

Hanna Mönkäre  
Selma Sarla

Matalapalkkaisten keski-ikäisten naisten  
terveys kaupunki- ja haja-asutusalueilla  
Posteriterveiden edistämiseksi

---

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Terveydenhoitaja

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

22.4.2016

Tekijät	Hanna Mönkäre Selma Sarla
Otsikko	Matalapalkkaisten keski-ikäisten naisten terveys kaupunki- ja haja-asutusalueilla
Sivumäärä	Posteriterveystyön edistämiseksi
Aika	32 sivua + 2 liitettä 22.4.2016
Tutkinto	Terveydenhoitaja (AMK)
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Ohjaajat	yliopettaja Leena Rekola lehtori Eila-Sisko Korhonen
<p>Opinnäytetyömme on osa Voimaa naisissa -hanketta, joka on Metropolia Ammattikorkeakoulun ja Julkisten ja hyvinvointialojen liiton JHL:n yhteistyöhanke. Hankkeessa kartoitetaan ja kuvataan matalapalkkaisten yli 45-vuotiaiden suomalaisten naisten terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavia elintapoja. Hankkeen tavoitteena on edistää matalapalkkaisten keski-ikäisten naisten terveyttä sekä tukea heidän valmiuksiaan ottaa itse vastuuta hyvinvointiin ja terveyteen liittyvistä elintavoista.</p> <p>Suomalaisten terveys on kohentunut viime vuosina, mutta sosioekonomiset erot terveydessä ovat kuitenkin säilyneet ennallaan tai jopa kasvaneet. Alemmassa sosioekonomisessa asemassa olevilla ei monesti ole käytössään tarpeeksi tietoa ja taloudellisia resursseja, jotka mahdollistaisivat helpommin terveyttä edistävän käyttäytymisen.</p> <p>Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata keski-ikäisten matalapalkkaisten naisten sosioekonomisen aseman vaikutuksia terveyteen, selvittää sen eroja kaupunki- ja haja-asutusalueilla ja tuottaa tulosten perusteella terveyttä edistävä posteriterveystyö. Posterin tavoitteena on toimia muistutuksena terveyttävistä elintavoista ja edistää siten naisten terveyttä.</p> <p>Opinnäytetyömme toteutettiin toiminnallisena työnä, joka jakautui kolmeen vaiheeseen. Ensimmäisessä vaiheessa kokosimme opinnäytetyön tietoperustan, jota seurasi posterin suunnittelun ja toteutuksen vaiheet. Valtaosa opinnäytetyön tietoperustasta pohjautuu THL:n koordinoiman Alueellinen terveys- ja hyvinvointi -tutkimuksen tuloksiin. Tietoperustassa hyödynnettiin lisäksi kansainvälistä tutkimustietoa, mutta pääpaino oli suomalaisissa tutkimuksissa. Tutkimustuloksista ilmeni, että alueelliset erot terveydessä eivät olleet merkittävän suuria, minkä johdosta suunnittelimme yhden posterin käytettäväksi kaikilla eri alueilla. Samat terveyttä edistävät elintavat koskevat kaikilla alueilla asuvia keski-ikäisiä naisia. Posterin aihealueiksi valittiin terveellinen ruokavalio, säännöllinen liikunta, alkoholi, tupakka, seulonnat, terveyttä koskeva tieto, hoitoon hakeutuminen, sairauksien ennaltaehkäisy sekä sosiaalinen elämä.</p> <p>Posteriterveystyö on tehty Voimaa naisissa -hankkeen käyttöön. Posteriterveystyö on suunniteltu niin, että sitä voi hyödyntää esimerkiksi terveysasemilla tai työterveysshuollossa.</p>	
Avainsanat	matalapalkkaisuus, nainen, kaupunki- ja haja-asutusalueet, terveyden edistäminen; posteriterveystyö

Authors	Hanna Mönkäre Selma Sarla
Title	Health behavior of middle-aged low-income women in urban and rural areas in Finland: a health promoting poster
Number of Pages	32 pages + 2 appendices
Date	22.4.2016
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Public Health Nursing
Instructors	Leena Rekola, Principal Lecturer Eila-Sisko Korhonen, Senior Lecturer
<p>The health of Finns has improved in the past years but the socioeconomic differences in health have stayed the same or even increased. Those with low socioeconomic status rarely have enough knowledge or financial resources to enable health promoting behavior.</p> <p>This final project is a part of “Empowering Women” project carried out in co-operation with Metropolia University of Applied Sciences and The Trade Union for The Public and Welfare Sectors. The objective of the project was to study health behavior of middle-aged low-income Finnish women and to support their abilities to take responsibility of their own health. The primary aim was to promote the womens’ health.</p> <p>The purpose of this final project was to describe the effects of socioeconomic status on the health of middle-aged low-income women. Additionally, we wanted to study the differences in health in urban and rural areas and produce a health promoting poster based on the findings. The objective of the poster was to remind the women of health promoting choices in life and to promote their health as a result.</p> <p>This final project was carried out as a functional project divided into three phases. During the first phase we put together the theoretical framework followed by the planning and manufacturing of the poster. Most of the theoretical framework of this thesis was based on The Regional Health and Well-being Study conducted by The National Institute for Health and Welfare. Some international studies were also used for the theoretical framework but the main focus was on Finnish studies. The results of the studies showed that there were not significant areal differences in health. For that reason we designed one poster to be used in all areas. The same health promoting factors impact the middle-aged women living in all areas. The subjects chosen to the poster were healthy diet, regular exercise, alcohol, tobacco, screenings, reliable health information, the importance of seeking treatment in time, prevention of illnesses and social life.</p> <p>The poster was made for the use of “Empowering Women” project. It was designed to be used e.g. in health care centers or in occupational health care.</p>	
Keywords	low-income, woman, urban and rural areas, health promotion; poster

## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	2
3	Naisten terveys kaupunki- ja haja-asutusalueilla	2
3.1	Terveys ja terveyserot	3
3.2	Sosioekonominen asema	4
3.3	Kaupunki- ja haja-asutusalueet	6
3.4	Alueelliset terveyserot Suomessa	7
3.4.1	Elintavat ja riskitekijät	8
3.4.2	Hyvinvointi, terveys ja työkyky	12
3.4.3	Palveluiden käyttö ja terveystiedon hankinta	16
3.5	Alueelliset terveyserot kansainvälisesti	17
4	Posterin terveyttä edistävänä interventiona	20
5	Posterin toteutus	21
5.1	Posterin suunnittelu	22
5.2	Posterin kuvaus	22
5.3	Posterin arviointi	25
6	Pohdinta	26
6.1	Luotettavuus ja eettisyys	27
6.2	Hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset	28
	Lähteet	29
	Liitteet	
	Liite 1. Kaupunki-maaseutu-luokitus	
	Liite 2. Terveyttä edistävä posterin	

## 1 Johdanto

Suomalaisten terveys on kohentunut viime vuosina, mutta silti sosioekonomiset erot terveydessä ovat säilyneet ennallaan tai jopa kasvaneet. Ylemmässä sosioekonomisessa asemassa olevat elävät keskimäärin muita pidempään ja terveempinä. Alemmassa sosioekonomisessa asemassa olevilla ei monesti ole käytössään tarpeeksi tietoa ja taloudellisia sekä sosiaalisia resursseja, jotka taas mahdollistaisivat helpommin terveyttä edistävän terveystyöskäytymisen. Terveellisten elintapojen, esimerkiksi ruokatottumusten ja liikunnan, avulla voidaan edistää hyvinvointia ja terveitä elinvuosia sekä ehkäistä painonnousua. Nämä ovat oleellisessa roolissa keski-ikäisten ikääntyessä. (Loman 2015.)

Suomessa maaseutumaisten ja kaupunkimaisten alueiden välillä on jonkin verran eroa väestön hyvinvoinnin suhteen. Itä- ja Pohjois-Suomessa elinajanodote on matalampi, kroonisiin sairauksiin kuolleisuus korkeampi, työkyvyttömyyseläkkeiden määrä suurempi ja itse arvioitu terveys huonompi kuin Länsi- ja Etelä-Suomessa. (Lankila 2014.)

Opinnäytetyömme on osa Voimaa naisissa -hanketta, joka on Metropolia Ammattikorkeakoulun ja Julkisten ja hyvinvointialojen liiton JHL:n yhteistyöhanke. Hankkeessa karotetaan ja kuvataan matalapalkkaisten keski-ikäisten suomalaisten naisten terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavia elintapoja. Hankkeen tavoitteena on edistää kohderyhmän terveyttä sekä tukea heidän valmiuksiaan ottaa itse vastuuta hyvinvointiin ja terveyteen liittyvistä elintavoista.

Keski-ään katsotaan ajoittuvan tavallisesti ikävuosien 40–60 välille. Se on pitkä ajanjakso ihmisen elämänkaareissa ja siihen sisältyy myös usein elämän tuotteliaimmat vuodet. (Kokko 2010.) Naisen terveyden kannalta keski-ikä on tärkeä ja kriittinen vaihe. Useiden pitkäaikaissairauksien ensimmäiset merkit ilmenevät juuri keski-ässä ja niihin sairastuvuus lisääntyy ikääntyessä. Elintavoilla on näin ollen suuri merkitys myöhemmän sairastavuuden kannalta. (Luoto ym. 2011).

Perehdymme opinnäytetyössämme keski-ikäisten matalapalkkaisten naisten terveystottumuksiin ja terveysongelmiin kaupunki- ja haja-asutusalueilla sekä kansallisella että kansainvälisellä tasolla. Kerätyn tiedon perusteella tuotamme kohderyhmälle tarkoitettun

posterin terveyttä edistävästä elintavoista. Posterin tavoitteena on tukea kohderyhmän tietoutta terveydestä ja toimia muistutuksena ikään liittyvissä terveysasioissa.

## **2 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite**

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata keski-ikäisten matalapalkkaisten naisten sosioekonomisen aseman vaikutuksia terveyteen, selvittää sen eroja kaupunki- ja haja-asutusalueilla ja tuottaa tulosten perusteella terveyttä edistävä posterit. Posterin tavoitteena on toimia muistutuksena terveyttävistä edistävästä elintavoista ja edistää siten naisten terveyttä. Materiaalia voi hyödyntää esimerkiksi terveysasemilla tai työterveyshuollossa.

Opinnäytetyön tietoperustan kokoamista ja posterin laadintaa ohjaavat kysymykset:

1. Millaisia eroja matalapalkkaisten keski-ikäisten naisten terveyskäyttäytymisessä on kaupunki- ja haja-asutusalueilla?
2. Miten pystytään vaikuttamaan matalapalkkaisten keski-ikäisten naisten terveyskäyttäytymiseen?

## **3 Naisten terveys kaupunki- ja haja-asutusalueilla**

Tavoitteenamme oli löytää aikaisempaa tutkimustietoa keski-ikäisten naisten terveyteen liittyen sekä sosioekonomisen aseman ja asuinalueen vaikutusta siihen. Lähdimme toteuttamaan tiedonhaku useista eri tietokannoista, joista lopulta hyödynnettiin eniten Cinahlia, Medicia, Medlinea sekä Julkaria. Hyödynsimme myös koulun kirjastosta löytävää materiaalia. Tiedonhaku oli rajattu lähes kaikissa hauissa vuosiin 2005–2015 sekä alkuperäistutkimuksiin, väitöskirjoihin, pro graduihin sekä kirjallisuuskatsauksiin. Aluksi sopivaa tietoa oli haastavaa löytää, koska olimme rajanneet aiheen liian tarkasti. Vaihdoin aiheita ja hakuja koskemaan laajemmin keski-ikäisten naisten elintapoja ja sosioekonomisen aseman vaikutuksia terveyteen. Tämä tuotti opinnäytetyön kannalta hyödyllisempiä tuloksia. Hyödynsimme paljon suomalaisen ATH-tutkimuksen tulosraportteja ja lisäksi kansainvälisiä tutkimuksia. Hakuja tehtiin sekä suomeksi että englanniksi ja

keskeisinä hakutermeinä käytettiin muun muassa käsitteitä: terveys, keski-ikäinen, nainen, hyvinvointi, health behaviour, health differences, health, middle aged women, income, rural areas. Valitsimme työhön sopivat lähteet otsikon ja tiivistelmän perusteella. Kävimme läpi tutkimusten otsikon ja tiivistelmän lisäksi sisällys- ja lähdeluetteloja. Julkaisu- ja silmäilyn jälkeen perehdyimme tutkimuksiin tarkemmin, jos ne osoittautuivat aiheeseemme sopiviksi. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2009: 111–112.)

### 3.1 Terveys ja terveyserot

Terveyteen vaikuttavat monet tekijät ja se on jatkuvasti muuttuva tila. Siihen vaikuttavat esimerkiksi sairaudet, elinympäristö sekä ihmisen arvot, asenteet ja kokemukset. Maailman terveysjärjestö WHO määrittelee terveyden täydellisen psyykkisen, fyysisen sekä sosiaalisen hyvinvoinnin tilaksi. Määritelmää on kritisoitu, koska tällaista tilaa on mahdoton saavuttaa tilanteiden muuttuessa. (Huttunen 2012.)

Jokainen määrittää oman terveytensä itse, ja usein itse koettu terveys voikin erota lääkärin tai muiden ihmisten tekemästä arviosta. Ihminen voi tuntea olonsa terveeksi, vaikka hänellä olisi vaikeita sairauksia tai vammoja, joihin hän saa hoitoa. Omaan terveyden arvioon vaikuttavat paljon ihmisen tavoitteet sekä elinympäristö. Terveys on yksi elämän voimavaroista, sitä voidaan kasvattaa, mutta myös kuluttaa. Tämän hetkiseen terveyteemme pystymme vaikuttamaan päätöksillä ja teoilla, joilla on myös vaikutus tulevaan terveyteemme. Mitä enemmän terveyspääomaa on, sen pidemmälle voi siirtyä hetki, jolloin emme enää itse pysty vaikuttamaan terveydentilaamme. (Huttunen 2012.)

Terveyteen vaikuttavista tekijöistä oleellisessa roolissa ovat elintavat. Elintavoilla tarkoitetaan tavallisesti liikunta- ja ravitsemustottumuksia sekä alkoholin ja tupakan käyttöä. Niillä on yhteys sairastavuuteen ja kuolleisuuteen. Erityisesti edellä mainituilla on suuri merkitys suomalaisten kansantautien ennaltaehkäisyssä sekä puhkeamisessa. Elintavat vaikuttavat myös merkittävästi sosioekonomisten terveyserojen syntyyn. Terveydelle haitalliset elintavat ovat osa ketjua, joka johtaa heikosta sosioekonomisesta asemasta huonoon terveyteen ja ennen aikaiseen kuolleisuuteen. (THL 2013.) Elintavat ja sosioekonominen asema ovat yhdessä osa terveyskäyttäytymistä. Terveyskäyttäytyminen ilmenee usein samankaltaisena tietyn sosioekonomisen aseman sisällä, koska saman taustan ja sosioekonomisen aseman omaavat jakavat yleensä myös yhtäläisiä arvoja, käsityksiä ja asenteita terveyteen liittyen. (Loman 2015.)

