

Terveydellinen hyvinvointi ja terveystalveluiden toimivuus
Kemin kaupungissa

Kemi- Terveeksi 2015- kuntalaiskyselyn tuloksia terveydellisestä
hyvinvoinnista ja terveystalveluista

Kemi- Terveeksi 2015 tutkimus- ja kehittämishanke

Mirva Tirroniemi

Terveydenedistämisen koulutusohjelman opinnäytetyö
Terveydenhoitaja (Ylempi AMK) Master of Health Care

KEMI/TORNIO VUOSI 2013

TIIVISTELMÄ

KEMI-TORNION AMMATTIKORKEAKOULU

Tekijä:	Mirva Tirroniemi
Opinnäytetyön nimi:	Terveydellinen hyvinvointi ja terveystalouden toimivuus Kemin kaupungissa
Sivuja (+liitteitä):	80 + (38)
<p>Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Kemin kuntalaisten terveydellistä hyvinvointia ja terveystalouden toimivuutta kunnassa. Tutkimuksen tavoitteena oli tuottaa tietoa mitä sairauksia kuntalaiset sairastavat, minkälaiseksi he kokevat terveytensä, minkälaiset elämäntavat kuntalaisilla on ja millaisiksi he arvioivat kunnallisten terveystalouden toimivuuden. Tutkimus liittyy Kemi Terveeksi -2015 hankkeen tutkimus- ja kehittämishankkeen tutkimusosioon. Tässä tutkimuksessa saatuja tuloksia voidaan hyödyntää Kemin kaupungin laatiessa kehittämissuunnitelmaa terveydelliseen hyvinvointiin liittyen.</p> <p>Hyvinvointi koostuu useista ulottuvuuksista kuten läheiset ihmissuhteet, ympäristö, ja terveys joilla kaikilla on merkitystä ihmisen arkielämään. Terveys on toimintakykyisyyttä, tasapainoista vuorovaikutusta ihmisten ja ympäristön kanssa. Terveystalouden vaikuttavat henkilökohtaiset, yhteiskunnalliset, kansantaloudelliset ja ympäristölliset tekijät, jotka ovat yhteydessä yksilön ja väestön terveyteen. Elämäntavoilla on keskeinen merkitys terveyteen ja epäterveelliset elämäntavat lisäävät riskiä sairastua erilaisiin sairauksiin. Terveystalouden edistämällä luodaan mahdollisuus ylläpitää terveyttä ja ehkäistä haittatekijöitä joka toteutuu yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan tasoilla.</p> <p>Tutkimuskohteena olivat Kemin kaupungin aikuisväestö, johon osallistui 1472 henkilöä eli 6,5 % Kemin väestöstä. Tutkimuksessa käytettiin määrällistä tutkimusmenetelmää. Aineisto kerättiin hyvinvointikyselylomakkeella. Kyselyssä saatuja tuloksia analysoitiin kuvailevaa tutkimusmenetelmää käyttäen.</p> <p>Tuloksista ilmeni että kuntalaisten kokivat terveytensä pääasiassa hyväksi. Suurimmat yksittäiset sairaudet olivat verenpaine- ja kolesterolitason kohoaminen, kohonnut verenpaine, kohonnut verenpaine ja selänkulumavika/selkäsairaudet. Kuntalaisten elämäntavat eivät poikenneet valtakunnallisiin tuloksiin nähden lukuun ottamatta tupakointia, joka oli vähentynyt paljon. Terveystalouden toimivuuden kuntalaiset arvioivat huonoksi erityisesti lääkäripalvelujen heikkona saatavuutena.</p>	
Asiasanat: Hyvinvointi, terveys, elämäntavat, terveydenedistäminen	

ABSTRACT

KEMI-TORNIO UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Author:	Mirva Tirroniemi
Name of the Thesis:	Health and Welfare of Citizens And The Functionality of Health Services In The City of Kemi
Pages (+appendices):	80 +38
<p>The purpose of this study was to examine the health and welfare of the citizens of Kemi and how they experience the local health services. The main objective was to provide descriptive information of what diseases citizens suffer, how they perceive their health, what kind of lifestyles citizens have and how they do experience the municipal health services. The study is a part of Kemi Terveeksi 2015 –research and development project. The results of the study can be utilized in the development program to improve the citizens’ health and welfare in Kemi.</p> <p>Welfare composes from several dimensions such as intimate human relationships, environment and physical health, which all possess great importance on human’s routine life. Individual health consists of the functional ability and the balanced interaction between other persons and the environment. Individual health is influenced by personal, social, economic and environmental factors that are in connection with individual and population’s health. The lifestyle proves to have a crucial role in the health while the unhealthy lifestyle increases the risk to get various diseases. Health promotion creates the possibilities to maintain health and prevent the harmful factors, which occur in individual and social level.</p> <p>Research subjects were adults and the data consisted 1472 participants representing 6.5 % of the whole population of Kemi. Data was collected via welfare questionnaires and quantitative research methods were used to analyze the data. The questionnaire results were analyzed using descriptive research method.</p> <p>The results indicated that citizens experienced their health mainly good. The most frequently occurring diseases were hypertension/high blood pressure. There was no deviance in the citizens’ lifestyle factors compared to national level results except the significantly decreased rate of smoking. Citizens rated the health service <i>poor</i> in particular due to the lack of doctor service availability.</p>	
Keywords: welfare, health, lifestyle, health promotion	

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1 JOHDANTO.....	6
2 KEMI-TERVEEKSI-2015 TUTKIMUS JA KEHITTÄMISHANKEEN TAUSTAA .	8
3 HYVINVOINTI.....	11
4 TERVEYDELLINEN HYVINVOINTI.....	13
4.1 Terveys	13
4.2 Kansanterveys.....	15
4.3 Terveyserot kansanterveydessä.....	17
4.4 Sukupuolen väliset terveyserot	18
4.5 Alue erot	19
5 ELÄMÄNTAVAT.....	19
5.1 Ravinto	19
5.2 Liikunta	20
5.3 Alkoholi.....	22
5.4 Tupakointi.....	23
6 TERVEYDEN EDISTÄMINEN	24
7. TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMA	29
8 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	30
8.1. Tutkimuksen kulku	30
8.2 Tutkimuksen kohderyhmä ja tutkimusmenetelmä	30
8.3 Aineiston keruu.....	32
8.4 Aineiston analysointi.....	33
9 KEMI TERVEEKSI 2015 – HYVINVOINTI KYSELYN TULOKSIA	34
9.1 Kuntalaiskyselyyn vastanneiden määrä ja taustaprofiilit	34
9.3 Terveyskäyttäytyminen	42
9.4 Kunnallisten terveyspalveluiden saatavuus toimivuus ja tiedottaminen.....	51
9.5 Kuntalaisten kehittämisehdotuksia Kemien kaupungille	53
10 TUTKIMUKSEN JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	56
10.1 Kuntakyselyyn vastanneiden määrä ja tausta profiili.....	56

10.2 Terveydellinen hyvinvointi.....	57
10.3 Terveyskäyttäytyminen	60
10.4 Terveyspalvelut.....	64
10.5 Pohdintaa tutkimuksen eettisyydestä ja luotettavuudesta	68
10.6 Yleistä pohdintaa tutkimuksesta	69
10.7 Jatkotutkimusaiheita.....	70
LÄHTEET	71
LIITTEET.....	81
LIITETAULUKOT.....	109

1 JOHDANTO

Kemin kaupungin sairastavuus ja kansansairaudet ovat olleet varsin korkealla tasolla pidemmän aikaa. Lapin terveystarkastuksen mukaan (2005) kansansairaudet ja terveysongelmat kasautuvat Kemin kaupunkiin jotka ovat Lapin läänin kaupungeista korkeimmat. Tämä luo suuret kustannukset terveys- ja sosiaalitoimen lisäksi erikoissairaanhoidon. Kemin kaupunki on käynnistänyt Kemi Terveeksi - 2015 tutkimus- ja kehittämishankkeen jonka tavoitteena on saada tietoa Kemin kuntalaisten sairastavuudesta ja hyvinvoinnista sekä laatia toiminta- ja kehittämissuunnitelma hyvinvointipalvelukäytäntöjen uudelleen organisoimiseksi. Hanke on ajankohtainen ja vastaa hyvin uuden terveydenhuoltolain (2.luku 12 §), jossa kunnan on seurattava asukkaattensa terveyttä ja hyvinvointia sekä niihin vaikuttavia tekijöitä väestöryhmittäin sekä kunnan palvelussa toteutettuja toimenpiteitä joilla vastataan kuntalaisten hyvinvointi tarpeeseen. Kunnan on suunnittelussaan asetettava paikallisiin olosuhteisiin ja tarpeisiin perustuvat terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen tavoitteet ja nimetä vastuutahot sekä tehdä yhteistyötä muiden toimijoiden kanssa. Hankkeessa ovat mukana Kemin kaupungin sosiaali- ja terveystoimen ja Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu sosiaali- ja terveysala, Lapin yliopiston yhteiskuntatutkimuksen ja sosiaalityön laitokset sekä Oulun yliopiston terveystieteen laitos.

Tämä tutkimus on osa Kemi Terveeksi 2015 hanketta, joka liittyy hankkeen tutkimusosioon jonka tarkoituksena oli selvittää Kemin kuntalaisten terveydellistä hyvinvointia ja kunnallisten terveystarveluiden saatavuutta. Tavoitteena oli että tutkimuksesta saatuja tuloksia voidaan hyödyntää Kemin kaupungin laatiessa uutta kehittämissuunnitelmaa terveydelliseen hyvinvointiin liittyen. Kuntalaisille toteutettiin laaja hyvinvointikysely tammikuussa 2011, joka sisälsi sekä terveydelliseen että sosiaaliseen hyvinvointiin liittyviä kysymyksiä. Sosiaalialan opiskelija Johanna Tomperi (AMK) on tehnyt tutkimustyönsä sosiaalisesta hyvinvoinnista ja kunta hyvinvoinnin tukijana 2012.

Tässä tutkimuksessa tavoitteena oli tuottaa tietoa mitä sairauksia Kemin kuntalaiset sairastavat ja minkälaiseksi he kokevat terveytensä lisäksi tavoitteena oli selvittää, minkälaiset elämäntavat kuntalaisilla on ja minkälaisiksi he arvioivat kunnallisten terveystarvelujen toimivuuden.

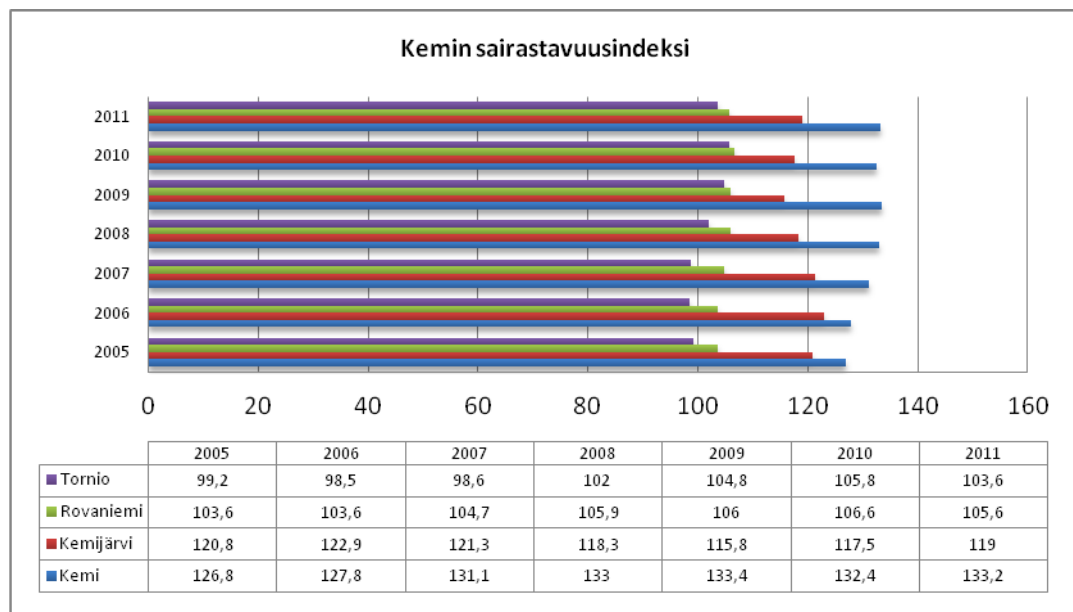
Hyvinvointikysely oli suunnattu Kemin aikuisväestölle johon osallistui 1472 henkilöä joka on 6,5 % Kemin väestöstä. Tutkimuksen tuloksista selvisi, että kuntalaiset sairastivat Suomalaisille tuttuja kansantauteja ja arvioivat kunnan terveysterveystoimien lääkäripalvelujen saatavuuden huonoksi.

Tutkimuksen teoreettinen viitekehys on muodostunut hyvinvointi kyselylomakkeen pohjalta jotka liittyvät terveydelliseen hyvinvointiin. Teoriassa käsittelem myös hyvinvointia yleisesti koska katson sen liittyvän läheisesti terveyteen.

2 KEMI-TERVEEKSI-2015 TUTKIMUS JA KEHITTÄMISHANKEEN TAUSTAA

Kemi Terveeksi 2015 tutkimus- ja kehittämishankkeessa pyritään vastaamaan Lapin terveystarkastuksessa (2005) esitettyyn haasteeseen:

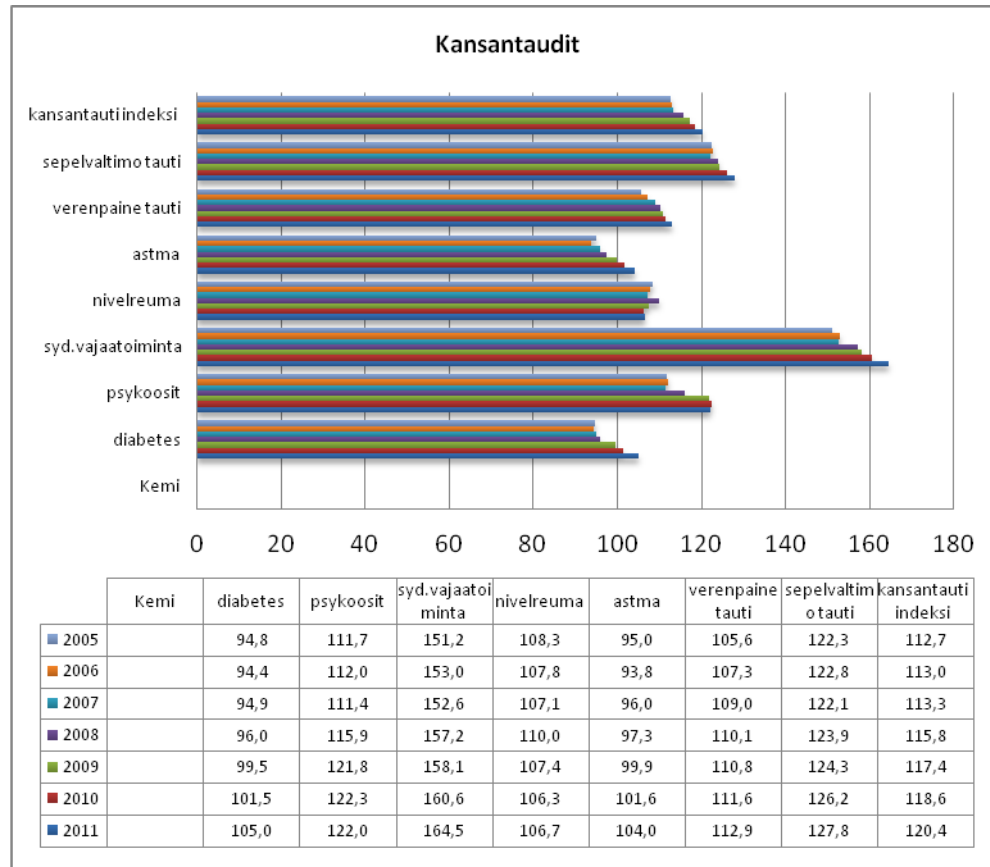
Sairaudet ja terveysongelmat kasautuvat Kemin kaupunkiin ja Keski- Lapin kuntiin. Syynä ovat elinolosuhteet, mahdollisesti muuttoliikkeen aiheuttama valikoituminen sekä epäterveelliset elintavat. Erityisesti näillä paikkakunnilla olisi ryhdyttävä tarkempiin tutkimuksiin ja toimenpiteisiin paikallisen väestön terveyden edistämiseksi sekä luotava väestöpohjainen terveyden seuranta järjestelmä vaikutusten arvioimiseksi. (Näyhä 2005,161.) Sairastavuus indeksi on ollut Kemissä tarkasteluajanjaksolla (2005- 2011) Lapin läänin kaupungeista korkein (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Sairastavuusindeksi(ikävakioitu esiintyvyys suhteutettuna koko maan keskiarvoon= 100)

Kemissä, Kemijärvellä, Rovaniemellä ja Torniossa, vuosina 2005- 2011 (THL SOTKANet 2013.)

Kemin huono tilanne maan keskitasoon verrattuna näkyy erityisesti kansansairauksissa esimerkiksi sydän- ja verisuonisairauksissa, mielenterveyshäiriöissä, tuki- ja liikunta-elinten sairauksissa sekä vammoissa ja myrkytyksissä Kemin kansantauti indeksi (Kuvio 2.)



Kuvio 2. Kemin kansantauti indeksi (vakioitu esiintyvyys suhteutettuna koko maan keskiarvoon) vuosina 2005- 2011. (Terveyspuntari, Kela 2013.)

Alustavasti voidaan todeta, että kemiläisten sairastavuus on korkea ja tarvitaan hallinnolliset sektorit ylittävää yhteistyötä eri toimijoiden kanssa. Työkykyisten ja terveiden poismuutto on voinut vaikuttaa väestökoostumukseen ja heijastuu suurina sairastavuuslukuina. Kemin terveystilannetta arvioitaessa täytyy huomioida myös kaupungin historialliset ja maantieteelliset tekijät. Kaupunki on syntynyt metsäteollisuuden ympärille ja suurin osa asukkaista on työntekijöitä joten paikalliset terveysongelmat voidaan osaksi ymmärtää tätä taustaa vasten. Valtakunnalliset talousongelmat, työttömyys, muuttoliike on vähentänyt kaupungin väkilukua. Jäljelle jäävien työkyvyttömiä, ja mahdollisesti työttömien suurempi sairastavuus vaikuttavat osaltaan terveysprofiiliin. (Näyhä & Hassi 179 -180, 2001; Näyhä & Laakso 2005, 153.)

Perusterveydenhuollon nettokustannukset asukasta kohden ovat jatkuvasti kasvaneet tarkastelujakson aikana 2005- 2011 Kemissä ja vuonna 2011 nettokustannukset asukasta kohden olivat 708 e (Liite1.). Samoin erikoissairaanhoidon kulut ovat jatkuvasti kasva-

neet, kun ne olivat 1284 e asukasta kohden vuonna 2011 (Liite 2.). Uusi terveydenhuoltolaki 2010 (2.luku 12§.) edellyttää kuntia seuraamaan asukkaitensa hyvinvointia ja terveyttä sekä niihin vaikuttavia tekijöitä väestöryhmittäin sekä kunnan palvelussa toteutettuja toimenpiteitä, joilla vastataan hyvinvointitarpeisiin. Kunnan on strategisessa suunnittelussa asetettava paikallisiin olosuhteisiin ja tarpeisiin perustuvat terveyden ja hyvinvoinninedistämisen tavoitteet. Kemin kaupunki on esittänyt tarpeen saada tutkimustietoa mistä kemiläisten korkea sairastavuus johtuu ja miten sairastavuutta voidaan nykyistä tuloksellisemmin ennaltaehkäistä. Kaupungin tavoitteena on saada käyttöönsä toimenpidesuosituksen ja ohjelman, jolla voidaan vähentää Kemiläisten sairastavuutta sekä edistää kaupunkilaisten terveyttä ja hyvinvointia.

Kemi Terveeksi 2015 tutkimushanke on ajankohtainen ja laaja tutkimus- ja kehittämishanke. Hankkeen perusidea voidaan hahmottaa tutkimuskartan avulla (Liite 3.) jossa havainnollistuu tutkimuksen kohteena olevan ihmisen toiminnan tutkiminen toisiinsa kytkeytyvän neljän tutkimuselementin avulla: *konteksti, areena, tilanne ja toimija*. Tutkimuskartan mukaan ihmisen toimintaa koskevan tutkimuksen kohteena voivat olla makrotason organisaatiot, välittävät organisaatiot, toiminta tai yksilön minä - identiteetti ja kokemus. Tärkeää ihmisen toimintaa tutkiessa on huomioida myös ajan kulkuun liittyvä historiallisuus, nykyisyyden lisäksi menneisyys ja tulevaisuus, jotka yhdessä luovat perustan ilmiölle. Ihmisten toiminnan ymmärtäminen edellyttää eri elementteihin kuuluvien ilmiöiden ja niiden vuorovaikutuksen huomioon ottamista (Layder 1993,71- 10; Viinamäki 2007, 24- 26.)

Kemi Terveeksi tutkimus- ja kehittämishanke jakautuu kolmeen eri vaiheeseen, *tutkimusosioon* jolloin saadaan relevanttia tietoa toimintatasolla ja saadusta aineistosta *toimenpideohjelman laatimista* varten. Laaditun toimenpideohjelman jalkauttaminen ja kolmannessa vaiheessa arvioidaan tutkimus- ja *kehittämishankkeen vaikutuksia* kemiläisten hyvinvointiin ja terveyteen. Hanke on ajankohtainen joka pyrkii löytämään toimintamallin, jonka avulla voidaan kehittää palvelujärjestelmää niin, että se tavoittaa kaikki väestöryhmät (Viinamäki 2010.)

3 HYVINVOINTI

Hyvinvointi käsitteenä on moniulotteinen ja merkitsee eri ihmiselle erilaisia asioita. Laajasti ymmärrettynä hyvinvointi on moniulotteinen ilmiö ja käsitteenä hyvin laaja eikä sitä voi tyhjentävästi tai yksiselitteisesti määritellä. Hyvinvointi käsitteen rinnalla käytetään myös muita nimityksiä kuten, elämänhallintaa ja elämänlaatua. *Elämänhallinta* sisältää yhteiskunnallisesti määräytyviä ulkoisia edellytyksiä, jotka luovat mahdollisuuden ja rajat yksilön toiminnalle sekä sisäistä elämänhallintaa. Elämänhallintaan liittyy siten ajatus valinnan mahdollisuuksista ja arvoista jotka ohjaavat elämäntapaa. Elämänhallinta sisältää kaikki ihmisen osa-alueet kuten esimerkiksi työn, sosiaalisen aseman, asumisen, terveyden, työkyvyn ja muut elämisen voimavarat. Elämänhallinta ja terveys liittyvät ihmisen kokonaistilanteeseen ja vaikuttavat sosiaaliseen, psyykkiseen ja fyysiseen olemiseen. Näiden perusulottuvuuksien välillä vallitsee vuorovaikutus ja muutokset näissä ulottuvuuksissa heijastuvat elämänhallintaan ja terveyteen. Vahva elämänhallinta auttaa kohtaamaan vaikeita elämäntilanteita ja vähentää alttiutta sairastumiseen sekä luo terveyttä ylläpitäviä asenteita ja on yhteydessä itsehoitoon. Heikentynyt terveys voi aiheuttaa tuvattomuuden kokemusta ja vakuuttuneisuutta siitä, että henkilö ei kykene hallitsemaan elämäntilanteidensa muutoksia. Elämänhallinta suuntaa terveydellisen hyvinvoinnin saavuttamiseen ja sen ylläpitämiseen. (Heikkinen & Kettunen 1994,12; Pietilä 1994, 23.)

Elämänlaatu käsitteeseen rinnalla käytetään myös käsitteitä elämään tyytyväisyys, ja koettu hyvinvointi. Elämään tyytyväisyyden on todettu liittyvän tulojen riittävyteen, hyväksi koettuun terveyteen, hyviin asuinoloihin, vähäiseen sairastavuuteen, optimistiseen elämän asenteeseen ja vähäisiin perheongelmiin. Näiden lisäksi elämän tyytyväisyyteen vaikuttavat ikä, sukupuoli, koulutus, ammattiasema ja persoonallisuus. Kyseessä on laaja- alainen käsite, johon vaikuttavat monimutkaisella tavalla ihmisen fyysinen terveydentila, psyykkinen tila, autonomian aste, sosiaaliset suhteet ja yksilön sekä hänen elinympäristönsä suhde. (Vaarama & Siljander & Luoma & Meriläinen 2010, 128).

Ihmisen kokonaisvaltainen hyvinvointi koostuu useista eri ulottuvuuksista, joilla kaikilla on merkitystä ihmisen arkielämään. Hyvinvointiin vaikuttavat monet eri tekijät kuten terveys, toimeentulo, asuminen, puhdas ympäristö, turvallisuus, itsensä toteuttaminen ja läheiset ihmissuhteet. Hyvinvointiin sisältyy sekä objektiivisesti mitattavia asioita että subjektiivisia tuntemuksia ja arvostuksia. Hyvinvointi ymmärretään helposti ainoastaan

aineelliseksi hyvinvoinniksi vaikka kysymys voi olla laajemmasta ilmiöstä. Hyvinvointia tulisi tarkastella laajasti yksilöllisestä, yhteisöllisestä ja yhteiskunnallisesta näkökulmasta. Lisäksi se on kulttuurisidonnainen asia jossa jo opitut ja omaksutut yhteiset tavat ja normit, käyttäytymissäännöt, arvot ja asenteet heijastuvat ihmisten hyvinvointikäyttäytymisessä. Hyvinvointi on sekä objektiivisesti arvioitavaa että subjektiivisesti koettu tila (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007: 3,11.)

Hyvinvointi voidaan määritellä käyttämällä joko tarve- tai resurssipohjaista lähestymistapaa. Tarvepohjainen lähestymistapa tarkastelee hyvinvointia yleensä toteutuneena asiatilana kun resurssipohjainen lähestymistapa tarkastelee sitä toteutuvana asiatilana. (Marski 1996,12). Tarveteoreettisesta näkökulmasta hyvinvointi on tila, kun ihminen saa keskeiset tarpeensa tyydyttyksi ja hyvinvointi kasvaa suhteessa tyydytettyihin tarpeisiin (Allardt 1980,21). Tarpeilla Allardt tarkoittaa perustarpeiden tyydyttämistä, joiden tyydyttämättä jättäminen merkitsee huonoja olosuhteita. Resurssiperusteisessa hyvinvoinnissa hyvinvointia tarkastellaan erilaisina mahdollisuuksina, jossa ihminen nähdään aktiivisena toimijana joka voi tietoisesti ohjata ja hallita elinolosuhteitaan ja tarpeidensa tyydytystä hallitsemiensa resurssien avulla (Marski 1996,14; Raunio 2003, 304- 305.) Resurssipohjaisten lähestymistapojen tarkoituksena on tarkastella niitä voimavaroja, jotka mahdollistavat tarpeentyydytyksen, esimerkiksi yhteiskunta ohjaa erilaisilla toimenpiteillä resurssien käyttöä. Resurssit voivat olla aineellisia esimerkiksi asunto ja raha tai aineettomia kuten sosiaaliset suhteet ja terveys (Raunio 2003, 305, Marski 1996,14.) Resurssi- ja tarvepohjainen lähestymistapa eivät sulje pois toisiaan vaan täydentävät toisiaan. Hyvinvointitutkimuksissa puhutaan kaikilla hyvinvoinnin ulottuvuuksilla tarvittavista resursseista tai voimavaroista, joiden avulla ihmisellä on mahdollista tehdä omaa elämää koskevia päätöksiä. Ajatuksena on että ihminen omilla valinnoillaan pyrkii hyvinvointiin ja hän voi painottaa erilaisten voimavarojen hyödyntämistä hyvinvoinnin tavoittelussa. (Kautto 2006,33.) Pohjoismaisessa hyvinvointi tutkimuksissa on korostettu yksilön omaa hallintaa, joka voi tietoisesti ohjata elinolojaan ja tarpeidensa tyydytystä hallitsemiensa resurssien avulla. Tunnetun pohjoismaalaisen hyvinvointikäsitteistön on luonut Erik Allardt (1980, 32) jonka avulla voidaan laajasti jäsentää tarpeentyydytyksen osa-alueita.

Hyvinvointia ei voida määritellä yhden indikaattorin tai määritelmän kautta, koska jokaisella ihmisellä on oma käsityksensä hyvinvoinnistaan ja terveydestään. Terveyttä voidaan pitää voimavarana, joka mahdollistaa monipuolisen elämän ja mahdollisuuden oman itsensä toteuttamiseen. Terveys on voimavara jonka avulla monet muut hyvinvoinnin osatekijät voivat toteutua.

4 TERVEYDELLINEN HYVINVOINTI

4.1 Terveys

Terveys käsite ei ole yksiselitteisesti määriteltävä käsite. Terveyttä määriteltäessä viitataan usein Maailman terveysjärjestön (WHO 1946) peruskirjassa jonka mukaan terveys määriteltiin olevan.

täydellisen fyysisen, henkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila, ei pelkästään tautien ja sairauden puutetta.

Tätä määritelmää käytetään yleisesti terveyttä määriteltäessä. Fyysisellä terveydellä tarkoitetaan elimistön moitteetonta toimimista ja psyykkisellä terveydellä kykyä hyödyntää henkisiä voimavaroja. Sosiaalinen terveys taas tarkoittaa kykyä solmia ja ylläpitää ihmissuhteita. Määritelmää on kritisoitu sen laaja-alaisuutensa ja moniulotteisuutensa vuoksi, jossa terveys määritellään niin kaikenkattavasti, että se on oikeastaan vailla merkitystä. Toiseksi sitä on arvosteltu siitä, että terveys on pyritty määrittelemään täydellisenä tilana, joka on saavuttamaton. (Karisto 1984, 57; Nupponen 1994, 42; Vertio 2003, 26).

Terveyttä on määritelty uudelleen Ottawan käsikirjassa (1986) Tässä määritelmässä terveys nähdään voimavarana arjessa, ei tavoitteena tai elämän päämääränä.

Päästäkseen täydelliseen fyysiseen, henkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin, on yksilöiden ja ryhmän kyettävä tunnistamaan ja toteuttamaan toiveensa, tyydyttämään tarpeensa ja muuttamaan ympäristöään tai opittava tulemaan toimeen sen kanssa. Terveys on positiivinen käsite joka painottaa yhteiskunnallisia ja henkilökohtaisia voimavaroja sekä fyysisiä toimintamahdollisuuksia.

Terveys nähdään tässä myönteisenä käsitteenä sen korostaessa henkilökohtaisia ja sosiaalisia voimavaroja sekä fyysistä toimintakykyä. Tässä määritelmässä terveys on ilmaistu toiminnallisesti ja soveltuu paremmin myös terveyden edistämiseen kuin aikaisempi WHO:n määritelmä. Ottavan asiakirjassa terveys on kaikkien oikeus, jonka perusedellytyksinä nähdään rauha, turvallisuus, tulot, ravinto ja vakaat ekologiset olosuhteet, koulutus ja sosiaalinen oikeudenmukaisuus sekä tasa-arvoisuus. (WHO 1986.)

Sosiaali- ja terveysministeriö määrittelee terveyden hyvinvointina, toimintakykyisyytenä ja tasapainoisena vuorovaikutuksena ihmisten ja ympäristön välillä. Terveys on pääomaa joka kasvaa yksilöiden ja yhteisöjen elämänhallinnan kasvaessa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006,15). Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa todetaan, että terveys syntyy siitä kun sitä turvataan mutta voi heikentyä ihmisten arjen olosuhteiden, vuorovaikutuksen, elämäntapojen ja valintojen tuloksena. Siihen vaikuttavat ihmisten keskinäinen sosiaalinen tuki, yhteenkuuluvuus ja huolenpito sekä ihmisten tiedot, taidot ja koulutus. (sosiaali- ja terveysministeriö 2001,8).

Terveyttä voidaan lähestyä useista näkökulmista päin, jotka ovat osittain päällekkäisiä ja näkemykset ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Terveyden määritelmien taustalla on useita erilaisia terveystulkintoja. Eri tieteenalat käsittävät terveyden eri tavoin. *Lääketieteellisessä käsityksessä* terveys ymmärretään sairauksien ja oireiden puuttumisena, johon liittyy biologinen näkökulma. Näin määriteltäessä terveyttä se jää irralliseksi ihmisen kokonaisuudesta (Rissanen 1999, 23). *Sosiologiassa* ihminen nähdään sosiaalisena toimijana, jolloin terveyttä määrittää ihmisen kyky selviytyä sosiaalisissa rooleissa ja sopeutumisen joustavasti ympäristöönsä. *Yhteiskunnallisesta näkökulmasta* terveystulkinta muodostuu hyvinvoinnin, elämänlaadun ja terveyden tasa-arvon osoittimena. (Lahinen & Koskinen- Ollonqvist & Rouvinen- Wilenius & Tuominen 2003, 20.) *Psykologia* tarkastelee terveyttä ihmisen arkisena toimintona ja tuo esille keskeisinä osa-alueina hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja turvallisuuden. Hyvinvointi on sitä millaiseksi koemme olomme. Toimintakyvyssä on kyse päivittäisistä toiminnoista selviäminen, joka on taakana itsenäiselle elämälle mm. ihminen voi pyrkiä erilaisiin tavoitteisiinsa. Turvallisuuden tunteeseen kuuluu luottamus oman olemassaolon jatkuvuuteen, persoonan eheys ja fyysinen ja psyykinen koskemattomuus. (Nupponen 1993, 13 -15). *Hoitotieteellisestä näkökulmasta* terveyttä tarkastellaan moniulotteisena ihmisen kokonaisuutta kuvaavana tilana tai muuttavana prosessina. Terveys on henkilökohtainen voimavara joka on fyy-

sistä, psyykkistä sosiaalista ja hengellistä. Keskeisenä terveyden arvioinnissa ovat ihmisen omat tiedot, kokemukset ja tulkinnat tilanteesta. Terveys liittyy itsehoitoon ja ihmisten arkielämään. (Rissanen 1999, 24).

Terveyttä pidetään ominaisuutena, toimintakykynä, tasapainona, eheytenä, voimavarana ja kykyä selviytyä ja sopeutua. Se on kaikille hyvän kokemista, elämänlaatua huonontavien fyysisten ja psyykkisten oireiden puuttumista tai niiden hallitsemista. Terveyttä ei ole helppo määrittellä, koska se on moniulotteinen, laaja alainen, yksilöllinen ja yhteiskunnallinen kokonaisuus. Tärkeämpää on kuitenkin oma subjektiivinen kokemus siitä mitä terveys on. Koettu terveys on yksilön oma tulkinta siitä mitä terveys on omassa arkielämässä. Kokemus taas perustuu käytettävissä olevaan tietoon, aiempiin kokemuksiin ja sosiaalisiin ja kulttuurisiin normeihin. Terveys on monimuotoinen ja ihmiset arvostavat terveyttä se on arvoasteikossa ensisijalla. Ihmiset määrittelevät terveyttä eri tavoin ja sen merkitys vaihtelee ihmisille. (Vertio 2003; Pelkonen 2005; Savola & Koskinen- Ollonqvist 2005.)

