

KESKI-SUOMEN SAIRAANHOITOPIIRIN
HENKILÖSTÖN HYVINVOINTI JA
TERVEYSTOTTUMUKSET
– kyselytutkimus Keski-Suomen
sairaanhoitopiirin sairaaloissa

Tiina Ahtiainen
Terveyskasvatuksen pro gradu – tutkielma
Jyväskylän yliopisto
Terveystieteiden laitos
Kevät 2011

TIIVISTELMÄ

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin henkilöstön hyvinvointi ja terveystottumukset
– kyselytutkimus Keski-Suomen sairaanhoitopiirin sairaaloissa

Tiina Ahtiainen
Jyväskylän yliopisto, Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta
Terveystieteiden laitos
Terveyskasvatus
Pro gradu – tutkielma, 84 sivua, 1+11 liitettä
Kevät 2011

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Keski-Suomen sairaanhoitopiirin henkilöstön työhyvinvoinnin tilaa tarkastelemalla koettua hyvinvointia ja terveystottumuksia. Tutkimuksen teemoja olivat mielen hyvinvointi, liikuntatottumukset, terveellinen ruokailu, alkoholi ja päihteet sekä tupakoimattomuus. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa näihin tekijöihin liittyvistä selittävästä ja ennustavista tekijöistä, sekä niiden välisistä yhteyksistä. Tutkimus on osa Keski-Suomen sairaaloita koskevaa terveyden edistämisen toimintaohjelmaa vuosille 2009–2013. Tutkimusaineisto kerättiin Keski-Suomen sairaanhoitopiirin henkilöstöltä toukokuussa 2010 ja kyselyyn vastasi 54 % (n=1952) henkilöstöstä. Tutkimus sisälsi yhteensä 114 kysymystä, joista 75 analysoitiin tässä pro gradu-työssä. Tulosten tilastollisessa analyysissä käytettiin ristiintaulukointia, Kendall's tau -korrelaatiotestiä ja logistista regressioanalyysiä.

Tutkimustulosten mukaan vastaajista 76 % koki terveytensä ja 80 % työkykynsä hyväksi, 20 % oli jokapäiväistä elämää tai työntekoa haittaava vamma tai sairaus. Emotionaalinen, psyykkinen ja sosiaalinen hyvinvointi koettiin pääosin hyväksi. Masennusoireisiin apua kuitenkin kaipasi 7 % vastaajista. Nukkumiseen ja uneen liittyvissä tuloksissa pääsääntöisesti vähintään 20 % koki niihin liittyviä ongelmia, eniten hajontaa ilmeni ikä- ja ammattiryhmittäin tarkasteltuna. Liikunnallisesti aktiivisempia olivat miehet, nuoremmat ikäryhmät ja ammattiryhmistä lääkärit. Vastaajista suurin osa koki syövänsä terveellisesti, henkilöstöravintolassa söi 43 % tutkimukseen osallistuneista. Vastaajista 10 % ilmoitti, ettei juo alkoholia ollenkaan. AUDIT C-testin mukaan 41 % vastaajista kuului alkoholin käytön suhteen riskiryhmään, miehet useammin kuin naiset ja nuoret ikäryhmät useammin kuin vanhemmat. Tutkimustulosten mukaan vastaajista n. 10 % käytti tupakkatuotteita säännöllisesti ja n. 10 % satunnaisesti.

Tutkimustulokset tarjoavat ainutlaatuista tietoa sairaalahenkilöstön hyvinvoinnista ja terveystottumuksista sekä niiden välisistä yhteyksistä ja mahdollistavat pitkittäistutkimuksen tekemisen tulevaisuudessa. Tuloksia voidaan hyödyntää henkilöstön terveyden edistämisen suunnittelussa, kehittämisessä ja arvioinnissa. Lisäksi tulosten avulla terveyden edistämistoimet voidaan suunnata paremmin niille osa-alueille joissa niitä tarvitaan.

Avainsanat: terveyden edistäminen, työhyvinvointi, hyvinvointi, terveystottumukset, terveydenhuoltoala

ABSTRACT

Employee's well-being and health habits in Central Finland Health Care District - a survey in Central Finland Health Care District hospitals

Tiina Ahtiainen
UNIVERSITY OF JYVÄSKYLÄ
Department of Health Sciences
Health Education
Master's thesis, 84 pages, 1+11 appendices
Spring 2011

The purpose of this Master's Thesis was to study job wellbeing and health habits of the Central Finland Health Care District staff. Research themes were mental wellbeing, physical activity, healthy eating habits, alcohol and drugs use and smoking. The aim was to produce information relating to these factors and find out positive and negative connections between them. The study is part of the Central Finland Health Care District health promotion action plan for years 2009-2013. The data were collected in May 2010 and response rate was 54% (n = 1952). The study included a total of 114 questions, of which 75 were analyzed in this Master's thesis. The data was analyzed by using cross tabulation, Kendall's tau correlation test and logistic regression analysis.

The results showed that 76% of respondents felt that their health was good and 80 % felt that their ability to work was good. 20 % of respondents had disability or illness which prejudiced their daily life or ability to work. Emotional, mental and social wellbeing were mainly good. However 7 % of the respondents felt that they need help for their depressive symptoms. About 20 % experienced sleep-related problems and most dispersion occurred in the age and occupation groups. Physical activity was most frequently reported by males, younger age groups and physicians. Most of the respondents felt that their eating habits were healthy and 43 % of respondents ate normally in staff restaurants. 10% of respondents reported that they do not drink alcohol at all. However, AUDIT-C test showed that 41% of the respondents belonged to alcohol use in high-risk group, men more often than women and young age groups more often than older age groups. The results showed that almost 10% of respondents used tobacco products regularly and about 10% randomly.

The results provide unique information of the hospital staff wellbeing and health habits as well as the connections between them. Also in future longitudinal studies are possible. Results can be used for the design, development and assessment of health promotion. In addition, with help of these results health promotion actions can be directed more to those spheres where they are needed.

Keywords: health promotion, job wellbeing, well-being, health habits, health care sector

SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	1
2 TERVEYDEN EDISTÄMINEN TYÖPAIKOILLA	3
2.1 Työhyvinvointi ja terveyden edistäminen.....	3
2.1.1 Työkyvystä työhyvinvointiin	3
2.1.2 Yksilön hyvinvointi työhyvinvoinnin perustana	5
2.1.3 Salutogeeninen näkökulma terveyden edistämiseen.....	8
2.2 Työntekijöiden hyvinvointi työelämän muutoksen kentässä ja työhyvinvoinnin merkitys organisaatiolle.....	10
3 TYÖIKÄISTEN HYVINVOINTI JA TERVEYSTOTTUMUKSET	14
3.1 Terveysalan työhyvinvointiin vaikuttavat alan erikoispiirteet	14
3.2 Hyvinvointi ja terveystottumukset.....	15
3.2.1 Koettu terveys, työkyky ja pitkäaikaissairaudet.....	15
3.2.2 Mielen hyvinvointi	17
3.2.3 Nukkuminen ja uni.....	19
3.2.4 Liikunta.....	21
3.2.5 Ravitsemus ja ruokailutottumukset.....	23
3.2.6 Alkoholi.....	25
3.2.7 Tupakkatuotteiden käyttö.....	26
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	28
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	29
5.1 Tutkimuksen suunnittelu ja toteuttaminen	29
5.2 Analyysimenetelmät	32
5.3 Vastaajien taustatiedot.....	33
6 TUTKIMUSTULOKSET	36
6.1 Henkilöstön koettu terveys, työkyky ja sairaudet.....	36
6.2 Mielen hyvinvointi.....	41
6.3 Nukkuminen ja uni.....	44
6.4 Liikunta.....	46
6.5 Ravitsemus ja ruokailutottumukset.....	50
6.6 Alkoholin käyttö	62
6.7 Tupakkatuotteiden käyttö	64

7 POHDINTA.....	66
7.1 Tutkimustulosten arviointia.....	66
7.2 Tutkimuksen luotettavuus	70
7.3 Eettiset näkökulmat.....	71
7.4 Jatkotutkimusaiheet	72
8 JOHTOPÄÄTÖKSET.....	73
LÄHTEET	75

LIITTEET

Liite 1 Saatekirje

Liite 2 Terveys- ja hyvinvointitutkimus 2010 – kyselylomake

1 JOHDANTO

Työntekijöiden terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen on yhä tärkeämpää niin yksilön, työnantajaorganisaation kuin yhteiskunnankin kannalta. Yleistyvät tutkimustulokset työpahoinvoinnin lisääntymisestä työelämässä edellyttävät uusia ja tehokkaita keinoja vastata näihin haasteisiin. Henkilöstön työhyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen kiinnitetäänkin yhä enemmän huomiota, mm. terveyden edistämisen politiikkaohjelmassa tavoitteeksi on määritelty kansansairauksien ehkäisyyn vaikuttavien elintapamuutosten aikaansaaminen sekä terveitä elämäntapavalintoja edistävien työ- ja elinolosuhteiden kehittäminen. Työelämän terveyden edistämisessä tärkeinä toimina nähdään työkykyä ja hyvinvointia edistävien käytäntöjen vahvistaminen sekä niitä uhkaavien tekijöiden varhainen tunnistaminen. (Terveyden edistäminen 2007.)

Suomessa tehty työhyvinvointitutkimus jakautuu erilaisiin tutkimus- ja kehittämistoiminnan alueisiin, kuten tuotteiden, tuotannon ja organisaation kehittämistyöhön, riskien hallintaan, työyhteisöjen psykososiaaliseen toimivuuteen, terveyden edistämiseen työelämässä, työ- ja toimintakyvyn ylläpitoon, terveysterveisiin ja kuormitustekijöihin, työsuojeluun ja työterveyshuoltoon sekä työolojen taloudellisiin vaikutuksiin (Työhyvinvointitutkimus Suomessa ja sen painoalueet 2005). Tässä tutkimuksessa huomio kiinnitetään terveyden edistämisen mahdollisuuksiin työ- ja toimintakyvyn ylläpidossa sekä terveysterveisten ja kuormitustekijöiden ennaltaehkäisyssä ja tunnistamisessa.

Terveydenhuolto ja sosiaalipalvelut työllistävät noin 15 % Suomen työllisestä työvoimasta (Laine 2010). Terveysalan työelämään ja hyvinvointiin liittyviä muutoksia seurataan ahkerasti mm. erilaisilla kunta-alan katsauksilla ja tutkimushankkeilla (Nakari 2004, Saari ym. 2005, 3, Pekka ym. 2008, 2, Kauppinen ym. 2010). Lukuisista katsauksista ja tutkimushankkeista huolimatta kokonaisvaltaista eri ammattiryhmien välistä hyvinvointia ja terveyskäyttäytymistä kartoittavaa tai vertailevaa tutkimusta ei ole tehty.

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri kuuluu Suomen terveyttä edistävät sairaalat verkostoon ja on siten sitoutunut sisällyttämään päivittäiseen työkuultuuriinsa työntekijöiden terveyden edistämisen (Hallman-Keiskoski & Puolakka 2005, HPH 2007). Tämä tutkimus on osa Keski-Suomen sairaaloita koskevaa terveyden edistämisen toimintaohjelmaa vuosille 2009–2013. Ohjelman tavoitteena on sisällyttää terveys- ja voimavaralähtöinen näkökulma osaksi erikoissairaanhoidon toimintakulttuuria, terveyslähtöisyyden huomioiminen johtamisessa, terveyden edistämisen sisällyttäminen näkyväksi osaksi organisaation käytännön toimintaa sekä korostaa yksilön vastuusta omasta terveydestä huolehtimisessa. Ohjelman keskeiset sisällöt käsittelevät teemoja mielen hyvinvoinnista, terveellisestä ruokailusta, liikuntaan kannustamisesta, tupakoimattomuudesta sekä alkoholin haitallisen käytön ja riippuvuuksien ehkäisystä. (Terveyden edistämisen toimintaohjelma 2009–2013.)

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää Keski-Suomen sairaanhoitopiirin henkilöstön työhyvinvoinnin tilaa ja kerätä tietoa koetusta hyvinvoinnista ja terveystottumuksista, sekä niitä selittävistä ja ennustavista tekijöistä. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa ajankohtaista tietoa, erityisesti yksilön työhyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä mielen hyvinvoinnin ja eri terveystottumusten viitekehyksestä.

2 TERVEYDEN EDISTÄMINEN TYÖPAIKOILLA

2.1 Työhyvinvointi ja terveyden edistäminen

Työhyvinvointi ja terveyden edistämistoiminnan positiiviset vaikutukset niin yksittäisiin työntekijöihin, työyhteisöön kuin koko organisaation toimintaan ovat laajasti tunnettuja. Toiminta on arvokasta myös yhteiskunnallisesti, koska hyvinvoivat työntekijät ovat myös hyvinvoivia kansalaisia. Seuraavaksi tarkastellaan työhyvinvoinnin käsitettä ja sen eri osa-alueita. Lisäksi luodaan katsaus työntekijän hyvinvointiin vaikuttaviin tekijöihin, yhteiskunnassa ja työelämässä tapahtuneisiin muutoksiin sekä tarkastellaan henkilöstön hyvinvoinnin merkitystä organisaatiolle.

2.1.1 Työkyvystä työhyvinvointiin

Nykymuotoisen suomalaisen työkykytoiminnan juuret ovat 1980-luvun lopussa, kun työikäisen väestön työ- ja toimintakyvyn ylläpitämiseen ja parantamiseen alettiin kiinnittää yhä enemmän huomiota. Siitä lähtien työkykytoiminnan historiassa on erotettavissa eri vaiheita, joiden myötä toiminta on saavuttanut tämänhetkisen muotonsa. (Järvisalo ym. 2001, 16–20.) Toiminnan kehittymisestä huolimatta työkyky-käsitteen määrittely ei ole koskaan vakiintunut. Määrittelyssä on ollut kuitenkin huomattavissa siirtyminen yksilön fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen toimintakyvyn tarkastelusta yhä kokonaisvaltaisempaan yksilön terveyttä, toimintakykyä, osaamista, arvoja, elintapoja, työnpiirteitä, elämäntilannetta ja lähiympäristöä painottavaan näkökulmaan (Mäkitalo 2003, Ilmarinen 2006, 79–81, Saari 2006, Husman & Husman 2007, 183).

Työkyky-käsitteen laajentuessa sen rinnalle on noussut työhyvinvoinnin-käsite. Työhyvinvoinnin katsotaan olevan jatkumoa työkyvylle, mutta nykypäivänä molempia käsitteitä käytetään rinnakkain. Käsitteet ovat hyvin samankaltaisia, mutta pääsääntöisesti työhyvinvointi nähdään laajempänä kokonaisuutena kuin työkyky.

Työhyvinvointi kuvaa moniulotteisemmin mm. yksityiselämän vaikutuksia työntekijöiden toimintaan (Marjala 2009, 189), työyhteisön ja työelämän laatua (Ilmarinen 2006, 81) sekä yhteiskunnallisia ja työyhteisöllisiä tekijöitä. (Blomster 2004, 7.) Koska työhyvinvointi on käsitteenä vielä nuori, sille ei ole muotoutunut yhtä yleisesti sovittua määritelmää. Selkeän käsitteen puuttuessa, työhyvinvointi määritellään usein yhä uudestaan eri yhteyksissä. Sosiaali- ja terveysministeriön (2005, 17) määritelmän mukaan työhyvinvointi on työssäkäyvän yksilön selviytymistä työtehtävistään ja siihen vaikuttavat lukuisat eri tekijät (Kuva 1). Yksilön työhyvinvointiin keskeisimmin vaikuttavina tekijöinä nähdään työympäristö, työyhteisö ja yksilö itse. Lisäksi työhyvinvointiin vaikuttavat muut ihmisen työhön ja yksityiselämään liittyvät tekijät kuten työsopimus, palkkaus, perheen asiat ja elämänmuutokset.



Kuva 1. Työhyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä (STM 2005, 17).

Työhyvinvoinnin monitahoisen kokonaisuuden ymmärtäminen, jäsentäminen ja tutkiminen voi olla hankalaa, minkä vuoksi eri tutkimuksissa sitä on yleensä mitattu ja tarkasteltu työssä koetun pahoinvoinnin näkökulmasta. Tällöin työhyvinvointi on nähty yksiselitteisesti sairauksien tai oireiden puuttumisena. Tällaisten tutkimusten indikaattoreina on tavallisesti käytetty työstressiä, työuupumusta, unihäiriöitä tai

sairauspoissaoloja. Viime vuosina huomio on kuitenkin kiinnittynyt yhä enemmän työhyvinvoinnin myönteisiin ulottuvuuksiin, kuten työstä aiheutuvaan positiiviseen viihtyvyyteen, mielihyvään ja innostuneisuuteen. (Hakanen 2005, 27–28, Huhtala & Parzefall 2007, Hakanen 2009, 4-8.)

Työhyvinvointiin liittyvän toiminnan kehittyessä, sen tueksi ja edistämiseksi on säädetty monia lakeja. Näiden lakien ja säädösten avulla pyritään huolehtimaan ja turvaamaan työhyvinvointitoiminnan toteutuminen kaikilla työpaikoilla. Esimerkiksi työsopimuslaki (2001/55) velvoittaa työnantajaa edistämään suhteitaan työntekijöihin, sekä huolehtimaan siitä, että työntekijä pystyy suoriutumaan työstään. Työturvallisuuslaki (2002/38) velvoittaa työnantajaa huolehtimaan työntekijän ja työympäristön turvallisuudesta. Työterveydenhuoltolain (2001/1388) tarkoituksena on edistää työntekijöiden terveyttä ja ennaltaehkäistä tapaturmia ja sairauksia. (Manka ym. 2007, 10–11.)

2.1.2 Yksilön hyvinvointi työhyvinvoinnin perustana

Työhyvinvoinnin perustana nähdään pääsääntöisesti yksilön hyvinvointi ja terveys. Koska terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavat ensikädessä esimerkiksi yksilön terveystottumukset ja elintavat, on tärkeää ymmärtää niiden merkitys myös työhyvinvoinnin kannalta. Yksilön keskeinen rooli esiintyy myös monissa työkykyä ja hyvinvointia kuvaavissa keskeisissä malleissa. Esimerkiksi **Työ-ihminen vuorovaikutus –mallissa** yksilön terveydentila luo pohjan yksilön toiminta- ja työkyvyille (Kukkonen ym. 2001). **Kuorma-kuormittuminen –mallissa** yksilölliset ominaisuudet, kuten terveydentila, fyysiset ja psyykkiset voimavarat nähdään keskeisinä kuormittumiseen ja työkykyyn vaikuttavina tekijöinä (Ilmarinen 1991). **TYKY- kolmiossa ja tetraedri –mallissa** yksilön terveyskäyttäytyminen, esimerkiksi terveelliset elämäntavat korostuvat niin ikään keskeisinä työkyvyn ja hyvinvoinnin tekijöinä (Ilmarinen 1995). **Yksilölliseen työkykyyn vaikuttavat tekijät –mallissa** yksilön voimavarojen nähdään rakentuvan terveydestä eli fyysisestä, psyykkisestä ja sosiaalisesta toimintakyvystä (Ilmarinen 1999, 61). **TYKY-talo –malli** rakentuu myös yksilön terveyden ja toimintakyvyn pohjalta (Ilmarinen 2006, 79). Edellä esitetyssä

Työhyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä –mallissa yksilön fyysinen, henkinen ja sosiaalinen kunto sijoittuu mallin keskiöön (STM 2005). **Työhyvinvoinnin portaat –mallissa** yksilön psyko-fysiologiset perustarpeet ja niiden täyttäminen luovat pohjan työhyvinvoinnin toteutumiselle (Rauramo 2004).

Työhyvinvoinnin portaat (Kuva 2) perustuu Abraham Maslowin kehittämään motivaatioteoriaan. Hänen mukaansa ihmisellä on olemassa viisi perustarvetta: 1) psykofysiologiset, 2) turvallisuuden, 3) rakkauden, 4) arvostuksen ja 5) itsensä toteuttamisen tarpeet. Tarpeet muodostavat eräänlaisen hierarkian, jossa pyritään saavuttamaan korkein eli itsensä toteuttamisen tarve. Työhyvinvoinnin portaat –mallissa ihmisen erilaiset tarpeet on järjestetty portaiden muotoon aina psykofysiologisista perustarpeista lähtien. Teorian mukaan ylintä porrasta ei voida saavuttaa jos alemman tason tavoitteet eivät ensin toteudu. (Rauramo 2004, 39–40.)



Kuva 2. Työhyvinvoinnin portaat (Rauramo 2009, 3).

Tämän tutkimuksen kannalta mielenkiinto kohdistuu erityisesti ensimmäiseen portaaseen eli ihmisen terveyteen, hyvinvointiin ja elämäntapoihin liittyviin tekijöihin. Rauramon (2004) mukaan ihmisen terveys nähdään työkyvyn ja hyvinvoinnin perustana, johon vaikuttavat monenlaiset tekijät. Perintötekijöiden ohella terveellisillä elämäntavoilla on merkittävä vaikutus ihmisen terveyteen. Terveelliset elämäntavat koostuvat ravinnosta ja ruokailutottumuksista, levosta ja unesta, liikunnasta, painonhallinnasta, alkoholin kohtuullisesta käytöstä ja tupakoimattomuudesta. Lisäksi tulee huolehtia myös henkisestä hyvinvoinnista. Organisaation näkökulmasta ensimmäisessä portaassa korostuu laadukkaan työterveyshuollon järjestäminen sekä työntekijän terveellisten elämäntapojen tukeminen. (Rauramo 2004.)

Toinen porras kuvaa turvallisuuden tarvetta. Jotta ihminen pystyy toimimaan työssään ja voimaan hyvin tarvitaan fyysistä ja psyykkistä turvallisuutta niin yksityis- kuin työelämässä. Turvattomuus voidaan jakaa eri kategorioihin: taloudelliseen, poliittiseen, orientaatioon liittyvään ja henkilökohtaiseen turvattomuuteen. Organisaation näkökulmasta tässä portaassa korostuvat asianmukaisesti hoidettu työsuhte sekä terveelliset ja turvalliset työolot. Turvallisuuden luomista tukee riskien- ja vaarojen hallinta sekä työsuojelutoiminta. (Rauramo 2004, Rauramo 2009, 4.)

Kolmas porras kuvaa liittymisen tarvetta. Liittymisen tarpeella kuvataan jokaisen ihmisen tarvetta kuulua elämässään johonkin yhteisöön. Yhteisö voi olla esimerkiksi perhe, ystäväpiiri, harrasteseura, uskonnollinen tai poliittinen ryhmä. Organisaation kannalta liittymisen tarpeen tyydyttämisen keinoja ovat mm. yhteishenkeä luovat ja tukevat toimet sekä henkilöstöstä huolehtiminen tarjoamalla avoin ja luottamuksellinen työilmapiiri sekä vaikutusmahdollisuuksia työssä. Johtamisella ja esimiestyöllä on tärkeä merkitys tässä portaassa. (Rauramo 2004, Rauramo 2009, 4.)

Neljäs porras kuvaa arvostuksen tarvetta. Siihen liittyvät keskeisesti itsetunto, sosiaalinen arvostus, yhteiset arvot ja organisaatiokulttuuri sekä rakentava palaute. Yksilön kannalta keskeisiä tekijöitä ovat aktiivinen rooli organisaatiossa ja

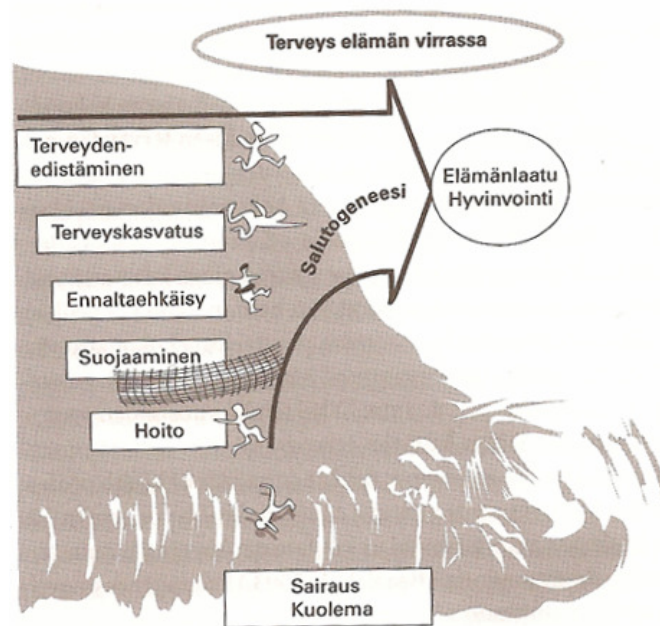
osallistuminen sen toimintaan sekä itsearvostus ja oman työn arvostaminen. Esimerkiksi työuupumukseen ja sen syntyyn liittyy usein omanarvontunteen heikentyminen, joten hyvä itsetunto ja itsensä arvostus suojelevat työntekijää työhyvinvoinnin heikkenemiseltä. Organisaation tehtävänä on tukea työntekijää mm. antamalla rakentavaa palautetta, palkitsemalla hyvin tehdystä työstä sekä ennen kaikkea hyvinvointia tukevilla arvoillaan, missiolla, visiolla ja strategialla. (Rauramo 2004, Rauramo 2009, 4.)

Viides eli korkein porras kuvaa itsensä toteuttamisen tarvetta. Itsensä toteuttaminen on ihmisen halua onnistua, olla parempi, kokeilla, oppia uutta ja ylittää rajojaan pyrkimyksenä saavuttaa omien edellytysten täysipainoinen hyödyntäminen. Yksilön kannalta tähän portaaseen liittyviä keskeisiä tekijöitä ovat työn hallinta, osaamisen ylläpitäminen, oppiminen ja luovuus. Organisaation tehtävä on tukea yksilöä näissä tehtävissä kehittämällä työyhteisöä, mahdollistamalla mielekkään työn, antamalla vapautta toteuttaa itseään ja tukemalla luovuutta. (Rauramo 2004, Rauramo 2009, 4.)

2.1.3 Salutogeeninen näkökulma terveyden edistämiseen

Kokonaisvaltainen yksilön terveyttä ja siihen vaikuttavia tekijöitä tarkasteleva lähestymistapa on terveyden edistämisen salutogeeninen näkökulma. Salutogeeninen (terveyslähtöinen) teoria on sosiaalilääketieteilijä Aaron Antonovskyn 1970-luvun lopussa kehittämä teoria, jonka mukaan terveyden edistämisessä on tärkeää havaita terveyttä ja hyvinvointia uhkaavat riskitekijät, mutta samanaikaisesti myös tunnistaa ja edistää terveyttä sekä hyvinvointia tukevia ja suojelevia tekijöitä. (Antonovsky 1996, Pietilä ym. 2007, Lindström & Eriksson, 2010a, Lindström & Eriksson 2010b.) Näkökulmassa ihminen nähdään kokonaisuutena ja terveyden edistämistoiminnalla pyritään vaikuttamaan sellaisiin tekijöihin, jotka auttavat yksilöä ylläpitämään terveyttään ja vahvistavat terveydelle ja hyvinvoinnille myönteistä käyttäytymistä (Koskinen-Ollonqvist ym. 2007, 14, 29, Pietilä ym. 2007).

Lindström ja Eriksson (2010b) kuvaavat patogeenisen ja salutogeenisen ajattelutavan eroja ”terveys elämän virrassa” kuvion avulla (Kuva 3). Perinteisesti terveyden tavoittelun kulmakivenä on nähty patogeeninen eli sairauslähtöinen ajattelutapa (virran alajuoksulla), mutta vähitellen painopiste on siirtymässä salutogeeniseen ajattelutapaan (virran yläjuoksulle). Salutogeenisen teorian perusajatuksena on se, mistä terveys ylipäättään syntyy. Teorian lähtökohtana nähdään voimavarat, joiden avulla terveyttä, hyvinvointia ja elämänlaatua voidaan saavuttaa. Teorian vahvuutena nähdään se, ettei se keskity ainoastaan sairauksien ehkäisyyn, vaan ennemminkin tukee niitä taitoja, joiden avulla ihminen voi itse vaikuttaa terveyteensä ja selviytyä elämästä. (Lindström & Eriksson, 2010a.)



Kuva 3. Terveys elämän virrassa (Lindström & Eriksson 2010b, 36).

Teorian keskeinen käsite on koherenssin tunne, SOC eli Sense Of Coherence. Koherenssin tunteen avulla voidaan selittää, miksi ihmiset pysyvät terveinä stressaavissakin tilanteissa tai jopa voivat parantaa terveyttään. Sen osa-alueita ovat hallittavuus, ymmärrettävyys ja mielekkyys. Näkökulman mukaan se, miten ihminen näkee tai kokee maailman, elämänsä ja siihen vaikuttavat tekijät, vaikuttaa hänen terveyteensä. Tilapäinen kaaos ja stressi nähdään normaaleina elämään

kuuluvina asioina, samoin kuin ihmisen kyky selvittää niistä. (Green & Tones 2010, 79, Lindström & Eriksson, 2010a, Lindström & Eriksson, 2010b.)

Koskinen-Ollonqvistin (2007, 52) mukaan salutogeenisen näkökulman käyttö työhyvinvointitutkimuksessa on ollut vähäistä. Sen soveltuvuus organisaatioissa esimerkiksi muutostilanteissa ja johtamisen työkaluna on kuitenkin huomattu (Lindström & Eriksson 2010b). Työhyvinvointitoiminnan kannalta on tärkeää tunnistaa yksilön terveys voimavarana ja samalla löytää ja luoda uusia keinoja joiden avulla yksilön jo olemassa olevaa terveyttä ja hyvinvointia voidaan vahvistaa. Riskitekijöiden vähentämisen ja terveyttä uhkaaviin tekijöihin vaikuttamisen lisäksi organisaatioissa tulisi kiinnittää entistä enemmän huomiota myös työntekijän hyviin ja vahvoihin ominaisuuksiin sekä terveystottumuksiin ja antaa niille tukea, tunnustusta ja arvostusta.

2.2 Työntekijöiden hyvinvointi työelämän muutoksen kentässä ja työhyvinvoinnin merkitys organisaatiolle

Suomalainen yhteiskunta on kokenut monia muutoksia viimeisen kahden vuosikymmenen aikana. 1990-luvulla vaikuttanut lama ja sen seuraukset, kuten palveluiden leikkaaminen ja työttömyys, yhdessä muiden yhteiskunnallisten muutosten kanssa ovat muovanneet merkittävästi suomalaista arki- ja työelämää. (Ojala & Ahonen 2005, 11, Kuoppala et al. 2008.) Laman jälkeisestä taloustilanteen noususta huolimatta terveys- ja hyvinvointipalvelut olivat edelleen säästön kohteena ja samaan aikaan työuupumus, työssä jaksaminen ja mielenterveysongelmat nousivat nopeasti työelämän merkittäviksi ongelmiksi. (Vanhala ym. 2002, 13–14, Järvisalo et al. 2005.)

Laman jälkeen Suomi on kehittynyt entistä voimakkaammin tieto- ja teknologiayhteiskunnaksi. Työvoiman siirtyminen nopeasti muuttuvan ja kehittyvän teknologian piiriin on lisännyt osaamisen, koulutuksen ja suorituskyvyn tarvetta. (Ojala & Ahonen 2005, 12–15, Kuoppala et al. 2008.) Muutokset ovat vaikuttaneet erityisesti terveysalaan. Esimerkiksi kiireisen työtahdin vuoksi joka kolmas

työntekijöistä kärsii työpaineista ja kokee kiireen haittaavan työntekoa (Piispa & Hulkko 2009). Lisäksi työsuhteiden laatu on muuttunut entistä pirstaleisemmaksi, lyhytaikaiset kausi- ja keikkaluonteiset työt ovat lisääntyneet mikä osaltaan heikentää työhyvinvointia (STM 2005, 22).

