

ONNELLINEN TERVEYSALAN AMMATTILAINEN

Onnellisuutta selittävät tekijät Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä

Johanna Säteri

Terveyskasvatuksen pro gradu -tutkielma

Syksy 2014

Terveystieteiden laitos

Jyväskylän yliopisto

TIIVISTELMÄ

Johanna Säteri (2014). Onnellinen terveysalan ammattilainen: onnellisuutta selittävät tekijät Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä. Terveystieteiden laitos, Jyväskylän yliopisto, Terveyskasvatuksen pro gradu -tutkielma, 61 s., 3 liitettä.

Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia Keski-Suomen sairaanhoitopiirin onnellisten terveysalan ammattilaisten koetun terveyden ja työkyvyn tilaa sekä terveystottumuksia, ja näiden yhteyksiä koettuun onnellisuuteen.

Tutkimusaineistona käytettiin Terveys ja hyvinvointitutkimus 2010 -kyselylomakeaineistoa, joka on kerätty osana Keski-Suomen sairaanhoitopiirin terveyden edistämisen toimintaohjelmaa vuosille 2009-2013. Tarkastelun kohteena olivat kyselyyn vastanneet lääkärit ja hoitohenkilöstö (n=1233). Tilastollisessa analyysissä käytettiin ristiintaulukointia, Khiin neliö (χ^2) -testiä sekä logistista regressioanalyysiä.

Vastaajista 68 % koki itsensä onnelliseksi päivittäin tai miltei päivittäin. Tulosten mukaan onnelliset terveysalan ammattilaiset ovat hyvinvoivempia ja noudattavat terveellisempiä elämäntapoja. Naissukupuoli, määräaikainen työsuhde, hyväksi koettu terveys, työkyky ja fyysinen kunto, tyytyväisyys sekä terveelliseksi koetut ruokailutottumukset ja kahden lämpimän aterian nauttiminen päivässä ennustavat päivittäin tai miltei päivittäin koettua onnellisuutta.

Tutkimus osoitti, että koettu onnellisuus on yhteydessä terveysalan ammattilaisten positiiviseen terveyskäyttäytymiseen. Tutkimuksen tulokset antavat viitettä siitä, että terveysalan ammattilaisten työterveyttä ja -hyvinvointia edistettäessä tulisi ottaa huomioon myös koettu onnellisuus ja siihen yhteydessä olevat tekijät.

Avainsanat: koettu onnellisuus, työterveys, terveysalan ammattilaiset

ABSTRACT

Johanna Säteri (2014). The happy health professional: factors associated with happiness in the Central Finland Health Care District. Department of Health Sciences, University of Jyväskylä, Master`s thesis, 61 pp., 3 appendicies.

The aim of the study was to examine subjective happiness and health among health professionals in the Central Finland Health Care District. The association between subjective happiness and the health variables were also studied.

This study was a secondary analysis of Health and wellbeing 2010 -survey data. The original data was conducted in 2010 as a part of the Central Finland Health Care District health promotion action plan for years 2009-2013. Only the data on health professionals (n=1233) from the original survey was used in this study. The data was analyzed by using cross-tabulation, Chi-square (χ^2) test and logistic regression.

Most of the respondents (68 %) reported themselves to be happy daily or almost daily. This study showed that the happiest health professionals reported better health and more favorable health habits. Being female and having temporary employment, good self-reported health, workability and physical health, being satisfied, reporting eating habits as healthy and eating two warm meals each day were associated with happiness and had a higher likelihood of being classified as happy.

According to this study there is a positive association between subjective happiness, well-being and favorable health behavior. The results can be utilized in actions to promote health and well-being of health professionals.

Key words: subjective happiness, occupational health, health professionals

SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	1
2 ONNELLISUUS JA TERVEYS.....	2
3 KATSAUS TERVEYSALAN AMMATTILAISTEN TERVEYDESTÄ	5
4 LÄHTÖKOHTIA HYVÄN TYÖTERVEYDEN EDISTÄMISELLE	10
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	13
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	14
6.1 Tutkimusaineisto	14
6.2 Tutkimuksessa käytetyt tilastolliset menetelmät.....	15
7 TUTKIMUKSEN TULOKSET	17
7.1 Taustatiedot.....	17
7.2 Terveysalan ammattilaisten koettu onnellisuus.....	18
7.3 Terveys ja työkyky	22
7.4 Mielen hyvinvointi ja elämänhallinta	27
7.5 Liikunta.....	30
7.6 Ravitseminen ja ruokailutottumukset	35
7.7 Alkoholi ja tupakka	42
8 POHDINTA.....	44
8.1 Tutkimuksen luotettavuus.....	46
8.2 Eettiset näkökulmat	49
8.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	50
LÄHTEET	52
LIITTEET	
Liite 1: Systemaattisen tiedonhaun toteutus	
Liite 2: Kirjallisuuskatsauksen terveysalan ammattilaisia käsittelevät artikkelit	
Liite 3: Aineiston analyysissä mukana olleet kysymykset	

1 JOHDANTO

Suomen terveydenhuolto on tällä hetkellä merkittävien rakenteellisten ja toiminnallisten muutoksien pyörteessä. Lisähaastetta tilanteeseen tuo se, että iso osa terveysalan työntekijöistä siirtyy eläkkeelle seuraavan vuosikymmenen aikana (Laine & Kokkinen 2013, 202). Muutos-tilanteen hallinta edellyttää aina työntekijöiden terveyden ja hyvinvoinnin kestävyys huomioimista (Kasvio 2010, 26) korostuen etenkin kuormittavilla aloilla (Laine & Kokkinen 2013, 202). Terveysalan työ on lähtökohdiltaan korkeakuormitteista sisältäen useita riskitekijöitä työterveydelle ja hyvinvoinnille. Terveysalan ammattilaisten terveyteen, työkykyyn ja elämänlaatuun panostaminen on tärkeää, sillä työssä jaksamisen ja jatkamisen ohella ne vaikuttavat keskeisesti terveydenhuollon toiminnan laatuun (Wallace ym. 2009, Milosevic ym. 2011)

Riskinäkökulma on aiemmin korostunut terveyden edistämisessä (Evers ym. 2014). Tämä näkyy työterveyteen ja -hyvinvointiin liittyvässä tutkimuksessa ongelmalähtöisyytenä (mm. Peterson ym. 2011; Ahola ym. 2012); josta johtuen esimerkiksi terveysalan ammattilaisia koskevilla tutkimuksilla hyvinvointia edistäviä tekijöitä ei juurikaan ole tutkittu (Poulsen ym. 2012, Shanafelt ym. 2012). Nykyisin on kuitenkin yhä enemmän tieteellistä näyttöä siitä, että koettu onnellisuus edistää terveyttä ja vähentää riskikäyttäytymistä (Boem ym. 2012; Evers ym. 2014). Näytön kasvun myötä onnellisen ja terveellisen työelämän taustatekijöiden tutkiminen on nähty ajankohtaisena ja tarpeellisena (Schulte & Vainio 2010), jotta voidaan tukea henkilöstön terveyttä edistäviä potentiaaleja ja lisätä hyvinvointia (ENWHP 2007).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kvantitatiivisin menetelmin selvittää Keski-Suomen sairaanhoitopiirin onnellisten terveysalan ammattilaisten koetun terveyden ja työkyvyn tilaa sekä terveystottumuksia, ja näiden yhteyksiä koettuun onnellisuuteen. Lisäksi systemaattisen ja manuaalisen tiedonhaun tuloksena syntyi kirjallisuuskatsaus siitä 1) miten onnellisuus on yhteydessä terveyteen ja terveystottumuksiin sekä 2) millaisena terveysalan ammattilaisten koettu terveys ja hyvinvointi sekä terveystottumukset kuvautuvat aiemmissä tutkimuksissa. Tässä tutkimuksessa terveysalan ammattilaisilla tarkoitetaan lääkäreitä ja hoitohenkilöstöä.

2 ONNELLISUUS JA TERVEYS

Onnellisuus on subjektiivista eli yksilön kokemaa hyvinvointia (Diener & Biswas-Diener 2008, 4; Diener & Chan 2011). Subjektiivisen hyvinvoinnin määritelmän taustalla on kaksi filosofista tutkimussuuntausta: epikuroslainen hedonismi ja aristoteelainen eudamonia. *Hedonismi* yhdistää hyvinvoinnin onnellisuuteen, tyytyväisyyteen ja hyvään oloon, joille useat positiiviset emootiot sekä vähäiset negatiiviset tunteet ovat keskeisiä. Suuntaus painottaa siis subjektiivista emotionaalista hyvinvointia. *Eudamoninen* suuntaus puolestaan näkee onnellisuuden ihmisen potentiaalina, josta seuraa positiivista toimintaa elämässä. Onnellisuus on positiivisen toiminnan tavoittelua yksilönä ja yhteisön jäsenenä. Eudamonisen suuntauksen painottama hyvinvointi kuvastaa sitä miten yksilöt kokevat toimivansa elämässään, ihmissuhteissaan, tavoittelemassa asioita, osallistujana, sopeutujana ja asiantuntijana (Keyes 2013, 6).

Terveyteen ja terveyskäyttäytymiseen liittyvässä onnellisuustutkimuksessa onnellisuus määritellään subjektiiviseksi hyvinvoinniksi, johon sisältyy yksilön tyytyväisyys elämää kohtaan sekä kognitiiviset arviot tärkeistä elämän osa-alueista kuten työstä, terveydestä ja sosiaalisista suhteista (Diener & Biswas-Diener 2008, 4; Diener & Chan 2011; Diener ym. 2013, 253). Useat positiiviset, ja vastaavasti vähäiset negatiiviset, tunnetilat ovat keskeisiä subjektiiviselle hyvinvoinnille (Diener 2000).

Onnelliset ihmiset kokevat toistuvasti miellyttäviä emootioita (Diener 2000; Lyubomirsky ym. 2005) ollessaan yksin tai muiden parissa niin työskennellessään kuin vapaa-ajallaan (Diener 2000). Itsensä onnelliseksi kokevilla on suurempi todennäköisyys kokea positiivisia tunnetiloja tavoitteellisen työskentelyn aikana. Heillä on myös aikojen kuluessa positiivisten tunnetilojen aikana omaksuttuja taitoja ja voimavaroja (Lyubomirsky ym. 2005).

Onnellisuutta mitataan yleensä itsearviointeina eli subjektiivisesta näkökulmasta. Subjektiivisen onnellisuuden on todettu olevan yhteydessä objektiivisempiin mittareihin, kuten läheisen tekemään arvioon ja kliinisten haastattelujen tuloksiin (Froh 2009, 457). Useimmat positiivis-

ten ja negatiivisten tunteiden mittarit keskittyvät näiden tunteiden ilmenemisen useuteen. Yleensä pyydetään arvioimaan miten usein kuluneen 30 päivän aikana on tuntenut joko positiivisia tai negatiivisia tunteita; vastausvaihtoehtojen ollessa koko ajan, suurimman osan ajasta, silloin tällöin, vähän tai ei koskaan (Keyes 2013, 7). Yksittäisen onnellisuutta kartoittavan kysymyksen on todettu olevan reliaabeli ja validi koetun onnellisuuden mittari, joka soveltuu kyselyihin ja monikulttuuriseen vertailuun (Abdel-Khalek 2006). Onnellisuus ja terveys ovat kaksi hyvinvoinnin keskeistä indikaattoria, joiden tutkiminen yksilön ja yhteiskunnan tasolla on tärkeää. Onnellisuuden ja terveyden samanaikainen tutkiminen on perusteltua, sillä kummatkin määritellään subjektiivisesti ja ne ovat vahvasti yhteydessä toisiinsa (Pierewan ja Tampubolon 2014).

Koettu onnellisuus terveyden voimavarana

Kansainvälisten tutkimusten (mm. Lyubomirsky ym. 2005; Siahpush ym. 2009; Piqueras ym. 2011; Peltzer & Pengpid 2013) mukaan koettu onnellisuus on yhteydessä positiiviseen terveyskäyttäytymiseen. Lyhytkestoistenkin positiivisten emotionoiden on todettu olevan yhteydessä sairautta ennaltaehkäiseviin ja terveyttä edistäviin käyttäytymismalleihin. Onnellisuus edistää terveyttä tehostamalla minäpystyvyyden tunnetta, optimismia ja ponnistelua sairauden voittamiseksi. Positiiviset emotionit auttavat ihmisiä käyttämään tahdonvoimaa ja itsehillintää hyväkseen epäterveellisten riippuvuuksien ja tapojen ylittämiseksi (Lyubomirsky ym. 2005).

Itsensä useimmiten onnelliseksi kokevat ovat tyytyväisempiä elämäänsä (Lyubomirsky ym. 2005, Grant ym. 2009). Koettu onnellisuus sekä tyytyväisyys elämää kohtaan vähenevät iän myötä (Stubbe ym. 2007), joten onnellisuus yhdistetään nuorempaan ikään (Piqueras ym. 2011). Useissa tutkimuksissa on todettu, että itsensä onnelliseksi kokevat arvioivat terveydentilansa vertaisiaan paremmaksi (mm. Lyubomirsky ym. 2005, Siahpush ym. 2009, Kinnunen ym. 2011) ja heillä myös on vertaisiaan parempi fyysinen terveys (Siahpush ym. 2009), mikä ilmenee esimerkiksi normaalipainona (Piqueras ym. 2011) sekä rajoittavien, pitkäaikaisten sairauksien ja vammojen (Siahpush ym. 2009) puuttumisena. Onnellisuus on yhdistetty myös

vähäiseen tai olemattomaan stressiin (Piqueras ym. 2011) sekä 7-8 tunnin kestoisiin yöuniin (Peltzer & Pengpid 2013).

Liikunnan harrastaminen on vahvasti yhteydessä koettuun onnellisuuteen ja tyytyväisyyteen elämää kohtaan (Stubbe ym. 2007; Grant ym. 2009; Siahpush ym. 2009; Piqueras ym. 2011; Wang ym. 2012). Liikuntaa harrastavat ovat iästä ja sukupuolesta riippumatta onnellisempia ja tyytyväisempiä elämäänsä kuin ne, jotka eivät harrasta liikuntaa (Stubbe ym. 2007). Liikunnan säännöllisyys on myös yhteydessä onnellisuuteen (Grant ym. 2009; Siahpush ym. 2009; Piqueras ym. 2011; Wang ym. 2012). Wang ym. (2012) tutkimuksessa säännöllisellä liikunnalla havaittiin olevan onnellisuutta suojaava ja ylläpitävä vaikutus pitkälläkin aikavälillä. Lisäksi terveelliset ruokailutottumukset kuten aamupalan ja lounaan säännöllinen nauttaminen (Piqueras ym. 2011; Peltzer & Pengpid 2013), hedelmien (Grant ym. 2009; Piqueras ym. 2011; Peltzer & Pengpid 2013) ja vihannesten suurempi kulutus (Piqueras ym. 2011; Peltzer & Pengpid 2013) sekä rasvojen välttäminen ruokavaliossa ovat yhteydessä koettuun onnellisuuteen (Grant ym. 2009).

Tupakointi (Piqueras ym. 2011) ja savuttomuus (Peltzer & Pengpid 2013) ovat kummatkin yhdistetty tutkimuksissa koettuun onnellisuuteen. Grant ym. 2009 mukaan elämäänsä tyytyväisemmät ovat kuitenkin todennäköisemmin savuttomia. Tupakoinnin lopettaminen lisää pitkällä aikavälillä yksilön onnellisuutta ja tyytyväisyyttä elämää kohtaan (Piper ym. 2012). Alkoholin käytöllä ei ole havaittu olevan yhteyttä onnellisuuteen (Grant ym. 2009; Siahpush ym. 2009).

Yhteenveto

Tutkimusten valossa onnellisuuden yhteys hyväksi koettuun terveyteen sekä terveyttä edistävään ja ennaltaehkäisevään terveystyöskäytymiseen on ilmeinen. Koettu onnellisuus kuvautuu mielenkiintoisena ja käytännöllisenä terveyden edistämisen kohteena, joka mahdollistaa samanaikaisesti hyvinvoinnin ja hyvän terveystyöskäytymisen edistämisen sekä riskikäyttyymisen vähentämisen (Boem ym. 2012; Evers ym. 2014).

3 KATSAUS TERVEYSALAN AMMATILAISTEN TERVEYDESTÄ

Systemaattisen ja manuaalisen tiedonhaun tarkoituksena oli tuottaa kirjallisuuskatsaus siitä, millaisena terveysalan ammattilaisten koettu onnellisuus ja terveys sekä terveystottumukset kuvautuvat kansainvälisten ja kotimaisten tutkimusten perusteella. Kuvaus tiedonhaun toteutuksesta (liite 1) ja katsaukseen valittujen artikkelien tiivistelmät (liite 2) löytyvät liitteistä. Seuraavaksi tarkastellaan kansainvälisten ja kotimaisten tutkimusten tuloksia.

3.1 Terveysalan ammattilaisten hyvinvointi kansainvälisesti

Terveysalan ammattilaisten koettua onnellisuutta on tutkittu vain vähän. Systemaattisen ja manuaalisen haun tuloksena hoitohenkilöstön onnellisuutta oli tutkittu vain kahdessa taiwanilaisessa (Lai ym. 2008; Lin ym. 2010) ja yhdessä australialaisessa (Poulsen ym. 2012) tutkimuksessa. Taiwanilaisessa tutkimuksessa selvitettiin invalidien parissa työskentelevien hoitajien (n=88) koettua hyvinvointia ja sen determinantteja. Hoitajista 43 % koki itsensä onnelliseksi ja 31 % jonkin verran onnelliseksi. Koetun terveydentilan, elämäntyytyväisyyden ja naissukupuolen todettiin ennustavan hoitajien koettua onnellisuutta (Lin ym. 2010).

Lai ym. (2008) tutkivat tehohoidossa työskentelevien taiwanilaisten sairaanhoitajien (n=130) irtisanoutumisaikomuksia ennustavia tekijöitä. Tutkimuksessa hoitajista vain 19 % koki olevansa onnellinen tai erittäin onnellinen. Koetun onnellisuuden todettiin ennustavan irtisanoutumisaikomuksia koetun terveyden, sairauksien määrän, masentuneisuuden, työtyytyväisyyden, unenlaadun ja hoitajalisenssin lisäksi (Lai ym. 2008). Australialaisessa tutkimuksessa (Poulsen ym. 2012) selvitettiin onkologian henkilöstön (n=544) subjektiiviseen hyvinvointiin yhteydessä olevia tekijöitä. Korkeimmat subjektiivisen hyvinvoinnin pisteet saivat ne, jotka arvioivat fyysisen kuntonsa vähintään hyväksi, olivat suorassa potilaskontaktissa 11-30 tuntia viikossa sekä kokivat vähän stressi- ja burnout-oireita. Sukupuolella ja iällä ei havaittu tilastollisesti merkitsevää yhteyttä subjektiivisen hyvinvoinnin pisteisiin (Poulsen ym. 2012).

Terveysalan ammattilaisten koettua terveydentilaa ja terveystottumuksia on puolestaan kartoitettu useissa tutkimuksissa. Kansainvälisissä tutkimuksissa (mm. Hull ym. 2008; Bazargan ym. 2009; Frank & Segura 2009; Tucker ym. 2010; Hensel 2011; Jonsdottir ym. 2011; Rosta & Aasland 2011; Poulsen ym. 2012) enemmistö terveysalan henkilöstöstä näyttää kokevan terveytensä hyväksi tai erittäin hyväksi. Poikkeuksiakin löytyi. Kahdessa taiwanilaisessa (Lai ym. 2008, Lin ym. 2010) ja yhdessä liettualaisessa (Malinauskiene ym. 2011) tutkimuksessa terveytensä hyväksi kokeneiden osuus oli 40 %:n luokkaa.

Kahdessa yhdysvaltalaisstudiosuorituksessa (Kosteva ym. 2012; Standford ym. 2012) lääkärit olivat keskimäärin normaalipainoisia. Harjoitteluvaiheessa olevista yhdysvaltalaisista lääkäreistä viidennes oli ja valmiista lääkäreistä noin 30 % oli ylipainoisia (Kosteva ym. 2012; Standford ym. 2012). Kanadalaistutkimuksessa (n=3213) naislääkäreistä suurin osa (78 %) ja mieslääkäreistä alle puolet (44 %) oli normaalipainoisia. Israelilaistutkimuksessa (Sharar ym. 2009) lääkärit olivat puolestaan keskimäärin ylipainoisia. Hoitohenkilöstö näyttäytyy kansainvälisissä tutkimuksissa (mm. Sveinsdóttir & Gunnarsdóttir 2008; Zapka ym. 2009; Tucker ym. 2010; Zhao ym. 2011; Bogossian ym. 2012; Nahm ym. 2012) pääasiassa keskimäärin ylipainoisena. Israelilaisessa (Sharar ym. 2009) ja ruotsalaisessa (Jonsdottir ym. 2011) tutkimuksessa hoitohenkilöstön jäsenet olivat keskimäärin normaalipainoisia.

Standford ym. (2012) tutkimuksen (n=1949) mukaan normaali- ja ylipainoiset yhdysvaltalaiset lääkärit liikkuvat alipainoisia ja lihavia kolleegoitaan todennäköisemmin liikuntasuosituksen mukaisesti. Suurin osa lääkäreistä (72 %) kuitenkin koki, ettei liiku tarpeeksi (Standford ym. 2012). Laajemmassa (n=7197) yhdysvaltalaisstudiosuorituksessa (Shanafelt ym. 2012) lääkäreistä 36 % teki lihaskuntoharjoittelua ja 55 % harrasti aerobista liikuntaa maan liikuntasuosituksen mukaisesti. Kanadalaiset (Frankin ja Seguran 2009) ja israelilaiset (Sharar ym. 2009) lääkärit ilmoittivat liikkuvansa keskimäärin 5 tuntia viikossa.

Tucker ym. (2010) tutkimuksessa yhdysvaltalaisista sairaanhoitajista (n=3123) puolet (50 %) ilmoitti liikkuvansa maan terveyttä edistävän liikuntasuosituksen mukaisesti. Isobritannialaisessa tutkimuksessa (Blake ym. 2012) sairaanhoitajista ja kättilöistä (n=1452) 55 % ilmoitti liikkuvansa maan terveyttä edistävän liikuntasuosituksen mukaisesti. Liettualaisista sairaan-

hoitajista yli puolet ilmoitti liikkuvansa vähintään viikoittain (Malinauskiene ym. 2011). Islantilaisista sairaanhoitajista terveytensä hyväksi kokeneet harrastivat liikuntaa vähintään kolme kertaa viikossa (Sveinsdóttir & Gunnarsdóttir 2008).

Yhdysvaltalaislääkärit (n=183) nauttivat hedelmiä ja kasviksia noin kaksi annosta päivässä (Kosteva ym. 2012). Kanadassa hedelmien ja vihannesten kulutus näyttäytyi suurempana: lääkärit (n=3213) söivät keskimäärin noin viisi annosta päivässä. Hedelmien ja vihannesten kulutus näyttää yhdysvaltalaisilla (Zapka ym. 2009; Tucker ym. 2010; Black ym. 2012) ja israelilaisilla (Sharar ym. 2009) hoitohenkilökunnan jäsenillä olevan lääkäreitä suurempaa (Zapka ym. 2009; Tucker ym. 2010; Black ym. 2012). Isobritannialaisista hoitajista 70 % koki syövänsä terveellisesti. Yli puolet (57 %) hoitajista ilmoitti, ettei syönyt hedelmiä ja vihanneksia 5 annosta päivässä. Liikunnallisesti aktiivisemmat hoitajat söivät todennäköisemmin 5 annosta hedelmiä ja vihanneksia päivässä (Blake ym. 2012). Yhdysvaltaistutkimuksessa naiset näyttivät kuluttavan miehiä enemmän hedelmiä ja vihanneksia (Black ym. 2012).

Lääkäreillä alkoholin kulutusta ilmeni yhdysvaltaistutkimuksissa (Hull ym. 2008; Bazargan ym. 2009) enemmän nuorten ja miesten keskuudessa. Kanadalaistutkimuksessa runsas alkoholinkulutus näyttäytyi harvinaisena niin miesten kuin naisten osalta (Frank & Segura 2009). Israelilaisessa tutkimuksessa keskivahvan alkoholin kulutus oli lääkäreillä hoitohenkilöstöön verrattuna yleisempää (Sharar ym. 2009). Zhao ym. (2011) kansainvälisen tutkimuksen mukaan hoitajista 10 % oli alkoholin riskikuluttajia. Vuorotyötä tekevillä oli pienempi todennäköisyys kuulua alkoholin riskikuluttajiin (Zhao ym. 2011).

