

Marjaana Lammi

TYÖHYVINVOINTI JA TUTKIMUSNÄYTTÖ

Terveyttä edistävien fyysisten ja psyykkisten toimintatapojen vai-
kuttavuus

Terveyden edistämisen koulutusohjelma

Ylempi AMK

2010

TYÖHYVINVOINTI JA TUTKIMUSNÄYTTÖ

Terveyttä edistävien fyysisten ja psyykkisten toimintatapojen vaikuttavuus

Lammi, Marjaana
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Terveyden edistämisen koulutusohjelma
joulukuu 2010
Ohjaaja: Hirvonen, Eila
Sivumäärä: 73
Liitteitä: -

Asiasanat: työhyvinvointi, psyykinen terveys, fyysinen terveys, näyttöön perustuva toiminta

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli etsiä ja arvioida tutkimusnäyttöä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen toimintatavoista. Alustava aihe tuli työn toimeksiantajalta, joka on eteläsuomalainen työhyvinvoinnin kehittämiseen erikoistunut yritys. Työn toimeksiantaja toivoi palveluvalikoimansa tueksi näyttöä niistä terveyden edistämisen toimintatavoista joilla voidaan tuloksellisesti edistää ja ylläpitää työikäisten fyysistä ja psyykkistä terveyttä ja hyvinvointia. Opinnäytetyö rajattiin toimeksiantajan toivomuksen mukaisesti koskemaan fyysisen hyvinvoinnin osalta elintapoja sekä psyykkisen hyvinvoinnin osalta työuupumusta ja työnohjausta.

Opinnäytetyö muodostuu yhdestä päätavoitteesta eli tutkimusongelmasta ja viidestä tarkentavasta PICO-kysymyksestä. Asetettuun tutkimusongelmaan etsitään vastausta PICO-kysymyksiä hyödyntäen. Opinnäytetyön toteutus pohjautui näyttöön perustuvaan toimintaan (evidence-based practice) ja eteni sen vaiheiden mukaisesti sisältäen vaiheet 1-3.

Opinnäytetyön aineisto koostuu tutkimusnäytöistä. Aineisto kerättiin kansallisista ja kansainvälisistä tietokannoista sekä eri terveydenhuoltoalan tutkimuslaitosten internetsivuilta. Mukaan valittiin 37 tutkimusta, jotka jaoteltiin aihepiireittäin. Aihepiirit jakautuivat fyysisen hyvinvoinnin osalta fyysiseen aktiivisuuteen, painonhallintaan sekä tupakoinnin ja alkoholin käytön vähentämiseen. Psyykinen hyvinvointi kohdistui työuupumukseen ja työnohjaukseen. Aineiston keräämisen jälkeen arvioitiin kunkin tutkimuksen näytön astetta, jos sitä ei valmiina löytynyt.

Opinnäytetyö tuotti tuloksena tutkimustietoa eri toimintatapojen vaikuttavuudesta työikäisten terveyttä ja hyvinvointia edistettäessä. Tämän tiedon avulla käytettävissä olevat voimavarat voidaan kohdistaa työhyvinvointia parhaiten edistäviin ja tukeviin toimintatapoihin toimeksiantajan asiakasyrityksissä. Loppu-osiossa pohditaan myös, miten tietoa saadusta näytöstä voitaisiin käytännössä hyödyntää.

WELLBEING AT WORK AND EVIDENCE

The effectiveness of methods of physical and mental health promotion

Lammi, Marjaana

Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in health promotion

December 2010

Supervisor: Hirvonen, Eila

Number of pages: 73

Appendices: -

Keywords: wellbeing at work, physical well-being, mental well-being, evidence-based practice

The purpose of this thesis was to look for and evaluate research evidence about the methods of promoting health and well-being. The topic of the study was given by the client, a company in southern Finland that is specialized in improving wellbeing at work. To strengthen their range of services, the client wished to have evidence about the methods to promote health with which one can successfully increase and maintain occupational physical and mental health and well-being.

The study consists of one main objective, i.e. the research problem, and several specific PICO-questions. The answer to the set research problem is sought by applying the PICO-questions. The study was carried out using evidence-based practice, and it proceeded according to its phases, including phases 1-3. The material of the study consists of research evidence. The data was collected from national and international databases as well as internet pages of health care research institutes. 37 studies were included in this research. The studies were divided thematically. The themes dealing with physical well-being were physical activity, weight management and reducing smoking and alcohol consumption. The themes dealing with mental well-being were burn-out and clinical supervision. After collecting the material, the degree of evidence was also assessed, if it hadn't been done in the material itself.

As a result of this thesis, research information about the effectiveness of different methods in advancing occupational health and well-being was found. With the help of this information, the available resources can be directed to the methods that best advance and maintain work well-being. In the final chapter, it is discussed how the information about the evidence could be further applied into practice.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	OPINNÄYTETYÖN TAUSTA JA TARKOITUS	7
2.1	Toimintaympäristö.....	7
2.2	Tarkoitus ja tavoitteet	8
2.3	Tulosten hyödyntäminen toimeksiantajan näkökulmasta	9
3	TYÖHYVINVOINNIN EDISTÄMINEN	10
3.1	Työhyvinvointi ja työkyky.....	10
3.2	Työntekijöiden fyysinen hyvinvointi ja terveys	13
3.2.1	Fyysinen aktiivisuus, ravinto ja lihavuus	15
3.2.2	Tupakointi ja alkoholin käyttö	16
3.3	Työntekijöiden psyykinen hyvinvointi ja terveys.....	17
3.3.1	Työuupumus.....	19
3.3.2	Työnohjaus	20
3.4	Työhyvinvointitoiminnan vaikutukset.....	23
4	NÄYTTÖÖN PERUSTUVA TOIMINTA (EVIDENCE-BASED PRACTICE) OPINNÄYTETYÖN VIITEKEHYKSENÄ	25
4.1	Näyttöön perustuvan toiminnan vaiheet	28
4.1.1	PICO-kysymyksen muodostaminen.....	30
4.1.2	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus.....	32
4.1.3	Systemaattinen tiedonhaku.....	34
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	35
5.1	PICO-kysymysten asettaminen ja aiheen rajaus	36
5.2	Tutkimusnäytönhaku	37
5.3	Näytön arviointi	40
6	TULOKSET	41
6.1	Työntekijöiden fyysinen hyvinvointi ja terveys	41
6.1.1	Fyysinen aktiivisuus ja tutkimusnäyttö	41
6.1.2	Painonhallinta ja tutkimusnäyttö.....	43
6.1.3	Tupakoinnin lopettaminen ja tutkimusnäyttö.....	45
6.1.4	Alkoholin käytön vähentäminen ja tutkimusnäyttö	47
6.2	Työntekijöiden psyykinen hyvinvointi ja terveys.....	48
6.2.1	Työnohjaus ja tutkimusnäyttö	48
7	POHDINTAA.....	49
7.1	Tulosten tarkastelua ja ehdotuksia käytäntöön	49
7.2	Tutkimusnäytön luotettavuuden arviointi	57
7.3	Jatkotutkimusaiheet	60

LÄHTEET.....	61
--------------	----

1 JOHDANTO

Viime vuosina työelämään on voimakkaasti liittynyt työhyvinvointikeskustelu. Keskeiseksi asiaksi on noussut työntekijöiden työhyvinvoinnin ylläpitäminen ja edistäminen, jotta he jaksaisivat työssä paremmin ja pysyisivät siellä pidempään. (Vesterinen 2006, 29.) Myös terveys 2015 -kansanterveysohjelman yhdeksi tavoitteeksi on kirjattu työelämässä pidempään jaksaminen, minkä ajatellaan mahdollistuvan työ- ja toimintakyvyn sekä työelämän olosuhteiden kehittymisen myötä (STM 2001:4, 15). Työhyvinvointikeskustelua on käyty niin yksilö- kuin yritystasollakin. Yksilötasolla keskustelu liittyy yleisimmin työkuorman hallintaan, yksittäisiin työhyvinvointia tukeviin keinoihin sekä vapaa-ajan ja työelämän yhteensovittamiseen. Yritykset ovat yhä enenevässä määrin havahtuneet hyvinvoinnin merkityksellisyyteen sekä yksilön että tuloksellisuuden näkökulmasta. Yrityksen tuloksen näkökulmasta tärkeitä ovat toimenpiteet, jotka vähentävät poissaoloja, vaihtuvuutta, työkyvyttömyyttä ja varhaista eläköitymistä. (Leskinen & Hult 2010, 17-22.)

Työhyvinvointi on keskeinen asia niin työssä viihtymisen kuin työssä jaksamisenkin osalta. Työhyvinvoinnin ajatellaan usein olevan vain pelkän terveyden, ja erityisesti fyysisen kunnan kehittämistä. Työhyvinvointi on kuitenkin paljon laaja-alaisempi käsite. Työhyvinvointiin vaikuttaa yksilöllisten asioiden kuten terveyden lisäksi muun muassa organisaation toimintatapa ja johtaminen, ilmapiiri, esimiestoiminta, työnhallinnan tunne, työ ja ihminen omine tulkintoineen. (Manka, Kaikkonen & Nuutinen 2007, 3.)

Työhyvinvointi ei synny itsestään vaan se vaatii systemaattista johtamista joka mahdollistuu organisaation ja työntekijöiden myönteisessä vuorovaikutuksessa. Tätä vuorovaikutusta ovat tukemassa eri asiantuntijatahot ja yhteistyöorganisaatiot kuten työterveyshuolto sekä erilaiset työhyvinvointitoimintaa suunnittelevat ja koordinoivat tahot. (Vesterinen 2006, 32; Manka ym. 2007, 3.) Työhyvinvoinnin ylläpitäminen ja edistäminen edellyttävätkin monitahoista, pitkäjänteistä ja suunnitelmallista toimintaa (Rauramo 2004, 14; Rissa 2007, 4).

Jotta työhyvinvoinnin ja terveyden edistämisen kannalta osattaisiin valita parhaimmat toimintatavat, tarvitaan niiden tehokkuudesta ja vaikuttavuudesta tietoa. Tätä tietoa voidaan saada erilaisen näytön kuten tutkimusnäytön, toimintanäytön tai kokemusnäytön avulla (Leino-Kilpi & Lauri 2003, 7). Näyttöön perustuvaa tietoa siis tarvitaan, jotta käytännön toimenpiteet voidaan kohdistaa tehokkaiisiin terveyden edistämisen toimintatapoihin ja niiden yhdistelmiin (Kouris-Blazos & Wahlqvist 2007, 332).

2 OPINNÄYTETYÖN TAUSTA JA TARKOITUS

2.1 Toimintaympäristö

Opinnäytetyön toimeksiantaja on eteläsuomalainen työhyvinvoinnin kehittämisen asiantuntijayritys. Yritys on perustettu vuonna 2004. Yrityksen henkilökunta muodostuu toimitusjohtajasta sekä kahdesta asiakasyhteishenkilöstä (Yrityksen www-sivut).

Eteläsuomalainen asiantuntijayritys toimii asiakasyrityksensä johdon asiantuntijakumppanina työhyvinvointiasioissa. Asiantuntijayrityksen toiminnan kannalta keskeistä on yhteistyö sekä asiakasyrityksen että sen työterveyshuollon kanssa. Tässä yhteistyössä asiakasyritys toimii oman toimintansa asiantuntijana, työterveyshuolto työn sekä terveyden asiantuntijana ja työn toimeksiantaja työhyvinvoinnin kokonaisuuden asiantuntijana. Työhyvinvoinnin kehittämisessä toimeksiantaja hyödyntää myös kumppanuusverkostonsa asiantuntemusta. (Yrityksen www-sivut).

Toimeksiantaja tarjoaa yrityksille työhyvinvoinnin asiantuntijapalveluita, työhyvinvoinnin kartoittamista ja kartoittamisen perusteella laadittuja työhyvinvointiohjelmiä, kehittämistoiminnan koordinoitua ja seurantaa sekä työhyvinvointiasioista tiedottamista. Toimeksiantajan toiminnan tavoitteena on siten kehittää ja ylläpitää asiakasyritysten kokonaisvaltaista työhyvinvointia tuomalla siihen liittyviä asioita osaksi yritysten arkipäivää. (Yrityksen www-sivut).

Toimeksiantajan tarjoama työhyvinvoinnin kehittäminen perustuu systemaattisuuteen ja tarvepohjaisuuteen käsittäen laajat työhyvinvointikartoitukset, jonka osa-alueita ovat johtaminen, osaaminen, työsuojaus, työyhteisön hyvinvointi sekä työntekijöiden fyysinen ja psyykinen hyvinvointi. Kartoituksen perusteella toimeksiantaja suunnittelee yhdessä asiakasyrityksen ja sen työterveyshuollon kanssa yksilöllisen työhyvinvointiohjelman perustuen asiakasyrityksen tarpeisiin. Työhyvinvointiohjelma toimii henkilöstöhallinnon ja johtamisen tukena. Asiantuntijayrityksen tehtävänä on tämän ohjelman käytännön koordinointi ja seuranta. (Yrityksen www-sivut).

2.2 Tarkoitus ja tavoitteet

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on koota tutkimusnäyttöä terveyden edistämisen toimintatavoista, joiden avulla voidaan edistää työikäisten fyysistä ja psyykkistä terveyttä sekä hyvinvointia. Opinnäytetyön toimeksiantaja voi näyttöön tukeutuen perustella ehdottamiaan toimintatapoja työhyvinvointiohjelmien suunnittelun yhteydessä. Tutkimusnäyttö toimii myös palveluiden laadun varmistajana. Opinnäytetyö on rajattu toimeksiantajan toivomuksen mukaisesti koskemaan toimintatapoja, jotka edistävät terveellisiä elintapoja ja ehkäisevät työuupumusta.

Päätavoite:

1. Koota ja arvioida tutkimusnäyttöä terveyttä edistävästä toimintatavoista, jotka edistävät ja ylläpitävät työikäisten fyysistä ja psyykkistä terveyttä sekä hyvinvointia rajautuen elintapoihin ja työuupumukseen.

Tarkentavat PICO-kysymykset:

- Minkälaisia terveyden edistämisen toimintatapoja (I) käyttämällä saadaan työikäisten (P) fyysisen aktiivisuuden tasoa lisättyä (O)?
- Minkälaisia terveyden edistämisen toimintatapoja (I) käyttämällä saadaan työikäisten (P) paino laskemaan ja ylläpidettyä painonhallintaa (O)?

- Minkälaisia terveyden edistämisen toimintatapoja (I) käyttämällä saadaan työikäisten (P) tupakointia vähennettyä tai lopetettua (O)?
- Minkälaisia terveyden edistämisen toimintatapoja (I) käyttämällä saadaan työikäisten (P) alkoholin käyttöä vähennettyä tai lopetettua (O)?
- Minkälaisia terveyden edistämisen toimintatapoja (I) käyttämällä saadaan työikäisten (P) työuupumusta vähennettyä (O)?

2.3 Tulosten hyödyntäminen toimeksiantajan näkökulmasta

Työn toimeksiantaja toivoi palveluvalikoimansa tueksi näyttöä eli tietoa terveyden edistämisen toimintatavoista joilla voidaan edistää ja ylläpitää työikäisten fyysistä ja psyykkistä hyvinvointia. Opinnäytetyö lisää tietoa jota tarvitaan, jotta käytettävissä olevat voimavarat voitaisiin kohdistaa työhyvinvointia parhaiten edistäviin toimintatapoihin. Tutkimusnäytön avulla tuodaan siis esille toimintatapoja, jotka ovat tehokkaita ja sitä kautta tuottavat tuloksekasta toimintaa.

Opinnäytetyö perustuu tutkimustuloksiin joiden perusteella on tarkoitus saada vahvistus käytössä oville toimintatavoille, ottaa käyttöön uusia tai kehittää olemassa olevia toimintatapoja, ja sitä kautta toimeksiantajan asiakkailleen tarjoamia palveluja. Ulkoisen näytön avulla toimeksiantaja saa tietoa toimintatavoista, joilla on tutkimuksin todettu olevan näyttöä niiden vaikuttavuudesta ja tehosta. Opinnäytetyön avulla saatu tieto auttaa hyvinvointiohjelmien fyysisen ja psyykkisen osa-alueiden suunnittelussa. Asiantuntijayritys voi hyödyntää saamaansa tietoa myös miettiessään palvelutarpeitaan suhteessa yhteistyökumppaneihinsa ja mahdollisesti uusien yhteistyökumppaneiden hankinnassa.

3 TYÖHYVINVOINNIN EDISTÄMINEN

3.1 Työhyvinvointi ja työkyky

Työhyvinvointi

Työhyvinvointi mielletään usein pelkästään terveyden, erityisesti vain fyysisen kunnon, edistämiseksi. Nykyisin työhyvinvoinnin käsitteellä tarkoitetaan kuitenkin kehittämistoimintaa jota toteutetaan laaja-alaisesti eri alueilla. Tämä toiminta voidaan jakaa yksilön terveyttä, kuntoa ja voimavaroja tukevaan, työyhteisön ja organisaation toimivuutta parantavaan, työympäristöä ja työtä kehittävään sekä ammatillista osaamista edistäviin toimiin. (Rauramo 2004, 29-33; Manka ym. 2007, 3.) Työhyvinvoinnin edistäminen mielletään siis kokonaisuudeksi joka parhaimmillaan muodostuu työn, työolojen, työyhteisön, yksilön työkyvyn ja hyvinvoinnin edistämisestä sekä muutoksen turvallisesta hallinnasta (Työturvallisuuskeskus 2010).

Työhyvinvointi kattaa käsitteenä kaikki ne tekijät, jotka vaikuttavat työntekijän terveyteen sekä työ- ja toimintakykyyn. Työntekijän kohdalla näitä tekijöitä ovat henkilökohtaiset ominaisuudet, terveydentila, koulutus, ammatillinen osaaminen ja motivaatio, oppimisvaikeudet ja sosiaaliset taidot. Työoloihin liittyviä tekijöitä taas ovat fyysinen ympäristö, työajat, työn organisointi, johtamiskäytännöt, työturvallisuus, työssä oppiminen ja kehittymisen mahdollisuudet. Myös rakenteelliset tekijät, jotka vaikuttavat terveyden kannalta myönteisten valintojen tekemiseen kuten ruokailumahdollisuus työaikana, ennaltaehkäisyä korostava päihdeohjelma ja varhaisen tuen käytännöt, ovat työoloihin liittyviä tekijöitä. (Rautio & Husman 2010, 167.)

Työhyvinvoinnissa on siten kyse sekä yksilön että koko yhteisön hyvinvoinnista eli viretilasta. Työhyvinvointi on jatkuvaa ihmisten ja työyhteisön kehittämistä. Hyvinvoiva työpaikka houkuttelee uusia työntekijöitä ja yhteistyökumppaneita. Työhyvinvoinnista on tullut keskeinen kilpailukykytekijä, ja siten osa yrityksen strategiaa. (Ojala 2003, 14-19.) Työhyvinvointiin panostaminen on kilpailukykyyn panostamista. Niin kauan kun organisaatiolla on innostunutta, osaavaa ja motivoitunutta henkilöstöä, se on kilpailukykyinen. (Suomen mielenterveysseura 2006, 33.) Työhyvin-

vointi vaatii kuitenkin systemaattista johtamista sillä se ei synny itsestään. Strateginen suunnittelu, toimenpiteet henkilöstön voimavarojen lisäämiseksi ja työhyvinvointitoiminnan jatkuva arviointi ja kehittäminen ovat osa työhyvinvoinnin systemaattista johtamista. Vastuu työhyvinvoinnista ei ole yksinään esimiehillä vaan jokainen työyhteisön jäsen on vastuussa omasta työhyvinvoinnistaan. (Manka ym. 2007, 7.)

Työhyvinvointia on usein peilattu Maslow'n tarvehierarkiaan joka muodostuu neljästä hyvinvoinnin tilasta. Nämä tilat ovat fyysinen, psyykinen, sosiaalinen ja henkinen hyvinvointi. Hierarkian alimmalla tasolla ovat ihmisen fysiologiset tarpeet, toisella tasolla turvallisuuden tarpeet, kolmannella tasolla läheisyyden tarpeet, neljännellä tasolla arvostuksen tarpeet ja viidennellä tasolla itsensä toteuttamisen tarpeet. (Ojala 2003, 19- 20.)

Työhyvinvointi on siis monen eri tekijän summa, ja sen edistäminen työpakoilla tulisi tapahtua organisaation johdon, esimiesten ja työntekijöiden yhteistyöllä. Myös erilaiset asiantuntijatahot ja yhteistyöorganisaatiot tukevat tätä yhteistyötä. Keskeinen vastuu työhyvinvoinnista on kuitenkin esimiehillä, johdolla ja henkilöstöhallinnolla. (Suomen Mielenterveysseura 2006, 8; Manka ym. 2007, 12.)

Työhyvinvointi käsitteen edeltäjä on ollut työkyvyn käsite mutta työkyky käsitteen tilalla on viime aikoina aloitettu käyttämään työhyvinvoinnin käsitettä. Molemmat käsitteet ovat edelleen kuitenkin käytössä. Työkyky ja sen ylläpitäminen nähdään yhtenä keinona työhyvinvoinnin edistämiseksi, eikä se yksinään riitä kokonaisvaltaisen työhyvinvoinnin saavuttamiseksi. (Mäkitalo 2009.)

Työkyky

Työkyvyn käsitteelle on esitetty useita määritelmiä ja malleja. Tämä johtuu siitä, että se ei sijoitu millekään yksittäiselle tieteenalalle. Määritelmään vaikuttaa myös näkökulma josta sitä tarkastellaan, kuten sosiaalivakuutuksen, kuntoutuksen vai työterveyden näkökulma. Työkyvyn käsitteelle ei siis ole löydettävissä mitään sellaista yksiselitteistä määritelmää, jonka eri toimijat hyväksyisivät. Käsitteen määrittelyssä

vallitsee kuitenkin yksimielisyys siitä, että työkykyyn liittyvät yksilön, hänen työnsä sekä ympäristönsä ominaisuudet. (Gould, Ilmarinen, Järvisalo & Koskinen 2006, 19-20.)

Työkyvyn käsite on muuttunut yhteiskunnallisen kehityksen myötä. Työkyvyn tarkastelussa on siirrytty lääketieteellisesti painottuneen ajattelun lisäksi tarkasteluun, jossa korostuu työn vaatimusten ja yksilön voimavarojen tasapainomalli sekä erilaiset moniulotteiset että integroidut mallit. (Gould ym. 2006, 18-19.)

Lääketieteellisen mallin mukaan terve yksilö on työkykyinen, kun taas sairaus heikentää työkykyä. Tästä näkökulmasta katsottuna työkyky nähdään yksilöllisenä, terveydentilaan liittyvänä ja työstä riippumattomana ominaisuutena. (Mäkitalo 2009b.) Tasapainomalli perustuu yksilön kuormittumiseen ja siihen liittyvät sekä työ, työolot, työn organisointi että yksilön voimavarat. Malli kuvastaa jatkuvaa tasapainon etsimistä ihmisen ja työn välillä. Tasapainon saavuttaminen merkitsee terveyden, työkyvyn ja työhyvinvoinnin säilymistä ja työssä jaksamista, kun taas epätasapaino liittyy työperäisiin oireisiin, sairauksiin ja ylikuormitukseen. (Gould ym. 2006, 22.) Integroidussa mallissa korostuu yksilön, yhteisön ja toimintaympäristön muodostama systeemi sekä sen kyvyt ja edellytykset vastata sille asetettuihin haasteisiin. Työkykyä tarkastellaan yhteisöllisenä ja työtoiminnan muodostaman järjestelmän ominaisuutena. (Mäkitalo 2009b.) Viimeksi mainituissa malleissa huomioidaan perinteisten tekijöiden lisäksi myös työyhteisö, johtaminen, yhteisöllinen työn hallinta sekä työelämän ulkopuolinen mikro- ja makroympäristö. Työkykyä siihen liittyvine tekijöineen voidaan tarkastella niin yksilön, työorganisaation kuin yhteiskunnan tasolla. (Gould ym. 2006, 18-19.)

