Koppi! -hanke pyrki omalta osaltaan vahvistamaan työttömien nuorten aikuisten terveyden edistämistä luomalla toimintamalleja sekä verkostoja terveyden edistämiseen ja ylläpitämiseen. Henkilöstövalmennuksen myötä toivotaan, että asiantuntijat huomioivat paremmin kohderyhmän terveyden edistämisen annetuissa puitteissa sekä pystyvät motivoimaan nuoria työttömiä aikuisia omaehtoiseen terveyden edistämiseen. Nuorten työttömien aseman parantuminen ja syrjäytymisen vähentäminen vaativat niin yksilöiden kuin yhteiskunnankin osallistumista.

Terveyttä edistävässä asiakasohjauksessa on monitahoisesti ymmärrettävä asiakkaan elämäntilanne jotta Ota koppi -hankkeessa kehitettyä toimintamallia voidaan soveltaa asiakkaan terveyden edistämiseen. Muun muassa elämänhallinta mahdollistaa muutosta ja terveyden edistämistä. Elämänhallinnan tarkastelu merkitsee elämän erilaisten ulottuvuuksien huomioon ottamista ja samalla laajaa yksilön terveyden tarkastelua. Siksi on tärkeää tiedostaa, millaiset vahvuudet auttavat yksilöä selviämään elämän stressitilanteissa. Näiden asioiden huomioon ottaminen ja ymmärtäminen edellyttävät uudenlaista otetta ja ne haastavat kaikki nuorten parissa työskentelevät toimijat myös työmenetelmien kehittämiseen.

Lähteet

Halonen, J.-P.; Aaltonen, T.; Hämäläinen, S.-L.; Kaukinen, J.; Kervilä, M.; Lehtinen, E.; Puukka, P.; Siitonen, V.; Silvennoinen, S. & Talo, S. 2007. Syrjäytymisvaarassa olevien vajaakuntoisten nuorten arviointi. Sosiaali- ja terveysturvan katsauksia 2007:73. Helsinki. Viitattu 6.6.2013 [http://www.uusituva.kela.fi/in/internet/liite.nsf/net/100407101208ek/\\$file/katsauksia73netti.pdf](http://www.uusituva.kela.fi/in/internet/liite.nsf/net/100407101208ek/$file/katsauksia73netti.pdf)

Myrskylä, P. 2011. Nuoret työmarkkinoiden ja opiskelun ulkopuolella. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. Työ ja yrittäjyys 12/2011. Helsinki: Työ- ja elinkeinoministeriö.

Terveydenhuoltolaki 1326/ 2010.

Tilastokeskus 2014. Syyskuun työttömyysaste 8,2 prosenttia. Viitattu 21.11.2014 http://www.stat.fi/til/tyti/2014/09/tyti_2014_09_2014-10-21_tie_001_fi.html.

Turun ammattikorkeakoulu 2013. Ota koppi! - Syö ja liiku terveydeksi. Viitattu 21.11.2014 <http://www.turkuamk.fi/fi/tutkimus-kehitys-ja-palvelut/tutkimus-kehittaminen-ja-innovaatiot/hae-projekteja/ota-koppi-syo-ja-liiku-terveydeksi/>.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012–2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012. Viitattu 8.9.2013 http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf.

Terveyden edistäminen tekonivelpotilaan hoitoprosessissa

Jenni-Mari Kiviranta

sairaanhoitaja, terveydenhoitaja (YAMK)

Pia Suvivuo

TtT, yliopettaja, SOTE-palvelujärjestelmän kehittäminen

-tutkimusryhmän tutkimusvastaava

Turun ammattikorkeakoulu

Terveyden edistäminen on sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon tehtävä. Erikoissairaanhoidon rooli terveyden edistämiseksi on sairauden hoitamisessa, siitä kuntoutumisesta sekä jäljellä olevien voimavarojen ylläpitämisessä. Erikoissairaanhoidon hyvä saatavuus ja potilaslähtöinen hoitotyö tukevat osaltaan terveyden edistämistä. Terveyden edistäminen ja asiakkaan voimavaraistumisen tukeminen ovat lähtökohtana myös tekonivelpotilaan hoitoprosessissa. Siinä potilas otetaan mukaan suunnittelemaan ja ottamaan vastuuta omasta osallisuudestaan koko prosessin ajan. Asiakkaan osallistaminen tekoni- velleikkaukseen auttaa häntä ymmärtämään, miten paljon hän itse voi vaikuttaa leikkaukseen ja siitä toipumiseen. Suurin osa tekoni- velleikkaukseen liittyvästä terveyshyödystä saadaan, kun potilas on motivoitu- nut hoitamaan itseään, ottaa vastuun kuntoutumisestaan ja toteuttaa omatoimisesti kuntoutukseen liittyviä ohjeistuksia.

