

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma / sairaanhoitaja

Satu Kivelä

HAMINALAISEN AIKUISVÄESTÖN KOETTU TERVEYS JA HYVINVOINTI

Opinnäytetyö 2012

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyö

KIVELÄ, SATU Opinnäytetyö	Haminalaisen aikuisväestön koettu terveys ja hyvinvointi 50 sivua + 18 liitesivua
Työn ohjaaja	lehtori Anneli Airola
Toimeksiantaja	Kymenlaakson ammattikorkeakoulu, Kymi Care
Joulukuu 2012	
Avainsanat	koettu terveys, terveys, hyvinvointi

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata haminalaisen aikuisväestön koettua terveyden- ja hyvinvointitilaa sekä niihin vaikuttavia tekijöitä. Koettua terveyttä käsitellään terveyskäyttäytymisen, sosiaalisten terveyden määrittäjien, kulttuurin kuluttamisen ja harrastamisen, sosiaalisen ympäristön ja asuinympäristön, vaikutusmahdollisuuksien sekä hyvinvoinnin näkökulmista. Toiminta- ja elinympäristöä tarkastellaan väestö-, koulutus- sekä elinkeinorakenteen kautta. Lisäksi käsitellään haminalaisten terveyttä ja hyvinvointia tukevia sekä edistäviä seikkoja. Tavoitteena on selvittää, millaiseksi 25–74-vuotiaat haminalaiset kokevat terveytensä ja hyvinvointinsa ja mitkä tekijät niihin ensisijaisesti liittyvät.

Tutkimus on kvantitatiivinen, koska tavoitteena oli tuottaa yleistettävää tietoa. Aineisto kerättiin kyselylomakkeen avulla, jossa oli strukturoituja kysymyksiä. Kyselylomakkeita jaettiin, kunnes 50 vastausta oli saatu. Aineisto analysoitiin Excel- ja SPSS-ohjelmien avulla. Analyysimenetelminä käytettiin summia, keskiarvoja, ristiintaulukointia sekä Pearsonin korrelaatiota.

Suurin osa tutkimukseen osallistuneista koki terveytensä hyväksi tai melko hyväksi. Terveyskäyttäytyminen terveyttä edistävästi lisäsi koetun terveyden ja hyvinvoinnin tuntemusta. Sairastavuus vaikutti koettua terveyttä heikentävästi. Sosiaalisiin terveyden määrittäjiin keskeisimmin vaikuttivat työssä viihtyminen ja koherenssi. Kulttuurin ja yhteisöllisyyden merkitys oli elämänlaatua kohentava. Sosiaalisella ympäristöllä ja asuinympäristöllä oli merkitystä erityisesti hyvinvointiin. Vaikutusmahdollisuudet koettiin vähäisiksi, ne eivät silti vaikuttaneet koettuun terveyteen ja hyvinvointiin. Hyvinvoinnin vaikutukset olivat ennen kaikkea elämänlaadullisia. Tuloksia ei voida yleistää pienen otannan vuoksi, mutta ne ovat suuntaa antavia.

Koettuun terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttivat välittömästi elintavat, sairastavuus, sekä elämänlaatu. Välillisesti vaikuttivat koherenssi, kulttuuri ja sosiaalinen pääoma, sosiaalinen ympäristö sekä asuinympäristö ja yleinen hyvinvointi.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Health Care

KIVELÄ, SATU

Health and Welfare as Experienced by Adult Population in Hamina

Bachelor's thesis

50 pages + 18 appendices

Supervisor

Anneli Airola, Senior lecturer

Commissioned by

Kymenlaakso University of Applied Sciences, Kymi Care

December 2012

Keywords

experienced health, health, welfare

The aim of the Bachelor's thesis was to describe the health and welfare as experienced by adult population living in Hamina. Experienced health is studied from the viewpoints of health behavior, social health determinants, consumption and interests of culture, social circumstances and living environment, possibilities to influence and welfare. Functioning and living environments are studied from the perspectives of population, education and industry. In addition factors supporting or contributing to health and welfare among people living in Hamina are dealt with. The aim was to find out how 25–74-year-old people in Hamina experience their health and welfare and which factors have most influence on it.

This thesis is a quantitative one because the aim was to produce generalized information. The material was collected by questionnaires with structured questions. The sample was 50 people, who live in Hamina. The material was analyzed with the help of Excel and SPSS -software. Means, sums, cross tabulation and Pearson correlation were used as analyzing methods.

Most of the people, who participated in the thesis, experienced their health good or fairly good. Health behavior as a health promoting way increases the feeling of experienced health and welfare. Illness that decreases one's ability to work or cope with daily activities weakens experienced health. The sense of coherence and enjoying one's work had most influence on social health determinants. The significance of culture, social circumstances and living environment were mainly important for welfare. Though possibilities to influence on one's environment were felt minor, that didn't have an effect on experienced health and welfare. Quality of life had the biggest effect on welfare. The results cannot be generalized due to the small sampling, they are suggestive.

Based on this thesis the most important factors for experienced health and welfare were health behavior, life style, illnesses and the quality of life.

TIIVISTELMÄ	2
ABSTRACT	3
SISÄLLYS	
1 TAUSTA JA TARKOITUS	6
2 KOETTU TERVEYS	7
2.1 Terveyskäyttäytyminen	8
2.2 Sosiaaliset terveyden määrittäjät	11
2.3 Yhteisöllisyys	14
2.4 Sosiaalinen ympäristö ja asuin ympäristö	15
2.5 Terveys, materiaallinen hyvinvointi ja elämänlaatu	16
3 TOIMINTA- JA ELINYMPÄRISTÖ	17
3.1 Väestö- ja koulutus rakenne	17
3.2 Elinkeinorakenne	18
3.3 Terveyden ja hyvinvoinnin osatekijät	18
4 YHTEENVETO	20
5 TUTKIMUSONGELMAT	23
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	24
6.1 Tutkimusmenetelmät	24
6.2 Kyselylomakkeen laadinta	24
6.3 Aineiston keruu	26
6.4 Aineiston käsittely ja analyysi	28
7 TUTKIMUKSEN TULOKSET	29
7.1 Miten terveyskäyttäytyminen liittyy koettuun terveyteen ja hyvinvointiin	29
7.2 Mikä yhteys sosiaalisilla terveyden määrittäjillä on koettuun terveyteen ja hyvinvointiin	31
7.3 Mikä merkitys yhteisöllisyydellä on koettuun terveyteen ja hyvinvointiin	34
7.4 Mikä merkitys sosiaalisella ympäristöllä ja asuin ympäristöllä on koettuun terveyteen ja hyvinvointiin	36

7.5 Mikä yhteys terveydellä, materiaalisella hyvinvoinnilla ja elämänlaadulla on koettuun terveyteen	37
7.6 Yhteenveto tuloksista	37
8 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS	38
9 POHDINTA	40
9.1 Terveyskäyttäytyminen	40
9.2 Sosiaaliset terveyden määrittäjät	41
9.3 Yhteisöllisyys	42
9.4 Sosiaalinen ympäristö ja asuinympäristö	43
9.5 Terveys, materiaallinen hyvinvointi ja elämänlaatu	43
9.6 Yhteenveto	44
10 JATKOTUTKIMUKSET JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET	44
LÄHTEET	46
LIITTEET	51
Liite 1 Muuttujataulukko	51
Liite 2 Tutkimustaulukko	58
Liite 3 Väestövastuualueet Haminassa	60
Liite 4 Kyselylomake	61
Liite 5 Saatekirje	68

1 TAUSTA JA TARKOITUS

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata haminalaisen aikuisväestön koettua terveyden- ja hyvinvointitilaa. Tarkoituksena on kerätä tietoa kaupungin asukkailta siitä mitkä tekijät vaikuttavat heidän koettuun terveyteensä ja hyvinvointiinsa sekä kuinka hyvänä tai huonona he kokevat oman terveytensä. Koettu terveys on käsitteenä kyseenalainen, yksiselitteistä vastausta koetun terveyden muodostumisesta ei ole. Se on jokaisen oma kokemus, tuntemus tai näkemys omasta terveydestään.

Tässä tutkimuksessa koettua terveyttä käsitellään terveyskäyttäytymisen – elintapojen, pitkäaikaissairastavuuden ja lääkarissa käyntimäärien – sosiaalisten terveyden määrittäjien, kulttuurin vaikutteiden, ympäristön sekä hyvinvoinnin näkökulmista. Elintapoja käsitellään tupakoinnin, alkoholin sekä huumeiden ja lääkkeiden käytön, ruokailutottumusten sekä päivittäisten liikuntatottumusten ja ylipainon osalta. Pitkäaikaissairastavuuteen vaikuttavat henkilön sosiaalinen asema, ikä sekä asuinympäristö. Sosiaaliset terveyden määrittäjät muodostuvat henkilön sosiaalisesta asemasta, koherenssista, siviilisäädystä ja iästä sekä kulttuurisidonnaisuudesta. Sosiaalista asemaa tarkastellaan koulutus- ja tuloeroina. Samoja seikkoja tarkastellaan myös koherenssin eli elämänhallinnan tunteen vaikutuksissa sekä punnitaan ihmissuhteissa sekä parisuhteessa onnistumisen ja siviilisäädyn merkitystä. Kulttuurin vaikutuksia käsitellään sosiaalisena pääomana, yhteisöllisyytenä ja me-henkenä sekä niiden merkityksenä ihmisen elämänlaadulle ja terveydelle. Ympäristön merkitystä koettuun terveyteen tarkastellaan ihmisten tyytyväisyytenä asuinympäristöönsä – fyysisenä ja sosiaalisena vaikuttajana – sekä sen viihtyisyytenä. Hyvinvointia ovat tässä tutkimuksessa terveys, materiaallinen hyvinvointi sekä elämänlaatu.

Toiminta- ja elinympäristönä on Haminan kaupunki. Kohderyhmänä ovat 25–74-vuotiaat haminalaiset, heitä on 13 890. (Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet 2011). Alustavasti tehtiin galluphaastattelu Elomarkkinoilla 12.8.2011, jolloin haastateltiin 102 haminalaista. Ajatuksena oli, että haastatelluista nousisi jokin tutkimusta rajaava tekijä. Mitään merkittävää ei esille noussut. Suurin osa haminalaisista koki terveytensä hyväksi, joten päädyttiin tutkimaan terveystyytyväisyyttä koetun tervey-

den ja hyvinvoinnin osalta. Tarkoituksena on kuvata tarkemmin mistä tekijöistä koettu terveys Haminassa muodostuu. Varsinainen tutkimusaineisto kerätään kyselylomakkeen avulla, joka muodostuu strukturoiduista kysymyksistä.

2 KOETTU TERVEYS

Koettu terveys tarkoittaa ihmisen omaa arviota senhetkisestä terveydentilastaan (Rahkonen, Talala, Laaksonen, Lahelma, Prättälä & Uutela 2004, 2160). Terveysteen vaikuttavat ja sitä määrittävät tekijät ovat yksilöllisiä, sosiaalisia, poliittisia, taloudellisia kulttuurisia sekä ympäristöön liittyviä. Näiden moninaisten ja keskenään vuorovaikutuksessa olevien tekijöiden vaikutusta ihmisiin välittävät terveyttä tukevat voimavarat. Terveyttä tukevia voimavaroja ovat asenteet, kyky omaksua ja tulkita terveystietoa, terveyskäyttäytyminen sekä mahdollisuudet terveyspalveluihin. (Oikarinen 2008, 37–38.) Suomalaisten keskuudessa tehtyjen tutkimusten mukaan terveys riippuu ensikädessä elintavoista, mutta myös ympäristöllä ja perimällä on merkitystä, kuitenkin selvästi vähemmän kuin elintavoilla (Aarva & Pasanen 2005, 57). Monet terveydelle haitalliset elintavat ovat pitkällä aikavälillä kehittyneet myönteisempään suuntaan esimerkiksi tupakoinnin vähenemisen ja ruokailutottumusten paranemisen muodossa. Alkoholin käytön ja ylipainoisuuden lisääntymisen myötä kehitys ei millään muotoa ole ollut myönteistä. (Helakorpi, Pajunen, Jallinoja, Virtanen & Uutela 2011, 27.)

Terveys on hyvinvointia, toimintakykyä ja tasapainoista vuorovaikutusta ihmisten ja ympäristön välillä (Oikarinen 2008, 37–38). Ihmisen ollessa tasapainossa itsensä ja ympäristönsä kanssa, voidaan terveys nähdä myös elämänhallintana (von Brandenburg 2008, 20). Perinteisten terveysarvojen – liikunta, ruokailutottumukset, tupakoinnin lopettaminen – rinnalle on nousemassa henkisyiden ja hiljaisuuden myönteisyyttä painottavia terveysarvoja. Elämänmyönteisyydestä on tullut osa terveyden edistämistä. (Aarva & Pasanen 2005, 57, 64.) Suurin osa suomalaisesta aikuisväestöstä kokee terveydentilansa hyväksi tai melko hyväksi. Ikääntyneiden kokemukset omasta terveydestään ovat pitkällä aikavälillä parantuneet, vaikka he keskimäärin arvioivat oman terveytensä keskinkertaiseksi tai huonoksi nuoriin työikäisiin verrattuna. Nuoret aikuiset kokevat enenevässä määrin oman terveytensä keskinkertaiseksi tai huonoksi. Erikoista väestön koetun terveydentilan arvioinnissa on, että lisääntyneellä pitkäai-

kaissairastavuudella ei vaikuttaisi olevan merkitystä koettuun terveyteen. (Manderbacka 2005.) Keskimääräinen eliniän odote on viime vuosikymmeninä huomattavasti pidentynyt. Suhteellisesti suurinta kehitys on ollut yli 80-vuotiailla. Myös 60–75-vuotiaat ovat edistyneet: toimintakyky on keskimääräisesti kohentunut ja suurin osa heistä asuu itsenäisesti omissa kodeissaan. Vaikka pitkäaikaissairaudet ovatkin yleisiä, voidaan ikääntyneiden sairauksia ehkäistä toimintakykyä edistävän, kuntouttavan työotteen avulla. Huolenpidon ja hoivan tarve kasvaa yli 85-vuotiailla, jotka tarvitsevat erilaisia pitkäaikaispalveluja. Myös ikääntyneillä heikko sosiaalinen asema ja syrjäytyminen liittyvät suurempaan sairastavuuteen ja heikentyvään toimintakykyisyyteen. (Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta, 25–26; Haminan kaupungin vanhuspoliittinen strategia 2011–2019, 10.)

Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015-kansanterveysohjelmasta linjaa Suomen terveystaloutta 15 vuoden tähtämällä. Ohjelman pääpainona on terveyden edistäminen. Sen mukaan terveys on yksi tärkeimmistä hyvinvoinnin ja kehityksen voimavaroista. Toive oman ja läheisten terveyden säilymisestä on ihmisten keskeisimpiä tulevaisuuden toiveita. Terve väestö on investointi tulevaisuuteen, se on kilpailukykyyn ja taloudellisen kasvun edellytys. Maailmanlaajuisesti kansanterveyden kehittäminen on osa yhteiskunnallista ja kestävästä kehityksestä, se on myös keskeinen keino köyhyyden poistamisessa. (Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta 2001, 3, 8; Terveyden edistäminen. Hallituksen politiikkaohjelma 2007, 1.) Terveyteen vaikuttavat arkiset olosuhteet; kuten kodit, koulut ja työpaikat. Myös vuorovaikutus ja yhteenkuuluvuuden tunne, elämäntavat sekä valinnat, tiedot, taidot ja koulutus vaikuttavat terveyteen. Terveydenhuollon merkitys on suuri sekä sairauksien ehkäisemisessä että ihmisten sairastuessa. (Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta, 8.) Terveyden edistämisen avulla voidaan vaikuttaa keskeisiin kansansairauksien syihin. Näin voidaan hillitä terveydenhuollon palveluista, sairauspoissaoloista sekä varhaisesta eläkkeelle jäämisestä aiheutuvia kustannuksia. (Terveyden edistäminen. Hallituksen politiikkaohjelma 2007, 1.)

2.1 Terveyskäyttäytyminen

Terveyskäyttäytymisellä tarkoitetaan kaikkea sitä käyttäytymistä ja toimintaa, jolla ihminen vaikuttaa omaan terveyteensä, joko terveyttään edistäen tai sitä heikentäen.

Keskeistä terveyskäyttäytymistä ovat siis elintavat sekä asenteet terveyspalveluihin, mitkä heijastuvat terveyspalveluiden käyttämisenä tai käyttämättä jättämisenä. (Oikarinen 2008, 37–38.) Terveyskäyttäytymistä kuvataan tässä elintavoilla, pitkäaikaissairastavuudella sekä lääkäriissäkäyntien määrällä. Elintavoilla on keskeinen merkitys terveyden edistämisen ja tärkeimpien kroonisten sairauksien ehkäisyn kannalta. Elintapoja käsitellään päihteiden, kuten tupakoinnin, alkoholin sekä huumeiden käytön kuin myös ruokailutottumusten ja liikunnan harrastamisen kautta.

Elintavat

Aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys 2010 tutkimuksen (myöhemmin tekstissä lyhennetty AVTK) mukaan 23 % suomalaisista työikäisistä miehistä ja 16 % naisista tupakoi päivittäin. Vuodesta 1978 miesten päivittäistupakointi on tasaisesti vähentynyt maassamme Itä-Suomea lukuun ottamatta. Naisten päivittäistupakointi on 2000-luvun puolen välin jälkeen kääntynyt laskuun paitsi Uudellamaalla ja Kaakkois-Suomessa. Päivittäin tupakoivista 79 % miehistä ja naisista ilmaisi huolensa tupakoinnin vaikutuksista omaan terveyteensä. Työpaikoilla tupakansavulle altistuvia tupakoimattomia oli miehistä 2 % ja naisista 1 %. Tupakansavulle altistuminen työpaikolla on merkittävästi vähentynyt vuoden 1995 tupakkalain muutoksen toteuduttua.

Alkoholinkäyttö tottumukset eivät ole parissa vuodessa muuttuneet. Miehistä 38 % ilmoitti vähintään kahdeksan alkoholiannoksen viikkokulutuksesta ja naisista 26 % ilmoitti juovansa vähintään viisi annosta viikossa. AVTK:n mukaan Uudellamaalla ja Kaakkois-Suomessa asuvat miehet käyttävät eniten alkoholia. Keski-suomalaisten naisten alkoholinkulutus on noussut miltei uusimaalaisten naisten tasolle. (Helakorpi ym. 2011, 12–24.) Vuonna 2008 arvioitiin aikuisväestöstä noin 13 prosentin kokeilleen kannabista. Miesten osuus oli naisia suurempi. Huumeiden käyttäjistä pääosa on 15–34-vuotiaita. Rauhoittavia, kipu- sekä unilääkkeitä ei-lääkinnälliseen tarkoitukseen käyttäneitä viimeisen vuoden aikana oli 3 % väestöstä vuonna 2006. Erityisesti nuorilla koulutuksen taso ja koulumenestys ovat selkeästi yhteydessä kaikkiin päihdekokeiluihin ja päihteiden käyttöön yleensä: hyvin koulussa menestyvistä noin 3 % ja huonosti menestyvistä 17 % oli kokeillut huumeita. Perheen koulutustaustalla ei ole havaittu olevan merkittävää vaikutusta kokeilujen määrään (Forsell, Virtanen, Jääskeläinen, Alho & Partanen 2010, 37–38, 41.)

Suosittelujen mukaiset ruokailutottumukset ovat yleistyneet kaikkialla maassa. Uudellamaalla terveellisiä ruokailutottumuksia noudattavia on keskimääräisesti enemmän. Rasvattomien tuotteiden, kuten maidon lisäksi margariinien käyttö on yleistä. Viljatuotteista leipää syödään vuosi vuodelta vähemmän. Naisista 50 % ja miehistä 32 % syö päivittäin tuoreita kasviksia. Ruokailutapojen lisäksi myös liikuntatottumukset ovat muuttuneet. Vapaa-ajan liikuntaa harrastavien määrä on lisääntynyt koko maassa, eritoten itäsuomalaisten miesten keskuudessa. Vuonna 2010 miehistä 53 % ja naisista 55 % harrasti liikuntaa vapaa-ajallaan. Naisilla työmatkaliikunnan osuus on huomattavasti miehiä suurempi: 42 % naisista kävelee tai pyöräilee 15 minuutin työmatkansa, vastaava luku miehillä on 29 %. Puolen tunnin työmatkalla erot jo kapenevat: naisista 15 % kävelee tai pyöräilee, miehistä 12 %. Vaikka vapaa-ajan liikkuminen on kasvanut suosiotaan, myös ylipainoisten osuus Suomessa on lisääntynyt merkittävästi vuodesta 1978. Vuonna 2010 miehistä 58 % ja naisista 43 % oli ylipainoisia (BMI > 25 kg/m²). Erityisesti nuorten naisten, 25–34-vuotiaiden ylipainoisten osuus on kasvanut. Pohjois- ja kaakkoissuomalaisista miehistä yli 60 % on ylipainoisia. Länsi-, keski-, itä- ja pohjoissuomalaisista naisista 48 % on ylipainoisia. (Helakorpi ym. 2011, 16–26.)

Pitkäaikaissairastavuus ja lääkäriiskäynnit

Noin puolet suomalaisista sairastaa yhtä tai useampaa pitkäaikaissairautta. Pitkäaikainen sairastavuus on kasvanut kaikissa ikäryhmissä, mutta erityisen nopeasti lasten ja nuorten keskuudessa astman, allergisten hengitystieoireiden ja ihottumien osalta. Aikuisväestön keskuudessa yleisimpiä pitkäaikaissairauksia ovat tuki- ja liikuntaelinsairaudet, verenkiertoelimistön sairaudet sekä mielenterveyden häiriöt. Haittaaviksi luokiteltujen pitkäaikaissairauksien yleisyys ei ole muuttunut. Eniten näitä pitkäaikaissairauksia esiintyy alimmissa tulo- ja koulutusryhmissä, Itä-Suomessa sekä maatalousyrittäjillä. (Manderbacka 2005; Rissanen 2006, 4.) Lääkäriiskäyntejä kertyy 25–64-vuotiaille miehille ja naisille yhden vuoden aikana yhdestä kuuteen. Kaakkois-Suomessa eniten lääkäripalveluita käyttävät 55–64-vuotiaat miehet sekä 45–64-vuotiaat naiset. Asumuserossa olevat tai eronneet naiset käyvät myös runsaasti lääkäriiskäynneissä, muuten merkittäviä eroja siviilisäätiryhmien välillä ei ole. (Helakorpi ym. 2011, 41.)

2.2 Sosiaaliset terveyden määrittäjät

Sosiaalisia terveyden määrittäjiä ovat henkilön sosioekonominen asema, jota käsitellään koulutus- ja tulotason sekä työllisyyden ja työttömyyden näkökulmista. Sosiaalisia määrittäjiä ovat lisäksi koherenssi eli elämänhallinnan tunne, ikä sekä siviilisääty.