Työkykyä kuvataan usein työkyky-talomallilla jolloin se rakentuu ihmisten voimavarojen ja työn vaatimusten välisestä tasapainosta. Malli on kokonaisvaltainen ja moniulotteinen kuvaus yksilön työkykyyn vaikuttavista tekijöistä. Rakennuksen alimmat kolme kerrosta muodostuvat yksilön voimavaroista kuten terveydestä, toimintakyvystä, koulutuksesta, osaamisesta, arvioista ja asenteista. Ylin kerros muodostuu työstä ja siihen liittyvistä tekijöistä kuten työolosta, työn sisällöstä ja vaatimuksista, työyhteisöstä ja johtamisesta. Muita työkykyyn vaikuttavia tekijöitä ovat lähiyhteisö, perhe, työterveyshuolto, työsuojelu ja yhteiskunta. (Ilmarinen 2005, 80.)

Työkyvyn yksilölliset vaihtelut ovat suuria mutta yleensä työkyky heikkenee työiän loppuvaiheessa. Muita työkykyä heikentäviä tekijöitä ovat muun muassa työn psyykinen ylikuormitus, huono työilmapiiri ja työjärjestelyt, ongelmat esimiesalaissehteissa, pitkät työajat ja raskas työ. Toisaalta työkykyä säilyttäviä tekijöitä ovat mahdollisuus säädellä työtahtia itse, työssä kehittyminen, hyvin järjestetty ergonominen työ sekä esimiehen ja työyhteisön antama tuki. Työhön, työoloihin sekä elintapoihin kohdistuvilla toimilla voidaan edistää työkyvyn säilymistä. (Rantanen 2005, 58-61.)

3.2 Työntekijöiden fyysinen hyvinvointi ja terveys

Terveys ja hyvinvointi voidaan jakaa fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen ulottuvuuteen, jotka kaikki ovat yhteydessä työntekijöiden työhyvinvointiin. Terveys nähdään usein voimavarana joka muodostaa työkyvyn ja -hyvinvoinnin perustan. Näiden ylläpitämistä tukevat sekä terveyden edistäminen että sairauksien ehkäisy. (Gould ym. 2006, 323.)

Perintötekijöiden ohella elintavoilla on merkittävä vaikutus fyysiseen terveyteen. Elintavat joko luovat tai kuluttavat voimavaroja vaikuttaen siten kykyyn tehdä työtä. (Rauramo 2004, 32,49.) Elintavat, kuten tupakointi, runsas alkoholinkäyttö sekä erityisesti vähäisen liikunnan ja epäterveellisten ruokailutottumuksien yhdessä aiheuttama lihavuus, ovat merkittäviä taustatekijöitä keskeisten suomalaisten kansanterveysongelmien synnylle. Näitä kansanterveydellisiä haasteita ovat tuki- ja liikuntaelimestön sairaudet, mielenterveyshäiriöt, sydän- ja verisuonitaudit sekä tyypin 2 diabetes. (Kiiskinen, Vehko, Matikainen, Natunen & Aromaa 2008, 4-25; Rautio & Husman 2010, 166.)

Kansanterveysongelmat lisäävät myös sairaslomia, työkyvyttömyyttä ja ennen aikaisia estettävissä olevia kuolemia. Elintapoihin ja yksilöiden terveysvalintoihin vaikuttaminen onkin yksi merkittävä mahdollisuus edistää työikäisten hyvinvointia ja terveyttä. Siksi on tärkeää tiedostaa, mihin tekijöihin vaikuttamalla, tai mitä tekijöitä muokkaamalla pystytään lisäämään ihmisten hyvinvointia. Kiiskinen ym. ovat rapor-

tissaan tarkastelleet kansanterveysongelmia ehkäiseviä toimia sekä niihin vaikuttavia tekijöitä. Tärkeimpinä tekijöinä he mainitsevat muun muassa liikunnan, tupakoinnin, painonhallinnan, ravinnon ja alkoholin käytön. (Kiiskinen ym. 2008, 4-25; Rautio & Husman 2010,166.)

Elintavat ovat yhteydessä työkykyyn ilman kansanterveysongelmien esiintyvyyttäkin. Lihavuus itsessään voi rajoittaa fyysisesti vaativista töistä suoriutumisesta sekä runsas alkoholin käyttö heikentää niin fyysistä, psyykkistä kuin sosiaalista toimintakykyä. Fyysisesti aktiivinen elämäntyyli puolestaan yhdistetään vähentyneeseen riskiin sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin, tyypin 2 diabetekseen, osteoporoosiin ja erilaisiin syöpiin. Tutkimuksissa on todettu, että hyvä työkyky ja liikunnan harrastaminen liittyvät toisiinsa. Liikunnan puute ja sen väheneminen taas ennustavat työkyvyn heikkenemistä ja työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymistä. (Gould ym. 2006, 151.)

Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys -tutkimuksen (Helakorpi, Paavola, Prättälä & Uutela 2009, 19) mukaan työikäisen väestön terveyskäyttäytymisessä on tapahtunut myönteistä muutosta tupakoinnin, liikunnan ja joidenkin ruokailutottumusten suhteen. Kehitys ei ole kuitenkaan ollut samansuuntaista alkoholin käytön ja ylipainon suhteen. Suomalaisen aikuisväestön keskuudessa alkoholin käyttö on lisääntynyt ja ylipainoisten osuus kasvanut pitkällä aikavälillä. Työkyky tutkimuksessa puolestaan havaittiin että erityisesti liikunta, lihavuus ja miehillä tupakointi olivat yhteydessä 30—64-vuotiaan työssä käyvän väestön työkykyyn. Työkynsä huonommaksi arvioivat ylipainoiset, tupakoivat ja ne, jotka harrastivat vähän liikuntaa. Sen sijaan alkoholin käytöllä ei ollut yhteyttä työssä käyvien työkykyarvioihin. Tulos oli siinä mielessä yllättävä, että päihdeongelmien tiedetään olevan enenevässä määrin työkyvyttömyyseläkkeelle siirtymisen syynä. (Gould ym. 2006, 161.)

Elintapamuutosten aikaansaamisessa tärkeintä on yksilö ja hänen motivaationsa elämäntapojen muuttamiseen. Pitkäaikaisia ja pysyviä tuloksia ei saavuteta, jos yksilöllä ei ole omaa päätöstä, halua ja sitoutumista siihen. Edellytyksenä kuitenkin on sellaisten olojen luominen, mikä mahdollistaa terveyttä edistävien valintojen tekemisen. Työpaikalla tällaisia tekijöitä ovat muun muassa työpaikkaruokailu, liikunnan ja muun harrastetoiminnan tukeminen. (Rautio & Husman 2010, 171-172, 187.)

3.2.1 Fyysinen aktiivisuus, ravinto ja lihavuus

Painonhallinnalla ja ylipainon kehittymistä ehkäisevillä toimilla on suuri kansanterveydellinen merkitys, sillä suomalaisten keskeisin ravitsemusongelma on lihavuus. Se on tällä hetkellä yksi suomalaisten terveyttä eniten uhkaavista tekijöistä. (Kiiskinen ym. 2008, 52; STM 2010:1, 29.) Tämän vuoksi fyysisen aktiivisuuden ja ravinnon keskeinen merkitys on erittäin ajankohtaista voimakkaasti yleistyvien lihavuuden ja tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyssä (STM 2008:10, 4-7; STM 2010:1, 29,31). Fyysisellä aktiivisuudella tarkoitetaan sellaista lihastyötä jonka lopputuloksena on suurentunut energiankulutus. Fyysinen aktiivisuus voidaan jaotella aktiiviseen elämäntapaan eli hyötyliikuntaan, terveystiikuntaan, kuntoliikuntaan ja kovaan kuntoiluun. Myös päivittäinen fyysinen aktiivisuus on jaoteltu vapaa-ajan, työn ja työmatkojen aiheuttamaan aktiivisuuteen. (Fogelholm ym. 2007, 29.)

Työikäisistä miehistä lähes 70 % ja naisista 50 % ovat vähintään lievästi lihavia ($BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$), ja merkittävästi lihavia ($BMI \geq 30 \text{ kg/m}^2$) molemmista sukupuolista on joka viides. Diabetesta puolestaan sairastaa noin puoli miljoonaa suomalaista, josta WHO:n arvion mukaan noin 90 % olisi ehkäistävissä riittävällä fyysisellä aktiivisuudella ja terveellisellä ruokavaliolla. Kuitenkin vain kolmasosa suomalaisesta väestöstä liikkuu vapaa-ajallaan terveystensä kannalta riittävästi, vaikka vapaa-ajan liikunta on lisääntynyt kaikissa sosioekonomisissa ryhmissä viime vuosikymmenen aikana. Vähiten liikuntaa harrastavat 35—44-vuotiaat miehet ja 25—44-vuotiaat naiset. Naiset kuitenkin harrastavat liikuntaa useammin kuin miehet. Lihavuuteen liittyvien sairauksien, kuten tyyppin 2 diabeteksen, metabolisen oireyhtymän ja kohonneen verenpaineen, ensisijainen hoito on laihduttaminen. Jo 5-10 % pysyvä painon alentaminen edistää terveyttä. (Kiiskinen ym. 2008, 54; STM 2008:10, 4-7; STM 2010:1, 29,31.)

Työkyky-tutkimuksen mukaan painoindeksi oli yhteydessä koettuun työkykyyn. Normaalipainoiset kokivat työkykynsä paremmaksi kuin ylipainoiset tai alipainoiset. Lihavuuden ehkäisyyn kannattaa panostaa myös työpaikoilla, koska liikapaino lisää sairaspäiviä ja työtapaturmia merkittävästi. Työterveyshuollon ohella myös työnantaja voi erilaisin järjestelyin edistää työntekijöiden painonhallintaa. Nämä järjestelyt voivat koskea muun muassa työpaikkaruokailua, kokoustarjoilua ja arkiliikunnan ak-

tivoimista. (Mustajoki 2007.)

3.2.2 Tupakointi ja alkoholin käyttö

Yleisin estettävissä oleva kuolleisuuden aiheuttaja länsi-maissa on tupakointi. Tupakkaperäiset sairaudet aiheuttavat 14 % kuolemista. Tupakan aiheuttamiin sairauksiin kuolee ennenaikaisesti joka toinen tupakoitsija. (Risikko 2009, 12.) Vuoden 2005 jälkeen työikäisen väestön tupakointi on ollut lievässä laskussa. Tällä hetkellä naisista noin 18 prosenttia ja miehistä noin 24 prosenttia tupakoi päivittäin. Työpaikkojen muuttumista savuttomiksi on vauhdittanut vuonna 1995 voimaan tullut laki työpaikkatupakoinnin rajoittamisesta. Työpaikoista täysin savuttomia vuonna 2008 oli 46 %. Savuttomuuteen pyritään tupakasta vieroituksen tehostamisella joka tulee esille muun muassa terveyden edistämisen politiikkaohjelmassa 2007-2011. Ohjelman yhtenä tavoitteena on terveydenhuollon henkilöstön vieroituskoulutuksen ja sen laadun tehostaminen. (STM 2010:1, 31-32.)

Terveydenhuollon ammattilaiset ovat tärkeässä asemassa tupakasta vieroituksessa. He eivät kuitenkaan puutu asiakkaiden tupakointiin niin aktiivisesti kuin olisi mahdollista. Parhaiten tupakoinnin vieroituksessa onnistutaan moniammatillisella yhteistyöllä. Myös työnantajan tuki on erittäin tärkeä osa vieroitustoimintaa. (Risikko 2009, 11-12.)

Työikäisten tärkein kuolin syy on tällä hetkellä alkoholi. Runsaasti alkoholia käyttävillä on kaksin- tai kolminkertainen kuoleman vaara muuhun väestöön verrattuna. Viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana alkoholiperäisten sairauksien ja alkoholimyrkytysten aiheuttamat kuolemat ovat kaksinkertaistuneet. Alkoholin käyttö on liiallista silloin, kun juomiseen liittyy jokin haitta tai haitan esiintymiseen on olemassa huomattava riski. Alkoholin liiallinen käyttö jaetaan riskikäyttöön, haitalliseen käyttöön ja alkoholiriippuvuuteen. Riskikäytössä suurkulutuksen rajat ylittyvät mutta tässä vaiheessa ei esiinny vielä merkittäviä haittoja tai riippuvuutta. Riskikäyttö johtaa haitalliseen käyttöön silloin, kun alkaa esiintyä selvästi määriteltävissä ja tunnistettavissa olevia fyysisiä ja psyykkisiä haittoja. Haitallisen käytön arvioinnissa keskeistä on haitta eikä niinkään käytetty alkoholimäärä. Alkoholiriippuvuuteen puoles-

taan liittyy runsas juominen, jota riippuvainen ei yrityksistä huolimatta pysty hallitsemaan ja estämään siitä johtuvia haittoja toisin kuin riskikäyttäjät tai haitallisesti alkoholia käyttävät. Alkoholisairaudet kehittyvät usein riippuvuuden myötä. Alkoholi-riippuvuus on tärkeä yksilön terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttava tekijä. Terveystahaittoja ja työkyvyn heikkenemistä saattaa esiintyä jo ennen alkoholiriippuvuuden kehittymistä. Siksi on tärkeä tunnistaa menetelmiä joilla voidaan vähentää alkoholin aiheuttamia haittoja ja riippuvuutta. (Aalto & Seppä 2010, 25-29; Tilastokeskus 2010.)

3.3 Työntekijöiden psyykkinen hyvinvointi ja terveys

Henkistä hyvinvointia ja mielenterveyttä voidaan kuvata joko positiivisen tai negatiivisen mielenterveyden näkökulmasta. Positiivisella mielenterveydellä viitataan yksilön hyvinvoinnin kokemukseen ja voimavaroihin, kun taas negatiivisella mielenterveydellä viitataan häiriöihin lieväasteisesta oireilusta vakaviin mielenterveyshäiriöihin. (Kivistö, Kallio & Turunen 2008, 22, 36.) Käsitteenä mielenterveys tarkoittaa muun muassa henkistä vastustuskykyä, itsetuntoa, elämänhallintaa ja elinvoimaisuutta. Kun ihminen on mieleltään terve, hänellä on kyky ihmissuhteiden solmimiseen, toisista välittämiseen ja riittävään itsearvostukseen, sekä kyky työntekoon ja muuhun sosiaaliseen toimintaan. (STM 2008:41, 24.) WHO (2003, 7) määrittelee positiivisen mielenterveyden sellaiseksi hyvinvoinnin tilaksi, jossa yksilö ymmärtää omat kykynsä, pystyy toimimaan tavallisissa elämän stressitilanteissa, pystyy työskentelemään tuottavasti ja tuloksellisesti sekä pystyy toimimaan yhteisönsä jäsenenä.

Mielenterveys on olennainen osa kokonaisvaltaista terveyttä, ja se on jatkuvassa vuorovaikutuksessa fyysisen terveyden kanssa (STM 2004:17, 9). Myös työhyvinvoinnilla ja työllä on selkeä yhteys mielenterveyteen, erityisesti psykososiaalisten piirteiden osalta. Tutkimusnäyttö vahvistaakin psykososiaalisten tekijöiden vaikutuksen mielenterveyteen ja työssä jaksamiseen. Näitä psykososiaalisia tekijöitä ovat muun muassa epäsuhta työn vaatimusten ja hallinnan välillä, vähäiset vaikutusmahdollisuudet työtä koskeviin päätöksiin ja työtehtäviin, vähäinen sosiaalinen tuki työssä, työn korkeat henkiset vaatimukset, korkea työn epävarmuus sekä epäsuhta ponnistelijien ja palkitsevuuden välillä, kiusaaminen sekä epäoikeudenmukainen päätöksen-

teko. (Kivistö ym. 2008, 22; STM 2008:41, 24.) Työ- ja terveys Suomessa (2009, 3) -tutkimuksen mukaan joka kolmas koki työnsä henkisesti raskaaksi ja joka toinen koki kiirettä työssään. Stress Impact –tutkimuksen mukaan psyykkisistä syistä sairauslomalla olleista henkilöistä 80 % oli sitä mieltä, että sairausloman tarvetta olisi voinut ehkäistä työpaikan toimin (Kivistö ym. 2008, 23).

Työhyvinvointia, työkykyä ja sitä kautta työssä jaksamista voidaan työpaikoilla edistää monin eri keinoin. Näitä keinoja ovat muun muassa organisaatioiden ja työntekijöiden tarpeesta lähtevien joustojen yhteensovittaminen, ikäjohtaminen, henkisen työnsuojelun vahvistaminen sekä vajaakykyisten erityistarpeiden huomioiminen. Työssäselviytymisongelmiin varhainen puuttuminen sekä niiden taustalla olevien ongelmien ratkaiseminen työpaikkatasolla voivat ennaltaehkäistä työkykyä haittaavan kuormittumisen kehittymistä oireiluksi tai sairaudeksi. (STM 2008:41, 14.)

Psyykkiseen hyvinvointiin liittyviä asioita käsitellään usein ongelmalähtöisesti eli negatiivisen mielenterveyden näkökulmasta. Suomessa on kuitenkin viime aikoina yleistynyt niin sanottu kaksisuuntainen hyvinvointikäsitys jossa pahoinvoinnin, sairauksien ja jaksamisongelmien (työuupumus ja stressi) lisäksi tarkastellaan hyvinvoinnin myönteistä ulottuvuutta (työn imua) (Hakanen 2005, 20-27; Mamia 2009, 27). Ongelmia tutkimalla on vaikea löytää muuta kuin ongelmia. Tämän vuoksi työyhteisöjen kehittämishankkeet saattavat päätyä tavoittelemaan ongelmien ehkäisyä eivätkä hyvän edistämistä. Työhyvinvointi on luultavimmin muutakin kuin vain negatiivisten asioiden puutetta. Työn imu puolestaan kuvaa työhyvinvoinnin positiivista ulottuvuutta. Tällöin työhyvinvointi nähdään tilana, jota luonnehtivat tarmokkuus, omistautuminen sekä työhön uppoutuminen. (Hakanen 2005, 27.) Tutkimusten mukaan työn imu on voimavara, joka on yhteydessä terveyteen, elämästä nauttimiseen, työssä ja työelämässä jaksamiseen (Suomen mielenterveysseura 2006, 22). Työn imu kumpuaa työn voimavaratekijöistä tuottaen työhön ja työpaikkaan sitoutumista sekä työmotivaatiota. Työn voimavaratekijöillä tarkoitetaan muun muassa esimiehen tukea, vaikutusmahdollisuuksia, hyvää tiedon kulkua sekä työpaikan ilmapiirin avoimuutta ja kannustavuutta. (Mamia 2009, 28.) Työn vaatimukset liiallisina voivat muodostua kuormitustekijöiksi, ja johtaa voimavarojen ehtymiseen (Suomen mielenterveysseura 2006, 22).

3.3.1 Työuupumus

Työuupumuksesta on useita spesifejä määritelmiä. Niiden mukaan työuupumus saa alkunsa ympäristön vaatimusten ja yksilön voimavarojen välisestä epätasapainosta tai yksilön odotuksien ja ympäristön tarjoamien mahdollisuuksien epätasapainosta. Freudenbergin määritelmän mukaan kyse on kroonisesta väsymyksestä, depressiosta ja frustraatiosta. Tämän määritelmän mukaan työuupumus saa alkunsa siitä, että yksilö sitoutuu ja omistautuu hankkeisiin, jotka eivät tyydytä hänen kunnianhimoisia pyrkimyksiään. Chernissin määritelmä puolestaan kuvaa työuupumuksen emotionaalisenä reaktiona työhön liittyviin stressitekijöihin. Hän käsittelee työuupumusta kolmivaiheisena prosessina, jossa työntekijä reagoi stressiin ja kuormittuneisuuteen etäännyttäen psykologisesti työstään. (Kinnunen ym. 2004, 10-11.)

Yleisesti hyväksytty ja eniten käytetty määritelmä työuupumuksesta on kuitenkin Maslachin ja Jacksonin määritelmä. Sen mukaan työuupumuksella tarkoitetaan kroonisen stressitilanteen aiheuttamaa vakavaa stressioireyhtymää joka koostuu kolmesta eri ulottuvuudesta.. Ne ovat kokonaisvaltainen ja lopulta uupumisasteiseksi kehittyvä fyysinen ja psyykinen väsymys, kyynistyneisyys ja heikentynyt ammatillinen itsetunto. Työuupumuksen ensisijaisena ydinoireena pidetään kuitenkin uupumisasteista väsymystä ja toisena ydinoireena kyynistyneisyyttä. Työuupumukseen kuuluva emotionaalinen uupumus liittyy pitkäaikaiseen ja tiiviiseen tunneperäiseen paneutumiseen. Työuupumus on siis emotionaalinen stressihäiriö. (Näätänen, Aro, Matthiesen & Salmela-Aro 2003, 9-15; Hakanen 2005, 22.) Emotionaalisella uupumuksella tarkoitetaan emotionaalisen energian vähenemistä ja tunnetta siitä, että yksilön emotionaaliset voimavarat ovat riittämättömät tilanteen käsittelyyn. Kyynistyneisyydellä puolestaan tarkoitetaan työn etäännyttämistä sekä työn merkityksen ja mielekkyyden kyseenalaistamista. Heikentynyt ammatillinen itsetunto viittaa negatiiviseen minäkäsitykseen. (Kinnunen ym. 2004, 11-12.)

Työuupumus on tila, joka on muodostunut usein monen vuoden aikana. Siihen ei normaali lepo eikä rentoutuminen auta. Työuupumuksesta kärsivä henkilö ei pysty täysin palautumaan niin fyysisesti kuin psyykkisestikään. Tästä seuraa voimien ehtyminen, erityisesti henkisellä tasolla. Tutkimuksien mukaan työuupumuksen ensimmäisessä vaiheessa kehittyy vähitellen kasautuva väsymys. Väsymyksen syven-

tyminen ja epäily omasta selviytymisestä johtaa vähitellen torjuvaan, kyynistyvään sekä työn merkityksen kyseenalaistavaan asennoitumiseen. Väsymys, kyynistyminen ja riittämättömyyden kokemuksen yhdessä vaikuttavat kielteisesti uupuneen työntekijän minäkäsitykseen josta seuraa viimeinen vaihe eli työntekijän ammatillisen itsetunnon heikkeneminen ja jopa romahtaminen. (Hakanen 2005, 23.)

Työuupumus on työntekijöiden hyvinvoinnin ja työkyvyn vakava uhkatekijä. Psykologisesta näkökulmasta katsottuna työuupumus johtuu ympäristön vaatimusten ja yksilön voimavarojen tai yksilön odotuksien ja ympäristön tarjoamien mahdollisuuksien välisestä epätasapainosta. Työuupumus määritelläänkin työn ja työntekijän väliseksi epätasapainotilaksi. Työuupumukseen yhteydessä olevat tekijät jaotellaan työhön, työympäristöön ja yksilöllisiin tekijöihin liittyviksi. (Kinnunen ym. 2004, 10-21.)

