

Hanna Heltimoinen, Sini Holster, Sylvia Kyllönen

Matalasti koulutettujen naisten elintavat verrattuna korkeasti koulutettujen naisten elintapoihin

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja AMK

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

24.11.2015

<p>Tekijät Otsikko</p> <p>Sivumäärä Aika</p>	<p>Hanna Heltimoinen, Sini Holster ja Sylvia Kyllönen Matalasti koulutettujen naisten elintavat verrattuina korkeasti koulutettujen naisten elintapoihin - Katsaus kirjallisuuteen</p> <p>29 sivua + 2 liitettä 24.11.2015</p>
<p>Tutkinto</p>	<p>Sairaanhoidtaja AMK</p>
<p>Koulutusohjelma</p>	<p>Hoitotyön koulutusohjelma</p>
<p>Suuntautumisvaihtoehto</p>	<p>Hoitotyö</p>
<p>Ohjaajat</p>	<p>FT, THM, SH, Lehtori Marjatta Kelo TtM, Lehtori Niina Eklöf</p>
<p>Työn tarkoituksena on kartoittaa sosioekonomisesti heikommassa asemassa olevien naisten elintapoja ja verrata näitä korkeasti koulutettujen työikäisten naisten elintapoihin. Opinnäytetyössä vastataan kysymykseen: Millaisia elintapoja on alhaisen koulutusasteen omaavilla Suomessa asuvilla työikäisillä 25-64 -vuotiailla naisilla verrattuina korkeasti koulutettuihin?</p> <p>On viitteitä, että korkeampi koulutus korreloi terveempiä elintapoja. Matala koulutustaso on yleensä yhteydessä matalaan palkkaan ja matalapalkkaisia naisia on kaksi ja puolikertaa enemmän kuin miehiä. Jos matalapalkkaisuus on vahvasti yhteydessä epäedullisiin elintapoihin, ongelma on kansantaloudellisesti merkittävä, koska kansantaudit vaikuttavat kuolleisuuteen ja työkykyyn. Suomen kansantaudit kuten sydän- ja verisuonisairaudet ovat osin ennalta ehkäistävissä elintavoilla. Työikäisten kuolemista kansantauti on syynä noin puolessa tapauksista.</p> <p>Opinnäytetyö on osa Julkisten ja hyvinvointialojen liiton (JHL) Voimaa naisissa 2015 -hanketta, jossa Metropolia ammattikorkeakoulu on mukana. Hankkeen tavoitteena on matalapalkkaisten naisten terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ja terveyserojen kaventaminen kehittämällä ja ottamalla käyttöön terveyden edistämismenetelmiä. Työ toteutettiin kirjallisuuskatsauksena. Aiheesta rajattiin pois lapset, yli 64-vuotiaat ja raskaana olevat.</p> <p>Erot sosioekonomisen aseman mukaan ovat selkeitä. Alimmassa koulutusryhmässä on eniten tupakoivia, ylipainoisia ja vähiten suositusten mukaisia ruokailutottumuksia seuraavia. Liikunnan harrastamisessa ei ole merkittäviä eroja eri koulutusryhmien välillä. Ylimmässä koulutusryhmässä kulutetaan eniten alkoholia mutta alempi koulutusluokka on lisännyt alkoholin käyttöä merkittävästi.</p> <p>Näihin haitallisiin elintapoihin puuttamalla voitaisiin edistää sosioekonomisesti heikommassa asemassa olevien naisten terveyttä ja työkyvyn säilymistä mahdollisimman pitkään. Varsinkin, kun eläkeikää ollaan nostamassa. Sosioekonomisesti korkeammalla olevilla naisilla on korkean koulutuksen myötä mahdollisesti enemmän työkaluja ja voimavaroja terveellisten elintapojen ylläpitoon ja sitä kautta parempi työkyky.</p>	
<p>Avainsanat</p>	<p>elintavat, terveys, sosioekonominen asema, naiset; kirjallisuuskatsaus</p>

Authors Title	Hanna Heltimoinen, Sini Holster and Sylvia Kyllönen A Socioeconomic Perspective on Women's Way of Living and Lifestyle - A Literature Review
Number of Pages Date	29 pages + 2 appendices 24 November 2015
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructors	PhD, MNSc, Senior Lecturer Marjatta Kelo MNSc, Senior Lecturer Niina Eklöf
<p>The Purpose of our study was to examine ways of living of working women with low economic status and to compare theirs ways of living to working women with high economic status. Study question was: What kind of ways of living working women aged 25-64 years old with low economic status have compared to those women with high economic status in Finland.</p> <p>Aim of our study was to get to know what kind of harmful ways of living working women have in Finland as this could be useful information that can be used in different kind of health promoting projects.</p> <p>Our study was executed as literature review. To analyze the data we use methods of content analysis. We searched material for our study using reliable Finnish databases and we selected seven Finnish surveys to further analysis.</p> <p>Results of these seven surveys were quite similar. The results showed that differences between these two socio-economic groups are still significant. The results showed that working women with low economic status smoked more, their eating habits were less healthy and obesity was more common among the working women with low economic status. They also exercised less than working women with high economic status but the differences were not significant. But then working women with higher economic status consumed more alcohol which was interesting.</p> <p>The results lead to the conclusion that the health disparities between socio-economic groups are considerable challenge for a Finnish society.</p>	
Keywords	sosio-economical status, way of living, health, women; a literature review

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Elintavat sosioekonomisesta näkökulmasta tarkasteltuna	2
2.1	Koulutuksen merkitys	2
2.2	Suomalaisten naisten terveys	3
3	Keskeiset käsitteet	5
3.1	Sosioekonominen asema	6
3.2	Elintavat	7
3.3	Terveys	8
4	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	9
5	Työn toteuttaminen	11
5.1	Aineiston keruu	11
5.2	Aineiston analyysi	13
6	Tulokset	13
6.1	Tupakointi	13
6.2	Ravintotottumukset	14
6.3	Alkoholi	15
6.4	Liikunta	16
7	Pohdinta	17
7.1	Tulosten eettisyys ja luotettavuus	17
7.2	Tulosten pohdinta	19
7.3	Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheita	23
	Lähteet	25
	Liitteet	
	Liite 1. Tiedonhaku- ja tulokset	
	Liite 2. Tutkimusaineiston analyysitulokset	

1 Johdanto

Suomalaisten elintapoja ja terveyttä on kartoitettu väestötasolla jo vuodesta 1978 lähtien (Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys (AVTK). Eri väestöryhmien välisiä eroja tarkasteltaessa yksi selkeä pääsuunta näyttäisi olevan, että korkeampi koulutus korreloi terveempiä elintapoja sekä miehillä että naisilla (Palosuo ym. 2007: 164-165; Martelin – Koskinen – Lahelma 2005: 271-273).

Suomessa väestön terveyttä uhkaavat erilaiset sairaudet, niin kutsutut kansantaudit, jotka ovat yleisiä väestön keskuudessa ja vaikuttavat kuolleisuuteen. Esimerkiksi työikäisten kuolemista noin puolet johtuu sydän- ja verisuonisairauksista. Työikäisillä kansantaudit vaikuttavat myös työkykyyn, mikä aiheuttaa kansantaloudellisia lisäkustannuksia muun muassa sairauspoissaolojen myötä. Suomessa ennenaikainen kuolleisuus ja kroonisten tautien sairastaminen on yleisempää kuin monissa Länsi- ja Pohjois-Euroopan maissa. Lisäksi mielenterveysongelmat työikäisillä ovat kasvamassa. (Aromaa – Huttunen – Koskinen – Teperi 2005: 444-452, 459.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos luokittelee Suomessa kansantaudeiksi muun muassa sydän- ja verisuonitaudit, diabeteksen, krooniset keuhkosairaudet ja tuki- ja liikuntaelämistön sairaudet. Näiden sairauksien syntyyn ja ehkäisemiseen jokainen ihminen voi vaikuttaa merkittävästi omilla elintavoilla. Näitä elintapoja ovat liikunta, terveellinen ruokavalio, tupakoinnin lopettaminen ja alkoholinkäytön välttäminen. (Yleistietoa kansantaudeista. 2015.)

Kaikista naispalkansaajista reilu neljännes työskentelee matalapalkkaisilla aloilla. Tämä tarkoittaa sitä, että alle 2000 euroa kuukaudessa tienavia naisia on peräti kaksi ja puolikertaa enemmän kuin miehiä. (Tilastokeskus, Palkkarakenne 2011). Tietoa naisten elintavoista sosioekonomisesti luokiteltuna on mutta ne ovat hajallaan eri tutkimuksissa ja hankkeissa. Nämä tiedot niputtamalla saadaan paljon arvokasta tietoa, joka on kansanterveydellisesti tärkeää. Näin voidaan paikallistaa matalapalkkaisten työikäisten naisten terveyden kannalta epäedulliset elintavat ja kohdistaa resursseja niihin sopivalla tavalla. Matalapalkkaisuus on yleensä suorassa yhteydessä alhaiseen koulutuksen tasoon ja korkeakoulutus korreloi terveellisempiä elintapoja. Voiko koulutus yksinään tuoda paremman terveyden?

Tämä opinnäytetyö on osa Julkisten ja hyvinvointialojen liiton (JHL) Voimaa naisissa 2015 –hanketta, jossa Metropolia Ammattikorkeakoulu on mukana. Hankkeen tavoitteena on matalapalkkaisten naisten terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ja terveyserojen kaventaminen kehittämällä ja ottamalla käyttöön terveyden edistämismenetelmiä.

Työn tarkoituksena on kartoittaa sosioekonomisesti heikommassa asemassa olevien naisten elintapoja ja verrata näitä korkeasti koulutettujen työkäisten naisten elintapoihin. Aineisto on rajattu vuonna 2005-2015 aikana julkistettuihin tutkimuksiin ja hankkeisiin sekä Suomessa asuviin ja työssäkäyviin 25-64 vuotiaisiin naisiin. Tavoitteena on hyödyttää JHL:n Voimaa naisissa 2015 –hanketta, jossa Metropolia Ammattikorkeakoulu on mukana, kokoamalla yhteen tuloksia tutkimuksista ja hankkeista, jotka käsittelevät työkäisten, sosioekonomisesti heikommassa ja korkeassa asemassa olevien naisten elintapoja.

2 Elintavat sosioekonomisesta näkökulmasta tarkasteltuna

Elintapoja voidaan tarkastella monista eri näkökulmista, sukupuoli on näistä vain yksi. Muita tekijöitä, jotka vaikuttavat elintapoihin ovat muun muassa ikä, asuinalue ja sosioekonomiset tekijät. (Martelin ym. 2005a: 266-274.) Elintapojen osuus sosioekonomisten terveyserojen synnyssä on merkittävä (Helakorpi – Uutela – Puska 2007: 2975-2980).

Eri tutkimusten ja hankkeiden perusteella on esitetty yleistystä, että henkilöllä on sitä huonompi terveys, mitä huonompi on hänen sosiaalinen asemansa. Tämä terveydentilan ja sosiaalisen aseman välillä vallitseva vahva yhteys on todettu useammassa eri maassa. Yhteys on olemassa riippumatta siitä kuvataanko sosiaalista asemaa ammatin, koulutuksen tai tulojen kautta. (Karisto – Lahelma 2005: 50-53.)

2.1 Koulutuksen merkitys

Koulutus on tärkeä sosiaalisen aseman osoitin. Koulutus vaikuttaa elintasoon ja sitä kautta terveyteen. Se myös lisää henkilön tietoa ja valmiuksia ymmärtää ja muovata terveystietoisuutta sekä elintapoja ja terveyskäyttäytymistä. Nämä osaltaan vaikuttavat

keskeisten kansantautien taustalla. Terveellisten elintapojen esiintyvyys vaihtelee suuresti koulutusryhmästä riippuen esimerkiksi päihteidenkäytön, tupakoinnin, liikkumisen ja ravinnon terveellisyyden suhteen. Yleensä terveellisimmät elintavat löytyvät korkeasti koulutettujen miesten ja naisten keskuudesta. Alemman koulutusasteen ryhmissä puolestaan terveyden ylläpitämisen edellytykset heikentyvät, sillä puutteellinen (pelkkä perusasteen koulutus) tai alhainen koulutus johtaa helpommin työmaailman ulkopuolelle etenkin epävakaaassa taloustilanteessa. (Karisto – Lahelma 2005: 50-53.)