Työelämä on muuttunut myös yhteiskunnallisten rakennetekijöiden seurauksena. Suomi on tällä hetkellä nopeimmin ikääntyvä EU-maa seuraavan kahdenkymmenen vuoden aikana. Työikäisen väestön ikääntyminen, yhdessä pitkäaikaistyöttömyyden ja varhaisen eläköitymisen kanssa aiheuttavat tulevaisuudessa kestäättömän tilanteen yhteiskunnalle. (Ojala & Ahonen 2005, 15, 40.) Tilannetta on yritetty hillitä mm. strategisella työhyvinvointitutkimuksella sekä erilaisilla terveyden edistämisen ohjelmilla ja toimenpiteillä (STM 2005, 18–20). Terveyden edistämisellä onkin nähty olevan kiistämättömiä yhteiskunnallisia, taloudellisia, työpaikka- ja yksilötason hyötyjä.

Yhteiskunnassa ja työelämässä tapahtuneilla muutoksilla on ollut merkittäviä vaikutusta ihmisten kokonaisyhyvinvointiin ja ne ovat muuttaneet myös hyvinvointiin liittyvien ongelmien painopistettä. Esimerkiksi yhteiskunnan vaurastuminen on vaikuttanut siihen, että arkielämän perustarpeet ovat usein kunnossa ja hyvinvoinnin kannalta keskeisiksi asioiksi nousevat ennen kuvatun Maslown tarvehierarkian (Kuva 2) ylimmät tasot: yhteisöllisyys, arvostus ja itsensä toteuttaminen. (Hämäläinen 2006, 18.) Tämän muutoksen myötä arkielämässä kohdataan kuitenkin uudenlaisia hyvinvoinnin haasteita ja ongelmia, jotka heijastuvat mm. ihmisten elämäntapoihin. Esimerkiksi alkoholin- ja päihteidenkäytöstä aiheutuvat terveysongelmat ovat lisääntyneet ja arjen rytmin muuttuminen on aiheuttanut uneen ja nukkumiseen liittyviä ongelmia. (Gould ym. 2007, 56.) Suomalaisen yhteiskunnan ja työelämän keskeiset tulevaisuuden haasteet liittyvätkin arjen hyvinvoinnissa tapahtuvaan murrokseen sekä toimintaympäristöjen muutokseen (Hämäläinen 2006, 37).

Hämäläisen (2006, 39) mukaan työelämän ja ihmisen muun elämän välillä vallitsee tällä hetkellä suhteellisen hyvä tasapaino, silti jo lähitulevaisuudessa tarvitaan uusia ja parempia toimintamalleja työvoiman hyvinvoinnin parantamiseksi. Tämä kuitenkin

edellyttää organisaatiokulttuurissa tapahtuvaa muutosta niin, että työntekijöiden hyvinvoinnille annetaan entistä suurempi painoarvo. Työntekijöiden hyvinvointia ja elämönhallintaa voidaan tukea tarjoamalla informaatiota ja kannustimia, esimerkiksi tukemalla yksilön yhteiskunnan kannalta toivottavaa käyttäytymistä ja henkilökohtaista vastuunottoa omista elämäntavoista. (Hämäläinen 2006, 39.)

Terveyden edistämisellä ja työhyvinvointitoiminnalla on monia positiivisia vaikutuksia niin liike- kuin kansantaloudellisesti. Henkilöstön hyvinvoinnin tukeminen tulisikin ottaa osaksi organisaation liiketoimintastrategiaa, jolloin sen kehittämisestä ja johtamisesta tulee suunnitelmallista toimintaa. (Kuoppala et al. 2008.) Joidenkin laskelmien mukaan organisaatio voi saada työhyvinvointiin sijoitetun summan takaisin kymmenkertaisena. (Manka ym. 2007, 22–23.) Talouden näkökulmasta työhyvinvointitoiminnan välittömiä vaikutuksia ovat mm. sairaus- ja tapaturmakulujen vähentyminen, tehokkaan työajan lisääntyminen ja yksilön tuottavuuden kasvaminen. Välillisiä vaikutuksia ovat työn tuottavuuden¹ nouseminen ja kustannusten lasku sekä lopullisia vaikutuksia tuottavuuden, kilpailukyvyn ja kannattavuuden lisääntyminen. (Ojala & Ahonen 2005, 73, Kuoppala et al. 2008.)

Terveyden, sairauksien sekä terveysriskien vaikutuksista organisaation tuottavuuteen on julkaistu monia tutkimuksia (Kirsten 2010). Työntekijöiden terveydestä onkin tullut nopeasti yksi yrityksen tai organisaation menestymisen avaintekijöistä. Esimerkiksi henkilöstön henkisten voimavarojen on todettu olevan yhteydessä toimipaikkojen tuottavuuteen (Mäki-Fränti 2009, 31) ja mm. mielenterveyshäiriöt heikentävät sitä (Chopra 2009). Monissa organisaatioissa työhyvinvointiin panostamisen hyödyt on huomattu. Viime vuosikymmenen aikana työntekijöiden työkyvyn ja hyvinvoinnin edistämiseen on kiinnitetty yhä enemmän huomiota (Forma 2008). Kirstenin (2010) mukaan nykyisten työterveysjärjestelmien riittämättömyyden myötä organisaatioissa on etsitty muita keinoja edistää työntekijöiden terveyttä ja hyvinvointia. Terveyden edistäminen ja työhyvinvointitoiminta kirjataankin yhä useammin organisaation strategiaan. Kun

¹ Tuottavuudella tarkoitetaan tuotoksen ja työpanoksen suhdetta. Tuotos on konkreettinen välitön palvelu tai suorite, joita tehty toiminta tuottaa. Työpanoksia ovat tuotosten aikaansaamiseksi käytetyt taloudelliset voimavarat tai tuotannontekijät. Terveydenhuoltopalveluiden tuottavuus on laskenut 2000-luvulla. (Mäkitalo & Ruotinen 2006, 7,33.)

vielä vuonna 2007 julkaistussa suomalaisen työelämän katsauksessa Työ ja terveys Suomessa 2006 (Kauppinen ym. 2007, 429) työhyvinvointitoiminnan rooli organisaatioiden toimintakulttuurissa nähtiin kehittämishaasteena, niin vuonna 2010 julkaistussa katsauksessa kiinnostus työhyvinvointitoimintaan oli jo kasvanut, mikä näkyi mm. ilmapiirikyselyjen ja kehittämishankkeiden lisääntymisenä. (Kauppinen ym. 2010, 246–247).

Suomalaisessa yhteiskunnassa on pitkään vallinnut ajatus siitä, ettei yksityiselämä kuulu työpaikalle. Tästä huolimatta työntekijän perheeseen, harrastuksiin ja terveyteen liittyvät asiat heijastuvat väistämättä työelämään, samoin kuin työelämä heijastuu yksityiselämään. (Rauramo 2004, 27.) Vaikka organisaatioita veloitetaan huolehtimaan työntekijöidensä hyvinvoinnista erilaisten lakien ja säädösten myötä, esimerkiksi järjestämällä työterveydenhuoltopalvelut, ei kuitenkaan tule unohtaa yksilön vastuuta omasta terveydestään (Kirsten 2010).

Edellä mainituissa työhyvinvoinnin malleissa yksilön terveys ja hyvinvointi olivat keskeisiä työhyvinvointia rakentavia ja ylläpitäviä tekijöitä. Yksilön nähdäänkin pystyvän vaikuttamaan parhaiten omaan terveyteensä. Terveyskäyttäytymisen muutos edellyttää kuitenkin tuen saamista eikä yksilön voida olettaa muuttavan tottumuksiaan ilman riittävää ja oikeanlaista tietoa, sen omaksumista ja ymmärtämistä. (Kirsten 2010, PricewaterhouseCoopers 2010.) Toisaalta tulee kuitenkin muistaa, että jos ihminen ei ole itse kiinnostunut tai halukas huolehtimaan omasta terveydestään tai hyvinvoinnistaan ei työnantajan toimilla ole suurtakaan merkitystä (Ojala & Ahonen 2005, 30).

3 TYÖIKÄISTEN HYVINVOINTI JA TERVEYSTOTTUMUKSET

3.1 Terveysalan työhyvinvointiin vaikuttavat alan erikoispiirteet

Työelämän ja yhteiskunnan muutokset ovat muovanneet sosiaali- ja terveyspalveluita viime vuosina. Muutosten lisäksi alan työ sisältää paljon erityispiirteitä, jotka vaikuttavat joko suoraan tai välillisesti työntekijöiden hyvinvointiin. Yksi terveyspalvelujen tunnuspiirteistä on alan naisvaltaisuus. Vuonna 2008 terveyspalveluissa työskenteli yhteensä 141 200 työntekijää, joista erikoissairaanhoidon piirissä 59 % eli 83 200 henkilöä. Naisten osuus terveyspalveluiden työntekijöistä oli 88 %. Koko kunnallista sosiaali- ja terveysalaa tarkasteltaessa vakituisessa työsuhteessa oli 76 % ja muussa työsuhteessa (sijaisuus, määräaikaisuus tai muu) 23 % työntekijöistä. Kokoaikaista työtä teki 88 % ja osa-aikaista 12 % henkilöstöstä. (Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen aikakausikirja 2009, 163.)

Myös suomalaisten ikärakenteen muutos heijastuu alan työntekijöihin. Alalla työskentelevän henkilöstön keski-ikä on 44.8 vuotta (Ailasmaa 2009), kun yli 45-vuotiaita pidetään jo ikääntyvinä työntekijöinä (Nurminen ym. 2004). Ihmisen ikääntyminen heikentää terveyttä ja heikentynyt terveys puolestaan vaikuttaa toimintakykyyn, minkä vuoksi ikääntymisen vaikutuksia työntekoon ei voida vähätellä. Henkilöstön ikääntyminen edellyttääkin organisaatiolta työntekijän työ- ja toimintakyvyn huomioon ottamista entistä paremmin. (Ilmarinen 2006, 104, 186.)

Erilaisten alaan vaikuttavien erikoispiirteiden lisäksi Saaren ym. (2005, 29–30) tutkimuksesta selviää että toimialoittain tarkasteltuna terveysalalla on tapahtunut eniten työmenetelmien ja organisaation muutoksia, jotka ovat kohdistuneet erityisesti sairaala- ja terveyskeskusympäristöihin. Näillä muutoksilla nähdään olevan vaikutuksia työntekijöiden hyvinvointiin, koska muutos tarkoittaa aina perusturvallisuuden järkkymistä. Nykyisen työelämän ongelmana nähdäänkin se, että muutokset seuraavat toisiaan liian nopeasti, eikä henkilöstö pysty sopeutumaan niihin riittävästi. (Tammi 2007, 3.) Tämän lisäksi Groanen (2005) mukaan

sairaaloissa tapahtuvaan terveyden edistämistoimintaan liittyy ristiriitoja, esimerkiksi henkilöstön terveyttä vaarantavia tekijöitä tunnistetaan heikosti.

3.2 Hyvinvointi ja terveystottumukset

Terveelliset elämäntavat ovat keskeisiä tekijöitä terveyden ja työkyvyn ylläpitämisessä ja sairauksien ehkäisyssä. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin terveyden edistämisen toimintaohjelmaan valitut terveysteemat ovat mielen hyvinvointi - kokonaisvaltainen näkökulma ihmisen hyvinvointiin (mm. uni, lepo, palautuminen, stressin hallinta, sosiaaliset suhteet, masennuksen ehkäisy), liikuntaan kannustaminen (mm. kunto- ja terveystoiminta, toimintakyvyn ylläpitäminen), terveellinen ruokailu (mm. ylipainoinen ehkäisy, terveellinen ravinto, ateriarytmi), alkoholin haitallisen käytön ja riippuvuuksien ehkäisy sekä tupakoimattomuus. (Terveyden edistämisen toimintaohjelma 2009–2013.) Koska sairaanhoitopiirin henkilöstö koostuu monenlaisista työntekijöistä eri koulutus- ja toimialoilta (hoitohenkilöstö 54 %, muu henkilöstö 36 %, lääkärit 10 %) (Vakanssilista 5/2010 KSSHP), ja hyvinvointia sekä terveystottumuksia on kartoitettu vain vähäisesti, terveysteemojen tarkastelun lähtökohtana käytetään suomalaisesta työväestöstä raportoituja tuloksia.

3.2.1 Koettu terveys, työkyky ja pitkäaikaissairaudet

Koettu terveydentila on yksi yleisimmin väestöntutkimuksessa käytetyistä mittareista ja se antaa tietoa ihmisen omasta arviosta siitä, millaiseksi hän terveydentilansa kokee. Koetun terveydentilan on todettu olevan yhteydessä mm. toimintakykyyn, sairastavuuteen ja kuolleisuuteen (Musakka 2008, Rahkonen ym. 2004). Tutkimusten mukaan kaksi kolmasosaa suomalaisesta työväestöstä kokee terveydentilansa melko hyväksi tai hyväksi (Perkiö-Mäkelä ym. 2010a, 18), pohjoismaisessa tarkastelussa suomalaiset arvioivat terveydentilansa kuitenkin muita maita huonommaksi. (Manderbacka 2005.)

Rahkosen ym. (2004) mukaan suomalaisten koettu terveys on parantunut viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana, samaan aikaan terveyteen vaikuttavat sosioekonomiset erot, kuten koulutus ja työmarkkina-asema, ovat pysyneet ennallaan. Miehet ja naiset arvioivat terveytensä melko samankaltaiseksi, mutta esimerkiksi ikäryhmittäin tarkasteltuna koettu terveydentila heikkenee lineaarisesti iän kasvaessa. Viime vuosikymmenenä myönteistä kehitystä on kuitenkin tapahtunut erityisesti keski-ikäisten joukossa. Alemmissa koulutus-, ammatti- ja tuloryhmissä koettu terveys arvioidaan pääsääntöisesti huonommaksi kuin pitkän koulutuksen, toimihenkilöiden tai ylempään tuloryhmään kuuluvien keskuudessa. (Forma ym. 2003, 13, Manderbacka 2005).

Koskisen ym. (2006) mukaan työikäisen väestön koettu terveydentila on voimakkaasti yhteydessä myös koettuun työkykyyn. Suomalaiset työntekijät kokevat työkykynsä pääosin hyväksi, eikä arvio ole muuttunut viime vuosina (Perkiö-Mäkelä ym. 2010a, 18). Sukupuolet arvioivat työkykynsä samanlaiseksi ja ikäryhmittäin mentäessä vanhempiin ikäryhmiin arvio omasta työkyvystä heikkeni (Husman & Husman 2007). Terveiden ja työkyvyn suhdetta tarkasteltaessa on kuitenkin huomioitava, ettei hyväksi koettu terveys aina merkitse hyväksi koettua työkykyä. Tutkimuksista onkin käynyt ilmi, että niistä jotka pitivät terveydentilaansa hyvänä, osa arvioi työkykynsä rajoittuneeksi. Samaten jos terveydentila arvioitiin huonoksi, työkykyä voitiin pitää hyvänä. (Koskinen ym. 2006.)

Työkyvyn rajoittuneisuus ilmeni yleisemmin pitkäaikaissairaiden ryhmässä (Koskinen ym. 2006). Joka seitsemäs työikäisestä väestöstä kärsii jostakin pitkäaikaissairaudesta, joka haittaa työtä. (Perkiö-Mäkelä ym. 2010a, 18.) Koetun terveyden ja pitkäaikaissairastavuuden kehityssuunnat ovat olleet vastakkaiset: koetun terveyden parantuessa, pitkäaikaissairastavuus on lisääntynyt. Huomattavaa kuitenkin on, että pitkäaikaissairauden aiheuttamat haitat eivät ole elinolotutkimuksen mukaan lisääntyneet. (Manderbacka 2005.)

Vuonna 2005 sosiaali- ja terveysalalla henkilöstö arvioi terveytensä ja työkykynsä pääsääntöisesti hyväksi. Alalla kuitenkin esiintyi enemmän sairauspoissaoloja kuin muiden ammattihenkilöiden joukossa. Sosiaali- ja terveysalan työoloja ja

hyvinvointia selvittävän tutkimuksen mukaan 76 % vastaajista piti koettua terveydentilaansa hyvänä, kun taas huonona 4 %. Työkykynsä hyväksi arvioi 38 % ja heikoksi 11 % vastaajista. Sairaalassa työssä olevien koettu terveydentila vastasi alan keskiarvoa ja työkykyarviot olivat puolestaan keskiarvoa paremmat. (Laine ym. 2006, 6, 84–85.) Vuoden 2009 Työ ja terveys – haastattelututkimuksessa sosiaali- ja terveystalveissa työskentelevistä 23 % koki terveytensä erittäin hyväksi, 50 % melko hyväksi, 24 % keskinkertaiseksi ja 3 % melko huonoksi. Kukaan ei ilmoittanut kokevansa terveyttään erittäin huonoksi. Työkyvyn osalta vastaajista 81 % koki fyysisen ja 87 % henkisen työkykynsä vähintään melko hyväksi. (Perkiö-Mäkelä ym. 2010b, taulukko 110,121–122.)

Ammattiryhmittäin tarkasteltuna terveys koettiin yleisimmin hyväksi mielenterveytyksen parissa toimivien keskuudessa ja harvimminkin vuodeosaston työntekijöillä. Työkykynsä puolestaan heikoimmaksi arvioivat mm. avustavat hoitohenkilöt ja perushoitajat. (Laine ym. 2006, 84–85.) Laaksosen ym. (2003) tekemässä tutkimuksessa tarkasteltiin terveydenhuollon naistyöntekijöiden terveyden tilaa. Tutkimustulosten mukaan naislääkärit kokivat terveydentilansa huonoksi tai kohtalaiseksi muita harvemmin ja sairaanhoitajien koettu terveys oli puolestaan parempi kuin perushoitajilla tai avustavaan hoitohenkilöstöön kuuluvilla. Naisilla haittaavaa pitkäaikaissairautta esiintyi eniten perushoitajien ryhmässä.

3.2.2 Mielen hyvinvointi

Mielenterveys on yksi ihmisen tärkeimmistä voimavaroista ja sillä on tärkeä merkitys ihmisen elämänlaatuun, terveyteen ja toimintakykyyn. Mielenterveyttä määrittävät biologiset (perintätekijät, terveys), psykologiset (itsetunto) ja sosiaaliset (vuorovaikutus, sosiaaliset suhteet) tekijät eri vuorovaikutuksineen. (Bäckmand & Lönnqvist 2009.) Nordlingin (2010) mukaan mielenterveyden edistämässä keskeistä on salutogeeninen näkökulma, mutta käytännössä patogeenista ja salutogeenista näkökulmaa ei voida täysin erottaa toisistaan. Tässä tutkimuksessa mielenterveyttä lähestytään positiivisesta mielen hyvinvoinnin näkökulmasta, lisäksi huomiota kiinnitetään masennukseen sen ollessa yleinen kansanterveysongelma

johon joka viides suomalainen sairastuu elämänsä aikana (Melartin & Vuorilehto 2009).

Eri työhyvinvoinnin määritelmässä ihmisen yksityiselämällä on keskeinen vaikutus työhyvinvointiin, mutta silti työssä käyvien mielenterveyttä tutkittaessa huomio kiinnitetään useimmiten niihin vaikutuksiin, joita työllä on mielen hyvinvointiin tai pahoinvointiin (kts. Laine ym. 2006, Perkiö-Mäkelä 2010a). Väestön yleistä terveyttä ja hyvinvointia kartoittavissa tutkimuksissa mielenterveyteen ja mielen hyvinvointiin liittyviä tekijöitä on selvitetty pääosin kielteisestä negatiivisten tuntemusten näkökulmasta. Esimerkiksi Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys (AVTK) – tutkimuksessa vastaajilta kysyttiin jännittyneisyyden tai stressin kokemista, hermostuneisuutta, mielialan matalaksi tuntemista, alakuloisuutta ja apeuden tuntemista viimeisen kuukauden aikana. Positiivisia mielen hyvinvointiin liittyviä kysymyksiä olivat ainoastaan onnellisuuden ja rauhallisuuden tunteminen. (Helakorpi ym. 2010.)

Kuinka mielen hyvinvointia sitten voidaan edistää? Mielen hyvinvointi on yksi työhyvinvoinnin kulmakivistä ja työhyvinvointitoiminnalla pyritään vaikuttamaan niihin tekijöihin jotka uhkaavat sitä (Kivistö ym. 2008, 28). Esimerkiksi monilla terveystottumuksilla on huomattu olevan yhteys mielenterveyteen. Mm. liikunnan on todettu kohentavan psyykkistä hyvinvointia (Liikunta ja mielenterveys 2008, 3) ja ruokavaliolla on todettu olevan yhteys masennukseen. Akbaralyn et al. (2009) tutkimuksesta selvisi, että paljon prosessoituja ruokia syöville oli 58 % suurempi riski sairastua masennukseen kuin vain vähän teollista ruokaa syöville. Espanjalaistutkimuksesta taas ilmeni, että välimerellistä ruokavaliota noudattavat sairastuivat masennukseen kolmanneksen epätodennäköisemmin kuin muita ruokavaliota noudattavat (Sánchez-Villegas et al. 2009). Myös alkoholin väärinkäytön tai alkoholiriippuvuuden on todettu lisäävän vakavan masennuksen riskiä (Fergusson et al. 2009).

Terveystottumusten lisäksi sosiaalisella kanssakäymisellä nähdään olevan tärkeä merkitys ihmisen mielenterveyteen ja mielen hyvinvointiin. Rauramo (2004) kuvasi yhteisöllisyyttä liittymisen tarpeen kautta: jokaisella ihmisellä on tarve kuulua

johonkin yhteisöön, oli se sitten perhe tai harrastusseura. Yhteisöllisyys ja yhteisöön kuuluminen on tärkeää myös työelämässä, se mm. tukee työntekijän terveyttä, hyvinvointia, oppimista ja tuloksellisuutta. Yhteisöön kuuluminen luo sosiaalista pääomaa, eli luottamusta, vastavuoroisuutta ja verkostoitumista, joka hyödyttää yhteisöä ja siinä vaikuttavia yksilöitä. Vaikka yhteisöllisyys on pääosin hyvä ja toivottava asia voi sillä olla myös negatiivisia piirteitä, esimerkiksi liian tiiviissä yhteisössä voi esiintyä kiusaamista tai kuppikuntaisuutta. (Manka ym. 2007, 16.)

Vaikka mielenterveyden edistämisessä painotetaan salutogeenista näkökulmaa myös mielen hyvinvointia heikentäviin ja uhkaaviin tekijöihin kuten stressiin ja masennusoireisiin tulisi kiinnittää huomiota. Masennus laskee työ- ja toimintakykyä, joten sen ehkäisyn kannalta riskitekijöiden ja oireiden varhainen tunnistaminen on tärkeää (Norling 2010). Masennukseen sairastumiseen vaikuttavat yleensä monenlaiset perinnölliset, biologiset ja ympäristöön liittyvät tekijät eri yhteisvaikutuksineen. Masennuksen riskitekijöitä ovat esimerkiksi pitkään jatkunut stressi ja pitkäaikainen ruumiillinen sairaus. Myös lapsuudessa koettu henkinen tai fyysinen kaltoinkohtelu altistaa masennukselle aikuisiässä. Sukupuolittain tarkasteltuna naiset sairastuvat useammin kuin miehet. (Melartin & Vuorilehto 2009.) AVTK – tutkimuksen mukaan 17 % työikäisistä miehistä ja 20 % naisista raportoi tuntevansa stressiä ja jännitystä tavallista enemmän. Masennusta sairasti 5 % miehistä ja 8 % naisista. (Helakorpi 2010, 44, 51.) Sosiaali- ja terveystieteissä vähintään jonkin verran stressiä ilmoitti kokevansa 37 % vastaajista (Perkiö-Mäkelä ym. 2010b, taulukko 117).

3.2.3 Nukkuminen ja uni

Unen yhteys ihmisen terveyteen ja toimintakykyyn on tutkimusten mukaan vahva. Unen määrä on yhteydessä niin fyysisiin (elimistön fysiologia) kuin psyykkisiin (muisti ja mieliala) tekijöihin. Unen tarve vaihtelee henkilöittäin ja sopivan unen määrä sijoittuu yleensä kuuden ja yhdeksän tunnin välille (Huttunen 2010). Työolotutkimuksen mukaan nukkumiseen ja uneen liittyvät vaikeudet ovat

lisääntyneet työntekijöiden keskuudessa viime vuosikymmeninä. (Härmä & Sallinen 2006.)

Vuorotyöllä on todettu olevan monenlaisia negatiivisia vaikutuksia terveyteen (Kogi 2005). Esimerkiksi tavanomaisiin päivätyötä tekeviin verrattaessa vuorotyötä tekevillä esiintyy enemmän uneen liittyviä häiriöitä (Åkerstedt & Wright. 2009) ja vuorotyö on julistettu todennäköiseksi karsinogeeniseksi tekijäksi (Härmä 2009). Lisäksi vuorotyön on todettu aiheuttavan mm. stressiä, häiritsevän normaalia ruokailurytmiä ja vaikuttavan häiritsevästi työntekijän yksityiselämään (Wong et al. 2010).

Univajeen, yhdessä kiireen ja epäsäännöllisten työaikojen kanssa, on havaittu lisäävään tupakointia ja fyysistä passiivisuutta. Sillä on myös todettu olevan negatiivisia vaikutuksia ravitsemukseen ja terveellisten elämäntapojen ylläpitämisessä. (Härmä & Sallinen 2006.) Bushnell et al. (2010) raportoivat erityisesti pitkien työvuorojen, yö- ja vuorotyön olevan yhteydessä riittämättömään unen määrään ja tupakointiin. Yhteyksiä löytyi myös yövuorojen ja korkean painoindeksin sekä pitkien työvuorojen, vuorotyön ja vähäisen liikunnan väliltä. Eniten yhteyksiä epäterveelliseen terveystkäyttämiseen löytyi pitkiä ja vaihtelevia vuoroja tekeviltä työntekijöiltä. Lyytikäisen et al. (2010) mukaan nukkumiseen ja uneen liittyvien ongelmien ja merkittävän painon nousun välinen yhteys esiintyi erityisesti naisten keskuudessa. Painonnousun riskin todettiin olevan suurempi niillä, jotka kärsivät säännöllisistä univaikeuksista. Toisaalta uneen liittyvät ongelmat saattavat johtua myös elämäntilanteesta, sairauksista tai haitallisista terveystottumuksista kuten alkoholin käytöstä (Partonen 2009, Huttunen 2010).

Vuoden 2006 Työ ja terveys Suomessa -katsauksen mukaan univaikeuksista raportoi joka kolmas vastaajista ja unihäiriöitä esiintyi 24 % miehistä ja 20 % naisista (Laitinen ym. 2007). Vuonna 2009 univaikeuksia puolestaan raportoi 22 % miehistä ja 19 % naisista (Laitinen ym. 2010). Työ ja terveys – haastattelututkimuksen mukaan työssä olevat nukkuvat keskimäärin seitsemän tuntia vuorokaudessa.

Vuonna 2009 sosiaali- ja terveystalveluiden työntekijöistä 80 % ilmoitti nukkuvansa 6,5–8,5 tuntia vuorokaudessa ja 16 % nukkui vähemmän kuin kuusi tuntia. (Perkiö-Mäkelä ym. 2010b, taulukko 132.) Terveystalveluissa tehdään paljon epäsäännöllistä vuorotyötä ja Saaren ym. (2005, 10) tutkimuksessa vuorotyötä tekevien osuus oli 45 %. Hakola et al. (2010) tutkivat työvuorojen välisen vapaa-ajan pituuden vaikutuksia hoitajien hyvinvointiin. Tutkimustulosten mukaan ergonomisella työvuorojen suunnittelulla, jossa otetaan huomioon mm. työvuorojen järjestäminen, niin ettei aamuvuoro seuraa iltavuoroa, havaittiin olevan positiivisia vaikutuksia hoitajien fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin kaikissa ikäryhmissä. Työvuorojen välisen vapaa-ajan pidentäminen paransi vireyttä, työssä jaksamista sekä unen määrää että laatua. Myös Sallinen ja Kecklund (2010) raportoivat samankaltaisia tuloksia vuorotyön ja univajeen välillä. Työvuorojen välinen vähintään 12 tunnin vapaajakso jäi usein toteutumatta esimerkiksi iltavuoro-aamuvuoro-yhdistelmässä. Työvuorosuunnittelussa tulisikin suosia myötäpäivään kiertäviä vuoromalleja.

3.2.4 Liikunta

Riittävä määrä fyysistä aktiivisuutta päivittäin tai lähes päivittäin toteutettuna edistää ihmisen hyvinvointia, terveyttä ja työkykyä. Tutkimusten mukaan liikunta ylläpitää toimintakykyä, vähentää kuolleisuutta ja joidenkin kansansairauksien riskiä. Sillä on monenlaisia positiivisia terveystalveluksia ja esimerkiksi lihavuuden, unen ja liikunnan väliltä on löydetty yhteys. Liikunnalla on todettu olevan myönteinen yhteys myös henkiseen hyvinvointiin, joten sitä on käytetty apuna mm. masennuksen hoidossa. (Rauramo 2004, 54, Fogelholm ym. 2007, 21–22, Kiiskinen ym. 2008, 30–32.)

Sopivasta liikunnan määrästä, laadusta ja kestosta on monenlaisia suosituksia (Fogelholm ym. 2007, 22–24, Kiiskinen ym. 2008, 30). Liikunnan terveyshyötyjen on kuitenkin todettu kasvavan liikunnan määrän ja kuormituksen lisääntyessä (Vuori 2008). Terveystalveluden kannalta riittävänä liikuntana eli terveystalveluden liikuntana pidetään UKK-instituutin suosituksen mukaan reipasta kestävyystalvelustyypistä liikkumista, jota tulisi

harrastaa vähintään kaksi ja puoli tuntia viikossa. Lisäksi rasittavaa kestävyysliikuntaa tulisi harrastaa ainakin tunnin ja viisitoista minuuttia viikossa ja lihaskuntaa ja liikehallintaa tulisi kohentaa ainakin kahdesti viikossa. Suosituksen mukaan liikkuminen olisi hyvä jakaa useammalle, ainakin kolmelle, päivälle viikossa. (UKK-instituutti 2009, Helakorpi ym. 2010, 18.)

Käypä hoito – suosituksen mukaan terveyden edistämiseksi ja säilyttämiseksi terveeseen aikuisen tulisi harrastaa kohtalaisesti kuormittavaa kestävyysliikuntaa vähintään 30 minuuttia päivässä vähintään neljästi viikossa, tai vastaavasti raskasta liikuntaa 20 minuuttia päivässä kolmena päivänä viikossa. Suosituksen mukaan päivän 30 minuutin kestoinen kohtuukuormitteinen liikunta voidaan koostaa myös vähintään 10 minuutin jaksoista. Lisäksi lihasten voimaa ja kestävyyttä ylläpitävää tai lisäävää liikuntaa tulisi harrastaa vähintään kahtena päivänä viikossa. (Liikunnan Käypä hoito – suositus 2008.)

Sosiaali- ja terveystietomuksesta (2010, 31) ilmenee, että vain kolmasosa suomalaisista liikkuu terveytensä kannalta riittävästi. AVTK-tutkimuksen mukaan UKK-instituutin terveystietomuksien mukaisesti liikkui kuitenkin vain 11 % työikäisestä väestöstä. Vastaajista 85 % ilmoitti harrastavansa jotakin säännöllistä liikuntaa. Kolme kertaa tai useammin viikossa liikkui 50 % miehistä ja 56 % naisista. Liikuntaa vähintään neljä tuntia viikossa harrasti 48 % ja kuntoliikuntaa vähintään kolme tuntia 20 % vastaajista. Vapaa-ajanliikuntaa vain muutaman kerran vuodessa tai harvemmin harrasti miehistä 11 % ja naisista 10 %. (Helakorpi ym. 2010, 27, 145, 148, 174.) Työ ja terveys Suomessa 2009 – katsauksen mukaan miehistä liikkumattomia² oli 22 % ja naisista 14 % (Laitinen ym. 2010).