Harvoin on nimettävissä yhtä ainoaa tekijää joka on syynä työuupumukselle. Tekijöitä, joiden on todettu altistavan työuupumukselle, ovat muun muassa työn määrällinen kuormittavuus, työroolien epäselvyydet, asiakastyössä tunnekuormitus, työpaikan ilmapiiriongelmat, sosiaalisen tuen ja palautteen vähäisyys sekä vähäiset mahdollisuudet osallistua päätöksentekoon. (Hakanen 2005, 21.) Työuupumusta edistävät erityisesti sellaiset työtilanteet joissa työntekijään kohdistuu jatkuvasti liian suuria vaatimuksia. Tämä saattaa johtaa siihen, että työntekijä kokee menettävänsä työn hallinnan tunteen. Uupumuksesta kärsivän ongelmaksi tulevat laadullisesti huonompi työ, useammat virheet sekä vähentyneet työn aikaansaannokset. (Näätänen ym. 2003, 16,32.)

3.3.2 Työnohjaus

Yhä enenevässä määrin työntekijöiltä odotetaan erityistaitojen lisäksi laajempien tehtäväkokonaisuuksien hallintaa. Tämä merkitsee ammatillista uusiutumista ammatillisena elinikäisenä oppimis- ja kasvuprosessina. Tämän vuoksi on tärkeää tukea työntekijöiden jaksamista ohjauksellisilla ja koulutuksellisilla keinoilla. (Paunonen-Ilmonen 2001, 13.) Yhtenä tällaisena keinona ja toimintatapana voidaan nähdä työn-

ohjaus. Sitä käytetään sekä yksittäisten työntekijöiden, tiimien että kokonaisten työyhteisöjen ammatillisen osaamisen kehittämisessä välineenä (Keski-Luopa 2001, 89).

Työnohjaus on usein pitkäkestoinen prosessi joka kestää 1-3 vuotta mutta sitä tehdään myös lyhytkestoisena prosessina. Työnohjaus on etukäteen sovittuna ja säännöllisinä määräaikoina toistuva tasavertainen ja luottamuksellinen suhde. Työnohjauksen toteutusmuodot voidaan jakaa yksilö, ryhmä ja työyhteisö tasoiseen työnohjaukseen. Työnohjausta voidaan toteuttaa sekä esimies- että henkilöstötasolla ja sitä käytetään entistä enemmän myös johdon työn kehittämiseen ja tukemiseen. Työnohjauksen perimmäinen tarkoitus on työntekijän ammatillinen ja persoonallinen kasvu sekä ammatti-identiteetin vahvistaminen, mikä saavutetaan reflektion ja dialogin kautta tapahtuvan kokemuksellisen oppimisen myötä. (Paunonen-Ilmonen 2001, 55,72; Sirola-karvinen 2007, 110-113.)

Työnohjauksella on monia eri määritelmiä. Kaiken kattavaa ja tarkkaa määritelmää, jossa huomioitaisiin kaikki tekijät, on vaikea muodostaa käsitteen moni-ilmeisyyden vuoksi. Työnohjaukselle ei siis ole muodostunut sellaista käsitettä jonka merkitys olisi kaikille yhtenäinen. Työnohjauksen määritelmässä korostuvat kuitenkin työntekijän oman työn sekä oman itsen tarkastelu ja tutkiminen. (Paunonen-Ilmonen 2001, 11; Sirola-Karvinen 2007, 110.) Suomen työnohjaajien yhdistyksen laatima määritelmä työnohjauksesta on yksi keskeinen Suomessa julkistettu yleismäärittely: ”Työnohjaus on työhön, työyhteisöön ja omaan työrooliin liittyvien kysymysten, kokemusten, ja tunteiden yhdessä tulkitsemista ja jäsentämistä. Työnohjauksen keskeinen väline on vuorovaikutusprosessi. Siinä voimavarat vapautuvat ratkaisujen löytämiseen ja toteuttamiseen.” (Suomen työnohjaajat r.y.) Paunonen-Ilmonen (2001, 29) rajaa työnohjaus-käsitteen tarkoittamaan työnohjausta menetelmänä, jossa se säännöllisesti toistuvana ja määräajoin toteutettava prosessina on kiinteä osa työntekijän työtä.

Tutkimuksien mukaan työnohjauksella on osoitettu olevan kolme keskeistä vaikutus- aluetta, jotka ovat toiminnan tehostuminen ja laadun paraneminen, ammatti-identiteetin selkiytyminen ja vahvistuminen sekä työyhteisöjen toiminnan parantuminen. Muita näihin alueisiin yhteydessä olevia positiivisia vaikutuksia ovat stressin ja uupumuksen lieventyminen ja ehkäiseminen. Työnohjaus on siis työn ja työnteki-

jän kehittämismenetelmä jonka avulla pyritään parempien työtulosten ja laadukkaamman työn saavuttamiseksi. Työnohjausta käytetään työn kehittämisen ja ammatillisen kasvun välineenä eikä kriisien hoidon välineenä. (Paunonen-Ilmonen 2001, 17; Alsi 2007, 35; Nokela 2007, 27; Paunonen-Ilmonen 2007, 76.)

Työnohjauksella on yleisesti katsottu olevan kolme päätehtäväaluetta, jotka ovat työsuojelullinen, ammatillinen ja opetuksellinen sekä hallinnollinen. Työsuojelullisen tehtävän tavoitteena on auttaa työntekijää jaksamaan työssään ehkäisten uupumusta, stressiä ja rutinoitumista. Tämä funktio on noussut käytännön tarpeesta, sillä erityisesti ihmissuhdeammateissa työskentelevät joutuvat usein intiimeihin, voimakkaasti emotionaalisesti latautuneisiin kohtaamistilanteisiin asiakkaiden kanssa. Tällöin myös työntekijä tulee itse emotionaalisesti latautuneeksi, varsinkin jos hän joutuu puolustautumaan asiakkaan taholta tulevia hyökkäyksiä tai kohtuuttomia odotuksia vastaan. Jos työntekijä ei kykene ratkaisemaan tällaisten tilanteiden nostattamia tunneristiriitoja itsessään, on hän alttiina uupumis- ja stressireaktioille. Opetuksellinen funktio kohdistuu uuden tiedon ja taidon oppimiseen tilanteissa, jotka estävät toiminnan korkeatasoisen laadun toteuttamisen. Esimiehille ja johtoryhmille suunnattua työnohjausta kutsutaan nimellä hallinnollinen työnohjaus. Sen sisältönä ovat johtamiseen ja töiden organisointiin liittyvä problematiikka ja erityisesti ihmissuhdeasiat. Esimiestason työnohjauksessa voidaan myös purkaa paineita joita heihin kohdistuu yleisesti sekä erityisesti muutosvastarinnan osalta. Esimiestason ja henkilöstön työnohjaus tukee perustehtävän toteuttamista ja siihen liittyvän arvioinnin kehittämistä koko organisaatiossa. Organisaatiossa tapahtuvaa muutosprosessia voidaan nopeuttaa ja helpottaa työnohjauksen avulla, koska siellä käsitellään aina perustehtävää ja konkretisoidaan sen laadunvarmistus työntekijän työhön. (Keski-Luopa 2001, 37-38; Paunonen-Ilmonen 2001, 36,53, 72.)

Työnohjauksella on työntekijöiden jaksamisen ja osaamisen tukemisen lisäksi pyritty perinteisesti myös lisäämään työhön liittyvää hyvinvointia ja työmotivaatiota (Karvinen-Niinikoski 2009, 77). Työnohjauksella on siis vahva työhyvinvointia korostava ulottuvuus joka mielletään yksilöön kohdistuvan tuen tarjoamisena. Työnohjauksesta saatu tuki kohdistuu työntekijän jaksamiseen, voimavarojen oikeaan kohdistamiseen sekä työn psyykkisen kuormittavuuden käsittelyyn. Myös koko työyhteisöön suunnattua työnohjausta on perinteisesti käytetty työhyvinvoinnin edistäjänä. Työnohjaus

tuottaa siis ammattitaitoisempaa ja terveempää työvoimaa tukemalla työntekijöiden henkilökohtaista jaksamista ja osaamista. (Keski-Luopa 2001, 8; Karvinen-Niinikoski ym. 2007, 236.)

Työnohjauksen tavoitteet voidaan jakaa yksilö- ja organisaatiotason tavoitteisiin. Yksilötasolla näitä ovat työntekijän ammatillinen ja persoonallinen kasvu ja kehittäminen sekä ammatti-identiteetin vahvistaminen. Organisaatiotason tavoitteet ovat toiminnan laadun hallinta ja sen varmistaminen. Yksilötasolla työnohjaus vahvistaa ja selkiyttää omaa työtä sekä lisää työhyvinvointia ja työtyytyväisyyttä. Organisaatiotasolla työnohjaus selkeyttää ja tehostaa toimintaa sekä vahvistaa yhteistä päämäärää ja lisää sitoutumista työhön. (Sirola-karvinen 2007, 111.)

Työnohjaus on laajentunut hoito- ja sosiaalityön lisäksi lähes kaikille niille ammattialoille, joissa työntekijät työskentelevät omaa persoonallisuuttaan hyväksikäyttäen. Työnohjaus on vahvistanut asemaansa erityisesti sekä kasvatuksen ja ohjauksen että esimiestyön ja johtamisen piirissä. Nykyään työnohjaus nähdään menetelmänä joka läpäisee koko organisaation työntekijöistä johtoportaaseen ja hallintoon asti. (Sirola-Karvinen 2007, 113.) Liike-elämässä työ ja työyhteisön kehittämismenetelmänä työnohjaus on vielä melko vähän tunnettu menetelmä. Samankaltaista tai täysin identtistä toimintaa on kuitenkin toteutettu monissa yrityksissä käyttäen muuta nimitystä kuten coaching, konsultointi tai sparraus. (Räsänen 2006, 163.)

3.4 Työhyvinvointitoiminnan vaikutukset

Ihmiset viettävät merkittävän osan ajastaan työpaikoillaan joten sieltä heidät tavoitetaan helposti. Siksi työpaikat ovat avainasemassa edistettäessä aikuisväestön terveyttä ja hyvinvointia. Erilaisten terveyttä edistävien toimintojen, kuten painonpudotus- ja hallintaohjelmien, tukeminen työpaikoilla on oleellista, koska ne mitä todennäköisimmin johtavat kustannussäästöihin työntekijöiden osalta (Partnership for Prevention 2001.) Valtion konttorin tekemän tutkimuksen mukaan työhyvinvointitoiminta vaikuttaa merkittävästi työntekijöiden hyvinvointiin ja työkykyyn. Tutkimuksessa todetaan muun muassa liikunnasta ja elintavoista huolehtimisen olevan tehokas työkykyä ja hyvinvointia edistävä toimenpide. (Kuoppala & Lamminpää 2008.)

Taloudellisesta näkökulmasta katsottuna työkyky nähdään kykyinä tehdä tuottavaa työtä. Tällöin työkyvyn kaksi perusvaikutusta ovat tuottavuus- ja kustannusvaikuttavuus. Edellinen muodostuu työpanoksen ja lopputuloksen välisestä suhteesta. Toisin sanoen, kun yksilön työkyky on hyvä, hän saa enemmän aikaan työn tuotoksia normaalilla työpanoksellaan kuin yksilö jonka työkyky on heikentynyt. Heikentynyt työkyky on myös yhteydessä suurempiin tuotantokustannuksiin, jolloin muun muassa tapaturma- ja eläkekustannukset nousevat. (Ahonen 2009.)

Työhyvinvointia edistävä toiminta ja työhyvinvoinnin lisääntyminen ovat siis myönteisessä yhteydessä yritysten taloudelliseen menestymiseen. Toiminnan kannattavuus tulee esille pienentyneinä sairauspoissaolo-, tapaturma- ja työkyvyttömyyskustannuksina. Työhyvinvoinnin puute puolestaan lisää kustannuksia. Sairauspoissaolot ovat merkittävä lisä yritysten kokonaiskustannuksiin, mikä vähentää yritysten kannattavuutta. (Ojala & Ahonen 2005, 18-69.) Valtiokonttorissa tehty tutkimus osoittaa myös työhyvinvointitoiminnan vähentävän sairauspoissaoloja ja lisäävän työkykyä (Kuoppala & Lamminpää 2008).

Työkykyä edistävät toimenpiteet ovat yhteydessä organisaation välittömiin ja välillisiin talousvaikutuksiin. Välittömiä vaikutuksia ovat muun muassa sairaus- ja tapaturmakulujen väheneminen, tehokkaan työajan lisääntyminen ja yksilötuottavuuden parantuminen. Välillisiä vaikutuksia sen sijaan ovat työn tuottavuus, laatu ja erilaiset innovaatiot. Yhdessä nämä johtavat kannattavuuden ja kilpailukyvyn paranemiseen. (Ahonen 2009.)

Työhyvinvointiin panostamisen kannattavuudesta on saatu näyttöä muun muassa Dragsfjärdin kunnan hankkeesta, joka toteutettiin vuosina 2002 - 2005. Hankkeessa hyödynnettiin Druvan-mallia, joka perustuu laaja-alaiseen käsitykseen terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavista tekijöistä. Druvan-malli on kokonaisvaltainen tapa kehittää johtamista, työympäristöä, työyhteisöä sekä huolehtia työntekijöiden työkyvystä ja hyvinvoinnista. Druvan-malli sisältää toimenpiteitä joiden avulla työhyvinvointia edistetään monella eri alueella. Toiminnan onnistumisen edellytyksinä pidetään hyvää johtajuutta, koko henkilöstön sitoutumista, tietotaitoa sekä valmiutta kehityshankkeisiin ja elämäntapamuutoksiin. Monimuotoisen toiminnan tulokset tulevat

esille myönteisinä vaikutuksina koko henkilöstön terveydessä, työkyvyssä, työviihtyvyydessä ja yhteistyössä. Nämä yhdessä lisäävät tehokasta työaikaa ja parantavat tuottavuutta. Tämän hankkeen lopputuloksena oli, että työhyvinvointiin sijoitettu pääoma tuotti 46 % vuosittaisen tuoton. Taloudellinen hyöty muodostui suurimmaksi osaksi sairauspoissaolojen ja työkyvyttömyyseläkkeiden vähentymisestä. Työkykyssä hyväksi ilmoittaneiden määrä nousi 36 %:sta 86 %. (Rissa 2007, 3-19,56-57.)

4 NÄYTTÖÖN PERUSTUVA TOIMINTA (EVIDENCE-BASED PRACTICE) OPINNÄYTETYÖN VIITEKEHYKSENÄ

Näyttöön perustuva toiminta on ongelmanratkaisumenetelmä, jolla tarkoitetaan parhaan olemassa olevan tiedon kriittistä arviointia ja käyttämistä tehtäessä asiakkaan hyvinvointia koskevia päätöksiä. Tällöin huomioidaan vaikuttaviksi osoitetut työmenetelmät ja interventiot sekä hyödynnetään että sovelletaan niistä parasta saatavilla olevaa tietoa ottaen huomioon myös asiakkaiden näkemykset ja arvot. Näyttöön perustuvassa toiminnassa kyse on siis tiedosta, päätöksenteosta, toiminnan toteutuksesta, tuloksesta ja arvioinnista. (Leino-Kilpi & Lauri 2003, 7; Melnyk & Fineout-Overholt 2005, 186; Korteniemi & Borg 2008, 11.)

Käsite näyttö on kuitenkin kaiken perusta. Siihen sisältyy oletus siitä, että mahdollisimman objektiivisen todisteen ja arvion perusteella voidaan tilanteen mukaan valita paras ja tuloksekkain toiminta. Näytön avulla saadaan siis tietoa menetelmien ja toimintojen vaikuttavuudesta ja tehosta. Näyttö voidaan jakaa kolmeen pääluokkaan, jotka ovat tieteellisesti havaittu tutkimusnäyttö, hyväksi havaittu toimintanäyttö ja kokemukseen perustuva näyttö. Näytön lähteinä voivat olla niin määrälliset kuin laadulliset tutkimukset sekä työntekijän ja asiakkaan käytännössä karttuneet opit. (Leino-Kilpi & Lauri 2003, 7; Korteniemi & Borg 2008, 10-11.)

Näyttöön perustuvassa toiminnassa päätöksenteko tukeutuu sekä sisäiseen että ulkoiseen näyttöön. Sisäisellä näytöllä tarkoitetaan tietoa, joka on hankittu harjoittelulla sekä muodollisella koulutuksella. Tämä tieto täydentyy päivittäin käytännön työssä kertyvällä yleisellä kokemuksella, sekä jokaiseen potilassuhteeseen liittyvällä yksi-

öllisellä erityiskokemuksella. Ulkoisella näytöllä puolestaan tarkoitetaan tietoa joka muodostuu kaikesta saatavilla olevasta tutkimustiedosta. Silloin kun pätevä ulkoinen näyttö, eli luotettava tutkimustieto, yhdistyy vallitsevaan sisäiseen näyttöön yksilöllisessä hoitotilanteessa, on kliininen käytäntö näyttöön perustuvaa. Sisäisen ja ulkoisen näytön välinen suhde vaihtelee eri tilanteissa. Päätöksenteossa ulkoinen ja sisäinen näyttö voivat vahvistaa toisiaan tai ne voivat olla myös ristiriidassa. (Teikari 2004, 14.)

Näytölle on luuteenomaista tilapäisyys, sillä toinen näyttö voi kumota tai täsmentää sitä. Tilapäisyys on näyttöön perustuvan toiminnan keskeinen periaate, sillä jatkuvasti pitää pyrkiä löytämään uusia ja parempia menetelmiä ja siten vähentää tutkimuksiin perustuvien tulosten vinoutumia. Vanhoista käytännöistä pitää osata luopua, jos saadaan uutta vakuuttavampaa näyttöä. Tutkimuksiin perustuva näyttö tuo uutta tietoa työntekijöille mutta ei kuitenkaan korvaa heidän asiantuntemustaan. He myös viime kädessä päättävät, miten tutkimustuloksia sovelletaan yksittäisissä tapauksissa. (Korteniemi & Borg 2008, 9-10.)

Näyttöön perustuvassa toiminnassa on myös omat rajoituksensa, sillä tutkimusnäyttö voi olla ristiriitaista, kiistanalaista ja vaikeasti sovellettavissa käytäntöön. On myös kritisoitu liiallista luottamusta satunnaistettujen koeasetelmien avulla saatuihin tutkimustuloksiin. Näyttöön perustuvan toiminnan vaikuttavuuden tutkiminen tuottaa myös ongelmia, sillä sitä on erittäin vaikea tutkia. Ei siis pystytä varmasti osoittamaan, että näyttöön perustuva menetelmä tuottaisi paremmat tulokset kuin tavanomaiset tai vaihtoehtoiset käytännöt. On myös olemassa erimielisyyksiä siitä, mistä luotettava näyttö muodostuu (Korteniemi & Borg 2008, 10, 17-18, 25.)

Näytön asteen määrittäminen

Näytön vahvuuden määrittelyn on tarkoitus ilmaista näytön aste yhdenmukaisesti ja selkeästi, niin että se tukee päätöksentekoa. Näytön asteen avulla käyttäjä saa nopeasti käsityksen tutkimuksen tai suosituksen luotettavuudesta. (Käypä hoito –käsikirja 2007.) Näytön vahvuuden määrittämisessä käytetään usein mallia, joka perustuu tutkimusmenetelmien hierarkkiseen järjestykseen asettamisesta (Taulukko 1). On ole-

massa yleinen näkemys siitä, että jotkin tutkimusmuodot ovat näytöltään vahvempia kuin toiset. Mallin huippu edustaa vahvinta näyttöä ja se sisältää kokeelliset satunnaistetut tutkimusasetelmat (RCT). Edellytyksenä pidetään tutkimuksien asianmukaista toteuttamista tieteen sääntöjen mukaisesti. Yleisesti käytettyjä kriteereitä näytön vahvuuden määrittelemiseksi ovat tutkimusasetelman vahvuus, tutkimusten laatu ja määrä, tulosten yhdenmukaisuus, kliininen merkittävyys ja sovellettavuus. Myös useat tutkimukset, joiden tutkimustulokset ovat samansuuntaiset tuottavat vahvemman näytön kuin yksittäinen tutkimus tai tuloksiltaan ristiriitaiset tutkimukset. Näytön astetta kuvataan usein käyttämällä symboleita kuten aakkosia (A-D) tai numeroita (I-IV). Tutkimusmenetelmien hierarkiaa käytetään arvioitaessa muun muassa interventtioiden vaikuttavuutta. (Korteniemi & Borg 2008, 31; Aveyard & Sharp 2009, 73; Elomaa & Mikkola 2010, 14-15.) Esimerkiksi tutkimuksen kohteena olevaa menetelmää on sitä perustellumpaa käyttää, mitä vahvemiksi tutkimusnäyttö siitä arvioidaan (STM 2009:18, 55).

Terveydenhuollossa paljon käytetty Cochrane Collaboration -tietokanta suosii hierarkiamallia. Terveydenhuollossa vahvana näyttönä pidetään usein vain satunnaistetuilla ja kontrolloiduilla koeasetelmalla saavutettua näyttöä. Vahvin näyttö edellyttää myös kaksoissokko-tutkimusasetelmaa. Tällöin tutkijakaan ei tuloksia analysoidessaan tiedä, kuuluko tutkittava koe- vai verrokkiryhmään. (Korteniemi & Borg 2008, 10, 31.)

Taulukko 1. Näytön asteen määrittely

Vahva näyttö (A)	Aiheesta on useita laadultaan korkeatasoisia satunnaistettuja kontrolloituja tutkimuksia joiden tulokset ovat samansuuntaisia. Meta-analyysit, systemaattiset kirjallisuuskatsaukset
Kohtalainen näyttö (B)	Aiheesta on ainakin yksi satunnaistettu kontrolloitu tutkimus, useita kvasikokeellisia tutkimuksia

	<p>tai ei-kokeellisia vertailevia tutkimuksia.</p> <p>Systemoidut katsaukset ja yksi RCT tai useita hyviä tutkimuksia, potilaiden kokemuksiin perustuvat kysely- tai haastattelututkimukset.</p>
Heikko näyttö (C)	<p>Aiheesta on ainoastaan ei-kokeellisia tutkimuksia.</p> <p>Kontrolloidut tapaustutkimukset</p>
Riittämätön näyttö (D)	<p>Aiheesta ei ole käytettävissä tutkimusta, joka tukisi suositusta mutta muu näyttö tukee suositusta.</p> <p>kertomuksiin perustuvat raportit, asiantuntijalausekset ja -arviot</p>

(Lauri 2003, 43; Korttesniemi & Borg 2008, 31)

4.1 Näyttöön perustuvan toiminnan vaiheet

Näyttöön perustuva toiminta kuvataan viisiportaisena prosessina joka etenee vaiheittain (Kuvio 1). Ensimmäisessä vaiheessa tunnistetaan ongelma ja muodostetaan selkeä vastattavissa oleva tutkimuskysymys. Koko prosessin onnistumisen kannalta tärkeää on ratkaisua edellyttävän ongelman tunnistaminen ja sen muotoilu selkeän kysymyksen muotoon, sillä se ohjaa tutkimusnäytön hakua. Kysymyksen asettamisessa voidaan apuna käyttää PICO-formaattia. (Melnik & Fineout-Overholt 2005, 8-221; Craig & Smyth 2007, 25-184.)