Suomalaisten terveys on useiden mittarien mukaan kehittynyt myönteiseen suuntaan viimeksi kuluneiden vuosikymmenien aikana. Naisten elinajanodote on pidentynyt vuosina 1992- 2012 neljällä vuodella (79,4 vuodesta 83,4 vuoteen) ja miehillä kuudella vuodella (71,7 vuodesta 77,5 vuoteen). Elinajanodote on korkeampi korkeasti koulutetuilla kuin perusasteen koulutuksen saaneilla. Suomalaisten toimintakyky on parantunut ja monet kansansairauksista ovat käyneet harvinaisemmiksi. Päinvastaista muutostakin on tosin havaittavissa ja esimerkiksi diabeteksen esiintyvyys on lisääntynyt ja alkoholiin liittyvän kuolleisuuden kasvu on nousussa. (Martelin – Murto – Pentala – Linnanmäki 2014: 63-71.)

Useilla kansantaudeilla on samoja suoja- ja riskitekijöitä. Esimerkiksi tupakointi on iso riskitekijä kroonisten keuhkosairauksien, sydän- ja verisuonisairauksien, syöpien ja muistisairauksien syntymisessä. Liikunta sen sijaan suojaa lähes kaikkien kansantautien riskeiltä. Monet työikäisten kroonisista sairauksista ovat ehkäistävissä terveellisillä elintavoilla, kuten liikunnalla, tupakoinnin ja runsaan alkoholin käytön välttämällä sekä ehkäisemällä lihavuutta. (THL 2015d.) Yleisin krooninen sairaus suomalaisilla keski-ikäisillä naisilla on verenpainetauti, jota sairastaa joka kolmas. Vähemmän koulutetuilla naisilla verenpainetautia ja diabetesta esiintyy enemmän kuin korkeasti koulutetuilla. (Luoto ym. 2011.)

Väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen on jo kauan ollut suomalaisen terveyspolitiikan tavoitteena. Tästä huolimatta erot etenkin sosioekonomisten ryhmien välillä ovat säilyneet selkeinä tai jopa lisääntyneet. Epäterveelliset elintavat, mielenterveyshäiriöt sekä pitkäaikaissairaudet ovat selvästi yleisempiä vähemmän koulutusta saaneilla kuin korkeasti koulutetuilla. (Talala ym. 2014; Martelin ym. 2014: 63, 67.) Terveyseroja väestöryhmien välillä vahvistaa se, että korkeammin koulutetut useammin tiedostavat epäterveellisten tapojen haitallisuuden ja halun luopua niistä (Koivusilta 2011: 132).

### 3.2 Sosioekonominen asema

Sosioekonomista asemaa määrittäviä tekijöitä ovat koulutus, työmarkkina-asema, ammattiin perustuva sosiaaliluokka sekä tulot ja varallisuus (THL 2014a). Eri tekijöillä on yhteys toisiinsa ja sosioekonomisella asemalla on merkitystä esimerkiksi terveyskäyttämiseen jo lapsuudesta lähtien. Koulutus hankitaan useimmiten jo nuoruudessa eikä se tavallisesti muutu paljoa elämän aikana. Sitä pidetäänkin suhteellisen pysyvänä sosio-

ekonomisen aseman mittarina. Koulutus vaikuttaa yksilön tietotasoon, arvoihin ja asenteisiin. Niistä on apua valintojen teossa ja arvioinnissa, tietojen tulkitsemisessa ja soveltamisessa sekä kriittisessä suhtautumisessa tarjolla olevaan tietoon. Yksilön on helpompi tehdä terveyttä edistäviä valintoja ja päätöksiä oikean tiedon varassa. Korkea koulutustaso vaikuttaa haluun ja kykyyn noudattaa suositeltua käyttäytymistä ja tukee siten terveyttä edistävää käyttäytymistä. Vanhempien sosioekonominen asema ja koulutus vaikuttavat myös jälkikasvuun. Terveyskäyttäytyminen ja asenteet siirtyvät usein sukupolvelta toiselle. Lapsuuden heikko sosioekonominen asema saattaa heijastua aikuisuudessa koulutusmahdollisuuksiin, ammatinvalintaan, terveyskäyttäytymiseen ja siten koko terveyteen. (Loman 2015.) Monesti nuorten tekemät valinnat koulutuksessa myötäilevätkin vanhempien koulutusta. Pelkkä matala koulutus tai matala sosiaalinen asema ei sellaisenaan kuitenkaan selitä terveyseroja, eikä pelkkä koulutusvuosien lisääminen ratkaisisi terveyserojen eriarvoisuuden ongelmia. Kaikille korkeakoulututkinto ei ole mahdollinen tai tarkoituksenmukainen. Keskeisenä tavoitteena terveyserojen kaventamisessa on, ettei matala koulutustaso vastaa huonoa terveyttä. (THL 2015c.)

Sosioekonomisen aseman taloudellisia ulottuvuuksia ilmentävät tulot. Koulutustaso, ammatti ja työtehtävät vaikuttavat suuresti tulotasoon, myös ikä ja sukupuoli voivat olla tuloihin vaikuttavia tekijöitä. Tulot vaikuttavat yksilön ja perheiden kulutusmahdollisuuksiin sekä mahdollistavat valinnat muun muassa harrastusten, ruokatottumusten ja asuinalueen suhteen, ja vaikuttavat siten myös terveyteen. (Loman 2015.) Aina korkea koulutustaso ei kuitenkaan korreloi suurien tulojen kanssa. Korkeasti koulutetuista esimerkiksi lastentarhanopettajat, kirjastonhoitajat ja sosiaalityöntekijät ovat heikoimmin palkattuja. Ne ovat myös tyypillisesti naisten aloja. Vastaavasti suuret tulot eivät aina vaadi pitkää koulutusta. Ammattioppilaitoksen lyhyellä koulutuksellakin voi tienata hyvin esimerkiksi ahtaajan, paperimiehen tai veturinkuljettajan töissä, jotka puolestaan ovat miesvaltaisia aloja. Pääsääntöisesti kuitenkin pitkä koulutus näkyy palkassa, työmarkkina-asemassa sekä työpaikan varmuudessa. (Laitinen 2013.)

Vuonna 2010 Suomen kaikista työntekijöistä 6 % ja naisista 8 % oli matalapalkkaisia. Matalapalkkaisuus on määritelty tarkoittavan alle 2/3 mediaanipalkasta. (Kainulainen 2013.) Kuntasektorilla työskentelevän kuukausipalkan keskiarvo vuonna 2014 oli 3094 euroa kuukaudessa (Tilastokeskus 2015). Alle viidesosa matalapalkkaisista työntekijöistä jäi köyhyysrajan alapuolelle 2000-luvun alussa. Syynä tähän on se, että suurin osa matalapalkkaisista työntekijöistä eli köyhyysrajan yläpuolelle nousevissa talouksissa. Köyhyyden määrittelyyn vaikuttaa kotitalouden asukkaiden määrä, ja esimerkiksi yhden

hengen talouksissa köyhyysraha on korkeampi. Yksin elävä oli vuonna 2011 köyhä, jos hänen käytössä olevat rahatulonsa olivat vähemmän kuin 1140 euroa kuukaudessa. Kahden aikuisen ja yhden alle 13-vuotiaan lapsen taloudessa puolestaan köyhyysraja oli 2052 euroa kuukaudessa. (Kainulainen 2013.)

### 3.3 Kaupunki- ja haja-asutusalueet

Kuntien kasvu Suomessa on vaikeuttanut kuntarajoihin perustuvaa kaupunki-maaseutu-luokitusta. Sekä kaupunkimaisia että maaseutumaisia alueita voidaan löytää saman kunnan alueelta. Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen (ATH) tulospalvelu osoittaa, että alueiden välisten erojen kuvaamisessa luokitus toimii hyvin. Palvelussa pystyy tarkastelemaan eri muuttujia alueluokituksen lisäksi tulotason, sukupuolen ja ikäluokan mukaan. Aineiston avulla on mahdollista tehdä mielenkiintoisia havaintoja alueellisista eroista Suomessa. Tutkimuksen osa-alueina ovat muun muassa elinolot, koettu hyvinvointi, terveys, toiminta- ja työkyky, elintavat sekä palvelujen tarve ja käyttö. Alueluokituksen tavoitteena on, että eri alueluokat erottuvat selkeinä kokonaisuuksina koko maata kuvaavassa kartassa (liite 1). (SYKE 2015.)

Sisemmällä kaupunkialueella tarkoitetaan kaupunkien tiivistä ja tehokkaasti rakennettua yhtenäistä aluetta. Jokaiseen keskustaajamaan voi kuulua vain yksi sisempi kaupunkialue. Tästä määritelmästä poikkeavat ainoastaan Helsingin kaupunkiseudulla sijaitsevat kaupungit Kerava ja Järvenpää, joille muodostetaan oma sisempi kaupunkialue. (SYKE 2013.)

Ulomman kaupunkialueen muodostavat erilliset lähiöt, kaupan, teollisuuden ja toimistojen reunakaupungit sekä kaupungin viheralueet ja alemman tehokkuuden asuinalueet, jotka ovat kumminkin osa yhtenäistä kaupunkialuetta. (SYKE 2013.)

Kaupungin kehysalue on kaupungin ja maaseudun välivyöhykkeessä sijaitseva fyysiseen kaupunkialueeseen välittömästi kytkeytyvä osa. Se kattaa kaupungin välittömässä läheisyydessä olevat sekoittuneet alueet, joihin lukeutuu sekä maaseutumaisia alueita että tiiviitä taajama-alueita. (SYKE 2013.)

Kaupunkien vaikutusalueen ulkopuolelle jääviä pienempiä keskuksia nimitetään maaseudun paikalliskeskuksiksi. Ne muodostuvat pienemmistä kaupunkimaisista taajamista, joilla on selkeä keskusta ja isommista maaseutumaisemmista kirkonkyläkeskuksista.

Maaseudun paikalliskeskuksille on tyypillistä rakenteeltaan tiivis keskusta ja rooli ympäröivän alueen keskuksena. (SYKE 2013.)

Kaupungin läheinen maaseutu on toiminnallisesti ja fyysisesti lähellä kaupunkialueita sijaitsevaa maaseutumaista aluetta. Se pitää sisällään erilaisia maaseutualueita: taajamia, ydinmaaseudun kaltaisia maaseutualueita sekä harvaan asuttuja alueita. (SYKE 2013.)

Ydinmaaseutu rajautuu kaupungin läheisen maaseudun ulkopuolelle ja sijaitsee suhteellisen etäällä suurista keskuksista. Se on toiminnoiltaan monipuolista melko tiiviisti asuttua maaseutua tai vahvaa alkutuotannon aluetta. Erityisesti maatalousvaltaiset alueet lasketaan ydinmaaseuduksi niiden intensiivisen maankäytön vuoksi. (SYKE 2013.)

Harvaan asuttu maaseutu sijaitsee kaukana isoista keskuksista. Se on paikalliselta elinkeinorakenteeltaan yksipuolista ja väestömäärältään harvaan asuttua aluetta, jonka yleisin maankäyttöluokka on suo tai metsä. Asutusrakenne alueella on hajanaista, taajamia on harvassa ja niiden välillä voi olla suuria asumattomia alueita. (SYKE 2013.)

#### 3.4 Alueelliset terveyserot Suomessa

Suomessa maaseutumaisten ja kaupunkimaisten alueiden välillä on jonkin verran eroa väestön hyvinvoinnin suhteen. Itä- ja Pohjois-Suomessa elinajanodote on matalampi, kroonisiin sairauksiin kuolleisuus korkeampi, työkyvyttömyyseläkkeiden määrä suurempi ja itse arvioitu terveys huonompi kuin Länsi- ja Etelä-Suomessa. (Lankila 2014.) Erilaisille alueille tyypillisiä hyvinvoinnin puutteita voidaan pyrkiä vähentämään alueiden kehittämisessä. Sitä varten tarvitaan tietoa väestön koetusta terveydestä ja hyvinvoinnista. Kunnilla on myös terveydenhuoltolain (1326/2010) määrittelemä velvollisuus seurata asukkaidensa terveyttä, hyvinvointia ja niihin vaikuttavia tekijöitä väestöryhmittäin. Tietoa on kuitenkin ollut vähän saatavilla kunta- tai aluetasolla. (Saarsalmi ym. 2014.) Tähän tiedontarpeeseen on kehitetty THL:n koordinoima Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus (ATH). Se tukee kuntia niiden palveluiden suunnittelussa ja arvioinnissa. ATH:n avulla kerätään väestöryhmittäistä seurantatietoa asukkaiden terveydestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä kuten elintavoista ja kokemuksista. ATH helpottaa näin alueen palveluiden suunnittelua sekä terveyttä edistävien toimien vaikuttavuuden arviointia. (THL 2015a.) Vuosina 2013–2014 ATH:ssa on kerätty yli 150 000 suomalaiselta kokemuksellista tietoa terveyteen, hyvinvointiin, elintapoihin sekä palveluiden käyttöön ja saatavuuteen.

teen liittyen. Tutkittavat ovat suomalaista aikuisväestöä 20 ikävuodesta ylöspäin. Luotettavan tiedon varmistamiseksi 75 vuotta täyttäneitä on poimittu kaksinkertainen määrä. (Saarsalmi ym. 2014.) Alueellisia ja sosioekonomisen aseman mukaisia eroja havaittiin muun muassa elintapojen, hyvinvoinnin osatekijöiden sekä kulttuuri- ja terveystalouden suhteen. (THL 2015a.)

