

**UPM-Kymmene Jämsänkosken paperitehtaan
työntekijöiden koettu terveys, subjektiivinen
työhyvinvointi ja terveyskäyttäytyminen**

Hanna Kontinen
Jenni Tapanainen
Terveyskasvatuksen pro
gradu -tutkielma
Jyväskylän yliopisto
Terveystieteiden laitos
Kevät 2007

TIIVISTELMÄ

UPM-Kymmene Jämsänkosken paperitehtaan työntekijöiden koettu terveys, subjektiivinen työhyvinvointi ja terveyskäyttäytyminen

Hanna Kontinen ja Jenni Tapanainen

Terveyskasvatuksen pro gradu-tutkielma

Jyväskylän yliopisto, liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta, terveystieteiden laitos

Kevät 2007

Sivuja 67, liitteitä 7

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää millaiset ovat UPM-Kymmene Jämsänkosken paperitehtaan työntekijöiden koettu terveys, subjektiivinen työhyvinvointi ja terveyskäyttäytyminen. Lisäksi halutaan tietää eroavatko nämä tekijät eri-ikäisten työntekijöiden välillä ja onko koetulla terveydellä yhteyttä terveyskäyttäytymiseen tässä kontekstissa. Tavoitteena on, että tuloksia voidaan hyödyntää terveyden ja työhyvinvoinnin parantamiseen.

Tutkimuksen aineisto kerättiin kyselylomakkeella, joka sisälsi sekä strukturoituja että avoimia kysymyksiä. Kysely suoritettiin keväällä 2006 ja tutkimusjoukkona oli kaikki UPM-Kymmene Jämsänkosken paperitehtaan tehdastyöntekijät. Kyselyjä postitettiin 684 kappaletta, joista 409 palautettiin tutkijoille määräaikaan mennessä. Lomakkeet lähetettiin työntekijöille suoraan kotiin ja he vastasivat kyselyyn nimettöminä. Vastausprosentti oli 59,6. Kvantitatiiviset tulokset analysoitiin SPSS-ohjelmalla ja analyysia täydennettiin avoimen kysymyksen sisällönanalyysilla.

Tulosten mukaan tutkitut työntekijät kokevat terveytensä melko hyväksi tai hyväksi. Koettu terveys kuitenkin huononee iän mukaan. Jopa 70 prosenttia työntekijöistä on ylipainoisia ja pitkäaikaissairauksia on yli neljäsosalla vastaajista. Myös työkyky eroaa ikäryhmien välillä erittäin merkitsevästi: alle 35-vuotiaista suurin osa, mutta vanhimmista työntekijöistä vain harva kokee työkykynsä hyväksi. Sosiaalista tukea saadaan tarvittaessa työtovereilta, mutta vaikutusmahdollisuudet omaan työhön koetaan vähäisiksi.

Suurin osa työntekijöistä on joskus tupakoinut, mutta nykyisin tupakoi alle kolmasosa. Alkoholista vastaajat nauttivat melko maltillisesti, mutta nuoret juovat vanhempia työntekijöitä selvästi enemmän. Vihanneksia tutkimukseen osallistuneet syövät yleensä 3-5 päivänä viikossa ja he harrastavat liikuntaa melko aktiivisesti. Suurin osa työntekijöistä on kuitenkin huolissaan elintapojensa vaikutuksista terveyteen. Tässä tutkimuksessa koettu terveys on yhteydessä vihannesten syöntiin, painoindeksiin ja kuntoliikunnan harrastamiseen.

UPM-Kymmene Jämsänkosken paperitehtaan ikääntyvien työntekijöiden terveydentila ja työhyvinvointi ovat heikommalla kuin nuorilla työntekijöillä. Fyysistä tai henkistä rasitusta he eivät tästä huolimatta koe nuoria enempää. Tämän tutkimuksen perusteella näyttääkin siltä, että työyhteisön ikääntyvät työntekijät ovat elämänmyönteisiä ja elintavoiltaan aktiivisia, nuoret työntekijät puolestaan tavallista passiivisempia. Työyhteisössä tulisi tukea positiivista terveystietoisuutta ja vähentää henkistä kuormitusta aiheuttavia tekijöitä.

Asiasanat: koettu terveys, työhyvinvointi, terveystietoisuus, teollisuustyöntekijät

ABSTRACT

Perceived health, occupational well-being and health behaviour of the employees of UPM-Kymmene Jämsänkoski paper mill

Hanna Kontinen, Jenni Tapanainen

Master's thesis in Health Education

University of Jyväskylä, Faculty of Sport and Health Sciences, Department of Health Sciences

Spring 2007

Pages 67, Appendixes 7

The purpose of this study is to examine perceived health, occupational well-being and health behaviour of the employees of UPM-Kymmene Jämsänkoski paper mill. In addition it is evaluated if these objectives vary within different age groups and if there is a connection between perceived health and health behaviour in this context. The aim is to develop occupational well-being by using the information of the results of this study.

The data were collected during spring 2006 using a questionnaire with both structured and open ended questions. The study covers all the employees in UPM-Kymmene Jämsänkoski paper mill. Questionnaires (684 of which 409 were returned until closing date) were posted to employees and they replied anonymously. The answer percentage is 59,6. Quantitative data were analysed using the SPSS-program and a supplementary content analysis was made of one open ended question.

According to the results, the employees consider their health as a fairly good or good but there is deterioration in perceived health within age. Over 70 percentage of the employees are overweight, and over one fourth has a long term sickness. In addition, self experienced ability to work varies very significantly within age groups: most of the employees under 35 years, but only a few of the oldest employees regard their ability to work as good. Employees get social support from the co-workers when needed. Conversely, they feel themselves unable to influence their own tasks.

Most of the employees have been smoking, but currently only one third of them smokes. The respondents drink alcohol moderately, but younger employees use alcohol considerably more than older ones. The employees eat vegetables usually from three to five times a week and they are active in sports. However, the results demonstrate that the majority of employees are worried about the influence of their behaviour to their health and well-being. In this study body mass index, consumption of vegetables and activity in sports are connected to perceived health.

The aged employees in the UPM-Kymmene Jämsänkoski paper mill have decreased health status and occupational well-being compared to the young employees. However they do not experience more physiological or psychological strain than the young employees. According to this study the aged employees have specifically active lifestyle and positive attitude towards living, the young employees, in contrast, unusually passive. In the working community of Jämsänkoski paper mill it would be important to support healthy behaviour of the employees and decrease the causes of psychological strain.

Keywords: perceived health, occupational well-being, health behaviour, industry employees

Sisällys

1. JOHDANTO.....	3
2. KOETTU TERVEYS.....	5
2.1 Koettu terveys terveydentilan mittarina	5
2.2 Oman terveyden määrittely.....	7
2.3 Koetun terveyden mittaaminen.....	10
3. SUBJEKTIIVINEN TYÖHYVINVOINTI.....	11
3.1 Työkyky.....	11
3.2 Fyysinen kuormittavuus	12
3.3 Psyykkinen kuormittavuus.....	13
3.4 Työn hallinta	14
3.5 Sosiaalinen ympäristö.....	15
4. TYÖNTEKIJÖIDEN TERVEYS JA TERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN	17
4.1 Työikäisten terveys	17
4.2 Terveyskäyttäytyminen	18
4.2.1 Tupakointi	18
4.2.2 Alkoholinkäyttö.....	19
4.2.3 Ravintotottumukset	20
4.2.4 Kunto- ja hyötyliikunta	21
4.3 Koetun terveyden ja terveyskäyttäytymisen yhteys.....	22
5. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	25
6. TUTKIMUSMENETELMÄT	26
6.1 Tutkimusasetelma ja tutkimuksen suorittaminen.....	26
6.2 Tutkimusaineisto ja kuvaus	26
6.3 Mittarit.....	27
6.3.1 Koettu terveys ja terveydentila.....	27
6.3.2 Subjektiiivinen työhyvinvointi	28
6.3.3 Terveyskäyttäytyminen.....	30
6.4 Tilastolliset menetelmät.....	32
6.5 Laadullisen tutkimusaineiston analyysi.....	32
7. TULOKSET.....	34
7.1 UPM-Kymmene työntekijöiden koettu terveys, subjektiiivinen työhyvinvointi ja terveyskäyttäytyminen	34
7.1.1 Koettu terveys ja terveydentila.....	34
7.1.2 Subjektiiivinen työhyvinvointi	37
7.1.3 Tupakointi	41
7.1.4 Alkoholinkäyttö.....	43
7.1.5 Ravintotottumukset	44
7.1.6 Kunto- ja hyötyliikunta	46
7.2 Terveyskäyttäytymisen ja koetun terveyden yhteys	47
8. TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS	50
8.1 Reliabiliteetti.....	50
8.2 Validiteetti	51
9. POHDINTA.....	52
9.1 Koettu terveys ja terveydentila	52
9.2 Subjektiiivinen työhyvinvointi.....	53
9.3 Terveyskäyttäytyminen	55
9.4 Koetun terveyden ja terveyskäyttäytymisen yhteys.....	56
9.5 Johtopäätökset ja suositukset.....	57

9.6 Jatkotutkimushaasteet.....	59
--------------------------------	----

Lähteet

Liitteet

1. JOHDANTO

Työn rakennemuutosten myötä työelämä paperiteollisuusaloilla on murroksessa: Tuottavuutta pyritään lisäämään, työntekijämääriä vähennetään ja tuotantoa siirretään ulkomaille. Suuret ikäluokat ovat jäämässä eläkkeelle, työikäisten määrä vähenee ja työväestön keski-ikä nousee. Vaikka työympäristön laatu on parantunut, kehitys on tuonut työelämään myös uusia ongelmia: henkinen kuormitus on kasvanut työn epävarmuuden myötä ja työ on sitovampaa kuin aiemmin. Muihin Euroopan maihin verrattuna muun muassa liian nopea työtahti, vuorotyöt ja korkea melutaso kuormittavat suomalaisia työntekijöitä fyysisesti ja psyykkisesti paljon. (Räsänen ja Piirainen 2000, 138-141, Rantanen ym. 2002, 121- 138).

Työntekijöiden terveydentila on parantunut, työpoissaolot vähentyneet ja työn tuottavuus kasvanut. Suurin osa työntekijöistä kokee terveytensä hyväksi, mutta huono koettu terveys yleistyy ikääntyessä. (Koskinen ym. 2002, Helakorpi 2005, 37-38, Manderbacka 2005, 130-131). Myönteinen kehitys terveydentilassa johtuu muun muassa kehittyneestä terveydenhoidosta ja positiivisesta asennemuutoksesta terveyttä kohtaan. Nykyään ihmiset tiedostavat elintapojensa vaikutukset omaan hyvinvointiinsa paremmin kuin aiemmin. (Manderbacka 2005, 110-135).

Yksilön fyysinen ja psyykinen kapasiteetti vaikuttaa työkykyyn ja kuormittavuuden kokemiseen. Kuormitustekijöitä työntekijä voi kontrolloida työn hallinnan avulla. Yli puolet työntekijöistä kokee voivansa vaikuttaa itseään koskeviin asioihin työpaikalla, mutta vain kolmasosa pystyy vaikuttamaan työmääräänsä. Tämä saattaa olla yksi syy siihen, että työntekijöillä ei ole tarpeeksi aikaa suoriutua tehtävistään ja he kokevat fyysistä ja henkistä kuormitusta. Työn hallinnan lisäksi sosiaalisella tuella on suuri merkitys työn kuormituksesta selviytymiseen. (Wenzel ym. 2002, 224).

Suomalaisten elintavat ovat muuttuneet viime vuosina terveellisempään suuntaan. Työikäisten liikunnan harrastaminen on lisääntynyt, ja suurin osa liikkuu vähintään kolme kertaa viikossa. Tupakoivien osuus on pysynyt ennallaan noin 25 prosentissa, ja vaikka alkoholin käyttö on lisääntynyt, humalajuominen on edelleen samalla tasolla kuin aiemmin. Myös ravintotottumuksissa on tapahtunut muutoksia positiiviseen suuntaan. Todennäköisesti suurin osa positiivisista muutoksista johtuu siitä, että terveystietous ja terveyttä edistävät toimenpiteet ovat lisääntyneet. Erityisesti liikuntapalvelujen ja terveellisten elintarvikkeiden

saatavuus on parantunut. (Nummela ym. 1999, 122-123, Helakorpi ym. 2003, 76-89, 149-152). Elintapojen muuttuessa terveemmiksi ovat kuitenkin ylipaino, mielenterveydenongelmat sekä sydän- ja verisuonisairaudet yhä yleisiä suomalaisten keskuudessa (Helakorpi ym. 2003, 36-38, Aromaa ym. 2005, 5).

Terveyskäyttäytyminen vaikuttaa koettuun terveyteen, mutta yhteys on tilastollisesti merkitsevä vain tupakoinnin ja vihannesten kulutuksen kohdalla. Fyysinen aktiivisuus, painoindeksi ja alkoholin käyttö ovat myös yhteydessä itsearvioituun terveydentilaan. Kun huomioidaan lääketieteellisesti todetut toimintarajoitteet, yhteys kuitenkin heikkenee selvästi. (Manderbacka ym. 1999, 1713-1720).

Tutkimuksessa selvitetään millaiset ovat UPM-Kymmene Jämsänkosken paperitehtaan työntekijöiden koettu terveys, subjektiivinen työhyvinvointi ja terveyskäyttäytyminen ja eroavatko nämä tekijät eri-ikäisten työntekijöiden välillä. Lisäksi tutkitaan onko koetulla terveydellä yhteyttä terveyskäyttämiseen tässä kontekstissa. Tavoitteena on, että tuloksia voidaan hyödyntää terveyden ja työhyvinvoinnin parantamiseen nostamalla esiin työyhteisön mahdollisia epäkohtia ja työntekijöiden mielipiteitä.

2. KOETTU TERVEYS

Terveys on moniulotteinen, yksilöllinen ja yhteiskunnallinen kokonaisuus, josta voidaan erottaa positiivinen ja negatiivinen näkökulma (Vertio 2003, 27). Biolääketieteellisen mallin mukaan terveys on sairauden poissaoloa ja ihminen on terve silloin, kun hänellä ei ole lääketieteellisin menetelmin todettua sairautta tai toimintakyvyn vajausta. Mallin kuva terveydestä on hyvin kapea-alainen ja negatiivinen. (Edlin ja Golanty 1985, 4-5).

Pelkkä sairauden puuttuminen ei kuitenkaan enää riitä kuvaamaan yksilön terveydentilaa (Naidoo ja Wills 1998, 15). Kritiikkinä lääketieteellistä käsitystä kohtaan ja toisaalta sitä täydentämään, on syntynyt useita erilaisia terveyden positiivista dimensiota edustavaa mallia. Voimavarakeskeisessä lähestymistavassa yhteisön rooli ja sosialisatio ovat tärkeitä yksilön terveyteen vaikuttavia tekijöitä. (Tones ja Tilford 2001, 39). Subjektiiivinen malli puolestaan korostaa yksilön omaa arviota terveydestään (Manderbacka 1999, 1713-1720). Funktionaalinen lähestymistapa määrittelee terveyden yksilön toimintakykyyn ja arkirutiineista selviytymiseen pohjautuen, joko yksilön tai jonkun yhteisön jäsenen toimesta (Manderbacka 1995, 13). Toimintakyvyn heikentyminen ilmenee muun muassa yksilön ongelmana vastata sosialisatian rooliodotuksiin (Kielhofner 2002, 107).

2.1 Koettu terveys terveydentilan mittarina

Koetun terveyden käsitteellä tarkoitetaan yksilön tulkintaa kokemastaan terveydestä ja sairaudesta arkipäivän viitekehysessä. Aiemmin terveyttä tutkittaessa on kiinnitetty huomio lähinnä kliinisesti todennettuihin sairauksiin ja toiminnanvajauksiin, mutta yhä useammin maallikoiden omat käsitykset terveydestä ovat olleet tutkimuksen keskiössä. (Bjorner ym. 1996, 7-9, Bailis ym. 2003, 203-205). Nykyisin koettu terveys on yksi käytetyimmistä terveydentilan mittaustavoista (Manderbacka 1995, 27-28, Bailis ym. 2003, 203-208).

Koettua terveyttä tutkittaessa saadaan lääketieteellisen tiedon lisäksi esille ihmisten omia tuntemuksia ja samalla terveyttä pystytään käsittelemään positiivisena dimensiona, ei vain sairauden poissaolona. Koettu terveys on yksinkertaisin terveydentilan osoitin, ja sitä koskevaa tietoa on melko helppo ja halpa hankkia. (Koivumaa-Honkanen 1998, 110-112).

Tutkimukset osoittavat, että yksilön omat terveystarvot eivät heijastele vain lääketieteellistä terveydentilaa vaan ne ovat yhteydessä muun muassa siihen kuinka tyytyväisiä ihmiset ovat omaan elämäänsä. Nuorilla miehillä erittäin hyväksi koettu terveys on selvästi yhteydessä vahvaksi koettuun elämänhallintaan. (Koivumaa-Honkanen 1998, 110-112). Manderbackan (1995, 26-28) mukaan koettu terveydentila on myös parhaiten psyykkistä oloa kuvaava mittari.

Terveyden subjektiivinen näkökulma saattaa toisinaan täysin poiketa lääketieteen ammattilaisen näkemyksestä. Naidoo ja Wills (1998, 11-12) ovat kuvanneet lääketieteellisesti todetun sairauden ja subjektiivisesti koetun terveydentilan suhdetta ja mahdollista ristiriitaa näiden välillä. Yksilö voi kokea olevansa sairas, vaikka lääketieteellisesti tätä ei voidakaan todentaa. Toisaalta henkilöllä voi olla jokin lääketieteellinen menetelmin määritetty sairaus, mutta hän kokee siitä huolimatta itsensä terveeksi.

Koettu terveys ennustaa jopa lääketieteellisiä mittareita paremmin kuolleisuutta ja sairastuvuutta. Kuolleisuuden ja koetun terveyden yhteyttä tutkittaessa tulokset ovat olleet samansuuntaisia. Koettu terveys ennustaa kuolleisuutta erityisesti silloin, kun perusteellista, lääketieteellistä terveydentilan arviota ei ole tehty. (Manderbacka 1995, 24-25, Björner ym. 1996, 103-111, Machenbach ym. 2002, 1162-1168, Bailis ym. 2003, 203-217, McCullough ja Laurenceau 2004, 651-655, Vuorisalmi ym. 2005, 680-687).

Koetun terveyden ja sosioekonomisen statuksen yhteyttä on tutkittu paljon (Borg ja Kristensen 2000, 1019-1030, Franks ym. 2003, 2505-2514, Torsheim ym. 2004, 1-12, Kunst ym. 2005, 295-305). Työkontekstissa saadut tulokset viittaavat siihen, että mitä alemmalla sosiaaliluokalla työntekijä edustaa, sitä todennäköisemmin hän toimii terveydelle haitallisessa ympäristössä iästä riippumatta. Ergonomiset ja fyysiset kuormitustekijät ovat työn riskitekijöitä alemmalla sosiaaliluokalla edustavilla, kun taas psyykkisesti kuormittavat tekijät työssä ovat yleisempiä korkeampaa sosiaaliluokalla edustavilla. (Borg ja Kristensen 2000, 1019-1030).

Sosioekonomisen statuksen ja koetun terveyden huononemisen välillä on löydetty selkeä yhteys: alhainen sosioekonominen asema ennustaa koetun terveyden huononemista ylempään luokkaan verrattuna (Borg ja Kristensen 2000, 1019-1030, Heistaro ym. 2001, 74-80, Franks ym. 2003, 2505-2514, Kunst ym. 2005, 295-305). Työympäristön tekijöistä erityisesti toistava

työ, korkea työn vaatimustaso sekä vähäinen sosiaalinen tuki ja epävarmuus työssä ennustavat huonoa koettua terveydentilaa (Borg ja Kristensen 2000, 1019-1030). Pohjoismaissa sosioekonominen asema ei kuitenkaan ole suoranaisesti yhteydessä huonoon koettuun terveyteen. Tulokset viittaavat siihen, että hyvinvointivaltioiden järjestelmä on onnistunut lieventämään ekonomisten kriisien negatiivisia vaikutuksia heikko-osaisten terveyteen. (Kunst ym. 2005, 295-305).

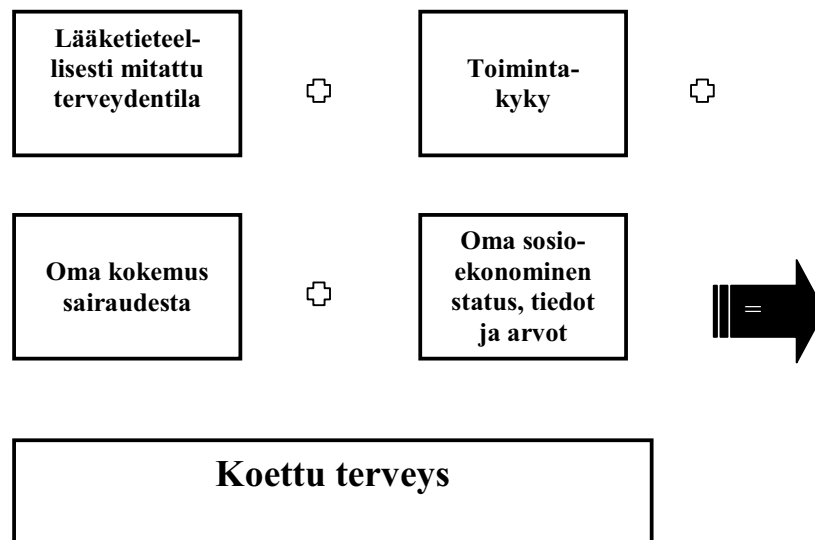
Hyvän koetun terveyden ja sosioekonomisen aseman yhteys puolestaan on ristiriitainen. Tutkimustulosten mukaan talouden ansiotulot ja perheenjäsenten koulutustaso ovat yhteydessä hyvään koettuun terveyteen (Heistaro ym. 2001, 74-80). Korkeasti koulutettujen sekä ylempien toimihenkilöiden ja työnantajien koettu terveys on sekä naisilla että miehillä kaikissa ikäryhmissä parempi kuin esimerkiksi alemmilla toimihenkilöillä ja työntekijöillä (Helakorpi 2003, 43). Toisaalta tutkimukset osoittavat, että parantuneen koetun terveyden ja sosioekonomisen statuksen välillä ei merkittävää yhteyttä ole (Borg ja Kristensen 2000, 1019-1030).

2.2 Oman terveyden määrittely

Ihmisten arviot omasta terveydentilastaan vaihtelevat sen mukaan, mihin terveyden malliin ne perustuvat. Biolääketieteellisen mallin mukainen terveys heikkenee lineaarisesti ikäännyttäessä, kun taas funktionaalisilla mittareilla saadut tulokset terveydentilasta vaihtelevat sen mukaan millaisia tutkittavien elinolosuhteet ovat. Koettu terveys taas on yhdistetty arvio toiminnallisista haitoista, psyykkisestä oireilusta, lääketieteellisestä sairaudesta ja oman sairauden kokemuksesta. (Manderbacka 1995, 25-28, Månsson ym. 2002, 267-270, Benjamins ym. 2004, 1297-1302).

Lääketieteellisesti mitattu terveydentila on tärkein tekijä, jonka avulla määritellään koettua terveyttä. Useat tutkimukset osoittavat, että erityisesti iäkkäillä henkilöillä koetun terveydentilan arvio ja lääkärin arvio vastaavat toisiaan. (Manderbacka 1995, 27-28, Månsson ja Råstam 2001, 151-158). Funktionaalinen dimensio, kokemukset omasta sairaudesta ja positiivinen mieliala ovat myös suuressa roolissa määritettäessä terveydentilaa. Sen sijaan terveyskäyttäytyminen ja elämäntyyli eivät vaikuta terveydentilan arvioimiseen. (Simon ym. 2005, 1-2).

