

VAMMAISTEN HENKILÖIDEN TERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN
JA KOETTU HYVINVOINTI

Turun yliopisto
Sosiaalitieteiden laitos
Pro gradu-tutkielma
Annina Heini
2012 elokuu

TURUN YLIOPISTO

Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta/ Sosiaalitieteiden laitos

HEINI, ANNINA: Vammaisten henkilöiden terveystyytymisen ja koettu hyvinvointi

Pro gradu-tutkielma, 98 s., 17 liites.

Sosiaalipolitiikka

Elokuu 2012

Tutkimuksessa selvitettiin vammaisten henkilöiden terveystyytymistä alkoholin, tupakoinnin, ruoka- ja liikuntatottumusten osalta sekä hyvinvointia koskien terveyden kokemusta, henkistä hyvinvointia ja ihmissuhteita. Lisäksi tarkasteltiin terveystyytymisen osa-alueiden ja koetun hyvinvoinnin osa-alueiden välistä yhteyttä. Tutkimusaineisto kerättiin internet-kyselynä. Vastajia oli kaikkiaan 499 eri tavoin itsensä vammaiseksi henkilöksi kokenutta. Vastauksia analysoitiin käyttäen ristiintaulukointia ja varianssianalyysia. Tuloksia verrattiin osittain aikaisemmin koko väestöllä toteutetun tutkimuksen tuloksiin.

Vammaiset henkilöt käyttivät kaiken kaikkiaan alkoholia ja tupakkatuotteita valtaväestöä vähemmän. Liikuntaa vammaiset henkilöt harrastivat vähän ja ylipainoisia oli valtaväestöön verraten enemmän. Ruokatottumusten osalta vammaiset henkilöt eivät juuri eronneet valtaväestöstä. Kaikkiaan terveystyytymisen suhteen vammaiset henkilöt ovat muuttaneet valtaväestöä enemmän tapojaan terveellisempään suuntaan. Eniten eroja terveystyytymisessä vammaisten henkilöiden kesken muodostui sukupuolen, iän ja koulutuksen perusteella.

Tutkimukseen osallistuneet vammaiset henkilöt kokevat terveydentilansa melko huonoksi tai huonoksi valtaväestöä useammin. Oireita tai vaivoja kaikkiaan vammaiset henkilöt kokevat valtaväestöä harvemmin. Kuitenkin lääkkeitä käytetään enemmän ja negatiivisia tunteita koetaan enemmän. Mielialaan liittyviä negatiivisia tunteita koko ajan kokevia oli vammaisväestössä valtaväestöä enemmän, mutta myös positiivisia tunteita koko ajan kokevia oli enemmän. Vammaisilla henkilöillä hyvinvointiin kaikkiaan vaikutti sukupuoli, ikä, koulutus, työssäolo ja yksinäisyyden kokeminen. Siviilisäätyjen väliset erot olivat yleisesti pieniä. Yksinäisyyden kokemiseen vaikutti eniten yhteiskunnasta syrjäytymisen kokemus.

Terveyden kokemus, henkinen hyvinvointi ja yksinäisyyden kokeminen olivat voimakkaasti yhteydessä toisiinsa. Terveystyytymisen ja koetun hyvinvoinnin välinen yhteys oli vahvin liikuntatottumusten ja kasvisten käytön suhteen. Yhteyttä oli jonkin verran myös alkoholin, tupakoinnin ja aamupalan nauttimisen suhteen.

Tulevaisuudessa tulisi huomiota kiinnittää erityisesti vammaisten liikuntaharrastusten lisäämiseen, työllisyyteen ja yhteiskunnalliseen osallisuuteen sekä hyvinvoinnin osatekijöihin. Lisäksi vammaisten henkilöiden terveystyytymiseen ja koettuun hyvinvointiin liittyvää tutkimusta tulisi tehdä nykyistä huomattavasti enemmän.

Asiasanat: Vammaisuus, terveystyytymisen, koettu hyvinvointi, terveys.

SISÄLLYSLUETTELO

1	JOHDANTO	1
2	VAMMAISET HENKILÖT VÄESTÖRYHMÄNÄ.....	4
2.1	VAMMAISUUDEN MÄÄRITELMÄT.....	4
2.2	SOSIAALINEN VAMMAISTUTKIMUS	7
2.3	MIKSI VAMMAISET HENKILÖT ON SYYTÄ NOSTAA TARKASTELUUN?	10
3	TERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN JA SIIHEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT	14
3.1	MITÄ ON TERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN	14
3.2	SOSIAALISET RAKENTEET JA TERVEYSKÄYTTÄYTYMISEN "SOSIAALISET MÄÄRITTÄJÄT"	15
3.3	TERVEYSKÄYTTÄYTYMISEN JA KOETUN HYVINVOINNIN TEKIJÖIDEN VÄLISET SUHTEET	17
3.4	DEMOGRAFiset- JA SOSIOEKONOMISET TEKIJÄT	18
4	KOETTU HYVINVOINTI.....	22
4.1	TERVEYDEN KOKEMUKSEEN YHTEYDESSÄ OLEVAT SOSIODEMOGRAFiset TEKIJÄT	23
4.2	HENKISEN HYVINVOINNIN YHTEYS SOSIODEMOGRAFISIIN TEKIJÖIHIN JA MUIHIN HYVINVOINNIN OSA-ALUEISIIN	24
4.3	IHMISUHITEIDEN YHTEYS SOSIODEMOGRAFISIIN TEKIJÖIHIN JA MUIHIN HYVINVOINNIN OSA- ALUEISIIN	27
5	SUOMALAISEN AIKUISVÄESTÖN TERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN.....	29
5.1	ALKOHOLIN KÄYTTÖ JA TUPAKOINTI.....	29
5.2	RUOKA- JA LIIKUNTATOTTUMUKSET	32
6	TERVEYSKÄYTTÄYTYMIS- JA HYVINVOINTIEROJEN KAVENTAMISEN HAASTE	37
7	TUTKIMUSASETELMA	39
7.1	TUTKIMUSKYSYMYKSET	39
7.2	AINEISTO JA MENETELMÄT.....	40
7.2.1	Tutkimuslomake ja tutkimusaineiston keruu	40
7.2.2	Osallistava menetelmä.....	41
7.2.3	Käytetyt mittarit.....	42
7.2.4	Demografiset- ja sosioekonomiset taustaindikaattorit	45
7.2.5	Tilastolliset menetelmät.....	45
8	TULOKSET	47
8.1	VASTAAJIEN SOSIODEMOGRAFiset OMINAISUUDET	47
8.2	TERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN	49
8.2.1	Alkoholin käyttö ja tupakointi	49
8.2.2	Ruokatottumukset.....	54
8.2.3	Liikuntatottumukset.....	56
8.3	KOETTU HYVINVOINTI.....	61
8.3.1	Terveiden kokemus.....	61
8.3.2	Henkinen hyvinvointi	65

8.3.3	Ihmissuhteet: yksinäisyyden kokeminen ja syy	71
8.4	TERVEYSKÄYTTÄYTYMISEN JA HYVINVOINNIN VÄLINEN YHTEYS.....	72
8.4.1	Alkoholin käyttö ja tupakointi	73
8.4.2	Ruokatottumukset.....	74
8.4.3	Liikuntatottumukset.....	76
9	YHTEENVETOA TULOKSISTA	79
10	JOHTOPÄÄTÖKSET	83
	LÄHTEET	86
	LIITTEET	99

1 JOHDANTO

Tämä tutkimusidea syntyi tarpeesta tutkia tutkimatonta. Vammaisten ihmisten työkykyä, työllistymistä ja toimeentuloa on tutkittu (ks. Laiho, Hoppanen, Latvala & Rämö 2010; STM 2006a, 12–14, STM 2006b, 45; Klem 2011), mutta vammaisväestön terveyskäyttämisen ja koetun hyvinvoinnin näkökulmasta kattavaa tutkimusta ei ole aiemmin tehty. Tutkimustiedolla on tärkeä merkitys vammaisten henkilöiden hyvinvoinnin ja myös palvelujen parantamisessa. Vammaisten henkilöiden näkyväksi tekeminen ryhmänä puhuttaessa terveyskäyttämisestä ja hyvinvoinnista on tärkeää, sillä terveys- ja hyvinvointipoliittisia ohjelmia suunnataan usein koko väestölle eikä kohdenneta väestönosiin. Tästä syystä on tarpeen selvittää, esiintyykö vammaisten henkilöiden kohdalla terveyskäyttämisen ja hyvinvoinnissa joitain erityispiirteitä, jotka olisi syytä ottaa huomioon terveys- ja hyvinvointipoliittikoja suunniteltaessa.

Väestön terveyttä pyrittiin 1900-luvun aikana parantamaan etenkin pyrkimällä vaikuttamaan elämäntapavalintoihin ja tunnistamalla riskitekijöitä. Huomio kiinnitettiin tupakointiin, rasvaiseen ruokavalioon, liikuntatottumuksiin ja alkoholin käyttöön. (Wilkinson & Pickett 2011, 93.) Terveyden voidaan tutkimuksen valossa nähdä jakaantuvan väestössä epätasaisesti (esim. Prättälä & Paalanen 2007; Aromaa & Koskinen 2002). Lisäksi sosioekonomisen aseman on nähty vaikuttavan terveyskäyttämiseen. (esim. Koivusilta 2011, 129; Prättälä & Paalanen 2007.) Vammaisten henkilöiden työllisyys on vähäisempää verrattuna väestön keskiarvoon, jolloin voidaan arvella vammaisten henkilöiden ansaitsevan myös vähemmän. Tällä voidaan ajatella olevan vaikutusta terveyskäyttämiseen ja hyvinvointiin.

Tässä tutkimuksessa lähdetään liikkeelle siitä ajatuksesta, että terveyskäyttämistä ja hyvinvointia on tarkasteltava toisiinsa vaikuttavina ja toisiinsa palautuvina tekijöinä. On vaikea sanoa kumpi niistä tulee ensin. Siihen tämä tutkimus ei pyri vastaamaan, sillä kyseessä ei ole seurantatutkimus. Sen sijaan tässä tutkimuksessa selvitetään asioiden välisiä yhteyksiä ja samanaikaista esiintyvyyttä, joiden pohjalta voidaan tehdä päätelmiä kokonaistilanteesta. Pääpaino

on kuitenkin terveyskäyttäytymisen ja koetun hyvinvoinnin tarkastelussa. Koetuna hyvinvointina pidetään tässä tutkimuksessa terveyden kokemusta ja henkiseen hyvinvointiin sekä ihmissuhteisiin liittyviä tekijöitä.