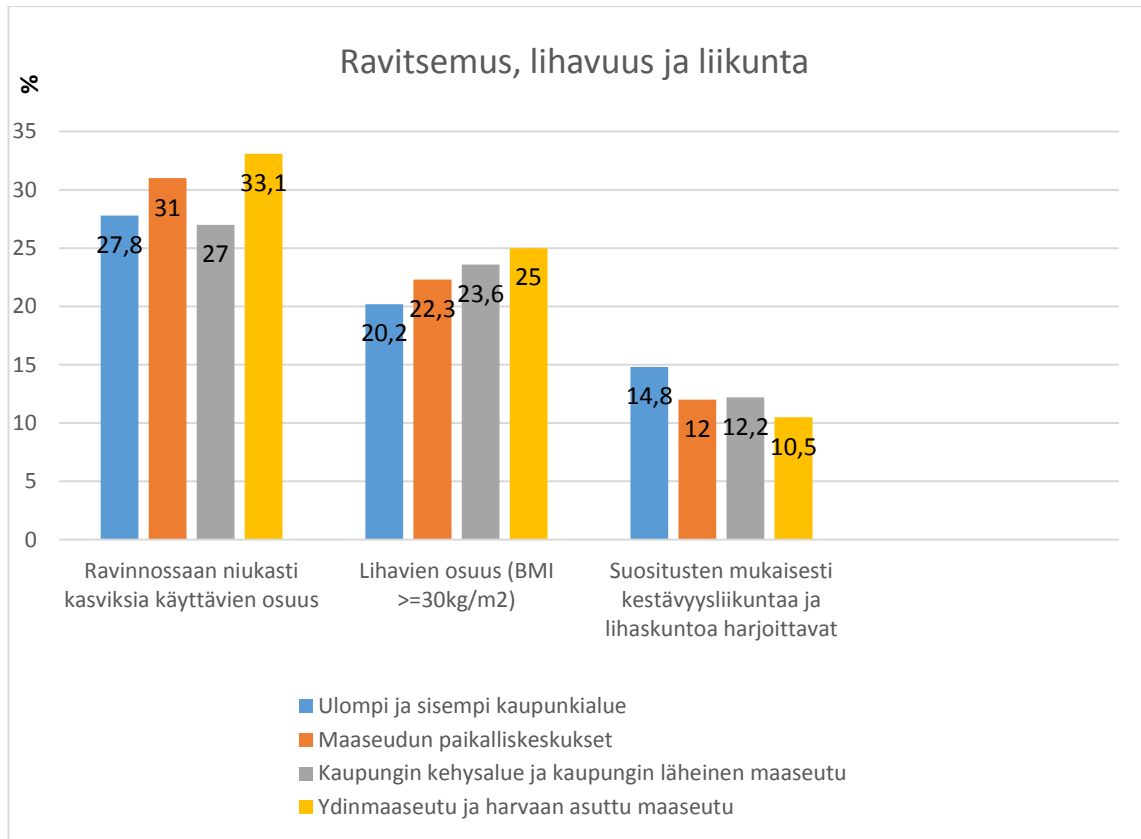
Seuraavissa kappaleissa olemme tarkastelleet ATH:n tulosraportista eri tutkimusalueiden tuloksia aihepiireittäin. Tuloksia on tarkasteltu rajauksilla ”kaupunki-maaseutu” sekä ”naiset: koulutus matala”. Edellä mainittujen rajausten lisäksi ei ollut mahdollista rajata tarkkaa ikää, joten tutkimustulokset esitetään koko tutkittavan naisväestön osalta. Suomi on jaettu seitsemään eri tutkimusalueeseen, joita ovat sisempi ja ulompi kaupunkialue, kaupungin kehysalue, maaseudun paikalliskeskukset, kaupungin läheinen maaseutu, ydinmaaseutu sekä harvaan asuttu maaseutu (liite 1). Kokonaiskuvan selkeyttämiseksi kategorisoimme tutkimusalueet seuraavasti: 1) sisempi ja ulompi kaupunkialue 2) maaseudun paikalliskeskukset 3) kaupungin kehysalue ja kaupungin läheinen maaseutu 4) ydinmaaseutu ja harvaan asuttu maaseutu. Päädyimme yhdistämään muutamat alueet sillä perusteella, että ne ovat keskenään samankaltaisia ja sijaitsevat myös aluekarttaa tarkastellessa lähekkäin. Ainoastaan maaseudun paikalliskeskukset jätimme omaksi alueeksi, koska ne esiintyvät erillisinä keskuksina muiden alueiden läheisyydessä läpi maan. Olemme valinneet jokaisesta tutkitusta aihepiiristä olennaisimmat kohderyhmämme terveyteen vaikuttavat osoittimet ja esittäneet tutkimustulokset edellä mainitun aluejaon tuloksista lasketuilla keskiarvoilla yhden desimaalin tarkkuudella. Jokaisen kappaleen loppuun olemme lisäksi luoneet tuloksia havainnollistavat pylväsdiagrammit.

#### 3.4.1 Elintavat ja riskitekijät

Suomalaiset ravitsemussuositukset korostavat terveyttä edistävää ruokavaliota sekä säännöllisten ja jokapäiväisten valintojen tärkeyttä. Hyvä ruoka on monipuolista, maukasta ja värikästä. Tutkimusnäytön mukaan suositeltu ruokavalio sekä edistää terveyttä että pienentää useiden sairauksien riskiä. Ravitsemuksella on suuri merkitys esimerkiksi sepelvaltimotaudin, verenpainetaudin, tyypin 2 diabeteksen, lihavuuden sekä aivoverenkiertohäiriöiden synnyssä. Ruokaa tulee syödä sopivasti ja energian saannin vastaten kulutuksen määrää. Kasviksia, hedelmiä ja marjoja tulisi syödä useita kertoja päivän aikana, yhteensä ainakin puoli kiloa päivässä. Lautasmalli on kehitetty helpottamaan ruokavalion kokonaisuuden hahmottamista yhdellä aterialla. (Fogelholm ym. 2014.) ATH:n

tutkimustuloksia tarkastellessa lihavuudella ja niukalla kasvien käytöllä on yhteys toisiinsa kaikilla alueilla. Maaseudulla on enemmän lihavia ja kasviksia niukasti käyttäviä kuin kaupungeissa. Myös koulutustaso on merkittävä tekijä kaikilla alueilla. Alemmissa koulutusryhmissä lihavuus ja niukka kasvien käyttö oli yleisempää. (Saarsalmi ym. 2014.) Niukasti kasviksia ravinnossaan käyttävien osuus matalasti koulutetuista naisista oli ulommalla ja sisemmällä kaupunkialueella 27,8 %, maaseudun paikalliskeskuksissa 31 %, kaupungin kehysalueella ja kaupungin läheisellä maaseudulla 27 % sekä ydinmaaseudulla ja harvaan asutulla maaseudulla 33,1 %. Lihavien osuus (BMI > 30) oli ulommalla ja sisemmällä kaupunkialueella 20,2 %, maaseudun paikalliskeskuksissa 22,3 %, kaupungin kehysalueella ja kaupungin läheisellä maaseudulla 23,6 % sekä ydinmaaseudulla ja harvaan asutulla maaseudulla 25 %. (Kaikkonen ym. 2013).

Matalasti koulutetut naiset harjoittavat korkeasti koulutettuihin naisiin verrattuna vähemmän kestävyysliikuntaa ja lihaskuntoharjoittelua jokaisella tutkimusalueella. Matalasti koulutetuista naisista suositusten mukaisesti kestävyysliikuntaa ja lihaskuntoharjoittelua harjoittavat ulommalla ja sisemmällä kaupunkialueella 14,8 %, maaseudun paikalliskeskuksissa 12 %, kaupungin kehysalueella ja kaupungin läheisellä maaseudulla 12,2 % sekä ydinmaaseudulla ja harvaan asutulla maaseudulla 10,5 %. (Kaikkonen ym. 2013). 18–64-vuotiaille suositellaan kestävyyskuntoa kohentavaa liikkumista useana päivänä viikossa, vähintään 10 minuuttia kerrallaan. Kahden ja puolen tunnin reipas liikkuminen viikossa riittää aloittelijalle hyvin. Hyväkuntoinen liikkuja tarvitsee kunnon kohottamiseksi myös rasittavampaa liikuntaa, noin 1 tunti 15 minuuttia viikossa. Tämän lisäksi lihaskuntaa ja liikehallintaa olisi hyvä harjoitella ainakin kahdesti viikossa. Hyviä liikkumismuotoja aloittelijalle ovat esimerkiksi kävely, pyöräily tai raskaat koti- tai pihatyöt. Kestävyysliikunnan avulla hengitys- ja verenkiertoelimistön kunto kehittyy. Liikkuminen edistää myös keuhkojen, verisuonten sekä sydämen terveyttä. Veren sokeri- ja rasvasapaino paranevat, ja liikunnalla on myös positiivinen vaikutus painonhallinnassa. (Liikuntapiirakka 2015.)



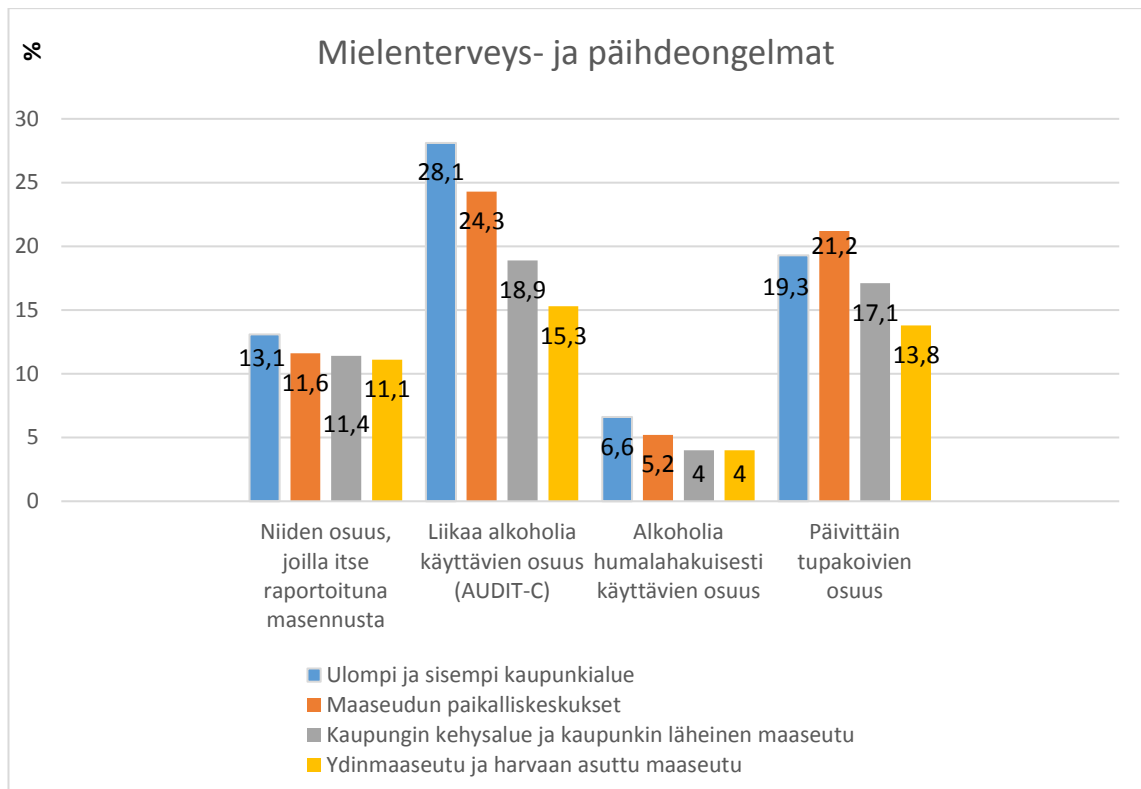
Kuvio 1. Ravitsemuksen, lihavuuden ja liikunnan väliset yhteydet asuinalueittain (Kaikkonen ym. 2013).

Elintavat vaikuttavat myös psyykkiseen hyvinvointiin. Elintapojen merkitys voi olla mielenterveyshäiriöitä sairastaville vielä suurempi, koska se voi vaikuttaa oireiden vakavuuteen. Säännöllinen ruokavalio, liikunta ja savuttomuus auttavat alentuneeseen mielialaan ja väsymykseen vaikei sairastaisikaan mielenterveyden häiriötä. (THL 2015b). Matalasti koulutetuista naisista niiden osuus, joilla on itse raportoituna masennusta, oli ulommalla ja sisemmällä kaupunkialueella 13,1 %, maaseudun paikalliskesköksissä 11,6 %, kaupungin kehysalueella ja kaupungin läheisellä maaseudulla 11,4 % sekä ydinmaaseudulla ja harvaan asutulla maaseudulla 11,1 %.

Alkoholin käytön riskejä mittaavan AUDIT-C – testin perusteella alkoholia liikaa käyttävien osuudet jakautuivat eri alueiden välillä seuraavasti: ulompi ja sisempi kaupunkialue 28,1 %, maaseudun paikalliskesköksissä 24,3 %, kaupungin kehysalue ja kaupungin läheinen maaseutu 18,9 % sekä ydinmaaseutu ja harvaan asuttu maaseutu 15,3 %. Alkoholin liikakäyttö on yksi suurimmista terveysuhkista yhteiskunnassamme. Siihen liittyy sekä terveydellisiä että sosiaalisia haittoja tai riskiä sellaisista. Alkoholista johtuvien ter-

veyshaittojen määrän on todettu olevan suorassa suhteessa alkoholin kokonaiskulutukseen. Runsaalla alkoholin käytöllä on yhteys sairastavuuteen ja monien sairauksien oireiden pahenemiseen sekä riskiin ajautua pois työelämästä. Liiallinen alkoholinkäyttö on myös yksi keskeisimmistä elintapatekijöistä verrattaessa sosiaaliryhmien välisiä terveys- ja kuolleisuuseroja. (Kaikkonen ym. 2013.) Korkeasti koulutettujen on todettu käyttävän alkoholia määrällisesti enemmän, mutta alemmissa sosiaaliryhmissä taas humalahakuinen terveysriskeille altistava käyttö on yleisempää (Koivusilta 2011: 134). Matalasti koulutetuista naisista alkoholia humalahakuisesti käyttäviä oli ulommalla ja sisemmällä kaupunkialueella 6,6 %, maaseudun paikalliskeskuksissa 5,2 %, kaupungin kehysalueella ja kaupungin läheisellä maaseudulla 4 % sekä ydinmaaseudulla ja harvaan asutulla maaseudulla 4 %. (Kaikkonen ym. 2013.) Naisilla korkean riskikäytön raja on kaksi pulloa keskivolutta päivittäin juotuna tai viikossa enintään 16 pulloa keskivolutta. Kohtalaisen riskikäytön taso naisilla on 7 pulloa olutta viikossa. Päivittäin alkoholia käyttävät altistuvat vähitellen alkoholiriippuvuudelle ja alkoholi opitaan liittämään mukaan arkielämän rutineihin. Terveyttä voi haitata runsas kertajuominen säännöllisesti tai jo yksittäinen voimakas humalakerta. (Saarto 2005.)

Naisten tupakointi on selvästi yleisempää vähän koulutettujen keskuudessa. Alimpaan koulutusryhmään kuuluvista naisista 28 % tupakoi ja ylimpään koulutusryhmään kuuluvista 11 %. On myös todettu, että hyvin pärjäävät, lukion käyneet henkilöt tupakoivat vähemmän kuin huonosti menestyvät, peruskouluun lopettaneet tai ammattikoulun käyneet. (Koivusilta 2011: 132–133.) Terveiden kannalta tupakoinnin lopettamisella on merkittäviä hyötyjä. Lopettamisen myötä esimerkiksi keuhkosityövän vaara puolittuu ja aivohalvauksen riski vähenee merkittävästi. (THL 2014c.) Päivittäin tupakoivien osuus matalasti koulutetuista naisista oli ulommalla ja sisemmällä kaupunkialueella 19,3 %, maaseudun paikalliskeskuksissa 21,2 %, kaupungin kehysalueella ja kaupungin läheisellä maaseudulla 17,1 % sekä ydinmaaseudulla ja harvaan asutulla maaseudulla 13,8 %. (Kaikkonen ym. 2013).