Terveyteen vaikuttavat monet tekijät henkilökohtaiset, yhteiskunnalliset, kansantaloudelliset, ja ympäristölliset tekijät, jotka ovat yhteydessä yksilön ja väestön terveyteen. Yksilön terveyttä määrittävät tekijät ovat ikä, sukupuoli, koulutus, ja tulotaso. Yhteisötason tekijöitä ovat ihmisen kyky tulla toimeen toisten kanssa, työolot ja sosiaalinen asema. Yhteiskunnallisina tekijöitä ovat mm. terveystalouden saatavuus, terveyteen vaikuttava päätöksenteko ja elinympäristöön vaikuttavat tekijät. Terveys on tila, johon vaikuttavat sairaudet, fyysinen ja sosiaalinen elinympäristö sekä ihmisen omat kokemukset, arvot ja asenteet. Terveys sisältää monia ulottuvuuksia ja kaikkien ulottuvuuksien keskinäisten suhteiden ollessa tasapainossa luovat ihmiselle kokonaisvaltaisen terveyden ja hyvinvoinnin tunteen. Hyvä kansanterveys luo pohjan kestäväälle hyvinvoinnille sekä taloudelliselle ja sosiaaliselle kehitykselle (Vertio 2003; Tuominen & Savola & Koskinen- Ollonqvist 2005.)

4.2 Kansanterveys

Kansanterveydellä tarkoitetaan koko väestön terveyttä. Kansanterveystiede tutkii ihmisten ja ihmisryhmien terveyttä sekä sairauksia yhteiskunnallisesta ja kulttuurisesta näkökulmasta. (Kauhanen & Myllykangas & Salonen & Nissinen 2007,9). Suomalaisten kansanterveys on kehittynyt myönteiseen suuntaan viimeisten vuosikymmenien aikana.

Naisten elinajanodote on pidentynyt 2000 luvun alussa seitsemällä vuodella 30 vuoden aikana ja samana aikana miesten elinajanodote on pidentynyt yhdeksällä vuodella. Sairastuminen sepelvaltimotautiin ja aivohalvauksiin on vähentynyt nopeasti noin neljäsosaan 1970- luvun alun tilanteesta, mikä on vähentänyt työikäisten väestön kuolleisuutta noin neljäsosaan. (Aromaa & Huttunen & Koskinen & Teperi 2005,7.)

Sydän- ja verisuonitautien lisäksi tartuntataudit ja joidenkin syöpien sekä hammassairauksien esiintyvyys on laskenut. Itsemurhien määrä on myös laskenut 1990 luvulta ja koettu terveys on parantunut. Kansanterveyden paraneminen on johtunut monista väestön rakenteeseen, elinoloihin ja käyttäytymisen liittyvistä tekijöistä. Keskeisiä ovat olleet koulutustason kohoaminen, asuin- ja työolojen sekä sosiaaliturvan paraneminen, terveyspalvelujen kehittyminen sekä elintapojen muuttuminen terveellisemmäksi. (Teperi & Vuorenkoski 2005, 25.)

Siitä huolimatta vaikka suomalaisten terveys on kohentunut hyvin, edelleen vanhat terveysongelmat säilyvät tulevaisuudessa merkittävinä tekijöinä. Tärkeimpiä väestön terveyttä ja toimintakykyä aiheuttavia sairauksia nyky- Suomessa ovat edelleen sydän- ja verisuonitaudit, hengityselinsairaudet, syövät, tuki- ja liikuntaelintensairaudet, mielen- terveyden häiriöt ja diabetes Yli puolella 30- vuotiaista suomalaisista on jokin pitkäaikais- sairaus, jotka ovat yleisin syy työkyvyttömyyteen ja aiheuttavat ennenaikaista kuol- leisuutta. Mielen-terveyden häiriöt sekä tuki- ja liikuntaelintensairauksia diagnosoidaan aikaisempaa enemmän, näiden lisäksi astma, allergiat ja diabetes ovat lisääntyneet. (Puska 2010; THL 2009).

Sydän- ja verisuonitaudit aiheuttavat edelleen yli 40 % suomalaisten kuolemista vaikka ne ovat pienentyneet nopeasti viime vuosikymmeninä, joskin näistä sairauksista on tullut enemmän iäkkään väestön ongelma. Mielen-terveyden häiriöt tulevat asettamaan haasteita tulevaisuudessa joka edellyttää terveydenhuollon toimien lisäksi muiden toiminta-alojen aktiivista roolia. Ilman koulun, työelämän ja muiden toimijoiden muutoksia ei ongelmien syihin ole helppo puuttua. Perälän (2013) tutkimuksesta ilmenee että psykoottiset häiriöt ovat yleisempiä mitä aikaisimmat tutkimukset ovat osoittaneet ja Suomalaista sairastuu yli kolme prosenttia psykoottiseen häiriöön elämänsä aikana. Tutkimuksesta ilmenee myös että psykoosi häiriöitä ilmeni enemmän Itä- ja Pohjois- suomen alueella verrattuna länsisuomeen ja alueellisissa eroissa syntymä paikalla oli

suurempi merkitys kuin nykyisellä asuinpaikalla. Pohjois Suomessa syntyneillä on suurempi todennäköisyys sairastua psykoosiin. (Perälä 2013,68- 71.)

Päihdesairaudet jäävät vähemmälle huomiolle, vaikka ne ovat mittava kansanterveysongelma. Alkoholit aiheuttaa 3000 kuolemaa vuosittain ja lisäksi siitä aiheutuvat muut vaikutukset muille perheenjäsenille ovat mittavat. Väestön ikääntyessä yhä suurempi osa sairauksien aiheuttamasta taakasta liittyy vanhuuden rappeutumissairauksiin. Ikääntyvän väestön terveyden ylläpito, edellyttää uusien toimintakykyä tukevien ennalta ehkäisevien toimien ja palvelumallien kehittämistä. (Teperi & Vuorenkoski 2005, 27.)

4.3 Terveyserot kansanterveydessä

Vaikka suomalaisten terveys on kohentunut merkittävästi mutta hyvä ei ole jakautunut tasaisesti väestössä. Väestöryhmien väliset terveyserot ovat säilyneet suurina ja jopa kasvaneet sitten 1970-luvun jälkeen. Lähes kaikki terveysongelmat ovat yleisempiä vähiten koulutettujen ja pienituloisten keskuudessa kun taas korkea asteen koulutuksen saaneet, ylemmät toimihenkilöt ovat terveempiä, toimintakykyisempiä ja elävät pidempään. (Koskinen 2006; Kangas & Keskimäki & Koskinen & Lahelma & Manderbacka & Prättälä & Sihto 2002, 11- 13.)

Yksittäiset sairaudet ja sairausryhmät ovat yleisempiä työntekijöillä, vähemmän koulutusta saaneilla ja pienituloisimmilla esimerkiksi sydän- ja verisuonisairaudet, tuki- ja liikuntaelinsairaudet, suun terveysongelmat ja mielenterveysongelmat eritoten psykoosit. Paremman koulutustason omaavilla on myös parempi koettu terveys kuin alimassa koulutusryhmässä. Vähemmän koulutetuista naisista (40 %) koki terveytensä korkeintaan keskitasoisiksi kun vastaavan prosenttiluvun oli ylimmässä koulutusryhmässä (19 %), miesten suhteellinen ero oli hieman pienempi (Lahelma & Koskinen 2002, 29- 32.)

Yhteiskunnan tekemät ratkaisut ja väestön sosioekonomiset olosuhteet vaikuttavat voimakkaasti kansanterveyteen, hyvinvointiin sekä väestöryhmien välisiin terveyseroihin. Suomen kansanterveyden keskeinen ongelma on sosioekonomiset terveyserot. Sosioekonomisella asemalla viitataan hyvinvoinnin materiaalisiin ulottuvuuksiin kuten tulot, omaisuus ja asumistaso. Aineellisten resurssien hankkimiseen puolestaan vaikuttaa koulutus, ammatti ja asema työelämässä. Terveyden eriarvoisuus ei johdu ainoastaan yksilön omista valinnoista, vaan siihen vaikuttavat lisäksi yhteiskunnan sosiaaliset mekanismit jotka johtavat terveyteen vaikuttavien tekijöiden epätasa-arvoiseen jakautumi-

seen eri yhteiskuntaryhmien kesken. Terveydellä on voimakas yhteys sosiaaliseen asemaan: alemmassa yhteiskunnallisessa asemassa olevilla on huonompi terveys ja lyhyempi elämä kuin hierarkian ylempiin kerroksiin kuuluvilla. Sosiaaliryhmien väliset kuolleisuuserot ovat Suomessa poikkeuksellisen suuret verrattuna muihin länsi Euroopan maihin (Koskinen 2009; Kaikkonen & Martelin & Linnanmäki & Prättälä & Kostainen & Koskinen 2008, 13- 14.)

Tutkijoiden mukaan terveyserojen syntymiseen vaikuttavat terveyden taustatekijät jotka vaihtelevat sosioekonomisen aseman mukaan. Kolme keskeisintä terveyserojen syyryhmää ovat nykykäsityksen mukaan *aineelliset tekijät, terveyskäyttäytyminen ja psykososiaaliset tekijät*. Monet aineellisten ja fyysisten ympäristön ominaisuudet kuten köyhyys, pienituloisuus, taloudelliset vaikeudet, asuintaso, työolot ja asuinympäristö ovat yhteydessä terveyteen ja osaltaan tuottavat sosioekonomista terveyden eriarvoisuutta. Terveyskäyttäytyminen vaikuttaa moniin sairauksien syntyyn ja kuolemansyihin. Epäterveelliset elämäntavat kuten tupakointi, alkoholin suurkulutus ja huonot ravintotottumukset sekä lihavuus ovat yleisempiä alemmassa sosiaalisessa asemassa olevilla. Psykososiaalisten tekijöiden merkitys korostuu esimerkiksi vähäinen vaikutusmahdollisuus työhönsä ja työntekijään kohdistuvat liian suuret vaatimukset työssä, voivat vaikuttaa terveyteen ja terveyseroihin. Aineelliset ja käyttäytymistekijät yhdessä selittävät noin puolet todetuista sosioekonomisista terveyseroista. Tutkimukset vahvistavat sen, että puutteellisten elin- ja työolojen kohentamisella sekä epäterveellisten elintapojen ehkäisemisellä alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä on suuri merkitys kansanterveyteen (Lahelma & Rahkonen & Koskinen & Martelin & Palosuo, 2007, 25- 37; Martelin & Koskinen & Lahelma 2005, 266- 274.)

4.4 Sukupuolen väliset terveyserot

Naiset elävät keskimäärin 7 vuotta pidempään kuin miehet. Sukupuolten välinen suhteellinen kuolleisuus on suurimmillaan 20- 29 -vuoden iässä, jolloin miesten kuolleisuus on yli kolminkertainen naisiin verrattuna. Nuorten miesten kuolemasyyt johtuvat ennen kaikkea tapaturmista ja väkivaltaista kuolemista. Noin 70 ikävuoteen asti miesten kuolleisuus on vähintään kaksinkertainen naisiin verrattuna. Keski- ikäisillä ja vanhemmilla miehillä puolestaan syynä ovat sepelvaltimokuolemat, alkoholiin liittyvät taudit, myrkytykset, keuhkosityöpä ja itsemurhat. Miehet joutuvat työkyvyttömyyseläkkeelle hieman

yleisemmin kuin naiset joihin johtavat useimmiten verenkiertoelinten sairaudet sekä myrkytykset ja vammat. Yli 55 -vuotiailla naisilla puolestaan työkyvyttömyyseläkkeeseen miehiä yleisempiä syitä ovat tuki- ja liikuntaelinten sairaudet ja mielenterveyden häiriöt. Naimisissa olevien kuolleisuus on selvästi pienempi kuin naimattomien, eronneiden ja leskien. Parisuhteen terveyttä edistävänä vaikutuksena pidetään sosiaalista tukea, myönteisenä kiinnittymisenä sosiaaliseen ympäristöön sekä terveellisistä elämäntavoista (Martelin & Koskinen & Lahelma 2005, 269 -270; Koskinen 2009.)

4.5 Alue erot

Eri alueiden väliset kuolleisuuserot väestössä ovat huomattavat. Pohjanmaan maakunnassa ja Ahvenanmaalla miesten elinajan odote on jopa 4 vuotta pidempi ja naisilla puolestaan 2-3- vuotta pidempi verrattuna esimerkiksi Lappiin. Keskeisempiä alueiden välisten kuolleisuuserojen aiheuttajia ovat verenkiertoelinten sairaudet, tapaturmaiset ja väkivaltaiset kuolemansyyt sekä alkoholiin liittyvät kuolemat. Työkyvyttömyyseläkkeiden alue- erot ovat tasoittuneet jatkuvasti, siitä huolimatta ne ovat edelleen yleisempiä Itä- ja Pohjois- Suomessa. Pitkäaikaissairauksista muun muassa verenkiertoelinten sekä tuki- ja liikuntaelinten sairaudet ja vakavat mielenterveyshäiriöt ovat keskimääräistä yleisempiä Itä- ja Pohjois- Suomessa kuin muualla maassa. (Martelin ym. 2005, 267-273; Koskinen, 2009.)

5 ELÄMÄNTAVAT

Elämäntavoilla on keskeinen merkitys terveydelle. Epäterveellinen ravinto, tupakointi, liiallinen alkoholin käyttö ja liikunnanpuute vaikuttavat monen sairauden syntyyn ja kulkuun. Elämäntapojen tiedetään olevan keskeinen riskitekijä kansansairauksiin, kuten sydän- ja verenkiertoelinten sairauksiin, diabetekseen, tuki- ja liikuntaelinten sairauksiin, tapaturmiin ja myrkytyksiin.

5.1 Ravinto

Ravinnolla on suuri merkitys terveyteen. Suomalaisten *Ruokailutottumukset* ovat kehittyneet hyvään suuntaan. Rasvaisen maidon ja voin käyttö ovat vähentyneet ja kasvisöljyn käyttö ruuan valmistuksessa on lisääntynyt. Näiden lisäksi kasviksia käytetään enemmän. (Helakorpi ym. 2009,16). Edelleen kuitenkin suuria ongelmia aiheuttaa energiansaannin ja kulutuksen välinen epätasapaino, mikä näkyy lihavuuden jatkuvana

yleistymisenä. Keskimääräinen painoindeksi on noussut tasaisesti 20 vuoden aikana. Aikuisväestöstä merkittävästi lihavia on noin viides osa väestöstä molemmista sukupuolista. Miehistä (66 %) ja naisista (46 %) on vähintään lievästi lihavia. Lihavuus lisääntyy myös lapsilla ja nuorilla. Lihomisen taustalla on makeiden välipalojen ja sokeristen juomien lisääntynyt käyttö sekä liikkumisen ja työn kuormittavuuden vähentyminen. Ylipaino kuormittaa tuki- ja liikuntaelimestöä ja rasittaa insuliini- ja muuta aineenvaihduntaa minkä seurauksena sairauksien riski kasvaa. (Valtionravitseminen neuvottelukunta 2005, 9.)

Ravitsemustottumuksissa muutokset ovat tapahtuneet epätasaisesti väestössä. Tutkimuksista ilmenee, että ylemmässä koulutusryhmässä on selvästi eniten niitä jotka noudattavat ravintosuosituksen mukaisia ruokatottumuksia ja omaksuvat ne ensimmäisinä. Muut ryhmät seuraavat heitä noin viiden vuoden viiveellä. Ylemmissä koulutusryhmissä kasvisten käyttö on päivittäistä ja he välttävät tyydyttynyttä rasvaa sisältäviä ruokia. (Roos & Ovaskainen & Rautio & Pietikäinen & Sulander & Prättälä 2007,149- 156). Lihavuus vaihtelee sosiaaliryhmittäin etenkin naisten kohdalla ja on selvästi harvinaisempaa korkeammin koulutetuilla. Miehillä lihavuuden esiintyvyyden erot sosiaaliryhmittäin eivät ole yhtä suuret kuin naisilla, mutta tulevat esille etenkin työikäisillä. Kohonnut verenpaine ja kolesteroli ovat yleisempiä vähemmän koulutetuilla (Reunanen & Kattainen & Salomaa 2007, 177.) Ravinnolla on suuri merkitys, jonka avulla voidaan vaikuttaa kansansairauksien ehkäisyyn. Lihavuus on kasvava kansanterveydellinen ongelma ja sen hoito on vaikeaa, joten sen ehkäisyyn tulisi kiinnittää enemmän huomiota mm. terveyttä edistävillä ruokavalinnoilla ja liikunnalla.

5.2 Liikunta

Liikunnan merkitys terveydelle ja hyvinvoinnille tiedetään erityisen hyvin. Liikkuminen lisää ja säilyttää toiminta kykyä ja ehkäisee esimerkiksi sydän- ja verisuoni- ja aineenvaihduntasairauksien syntyä. Lisäksi sillä on myönteinen vaikutus mielialaan ja voi vähentää masennus sekä jännitysoireita. UKK- instituutin mukaan kestävyysliikuntaa tulisi harjoittaa liikkumalla reippaasti vähintään kaksi ja puoli tuntia viikossa tai liikkumalla rasittavasti yhteensä tunnin ja vartin ajan. Lisäksi tulisi kohentaa lihaskuntoa ainakin kaksi kertaa viikossa. (UKK- instituutti 2009; Husu & Paronen, & Suni & Vasankari 2011,17.)

Siitä huolimatta vaikka vapaa-ajan liikunta on lisääntynyt 1970 luvulta lähtien, niin suomalaiset liikkuvat liian vähän terveyden kannalta. Suositusten mukaista liikuntaa harrastivat 12 % miehistä ja 11 % naisista ja pääasiassa alle 25-vuotiaat kun harvinaisinta se oli yli 54-vuotiailla. (Helakorpi ym. 2009,18).

Liikuntatutkimuksissa todetaan että fyysisen aktiivisuuden ohella olisi hyvä seurata myös liikkumattomuutta ja runsasta istumista. Arkielämä on muuttunut passiivisemmaksi ja päivittäinen istuminen on lisääntynyt esimerkiksi istuma työtä tekevillä. Terveysliikunnan suositukset eivät välttämättä riitä ja voi heikentää kohtuullisesti liikkujan terveyshyödyt jos päivittäinen istuminen on runsasta. Vaara kohonneeseen verenpaineeseen, vyötärölihavuuteen ja hyvän kolesterolin (HDL) liian matalaan tasoon liittyi jo neljän tunnin päivittäisen istumisen seurauksena. Erityisen paljon huomiota vaatii liikkumattomat ja päivittäin runsaasti istuvat. Heillä on suuri vaara ylipainoon ja aineenvaihdunta ongelmiin, jotka kohottavat merkittävästi riskiä sairastua perinteisiin kansansairauksiin. (Husu ym. 2011, 8, 32; Schäfer Elinder & Hagströmer & Nyberg & Ekblom-Bak 2011,6-7.)

Matalan koulutuksen tai ammattiaseman omaavilla henkilöillä on liikkumattomuus yleisempää verrattuna korkean koulutuksen tai ammattiaseman omaaviin henkilöihin, etenkin miehillä. Naisilla vastaavaa koulutusryhmien välinen ero on pieni. (Helakorpi ym. 2009, 25; Husu ym. 2011, 56; Schärer ym. 2011, 8-9). Liikuntatutkimuksesta ilmenee, että sosioekonomisten erojen taustalla liikkumattomuuden syytekijöitä ovat lapsuuden elinolot, aikaisemmat liikuntatottumukset ja fyysiset ja /tai psyykkiset työolot. Lapsuuden aikana liikuntamyönteisillä elinoloilla ja nuoruuden monipuolisella liikunnalla on liikunnallista edistävä elämäntapa ja ennustavat myöhempää liikunta aktiivisuutta. Liikunnalliseen elämäntapaan voidaan vaikuttaa yksilön valintojen lisäksi yhteiskunnallisilla toimenpiteillä kuten tarjota edullisilla liikunta mahdollisuuksia taloudellisesti heikommassa asemassa oleville. Raskaassa fyysisessä ja henkisessä työssä olevia liikuntamahdollisuuksia tulisi tukea enemmän esimerkiksi työpaikkaliikunnan keinoin (Husu ym. 2011, 54, 58.)

5.3 Alkoholi

Liiallinen alkoholin aiheuttaa vakavia terveys- ja sosiaalisia haittoja. Varsinaisilla alkoholi sairauksilla tarkoitetaan sairauksia joiden ainoa tai tärkein aiheuttaja on runsas alkoholinkäyttö. Näihin lasketaan muun muassa alkoholimyrkytys, alkoholipsykoosit, alkoholimaksasairaudet ja haimatulehdukset. Lisäksi runsas käyttö aiheuttaa neurologisia ja psykiatrisia sairauksia, syöpää, ravitsemushäiriöitä sekä sydän- ja verisuonisairauksia (Huttunen 2012). Alkoholi aiheuttaa enneaikaisia kuolemia ja tapaturmia. Kuolinsyytilastojen vuonna 2002 mukaan alkoholikuolemia oli 2431 eli lähes (5 %) kaikista kuolemista. Alkoholiperäisiin sairauksiin kuoli 1127 henkeä, päihdyksissä tapaturmiin kuoli 508 ja väkivaltaan 405 henkeä. Alkoholimyrkytyksiin kuoli 338 henkeä. Tämä on lähes yhtä paljon kuin muissa pohjoismaissa yhteensä. (Mustonen & Simpura 2005,106.)

Merkittävä osa tapaturmaisista ja väkivaltaisista kuolemista tapahtuu päihtyneille, jopa 1500 päihtynyttä kuolee vuosittain tapaturman, itsemurhan tai väkivallan uhrina. Suurin osa tapahtuu työikäisille miehille. (Huttunen 2012). Alkoholinkulutus on kasvanut Suomessa kaikissa koulutusryhmissä 1980 luvulta lähtien. Miehet juovat edelleen huomattavasti enemmän kuin naiset, vaikka naisten osuus alkoholikulutuksesta on kasvanut viime vuosikymmeninä suhteellisesti enemmän. Etenkin korkeasti koulutettujen naisten alkoholinkulutus on kasvanut. (Helakorpi ym. 2009, 24.)

Alkoholinkulutuksen kasvu on ollut erityisen suurta vuonna 2004 etenkin alimman koulutusryhmän miehillä, johon yhtenä syynä pidetään tuolloin alkoholiveron laskua. Tällöin alkoholikuolemat lisääntyivät eniten alimmissa sosioekonomisissa ryhmissä, vaikka kulutus on jakautunut tasaisesti eri sosioekonomisten ryhmien välillä. Alkoholin vakavien haittojen on todettu olevan monta kertaa yleisempiä alemmissa sosioekonomisissa ryhmissä kuin ylemmissä ryhmissä. Suurkuluttajien osuus ja humalakulutuksen tiheys sekä suurten kertakulutusmäärien juomistiheys ovat suurimmat alimmassa koulutusryhmässä. (Helakorpi & Mäkelä & Helasoja & Karvonen & Sulander & Uutela 2007, 141- 146.)

Alkoholikuolleisuuden koulutusryhmittäiset erot ovat suuria kun vähänkoulutetuilla naisilla on noin 3,5 kertaa ja vähänkoulutetuilla miehillä noin 2,5 kertaa suurempi riski kuolla alkoholiin kuin korkeammin koulutetuilla. (Kaikkonen & Koskinen & Prättälä &

Martikainen 2008, 109 -110). Alkoholista aiheutuvat haitat tuovat huomattavan taakan terveydenhuolto järjestelmälle. Vuonna 2010 terveydenhuollon vuodeosastoilla rekistrettiin 23 000 hoitojaksoa, joissa alkoholi oli yhtenä osasyynä. Alkoholisairauksien perusteella myönnetty eläkkeet kasvoivat 2007 luvulle saakka mutta ovat nykyisin kääntyneet laskuun. (Huttunen 2012).

5.4 Tupakointi

Länsimaissa (14 %) kuolemista aiheutuu tupakan aiheuttamista sairauksista. Myös suomessa tupakka on merkittävä sairauksien aiheuttaja joka kolmas syöpäsairaus aiheutuu tupakasta ja joka viidennessä sydänperäisessä kuolemassa tupakka on osa tekijänä (Patja & Vertio 2009). Se lyhentää elinajanodotetta usealla vuodella ja lisää riskiä sairastua vakaviin sairauksiin. Sillä on selvä yhteys sydän- ja verisuonisairauksiin hengitystiesairauksiin ja syöpäsairauksiin (Vartiainen 2005, 99). Suomalaisten tupakointi on kääntynyt laskuun viimeisten vuosien aikana. Miesten tupakointi on vähentynyt vuosia ja naisten tupakointi on kääntynyt laskuun viime vuosien aikana. Vuonna 2009 työikäisistä miehistä tupakoi päivittäin 22 % ja naisista 16 %. (Helakorpi ym. 2009, 12- 13).

Sosioekonomisten ryhmien väliset erot tupakoinnin yleisyydessä ovat työikäisillä suomalaisilla selvät. Päivittäinen tupakointi on yleisempää alemmissa kuin ylemmissä koulutusryhmissä. Miesten tupakointi on vähentynyt ylemmissä koulutusryhmissä ja pysynyt ennallaan alimmissa koulutusryhmissä. Naisten tupakointi on puolestaan pysynyt ennallaan ylemmissä koulutusryhmissä kun taas alimmissa koulutusryhmissä tupakointi on lisääntynyt. Tupakointi selittää huomattavan osan sosioekonomisista kuolleisuuseroista (Laaksonen & Helakorpi & Karvonen & Patja & Sulander 2007, 133- 137.)

Elämäntavoilla on keskeinen merkitys kansansairauksien syntymiseen, etenkin huomiota tulisi kiinnittää koulutusryhmittäisiin eroihin. Erot useimpien elintapojen osalta ovat epäedullisia alimpaan koulutusryhmään kuuluvilla. Suomen terveystalouden päätavoitte on koko väestön mahdollisimman hyvä terveys ja pienet terveyserot eri väestöryhmien kesken. Tavoitteena on myös ennen aikaisen kuolleisuuden vähentäminen, sairauksien ja tapaturmien ja niistä aiheutuvat toimintakyvyn rajoitusten vähentäminen ja pyrkimys väestön mahdollisimman hyvään fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen hyvinvointiin. Terveystalouden tasaisen jakautumisen tavoite edellyttää, että väestöryhmittäisten erojen vähentämiseen pyritään edistämällä etenkin sairaimpien ryhmien terveyttä. Terveystalouden

huolto on avainasemassa ihmisten sairastaessa mutta myös sairauksien ehkäisyssä ja terveyden edistämässä. Terveysteen vaikutetaan myös terveydenhuollon ulkopuolella tapahtuvilla ratkaisuilla, toiminnalla ja kehityksellä (Melkas & Lehto & Saarinen & Santalahti 2005, 32.)

6 TERVEYDEN EDISTÄMINEN

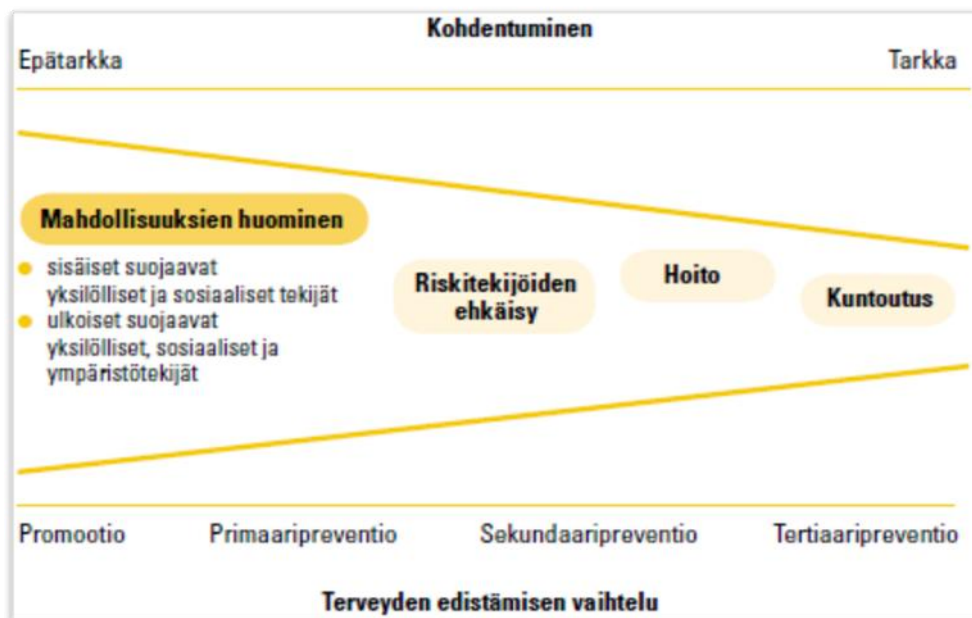
Terveyden edistämisen on laajaa toimintaa sisältävä ala ja sen määritelmät vaihtelevat eri tieteenalasta riippuen. *Biolääketieteellisestä* näkökulmasta se on sairauksien ehkäisyyn tehostamista, hoitoon ohjausta ja käypä hoitoa. *Käyttäytymistieteellisestä* näkökulmasta terveydenedistäminen on asenteiden ja toimintojen muuttaminen terveyttä tukevaan suuntaan. *Kasvatustieteellisestä* näkökulmasta terveyden edistäminen on muutoksien aikaansaaminen koulutuksen ja kasvatuksen avulla. *Hoitotieteessä* korostuvat terveydensäilyttäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen ja paraneminen. *Sosiaalitatiivisissa* korostuu sosiaalisten verkostojen aktivointi ja elinolojen muuttaminen. (Lahinen ym. 2003; Koskinen- Olloqvist & Aalto- Kallio & Mikkonen & Nykyri & Parviainen & Saikkonen & Tamminiemi 2007, 21.)

Terveyden edistäminen tuli omana käsitteenään kansainväliseen keskusteluun vuonna 1980 ja Suomeen Ottawan asiakirjan (1986) myötä. Asiakirjan mukaan terveyden edistäminen jäsenettiin viideksi kokonaisuudeksi: Terveelliseksi yhteiskuntapolitiikan kehittämiseksi, terveellisen ympäristön aikaansaamiseksi terveellisempään suuntaan, yhteisöjen toiminnan tehostaminen, henkilökohtaisten taitojen kehittäminen sekä terveyspalveluiden uudistamista. Terveyden edistäminen toteutuu parhaimmillaan monitieteisissä ja moni ammatillisessa yhteistyössä joka käsittää laajan toimintakentän (Vertio 2003; 31- 32, Pietilä & Länsimies- Antikainen & Vähäkangas & Pirttilä 2010,15.)

Terveyden edistäminen on arvoihin perustuvaa tavoitteellista ja välineellistä toimintaa ihmisten terveyden ja hyvinvoinnin aikaansaamiseksi ja sairauksien ehkäisemiseksi. Terveydenedistämiseen sisältyy promotiivisia ja preventiivisiä toimintamuotoja. Tuloksina ovat terveyttä suojaavia sisäisten ja ulkoisten tekijöiden vahvistuminen, elämäntapojen muutos terveellisempään suuntaan ja terveyspalvelujen kehittyminen. Vaikutukset näkyvät yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan terveytenä ja hyvinvointina. (Aalto- Kallio & Mäkipää 2010, 11.)

Terveydenedistämisen toimenpiteillä luodaan mahdollisuus ylläpitää terveyttä ja ehkäistä terveyden haittatekijöitä. Preventio tarkoittaa sairauksien ehkäisyä ja on ongelmalähtöistä promootion nähdessä. Preventio jaetaan kolmeen osaan primääri-, sekundaari- ja tertiaaripreventioon. Primääripreventiota toteutetaan ennen sairauksien kehittymistä, josta esimerkkinä rokotukset ja terveystieteellinen kasvatus. Sekundaariprevention avulla pyritään estämään sairauden paheneminen, poistamalla riskitekijöitä tai vähentämällä sen vaikutusta esimerkiksi verenpaineen seuranta ennen muiden oireiden ilmaantumista. Tertiaaripreventio on yhteydessä kuntoutuksen käsitteeseen jonka tarkoituksena on lisätä toimintakykyisyyttä ja vähentää jo olemassa olevan sairaudesta aiheuttamien haittojen vähentäminen. Ehkäisevän, preventiivisen toiminnan lisäksi terveydenedistämässä tulisi huomioida myös promotiivinen, mahdollisuuksien luomiseen liittyvä voimavaranäkökulma. (Koskinen- Ollonqvist ym. 2005,15.)

Promotiivinen toiminta perustuu myönteiseen ja voimavara- ja lähtöiseen käsitykseen terveydestä. Tällä toiminnolla on tarkoituksena luoda selviytymistä tukevia elinoloja ja kokemuksia siten että yksilöllä on mahdollisuus huolehtia itse omasta ja ympäristönsä terveydestä (Kuvio 3.).



(Kuvion lähde: Aalto-Kallio & Mäkipää 2010. Käytäntöjä terveyden edistämiseksi.)

Kuvio 3. Terveydenedistämisen promotiivinen ja preventiivinen näkökulma

Terveyttä suojaavat tekijät voidaan jakaa sisäisiin ja ulkoisiin tekijöihin (Taulukko1.). Sisäiset tekijät ovat yksilöllisiä ja sosiaalisia kuten terveelliset elämäntavat, myönteinen elämän asenne sekä hyvät vuorovaikutustaidot ja sosiaaliset suhteet. Ulkoisia tekijöitä ovat perustarpeiden tyydyttyminen, tukevat ja pysyvät sosiaaliset verkostot sekä terveellinen yhteiskuntapolitiikka ja turvallinen ympäristö. Ympäristölliset, terveyttä suojaavat ulkoiset tekijät korostavat ulkokohtaisia toimenpiteitä yksilön ja yhteisön elinolojen parantamiseksi. (Koskinen- Ollonqvist ym. 2005, 14; Aalto- Kallio ym. 2010,13.)

Taulukko 1. Terveyttä suojaavat ja vahvistavat tekijät.