Vuonna 2009 59 % sosiaali- ja terveystietomuksen työntekijöistä harrasti kuntoilua vähintään kolme kertaa viikossa (Perkiö-Mäkelä ym. 2010b, taulukko 126). Ammattiryhmittäin tarkasteltuna yli puoli tuntia kestävästä vapaa-ajanliikuntaa, jossa ainakin lievästi hikoili tai hengästyti, vähintään kaksi kertaa viikossa harrasti lääkärimiehistä 62 %, -naisista 60 % ja sairaanhoitajista niin ikään 60 %. Harvemmin

² Liikkumaton: harrastaa kuntoliikuntaa vain muutamia kertoja vuodessa (Laitinen ym. 2010).

kuin kerran viikossa liikuntaa harrastavia oli mieslääkäreistä 13 %, naislääkäreistä 14 % ja sairaanhoitajia 12 %. (Heponiemi ym. 2008, 12, 23.)

Yksi keskeinen päivittäinen työkäisen terveystuokuntaan vaikuttava tekijä on työmatkaliikunta. Reippaasti kävellen tai pyöräillen tehdyt työmatkat täyttävät terveystuokunnan tunnusmerkit ja edistävät terveyttä. (Vuori 2005.) Vuoren (2009) mukaan työmatkaliikunta on vähentynyt viime vuosina. Vuonna 2009 AVTK-tutkimukseen vastanneista työmatkoihin pyöräillen tai kävellen käytti alle 30 minuuttia 24 % miehistä ja 32 % naisista. Vähintään 30 minuuttia työmatkaansa käytti 9 % miehistä ja 11 % naisista. Miehistä 47 % ja naisista 35 % ilmoitti kulkevansa työmatkansa kokonaan moottoriajoneuvolla. (Helakorpi ym. 2010, 143.)

3.2.5 Ravitseminen ja ruokailutottumukset

Oikeanlainen ravitseminen ja terveelliset ruokailutottumukset ovat yksi keskeisimmistä ihmisen terveyteen vaikuttavista tekijöistä. Ruokavaliolla on myös suuri merkitys kansansairauksien ehkäisyssä. Suomalaista väestöä tarkasteltaessa naisten ruokailutottumukset ovat terveellisemmät ja lähempänä ravitsemussuosituksia kuin miesten. (Kiiskinen ym. 2008, 32, 34, Sosiaali- ja terveystuokertomus 2010, 30.)

AVTK-tutkimuksessa on selvitetty monipuolisesti suomalaisten ravitsemusta. Ruokailutottumukset ovat kehittyneet myönteisesti tutkimusjakson aikana 1979-luvulta lähtien. Vuoden 2009 tutkimustulosten mukaan yleisimmin leivän päällä käytettävä rasva oli levite, jossa enintään 40 % rasvaa (49 % vastaajista) ja ruuan valmistuksessa kasviöljy (54 % vastaajista). Tuoreita kasviksia käytti 6-7 päivänä viikossa 43 %, kypsennettyjä kasviksia 12 % sekä hedelmiä ja marjoja 32 % vastaajista. (Helakorpi ym. 2010, 23, 92, 94, 107–109.) Sosiaali- ja terveystuokertomuksen (2010, 30–31) mukaan väestön rasvojen käyttö on vähentynyt ja kovista rasvoista on siirrytty osittain pehmeisiin, kasvien käyttö on edelleen liian vähäistä suosituksiin nähden ja virvoitusjuomien, mehujen ja alkoholijuomien kulutus näyttää olevan kasvussa.

Työikäisen ravitsemukseen liittyy keskeisesti työaikainen ruokailu. Joukkoruokailulla on todettu olevan monia positiivisia vaikutuksia terveellisten ruokailutottumusten edistämisessä. Se mm. ohjaa ruuan valintaa, ruokamieltymyksiä sekä edistää psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia. Työntekijälle ruokailun tarjoama tauko antaa mahdollisuuden lepoon ja virkistymiseen. (Kiiskinen ym. 2008, 33, Joukkoruokailun kehittäminen Suomessa 2010, 18–19.) Tutkimusten mukaan henkilöstöravintoloiden käyttäjillä on myös paremmat ruokavalinnat, esimerkiksi vihanneksia ja kalaa syödään useammin kuin muissa lounasvaihtoehdoissa. Henkilöstöravintolassa syöty ateria on usein myös ainut päivässä syöty lämmin ateria. (Raulio ym. 2004, Kiiskinen ym. 2008, 33.) Vuonna 2010 työpaikkaruokailu oli järjestetty 93 % kuntatyöpaikoista, mutta niiden käyttöaste oli vain 37 % (Aura ym. 2010, 27). Sosiaali- ja terveyspalveluiden työntekijöistä 62 % oli mahdollisuus käyttää henkilöstöravintolaa. Kysyttäessä ruokailua työpäivän aikana kuitenkin vain 36 % ilmoitti syövänsä työpaikkaruokalassa ja 50 % söi omia eväitä. (Perkiö-Mäkelä ym. 2010b, taulukko 134–135.)

Ravitsemukseen, energiansaantiin ja kulutukseen liittyy myös painonhallinnan näkökulma. Ylipaino³ tai lihavuus⁴ on tavallinen elintavoista johtuva terveysongelmia suomalaisten keskuudessa ja lihomista pidetään yhtenä suomalaisten terveyttä uhkaavista tekijöistä. Sukupuolittain tarkasteltuna ylipaino on lisääntynyt viime vuosikymmenien aikana erityisesti miehillä. (Heliövaara & Rissanen 2007, Kiiskinen ym. 2008, 34, Sosiaali- ja terveystietokeskus 2010, 29.) Tuoreimman AVTK 2009 – tutkimuksen mukaan 42 % työikäisistä miehistä ja 28 % naisista on ylipainoisia ja 16 % miehistä ja 14 % naisista lihavia (Helakorpi ym. 2010, 140). Vuonna 2009 tehdyn Työ ja terveys – haastattelututkimuksen mukaan sosiaali- ja terveyspalveluiden työntekijöistä 33 % oli ylipainoisia ja 14 % lihavia (Perkiö-Mäkelä 2010b, taulukko 127). Ammattiryhmittäin tarkasteltuna lääkärimiehistä ylipainoisia 50 % ja -naisista 25 % sekä lihavia miehistä 8 % ja naisista 6 %. Sairaanhoidajista puolestaan ylipainoisia oli 46 % ja lihavia 14 %. (Heponiemi ym. 2008, 12, 23.)

³ Ylipaino: painoindeksi ≥ 25 kg/m²

⁴ Lihavuus: painoindeksi ≥ 30 kg/m²

3.2.6 Alkoholi

Alkoholijuomien kulutus on kasvanut Suomessa 1960-luvulta lähtien ja vuonna 2009 100 % alkoholia kulutettiin 10.2 litraa asukasta kohden (Kiiskinen ym. 2008, 37, Karlsson & Virtanen 2010). Liiallisella alkoholinkäytöllä⁵ on tunnetusti monenlaisia negatiivisia vaikutuksia ihmisen terveyteen ja hyvinvointiin. Sillä on todettu olevan yhteys moniin fyysisiin ja psyykkisiin sairauksiin sekä haitalliseen sosiaaliseen käyttäytymiseen. (Alkoholi ja perusterveydenhuolto 2006, 6.) Alkoholin käytöllä ja siitä aiheutuvilla haitoilla on huomattavia vaikutuksia myös yksilön työkykyyn ja tuottavuuteen (Kaarne & Aalto 2009, Kivistö ym. 2010, 14).

Alkoholinkäytöllä on yhteys negatiivisiin elämäntapoihin kuten tupakointiin (Coulson et al. 2010) ja vähäiseen fyysiseen aktiivisuuteen (Liangpunsakul et al. 2010). Myös ravitsemuksen näkökulmasta alkoholin käyttöön tulisi kiinnittää huomiota sen sisältämän suuren energiamäärän vuoksi. Jo kohtuullinen käyttö ruuasta saatavan energian lisäksi voi lisätä lihavuuden riskiä. Runsaalla alkoholinkäytöllä on lisäksi epäedullisia vaikutuksia muuhun ravitsemukseen ja runsaasti alkoholia juovat kuluttavat esimerkiksi maitovalmisteita, vihanneksia ja hedelmiä keskimääräistä vähemmän. (Suomalaiset ravitsemussuositukset 2005, 33–34.)

Tavallinen alkoholin käyttömäärää kuvaava testi on WHO:n kehittämä AUDIT (Alcohol Use Disorders Identification Test). Tässä tutkimuksessa käytetään AUDIT-C-testiä, joka muodostuu AUDIT-testin kolmesta ensimmäisestä, alkoholin käyttökertoja, tyypillisesti juodun alkoholin määrää ja kerralla juotujen annosten määrää koskevista kysymyksistä. (Alkoholi ja perusterveydenhuolto 2006, 7, Bradley et al. 2007, Kivistö ym. 2010, 24.) AUDIT-C-testissä käytettävät rajat ovat vaihdelleet niin kansainvälisissä kuin kotimaisissa tutkimuksissa. Esimerkiksi liikakäytön rajoina on käytetty miehillä ≥ 5 ja naisilla ≥ 4 pistettä (Alkoholi ja perusterveydenhuolto 2006, 8), vastaavasti Työ ja terveys –

⁵ Liiallinen alkoholin käyttö eli liikakäyttö voidaan jakaa alkoholin *riskikäyttöön* (suurkulutuksen rajat ylittävät, mutta alkoholihaittoja ei ole ilmennyt), alkoholin *haitalliseen käyttöön* (alkoholin aiheuttamia haittoja ilmennyt, mutta ei riippuvuutta) ja *alkoholiriippuvuuteen* (alkoholismi) (Aalto & Seppä 2009, Kivistö ym. 2010, 20)

haastattelututkimuksessa riskikäytön pisterajaa on pidetty molemmilla sukupuolilla ≥ 5 (Perkiö-Mäkelä 2010a, kuva 129).

Suomalaista työikäistä väestöä tarkasteltaessa AVTK-tutkimuksen mukaan viimeisen 12 kk aikana alkoholia ei ollut käyttänyt lainkaan 12 % vastaajista. Vähintään kerran viikossa tai useammin joi 38 % vastaajista ja 14 % joi kuusi tai useamman annoksen vähintään kerran viikossa. (Helakorpi ym. 2010, 126, 136–137.) Perkiö-Mäkelän ym. (2010a, kuva 129) mukaan 36 % kaikista työssäkäyvistä kuuluu alkoholin käytön suhteen riskiryhmään (AUDIT-C ≥ 5 pistettä). Sosiaali- ja terveyspalveluissa vastaava luku on 17 % (Perkiö-Mäkelä 2010b, taulukko 129).

Ammattiryhmittäin tarkasteltuna Terveystieteiden tutkimuskeskuksen naistyöntekijöiden terveyskäyttäytymistä käsittelevän tutkimuksen mukaan runsas alkoholin käyttö (yli 10 annosta viikossa) oli yleisintä lääkäreillä, kun taas runsas kertajuominen (vähintään 6 alkoholiannosta) perushoitajien ja avustavan hoitohenkilökunnan keskuudessa. Vähintään kuusi ravintola-annosta kerralla kerran viikossa tai useammin ilmoitti juovansa mieslääkäreistä 12 %, naislääkäreistä 2 % (Elovainio ym. 2007) ja sairaanhoitajista 3 % (Heponiemi ym. 2008, 23).

3.2.7 Tupakkatuotteiden käyttö

Tupakoinnin aiheuttamat terveyshaitat niin tupakoitsijalle itselleen kuin muille savulle altistuville ovat yleisesti tiedossa (Kiiskinen ym. 2008, 36). Tupakointi ja sen savulle altistuminen aiheuttaa mm. ennenaikaisia kuolemia ja monenlaisia terveyshaittoja sekä heikentää terveyteen liittyvää elämänlaatua (WHO 2009, 20–22). Suomessa työpaikan savuttomuutta säätelevät tupakkalaki, valtioneuvoston päätös tupakansavusta, työturvallisuuslaki, terveydensuojelulaki ja työterveyshuoltolaki. Yhä useammat yritykset ja organisaatiot ovat ottaneet tavoitteekseen täysin savuttoman työympäristön järjestämisen. (Tavoitteena savuton työpaikka 2006.)

Tupakasta vapaat työpaikat eivät suojele ainoastaan savuttomia työntekijöitä, vaan niillä on myönteisiä vaikutuksia myös tupakoitsijoihin. Tutkimustulosten mukaan

savuttomilla työpaikoilla tupakoinnin esiintyvyys väheni keskimäärin 3,8 %. Tupakoitsijoilla tupakan kulutus väheni noin 3 tupakalla päivässä ja tupakan kokonaiskulutus väheni keskimäärin 29 %. Savuttomassa ympäristössä työskentelevien huomattiin lopettavan tupakointi lähes kaksi kertaa todennäköisemmin kuin niissä työpaikoissa, joissa tupakointia ei ollut kielletty. (WHO 2009, 29). Nykäsen (2009) mukaan yhden työntekijän tupakoinnista aiheutuu organisaatiolle jopa 2500 euron lisäkustannukset vuosittain. Tupakasta vieroitus, kuten neuvonta, tuki ja/tai lääkehoito, nähdäänkin kannattavana toimintana niin terveyden edistämisen, kuin talouden näkökulmista.

Vuonna 2009 suomalaisista työikäisistä miehistä tupakoi päivittäin 22 % ja naisista 16 %. Tutkimustulosten mukaan miesten tupakointi on vähentynyt tasaisesti 1970-luvun lopusta lähtien, kun taas naisten tupakointi on pysytellyt pitkään samalla tasolla, mutta viime vuosina kääntynyt laskuun. (Helakorpi ym. 2010, 12–13) Vuoden 2009 Työ ja terveys – haastelututkimuksessa 49 % vastaajista ei ollut koskaan tupakoinut (Perkiö-Mäkelä ym. 2010a, kuvio 131). Tupakoinnin lopettamishalut ovat lisääntyneet 2000-luvun puolivälistä alkaen. Vuonna 2009 tupakoinnin lopettamishalukkuutensa ilmaisi 58 % miehistä ja 61 % naisista. Lopettamista oli puolestaan vakavasti yrittänyt 40 % miehistä ja 43 % naisista viimeisen vuoden aikana. (Helakorpi ym. 2010, 14.)

Työ ja terveys – haastattelututkimuksen mukaan sosiaali- ja terveyspalveluiden työntekijöistä päivittäin tupakoi 16 % ja satunnaisesti 4 % vastaajista. 22 % oli lopettanut tupakoinnin yli kuusi kuukautta sitten ja 57 % ei ollut koskaan tupakoinut. (Perkiö-Mäkelä ym. 2010b, taulukko 131.) Terveydenhuollon naistyöntekijöiden tupakointia ammattiryhmittäin tarkasteltuna tupakointi oli yleisintä avustavan hoitohenkilökunnan keskuudessa (40 %) (Laaksonen 2003). Sairaanhoitajista säännöllisesti tupakoi 12 % (Heponiemi ym. 2008, 23). Lääkäreiden ammattiryhmässä miehistä tupakoi päivittäin 6 % ja satunnaisesti 13 % sekä naisista päivittäin 2 % ja satunnaisesti 4 % (Hokkinen ym. 2009).

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimus toteutetaan pilottitutkimuksena ja se on osa Keski-Suomen sairaaloita koskevaa terveyden edistämisen toimintaohjelmaa vuosille 2009–2013. Pilottitutkimuksen tarkoituksena on ensisijaisesti kerätä pohjatietoa Keski-Suomen sairaanhoitopiirin sairaaloiden henkilöstön koetun hyvinvoinnin tilasta, terveystottumuksista sekä niihin liittyvistä tekijöistä työhyvinvointitoimenpiteiden suunnittelemiseksi. Tutkimuksen myötä henkilöstön hyvinvointiin ja terveystottumuksiin liittyvien tekijöiden kehitystä seurataan uusimalla tutkimus säännöllisin väliajoin.

Aineisto kerätään kyselytutkimuksena ja sen avulla pyritään vastaamaan seuraaviin tutkimustehtäviin:

- 1. Millainen on Keski-Suomen sairaanhoitopiirin sairaaloiden henkilöstön koettu hyvinvointi?**
- 2. Millaiset ovat henkilöstön terveystottumukset terveyden edistämisen toimintaohjelman painopistealueilla?**
- 3. Millaisia eroja koetussa hyvinvoinnissa ja terveystottumuksissa henkilöstön keskuudessa ilmenee?**
- 4. Mitkä tekijät selittävät ja ennustavat terveysalan työntekijöiden hyvinvointia ja terveystottumuksia?**

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

5.1 Tutkimuksen suunnittelu ja toteuttaminen

Tutkimusprosessiin kuului Terveys- ja hyvinvointitutkimus 2010 – kyselylomakkeen suunnittelu, aineiston kerääminen ja analysointi. Kyselylomake suunniteltiin yhteistyössä Keski-Suomen sairaanhoitopiirin eri alojen asiantuntijoiden kanssa. Tutkimuksen tiedonkeruumenetelmäksi valittiin internet-pohjainen Webropol – ohjelma, jonka avulla on mahdollisuus kerätä tietoa nopeasti suurelta vastaajajoukolta. Kyselylomakkeen suunnittelu aloitettiin kokoamalla terveyden edistämisen toimintaohjelman sisältöalueiden mukaisia hyvinvointiin ja terveystottumuksiin liittyviä kysymyksiä yhteen. Nämä eri teema-alueisiin liittyvät kysymykset käsiteltiin Keski-Suomen sairaanhoitopiirin laajennetussa terveyden edistämisen ja preventio – ryhmässä, jonka ohjauksen perusteella varsinainen kyselylomake luotiin.

Kyselylomakkeen kysymykset perustuvat mukailten seuraaviin tutkimuksiin ja mittareihin: Terveys ja työkyky (Helakorpi ym. 2010, Moisio 2007). Mielen hyvinvointi (Arnau et al. 2001, Aromaa ja Koskinen 2002, Juutilainen 2010). Liikunta (Helakorpi ym. 2010). Ravitsemus ja ruokailutottumukset: Helakorpi ym. 2010, KSSHP elämäntaparyhmän alkukysely). Alkoholi ja riippuvuudet (Bradley et al. 2007, Päihdelinkki 2008). Tupakkatuotteiden käyttö (Helakorpi ym. 2010). Kyselylomakkeen lähes kaikki kysymykset olivat muodoltaan monivalintakysymyksiä. Vastausvaihtoehdot olivat pääsääntöisesti muotoa kyllä/ei tai Likert-asteikollisia väittämiä.

Lopullinen kyselylomake (Taulukko 1, Liitteet 1 ja 2) sisälsi yhteensä seitsemän vastaajan taustatietoja kartoittavaa kysymystä. Koettu terveyttä ja työkykyä sekä jokapäiväistä elämää tai työkykyä haittaavaa sairastavuutta kartoitettiin neljällä kysymyksellä. Lomakkeeseen otettiin yhteensä 14 emotionaaliseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin sekä kolme masennusoireisiin liittyvää kysymystä. Nukkumista ja unta kartoitettiin yhteensä kahdeksalla kysymyksellä. Lisäksi

kyselylomakkeessa oli kuusi läheisväkivaltaan liittyvää kysymystä. Vastaajien liikuntatottumuksia selvitettiin yhteensä kuudella kysymyksellä. Ravitsemukseen ja ruokailutottumuksiin, suun ja hampaiden terveyteen sekä painoindeksiin (pituus + paino) liittyviä kysymyksiä oli yhteensä 30 kappaletta. Alkoholinkäyttöä selvitettiin kolmen AUDIT C-kysymyksen avulla ja päihteiden käyttöön liittyi kaksi kysymystä. Tupakointitottumuksia ja yleistä mielipidettä tupakointia kohtaan selvitettiin yhdeksän kysymyksen avulla. Lisäksi kysely sisälsi 24 elämäntapamuutoksiin ja ryhmiin liittyvää kysymystä.

Taulukko 1. Kyselylomakkeeseen hyväksytyt ja tässä tutkimuksessa analysoidut kysymykset aihealueittain.

Ryhmä	Aihe/mittari	Kysymyksiä liittyen (kpl)	Analysoitu (kpl)
Taustatiedot		7	7
Terveys ja työkyky		4	4
Mielen hyvinvointi	Emotionaalinen, psyykinen ja sosiaalinen hyvinvointi	14	7
	PRIME MD	3	3
	Nukkuminen ja uni	8	8
	Läheisväkivalta*	6	0
Liikunta	Yleiset	3	3
	FIT	3	3
Ravitsemus ja ruokailutottumukset	Yleiset	2	2
	Työpaikkaruokailu	2	2
	Ruoka-aineet	11	11
	Juomat	5	5
	Rasvat	2	2
	Suun ja hampaiden terveys	4	4
	Pituus, paino (BMI)	2	2
Alkoholi ja riippuvuudet	AUDIT C	3	3
	Päihteet*	2	0
Tupakointi	Tupakkatuotteiden käyttö	6	6
	Yleinen mielipide	3	3
Muut	Elämäntapamuutokset*	5	0
	Kunto ry*	1	0
	Tuki*	2	0
	Ryhmät*	16	0
	Yht.	114	75

* Ei käsitelty tässä tutkimuksessa

Kyselylomakkeeseen sisällytettiin yksittäisistä kysymyksistä laskettavia mittareita, joiden avulla saatiin vertailukelpoista tietoa esimerkiksi vertailtaessa tuloksia työikäiseen väestöön. Masennus- ja ahdistuneisuusoireita seulottiin kolmen **PRIME-**

MD (Primary Care Evaluation of Mental Disorders) – kysymyksen avulla (Arnau et al. 2001, Kuusinen 2010). Vastaaajien fyysistä aktiivisuutta selvitettiin kolmen liikuntamäärää, -kestoa ja -tehoa kartoittavan kysymyksen avulla. Vastauksista laskettiin **FIT-indeksi**, joka kuvaa vastaajan liikuntatottumuksia ja auttaa tunnistamaan ne, jotka liikkuvat terveytensä kannalta riittämättömästi (Kasari 1976, 46, Heyward & Stolarczyk 1996, 112, Hasu 2010). Vastaaajien alkoholinkäyttöä selvitettiin kolmen **AUDIT C**-testin kysymyksen avulla (riskirajoina käytettiin naisilla ≥ 4 pistettä ja miehillä ≥ 5 pistettä) (Bradley et al. 2007, Päihdelinkki 2008).

Kyselylomake esitettiin 17 henkilöllä eri organisaatioista. Esitestauksen perusteella lomakkeessa havaittuja virheitä korjattiin ja lisäksi siihen tehtiin muita teknisiä parannuksia. Tämän jälkeen kysely testattiin vielä lähettämällä se terveyden edistäminen ja preventio – ryhmälle. Ennen tutkimuksen toteuttamista siitä tiedotettiin mm. esimiehille ja terveyden edistämisen yhteyshenkilöille lähetetyllä sähköpostilla. Henkilöstölle kohdistetut ilmoitukset olivat näkyvissä henkilöstölehdessä, sairaanhoitopiirin viikkotiedossa ja intranetissä. Vastaamisaikana tutkimuksesta tiedotettiin ilmoituksin henkilöstöravintolassa. Kaikille sairaanhoitopiirin työntekijöille, joilla oli vastaamisajankohtana @ksshp.fi -loppuinen sähköpostiosoite, lähetettiin henkilökohtainen kyselyyn johtava linkki yhteensä kaksi kertaa tutkimuksen aikana.

Tutkimuksen aineisto kerättiin Keski-Suomen sairaanhoitopiirin koko henkilöstöltä (n=3586) 17.5–30.5.2010 välisenä aikana. Tämän lisäksi joihinkin työyksiköihin toimitettiin paperisia vastauslomakkeita, joita palautui 52 kappaletta. Lopulliseksi vastausprosentiksi muodostui 54 % (n=1952). Koska tutkimus suoritettiin ensimmäistä kertaa, ei aikaisempaa vertailutietoa henkilöstön vastausaktiivisuudesta ollut tarjolla. Sen sijaan sairaanhoitopiirin henkilöstökyselyyn vastasi vuonna 2007 1438 ja vuonna 2009 1956 vastaajaa. Vastausprosenttia voidaankin pitää kohtuullisen hyvänä, koska vastausprosentit ovat yleisesti laskeneet Suomessa. Esimerkiksi Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys – tutkimuksessa vastausaktiivisuus vuonna 2009 oli 59 %, kun keskimääräinen vastausprosentti on ollut ennen yli 70 % (Helakorpi ym. 2010). Lisäksi tulee ottaa huomioon, että kyselyssä oli mukana myös sellaisia

työntekijöitä, jotka eivät olleet työssä vastausajankohtana, vaan olivat esimerkiksi hoito- tai opintovapaalla eivätkä lukeneet sähköpostiaan ts. tienneet koko tutkimuksesta.

5.2 Analyysimenetelmät

Koska kyseessä on pilottitutkimus, tässä pro gradu-työssä pyrittiin analysoimaan mahdollisimman paljon saaduista muuttujista. Kerätyn aineiston rikkauden ja monimuotoisuuden vuoksi analyysia jouduttiin kuitenkin rajaamaan (Taulukko 1). Tutkimusaineisto analysoitiin SPSS for Windows 18.0-ohjelmistolla. Keskeisinä taustamuuttujina käytettiin Taulukossa 2 esitettyjä muuttujia. Aineiston analyysi aloitettiin tarkastelemalla perusjakaumia ja normaalisuutta. Aineisto ei ollut normaalisti jakautunut, joten muuttujien välistä lineaarista riippuvuutta tarkasteltiin parametrittömällä korrelaatiotestillä (Kendall's tau). Tilastollisia testejä varten jouduttiin tekemään muuttujamuunnoksia, esimerkiksi yhdistelemällä vastausluokkia. Raportissa ilmoitetut prosenttiosuudet on pyöristetty lähimpään kokonaislukuun.

Ryhmiä välisiä eroja etsittiin ristiintaulukoinnin avulla. Ristiintaulukoinnissa tilastollista merkitsevyyttä tarkasteltiin χ^2 -riippumattomuustestillä (chi-square-test). Riskitasoksi valittiin 0,05 ja merkitsevyydet ilmoitetaan seuraavasti: $p \leq 0,001$ erittäin merkitsevä (.000), $p \leq 0,01$ merkitsevä (.001) ja $p \leq 0,05$ melkein merkitsevä (.050). Edellä kuvatut analyysivaiheet toteutettiin systemaattisesti ja yksityiskohtaisesti kaikkien analyysiin mukaan otettujen muuttujien (75 kpl) kohdalla.

Osa muuttujista analysoitiin lisäksi käyttämällä logistista regressioanalyysiä. Logistisen regressioanalyysin avulla voidaan ennustaa niitä tekijöitä, jotka vaikuttavat tutkittavaan asiaan ja kuvata tämän vaikutuksen suuruutta. Analyysin lähtökohtana on, että selitettävä muuttuja voi saada kaksi arvoa ja regressiomallin avulla ennustetaan millä tekijöillä on yhteys todennäköisyyteen kuulua toiseen näistä ryhmistä. (Högmander ym. 2009, Logistinen regressio 2009). Logistisessa regressioanalyysissä käytettiin metodia fstep(lr) ja tulokset on esitetty malliin lisäämisjärjestyksessä. Selittävinä muuttujina käytettiin sekä taustamuuttujia että

muita aineiston muuttujia. Referenssiluokka = 1.00. Muuttujat, joilla oli yli 0.5 korrelaatio, jätettiin pois mallista.

5.3 Vastaajien taustatiedot

Tutkimukseen osallistui 1952 henkilöä eli 54 % koko perusjoukosta. Vastaajista naisia oli 86 % ja miehiä 14 % (Taulukko 2). Suurimmat ikäryhmät olivat 41–50-vuotiaat ja 51–60-vuotiaat. Kolme neljäsosaa vastaajista oli vastaushetkellä vakituisessa työsuhhteessa ja 9 % teki osa-aikatyötä. Yleisimmät työaikamuodot olivat päivätyö ja kolmivuorotyö. Ammattiryhmistä suurin vastaajaryhmä oli odotetusti hoitohenkilöstö. Toimialueittain eniten vastaajia oli konservatiiviselta ja operatiiviselta alueelta. Vastausajankohdan vakansseihin suhteutettuna ammattiryhmittäiset vastausprosentit olivat seuraavat: lääkärit 45 %, hoitohenkilöstö 69 %, muu1-ryhmä eli tutkimus- ja hoitohenkilöt, tutkimusta ja hoitoa avustavat, toimistohenkilöstö, atk-henkilöstö 77 % ja muu2-ryhmä eli siivous-, ravinto-, pesula-, tekninen-, varasto- ja kuljetushenkilöstö 59 %. Prosentit ovat kuitenkin vain suuntaa-antavia, koska kysely lähetettiin yhteensä 3586 henkilölle ja listattuja vakansseja oli vain 2951 (Vakanssilista 5/2010 KSSHP).

Taulukko 2. Vastaajien taustatiedot.

		f	%
Sukupuoli	Nainen	1684	86
	Mies	268	14
Ikä	≤30v	316	16
	31-40v	373	19
	41-50v	623	32
	51-60v	556	29
	≥61v	84	4
Työsuhteen muoto	Määräaikainen	489	25
	Vakituinen	1463	75
Työn laatu	Osa-aikainen	174	9
	Kokoaikainen	1778	91
Työaikamuoto	Päivätyö	941	48
	Kaksivuorotyö	272	14
	Kolmivuorotyö	615	32
	Päivätyö + päivystys	85	4
	Muu	39	2
Ammattiryhmä	Lääkäri	131	7
	Hoitohenkilöstö	1102	57
	Muu1*	440	23
	Muu2**	279	14
Toimialue	Operatiivinen	478	25
	Konservatiivinen	511	26
	Psykiatria	328	17
	Päivystys	141	7
	Lääkinnälliset palvelut	165	9
	Tukipalvelut ja hallinto	151	8
	Liikelaitokset	177	9

*Muu1 (Tutkimus- ja hoitohenkilöt, tutkimusta ja hoitoa avustavat, toimistohenkilöstö, atk-henkilöstö).

**Muu2 (Siivous-, ravinto-, pesula-, tekninen-, varasto- ja kuljetushenkilöstö).

Taustamuuttujien välisiä korrelaatioita tarkasteltaessa (Taulukko 3) voidaan havaita, että joidenkin muuttujien väliltä löytyy kohtalainen yhteys. Esimerkiksi muuttujat ikä ja työsuhteen muoto, ammattiryhmä ja työaikamuoto sekä ammattiryhmä ja toimialue korreloivat keskenään heikosti. Ristiintaulukoinnin avulla nähdäänkin, että määräaikaisuus on yleisempää nuoremmissa ikäryhmissä ja esimerkiksi ≤30-vuotiaista määräaikaisia on yli 70 % ($p=.000$). Ammattiryhmän ja toimialueen välisestä ristiintaulukko osoitti, että hoitohenkilökunta ja lääkärit työskentelevät pääsääntöisesti operatiivisella, konservatiivisella, psykiatrian ja päivystyksen toimialueilla, muu1-ryhmässä työskentelevät melko tasaisesti kaikilla toimialueilla ja muu2-ryhmässä työskentelevät enimmäkseen lääkinnällisten palveluiden,

tukipalveluiden ja hallinnon sekä liikelaitosten alueella ($p=.000$). Vahvoja taustamuuttujien välisiä korrelaatioita ei ollut havaittavissa.

Taulukko 3. Taustamuuttujien väliset korrelaatiot.

		Sp	Ikä	Työsuhteen muoto	Työn laatu	Työaika-muoto	Ammatti-ryhmä	Toimialue
Sp	Correlation	1,000	-,035	-,030	,062	-,015	,003	,165
	Sig.	.	,086	,179	,006	,473	,894	,000
Ikä	Correlation	-,035	1,000	,377*	-,012	-,182	,189	,048
	Sig.	,086	.	,000	,572	,000	,000	,008
Työsuhteen muoto	Correlation	-,030	,377*	1,000	,097	-,115	,096	,041
	Sig.	,179	,000	.	,000	,000	,000	,041
Työn laatu	Correlation	,062	-,012	,097	1,000	-,008	,021	,019
	Sig.	,006	,572	,000	.	,709	,316	,344
Työaika-muoto	Correlation	-,015	-,182	-,115	-,008	1,000	-,355*	-,223
	Sig.	,473	,000	,000	,709	.	,000	,000
Ammatti-ryhmä	Correlation	,003	,189	,096	,021	-,355*	1,000	,317*
	Sig.	,894	,000	,000	,316	,000	.	,000
Toimialue	Correlation	,165	,048	,041	,019	-,223	,317*	1,000
	Sig.	,000	,008	,041	,344	,000	,000	.