Tutkimuksessa selvitettiin kyselyn avulla vammaisten henkilöiden terveyskäyttäytymistä koskien alkoholinkäyttöä, tupakointia, ravinto- ja liikuntatottumuksia, sekä koettua hyvinvointia koskien terveyden kokemusta, henkistä hyvinvointia ja ihmissuhteita. Tutkimuksen aineisto on kerätty kesän ja syksyn 2011 aikana sähköisen tutkimuslomakkeen kautta, jota on levitetty pääasiassa vammaisjärjestöjen ja -liittojen sekä sähköisesti tavoitettavissa olleiden vammaisneuvostojen kautta. Vastauksia saatiin kaikkiaan 499 henkilöltä. Tuloksia verrataan Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen koko väestöllä toteutetun kyselyn tuloksiin (ks. Helakorpi, Pajunen, Jallinoja, Virtanen & Uutela 2011; Helakorpi, Laitalainen & Uutela 2010).

Tutkimus noudattaa vammaistutkimuksen sosiaalisen mallin mukaista lähestymistapaa, jossa keskeistä on vammaisten henkilöiden voimaannuttaminen ja heidän kokemuksensa esiintuominen sekä yhteiskunnallisten lähtökohtien painottaminen vammaisten henkilöiden näkökulmasta. Kyseessä on myös osallistava tutkimus, jossa vammaiset asiantuntijat ovat ottaneet osaa tutkimuksen suunnitteluun. Osallistava tutkimusote tukee vammaistutkimuksen sosiaalisen mallin mukaisia arvoja.

Teoriaosassa käsittelen aluksi vammaisuuden määritelmän vaikeutta ja vammaistutkimuksen kehityslinjoja sekä sitä, miksi vammaiset henkilöt on syytä nostaa tarkasteluun terveyskäyttäytymis- ja hyvinvointikysymyksissä. Tämän jälkeen käydään läpi terveyskäyttäytymistä ja siihen vaikuttavia tekijöitä, minkä jälkeen siirrytään käsittelemään hyvinvointia ja siihen liittyviä tekijöitä. Tämän jälkeen käsitellään aikaisempia tutkimuksia suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytymisestä ja hyvinvoinnista. Tämän jälkeen nostetaan esille terveyserojen epätasa-arvoa ja erojen kaventamisen haasteita.

Empiriaosassa käsittelen aluksi tuloksia terveyskäyttäytymisen osalta koskien alkoholia, tupakointia, ruoka- ja liikuntatottumuksia. Tämän jälkeen tarkastelen

tuloksia koetun hyvinvoinnin osalta koskien terveydentilaa, vaivoja, lääkitystä ja henkistä hyvinvointia sekä ihmissuhteita yksinäisyyden kokemisen näkökulmasta. Lopuksi tarkastelen terveyskäyttämisen ja hyvinvoinnin välistä yhteyttä.

2 VAMMAISET HENKILÖT VÄESTÖRYHMÄNÄ

Vammaisia henkilöitä on iso osa väestöstä ja lähes kaikki ihmiset kokevat jossain elämänsä vaiheessa olevansa toimintarajoitteisia jollakin tavalla. Tarkkaa lukua vammaisten henkilöiden määrästä ei kukaan tiedä, koska määrä on riippuvainen myös vammaisuuden määritelmästä. Ilka Haarnin (2006) mukaan arvioiden pohjana käytetään usein edelleen 1980-luvulta peräisin olevia lukuja, joiden mukaan vammaisuutta suppeasti käsitettynä olisi noin viidellä prosentilla ja laajasti käsitettynä kymmenellä prosentilla väestöstä. Mitä lähemmäs tullaan vammaistutkimuksen viimeaikaisempia suuntauksia, kuten myöhemmin mainittavaa sosiaalisen mallin mukaista suuntausta, sitä suurempi osuus väestöstä on vammaisia siten, että heidän terveyteensä liittyvät seikat rajoittavat heidän osallistumistaan ja osallisuuttaan yhteisön toiminnoissa.

Se, miten vammaisuus ymmärretään, vaikuttaa myös vammaisista henkilöistä saatavaan tietoon. Vammaisuutta on eri aikoina tulkittu hyvin eri tavalla. Simo Vehmas (2005) on teoksessaan Vammaisuus kuvannut vammaisuuden historiallisia ja yhteiskunnallisia juuria aina Raamatun ajoista lähtien. Aikojen saatossa vammaisuuteen on liitetty eri asioita mystiikasta ja hyväntekeväisyydestä lähtien aina tämän päivän ihmisoikeusnäkökulmaan ja sosiaalisen kansalaisuuteen.

Tässä tutkimuksessa lähdetään ajattelusta, jossa vammaisuus on henkilön itsensä määrittämää ja kokemaa. Tämä tutkimus noudattaa vammaistutkimuksen sosiaalisen mallin mukaista lähestymistapaa, joka on vammaistutkimuksen viimeaikaisten kehityslinjojen tuloksena syntynyt suuntaus. Seuraavaksi tarkastellaan vammaisuuden määritelmiä ja sosiaalista vammaistutkimusta.

2.1 VAMMAISUUDEN MÄÄRITELMÄT

Vammaisuuden määritelmästä voidaan käydä tulisia kahvipöytäkeskusteluja. Ihmisillä tuntuu olevan hyvin erilaisia käsityksiä vammaisuuden määritelmästä ja siitä kuka voidaan lukea vammaiseksi henkilöksi. Vammaisuuteen liitetään

subjektiivisiä käsityksiä, joita vastassa voivat olla lääketieteelliset selitysmallit, joissa sairaudet erotetaan tiukasti esimerkiksi synnynnäisistä vammoista. Toiset saattavat mieltää olevansa vammattomia, vaikka joidenkin mielestä he sitä olisivat ja päinvastoin. Subjektiiviset näkemykset siis törmäävät objektiivisiin näkemyksiin, mutta kuka voi määritellä objektiivisen käsityksen?

YK:n yleissopimus vammaisten henkilöiden oikeuksista¹ määrittelee vammaiseksi henkilön, jolla on ”sellainen pitkäaikainen ruumiillinen, henkinen, älyllinen tai aisteihin liittyvä vamma, jonka vuorovaikutus erilaisten esteiden kanssa voi estää hänen täysimääräisen ja tehokkaan osallistumisensa yhteiskuntaan yhdenvertaisesti muiden kanssa” (Suomen YK-liitto 2009, 21). Vastaavaa määritelmää, jossa keskeistä on vammaisuuden määrittely fyysisenä tai henkisenä pitkäaikaisena vammana ja vamman vaikuttaminen huomattavasti arkisiin askareisiin, on käytetty myös muualla (esim. Woodhams & Corby 2003, 163.) Ongelmaksi tietysti näissä määritelmässä tulee, miten määritellä pitkäaikaisuus ja mikä luetaan fyysiseksi tai henkiseksi vammaksi tai kuinka paljon on ”huomattavan” paljon.

Kela määrittelee vammaisuuden toimintakyvyn heikentymisen ja arjesta selviytymisen vaikeutumisen näkökulmasta sekä sen kautta, mitä avuntarvetta, haittaa, ohjausta, valvontaa tai erityiskustannuksia vamma tai pitkäaikainen sairaus

¹ Ks. YK:n yleissopimus vammaisten henkilöiden oikeuksista (YK:n yleiskokouksen päätöslauselma 61/106, 13 joulukuuta 2006). Jäljempänä ’YK:n vammaisoikeussopimus’. YK:n vammaisoikeussopimuksesta ei ole olemassa toistaiseksi virallista suomennosta, mutta Suomen YK-liitolla on olemassa epävirallinen suomennos. Tässä tutkimuksessa viitataan jatkossa kyseiseen versioon vammaisoikeussopimuksesta. Suomi allekirjoitti vammaisoikeussopimuksen vuonna 2007. Sopimus on Suomea velvoittava, mutta ei sitova, sillä Suomi ei ole vielä saattanut kansallista ratifiointia loppuun. Sopimuksen ratifiointi edellyttää Suomessa lainsäädäntömuutoksia useilla eri hallinnonaloilla sekä sopimuksen kansallista toimeenpanoa valvovan itsenäisen seurantajärjestelmän perustamista. (Suomen YK-liitto 2009, 4.) 5.7.2012 mennessä 153:sta sopimuksen allekirjoittaneesta maasta 115 maata on ratifioinut sopimuksen. Ks. <http://www.un.org/disabilities/>.

aiheuttaa. Tämän pohjalta Kela myöntää vammaistukea.² Kelan määritelmää ei kuitenkaan mielestäni voida pitää virallisena, sillä lähtökohtana siinä on etuuk-sien maksamisesta päättäminen eikä henkilön tosiasiallinen toteaminen vammaiseksi henkilöksi.

Filosofiselta kannalta asiaa tarkastelee Richard Hull (1998), joka kiinnittää huomion vamman ja vammauttamisen tarkasteluun. Hullin mukaan vammaisuuden määritelmässä ei voida sivuuttaa tosiasiallista toimintarajoitetta. Lisäksi hän näkee, että vaikka vammauttavaa asiaa tai oiretta ei voida rinnastaa suora-naisesti vammaan, saattaa se silti tosiasiallisesti estää henkilöä toimimasta tai rajoittaa henkilön elämää, jolloin sitä voitaisiin pitää vammaana. Kuitenkin myös fyysiset ympäristöt, käytännöt ja yhteiskunnalliset rakenteet, esimerkiksi koulu-järjestelmä, vammauttavat henkilöä tarpeettomasti. Toisin sanoen, jos yhteis-kunta olisi erilainen, henkilön ei tarvitsisi kokea olevansa vammainen. Kuten Hull problematisoi englannin kielen sanoja ”impairment” ja ”disability”, on suo-men kielessä vain sana ”vammainen”. Tällöin sana sisältää sekä toimintakykyyn viittaavan rajoitteen (impairment) että fyysiset ja sosiaaliset esteet (disability), jotka rajoittavat yksilön mahdollisuuksia.

Määritelmät vaihtelevat maittain (ks. esim. HS.fi 10.1.2012). Suomessa voidaan ajatella virallisesti sovellettavan YK:n vammaisoikeussopimuksen määritelmää erillisten lakien³ ohella. Mielensterveyskuntoutujien suhteen on erilaisia näke-myksiä. YK:n vammaisoikeussopimusta voidaan soveltaa myös pitkäaikaisen mielensterveysongelman omaavaan henkilöön, mutta monet eivät näe mielensterveyden ongelmia vammaisuutena, mistä kertoo jo niistä puhuminen rinnakkain

² Kelan määritelmät avuntarpeesta tarkemmin:

<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/150801124859EH?OpenDocument>.

³ Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista (380/1987) (myöhemmin vammaispalvelulaki), laki kehitysvammaisten erityishuollosta (519/1977) ja mielensterveyslaki (1116/1990).

erillisinä asioina⁴. Tästä kertoo myös tämänhetkinen lainsäädännöllinen eron-
ko mielenterveyslakiin ja vammaispalvelulakiin. Samantyyppistä pohdintaa ai-
heuttavat vammauttavat, mutta tyyppillisesti sairauksiksi luokiteltavat vammat.
Tulisiin kahvipöytäkeskusteluihin ei lopultakaan löydy tyhjentävää vastausta.
Tällöin palataan kysymykseen, kuka voi määritellä vammaisuuden? Voidaanko
ajatella, että määritelmät ovat erilaisia eri tilanteissa ja että henkilöillä on oikeus
määritellä itsensä? Itse pohjaan tässä tutkimuksessa henkilön oikeuteen määri-
tellä itsensä tämän tutkimuksen kohderyhmään kuuluvaksi.

2.2 SOSIAALINEN VAMMAISTUTKIMUS

Vammaistutkimus on alun perin lähtenyt liikkeelle lääketieteellisestä lähestymis-
tavasta ja medikalisoinnista edeten kohti sosiaalisia ja yhteiskunnallisia lähtö-
kohtia. Sosiaalisen vammaistutkimuksen juuret ovat vammaisten ihmisten poliit-
tisessa aktivoitumisessa 1960- ja 1970- luvuilla. Vammaisuutta ja siihen liittyviä
ongelmia oli hoidettu liiaksi lääketieteelliseen ajattelumalliin nojautuen ja jätetty
sosiaaliset tekijät huomiotta. Erityisesti Yhdysvalloissa vammaisten ihmisten
poliittinen toiminta omien oikeuksien ajamisessa on perustunut vähemmistö-
ryhmäajattelulle, mikä tarkoittaa vammaisuuden selittämistä sosiopoliittisista
järjestelyistä aiheutuvana ilmiönä. (Vehmas 2005, 109–115.)

Euroopassa ja erityisesti Englannissa akateemisen yhteisön ulkopuolella toimi-
neiden vammaisaktivistien kirjoituksilla oli merkittävä osuus vammaisuutta käsit-
televien sosiaalteoreettisten mallien kehittämisessä. Englantilaisen vammais-
liikkeen peruspilariksi muodostunut ajatus ja lähestymistapa, joka erottelee fyy-
sisen vamman ja vammaisuuden sosiaalisena tilanteena, on levinnyt laajasti

⁴ Parhaiten kuvan eronteosta saa internetin hakukoneen avulla kirjoittaen hakukenttään kumman tahansa sanoista: vammaisuus tai mielenterveyskuntoutuminen.

myös muualle. Sosiaalisen vammaistutkimuksen piirissä käydään edelleen keskustelua periaatteiden sisällöstä ja oikeellisuudesta. (Vehmas 2005, 109–115.)

Sosiaalinen vammaistutkimus on 1970- ja 1980-luvuilla lähinnä Yhdysvalloissa ja Englannissa syntynyt akateeminen oppiaine. Se on saanut alkunsa pitkälti vammaisten ihmisten poliittisesta aktivoitumisesta sekä kyllästymisestä perinteisiin tieteellisiin selitysmalleihin vammaisuuden luonteesta. Sosiaalisen vammaistutkimuksen lähtökohtana on vammaisuuden ymmärtäminen sosiaalisena, poliittisena ja kulttuurisena ilmiönä. Englannissa painotus on ollut marxistinen, kun taas Yhdysvalloissa vammaistutkimus on saanut vaikutteita pragmatismista, jossa tutkitaan ihmisten toiminnan ehtoja ja merkityksiä. Myös sosiaalisen konstruktionismin periaatteet, poliittisuus sekä sitoutuminen vammaisten etujen ajamiseen ja heihin kohdistuvan syrjinnän poistamiseen ovat voimakkaasti esillä vammaistutkimuksessa. (Vehmas 2005, 115–116.) Nykyään on esillä vammaisuuden tarkastelutapana myös ihmisoikeusmalli. Päähuomio tulisi näkökulman mukaan kiinnittää vammaisten ihmisoikeuksiin ja näiden toteutumiseen sekä toteuttamiseen. Vammaisoikeussopimus perustaa tähän lähtökohtaan. (Haarni 2006,11.)

Eriyisesti brittiläinen sosiaalisen mallin mukainen vammaistutkimus voi tarkoittaa myös vammaisuuden näkemistä nimenomaan yhteiskunnallisen osallisuuden ja aktiivisuuden ulossulkemisen kautta. Sosiaalisen mallin mukainen mandaatti pyrkii vähentämään vammaisten henkilöiden yhteiskunnallisesti alistettua asemaa poistamalla esteitä ja syrjiviä käytänteitä sekä lakeja. Lähtökohtana ei ole parantaa tai kuntouttaa henkilö vammastaan, vaan parantaa yhteiskuntaa, joka ottaa vammaisen henkilön vastaan. On kuitenkin myös näkemyksiä, että sosiaalisen mallin mukainen ajattelutapa on liian kapeakatseinen ja sivuuttaa vammojen erilaisuuden ja sen, että toisille esimerkiksi kuntoutuksesta ja lääkkeistä voi olla hyötyä jokapäiväisestä elämästä selviytymisessä. Vammaisuuden sosiaalinen malli ikään kuin sivuuttaa vammaisuuden ja myös sen positiivisen

huomioimisen⁵. Tällöin ainoastaan yhteiskunnan rakenteisiin tuijottaminen ei todellisuudessa paranna vammaisten henkilöiden tilannetta. Sosiaalisen mallin ääripäätä lievämpi tapa on nähdä henkilön olevan vammainen paitsi oman ruumiinsa, myös yhteiskunnan rakenteiden vuoksi. (Shakespeare 2006, 197–204.) Skandinaavinen lähestymistapa sosiaaliseen malliin on ollut perinteisesti vammaisuutta normalisoiva. Lähtökohdaksi otetaan se, että vammaisten henkilöiden tulee voida elää elämäänsä kuten kaikki muutkin ja heillä tulee olla samat oikeudet. (Dimopoulos 2010, 22–23.)

Vammaisuuden sosiaalista tulkintaa sovelletaan myös vammaisuuden subjektiivisten, kokemuksellisten ulottuvuuksien tutkimisessa. Vammaisuuden eri tulkintamallit vaikuttavat toisiinsa. Saatetaan olla menossa kohti moniulotteista selitysmallia, jossa sekä biologinen, psykologinen, sosiaalinen, emotionaalinen, ruumiillinen ja yhteiskunnallinen ulottuvuus ovat mukana. (Haarni 2006, 11–12).

Ihanteena voisi olla yhdistelmä sosiaalisen mallin eri katsantokannoista esimerkiksi siten, että jokaisen yksilön oman mielipiteen ja toiveen kunnioittaminen oman elämänsä ja tarpeiden määrittelyssä korostuu. Vammaisuuden ja siihen reagoimisen tulisi yksilöllisissä kysymyksissä olla yksilön määrittämää ja yksilön tarpeita huomioonottavaa. Kuitenkin on huomioitava tietyt yhteiskunnalliset rakenteet, kuten työllisyys ja eri palveluiden saatavuus, joiden toimimattomuus pitää suurta osaa vammaisista henkilöistä alisteisessa asemassa. Sosiaalisella vammaistutkimuksella tarkoitetaan tässä tutkimuksessa sitä, että lähtökohtaisesti mielenkiinto on vammaisten henkilöiden omassa kokemuksessa, ei lääketieteellisessä tai hoidollisessa ja kliinisessä määrittelyssä. Tarkoitus on lisäksi kiinnittää huomio syrjinnän poistamiseen terveyteen ja hyvinvointiin liittyvissä asioissa.

⁵ Vammaisuuden positiivisella huomioimisella tarkoitetaan yleensä esimerkiksi vammaisille henkilöille tarkoitettuja palveluita, joiden tarkoituksena on tukea vammaista henkilöä. Huomio ei ole tällöin lähtökohtaisesti negatiivista, sillä huomioiminen on tarkoitettu henkilön eduksi, erotuksena negatiivisesta huomioimisesta, joka voidaan ymmärtää henkilön edun vastaiseksi toiminnaksi ja syrjinnäksi.

2.3 MIKSI VAMMAISET HENKILÖT ON SYYTÄ NOSTAA TARKASTELUUN?

Väestöryhmien väliset terveyserot ovat pitkään olleet Suomessa vakava haaste terveys- ja yhteiskuntapolitiikalle, joka tähtää tasa-arvoon. Yksilöiden ja ryhmien terveydentilaan vaikuttaa sijoittuminen yhteiskunnan rakenteeseen. Esimerkiksi pitkän koulutuksen saaneet, hyvätuloiset tai hyvässä ammattiasemassa olevat elävät keskimäärin pitempään ja terveempinä kuin muut. (Helakorpi ym. 2011; Prättälä & Paalanen 2007.) Jotta epäoikeudenmukaisia väestöryhmien välisiä terveyseroja voitaisiin kaventaa, tarvitaan tietoa siitä, miten erot ovat kehittyneet, missä väestöryhmissä tilanne on erityisen hälyttävä ja mistä erot sekä niiden muutokset johtuvat. (Prättälä, Koskinen, Martelin, Lahelma, Sihto & Palosuo 2007,15.) Vielä ei tarkkaan tiedetä, miten vammaiset henkilöt sijoittuvat tämän hierarkian eri alueiden mukaisille portaille.

Vammaisten henkilöiden hyvinvointia, elinoloja ja elämänlaatua selvitetään yleensä joko yhden ryhmän osalta tai muutoin rajatusta näkökulmasta (Haarni, 2006, 14). Tähän tutkimukseen oli siitä syystä tarpeen ottaa mukaan suurempi kirjo vammaisuutta kokevia henkilöitä, vaikka tässä tutkimuksessa ei selvitetä vammaisryhmien välisiä eroja.

Vammaisjärjestöille tehdyn kyselyn mukaan vammaisten henkilöiden oikeus osallistua ja elää tasavertaisina kansalaisina yhteiskunnassa ei toteudu riittävästi. Eriarvoiseen asemaan asettamista esiintyy järjestöjen mielestä runsaasti niin työelämässä, yksityisyyteen ja koskemattomuuteen liittyvissä asioissa, koulutukseen liittyvissä asioissa, elinympäristön rakenteissa kuin julkisissa, yksityisissä ja vammaispalveluissakin - toisin sanoen koko elämän kirjossa. Lisäksi tutkimuksen mukaan alueellinen eriarvoisuus koettiin suureksi. (Valtakunnallinen vammaisneuvosto 2006.)