Johdanto

Väestö ikääntyy ja yhä vanhemmat ihmiset päätyvät tekonivelleikkaukseen. Lonkkamurtumapotilaat ovat yhteiskunnallisesti merkittävä julkista terveydenhuoltoa kuormittava ryhmä. Heistä joka kolmas joutuu pysyväan laitoshoidon. Syitä lonkkamurtumiin ja siten myös tekonivelleikkaukseen ovat muun muassa osteoporoosi, ylipaino ja nivelrikko ja ne voivat myös hidastaa leikkauksesta toipumista ja kuntoutumista.

Suomessa tekonivelleikkauksia tehdään vuosittain melkein 20 000 potilaalle, joten on kyse yhteiskunnallisesti merkittävästä terveyttä ja toimintakykyä parantavasta toimenpiteestä. Vuonna 2011 tehtiin primaareja tekonivelleikkauksia kahdeksan prosenttia enemmän kuin vuonna 2000. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin kuuluvassa Salon aluesairaalassa tehdään vuodessa noin 200 polven- ja lonkan tekonivelleikkausta.

Kirurgisen toiminnan tuottavuuserot selittyvät erilaisilla toimintamalleilla. Vuodeosastojen eli hoitajakson kesto vaikuttaa suuresti sairaaloiden tuottavuuteen. Sen kesto päivissä on prosessin tarkastelun keskiössä, samoin läpimenoajat prosessissa eli hoitoprosessin keston käytetty aika. Potilastyytyväisyyden on todettu myös paranevan läpimenoajan lyhentyessä. On sekä julkisen potilaan että julkisen talouden etu, että hoitoprosessit sujuvat tehokkaasti ja saumattomasti. Toimintoja täytyy tarkastella kriittisesti, hoitoprosesseja ja niiden tehokkuutta arvioida ja mitata, jotta niitä voidaan kehittää ja toimintaa tehostaa.

Terveyden edistäminen erikoissairaanhoidossa

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin Terveyden edistämisen suunnitelma Varsinaisen terveesti kannustaa henkilökuntaa antamaan terveysneuvontaa. Suunnitelman lähtökohtana on, että erikoissairaanhoidon potilaat ovat vastaanottavaisempia terveysneuvonnalle sairauden kohdatessa. Suunnitelma tavoittelee myös perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyötä ja painottaa potilaslähtöisyyttä toimintoja ohjaavana periaatteena. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri on kuulunut myös vuodesta 2004 Suomen terveyttä edistävät sairaalat -yhdistykseen ja myös kansainväliseen Health Promoting Hospitals -verkostoon.

Erikoissairaanhoidon rooli terveyden edistämässä on sairauden hoitamisessa, siitä kuntoutumisesta sekä jäljellä olevien voimavarojen ylläpitämisessä ja tukemisessa yhdessä perusterveydenhuollon kanssa. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhoidon toimintojen pitäisi olla kuntatasolla sellaiset, että ne vastaisivat väestöpohjan tarpeita. Erikoissairaanhoidon tehtävä on toimia niin tehokkaasti, ettei kuntalaisten toimintakyky pääse oleellisesti heikkenemään niin, ettei työikäinen joutuisi olemaan pitkään sairaalomalla tai ikääntyvä joutuisi muuttamaan pois kotoaan siellä pärjäämättömyyden vuoksi. Erikoissairaanhoidon saatavuus ja potilaslähtöinen hoito tukevat terveyden edistämistä.