Hankittu koulutusala ja -taso vaikuttavat myös henkilön työllistymismahdollisuuksiin ja ammattiuraan. Hankitulla ammatilla ja työllisyydellä taas on vaikutus toimeentuloon ja kulutustasoon. Nämä osaltaan vaikuttavat elinoloihin ja elintapoihin ja sitä kautta yksilöiden ja ryhmien terveyteen. (Karisto – Lahelma 2005: 50-53.) Työssäkävivistä naisista reilu neljännes ansaitsee alle 2000 euroa kuukaudessa. Tämän tulotason naisia on peräti kaksi ja puolikertaa enemmän kuin miehiä. (Matalapalkkaiset naiset ja miehet 2011.) Lisäksi määräaikainen työsuhde on yleisempi naisilla kuin miehillä (Työllisyys parani vuonna 2011).

Suomessa koulutustaso on väestötasolla noussut kaikissa ikäryhmissä sekä miesten että naisten keskuudessa. Silti alhaisen koulutusasteen omaavia henkilöitä on edelleen runsaasti. Alemman koulutusasteen ryhmässä terveys koetaan huonommaksi kuin korkeasti koulutettujen ryhmässä. Tämä ei ole ainoa osa-alue, jolla eroavaisuuksia on. Koulutusryhmien väliltä löytyy huomattavia eroja useammilla eri terveyden ja hyvinvoinnin ulottuvuuksilta huolimatta siitä, että vuosien saatossa erot ovat kaventuneet. (Talala ym. 2014.)

2.2 Suomalaisen naisten terveys

Suomalaisten terveys ja hyvinvointi on ollut jatkuvassa kasvussa mutta samalla eriarvoisuus on lisääntynyt useassa suhteessa (Karvonen – Moisio – Vaarama 2010: 5). Tutkimusten tuloksissa näkyy eri väestöryhmien väliset erot ja yksi selkeä pääsuunta näyttäisi olevan, että korkeampi koulutus korreloi terveempiä elintapoja sekä miehillä että naisilla. Tosin naisten elintavat ovat tutkimusten mukaan keskimäärin terveellisempiä kuin miesten (Kansanterveyslaitos 2007). Aikaisemmin kaikissa ikäryhmissä miesten kuolleisuus on ollut selvästi suurempi kuin naisten. Tätä on selitetty miesten suuremmalla alkoholinkulutuksella ja tupakoinnin yleisyydellä, mutta ajan myötä nämä

erot sukupuolten välillä ovat tasaantuneet. (Martelin – Koskinen – Valkonen 2005b: 120-126.)

Naisten elinajanodotteessa sosioekonomiset erot ovat kasvaneet viime vuosikymmeniä. Alimman ja ylimmän tuloluokan ero vuosissa oli vuonna 2007 keskimäärin 6,8 vuotta. Työkäisillä naisilla alkoholin käyttöön liittyvät kuolemat lyhensivät elinajanodotetta alimmassa tuloluokassa. (Tarkiainen – Martikainen – Laaksonen – Valkonen 2011: 3651-3657.) Kuitenkin yleisesti ottaen suomalaisten terveys on pääosin kohentunut 2000-luvulla. Väestöryhmien väliset terveyserot ovat yhä suuret ja näyttäisivät edelleen kasvavan. Näistä eroista tupakka ja alkoholi selittävät puolet (Sosiaali - ja terveysministeriö 2006: 2-3.)

Sosioekonomiset erot näkyvät myös yksityisten lääkäripalveluiden käytössä. Niitä käyttävät eniten suurituloiset. Vuonna 2011 kaikista työkäisistä naisista yli puolet käytti yksityislääkäripalveluita kun taas pienituloisista työkäisistä naisista vain noin joka viides. (Blomgren – Virta 2014: 560-565.) Sairaalahoidon kustannuksissa näkyy myös tuloryhmien väliset erot, jotka ovat kasvaneet viime vuosina. On arveltu että sosioekonomisten ryhmien väliset terveyserot ovat kasvun syynä. Erityisesti alkoholi- ja syöpäkuolleisuudessa sekä sydän- ja verisuonitautikuolleisuudessa sosioekonomiset erot ovat kasvaneet. (Järvelin 2015.) Tätä voi selittää se, että tulot kasvavat menoja hitaammin. Suomessa pienituloisten reaalitytulot ovat nousseet 1990-luvun puolivälistä, mutta selvästi hitaammin kuin yleinen tulokehitys. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006: 6.) Kuukausimenoja kasvattaa muun muassa se, että vuokra-asuntojen vuokrat ovat nousseet viimeisen 15 vuoden aikana keskimäärin kahdeksan euroa neliometriä kohden (Tilastokeskus. 2015).

Yksin asuvien naisten terveyttä on myös tutkittu Suomessa. Tässä tutkimuksessa todetaan, että vuosina 1996-2000 yksin asuvilla 30-64 -vuotiailla naisilla kuolleisuus oli kaksinkertaista verrattuna naimisissa oleviin naisiin. Lisäksi kuolleisuus oli kolminkertaista itsemurhiin, tapaturmiin, muihin väkivaltaisiin kuolemansyihin sekä alkoholiin liittyviin kuolemansyihin verrattuna. Osa eroista selittyi sosioekonomisilla syillä, mutta vaikka erot otettiin huomioon, oli yksinasuvien naisten suhteellinen kuolleisuus 1,8-kertainen. Yksin asuvilla heikompi terveys näkyy erityisesti mielenterveyteen ja päihteisiin liittyvissä ongelmissa niin miehillä kuin naisilla. (Kauppinen – Martelin – Hannikainen-Ingman – Virtala 2014: 28, 35.) Myös alkoholiriippuvuus oli yksin asuvilla naisilla yleisempää kuin parisuhteessa ja muuten yhdessä asuvilla (Joutsenniemi ym. 2007: 480).

Lapsiperheistä noin joka viides on yksinhuoltajaperhe ja näistä perheissä suurimassa osassa yksinhuoltajana toimii äiti. Vuonna 2012 kaikista perheistä 17,6 prosentin osuus oli äitien hoitamia yksinhuoltajaperheitä. (Väisänen – Pelkonen.) Keskimäärin yksinhuoltaja äitien terveys on todettu heikommaksi kuin muiden vastaavien väestöryhmien ja he myös kokevat itsensä muita yksinäisemmiksi ja elämänlaatunsa huonommaksi. (Kauppinen ym. 2014: 35, 37). Lapsiperheiden ja erityisesti yksinhuoltajaperheiden toimeentulo on 1990-luvulta asti noussut hitaammin kuin muiden väestöryhmien tulot. Etenkin monilapsisten perheiden toimeentulo on heikentynyt. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006: 131-132.)

Suomalaisten naisten paino on noussut 1980-luvulta lähtien, tosin viime vuosina painoindeksin nousun kehitys on pysähtynyt ja ylipainoisten naisten osuus on jopa laskenut muutamalla prosenttiyksiköllä. Vuonna 2012 työikäisten naisten painoindeksi oli keskimäärin 25,9 kg/m² ja naisista melkein puolet oli vähintään ylipainoisia. Lihavuus oli yleisempää alemman koulutuksen saaneiden työikäisten naisten keskuudessa kun korkeamman koulutustason omaavien keskuudessa. (Männistö ym. 2015: 32)

Suomalaisten työikäisten terveydessä on tapahtunut yleisellä tasolla hyvää kehitystä kuten veren kolesterolipitoisuuden aleneminen työikäisillä. Yksi suurimmista työikäisten terveydettä uhkaavista tekijöistä on alkoholi. Alkoholin nouseminen työikäisten naisten toiseksi yleisemmäksi kuolinsyyksi kertoo alkoholin käytön nousseen väestötason ongelmaksi myös naisilla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006: 56-59.)

3 Keskeiset käsitteet

Keskeiset käsitteet tässä opinnäytetyössä ovat sosioekonomisen asema, elintavat ja terveys. Sosioekonomisella asemalla tarkoitamme työssämme lähinnä koulutusta ja sen kestoja, mutta laajemmin määriteltynä siihen sisältyy monia eri asioita. Elintavat taas tässä työssä jaottelemme neljään eri kategoriaan. Näitä ovat liikkuminen, ravintotottumukset, tupakointi ja alkoholin käyttö. Terveys on laaja kokonaisuus, jota myös avaamme hiukan lisää, koska se on niin tiiviisti sidoksissa elintapoihin.

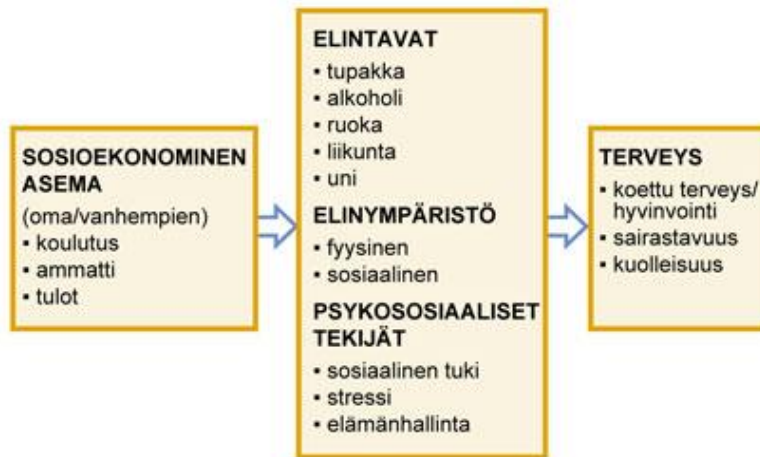
3.1 Sosioekonominen asema

Sosioekonominen asema viittaa aineellisiin ulottuvuuksiin eli koulutustasoon, ammattiin, asemaan työelämässä sekä tuloihin. Sosioekonominen asema on yhteydessä henkilön elintapoihin ja sitä kautta sairastavuuteen ja kuolleisuuteen. (Martelin ym. 2005a: 271). Sosioekonomista tilaa voi tarkastella eri muuttujien kautta. Näitä muuttujia on muun muassa koulutus (peruskoulu, keskiaste, alempi- ja ylempi korkeakouluaste), työmarkkina-asema (työllinen, työtön, yrittäjä, eläkkeellä, opiskelija/varusmies/ muu), siviilisääty (naimaton, avo- tai avioliitto, leski, muu), asutokunnan koko (1,2,3+ henkilöä), kotitalouteen kuuluvien lasten ikä (alle 7, 7-17 v) ja subjektiivinen taloudellinen tilanne (menojen kattamisen helppous). (Karvonen ym. 2010: 129-130.)

Tutkimuksia ja tietoa löytyy paljon terveyseroista sosioekonomisesta näkökulmasta ja syistä terveyden ilmentymiin sekä vaihteluihin. Sosioekonomiset erot liittyen terveyteen ovat samankaltaista ympäri maailman. Näiden terveyserojen kaventamiseen ei ole löydetty terveystalouden tai muun politiikan keinoin ratkaisua. (Karvonen – Lahelma – Lammi-Taskula – Palosuo – Sihto 2013: 21.)

Tässä opinnäytetyössä sosioekonominen asema on määritelty koulutuksen keston perustuen. Alempi, yhteensä 0-9 vuotta koulutusta (perusasteen koulutus), keskimääräinen, yhteensä 10-12 vuotta koulutusta (keskiasteen koulutus), ja korkea, yhteensä vähintään 13 vuotta koulutusta (korkea-asteen koulutus).

Sosioekonominen asema koostuu koulutuksesta, ammatista ja tuloista. Yksilön sosioekonominen asema vaikuttaa siihen, millaisia elintapoja hänellä on, missä hän asuu ja millaista elämää hän viettää. Yksilö tekee valintoja elämässään ja näihin valintoihin vaikuttavat sosioekonomiset tekijät, kuten tulotaso ja ammatti. Nämä taas puolestaan vaikuttavat terveyteen ja sairastavuuteen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013a.) Oheisessa kuviossa (Kuvio 1) avataan vielä sosioekonomisen aseman yhteyttä terveyteen.