YK:n vammaisoikeussopimuksessa mainitaan myös terveys ja hyvinvointi. Sopimuksen mukaan sopimuspuolet toteuttavat kaikki asianmukaiset toimet edistääkseen muun muassa henkilön terveyttä ja hyvinvointia. Myös 25. artiklan mukaan sopimuspuolet tunnustavat, että vammaisilla henkilöillä on oikeus par-

haaseen mahdolliseen terveyden tasoon ilman syrjintää. Tämä tarkoittaa esimerkiksi velvollisuutta järjestää sellaiset terveydenhuoltopalvelut, joita vammaiset henkilöt erityisesti tarvitsevat vammaisuutensa vuoksi. Tähän kuuluvat myös palvelutarpeen varhainen tunnistaminen ja niihin puuttuminen. (Suomen YK-liitto, 2009, 43, 56–57.) Jotta varhainen puuttuminen ja hyvinvoinnin edistäminen olisi mahdollista, tarvitaan kattavaa tutkimustietoa vammaisten henkilöiden terveyskäyttäytymiseen ja hyvinvointiin liittyvistä seikoista.

Valtioneuvoston selonteon (STM 2006:9) mukaan vammaisten henkilöiden hyvinvointia ja olosuhteita koskevan tiedon kerääminen on tärkeää. Vammaisten henkilöiden hyvinvointia ja elinoloja koskevan raportin (Haarni 2006) mukaan kokonaiskuvan saaminen vammaisten henkilöiden asemasta, elinoloista ja hyvinvoinnista on hankalaa tiedon pirstaleisuuden, erilaisten tietolähteiden vertailuongelmien ja tiedon puuttumisen vuoksi. Monet näkökulmat, kuten sukupuoli, jäävät ilman huomiota. Monista vammaisryhmistä on vain vähän muuta kuin lääketieteellistä tutkimustietoa. Pienistä ryhmistä ja vähemmistöistä tietoa ei juuri ole. Tietoa vammaisten palveluista on tarjolla enemmän kuin vammaisten henkilöiden elinoloista. Tutkimusta onkin Haarnin mukaan tehty enemmän järjestelmänäkökulmasta kuin käyttäjä- tai kokijanäkökulmasta. Suomen vammaispoliittisen ohjelman (STM 2010:4, 4) viides pääkohta koskeekin vammais-tutkimuksen vahvistamista, tietopohjan lisäämistä sekä laadukkaiden ja monipuolisten menetelmien kehittämistä vammaispolitiikan toteuttamisen ja seurannan tueksi. Ohjelman mukaan tietopohjan vahvistaminen on tärkeää. Sen mukaan tarvitaan toimenpiteitä, joilla vammaispolitiikan suuntaamista, toteuttamista ja arviointia tukevien instrumenttien monipuolisuutta ja luotettavuutta tulisi vahvistaa (STM 2010:4, 31). Euroopan neuvoston vammaispoliittinen toiminta-ohjelma on samoilla linjoilla. Peruseriaatteena siinä pidetään yhteiskunnan velvollisuutta huolehtia kaikkien jäsentensä osalta muun muassa terveellisten elintapojen edistämisen tukemisesta ja yhteisön antamasta tuesta. Toimintalinjojen vaikutuksen on tarkoitus ulottua elämän koko kirjoon. Uuden terveystoiminnan ja uusien terveysstrategioiden laatimista pidetään ohjelmassa tärkeänä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006b, 4, 52.)

On todettu, että työmarkkina-asema vaikuttaa moniin tekijöihin, joilla on merkitystä terveyskäyttäytymismahdollisuuksien ja sosiaalisen kanssakäymisen ja tuen kannalta (Prättälä & Paalanen 2007, 11). Vammaisten ihmisten työllistyminen ei ole ongelmaton ja osa vammaisista ihmisistä kokee jäävänsä byrokratian ja ympäristön negatiivisten työllistämisasenteiden keskelle, vaikka enemmistö kokee työkykynsä hyväksi ja haluaa työllistyä. Työhön haluavista vammaisista henkilöistä hieman alle 60 % kokee, että työttömän tai eläkeläisen elämä on stressaavaa. (Laiho, Hopponen, Latvala & Rämö 2010; HS 29.7.2011; HS 31.10.2011) Vammaisten henkilöiden on todettu olevan keskimäärin selvästi taloudellisesti heikommassa asemassa olevia ja heidän työllistymisensä on heikompaa kuin valtaväestöön kuuluvien (McColl, Jarzynowska & Shortt 2010, 213). Vammaisten henkilöiden syrjäytymisriski onkin korkeampi muuta väestöä alemman työllistymisen johdosta. Työelämän ulkopuolelle jääminen johtaa taloudellisten ja sosiaalisten mahdollisuuksien supistumiseen. (Hynninen-Joensivu 2006, 48.) Lisäksi noin 70 % vammaisista henkilöistä kokee, että työttömyyspäivärahalla on vaikea tulla toimeen ja noin 75 % on sitä mieltä, että työttömyyspäivärahan varassa eläminen rajoittaa taloudellisesti harrastusmahdollisuuksia (Latvala & Rämö 2010, 36). Harrastusmahdollisuuksien supistumisen ohella voidaan ajatella taloudellisten olosuhteiden vaikuttavan myös terveyskäyttäytymiseen ja tätä kautta terveyteen sekä muuhun hyvinvointiin. Suomen vammaispoliittisen ohjelman (STM 2010:4) mukaan vuoteen 2015 mennessä onkin tarkoitus parantaa vammaisten henkilöiden sosioekonomista asemaa ja torjua köyhyyttä.

Vammaisten henkilöiden keskuudessa on todettu olevan keskivertoväestöä enemmän henkilöitä, jotka elävät ilman partneria. Tämän on todettu olevan yhteydessä heikompaan terveydentilaan. (McColl ym. 2010, 208, 214.) Lisäksi vammaisten henkilöiden keskuudessa on todettu olevan keskivertoväestöä vähemmän vähintään opistoasteen koulutuksen saaneita (McColl ym. 2010, 208) ja koulutuksella on aiemman tutkimuksen valossa positiivinen vaikutus terveyskäyttäytymiseen. Näiden seikkojen voi ajatella puhuvan sen puolesta, että vammaiset henkilöt kuuluisivat riskiryhmään terveyskäyttäytymisen ja koetun hyvinvoinnin suhteen, mutta Suomesta tutkimustietoa vammaisten henkilöiden kohdalta ei kuitenkaan ole. Tutkimustietoa Suomen kontekstissa on ainoastaan

vammaisten henkilöiden työllisyydestä ja taloudellisesta asemasta (Laiho, Hoppanen, Latvala & Rämö 2010; STM 2006), joilla on todettu olevan vaikutusta terveyskäyttäytymiseen ja hyvinvointiin.

On näyttöä, että vammaisilla henkilöillä Kanadassa on keskimäärin heikompi terveys kuin ei-vammaisilla henkilöillä. Noin kolmannes vammaisista vastaajista kertoo omaavansa heikon tai kohtalaisen terveyden ja noin kolmannes raportoi omaavansa hyvän terveyden. Myös kolmannes omaa erinomaisen terveyden. (McColl ym. 2010, 208.) Kuitenkaan kotimaista näyttöä asiasta ei vielä ole. Vammaisten henkilöiden ryhmä on lisäksi kovin laaja, joten eri vammaryhmien välillä saattaa olla hyvinkin suuria eroja esimerkiksi toimintakyvyn suhteen. Voi myös olla, että terveyskäyttäytymisen ja hyvinvoinnin epätasa-arvoa ilmenee eri vammaisryhmien välillä eri tavalla.

Heikomman terveyden lisäksi terveyspalvelujen käytön suhteen vammaisten henkilöiden tarpeet eivät toteudu (Ks. esim. Mc Coll ym. 2010). Vammaisilla 20–64-vuotiailla aikuisilla on raportoitu kolme kertaa enemmän toteutumattomia terveydenhuollon tarpeita kuin vammattomilla aikuisilla. Vielä senkin jälkeen kun iän, sukupuolen ja huonon terveydentilan vaikutus on vakioitu, on vammaisuudella merkitsevä vaikutus toteutumattomien terveystarpeiden, erityisesti kivun, kuulovamman ja mielialuongelmien, suhteen. Vammaisuuden on todettu vaikuttavan toteutumattomaan välttämättömäksi koettuun hoitoon jopa 50 % (Sanmartin, Houle, Tremblay & Berthelot 2006). On mahdollista, että terveyspalvelujen saamattomuus vaikuttaa myös terveyskäyttäytymiseen ja hyvinvointiin. Joka tapauksessa voidaan todeta, että vammaisilla henkilöillä on toteutumattomia terveyteen liittyviä tarpeita ja on vaikea kuvitella, että tämä ei vaikuttaisi käyttäytymiseen tai hyvinvointiin.

3 TERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN JA SIIHEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT

Tietynlaisen terveyskäyttäytymisen syistä voidaan olla monta mieltä. Toiset syyttävät terveyttä haittaavasta käytöksestä henkilön omia valintoja, toiset yksilön elämänpolkuja ja jotkut yhteiskunnallisia rakenteita ja instituutioita. On kuitenkin näyttöä sille, että erilaisissa elämäntilanteissa erilaiset henkilöt käyttäytyvät ja voivat eri tavalla. Näitä terveyskäyttäytymiseen vaikuttavia tekijöitä tarkastellaan seuraavissa luvuissa.

3.1 MITÄ ON TERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN

Moni arkipäiväinen käyttäytymisen muoto vaikuttaa terveyteen. Pitkään on tiedetty, että tupakointi, alkoholinkäyttö, vähäinen liikkuminen, runsas tyydyttyneen rasvan ja sokerin sekä vähäinen kasvisten syönti ovat suomalaisten kansansairauksien riskitekijöitä. (Prättälä & Paalanen 2007, 9.) Elintavoilla voi arvella olevan yhteys siihen, miten hyvinvoivaksi ihminen itsensä kokee ja tuntee. Tämä siis voi tapahtua terveyden välityksellä tai esimerkiksi elinvoiman ja aktiivisuuden kokemuksen kautta. Elintavoilla voi hakea myös sosiaalista hyväksyttävyyttä, jota ihminen kokee saavansa kun käyttäytyy kuten ”pitää käyttäytyä”.

Elintavat voidaan luokitella terveyttä mahdollistaviin, säilyttäviin ja haittaaviin elintapoihin. Terveyttä mahdollistaviin tapoihin ryhdytään, jotta parannettaisiin terveyttä. Terveyttä säilyttäviin tapoihin puolestaan ryhdytään, jotta ehkäistäisiin sairastumista. Terveyttä haittaavat elintavat puolestaan kuluttavat terveyttä. (McQueen, 1987.) Tavat voitaisiin jakaa terveyttä edistäviin ja kuluttaviin siten, että kuluttavia tapoja olisivat voimakasta riippuvuutta aiheuttavat ja terveyteen haitallisesti vaikuttavat tottumukset, kuten tupakointi, alkoholin käyttö ja huumeiden käyttö. Terveyttä edistäviä tapoja puolestaan olisivat esimerkiksi terveelliset ravintotottumukset ja riittävä uni. (Koivusilta 2011, 128.) 1970-lukuun mennessä seitsemän elämäntyylitekijän oli havaittu olevan merkittävällä tavalla yhteydessä koettuun fyysiseen terveyteen. Näitä ovat unen kesto, vapaa-ajan

liikunta, alkoholinkäyttö, tupakointi, lihavuus, välipalat ja aamiaisen säännöllisyys. (Bellock & Breslow, 1972.)