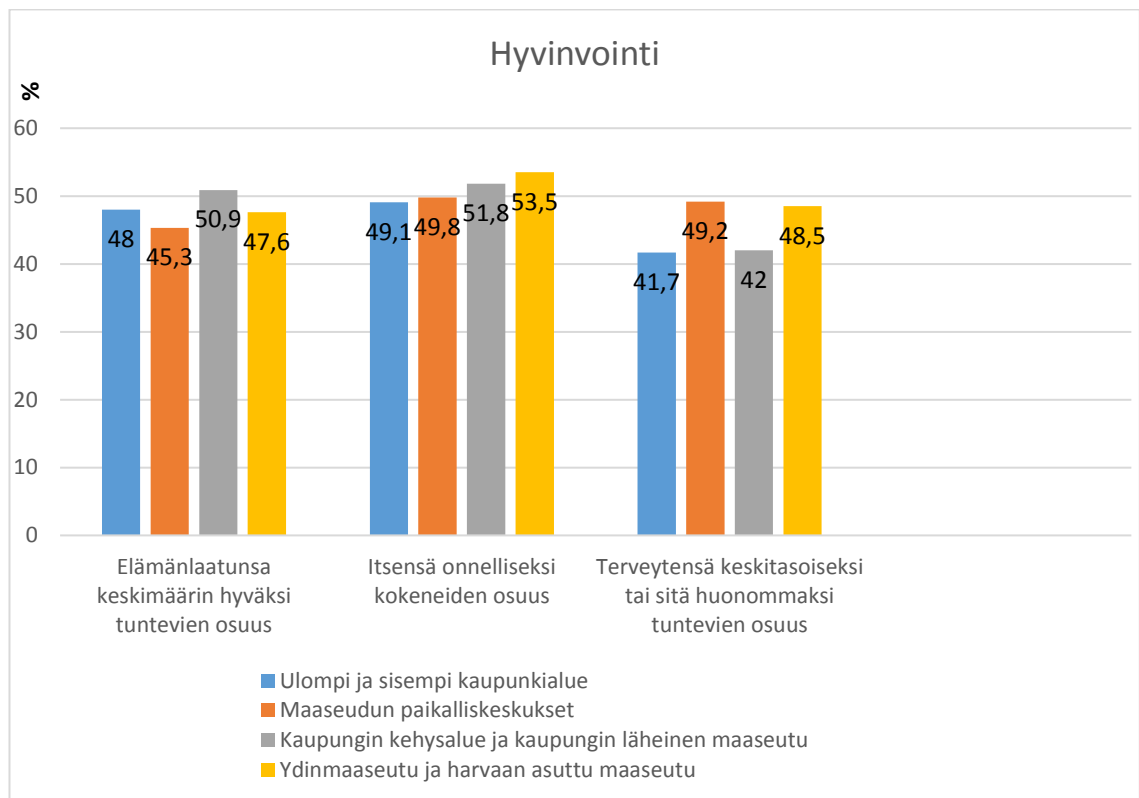


Kuvio 2. Mielenterveys- ja päihdeongelmien esiintyvyyt alueittain (Kaikkonen ym. 2013).

### 3.4.2 Hyvinvointi, terveys ja työkyky

Kaupunkimaisten ja maaseutumaisten alueiden välillä on havaittavissa pieniä eroja hyvinvoinnin osatekijöiden osalta. Matalasti koulutetuista naisista elämänlaatunsa keskimäärin hyväksi tuntevien osuus oli ulommalla ja sisemmällä kaupunkialueella 48 %, maaseudun paikalliskesköksissä 45,3 %, kaupungin kehysalueella ja kaupungin läheisellä maaseudulla 50,9 % sekä ydinmaaseudulla ja harvaan asutulla maaseudulla 47,6 %. (Kaikkonen ym. 2013). Elämänlaatu on kaikilla alueilla yhteydessä koulutukseen ja korkeammin koulutetut kokevat sen paremmaksi kuin matalammin koulutetut. Onnellisuudessa sen sijaan ei ole havaittavissa merkittäviä eroja eri koulutusryhmien välillä. (Saarsalmi ym. 2014.) Kun tarkastellaan itsensä suurimman osan aikaa neljän viime viikon aikana onnelliseksi kokeneiden osuutta, jakautuvat tulokset seuraavasti: ulompi kaupunkialue ja sisempi kaupunkialue 49,1 %, maaseudun paikalliskeskukset 49,8 %, kaupungin kehysalue ja kaupungin läheinen maaseutu 51,8 % sekä ydinmaaseutu ja harvaan asuttu maaseutu 53,5 %. (Kaikkonen ym. 2013). Matalasti koulutetuista naisista itsensä onnelliseksi kokeneiden osuus näyttäytyy siis tilastoissa maaseutualueilla keski-

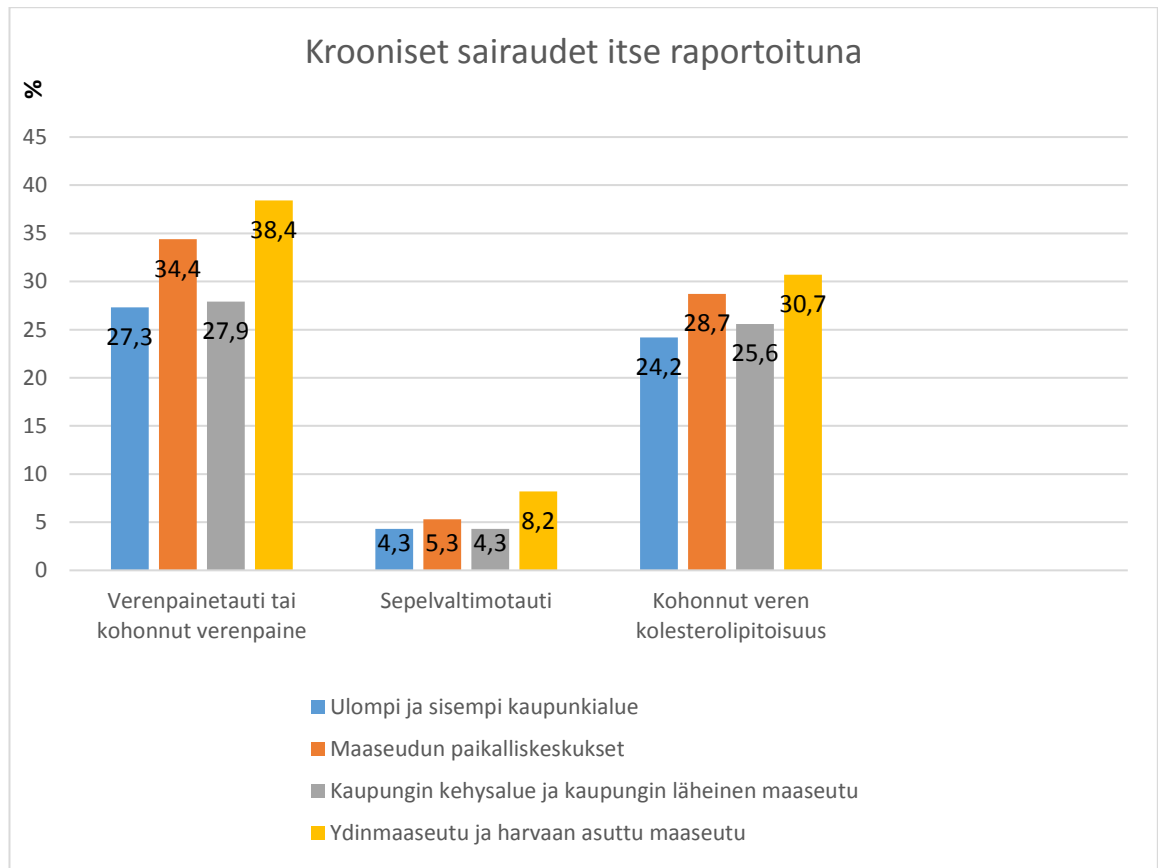
määrin hiukan suuremmalta kuin kaupunkialueilla. Kuitenkin myös terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi kokevien osuudet olivat maaseutualueilla kaupunkialueita suuremmat. Tulokset jakautuivat seuraavasti: ulommalla ja sisemällä kaupunkialueella 41,7 %, maaseudun paikalliskeskuksissa 49,2 %, kaupungin kehysalueella ja kaupungin läheisellä maaseudulla 42 % sekä ydinmaaseudulla ja harvaan asutulla maaseudulla 48,5 %. (Kaikkonen ym. 2013).



Kuvio 3. Hyvinvointiin vaikuttavat osatekijät asuinalueittain (Kaikkonen ym. 2013).

Kroonisten sairauksien esiintyvyyttä itse raportoituna on tutkittu ATH:ssa sepelvaltimotaudin, kohonneen veren kolesterolipitoisuuden, kohonneen verenpaineen tai verenpainetaudin, nivelreuman tai muun niveltulehduksen sekä selkäsairauksien osalta. Matalasti koulutetuista naisista niiden osuus, joilla on itse raportoituna verenpainetauti tai kohonnut verenpaine oli ulommalla ja sisemällä kaupunkialueella 27,3 %, maaseudun paikalliskeskuksissa 34,4 %, kaupungin kehysalueella ja kaupungin läheisellä maaseudulla 27,9 % sekä ydinmaaseudulla ja harvaan asutulla maaseudulla 38,4 %. Itse raportoidun sepelvaltimotaudin osuudet jakautuivat seuraavasti: ulompi ja sisempi kaupunkialue 4,3 %, maaseudun paikalliskeskuksiset 5,3 %, kaupungin kehysalue ja kaupungin läheinen maaseutu 4,3 % sekä ydinmaaseutu ja harvaan asuttu maaseutu 8,2 %. Niiden

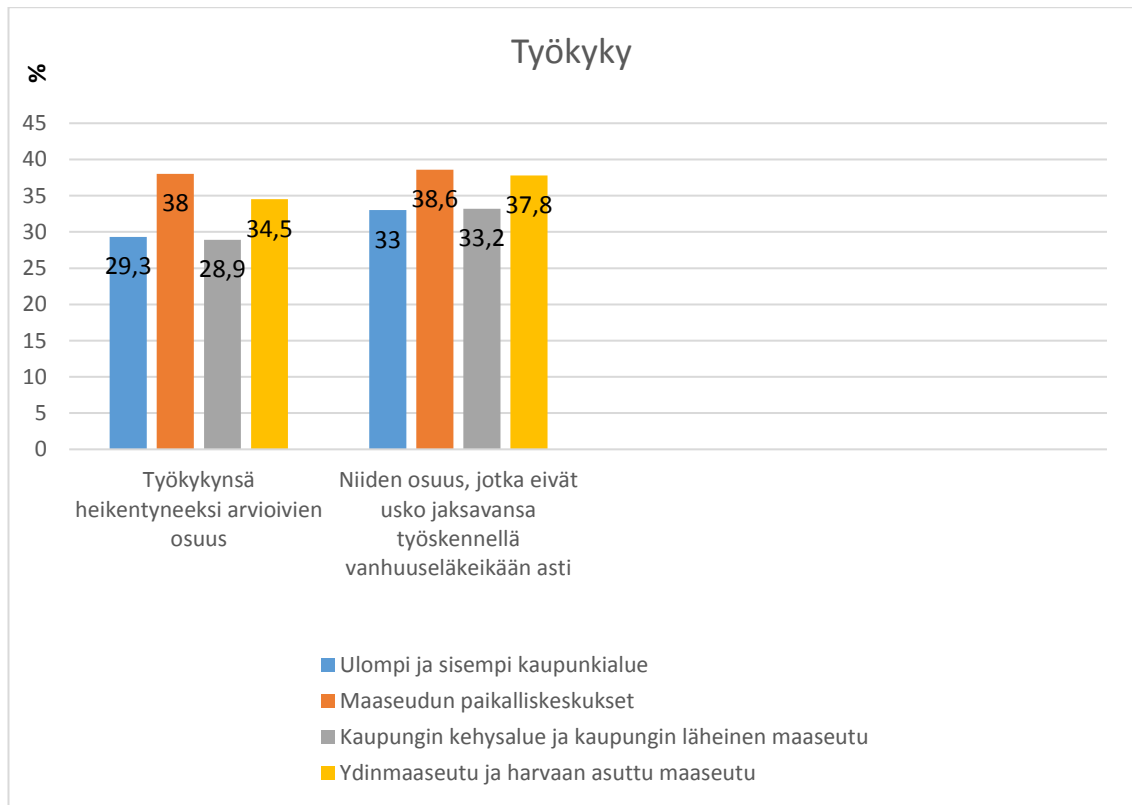
osuus, joilla on itse raportoituna kohonnut veren kolesterolipitoisuus, oli ulommalla ja sisemmällä kaupunkialueella 24,2 %, maaseudun paikalliskeskuksissa 28,7 %, kaupungin kehysalueella ja kaupungin läheisellä maaseudulla 25,6 % sekä ydinmaaseudulla ja harvaan asutulla maaseudulla 30,7 %. (Kaikkonen ym. 2013).



Kuvio 4. Itse raportoitujen kroonisten sairauksien esiintyvyys asuinalueittain (Kaikkonen ym. 2013).

Työkyvyssä on havaittavissa eroja kaupunki-maaseutu-luokkien välillä. Maaseudulla työkykyä heikentyneeksi kokevien osuudet ovat suurempia kuin kaupungeissa. Koulutus ja ikä vaikuttavat työkykyyn sekä eläkeikään jaksamiseen. Nuorempien työkyky ja eläkeikään jaksaminen on parempaa kuin vanhempien, ja korkeasti koulutettujen parempaa kuin matalasti koulutettujen. Korkeimmin koulutettujen ja muiden välillä on suurempi ero maaseudulla kuin kaupungeissa. (Saarsalmi ym. 2014.) Matalasti koulutetuista naisista työkykyä heikentyneeksi arvioivien osuus oli ulommalla ja sisemmällä kaupunkialueella 29,3 %, maaseudun paikalliskeskuksissa 38 %, kaupungin kehysalueella ja kaupungin läheisellä maaseudulla 28,9 % sekä ydinmaaseudulla ja harvaan asutulla maa-

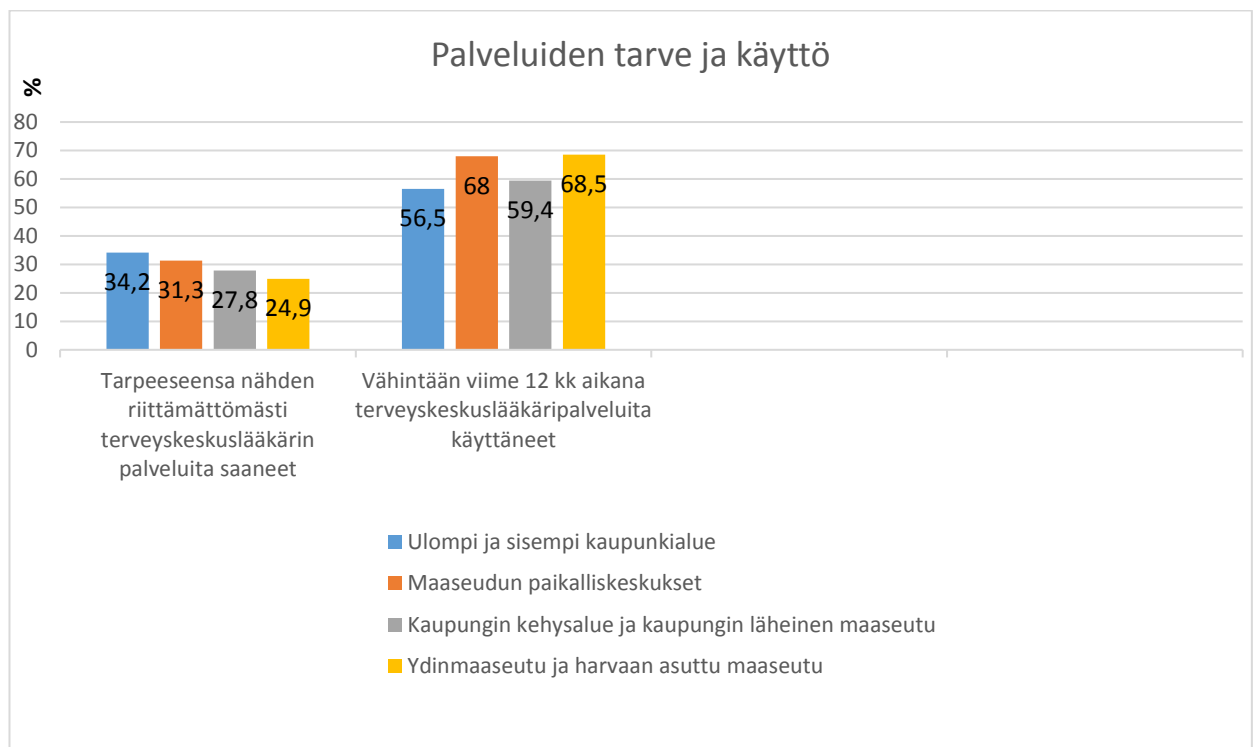
seudulla 34,5 %. Niiden osuus, jotka eivät usko jaksavansa työskennellä vanhuuseläkeikään asti oli ulommalla ja sisemällä kaupunkialueella 33 %, maaseudun paikalliskesköksissä 38,6 % kaupungin kehysalueella ja kaupungin läheisellä maaseudulla 33,2 % sekä ydinmaaseudulla ja harvaan asutulla maaseudulla 37,8 %. (Kaikkonen ym. 2013).