Koulutus- ja tulotaso

Perustason koulutus tarkoittaa peruskoulun, kansa- tai keskikoulun käyntä. Keskitason suorittanut on käynyt toisen asteen koulun, kuten lukion tai valmistunut ammatillisesta oppilaitoksesta. Korkeatason koulutus tarkoittaa ammattikorkeakoulu- tai yliopistotutkintoa. Tulotaso määritellään matala-, keski- tai hyvätuloisiin vuosiansioiden mukaan. Tässä tutkimuksessa alle 20 000 euroa vuodessa ansaitsevat ovat matalatuloisia, 20 000–50 000 euroa vuodessa tienaaavat ovat keskituloisia ja yli 50 000 euroa vuodessa ovat hyvätuloisia. Tutkimusten mukaan koulutettujen ja hyvätuloisten odotettu elinikä on useita vuosia pidempi kuin vähän koulutettujen tai matalatuloisten (Vaarama, Moisio & Karvonen 2010, 12). Matalasti koulutetuilla eli perustason tutkinnon suorittaneilla useimmat terveysongelmat ovat yleisempiä kuin korkeasti koulutetuilla, siksi korkeasti koulutetut kokevat useammin terveytensä hyväksi tai melko hyväksi (Aromaa & Koskinen 2002, 97; Manderbacka 2005). Osa eroista on selitettävissä elämäntapoihin liittyvillä valinnoilla, osa terveyspalvelujärjestelmään liittyvillä tekijöillä: parempiosaiset saavat enemmän ja parempilaatuisia terveyspalveluja kuin huono-osaiset. (Vaarama ym. 2010, 12; Sinervo 2009, 14.) Yleisesti ottaen johtavassa asemassa olevat, ylemmät toimihenkilöt sekä opiskelijat ovat vähiten huolissaan terveys- ja tuloerojen kasvamisesta ja yhteiskunnallisten vaikutusmahdollisuuksien heikkenemisestä. Eniten huolissaan terveys- ja tuloerojen kasvamisesta sekä yhteiskunnallisten vaikutusmahdollisuuksien heikkenemisestä ovat lapsiperheet, eläkeläiset ja työssäkäyvät; heistä yleisesti naiset enemmän kuin miehet sekä korkeakoulututkinnon suorittaneet. (Haake & Nikula 2011, 34–37.)

Työllisyys ja työttömyys

Työn menettäminen ja huoli taloudellisesta toimeentulosta vaikuttavat merkittävästi terveydentilaan. Työttömäksi joutumisella saattaa olla syy-suhteita itsemurhien lisää-

tymiseen, mielenterveysongelmien sekä muiden fyysisen terveyden kuten sydän ja verenkiertoelimistön sairauksien puhkeamiseen. Työttömyys latistaa ihmistä myös henkisesti, siihen liittyy myös itsetunnon, emotionaalisen tasapainon sekä hallinnan tunteen heikkenemistä. Pitkäkestoisen työttömyyden tiedetään erityisesti lisäävän sairastavuutta sekä heikentävän terveyttä ja hyvinvointia. (Husman, Palosuo, Rotko & Sihto 2010, 19.) Hyvinvointi heikkenee etenkin niillä, jotka kokevat työttömyyden erittäin kielteisesti. Ne, joilla sen sijaan on myönteisemmät odotukset työllistymisensä suhteen, hyvinvointi heikkenee edellistä ryhmää vähemmän. Nuorilla työttömäksi joutuneilla, naisilla sekä pitkäaikaistyöttömillä työttömyyden aiheuttamat häpeän tunteet ovat selvästi yhteydessä sekä terveys- että mielenterveysongelmiin. (Heponiemi, Wahlström, Elovainio, Sinervo, Aalto & Keskimäki 2008, 28.) Pitkittänyt työttömyys on erityisesti uhka sekä fyysiselle että psyykkiselle terveydelle, sillä työllä – varsinkin jos työolot ja työtehtävät ovat järjestetty työntekijän voimavarat ja kiinnostuksen kohteet huomioon ottavalla tavalla – on paljon myönteisiä vaikutuksia terveyden kannalta. Monille ihmisille on tärkeää tuntea tekevänsä mielekästä työtä hyvässä työympäristössä. Työkaverit sekä esimiestyö ovat keskeinen voimavara ja edellytys työssä jaksamiselle. Lisäksi työterveyshuollolla on suuri merkitys työntekijän terveydelle sekä työympäristön turvallisuudelle. (Aromaa & Koskinen 2010, 13–14, 22.) Aikuisiän terveyden keskeisiä edellytyksiä ovat muun muassa koulutusten sekä riittävän toimeentulon turvaaminen, työympäristön sekä työelämän sosiaalisten suhteiden kehittäminen terveyttä edistäviksi ja eri-ikäisille sopiviksi. Myös sosiaalisten suhteiden tuki ja erilaiset yhteisöllisyyden muodot ovat tärkeitä hyvinvoinnin ja terveiden elämäntapojen kehittymisen kannalta. (Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 - kansanterveysohjelmasta, 24–25.)

Koherenssi

Koherenssin eli elämänhallinnan tunteen muodostumiseen vaikuttavat kasvuympäristö; suhteet vanhempiin ja lähiympäristöön eli varhaiset kiintymyssuhteet sekä elinolot lapsuudessa. Haitallinen kasvuympäristö, huono suhde toiseen tai kumpaankin vanhempaan sekä terveyttä heikentävät elintavat nuoruusiässä vaikuttavat negatiivisesti koherenssin tunteeseen aikuisiässä. (Volanen 2011, 52–66; Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta, 22–24; Oikarinen 2008, 39; Hyyppä 2006.) Sosioekonomisen aseman merkitys näkyy korkeasti koulutettujen korkeana koherenssin tunteena (Volanen 2011, 52–66).

Ikä

Työikäisten terveys on pääasiassa kehittynyt myönteiseen suuntaan viime vuosikymmeninä. Siitä huolimatta nuorten miesten tapaturmainen ja väkivaltainen kuolleisuus, pitkäaikaistyöttömyyteen ja muuhun sosiaaliseen syrjäytymiseen liittyvä sairastavuus sekä poikkeuksellisen suuri ennenaikainen eläkkeelle jääminen myöhäisessä työiässä ovat terveydelle suurimpia haasteita. Nämä johtuvat työuupumuksesta, mielenterveysongelmista sekä ikääntyvän työvoiman alhaisesta koulutustasosta. (Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta, 24–25.) Vaikka ikääntyneet työntekijät kokevat terveytensä ja työkykynsä huonommaksi kuin nuoremmat, ovat he nuorempia työntekijöitä elämänmyönteisempiä sekä elintavoiltaan aktiivisempia. Erikoista on myös, etteivät ikääntyneet työntekijät koe rasittuvansa työssä yhtä kovasti kuin nuoret työntekijät. (Kontinen & Tapanainen 2007, 53–54.)

Siviilisäätty

Siviilisäätty ja ihmissuhteissa onnistuminen ovat tärkeä tekijä korkean koherenssin tunteen saavuttamisessa. Parisuhteen laadulla on suuri vaikutus elämänhallinnan tunteeseen. Vaikea parisuhde saattaa vääristää henkilön maailmankuvaa sekä kykyä selviytyä muista arjen haasteista ja ongelmista. Se voi aiheuttaa jopa terveydellisiä haittoja. Vaikean parisuhteen aiheuttamat haasteet ja stressi voivat kanavoitua ja levitä henkilön muille elämän alueille. Esimerkiksi työperäisen stressin syynä saattaa olla ongelmallinen parisuhde. (Volanen 2011, 52–66.) Naimisissa olevat kokevat terveytensä ja toimintakykynsä yleensä hyväksi, heillä muun muassa päivittäinen tupakointi on harvinaista ja kasvien syönti yleistä. Eronneista ja naimattomista miehistä terveytensä kokee hyväksi tai melko hyväksi merkittävästi pienempi osa, kun taas naisilla ei kovinkaan merkittäviä eroja ole. Avoliitossa elävillä masennusta esiintyy vähemmän kuin muissa siviilisäättyryhmissä, merkittävää on kuitenkin naisten epäedullinen terveyskäyttäytyminen. Haitallisten elintapojen osuus on huomattava avoliitossa elävien naisten kohdalla: alkoholin viikkokulutus on runsaampaa sekä liikunnan harrastaminen ja kasvien syönti vähäisempää kuin muissa siviilisäädtyissä. Vakavaa masennusta esiintyy erityisesti eronneiden ja leskeksi jääneiden miesten sekä naisten keskuudessa, silti runsaasti liikkuvia on tässä siviilisäättyryhmässä eniten. (Aromaa & Koskinen 2002, 100–101.)

2.3 Yhteisöllisyys

Yhteisöllisyyttä käsitellään tässä yksilön näkökulmasta: miten yhteisöllisyys kulttuurin kautta vaikuttaa terveyteen ja hyvinvointiin. Kulttuuria voi harrastaa karkeasti jaettuna kolmella eri tavalla. Kulttuuria voi kuluttaa käymällä esimerkiksi teatterissa, konserteissa, taidenäyttelyissä tai kuuntelemalla musiikkia kotona. Toinen tapa harrastaa kulttuuria on sen omakohtainen harrastaminen: käsitöitä tekemällä, kirjoittamalla tai maalaamalla, soittamalla tai laulamalla. Kolmas kulttuurin harrastusmuoto on yksilöä, yhteiskuntaa ja ympäristöä tutkivan sekä uutta tietoa luovan kulttuuritoiminnan ja taiteenharrastaminen. (von Brandenburg 2008, 19–20; Hyyppä 2006.)

Kulttuurin vaikutukset hyvinvointiin voidaan jakaa eri osa-alueisiin. Kulttuuritoiminnan sosiaalisen ja yhteisöllisen luonteen perusteella eli ihmisten verkostoitumisena; ystäväpiirinä sekä yhteisöllisyyden muodostumisena. Tämän ilmiön seuraukset heijastuvat ihmisissä sosiaalisen pääoman kasvamisena sekä korkeana elämänhallinnan tunteena. Kulttuuritoiminnan vaikutukset hyvinvointiin ja elämänlaatuun vaikuttavat ihmiseen aisteja virkistävällä, elämysmaailmaa rikastuttavasti sekä merkityksiä antavasti. Taiteet, arkkitehtuuri ja sisustaminen tekevät elinympäristön viihtyisäksi ja virkistävät sekä saattavat edesauttaa kuntoutumisprosessin aikana. Vaikutukset fyysiseen ja koettuun terveyteen ilmenevät hyvänä terveytenä, parempana työssä jaksamisena sekä yleisesti myönteisinä elämän kokemuksina. (Nummelin 2011, 2; von Brandenburg 2008, 20.)

Kulttuuriharrastuksen kautta saadun sosiaalisen pääoman vaikutukset tukevat itsenäistä terveyskäsitystä ja me-hengen muodostumista, mikä näkyy muun muassa suomenuotsalaisten korkeana elinikänä. Aktiivisen sosiaalisen osallistumisen ja kulttuurin harrastamisen merkitys on suuri etenkin lasten ja nuorten yhteisöllisyyden ja keskinäisen luottamuksen kasvattajana. (von Brandenburg 2008, 19–20; Hyyppä 2006.) Sosiaalista pääomaa kasvattavat myös muunlainen yhteisöllinen osallistuminen ja osallisuuden tunne kuin vain kulttuuriharrastuksen kautta saatu. Muuta yhteisöllistä osallistumista on mikä tahansa vapaa-ajan toiminta, jossa ollaan ihmisten parissa: erilainen seuratoiminta, ryhmäliikunta tai vaikka kirkossa käyminen. Vaikuttamismahdollisuudet sekä osallisuus omassa yhteisössään ja luottamus esimerkiksi kuntapoliittisiin

päättäjiin vaikuttavat ihmisen omanarvon tuntoon ja siten myös arvioon omasta terveydentilasta. Mitä myönteisempi käsitys ihmisellä on itsestään oman yhteisönsä jäsenenä, sitä myönteisempi on hänen kokemuksensa omasta terveyden- ja hyvinvoinnintilastaan (Haake & Nikula 2011, 34–38.)

2.4 Sosiaalinen ympäristö ja asuinympäristö

Ympäristöä käsitellään erikseen, omana terveyden- ja hyvinvoinninvaikeuttajanaan, koska sen merkitystä yksilötasolla halutaan korostaa. Ympäristöä käsitellään tässä tyytyväisyytenä asuinympäristöön sekä sen sosiaalisen ympäristöön. Kaikkein merkityksellisin ympäristötekijä on sosiaalinen ympäristö: perhe, naapurit sekä ystävät. Sosiaalisen ympäristön ajatusmaailma sekä tottumukset vaikuttavat hyvin pitkälti myös yksilötason terveyteen. Esimerkiksi liikuntaa suosiva ympäristö on omiaan lisäämään ihmisten fyysistä aktiivisuutta ja siten ehkäisemään ja vähentämään sairastavuutta. (Pukkala 2004.)

Yhteisöllisyys kuvastuu asuinalueella hyvinä naapurussuhteina. Se lisää asuinalueen viihtyisyyttä, turvallisuutta sekä muista ihmisistä ja ympäristöstä huolehtimista. Kaikkein tiiveimmät naapurussuhteet ovat rivi- ja paritaloissa asuvilla. Omakotitaloissa asuvat juttelevat enemmän naapureidensa kanssa kuin kerrostaloissa asuvat. Vähiten naapureidensa kanssa ovat tekemisissä vuokra-asunnoissa sekä kaikkein tiiveimmillä asuinalueilla asuvat. Tämä johtuu paljolti siitä, että heidän keskimääräinen asumiskäyttöalueella on lyhyempi kuin muuntyyppisissä asunnoissa tai alueilla, mikä vaikuttaa oleellisesti naapurisuhteiden syntymiseen. Maaseudulla ja taajamissa naapurikontaktit ovat yleisempiä, sillä asuminen on pientalo- ja omistusasuntovaltaista. Naapurisuhteissa erityisesti kunnostautuvat yli 65-vuotiaat sekä pienten lasten vanhemmat. Vähiten kontaktissa naapureiden kanssa ovat yksin asuvat alle 65-vuotiaat. (Strandell 2011, 60.)

Terveyden edistämisen kansalaiskysely 2011 mukaan pääkaupunkiseudulla asuvat ovat tyytyväisimpiä koettuun terveydentilaansa. Erikoista tässä tutkimuksessa muihin tutkimuksiin verrattuna on, että maaseudulla asuvat ovat keskimäärin tyytymättömmimpiä terveydentilaansa kuin kaupungeissa asuvat. (Haake, Nikula 2011, 23.) Muu-

tamat muut tutkimukset osoittavat maaseutumaisissa kunnissa, kyläkeskuksissa sekä taajamissa asuvien olevan tyytyväisempiä terveyteensä ja hyvinvointiinsa kuin keskusta-alueilla asuvien. Lisäksi he ovat tyytyväisempiä asuinoloihinsa yleisemmin kuin muun tyyppisissä kunnissa asuvat. (Koskinen, Kestilä, Martelin & Aromaa 2005, 34–35, 75; Eronen, Londén, Perälähti & Siltaniemi 2005, 194.) Maaseutumaisissa kunnissa yli 40 % asukkaista on koulutustaustaltaan perusasteen suorittaneita. Kaupunkimaisissa kunnissa taas miltei 40 % asukkaista on korkea-asteen tutkinnon suorittaneita. Tämä selittänee osaltaan myös koetun terveyden- ja hyvinvoinnintilan eroavaisuuksia. (Alha & Häkkinen 2006, 18.)

2.5 Terveys, materiaallinen hyvinvointi ja elämänlaatu

Hyvinvointi on jaettu tässä kolmeen osatekijään: terveyteen, materiaaliseen hyvinvointiin sekä koettuun hyvinvointiin eli elämänlaatuun. Näistä kahta ensimmäistä käytetään usein arvioitaessa hyvinvointieroja. Terveyseroista puhuttaessa tarkoitetaan sosioekonomisten ryhmien välisiä eroja sairastavuudessa, kuolleisuudessa ja koetussa terveydessä. Materiaalisella hyvinvoinnilla tarkastellaan tuloeroja ja köyhyyttä sekä elinoloja. Syy miksi tuloeroja tarkastellaan, johtuu tulojen keskeisestä asemasta yhteiskunnassa: tulot ovat tärkein toimeentuloa ja elinoloja määräävä tekijä. Bruttokansantuotteella on mitattu 1930-luvulta lähtien yhteiskuntien hyvinvointia. (Vaarama ym. 2010, 11–14; Rotko, Aho, Mustonen & Linnanmäki 2011, 3–4.) Tämä johtuu siitä, että yhteiskunnan tasolla hyvinvointi on helppo käsittää pääomana, joka edistää yhteiskunnan toimivuutta ja tuottavuutta (von Brandenburg 2008, 18). Väestön hyvinvoinnin mittaamista talouden mittarilla onkin kritisoitu siitä, ettei kansantuotteen kasvu enää tietyn saavutetun elintason jälkeen lisää väestön koettua hyvinvointia. Tämän ”pisteen” jälkeen, kun elintaso turvaa perustarpeiden tyydytyksen, ihmisten hyvinvoinnin tekijöiksi muodostuvat terveys ja koetun hyvinvoinnin tekijät, kuten ihmis-suhteet ja yksilön sekä hänen elinympäristönsä väliset suhteet. (Vaarama ym. 2010, 11–14, 128.)

Elämänlaadun katsotaan olevan yksi terveyden osatekijä, sillä tarkoitetaan yleensä ihmisten käsitystä tai tyytyväisyyttä yleisestä hyvinvoinnistaan ja elinolosuhteistaan. Elämänlaatua voidaan määritellä ihmisen mahdollisuuksina vaikuttaa omaan elämäänsä, päämääriinsä ja valinnan vapauteensa. (Koskinen ym. 2005, 73; Eronen ym. 2005,

10–11.) Kokemus hyvinvoinnista ja elämänlaadusta perustuu kokonaisvaltaiseen arviointiin terveyden ja toimeentulon muovaamasta sekä säätelemästä elämästä ja sosiaalisesta tilanteesta. Kattava kuva hyvinvoinnista edellyttää siten monipuolista tarkastelua, jossa erilaiset sosioekonomiset mittarit yhdistetään ihmisten omiin kokemuksiin ja arvioihin muista kuin materiaalisista näkökulmista. (Vaarama ym. 2010, 11–14, 128.)

3 TOIMINTA- JA ELINYMPÄRISTÖ

3.1 Väestö- ja koulutusrakenne

Vuoden 2011 tilaston mukaan Haminassa asuu 21 403 asukasta, heistä 65 vuotta täytäneiden osuus on 23 %, mikä on hieman korkeampi koko maan keskitasoon nähden. 25–64-vuotiaiden osuus väestöstä on reilu puolet eli 11 236 henkilöä. 65–74-vuotiaiden osuus on 12,4 % eli 2 654 henkilöä. (Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet 2011.) Haminassa yhden hengen asutokuntia on 40,6 % kaikista asutokunnista. Asutokunnista noin joka viidennessä on vähintään yksi alle 18-vuotias. Perheiden määrä Haminassa on 6 066, heistä lapsiperheitä on 36,2 %. Yksinhuoltajaperheitä lapsiperheitä on noin viidennes. Avioerojen määrät 25–64-vuotiaiden keskuudessa ovat lisääntyneet 19,9 %:in, mikä on kaksi prosenttiyksikköä korkeampi kuin vuonna 2009.

Toisen asteen ammatillisen tutkinnon suorittaneita on Kaakkois-Suomessa erityisen paljon koko maahan verrattuna (Paananen 2010, 7). Haminassakin heitä on melkein puolet 15–64-vuotiaasta väestöstä (Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet 2010). Tutkinnot painottuvat tekniikan ja liikenteen sekä matkailu-, ravitsemis- ja talousaloille (Paananen 2010, 31). Korkea-asteen koulutuksen suorittaneita on reilu viidennes, mikä on keskimääräistä vähemmän koko maan tilastoon verrattuna (Paananen 2010, 7; Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet 2010). Eniten tutkintoja ikäryhmittäin tarkasteltuna on 25–29-vuotiailla. Korkea-asteen tutkinnot painottuivat tekniikan ja liikenteen sekä sosiaali-, terveys- ja liikunta-aloille. (Paananen 2010, 32.)

3.2 Elinkeinorakenne

Työllisiä on Haminassa vuoden 2010 tilaston mukaan 38,8 % väestöstä. Työttömien osuus työvoimasta on laskenut 13,4 %:sta 12,7 %:in. Pitkäaikaistyöttömiä työvoimasta on 3,2 %, mikä on hieman enemmän kuin edellisenä vuonna. Vuoden 2009 tilaston mukaan suurimpia työllistäjiä Haminassa ovat julkinen hallinto ja maanpuolustus sekä sosiaali- ja terveydenhuolto ja koulutus, joka työllistää 28,5 % työikäistä haminalaista. Tukku- ja vähittäiskaupan, kuljetus ja varastointi sekä majoitus- ja ravitsemustoiminnasta elantonsa saa 29,6 %. Teollisuuden parissa työskentelee 13,4 % ja rakennusala 8,4 % haminalaisista. Ammatillinen, tieteellinen ja tekninen toiminta sekä hallinto ja tukipalvelutoiminta työllistävät 8 % työikäisistä. Maa-, metsä- ja kalatalouden elinkeinonharjoittajia on 3,9 %. Muut palvelut työllistävät 3,8 %. Näihin luetaan taiteet, viihde ja virkistys, muu palvelutoiminta, kotitalouksien toiminta työnantajina sekä kotitalouksien eriyttämätön toiminta tavaroiden ja palvelujen tuottamiseksi omaan käyttöön, kansainvälisten organisaatioiden ja toimielinten toiminta (Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet 2010.)

3.3 Terveyden ja hyvinvoinnin osatekijät

Tässä kappaleessa esitellään pääasiassa Haminan kaupungin tarjoamia terveyttä ja hyvinvointia tukevia palveluita ja mahdollisuuksia. Terveyttä ja hyvinvointia tukevia palveluita Haminassa ovat muun muassa terveyskeskuksessa tuotetut perusterveydenhuollon palvelut: päivystys klo 22.00 saakka, röntgen, laboratorio sekä fysioterapia ja apuvälinepalvelut. Joitain erikoissairaanhoidon palveluita Haminasta on myös mahdollisuus saada asiakaslähtöisesti. Kunnallinen hammashoito on myös käytettävissä. (Terveys.) Haminan terveyskeskus on vastikään valmistuneen Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen tutkimuksen mukaan maamme 12:sta paras, kriteerinä hoitoon pääsy. (Asukkaat.)