Sisäiset suojaavat tekijät	Ulkoiset suojaavat tekijät
<p>Yksilölliset</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Terveelliset elämäntavat ● Myönteinen elämänasenne ● Koherenssin tunne (ymmärrys, merkityksellisyys, suoriutuminen) ● Itsetunto, myönteinen kuva itsestä ● Kyky ratkaista konflikteja ● Kyky oppia 	<p>Yksilölliset</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Perustarpeet: ruoka, lämpö, suoja, lepo ● Taloudellinen perustoimeentulo ● Tiedontarpeen tyydyttyminen
<p>Sosiaaliset</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Perusturva varhaisessa vaiheessa ● Myönteinen kiintymisen kokeminen ● Arvostetuksi ja hyväksytyksi tulemisen kokeminen ● Hyvät ihmissuhde- ja vuorovaikutustaidot 	<p>Sosiaaliset</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Tukevat ja pysyvät sosiaaliset verkostot ● Myönteiset roolimallit
	<p>Ympäristölliset</p> <ul style="list-style-type: none"> ● Turvallinen ja luotettava ympäristö ● Terveellinen yhteiskuntapolitiikka ● Julkiset palvelut

(Taulukon lähde: Aalto- Kallio & Mäkipää 2010. Käytäntöjä terveyden edistämiseksi.)

Terveyden edistämisen toteutuu yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan tasoilla. *Yksilö tasolla* terveyden edistäminen sisältönä ovat sairauksien ehkäisy, hoito ja kuntoutus sekä terveyden ylläpitäminen terveellisten elämäntapojen avulla. Yksilöä korostavan näemyksen mukaan terveydenedistämisen toimintamuotoja ovat terveystieteiden- ja neuvonta, seulonnat, terveystarkastukset jne. Tavoitteena on tiedon lisääminen, taitojen

tunnistaminen ja käyttäytymiseen liittyvien riskitekijöiden vähentäminen. Yksilöllisen lähestymistavan rinnalle tulisi ottaa rakenteellinen näkemys, joka lähtee positiivisesta terveyden käsitteestä. Se ei syyllistä yksilöä vaan arvioi järjestelmän merkitystä ja ottaa huomioon myös yllämainitut näkökulmat. Ihmisten terveyteen voidaan vaikuttaa tehokkaammin vähentämällä terveyseroja yhteiskuntapoliittisin keinoin ja takaamalla palvelujen tasapuolinen saatavuus kuin yrittämällä muuttaa ainoastaan ihmisten käyttäytymistä. (Perttilä 1999, 72- 73; Pietilä ym. 2010, 24- 25.)

Promotiivinen terveydenedistäminen toteutuu yhteisön ja yhteiskunnan välillä. *Yhteisötasolla* pyritään tietyn yhteisön tukemiseen joka voi olla esimerkiksi lähiyhteisö kuten perhe, työyhteisö, naapurit tai joku muu yhteisö, joiden merkitys huomioidaan terveyttä vahvistavana tekijänä. Yhteisön terveyteen vaikuttavista tekijöistä saadaan tietoa yhteisödiagnoosin avulla ja hyvinvoinninselonteolla. Tietoa tarvitaan ihmisten arkielämän sujuvuudesta ja kokemuksesta.

Terveyden edistäminen on myös *yhteiskunnallinen* tehtävä, joka toiminnallaan luo rakenteellisia edellytyksiä, joista yksilö ja yhteisötason valinnat ovat riippuvaisia. Terveydenedistäminen nähdään monitieteisenä, joten terveyden edistämisen käytännön työ ei rajaudu yhden tieteenalan tai ammattilaisen tehtäväksi vaan toteutuu parhaimmillaan eri ammattialojen yhteistyönä. Julkinen sektori, vapaaehtoisjärjestöt, ammattihenkilökunta ja koko väestö toimivat yhdessä terveellisten elinolojen luomiseksi. Terveyden edistäminen koskee kaikkia päätöksentekijöitä eri sektoreilla, ei ainoastaan terveyssektoria. Yhteistyöllä voidaan savuttaa turvallisemmat ja terveellisemmät tuotteet, palvelut ja ympäristö. (Savola ym. 2005, 69; Lahtinen ym. 2003, 20- 21.)

Terveyden edistäminen on kirjattu lakiin ja muihin erinäisiin ohjelmiin ja asiakirjoihin (Liitteet 4-7). Näiden asiakirjojen mukaan terveyden edistäminen on julkisen sektorin yleinen tehtävä ja kuuluu poikkihallinnollisena toimintana kaikkien toimialojen tehtävään. Terveyden- ja hyvinvoinnin edistäminen nähdään tärkeänä osa-alueena kansansairauksien, ennen aikaisten kuolemien, työkyvyttömyyksien sekä tapaturmien ehkäisyssä. Terveyden ja hyvinvoinnin ennaltaehkäisevä työ on pidemmällä aikavälillä kustannus tehokkaampaa toimintaa joka lisää yksilön hyvinvointia ja elämänlaatua. Terveyden edistämisen onnistumisen kannalta on tärkeää terveellisen yhteiskuntapolitiikan kehittäminen, terveellisen ympäristön luominen, yhteisöjen toiminnan tehostaminen, henki-

lökohtaisten taitojen kehittäminen ja terveystalvelujen uudistaminen (Koskenvuo & Mattila 2009.)

7. TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMA

Tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa tietoa Kemiläisten tämän hetkistä terveydellisestä hyvinvoinnista ja kunnallisten terveystalvelujen toimivuudesta. Tavoitteena on että tutkimuksesta saatua tietoa voidaan hyödyntää Kemian kaupungin laatiessa ohjelmaa ja toimenpidesuosituksia, joilla voidaan vähentää Kemiläisten sairastavuutta ja edistää terveydellistä hyvinvointia.

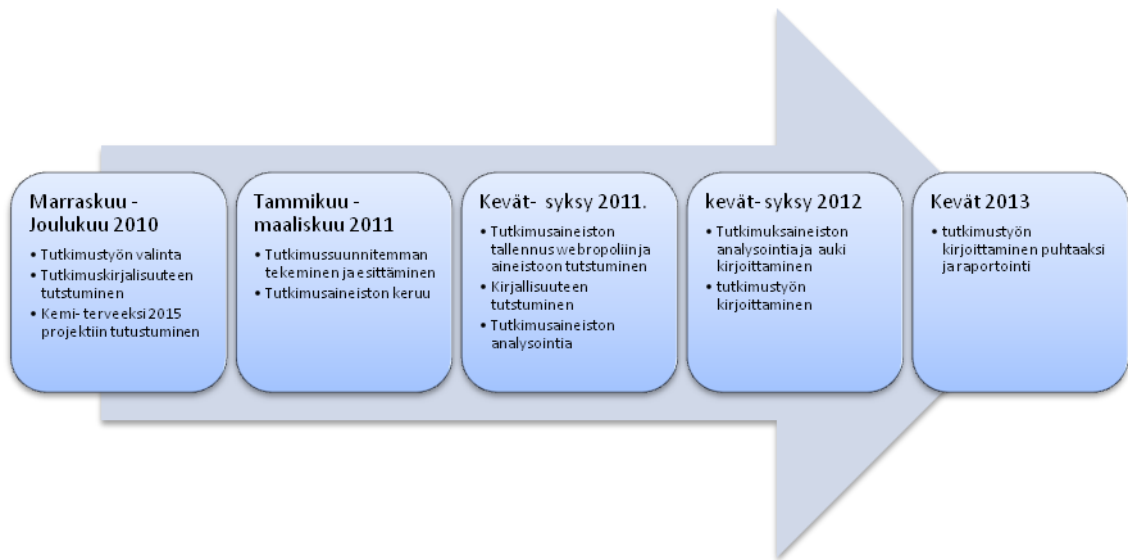
Tutkimusongelmat ovat seuraavat:

1. Millaiseksi Kemian kuntalaiset kokevat terveytensä?
2. Mitä sairauksia Kemian kuntalaiset sairastavat?
3. Minkälaiset elämäntavat Kemian kuntalaisilla on?
4. Millaiseksi Kemian kuntalaiset arvioivat kunnallisten terveystalvelujen toimivuuden?

8 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

8.1. Tutkimuksen kulku

Loppuvuodesta 2010 Yliopettaja Anneli Paldanius ehdotti tutkimustyön tekemistä Kemi- Terveeksi 2015 hankkeen tutkimusosioon. Aihe on hyvin ajankohtainen ja mielenkiintoinen sekä tukee hyvin terveydenedistämistyötä. Tutkimustyön prosessin avaintapahtumat ilmenevät alla olevasta kuviosta.



Kuvio 4. Tutkimusprosessin avaintapahtumat.

Loppuvuodesta 2010 tutustuin Kemi- Terveeksi 2015 hankkeeseen ja kirjallisuuteen, jonka jälkeen tutkimus suunnitelman tekeminen loppuvuodesta 2010 ja esittäminen maaliskuussa 2011 Kemi- Tornio ammattikorkeakoulussa. Tutkimusaineisto kerättiin tammikuun 2011 aikana ja kyselyistä saadut paperiaineisto tallennettiin Weprolin ohjelmaan huhtikuussa 2011. Kevään ja syksyn aikana 2011 aineistoon tutustumista, kirjallisuuteen tutustumista ja aineiston analysointia. 2012 kevään ja syksyn aikana aineiston analysointia, auki kirjoittamista ja tutkimustyön kirjoittamista. 2013 aikana tutkimustyön puhtaaksi kirjoittamista ja esittäminen Kemi- Tornio ammattikorkeakoulussa.

8.2 Tutkimuksen kohderyhmä ja tutkimusmenetelmä

Tutkimuksen kohteena olivat Kemin kaupungin aikuisväestö, johon osallistui 1472 henkilöä. Tämä tutkimus on kvalitatiivinen eli määrällinen tutkimus, joka sopii hyvin suuria

ihmisryhmiä kartoittaviin tutkimuksiin ja jossa tiedot kerätään valmiiksi annetuilla kysymyksillä.

Määrällinen tutkimus on menetelmä, jossa saadaan yleinen kuva muuttujien välisistä suhteista ja eroista. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutkimus kohdentuu muuttujien mittaamiseen, tilastollisten menetelmien käyttöön sekä muuttujien välisten yhteyksien tarkasteluun. Kvalitatiiviselle tutkimukselle on ominaista, että aineiston analysoinnissa vastataan numeraalisesti kysymyksiin kuinka paljon, miten usein ja kuinka moni. Kvantitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena on selittää, kuvata, kartoittaa, vertailla sekä ennustaa ihmisiä koskevia ominaisuuksia ja asioita. Kvalitatiivinen tutkimus perustuu objektiivisuuteen, jonka tarkoituksena on tuottaa perusteltua, luotettavaa ja yleistettävää tietoa. Tavoitteena on tehdä jo tunnettua asiaa ymmärrettäväksi. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, 41 -46; Kananen 2011, 12- 18.)

Määrällisessä tutkimuksessa tietoa tarkastellaan numeroiden avulla ja niiden ominaisuuksia käsitellään yleisesti kuvaillen numeroiden avulla. Ennen tutkimuksen aloittamista kvalitatiivisessa tutkimuksessa tehdään operationalisointi, jossa teoreettiset asiat muutetaan sellaiseen muotoon, että tutkittavat ymmärtävät asian. Tarkoituksena on pystyä mittaamaan ja havainnoimaan teorian käsittelemiä asioita tarkasti. Määrällisessä tutkimuksessa käytetään yleensä strukturoitua eli valmiilla vaihtoehdolla varustettuja kysymyksiä mutta kysymykset voivat olla myös avoimia. Kysymysten tulee olla helposti ymmärrettäviä niin että jokaisen vastaaja ymmärtää kysymyksen samalla tavalla. Määrällisessä tutkimuksessa avoimien kysymyksien käyttäminen edellyttää tarkkaa kysymyksen rajausta, jotta saadaan oikea vastaus tutkimuksen ongelmaan (Kananen 2011,30.)

Kemin hyvinvointikyselyssä käytettiin strukturoitua kyselylomaketta jossa oli yksi avoin kysymys *"Pitäisikö kotikunnan tehdä nykyistä enemmän sairauksien ennaltaehkäisemiseksi, terveellisen ympäristön aikaansaamiseksi tai kuntalaisten terveydenedistämiseksi?* Vastaajilla oli mahdollisuus vastata *kyllä* ja antaa ehdotuksia toimille. Kemin kuntalaiskyselyssä käytetyn kyselylomakkeen oli laatinut Kemin ammattikorkeakoulun opettaja Leena Viinamäki Kemin sosiaali- ja terveystoimen toimeksiannosta. Kyselylomakkeessa on hyödynnetty Pohjois- Lapin seutukunnan hyvinvointibarometrin kuntakyselyn kysymyksiä (Viinamäki ym. 2008) sekä Suomalaisen aikuisväestön terveys ja

terveyskäyttäytyminen, kevät 2009 (Helakorpi 2009 ym.) postikyselyn kysymyksiä. (Liite 8.).

8.3 Aineiston keruu

Tutkimusaineisto kerättiin tammikuun aikana 2011. Kyselyn toteuttivat Kemi- Tornio ammattikorkeakoulu Kemin kaupungin toimeksiannosta. Kemi- Tornio ammattikorkeakoulun sosiaali- ja terveystieteiden 138 opiskelijaa ja heidän opettajansa jalkautuivat kaupungille eri puolille Kemiä palvelu- ja liikekeskuksiin 24- 28.1.2011 välisenä aikana (liite 9.). Eri vastauspisteissä tutkimukseen osallistuvilla oli mahdollisuus täyttää kyselylomake paperisena tai suoraan Internetissä Webropol- kyselyssä. Lisäksi suurempien työnantajien (Kela, Kemin kaupunki, Lappia, Metsäbotnia, Länsipohjan keskussairaala) henkilöstölle lähetettiin Webropol kyselylinkki sähköpostitse. Päivien aikana jolloin kyselyä toteutettiin, opiskelijat tallensivat paperilomakkeita Webropoliin. Ennen kyselyjen toteuttamista opiskelijoille järjestettiin informaatiotilaisuus, jossa ohjattiin kyselyn toteuttamisen käytännöt sekä vastausten tallentamisesta Webropoliin.

Kyselyyn vastasi 1472 henkilöä, joka on (6,5 %) Kemin väestöstä. Kemin asukasluvun ollessa 22 257 (THL Sotkanet 2013). Kuntalaiskyselyyn kyselylomakkeista 406 täytettiin suoraan Internetissä ja paperiversiona 1066 lomaketta. Paperilomakkeista 245 tallennettiin kyselyjen toteuttamisen aikana ja 821 lomaketta keväällä 2011 aikana Sosionomi (AMK) Johanna Tomperin ja minun toimesta. Kyselylomakkeiden tallentamisesta Webropoliin Kemi- Tornio ammattikorkeakoulu maksoi Johanna Tomperille ja minulle yhden viikon tutkimusapulaisen palkan.

Johanna Tomperi on sosionomi (AMK) opinnäytetyössään (2011) käyttänyt toteutetun kyselyn tuloksia jotka koskevat Kemin hyvinvointipalveluita, eri tukimuotoja sekä sosiaalista hyvinvointia ja arvioita Kemin kaupungista. Hän on käyttänyt kysymyksiä 13-24 ja 61 -67. Tutkimuksessani hyödynnän kyselylomakkeen kysymyksiä 25- 60 jotka liittyvät terveydelliseen hyvinvointiin. Molemmat hyödynnämme taustakysymyksiä 1-12. Näiden lisäksi käytän tutkimuksessani kysymyksestä 13 josta kohdat 7 ja 8 sekä kysymyksiä 16, 17, 62 koska katson niiden liittyvän terveydelliseen hyvinvointiin.

8.4 Aineiston analysointi

Analyysi tavaksi valitaan sellainen menetelmä joka antaa parhaiten tietoa tutkimuksen kohteesta ja vastaa tutkimuksessa esitettäviin kysymyksiin. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää minkälaiseksi kuntalaiset arvioivat terveydellisen hyvinvoinnin ja kunnallisten terveysten palveluiden toimivuuden. Lisäksi tavoitteena oli saada tietoa mitä sairauksia kuntalaiset sairastavat ja minkälaiset elämäntavat heillä on.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa selvitetään määriä, riippuvuuksia ja syyseurauksia. Tilastollisessa päättelyssä tavoitteena on että saadut tulokset voidaan yleistää koskemaan perusjoukkoa, josta havaintoyksiköt on poimittu. Kvalitatiivisen aineiston analyysimenetelmiä on runsaasti, joista yksinkertaisimmat menetelmät ovat suorat jakaumat ja niihin liittyvät tunnusluvut. Edellä mainittujen tulosteiden pohjalta voi tehdä yksinkertaisia analyysejä ja nähdä aineiston sisään. Suora jakauma on yksinkertaisin yhden muuttujan ominaisuuksien kuvaamisessa käytetty havainnollistamis- ja tiedon tiivistämiskeino (Kananen 2012, 74; Kananen 2011, 85.)

Tässä tutkimuksessa selvitetään määriä joten käytän analyysimenetelmänä kuvailevaa tutkimusta, jossa kuvaan yhden muuttujan jakaumaa tunnuslukuja käyttäen. Tämä on yksinkertaisin analyysi, jossa tarkastellaan määriä. Tutkimustuloksien esittämisessä käytän taulukoita havainnollistamaan tuloksia, joista ilmenee vastaajien lukumäärät ja prosenttiosuudet. Kun kaikkien tutkimukseen osallistuneiden kyselylomakkeet oli tallennettu Webropoliin, saatiin sieltä tulokset Exel- taulukkolaskenta ohjelmaan. Tutkimuksessa esitetyt taulukot olen laatinut Exel taulukkolaskentaohjelmaa käyttäen ja esittänyt tulokset 0,1 % osuuden tarkkuudella, joka on riittävän tarkka tuloksia esittäessä.

9 KEMI TERVEEKSI 2015 – HYVINVOINTI KYSELYN TULOKSIA

9.1 Kuntalaiskyselyyn vastanneiden määrä ja taustaprofiilit

Kemin hyvinvointikyselyyn vastasi yhteensä N= 1 472 (6,5 %) Kemin asukasluvun ollessa 22 257 asukasta (THL Sotkenet 2013). Vastaaajien määrä kysymysten välillä vaihteli paljon ja kysymyksistä riippuen vastaajia oli 643- 1463 välillä tässä tutkimuksessa. Tuloksia tarkasteltaessa on kussakin kysymyksessä on laskettu lukumäärä ja prosentti osuudet sen mukaan kuinka moni on vastannut kysymykseen. Tuloksien tulkinnessa olen käyttänyt taulukoita havainnollistamaan tuloksia.

Kuntakyselyssä kysyttiin vastaajien taustaprofiilia ja tässä opinnäytetyössä käytän taustatieto kysymyksistä 2,3,10,11,12 joissa kysyttiin sukupuolta, ikää, korkeinta ammatillista koulutusta, työmarkkina- asemaa ja asemaa työyhteisössä.

Eniten kuntalaiskyselyyn vastaajia oli Kemin Kaupungin kemiläisestä henkilökunnasta 150 (12,3 %) ja lähes yhtä paljon kyselyyn vastattiin Citymarketissa 148 (12,1 %). Vähiten kyselyyn vastattiin Metsäbotnian kemiläisestä henkilökunnasta joita oli vain 1 (0,01 %) ja Kelan kemiläisestä henkilökunnasta 7 (0,6 %). Kaikki vastaajamäärät vastauspaikkakohtaisesti löytyvät tarkemmin esiteltynä liitetaulukosta (1).

Sukupuoli ja ikä

Reilusti yli puolet vastaajista oli naisia (67 %) ja miehiä oli noin kolmannes (33 %). Suurin vastaajaryhmä oli 55- 69-vuotiaissa naisissa (23,5 %) ja miehissä (13,2 %). Seuraavaksi suurin ikäryhmä oli 40- 54-vuotiaat naiset (18,6 %) ja miehet (7,4 %). Vähiten kyselyyn vastattiin ikäryhmässä 18- 24-vuotiaissa naisissa (5,3 %) ja miehissä (1,6 %). Vastaajien sukupuoli ja ikäryhmät ovat nähtävillä liitetaulukosta (2).

Ammatillinen koulutus ja työmarkkina-asema

Kuntalaisia pyydettiin myös vastaamaan ”*mikä on korkein ammatillinen koulutuksenne ja työmarkkina-asemanne tällä hetkellä ja mikä on tai oli asemanne työyhteisössä viimeksi ollessanne kodin ulkopuolella työssä?*”

Neljänneksellä vastaajista (25,7 %) oli ammattikoulututkinto ja lähes saman verran (23,4 %) oli opistoasteentutkinnon suorittaneita. Ammattikorkeakoulututkinto oli (14,4 %), yliopistotutkinto (10,6 %). Ammatillista koulutusta ei ollut reilulla kymmenesosalla (11,9 %), ammatillinen kurssi (13 %) ja kansanopistotutkinto oli (1 %) vastaajilla. Vastaajien määrät ovat nähtävillä liitetaulukosta (3).

Kuntalaisilta kysyttäessä työmarkkina asemaa suurin osa vastaajista ilmoitti olevansa kyselyhetkellä työssä (42,8 %), reilu kolmannes eläkkeellä (38,7 %), päätoimisena opiskelijana (6,9 %), ja lähes saman verran oli työttömänä (6,7 %). Pitkäaikaisella sairauslomalla ilmoitti olevan (0,7 %) ja osa-aika eläkkeellä (2,1 %) vastaajista. Asema työyhteisössä oli tällä hetkellä tai oli ollut viimeksi työsuhteessa ollessa reilulla kolmanneksella (36,2 %) ammattikoulutettuna työntekijänä ja reilu neljäsosa (22,6 %) toimi tai oli toiminut alempana toimihenkilönä. Ilman ammatillista koulutusta toimi tai oli toiminut (16,7 %) alle neljäsosa. Ylemmän toimihenkilön asemassa toimi /oli toiminut (16,4 %) vastaajista. Yrittäjän toimi /oli toiminut (6,5 %) ja työssä kodin ulkopuolella ei ole ollut (1,5 %) vastaajista. Vastaaja määrät näkyvät liitetaulukoista (4- 5).

9.2 Terveydellinen hyvinvointi

Kuntalaisia pyydettiin arvioimaan sen hetkistä terveyttä ja toimintakykyä, kysymyksellä ”*Millaiseksi koette fyysisen terveytenne ja toimintakykynne tällä hetkellä*”? Kysymyksen vastanneiden määrät ja prosenttiosuudet näkyvät taulukosta 2.

Taulukko 2. Vastaajien arviot koetusta terveydestä

Koettu terveys- ja toimintakyky	N	%
erittäin hyväksi	217	15,4
hyväksi	925	65,5
huonoksi	200	14,2
erittäin huonoksi	31	2,2
en osaa sanoa	40	2,8
Yhteensä	1413	100

Suurin osa vastaajista arvioi terveytensä ja toimintakykynsä hyväksi (65,5 %) ja erittäin hyväksi (15,4 %) vastaajista. Huonoksi terveytensä ja fyysisen toimintakykynsä koki (14,2 %) sekä erittäin huonoksi (2,2 %). Loput (2,8 %) vastaajista eivät osanneet sanoa, millaiseksi he kokivat terveyden ja toimintakyvyn kysely hetkellä.

Henkinen vireys

Kuntalaisia pyydettiin arvioimaan myös sen hetkistä vireyttä ja mielialaa, kysymyksellä ”*Millaiseksi koette henkisen vireytenne ja mielialanne tällä hetkellä*”? Kysymykseen vastanneiden määrät ja prosenttiosuudet näkyvät taulukosta 3.

Taulukko 3. Vastaajien arvio henkisestä vireydestä ja mielialasta

Henkinen vireys ja mieliala	N	%
erittäin hyväksi	298	20,6
hyväksi	975	67,5
huonoksi	135	9,3
erittäin huonoksi	9	0,6
en osaa sanoa	28	1,9
Kaikki yhteensä	1445	100

Suurin osa kuntakyselyyn vastanneet arvioivat sen hetkisen henkisen vireyden ja mielialan hyväksi (67,5 %) tai erittäin hyväksi (20,6 %). Huonoksi (9,3 %) ja erittäin huonoksi (0,6 %) ja pieni osa (1,9 %) eivät osanneet sanoa miten kokevat tämän hetkisen vireyden ja mielialan.

Sairauksien määrä

Kuntalaisia pyydettiin ilmoittamaan kuinka monta lääkärin toteamaa sairautta heillä oli, kysymyksellä ”*kuinka monta lääkärin toteamaa sairautta teillä on*”? Kysymykseen vastanneiden määrä ja prosenttiosuudet käyvät ilmi taulukosta 4.

Taulukko 4. Lääkärin toteamien sairauksien määrä

lääkärin toteamat sairaudet	N	%
ei yhtään	464	32,2
1-2	668	46,4
3-4	240	16,7
5-6	55	3,8
7 tai sitä enemmän	14	1,0
Kaikki yhteensä	1441	100

Lähes puolella (46,4 %) kuntakyselyyn vastaajista oli 1-2 lääkärin toteamaa sairautta alle neljäsosalla (16,7 %) oli 3-4 sairautta, 5-6 sairautta oli (3,8 %) ja 7 ja sitä enemmän sairauksia oli (1 %) vastaajista. Yhtään lääkärin toteamaa sairautta ei ollut noin kolmanneksella (32,2 %) kyselyyn osallistujalla.

Lääkärin palvelujen käyttö viimeisen vuoden aikana

Kuntalaisia pyydettiin ilmoittamaan olivatko he käyttäneet lääkärin palveluja viimeisen vuoden aikana, kysymyksellä ”*Montako kertaa viimeksi kuluneen vuoden (12 kk) aikana olette käynyt lääkärin vastaanotolla(sairaala- ja poliklinikkakäynnit lasketaan mukaan)?*” Kysymykseen annettujen vastausten prosentuaaliset ja vastaajamäärät käyvät ilmi taulukosta 5.

Taulukko 5. Lääkärin vastaan otolla käynnit kuluneen vuoden aikana.

Lääkärin vastaanotto käynnit	N	%
ei yhtään	228	16,9
1-2	515	38,3
3-4	277	20,6
5 tai sitä enemmän	326	24,4
Kaikki yhteensä	1346	100

Reilusti yli kolmannes (38,3 %) oli käynyt lääkärin vastaanotolla 1-2 kertaa, Viidesosa (20,6 %) oli käynyt 3-4 kertaa ja lähes neljännes (24,2 %) oli käynyt 5 kertaa tai enemmän lääkärin vastaanotolla kuluneen vuoden aikana. Lääkärin vastaanotolla ei ollut käynyt ollenkaan (16,9 %) vastaajista viimeisen vuoden aikana.

Lääkäri on toteamat tai hoitamat sairaudet kuluneen vuoden aikana

Kuntalaisia pyydettiin ilmoittamaan kuinka monta lääkärin toteamaa tai hoitamaa sairautta heillä oli, kysymyksellä ”*Onko teillä kuluneen vuoden aikana ollut seuraavia lääkärin toteamia tai hoitamia sairauksia*”? Kysymykseen vastanneiden vastaukset löytyvät taulukosta 6.

Taulukko 6. Lääkärin toteamat - ja hoitamat sairaudet

Lääkärin toteama/hoitama sairaus		Kyllä	Ei	Yhteensä
kohonnut verenpaine, verenpainetauti	%	32,0 %	68,0 %	100 %
	N	442	940	1382
kohonnut veren kolesteroli	%	25,8 %	74,2 %	100 %
	N	352	1013	1365
Diabetes	%	10,8 %	89,2 %	100 %
	N	145	1199	1344
Sydänveritulppa, sydäninfarkti	%	2,3 %	97,7 %	100 %
	N	30	1299	1329
Sepelvaltimotauti	%	7,5 %	92,5 %	100,0 %
	N	100	1242	1342
Syöpä	%	3,5 %	96,5 %	100 %
	N	46	1287	1333
Nivelreuma	%	5,3 %	94,7 %	100 %
	N	71	1261	1332
Selän kulumavika, muu selkäsairaus	%	23,2 %	76,8 %	100 %
	N	316	1044	1360
Keuhkoputken tulehdus, keuhkolaajentuma	%	5,1 %	94,9 %	100 %
	N	68	1271	1339
Masennus	%	6,7 %	93,3 %	100 %
	N	89	1246	1335
Muu mielenterveys ongelma	%	2,3 %	97,7 %	100 %
	N	30	1295	1325
Astma	%	8,8 %	91,2 %	100 %
	N	118	1222	1340
Heinänuha tai muu allerginen nuha	%	17,5 %	82,5 %	100 %
	N	234	1106	1340
Ruoka-aineallergia	%	8,9 %	91,1 %	100 %
	N	119	1220	1339
Vatsasairaus	%	10,3 %	89,7 %	100 %
	N	137	1197	1334

Eniten kuntalaisista ilmoitti sairastavansa kohonnutta verenpainetta tai verenpainetautia (32 %), kohonnutta veren kolesterolia oli todettu reilulla neljänneksellä (25,8 %) ja lähes saman verran oli todettu selän kulumavikaa tai muuta selkävaivaa (23,3 %), heinänuhaa tai muuta allergista nuhaa ilmoitti sairastavansa (17,5 %) vastaajista. Noin kymmenesosa kertoi sairastavansa diabetesta (10,8 %) ja astmaa (8,8 %). Alle kymmenesosalla oli todettu masennusta (6,7 %) ja muita mielenterveysongelmia (2,3 %) vastaajista.

Oireet

Kuntalaisia pyydettiin ilmoittamaan minkälaisia oireita tai vaivoja heillä oli ilmennyt viimeisen kuukauden (30 pv) aikana, kysymyksellä ”*Onko teillä viimeksi kuluneen kuukauden aikana ollut seuraavia vaivoja tai oireita?*”

Vastaajista lähes puolet (46,9 %) ilmoitti oirehtivan päänsärystä ja saman verran (46,7 %) kertoi kärsineensä selkäkivusta ja nivelsärkyä oli ollut (40,1 %) vastaajista. Reilulla kolmanneksella (37 %) oli vaivannut unettomuus ja noin kolmanneksella oli ruoan sulatusvaivoja (31,9 %) ja närästyttä (30 %). Reilu kymmenes (12,5 %) kuntalaisista oli tuntenut masentuneisuutta ja muista mielenterveysongelmista oli oirehtinut (2,6 %) vastaajista. Kysymykseen vastanneiden määrät ja prosenttiosuudet ovat nähtävissä liitetäulukosta (6).

Lääkkeiden käyttäminen kuluneen viikon aikana (7pv)

Kuntalaiskyselyyn vastanneita pyydettiin ilmoittamaan mitä lääkkeitä he ovat käyttäneet viimeksi kuluneen viikon aikana (7pv), kysymyksellä ”*Oletteko viimeksi kuluneen viikon aikana käyttänyt mitään tabletteja, pulvereita tai muita lääkkeitä?*”

Reilusti yli (66,5 %) puolet oli käyttänyt kuluneen viikon aikana vitamiini- ja kivennäisvalmisteita. Reilu kolmannes (38,5 %) ilmoitti käyttäneensä päänsärkylääkkeitä tai muita särkylääkkeitä (32,2 %) ja verensäätölääkkeitä (31,8 %). Viidesosa (19,9 %) käytti kolesterolilääkkeitä ja unilääkkeitä käytti noin kymmenesosa (11,1 %) ja lähes saman verran käytettiin (11,2 %) hormonilääkkeitä vaihdevuosiin tai niiden jälkioireisiin. Vastaajien määrät ja prosenttiosuudet näkyvät liitetäulukossa (7).

Mittaukset

Kuntalaiskyselyyn vastanneita pyydettiin ilmoittamaan *oliko heiltä mitattu veren painetta, veren kolesterolipitoisuutta ja veren sokeripitoisuutta ja milloin viimeksi?* vastaajien määrä ja prosenttiosuudet näkyvät taulukosta 7.

Taulukko 7. Verenpaineen, veren kolesterolin ja verensokeriarvojen mittaus

Verenpaineen mittaus	N	%
viimeksi kuluneen vuoden aikana	1117	77,6
1-5- vuotta sitten	275	19,1
yli viisi vuotta sitten	23	1,6
ei koskaan	13	0,9
en tiedä	12	0,8
Yhteensä	1440	100
Veren kolesteroliarvojen mittaus	N	%
viimeksi kuluneen vuoden aikana	722	50,2
1-5 vuotta sitten	477	33,1
yli viisi vuotta sitten	101	7,0
ei koskaan	99	6,9
en tiedä	40	2,8
Yhteensä	1439	100
Veren sokeriarvojen mittaus viimeksi	N	%
viimeksi kuluneen vuoden aikana	763	53,1
1-5- vuotta sitten	449	31,3
yli 5 vuotta sitten	86	6,0
ei koskaan	89	6,2
en tiedä	49	3,4
Kaikki yhteensä	1436	100

Suurin osa vastaajista (77,6 %) ilmoitti mittauttaneensa verenpaine kuluneen vuoden aikana. Verensokeri arvot oli mitattu reilulta puolelta (53,1 %) ja veren kolesteroliarvot oli mitattu puolelta (50,2 %) vastaajista kuluneen vuoden aikana. Pieni osa vastaajista ilmoitti, että heiltä oltu mitattu koskaan verenpainetta (0,9 %), veren kolesterolia (6,9 %) tai verensokeriarvoja (6,2 %).

Työkyvyttömyyseläke

Vastaajia pyydettiin ilmoittamaan saavatko he työkyvyttömyyseläkettä, kysymyksellä ”*Saatteko työkyvyttömyyseläkettä?*” Kysymykseen annettujen vastausten määrät näkyvät taulukosta 8.

Taulukko 8. Työkyvyttömyyseläkkeen saaminen

Työkyvyttömyyseläke	N	%
en	1214	87,0
hakemus vireillä	13	0,9
kyllä	168	12,0
Kaikki yhteensä	1395	100

Työkyvyttömyyseläkettä sai reilu kymmenesosa (12 %) ja hakemus oli vireillä tai selvittely oli menossa (0,9 %) vastaajista.

Vastaajia pyydettiin ilmoittamaan onko heillä jokin työ- ja toimintakykyä heikentävä vamma tai sairaus, kysymyksellä ” *Onko teillä sairaus tai vamma joka häiritsee työ- ja toimintakykyä?* ” Kysymykseen annettujen vastausten määrät ja prosenttiosuudet käyvät ilmi taulukosta 9.

Taulukko 9. Työkykyä häiritsevä vamma tai sairaus

Työkykyä häiritsevä vamma tai sairaus	N	%
ei	870	72,3
kyllä	334	27,7
Kaikki yhteensä	1204	100

Vastaajista (72,3 %) ilmoitti, ettei heillä ole työ- tai toimintakykyä häiritsevää vammaa tai sairautta. Lähes kolmasosa (27,7 %) ilmoitti jokin työkykyä häiritsevän vamman tai sairauden.