Terveyden määrittely vaihtelee elämänvaiheen mukaan. Nuoret liittävät terveyden lähinnä fyysiseen voimaan ja energisyyteen, kun taas vanhemmat arvioivat toimintakykyä ja näkevät terveyden mielentilana. (Manderbacka 1995, 20-87). Ikäännyttäessä koettua terveyttä arvioitaessa otetaan huomioon paitsi lääketieteelliset sairaudet, myös niiden aiheuttamat haitat jokapäiväiseen elämään ja sosiaalisiin suhteisiin. Tämän lisäksi kokemukset, tiedot, odotukset ja arvot vaikuttavat siihen, miten eri ihmiset eri elämäntilanteissa käsittävät terveyden. (Kuvio 1.) Koetun terveydentilan on kuitenkin todettu olevan melko pysyvä ajassa samalla yksilöllä. Tutkimukset osoittavat, että oman koetun terveyden arvioimisessa ei tapahdu suuria muutoksia ainakaan viiden vuoden aikavälillä. (Leinonen ym. 2001, 50-51).



Kuvio 1. Koetun terveyden määrittelyyn vaikuttavat seikat.

Koetun terveyden malleja on useita, joista tunnetuimmat ovat Leventhalin informaation prosessoinnin malli, Waren koetun terveyden arvioimismalli ja Liangin rakenteellinen malli. Leventhalin informaation prosessoinnin mallin mukaan ihmisten tekemät havainnot ja heillä jo olemassa olevat tiedot muodostavat mentaalisen representaation eli skeeman. Leventhalin (1986, 219-226) mielestä ihmiset havaitsevat ympäristöstä helpoiten sellaisia asioita, jotka sopivat jo heidän olemassa oleviin representaatioihinsa. Näin ollen ihminen, jonka terveyden skeema on negatiivinen saattaa arvioida terveytensä huonommaksi kuin ihminen, jonka terveyden mentaalinen representaatio on positiivinen lääketieteellisistä sairauksista huolimatta. Sairauden ja terveyden skeemoihin vaikuttavat yksilön sukupuoli, ikä sekä

kulttuuri ja vertaisryhmät. Idlerin (1993, 207-221) mukaan koetun terveyden arvioimiseen voivat vaikuttaa myös havaintomme ja tulkintamme sairauden oireista.

Koetun terveyden arvioimismalli keskittyy kolmeen käsitteeseen: yleiseen, fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen. Ware (1995, 327-334) esittää, että ihmiset ottavat huomioon fyysiset ja psyykkiset tekijät yleistä terveydentilaa arvioidessaan. Liangin (1991, 1161-1180) rakenteellisen mallin mukaan lääketieteellinen terveys ja funktionaalinen terveys yhdessä iän, koulutuksen, sukupuolen ja siviilisäädyn kanssa vaikuttavat koettuun terveyteen.

Suomalaisesta aikuisväestöstä noin kaksi kolmasosaa määrittelee terveytensä hyväksi tai melko hyväksi. Muihin Pohjoismaihin verrattuna suomalaiset kokevat terveytensä kuitenkin huonommaksi: esimerkiksi ruotsalaisista aikuisista jopa neljä viidesosaa pitää terveyttään vähintäänkin melko hyvänä. (Manderbacka 2005, 130). Noin 70 prosenttia 25-44 -vuotiaista ja 56 prosenttia 45-64-vuotiaista suomalaisista luokittelee terveytensä hyväksi tai melko hyväksi. Hyväksi terveytensä luokittelee 75 vuotta täyttäneistä enää alle 30 prosenttia. Keskitasoinen ja sitä huonompi koettu terveys yleistyykin selkeästi ikääntyessä. Terveytensä huonoksi tai melko huonoksi arvioi kuusi prosenttia 25-44 -vuotiaista ja 14 prosenttia 45-64 -vuotiaista. (Helakorpi ym. 2003, 37-38, Manderbacka 2005, 130-131, Näslindh ym. 2005). Sekä keski-ikäisten että iäkkäiden koettu terveys on kuitenkin yleisesti parantunut viime vuosikymmenten aikana (Koskinen ym. 2002, Helakorpi ym. 2003, 37-38, Manderbacka 2005, 130-131).

Arviot omasta terveydestä pysyvät melko stabiileina 50:een ikävuoteen saakka, jonka jälkeen ne laskevat kiihtyvällä tahdilla. Miehet arvioivat koetun terveytensä kaikissa ikäluokissa hieman paremmaksi kuin naiset, mutta naisten arviot eivät laske yhtä jyrkästi vanhetessa kuin miehillä. Yli 50-vuotiailla sukupuolten väliset erot koetussa terveydessä häviävät. Selviä eroja koetussa terveydessä on ikääntyvien työntekijöiden ja johtajien välillä. Johtajat kokevat terveytensä selvästi paremmaksi kuin ikääntyvät työntekijät. (McCullough ja Laurenceau 2004, 651-655, Sacker ym. 2005, 495-501). Muihin saman ikäisiin koettua terveyttä verrattaessa teollisuusaloilla työskentelevistä 65 prosenttia ilmoittaa terveytensä vähintään melko hyväksi. Sosiaali- ja terveysaloilla vastaava luku on 72 prosenttia, maa- ja metsätalousaloilla 58 prosenttia. (Piirainen ym. 2003, 176).

2.3 Koetun terveyden mittaaminen

Koetun terveyden tutkimiseen ei ole yksiselitteistä tilastolliseen tutkimukseen sovellettavaa mittaria. Koettua terveydentilaa on tutkittu useimmiten skaaloilla ja yksittäisillä kysymyksillä sekä kvalitatiivisin menetelmin. (Manderbacka 1995, 22-24). Mittaamistapaan vaikuttaa suuresti se, minkälainen näkökulma terveyteen tutkimuksessa otetaan. Biolääketieteellisen mallin toteuttaminen käytännössä vaatii tutkimusta lääketieteellisistä sairauksista kun taas holistiseen terveystieteeseen pohjatussa pyritään kokonaisvaltaisempaan terveyden tutkimukseen. Koettua terveyttä voidaan kvantitatiivisesti tutkia vertaamalla terveydentilaa samanikäisiin tai tutkimalla terveydentilassa tapahtunutta muutosta. (Bjorner ym. 1996, 26-38). Koettua terveydentilaa tutkittaessa voidaan käyttää esimerkiksi kysymystä ”Millaiseksi koette terveyttenne muihin ikäisiin verrattuna” tai kysymystä ”Onko kokemassanne terveydentilassanne tapahtunut muutoksia viimeisen vuoden aikana?”

On suositeltavaa, että koettua terveydentilaa mitataan useilla eri kysymyksillä, koska koetun terveyden -käsite on hyvin laaja-alainen. Monipuoliset kysymykset antavat luotettavaa tutkimustietoa ja kattavan kuvan vastaajan terveydentilasta. Nykyään koettua terveyttä on tutkittu yhä enenevässä määrin myös kvalitatiivisesti. Laadullisia menetelmiä käytettäessä terveyden kaikki osa-alueet voidaan ottaa huomioon, mutta yleistettävää tutkimustietoa ei saavuteta. (Manderbacka 1995, 20-30, Bjorner ym. 1996, 26-38). Leinosen (2002, 50-51) mukaan itsearvioitu terveys on dynaaminen ja monimuotoinen käsite, jonka jäsentäminen vaatii lisää sekä kvantitatiivisten että kvalitatiivisten menetelmien yhdistämistä syvällisen ymmärryksen saavuttamiseksi.

3. SUBJEKTIIVINEN TYÖHYVINVOINTI

Terveyttä edistävä työympäristö koostuu useista eri osa-alueista, jotka vaikuttavat työhyvinvointiin. Työkyky kuvaa yksilön fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista kapasiteettia toimia työtehtävissä ja erilaisissa kuormittavissa tilanteissa (Huuhtanen ym. 1999, 8-11). Fyysisesti kuormittavat tekijät, kuten raskaiden taakkojen nosto tai huonot työasennot, vaikuttavat yksilön työssä jaksamiseen sekä terveydentilaan ja ovat usein syynä ennenaikaiseen työkyvyn alenemiseen (Ilmarinen 1999, 49-57). Psyykkiset kuormitustekijät aiheuttavat muun muassa stressiä ja masennusta, kun työn vaatimustaso ylittää yksilön voimavarat (Härmä ym. 2000, 31).

Yksilön hallintakeinot ovat ratkaisevia kuormittumisen kokemisen ja työssä jaksamisen kannalta. Korkeaan työn hallinnan tasoon liittykin muun muassa vähemmän psyykkistä ja fyysistä oireilua matalaan hallinnan tasoon verrattuna. (Karasek ym. 1998, 322-355). Myös työpaikan sosiaaliset verkostot vaikuttavat yksilön työssä jaksamiseen: sosiaalinen tuki sekä työtovereilta että esimieheltä on tarpeen työn vaatimuksista selviytymiselle (Wenzel ym. 2002, 224).

3.1 Työkyky

Subjektiiivinen työkyky kuvaa työntekijän arviota työkyvystään ja se perustuu yksilölliseen käsitykseen omasta terveydestä (Huuhtanen ym. 1999, 8-11). Ikääntyessä fysiologinen mukautumiskyky ja kuormittavien ympäristötekijöiden sieto heikkenee. Vanhetessa lisääntyneet sairaudet ja fyysisen toimintakyvyn muutokset vaikuttavat merkittävästi työkykyyn. Alle 45-vuotiaista työntekijöistä suurin osa kokee olevansa täysin työkykyisiä eikä sukupuolten välillä ole juurikaan eroja. Vain hieman yli 80 prosenttia 45-54-vuotiaista kokee olevansa täysin työkykyisiä ja 55-64-vuotiaiden ryhmässä täysin työkykyiseksi itsensä arvioi enää noin 54 prosenttia väestöstä. Täysin työkyvyttömänä itseään pitää noin 15 prosenttia 55-64-vuotiaista. (Koskinen ym. 2002, 85-88). Ikääntyvät työntekijät kokevat nykyisen työkykynsä olevan keskimäärin 80 prosenttia elämänsä parhaasta työkyvystä (Ilmarinen 1999, 30-75). Todettu sairaus tai vamma, joka haittaa työ- tai toimintakykyä on 25-44 –vuotiaista suomalaisista 12 prosentilla ja 45-64 –vuotiaista 28 prosentilla (Helakorpi 2003, 34-56).

Työttömät kokevat systemaattisesti työkykynsä työssä käyviä huonommaksi kaikissa ikäryhmissä. Työn henkisten vaatimusten kannalta työkyky arvioidaan parempana kuin fyysinen työkyky etenkin vanhemmassa kohortissa (55-64-vuotiaat). (Koskinen ym. 2002, 71-87). Teollisuusaloilla työskentelevistä yli 80 prosenttia kokee työkykynsä vähintään melko hyväksi sekä työn fyysisten että henkisten vaatimusten kannalta. Vastaava tulos on saatu muun muassa sosiaali- ja terveysaloilla työskentelevistä. (Piirainen ym. 2003, 180-182). Huonoin työkyky on niillä ikääntyvillä työntekijöillä, jotka ovat pitkään tehneet fyysisesti raskasta työtä. He siirtyvät myös eläkkeelle aiemmin kuin kevyempää työtä tekevät. (Seitsamo ja Martikainen 1999, 348).

3.2 Fyysinen kuormittavuus

Työn fyysiset vaatimukset muodostavat työntekijään kohdistuvan fyysisen työkuormituksen. Ihmisen fyysinen toimintakyky perustuu liikuntaelinten, hermoston ja verenkiertoelimistön toimintaan. Verenkiertoelimistön ja aerobisen kapasiteetin maksimaalinen toimintakyky alkaa laskea jo 25-vuoden iästä alkaen ja 64-vuotiaan ikääntyvän työntekijän aerobinen kapasiteetti on 30-40 prosenttia pienempi kuin nuoren työntekijän. Ikääntyvillä on siis heikentynyt kyky sopeutua pitkäkestoiseen fyysiseen kuormitukseen. (Shephard 1999, 331-334). Iän mukana tapahtuu aktiivista lihasmassan vähenemistä ja kehon hallintaan liittyvät ominaisuudet kuten ketteryys ja notkeus vähenevät (Shephard 1999, 331). Maksimivoimataso laskee 65 vuoden ikään mennessä miehillä 20 prosenttia ja naisilla hieman vähemmän (Ilmarinen 1999, 63-64). Tutkimukset osoittavat, että ikääntyvät työntekijät saavat selvästi huonompia tuloksia fyysisiä ominaisuuksia kuten motorisia taitoja sekä maksimivoimatasoa mittaavissa testeissä kuin nuoremmat työntekijät (Punakallio ym. 1999, 120-125). Ikääntymisen myötä myös krooniset sairaudet ja työkyvyttömyys lisääntyvät sekä yleinen toimintakyky heikkenee (Rantanen 2000, 17).

Fyysinen ylikuormitus on vähentynyt lähes kaikilla toimisektoreilla teknisen kehityksen myötä, mutta raskasta dynaamista ja staattista lihastyötä tehdään edelleen useilla aloilla. (Ilmarinen 1999, 87-88). Teollisuusaloilla työskentelevistä 44 prosenttia pitää työtään vähintään jonkin verran fyysisesti rasittavana ja 43 prosenttia ilmoittaa työnsä sisältävän nostamista tai kannattelua käsin ilman apuvälineitä vähintään päivittäin (Piirainen ym. 2003, 68-70). Ikääntyvien työntekijöiden fyysisten ominaisuuksien muutoksista huolimatta töiden

kuormittavuus ei vähene lineaarisesti iän mukaan (Ilmarinen 1999, 87-88). Noin neljäsosa 25-64-vuotiaista työntekijöistä tekee ruumiillisesti melko tai hyvin rasittavaa työtä (Piirainen ym. 2003, 68). Työntekijöiden voimavarojen riittäessä entistä huonommin töiden suorittamiseen, stressin sietokyky alenee merkittävästi ja ylikuormitus johtaa terveysongelmiin sekä työpoissaoloihin (Ilmarinen ym. 1999, 51-54, Tikkanen 1998, 46-53).

Suomessa työntekijät joutuvat tekemään Euroopan Unionin keskiarvoa useammin toistuvia liikkeitä sisältävää työtä. Päivittäin vähintään kaksi tuntia toistuvia liikkeitä sisältävää työtä joutuu tekemään työntekijöistä neljäsosa. Tutkimusten mukaan vanhemmat työntekijät joutuvat harvemmin käsittelemään raskaita taakkoja kuin nuoremmat työntekijät, mutta yksipuolisen työn ja huonojen työasentojen kohdalla tilanne ei ole yhtä selkeä. (Rantanen ym. 2002, 133, Piirainen ym. 2003, 77). Huonot työasennot, raskaiden taakkojen kantaminen ja toistuvia liikkeitä sisältävä työ vaikuttavat suuresti työkykyyn ja koettuun terveyteen sekä myös työntekijöiden siirtymiseen varhaiseläkkeelle (Tuomi ym. 1997, 58-65).

3.3 Psyykinen kuormittavuus

Psyykinen toimintakyky on kykyä suoriutua erilaisista älyllisistä ja muuta henkistä ponnistelua vaativista tehtävistä. Psyykinen toimintakyky muuttuu yksilön vanhenemisen myötä. (Ruoppila 1996, 193-197). Työelämässä tapahtunut kehitys ja muutokset ovat lisänneet työn psyykkistä kuormittavuutta. Nopea oppiminen ja havainnointi sekä kognitiiviset ja sosiaaliset taidot ovat tärkeitä edellytyksiä menestykseen työssä. (Huuhtanen ym. 1999, 8-11). Työntekijämääriä supistetaan, töitä priorisoidaan, ja yhä useamman ihmisen työ määrä kasautuu yhden työntekijän harteille. Tutkimukset osoittavat, että epävakaa työsuhte ja huono terveys ovat selkeästi yhteydessä toisiinsa. (Virtanen ym. 2005, 840-846). Samalla kun henkiset kuormitustekijät ovat lisääntyneet työelämässä, on työntekijöiden jaksaminen entistä vaativammassa työssä heikentynyt (Rantanen 2000, 9, Ylöstalo 2002, 46-87).

Töissään hyvin tai melko usein kiirehtimään joutuvia on 25-44-vuotiaista 36 prosenttia ja 45-64-vuotiaista kolmasosa. Teollisuusaloilla työskentelevät kokevat kiirettä työssään hieman keskimääräistä useammin. Neljäsosa kaikista työntekijöistä kokee työssään melko tai hyvin usein tekemättömien töiden paineita. (Piirainen ym. 2003, 88-90). Eurooppalaisen

työolosuhde –tutkimuksen mukaan 71 prosenttia työntekijöistä työskentelee Suomessa vähintään neljäsosan työajastaan erittäin nopeaan tahtiin ja 32 prosentilla ei ole tarpeeksi aikaa suoriutua työtehtävistään. Tutkimuksessa Suomi on huonoin EU-maa näiden mittareiden suhteen. (Rantanen ym. 2002, 134).

Jatkuva kiire vaikuttaa erityisesti yksilön psyykkiseen hyvinvointiin. Työn kuormituksen ja paineen ylittäessä voimavarat, työntekijän terveys vaarantuu ja seurauksena saattaa olla stressireaktio tai tilan pitkittyessä loppuunpalaminen (Härmä ym. 2000, 31). Lievää työuupumusta ansiotyössään on kokenut 30-44-vuotiaista työntekijöistä 23 prosenttia ja 45-64 –vuotiaista 27 prosenttia. Nuoremmassa ikäryhmässä naisten ja miesten välillä ei ole huomattavaa eroa, mutta vanhemmassa kohortissa lievää työuupumusta kokevia naisia on selvästi enemmän. Vakavan masennustilan kokeneita on 30-64 –vuotiaiden miesten ikäryhmässä kaksi prosenttia, ja naisten kolme prosenttia. Melkein seitsemän prosenttia 55-64-vuotiaista naisista on kokenut vakavan työuupumuksen. (Pirkola ym. 2002, 52-53). Teollisuusalan työntekijöistä neljäsosa kokee työnsä henkisesti rasittavana, terveys- ja sosiaalialalla toimivista vastaava luku on 49 prosenttia (Piirainen ym. 2003, 93, Elo ja Mattila 2004, 111). Stressi ja psyykinen kuormittavuus tulisi ottaa huomioon erityisesti nuorien työntekijöiden kohdalla, koska tutkimukset osoittavat, että ne vaikuttaa selvästi nuorten työntekijöiden työhyvinvointiin ja terveyteen (Fischer 2005, 245-253).

3.4 Työn hallinta

Työn hallinta on merkittävä tekijä sekä työntekijän terveyden että työn tuottavuuden ja työmotivaation kannalta. Työn hallinnan avulla yksilö voi kontrolloida fyysisiä ja psyykkisiä kuormitustilanteita sekä ylläpitää elimistön sisäistä tasapainotilaa näitä kuormitustekijöitä kohdatessaan. Työn hallinta ja työn vaatimukset yhdessä muodostavat yksilöllisen kuormittuvuuden kokemuksen. Korkeaan työn hallinnan tasoon liittyy parempi työmotivaatio ja tehokas uuden oppiminen sekä vähemmän psyykkistä ja fyysistä oireilua matalaan hallinnan tasoon verrattuna. (Karasek ym. 1998, 322-355). Korkea vaatimustaso, huono työnhallinta ja vähäinen sosiaalinen tuki ovat selvästi yhteydessä psyykkiseen kuormittumiseen ja stressiin (Sanne ym. 2005, 463-473).

Työntekijöistä noin 60 prosenttia voi vaikuttaa itseään koskeviin asioihin työpaikalla erittäin tai melko paljon ja 35 prosenttia pystyy vaikuttamaan erittäin tai melko paljon työmääräänsä. Omaan työmääräänsä pystyvät eniten vaikuttamaan yrittäjät sekä toimihenkilöt ja vähiten työntekijät. (Piirainen ym. 2003, 100-102). Ammattiryhmittäin hallintamahdollisuudet koetaan parhaiksi kaupallisessa työssä (68 %) ja heikoimmiksi perusteellisessa työssä (35 %). Sukupuolten välillä ei ole eroja työn hallinnan kokemisessa. (Piirainen ym. 2003, 100-102, Elo ja Mattila 2004, 107-108).

3.5 Sosiaalinen ympäristö

Sosiaalisella ympäristöllä ja sosiaalisella statuksella on voimakas yhteys yksilön terveydentilaan: mitä huonompi on sosiaalinen asema, sitä huonompi on myös terveys. Sosiaalinen integroituminen vaikuttaa muun muassa psyykkiseen hyvinvointiin ja sydän-ja verisuonitautien syntyyn. (Karisto ja Lahelma 2005, 50, Kim Suk ym. 2005, 389-397). Sosiaalinen tuki tarkoittaa sosiaalisista suhteista saatavaa terveyttä edistävää tai stressiä ehkäisevää voimavaraa (Heany ja Israel 2002, 185-209, Wenzel ym. 2002, 223-224). Työpaikan sosiaaliset verkostot vaikuttavat terveyteen eri vaikutusmekanismien kautta. Sosiaalinen tuki on tarpeen työn vaatimuksista selviytymiselle. Se voi myös vaikuttaa työntekijän arvioon kuormittavasta tilanteesta, antaa tietoa terveellisestä ja turvallisesta käyttäytymisestä ja muuttaa terveydelle haitallista toimintaa, sekä tarjota aineellista tai materiaalista apua. Sosiaalisella tuella on todettu olevan erityisesti puskuroiva vaikutus työn vaatimuksista johtuvaan kuormittumiseen. (Heany ja Israel 2002, 185-209, Wenzel ym. 2002, 224).

Sosiaaliset suhteet ovat tutkimusten mukaan parhaat alle 10 henkilön työpaikoilla (Lindström 2004, 119-120). Melkein kaikki 25-64-vuotiaat työntekijät kokevat työtovereiden välit työpaikalla erittäin tai kohtalaisen hyväksi. Kaksi kolmasosaa saa tarvitessaan apua ja tukea työtovereiltaan ja melkein yhtä moni kokee saavansa apua myös esimieheltä. Työpaikan ilmapiirin vapautuneeksi ja mukavaksi näkee 80 prosenttia 25-64-vuotiaista ja 25-34-vuotiaista 65 prosenttia kokee työpaikan ilmapiirin kannustavaksi ja uusia ideoita tukevaksi. (Piirainen ym. 2003, 112-113).

Tukea ja apua esimieheltä erittäin tai melko paljon arvioi saavansa 58 prosenttia työntekijöistä. Miesten ja naisten välillä ei ole eroa, mutta iän myötä esimiestuki vähenee. Toimialoittain eniten tukea saavat rahoitusaloilla työskentelevät, vähiten teollisuusaloilla työtä tekevät. Riittävästi palautetta esimieheltä saa 70 prosenttia vastaajista, ja 82 prosenttia työntekijöistä tuntee esimiehen kohtelevan alaisiaan oikeudenmukaisesti vähintään melko usein. Puolet työssäkävivistä kokee johtajien olevan kiinnostuneita henkilöstön terveydestä melko tai erittäin paljon. (Lindström 2004, 120-121).