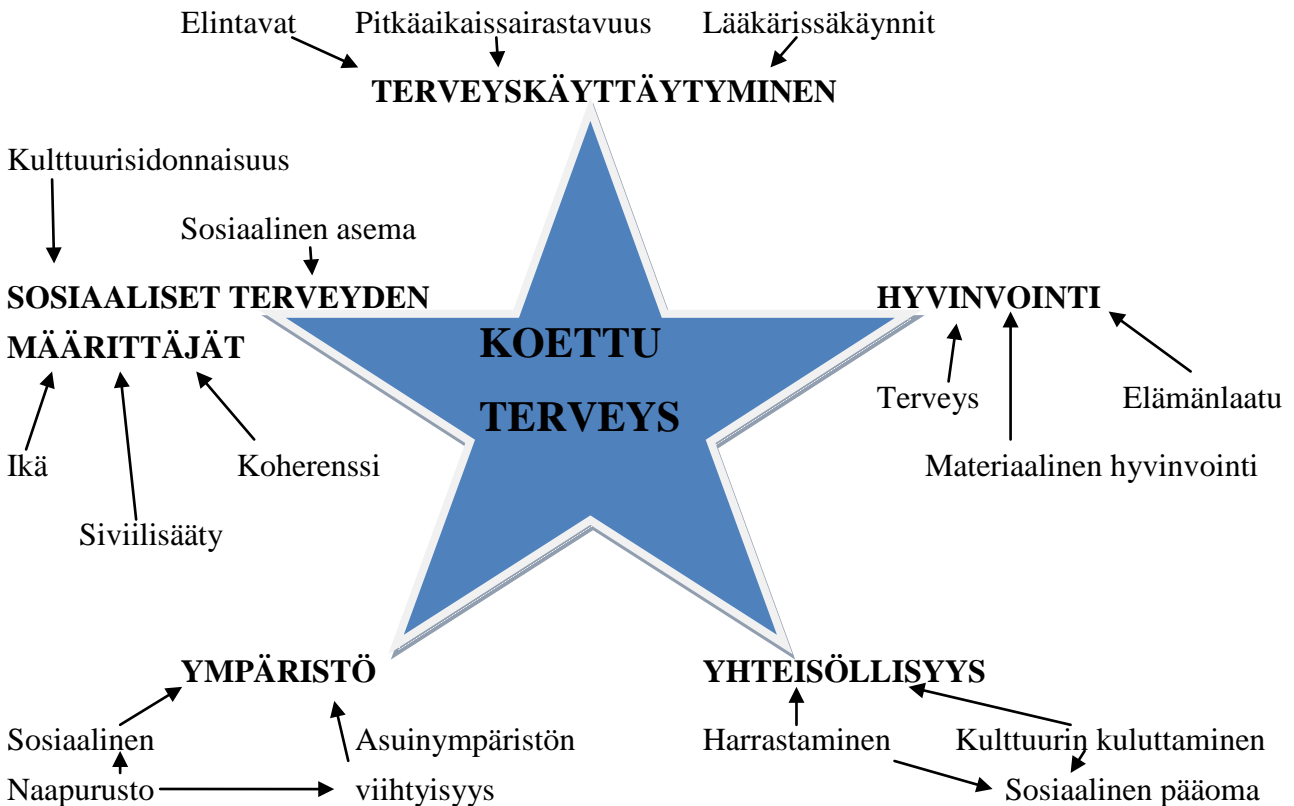
Haminassa on runsaasti erilaisia sisä- ja ulkoliikuntapaikkoja. Liikuntapaikat on pääasiassa keskitetty koulujen yhteyteen ja niitä on melko tasaisesti ympäri Haminaa. Lähes joka kylästä löytyy siis jonkinlainen sisäliikuntapaikka, kuntorata / hiihtolatu, urheilu- / palloilukenttä sekä jääkiekkokaukalo tai luistelualue. Käytössä olevia uimahalleja sekä isoja sisäliikuntahalleja on kaksi, molemmat keskustan tuntumassa. Hami-

nassa on lisäksi jäähalli, joka myös sijaitsee keskustan tuntumassa. (Liikuntapaikat.) Vapaa-ajan vietto ja virkistytymismahdollisuuksia on erilaisia. Yleisiä lasten leikki- paikkoja on pääasiassa kaupungin eteläosissa sekä puistojen ja urheilukenttien yhteyk- sissä. (Leikkipaikat.) Haminassa on runsaasti erilaisia luontokohteita ja retkeilyreittejä niin keskustassa, maaseudulla kuin saaristossakin. Kohteisiin on saatavilla karttoja kaupungin asiakaspalvelusta. (Luontoreitit ja kohteet.)

Kaupungin historialla on suuri merkitys kulttuurin kuluttamiselle ja harrastamiselle. Erityisesti torikulttuuri on säilynyt vahvana kaupungin asukkaissa. Varsinaisia suuria markkinoita järjestetään neljästi vuodessa: Elo-, Syys-, Tuomaan- sekä Heikinmarkki- nat. Perjantai-iltaisain toukokuusta elokuuhun klo 14–19 välisenä aikana on iltatori. (Tori.) Joka toinen vuosi järjestetään Hamina Tattoo -sotilasmusiikkitapahtuma. Tat- toon merkeissä torille pystytetään Tattoo-teltoa, jossa esiintyy Tattooon ajan erilaisia ar- tisteja. Keskustassa sijaitsevat Kaupunginmuseo sekä Kauppiaantalomuseo, hieman kauempana keskustasta Vehkalahden kotiseutumuseo. (Museot.) Erilaisia näyttelyitä järjestetään Haminassa useimmiten kirjastoissa, joita on kaksi, sekä kesäisin Galleria Ruutikellarissa. (Kirjastot; Näyttelyt.) Haminassa toimii lukuisia yhdistyksiä muun muassa mies- ja naiskuoroja, orkestereja, tanssiseuroja, asekerho, teatteriyhdistyksiä sekä erilaisia ystävyysseuroja kuten esimerkiksi Hamina-Vehkalahden Pohjola- Norden ry (Kulttuuriyhdistykset). Haminassa on myös runsaasti asukasyhdistyksiä, kylätoimikuntia sekä urheiluseuroja, jotka toimivat aktiivisesti (Asukasyhdistykset ja kylätoimikunnat; Urheiluseurat).

4 YHTEENVETO

Tutkimuksessa koettua terveyttä käsitellään terveyskäyttäytymisen, sosiaalisten terveyden määrittäjien, ympäristön, yhteisöllisyyden sekä terveyden, materiaalsen hyvinvoinnin ja elämänlaadun kautta (kuva 1).

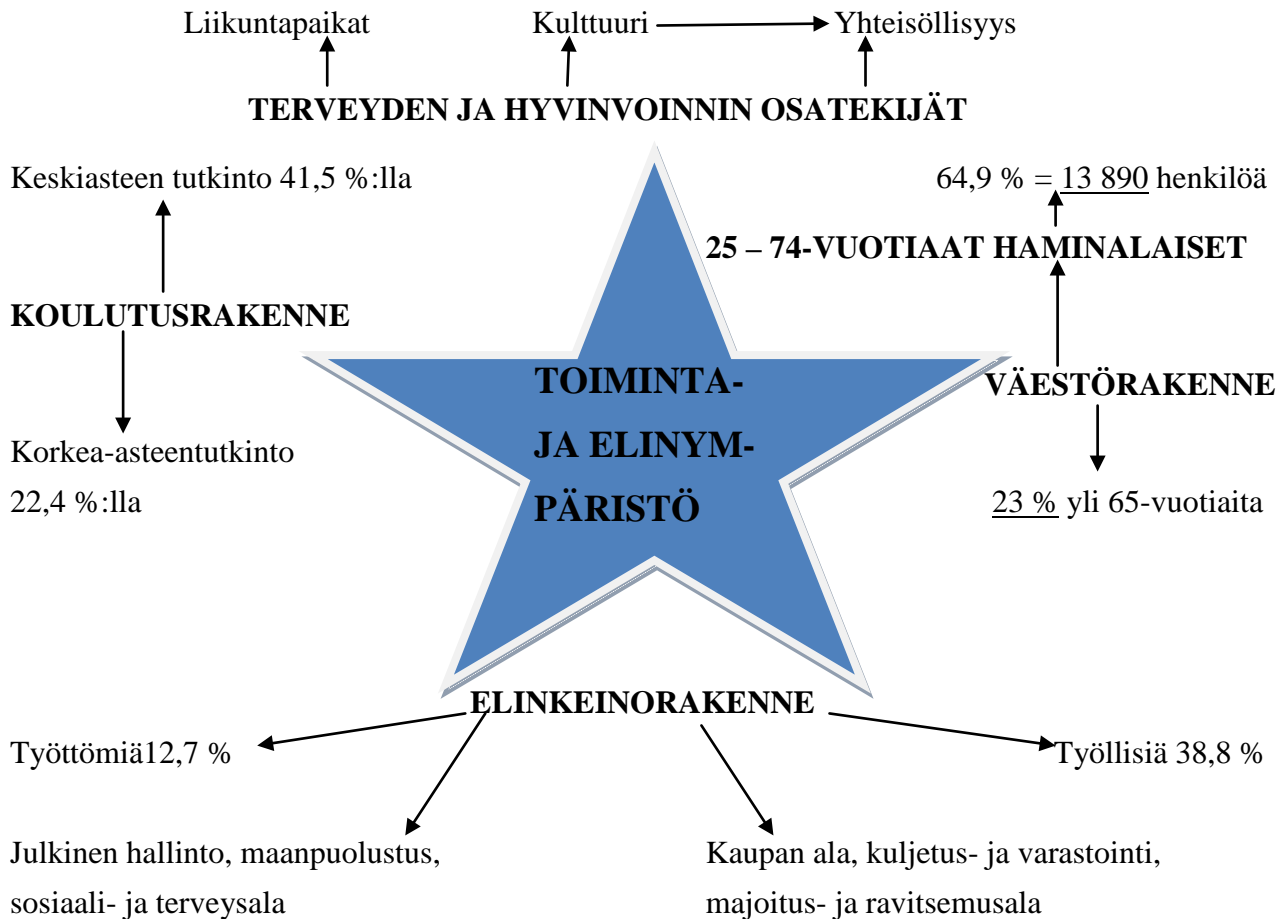


Kuva 1. Koettu terveys

Terveyskäyttäytymistä ovat elintavat, pitkäaikaissairastavuus sekä vuotuiset lääkärisäkäyntien määrät. Sosiaaliset terveyden määrittäjät muodostuvat henkilön sosiaalisesta asemasta, koherenssin tunteesta, iästä, siviilisäädystä sekä kulttuurisidonnaisuudesta. Vaikka yhteisöllisyys sekä ympäristö kuuluvat myös osaltaan sosiaalisiin terveyden määrittäjiin, on ne tässä haluttu käsitellä vielä erikseen – yksilön näkökulmasta. Ympäristö muodostuu sosiaalisesta ympäristöstä sekä asuinoloista. Sosiaalisen ympäristön on todettu olevan koetun terveyden kannalta merkityksellisempi kuin asuinolojen. Yhteisöllisyys vaikuttaa yksilöön harrastamisen kautta saadun sosiaalisen pääoman myötä. Siitä syntyy ihmisille niin sanottua me-henkeä, jonka on todettu vaikuttavan myönteisesti eliniän pituuteen. Hyvinvointiin vaikuttavat jokaisen oma kokemus ja

näkemyksensä omasta terveydestään ja elämänlaadustaan. Siihen vaikuttavat kuitenkin vahvasti materiaalinen hyvinvointi eli tuloerot sekä niiden kautta syntyvät terveyserot.

Toiminta- ja elinympäristöä käsitellään paikallisten terveyden ja hyvinvoinnin osatekijöiden, koulutus-, elinkeino- sekä väestörakenteen kautta (kuva 2).



Kuva 2. Toiminta- ja elinympäristö

Haminassa terveyttä ja hyvinvointia tukevia palveluita on runsaasti erilaisten liikunta- paikkojen sekä kulttuuritarjonnan muodossa. Erityisesti harrastaminen sekä seuratoi- minnassa mukanaolo ovat omiaan lisäämään yhteisöllisyyden tunnetta ja kasvattavat sosiaalista pääomaa. Kulttuurin kuluttaminen ja harrastaminen on Haminassa helppoa, etenkin Tattoo-vuosina. Koulutusrakennetta lähestytään koulutustason näkökulmasta. Elinkeinorakennetta tarkastellaan työllisyyden ja työttömyyden sekä erialojen ihmis- ten tyytyväisyydestä omaan ammattiinsa tai alaansa. Väestörakenteessa huomioitavaa on, että miltei neljännes haminalaisista on 65 vuotta täyttäneitä, mikä oletettavasti nä- kyy myös tuntemuksissa omaa terveyttä kohtaan.

Korkea-asteen koulutuksen suorittaneista miehistä yli 90 % kokee terveytensä hyvänä tai melko hyvänä, kun taas perusasteelle kouluttautuneista saman kokee vain kolme neljästä (Koskinen ym. 2005, 75; Aromaa & Koskinen 2002, 97; Haake & Nikula 2011, 23). Matalasti koulutetuilla koherenssin tunne on alhainen, sillä työtä tehdään usein vain rahan takia eikä työssä pääse kehittämään itseään tai kykyjään. (Volanen 2011, 52–66.) He kuitenkin arvioivat fyysisen terveytensä paremmaksi kuin korkeasti koulutetut. Myöskään psyykkisen hyvinvoinnin, vakavan masennuksen tai alkoholi-riippuvuuden osalta ei voida osoittaa eroja eri sosioekonomisten ryhmien välillä. (Laaksonen 2010.; Aromaa, Koskinen 2002, 99.) Toisaalta tutkimukset osoittavat matalasti koulutetuilla olevan hieman enemmän työuupumusta sekä mielenterveydenhäiriöitä ja päihdeongelmia, muun muassa työn kuormittavuuden sekä vähäisten vaikutusmahdollisuuksien vuoksi (Aromaa & Koskinen 2010, 17–22). Työttömyys ja aikainen eläkkeelle jääminen vaikuttavat laskevasti koherenssin tunteeseen. Huomattavaa kuitenkin on, että työssään huonosti viihtyvien koherenssin tunne on alhaisempi kuin työttömällä. (Volanen 2011, 52–66.)

Väestöryhmien väliset terveiserot alkavat kehittyä jo lapsuudessa. Lapset kasvavat ja kehittyvät erilaisissa elinolosuhteissa ja kasvuympäristöissä, siksi koulu ja päivähoido ovat merkittävä osa lasten elämää. (Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta, 22–24.) Kulttuurikokemuksilla ja taideaineiden harrastamisella on todettu olevan myönteisiä vaikutuksia elämänhallintaan erityisesti lapsilla (von Brandenburg 2008, 16). Lasten terveyden uhkina ovat erityisesti turvattomuuteen liittyvät oireet ja sairaudet, kuten mielenterveysongelmat sekä sosiaalisen kehityksen häiriintyminen. Nuorilla uhkana ovat ylipaino, syömishäiriöt ja päihteiden käyttö. Tupakoinnin ja alkoholin käytön aloittamisiät ovat laskeneet sekä huumeiden kokeilu on yleistynyt. Myös oppimisvaikeudet sekä psykosomaattiset oireet ovat lisääntyneet. Haastavassa sosiaalisessa ympäristössä elävän huono-osaisen nuoren riski epäterveiden elämäntapojen kehittymisestä pysyviksi ovat suuria. (Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta, 22–24.) Mielenterveydenhäiriöillä ja päihteiden käytöllä on todettu olevan yhteys alhaiseen peruskoulutustasoon sekä työttömyyteen (Aromaa & Koskinen 2010, 22). Vaikka väestön koulutustaso on noussut ja tietoa osataan käyttää hyödyksi yhä paremmin, tuovat vanheneminen sekä kulttuurinen ja etninen moninaistuminen omat haasteensa terveystaloudelle. Ikään tai erilai-

seen kulttuuriin perustuva syrjäytyminen tulisi kyetä välttämään negatiivisten terveysvaikutusten vuoksi. Terveys- ja hyvinvointipolitiikan onnistumisen edellytyksenä on sosioekonomisten ryhmien ja eri alueiden väestöjen terveyserojen kaventaminen, sillä huono terveys on syrjäytymisen osatekijä. Terveyserojen kaventaminen heikompiosaisten terveyttä kohentamalla lisää yhteiskunnan sosiaalista eheyttä. (Valtioneuvoston periaate-päätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta, 13–14; Rotko, Aho, Mustonen & Linnanmäki 2011, 14; Sinervo 2009, 7.) Hyvinvointivaltioiden järjestelmä on sikäli onnistunut, että sosioekonominen asema ei ole suoraan yhteydessä huonoon koettuun terveyteen (Kontinen & Tapanainen 2007, 7).

5 TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksessa keskitytään kuvaamaan haminalaisen aikuisväestön koettua terveyden- ja hyvinvoinnintilaa. Perusjoukkona näin ollen 13 890 haminalaista. Ikäjakauma on rajattu käsittelemään 25–34-, 35–44-, 45–54-, 55–64- sekä 65–74-vuotiaita, tulosten vertailun helpottamiseksi Terveiden- ja hyvinvoinninlaitoksen tutkimustuloksiin. Tutkimuskohteeseen tutustuttiin haastatteleamalla 102 haminalaista Elomarkkinoilla 12.8.2011. Suurin osa haastatelluista oli sitä mieltä, että oma terveys ja hyvinvointi ovat omasta viitseliäisyydestä kiinni. Vastaajat toivoivat uuden uimahallin lisäksi, että nykyisistä liikuntapaikoista pidettäisiin hyvää huolta. Haja-asutusalueiden asukkaiden palveluiden turvaamisesta oltiin myös huolissaan. Tulokset terveystyytyväisyyden osalta olivat kansallisesti vertailukelpoisia: 72 vastaajaa arvioi terveytensä hyväksi, 25 kohtalaiseksi, 4 huonoksi ja 1 vastaaja ei osannut sanoa. Edellisen lisäksi haluttiin silti selvittää, mistä tekijöistä haminalaisen aikuisväestön koettu terveys ja hyvinvointi muodostuvat. Pääongelmana on:

Millainen on haminalaisen aikuisväestön koettu terveys ja hyvinvointi?

Tätä selittävinä alaongelmina ovat:

- 1 Miten terveyskäyttäytyminen liittyy koettuun terveyteen ja hyvinvointiin?
- 2 Mikä yhteys sosiaalisilla terveyden määrittäjillä on koettuun terveyteen ja hyvinvointiin?
- 3 Mikä merkitys yhteisöllisyydellä on koettuun terveyteen ja hyvinvointiin?
- 4 Mikä merkitys sosiaalisella ympäristöllä ja asuinympäristöllä on koettuun terveyteen ja hyvinvointiin?

- 5 Mikä yhteys terveydellä, materiaalisella hyvinvoinnilla ja elämänlaadulla on koettuun terveyteen?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

6.1 Tutkimusmenetelmät

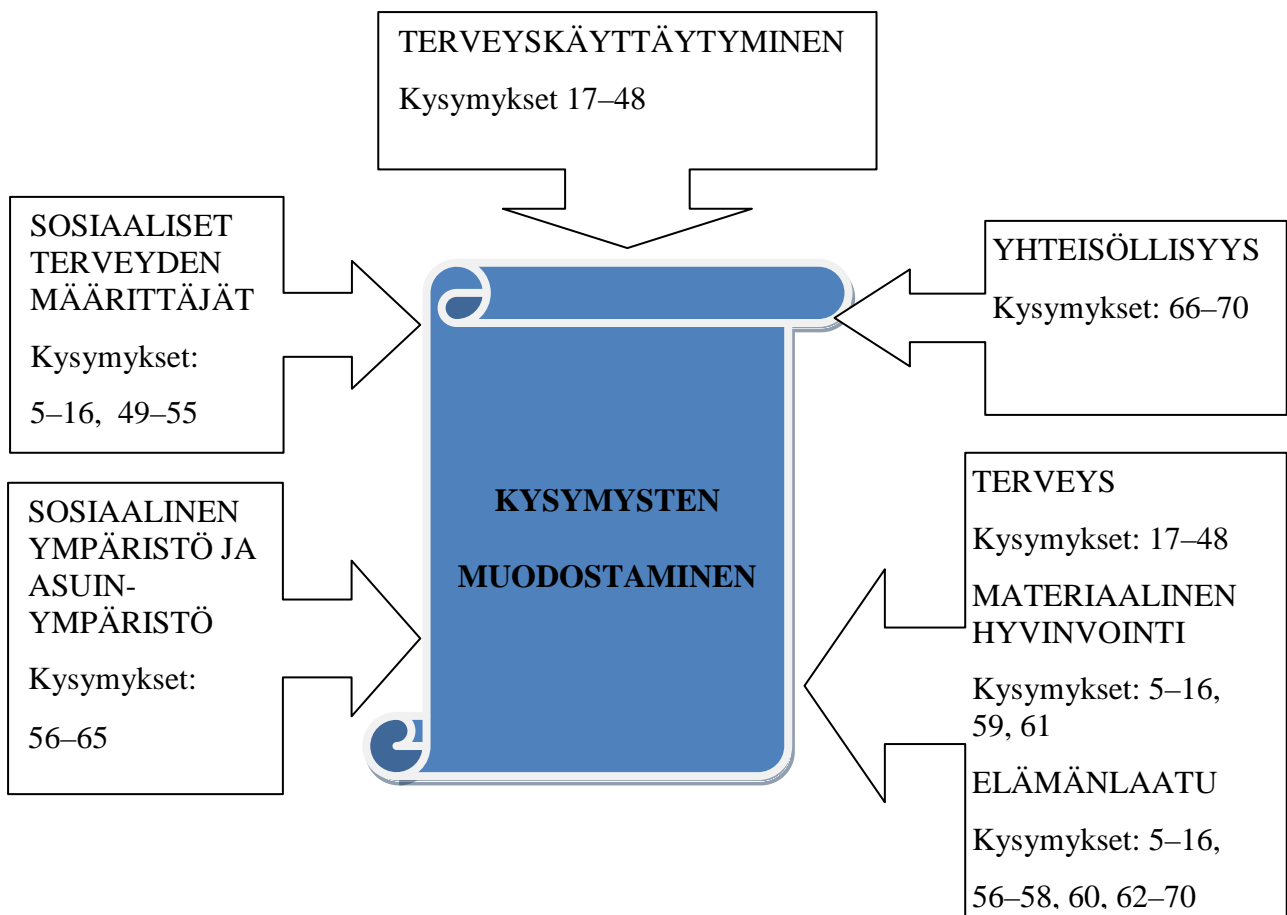
Kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskeistä ovat johtopäätökset aiemmista tutkimuksista, aiemmat teorit eli viitekehyksen muodostaminen sekä hypoteesien esittäminen (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 140). Hypoteeseja ei haluttu esittää tutkijan kokemattomuuden vuoksi. Sen sijaan keskityttiin viitekehyksen muodostamiseen. Tutkimuksessa haluttiin lisäksi selvittää eri muuttujien välisiä yhteyksiä, johon kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä sopii parhaiten (ks. Jokivuori & Hietala 2007, 23).

Keskeistä tutkimuksessa on lisäksi käsitteiden määrittely, aineiston keruusuunnitelmat aineiston määrällisen mittaamisen onnistumiseksi sekä tarkat otantasuunnitelmat. Muuttujien muodostaminen taulukkomuotoon sekä päätelmien teko ja tulosten merkittävyyden tilastollinen testaus ovat myös keskeisiä asioita. (Hirsjärvi ym. 2010, 140.) Mittaamisen tarkoituksena on tuottaa perusteltua, luotettavaa ja yleistettävää tietoa. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, joka voitaisiin siirtää koskemaan koko perusjoukkoa. (ks. Kananen 2008, 10.)

6.2 Kyselylomakkeen laadinta

Lomakkeen kysymyksistä tulee muodostua juonellinen tarina, joka tutkijan ja vastaajan pitäisi ymmärtää samalla tavalla. Mittaamisen onnistumiseksi tutkijan ja vastaajan tulisi puhua samaa kieltä lomakkeen tasolla. Kysymysten muodostamiseen vaikuttavat tutkimusaihe, -ongelma ja -kysymykset. Teoria, kohderyhmä, tutkittava kohde sekä aineiston keräämisen tapa ja paikka vaikuttavat myös kysymysten muodostamiseen (Vilka 2007, 70–71.)

Kyselylomakkeen suunnittelun apuna käytettiin AVTK:n kyselylomaketta. Laajan teorian ja suuren kohderyhmän vuoksi kysymyksiä ja vastausvaihtoehtoja tuli runsaasti. Pyrkimyksenä oli, että jokaiselle vastaajalle löytyy mielekäs vastausvaihtoehto. Kyselylomakkeen pituuteen vaikutti erityisesti ajatus kotona täytettävästä lomakkeesta. Tämän jälkeen keskityttiin yksittäisiin asiakokonaisuuksiin, jotta saatiin päätettyä mitkä asiakokonaisuudet tulisi mitata tutkimusongelman kattamiseksi ja miettiä mitä kysymyksiä tarvitaan riittävän selvyyden saamiseksi (kuva 3). Sen jälkeen mietittiin, minkä tyyppisillä kysymyksillä – monivalinta-, sekamuotoisilla- tai avoimilla kysymyksillä – tarvittava tieto saadaan. Vastausvaihtoehtojen määrässä ei alettu nuukailemaan, sillä puuttuvaa tietoa ei aineiston keruun jälkeen enää saa. (Vilka 2007, 70–71.)