Terveyttä kuluttavat tottumukset voidaan ymmärtää myös selviytymiskeinoiksi, joiden avulla pyritään säätelemään stressiä, haetaan virkistystä tai yritetään helpottaa selviytymistä vaikeasta elämästä (Finkelstein, Kubzansky & Goodman 2006) Esimerkiksi psyykkiset ongelmat ennustavat alkoholin toistuvaa ja runsasta käyttöä (Poikolainen, 2009). Toisaalta alkoholin käyttötavat liittyvät ihmisten välisiin suhteisiin ja erikoistilanteisiin. Tällöin ne voivat palvella esimerkiksi rentoutumista. (Koivusilta 2011, 127). Terveyskäyttäytymisvalinnat eivät välttämättä ole henkilön arvostusten ja ihanteiden mukaisia, vaan käytännön tilanteissa muut seikat kuin terveellisyys saattavat painaa enemmän. Lisäksi terveellisen terveyskäyttäytymisen etujen näkyminen pitkällä tähtäimellä ei ole kaikille riittävän motivoivaa. (Karisto, Prättälä & Berg 1992, 137.)

3.2 SOSIAALISET RAKENTEET JA TERVEYSKÄYTTÄYTYMISEN "SOSIAALISET MÄÄRITTÄJÄT"

Terveyskäyttäytymiseen liitetään usein vapaavalintaisuuden ajatus. Käyttäytymisvalinnat eivät kuitenkaan ole aina vapaita, vaan monenlaisten reunaehto- jen sitomia - tiedostettujen tai tiedostamattomien. Tällaisia rajoitteita ovat muun muassa taloudelliset voimavarat elämän eri vaiheissa, muiden ihmisten vaikutus, tarjolla oleva tieto, elinympäristöjen piirteet ja ryhmissä vallitsevat käyttäytymissäännöt. Toimintaa ohjaavat myös yksilölliset ominaisuudet. Lisäksi va- pautteen valita elintapoja vaikuttaa myös kehityskulku, jolla yksittäiset toiminnot kehittyvät rutiininomaisiksi. Esimerkiksi tupakointi on tapa, johon yhdistyy psyykkistä, fyysistä ja sosiaalista riippuvuutta tuottavat mekanismit ja joka on kiinteästi yhteydessä ihmisen yhteiskunnalliseen asemaan ja vuorovaikutussuh- teisiin. (Koivusilta 2011, 125–126.)

Leena Koivusilta (2011) on koonnut yhteen tutkimuskirjallisuudessa esiintyviä terveyskäyttäytymiseen vaikuttavia tekijöitä. Terveyskäyttäytymisen syinä pide- tään usein ihmisten henkilökohtaisia ominaisuuksia tai ihmissuhteita sekä yh- teiskunnan rakenteellisia tekijöitä, jotka asettavat puitteet terveyteen liittyvälle

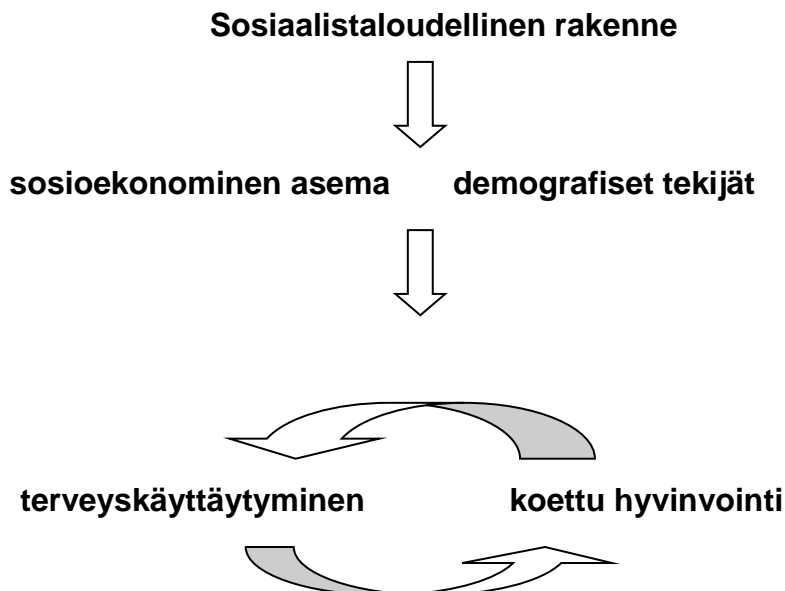
toiminnalle. Ongelmana on usein se, että terveyden tutkimus ja yhteiskuntatieteellinen tutkimus pidetään erillään. Tällöin käyttäytymiseen vaikuttavien tekijöiden vuorovaikutukset jäävät puutteellisesti paljastetuiksi. Yksilön mahdollisuudet vaikuttaa toiminnallaan terveyteensä ovat aina sidottuja hänen paikkaansa yhteiskunnan sosiaalisessa rakenteessa. (Koivusilta 2011,123.) Viime aikoina onkin käytetty käsitettä ”terveyden sosiaaliset määrittäjät”, kun viitataan lähestymistapoihin, joissa terveyteen vaikuttavia tekijöitä ajatellaan kokonaisvaltaisesti (Marmot & Wilkinson 2006; Marmot 2005). Lähestymistavassa yhteiskuntarakenteen merkitys korostuu. Ihmisten elämäntyylien lisäksi olosuhteet, joissa he elävät, vaikuttavat vahvasti heidän terveyteensä, muun muassa juuri terveyskäyttäytymisen välityksellä. Yhteiskunnallisten rakenteiden ja politiikkojen voidaan nähdä vaikuttavan terveyskäyttäytymiseen ja myös hyvinvointiin (Krieger 2001, 668–77).

Huomiota on kiinnitetty siis tarpeeseen nähdä esimerkiksi terveyden taustalla olevien syiden taakse eli niihin lukuisiin osatekijöihin, jotka vaikuttavat terveyteen. Terveyserot, hyvinvointi ja sen vajeet tulisi nivoa yhteen. Hyvinvoinnista puhuttaessa tämä tarkoittaisi terveyden ottamista mukaan hyvinvoinnin tärkeäksi osatekijäksi, kuten Erik Allardt (1976) on myös hyvinvoinnin ulottuvuuksiinsa tehnyt. Terveyden puute nähtäisiin hyvinvointivajeena, eli sosiaalisen eriarvoisuuden ongelmana. (Sihto 2010.)

Viime vuosikymmeninä terveys on alettu ymmärtää sosiaalisena ilmiönä linkittyen intersektionaaliseen politiikan tekemiseen, joka usein linkittyy laajempaan sosiaalisen oikeudenmukaisuuden agendaan. Huomiota on alettu kiinnittää erityisesti myös huono-osaisten ryhmien voimaannuttamiseen ja niiden tekijöiden kontrollointiin, jotka vaikuttavat terveyteen ja ihmisten mahdollisuuksiin toimijoina omassa elämässään. (Comission on Social Determinants of Health 2007, 5-11.) Tällaisina tekijöinä voidaan pitää nimenomaan terveyskäyttäytymisvalintojen mahdollisuutta esimerkiksi vammaisten henkilöiden kohdalla, joilla syrjäytymisriski on jo muutenkin korkeampi.

3.3 TERVEYSKÄYTTÄYTYMISEN JA KOETUN HYVINVOINNIN TEKIJÖIDEN VÄLISET SUHTEET

Se, mitä politiikkoja ja hyvinvoinnin malleja yhteiskunnassa pidetään yllä, vaikuttavat yksilöiden mahdollisuuksiin toimia elämässään. Tämä sosiaalitaloudellinen rakenne on siis pohja, jonka seurauksena päädytään tiettyihin sosioekonomisiin asemiin yksilöllisten tekijöiden lisäksi. Demografiset tekijät, kuten sukupuoli, ikä ja siviilisääty, puolestaan vaikuttavat sosioekonomisen aseman ohella henkilön terveystyötyymiseen ja koettuun hyvinvointiin. Terveystyötyymisellä voi nähdä olevan suuri merkitys vammaisten koetulle hyvinvoinnille. Koetua hyvinvointia mitataan tässä tutkimuksessa koetulla terveydellä, henkisellä hyvinvoinnilla ja ihmissuhteiden kokemisella. Näillä puolestaan voi ajatella olevan vaikutus terveystyötyymiseen. Kuvio havainnollistaa tapaa, jolla terveystyötyyminen ja koettu hyvinvointi sekä niihin liittyvät tekijät ja niiden vuorovaikutus nähdään tässä tutkimuksessa.



Kuvio 1. Terveystyötyymisen ja koetun hyvinvoinnin tekijöiden väliset suhteet

Terveyskäyttäytyminen ja koettu hyvinvointi on mielestäni nähtävä toisiinsa palautuvina tekijöinä. Kuvio havainnollistaa tässä kontekstissakin vanhaa sanontaa: ”Kaikki vaikuttaa kaikkeen”. Ei voida yksiselitteisesti todeta koetun hyvinvoinnin juontuvan tiettytyyppisestä terveyskäyttäytymisestä tai päinvastoin. Eikä suoralta kädeltä voida sanoa hyvinvoinnin olevan seuraus hyvästä terveystyöstä tai päinvastoin. Voidaan vain tarkastella erilaisten ilmiöiden tai seikkojen välillä vallitsevia yhteyksiä ja tehdä tätä kautta päätelmiä.