Ammattiryhmän ja työaikamuodon välinen ristiintaulukointi paljasti, että lääkärit tekevät yleisimmin päivätyötä joka sisältää päivystystä, hoitohenkilöstö kolmivuorotyötä, muu1-ryhmä päivätyötä ja muu2-ryhmä kaksivuorotyötä ($p=.000$). Koska työaikamuodon ryhmä ”päivätyö, joka sisältää päivystystä” koostuu 89 % lääkäreistä ja muissakin ryhmissä ammattiryhmien osuudet ovat kasaantuneet tiettyihin työaikamuotoihin, ryhmiä ei voida vertailla toisiinsa ilman että ammattiryhmä vaikuttaa tuloksiin. Tämän vuoksi työaikamuotoa ei huomioitu analyyseissä.

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Henkilöstön koettu terveys, työkyky ja sairaudet

Koettu terveys

Vastaajista 76 % koki terveydentilansa hyväksi, 21 % keskinkertaiseksi ja 3 % huonoksi. Koettu terveys ei eronnut naisten ja miesten välillä χ^2 -testin mukaan ($p=.911$). Ikäryhmittäin tarkasteltuna terveys koettiin hyväksi useimmiten ≤ 30 -vuotiaiden ryhmässä ja harvimminkin 51–60-vuotiaiden ryhmässä (Taulukko 4). Määräaikaisessa työsuhteessa olevat kokivat terveytensä paremmaksi kuin vakituiset. Ammattiryhmittäin tarkasteltuna terveydentilansa parhaimmaksi kokivat lääkärit ja heikoimmaksi muu2-ryhmässä työskentelevät. Koettu terveys vaihteli merkittävästi myös toimialueittain ja terveydentila koettiin useimmiten hyväksi päivystyksen alueella ja harvimminkin lääkinnällisten palveluiden alueella.

Taulukko 4. Koettu terveys, % (n=1952).

		Huono	Keskinkertainen	Hyvä	
Ikäryhmä	$\leq 30v$	1	10	89	$\chi^2=60,700$ df=8 p=.000
	31-40v	2	17	81	
	41-50v	3	23	75	
	51-60v	5	28	68	
	$\geq 61v$	1	24	75	
Työsuhteen muoto	Määräaikainen	1	14	85	$\chi^2=28,082$ df=2 p=.000
	Vakituisen	3	24	73	
Ammattiryhmä	Lääkäri	1	13	86	$\chi^2=17,760$ df=6 p=.007
	Hoitohenkilöstö	2	20	78	
	Muu1	3	23	74	
	Muu2	4	27	70	
Toimialue	Operatiivinen	2	19	79	$\chi^2=29,977$ df=12 p=.003
	Konservatiivinen	4	18	78	
	Psykiatria	2	26	71	
	Päivystys	3	14	83	
	Lääkinnälliset palvelut	2	32	67	
	Tukipalvelut ja hallinto	4	22	74	
	Liikelaitokset	2	20	79	

Logistisen regressioanalyysin avulla etsittiin keskinkertaista tai huonoa terveyttä ennustavia tekijöitä. Saadun mallin (Taulukko 5) mukaan merkittävämmiin ryhmiin

kuulumista ennusti huono fyysinen kunto, riski oli yli 21-kertainen kuntonsa hyväksi kokeneisiin verrattuna. Tyydyttäväksi kuntonsa kokevilla riski oli miltei 10-kertainen. Pitkäaikainen fyysinen tai psyykinen vamma tai sairaus nosti riskiä kuulua kyseisiin ryhmiin 6-kertaiseksi. Emotionaalista hyvinvointia kuvaava tyytyväisyyden kokeminen harvoin nosti riskiä 9-kertaiseksi. Maltillisempia, mutta merkitseviä tuloksia saatiin myös nukkumiseen, ikäryhmään, tupakkatuotteiden käyttöön ja ammattiryhmiin liittyen.

Taulukko 5. Logistinen regressiomalli keskinkertaista tai huonoa terveyttä ennustavista tekijöistä

Muuttuja	OR (95 % CI)	p-arvo
Fyysinen kunto		
Hyvä	1.00	
Tyydyttävä	9.89 (7.12–13.74)	.000
Huono	21.03 (13.07–33.85)	.000
Pitkäaikainen fyysinen tai psyykinen vamma tai sairaus		
Ei	1.00	
Kyllä	6.01 (4.36–8.29)	.000
Tunnen olevani tyytyväinen		
Päivittäin tai lähes päivittäin	1.00	
Kerran tai muutaman kerran viikossa	2.97 (2.16–4.11)	.000
Kerran tai muutaman kerran kuukaudessa	9.08 (3.38–24.41)	.000
Nukun mielestäni hyvin		
Pitää paikkansa	1.00	
Ei pidä paikkaansa	2.18 (1.58–3.00)	.000
Ikä		
≤30v	1.00	
31-40v	2.74 (1.56–4.82)	.000
41-50v	2.52 (1.50–4.23)	.000
51-60v	3.03 (1.79–5.12)	.000
≥61v	2.62 (1.13–6.09)	.025
Tupakkatuotteiden käyttö		
Ei koskaan	1.00	
Lopettanut	2.33 (1.46–3.72)	.043
Satunnaisesti	1.44 (0.86–2.41)	.163
Säännöllisesti	1.42 (1.01–1.98)	.000
Ammattiryhmä		
Lääkäri	1.00	
Hoitohenkilöstö	1.56 (0.78–3.11)	.210
Muu1	1.71 (0.83–3.51)	.146
Muu2	2.53 (1.19–5.38)	.016

Koettu työkyky

Vastaajista 80 % koki työkykynsä hyväksi, 18 % keskinkertaiseksi ja 3 % huonoksi. Ristiintaulukoinnissa tilastollisesti merkitseviä ryhmien välisiä eroja löytyi mm. ikäryhmistä ja työkykynsä useimmiten hyväksi kokivat ≤30-vuotiaat ja harvimmin 51–60-vuotiaat. Määräaikaisessa työsuhteessa olevat kokivat työkykynsä paremmaksi kuin vakituinen henkilöstö. Ammattiryhmittäin työkyky koettiin parhaimmaksi lääkäreiden keskuudessa, jossa työkykyään hyvänä piti 89 % ja heikoimmaksi työkykynsä puolestaan arvioi muu2-ryhmässä työskentelevät, jossa työkykyään hyvänä piti vain 71 %. Kuten koettua terveyttä myös työkykyä pidettiin parhaimpana päivystyksen toimialueella ja heikoimpana lääkinnällisten palveluiden alueella (Taulukko 6).

Taulukko 6. Koettu työkyky, % (n=1952).

		Huono	Keskinkertainen	Hyvä	
Ikäryhmä	≤30v	1	9	90	$\chi^2=66,709$ df=8 p=.000
	31-40v	2	11	87	
	41-50v	2	19	79	
	51-60v	5	25	71	
	≥61v	1	21	77	
Työsuhteen muoto	Määräaikainen	1	9	90	$\chi^2=41,202$ df=2 p=.000
	Vakituinen	3	20	77	
Ammattiryhmä	Lääkäri	1	11	89	$\chi^2=20,682$ df=6 p=.002
	Hoitohenkilöstö	3	17	80	
	Muu1	3	16	82	
	Muu2	4	25	71	
Toimialue	Operatiivinen	2	16	81	$\chi^2=23,772$ df=12 p=.022
	Konservatiivinen	4	15	81	
	Psykiatria	2	20	78	
	Päivystys	4	11	84	
	Lääkinnälliset palvelut	1	27	72	
	Tukipalvelut ja hallinto	3	19	78	
	Liikelaitokset	2	17	81	

Keskinkertaista tai huonoa työkykyä kuvaava logistinen regressiomalli on esitetty Taulukossa 7. Mallin mukaan keskinkertaista tai huonoa työkykyä ennustivat voimakkaimmin pitkäaikainen fyysinen tai psyykinen vamma tai sairaus (riski 5.72-kertainen), huono tai tyydyttävä fyysinen kunto (riski 4.35–6.56-kertainen) sekä tyytymättömyys elämään (riski 2.78–4.95-kertainen). Mallissa muita keskinkertaista

tai huonoa työkykyä ennustavia tekijöitä olivat mm. nukkumiseen liittyvät tekijät, ammattiryhmä sekä masennusoireiden kokeminen.

Taulukko 7. Logistinen regressiomalli keskinkertaista tai huonoa työkykyä ennustavista tekijöistä.

Muuttuja	OR (95 % CI)	p-arvo
Pitkäaikainen fyysinen tai psyykkinen vamma tai sairaus		
Ei	1.00	
Kyllä	5.72 (4.19–7.81)	.000
Fyysinen kunto		
Hyvä	1.00	
Tyydyttävä	4.35 (3.15–6.02)	.000
Huono	6.56 (4.15–10.37)	.000
Tunnen olevani tyytyväinen		
Päivittäin tai lähes päivittäin	1.00	
Kerran tai muutaman kerran viikossa	2.78 (1.97–3.92)	.000
Kerran tai muutaman kerran kuukaudessa	4.95 (2.01–12.16)	.000
Tunnen itseni virkeäksi herätessäni		
Pitää paikkansa	1.00	
Ei pidä paikkaansa	2.00 (1.45–3.92)	.000
Nukahdan helposti uudelleen jos herään kesken unien		
Pitää paikkansa	1.00	
Ei pidä paikkaansa	1.82 (1.30–2.56)	.001
Ammattiryhmä		
Lääkäri	1.00	
Hoitohenkilöstö	1.72 (0.86–3.45)	.129
Muu1	1.28 (0.21–2.69)	.512
Muu2	3.39 (1.59–7.25)	.002
Viimeksi kuluneiden kahden viikon aikana, onko sinusta on tuntunut, että olet menettänyt kiinnostuksesi tehdä asioita tai kykysi kokea niiden tuomaa mielihyvää?		
Ei	1.00	
Kyllä	1.58 (1.10–2.29)	0.014

Koetun työkyvyn ja terveyden väliltä havaittiin odotetusti voimakas positiivinen korrelaatio (0.67), josta myös χ^2 -testi antaa merkitsevän tuloksen ($p=.000$). Taulukossa 8 esitetyistä tuloksista voidaan havaita, ettei hyvä terveys merkitse aina hyvää työkykyä. Terveytensä hyväksi kokeneiden joukosta 6 % vastaajista ilmoitti työkykynsä olevan keskinkertainen tai huono. Vastaavasti niistä, jotka ilmoittivat työkykynsä hyväksi, 10 % koki terveytensä keskinkertaiseksi tai huonoksi.

Taulukko 8. Koettu terveys ja työkyky %.

		Työkyky			Yhteensä
		Huono n=51	Keskinkertainen n=341	Hyvä n=1561	
Terveys	Huono n=51	57	39	4	100
	Keskinkertainen n=411	3	61	36	100
	Hyvä n=1491	1	5	95	100
Yhteensä		100	100	100	

Pitkäaikainen vamma tai sairaus

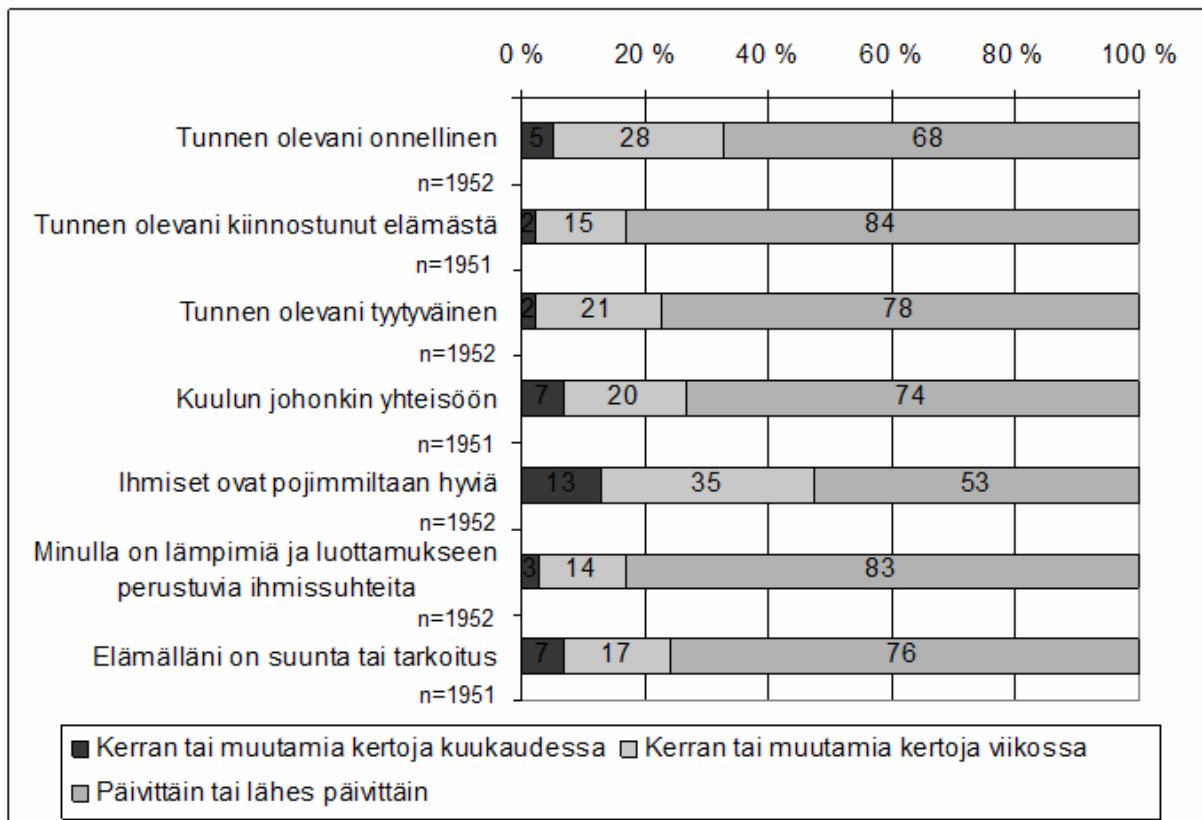
Kaikista vastaajista 20 % (n= 393) ilmoitti, että heillä on jokin pitkäaikainen jokapäiväistä elämää tai työntekoa haittaava vamma tai sairaus. Vamman tai sairauden ilmeneminen korreloi kohtalaisesti koetun terveyden (0.40) ja koetun työkyvyn (0.39) kanssa. Vamman tai sairauden yleisyys kasvoi mentäessä nuoremmista ikäluokista vanhempiin. ≤30-vuotiaista 11 % ja 51–60-vuotiaista 27 % raportoi vammasta tai sairaudesta (p=.000). Vakituksilla työntekijöillä vamma tai sairaus oli 23 % vastaajista, kun taas määräaikaisilla vain 11 % (p=.000). Osa-aikaisista vastaajista vamma tai sairaus oli puolestaan 26 % vastaajista, kun taas kokoaikaisista 20 % (p=.030). Tilastollisesti merkitseviä eroja löytyi myös toimialueittain (p=.013) ja lääkinnällisten palveluiden sekä tukipalveluiden ja hallinnon alueella esiintyvyyttä oli 26 % kun taas päivystyksen alueella vain 12 %.

Kysyttäessä vamman tai sairauden aiheuttamasta haitasta 28 % (n=113) vastaajista koki, että siitä oli haittaa erittäin tai melko paljon. Haittaa koettiin yhä enemmän mentäessä vanhempiin ikäryhmiin (p=.030). Osa-aikaisista työntekijöistä 50 % ja kokoaikaisista 26 % raportoi vamman tai sairauden haittaavan erittäin tai melko paljon (p=.003).

6.2 Mielen hyvinvointi

Emotionaalinen, psyykkinen ja sosiaalinen hyvinvointi

Yhteenveto emotionaaliseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin liittyvistä seitsemän kysymyksen tuloksista on koottu Kuvaan 4. Muuttujat korreloivat keskenään joko kohtalaisesti tai voimakkaasti välillä 0.31–0.68. Vastaajista noin 2/3 koki itsensä onnelliseksi päivittäin tai lähes päivittäin. Sukupuolittain tarkasteltuna naiset kokivat itsensä useammin onnelliseksi kuin miehet ($p=.041$). Ikäryhmittäin tarkasteltuna onnellisuutta koettiin useimmin ≤ 30 -vuotiaiden ryhmässä (74 %) ja harvimminkin 51–60-vuotiaiden keskuudessa (63 %) ($p=.000$). Vastaajista 84 % tunsivat olevansa kiinnostunut elämästä päivittäin tai lähes päivittäin. Sukupuolittain tarkasteltuna naiset tunsivat enemmän kiinnostusta elämään kuin miehet ($p=.025$) ja ikäryhmistä kiinnostusta elämään osoittivat eniten 31–40-vuotiaat (90 %) ja vähiten 51–60-vuotiaat (81 %) ($p=.008$).



Kuva 4. Yhteenveto emotionaaliseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin liittyvistä vastauksista.

Tyytyväiseksi itsensä päivittäin tai lähes päivittäin koki 78 % vastaajista, naiset useammin kuin miehet ($p=.014$) ja ikäryhmittäin tarkasteltuna 31–40-vuotiaat useimmin (83 %) kun taas 51–60-vuotiaat harvimminkin (75 %) ($p=.011$). Vastaajista 74 % tunsu kuuluvansa johonkin yhteisöön päivittäin tai lähes päivittäin. Ammattiryhmistä useimmin yhteisöön tunsivat kuuluvansa hoitohenkilöstö (77 %) ja harvimminkin muu2-ryhmässä työskentelevät (67 %) ($p=.007$).

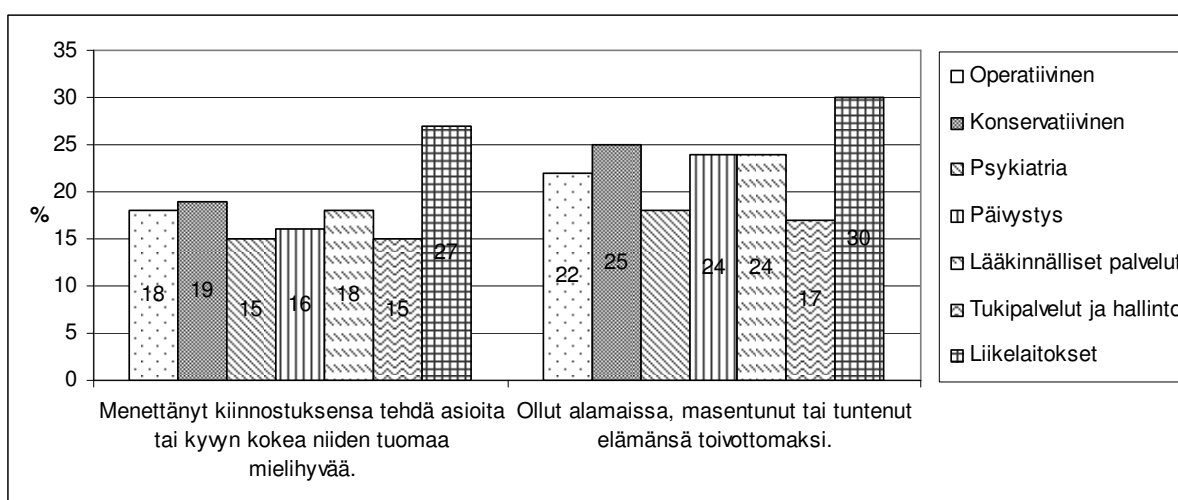
Vastaajista 53 % tunsu päivittäin tai lähes päivittäin, että ihmiset ovat pohjimmiltaan hyviä. Tilastollisesti merkitseviä eroja löytyi mm. sukupuolten väliltä, naiset uskoivat ihmisten hyvyteen enemmän kuin miehet ($p=.001$). Ammattiryhmittäin tarkasteltuna ihmisten hyvyteen uskoivat useimmiten hoitohenkilöstö (56 %) ja harvimminkin muu1-ryhmässä työskentelevät (47 %) ($p=.003$). Toimialueittain useimmin ihmisten hyvyteen uskottiin psykiatrian alueella (56 %) ja harvimminkin päivystyksen alueella (44 %) ($p=.008$).

Vastaajista 83 % koki, että heillä on lämpimiä ja luottamukseen perustuvia ihmissuhteita päivittäin tai lähes päivittäin. Tilastollisesti merkitseviä eroja löytyi mm. sukupuolten väliltä ja jälleen naiset kokivat asian useammin myönteisemmäksi kuin miehet ($p=.031$). Ikäryhmistä ihmissuhteensa useimmiten lämpimiksi ja luottamukselliseksi kokivat 31–40-vuotiaat (88 %) ja harvimminkin 51–60-vuotiaat (79 %) ($p=.001$). Vastaajista 76 % koki päivittäin tai lähes päivittäin, että heidän elämällään on suunta tai tarkoitus, naiset jälleen useammin kuin miehet ($p=.011$). Ammattiryhmittäin tarkasteltuna useimmiten näin kokivat hoitohenkilöstöön kuuluvat (79 %) ja harvimminkin muu1-ryhmään kuuluvat (71 %) ($p=.005$).

Masennusoireet

Tulosten mukaan viimeisen kahden viikon aikana 18 % ($n=360$) vastaajista oli kokenut menettäneensä kiinnostuksensa tehdä asioita tai kyvyn kokea niiden tuomaa mielihyvää. Taustamuuttujista tilastollisesti merkitseviä eroja löytyi toimialueista: masennusoireiden kokeminen oli alimmillaan psykiatrian sekä tukipalveluiden ja hallinnon alueella (15 %) ja korkeimmillaan liikelaitosten alueella

(27 %) ($p=.044$) (Kuva 5). Vastaajista 23 % ($n=448$) oli ollut viimeisen kahden viikon aikana alamaissa, masentunut tai tuntenut elämänsä toivottomaksi. Tilastollisesti merkitseviä eroja löytyi niin ikään toimialueista ($p=.031$) ja tämän lisäksi ikäryhmistä ($p=.042$). ≥ 61 -vuotiaista 13 % oli tuntenut olevansa alamaissa, masentunut tai elämänsä toivottomaksi, kun ≤ 30 -vuotiaista näitä tuntemuksia oli ollut 27 % vastaajista. Toimialueista eniten oireita oli liikelaitoksen alueella (30 %) ja vähiten tukipalveluiden ja hallinnon alueella (17 %).



Kuva 5. Masennusoireiden kokeminen toimialueittain (%) viimeisen kahden viikon aikana.

Masennusoireiden selvittämiseen kuului myös kysymys siitä, kokeeko vastaaja tarvitsevansa apua yllä mainituiden masennusoireiden kokemisen johdosta. Vastaajista 7 % ($n=136$) vastasi tähän kysymykseen myöntävästi. Tilastollisesti merkitseviä eroja löytyi ammattiryhmien väliltä ($p=.038$), muu2-ryhmässä työskentelevistä 4 %, hoitohenkilöstöstä 7 %, lääkäreistä 7 % ja muu1-ryhmässä työskentelevistä 10 % kaipasi apua tilanteeseensa. Lasketun PRIME MD-seulan mukaan 7 % ($n=133$) vastaajista tarvitsisi ja haluaisi apua masennusoireisiinsa. Tämän lisäksi 7 % vastaajista vastasi myöntävästi molempiin masennusoireita kartoittavaan kysymykseen, mutta kielteisesti avun tarvitsemiseen. Masennusoireita kuvaavat muuttujat korreloivat keskenään kohtalaisesti välillä 0.39–0.50.

Taulukossa 9 on esitetty masennusoireiden kokemista ennustavia tekijöitä. Esimerkiksi tyytyväisyyden tunteminen harvoin ennusti masennusoireiden ilmenemistä ja niillä, jotka tunsivat itsensä tyytyväiseksi vain kerran tai muutamia kertoja kuukaudessa oli miltei 7-kertainen riski kärsiä masennusoireista verrattuna itsensä päivittäin tai lähes päivittäin tyytyväiseksi tunteviin. Samoin jos vastaaja tunsi vain harvoin, että hänen elämällään on suunta tai tarkoitus riski kasvoi 2.76–2.84-kertaiseksi. Myös nukkumiseen liittyvät ongelmat, liiallinen alkoholinkäyttö ja huono työkyky ennustivat masennusoireiden ilmenemistä.

Taulukko 9. Logistinen regressiomalli masennusoireita ennustavista tekijöistä.

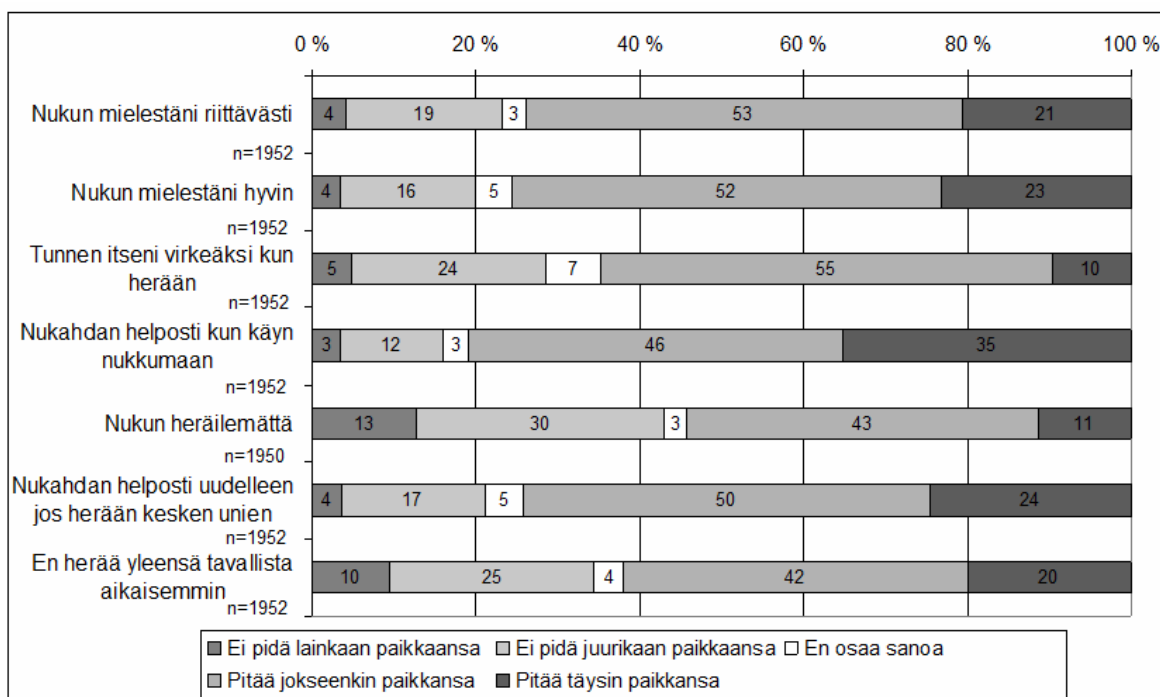
Muuttuja	OR (95 % CI)	p-arvo
Tunnen olevani tyytyväinen		
Päivittäin tai lähes päivittäin	1.00	
Kerran tai muutaman kerran viikossa	3.71 (2.76–4.99)	.000
Kerran tai muutaman kerran kuukaudessa	6.94 (2.66–18.08)	.000
Tunnen itseni virkeäksi herätessäni		
Pitää paikkansa	1.00	
Ei pidä paikkaansa	2.00 (1.54–2.61)	.000
Tunnen, että elämälläni on suunta tai tarkoitus		
Päivittäin tai lähes päivittäin	1.00	
Kerran tai muutaman kerran viikossa	2.84 (2.10–3.85)	.000
Kerran tai muutaman kerran kuukaudessa	2.76 (1.71–4.44)	.000
Nukun heräilemättä		
Pitää paikkansa	1.00	
Ei pidä paikkaansa	1.61 (1.24–2.07)	.000
AUDIT C		
Normaalikäyttö	1.00	
Suurkulutuksen riskiryhmä	1.32 (1.03–1.68)	.026
Työkyky		
Hyvä	1.00	
Kohtalainen	1.30 (0.95–1.77)	.103
Huono	2.27 (1.06–4.86)	.034

6.3 Nukkuminen ja uni

Nukkumiseen ja uneen liittyvät vastaukset kunkin kysymyksen kohdalta on esitetty Kuvassa 6⁶. Muuttujat korreloivat keskenään, osa heikosti, osa kohtalaisesti ja osa voimakkaasti välillä 0.19–0.67. Voimakkaammat korrelaatiot löytyivät muuttujien

⁶ Tekstissä esitetyt prosenttiosuudet on saatu yhdistämällä luokat ”Pitää täysin paikkansa” ja ”Pitää joksikin paikkansa” sekä ”Ei pidä juurikaan paikkansa” ja ”Ei pidä lainkaan paikkansa”.

”Nukun mielestäni riittävästi”, ”Nukun mielestäni hyvin” ja ”Tunnen itseni virkeäksi kun herään” väliltä. Vastaajista yhteensä 74 % nukkui mielestään riittävästi. Ikäryhmittäin tarkasteltuna 78 % ≤30-vuotiaista koki nukkuvansa riittävästi ja kun taas 41–50-vuotiaista vain 26 % ($p=.004$). Ammattiryhmistä useimmin riittävästi raportoivat nukkuvansa muu2-ryhmässä työskentelevät (79 %) ja harvimmin lääkärit (30 %) ($p=.002$). Vastaajista 75 % nukkui mielestään hyvin. Useimmin hyvin mielestään nukkuivat ≤30-vuotiaat (82 %) kun 51–60-vuotiaista hyvin koki nukkuvansa 70 % ($p=.000$). Määräaikaisten työntekijät kokivat nukkuvansa paremmin kuin vakituiset ($p=.000$).



Kuva 6. Yhteenveto nukkumiseen liittyvistä asenneväittämistä.

Vastaajista noin 2/3 tunsivat itsensä yleensä virkeäksi herätessään, naiset useammin kuin miehet ($p=.024$) ja vanhemmat ikäryhmät useammin kuin nuoret ($p=.007$). Ammattiryhmittäin tarkasteltuna useimmin virkeäksi itsensä tunsivat muu2-ryhmässä työskentelevät (74 %) ja harvimmin lääkärit (58 %) ($p=.008$). Vastaajista 81 % ilmoitti nukahtavansa helposti käydessään nukkumaan. Tilastollisesti merkitseviä ryhmien välisiä eroja taustamuuttujista ei tämän kysymyksen kohdalta löytynyt.

Vastaajista 54 % raportoi nukkuvansa heräilemättä. Heräily näyttää yleistyvän mentäessä nuorista ikäryhmistä vanhempiin ($p=.000$) ja olevan yleisempää vakituisten työntekijöiden keskuudessa ($p=.000$). Vastaajista 74 % ilmoitti nukahtavansa yleensä helposti jos herää kesken unien, nuoret ikäryhmät vanhempia ($p=.000$), määräaikaiset vakituisia ($p=.000$) ja kokoaikaiset osa-aikaisia ($p=.025$) paremmin. Ammattiryhmittäin tarkasteltuna lääkärit nukahtivat uudelleen helpommin kuin muut ammattiryhmät ($p=.022$). Tiedusteltaessa heräämistä, 62 % vastaajista ilmoitti, ettei herää yleensä tavallista aikaisemmin (ts. ennen kellon soittoa). Ennenaikainen heräily yleistyi vanhempiin ikäryhmiin mentäessä ($p=.000$) ja oli niin ikään yleisempää vakituisten työntekijöiden keskuudessa ($p=.000$). Tutkimuksessa selvitettiin myös unen pituutta. Vastaajista 90 % nukkui keskimäärin 6-9 tuntia ja 9 % alle kuusi tuntia vuorokaudessa. Taustamuuttujista tilastollisesti merkitseviä eroja löytyi ikäryhmistä ($p=.019$), alle 6 tuntia vuorokaudessa nukkuvien määrä kasvoi mentäessä nuorista ikäryhmistä vanhempiin.