Kuvio 1. Elintapojen yhteys sosioekonomisiin terveyseroihin (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos)

3.2 Elintavat

Kansanterveydellisesti tärkeitä elintapoja ovat erityisesti ravintotottumukset (ravintorasvojen käyttö ja syötyjen kasvien määrä), tupakointi, alkoholinkäyttö sekä liikuntatavat (Karvonen ym. 2013: 20). Näillä neljällä elintavalla eli terveystyytymisellä on keskeinen merkitys suomalaisten kansantautien riski- ja suojatekijöissä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013a.) Elintavoilla voidaan vaikuttaa terveyteen ja terveysriskeihin. Usein jo pienillä elintapojen muutoksilla voidaan vähentää terveysriskejä. Ravintotottumusten muuttaminen terveellisempään suuntaan, liikunnan lisääminen ja alkoholin käytön vähentäminen ovat keskeisiä tekijöitä, joilla pystytään vaikuttamaan terveyteen ja hyvinvointiin. Suomessa tupakointi ja alkoholi ovat suurimpia yksittäisiä elintapoja, joista aiheutuu lukuisia terveysongelmia ja merkittäviä kustannuksia kansantaloudelle. (Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen kannattaa.)

Ihmisten elintavoilla ja terveystyytymisellä on aina sosiaalinen, taloudellinen ja kulttuurinen pohja. Elintapoihin ja terveystyytymiseen vaikuttavat erilaiset arvot ja asenteet eri sosioekonomisissa ryhmissä. Paremmassa sosioekonomisessa asemassa olevilla ihmisillä on usein tiedollisia ja taloudellisia resursseja, jotka edesauttavat terveellisten elintapojen valintaa, jotka puolestaan tukevat parempaa terveydentilaa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013a.)

Tässä työssä tutkittavina elintapoina ovat tupakointi, ravintotottumukset, alkoholi ja liikunta. Ruokatottumuksista suosituksiin pyrkiviksi henkilöiksi lasketaan ne, jotka täyt-

tävästä tottumuksista vähintään kaksi. Tottumuksia ovat päivittäinen kasvisten käyttö, rasvattoman maidon käyttö ja kasvisrasvaveitteen tai margariinin käyttö. Liikunta osiossa on tarkasteltu vapaa-ajanliikuntaa, joka tarkoittaa vähintään puolituntia ainakin kaksi kertaa viikossa.

3.3 Terveys

Terveys on laaja käsite jonka yksiselitteinen määrittelemine ei ole helppoa. Terveyttä voidaan tarkastella monesta eri näkökulmasta.

WHO:n vuoden 1948 perustamisasiakirjan mukaan terveys on ”täydellisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila, ei vain sairauden tai vaivan puuttumista” Tätä on kritisoitu siitä, että voiko täydellistä tilaa koskaan tavoittaa. (Karvonen ym. 2013: 17). Terveiden ja hyvinvoinninlaitos määrittelee terveyden hyvinvoinnin tilaksi, jossa yhdistyvät fyysinen, sosiaalinen ja henkinen hyvinvointi.

Terveys on muutakin kuin sairauden puutetta. Se on voimavara, jolla edesautetaan myös muuta hyvinvointia ja hyvää elämää ylipäättänsä. Terveys on ihmisen perusarvo ja myös korvaamaton sosiaaliselle ja taloudelliselle kehitykselle. (Koskenvuori – Mattila 2009.)

Käytännössä kuitenkin tutkimuksissa terveyttä mitataan oireiden, sairauksien, vammojen ja erilaisten toimintakykyjen vajausten kautta. Tällöin terveys nähdään terveyden puuttumisena, negaationa. Positiivisen terveyden mittareita ja tietoperustaa on vähemmän. Yleensä tutkimuksissa ihmisiltä kysytään positiivisesta terveydestä asteikolla erittäin hyvä - erittäin huono. (Karvonen ym. 2013: 17-18.)

Terveyttä voidaan ajatella subjektiivisena kokemuksena, jolloin puhutaan koetusta terveydestä. Jokainen ihminen määrittelee terveytensä itse. Vammoista ja sairauksista huolimatta ihminen voi kokea itsensä terveeksi. Koetussa terveydessä tärkeää onkin riippumattomuus, autonomia ja yksilön mahdollisuus huolehtia itsestään. (Huttunen 2012.) Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen määrittelee koetun terveyden ihmisen omaksi arvioksi omasta yleisestä terveydentilastaan. Koetun terveyden on katsottu ennustavan kuolleisuutta, toimintakykyä ja terveyspalveluiden käyttöä. (THL 2014.) Koetun terveyden käsitettä käytetään laajasti myös terveyttä koskevissa kyselytutkimuksissa, joissa terveydentilaa arvioidaan yksilön omasta näkökulmasta (Vuorisalmi 2007: 12).

Terveyttä on myös kuvattu tasapainon tilana, jota on mahdollista ylläpitää terveellisillä elämäntavoilla. Terveyttä on kuvailtu myös elämän voimavaraksi jota voidaan kuluttaa ja kasvattaa omilla valinnoilla kuten elintavoilla. Terveys on osa ihmisen hyvinvointia mutta ei yksin määritä sitä. Terveyttä voidaan tarkastella myös toimintakyvyn kautta jolloin terveys määritellään iän mukaisena toimintakyynä. (Vertio 2003: 22-23.) Terveyttä voidaan tarkastella myös arvona, jolloin korostuu sen merkitys ihmisen elämässä. Tutkimusten mukaan Suomessa ihmiset arvostavat terveyttä ja sen arvostus kasvaa yleensä iän myötä. (Vertio 2003: 43-44.)

4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Työn tarkoituksena on kartoittaa sosioekonomisesti heikommassa asemassa olevien naisten elintapoja ja verrata näitä korkeasti koulutettujen työkäisten naisten elintapoihin. Aineisto on rajattu vuosina 2005–2015 julkistettuihin tutkimuksiin ja hankkeisiin sekä Suomessa asuviin ja työssäkäyviin 25–64 vuotiaisiin naisiin. Tavoitteena on hyödyttää JHL:n Voimaa naisissa 2015 -hanketta, jossa Metropolia Ammattikorkeakoulu on mukana, kokoamalla yhteen tuloksia tutkimuksista ja hankkeista, jotka käsittelevät työkäisten, sosioekonomisesti heikommassa ja korkeassa asemassa olevien naisten elintapoja.

Voimaa naisissa 2015 -hankkeen tavoitteena on matalapalkkaisten naisten terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen ja terveyserojen kaventaminen kehittämällä ja ottamalla käyttöön terveyden edistämismenetelmiä. Näillä menetelmillä kohderyhmään kuuluvat naiset voivat itse vaikuttaa elintapoihinsa ja terveyteensä.

Aihe on tärkeä koska tulevaisuudessa ihmisten pitää pystyä työskentelemään iäkäämpänä ja se vaatii hyvää työkykyä. Hallitus on esittänyt eläkeiän nostamista asteittain. Tämä tarkoittaa sitä, että eläkeikä nousisi 63 ikävuodesta 65 ikävuoteen ja vuonna 2030 eläkeikä sopeutettaisiin elinajanodotteeseen (Hallituksen esitys HE 16/2015 vp.) Eläkeiän noustessa työkyvyn säilyminen korostuu, koska koettu työkyky laskee iän myötä (Gould – Ilmarinen – Järvisalo – Koskinen 2006: 58-63). Toisaalta terveyttä edistävät elintavat ovat yhteydessä parempaan työkykyyn (Laitinen 2004).

Suomessa väestön terveyttä uhkaavat erilaiset sairaudet, niin kutsutut kansantaudit, jotka ovat yleisiä väestön keskuudessa. Työikäisillä kansantaudit vaikuttavat myös työkykyyn, mikä aiheuttaa kansantaloudellisia lisäkustannuksia muun muassa sairauspoissaolojen myötä. Suomessa kroonisten tautien sairastaminen on yleisempää kuin monissa Länsi- ja Pohjois-Euroopan maissa. Lisäksi mielenterveysongelmat työikäisillä ovat kasvamassa. (Aromaa ym. 2005: 444-452, 459.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos luokittelee Suomessa kansantaudeiksi muun muassa; sydän- ja verisuonitaudit, diabeteksen, krooniset keuhkosairaudet ja tuki- ja liikuntaelämistön sairaudet. Näiden sairauksien syntyyn ja ehkäisemiseen jokainen ihminen voi vaikuttaa merkitsevästi omilla elintavoilla. Näitä elintapoja ovat liikunta, terveellinen ruokavalio, tupakoinnin lopettaminen ja alkoholinkäytön välttäminen. (Yleistietoa kansantaudeista. 2015.)

Jo 16-18-vuotiailla tytöillä näkyy koettuun terveyteen vaikuttavat erot, kun tarkastellaan koulumuotoa. Lukiota käyvistä tytöistä alle 20 % ilmoittaa koetun terveytensä huonoksi tai keskinkertaiseksi. Tytöistä, jotka eivät käy koulua, ilmoittaa koetun terveyden huonoksi tai keskinkertaiseksi yli 40%. (Ståhl – Rimpelä 2010: 81.)

Kaikista naispalkansaajista reilu neljännes ansaitsee alle 2000 euroa kuukaudessa. Tämän tulotason naisia on peräti kaksi ja puoli kertaa enemmän kuin miehiä. (Matalapalkkaiset naiset ja miehet 2011.) Tietoa naisten elintavoista sosioekonomisesti luokiteltuna on, mutta se on hajallaan eri tutkimuksissa ja hankkeissa. Nämä tiedot niputtamalla saadaan paljon arvokasta tietoa, joka on kansanterveydellisesti tärkeää. Näin voidaan paikallistaa matalapalkkaisten työikäisten naisten terveyden kannalta epäedulliset elintavat ja kohdistaa resursseja niihin sopivalla tavalla. Matalapalkkaisuus on yleensä suorassa yhteydessä alhaiseen koulutuksen tasoon ja korkeakoulutus korreloi terveellisempiä elintapoja. Voiko koulutus yksinään tuoda paremman terveyden?

Työmme tutkimuskysymys on:

Millaisia elintapoja on alhaisen koulutusasteen omaavilla Suomessa asuvilla työikäisillä 25-64 -vuotiailla naisilla verrattuna korkeasti koulutettuihin?

5 Työn toteuttaminen

Tämä opinnäytetyö on laadittu kirjallisuuskatsauksena. Kirjallisuuskatsauksen laatiminen on yksi vaihe useissa tutkimusprosesseissa, mutta sitä voidaan käyttää myös itsenäisenä tutkimusmenetelmänä (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 91-92, 97). Kirjallisuuskatsaus voidaan jakaa kolmeen perustyyppiin. Näitä ovat kuvaileva kirjallisuuskatsaus, systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja meta-analyysi. Kirjallisuuskatsauksessa aineistot ovat laajoja ja niiden valintaa eivät ohjaa tiukat metodiset rajaukset. Tarkasteltavaa ilmiötä voidaan kuvata laajasti ja näin tuottaa laaja-alainen kokonaisuus käsiteltävästä aiheesta. (Salminen 2011: 6-7.) Kirjallisuuskatsauksessa kootaan tutkittua tietoa kiinnostuksen kohteena olevasta aiheesta ja tehdään johtopäätöksiä saadusta tiedosta (Johansson – Axelin – Stolt – Ääri 2007: 85).

Kirjallisuuskatsausta kirjoittaessa on tärkeää tuntee aihe josta kirjoittaa, jotta saa lopulliseen katsaukseen vain relevanttia ja luotettavaa tutkimustietoa. Kirjallisuuskatsausta tehdessä on myös oleellista pitää mielessä oman työn tavoite ja tutkimusongelma, johon hakee vastausta. Lähdekirjallisuutta on syytä lukea kriittisesti ja omiin tavoitteisiinsa suhteuttaen. Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus on tuoda esiin myös se, mistä näkökulmista kartoituksen kohteena olevaa aihetta on aiemmin tutkittu. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 1997: 121, 259-260.)

Kirjallisuuskatsaus etenee eri vaiheiden kautta. Kirjallisuuskatsauksen tekeminen aloitetaan tutkimusongelman muotoilusta. Siitä edetään kirjallisuushakujen tekemiseen ja aineiston keräämiseen. Seuraavassa vaiheessa aineisto arvioidaan ja analysoidaan. Viimeiseksi aineisto pitää tulkita ja tulokset esittää. (Johansson ym. 2007: 88.)