3.4 DEMOGRAFISET-JA SOSIOEKONOMISET TEKIJÄT

Terveyskäyttäytymiseen eli haitallisiin tai edullisiin elintapoihin ja tätä kautta terveyteen vaikuttavana tekijänä keskeiseksi on havaittu sukupuoli. Naisten elintapojen on todettu olevan yleensä terveellisemmät kuin miesten. Esimerkiksi naisilla alkoholinkäyttö ja tupakointi ovat vähäisempää sekä ruokatottumukset ovat miehiä terveyden kannalta keskimääräistä paremmat. (Prättälä & Paalanen 2007.) Naisten on todettu käyttävän esimerkiksi kasviksia, hedelmiä ja marjoja miehiä enemmän. Miehillä rasvojen ja sokerin käyttö on yleisempää kuin naisilla. (Helakorpi ym. 2011, 88, 90, 93, 96, 103–107; Ovaskainen, Nissinen & Tapanainen, 2002, 21–37.) Sukupuolen merkityksestä alkoholin, tupakoinnin, ruokatottumusten ja liikunnan suhteen on tutkimustietoa jo 1980–90-luvuilta. Naisten terveystyöstä niiden osalta on miehiin verraten paljon terveellisempää. (Karisto ym.1992.)

lällä on puolestaan todettu olevan vaikutusta joihinkin terveystyötyömuotoihin. Esimerkiksi päivittäistupakointi on hieman yleisempää nuorilla naisilla. Kuitenkin paljon päivässä tupakkaa polttavien osuudet ovat suuremmat vanhemmissa ikäluokissa. Satunnaistupakointi on puolestaan yleistä sekä miehillä että naisilla nuoremmassa ikäryhmässä. Kuitenkin tupakoimattomien osuus vähenee siirryttäessä vanhempiin ikäryhmiin, erityisesti miesten kohdalla. Myös halu lopettaa tupakointi on yleisempää vanhemmissa ikäryhmässä. Alkoholia puolestaan käytetään vanhemmissa ikäryhmässä enemmän ja alkoholia otetaan

kerralla enemmän, erityisesti miesten kohdalla. Kasvisrasvatuotteiden ja kevyempien rasvatuotteiden käyttö ruoanlaitossa ja leivän päällä on nuorissa ikäryhmissä yleisempää. Kuitenkin ranskalaisten perunoiden käyttö ja pizzan syönti on yleisempää nuoremmissa ikäryhmissä, mikä kertoo siitä, että suoria päätelmiä vähärasvaisesta ruokavaliosta ei voida helposti tehdä. Vanhempien ikäryhmien terveellisemmästä ruokavaliosta kertoo myös se, että tummaa leipää, kasviksia, hedelmiä ja marjoja syödään eniten vanhemmissa ikäryhmissä. (Helakorpi ym. 2011.) Ruokatottumusten kohdalla erot ikäryhmien välillä eivät ole isoja, mutta fyysinen aktiivisuus on suurimmillaan juuri eläkeiän saavuttaneiden ryhmässä (Roos, Prättälä & Paalanen 2007; Fogelholm 2007).

Demografisista tekijöistä kolmas, siviilisäätty, on merkityksellinen tutkittaessa terveyskäyttäytymistä. William Farr (1858, 504–513) huomasi jo 1800-luvun Ranskassa, että naimisissa olevat elivät pitempään kuin naimattomat, eronneet ja lesket. Vastaavia tuloksia on saatu myös 1900-luvun Suomesta (ks. esim. Koskenvuo, Sarna & Kaprio 1978; Valkonen 1982). Tuloksia siviilisäättyjen eroista on saatu myös haitallisen terveyskäyttäytymisen kasautumisesta 1980–1990-lukujen osalta nimenomaan eronneiden miesten ja leskimiesten kohdalla (Karisto ym. 1992). Myös erittäin laajan tutkimuksen tulokset osoittavat, että naimattomien kuolleisuus on huomattavasti naimisissa olevia korkeampi (Roelfs, Shor, Kalish & Yogev 2011). Kuitenkin avoliitossa olevilla naisilla on raportoitu terveyttä heikentäviä terveyskäyttäytymisen piirteitä enemmän kuin muilla naisilla. Yksinäiset henkilöt kuitenkin esimerkiksi tupakoivat enemmän kuin naimisissa tai avoliitossa olevat (Helakorpi ym. 2011).

Sosioekonominen asema liittyy edellisessä luvussa tarkasteltuihin tekijöihin. Sosioekonomisen aseman suuri merkitys perustuu osittain käsitteen laaja-alaisuuteen. Sosioekonominen tarkastelu kattaa laajan joukon eritasoisia taustalla vaikuttavia sosiaalisia tekijöitä. Taloudelliset ja henkiset voimavarat vaihtelevat sen mukaan, mihin sosioekonomiseen asemaan henkilö kiinnittyy. Sosioekonomista asemaa voidaan tarkastella koulutuksen, ammattiaseman tai tulojen kautta, mutta myös työmarkkina-asema, työttömyys ja köyhyys ovat sosioekonomiselle asemalle läheisiä käsitteitä. Koulutus ilmentää sosioekonomista asemaa laaja-alaisesti ja ottaa huomioon erityisesti ei-aineelliset resurssit, kuten

tiedot, taidot, arvot ja asenteet. Koulutusta voidaan mitata korkeimmalla suoritetulla tutkinnolla tai suoritetuilla koulutusvuosilla. Laaja-alaisena sosioekonomisen aseman kuvastajana koulutus voi muovata terveyttä monin tavoin, mutta tärkeä reitti kulkee terveyskäyttäytymisen kautta, sillä hyvä koulutus tukee terveyttä edistävää käyttäytymistä. (Lahelma & Rahkonen 2011.) Yhteiskunnan sosiaalitaloudellista rakennetta heijastavina tekijöinä yksilöiden sosiaalisten asemien on nähty vaikuttavan terveyttä koskeviin käsityksiin, arvoihin, asenteisiin ja normeihin, jotka johtavat samankaltaisiin elintapoihin. (Koivusilta 2011, 125–126.)

Sosioekonominen asema indikoi henkilön rakenteellista asemaa yhteiskunnassa ja nämä rakenteelliset asemat määrittävät helposti todennäköisyyttä altistua terveyttä haittaavalle tai edistävälle käyttäytymiselle ja sitä kautta terveydelle. Henkilön sosioekonomisen aseman ja terveyden välillä on havaittu selkeä suhde. Tämä suhde ei kuitenkaan ole aukoton tai sulje pois instituutioiden, politiikkojen ja kulttuurillisten seikkojen merkitystä. (Lynch & Kaplan 2000, 13–35.)

Koulutuksen on nähty olevan yhteydessä joihinkin terveyskäyttäytymisen piirteisiin, kuten tupakointiin ja ruokatottumuksiin (Prättälä & Paalanen 2007.) Vähäisen koulutuksen on nähty erityisesti miesten kohdalla selittävän epäterveellistä käyttäytymistä (Karisto ym. 1992.) Koulutuksen kautta saaduilla tiedoilla ja taidoilla nähdään olevan merkitystä henkilön kognitiivisiin toimintoihin, terveyskasvatusviestinnän vastaanottavuuteen ja kykyyn olla riittävässä vuorovaikutuksessa terveyspalveluiden kanssa. (Galobardes, Shaw, Lawlor, Lynch & Smith 2006.) Voidaan ajatella, että koulutuksen vaikutus terveyteen kulkee suureksi osaksi terveyskäyttäytymisen kautta.

Koulutuksen ohella ammattiin perustuva sosioekonominen asema on aikuisväestöllä tekijä, joka osoittaa, että yhteiskunnan sosiaalisella rakenteella on merkitystä yksilön elämäntilanteeseen. Taloudellisten edellytysten kautta mahdollistuvat elintapavalinnat, jotka puolestaan mahdollistavat toimimisen terveyttä edistävasti, kuten esimerkiksi mahdollisuus osallistua harrastuksiin tai asua tietyllä alueella.

Ammattiin perustuvan aseman lisäksi työssäkäynnillä on merkitystä terveyskäyttäytymiselle. Työttömyys vähentää voimavaroja, joita muuten voitaisiin käyttää terveyden edistämiseen. Tosin työpaineet ja työstä palautuminen voivat puolestaan pohjustaa terveyttä heikentävää käyttäytymistä. (Koivusilta 2011, 129–130.) On kuitenkin väitetty, että työttömyys voi edistää terveellisempää käyttäytymistä. Näyttöä löytyy sekä puolesta että vastaan, joten kausaalisuhte on ristiriitainen. (Martikainen & Mäki 2011, 103–104; Leino-Arjas, Liira, Mutanen, Malmivaara & Matikainen 1999). Kuitenkin työnantajan tarjoamilla mahdollisuuksilla, kuten terveyden seurannan ja terveyttä edistävän yhteistoiminnan luomisella, voi olla merkitystä henkilön terveydelle. Vammaisten henkilöiden työssäkäynnin ollessa keskivertoväestöä vähäisempää ovat vammaiset henkilöt eriarvoisessa asemassa suhteessa muuhun väestöön.

4 KOETTU HYVINVOINTI

Hyvinvoinnilla voidaan tarkoittaa montaa asiaa. Erik Allardt (1976) määritteli hyvinvoinnin rakentuvan kolmesta tasosta, joita ovat "having", "loving" ja "being". Having-käsitteellä Allardt viittaa elintason liittyviin hyvinvoinnin ulottuvuuksiin, joihin luetaan myös terveys ja loving-käsitteellä puolestaan ihmis- ja yhteisyyssuhteisiin sekä being-käsitteellä itsensä toteuttamisen muotoihin. Muun muassa Olavi Riihinen (2002) on jatkanut Allardt'n työtä kehittämällä hyvinvointiteoriaa Allardt'n teoriaa tarkemmaksi ottaen hyvinvoinnin ulottuvuuksina huomioon muun muassa ekologiset ja institutionaaliset tekijät sekä henkilön kyvyt, jotka ovat suhteessa edellisiin, mutta myös henkilön tarpeisiin ja haluihin. Näiden pohjalta objektiivinen ja subjektiivinen elämänlaatu rakentuu. Riihisen näkökulma on osuvampi sen subjektiivisen ulottuvuuden vuoksi, mihin tässäkin tutkimuksessa keskitytään. Voi ajatella, että henkilön tyytymättömyys omaan elämään on suurelta osin kytköksissä eri tekijöihin, jolloin hyvinvoinnin ulottuvuuksien objektiivinen tarkastelu käy mahdottomaksi.

Tässä tutkimuksessa koetun hyvinvoinnin osa-alueiksi luetaan terveyden kokemus, henkinen hyvinvointi ja ihmissuhteiden kokemus. Tarkasteltaessa terveyden kokemuksesta muodostaa koettu terveys siitä suuren osan. Kuitenkin terveyden kokemukseen vaikuttavat myös koetut oireet tai vaivat. Henkinen hyvinvointi koostuu tässä yhteydessä mielenterveydestä, psyykkisistä oireista ja psykososiaalisista tekijöistä. Ihmissuhteiden kokemuksesta puolestaan tässä tutkimuksessa liitetään yhteisöön kuulumisen kokemus, yksinäisyyden kokeminen sekä ongelmat ihmissuhteissa. Tarkastelen myös hyvinvoinnin osatekijöiden suhteita toisiinsa. Ensin tarkastelen koettuun terveyteen yhteydessä olevia sosiodemografisia tekijöitä. Tämän jälkeen tarkastelen henkisen hyvinvoinnin yhteyttä sosiodemografisiin tekijöihin ja koettuun terveyteen sekä ihmissuhteisiin. Lopuksi tarkastelen ihmissuhteiden yhteyttä sosiodemografisiin tekijöihin, koettuun terveyteen ja henkiseen hyvinvointiin.