Yhdysvaltalaisista lääkäreistä tupakoi noin 6-7 % (Bazargan ym. 2009; Shanafelt ym. 2012) ja tupakointi näytti olevan miehillä yleisempää (Hull ym. 2008; Bazargan ym. 2009). Tupakointi oli vähäistä myös kanadalaisten (Frank & Segura 2009) ja israelilaisten (Sharar ym. 2009) lääkäreiden keskuudessa. Selvänä poikkeuksena Pipe ym. (2009) kansainvälisessä tutkimuksessa (n=2836) lääkäreistä 44 % tupakoi. Tupakointi näyttäytyi melko harvinaisena kansainvälisissä hoitohenkilökuntaa käsittelevissä tutkimuksissa (Sharar ym. 2009; Tucker ym. 2010; Zhao ym. 2011; Black ym. 2012; Nahm ym. 2012; Blake ym. 2012). Liettualaiset sairaanhoitajissa (n=748) tupakoivia oli hieman enemmän: 18 % (Malinauskiene ym. 2011).

Tanskalaisessa tutkimuksessa (Mørch ym. 2008) tupakoinnin havaittiin olevan yleisempää niillä sairaanhoitajilla, jotka käyttivät enemmän alkoholia.

3.2 Terveysalan ammattilaisten hyvinvointi Suomessa

Suomalaiset lääkärit kokevat terveytensä keskimäärin melko hyväksi (Lindfors ym. 2007; Kuusio ym. 2012). Kolme neljästä lääkäristä kokee terveytensä hyväksi tai melko hyväksi (Heponiemi ym. 2008, 12) eikä sukupuolten välillä ole juurikaan eroa (Lindfors ym. 2007; Heponiemi ym. 2008, 12). Lääkärit arvioivat työkykyisyytensä keskimäärin hyväksi keskiarvojen sijoittuessa välille 8,4-8,7, kun korkein mahdollinen arvo on 10 (Lindfors ym. 2007; Heponiemi ym. 2008, 12; Kuusio ym. 2012). Sukupuolittaisia eroja ei juurikaan ole (Lindfors ym. 2007; Heponiemi ym. 2008, 12,19). Lindfors ym. (2007) mukaan itsearvioitu työkyky on yhteydessä koettuun terveyteen niin miehillä kuin naisillakin (Lindfors ym. 2007). Sairaanhoitajien kokema työkyky oli puolestaan keskimäärin 8,4. (Heponiemi ym. 2008, 19).

Työ ja terveys -haastattelututkimuksen (Perkiö-Mäkelä & Hirvonen 2013) mukaan terveys- ja sosiaalipalveluissa työskentelevistä selvä enemmistö (n. 80%) koki terveytensä ikäisiinsä verrattuna vähintään melko hyväksi. Noin viidennes koki terveytensä keskinkertaiseksi. Työkyky arvioitiin olevan keskimäärin 8,4, asteikolla 0-10 mitattuna. Kolmanneksella on jokin lääkärin toteama pitkäaikainen sairaus, vamma tai vika, ja heistä kolmannes kokee sen haittaavan työntekoa (Perkiö-Mäkelä & Hirvonen 2013, 240, 243, 270, 276).

Suomalaisista mies- ja naislääkäreistä sekä sairaanhoitajista yli puolet harrasti liikuntaa vapaa-ajallaan kaksi kertaa tai useammin viikossa siten, että kertasuorite oli vähintään puoli tuntia ja siitä seurasi ainakin lievää hikoilua ja hengästymistä. Noin joka kymmenes mies- ja naislääkäreistä sekä sairaanhoitajista harrasti liikuntaa vähemmän kuin kerran viikossa (Heponiemi ym. 2008, 12, 23). Terveys- ja sosiaalipalveluissa työskentelevistä 78 % nukkuu vuorokaudessa keskimäärin 6,5-8,5 tuntia (Perkiö-Mäkelä & Hirvonen 2013, 349).

Työ ja terveys 2012 -tutkimuksen mukaan terveys- ja sosiaalipalveluissa työskentelevistä 50 % oli normaalipainoisia, 37 % ylipainoisia ja 12 % lihavia (Perkiö-Mäkelä & Hirvonen 2013, 378). Heponiemi ym. (2008) tutkimuksessa painoindeksin (BMI) keskiarvo oli mieslääkäreillä 25,4, naislääkäreillä 23,5 ja sairaanhoitajilla 25,3. Puolet mieslääkäreistä ja neljännes naislääkäreistä oli vähintään lievästi ylipainoisia ($BMI \geq 25$), mutta luvut ovat työssäkävyyden väestöön verrattaessa silti keskimäärin pienemmät. Sairaanhoitajista lähes puolet oli vähintään lievästi ylipainoisia (Heponiemi ym. 2008, 12, 23).

Heponiemi ym. (2008) tutkimuksessa tupakointi osoittautui melko harvinaiseksi suomalaisten lääkäreiden keskuudessa. Sairaanhoitajista säännöllisesti tupakoi noin joka kymmenes (Heponiemi ym. 2008, 12, 23). Työ ja terveys -tutkimuksessa päivittäin tupakoivia oli 22 % terveys- ja sosiaalipalvelujen työntekijöistä (Perkiö-Mäkelä & Hirvonen 2013, 358). Vuonna 2008 vähintään kuusi ravintola-annosta kerralla kerran kuussa tai useammin ilmoitti juovansa mieslääkäreistä kolmannes ja naislääkäreistä joka kymmenes. Vastaavasti noin viidesosa sairaanhoitajista joi vähintään kuusi ravintola-annosta kerralla kerran kuussa tai useammin. Keskimääräinen alkoholinkulutus lääkäreillä oli miehillä 140 grammaa ja naisilla 61 grammaa puhdasta alkoholia viikossa. Sairaanhoitajien keskimääräinen alkoholinkulutus oli 50 grammaa puhdasta alkoholia viikossa (Heponiemi ym. 2008, 12, 23). Vuonna 2012 Audit C-testin keskiarvotulos oli 2,4 terveys- ja sosiaalipalveluissa työskentelevillä (Perkiö-Mäkelä & Hirvonen 2013, 362).

Yhteenveto

Terveysalan ammattilaisten terveydentila on kiinnostanut monia tutkijoita, mutta työntekijöiden koetun onnellisuuden tilaa ei juurikaan ole tutkittu. Kirjallisuuskatsauksen yhteenvetona voidaan todeta, että terveysalan ammattilaiset kokevat terveytensä hyväksi ja itsensä työkykyisiksi. Ylipainoisuuden yleisyys terveysalan ammattilaisten keskuudessa on kuitenkin huolestuttavaa ja liikunnan määrässä on parantamisen varaa. Tupakointi ja alkoholin kulutus näyttää katsauksen perusteella olevan Suomessa runsaampaa.

4 LÄHTÖKOHTIA HYVÄN TYÖTERVEYDEN EDISTÄMISELLE

Työ ja työtä tekevän ihmisen terveys ovat dynaamisessa suhteessa toisiinsa. Työ vaikuttaa yksilön terveyteen ja vastaavasti yksilön terveydentila vaikuttaa hänen mahdollisuuksiinsa tehdä työtä (Kasvio 2010, 26). Terveys ja toimintakyky nähdäänkin keskeisenä työntekijän työkyvyn voimavarana (Koho 2013, 78-80; TTL 2014) sekä työhyvinvoinnin rakentumisen perustana (Rauramo 2012, 15). Työpaikalla on mahdollista edistää yleisesti työntekijöiden terveyttä ja estää työperäisten sairauksien haittoja. Terveiden edistämisen näkökulmasta työpaikka on merkittävä työkykyisyyttä, kestäviä työuria ja työllisten hyvinvointia tukeva terveyden edistämisen areena (Husman & Liira 2010, 196-7).

Työpaikalla toteutettava terveyttä edistävä työterveystoiminta perustuu työterveyshuoltolakiin (1383/21.12.2001), mikä velvoittaa työnantajaa, työntekijöitä ja työterveyshuoltoa edistämään yhdessä

1. *työhön liittyvien sairauksien ja tapaturmien ehkäisyä;*
2. *työn ja työympäristön terveellisyttä ja turvallisuutta;*
3. *työntekijöiden terveyttä sekä työ- ja toimintakykyä työuran eri vaiheissa; sekä*
4. *työyhteisön toimintaa. (Työterveyshuoltolaki 1383/21.12.2001)*

Euroopan työterveys- ja työturvallisuusviraston (EU-OSHA 2013) mukaan terveyden edistäminen työpaikalla ei tulisi olla lain velvoittamien työterveys- ja työturvallisuusvaatimusten täyttämistä. Keskeistä on, että työnantaja tukee aktiivisesti työntekijöitä, jotta he voivat parantaa omaa terveyttään ja hyvinvointiaan (EU-OSHA 2013). Hyvää työpaikkaterveyttä edistetäessä oleellisena tavoitteena on tunnistaa ja aktivoida työpaikan mahdollisuudet hyvän terveyskäyttäytymisen tukemiseksi sekä terveyden ja työkyvyn kannalta hyvien valintojen tekemiseksi (Husman & Liira 2010, 196). Mahdollisuuksien luomisen lisäksi yksilön ja työyhteisön terveyden edellytysten parantaminen on oleellinen osa työpaikalla tapahtuvaa terveyden edistämistä (Vertio 2003, 29; Koskinen-Ollonqvist ym. 2007, 52).

Sosiaali- ja terveysministeriön *Terveyttä, turvaa ja tasa-arvoa 2012-2015 -katsauksessa* (2013) ajankohtainen työelämää koskeva tavoite on työhyvinvoinnin parantaminen. Keskeiset painopisteet ovat työntekijöiden työ- ja toimintakyvyn ylläpitämisessä sekä ammattitautien ja työtapaturmien ehkäisyssä. Työntekijöiden fyysisen ja psyykkisen hyvinvoinnin, työssä jaksamisen ja jatkamisen sekä työn hallinnan tukeminen ja psykososiaalisen kuormituksen vähentäminen on tärkeää, jotta työntekijät voivat hyvin työssään (STM 2013, 14).

Terveysalan työntekijöiden terveyden, työkyvyn ja hyvinvoinnin näkökulmasta työn keskeisimmät terveystekijät ovat henkinen ja fyysinen kuormittavuus (Parantainen & Laine 2010, 6-7; TTL 2011a; Laine & Kokkinen 2013, 202). Terveystekijät näkyvät sairauslomapäivärahopäivätilastossa (TTL 2012a): vuonna 2011 terveyden- ja sairaanhoitotyötä tekevien sairauspoissaolot johtuivat useimmiten tuki- ja liikuntaelinsairauksista sekä mielenterveyden häiriöistä. Sairauspäivärahopäiviä kertyi 8,6 palkansaajaa kohden. Tulos on suurin verrattaessa päivien määrää muihin ammattiryhmiin (TTL 2012a).

Työn henkisen rasittavuuden taustalla ovat muun muassa jatkuva oman persoonan käyttö työvälineenä (TTL 2013) sekä hankalat asiakastilanteet, jotka ovat haasteellisia esimerkiksi asiakkaan käytöksen, käsiteltävien asioiden ja aikapaineiden takia. Myös huoli oman osaamisen riittävydestä kuormittaa (TTL 2010). Epämukavat työasennot, raskaat nostot sekä yksipuoliset toistuvat liikkeet ovat alalle ominaisia fyysisiä kuormitustekijöitä (TTL 2011a). Lisäksi henkilöstöressurssien puute lisää kuormitusta (Parantainen & Laine 2010, 6-7). Epätyypilliset työajat ovat alalla yleisiä (TTL 2011a) ja yötyö luetaan terveysriskitekijäksi (Parantainen & Laine 2010, 6-7).

Potilas- ja asiakastyö on tunnettyä, joten sen merkitys työn tuloksessa ja laadussa on suuri. Alalla koetaan niin positiivisia kuin negatiivisia tunteita, jotka vaikuttavat työssä jaksamiseen sekä motivaatioon. Pitkittyessään kielteiset tunteet ja ristiriidat altistavat uupumukselle. Vastaavasti työssä koetut positiiviset tunteet ovat keskeisiä jaksamisen, työn ilon ja palkitsevuuden lähteitä (TTL 2011b).

Riskienhallintalähtöinen työhyvinvoinnin kehittäminen, jossa pahoinvointia vähennetään ja ehkäistään, on edelleen tarpeellista. Työhyvinvoinnin kehittämistoimenpiteiden painopiste tulisi kuitenkin entistä enemmän kohdentaa sairauden hoidon sijaan hyvinvoinnin edistämiseen: positiivisiin tekijöihin, yksilöiden ja työyhteisöjen voimavarojen vahvistamiseen sekä työkykyyn ja työssä tapahtuvan terveyden edistämisen panostamiseen (STM 2011, 6-7; Husman 2013, 19; Kauppinen ym. 2013, 221). Voimavaralähtöinen työhyvinvoinnin kehittäminen vastaa jatkuvassa muutoksessa olevan työelämän haasteisiin (Kauppinen ym. 2013, 221) lisäten elämänlaatua, työllisyyttä, tuottavuutta ja yritysten menestystä sekä hillitsemällä sosiaalisia (STM 2011, 6-7).

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän pro gradu -tutkielman tarkoituksena oli tutkia Keski-Suomen sairaanhoitopiirin onnellisten terveystalon ammattilaisten koetun terveyden ja työkyvyn tilaa sekä terveystottumuksia ja näiden yhteyksiä koettuun onnellisuuteen Terveys ja hyvinvointitutkimus 2010 -kyselylomakeaineiston perusteella.

Tutkimuksen tavoitteena on vastata seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Millaiseksi onnelliset terveystalon ammattilaiset kokevat terveytensä ja työkykynsä?
2. Millaiset terveystottumukset itsensä onnellisiksi kokevilla työntekijöillä on?
3. Miten terveystalon ammattilaisten koettu terveys ja työkyky sekä terveystottumukset eroavat?
4. Mitkä terveys- ja työkykymuuttujat sekä terveystottumukset selittävät terveystalon ammattilaisten koettua onnellisuutta?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

6.1 Tutkimusaineisto

Tutkimuksessa käytettiin keväällä 2010 kerättyä Terveys ja hyvinvointitutkimus 2010 -kyselylomakeaineistoa (n=1952). Tämän tutkimuksen kohderyhmänä olivat terveysalan ammattilaiset: kyselytutkimukseen nimettömästi vastanneet lääkärit ja hoitohenkilöstö (n=1233).

Tässä tutkimuksessa käytettiin seuraavia kyselylomakeaineiston osioita: esitiedot, terveys ja työkyky, mielen hyvinvointi ja elämähallinta, liikunta, ravitsemus ja ruokailutottumukset, alkoholi ja riippuvuudet sekä tupakointi. *Esitiedoissa* tutkittavilta kysyttiin sukupuolta, ikäryhmää, työsuhteen muotoa ja laatua, tavanomaista työaikamuotoa, ammattiryhmää sekä edustamaansa toimialuetta (Liite 3, kysymykset 1-7). *Terveys ja työkyky* -osiossa kartoitettiin koettua terveydentilaa ja työkykyä, sekä sitä, onko tutkittavalla jokapäiväistä elämää tai työntekoa haittaavaa fyysistä tai psyykkistä vammaa tai sairautta ja miten paljon siitä on haittaa (Liite 3, kysymykset 8-11). *Mielen hyvinvointi ja elämähallinta* -osiesta analysoitiin vain koetun onnellisuuden ja tyytyväisyyden useutta sekä keskimääräistä unen määrää käsittelevät kysymykset (Liite 3, kysymykset 12 ja 16).

Liikunta -osion kysymykset käsitelivät koettua fyysistä kuntoa, liikunnan harrastamisen useutta ja rasittavuutta sekä liikuntasuorituksen tavallista kestoa. Lisäksi kysyttiin työmatkaliikunnan määrää ja seuratoimintaan osallistumista (Liite 3, kysymykset 20-25). *Ravitsemusta ja ruokailutottumuksia* käsittelevästä osiosta analysoitiin kysymykset, joilla kartoitettiin koettua syömisen terveellisyyttä, lämpimien aterioiden määrää, työpäivänaikaista ruokailua, pituutta, painoa sekä kasvien, vihannesten, hedelmien ja marjojen kulutusta (Liite 3, kysymykset 26-28, 31, 39-40). *Alkoholi ja riippuvuus* -osiossa kartoitettiin alkoholin käytön useutta ja annosten määrää (Liite 3, kysymykset 41-43). Tupakointia koskevilla kysymyksillä kartoitettiin tupakkatuotteiden käyttöä ja käytön lopettamishalukkuutta sekä nikotiinikorvaushoidon käyttöä (Liite 3, kysymykset 45-49).

6.2 Tutkimuksessa käytetyt tilastolliset menetelmät

Tutkimusaineisto analysoitiin IBM SPSS Statistics version 20.0 -ohjelmalla. Jotta valmis aineisto voidaan kytkeä uuteen tutkimusintressiin, on tarkoituksenmukaista muokata ja yhdistellä aineiston tietoja (Hirsjärvi ym. 2009, 186, 189). Aineiston *Mielen hyvinvointi ja elämänhallinta* -osiossa koettua onnellisuutta kartoittaneesta kysymyksestä muodostettiin tutkimuksen kannalta keskeinen uusi ryhmittelevä muuttuja: *päivittäin* ja *miltei päivittäin* itsensä onnelliseksi kokeneet yhdistettiin yhdeksi ryhmäksi (ryhmä 1) ja vertailukohteena olevan ryhmän (ryhmä 2) muodostivat enintään kolmesti viikossa itsensä onnelliseksi kokeneet. Tässä tutkimuksessa mielenkiinto kohdistuu erityisesti ryhmään 1, eli itsensä *päivittäin* tai *miltei päivittäin* onnelliseksi kokeneisiin terveysalan ammattilaisiin.

Aineiston analyysi aloitettiin tarkastelemalla muuttujien frekvenssi- ja prosenttijakaumia. Muuttujien vastausluokkia yhdisteltiin, jotta tilastollisten testien suorittaminen oli mahdollista ja vastaajien tietosuojaa säilyi. Pituus- ja paino -muuttujista muodostettiin painoindeksi (BMI) -muuttuja. Liikuntaosion kysymyksistä oli mahdollista laskea liikunta-aktiivisuutta kuvaava FIT-indeksi, jota varten luotiin uusi muuttuja. FIT -indeksissä vastaajan liikunta-aktiivisuus lasketaan kertomalla keskenään liikunnan useus, intensiteetti ja liikuntaan käytetty aika ($FIT = \text{Frequency (F)} \times \text{Intensity (I)} \times \text{Time (T)}$), jolloin tuloksena on 0-100 pistettä (Hicks ym. 2000). FIT -indeksissä liikunta-aktiivisuus kuvautuu neljällä tasolla: *liikkumaton* (0-12 pistettä), *jonkin verran aktiivinen* (13-36 pistettä), *hyvin aktiivinen* (37-63 pistettä) ja *erittäin aktiivinen* (64 pistettä tai enemmän) (Fyysinen aktiivisuus -sovellettu Kasarin FIT-indeksi).

Lyhennetyn Audit C -testin laskeminen aineistosta oli myös mahdollista, joten sitä varten luotiin uusi muuttuja. Maailman terveysjärjestön kehittämä AUDIT -testi (Alcohol Use Disorders Identification Test) mittaa riskijuomista ja alkoholihaittojen varhaista ilmaantumista. Lyhennetty versio (Audit C) muodostuu AUDIT -testin kolmesta ensimmäisestä kysymyksestä, jotka kartoittavat juomisen määrää, useutta ja runsaan juonnin useutta (Päihdelinkki 2011). Audit C:n on todettu mittaavan niin suomalaisten miesten kuin naistenkin alkoholin riskikuluttamista yhtä tehokkaasti kuin AUDIT-testi (Aalto ym. 2006, Tuunanen ym. 2007). Tuunanen ym. (2007) määrittelivät suomalaisten miesten riskikulutuksen rajaa kuvaavaksi Audit C -testin pistemääräksi 6 pistettä tai enemmän. Vastaavasti Aalto ym. (2006) määrittelivät suo-

malaisten naisten riskikulutuksen rajapistemääräksi 5 pistettä tai enemmän. Tässä tutkimuksessa käytettiin edellä mainittuja riskikulutuksen rajapistemääriä.

Ristiintaulukoinnin avulla tarkasteltiin onnellisuusryhmien yhteyttä vastaajien taustatietoihin, terveyteen ja työkykyyn, koettuun tyytyväisyyteen, nukkumiseen, liikuntaan, ravitsemukseen ja ruokailutottumuksiin sekä alkoholin ja tupakkatuotteiden käyttöön. Muuttujien välisiä assosiaatioita tutkittiin Khiin neliö (χ^2) -testillä. Tulosten tilastollinen merkitsevyys määrittyi seuraavien raja-arvojen mukaan: tulos oli tilastollisesti *melkein merkitsevä* kun $p < 0.05$, *merkitsevä* kun $p < 0.01$ ja *erittäin merkitsevä* kun $p < 0.001$ (Metsämuuronen 2009, 441).

Niitä muuttujia, jotka todettiin χ^2 -testillä tilastollisesti merkitseviksi, analysoitiin vielä logistisella regressioanalyysillä. Logistisella regressiolla etsitään parhaat selittävät tekijät tutkittavalle ilmiölle, joka on luokitteluasteikollinen muuttuja (Metsämuuronen 2009, 743). Analyysillä ennustetaan todennäköisyyttä havaintojen luokkiin jakautumiselle sekä tarkastellaan mallin sopivuutta, selitystasetta ja selittävien muuttujien merkitsevyyttä (Nummenmaa 2009, 337).

7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

7.1 Taustatiedot

Aineiston muodosti Terveys ja hyvinvointitutkimus 2010 -kyselyyn vastanneet lääkärit ja hoitohenkilöstö (n=1233). Vastaaajista 11 % oli lääkäreitä ja 89 % hoitohenkilöstöön kuuluvia. Selvä enemmistö vastanneista oli naisia (87 %). Eniten vastaaajia oli 31-40 -vuotiaiden sekä 41-50 -vuotiaiden ikäryhmistä. Suurin osa vastaaajista oli konservatiiviselta ja operatiiviselta toimialueelta. Enemmistö vastanneista oli vakituudessa työsuhhteessa (73 %) ja työskentelee kokoaikaisesti (91 %). Yleisimmät vastaaajien työaikamuodot olivat kolmivuorotyö (46 %) sekä päivätyö (34 %). Vastaaajien taustatiedot on esitetty seuraavalla sivulla olevassa taulukossa (taulukko 1.).