Asiakkaan voimavaraistumisen tukeminen

Suomalaisen terveydenhuollon tehostamisen lähtökohtana on asiakkaan voimavaraistumisen tukeminen. Suomalainen terveydenhuoltokulttuuri on usein ollut asiakkaan ohjaamista passivoivasti. Ohjauksen ja neuvonnan kuuluisi nykyään kuitenkin olla tukemista ja kannustamista. Terveydenhuollon ammattihenkilön pitäisi toimia kuin valmentajan, joka auttaa asiakasta pääsemään tavoitteeseensa. Asiakas on tällöin aktiivinen ja halu oman terveytensä edistämiseen tulisi löytyä hänestä itsestään. Terveydenhuollon henkilön ja potilaan kohtaamistilanteessa on siis kaksi tasarvoista ihmistä, joilla toisella on ammattipätevyys avun tarjoamiseen ja toisella on potilaskuluttajan rooli omine tarpeineen.

Asiakkaan voimavaraistuminen on lähtökohtana myös tekonivelpotilaan hoitoprosessissa, jossa potilas otetaan mukaan suunnittelemaan omaa polkuaan ja ottamaan vastuuta omasta osallisuudestaan koko prosessin ajan. Jos potilas ei kykene kaikkien itse esimerkiksi ikänsä tai muistiongelmiensa vuoksi, omainen tai perhe voimavaraistuvat terveyshyödyn aikaansaamiseksi. Asiakkaan osallistaminen tekonivelleikkaukseen auttaa häntä ymmärtämään, miten paljon hän itse voi vaikuttaa suuri leikkaukseen ja siitä toipumiseen. Suurin osa tekonivelleikkaukseen liittyvästä terveyshyödystä saadaan, kun potilas ottaa itse vastuun ja toteuttaa omatoimisesti kuntoutukseen liittyvät ohjeistukset. Tämän ajatuksen täytyisi tulla esille jo potilaan ensimmäisellä poliklinikkakäynnillä, jolloin hän ja ortopedi yhteistuumin päättävät tekonivelleikkauksesta. Leikkausjonossa ollessaan potilaalla pitäisi olla halu voimistaa lihaskuntoa, jotta toipuminen olisi sujuvampaa. Leikkausta edeltävät käynnit ovat valmentautumista tulevaan leikkaukseen, osallistamista ja voimavaraistamista.

Tekonivelpotilaan uudistettu hoitoprosessi edistää potilaan toipumista

Ylemmän ammattikorkeakoulun (YAMK) sairaanhoitajatutkinnon opinnäytetyönä uudistettiin tekonivelpotilaan hoitoprosessi Salon aluesairaalassa. Käyttämällä yleisanestesiaa ja leikkausalueen LIA-puudutusta (*local infiltration analgesia*) sekä luopumalla virtsakatetrin käytöstä potilas saatiin nopeammin kivuttomaksi, mobilisoitumaan ja toipumaan leikkauksesta. Näin myös sairaalassaoloaikoja saatiin lyhentymään. Hoitoprosessia hiottiin ja joitakin turhia työvaiheita jätettiin pois.

Sairaalassaoloaikaa saatiin lyhennettyä tehostamalla preoperatiivisen ohjauksen mahdollisuuksia ja nopeuttamalla vuodeosastolla potilaan mobilisointia. LIA-puudutteen aloittaminen leikkauksen yhteydessä ja epiduraalisesta kivunhoidosta luopuminen ovat merkittävimmät muutokset nopeaan toipumiseen tähtäävässä hoitoprosessissa. Uudessa mallissa pyritään negatiivisten oireitten minimoimiseen leikkauksen jälkeen ja potilaan osallistamiseen ja voimavaraistamiseen. Varhainen mobilisaatio, varhainen normaali ravitsemus ja nykyaikaiset kivunlievitysmuodot mahdollistavat nopean toipumisen ja estävät postoperatiivisen stressin ilmaantumista ja leikkauskomplikaatioiden syntymistä. Potilaan kotiutuessa kivut ovat hallinnassa säännöllisellä kipulääkityksellä, haava on erittämätön, liikkuminen on sujuvaa kyynärsauvojen tai rollaattorin avulla ja potilas haluaa jo lähteä kotiin. Hän on voimavaraistunut kuntoutumaan ja usein myös tyytyväinen saamaansa hoitoon.