4.1 TERVEYDEN KOKEMUKSEEN YHTEYDESSÄ OLEVAT SOSIODEMOGRAFISET TEKIJÄT

Naisten väitetään raportoivan helpommin fyysisiä ja psyykkisiä terveysongelmia ja oireita kuin miesten. (Riskä 2011, 65; Lahelma, Martikainen, Rahkonen & Silventoinen 1999). On kuitenkin myös olemassa todisteita Suomessa siitä, ettei sukupuolella ole tilastollista merkitsevyyttä koetun terveyden suhteen (Kallio 2006).

Koetulla terveydellä on myös havaittu (Laaksonen, Rahkonen, Martikainen & Lahelma 2005) olevan yhteys enemmän henkilön koulutuksen kuin tulojen kanssa. Kuitenkin taloudelliset vaikeudet heijastuivat koetun terveydentilan kokemiseen. Koulutuksen nähdään vaikuttavan positiivisesti paitsi suoraan terveyteen, myös koulutuksen kautta saatavan ammatillisen asemoitumisen ja tätä kautta edelleen ekonomisen aseman seurauksena positiivisesti terveyteen. Tutkimus antaa selkeitä viitteitä siihen, että koulutus selittäisi parhaiten terveyden epätasa-arvoa. (Lahelma, Martikainen, Laaksonen & Aittomäki 2004). Joskus myös huono terveys lapsuudessa saattaa rajoittaa tai ohjata kouluttautumista ja johtaa heikkoon sosioekonomiseen asemaan, jolla on yhteyttä terveyteen. (Galobardes, Shaw, Lawlor, Lynch & Smith 2006.) On toisaalta myös mahdollista, että jossain määrin heikko terveys saattaa aikuisiässä heikentää mahdollisuuksia saavuttaa suotuisa sosioekonominen asema.

Tutkimuksen mukaan (Aittomäki, Martikainen, Laaksonen, Lahelma & Rahkonen 2010) kotitalouden tuloilla ja koetulla terveydellä on yhteys. Taloudet, joissa varallisuus on parempi, voivat terveyden suhteen paremmin. Tulojen ohella työssäolon voi ajatella parantavan taloudellisia mahdollisuuksia, jolloin on enemmän rahaa panostaa terveyteen. On kuitenkin näyttöä, että osatyössä koetaan itsensä terveemmiksi kuin kokopäivätyössä (Benavides, Benach, Diez-Rouz & Roman 2000). Työttömien koetun terveyden on todettu olevan työllisiä heikompi, erityisesti psyykkisen terveyden suhteen (Huuhka, Lahelma & Manderbacka 1996). Lisäksi pitkäaikaistyöttömyys aiheuttaa tutkimuksen mukaan koetun terveyden huononemista (Böckerman & Ilmakunnas 2009).

Viimeaikaisten tutkimusten (Prättälä & Paalanen 2007; Aromaa & Koskinen 2002, 135) mukaan perhetyyppi vaikuttaa terveyteen. Yksin asuvat ja yksinhuoltajat ovat huonommassa asemassa kuin parisuhteessa ja lapsiperheessä elävät. Naimisissa olevat naiset ja miehet ovat useilla indikaattoreilla terveimpiä ja heidän elintapansa ovat terveellisimmät. Eronneet ja naimattomat miehet kokevat terveytensä huonommaksi kuin muut miehet. Lisäksi heidän terveytensä on monen muunkin osoittimen kohdalla erityisen huono. Miesten kohdalla avoliitossa olevien ja leskien terveys on parempi, mutta ei kuitenkaan niin hyvä kuin naimisissa olevien miesten. Naisten kohdalla siviilisäätyn väliset terveyserot eivät ole yhtä selvät. Kuitenkin siviilisäätyn väliset erot ovat naisten kohdalla erilaiset kuin miehillä. Naimisissa olevien naisten ja naimattomien naisten terveys on monessa suhteessa yhtä hyvä eronneiden, leskien ja avoliitossa olevien terveyden ollessa huonompi. (Helakorpi ym. 2011.) Seurantatutkimuksessa vuosilta 1978–2001 on saatu selkeitä tuloksia siitä, että naimisissa tai avoliitossa olevien kokemus omasta terveydestä on huomattavasti parempi verraten naimattomiin ja leskiin. Miehistä naimattomat ja eronneet sekä naisten kohdalla lesket osoittivat heikointa terveydentilaa. (Joutsenniemi, Martelin, Koskinen, Martikainen, Härkönen, Luoto & Aromaa 2006.)

4.2 HENKISEN HYVINVOINNIN YHTEYS SOSIODEMOGRAFISIIN TEKIJÖIHIN JA MUIHIN HYVINVOINNIN OSA-ALUEISIIN

Mielenterveysongelmissa ei ole tapahtunut merkittävää muutosta kahden vuosikymmenen aikana. Vointia heikentäviä psyykkisiä oireita tutkimuksessa ilmaisi 20–25 % ja vakava masennus oli vuoden sisällä ollut 5 %:lla. (Aromaa & Koskinen 2002.) Toisin sanoen lievät mielenterveysoireet olivat yleisiä, mutta vakavat mielenterveysongelmat olivat harvinaisempia. Ajankohtaisista psyykkisistä oireista voidaan olettaa kärsivän noin neljäsosan väestöstä. Mielenterveyden häiriöissä sosioekonomiset erot ovat hyvin pieniä (Pirkola, Lönnqvist, Ahola, Heikkinen, Honkonen, Isometsä, Joukamaa, Kalimo, Kiviruusu, Kärnä, Lahtinen, Lehtinen, Poikolainen, Raitasalo, Salminen & Suvisaari 2002, 51–52). Naisten on todettu raportoivan psyykkisiä oireita ja psykelääkkeiden käyttöä miehiä

enemmän. Miesten on puolestaan todettu aliraportoivan oireitaan ja viivyttävän hoitoon hakeutumista (Riskä 2003; O'Brien, Hart & Hunt 2007; Lahelma ym. 1999.) Naisten on myös väitetty kokevan psyykkistä kuormitusta miehiä enemmän. Tämän on arveltu johtuvan osittain työn ja perheen yhteensovittamisen paineista. (Rieker & Bird 2000, 102.)

Erot mielenterveydessä johtuvat sosiaalisia syitä koskevan selitysmallin mukaan siitä, että alemmassa sosiaalisessa asemassa olevat joutuvat kokemaan keskimääräistä enemmän vastoinkäymisiä, ongelmia ja stressitekijöitä, jotka heikentävät psyykkistä toimintakykyä ja mielenterveyttä. Tällaisia tekijöitä voivat olla aineelliset resurssit, elintavat, sosiaaliset suhteet ja ympäristö, jossa henkilö toimii. Puolestaan terveydellisen valikoitumisen selitysmallia käyttäen mielenterveys on sosiaalisen aseman syy eli mielenterveysongelmaisia valikoituu huonompaan yhteiskunnalliseen asemaan ja vastaavasti hyvän mielenterveyden omaavia nousee parempiin asemiin. Mielenterveyteen liittyvistä sosioekonomisista eroista on kuitenkin ristiriitaista tutkimustietoa. (Ostamo, Huurre, Talala, Aro & Lönnqvist 2007.) Työttömyyden vaikutuksesta mielenterveyteen on kuitenkin vahvaa näyttöä (Martikainen & Mäki 2011, 97). Erityisesti heikoimpaan mielenterveyteen johtaa pitkäkestoinen työttömyys. Naisilla lyhytkestoinenkin tukityöllistäminen vähentää koettua masennusta. (Virtanen, Liukkonen, Vahtera, Kivimäki & Koskenvuo 2003.)

Yksinäisyyden ja ihmissuhteiden konkreettisella erottelulla, siviilisäädyllä, on myös yhteys mielenterveyteen. Eronneilla ja leskillä vakava masennus ja psyykkiset oireet olivat yleisempiä kuin muissa siviilisäätiryhmissä. Mielenterveysongelmat ovat etenkin eronneilla miehillä yleisiä, mutta eniten mielenterveysongelmista kärsivät lesket. (Aromaa & Koskinen 2002, 135). Eronneet esimerkiksi tupakoivat ja käyttävät alkoholia enemmän kuin muut (Aromaa & Koskinen 2002, 101). Johtuuko päihteidenkäyttö siis yksinäisyydestä johtuvasta ahdistuksesta? Tutkimuksen mukaan masennus- tai ahdistuneisuushäiriöitä sekä psyykkistä kuormittuneisuutta ilmenee enemmän muuten kuin avio- tai avoliitossa asuvilla. Erityisesti miehillä muun kuin kumppanin kanssa asuvilla tai yksin asuvilla kyseiset oireet olivat huomattavasti yleisempiä kuin kumppanin kanssa asuvilla. Erot naisten välisten ryhmien kesken eivät olleet juurikaan

merkittäviä. (Joutsenniemi 2007, 68–69.) Siviilisäätö ei kuitenkaan välttämättä kerro tai ennusta kaikkea, sillä voi olla, että naimattomalla henkilöllä on vilkas seuralämä ja paljon hyviä ihmissuhteita, mitkä vaikuttavat hyvinvointiin huomattavasti avioliittoa enemmän.

Hyvinvointia voidaan lähestyä myös psykososiaalisten tekijöiden kautta. Psykologiset ja sosiaaliset tekijät heijastuvat terveyteen. Ihmiset kokevat sosiaaliset tilanteet ja ympäristön yksilöllisesti ja nämä kokemukset vaikuttavat terveyteen eri tavoin. Usein terveys- ja epidemiologisessa tutkimuksessa yleisimmin käytettyjä psykososiaalisia tekijöitä ovat stressi, ahdistuneisuus, masennusoireet, sosiaalinen tuki, vihamielisyys sekä terveyteen ja käyttäytymiseen vaikuttavat asenteet ja uskomukset. Esimerkiksi sosiaalinen tuki viittaa myönteisiin ja tärkeisiin sosiaalisiin suhteisiin, jotka voivat edistää terveyttä ja suojata esimerkiksi stressiltä. Eri tekijät vaikuttavat hyvinvointiin ja sitä kautta terveyteen eri lailla, varsinkin kun ihmiset kokevat eri tekijät eri tavalla. (Haukkala 2011).