4. TYÖNTEKIJÖIDEN TERVEYS JA TERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN

4.1 Työikäisten terveys

Työikäisen väestön terveys on kehittynyt myönteisesti viime vuosikymmenten aikana (Kasmel ym. 2004, 32-36, Aromaa ym. 2005, 5). Keskimääräinen elinikä on pidentynyt kahdeksalla vuodella 1970-luvun alusta, monet sairaudet sekä tartuntataudit ovat harvinaistuneet ja toimintakykyä rajoittavia tekijöitä ilmenee entistä vähemmän (Aromaa ym. 2005, 5). Monet terveysongelmat ovat kuitenkin entisellään. Erityisesti muun muassa lihavuus, päihteiden käyttö sekä mielenterveyden ongelmat ovat lisääntyneet. Kansanterveydellisesti erittäin merkityksellistä on verenkiertoelinten- sekä tuki- ja liikuntaelinten sairauksien lisääntyminen. (Helakorpi ym. 2003, 36-38, Aromaa ym. 2005, 5).

Työikäisten miesten ja naisten, sekä huolestuttavissa määrin myös lasten ja nuorten painoindeksi on noussut 1980-luvulta lähtien ja lihavien osuus väestöstä on kasvanut (Tuomi ym. 2000, 146-149, Piirainen ym. 2003, 115-116, Lahti-Koski 2005, 95-96). Painoindeksin kohotessa yli 25 puhutaan ylipainosta ja lihavuuteen liittyvien terveysvaarojen riski alkaa kasvaa. Lievästi ylipainoisten (BMI 25-29.9) osuus on koko väestöstä lähes 50 prosenttia (Helakorpi ym. 2005, 146). Viime vuosina keskimääräinen painoindeksi on ollut 25-44-vuotiailla miehillä yli 26 ja samanikäisillä naisilla noin 25. 45-64-vuotiaiden miesten painoindeksi on keskimäärin lähes 28 ja naistenkin yli 27. (Lahti-Koski 2005, 95-96, Näslindh ym. 2005, 515). Pursion (1998, 49) mukaan jopa kaksi kolmasosaa 40-54 – vuotiaista paperityöntekijöistä on ylipainoisia.

Sepelvaltimotauti, sydämen vajaatoiminta, aivoverenkierron häiriöt ja kohonnut verenpaine ovat suomalaisten yleisimpiä verenkiertoelimestön sairauksia (Reunanen ym. 2002, 39-41, Helakorpi ym. 2003, 36, Reunanen 2005, 153-163). Vaikka kuolleisuus näihin sairauksiin onkin viime vuosina vähentynyt, ne ovat edelleen joka toisen suomalaisen kuolinsyy. Riski sairastua verenkiertoelinsairauksiin kasvaa ikääntyessä, ja väestön ikärakenteen vanhentuessa myös sairastuneiden määrä kasvaa jatkuvasti. (Reunanen ym. 2002, 39-41, Reunanen 2005, 153-163).

Psykykinen oireilu on yleistä: mielenterveyden häiriöiden katsotaan aiheuttavan yli viidesosan kaikista terveyteen liittyvistä haitoista (Lönnqvist 2005, 178-179). Tavallisimpia tilapäisiä oireita ovat ahdistuneisuus, masennus, unettomuus ja jännittyneisyys. Työikäisistä miehistä jopa 21 prosenttia ja naisista 23 prosenttia kärsii satunnaisesti unettomuudesta. Masentuneisuutta koskien vastaavat lukemat ovat 14 prosenttia ja 18 prosenttia. (Helakorpi ym. 2003, 38, Lönnqvist 2005, 178-179).

4.2 Terveyskäyttäytyminen

Terveyskäyttäytyminen muodostuu yksilön elintavoista. Elintavat ovat usein toistuvia käyttäytymismalleja, jotka kuvaavat yksilön ja ympäristön vaihtelevaa vuorovaikutusta. Liikunnalla, ravintotottumuksilla ja päihteiden käytöllä on suuri vaikutus terveyteen ja ne voivat olla hyvinvointia suojaavia tai riskiä aiheuttavia. (Rimpelä ym. 1987, 30-60). Elintavat ennustavat tutkimusten mukaan tulevaa työkykyä. Humalahakuinen alkoholinkäyttö ja tupakointi ennustaa erityisesti miehillä ennenaikaista eläkkeelle siirtymistä. (Puumalainen ym. 1995, 10-35).

4.2.1 Tupakointi

Viime vuosikymmeninä tupakoivien työntekijöiden osuus on laskenut, mutta viime vuosina tupakoivien määrä on lähtenyt uudelleen nousuun. Erityisesti tupakoivien naisten osuus on noussut. Päivittäin tupakoi 25-34 –vuotiaista työntekijöistä 32 prosenttia ja 55-64 –vuotiaista 14 prosenttia. Toimihenkilöt ja yrittäjät tupakoivat vähiten ja työntekijät eniten. Tupakoinnin koulutusryhmäerot ovat kasvaneet; tupakointi on yleisintä alimmassa koulutusryhmässä ja vähäisintä ylimmässä koulutusryhmässä. Alimpaan koulutusryhmään kuuluvista miehistä 38 prosenttia ja ylimpään koulutusryhmään kuuluvista miehistä 20 prosenttia tupakoi päivittäin. Naisten tupakointi on yleistynyt huomattavasti alimmissa koulutusryhmissä. (Helakorpi ym. 2005, 75). Jopa 60 prosenttia 40-54 –vuotiaista paperityöntekijöistä tupakoi säännöllisesti (Pursio 1998, 51).

Ikääntyvistä työntekijöistä noin 79 prosenttia ja nuoremmista työntekijöistä 70 prosenttia on tupakoinut joskus elämänsä aikana. Yli puolet päivittäin tupakoivista naisista ja miehistä

haluaisi lopettaa tupakoinnin ja ammattiryhmittäin ylemmät toimihenkilöt sekä työntekijät olisivat halukkaimpia lopettamaan tupakoinnin. Tupakoinnin terveyshaitoista eniten huolissaan ovat ikääntyneet työntekijät. Suurin osa työntekijöistä on hieman huolissaan tupakoinnin terveyshaitoista, eikä huolestuneisuus ole riippuvainen koulutuksesta tai sosioekonomisesta asemasta. (Helakorpi ym. 2005, 70, 87-89).

4.2.2 Alkoholinkäyttö

Alkoholinkäyttö on työpaikoilla yhä lisääntyvä ongelma, joka vaikuttaa negatiivisesti työkykyyn, työsuoritukseen ja työturvallisuuteen (Rantala ja Rantala 2000, 22-24). Miesten ja naisten alkoholinkäyttö on lisääntynyt viime vuosina, mutta alkoholin humalakäyttö on pysynyt ennallaan. Päivittäin alkoholia nauttivia 45-64-vuotiaita on 7 prosenttia, kun 25-44-vuotiaista alkoholia joka päivä nauttii vain kaksi prosenttia. Miehet nauttivat alkoholia selvästi useammin kuin naiset. Viikoittain humalassa on ikääntyvistä työntekijöistä neljä prosenttia ja nuorista työntekijöistä kahdeksan prosenttia. (Nummela ym. 1999, 122-123).

Useimmiten alkoholia nautitaan kerran viikossa tai ainakin kerran kuukaudessa, mutta ei aina humalaan saakka. Kerrallaan kuusi annosta tai enemmän alkoholia juo nuorista ja ikääntyvistä miestyöntekijöistä keskimäärin kerran kuukaudessa tai harvemmin. Naistryöntekijöistä yli kuutta alkoholiannosta suurin osa (57 %) ei juo koskaan. Eniten alkoholia kuluttavat rakennus- ja louhintatyöntekijät sekä kuljetustyöntekijät. Useimmiten humalassa ovat työntekijät ja yrittäjät. (Rantanen ym. 2002, 136, Helakorpi ym. 2003, 140, Piirainen ym. 2003, 162-163, Tuomi ym. 2004, 197-198, Näslindh ym. 2005, 515).

Paperiteollisuuden työntekijöistä tehty tutkimus tuo esille, että ainakin kerran viikossa olutta juovia työntekijöitä on kolmannes vastaajista. Viidennes työntekijöistä juo alkoholia niin, että se tuntuu reilusti päässä ja yli puolet niin, että he kokevat lievän humalan. Tutkimuksen mukaan viidennes alan työntekijöistä käyttää alkoholia paljon. (Pursio 1998, 51-52).

Ikääntyvistä työntekijöistä jopa 18 prosenttia on saanut kehotuksen alkoholin käytön vähentämisestä perheenjäseneltään ja lääkäri on kehottanut alkoholin vähentämiseen viittä prosenttia ikääntyneistä miehistä. Naisista kehotuksen on saanut vain muutama prosentti

kaikista ikäryhmistä. Suurin osa (noin 80 %) työntekijöistä ei ole saanut kehotusta vähentää alkoholin käyttöä viimeisen vuoden aikana. (Helakorpi ym. 2005, 144).

4.2.3 Ravintotottumukset

Ravintotottumuksissa on tapahtunut viime vuosina myönteisiä muutoksia. Rasvaisen maidon ja voin käyttö sekä rasvaisten juustojen nauttiminen on jatkuvasti vähentynyt ja tumman leivän syöminen on taas yleistynyt. Ylimpiin koulutusryhmiin kuuluvat syövät kuitenkin muita koulutusryhmiä useammin ravintosuositusten mukaisia ruokia. (Nummela ym. 2003, 25-123).

Suuri osa työikäisistä käyttää leivän päällä kevytlevitettä, mutta rasvojen kulutuksessa on selkeä ero eri ammattiluokkien välillä: Ylemmät ja alemmat toimihenkilöt suosivat työntekijöitä enemmän terveydelle hyödyllisiä pehmeitä rasvoja. Tummaa leipää syödään yleisimmin yhdestä kolmeen viipaletta päivässä ja ikääntyessä ruisleivän kulutus lisääntyy. Vaaleaa leipää eniten syövät työntekijät. (Helakorpi ym. 2005, 93-103).

Tuoreiden kasvien kulutus on yleistynyt viime vuosina, mutta enemmistö aikuisväestöstä käyttää kasviksia kuitenkin vain 3-5 päivänä viikossa. Hedelmiä ja marjoja syödään kasviksia harvemmin: kaikissa ikäryhmissä yleisimmin 1-2 päivänä viikossa. Sekä kasvien että hedelmien ja marjojen kulutus kuitenkin lisääntyy ikääntyessä. Kolmasosa 55-64-vuotiaista syö hedelmiä ja marjoja lähes päivittäin, kun vastaava osuus 15-24-vuotiaista on kahdeksan prosenttia. (Helakorpi ym. 2005, 116-119).

Virvoitusjuomien käyttö on yleistä naisilla ja miehillä kaikissa ikäryhmissä. Virvoitusjuomia 3-5 päivänä viikossa nauttii alle 34-vuotiaista 30 prosenttia ja yli 50-vuotiaista 22 prosenttia. Yli puolet vastaajista syö makeisia 1-2 päivänä viikossa ja yhtä usein myös leivonnaisia. (Nummela ym. 2003, 100-101).

Työpaikkaruokalassa lounastavien ruokavalion on todettu olevan useimmiten ruokavaliosuositusten mukainen kuin muulla tavoilla lounastaneiden ja heissä on myös eniten normaalipainoisia. Työaikainen ruokailu on pysynyt viime aikoina ennallaan. Suurin osa työntekijöistä syö joko työpaikkaruokalassa tai he syövät omia eväitä. Työpaikkaruokalassa naiset ja miehet syövät yhtä usein ja useimmiten työpaikkaruokalan palveluita käyttävät 25-

34-vuotiaat työntekijät. Ylemmät toimihenkilöt suosivat työpaikkaruokailua ja alemmat toimihenkilöt sekä työntekijät syövät yleensä omia eväitä. Yleisintä työpaikkaruokailu on suurissa työpaikoissa työskentelevillä ja suurituloisimmilla. Työntekijöistä vain noin neljä prosenttia ei syö työpäivän aikana lainkaan. (Piirainen ym. 2003, 164).

Kehotuksen lääkäriiltä muuttaa ruokailutottumuksia terveyssyistä on saanut jopa 16 prosenttia miestyöntekijöistä ja 14 prosenttia naistryöntekijöistä. Nuoremista työntekijöistä kehotuksen on saanut ainoastaan 9 prosenttia miehistä ja 6 prosenttia naisista. Melkein yhtä usea on saanut kehotuksen joltakin muulta terveydenhoitohenkilökuntaan kuulavalta henkilöltä kuin lääkäriiltä. Yli neljäsosa ikääntyvistä työntekijöistä on saanut kehotuksen ruokatottumusten muuttamisesta omalta perheenjäseneltään. Nuorimmista työntekijöistä (25-44 -vuotiaista) 65 prosenttia ei ole saanut kehotuksia, ja 45-64 -vuotiaista 55 prosenttia. (Helakorpi ym. 2003, 108).

4.2.4 Kunto- ja hyötyliikunta

Liikunnan puutteen on todettu olevan merkittävin ja yhä yleistymässä oleva elämän lyhentäjä. Tutkimusten mukaan liikunnan harrastaminen vaikuttaa positiivisesti työhyvinvointiin. Alle vuoden kestävät liikuntainterventiot osoittavat, että liikunnan lisääminen kasvattaa työikäisillä hengityskapasiteettia 6-13 prosenttia, lisää työnhallinnan tunnetta, vähentää sydänsairauksien riskiä ja auttaa kestämään stressiä entistä paremmin. (Punakallio ym. 1999, 119-124, Chen & Chang 2004, 180-190).

Vapaa-ajan liikunnan (vähintään puoli tuntia kaksi kertaa viikossa) harrastaminen on lisääntynyt viime vuosina kaiken ikäisten keskuudessa. Eniten liikuntaa harrastavat 25-34-vuotiaat miehet ja naiset, mutta ikääntyttäessä liikunnan harrastaminen vähenee. Päivittäin urheilua harrastaa 45-64-vuotiaista suomalaisista noin 13 prosenttia, ja vain muutaman kerran vuodessa tai harvemmin liikkuu vain 12 prosenttia. (Helakorpi ym. 2005, 152).

Suurin osa työntekijöistä harrastaa liikuntaa 2-3 kertaa viikossa (Pursio 1998, 49, Helakorpi ym. 2003, 149-152). Ainoastaan muutama prosentti ikääntyvistä miehistä ja naisista harrastaa urheilua kilpailumielessä. Nuoremmissa ikäluokissa kilpaurheilun harrastaminen on hieman yleisempää. (Helakorpi ym. 2005, 155). Vapaa-ajan liikuntaa 2-3 kertaa viikossa harrastavia

on 25-44 –vuotiaista viidesosa ja 45-64 –vuotiaista 15 prosenttia. Kerran viikossa tai harvemmin liikkuu 25-44 –vuotiaista 12 prosenttia, 45-64 –vuotiaista 15 prosenttia. (Piirainen ym. 158-159). Maanviljelijät ja työntekijät harrastavat liikuntaa jonkin verran vähemmän kuin toimihenkilöt ja yrittäjät. (Nummela ym. 1999, 127-129).

Työssä olevat liikkuvat muita ryhmiä, kuten työttömiä ja eläkeläisiä vähemmän. Useimmiten työntekijöiden liikkuminen on hyötyliikuntaa, jota harrastaa työntekijöistä selvästi yli puolet vähintään neljä kertaa viikossa. Kuntoliikunta tarkoittaa vähintään puolen tunnin mittaista liikuntasuoritusta, jossa hengästyy ja hikoilee. Kuntoliikuntaa harrastavia on selvästi vähemmän kuin hyötyliikuntaa harrastavia: vähäisintä kuntoliikunta on 45-54-vuotiaiden keskuudessa ja eniten kuntoliikuntaa harrastavat 25-34-vuotiaat. (Piirainen ym. 2003, 158-159).

Suurin osa työnantajista tukee työntekijöidensä fyysisen kunnon ylläpitämistä tarjoamalla liikuntatiloja, kustantamalla liikuntalippuja tai osallistumalla liikuntatoiminnan järjestämiseen. Kaikista työntekijöistä 72 prosenttia kokee saavansa työnantajalta tukea liikunnan harrastamisessa. Eniten tukea saavat toimistotyöntekijät ja vähiten rakennustyöntekijät. Naisten liikunnan harrastamista tuetaan enemmän kuin miesten harrastamista, mutta ikäryhmittäin eroja ei ole. (Piirainen ym. 2003, 160).

4.3 Koetun terveyden ja terveyskäyttäytymisen yhteys

Oman terveyden arviointiin vaikuttavat tekijät ovat olleet laajalti kiinnostuksen kohteena, koska koettu terveys ennustaa elinikää ja kuvaa myös lääketieteellisesti mitattua terveydentilaa hyvin (Manderbacka ym. 1999, 1713-1720, Simon ym. 2005, 200-208). Terveyskäyttäytymisen yhteydestä koettuun terveyteen on saatu toisistaan poikkeavia tuloksia erityisesti tutkittaessa terveyskäyttäytymisen vaikutuksia koettuun terveyteen. Hollantilaisessa tutkimuksessa terveyskäyttäytymisellä ei ollut juuri ollenkaan merkitystä yksilön kokemaan terveydentilaan (Simon ym. 2005, 200-208). Karjalassa toteutetun tutkimuksen mukaan terveyskäyttäytyminen saattaa puolestaan olla suoranainen syy huonoon koettuun terveyteen, mutta toisaalta uskotaan myös, että alueellinen sairastavuus ja kuolleisuus vaikuttavat yksilön arviointiin (Heistaro ym. 2001, 78).

Erityisesti tupakoinnin yhteys koettuun terveyteen on todettu useassa tutkimuksessa. Paljon ja melko paljon tupakoivien koettu terveys on huonompi kuin ainoastaan satunnaisesti tupakoivien ja tupakoimattomien (Manderbacka 1999 ym. 1713-1720, Borg ja Kristensen 2000, 1023). Suomessa ja Baltian maissa toteutetun tutkimuksen mukaan tupakoiminen on yhteydessä huonoon koettuun terveyteen suomalaisilla miehillä ja naisilla, mutta tutkimuksen muissa maissa merkittävää yhteyttä ei ole. Latvialaiset ja liettualaiset tupakoivat miehet arvioivat terveytensä keskiverroksi, mutta naisten suhteen tupakoinnilla ei ole lainkaan merkitystä koettuun terveyteen. (Kasmel ym. 2004, 33-34).

Myös ylipaino vaikuttaa oman terveyden arviointiin. Lihavista 26 prosenttia ja ylipainoisista 13 prosenttia kokee terveytensä huonoksi, kun vastaava luku normaalipainoisista on 9 prosenttia. Toisaalta alipainoisten koettu terveys on myös hieman normaalipainoisia huonompi. (Manderbacka ym. 1999, 1713-1720, Borg ja Kristensen 2000, 1023).

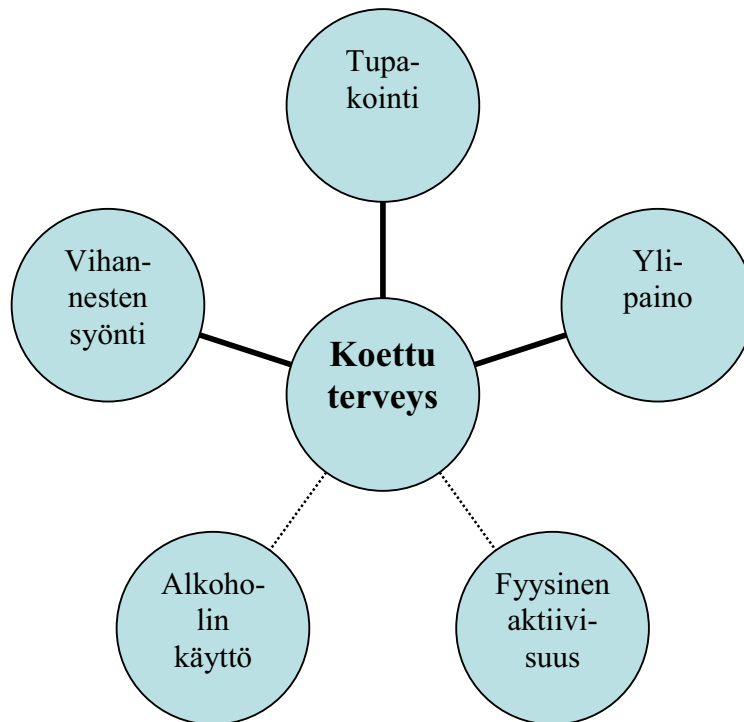
Alkoholin käyttö on yhteydessä koettuun terveyteen samalla tavalla kuin ylipaino. Paras koettu terveys on kohtuukäyttäjillä, huonoin alkoholia runsaasti kuluttavilla. (Manderbacka ym. 1999, 1713-1720). Säännöllisesti väkeviä alkoholeja käyttävien miesten koettu terveys on huono sekä Suomessa, Latviassa että Virossa, mutta Liettuassa tulos on täysin päinvastainen ja väkeviä alkoholeja käyttävät kokevat terveytensä hyväksi. (Kasmel ym. 2004, 34).

Fyysinen aktiivisuus ja vihannesten syönti vaikuttaa selkeästi oman terveydentilan arviointiin: Mitä epäterveellisempi tottumus on, sitä huonompi on myös koettu terveys. Vihannesten kulutuksen suhteen yhteys on erityisen selkeä naisilla. (Manderbacka ym. 1999, 1713-1720). Miehet, joiden ruokavalioon tuoreet vihannekset eivät kuulu vähintään kolmesti viikossa, kokevat terveytensä huonoksi. Fyysisen passiivisuuden ja huonoksi koetun terveyden yhteys on ristiriitainen, mutta merkitseviä tuloksia on saatu tutkittaessa suomalaisia miehiä. (Kasmel ym. 2004, 34).

Terveyskäyttäytymisen vaikutus oman terveyden arviointiin on tuloksista huolimatta kyseenalaistettu. Yhteys on tilastollisesti merkittävä vain tupakoinnin ja vihannesten kulutuksen osalta, sekä erityisesti alle 35-vuotiailla myös painoindeksiin liittyen. (Kuvio 2.) Muiden terveystottumusten suhteen yhteys koettuun terveyteen heikkenee, kun tutkimuksessa kontrolloidaan lääketieteellisesti määritettyyn terveyteen ja toimintakykyyn liittyvät ongelmat. Tulokset viittaavatkin siihen, että terveyskäyttäytyminen ei vaikuta koettuun

terveyteen suoranaisesti vaan esimerkiksi käyttäytymisen seuraamusten kautta. (Manderbacka ym. 1999, 1713-1720).

On myös esitetty, että vastaajat saattavat käyttää terveystietämistä koetun terveyden mittarina ja kriteerinä, koska tietävät näiden välisestä mahdollisesta yhteydestä (Manderbacka ym. 1999, 1713-1720, Kasmel ym. 2004, 34). Tätä argumenttia tukee se, että Suomessa (jossa väestön terveystietous on korkeatasoista) koetun terveyden ja terveystietämisen välillä vallitsee selkeä yhteys, kun taas Baltian maissa (joissa terveyteen liittyvä tietotaso on alhaisempi) vastaavaa yhteyttä ei ole (Kasmel ym. 2004, 34).



Kuvio 2. Koetun terveyden ja terveystietämisen yhteys koetun terveyden ollessa keskiössä.

(Paksu viiva = tilastollisesti merkitsevä yhteys. Pisteviiva = yhteys heikkenee, kun kontrolloidaan lääketieteellisesti määritellyt terveyteen ja toimintakykyyn liittyvät ongelmat.)

5. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää UPM- Kymmene Jämsänkosken paperitehtaan työntekijöiden koettua terveyttä, subjektiivista työhyvinvointia (sairauksien vaikutus työhön, fyysinen ja henkinen rasitus, työkyky, vaikutusmahdollisuudet työhön, lyhyen työnte kierron vaikutukset työhyvinvointiin, esimiehen ja työtovereiden tuki, työhyvinvoinnin parantaminen) ja terveyskäyttäytymistä (tupakointi, alkoholinkäyttö, ravintotottumukset, liikunta). Lisäksi tutkimuksessa haluttiin saada selville onko koetulla terveydellä ja terveyskäyttäytymisellä yhteyttä ja onko eri-ikäisten työntekijöiden välillä eroa tutkimuksen muuttujissa.