Kuvio 5. Työkyvyn itsearviointi asuinalueittain (Kaikkonen ym. 2013.)

### 3.4.3 Palveluiden käyttö ja terveystiedon hankinta

Alueiden välillä on eroa myös palveluiden suhteen. Vastaajien mukaan esimerkiksi terveyskeskuspalveluja on maaseudulla paremmin saatavilla kuin kaupungeissa. Matalasti koulutetuista naisista tarpeeseensa nähden riittämättömästi terveyskeskuslääkärin palveluita kokivat saaneensa ulommalla sekä sisemmällä kaupunkialueella 34,2 %, maaseudun paikalliskeskuksissa 31,3 %, kaupungin kehysalueella ja kaupungin läheisellä maaseudulla 27,8 % sekä ydinmaaseudulla ja harvaan asutulla maaseudulla 24,9 %. (Kaikkonen ym. 2013). Korkeammin koulutetut ovat kaikilla alueilla matalammin koulutettuja tyytyväisempiä terveyskeskuslääkäripalvelujen riittävyyteen. (Saarsalmi ym. 2014.) Vähintään kerran 12 viime kuukauden aikana terveyskeskuslääkäripalveluita käyttäneitä oli ulommalla ja sisemmällä kaupunkialueella 56,5 %, maaseudun paikalliskeskuksissa 68 %, kaupungin kehysalueella ja kaupungin läheisellä maaseudulla 59,4 % sekä ydinmaaseudulla ja harvaan asutulla maaseudulla 68,5 %. (Kaikkonen ym. 2013).



Kuvio 6. Terveyskeskuslääkäripalveluiden tarve ja käyttö asuinalueittain (Kaikkonen ym. 2013.)

Internetin käyttö on lisääntynyt viimeisten vuosien aikana runsaasti. Laaja tietoverkko mahdollistaa tiedonhankinnan ja yleisimmät haut koskevat terveyttä. Terveysaiheista tietoa internetistä löytyy runsaasti, useita miljoonia sivustoja. Löydetty tieto voi auttaa selviämään vaivoista ja ongelmista omin avuin tai se saattaa johtaa hoitoon hakeutumiseen. On huomioitava, että internetissä on myös paljon vanhentunutta tietoa. Tämä voi olla tiedon etsijälle jopa vahingollista. (Räty 2011.)

Suomalaiset hakevat terveyteensä liittyvää tietoa ja vastauksia kysymyksiinsä usein internetistä. Puolet suomalaisista etsii tietoa verkosta vähintään kuukausittain. Lähes päivittäin terveystietoa etsii 4,3 %, ja viikoittain 14,7 %. Eniten hakuja tehdään sairauksien oireisiin sekä lääkkeisiin liittyen. Muita suosittuja aiheita terveystiedon etsintään olivat esimerkiksi akuutit vaivat, yleisen terveystiedon hakeminen, vitamiinit sekä terveystuotteet ja painon hallinta. (Terveystalo 2015.)

Suomalaisten suosituin työkalu tiedon etsintään on hakukone Google, mutta myös erinäiset terveystaaliset ovat käytettyjä. Terveystaaliset ja viranomaislähteet ovat luotettavimpia lähteitä suomalaisten mielestä, mutta vain 18,4 % tarkistaa terveystietoa koskevan lähteen luotettavuuden melkein aina. (Terveystalo 2015.) Lähteiden luotettavuuden arvioinnissa suomalaiset pitävät esimerkiksi sanomalehtiä ja televisiota luotettavampina kuin internet-julkaisuja. Terveystaaliset ammattilaisiin luotetaan paljon, noin 58 % suomalaisista pitää heitä luotettavina. Terveystaalisia luotettavana pitää vain 21 %. Noin 75 % suomalaisista pitää omaa perhettään vähintään melko luotettavana lähteenä terveyttä koskevissa asioissa. (Ek – Niemelä 2010.)

### 3.5 Alueelliset terveyserot kansainvälisesti

Useiden yhdysvaltalaisien ja kanadalaisien tutkimusten mukaan maaseudulla asuvilla naisilla esiintyy kaupungeissa asuviin verrattuna enemmän sekä fyysisiä että psyykkisiä sairauksia. Maaseutualueilla vallitsevia ja kasvussa olevia sairauksia ovat muun muassa sydän- ja verisuonisairaudet, diabetes, liikalihavuus ja keuhkosairaudet. Myös mieliala- ja päihdehäiriöt ovat maaseudulla asuvilla yleisempiä ja heidän osuutensa masennus- ja itsemurhatilastoissa on korkeampi. (Simmons ym. 2015; Leipert ym. 2015.) Maaseudulla asuvien naisten on todettu käyttävän vähemmän ennaltaehkäiseviä sekä rutiiniterveyspalveluja ja heidän osallistumisprosenttinsa eri seulontoihin on kansallista keskiarvoa heikompi. Krooniset sairaudet, joita maaseudun naisilla esiintyy tutkitusti enemmän, diagnosoidaan usein myöhemmin tai vasta sairauden vakavammassa vaiheissa. Jos

naisten tietoutta kroonisista sairauksista sekä niiden oireista ja hoidosta lisättäisiin, olisi sillä koko kansanterveydelle suotuisa vaikutus. (Simmons ym. 2015.)

Haja-asutusalueilla on vaikeampaa päästä terveystietopalveluiden tarjonnan piiriin. (Zeng 2015.) Tämän vuoksi maaseudulla asuvat naiset joutuvat kaupungeissa asuviin verrattuna heikompaan asemaan terveydenhuollon palveluiden riittämättömyyden tai olemattomuuden vuoksi. Maantieteellinen eristyneisyys ja pitkät etäisyydet, heikko julkinen liikenne sekä köyhyys ja vakuutuksen puute vaikeuttavat hoitoon hakeutumista. (Wathen – Harris 2007; Leipert ym. 2015.) Naiset ovat huolissaan paikallisten palveluiden puutteesta ja heidän mukaansa haja-asutusalueella asuminen on vaikuttanut heidän avun pyytämiseensä. Naisten mielestä on tärkeää olla varautunut selviämään mahdollisten terveysongelmien kanssa, monet ovat käyneet esimerkiksi ensiapukursseja maalle muuttaessaan. (Wathen – Harris 2007.)

Edellä mainittujen tekijöiden lisäksi myös muun muassa tiedon puute, heikko oireiden tunnistaminen ja häpeä viivästyttävät hoitoon hakeutumista. Maaseudulla asuvat huolehtivat mieluummin itse itsestään, eivätkä välttämättä pidä fyysisen kunnon ylläpitämistä tärkeänä, ennen kuin huomaavat oireita sairauksista tai liikaa kielteisiä vaikutuksia jokapäiväisessä arjessaan. Osa myös pitkittää hoitoon hakeutumista, koska he eivät halua omien sanojensa mukaan häiritä lääkäreitä. Naiset raportoivat jopa akuutissa tilanteessa mieluummin lääkitsevänsä itse itseään, tukeutuvansa kodista löytyviin apukeinoihin ja kirjoihin tai odottavat seuraavaan päivään mieluummin kuin hakeutuisivat heti ensiapuun tai ottaisivat yhteyttä puhelimitse hoitajaan tai lääkäriin. (Simmons ym. 2015; Wathen – Harris 2007.) Häpeä kroonisesta sairaudesta on monesti syynä siihen, että esimerkiksi diabetespotilaat eivät huolehdi tarpeeksi hyvin ruokavaliostaan, liikunnasta sekä lääkityksestään. He pelkäävät toisten ihmisten tuomitsevan heidät erilaisen käytöksen takia, varsinkin jos käytös on huomattavissa esimerkiksi sukutapahtumissa tai muissa sosiaalisissa tapahtumissa. (Simmons ym. 2015.)

On tärkeää tietää, mistä ihmiset saavat ja hankkivat terveystietoa, jotta voidaan kohentaa erityisesti maaseudulla asuvien terveystietämystä. (Simmons ym. 2015.) Useiden tutkimusten mukaan maaseudulla asuvat naiset käyttävät internetiä terveystiedon etsimiseen vähemmän kuin kaupungeissa asuvat. Merkittävä osa maaseudun naisista kuitenkin luottaa internetistä löytyvään tietoon, ja 60 % heistä ilmoitti löytyneen tiedon vaikuttaneen heidän päätöksentekoon terveyttä ja sen ylläpitoa koskien. (Simmons ym.

2015; Wathen – Harris 2007.) He, jotka eivät etsineet tai tienneet mistä etsiä terveystietoa, olivat matalasti koulutettuja ja matalapalkkaisia. Korkeammin koulutetut naiset osavat paremmin suodattaa internetistä löytämäänsä terveystietoa sen oleellisuuden ja luotettavuuden perusteella. Heillä on myös yleensä todennäköisemmin pääsy internetiin, mikä tutkimusten mukaan antaa ymmärtää koulutustason olevan yhteydessä internetin käyttöön ja saatavuuteen. Kaikki eivät osaa arvioida tiedon lähteiden luotettavuutta, tämän vuoksi terveydenhoitotyössä terveystietokasvatuksella on merkittävä rooli. (Simmons ym. 2015.) Naisten mielestä internetistä löytyy jopa liian paljon informaatiota, siellä on liikaa vaihtoehtoja, termejä joita ei välttämättä ymmärretä sekä informaatiota, joiden luotettavuuden kanssa tulee olla varovainen. Internetin tietotulva, rajatut tietojen hakutaidot ja huoli tiedon laadusta aiheuttaa selvästi stressiä useimmille naisille, jotka käyttävät internetiä terveystiedon etsimiseen. Joidenkin mielestä liika informaatio ja sen ristiriitaisuus oli jopa pelottavaa, eikä etsinnöistä ollut näin ollen apua. (Wathen – Harris 2007.)

Taulukko 1. Yhteenveto suomalaisen ATH-tutkimuksen ja kansainvälisten tutkimusten tuloksista ja ongelmista.

<b>ATH-tutkimus (kaupunki-, maaseutu- ja harvaan asutut alueet)</b>	<b>Kansainväliset tutkimukset (haja-asutusalue)</b>
Ravitsemuksen, lihavuuden ja liikunnan vähyyden haitat suurimpia harvaan asutuilla alueilla: niukka kasvisten käyttö ja lihavuus yleisempää sekä suositusten mukainen liikunnan harrastaminen vähäisempää kuin kaupunkialueilla	Fyysiset ja psyykkiset sairaudet yleisempiä, vallitsevia ja kasvussa olevia sydän- ja verisuonisairaudet, diabetes, liikalihavuus sekä keuhkosairaudet
Mielenterveys- ja päihdeongelmien esiintyvyys yleisintä kaupunkialueilla ja maaseudun paikalliskeskuksissa: kaupunkialueilla eniten alkoholin liikakäyttöä ja itse raportoitua masennusta, maaseudun paikalliskeskuksissa eniten päivittäin tupakointia	Pienempi osallistuvuus seulontoihin sekä ennaltaehkäiseviin terveystalouteihin
Hyvinvoinnin osatekijöiden tulokset hieman ristiriitaisia: maaseutualueilla eniten	Tiedon puute, heikko oireiden tunnistaminen ja häpeä viivästyttävät hoitoon hakeutumista

onnellisia, toisaalta eniten myös terveytensä keskitasoisiksi tai sitä huonommaksi kokevia	<ul style="list-style-type: none"> <li>→ kroonisten sairauksien myöhäinen diagnosointi</li> <li>→ huono hoitotasapaino</li> <li>→ itselääkitseminen yleisempää</li> </ul>
Itse raportoitujen kroonisten sairauksien esiintyvyys yleisempää harvaan asutuilla alueilla sekä maaseudun paikalliskeskustoissa kuin kaupunkialueilla	Internetistä löydetyn tiedon luotettavuutta ei osata arvioida
Työkyky ja työssä jaksaminen heikompaa harvaan asutuilla alueilla sekä maaseudun paikalliskeskustoissa kuin kaupunkialueilla	
Terveyskeskuslääkäripalveluita eniten käyttäneitä harvaan asutuilla alueilla sekä maaseudun paikalliskeskustoissa, tarpeeseensa nähden riittämättömästi palveluita saaneita eniten kaupunkialueilla	

#### 4 Posteriterveyttä edistävänä interventiona

Posterilla voidaan tarkoittaa tietotaulua, tutkimusjulistetta tai julistetta (Perttilä 2007). Sen tehtävänä on viestiä visuaalisesti katselijalle, kiinnittää hänen huomionsa ja jäädä mieleen. Posterilla voidaan välittää informaatiota suurelle joukolle ihmisiä nopeasti ja se on siten tehokas ja edullinen tapa tuottaa informaatiota. Posterit voi sisältää tekstiä, taulukoita, kuvioita tai muita visuaalisia keinoja tutkitun aiheen esittämiseksi. Sitä voidaan hyödyntää myös opetusmenetelmänä, tieteellisen tiedon välittäjänä, raporttina erilaisista projekteista tai markkinoimaan jotakin tuotetta. (Tepponen – Välimäki – Suominen 1998: 309.) Postereita on kahta tyyppiä: tieteellinen ja ammatillinen posterit. Tieteellistä posteria käytetään tutkimuksen ja sen tulosten kuvailuun ja sillä on selkeä rakenne, joka koostuu johdannosta, aineisto- ja menetelmäkuvauksista, tuloksista ja johtopäätöksistä. Ammatillisen posterin sisältö sen sijaan on hyvin vapaamuotoinen ja sitä voidaan käyttää esimerkiksi jonkin ryhmän toiminnan tai projektin tapahtumien kuvailuun. (Perttilä 2007.) Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tuottaa ammatillinen posterit, joka toimii terveyttä edistävänä interventiona matalapalkkaisille keski-ikäisille naisille.