5.1 Aineiston keruu

Aineisto kerättiin seuraavista tietokannoista: Medic, STM:n Julkari ja Terveyskirjasto. Sosiaali ja terveysministeriön (STM) ylläpitämä Julkari sisältää useiden eri laitosten kokoelmia. Näitä ovat Kansanterveyslaitos KTL, Lääkealan turvallisuus- ja kehittämiskeskus Fimea, Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Stakes, Sosiaali- ja terveysministeriö STM, Säteilyturvakeskus STUK, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos THL ja Työterveyslaitos TTL. Hakuja tehtiin kattavasti näistä tietokannoista. Liitteenä olevasta taulukosta (Liite 1) löytyvät kaikki käytetyt tietokannat, hakusanat ja rajaukset.

Aineistosta rajattiin pois lapset, nuoret ja raskaana olevat naiset sekä eläkeläiset (yli 64-vuotiaat).

Hakusanoina käytettiin nais*, terv*, elint*, työikäis*, sosioek*, pienitul*, suom*, terveys-ero* ja kavent*. Näistä hakusanoista muodostettiin eri sanapareja ja sanayhdistelmä. Lapset, nuoret ja raskaana olevat naiset rajattiin pois sanoilla laps* nuor* ja rask*. Lisäksi aihe rajattiin vuosiin 2005–2015 ja valtakunnallisiin tutkimuksiin ja hankkeisiin. Aineistosta rajattiin pois myös Pro gradu ja opinnäytetyöt. Julkarin hauissa hakusana-pareina käytettiin sanoja ”naisten elintavat” ja ”naisten terveys”. Hakuja täydennettiin käsin haulla. Aineiston haussa käytetyt sisäänotto- ja poissulkukriteerit on esitetty taulukossa 1.

Taulukko 1. Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
koskee Suomessa asuvia 25-64 vuotiaita työikäisiä naisia	lapset, nuoret, raskaana olevat naiset, eläkeläiset (yli 64-vuotiaat)
ilmestynyt vuosina 2005-2015	Pro gradu, opinnäytetyö
valtakunnallinen tutkimus tai hanke	koskee tiettyä maakuntaa tai kaupunkia
sosioekonominen näkökulma	

Hakujen tuloksista tutkimukset valittiin luettavaksi otsikon perusteella. Suurin osa hakutuloksista karsiutui jo tässä vaiheessa. Tämän jälkeen valinnat tehtiin tiivistelmän perusteella. Viimeisessä vaiheessa lopullinen aineisto valikoitui koko tekstin perusteella. Tiivistelmän ja koko tekstin perusteella aineistosta rajattiin pois ne tutkimukset, jotka käsittelevät alueellisia eroja tai koskivat vain yhtä maakuntaa tai kaupunkia. Tutkimusaineistoksi valikoitui seitsemän suomalaista tutkimusta, jotka vastasivat parhaiten tutkimuskysymykseemme. Valitut tutkimukset löytyvät tarkemmin eriteltyinä liitteenä olevasta taulukosta (Liite 2). Taulukossa on eritelty tutkimuksiin osallistuvien 25-64 -vuotiaiden naisten määrä erikseen, vaikka tuloksissa olemme tarkastelleet kaikkia vastanneita naisia.

Opinnäytetyön aineisto koostuu suomalaisista tutkimuksista ja hankkeista, joissa on kartoitettu suomalaisten työikäisten naisten elintapoja ja terveyttä. Aineiston valinnan perusteina käytetään seuraavia valintakriteerejä: Aineisto käsittelee työikäisiä eli 25-64 vuotiaita naisia ja heidän terveyttään tai elintapoja sekä siinä näkyy sosioekonominen näkökulma. Aineiston tulee olla julkaistu aikavälillä 2005-2015.

5.2 Aineiston analyysi

Tutkimusaineistoon perehdyttiin lukemalla tutkimukset läpi useaan otteeseen ja erittelemällä tutkimuksista kohderyhmää koskevat tiedot ja tulokset, jotka sitten koottiin yhteen. Tulokset luokiteltiin eri elintapoihin, jotta voitaisiin eritellä millaisia elintapoja kohderyhmämme naisilla on ja miten ne poikkeavat vertailuryhmästä. Tutkimuksista erottui selkeästi neljä eri elintapaa joihin keskityimme ja joiden avulla pystyimme vastaamaan tutkimuskysymykseemme. Jokaisen elintavan kohdalla kokosimme tutkimusaineistotamme saadut tiedot yhteen ja vertailimme niitä keskenään koulutusasteen mukaan.

Tässä työssä on sovellettu sisällön erittelyä aineiston analyysimenetelmänä. Aineistosta on nostettu esiin tutkimuskysymykseen liittyviä teemoja, jotka ovat olleet etukäteen sovittuja tai löytyneet aineistoa lukemalla.

Sisällönanalyysistä voidaan erottaa kaksi erilaista sisällönanalyysitapaa. Näitä ovat sisällönanalyysi ja sisällön erittely. Sisällönanalyysin tarkoituksena on kuvata aineiston sisältöä sanallisesti. Sisällön erittelyn tarkoituksena on puolestaan kuvata tekstiaineistoa kvantitatiivisesti. (Tuomi – Sarajärvi 2009: 103-107.)

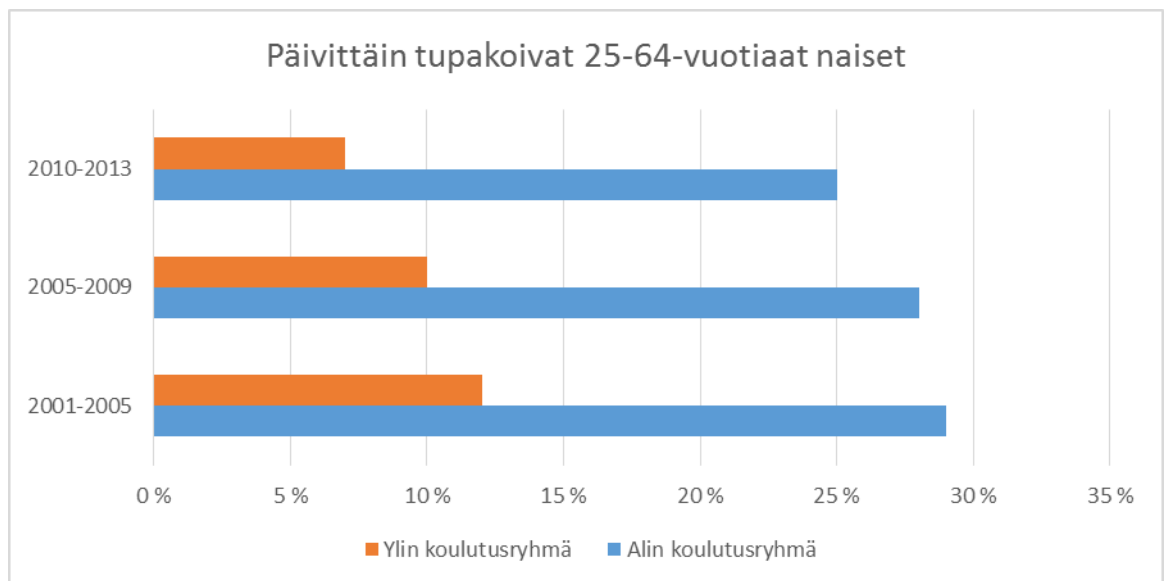
6 Tulokset

Tulokset koostuvat neljästä terveyden kannalta merkittävästä elintavasta, jotka ovat luokiteltu erikseen. Näitä elintapoja ovat tupakointi, ravintotottumukset, alkoholin käyttö ja liikunta. Kaikissa näissä elintavoissa on havaittavissa sosioekonomisia eroja.

6.1 Tupakointi

Matalimmin koulutetut ovat kokeilleet tupakkaa ja käyttävät tupakkaa enemmän kuin korkeammin koulutetut (Luoto ym. 2011: 26). Vaikka koulutusryhmien väliset erot ovat kasvaneet, niin tupakointi on kuitenkin vähentynyt kaikissa koulutusryhmissä vuosi vuodelta. Päivittäin tupakoivat ovat keskimääräisesti myös polttaneet pitkään: keskimääräinen tupakoimisaika on 20 vuotta (Luoto ym. 2011: 26). Perusasteenkoulutuksen saaneet olivat aloittaneet tupakoinnin aikaisemmin (Prättälä – Paalanen 2007: 70).

Vuonna 2001-2005 alimpaan koulutusryhmään kuuluvista naisista tupakoi päivittäin jopa puolet enemmän kuin ylimmän koulutusryhmän naisista (Helakorpi – Patja – Prättälä – Uutela 2005: 22). Tästä eteenpäin sama linja on jatkunut. Alimman koulutusryhmän naisista tupakoi päivittäin 28 % ja ylimmän koulutusryhmän naisista vain 10-11 % (Helakorpi – Prättälä – Uutela 2008: 24; Helakorpi ym. 2010: 20). Vuosina 2010-2013 päivittäin tupakoivien naisten määrä oli kummassakin koulutusryhmässä hieman laskeutunut. (Helldán – Helakorpi – Virtanen - Uutela 2013: 22). Kuviossa 2 on havainnollistettu päivittäin tupakoivien naisten erot.



Kuvio 2. Päivittäin tupakoivat naiset

6.2 Ravintotottumukset

Korkeammin koulutettujen naisten ruokatottumukset ovat enemmän ravintosuositusten mukaisia kuin alempiin koulutusryhmiin kuuluvilla. Ero ylimmän ja alimman koulutusryhmän välillä on kymmenen prosenttiyksikön luokkaa. (Helakorpi ym. 2008: 23; Helakorpi ym. 2010: 15.)

Koulutusryhmien väliset erot ovat kaventuneet 2004 vuodesta eteenpäin (Helakorpi ym. 2008: 25). Ruokatottumuksissa myönteistä kehitystä on tapahtunut kaikissa koulutusryhmissä vuosina 2005-2009. Alimman koulutusryhmän naisista 57 % ja ylimmän koulutusryhmän naisista 67 % kertoi terveellisistä ravintotottumuksista. (Helakorpi ym.

2010: 21). Vuosien 2005-2009 tutkimusjakson jälkeen kehitys on lähtenyt laskuun. Vuosina 2010-2013 ylimpään koulutusryhmään kuuluvista 52 % kertoi päivittäin käyttävänsä vähintään kahta terveellistä ruokatottumusta. Alimmassa koulutusryhmässä luku oli vain vähän pienempi: 42 %. Ylimmän ja alimman ero on siis kymmenen prosenttiyksikköä. (Helldán ym. 2013: 23.)

Tuoreita kasviksi päivittäin käyttää perusasteen koulutuksen saaneista naisista vain hieman yli puolet, kun korkea-asteen koulutuksen saaneiden naisten keskuudessa sama lukema on melkein 80 %. Vähärasvaisia juustoja sanoo käyttävänsä korkeasti koulutetuista lähes 40 % ja vastaavasti matalammin koulutetuista vain 25 %. (Prättälä – Paalanen 2007: 28-35.)

Myös luontaistuotteiden käytössä on merkitseviä koulutusryhmien välisiä eroja, Korkeasti koulutetut käyttävät niitä huomattavasti enemmän kuin matalasti koulutetut (Häkkinen – Alha 2006: 77).