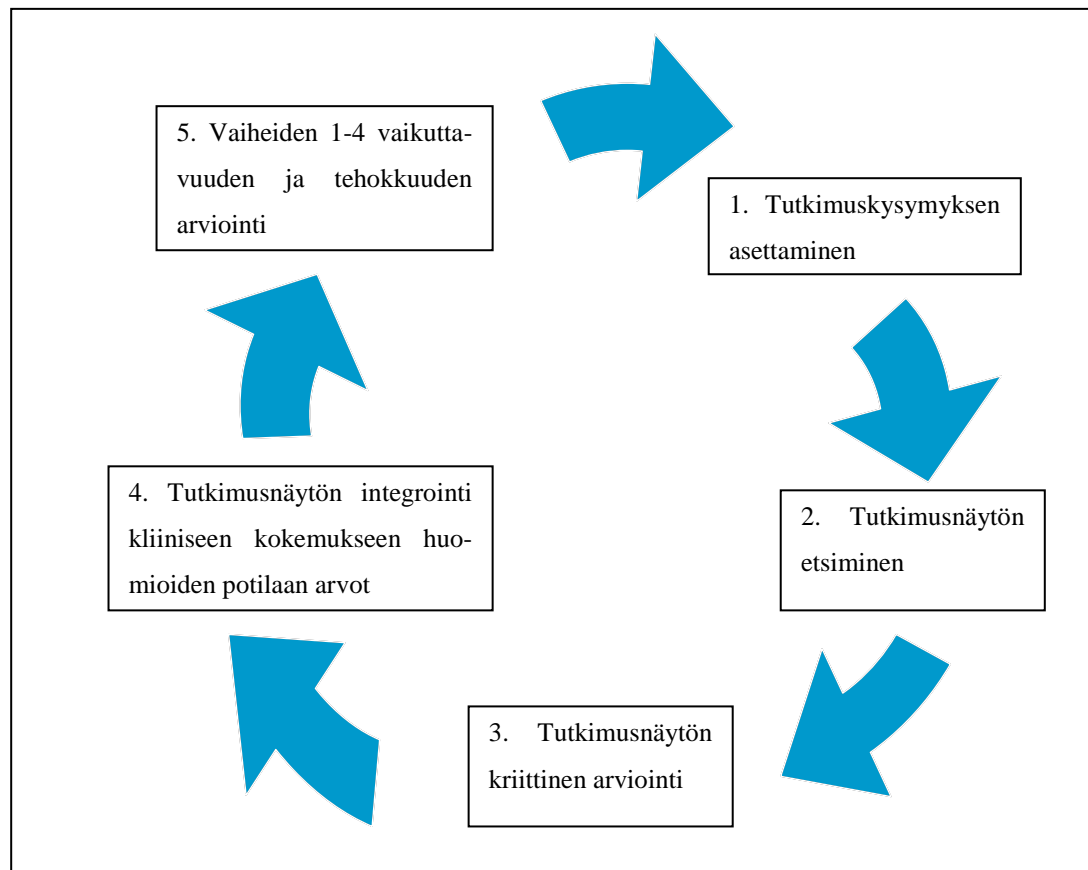
Toisessa vaiheessa etsitään parasta ajantasaista näyttöä, jotta tutkimuskysymykseen voidaan vastata. PICO-formaatti johtaa usein tehokkaaseen tiedon etsintään, mikä tuottaa parhaan ja täsmällisimmän tiedon. Tärkeää näytön etsinnässä on se, että hakutermit viittaavat PICO-kysymykseen. Huono kysymyksen asettelu johtaa usein irrelevantin tai liian tiedon löytymiseen, mikä tuhlaa aikaa. Ensisijaisina näytön lähteinä pidetään systemaattisia kirjallisuuskatsauksia, meta-analyyseja ja kliinisiä suosituk-

sia, koska niitä pidetään vahvimpina näytön tasoina. Jos niitä ei löydy, jatketaan näytön etsimistä alkuperäisistä satunnaistetuista tutkimuksista. (Melnik & Fineout-Overholt 2005, 8-221; Craig & Smyth 2007, 25-184; Centre for Evidence-Based Medicine 2010.)

Kolmas vaihe käsittää näytön kriittisen arvioinnin. Kriittisen arvioinnin avulla pyritään tutkimusten laadun arviointiin arvioimalla tutkimuksien vahvuuksia ja heikkuuksia. Aluksi pitää tutustua tutkimuksiin ja tunnistaa, minkä tyyppisiä ne ovat. Tutkimukset voidaan jakaa esimerkiksi kvalitatiivisiin ja kvantitatiivisiin tutkimuksiin tai asiantuntijan lausuntoihin. Arvioinnin apuna käytetään usein joko valmiita tai itse tehtyjä tarkistuslistoja. Ne sisältävät kysymyksiä, jotka auttavat määrittelemään tutkimusten validiteettia, reliabiliteettia ja soveltuvuutta. (Melnik & Fineout-Overholt 2005, 8-221; Aveyard & Sharp 2009, 103-106.) Näytön arviointi on vaativaa. Se edellyttää tietoa tutkimusmenetelmistä, tilastotieteestä, tiedonlähteistä sekä tutkimusprosessista. (Elomaa & Mikkola 2010, 56.)

Neljännessä vaiheessa kriittisen arvioinnin tulokset yhdistetään kliiniseen asiantuntemukseen, potilaan tilan arviointiin, terveydenhuollon resursseihin huomioiden asiakkaan toiveet ja arvot sekä huomioidaan näytön soveltuvuutta kliinisessä päätöksenteossa (Melnik & Fineout-Overholt 2005, 8-221; Craig & Smyth 2007, 25-184).

Viimeisessä vaiheessa arvioidaan toiminnan vaikutuksia. Tällöin arvioidaan käytännön toiminnassa tapahtunutta muutosta tai tehdyn päätöksen vaikutuksia, eli vaiheiden 1-4 vaikuttavuutta ja tehokkuutta. Tämä vaihe on olennaisen tärkeä jotta saadaan tietää, saavutettiin odotettu lopputulos. (Melnik & Fineout-Overholt 2005, 8-221; Craig & Smyth 2007, 25-184.)



KUVIO 1. Näyttöön perustuvan toiminnan vaiheet

4.1.1 PICO-kysymyksen muodostaminen

Hyvin muotoillun kysymyksen laatiminen on vaikeaa mutta olennaista näyttöön perustuvassa toiminnassa. Kysymyksen muotoilua on pyritty helpottamaan muun muassa PICO-menetelmällä. Sen käyttäminen on hyödyllistä, koska se auttaa kysymyksen tarkassa ja jäsenellyssä muotoilussa. Huolella muotoiltu kysymys helpottaa myös tiedon hakua ja johtaa todennäköisimmin relevantin ja korkeatasoisen tiedon löytymiseen. (Lamberg & Lodenius 2009; Centre for Evidence-Based Medicine 2010.)

Tutkimuskysymys muodostuu neljästä eri tekijästä joista voidaan käyttää nimitystä PICO. PICO-kysymyksen osatekijöillä on erilainen merkitys riippuen siitä etsitäänkö kliniseen kysymykseen vastausta käyttäen kvantitatiivisia vai kvalitatiivisia tutkimuksia. Kvantitatiivista tutkimusta etsittäessä PICO muodostuu sanoista population (kohde/ongelma), intervention (arvioitava menetelmä), comparison intervention (ver-

tailu), outcome (tulokset). Kvalitatiivista tutkimusta etsittäessä PICO muodostuu sanoista population, issue (aihe), context (sisältö), outcome. (Aveyard & Sharp 2009, 81-82; Centre for Evidence-Based Medicine 2010.)

Kysymyksen muodostamisen ensimmäisessä vaiheessa pitää tunnistaa ongelma tai kohderyhmä (P). Kiinnostuksen kohdetta on hyvä rajata kuvaamalla, mistä tai kenestä ollaan kiinnostuneita tarkentaen kohdetta iän, sukupuolen, rodun, sairauden, ongelman ym. suhteen. Mitä tarkemmin kohde on kuvattu, sitä kohdennetumpaa näyttöä löytyy. Intervention (I) tunnistaminen muodostaa toisen vaiheen. On tärkeää tunnistaa ja tietää, mitä kohteelle suunnitellaan tehtävän. Interventio voi olla muun muassa arvioitava menetelmä, diagnoosi, altistus, kokemus, diagnostinen testi tai suosituksen käyttö. (Melnyk & Fineout-Overholt 2005, 8-221; Craig & Smyth 2007, 32-36; Centre for Evidence-Based Medicine 2010; Lamberg & Lodenius 2009.)

Vertailu (C) muodostaa kolmannen vaiheen. Tämä tarkoittaa valitun intervention vertaamista toiseen interventioon tai menetelmään, jota voitaisiin vaihtoehtoisesti käyttää. Myös vaihtoehtoisen menetelmän pitää olla tarkasti määritelty. Vertailu on kysymyksen muodostamisen ainoa vapaavalintainen osatekijä, eli sitä ei ole pakko ottaa mukaan. PICO-kysymyksen viimeinen vaihe muodostuu lopputuloksesta (O). Lopputulos täsmentää sitä, mihin pyritään tai mitä pyritään välttämään. Mitä tarkemmin kukin osa-tekijä on kuvattu ja rajattu, sitä validimpaa näyttöä löytyy. Edellä mainittujen osa-alueiden tarkka kuvaus muodostaa koko kysymyksenasettelun perustan. (Melnyk & Fineout-Overholt 2005, 8-221; Craig & Smyth 2007, 32-36; Lamberg & Lodenius 2009; Centre for Evidence-Based Medicine 2010.)

PICO-kysymystä muodostettaessa on tärkeää selventää, minkälainen tutkimusnäyttö tuottaa todennäköisemmin vastauksen asetettuun kysymykseen. Tutkimusnäyttö voidaan jakaa eri kategorioihin ja niitä ovat muun muassa hoito / (ennalta)ehkäisy, diagnoosi, terveysongelmien syyt ja ennuste. (Melnyk & Fineout-Overholt 2005, 8-221; Craig & Smyth 2007, 32-36.)

4.1.2 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Näyttöön perustuvan toiminnan myötä systemaattiset kirjallisuuskatsaukset ovat saaneet osakseen huomiota. Systemaattiset kirjallisuuskatsaukset ovat synteesejä olemassa olevien tutkimuksien tuloksista. Näiden yhteenvedojen tarkoituksena on antaa tietoa ja näyttöä vaikuttavista työmenetelmistä ja interventioista. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus nähdään mahdollisuutena löytää korkealaatuisesti tutkittuja tutkimuksia ja niiden tuloksia. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on sekundaaritutkimusta, koska se kohdistuu jo olemassa oleviin tarkasti rajattuihin ja valikoituihin tutkimuksiin. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen spesifi tarkoitus ja erityisen tarkka tutkimusten valinta-, analysointi- ja syntetisointiprosessi erottaa sen muista kirjallisuuskatsauksista. (Johansson 2007, 3-7; Kortenniemi ym. 2008, 39.) Jotta systemaattinen kirjallisuuskatsaus olisi luotettava, sen tekeminen vaatii vähintään kahden tutkijan kiinteää yhteistyötä (Pudas-Tähkä & Axelin 2007,46).

Systemaattista kirjallisuuskatsausta voidaan tehdä sekä kvantitatiivisesta että kvalitatiivisesta tutkimuksesta. Kvantitatiivinen katsaus sisältää pääsääntöisesti satunnaisesti ja kontrolloituja kokeellisia vaikuttavuustutkimuksia (randomised controlled trials). Vaikka yksittäinen katsaus olisikin tehty systemaattisesti, se ei välttämättä ole laadukas, sillä myös niiden laatu vaihtelee. Meta-analyysit taas ovat systemaattisia kirjallisuuskatsauksia, joiden tuloksia on analysoitu tilastollisin eli kvantitatiivisin menetelmin. Meta-analyysin tekeminen ei ole mahdollista, mikäli tutkittavat, tutkimuksien interventiot, tulokset ja vaikutukset ovat liian heterogeenisiä. (Johansson 2007, 3-7; Kortenniemi ym. 2008, 39.)

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekeminen muodostuu useasta eri vaiheesta. Ensimmäisessä vaiheessa laaditaan tutkimussuunnitelma, jossa määritellään tutkimuskysymykset joihin systemaattisella kirjallisuuskatsauksella pyritään vastaamaan. Täsmälliset tutkimuskysymykset myös rajaavat aihealuetta riittävän kapealle alueelle. Tämän jälkeen määritellään valinta- tai sisäänottokriteerit. Seuraavaksi valitaan hakutermi ja suoritetaan haku. Kriittisin vaihe onnistuneen kirjallisuuskatsauksen kannalta on hakuprosessi. Siinä tehdyt virheet voivat johtaa epäluotettavan käsityksen antamiseen olemassa olevasta näytöstä. Katsauksen luotettavuuden parantamiseksi suositellaankin hakua tehtäessä asiantuntijan, kuten informaatio tai kirjastoalan

asiantuntijan, apua. Hakusanaja valittaessa voidaan PICO-formaattia käyttää apuna. Tällöin hakusanat voidaan kohdentaa tutkimuskysymyksiin jokaisen neljän elementin avulla. Kun haku on suoritettu, tulokset analysoidaan ja tehdään synteesi. Viimeinen vaihe sisältää katsauksen raportoinnin. (Johansson 2007, 5-7.) Raportista on käytävä ilmi, kuinka mukaan valitut tutkimukset on etsitty ja valikoitu. Myös kaikki mukaan-tulo- ja poissulkukriteerit tulee raportoida. (Salanterä & Hupli 2003, 37.) Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekemisessä olennaisen tärkeää on jokaisen vaiheen tarkka kirjaaminen katsauksen onnistumisen ja tulosten relevanttiuden osoittamiseksi sekä toistettavuuden mahdollistamiseksi (Johansson 2007, 5-7).

Systemaattiset kirjallisuuskatsaukset ja vaikuttavuus

Systemaattisten kirjallisuuskatsauksien tuloksia hyödynnetään esimerkiksi suosituksen laatimisessa siten, että kunkin tutkimuksen perusteella arvioidaan, kuinka vahvaa näyttöä on jonkin toimintakeinon käyttöönotolle. Tutkimusten luotettavuus ja vahvuus siis arvioidaan sitä varten laaditun luokituksen mukaan. (Salanterä & Hupli 2003, 35,42.)

Systemaattisia katsauksia käytetään myös vaikuttavuuden arvioinnin välineenä (Koivisto & Haverinen 2006, 109). Vaikuttavuus voidaan määritellä suhteeksi, joka muodostuu kahden erillisen elementin välille. Vaikuttavuussuhteen toinen elementti on usein yksilö, perhe, yhteisö tai väestö mutta se voi myös olla järjestelmä, jonka terveydessä, hyvinvoinnissa tai toimintakyvyssä pyritään aikaan saamaan positiivinen muutos. Vaikuttavuussuhteen toinen elementti voi puolestaan olla joko interventio, hoito tai palvelu, eli toiminta jonka vaikuttavuudesta ollaan kiinnostuneita. Vaikuttavuudella tarkoitetaan sellaista hyvinvointiin tähtäävän intervention tai toiminnan ominaisuutta, jonka keskeinen elementti on kohteen hyvinvoinnin muutoksen systemaattinen havainnointi ja tunnistaminen sekä tämän havainnoinnin perusteella todennettu muutos. Vaikuttavuus viittaa siihen, että havaittu muutos on nimenomaan intervention tai toiminnan vaikutusta. (Paasio 2006, 102-103.) Vaikuttavuudella tarkoitetaan siis erilaisilla toimenpiteillä aikaansaattua muutosta henkilön terveydentilassa tai elämänlaadussa. Vaikuttavuuden tutkimuksella pyritään vastaamaan siihen kysymykseen, että vaikuttaako toimenpide arjessa, kun taas tehoa tutkitaan kontrol-

loiduissa ihanneolosuhteissa. Satunnaistettuja kontrolloituja kokeita pidetäänkin luotettavimpana tapana mitata toimenpiteiden tehoa. (Aaltonen 2007, 4.)

4.1.3 Systemaattinen tiedonhaku

Näyttöön perustuvalla toiminnalla olennaista on myös systemaattisen tiedonhaun tekeminen, joka on järjestelmällinen, tarkasti määritelty ja rajattu sekä toistettavissa oleva prosessi. Onnistunut haku muodostaa parhaan ajantasaisen näytön löytymisen perustan. Tällöin keskeistä on laadukkaan aineiston seulominen suuresta tietomassasta. Tavoitteena on löytää mahdollisimman kattavasti kaikki aiheeseen liittyvät relevantit tutkimukset. (Tähtinen 2007, 10; Lamberg & Lodenius 2009.)

Onnistunut haku edellyttää hyvää suunnittelua ja eri tiedonhakutyypin hallitsemista. Hakustrategian suunnitseminen on hyvin vaativaa. Tiedonhaussa keskeisiä asioita ovat aihe, aiheen sisältämät käsitteet, käsitteiden muuntaminen hakusanoiksi, sopivien tiedonlähteiden valinta, haun suorittaminen ja hakutuloksen arviointi. Tärkeää on oikeiden hakusanojen valinta sekä mahdollisten rinnakkaistermien ja synonyymien miettiminen. (Elomaa & Mikkola 2010, 35.)

Näytönhaku on prosessi jossa suositellaan tutkimuskysymyksen käyttöä, jotta löydetään aiheen kannalta olennaista tietoa. Kun tutkimuskysymykset ovat muodostettu, määritellään hakusanat ja niiden synonyymit sekä rajauskriteerit, jotka tutkimuskysymyksen lisäksi auttavat rajaamaan aihetta sopivien tutkimuksien löytämiseksi. Kriteerit voivat kohdistua tehtyjen tutkimusten kieleen, julkaistuihin ja ei-julkaistuihin tutkimuksiin ja julkaisuvuosiin. Seuraavaksi mietitään, mitä tietokantoja ja hakutapoja käytetään aineiston löytämiseksi ja sen jälkeen toteuttaa haku. Haussa suositellaan käytettävän mahdollisimman monipuolisia hakumenetelmiä. Tietoa voidaan etsiä elektronisista tietokannoista, itsellä olevien tutkimuksien lähteistä, manuaalisesti teeteellisistä julkaisuista, ottamalla yhteyttä alan asiantuntijoihin tai kansallisista suosituksista. Pyrkimyksenä on mahdollisimman kattavan haun suorittaminen, jotta kaikki relevantit tutkimukset saataisiin mukaan. Olennaista on myös suoritettujen haun tallentaminen ja dokumentointi, jotta systemaattinen lähestyminen voidaan osoittaa. Systemaattisen haun selkeä dokumentointi selvittää, minkälaisen hakujen avulla on

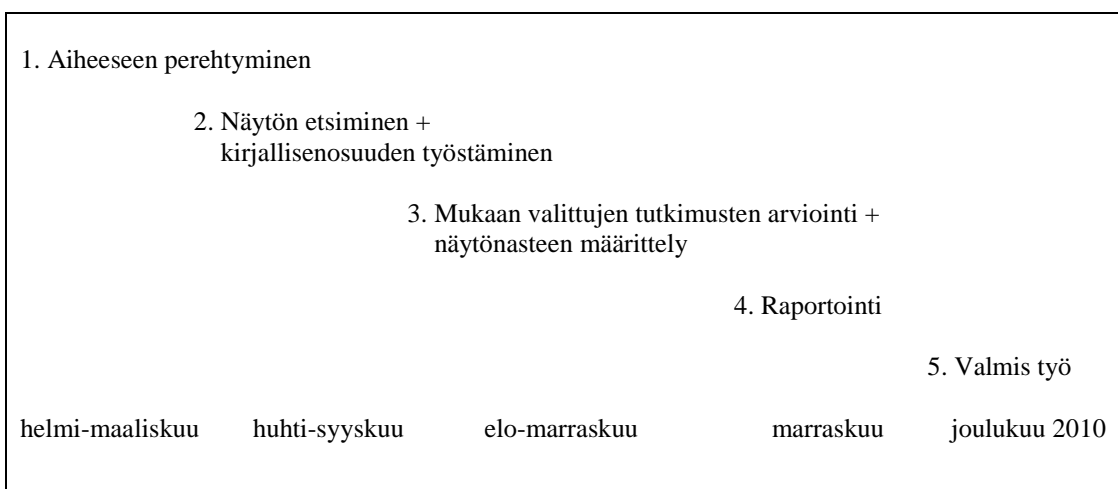
päädytty valittuihin tutkimuksiin. Tällöin sama haku voidaan myös toistaa jonkun toisen toimesta. (Aveyard & Sharp 2009, 84-99; Flinkman & Salanterä 2007, 91.)

Kun haku on suoritettu, valitaan katsaukseen mukaan kriteerit täyttävät tutkimukset. Tutkimuksien valinta kannattaa toteuttaa useassa eri vaiheessa. Ensimmäisessä vaiheessa tutkimukset voidaan karsia niiden otsikoiden perusteella. Seuraava karsinta voidaan toteuttaa tiivistelmän perusteella. Viimeinen vaihe on työlain sillä tiivistelmien perusteella valitut tutkimukset täytyy arvioida kokonaisuudessaan. (Salanterä & Hupli 2003, 30.)

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyö eteni (Kuvio 2) näyttöön perustuvan toiminnan vaiheiden mukaisesti käsittäen vaiheet 1-3. Vaiheet 4-5 rajautuvat tämän kehittämistehtävän ulkopuolelle, sillä ne toteutuvat käytännön työssä. Tehtävä perustuu siis ulkoiseen näyttöön eli tutkimustiedon etsimiseen. Sisäinen näyttö toteutuu kehittämistehtävän ulkopuolelle rajautuneissa vaiheissa.

Opinnäytetyö alkoi ongelman tunnistamisesta ja tutkimuskysymyksien asettamisesta. Seuraavassa vaiheessa kysymyksiin haettiin vastausta etsimällä sopivaa aineistoa. Aineisto muodostui tutkimusnäytöistä. Lopullinen tutkimusaineisto tiivistettiin ja arvioitiin hyödyntäen näytön eri asteita. Tuotoksena syntyi yhteenveto olemassa olevista systemaattisista kirjallisuuskatsauksista ja yksittäisistä tutkimuksista, jotka antavat näyttöön perustuvaa tietoa toimintatavoista, joita voidaan käyttää työntekijöiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi ja ylläpitämiseksi. Lopputuotokseen kuuluu myös pohdinta siitä, miten tuloksia voidaan käytännössä käyttää osana toimeksiantajan toimintaa ja kehittämistä. Työn toimeksiantajalla ei ollut vaatimusta näytön asteen suhteen vaan heikompaakin näyttöä sai ottaa mukaan. Opinnäytetyössä ei siis ole kyse uuden systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekemisestä vaan se toteutettiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen teko-ohjeiden periaatteiden mukaisesti.



Kuvio 2. Työn etenemisen vaiheet

5.1 PICO-kysymyksien asettaminen ja aiheen rajaus

Opinnäytetyön tavoitteet nousivat esille opinnäytetyön toimeksiantajalta. Tavoitteet sisältävät tutkimusnäyttöä työntekijöiden fyysiseen ja psyykkiseen hyvinvointiin vaikuttavista terveyden edistämisen toimintatavoista. Vastausten löytäminen ei ole mahdollista ilman tutkimuskysymysten asettamista (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 47). Kehittämistehtävän tavoitteen kautta muodostettiin tarkentavat tutkimuskysymykset käyttäen PICO-formaattia. Hyvinvoinnin fyysisen ulottuvuuden kohdalla tutkimuskysymykset nousivat elintapojen eri osa-alueista, joita olivat fyysinen aktiivisuus (liikunta), painonhallinta/ravinto, tupakointi ja alkoholin käyttö. Jokaisesta osa-alueesta muodostettiin oma kysymyksensä. Hyvinvoinnin psyykkisen ulottuvuuden osalta kysymys nousi työuupumuksesta.