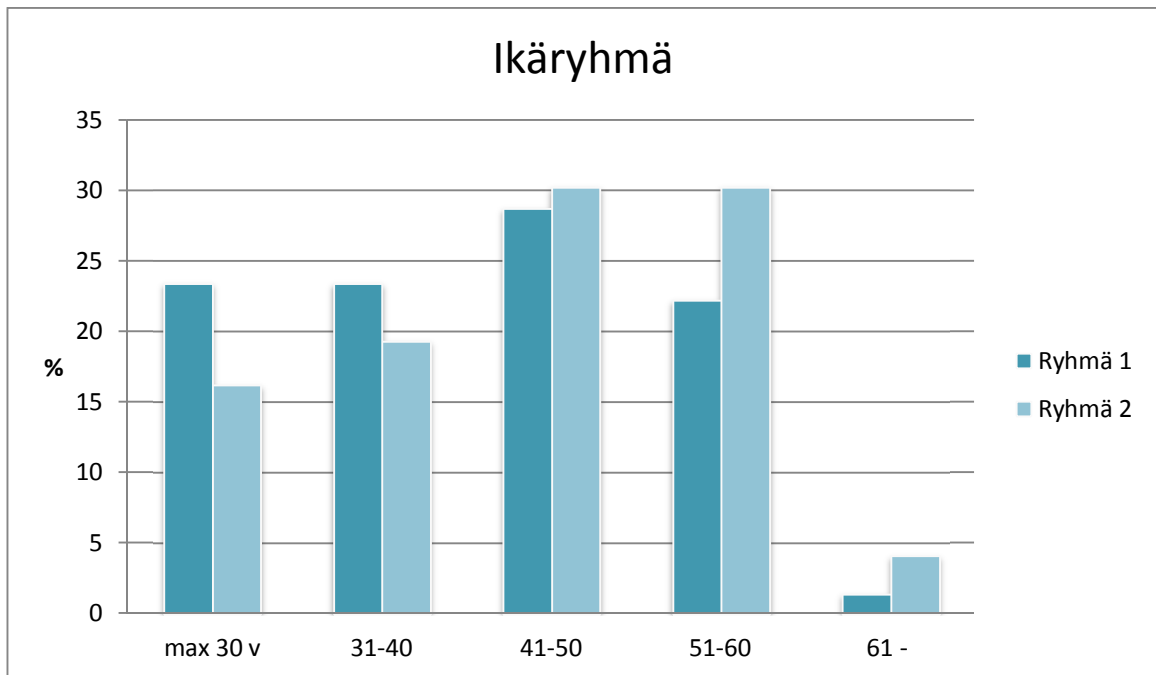
TAULUKKO 1. Tutkimukseen vastanneiden taustatiedot (n=1233).

		f	%
Sukupuoli	<i>Nainen</i>	1077	87
	<i>Mies</i>	156	13
Ikä	<i>Ö30v</i>	262	21
	<i>31-40v</i>	272	22
	<i>41-50v</i>	359	29
	<i>51-60</i>	304	25
	<i>×61v</i>	36	3
Ammattiryhmä	<i>Lääkäri</i>	131	11
	<i>Hoitohenkilöstö</i>	1102	89
Toimialue	<i>Operatiivinen</i>	367	30
	<i>Konservatiivinen</i>	400	32
	<i>Psykiatria</i>	236	19
	<i>Päivystys</i>	96	8
	<i>Lääkinnälliset palvelut</i>	56	5
	<i>Tukipalvelut ja hallinto sekä liikelaitokset</i>	78	6
Työsuhteen muoto	<i>Määräaikainen</i>	338	27
	<i>Vakituinen</i>	895	73
Työn laatu	<i>Osa-aikainen</i>	115	9
	<i>Kokoaikainen</i>	1118	91
Työaikamuoto	<i>Päivätyö</i>	420	34
	<i>Kaksivuorotyö</i>	136	11
	<i>Kolmivuorotyö</i>	570	46
	<i>Päivätyö ja päivystys</i>	79	7
	<i>Yötyö tai muu</i>	28	2
BMI	<i>Normaalipaino (18,5-24,9)</i>	662	54
	<i>Ylipaino (25,0-29,9)</i>	402	33
	<i>Lihavuus (30+)</i>	168	13

7.2 Terveysalan ammattilaisten koettu onnellisuus

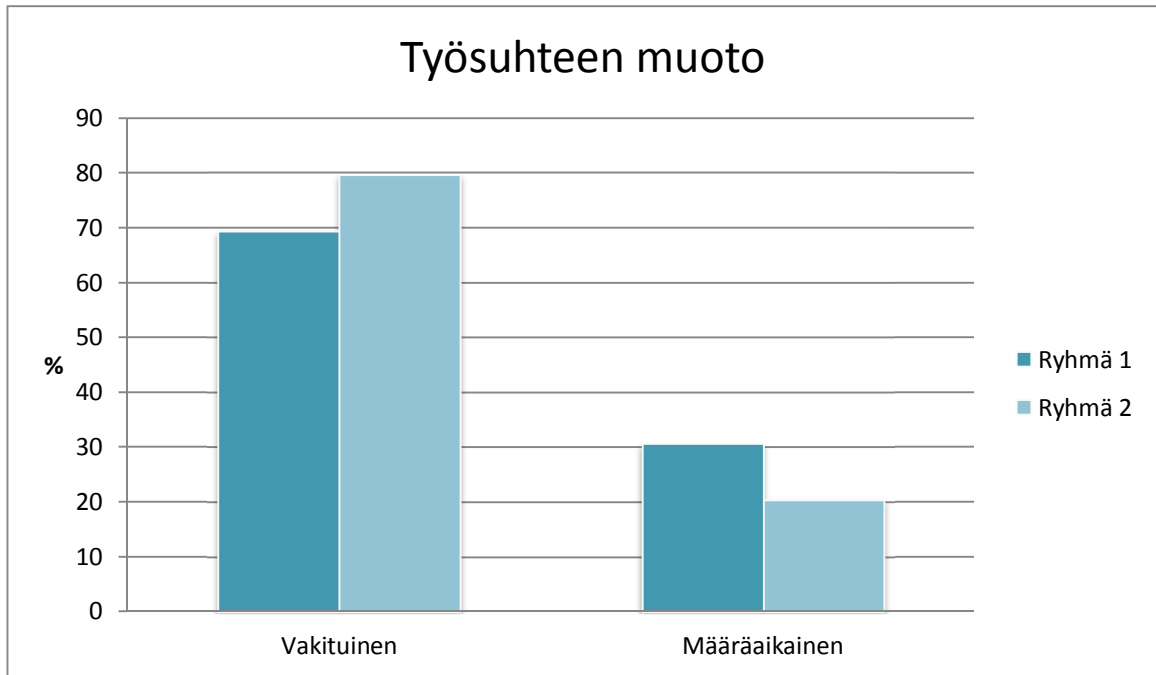
Tutkimukseen vastanneista terveysalan ammattilaisista 68 % (n=843) koki itsensä onnelliseksi miltei päivittäin tai päivittäin (ryhmä 1). Vastaavasti 32 % (n=388) vastanneista koki itsensä onnelliseksi edellä mainittuja harvemmin tai ei koskaan (ryhmä 2). Kaikista kyselyyn vastanneista naisista 70 % ja kaikista miehistä 60 % kuului ryhmään 1. Noin 90 % ryhmään 1 kuuluvista oli naisia. Ryhmässä 2 miesten osuus oli puolestaan 16 %. Onnellisuusryhmän ja sukupuolen väliltä löydettiin tilastollisesti melkein merkitsevä yhteys (p=0.018).

Lähes puolet (47 %) ryhmään 1 kuuluvista oli iältään enintään 40 -vuotiaita ja noin kolmannes (29 %) kuului ikäryhmään 41-50-vuotiaat. Vastaavasti ryhmässä 2 noin 64 % oli iältään vähintään 41 -vuotiaita (kuva 1). Onnellisuusryhmän ja ikäryhmien väliltä löydettiin tilastollisesti merkitsevä yhteys ($p=0.001$).



KUVA 1. Ikäjakaumat (%) onnellisuusryhmittäin (n=1231).

Ryhmässä 1 oli 69 %:lla vakituinen ja 31 %:lla määräaikainen työsuhde. Ryhmässä 2 vakituksessa työsuhhteessa oli 80 % ja määräaikaisessa 20 % (kuva 2). Onnellisuusryhmän ja työsuhteen muodon väliltä löydettiin tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys ($p<0.001$).



KUVA 2. Työsuhteen muoto (%) onnellisuusryhmittäin (n=1231).

Ammattiryhmän, työn laadun, tavanomaisen työaikaamuodon, toimialueiden ja BMI:n osalta osuudet olivat onnellisuusryhmissä lähes samat eikä χ^2 -testissä havaittu tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä. Seuraavalla sivulla olevassa taulukossa (taulukko 2) on esitetty taustamuuttujien tarkat prosenttijakaumat onnellisuusryhmien sisällä sekä χ^2 -testin tulokset.

TAULUKKO 2. Taustamuuttujien yhteys koettuun onnellisuuteen (%).

		Ryhmä 1	Ryhmä 2	χ^2 -testi	
Sukupuoli	<i>Nainen</i>	89	84	$\chi^2=5,598$, p=0.018	df=1,
	<i>Mies</i>	11	16		
Ikäryhmä	<i>Ö30 v</i>	24	16	$\chi^2=18,175$, p=0.001	df=4,
	<i>31-40 v</i>	23	20		
	<i>41-50 v</i>	29	30		
	<i>51-60v</i>	22	30		
	<i>× 61 v</i>	2	4		
Ammattiryhmä	<i>Lääkäri</i>	10	12	$\chi^2=0,878$, p=0.349	df=1,
	<i>Hoitohenkilöstö</i>	90	88		
Työsuhteen muoto	<i>Määräaikainen</i>	31	20	$\chi^2=14,325$, p<0.001	df=1,
	<i>Vakituinen</i>	69	80		
Työn laatu	<i>Osa-aikainen</i>	10	7	$\chi^2=3,800$, p=0.051	df=1,
	<i>Kokoaikainen</i>	90	93		
Tavanomainen työaikamuoto	<i>Päivätyö</i>	35	33	$\chi^2=2,883$, p=0.578	df=4,
	<i>Kaksivuorotyö</i>	12	10		
	<i>Kolmivuorotyö</i>	46	47		
	<i>Päivätyö, joka sisäl- tää päivystystä</i>	6	7		
	<i>Yötyö tai muu</i>	2	3		
Toimialue	<i>Operatiivinen</i>	30	30	$\chi^2=2,186$, p=0.823	df=5,
	<i>Konservatiivinen</i>	33	31		
	<i>Psykiatria</i>	19	20		
	<i>Päivystys</i>	8	7		
	<i>Lääkinnälliset pal- velut</i>	4	5		
	<i>Tukipalvelut ja hallinto sekä liikelaitokset</i>	6	7		
BMI	<i>Normaalipaino</i>	55	51	$\chi^2=1,905$, p=0.386	df=2,
	<i>(18,5 -24,9)</i>	32	34		
	<i>Ylipaino (25,0-29,9)</i>	13	15		
	<i>Lihavuus (30+)</i>				

Logistisella regressioanalyysillä tarkasteltiin tilastollisesti merkitsevien taustamuuttujien: sukupuolen, iän ja työsuhteen muodon yhteyttä koettuun onnellisuuteen. Sukupuolen, ikäryhmän ja työsuhteen muodon muodostamalla mallilla (taulukko 3) voidaan selittää 3,3 % (Nagelkerke R Square=0.033) koetun onnellisuuden vaihtelusta. Hosmer ja Lemeshow -testin mukaan tilastollinen malli on hyvä (p=.534). Malli on huono, jos χ^2 -testin p-arvo on pienempi kuin 0.05 (Metsämuuronen 2005, 704). Mallissa merkittävimmät päivittäin tai miltei päivittäin koettua onnellisuutta selittävät tekijät olivat naissukupuoli ja määräaikainen työsuhteen muoto. Naiset kokivat itsensä onnelliseksi 1,6 -kertaa todennäköisemmin kuin miehet. Vakituisen työsuhteen havaittiin olevan negatiivisesti yhteydessä onnellisuuteen (OR=0.677), joten

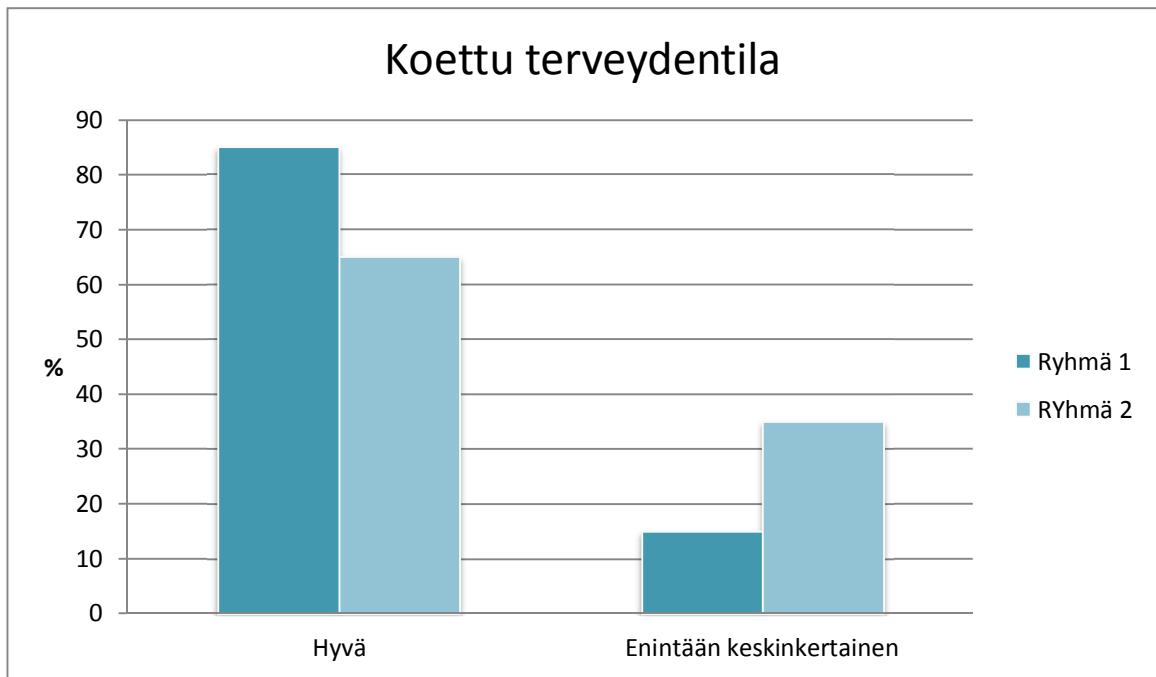
määräaikaisessa työsuhteessa olevat ovat todennäköisemmin onnellisempia kuin vakituksessa työsuhteessa olevat.

TAULUKKO 3. Logistinen regressiomalli sukupuolen, ikäryhmän ja työsuhteen muodon yhteydestä koettuun onnellisuuteen.

Muuttuja	OR (95% CI)	p-arvo
Sukupuoli		
<i>Nainen</i>	1.566 (1.101-2.228)	.013
<i>Mies</i>	1.00	
Ikäryhmä		
<i>30 -vuotiaat ja nuoremmat</i>	1.906 (0.906-4.006)	.089
<i>31-40 -vuotiaat</i>	1.939 (0.949-3.965)	.069
<i>41-50 -vuotiaat</i>	1.590 (0.790-3.201)	.194
<i>51-60 -vuotiaat</i>	1.244 (0.615-2.514)	.544
<i>61 -vuotiaat ja vanhemmat</i>	1.00	
Työsuhteen muoto		
<i>Vakituinen</i>	0.677 (0.475-0.935)	.019
<i>Määräaikainen</i>	1.00	

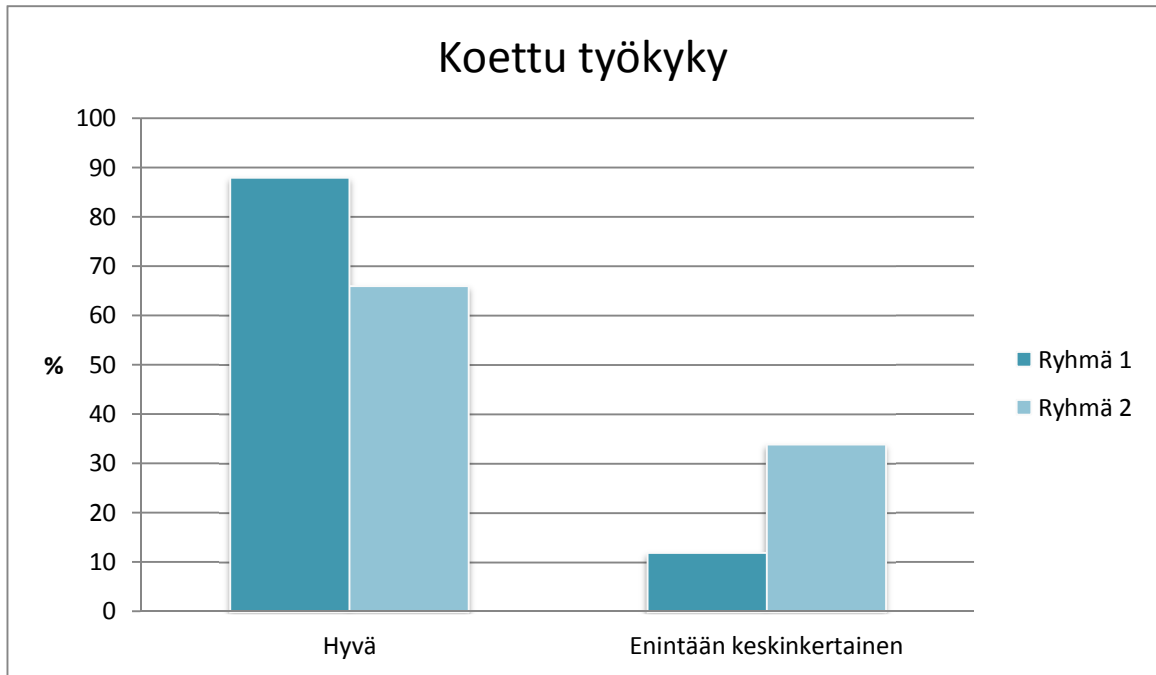
7.3 Terveys ja työkyky

Ryhmässä 1 terveydentilansa koki hyväksi 85 % ja enintään keskinkertaiseksi 15 %. Vastavasti ryhmään 2 kuuluvista terveydentilansa enintään keskinkertaiseksi arvioi 35 % (kuva 3). Onnellisuusryhmän ja koetun terveydentilan väliltä löydettiin tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys ($p < 0.001$).



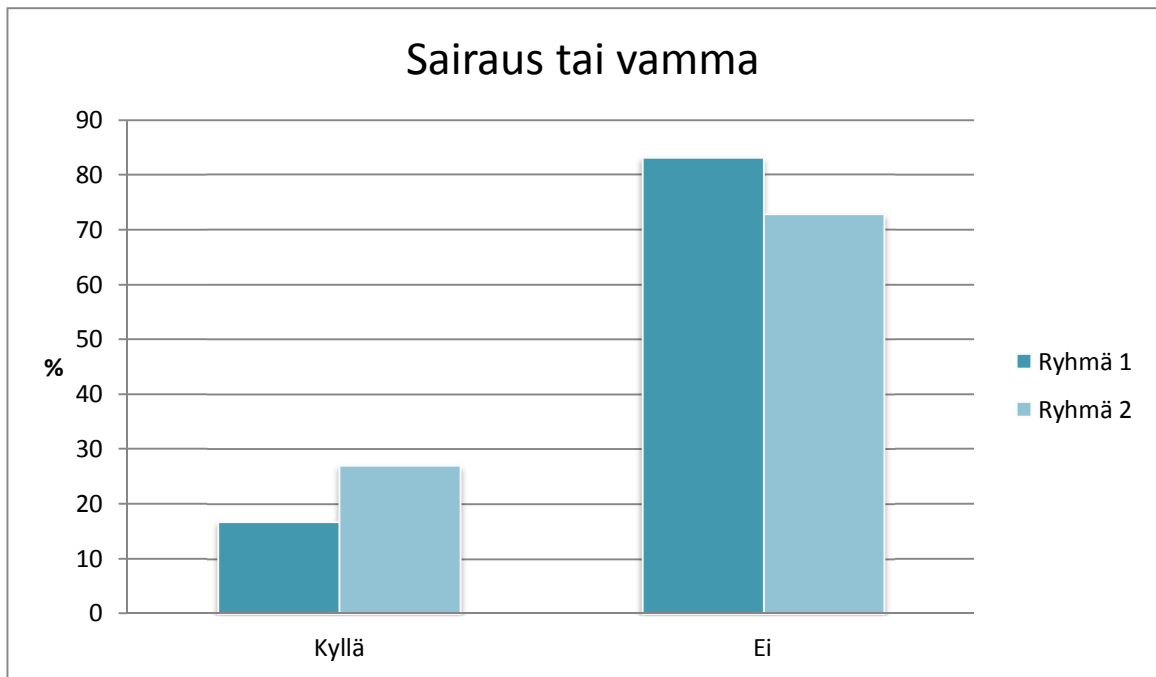
KUVA 3. Koettu terveydentila (%) onnellisuusryhmittäin (n=1231).

Työkykynsä arvioi hyväksi lähes 90 % ryhmään 1 kuuluvista, mutta vastaava osuus ryhmässä 2 oli 66 %. Näin ollen enintään keskinkertaiseksi työkykynsä kokeneiden määrä ryhmässä 2 oli noin 3-kertaa suurempi ryhmään 1 nähden (kuva 4). Khiin neliö -testin mukaan onnellisuusryhmän ja koetun työkyvyn välillä oli tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys ($p < 0.001$).



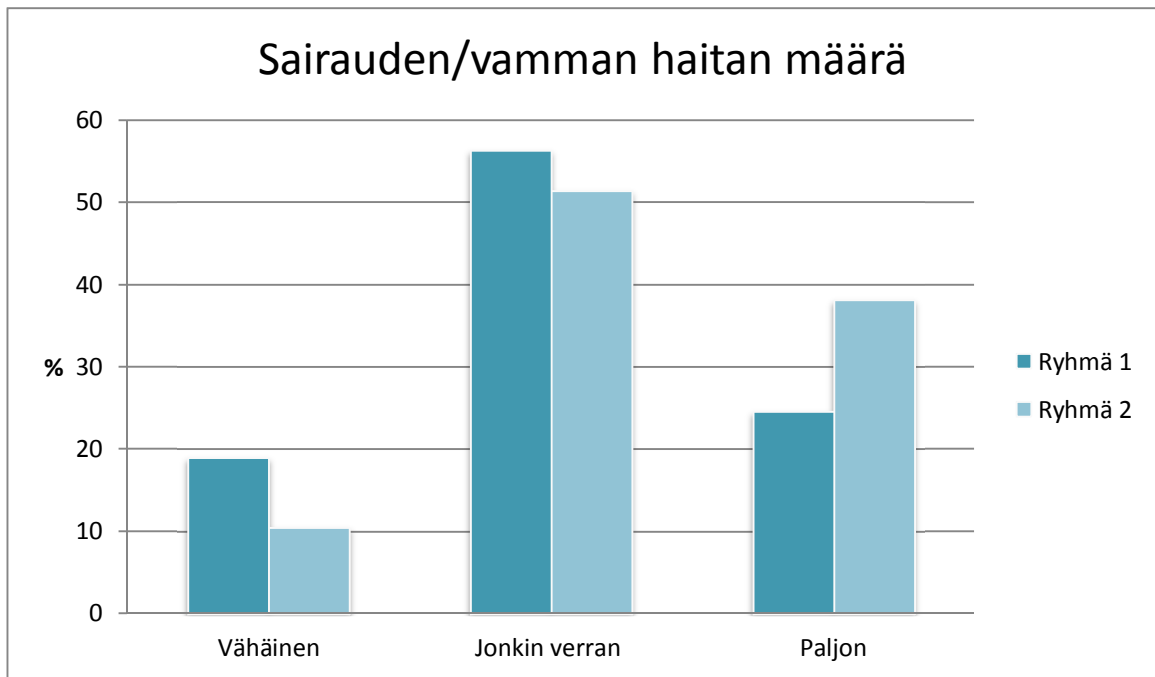
KUVA 4. Koettu työkyky (%) onnellisuusryhmittäin (n=1231).

Ryhmään 1 kuuluneista 17 %:lla (n=142) ja ryhmään 2 kuuluneista 27 %:lla (n=105) oli pitkäaikainen fyysinen tai psyykinen vamma tai sairaus (kuva 5). Onnellisuusryhmällä ja mahdollisen pitkäaikaisen fyysisen tai psyykkisen vamman tai sairauden välillä havaittiin tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys ($p < 0.001$).



KUVA 5. Mahdollisen pitkäaikaisen fyysisen tai psyykkisen vamman tai sairauden esiintyminen (%) onnellisuusryhmittäin (n=1231).

Pitkäaikaisesta fyysisestä tai psyykkisestä vammasta tai sairaudesta koituvaa haittaa koettiin enemmän ryhmässä 2. Puolet arvioi haittaa koituvan jonkin verran ja lähes 40 % koki paljon haittaa. Ryhmässä 1 jonkin verran haittaa koki 56 % ja paljon 25 % (kuva 6). Onnellisuusryhmällä ja mahdollisen pitkäaikaisen fyysisen tai psyykkisen vamman tai sairaudesta koituvan haitan määrän väliltä löydettiin tilastollisesti melkein merkitsevä yhteys ($p=0.035$).



KUVA 6. Pitkäaikaisesta fyysisestä tai psyykkisestä vammasta tai sairaudesta koituvan haitan määrä (%) onnellisuusryhmittäin (n=247).

Seuraavassa taulukossa (taulukko 3) on esitetty terveys- ja työkykymuuttujien jakaumat onnellisuusryhmittäin sekä tilastolliset merkitsevyydet Khiin neliö -testin mukaan.

TAULUKKO 3. Terveys- ja työkykymuuttujien yhteys koettuun onnellisuuteen (%).