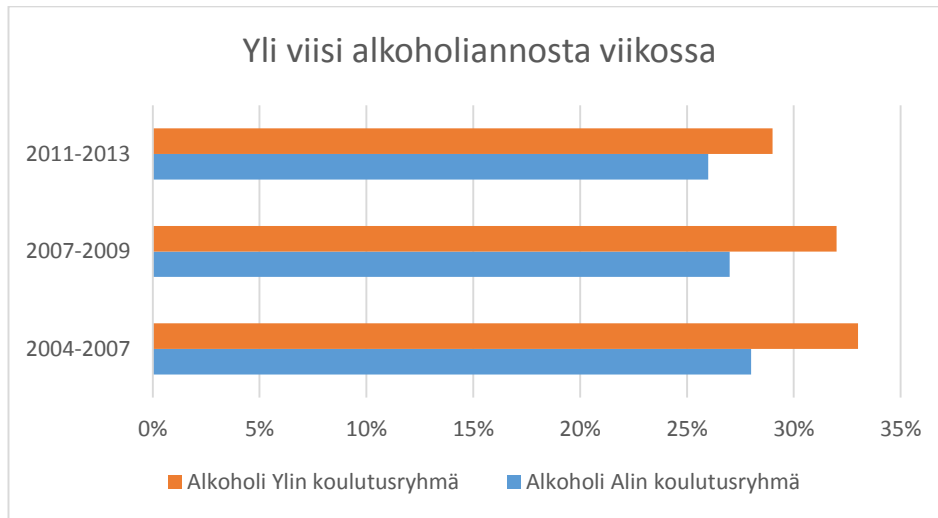
6.3 Alkoholi

Keskimääräinen alkoholin kulutus naisilla on noin 4,5 alkoholiannosta viikossa. Alkoholin suurkuluttajilla viikossa menee 13 annosta tai enemmän. Näissä kummassakaan ryhmässä ei naisilla ole koulutukseen perustuvia eroja. (Prättälä – Paalanen 2007: 79-82).

Kun vertaillaan alkoholia yli viisi viikkoannosta nauttivaa alimman ja ylimmän koulutusryhmän naista, niin eroja alkaa löytymään. Suurinta alkoholin käytön nousu on ollut alimmalla koulutusryhmällä, mutta suurinta kulutus on ollut koko ajan ylimmässä koulutusryhmässä. (Helakorpi ym. 2010: 24.)

Alkoholin kulutus on lähtenyt laskuun 2009 vuoden jälkeen. Vielä vuosina 2007-2009 vähintään viisi alkoholiannosta viikossa nauttivien osuus ylimmässä koulutusryhmässä oli 32-33 % ja alimmassa koulutusryhmässä 27-28 % (Helakorpi ym. 2008: 16; Helakorpi ym. 2010: 24). Vuoteen 2013 mennessä luvut olivat ylimmässä luokassa 29 % ja alimmassa luokassa 26 % (Helldán ym. 2013: 24). Alimman ja ylimmän koulutustason naisten alkoholin käytön erot ovat kapeat. Vuosina 2011-2013 ero oli enää kolme prosenttiyksikköä, kun vuosina 2007-2009 ero oli noin 5 prosenttiyksikköä. (Helakorpi ym. 2008: 16; Helakorpi ym. 2010: 24; Helldán ym. 2013: 24) Kuviossa 3 on havainnollistet-

tu alkoholin kulutusta koulutusryhmittäin sekä kulutuksen pieni lasku ja kaventuneet erot.



Kuvio 3. Yli viisi annosta viikossa kuluttavien naisten osuus matalan ja korkeankoulutuksen ryhmiin luokiteltuna.

Naisilla koulutustaso vaikuttaa raittiuteen. Raittius on huomattavasti yleisempää perustason koulutuksen saaneilla kuin muissa koulutusryhmissä. (Prättälä – Paalanen 2007: 79). Vuonna 2005 naisista vain 14 % ilmoitti, ettei ole käyttänyt alkoholia kuluneen vuoden aikana. (Helakorpi ym. 2005: 9.)

6.4 Liikunta

Vuosina 2007-2009 naisilla vapaa-ajan liikunnan harrastamisen suhteen koulutusryhmien välillä ei ole havaittavissa merkittäviä eroja. Kuitenkin vapaa-ajan liikkuminen on hieman alimpaa koulutusryhmää yleisempää ylimmässä koulutusryhmässä, mutta erot koulutusryhmien välillä ovat pieniä (Helakorpi ym. 2008: 17; Helakorpi ym. 2010: 25.) Hieman päinvastaista tulosta antaa Terveys 2000 -tutkimus, jonka mukaan alimman koulutusasteen naiset liikkuvat hieman enemmän kuin korkean koulutusasteen naiset (Prättälä – Paalanen 2007: 47). Poikkeuksena 50-54 vuotiaat, jotka ilmoittivat harrastavansa riipeää kävelyä saman verran koulutustaustasta riippumatta (Luoto ym. 2011: 27).

Työikäisistä naisista reilu neljännes ilmoitti joskus osallistuneensa liikunta- ja kunto-ryhmiin. Korkeasti koulutetut olivat osallistuneet näihin ryhmiin muita puolet enemmän kuin matalasti koulutetut. Syynä oli korkeasti koulutettujen suuremmat tulot. (Häkkinen – Alha 2006: 28-29, 95.)

7 Pohdinta

Tavoitteena oli hyödyttää JHL:n Voimaa naisissa 2015 –hanketta, jossa Metropolia Ammattikorkeakoulu on mukana, kokoamalla yhteen tuloksia tutkimuksista ja hankkeista, jotka käsittelevät työikäisten, sosioekonomisesti heikommassa ja korkeassa asemassa olevien naisten elintapoja.

Tulokset vahvistavat jo aikaisemmin havaittuja sosioekonomisia eroja naisten elintavoissa ja terveydentilassa. Tuloksissa korostuu elintavoista tupakointi, epäterveelliset ravintotottumukset ja alkoholi. Tupakointi on yleisempää matalasti koulutettujen keskuudessa.

Korkeasti koulutetut noudattavat useammin terveellistä ruokavaliota, mutta käyttävät enemmän alkoholia. Raittiita on enemmän matalasti koulutetuissa. Kuitenkin alkoholin käytössä erot koulutusryhmien välillä ovat kaventuneet viime vuosina. (Helakorpi – Laitalainen – Uutela 2010: 27.)

Vapaa-ajan liikunnan harrastamisessa ja työmatkaliikunnassa ei ole suuria eroja eri koulutusryhmien välillä. Yleensäkin suurin osa työikäisistä (30-54 vuotiaista) naisista liikkuu terveyden kannalta liian vähän. (Prättälä – Paalanen 2007: 45, 48, 54, 70.) Toisin ylipäätään koulutusryhmään kuuluvat naiset harrastivat hiukan enemmän vapaa-ajan liikuntaa (Helakorpi ym. 2010: 25).

7.1 Tulosten eettisyys ja luotettavuus

Työn jokaisessa vaiheessa huomioidaan luotettavuusnäkökohta eli lähteiden kriittinen tarkastelu. Kirjallisuuskatsauksessa käytetään vain tieteellisiä julkaisuja (Kankkunen – Vehviläinen-Julkunen 2013: 93). Tässä opinnäytetyössä kriittiset eettiset näkökohdat ovat rehellisyyden vaatimus eli ei käytetä vilppiä. Vilppi tieteellisessä toiminnassa jae-

taan neljään alakategoriaan, joita ovat sepittäminen, havaintojen vääristäminen, plagiointi ja anastaminen. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012: 8-9; Leino-Kilpi – Välimäki 2014: 365-366.) Käytännössä on huolehdittava, että ei tekaista omia havaintoja tai vääristellä havaintoja, tehdään huolelliset lähdemerkinnät, eikä oteta toisen tutkimuksia omiin nimiin. Myös raportoinnin luotettavuuteen on kiinnitettävä huomiota mikä tarkoittaa käytettyjen menetelmien huolellista esittelyä sekä puutteiden esiin tuomista. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012: 9.)

Tässä työssä olemme huolehtineet lähdemerkinnöistä ja siitä, että tiedot ovat luotettavista lähteistä. Olemme varmistaneet, että oma pohdintamme erottuu toisten kirjoittamasta tekstistä ja että emme esitä toisten tekstiä omanamme. Työssämme käytetty tutkimusmateriaali koostuu julkisista tutkimuksista, joiden käyttämiseen emme tarvitse tutkimuslupia. Olemme pyrkineet työssämme luotettavuuteen valitsemalla vain sellaisia tutkimuksia, jotka ovat liittyneet aiheeseemme ja joiden avulla olemme pystyneet vastaamaan tutkimuskysymykseemme. Olemme tuoneet esiin tutkimuksista saadut asiatiedot kuten ne on alkuperäisissä tutkimuksissa ilmaistu ja välttäneet omien tulkintojen tekemistä liian varhaisessa vaiheessa. Olemme käyttäneet Turnitplagioinnin tunnistamisohjelmaa useampaan otteeseen varmistamaan, että työssämme ei ole kopioitua tekstiä eikä mitään plagiointiin viittaavaa.

Opinnäytetyömme edetessä olemme tarkastelleet työtämme kriittisesti ja opinnäytetyön ohjaaja on antanut meille palautetta ja ohjeita, joiden avulla olemme kehittäneet työtämme. Opinnäytetyömme luotettavuutta vähentää tekijöiden vähäinen kokemus tutkimustyöstä ja siitä johtuvat mahdolliset virhetulkinnat. Työssämme tutkimusaineiston vähäinen määrä voi vähentää työmme luotettavuutta. Useat tutkimukset ovat myös saman tahon julkaisemia mikä voi myös vähentää työmme luotettavuutta tai kaventaa näkökulmaa. Toisaalta Suomessa Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos on harvoja ellei ainoa taho, joka tutkii kansallisella tasolla väestön terveyttä ja elintapoja. Aineiston analyysin luotettavuuteen voi vaikuttaa heikentävästi se tosiasia, että aineistoa ei ole varsinaisesti analysoitu minkään tiukan menetelmän mukaan vaan sovellettu sisällön erittelyä aineiston analyysimenetelmänä.

Luotettavuuden lisäämiseksi olemme pyrkineet tuomaan esille kaikki työvaiheet, joista tulee ilmi miten olemme päätyneet juuri näihin tuloksiin. Tutkimusaineistomme tutkimukset ovat kaikki melko laajoja, valtakunnallisia tutkimuksia ja eri tutkimuksista saadut tulokset hyvin samansuuntaisia ja niitä on tutkittu myös muissa tutkimuksissa sa-

mansuuntaisilla kysymyksillä. Useampi tekijä on mahdollistanut usean eri näkökulman esiintuomisen ja aiheen monipuolisen käsittelyn. Nämä kaikki seikat mielestämme lisäävät tulosten luotettavuutta. Lisäksi olemme käyttäneet hyödyksi ohjaajien antamaa palautetta ja muokanneet työtä palautteen perusteella.

7.2 Tulosten pohdinta

Tekemiemme aineistohakujen perusteella laajoja, ainoastaan aikuisten, työikäisten naisten terveyteen ja elintapoihin keskittyviä tutkimuksia ei Suomessa ole juuri julkaistu. Pelkästään naisia koskevat tutkimukset liittyvät usein raskauteen tai synnyttämiseen. Väestöä koskevissa tutkimuksissa on kuitenkin usein eroteltu miehet ja naiset, jolloin sukupuolten väliset erot on huomioitu ja niitä päästään tarkastelemaan. Joissain tutkimuksissa sukupuolten sisäiset erot on jaoteltuna alueittain tai koulutuksen pituuden mukaan. Tutkimuksissa oli tarkasteltu samoja elintapoja: tupakointi, ravintotottumukset, alkoholi ja liikunta.

Tuloksissa korostuu edellä mainituista elintavoista tupakointi, epäterveelliset ravintotottumukset ja alkoholi. Tupakointi oli yleisempää matalasti koulutettujen keskuudessa. Korkeasti koulutetut noudattivat useammin terveellistä ruokavaliota, mutta käyttivät enemmän alkoholia. Raittiita oli enemmän matalasti koulutetuissa. Liikunnan määrissä ei juuri ollut eroja.