Kuva 3. Kysymysten muodostaminen

Kyselylomakkeeseen laaditut kysymykset ovat sekä täsmällisiä että arvionvaraisia tosiasiakysymyksiä ja sosiaalisia suhteita käsitteleviä (kuva 3). Täsmälliset tosiasiakysymykset muodostuvat tarkoista faktatiedoista, esimerkiksi ikä, sukupuoli. Näitä tietoja koskevat kysymykset on laadittu yksiselitteisesti sekä rajattu tarkasti ajan ja paikan suhteen. Täsmällisten tosiasiatietojen luotettavuus on yleensä suurempi kuin arvionva-

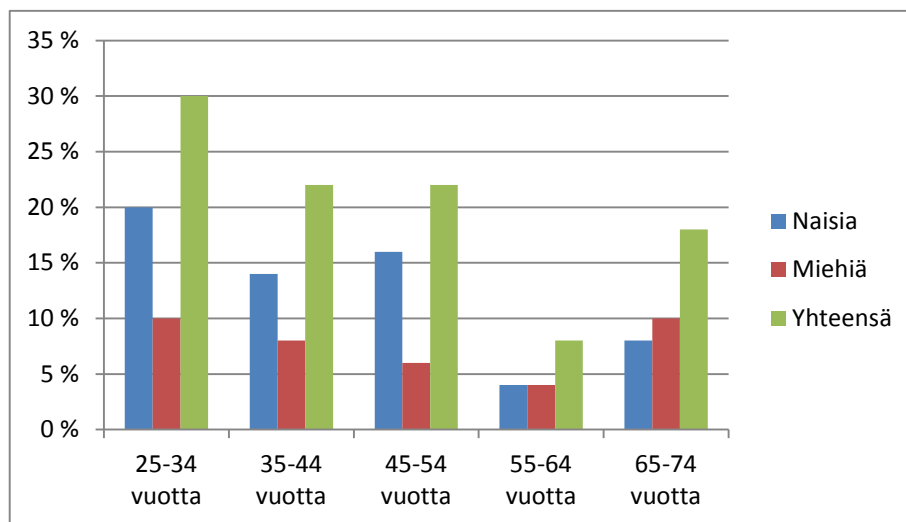
raisten tosiasiatietojen. Arvionvaraisia tosiasiakysymyksiä ovat määriä tai useutta mittaavat kysymykset. Niille ominaista on tarkan muistamisen tai määrittämisen vaikeus, kuten alkoholin kulutus tai teatterissa käyntien määrä. Mitä harvemmin toistuvista tapahtumista on kyse, sitä haastavampaa niiden esiintymistiheyden luotettava arvioiminen on. (Heikkilä 1998, 55–56.) Tässä tutkimuksessa kysymysten vastausvaihtoehdot on annettu suljettuina tulosten purkamisen helpottamiseksi ja luotettavuuden parantamiseksi. Määriä ja useutta mitattiin kysymällä montako kertaa / kuinka usein. Sosiaalisia suhteita mitattiin kysymällä esimerkiksi asumisviihtyvyyteen, työtyytyväisyyteen, vapaa-ajan käyttöön ja kulutustottumuksiin liittyviä asioita (liite 4). (Heikkilä 1998, 56.)

Kysymysten lisäksi lomakkeen rakenteen tulisi olla riittävän houkutteleva ja rohkaista vastaajaa vastaamaan kysymyksiin niin tarkasti kuin mahdollista. Tämän vuoksi lomake keskittyy itse aiheeseen ja etenee loogisessa järjestyksessä. Tässä tutkimuksessa lomakkeen pituus tulee olemaan monelle vastaajalle ongelma, koska lomakkeessa on 70 kysymystä (liite 4). Vastaajille täytyisi välittyä tunne, että lomakkeen täyttäminen on kiinnostavaa. Tämän vuoksi lomake on suunniteltu etenemään erijärjestyksessä kuin teoreettinen sisältö (ks. Saari & Viinamäki 2007, 60–61.)

6.3 Aineiston keruu

Kvantitatiivista tutkimusmenetelmää käytettäessä otoksen on oltava riittävän suuri ja edustava (Heikkilä 2002, 16). Tavallinen aineiston keräämisen tapa on kysely, jota tässäkin tutkimuksessa käytettiin (Vilka 2007, 27). Yleisenä tapana on käyttää strukturoituja kyselylomakkeita, joissa vastausvaihtoehdot on määritelty valmiiksi. Strukturoitujen lomakkeiden käyttämisen etuna on, että vastaajien on helpompi hahmottaa kysyttävä asia, ja vastausten tilastollinen vertailu on helpompaa. (Hirsjärvi ym. 2010, 201.) Tutkimusaineisto kerättiin siten, että tutkija jakoi 50 kyselylomaketta satunnaisotannalla lähiympäristössään asuville sekä muutamassa harrastepaikassa käyville ihmisille. Perusjoukkona olivat 25–74-vuotiaat haminalaiset, yhteensä 13 890 asukasta.

Otoksen tulisi olla edustava pienoiskuva tutkimuksen perusjoukosta, jotta tutkimuksen tuloksia voidaan pitää luotettavina ja sattumanvaraisuus niissä vähenee. Otoksena silloin, kun se sisältää samoja ominaisuuksia samassa suhteessa kuin koko perusjoukko. (Heikkilä 2002, 33–34; Vilkka 2007, 57.) Otoksen koon valintaan vaikuttavat taloudelliset resurssit sekä se, miten paljon on tekijöitä, joiden oletetaan vaikuttavan mitattavaan ominaisuuteen (Vilkka 2007, 57). Otoksen kokoon vaikutti ensisijaisesti tutkimuksen tilaaja. Kyselytutkimusta ei alkuperäissuunnitelman mukaan suoritettu postikyselynä taloudellisten resurssien niukkuuden vuoksi. Tästä syystä tutkija päätti jakaa 50 kyselylomaketta satunnaisesti. Lomakkeita oli 50 siksi, että tutkimustavoite saavutettaisiin, vaikka luotettavuus kärsii.



Kuva 4. Vastaajien ikäjakauma

Kyselyyn vastasi 50 haminalaista, joista 62 % oli naisia ja 38 % miehiä (kuva 4). Sukupuolijakaumaa voi pitää haminalaisiin suhteutettuna liian naisvaltaisena. Tämä johtuu siitä, että useat miehet eivät halunneet täyttää kyselyä. Pääosa vastaajista oli 25–64-vuotiaita (kuva 4), joita Haminassa on 52,5 %. Ikäjakaumaa vääristää kuitenkin 25–34-vuotiaiden runsas määrä. 55–64-vuotiaiden vähäinen määrä johtuu siitä, että he olivat kaikkein haluttomimpia täyttämään kyselyä. 65–74-vuotiaiden osuus vastaajista oli yhteensä 18 %, mikä Haminassa yleisesti on 12,4 %. Vastaajista 80 % oli naimisissa, avoliitossa tai rekisteröidyssä parisuhteessa. 10 % asumuserossa tai eronnut. 6 % leskiä ja 4 % naimattomia. Suurin osa vastaajista asui D-alueella (liite 3). Vastaajien koulutusrakenteellinen otos kuvaa hyvin haminalaisia. Noin puolet vastaajista oli käynyt koulua yli 13 vuotta, pääosalla heistä oli toisen asteen koulutus. Suurin osa vastaa-

jista oli myös keskituloisia. Vastaajista 62 % oli työssä ja 18 % eläkkeellä. Viimeksi kuluneen vuoden aikana työttömänä tai lomautettuna oli ollut 4–6 kk 2 % ja 2–3 kk 4 % vastaajista, mikä on alhaisempi kuin Haminassa todellisuudessa.

6.4 Aineiston käsittely ja analyysi

Aineisto analysoitiin ensin Excel-ohjelman avulla. Excelillä laskettiin summat sekä keskiarvot ja tarkasteltiin aineistoa yleisesti. SPSS-ohjelmalla suoritettiin ristiintaulukointia eri taustamuuttujien ja muuttujien välillä. Ristiintaulukoinnin etuna on, että sitä voidaan käyttää lähes aina nominaalitasoisen tiedon kuvailun apuna. Ristiintaulukoinnilla tuloksia tarkastellaan χ^2 - eli riippumattomuustestillä. Riippumattomuustestin oletuksena on muuttujien välinen riippumattomuus. χ^2 -testillä tarkastellaan siis kuinka paljon havaitut tulokset poikkeavat toisistaan. Testin tulokset ovat kuitenkin helppoiten luettavissa p-arvosta. Jos p-arvo on alle 0,05 voidaan todeta tulosten erojen olevan tilastollisesti merkitseviä. (ks. Lehtonen 2012, 2–4; Yli-Luoma 2000, 45, 57, 91.)

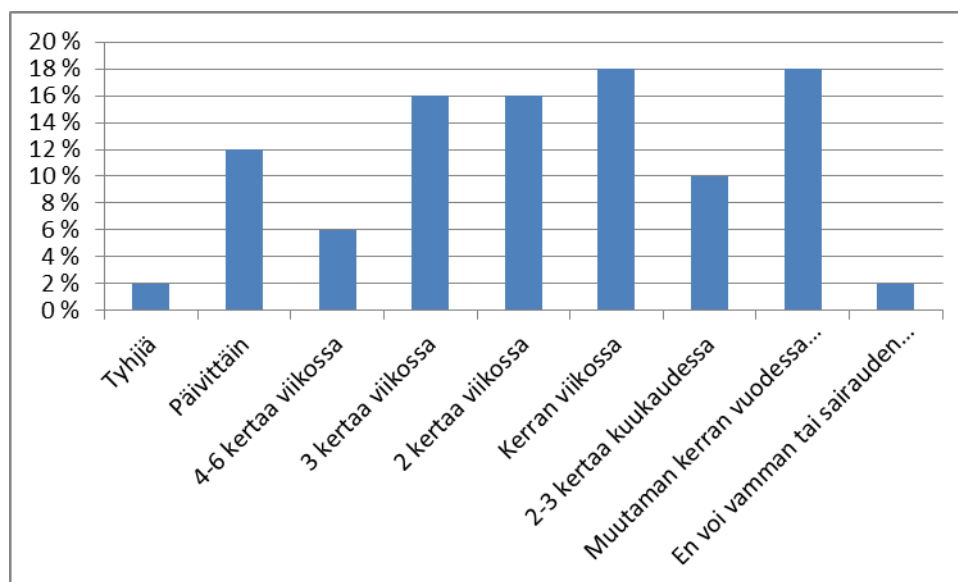
Tulosten tarkastelemisen helpottamiseksi muodostettiin summamuuttujia samaa asiaa mittaavista muuttujista. Joidenkin muuttujien välistä yhteyttä tarkasteltiin Pearsonin korrelaatiokertoimen avulla. Korrelaation avulla selvitetään kahden muuttujan samanaikaista muuttumista. Sen arvo vaihtelee plus yhden ja miinus yhden välillä. Mitä lähemmäs plus yhtä arvo kasvaa sitä suurempi yhteys muuttujilla on, eli toisen muuttujan arvon kasvaessa toisenkin muuttujan arvo kasvaa. Arvon ollessa lähellä nollaa, muuttujien välillä ei ole yhteyttä. Jos taas arvo on lähellä miinus yhtä, toisen muuttujan arvo on kasvanut ja toisen vähentynyt. Korrelaation merkitsevyyttä katsotaan p-arvosta, mitä lähempänä 0,000 p-arvo on, sitä merkitsevempi yhteys on tilastollisesti. (ks. Lehtonen 2012, 5–6; Yli-Luoma 2000, 45, 57, 91.) Pieni p-arvo on siis edellytys yhteyden olemassaololle. Yhteiskunnallisissa tutkimuksissa korrelaatioiden arvot ovat usein alhaisia, mutta ne saattavat silti olla tärkeitä. Siksi tulosten tulkitsemisessä on tärkeä muistaa myös sisällöllinen merkittävyys. (Heikkilä 2010, 206–207.)

7 TUTKIMUKSEN TULOKSET

7.1 Miten terveyskäyttäytyminen liittyy koettuun terveyteen ja hyvinvointiin

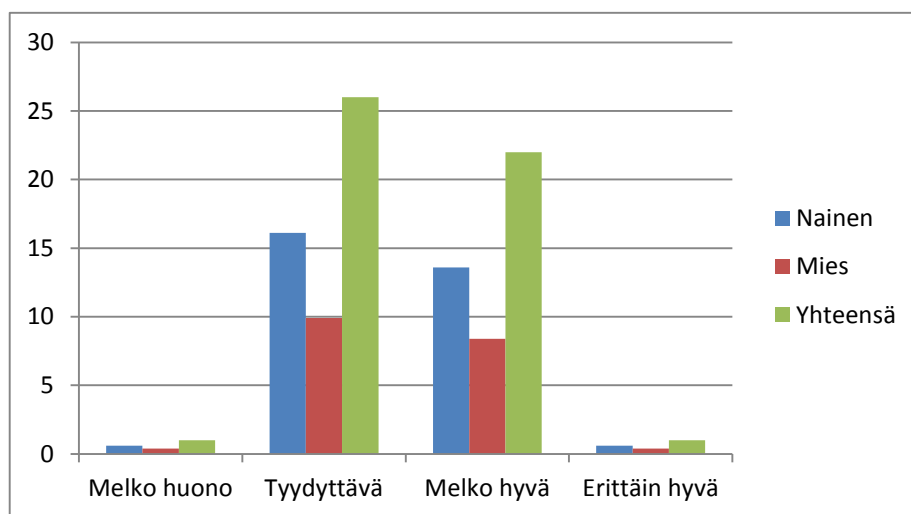
Elintavat

Vastaajista 6 % tupakoi päivittäin ja 16 % tupakoi satunnaisesti. Päivittäin tupakoivat kokivat fyysisen kuntonsa pääasiassa tyydyttäväksi, ristiintaulukoituna tällä ei kuitenkaan ollut tilastollista merkitystä ($\chi^2= 1,367$, $p= 0,968$). Koetun terveydentilan ja tupakoinnin välillä ei ollut suurta yhteyttä ($\chi^2= 6,417$, $p= 0,170$). Suurin osa tupakoivista oli vain jonkin verran huolissaan tupakoinnin haitallisista terveysvaikutuksista. Vastaajista 86 % käytti alkoholia. Suurin osa heistä käytti alkoholia muutaman kerran vuodessa tai harvemmin ja 2–3 kertaa viikossa. Pääosa alkoholia käyttävistä ilmoitti nauttivansa kerralla kuusi annosta tai enemmän muutaman kerran vuodessa tai harvemmin, mikä selittää haitallisten terveysvaikutusten puuttumisen. Sama ilmiö oli huumeiden ja lääkkeiden päihdekäytöllä. Vastaajista 2 % käytti huumeita tai lääkkeitä päihtymistarkoituksessa muutaman kerran vuodessa tai harvemmin. Pääosa vastaajista käytti ruokavaliossaan rasvattomia tai vähärasvaisia maitotuotteita sekä kasviksia lähes päivittäin. Terveysvaikutteisten tuotteiden käytöllä ja koetulla terveydellä on positiivinen korrelaatio ($r= 0,358$, $p= 0,011$, significant at the 0,05 level). Niiden käytöllä ei ole vaikutusta koettuun terveyteen, koska mitta-asteikot olivat erisuuntaiset. Työmatkaliikuntaa alle 15 minuutin työmatkalla harrasti 12 % vastaajista. Suurin osa vastaajista kulki työmatkansa autolla.



Kuva 5. Vapaa-ajan liikunnan harrastaminen

Vapaa-ajan liikunnan harrastamisen (kuva 5) ja työn rasittavuuden välillä on Pearsonin korrelaation avulla tarkasteltuna pieni, muttei merkittävä yhteys ($r=0,219$, $p=0,169$). Vähäinen vapaa-ajan liikunnan harrastaminen heikensi hieman koettua fyysistä kuntoa ($r= -0,252$, $p= 0,080$). Sukupuolella (kuva 6) tai iällä ($\chi^2= 9,672$, $p= 0,645$) ei ollut vaikutusta koetun fyysisen kunnan arvioinnissa.



Kuva 6. Sukupuolen vaikutus fyysisen kunnan arvioinnissa ($\chi^2= 2,450$, $p= 0,484$)

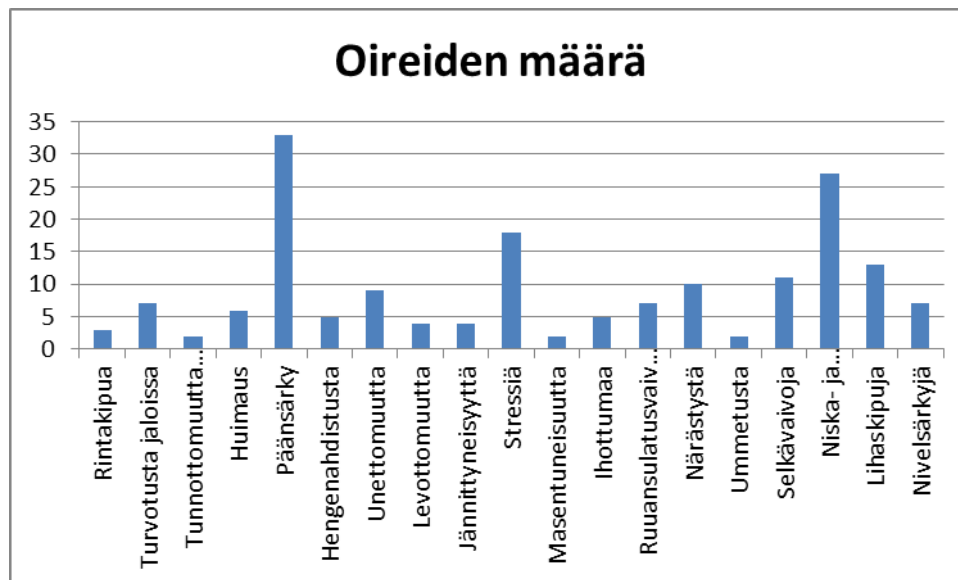
Ylipainoisuus

Ylipainoisiksi itsensä koki 36 % vastaajista. Suurin osa sekä naisista että miehistä koki olevansa joissain määrin ylipainoisia. Yleisimmin laihdutuskehotuksia jakelevat lääkärit sekä omat perheenjäsenet. Ylipainoisuuden ja koetun fyysisen kunnan välillä oli negatiivinen korrelaatio ($r= -0,509$, $p= 0,000$, significant at the 0,01 level). Ylipainoisuus vaikutti myös koettuun terveyteen laskevasti ($r= 0,376$, $p= 0,007$, significant at the 0,01 level).

Pitkäaikaissairastavuus ja lääkärisikäynnit

Vastaajat kävivät lääkärissä pääasiassa 0–3 kertaa vuodessa. Vastaajista 28 %:lla oli 1–2 pitkäaikaissairautta. Mitä enemmän vuotuisia lääkärissä käyntejä oli, sitä huonommaksi vastaajat kokivat terveytensä ($r= 0,409$, $p= 0,003$, significant at the 0,01 level). Pitkäaikaissairaudet heikensivät myös koettua terveyttä ($r= 0,343$, $p= 0,015$, significant at the 0,05 level). Tuloksissa yllätti erityisesti 25–44-vuotiaiden kokemien oireiden määrä. 25–44-vuotiaita tutkimukseen vastanneista oli 52 %. He olivat kokeneet

kuluneen kuukauden aikana 55 % erilaisista oireista ja vaivoista. Ikä sekä koettujen vaivojen ja oireiden määrä eivät olleet toisistaan riippuvaisia ($\chi^2 = 21,163$, $p = 0,928$). Vähäisellä liikunnan harrastamisella on pieni, muttei merkittävä yhteys oireiden ja vaivojen lisääntymiselle ($r = 0,264$, $p = 0,087$).

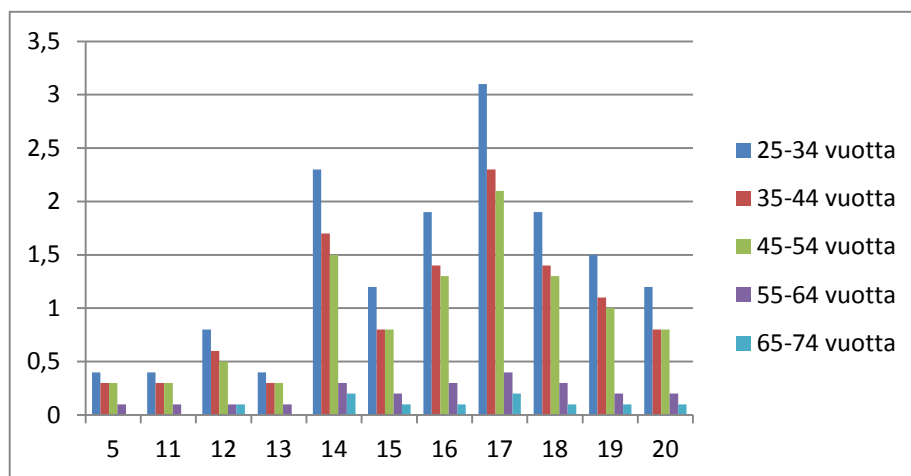


Kuva 7. Koetut oireet viimeisen kuukauden aikana

Lukuisat vaivat ja oireet (kuva 7) eivät merkittävästi vaikuttaneet negatiivisesti kokemukseen omasta terveydestä ($r = 0,279$, $p = 0,067$) tai lisänneet lääkärissä käyntien määrää ($r = 0,125$, $p = 0,417$). Sen sijaan työ- tai toimintakykyä haittaava sairaus tai vamma vaikutti koettuun terveydentilaan laskevasti Pearsonin korrelaation mukaan ($r = 0,650$, $p = 0,000$, correlation is significant at the 0,01 level).

7.2 Mikä yhteys sosiaalisilla terveyden määrittäjillä on koettuun terveyteen ja hyvinvointiin

Valtaosa vastaajista viihtyi työssään melko hyvin. Vastaajista 64 % ei ollut suunnitellut jäävänsä varhais- tai osa-aikaiseläkkeelle.