6.4 Liikunta

Fyysinen kunto ja aktiivisuus

Vastaajista ($n=1952$) 59 % arvioi fyysisen kuntonsa melko tai erittäin hyväksi, 32 % tyydyttäväksi ja 9 % melko tai erittäin huonoksi. Ikäryhmittäin tarkasteltuna kunto koettiin paremmaksi nuoremmissa ikäryhmissä. ≥ 30 -vuotiaista 67 % piti kuntoaan hyvänä kun taas 51–60-vuotiaista 51 % ($p=.000$). Määräaikaiset työntekijät kokivat kuntonsa paremmaksi kuin vakituiset ($p=.004$). Tilastollisesti merkitsevä ero löytyi myös työn laatua tarkastellessa, osa-aikaiset työntekijät kokivat kuntonsa huonommaksi kuin kokoaikaiset ($p=.004$). Koettu fyysinen kunto korreloi kohtalaisesti liikuntakertojen, liikunnan rasittavuuden ja FIT-indeksin kanssa (0.40–0.50).

Liikuntakerrat

Vastaajista 9 % harrasti liikuntaa vähintään kuudesti viikossa, 45 % kolmesta viiteen kertaan viikossa, 33 % yksi tai kaksi kertaa viikossa, 11 % muutaman kerran

kuukaudessa ja 3 % kerran kuukaudessa tai harvemmin. Taustamuuttujia tarkasteltaessa tilastollisesti merkitseviä ryhmien välisiä eroja ei löytynyt.

Liikunnan rasittavuus

Vastaajista 2 % harrasti erittäin rasittavaa, 36 % selvästi rasittavaa, 32 % kohtalaisen rasittavaa, 26 % kevyttä ja 4 % hyvin kevyttä liikuntaa. Miehet harrastivat useammin rasittavaa liikuntaa kuin naiset ($p=.000$) ja määräaikaiset useammin kuin vakituiset ($p=.000$). Ikäryhmittäin rasittavan liikunnan harrastaminen oli yleisempää nuorten keskuudessa ($p=.000$). Ammattiryhmistä rasittavaa liikuntaa harrastivat useimmin lääkärit ja harvimmin muu2-ryhmässä työskentelevät ($p=.000$). Toimialueittain rasittavaa liikuntaa harrastettiin useimmin päivystyksen alueella ja harvimmin lääkinnällisten palveluiden alueella ($p=.005$).

Liikunnan kesto

Vastaajista 74 % käytti liikuntasuoritukseen tavallisesti yli puoli tuntia, 22 % liikkui 20–30 minuuttia, 4 % 10–19 minuuttia ja 1 % alle 10 minuuttia. Sukupuolittain tarkasteltuna miehet käyttivät liikuntasuoritukseen enemmän aikaa kuin naiset ($p=.017$) ja ikäryhmittäin nuoremmat vanhempia enemmän ($p=.003$).

FIT

Liikunnan kerroista, rasittavuudesta ja kestosta laskettavan FIT-indeksin mukaan vastaajista 26 % kuului erittäin aktiivisten ryhmään, 25 % hyvin aktiivisten ryhmään, 40 % jonkin verran aktiivisten ryhmään ja 9 % liikkumattomien ryhmään (Taulukko 10). Sukupuolittain tarkasteltuna suurin osa miehistä sijoittui erittäin aktiivisten ryhmään ja suurin osa naisista jonkin verran aktiivisten ryhmään. Ikäryhmistä aktiivisimpia olivat ≤ 30 -vuotiaat, joista yhteensä 64 % sijoittui hyvin tai erittäin aktiivisten ryhmään. Työn laatua tarkastellessa kokoaikaiset olivat pääsääntöisesti aktiivisempia kuin osa-aikaiset työntekijät. Ammattiryhmistä eniten aktiivista liikuntaa harrastivat lääkärit ja suurin liikkumattomien ryhmä oli muu2-ryhmässä. Toimialueittain aktiivisimmat liikkujat löytyivät päivystyksen alueelta ja suurimmat liikkumattomien ja jonkin verran aktiivisten ryhmät liikelaitosten alueella. Muuttuja korreloi voimakkaasti liikuntakertojen (0.61) ja liikunnan rasittavuuden (0.76) kanssa sekä kohtalaisesti liikunnan keston (0.53) kanssa.

Taulukko 10. FIT-indeksi eri taustamuuttujien mukaan % (n=1952).

		FIT-indeksi				
		Liikkumaton	Jonkin verran aktiivinen	Hyvin aktiivinen	Erittäin aktiivinen	
Suku- puoli	Nainen	9	42	26	24	$\chi^2=28,439$ df=3 p=.000
	Mies	8	31	22	39	
Ikäryhmä	≤30v	7	33	26	35	$\chi^2=56,617$ df=12 p=.000
	31-40v	9	36	24	31	
	41-50v	10	38	25	27	
	51-60v	9	48	26	17	
	≥61v	16	48	19	17	
Työn laatu	Osa-aikainen	13	49	21	18	$\chi^2=12,710$ df=3 p=.005
	Kokoaikainen	9	39	26	27	
Ammatti- ryhmä	Lääkäri	7	28	24	41	$\chi^2=33,343$ df=9 p=.000
	Hoitohenkilöstö	8	39	25	28	
	Muu1	10	44	26	21	
	Muu2	11	45	24	20	
Toimialue	Operatiivinen	9	38	27	27	$\chi^2=39,801$ df=18 p=.002
	Konservatiivinen	7	40	26	27	
	Psykiatria	9	40	23	29	
	Päivystys	9	31	26	35	
	Lääkinnälliset palvelut	10	49	26	15	
	Tukipalvelut ja hallinto	11	36	29	34	
	Liikelaithokset	12	50	17	20	

Logistisen regressiomallin (Taulukko 11) mukaan vähäistä aktiivisuutta (liikkumaton/jonkin verran aktiivinen) ennustavia tekijöitä olivat mm. huonoksi tai kohtalaiseksi koettu fyysinen kunto (riski 7.78–25.52-kertainen), toimimattomuus liikunnallisessa seurassa (riski 4.2-kertainen), naissukupuoli (riski 2-kertainen) sekä nukkumiseen, tupakkatuotteiden käyttöön, ikään sekä yhteisöön kuulumisen tunteeseen liittyvät tekijät.

Taulukko 11. Logistinen regressiomalli vähäistä aktiivisuutta ennustavista tekijöistä.

Muuttuja	OR (95 % CI)	p-arvo
Koettu fyysinen kunto		
Hyvä	1.00	
Tyydyttävä	7.78 (6.07–9.97)	.000
Huono	25.52 (14.58–44.67)	.000
Toiminen aktiivisesti liikunnallisessa urheilu- tai harrastusseurassa		
Kyllä	1.00	
Ei	4.20 (3.14–5.60)	.000
Sukupuoli		
Mies	1.00	
Nainen	2.01 (1.42–2.85)	.000
Nukun riittävästi		
Pitää paikkansa	1.00	
Ei pidä paikkaansa	0.61 (0.46–0.80)	.000
Tupakkatuotteiden käyttö		
Ei koskaan	1.00	
Lopettanut	0.85 (0.66–1.11)	.240
Satunnaisesti	0.93 (0.63–1.69)	.735
Säännöllisesti	2.24 (1.50–3.34)	.000
Ikä		
≤30v	1.00	
31-40v	1.29 (0.88–1.89)	.188
41-50v	1.18 (0.84–1.67)	.338
51-60v	1.57 (1.11–2.23)	.011
≥61v	3.17 (1.72–5.85)	.000
Tunnen kuuluvani johonkin yhteisöön		
Päivittäin tai lähes päivittäin	1.00	
Kerran tai muutaman kerran viikossa	1.60 (1.20–3.34)	.001
Kerran tai muutaman kerran kuukaudessa	1.06 (0.66–1.69)	.815

Työmatkaliikunta

Vastaajista 24 % käytti työmatkaansa keskimäärin yli puoli tuntia ja 27 % alle puoli tuntia joko kävellen tai pyöräillen. Työmatkansa kokonaan moottoriajoneuvolla kulki 49 % vastaajista. Taustamuuttujista tilastollisesti merkitseviä ryhmien välisiä eroja löytyi ikäryhmistä ($p=.000$), työsuhteen muodosta ($p=.000$), työn laadusta ($p=.029$) ja toimialueista ($p=.014$). Moottoriajoneuvoa työmatkallaan käyttivät eniten 31–40-vuotiaat (54 %) ja vähiten ≤30-vuotiaat (37 %). Yli puoli tuntia työmatkaansa kävellen tai pyöräillen käyttivät eniten ≥61-vuotiaat (29 %). Vakituiset työntekijät käyttivät moottoriajoneuvoa työmatkaansa useammin kuin määräaikaiset ja osa-

aikaiset useammin kuin kokoaikaiset. Toimialueittain moottoriajoneuvon käyttö työmatkalla on yleisintä psykiatrian (57 %) ja tukipalveluiden ja hallinnon alueella (56 %).

6.5 Ravitseminen ja ruokailutottumukset

Vastaajista 78 % (n=1572) arvioi syövänsä terveellisesti. Terveellisesti syöminen oli yleisempää vanhempien ikäryhmien keskuudessa. Kun ≤ 30 -vuotiaista terveellisesti koki syövänsä 74 % vastaajista, niin ≥ 61 -vuotiaista 89 % (p=.002). Tutkimuksessa tiedusteltiin myös päivittäin syötyjen lämpimien aterioiden määrää. Naiset söivät yleisimmin yhden ja miehet kaksi lämmintä ateriaa (p=.000). Ikäryhmiä ja työsuhteen muotoa tarkasteltuna nuoret ikäryhmät ja määräaikaiset työntekijät söivät yleisimmin kaksi ja vanhemmat ikäryhmät (p=.000) ja vakituiset yhden aterian (p=.000). Osa-aikaiset söivät yleisimmin kaksi ja kokoaikaiset työntekijät yhden lämpimän aterian päivässä (p=.023).

Työaikainen ruokailu

Vastaajista 57 % (n=1096) söi työpäivänä yleensä eväitä ja 43 % (n=825) kävi syömässä henkilöstöravintolassa. Sukupuolittain tarkasteltuna henkilöstöravintolassa söi naisista 39 % ja miehistä 66 % (p=.000). Ammattiryhmistä henkilöstöravintolassa söivät eniten lääkärit (85 %) ja harvimminkin muu2-ryhmässä työskentelevät (32 %) (p=.000). Toimialueittain tarkasteltuna henkilöstöravintolassa söivät eniten tukipalveluiden ja hallinnon alueella työskentelevät (50 %) ja vähiten päivystyksen toimialueella työskentelevät (24 %) (p=.000).

Tutkimuksessa selvitettiin myös pystyykö vastaaja halutessaan syömään henkilöstöravintolassa ja 37 % (n=725) ei voinut. Sukupuolittain tarkasteltuna naisista 39 % ja miehistä 25 % ei pystynyt syömään henkilöstöravintolassa (p=.000). Samoin alle 40-vuotiaista vastaajista 44 % ei pystynyt käymään henkilöstöravintolassa syömässä (p=.000). Ammattiryhmistä henkilöstöravintolassa syöminen koettiin vaikeimmaksi hoitohenkilöstön keskuudessa (48 %) (p=.000) ja toimialueista päivystyksen alueella (60 %) (p=.000).

Logistisen regressiomallin (Taulukko 12) mukaan eväiden syöntiä ennusti voimakkaammin ammattiryhmä. Referenssiluokkaan eli lääkäreihin verrattuna hoitohenkilöstöllä oli yli 7-kertainen riski kuulua eväitä syövien ryhmään, muu1-ryhmässä työskentelevillä yli 8.5-kertainen riski ja muu2-ryhmässä työskentelevillä melkein 17-kertainen riski. Eväiden syöntiä ennustivat odotetusti myös henkilöstöravintolan käyttömahdollisuus ja naissukupuoli. Lisäksi muutamien ruoka-aineiden käyttö antoi merkitseviä tuloksia. Esimerkiksi kypsennettyjen vihannesten tai kasvisten, vaalean leivän vähäinen syöminen ja maidon tai piimän vähäinen juominen ennustivat eväiden syömistä. Lisäksi hedelmien ja marjojen runsas käyttö ennusti eväiden syömistä. Toisin sanoen hedelmien ja marjojen käyttö oli yleisempää eväitä syövillä kuin henkilöstöravintolan käyttäjillä. Muita eväiden syömistä ennustavia tekijöitä olivat yhteisöön kuulumattomuuden tunne, työsuhteen määräaikaisuus, voim käyttö ruoanlaitossa, kokemus ruokailutottumusten terveellisyydestä ja lämpimien aterioiden määrä päivässä.

Taulukko 12. Logistinen regressiomalli eväiden syömistä ennustavista tekijöistä.

Muuttuja	OR (95 % CI)	p-arvo
Ammattiryhmä		
Lääkäri	1.00	
Hoitohenkilöstö	7.18 (4.09–12.62)	.000
Muu1	8.65 (4.80–15.61)	.000
Muu2	16.80 (9.03–31.26)	.000
Pystytkö halutessasi käyttämään henkilöstöravintolaa		
Kyllä	1.00	
En	3.01 (2.40–3.78)	.000
Sukupuoli		
Mies	1.00	
Nainen	2.51 (1.82–3.47)	.000
Kypsennettyjen vihannesten tai kasvisten käyttö viikossa		
6-7 päivänä	1.00	
3-5 päivänä	1.18 (0.91–1.53)	.203
1-2 päivänä	1.84 (1.35–2.49)	.000
En kertaakaan	3.39 (1.87–6.15)	.000
Tunnen kuuluvani johonkin yhteisöön		
Päivittäin tai lähes päivittäin	1.00	
Kerran tai muutaman kerran viikossa	1.43 (1.10–1.87)	.008
Kerran tai muutaman kerran kuukaudessa	1.91 (1.22–2.98)	.004

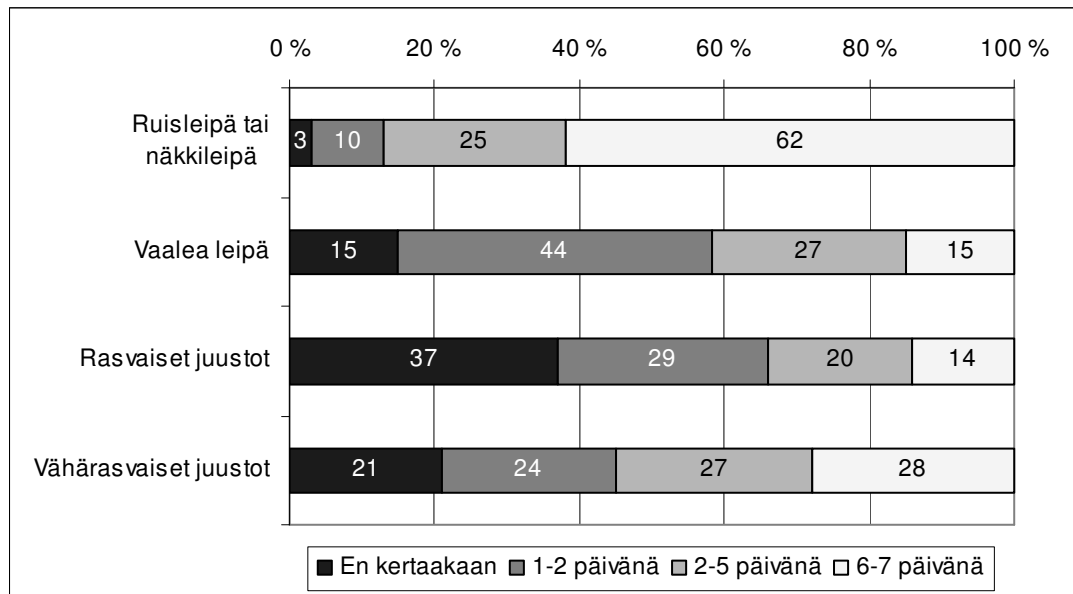
Vaalean leivän käyttö viikossa		.079
6-7 päivänä	1.00	.746
3-5 päivänä	0.74 (0.53–1.04)	.046
1-2 päivänä	1.05 (0.77–1.44)	
En kertaakaan	1.48 (1.01–2.18)	
Hedelmien tai marjojen käyttö viikossa		
En kertaakaan	1.00	
1-2 päivänä	1.51 (0.74–3.10)	.261
3-5 päivänä	2.16 (1.06–4.40)	.034
6-7 päivänä	2.97 (1.44–6.10)	.003
Maidon tai piimän käyttö viikossa		
6-7 päivänä	1.00	
3-5 päivänä	1.15 (0.87–1.51)	.331
1-2 päivänä	1.83 (1.26–2.26)	.002
En kertaakaan	1.39 (1.05–1.84)	.023
Työsuhteen muoto		
Vakituinen	1.00	
Määräaikainen	1.45 (1.14–1.85)	.003
Rasva ruoanlaitossa		
Kasviöljy	1.00	
Voi	2.51 (1.56–4.04)	.000
Syön mielestäni		
Terveellisesti	1.00	
En terveellisesti tai epäterveellisesti	1.50 (1.12–2.01)	.007
Epäterveellisesti	1.13 (0.68–1.89)	.635
Lämpimät ateriat päivässä		
2 aterialla	1.00	
1 aterialla tai vähemmän	1.30 (1.06–1.61)	.013
3 aterialla tai enemmän	1.60 (0.68–3.75)	.283

Eräiden ruoka-aineiden käyttö

Vastaajista 62 % ilmoitti syövänsä *ruis- tai näkkileipää* päivittäin (Kuva 7). Sukupuolittain tarkasteltuna ruis- tai näkkileivän syöminen oli yleisempää naisten keskuudessa ($p=.007$). Ikäryhmittäin ruis- tai näkkileivän päivittäinen syöminen yleistyi mentäessä nuoremmista ikäryhmistä vanhempiin (44 % - 77 %) ($p=.000$) ja määräaikaiset työntekijät söivät sitä vähemmän kuin vakituiset ($p=.000$). *Vaaleaa leipää* syötiin yleisimmin 1-2 päivänä viikossa (44 %, $n=859$).

Vastaajista 37 % ei syönyt ollenkaan *rasvaisia juustoja*. Sukupuolittain tarkasteltuna rasvaisen juuston käyttö oli yleisempää miesten ($p=.003$), nuorten ikäryhmien ($p=.001$) ja määräaikaisten työntekijöiden ($p=.009$) keskuudessa. *Vähärasvaisten*

juustojen syöminen oli puolestaan yleisempää naisten ($p=.000$), vanhempien ikäryhmien ($p=.000$) ja vakituisten työntekijöiden ($p=.003$) keskuudessa. Rasvaisten ja vähärasvaisten juustojen käytöllä oli kohtalainen negatiivinen korrelaatio (-0.34).

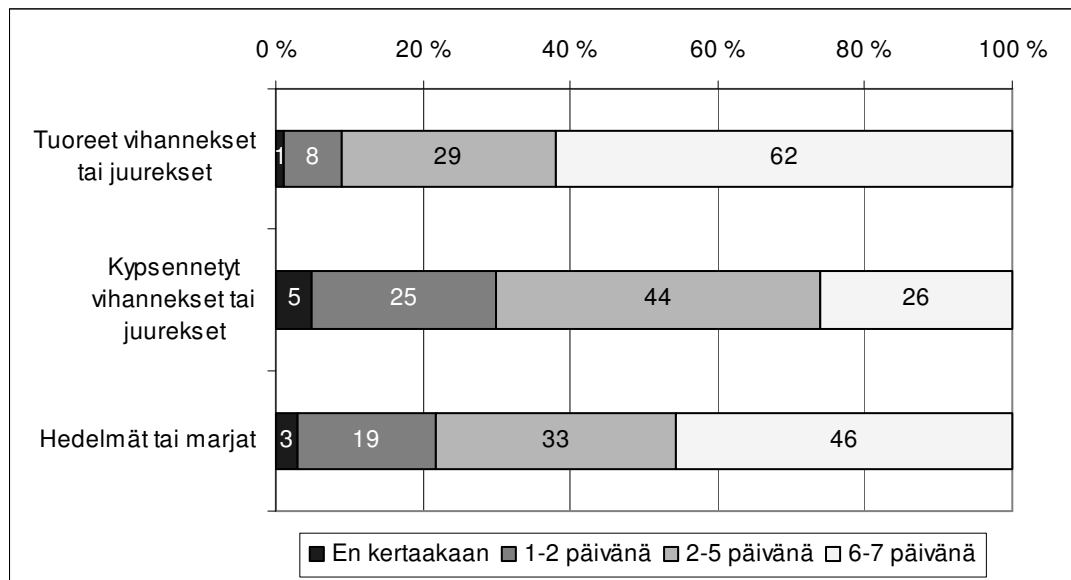


Kuva 7. Leipien ja juustojen käyttö viimeisen viikon aikana % ($n=1952$).

Vastaajista 62 % söi *tuoreita vihanneksia tai juureksia* päivittäin (Kuva 8). Sukupuolittain tarkasteltuna naisilla niiden syöminen oli yleisempää kuin miehillä ($p=.002$) ja vanhemmat ikäryhmät sekä vakituiset työntekijät söivät niitä useammin kuin nuoret ja määräaikaiset ($p=.000/p=.000$). Ammattiryhmistä tuoreita vihanneksia ja juureksia päivittäin söivät eniten lääkärit (79 %) ja vähiten muu2-ryhmässä työskentelevät (52 %) ($p=.000$). *Kypsennettyjä vihanneksia tai juureksia* syötiin yleisimmin 3-5 päivänä viikossa (44 %). Jälleen naiset söivät niitä enemmän kuin miehet ($p=.017$) ja vanhemmat ikäryhmät nuoria enemmän ($p=.001$). Ammattiryhmistä kypsennettyjä vihanneksia tai juureksia päivittäin söivät eniten lääkärit (37 %) ja vähiten muu1-ryhmässä työskentelevät (23 %) ($p=.036$).

Vastaajista 46 % söi *hedelmiä tai marjoja* päivittäin, sukupuolittain tarkasteltuna naisista 49 % ja miehistä 25 % ($p=.000$). Ikäryhmittäin päivittäinen käyttö yleistyi mentäessä nuoremmista ryhmistä vanhempiin (37 % - 76 %) ($p=.000$). Käytössä ilmeni myös toimialuekohtaisia eroja ja eniten hedelmiä ja marjoja syötiin päivittäin

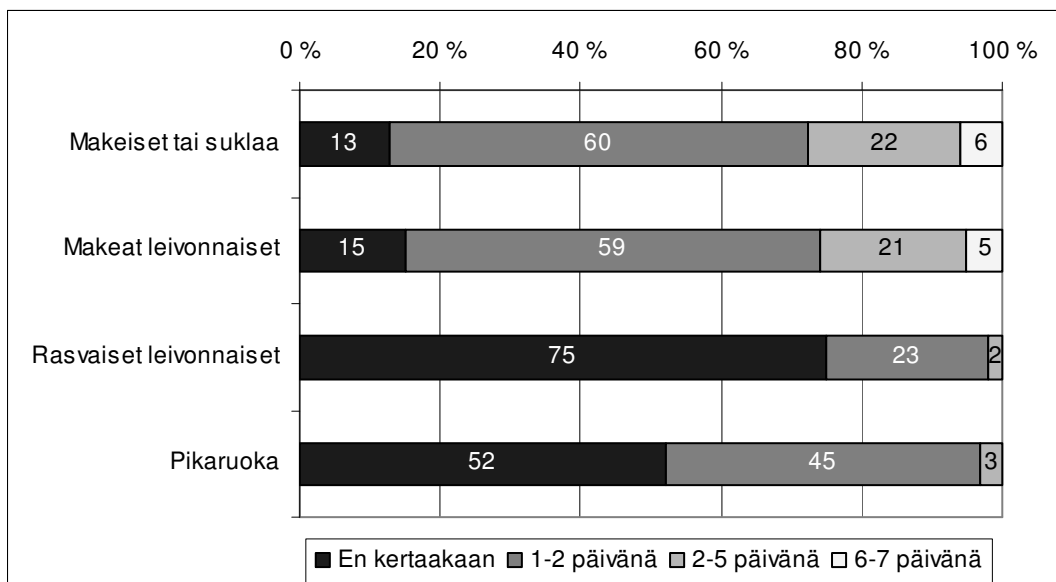
lääkinnällisten palveluiden alueella (51 %) ja vähiten tukipalveluiden ja hallinnon alueella (38 %) ($p=0.013$). Tuoreiden ja kypsennettyjen vihanneksien sekä kasvien ja hedelmien ja marjojen käytöllä oli kohtalainen korrelaatio (0.37–0.39).



Kuva 8. Vihannesten, juuresten, hedelmien ja marjojen käyttö viimeisen viikon aikana % ($n=1952$).

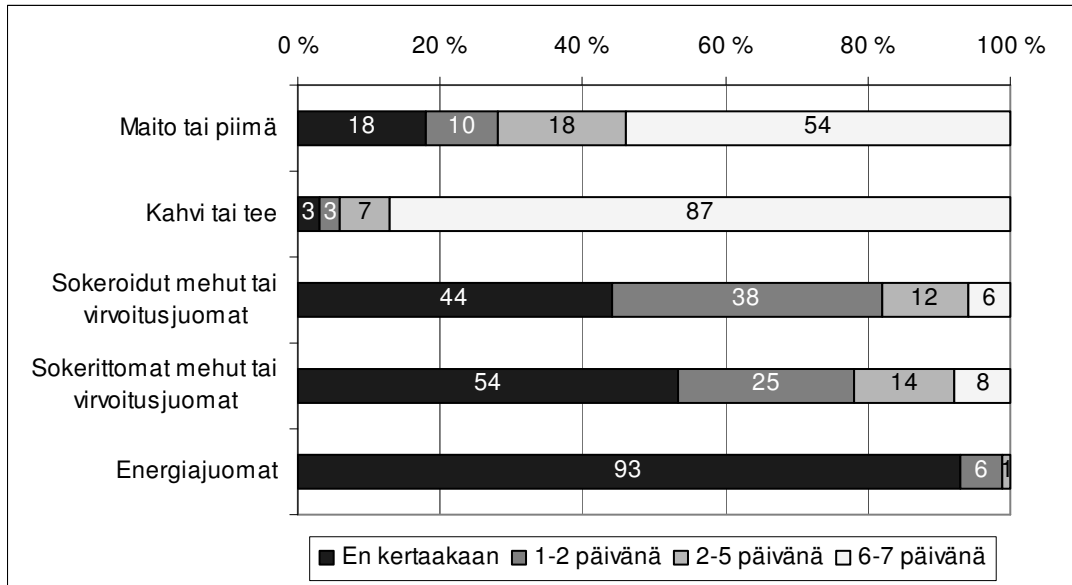
Makeisia tai suklaata syötiin yleisimmin 1-2 päivänä viikossa (60 %) (Kuva 9). Ikäryhmittäin makeisien tai suklaan syöminen oli yleisempää nuoremmissa ikäryhmissä. Kun ≥ 61 -vuotiaista 31 % ei ollut syönyt niitä viimeisen viikon aikana kertaakaan, vastaava luku ≤ 30 -vuotiaiden ryhmässä oli 7 % ($p=0.000$). Ammattiryhmittäin tarkasteltuna vähiten makeisia tai suklaata söivät muu2-ryhmässä työskentelevät, joista 19 % ei ollut syönyt niitä ollenkaan viimeisen viikon aikana ja eniten lääkärit ($p=0.002$). Myös *makeita leivonnaisia* syötiin yleisimmin 1-2 päivänä viikossa (59 %). Jälleen naiset söivät makeita leivonnaisia useammin kuin miehet ($p=0.009$) ja vanhemmat ikäryhmät nuoria enemmän ($p=0.002$). *Rasvaisten leivonnaisten* syöminen oli selvästi vähäisempää ja vastaajista 75 % ei ollut syönyt niitä ollenkaan viimeisen viikon aikana. Vastaajista 52 % ilmoitti myös, ettei ollut syönyt *pikaruokaa* kertaakaan viimeisen viikon aikana kun taas 45 % oli syönyt 1-2

kertaa. Rasvaisten leivonnaisten ja pikaruoan käytön väliltä löytyi kohtalainen korrelaatio (0.31).



Kuva 9. Makeisten tai suklaan, makeiden ja rasvaisten leivonnaisten sekä pikaruoan käyttö viimeisen viikon aikana % (n=1952).

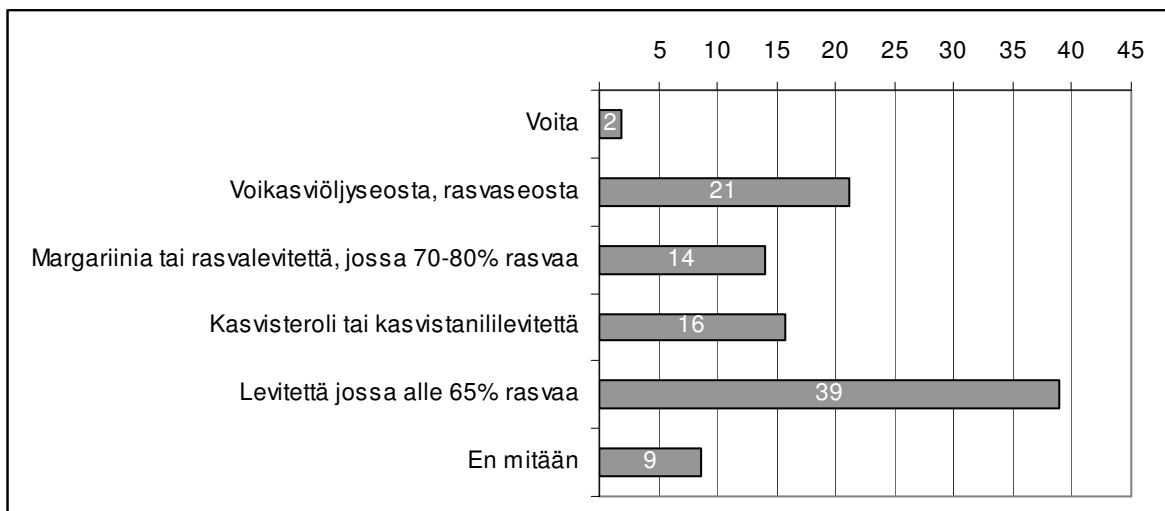
Vastaajista 54 % ilmoitti juovansa *maitoa tai piimää* päivittäin (Kuva 10). Ikäryhmistä maitoa vähiten joivat 51–60-vuotiaat, joista 21 % ei ollut juonut maitoa ollenkaan viimeisen viikon aikana ($p=.003$). Useimmiten maitoa joivat ≤ 30 -vuotiaat ja ≥ 61 -vuotiaat. *Kahvia tai teetä* joi päivittäin 87 % vastaajista ja käyttö yleistyi mentäessä nuoremmista ikäryhmistä vanhempiin (68 % - 98 %) ($p=.000$). Vakituiset työntekijät joivat kahvia tai teetä selvästi useammin kuin määräaikaiset ($p=.000$). *Sokerillisia tai sokeroituja mehuja tai virvoitusjuomia* ei juonut ollenkaan 44 % vastaajista ja 38 % joi niitä 1-2 päivänä viikossa. Sukupuolittain tarkasteltuna miehet joivat niitä enemmän kuin naiset ($p=.000$) ja nuoret ikäryhmät vanhempia enemmän ($p=.000$). *Sokerittomia (light) mehuja tai virvoitusjuomia* ei juonut ollenkaan 54 % vastaajista ja 25 % joi niitä 1-2 päivänä viikossa, 14 % 3-5 päivänä viikossa ja 8 % päivittäin. Ikäryhmittäin käyttö oli yleisintä nuorimmassa ikäryhmässä ja väheni mentäessä vanhempiin ryhmiin ($p=.000$). Ammattiryhmittäin sokerittomien juomien juominen oli yleisintä lääkäreiden keskuudessa ($p=.015$). *Energiajuomien* juominen oli vähäistä ja 93 % vastaajista ei ollut juonut niitä ollenkaan viimeisen viikon aikana.