Opinnäytetyössä asetettiin useampia PICO-kysymyksiä. Kysymykset (P) rajattiin koskemaan työikäisiä, koska heihin työn toimeksiantaja hyvinvointipalveluitaan kohdistaa. Interventiolla (I) puolestaan tarkoitettiin niitä terveyden edistämisen toimintatapoja, jotka ovat tuloksellisia/vaikuttavia terveyden edistämässä ja ylläpitämisessä. Opinnäytetyön tarkoituksena oli siis koota yhteen erilaisia terveyden edistämisen toimintatapoja, joiden on osoitettu olevan vaikuttavia. Kysymysten asettamisessa ei käytetty vertailtavaa interventiota, koska mitään oletuslähtökohtaa jonkin tietyn toimintatavan paremmuudesta ei ollut. Lopputulosmuuttujiksi (O) huomioitiin

sekä terveyden edistämisen välitavoite eli positiivinen muutos terveyskäyttäytymisessä että päätavoite eli positiivinen muutos terveydessä.

Ennen tutkimusnäytön etsintää päätetään tutkimusongelmien ja tutkimuksen tavoitteiden kannalta ne valintakriteerit joihin perustuen aineisto kootaan (Vilka 2005, 127). PICO-formaattiin perustuvat tutkimuskysymykset sisälsivät pääosin näytön valintakriteerit. Niiden perusteella mukaan valittiin vain tutkimuksia, jotka kuvasivat toimintatapoja työnikäisten terveyden ylläpitämiseksi ja lisäämiseksi sekä muutosta terveystyttäytymisessä ja terveydessä. Sen lisäksi aihetta rajattiin sisäänottokriteerien avulla koskemaan tutkimuksia, joiden tuli olla suomen- tai englanninkielisiä ja julkaistu 2000-luvulla. Mukaan ei valittu julkaisemattomia tutkimuksia, eli harmaata kirjallisuutta, niiden vaikean saatavuuden ja ajan rajallisuuden vuoksi.

5.2 Tutkimusnäytönhaku

Tutkimusongelmien ja valintakriteerien asettamisen jälkeen valittiin menetelmät tutkimusnäytön etsimiselle, sisältäen hakutermien pohtimisen ja valinnan sekä tietokantojen valinnan. Tutkimusnäytönhaku suoritettiin näyttöön perustuvan toiminnan mukaisesti hyödyntäen systemaattisen tiedonhaun periaatteita (Aveyard & Sharp 2009, 84-99; Flinkman & Salanterä 2007, 91). Opinnäytetyön tutkimusnäytönhakua ei voida kuitenkaan täysin luonnehtia systemaattiseksi tiedonhauksi vaan sitä mukailevaksi opinnäytetyön tekijän kokemattomuuden vuoksi. Myös monesta tutkimuskysymyksestä johtuen, jotka kohdistuivat eri aiheisiin, hakustrategian dokumentointia ei suoritettu systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekoprosessin mukaisesti vaan tavanomaisen kirjallisuuskatsauksen tekoprosessin mukaisesti. Tällöin hakustrategian dokumentoinnin ei edellytetä olevan niin täsmällistä kuin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekoprosessissa (Johansson 2007, 3).

Tutkimusnäytönhaun pohjan muodostaa hakusanojen huolellinen valinta (Anttila, Saalasti-Koskinen, Hovi & Isojärvi 2007, 8). Tutkimusnäytön hakustrategia perustui myös PICO-kysymyksiin. Haku aloitettiin PICO-kysymyksien muuttamisesta hakusanoiksi sekä mietittiin niiden synonyymeja. Tämä varmisti sen, että haku kohdentui juuri niihin asioihin joista näyttöä haluttiin etsiä. Tämän jälkeen mietittiin hakusano-

jen englanninkielisiä vastineita, koska suurin osa hausta suoritettiin englanninkielisiä tietokantoja ja hakukoneita käyttäen. Englanninkielisiin tutkimuksiin tutustuminen sekä MOT-sanakirjan auttoivat löytämään oikeat englanninkieliset hakusanat. Kun hakusanat oli valittu, aloitettiin varsinainen näytönhaku (Taulukko 2).

Taulukko 2. Käytetyt hakusanat aihealueittain

fyysinen aktiivisuus	physical activity, pedometer, exercise, exercise referral
painonhallinta	obesity, overweight, weight reduction, weight management, weight loss, dietary, diet
tupakointi	smoking, smoking cessation, tobacco
alkoholin käyttö	alcohol, alcohol intervention, reduction
työuupumus	työnohjaus, clinical supervision

Elektronisten tietokantojen käytön opettelussa opinnäytetyöntekijä tekijä hyödynsi Satakunnan ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveyden yksikön informaation apua kahteen otteeseen kevään ja kesän 2010 aikana. Informaatikko neuvo eri tietokantojen käytössä ja näytti, miten rajauksia voi tehdä. Varsinaisen tutkimusnäytönsuoritus suoritettiin opinnäytetyön tekijä yksinään. Koska tutkimuskysymyksiä oli useita, tehtiin kuhunkin kysymykseen haut omilla hakusanoilla ja -termeillä. Hauissa hyödynnettiin eri tietokantojen hakuohjelmien antamia rajausmahdollisuuksia. Hakuvalinta tehtiin käymällä läpi haun antamat viitteet. Viitteistä valittiin mukaan otsikon ja abstraktin perusteella sopivimmat tutkimukset. Lopulliseen kokoonpanoon otettiin mukaan 37 tutkimusta. Monipuolisemman näytönsuorituksen suorittamiseksi opinnäytetyön tekijä otti syksyllä 2010 yhteyttä sosiaalipsykologi Teija Harjuun saadakseen tietoa työnohjausta koskevista tutkimuksista. Harju toimii itse myös työnohjaajana. Tutkimusnäyttöä etsittiin myös löytyneiden tutkimuksien lähdeluetteloista ja kirjallisuudessa olleiden viitteiden avulla käyttäen manuaalista hakua.

Tutkimusnäytön lähteiksi valittiin alan kirjallisuudessa suositeltuja tieteellisiä tiedonlähteitä (Taulukko 3). Ne muodostuivat erilaisista ulkomaalaisista ja kotimaisista tietokannoista. Mukaan otettiin myös terveydenhuollon kannalta hyödyllisiä ja luotettavia verkkosivustoja kuten terveystietoportti. (Elomaa & Mikkola 2010, 23-32; Melnyk & Fineout-Overholt 2005, 39-69.) Näiden lisäksi aineiston etsinnän kohteena olivat

myös aiheeseen perehtyneet tutkimuslaitokset kuten UKK-instituutti, Työterveyslaitos, yliopistot ja korkeakoulut sekä Ohtanen ja hoitosuosituksia tuottavat ulkomaalaiset laitokset. Ensisijaisesti mukaan valittiin eri tietokannoista löytyneitä meta-analyyseja, systemaattisia kirjallisuuskatsauksia ja satunnaistettuja kontrolloituja tutkimuksia. Työnohjauksen kohdalla tämä ei ollut mahdollista, koska edellä mainitulla tutkimusasetelmalla tehtyjä tutkimuksia ei kyseisestä aiheesta löytynyt, tai opinnäytetyöntekijä ei ainakaan niitä löytänyt. Mukaan valittiin siis myös yksittäisiä tutkimuksia, jotka olivat etupäässä suomalaisten tekemiä väitöskirjoja tai muita tutkimuksia.

Taulukko 3. Käytetyt tietokannat, muut lähteet ja mukaan valitut tutkimukset

tietokanta	abstraktiin perustuen	artikkeliin perustuen
Chinal		2
Cochrane		12
DARE		4
HTA		1
Linda		2
Medline		1
NHS		
Ohtanen		2
Pubmed	1	4
TripDatabase		
manuaali haku		5
UKK-instituutti		1
suositukset: -Evidence-based medicine		1
-Käypähoito,		1
-SIGN		

Näytön haussa hyödynnettiin sekä kansallisia että kansainvälisiä tietolähteitä, jotta haku olisi mahdollisimman kattava. Kansainvälisen tutkimuksen rinnalle pyrittiin etsimään myös samansuuntaisia tuloksia sisältäviä kansallisia tutkimuksia. Tämän kertoo terveyden edistämiseen käytettävien toimintatapojen soveltuvuudesta suomalaisen työikäisen väestön keskuudessa.

Tutkimusnäyttöä haettaessa pyrittiin mukaan valitsemaan tutkimuksia, jotka olivat laadullisesti tasokkaita ja luotettavia. Ensisijaisena hakukohteenä oli Cochrane-tietokanta, sillä se sisältää laadullisesti tasokkaita systemaattisia kirjallisuuskatsauksia (Elomaa & Mikkola 2010, 24,56-57). Opinnäytetyöntekijä hyödynsi paljon myös Evidence based medicine -sivustolla olevia tutkimustiivistelmiä, koska ne olivat luo-

tettavan tahon valmiiksi arvioimia ja sisälsivät paljon Cochrane-katsauksia. Koska EBM-sivustoilla olleet tutkimukset olivat tiivistelmiä alkuperäisistä tutkimuksista, valittiin lähteeksi kuitenkin se tietokanta tai muu lähde, mistä tutkimus löytyi kokotekstinä tai oli linkki siihen. Luotettavan tiedon varmistamiseksi hakukohteiksi valittiin myös suosituksia, jotka sisälsivät eri tahojen ammattitutkijoiden valmiiksi arvioimia tutkimuksia. Samat tutkimukset löytyivät useista eri tietokannoista mutta ensisijaisesti lähteeksi mainittiin cochrane, jos tutkimus löytyi myös sieltä.

5.3 Näytön arviointi

Aineiston arvioinnin tukena käytettiin jo valmiiksi arvioituja katsauksia, koska näytön sisällön arviointi ja näytön asteen määrittäminen on vaativaa, ja siinä tarvitaan eri tietolähteiden ominaisuuksien asiantuntemusta sekä tutkimusmenetelmä tietoa (Elomaa & Mikkola 2010, 56.) Valmiiksi arvioitujen tutkimuksien lähteitä olivat Evidence-based medicine (EBM guidelines), AHCPRP supported guide and guidelines, Scottish intercollegiate guidelines network (SIGN) ja käypä hoito –suositukset. Myös STM:n julkaisemassa terveyden edistämisen mahdollisuudet -teoksesta löytyi arvioituja tutkimuksia. Suurin osa mukaan valituista tutkimuksista oli valmiiksi arvioitu ja näytön aste määritetty. Niiden yksittäisten tutkimusten tai systemaattisten kirjallisuuskatsausten kohdalla joista ei ollut valmista arviointia, opinnäytetyöntekijä käytti näytön arvioinnissa sovelletusti Elomaan & Mikkolan (2010, 14-15, 56-58) teoksessa sekä käypä hoito –käsikirjassa esitettyjä kriteereitä (2008).

Arviointi suoritettiin yleisellä tasolla, koska opinnäytetyön tekijän ammattitaito ei riittänyt täyttämään edellä mainittuja kriteereitä. Arvioinnissa kiinnitettiin huomiota tutkimusasetelmaan, näytön lähteeseen, näytön sisältöön ja näytön kliiniseen soveltuvuuteen, otos kokoon, tutkimuskohteen valintamenetelmään, tutkimuksen kuvailemiseen, kliiniseen kysymykseen, tutkimusten määrään ja tulosten yhdenmukaisuuteen. Näytön arviointi perustui tutkimusasetelmien hierarkkisuuuteen eli meta-analyytit, systemaattiset kirjallisuuskatsaukset ja satunnaistetut kontrolloidut koekasetelmat muodostivat lähtökohtaisesti vahvemman näytön. Arvioitiin vaikuttanut myös se, minkälaisesta lähteestä tutkimus löytyi. Cochrane-tietokannasta löytyneet tutkimukset edustavat korkeatasoisia tutkimuksia, sillä ne perustuvat satunnaistettuihin ko-

keellisiin tutkimuksiin (RCT) ja ovat systemaattisia kirjallisuuskatsauksia. Cochrane library on tietokannoista myös luotettavin, sillä sinne indeksoidaan vain tutkimustietoa, joka täyttää tietyt luotettavuuskriteerit (Elomaa & Mikkola 2010, 24,56-57.)

6 TULOKSET

Tässä opinnäytetyössä tulokset muodostuvat tutkimusnäytönsuun tuloksena löytyneistä meta-analyyseistä, systemaattisista kirjallisuuskatsauksista sekä yksittäisistä tutkimuksista. Aiemmin esitetyt PICO-kysymykset muodostavat tulososan jaottelun aihealueittain. PICO-kysymyksiin vastataan löytyneellä tutkimusnäytöllä. Tulosten raportointitavassa noudatetaan mukailtua hoitotyön suositusten esitystapaa (Hoitotyön tutkimussäätiö). Valmiiksi arvioidut tutkimukset erottuvat opinnäytetyön tekijän arvioinneista tähdellä.

6.1 Työntekijöiden fyysinen hyvinvointi ja terveys

6.1.1 Fyysinen aktiivisuus ja tutkimusnäyttö

Minkälaisia terveyden edistämisen toimintatapoja (I) käyttämällä saadaan työikäisten (P) fyysisen aktiivisuuden tasoa lisättyä (O)?

Liikuntaneuvonta

”Neuvonta ja ohjaus lisäävät fyysistä aktiivisuutta 12-50 %. Fyysisen aktiivisuuden lisääntyminen oli nähtävissä vielä kuuden kuukauden kuluttua..” (A)* ¹Anderssen, Areskog, Engström, Harms-Ringdahl, Kristiansen, & Kukkonen-Harjula 2007.

Liikkumisresepti liikuntaneuvonnan apuvälineenä

”Liikkumisresepti näyttää lisäävän fyysisen aktiivisuuden tasoa tietyssä joukossa: valmiiksi hiukan aktiivisemmat, vanhemmassa väestössä ja heissä, jotka ovat ylipainoisia mutta eivät liikalihavia.” (B)* ²Morgan 2005.

”Lääkäriin laatima liikkumisresepti lisäsi terveyskeskusten ja työterveyshuollon asiakkaiden vapaa-ajan liikuntaa lyhyellä ja keskipitkällä aikavälillä. Myös itsetarkkailu askelmittarin ja liikuntapäiväkirjan avulla sekä siitä saatu palaute lisäsivät liikuntaa mutta vain lyhytaikaisesti.” (B) ³Aittasalo 2008.

”Liikuntaa voidaan lisätä yksilöllisesti laaditulla ja liikunta-ammattilaisen antamalla neuvonnalla jota täydennetään sairauksien riskitekijöiden ja fyysisen kunnon mittauksilla sekä kirjallisella aineistolla, jossa on tietoja muun muassa paikallisista liikuntamahdollisuuksista. Ohjatut liikuntaohjelmat eivät näytä olevan vaikuttavampia kuin pelkkä tiedon antaminen niistä. Kävely on yhtä tehokasta ja halvempaa kuin ohjatut ohjelmat liikuntakeskuksissa.” (B) ⁴Isaacs, Critchley, See Tai, Buckingham, Westley, Harrige, Smith & Gottlieb 2007.

Askelmittari

”Askelmittarin käytöllä on yhteys merkittävään fyysisen aktiivisuuden tason nousuun, merkittävään painoindeksiin ja verenpaineen laskuun. Tavoitteen asettaminen sekä päiväkirjan pitäminen askelmääristä saattavat olla motivaatioon vaikuttavia tekijöitä lisättäessä fyysistä aktiivisuutta.” (A)* ⁵Bravata, Smith-Spangler, Sundaram, Gienger, Lin, Lewis, Stave, Olkin & Sirard 2007.

”Työpaikalla järjestettävä kävelyohjelma jossa hyödynnetään sekä askelmittaria että e-teknologiaa, saattaa olla tehokas intervention muoto kohennettaessa niiden työntekijöiden elintapoja, jotka kuuluvat riskiryhmään. Fyysinen aktiivisuus nousi työpäivän aikana keskimäärin noin 27 %.” (C) ⁶Faghri, Omokaro, Parker, Nichols, Gustavesen & Blozie 2008.

6.1.2 Painonhallinta ja tutkimusnäyttö

Minkälaisia terveyden edistämisen toimintatapoja (I) käyttämällä saadaan yläpidettyä työikäisten (P) painonlaskua ja -hallintaa (O)?

Ravitsemus

”Ravitsemusneuvonnan avulla voidaan lisätä hedelmien ja vihannesten käyttöä sekä vähentää tyydyttyneen rasvan saantia. Ruokavalinnat säilyvät ainakin 9 kk seuranta-ajan.” (A)* ⁷Brunner, Thotogood, Rees & Hewitt. 2005

”Laihduttamiseen ruokavalion muutoksen kautta tähtäävissä interventioissa pitäisi olla vähärasvainen tai dieetti, joka tuottaa 600 kcal/pvä energiavajeen. Niillä on selvä vaikutus painoon, diabeteksen ehkäisyyn sekä verenpaine- arvojen parantumiseen. ” (A)* ⁸Avenell, Broom & Brown. 2004.

”Ravitsemusneuvontaan ja fyysisen aktiivisuuden lisäämiseen tähtäävät interventiot ovat yhdistettynä tehokkaampi keino laihduttaa kuin pelkästään ruokavalioon tai liikunnan lisäämiseen keskittyvät interventiot, vaikkakin pelkkään ravitsemukseen perustuvat interventiot ovat myös tehokkaita. Yhdistelmä interventio tuotti 20 % (13 kg vs.9,9 kg) suuremman painon pudotuksen kuin pelkkä ravitsemusneuvonta. Yhdistelmä interventio tuottaa kliinisesti merkitsevän painonpudotuksen” (A)* ⁹Curioni & Lourenco. 2005.

Psykologiset interventiot / käyttäytymisterapia

”Psykologiset interventiot, kuten tavalliset käyttäytymisstrategiat sekä kognitiiviset käyttäytymisstrategiat (itsetarkkailu, ongelmanratkaisu, ärsykkeen hallinta, ajattelutavan muuttaminen, tavoitteen asettaminen ym.), tehostavat painonpudotusta ylipainoisten ja lihaviin keskuudessa, erityisesti silloin kun ne yhdistetään ravinto ja liikuntainterventioiden kanssa.” (A)* ¹⁰Shaw, O’Rourke, DelMar & Kenardy 2005.

”Käyttäytymisterapian tai liikunnan yhdistäminen ravitsemusinterventioon on vaikuttavampi keino kuin ravitsemukseen perustuvat interventiot yksinään (-7.67kg / -1.95 kg).” (A)*⁸Avenell, Broom & Brown 2004.

”Yksilöllinen painonhallintaohjelma jossa hyödynnettiin sykemittaria sekä rannetietokonetta, jonka sisään oli asennettu elektroninen päiväkirja josta pystyi seuraamaan painoa, energian kulutusta ja liikunnan määrää, auttoi tehokkaammin pudottamaan painoa kuin perinteinen ravinto- ja liikuntaohjeistus.” (B)¹¹Byrne, Meerkin, Laukkanen, Ross, Fogelholm & Hills 2006.

”Säännöllinen ja usein toteutettu punnitus on yhteydessä suurempaan painonpudotukseen sekä se ehkäisee painon nousua.” (B)*¹²Vanwormer, French, Pereira & Welsh 2008.

”Psykologin ohjaamat painon pudotukseen tähtäävät ryhmäinterventiot ovat liikalihavien naisten keskuudessa tehokkaampia kuin henkilökohtaiset interventiot.” (B)*¹³Paul-Ebhohimhen & Avenell 2009.

Internetin hyödyntäminen

”Näyttö yksilöllisesti suunniteltujen, ruokailutottumuksien muutokseen tähtäävien tietokoneperäisten ohjelmien vaikuttavuudesta on melko vahva.” (B)¹⁴Neville, L., O’Hara, B. & Milat, A. 2009.

”Näyttö tuki internet-pohjaisten interventioiden vaikuttavuutta. Niiden avulla voidaan kohentaa terveyskäyttäytymistä kuten liikuntaan käytettyä aikaa, ravitsemukseen ja astman hoitoon liittyvää tietämystä, terveyshuollon palveluiden käyttämistä, hidastaa terveyden heikkenemistä sekä ylläpitää saavutettua painon laskua.” (B)¹⁵Wantland, Portillo, Holzemer, Slaughter & McGhee 2004.

6.1.3 Tupakoinnin lopettaminen ja tutkimusnäyttö

Minkälaisia terveyden edistämisen toimintatapoja (I) käyttämällä saadaan työikäisten (P) tupakointia vähennettyä ja lopetettua (O)?

Ryhmä- ja yksilöohjaus

”Henkilökohtaisesti annettu neuvonta auttaa tupakoinnin lopettamisessa.” (A)*

¹⁶Lancaster & Stead 2005.

”Tupakoinnin lopettamisen todennäköisyys on suurempi ryhmässä tapahtuvassa tupakoinnin lopettamisen interventioissa kuin omaehtoisessa lopettamisessa tai muissa vähemmän intensiivisissä interventioissa.” (A)* ¹⁷Stead & Lancaster 2005.

”Proaktiivinen puhelinneuvontaa sekä ryhmä- ja henkilökohtainen ohjaus ovat tehokkaita tupakoinnin lopettamisessa.” (A)* ¹⁸Fiore & Jaén 2008.

”Yksilö- ja ryhmäohjaus sekä nikotiinikorvaushoito ovat tehokkaita toimintatapoja tupakoinnin lopettamiseen tähtäävissä interventioissa työpaikalla. Itseapumateriaalin käyttö on tehottomampi tapa. Intensiivisemmät interventiot lisäävät tupakoinnin lopettamisen yrittämistä ” (A)* ¹⁹Cahill, Moher & Lancaster 2008.

”Lääkärin kehoitus ja lyhyt neuvo tupakoinnin lopettamisesta lisää lopettamisen todennäköisyyttä. Myös kehoituksen jälkeisestä seurantakäynnistä on hyötyä.” (A)*

²⁰Lancaster & Stead 2004.

Itseapumateriaalin käyttö

”Itseapumateriaalin käyttö lisää hieman tupakoinnin lopettamista. Räätelöidyt materiaalit ovat tehokkaampia kuin standardi materiaalit.” (B)* ²¹Lancaster & Stead, L. 2008.

”Yksilöllisesti suunnatut materiaalit auttavat tupakoinnin lopettamisessa, olivatpa ne painetussa muodossa tai internetissä.” (B)*¹⁸Fiore & Jaén 2008.

Lääkehoito

”Nikotiinikorvaushoito lisää tupakoinnin lopettamisen todennäköisyyden 1.5-2 -kertaiseksi. Kaikki kaupalliset nikotiinikorvaushoitomuodot (purukumi, laastarit, pillerit, nenäsuihke, inhalaattori, kielenalustabletti) ovat yhtä tehokkaita tupakoinnin lopettamisyrityksessä. Nikotiinikorvaushoito on vaikuttavaa.” (A)*²² Stead, Perera, Bullen, Mant & Lancaster 2008.

”Ohjauksen ja lääkityksen yhdistelmä on interventiona tehokkaampi tupakoinnin lopettamisessa kuin kumpikaan erikseen.” (A)*¹⁸Fiore & Jaén 2008.

Lopettamistapa

”Äkillinen sekä asteittainen tupakoinnin lopettaminen ovat yhtä tehokkaita tapoja tupakoinnin lopettamisen suhteen.” (B)*²³Lindson, Aveyard & Hughes 2010.

Puhelinneuvonta tupakoinnin lopettamisen tukena

”Puhelinneuvonta lisää tupakoitsijoiden kiinnostusta tupakoinnin lopettamiseen. Useampi soittokerta lisää lopettamisen todennäköisyyttä.” (B)*²⁴Stead, Perera & Lancaster 2009.

”Puhelinneuvontapalvelut lisäävät tupakoinnin lopettamista.” (B)²⁵Stead, Perera & Lancaster 2007.