		Ryhmä 1	Ryhmä 2	χ^2 -testi
Koettu terveydentila	<i>Enintään keskinkertainen</i>	15	35	$\chi^2=64,106$, df=1, p<0.001
	<i>Hyvä</i>	85	65	
Työkyky	<i>Enintään keskinkertainen</i>	12	34	$\chi^2=88,219$, df=1, p<0.001
	<i>Hyvä</i>	88	66	
Pitkäaikainen sairaus tai vamma	<i>Kyllä</i>	17	27	$\chi^2=17,294$, df=1, p<0.001
	<i>Ei</i>	83	73	
Sairaudesta tai vammasta koituvan haitan määrä	<i>Paljon</i>	25	38	$\chi^2=6,723$, df=2, p=0.035
	<i>Jonkin verran</i>	56	51	
	<i>Vähän tai ei ollenkaan</i>	19	11	

Terveys- ja työkykymuuttujien yhteyttä koettuun onnellisuuteen tarkasteltiin lähemmin logistisella regressioanalyysillä (taulukko 4). Koetulla terveydentilalla ja työkyvyllä sekä mahdollisella pitkäaikaisella sairaudella tai vammalla, josta on haittaa jokapäiväisessä elämässä tai

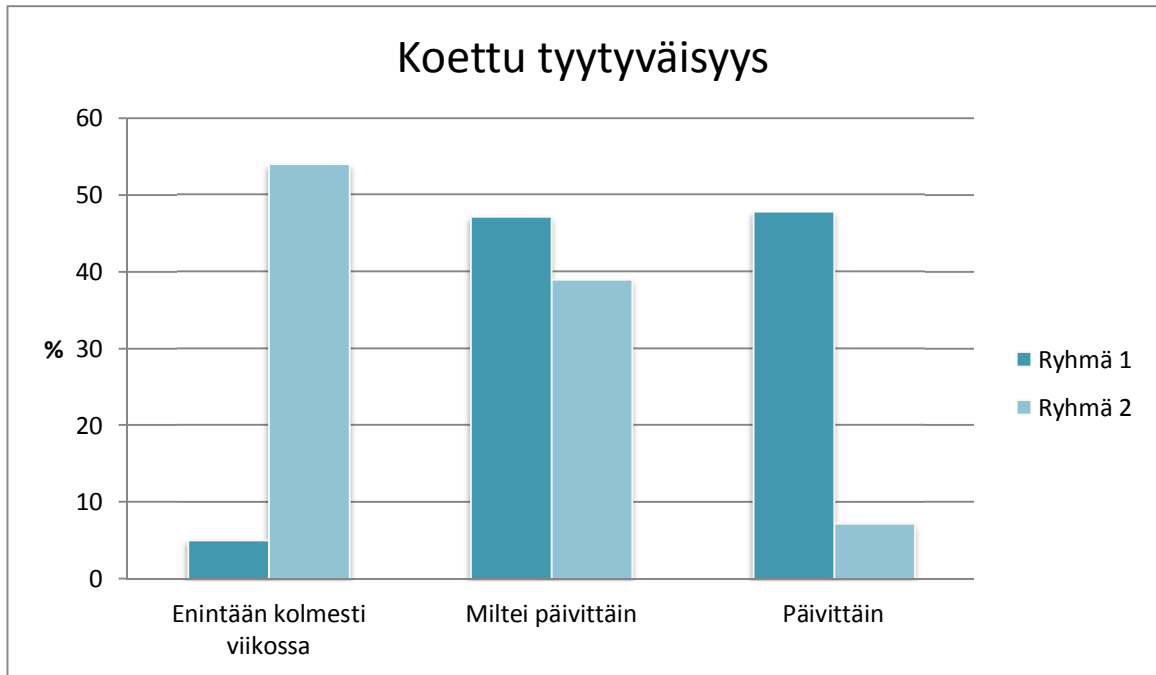
työnteossa, voitiin selittää 9,7 % (Nagelkerke R Square=0.097) koetun onnellisuuden vaihtelusta. Hosmer ja Lemeshow -testin mukaan tilastollinen malli oli hyvä ($p=.198$). Terveys- ja työkykymuuttujista koettu työkyky ja arvio omasta terveydentilasta olivat merkittävimmät ryhmään 1 kuulumista selittävät tekijät. Työkykynsä hyväksi kokeneilla oli 2,9 -kertaa suurempi todennäköisyys olla onnellisempia kuin työkykynsä enintään keskinkertaiseksi kokeneilla. Hyväksi koettu terveydentila selitti koettua onnellisuutta 1,6 -kertaa todennäköisemmin kuin enintään keskinkertaiseksi koettu terveydentila. Mahdollisella pitkäaikaisella sairaudella tai vammalla ei ollut logistisessa regressiomallissa tilastollista merkitsevyyttä.

TAULUKKO 4. Logistinen regressiomalli terveys- ja työkykymuuttujien yhteydestä koettuun onnellisuuteen.

Muuttuja	OR (95% CI)	p-arvo
Koettu terveydentila		
<i>Hyvä</i>	1.555 (1.047-2.311)	.029
<i>Enintään keskinkertainen</i>	1.00	
Koettu työkyky		
<i>Hyvä</i>	2.865 (1.908-4.302)	.000
<i>Enintään keskinkertainen</i>	1.00	
Mahdollinen pitkäaikainen sairaus tai vamma		
<i>Ei</i>	1.013 (0.723-1.419)	.940
<i>Kyllä</i>	1.00	

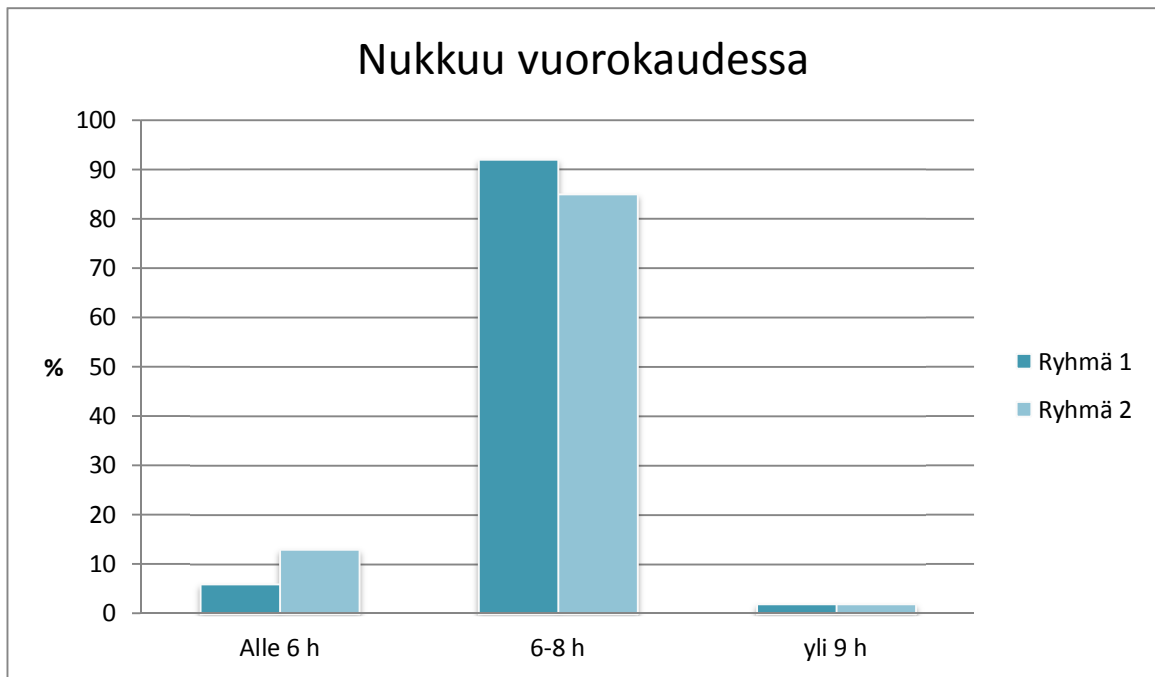
7.4 Mielen hyvinvointi ja elämänhallinta

Onnellisuusryhmällä ja koetun tyytyväisyyden väliltä löydettiin tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys ($p<0.001$). Onnellisista 95 % koki tyytyväisyyttä vähintään miltei päivittäin. Ryhmässä 2 puolestaan yli puolet (54 %) koki tyytyväisyyttä enintään kolmesti viikossa ja päivittäin tyytyväisyyttä koki vain 7 % (kuva 7).



KUVA 7. Koettu tyytyväisyys (%) onnellisuusryhmittäin (n=1231).

Onnellisuusryhmällä ja vuorokaudessa nukutun keskimääräisen tuntimäärän välillä havaittiin tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys ($p < 0.001$). Ryhmään 1 kuuluvista 92 % nukkui keskimäärin 6-8 tuntia vuorokaudessa. Alle 6 tuntia vuorokaudessa nukkuvia oli 6 %. Myös onnellisuusryhmässä 2 suurin osa (85 %) nukkui keskimäärin 6-8 tuntia vuorokaudessa, mutta alle 6 tuntia nukkuvien osuus oli kaksinkertainen (13 %) ryhmään 1 verrattuna (kuva 8).



KUVA 8. Keskimäärin vuorokaudessa nukuttu tuntimäärä (%) onnellisuusryhmittäin (n=1231).

Mielen hyvinvointi ja elämänhallinta muuttujien tarkat jakaumat sekä χ^2 -testin tulos on nähtävillä seuraavassa taulukossa (taulukko 5).

TAULUKKO 5. Koettu tyytyväisyys ja vuorokaudessa keskimäärin nukuttava aika (%).

		Ryhmä 1	Ryhmä 2	χ^2 -testi
Tyytyväisyys	<i>Enintään 3krt/vko</i>	5	54	$\chi^2=437,674$, df=2, p<0.001
	<i>Miltei päivittäin</i>	47	39	
	<i>Päivittäin</i>	48	7	
Nukkuu vuorokaudessa	<i>Alle 6 tuntia</i>	6	13	$\chi^2=16,159$, df=2, p<0.001
	<i>6-8 tuntia</i>	92	85	
	<i>yli 9 tuntia</i>	2	2	

Mielen hyvinvointi ja elämänhallinta -muuttujien yhteyttä koettuun onnellisuuteen tarkasteltiin logistisella regressioanalyysillä (taulukko 6). Koetulla tyytyväisyydellä ja vuorokaudessa nukutulla ajalla voitiin selittää 43,4 % (Nagelkerke R Square=0.434) koettuun onnellisuuden vaihtelusta. Tilastollinen malli oli hyvä Hosmer ja Lemeshow -testin mukaan (p=.146). Mal-

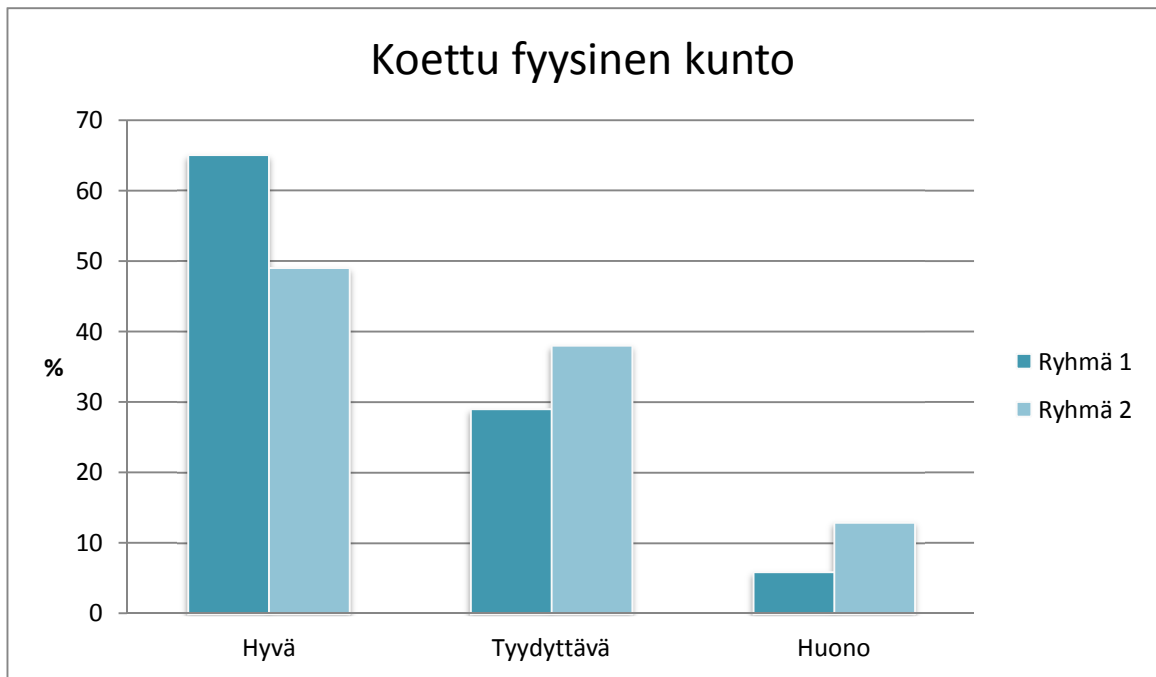
lissa vain koettu tyytyväisyys oli merkittävä koettua onnellisuutta ennustava muuttuja. Tyytyväisyyttä päivittäin kokevilla oli 69,6 -kertainen ja miltei päivittäin kokevilla 12,8 -kertainen todennäköisyys kokea itsensä onnellisemmaksi kuin enintään kolmesti viikossa tyytyväisyyttä tuntevat.

TAULUKKO 6. Logistinen regressiomalli koetun tyytyväisyyden ja vuorokaudessa keskimäärin nukutun ajan yhteydestä koettuun onnellisuuteen.

Muuttuja	OR (95% CI)	p-arvo
Tyytyväisyys		
<i>Päivittäin</i>	69.596 (41.865-115.696)	.000
<i>Miltei päivittäin</i>	12.758 (8.704-18.700)	.000
<i>Enintään kolmesti viikossa</i>	1.00	
Nukkuu vuorokaudessa		
<i>yli 9 tuntia</i>	3.147 (0.918-10.787)	.068
<i>6-9 tuntia</i>	1.434 (0.849-2.422)	.177
<i>Alle 6 tuntia</i>	1.00	

7.5 Liikunta

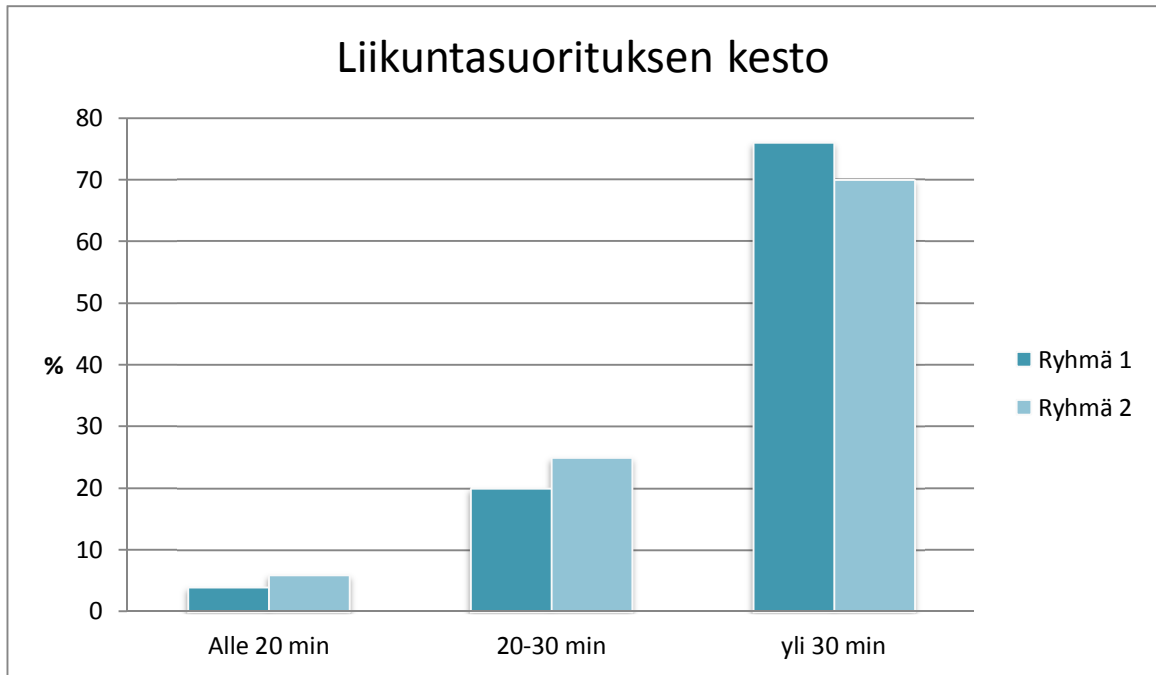
Ryhmässä 1 fyysisen kuntosaa hyväksi koki 65 % ja tyydyttäväksi noin kolmannes. Vastavasti ryhmään 2 kuuluvista noin puolet (49 %) arvioi fyysisen kuntosaa hyväksi ja huonoksi kuntosaa kokeneiden osuus oli kaksinkertainen ryhmään 1 nähden (kuva 9). Onnellisuusryhmän ja koetun fyysisen kuntosaa välillä havaittiin tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys ($p < 0.001$).



KUVA 9. Koettu fyysinen kunto (%) onnellisuusryhmittäin (n=1230).

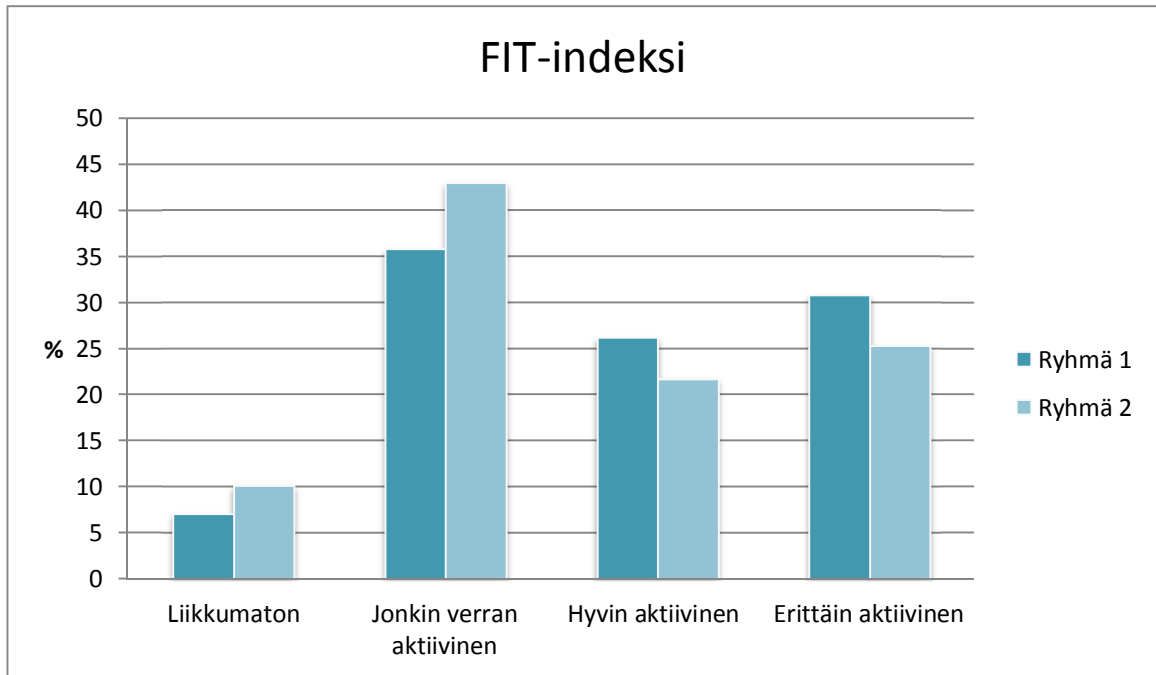
Liikunnan harrastamisen useudella ja rasittavuudella ei havaittu eroavuutta onnellisuusryhmien välillä. Ryhmässä 1 liikuntaa 3-5 kertaa viikossa harrastavia oli muutama prosenttiyksikkö enemmän ryhmään 2 verrattuna, mutta tulos ei ollut tilastollisesti merkitsevää. Rasittavampaa liikuntaa suositettiin ryhmässä 1 jonkin verran ryhmää 2 enemmän, mutta tällä ei ollut tilastollista merkitsevyyttä (taulukko 7).

Liikuntasuorituksen tavallisella kestolla puolestaan havaittiin tilastollisesti melkein merkitsevä yhteys ($p=0.028$) onnellisuusryhmään. Ryhmään 1 kuuluvista 76 %:n tavallinen liikuntasuoritus kesti pidempään kuin 30 minuuttia. Vastaavasti ryhmässä 2 kerrallaan pidempään kuin 30 minuuttia liikkuvia oli 70 %. Ryhmässä 2 tehtiin enintään puoli tuntia kestäviä liikuntasuorituksia hieman enemmän kuin ryhmässä 1 (kuva 10).



KUVA 10. Liikuntasuorituksen tavallinen kesto (%) onnellisuusryhmittäin (n=1230).

FIT-indeksiä tarkasteltaessa ryhmään 1 kuuluvat olivat liikunnallisesti aktiivisempia, sillä 57 % ryhmäläisistä oli vähintään hyvin aktiivisia. Ryhmässä 2 FIT-indeksin mukaan enintään jonkin verran aktiivisia oli puolestaan 53 % (kuva 11). Onnellisuusryhmän ja FIT-indeksin väliltä löydettiin tilastollisesti melkein merkitsevä yhteys ($p=0.010$).



KUVA 11. Liikunta-aktiivisuus (%) onnellisuusryhmittäin FIT-indeksin mukaan (n=1231).

Työmatkalla kävelyyn tai pyöräilyyn käytetyllä ajalla sekä liikunta- tai urheiluseurassa toimimisella ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä onnellisuusryhmiin. Huomiota herättävä tulos on kuitenkin se, että lähes puolet kumpaankin ryhmään kuuluvista matkaa työpaikalleen passiivisella tavalla (taulukko 7).

TAULUKKO 7. Fyysisen kunnon ja liikunnan yhteys koettuun onnellisuuteen (%).

		Ryhmä 1	Ryhmä 2	χ^2 ótesti
Fyysinen kunto	<i>Huono</i>	6	13	$\chi^2=32,733$, df=2, p<0.001
	<i>Tyydyttävä</i>	29	38	
	<i>Hyvä</i>	65	49	
Liikunnan harrastamisen useus	<i>Kerran kuukaudessa tai vähemmän</i>	2	2	$\chi^2=9,188$, df=4, p=0.057
	<i>Muutaman kerran kuukaudessa</i>	9	14	
	<i>1-2 kertaa viikossa</i>	32	34	
	<i>3-5 kertaa viikossa</i>	48	42	
	<i>Vähintään 6 kertaa viikossa</i>	9	8	
Liikunnan rasittavuus	<i>Hyvin kevyttä</i>	3	4	$\chi^2=7,098$, df=4, p=0.131
	<i>Kevyttä</i>	21	25	
	<i>Kohtalaista</i>	31	33	
	<i>Selvästi rasittavaa</i>	42	36	
	<i>Erittäin rasittavaa</i>	3	2	
Tavallinen liikuntasuorituksen kesto	<i>Alle 20 min</i>	4	6	$\chi^2=7,154$, df=2, p=0.028
	<i>20-30 min</i>	20	24	
	<i>Yli 30 min</i>	76	70	
FIT -indeksi	<i>Liikkumaton</i>	7	10	$\chi^2=11,324$ df=3 p=0.010
	<i>Jonkin verran aktiivinen</i>	36	43	
	<i>Hyvin aktiivinen</i>	26	22	
	<i>Erittäin aktiivinen</i>	31	25	
Työmatkalla kävelyn tai pyöräilyyn käytetty aika min	<i>Kuljen työmatkan kokonaan moottoriajoneuvolla</i>	49	46	$\chi^2=4,483$ df=4 p=0.345
	<i>alle 15 min</i>	7	9	
	<i>15-30 min</i>	19	23	
	<i>30-60 min</i>	20	18	
	<i>yli tunnin päivässä</i>	5	4	
Aktiivinen toimimien liikunnallisessa harrastus- tai urheiluseurassa	<i>En</i>	74	76	$\chi^2=0,286$ df=1 p=0.593
	<i>Kyllä</i>	26	25	

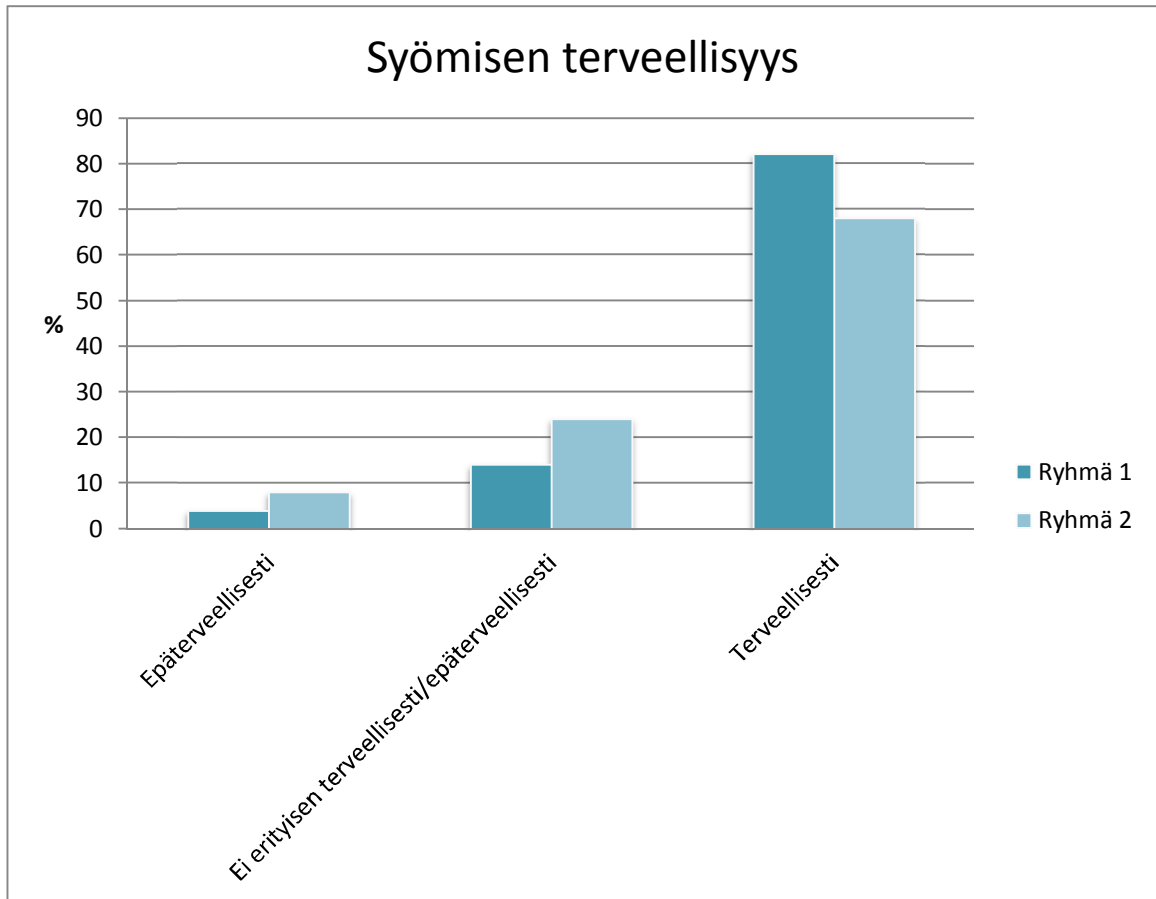
Logistisella regressioanalyysillä selvitettiin koetun fyysisen kunnon, tavallisen liikuntasuorituksen keston sekä FIT-indeksin yhteyttä koettuun onnellisuuteen. Mallilla (taulukko 8) voitiin selittää 3,3 % (Nagelkerke R Square=0.033) koetun onnellisuuden vaihtelusta. Hosmer ja Lemeshow -testin mukaan tilastollinen malli oli hyvä (p=.757). Saadun mallin mukaan koettu fyysinen kunto oli ainoa merkittävä koettua onnellisuutta selittävä tekijä. Fyysisen kuntosaa hyväksi arvioivat kokivat 1,9 -kertaa todennäköisemmin itsensä päivittäin tai miltei päivittäin onnelliseksi kuin kuntosaa enintään tyydyttäväksi kokevat.