Yhteiskunnallisesta näkökulmasta yhtään potilasta ei kannata pitää kauemmin vuodeosastolla, kuin todellinen tarve vaati: sairaalassa ollaan se aika, mikä tarvitaan tavoiteltavan terveyshyödyn aikaansaamiseksi. Kun kotiutuskriteerit ovat täyttyneet, potilaan on aika ottaa vastuu omasta toipumisestaan. Hänen pitää kotiutushetkellä selviytyä päivittäisistä toiminnoista ja kivun kanssa osastohoidon aikana valittujen lääkkeiden kanssa sekä osattava liikkua valittujen apuvälineiden kanssa ja saatava liikeradat riittäviksi. Lisäksi haavan on oltava vuotamaton ja kuiva. Kotiolosuhteiden pitää olla sellaiset, että potilas pärjää kotona. Terveyskeskukseen jatkohoitoon menevät enää vain harvat yksin asuvat dementoineet vanhukset.

Kehittämiprojektin tärkein tulos on päivitetty tekonivelpotilaan hoitoprosessi. Tämän lisäksi kehittämiprojektin aikana on saavutettu niin potilaan kuin organisaation ja julkisen talouden kannalta merkittäviä etuja. Lyhentynyt hoitoaika sairaalassa aiheuttaa potilaalle vähemmän hoitopäivämaksuja. Nopea toipuminen vähentää sairaalassaolopäiviä ja potilaalla on uutta mallia käytettäessä vähemmän pahoinvointia, sairaudentunnetta ja odottelua, koska häntä tuetaan perustoimintoihin jo leikkauspäivänä. Potilastyytyväisyys on lisääntynyt merkittävästi.

Uudesta prosessista hyötyä terveyspalveluorganisaatiolle

Uudesta erikoissairaanhoidon tekonivelpotilaan hoitoprosessista hyötyvät sekä potilas että terveyspalveluita tuottava organisaatio. Potilasystävällisestä hoitoprosessista on tullut myös taloudellisesti vaikuttava ja terveydenhuollon pitää olla vaikuttavaa, jos halutaan tuottaa terveyshyötyjä järkevään hintaan. Prosessiorganisaatiossa yleisiä toiminnan mittareita ovat asiakastyytyväisyys, joustavuus ja läpimenoaika. Tulokset ovat parantuneet kaikilla näillä alueilla kehittämiprojektin aikana. Yksikön saamat hyödyt liittyvät työn uudelleen organisointiin ja leanaukseen eli hukkatointojen ja ongelmien hävittämiseen. Hiottut osaprosessit ovat tehneet työstä mielekkäämmän ja yhteishenki ortopedisessä solussa on lisääntynyt. Hukkatoinnoista luopuminen sujuvoittanut hoitoprosessia ja se näkyy potilaalle toimivana tuotteena ja laadukkaana hoitona.

Hoitoprosessin kehittäminen ansiosta terveysterveyspalveluorganisaatio on säästänyt rahaa tarvikkeiden ja hoitopäivien osalta, mutta myös työn tehokkuus on lisääntynyt. Kuntalaskutukseen Salon aluesairaalan tekoniivelprosessin päivitys tuo osastolla oloaikaan keskimäärin kahden päivän säästöt potilasta kohden. Jos aiemmin potilaat kotiutuivat aikaisintaan neljän päivän kuluessa leikkauksesta, niin nyt nopeimmat kotiutuvat kahden postoperatiivisen päivän jälkeen. Nyt potilas on osastolla keskimäärin kolmesta neljään päivään, kun aiemmin hän oli siellä viidestä seitsemään päivään. Materiaalikustannuksista merkittävimmät säästöt tulevat epiduraalisesta kivunhoidosta ja kestopatetrihoidosta luopumisesta sekä lääkekustannusten vähentymisestä. Tehokkuutta sairaala on prosessin myötä saanut hoitohenkilöstön ja fysioterapiapalveluiden työn organisoimien myötä. Suurin osa säästöstä on aikaa, joka on kulunut hukkatointoihin. On esimerkiksi turhaa asentaa potilaalle kestopatetri, jollei se lisää terveyshyötyä tai nopeuta toipumista. Hukkatointoinnoista säästyvä aikaa käytetään järkevästi. Kehittämisprojektin aikana resursseja ei ole lisätty, ne on vain kohdennettu oikein. Osittain taloudellisista syistä tavoiteltu vuodeosastojen lyhentyminen ei ole huonontanut potilaan saamaa hoitoa, vaan se on päinvastoin parantanut sitä poistamalla potilaalle hyödyttömät hoitotoimet ja hoitomenetelmät.