Kuva 10. Eri juomien käyttö viimeisen viikon aikana % (n=1952).

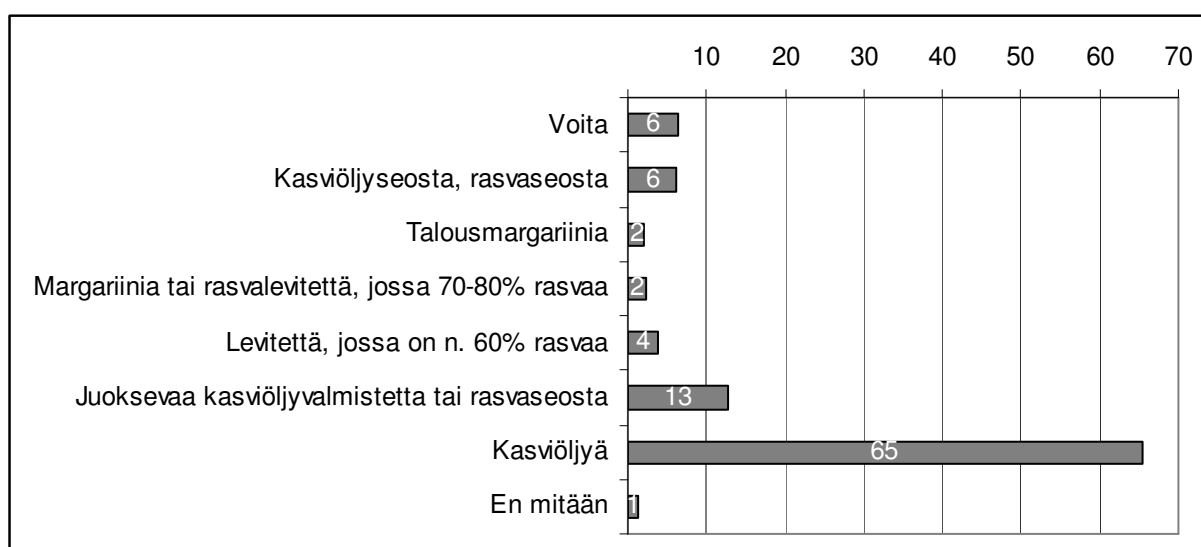
Rasvat

Vastaajista suurin osa, 39 % ilmoitti käyttävänsä leivällä levitettä, jossa on alle 65 % rasvaa (Kuva 11). Levitteen käyttö oli selvästi yleisempää nuoremmissa ikäryhmissä, kun taas vanhemmat ikäryhmät käyttivät enemmän voikasviöljy- tai rasvaseosta ($p=.000$).



Kuva 11. Rasvan laatu leivällä % (n=1952).

Vastaajista 65 % käytti ruoanlaitossa kasviöljyä (Kuva 12). Tarkasteltaessa kasviöljyn käyttöä verrattuna muihin vaihtoehtoihin, voidaan havaita, että käyttö on yleisempää nuoremmissa ikäryhmissä. ≤ 30 -vuotiaista kasviöljyä käytti 74 % vastaajista, kun 41-60-vuotiaista 62 % ($p=.000$). Tilastollisesti merkitsevä ero löytyi myös ammattiryhmien väliltä. Kun lääkäreistä kasviöljyä käytti 78 %, niin vastaavasti muu2-ryhmässä työskentelevistä 50 % ($p=.000$).



Kuva 12. Rasvan laatu ruoanlaitossa % (n=1952).

Painoindeksi

Normaalipainoa, ylipainoa ja lihavuutta selvitettiin laskemalla painoindeksi⁷ vastaajien ilmoittamista pituudesta (cm) ja painosta (kg). Vastaajista 50 % (n=957) oli normaalipainoisia (BMI 18,5–24,9), 34 % (n=872) ylipainoisia (BMI 25,0–29,9) ja 16 % (n=76) lihavia (BMI $\geq 30,0$). Tilastollisesti merkitseviä eroja löytyi sukupuolen, työn laadun, ikä- ja ammattiryhmien sekä toimialueiden väliltä (Taulukko 13). Vastaajia sukupuolittain tarkasteltuna naisista normaalipainoisia oli 53 %, ylipainoisia 31 % ja lihavia 16 %. Vastaavasti miehistä normaalipainoisia oli vain 35 %, ylipainoisia 50 % ja lihavia 15 %. Ikäryhmittäin tarkasteltuna normaalipainoisten määrä väheni lineaarisesti mentäessä nuorimmasta ikäryhmästä vanhempaan.

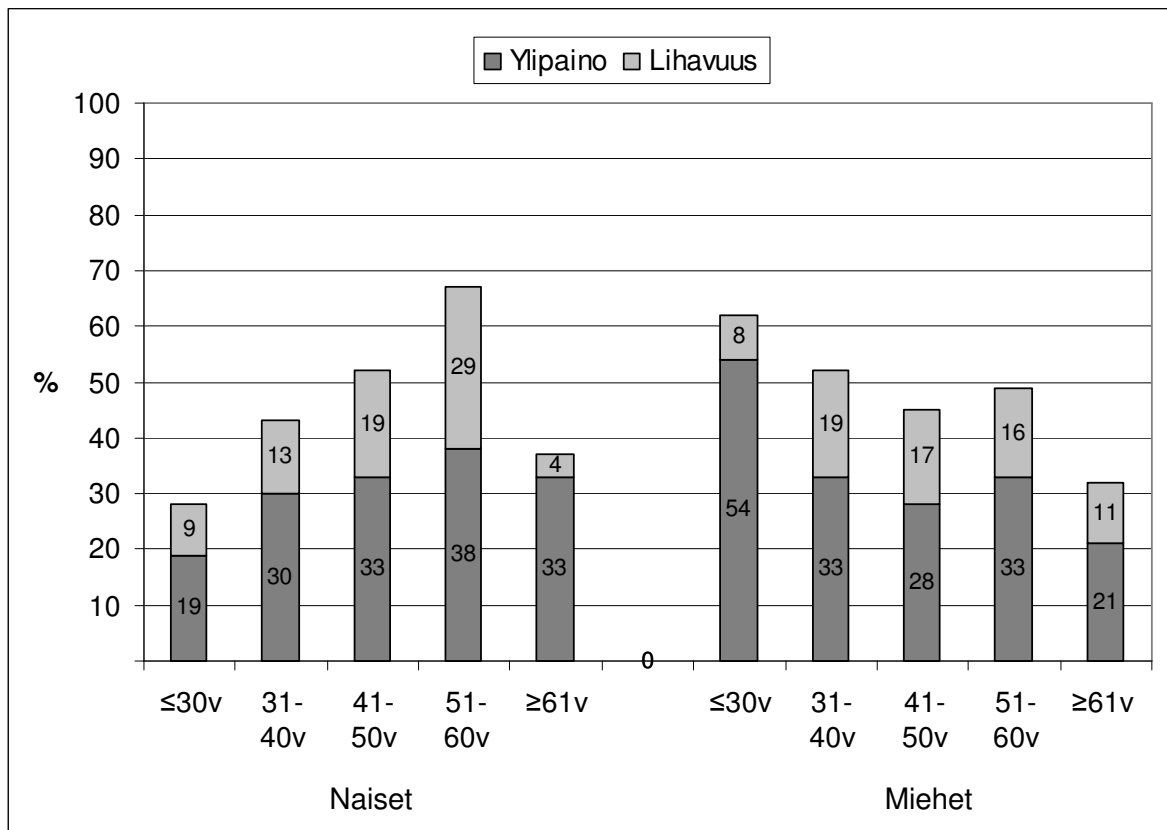
⁷ Painoindeksi = paino jaettuna pituuden neliöllä, kg/m².

Ylipainoa esiintyi enemmän vakituisten työntekijöiden keskuudessa. Ammattiryhmistä normaalipainoisia oli eniten lääkäreissä ja vähiten muu2-ryhmässä. Toimialueista normaalipainoisuus oli yleisintä päivystyksen alueella ja eniten ylipainoisia tai lihavia oli tukipalveluiden ja hallinnon alueella.

Taulukko 13. Normaalipainoisten, ylipainoisten ja lihavien % -osuudet sukupuolen, työsuhteen muodon, ikä- ja ammattiryhmän mukaisesti (n=1905)

		BMI			
		Normaalipaino	Ylipaino	Lihavuus	
Sukupuoli	Nainen	53	31	16	$\chi^2=37,588$ df=2 p=.000
	Mies	35	50	15	
Ikä	≤30v	70	22	9	$\chi^2=66,918$ df=8 p=.000
	31-40v	53	33	14	
	41-50v	46	35	18	
	51-60v	43	39	18	
	≥61v	43	41	16	
Työsuhteen muoto	Määräaikainen	58	27	15	$\chi^2=15,374$ df=2 p=.000
	Vakituinen	48	36	16	
Ammattiryhmä	Lääkäri	60	28	12	$\chi^2=16,955$ df=6 p=.009
	Hoitohenkilöstö	52	34	15	
	Muu1	50	35	16	
	Muu2	41	37	22	
Toimialue	Operatiivinen	51	35	15	$\chi^2=28,513$ df=12 p=.005
	Konservatiivinen	54	32	14	
	Psykiatria	47	33	20	
	Päivystys	55	28	17	
	Lääkinnälliset palvelut	49	30	21	
	Tukipalvelut ja hallinto	40	49	11	
	Liikelaitokset	50	35	15	

Kuvassa 13 on esitetty naisten ja miesten ikäryhmittäiset ylipainoisten ja lihavien määrät.



Kuva 13. Ylipainoisten ja lihavien %-osuudet ikäryhmittäin.

Logistisen regressiomallin (Taulukko 14) mukaan huonoksi tai tyydyttäväksi koettu fyysinen kunto nostaa riskiä kuulua ylipainoisten tai lihaviin ryhmään yli 3.4-kertaiseksi. Samoin mitä korkeampi ikä, sitä todennäköisemmin vastaaja kuuluu tähän ryhmään. Miessukupuoli nostaa riskiä yli 2-kertaiseksi. Malliin otettiin mukaan myös sokerittomien mehujen tai virvoitusjuomien käyttö ja niillä, joilla käyttö on runsasta riski kuulua ylipainoisten tai lihaviin ryhmään on yli 2.3-kertainen. Myös tupakkatuotteiden käyttö ja hampaiden harjaustottumukset näyttävät ennustavan näihin ryhmiin kuulumista. Mielenkiintoinen tulos on koetun onnellisuuden vaikutukset. Regressiomallin mukaan niillä, jotka tuntevat olevansa onnellisia usein on yli 2-kertainen riski kuulua ylipainoisten tai lihaviin ryhmään verrattuna niihin, jotka tuntevat itsensä onnelliseksi vain harvoin.

Taulukko 14. Logistinen regressiomalli ylipainoa ja lihavuutta ennustavista tekijöistä.

Muuttuja	OR (95 % CI)	p-arvo
Fyysinen kunto		
Hyvä	1.00	
Tyydyttävä	3.42 (2.74–4.26)	.000
Huono	3.73 (2.57–5.41)	
Ikä		
≤30v	1.00	
31-40v	2.14 (1.51–3.03)	.000
41-50v	3.21 (2.33–4.42)	.000
51-60v	3.62 (2.60–5.05)	.000
≥61v	4.31 (2.47–7.55)	.000
Sukupuoli		
Nainen	1.00	
Mies	2.05 (1.51–2.77)	.000
Sokerittomien mehujen tai virvoitusjuomien käyttö viikossa		
En kertaakaan	1.00	
1-2 päivänä	1.37 (1.07–1.74)	.012
3-5 päivänä	1.75 (1.29–2.37)	.000
6-7 päivänä	2.36 (1.59–3.51)	.000
Hampaiden harjaus		
Useammin kuin kerran päivässä	1.00	
Kerran päivässä	1.66 (1.28–2.15)	.000
Harvemmin kuin kerran päivässä	3.37 (0.84–13.59)	.088
Tunnen olevani onnellinen		
Kerran tai muutaman kerran kuukaudessa	1.00	
Kerran tai muutaman kerran viikossa	2.28 (1.39–3.74)	.001
Päivittäin tai lähes päivittäin	2.31 (1.43–3.72)	.001
Tupakkatuotteiden käyttö		
Ei koskaan	1.00	
Lopettanut	1.49 (1.18–1.88)	.001
Satunnaisesti	1.59 (1.12–2.26)	.010
Säännöllisesti	1.25 (0.87–1.78)	.224

Suun ja hampaiden terveys

Vastaaajista (n=1952) 75 % koki hampaidensa kunnan ja suun terveydentilansa hyväksi, 22 % keskitasoiseksi ja 3 % huonoksi. Tilastollisesti merkitseviä eroja löytyi sukupuolten väliltä, naisista 77 % ja miehistä 62 % piti hampaidensa kuntoa ja suunsa terveyttä hyvänä (p=.000). Ammattiryhmittäin tarkasteltuna hampaiden ja suun terveys koettiin parhaimmaksi lääkäreiden ryhmässä (81 %) ja heikoimmaksi muu2 työtä tekevien ryhmässä (68 %) (p=.002). Toimialueista parhaimmaksi suun

terveys koettiin operatiivisella alueella (81 %) ja heikoimmaksi liikelaitoksissa (66 %) ($p=.000$).

Vastaajista 38 % ($n=733$) ilmoitti kärsineensä hammassärystä tai muista hampaisiin liittyvistä ongelmista viimeisen 12 kuukauden aikana. Säröt tai ongelmat olivat yleisempiä nuorten työntekijöiden keskuudessa ja ne vähenivät lineaarisesti mentäessä vanhempiin ikäryhmiin. Kun ≤ 30 -vuotiaiden ryhmässä särystä tai muista ongelmista ilmoitti kärsineensä 50 % vastaajista, ≥ 61 -vuotiaiden ryhmässä vastaava luku oli 21 % ($p=.000$). Suun ja hampaiden ongelmat olivat selvästi yleisempiä määräärikaisten työntekijöiden keskuudessa vakituisiin verrattuna ($p=.000$).

Tutkimuksessa selvitettiin myös hampaiden harjauskertoja ja hammaslangan käyttöä. Vastaajista 80 % ilmoitti harjaavansa hampaat vähintään kaksi kertaa päivässä. Sukupuolittain tarkasteltuna naisista 83 % harjasi hampaitaan vähintään kahdesti päivässä kun miehistä vain 64 % ($p=.000$). Hampaiden harjaus oli myös yleisempää vanhemmissa ikäryhmissä ($p=.040$) ja vakituisten työntekijöiden keskuudessa ($p=.001$). Ammattiryhmittäin ahkerammin hampaitaan harjasivat hoitohenkilöstö (83 %) kun taas muu2-ryhmässä vähintään kaksi kertaa päivässä hampaita harjasi vain 68 % ($p=.000$). Toimialueittain tarkasteltuna hampaita harjattiin eniten psykiatrian alueella (84 %) ja vähiten tukipalveluiden ja hallinnon alueella (72 %) ($p=.000$).

Vastaajista 26 % ilmoitti käyttävänsä hammaslankaa vähintään kerran päivässä, 58 % käytti satunnaisesti ja 16 % ilmoitti, ettei käytä hammaslankaa ollenkaan. Sukupuolittain tarkasteltuna hammaslangan käyttö vähintään kerran päivässä oli yleisempää naisilla (29 %) kuin miehillä (12 %) ($p=.000$). Ikäryhmittäin käyttö yleistyi mentäessä nuoremista ikäryhmistä vanhempiin, ja esimerkiksi ≤ 30 -vuotiaiden ryhmässä käyttö oli 17 % tasolla kun taas 51–60-vuotiaista hammaslankaa käytti vähintään päivittäin 33 % ($p=.000$).

6.6 Alkoholin käyttö

Juomiskerrat

Vastaajista (n=1952) 10 % ei juonut ollenkaan alkoholia, 27 % joi kerran kuukaudessa tai harvemmin, 38 % joi kahdesta neljään kertaan kuukaudessa, 21 % joi kaksi tai kolme kertaa viikossa ja 4 % joi neljä kertaa viikossa tai useammin. Tilastollisesti merkitseviä eroja löytyi mm. sukupuolten väliltä, naiset joivat yleisimmin enintään 2-4 kertaa kuukaudessa, kun taas miehet 2-3 kertaa viikossa (p=.000). Ikäryhmittäin tarkasteltuna alkoholin juominen juomiskertojen perusteella oli yleisintä 41–50-vuotiaiden ryhmässä, joista 28 % joi vähintään kaksi kertaa viikossa. Suurin alkoholia ei koskaan juovien ryhmä oli ≥61-vuotiaat (20 %) (p=.000). Ammattiryhmistä alkoholia useimmiten käyttivät lääkärit, joista 38 % joi alkoholia vähintään kaksi kertaa viikossa, kun vähiten alkoholia käyttivät muu2-ryhmässä työskentelevät, joista 15 % ei juonut alkoholia ollenkaan (p=.000). Toimialueittain alkoholia juotiin useimmiten psykiatrian sekä tukipalveluiden ja hallinnon alueilla, joiden vastaajista 27 % joi vähintään kaksi kertaa viikossa. Toimialueista suurin alkoholia ei koskaan juovien ryhmä oli liikelaitoksilla (18 %) (p=.030). Muuttuja korreloi kohtalaisesti yli kuusi annosta kerralla juotujen kertojen kanssa (0.33) eli muuttujilla on positiivinen yhteys.

Kerralla juotu alkoholin määrä

Niistä vastaajista, jotka ilmoittivat käyttävänsä alkoholia (n=1771), 57 % joi alkoholia keskimäärin kerralla 1-2 annosta⁸, 28 % 3-4 annosta, 10 % 5-6 annosta, 4 % 7-9 annosta ja 1 % 10 annosta tai enemmän. Sukupuolittain tarkasteltuna miehet joivat pääsääntöisesti useampia annoksia kuin naiset (p=.000). Suurten kerta-annosten juominen oli yleisempää määräaikaisten työntekijöiden keskuudessa (p=.000). Ammattiryhmittäin pienimmät kerta-annosten määrät olivat lääkäreillä, joista 70 % joi alkoholia käyttäessään keskimäärin 1-2 annosta. Suurimmat kerta-annosten määrät olivat muu2-ryhmässä työskentelevillä (p=.000). Toimialueittain tarkasteltuna

⁸ Koska kyselylomakkeessa kaikki kysymykset olivat pakollisia, vaihtoehto 1-2 annosta muutettiin muotoon 0-2 annosta, jotta ne jotka eivät käytä alkoholia ollenkaan pääsivät kyselyssä eteenpäin. Vastaajia, jotka valitsivat edellisessä juomiskertoja kartoittavassa kysymyksessä vaihtoehdon ”en koskaan” ei huomioitu Kerralla juotu alkoholin määrä tai Yli kuusi annosta kerralla – kysymysten analyysissä.

yleisimmin 1-2 annosta kerralla juotiin lääkinnällisten palveluiden alueella (64 %). Suurimmat kertajuomismäärät olivat päivystyksen alueella, vastaajista 25 % otti vähintään 5 annosta kerralla alkoholia käyttäessään ($p=.000$). Muuttuja korreloi kohtalaisesti yli kuusi annosta kerralla juotujen kertojen kanssa (0.49).

Yli kuusi annosta kerralla

Niistä vastaajista, jotka ilmoittivat juovansa alkoholia ($n=1771$), 30 % ei juonut koskaan yli kuutta annosta kerralla, 50 % joi kuusi annosta kerralla harvemmin kuin kerran kuussa, 15 % kerran kuussa ja 5 % kerran viikossa. Sukupuolittain tarkasteltuna miehet joivat yli kuusi annosta kerralla selvästi useammin kuin naiset ($p=.000$) ja nuoremmat ikäryhmät vanhempia ($p=.000$) ja määräaikaiset vakituisia ($p=.000$) useammin. Myös kokoaikaiset työntekijät joivat yli kuusi annosta kerralla useammin kuin osa-aikaiset ($p=.006$). Ammattiryhmittäin tarkasteltuna useimmiten alkoholia yli kuusi annosta kerralla käyttivät muu2-ryhmässä työskentelevät ja harvimmin muu1-ryhmässä työskentelevät. Toimialueista käyttö oli yleisintä päivystyksen alueella ja harvimmin yli kuusi annosta kerralla joivat konservatiivisella alueella työskentelevät vastaajat ($p=.000$).

AUDIT C

Lasketun AUDIT C-testin mukaan vastaajista 41 % ($n=807$) kuului alkoholin käytön suhteen riskiryhmään. Sukupuolittain tarkasteltuna miehet (53 %) useammin kuin naiset (39 %) ($p=.000$) ja nuoremmat ikäryhmät useammin kuin vanhemmat (53 % - 24 %) ($p=.000$). Tilastollisesti merkitseviä ryhmien välisiä eroja löytyi myös työn laadusta ja toimialueista. Kun kokoaikaisista työntekijöistä 42 % kuului riskiryhmään, vastaavasti osa-aikaisista 31 % ($p=.002$). Toimialueittain suurimmat normaalikäyttäjien ryhmät olivat liikelaitoksilla ja lääkinnällisillä palvelulla (67 %), kun taas riskikäyttö oli yleisintä tukipalveluiden ja hallinnon alueella (47 %) ($p=.021$).

Logistisen regressiomallin mukaan (Taulukko 15) alkoholin käytön riskiryhmään kuulumista ennustivat voimakkaimmin tupakkatuotteiden käyttö ja sukupuoli. Tupakkatuotteiden säännöllinen käyttö lisäsi riskiä kuulua ryhmään yli 5-kertaiseksi ja miessukupuoli yli 4-kertaiseksi. Myös masennusoireiden kokeminen nosti tätä riskiä. Nuorimpaan ikäryhmään verrattuna vanhemmillä ikäryhmillä oli 41–58 %

pienempi riski kuulua kyseiseen ryhmään. Fyysisesti hyvin aktiivisilla ja jonkin verran aktiivisilla oli myös 30–36 % pienempi riski kuulua riskikäyttäjien ryhmään verrattuna fyysisesti erittäin aktiivisiin.

Taulukko 15. Logistinen regressiomalli alkoholin käytön riskiryhmään kuulumista ennustavista tekijöistä.

Muuttuja	OR (95 % CI)	p-arvo
Tupakkatuotteiden käyttö		
Ei koskaan	1.00	
Lopettanut	2.17 (1.64–2.86)	.000
Satunnaisesti	4.63 (3.23–6.62)	.000
Säännöllisesti	5.26 (3.66–7.55)	.000
Sukupuoli		
Nainen	1.00	
Mies	4.19 (3.09–5.68)	.000
Ikä		
≤30v	1.00	
31-40v	0.59 (0.41–0.85)	.004
41-50v	0.55 (0.39–0.77)	.000
51-60v	0.44 (0.31–0.62)	.000
≥61v	0.42 (0.20–0.85)	.016
FIT		
Erittäin aktiivinen	1.00	
Hyvin aktiivinen	0.70 (0.51–0.96)	.029
Jonkin verran aktiivinen	0.64 (0.48–0.86)	.003
Liikkumaton	0.90 (0.58–1.39)	.624
Viimeksi kuluneiden kahden viikon aikana, onko sinusta on tuntunut, että olet ollut alamaissa, masentunut tai tuntenut elämäsi toivottomaksi?		
Ei	1.00	
Kyllä	1.36 (1.04–1.79)	.024

6.7 Tupakkatuotteiden käyttö

Tutkimuksessa säännöllisesti tupakkatuotteita (savukkeita, sikareita, piippua tai nuuskaa) käytti 9,5 % (n=187) ja satunnaisesti 9,7 % (n=191) vastaajista. Niin säännöllinen kuin satunnainen tupakkatuotteiden käyttö oli yleisempää miesten keskuudessa (p=.000). Ikäryhmittäin tarkasteltuna tupakkatuotteiden käyttö oli yleisintä ≤30-vuotiaiden ryhmässä (p=.000) ja eniten lopettaneita oli 51–60-vuotiaiden ryhmässä (31 %). Ammattiryhmiä tarkasteltaessa tupakkatuotteiden

käyttö oli yleisintä muu2-ryhmässä työskentelevien keskuudessa, joista 15 % käytti tupakkatuotteita säännöllisesti ja 10 % epäsäännöllisesti. Harvinaisinta käyttö oli lääkäreiden keskuudessa, joista 72 % ei ollut koskaan käyttänyt tupakkatuotteita ($p=.000$). Toimialueittain käyttö oli yleisintä päivystyksen alueella (29 %) ja vähäisintä konservatiivisella alueella (14 %) ($p=.000$).

Kaikista säännöllisesti tai satunnaisesti tupakkatuotteita käyttävistä ($n=378$) vastaajista 66 % haluaisi lopettaa. Sukupuolittain tarkasteltuna naiset (71 %) haluaisivat lopettaa useammin kuin miehet (48 %) ($p=.000$). Käyttäjistä 37 % on yrittänyt lopettaa ja 21 % on käyttänyt nikotiinikorvaushoitoa tai muuta vieroituslääkettä vähintään kerran viimeisen 6kk aikana. Tupakkatuotteita käyttävistä vastaajista 30 % käytti niitä työaikana, sukupuolittain tarkasteltuna naisista 25 % ja miehistä 49 % ($p=.000$). Toimialueittain käyttö on yleisintä psykiatrian alueella (57 %) ja harvinaisinta konservatiivisella alueella (7 %) ($p=.000$). Vastaajista 6 % käytti nikotiinikorvaushoitoa työaikana. Tupakkatuotteiden käyttöön liittyvät muuttujat korreloivat keskenään seuraavasti: tupakkatuotteiden käyttö ja tupakkatuotteiden käyttö työaikana (0.50), halu lopettaa tupakkatuotteiden käyttö ja yritys lopettaa käyttö (0.39), yritys lopettaa käyttö ja nikotiinikorvaushoidon käyttö (0.43).

Kaikista vastaajista ($n=1952$) 40 % on sitä mieltä, että työnantaja tukee henkilökunnan tupakoimattomuutta riittävästi ja 79 % kannatti koko sairaala-alueen muuttamista tupakasta vapaaksi. Säännöllisesti tupakkatuotteita käyttävistä muutosta kannatti 36 % ja satunnaisesti käyttävistä 75 %. Työnantajan tarjoamasta 100€ tuesta tupakoinnin lopettamiseen tiesi 54 % säännöllisesti ja 35 % satunnaisesti tupakkatuotteita käyttävistä.

7 POHDINTA

7.1 Tutkimustulosten arviointia

Sairaalahenkilöstön hyvinvointia ja eri terveystottumuksia laajasti kuvaavia tutkimuksia ei ole ollut ennen saatavilla Suomessa. Terveysten edistämisen näkökulmasta, henkilöstön työhyvinvoinnin ylläpito ja parantaminen ja sairauksien ennaltaehkäisy edellyttävät kuitenkin tietoa hyvinvoinnista ja terveystottumuksista sekä niitä uhkaavista ja vahvistavista tekijöistä. Tämän tutkimuksen avulla pyrittiin vastaamaan neljään tutkimustehtävään koskien Keski-Suomen sairaanhoitopiirin henkilöstön koetun hyvinvoinnin ja terveystottumusten tilaa sekä niihin liittyviä eroja ja niitä ennustavia ja selittäviä tekijöitä.

Hyvinvointi ja terveystottumukset suhteessa aikaisempiin tutkimuksiin

Saatujen tutkimustulosten mukaan terveysalan työntekijöiden koettu hyvinvointi ja terveystottumukset näyttäytyvät varsin samansuuntaisina työikäiseen väestöön vertailtaessa. Esimerkiksi toimintakykyä, sairastavuutta ja kuolleisuutta ennustavat koettua terveyttä ja työkykyä (Musakka 2008, Rahkonen ym. 2004) kuvaavat tutkimustulokset olivat vastaavanlaisia aikaisempien terveysalaa koskevien tutkimusten kanssa (Laine ym. 2006, 6, 84–85, Perkiö-Mäkelä ym. 2010a, 18, Perkiö-Mäkelä ym. 2010b, taulukko 110,121–122).

Aikaisemmin tehdyissä työhyvinvointiin liittyvissä tutkimuksissa on selvitetty vain vähäisesti mielen hyvinvointiin liittyviä tekijöitä ja niissä on sen sijaan keskitytty erilaisiin stressi- ja masennusoireisiin (Laine ym. 2006, Helakorpi ym. 2010, Perkiö-Mäkelä 2010a). Tässä tutkimuksessa saadut tutkimustulokset tarjoavat tietoa positiivisista mielen hyvinvointiin liittyvistä tekijöistä. Emotionaalinen, psyykkinen ja sosiaalinen hyvinvointi näyttäytyivät tutkimustulosten valossa suhteellisen hyvältä, mutta silti keskimäärin vähintään viidennes vastaajista koki hyvinvointinsa alentuneen jollakin osa-alueella kokonaistuloksia tarkasteltaessa. Stressi ja eriaistiset masennusoireet voivat heikentää merkittävästi työ- ja toimintakykyä sekä elämänlaatua ja lisäksi johtaa vaikeampiin mielenterveysongelmiin, minkä vuoksi

niiden varhainen tunnistaminen ja hoito on työhyvinvoinnin kannalta erittäin tärkeää (Lönnqvist 2009, Norling 2010). Tässä tutkimuksessa noin joka viides vastaajista raportoi tunteneensa joitakin masennusoireita vastausajankohtaa edeltäneiden kahden viikon aikana. 14 % vastasi myöntävästi molempiin masennusoireita kartoittavaan kysymykseen ja heistä 7 % toivoi saavansa apua oireisiinsa. Sohlmanin (2004, 97) tutkimuksessa masennusoireita esiintyi noin 15 % vastaajista ja AVTK-tutkimuksen mukaan vuonna 2009 työikäisistä miehistä 5 % ja naisista 8 % sairasti masennusta (Helakorpi 2010, 44, 51). Tulokset eivät ole suoraan vertailukelpoisia, mutta suuntaa-antavia.

Tutkimuksessa kartoitettiin monipuolisesti myös nukkumiseen ja uneen liittyviä tekijöitä, koska unella on keskeinen merkitys ihmisen terveyteen, toimintakykyyn ja sitä kautta työhyvinvointiin (Huttunen 2010). Vaikka suurin osa vastaajista koki, ettei heillä ole suurempia nukkumiseen liittyviä ongelmia, silti noin joka viides raportoi niistä. Tulokset ovat samansuuntaisia aikaisempien tutkimustulosten kanssa (Laitinen 2007, Laitinen 2010).

Saatujen tutkimustulosten mukaan fyysinen kunto koettiin pääosin hyväksi ja liikuntakertoja koskevat tulokset ovat samansuuntaisia AVTK-tutkimuksen kanssa (Helakorpi ym. 2010, 27, 145). Sen sijaan muita liikuntatottumuksia kuvaavien tutkimustulosten vertailtavuus muihin tutkimuksiin on vaikeaa, koska sopivasta liikunnan määrästä, laadusta ja kestosta on monenlaisia suosituksia (Fogelholm ym. 2007, 22–24, Kiiskinen ym. 2008, 30). Liikuntatottumuksilla on todettu olevan yhteys moniin muihin terveystottumuksiin ja riittäväällä fyysisellä aktiivisuudella voidaan ehkäistä toimintakyvyn heikkenemistä ja sairastavuutta (Rauramo 2004, 54, Fogelholm ym. 2007, 21–22, Kiiskinen ym. 2008, 30–32). Työmatkaliikuntaa koskevat tulokset ovat pääosin samanlaisia AVTK-tutkimuksen kanssa. Positiivisena erona oli se, että noin neljännes tähän tutkimukseen vastaajista käytti työmatkansaansa kävellen tai pyöräillen yli puoli tuntia, mikä on miltei puolet enemmän AVTK-tutkimukseen verrattuna. (Helakorpi ym. 2010, 143.)