TAULUKKO 8. Logistinen regressiomalli koetun fyysisen kunnon, tavallisen liikuntasuorituksen keston ja FIT-indeksin yhteydestä koettuun onnellisuuteen.

Muuttuja	OR (95% CI)	p-arvo
Fyysinen kunto		
<i>Hyvä</i>	1.877 (1.386-2.542)	.000
<i>Enintään tyydyttävä</i>	1.00	
Tavallinen liikuntasuorituksen kesto		
<i>Yli 30 min</i>	1.491 (0.728-3.054)	.275
<i>20-30 min</i>	1.273 (0.642-2.526)	.490
<i>Alle 20 min</i>	1.00	
FIT óindeksi		
<i>Erittäin aktiivinen</i>	0.820 (0.422-1.593)	.557
<i>Hyvin aktiivinen</i>	0.957 (0.509-1.799)	.892
<i>Jonkin verran aktiivinen</i>	0.892 (0.523-1.521)	.674
<i>Liikkumaton</i>	1.00	

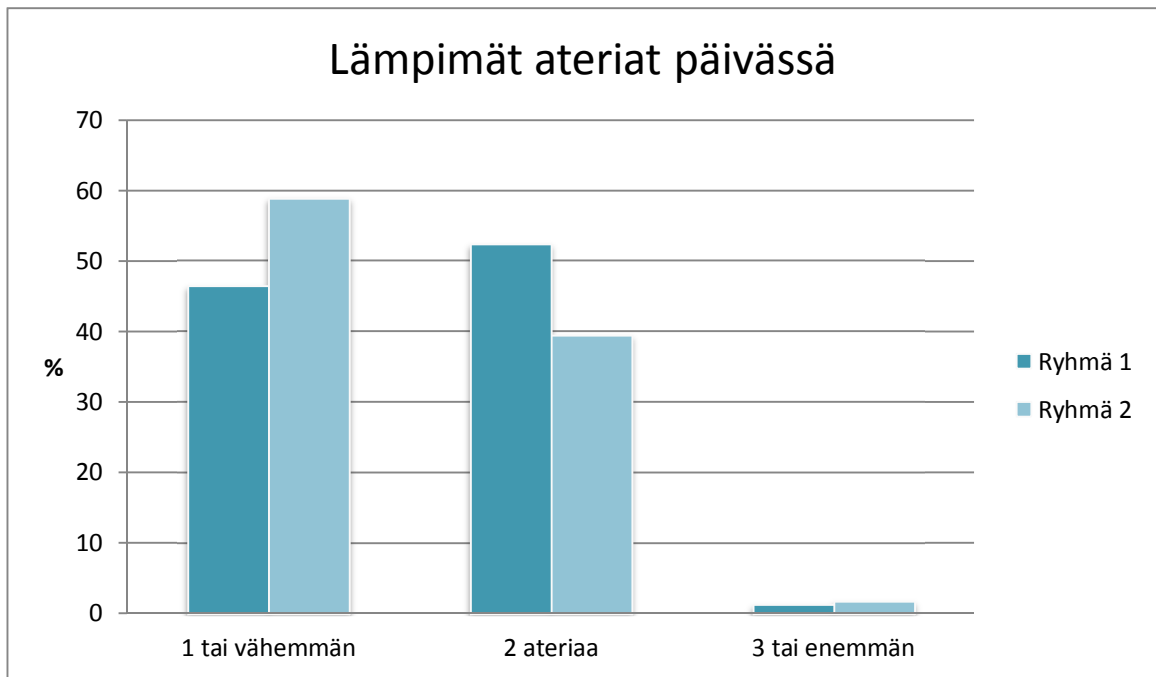
7.6 Ravitsemus ja ruokailutottumukset

Onnellisuusryhmään 1 kuuluvista 82 % koki syövänsä terveellisesti. Vastaavasti 68 % ryhmästä 2 arvioi syövänsä terveellisesti ja noin neljännes (24 %) koki, ettei syö erityisen terveellisesti tai epäterveellisesti. Epäterveellisesti syöviä oli prosentuaalisesti kaksinkertainen määrä ryhmässä 2 (kuva 12). Onnellisuusryhmän ja koetun syömisen terveyden väliltä löydettiin tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys ($p < 0.001$).



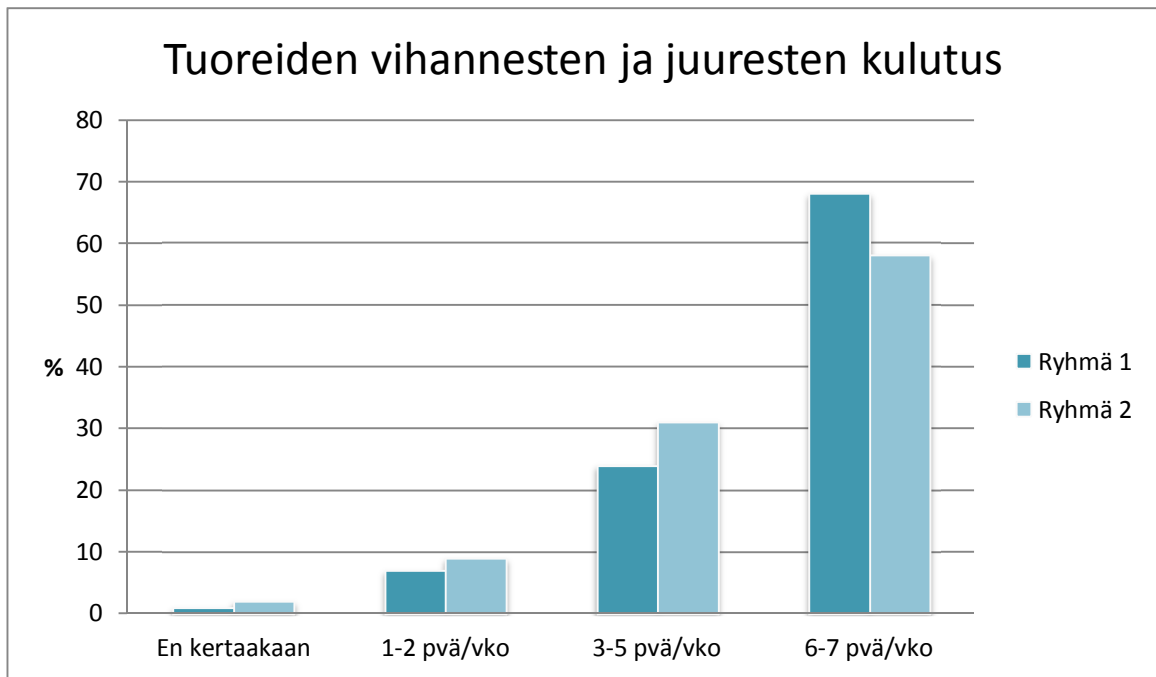
KUVA 12. Koettu syömisen terveellisyys (%) onnellisuusryhmittäin (n=1231).

Hieman yli puolet (52 %) ryhmästä 1 nautti kaksi lämmintä ateriaa päivässä. Ryhmään 2 kuuluvista enemmistö (59 %) söi päivän aikana enintään yhden lämpimän aterian (kuva 13). Onnellisuusryhmän ja päivässä nautittujen lämpimien aterioiden määrän väliltä löydettiin tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys ($p < 0.001$).



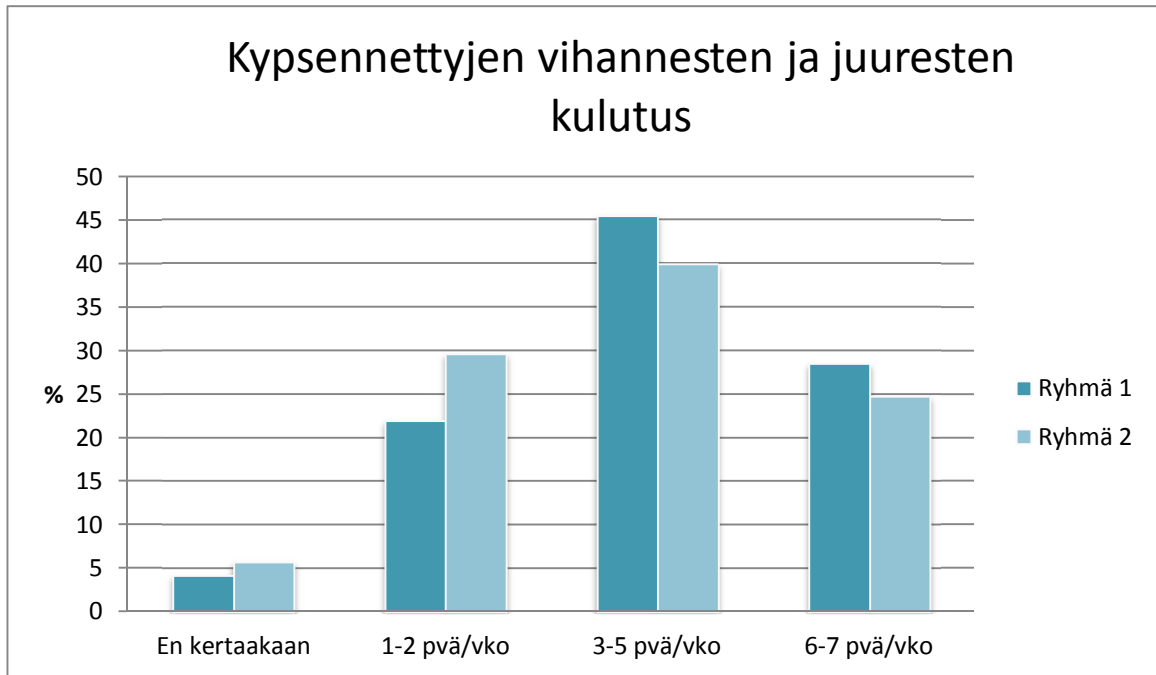
KUVA 13. Päivän aikana nautittujen lämpimien aterioiden määrä (%) onnellisuusryhmittäin (n=1231).

Kummastakin onnellisuusryhmästä enemmistö oli syönyt tuoreita vihanneksia ja juureksia kuluneen kahden viikon aikana 6-7 päivänä viikossa, mutta eroa ryhmien välisissä prosentiosuuksissa esiintyi (68 % vs. 58%). Neljäsosa (24 %) ryhmästä 1 ja kolmannes (31 %) ryhmästä 2 oli nauttinut 3-5 päivänä viikossa tuoreita vihanneksia ja juureksia (kuva 14). Onnellisuusryhmällä ja viimeisen kahden viikon aikana nautittujen tuoreiden vihannesten ja juuresten välillä havaittiin tilastollisesti melkein merkitsevä yhteys ($p=0.014$).



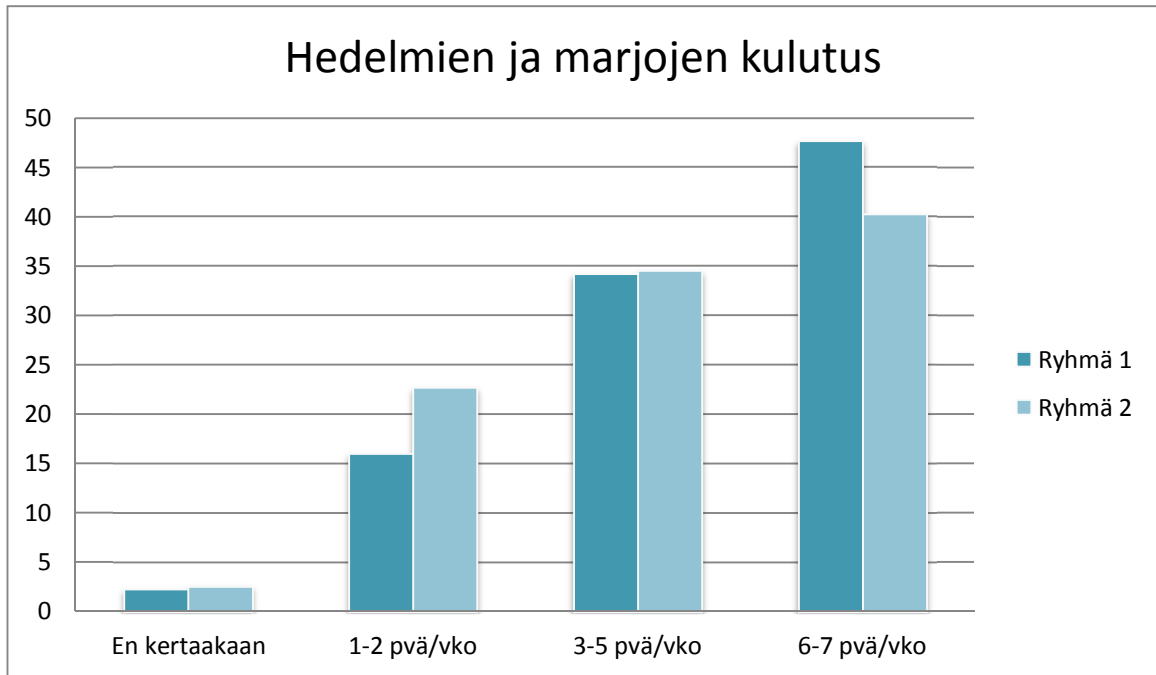
KUVA 14. Tuoreiden vihannesten ja juuresten kulutus (%) kuluneen kahden viikon aikana onnellisuusryhmittäin (n=1231).

Lähes puolet ryhmästä 1 (45 %) ja ryhmästä 2 (40 %) oli syönyt kypsennettyjä vihanneksia ja juureksia kuluneen kahden viikon aikana 3-5 päivänä viikossa. Kypsennettyjä vihannekset ja juureksia oli kuitenkin nautittu ryhmässä 1 useampana päivänä viikossa kuin ryhmässä 2 (kuva 15). Onnellisuusryhmän ja viimeisen 2 viikon aikana nautittujen kypsennettyjen vihannesten ja juuresten väliltä löydettiin tilastollisesti melkein merkitsevä yhteys ($p=0.012$).



KUVA 15. Kypsennettyjen vihannesten ja juuresten kulutus (%) kuluneen kahden viikon aikana onnellisuusryhmissä (n=1231).

Hedelmiä ja marjoja kuluneen kahden viikon aikana 6-7 päivänä viikossa oli syönyt ryhmästä 1 noin puolet (48 %) ja ryhmästä 2 alle puolet (40 %). Viikossa 3-5 päivänä hedelmiä ja marjoja syöneitä oli kummassakin ryhmässä reilu kolmannes. Enintään 2 päivänä viikossa hedelmiä ja marjoja nauttivien osuus ryhmässä 1 oli noin viidenneksen ja ryhmässä 2 neljänneksen (kuva 16). Onnellisuusryhmän ja viimeisen 2viikon aikana nautittujen hedelmien ja marjojen väliltä löytyi tilastollisesti melkein merkitsevä yhteys ($p=0.020$).



KUVA 16. Hedelmien ja marjojen kulutus (%) kuluneen kahden viikon aikana onnellisuusryhmittäin (n=1231).

Työpäivän aikaisella ruokailulla ei havaittu tilastollisesti merkitsevää yhteyttä koettuun onnellisuuteen. Seuraavalla sivulla olevassa taulukossa (taulukko 9) esitetty on ravitsemus ja ruokailutottumusmuuttujien tarkat jakaumat (%).

TAULUKKO 9. Ravitsemuksen ja ruokailutottumusten yhteys koettuun onnellisuuteen (%).

		Ryhmä 1	Ryhmä 2	χ^2 -testi
Syömisen terveellisyys	<i>Epäterveellisesti</i>	4	8	$\chi^2=32,543$, df=2, p<0.001
	<i>Ei erityisen terveellisesti/epäterveellisesti</i>	14	24	
	<i>Terveellisesti</i>	82	68	
Lämpimät ateriat päivässä	<i>1 tai vähemmän</i>	47	59	$\chi^2=17,688$ df=2 p<0.001
	<i>2 aterialla</i>	52	39	
	<i>3 tai enemmän</i>	1	2	
Ruokailu työpäivänä	<i>Ei mitään tai kanttiinissa</i>	2	2	$\chi^2=4,874$ df=2 p=0.087
	<i>Eväitä</i>	52	58	
	<i>Henkilöstöravintolassa</i>	46	40	
Tuoreet vihannekset ja juurekset	<i>En kertaakaan</i>	1	2	$\chi^2=10,650$ df=3 p=0.014
	<i>1-2 päivänä viikossa</i>	7	9	
	<i>3-5 päivänä viikossa</i>	24	31	
	<i>6-7 päivänä viikossa</i>	68	58	
Kypsennetyt vihannekset ja juurekset	<i>En kertaakaan</i>	4	6	$\chi^2=10,958$, df=3, p=0.012
	<i>1-2 päivänä viikossa</i>	22	29	
	<i>3-5 päivänä viikossa</i>	45	40	
	<i>6-7 päivänä viikossa</i>	29	25	
Hedelmien ja marjojen nauttiminen	<i>En kertaakaan</i>	2	3	$\chi^2=9,829$, df=3, p=0.020
	<i>1-2 päivänä viikossa</i>	16	23	
	<i>3-5 päivänä viikossa</i>	34	34	
	<i>6-7 päivänä viikossa</i>	48	40	

Koetun syömisen terveellisyydellä, päivän aikana nautittujen lämpimien aterioiden määrällä, tuoreilla sekä kypsennetyillä vihanneksilla ja juureksilla sekä hedelmien ja marjojen nauttimisella voitiin logistisen regressiomallin mukaan selittää 6,2 % (Nagelkerke R Square=0.062) koetun onnellisuuden vaihtelusta. Hosmer ja Lemeshow -testin mukaan tilastollinen malli oli hyvä (p=.968). Logistisen regressiomallin (taulukko 10) merkitsevät muuttujat olivat koettu syömisen terveellisyys ja päivässä nautittujen lämpimien aterioiden määrä. Terveellisesti syövät olivat 2,3 -kertaa todennäköisemmin päivittäin tai miltei päivittäin onnellisia kuin ne, jotka kokivat syövänsä epäterveellisesti. Kahden lämpimän aterian päivässä nauttivilla oli puolestaan 1,6 -kertaa suurempi todennäköisyys kokea itsensä suurimman osan aikaa onnelliseksi verrattuna enintään yhden aterian syöviin.

TAULUKKO 10. Logistinen regressiomalli syömisen koetun terveellisuuden, päivän aikana nautittujen lämpimien aterioiden, tuoreiden sekä kypsennettyjen vihannesten ja juuresten sekä hedelmien ja marjojen nauttimisen yhteydestä koettuun onnellisuuteen.

Muuttuja	OR (95% CI)	p-arvo
Syömisen terveellisyys		
<i>Terveellisesti</i>	2.290 (1.348-3.892)	.002
<i>Ei erityisen terveellisesti/epäterveellisesti</i>	1.235 (0.699-2.182)	.468
<i>Epäterveellisesti</i>	1.00	
Lämpimät ateriat päivässä		
<i>3 tai enemmän</i>	0.911 (0.337-2.457)	.853
<i>2 aterialla</i>	1.573 (1.220-2.028)	.000
<i>1 tai vähemmän</i>	1.00	
Tuoreet vihannekset ja juurekset		
<i>6-7 päivänä viikossa</i>	1.528 (0.525-4.449)	.437
<i>3-5 päivänä viikossa</i>	1.264 (0.437-3.660)	.666
<i>1-2 päivänä viikossa</i>	1.597 (0.521-4.894)	.413
<i>En kertaakaan</i>	1.00	
Kypsennetyt vihannekset ja juurekset		
<i>6-7 päivänä viikossa</i>	1.018 (0.531-1.952)	.957
<i>3-5 päivänä viikossa</i>	1.231 (0.668-2.268)	.506
<i>1-2 päivänä viikossa</i>	0.884 (0.474-1.649)	.699
<i>En kertaakaan</i>	1.00	
Hedelmien ja marjojen nauttiminen		
<i>6-7 päivänä viikossa</i>	0.637 (0.262-1.549)	.320
<i>3-5 päivänä viikossa</i>	0.605 (0.254-1.441)	.256
<i>1-2 päivänä viikossa</i>	0.482 (0.200-1.166)	.106
<i>En kertaakaan</i>	1.00	

7.7 Alkoholi ja tupakka

Alkoholi- ja tupakkamuuttujat eivät olleet tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä onnellisuusryhmään (taulukko 11). Kummassakin ryhmässä suurin osa (n. 40 %) nautti alkoholituotteita 2-4 kertaa kuukaudessa. Enemmistö (n. 60 %) ryhmässä nautti kerralla 1-2 alkoholiannosta ja 34 % ei koskaan juonut viittä annosta enempää. Noin puolet kummastakin ryhmästä ilmoitti juovansa kerralla kuusi annosta tai enemmän harvemmin kuin kerran kuukaudessa. Audit C -testin mukaan ryhmään 1 kuuluvista miehistä 52 %:lla ja naisista 39 %:lla alkoholinkäyttö ylitti riskikulutuksen rajan. Ryhmässä 2 alkoholin riskikäyttöä oli miesten osalta hieman vähemmän (47 %) mutta naisten osalta enemmän (44%) verrattuna ryhmään 1. Tupakointia käsittelevien muuttujien jakaumissa ei ollut eroa eikä näin ollen tilastollisesti merkitsevää yhteyttä onnellisuusryhmään väliltä ei löydetty.

TAULUKKO 11. Alkoholin ja tupakan yhteys koettuun onnellisuuteen (%).