Kehittämiskohteena oli sairaalassaoloaika eli vuodeosastoaika, koska se leikkauksessa käytettävien tekoniivelsien jälkeen hoitoprosessin kallein osa. Vuodeosastoaikaan vaikuttavat eniten sairaalan toimintakäytännöt. Tulevaisuudessa on syytä tehdä päivitetty prosessikuvaukset kaikista ortopedisistä hoitoprosesseista ja karsia näistäkin turhia työvaiheita. Potilasta hyödyttämätön työ on turhaa työtä terveydenhuollossa. Kirurgian yksikön työn hallinta paranee, kun tehtävät työt on kuvattu ja hoitoprosessit ovat selkeitä. Jokaisen osaprosessin tulisi yhdistyä seuraavan ilman tietokatkoja, ja turhaa odottelua olisi vältettävä.

Terveyden edistäminen erikoissairaanhoidossa on parhaimmillaan edellä kuvatun kaltaista. Erikoissairaanhoidossakin potilas on yhdenvertainen toimija, ei vain passiivinen palvelun kohde. Hän saa palvelujärjestelmässä tarvitsemansa terveyshyödyn mallikkaasti ja kustannustehokkaasti järkevillä resursseilla ja se on kaikkien edun mukaista.

Lähteet

Coghlan, D. & Brannick, T. 2012. Doing action research in your organization. Great Britain: MPG Books Group.

Förster, J. & Pitkänen, M. 2009. LIA eli local infiltration analgesia -kivunhoitovaihtoehto lonkka- ja polviproteesileikkauksen jälkeen. Artikkel. Finnanest 2009 (2), 145–149.

Harsten, A. 2014. Perioperative regimens for patients undergoing elective hip or knee arthroplasties. Lund: Lunds Universitet.

Kohonen, V. & Leppilampi, A. 1994. Toimiva koulu. Helsinki: WSOY.

Koivuniemi, K. & Simonen, K. 2011. Kohti asiakkuutta. Helsinki: Otava.

Modig, N. & Åhlström, P. 2013. Tätä on lean. Suom. Tillman, M. Stocksund: Rheologica.

Pietilä, A.-M. 2010. Terveiden edistäminen, teorioista toimintaan. Helsinki: WSOYpro.

Pitkänen, L. 2009. Läpimenoajat lasten päivystyspoliklinikalla – mitkä tekijät vaikuttavat? Case lastenkliniikka. Helsinki: Helsingin kaupunkorkeakoulu.

Pitkänen, L.; Torkki, P.; Knaapi, K.; Rahiala, E.; Lahdenne, P.; Kallio, P. & Sillanpää, K. 2012. Miten lapsen päivystyspoliklinikkakäynti sujui nopeammin? Suomen lääkärilehti 67: 1250–1254.

Pohjolainen, T. 2012. Nivelrikko (artroosi). Duodecim Terveyskirjasto, Viitattu 7.7.2014. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00673.

STM 2014. Terveysten edistäminen. Viitattu 1.9.2014 <http://www.stm.fi/hyvinvointi/terveydenedistaminen>.

THL 2013. Lonkka- ja polviproteesit 2011. Viitattu 1.9.2014. <http://www.thl.fi/fi/tilastot/tilastot-aiheittain/erikoissairaanhoidon-palvelut/lonkka-ja-polviproteesit>.

Torkki P. 2012. Käypä prosessi - mikä selittää kirurgian tuottavuuseroja sairaaloiden välillä? Helsinki: Aalto yliopisto.

Tuorila, H. 2006. Onnistunut lääkarissäkäynti. Helsinki: Edita.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin KY 2014. Salon seudun osavastuualue. Salon aluesairaalan toimintakertomus 2013.

Viinamäki, L. & Saari, E. 2007. Polkuja soveltavaan yhteiskuntatieteelliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus.

Virtanen, P.; Suoheimo, M.; Lamminmäki, S.; Ahonen, P. & Suokas, M. 2011. Matkaopas asiakaslähtöiseen sosiaali- ja terveyspalvelujen kehittämiseen. Tekesin katsaus28/2011. Helsinki: Tekes.