Tutkimusongelmat ovat:

1. Millaiset ovat UPM-Kymmene Jämsänkosken paperitehtaan työntekijöiden koettu terveys, subjektiivinen työhyvinvointi ja terveyskäyttäytyminen?
2. Eroavatko koettu terveys, subjektiivinen työhyvinvointi ja terveyskäyttäytyminen eri-ikäisten työntekijöiden välillä?
3. Onko koetulla terveydellä ja terveyskäyttäytymisellä yhteyttä?

6. TUTKIMUSMENETELMÄT

6.1 Tutkimusasetelma ja tutkimuksen suorittaminen

Tutkimus suoritettiin poikkileikkausasetelmalla. Tietoja kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella (Liite 1), joka esitettiin 20:llä UPM-Kymmene Kaipolan paperitehtaan työntekijällä. Esitestauksen jälkeen kyselylomakkeeseen tehtiin muutamia muutoksia. Lomake laadittiin yhteistyössä UPM-Kymmenen kanssa ja sen pohjana käytettiin kyselylomakkeita aikuisväestön terveyskäyttäminen-, (Helakorpi ym. 2003) työ- ja terveys-, (Piirainen ym. 2003) sekä terveys 2000-tutkimuksista (Koskinen ym. 2002).

Tutkimusaineisto kerättiin 2.3–11.4.2006 tutkimusta varten tehdyllä kyselylomakkeella. Tutkimussopimus allekirjoitettiin ja alustava tutkimussuunnitelma esiteltiin UPM-Kymmene Jämsänkosken paperitehtaan henkilöstöjohtajalle ja työterveyslääkärille ennen tutkimuksen alkua. Kyselylomakkeet saatteineen postitettiin 2.3.2006 tutkittaville henkilöille kotiin ja vastaukset tuli palauttaa 16.3.2006 mennessä valmiiksi maksetuissa palautuskuorissa suoraan tutkijoille. Kyselyyn vastattiin nimettömänä siten, että vastaajan henkilöllisyys ei paljastunut. Tunnisteena uuden lomakkeen lähettämistä varten käytettiin juoksevaa numerointia. Täydennyskysely toteutettiin 28.3–11.4.2006.

6.2 Tutkimusaineisto ja kuvaus

Tutkimukseen valittiin mukaan kaikki UPM-Kymmene Jämsänkosken paperitehtaan tehdastyöntekijät, joita oli 684. Kyselylomakkeen palautti määräaikaan mennessä 409 vastaajaa. Yksi lomake palautettiin tyhjänä. Vastausprosentti kokonaisuudessaan oli 59,6. Vastaajista 53 (13 %) oli naisia ja 355 (87 %) miehiä. Sukupuolten välinen vastausaktiivisuus oli lähes sama: naisten vastausprosentti oli 63 ja miesten 59. Miesvastaajien ollessa selkeä enemmistö, tutkimuksessa ei eritellä työntekijöitä sukupuolen mukaan.

Suurin osa tutkimukseen osallistuneista elää avo- tai avioliitossa (78 %). Naimattomia on 13 prosenttia ja eronneita tai leskiä yhdeksän prosenttia. Koulutustaustana suurella osalla on ammattitutkinto (59 %) tai kansa- tai peruskoulu (30 %). Korkeakoulutettuja on 0,5 prosenttia

vastaajista. 71 prosenttia vastaajista tekee vuorotyötä ja noin neljäsosa päivätyötä. Kaksi prosenttia tutkimukseen osallistuneista on osa-aikaeläkkeellä.

6.3 Mittarit

Tutkimuksessa käytetty kyselylomake on liitteenä 1. Kysymykset liittyvät subjektiivisen työhyvinvoinnin osalta sosiaaliseen tukeen, henkiseen ja fyysisen rasitukseen, vaikutusmahdollisuuksiin työssä, työkykyyn ja ammatissa pysymiseen kahden vuoden aikavälillä. Terveyskäyttämiseen liittyvät kysymykset koskevat päihteitten käyttöä, liikuntaa sekä ruokailua. Terveyttä kartoitettiin kysymällä koettua terveyttä, painoindeksiä ja pitkäaikaissairauksia. Verrattaessa eri-ikäisten työntekijöiden työhyvinvointia, terveyskäyttäytymistä ja koettua terveyttä toisiinsa, jaettiin vastaajat ikänsä perusteella neljään luokkaan: 20-34 –vuotiaat, 35-44 –vuotiaat, 45-54 –vuotiaat ja 55-64 – vuotiaat. Joidenkin kysymysten vastausvaihtoehtoja yhdistettiin, jotta saatiin riittävästi havaintoja jokaiseen luokkaan (Taulukot 1-3).

6.3.1 Koettu terveys ja terveydentila

Terveyttä ja koettua terveyttä kartoitettiin viiden kysymyksen avulla (Taulukko 1). Kyselylomakkeessa kysyttiin vastaajien painoa ja pituutta, joista laskettiin painoindeksi (BMI). Painoindeksi luokiteltiin standardoitujen rajojen mukaan: 18,5-24,9 on normaalipaino, 25,0-29,9 on lievä ylipaino, 30,0-34,9 on merkittävä ylipaino, 35,0-39,9 on vaikea ylipaino, ja yli 40 on sairaalloinen ylipaino. (Duodecimin ja Suomen lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä, 2006). Tilastollisissa ajoissa painoindeksiä käsiteltiin viisiluokkaisena, mutta koetun terveyden ja terveyskäyttäytymisen yhteyttä tutkittaessa painoindeksi luokiteltiin kolmeluokkaiseksi, jolloin kolme viimeistä vastausluokkaa yhdistettiin ja muodostettiin selvästi ylipainoisten -luokka.

Taulukko 1. Terveyttä ja koettua terveyttä kuvaavien muuttujien muodostaminen.

Kyselylomakkeen sisältöalue ja kysymys	Kysymysnumero	Vastausvaihtoehdot
Terveys Pituus ja paino	K8	Avoim vastaus.
Koettu terveys tällä hetkellä	K9	Hyvä, melko hyvä, keskitasoinen, melko huono, huono. Vastausvaihtoehdot 4 ja 5 yhdistettiin. Kysymys käsiteltiin vain kahdella ikäryhmällä.
Pitkäaikaissairaudet	K10	Kyllä, ei.
Ammatissa pysyminen kahden vuoden aikavälillä	K19	Todennäköistä, melko todennäköistä, melko epätodennäköistä, epätodennäköistä. Vastausvaihtoehdot 3 ja 4 yhdistettiin.
Terveydentila ikäisiin verrattuna	K20	Parempi, hieman parempi, samanlainen, hieman huonompi, huonompi. Vastausvaihtoehdot 3 ja 4 yhdistettiin.

6.3.2 Subjektiiivinen työhyvinvointi

Työhyvinvointia tutkittiin yhteensä seitsemällä kysymyksellä. (Taulukko 2) Kaikki kysymykset mittasivat subjektiivista näkemystä vastaajan omasta työhyvinvoinnista. Kysymykset pyrittiin rakentamaan siten, että ne antavat työyhteisölle uudenlaisen näkökulman työntekijöiden työkyvystä, sosiaalisista suhteista työpaikalla sekä kuormittumisesta ja vaikutusmahdollisuuksista työhön. Sekä henkisen että fyysisen rasituksen vastauksia tarkennettiin vielä avoimilla kysymyksillä: henkilöitä, jotka kokivat itsensä henkisesti tai fyysisesti kuormittuneeksi, pyydettiin kuvailemaan syy koettuun rasittumiseen.. UPM-Kymmene Jämsänkosken paperitehtaalla toteutettiin juuri tutkimusajankohtana muutos vanhasta vuorojärjestelmästä uuteen järjestelmään. Avoimella kysymyksellä kartoitettiin myös sitä miten työntekijät uskovat uuden, lyhyen työnkierron vaikuttavan työhyvinvointiinsa perusteluineen. Työhyvinvointi - osion loppuun sijoitettiin vielä avoin kysymys: ” Miten työyhteisönne hyvinvointia voi mielestänne parantaa?”, joka analysoitiin laadullista menetelmää, sisällönanalyysia käyttäen.

Taulukko 2. Subjektiiivista työhyvinvointia kuvaavien muuttujien muodostaminen.

Kyselylomakkeen sisältöalue ja kysymys	Kysymysnumero	Vastausvaihtoehdot
Työhyvinvointi Sairauksien vaikutukset työhön	K11	Ei haittaa lainkaan, aiheutuu oireita, joudun joskus keventämään työtä, joudun usein keventämään työtä, selviytyisin vain osa-aikatyöstä, olen työkyvytön
Fyysinen rasitus	K12	Usein, melko usein, melko harvoin, harvoin, ei koskaan. Vastausvaihtoehdot 4 ja 5 yhdistettiin.
Syyt fyysiseen rasitukseen	K13	Avoin vastaus.
Henkinen rasitus	K14	Usein, melko usein, melko harvoin, harvoin, ei koskaan.
Syyt henkiseen rasitukseen	K15	Avoin vastaus.
Työkyky	K16	Hyvä, melko hyvä, melko huono, huono. Vastausvaihtoehdot 3 ja 4 yhdistettiin.
Vaikutusmahdollisuudet työhön	K17	Paljon, melko paljon, melko vähän, vähän, ei lainkaan.
Lyhyen työnkierron vaikutukset	K18	Avoin vastaus.
Esimiehen tuki	K21	Usein, melko usein, melko harvoin, harvoin.
Työtovereiden tuki	K22	Usein, melko usein, melko harvoin, harvoin. Vastausvaihtoehdot 3 ja 4 yhdistettiin.
Työhyvinvoinnin parantaminen	K23	Avoin vastaus.

6.3.3 Terveyskäyttäytyminen

Tutkimuksen terveyskäyttäytyminen -osio käsittää kysymyksiä tupakoinnista, alkoholinkäytöstä, ravitsemustottumuksista ja liikunnasta. (Taulukko 3) Tupakointia kartoitettiin kysymyksillä elämänaikaisesta tupakoinnista, nykyisestä tupakoinnista sekä huolestuneisuudesta tupakoinnin aiheuttamia terveyshaittoja kohtaan. Alkoholinkäyttötavoista tiedusteltiin kysymällä alkoholinnauttimisen yleisyydestä, annoskoosta ja huolestuneisuudesta omaa alkoholinkäyttöä kohtaan. Alkoholinkäyttökertojen ja koetun terveyden yhteyttä kartoitettaessa alkoholinkäytön osalta vastausvaihtoehdot neljä ja viisi yhdistettiin yhdeksi ”alkoholin suurkuluttajat” -luokaksi. Ravitsemuksesta kysyttiin viidellä kysymyksellä, joista yksi oli moniosainen. Ravitsemustottumusten ja koetun terveyden yhteyttä tutkittaessa vihannesten syöminen uudelleen luokiteltiin kaksiluokkaiseksi erottaen vain vähän vihanneksia nauttivat ja niitä melko paljon tai paljon syövät työntekijät. Vastaajien liikkumiskäyttäytymistä kartoitettaessa kysyttiin työntekijöiden kunto- ja hyötyliikunnan harrastamisesta sekä fyysisestä kunnosta. Tutkittaessa liikkumisen ja koetun terveyden yhteyttä, vastausvaihtoehdot yksi ja kaksi yhdistettiin muodostaen aktiivisesti liikkuvien – luokka sekä vaihtoehdot neljä ja viisi yhdistettiin muodostaen harvoin liikkuvien –luokka jo valmiiksi luokitellun keskimääräisesti liikkuvien –luokan rinnalle.

Taulukko 3. Terveyskäyttäytymistä kuvaavien muuttujien muodostuminen.

kyselylomakkeen sisältöalue ja muuttujat	kysymysnumero	vastausvaihtoehdot
Tupakointi		
Tupakointi elämän aikana	K24	Kyllä, ei
Tupakointi nykyisin	K25	Säännöllisesti, satunnaisesti, ei lainkaan.
Tupakoinnin haitat	K26	Hyvin huolissani, hieman huolissani, en juurikaan huolissani, en lainkaan huolissani. Vastausvaihtoehdot 1 ja 2 yhdistettiin.
Alkoholi		
Alkoholinkäyttö kuukaudessa	K27	En lainkaan, kerran kk:ssa tai harvemmin, 2-4 kertaa kk:ssa, 2-3 kertaa viikossa, 4 kertaa viikossa tai useammin.
Alkoholiannokset	K28	1-3, 4-6, 7-9, 10 tai enemmän
Alkoholinkäytön haitat	K29	Hyvin huolissani, hieman huolissani, en juurikaan huolissani, en lainkaan huolissani. Vastausvaihtoehdot 1 ja 2 yhdistettiin.
Ravintotottumukset		
Työpäivän aikainen ruokailu	K30	En syö lainkaan työpäivän aikana, syön työpaikkaruokalassa, syön ruoka-automaatin annoksia, syön omia eväitä, syön kotona, muu.
Vihannesten syönti viikon aikana	K31	En kertaakaan, 1-2, 3-5, 6-7 päivänä.
Herkkujen syönti viikon aikana	K32	Kerran viikossa tai harvemmin, 2-3 kertaa, 4-6 kertaa, kerran päivässä tai useammin.
Ruokailutottumusten muuttaminen terveellisempään suuntaan	K33	Kyllä, ei.
Ruokailutottumusten haitat	K34	Hyvin huolissani, hieman huolissani, en juurikaan huolissani, en lainkaan huolissani. Vastausvaihtoehdot 1 ja 2 yhdistettiin.
Liikunta		
Kuntoliikunnan harrastaminen	K35	Vähintään 5 kertaa viikossa, 2-4 kertaa viikossa, kerran viikossa, 2-3 kertaa kk:ssa, muutaman kerran vuodessa
Hyötyliikunnan harrastaminen	K36	Samat kuin edellä.
Fyysinen kunto	K37	Hyvä, melko hyvä, keskitasoinen, melko huono, huono. Vastausvaihtoehdot 4 ja 5 yhdistettiin.

6.4 Tilastolliset menetelmät

Tutkimuksen tilastolliset analyysit on tehty SPSS for Windows 11.0 -ohjelmalla ja kuviot Microsoft Excel – ohjelmalla. Tutkimuksessa mukana olevista muuttujista käytettiin prosentteja ja frekvenssejä. Muuttujien välisten yhteyksien selvittämiseksi käytettiin ristiintaulukointia. Ristiintaulukoinnin lisäksi tutkimuksessa on käytetty Khin neliötestiä ja Spearmanin järjestyskorrelaatiokerrointa. Khin neliötestillä tutkittiin mahdollista muuttujien välistä riippuvuutta verrattaessa eri ikäluokkien koettua terveyttä, terveyskäyttäytymistä ja työhyvinvointia sekä koetun terveyden ja terveyskäyttäytymisen yhteyttä. Khin neliötestin merkitsevyysrajana pidettiin $p < .05$. ($p < .001$ erittäin merkitsevä, $p < .01$ merkitsevä, $p < .05$ melkein merkitsevä).

Koetun terveyden ja terveyskäyttäytymisen yhteyttä on tutkittu Spearmanin järjestyskorrelaatiokertoimen avulla. Spearmanin korrelaatiokertoimeen päädyttiin muuttujien järjestysasteikkolisuuden takia. Cronbachin alfa-kertoimen avulla tarkasteltiin koetun terveyden –kysymysten sisäistä konsistenssia. Yksi avoin kysymys analysoitiin sisällönanalyysin avulla ja muut avoimet kysymykset luokiteltiin ryhmiin ja kvantifioitiin manuaalisesti.

6.5 Laadullisen tutkimusaineiston analyysi

Tutkimuslomakkeen avoimeen kysymykseen ”Miten työyhteisönne hyvinvointia voi mielestänne parantaa?” vastasi 20-44 –vuotiaista 116 henkilöä ja 45-64 –vuotiaista 104 henkilöä (yhteensä 54 prosenttia kaikista lomakkeen palauttaneista). Analysoitava aineisto koostuu siis 220 vastauksesta, joiden pituudet vaihtelevat muutamasta sanasta yli 400 sanan esseeseen. Aineiston analysoinnissa käytettiin induktiivista sisällönanalyysia, joka voidaan jakaa kolmeen vaiheeseen: aineisto pelkistetään, pelkistetyt ilmaukset ryhmitellään, ja lopulta luodaan teoreettisia käsitteitä (Miles ja Huberman 1994 Tuomen ja Sarajärven 2004, 110-111 mukaan).

Ensimmäisessä vaiheessa vastauksista poimittiin ja koodattiin olennaiset ilmaukset. Alkuperäisistä ilmauksista muodostui pelkistettyjä ilmauksia, kuten ”avoimuus” sekä ”keskinäinen kunnioitus ja tuki”. (Liite 2.)

Analyysin toisessa vaiheessa pelkistetyistä ilmauksista etsittiin samankaltaisuuksia, jotka yhdistettiin niiden sisältöä kuvaavalla käsitteellä alaluokiksi, esim. ilmaukset ”inhimillisyys”, ”painostuksen ja uhkailun lopettaminen” ja ”työntekijöiden vähentämisen lopettaminen” muodostivat yhdessä alaluokan ”epävarmuustekijöiden poistaminen” (Liite 3.).

Kolmannessa vaiheessa alaluokista muodostettiin neljä yläluokkaa, joista muotoutui kaksi pääluokkaa. ”Työnantajan toiminta” ja ”Sosiaalinen kanssakäyminen työssä” muodostavat pääluokan ”Työnantajan ja työntekijöiden välinen vuorovaikutus”. ”Työstä saatava materiaallinen hyöty” ja ”Edellytykset työhön” yhdistyvät pääluokaksi ”Työn fyysinen ulottuvuus”. (Taulukko 4. ja Liite 3.)

Teoreettisten käsitteiden luontia edelleen jatkamalla pääluokat ”Työnantajan ja työntekijöiden välinen vuorovaikutus” sekä ”Työn fyysinen ulottuvuus” muodostavat yhdistävän luokan ”Työntekijöiden näkemyksiä siitä, mitkä seikat vaikuttavat työyhteisön hyvinvointiin”. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Yhdistävä luokka: Työntekijöiden näkemyksiä siitä, mitkä seikat vaikuttavat työyhteisön hyvinvointiin.

YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA	YHDISTÄVÄ LUOKKA
Työnantajan toiminta Sosiaalinen kanssakäyminen työssä	Työnantajan ja työntekijöiden välinen vuorovaikutus	Työntekijöiden näkemyksiä sistä, mitkä seikat vaikuttavat työyhteisön hyvinvointiin
Työstä saatava materiaallinen hyöty Edellytykset työhön	Työn fyysinen ulottuvuus	

7. TULOKSET

7.1 UPM-Kymmene työntekijöiden koettu terveys, subjektiivinen työhyvinvointi ja terveyskäyttäytyminen

7.1.1 Koettu terveys ja terveydentila

Koetun terveyden tutkimiseen käytettiin kahta kysymystä. Kysymys ”Millaiseksi koette terveydentilanne tällä hetkellä?” analysoitiin niin, että vastaajat jaettiin kahteen ryhmään iän perusteella. Suurin osa UPM-Kymmene Jämsänkosken tehtaan työntekijöistä kokee terveytensä melko hyväksi, ja melko huono tai huono koettu terveys on vain kuudella prosentilla vastaajista. Ikääntyvät työntekijät kokevat terveytensä kuitenkin selvästi huonommaksi kuin nuoremmat työntekijät. (Taulukko 5). Erot ryhmien välillä ovat tilastollisesti merkitseviä.

Taulukko 5. Koetun terveyden kokeminen ikäluokittain.

Koettu terveys	Ikäryhmä			
	20-44		45-64	
	f	%	f	%
Hyvä	62	33	39	19
Melko hyvä	79	42	96	46
Keskitasoinen	42	22	66	32
Melko huono	5	3	7	3
Huono	1	1	1	1
Yhteensä	188	100	209	100

Ikäryhmien erot p = .014

Toinen koettua terveyttä kartoittanut kysymys ”Millaiseksi koette terveytenne muihin samanikäisiin verrattuna?”, ei tuonut yhtä selkeästi esille ryhmien eroja kuin suoraan koettua terveyttä kartoittanut kysymys (p.205). Samanikäisiin verrattuna vastaajat kokevat terveytensä enimmäkseen samanlaiseksi kuin muilla ikätovereillaan (53 %) ja hieman parempana terveyttään pitää reilu kolmasosa vastaajista. Vain muutama prosentti kustakin ikäluokasta pitää terveyttään hieman huonompana tai huonompana kuin ikätovereillaan.

Pitkäaikaissairauksia on 107 työntekijällä (27 %). Pitkäaikaissairauksien esiintyvyydessä on selkeä ero ikäryhmien välillä. 20-34-vuotiaita pitkäaikaissairauksia on vain pienellä osalla, kun taas vanhemmissa ikäluokissa sairaudet ovat selkeästi yleisempiä. (Taulukko 6.) Suurin osa niistä työntekijöistä, joilla on jokin pitkäaikaissairaus, ei koe siitä aiheutuvan lainkaan haittaa työssään. Nuorimmasta ikäryhmästä kukaan ei joudu keventämään työtahtiaan sairauksista aiheutuvien oireiden takia. Joskus työtahtiaan joutuu keventämään sairautensa takia 35-44 –vuotiaista ja 45-54-vuotiaista neljä prosenttia. Vanhimmissa ikäryhmästä työtahtiaan silloin tällöin keventämään joutuvia on kahdeksan prosenttia. Usein työtahtia keventämään joutuvia, vain osa-aikatyössä selviytyviä tai täysin kykenemättömiä töihin on kaikkiaan 11 prosenttia niistä työntekijöistä joilla on pitkäaikaissairaus.

Taulukko 6. Pitkäaikaissairauksien esiintyminen eri ikäryhmillä.

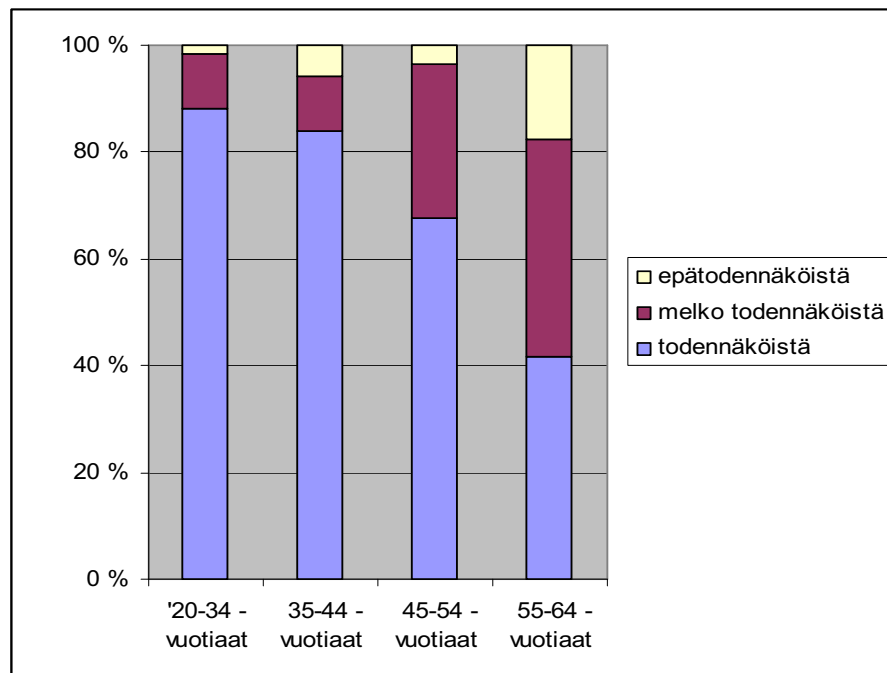
	Ikäryhmä							
	20-34		35-44		45-54		55-64	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Pitkäaikaissairaus	7	10	25	21	32	28	41	45
Ei pitkäaikaissairautta	61	90	96	79	83	72	50	55
Yhteensä	68	100	121	100	115	100	91	100
Ikäryhmien erot p=	<.001							

Suurin osa työntekijöistä on lievästi ylipainoisia (BMI 25-29,9) ja normaali painoindeksi on kolmasosalla vastaajista (BMI 20-24,9). Selkeästi ylipainoisia on vastaajista noin 15 prosenttia (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Työntekijöiden painoindeksi

BMI	f	%
alle 20	2	0,5
20-24,9	120	30
25-29,9	226	56
30-34,9	49	12
35-39,9	4	1
yli 40	2	0,5
Yhteensä	401	100

Erittäin merkitseviä eroja ($p < .001$) ikäluokkien välillä on siinä, uskovatko he pystyvänsä työskentelemään ammatissaan terveydellisistä syistä kahden vuoden kuluttua (Kuvio 3). Melkein kaikki 20-44-vuotiaat työntekijät pitävät ammatissaan toimimista kahden vuoden kuluttua todennäköisenä, mutta 45-54-vuotiaista työskentelemistään todennäköisenä pitää enää kaksi kolmasosaa ja 55-64-vuotiaista alle puolet (42 %). Suurin osa vastaajista, ikäluokasta riippumatta, pitää kuitenkin kahden vuoden kuluttua töiden tekemistä todennäköisenä tai melko todennäköisenä.