Hammaslääkärillä käynnit ja hampaiden harjaus

Kuntalaiskyselyyn vastanneita pyydettiin ilmoittamaan kuinka monta kertaa he olivat käyneet hammaslääkärin vastaanotolla viimeksi kuluneen vuoden aikana, kysymyksellä ”*Montako kertaa olette käyneet hammaslääkärin vastaanotolla viimeksi kuluneen vuoden aikana?*” Kysymykseen annetut vastaukset näkyvät määrät ja prosenttiosuudet taulukosta 10.

Taulukko 10. Hammaslääkäri käynnit

Hammaslääkäri käynnit vuoden aikana	N	%
en kertaakaan	544	38,9
1-2 kertaa	638	45,6
3-4 kertaa	144	10,3
5 kertaa tai enemmän	73	5,2
Kaikki yhteensä	1399	100

Noin puolet vastaajista (45,6 %) oli käynyt hammaslääkäriin vastaanotolla 1-2 kertaa viimeisen vuoden aikana, kun reilu kolmannes ja (38,9 %) ei ollut käynyt kertaakaan.

Vastaajilta kysyttiin myös kuinka usein he harjaavat hampaitaan, kysymyksellä ”Miten usein teillä on tapana harjata hampaita?” Kysymykseen vastanneiden määrät ja prosenttiosuudet näkyvät taulukosta 11.

Taulukko 11. Hampaiden harjaus

Hampaiden harjaus	N	%
useammin kuin kerran päivässä	980	69,2
kerran päivässä	390	27,5
harvemmin kuin kerran päivässä	42	3
ei koskaan	5	0,4
Kaikki yhteensä	1417	100

Suurin osa (69,2 %) vastaajista harjasi hampaitaan useammin kuin kerran vuorokaudessa. Kerran päivässä ilmoitti harjaavansa reilu neljännes (27,5 %) ja harvemmin kuin kerran päivässä (3 %) ei koskaan (0,4 %).

9.3 Terveyskäyttäytyminen

Kuntalaiskyselyssä pyydettiin vastaajia arvioimaan elämäntapojaan kuten ruokailutottumuksia ja ateriarytmiä, liikunta-aktiivisuutta, alkoholinkulutusta ja tupakointitottumuksia.

Ruokailurytmi ja ruokatottumukset

Vastaajilta kysyttiin miten heidän ateriaritmi jakautui vuorokauden aikana. Missä nauttivat lounaan ja päivällisen ja minkälaisia ruoka-aineita kuntalaiset käyttivät. Vastaajilta kysyttiin syövätkö he aamiaista, kysymyksellä ”*syöttekö yleensä aamupalaa?*”

Lähes kaikki vastaajat ilmoittivat syövänsä aamupalan (88,6 %) ja noin kymmenesosa (11,4 %) kertoi, ettei syö aamupalaa ollenkaan. Vastaajilta kysyttiin myös missä he syövät lounaan ja päivällisen tavallisemmin kysymyksellä ”*missä syötte useimmiten lounaanne, päivällisenne arkisin?*” Kuntalaisten antamat vastaukset näkyvät määrinä ja prosenttiosuuksina Taulukosta 12.

Taulukko12. Lounas ja päivällisruokailu

Lounas ruokailu	N	%
kotona	784	55,8
ravintolassa	32	2,3
työpaikkaravintolassa	151	10,8
oppilaitoksen ravintolassa	98	7
syön eväitä työpaikalla	293	20,8
muualla	18	1,3
en syö lainkaan lounasta	29	2
Yhteensä	1405	100
Päivällisruokailu	N	%
kotona	1299	92,4
ravintolassa	6	0,4
työpaikkaravintolassa	10	0,7
oppilaitoksen ravintolassa	3	0,2
syön eväitä työpaikalla	40	2,8
muualla	24	2,1
en syö lainkaan päivällistä	24	3,3
Yhteensä	1406	100

Kuntalaisista yli puolet (55,8 %) ilmoitti syövänsä lounaan arkisin kotona ja päivällisen lähes kaikki (92,3 %) ilmoittivat syövänsä kotona. Eväitä työpaikalla tai sen läheisyydessä söi viidesosa (20,9 %) vastaajista. Kymmenesosa (10,7 %) söi työpaikkaruokalassa. Vastaajista (2,1 %) ilmoitti, ettei syö lounasta ja päivällistä ei syönyt (3,3 %) vastaajista.

Kuntalaisia pyydettiin ilmoittamaan, minkälaisia ruoka-aineita he olivat käyttäneet aterioillaan kuluneen viikon (7 pv) aikana, kysymyksellä ”*Kuinka usein olette viimeksi kuluneen viikon aikana käyttänyt seuraavia ruokia ja juomia?*” Kysymykseen vastaajien määrät ja prosenttiosuudet näkyvät taulukosta 13.

Taulukko 13. Vastaajien käyttämät ruoka-aineet viikon aikana (7pv)

Ruokalaji		En kertaakaan	1-2 päivänä	3-5 päivänä	6-7 päivänä	Yhteensä
keitettyjä perunoita	%	13,5 %	45,7 %	35,2 %	5,6 %	100 %
	N	192	648	499	80	1419
ranskalaisia perunoita	%	85,0 %	14,2 %	0,1 %	0,6 %	100 %
	N	1140	191	2	8	1341
riisiä/pastaa	%	23 %	63,4 %	11,3 %	1,9 %	100 %
	N	318	864	154	26	1362
puuroja/muroja	%	25,5 %	30,6 %	17,9 %	26 %	100,0 %
	N	359	430	252	366	1407
rasvaisia juustoja	%	36,2 %	26,9 %	22,3 %	14,6 %	100 %
	N	483	359	297	194	1333
vähärasvaisempia juustoja	%	37,2 %	26,0 %	20,2 %	16,6 %	100 %
	N	494	345	269	221	1329
kanaa	%	16,1 %	67,9 %	14,0 %	2 %	100 %
	N	224	944	195	28	1391
kalaa	%	17,1 %	64,4 %	16,0 %	2,5 %	100 %
	N	240	902	224	35	1401
lihaa	%	6 %	53,1 %	36,7 %	4,2 %	100 %
	N	84	741	512	59	1396
lihajalosteita	%	18,9 %	40,9 %	25,1 %	15,1 %	100 %
	N	258	559	344	207	1368
kanamunia	%	23,8 %	58,4 %	13,9 %	4,0 %	100,0 %
	N	331	813	193	55	1392
tuoreita vihanneksia/juureksia	%	5,7 %	26,3 %	33,6 %	34,5 %	100 %
	N	79	367	470	482	1398
kypsennettyjä vihanneksia/juureksia	%	11,6 %	39,3 %	32,1 %	17,1 %	100 %
	N	160	543	444	236	1383
hedelmiä/marjoja	%	7,5 %	24,5 %	28,6 %	39,5 %	100 %
	N	105	343	400	553	1401
pizzaa	%	73,3 %	25,0 %	0,4 %	1,2 %	100 %
	N	1000	341	6	17	1364
muita suolaisia leivonnaisia	%	71,4 %	25,9 %	1,3 %	1,4 %	100 %
	N	971	352	18	19	1360
makeita leivonnaisia	%	21,9 %	48,0 %	20,7 %	9,4 %	100 %
	N	303	665	286	130	1384
suklaata tai muita makeisia	%	29,7 %	52,4 %	14,6 %	3,3 %	100 %
	N	410	723	202	46	1381
mehuja/ tuoremehuja	%	38,2 %	29,6 %	20,3 %	11,9 %	100,0 %
	N	527	409	280	164	1380

sokeroituja	%	77,2 %	17,7 %	3,6 %	1,5 %	100 %
virvoitusjuomia	N	1059	243	49	20	1371
keinomakeutettuja	%	77,5 %	14,6 %	5,1 %	2,9 %	100 %
virvoitusjuomia	N	1058	200	69	39	1366

Reilusti yli puolet (63,4 %) ilmoitti käyttäneensä ruoka-aineena riisiä/pastaa 1-2 kertaa viikon aikana kun kyseistä ruoka-ainetta ei käyttänyt (23 %) kertaakaan tänä aikana. Lähes puolet (45,7 %) vastaajista käytti keitettyjä perunoita 1-2 kertaa kuluneen viikon aikana ja 3-5 kertaa (32,5 %). Ranskalaisia perunoita käytettiin vähäisessä määrin (85 %) kuluneen viikon aikana. Reilu neljännes (26,9 %) vastaajista käytti rasvaisia juustoja 1-2 päivänä ja (22,3 %) käytti 3-5 päivänä viikossa. Vähärasvaisempien juustojen käyttäminen oli lähes saman verran, kuin rasvaisempien juustojen käyttö. Vähärasvaisia juustoja käytettiin (26 %) 1-2 kertaa ja (20,2 %) 3-5 kertaa viikon aikana. Reilu kolmannes vastaajista ilmoitti, ettei ollut käyttänyt juustoja ollenkaan kuluneena viikona. Kanaa (67,9 %) ja kalaa (64,4 %) ruoka-aineena käyttivät reilusti yli puolet vastaajista 1-2 kertaa viikon aikana. Muina viikon päivinä näitä tuotteita vastaajat käyttivät vähemmän. Noin puolet (53,1 %) olivat käyttäneet lihaa 1-2 päivänä ja reilu kolmannes (36,7 %) 3-5 kertaa viikossa. Lihajalosteita vastaajat käyttivät (40,9 %) 1-2 kertaa ja (25,1 %) 3-4 kertaa viikossa.

Tuoreita vihanneksia/juureksia kuntalaiset kertoivat käyttäneensä päivittäin (34,5 %), 3-5 kertaa (33,6 %), 1-2 kertaa (26,3 %) viikon aikana. Kypsennettyjä vihanneksia/juureksia vastaajat käyttivät (39,3 %) 1-2 päivänä viikossa ja 3-5 päivänä noin kolmasosa (32,1 %) ja päivittäin (17,1 %). Päivittäin vastaajat käyttivät hedelmiä ja marjoja (39,5 %), 3-5 päivänä (28,6 %) ja 1-2 päivänä (24,5 %) vastaajista. Suurin osa kertoi, ettei ollut käyttänyt (73,3 %) kertaakaan pizzaa tai muita suolaisia leivonnaisia (71,4 %) kuluneen viikon aikana. Makeita leivonnaisia oli käyttänyt (48 %) 1-2 päivänä ja suklaata tai muita makeisia ilmoitti käyttäneensä (52,4 %) vastaajista 1-2 päivänä viikossa. Mehuja ja tuoremehuja käytti noin kolmannes (29,6 %) vastaajista 1-2 kertaa viikossa. Vastaajista suurin osa ei ollut käyttänyt sokeroituja virvoitusjuomia (77,2 %).

Kuntakyselyyn vastaajia pyydettiin myös vastamaan kysymykseen, *onko joku seuraavista henkilöistä kehottanut teitä muuttamaan ruokailutottumuksia terveydellisistä syistä kuluneen vuoden aikana (12 kk) aikana.* Vastaajamäärät ja prosenttiosuudet käyvät ilmi taulukosta 14.

Taulukko14. Ruokailutottumusten ehdottajat

Taho		Kyllä	Ei	Yhteensä
lääkäri	% N	11,6 % 157	88,4 % 1197	100 % 1357
joku muu terveydenhoitohenkilö	% N	14,6 % 197	85,4 % 1153	100 % 1350
perheenjäsen	% N	15,9 % 209	84,4 % 1129	100 % 1338
joku muu	% N	7 % 92	93 % 1227	100 % 1319

Vastaajien mukaan ruokailutottumuksien muuttamista olivat ehdottaneet suurimmaksi osaksi joku perheenjäsenistä (15,9 %), joku muu terveydenhoitohenkilö (14,6 %) tai lääkäri (11,6 %).

Tupakointi tottumukset

Vastaajia pyydettiin ilmoittamaan tupakointi tottumuksistaan kysymyksellä ”*Tupakoitko itse tai jonkin muun perheenjäsenen asunnossanne?*” Vastaajien määrät ja prosenttiosuudet käyvät ilmi taulukosta 15.

Taulukko 15. Vastaajien tupakointi tottumukset

Tupakoija		kyllä	ei	Yhteensä
itse	% N	16,4 % 233	83,6 % 1184	100 % 1417
puoliso	% N	12,4 % 158	87,6 % 1118	100 % 1276
muu aikuinen	% N	3,7 % 44	96,3 % 1142	100 % 1186
joku alle 18-vuotias	% N	0,6 % 7	99,4 % 1162	100 % 1169

Vastaajista alle viidesosa (16,4 %) ilmoitti tupakoivansa itse ja reilu kymmenesosa (12,4 %) kertoi että puoliso tupakoi. Pieni määrä (0,6 %) kertoi jonkun alle 18-vuotiaan perheenjäsenen tupakoivan asunnossaan. Suurin osa vastaajista (83,6 %) ilmoitti, ettei tupakoi itse eivätkä muutkaan perheenjäsenet tupakoineet suuremmaksi osaksi.

Vastaajia pyydettiin myös ilmoittamaan olivatko he tupakoineet aikaisemmin elämän aikana ja tupakoivatko he nykyisin kysymyksellä ”*Oletteko tupakoineet koskaan elämänsä aikana?*” Reilusti yli puolet (60,3 %) vastaajista ilmoitti tupakoineensa joskus elämänsä aikana ja reilu kolmannes kyselyyn vastanneista (39,7 %) kertoi, ettei ollut tupakoinut koskaan elämänsä aikana. Kuntalaisista kysyttiin myös nykyisestä tupakoinnista kysymyksellä ”*Tupakoitteko nykyisin?*” Nykyisin ilmoitti tupakoivansa hieman alle viidesosa (18,3 %) päivittäin ja satunnaisesti tupakoivien määrä oli (8 %) vastaajista. Suurin osa (73,6 %) vastaajista ilmoitti, ettei tupakoi nykyisin. Vastaajien määrät ja prosenttiosuudet näkyvät liitetaulukoista (8-9).

Kuntalaisilta kysyttiin halukkuutta tupakanpolton lopettamiseen kysymyksellä ”*Haluatteko lopettaa tupakanpolton?*” Tupakoivista (15,8 %) halusi lopettaa, (5,8 %) ei halunnut, (8,2 %) vastaajista eivät osanneet sanoa. Loput vastaajista (70,2 %) ilmoittivat, etteivät tupakoi nykyisin. Vastaajilta kysyttiin myös *olivatko he huolissaan tupakan aiheuttamista terveydellisistä haitoista?* Suurin osa tupakoivista (17,3 %) ilmoitti olevan hyvin huolissaan, hieman huolissaan (24,6 %) ja ei lainkaan huolissaan (7,2 %) vastaajista. Kysymykseen annetut vastaukset näkyvät määrinä ja prosenttiosuuksina liitetaulukoista (10- 11).

Lisäksi kuntalaisilta tiedusteltiin, *oliko joku taho esittänyt tupakoinnin lopettamista?* Vastaajat ilmoittivat että useimmiten tupakoinnin lopettamista oli ehdottanut perheenjäsen (20 %), lääkäri (14,4 %), terveydenhoitaja (12,3 %) tai joku muu taho (12 %). Tuloksia tulkitessa täytyy huomioida että kysymykseen halukuutta lopettaa tupakointi, tupakan aiheuttamista vaaroista ja tupakoinnin esittämistä ehdottanut taho ovat voineet vastata myös tupakoimattomat henkilöt. Kysymyksiin annettujen vastausten määrä ja prosenttiosuudet näkyvät liitetaulukossa (12). Kuntalaisilta kysyttiin *nuuskan käytöstä*, pieni määrä (8,1 %) vastaajista ilmoitti käyttävänsä nuuskaa. Vastaajien määrät ja prosenttiosuudet käyvät ilmi liitetaulukosta (13).

Alkoholin käyttö

Kuntalaisia pyydettiin arvioimaan *alkoholinkulutusta viimeksi kuluneen vuoden aikana (12 kk) ja kulutustottumuksia*. Vastaja määrät ja prosenttiosuudet käyvät ilmi taulukosta 16.

Taulukko 16. Alkoholin käyttö

Alkoholin kulutus (12 kk)	N	%
olen	1178	82,3
en	254	17,7
Yhteensä	1432	100

Suurin osa (82,3 %) vastaajista ilmoitti käyttäneensä alkoholijuomia viimeisen vuoden aikana ja noin viidesosa (17,7 %) vastaajista ei ollut käyttänyt alkoholia ollenkaan vuoden aikana.

Kyselyyn osallistuneita pyydettiin vastaamaan kysymykseen ”*kuinka usein tavallisesti juotte alkoholia?*” Kuntalaisista reilu kolmannes (32,4 %) kertoi käyttäneen alkoholia muutaman kerran vuodessa, noin neljännes (25,8 %) käytti 2-3 kertaa kuukaudessa ja kerran viikossa (15,3 %) vastaajista. Reilu kymmenes (11,4 %) nautti alkoholia 2-3 kertaa viikossa ja (12,9 %) ei käyttänyt ollenkaan. Vastaja määrät ja prosenttiosuudet näkyvät liitetaulukosta (14).

Lisäksi kuntalaisia pyydettiin vastamaan *oliko jokin taho kehottanut vähentämään alkoholin kulutusta viimeksi kuluneen vuoden aikana (12 kk)?* Vastajat ilmoittivat että, alkoholin käytön vähentämistä oli esittänyt lääkäri (1,3 %), joku muu terveydenhoitohenkilö (1,1 %), perheenjäsen (1,1 %) tai joku muu taho (1,1 %). Vastanneiden määrät ja prosenttiosuudet näkyvät liitetaulukosta (15).

Liikunta

Kuntalaisia pyydettiin kertomaan liikuntatottumuksista kysymyksellä ”*kuinka usein vapaa-ajan liikuntaa vähintään puoli tuntia niin että ainakin lievästi hikoillette tai hengästyttte?*” Kysymykseen vastanneiden vastaja määrät ja prosenttiosuudet käyvät ilmi taulukosta 17.

Taulukko 17. Vapaa-ajan liikunnan harrastaminen

Vapaa-ajan liikunnan harrastaminen	N	%
päivittäin	319	22,3
kerran viikossa	132	9,2
2 kertaa viikossa	215	15,1
3 kertaa viikossa	333	23,3
4-6 kertaa viikossa	261	18,3
2-3 kertaa kuukaudessa	71	5
muutaman kerran vuodessa/harvemmin	62	4,3
en voi harrastaa liikuntaa vamman/sairauden vuoksi	35	2,5
Yhteensä	1428	100

Vastaajista noin neljäsosa (23,3 %) ilmoitti harrastavan vapaa-ajan liikuntaa 3 kertaa viikossa ja lähes yhtä paljon (22,3 %) ilmoitti liikkuvansa vapaa-ajalla päivittäin. 4-5 kertaa viikossa liikuntaa harrasti (18,3 %) ja 2 kertaa viikossa (15,1 %) vastaajista. Pienempi määrä (9,2 %) vastaajista ilmoitti liikkuvansa kerran viikossa ja 2-3 kertaa kuukaudessa liikkui (5 %) vastaajista. Muutaman kerran vuodessa tai sitä harvemmin kertoi liikkuvansa (4,3 %) ja muutama ilmoitti (2,5 %) ettei voi sairauden tai vamman vuoksi harrastaa vapaa-ajan liikuntaa.

Kuntalaisia pyydettiin myös arvioimaan kuinka paljon liikkumista ja ruumiillista rasittamista vapaa-aikana, kysymyksellä ”*Kuinka paljon liikutte ja rasitate itseänne ruumiillisesti vapaa-aikana? Jos rasitus vaihtelee paljon eri vuoden aikoina, merkitkää se vaihtoehto, joka parhaiten kuvaa keskimääräistä tilannettanne*” Kysymykseen vastaajien vastaajamäärät ja prosenttiosuudet käyvät ilmi taulukosta 18.

Taulukko 18. Liikkuminen ja ruumiillinen rasittaminen

Liikkuminen ja rasittaminen vapaa-aikana	N	%
ei paljoakaan liikkumista/rasitusta ruumiillisesti	309	22
vähintään 4 h viikossa kävelyä, pyöräilyä tai muuta liikuntaa	739	52,6
keskimäärin 3 h viikossa kuntoliikuntaa säännöllisesti	333	23,7
säännöllisesti useita kertoja viikossa kilpailumielessä	24	1,7
Yhteensä	1405	100

Yli puolet (52,6 %) vastaajista ilmoitti vapaa-aikana kävelevän, pyöräilevän tai muulla tavalla liikkuvansa vähintään 4 tuntia viikossa. Hieman alle neljäs osa (23,7 %) vastaajista ilmoitti harrastavansa kuntoliikuntaa keskimäärin vähintään 3 kertaa viikossa. Lähes yhtä paljon (22 %) vastaajista ilmoitti katselevansa televisiota, lukevansa tai suorittavan askareita joissa ei paljoakaan liiku tai rasita itseään ruumiillisesti. Pieni osa (1,7 %) vastaajista harrasti liikuntaa säännöllisesti vapaa- aikana kilpailumielessä useita kertoja viikossa.

Kuntalaisilta kysyttiin oliko *jokin taho ehdottanut liikunnan lisäämistä kuluneen vuoden aikana?* Vastaajille oli pienessä määrin ehdotettu liikunnan lisäämistä eri tahoilta. Lääkäri oli ehdottanut (7,6 %), terveydenhoitohenkilö (7 %), perheenjäsen (7 %) tai joku muu (6,7 %) Vastaajien määrät ja prosenttiosuudet näkyvät liitetaulukosta (16).

Kuntalaisilta kysyttiin *”olivatko he yrittäneet vakavasti laihduttaa kuluneen vuoden aikana (12kk)?”* vastaajista reilu kolmannes (33,6 %) ilmoitti, että oli yrittänyt laihduttaa. Kuntalaisilta kysyttiin myös *oliko joku taho esittänyt laihduttamista?* Kymmenesosalle (10 %) vastaajista oli lääkäri ehdottanut laihduttamista ja terveydenhoitohenkilö (9,2 %). Perheenjäsenistä (9 %) ja joku muu taho (9 %) oli ehdottanut laihduttamista viimeksi kuluneen vuoden aikana. Vastaajien määrät ja prosenttiosuudet näkyvät liitetaulukoista (17- 18).

Kuntalaisilta kysyttiin olivatko he muuttaneet terveystottumuksia viimeksi kuluneen vuoden aikana, kysymyksellä *”Oletteko viimeksi kuluneen vuoden (12 kk) aikana muuttanut tottumuksianne terveydellisten näkökohtien perusteella?”* Vastaajien antamat vastukset käyvät ilmi taulukosta (19).

Taulukko 19. Terveystottumusten muuttaminen

Terveystottumusten muuttaminen (12 kk)		Kyllä	En	Yhteensä
vähentänyt rasvan määrää	%	39,9 %	60,1 %	100 %
	N	556	837	1393
muuttanut rasvan laatua	%	38,7 %	61,3 %	100 %
	N	528	836	1364
lisännyt kasvisten käyttöä	%	39,2 %	60,8 %	100 %
	N	536	833	1369
vähentänyt sokerin käyttöä	%	39,0 %	61,0 %	100 %
	N	533	835	1368
vähentänyt suolan käyttöä	%	39,1 %	60,9 %	100 %
	N	535	833	1368
laihuttanut	%	38,5 %	61,5 %	100 %
	N	523	834	1357
lisännyt liikuntaa	%	38,9 %	61,1 %	100 %
	N	530	834	1364
vähentänyt alkoholinkäyttöä	%	37,9 %	62,1 %	100 %
	N	496	814	1310

Kaikista vastaajista reilu kolmannes oli muuttanut kaikkia terveystottumuksia terveellisimpään suuntaan. Vähentänyt rasva määrää (39,9 %), muuttanut rasvan laatua (38,7 %), lisännyt kasvisten käyttöä (39,2 %), vähentänyt sokerin käyttöä (39 %), vähentänyt suolan käyttöä (39,1 %), laihuttanut (38,5 %), lisännyt liikuntaa (38,9 %) ja vähentänyt alkoholin kulutusta (37,9 %) vastaajista.

9.4 Kunnallisten terveystottumusten saatavuus toimivuus ja tiedottaminen

Kuntalaiskyselyyn osallistuneita pyydettiin arvioimaan terveystottumusten saatavuuden helppoutta kysymyksellä *kuinka helppoa teidän on saada seuraavia palveluita?* kysymyksessä 13 kohdat 7 ja 8. Lisäksi kyttiin *miten asuinkuntanne on huolehtinut terveystottumuksista tiedottamisen ja neuvonnan* kysymyksessä 17. Kysymykseen annetut vastaukset näkyvät taulukossa 20.

Taulukko 20. Kunnallisten ja yksityisten terveystalvelujen saatavuus

Kunnallisten terveystalveluiden saatavuus	N	%
helppoa	577	40,9
vaikeaa	707	50,1
ei kokemusta palvelusta	127	9
Yhteensä	1411	100

Yksityisten terveystalveluiden saatavuus	N	%
helppoa	1083	78,1
vaikeaa	107	7,7
ei kokemusta palvelusta	196	14,1
Kaikki yhteensä	1386	100

Kuntalaisista puolet (50,1 %) ilmoitti että kunnallisten terveystalveluiden saatavuuden vaikeaksi kun helpoksi talveluiden saatavuuden koki (40,9). Sen sijaan yksityiset terveystalvelut saatavuuden kokivat reilusti yli puolet helposti saatavaksi (78,1 %) kun talvelusta ei ollut kokemusta (14,1 %) vastaajista.

Terveystalveluiden toimivuus

Kuntalaisia pyydettiin myös arvioimaan tavallisempien 11 eri kunnallisten terveystalveluiden toimivuutta kunnallisista terveystalveluista kysymyksellä ”Seuraavassa on lueteltu joukko tavallisimpia kunnallisia terveystalveluita. Arvioi palvelun toimivuutta kunnassanne” Kuntalaisista reilusti yli puolet piti yleislääkäripalvelujen toimivuutta huonona (58,8 %) ja toiseksi heikommaksi kuntalaiset kokivat erikoislääkärin talveluiden toimivuuden (43,3 %). Eniten mainintoja hyvästä terveystalvelujen toimivuudesta saivat laboratorio- ja röntgenpalvelut (72,6 %). Seuraavaksi parhaiten toimi kuntalaisten mielestä työterveyshuollonpalvelut (53 %) kun suurella osalla ei ollut kokemusta (40,1 %) työterveyshuollon talveluista. Kotisairaanhoidon talveluista (75,1 %), mielenterveystalveluista (74,5 %) fysioterapianpalveluista (58,1 %), äitiys- ja lastenneuvola talveluista (56,9 %), koulu- ja opiskelija terveydenhuollonpalveluista (55,9 %) ja sairaala- ja vuodeosastonpalveluista (46,6 %) vastaajista ilmoitti, ettei heillä ollut kokemusta kyseistä palvelusta, mikä pitää huomioida tulosten tulkinnassa ja johtopäätöksiä tehdessä. Vastaajien määrät ja prosenttiosuudet käyvät ilmi liitetaulukosta (19.).

Terveyspalveluista tiedottaminen

Kuntalaisia pyydettiin arvioimaan miten oma kunta on huolehtinut kunnallisista terveyspalveluista tiedottamisen ja neuvonnan, kysymyksellä ”Miten kunta on huolehtinut kunnallisista terveyspalveluista tiedottamisen ja neuvonnan” Kysymykseen annettujen vastausten määrät käyvät ilmi taulukosta 21.

Taulukko 21. Kunnallisia terveyspalveluista tiedottaminen ja neuvonta

Terveyspalveluista tiedottaminen	N	%
erittäin hyvin	35	2,4
hyvin	582	40,2
huonosti	489	33,8
erittäin huonosti	92	6,4
en osaa sanoa	248	17,2
Yhteensä	100	1446

Kuntakyselyyn vastanneista (40,2 %) piti terveyspalveluista tiedottamisen ja neuvonnan hyvänä tai erittäin hyvänä (2,4 %) vastaajista. Tiedottamista ja neuvontaa kunnallisista terveyspalveluista pitivät huonona (33,8 %) tai erittäin huonona (6,4 %) vastaajista.

9.5 Kuntalaisten kehittämisehdotuksia Kemin kaupungille

Kuntalaisilta kysyttiin että *pitäisikö kotikunnan tehdä nykyistä enemmän sairauksien ehkäisemiseksi, terveellisen ympäristön aikaan saamiseksi ja kuntalaisten terveyden edistämiseksi?* Vastausvaihtoehtoina olivat, *ei* ja *kyllä*. Kyllä vaihtoehdossa oli vastaajilla mahdollisuus vastata avoimeen kysymykseen ”Mitä” Kuntalaiset vastasivat myöntävästi (72 %) ja ei (28 %). Avoimeen kysymykseen tuli runsaasti vastauksia (N= 643) ja aihealueita oli useita. Taulukkoon 22. on koottu vastaajilta useimmin esiintyneitä ehdotuksia. Lisäksi on otettu suoria lainauksia vastaajilta kustakin aiheesta.

Taulukko 22. Kuntalaisten kehittämisehdotuksia

Kuntalaisten kehittämisehdotuksia	N	%
Lääkärin palveluiden saaminen perusterveydenhuollossa	160	24,9
Terveystedistämistyön lisääminen	153	23,8
Liikunta- ja harrastusmahdollisuuksien lisääminen	91	14,1
Terveyspalveluiden parantaminen	78	12,1
Muut	161	25,1
Yhteensä	643	100

Neljäsosa vastaajista (24,9 %) toivoi lääkärinpalveluihin parannusta perusterveydenhuollossa.

”lisää lääkäreitä, liian pitkät jonot lääkärille pääsyy.”

”lääkäriaikoja pitäisi saada ennen kuin tilanne menee pahaksi...”

”Lääkärin vastaanottoaikoja terveyskeskuksiin..”

Lähes yhtä paljon vastaajista (23,8 %) toivoi terveydenedistämistyön lisäämistä perusterveydenhuoltoon

”Terveystedistämisen työryhmä + valtuuston yhteistyö em. asioissa + kolmas sektori”

”Ennaltaehkäisevään työhön tulisi panostaa jokaisen ihmisen eri-elämänvaiheen aikana”

”Terveystarkastukset kaikille ikäluokille”

Liikunta- ja harrastus mahdollisuuksien lisäämistä toivoivat (14,1 %) vastaajista

”Nuorten liikuntaharrastusten tukeminen”

”Kilpailuja liikunnassa, korttelitapahtumaa, lähiöliikuntaa”

”enemmän urheilu- ja harrastustoimintaa, kulttuuritapahtumia.”

Terveyspalvelujen parantamista toivoi (12,1 %) vastaajista

”Terveyskeskuksiin useampi terveydenhoitaja ja diabeteshoitajia, tarvitaan neuvontaa ja opastusta”

”Perusterveydenhuolto on täysin riittämätöntä”

”Terveyskeskuspalvelut paremmin saavutettavaksi”

10 TUTKIMUKSEN JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

10.1 Kuntakyselyyn vastanneiden määrä ja tausta profiili

Kemi Terveeksi 2015 hyvinvointikyselyyn vastasi (6,5 %) Kemin asukkaista, jota voidaan pitää hyvänä vastaaja määränä ja saatuja tuloksia voidaan pitää valtakunnallisesti vertailukelpoisina. Naiset olivat aktiivisempia osallistujia, joiden osuus oli reilusti yli puolet (67 %) Miesten osuus oli noin kolmannes vastaajista (33 %). Ikäryhmältään aktiivisempia vastaajia olivat 55- 69-vuotiaat (37,6 %) ja toiseksi suurin vastaajaryhmä oli 40- 54-vuotiaat (24,8 %) kun pienin vastausprosentti oli 18- 24-vuotiaissa (6,9 %) ja 25-39-vuotiaissa (12,6 %). Yli 70-vuotiaita vastaajia oli (18,2 %).

Tähän tutkimukseen osallistujista suurin osa oli ikääntyvää väestöä ja vähiten osallistujia oli nuoremmissa ikäluokissa. Kemin väestön ikärakenne (Liite 10) on muuttunut viimeisten vuosikymmenien aikana ikääntyvään suuntaan ja tilastokeskuksen väestöennusteen mukaan yli 65-vuotiaiden osuus väestöstä on yli 5000 henkilöä eli (23,3 %) vuonna 2015 (Liite 11). Kemin väkiluku on alentunut tasaisesti 1990 luvun laman jälkeen, etenkin nuorempien ja nuorten työikäisten kohdalla. Muuttotappio on vaivannut erityisesti nuoria työ- ja synnytysikäisiä ikäluokkia, mikä on vaikuttanut syntyneiden määrän alenemiseen. Vanhuusikäluokkiin siirtyvien määrä ja suhteellinen osuus kasvavat ja muuttavat rakennetta väestöllisellä huoltosuhdeindeksillä voimakkaasti vanhuspainotteisiin ryhmiin (Näyhä 2001,14.) Tilastokeskuksen mukaan Kemin huoltosuhde (liite 12) on ollut jatkuvassa kasvussa vuodesta 2008 lähtien koko maan keskiarvoon verrattuna.

Koulutus ja työsuhdeprofiili

Koulutus vaikuttaa työmarkkina – asemaan ja ammattiasemaan, jotka määrittelevät tuloja ja taloudellista asemaa. Koulutuksella on myös vaikutusta yhteiskunnalliseen arvostukseen ja lisää vaikuttamismahdollisuuksia. Tutkimuksien mukaan terveysongelmat ovat yleisempiä vähiten koulutettujen ja pienituloisten keskuudessa kun taas korkea asteen koulutuksen saaneet, ylemmät toimihenkilöt ovat terveempiä. (Kangas ym. 2002, 11- 13: Koskinen 2009.) On myös todettu että yksittäiset sairaudet ja sairausryhmät ovat

yleisempiä työntekijöillä ja vähemmän koulutusta saaneilla. (Kaikkonen ym. 2008, 13 - 14)

Tähän tutkimukseen osallistuneilla reilulla kymmenesosalla (14 %) oli perusasteenkoulutus, keskiasteen koulutus oli noin neljäsosalla (25,7 %) ja ilman ammatillista koulutusta oli (11,9 %) vastaajista. Korkea-asteen tutkinto (opistotaso, AMK, yliopistotutkinto) oli (48,4 %) vastaajista. Hieman alle puolet vastaajista ilmoitti olevansa työssä (41,8 %) ja eläkkeellä ilmoitti olevan lähes saman verran (38,7 %) vastaajista. Työttömänä ilmoitti olevan (6,7 %) ja päätoimisena opiskelijana (6,9 %) vastanneista. Suurin osa, reilu kolmannes ilmoitti työskentelevänsä ammattikoulutettuna työntekijänä (36,2 %) ja ilman ammattikoulutusta työskenteli vastushetkellä (16,7 %). Alempana toimihenkilönä työskenteli (22,6 %) ja ylempänä toimihenkilönä (16,4 %). Yrittäjinä toimi (6,5 %) vastaajista.