Interventio on väliintulo tai toimenpide, jolla pyritään vaikuttamaan johonkin. Terveystieteiden huollossa interventioilla pyritään yleensä vaikuttamaan ryhmän tai yksilön terveydentilaan ja käyttäytymiseen. Tässä opinnäytetyössä tuotetulla posterilla pyritään vaikuttamaan keski-ikäisten matalapalkkaisten naisten terveystietoisuuteen. Intervention tavoitteena on saada aikaan terveyttä edistäviä tuloksia. Käytettyjen interventioiden tulisi perustua uusimpaan ja parhaimpaan tutkimusnäyttöön. Interventioiden vaikuttavuutta arvioidaan sekä kustannusten että tehokkuuden kannalta. (Patja – Absetz 2007; Pölkki 2014.)

Perusterveydenhuollossa interventioita toteutetaan laajasti. Työntekijät toteuttavat interventioita potilastyössä esimerkiksi elintapaneuvontana. Interventioita suunniteltaessa pitäisi miettiä tarkkaan, miten ne viedään käytäntöön. Interventioissa tiedon levittäminen on vain pieni osa kokonaisuutta, jossa asenteiden ja toimintatapojen muokkauksella on merkittävä rooli. (Kuronen 2007: 18.) Käyttäytymisen muutokseen tähtäävien interventioiden tarve on nykyisin suuri, koska elintapoihin liittyvät riskitekijät, kuten ylipaino ja tyyppin 2 diabetes, ovat yleisiä ja yleistymässä suomalaisessa väestössä (Salmela – Kettunen – Poskiparta 2010).

Eniten elämäntapamuutoksesta hyötyvät jo sairastuneet sekä sairastumisvaarassa olevat. Ongelmana on monesti kohderyhmän tavoittaminen sekä interventioiden laadun ylläpito. Terveystieteiden huollon kautta on mahdollista saavuttaa suuri osa ihmisistä, jotka saivat hyötyä elämäntapamuutoksesta. (Absetz – Hankonen 2011.)

## **5 Posterin toteutus**

Opinnäytetyömme toteutettiin toiminnallisena, joka on yksi vaihtoehto tutkimukselliselle opinnäytetyölle. Tavoitteena toiminnallisessa opinnäytetyössä on toiminnan järjestäminen, käytännön toiminnan opastaminen tai ohjeistaminen. Siinä yhdistyy sekä teoria että käytäntö. (Vilka – Airaksinen 2003: 9.) Tässä työssä tuotettiin posterit, joiden tavoitteena on kohderyhmän terveyden edistäminen.

Toiminnallisen opinnäytetyön tuote tehdään aina jollekin käytettäväksi, sillä tavoitteena on kohderyhmän osallistuminen toimintaan, tai toiminnan selkeyttäminen ohjeistuksen avulla. Kohderyhmä on usein rajattu esimerkiksi iän, koulutuksen, ammattiaseman tai sosioekonomisen aseman mukaisesti. (Vilka – Airaksinen 2003: 38–39.) Posterimme

on tehty Voimaa naisissa -hankkeen käyttöön ja kohdistettu keski-ikäisille matalapalkkaisille naisille. Kohderyhmän tarkka määrittäminen on tärkeää, sillä tehtävän tuotteen sisällön ratkaisee se, kenelle idea on ajateltu tehtävän. Kohderyhmää voi myös hyödyntää opinnäytetyön arvioinnissa. Tehdyn tuotteen käytettävyydestä tai ohjeistuksen selkeydestä voi pyytää kohderyhmän palautetta, kun opinnäytetyö on valmis ja sitä on testattu. (Vilkkä – Airaksinen 2003: 40.)

## 5.1 Posterin suunnittelu

Posteria suunnitellessa huomioimme sen kohderyhmän ja ympäristön, jonne posterit voitaisiin sijoittaa (esim. terveysasema). Muita huomioitettavia tekijöitä olivat posterin koko, väri, materiaali ja asettelu. Suunnittelimme alkuun kolme erilaista versiota posterista. Kokeilimme muutamia eri värivaihtoehtoja ja asetteluja, ja pohdimme mitkä olisivat katsojien kiinnostuksen herättämiseksi parhaat vaihtoehdot. Taustatyönä suunnittelulle kävimme katsomassa olemassa olevia julisteita eräällä terveysasemalla Helsingissä sekä etsimme internetin kuvahausta terveysaiheisia julisteita. Halusimme posterin olevan tyyli- ja värimaailmaltaan eheä ja selkeä. Tarkoituksena oli käyttää yhtä pääväriä ja kahta muuta väriä korostuksiin. Otsikosta suunnittelimme huomiota herättävän ja sellaisen, että se on luettavissa yhdellä silmäyksellä. Perussääntönä suositellaan, että koko posterit olisi luettavissa enintään viidessä minuutissa. (Tepponen ym. 1998: 311–313.)

## 5.2 Posterin kuvaus

Opinnäytetyössämme luotiin informatiivinen posterit keski-ikäisille naisille. Posterit kiinnittää keski-ikäisen naisen huomion ja toimii muistutuksena omaan terveyteen liittyvissä asioissa. Etsimme naisten terveydessä ilmeneviä eroja kaupunki- ja haja-asutusalueiden välillä sekä suomalaisista että kansainvälisistä tutkimuksista. Tulokset osoittivat erojen naisten terveyskäyttäytymisessä eri alueilla olevan kuitenkin melko pieniä. Posterin sisällöksi valittiin tärkeät ja oleelliset terveyden edistämiseen liittyvät aiheet suomalaisesta ATH-tutkimuksesta sekä kansainvälisistä tutkimuksista. Posterin sisältö pohjautuu pääpiirteissään ATH-tutkimuksen tuloksiin ja niistä löydettyihin terveyteen liittyviin aiheisiin, sillä tuote on suunnattu suomalaisille naisille. Sama posterit on tarkoitettu niin kaupungeissa kuin maalla asuville, sillä samat terveyttä edistävät aiheet koskevat kaikilla alueilla asuvia keski-ikäisiä naisia.

Posterin otsikko on suunniteltu niin, että katsoja huomaa sen ensimmäisenä. Otsikko on luettavissa nopeasti yhdellä silmäyksellä. Siinä mainitaan keski-ikäinen nainen, jotta kohderyhmään kuuluva tietää posterin olevan hänelle suunnattu. Otsikko on sävyltään positiivinen ja se kannustaa lukijaa tutustumaan posteriin tarkemmin. Posterin keskeinen elementti on jo otsikossa mainittu polku, joka johdattelee lukijaa etenemään loogisesti. Posterin johdantoon on koottu lyhyesti tietoa yleisimmistä keski-ikäisten naisten sairastamista kansantaudeista sekä kansantautien riski- ja suojatekijöistä käyttäen lähteenä opinnäytetyömme teoriaosuutta. Johdannossa puhutellaan kaupungissa ja maalla asuvia naisia käyttäen termejä ”citypirkko” ja ”landeleidi”. Näillä termeillä tuodaan tekstiin hieman huumoria ja ne tuovat lisäksi esille työmme kaupunki- ja haja-asutusalueajauksen. Viimeinen lause kertoo tiivistetysti, että posterin sisältämät terveyttä edistävät tekijät ovat suunnattu asuinpaikasta ja koulutuksesta riippumatta kaikille keski-ikäisille naisille.

Posterin sisältö on jaettu yhdeksään eri osioon, joista jokaisella on aihetta symboloiva kuva, otsikko ja sen alla selitys aiheesta. Aihealueet ovat terveellinen ruokavalio, säännöllinen liikunta, alkoholi, tupakka, seulonnat, terveyttä koskeva tieto, hoitoon hakeutuminen, sairauksien ennaltaehkäisy sekä sosiaalinen elämä.

Terveellistä ruokavaliota suosittleva kohta valittiin posteriin, koska oikeanlaisella ravinnolla voidaan edistää terveyttä sekä pienentää monien sairauksien riskiä. Terveellisellä ravitsemuksella on suuri merkitys muun muassa verenpainetaudin, tyypin 2 diabeteksen, sepelvaltimotaudin sekä lihavuuden ehkäisyssä. (Fogelholm ym. 2014.) Yleisimpien suomalaisten sairastamien pitkäaikaissairauksien vuoksi posterissa myös muistutetaan verenpaineen, kolesterolin sekä verensokeriarvojen säännöllisestä tarkistuttamisesta sairauksien ennaltaehkäisyn kohdassa. Liikunnan avulla voidaan ehkäistä useiden kroonisten sairauksien syntyä, minkä vuoksi se on myös yksi posteriin valikoituneista aiheista. Säännöllinen liikunta useita kertoja viikossa edistää sydämen, verisuonten sekä keuhkojen terveyttä. Myös veren rasva- ja sokeritasapaino parantuu sekä hengitys- ja verenkiertoelimistön kunto kehittyy kestävyysliikunnan avulla. (Liikuntapiirakka 2015.)

Alkoholin kulutuksen vähentämistä suosittleva kohta valittiin posteriin sillä perusteella, että alkoholin liikakäyttö on yksi suurimmista terveysuhkista yhteiskunnassamme. Alkoholista johtuvien terveyshaittojen määrän on todettu olevan suorassa suhteessa alkoholin kokonaiskulutukseen. Runsaalla alkoholin käytöllä on lisäksi yhteys sairastavuuteen ja monien sairauksien oireiden pahenemiseen sekä riskiin ajautua pois työelämästä. (Kaikkonen ym. 2013.) Tupakointi valikoitui posteriin, koska se on selvästi yleisempää

vähemmän koulutettujen keskuudessa. Terveyden kannalta tupakoinnin lopettamisella on merkittäviä hyötyjä. Lopettamisen myötä esimerkiksi keuhkosyövän vaara puolittuu ja aivohalvauksen riski vähenee merkittävästi. (THL 2014c.)

Naisten osallistuminen seulontoihin on vähentynyt Suomessa viime vuosina. Vuonna 2011 68 % kohdunkaulan syövän seulontakutsun saaneista suomalaisista osallistui papa-kokeeseen. Aikaisempina vuosina osallistuvuus on ollut suurempi. Seulonnat ovat tärkeitä naisen terveyden kannalta, sillä niiden avulla on pystytty estämään neljä viidestä kohdunkaulansyövästä. (Nykopp 2014.) Myös mammografiaan eli rintasyövän seulontaan osallistuminen on vähentynyt 2000-luvulla. Vuonna 2011 rintasyövän seulontakutsun saaneista naisista seulontoihin osallistui noin 85 %. (THL 2014b.) Posterin muistuttaa osallistumaan mammografiaan ja papa-seulontoihin säännöllisesti.

Terveyteen liittyvän tiedon luotettavuuden ja lähteen tarkistamiseen suosittava kohta valittiin posteriin, koska sekä suomalaisista että kansainvälisistä lähteistä kävi ilmi, että internetistä etsitään terveyttä koskevaa tietoa, mutta useasti sen luotettavuutta ei tarkisteta. (Terveytalo 2015; Simmons ym. 2015.) Ajoissa hoitoon hakeutuminen valikoitui yhdeksi posterin aiheista, koska sillä voidaan ehkäistä sairauden pahenemista ja huonoa hoitotasapainoa. Kansainvälisten tutkimusten mukaan erityisesti haja-asutusalueilla asuvat naiset monesti pitkittävät hoitoon hakeutumista (Simmons ym. 2015; Wathen – Harris 2007). Kohderyhmän palautteiden pohjalta posteriin lisättiin sosiaalisten suhteiden ja harrastusten merkitystä korostava kohta. Naiset kokivat niillä olevan suuri merkitys omalle jaksamiselle ja siten myös useiden edellä mainittujen terveyttä edistävien osa-alueiden toteutumiselle.

Posteriin valittiin kolme eri väriä. Päävärinä on punainen, jota on käytetty otsikossa, kehyksissä sekä polussa. Taustavärinä on haalea punainen ja tekstit ovat kirjoitettu tummanharmaalla. Jokaisen symbolin alla on korostusefektinä pieni harmaa ympyrä. Posterin ulkoasuun toteutukseen saimme apua graafiselta suunnittelijalta. Posterin on suunniteltu ja toteutettu InDesign-ohjelmalla. Posterin symbolit ja fonttikoot ovat suunniteltu niin, että se on optimaalisinta tulostaa A1-koossa.

### 5.3 Posterin arviointi

Posterin arviointiin osallistui yhteensä 15 keski-ikäistä naista kahdessa eri kohteessa. Ensimmäisessä arviointitilaisuudessa kommentteja ja palautetta kerättiin kahdeksalta keski-ikäiseltä naiselta erään taidenäyttelyn yhteydessä. Naiset edustivat eri ammattiryhmiä, mutta suurin osa heistä oli toimittajia. Naisilta pyydettiin vapaamuotoista palautetta posterin sisältöön sekä ulkoasuun liittyen. Heidän antamansa palaute oli melko suppeaa, mutta positiivista ja posterin ulkoasu sai kehuja. Kehittämisehdotuksena naiset totesivat, että seulontakohdassa voisi yleisen seuluntoihin osallistumisen sijasta tarkemmin kehottaa osallistumaan mammografiaan ja papa-seuluntoihin.

Toinen arviointitilaisuus tehtiin Helsingin kaupungin hankintakeskuksen logistiikkakeskuksessa, jossa posteria arvioi seitsemän keski-ikäistä logistiikkakeskuksessa työskentelevää naista. Ensimmäisestä arviointitilaisuudesta oppineina suunnittelimme toista tilaisuutta tarkemmin etukäteen. Olimme laatineet naisia varten neljä posterin arviointia ohjaavaa kysymystä kirjallisille palautelapuille, mutta he halusivat enemmän keskustella posterista vapaamuotoisesti. Keskustelimme naisten kanssa posterin herättämistä ajatuksista, ulkoasusta ja sisällöstä sekä mahdollisista muutoksista tai lisäyksistä posterin sisältöön. Posterin johdannosta naisten huomion kiinnitti citypirkko ja landeleidi -ilmaisut, joita he pitivät hauskoina ja saman tien identifioivat itsensä jompaankumpaan niistä. Naiset kommentoivat posterin olevan huomiota herättävä, mutta pohtivat jonkin verran sen värimaailmaa. Heidän mielestään posterin symboleissa voisi käyttää useampia ja kirkkaampia värejä. Muuten symbolit ja niihin liittyvät tekstiosuudet olivat naisten mielestä hyviä. Tekstiosuuksista kommentoitiin, että ne voisivat olla suurempia. Fonttikoot ovat suunniteltu A1-kokoiseen tulosteeseen ja arvioinnissa käytetty posterin oli tulostettu A3-kokoisena. A1-koossa tekstit tulevat siis näkymään suurempina. Tärkein naisilta tullut kehittämissuositus oli sosiaalisen elämän ja ystävyyssuhteiden merkitystä korostavan kohdan lisääminen posteriin. Heidän mielestään ne ovat tärkeitä tekijöitä keski-ikäisen naisen elämässä sekä tukevat oleellisesti myös muiden posterissa esitettyjen aiheiden toteutumista.