Kuvio 3. Ikäluokittainen ammatissa työskentelemisen todennäköisyys kahden vuoden kuluttua.

7.1.2 Subjekttiivinen työhyvinvointi

Suurin osa UPM-Kymmene Jämsänkosken tehtaan työntekijöistä kokee fyysistä kuormittumista melko harvoin ja vain viidesosa vastaajista tuntee itsensä fyysisesti rasittuneeksi usein tai melko usein (Liite 4.). Eniten usein tai melko usein fyysistä kuormittumista kokevat ikääntyneet työntekijät ja vähiten nuorimmat työntekijät. Ikäryhmien välillä ei ole tilastollisesti merkitseviä eroja kuormittuneisuuden kokemisessa ($p = .552$) (Taulukko 8, sivu 38.). Yleisimmät syyt fyysiseen rasitukseen ovat avoimista vastauksista esiin tulleet vuorotyö (40 mainintaa), fyysisesti raskas työ (37 mainintaa) sekä kiire työssä/tiukka työtahti (31 mainintaa). Yleisiä vastauksia olivat myös työolosuhteista (kuumuudesta, kosteudesta tai kylmyydestä) johtuva kuormitus (26 mainintaa) sekä väsymys (21 mainintaa).

Yli puolet vastaajista kokee henkistä rasitusta melko harvoin tai harvoin ja 12 prosenttia ilmoittaa, että ei koe henkistä rasitusta koskaan (Taulukko 8, sivu 38 ja Liite 4.). Ikäluokkien kesken ei ole kuormittuneisuuden kokemisessa merkitseviä eroja ($p = .546$). Sekä nuoremmat

että vanhemmat työntekijät kokevat useimmiten harvoin tai melko harvoin henkistä räsitusta työssään ja vain muutama työntekijä kokee henkistä kuormitusta usein. Henkisen räsituksen syitä kartoitettaessa eniten mainintoja keräsivät vuorotyö (32 mainintaa), kiihtyvä työtahti ja paine työssä (30 mainintaa) sekä työn jatkumisen epävarmuus (27 mainintaa). Lisäksi huono työilmapiiri (23 mainintaa), kiire työssä (22 mainintaa) ja työnjohdon uhkailu (18 mainintaa) ovat yleisiä henkisen räsituksen aiheuttajia.

Tutkimukseen osallistuneet kokevat työkykynsä enimmäkseen hyväksi (43 %) tai melko hyväksi (50 %). Melko huono tai huono työkyky on seitsemällä prosentilla vastaajista. Erot työkyvyssä ikäryhmien välillä ovat tilastollisesti erittäin merkitseviä ($p < .001$) (Taulukko 8, sivu 38.). Nuorimmasta ikäryhmästä melkein kaikki vastaajat kokevat työkykynsä melko hyväksi tai hyväksi. Työkyky kuitenkin heikkenee selkeästi iän mukaan. Enää noin puolet 35-44 -vuotiaista ja kolmasosa 45-54-vuotiaista kokee työkykynsä hyväksi. Yli 55-vuotiaista työntekijöistä työkykynsä hyväksi kokevia on ainoastaan viidesosa.

Taulukko 8. Työntekijöiden subjektiivinen työhyvinvointi iän mukaan.

	Ikäryhmä			
	20-34 %	35-44 %	45-54 %	55-64 %
Fyysinen rasitus				
Usein/melko usein	15	21	19	27
Melko harvoin	44	40	41	39
Harvoin	38	36	37	33
Ei koskaan	3	3	3	1
Henkinen rasitus				
Usein	1	5	3	2
Melko usein	13	26	18	21
Melko harvoin	25	26	24	26
Harvoin	49	31	44	37
Ei koskaan	12	12	11	13
Työkyky				
Hyvä	74	52	36	18
Melko hyvä	25	41	59	67
Melko huono/huono	1	7	5	15
Vaikutusmahdollisuudet				
Paljon	12	7	6	8
Melko paljon	50	29	44	33
Melko vähän	34	48	38	45
Vähän	3	14	12	12
Ei lainkaan	1	2	1	2
Tuki esimieheltä				
Usein	22	16	22	12
Melko usein	43	38	35	51
Melko harvoin	31	31	33	21
Harvoin	4	15	10	16
Tuki työtovereilta				
Usein	54	30	40	30
Melko usein	37	48	47	44
Melko harvoin/harvoin	9	22	13	26

Vastaajista hieman alle puolet kokee, että he voivat vaikuttaa omaan työhönsä liittyviin asioihin paljon (7 %) tai melko paljon (38 %). (Taulukko 8, sivu 38.) Melko vähän vaikutusmahdollisuuksia on vajaalla puolella ja vähän 11 prosentilla vastaajista. Nuorimmat työntekijät kokevat omaavansa enemmän vaikutusmahdollisuuksia työssään kuin vanhemmat työntekijät. Nuorimmasta ikäryhmästä yli puolet tuntee pystyvänsä vaikuttamaan töihinsä paljon tai melko paljon. Vanhimmista työntekijöistä suuri osa tuntee, että he voivat vaikuttaa töihinsä vain melko vähän tai vähän. Ikäryhmät kokevat kuitenkin vaikutusmahdollisuutensa melko samanlaisiksi: ryhmien välillä ei ole merkitseviä eroja ($p=.121$).

Tarvittaessa apua ja tukea esimieheltään saa melko usein melkein puolet vastaajista ja usein viidesosa työntekijöistä. (Liite 5.) Ikääntyneet työntekijät kokevat useammin kuin muut saavansa harvoin apua esimieheltään (16 %) ja he kokevat saavansa myös muita harvemmin usein tukea esimieheltään (12 %). (Taulukko 8, sivu 38.) Ikäryhmien välillä ei ole eroja esimiehen tukea kysyttäessä ($p=.066$). Työtovereilta saadaan tukea yleisemmin kuin esimieheltä: vain vajaa viidennes saa tukea ja apua melko harvoin tai harvoin. Työtovereilta saatavassa tuessa on merkitseviä eroja ryhmien välillä. ($p=.004$). Nuorimmat työntekijät kokevat saavansa usein tukea ja apua työtovereiltaan, kun taas ikääntyvät työntekijät saavat apua paljon harvemmin. Jopa neljäsosa vanhimmasta ikäryhmästä tuntee saavansa tukea melko harvoin tai harvoin.

Vuorojärjestelmän muutos lyhyeen kiertoon jakaa vastaajien mielipiteet arvioitaessa sen vaikutuksia työhyvinvointiin. Muutoksen positiivisiin vaikutuksiin uskoo kuitenkin suurempi osa työntekijöistä (120 mainintaa). Erityisen tyytyväisiä ollaan siihen, että palautuminen vuoroista on nopeampaa ja väsymys vähenee. Lähes 80 vastaajaa puolestaan uskoo, että lyhyt kierto heikentää työhyvinvointia ja työstä tulee raskaampaa. Negatiivisena pidetään myös sitä, että vapaiden määrä vähenee ja esimerkiksi matkustelu vaikeutuu.

Avoimen kysymyksen ” Miten työyhteisönne hyvinvointia voi mielestänne parantaa?” sisällönanalysistä käy ilmi, että tutkimukseen osallistuneiden työntekijöiden mielestä työyhteisön hyvinvointia rakentaa työnantajan ja työntekijän väliseen vuorovaikutukseen liittyvät tekijät, kuten työnantajan toiminta ja sosiaalinen kanssakäyminen työpaikalla. Lisäksi työn fyysiseen ulottuvuuteen kuuluvat seikat, kuten työstä saatava materiaallinen hyöty sekä työskentelyn edellytykset vaikuttavat työhyvinvointiin.

Sisällönanalyysin avulla muodostuneeseen ensimmäiseen pääluokkaan ”Työnantajan ja työntekijöiden välinen vuorovaikutus” kuuluva ilmaus nousee esiin lähes kaikissa vastauksissa. Eniten mainintoja kertyi alaluokkaan ”epävarmuustekijöiden poistaminen” (107 mainintaa). Työnantajalta toivotaan myös avoimuutta sekä rehellisyyttä (56 mainintaa), ja tärkeänä pidetään lisäksi työntekijöiden arvostamista ja heihin luottamista (51 mainintaa). Yhteisiä tapahtumia toivoo lisää 25 vastaajaa. Tähän pääluokkaan kuuluvia ilmauksia on aineistossa yhteensä 262 kappaletta.

Toiseen pääluokkaan ”Työn fyysinen ulottuvuus” kuuluvia ilmauksia on aineistossa yhteensä 103 kappaletta. Maininnoista ei kuitenkaan erotu yhtä selkeästi yleisimpiä vastauksia kuin pääluokassa ”Työnantajan ja työntekijöiden välinen vuorovaikutus” ja ilmaukset jakautuvat usealla eri tavalla kuvaamaan työn fyysiseen ulottuvuuteen liittyviä tekijöitä. Työolosuhteisiin, kuten työväliseisiin sekä kuumuuteen ja kylmyyteen toivotaan parannusta useissa vastauksissa (18 mainintaa). Luokan yleisimpiin ilmauksiin kuului myös koulutusmahdollisuuksien tarjoaminen (11 mainintaa) ja sanomalehtien lukumahdollisuus valvomoissa (9 mainintaa).

7.1.3 Tupakointi

Yleisesti terveystietoisuuden eri osa-alueilla; liikunnassa, tupakoinnissa, alkoholinkäytössä ja ravintotottumuksissa, ei ole suuria eroja eri ikäluokkien välillä. Suurin osa jokaisesta ikäryhmästä on tupakoinut joskus elämänsä aikana. Erot ryhmien välillä eivät ole merkitseviä ($p=0.274$). (Taulukko 9.)

Kyselylomake rakennettiin siten, että tupakointiin liittyviin jatkokysymyksiin vastasivat vain ne työntekijät, jotka ovat joskus elämänsä aikana tupakoineet. Kysyttäessä nykyisestä tupakoinnista, enemmän on niitä työntekijöitä, jotka eivät tupakoineet enää lainkaan kuin niitä, jotka tupakoivat säännöllisesti tai satunnaisesti. Nuorimmasta ikäryhmästä suurin osa tupakoi nykyisin säännöllisesti (41 %). Muissa ikäluokissa suurin osa vastaajista ei tupakoi nykyisin lainkaan. (Taulukko 9, sivu 41.) Vaikka ikäryhmien välillä on pieniä eroja nykyisessä tupakoinnissa, eivät ne kuitenkaan ole merkitseviä ($p=0.105$).

Taulukko 9. Työntekijöiden terveystiettyminen iän mukaan.

	Ikäryhmä			
	20-34	35-44	45-54	55-64
	%	%	%	%
Tupakointi elämän aikana				
Kyllä	66	63	57	52
Ei	34	37	43	48
Tupakointi nykyisin				
Säännöllisesti	41	29	24	34
Satunnaisesti	28	20	21	10
Ei lainkaan	31	51	55	56
Alkoholinkäyttö kk:ssa				
Ei käytä lainkaan	1	9	8	13
Kerran kk:ssa tai harvemmin	28	25	25	30
2-4 kertaa kk:ssa	53	49	47	42
2-3 kertaa viikossa	15	18	17	12
4 kertaa viikossa tai useammin	3	5	3	3
Alkoholiannokset kerralla				
1-3 annosta	31	38	48	57
4-6 annosta	27	32	34	29
7-9 annosta	16	18	12	9
10 annosta tai enemmän	26	12	6	5
Vihannesten syönti viikon aikana				
Ei kertaakaan	1	4	7	9
1-2 päivänä	29	26	31	25
3-5 päivänä	45	46	39	36
6-7 päivänä	25	24	23	30
Makeitten herkkujen syönti viikon aikana				
Kerran viikossa tai harvemmin	35	35	43	45
2-3 päivänä viikossa	38	44	34	35
4-6 päivänä viikossa	19	12	9	7
Vähintään kerran päivässä	8	9	14	13
Kuntoliikunnan harrastaminen viikon aikana				
Vähintään 5 kertaa viikossa	18	15	22	33
2-4 kertaa viikossa	50	45	45	42
Kerran viikossa	19	24	23	16
2-3 kertaa kk:ssa	10	12	4	4
Korkeintaan muutaman kerran vuodessa	3	4	6	5

Ryhmien välillä ei myöskään ole eroja siinä, kuinka huolissaan he ovat tupakoinnin aiheuttamista haitoista terveydelle ($p=.192$). Hyvin huolissaan oman tupakanpoltonsa haitoista on 20-34-vuotiaista ja 35-44-vuotiaista viidesosa. Noin puolet 45-54 –vuotiaista työntekijöistä on hieman huolissaan ja viidesosa hyvin huolissaan tupakoinnin aiheuttamista haitoista. Vanhimmasta ikäluokasta kaksi kolmasosaa on hieman tai hyvin huolissaan tupakoinnin haittavaikutuksista. Hyvin huolissaan tupakoinnin terveyshaitoista on yleisimmin työntekijät, jotka eivät enää polta lainkaan (10 %). Toisaalta nykyisin tupakoimattomat ovat suurin ryhmä myös vastaajista, jotka eivät ole tupakoinnin omalle terveydelle aiheuttamasta haitasta ollenkaan huolissaan (14 %). Hieman huolissaan asiasta on yleisimmin edelleen säännöllisesti tupakoivat (22 %).

7.1.4 Alkoholinkäyttö

Lähes puolet vastaajista (48 %) käyttää alkoholia kahdesta neljään kertaan kuukaudessa. (Taulukko 9, sivu 41.) Vähintään kaksi kertaa viikossa alkoholia käyttää lähes viidennes (19 %) tutkimukseen osallistuneista. Kaikki ikäryhmät käyttävät melkein yhtä usein alkoholia, eli ryhmien välillä ei ole siis merkitseviä eroja ($p=.160$).

Samoin kuin tupakointia kartoittavassa kohdassa kyselylomakkeessa, myös alkoholinkäyttöön liittyvät kysymykset rakennettiin niin, että seuraaviin kysymyksiin vastasivat ainoastaan ne henkilöt, jotka käyttävät alkoholia. Suurin osa (44 %) työntekijöistä nauttii kerralla yhdestä kolmeen annosta alkoholia, ja enemmän kuin seitsemän annosta kerralla nauttii viidesosa vastaajista (Taulukko 9, sivu 41.). Nuoremmat ikäluokat juovat kuitenkin vanhempia selvästi enemmän, ja erot ryhmien välillä ovat merkitseviä. ($p<.001$).

Vajaa puolet työntekijöistä ei ole lainkaan huolissaan siitä, että alkoholin käyttö voi aiheuttaa vahinkoa terveydelle. (Taulukko 10.) Heistä suurin osa käyttää alkoholia yhdestä kolmeen annosta kerralla. Yli seitsemän annosta kerralla käyttävistä neljäsosa ei ole lainkaan huolissaan alkoholin terveyshaitoista. Sama osuus heistä on asiasta vähintään hieman huolissaan. Huolestuneet käyttävät alkoholia yleisimmin neljästä kuuteen annosta kerralla (41 %). Ikäryhmien välillä ei ole eroja siinä, ovatko he huolestuneita alkoholinkäytöstään ($p=.729$). Suurin osa jokaisesta ikäluokasta on hieman tai ei juurikaan huolissaan alkoholinkäyttötapojen aiheuttamasta haitasta terveydelle.

Taulukko 10. Huolestuneisuus tupakoinnin, alkoholinkäytön ja ravintotottumusten aiheuttamasta haitasta terveydelle.

	Tupakointi		Alkoholinkäyttö		Ravitsemus	
	f	%	f	%	f	%
Hyvin huolissaan	43	20	11	3	9	2
Hieman huolissaan	95	43	64	16	101	25
Ei juurikaan huolissaan	45	20	151	39	191	47
Ei lainkaan huolissaan	38	17	158	42	106	26
Yhteensä	167	100	384	100	407	100

7.1.5 Ravintotottumukset

Tutkimukseen osallistuneista työntekijöistä suurin osa (67 %) syö yleensä omia eväitä työpäivän aikana. Moni useimmiten omia eväitä syövästä ruokailee myös työpaikkaruokalassa työvuorosta riippuen. (Liite 6.) Kaikki ikäluokat syövät työpäivän aikana melko samoin tavoin ja ryhmien välillä ei siis ole tilastollisesti merkitseviä eroja ($p=.218$).

Enemmistö (42 %) työntekijöistä syö vihanneksia tai juureksia 3-5 päivänä viikossa ja neljäsosa käyttää vihanneksia ja juureksia tätä useammin. (Taulukko 9, sivu 41.) Kahtena päivänä viikossa tai harvemmin vihanneksia tai juureksia syö kolmasosa vastaajista. Ryhmien välillä ei ole merkitseviä eroja vihannesten syömisessä. ($p=.485$)

Makeita herkkuja, kuten kahvileipää, virvoitusjuomia tai makeisia syö vastaajista 40 prosenttia kerran viikossa tai harvemmin ja päivittäin herkkuja nauttii yli kymmenen prosenttia vastaajista. (Taulukko 9, sivu 41.) Ryhmät eivät eroa toisistaan makeitten herkkujen syönnissä ($p=.196$). Nuorimmasta ikäryhmästä ja 35-44 –vuotiaista suurin osa syö herkkuja 2-3 päivänä viikossa ja 45-54 –vuotiaista sekä 55-64-vuotiaista kerran viikossa tai harvemmin.

Suuri osa tutkimukseen osallistuneista on muuttanut joitakin ravintotottumuksiaan terveydellisten näkökohtien perusteella viimeksi kuluneen vuoden aikana. Eniten on lisääntynyt kuitupitoisten valmisteiden käyttö (47 % vastaajista) sekä hedelmien ja marjojen käyttö (46 % vastaajista). Ruokailutottumusten muuttamisessa on vain pieniä eroja eri

ikäryhmien kesken. Ainoa melkein merkitsevä ero on rasvan määrän vähentämisessä ($p=.026$): vanhimmasta ikäluokasta yli puolet (54 %) on vähentänyt rasvan käyttöönsä viimeisen vuoden aikana kun nuoremmista rasvan määrää on vähentänyt reilu kolmasosa. Rasvan laadun muuttamisessa ryhmät ovat melko yhteneviä ($p=.145$). Kahdesta vanhimmasta ikäryhmästä noin puolet ja kahdesta nuorimmasta ikäluokasta noin kolmasosa on ryhtynyt käyttämään terveellisempiä rasvoja. (Liite 7.)

Juuresten käytön lisäämisessä ($p=.263$) ja sokerin käytön vähentämisessä ($p=.581$) ei ole eroja ryhmien välillä. Vanhimmista ikäryhmistä puolet ja nuorimmista ikäryhmistä alle puolet on lisännyt juuresten käyttöä. Sokerin käyttöä on vähentänyt ikäluokasta riippumatta noin kolmasosa vastaajista. Myöskään marjojen ja hedelmien käytön lisäämisessä, suolan käytön vähentämisessä ja kuitupitoisten valmisteiden käytössä ei ole ryhmien kesken eroja. Vanhimmista ikäluokista yli puolet ja nuorimmista ikäryhmistä hieman alle puolet ovat lisänneet vuoden aikana hedelmien ja marjojen syömistä. Suolan käyttöä on vähentänyt jokaisesta ikäryhmästä noin kolmasosa ja kuitupitoisia valmisteita nauttii nykyisin enemmän noin puolet työntekijöistä kuin aikaisemmin. (Liite 7.)

Noin puolet työntekijöistä ei ole juurikaan huolissaan siitä, että heidän ravintotottumuksensa voisivat aiheuttaa terveydelle vahinkoa. (Taulukko 10.) Omista ruokailutottumuksistaan jossakin määrin huolestuneita on yhteensä 109 työntekijää. Eri ikäiset työntekijät ovat samoin tavoin huolestuneita ruokailutottumuksistaan eli ryhmien kesken ei ole tilastollisesti merkitseviä eroja. ($p=.250$) Tutkittaessa vihannesten ja juuresten syönnin yhteyttä huolestuneisuuden omista ruokailutottumuksista ilmenee, että yleisimmin huolissaan ravintotottumuksensa terveyshaitoista ovat työntekijät, jotka käyttävät vihanneksia 1-2 päivänä viikossa (11 %) sekä 3-5 päivänä viikossa (10 %). Yli kolmena päivänä viikossa vihanneksia ja juureksia syövät ovat myös edustavin joukko työntekijöistä, jotka eivät ole lainkaan huolissaan ravintotottumuksistaan. Harvoin (alle kolmena päivänä viikossa) vihanneksia syövästä viidesosa ei ole lainkaan huolissaan siitä, että heidän ravintotottumuksensa saattavat aiheuttaa vahinkoa terveydelle

Painoindeksin yhteys ravintotottumusten terveyshaittaan on melko selkeä. Vähintään merkittävästi ylipainoisista lähes puolet on huolissaan ravintotottumuksiensa terveyshaitoista. Lievästi ylipainoisista ja normaalipainoisista suurin osa ei ole juurikaan huolissaan ravintotottumuksistaan. (Taulukko 11.)

Taulukko 11. Painoindeksin yhteys ravintotottumusten terveystaitaan.