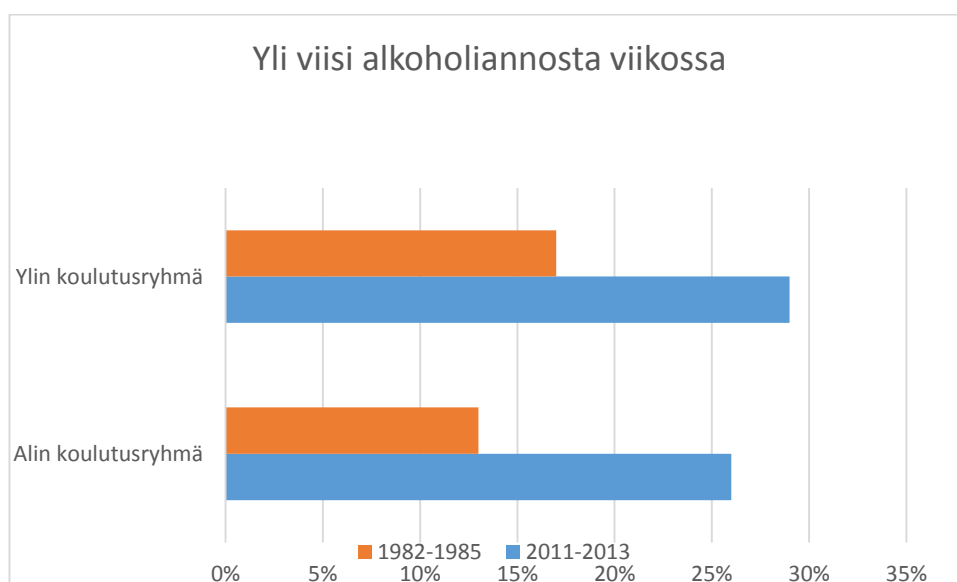
Tupakointi on selvästi yleisempää matalan koulutuksen saaneiden naisten keskuudessa, tosin hekin ovat vähentäneet tupakointiaan merkittävästi (Luoto ym. 2011: 26). Tupakointia on rajoitettu yhteiskunnan toimesta erilaisten lakien ja säädösten avulla (Tupakkalaki 698/2010) ja Suomessa on meneillään Savuton Suomi 2040 -hanke, jonka tavoitteena on lopettaa tupakkatuotteiden käyttö vuoteen 2040 mennessä (Savuton suomi 2015). Nämä omalta osaltaan voivat vaikuttaa siihen, että tupakointi on vähentynyt. Nykyään myös yleinen asenne tupakointia kohtaan tuntuu kiristyneen.

Tupakoivien naisten määrä on siis laskenut (Helldán ym. 2013: 22) ja nähtäväksi jää onko suunta pysyvä. Lakimuutoksilla ja tupakkatuotteiden hinnoittelulla pystytään vaikuttamaan tupakointiin, mutta tärkeää olisi myös puuttua tupakointiin perusterveydenhuollossa ja käytännön hoitotyössä, jossa ollaan suorassa asiakaskontaktissa.

Työpaikkaruokailulla ja ruoan hinnalla voitaisiin pystyä vaikuttamaan siihen, että myös matalapalkkaiset naiset söisivät enemmän kasviksia ja kiinnittäisivät huomiota ruokavali-
on terveellisyyteen. Nämä saattaisivat edesauttaa myös liikalihavuuden vähenemistä
väestötasolla. Naisilla on myös usein suuri rooli perheen ruokahuollossa joten heidän
ruokailutottumuksiaan muuttamalla voitaisiin mahdollisesti vaikuttaa myös lapsiin ja
nuoriin.

Alkoholin kulutus on kaksi ja puolikertaistunut vuosista 1982-1985 vuoteen 2009 alim-
massa koulutusluokassa. Ylimmässä koulutusryhmässä tulos on hieman yli puolitoista
kertainen. (Helakorpi ym. 2010: 24.) Tämä tarkoittaa sitä, että alimman ja ylimmän kou-
lutustason naisten alkoholin käytön erot ovat kaventuneet 1980-luvulta tähän päivään.
Vuosina 1982-1985 yli viisi alkoholiannosta viikossa nauttivien naisten osuus oli ylim-
män koulutustason naisilla seitsemän prosenttiyksikköä enemmän kuin alimman koulu-
tustason naisilla. Vuosina 2007-2009 ero oli noin 5 %, kun vuosina 2011-2013 ero oli
enää kolme prosenttiyksikköä. (Helakorpi ym. 2008: 16; Helakorpi ym. 2010: 24;
Helldán ym. 2013: 24.)

Vuosikymmeniä jatkunut alkoholin käytön lisääntyminen näkyy naisten eliniänodottees-
sa, jota alkoholi jo lyhentääkin. Lisäksi työikäisten naisten toiseksi yleisin kuolinsyy on
alkoholi (STM 2006). Kuviossa 4 näkyy alkoholin kulutuksen lisääntymisen ja koulutus-
luokkien välisten erojen kaventumisen.



Kuvio 4. Yli viisi alkoholiannosta viikossa nauttivien naisten osuus koulutusluokittain vuosina 1982-1985 ja 2011-2013

Tutkimusten mukaan alkoholinkäytön lisääntymisen lisäksi myös raittiiden osuus on laskenut. Raittiiden naisten osuus on vähentynyt puoleen 1980-luvulta tähän päivään. Raittiiden osuus on suurin alhaisesti koulutettujen ryhmässä (Prättälä – Paalanen 2007: 79). Raittius tuskin on seurausta alhaisesta koulutuksesta. Raittiuteen liittyviä syitä on varmasti monia, ja kyseessä on yksilöllinen valinta, jota tutkimuksissa ei ole selvitetty.

Korkeammin koulutetut naiset ovat useammin myös vaativissa ja stressaavissa työtehtävissä, ja raskaan työviikon jälkeen alkoholin nauttiminen voi rentouttaa ja edesauttaa kokemusta työstä palautumista. Korkeamman koulutustason naiset mahdollisesti myös asuvat muita useammin kaupungeissa ja syövät ravintoloissa sekä kuluttavat alkoholia osana sosiaalista elämää.

Asenteet naisten alkoholin käyttöä kohtaan ovat lieventyneet ja nykyään alkoholin käyttöä ei paheksuta samalla tavalla kuin vuosikymmeniä sitten. Juomakulttuurikin on tasa-arvoistunut ja aikuisten naisten juominen ei ehkä enää herätä pahennusta eikä sitä tarvitse selitellä toisin kuin juomattomuutta.

Toisaalta tasa-arvon lisääntyessä yhteiskunnassa myös yleisellä tasolla, ovat naiset saavuttaneet enemmän vapautta myös äiteinä. Lapsien hoitoon yhä enemmän osallistuvat isät mahdollistavat myös perheellisten naisten kodin ulkopuolisen elämän eikä lapsien saaminen sido naisia samalla tavalla kotiin kuin ehkä aikaisemmin.

Vaikka alkoholin kulutus on pitkällä aika välillä noussut, on nousu taittunut 2010-luvulle tultaessa (Helakorpi ym. 208: 16). Tähän osasyynä on varmasti nykyinen terveyttä ja hyvinvointia arvostava kulttuuri sekä pitkään jatkunut valistus alkoholin haitoista. Nykyään varsinkin koulutetut ihmiset tuntuvat olevan tiedostavia terveyttä koskevissa asioissa ja omaan hyvinvointiin ollaan valmiita panostamaan.

Liikunta on yleisesti lisääntynyt kaikissa koulutusryhmissä aina 1970-luvulta asti. Koulutusryhmien väliset erot olivat pieniä 2000-luvun alkuun asti. Tämän jälkeen alimman koulutusryhmään kuuluvat naiset liikkuvat hiukan vähemmän kuin muut. (Helldán ym. 2013: 25.) Vapaa-ajan liikunnan harrastaminen on työikäisillä naisilla melko vähäistä, tähän vaikuttaa varmasti omalta osaltaan myös työelämän ja perheen tuomat vaatimukset työikäisillä naisilla. Perheen ja työn yhdistäminen koskettaa Suomessa melko

laajasti kaikkia perheellisiä naisia tulo- ja koulutustasosta riippumatta. Suomessa naisten työssä käyminen on melko yleistä, perheellisistä naisista yli 70 % käy töissä. (Tilastokeskus 2013.)

Mielenkiintoista on, että vapaa-ajan liikunnan harrastamisessa tai edes työmatkaliikunnassa ei ole merkittäviä sosioekonomisia eroja, jotka selittäisivät lihavuuden esiintymistä. Kuitenkin ylipaino on selvästi yleisempää vähemmän koulutettujen naisten keskuudessa (Männistö ym.2015: 32). Tulosten perusteella voisi ajatella ruokailutottumuksilla olevan suuri merkitys lihavuuden hoidossa ja ehkäisemisessä. Matalamman koulutuksen saaneilla naisilla ravintosuositusten mukaiset ravintotottumukset eivät ole yhtä yleisiä kuin korkeamman koulutuksen saaneilla naisilla (Helakorpi ym.2008: 25). Toisaalta ravintotottumuksissa koulutusluokkien väliset erot ovat pienentyneet viime vuosina (Helldan ym. 2013:23). Tämä tukee myös sitä näkemystä, että naisten painoindeksin nousu on pysähtynyt (Männistö ym.2015:32).

Työssämme saadut tulokset osoittavat, että korkeampi koulutus korreloi terveempiä elintapoja. Muut tutkimukset osoittavat, että korkeampi koulutus vaikuttaa koettuun terveyteen jo nuoruudessa. 16-18-vuotiailla työillä näkyy koettuun terveyteen vaikuttavat erot, kun tarkastellaan koulumuotoa. Lukiota käyvistä tytöistä alle 20 % ilmoittaa koetun terveytensä huonoksi tai keskinkertaiseksi. Tytöistä, jotka eivät käy koulua, ilmoittaa koetun terveyden huonoksi tai keskinkertaiseksi yli 40 %. (Ståhl – Rimpelä 2010: 81.) Korkeampi koulutus siis viittaisi siihen, että se mahdollistaisi paremman terveyden.

Terveys on yhteydessä terveellisiin elintapoihin ja elintavat ovat yhteydessä hyvään työkykyyn (Laitinen 2004). Hyvä työkyky korostuu jatkossa, koska eläkeikä on nousemassa. Hallitus on esittänyt eläkeiän nostamista asteittain. Tämä tarkoittaa sitä, että eläkeikä nousisi 63 ikävuodesta 65 ikävuoteen ja vuonna 2030 eläkeikä sopeutettaisiin elinajanodotteeseen. (Hallituksen esitys HE 16/2015 vp.) Eläkeiän noustessa työkyvyn säilyminen korostuu, koska koettu työkyky laskee iän myötä (Gould – Ilmarinen – Järvisalo – Koskinen 2006: 58-63).

Koulutusaste ja tuloluokka vaikuttavat elinajanodotteeseen, joka on korkeammin koulutetuilla naisilla hiukan pidempi. Elinajanodotteessa kuilu eri sosioekonomisten luokkien välillä on kasvanut viime vuosikymmeninä (Tarkiainen ym. 2011: 3651-3657). Suunta

on huolestuttava jos erot jatkavat vielä kasvuaan. Tosin positiivista kehitystä elintavoissa on tapahtunut tupakoinnin ja alkoholin käytön vähentymisen seurauksena.

Voiko tulevaisuudessa matala koulutustaso nousta ongelmaksi juuri työkyvyn ylläpitämisessä? Matalasti koulutettuja on paljon ja heidän työkykynsä on vaarassa heikentyä nopeammin kuin korkeasti koulutettujen. Voiko tällä olla merkitystä työkyvyttömyyseläkkeiden määrään? Työkyvyttömyyseläkkeiden määrä on viime vuosina tasaisesti laskenut (Työkyvyttömyyseläkettä saaneet). Entä jäävätkö korkeammin koulutetut aikaisemmin eläkkeelle, koska heillä todennäköisesti on siihen taloudellinen mahdollisuus. Vai koveneeko työelämä niin paljon, että korkeasti koulutetuilla lisääntyy alkoholin käyttö ja sitä kautta työkyky heikkenee?

7.3 Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheita

Opinnäytetyömme tulokset ovat hyödynnettävissä, kun pohditaan mitä terveydellisiä haasteita matalapalkkaiset, työikäiset naiset kohtaavat ja miten heidän elintapojaan voitaisiin kehittää terveellisempään suuntaan. JHL:n Voimaa naisissa 2015 -hanke, jossa Metropolia Ammattikorkeakoulu on mukana, voi hyödyntää opinnäytetyömme tuloksia omassa kehittämistyössään työikäisten matalapalkkaisten naisten terveyden edistämiseksi. Työssämme näkyy matalan koulutuksen saaneiden naisten epäedulliset elintavat: alkoholin kulutuksen kasvu, epäterveelliset ruokailutottumukset ja runsas tupakointi. Nämä ongelmakohdat tiedostettuna JHL ja Metropolia Ammattikorkeakoulu voisivat alkaa kehittämään ja kokeilemaan erilaisia interventioita matalasti koulutetuille naisille. JHL: jäsenrekisterin tietoja voisi hyödyntää, kun etsitään tietyn ryhmän ihmisiä interventioon. Jäsenille voisi esimerkiksi lähettää sähköisen tai paperisen kyselyn aiheesta. Tärkeää olisi myös seurata interventioiden tehokkuutta. Intervention olisi hyvä olla kustannustehokas, matalan kynnyksen omaava sekä pysyviä elintapamuutoksia tuottava. Tästä olisi myös opinnäytetyön aiheeksi.