Internet tupakoinnin lopettamisen tukena

”Internet ja tietokonepohjaiset ohjelmat lisäävät tupakoinnin lopettamisen todennäköisyyttä noin 1.5-kertaiseksi kontrolliryhmään verrattuna.”(B) ²⁶Myung, McDonnell, kazinets, Seo & Moskowitz 2009.

”Jotkin internet-pohjaiset interventiot voivat auttaa tupakoinnin lopettamisessa. Varsinkin, jos ne ovat suunniteltu yksilölliseen käyttöön, ottavat usein yhteyttä käyttäjään ja ne ovat yhdistetty muihin interventioihin.” (C). ²⁷Civiljak, Sheikh, Stead & Car 2010.

6.1.4 Alkoholin käytön vähentäminen ja tutkimusnäyttö

Minkälaisia terveyden edistämisen toimintatapoja (I) käyttämällä saadaan työkäisten (P) alkoholin käyttöä vähennettyä (O)?

Lyhytneuvonta

”Lyhytneuvonnat ovat tehokkaita alkoholin kulutuksen vähentämisessä, erityisesti miesten keskuudessa. Pitkäkestoisemmilla interventioilla voidaan saavuttaa pieni lisävaikutus.” (A)*. ²⁸Kaner, Beyer, Dickinson, Campbell, Schlesinger, Heather, Saunders, Burnand & Pienaar 2007.

”Lyhytneuvonta on tehokas alkoholin kulutusta vähentävä menetelmä, vaikutus kestää 6-12 kuukauden ajan.” (B) ²⁹Bertholet, Daepfen, Wietlisbach, Fleming & Burnand 2005.

Strukturoidut kyselyt haastattelun tukena ongelmakäytön toteamisessa

”AUDIT-kysely on perusterveydenhuollossa parempi ja kustannustehokkaampi me-

netelmä alkoholin liikakäytön rutiiniseulonnassa kuin verikokeet ” (A)* ³⁰Coulton, Drummond, James, Godfrey, Bland, Parrott & Peters 2006.

”Kymmenen kysymyksen AUDIT-testi on tehokas keino alkoholin riskikäytön havaitsemiseksi.”(B)* ³¹käypähoitosuositukset 2010.

”AUDIT ja AUDIT-C:n on todettu olevan lähes yhtä tehokkaita menetelmiä alkoholin ongelmakäytön tunnistamisessa perusterveydenhuollon potilaiden keskuudessa.”(B) ³²Kriston, Hölzel, Weiser & Berner 2008.

”AUDIT-testin lyhyemmät versiot ovat lähes yhtä hyviä alkoholin riskikäytön seulo-
nassa kuin AUDIT-testi kokonaisuudessaan.” ³³Kaarne, Aalto, Kuokkanen & Seppä 2010.(B)

6.2 Työntekijöiden psyykinen hyvinvointi ja terveys

6.2.1 Työnohjaus ja tutkimusnäyttö

Minkälaisia terveyden edistämisen toimintatapoja (I) käyttämällä saadaan työikäisten (P) psyykkistä työhyvinvointia parannettua (O)?

Esimiehet

”ICT-alan esimiehet raportoivat kehittyneensä esimiehinä ja oppineensa sekä omista että toisten kokemuksista ryhmätyönohjauksessa. Oppimiskokemuksissa ja kehittämisen arvioinnissa painottuivat ajankäytön ja jaksamisen tukeminen sekä vuorovaikutuksen kehittämisaalueet.” (C) ³⁴Vanne 2004.

”Työnohjauksella oli kolmen vuoden ajanjaksolla positiivinen sekä pitkäkestoinen vaikutus johtamisosaamiseen, vuorovaikutustaitoihin, haluun kehittää itseä ja itsetietoisuutta sekä selviytymistä. Työnohjaus nähtiin myös tukevana toimenpiteenä kolle-

gojen kesken”(B) ³⁵Hyrkäs 2005.

”Julkisten ja yksityisten palveluorganisaatioiden johtajien mielestä työnohjaus on yksi johtamisen väline ja toimintana hyödyllistä. Työnohjauksen nähtiin tukevan ohjattavan vastuullista toimintaa ja itsenäisyyttä.” (B) ³⁶Ollila 2006.

Työntekijät

”Moniammatillisessa työryhmässä työnohjaus on tärkeä jaksamisen ja oppimisen foorumi sekä työyhteisöä tavoitteellisesti kehittävää toimintaa esimiesten sitoutuessa siihen. Työnohjaus mahdollisti perustehtävän selkiytymisen sekä ammatillisen osaamisen tarkastelun suhteessa perustehtävään.” (B) ³⁷Koski 2007.

7 POHDINTAA

7.1 Tulosten tarkastelua ja ehdotuksia käytäntöön

Fyysinen aktiivisuus

Neuvonta ja ohjaus ovat osoittautuneet tehokkaiksi toimintatavoiksi fyysisen aktiivisuuden lisäämisessä (Anderssen ym. 2007, 4). Niitä voidaan hyödyntää yleisellä tasolla koskemaan kaikkia. Neuvonnan apuvälineenä voidaan tuloksellisesti käyttää liikkumisreseptiä, sillä sen vaikuttavuudesta löytyy kohtalaista näyttöä. Näytön perusteella se ei kuitenkaan ole yhtä vaikuttava keino fyysisen aktiivisuuden lisäämisessä kuin askelmittarin käyttö. Tavoitteen asettaminen eli askelmäärän määrittäminen on olennaisen tärkeää fyysisen aktiivisuuden tason lisäämisen kannalta. Liikunnan lisäämisessä vaikuttaisi siis olevan hyödyksi liikuntaneuvontaan perustuvan liikuntareseptin käyttö sekä erilaiset itsetarkkailutavat kuten askelmittarin ja liikuntapäiväkirjan käyttö. Askelmittarit eivät ole kalliita, ja ne ovat yksikertaisia laitteita käyttää. Niiden avulla voidaan objektiivisesti seurata fyysisen aktiivisuuden määrää sekä asettaa mitattavissa olevia tavoitteita. Ne myös antavat palautteen välittömästi ja

motivoivat liikunnan lisäämiseen. (Gonder-Frederick 2006; Faghri ym. 2008, 77.) Askelmittarin käyttöä kannattaa kuitenkin suunnata niille, jotka eivät omaehtoisesti pysty lisäämään liikuntaa ja tarvitsevat siihen tukea. Myös sähköpostia kannattaa hyödyntää osana interventioita motivoivien viestien lähettämiseen. (Bravata ym. 2007, 2296-2303; Aittasalo 2008, 100; Faghri ym. 2008, 81-91.)

Näitä tuloksia silmällä pitäen on Suomessa käynnissä tutkimus (Aittasalo 2010), jossa liikuntaa pyritään edistämään vähän liikkuvien keskuudessa työpaikoilla askelmittarin, sähköpostiviestien ja yhden yhteisen tapaamiskerran avulla. Tuloksia saadaan syksyn 2010 lopussa, ja ne ovat suoraan sovellettavissa terveystuokunnan edistämiseen työpaikoilla. (UKK-instituutin internet-sivut.)

Liikuntaneuvonnassa tulisi myös huomioida muun muassa tiedon antaminen paikallisista liikuntapalveluista (Isaacs ym. 2007). Työn toimeksiantaja voisi selvittää, onko olemassa yhteistyökumppania joka on koonnut tiedot paikallisista liikuntapalveluista. Toimeksiantaja voisi tiedotteissaan välittää tiedon paikallisista liikuntapalveluista asiakasyrityksilleen.

Painonhallinta

Pelkkä ravitsemusneuvonta on vaikuttavaa sekä ruokailutottumuksien kohentamisessa että laihduttamisessa. Ravitsemusneuvonnassa tulisi painottaa kokonaisenergian vähentämistä ylipainoisten keskuudessa. Ravitsemusneuvonta on hyvä yhdistää fyysisen aktiivisuuden ja psykologisiin käyttäytymisen muutoksen tähtääviin interventioihin, sillä yhdistelmäinterventiot ovat tehokkaampia kuin yksittäiset interventiot. (Avenell ym. 2004; Curioni & Lourenco 2005; Shaw ym. 2005.) Ravitsemusneuvontaa yksinään kannattaa käyttää isommalle ryhmälle ihmisiä mutta yhdistelmäinterventioita kannattaa suunnata kohdennetulle joukolle kustannussyistä.

Painonhallinnassa ja painonpudotuksessa käytettävän käyttäytymisterapian olennainen piirre on itsetarkkailu (Avenell ym. 2004; Shaw ym. 2005; Byrne ym. 2006; Vanwormer ym. 2008, Shay, Shobert, Seibert & Thomas 2009, 199). Tutkimuksien mukaan elämäntapamuutukseen tähtääviä pitäisikin kannustaa säännölliseen itsetark-

kailuun. Erityisesti painonhallintaan tähtäävässä neuvonnassa pitäisi osallistujia rohkaista säännölliseen oman painon mittaamiseen. (Robroek, Bredt & Burdorf 2007, 5; Vanwormer ym. 2008.) Itsetarkkailun strategioina voidaan hyödyntää teknologiaa tai manuaalista kirjaamista. Tarkkailun välineinä voidaan käyttää päiväkirjoja, jotka voivat olla paperisia, digitaalisia (PDA) tai internetpohjaisia. (Shay ym. 2009, 201.)

Internet-välitteiset painonhallintaohjelmat yhdistetään kohtuulliseen näytön asteeseen laihtumisen kannalta. Niillä on positiivinen vaikutus myös saavutetun painon ylläpitämisessä. Yksilöllisesti suunnitellut ohjelmat tuottavat tutkimuksien mukaan parempia tuloksia kuin yleiset ohjelmat johtuen yksilöllisestä palautteen saamisesta. (Wantland ym. 2004; Neville ym. 2009, 71.) Internet-pohjaisten interventioiden hyödyt ovat siinä, että ne edistävät vuorovaikutteisuuden, säännöllisen itsetarkkailun, palautteenannon ja tiedon vaihdon yhdistämistä (Wantland ym. 2004).

Perinteisten terveyden edistämisen toimintatapojen rinnalle voisi mieltä tietokonepohjaista ohjelmaa, jossa hyödynnetään neuvontaa, itsetarkkailua, ammattilaisen antamaa palautetta ja tukea sekä mahdollisuutta ottaa yhteyttä ammattilaiseen tietokoneen välityksellä. Toimeksiantaja voi harkita yhdessä yhteistyökumppaneidensa kanssa oman sähköisen päiväkirjan/kuntokortin tai seurantajärjestelmän luomista, jolloin myös painonhallintaohjelmaan osallistuvat eri alojen ammattilaisen pystyisivät seuraamaan asiakkaidensa edistymistä. Tällöin myös yksilöllisen palautteen ja neuvojen antaminen olisi helpompaa sähköpostitse.

Toimeksiantaja voi myös tiedotteissaan tuoda ilmi olemassa olevia terveystietoja joista saa tarpeellista terveystietoa, ja joiden avulla yritysten työntekijät voivat suorittaa omaehtoista itsetarkkailua seuraamalla muun muassa liikuntaan käytettyä aikaa sekä käyttämällä ravintolaskuria oman energian saannin seuraamiseen. Kuopion yliopisto ylläpitää kuntoneuvolapalvelua, johon sisältyy muun muassa kuntolaboratorio ja palkittu EnergyNet, joka sopii havaintomateriaaliksi painonhallinnassa. Näillä sivustoilla voi muun muassa arvioida omaa liikuntasuoritusta, energian kulutusta, saada tietoa, kuinka paljon energiaa eri ruoat sisältävät sekä saada tietoa, kuinka kauan kestää kuluttaa saatu energia eri liikuntalajien parissa. Suomen latu ja Gasum puolestaan ylläpitävät ilmaista liikuntapäiväkirjasivustoa, jonka avulla voi seurata omaa liikuntaenergiasaldoa (liikuntapäiväkirja-sivuston [www-sivut](http://www.sivut)).

Tupakoinnin lopettaminen

Tupakoinnin lopettamista suunnitteleville on hyvä tarjota erilaisia vaihtoehtoja, kuten yksilö- tai puhelinohjausta, ryhmässä tapahtuvaa tupakoinnin lopettamista, nikotiinikorvaushoitoa tai internet-pohjaisia palveluita. Yhdistelmä interventiot ovat usein tehokkaampia kuin yksittäiset interventiot. Ohjauksella on suuri vaikutus tupakoinnin lopettamiseen, toteutetaanpa se yksilö-, ryhmä- tai puhelinohjauksena. Intensiivinen kasvatusten annettava ohjaus on tehokkaampaa mutta kalliimpaa kuin puhelinohjaus. Puhelinpalvelut ovat myös helpommin tavoitettavissa. Puhelinpalvelu voi olla joko proaktiivista tai reaktiivista. Myös lääkärin antama lyhyt kehoitus lisää lopettaneiden määrää. (Lancaster & Stead 2005; Stead & Lancaster 2005; Cahill ym. 2008; Fiore ym. 2008; Stead ym. 2009; Civljak ym. 2010.) Erilaisten tupakasta vieroittamiseen liittyvien toimien kuten lääkärin kehotuksen, neuvonnan, ryhmävieroituksen ja nikotiinikorvaushoidon, on todettu olevan erittäin kustannusvaikuttavia taloudellisten arviointitutkimusten ja järjestelmällisten katsauksien mukaan (STM:n www-sivut 2010).

Nikotiinivalmisteiden on todettu olevan tehokkaita niiden tupakoitsijoiden keskuudessa, jotka eivät pysty lopettamaan tupakointia ilman lääkehoitoa. Näiden Interventoiden tehokkuutta voidaan vahvistaa lisäämällä niihin vielä ohjaus. (Stead ym. 2008; Fiore & Jaén 2008.) Oma-apumateriaalin on myös todettu lisäävän tupakoinnin lopettamista hieman. Yksilöllisesti räätälöidyt materiaalit, sekä painettuna että internet-välitteisenä, tuottavat parempia tuloksia kuin standardimateriaalit. (Lancaster & Stead 2008; Fiore & Jaén 2008.)

On myös kohtalaista näyttöä siitä, että äkillinen tupakoinnin lopettaminen tuottaa yhtä hyviä tuloksia kuin asteittainen lopettaminen. Monet tupakoitsijat ovat yrittäneet lopettaa tupakoinnin äkillisesti ja ovat epäonnistuneet. Toisille asteittainen tupakoinnin lopettaminen saattaa olla helpompaa. Siksi tupakoitsijoilla pitäisi olla mahdollisuus osallistua ohjelmaan, jossa he saavat käyttää vaihtoehtoista lopettamistapaa ammattilaisen suosituksesta. Tämä saattaa myös rohkaista niitä, jotka eivät sitä muuten yrittäisi tai ovat aikaisemmin epäonnistuneet yrityksessään. (Lindson ym. 2010, 2, 15.)

Tupakoinnin lopettamisen tukena kannattaa tutkimustulosten mukaan hyödyntää myös puhelinneuvontaa ja -palveluita sekä internet/tietokonepohjaisia palveluita (Stead ym. 2007; Stead ym. 2009; Myung ym. 2009; Civljak ym. 2010). Koska näyttö tukee näiden palveluiden hyödyllisyyttä tupakoinnin lopettamisen tukemisessa, olisi kaikille tupakoinnin lopettamisesta kiinnostuneille tarjottava mahdollisuutta puhelinneuvontaan ja verkkopalveluiden käyttämiseen tai antaa heille tietoa, mistä kyseisiä palveluita saa. Tällä hetkellä on saatavissa sekä ilmaista puhelinneuvontapalvelua että verkkopalveluita, jotka tähtäävät tupakoinnin lopettamiseen. Hengityslitto Helin koordinoi ja raha-automaattiyhdistys sekä STM rahoittavat maksutonta stumppi-neuvontapuhelinta. Heillä on käytössä myös verkkosivut joiden kautta saa muun muassa vertaistukea osallistumalla keskustelupalstalle. Nicorette® on puolestaan kehittänyt internetpohjaisen henkilökohtaisen active stop Online -tukiohjelman tupakoinnin lopettamisen avustamiseksi. Ohjelma on ilmainen. Euroopan komissiolla on puolestaan käynnissä jäsenmaissa toteutettava Help-kampanja, joka on suunnattu erityisesti nuorille ja nuorille aikuisille. Heidän internet-sivuillaan on muun muassa henkilökohtainen valmennusohjelma, joka on suunniteltu avuksi kaikille tupakointia lopettaville. Sivustot tarjoavat siis tietoa ja tukea tupakoinnin lopettamiseksi.

Internet-pohjaiset interventiot ovat vähemmän aikaa kuluttavia ja halvempia kuin intensiiviset interventioiden. Ne eivät myöskään vaadi työajan käyttämistä ja niiden kautta tavoitetaan myös ne, jotka eivät halua osallistua ohjattuihin interventioihin tai ei ole mahdollisuutta osallistua niihin. Verkkopohjaisten interventioiden kautta tavoitetaan myös paremmin nuoremmat tupakoitsijat. (Civljak ym. 2010, 2-3.) Tämä intervention muoto mahdollistaa faktatiedon lisäksi myös kokemuksellisen tiedon saamisen keskustelupalstojen kautta, joiden avulla saadaan myös vertaistukea (Patja, Airaksinen & Leppänen 2009, 66). Tupakoinnin lopettamisohjelmia suunniteltaessa kannattaa huomioida myös nämä ilmaiset palvelut tuomalla ne asiakkaiden tietoisuuteen omaehtoisen lopettamisen tueksi tai osaksi kokonaisvaltaisempia lopettamisohjelmia.

Alkoholin käytön vähentäminen

Lyhytneuvonnan eli mini-intervention on todettu olevan vaikuttava keino alkoholin

suurkuluttajien keskuudessa ennen riippuvuuden kehittymistä, erityisesti perusterveydenhuollon toimintaympäristössä (Bertholet ym. 2005, Kaner ym. 2007). Mini-interventiolla tarkoitetaan tavallisen vastaanottokäynnin yhteydessä tapahtuvaa lyhyttä terveysneuvontaa. Asiakkaan runsas alkoholin kulutus, riskikäyttö, pyritään tunnistamaan mahdollisimman varhain mini-interventiota käyttäen ja antamaan lyhyt neuvonta. Tarkoituksena on estää riippuvuudesta sekä alkoholista johtuvien terveydellisten ja sosiaalisten ongelmien kehittyminen. Tämän avulla saadaan myös ehkäistyä alkoholisairauksia. Varhaiset riskikuluttajat sekä alkoholia haitallisesti käyttävät muodostavat erityisesti mini-interventio kohderyhmän. (Aalto, Seppänen & Seppä 2008, 16-18; Kuokkanen & Korpilähde 2008, 21.)

AUDIT-kyselyn avulla on tarkoitus kartoittaa alkoholin kulutusta. AUDIT-kyselyn on todettu olevan tehokas menetelmä mini-intervention kohderyhmän tunnistamisessa. Myös AUDIT-kyselyn lyhytversioiden on todettu olevan lähes yhtä hyviä menetelmiä. Menetelmän on todettu olevan erittäin tehokas nimenomaan työikäisten suurkulutuksen varhaisena tunnistajana. AUDIT sisältää 10 kysymystä, joista ensimmäinen selvittää juomisen tiheyttä, toinen käyttömäärää ja kolmas humalajuomisen toistumista. Kysymykset 4-6 selvittävät riippuvuusoireita ja kysymykset 7-10 selvittävät alkoholista johtuvia tyypillisiä haittoja. Lyhytversioita suositellaan käytettävän kiireisissä tilanteissa. (Aalto ym. 2008, 17; Kriston ym. 2008; Kaarne ym. 2010.)

Toimeksiantaja voi varmistaa tai suositella, että asiakasyrityksen työterveyshuolto käyttää asiakkailtaan AUDIT-kyselyitä alkoholin kulutuksen kartoittamisessa. He voivat myös varmistaa, että työntekijöillä on mahdollisuus mini-interventioon sitä tarvittaessa. Jos edellä mainitut menetelmät eivät jo ole osana työterveyshuollon toimintaa, tulisi ne huomioida työhyvinvointiohjelmaa suunniteltaessa.

Psyykkisen työhyvinvoinnin lisääminen

Mukaan valituista tutkimuksista kolme kohdistui esimiehiin tai johtajiin ja yksi työntekijöihin. Tutkimukset koskivat lähinnä sosiaali- ja terveysalaa. Työnohjauksesta löytynyt tutkimusnäyttö koostui yksittäisistä tutkimuksista. Näin ollen ne ovat näytönasteeltaan heikompia kuin systemaattiset kirjallisuuskatsaukset. Työnohjauksen

osalta tutkimusnäyttö on asteeltaan pääosin kohtalalaista. Mukaan valittujen tutkimuksien osalta vahvinta näytön astetta edustivat väitöskirjat.

Työnohjauksesta löytyneissä tutkimuksissa korostui esimiesten ammatillinen kehittyminen ja työssä jaksaminen, eli hallinnollinen työnohjaus johtamistyön hyvinvoinnin vahvistajana. Työn asettamat haasteet kasvattavat esimiesten tarvetta kehittää työtään ja toimintatapojaan sekä saada siihen tukea. Tutkimustulosten mukaan työnohjaus toimii kuitenkin sekä esimiesten että työntekijöiden jaksamisen tukena, sillä työnohjauksessa käytävä keskustelu auttaa ehkäisemään työuupumusta. Ryhmätyönohjaus tarjosi vertaistukea niin esimiehille kuin myös työntekijöille. Työnohjaus myös lisäsi itsetuntemusta ja sitä kautta johtajana/esimiehenä/alaisena kehittymistä. (Vanne 2004, 73-111; Hyrkäs ym. 2005, 209; Koski 2007, 189-193.)

Työnohjaus nähtiin keinona työn psyykkisen kuormituksen käsittelyyn. Esimiestyössä työnohjauksen merkitys korostui muun muassa johtamistyöhön liittyvän henkilöstöjohtamisen osa-alueella. Työnohjaus nähtiin luottamuksellisena purkumahdollisuutena, jota tarvitaan henkilöstöjohtamiseen liittyvien erilaisten ristiriitatilanteiden sekä ongelmien käsittelyyn vuoksi. Omaa hyvinvointia pystytään lisäämään ja vahvistamaan purkamalla työn rasitetekijöitä. Samalla ehkäistään myös työuupumusta. Tutkimuksien mukaan työnohjaus tukee henkilöstöjohtamista sekä henkilökohtaista johtamisaamista. Johtajat uskoivat työnohjauksen pitkällä tähtäimellä tehostavan sen käyttöä tukevana toimenpiteenä kollegoiden kesken. Työntekijätasolla työnohjauksesta saatu tuki, ja sitä kautta, työhyvinvoinnin lisääntyminen tulivat esille tuen saamisessa suhteessa omaan rooliin ja toimintaan, mahdollisuutena henkiseen kasvuun sekä yhteisten kokemusten vaihtamisena. Työnohjauksen koettiin olevan hyödyllistä myös, koska se opetti ongelmanratkaisukeinoja, toimintatapoja sekä vuorovaikutustaitojen paranemista. Työnohjauksessa tapahtuva perustehtävän yhdessä pohtinen auttoi työn suunnittelussa. (Vanne 2004, 108; Hyrkäs ym. 2005, 215; Ollila 2006, 170-230 Koski 2007, 189-193.) Toimivan työyhteisön perusedellytys on yhteinen käsitys perustehtävästä (Toivola 2009, 64).

Tulokset tukevat käsitystä siitä, että työnohjaus on yksi tapa hahmottaa työn kokonaisuutta. Työnohjaus nähtiin myös työn kehittämismenetelmä, joka tukee ammatillista kehitystä ja auttaa jaksamaan työssä. Työnohjausta pidetään siis keinona käsitel-

lä muun muassa jaksamista ja uupumista.