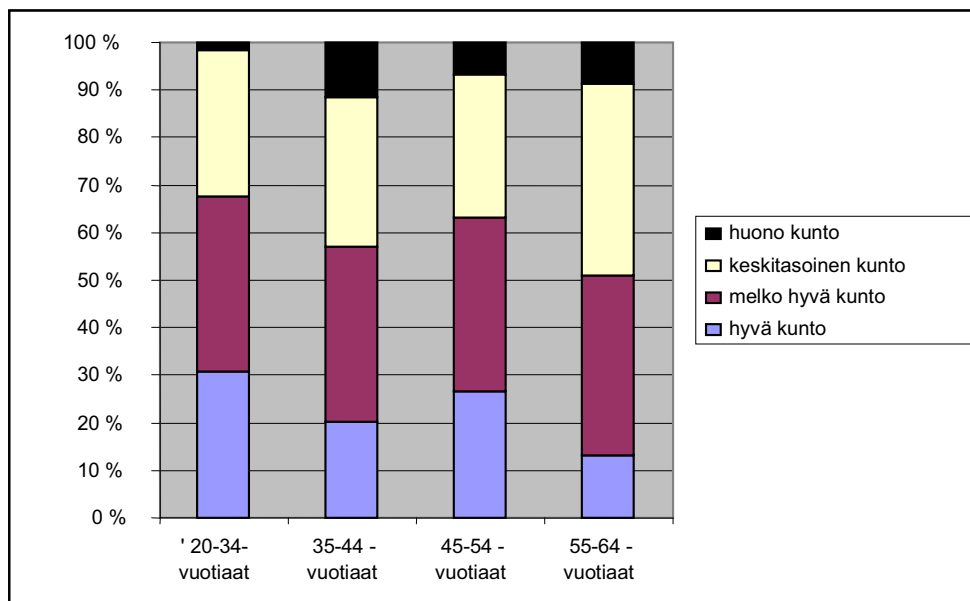
Ravintotottumusten haitta terveydelle	BMI					
	20-24,9		25-29,9		yli 30	
	f	%	f	%	f	%
Hyvin/hieman huolissaan	19	15	63	28	26	47
Ei juurikaan huolissaan	61	50	106	47	22	40
Ei lainkaan huolissaan	42	34	56	25	7	13
Yhteensä	122	100	225	100	55	100

7.1.6 Kunto- ja hyötyliikunta

Tutkimukseen osallistuneista työntekijöistä noin puolet harrastaa aktiivista kuntoliikuntaa vähintään puoli tuntia kerrallaan kahdesta neljään kertaa viikossa. (Taulukko 10.) Vähintään viisi kertaa viikossa liikkuu viidesosa vastaajista ja kaksi kertaa kuukaudessa tai harvemmin liikkuu 12 prosenttia työntekijöistä. Ikäryhmät eivät eroa toisistaan kuntoliikunnan harrastamisen suhteen. ($p=.119$)

Hyötyliikuntaa tutkimukseen osallistuneet harrastavat useammin kuin kuntoliikuntaa: kolmasosa vastaajista hyötyliikkuu vähintään viisi kertaa viikossa ja 44 prosenttia kahdesta neljään kertaa viikossa. Hyötyliikuntaa vain muutamia kertoja kuukaudessa tai harvemmin harrastavia on noin kymmenen prosenttia jokaisesta ikäryhmästä. Ryhmien kesken ei ole tilastollisesti merkitseviä eroja. ($p=.301$)

Omaa fyysistä kuntoaan tutkimukseen osallistuneet pitävät yleisimmin melko hyvänä (36 %) tai keskitasoisena (35 %). Ryhmillä ei ole merkitseviä eroja fyysisen kunnan kokemisessa ($p=.100$). Suurin osa kaikkien ikäluokkien vastaajista kokee olevansa keskitasoisessa fyysisessä kunnossa, paitsi nuorimmassa ikäryhmässä, joista suurin osa tuntee omaavansa melko hyvän fyysisen kunnan (37 %). Työntekijöistä vain muutama prosentti kaikista ikäluokista tuntee olevansa melko huonossa tai huonossa fyysisessä kunnossa. (Kuvio 4.)



Kuvio 4. Fyysinen kunto ikäryhmittäin

7.2 Terveyskäyttäytymisen ja koetun terveyden yhteys

Koetun terveyden ja terveystietoisuuden yhteyksiä analysoitiin ristiintaulukoimalla jokainen terveystietoisuuden osa-alue koetun terveyden kanssa. Luokitellun painoindeksin ja koetun terveyden välillä vallitsee heikko korrelaatio (Taulukko 12.), mutta se on tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p < .001$). Ne työntekijät, jotka kokevat terveytensä hyväksi, ovat useimmiten lievästi ylipainoisia (13 %) tai normaalipainoisia (11 %). Merkittävästi tai vaikeasti ylipainoisia on hyvän terveyden omaavista vain vajaa prosentti. Keskitasoiseksi terveytensä kokevista normaalipainoisia on kahdeksan prosenttia ja lievästi ylipainoisia 14 prosenttia. Heistä kuudella prosentilla painoindeksi on yli 30 ja he ovat siis selvästi ylipainoisia. Melko huonoksi tai huonoksi terveytensä luokitelleista suurin osa (2 %) on lievästi ylipainoisia ja noin prosentti vastaajista on normaalipainoisia. Merkittävästi ylipainoisia on huonoksi terveytensä kokevista prosentti.

Taulukko 12. Koetun terveyden ja terveystietoisuuden osa-alueiden korrelaatiot.

Osio	Koettu terveys
BMI	.241***
Tupakointi	.009
Alkoholinkäyttö	.047
Vihannesten syönti	.113*
Herkkujen syönti	.051
Kuntoliikunnan harrastaminen	.267***
Hyötyliikunnan harrastaminen	.094
Fyysinen kunto	.676***

*** p<.001 **p<.01 *p<.05

Tupakoinnilla ja koetulla terveydellä ei tulosten mukaan näytä olevan yhteyttä (Taulukko 12.). Niistä työntekijöistä, jotka kokevat terveytensä hyväksi suurempi osa on tupakoinut joskus elämänsä aikana (16 %) kuin ollut tupakoimatta (10 %). Melko hyväksi terveytensä tuntevista neljäsosa on tupakoinut joskus elämänsä aikana ja tupakoimatta on ollut viidesosa vastaajista. Melko huonoksi tai huonoksi terveytensä kokevista alle kaksi prosenttia on tupakoinut joskus elämänsä aikana ja yhtä usea on ollut tupakoimatta.

Kuukausittaisella alkoholinkäytöllä ja koetulla terveydellä ei ole yhteyttä (Taulukko 12.) Niistä työntekijöistä, jotka tuntevat omaavansa hyvän terveyden, vain vajaa kaksi prosenttia ei käytä alkoholia lainkaan. Suurin osa näistä vastaajista (12 %) käyttää alkoholia 2-4 kertaa kuukaudessa. Henkilöt, jotka kokevat terveytensä keskitasoisiksi, käyttävät alkoholia samoin tavoin kuin paremmaksi tai huonommaksi terveytensä kokevat. Suurin osa vastaajista käyttää alkoholia muutaman kerran kuukaudessa ja vain kuusi prosenttia keskitasoisiksi terveytensä luokittelevista nauttii alkoholia vähintään 2-3 kertaa viikossa. Huonoksi terveytensä kokevista suurin osa juo alkoholia muutaman kerran kuukaudessa. Alkoholin käytössä ei ole siis eroja koetun terveyden eri luokissa. (p= .878).

Vihannesten syönnin ja koetun terveyden välillä on heikko positiivinen korrelaatio, joka on tilastollisesti melkein merkitsevä (p=.023). (Taulukko 12.) Vihannesten syöminen luokiteltiin

uudelleen ja luotiin kaksi luokkaa: vihannesten normaalikuluttajat ja vihanneksia vähän kuluttavat. Niistä työntekijöistä, jotka kokevat terveytensä hyväksi, viidesosa syö vihanneksia ja kasviksia ainakin muutaman kerran viikossa ja kuusi prosenttia nauttii vihanneksia vain hyvin harvoin. Melko huonoksi tai huonoksi terveytensä kokevien joukossa on myös enemmän niitä, jotka syövät vihanneksia monta kertaa viikossa kuin niitä, jotka syövät vihanneksia harvoin. Vihannesten syönnillä ei ole eroja koetun terveyden eri luokissa ($p = .129$).

Makeitten herkkujen syömisellä ja koetulla terveydellä ei ole yhteyttä. Koetun terveyden ja makeitten herkkujen syönnin välinen korrelaatio on .051, eikä yhteys ole merkitsevä ($p = .310$). (Taulukko 12.) Hyväksi terveytensä kokevista suurin osa (11 %) syö makeita herkuja kerran viikossa tai harvemmin ja melkein yhtä usea syö makeaa 2-3 päivänä viikossa (10 %). Kerran päivässä tai useammin herkuja syömistä kaksi prosenttia tuntee terveytensä hyväksi. Terveytensä keskitasoisiksi kokevista 10 prosenttia nauttii herkuja korkeintaan kerran viikossa ja 11 prosenttia syö makeaa 2-3 kertaa viikossa. Vähintään kerran päivässä herkuja syömistä neljä prosenttia kokee terveytensä keskitasoisiksi. Makeitten herkkujen syönnissä ei ole eroja koetun terveyden eri luokissa ($p = .730$).

Tutkimuksen mukaan koetun terveyden ja liikunnan harrastamisen välillä on yhteys. Vastaajista siis ne henkilöt, jotka kokevat terveytensä hyväksi, liikkuvat myös vapaa-ajallaan enemmän kuin ne työntekijät, jotka kokevat terveytensä keskitasoisiksi tai huonoksi. Koetun terveyden ja kuntoliikunnan harrastamisen välillä on heikko positiivinen korrelaatio (taulukko 12.), mutta yhteys on kuitenkin erittäin merkitsevä ($p < .001$). Hyötyliikunnan kohdalla samaa yhteyttä ei ole havaittavissa (Taulukko 12.). Aktiivista hyötyliikuntaa vähintään 2-4 kertaa viikossa harrastavista viidesosa kokee terveytensä hyväksi, kolmasosa tuntee terveytensä melko hyväksi ja viidesosa keskitasoisiksi. Huonoksi terveytensä tuntee aktiivisimmista hyötyliikkujista kaksi prosenttia. Korkeintaan muutaman kerran kuukaudessa hyötyliikuntaa harrastavista suurin osa (4 %) tuntee terveytensä melko hyväksi. Vain vajaa prosentti tuntee terveytensä melko huonoksi tai huonoksi niistä vastaajista, jotka harrastavat hyötyliikuntaa harvoin. Fyysisen kunnan ja koetun terveyden välillä vallitsee kohtalainen positiivinen korrelaatio (Taulukko 12.), joka on erittäin merkitsevä ($p < .001$).

8. TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS

8.1 Reliabiliteetti

Tutkimuksen tulosten virhemahdollisuuksia on pyritty ehkäisemään muodostamalla kyselylomakkeeseen selkeät kysymykset ja antamalla vastaajille mahdollisimman yksiselitteiset ohjeet lomakkeen täyttämistä varten (Liite 1). Työntekijät ovat vastanneet kysymyksiin nimettöminä ja lomakkeet on lähetetty suoraan tutkijoille kotiin.

Tutkimuksen tietojen keräämisen lähtökohtana on vastaajien oma raportointi koetusta terveydestä, työhyvinvoinnista ja terveystyötytymisestä. Alkoholinkäyttöä, työyhteisön toimivuutta ja liikuntamääriä kartoittaneet osiot ovat kysymysten arkaluonteisuuden takia alttiita virheellisiin vastauksiin. Työntekijöillä saattaa olla taipumusta vähätellä alkoholinkäyttöään ja työyhteisön ongelmia sekä liioitella liikkumistapojaan. Vastausajankohtana työnantajan antamat irtisanomisilmoitukset ja vaikeudet työyhteisössä ovat saattaneet vaikuttaa vastausten laatuun, vaikka ennen ja jälkeen irtisanomisilmoituksia lähetettyjen lomakkeiden vastaukset eivät eroa toisistaan. Tutkimuksesta saadut tulokset ovat kuitenkin samansuuntaisia muiden tutkimusten (Pursio 1998, Helakorpi ym. 2003, Piirainen ym. 2003) kanssa, joten tuloksia voidaan pitää luotettavina.

Tutkimuksen reliabiliteettia voi heikentää se, että vastausluokkia jouduttiin yhdistämään analysoinnin mahdollistamiseksi ja näin ollen lomakkeista saatavaa informaatiota saatettiin analysointivaiheessa menettää. Tämä on kuitenkin yleinen käytäntö tutkimustyössä ja välttämätöntä analysoinnin onnistumiseksi silloin, kun vastaukset kerääntyvät tiettyihin vastausvaihtoehtoihin.

Reliabiliteettia tarkasteltiin tässä tutkimuksessa myös Cronbachin alfa-kertoimen avulla kahden koettua terveyttä mittaavan kysymyksen kohdalla. Näiden koettua terveyttä kuvaavan muuttujan kerroin on .686, joka on melko korkea. (Metsämuuronen 2005, 67-69, 129-132). Tällöin koettua terveyttä kartoittaneiden kysymysten sisäistä johdonmukaisuutta voidaan pitää hyvänä. Kysymykset mittaavat siis niiden taustalla olevaa samaa käsitettä.

8.2 Validiteetti

Tutkimuksen omaa luotettavuutta on pyritty parantamaan siten, että kysymysten asettelu on lomakkeissa mahdollisimman selkeää. Tavoitteena on ollut, että jokainen vastaaja ymmärtää mitä terveydellä, työhyvinvoinnilla ja terveyskäyttäytymisen eri osa-alueilla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa. Riskiä siitä, että vastaajat ymmärtävät kysymykset ja käsitteet väärin, on pyritty pienentämään lomakkeen esitestaamisella UPM-Kymmene Kaipolan tehtaan työntekijöiden keskuudessa.

Lomakkeen kysymykset laadittiin yhteistyössä UPM-Kymmene Jämsänkosken tehtaan henkilöstöjohtajan sekä työterveyslääkärin kanssa hyödyntäen aikaisempia kansallisia tutkimuksia aiheista (Helakorpi ym. 2003, Piirainen ym. 2003) validiteetin parantamiseksi. Kyselylomakkeella ei kuitenkaan pystytä tutkimaan subjektiivisia kokemuksia yhtä hyvin kuin esimerkiksi haastatteluilla (Metsämuuronen 2003, 50-85). Tässä tutkimuksessa pyrittiin subjektiivisten kokemusten parempaan tulkintaan laadullisen sisällönanalyysin avulla yhden avoimen kysymyksen kohdalla. On kuitenkin vaikea olla varma, että tutkijat ja tutkittavat tulkitsevat tutkittavien käsityksiä työhyvinvoinnin parantamisesta samalla tavoin.

Tutkimuksen luotettavuutta lisää myös korkea vastausprosentti (Alkula ym. 1995, 87-94). Tämän tutkimuksen vastausprosentti on 59,6, jota voidaan pitää melko hyvänä. Ensimmäistä kertaa kyselyjä postittaessa kirjekuoreen merkittiin juokseva numerointi, jotta välttyttäisiin turhien kyselylomakkeiden lähettämiseltä jo vastanneille. Kuorien numeroiminen saattoi kuitenkin vaikuttaa työntekijöiden vastaamisinnostukseen. Toisella kerralla kuoresta poistettiin numerointi ja asia mainittiin myös lomakkeen mukana lähetetyssä saatekirjeessä. Laadullisessa sisällönanalyysissä oli mukana 220 vastausta, joten tutkimuksesta saatiin kattava myös siltä osin. Noin 40 prosenttia UPM-Kymmene Jämsänkosken paperitehtaan työntekijöistä jätti vastaamatta kyselyyn ja on mahdollista, että kato vaikuttaa tuloksiin vääristävästi.

Tutkimuksen tulokset eivät ole suoraan yleistettävissä toisiin paperialan työyksiköihin, koska tutkimus ei perustu satunnaisotantaan vaan tutkimusjoukkona ovat kaikki Jämsänkosken paperitehtaan työntekijät. Tulokset kuvaavat siis vain keväällä 2006 vallitsevaa tilannetta ja vastaajien kokemusmaailmaa sen hetkisessä kontekstissa.

9. POHDINTA

9.1 Koettu terveys ja terveydentila

UPM-Kymmene Jämsänkosken paperitehtaan työntekijät kokevat terveytensä yleisesti melko hyväksi tai hyväksi, mutta terveys huononee iän mukaan. Vastaava tulos on saatu suomalaista aikuisväestöä tutkittaessa (Koskinen ja Aromaa 2002, Helakorpi 2003, 37-39, Manderbacka 2005, 130-131). Melko huono tai huono koettu terveys on UPM-Kymmene Jämsänkosken tehtaan työntekijöiden keskuudessa kuitenkin keskimääräistä harvinaisempaa.

UPM-Kymmene Jämsänkosken paperitehtaan työntekijät kokevat terveytensä siis hyväksi ja yleisesti jopa hieman paremmaksi kuin suomalainen aikuisväestö yleensä (Koskinen ja Aromaa 2002, Helakorpi 2003, 37-39, Manderbacka 2005, 130-131). Tämä siitä huolimatta, että pitkäaikaissairauksia on yli neljäsosalla työntekijöistä. Erityisen yleisiä ne ovat vanhimmassa ikäluokassa (55-64 –vuotiaat). Suurimmalla osalla sairaus ei vaikuta työhön, mutta vähintään joskus työtahtia joutuu keventämään neljäsosa pitkäaikaissairaista. Sairauksien esiintyvyyttä heijastelee lisäksi se, että vanhimmassa ikäryhmässä vain reilusti alle puolet uskoo terveydellisistä syistä pystyvänsä työskentelemään ammatissaan kahden vuoden kuluttua.

Työntekijät näyttäisivät peilaavan koettua terveyttä eri tavoin riippuen kysymyksen asettelusta. Kysymys ”Millaiseksi koette terveydentilanne tällä hetkellä?” tuottaa merkitseviä eroja ikäryhmien välille, kun taas kysymys ”Millaiseksi koette terveytenne muihin samanikäisiin verrattuna?” ei ikäryhmien välillä eroa. Tämä voi johtua siitä, että koettu terveys määritellään osin sairauksien kautta. Se selittäisi osaltaan ikääntyvien työntekijöiden huonompaa koettua terveyttä nuoriin aikuisiin verrattuna. Koettua terveyttä itsenäisesti kysyttäessä omaa terveyttä saatetaan myös arvioida objektiivisemmin, kuin koettua terveyttä muihin saman ikäisiin verrattaessa.

9.2 Subjektiiivinen työhyvinvointi

Tutkimukseen osallistuneista yli viidesosa kokee itsensä fyysisesti rasittuneeksi usein tai melko usein. Suurimpina syinä tähän ovat vuorotyö, fyysisesti raskas työ, kiihtyvä työtahti ja työolosuhteet. Enemmistö nuorimmista vastaajista kuitenkin pitää työkykyään hyvänä, ikääntyneet puolestaan kokevat työkykynsä usein jopa melko huonoksi. Myös kirjallisuuden mukaan työkyky heikkenee selkeästi ikääntyessä (Koskinen ym. 2002, 85-88). Muun muassa juuri fyysisesti raskas työ on yksi tekijä, joka vaikuttaa merkittävästi työkykyyn, koettuun terveyteen ja työntekijöiden halukkuuteen siirtyä varhaiseläkkeelle (Tuomi ym. 1997, 58-65). Työntekijöiden voimavarojen riittämättömyys ja ylikuormittuminen voivat johtaa myös terveysongelmiin ja poissaoloihin työstä (Ilmarinen ym. 1999, 51-54). Vaikka fyysinen toimintakyky heikkeneekin ikääntyessä (Punakallio 1999, 120-125, Shephard 1999, 331-334, Rantanen 2000, 17) UPM-Kymmene Jämsänkosken tehtaan työntekijöiden välillä ei kuitenkaan ole merkitseviä ikäryhmittäisiä eroja rasituksen kokemisessa.

Henkistä rasitusta vähintään melko usein kokevia on vastaajista lähes neljännes. Tavallisimpina syinä tähän mainitaan osin samat tekijät kuin fyysisen kuormituksen taustalla: kiihtyvä työtahti ja paine työssä, työn jatkumisen epävarmuus, vuorotyö sekä huono ilmapiiri työpaikalla. Nopea työtahti on yleinen ongelma suomalaisilla työpaikoilla (Rantanen ym. 2002, 134) ja jatkuvan kiireen seurauksena saattaa olla jopa työntekijän loppuunpalaminen (Härmä ym. 2000, 31). Tämä puolestaan on merkityksellistä paitsi yksilön, myös työnantajan näkökulmasta. Terve ja hyväkuntoinen työntekijä on taloudellisesti hyödyllinen työnantajalleen, kun muun muassa sairaskulut pienenevät (Wang ym. 2004, 428-436).

Yllättävää on, että henkisen ja fyysisen kuormittumisen kokemisessa ei ole eroja ikäryhmien välillä, vaikka vanhemmilla työntekijöillä tutkimuksen tulosten mukaan on enemmän pitkäaikaissairauksia ja huonompi koettu terveys kuin nuorimmilla työntekijöillä. Iän mukaan myös henkinen ja fyysinen kapasiteetti heikkenee, mutta kuormittumisen tuntemuksiin tämä ei näytä vaikuttavan. Nuoret aikuiset ja vanhat työntekijät saattavat kokea kuormituksen eri tavoin ja nuoremmat voivat raportoida rasituksesta helpommin kuin ikääntyvät työntekijät. On myös mahdollista, että ikääntyvät työntekijät ajattelevat kuormittumisen johtuvan heidän pitkäaikaissairauksistaan ja rasituksen olevan näin ollen luonnollista.

Sosiaalinen tuki työssä on merkityksellistä esimerkiksi juuri kuormittavissa tilanteissa (Cohen ja Wills 1985, 310-357, Heany ja Israel 2002, 185-209, Wenzel ym. 2002, 224). Yli puolet tutkimukseen osallistuneista UPM-Kymmene työntekijöistä arvioi saavansa tukea esimieheltään vähintään melko usein. Vanhimpaan ikäryhmään kuuluvat työntekijät kokevat saavansa tukea esimieheltään nuoria harvemmin. Tulos on yhdenmukainen Lindströmin (2004, 120-121) raporttoimien tulosten kanssa. Hänen mukaansa vähiten tukea saavat juuri teollisuusaloilla työskentelevät. Työtovereilta tukea saa kirjallisuuden mukaan kaksi kolmasosaa työntekijöistä (Piirainen ym. 2003, 112-113). UPM-Kymmene Jämsänkosken paperitehtaan työntekijöistä huomattavasti useampi arvioi saavansa tukea työtovereiltaan vähintään melko usein. Ikäryhmien välillä on kuitenkin merkitseviä eroja: 20-34 -vuotiaat työntekijät kokevat saavansa tukea muita useammin.

Karasekin ym. (1998, 322-355) mukaan sosiaalisella tuella on sekä fyysistä, että psyykkistä kuormitusta ehkäisevä vaikutus, mutta näin ei näyttäisi olevan UPM-Kymmene Jämsänkosken paperitehtaan työyhteisössä. Nuorimman ikäluokan työntekijät kokevat saavansa sosiaalista tukea sekä esimieheltä että työtovereilta useammin kuin ikääntyvät työntekijät, mutta siitä huolimatta kaikki työntekijät kokevat kuormitusta yhtä paljon. Yleisesti vaikuttaisi kuitenkin siltä, että sosiaalista tukea saadaan tarvittaessa.

Voisi myös olettaa, että pitkä työkokemus parantaisi työnhallintamahdollisuuksia ja siten työhyvinvointia. UPM-Kymmene Jämsänkosken paperitehtaan nuorimman ikäryhmän työntekijät kuitenkin kokevat hallintamahdollisuutensa ikääntyviä työntekijöitä paremmaksi. Piiraisen ym. (2003, 101-102) mukaan noin 60 prosenttia työntekijöistä voi vaikuttaa työhönsä vähintään melko paljon. Ammattiryhmittäin tarkasteltuna hallintamahdollisuudet ovat heikoimmat perusteellisessa työssä (Piirainen ym. 2003, 101-102, Elo ja Mattila 2004, 107-108). Tätä tukee se, että UPM-Kymmene Jämsänkosken paperitehtaan työntekijöistä suurin osa kokee, että he voivat vaikuttaa töihinsä vain vähän tai melko vähän.