Kuten liikunta myös ravitseminen on ihmisen terveyden kannalta keskeisessä osassa. Saatujen tutkimustulosten mukaan suurin osa vastaajista koki syövänsä melko

terveellisesti tai terveellisesti. Työikäiseen väestöön verrattaessa saadut tulokset olivat myönteisempiä, esimerkiksi tuoreita- ja kypsennettyjä kasviksia ja vihanneksia sekä hedelmiä ja marjoja syötiin runsaammin kuin AVTK-tutkimuksessa (Helakorpi ym. 2010, 23, 92, 94, 107–109). Työpäivänään eväitä söi noin 2/3 vastaajista ja määrä on yli kaksikertainen AVTK-tutkimukseen verrattaessa (Helakorpi ym. 2010, 89), mutta samanlainen Työ- ja terveys tutkimuksessa terveysalalta saatuihin tuloksiin verrattuna (Perkiö-Mäkelä ym. 2010b, taulukko 134–135). Painoindeksiä tarkasteltaessa ylipainoisten ja lihaviiden osuudet olivat samansuuruisia aikaisempiin tutkimuksiin verrattuna (Helakorpi ym. 2010, 140, Perkiö-Mäkelä 2010b, taulukko 127). Suun ja hampaiden terveydentila näyttäytyi pääosin samansuuntaisena aikaisempiin tutkimuksiin verrattaessa, mutta esimerkiksi hampaita harjattiin huomattavasti useammin (Harju ym. 2004, Helakorpi ym. 2010, 66).

Alkoholin suurkulutuksen tunnistamisessa käytetyn AUDIT-C-testin tulokset olivat tässä tutkimuksessa korkeammat muihin terveysalaa koskeviin tutkimuksiin verrattaessa (Perkiö-Mäkelä 2010b, taulukko 129). Tulosten mukaan alkoholinkäytöllä ja tupakointitottumuksilla on negatiivinen yhteys ei vain toisiinsa, mutta myös muihin terveystottumuksiin. Tupakkatuotteiden käyttö oli sen sijaan vähäisempää työikäiseen väestöön verrattaessa (Helakorpi ym. 2010, 12–14).

Ryhmien väliset erot taustamuuttujien mukaan

Sukupuolia tarkasteltaessa naisilla näyttää olevan parempi kokonaishyvinvoinnin taso ja pääsääntöisesti myös terveellisemmät terveystottumukset kuin miehillä. Tulos on samansuuntainen aikaisempien tutkimustulosten kanssa (Prättälä & Paalanen). Naiset mm. kokevat henkisen hyvinvointinsa paremmaksi kuin miehet, omaavat terveellisemmät ruokailutottumukset, ovat normaalipainoisempia ja käyttävät vähemmän sekä alkoholia että tupakkatuotteita.

Ikäryhmittäin tarkasteltuna terveystottumukset jakautuvat nuorten ja vanhempien ikäryhmien välille tasaisemmin. Odotetusti nuoret tunsivat terveytensä ja työkykynsä paremmiksi kun taas vanhemmilla on enemmän terveyteen liittyviä ongelmia. Mielen hyvinvoinnin näkökulmasta nuorilla oli enemmän positiivisia tunteita, mutta toisaalta myös enemmän masennusoireita. Nuoret ikäryhmät myös nukkuvat

pääsääntöisesti paremmin kuin vanhemmat ja liikkuvat enemmän ja harrastavat rasittavampaa ja pitkäkestoisempaa liikuntaa. Vanhemmat ikäryhmät taas näyttävät syövän terveellisemmin kuin nuoret, mutta toisaalta ovat myös useammin ylipainoisia. Saadut tulokset olivat samansuuntaisia aikaisempiin tutkimuksiin verrattaessa (Prättälä & Paalanen). Suuhun ja hampaisiin liittyvät ongelmat ovat harvinaisempia vanhempien ikäryhmien keskuudessa ja he myös hoitavat suutansa aktiivisemmin. Alkoholinkäyttö ja tupakointi oli yleisempää nuorten keskuudessa.

Työsuhteen muotoa ja laatua tarkasteltaessa voidaan havaita, että määräaikaiset kokivat terveytensä ja työkykynsä paremmaksi kuin vakituiset työntekijät. Sairastavuus oli yleisempää vakituisilla ja osa-aikaista työtä tekevillä työntekijöillä. Määräaikaiset ja kokoaikaista työtä tekevät tunsivat kuntonsa paremmaksi kuin vakituiset ja osa-aikaiset työntekijät.

Ammattiryhmistä parhaimmat terveystottumukset oli lääkäreillä, joilla ainoat ongelmat näyttävät liittyvän nukkumiseen ja uneen liittyviin tekijöihin. Eniten kehittämistarpeita eri terveystottumuksissa havaittiin muu2-ryhmässä eli siivous-, ravinto-, pesula-, tekninen-, varasto- ja kuljetushenkilöstön keskuudessa. Heillä oli mm. heikoin koetun terveyden ja työkyvyn taso, terveyden kannalta epäedullisimmat liikuntatottumukset, he söivät vähiten henkilöstöravintolassa, olivat ylipainoisimpia ja tupakoivat eri ammattiryhmistä eniten. Muu1-ryhmästä eli tutkimus- ja hoitohenkilöiden, tutkimusta ja hoitoa avustavien, toimistohenkilöstön ja atk-henkilöstön kohdalla esiin nousivat heikentyneet mielen hyvinvointiin liittyvät tuntemukset ja tulosta tukee se, että ryhmässä myös kaivattiin eniten apua masennusoireisiin. Ammattiryhmien väliset terveyserot selittyvät osaltaan koulutusryhmien välisillä eroilla ja useimmat epäedulliset tottumukset ovat yleisempiä alimpaan koulutusryhmään kuuluvien keskuudessa (Prättälä & Paalanen, Helakorpi ym. 2010, 27).

Toimialueittain tarkasteltuna hyvät ja epäedulliset terveystottumukset jakautuivat epätasaisesti eri alueiden kesken. Koettu terveys ja työkyky koettiin parhaimmaksi päivystyksen alueella ja heikoimmaksi lääkinnällisten palveluiden alueella. Sairastavuutta esiintyi yleisimmin tukipalveluiden ja hallinnon alueella. Mielen

hyvinvointi koettiin parhaimmaksi psykiatrian alueella, jossa oli myös vähiten masennusoireita. Eniten masennusoireita esiintyi liikelaitosten alueella. Henkilöstöravintolassa söivät eniten tukipalveluiden ja hallinnon henkilöstö ja vähinten päivystyksen henkilöstö, siitä huolimatta eniten ylipainoisia oli tukipalveluissa ja hallinnossa ja vähiten päivystyksessä. Myös alkoholin riskikäyttö oli yleisintä tukipalveluiden ja hallinnon alueella.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa luotettavaa tietoa sairaalahenkilöstön hyvinvoinnista ja terveystottumuksista vastaamalla asetettuihin tutkimuskysymyksiin. Tutkimuksen luotettavuutta pyrittiin parantamaan suunnittelemalla tutkimus ja kyselylomake mahdollisimman huolellisesti. Tutkimuksen vastausprosenttia voidaan pitää kohtalaisen hyvänä sähköpostitutkimukselle, mutta otos jäi silti tavoiteltua pienemmäksi. Alhainen vastausprosentti voi heikentää otoksen edustavuutta, koska vastaamatta jättäneet eroavat todennäköisesti vastaajista (Babbie 2008, 288). Vastausprosenttia pyrittiin nostamaan mm. viestinnän keinoin ja halutessaan vastaajat saivat osallistua arvontaan.

Tutkimuksessa käytetyt kysymykset ja mittarit perustuivat osaksi aikaisemmin tutkimuksissa käytettyihin kysymyksiin. Nyt saadut tutkimustulokset ja aikaisemmat tutkimukset eivät kuitenkaan ole täysin vertailukelpoisia, koska kysymyksiä muokattiin jonkin verran vastaamaan tämän tutkimuksen tarpeita. Tutkimuksen luotettavuuden näkökulmasta näiden aikaisemmin validoitujen kysymysten muokkaus on saattanut heikentää niiden luotettavuutta. Kysymysten muokkauksesta johtuvaa virhettä tai harhaa pyrittiin vähentämään esitestaamalla kyselylomake huolellisesti ja antamalla vastaajille selkeät vastausohjeet.

Aineiston keräys toteutettiin sähköpostin kautta lähetettävänä Internet-pohjaisena kyselynä. Tutkimustulosten luotettavuuden kannalta kyseinen keräystapa todennäköisesti lisäsi luotettavuutta ainakin niiden muuttujien kohdalta, joissa käsiteltiin arkaluontoisia tietoja. Esimerkiksi alkoholin käyttöön liittyviin kysymyksiin

vastattiin todennäköisesti totuudenmukaisemmin kuin jos samoista asioista olisi keskusteltu esimerkiksi työterveydenhuollossa.

Kerätty aineisto vaati jonkin verran jatkokäsittelyä tilastollisten oletusten hyväksymiseksi. Jatkokäsittely koski lähinnä muuttujien luokkien yhdistämistä järkevimiksi, niin että tyhjät tai pienet vastaajaryhmät yhdistettiin lähimpään sopivaan vaihtoehtoon. Tehtyihin muuttujamuunnoksiin tulisikin kiinnittää huomiota jatkotutkimusta tehtäessä.

Vaikka tutkimukseen osallistui määrällisesti paljon sairaanhoitopiirin henkilökuntaa, vastausprosentin vuoksi tutkimustuloksiin tulee suhtautua varoen. Kohtalaisen vastausprosentin heikkoutena voidaan pitää sitä, ettei sen perusteella voida arvioida esimerkiksi sitä, olivatko tutkimukseen osallistuvat vastaajat jo ennestään terveydestään ja hyvinvoinnistaan kiinnostuneita. Toisaalta tutkimukseen osallistuneiden kesken arvotut palkinnot ovat varmasti houkutteleet vastaajiksi myös sellaisia, jotka eivät olisi muuten osallistuneet tutkimukseen. Koska kyseessä oli pilottitutkimus, sen toistettavuuden kannalta on ensiarvoisen tärkeää kiinnittää huomiota kyselyn validiteettiin ja reliabiliteettiin tutkimusta uusittaessa.

7.3 Eettiset näkökulmat

Tutkimuseettisestä näkökulmasta tähän tutkimukseen liittyvä suurin ratkaistava ongelma oli vastaajien anonymiteetti. Eettiset lähtökohdat ohjasivatkin mm. taustamuuttujien valintaa. Taustamuuttujiksi pyrittiin valitsemaan sellaisia muuttujia, jotka eivät paljastaisi yksittäisiä vastaajia.

Tutkimukseen liittyi myös arvonta, johon sai halutessaan osallistua omalla nimellä. Webropol-ohjelmiston käyttö mahdollisti henkilötietojen keräämisen arvontaa varten niin, ettei kenenkään vastaajan anonymiteetti vaarantunut. Eettiset lähtökohdat huomioitiin myös tutkimustulosten analyysivaiheessa ja tuloksia, joissa vastaajamäärä jäi alle viiden vastaajan, ei julkaistu. Menettelystä tiedotettiin myös

vastaajille kyselylomakkeen täyttövaiheessa. Ennen kyselyn toteuttamista tutkimus esiteltiin myös Keski-Suomen sairaanhoitopiirin neuvostossa 6.5.2010.

7.4 Jatkotutkimusaiheet

Tämä pilottitutkimus toteutettiin osana Keski-Suomen sairaanhoitopiirin terveyden edistämisen toimintaohjelmaa vuosille 2009–2013 ja se loi pohjan sairaalahenkilöstön hyvinvoinnin ja terveystottumusten säännölliselle seuraamiselle. Saadut tutkimustulokset tarjoavat merkittävää ja ainutlaatuista tietoa terveysalan henkilöstön hyvinvoinnista ja terveystottumuksista. Tutkimustuloksia voidaan käyttää hyödyksi monin eri tavoin, ne mm. antavat viitteitä siitä mihin terveyden edistämistoimia tulisi suunnata tai millaisia resursseja työterveyshuollolta vaaditaan. Vaikka kyseessä on uniikki Keski-Suomen sairaanhoitopiirin tilaa kuvaava selvitys, se voi tarjota tietoa ja kehittämisenäkemyksiä myös muille sairaanhoitopiireille, kuntien terveystalouksille tai yksityisesti terveystalouksia tuottaville yrityksille.

Kerätty tutkimusaineisto on erittäin runsas ja monipuolinen ja siitä pystyttiin tässä työssä käsittelemään vain murto-osa. Aineisto tarjoaakin monia mahdollisuuksia jatkotutkimuksen ja –tarkastelujen tekemiseen. Mahdollisia jatkotutkimusaiheita ovat mm. saatujen tutkimustulosten jatkoanalyysi, eri osioiden (koettu hyvinvointi, eri terveystottumukset) yksityiskohtainen tarkastelu omina kokonaisuuksinaan tai pareittain sekä tarkemmat tilastolliset analyysit.

Jatkotarkasteluiden lisäksi kerätty aineisto sisältää monia vielä tutkimattomia osioita, kuten läheisväkivaltaan, elämäntapamuutoksiin liittyvät tulokset sekä laadulliseen tutkimukseen sopivat avoimet kysymykset vastauksineen. Tutkimuksen toistettavuuden kannalta yhtenä tärkeänä tehtävänä on myös kyselylomakkeen ja mittareiden validointi. Tutkimuksen toistaminen tulevaisuudessa ja uudelleen kerätty aineisto tarjoavat mielenkiintoisen kokonaisaineiston, jolloin myös pitkäaikaistutkimuksellinen näkökulma mahdollistuu.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimustulokset tarjoavat merkittävää tietoa Keski-Suomen sairaanhoitopiirin henkilöstön hyvinvoinnista ja terveystottumuksista terveyden edistämisen näkökulmasta. Työhyvinvoinnin portaat – mallissa, Maslown motivaatioteorian mukaisesti, ensimmäisen portaan eli ihmisen perustarpeiden ja terveystottumusten tulisi olla kunnossa ennen kuin seuraava porras ja lopulta kokonaisvaltainen työhyvinvointi voidaan saavuttaa (Rauramo 2004, 39–40). Tässä tutkimuksessa saatujen tutkimustulosten mukaan terveyttä edistäviä ja tukevia toimia tarvitaan ainakin jossakin muodossa kaikilla hyvinvoinnin ja terveystottumusten eri osa-alueilla. Tulosten perusteella esitetään ainakin seuraavia kehittämisehdotuksia aihealueittain:

Kokonaisvaltainen työhyvinvoinnin tukeminen

- Työhyvinvoinnin merkityksen tunnistaminen positiivisesta terveyttä tukevasta näkökulmasta ja siihen panostaminen niin organisaatiossa kuin yksittäisissä työyhteisöissä.
- Terveyden edistämistoimenpiteiden kohdistaminen niihin ryhmiin, joiden keskuudessa kehittämistarpeita eniten esiintyy, lisäksi hyvät terveystottumukset omaavien ryhmien kannustaminen, huomioiden erityisesti
 - Miesten epäedulliset terveystottumukset.
 - Nuorten työntekijöiden masennusoireet, epäedulliset ruokailutottumukset, suun ja hampaiden ongelmat sekä alkoholin ja tupakan käyttö. Vanhempien työntekijöiden terveysongelmat, nukkumiseen ja uneen liittyvät ongelmat sekä vähäinen liikunta.
 - Ammattiryhmien väliset terveyserot, erityisesti epäedulliset terveystottumukset siivous-, ravinto-, pesula-, tekninen-, varasto- ja kuljetushenkilöstön keskuudessa sekä mielen hyvinvoinnin ja masennusoireiden osalta tutkimus- ja hoitohenkilöiden, tutkimusta ja hoitoa avustavien, toimistohenkilöstön ja atk-henkilöstön osalta.
 - Toimialueiden väliset erot
- Hyvinvointia, terveyttä ja toimintakykyä tukeva toiminnan esimerkiksi TYHY-toiminnan lisääminen, teemaviikkojen, asiantuntijaluentojen, kurssien ja ryhmien järjestäminen osana määrätietoista työhyvinvoinnin kehittämistoimintaa. Yhteisölliset, esimerkiksi pienten joukkueiden väliset, leikkimieliset kilpailut hyvinvoinnin ja terveystottumusten eri alueilla.
- Tässä tutkimuksessa esiin nousseiden kehittämiskohteiden käsittely, aktiivinen parantaminen ja arviointi työterveyshuollossa.

Mielen hyvinvointi

- Mielen hyvinvointiin liittyvän toiminnan tehostaminen ja huomioiminen henkilöstön työhyvinvointia koskevissa toimenpiteissä, esimerkiksi puheeksi ottaminen.
- Henkiseen hyvinvointiin liittyvän tai masennusoireista kärsiville suunnatun ryhmätoiminnan järjestäminen.

Nukkuminen ja uni

- Työvuorosunnittelun kehittäminen kohti myötöpäivään kietäviä vuoromalleja nukkumiseen ja uneen liittyvien ongelmien ehkäisemiseksi.

Liikunta

- Liikunnallisen ryhmätoiminnan tai muunlaisen matalan kynnyksen toiminnan järjestäminen erityisesti niille, jotka tuntevat kuntonsa heikoksi tai tarvitsevat tukea liikuntaharrastuksen aloittamiseen.
- Liikuntahaasteiden järjestäminen esimerkiksi työyhteisöjen välillä ja liikunnan tuominen osaksi työyhteisöjen arkipäivää.
- Työmatkaliikunnan tukeminen mm. tarjoamalla kunnolliset säilytys-, pukeutumis- ja suihkutilat.

Ravitsemus ja ruokailutottumukset

- Henkilöstöravintolan käyttöasteen lisääminen (esimerkiksi hintapolitiikalla ja mahdollistamalla irrottautuminen työpisteestä) ja käytön mahdollistaminen kaikissa sairaanhoitopiirin toimipaikoissa.
- Tiedon jakaminen tai esimerkiksi kampanja terveellisten eväiden koostumuksesta.
- Terveelliseen ravitsemukseen ja painonhallintaan tai laihdutukseen liittyvän ryhmätoiminnan järjestäminen.

Alkoholinkäyttö

- Päihteiden käyttöä koskevan toimintamallin (ennaltaehkäisy, käsitteleminen ja hoitoonohjaus) laatiminen jokaiseen työyhteisöön.
- Lisäksi alkoholinkäytön puheeksioton mahdollistaminen ja helpottaminen työyhteisöissä.

Tupakkatuotteiden käyttö

- Tupakkatuotteiden käytön lopettamisen entistä määrätietoisempi tukeminen, esimerkiksi järjestämällä ryhmätoimintaa tai tempauksia. Vastaavasti myös tupakoimattomuudesta palkitseminen.
- Sairaanhoitopiirin tarjoamasta rahallisesta tuesta tiedottaminen.
- Sairaala-alueiden muuttaminen tupakasta vapaiksi alueiksi.

LÄHTEET

Ailasmaa R. Kuntien sosiaali- ja terveystalvelujen henkilöstö 2008. THL. Tilastoraportti 23/2009. [pdf-dokumentti] 3.12.2009 [haettu 1.10.2010] http://www.stakes.fi/tilastot/tilastotiedotteet/2009/Tr23_09.pdf

Akbaraly T, Brunner E, Ferrie J, Marmot M, Kivimaki M, Singh-Manoux A. Dietary pattern and depressive symptoms in middle age. *Brit J Psychiat*, 2009;195:408-413.

Alkoholi ja perusterveydenhuolto. Riskikulutuksen varhainen tunnistaminen ja mini-interventio – hoitosuosituksen yhteenveto. Hyvinkää: Suomen Printman Oy, 2006.

Antonovsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promot Int*, 1996;11:1:11-18.

Arnau RC, Meagher MW, Norris MP, Bramson R. Psychometric evaluation of the Beck Depression Inventory-II with primary care medical patients. *Health Psychol*. 2001;20:112-119.

Aromaa A, Koskinen S. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Helsinki: Hakapaino Oy, 2002.

Aura O, Ahonen G, Ilmarinen J. Strategisen hyvinvoinnin tila Suomessa 2010. Helsinki: Excenta Oy, 2010.

Babbie E. The basics of social research. Usa: Thomson Higher Education, 2008.

Blomster P. Katsaus työelämänkehittämiseen ja tutkimukseen kunta-alalla. Helsinki: Kuntien eläkevakuutus, 2004.

Bradley KA, DeBenedetti AF, Volk RJ, Williams EC, Frank D, Kivlahan DR. AUDIT-C as a brief screen for alcohol misuse in primary care. *Alcohol Clin Exp Res* 2007;31:7:1208-17.

Bushnell P, Colombi A, Caruso C, Tak S. Work Schedules and Health Behavior Outcomes at a Large Manufacturer. *Ind Health* 2010;48:4:395-405.

Bäckmand H, Lönnqvist J. Johdanto. Teoksessa Aalto M, Bäckmand H, Haravuori H, Lönnqvist J, Marttunen M, Melartin T, Partanen A, Partonen T, Seppä K, Suomalainen L, Suokas J, Suvisaari J, Viertiö S, Vuorilehto M (toim.) Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Helsinki: Yliopistopaino, 2009:7-10.

Chopra P. Mental health and the workplace: issues for developing countries. *Int J Ment Health* 2009;3:4:1-9.

Coulson C, Williams L, Henry M, Berk M, Lubman D, Brennan S, Nicholson G, Kotowicz M, Korn S, Pasco J. Patterns of alcohol use and associated physical and lifestyle characteristics according to new Australian guidelines. *Aus NZ J Psychiat*

2010;44:10:946-951.

Elovainio M, Heponiemi T, Vänskä J, Sinervo T, Kujala S, Laakso E, Jalonen P, Hakanen J, Husman K, Töyry T, Halila H. Miten suomalainen lääkäri voi 2000-luvulla? Suomen Lääkärilehti 2007;20–21:62:2071–2076.

Fergusson D, Boden J, Horwood J. Tests of Causal Links Between Alcohol Abuse or Dependence and Major Depression. Arch Gen Psychiat 2009;66:3:260-266.

Fogelholm M, Paronen O, Miettinen M. Liikunta -hyvinvointipoliittinen mahdollisuus. Suomalaisen terveystieteiden tutkimuskeskuksen tila ja kehittyminen 2006. UKK-instituutti. Helsinki: Yliopistopaino, 2007.

Forma P. Työhyvinvointitoimintaan osallistuminen ja siitä hyötyminen kuntatyöpaikoilla. Teoksessa Forma P, Harkonmäki K, Saari P, Väänänen J (toim.) Ketkä tekevät kuntatyön tulevaisuudessa? Kuntatyö 2010 -tutkimus. Helsinki: Kuntien eläkevakuutus, 2008:75-89.

Gould R, Grönlund H, Korpiluoma R, Nyman H, Tuominen K. Miksi masennus vie eläkkeelle? Eläketurvakeskuksen raportteja. Helsinki: Hakapaino Oy, 2007.

Green J, Tones K. Health promotion, planning and strategies. London: Sage Publications Ltd, 2010.

Groane O. Health promotion in hospitals - From principles to implementation. Teoksessa Groane O, Garcia-Barbero M (toim.) Health promotion in hospitals: Evidence and quality management. Denmark: WHO Regional Office for Europe 2005:3-20.

Hakanen J. Työuupumuksesta työn imuun: Työhyvinvointitutkimuksen ytimessä ja reuna-alueilla. Työ ja ihminen tutkimusraportti 27. Tampere: Tampereen yliopistopaino, 2005.

Hakanen J. Työn imun arviointimenetelmä. Verkkokirja. [pdf-dokumentti] 2009 [haettu 20.11.2009]
http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/tyon_imun_arviointimenetelma/Documents/Ty%C3%B6n_imu_arv_men.pdf

Hakola T, Paukkonen M, Pohjonen T. Less Quick Returns - Greater Well-being. Ind Health 2010;48:390-394.

Hallman-Keiskoski M, Puolakka J. Erikoissairaanhoidon terveyden edistämisen tiellä. Suomen Lääkärilehti 20/2005:60:2241-2245.

Harju P, Hausen H, Suominen-Taipale L. Koettu suunterveys, koettu hoidon tarve ja hampaista, suusta tai proteeseista johtuvien ongelmien yleisyys. Teoksessa Suominen-Taipale L, Nordblad A, Vehkalahti M (toim.) Suomalaisten aikuisten suunterveys – Terveys 2000-tutkimus. Helsinki: Hakapaino Oy, 2004:33-40.

Hasu R-L. FIT-indeksi. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Keskustelu, 2010.

Helakorpi S, Laitelainen E, Uutela A. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, raportti 7/2010. Helsinki: Yliopistopaino, 2010.

Heliövaara M, Rissanen A. Lihavuus ja painonhallinta. Teoksessa Prättälä R, Paalanen L (toim.) Elintavat ja niiden väestöryhmäerot suomessa. Terveys 2000 - tutkimus Kansanterveyslaitoksen julkaisuja, B2/2007. Helsinki: Hakapaino Oy, 2007:53-60.

Heponiemi T, Sinervo T, Räsänen K, Vänskä J, Halila H, Elovainio M. Lääkärien ja sairaanhoitajien hyvinvointi ja terveys – laaja kohorttitutkimus – hankkeen loppuraportti. Helsinki: Valopaino Oy, 2008.

Heyward VH, Stolarczyk LM. Applied body composition assessment. Champaign: Human Kinetics, 1996.

Hokkinen L, Sandström P, Jormanainen V, Patja K, Myllykangas M. Suomalaisten lääkäreiden tupakointi ja tupakasta vieroitusta koskevan Käypä hoito-suosituksen tuntemus vuonna 2006. Suomen Lääkärilehti 2009;35:64:2784–2788.

HPH. Health promoting hospitals. The International Network of Health Promoting Hospitals and Health Services: Integrating health promotion into hospitals and health services. Concept, framework and organization. Denmark: WHO regional office Europe, 2007.

Huhtala H, Parzefall MR. A Review of Employee Well-Being and Innovativeness: An Opportunity for a Mutual Benefit. Creativity and innovation management 2007;16:3:299–306.

Husman P, Husman K. Työkyky ja työkyvyttömyys. Teoksessa Kauppinen T, Hanhela R, Heikkilä P, Kasvio A, Lehtinen S, Lindström K, Toikkanen J, Tossavainen A (toim.) Työ ja terveys Suomessa 2006. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy, 2007:181–193.

Huttunen M. Unettomuus. Lääkärikirja Duodecim. [www-dokumentti] 3.9.2010 [haettu 21.9.2010]
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00534

Hämäläinen T. Kohti hyvinvoivaa ja kilpailukykyistä yhteiskuntaa. Helsinki: Picaset Oy, 2006.

Härmä M. Vuorotyö ja syöpä. Työterveyslääkäri 2009;27:4:29-31.

Härmä M, Sallinen M. Uni, terveys ja toimintakyky. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim 2006;122:1705–06.

Högmander H, Kankainen A, Kärkkäinen S, Leskinen E, Lyyrä A-M, Nissinen K, Pahkinen E. Tilastolliset analyysimenetelmät. TILP450 Tilastomenetelmien jatkokurssi. 7 korjattu painos. Jyväskylän yliopisto: Matematiikan ja tilastotieteen laitos, 2009.

Ilmarinen J. Ikääntyvä työntekijä Suomessa ja Euroopan Unionissa -tilannekatsaus sekä työkyvyn, työllistyvyyden ja työllisyyden parantaminen. Helsinki: Työterveyslaitos, 1999.

Ilmarinen J. Pitkää työuraa! Ikääntyminen ja työelämän laatu Euroopan unionissa. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy, 2006.

Ilmarinen J. Työkykyä edistävät ja heikentävät tekijät. Teoksessa: Matikainen E, Aro T, Kalimo R, Ilmarinen J, Torstila I (toim.) Hyvä työkyky, työkyvyn ylläpidon malleja ja keinoja. Helsinki: Työterveyslaitos, 1995:31–46.

Ilmarinen J, Tuomi K, Eskelinen L, Clas-Håkan N, HUUHTANEN P, Klockars M. Background and objectives of the Finnish research project on aging workers in municipal occupations. *Scand J Work Environ Health* 1991;17:1:7-11.

Joukkoruokailun kehittäminen Suomessa. Joukkoruokailun seuranta ja kehittämisryhmän toimenpidesuositus. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki: Yliopistopaino, 2010.

Juutilainen M. Läheisväkivaltakysymykset. Keskustelu, 2010.

Järvisalo J, Räsänen K, Pirttilä I, Immonen S, Saloniemi A. Tyky-toiminta yhteiskuntapolitiittisena ohjelmana. Sosiaali- ja terveysministeriö, Kansaneläkelaitos ja Työterveyslaitos. Helsinki: Edita, 2001.

Järvisalo J, Räsänen K, Salminen JK, Klaukka T, Kinnunen E. Depression and other mental disorders as causes of sickness absenteeism and work disability pensions in Finland. Teoksessa Järvisalo J, Andersson B, Boedeker WW, Houtman I (toim.) Mental disorders as a major challenge in prevention of work disability: Experiences in Finland, Germany, the Netherlands and Sweden. *Social security and health reports* 66. Helsinki: Edita Prima Ltd, 2005:27-59.

Kaarne T, Aarne M. Alkoholi ja työelämä. *Duodecim*, 2009;125:905–11.

Karlsson T, Virtanen A. Päihteiden käytön epidemiologia Suomessa. Teoksessa Partanen A, Moring J, Nordling E, Bergman V (toim.) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015, suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Helsinki: Yliopistopaino, 2010:19-24.

Kasari D. Effects on exercise and fitness on serum lipids in college women. Unpublished Master's Thesis. University of Montana, 1976.

Kauppinen T, Hanhela R, Heikkilä P, Kasvio A, Lehtinen S, Lindström K, Toikkanen J, Tossavainen A (toim.) Työ ja terveys Suomessa 2006. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy, 2007.

Kauppinen T, Hanhela R, Kandolin I, Karjalainen A, Kasvio A, Perkiö-Mäkelä M, Priha E, Toikkanen J, Viluksela M (toim.) Työ ja terveys Suomessa 2009. Helsinki: Työterveyslaitos, 2010.

Kiiskinen U, Vehko T, Matikainen K, Natunen S, Aromaa A. Terveysten edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Helsinki: Yliopistopaino, 2008.

Kirsten W. Making the Link between Health and Productivity at the Workplace —A Global Perspective. *Ind Health* 2010;48:251–255.

Kivistö M, Jurvansuu H, Hirvonen L. Alkoholi ja työpaikka – alkoholihaittojen ehkäisy ja käytännöt työpaikoilla. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy, 2010.

Kivistö S, Kallio E, Turunen G. Työ, henkinen hyvinvointi ja mielenterveys. Helsinki: Yliopistopaino Oy, 2008.

Kogi K. International Research Needs for Improving Sleep and Health of Workers. *Ind Health* 2005;43:1:71-79.

Koskinen S, Martelin T, Sainio P, Gould R. Työkykyyn vaikuttavat tekijät. Teoksessa: Gould R, Ilmatinen J, Järvisalo J, Koskinen S (toim.) Työkyvyn ulottuvuudet. Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. Helsinki: Hakapaino Oy, 2006:114–134.

Koskinen-Ollonqvist P, Aalto-Kallio M, Mikkonen N, Nykyri P, Parviainen H, Saikkonen P, Tamminiemi K. Rajoilla ja ytimessä. Terveysten edistämisen näyttäytyminen väitöskirjatutkimuksissa. Terveysten edistämisen keskuksen julkaisuja 2/2007. Helsinki: Terveysten edistämisen keskus ry, 2007.

Kukkonen R, Hanhinen H, Ketola R, Luopajarvi T, Noronen L, Helminen P. Työfysioterapia. Helsinki: Työterveyslaitos, 2001.

Kuoppala J, Lamminpää A, Husman P. Work Health Promotion, Job Well-Being, and Sickness Absences—A Systematic Review and Meta-Analysis. *J Occup Environ Med* 2008;50:11:1216-1227.