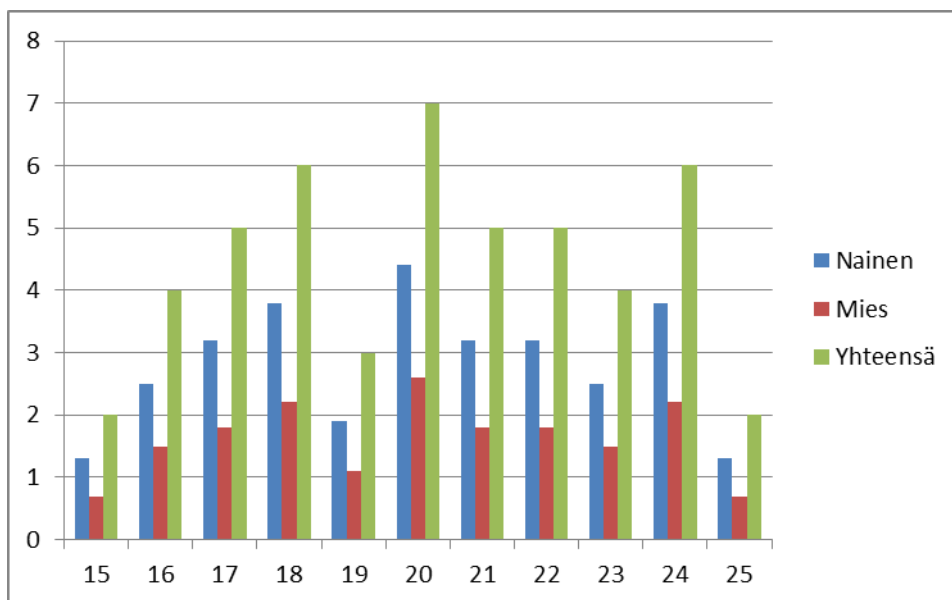


Kuva 8. Työssä viihtyminen suhteessa ikään, 4–20 pistettä ($\chi^2 = 45,073$, $p = 0,268$)

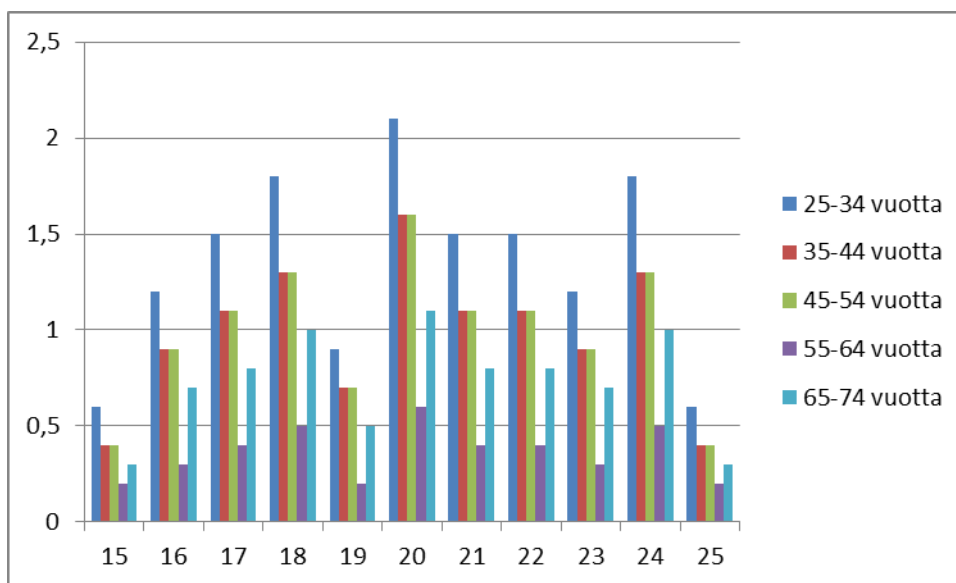
Työssä viihtyvyyteen liittyvistä kysymyksistä 12, 14, 15 ja 16 muodostettiin summamuuttuja, jolloin pisteet jakautuivat 4–20 välille. 4 pistettä tarkoitti erittäin huonosti työssään viihtyviä ja 20 erittäin hyvin työssään viihtyviä. Ikä ei vaikuttanut merkittävästi työssä viihtymiseen (kuva 8). Koulutuksen ja työssä viihtymisen yhteys Pearsonin korrelaatiolla oli negatiivinen ($r = -0,297$, $p = 0,066$), eli korkeammin koulutettu viihtyy työssään huonommin. Tulos ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkittävä.

Koherenssi

Valtaosalla vastaajista oli melko tai erittäin onnellinen lapsuus sekä erittäin hyvät tai melko hyvät suhteet vanhempiinsa. 67 %:lla vastanneista ei ollut ollut haitallisia elintapoja nuoruudessaan. Vastanneilla joilla oli ollut joissain määrin onnellinen lapsuus sekä joissain määrin hyvät suhteet vanhempiinsa oli usein myös kaksi tai useampi haitallista elintapaa nuoruudessaan. Pearsonin korrelaatiolla tarkasteltuna koherenssin ja haitallisten elintapojen merkitystä nuoruudessa saatiin negatiivinen tulos ($r = -0,246$, $p = 0,376$). Haitalliset elintavat nuoruudessa heikentävät koherenssia aikuisuudessa, tulos ei ollut tilastollisesti merkittävä. Koherenssin tunteeseen liittyvistä kysymyksistä 49, 50, 52, 53 ja 55 muodostettiin summamuuttuja, jossa pisteet jakaantuivat 5–25 välille. Huonompi koettu terveys vaikutti koherenssiin laskevasti ($r = -0,397$, $p = 0,005$, significant at the 0,01 level). Sukupuolella (kuva 9), iällä (kuva 10) tai siviilisäädyltä ($\chi^2 = 31,675$, $p = 0,383$) ei ollut vaikutusta koherenssin tunteeseen.



Kuva 9. Sukupuoli suhteessa koherenssin tunteeseen, pisteet 5–25 ($\chi^2 = 10,500$, $p = 0,398$)



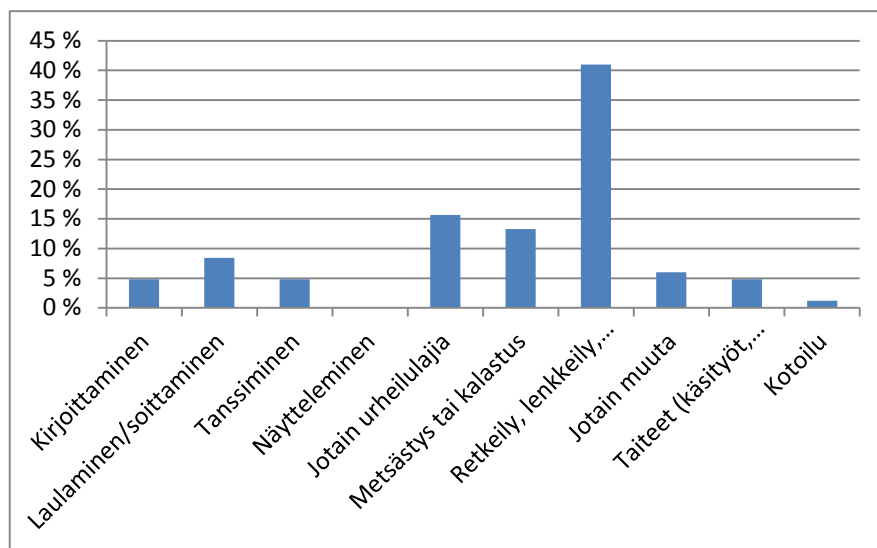
Kuva 10. Ikä suhteessa koherenssin tunteeseen, pisteet 5–25 ($\chi^2 = 43,504$, $p = 0,325$)

Ikääntyessä parisuhteen laatu koetaan heikommaksi ($r = -0,413$, $p = 0,003$, significant at the 0,01 level), ystävien määrä vähäisemmäksi ($r = -0,185$, $p = 0,198$) sekä ihmissuhteissa onnistuminen heikommaksi ($r = -0,293$, $p = 0,039$, significant at the 0,05 level). Parisuhteenlaatu ei silti vaikuta ystävien määrään ($r = 0,281$, $p = 0,048$, significant at the 0,05 level). Pearsonin korrelaatiolla tarkasteltiin elämään tyytyväisyyttä sekä parisuhteen laatua suhteessa koulutuksen tasoon. Korkeasti koulutetut olivat tyytymät-

tömämpiä elämäänsä, mutteivät kuitenkaan merkittävästi ($r = -0,127$, $p = 0,381$). Parisuhteen laatuun koulutuksen taso ei vaikuttanut ($r = 0,240$, $p = 0,093$).

7.3 Mikä merkitys yhteisöllisyydellä on koettuun terveyteen ja hyvinvointiin

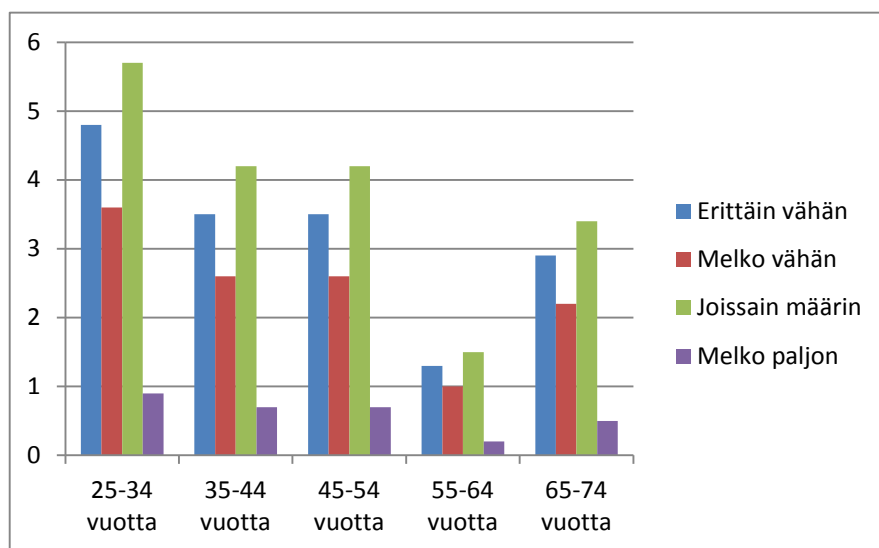
Pääosa vastaajista kulutti kulttuuria vuosittain tai kuukausittain. Iällä ei ollut merkitystä kulttuurin kuluttamisen määrän kanssa ($\chi^2 = 16,046$, $p = 0,189$).



Kuva 11. Harrastaminen

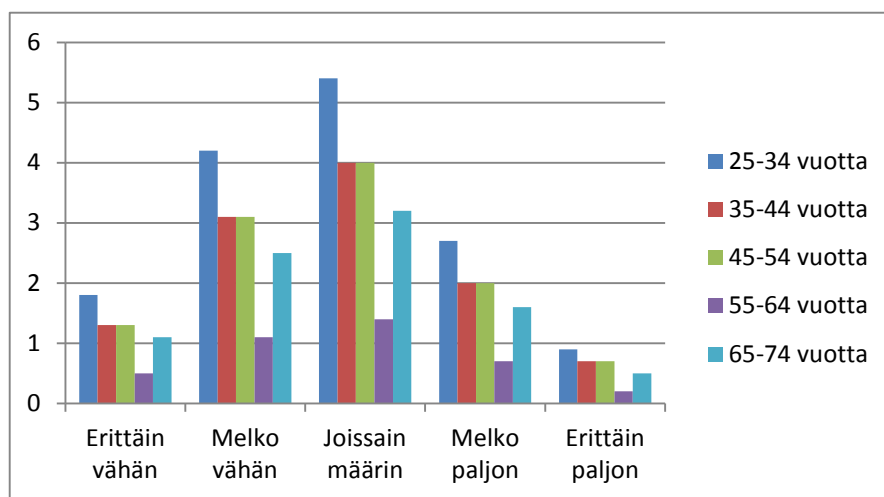
Vastanneiden harrastaminen oli hyvin luontoon liittyvää (kuva 11). Ikäryhmittäin tarkasteltuna suurimmalla osalla vastanneista oli yksi tai kaksi harrastetta. 65–74-vuotiailla kahden ja kolmen harrasteen väli oli huomattavasti pienempi nuorempiin vastaajiin verrattuna ($\chi^2 = 8,204$, $p = 0,414$). Vastanneista 40 % ei ollut lainkaan mukana yhdistys- tai seuratoiminnassa. Pearsonin korrelaatiolla tarkasteltuna alaikäisten lasten määrä vähensi hieman, muttei merkittävästi, seuratoiminnassa mukanaoloa ($r = -0,039$, $p = 0,787$). Oma harrastaminen ei myöskään lisännyt seuratoiminnassa mukanaoloa ($r = 0,025$, $p = 0,871$). Aktiivisesti yhdistys- tai seuratoiminnassa oli mukana 16 % vastaajista, heistä aktiivisimpia olivat 55–64-vuotiaat omaan ikäryhmäänsä suhteutettuna ($\chi^2 = 20,117$, $p = 0,215$). Torilla ja markkinoilla käyminen jakautui tasaisesti kuukausittain ja vain isoilla markkinoilla käyvien kesken. Tattoossa tai Tattooteltassa oli elämänsä aikana käynyt 78 % vastanneista. Tattoo-tapahtuma on merkittävä haminalaisille.

Vaikutusmahdollisuudet omassa lähiympäristössä koettiin yleisesti ottaen vähäisiksi. Kysymyksistä 63, 64 ja 65 muodostettiin summamuuttuja, jota käsiteltiin Pearsonin korrelaation avulla sukupuoleen suhteutettuna. Analyysin tulos oli negatiivinen ($r = -0,122$, $p = 0,398$), mikä viittaisi siihen että miehet suhtautuvat hieman naisia kriittisemmin vaikutusmahdollisuuksiin omassa lähiympäristössään. Koulutuksen tason ja vuositulojen määrän merkitystä tarkasteltiin Pearsonin korrelaation avulla. Hyväpalkkaiset kokivat vaikutusmahdollisuutensa matalapalkkaisia paremmiksi ($r = 0,298$, $p = 0,035$, significant at the 0,05 level). Koulutuksen tasolla ei kuitenkaan ollut merkitystä ($r = 0,148$, $p = 0,304$) vaikutusmahdollisuuksia arvioitaessa.



Kuva 12. Luottamus kuntapäätäjiin ($\chi^2 = 13,907$, $p = 0,307$)

Luottamus kuntapäätäjiin sekä vaikutusmahdollisuudet kunnallisiin asioihin koettiin vähäisiksi iästä riippumatta (kuva 12).

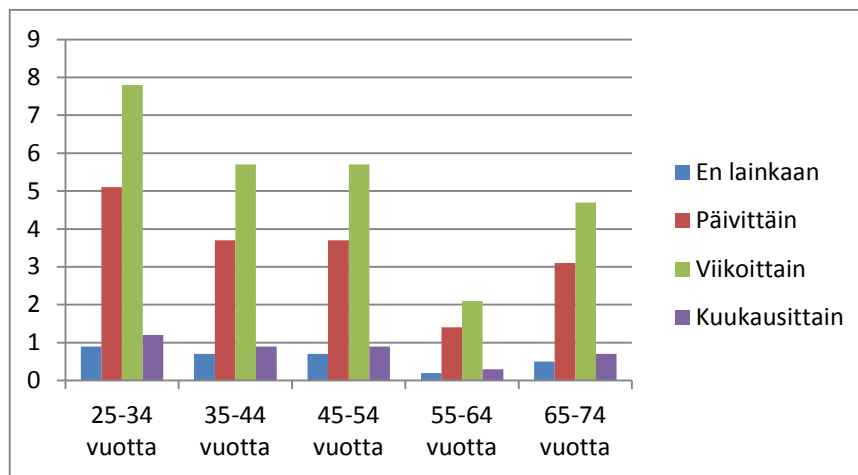


Kuva 13. Vaikutusmahdollisuudet omassa asuinympäristössä ($\chi^2 = 22,099$, $p = 0,140$).

Vaikutusmahdollisuuksia omassa asuinympäristössä tarkasteltiin ristiintaulukoimalla ikään verraten. Asuinympäristössään tapahtuviin asioihin koki voivansa vaikuttaa joissain määrin tai melko vähän suurin osa vastaajista iästä huolimatta (kuva 13).

7.4 Mikä merkitys sosiaalisella ympäristöllä ja asuinympäristöllä on koettuun terveyteen ja hyvinvointiin

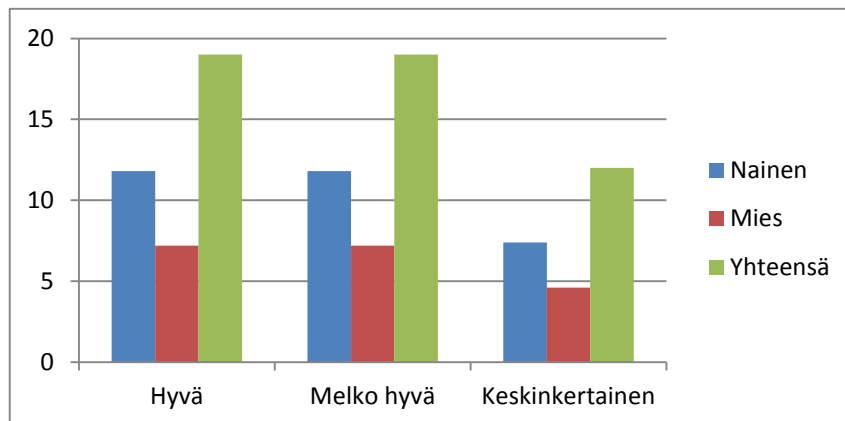
Suurin osa vastaajista oli 2–5 hengen perhekunnista, joissa asui 1–3 alle 18-vuotiasta tai ei yhtään alle 18-vuotiasta. Puolet vastaajista asui maaseudulla ja toinen puolikas jakautui taajamassa ja keskustassa tai sen tuntumassa asuvien kesken. Pääosa vastanneista asui omakotitalossa ja omistusasunnossa. Suurin osa vastanneista oli erittäin tai melko tyytyväisiä asuinympäristöönsä. Pearsonin korrelaation avulla tarkasteltiin koulutuksen ja vuositulojen vaikutusta asuinympäristönsä tyytyväisyyteen. Korkeasti koulutetut olivat hieman muita tyytymättömämpiä asuinympäristöönsä ($r = -0,303$, $p = 0,032$, significant at the 0,05 level). Vuositulojen määrällä ei ollut merkittävää vaikutusta ($r = -0,185$, $p = 0,199$).



Kuva 14. Naapureidensa kanssa tekemisissä ($\chi^2 = 10,674$, $p = 0,557$)

Naapureidensa kanssa tekemisissä vastaajat olivat pääasiassa viikoittain, iästä riippumatta (kuva 14).

7.5 Mikä yhteys terveydellä, materiaalisella hyvinvoinnilla ja elämänlaadulla on koettuun terveyteen



Kuva 15. Kokemus omasta terveydentilasta

Terveydelle haitalliset elintavat jäivät vähäisiksi ja se näkyi hyvänä koettuna terveytenä (kuva 15). Materiaalista hyvinvointia tarkastellessa pääosa vastaajista oli työssä. Osa vastaajista oli osittaisella hoitovapaalla, kotiäitinä tai -isänä tai eläkkeellä. Suurin osa vastaajista oli keskituloisia tai matalatuloisia ja he pääsääntöisesti asuivat omistusasunnoissa omakotitaloissa. Köyhydestä ei voitu tehdä huomioita, vaikka osa vastaajista matalatuloisia olikin. Materiaalinen hyvinvointi ei siten kerro koko totuutta hyvinvoinnista. Elämänlaadullisia seikkoja – ihmissuhteet, ihmisen ja elinympäristön väliset suhteet – tarkasteltaessa huomattiin, että suurin osa vastaajista oli tyytyväisiä elämäänsä. Heillä oli ollut onnellinen lapsuus, hyvät suhteet vanhempiinsa ja he kokivat myös onnistuvansa ihmissuhteissa. Fyysisen ympäristön mielekkyys ja viihtyisyys näyttäisi vaikuttaneen jonkin verran elämänlaatua kohentavasti, vaikka vaikutusmahdollisuudet omassa lähiympäristössä koettiin vähäisiksi.

7.6 Yhteenveto tuloksista

Terveyskäyttäytymisellä oli merkitystä yksilön kokemaan terveyteen ja hyvinvointiin. Erityisesti terveelliset ruokailutottumukset ovat osa hyväksi koettua terveyttä. Terveysvaikutteisten tuotteiden käyttö ei lisännyt koettua terveyttä. Suositusten mukaiset liikuntatottumukset eivät toteutuneet kovinkaan monella vastaajalla, mikä ilmeni heikompana koettuna fyysisenä kuntona. Ylipaino vaikuttaa sekä koettuun terveyteen että fyysiseen kuntoon laskevasti. Pitkäaikaissairastavuus, useat lääkärisikäynnit sekä työ- tai toimintakykyä haittaava sairaus tai vamma heikensivät koettua terveyttä. Vas-

taajien sosiaalisella asemalla ei ilmennyt eroja koettuun terveyteen. Yllättäen juuri korkeasti koulutetut olivat hieman tyytymättömämpiä työssään sekä elämässään. Suurin osa vastaajista viihtyi kuitenkin työssään hyvin. Varhaisilla vuorovaikutussuhteilla oli merkitystä siihen kuinka monta haitallista elintapaa nuoruudessa on ollut. Tämä vaikutti heikentävästi koherenssiin aikuisuudessa. Suurin osa vastaajista koki onnistuvansa ihmissuhteissa melko hyvin, ja he olivat myös melko tyytyväisiä elämäänsä. Ikääntyessä parisuhteenlaatu sekä ihmissuhteissa onnistuminen koettiin heikommaksi ja ystävien määrä vähäisemmäksi kuin nuorempana. Huonompi koettu terveys vaikutti koherenssiin laskevasti. Täten koherenssilla voidaan sanoa olevan merkitystä koetun terveyden ja hyvinvoinnin kannalta. Sosiaalisten terveyden määrittäjien yhteys ei tällä otannalla ollut sosioekonomisen aseman suhteen merkittävä.

Kulttuurin kuluttamisen ja harrastamisen merkitykset ovat hyvinvoinnille tärkeitä. Harrastaminen lisääntyy ikääntyessä. Yhteisöllinen osallistuminen oli vähäistä. Toisaalta 56 %:lla vastaajista oli taloudessaan alle 18-vuotiaita lapsia, mikä hieman rajoittaa yhteisöllisyyden toteutumista kodin ulkopuolella. Vaikutusmahdollisuudet omassa lähiympäristössä koettiin vähäisiksi iästä riippumatta. Hyväpalkkaiset kokivat vaikutusmahdollisuutensa paremmiksi, koulutuksen tasolla ei kuitenkaan ollut erillistä merkitystä. Sosiaalisella ympäristöllä, asuinympäristön viihtyisyydellä sekä vaikutusmahdollisuuksilla omassa ympäristössä oli merkitystä koetun hyvinvoinnin kanssa, koska nämä vaikuttavat ensisijaisesti elämänlaatuun. Korkeasti koulutettujen tyytymättömyys asuinympäristöönsä heikensi heidän elämänlaatuaan tältä osin. Hyvinvoinnin merkitys koetulle terveydelle oli suuri. Suurin osa vastaajista arvioi koetun terveytensä hyväksi tai melko hyväksi. Materiaalisen hyvinvoinnin merkitys ja siihen liittyvien eroavaisuuksien vaikutukset koettuun terveyteen eivät olleet merkittäviä. Tuloeroista huolimatta ei voida todeta eroavaisuuksia itse koetussa terveydessä. Elämänlaatua koettavat seikat, kuten ihmissuhteissa onnistuminen sekä tyytyväisyys omaan elämään nousivat merkityksellisimmiksi.

8 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS

Tutkimuksen luotettavuus eli reliabelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta. Luotettavuuden mittaamiseen voidaan käyttää useita eri mittaus- ja tutkimustapoja. Mittauksen tai tutkimuksen luotettavuus tarkoittaa siten sen kykyä antaa ei-

sattumanvaraisia tuloksia, eli jos kaksi tutkijaa päätyy samanlaiseen tulokseen, voidaan tulosta pitää luotettavana. Myös tutkijan itse arviointi tutkimuksen tekemisen vaiheista on merkittävä. (Hirsjärvi ym. 2010, 231–232.) Tämän tutkimuksen luotettavuutta ja yleistettävyyttä heikentää pieni otanta sekä otannan yksipuolisuus suhteessa perusjoukkoon. Yksipuolisuudella tarkoitetaan lähinnä naisvastaajien runsasta määrää sekä vastaajien sijoittumista D-alueelle (liite 3). Kuitenkin vastaajien koulutustaso ja elinkeinorakenne edustavat suhteellisen hyvin perusjoukkoa. Ikäjakauman osalta otosta vääristää 25–34-vuotiaiden suuri määrä perusjoukkoon verrattuna. Mittaustulosten toistettavuuden arviointi on hankalaa, koska kyselyssä kysyttiin paljon kysymyksiä, joihin vaikuttavat vastaajan sen hetkinen elämäntilanne.