Olimme tyytyväisiä naisilta saamaamme palautteeseen ja teimme sen pohjalta muutamia muutoksia posterin lopulliseen versioon. Muutimme seulontakohdan tekstin yleisen niihin osallistumiseen kehottamisen sijasta koskemaan tarkemmin mammografia- ja papa-seuluntoihin osallistumista. Naisten palautteen pohjalta lisäsimme posterin polulle vielä sosiaalisen elämän merkitystä korostavan kohdan sekä suurensimme johdannon

fonttia yhdellä koolla. Hankintakeskuksen naisten ehdottamia kirkkaampia ja useampia värejä posterin symboleihin päätimme olla toteuttamatta, sillä useampien eri värien sekoittaminen rikkoisi posterin eheän tyylimaailman.

## 6 Pohdinta

Opinnäytetyössämme olemme käyneet läpi terveyteen liittyviä tärkeitä aiheita, jotka ovat oleellisessa osassa keski-ikäisen naisen elämässä. Tarkoituksena oli kuvata keski-ikäisten matalapalkkaisten naisten sosioekonomisen aseman vaikutuksia terveyteen, selvittää sen eroja kaupunki- ja haja-asutusalueilla ja tuottaa tulosten perusteella terveyttä edistävä posterit. Posterin tavoitteena on toimia muistutuksena terveyttävää edistävästä elintavoista ja edistää siten naisten terveyttä.

Opinnäytetyön tekeminen yhteistyössä parin kanssa oli meille sopiva työskentelymuoto. Pyrimme tekemään opinnäytetyötä mahdollisimman paljon yhdessä, sillä samalla pysyimme jakamaan ajatuksia ja kehittämisideoita siihen liittyen. Tutkimusten ja tilastojen etsintää teimme sekä yhdessä että erikseen. Tuotimme tekstiä usein myös itsenäisesti, jolloin lähetimme oman tuotoksen toiselle vielä luettavaksi ja täydennettäväksi. Tarkastelimme koko opinnäytetyöprosessin ajan työtämme kriittisesti ja olimme säännöllisesti yhteydessä ohjaavaan opettajaamme, joka antoi meille palautetta ja ohjeita, joiden avulla muokkasimme työtämme. Lisäksi osallistuimme opinnäytetyöskentelyn ohella tieteellisen kirjoittamisen kurssille, josta saimme paljon apua ja palautetta työhömmme.

Ammatillisen kasvun kannalta oli mielestämme hyödyllistä olla mukana terveyttä edistävässä hankkeessa. Tietoperustamme on kasvanut opinnäytetyöprosessin edetessä ja olemme saaneet lisää tietoa juuri keski-ikään liittyvistä haasteista. Terveystyöntekijän työhön kuuluu isona osana terveyden edistäminen ja ihmisten ohjaaminen terveyteen liittyvissä asioissa. On siis olennaista puuttua epäterveellisiin elämäntapoihin, jotta turvattaisiin mahdollisimman terveitä elinvuosia.

Koko opinnäytetyöprosessi oli mielestämme melko työläs, mutta opettavainen kokemus. Käytimme työskentelyyn paljon aikaa ja mietimme tarkkaan opinnäytetyön kokonaisrakennetta ja sujuvaa etenemistä. Työskentely graafisen suunnittelijan kanssa sujui hyvin ja posterin suunnittelu oli mielekäästä. Posterin testauksessa saatujen palautteiden pohjalta koemme posterin ulkoasun onnistuneen hyvin ja täyttävän hyvän posterin kriteerit.

## 6.1 Luotettavuus ja eettisyys

Useilla aloilla tutkimustieto muuttuu nopeasti, minkä vuoksi olemme pyrkineet käyttämään mahdollisimman tuoreita lähteitä työmme tietoperustana. Luotettavan tekstin perustana on jäsentelyn johdonmukaisuus, ja tarkoituksena on, että jokainen tekstin osa palvelee koko kokonaisuutta. Olemme pyrkineet siihen, että sisällysluettelo ja otsikot ovat selkeitä ja havainnollistavia, ja niiden avulla on mielekästä edetä lukemisessa. Jäsentelyn loogisuus tulee ilmi myös esimerkiksi kappalejaoissa sekä niiden rakenteissa. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2009: 113, 292.)

Työn luotettavuuden takaamiseksi tutkimustietoa kerättiin sekä suomalaisista että muista länsimaalaisista tutkimuksista. Lopulta tietoperustan pääpainoksi muodostui kuitenkin suomalainen tutkimustieto. Tietoperustan kokoamiseen käytimme tieteellisiä ja luotettavia lähteitä eri tietokantoja hyödyntäen. Posterin sisällön laadintaa ohjasivat eniten THL:n Alueellinen terveys ja hyvinvointi -tutkimuksen tulokset. Kyseisten tulosten luotettavuutta suhteessa työmme aihe-rajaukseen saattaa heikentää ATH:n tulosraporttien rajausmahdollisuudet. Aiherajauksemme on matalapalkkaisten keski-ikäisten naisten terveys kaupunki- ja haja-asutusalueilla, mutta ATH:n tulosraporteissa emme pystyneet rajaamaan tuloksia aluerajauksien lisäksi kuin naisiin ja matalaan koulutukseen. Näin ollen tuloksia ei ole rajattu keski-ikään eikä matalapalkkaisiin. Monesti kuitenkin matalapalkkaisuus ja matala koulutustaso korreloivat keskenään ainakin naisvaltaisilla aloilla (Laitinen 2013).

Tarkastelimme ATH:n tulosraportista eri tutkimusalueiden tuloksia aihepiireittäin. Tutkimusalueita on yhteensä seitsemän, mutta kokonaiskuvan selkeyttämiseksi kategorisoimme alueet neljään samankaltaiseen alueeseen, ja esitimme tulokset näiden alueiden kokonaistulosten keskiarvoina. Pohdimme, vaikuttaako tulosten esittäminen oman alueiden kategorisointimme pohjalta niiden luotettavuuteen ja vääristääkö se niitä. Keskustelimme asiasta opinnäytetyön ohjaajan kanssa, joka oli sitä mieltä, että selkeyttävä kategorisointi oli tässä tapauksessa suotavaa.

Tutkimusetiikan näkökulmasta hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu noudattaa rehellisyyttä, huolellisuutta sekä tarkkuutta. Olemme ottaneet muiden tutkijoiden työt huomioon asianmukaisella tavalla sekä olleet huolellisia ja viitanneet heidän julkaisuihinsa asianmukaisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012: 6). Lähteet sekä tekstiviitteet

olemme merkinneet tarkasti ja ohjeita noudattaen sekä niin, että lukija löytää ne helposti ja nopeasti lähdeluettelosta tarvittaessa. Tarkistimme työn muutamia kertoja Turnitin-plagioinnin tarkistusohjelmalla, jonka avulla suljimme plagioinnin mahdollisuuden pois.

## 6.2 Hyödynnettävyys ja jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyömme tuotosta, terveyttä edistävää posteria, voidaan hyödyntää, kun halutaan viestiä nopeasti ja tehokkaasti suurelle joukolla ihmisiä. Posteria voi hyödyntää posteriviestinnälle tyypillisissä kohteissa, kuten terveysasemilla tai työterveyshuollossa. Terveysasemilla tai työterveyshuollossa ei kuitenkaan käydä päivittäin, joten parhaan mahdollisen terveyttä edistävän hyödyn saamiseksi voisi posteria levittää myös edellä mainittuja kohteita laajemmalle. Posterin vaikuttavuus voisi korostua paikoilla, joissa kohderyhmä liikkuu usein ja on alttiina posterin lukemiselle. Tämän kaltaisia paikkoja voisivat olla esimerkiksi bussipysäkit ja juna-asemat, julkiset kulkuvälineet, ostoskeskukset, uimahallit ja kuntosalit. Altistumme elinympäristössämme jatkuvasti erilaisille kaupallista hyötyä tavoitteleville mainoksille. Jos niiden tilalla olisi terveyttä edistäviä kampanjoita ja postereita, voisivat pidemmän aikavälin vaikutukset kansanterveydelle olla merkittäviä. Terveyttä edistävän posterin sanomalle altistuminen esimerkiksi jokapäiväisellä työmatkalla voisi olla elintapamuutoksen partaalla olevalle lukijalle yksi muutokseen johtavista tekijöistä.

Jatkossa voisi olla mielenkiintoista tutkia matalapalkkaisten keski-ikäisten naisten terveyseroja kaupunki- ja haja-asutusalueilla laadullisen tutkimuksen keinoin. Työmme tuloksista selvisi muun muassa, että maaseutualueilla naiset kokevat kaupunkialueen naisiin verrattuna terveytensä keskitasoisiksi tai sitä huonommaksi, mutta toisaalta tuntevat itsensä onnellisemmiksi. Kaupunkialueiden naisilla puolestaan on haja-asutusalueiden naisiin verrattuna merkittävästi enemmän alkoholin liikakäyttöä. Näitä ja vastaavanlaisia eroja aiheuttavia mekanismeja olisi mielenkiintoista selvittää esimerkiksi teemahaastatteluilla. Tutkimusta voisi myös laajentaa maahanmuuttajataustaisiin naisiin. Heille voisi soveltaen suunnitella vastaavanlaisen posterin kuin suomalaisille naisille tekemämme.

## Lähteet

Absetz, Pilvikki – Hankonen, Nelli 2011. Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa: vaikuttavuus ja keinot. *Duodecim* 127 (21). 2265–2272.

Ek, Stefan – Niemelä, Raimo 2010. Onko internetistä tullut suomalaisten tärkein terveystiedon lähde? *Informaatiotutkimus* 29 (4). 1–9. Saatavilla myös sähköisesti: <<http://ojs.tsv.fi/index.php/inf/article/viewFile/3856/3640>>.

Fogelholm, Mikael – Hakala, Paula – Kara, Raija – Kiuru, Sanna – Kurppa, Sirpa – Kuusipalo, Heli – Laitinen, Jaana – Marniemi, Annikka – Misikangas, Marjo – Roos, Eva – Sarlio-Lähteenkorva, Sirpa – Schwab, Ursula – Virtanen, Suvi 2014. Terveyttä ruoasta. Suomalaiset ravitsemussuositukset. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Saatavilla myös sähköisesti: <[http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/attachments/fi/vrn/ravitsemussuositukset\\_2014\\_fi\\_web.3.pdf](http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/attachments/fi/vrn/ravitsemussuositukset_2014_fi_web.3.pdf)>.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Huttunen, Jussi. 2012. Mitä terveys on? Terveyskirjasto. *Duodecim*. Verkkodokumentti. <[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00903](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00903)>. Luettu 18.9.2015.

Kaikkonen, R. – Murto, J. – Saarsalmi, P. – Pentala, O. – Koskela, T. – Virtala, E. – Härkänen, T. – Koskeniemi, T. – Ahonen, J. – Vartiainen, E. – Koskinen, S. Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen perustulokset kaupunki-maaseutu -luokittain 2013. Verkkodokumentti. <[www.thl.fi/ath](http://www.thl.fi/ath)>. Luettu 21.9.2015.

Kainulainen, Ville 2013. Työssäkäyvät köyhät. Katsaus aiheeseen tutkimuskirjallisuuden valossa. Palvelualojen ammattiliitto PAM ry. Saatavilla myös sähköisesti: <<https://www.pam.fi/media/1.-materiaalipankki-tiedostot-nakyvat-julkisessa-materiaalipankissa/tilastot-ja-tutkimukset/tyossakayvat-koyhat.pdf>>.

Koivusilta, Leena 2011. Terveyskäyttäytyminen. Teoksessa Laaksonen, Mikko – Silventoinen, Karri (toim.): *Sosiaalierpidemiologia*. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press. 123–141.

Kokko, Katja 2010. Keski-ikä määrittelyä ja kuvailua. Teoksessa Pulkkinen, Lea – Kokko, Katja (toim.): *Keski-ikä elämänvaiheena*. Jyväskylän yliopiston psykologian laitos. Saatavilla myös sähköisesti: <[https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/24873/Keski-ika\\_elamanvaiheena.pdf?sequence=1](https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/24873/Keski-ika_elamanvaiheena.pdf?sequence=1)>.

Kuronen, Maria 2007. Interventiot terveyskeskuksen arjessa. *Kansanterveys* 7. 18–19. Saatavilla myös sähköisesti: <<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/102599/kansanterveys-lehti707.pdf?sequence=1>>.

Laitinen, Jaana 2013. Näissä ammateissa on lyhyt koulutus ja hyvä palkka. *Helsingin Sanomat* 24.3. Saatavilla myös sähköisesti: <<http://www.hs.fi/ura/a1364011363759>>.

Lankila, Tiina 2014. Residential Area and Health. A Study Of The Northern Finland Birth Cohort 1966. Oulu: University of Oulu. Saatavilla myös sähköisesti: <<http://herkules oulu.fi/isbn9789526206660/isbn9789526206660.pdf>>.

Leipert, Beverly D – Regan, Sandra – Plunkett, Robyn 2015. Working Through and Around: Exploring Rural Public Health Nursing Practices and Policies To Promote Rural Women’s Health. Online Journal of Rural Nursing and Health Care 15 (1). Luettavissa myös sähköisesti: <<http://rnojournl.binghamton.edu/index.php/RNO/article/view/342>>.

Liikuntapiirakka. 2015. UKK-instituutti. Verkkodokumentti. <<http://www.ukkinstituutti.fi/liikuntapiirakka>>. Luettu 14.1.2016.

Loman, Tiina 2015. Ruokatottumukset, liikunta ja paino: sosioekonomiset erot ja muutokset. Helsingin yliopisto: Lääketieteellinen tiedekunta. Kansanterveystieteen osasto. Saatavilla myös sähköisesti: <<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/154778/ruokatot.pdf?sequence=1>>.

Luoto, Riitta – Moilanen, Jaana – Alha, Pirkko – Aalto, Anna-Mari – Koponen, Päivikki – Hemminki, Elina 2011. Naisen terveys keski-ässä. Terveys 2000 -tutkimus. Tuloksia vuoden 2008 seurantatutkimuksesta. Raportti 67. Saatavilla myös sähköisesti: <<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80103/6351d0b1-c0c1-465f-a683-c8b314d3e129.pdf?sequence=1>>.

Martelin, Tuija – Murto, Jukka – Pentala, Oona – Linnanmäki, Eila 2014. Terveys, terveyserot ja niiden kehitys. Teoksessa Vaarama, Marja – Karvonen, Sakari – Kestilä, Laura – Moisio, Pasi – Muuri, Anu (toim.): Suomalaisten hyvinvointi 2014. Tampere: Suomen Ylioppilaspaino Oy. 62–79.