Kuusinen A. Asiantuntijalääkäri, Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Keskustelu, 2010.

Laaksonen M, Aittomäki A, Lahelma E. Terveysthuollon naistyöntekijöiden terveydentila, työolot ja terveystyötyytyminen. *Suomen lääkirilehti* 2003;38:58:3795–3800.

Laine M, Wickström G, Pentti J, Elovainio M, Kaarlela-Tuomaala A, Lindström K, Raitoharju R, Suomala T. Työolot ja hyvinvointi sosiaali- ja terveystalalla 2005. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy, 2006.

Laine M. Terveysthuolto ja sosiaalipalvelut. Teoksessa Kauppinen T, Hanhela R, Kandolin I, Karjalainen A, Kasvio A, Perkiö-Mäkelä M, Priha E, Toikkanen J, Viluksela M (toim.) Työ ja terveys Suomessa 2009. Sastamala: Vammalan kirjapaino Oy, 2010:228-233.

Laitinen J, Perkiö-Mäkelä M, Virtanen S. Elintavat. Teoksessa Kauppinen T, Hanhela R, Kandolin I, Karjalainen A, Kasvio A, Perkiö-Mäkelä M, Priha E, Toikkanen J, Viluksela M (toim.) Työ ja terveys Suomessa 2009. Sastamala: Vammalan kirjapaino Oy, 2010:141-146.

Laitinen J, Virtanen S, Perkiö-Mäkelä M, Tuomi K. Elintavat. Teoksessa Kauppinen T, Hanhela R, Heikkilä P, Kasvio A, Lehtinen S, Lindström K, Toikkanen J, Tossavainen A (toim.) Työ ja terveys Suomessa 2006. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy, 2007:211–222.

Liangpunsakul S, Crabb DW, Qi R. Relationship among alcohol intake, body fat, and physical activity: a population-based study. *Ann Epidemiol.* 2010;20:9:670-5.

Liikunnan Käypä hoito – suositus. Liikunta. *Duodecim*, 2008;124:19:2252–73.

Liikunta ja mielenterveys. Mielenterveyden keskusliiton opas. Pori: Kehitys Oy, 2008.

Lindström B, Eriksson M. A salutogenic approach to tackling health inequalities. Teoksessa: Morgan A, Davies M, Ziglio E (toim.) *Health assets in a global context: Theory, methods, action.* New York: Springer 2010a:17-40.

Lindström B, Eriksson M. Salutogeeninen lähestymistapa terveyteen – teoria terveyden resursseista. Teoksessa Pietilä A-M (toim.) *Terveyden edistäminen teorioista toimintaan.* Helsinki: WSOY pro Oy, 2010b:32–52.

Logistinen regressio. KvantiMOTV. [www-dokumentti] 12.6.2009 [haettu 29.3.2011] <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/logregressio/logistinen.html>

Lyytikäinen P, Lallukka T, Lahelma E, Rahkonen O. Sleep problems and major weight gain: a follow-up study. *The Int J Obesity* 2010;doi:10.1038/ijo.2010.113.

Lönnqvist J. Stressi ja depressio. [www-dokumentti] 19.1.2009 [haettu 10.5.2011] http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00020

Manderbacka K. Koettu terveys ja tiedossa oleva sairastavuus. [www-dokumentti] 18.7.2005 [haettu 20.9.2010] http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00022

Manka M-L, Kaikkonen M-L, Nuutinen S. Hyvinvointia työyhteisöön. Eväitä kehittämistyön tueksi. Tampere: Synergos, 2007.

Marjala P. Työhyvinvoinnin kokemukset kertomuksellisina prosesseina – narratiivinen arviointitutkimus. Tuotantotalouden väitöskirja. Oulu: Oulu University Press, 2009.

Melartin T, Vuorilehto M. Masennus. Teoksessa Aalto M, Bäckmand H, Haravuori H, Lönnqvist J, Marttunen M, Melartin T, Partanen A, Partonen T, Seppä K, Suomalainen L, Suokas J, Suvisaari J, Viertiö S, Vuorilehto M (toim.) Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Helsinki: Yliopistopaino, 2009:29-34.

Moisio P. HYPA 2006. Hyvinvointi & palvelut -kyselyn 2006 aineistokuvaus. Helsinki: Valopaino Oy, 2007.

Musakka P. Suomi tuntee terveytensä. Kansanterveyslaitos. [www-dokumentti] 1.9.2008 [haettu 20.9.2010] <http://demo.seco.tkk.fi/tervesuomi/item/kti:16136>

Mäki-Fränti P. Henkilöstön työkyky ja toimipaikkojen tuottavuus. Pellervon taloudellisen tutkimuskeskuksen työpapereita N:o 118. Helsinki: Pellervon taloudellinen tutkimuskeskus, 2009.

Mäkitalo J. Työkyvyn käsite. Teoksessa Antti-Poika M, Martimo KM, Husman K (toim.) Työterveyshuolto. Helsinki: Duodecim, 2003:141-147.

Nakari R. Kuntien erilaistuva työelämä. Tutkimus kunnallisista työyhteisöistä 1995–2003. Kunta Suomi 2004 – tutkimuksia nro 50. Helsinki: Suomen kuntaliitto, 2004.

Nordling E. Edistävää ja ehkäisevää mielenterveystyötä. Teoksessa Partanen A, Moring J, Nordling E, Bergman V (toim.) Kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma 2009–2015, suunnitelmasta toimeenpanoon vuonna 2009. Helsinki: Yliopistopaino, 2010:24-27.

Nurminen M, Heathcote C, Davis B. Ikääntyvien suomalaisten työajanodotteet kunta-alalla. Työ ja ihminen 2004;18:2:226–240.

Nykänen M. Tupakointi: tapa vai sairaus – hoitaako vai ei? Työterveyslääkäri 2009;27:3:87–89.

Otala L, Ahonen G. Työhyvinvointi tuloksen tekijänä. Juva: WS Bookwell Oy, 2005.

Partonen T. Unihäiriöt. Teoksessa Aalto M, Bäckmand H, Haravuori H, Lönnqvist J, Marttunen M, Melartin T, Partanen A, Partonen T, Seppä K, Suomalainen L, Suokas J, Suvisaari J, Viertiö S, Vuorilehto M (toim.) Mielenterveys- ja päihdeongelmien varhainen tunnistaminen. Helsinki: Yliopistopaino, 2009:42-45

Pekka T, Forma P, Saarinen A. Työhyvinvointi ja työnantajamaine kunta-alalla vuonna 2008. Helsinki: Kuntien eläkevakuutus, 2008.

Perkiö-Mäkelä M, Hirvonen M, Elo A-L, Kandolin I, Kauppinen K, Kauppinen T, Ketola R, Leino T, Manninen P, Miettinen S, Reijula K, Salminen S, Toivanen M, Tuomivaara S, Vartiala M, Venäläinen S, Viluksela M. Työ ja terveys – haastattelututkimus 2009. [pdf-dokumentti] 2010a [haettu 20.9.2010] http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/tyo_ja_terveys_suomessa/Documents/tyo_ja_terveys_haastattelututkimus_2009.pdf

Perkiö-Mäkelä M, Hirvonen M, Elo A-L, Kandolin I, Kauppinen K, Kauppinen T, Ketola R, Leino T, Manninen P, Miettinen S, Reijula K, Salminen S, Toivanen M, Tuomivaara S, Vartiala M, Venäläinen S, Viluksela M. Työ ja terveys – haastattelututkimus 2009 - taulukkoliite. [pdf-dokumentti] 2010b [haettu 20.9.2010] http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/tyo_ja_terveys_suomessa/Documents/tyo_ja_terveys_haastattelututkimus_taulukkoliite_2009.pdf

Pietilä A-M, Sonninen E, Kinnunen P. Salutogeeninen lähestymistapa preventiivisen hoitotieteen tutkimuksessa - lähtökohtia ja pohdintoja terveyttä edistävän toiminnan kehittämiseksi. Pro Terveys 2007:3:4–8.

Piispa M, Hulkko L. Työväkivalta on yleistä terveys- ja sosiaalialojen ammateissa. Kiire lisää työväkivallan riskiä sosiaali- ja terveydenhuollon ammateissa. [www-dokumentti] 30.9.2009 [haettu 17.11.2009] http://www.stat.fi/artikkelit/2009/art_2009-09-30_002.html?s=0.

PricewaterhouseCoopers. Health research institute. HealthCast: The customisation of diagnosis, care and cure. [pdf-dokumentti] 3.2010 [haettu 21.9.2010] www.pwc.co.uk/eng/publications/healthcast_Copy.html

Prättälä R, Paalanen L. Pohdinta. Teoksessa Prättälä R, Paalanen L (toim.) Elintavat ja niiden väestöryhmäerot suomessa. Terveys 2000 -tutkimus Kansanterveyslaitoksen julkaisuja, B2/2007. Helsinki: Hakapaino Oy, 2007:84-86.

Päihdelinkki. AUDIT C-testi. [www-dokumentti] 2008 [haettu 2.2.2011] www.paihdelinkki.fi/apukortit/AUDIT-C.pdf

Rahkonen O, Talala K, Laaksonen M, Lahelma E, Prättälä R & Uutela A. Suomalaisten koettu terveys parantunut, terveyden koulutuserot säilyneet 1979-2002. Suomen lääkärilehti 2004;20:59:2159–2163.

Raulio S, Mukala K, Ovaskainen M-L, Lahti-Koski M, Sirén M, Prättälä R. Työaikainen ruokailu Suomessa. Kolmen valtakunnallisen seurantatutkimuksen tuloksia. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2004. [pdf-dokumentti] 2004 [haettu 14.10.2010] http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2004b3.pdf

Rauramo P. Työhyvinvoinnin portaat – viisi vaikuttavaa askelta. Helsinki: Edita Prima Oy, 2004.

Rauramo P. Työhyvinvoinnin portaat – työkirja. Helsinki: Edita Prima Oy, 2009.

Saari P. Työkyvyn menetyksen uhan toteutuminen kuntatyöntekijöillä. Teoksessa Saari P, Väänänen J, Harkonmäki K (toim.) Kuntatyö murroksessa - miten jaksaa työntekijä? Helsinki: Kuntien eläkevakuutus, 2006:70–76.

Saari P, Blomster P, Väänänen J. Sosiaali- ja terveystalojen työn haasteita ammattiryhmittäin. Kuntatyö 2010 – tutkimuksen raportteja 2/2005. Helsinki: Kuntien eläkevakuutus, 2005.

Sallinen M, Kecklund G. Shift work, sleep, and sleepiness - differences between shift schedules and systems. *Scand J Work Environ Health* 2010;36:2:121-33.

Sánchez-Villegas A, Delgado-Rodríguez M, Alonso A, Schlatter J, Lahortiga F, Majem L, Martínez-González M. Association of the Mediterranean Dietary Pattern With the Incidence of Depression. *Arch Gen Psychiat*, 2009;66:10:1090-1098.

Sohlman B. Funktionaalinen mielenterveyden malli positiivisen mielenterveyden kuvaajana. Saarijärvi: Gummerus kirjapaino Oy, 2004.

Sosiaali- ja terveydenhuollon tilastollinen vuosikirja 2009. THL. Helsinki: Yliopistopaino Oy, 2009.

Sosiaali- ja terveystietomus 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:1. Helsinki: Yliopistopaino, 2010.

STM. Työhyvinvointi tutkimus Suomessa ja sen painoalueet terveyden ja turvallisuuden näkökulmasta. Helsinki: Yliopistopaino, 2005.

Suomalaiset ravitsemussuositukset – ravinto ja liikunta tasapainoon. Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005. Helsinki: Edita Prima Oy, 2005.

Tammi O. Esimies tukee muutoksessa. Helsinki: Kuntien eläkevakuutus, 2007.

Tavoitteena savuton työpaikka. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2006:14. Helsinki: Yliopistopaino Oy, 2006.

Terveyden edistäminen. Hallituksen politiikkaohjelma. [pdf-dokumentti] 5.12.2007 [haettu 9.8.2010] <http://www.vn.fi/toiminta/politiikkaohjelmat/terveys/ohjelman-sisaeltoe/fi.pdf>

Terveyden edistämisen toimintaohjelma 2009–2013. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Terveyden edistäminen ja preventio. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin johtoryhmän muistio 18.5.2009.

Työhyvinvointitutkimus Suomessa ja sen painoalueet terveyden ja turvallisuuden näkökulmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä. Helsinki: Yliopistopaino, 2005.

UKK-instituutti. Liikuntapiirakka. [pdf-dokumentti] 3.2009 [haettu 9.10.2010] http://www.ukkinstituutti.fi/filebank/61-uusi_liikuntapiirakka.pdf

Vakanssilista 5/2010 KSSHP. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri, henkilöstöratkaisut. Tuloste 11.5.2010.

Vanhala S, Laukkanen M, Koskinen A. Liiketoiminta ja johtaminen. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy, 2002.

Vuori I. Liikunta. Lääkärikirja Duodecim. [www-dokumentti] 18.7.2005 [haettu 11.1.2011]

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti/%5C%5Cwww.ktl.fi/www.emedicine.com/dermatology/tk.koti?p_artikkeli=suo00014&p_haku=ty%F6matkaliikunta

Vuori I. Liikunnan lisääminen. Lääkärikirja Duodecim. [www-dokumentti] 19.1.2009 [haettu 11.1.2011]

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti/%5C%5Cwww.ktl.fi/www.emedicine.com/dermatology/tk.koti?p_artikkeli=seh00149&p_haku=ty%F6matkaliikunta

Vuori I. Uudet terveystieteiden suositukset Yhdysvalloista. Liikunta & tiede 2008;45:5:8-12.

WHO. Report on the global tobacco epidemic 2009: implementing smoke-free environments. France: World Health Organization, 2009.

Wong I, McLeod C, Demers P. Shift work trends and risk of work injury among Canadian workers. Scand J Work Environ Health Online-first-article. [pdf-dokumentti] 4.10.2010 [haettu 10.10.2010]

http://www.sjweh.fi/download.php?abstract_id=3124&file_nro=1

Åkerstedt T, Wright Jr. K. Sleep Loss and Fatigue in Shift Work and Shift Work Disorder. Sleep Med Clin 2009;1:4:2:257–271.

TERVEYS- JA HYVINVOINTITUTKIMUS 2010

Terveys- ja hyvinvointitutkimus on osa Keski-Suomen sairaanhoitopiirin sairaaloita koskevaa Terveyden edistämisen toimintaohjelmaa vuosille 2009–2013.

Voit osallistua tutkimukseen 17.5–30.5.2010 välisenä aikana oheisen linkin kautta <http://www.webropol.com/P.aspx?id=434455&cid=84484551>.

Tutkimukseen vastaaminen kestää n. 15 minuuttia. Kaikkien vastaajien kesken arvotaan upeita palkintoja, pääpalkintona viikon lomamajoitus Levillä. Voit osallistua arvontaan kyselyn lopussa olevan linkin kautta.

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa tietoa sairaanhoitopiirin henkilöstön terveystottumuksista ja koetun hyvinvoinnin tilasta. Tutkimuksen avulla selvitetään myös miten KSSHP:n henkilöstön hyvinvointia ja myönteisiä terveystottumuksia voidaan tukea. Osallistuessasi tutkimukseen olet mukana kehittämässä Keski-Suomen sairaanhoitopiirin toimintaa henkilöstön hyvinvoinnin edistämiseksi.

Antamiasi tietoja käsitellään ja säilytetään ehdottoman luottamuksellisesti. Kyselyyn vastataan anonymiminä, joten kenenkään vastaajan henkilökohtaisia vastauksia ei voida jäljittää. Tutkimuksesta ei julkaista sellaisia tietoja, joissa ryhmittäinen vastaajamäärä on alle viisi. Tutkimustulokset käsitellään mm. shp:n johtoryhmässä, terveyden edistämisen ohjausryhmässä ja TYHY-työryhmässä. Tulokset julkaistaan Mitä Kuuluu-lehdessä ja tieto tuloksista toimitetaan työterveyshuoltoon sekä Kunto Ry:n hallitukselle. Tutkimus toteutetaan Jyväskylän yliopiston pro gradu työnä, jota ohjaa terveyden edistämisen professori Tarja Kettunen. Tutkimuksen loppuraportti julkaistaan vuoden 2011 alussa ja se on luettavissa Santrassa.

Yhteistyöstä kiittäen,

Maria Hallman-Keiskoski

TtL, Ylihoitaja, terveyden edistäminen

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri

Tiina Ahtiainen

Sh, Terveystieteiden ylioppilas

Jyväskylän yliopisto, terveystieteiden laitos

KYSELYLOMAKE

ESITIEDOT

1) Sukupuoli

- Nainen
 Mies

2) Ikä

- 30v tai nuorempi
 31-40v
 41-50v
 51-60v
 61v tai vanhempi

3) Työsuhteen muoto

- Määräaikainen
 Vakituinen

4) Työn laatu

- Osa-aikainen
 Kokoaikainen

5) Mikä on tavanomainen työaikamuotosi?

- Päivätyö
 Kaksivuorotyö
 Kolmivuorotyö
 Päivätyö, joka sisältää päivystystä
 Yötyö
 Muu, mikä?

6) Mihin ammattiryhmään kuulut?

- Lääkäri
- Hoitohenkilöstö (yllihoitaja, osastonhoitaja, sairaanhoitaja, laboratoriohoitaja, röntgenhoitaja, fysioterapeutti, kätilö, perushoitaja tms.)
- Muu: Tutkimus- ja hoitohenkilöt, tutkimusta ja hoitoa avustavat, toimistohenkilöstö, atkhenkilöstö (osastonsihtööri, toimistosihtööri, välinehuoltaja, psykologi, tms.)
- Muu: Siivous, ravinto, pesula, tekninen ja varasto ja kuljetushenkilöstö (sairaalahuoltaja, ruokapalvelutyöntekijä, erikoisammattimies tms.)

7) Mihin toimialueeseen kuulut?

- Operatiivinen toimialue (Kirurgia, naistentaudit ja synnytykset, silmätaudit, korva-, nenä- ja kurkkutaudit, hammas-, suu- ja leukakirurgia, anestesia ja leikkaushoito)
- Konservatiivinen toimialue (Sisätaudit, lastentaudit, lasten neurologia, ihotaudit, syöpätaudit ja sädehoito, neurologia, keuhkosairaudet, kuntoutustoiminta)
- Psykiatrian toimialue (Aikuispsykiatria, lasten- ja nuorisopsykiatria)
- Päivystyksen toimialue (Päivystysalue)
- Lääkinnällisten palveluiden toimialue (Radiologia, sairaala-apteekki, kliininen fysiologia, neurofysiologia, patologia, puhtauspalvelut)
- Tukipalvelujen tai hallinnon toimialue (Talousosasto, henkilöstöratkaisut, tekninen huolto, materiaalitointi, keskushallinto)
- Liikelaitokset (Laboratorio, tietohallinto, pesula, ruokapalvelu)

TERVEYS JA TYÖKYKY

8) Onko terveydentilasi nykyisin mielestäsi

- Huono
- Melko huono
- Keskinkertainen
- Melko hyvä
- Hyvä

9) Onko työkykysi nykyisin mielestäsi

- Huono
- Melko huono
- Keskinkertainen
- Melko hyvä
- Hyvä

10) Onko sinulla pitkäaikainen fyysinen tai psyykinen vamma tai sairaus, joka haittaa jokapäiväistä elämää tai työntekoa?

- Kyllä
- Ei

11) Onko tästä sairaudesta tai vammasta haittaa

- Erittäin paljon
- Melko paljon
- Jonkin verran
- Vähän
- Ei lainkaan

15) Nukkuminen ja uni

	Ei pidä lainkaan paikkaansa	Ei pidä juurikaan paikkaansa	En osaa sanoa	Pitää jokseenkin paikkansa	Pitää täysin paikkansa
Nukun mielestäni riittävästi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nukun mielestäni hyvin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tunnen itseni virkeäksi kun herään	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nukahdan helposti kun käyn nukkumaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nukun heräilemättä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nukahdan helposti uudelleen, jos herään kesken unien	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En herää yleensä tavallista aikaisemmin (ennen kellon soittoa)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

16) Nukun vuorokaudessa keskimäärin

- alle 6 tuntia
- 6-9 tuntia
- yli 9 tuntia

17)

Viimeksi kuluneiden kahden viikon aikana, onko sinusta tuntunut, että olet

	Kyllä	Ei
Menettänyt kiinnostuksesi tehdä asioita tai kykyä kokea niiden tuomaa mielihyvää	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ollut alamaissa, masentunut tai tuntenut elämäsi toivottomaksi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koetko tarvitseva näiden asioiden johdosta apua?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18) Onko sinuun kohdistunut läheissuhteissasi jossakin elämäsi vaiheessa

	Kyllä	En osaa sanoa	Ei
Henkistä väkivaltaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fyysistä väkivaltaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seksuaalista väkivaltaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19) Oletko jossakin elämäsi vaiheessa kohdannut läheistesi välistä

	Kyllä	En osaa sanoa	En
Henkistä väkivaltaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Fyysistä väkivaltaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seksuaalista väkivaltaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

LIIKUNTA

20) Millainen on mielestäsi nykyinen fyysinen kuntosi?

- Erittäin huono
- Melko huono
- Tyydyttävä
- Melko hyvä
- Erittäin hyvä

21) Kuinka usein harrastat liikuntaa?

- Kerran kuukaudessa tai vähemmän
- Muutaman kerran kuukaudessa
- 1-2 kertaa viikossa
- 3-5 kertaa viikossa
- Vähintään 6 kertaa viikossa

22) Kuinka rasittavaa harrastamasi liikunta on?

- Hyvin kevyttä liikuntaa (rauhallinen kävely)
- Kevyttä liikuntaa (kävely, pyöräily)
- Kohtalaisen rasittavaa liikuntaa (esim. reipasta kävelyä)
- Selvästi rasittavaa liikuntaa, joka aiheuttaa hengästymistä ja hikoilua
- Erittäin rasittavaa, kovatehoista liikuntaa. Hengästyminen ja hikoilu on runsasta (esim. kilpaurheilu)

23) Kuinka kauan liikuntasuorituksesi tavallisesti kestää?

- alle 10 minuuttia
- 10–19 minuuttia
- 20–30 minuuttia
- pidempään kuin 30 minuuttia

24) Kuinka monta minuuttia kävelet tai pyöräilet työmatkallasi? (Huom. tarkoittaa meno- ja tulomatkaan yhteensä käytettyä aikaa.)

- Kuljen työmatkan kokonaan moottoriajoneuvolla
- Alle 15 minuuttia päivässä
- 15–30 minuuttia päivässä
- 30–60 minuuttia päivässä
- Yli tunnin päivässä

25) Toimitko aktiivisesti (vähintään kerran viikossa) jossakin liikunnallisessa harrastus- tai urheiluseurassa? (Aktiivisesti toimimisella tarkoitetaan sitä, että olet mukana liikkumassa esimerkiksi jalkapalloharjoituksissa)

- En
- Kyllä

RAVITSEMUS JA RUOKAILUTOTTUMUKSET

26) Syön mielestäni

- Epäterveellisesti
- Melko epäterveellisesti
- En erityisen terveellisesti/epäterveellisesti
- Melko terveellisesti
- Terveellisesti

27) Kuinka monta lämmintä ateriaa syöt tavallisesti päivässä?

- 1 tai vähemmän
- 2 ateriaa
- 3 tai enemmän

28) Työpäivänä syön yleensä

- En mitään
- Kanttiinissa
- Eväitä
- Henkilöstöravintolassa

29) Pystytkö aina halutessasi käymään syömässä henkilöstöravintolassa työpäivänä?

- En
- Kyllä

30)

Kuinka usein olet viimeisen kahden viikon aikana käyttänyt seuraavia ruokia

	En kertaakaan	1-2 päivänä viikossa	3-5 päivänä viikossa	6-7 päivänä viikossa
Ruisleipää tai näkkileipää	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vaaleaa leipää	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rasvaisia juustoja (esim. Edam, Oltermanni)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vähärasvaisia juustoja (esim. Polar 15%, raejuusto)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

31)

Kuinka usein olet viimeisen kahden viikon aikana käyttänyt seuraavia ruokia

	En kertaakaan	1-2 päivänä viikossa	3-5 päivänä viikossa	6-7 päivänä viikossa
Tuoreita vihanneksia tai juureksia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kypsennettyjä vihanneksia tai juureksia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hedelmiä tai marjoja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

32)

Kuinka usein olet viimeisen kahden viikon aikana käyttänyt seuraavia ruokia

	En kertaakaan	1-2 päivänä viikossa	3-5 päivänä viikossa	6-7 päivänä viikossa
Makeisia tai suklaata	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Makeita leivonnaisia (keksejä, kakkuja, viinereitä yms.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rasvaisia leivonnaisia (lihapirakat, pasteijat yms.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pikaruokaa (pizzat, hampurilaiset, grilliruoka yms.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

33)

Kuinka usein olet viimeisen kahden viikon aikana käyttänyt seuraavia juomia

	En kertaakaan	1-2 päivänä viikossa	3-5 päivänä viikossa	6-7 päivänä viikossa
Maitoa tai piimää	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kahvia tai teetä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sokeroituja mehuja tai virvoitusjuomia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sokerittomia (light) mehuja tai virvoitusjuomia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Energiajuomia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

34) Mitä rasvaa käytät enimmäkseen leivällä

- Voita
- Voikasviöljyseosta, rasvaseosta (Oivariini, Enilett)
- Margariinia tai rasvavitettä, jossa 70-80% rasvaa (Keiju)
- Kasvisteroli- tai kasvistanolilevitettä (Becel pro.activ, Benecol)
- Levitettä, jossa on alle 65% rasvaa (Keiju Kevyt, Flora, Becel 38 tai 60, Lätta, KevytLevi 30 tai 40, Vähärasvaisempi Oivariini Balansia)
- En mitään

35) Mitä rasvaa käytät enimmäkseen ruuan laitossa

- Voita
- Voikasviöljyseosta, rasvaseosta (Oivariini, Enilett)
- Talousmargariinia (Sunnuntai, Flora)
- Margariinia tai rasvavitettä, jossa 70-80% rasvaa (Keiju)
- Levitettä, jossa on noin 60% rasvaa (Becel 60, Keiju 60, Flora 60, Kultarypsi)
- Juoksevaa kasviöljyvalmistetta tai rasvaseosta (Flora Culinesse, Juokseva Sunnuntai)
- Kasviöljyä (Rypsiöljy, Oliiviöljy)
- En mitään rasvaa

36) Onko hampaidesi kunto ja suusi terveydentila mielestäsi nykyisin

- Huono
- Melko huono
- Keskitasoinen
- Melko hyvä
- Hyvä

37) Onko sinulla ollut viimeksi kuluneiden 12kk aikana hammassärkyä tai muuta hampaisiin liittyviä vaivoja?

- Kyllä
- Ei

38) Miten usein sinulla on tapana

	Ei koskaan	Harvemmin kuin kerran päivässä	Kerran päivässä	Useammin kuin kerran päivässä
Harjata hampaita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Käyttää hammaslankaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

39) Paino

40) Pituus

ALKOHOLI JA RIIPPUVUUDET

41) Kuinka usein juot olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia? (Koeta ottaa mukaan myös ne kerrat, jolloin nautit vain pieniä määriä, esim. pullon keskiolutta tai lasin viiniä.)

- 4 kertaa viikossa tai useammin
- 2-3 kertaa viikossa
- 2-4 kertaa kuussa
- Noin kerran kuussa tai harvemmin
- En koskaan

42) Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olet ottanut niinä päivinä, jolloin käytit alkoholia?

- 10 tai enemmän
- 7-9 annosta
- 5-6 annosta
- 3-4 annosta
- 1-2 annosta

43) Kuinka usein olet juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?

- Päivittäin tai lähes päivittäin
- Kerran viikossa
- Kerran kuussa
- Harvemmin kuin kerran kuussa
- En koskaan

44) Viimeisen 6kk aikana, olet käyttänyt

	Säännöllisesti (viikottain)	Usein (kuukausittain)	Satunnaisesti (kerran tai kaksi)	En kertaakaan
Huumaavia aineita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Reseptilääkkeitä muuten kuin lääkärin ohjeen mukaisesti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

TUPAKOINTI

45) Käytätkö tupakkatuotteita? (savukkeita, sikareja, piippua tai nuuskaa)

- Kyllä, säännöllisesti
- Kyllä, satunnaisesti
- En, olen lopettanut (siirry kysymykseen 50)
- En ole koskaan käyttänyt (siirry kysymykseen 50)

46) Haluaisitko lopettaa tupakkatuotteiden käytön

- En
- Kyllä

47) Viimeisen 6kk aikana, oletko

	En kertaakaan	Kerran	Muutaman kerran (n. 2-3 kertaa)	Usein (yli 4 kertaa)
Yrittänyt lopettaa tupakkatuotteiden käytön	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Käyttänyt nikotiinikorvaushoitoa (purukumi, laastari, pilleri tms.) tai vieroituslääkettä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

48) Käytätkö tupakkatuotteita työaikana?

- Kyllä
- En

49) Käytätkö jotakin nikotiinikorvaushoitoa (purukumi, laastari, pilleri tms.) työaikana?

- Kyllä
- En

50) Mielestäni työnantaja tukee henkilökunnan tupakoimattomuutta riittävästi

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- En osaa sanoa
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä

51) Koko sairaala-alueen muuttamista tupakasta vapaaksi suunnitellaan. Kannatatko muutosta?

- En
- Kyllä

52) Tiesitkö, että jos sinulla on vähintään 4kk kestänyt palvelussuhde, työnantaja tukee työterveydenhuollon kautta tupakoinnin lopettamista 100€:lla enintään kolmen vuoden välein?

- En
- Kyllä

ELÄMÄNTAPAMUUTOKSET

53) Kuinka tyytyväinen olet tällä hetkellä omaan hyvinvointiisi ja terveystottumuksiisi

	Olen tyytymätön, mutta en aio muuttaa	Olen tyytymätön ja toivon muutosta	Olen tyytymätön ja olen jo aloittanut muutoksen	Olen tyytyväinen nykyiseen	Olen tyytyväinen, mutta aion vielä parantaa
Mielen hyvinvointi ja elämäntapamuutokset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ruokailutottumukset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Liikuntatottumukset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Päihteiden käyttö	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tupakointitottumukset	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

54) Sairaanhoidopiirissä toimii Keski-Suomen keskussairaalan Kunto ry. Oletko osallistunut sen järjestämään toimintaan?

- Kyllä, mihin?
- En, miksi?

55) Työnantajan tuki henkilöstön vapaa-ajan harrastuksille on tarpeellista

- Täysin eri mieltä
- Jokseenkin eri mieltä
- En osaa sanoa
- Jokseenkin samaa mieltä
- Täysin samaa mieltä

56) Osallistuisin seuraavan shp:ssä käynnistyvään ryhmätoimintaan

	En osallistuisi	Epätodennäköisesti	Todennäköisesti	Erittäin todennäköisesti
Ruuanlaittokurssi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Maratonkoulu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tanssikurssi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Stumppi-ryhmä (tupakoinnin lopettaminen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Iloa elämään (henkisen hyvinvoinnin) -ryhmä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Valokuvauskerho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kuoro tai laulukerho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Näytelmäkerho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kirjoituspiiri	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kieliokerho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kalastuskerho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kirkkovenesoutu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Shakkikerho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Matkailukerho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lintuharrastuskerho	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

57) Johonkin muuhun, mihin?

58) Miten sairaanhoitopiiri voisi mielestäsi tukea/edistää paremmin henkilöstönsä myönteisiä terveystottumuksia ja hyvinvointia?

59) Ruusut ja risut (Mitä mieltä olet tästä kyselystä? Mistä pidit tässä kyselyssä? Voidaanko kyselyä kehittää jotenkin, miten? Sana vapaa.)

Herättikö tutkimus tai sen joku osa-alue kiinnostuksesi?

Lue lisää Santrasta: Muu toiminta -> Terveyttä edistävä sairaala -> Toiminta käytännössä -> Terveysherätteet