10.2 Terveydellinen hyvinvointi

Koettu terveys

Koettu terveys ilmaisee henkilön omaa arviointia terveydestään. Koettu terveys ennustaa kuolleisuutta, toimintakykyä ja terveyspalveluiden käyttöä. Reilu kolmannes Suomalaista arvioi terveytensä enintään keskinkertaiseksi (THL 2013). Sosiaalinen asema on yhteydessä koettuun terveyteen, vähemmän koulutusta saaneet, työntekijäammateissa toimivat ja pienituloiset kokevat terveytensä huonommaksi kuin pitkäkoulutuksen saaneet toimihenkilöt ja suurituloiset. Myös työttömyydellä on vaikutusta koettuun terveyteen ja työssä käyvät kokevat terveytensä paremmaksi (Rahkonen & Talala & Sundlander & Laaksonen & Lahelma & Uutela & Prättälä 2007, 67- 70; Manderbacka 2005).

Tässä tutkimuksessa Kemiläiset arvioivat terveytensä ja fyysisen toimintakykynsä hyväksi tai erittäin hyväksi (80,9 %) vastaajista. Huonoksi tai erittäin huonoksi terveytensä ja fyysisen toimintakykynsä arvioi alle viidesosa (16,4 %) vastaajista. Henkisen vireyden ja mielialan koki hyväksi tai erittäin hyväksi suurin osa (90 %) vastaajista ja huonoksi tai erittäin huonoksi henkisen vireyden kokivat kymmenesosa (9,9 %) vastaajista. Tutkimustuloksista voidaan päätellä, että kemiläisten arviot koetusta terveydestä eivät poikkea muuhun maahan verrattuna. Kemiläisten huonoa koettua terveydentilaa huonontaa kuten muuallakin Suomessa matala koulutustaso, pienituloisuus ja osittain siihen liittyvä pitkäaikaistyöttömyys. (Näyhä 2001, 130- 132).

Sairaudet

Runsaat 40 % suomalaisista sairastaa ainakin yhtä pitkäaikaista sairautta etenkin siirryttäessä nuoremmista vanhempiin ikäryhmiin. Terveiden ja toimintakyvyn kannalta edelleen yleisemmät sairaudet ovat sydän- ja verisuonetaudit, tuki- ja liikuntaelintensairaudet, mielenterveydenhäiriöt, allergia ja diabetes. Allergia, astma ja diabetes ovat selvästi lisääntyneet viime vuosien aikana (Aromaa & Huttunen & Koskinen & Teperi 2005).

Tässä tutkimustuloksessa ilmeni että kemiläisistä lähes puolella (46,4 %) oli 1-2 lääkärin toteamaa sairautta, kolme ja sitä enemmän lääkärin toteamia sairauksia ilmoitti olevan (16,7 %) vastaajista ja noin kolmanneksella (32,2 %) ei ollut yhtään sairautta. Tuloksista voidaan päätellä että runsaasti yli puolella vastaajista on jokin lääkärin toteama sairaus. Tätä tulosta tukee myös Kemin sairastavuus indeksi joka osoittaa, että sairastavuus on lisääntynyt jatkuvasti 1990 luvun alkupuolelta lähtien ja on korkein muihin Lapin kaupunkeihin verrattuna.

Tutkimustuloksissa ilmeni myös että lääkärinvastaanotolla oli käynyt viimeisen vuoden aikana kuntalaisista 5 kertaa tai useammin (24,4 %) ja 3-4 kertaa (20,6 %) ja 1-2 kertaa (38,3 %). Tutkimuksesta ei selviä mistä syytä lääkärin vastaanotolla käyntiin ja voidaan ainoastaan tehdä oletuksia siitä, että pitkäaikaissairaudet voivat olla osa syynä lääkärin vastaanotolla käyntiin.

Tarkastelluista pitkäaikaissairauksia tässä aineistossa ilmeni että reilulla kolmanneksella (32 %) oli kohonnut verenpaine tai verenpainetauti. Kohonnut veren kolesterolin arvo oli reilulla neljänneksellä (25,8 %) ja lähes saman verran (23,2 %) sairastettiin selän kulumavikaa tai muuta selkäsairautta. Hengityselintensairauksista heinänuhaa tai allergista nuhaa sairasti viidesosa (17,5 %) ja astmaa (8,8 %). Diabetesta sairasti (10,8 %) ja masennus oli todettu (6,7 %) tai jokin muu mielenterveyden ongelma (2,3 %) vastaajista

Tässä tutkimuksessa saadut tulokset vahvistavat aikaisempia tutkimustuloksia kemiläisten pitkäaikaissairauksista. Kemin terveystutkimuksessa (2001) on saatu lähes samankaltaisia tuloksia verenpainetaudin ja sepelvaltimotaudin sairastavuuden osalta. Sen sijaan selkäsairaudet ja hengityselintensairaudet ovat lisääntyneet jonkin verran kun tämän tutkimuksen tuloksia verrataan Kemin terveystutkimuksessa saatuihin tuloksiin (Raatikka & Remes & Lahti & Kärkkäinen & Kortelainen & Hausen 2001,127- 128.)

Kolesteroli arvon kohoaminen on merkittävä valtimotaudin riskitekijä, joka on yhteydessä sydän- ja verisuonisairauksiin. Viimeisten viiden vuoden aikana suomalaisten veren kolesteroli arvot ovat kääntyneet nousuun kaikissa ikäryhmissä. Tähän lienee vaikuttanut viime aikoina käyty keskustelu ja kritiikki tyydyttyneiden rasvojen käytöstä ja veren kolesterolia koskevia suosituksia kohtaan. On arvioitu että tyydyttyneiden rasvojen käytön lisääntyessä se voi nostaa sydäntauti kuolleisuutta tulevaisuudessa. (Vartiainen & Borodulin & Sundvall & Laatikainen & Peltonen & Harald & Salomaa & Puska 2012.)

Diabetes on merkittävä kansansairaus joka vaikuttaa elämänlaatuun ja lisää riskiä sairastua mm. sydän- ja verisuonisairauksiin. Diabetes on jatkuvassa kasvussa niin Kemissä kuin koko maassa joka ilmenee myös kansansairausindeksissä. Masennus on yleinen sairaus ja liittyy usein myös muihin mielenterveys häiriöihin. Vuonna 1996 suomessa arvioitiin kärsivän masennustiloista noin (9 %) suomalaisista aikuisväestöstä. Lapissa miehillä mielenterveyden häiriöt ovat maan keskitasoa vuosina 1980- 1995 mutta ovat nousseet neljänneksellä maan keskiarvon yläpuolelle vuosina 2000- 2002 (Näyhä 2005, 55).

Sairastavuuden esiintyvyyttä voidaan mitata myös työkyvyttömyyseläkkeiden määrällä. Suomessa vuonna 2011 työkyvyttömyyseläkettä sai mukaan 260 453 henkilöä. (THL 2013). Kemi on selvästi poikkeava kaupunki sekä valtakunnallisesti että Lapin rajojen sisäpuolella, jossa työkyvyttömyyttä ilmenee 1,5 kertaa enemmän kuin suomessa keskimäärin. Kemissä työkyvyttömyyttä aiheuttavat poikkeavan paljon mielenterveyshäiriöt, tuki- ja liikuntaelintensairaudet ja sepelvaltimotaudit sekä vammat ja myrkytykset (Näyhä 2005, 61, 155- 156.)

Tässä tutkimuksessa työkyvyttömyys eläkettä ilmoitti saavansa reilu kymmenesosa (12 %) ja työkyvyttömyyseläke hakemus oli vireillä (0,9 %) vastaajista. Suomessa työkyvyttömyyseläkkeen saajien keskiarvo oli (4,8 %) vuonna 2011. Tuloksista voidaan tehdä johtopäätös että työkyvyttömyyseläkettä sai usea kuntalainen tähän kyselyyn vastanneista. Kemin kaupungissa työkyvyttömyyseläkkeen saajien määrä oli (16, 8 %) vuonna 2011, joka on Lapin muihin kaupunkeihin verrattuna korkea (Liite 12).

Tämän tutkimuksen tuloksissa voidaan tehdä yleinen päätelmä, mitä sairauksia Kemin kuntalaiset sairastavat ja siitä kuinka monella on todettu jokin pitkäaikaissairaus. Tulok-

set osoittavat että Kemissä sairastetaan tuttuja kansansairauksia joista suurimmat yksittäiset sairaudet olivat verenpainetauti, selänkulumavika ja selkäsairaudet sekä veren kolesteroliarvo. Näiden sairauksien lisäksi diabetes, astma, allergiat ja mielenterveyshäiriöt ovat kasvussa kuten yleisesti muuallakin maassa. Kemin korkeaan sairastavuuteen, työkyvyttömyys eläkkeiden runsaaseen määrään ja tiheisiin lääkäri käynteihin voi vaikuttaa väestön toiminnallisen rakenteen muutokset esimerkiksi työkykyisten nuorten asukkaiden muuttaminen pois paikkakunnalta ja ikääntyvän väestön kasvava määrä joka näkyy epäedullisesti terveyteen. Siitä huolimatta vaikka Kemin kaupungin sairastavuus on korkealla tasolla kuntalaiset arvioivat terveytensä hyväksi. Subjektiivista arviointia omasta terveydestä voidaan pitää luotettavana.

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa siitä mitä sairauksia Kemiläiset sairastavat ja minkälaiseksi he kokevat terveytensä. Näissä tuloksissa saadaan vastaus tutkimuskysymyksiin. Tutkimuksen tuloksista ei selviä sosio-ekonomisten taustatekijöiden vaikutusta sairastavuuteen, koettuun terveyteen tai työkyvyttömyyseläkkeen saajiin. Mielenkiintoista olisi saada tarkempaa tietoa siitä ketkä sairastavat ja minkälaisissa elinolosuhteissa he elävät, jotta terveystaloudellisia ja ennaltaehkäiseviä palveluita voidaan kehittää eri väestöryhmille.

10.3 Terveyskäyttäytyminen

Sairastavuuden taustalla vaikuttavat elämäntavat. Esimerkiksi ravinnolla, liikunnalla, tupakoinnilla ja alkoholin kulutuksella on keskeinen merkitys tärkeimpien kroonisten tautien ehkäisyssä.

Ruokatottumukset

Suomalaisten ruokailutottumukset ovat muuttuneet terveellisempään suuntaan ja esimerkiksi vähärasvaisten ruoka-aineiden käyttö on lisääntynyt. Päivittäisessä ruokavaliossa tulisi sisältää vähärasvaisten tuotteiden lisäksi täysjyvävilja tuotteita ja sekä kasviksia, hedelmiä ja marjoja. Ravitsemussuosituksien mukaan kala ateriat olisi hyvä syödä 2 kertaa viikossa ja liha valmisteissa tulisi suosia vähärasvaista lihaa. Lisäksi päivittäin tulisi nauttia kolme pääateriaa päivittäin.

Tämän tutkimuksen tuloksista ilmenee että päivittäin syötyjen aterioiden määrä oli lähes kaikilla vastaajilla 3 kertaa päivässä ja pääateriat syötiin lähinnä kotona. Ravitsemussuosituksen mukaisesti vastaajista suurin osa (64,4 %) käytti kalaa vähintään kerran tai kaksi viikossa. Myös vähärasvaisempaa kanaa (67,9 %) vastaajista ilmoitti syövänsä kerran tai kaksi kertaa viikossa. Lihaa ja lihajalosteita puolestaan käytettiin tasaisemmin viikon päivinä. Kuitupitoisena ruoka-aineena käytettiin eniten riisiä ja pastaa yli puolet (63,4 %) vastaajista ilmoitti käyttäneensä kerran tai kahdesti viikossa mutta päivittäinen käyttö oli vähäistä (1,9 %). Keitettyjen perunoiden käyttö oli tasaisempaa kaikkina viikon päivinä ja noin puolet kertoi käyttäneensä keitettyjä perunoita (45,7 %) kerran tai kaksi kertaa viikossa sekä kolmena ja sitä useampana päivänä (35,2 %). Tuoreita vihanneksia käytti reilusti yli kolmannes (34,5 %) päivittäin sekä hedelmien ja marjojen käyttö oli päivittäistä yli kolmanneksella (39,5 %) vastaajista. Kypsennettyjen vihannesten päivittäinen käyttö oli vähäisempää (17,1 %). Makeiden leivosten (48 %) ja suklaata tai muita makeisia ilmoitti käyttävä (52,4 %) vastaajista kerran tai kaksi kertaa viikossa.

Tässä tutkimuksessa saatujen tulosten perusteella voidaan todeta että Kemiläisten käyttämät ruoka-aineet ovat muuttuneet kevyemmiksi kuten muualla maassa. Huomiota kiinnitti tuoreiden vihannesten ja hedelmien käyttö päivittäin reilulla kolmanneksella vastaajista. Toisaalta täytyy huomioida leivonnaisten ja makeisten käyttö, joita käytti viikon aikana puolet vastaajista 1-2 kertaa viikossa.

Terveyskyselystä (2009) ilmenee että Kemiläiset käyttimien ruoka-aineiden käytössä ei suuria eroja muuhun maahan verrattuna, joskin pieniä eroja voi olla suuntaansa mutta ei merkitseviä. (Helakorpi 2009, 100- 115.) Vaikka suomalaisten ruokailutottumukset ovat muuttuneet parempaan suuntaan, siitä huolimatta ylipainoisuus lisääntyy koko ajan. Syyksi arvioidaan makeisten käytön lisääntymistä ja energian kulutuksen vähenemistä arkiliikunnan vähenemisen myötä ja istuvan elämäntavan lisääntyminen. Lihavuus lisää riskiä sairastua diabetekseen, sydän- ja verisuonisairauksiin sekä tuki- ja liikuntaelinten sairauksiin ja on kansanterveydellinen haaste. Kaksi kolmesta miehistä ja puolet naisista on vähintään lievästi ylipainoisia tutkijoiden mukaan sosioekonomiset terveyserot näkyvät aikuisten ylipainossa ja ovat yleisempiä vähiten koulutetuilla miehillä ja naisilla (Männistö & Laatikainen & Vartiainen 2012).

Liikunta

Arkiliikunta on vähentynyt 1970 luvulta lähtien ja vapaa-ajan liikunta lisääntynyt. Noin puolet suomalaisista ilmoittaa harrastavan vapaa-ajan liikuntaa. Liikunta ehkäisee liikalihavuuden kehittymistä ja vähentää riskiä sairauksien synnyssä. UKK instituutin mukaan liikuntaa tulisi harrastaa vähintään kaksi ja puoli tuntia viikossa tai liikkumalla rasittavasti tunnin ja viisitoista minuuttia viikossa ja kohentaa lihaskuntoa ainakin kaksi kertaa viikossa. (UKK- instituutti.)

Kuntalaisista kysyttiin kuinka usein he harrastivat liikuntaa vähintään puoli tuntia kerrallaan niin että lievästi hengästyy ja hikoilee. Tässä kyselyssä osoittautui, että noin viidesosa (22,3 %) kuntalaisista harrastivat liikuntaa päivittäin niin että lievästi hengästyy ja hikoilee. Lähes saman verran (23,3 %) ilmoitti liikkuvansa kolme kertaa viikossa ja neljä kertaa ja sitä enemmän liikuntaa harrasti noin viidesosa (18,3 %). Kaksi kertaa viikossa liikuntaa harrasti (15,1 %), sekä kerran viikossa kertoi liikkuvansa (9,2 %) ja muutaman kerran vuodessa tai harvemmin (4,3 %) kun sairauden tai vamman vuoksi liikuntaa ei voinut harrastaa (2,5 %) vastaajista.

Kunnon säilyttämisen kannalta liikuntaa tulisi harrastaa vähintään kaksi - kolme kertaa viikossa. Tulokset osoittavat että reilusti yli puolet, kuntalaisista harrastivat liikuntaa säännöllisesti ja terveyden kannalta suotuisasti. Suositusten mukaisiin viikko liikunta määrään ei ylettänyt reilu kymmenes vastaajista.

Kuntalaisia pyydettiin myös arvioimaan liikunnan määrää ja rasittamista vapaa-aikana. Yli puolet (52,6 %) vastaajista kertoi liikkuvansa neljä tuntia viikossa kävellen tai pyöräillen. Noin neljännes (23,7 %) harrasti kolme tuntia kuntoliikuntaa säännöllisesti ja (1,7 %) kilpailumielessä, kun puolestaan neljännes (22 %) vastaajista kertoi, ettei liiku paljoakaan.

Tuloksista voidaan päätellä että vapaa-ajan liikuntaa harrasti säännöllisesti reilusti yli puolet vastaajista eikä tässä tutkimuksessa saadut tulokset poikkea koko maan tuloksiin verrattaessa. Näiden tulosten perusteella vapaa-ajan liikunnan harrastaminen näyttää Kemissä olevan aavistuksen korkeampi, kun yleensä Suomessa. (Helakorpi ym. 145-146). Toisaalta täytyy huomioida että vapaa-ajan liikkuminen reilulla viidenneksellä oli vähäistä.

Tupakointi

Lapin terveystarkastuksessa (2005) ilmenee että Lapin läänin alueella tupakointi on yleisempää kuin muilla aluilla Suomessa. Lappilaisista miehistä tupakoi säännöllisesti noin Kolmasosa (32 %) ja naisista neljäsosa (25 %) päivittäin. Samasta tutkimuksesta ilmenee myös että (60 %) haluaisi lopettaa tupakan polton. Tupakointi on yleisempää vähemmän kouluttautuneilla ja työttömällä (Näyhä & Laakso 2005, 158). Vuonna 2009 suomalaisista työkäisistä miehistä (22 %) ja naisista (16 %) tupakoivat päivittäin. Miesten tupakointi on vähentynyt viimeisten vuosikymmenien aikana tasaisesti ja naisten tupakointi on kääntynyt laskuun viimeisten vuosien aikana. (Helakorpi ym. 2009).

Tässä kyselyssä osoittautui, että (18,2 %) vastaajista tupakoi päivittäin ja satunnaisesti (8 %). Aikaisemmin kertoi tupakoineensa reilusti yli puolet (60,3 %) kun kysely hetkellä tupakoimattomien määrä oli (73,6 %). Tämän tutkimuksen tuloksista voidaan päätellä että tupakoivien määrä on vähentynyt aikaisempiin tutkimuksiin nähden. Kyselyn mukaan (15,8 %) tupakoivista halusi lopettaa tupakoinnin ja lähes saman verran ilmaisi huolensa tupakoinnin vaaroista.

Alkoholi

Liika alkoholin käyttö aiheuttaa monia terveydellisiä ja sosiaalisia haittoja. Alkoholin runsaan nauttimisen aiheuttamia välittömiä terveyshaittoja ovat mm. kohonnut verenpaine, vaara sairastua äkilliseen sydäntapahtumaan ja lisääntynyt tapaturmaalttius. Fyysisten haittojen lisäksi runsas käyttö aiheuttaa psyykkisiä ja sosiaalisia haittavaikutuksia. Lapin (2005) terveystarkastuksen mukaan Lappilaisten alkoholin käyttö ei merkittävästi poikkea muun maan alkoholikäyttö luvuista. (Hiltunen ym. 2005, 121- 122). Terveystarkastuksen (2009) mukaan alkoholinkäyttö on hieman vähentynyt, miehistä (38 %) kertoi juoneensa vähintään kahdeksan annosta alkoholia viikossa ja naisista (26 %) ilmoitti vähintään viiden alkoholi annoksen viikkokulutuksesta. Vastaavat annokset 2008 olivat (41 %) miehillä ja (29 %) naisilla.

Tämän tutkimuksen tuloksena alkoholia oli käyttänyt (82,3 %) viimeksi kuluneen vuoden aikana. Päivittäin alkoholia käytti (2,2 %), kaksi tai kolme kertaa viikossa (11,4 %), ja kerran viikossa (15,3 %). Kaksi tai kolme kertaa kuukaudessa käytti neljäsosa (25,8 %) vastaajista ja muutaman kerran vuodessa (32,4 %). Alkoholia ei käyttänyt lainkaan (12,9 %). Tässä tutkimuksessa saadut tulokset eivät poikkea valtakunnallisista tuloksista

Kemiläisten alkoholin käyttö tavoissa (Helakorpi 2009, 136). Tulokset antavat tietoa siitä kuinka usein alkoholia käytetään, mutta tuloksista ei selviä annosten määrää kuinka paljon alkoholia nautitaan kerrallaan. Suomessa kohtuullisena käyttönä pidetään miehillä alle 24 annosta/viikko ja naisilla alle 16 annosta/ viikossa. Terveysriskien uskotaan kuitenkin aiheutuvan jo pienemmistä määristä.

Tässä tutkimuksessa saaduilla tuloksilla voidaan osoittaa, että Kemin kuntalaisten elämäntavat eivät poikkea juurikaan muun maan tuloksiin. Toisaalta kuntalaisilta kysyttiin olivatko he muuttaneet terveystottumuksia viimeksi kuluneen vuoden aikana. Reilusti yli kolmannes vastaajista kertoi muuttaneensa terveystottumuksiaan terveellisempään suuntaan mm. ravintotottumuksien, liikuntatottumuksien ja alkoholinkulutusta vähentämällä, jolla voi olla vaikutusta tuloksiin. Kuntalaisista ilmoitti tupakoineensa reilusti yli puolet (60,3 %) aikaisemmin, joten tämän tutkimuksen tuloksista voidaan tehdä johtopäätös että kuntalaisten tupakointi on vähentynyt paljon. Elämäntavoilla on keskeinen merkitys kansansairauksien synnyssä ja elämäntapoja muuttamalla voidaan vaikuttaa edistävästi omaan terveyteen. Tässä tutkimuksessa oli tavoitteena saada tietoa Kemin kuntalaisten elämäntavoista, tuloksista selviää että kuntalaisten elämäntavat ovat muuttaneet parempaan suuntaan kuten muuallakin maassa.

10.4 Terveyspalvelut

Suomalaisen terveystalouden tavoitteena on tarjota jokaiselle Suomessa asuvalle terveydentilan edellyttämät laadukkaat ja riittävät palvelut riippumatta sosioekonomisesta asemasta tai taloduellisesta asemasta huolimatta. Terveyspalvelut jakaantuvat perusterveydenhuoltoon ja erikoissairaanhoidon. Perusterveydenhuollolla tarkoitetaan kunnan järjestämää väestön terveydentilan seurantaa, terveyden edistämistä ja erilaisia palveluita jotka tuotetaan kunnan terveyskeskuksessa. Kunnat vastaavat terveyspalvelujen järjestämisestä. Erikoissairaanhoidon, yksityinen terveydenhuolto ja työterveyshuolto tukevat ja täydentävät perusterveydenhuoltoa. (THL 2012.) Kunnallisten terveydenhuollon odotusajat voivat olla pitkiä ja joskus tarpeellista hoitoa ei kunnallisen järjestelmän kautta ole saatavilla ollenkaan. Kohtuullisessa ajassa terveyspalveluita voi saada työterveyshuollon kautta tai yksityisen palvelutuotannon kautta, joissa voi olla muita saatavuuden ongelmia kuten suuret omavastuuosuudet, vaihteleva palveluvalikoima tai kattavuus. Noin viidesosa väestöstä asuu kunnissa, joissa jonotusajat perusterveydenhuol-

lon lääkärille ovat yli neljä viikkoa ja vastaavasti toisen viidesosan jonotusaika on alle kaksi viikkoa (Pärnänen & Vuorenkoski 2013.)

Tässä tutkimuksessa osoittautui että puolet (50,1 %) vastaajista kokivat kunnalliset terveyspalvelut vaikeasti saataviksi ja pienellä osalla (0,9 %) vastaajista ei ollut kokemusta palveluista. Erityisesti yleislääkäri palvelujen (58,8 %) ja erikoislääkäriin palvelujen (43,3 %) toimivuus koettiin huonona. Yksityiset terveyspalvelut sitä vastoin koettiin helposti saatavaksi (78,1 %) ja vaikeaksi palvelun saatavuuden arvioivat (7,7 %). Yksityisistä terveyspalveluista ei ollut kokemusta (14,1 %) vastaajista. Työterveyshuollon palvelut koettiin myös hyväksi (53 %) kun vastaavasti kyseisistä palveluista ei ollut kokemusta (40,1 %) vastaajista. Eniten mainintoja hyvästä terveyspalvelujen toimivuudesta saivat laboratorio- ja röntgenpalvelut (72,6 %). Seuraavaksi parhaiten toimivat äitiys- ja lasten neuvolapalvelut (41,3 %) kun kokemusta kyseisestä palvelusta ei ollut (56, %) vastaajista. Kotisairaanhoidon palveluista (75,1 %), koulu- ja opiskelija terveydenhuollon palveluista (55,9 %), fysioterapian palveluista (58,1 %), mielenterveyspalveluista (74,5 %) vastaajista ilmoitti, ettei heillä ollut kokemusta palvelusta mikä on huomioitava tuloksi tulkitessa ja johtopäätöksiä tehdessä.

Tulokset ilmentävät selvästi heikkoa saatavuutta lääkäripalvelujen osalta, joka lienee yleinen ongelma etenkin pienissä ja syrjäisemmissä kunnissa. Helsingin sanoman artikkelissa 25.4.2013 viitataan tuoreeseen tutkimukseen terveyspalvelujen saatavuudesta, jonka mukaan joka viides suomalainen on sitä mieltä, että lääkäriin on vaikea päästä. Lääkärille jonotusaika perusterveydenhuollossa vaihtelevat suuresti kuntien välillä ja esimerkiksi Kemissä perusterveydenhuollon lääkärin vastaanotolle sai jonottaa 5-12-viikkoa joka ilmenee terveyden- ja hyvinvoinnintilastoista tilastoista (THL 2013). Hoitoon pääsyn määräajoista säädetään terveydenhuoltolaissa 51§ jonka mukaan terveydenhuollon ammattilaisen tulee tehdä hoidon tarpeen arviointi kolme päivän aikana asiakkaan yhteydenotosta ja tarpeelliseksi katsottu hoito tulee järjestää asiakkaan sairauden ennakoitavissa oleva kehitys kolmessa kuukaudessa siitä kun hoidon arviointi on tehty. Hoitajan vastaanotolle pääsy terveyskeskuksissa on parantunut ja hoidon tarpeen arviointiin pääsi hyvin. Kemissä jonotus aika oli 0-3 päivää (THL 2013).

Kunnallisissa terveydenhuoltopalveluissa etenkin pienemmissä kunnissa on ongelmana lääkärivastaanottoaikojen saaminen joka vaihtelee suuresti eri kunnissa. Kuntien ja alueiden erilaisuus ja väestörakenteen muutokset vaikuttavat eritavalla lääkäri palvelujen

kysyntään. Esimerkiksi kunnissa joissa väestön ikääntyminen on suurta kasvattaa se lääkäripalveluiden tarvetta erilaisten oireiden ja sairauksien lisääntyessä. Toiseksi työelämästä pois jäädessä työterveydenhuollon palvelut lakkaavat ja he siirtyvät perusterveydenhuollon palvelujen piiriin joka lisää palvelujen kysyntää. Lapin pienet kunnat ovat väestörakenteeltaan ikääntyvää väestöä joka lisää lääkäripalveluiden kysyntää mutta toisaalta ongelmana on lääkäreiden huono saatavuus pieniin kuntiin. Lääkäripalvelujen ohella myös muiden kunnallisten terveydenhuollon palvelujen järjestäminen tulee asettamaan haasteita kunnille. Kunnallisia terveystalouksia on pyritty kehittämään erilaisilla projekteilla, ohjelmilla ja laki uudistuksilla, joiden tarkoituksena pyrkiä edistämään terveyttä ja hyvinvointia ja luoda yhtenäiset ja tasavertaiset palvelut koko väestölle. Terveydenhoitopalveluita ja terveydenedistämistyötä kehittäessä tulisi huomioida kuntien ja alueiden erilaisuus esimerkiksi etäisyydet, väestön ikärakenne ja työllisyys jne.

Terveydenedistäminen

Kuntalaisilta kysyttiin mielipidettä *kunnan mahdollisuuksista tehdä enemmän sairauksien ehkäisemiseksi ja terveyden edistämiseksi kyllä ja ei vaihtoehdoilla*. Lisäksi kysymykseen *kyllä*, oli liitetty mahdollisuus vastata avoimesti, *mitä?* Suurin osa kuntalaisista vastasi myöntävästi (72 %) kysymykseen ja avoimeen kysymykseen tuli runsaasti vastauksia jossa kuntalaisista neljännes (24,9 %) toivoi lääkäripalveluiden parempaa saatavuutta ja lähes neljännes (23,8 %) toivoi terveydenedistämistyön lisäämistä.

Kuntalaisten toivoivat eniten lääkäripalveluiden saatavuuden parantumista, toiseksi eniten kuntalaiset toivoivat terveydenedistämistyön lisäämistä.

Terveydenhuollolla on tärkeä rooli terveydenedistämässä ja erikoisesti perusterveydenhuollolla mm. terveystalouksilla joilla on merkittävä asema kansantautien ehkäisyssä kuten mahdollisuutena puuttua *riskitekijöihin* ja *biologisiin tekijöihin* (mittaukset). Riskitekijöiden lisäksi olisi tärkeää huomioida myös *terveyden taustatekijät* kuten yksilölliset tekijät, sosiaaliset tekijät, rakenteelliset tekijät ja kulttuuriset tekijät. Terveydenedistäminen edellyttää hyväksymistä kuntapolitiikan toimintalinjaksi, jossa terveysnäkökohdat huomioidaan kaikilla hallintoalojen toiminnassa mm. yhteisten tavoitteiden toteuttamisesta, seurannasta ja arvioinnista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006,16- 18.)

Sairauksien ehkäisy ja hyvä kansanterveys luo pohjan kestäväälle hyvinvoinnille sekä taloudelliselle ja sosiaaliselle kehitykselle. Terveys 2015 ohjelmassa todetaan että terveyttä tulisi tarkastella elämänsäajan erivaiheissa ja pyrkiä havainnoimaan tärkeitä siirtymävaiheita sekä auttamaan ihmisiä selviytymään niistä mahdollisimman hyvin. Ilman ennaltaehkäisevää työtä joudumme uhraamaan suurempia varoja sairauksien hoitamiseen, joka on huomattavasti kalliimpi vaihtoehto.

Yhteistyön kehittäminen on tärkeää eri toimijoiden kanssa terveystaloutta ja terveydenedistämisen kehittäessä. Terveys 2015- ohjelmassa mainitaan yhteistyön tärkeydestä eri sektoreiden kanssa, koska kansanterveys määräytyy monista tekijöistä. Terveydenedistäminen on kirjattu lakiin ja erinäisiin asiakirjoihin joiden mukaan se on julkisen sektorin yleinen tehtävä ja kuuluu poikkivaltiossa toimintana kaikkien toimialojen tehtävään. Kunnalla on terveystaloutta järjestämistä vastuu ja uuden terveydenhuoltolain myötä se edellyttää uusia toimintamenetelmien käyttöön ottamista sekä seuranta ja valvonta terveystaloutta saatavuudesta. Kunnat ovat suurien haasteiden edessä tulevaisuudessa mm. kuntarakenteiden muutoksessa ja miten kunnalliset terveydenhuollon palvelut tullaan jatkossa tuottamaan niin että ne palvelevat kaikkia väestöryhmiä tasa-arvoisesti.

Tässä kyselyssä osoittautui että kuntalaiset toivoivat lääkäripalvelujen lisäksi terveydenedistämistyön lisäämistä perusterveydenhuoltoon, jossa huomioitaisiin eri-ikäisten tarpeet ja terveystaloutta lisääminen eri väestöryhmille. Lisäksi toivottiin enemmän terveydenhuollon henkilökuntaa ohjaus ja neuvonta työhön. Perusterveydenhuolto on keskeisessä roolissa terveydenedistämistyössä ja etenkin terveystaloutta palvelut ovat koko väestöä lähellä joka toimisi hyvänä neuvona, ohjausta antavana paikkana mutta myös erilaisten palvelujen piiriin ohjaavana paikkana.

Terveydenedistämistyötä voidaan tehdä myös monien muiden tahojen kanssa kuin ainoastaan terveydenhuollon ammattilaisten tekemänä. Esimerkiksi yhteistyötä voitaisiin kehittää terveystaloutta ja järjestöjen kesken, jossa järjestöt voisivat pitää erilaisia tukiryhmiä esimerkiksi elämäntaloutta muutoksessa, jonne asiakas voitaisiin tarvittaessa ohjata terveystaloutta palvelusta. Lisäksi kuntalaisten omaa osallistumista ja vaikutusmahdollisuuksia kehittämistyössä tulisi huomioida paremmin.

10.5 Pohdintaa tutkimuksen eettisyydestä ja luotettavuudesta

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan mitata validiteetilla, joka viittaa siihen, että tutkimuksessa on tutkittu oikeita asioita. Esimerkiksi teoreettiset käsitteet on pystytty luotettavasti operationalisoimaan muuttujiksi. Toiseksi luotettavuutta lisää se miten hyvin tutkimuksen tuloksia voidaan yleistää perusjoukkoon. Reliabiliteetti viittaa tulosten pysyvyyteen, jota voidaan arvioida mittaamalla tutkimusilmiötä samalla mittarilla eri aineistossa (Kankkunen ym. 2009, 152.)

Koska tutkimukseni liittyi Kemi- Terveeksi hankkeeseen, olivat tutkimuksen liittyvät tutkimusluvut haettu valmiiksi. Kyselylomake oli valmiina, jota oli hyödynnetty aikaisemmissa tutkimuksissa (Suomalaisten aikuisten terveystarkastuksessa ja Pohjois- Lapin seutukunnan hyvinvointibarometrin kuntakyselyn kysymyksiä), joten tämä lisää tutkimuksen luotettavuutta ja toistettavuutta. Kyselyihin osallistujien määrä oli suuri joka lisää tutkimuksen luotettavuutta ja tuloksien yleistettävyyttä perusjoukkoon. Kyselylomakkeessa oli yksi avoin kysymys, jossa kysyttiin kuntalaisten *mielipidettä pitäisikö kotikuntanne tehdä enemmän sairauksien ehkäisemiseksi ja terveellisen ympäristön aikaansaamiseksi tai terveydenedistämiseksi?* Tämä kysymys on analysoitu Excel taulukkolaskenta ohjelmaa käyttäen jossa valinnan perusteena käytettiin, miten useasti vastaajat olivat maininneet asian vastauksissaan. Tähän kysymykseen vastauksia ei voida pitää täysin luotettavana, koska se vaatii erilaisen analysointitavan.