Hoitoalan ammattilaiset, kuten sairaanhoitajat, voivat hyödyntää opinnäytetyömme tuloksia kohdatessaan matalan koulutuksen saaneita naisia työssään ja kiinnittää huomiota niihin terveydelle haitallisiin elintapoihin, jotka ovat yleisempiä juuri tässä ryhmässä. Tärkeää on huomioida myös 16-18 vuotiaat nuoret, jotka eivät ole koulussa.

Työikäisistä naisista puhuttaessa on tärkeää kiinnittää huomiota työkyvyn säilymiseen ja työssä jaksamiseen. Nämä osaltaan tukevat sekä yksilön hyvinvointia että taloudel-

lista tuottavuutta. Työikäisten, matalapalkkaisten naisten elintapojen kartoitus täydentää toivottavasti kokonaiskuvaa suomalaisten naisten terveydentilasta ja auttaa havaitsemaan ne terveyttä uhkaavat elintavat, joihin olisi mahdollista puuttua.

Tässä opinnäytetyössä olemme keskittyneet työikäisiin naisiin ja naisten sosioekonomisiin eroihin, mutta samasta aineistosta löytynee tutkimusmateriaalia myös miesten terveydestä ja elintavoista sekä miesten sosioekonomisista eroista. Olisi mielenkiintoista tietää ovatko miehillä tulokset samansuuntaisia ja missä elintavoissa miesten väliset erot poikkeavat naisten vastaavista. Opinnäytetyössämme olemme valinneet näkökulmaksi sosioekonomiset taustatekijät, mutta voisi olla hyödyllistä selvittää onko naisten terveydessä ja elintavoissa myös maantieteellisiä eroja tai miten elintavat kulkevat sukupolvelta toiselle.

Väestön terveys ja elintapojen tutkimus on yhteiskunnallisesti merkittävää. Myös terveyserojen kaventaminen eri koulutusryhmien välillä on erityisen tärkeää, jotta voitaisiin tukea niitä ryhmiä, jotka tarvitsevat tukea ja ohjausta elintapoihin ja terveyteen liittyvissä asioissa. Suomi markkinoi itseään tasa-arvoisena yhteiskuntana, jossa kaikilla on yhtäläiset mahdollisuudet, mutta väestön terveyttä tutkittaessa huomataan kuitenkin merkittäviä eroja yhteiskuntaluokkien välillä. Nyt kun työikäisten matalapalkkaisten naisten elintavat ovat hyvin tiedossa, voitaisiin resursseja kohdistaa juuri tämän ryhmän terveyden edistämiseen. Olisi varmasti tarpeen myös kehittää hankkeita, joissa riskiryhmiin kuuluvien ihmisten elintapoihin pyrittäisiin vaikuttamaan ja seurattaisiin miten interventio on vaikuttanut seurattavien elintapoihin.

Lähteet

Aromaa, Arpo – Huttunen, Jussi – Koskinen, Seppo – Teperi, Juha 2005. Yhteenveto väestön terveyden kehityksestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Teoksessa: Aromaa, Arpo – Huttunen, Jussi – Koskinen, Seppo – Teperi, Juha (toim.): Suomalaisen terveys. Helsinki: Duodecim: Kansanterveyslaitos. 444-460. Saatavilla sähköisesti <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo000066&p_teos=suo&p_osio=&p_selaus=>.

Blomgren, Jenni – Virta, Lauri 2014. Tuloryhmien erot yksityislääkäripalvelujen käytössä eivät kasvaneet vuosina 2006-2011. Suomen Lääkärilehti 8/2014 vsk 69. Saatavilla sähköisesti <<http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000040762>> Luettu 31.3.2015.

Gould, Raija – Ilmarinen, Juhani – Jarvisalo, Jorma – Koskinen, Seppo (toim.) 2006. Työkyvyn ulottuvuudet. Helsinki: Eläketurvakeskus (ETK), Kansaneläkelaitos (Kela), Kansanterveyslaitos (KTL), Työterveyslaitos (TTL). Saatavilla sähköisesti <http://julkari.fi/bitstream/handle/10024/78368/tyokyvyn_ulottuvuudet_7.pdf?sequence=1> Luettu 11.11.2015.

Hallituksen esitys HE 16/2015 vp. Hallituksen esitys eduskunnalle eläkelainsäädännön muuttamisesta ja eräksi siihen liittyviksi laeiksi. Eduskunta Riksdagen. Verkkodokumentti. <https://www.eduskunta.fi/FI/vaski/HallituksenEsitys/Sivut/HE_16+2015.aspx> Luettu 11.11.2015.

Helakorpi, Satu – Laitalainen, Elina – Uutela, Antti 2010. Suomalaisen aikuisväestön terveystietäytyminen ja terveys, kevät 2009. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 7/2010. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla myös sähköisesti <<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085392>>.

Helakorpi, Satu – Patja, Kristiina – Prättälä, Ritva – Uutela, Antti 2005. Suomalaisen aikuisväestön terveystietäytyminen ja terveys, kevät 2005. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B18/2005. Helsinki: Kansanterveyslaitos. Saatavilla sähköisesti <<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204193536>>.

Helakorpi, Satu – Prättälä, Ritva – Uutela, Antti 2008. Suomalaisen aikuisväestön terveystietäytyminen ja terveys, kevät 2007. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B6/2008. Helsinki: Kansanterveyslaitos. Saatavilla sähköisesti <<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204193375>>.

Helakorpi, Satu – Uutela, Antti – Puska, Pekka 2007. Työikäisen väestön elintapojen muutokset Ylipaino on yleistynyt ja alkoholin kulutus kasvanut. Suomen lääkäri-lehti 34/2007 vsk 62. Saatavilla sähköisesti <<http://www.fimnet.fi/cgi-cug/brs/artikkeli.cgi?docn=000028650>> Luettu 4.3.2015.

Helldán, Anni – Helakorpi, Satu – Virtanen, Suvi – Uutela, Antti 2013. Suomalaisen aikuisväestön terveystietäytyminen ja terveys, kevät 2013. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 21/2013. Tampere: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla sähköisesti <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-051-1>>.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 1997. Tutki ja kirjoita. 13. osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Huttunen, Jussi 2012. Mitä terveys on? Terveyskirjasto Duodecim. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00903> Luettu 26.10.2015.

Häkkinen, Unto – Alha, Pirkko (toim.) 2006. Terveyspalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 10/2006. Helsinki: Kansanterveyslaitos. Saatavilla sähköisesti <<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204193554>>.

Johansson, Kirsi – Axelin, Anna – Stolt, Minna – Ääri, Riitta-Liisa (toim.) 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto Hoitotieteenlaitoksen julkaisuja, Tutkimuksia ja raportteja Sarja A51. Turku: Turun yliopisto.

Joutsenniemi, Kaisla – Martelin Tuija – Kestilä, Laura – Martikainen, Pekka – Pirkkola, Sami – Koskinen, Seppo 2007. Living arrangements, Heavy drinking and alcohol dependence. Alcohol and Alcoholism 42.480. Saatavilla sähköisesti. <<http://dx.doi.org/10.1093/alcalc/agm011>> Luettu 31.3.2015.

Järvelin, Jutta 2015. Tuloryhmien väliset erot sairaalahoidon kustannuksissa ovat kasvaneet. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Uutiskirje. Verkkodokumentti. <<https://www.thl.fi/fi/web/paatoksenteko-talous-ja-palvelujarjestelma/talous/optimi-terveys-ja-sosiaalitalouden-uutiskirje/2015/tuloryhmien-valiset-erot-sairaalahoidon-kustannuksissa-ovat-kasvaneet>> Luettu 31.3.2015.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Karisto, Antti – Lahelma, Eero 2005. Sosiaalinen ympäristö ja kulttuuriympäristö. Teoksessa Aromaa, Arpo – Huttunen, Jussi – Koskinen, Seppo – Teperi, Juha (toim.): Suomalaisen terveys. Helsinki: Duodecim: Kansanterveyslaitos. 50-53. Saatavilla sähköisesti <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00008&p_teos=suo&p_osio=&p_selaus=>>.

Karvonen, Sakari – Lahelma, Eero – Lammi-Taskula, Johanna – Palosuo, Hannele – Sihto, Marita 2013. Sosiaaliset määrittäjät WHO:n ja Suomen terveyspolitiikassa. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla sähköisesti. <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-245-909-1>>.

Karvonen, Sakari – Moisio, Pasi – Vaarama, Marja 2010. Suomalaisen hyvinvointi 2010. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Saatavilla sähköisesti. <<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085398>>.

Kauppinen, Timo – Martelin, Tuija – Hannikainen-Ingman, Katri – Virtala, Esa 2014. Yksin asuvien hyvinvointi - Mitä tällä hetkellä tiedetään? Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Työpäpaperi. 27/2014. Saatavilla sähköisesti <<http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-266-9>> Luettu 30.3.2015.

Koskenvuori, Markku – Mattila, Kari 2009. Terveyden edistämisen ja sairauksien ehkäisyn periaatteet. Terveyskirjasto Duodecim. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00001> Luettu 11.11.2015.

Laitinen, Jaana 2004. Ravitsemus ja työkyky sekä hyvinvointi työssä. Terveyskirjasto Duodecim. Verkkodokumentti. <<http://www.ebm->

guidelines.com/dtk/ltk/avaa?p_artikkeli=tll00109&p_haku=hoitosuositus> Luettu 11.11.2015.

Leino-Kilpi, Helena – Välimäki, Maritta 2014. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Luoto, Riitta – Moilanen, Jaana – Alha, Pirkko – Aalto, Anna-Mari – Koponen, Päivikki – Hemminki, Elina 2011. Naisen terveys keski-iässä. Terveys 2000 -tutkimus. Tuloksia vuoden 2008 seurantatutkimuksesta. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL), Raportti 67/2011. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla myös sähköisesti <<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201205085212>>.

Martelin, Tuija – Koskinen, Seppo – Lahelma, Eero 2005a. Väestöryhmien väliset terveyserot. Teoksessa Aromaa, Arpo – Huttunen, Jussi – Koskinen, Seppo – Teperi, Juha (toim.): Suomalaisten terveys. Helsinki: Duodecim: Kansanterveyslaitos. 266-276. Saatavilla sähköisesti <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00043&p_teos=suo&p_osio=&p_selaus=>>.

Martelin, Tuija – Koskinen, Seppo – Valkonen, Tapani 2005b. Kuolleisuus. Teoksessa Aromaa, Arpo – Huttunen, Jussi – Koskinen, Seppo – Teperi, Juha (toim.): Suomalaisten terveys. Helsinki: Duodecim: Kansanterveyslaitos. 117-129. Saatavilla sähköisesti <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00021> .

Matalapalkkaiset naiset ja miehet 2011. Suomen Ammattiliittojen Keskusjärjestö SAK. Verkkodokumentti. <<http://www.sak.fi/aineistot/tilastot/palkka-ja-muut-tilastot/matalapalkkaiset-naiset-ja-miehet-2013-06-07>> Luettu 12.2.2015.

Männistö, Satu – Laatikainen, Tiina – Harald, Kennet – Borodulin, Katja – Jousilahti, Pekka – Kanerva, Noora – Peltonen, Markku – Vartiainen, Erkki 2015. Työikäisten ylipainon ja lihavuuden kasvu näyttää hidastuneen. Suomen Lääkärilehti 14-15/2015 vsk 70. Saatavilla sähköisesti. <http://www.potilaanlaakarilehti.fi/site/assets/files/15118/ty_ik_isten_ylipainon_ja_lihavuuden_kasvu.pdf> Luettu 5.11.2015.