		Ryhmä 1	Ryhmä 2	χ^2 ótesti	
Oluen, viinin tai muiden alkoholituotteiden kulutuksen useus	<i>4 krt/vko tai useammin</i>	4	6	$\chi^2=5,313$, p=0.257	df=4,
	<i>2-3 kertaa viikossa</i>	21	19		
alkoholituotteiden kulutuksen useus	<i>2-4 kertaa kuussa</i>	38	42		
	<i>Noin kerran kuussa tai harvemmin</i>	27	24		
	<i>En koskaan</i>	10	9		
Alkoholiannosten määrä	<i>10 tai enemmän</i>	1	1	$\chi^2=3,231$, p=0.520	df=4,
	<i>7-9 annosta</i>	4	3		
	<i>5-6 annosta</i>	9	10		
	<i>3-4 annosta</i>	24	28		
	<i>1-2 annosta</i>	62	58		
Kerralla nautittujen annosten (×6) määrä	<i>Päivittäin tai lähes päivittäin</i>	0	0	$\chi^2=6,402$, p=0.094	df=3,
	<i>Kerran viikossa</i>	3	6		
	<i>Kerran kuussa</i>	16	12		
	<i>Harvemmin kuin kerran kuussa</i>	47	48		
	<i>En koskaan</i>	34	34		
AUDIT C miehet	<i>Normaalikäyttö</i>	48	53	$\chi^2=0,428$, p=0.513	df=1,
	<i>Riskikäyttö</i>	52	47		
AUDIT C naiset	<i>Normaalikäyttö</i>	61	56	$\chi^2=2,703$, p=0.100	df=1,
	<i>Riskikäyttö</i>	39	44		
Tupakkatuotteiden käyttö	<i>Kyllä, säännöllisesti</i>	8	11	$\chi^2=3,884$, p=0.274	df=3,
	<i>Kyllä, satunnaisesti</i>	11	11		
	<i>En, olen lopettanut</i>	24	25		
	<i>En ole koskaan käyttänyt</i>	57	53		
Halukkuus lopettaa tupakointi	<i>En</i>	34	33	$\chi^2=0,083$, p=0.774	df=1,
	<i>Kyllä</i>	66	67		
Tupakkatuotteiden käytön lopettamisyritykset	<i>En kertaakaan</i>	62	57	$\chi^2=1,228$, p=0.746	df=3,
	<i>Kerran</i>	17	19		
	<i>Muutaman kerran (2-3krt)</i>	14	15		
Nikotiinikorvaushoidon tai vieroituslääkkeen käyttö	<i>Usein (yli 4krt)</i>	7	9		
	<i>En kertaakaan</i>	80	74		
	<i>Kerran</i>	4	11		
Nikotiinikorvaushoidon käyttö työaikana	<i>Muutaman kerran (2-3krt)</i>	11	6	$\chi^2=6,453$, p=0.092	df=3,
	<i>Usein (yli 4krt)</i>	5	9		
Tupakkatuotteiden käyttö työaikana	<i>Kyllä</i>	29	28	$\chi^2=0,020$, p=0.889	df=1,
	<i>En</i>	71	72		
Nikotiinikorvaushoidon käyttö työaikana	<i>Kyllä</i>	8	4	$\chi^2=1,977$, p=0.160	df=1,
	<i>En</i>	92	97		

8 POHDINTA

Tämän pro gradu ótutkielman tarkoituksena oli tutkia Keski-Suomen sairaanhoitopiirin onnellisten terveysalan ammattilaisten koetun terveyden ja työkyvyn tilaa sekä terveystottumuksia ja näiden yhteyksiä koettuun onnellisuuteen Terveys ja hyvinvointitutkimus 2010 -kyselylomakeaineiston perusteella. Tulokset antavat viitettä siitä, että onnelliset työntekijät noudattavat terveellisempiä terveystottumuksia sekä kokevat itsensä terveemmäksi ja työkykyisemmäksi.

Tulosten mukaan vuonna 2010 Keski-Suomen sairaanhoitopiirin terveysalan ammattilaisista 68 % koki itsensä onnelliseksi päivittäin tai miltei päivittäin. Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimus ATH:n mukaan vuonna 2013 keskisuomalaisista 53 % ja koko maan väestöstä 49 % koki itsensä suurimman osan aikaa onnelliseksi (Kaikkonen ym. 2014). Tässä tutkimuksessa saatu tulos antaa viitettä siitä, että KSSH:n terveysalan ammattilaiset kokivat onnellisuutta useammin kuin Keski-Suomen maakunnan ja koko Suomen väestö. Myös vähäiseen aiempaan terveysalan ammattilaisten onnellisuutta koskevaan tutkimustietoon (Lai ym. 2008; Lin ym. 2010) verrattaessa koetun onnellisuuden tila näyttäytyi sairaanhoitopiirissä parempana.

Tässä tutkimuksessa havaittiin naisten olevan onnellisia miehiä useammin. Myös aiemmissa tutkimuksissa naissukupuoli on yhdistetty koettuun onnellisuuteen (Lin ym. 2010; Piqueras ym. 2011). Vuonna 2010 onnellisimpia terveysalan ammattilaisista olivat iältään alle 51 -vuotiaat. Vastaavasti onnellisuutta koettiin harvemmin yli 50 -vuotiaiden keskuudessa. Piqueras ym. (2011) ja Stubbe ym. (2007) ovat tutkimuksissaan tulleet samansuuntaiseen tulokseen: onnellisuus liitetään nuorempaan ikään. Saatujen tulosten perusteella näyttää siltä, että määräaikaisessa työsuhteessa olevat olivat onnellisempia kuin vakituksessa työsuhteessa olevat.

Päivittäin tai miltei päivittäin itsensä onnelliseksi kokeneet arvioivat terveytensä ja työkykynsä paremmaksi kuin ne terveysalan ammattilaiset, jotka kokivat onnellisuutta enintään kol-

mesti viikossa. Saatu tulos vahvistaa aiemmissä tutkimuksissa (Lyubomirsky ym. 2005; Siahpush ym. 2009, Lin ym. 2010, Kinnunen ym. 2011) todettua koetun terveydentilan ja onnellisuuden välistä yhteyttä. Tutkimustulos antaa viitettä myös siitä, että Keski-Suomen sairaanhoitopiirin suurimman osan aikaa onnellisuutta kokevat terveysalan ammattilaiset arvioivat terveytensä vuonna 2010 paremmaksi verrattuna suomalaisten terveysalan ammattilaisten terveyttä käsittelevien tutkimusten tuloksiin (Lindfors ym. 2007; Heponiemi ym. 2008, 12; Kuusio ym. 2012; Perkiö-Mäkelä & Hirvonen 2013).

Tulosten mukaan hyväksi koettu terveydentila ja erityisesti hyväksi koettu työkyky selittivät todennäköisyyttä kokea itsensä suurimman osan aikaa onnelliseksi. Lääkärit ja hoitotyötä tekevät ovat aiemmissä suomalaisissa tutkimuksissa arvioineet työkykynsä keskimäärin hyväksi (Lindfors ym. 2007; Heponiemi ym. 2008, 12; Kuusio ym. 2012, Perkiö-Mäkelä & Hirvonen 2013, 240, 243), joten onnellisten osalta tutkimustuloksen voidaan todeta noudattavan alan yleisiä tuloksia.

Onnellisilla Keski-Suomen sairaanhoitopiirin terveysalan ammattilaisilla vain 17 %:lla oli tulosten mukaan pitkäaikainen sairaus tai vamma. Työ ja terveys -haastattelututkimuksen (Perkiö-Mäkelä & Hirvonen 2013) mukaan terveys- ja sosiaalipalveluissa työskentelevistä kolmanneksella on jokin lääkärin toteama pitkäaikainen sairaus, vamma tai vika (Perkiö-Mäkelä & Hirvonen 2013, 270, 276). Tässä tutkimuksessa saatu tulos vahvistaa aiempaa tutkimustulosta (Siahpush ym. 2009) siitä, että itsensä onnelliseksi kokevilla ilmenee vähemmän pitkäaikaisia sairauksia tai vammoja. Tulokset antavat myös viitettä siitä, että suurimman osan aikaa onnellisuutta kokeville koitui vähemmän haittaa pitkäaikaisesta sairaudesta tai vammasta. Vähäiseksi koettu haitan määrä saattaa selittyä sillä, että onnellisuus tehostaa mielenpystyvyyden tunnetta ja optimismia helpottaen sairauden tai vamman kanssa selviytymistä (Lyubomirsky ym. 2005).

Saatujen tulosten mukaan lähes kaikki suurimman osan aikaa onnellisista terveysalan ammattilaisista koki tyytyväisyyttä miltei päivittäin tai päivittäin. Päivittäinen tyytyväisyys selitti myös päivittäin koettua onnellisuutta. Tulos todentaa aiempia tutkimustuloksia koetun tyytyväisyyden ja onnellisuuden yhteydestä (Lyubomirsky ym. 2005; Grant ym. 2009). Lähes

kaikki miltei päivittäin tai päivittäin itsensä onnelliseksi kokevat nukkuivat keskimäärin 6-8 tuntia vuorokaudessa. Samansuuntaiseen tulokseen tulivat myös Peltzer & Pengpid (2013) tutkiessaan terveyskäyttäytymisen ja onnellisuuden välisiä assosiaatioita.

Hyväksi koettu fyysinen kunto oli tulosten mukaan yhteydessä koettuun onnellisuuteen ja myös selitti sitä. Samaan tulokseen on tultu myös kahdessa muussa tutkimuksessa (Siahpush ym. 2009; Poulsen ym. 2012). Suurin osa onnellisista ilmoitti kertaliikuntasuorituksensa kestävän tavallisesti yli 30 minuutin ajan. FIT-indeksin mukaan onnellisimmat olivat liikunnallisesti aktiivisempia kuin harvemmin onnellisuutta kokevat. Tulos tukee aiempia tutkimustuloksia (Stubbe ym. 2007; Siahpush ym. 2009; Piqueras ym. 2011; Wang ym. 2012) liikuntaaktiivisuuden yhteydestä onnellisuuteen.

Tutkimustulosten mukaan suurin osa miltei päivittäin tai päivittäin itsensä onnelliseksi kokevista arvioi syövänsä terveellisesti. Kahden lämpimän aterian nauttiminen oli yhteydessä suurimman osan ajasta koettuun onnellisuuteen. Terveelliseksi arvioitu syöminen sekä kahden lämpimän aterian nauttiminen myös selittivät koettua onnellisuutta. Tulokset vahvistavat aiempaa tutkimustulosta (Piqueras ym. 2011; Peltzer & Pengpid 2013) siitä, että suurimman osan aikaa onnelliset syövät tuoreita ja kypsennettyjä vihanneksia sekä juureksia useammin kuin harvemmin onnellisuutta kokevat. Hedelmien ja marjojen päivittäinen kulutus on myös onnellisemmilla yleisempää. Hedelmien suuremman kulutuksen yhteys onnellisuuteen on havaittu myös kolmessa tutkimuksessa (Grant ym. 2009; Piqueras ym. 2011; Peltzer & Pengpid 2013). Tämän tutkimuksen perusteella voidaan sanoa, että terveellinen ravitsemus on yksi onnellisuuden osatekijä.

8.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tässä tutkimuksessa on tieteellisen tutkimuksen periaatteiden mukaisesti pyritty virheettömyyteen sekä mahdollisimman luotettaviin ja päteviin tutkimustuloksiin (Hirsjärvi ym. 2009, 231). Tutkimuksen luotettavuutta ja laatua arvioidaan tarkastelemalla validiteettia ja reliabiliteettia (Kananen 2011, 118). Validiteetti tarkoittaa tutkimuksen pätevyyttä siitä, että mitataan

ja tutkitaan tutkimusongelmien kannalta oleellisia asioita (Kananen 2011, 118; Ronkainen ym. 2011, 130). Jos mittari mittaa tutkittavaa ilmiötä, on se validi. Oikean tutkimusmenetelmän ja mittarin käyttö sekä oikeiden asioiden mittaaminen varmistavat tutkimuksen validiteetin (Kananen 2011, 121).

Luotettavuutta tarkasteltaessa on huomioitava, että tutkimusaineisto oli alkujaan kerätty laajana terveyttä ja hyvinvointia kartoittavana tutkimuksena. Aineiston muodostumiseen vaikuttaa sen taustalla olevat erilaiset tutkimusratkaisut, jolloin valmista aineistoa tutkivalla ei ole ollut mahdollisuutta vaikuttaa aineistonkeruuseen ja siinä käytettäviin mittareihin (Ronkainen ym. 2011, 113). Valmiin aineiston käyttäminen on kuitenkin ekonomisen ratkaisu aineiston keruun suhteen (Hirsjärvi ym. 2009, 186). Lisäksi Kinnunen ym. (2011) totesivat vastaavanlaisessa tutkimusasetelmassaan valmiin aineiston soveltuvan onnellisuuden ja terveyden välisen yhteyden tutkimiseen (Kinnunen ym. 2011). Tutkimuksen validiutta lisää se, että kyselylomakeaineistosta analysoidut kysymykset valittiin kirjallisuuskatsauksen perusteella. Tällöin varmistettiin se, että tutkittiin jo aiemmissa tutkimuksissa koettuun onnellisuuteen yhdistettyjä terveystuuttujia.

Reliabiliteetti viittaa tutkimustulosten toistettavuuteen ja pysyvyyteen eli siihen, etteivät tulokset ole sattumanvaraisia vaan pysyvät johdonmukaisesti samoina eri mittauskerroilla (Hirsjärvi ym. 2009, 231; Kananen 2011, 118-9, Ronkainen ym. 2011, 130-1). Tutkimustulosta voidaan siis pitää reliaabelina jos kaksi tutkijaa saa samanlaisen tuloksen (Hirsjärvi ym. 2009, 231). Tutkimuksen reliabiliteettia lisää se, että tulokset ovat samansuuntaisia aiempien tutkimusten kanssa. Koetun onnellisuuden yhteys terveystuuttujiin todentui myös tässä tutkimuksessa, joten saatuja tuloksia ei voida pitää sattumanvaraisina.

Valmiiden aineistojen haasteena on se, että niitä voidaan käyttää tutkimuksessa vain harvoin sellaisenaan. Omaan tutkimusintressiin kytkeminen ja sovittaminen edellyttää aineiston tietojen muokkaamista, yhdistelemistä ja tulkittamista (Hirsjärvi ym. 2009, 186, 189). Reliabiliteetti voidaan ymmärtää myös osana aineiston käsittelyä ja analysointia ó luokittelua on tehty systemaattisesti tietyllä logiikalla ja tarkkuudella (Ronkainen ym. 2011, 132). Aineiston käsitteleminen analysoitavaan selkeämpään muotoon muokkaa aina aineistoa. Muuttujien ja vasta-

usluokkien yhdisteleminen on usein tarkoituksenmukaista, mutta samalla tiettyjä tietoja poistetaan aineistosta (Ronkainen ym. 2011, 120). Keskeisiä tarkastelunkohteita ovat miten systemaattisesti ja virheet eliminoivasti tutkimus on toteutettu, ovatko toimintatavat olleet pysyviä ja jatkuvia, sekä onko mahdolliset muutokset toimintatavoissa perusteltuja (Ronkainen ym. 2011, 133).

Tutkittavaa aineistoa käsiteltiin nimeämällä ja luokittelemalla muuttujia uudelleen. Lisäksi luotiin uusia tarkoituksenmukaisia muuttujia. Muuttujien ja vastausvaihtoehtojen nimeämisessä noudatettiin kyselylomakkeen termistöä. Uudelleenluokitteluja tehtiin muuttujille, joiden ryhmittäinen vastaajamäärä jäi alle 5 henkilön. Aineiston muokkaaminen pyrittiin tekemään tarkasti ja huolellisesti siten, etteivät muuttujakohtaiset vastaussuhteet kuitenkaan vääristyisi. Tutkimuksen reliabiliteettia pyrittiin vahvistamaan myös toistamalla tilastolliset analyysit saatujen tulosten tarkistamiseksi ja inhimillisten virheiden eliminoimiseksi.

Yleisesti ottaen kyselytutkimuksen heikkoutena pidetään teoreettista vaatimattomuutta ja aineiston pinnallisuutta (Hirsjärvi ym. 2009, 195). Kyselyyn vastaamisessa voi tapahtua systemaattista valikoitumista, eli tietynlaiset ihmiset saattavat olla innokkaampia tai laiskempia vastaamaan (Ronkainen ym. 2011, 149). Tämän lisäksi ei ole mahdollista saada varmuutta siitä, miten vastaajat ovat suhtautuneet tutkimukseen ja ovatko he olleet vastatessaan huolellisia ja rehellisiä. Vastausvaihtoehtojen väärinymmärryksien kontrollointi on vaikeaa (Hirsjärvi ym. 2009, 195). Luotettavuutta tarkasteltaessa on huomioitava myös se, että kyselyaineisto perustuu vastaajien itsearviointeihin. Subjektiiivinen kokemus terveydestä voi poiketa selvästi esimerkiksi lääkärin tai läheisen objektiivisesta näkemyksestä (Huttunen 2012). Ihmisillä on tapana raportoida itsearvioinneissa terveyskäyttäytymisensä todellisuutta paremmaksi (Blake ym. 2012). Tämän seurauksena tutkimustulos saattaa antaa todellisuutta paremman kuvan tutkittavasta ilmiöstä.

Tutkimusaineiston edustavuudella tarkoitetaan sitä, miten aineisto vastaa jakaumiltaan perusjoukkoa. Edustavuus määrittyy tarkastelemalla oleellisia taustamuuttujia (Ronkainen ym. 2011, 149). Tässä tutkimuksessa käytetty aineisto on verrattain edustava otos, sillä sukupuoli- ja ikäjakaumat ovat samansuuntaiset Sosiaali- ja terveyspalvelujen henkilöstö 2010 (2013) -,

Terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2011 (2014) - sekä Kuntien terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2012 (2013) -tilastoraporttien kanssa. Tilastoraporteissa terveys- ja sosiaalipalveluissa työskentelevistä 88 % on ollut naisia ja 12 % miehiä. Keskiarvoikä puolestaan on vaihdellut raporteissa 43-45 -vuoden välillä (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2010, 2013, 11; Kuntien terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2012, 2013, 1-2; Terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2011, 2014, 9).

8.2 Eettiset näkökulmat

Tutkimuksessa on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä, jonka Tutkimuseettinen neuvottelukunta (2012) on tutkimuseettisissä ohjeissaan määritellyt. Hyvää tieteellistä käytäntöä noudattamalla taataan tutkimuksen luotettavuus ja tulosten uskottavuus sekä tutkimuksen eettinen hyväksyttävyyden (TENK 2012).

Koko Terveys ja hyvinvointitutkimus 2010 -hankkeelle on haettu Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin eettisen toimikunnan lausunto. Tälle pro gradu -tutkielmalle myönnettiin tutkimuslupa 19.3.2013 Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin johtajaylilääkärin toimesta. Tutkimusaineiston hallussapidolle haettiin jatkoaikaa, mikä myönnettiin 9.9.2013 niin ikään Keski-Suomen sairaanhoitopiiriin johtajaylilääkärin toimesta. Tutkimusaineistoa säilytettiin asianmukaisella tavalla ja se hävitettiin välittömästi hallussapitoajan päätyttyä.

Tutkimukseen osallistuneet ovat vastanneet kyselyyn nimettöminä ja vastaukset on käsitelty luottamuksellisesti, joten tutkimusraportista ei voida tunnistaa ketään yksittäistä henkilöä. Tutkimukseen osallistuminen on perustunut vapaaehtoisuuteen. Aineistoa käsiteltäessä ja tutkimustuloksia raportoitaessa on noudatettu Ahtiaisen (2011, liite 1) tutkimustiedotteessa ollutta lupauksista siitä, että mikäli ryhmittäinen vastaajamäärä jää alle viiden, kyseenomaista tietoa ei julkaista. Tutkimuksessa käytettyjen tilastollisten menetelmien valinnassa huomioitiin tutkimuskysymykset sekä menetelmien käyttöedellytykset ja aineiston erityispiirteet. Analyysissä, tulosten tulkinnassa ja esittämisessä on käytetty tieteellisessä tutkimuksessa tunnettuja

menetelmiä. Raportoinnissa on pyritty huolellisuuteen ja avoimuuteen. Lähdekirjallisuuteen on viitattu asianmukaisesti Jyväskylän yliopiston Liikuntatieteellisen tiedekunnan kirjoitusohjeita (Nieminen ym. 2013) noudattaen.

8.3 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Tutkimuksen tulokset antavat viitettä siitä, että Keski-Suomen sairaanhoitopiirin terveystieteen ammattilaisten työterveyttä edistettäessä tulisi ottaa huomioon myös koettu onnellisuus. Tulokset ilmentävät koetun onnellisuuden merkitystä työterveyden voimavarana, todentaen hyväksi koetun terveyden, terveellisen terveyskäyttäytymisen ja koetun onnellisuuden positiivista yhteyttä. Johtopäätöksinä voidaan todeta, että

- Onnellinen työntekijä koki itsensä terveemmäksi, työkykyisemmäksi ja tyytyväisemmäksi kuin harvemmin onnellinen kolleegansa.
- Onnellisen työntekijän terveystottumukset olivat terveellisemmät.
- Onnellinen työntekijä koki syövänsä terveellisesti ja nautti kaksi lämmintä ateriaa päivässä sekä kulutti enemmän vihanneksia, juureksia, marjoja ja hedelmiä. Onnellinen nukkui 6-8 tuntia yössä ja harrasti liikuntaa kerralla yli 30minuutin ajan.
- Onnellisuutta selittivät naissukupuoli ja määräaikainen työsuhde, usein koettu tyytyväisyys, hyväksi koettu terveydentila, työkyky ja fyysinen kunto, terveelliseksi koettu syöminen ja kahden lämpimän aterian nauttiminen päivässä.

Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää suunniteltaessa toimenpiteitä henkilöstön työterveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi. Terveystieteen ammattilaisten koettuun onnellisuuden merkittävästi yhteydessä olevien terveystieteen ammattilaisten tunnistaminen ja tiedostaminen voivat auttaa kehittämään strategioita, joilla säilytetään parhaat työntekijät työelämässä sekä ylläpidetään henkilöstön terveyttä ja hyvinvointia. Tutkimustulokset voivat toimia lähtökohtana seuranta- ja jatkotutkimuksille. Onnellisuuteen yhteydessä olevaa terveystieteen ammattilaisten käyttäytymistä ja sen toteuttamista tulisi tukea. Lisäksi tuloksien perusteella etenkin yli 50 -vuotiaiden työntekijöi-

den onnellisuutta ja hyvinvointia tulisi edistää sekä tutkia tarkemmin. Työsuhteen muodon suhdetta työntekijän onnellisuuteen tulisi tutkia myös tarkemmin esimerkiksi laadullisella tutkimuksella. Jatkossa olisi mielenkiintoista selvittää myös muiden työhyvinvoinnin osa-alueiden yhteyttä työntekijöiden koettuun onnellisuuteen. Terveysalan ammattilaisten onnellisuutta ja terveyttä on tutkittu vähän, joten jatkotutkimukset ovat tarpeellisia.

LÄHTEET

- Aalto, M., Tuunanen, M., Sillanaukee, P. & Seppä, K. 2006. Effectiveness of structured questionnaires for screening heavy drinking in middle-aged women. *Alcohol Clinical and Experimental Research* 30 (4): 1884-1888.
- Abdel-Khalek, A. M. 2006. Measuring happiness with a single-item scale. *Social Behavior and Personality* 34(2): 139-49.
- Ahola, K., Pulkki-Råback, L., Kouvonen, A., Rossi, H., Aromaa, A. & Lönnqvist, J. 2012. Burnout and behavior-related health risk factors. *Journal Of Occupational And Environmental Medicine* 54 (1): 17-22.
- Ahtiainen, T. 2011. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin henkilöstön hyvinvointi ja terveystottumukset: kyselytutkimus Keski-Suomen sairaanhoitopiirin sairaaloissa. Terveystieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma. Viitattu 13.9.2013. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/27179/URN%3ANBN%3Afi%3Aju-2011061511013.pdf?sequence=1>
- Bazargan, M., Makar, M., Bazargan-Hejazi, S., Ani, C. & Wolf, K. E. 2009. Preventive, lifestyle and personal health behaviors among physicians. *Academic Psychiatry* 33 (4): 289-95.
- Black, B., Marcoux, B. C., Stiller, C., Qu, X. & Gellish, R. 2012. Personal health behaviors and role-modeling attitudes of physical therapists and physical therapist students: a cross-sectional study. *Physical Therapy* 11: 1419-36.
- Blake, H., Mo, P. K., Lee, S. & Batt, M. E. 2012. Health in the NHS: lifestyle behaviours of hospital employees. *Perspectives in Public Health* 132 (5): 213-5. doi:10.1177/1757913912457309.
- Boem, J.K., Vie, L.L. & Kubzansky, L.D. 2012. The promise of well-being interventions for improving health risk behaviors. *Current Cardiovascular Risk Reports* 6 (6):511-9.
- Bogossian, F. E., Hepworth, J., Leong, G. M., Flaws, D. F., Gibbons, K. S., Benefer, C. & Turner, C. T. 2012. A cross-sectional analysis of patterns of obesity in a cohort

of working nurses and midwives in Australia, New Zealand and the United Kingdom. *International Journal of Nursing Studies* 49: 727-39. doi:10.1016/j.ijnurstu.2012.01.003.

Diener, E. 2000. Subjective well-being. The science of happiness and a proposal for a national index. *American Psychologist* 2000 january

Diener, E. & Biswas-Diener, R. 2008. *Happiness: unlocking the mysteries of psychological wealth*. Malden, MA: Blackwell Pub.