Opiskelijat jotka osallistuivat kyselyjen toteuttamiseen, heille järjestettiin informaatiotilaisuus kyselyn toteuttamisesta varten. Näin varmistettiin että osallistujat saavat samanlaisen ohjeistuksen ja osallistujat saattoivat kysyä epävarmoista asioista. Kyselyjen toteuttamisen aikana useat ihmiset tallensivat kyselylomakkeita Webropoliin, johon voi liittyä virhemahdollisuuksia. Tallentaessani paperisia kysymyslomakkeita Webropoliin, havaitsin että useassa kyselylomakkeessa oli jätetty vastaamatta osaan kysymyksistä joten tallentamistani lomakkeista osa oli vajaita. Tutkimustuloksia tulkitessa kannattaa huomioida kyseinen asia. Syynä vajaisiin kyselylomakkeisiin saattaa olla kyselylomakkeen laajuus, joka vei aikaa täyttämässä. Webropoliin tallentamisen jälkeen kyselylomakkeet palautettiin Kemi - Tornion ammattikoreakoululle Leena Viinamäelle.

Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja tutkittaville kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta, anonymiteetistä ja eettisyydestä kyselylomakkeen yhteydessä. Tutkimus oli suunnattu aikuisväestölle ja vain 18-vuotialilla mahdollisuus osallistua, joten tämä lisäsi tutkimuksen eettisyyttä ja luotettavuutta.

10.6 Yleistä pohdintaa tutkimuksesta

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli muodostaa kuva Kemin kuntalaisten terveydellisestä hyvinvoinnista. Tutkimukseen osallistujien määrä oli suuri, joten tässä tutkimuksessa saadut tulokset antavat hyvän kuvan Kemin kuntalaisten terveydellisestä hyvinvoinnista, elämäntavoista ja terveystalveista. Tarkempia tuloksia halutessa täytyisi aineiston analysointi menetelmänä käyttää ristiintaulukointia, jolloin saataisiin selville ketkä sairastavat ja minkälaisissa elinolosuhteissa he elävät, jotta ennaltaehkäiseviä palveluita voidaan kehittää kaikkien väestöryhmien tarpeeseen. Tuloksia tulkitessa täytyy myös huomioida että vastaajien määrä vaihteli paljon kysymysten välillä. Yhtenä syynä voi olla kysymyslomakkeen laajuus, joka sisälsi paljon kysymyksiä.

Kyselyssä tuli esille kuntalaisilla yli puolella kuntalaisista oli jokin pitkäaikaissairaus mutta siitä huolimatta suurimmaksi osaksi kuntalaiset kokivat terveyden ja toimintakyvyn hyvänä. Kunnallisten lääkäripalvelujen huono saatavuus koettiin ongelmana, joka luultavasti on monessa muussa pienessä kunnassa ongelmana. Terveydenedistämisen näkökulmasta kuntalaisten huono lääkäripalvelujen saatavuus ei tue edistämistyötä. Terveydenedistäminen on viime aikoina ollut paljon julkisessa keskustelussa ja on alettu tiedostamaan sen tärkeys kustannustehokkaana toimintana kuin itse sairauksien hoito. Erilaisten sairauksien hoito on kehittynyt paljon teknologian kehittymisen myötä ja useimpia sairauksia voidaan hoitaa tehokkaasti, mikä on hyvä asia. Terveydenedistämistyö sen sijaan on jäänyt pienemmälle huomiolle jonka merkitystä on alettu ymmärtämään nyt paremmin. Terveydenedistäminen on laaja alaista toimintaa ja siihen tarvitaan monia yhteistyökumppaneita eri hallintoalojen sektoreilta sosiaali- ja terveydenhuollon lisäksi. Tärkeää on huomioida myös järjestöjen ja yksityisten yhteistyö edistämistyö kehittämisessä. Terveydenedistämistyö tulisi kaventaa terveys eroja joka edellyttää tuntemusta sosiaalisista taustatekijöistä jolloin voidaan vaikuttaa niihin ja toimia asiakkaan puolestapuhujana. Toimintaympäristön tunteminen lisää siellä asuvien elinolosuhteiden ja kulttuuristen tekijöiden tuntemista ja niiden huomioon ottamista esimerkiksi

Lapissa pitkät etäisyydet ja erilaiset elinolot. Terveystiedon edistämisen kannalta on tärkeää henkilökohtaisten taitojen kehittämisen ohella kehittää yhteisöjen toiminnan tehostamista esimerkiksi kunta mahdollistaisi julkisten paikkojen (koulut, liikuntapaikat ym.) hyödyntämisen harrastustoimintaan vapaa-aikana, jossa kuntalaiset itse voisivat kehittää toimintaa.

Terveystiedon edistämisen työhön tulisi luoda selkeät toimintamallit ja siihen täytyisi lisätä resurssia, jotta työtä voidaan kehittää ja saadaan se juurtumaan käytännöntasolle.

Tämä tutkimuksen toteuttaminen oli haastavaa mutta mielenkiintoinen prosessi, joka auttoi laajentamaan omaa käsitystä terveystiedon edistämisen laajuudesta, joka ulottuu monille eri tahoille joka edellyttää hyvää yhteistyötä useiden eri yhteistyökumppaneiden kanssa. Terveystiedon edistämistyössä tarvitaan laajaa näkemystä ja ymmärrystä yhteiskunnallisista asioista. Terveystiedon edistämistyö liitetään usein ainoastaan terveydenhuollon ammattilaisten tehtäväksi vaikka edistämistyötä voitaisiin tehdä monella muulla taholla esimerkiksi kouluissa, päiväkodeissa, kerhoissa ja vanhainkodeissa jne. Tärkeää edistämistyössä olisi huomioida kuntalaisten omat toiveet ja miten he voisivat olla osallisena kehittämistyössä.

10.7 Jatkotutkimusaiheita

Jatko tutkimusaiheena olisi mielenkiintoista tehdä uusi kysely muutaman vuoden päästä ja saada uusi arviointi Kemin kuntalaisten terveydellisestä hyvinvoinnista. Hyvinvointi kyselyn analysoiminen ristiintaulukoinnilla voitaisiin saada tarkempaa tietoa siitä ketkä sairastavat ja minkälaisissa elinolosuhteissa he elävät.

LÄHTEET

- Aalto- Kallio, Mervi & Mäkipää, Erica 2010. Käytäntöjä terveyden edistämiseksi. Katsaus terveyden edistämisen rakenteiden kehittämistyöhön. Terveystiedon edistämisen keskus Ry, Julkaisu 2/2010, Helsinki.
- Allardt, Erik 1980. Hyvinvoinnin ulottuvuuksia. WSOY, Helsinki.
- Aromaa, Arpo & Huttunen, Jussi & Koskinen, Seppo & Teperi, Juha 2005. (toim.) Suomalaisen terveys. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.
- Heikkinen, Hannele & Kettunen, Terttu 1994. Monimuotoinen sosiaaliturva. Werner Söderström Osakeyhtiö, Juva.
- Helakorpi, Satu & Laitalainen Elina & Uutela, Antti. 2009 Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys 2009. Terveystiedon ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 7/2010. Yliopistopaino, Helsinki.
- Helakorpi, Satu & Mäkelä, Pia & Helasoja, Ville & Karvonen, Sakari & Sulander, Tommi & Uutela, Antti 2007. Alkoholinkäyttö. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23 Helsinki.
- Hiltunen, Liisa & Keinänen- Kiukaanniemi, Sirkka & Lohi, Jouni 2005. Tupakointi ja alkoholinkäyttö (toim.) Lapin terveystieteiden tutkimuskeskus. Oulun yliopisto, kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos. Sarja: Kansanterveystiede. Tutkimus 3/2005.
- Husu, Pauliina & Paronen Olavi & Suni, Jaana & Vasankari, Tommi 2011. Suomalaisen fyysinen aktiivisuus ja kunto 2010. Terveystiedon edistämisen liikunnan nykytila ja muutokset. Opetus ja kulttuuriministeriön julkaisuja 2011:15. Kuopio
- Huttunen, Jussi. 2012 Alkoholit ja terveys. Terveystiedon edistämisen keskus Ry. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti/tk.koti?p_osio=104&p_artikkeli=dk01120

- Huttunen, Matti 2012. Masennus, masentuneisuus, masennusoire ja masennustila Terveyskirjasto. Kustannus Oy Duodecim
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00390.
- Kankkunen, Päivi & Vehviläinen- Julkunen Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOYpro Oy, Helsinki.
- Kananen, Jorma 2011. Kvantti-kvantitatiivisen opinäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 118. Tampereen Yliopistopaino Oy.
- Kananen, Jorma 2012. Kehittämistutkimus opinäytetyönä. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 134. Tampereen Yliopistopaino Oy.
- Kaikkonen, Risto & Kostiainen, Elina & Linnanmäki, Eila & Martelin, Tuija & Prättälä, Ritva & Koskinen, Seppo 2008. (toim.) Sosioekonomiset terveyserot ja niiden kaventaminen Kainuussa. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 27/2008. Helsinki.
- Kaikkonen, Risto & Koskinen, Seppo & Prättälä, Ritva & Martikainen Pekka 2008. Sosioekonomiset kuolleisuuserot. (toim.) Sosioekonomiset terveyserot ja niiden kaventaminen Kainuussa. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 27/2008. Helsinki.
- Kangas, Ilka & Keskimäki, Ismo & Koskinen Seppo & Manderbacka, Kristiina & Lahelma, Eero & Prättälä, Ritva & Sihto, Marita 2002. Sosioekonomisten terveyserojen kaventaminen-tiedosta toimintaan (toim.) Kohti terveyden tasa- arvoa. Edita, Helsinki.
- Karisto, Antti 1984. Hyvinvointi ja sairauden ongelma. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja M: 46, Helsinki.
- Kauhanen, Jussi & Myllykangas, Markku & Salonen, Jukka T, & Nissinen, Aulikki 2007. Kansanterveystiede 2.-3. painos, Werner Söderström Oy.

Kautto, Mikko. 2006 Suomalaisten hyvinvointi. Helsinki, Stakes.

Kankkunen, Päivi & Vehviläinen- Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä.
WSOYpro Oy, Helsinki.

Kansallinen FINRISKI 2007- terveystutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja
34/2008.

Kansanterveyslaki 28.2.1972/66

URL: <http://www.finlex.fi/filaki/ajantasa/1972/19720066>

Koskenvuo, Markku & Mattila Kari 2009. Terveyden edistämisen ja sairauksien ehkäi-
syn periaatteet Terveyskirjasto Duodecim, Helsinki

URL: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00001

Koskinen, Seppo. 2006. Sosioekonomiset terveyserot. Suomen kansanterveyden keskei-
nen ongelma. Kansanterveys-lehti 1/2006. Kansanterveyslaitos, 7-9.

Koskinen, Seppo Lundqvist, A, Ristiluoma, N. (2011). (toim.) Terveys, toimintakyky ja
hyvinvointi Suomessa. Terveyden ja hyvinvoinnin raportti 68/2012.

Koskinen, Seppo & Martelin, Tuija & Sainio, Tuija & Heliövaara, Markku & Reuna-
nen, Antti & Lahelma, Eero 2007. Pitkäaikaissairastavuus. (toim.) Terveyden
eriarvoisuus suomessa.

Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980- 2005. Sosiaali- ja terveysministeriön
julkaisuja, 2007:23. Helsinki.

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/102847/kansanterveys1_www.pdf?sequence=1

Koskinen, Seppo. 2009 Suomalaisten terveys ja haasteita sen parantamiseksi. Terveys-
kirjasto. Duodecim.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00159&p_haku=TERVEYSEROT

Koskinen- Ollonqvist, Pirjo & Aalto- Kallio, Mervi & Mikkonen, Nella & Nykyri, Päivi & Parviainen, Heikki & Saikkonen, Paula & Tamminiemi Kaarina. 2007 Rajoilla ja ytimessä. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 2/2007, Helsinki.

Laaksonen, Mikko & Helakorpi, Satu & Karvonen, Sakari & Patja Kristiina & Sulander, Tommi 2007. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980- 2005. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisuja 2007:23, Helsinki.

Lahelma, Eero & Rahkonen, Ossi & Koskinen, Seppo & Martelin, Tuija & Palosuo Hannele. 2007 Sosioekonomisten terveyserojen syyt ja selitysmallit. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisuja: 2007:23, Helsinki.

Lahelma, Eero & Koskinen, Seppo 2002. Terveyserot suomalaisessa yhteiskunnassa (toim.) Kohti terveyden tasa- arvoa. Helsinki, Edita.

Lahtinen, Eero & Koskinen- Ollonqvist, Pirjo & Rouvinen- Wilenius, Päivi & Tuominen Päivi 2003. Muutos ja mahdollisuus. Terveyden edistämisen tutkimuksen arviointi. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisuja 2003:15, Helsinki.

Layder Derek 1993. New Strategies in Social Research. An introduction and Guide. Polity Press, Cambridge.

Marski, Jouko 1995. Hyvinvoinnin ulottuvuuksia 1995: Uhat, mahdollisuudet ja uudet haasteet. Kansaneläkelaitoksen, sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisuja 15 Kansaneläkelaitos, tutkimus- ja kehitysyksikkö, Helsinki.

Martelin, Tuija & Koskinen Seppo & Lahelma, Eero 2005. Väestöryhmien väliset terveyserot (toim.) Suomalaisten terveys. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Melkas, Tapani & Lehto, Juhani & Saarinen, Merja & Santalahti Päivi 2005. Terveys- ja yhteiskuntapolitiikka (toim.) Suomalaisten terveys. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

- Mustonen, Heli & Simpura, Jussi. 2005 Alkoholin käyttö. (toim.) Suomalaisten terveys. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.
- Männistö, Satu & Laatikainen, Tiina & Vartiainen, Erkki 2012. Suomalaisten lihavuus ennen ja nyt. THL- tutkimuksesta tiiviisti 4.
[:http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90885/TutkimuksestaTiiviisti4_lihavuus.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90885/TutkimuksestaTiiviisti4_lihavuus.pdf?sequence=1) Luettu 12.2.2013.
- Niemi, Marja & Winell Klas 2005. Diabetes Suomessa. Esiintyvyys ja hoidon laadun vaihtelu. Stakes raportteja 8/2005. Helsinki 2005.
- Nupponen, Ritva 1994. Terveyspsykologian perusteet. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus Oppaita 21. Stakes, Helsinki.
- Näyhä, Simo Hassi, Juhani 2001. (toim.) Kemin terveystarkastus. Oulun aluetyöterveyslaitoksen Raportteja10. Oulu.
- Näyhä, Simo & Laakso, Mauri 2005. (toim.) Lapin terveystarkastus. Oulun yliopisto, kansanterveystieteen ja yleislääketieteen laitos. Sarja: Kansanterveystiede. Tutkimus 3/2005.
- Patja, Kristiina & Vertio, Harri 2009. Tupakoimattomuuden edistäjä. Duodecim terveyskirjasto
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00148#s2
- Pelkonen, Risto 2005. Terveys on monta asiaa. Tieteessä tapahtuu 2/2005 s, 11- 15.
- Perttilä, Kerttu 1999. Terveystieteen edistäminen kunnan tehtävänä. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Tutkimuksia103.
- Perälä, Jonna 2013. Epidemiology of psychotic disorders. National institute for health and welfare. University of Helsinki Academic dissertation. Research 98.

- Pietilä, Anna-Maija 1994. Elämänhallinta ja terveys Pitkittäistutkimus pohjoissuomalaisilla nuorilla miehillä. Hoitotieteen laitos, kansanterveystieteen ja ylilääketieteen laitos. Oulu 1994. D 313
- Pietilä, Anna- Maija & Länsimies- Antikainen, Helena & Vähäkangas, Kirsi & Pirttilä, Tuula 2010. Terveyden edistämisen eettinen perusta (toim.) Terveyden edistämisen teorioista toimintaan. WSOYpro Oy, Helsinki.
- Puska, Pekka 2010. Tulevaisuuden hyvinvointi ja hyvinvoinnin tulevaisuus. Seminaari-päivä Lapin yliopisto 12.10.2010.
- Pärnänen, Heikki & Vuorenkoski, Lauri 2013. Hyvä saataus ja oikeudenmukainen priorisointi ovat tulevaisuuden terveydenhuollon kulmakiviä. Nuori- lääkäri-lehti 1/2013. Nuorten lääkärin yhdistys.
<http://www.nly.fi/nuori-laakari-12013/hyva-saatavuus-ja-oikeudenmukainen-priorisointi-ovat-tulevaisuuden-terveydenhuol>
- Raatikka, Veli- Pekka & Remes, Jouko & Lahti, Satu & Kärkkäinen Sakari & Kortelainen, Sinikka & Hausen, Hannu 2001. Työikäisten elintavat ja terveydentila (toim.) Kemin terveystarkastus Oulun aluetyöterveyslaitoksen raportteja 10. Oulu.
- Rahkonen, Ossi & Talala, Kirsti & Sulander, Tommi & Laaksonen, Mikko & Lahelma, Eero & Uutela, Antti & Prättälä Ritva 2007. Koettuterveys. Terveydenenerivoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980- 2005. Sosiaali- ja terveys ministeriö julkaisuja 2007: 23, Helsinki.
- Raunio Kyösti 2003. Sosiaalipolitiikan lähtökohdat. Tampere, Gaudeamus.
- Reunanen, Antti & Kattainen, Anna & Salomaa Veikko 2007. Biologiset vaaratekijät. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23, Helsinki.
- Rissanen, Lea 1999. Vanhenevien ihmisten kotona selviytyminen. Yli 65-vuotiaiden terveys, toimintakyky ja sosiaali- ja terveyspalvelujen koettu tarve. Hoitotieteen-

ja terveyshallinnon laitos, Oulun yliopisto ja Yleislääketieteen yksikkö, Oulun yliopistollinen sairaala. D 560.

Roos, Eva & Ovaskainen, Marja- Leena & Raulio, Susanna & Pietikäinen, Minna & Sulander, Tommi & Prättälä, Ritva 2007. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980- 2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23, Helsinki.

Savola, Elina & Koskinen- Ollonqvist, Pirjo 2005. Terveyden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Terveydenedistämisen keskuksen julkaisusarja 3/2005. Helsinki.

http://www.tokem.fi/kirjasto/tiedostot/Saari_Viinamaki_4_2006.pdf.

Schäver Elinder, Liselotte & Hagströmer, Maria & Nyberg, Gisela & Ekblom- Bak, Elin 2011. Folkhälsorapport. Fysisk aktivitet och stillsittande. Hälso- och sjukvårdsförvaltningen. Stockholms läns landsting och Karolinska institutet.

<http://www.folkhalsoguiden.se/sv/Hem/2185/>

Sosiaali- ja terveysministeriö 2007 Hyvinvointi 2015-ohjelma Sosiaalialan pitkänaikavälin tavoitteita Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja: 2007:3, Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2007. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005. sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, 2007:23, Helsinki.

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/102847/kansanterveys1_www.pdf?sequence=1

Sosiaali- ja terveysministeriö 2006 Terveydenedistämisen laatusuositus Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19, Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2001 Valtionneuvoston periaatepäätös Terveys- 2015 kansanterveysohjelmasta Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja: 2001:4, Helsinki

Teperi, Juha & Vuorenkoski, Lauri 2005. Terveys- ja terveydenhuolto, Suomessa toisen maailmansodan jälkeen. (Toim.) Suomalaisten terveys. Kustannus Oy, Duodecim.

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010 /1326. 1: 2 § Luettu 15.4.2013.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L2P12>

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. 6:51.§ Luettu 3.5.2013

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326> Luettu 20.4.2013

Terveyspuntari, kela. Kansansairausindeksi.

<http://www.kela.fi/terveyspuntari>. Tiedot poimittu 3.4.2013

THL 2013. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Koettu terveys, Kaventaja. Terveys- ja hyvinvointierojen kaventaminen. http://www.thl.fi/fi_FI/web/kaventaja-fi/eriarvoisuus/terveys/koettu-terveys

Luettu 3.5.2013

THL 2013. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Palveluvaaka. fi

<http://www.palveluvaaka.fi/web/guest/> Luettu 30.4.2013.

THL 2012. Terveyden - ja hyvinvoinnin laitos. Terveyspalvelut.

http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelu Luettu 6.5.2013

THL 2009. Terveys ja sairaudet <http://www.ktl.fi/2957>. Luettu 5.12.2012.

THL SOTKANet 2013. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet. Sairastavuusindeksi.

<http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu/hakusivu/?q=184>

Tiedot poimittu 6.3.2013.

THL SOTKANet 2013. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet. Kemin kaupungin väestömäärä.

<http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu/hakusivu?group=219>

Tiedot poimittu 2.5.2013

Tilastokeskus 2013. Tökyvyttömyyseläkkeen saajat

http://www.stat.fi/tup/suoluk/suoluk_sosiaaliturva.html#elakkeensaajat

Tiedot poimittu 14.5.2013.

Tilastokeskus 2013. Väestö sukupuolen ja iän mukaan alueittain.

<http://193.166.171.75/Database/StatFin/vrm/vaerak/vaerak.fi.asp>

Tiedot poimittu 10.5.2013

Tilastokeskus 2012. Väestö vanhenee - heikkeneekö huoltosuhte

http://www.stat.fi/tup/vl2010/art_2013-02-21_001.html

Tiedot poimittu 10.5.2013

Tuominen, Päivi & Savola, Elina & Koskinen- Ollonqvist, Pirjo 2005. Terveysten edistämisenavainsisällöt. Terveystiedon keskuksen julkaisuja - sarja 5/05, Helsinki.

Vaarama, Marja & Siljander, Eero & Luoma, Minna-Liisa & Meriläinen, Satu 2010. Suomalaisten kokema elämänlaatu nuoruudesta vanhuuteen (toim.) Suomalaisten hyvinvointi Terveysten- ja hyvinvoinnin laitos Yliopistopaino, Helsinki.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005. Suomalaiset ravitsemussuositukset 2005.

Ravinto ja liikunta tasapainoon.

http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/attachments/vrn/ravitsemussuositus2005_fin.pdf Luettu 10.11.2012.

Vartiainen, Erkki 2005. Tupakointi. (toim.) Suomalainen terveys. Kustannus Oy Duodecim, Helsinki.

Vartiainen, Erkki & Borodulin, Katja & Sundvall, Jouko & Laatikainen Tiina & Peltonen, Markku & Harald, Kenneth & Salomaa, Veikko & Puska, Pekka 2012. Väestön kolesterolitasto on vuosikymmenien laskun jälkeen kääntynyt nousuun. Suomen lääkäri-lehti 35/2012. 2364- 2367. Vuosikerta 67.

Vertio, Harri 2003. Terveysten edistäminen. Helsinki: Tammi.

Viinamäki, Leena 2010. Kemi- Terveeksi 2015 tutkimus- ja kehittämishankkeen alustava tutkimussuunnitelma Kemi-Tornio ammattikorkeakoulu.

Viinamäki, Leena 2007. (toim.) Pohjois- Lapin seutukunnan hyvinvointibarometri 2007 Kemi- Tornion ammattikorkeakoulun julkaisuja Sarja A:Raportteja ja tutkimuksia 6/2007.

World Health Organization 1946: The constitution of the World Health Organization.

WHO Chronicle (1).

http://whqlibdoc.who.int/hist/official_records/constitution.pdf

Luettu 10.9.2012

World Health Organization 1986 The Ottawa Charter for Health Promotion.

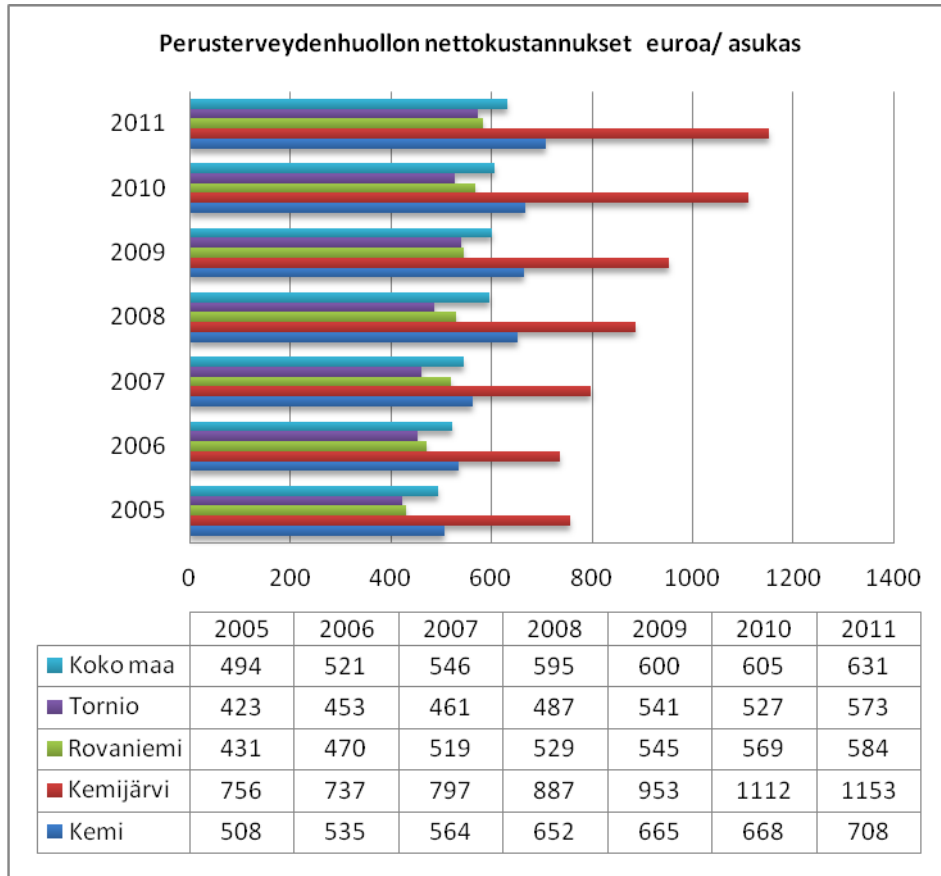
<http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/index.html>

Luettu 10.9.2012

UKK- instituutti. <http://www.ukkinstituutti.fi/liikuntapiirakka> Luettu 25.10.2012

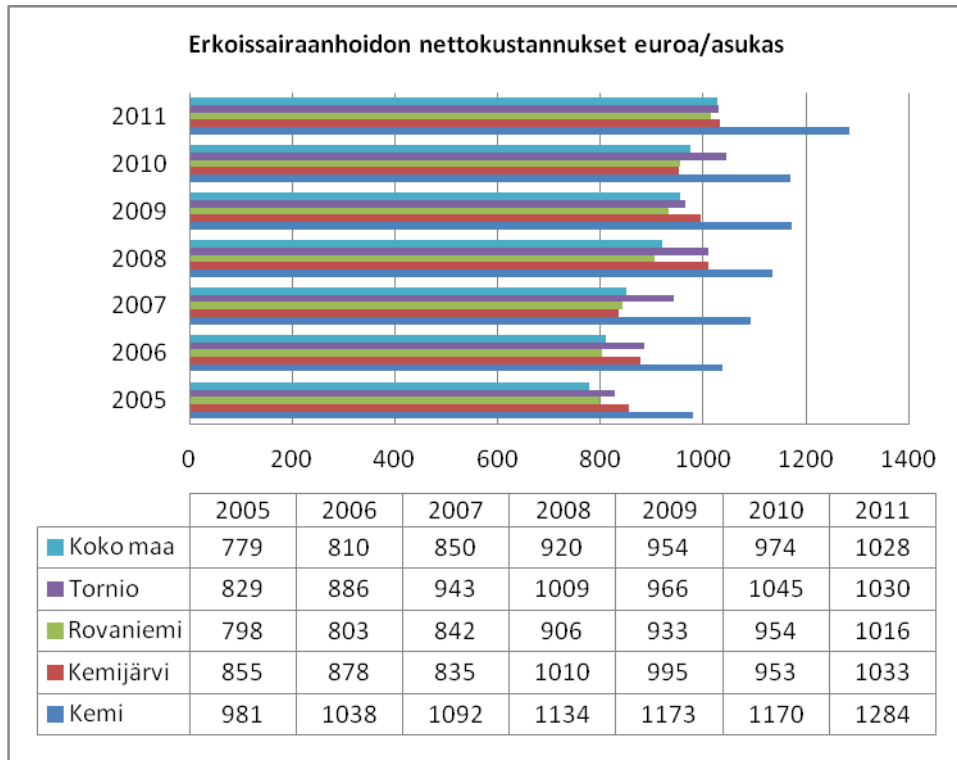
LIITTEET

Liite 1. Perusterveydenhuollon nettokustannukset



Indikaattori ilmaisee kuntien perusterveydenhuollon (sisältää myös hammashuollon) nettokustannukset euroa asukasta kohti. Tehtäväluokkaan "Perusterveydenhuolto " sisältyy perusterveydenhuollon vuodeosastohoito ja avohoito ml. hammashuolto, kouluterveydenhuolto ja koulupsykologin toiminta, perusterveydenhuollon ylläpitämät mielenterveystoimistot tai vastaava toiminta. Jos terveyskeskuksessa toimii erikoissairaanhoidon yksiköitä, niin nämä toiminnot kuuluvat tehtäväluokkaan erikoissairaanhoido, samoin psykiatrian puoliavoimet hoitomuodot. (THL, SOTKANet 2013).

Liite2. Erikoissairaanhoidon nettokustannukset



Indikaattori ilmaisee kuntien erikoissairaanhoidon nettokustannukset euroina asukasta kohti. Tehtäväluokkaan "Erikoissairaanhoido" sisältyy erikoissairaanhoidon vuodeosastoahoito mukaan lukien terveyskeskusten erikoissairaanhoidon yksiköiden vuodeosastotoiminta, erikoissairaanhoidon avosairaanhoido mukaan lukien myös terveyskeskusten erikoissairaanhoidon avosairaanhoidotoiminta, erikoissairaanhoidon päivä- ja yö sairaanhoido (kun läsnäoloaika enintään 15 h/vrk.), psykiatrian puoliavoimet hoitomuodot (asuntolat, kuntoutuskodit, pienkodit, perhehoito jne.). Mukaan lukeutuu myös erikoissairaanhoidon palvelujen osto kuntayhtymiltä.

Liite 3. Kemi Terveeksi 2015 tutkimus- ja kehittämishankkeen tutkimuskartta

TUTKIMUSELEMENTTI	TUTKIMUSKOHDE			
Kemiläisten hyvinvointipalvelujärjestelmän kontekstuaaliset toiminnalliset edellytykset	Konteksti	<p>1. Makrotason organisaatio (ns. makrotaso) Aineisto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • relevantteja terveyttä/sairastavuutta sekä muita hyvinvointia kuvaavia <u>rekisteritietaineistoja</u> <p>KEMI TERVEEKSI 2015 TUTKIMUS- JA KEHITTÄMISHANKE – Tapausesimerkkinä ns. perinteisen savupöytäseuran paikkakunnan ja muuttopaikkaluon kuntalaisten hyvinvoinnin kysymys (Leena Viinamäki toim.)</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Miksi tarvitaan Kemi Terveeksi 2015 tutkimus- ja kehittämishanke? (Leena Viinamäki) <ol style="list-style-type: none"> 1.1 Kemi Terveeksi 2015 tutkimus- ja kehittämishankkeen tausta 1.2 Kemi Terveeksi 2015 tutkimus- ja kehittämishankkeen tavoitteet 2. Kemiläisten hyvinvoinnin kysymys tilastojen ja kansalaisten elämänpolittisten valintamahdollisuuksien valossa (Leena Viinamäki) 3. Terveyden edistämisen näkökulma kemiläiseen sairastavuuteen (Airi Paloste) 4. Mikä on PYLLindeksi? (Ilkka Vahlonen & Mikko Vienonen) <ol style="list-style-type: none"> 4.1 Millainen on Kemian PYLLindeksi 4.2 Kemian PYLLindeksin alustava analyysi 5. Mitä tarkoittaa käytännön lähiajan toimenpiteinä Kemian PYLLindeksi sosiaali- ja terveystoimelle? (Tiina Okkonen, Jyri Taskila, Liisa Niiranen & Arto Alajärvi) <ol style="list-style-type: none"> 5.1 Kemian PYLLindeksin haasteet terveystoimelle 5.2 Kemian PYLLindeksin haasteet sosiaali- ja terveystoimelle 5.3 Kemian PYLLindeksin haasteet sosiaali- ja terveystoimelle 6. Loppupäätelmät 	suuri	
	Arena	<p>2. Välittävän tason organisaatio (ns. mesotaso) Aineisto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • kansalaisten hyvinvointiin liittyvät sosiaali- ja terveystoimen ja kunnallisen päätöksenteon Kemi Terveeksi 2015 -hankkeen kannalta keskeiset <u>asiakirja- ja dokumentit</u> esim. 2000-luvulta (tutkimushankkeet, strategiat, kaupungin valtuuston ja -hallituksen sekä soster. lautakunnan päätökset jne.) <ul style="list-style-type: none"> o miten dokumenteissa sairastavuuskysymys on nähty ja millaisia johtopäätöksiä on tehty? o K-Tamman sosiaalilalan opinnäytetyö (toukokuu 2011): <ul style="list-style-type: none"> o sosionomi (AMK) opiskelijat Satu Peurasaari & Taina Urpunen o ohjaajina Voitto Kuosmanen & Leena Viinamäki 		Toimijoiden määrä
	Tilanne	<p>3. Toiminta (ns. meso/mikrotaso) Aineisto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>a-kysely & paperikysely</u> kemiläisille <ul style="list-style-type: none"> o Elämäntilanteen logiikan tunnistaminen: hyvinvoinnin ja terveyden eriytyminen kansalaisryhmittäin o Hyvinvointipalveluiden responsiivisuus: kysynnän ja tarjonnan kohtaannon kysymys o K-Tamman sosiaalilalan opinnäytetyö (joulukuu 2011): <ul style="list-style-type: none"> o sosionomi (AMK) opiskelija Johanna Tompuri o ohjaajina Timo Marttala & Leena Viinamäki o K-Tamman terveysalan opinnäytetyö (toukokuu, 2012): <ul style="list-style-type: none"> o sairaanhoitaja (ylempi AMK) opiskelija Mirva Tirroniemi o ohjaajina Airi Paloste & Leena Viinamäki 		
Toimija	<p>4. Minä-identiteetti ja yksilön kokemus (ns. mikrotaso) Aineisto:</p> <ul style="list-style-type: none"> • <u>haastatteluja</u> avaininformanteille (keskeiset viranhaltijat & poliittiset päätöksentekijät) 			
<p>Historia = Ajan kulku: Ihminen vanhenee ja yhteiskunta siirtyy aikakaudesta toiseen</p>				

Liitteet 4-7. Terveyden edistäminen. Otteita laeista, keskeisimmistä ohjelmista ja niiden sisällöistä

Liite 4.