Tutkimuksen pätevyys eli validius on toinen tutkimuksen arviointiin käytettävä käsite. Sen avulla mitataan mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä alun perin oli tarkoituskin mitata. Mittareiden ja menetelmien avulla saadut tulokset eivät aina vastaa sitä todellisuutta mitä tutkija kuvittelee tutkivansa. Esimerkiksi kyselylomakkeiden kysymyksiin vastanneet ovat saattaneet käsittää kysymykset aivan eri tavalla kuin tutkija on ne tarkoittanut. Validiuden mittaamiseksi tutkijan tulee pystyä muuttamaan ajatusmalliansa, jotta tuloksia voidaan pitää tosina ja pätevinä. (Hirsjärvi ym. 2010, 231–232.) Tässä tutkimuksessa joidenkin kysymysten osalta vaikutti siltä, että itse kysymystä tai ohjeistusta olisi kenties pitänyt täsmentää tai yhtä asiaa kysyä kahdella eri tavalla, joista olisi voinut tarvittaessa tehdä summamuuttujan. Ihmiset käsitteivät erilaiset ajanmääreet ja kysymyksen asettelut eri tavalla. Tässä tutkimuksessa huolellisella kyselylomakkeen laatimisella ja ulkopuolisen testiryhmän kommenttien avulla pyrittiin vähentämään kysymysten tulkinnanvaraisuutta. Tulosten mittaamisen ja tulkitsemisen helpottamiseksi, vastausvaihtoehtojen olisi pitänyt olla samansuuntaisia sekä saman asteikollisia.

Kyselytutkimuksen keskeinen eettinen kysymys on otoskoon määrittely. Pieni otoskoko tuli tässä tutkimuksessa kyseeseen aika- sekä resurssirajoitteen vuoksi. Vaikka riskinä oli, ettei otos edusta perusjoukkoa täydellisesti. Tutkimukseen valituille annettiin saatekirje (liite 5) ja esiteltiin tutkimus, he saivat myös mahdollisuuden kieltäytyä. Vastaajille kerrottiin tutkijan vaitiolosta sekä siitä, etteivät yksittäisen vastaajan tiedot ilmene tuloksista ja että tulokset hävitetään välittömästi analysoinnin jälkeen. Peruslähtökohtana oli valita vastaajia mahdollisimman paljon eri ammattiryhmistä, Hami-

nan kaupungin elinkeinorakennetta mukailten. Tutkimuksessa saatuja tuloksia käsiteltiin Excel- ja SPSS-ohjelmien avulla. Merkittävimmät tulokset raportoitiin. Tuloksin vapautta käytettiin perustellusti, tehden selväksi jos asialla ei ollut tilastollista merkittävyyttä. Tämän tutkimuksen eettisenä tavoitteena oli tehdä tutkimus parhaan mahdollisen tutkimustavan mukaan. Tuloksia ei ole vääristelty tai esitetty puolueellisesti. Ne on tekstissä tuotu esiin siten, että niitä voi tarkastella liitteenä olevien muuttujataulukon (liite 1) ja kyselylomakkeen (liite 4) avulla. Tuloksia on myös vertailtu aikaisempien tutkimusten valossa eroavaisuudet huomioiden ja niiden syitä pohtien. Tutkimukseen osallistumisesta ei aiheutunut haittaa vastaajille. (ks. Clarkeburn & Mustajoki 2007, 43–44, 70–71.)

9 POHDINTA

9.1 Terveyskäyttäytyminen

Elintavat

Terveyskäyttäytyminen vaikuttaa koettuun terveyteen. Tällä aineistolla saatujen tulosten perusteella haitallisten elintapojen vaikutuksia ei voida yleistää tai vertailla aiempaan tutkimukseen vastaajien vähäisen päihteiden käytön vuoksi. Voidaan myös todeta, että päihteiden vähäisellä tai kohtuukäytöllä ei näyttäisi olevan haitallisia terveysvaikutuksia. Suositusten mukaisten ruokailutottumusten merkitys koetulle terveyden ja hyvinvoinnintilalle on positiivinen myös tässä tutkimuksessa saatujen tulosten mukaan. Suurin osa vastaajista noudatti lähes – jos ei aivan täysin – suositusten mukaisia ruokailutapoja. Tulokset ovat samansuuntaiset AVTK:n kanssa. (Helakorpi ym. 2011, 12–24.) Työmatkaliikunnan osalta tuloksia ei voida yleistää AVTK:n tulosten kanssa, koska vastaajat asuivat pääasiassa maaseudulla sekä taajamissa. Vapaa-ajan liikunnan harrastaminen oli monella vähäistä. Vastaajien liikuntatottumuksista olisi saatu ehkä parempi kuva kysymällä lisäksi arki- ja hyötyliikunnasta. Osalla vastaajista vähäinen liikunnan harrastaminen liittyi tulosten perusteella raskaaseen fyysiseen työhön. Vastaajat kokivat itsensä vähemmän ylipainoisiksi AVTK:n tuloksiin verrattuna. Ylipainoisuus heikensi sekä koettua terveyttä että fyysisistä kuntoa.

Pitkäaikaissairastavuus ja lääkäriiskäynnit

Nuorten työikäisten oireiden ja vaivojen määrä oli tässä tutkimuksessa silmiinpistävän korkea. Lääkäriiskäyntejä ne eivät vielä lisänneet tai vaikuttaneet itsestään koettuun terveyteen. Vastaajat kokivat terveytensä hyväksi tai melko hyväksi, vaivoista ja oireista riippumatta. Toisin kuin alun teoriaosassa todettiin (ks. Manderbacka 2005), jo yksi tai kaksi pitkäaikaissairautta heikensi koettua terveydentilaa tässä tutkimuksessa. Myös lisääntyneet lääkäriiskäynnit sekä työ- ja toimintakykyä haittaava sairaus tai vamma heikensivät koettua terveydentilaa tällä aineistolla.

9.2 Sosiaaliset terveyden määrittäjät

Koulutus- ja tulotaso

Sosiaalisten terveyden määrittäjien näkökulmasta otanta osoittautui puutteelliseksi, jotta tuloksia voitaisiin vertailla tulo- ja terveyserojen tai työttömyyden kautta. Kuitenkin tämän tutkimuksen tuloksista ja teoriasta löytyi samansuuntaisia tuloksia hyvin järjestettyjen työolojen terveydelle myönteisistä vaikutuksista (Aromaa & Koskinen 2010, 13–14, 22). Ikääntyneet työntekijät eli tässä tutkimuksessa yli 55-vuotiaat vaikuttivat hieman elintavoiltaan aktiivisemmilta eikä heillä ollut niin paljoa vaivoja kuin nuoremmilla työntekijöillä, kuten Kontisen ja Tapanaisen tutkimuksestakin ilmeni (Kontinen & Tapanainen 2007, 53–54).

Koherenssi

Sosioekonomiseen asemaan liittyen ei tässä tutkimuksessa pystytty osoittamaan korkeasti koulutetuilla olevan korkeampi koherenssi. Koherenssin ja siihen vaikuttavien tekijöiden voidaan silti todeta olevan tärkeä osa koettua terveyttä ja hyvinvointia. (Volanen 2011, 52–66; Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 - kansanterveysohjelmasta, 22–24; Oikarinen 2008, 39; Hyyppä 2006.) Erityisesti parisuhteessa ja ihmissuhteissa onnistumisen terveydelliset vaikutukset ovat merkittäviä (Aromaa & Koskinen 2002, 100–101; Volanen 2011, 52–66).

Siviilisäätö ja ikä

Siviilisäätöryhmien välillä ei tässä tutkimuksessa ilmennyt merkittäviä eroja kohe-
renssein osalta. Tuloksissa erikoista oli, että ikääntyessä ihmissuhteissa onnistuminen
koettiin heikommaksi: parisuhteen laatu huonommaksi sekä ystävien määrä vähäi-
semmäksi. Kuitenkaan parisuhteenlaatu ei vaikuta ystävien määrään. Ikääntyminen ja
eläkkeelle jääminen on joillekin niin suuri muutos elämässä, että se on rinnastettavissa
työttömyyden aiheuttamaan epätoivoon. (Husman ym. 2010, 19; Heponiemi ym.
2008, 28.)

9.3 Yhteisöllisyys

Tällä aineistolla saatujen tulosten mukaan yhteisöllisyyden merkitys koetulle tervey-
delle ja hyvinvoinnille näyttäisi olevan tärkeä tekijä jaksamisen kannalta. Torikulttuuri
on osa haminalaista kulttuurikäyttämistä. Torikulttuurista ja ihmisten tapaamisesta
nauttiminen on kuitenkin yksilöllinen valinta. Toisaalta suuremmat toritapahtumat in-
nostavat liikkeelle lähes kaikki vastanneet.

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella harrastaminen lisääntyy ikääntyessä. Harras-
tamisesta saadut terveydelliset hyödyt edesauttavat ihmisiä saamaan myönteisiä elä-
mäkokemuksia sekä jaksamaan työssään paremmin. Harrastaminen kasvattaa siten
sosiaalista pääomaa. (Nummelin 2011, 2; von Brandenburg 2008, 20.) Harrastamisesta
huolimatta yhdistys- ja seuratoimintaan osallistuminen oli tällä aineistolla yllättävän
vähäistä. Ihmiset kenties saavat työpaikoiltaan ja pelkästä harrastamisesta yhteisölli-
syyksiintiönsä täyteen. Tai kyse voi olla niin sanotun talkoohengen katoamisestakin,
minkä vuoksi yhteisöllisten asioiden hoitaminen ilmaiseksi omalla vapaa-ajalla koe-
taan rasitteena.

Aikaisemman tutkimuksen mukaan yhteiskunnallisten vaikutusmahdollisuuksien mer-
kitys koetulle terveydelle on suuri. (Haake & Nikula 2011, 34–38.) Tämän tutkimuk-
sen tulosten mukaan vaikutusmahdollisuudet koettiin vähäisiksi, kuten vastikään ol-
leiden kuntavaalienkin äänestysprosentti osoitti. Heikot vaikutusmahdollisuudet eivät

silti vaikuttaneet terveyttä heikentävästi tällä aineistolla. Näin on ehkä siksi, ettei kuntatasolla tehtyjen päätösten katsota suoraan vaikuttavan kenenkään terveyteen ja siksi asia koetaan vähemmän merkityksellisenä.

9.4 Sosiaalinen ympäristö ja asuinympäristö

Tässä tutkimuksessa sosiaalisen ympäristön ja asuinympäristön merkitys koetun terveyden ja hyvinvoinnin kannalta on tärkeä. Aikaisemmat tutkimukset tukevat käsitystä, jonka mukaan maaseudulla ja taajamissa asuvat ovat tyytyväisempiä terveyteensä ja hyvinvointiinsa. (Koskinen ym. 2005, 34–35, 75; Eronen ym. 2005, 194.) Naapureidensa kanssa vastaajat olivat tekemisissä pääasiassa viikoittain, mitä voi pitää kohtuullisena. Näin pienellä otannalla ei voitu osoittaa iäkkäämpien olevan enemmän tekemisissä naapureidensa kanssa. (ks. Strandell 2011, 60.) Sosiaalisella ympäristöllä eli perheellä, naapureilla ja ystävillä näyttäisi olevan merkitystä niin tällä aineistolla, kuin aiemmankin tutkimuksen perusteella (ks. Pukkala 2004). Suurin osa vastaajista oli perheellisiä, tyytyväisiä ihmissuhteisiinsa ja elämäänsä sekä tekemisissä naapureidensa kanssa.

9.5 Terveys, materiaallinen hyvinvointi ja elämänlaatu

Tällä aineistolla saatujen tulosten mukaan hyvinvoinnin merkitys koetulle terveydelle näyttäisi olevan suuri. Terveytensä suurin osa arvioi hyväksi tai melko hyväksi. Materiaalisten hyvinvointi- sekä terveyserojen vähäisyys tekee toki tulosten tulkinnasta haastavaa. Toisaalta tämä kertoo myös siitä, ettei tuloilla ole hyvinvointiyhteiskunnassa niin suurta merkitystä. (Vaarama ym. 2010, 11–14, 128.) Merkityksellisimmäksi koetun terveyden ja hyvinvoinnin kannalta nousivat elämänlaadulliset tekijät. Näitä kuvaavat ennen kaikkea ihmisten tyytyväisyys omaan itseensä ja elämäänsä, kuten aiemminkin tutkimuksessa on todettu (ks. Koskinen ym. 2005, 73; Eronen ym. 2005, 10–11).

9.6 Yhteenveto

Koettuun terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavat näiden tulosten valossa terveyskäyttäytyminen, koherenssi, harrastaminen ja siitä saatu sosiaalinen pääoma, sosiaalinen ympäristö ja asuinympäristö. Koherenssi, työssä viihtyminen ja tyytyväisyys omaan elämään vaikuttavat merkittävästi hyvinvointiin. Hyvinvointi, etenkin elämänlaatu on koetun terveyden taustavaikuttaja, joka säätelee ihmisen kokemusta omasta terveydestään. Koettu terveys muodostuu sekä välillisesti että välittömästi terveyteen vaikuttavista tekijöistä. Välillisiä ovat kulttuuri, sosiaalinen ympäristö ja asuinympäristö, koherenssi, sosiaalinen asema ja hyvinvointi. Nämä ovat seikkoja, jotka ovat muokanneet ihmistä lapsuudesta saakka ja joiden avulla ihminen on luonut omia käyttäytymismallejaan. Ne ovat mahdollistaneet tai estäneet tiettyjä valintoja. Välillisesti vaikuttavat tekijät ohjaavat ihmisen valintoja elämän aikana. Välittömästi terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavat terveyskäyttäytyminen: elintavat sekä sairastavuus ja elämänlaatu. Nämä muodostuvat valinnoista, joita ihminen tekee päivittäin ja ne selvästi joko edistävät tai heikentävät terveyttä. Välilliset tekijät vaikuttavat välittömiin epäsuorasti, jolloin niitä ei tule ajatelleeksi terveyden muuttuessa. Välittömien tekijöiden vaikutuksen ihminen näkee tai kokee suoraan.

10 JATKOTUTKIMUKSET JA KEHITTÄMISEHDOTUKSET

Jatkotutkimusaiheita saa tästä tutkimuksesta useita. Jokaisesta tutkimusongelmasta voisi tehdä itsenäisen tutkimuksen. Näin ollen taustalta saattaisi paljastua jotain merkittävää, mitä ei näiden kysymysten pohjalta tullut ilmi. Esimerkiksi läheisen tai omaisen sairauden vaikutuksia sekä perheen merkitystä koettuun terveyteen ei tässä tutkimuksessa huomioitu lainkaan. Myös ikääntymisen vaikutuksia terveyskäyttäytymiseen ja koherenssiin olisi mielenkiintoista selvittää. Voiko lähestyvä eläkkeelle jääminen aiheuttaa parisuhteen laadun heikkenemistä vai tuleeko ihmisistä ikääntyessään realistisempia tulkittessaan ihmissuhdetaitojaan? Mielenkiintoista olisi lisäksi tutkia Haminan kylien välisiä kulttuurisia eroja ja selvittää, mitä on haminalaisuus sekä niiden yhteyttä esimerkiksi terveyskäyttäytymiseen. Myös torikulttuuriin ja torikäyttäytymiseen liittyvä tutkimuksen tekeminen olisi kiehtovaa. Jatkotutkimusaiheina olisi lähinnä kulttuuriin ja ympäristöön liittyviä aiheita.

Ymmärtämällä ihmisten taustaa ja ympäristöä voimme ymmärtää, mistä tietynlainen käyttäytyminen johtuu sekä mitkä tekijät sitä ohjaavat. Jolloin on helpompi kehittää juuri haminalaisille sopivia palveluita ja esimerkiksi potilasohjauksessa tai terveyden edistämisessä käytettäviä menetelmiä. Näin esimerkiksi nuorten työkäisten kokemuksiin oireisiin ja vaivoihin olisi parempi mahdollisuus puuttua varhaisessa vaiheessa. Ja täten edistää työssä jaksamista, työurien pidentämistä ja elämänlaatua yleisesti. Myös hoidon tai ohjauksen vaikuttavuus olisi merkittävämpää. Palveluiden järjestäminen ja kohdentaminen on helpompaa, kun niitä osataan markkinoida oikealla tavalla oikealle kohderyhmälle. Ihmiset myös käyttävät palveluita eri tavalla, kun ne tuntuvat tutuilta ja turvallisilta.

LÄHTEET

Aarva, P. & Pasanen, M. 2005. Suomalaisten käsityksiä terveyteen vaikuttavista tekijöistä ja niissä tapahtuneita muutoksia vuodesta 1994 vuoteen 2002. Artikkel. Sosiaalilääketieteen aikakauslehti 2005: 42 57-71. Saatavissa:

http://www.uta.fi/laitokset/tsph/health/society/21320_Aarva_Pasanen.pdf [viitattu 20.1.2012].

Alha, P. & Häkkinen, U. (toim.) 2006. Terveyspalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot. Terveys 2000 -tutkimus. Raportti. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B10/2006. Saatavissa:

http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2006/2006b10.pdf [viitattu 4.4.2012].

Aromaa, A. & Koskinen, S. (toim.) 2010. Suomalaisten työ, työkyky ja terveys 2000-luvun alkaessa. Raportti 11/2010. Terveys- ja hyvinvoinninlaitos. Saatavissa:

<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/346e246c-991f-4ca3-a7f7-3813415facf3>[viitattu 19.2.2012].

Aromaa, A. & Koskinen, S. (toim.) 2002. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000-tutkimuksen perustulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002. Saatavissa: <http://www.terveys2000.fi/julkaisut/b3.pdf> [viitattu 28.2.2012].

Asukasyhdistykset ja kylätoimikunnat. Asuminen ja ympäristö. Haminan kaupungin internetsivut. Saatavissa: <http://www.hamina.fi/fi/asukkaat/asuminen-ja-ympaeristoe> [viitattu 2.4.2012].

Asukkaat. Haminan kaupungin internetsivut. Saatavissa:

<http://www.hamina.fi/fi/Asukkaat/> [viitattu 12.11.2012].

Von Brandenburg, C. 2008. Kulttuurin ja hyvinvoinnin välisistä yhteyksistä. Näköaloja taiteen soveltavaan käyttöön. Opetusministeriön julkaisuja 2008:12. Saatavissa:

<http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2008/liitteet/opm12.pdf?lang=fi> [viitattu 22.2.2012].

Clarkeburn, H. & Mustajoki, A. 2007. Tutkijan arkipäivän etiikka. Tampere. Vastapaino.

Eronen, A., Londén, P., Perälähti, A. & Siltaniemi A. 2005. Hyvinvointi, palvelut ja elämänlaatu Kuuma-kunnissa. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry. Helsinki.

Forsell, M., Virtanen, A., Jääskeläinen, M., Alho, H. & Partanen, A. 2010. Huumetilanne Suomessa 2010. Raportti 40/2010. Helsinki. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/979ec427-0e86-4a05-84ba-21cef2c40200> [viitattu 14.4.2012].

Haake, N. & Nikula, T. 2011. Osallisuus, luottamus ja elinympäristö. Terveys edistämisen kansalaiskysely 2011. Terveys edistämisen keskuksen julkaisuja 1/2011.

Saatavissa: http://www.tekry.fi/web/pdf/bulletins/2011/tekry_049.pdf [viitattu 31.3.2012].

Haminan kaupungin vanhuspoliittinen strategia 2011-2019. Saatavissa: http://www.hamina.fi/tiedostot/Seniori/Vanhuspoliittinen_strategia_6.6.pdf [viitattu 21.1.2012].

Heikkilä, T. 2010. Tilastollinen tutkimus. 7.–8. painos. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Heikkilä, T. 2002. Tilastollinen tutkimus. 4. painos. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Helakorpi, S., Pajunen, T., Jallinoja, P., Virtanen, S. & Uutela, A. 2011. Suomalaisen aikuisväestön terveystietoisuus ja terveys, kevät 2010. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Raportti 15/2011. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/4582dc7b-0e9c-43db-b5eb-68589239b9a3> [viitattu 20.1.2012].

Heponiemi, T., Wahlström, M., Elovainio, M., Sinervo, T., Aalto, A-M. & Keskimäki, I. 2008. Katsaus työttömyyden ja terveyden välisiin yhteyksiin. Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. Työ ja yrittäjyys 14/2008. Saatavissa: http://www.tem.fi/files/19508/temjul_14_2008_tyo_ja_yrittajyys.pdf [viitattu 31.3.2012].

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. 15.–16.painos. Helsinki: Tammi.

Holopainen, M. & Pulkkinen, P. 2008. Tilastolliset menetelmät. 5., uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Husman, P., Palosuo, H., Rotko, T. & Sihto, M. 2010. Paperitehtaan varjossa. Kajaanin paperitehtaan lakkauttamisen ja siihen liittyvien tukitoimien terveys- ja hyvinvointivaikutusten arviointi. Raportti 27/2010. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/a1d69a85-457f-4666-afc4-478405eff498> [viitattu 31.3.2012].

Hyyppä, M-T. 2006. Kansanterveyttä kansalaisyhteisöstä. Artikkelit. Kansanterveyslehti 10/2006. Päivitetty 23.11.2006. Saatavissa: http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2006/nro_10_2006/kansanterveytta_kansalaisyhteisosta [viitattu 3.3.2012].

Jokivuori, P. & Hietala, R. 2007. Määrällisiä tarinoita. Monimuuttujamenetelmien käyttö ja tulkinta. 1. painos. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Kananen, J. 2008. Kvantti. Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylän yliopistopaino.

Kaupunki. Haminan kaupungin internetsivut. Saatavissa: <http://www.hamina.fi/fi/kaupunki> [viitattu 4.3.2012].

Kirjastot. Haminan kaupungin internetsivut. Saatavissa:
<http://www.hamina.fi/fi/Asukkaat/Kulttuuri/> [viitattu 12.11.2012].

Kontinen, H. & Tapanainen, J. 2007. UPM-Kymmene Jämsänkosken paperitehtaan työntekijöiden koettu terveys, subjektiivinen työhyvinvointi ja terveyskäyttäytyminen. Progradu -tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Saatavissa:
https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/12283/urn_nbn_fi_jyu-2007406.pdf?sequence=1 [viitattu 27.2.2012].

Koskinen, S., Kestilä, L., Martelin, T. & Aromaa, A. (toim.) 2005. Nuorten aikuisten terveys. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset 18–29-vuotiaiden terveydestä ja siihen liittyvistä tekijöistä. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B7/2005. Saatavissa:
http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2005/2005b7.pdf [viitattu 3.3.2012].

Kulttuuriyhdistykset. Kulttuuri. Haminan kaupungin internetsivut. Saatavissa:
<http://www.hamina.fi/fi/asukkaat/kulttuuri/kulttuuriyhdistykset> [viitattu 2.4.2012].

Laaksonen, E. 2010. Multiple socioeconomic circumstances and health: associations and explanations among Finnish and British public sector employees. Väitöskirja. Department of Public Health. Faculty of Medicine. University of Helsinki. Saatavissa:
<https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/59666/multiple.pdf?sequence=1> [viitattu 30.5.2011].

Lehtonen, O. 2012. Tilastollisia testejä SPSS-ohjelmalla: Opinnäytetyön työkalut. Kirjallinen dokumentti.

Leikkipaikat. Haminan kaupungin internetsivut. Saatavissa:
<http://www.hamina.fi/fi/Asukkaat/Liikunta%20ja%20vapaa-aika/Leikkipaikat/> [viitattu 12.11.2012].

Liikuntapaikat. Haminan kaupungin internetsivut. Saatavissa:
<http://www.hamina.fi/fi/Asukkaat/Liikunta%20ja%20vapaa-aika/Liikuntapaikat/> [viitattu 12.11.2012].

Luontoreitit ja kohteet. Haminan kaupungin internetsivut. Saatavissa:
<http://www.hamina.fi/fi/Asukkaat/Liikunta%20ja%20vapaa-aika/Luontoreitit%20ja%20kohteet/> [viitattu 12.11.2012].

Manderbacka, K. 2005. Koettu terveys ja tiedossa oleva sairastavuus. Suomalaisten terveys. Artikkelit. Duodecim. Terveyskirjasto. Saatavissa:
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00022 [viitattu 28.2.2012].