Sisällönanalyysi ilmentää selkeästi, että UPM-Kymmene Jämsänkosken paperitehtaan ongelmat kumpuavat erityisesti työnantajan ja työntekijöiden välisistä vuorovaikutussuhteista, tai niiden puuttumisesta. Työntekijät kokevat, että heidän työtään ei riittävästi arvosteta, ja työnantajan inhimillisuus on jäänyt tuottavuuspaineiden varjoon. Lisäksi kanssakäymisestä puuttuu avoimuus sekä rehellisyys, ja psyykkistä kuormitusta aiheuttaa myös epävarmuus muun muassa töiden jatkumisesta. Merkittävää on, että työympäristön ongelmat eivät

kuitenkaan näytä vaikuttavan koettuun terveyteen. Työntekijät kokevat terveytensä keskimääräistä paremmaksi ongelmista huolimatta. Tämä tukee ajatusta siitä, että työntekijät arvioivat terveyttään enemmän fyysisen toimintakyvyn ja sairauksien kuin psyykkisten tekijöiden kautta.

9.3 Terveyskäyttäytyminen

Suuri osa tutkituista työntekijöistä ei tupakoi nykyisin enää lainkaan ja myös alkoholia käytetään enimmäkseen kohtuullisesti. Toisaalta merkittävä osuus tutkimukseen osallistuneista nauttii alkoholia vähintään kahdesti viikossa ja huomattavan suuri osa on sekä tupakoinnista että alkoholinkulutuksesta huolissaan. Vastaava tulos on saatu tutkittaessa suomalaista aikuisväestöä yleensä (Helakorpi ym. 2003, 76-77, 87-89). Merkittävää on myös nuorimpien ja ikääntyvien käyttötottumuksissa havaittava ero: nuorimman ikäryhmän työntekijät käyttävät alkoholia selkeästi enemmän kuin ikääntyvät työntekijät, ja samalla he ovat alkoholinkäytöstään vähiten huolestuneita. Nuorimman ikäluokan runsaaseen alkoholinkulutukseen on vaikea määritellä syitä, mutta selittäviä tekijöitä saattavat olla elämäntilanteen epävarmuus ja muutokset työelämässä.

Suurin osa UPM-Kymmene Jämsänkosken tehtaan työntekijöistä syö työpäivän aikana omia eväitä tai vuorosta riippuen työpaikkaruokalassa. Todennäköistä on, että useampi työntekijä käyttäisi työpaikkaruokalan palveluita, jos se olisi auki myös iltaisin ja viikonloppuisin. Laajennettuja aukioloaikoja toivottiin monessa avoimessa vastauksessa. Työpaikkaruokalassa syövien ruokavalion on todettu olevan usein ravitsemussuosituksen mukainen ja heissä on eniten normaalipainoisia (Piirainen ym. 2003, 164).

Yli 70 prosenttia UPM-Kymmene Jämsänkosken paperitehtaan työntekijöistä ei ole huolissaan ravintotottumuksistaan, vaikka sama prosenttiosuus heistä on vähintäänkin lievästi ylipainoisia (BMI yli 25). Pursio (1998, 49) on päätenyt lähes vastaavan tulokseen tutkiessaan 40-54-vuotiaita paperityöntekijöitä. Ylipainoisten osuus tutkituista on siis huomattava, ja myös heidän ravintotottumuksissaan on puutteita. Vihanneksia käytetään liian vähän, kun taas makeiden herkkujen syöminen on monelle jokapäiväistä. Vihannesten syömättömyyttä ei myöskään näytetä yhdistävän epäterveellisiin tottumuksiin, koska harvoin vihanneksia nauttivat eivät ole huolestuneita ravitsemuksestaan. Moni työntekijöistä on kuitenkin

muuttanut joitakin ravintotottumuksiaan terveydellisistä syistä, mutta muutosten todellista tarvetta ja vaikutuksia on vaikea arvioida, koska lähtötaso ei ole tiedossa. Ikääntyvät työntekijät ovat tehneet muutoksia hieman nuorimpia enemmän, mutta nuorimman ikäryhmän tottumukset saattavat alun perin olla terveellisemmät kuin ikääntyneillä työntekijöillä.

Tutkimukseen osallistuneet UPM-Kymmene työntekijät ovat liikunnallisesti melko aktiivisia. Kuntoliikunnan harrastaminen on tutkimukseen osallistuneiden työntekijöiden keskuudessa selkeästi yleisempää kuin suomalaisessa aikuisväestössä yleensä (Piirainen ym. 2003, 158-159, Kasmel ym. 2004, 32-36). Helakorven ym. (2003, 149-152) mukaan eniten liikuntaa harrastavat nuoret ja ikääntyessä aktiivisuus vähenee. Tällaista ei ole havaittavissa UPM-Kymmene Jämsänkosken tehtaan työntekijöiden keskuudessa: merkitseviä eroja ei liikunta-aktiivisuudessa ikäryhmien välillä ole. Tutkimukseen osallistuneet myös pitävät fyysisestä kuntoaan yleisimmin melko hyvänä tai keskitasoisena ikäluokasta riippumatta. Hyvä fyysinen kunto ja liikunnan harrastaminen saattavat vaikuttaa positiivisesti työntekijöiden arvioon omasta terveydentilastaan.

Aktiivisesta liikunnan harrastamisesta huolimatta ylipainoisten osuus tutkituista työntekijöistä on merkittävän suuri. Epäterveellisten ruokailutottumusten ohella tätä saattaisi selittää muutoin passiivinen elämäntapa, jolloin päivittäinen kokonaisenergiankulutus olisi liikuntaharrastuksista huolimatta pienentynyt. Tutkitut työntekijät kuitenkin raportoivat myös hyötyliikkuvansa keskimääräistä enemmän (Piirainen ym. 2003, 158-159), jolloin ylipainoa selittää pääasiassa ongelmat ravitsemuksessa. On kuitenkin syytä huomioda, että terveellistä käyttäytymistä, kuten liikunta-aktiivisuutta, saatetaan vastauksissa liioitella.

9.4 Koetun terveyden ja terveyskäyttämisen yhteys

Terveyskäyttämisen ja koetun terveyden yhteyttä tutkittaessa painoindeksin ja vihannesten syönnin sekä koetun terveyden välillä voidaan havaita yhteys tässä tutkimuksessa, kuten muissakin samoja asioita kartoittaneissa tutkimuksissa. Lisäksi kuntoliikunnan harrastaminen ja fyysinen kunto ovat tässä tutkimuksessa yhteydessä koettuun terveyteen muista tutkimuksista poiketen. (Manderbacka ym. 1999, 1713-1720, Borg ja Kristensen 2000, 1023.) Tuloksesta heijastuu se, että UPM-Kymmene Jämsänkosken paperitehtaan työntekijät kuntoilevat tavallista aktiivisemmin. Tämä puolestaan saattaa näkyä koetun terveyden

arvioinneissa jo osin siitä syystä, että tutkittavat tietävät positiivisen terveystyötytymisen vaikutuksista omaan terveyteen ja hyvinvointiin (Manderbacka ym. 1999, 1713-1720, Kasmel ym. 2004, 34).

Myös tupakoinnin yhteys koettuun terveyteen on todettu useassa tutkimuksessa (Manderbacka ym. 1999, 1713-1720, Borg ja Kristensen 2000, 1023, Kasmel ym. 2004, 33-34). Vastaavaa tulosta ei kuitenkaan saatu tutkittaessa UPM-Kymmene Jämsänkosken paperitehtaan työntekijöitä. Tämä saattaa johtua siitä, että säännöllisesti tupakoi enää melko pieni osuus tutkituista työntekijöistä.

9.5 Johtopäätökset ja suositukset

Lähes kaikista tuloksista on havaittavissa samanlainen trendi: nuorimman ikäluokan työntekijät ja ikääntyvät työntekijät eivät juuri eroa toisistaan työhyvinvoinnin ja terveystyötytymisen osalta vaikka useat kansalliset tutkimukset (Koskinen ja Aromaa 2002, Piirainen ym. 2003, Helakorpi ym. 2005) osoittavat toisin. UPM-Kymmene Jämsänkosken paperitehtaan ikääntyvillä työntekijöillä on heikentynyt fyysinen toimintakyky, enemmän pitkäaikaissairauksia ja huonompi koettu terveys kuin heitä nuoremmilla työntekijöillä. He myös saavat sosiaalista tukea ja voivat vaikuttaa työhönsä nuorempia työntekijöitä vähemmän. Tästä huolimatta he eivät koe fyysistä tai henkistä rasitusta nuorempia enempiä ja he myös liikkuvat saman verran kuin nuoremmat työntekijät. Tulosten perusteella voidaan todeta, että tutkimukseen osallistuneet ikääntyvät työntekijät ovat elämänmyönteisiä ja erityisen sisukkaita sekä elintavoiltaan aktiivisia, kun taas nuorimman ikäluokan työntekijät ovat tavallista passiivisempia.

Täytyy ottaa huomioon myös se, että 40 prosentin kato vastauksissa saattaa vaikuttaa tuloksiin väärin. On mahdollista, että hyvinvoivat, aktiiviset, terveitä elintapoja noudattavat työntekijät ovat innokkaampia vastaajia kuin huonosti voivat työntekijät, jotka tiedostavat, että elintapoja olisi syytä parantaa. Näin ollen tulokset olisivat todellista tilannetta positiivisempia heikoimmin voivan tutkimusjoukon jättäessä vastaamatta. Sama ongelma kuitenkin tulee useimmiten vastaan laajoissa terveyttä ja terveystyötytymistä kartoittavissa tutkimuksissa, joissa vastausaktiivisuus ei ole sataprosenttinen. Tällöin voidaan olettaa, että tuloksia on mahdollista verrata muiden vastaavien tutkimusten tuloksiin.

Tutkimuksesta nousseet suositukset työyhteisölle on esitetty tiivistetysti taulukossa 13. Tuloksista ilmenee, että työyhteisössä tulisi enemmän tukea positiivista terveyskäyttäytymistä ja mahdollisuuksien mukaan antaa terveysneuvontaa. Huolestuneisuus omasta tupakoinnista tai alkoholin käytöstä on työntekijöiden keskuudessa yleistä. Myös epäterveelliset ravintotottumukset ja etenkin ylipainoisten suuri määrä ovat silmiinpistäviä ongelmia. Tärkeää olisikin, että työyhteisö ei rohkaisisi ja tarjoaisi mahdollisuuksia negatiiviseen käyttäytymiseen vaan tukisi muutosta kohti terveellisiä elämäntapoja, esimerkiksi alkoholitarjoilua yhteisien tapahtumien yhteydessä rajoittamalla, liikuntamahdollisuuksia lisäämällä ja työpaikkaruokailua tukemalla.

Henkistä kuormitusta aiheuttaviin tekijöihin, kuten ongelmiin työilmapiirissä tulisi puuttua. Selvää tietysti on, että Jämsänkosken työyhteisön johtoporras ei suoranaisesti pysty vaikuttamaan epävarmuuteen työn jatkumisesta, mutta työntekijöiden ja työnantajan väliseen vuorovaikutukseen tulisi kiinnittää huomiota ja kehittää avointa ja luottamuksellista työilmapiiriä. Tärkeää olisi myös parantaa työntekijöiden työnhallintamahdollisuuksia, koska ne ovat tärkeitä etenkin psyykkisen kuormittumisen ja stressin ehkäisemiseksi. Toisaalta tehdastyön luonne on sellainen, että hallintamahdollisuuksien lisääminen on rajallista.

Pitkäaikaissairauksien vaikutus terveyteen ja työkykyyn tulisi huomioida aiempaa paremmin sekä ikääntyvien että nuorten työntekijöiden kohdalla. Työpaikalla tulisi toteuttaa toimenpiteitä, jotka varmistavat työkyvyn ja työn mielekkyyden säilymisen. Työkykyä ja työmotivaatiota edistettäessä työaikajoustoja tulisi lisätä ja työmäärää ja kiirettä tulisi vähentää etenkin iäkkäiden työntekijöiden kohdalla. Työympäristöä tulisi parantaa ja töiden sisältöä kehittää siten, että työkuorma jakautuu tasaisemmin kaikille ikäryhmille ja työkokemus siirtyy nuorille työntekijöille.

Taulukko 13. Tutkimuksesta esiintulleet suositukset koetun terveyden, subjektiivisen työhyvinvoinnin ja terveyskäyttäytymisen parantamiseksi.

Suositukset:

- Positiivisen terveyskäyttäytymisen tukeminen
 - terveysneuvonnan järjestäminen työterveyshuollossa
 - liikuntamahdollisuuksien lisääminen ja työpaikkaruokailun tukeminen
- Työilmapiirin parantaminen
 - avoin keskustelu työnantajan ja työntekijöiden välillä
 - luottamuksellisen ilmapiirin luominen
- Kuormitusta aiheuttavien tekijöiden poistaminen
 - työpävarmuuden poistaminen
 - työnhallintamahdollisuuksien parantaminen
- Pitkäaikaissairauksien aikaisempaa parempi huomioiminen
 - työmäärän ja kiireen vähentäminen pitkäaikaissairaiden kohdalla
- Työkuorman tasaisen jakautumisen varmentaminen ja työaikajouston lisääminen

9.6 Jatkotutkimushaasteet

Jatkotutkimushaasteeksi voidaan esittää kvalitatiivisen tutkimuksen tekemistä samoista aiheista syvemmän ymmärryksen saavuttamiseksi. Havaittuja ongelmakohtia, kuten ravitsemustottumuksia olisi tärkeää kartoittaa tarkemmin, jotta mahdolliset interventiot voidaan kohdentaa todellisen tarpeen mukaisiin seikkoihin. Toteutetun intervention jälkeen tutkimus tulisi uusien tulevien vuosien aikana, jotta nähtäisiin onko interventiolla ollut todellista vaikutusta esimerkiksi terveystietoisuuteen.

Erityisesti nuorimman ikäluokan työntekijöiden terveystietoisuutta ja siihen vaikuttavia seikkoja sekä heidän asemaansa työyhteisössä olisi mielenkiintoista tutkia. Kiinnostavaa olisi kartoittaa myös syitä siihen, miksi nuorimman ikäluokan työntekijät ja ikääntyvät työntekijät eivät eroa esimerkiksi fyysisen ja henkisen kuormittumisen kokemisen osalta, vaikka

ikäntyvien työntekijöiden terveydentila ja fyysinen toimintakyky on jo iän myötä heikentynyt. Ikääntyvien työntekijöiden kohdalla olisi mielenkiintoista tietää miksi he kokevat saavansa vähemmän sosiaalista tukea ja omaavansa vähemmän työnhallintamahdollisuuksia kuin nuoremmat työntekijät.

Saman kyselylomakkeen pohjalta voisi toteuttaa tutkimuksen myös jossakin muussa Keski-Suomen alueen paperitehtaassa ja vertailla tutkimuksista saatuja tuloksia. Näin ollen selviäisi ovatko tietyt ongelmakohdat yleisiä koko alalla Keski-Suomessa vai ovatko ne tehdaskohtaisia. Tutkimuksen voisi myös uusia UPM-Kymmene Jämsänkosken paperitehtaalla muutaman vuoden kuluttua, jolloin selviäisi mihin suuntaan työntekijöiden koettu terveys, työhyvinvointi ja terveyskäyttäytyminen muuttuu.

Lähteet

Alkula T, Pöntinen S, & Ylöstalo P. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. Juva: WSOY, 1995.

Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S & Teperi J. Abstract. Teoksessa Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S & Teperi J (toim.) Suomalaisten terveys. Kansanterveyslaitos ja STAKES. Saarijärvi: Saarijärven Offset Oy, 2005:8.

Bailis D, Segall A & Chipperfield J. Two views of self-rated general health status. *Social Science and Medicine* 37, 2003: 203-217.

Benjamins M, Hummer R, Eberstein I & Nam C. Self-reported health and adult mortality risk: An analysis of cause-specific mortality. *Social Science and Medicine* 59, 2004: 1297-1306.

Bjorner J, Kristensen T, Orth-Gomer K, Tibblin G, Sullivan M & Westerholm P. Self-rated health- a useful concept in research, prevention and clinical medicine. Uppsala: Ord & Form AB, 1996.

Borg V & Kristensen T.S. Social class and self-rated health: can the gradient be explained by differences in life style or work environment? *Social Science and Medicine* 51, 2000: 1019-1030.

Chen CM & Chang M. Exercise behavior and related factors in career women. The case of a bank in Taipei City. *Journal of Nursing Research* 12(3), 2004: 180-190.

Duodecimin ja Suomen lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä. Käypähoito suositukset. Aikuisten lihavuus. [Viitattu 16.11.2006]
www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito/suositus=hoi24010#s3.

Edlin G & Golanty E. Health and Wellness. A Holistic Approach. 2.painos. Boston: Jones and Bartlett Publishers Inc, 1985.

Elo A-L & Mattila P. Psykkinen kuormitus, stressi ja kehittymismahdollisuudet työssä. Teoksessa Kauppinen T, Hanhela R, Heikkilä P, Lehtinen S, Lindström K, Toikkanen J & Tossavainen A (toim.). Työ ja terveys Suomessa 2003. Työterveyslaitoksen julkaisuja. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy, 2004: 105-114.

Fischer FM, Oliveira Dc, Nagai R, Teixeira LR, Lombardi junior M, Latorne Mdo K & Cooper SP. Job control, job demands, social support at work and health among adolescent workers. Abstract. *Revista de saude Publica*. 39(2), 2005: 245-253.

Franks P, Gold M & Fiscella K. Sociodemographics, self-rated health and mortality in the US. *Social Science and Medicine* 56, 2003: 2505-2514.

Heany C & Israel B. Social networks and social support. Teoksessa Glanz K, Lewis F & Rimer B (toim.) Health behaviour and health education: theory, research and practice. 3. painos. San Francisco: Jossey-Bass, 2002: 185-209.

Helakorpi S, Patja K, Prättälä R, Aro A.R & Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveystähtäytyminen ja terveys, kevät 2003. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 17/2003.

Helakorpi S, Patja K, Prättälä R & Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveystähtäytyminen ja terveys, kevät 2005. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 18/2005.

Heistaro S, Laatikainen T, Vartiainen E, Puska P, Uutela A, Pokusajeva S & Uhanov M. Self-reported health in the Republic of Karelia, Russia and North Karelia, Finland in 1992. *European Journal of Public Health* 11, 2001: 74-80.

Huhtanen P, Kalimo R, Lindström K, Linkola P & Liukkonen U. Ageing workers and changing working life. Työterveyslaitoksen julkaisuja. Helsinki: Miktor, 1999.

Härmä M, Sallinen M & Kandolin I. Työajan yhteydet yksilön terveyteen, toimintakykyyn ja hyvinvointiin. Teoksessa Härmä M (toim.) Toimivat ja terveet työajat. Työterveyslaitoksen julkaisuja. Helsinki: Miktor, 2000.

Idler E.L Perceptions of pain and perceptions of health. *Motivation and Emotion* 17, 1993: 205-224.

Ilmarinen J. Ikääntyvä työntekijä Suomessa ja Euroopan unionissa – tilannekatsaus sekä työkyvyn, työllistävyyden ja työllisyyden parantaminen. Työterveyslaitoksen julkaisuja. Helsinki: Miktor, 1999.

Ilmarinen J, Tuomi K & Klockars M. Changes in the work ability of active employees over an 11-year period. *Scandinavian Journal of Work Environmental Health*, 23(1), 1999: 49-57.

Karasek R, Brisson C, Kawakami N, Houtman I, Bongers P & Amick B. The job content questionnaire (JCQ): An instrument for internationally comparative assessments of psychosocial job characteristics. *Journal of Occupational Health Psychology*, 3(4), 1998: 322-355.

Karisto A & Lahelma E. Sosiaalinen ympäristö ja kulttuuriympäristö. Teoksessa Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S & Teperi J (toim.) Suomalaisen terveys. Kansanterveyslaitos ja STAKES. Saarijärvi: Saarijärven Offset Oy, 2005: 50-53.

Kasmel A, Helasoja V, Lipand A, Prättälä R, Klumbiene J & Pudule I. Association between health behaviour and self-reported health in Estonia, Finland, Latvia and Lithuania. *European Journal of Public Health* 14, 2004: 32-36.

Kielhofner G. Model of human occupation. Maryland: Williams & Wilkins, 2002.

Kim Suk G, Cho Jung W, Lee Yui C, Marion L & Kim Mi J. The relationship of work stress and family stress to self-rated health of women employed in the industrial sector in Korea. *Public Health Nursing* 22 (5), 2005: 389-397.

Koivumaa-Honkanen H-T. Life satisfaction as health predictor. Kuopio: Kuopio university Printing Office, 1998.

Koskinen S, Sainio P, Gould R, Suutama T, Aromaa A & toimintakykyryhmä. Toimintakyky ja työkyky. Teoksessa Aromaa A & Koskinen S (toim.) Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 –tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja. Helsinki: Hakapaino Oy, 2002: 71-87.

Kunst A, Bos V, Lahelma E, Bartley M, Lissau I, Regidor E, Mielck A, Cardano M, Dalstra J, Geurts J, Helmert U, Lennartsson C, Ramm J, Spadea T, Stronegger W & Mackenbach J. Trends in socioeconomic inequalities in self-assessed health in 10 European Countries. *International Journal of Epidemiology* 34(2), 2005: 295-305.

Lahti-Koski M. Lihavuus. Teoksessa Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S & Teperi J (toim.) Suomalaisten terveys. Kansanterveyslaitos ja STAKES. Saarijärvi: Saarijärven Offset Oy, 2005: 95-98.

Leinonen R, Heikkinen E & Jylhä M. Predictors of decline in self-assessments of health among older people – a 5-year longitudinal study. *Social Science and Medicine* 52, 2001:1329-1341.

Leinonen R. Self-rated health in old age. A Follow-up Study of Changes and Determinants. Lievestuore: ER-Paino Oy, 2002.

Leventhal H. Symptom reporting: a focus on process. Teoksessa Mchugh S & Valis T.M (toim.) *Illness behaviour – a multidisciplinary model*. New York: Plenum Press, 1986: 219-237.

Liang J, Bennett J, Whitelaw N & Maeda D. The structure of self-reported physical health among the aged on the United States and Japan. *MedicalCare* 29, 1991: 1161-1180.

Lindström K. Työyhteisöjen toimivuus. Teoksessa Kauppinen T, Hanhela R, Heikkilä P, Lehtinen S, Lindström K, Toikkanen J & Tossavainen A (toim.) *Työ ja terveys Suomessa 2003*. Työterveyslaitoksen julkaisuja. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy, 2004: 115-127.

Lönnqvist J. Mielenterveyden ongelmat. Teoksessa Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S & Teperi J (toim.) Suomalaisten terveys. Kansanterveyslaitos ja STAKES. Saarijärvi: Saarijärven Offset Oy, 2005: 178-184.

Mackenbach J, Simon J, Looman C & Joung I. Self-assessed health and mortality: could psychosocial factors explain the association? *International Journal of Epidemiology* 31, 2002 :1162-1168.

Manderbacka K. Terveystilan mittarit. Kuinka terveystilaa on mitattu vuoden 1986 elinolo-tutkimuksessa? Helsinki: Pikapaino, 1995.

Manderbacka K. Koettu terveys ja tiedossa oleva sairastavuus. Teoksessa Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S & Teperi J (toim.) Suomalaisten terveys. Kansanterveyslaitos ja STAKES. Saarijärvi: Saarijärven Offset Oy, 2005: 130-133.

Manderbacka K, Lundberg O & Martikainen P. Do risk factors and health behaviours contribute to self-ratings of health? *Social Science and Medicine*, 48(12), 1999: 1713-1720.