Nykopp, Johanna 2014. Kohdunkaulan syövän seulontoihin osallistuminen vähentynyt. Potilaan lääkärilehti. Verkkodokumentti. <<http://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/kohdunkaulan-syovan-seulontoihin-osallistuminen-vahentynyt/#.VwNI7f196Uk>>. Luettu 5.4.2016.

Patja, Kristiina – Absetz, Pilvikki 2007. Miten saisin tämänkin muuttumaan? Interventiomenetelmien kehittäminen osana strategista osaamista. Kansanterveys 7. 4. Saatavilla myös sähköisesti. <<http://thl32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/102109/kansanterveys-lehti707.pdf?sequence=1>>.

Perttilä, Anna 2007. Ohjeita posterin tekoon. Laurea-ammattikorkeakoulu. Verkkodokumentti. <[http://viestintapiste.laurea.fi/ind.pdf.doc.ppt/Posterin\\_suunnittelu.pdf.pdf](http://viestintapiste.laurea.fi/ind.pdf.doc.ppt/Posterin_suunnittelu.pdf.pdf)>. Luettu 30.10.2015.

Pölkki, Tarja 2014. Hoitotyön interventiot ja niiden vaikuttavuus. Tutkiva hoitotyö 4. 3. Saatavilla myös sähköisesti. <<https://sairaanhoitajat.fi/lehti/jutut/hoitotyon-interventiot-ja-niiden-vaikuttavuus/>>.

Räty, Tarja 2011. Internetin sisältämä terveystieto. Haaste potilaiden ja terveydenhuollon ammattilaisten vuorovaikutussuhteelle? Pro gradu -tutkielma. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto. Sosiaali- ja terveysjohtamisen laitos. Itä-Suomen yliopisto. Saatavilla myös sähköisesti: <[http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20110320/urn\\_nbn\\_fi\\_uef-20110320.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20110320/urn_nbn_fi_uef-20110320.pdf)>.

Saarsalmi, Perttu – Koskela, Timo – Virtala, Esa – Murto, Jukka – Pentala, Oona – Kauppinen, Timo – Karvonen, Sakari – Kaikkonen, Risto 2014. Terveiden ja hyvinvoinnin erot maalla ja kaupungissa vuonna 2013 – ATH-tutkimuksen tuloksia uuden kau-

punki-maaseutu-luokituksen mukaan. Tutkimuksesta tiiviisti 30. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavilla myös sähköisesti: <[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125351/URN\\_ISBN\\_978-952-302-404-5.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125351/URN_ISBN_978-952-302-404-5.pdf?sequence=1)>.

Saarto, Ari 2005. Liikakäytön tunnistaminen. Päihdelinkki.fi. Verkkodokumentti. Päivitänyt Seppä, Kaija 8.12.2015. <<http://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/alkoholi/liikakayton-tunnistaminen>>. Luettu 26.2.2016.

Salmela, Sanna M. – Kettunen, Tarja – Poskiparta, Marita 2010. Vaikuttavan elintapaohjausintervention suunnittelu - helpommin sanottu kuin tehty? Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 47. 208–218. Saatavilla myös sähköisesti: <<http://ojs.tsv.fi/index.php/SA/article/view/3627/4174>>.

Simmons, Leigh Ann – Wu, Qishan – Yang, Nancy – Bush, Heather M. – Crofford, Leslie J. 2015. Sources of Health Information among Rural Women in Western Kentucky. Public Health Nursing 32 (1). 3–14.

SYKE 2013. Alueluokkien kuvaukset. Suomen ympäristökeskus. Verkkodokumentti. <[http://www.ymparisto.fi/fi-FI/Elinymparisto\\_ja\\_kaavoitus/Yhdyskuntarakenne/Tietoa\\_yhdyskuntarakenteesta/Kaupunkimaaseutu\\_luokitus/Alueluokkien\\_kuvaukset](http://www.ymparisto.fi/fi-FI/Elinymparisto_ja_kaavoitus/Yhdyskuntarakenne/Tietoa_yhdyskuntarakenteesta/Kaupunkimaaseutu_luokitus/Alueluokkien_kuvaukset)>. Luettu 10.9.2015.

SYKE 2015. Kaupunki-maaseutu-luokitus. Suomen ympäristökeskus. Verkkodokumentti. <[http://www.ymparisto.fi/fi-FI/Elinymparisto\\_ja\\_kaavoitus/Yhdyskuntarakenne/Tietoa\\_yhdyskuntarakenteesta/Kaupunkimaaseutu\\_luokitus](http://www.ymparisto.fi/fi-FI/Elinymparisto_ja_kaavoitus/Yhdyskuntarakenne/Tietoa_yhdyskuntarakenteesta/Kaupunkimaaseutu_luokitus)>. Luettu 10.9.2015.

Talala, Kirsi – Härkänen, Tommi – Martelin, Tuija – Karvonen, Sakari – Mäki-Opas, Tomi – Manderbacka, Kristiina – Suvisaari, Jaana – Sainio, Päivi – Rissanen, Harri – Ruokolainen, Otto – Heloma, Antero – Koskinen, Seppo 2014. Koulutusryhmien väliset terveys- ja hyvinvointierot ovat edelleen suuria. Alkuperäistutkimus. Suomen Lääkäri-lehti 69 (36). 2185–2192. Luettavissa myös sähköisesti osoitteessa: <<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116797/SLL362014-2185.pdf?sequence=1>>.

Tepponen, Heli – Välimäki, Maritta – Suominen, Tarja 1998. Miten tehdään posterit? Ohjeita posterin suunnittelijalle. Hoitotiede 10 (5). 309–314.

Terveystalo 2015. Kysely: Miten suomalaiset hakevat terveystietoa verkosta? Verkkodokumentti. <[https://www.terveystalo.com/Documents/Yhti%C3%B6/Terveystalo\\_raportti%20Terveyskysely%202015\\_180315.pdf](https://www.terveystalo.com/Documents/Yhti%C3%B6/Terveystalo_raportti%20Terveyskysely%202015_180315.pdf)>. Luettu 29.10.2015.

THL 2013. Elintavat. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <<https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/elintavat>>. Luettu 7.9.2015.

THL 2014a. Keskeisiä käsitteitä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <<https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/keskeisia-kasitteita>>. Luettu 18.9.2015.

THL 2014b. Kohdunkaulan syövän ja rintasyövän seulontoihin osallistuminen vähentynyt. Tilastouutisia. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <[https://www.thl.fi/fi/tilastot/-/asset\\_publisher/BeY7DZuFGAIJ/content/kohdunkaulan-syovan-ja-rintasyovan-seulontoihin-osallistuminen-on-vahentynyt](https://www.thl.fi/fi/tilastot/-/asset_publisher/BeY7DZuFGAIJ/content/kohdunkaulan-syovan-ja-rintasyovan-seulontoihin-osallistuminen-on-vahentynyt)>. Luettu 5.4.2016.

THL 2014c. Tupakka ja terveys. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <<https://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/tupakka/tupakka-ja-terveys>>. Luettu 5.4.2016.

THL 2015a. ATH - Terveyttä ja hyvinvointia kuntalaisille. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <<https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/vaestotutkimukset/ath-terveytta-ja-hyvinvointia-kuntalaisille>>. Luettu 17.9.2015.

THL 2015b. Elintavat ja mielenterveyshäiriöt. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Verkkodokumentti. <<https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/elintavat-ja-mielenterveyshairiot>>. Luettu 3.3.2016.

THL 2015c. Koulutus. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <<https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/hyvinvointi/koulutus>>. Luettu 26.2.2016.

THL 2015d. Yleistietoa kansantaudeista. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Verkkodokumentti. <<https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/yleistietoa-kansantaudeista>>. Luettu 13.11.2015.

Tilastokeskus 2013. Palkkarakenne. Verkkodokumentti. Päivitetty 8.4.2015. <[http://tilastokeskus.fi/til/pra/2013/pra\\_2013\\_2015-04-08\\_tie\\_001\\_fi.html](http://tilastokeskus.fi/til/pra/2013/pra_2013_2015-04-08_tie_001_fi.html)>. Luettu 8.9.2015.

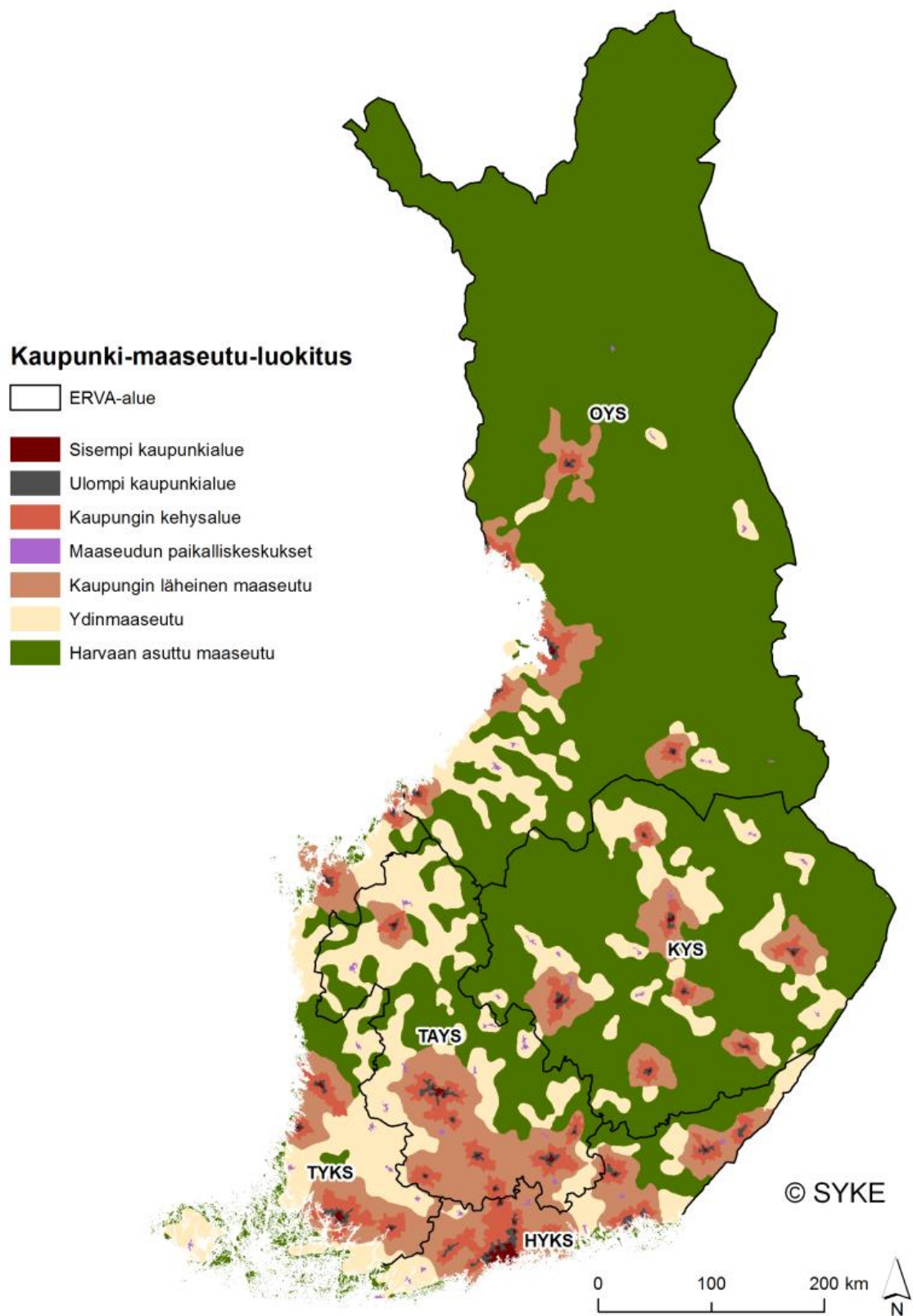
Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Luettavissa myös sähköisesti: <[http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)>

Vilka, Hanna – Airaksinen, Tiina 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Wathen, C. Nadine – Harris, Roma M 2007. "I Try to Take Care of It Myself." How Rural Women Search for Information. *Qualitative Health Research* 17 (5). 642–646.

Zeng, Di – You, Wen – Mills, Bradford – Alwang, Jeffrey – Royster, Michael – Anson-Dwamena, Rexford 2015. A closer look at the rural-urban health disparities: Insight from four major diseases in the Commonwealth of Virginia. *Social Science & Medicine* 140. 62–68. Saatavilla myös sähköisesti: <[http://ac.els-cdn.com/S0277953615300277/1-s2.0-S0277953615300277-main.pdf?\\_tid=4c8ce30a-6817-11e5-96d4-00000aab0f01&ac-dnat=1443688678\\_60e7a4f73cf887a9e1270425c06c7608](http://ac.els-cdn.com/S0277953615300277/1-s2.0-S0277953615300277-main.pdf?_tid=4c8ce30a-6817-11e5-96d4-00000aab0f01&ac-dnat=1443688678_60e7a4f73cf887a9e1270425c06c7608)>.

## Kaupunki-maaseutu-luokitus



## Terveyttä edistävä posteri

# Keski-ikäisen naisen polku parempaan terveyteen

Vaikka suomalaisten naisten elinajanodote on nykyisin 83 vuotta, ovat kansantaudit edelleen merkittävä terveysongelma. Yleisimmät niistä keski-ikäisillä naisilla ovat **verenpainetauti** ja **diabetes**.

Useilla kansantaudeilla on samoja suoja- ja riskitekijöitä, ja ne ovat ehkäistävissä **terveellisillä elintavoilla**, kuten liikunnalla, tupakoinnin ja runsaan alkoholin käytön välttämällä sekä lihavuuden ehkäisemisellä.

Olitpa siis **citypirkko** tai **lande-leidi**, koulutustaustasi lyhyt tai pitkä, niin muista ottaa mahdollisimman usein huomioon seuraavat terveyttä edistävät tekijät terveiden vuosien turvaamiseksi.



### Terveellinen ruokavalio

Syö monipuolisesti ja noudata lautasmallia. Muista kasvikset, marjat ja hedelmät: puoli kiloa päivässä!



### Säännöllinen liikunta

Harrasta kestävyysliikuntaa ainakin 2,5 tuntia viikossa, esimerkiksi kävelyä tai pyöräilyä. Muista myös lihaskunto ainakin kaksi kertaa viikossa.



### Alkoholi

Käytä alkoholia kohtuudella tai luovu siitä kokonaan. Kohtuukäytön raja on seitsemän annosta viikossa.



### Terveyttä koskeva tieto

Tarkista aina terveyteen liittyvän tiedon luotettavuus ja lähde.



### Seulonnat

Muista osallistua mammografiaan ja papa-seulontoihin säännöllisesti.



### Tupakka

Pyydä rohkeasti apua tupakoinnin lopettamiseen.



### Hoitoon hakeutuminen

Tunnista sairauden oireet, äläkä epäröi hakeutua hoitoon ajoissa.



### Sairauksien ennaltaehkäisy

Tarkistuta verenpaineesi sekä kolesterolin ja verensokeriarvosasi säännöllisesti.



### Sosiaalinen elämä

Muista ystävien ja harrastusten tärkeys osana kokonaisvaltaista hyvinvointiasi.