Museot. Haminan kaupungin internetsivut. Saatavissa:
<http://www.hamina.fi/fi/Asukkaat/Kulttuuri/Museot/> [viitattu 12.11.2012].

Nummelin, S. 2011. Kulttuurin hyvinvointivaikutukset: onnea, elämyksiä, terveyttä. Tutkimuskatsauksia 1/2011. Turun kaupunki. Kaupunkitutkimus- ja tietoyksikkö. Saa-

tavissa: <http://www.turku.fi/Public/download.aspx?ID=123254&GUID={AF0CC12F-094E-45E3-9255-49F20C377E55}> [viitattu 22.2.2012].

Näyttelyt. Haminan kaupungin internetsivut. Saatavissa: <http://www.hamina.fi/fi/Asukkaat/Kulttuuri/N%C3%A4yttelyt/> [viitattu 12.11.2012].

Oikarinen, A. 2008. Kainuulaisten miesten terveyskäyttäytyminen – kulttuurinen näkökulma. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Saatavissa: <http://herkules.oulu.fi/isbn9789514288401/isbn9789514288401.pdf> [viitattu 19.2.2012].

Paananen T. 2010. Väestön koulutus rakenne Kaakkois-Suomessa. Kaakkois-Suomen elinkeino-, liikenne- ja ympäristökeskuksen julkaisuja 9/2010. Kouvola. Saatavissa: <http://www.elykeskus.fi/fi/ELYkeskukset/KaakkoisSuomenELY/Ajankohtaista/Julkaisut/julkaisusarja/Documents/9%202010%20V%C3%A4est%C3%B6n%20koulutusrakenne%20Kaakkois-Suomessa.pdf> [viitattu 26.11.2012]

Pukkala, E. 2004. Ympäristö ja syöpä. Artikkelit. Duodecim 2004 vol 120 no. 13. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/xmedia/duo/duo94394.pdf> [viitattu 14.4.2012].

Rahkonen, O., Talala, K., Laaksonen, M., Lahelma, E., Prättälä, R. & Uutela A. 2004. Suomalaisten koettu terveys parantunut, terveyden koulutuserot säilyneet 1979–2002. Artikkelit. Suomen lääkirilehti 2004 vol. 59 no. 20 s. 2159–2163. Saatavissa: <http://www.fimnet.fi.xhalax-ng.kyamk.fi:2048/cl/laakarilehti/pdf/2004/SLL202004-2159.pdf> [viitattu 3.3.2012].

Rissanen, P. 2006. Työterveys ja maatalous Suomessa 2004. Maatalousympäristön terveydelliset riskit ja niihin vaikuttaminen. Työterveyslaitos. Kuopio. Saatavissa: http://www.ttl.fi/fi/toimialat/maatalous/tiedonlahteita/Documents/Tyoterveys_ja%20maatalous_Suomessa_2004.pdf [viitattu 4.3.2012].

Rotko, T., Aho, T., Mustonen, N. & Linnanmäki, E. 2011. Kapeneeko kuilu? Tilannekatsaus terveyserojen kaventamiseen Suomessa 2007-2010. Raportti 8/2011. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/9073dc45-9012-4b48-8110-d0f5160a23ef> [viitattu 3.3.2012].

Sinervo, L. (toim.) 2009. Pitkäaikaistyöttömien terveyshanke. Kehittämävaiheen loppuraportti ja paikalliset toimintamallit. Raportti 23/2009. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/a79cf7a8-e4fe-4b72-b4fa-79268290bc10> [viitattu 3.3.2012].

Strandell, A. 2011. SY31/2011 Asukasbarometri 2010 – Asukaskysely suomalaisista asuinympäristöistä. Suomen ympäristökeskus. Saatavissa: <http://www.ymparisto.fi/default.asp?contentid=404033&lan=fi> [viitattu 2.4.2012].

Terveyden edistäminen. Hallituksen politiikkaohjelma 2007. Valtioneuvosto. Saatavissa: <http://www.valtioneuvosto.fi/tietoaarkisto/politiikkaohjelmat-2007-2011/terveys/ohjelman-sisaeltoe/fi.pdf> [viitattu 21.1.2012].

Terveys. Haminan kaupungin internetsivut. Saatavissa:
<http://www.hamina.fi/fi/Asukkaat/Terveys/> [viitattu 12.11.2012].

Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet. Terveysten- ja hyvinvoinninlaitos. Saatavissa: <http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu> [viitattu 19.4.2012].

Tori. Asuminen ja ympäristö. Haminan kaupungin internet sivut. Saatavissa:
<http://www.hamina.fi/fi/asukkaat/asuminen-ja-ympaeristoe/tori> [viitattu 2.4.2012].

Urheiluseurat. Liikunta ja vapaa-aika. Haminan kaupungin internet sivut. Saatavissa:
<http://www.hamina.fi/fi/asukkaat/liikunta-ja-vapaa-aika/urheiluseurat> [viitattu 19.4.2012].

Vaarama, M., Moisio, P. & Karvonen, S. (toim.) 2010. Suomalaisten hyvinvointi 2010. Terveysten- ja hyvinvoinninlaitos. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/8cec7cec-5cf3-4209-ba7a-0334ecdb6e1d> [viitattu 21.1.2012].

Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2001:4. Saatavissa:
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42733&name=DLFE-6214.pdf [viitattu 21.1.2012].

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Vammala: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Volanen, S. 2011. Sense of coherence. Determinants and consequences. Väitöskirja. Department of Public Health. Helsingin yliopisto. Saatavissa:
<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/24380/senseofc.pdf?sequence=3> [viitattu 30.5.2011].

Yli-Luoma, P.V.J. 2000. Johdatus kvantitatiivisiin analyysimenetelmiin SPSS for Windows -ohjelman avulla. 6. painos. Sipoo. IDML Oy.

LIITTEET

MUUTTUJATAULUKKO

Liite 1/1

Tutkimusongelmat ja tutkimuskysymykset	Muuttujat	Kyselylomakkeen kysymykset
Taustamuuttujat		Ikä Sukupuoli Siviilisääty Väestövastuualue
<p>1. Mikä yhteys sosiaalisella terveyden määrittäjillä on koettuun terveyteen ja hyvinvointiin?</p> <p>Mikä yhteys sosiaalisella asemalla on koettuun terveyteen ja hyvinvointiin?</p> <p>Miten materiaallinen hyvinvointi: tuloerot, köyhyys ja elinolot vaikuttavat koettuun terveyteen ja hyvinvointiin?</p>	<p>Koulutustaso, tuloerot</p> <hr/> <p>Tulotaso, tuloerot</p> <hr/> <p>Työllisyys / työtömyys, materiaallinen hyvinvointi, elämänlaatu</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Koulutus ja elinkeino <p>5. Kuinka monta vuotta olette yhteensä käynyt koulua ja opiskellut päätoimisesti?</p> <p>6. Korkein koulussa suorittamanne aste?</p> <hr/> <p>7. Ovatko vuositulonne tällä hetkellä...?</p> <hr/> <p>8. Mikä on ammattinne?</p> <p>9. Oletteko tällä hetkellä pääasiassa työssä/ osin työssä, osin eläkkeellä/ osittaisella hoitovapaalla/ lomautettu/ työtön/ opiskelija/ kotiäiti, koti-isä, äitiyslomalla, hoitovapaalla/ omaishoitaja/ eläkkeellä/ muuten poissa työelämästä?</p> <p>10. Onko taloudessanne tällä hetkellä toinen työssä käyvä/ osin työssä, osin eläkkeellä/ osittaisella hoitovapaalla oleva/ lomautettu/ työtön/ opiskelija/ kotiäiti, koti-isä, äitiyslomalla, hoitovapaalla/ omaishoitaja/ eläkkeellä/ muuten poissa työelämästä/ asun yksin?</p>

<p>Mikä on koherenssin merkitys koetun terveyden ja hyvinvoinnin kannalta?</p> <p>Miten elämänlaadulliset tekijät: ihmissuhteet, ihmisen ja elinympäristön väliset suhteet määrittävät koettua terveyden- ja hyvinvoinnintilaa?</p>	<p>Itsetunto, elämänlaatu</p> <hr/> <p>Työssä viihtyminen</p> <hr/> <p>Ihmissuhteet</p> <hr/> <p>Itsetuntemus ja työssä viihtyminen</p>	<p>11. Oletteko ollut viimeksi kuluneen vuoden aikana työttömänä tai lomautettuna?</p> <hr/> <p>12. Viihdyttekö työssänne?</p> <p>13. Oletteko harkinnut varhais- tai osaaikaeläkkeelle siirtymistä?</p> <hr/> <p>14. Onko työpaikallanne hyvä työilmapiiri?</p> <p>15. Onko teillä hyvät suhteet esimieheenne?</p> <hr/> <p>16. Koetteko, että teitä / työpanostanne arvostetaan työpaikallanne?</p> <hr/>
<p>2. Miten terveyskäyttäytyminen liittyy koettuun terveyteen ja hyvinvointiin?</p> <p>Mikä merkitys vuotuisilla lääkärisä käynneillä on koetun terveyden ja hyvinvoinnin kannalta?</p> <hr/> <p>Miten pitkäaikaissairasta-</p>	<p>Sairastavuus, elämänlaatu</p> <hr/> <p>Pitkäaikaissai-</p>	<ul style="list-style-type: none"> • Terveyspalveluiden käyttö ja terveydentila <p>17. Montako kertaa viimeksi kuluneen vuoden aikana olette käynyt lääkärin vastaanotolla?</p> <p>18. Onko teillä ollut viimeksi kuluneen kuukauden aikana seuraavia oireita tai vajoja?</p> <p>19. Onko teillä sairaus tai vamma, joka haittaa työ- ja toimintakykyänne?</p> <hr/> <p>20. Onko teillä lääkärin toteamia pitkäai-</p>

<p>vuus vaikuttaa kokemukseen omasta terveydestä ja hyvinvoinnista?</p> <p>Miten terveys vaikuttaa koettuun terveyteen ja hyvinvointiin?</p>	<p>rastavuus</p> <hr/> <p>Kokemus omasta terveydestä</p> <hr/>	<p>kaissairauksia?</p> <hr/> <p>21. Onko terveydentilanne mielestänne yleensä?</p> <hr/>
<p>Mikä on päihteiden käytön merkitys koetulle terveydelle ja hyvinvoinnille?</p>	<p>Tupakointi</p> <hr/> <p>Passiivinen tupakointi</p> <hr/> <p>Haitallisten elintapojen tunnistaminen</p> <hr/> <p>Lopettamisyri-tykset</p> <hr/> <p>Juomatavat ja haitallisten elintapojen tunnistaminen</p> <hr/> <p>Huumeiden tai lääkkeiden käyttö</p> <hr/>	<p>• Tupakkatuotteiden käyttö</p> <p>22. Tupakoitteko, nuuskaatteko, poltatteko piippua?</p> <hr/> <p>23. Altistutteko kotonanne/ elinympäristössänne tupakansavulle?</p> <hr/> <p>24. Oletteko huolissanne tupakkatuotteiden käytön haitallisista terveysvaikutuksista?</p> <hr/> <p>25. Oletteko yrittänyt lopettaa tupakkatuotteiden käytön?</p> <p>26. Haluaisitteko lopettaa tupakkatuotteiden käytön?</p> <hr/> <p>• Alkoholin käyttö</p> <p>27. Käytättekö alkoholia?</p> <p>28. Kuinka usein juotte tavallisesti alkoholijuomia?</p> <p>29. Kuinka usein juotte alkoholia kerralla kuusi annosta tai enemmän?</p> <p>30. Onko joku läheisenne huomauttanut teitä alkoholin käytöstänne?</p> <hr/> <p>• Huumeiden käyttö</p> <p>31. Käytättekö huumeita tai lääkkeitä päihdytystarkoituksessa?</p>

	Haitallisten elintapojen tunnistaminen	
Mikä merkitys ylipainoisuudella on koettuun terveyteen ja hyvinvointiin?	Ylipainoisuus, elämänlaatu	<p>32. Onko huumeiden tai lääkkeiden käytöstänne koitunut teille ongelmia?</p> <p>33. Onko joku läheisenne huomauttanut teitä huumeiden tai lääkkeiden käytöstänne?</p> <p>34. Oletteko yrittänyt lopettaa huumeiden tai lääkkeiden käytön?</p> <p>35. Oletteko saanut tai hakenut apua huumeiden / lääkkeidenkäyttö ongelmaanne?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Ylipaino <p>36. Oletteko viimeksi kuluneen vuoden aikana yrittänyt laihduttaa?</p> <p>37. Onko joku seuraavista henkilöistä kuluneen vuoden aikana kehottanut teitä laihduttamaan?</p>
Mikä yhteys liikuntatottumuksilla on koettuun terveyteen ja hyvinvointiin?	<p>Itsetuntemus</p> <p>Työmatkaliikunta</p> <p>Vapaa-ajan liikunta</p> <p>Työn rasittavuus</p> <p>Käsitys omasta fyysisestä kunnosta</p>	<p>38. Koetteko olevanne ylipainoinen?</p> <ul style="list-style-type: none"> • Liikuntatottumukset <p>39. Kävelettekö tai pyöräilettekö työmatkoillanne?</p> <p>40. Harrastatteko vapaa-ajan liikuntaa?</p> <p>41. Miten rasittavaa työnne on fyysisesti?</p> <p>42. Millainen on mielestänne tämänhetkinen fyysinen kuntonne?</p>
Mikä on ruokailutottumus-		<ul style="list-style-type: none"> • Ruokailutottumukset

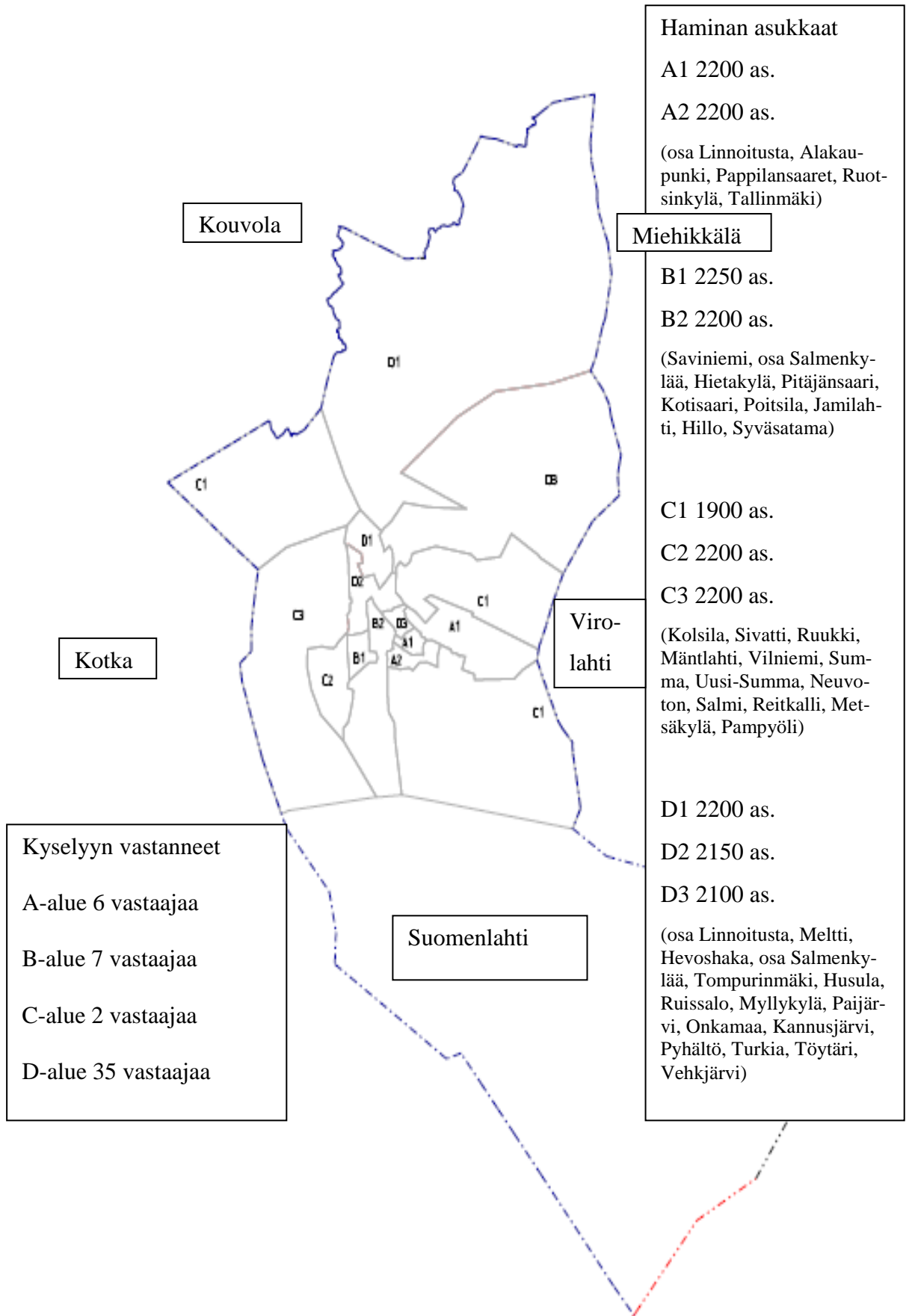
<p>ten merkitys koetulle terveyden- ja hyvinvoinnintilalle?</p>	<p>Terveelliset ruokailutottumukset</p>	<p>43. Oletteko syönyt kuluneen viikon aikana marjoja, hedelmiä tai vihanneksia? 44. Mitä rasvaa käytätte pääasiassa leivälänne? 45. Minkälaisia maitotuotteita käytätte? 46. Mitä juustoja syötte? 47. Syöttekö leipää? 48. Käytättekö terveysvaikutteisia tuotteita?</p>
<p>3. Mikä yhteys sosiaalisella terveyden määrittäjillä on koettuun terveyteen ja hyvinvointiin?</p> <p>Mikä on koherenssin merkitys koetulle terveydelle ja hyvinvoinnille?</p> <p>Miten elämänlaadulliset tekijät: ihmissuhteet, ihmisen ja elinympäristön väliset suhteet määrittävät koettua terveyden- ja hyvinvoinnintilaa?</p>	<p>Varhaisten vuorovaikutussuhteiden merkitys</p> <hr/> <p>Haitalliset elintavat nuoruudessa</p> <hr/> <p>Ihmissuhteissa onnistuminen</p> <hr/> <p>Tyytyväisyys omaan elämään</p>	<p>• Elämänhallinta</p> <p>49. Oliko teillä onnellinen lapsuus? 50. Onko / oliko teillä hyvät suhteet vanhempiinne?</p> <hr/> <p>51. Oletteko nuoruudessanne tupakoinut pidempi aikaisesti/ käyttänyt alkoholia runsaasti/ käyttänyt huumeita/ käyttänyt lääkkeitä päihtymistarkoituksessa/ käyttänyt muita päihteitä?</p> <hr/> <p>52. Koetteko onnistuvan ihmissuhteissa? 53. Onko teillä ystäviä? 54. Onko teillä onnellinen / toimiva parisuhde?</p> <hr/> <p>55. Oletteko tyytyväinen elämäänne?</p>
<p>4. Mikä merkitys sosiaalisella ympäristöllä ja asuinoloilla on koettuun terveyteen ja hyvinvointiin?</p> <p>Miten asuinympäristö ja sen viihtyisyys vaikuttavat koettuun terveyteen ja hy-</p>	<p>Perhekunta</p> <hr/> <p>Ympäristön viih-</p>	<p>• Elinympäristö</p> <p>56. Kuinka monta henkilöä taloudessanne asuu? 57. Kuinka monta alle 18 -vuotiasta taloudessanne asuu?</p> <hr/> <p>58. Minkälainen on asuinalueenne?</p>

<p>vinvointiin?</p> <p>Miten elämänlaadulliset tekijät: ihmissuhteet, ihmisen ja elinympäristön väliset suhteet määrittävät koettua terveyden- ja hyvinvoinnintilaa?</p>	<p>tyisyys</p> <hr/> <p>Fyysinen ympäristö, materiaallinen hyvinvointi</p> <hr/> <p>Asuinympäristön mielekkyys, elämänlaatu</p>	<p>59. Minkälainen on asuntonne?</p> <hr/> <p>60. Oletteko tyytyväinen asuinympäristöönnne?</p> <p>61. Asutteko vuokra-asunnossa/ osaomistus tai asumisoikeusasunnossa/ omistus-asunnossa?</p>
<p>Mikä on sosiaalisen ympäristön merkitys koettuun terveyteen ja hyvinvointiin?</p>	<p>Sosiaalinen ympäristö</p>	<p>62. Oletteko tekemisissä naapureidenne kanssa?</p>
<p>Miten vaikutusmahdollisuudet omassa ympäristössä vaikuttavat koettuun terveyteen ja hyvinvointiin?</p>	<p>Vaikutusmahdollisuudet omassa lähiympäristössä, elämänlaatu</p>	<p>63. Koetteko, että teillä on mahdollisuus vaikuttaa asuinympäristössänne tapahtuviin asioihin?</p> <p>64. Luotatteko kuntapättäjiin?</p> <p>65. Koetteko, että pystytte vaikuttamaan kunnallisiin asioihin?</p>
<p>5. Mikä yhteys kulttuuriharrastuksilla on koettuun terveyteen ja hyvinvointiin?</p> <p>Millaisia ovat kulttuurin kuluttamisesta ja harrastamisesta saadut terveydeliset ja hyvinvoinnilliset hyödyt?</p>	<p>Kulttuurin kuluttaminen</p> <hr/> <p>Kulttuurin harrastaminen</p>	<ul style="list-style-type: none"> Harrastaminen ja yhteisöllinen osallistuminen <p>66. Kuinka usein käytte vuoden aikana tavallisesti teatterissa/ elokuvissa/ konserteissa/ kirjastossa/ kirkossa tai seurakunnan tilaisuuksissa/ taidenäyttelyissä/ museoissa?</p> <hr/> <p>67. Harrastatteko itse jotain seuraavista?</p>

<p>Miten sosiaalinen pääoma ja me- henki vaikuttavat koettuun terveyteen ja hyvinvointiin?</p> <p>Miten elämänlaadulliset tekijät: ihmissuhteet, ihmisen ja elinympäristön väliset suhteet määrittävät koettua terveyden- ja hyvinvoinnintilaa?</p>	<p>Yhteisöllisyys ja sosiaalinen pääoma, elämänlaatu</p>	<p>68. Oletteko mukana yhdistys- tai seuratoiminnassa?</p> <p>69. Käyttökö torilla tai markkinoilla?</p> <p>70. Käyttökö / oletteko käynyt Hamina Tattossa tai Tattoo teltassa?</p>
---	--	---

Tutkijat	Tutkimuksen tarkoitus	Osallistujat	N	Menetelmät	Keskeiset tulokset
Kontinen H., Tapanainen J. 2007	Selvittää millaiset ovat UPM-Kymmene Jämsänkosken paperityöntekijöiden koettu terveys, subjektiivinen työhyvinvointi ja terveyskäyttäytyminen. Lisäksi halutaan selvittää eroavatko nämä tekijät eroavat eri-ikäisten työntekijöiden välillä.	Kaikki UPM-Kymmene Jämsänkosken tehdastyöläiset.	409	Kyselylomake, jossa strukturoituja ja avoimia kysymyksiä. Strukturoidut kysymykset analysoitiin SPSS –ohjelmalla, ja avoimet sisällysanalyysillä.	Työntekijät kokevat terveytensä hyväksi tai melko hyväksi. Koettu terveys huononee iän myötä, vanhimista työntekijöistä vain harva kokee terveytensä hyväksi. Vaikka ikääntyvien työntekijöiden terveydentila ja työhyvinvointi ovatkin heikommat kuin nuoremmilla työntekijöillä, eivät he silti koe fyysistä tai henkistä rasitusta sen enempää kuin nuoremmatkaan. Tutkimus osoittaa, että työyhteisön ikääntyvät työntekijät ovat elämänmyönteisempiä ja elintavoiltaan aktiivisempia kuin nuoret työntekijät.
Laaksonen E. 2010	The aim of the study was to examine the associations of multiple socio-economic circumstances with physical and mental health, and specifically physical functioning and common mental disorders	Health Study among Helsinki City employees yr. 2000-2002 aged 40-60 and fifth phase London-based Whitehall II study 1997-1999 among civil servants aged 35-55	Helsinki: 8960 London: 7830	Physical functioning was measured with the Short Form (SF-36) physical component summary and common mental disorders with the General Health Questionnaire (GHQ-12). The main statistical method used was logistic regression analysis	Childhood and current economic difficulties were associated with poorer physical health and common mental disorders generally in both countries and sexes
Oikarinen A. 2008	Analysoida ja kuvata kainuulaisten miesten terveyskäyttäytymistä, terveyspalveluihin suhtautumista ja terveyskäyttäytymiseen liittyvää puhetta, kulttuurinen näkökulma	Syntyperäiset kainuulaiset 35-56-vuotiaat miehet	20	Temaattinen elämäkertahaastattelu, kolmivaiheinen aineistoanalyysi: aineistolähtöinen analyysi, tee-	Terveyden arvo ohjaa kainuulaisten miesten terveyskäyttäytymistä eikä terveyspalveluja käytetä mielellään. Miesten elämäkulusta ja kasvuympäristöstä löytyi tekijöitä, jotka olennaisesti vaikuttavat terveyskäyttä-

				<p>moihin pohjautuva analyysi, retorinen analyysi</p>	<p>tymiseen ja terveyspalveluiden käyttöön. Esimerkiksi lähiympäristön runsas sairastavuus ja sukupolvelta toiselle periytyneet asenteet. Tutkimuksessa tuotettua kulttuurisidonnaisista tietoa voidaan hyödyntää kehitettäessä terveyspalvelujen laatua ja yksilöllistä suuntaamista.</p>
<p>Volanen S.-M. 2011</p>	<p>Study explores the associations between a wide range of generalized resistance resources of sense of coherence among Finnish- and Swedish-speaking women and men with a view to gaining deeper insight into its developmental circumstances and determinants</p>	<p>The Finnish 'Survey on Living Conditions' (ELO-94) and Health and Social Support (HeSSup) study</p>	<p>ELO-94: 6506 HeSSup: 25 898</p>	<p>ELO-94 was conducted by means of personal face-to-face interview HeSSup was a 15 year prospective postal survey The statistical packages SAS and STATA were used for the analyses</p>	<p>The study reveals that the level of SOC in adulthood is strongly dependent on close and successful social relationships during both childhood and adulthood, there is also a strong association with qualitative work features. For men being a single or not to be able to use one's skills at work proved to threaten their SOC, whereas the lack of social support did the same for women.</p>



KYSELYLOMAKE

Pyydän teitä ystävällisesti vastaamaan alla oleviin kysymyksiin ympäröimällä sopivimman vaihtoehdon sekä vastamaan sanallisesti avoimeen kysymykseen.