- McCullough Me & Laurenceau JP. Gender and the natural history of self-rated health: a 59-year longitudinal study. *Health Psychology*, 23(6), 2004: 651-655.
- Metsämuuronen J. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy, 2003.
- Metsämuuronen J. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 3. laitos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy, 2005.
- Månsson N-L & Råstam L. Self-rated health as a predictor of disability pension and death – A prospective study of middle-aged men. *Scandinavian Journal of Public Health* 29, 2001: 151-158.
- Månsson N-L, Merlo J & Österbergen P-O. Is there an interaction between self-rated health and medication with analgesics and hypnotics in the prediction of disability pension? *Scandinavian Journal of Public Health* 30, 2002: 267-273.
- Naidoo J. & Wills J. *Health Promotion: foundations for practice*. 5. painos. Lontoo:Bailliere Tindall, 1998.
- Nummela O, Helakorpi S, Uutela A & Puska P. Terveyskäyttäytyminen ja koettu terveys kansanterveyslaitoksessa 1999. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 23/1999, Helsinki, 2000.
- Näslindh- Ylispangar A, Sihvonen M, Vanhanen H & Kekki P. Self-rated health and risk factors for metabolic syndrome among Middle-Aged men. *Public Health Nursing*, 22 (6) 2005: 515.
- Piirainen H, Hirvonen M, Elo A-L, Huuhtanen P, Kandolin I, Kauppinen K, Ketola R, Lindström K, Salminen S, Reijula K, Riala R, Toivanen M, Viluksela M. & Virtanen S. Työ ja terveys- haastattelututkimus 2003. Taulukkoraportti. Helsinki: Työterveyslaitos, 2003.
- Pirkola S, Lönnqvist J & mielenterveyden työryhmä. Psykkinen oireilu ja mielenterveyden häiriöt. Teoksessa Aromaa A & Koskinen S (toim.) Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 –tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja. Helsinki: Hakapaino Oy, 2002: 51-54.
- Punakallio A, Lusa-Moser S, Viikari-Juntura E, Ilmarinen R, Ollila J, Korhonen O, Luukkonen R, Louhevaara V & Lindqvist-Virkamäki S. Health, physical and mental capacity of fire fighters in different age groups. Teoksessa Ilmarinen J & Louhevaara V. (toim.) *Finnage- respect for aging: Action programme to promote health, work ability and well-being of aging workers in 1990-1996*. Helsinki: Nykypaino Oy, 1999: 117-127.
- Pursio H. Paperiteollisuuden 40-54 –vuotiaiden työntekijöiden työkyky ja elintavat. Tarvekartoitus kolmessa metsäteollisuusyksikössä työkyvyn ja terveydenedistämisen ohjelmia varten. Pro Gradu –työ, Jyväskylän yliopisto, 1998.
- Puumalainen J, Härkäpää K & Järvikoski A. Työkyvyttömyyttä ennakoivat tekijät. Valtionhallinnon työntekijöiden 10-vuotisseuranta. Työselosteita 9. Helsinki: Kuntoutussäätiö, 1995.

Rantala M & Rantala S. Työyhteisö ja alkoholi. Alkoholikampanja Tikkurilan yhtiöissä. Työterveysshoitaja 4, 2000: 22-24.

Rantanen J. Työelämän kehityssuunnat 2000-luvun ensimmäisellä vuosikymmenellä. Teoksessa Kauppinen T, Heikkilä P, Lehtinen S, Lindström K, Näyhä S, Seppälä A, Toikkanen J & Tossavainen A. Työ ja terveys Suomessa vuonna 2000. Työterveyslaitoksen julkaisuja. Helsinki: Miktor, 2000: 138-143.

Rantanen J, Kauppinen T, Lehtinen S, Toikkanen J, Kurppa K & Leino T. Country profile: Finland. Teoksessa Rantanen J, Kauppinen T, Lehtinen S, Mattila M, Toikkanen J, Kurppa K. & Leino T. (toim.) Work and health country profiles of 22 European countries. Finnish Institute of Occupational Health: People and Work Research Reports 52. Helsinki: Edita, 2002: 121-138.

Reunanen A, Kattainen A & verenkiertoelinsairauksien työryhmä. Verenkiertoelinten sairaudet ja diabetes. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 –tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja. Helsinki: Hakapaino Oy, 2002: 39-43.

Reunanen A. Verenkiertoelinten sairaudet. Teoksessa Aromaa A, Huttunen J, Koskinen S & Teperi J (toim.) Suomalaisten terveys. Kansanterveyslaitos ja STAKES. Saarijärvi: Saarijärven Offset Oy, 2005: 153-163.

Riihimäki H, Kurppa K & Karjalainen A. Ammattitaudit. Teoksessa Kauppinen T, Hanhela R, Heikkilä P, Lehtinen S, Lindström K, Toikkanen J & Tossavainen A (toim.). Työ ja terveys Suomessa 2003. Työterveyslaitoksen julkaisuja. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy, 2004: 155-162.

Rimpelä M, Rimpelä S, Karvonen S, Siivola M, Rahkonen O & Kontula O. Nuorten terveystottumusten muutokset 1977-1987. Osaraportti. Lääkintöhallituksen julkaisuja. Helsinki, 1987.

Ruoppila I. Henkinen toimintakyky ja oppiminen. Teoksessa Ikääntyvät työelämässä. Ikääntyvien työllistämisedellytysten parantamista selvittäneen komitean mietintö. Helsinki: Oy Edita Ab, 1996: 193-212.

Räsänen K & Piirainen H. Koettu terveys. Teoksessa Kauppinen T, Heikkilä P, Lehtinen S, Lindström K, Näyhä S, Seppälä A, Toikkanen J & Tossavainen A. Työ ja terveys Suomessa vuonna 2000. Työterveyslaitoksen julkaisuja. Helsinki: Miktor, 2000: 138-143.

Sanne B, Mykletun A, Dahl AA, Moen BE & Tell GS. Testing of the job-demand-control-support model with anxiety and depression as outcomes: The Hordaland Health study. Occupational Medicine. 55(6), 2005: 463-473.

Sacker A, Clarke P, Widdings RD & Bartley M. Social dynamics of health inequalities: a growth analysis of aging and self-assessed health in the British household panel survey 1991-2001. Journal of epidemiology & Community health. 59(6), 2005: 495-501.

Seitsamo J & Martikainen R. Changes in capability in a Sample of Finnish Aging Workers. Experimental Aging Research. 15(4), 1999: 345- 352.

- Shephard R. Age and physical work capacity. *Experimental Aging Research*, 25, 1999: 331-343.
- Simon J.G, De Boer J.B, Joung I.M.A, Bosma H & Machenbach J.P. How is your health in general? A qualitative study on self-assessed health. *The European Journal of Public Health*. 15(2), 2005: 200-208.
- Tikkanen T. Finland. Teoksessa *Projects assisting older workers in European countries. A review of findings of Eurowork age*. Luxemburg: Eu, 1998: 46-53.
- Tones K. & Tilford S. *Health Promotion: effectiveness, efficiency and equity*. 3. painos. Great Britain: Ashford Colour Press, 2001.
- Torsheim T, Currie C, Boyce W, Kalnins I, Overpeck M & Haugland S. Material deprivation and self-rated health: a multilevel study of adolescents from 22 European and North American countries. *Social Science and Medicine* 59, 2004, 1-12.
- Tuomi J. & Sarajärvi A. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. 1.-3. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 2004.
- Tuomi K, Ilmarinen J, Martikainen R, Aalto L & Klockars M. Aging, work, lifestyle and work ability among Finnish municipal workers in 1981-1992. *Scandinavian Journal of Work Environmental Health*, 23(1), 1997: 58-65.
- Tuomi K, Laitinen J & Piirainen H. *Elintavat*. Teoksessa Kauppinen T, Heikkilä P, Lehtinen S, Lindström K, Näyhä S, Seppälä A, Toikkanen J & Tossavainen A. *Työ ja terveys Suomessa vuonna 2000. Työterveyslaitoksen julkaisu*. Helsinki: Miktor, 2000:146-152.
- Vertio H. *Terveyden edistäminen*. Helsinki: Tammi, 2003.
- Virtanen P, Vahtera J, Kivimäki M, Liukkonen V, Virtanen M & Ferrie J. Labor market trajectories and health: a four year follow-up study of initially fixed-term employees. *American Journal of Epidemiology* 161, 2005: 840-846.
- Vuorisalmi M, Lintonen T & Jylhä M. Global self-rated health data from longitudinal study predicted mortality better than comparative self-rated health in old age. *Journal of clinical epidemiology* 58(7), 2005: 680-687.
- Wang F, McDonald T, Champagne LJ & Edington DW. Relationship of body mass index and physical activity to health care costs among employees. *Journal of Occupational & Environmental Medicine* 46(5), 2004 :428-436.
- Ware J.E Jr. The status of health assessment 1994. *Annual Review of Public Health* 16, 1995: 327-354.
- Wenzel L, Glanz K & Lerman C. *Stress, coping, and health behaviour*. Teoksessa Glanz K, Lewis F & Rimer B (toim.) *Health behaviour and health education: theory, research and practice*. 3. painos. San Francisco: Jossey-Bass, 2002: 210-239.

Ylöstalo P. Työolobarometri. Lokakuu 2001. Työpoliittinen tutkimus nro 241. Työministeriön julkaisuja. Helsinki: Hakapaino Oy, 2002.

LIITE 1

Hyvä UPM-Kymmenen työntekijä,

Opiskelemme Jyväskylän yliopiston liikunta- ja terveystieteellisessä tiedekunnassa ja teemme Pro Gradu –työtä terveystieteiden laitokselle yhteistyössä UPM-Kymmenen kanssa. Työssä tutkimme UPM-Kymmene Jämsänkosken tehtaan työntekijöiden terveyttä, elintapoja ja työhyvinvointia. Tavoitteenamme on kartoittaa työntekijöiden omia kokemuksia terveydentilastaan ja tarjota uutta tietoa työympäristön terveyden edistämisen mahdollistamiseksi. **On tärkeää, että olette mukana tutkimuksessa parantamassa työyhteisönne hyvinvointia.** Tutkimukseen osallistuu noin 670 paperityöntekijää ja tutkimuksen on arvioitu valmistuvan vuoden 2006 loppuun mennessä.

Kaikki antamanne tiedot ovat ehdottoman luottamuksellisia eikä vastauksianne voi tunnistaa tai jäljittää. Kyselylomakkeeseen vastataan nimettömänä ja tiedot tulevat ainoastaan tutkijoiden käyttöön. Yhteenveto tuloksista raportoidaan työyhteisölle. Toivomme, että palautatte kyselyn täytettynä oheisessa vastauskuoressa _____ mennessä. Postimaksu on valmiiksi maksettu.

Kiitämme Teitä vaivannäöstä. Mikäli Teillä on kysyttävää tutkimukseen liittyen, voitte ottaa yhteyttä puhelimitse alla oleviin numeroihin.

Yhteistyöstä kiittäen

Hanna Kontinen
Terveystieteiden yo.

Jenni Tapanainen
Terveystieteiden yo.
Sosionomi

Ympyröikää seuraavista kysymyksistä omaa mielipidettänne parhaiten kuvaava vaihtoehto. Jos kysymyksessä ei ole valmiita vastausvaihtoehtoja, kirjoittakaa vastaus sitä varten varattuun tilaan.

Taustatiedot

1. Sukupuoli

- 1) Nainen
- 2) Mies

2. Ikä

3. Siviilisääty

- 1) Naimaton
- 2) Avo- tai avioliitossa
- 3) Asumuserossa tai eronnut
- 4) Leski

4. Koulutus

- 1) Kansa- tai peruskoulu
- 2) Keskikoulu
- 3) Ylioppilas
- 4) Ammattitutkinto
- 5) Opistotutkinto
- 6) Korkeakoulututkinto

5. Mikä on nykyinen tehtävänimikkeenne työssä?

6. Kuinka monta vuotta olette toimineet nykyisessä työssänne?

7. Mikä on työaikamuoto, jossa työskentelette nykyisin?

- 1) Päivätyö
- 2) Vuorotyö
- 3) Osa-aikaeläke + työ
- 4) Muu, _____

Terveys ja työkyky

8. Pituus _____ Paino _____

9. Millaiseksi koette terveydentilanne tällä hetkellä?

- 1) Hyvä
- 2) Melko hyvä
- 3) Keskitasoinen
- 4) Melko huono
- 5) Huono

10. Onko Teillä lääkärin toteamia pitkäaikaissairauksia? (Pitkäaikaissairaus on vähintään 3 kuukautta kestänyt sairaus)

- 1) Ei (Siirtykää kysymykseen 12)
- 2) Kyllä

11. Onko sairauksistanne haittaa nykyisessä työssänne?

- 1) Ei haittaa lainkaan
- 2) Suoriudun töistä, mutta siitä aiheutuu oireita ja vaivoja
- 3) Joudun joskus keventämään työtahtia tai muuttamaan työskentelytapaa
- 4) Joudun usein keventämään työtahtia tai muuttamaan työskentelytapaa
- 5) Sairauteni vuoksi selviytyisin mielestäni vain osa-aikatyössä
- 6) Olen mielestäni täysin kykenemätön työhön

12. Tunnetteko itsenne fyysisesti rasittuneeksi?

- 1) Usein
- 2) Melko usein
- 3) Melko harvoin
- 4) Harvoin
- 5) En koskaan

13. Jos koette itsenne fyysisesti rasittuneeksi, mistä uskotte tämän johtuvan (esim. jokin työssä: mikä, kotiolo)?

14. Tunnetteko itsenne henkisesti rasittuneeksi?

- 1) Usein
- 2) Melko usein
- 3) Melko harvoin
- 4) Harvoin
- 5) En koskaan

15. Jos koette itsenne henkisesti rasittuneeksi, mistä uskotte tämän johtuvan (esim. jokin työssä: mikä, kotiolo)?

16. Millaiseksi arvioitte nykyisen työkykynne?

- 1) Hyvä
- 2) Melko hyvä
- 3) Melko huono
- 4) Huono

17. Onko teillä mahdollisuus vaikuttaa omaan työhönne liittyviin asioihin?

- 1) Paljon
- 2) Melko paljon
- 3) Melko vähän
- 4) Vähän
- 5) Ei lainkaan

18. Työpaikallanne siirrytään lyhyeen työnkiertoon maaliskuussa. Miten uskotte sen vaikuttavan työhyvinvointiinne ja miksi?

19. Kuinka todennäköisenä pidätte sitä, että terveytenne puolesta pystyisitte työskentelemään nykyisessä ammatissanne kahden vuoden kuluttua?

- 1) Todennäköistä
- 2) Melko todennäköistä
- 3) Melko epätodennäköistä
- 4) Epätodennäköistä

20. Millaiseksi koette terveytenne muihin samanikäisiin verrattuna?

- 1) Parempi
- 2) Hieman parempi
- 3) Samanlainen
- 4) Hieman huonompi
- 5) Huonompi

21. Saatteko tarvittaessa apua ja tukea esimieheltänne?

- 1) Usein
- 2) Melko usein
- 3) Melko harvoin
- 4) Harvoin

22. Saatteko tarvittaessa apua ja tukea työtovereiltanne?

- 1) Usein
- 2) Melko usein
- 3) Melko harvoin
- 4) Harvoin

23. Miten työyhteisönne hyvinvointia voi mielestänne parantaa?

Tupakointi

24. Oletteko tupakoineet koskaan elämänne aikana?

- 1) Kyllä
- 2) En (Siirtykää suoraan kysymykseen 27)

25. Tupakoitteko nykyisin?

- 1) Kyllä säännöllisesti
- 2) Satunnaisesti
- 3) En lainkaan

26. Oletteko huolissanne siitä, että tupakointi voi aiheuttaa omalle terveydellenne vahinkoa?

- 1) Hyvin huolissani
- 2) Hieman huolissani
- 3) En juurikaan huolissani
- 4) En lainkaan huolissani

Alkoholin käyttö

27. Kuinka usein käytätte alkoholia?

- 1) En käytä lainkaan (Siirtykää suoraan kysymykseen 30)
- 2) Kerran kuukaudessa tai harvemmin
- 3) 2-4 kertaa kuukaudessa
- 4) 2-3 kertaa viikossa
- 5) 4 kertaa viikossa tai useammin

28. Kuinka monta annosta alkoholia käytätte kerrallaan? (1 annos = pullo keskiolutta/siideriä, 4 cl viinaa)

- 1) 1-3 annosta
- 2) 4-6 annosta
- 3) 7-9 annosta
- 4) 10 annosta tai enemmän

29. Oletteko huolissanne siitä, että alkoholin käyttönne voi aiheuttaa omalle terveydellenne vahinkoa?

- 1) Hyvin huolissani
- 2) Hieman huolissani
- 3) En juurikaan huolissani
- 4) En lainkaan huolissani

Ravinto

30. Missä syötte yleensä työpäivän aikana?

- 1) En syö lainkaan työpäivän aikana
- 2) Työpaikkaruokalassa
- 3) Syön työpaikan ruoka-automaatin annoksia
- 4) Syön omia eväitä
- 5) Syön kotona
- 6) Muualla, missä? _____

31. Kuinka usein olette syöneet vihanneksia tai juureksia (ei perunaa) viimeksi kuluneen viikon aikana?

- 1) En kertaakaan
- 2) 1-2 päivänä
- 3) 3-5 päivänä
- 4) 6-7 päivänä

32. Kuinka usein syötte makeita herkkuja? (Makeaa kahvileipää, virvoitusjuomia, makeisia)

- 1) Kerran viikossa tai harvemmin
- 2) 2-3 päivänä viikossa
- 3) 4-6 päivänä viikossa
- 4) Kerran päivässä tai useammin

33. Oletteko viimeksi kuluneen vuoden aikana muuttanut tottumuksianne terveydellisten näkökohtien perusteella?

	Ei	Kyllä
Vähentänyt rasvan määrää	0	1
Muuttanut rasvan laatua	0	1
Lisännyt vihannesten ja juuresten käyttöä	0	1
Lisännyt hedelmien ja marjojen käyttöä	0	1
Vähentänyt sokerin käyttöä	0	1
Vähentänyt suolan käyttöä	0	1
Lisännyt kuitupitoisten valmisteiden käyttöä (esim. kokojyvätuotteet, ruisleipä)	0	1

34. Oletteko huolissanne siitä, että ravintotottumuksenne voivat aiheuttaa terveydellenne vahinkoa?

- 1) Hyvin huolissani
- 2) Hieman huolissani
- 3) En juurikaan huolissani
- 4) En lainkaan huolissani

Liikunta

35. Kuinka usein harrastatte aktiivista kuntoliikuntaa vähintään puoli tuntia kerrallaan niin, että hengästytte ja hikoilette?

- 1) Vähintään 5 kertaa viikossa
- 2) 2-4 kertaa viikossa
- 3) Kerran viikossa
- 4) 2-3 kertaa kuukaudessa
- 5) Muutaman kerran vuodessa tai harvemmin

36. Kuinka usein harrastatte hyötyliikuntaa vähintään puoli tuntia kerrallaan? (Esim. pihatöiden tekeminen, työmatkojen käveleminen tai pyöräileminen)

- 1) Vähintään 5 kertaa viikossa
- 2) 2-4 kertaa viikossa
- 3) Kerran viikossa
- 4) 2-3 kertaa kuukaudessa
- 5) Muutaman kerran vuodessa tai harvemmin

37. Millainen on mielestänne fyysinen kuntonne?

- 1) Hyvä
- 2) Melko hyvä
- 3) Keskitasoinen
- 4) Melko huono
- 5) Huono

Kiitos osallistumisesta tutkimukseen!

LIITE 2. Esimerkkejä aineiston pelkistyksestä.

ALKUPERÄISILMAUS	PELKISTETTY ILMAUS
<p>”Työnantajalle pääasia tuottavuus, ei työhyvinvointi.”</p> <p>”Kaipaen työnantajalta inhimillisyyttä eikä pelkkää voitontavoittelua.”</p>	<p>Inhimillisuus</p>
<p>”UPM arvot oli hyvät: avoimuus, luottamus, rehellisyys. Nyt näitä arvoja ei enää ole, on vain pörssi ja optiot.”</p> <p>”Avoimuudella, joka puuttuu lähes kokonaan.”</p>	<p>Avoimuus</p>
<p>”Toistensa kunnioittaminen ja hänen työnsä arvostaminen.”</p> <p>”Jos toinen on jossain vaikeassa tilanteessa , ajatella sama asia omalle kohdalle, eikä olla vain syyttämässä kaveria jokaisesta eriävästä mielipiteestä.”</p>	<p>Keskinäinen kunnioitus ja tuki</p>
<p>”Lisää liksaa.”</p> <p>”Palkkaa lisää, rahan takia tätä tehdään.”</p>	<p>Lisää palkkaa</p>
<p>”Parantamalla ilmastointia työpisteissä.”</p> <p>”Olosuhteita parantamalla (kuumuus, melu ym.)”</p>	<p>Fyysiset työolosuhteet</p>

LIITE 3. Sisällönanalyysin luokkien muodostuminen.

PELKISTETTY ILMAUS	ALALUOKKA	YLÄLUOKKA	PÄÄLUOKKA
Inhimillisyys Painostuksen ja uhkailun lopettaminen Työntekijöiden vähentämisen lopettaminen	Epävarmuustekijöiden poistaminen	Työnantajan toiminta	Työnantajan ja työntekijöiden välinen vuorovaikutus
Työntekijöiden arvostus Työntekijöihin luottaminen Työntekijöiden huomioiminen	Arvostus ja luottamus		
Avoimuus Rehellinen asioista tiedottaminen	Avoimuus ja rehellisyys		
Illanvietot Asiakaskäynnit	Yhteiset tapahtumat	Sosiaalinen kanssakäyminen työssä	
Keskinäinen kunnioitus ja tuki Kaikkien sitoutuminen tavoitteisiin	Työyhteisön jäsenten käyttäytyminen		
Lisää palkkaa	Palkka	Työstä saatava materiaalinen hyöty	Työn fyysinen ulottuvuus
Parempia urheilumahdollisuuksia Lisää työsuhde-etuja	Työsuhde-edut		
Lisää koulutusmahdollisuuksia Vaihtelua työtehtäviin Työnkierto	Ammattitaidon kehittämismahdollisuudet	Edellytykset työhön	
Fyysiset työolosuhteet Työvälineet	Työolosuhteet		

LIITE 4. Työntekijöiden henkinen ja fyysinen rasitus.

	Henkinen rasitus		Fyysinen rasitus	
	f	%	f	%
Usein	13	3	7	2
Melko usein	82	20	78	19
Melko harvoin	101	25	162	40
Harvoin	162	40	146	36
Ei koskaan	47	12	10	3
Yhteensä	405	100	403	100

LIITE 5. Esimieheltä ja työtovereilta saatava tuki.

	Tuki esimieheltä		Tuki työtovereilta	
	f	%	f	%
Usein	72	18	149	37
Melko usein	164	41	181	45
Melko harvoin	121	30	59	15
Harvoin	46	11	14	3
Yhteensä	403	100	403	100

LIITE 6. Työpäivän aikainen syöminen iän mukaan

	Ikäryhmä								Yhteensä n
	20-34		35-44		45-54		55-64		
	f	%	f	%	f	%	f	%	
Ei syö lainkaan työpäivän aikana	1	1	5	4	2	2	1	1	9
Työpaikkaruokalassa	9	12	20	17	24	20	17	19	70
Ruoka-automaatin annokset	7	10	9	7	10	8	4	4	30
Omat eväät	50	74	83	68	71	60	61	66	265
Syö kotona	2	3	5	4	11	10	9	10	26
Yhteensä	68	100	121	100	118	100	92	100	399

LIITE 7. Puolen vuoden aikana tehdyt ravintotottumusten muutokset

	Ikäryhmä		Yhteensä n
	20-44 f %	45-64 f %	
Rasvan määrän vähentäminen	67 35	101 49	168
Rasvan laadun muuttaminen	65 34	94 45	159
Juuresten käytön lisääminen	71 38	96 46	167
Sokerin käytön vähentäminen	62 33	72 35	134
Marjojen ja hedelmien lisääminen	80 42	107 51	187
Suolan käytön vähentäminen	54 29	77 37	131
Kuitupitoisten valmisteiden lisääminen	86 46	102 49	188