Laki, ohjelma tai asiakirja	Otteita sisällöstä
Perustuslaki 19 §	Julkisen vallan on turvattava, sen mukaan kuin lailla tarkemmin säädetään, jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä.
Kuntalaki 1 §	Kunta pyrkii edistämään asukkaidensa hyvinvointia ja kestäväää kehitystä alueellaan.
Kansanterveyslaki 1 § (tarkempi erittely 14 §)	Kansanterveystyöllä tarkoitetaan yksilöön, väestöön ja elinympäristöön kohdistuvaa terveyden edistämistä sairauksien ja tapaturmien ehkäisy mukaan lukien sekä yksilön sairaanhoitoa.
Uusi terveydenhuoltolaki Terveydenhuoltolaki- työryhmän muistio Ehdotus terveydenhuoltolaiksi 17§	<p>Kunnan tulee seurata kunnan asukkaiden terveydentilan ja siihen vaikuttavien tekijöiden kehitystä väestöryhmittäin sekä huolehtia terveysnäkökohtien huomioon ottamisesta kunnan kaikissa toiminnoissa.</p> <p>Kunnan tai useamman kunnan yhdessä on osana kuntasuunnitelmaa tai erillisenä laadittava kuntalaisten terveyttä ja hyvinvointia edistävästä sekä terveysongelmia ehkäisevistä toimista ja palveluista sekä niihin varattavista voimavaroista suunnitelma, joka hyväksytään kunkin kunnan kunnanvaltuustossa ja tarkistetaan vähintään kerran neljässä vuodessa. Suunnitelman toteutus tulee kytkeä osaksi kunnan strategian ja taloussuunnitelman valmistelua ja päätöksentekoa. Suunnitelman seuranta tulee kytkeä osaksi kunnan kokonaisvaltaista arviointi- ja seurantarjestelmiä.</p> <p>Kunnassa tulee sopia poikkihallinnollisesta yhteistyöstä sekä yhteistyöstä terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi muiden viranomaisten sekä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen palveluja tuottavien yhteisöjen ja laitosten välillä. Mikäli sosiaali- ja terveyspalvelut on järjestetty useamman kunnan yhteistoimintana, tulee sopia yhteistyöstä peruskunnan muiden hallinnonalojen kanssa.</p>

(Taulukon lähde: Aalto- Kallio Mäkipää 2010. Käytäntöjä terveydenedistämiseksi.)

Liite 5.

Laki, ohjelma tai asiakirja	Otteita sisällöstä
Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma KASTE 2008–2011	<p>Terveyttä ja sosiaalista hyvinvointia edistävien olosuhteiden ja palveluiden vahvistaminen, ongelmien ehkäisy ennalta ja varhainen puuttuminen ovat kustannustehokkaita ja usein myös vaikuttavia tapoja parantaa ihmisten elämänlaatua.</p> <p>Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen edellyttää hyvää johtamista, toimivia yhteistyörakenteita ja riittävät voimavarat. Terveyden edistäminen tarvitsee selkeän rakenteen kunnissa. Se tarvitsee myös uusia yhteistyöjärjestelyitä. On osoitettava selkeästi, kenellä on vastuu siitä, että terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen otetaan huomioon kunnan kaikessa toiminnassa.</p> <p>Kuntien eri hallintokuntien yhteistyö sekä kuntien ja järjestöjen yhteistyö ovat hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi tärkeitä.</p>

(Taulukon lähde: Aalto- Kallio Mäkipää 2010. Käytäntöjä terveydenedistämiseksi.)

Liite 6.

Laki, ohjelma tai asiakirja	Otteita sisällöstä
Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta	<p>Strateginen pääpaino on terveyden edistämisessä, ei niinkään terveyspalvelujen kehittämisessä.</p> <p>Julkisella vallalla, niin valtiolla kuin kunnilla, on mahdollisuus vaikuttaa kansalaisten terveyden edellytyksiin kaikkien hallintosektoriensa kautta [...] Yksityiset yritykset ja eri etujärjestöt vaikuttavat voimakkaasti terveyden edellytyksiin.</p> <p>Terveydenhuollon ammattilaiset yhdessä muiden terveyden edellytyksiä luovien ja säilyttävien ammattilaisten kanssa rakentavat terveyttä edistävää toimintaa eri toimintakentillä. Valtionhallinnon rooli on luoda edellytyksiä ja tukea paikalliseen toimintaan.</p> <p>Kunnan terveystoimi voi vaikuttaa kuntalaisten terveyden edellytyksiin käynnistämällä yhteistyötä kunnan muiden sektoreiden ja muiden paikallisten toimijoiden, kuten järjestöjen, yritysten ja tiedotusvälineiden kanssa.</p> <p>Terveyden edistämisen näkökulma otetaan nykyistä paremmin huomioon kaikissa terveyspalveluissa, mihin pyritään myös työpaikoilla henkilöstöä kehittämällä.</p> <p>Monet kansanterveysalan järjestöt ovat terveyden edistämisen mielipidevaikuttajia, tiedon välittäjiä ja palvelujen tuottajia tai kehittäjiä. Järjestöt ovat keskeisiä julkisten toimijoiden, tutkijoiden, tiedotusvälineiden, aktiivisten kansalaisten ja palvelujen käyttäjien yhteistyöverkostoja ja niiden luoja. Myös terveysalan ammattijärjestöillä on tässä oma roolinsa.</p>
Hyvinvointi 2015-ohjelma Sosiaalialan pitkän aikavälin tavoitteita	<p>Keskeisissä hallinnonalan tulevaisuutta pohtivissa julkaisuissa on pitkään korostettu ennalta ehkäisevän otteen ja toiminnan merkitystä [...] Ehkäisevä ote lähtee siitä, että hyvinvointiin ja terveyteen liittyvä vastuu kuuluu sosiaali- ja terveydenhuollon lisäksi kaikille muillekin politiikan lohkoille.</p> <p>On tärkeää, että suunnittelussa ja toteutuksessa pidetään lähtökohtana sitä, miten huolehditaan eri tasoilla hyvinvoinnin ja terveyden edistämistä ja sosiaalisten ongelmien ehkäisystä. Tämän tulee olla niin peruskunnan, yhteistoiminta-alueen kuin laajaa väestöpohjaa edellyttävien alueidenkin tehtävä.</p> <p>On tärkeää arvioida ja kehittää myös julkisen viranomaisen ja järjestöjen sekä yksityisen sektorin yhteistoimintaa ja työnjakoa.</p>
Terveyden edistämisen politiikkaohjelma	<p>Terveyden edistämisen yhteiskunnalliset, taloudelliset, työpaikkatason ja yksilötason hyödyt ovat kiistämättömät. Terveyden edistämisen näkökulma on saatava laajalti omaksutuksi. Poliittikaohjelman keskeinen tehtävä on edesauttaa ja vahvistaa terveysnäkökohtien ottamista huomioon yhteiskunnallisessa päätöksenteossa ja palvelujärjestelmässä – niin valtion-, alue- kuin paikallishallinnossakin – sekä elinkeinoelämässä, työpaikoilla, järjestöissä ja yksilötasolla. Poliittikaohjelma antaa mahdollisuuden ”Terveys kaikissa politiikoissa” -ajattelun mukaisesti vahvistaa ja täydentää jo käynnissä olevaa kehittämistyötä yli hallinnon sektorirajojen.</p> <p>Poliittikaohjelman strategiset painotukset ovat:</p> <ul style="list-style-type: none"> – terveyden edistämisen yhteiskunnallisen ja taloudellisen merkityksen omaksuminen eri päätöksentekotasolla ja terveyttä edistävän tiedon levittäminen – terveyden edistämisen rakenteiden vahvistaminen uudistettavassa lainsäädännössä ja kunta- ja palvelurakennemuutoksen yhteydessä – olemassa olevan tiedon, parhaiden käytäntöjen ja tuloksellisimpien hankkeiden kokoaminen, tuoteistaminen, levittäminen ja juurruttaminen – osaamisen vahvistaminen.

(Taulukon lähde: Aalto- Kallio Mäkipää 2010. Käytäntöjä terveydenedistämiseksi.)

Liite 7.

Laki, ohjelma tai asiakirja	Otteita sisällöstä
Terveystieteiden edistämisen laatusuositus	<p>Tavoitteena on, että väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen nostetaan kaikissa kunnissa yhdeksi toiminnan painoalueeksi. Tähän tarvitaan terveyden edistämisen rakenteiden arviointia, johtamisen kehittämistä, voimavarojen suuntaamista ehkäisevään työhön, hyvinvointiosaamisen vahvistamista ja toiminnan säännöllistä seuranta- ja arviointia.</p> <p>Terveyden edistäminen on kunnassa yhteisvastuullista toimintaa. Jokaisen hallinnonalan omat tehtävät sisältävät terveyteen vaikuttavia ratkaisuja. Ihmisten arkiympäristöä, kotia, päiväkotia, koulua, työpaikkoja, asuinalueita ja liikennettä koskevat päätökset voivat olla terveyttä vahvistavia tai sitä heikentäviä. Vaihtoehtojen arviointi terveysnäkökohtien kannalta on kannattavaa.</p> <p>Kunnan tehtävänä on tukea terveellisten valintojen mahdollisuuksia ja vahvistaa terveyden taustatekijöitä.</p> <p>Terveyden edistämisen toimijoiden joukko on monialainen ja moniammatillinen.</p> <p>Terveyden edistäminen ei näin ollen tarkoita jotain tiettyjä yksittäisiä tehtäviä, vaan kaikkia toimintoja läpileikkaavaa tavoitetta lisätä väestön terveyttä, ehkäistä sairauksia ja vähentää väestöryhmien välisiä terveyseroja. Käytännössä se tarkoittaa sitoutumista, joka vahvistetaan kuntastrategiassa ja kunnan toiminta- ja taloussuunnitelmassa, jossa terveyden edistämisen mitattavissa olevat tavoitteet hyväksytään koko kunnan tehtäväksi.</p> <p>Terveyden edistämisen johtaminen on luonteeltaan hallinnonaloja ylittävien prosessien johtamista, jossa yhdistyy monialaisen osaamisen, hajautetun vastuun ja eri hallinnonalojen perustehtävistä koostuvan toiminnan yhteen sovittaminen.</p>
Kansallinen terveyserojen kaventamisen toiminta-ohjelma 2008–2011	<p>Terveyserojen kaventaminen vaatii onnistuakseen pitkäjänteistä työtä ja eri sektoreiden ja hallinnonalojen välistä yhteistyötä.</p> <p>Terveyssektori ei ole ainoa sektori, joka tarvitsee muiden hallinnonalojen kanssa tehtävää yhteistyötä. Kaikki hallinnonalat ovat päätöksenteossa ja omien tavoitteidensa läpiviemisessä yhä riippuvaisempia toisista hallinnonaloista. Siksi on panostettava eri hallinnonalojen sekä järjestöjen ja toimijoiden välisen yhteistyön kehittämiseen.</p> <p>Väestöryhmien välisten terveyserojen vähentämiseksi on kiinnitettävä huomiota seuraavanlaisiin strategisiin linjauksiin:</p> <p>[1. ...]</p> <p>2. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteita ja johtamista kehitetään hallinnonaloja ylittävän yhteistyön suuntaan.</p> <p>[...]</p> <p>Kunnan terveystoimi voi vaikuttaa kuntalaisten terveyden edellytyksiin käynnistämällä yhteistyötä kunnan muiden hallinnonalojen ja muiden paikallisten toimijoiden, kuten järjestöjen, yritysten, työvoimahallinnon, seurakuntien ja tiedotusvälineiden kanssa.</p> <p>Järjestöt synnyttävät vuorovaikutuksellisuuden ja yhteisöllisyyden kautta sosiaalista pääomaa. Lisäksi julkinen ja yksityinen sektori sekä järjestöt voivat yhdessä tuottaa riittävän asiantuntemuksen erilaisten sosiaali- ja terveysalan ongelmien ratkaisemiseksi. Järjestöjen keskinäisen sekä kuntien ja järjestöjen välisen yhteistyön kehittäminen ja uudet kumppanuudet ovat tärkeällä sijalla väestöryhmien välisten terveyserojen kaventamistyössä.</p>

(Taulukon lähde: Aalto- Kallio Mäkipää 2010. Käytäntöjä terveydenedistämiseksi.)



19.1.2011

Arvoisa kuntalainen!

Sinulla on mahdollisuus osaltasi kehittää Kemin kaupungin hyvinvointipalvelujen vastavuotta kuntalaisten palvelutarpeisiin vastaamalla oheiseen **kuntalaiskyselyyn**¹, jossa käsitellään kuntalaisten sosiaalista ja terveydellistä hyvinvointia hyvinvointipalveluiden saatavuuden lisäksi.

Kemin kaupunginvaltuusto on priorisoinut sairastavuuden tutkimisen tärkeäksi osakokonaisuudeksi lisättäessä kaupunkilaisten hyvinvointia, koska keskeiset terveyttä kuvaavat ns. perusindikaattorit (sairastavuusindeksi & kansantauti-indeksi) ovat olleet huolestuttavalla tasolla varsin pitkään. Kaupungin tavoitteena on saada käyttöönsä toimenpidesuosittelut ja ohjelma, jolla voidaan vähentää kemiläisten sairastavuutta sekä edistää kaupunkilaisten terveyttä ja hyvinvointia. Yksi osa tätä kokonaisuutta on kuntalaiskyselyn toteuttaminen.

Kemi Terveeksi 2015 tutkimus- ja kehittämishankkeessa haetaan vastauksia kemiläisten nykyisiin ja tuleviin elämänpoliittisiin päätöksiin ja valintatilanteisiin hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen näkökulmista. Kemiläisten sairastavuuden tarkasteleminen elämänpoliittikan kautta antaa tietoa siitä, millaisin ennaltaehkäisevin ja korjaavin toimenpitein on mahdollista vaikuttaa positiivisesti sairastavuuden kysymykseen.

Kuntalaiskysely toteutetaan Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun toimesta ja Kemin kaupungin toimeksiannosta. Kuntalaiskyselyn teossa noudatetaan tutkimuseettisiä toimintaperiaatteita ja tietosuojalakeja. Mikäli haluatte lisätietoja kuntalaiskyselystä, voitte ottaa yhteyttä allekirjoittaneisiin.

Kemin kaupungin yhteyshenkilöt

Liisa Niiranen

Sosiaali- ja terveystoimen johtaja
Kemin kaupunki
Gsm. 040 541 8237
liisa.niiranen@kemi.fi
www.kemi.fi

Tiina Okkonen

Vs. terveydenhuollon johtaja
Kemin kaupunki
Gsm. 040 573 7721
tiina.okkonen@kemi.fi
www.kemi.fi

Kemi-Tornion ammattikorkeakoulun yhteyshenkilöt

Airi Paloste

yliopettaja (KT)
Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala
Gsm. 040 741 2905
airi.paloste@tokem.fi
www.tokem.fi

Leena Viinamäki

yliopettaja (YTT)
Kemi-Tornion ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala
Gsm. 0400 142 445
leena.viinamaki@tokem.fi
www.tokem.fi

Kiitämme kyselyyn vastaamisesta ennakkoon ja toivotamme mukavaa alkutalven jatkoa!

Kyselyn tuloksia raportoidaan vuonna 2011. Raportti on luettavissa myös Kemin kaupungin [www-sivuilta](http://www.sivuilla) www.kemi.fi

¹ Kuntalaiskyselyssä on hyödynnetty Pohjois-Lapin seutukunnan hyvinvointibarometrin (Viinamäki ym. 2008) kuntalaiskyselyn kysymyksiä sekä Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytymisen ja terveys, kevät 2009 (Helakorpi ym. 2009) postikyselyn kysymyksiä.

HYVINVOINTIKYSELY

1. Kuntakyselyn vastauspaikka

- 1 Kirjasto
- 2 Uimahalli
- 3 Terveyskeskus
- 4 Sosiaalitoimisto
- 5 Työ- ja elinkeinotoimisto
- 6 Citymarket
- 7 Prisma
- 8 Länsi-Pohjan keskussairaala, kahvio
- 9 Leipätehdas, kahvio
- 10 Yliopiston apteekki
- 11 Marttala, Sale
- 12 Hepola, Sale
- 13 Syväkangas, Messi
- 14 Karihaara, Valintatalo
- 15 Kivikangas, Siwa
- 16 Tervaharju, Tampereen Säästötex
- 17 Kemin kaupungin kemiläinen henkilökunta (ainoastaan webropol)
- 18 Kelan kemiläinen henkilökunta (ainoastaan webropol)
- 19 Metsäbotnian kemiläinen henkilökunta (ainoastaan webropol)
- 20 Lappian kemiläinen henkilökunta (ainoastaan webropol)
- 21 Länsi-Pohjan keskussairaalan kemiläinen henkilökunta (ainoastaan webropol)

I Taustatiedot

2. Mikä on sukupuolenne?

- 1 nainen
- 2 mies

3. Mikä on syntymävuotenne? _____

4. Kuinka pitkä matka Teillä on asuinkuntanne keskusta? _____ km

5. Millä Kemin kaupungin ns. suuralueella asutte?

- 1 Ajos
- 2 Hepola
- 3 Karihaara
- 4 Karjalahti
- 5 Kivikko
- 6 Koivuharju
- 7 Nauska
- 8 Paattio
- 9 Peurasaari
- 10 Ritikka
- 11 Rytikari
- 12 Sauvosaari
- 13 Takajärvi
- 14 Syväkangas
- 15 TervaharjuMuualla

6. Kun Teillä on tarvetta asioida kuntakeskuksessa, käytättekö?

- 1 omaa autoa
- 2 sukulaisten tai tuttavien autoa
- 3 julkisia kulkuvälineitä
- 4 kuljetuspalveluita
- 5 polkupyörää, kävelen jne.

7. Miten asutte?

- 1 vanhempien kanssa
- 2 yksin
- 3 avio-/avopuolison kanssa
- 4 avio-/avopuolison ja lapsen/lasten kanssa
- 5 lapsen tai lasten kanssa
- 6 jonkun muun/muiden kanssa

8. Onko asuntonne?

- 1 omistusasunto
- 2 vuokra-asunto
- 3 palvelutalo
- 4 joku muu

9. Mikä on korkein yleissivistävä koulutuksenne?

- 1 apukoulu tai peruskoulu mukautetusti
- 2 kansakoulu
- 3 kansalaiskoulu
- 4 oppikoulu
- 5 peruskoulu
- 6 lukio
- 7 ylioppilastutkinto

10. Mikä on korkein ammatillinen koulutuksenne?

- 1 ei ammatillista koulutusta
- 2 ammatillinen kurssi
- 3 kansanopistotutkinto
- 4 ammattikoulututkinto (*ml. oppisopimuskoulutus, ammatti- ja erikoisammattitutkinnot*)
- 5 opistoasteen tutkinto
- 6 ammattikorkeakoulututkinto
- 7 yliopistotutkinto

11. Oletteko tällä hetkellä?

- 1 työssä
- 2 työtön (*ml. työvoimapolitiiset toimenpiteet*)
- 3 lomautettu
- 4 äitiys- tai vanhempainlomalla tai hoitovapaalla
- 5 päätoiminen opiskelija
- 6 ei-päätoiminen opiskelija (*esim. työn ohessa*)
- 7 pitkäaikaisella (*yli 6 kk*) sairauslomalla
- 8 eläkkeellä
- 9 osa-aika-eläkkeellä
- 10 muu tilanne

12. Mikä on, tai oli ollessanne viimeksi työssä kodin ulkopuolella, asemanne työyhteisössä?

- 1 työnantaja, yksityisyrittäjä
- 2 maanviljelijä, maatalon emäntä
- 3 ylempi toimihenkilö
- 4 alempi toimihenkilö
- 5 ammattikoulutettu työntekijä
- 6 työntekijä, ilman ammattikoulutusta
- 7 en ole ollut työssä kodin ulkopuolella

II Arviot hyvinvointipalveluista ja eri tukimuodoista

13. Kuinka helppoa Teidän on saada seuraavia palveluja?

Palvelutyyppi	helppoa	vaikeaa	ei kokemusta palvelusta
1. kauppapalvelut			
2. pankkipalvelut			
3. postipalvelut			
4. koulutuspalvelut			
5. kulttuuripalvelut			
6. liikuntapalvelut			
7. kunnalliset terveystalvelut			
8. yksityiset terveystalvelut			
9. apteekkipalvelut			
10. työvoimatoimiston palvelut			
11. Kelan palvelut			
12. sosiaalitoimiston palvelut			
13. julkinen liikenne			
14. muut harrastejärjestöt			

14. Seuraavassa on lueteltu joukko tavallisimpia kunnallisia sosiaalipalveluja. Arvioi palvelun toimivuutta kunnassanne.

Palvelutyyppi	hyvä	huono	ei kokemusta palvelusta
1. lasten päivähoito			
2. lastensuojelu			
3. nuorisotyö			
4. kotipalvelu			
5. vanhuspalvelu			
6. vammaispalvelu			
7. päihdehuolto			
8. toimeentulotuki			
9. oikeusapu			

15. Miten asuinkuntanne on huolehtinut kunnallisista sosiaalipalveluista tiedottamisen ja neuvonnan?

- 1 erittäin hyvin
- 2 hyvin
- 3 huonosti
- 4 erittäin huonosti
- 5 en osaa sanoa

16. Seuraavassa on lueteltu joukko tavallisimpia kunnallisia terveyspalveluita. Arvioi palvelun toimivuutta kunnassanne.

Palvelutyyppi	hyvä	huono	ei kokemusta palvelusta
1. yleislääkäripalvelut			
2. erikoislääkäripalvelut			
3. äitiys- ja lastenneuvola			
4. koulu- ja opiskelija terveydenhuolto			
5. työterveyshuolto			
6. kotisairaanhoido			
7. laboratorio- ja röntgen tutkimukset			
8. fysioterapia			
9. hammashuolto			
10. sairaala- ja vuodeosastohoito			
11. mielenterveyspalvelut			

17. Miten asuinkuntanne on huolehtinut kunnallisista terveyspalveluista tiedottamisen ja neuvonnan?

- 1 erittäin hyvin
- 2 hyvin
- 3 huonosti
- 4 erittäin huonosti
- 5 en osaa sanoa

III Arviot sosiaalisesta hyvinvoinnista

18. Kuinka tyytyväinen olette nykyiseen elämäntilanteeseenne?

- 1 erittäin tyytyväinen
- 2 melko tyytyväinen
- 3 tyytymätön
- 4 erittäin tyytymätön
- 5 en osaa sanoa

19. Kuinka usein tunnette itsenne yksinäiseksi?

- 1 erittäin harvoin
- 2 harvoin
- 3 melko usein
- 4 erittäin usein
- 5 en osaa sanoa

20. Kuinka tyytyväinen olette nykyiseen asumiseenne?

- 1 erittäin tyytyväinen
- 2 melko tyytyväinen
- 3 tyytymätön
- 4 erittäin tyytymätön
- 5 en osaa sanoa

21. Tunnetteko asuinalueellanne turvattomuutta?

- 1 erittäin harvoin
- 2 harvoin
- 3 melko usein
- 4 erittäin usein
- 5 en osaa sanoa

22. Millainen on kotitaloutenne nykyinen taloudellinen tilanne?

- 1 erittäin hyvä
- 2 hyvä
- 3 huono
- 4 erittäin huono
- 5 en osaa sanoa

23. Millaisena näette järjestöjen, yhdistysten ja muun kansalaistoiminnan merkityksen itsellenne seuraavissa asioissa?

Rooli/perustehtävä	On merkitystä	Ei ole merkitystä
1. informaation saanti		
2. osallistumismahdollisuuksien varmistaminen		
3. ihmisten keskinäinen tuki (<i>vertaistuki</i>)		
4. sosiaali- ja terveyspalvelujen tarjoaminen		
5. liikunta- ja kulttuuripalvelujen tarjoaminen		
6. toimeentulon turvaaminen		
7. työllisyyden turvaaminen		
8. vaikuttamismahdollisuuksien tarjoaminen		
9. harrastus- ja virkistystoiminta		
10. sosiaalinen kanssakäyminen		

24. Kuulutteko joihinkin seuraaviin yhdistyksiin/järjestöihin ja jos kuulutte, missä tehtävissä toimitte? Voitte valita useita vaihtoehtoja.

(Luottamustehtävissä toimivilla tarkoitetaan esimerkiksi yhdistyksen hallituksen tai johtokunnan jäseniä ja vapaaehtoistyöntekijöiksi katsotaan esimerkiksi lasten harrastuksiin liittyviin toimintoihin osallistuminen ja erilaiset talkootyöt.) **Vastatkaa jokaiseen kohtaan!**

Järjestötyyppi	Olen jäsen	Toimin luottamustehtävissä	Toimin vapaaehtoistyöntekijänä	En ole jäsen
1. ammatillinen yhdistys/järjestö				
2. poliittinen yhdistys/järjestö				
3. urheilu- ja liikuntajärjestö				
4. kylätoimikunta/asukasyhdistys				
5. uskonnollinen yhdistys/järjestö				
6. Suomen Punainen Risti				
7. lapsi- ja nuorisojärjestö				
8. opiskelijajärjestö				
9. eläkeläisjärjestö				
10. veteraanijärjestö				
11. vammaisjärjestö				
12. potilasjärjestö				
13. työttömien yhdistys				
14. raittiusjärjestö				
15. kulttuuri- ja taidejärjestö				
16. metsästys- ja kalastusseura				
17. maa- ja kotitalousyhdistys (esim. Martat, Maamiesseura)				
18. ympäristöjärjestöt				
19. muut harrastejärjestöt				

IV Arviot terveydellisestä hyvinvoinnista

25. Millaiseksi koette fyysisen terveytenne ja toimintakykynne tällä hetkellä?

- 1 erittäin hyväksi
- 2 hyväksi
- 3 huonoksi
- 4 erittäin huonoksi
- 5 en osaa sanoa

26. Millaiseksi koette henkisen vireytenne ja mielialanne tällä hetkellä?

- 1 erittäin hyväksi
- 2 hyväksi
- 3 huonoksi
- 4 erittäin huonoksi
- 5 en osaa sanoa

27. Kuinka monta lääkärin toteamaa sairautta Teillä on?

- 1 ei yhtään
- 2 1–2
- 3 3–4
- 4 5–6
- 5 7 tai enemmän

28. Saatteko työkyvyttömyyseläkettä?

- 1 en
- 2 hakemus vireillä/selvittely menossa
- 3 kyllä

29. Montako kertaa viimeksi kuluneen vuoden (12 kk) aikana olette käynyt lääkärin vastaanotolla (sairaala- ja poliklinikkakäynnit lasketaan mukaan)? _____ kertaa**30. Onko Teillä viimeksi kuluneen vuoden (12 kk) aikana ollut seuraavia lääkärin toteamia tai hoitamia sairauksia?**

Lääkärin toteama tai hoitama sairaus	kyllä	ei
1. kohonnut verenpaine, verenpainetauti		
2. kohonnut veren kolesteroli		
3. diabetes (<i>sokeritauti</i>)		
4. sydänveritulppa, sydäninfarkti		
5. sepelvaltimotauti, angina pectoris (<i>rintakipua rasituksessa</i>)		
6. syöpä		
7. nivelreuma		
8. selän kulumavika, muu selkäsairaus		
9. pitkäaikainen keuhkoputkentulehdus, keuhkolaajentuma		
10. masennus (<i>depressio</i>)		
11. muu mielenterveysongelma		
12. astma		
13. heinänuha tai muu allerginen nuha		
14. ruoka-aineallergia		
15. vatsasairaus (<i>mahakatarri, gastritti, mahahaava</i>)		

31. Onko Teillä viimeksi kuluneen kuukauden (30 pv) aikana ollut seuraavia oireita tai vaivoja?

Oire tai vaiva	kyllä	ei
1. rintakipua rasiuksessa		
2. nivelsärkyä		
3. selkäkipua, selkäsärkyä		
4. hammassärkyä		
5. turvotusta jaloissa		
6. suonikohjuja		
7. ihottumaa		
8. päänsärkyä		
9. unettomuutta		
10. masentuneisuutta		
11. muita mielenterveysongelmia		
12. ummetusta		
13. närästystä		
14. muita ruoansulatusvaivoja (<i>ilmavaivoja, ripulia</i>)		
15. iskiasta (<i>selkäkipua, joka säteilee sääreen</i>)		

32. Onko Teillä sairaus tai vamma, joka haittaa työ- ja toimintakykyä?

- 1 ei
2 kyllä

33. Oletteko viimeksi kuluneen viikon (7 pv) aikana käyttäneet mitään tabletteja, pulvereita tai muita lääkkeitä?

Tabletti, pulveri tai muu lääke	kyllä	ei
1. verenpainelääkkeitä		
2. kolesterolilääkkeitä		
3. insuliinia		
4. diabeteslääkkeitä		
5. päänsärkyäkkeitä		
6. muita särkyäkkeitä		
7. ehkäisytabletteja		
8. rauhoittavia lääkkeitä		
9. unilääkkeitä		
10. masennuslääkkeitä		
11. vitamiini- ja kivennäisvalmisteita		
12. yskänlääkettä		
13. hormonilääkkeitä vaihdevuosiin tai niiden jälkeiseen aikaan (<i>naisille</i>)		
14. potenssihäiriölääkkeitä (<i>miehille</i>)		

34. Onko Teiltä koskaan mitattu verenpainetta? Milloin viimeksi?

- 1 viimeksi kuluneen vuoden aikana
- 2 1–5 vuotta sitten
- 3 yli 5 vuotta sitten
- 4 ei koskaan
- 5 en tiedä

35. Onko Teiltä koskaan tutkittu veren kolesterolipitoisuutta? Milloin viimeksi?

- 1 viimeksi kuluneen vuoden aikana
- 2 1–5 vuotta sitten
- 3 yli 5 vuotta sitten
- 4 ei koskaan
- 5 en tiedä

36. Onko Teiltä koskaan tutkittu veren sokeripitoisuutta? Milloin viimeksi?

- 1 viimeksi kuluneen vuoden aikana
- 2 1–5 vuotta sitten
- 3 yli 5 vuotta sitten
- 4 ei koskaan
- 5 en tiedä

37. Montako kertaa viimeksi kuluneen vuoden (12 kk) aikana olette käynyt hammaslääkärin vastaanotolla? _____ kertaa**38. Miten usein Teillä on tapana harjata hampaanne?**

- 1 useammin kuin kerran päivässä
- 2 kerran päivässä
- 3 harvemmin kuin kerran päivässä
- 4 ei koskaan

V ELÄMÄNTAPAAN LIITTYVIÄ KYSYMYKSIÄ**39. Tupakoitteko itse tai tupakoiko joku muu perheenne jäsenistä asunnossanne?**

Tupakoija	kyllä	ei
1. itse		
2. puoliso		
3. muu aikuinen		
4. joku alle 18-vuotias		

40. Oletteko tupakoinut koskaan elämänne aikana?

- 1 en
- 2 kyllä

41. Tupakoitteko nykyisin (savukkeita, sikareita tai piippua)?

- 1 kyllä, päivittäin
- 2 satunnaisesti
- 3 en lainkaan

42. Haluaisitteko lopettaa tupakoinnin?

- 1 en
- 2 kyllä
- 3 en osaa sanoa
- 4 en tupakoi nykyisin

43. Oletteko huolissanne siitä, että tupakointinne voi aiheuttaa omalle terveydellenne vahinkoa?

- 1 hyvin huolissani
- 2 hieman huolissani
- 3 en juurikaan huolissani
- 4 en lainkaan huolissani

44. Onko joku alla mainituista henkilöistä viimeksi kuluneen vuoden (12 kk) aikana kehottanut Teitä lopettamaan tupakoinnin?

Tupakoinnin lopettamisen esittäjä	kyllä	ei
1. lääkäri		
2. terveydenhoitaja tai työterveyshoitaja		
3. hammaslääkäri		
4. apteekin henkilökunta		
5. perheenjäsen		
6. joku muu		

45. Oletteko nuuskannut koskaan elämäne aikana?

- 1 en
- 2 kyllä

46. Nuuskaatteko nykyisin?

- 1 kyllä, päivittäin
- 2 satunnaisesti
- 3 en lainkaan

47. Syöttekö yleensä aamupalaa?

- 1 en
- 2 kyllä

48. Missä syötte useimmiten lounaanne (klo 10.00–15.00 välillä) arkisin?

- 1 kotona
- 2 ravintolassa tai baarissa
- 3 työpaikkaruokalassa
- 4 oppilaitosruokalassa
- 5 syön eväitä työpaikalla tai sen läheisyydessä
- 6 muualla kuin edellä mainituissa paikoissa
- 7 en syö lounasta ollenkaan

49. Missä syötte useimmiten päivällisenne (klo 15.00–20.00 välillä) arkisin?

- 1 kotona
- 2 ravintolassa tai baarissa
- 3 työpaikkaruokalassa
- 4 oppilaitosruokalassa
- 5 syön eväitä työpaikalla tai sen läheisyydessä
- 6 muualla kuin edellä mainituissa paikoissa
- 7 en syö päivällistä ollenkaan

50. Kuinka usein olette viimeksi kuluneen viikon aikana käyttänyt seuraavia ruokia ja juomia?

Ruokalaji	En ker- taakaan	1–2 päivänä	3–5 päivänä	6–7 päivänä
1. keitetyjä perunoita				
2. ranskalaisia perunoita				
3. riisiä/pastaa				
4. puuroja/muroja				
5. rasvaisia juustoja (esim. Edam, Emmental, Ottermanni)				
6. vähärasvaisempia juustoja (esim. Polar-15, Kadett, Edam 17, raejuusto)				
7. kanaa				
8. kalaa				
9. lihaa				
10. lihajalosteita (makkarat yms.)				
11. kananmunia				
12. tuoreita vihannek- sia/juureksia				
13. kypsennettyjä vihannek- sia/juureksia				
14. hedelmiä/marjoja				
15. pizzeria				
16. muita suolaisia leivonnaisia (hampurilaiset, piirakat yms.)				
17. makeita leivonnaisia (pullat, viinerit, keksit yms.)				
18. suklaata tai muita makeisia				
19. mehua/tuoremehuja				
20. sokeroituja virvoitusjuomia				
21. keinomakeutettuja virvoitusjuomia				

51. Onko joku alla mainituista henkilöistä kuluneen vuoden (12 kk) aikana kehottanut Teitä muuttamaan ruokatottumuksianne terveyssyistä?

Ruokailutottumusten muuttamisen esittäjä	kyllä	ei
1. lääkäri		
2. joku muu terveydenhoitohenkilö		
3. perheenjäsen		
4. joku muu		

52. Oletteko viimeksi kuluneen vuoden (12 kk) aikana käyttänyt mitään alkoholijuomia (olutta, viiniä, siideriä tai väkeviä)?