Diener, E. & Chan, M. Y. 2011. Happy people live longer: subjective well-being contributes to health and longevity. *Applied Psychology: Health and Well-being* 3: 1-43. doi: 10.1111/j.1758-0854.2010.01045.x.

Diener, E., Lucas, R. E. & Oishi, S. 2005. Subjective well-being: the science of happiness and life satisfaction. Teoksessa Snyder, C. R. & Lopez, S. J. (toim.) 2005. *Handbook of positive psychology*. New York: Oxford University Press, 63-73.

Diener, E., Oishi, S. & Ryan, K. L. 2013. Universals and cultural differences in the causes and structure of happiness: a multilevel review. Teoksessa Keyes, CLM. (toim.) 2013. *Mental well-being: international contributions to the study of positive mental health*. New York: Springer, 153-76.

Evers, K.E., Castle, P.H., Prochaska, J.O. & Prochaska, J.M. 2014. Examining relationships between multiple health risk behaviors, well-being and productivity. *Psychological Reports: Mental & Physical Health* 114(3):843-53.

Frank, E. & Segura, C. 2009. Health practices of Canadian physicians. *Canadian Family Physician* 55: 810-11.e7.

Froh, J. J. 2009. Happiness. Teoksessa Lopez, S. J. (toim.) 2009. *The encyclopedia of positive psychology*. Malden, MA; Oxford: Wiley-Blackwell, 455-61.

Fyysinen aktiivisuus-sovellettu Kasarin FIT-indeksi. Viitattu 5.5.2014. http://kotisivukone.fi/files/sydanfysioterapeutit.tiedottaa.net/100118_fit_indeksi.pdf

- Grant, N., Wardle, J. & Steptoe, A. 2009. The relationship between life satisfaction and health behavior: a cross-cultural analysis of young adults. *International Journal of Behavioral Medicine* 16: 259-68. doi: 10.1007/s12529-009-9032-x.
- Gupta, K. & Fan, L. 2009. Doctors: fighting fit or couch potatoes? *British Journal of Sports Medicine* 43 (2): 153-4.
- Hensel, D. 2011. Relationships among nurses` professional self-concept, health and lifestyles. *Western Journal of Nursing Research* 33 (1): 45-62. doi: 10.1177/0193945910373754.
- Heponiemi, T., Sinervo, T., Räsänen, K., Vänskä, J., Halila, H. & Elovainio, M. 2008. Lääkärien ja sairaanhoitajien hyvinvointi ja terveys ölaaja kohorttitutkimus ó hankkeen loppuraportti. Stakes, Helsinki. Stakesin raporteja 2008; 35.
- Hicks, V.L., Stolarczyk, L.M., Heyward, V.H. & Baumgartner, R.N. 2000. Validation of near-infrared interactance and skinfold methods for estimating body composition of American Indian women. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 32 (3): 531-9.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Tammi, Helsinki.
- Hull, S. K., DiLalla, L. & Dorsey, J. K. 2008. Prevalence of health-related behaviors among physicians and medical trainees. *Academic Psychiatry* 32 (1): 31-8.
- Husman, P. 2013. 1.2 Työurien pituus ja kestävyys. Teoksessa Kauppinen, T., Mattila-Holappa, P., Perkiö-Mäkelä, M., Saalo, A., Toikkanen, J., Tuomivaara, S., Uuksulainen, S., Viluksela, M. & Virtanen, S. (toim.) *Työ ja terveys Suomessa 2012. Seurantatietoa työoloista ja työhyvinvoinnista*. Työterveyslaitos. Tampere: Tammerprint Oy, 16-20.
- Husman, P. & Liira, J. 2010. Työpaikka terveyden edistämisen areenana. Teoksessa Martimo, K-P., Antti-Poika, M. & Uitti, J. (toim.) 2010. *Työstä terveyttä*. Helsinki: Duodecim 196-203.

- Huttunen, J. 2012. Mitä terveys on? Duodecim 15.8.2012. Viitattu 2.8.2014 www.terveyskirjasto.fi
- Hägglund, K. M., Helsing, C. & Sandmark, H. 2011. Assistant nurses working in care of older people: associations with sustainable work ability. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 25: 325-32. doi: 10.1111/j.1471-6712.2010.00830.x.
- Jonsdottir, I. H., Börjesson, M. & Ahlborg, G. 2011. Healthcare workers' participation in a healthy-lifestyle-promotion project in western Sweden. *BMC Public Health* 11: 448. doi: 10.1186/1471-2458-11-448.
- Kaikkonen, R., Murto, J., Pentala, O., Koskela, T., Virtala, E., Härkänen, T., Koskenniemi, T., Ahonen, J., Vartiainen, E. & Koskinen, S. 2014. Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen perustulokset 2010-2014. Verkkojulkaisu. Viitattu 2.8.2014. www.terveytemme.fi/ath
- Kananen, J. 2011. Kvantti: kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 118.
- Kasvio, A. 2010. Suomalaisten työelämän muutokset työterveyden näkökulmasta. Teoksessa Martimo, K-P., Antti-Poika, M. & Uitti, J. (toim.) 2010. Työstä terveyttä. Helsinki: Duodecim, 26-35.
- Kauppinen, T., Mattila-Holappa, P., Perkiö-Mäkelä, M., Saalo, A., Toikkanen, J., Tuomivaara, S., Uuksulainen, S., Viluksela, M. & Virtanen, S. (toim.) 2013. Työ ja terveys Suomessa 2012. Seurantatietoa työoloista ja työhyvinvoinnista. Työterveyslaitos. Tampere: Tammerprint Oy.
- Keyes, C. L. M. 2013. Promoting and protecting positive mental health: early and often throughout the lifespan. Teoksessa Keyes, C. L. M. (toim.) *Mental well-being: international contributions to the study of positive mental health*. New York: Springer 3-28.
- Kinnunen, K., Virtanen, P. & Valtonen H. 2011. Koettu onnellisuus ja koettu terveys: sairaus ei tee onnettomaksi, mutta onneton ei pysy terveenäkään. *Yhteiskuntapolitiikka* 76 (2011):4.

- Koho, A. 2013. Vaikuttava työterveystoiminta -opas yrityksen ja työterveyshuollon yhteistyöhön. Helsinki: Kauppakamari.
- Koskinen-Ollonqvist, P., Aalto-Kallio, M., Mikkonen, N., Nykyri, P., Parviainen, H., Saikkonen, P. & Tamminiemi, K. 2007. Rajoilla ja ytimessä: Terveyden edistämisen näyttäytyminen väitöskirjatutkimuksissa. Helsinki: Terveyden edistämisen keskus ry (Tekry). Terveyden edistämisen keskuksen julkaisu 2/2007.
- Kosteva, A. R. B., Salata, B. M., Krishnan, S. M., Howe, M., Weber, A., Rubenfire, M. & Jackson, EA. 2012. Physician variation in perceived barriers to personal health. *International Journal of General Medicine* 5: 53-7.
- Kuntien terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2012. 2013. THL. Tilastoraportti 2013:23. Suomen virallinen tilasto, Palkat ja työvoimakustannukset. Helsinki.
- Kuusio, H., Heponiemi, T., Aalto, A-M., Sinervo, T. & Elovainio, M. 2012. Differences in well-being between GPs, medical specialists, and private physicians: the role of psychosocial factors. *Health Services Research* 47: 68-85. doi: 10.1111/j.1475-6773.2011.01313.x.
- Lai, H. L., Lin, Y. P., Chang, H. K., Wang, S. C, Liu, Y. L., Lee, H. C., Peng, T. C. & Chang, F. M. 2008. Intensive care unit staff nurses: predicting factors for career decisions. *Journal of Clinical Nursing* 17: 1886-96. doi: 10.1111/j.1365-2702.2007.02180.x.
- Laine, M. & Kokkinen, L. 2013. 8.8 Terveys- ja sosiaalipalvelut. Teoksessa Teoksessa Teoksessa Kauppinen, T., Mattila-Holappa, P., Perkiö-Mäkelä, M., Saalo, A., Toikkanen, J., Tuomivaara, S., Uuksulainen, S., Viluksela, M. & Virtanen, S. (toim.) Työ ja terveys Suomessa 2012. Seurantatietoa työoloista ja työhyvinvoinnista. Työterveyslaitos. Tampere: Tammerprint Oy, 202-7.
- Lin, J-D., Lin, P-Y. & Wu, C-L. 2010. Wellbeing perception of institutional caregivers working for people with disabilities: use of Subjective Happiness Scale and Satisfaction with Life analyses. *Research in Developmental Disabilities* 31: 1083-90. doi:10.1016/j.ridd.2010.03.009.
- Lindfors, P. M., Meretoja, O. A., Töyry, S. M., Luukkonen, R. A., Elovainio, M. J. & Leino, T. J. 2007. Job satisfaction, work ability and life satisfaction among Finnish

anaesthesiologists. *Acta Anaesthesiologica Scandinavica* 51: 815-22. doi: 10.1111/j.1399-6576.2007.01343x.

Lyubomirsky, S., King, L. & Diener, E. 2005. The benefits of frequent positive affect: does happiness lead to success? *Psychological Bulletin* 131: 803-55.

Malinauskiene, V., Leisyte, P., Malinauskas, R. & Kirtiklyte, K. 2011. Associations between self-rated health and psychosocial conditions, lifestyle factors and health resources among hospital nurses in Lithuania. *Journal of Advanced Nursing* 76 (11): 2383-93. doi: 10.1111/j.1365-2648.2011.05685.x.

Metsämuuronen, J. 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä: tutkijalaitos. 4. laitos. 1.painos. Helsinki: International Methelp.

Milosevic, M., Golubic, R., Knezevic, B., Golubic, K., Bubas, M. & Mustajbegovic, J. 2011. Work ability as a major determinant of clinical nurses` quality of life. *Journal of Clinical Nursing* 20: 2931-8. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03703.x.

Mørch, L. S., Johansen, D., Løkkegaard, E., Hundrup, Y. A. & Grønbæk, M. 2008. Drinking pattern and mortality in Danish nurses. *European Journal of Clinical Nutrition* 62: 817-22. doi: 10.1038/sj.ejcn.1602799.

Nahm, E-S., Warren, J., Zhu, S., An, M. & Brown, J. 2012. Nurses` self-care behaviors related to weight and stress. *Nursing Outlook* 60: E23-E-31. doi: 10.1016/j.outlook.2012.04.005.

Nieminen, P., Ojala, A-L., Pullinen, T., Häkkinen, M., Sillanpää, E. & Waller, K. 2013. Seminaaritöiden muotoilu onnistuu näin: Liikuntatieteellisen tiedekunnan kirjoitusohjeet.

Parantainen, A. & Laine, M. 2010. Työterveys ja -turvallisuus sosiaali- ja terveysalalla 2000 ó luvulla. Sosiaali- ja terveysalan riskiprofiili. Turku: Työterveyslaitos.

Peltzer, K. & Pengpid, S. 2013. Subjective happiness and health behavior among a sample of university students in India. *Social Behavior and Personality* 41 (6): 1045-65.

- Peterson, U., Bergström, G., Demerouti, E., Gustavsson, P., Åsberg, M. & Nygren, Å. 2011. Burnout levels and self-rated health prospectively predict future long-term sickness absence. *Journal of Occupational And Environmental Medicine* 53 (7): 788-93. doi:10.1097/JOM.0b013e318222b1dc.
- Pierewan, A.I. & Tampubolon, G. 2014. Happiness and health in Europe: a multivariate multilevel model. *Applied Research in Quality of Life*. Online first articles. 26 March 2014. doi:10.1007/s11482-014-9309-3.
- Pipe, A., Sorensen, M. & Reid, R. 2009. Physician smoking status, attitudes toward smoking, and cessation advice to patients: an international survey. *Patient Education and Counseling* 74: 118-23. doi:10.1016/j.pec.2008.07.042.
- Piper, M. E., Kenford, S., Fiore M. C. & Baker, T. B. 2012. Smoking cessation and quality of life: changes in life satisfaction over 3 years following a quit attempt. *Annals of Behavioral Medicine* 43: 262-70. doi: 10.1007/s12160-011-9329-2.
- Piqueras, J. A., Kuhne, W., Vera-Villarroel, P., Straten, A. van & Cuijpers, P. 2011. Happiness and health behaviours in Chilean college students: a cross-sectional survey. *BMC Public Health* 11:443.
- Poulsen, M. G., Poulsen, A. A., Khan, A., Poulsen, E. E. & Khan, S. R. 2012. Factors associated with subjective well-being in cancer workers in Queensland. *Journal of Medical Imaging and Radiation Oncology* 56: 347-53. doi: 10.1111/j.1754-9485.2012.02368.x.
- Päihdelinkki. 2011. Kartoitus AUDIT-testillä. Viitattu 5.5.2014. <http://www.paihdelinkki.fi/alkoholineuvonnan-opas/kartoitus-audit-testilla>
- Rauramo, P. 2012. Työhyvinvoinnin portaat: viisi vaikuttavaa askelta. 2.uudistettu painos. Helsinki: Edita.
- Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindblom-Ylänne, S. & Paavilainen, E. 2011. Tutkimuksen voimasanat. 1.painos. Helsinki, WSOYpro Oy

- Rosta, J. & Aasland, O.G. 2011. Work hours and self rated health of hospital doctors in Norway and Germany. A comparative study on national samples. *BMC Health Service Research* 11:40. doi: 10.1186/1472-6963-11-40.
- Schulte, P. & Vainio, H. 2010. Well-being at work overview and perspective. *Scand J Work Env Hea* 36: 422-29.
- Shanafelt, T. D., Oreskovich, M. R., Dyrbye, L. N., Satele, D. V., Hanks, J. B., Sloan, J. A. & Balch, C. M. 2012. Avoiding burnout. The personal health habits and wellness practices of US surgeons. *Annals of Surgery* 255 (4): 625-33. doi:10.1097/SLA.0b013e31824b2fa0.
- Shahar, D. R., Henkin, Y., Rozen, G. S., Adler, D., Levy, O., Safra, C., Itzhak, B., Golan, R. & Shai, I. 2009. A controlled intervention study of changing health-providers` attitudes toward personal lifestyle habits and health promotion skills. *Nutrition* 25: 532-9. doi:10.1016/j.nut.2008.11.020.
- Siahpush, M., Spittal, M. & Singh, G. K. 2008. Happiness and life satisfaction prospectively predict self-rated health, physical health, and the presence of limiting, long-term health conditions. *American Journal of Health Promotion* 23: 18-26.
- Sosiaali- ja terveystministeriö (STM). 2011. Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveystpolitiikan strategia. 2011. Sosiaali- ja terveystministeriön julkaisu 2011:5. Viitattu 6.10. 2013. www.stm.fi/julkaisut.
- Sosiaali- ja terveystministeriö (STM). 2013. Terveyttä, turvaa ja tasa-arvoa. Katsaus 2012-2015. Sosiaali- ja terveystministeriön julkaisu 2013:1.
- Sosiaali- ja terveystpalvelujen henkilöstö 2010. 2013. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti 2013:10. Suomen virallinen tilasto, Palkat ja työvoimakustannukset. Helsinki.
- Standford, F. C., Durkin, M. W., Blair, S. N., Powell, C. K., Poston, M. B. & Stallworth, J. R. 2013. Determining levels of physical activity in attending physicians, resident and fellow physicians and medical students in the USA. *British Journal of Sports Medicine* 46: 360-4. doi:10.1136/bjsports-2011-090299.

- Stubbe, J. H., Moor, M. H. M. de, Boosma, D. I. & Geus, E. J. C. de. 2007. The association between exercise participation and well-being: a co-twin study. *Preventive Medicine* 44: 148-52. doi: 10.1016/j.ypmed.2006.09.002.
- Sveinsdóttir, H. & Gunnarsdóttir, H. K. 2008. Predictors of self-assessed physical and mental health of Icelandic nurses: results from a national survey. *International Journal of Nursing Studies* 45: 1479-89. doi:10.1016/j.ijnurstu.2008.01.007.
- Terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstö 2011. 2014. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tilastoraportti 2014:8. Suomen virallinen tilasto, Työssäkäyntitilasto, Tilastokeskus.
- The European Network for Workplace Health Promotion (ENWHP). 2007. The Luxembourg Declaration on workplace health promotion in the European Union. Viitattu 8.10.2012 http://www.enwhp.org/fileadmin/rs-dokumente/dateien/Luxembourg_Declaration.pdf
- Tucker, S. J., Harris, M. R., Pipe, T. B. & Stevens, S. R. 2010. Nurses` ratings of their health and professional work environments. *AAOHN Journal* 58 (6): 253-67. doi:10.3928/08910162-20100526-03.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK). 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. http://www.tenk.fi/pdf/htk_ohje_verkko14112012.pdf
- Tuunanen, M., Aalto, M. & Seppä, K. 2007. Binge drinking and its detection among middle-aged men using AUDIT, AUDIT-C and AUDIT-3. *Drug and Alcohol Review* 26:295-9. doi:10.1080/09595230701247756
- Työterveyslaitos (TTL). 2010. Hankalat asiakastilanteet. Viitattu 6.10.2013. http://www.ttl.fi/fi/toimialat/soter/asiakastyon_haasteet/hankalat/sivut/default.aspx.
- Työterveyslaitos (TTL). 2011a. Haasteet. Viitattu 6.10.2013 <http://www.ttl.fi/fi/toimialat/soter/perustieto/haasteet/sivut/default.aspx>.

- Työterveyslaitos (TTL). 2011b. Tunteet työssä. Viitattu 6.10.2013. http://www.ttl.fi/fi/toimialat/soter/asiakastyon_haasteet/tunteet/sivut/default.aspx.
- Työterveyslaitos (TTL). 2012a. Sairauslomapäivärahopäivät ammateittain. Viitattu 6.10.2013. www.ttl.fi/fi/tilastot/tyotapaturmat_ammattitaudit_ja_sairauspoissaolot/sivut/default.aspx.
- Työterveyslaitos (TTL). 4.10.2012b. Työhyvinvointi kannattaa myös taloudellisesti. Viitattu 12.10.2012. <http://www.ttl.fi/fi/tyohyvinvointi/tuottavuus/Sivut/default.aspx>
- Työterveyslaitos (TTL). 2013. Jaksaminen työssä. Viitattu 6.10.2013. http://www.ttl.fi/fi/toimialat/soter/asiakastyon_haasteet/sivut/default.aspx.
- Työterveyslaitos (TTL). 2014. Mitä työkyky on? Viitattu 4.8.2014. http://www.ttl.fi/fi/tyohyvinvointi/tykytoiminta/mita_on_tyokyky/Sivut/default.aspx
- Vertio, H. 2003. Terveyden edistäminen. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino Oy.
- Wallace, J. E., Lemaire, J. B. & Chali, W. A. 2009. Physician wellness: a missing quality indicator. *The Lancet* 374: 1714-21.
- Wang, F., Orpana, H. M., Morrison H., Groh, M. de, Dai, S. & Luo, W. 2012. Long-term association between leisure-time physical activity and changes in happiness: analysis of the prospective National Population Health Survey. *American Journal of epidemiology* 176 (12): 1095-100. doi: 10.1093/aje/kws199.
- Zapka, J. M., Lemon, S. C., Magner, R. P. & Hale, J. 2009. Lifestyle behaviours and weight among hospital-based nurses. *Journal of Nursing Management* 17: 853-60. doi: 10.1111/j.1365-2834.2008.00923.x.
- Zhao, I., Bogossian, F., Song, S. & Turner, C. 2011. The association between shift work and unhealthy weight: a cross-sectional analysis from the nurses and midwives' e-Cohort Study. *Journal of Occupational and Environmental Medicine* 53 (2): 153-8.

Liite 1. Systemaattisen tiedonhaun toteutus

Systemaattisella tiedonhaulla selvitettiin 1) onnellisuuden/subjekttiivisen hyvinvoinnin yhteyttä terveyteen ja terveystottumuksiin sekä 2) terveydenhuollon hoitohenkilöstön koettua terveyttä ja hyvinvointia sekä terveystottumuksia. Artikkelihaussa käytettiin seuraavia tietokantoja: Cochrane, PsycINFO (ProQuest), Medline Ovid (R) without Revisions ja Academic Search Elite (EBSCO).

Kriteereinä oli, että tutkimus on suomen- tai englanninkielinen, julkaistu aikavälillä 2008-2013, tutkimus on saatavilla kokotekstinä Nelli-portaalin kautta Jyväskylän yliopiston tunnoksilla, tutkimukseen osallistuneet henkilöt ovat työikäisiä, tutkimus käsittelee tutkittavaa aihetta ja tutkimuksessa ei ole tutkittu persoonallisuuspiirteitä tai tiettyä potilasryhmää.

Artikkelihaussa hakutermeinä käytettiin alustavassa tiedonhaussa tehokkaiksi todettuja sanoja ja niiden yhdistelmiä. Hakutermeinä olivat: öhappinessö, ösubjective well-beingö, öhealthö, öhealth behavio*ö, ölifestyleö, önurs*ö, ödoctor*ö, physician*ö, öhealth personnelö, ömedical personnelö, öhealthcare work*ö ja öhealth professional*ö. Haut tehtiin avainsana-, abstrakti- ja otsikkotasolla. Haku rajattiin vertaisarvioituihin (peer review) artikkeleihin, mikäli kyseenomaisen hakuehdon käyttö oli tietokannassa mahdollista.

Systemaattisen tietokannoista tehdyn tiedonhaun lisäksi tietoa haettiin tarkastelemalla manuaalisesti Jyväskylän yliopiston kirjaston tieteellisiä teoksia sekä sähköisesti vapaasti saatavilla olevia Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuslaitosten julkaisuja lähdeluetteloinen. Myös systemaattisessa haussa löytyneiden tutkimusartikkelien lähdeluettelot käytiin manuaalisesti läpi.