Palosuo, Hannele – Koskinen, Seppo – Lahelma, Eero – Prättälä, Ritva – Martelin, Tuija – Ostamo, Aini – Keskimäki, Ilmo – Sihto, Marita – Talala, Kirsi – Hyvönen, Elisa – Linnanmäki, Eila 2007. Terveiden eriarvoisuus Suomessa - Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23. Helsinki. Saatavilla sähköisesti <<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201504226300>> Luettu 11.11.2015.

Prättälä, Ritva – Paalanen, Laura (toim.) 2007. Elintavat ja niiden väestöryhmäerot Suomessa. Terveys 2000 -tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B2/2007. Helsinki: Kansanterveyslaitos. Saatavilla myös sähköisesti <<http://urn.fi/URN:NBN:fi-fe201204193260>>.

Salminen, Ari 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? - Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopisto: Opetusjulkaisuja 62. Verkkodokumentti < http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf> Luettu 31.3.2015.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Sosiaaliturvan suunta 2005-2006. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:1. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavilla

sähköisesti

<http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&nameDLFE-4072.pdf>
Luettu 4.3.2015.

Ståhl, Timo – Rimpelä, Arja (toim.) 2010. Terveyden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla sähköisesti <<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80332/5d1a9fc1-a8f0-4f82-a958-0e93ed98a42f.pdf?sequence=1>> Luettu 11.11.2015.

Suomalaisen aikuisväestön terveystietäytyminen ja terveys (AVTK). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <<http://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/vaestotutkimukset/suomalaisen-aikuisvaeston-terveystietaytyminen-ja-terveys-avtk>> Luettu 12.2.2015.

Talala, Kirsi – Härkänen, Tommi – Martelin, Tuija – Karvonen, Sakari – Mäki-Opas, Tomi – Marderbacka, Kristiina – Suvisaari, Jaana – Sainio, Päivi – Rissanen, Harri – Ruokolainen, Otto – Heloma, Antero – Koskinen, Seppo 2014. Koulutusryhmien väliset terveys ja hyvinvointierot edelleen suuria. Suomen Lääkärilehti. Verkkodokumentti <<http://www.fimnet.fi/cl/laakarilehti/pdf/2014/SLL362014-2185.pdf>> Luettu 24.2.2015.

Tarkiainen, Lasse – Martikainen, Pekka – Laaksonen, Mikko – Valkonen, Tapani 2011. Tuloluokkien väliset erot elinajanodotteessa ovat kasvaneet vuosina 1988-2007. Suomen Lääkärilehti 48/2011 vsk 66. Saatavilla sähköisesti <<http://www.laakarilehti.fi/files/lehdisto/SLL482011-tarkiainen.pdf>> Luettu 30.3.2015.

Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen kannattaa. Sosiaali- ja terveysministeriö. Verkkodokumentti. <<http://stm.fi/terveyden-ja-hyvinvoinnin-edistaminen-kannattaa>> Luettu 8.10.2015.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013a. Elintavat - Mitä on eriarvoisuus elintavoissa. Verkkodokumentti. Päivitetty 19.3.2013 <<http://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/elintavat>> Luettu 12.2.2015.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013b. Keskeisiä käsitteitä - terveys. Verkkodokumentti. Päivitetty 29.9.2014. <<http://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/keskeisia-kasitteita>> Luettu 12.2.2015.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014. Koettu terveys. Verkkodokumentti. Päivitetty 25.9.2014. <<http://www.stakes.fi/hyvinvointi/ymp/sva/terveys.html>> Luettu 26.10.2015.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Savuton Suomi 2040. Verkkodokumentti. ><https://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/tupakka/savuton-suomi-2040>< Luettu 13.1.2015.

Tilastokeskus. 2012. Työllisyys parani vuonna 2011. Verkkodokumentti. Päivitetty 9.3.2012 <http://www.tilastokeskus.fi/til/tyti/2011/13/tyti_2011_13_2012-03-09_tie_001_fi.html> Luettu 13.11.2015

Tilastokeskus. 2013. Kaksi kolmesta alle kolmivuotiaiden lasten äideistä työllisiä. Verkkodokumentti. <http://tilastokeskus.fi/til/tyokay/2011/02/tyokay_2011_02_2013-03-22_tie_001_fi.html> Luettu 13.11.2015.

Tilastokeskus. 2015. Asuminen - Vuokra-asuntojen keskimääräiset vuokrat. Verkko-dokumentti. <http://www.stat.fi/tup/suoluk/suoluk_asuminen.html#vuokraasunnot> Luettu 30.3.2015.

Tuomi, Jouni – Sarajärvi, Anneli 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkauspäilyjen käsitteleminen Suomessa. Saatavilla sähköisesti <http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf> Luettu 31.3.2015.

Työkyvyttömyyseläkettä saaneet. Findikaattori. Vekko-dokumentti. <<http://www.findikaattori.fi/fi/76>> Luettu 11.11.2015.

Valtioneuvoston asetus tupakasta 1976/ 693. Annettu Helsingissä 13.8.1976.

Vertio Harri. Terveiden edistäminen.2003 .Helsinki: Tammi.

Vuorisalmi, Merja. 2007.Examining Self-Rated Health in Old Age. Tampereen yliopisto. Väitöskirja. Saatavilla myös sähköisesti <<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67783/978-951-44-7128-5.pdf?sequence=1>> Luettu 30.10.2015.

Väisänen, Heini – Pelkonen, Inka. Yksinhuoltajaperheet Suomessa. Väestöliitto. Verkko-dokumentti. <http://www.vaestoliitto.fi/tieto_ja_tutkimus/vaestontutkimuslaitos/tilastoja-ja-linkkeja/tilastotietoa/perheet/yksinhuoltajaperheet_suomessa/> Luettu 30.3.2015.

Yleistietoa kansantaudeista. 2015. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Verkko-dokumentti. Päivitetty 28.4.2015 <<https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/yleistietoa-kansantaudeista>>. Luettu 26.10.2015.

Tiedonhakutaulukko

TIETIKANTA/ HAKUTAPA	HAKUSANAT	RAJAUKSET	KAIKKI TULOKSET	VALITTU otsikon perusteella	VALITTU tiivistelmän perusteella	VALITTU koko tekstin perusteella
Julkari - STM:n hallinnonalan avoin julkaisukirjasto	naisten elintavat	haun kohde: koko Julkari. selaus lopetettu vuoteen 2005	515	17	14	5
	naisten terveys	haun kohde: koko Julkari. selaus lopetettu vuoteen 2005	1824	20	14	2
Valvira	naiset, terveys		7	0	0	0
Terveyskirjasto	pienitul* nais* elint* terv*		6	3	3	0
Medic	nais*terv*elint*NOT rask*laps*	2005-2015	211	7	2	0
	työik*terv*ANDsosioekon* NOT Nuor	kieli: suomi 2005-2015	233	10	6	0
	työikäis* AND suom* AND hank*	Kieli: suomi 2005-2015	4	0	0	0
	työikäis* AND suom*	Kieli: suomi 2005-2015	31	1	0	0
	terveysero* AND kavent*	Kieli: suomi 2005-2015	10	6	3	0

Tutkimusaineiston analyysitaulukko

TUTKIMUS	TARKOITUS	KOHDERYHMÄ/ OTOS	TOTEUTUS	KESKEISET TULOKSET	MUUTA ERITYISTÄ
Helldán, Anni - Helakorpi, Satu - Virtanen, Suvu - Uutela, Antti 2013. Suomi.	Tarkastellaan suomalaisen aikuisväestön terveyttä ja terveysmuutoksia.	Satunnaisotos, n=3647, joista 25-64 -vuotiaita naisia 2340. Vuonna 1949-1998 syntyneet maassa pysyvästi asuvat Suomen kansalaiset.	Postikysely. Kvantitatiivinen tutkimus.	Monet kansantautien taustalla vaikuttavat elintavat ovat muuttaneet myönteisemmäksi, lukuun ottamatta alkoholia ja ylipainoa. Koulutusryhmien välillä on eroja erityisesti tupakoinnin suhteen.	Tuloksia tarkasteltaessa on syytä huomioida että nuorten vastausaktiivisuus laskeut.
Luoto, Riitta - Moilanen, Jaana - Alha, Pirkko - Aalto, Anna-Mari - Koponen, Päivikki - Hemminki, Elina 2011. Suomi	Tarkastellaan keski-ikäisten naisten terveyttä.	Satunnaisotos, n=1224.	Postikysely. Kvantitatiivinen tutkimus.	Sosioekonomiset erot vaikuttavat keski-ikäisten naisten terveydentilaan, oireiden yleisyyteen ja terveyspalvelujen käyttöön. Keski-ikäiset naiset ovat usein aktiivisia toimijoita ja muuttavat elintapojaan erityisesti vaihdevuosi-iässä.	
Helakorpi, Satu - Laitalainen, Elina - Uutela, Antti 2010. Suomi.	Tarkastellaan suomalaisen aikuisväestön terveyttä ja terveysmuutoksia.	Satunnaisotos, n=4213, joista 25-64 -vuotiaita naisia 2692. Vuonna 1945-1994 syntyneet maassa pysyvästi asuvat Suomen kansalaiset.	Postikysely. Kvantitatiivinen tutkimus.	Koulutusryhmien välillä edelleen elintapaeroja, jotka pääasiassa epäsuotuisat alimpaan koulutusryhmään kuuluville.	Ylipainoisuus on lisääntynyt kaikissa koulutusryhmissä, ja alkoholin viikkokulutus on suurempaa ylimmässä koulutusryhmässä.
Helakorpi, Satu - Prättälä, Ritva - Uutela, Antti 2008. Suomi.	Tarkastellaan suomalaisen aikuisväestön terveyttä ja terveysmuutoksia.	Satunnaisotos, n=4665, joista 25-64 -vuotiaita naisia 2943. Vuonna 1943-1992 syntyneet maassa pysyvästi asuvat Suomen kan-	Postikysely. Kvantitatiivinen tutkimus.	Koulutusryhmien välillä ilmenee elintapaeroja, joista useimmat ovat epäsuotuisia alimpaan koulutusryhmään kuuluville.	Vapaa-ajan liikunnan harrastamisen suhteen merkittäviä koulutusryhmien välisiä eroja ei ole havaittavissa.

		salaiset.			
Prättälä, Ritva - Paalanen, Laura (toim.) 2007. Suomi.	Antaa yleiskuvaa 30-vuotta täyttäneiden henkilöiden elintavoista ja niiden väestöryhmittäisistä eroista.	Satunnaisotos, n=7112, joista 30-64-vuotiaita naisia 2710.	Kotihaastattelu, postikysely, terveystarkastus, täydentävä postikysely. Kvantitatiivinen tutkimus.	Koulutustason havaittiin olevan yhteydessä useimpiin elintapoihin pois lukien fyysinen aktiivisuus ja liikkuminen.	Eriyisen suuria koulutusryhmien välisiä eroja esiintyi tupakoinnin suhteen.
Häkkinen, Unto - Alha, Pirkko (toim.) 2006. Suomi.	Kuvataan terveyspalvelujen käyttöön liittyviä tuloksia vuosina 2000–2001 toteutetusta Terveys 2000 -tutkimuksesta	Satunnaisotos, n = 9128. Naisia (25-64 vuotiaat) 3124.	Kotihaastattelu, postikysely, terveystarkastus, täydentävä postikysely. Kvantitatiivinen tutkimus.	Suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä sosioekonomisesti eriarvoinen ja on useimmiten korkeasti koulutettuja henkilöitä suosiva (erityisesti yksityis-sektorin alueella).	
Helakorpi, Satu - Patja, Kristiina - Prättälä, Ritva - Uutela, Antti. 2005. Suomi.	Tarkastellaan suomalaisen aikuisväestön terveyttä ja terveysmuutoksia.	Satunnaisotos, n = 4809. Naisia (25-64 vuotiaat) 3000. Vuonna 1941-1990 syntyneet maassa pysyvästi asuvat Suomen kansalaiset.	Postikysely. Kvantitatiivinen tutkimus.	Kansantauteihin vaikuttavat elintavat ovat kehittyneet pääasiassa positiiviseen suuntaan. Toisaalta alkoholinkulutus ja ylipaino ovat kasvussa. Koulutusryhmien välillä on havaittavissa eroja eri elintapojen suhteen.	