- 1 olen
- 2 en ole

53. Kuinka usein tavallisesti juotte alkoholijuomia?

- 1 päivittäin
- 2 2–3 kertaa viikossa
- 3 kerran viikossa
- 4 2–3 kertaa kuukaudessa
- 5 muutaman kerran vuodessa tai harvemmin
- 6 en koskaan

54. Onko joku alla mainituista henkilöistä kuluneen vuoden (12 kk) aikana kehottanut Teitä vähentämään alkoholin käyttöä?

Alkoholin käytön vähentämisen esittäjä	kyllä	ei
1. lääkäri		
2. joku muu terveydenhoitohenkilö		
3. perheenjäsen		
4. joku muu		

55. Oletteko viimeksi kuluneen vuoden (12 kk) aikana yrittänyt vakavasti laihduttaa?

- 1 en
- 2 kyllä

56. Onko joku alla mainituista henkilöistä kuluneen vuoden (12 kk) aikana kehottanut Teitä laihduttamaan?

Laihduttamisen esittäjä	kyllä	ei
1. lääkäri		
2. joku muu terveydenhoitohenkilö		
3. perheenjäsen		
4. joku muu		

57. Kuinka usein harrastatte vapaa-ajan liikuntaa vähintään puoli tuntia niin, että ainakin lievästi hengästytte ja hikoilette?

- 1 päivittäin
- 2 kerran viikossa
- 3 2 kertaa viikossa
- 4 3 kertaa viikossa
- 5 4–6 kertaa viikossa
- 6 2–3 kertaa kuukaudessa
- 7 muutaman kerran vuodessa tai harvemmin
- 8 en voi vammaan tai sairauden vuoksi harrastaa liikuntaa

58. Kuinka paljon liikutte ja rasitate itseänne ruumiillisesti vapaa-aikana? Jos rasitus vaihtelee paljon eri vuoden aikoina, merkitkää se vaihtoehto, joka parhaiten kuvaa keskimääräistä tilannettanne.

- 1 vapaa-aikanani luen, katselen televisiota ja suoritan askareita, joissa en paljonkaan liiku ja jotka eivät rasita minua ruumiillisesti
- 2 vapaa-aikanani kävelen, pyöräilen tai liikun muulla tavalla vähintään 4 tuntia viikossa
- 3 harrastan vapaa-aikanani varsinaista kuntoliikuntaa keskimäärin vähintään 3 tuntia viikossa
- 4 harjoittelen vapaa-aikanani kilpailumielessä säännöllisesti useita kertoja viikossa

59. Onko joku alla mainituista henkilöistä kuluneen vuoden (12 kk) aikana kehottanut Teitä lisäämään liikuntaa?

Liikunnan lisäämisen esittäjä	kyllä	ei
1. lääkäri		
2. joku muu terveydenhoitohenkilö		
3. perheenjäsen		
4. joku muu		

60. Oletteko viimeksi kuluneen vuoden (12 kk) aikana muuttanut tottumuksianne terveydellisten näkökohtien perusteella?

Tottumuksen kohde	kyllä	ei
1. vähentänyt rasvan määrää		
2. muuttanut rasvan laatua		
3. lisännyt kasvisten käyttöä		
4. vähentänyt sokerin käyttöä		
5. vähentänyt suolan käyttöä		
6. laihduttanut		
7. lisännyt liikuntaa		
8. vähentänyt alkoholin käyttöä		

VI Arviot Kemi kaupungista

61. Miten asuinkuntanne on huolehtinut kuntalaisten yleisistä elämisen edellytyksistä ja mahdollisuuksista?

- 1 hyvin
- 2 melko hyvin
- 3 huonosti
- 4 en osaa sanoa

62. Pitäisikö kotikuntanne mielestänne tehdä nykyistä enemmän sairauksien ennaltaehkäisemiseksi, terveellisen ympäristön aikaansaamiseksi tai kuntalaisten terveyden edistämiseksi

- 1 Kyllä, mitä?

- 2 ei, se tekee jo riittävästi

63. Millaiset ovat mahdollisuutenne vaikuttaa kuntanne kehittämiseen?

- 1 hyvät
- 2 melko hyvät
- 3 huonot
- 4 en osaa sanoa

64. Oletteko aikeissa muuttaa lähiaikoina?

- 1 en
- 2 kyllä

65. Jos olette aikeissa muuttaa, minne suunnittelette muuttoa?

- 1 Kemin kaupungin sisällä
- 2 toiseen Kemi-Tornion seutukunnan kuntaan (*Keminmaa, Simo, Tornio, Tervola*)
- 3 Kemi-Tornion seutukunnan ulkopuoliseen entisen Lapin läänin (*31.12.2009 saakka olleen läänijaon mukaan*) kuntaan
- 4 muualle Suomeen
- 5 ulkomaille

66. Jos olette aikeissa muuttaa, mikä on pääasiallinen syy muuttoon?

- 1 oma työ
- 2 puolison työ
- 3 oma opiskelu
- 4 puolison opiskelu
- 5 muutto pienempään asuntoon
- 6 muutto isompaan asuntoon
- 7 muutto omistusasuntoon
- 8 muutto vuokra-asuntoon
- 9 muutto palveluasuntoon tai -taloon
- 10 muu syy

VI Arviot Kemi kaupungista

61. Miten asuinkuntanne on huolehtinut kuntalaisten yleisistä elämisen edellytyksistä ja mahdollisuuksista?

- 1 hyvin
- 2 melko hyvin
- 3 huonosti
- 4 en osaa sanoa

62. Pitäisikö kotikuntanne mielestänne tehdä nykyistä enemmän sairauksien ennaltaehkäisemiseksi, terveellisen ympäristön aikaansaamiseksi tai kuntalaisten terveyden edistämiseksi

- 1 Kyllä, mitä?

- 2 ei, se tekee jo riittävästi

63. Millaiset ovat mahdollisuutenne vaikuttaa kuntanne kehittämiseen?

- 1 hyvät
- 2 melko hyvät
- 3 huonot
- 4 en osaa sanoa

64. Oletteko aikeissa muuttaa lähiaikoina?

- 1 en
- 2 kyllä

65. Jos olette aikeissa muuttaa, minne suunnittelette muuttoa?

- 1 Kemin kaupungin sisällä
- 2 toiseen Kemi-Tornion seutukunnan kuntaan (*Keminmaa, Simo, Tornio, Tervola*)
- 3 Kemi-Tornion seutukunnan ulkopuoliseen entisen Lapin läänin (*31.12.2009 saakka olleen läänijaon mukaan*) kuntaan
- 4 muualle Suomeen
- 5 ulkomaille

66. Jos olette aikeissa muuttaa, mikä on pääasiallinen syy muuttoon?

- 1 oma työ
- 2 puolison työ
- 3 oma opiskelu
- 4 puolison opiskelu
- 5 muutto pienempään asuntoon
- 6 muutto isompaan asuntoon
- 7 muutto omistusasuntoon
- 8 muutto vuokra-asuntoon
- 9 muutto palveluasuntoon tai -taloon
- 10 muu syy

67. Mihin ryhmään katsotte asuinkuntanne parhaimmin kuuluvan?

- 1 asuinkuntani sosiaalinen ja taloudellinen tilanne on hyvä
- 2 asuinkuntani sosiaalisessa ja taloudellisessa tilanteessa on ongelmia, mutta niiden ratkaiseminen näyttää mahdolliselta
- 3 ratkaisujen löytäminen asuinkuntani sosiaalisiin ja taloudellisiin ongelmiin on vaikeaa
- 4 ratkaisujen löytäminen asuinkuntani sosiaalisiin ja taloudellisiin ongelmiin näyttää mahdottomalta
- 5 en osaa sanoa

KIITOS VASTAUKSESTANNE!

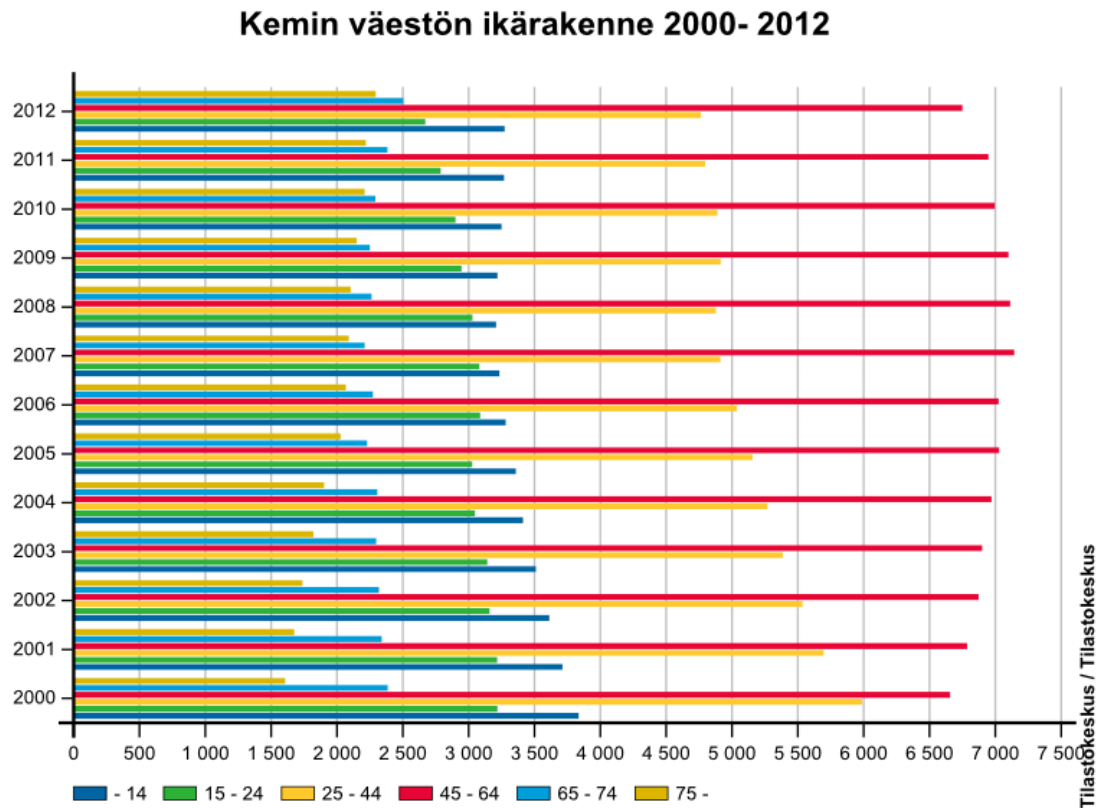
Liite 9. Kemi- Terveeksi 2015 kyselyn toteuttamisen ajankohdat

91

Liite 3. Kemi terveeksi 2015 -hankkeen kyselyn toteuttamisen aikataulut.

Kemi terveeksi -hankkeen kyselyn toteuttamisen opiskelijaryhmittäiset aikataulut 24.1.2011-29.1.2011							
	Maanantai 24.1.2011	Tiistai 25.1.2011	Keskiviikko 26.1.2011	Torstai 27.1.2011	Perjantai 28.1.2011	Lauantai 29.1.2011	
8.15-9.00	54A009 Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen perusteet ja menetelmät o Kemi terveeksi hanke o Jalosalmi Riiva o OPISKELIJOITA YHTEENSÄ <u>16</u>	52A018 Ikäntyvien terveyden edistäminen o Kemi terveeksi hanke o Paakkolanvaara Hanna-Leena o OPISKELIJOITA YHTEENSÄ: <u>16+1 epävarma</u>	52A015 Työikäisen terveyden edistäminen o Kemi terveeksi hanke o Meinilä Arja o OPISKELIJOITA YHTEENSÄ <u>16</u>	SOK 21 2	44A017 Terveyden edistäminen SOK21 1 SOK21 2		
09.00-9.45							
10.15-11.00							
11.00-11.45							
12.30-13.15			52A019 Ikäntyvien hoitotyö ja lääkehoito o Kemi terveeksi hanke o Paakkolanvaara Hanna-Leena o OPISKELIJOITA YHTEENSÄ: <u>16+1 epävarma</u>	52A015 Työikäisen terveyden edistäminen o Kemi terveeksi hanke o Meinilä Arja o OPISKELIJOITA YHTEENSÄ <u>16</u>	44A017 Terveyden edistäminen SOK21 1 SOK21 2	o Kemi terveeksi hanke o Hannele Paloranta o OPISKELIJOITA YHTEENSÄ <u>16</u>	
13.15-14.00					o Kemi terveeksi hanke o Hannele Paloranta o OPISKELIJOITA YHTEENSÄ <u>16</u>		
14.15-15.00					o Kemi terveeksi hanke o Hannele Paloranta o OPISKELIJOITA YHTEENSÄ <u>16</u>		
15.00-15.45					o Kemi terveeksi hanke o Hannele Paloranta o OPISKELIJOITA YHTEENSÄ <u>16</u>		
15.45-16.30							

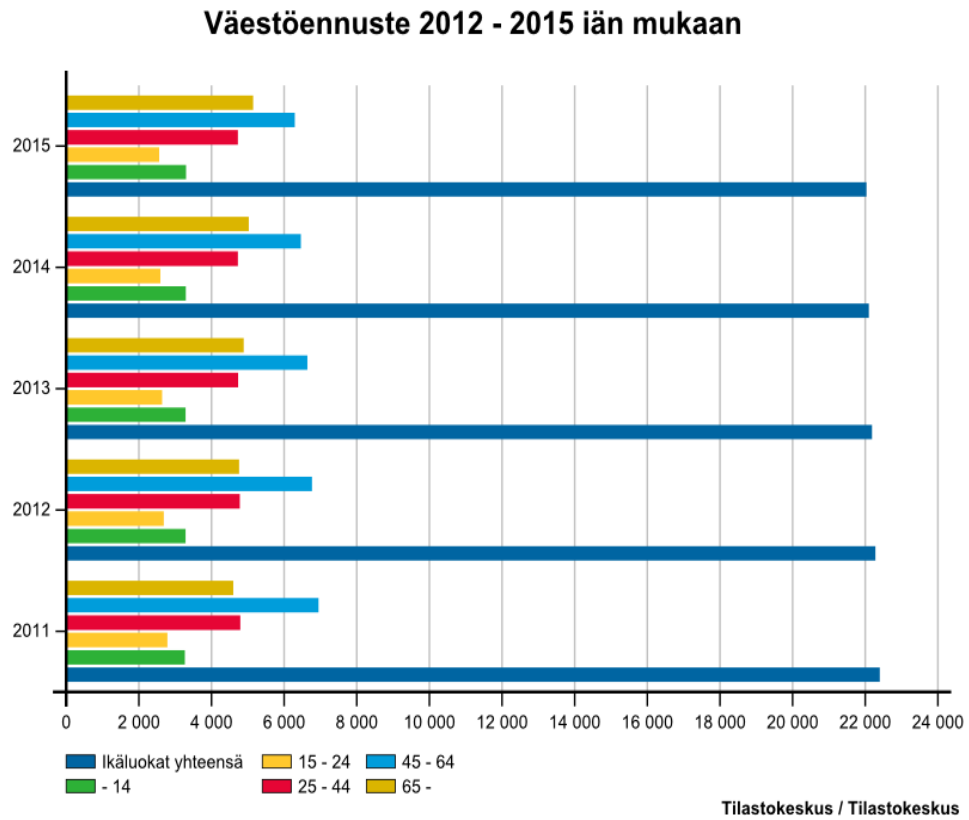
Liite 10. Kemin väestön ikärakenne 2000- 2012



Lähde: Tilastokeskus 2013

Yksikkö Henkilöä

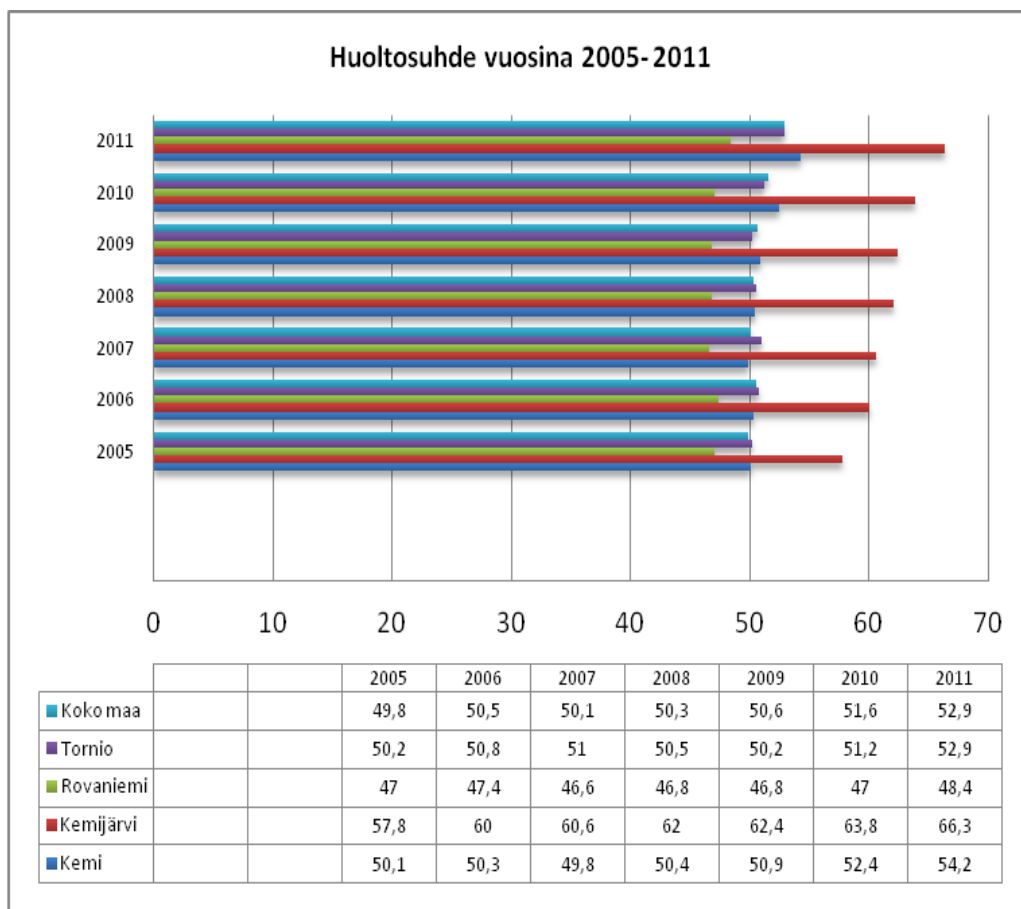
Liite 11. Kemin väestöennuste vuonna 2015



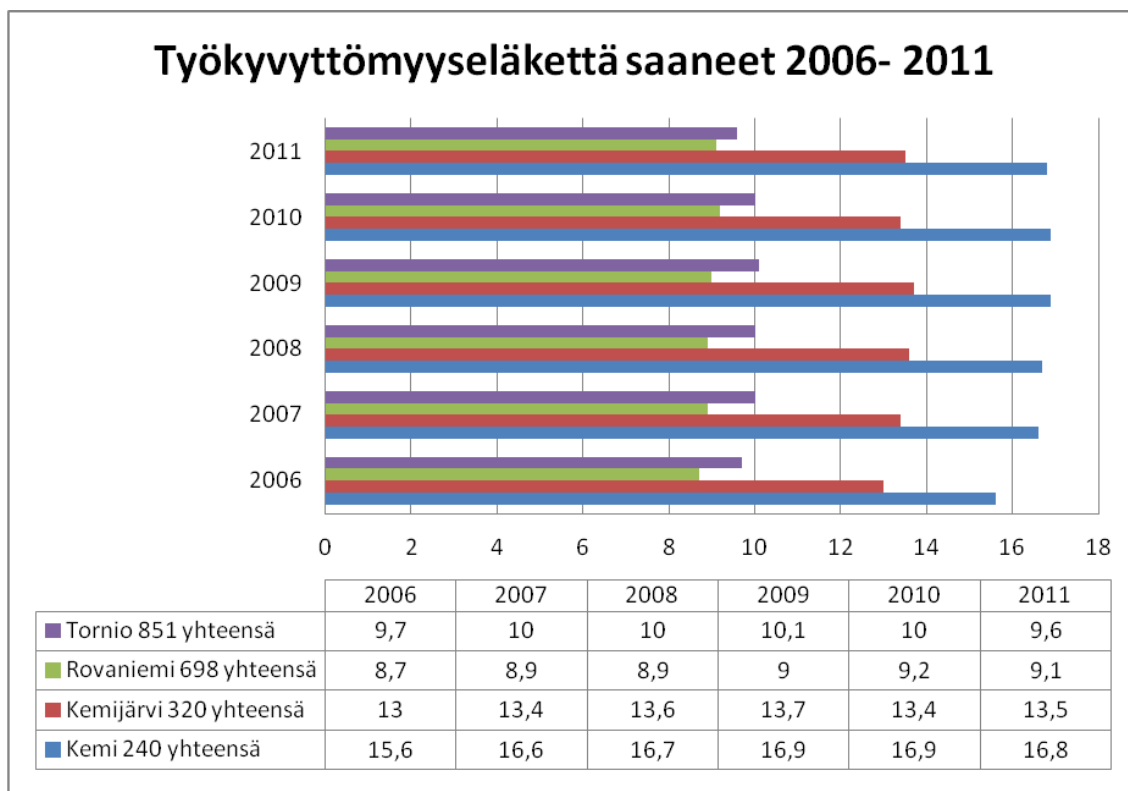
Lähde: Tilastokeskus 2013

Yksikkö: Henkilöä

LIITE 12. Kemin huoltosuhte vuosina 2005- 2011



Demografinen (tai väestöllinen) huoltosuhte ilmaisee, kuinka monta alle 15-vuotiasta ja 65-vuotta täyttänyttä on sataa 15-64 -vuotiasta (työikäistä) kohti. Mitä enemmän on lapsia ja/tai eläkeikäisiä, sitä korkeampi huoltosuhteen arvo on (THL SOTKANet 2013.)

Liite 13. Kemin työkyvyttömyyseläkkeet 2005- 2011


Indikaattori ilmaisee työkyvyttömyyseläkettä vuoden lopussa saaneiden 25 -64 -vuotiaiden osuuden prosentteina vastaavanikäisestä väestöstä. Väestötietona on käytetty keskiväkilukua. Tästä syystä luvut poikkeavat jonkin verran ETK:n ja Kelan yhteisjulkaisuista. Yksilölliset varhaiseläkkeet sisältyvät työkyvyttömyyseläkkeisiin. Tilastossa ovat mukana henkilöt, jotka saivat työkyvyttömyyseläkettä joko työeläke- tai kansaneläkejärjestelmästä tai molemmista järjestelmistä. Työkyvyttömyyseläkkeen saaminen ilmaisee pitkäaikaista tai pysyvää työkyvyttömyyttä. Yleisimmät sairausryhmät sen taustalla ovat mielen- terveyden häiriöt ja tuki- ja liikuntaelinten sairaudet, yksittäisistä sairauksista depressio ja selkäsairaudet. Työkyvyttömyys ilmentää vain osin sairastavuutta, sillä eläkkeelle hakeutumiseen vaikuttaa myös mm. henkilön taloudellinen tilanne ja työttömyys. Sairauksien esiintyvyyden tarkasteluun työkyvyttömyyseläkkeet soveltuvat siten vain varauksin. (THL SOTKANet 2013.)

LIITETAULUKOT

Liitetaulukko 1. Kuntakyselyn vastauspisteet ja vastaajamäärät

Vastauspaikka	N	%
Kirjasto	102	8,3
Uimahalli	136	11,1
Terveyskeskus	38	3,1
Sosiaalitoimisto	28	2,3
Työ- ja elinkeinotoimisto	16	1,3
Citymarket	148	12,1
Prisma	88	7,2
Länsipohjan keskussairaalan Kahvio	19	1,6
Leipätehdas	28	2,3
Yliopiston apteekki	84	6,9
Marttala Sale	20	1,6
Syväkangas Messi	77	6,3
Karihaara valintatalo	54	4,4
Kivikangas Siwa	23	1,9
Tervaharju Tampereen Säästötex	17	1,4
Kemin kaupungin kemiläinen henkilökunta (wepropol)	150	12,2
Kelan kemiläinen henkilökunta (webropol)	7	0,6
Lappian kemiläinen henkilökunta	64	5,2
Länsi-Pohjan keskussairaala kemiläinen henkilökunta (wepropol)	125	10,2
Metsäbotnia	1	0,1
Yhteensä	1225	100

Liitetaulukko 2 Vastaajien sukupuoli ja ikä

Sukupuoli ja ikä	N	%
Nainen	972	67
18- 24-vuotiaat	77	5,3
25 -39-vuotiaat	130	9
40- 54-vuotiaat	269	18,6
55- 69-vuotiaat	341	23,5
yli 70-vuotiaat	155	10,7
Mies	478	33
18- 24-vuotiaat	23	1,6
25 -39-vuotiaat	52	3,6
40- 54-vuotiaat	108	7,4
55- 69-vuotiaat	191	13,2
yli 70-vuotiaat	104	7,2
Yhteensä	1450	100

Liitetaulukko 3. Vastaajien korkein ammatillinen koulutus

Korkein ammatillinen koulutus	N	%
ei ammatillista koulutusta	168	11,9
ammatillinen kurssi	184	13
kansanopistotutkinto	14	1
ammattikoulututkinto	363	25,7
opistoasteentutkinto	331	23,4
ammattikorkeakoulutus	204	14,4
yliopistotutkinto	150	10,6
Yhteensä	1414	100

Liitetaulukko 4. Vastaajien työmarkkina asema

Työmarkkina asema	N	%
Työssä	608	41,8
työtön	98	6,7
Lomautettu	4	0,3
Äitiys/vanhempainlomalla	17	1,2
päätoiminen opiskelija	100	6,9
ei päätoiminen opiskelija	6	0,4
pitkäaikaisella sairauslomalla	10	0,7
eläkkeellä	563	38,7
osa-aika eläkkeellä	30	2,1
muu tilanne	19	1,3
Yhteensä	1455	100

Liitetaulukko 5. Vastaajien asema työyhteisössä

Asema työyhteisössä	N	%
yrittäjä	92	6,5
maanviljelijä	1	0,1
ylempi toimihenkilö	234	16,4
alempi toimihenkilö	321	22,6
ammattikoulutettu työntekijä	515	36,2
työntekijä ilman ammattikoulutusta	238	16,7
en ole ollut työssä kodin ulkopuolella	22	1,5
Yhteensä	1423	100

Liitetaulukko 6. Vastaajien ilmoittamat oireet kuukauden aikana (30 pv)

Oireet ja vaivat kuukauden aikana (30 pv)		Kyllä	Ei	Yhteensä
rintakipua rasituksessa	%	10,3 %	89,7 %	100 %
	N	140	1225	1365
nivelsärkyä	%	40,1 %	59,9 %	100 %
	N	556	830	1386
selkäkipua	%	47,8 %	52,2 %	100,0 %
	N	664	724	1388
hammassärkyä	%	11,6 %	88,4 %	100 %
	N	157	1193	1350
turvotusta jaloissa	%	20,5 %	79,5 %	100 %
	N	283	1096	1379
suonikohjuja	%	13,3 %	86,7 %	100 %
	N	183	1190	1373
ihottumaa	%	22,8 %	77,2 %	100 %
	N	312	1058	1370
päänsärkyä	%	47,9 %	52,1 %	100 %
	N	658	717	1375
unettomuutta	%	37,0 %	63,0 %	100 %
	N	511	869	1380
masentuneisuutta	%	12,5 %	87,5 %	100 %
	N	169	1187	1356
muita mielenterveys ongelmia	%	2,6 %	97,4 %	100 %
	N	35	1314	1349
ummetusta	%	15,7 %	84,3 %	100 %
	N	213	1147	1360
näristystä	%	30 %	69,8 %	100 %
	N	415	959	1374
muita ruoansulatus vaivoja	%	31,9 %	68,1 %	100 %
	N	432	923	1355
iskiasta	%	22,6 %	77,4 %	100 %
	N	307	1050	1357

Liitetaulukko 7. Vastaajien käyttämät tabletit, pulverit ja muut lääkkeet kuluneen viikon (7 pv) aikana.

Lääkkeiden käyttö viikon aikana (7pv)		Kyllä	Ei	Yhteensä
verenpainelääkkeitä	%	31,8 %	68,2 %	100 %
	N	444	954	1398
kolesterolilääkkeitä	%	19,9 %	80,1 %	100 %
	N	274	1102	1376
insuliinia	%	3,3 %	96,7 %	100 %
	N	44	1303	1347
diabeteslääkkeitä	%	9,3 %	90,7 %	100 %
	N	126	1223	1349
pänsärkylääkkeitä	%	38,5 %	61,5 %	100 %
	N	524	837	1361
muuta särkylääkkeitä	%	32,3 %	67,7 %	100 %
	N	443	929	1372
ehkäisytabletteja	%	6,2 %	93,8 %	100 %
	N	83	1259	1342
rauhottavia lääkkeitä	%	4,1 %	95,9 %	100 %
	N	56	1295	1351
unilääkkeitä	%	11,1 %	88,9 %	100 %
	N	151	1209	1360
masennuslääkkeitä	%	5,8 %	94,2 %	100 %
	N	78	1268	1346
vitamiini- ja kivennäisvalmisteet	%	66,5 %	33,5 %	100 %
	N	922	464	1386
yskänlääkettä	%	7,6 %	92,4 %	100 %
	N	103	1246	1349
hormonilääkkeitä vaihdevuosiin/jälk. oireisiin	%	11,2 %	88,8 %	100 %
	N	139	1097	1236
potenssihäiriö lääkkeitä	%	2,7 %	97,3 %	100 %
	N	29	1048	1077

Liitetaulukko 8. Vastaajien tupakointitottumukset aikaisemmin

Aikaisempi tupakointi	N	%
en	566	39,7
kyllä	861	60,3
Yhteensä	1427	100

Liitetaulukko 9. Nykyinen tupakointi

Tupakointi nykyisin	N	%
kyllä päivittäin	237	18,3
satunnaisesti	104	8
en lainkaan	953	73,6
Yhteensä	1249	100

Liitetaulukko 10. Haluaa lopettaa tupakoinnin

Tupakoinnin lopettaminen	N	%
en	68	5,8
kyllä	185	15,8
en osaa sanoa	96	8,2
en tupakoi nykyisin	821	70,2
Yhteensä	1170	100

Liitetaulukko 11. Tupakan terveyshaitoista huolestuneet

Tupakan aiheuttamista vaaroista huolestuneet	N	%
hyvin huolissani	152	17,3
hieman huolissani	216	24,6
en juurikaan huolissani	95	10,8
en lainkaan huolissaan	414	47,2
Yhteensä	877	100

Liitetaulukko 12. Tupakoinnin lopettamisen esittäjät

Tupakoinnin lopettamisen esittäjät	Kyllä	Ei	Yhteensä
lääkäri	14,4 % 122	85,6 % 725	100 % 847
terveydenhoitaja	12,3 % 103	87,7 % 737	100 % 840
hammaslääkäri	4,8 % 40	95,2 % 793	100 % 833
apteekin henkilökunta	1,0 % 8	99,0 % 825	100 % 833
perheenjäsen	20 % 169	80 % 675	100 % 844
joku muu	12,0 % 99	88,0 % 729	100 % 828

Liitetaulukko 13 Nuuskan käyttö

Nuuskan käyttö	N	%
en	1299	91,9
kyllä	115	8,1
Yhteensä	1414	100

Liitetaulukko 14 Alkoholin kulutus

Alkoholin kulutus	N	%
päivittäin	32	2,2
2-3 kertaa viikossa	162	11,4
kerran viikossa	218	15,3
2-3 kertaa kuukaudessa	368	25,8
muutaman kerran vuodessa tai harvemmin	463	32,4
en koskaan	184	12,9
Yhteensä	1427	100

Liitetaulukko 15. Alkoholin käytön vähentämistä ehdottaneet tahot

Tahot		Kyllä	Ei	Yhteensä
lääkäri	%	1,3 %	98,7 %	100 %
	N	17	1311	1328
joku muu terveydenhoitohenkilö	%	1,1 %	98,9 %	100 %
	N	14	1308	1322
perheenjäsen	%	1,1 %	98,9 %	100 %
	N	15	1302	1317
joku muu	%	1,1 %	98,9 %	100 %
	N	14	1294	1308

Liitetaulukko 16. Liikunnan lisäämistä ehdottaneet tahot

Taho		Kyllä	Ei	Yhteensä
Lääkäri	%	7,6 %	92,4 %	100 %
	N	103	1259	1362
joku muu terveydenhoitohenkilö	%	7,0 %	93,0 %	100 %
	N	95	1257	1352
perheenjäsen	%	7,1 %	92,9 %	100 %
	N	95	1249	1344
joku muu	%	6,7 %	93,3 %	100 %
	N	90	1244	1334

Liitetaulukko 17. Laihdus yritykset

Laihduttaminen (12 kk) aikana	N	%
en	911	66,4
kyllä	462	33,6
yhteensä	1373	100

Liitetaulukko 18. Laihduttamista esittäneet ehdottaneet tahot

Laihduttamista esittäneet tahot		Kyllä	Ei	Yhteensä
lääkäri	%	10 %	90 %	100 %
	N	136	1224	1360
joku muu terveydenhoitohenkilö	%	9,2 %	90,8 %	100 %
	N	124	1220	1344
perheenjäsen	%	9 %	91 %	100 %
	N	120	1214	1334
joku muu	%	9 %	91 %	100 %
	N	120	1210	1330

Liitetaulukko 19. Kunnallisten terveysten toimivuus

Kunnalliset terveyspalvelut		Hyvä	Huono	Ei kokemus- ta	Yhteensä
Yleislääkärin palvelut	% N	27,9 % 394	58,8 % 829	13,3 % 187	100 % 1410
Erikoislääkärin palvelut	% N	33 % 460	43,3 % 605	23,7 % 331	100 % 1396
Äitiys- ja lastenneuvola	% N	41,3 % 557	1,9 % 25	56,9 % 768	100 % 1350
Koulu- ja opiskelija terveydenhuolto	% N	29,2 % 393	14,9 % 200	55,9 % 753	100 % 1346
Työterveyshuolto	% N	53,0 % 726	6,9 % 94	40,1 % 549	100 % 1369
Kotisairaanhoido	% N	15,6 % 213	9,3 % 127	75,1 % 1024	100 % 1364
Laboratorio- ja röntgen palvelut	% N	72,6 % 1004	10,8 % 148	16,6 % 230	100 % 1382
Fysioterapia	% N	28,3 % 386	13,6 % 186	58,1 % 793	100 % 1365
Hammashuolto	% N	51,8 % 716	21,6 % 299	26,6 % 367	100 % 1382
Sairaala- ja vuodeosasto hoito	% N	40,3 % 560	13,1 % 182	46,6 % 648	100 % 1390
Mielenterveys palvelut	% N	14,0 % 191	11,5 % 157	74,5 % 1018	100 % 1366