Yhteenveto

Fyysisen terveyden ja hyvinvoinnin osalta tuloksissa korostui itsetarkkailun ja seurannan merkitys niin fyysisen aktiivisuuden kuin myös painonhallinnan osalta. Työntekijöille itselleen täytyy antaa työkaluja joilla he voivat suorittaa itsetarkkailua, kuten erilaisten päiväkirjojen, paperimuotoisten sekä internet-pohjaisten, tai elektronisten seurantalaitteiden avulla. Hyvinvointiohjelmien suunnittelussa kannattaa siis kiinnittää huomiota hyvinvointiteknologian hyödyntämiseen kuten askelmittarien, PDA:n ja erilaisten sähköisten päiväkirjojen sekä ilmaisten terveystietoisuuden web-palvelimien hyödyntämiseen.

Itsetarkkailu on tehokas keino osana kokonaisvaltaisempaa hyvinvoinninhjelmaa. Sitä voidaan hyödyntää niin painonhallinnassa kuin fyysisen aktiivisuuden lisäämisessäkin. Itsetarkkailu on olennainen osa käyttäytymisen muutokseen tähtäävissä ohjelmissa, vaikkakaan se ei usein ole täsmällistä. Täsmällisyyttä tärkeämpää on johdonmukaisesta itsetarkkailusta johtuva keskittyminen omaan käyttäytymiseen. (Shay ym. 2007,199.) Asiakkaiden tietoisuuteen tarvitseekin tuoda se, miten he voivat itsetarkkailun avulla saavuttaa tavoitteensa, ja mitä keinoja heillä on käytettävissä itsetarkkailun avuksi (Shay ym. 2009,197, 201).

Perinteisten terveyden edistämisen toimintapajojen rinnalla voisi hyödyntää tietokonepohjaisia ratkaisuja. Niiden avulla on todettu saavutettavan hyötyä muun muassa ruokailutottumusten muuttamisessa, painonhallinnassa, ja tupakoinnin lopettamisessa. Jos näitä tietokone/internet-pohjaisia ratkaisuja ei ole tarjottavissa esimerkiksi työterveyshuollon puolesta, tulisi asiakkaille tarjota tietoa olemassa olevista internet-sivustoista ja palveluista, joita he voivat käyttää hyödyksi elämäntapojensa parantamisessa.

(Työ)yhteisö tasolla terveyden edistämiseen tähtäävät toimet kohdistuvat usein positiivisen terveystietoisuuden edistämiseen kuten terveellisiin ruokailu- tai liikuntatottumuksiin. Yksilötasolla toimet puolestaan kohdistuvat usein olemassa olevan

käyttäytymisen muuttamiseen kuten tupakoinnin lopettamiseen tai alkoholin käytön vähentämiseen. (Ruth, Harris, Platt & Tannahill 2010.) Jos yrityksillä ei ole mahdollisuutta tarjota työntekijöilleen intensiivisiä terveyskäyttäytymisen muuttamiseen tähtääviä interventioita, voivat he tarjota vähemmän intensiivisiä ohjelmia kuten lyhytneuvontaa, ryhmäneuvontaa tai antaa työntekijöille tietoa internetistä saatavista ilmaisista palveluista sekä erilaisista neuvontapuhelimista, jotka tukevat omaehtoista terveyskäyttäytymisen muuttamista. Ne voisivat myös olla osa laajempaa kokonaisuutta. Käyttäytymisen muutosta tukevat internetsivustot, kuten stumppi, ja puhelinneuvonnan sivustot olisi hyvä koota helposti löydettäväksi tietopaketti, sillä kaikki eivät ole tietoisia kyseisten sivustojen ja palveluiden olemassa olosta. Näin voitaisiin tarjota tietoa oma-apumateriaalista. Lisäksi nämä sivustot palvelevat asiakkaita myös työajan ulkopuolella. Kaiken kaikkiaan yksilöidymmät ohjelmat kannattaa suunnitella niille, jotka eivät pysty itsenäisesti muuttamaan elämäntapojaan tai kuuluvat riskiryhmään.

Psyykkisen työhyvinvoinnin osalta täytyisi työnohjaus saada työhyvinvoinnin edistämisen välineenä tutummaksi esimiehille, erityisesti muilla kuin sosiaali- ja terveysalalla, jossa se on jo paljon käytetty työväline. Tämän välineen tunnetuksi tekemisessä varsinkin liike-elämän puolella kannattaa harkita nimen käyttöä, koska moni saa työnohjaus-termistä väärän käsityksen. Työnohjaus on siis oiva keino työhyvinvoinnin edistämisen välineenä, kun se vain tulevaisuudessa tavoittaisi entistä isomman kohderyhmän. Työn toimeksiantajalla on mahdollisuus esittää työnohjaus asiakkailleen yhtenä vaihtoehtona työn ja työntekijöiden kehittämiseen ja jaksamisen parantamiseen sekä esimies että työntekijätasolla.

7.2 Tutkimusnäytön luotettavuuden arviointi

Tutkimuksen teossa pyritään välttämään virheiden syntymistä. Tämän vuoksi tutkimuksen luotettavuuden arviointi on tärkeä osa tutkimusta. (Hirsjärvi, Remes & Sajaavaara 2009, 231.) Tiedon keskeisin tunnusmerkki on luotettavuus. Luotettavuuden tarkastelu kohdistuu tutkimusmenetelmiin, tutkimusprosessiin ja tutkimustuloksiin. Kehittämistoiminnassa luotettavuutta voidaan lähestyä reliabiliteetin, validiteetin, vakuuttavuuden ja käyttökelpoisuuden käsitteiden kautta. Laadullisen tutkimuksen

yhteydessä reliabiliteetti ja validiteetti korvataan usein kuitenkin vakuuttavuuden käsitteellä, joka perustuu uskottavuuteen ja johdonmukaisuuteen. Tällöin tutkija vakuuttaa tiedeyhteisön tekemällä tutkimusta koskevat valinnat ja tulkinnat näkyviksi. Tähän liittyy myös tutkimusaineiston keräämisen ja analysoinnin huolellinen ja läpinäkyvä kuvaaminen. (Toikko & Rantanen 2009, 21-24).

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkimuksen toteuttamisen tarkka selostus, joka koskee tutkimuksen kaikkia vaiheita. Laadullisen tutkimuksen pätevyyttä voidaan vielä lisätä käyttämällä tutkimuksessa useita eri menetelmiä. (Hirsjärvi ym. 2009, 232-233.) Laadullisen tutkimuksen pätevyydellä tarkoitetaan sitä kokonaisuutta, jossa tutkimuksen tulos vastaa hyvin tutkimukselle asetettuja päämääriä ja tutkimuskohdetta (Varto 1992, 103). Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuksen toteuttamista ja luotettavuutta ei voida pitää toisistaan erillisinä tapahtumina. Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuden kriteeri on tutkija itse ja hänen rehellisyytensä, koska arvioinnin kohteena ovat tutkijan tekemät teot, valinnat ja ratkaisut. Luotettavuutta tulee arvioida jokaisen tutkijan tekemän valinnan kohdalla. (Vilka 2005, 158-159.)

Laadullisessa tutkimuksessa tutkimusaineiston kokoa ei säätele määrä vaan laatu. Tutkimusaineiston on tarkoitus toimia apuvälineenä asian tai ilmiön ymmärtämisessä tai teoreettisesti mielekkään tulkinnan muodostamisessa. Laadullisessa tutkimuksessa tärkeää on se, millaisella tutkimusaineistolla päästään kattavimpaan kuvaukseen. Tutkijan on myös osoitettava, että hänen aineistonsa on edustava eikä siihen liity systemaattista harhaa. Tutkimusongelman ja tutkimuksen tavoitteiden kautta arvioidaan aina valintakriteerien toimivuutta, tutkimusaineiston sopivuutta ja edustavuutta. (Vilka 2005, 126-127).

Tässä työssä tutkimusnäytön luotettavuuden arviointi kohdistui tutkimusprosessiin joka sisältää kysymyksen asettelun, näytönhaun, haun tuloksena löytyneen näytön ja tulosten luotettavuuden arvioinnin. Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa peilataan näyttöön perustuvan toiminnan teoriaosuutta suhteessa tutkimuksen toteutukseen.

Tutkimuskysymyksen asettelussa on käytetty PICO-formaattia, jonka avulla tutkimuskysymyksestä saadaan mahdollisimman täsmällinen. PICO-formaatin käytöllä on

pyrityä varmistamaan, se että tutkimusnäytön haku kohdistuu haluttuun aineistoon ja että tutkimuksen tulos vastaisi tutkimukselle asetettuja tavoitteita. Opinnäytetyöntekijän käyttämät tutkimuskysymykset eivät kuitenkaan olleet niin täsmällisiä kuin ne olisivat voineet olla. Tutkimuskysymykset olisivat muotoutuneet täsmällisemmiksi, jos näyttöä olisi etsitty jostakin tietystä toimintatavasta. Nyt näin ei ollut, koska näyttöä ei haluttu yhdestä tietystä toimintatavasta vaan useammasta kunkin aiheen osalta.

Systemaattisen tiedonhaun pitäisi olla toistettavissa oleva prosessi (Tähtinen 2007, 10; Lamberg & Lodenius 2009). Tämän tutkimuksen luotettavuutta vähentää se, että hakuja ei ole dokumentoitu, koska niitä suoritettiin usean tutkimuskysymyksen vuoksi erittäin monta ja monesta eri tietokannasta. Tältä osin ei siis pysytä osoittamaan systemaattista lähestymistä. Näytönsaunassa on kuitenkin kuvattu keskeiset hakusanat, käytetyt tietolähteet ja jokaisen tietokannan osalta mukaan valittujen tutkimuksen määrä. Näytönsaunassa pyrittiin myös käyttämään monipuolisia menetelmiä kuten elektronisia tietokantoja, manuaalista hakua ja yhteydenottoa alan ammattilaiseen. Käytettyjen lähteiden valinta perustui ammattikirjallisuuden suosittelemiin luotettaviin lähteisiin. Systemaattisessa näytönsaunassa luotettavuutta lisää se, että haun suorittaa kaksi eri henkilöä. Tästä opinnäytetyössä ei kuitenkaan näin ollut, mikä vähentää suoritettujen haun luotettavuutta. Näytönsaun luotettavuutta vähentää myös opinnäytetyöntekijän kokemattomuus käyttää elektronisia tietokantoja. Haut eivät siis välttämättä olleet kaiken kattavia ja taitamattomuus käyttää yhdistelmähakuja tuotti osaltaan liian paljon hakutuloksia.

Näytön arviointi -osuudessa käytettiin tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseksi etupäässä ammattitutkijoiden valmiiksi arvioimia tutkimuksia, jotka löytyivät terveydenhuoltoalan suosituksia tekevien luotettavien tahojen sivuilta. Tämän siitä syystä, että opinnäytetyön tekijän ammattitaito ei siihen yksinään riitä. Opinnäytetyöntekijä kuitenkin arvioi joidenkin tutkimuksien näytönsaunasta itse, mikä heikentää näiden tutkimuksien näytönsaunasteen arvioinnin luotettavuutta. Arviointikriteerit oli kuitenkin määritelty kirjallisuuteen perustuen. Tutkimusaineistoon pyrittiin etupäässä valitsemaan tutkimuksia, jotka olivat tehty käyttäen satunnaistettua kontrolloitua tutkimusasetelmaan, kuten systemaattiset kirjallisuuskatsaukset ja meta-analyysit, koska ne edustavat korkeaa näytön astetta ja ovat tutkimuksina luotettavia (Elomaa & Mikkola 2010, 24,56-57).

7.3 Jatkotutkimusaiheet

Näyttöön perustuvaa toimintaa on jalkautettu myös suomalaisen hoitotyön arkeen. Olisi kuitenkin mielenkiintoista tietää, missä määrin tässä on onnistuttu ja minkä verran sitä on otettu käyttöön sekä minkälaiset valmiudet hoitotyön eri yksiköissä on näyttöön perustuvan toiminnan käyttöönottoon.

Selvityksen kohteena voisivat olla niin esimiesasemassa olevat henkilöt, sillä he vastaavat kyseisen toiminnan toteuttamisesta ja kehittämisestä, kuin työntekijätkin. Tutkimuksella voisi kartoittaa, onko näyttöön perustuva toiminta käsitteenä yleensäkin tuttu ja minkä verran eri tasoilla siitä tiedetään. Selvityksen kohteena voisi olla myös, kuinka paljon olemassa olevia suosituksia käytetään tai osataan hyödyntää sekä minkälaiset mahdollisuudet ja edellytykset työyhteisössä on ajantasaisen tiedon saatavuutta tukevien tietojärjestelmien, internet-yhteyden ja alan julkaisujen käyttöön.

Tutkimuksen kohteena voisi myös olla se, että minkälaisin toimenpitein työpaikat tukevat näyttöön perustuvan toiminnan kehittämistä työntekijöiden keskuudessa. Tutkimuksen avulla voisi selvittää, onko työntekijöillä mahdollisuus tiedonhankinta ja -käsittelytaitojen kehittämiseen koulutuksen avulla. Tämä on olennaisen tärkeää, koska näyttöön perustuva toiminta edellyttää muun muassa tiedonhakutaitoja, tiedon kriittistä arviointia ja ongelmanratkaisutaitoja.

LÄHTEET

Alsi, R. 2007. Innostuksen ja uudistusten vuosikymmen. Teoksessa Y. Ketonen & M. Korhonen (toim.) Työnohjaus. Suomen työnohjaajat ry:n 25-vuotisjuhlakirja. Helsinki: Suomen työnohjaajat ry, 33-35.

Aveyard, H. & Sharp, P. 2009. A beginner's guide to evidence based practice in health and social care. England: The McGraw Hill companies.

Craig, J. & Smyth, R. 2007. The evidence-based practice manual for nurses. Edinburgh: Churchill Livingstone Elsevier.

Flinkman, M. & Salanterä, S. 2007. Intergoitu katsaus – Eri metodeilla tehdyn tutkimuksen yhdistäminen katsauksessa. Teoksessa K. Johansson, A. Axelin, M. Stolt, & L. Ääri (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Digipaino, 84-100.

Fogelholm, M., Lindholm, H., Lusa, S., Miilunpalo, S., Moilanen, J., Paronen, O. & Saarinen, K. 2007. Tervettä liikettä. Terveysliikunnan hyvät käytännöt työterveyshuollossa. Vammala. Vammalan kirjapaino Oy.

Gould, R., Ilmarinen, J., Järvisalo, J. & Koskinen, S. 2006. Työkyvyn Ulottuvuudet – Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. Helsinki: Hakapaino Oy.

Hakanen, J. 2005. Työuupumuksesta työn imuun: työhyvinvointitutkimuksen ytimessä ja reuna-alueilla. Työ ja ihminen tutkimusraportti 27. 1.-2. p. Helsinki: Työterveyslaitos.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15.uud. p. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset. Huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa K. Johansson, A. Axelin, M. Stolt, & L. Ääri (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Digipaino, 3-9.

Karvinen-Niinikoski, S., Rantalaiho, U-M. & Salonen, J. 2007. Työnohjaus sosiaalityössä. Helsinki: Edita Prima Oy.

Keski-Luopa, L. 2001. Työnohjaus vai superviisaus – työnohjausprosessin filosofisten ja kehityspsykologisten perusteiden tarkastelua. Oulu: Metanoia Instituutti.

Kinnunen, U., Hättinen, M., Toskala, A., Männikkö, K., Pekkonen, M., Sörensen, L., Mauno, S., Aro, A. & Alen, M. 2004. Työuupumus: arviointi, kehittyminen ja intervention vaikuttavuus. Jyväskylä: Jyväskylän yliopiston psykologian laitos.

Koivisto, J. & Haverinen, R. 2006. Systemaattiset tutkimuskatsaukset vaikuttavuuden arvioinnin välineenä sosiaaialalla. Hallinnon tutkimus 3, 108-126.

Leino-Kilpi, H. & Lauri, S. 2003. Näyttöön perustuvan hoitotyön lähtökohdat. Teoksessa S. Lauri (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyö. Juva: WSOY, 7-20.

- Leskinen, T. & Hult, H-M. 2010. Kokonaisvaltainen hyvinvointi. Kristallisoit toimintasi. Saavuta tavoitteesi. Helsinki: ProTammi.
- Mamia, T. 2009. Mistä työhyvinvointi syntyy? Teoksessa R. Blom & A. Hautaniemi (toim.) Työelämä muuttuu, joutaako hyvinvointi? Helsinki: Gaudeamus, 20-55.
- Melnyk, B. & Fine-Overholt, E. 2005. Evidence-based practice in nursing & health-care. A guide to best practice. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Newman, T., Moseley, A., Tierney, S. & Ellis, A. 2005. Evidence-Based Social Work. A Guide for the Perplexed. Russell House Publishing.
- Nokela, M. 2007. Työnohjaus työvälineeksi ja järjestö tueksi työnohjaajalle. Teoksessa Y. Ketonen & M. Korhonen (toim.) Työnohjaus. Suomen työnohjaajat ry:n 25-vuotisjuhlakirja. Helsinki: Suomen työnohjaajat ry, 25-27.
- Näätänen, P., Aro, A., Matthiesen, S. & Salmela-Aro, K. 2003. Bergen burnout indicator 15. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Otala, L. & Ahonen, G. 2005. Työhyvinvointi tuloksetekijänä. Helsinki: WSOY.
- Otala, L. 2003. Työhyvinvointia työpaikalle, tulosta toimintaan: työhyvinvoinnin käsikirja. Helsinki: WSOY.
- Paasio, P. 2006. Yleinen ja erityinen viitekehys arvioinnista. Hallinnon tutkimus 3, 92-107.
- Paunonen-Ilmonen, M. 2001. työnohjaus – Toiminnan laadunhallinnan varmistaja. 1.-2. p. Helsinki: WSOY.
- Paunonen-Ilmonen, M. 2007. Huomioita ja mietteitä työnohjauksesta lähityömuotoineen. Teoksessa Y. Ketonen & M. Korhonen (toim.) Työnohjaus. Suomen työnohjaajat ry:n 25-vuotisjuhlakirja. Helsinki: Suomen työnohjaajat ry, 25-27.
- Pudas-Tähkä, S-M. & axelin, A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajaus, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa K. Johansson, A. Axelin, M. Stolt, & L. Ääri (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Digipaino, 46-57.
- Rantanen, J. 2005. Työelämä. Teoksessa A. Arpomaa, J. Huttunen, S. Koskinen & J. Teperi (toim.) Suomalaisten terveys. Helsinki: Duodecim, Kansanterveyslaitos, Stakes, 58-61
- Rauramo, P. 2004. Työhyvinvoinnin portaati. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Rautio, M. & Husman, P. 2010. Työikäisten terveyden edistäminen. Esimerkkejä työmenetelmistä ja toimintamalleista. Teoksessa A-M Pietilä (toim.) Terveysten edistäminen. Teorioista toimintaan. Helsinki: WSOYpro Oy, 165-190.
- Rissa, K. 2007. Tulosta ja hyvinvointia. Druvan-malli. Helsinki: Työturvallisuuskeskus.

- Räsänen, M. 2006. Työnohjaus ja työhyvinvointi. Teoksessa P. Vesterinen (toim.) Työhyvinvointi ja esimiestyö. Juva: WSOY, 163-171.
- Salanterä, S. & Hupli, M. 2003. Tutkitun tiedon hankinta ja arviointi. Teoksessa S. Lauri (toim.) Näyttöön perustuva hoitotyö. Juva: WSOY, 21-39.
- Sirola-Karvinen, P. 2007. Työnohjauksen tulevaisuuden skenaarioita. Teoksessa Y. Ketonen & M. Korhonen (toim.) Työnohjaus. Suomen työnohjaajat ry:n 25-vuotisjuhlakirja. Helsinki: Suomen työnohjaajat ry, 110-117.
- Teikari, M. 2004. Lisäaskel EBM-opetukseen. Muuttaako tutkimusnäyttö ennakkokäsityksiä? Impakti 1, 14-15.
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print.
- Toivola, K. 2009. Työnohjaus on keino uupumisen käsittelyyn. Suomen lääkärilehti 42, 3572-3574.
- Tähtinen, H. 2007. Systemaattinen tiedonhaku hoitotieteen näkökulmasta. Teoksessa K. Johansson, A. Axelin, M. Stolt, & L. Ääri (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turku: Digipaino, 10-45.
- Varto, J. 1992. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Vesterinen, P. 2006. ”Aamulla, kun heräät, sinulla on hyvä mieli lähteä töihin – ja se jatkuu koko päivän. Teoksessa P. Vesterinen (toim.) Työhyvinvointi ja esimiestyö. Juva: WSOY, 29-48.
- Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Elektroniset lähteet

- Aalto, M. & Seppä, K. 2010. Alkoholien riskikäytön tunnistaminen ja mini-interventio. Työterveyshuollon tietokannat. Työterveyslääkäri-lehti 2, 25-29. Viitattu 10.11.2010. <http://www.terveysportti.fi>
- Aalto, M., Seppänen, K. & Seppä, K-L. 2008. Teoriasta toimivaksi käytännöksi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:10. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 16-20. Viitattu 17.11.2010. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3614.pdf
- Aaltonen, A. 2007. Hoitotyön menetelmien vaikuttavuuden ja tehon tutkiminen. Impakti 6, 4-6. Viitattu 20.11.2010. http://finohta.stakes.fi/NR/rdonlyres/56E17FD5-E47E-4804-9C4A-E2C1F0FD04EC/0/Impakti2007_6.pdf

Ahonen, G. 2009. Työkykyä ylläpitävän toiminnan liiketaloudellinen merkitys. Terveysportti. Työterveyshuollon tietokannat. Duodecim. Viitattu 7.5.2010. <http://www.terveysportti.fi>

Aittasalo, M. 2008. Promoting physical activity of working aged adults with selected personal approaches in primary health care: feasibility, effectiveness and an example of nationwide dissemination. Jyväskylän yliopisto. Väitöskirja. Viitattu 18.9.2010. <http://jyx.jyu.fi/dspace/handle/123456789/18620>

Anderssen, S., Areskog, N-H., Engström, L-M., Harms-Ringdahl, K., Kristiansen, I. & Kukkonen-Harjula, K. 2007. Methods of promoting physical activity. A systematic review. The Swedish council on technology assessment in health care. Viitattu 22.05.2009. <http://lib.stakes.fi/ohtanen/>

Anttila, H., Saalasti-Koskinen, U., Hovi, S-L. & Isojärvi, J. 2007. Mistä löydän tutkimustietoa hoitotyöstä? Viitattu 20.11.2010. http://finohta.stakes.fi/NR/rdonlyres/56E17FD5-E47E-4804-9C4A-E2C1F0FD04EC/0/Impakti2007_6.pdf

Avenell, A., Broom, J., Brown, T., Poobalan, A., Aucott, L., Stearns, S., Smith, W., Jung, R., Campbell, M & Grant, A. 2004. Systematic review of the long-term effects and economic consequences for obesity and implications for health improvement. Health Technology Assessment. 2004;8(21). Viitattu 25.7.2010. <http://www.hta.ac.uk/fullmono/mon821.pdf>

Bertholet, N., Daepfen, J., Wietlisbach, V., Fleming, M. & Burnand, B. 2005. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis. DARE Viitattu 15.9.2010. <http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?ID=12005008230>