Liite 2. Kirjallisuuskatsauksen terveysalan ammattilaisia käsittelevät artikkelit

Tutkimus	Tyyppi	Maa	N	Keskeiset tulokset
Bazargan ym.(2009) <i>Preventive, lifestyle and personal health behaviors among physicians</i>	kyselytutkimus	Yhdysvallat	763	Lääkäreitä <ul style="list-style-type: none"> • 84 % koki terveytensä todella hyväksi tai erinomaiseksi • 34 % nukkui 6h tai vähemmän yössä • Nuoremmat nukkuivat vähemmän • 35 % liikkui vähän tai ei ollenkaan • 63 % harrasti kohtalaisesti rasittavaa tai raskasta liikuntaa vähintään puoli tuntia kerrallaan kolme kertaa viikossa • Vanhemmat liikkuiivat säännöllisemmin • 6 %:lla oli alkoholiongelma • 6 % tupakoi ja tupakoitsijat olivat todennäköisemmin miehiä
Black ym. (2012) <i>Personal health behaviors and role-modeling attitudes of physical therapists and physical therapist students: a cross-sectional study</i>	poikittaistutkimus	Yhdysvallat	734	Fysioterapeutteja <ul style="list-style-type: none"> • Säännöllisesti liikuntaa harrasti 81 % • Savuttomia 98 % • Normaaliainoisia 79 % • Hedelmiä ja kasviksia vähintään 5 annosta päivässä söi 60 % • Miehet söivät vähemmän hedelmiä ja kasviksia
Blake ym. (2012) <i>Health in the NHS: lifestyle behaviours of hospital employees</i>	kyselytutkimus	Iso-Britannia	1452	Terveysalan henkilöstö <ul style="list-style-type: none"> • 31 % oli kuluneen viikon aikana matkannut työpaikalleen aktiivisella tavalla • 45 % ei täyttänyt terveyttä edistävää liikuntasuosittelusta (30minuuttia kohtalaisen raskasta liikuntaa useampana päivänä viikossa) • 43 % oli ylipainoisia ja lihavia • 40 % nukkui alle 7h yössä • 10 % tupakoi • 57 % ei syönyt viittä annosta hedelmiä ja vihanneksia päivässä • 70 % koki syövänsä terveellisesti • Liikunnallisesti aktiiviset kokivat terveytensä paremmaksi, söivät todennäköisemmin 5 annosta hedelmiä ja vihanneksia päivässä ja kokivat syövänsä terveellisemmin

jatkuu

Tutkimus	Tyyppi	Maa	N	Keskeiset tulokset
Bogossian ym. (2012) <i>A cross-sectional analysis of patterns of obesity in a cohort of working nurses and midwives in Australia, New Zealand and the United Kingdom</i>	poikittaistutkimus	Australia, Uusi-Seelanti ja Iso-Britannia	4996	Sairaanhoitajia ja kättilöjä <ul style="list-style-type: none"> • 38 % BMI:n mukaisesti normaalipainoisia • 62 % normaalipainon ulkopuolella: 1 % alipainoisia, 33 % ylipainoisia, 25 % lihavia ja 3 % sairaanloisen lihavia • Osallistujista 9 % miehiä, ja heistä 28 % normaalipainoisia, 45% ylipainoisia ja 23% lihavia • Naisista 39 % oli normaalipainoisia • Nuoremmat olivat 25-54 -vuotiaiden ikäryhmissä normaalipainoisempia • Osa-aikaisuus ja keikkätöyläisyys merkitsevästi pienempi riski olla ylipainoisia tai lihavia • Ikääntyneiden parissa työskentely nostaa ylipainoisuusriskiä • Ylipaino ja lihavuus merkitsevästi yhteydessä korkeampaan ikään ja miessukupuoleen
Frank & Segura (2009) <i>Health practices of Canadian physicians</i>	survey	Kanada	3213	Lääkäreitä <ul style="list-style-type: none"> • Terveytensä hyväksi tai erittäin hyväksi koki 92 % • Viimeisen kuukauden aikana 5 % oli kokenut fyysisen- tai mielenterveyden liisänneen työn kuormittavuutta • Pitkäaikaisen terveyshaitan takia 25 % oli laskenut työaktiivisuuttaan • Normaalipainoisia oli naisista 78 % ja miehistä 44 % • Liikalihavia oli 8 % • Savuttomia 87 % ja 3 % poltti tupakkaa • Noin 1 % naisista ja miehistä joi kerralla vähintään 5 alkoholijuomaa • Monivitamiineja ja mineraaleja käytti päivittäin n. 30 % • Liikuntaa harrastettiin keskimäärin 4,7h/vko • Söivät hedelmiä ja vihanneksia keskimäärin 4.8 kertaa päivässä • Naiset söivät hedelmiä ja vihanneksia keskimäärin 5,3krt/pvä ja miehet 4,5krt/pvä
Gupta & Fan (2009) <i>Doctors: fighting fit or couch potatoes?</i>	poikittaistutkimus	Iso-Britannia	61	Lääkäreitä <ul style="list-style-type: none"> • Miesten BMI 25,3, naisten BMI 21,8 • 82 % savuttomia, 6 % tupakoi, 11 % tupakoinnin lopettaneita • 7 % on alkoholin riskikäyttäjiä • 21 % liikkui liikuntasuosittelun mukaisesti

Tutkimus	Tyyppi	Maa	N	Keskeiset tulokset
Hensel (2011)	kyselytutkimus	Yhdysvallat	132	Sairaanhoitajia <ul style="list-style-type: none"> • Terveytensä koki kohtalaiseksi 2 %, keskinkertaiseksi 27 %, hyväksi 49 % ja erinomaiseksi 22 %
<i>Relationships among nurses` professional self-concept, health and lifestyles</i>				
Heponiemi ym. (2008)	kyselytutkimus	Suomi	2841+2152	Lääkärit <ul style="list-style-type: none"> • Itse arvioitu työkyky \bar{x}=8,6 • Terveytensä hyväksi tai melko hyväksi koki 76% • Miehistä 6,6 % ja naisista 2,8 % tupakoi säännöllisesti • ≤ 6 ravintola-annosta kerralla kerran kuussa tai useammin joi 34,4 % miehistä ja 10,8 % naisista • Alkoholinkulutus miehillä \bar{x}=140g ja naisilla \bar{x}= 61g puhdasta alkoholia/vko • Miehistä 61,8 % ja naisista 59,9 % harrasti hengästyttävää liikuntaa vapaa-ajallaan kaksi kertaa tai useammin/vko • Miehistä 12,6 % ja naisista 14% harrasti liikuntaa vähemmän kuin kerran viikossa • BMI miehillä \bar{x}=25,4 ja naisilla \bar{x}=23,5 • Miehistä 49,5 % ja naisista 25,2 % BMI>25 • Miehistä 7,6 % ja naisista 5,5 % BMI>30
<i>Lääkärien ja sairaanhoitajien hyvinvointi ja terveys – laaja kohottitutkimus – hankkeen loppuraportti</i>				
Sairaanhoitajat <ul style="list-style-type: none"> • Itsearvioitu työkyky \bar{x}=8,4 • Terveytensä hyväksi tai melko hyväksi koki suurin osa, mutta raportissa ei ilmoitettu lukua • Säännöllisesti tupakoi 12 % • n. 20 % joi ≤ 6 ravintola-annosta kerralla kerran kuussa tai useammin • Alkoholinkulutus \bar{x}= 50g puhdasta alkoholia/vko • 60 % harrasti hengästyttävää liikuntaa vapaa-ajallaan kaksi kertaa viikossa tai useammin • 12 % harrasti liikuntaa harvemmin kuin kerran viikossa • BMI \bar{x}=25,345,5 % BMI≥ 25 ja 13,5 % BMI≥ 30 				

Tutkimus	Tyyppi	Maa	N	Keskeiset tulokset
Hull ym. (2008) <i>Prevalence of health-related behaviors among physicians and medical trainees</i>	kyselytutkimus	Yhdysvallat	962	Lääkäreitä <ul style="list-style-type: none"> • 77 % oli tyytyväinen terveyteensä • 70 % harrasti liikuntaa vähintään kaksi kertaa viikossa • Tupakointia oli yleisempää miehillä kuin naisilla • 25-34 vuotiaat miehet tupakoivat todennäköisimmin • 22 % joi alkoholia yli kolme annosta neljän tunnin sisällä vähintään kerran viikossa • Nuoremmat joivat enemmän • Neljäsosa alkoholia runsaasti käyttävistä, joivat 2-6 kertaa viikossa • Naiset olivat harvemmin alkoholin riskikuluttajia
Hägglund ym. (2011) <i>Assistant nurses working in care of older people: associations with sustainable work ability</i>	tapaus-verrokkitutkimus	Ruotsi	336	Sairaanhoidajia <ul style="list-style-type: none"> • Terveytensä hyväksi koki naiset, joilla oli vähän sairaspöissaoloja ja hyvä työkyky • BMI keskimäärin 25.4 • Hyvä työkyky on yhteydessä hyväksi koettuun terveyteen, bmi<30 ja kykyyn nukkua hyvin
Jonsdottir ym. (2011) <i>Healthcare workers' participation in a healthy-lifestyle-promotion project in western Sweden</i>	kyselytutkimus	Ruotsi	3207	Terveysalan henkilöstö <ul style="list-style-type: none"> • Terveytensä hyväksi tai erittäin hyväksi koki 82 % • Kohtalaista ja rasittavaa liikuntaa ≥ 2 h/vko harrasti 32 %, kevyttä liikuntaa ≥ 2 h/vko harrasti 53 % • Vähän liikkuvia oli 15 % • Normaali-painoisia 59 % • Ylipainoisia 39 %

jatkuu

Tutkimus	Tyyppi	Maa	N	Keskeiset tulokset
Kosteva ym. (2012) <i>Physician variation in perceived barriers to personal health</i>	kyselytutkimus	Yhdysvallat	183	<p>Lääkäreitä</p> <ul style="list-style-type: none"> Lääkäreiden BMI \bar{x}=24,7, ylipainoisia 27 % Hedelmien keskimääräinen kulutus 2,2 annosta/pvä ja kasvien 2,6 annosta/pvä Aerobista liikuntaa \geq 150min/vko harrasti 26 % <p>Lääkäriharjoittelijoita</p> <ul style="list-style-type: none"> Harjoittelijoiden BMI \bar{x}=23,3, ylipainoisia 21 % Hedelmien keskimääräinen kulutus 1,7 annosta/pvä ja kasviksien 2,1 annosta/pvä Enintään kahtena päivänä viikossa liikkuvia 65 % Aerobista liikuntaa \geq 150min/vko harrasti 8 %
Kuusio ym. (2012) <i>Differences in well-being between GPs, medical specialists, and private physicians: the role of psychosocial factors</i>	poikittaistutkimus, survey	Suomi	2047	<p>Lääkäreitä</p> <ul style="list-style-type: none"> Koettu terveys: yleislääkärit \bar{x}=4.09, erikoislääkärit \bar{x}=4.19, yksityissektorin lääkärit \bar{x}=4.24 Itsearvioitu työkyky: yleislääkärit \bar{x}=8.47, erikoislääkärit \bar{x}=8.57 ja yksityissektorin lääkärit \bar{x}=8.70
Lai ym. (2008) <i>Intensive care unit staff nurses: predicting factors for career decisions</i>	poikittaistutkimus	Taiwan	130	<p>Sairaanhoidajia</p> <ul style="list-style-type: none"> Terveytensä koki todella huonoksi 3 %, huonoksi 20 %, neutraaliksi 45 %, hyväksi 24 % ja todella hyväksi 8 % Itsensä koki todella onnelliseksi 1 %, onnelliseksi 18 %, neutraaliksi 42 %, onnettomaksi 31 % ja todella onnettomaksi 8 % Muun muassa koettu terveys ja onnellisuus ovat yhteydessä työpaikanvaihtojatuksiin

jatkuu

Tutkimus	Tyyppi	Maa	N	Keskeiset tulokset
Lin ym. (2010) <i>Wellbeing perception of institutional caregivers working for people with disabilities: use of Subjective Happiness Scale and Satisfaction with Life analyses</i>	poikittaistutkimus	Taiwan	88	Hoitajia <ul style="list-style-type: none"> • 48 % koki terveydentilansa hyväksi, 45 % keskinkertaiseksi ja 7 % huonoksi • 33 ei liikkunut säännöllisesti • 46 % liikkui säännöllisesti 1-2 päivänä viikossa • 20 % liikkui säännöllisesti vähintään 3 kertaa viikossa • 43 % koki olevansa onnellinen, 31 % koki olevansa jonkin verran onnellinen • 31 % oli tyytyväisiä, 39 jonkin verran tyytyväisiä ja 20 % tyytymättömiä elämää kohtaan • ikä, koettu terveydentila ja tyytyväisyys elämää kohtaan olivat yhteydessä onnellisuuteen • koettu terveydentila ja tyytyväisyys elämää kohtaan ennustavat onnellisuutta
Lindfors ym. (2007) <i>Job satisfaction, work ability and life satisfaction among Finnish anaesthesiologists</i>	poikittaistutkimus, survey	Suomi	258	Anestesia- lääkärit <ul style="list-style-type: none"> • Työkykynsä hyväksi tai erinomaiseksi arvioi 50 % • Itsearvioitu työkyky miehillä $\bar{x}=8,4$ ja naisilla $\bar{x}=8,3$ • Koettu terveys keskimäärin melko hyvä. • Koettu terveys miehillä $\bar{x}=4,0$ ja naisilla $\bar{x}=4,1$ • Työkyky yhteydessä koettuun terveyteen niin miehillä kuin naisillakin
Malinauskiene ym. (2011) <i>Associations between self-rated health and psychosocial conditions. lifestyle factors and health resources among hospital nurses in Lithuania</i>	poikittaistutkimus/kysely	Liettua	748	Sairaanhoitajia <ul style="list-style-type: none"> • 39 % käytti alkoholia silloin tällöin tai ei ollenkaan, 61 % joi kuukausittain • Kukaan ei juonut alkoholia viikoittain tai päivittäin • 82 % oli savuttomia ja 18 % tupakoi • Liikuntaa harrasti päivittäin 16 %, viikoittain 48 % ja 36 % harvemmin kuin viikoittain • Normaali-painoisia 50 %, ylipainoisia 34 % ja lihavia 16 % • 40 % koki terveytensä hyväksi • Inaktiivisuus sekä ylipaino ja lihavuus ovat yhteydessä huonoksi koettuun terveyteen

jatkuu

Tutkimus	Tyyppi	Maa	N	Keskeiset tulokset
Mørch ym. (2008) <i>Drinking pattern and mortality in Danish nurses</i>	kohorttitutkimus	Tanska	17 772	Naispuolisia sairaanhoitajia <ul style="list-style-type: none"> • 18 % ei juonut ollenkaan • 32 % niistä, jotka käyttivät alkoholia, eivät juoneet arkipäivinä ja 3 % ei ollut juonut edellisenä viikonloppuna • Ne, jotka eivät käyttäneet alkoholia, olivat todennäköisemmin vanhempia ja savuttomia, verrattuna alkoholia viikolla tai viikonloppuisin kuluttaviin • Viikonloppuisin alkoholia kuluttavat olivat nuorempia, ja todennäköisemmin savuttomia ja fyysisesti aktiivisempia kuin alkoholia käyttämättömät ja arkena juovat. • Savuttomien määrä väheni, alkoholin kulutuksen kasvaessa.
Nahm ym. (2012) <i>Nurses` self-care behaviors related to weight and stress</i>	poikittaistutkimus	Yhdysvallat	169	Sairaanhoitajia <ul style="list-style-type: none"> • 42 % oli normaalipainoisia, 27 % ylipainoisia ja 31 % lihavia • BMI =28.3 • 14 % tupakoi • 53 % joi alkoholia enintään 2 annosta alkoholia viikossa, 31 % ei juonut ollenkaan • 41 % ehti harvoin syömään töissä • 72 % koki ettei liiku riittävästi • 43 % liikkui vähintään 100minuuttia viikossa • Raskasta liikuntaa harrastettiin keskimäärin 42 minuuttia ja kohtalaista 113 minuuttia viikossa • Liikuntaa harrastettiin keskimäärin 97 minuuttia viikossa
Pipe ym. (2009) <i>Physician smoking status, attitudes toward smoking, and cessation advice to patients: an international survey</i>	kyselytutkimus	Kanada, Ranska, Saksa, Kreikka, Italia, Japani, Korea, Meksiko, Alankomaat, Puola, Espanja, Ruotsi, Sveitsi, Turkki, Iso-Britannia, Yhdysvallat	2836	Lääkäreitä <ul style="list-style-type: none"> • 42 % tupakoi • Tupakoitsijoista 22 % oli naisia ja 78 % miehiä • Savuttomista 45 % oli entisiä tupakoijia, joista 93 % oli lopettanut tupakoinnin yli vuosi sitten.

Tutkimus	Tyyppi	Maa	N	Keskeiset tulokset
Poulsen ym. (2012) <i>Factors associated with subjective well-being in cancer workers in Queensland</i>	poikittaistutkimus, survey	Australia	544	Terveysalan henkilöstö <ul style="list-style-type: none"> • Subjekttiivinen hyvinvointi oli yhteydessä mm. hyvään fyysiseen kuntoon sekä vähäiseen stressiin ja vähäisiin burnout-pisteihin • Fyysisen kuntonsa koki huonoksi 7/544, kohtalaiseksi 65/544, hyväksi 201/544, todella hyväksi 209/544 ja erinomaiseksi 68/544 • Fyysisen kuntonsa erinomaiseksi olivat 15,3 -kertaa todennäköisemmin subjektiivisesti hyvinvoivia kuin fyysisen kuntonsa huonoksi kokeneet
Rosta & Aasland (2011) <i>Work hours and self rated health of hospital doctors in Norway and Germany. A comparative study on national samples</i>	survey	Saksa, Norja	1822	Lääkäreitä <ul style="list-style-type: none"> • Norjalaislääkäreistä 88 % ja saksalaisista lääkäreistä 63% arvioi terveytensä hyväksi • Sukupuolittaisia eroja ei ollut koetun terveyden suhteen
Shanafelt ym. (2012) <i>Avoiding burnout. The personal health habits and wellness practices of US surgeons</i>	poikittaistutkimus, survey	Yhdysvallat	7197	Kirurgeja <ul style="list-style-type: none"> • 84 % oli savuttomia • 7 % tupakoi muutaman kerran vuodessa tai harvemmin, 1,5 % kerran kuussa tai harvemmin, 1,5% muutaman kerran kuukaudessa, 1 % kerran viikossa, 2 % muutaman kerran viikossa ja 3 % päivittäin • Kohtalaisesti rasittavaa liikuntaa harrastettiin mediaanituloksen mukaan 61-120 minuuttia sekä raskasta liikuntaa 31-45 minuuttia viikossa • Lihasvoimaharjoittelun mediaanitulos oli kerran viikossa ja 36 % täytti suosituksen treenaamalla vähintään kaksi kertaa viikossa • Aerobisen liikuntasuosituksen mukaan liikkui 55 %

jatkuu

Tutkimus	Tyyppi	Maa	N	Keskeiset tulokset
Sharar ym. (2009) <i>A controlled intervention study of changing health-providers` attitudes toward personal life-style habits and health promotion skills</i>	kontrollitutkimus	Israel	323	<p>Lääkäreitä</p> <ul style="list-style-type: none"> • BMI \bar{x}=28.0 • Harrastivat liikuntaa keskimäärin 5 h/vko • 8 % tupakoi • Söivät harvemmin 5 annosta hedelmiä tai vihanneksia päivässä • Joivat enemmän keskivahvoja alkoholijuomia <p>Hoitohenkilöstö</p> <ul style="list-style-type: none"> • BMI \bar{x}=23.0 • Harrastivat liikuntaa keskimäärin 5 h/vko • Söivät lääkäreitä todennäköisemmin 5 annosta hedelmiä ja vihanneksia päivässä • 3 % tupakoi <p>Ravitsemusterapeutit</p> <ul style="list-style-type: none"> • BMI \bar{x}=22.8 • Harrastivat liikuntaa keskimäärin 5,4 h/vko • Söivät todennäköisimmin 5 annosta hedelmiä tai vihanneksia päivässä • 6 % tupakoi
Standford ym. (2012) <i>Determining levels of physical activity in attending physicians, resident and fellow physicians and medical students in the USA</i>	poikittaistutkimus	Yhdysvallat	1949	<p>Lääkäreitä</p> <ul style="list-style-type: none"> • 1 % alipainoisia, 61 % normaalipainoisia, 29 % ylipainoisia ja 9 % lihavia • 72 % koki ettei liiku riittävästi • Erikoislääkärit (85 %) ja lääketieteen opiskelijat (84 %) liikkuivat todennäköisemmin liikuntasuosituksen mukaisesti kuin erikoistuvat lääkärit (73 %) ja erikoistuneet lääkärit (70 %) • Normaalipainoisista 80 % ja 78 % ylipainoisista liikkuivat todennäköisemmin liikuntasuosituksen mukaisesti kuin 67 % alipainoisista ja 68 % lihavista

jatkuu

Tutkimus	Tyyppi	Maa	N	Keskeiset tulokset
Sveinsdóttir & Gunnarsdóttir (2008) <i>Predictors of self-assessed physical and mental health of Icelandic nurses: results from a national survey</i>	poikittaistutkimus	Islanti	391	Sairaanhoitajia <ul style="list-style-type: none"> • Terveytensä hyväksi tai erittäin hyväksi koki 78 % , huonoksi tai erittäin huonoksi 22 % • Mielenterveytensä hyväksi tai erittäin hyväksi koki 86 % , huonoksi tai erittäin huonoksi 14 % • Terveytensä hyväksi kokeneet painoivat vähemmän ja suurin osa heistä raportoi liikkuvansa kolme kertaa viikossa tai useammin. • Sairaanhoitajat ovat keskimäärin ylipainoisia ja painavammat kokevat terveytensä huonommaksi kuin kevyemmät • Säännöllinen liikunta ja paino ennustivat koettua terveyttä
Tucker ym. (2010) <i>Nurses` ratings of their health and professional work environments</i>	kyselytutkimus	Yhdysvallat	3123	Sairaanhoitajia <ul style="list-style-type: none"> • 98 % koki terveytensä vähintään hyväksi • 50 % liikkui terveyttä edistävän suosituksen mukaisesti, 44 % liikkui vähemmän kuin suosituksessa ja 6 % oli inaktiivisia • 45 % teki voimaharjoittelua tunnin verran vähintään kerran viikossa • 44 % teki liikkuvuutta lisäävää liikuntaa tunnin verran vähintään kerran viikossa • 88 % söi viikossa 2 kertaa tai useammin hedelmiä ja vihanneksia, 11 % söi kerran viikossa ja 1 % ei syönyt niitä ollenkaan • BMI \bar{x}=26.75, 53:lla % paino oli normaalipainon yläpuolella ja 23 % oli lihavia
Zapka ym. (2009) <i>Lifestyle behaviours and weight among hospital-based nurses</i>	kyselytutkimus	Yhdysvallat	194	Sairaanhoitajia <ul style="list-style-type: none"> • BMI<25 35 % , BMI=25-29.9 37% , BMI\geq30 28% • 6 % tupakoi • Keskimäärin 4 annosta hedelmiä tai vihanneksia päivässä • Miehet söivät enemmän hedelmiä ja vihanneksia päivässä • Ylipainoiset söivät vähemmän hedelmiä ja vihanneksia
Zhao ym. (2011) <i>The association between shift work and unhealthy weight: a cross-sectional analysis from the nurses and midwives` e-Cohort Study</i>	poikittaistutkimus, survey	Australia, Uusi-Seelanti ja Iso-Britannia	7604/5280	Sairaanhoitajia ja kättilöitä <ul style="list-style-type: none"> • Alipainoisia 1 % , 32 % ylipainoisia, 27 % lihavia • 62 % koki syövänsä terveellisesti • 53 % raportoi liikkuvansa paljon • Tupakoitsijoita 12 % , 32 % oli entisiä tupakoitsijoita ja 55 % oli savuttomia • Alkoholin riskikuluttajia oli 10 % • Vuorotyötä tekevät liikkuvat vähemmän ja olivat todennäköisemmin ylipainoisia tai lihavia • Vuorotyötä tekevillä oli pienempi riski kuulua alkoholin riskikuluttajiin

Liite 3. Aineiston analyysissä mukana olleet kysymykset*

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 (ylihoitaja, osastonhoitaja, sairaanhoitaja, laboratoriohoitaja, röntgenhoitaja, fysioterapeutti, kätilö, perushoitaja tms.)*
- *Muu: Tutkimus- ja hoitohenkilöt, tutkimusta ja hoitoa avustavat, toimistohenkilöstö, atk-henkilöstö (osastonsihtööri, toimistosihtööri, välinehuoltaja, psykologi, tms.)*
- *Muu: Siivous, ravinto, pesula, tekninen ja varasto ja kuljetushenkilöstö (sairaalahuoltaja, ruokapalveluyöntekijä, 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 nuortenpsykiatria)*
- *Päivystyksen toimialue (Päivystysalue)*
- *Lääkinnällisten palveluiden toimialue (Radiologia, sairaala-apteekki, kliininen fysiologia, neurofysiologia, patologia, puhtaushoito)*
- *Tukipalvelujen tai hallinnon toimialue (Talousosasto, henkilöstöratkaisut, tekninen huolto, materiaalit, keskuhallinto)*
- *Liikelaitokset (Laboratorio, tietohallinto, pesula, ruokapalvelut)*

* Kysymysten numerointi noudattaa Terveys- ja hyvinvointitutkimus 2010 -kyselylomaketta

Terveys ja työkyky

8) Onko terveydentila 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 psyykkinen 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*

Mielen hyvinvointi ja elämäntilanne

12) Viimeksi kuluneen kuukauden aikana, kuinka usein olet tuntenut olevasi

Onnellinen

- *Ei kertaakaan*
- *Kerran tai kahdesti*
- *Noin kerran viikossa*
- *Noin kahdesti tai kolmesti viikossa*
- *Miltei päivittäin*
- *Päivittäin*

Tyytyväinen

- *Ei kertaakaan*
- *Kerran tai kahdesti*
- *Noin kerran viikossa*
- *Noin kahdesti tai kolmesti viikossa*
- *Miltei päivittäin*
- *Päivittäin*

16) Nukun vuorokaudessa keskimäärin

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

Liikunta

20) Millainen on mielestäsi nykyinen fyysinen kuntosi?

- *Erittäin huono*
- *Melko huono*
- *Tyydyttävä*
- *Melko hyvä*
- *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 liikuntasuoritukseksi 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 tulomatkan 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*

31) Kuinka usein olet viimeisen kahden viikon aikana käyttänyt seuraavia ruokia

Tuoreita vihanneksia tai juureksia

- *En kertaakaan*
- *1-2 päivänä viikossa*
- *3-5 päivänä viikossa*
- *6-7 päivänä viikossa*

Kypsennettyjä vihanneksia tai juureksia

- *En kertaakaan*
- *1-2 päivänä viikossa*
- *3-5 päivänä viikossa*
- *6-7 päivänä viikossa*

Hedelmiä tai marjoja

- *En kertaakaan*
- *1-2 päivänä viikossa*
- *3-5 päivänä viikossa*
- *6-7 päivänä viikossa*

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

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

Yrittänyt lopettaa tupakkatuotteiden käytön

- En kertaakaan
- Kerran
- Muutamana kerran (n.2-3 kertaa)
- Usein (yli 4 kertaa)

Käyttänyt nikotiinikorvaushoitoa (purukumi, laastari, pilleri tms.) tai vieroituslääkettä

- En kertaakaan
- Kerran
- Muutamana kerran (n.2-3 kertaa)
- Usein (yli 4 kertaa)

48) Käytätkö tupakkatuotteita työaikana?

- Kyllä
- En

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

- Kyllä
- En