PERUSTIEDOT**1 Sukupuoli**

- 1 Nainen
- 2 Mies

2 Ikä

- 1 25–34 vuotta
- 2 35–44 vuotta
- 3 45–54 vuotta
- 4 55–64 vuotta
- 5 65–74 vuotta

3 Siviilisäät

- 1 Naimisissa / rekisteröidyssä parisuhteessa / avoliitossa
- 2 Naimaton
- 3 Asumuserossa tai eronnut
- 4 Leski

4 Väestövastuualue, jolla asutte?

- 1 A -alue (osa Linnoitusta, Alakaupunki, Pappilansaaret, Ruotsinkylä, Tallinmäki)
- 2 B -alue (Saviniemi, osa Salmenkylää, Hietakylä, Pitäjänsaari, Kotisaari, Poitsila, Jamilahti, Hillo, Syväsatama)
- 3 C -alue (Kolsila, Sivatti, Ruukki, Mäntlahti, Vilniemi, Summa, Uusi-Summa, Neuvoton, Salmi, Reitkalli, Metsäkylä, Pampyöli)
- 4 D -alue (osa Linnoitusta, Meltti, Hevoshaaka, osa Salmenkylää, Tompurinmäki, Husula, Ruissalo, Myllykylä, Paijärvi, Onkamaa, Kannusjärvi, Pyhältö, Turkia, Töytäri, Vehkjärvi)

KOULUTUS JA ELINKEINO**5 Kuinka monta vuotta olette yhteensä käynyt koulua ja opiskellut päätoimisesti?**

- 1 0–9 vuotta
- 2 10–13 vuotta
- 3 Yli 13 vuotta

6 Korkein koulussa suorittamanne aste

- 1 Perus-, kansa- tai keskikoulu
- 2 Toisen asteen koulu (lukio tai ammattikoulu)
- 3 Korkeakoulu tai yliopisto

7 Ovatko vuositulonne tällä hetkellä

- 1 Alle 20 000 euroa
- 2 20 000 – 50 000 euroa
- 3 Yli 50 000 euroa

8 Mikä on ammattinne?

9 Oletteko tällä hetkellä pääasiassa

- 1 Työssä
- 2 Osin työssä, osin eläkkeellä
- 3 Osittaisella hoitovapaalla
- 4 Lomautettu
- 5 Työtön
- 6 Opiskelija
- 7 Kotiäiti, -isä / äitiyslomalla / hoitovapaalla
- 8 Omaishoitaja
- 9 Eläkkeellä
- 10 Muuten poissa työelämästä

10 Onko taloudessanne tällä hetkellä

- 1 Toinen työssäkäyvä
- 2 Osin työssä, osin eläkkeellä
- 3 Osittaisella hoitovapaalla
- 4 Lomautettu
- 5 Työtön
- 6 Opiskelija
- 7 Kotiäiti/koti-isä, äitiys-/isyyslomalla, hoitovapaalla
- 8 Omaishoitaja
- 9 Eläkeläinen
- 10 Muuten poissa työelämästä oleva
- 11 Asun yksin

11 Oletteko ollut viimeksi kuluneen vuoden aikana työttömänä, lomautettuna tai eläkkeellä?

- 1 En lainkaan
- 2 0–1 kk
- 3 2–3 kk
- 4 4–6 kk
- 5 7–11 kk
- 6 Koko vuoden (siirtykää kysymykseen 17)

12 Viihdyttekö työssänne?

- 1 Erittäin huonosti
- 2 Melko huonosti
- 3 Välillä hyvin, välillä huonosti
- 4 Melko hyvin
- 5 Erittäin hyvin

13 Oletteko harkinnut varhais- tai osaaika-eläkkeelle siirtymistä?

- 1 Erittäin vähän
- 2 Melko vähän
- 3 Joissain määrin
- 4 Melko paljon
- 5 Erittäin paljon

14 Onko työpaikallanne hyvä työilmapiiri?

- 1 Erittäin huono
- 2 Melko huono
- 3 Välillä hyvä, välillä huono
- 4 Melko hyvä
- 5 Erittäin hyvä

15 Onko teillä hyvät suhteet esimieheen?

- 1 Erittäin huonot
- 2 Melko huonot
- 3 Välillä hyvät, välillä huonot
- 4 Melko hyvät
- 5 Erittäin hyvät

16 Koetteko että teitä / työpanostanne arvostetaan työpaikallanne?

- 1 Erittäin vähän
- 2 Melko vähän
- 3 Joissain määrin
- 4 Melko paljon
- 5 Erittäin paljon

TERVEYSPALVELUIDEN KÄYTTÖ JA TERVEYDENTILA**17 Montako kertaa viimeksi kuluneen vuoden aikana olette käynyt lääkärin vastaanotolla? (sairaala ja poliklinikkakäynnit mukaan lukien)**

- 1 1–3
- 2 4–6
- 3 7–10
- 4 yli 10 kertaa

18 Onko teillä ollut viimeksi kuluneen kuukauden aikana seuraavia oireita tai vaivoja? (ympyröikää oireidenne mukaan)

	Kyllä
a) Rintakipua	1
b) Turvotusta jaloissa	1
c) Tunnottomuutta raajoissa	1
d) Huimaus	1
e) Päänsärkyä	1
f) Hengenahdistusta	1
g) Unettomuutta	1
h) Levottomuutta	1
i) Jännittyneisyyttä	1
j) Stressiä	1
k) Masentuneisuutta	1
l) Ihottumaa	1
m) Ruuansulatusvaivoja	1
n) Närästystä	1
o) Ummetusta	1
p) Selkävaivoja	1
q) Niska- ja hartiavaivoja	1
r) Lihaskipuja	1
s) Nivelsärkyjä	1

19 Onko teillä sairaus tai vamma, joka haittaa työ- ja toimintakykyänne?

- 1 Ei
- 2 Kyllä

20 Onko teillä lääkärin toteamia pitkäaikaisairauksia?

- 1 Ei
- 2 Kyllä, 1–2
- 3 Kyllä, 3–4
- 4 Kyllä, useampi kuin 4

21 Onko terveydentilanne mielestänne yleensä:

- 1 Hyvä
- 2 Melko hyvä
- 3 Keskinkertainen
- 4 Melko huono
- 5 Huono

TUPAKKATUOTTEIDEN KÄYTTÖ

22 Tupakoitteko, nuuskaatteko, poltatteko piippua?

- 1 En lainkaan
- 2 Satunnaisesti
- 3 Päivittäin

23 Altistutteko kotonanne / elinympäristössänne tupakansavulle?

- 1 En (siirtykää kysymykseen 27)
- 2 Kyllä

24 Oletteko huolissanne tupakkatuotteiden käytön haitallisista terveysvaikutuksista?

- 1 Erittäin huolissani
- 2 Melko huolissani
- 3 Jonkin verran huolissani
- 4 Erittäin vähän huolissani
- 5 En lainkaan huolissani

25 Oletteko yrittänyt lopettaa tupakkatuotteiden käytön?

- 1 Viimeisen kuukauden aikana
- 2 1 kk – puoli vuotta sitten
- 3 Puoli vuotta – vuosi sitten
- 4 Yli vuosi sitten
- 5 En koskaan

26 Haluaisitteko lopettaa tupakkatuotteiden käytön?

- 1 En
- 2 Kyllä
- 3 En osaa sanoa
- 4 En tupakoi nykyisin

ALKOHOLIN KÄYTTÖ

27 Käytättekö alkoholia?

- 1 En lainkaan (siirtykää kysymykseen 31)
- 2 Kyllä

28 Kuinka usein juotte tavallisesti alkoholijuomia?

- 1 Päivittäin
- 2 2–3 kertaa viikossa
- 3 Kerran viikossa
- 4 2–3 kertaa kuukaudessa
- 5 Muutaman kerran vuodessa tai harvemmin

29 Kuinka usein juotte alkoholia kerralla kuusi annosta tai enemmän? (Yksi alkoholiannos on yksi 0,33 l pullo olutta, siideriä, lonkeroa tai 16 cl viiniä tai ravintola-annos 4 cl viinaa)

- 1 Päivittäin
- 2 2–3 kertaa viikossa
- 3 Kerran viikossa
- 4 2–3 kertaa kuukaudessa
- 5 Muutaman kerran vuodessa tai harvemmin

30 Onko joku läheisenne huomauttanut teitä alkoholin käytöstänne?

- 1 Ei lainkaan
- 2 Erittäin harvoin
- 3 Joissain määrin
- 4 Melko usein
- 5 Erittäin usein

HUUMEIDEN KÄYTTÖ

31 Käytättekö huumeita tai lääkkeitä päihtymistarkoituksessa?

- 1 En lainkaan (siirtykää kysymykseen 36)
- 2 Päivittäin
- 3 2–3 kertaa viikossa
- 4 Kerran viikossa
- 5 2–3 kertaa kuukaudessa
- 6 Muutaman kerran vuodessa tai harvemmin

32 Onko huumeiden tai lääkkeiden käytöstänne koitunut teille ongelmia?

- 1 Ei lainkaan
- 2 Erittäin vähän
- 3 Joissain määrin
- 4 Melko paljon
- 5 Erittäin paljon

33 Onko joku läheisenne huomauttanut teitä huumeiden tai lääkkeiden käytöstänne?

- 1 Ei lainkaan
- 2 Erittäin harvoin
- 3 Joissain määrin
- 4 Melko usein
- 5 Erittäin usein

34 Oletteko yrittänyt lopettaa huumeiden tai lääkkeiden käytön?

- 1 En
- 2 Kyllä

35 Oletteko saanut tai hakenut apua huumeiden tai lääkkeiden käyttöongelmaanne?

- 1 En ole hakenut apua
- 2 En ole saanut apua, vaikka olen hakenut
- 3 Olen hakenut apua
- 4 Olen saanut apua

YLIPAINO

36 Oletteko viimeksi kuluneen vuoden aikana yrittänyt laihduttaa?

- 1 En
- 2 Kyllä

37 Onko joku seuraavista henkilöistä kuluneen vuoden aikana kehottanut teitä laihduttamaan?

	Kyllä	Ei
a) Lääkäri	1	2
b) Terveystenhoitohenkilö	1	2
c) Perheenjäsen	1	2
d) Joku muu	1	2

38 Koetteko olevanne ylipainoinen?

- 1 En lainkaan
- 2 Erittäin vähän
- 3 Joissain määrin
- 4 Melko paljon
- 5 Erittäin paljon

LIIKUNTATOTTUMUKSET**39 Kävelettekö tai pyöräilettekö työmatkoillanne? (Meno- ja tulomatkaan yhteensä käytetty aika)**

- 1 En ole työssä / työskentelen kotona
- 2 Kuljen matkan moottoriajoneuvolla
- 3 Alle 15 minuuttia päivässä
- 4 15–30 minuuttia päivässä
- 5 30–60 minuuttia päivässä
- 6 Yli tunnin päivässä

40 Harrastatteko vapaa-ajan liikuntaa?

- 1 Päivittäin
- 2 4–6 kertaa viikossa
- 3 3 kertaa viikossa
- 4 2 kertaa viikossa
- 5 Kerran viikossa
- 6 2–3 kertaa kuukaudessa
- 7 Muutaman kerran vuodessa tai harvemmin
- 8 En voi vammaan tai sairauden takia harrastaa liikuntaa

41 Miten rasittavaa työnne on fyysisesti?

- 1 Työni on pääasiassa istumatyötä enkä kävele paljoakaan
- 2 Kävelen työssäni melko paljon, mutta en joudu nostelemaan tai kantamaan raskaita esineitä
- 3 Joudun työssäni kävelemään ja nostelemaan paljon tai nousemaan portaita tai ylämäkeä
- 4 Työni on raskasta ruumiillista työtä, jossa joudun nostamaan tai kantamaan raskaita esineitä, kaivamaan, lapioimaan tai hakkaamaan jne.

42 Millainen on mielestänne tämän hetkinen fyysinen kuntonne?

- 1 Erittäin huono
- 2 Melko huono
- 3 Tyydyttävä
- 4 Melko hyvä
- 5 Erittäin hyvä

RUOKAILUTOTTUMUKSET**43 Oletteko syönyt kuluneen viikon aikana marjoja, hedelmiä tai vihanneksia?**

- 1 En kertaakaan
- 2 1–2 päivänä
- 3 3–5 päivänä
- 4 6–7 päivänä

44 Mitä rasvaa käytätte pääasiassa leivällänne?

- 1 En mitään
- 2 Levitettä, jossa enintään 40 % rasvaa (esim. Keiju Kevyt, Flora Kevyt, Becel 38, Kevyt Levi 30 tai 40, Oivariini Balans)
- 3 Levitettä, jossa noin 60 % rasvaa (esim. Becel 60, Flora 60, Keiju 60)
- 4 Kasvisstanolilevitettä (Benecol)
- 5 Margariinia tai rasvavitettä, jossa 70–80 % rasvaa (esim. Keiju)
- 6 Voi-kasviöljyseosta, rasvaseosta (esim. Oivariini)
- 7 Voita

45 Minkälaisia maitotuotteita käytätte?

- 1 En mitään
- 2 Rasvatonta maitoa tai piimää
- 3 Kevyt tai ykkösmaitoa tai tavallista piimää
- 4 Luomumaitoa
- 5 Kulutusmaitoa

46 Mitä juustoja syötte?

- 1 En mitään
- 2 Vähärasvaisia (esim. Polar 15, Kadett, Edam 17, raejuusto)
- 3 Rasvaisia (esim. Edam, Emmental, Oltermanni, Mozzarella)

47 Syöttekö leipää?

- 1 0–2 siivua päivässä
- 2 2–5 siivua päivässä
- 3 5–10 siivua päivässä
- 4 Yli 10 siivua päivässä

48 Käytättekö terveysvaikutteisia tuotteita?

- 1 En lainkaan
- 2 Erittäin vähän
- 3 Jonkin verran
- 4 Melko paljon
- 5 Erittäin paljon

ELÄMÄNHALLINTA

49 Oliko teillä onnellinen lapsuus?

- 1 Erittäin onneton
- 2 Melko onneton
- 3 Joissain määrin onnellinen
- 4 Melko onnellinen
- 5 Erittäin onnellinen

50 Onko / oliko teillä hyvät suhteet vanhempiinne?

- 1 Erittäin huonot
- 2 Melko huonot
- 3 Joissain määrin hyvät
- 4 Melko hyvät
- 5 Erittäin hyvät

51 Oletteko nuoruudessanne (ympyröikää nuoruutenne elintapojen mukaan)

	Kyllä
a) Tupakoinut pidempiaikaisesti	1
b) Käyttänyt alkoholia runsaasti	1
c) Käyttänyt huumeita	1
d) Käyttänyt lääkkeitä päihtymistarkoituksessa	1
e) Käyttänyt muita päihteitä	1

52 Koetteko onnistuvananne ihmissuhteissa?

- 1 Erittäin harvoin
- 2 Melko harvoin
- 3 Joissain määrin
- 4 Melko usein
- 5 Erittäin usein

53 Onko teillä ystäviä?

- 1 Ei lainkaan
- 2 Erittäin vähän
- 3 Jonkin verran
- 4 Melko paljon
- 5 Erittäin paljon

54 Onko teillä onnellinen / toimiva parisuhde?

- 1 En ole parisuhteessa tällä hetkellä
- 2 Erittäin onneton / toimimaton
- 3 Melko onneton / toimimaton
- 4 Joissain määrin onnellinen / toimiva
- 5 Melko onnellinen / toimiva
- 6 Erittäin onnellinen / toimiva

55 Oletteko tyytyväinen elämäänne?

- 1 Erittäin tyytymätön
- 2 Melko tyytymätön
- 3 Joissain määrin tyytyväinen
- 4 Melko tyytyväinen
- 5 Erittäin tyytyväinen

ELINYMPÄRISTÖ

56 Kuinka monta henkilöä taloudessanne asuu?

- 1 1 henkilö
- 2 2–5 henkilöä
- 3 Yli 5 henkilöä

57 Kuinka monta alle 18 -vuotiasta taloudessanne asuu?

- 1 Ei yhtään
- 2 1–3
- 3 Yli 3

58 Minkälainen on asuinalueenne?

- 1 Maaseudulla
- 2 Taajamassa
- 3 Keskustassa tai sen tuntumassa

59 Minkälainen on asuntonne?

- 1 Kerrostalo
- 2 Rivi- tai paritalo
- 3 Omakotitalo

60 Oletteko tyytyväinen asuinympäristöönnne?

- 1 Erittäin tyytymätön
- 2 Melko tyytymätön
- 3 Joissain määrin tyytyväinen
- 4 Melko tyytyväinen
- 5 Erittäin tyytyväinen

61 Asutteko

- 1 Vuokra-asunnossa
- 2 Osaomistus tai asumisoikeusasunnossa
- 3 Omistusasunnossa

62 Oletteko tekemisissä naapureidenne kanssa?

- 1 En lainkaan
- 2 Päivittäin
- 3 Viikoittain
- 4 Kuukausittain

63 Koetteko, että teillä on mahdollisuus vaikuttaa asuinympäristössänne tapahtuviin asioihin?

- 1 Erittäin vähän
- 2 Melko vähän
- 3 Joissain määrin
- 4 Melko paljon
- 5 Erittäin paljon

64 Luotateko kuntapäätäjiin?

- 1 Erittäin vähän
- 2 Melko vähän
- 3 Joissain määrin
- 4 Melko paljon
- 5 Erittäin paljon

65 Koetteko, että pystytte vaikuttamaan kunnallisiin asioihin?

- 1 Erittäin vähän
- 2 Melko vähän
- 3 Joissain määrin
- 4 Melko paljon
- 5 Erittäin paljon

HARRASTAMINEN JA YHTEISÖLLINEN OSALLISTUMINEN**66 Kuinka usein käytte vuoden aikana tavallisesti teatterissa / elokuvissa / konserteissa / kirjastossa / kirkossa tai seurakunnan tilaisuuksissa / taidenäyttelyissä / museoissa?**

- 1 En lainkaan
- 2 Viikoittain
- 3 Kuukausittain
- 4 Vuosittain
- 5 Joka toinen vuosi

67 Harrastatteko itse jotain seuraavista (voitte ympyröidä useampia tai vastata sanallisesti)

- 1 Kirjoittaminen
 - 2 Laulaminen / soittaminen
 - 3 Tanssiminen
 - 4 Näyttelemine
 - 5 Jotain urheilulajia
 - 6 Metsästys tai kalastus
 - 7 Retkeily, lenkkeily, luonnossa liikkuminen
 - 8 Jotain muuta
-

68 Oletteko mukana yhdistys- tai seuratoiminnassa? (Urheiluseurat, kuorot, teatteritoiminta, seurakunta, asukasyhdistys, kylätoimikunnat jne)

- 1 En lainkaan
- 2 Erittäin vähän
- 3 Jonkin verran
- 4 Melko paljon
- 5 Erittäin paljon

69 Käyttekö torilla tai markkinoilla?

- 1 En koskaan
- 2 Vain isoilla markkinoilla
- 3 Kuukausittain
- 4 Lähes päivittäin

70 Käyttekö / oletteko käynyt Hamina Tattoossa tai Tattoo teltassa?

- 1 En
- 2 Kyllä

Kiitos vastauksestanne!

SAATEKIRJE

Liite 5/1

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

SAATE

Terveysala, Kotka

Hoitotyön koulutusohjelma

1.9.2012

Arvoisa vastaaja!

Opiskelen sairaanhoitajaksi Kymenlaakson ammattikorkeakoulussa, terveystalon yksikössä, Kotkassa. Olen päässyt opinnoissani opinnäytetyön tekovaiheeseen. Opinnäytetyöni käsittelee haminalaisen aikuisväestön koettua terveyden- ja hyvinvointitilaa. Tarkoitukseni on kuvata haminalaisten terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavia tekijöitä sekä niiden merkityksiä ihmisten omaan kokemukseen terveydestään ja hyvinvoinnistaan.

Aineisto kerätään ohessa olevan kyselylomakkeen avulla.

Pyydän teitä ystävällisesti tutustumaan kyselylomakkeeseen ja vastaamaan kysymyksiin omien tuntemustenne mukaan, sillä **vastauksenne on tärkeä!**

Vastauksenne käsitellään luottamuksellisesti eikä yksittäisen vastaajan tiedot tule ilmi tuloksista. Kyselyaineisto hävitetään analysoinnin jälkeen.

Opinnäytetyötäni ohjaa lehtori Anneli Airola.

Vastauksistanne kiittäen!

Satu Kivelä

satu.kivela@student.kyamk.fi