Bravata, D., Smith-Spangler, C., Sundaram, V., Gienger, A., Lin, N., Lewis, R., Stave, C., Olkin, I. & Sirard, J. 2007. Using pedometers to increase physical activity and improve health. A systematic Review. Journal of American Medical Association 19, 2296-2304. Viitattu 22.5.2009. <http://www.jama.ama-assn.org/>

Brunner, E., Rees, K., Ward, K., Burke, M & Thorogood, M. 2007. Dietary advice for reducing cardiovascular risk. Cochrane Library. Viitattu 18.11.2010. <http://www.thecochranelibrary.com/view/0/index.html>

Byrne, N., Meerkin, J., Laukkanen, R., Ross, R., Fogelholm, M. & Hills, A. 2006. Weight loss strategies for obese adults: Personalized weight management program vs. standard care. Pubmed. Viitattu 16.9.2010. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

Cahill, K., Moher, M. & Lancaster, T. 2008. Workplace interventions for smoking cessation. Cochrane Library. Viitattu 15.8.2010. <http://www.thecochranelibrary.com/view/0/index.html>

Centre for evidence-based medicine (CEBM) 2010. Tools for each step of the EMB process. Viitattu 11.7.2010. <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1023>

- Civiljak, M., Sheikh, A., Stead, L. & Car, J. 2010. Internet-based interventions for smoking cessations. Cochrane Library. Viitattu 19.11.2010. <http://www.thecochranelibrary.com/view/0/index.html>
- Coulton, S., Drummond, C., James, D., Godfrey, C., Bland, J., Parrott, S. & Peters, T. 2006. Opportunistic screening for alcohol use disorders in primary care: comparative study. Pubmed. Viitattu 15.10.2010. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16588896>
- Curioni, C. & Lourenco, P. 2005. Long-term weight loss after diet and exercise: A systematic review. International Journal of Obesity 29, 1168-1174. Viitattu 4.11.2010. <http://www.nature.com/ijo/journal/v29/n10/pdf/0803015a.pdf>
- Elomaa, L. & Mikkola, H. 2010. Näytön jäljillä. Tiedonhaku näyttöön perustuvassa hoitotyössä. Turun ammattikorkeakoulun oppimateriaaleja 12. 5. uud. p. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. Viitattu 12.8.2010. <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522161611.pdf>
- Faghri, P., Omokaro, C., Parker, C., Nichols, E., Gustavesen, S. & Blozie, E. 2008. E-technology and pedometer walking program to increase physical activity at work. Journal of primary prevention. 29, 73-91. Viitattu 22.5.2009. <http://www.spinger.com/medicine/journal/10935>
- Fiore, M. & Jaén, C. 2008. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?book=hsahcpr&part=A28163>
- Gonder-Frederick, L. 2006. Self-monitoring in lifestyle change programs. A closer look. University of Virginia. Viitattu 31.10.2010. <http://www.healthsystem.virginia.edu/internet/ican/fall06.cfm>
- Helakorpi, S., Paavola, M., Prättälä, R. & Uttela, A. 2009. Suomalaisen aikuisväestön terveystietäytyminen ja terveys, kevät 2008. Raportti 2/2009. Helsinki: Terveystietä ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 8.6.2010. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/deb684e6-d94f-4724-96d1-9f382492ac54>
- Hoitotyön tutkimussäätiön www-sivut. Viitattu 27.11.2010. <http://www.hotus.fi/hoitotyön-suositukset-nursing2/raskaana-olevan-synnyttavan-jaks/>
- Hyrkäs, K., Appelqvist-Schmidlechner, K. & Kivimäki, K. 2005. First-line managers' views of the long-term effects of clinical supervision: how does clinical supervision support and develop leadership in health care? Chinal. Viitattu 16.11.2010. <http://content.ebscohost.com>
- Ilmarinen, J. 2005. Pitkää työuraa. Ikääntyminen ja työelämän laatu Euroopan unionissa. Helsinki: Työterveyslaitos, Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 15.4.2010. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-8407.pdf

Isaacs, A., Critchley, J., See Tai, S., Buckingham, K., Westley, D., Harrige, SDR., Smith, C. & Gottlieb, JM. 2007. Exercise evaluation randomised trial (EXERT): a randomised trial comparing GP referral for leisure centre-based exercise, community-based walking and advice only. Health Technology Assessment 10. Viitattu 28.1.2010. <http://www.hta.ac.uk/project/1032.asp>

Kaarne, T., Aalto, M., Kuokkanen, M. & Seppä, K. 2010. AUDIT-C, AUDIT-3 and AUDIT-QF in screening risky drinking among Finnish occupational health-care patients. Pubmed. Viitattu 15.11.2010. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>

Kaner, E., Beyer, F., Dickinson, H., Campbell, F., Schlesinger, C., Heather, N., Saunders, J., Burnand, B. & Pienaar, E. 2007. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations. Cochrane Library. Viitattu 4.11.2010. <http://www.thecochranelibrary.com/view/0/index.html>

Kiiskinen, U., Vehko, T., Matikainen, K., Natunen, S & Aromaa, A. 2008. Terveystien edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:1. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 15.4.2010. http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1064075#fi

Kivistö, S., Kallio, E. & Turunen, G. 2008. Työ, henkinen hyvinvointi ja mielen-terveys. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008: 33. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, Työterveyslaitos. Viitattu 18.5.2010. http://www.stm.fi/julkaisut/selvityksia-sarja/nayta/_julkaisu/1057275#fi

Kortenniemi, P. & Borg, P. 2008. Kohti näyttöön perustuvaa ammatillista käytäntöä? Stakesin työpapereita 23/2008. Helsinki: Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Viitattu 13.9.2009. <http://www.stakes.fi/verkkajulkaisut/tyopaperit/T23-2008-VERKKO.pdf>

Koski, A. 2007. Työn eetoksena hyvä elämä tehostetun palveluasumisen yksikössä. Uutta moniammatillista työyhteisöä rakentamassa. Tampereen Yliopisto. Terveystieteen väitöskirja. Viitattu 15.10.2010. <http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-7054-7.pdf>

Kouris-Blazos, A. & Wahlqvist, M. 2007. Health economics of weight management: evidence and cost. Asia Pacific journal of clinical nutrition 16, 329-338. Viitattu 7.9.2010. http://www.ihpptaigov.net/tackling_obesity/2009-02-04-health%20economics%20of%20weight%20management%20evidence%20and%20cost.pdf

Kriston, L., Hölzel, L., Weiser, AK., Berner, M. & Härter, M. 2008. Meta-analysis: Are 3 questions enough to detect unhealthy alcohol use? Chinal. Viitattu 1.11.2010. <http://web.ebscohost.com>

Kuokkanen, M. & Korpilähde, A. 2008. Teoriasta toimivaksi käytännöksi. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:10. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 21-22. Viitattu 17.11.2010. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3614.pdf

Kuoppala, J. & Lamminpää, A. 2008. Work health promotion, job well-being, and sickness absences. A systematic review and meta-analysis. Valtiokonttori. Viitattu 25.7.2010.

<http://www.valtiokonttori.fi/public/default.aspx?contentid=28201&nodeid=15837>

Käypä hoito –käsikirja 2008. Näytön asteen määrittely. Käypä hoito. Viitattu 1.11.2010. <http://www.terveysportti.fi/dtk/khk/koti>

Käypähoitosuosituksset 2010. Alkoholiongelmaisen hoito. Viitattu 1.11.2010. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/nak04610>

Lamberg, T. & Lodenius, L. 2009. Systemaattinen tiedonhaku näyttöön perustuvaa lääketiedettä etsittäessä. Käyvän hoidon ohjeistukset. Käypä hoito. Viitattu 27.8.2010.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/tiedonhaku2/naytaartikkeli/tunnus/kho00002>

Lancaster, T. & Stead, L. 2004. Physician advice for smoking cessation. Cochrane Library. Viitattu 19.9.2010. <http://www.thecochranelibrary.com/view/0/index.html>

Lancaster, T. & Stead, L. 2005. Individual behavioural counselling for smoking cessation. Cochrane Library. Viitattu 19.9.2010. <http://www.thecochranelibrary.com/view/0/index.html>

Lancaster, T. & Stead, L. 2008. Self-help interventions for smoking cessation. Cochrane Library. Viitattu 26.11.2010. <http://www.thecochranelibrary.com/view/0/index.html>

Liikuntapäiväkirja-sivusto 2010. Viitattu 7.9.2010. <http://www.liikuntapavakirja.fi/>

Lindson, N., Aveyard, P. & Hughes, J. 2010. Reduction versus abrupt cessation in smokers who want to quit. Cochrane Library. Viitattu 19.9.2010. <http://www.thecochranelibrary.com/view/0/index.html>

Manka, M-L., Kaikkonen, M-L. & Nuutinen, S. 2007. Hyvinvointia työyhteisöön - Eväitä kehittämistyön avuksi. Tampere: Euroopan Sosiaalirahasto, Tampereen yliopisto, Tutkimus- ja koulutuskeskus Synergos, Viitattu 23.7.2010. Saatavissa: <http://www.uta.fi/synergos/projektit/tyhy/tyhyopas.pdf>

Morgan, O. 2005. Approaches to increase physical activity: reviewing the evidence for exercise-referral schemes. Medline. Viitattu 28.1.2010. <http://www.medline.com>

Mustajoki, P. 2007. Lihavuuden ehkäisy työpaikoilla. Terveysportti: Työterveyshuollon tietokannat. Viitattu 23.7.2010. <http://www.terveysportti.fi>

Myung, S., McDonnell, D., Kazinets, G., Seo, H. & Moskowitz, J. 2009. Effects of web- and computer-based smoking cessation programs. DARE Viitattu 17.9.2010. <http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?ID=12009105087>

Mäkitalo, J. 2009. Työkyvystä työhyvinvointiin. Terveysportti: Työterveyshuollon tietokannat. Viitattu 18.4.2010. <http://www.terveysportti.fi>

Mäkitalo, J. 2009b. Työkyvyn käsite eri yhteyksissä. Terveysportti: Työterveyshuollon tietokannat. Viitattu 18.4.2010. <http://www.terveysportti.fi>

Neville, L., O'Hara, B. & Milat, A. 2009. Computer-tailored dietary behaviour change interventions: a systematic review. DARE. Viitattu 25.8.2010. <http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?ID=12009107725>

Ollila, S. 2006. Osaamisen strategisen johtamisen hallinta sosiaali- ja terveystalouden julkisissa ja yksityisissä palveluorganisaatioissa: Johtamisosaamisen ulottuvuudet työnohjauksellisena näkökulmana. Vaasan yliopisto. Sosiaali- ja terveyshallinnon väitöskirja. Viitattu 2.11.2010. <http://www.uwasa.fi/julkaisu/acta/acta156.pdf>

Partnership for prevention. 2001. Healthy workforce 2010: An essential health promotion sourcebook for employers, large and small. February 3. Viitattu 22.5.2009. http://wellnessproposals.com/pdfs/tool_kits/healthy_workforce_2010.pdf

Patja, K., Airaksinen, M. & Leppänen, A. 2009. Vieroituksen apuvälineet – lopettajan näkökulmasta. Teoksessa P. Sandström, A. Leppänen & O. Simonen (toim.) Tupakasta vieroituksen organisointi ja käytännöt. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:15. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 63-79. Viitattu 24.9.2010. http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1483882#fi

Paul-Ebhohimhen, V. & Avenell, A. 2009. A Systematic Review of the Effectiveness of Group versus individual Treatments for Adult Obesity. Pubmed. Obesity facts 2, 17-24. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20054200> os pois?

Rauramo, P. Työhyvinvoinnin kehittäminen. Työturvallisuuskeskus. Viitattu 17.9.2009. <http://www.tyoturva.fi/index.phtml?s=345>

Risikko, P. 2009. Tupakasta vieroitus – Jokaisen terveydenhuollon ammattilaisen velvollisuus. Teoksessa P. Sandström, A. Leppänen & O. Simonen (toim.) Tupakasta vieroituksen organisointi ja käytännöt. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:15. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö, 11-12. Viitattu 24.9.2010. http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1483882#fi

Robroek, S., Brecht, F. & Burdorf, A. 2007. The (cost-)effectiveness of an individually tailored long-term worksite health promotion programme on physical activity and nutrition: design of a pragmatic cluster randomised controlled trial. Pubmed. Viitattu 31.10.2010. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17888161>

Ruth, G., Harris, F., Platt, S. & Tannahill, C. 2010. The effectiveness of interventions to change six health behaviours: a review of reviews. Pubmed. Viitattu 22.11.2010. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2944371/?tool=pubmed>

Shaw, K., O'Rourke, P., Del mar, C. & Kenarde, J. 2005. Psychological interventions for overweight or obesity. Cochrane Library. Viitattu 6.8.2010. <http://www.thecochranelibrary.com/view/0/index.html>

Shay, L., Shobert, J., Seibert, D. & Thomas, L. 2009. Adult weight management: Translating research and guidelines into practice. Journal of American academy of nurse practitioners 21, 197-206. Viitattu 31.10.2010. <http://www.onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1745-7599.2008.00383.x/pdf>

Stead, L. & Lancaster, T. 2005. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation. Cochrane Library. Viitattu 4.11.2010
<http://www.thecochranelibrary.com/view/0/index.html>

Stead, L., Perera, R. & Lancaster, T. 2007. A systematic review of interventions for smokers who contact quitlines. Tobacco control 2007;16. Viitattu 19.9.2010.
http://tobaccocontrol.bmj.com/content/16/Suppl_1/i3.full

Stead, L., Perera, R. & Lancaster, T. 2009. Telephone counselling for smoking cessation. Cochrane Library. Viitattu 6.10.2010.
<http://www.thecochranelibrary.com/view/0/index.html>

Stead, L., Perera, R., Bullen, C., Mant, D. & Lancaster, T. 2008. Nicotine replacement therapy for smoking cessation. Cochrane Library. Viitattu 6.10.2010.
<http://www.thecochranelibrary.com/view/0/index.html>

STM 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 –kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 21.11.2010. <http://www.terveys2015.fi/terveys2015.pdf>

STM 2004. Mielenterveystyö Euroopassa. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2004:17. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 15.7.2010.
http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1058805#fi

STM 2008. Masto-hankkeen toimintaohjelma 2008-2011. Masennuksen ehkäisyyn ja masennuksesta aiheutuvan työkyvyttömyyden vähentämiseen tähtäävä hanke. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:41. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 15.7.2010. http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1374577#fi

STM 2008. Valtioneuvoston periaatepäätös terveyttä edistävän liikunnan ja ravinnon kehittämislinjoista. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2008:10. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 11.9.2010.
http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1069549#fi

STM 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 19.11.2010.
http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1478007#fi

STM 2010. Sosiaali- ja terveystietokertomus 2010. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:1. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 11.9.2010.
http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/_julkaisu/1#fi

STM:n www-sivut 2010. Tupakasta vieroitus - organisointi ja käytännöt. Viitattu 21.10.2010. <http://www.stm.fi/tiedotteet/verkkouutinen/view/1510258>

Suomen mielenterveysseura 2006. Henkinen hyvinvointi työpaikalla. Yhteinen etu. Helsinki: Suomen mielenterveysseura. Viitattu 16.9.2010.
http://www.mielenterveysseura.fi/files/66/Henkinen_hyvinvointi_tyopaikalla.pdf

Suomen työnohjaajat ry:n verkkosivut 2010. Viitattu 3.9.2010.
<http://www.suomentyonohjaajat.fi/yhdistys>

Tilastokeskus 2010. Alkoholikuolemien määrä pysynyt ennallaan. Viitattu 7.10.2010. <http://www.tilastokeskus.fi/til/ter.html>

Työ ja terveys –haastattelututkimus 2009. Helsinki: Työterveyslaitos. Viitattu 13.8.2010. http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/tyo_ja_terveys_suomessa/Documents/tyo_ja_terveys_haastattelututkimus_2009.pdf

Työterveyslaitoksen www-sivut. Työkyky. Viitattu 27.9.2009. <http://ttl.fi/Internet/Suomi/Aihesivut/Tykytoiminta/Tyokkyky/>

Työturvallisuuskeskus 2010. Työelämän kehittäminen. TYKYstä TYHYyn. Viitattu 17.4.2010. http://www.tyoturva.fi/tyoelaman_kehittaminen/tyohyvinvoinnin_portaat/tykysta_tyhyyn/

UKK-instituutin www-sivut. ASKEL – liikunnan edistämisen työpaikoilla. Viitattu 1.11.2010. http://www.ukkinstituutti.fi/tutkimushakemisto/40/askel_liikunnan_edistaminen_tyopaikoilla

Vanne, T. 2004. Henkisesti kasvattava kokemus? Tapaustutkimus esimiestyön ryhmätönohjauksesta ICT-alalla. Teoksessa M. Ruohonen, A. Kasvio, T. Kultanen, M. Lahtonen, J. Lehtonen & T. Vanne (toim.) Tietoyritysten muuttuvat työkuulttuurit. Tampere: Tampereen yliopisto, 73-111. Viitattu 10.11.2010. http://www.uta.fi/laitokset/ISI/julkaisut/Tietoyritysten_muuttuvat_tyokulttuurit.pdf

Wantland, D., Portillo, C., Holzemer, W., Slaughter, R. & McGhee, E. 2004. The effectiveness of web-based vs. non-web-based interventions: A meta-analysis of behavioural change outcomes. DARE. Viitattu 30.10.2010. <http://www.crd.york.ac.uk/CRDWeb/ShowRecord.asp?ID=12005004670>

Vanwormer, J., French, S., Pereira, M. & Welsh, E. 2008. The impact of regular self-weighing on weight management: A systematic literature review. Pubmed. Viitattu 15.6.2010. <http://www.ncbi.nlm.gov/pubmed>

WHO 2003. Investing in mental health. Viitattu 17.6.2010. http://www.who.int/mental_health/media/investing_mnh.pdf

Tutkimusnäytön lähteet

1. Anderssen, S., Areskog, N-H., Engström, L-M., Harms-Ringdahl, K., Kristiansen, I. & Kukkonen-Harjula, K. 2007. Methods of promoting physical activity. A systematic review.
2. Morgan, O. 2005. Approaches to increase physical activity: reviewing the evidence for exercise-referral schemes.
3. Aittasalo, M. 2008. Promoting physical activity of working aged adults with selected personal approaches in primary health care: feasibility, effectiveness and an example of nationwide dissemination.
4. Isaacs, A., Critchley, J., See Tai, S., Buckingham, K., Westley, D., Harrige, SDR., Smith, C. & Gottlieb, JM. 2007. Exercise evaluation randomised trial (EXERT): a randomised trial comparing GP referral for leisure centre-based exercise, community-based walking and advice only.
5. Bravata, D., Smith-Spangler, C., Sundaram, V., Gienger, A., Lin, N., Lewis, R., Stave, C., Olkin, I. & Sirard, J. 2007. Using pedometers to increase physical activity and improve health. A systematic Review.
6. Faghri, P., Omokaro, C., Parker, C., Nichols, E., Gustavesen, S. & Blozie, E. 2008. E-technology and pedometer walking program to increase physical activity at work.
7. Brunner, E., Thotogood, M., Rees, K. & Hewitt, G. 2005. Dietary advice for reducing cardiovascular risk.
8. Avenell, A., Broom, J., Brown, T., Poobalan, A., Aucott, L., Stearns, S., Smith, W., Jung, R., Campbell, M & Grant, A. 2004. Systematic review of the long-term effects and economic consequences for obesity and implications for health improvement.
9. Curioni, C. & Lourenco, P. 2005. Long-term weight loss after diet and exercise: A systematic review
10. Shaw, K., O'Rourke, P., Del mar, C. & Kenarde, J. 2005. Psychological interventions for overweight or obesity.
11. Byrne, N., Meerkin, J., Laukkanen, R., Ross, R., Fogelholm, M. & Hills, A. 2006. Weight loss strategies for obese adults: Personalized weight management program vs. standard care.
12. Vanwormer, J., French, S., Pereira, M. & Welsh, E. 2008. The impact of regular self-weighing on weight management: A systematic literature review.
13. Paul-Ebhohimhen, V. & Avenell, A. 2009. A Systematic Review of the Effectiveness of Group versus individual Treatments for Adult Obesity.

14. Neville, L., O'Hara, B. & Milat, A. 2009. Computer-tailored dietary behaviour change interventions: a systematic review.
15. Wantland, D., Portillo, C., Holzemer, W., Slaughter, R. & McGhee, E. 2004. The effectiveness of web-based vs. non-web-based interventions: A meta-analysis of behavioural Change outcomes.
16. Lancaster, T. & Stead, L. 2005. Individual behavioural counselling for smoking cessation.
17. Stead, L. & Lancaster, T. 2005. Group behaviour therapy programmes for smoking cessation.
18. Fiore, M. & Jaén, C. 2008. Treating Tobacco Use and Dependence: 2008 Update.
19. Cahill, K., Moher, M. & Lancaster, T. 2008. Workplace interventions for smoking cessation.
20. Lancaster, T. & Stead, L. 2004. Physician advice for smoking cessation.
21. Lancaster, T. & Stead, L. 2008. Self-help interventions for smoking cessation.
22. Stead, L., Perera, R., Bullen, C., Mant, D. & Lancaster, T. 2008. Nicotine replacement therapy for smoking cessation.
23. Lindson, N., Aveyard, P. & Hughes, J. 2010. Reduction versus abrupt cessation in smokers who want to quit.
24. Stead, L., Perera, R. & Lancaster, T. 2009. Telephone counselling for smoking cessation.
25. Stead, L., Perera, R. & Lancaster, T. 2007. A systematic review of interventions for smokers who contact quitlines.
26. Myung, S., McDonnell, D., Kazinets, G., Seo, H. & Moskowitz, J. 2009. Effects of web- and computer-based smoking cessation programs.
27. Civljak, M., Sheikh, A., Stead, L. & Car, J. 2010. Internet-based interventions for smoking cessation.
28. Kaner, E., Beyer, F., Dickinson, H., Campbell, F., Schlesinger, C., Heather, N., Saunders, J., Burnand, B. & Pienaar, E. 2007. Effectiveness of brief alcohol interventions in primary care populations.
29. Bertholet, N., Daeppen, J., Wietlisbach, V., Fleming, M. & Burnand, B. 2005. Reduction of alcohol consumption by brief alcohol intervention in primary care: systematic review and meta-analysis.
30. Coulton, S., Drummond, C., James, D., Godfrey, C., Bland, J., Parrott, S. & Peters, T. 2006. Opportunistic screening for alcohol use disorders in primary care: comparative study.

31. Käypähoitosuositukset 2010.
32. Kriston, L., Hölzel, L., Weiser, A. & Berner, M. 2008. Meta-analysis: are 3 questions enough to detect unhealthy alcohol use?
33. Kaarne, t., Aalto, M., kuokkanen, M. & Seppä, K. 2010. AUDIT-C, AUDIT-3 and AUDIT-QF in screening risky drinking among Finnish occupational health-care patients.
34. Vanne, T. 2004. Henkisesti kasvattava kokemus? Tapaustutkimus esimiestyön ryhmätyönohjauksesta ICT-alalla.
35. Hyrkäs, K., Appelqvist-Schmidlechner, K. & Kivimäki, K. 2005. First-line managers' views of the long-term effects of clinical supervision: how does clinical supervision support and develop leadership in health care?
36. Ollila, S. 2006. Osaamisen strategisen johtamisen hallinta sosiaali- ja terveysalan julkisissa ja yksityisissä palveluorganisaatioissa: Johtamisosaamisen ulottuvuudet työnohjauksellisena näkökulmana.
37. Koski, A. 2007. Työn eetoksena hyvä elämä tehostetun palveluasumisen yksikössä. Uutta moniammatillista työyhteisöä rakentamassa.