Elämänhallitsemisen tunteella on vaikutus fyysiseen terveyteen. Lisäksi siihen vaikuttavat muun muassa onnellisuus, pessimismi ja optimismi sekä mahdollinen vihamielisyys ja aggressiivisuus muita ihmisiä kohtaan. Psykkisellä hyvinvoinnilla on suora vaikutus terveyteen. Esimerkiksi pitkäaikaisen stressin kokemuksella on vaikutusta immuunijärjestelmään ja tätä kautta sairauksiin. Lisäksi stressireaktio saa elimistön varastoimaan rasvaa väärään paikkaan, syömään enemmän ja muuttamaan ruokavaliota. Rottakokeilla saaduissa tuloksissa havaittiin, että stressaantuneet rotat söivät enemmän rasvaa ja sokeria. Kroonisesta stressistä kärsivillä on taipumus joko syödä liikaa ja lihoa tai syödä liian vähän ja laihtua. (Wilkinson & Pickett 2011, 95, 104–105, 115.) On todettu, että ihmiset joiden syömistä ohjaa stressi, syövät enemmän makkaraa, hampurilaisia, pitsaa ja suklaata sekä juovat enemmän alkoholia kuin muut (Laitinen, Ek & Sovio 2002). Mielenterveysongelmilla on myös selvä yhteys päihteisiin. Päihdekäyttö, päihdeongelmat ja päihderiippuvuus on suurta mielenterveyshäiriöiden yhteydessä. (Pirkola & Sohlman 2005, 7.)

4.3 IHMISSUHTEIDEN YHTEYS SOSIODEMOGRAFISIIN TEKIJÖIHIN JA MUIHIN HYVINVOINNIN OSA-ALUEISIIN

Puuttumatta välttämättä siviilisäätyn välisiin eroihin hyvinvoinnissa, on ihmissuhteilla ylipäätään vaikutusta sekä terveyskäyttäytymiseen että hyvinvointiin. Terveysteen vaikuttavat myös ihmissuhteet, joiksi lasketaan avioliiton lisäksi myös ystävät ja yhteisöön kuuluminen (Wilkinson & Pickett 2011, 95). Ihmissuhteilla on vaikutusta terveyteen lyhytaikaisen ja pitkäaikaisen stressin kautta. Konfliktit ja jännitteet suhteessa muihin ihmisiin ovat kaikkein stressaavimpia tapahtumia päivittäisessä elämässä ja niillä on sitä kautta sekä lyhyt- että pitkäaikainen vaikutus emotionaaliseen hyvinvointiin. (Lassner, Matthews & Stoney 1994.) Ihmissuhteisiin liittyy sosiaalisen tuen käsite, millä voidaan tarkoittaa henkistä tai käytännöllistä tukea, mutta myös sosiaalisia kontakteja. Sosiaalisen tuen ollessa yleensä vastavuoroista, liittyy se usein läheisempiin ihmissuhteisiin. Sosiaalisen tuen puutteen on todettu olevan yhteydessä esimerkiksi kuolleisuuteen, huonoon koettuun terveyteen, alkoholiriippuvuuteen ja psyykkiseen oireiluun. Yksinasuvilla saattaa olla hyvätkin sosiaaliset verkostot, mutta heiltä voi arvella puuttuvan kaikkein intiimeimmät ja pysyvimmät sosiaaliset kontaktit, sekä niihin liittyvät terveyttä edistävät siteet. Yksinasuvien kohdalla taloudellinen kuormitus ja talousasioiden jakamattomuus saattaa heikentää taloudellista hyvinvointia, mikä puolestaan saattaa heikentää terveyttä. (Joutsenniemi 2011, 76, 87–88.) Sosiaalista integraatiota pidetään nykyään tärkeänä kansanterveyteen vaikuttavana tekijänä (Wilkinson & Pickett 2011, 96). Sosiaalisen integraation puutteeksi voidaan katsoa myös yksinäisyys, jota henkilö kokee yhteiskunnasta syrjäytymisen vuoksi.

On todettu (Wilkinson & Marmot 2003), että yhteiskunnissa, joissa kansalaisten täysi osallistuminen sosiaaliseen, taloudelliseen ja kulttuuriseen elämään mahdollistetaan, ollaan terveempiä kuin niissä yhteiskunnissa, joissa ihmiset kohtaavat epävarmuutta, eksklusiota ja eri tavoin ulkopuolelle jättämistä. Stressaavat olosuhteet, jotka saavat ihmiset tuntemaan muun muassa huolestuneisuutta, levottomuutta, vaikuttavat terveyteen haittaavasti. Myös ihmissuhteilla ja ystävillä on suuri merkitys.

On myös näyttöä, että eriarvoisuuden väheneminen ja sosiaalisen pääoman⁶ voimistuminen parantavat terveyttä ja lisäävät inhimillistä pääomaa⁷ (Hagfors & Kajanoja, 2011, 190). Markku T. Hyypä on koonnut yhteen lukuisia tutkimuksia, joissa sosiaalista pääomaa lisäävien tekijöiden, kuten sosiaalisen verkoston ja kuulumisen johonkin joukkoon, on todettu liittyvän merkitsevästi terveyteen. (Hyypä 2004.) Myös kulttuurin kautta muodostuvalla sosiaalisella pääomalla ja yhteisöllisyydellä voi nähdä olevan vaikutusta terveyteen ja hyvinvointiin (ks. Turku 2011-säätiö). On vaikea kuvitella, etteivät nämä parantaisi myös terveyskäyttäytymistä.

Myös muissa tutkimuksissa on saatu näyttöä, että myönteisiksi koetut ihmissuhteet lisäävät onnellisuutta, kun taas kielteiseksi koetut ja epävakaut sosiaaliset suhteet sekä yksinäisyys puolestaan vähentävät onnellisuutta. (Ervasti & Saari, 2011) Toisin sanoen yksinäisyyttä voidaan pitää hyvinvointiin vaikuttavana tekijänä.

⁶ Sosiaalisella pääomalla tavallisesti viitataan alun perin Pierre Bourdieun (1986) kehittämään sosiaalisen vuorovaikutuksen rakennetta kuvaavaan teoriaan, jossa sosiaalinen pääoma tarkoittaa joko yhteisön sisäistä jäsenten väliseen kykyyn toimia keskenään ja luottamusta toisiinsa tai henkilön sosiaalisia suhteita edistävää toimintaa.

⁷ Inhimillisellä pääomalla viitataan ihmisiin sitoutuneeseen osaamiseen ja taitoihin. (Ks. esim. Putnam 1995)

5 SUOMALAISEN AIKUISVÄESTÖN TERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN

Suomalaisesta aikuisväestön terveystietäytymisestä on tehty tutkimusta vuodesta 1978. Terveystietäytymisen ja hyvinvoinnin laitoksen tutkimus (Helakorpi ym. 2011) tuo esille terveydestä, terveystietäytymisestä ja hyvinvoinnissa esiintyviä väestöryhmien välisiä eroja. Lisäksi käsitellään eri tutkimuksista saatuja tietoja alkoholin, tupakoinnin, ruokatuotosten ja liikunnan sekä painon suhteen, sillä ne ovat kansanterveydellisesti keskeisiä (esim. Palosuo, Koskinen, Lahelma, Prättälä, Martelin, Ostamo, Keskimäki, Sihto, Talala, Hyvönen & Linnanmäki 2007).

5.1 ALKOHOLIN KÄYTTÖ JA TUPAKOINTI

Alla olevasta taulukosta voidaan tarkastella vuoden 2010 tutkimustuloksia suomalaisen aikuisväestön alkoholin käytön osalta (Helakorpi ym. 2011). Voidaan todeta, että miehet käyttivät alkoholia naisia enemmän.

Taulukko 1. Alkoholin kulutus sukupuolen mukaan vuonna 2010 (Lähde: Helakorpi ym. 2011.)

	naiset %	miehet %
ei kertaakaan käyttänyt alkoholia vuoden aikana	13,6	10,4
viikossa yli 6 annosta tai enemmän	8,0	24,1
alkoholiriippuvuus	1,5	6
vähintään kerran viikossa olutta	24,4	59,2
vähintään kerran viikossa viiniä	36,9	30,8
vähintään kerran viikossa siideriä tai kevytviiniä	23,5	8,5
vähintään kerran viikossa long-drink-juomia	13,8	15,0
vähintään kerran viikossa väkeviä	14,1	31,7

Naisista suurempi osa oli raittiita eli ei ollut käyttänyt alkoholia lainkaan viimeksi kuluneen vuoden aikana. Vähintään kuusi alkoholiannosta viikossa⁸ nauttivia miehiä oli naisiin verrattuna kolminkertainen määrä. Alkoholiuomista yleisin oli olut. Kaiken kaikkiaan toiseksi yleisin alkoholiuoma, ja naisilla yleisin, oli viini. Siideriä tai kevytviiniä kuluneen viikon aikana joivat selvästi eniten naiset. Long drink -juomien osalta ero sukupuolten välillä on pieni. Kuitenkin väkeviä alkoholiuomia miehet olivat nauttineet yli kaksinkertaisesti naisiin nähden.

Jos alkoholin kertakäytön määrää mitataan vuoden sisällä koettujen krapuloiden määrällä, alkoholinkäyttö on lisääntynyt verrattuna pariin aikaisempaan vuosikymmeneen. Krapulaa kokemattomia oli miehistä lähes 40 % ja yli 60 % naisista, mutta alle 45-vuotiaiden kohdalla naisista krapulaa oli potanut lähes puolet, kun taas miehistä vain viidennes oli potanut krapulaa. Alkoholiriippuvuuden on todettu myös muissa tutkimuksissa olevan miehillä yleisempää kuin naisilla (Aromaa & Koskinen 2002, 53). Alkoholiriippuvuus on etenkin eronneilla miehillä yleistä. Alkoholin suurkulutus oli lisäksi huomattavan yleistä 45–54-vuotiailla miehillä. (Aromaa & Koskinen 2002, 153). On todettu, että naisilla alkoholin suurkulutus on yleisempää kaupungeissa (Prättälä & Paalanen 2007, 86) Vanhemmissa ikäryhmissä oltiin eniten raittiita ja parisuhteessa olevat käyttävät alkoholia vähemmän (Prättälä & Paalanen 2007, 79, 84) Alkoholin kulutus oli puolestaan suurempaa enemmän koulutusta saaneilla. Työmarkkina-asema oli myös yhteydessä alkoholinkäyttöön. Työttömät olivat useimmin alkoholin suurkuluttajia, mutta työssäkäyvät puolestaan muita harvemmin raittiita. (Prättälä & Paalanen 2007.)

Tupakoinnin suhteen löytyy myös eroja vuoden 2010 tutkimuksesta (Helakorpi ym. 2011). Alla olevaan taulukkoon 2. on kerätty tietoja tupakoinnista. Niiden

⁸ Alkoholiannos käsittää pullon olutta tai siideriä, lasin viiniä tai ravintola-annoksen väkevää alkoholiuomaa.

pohjalta voi huomata, että ainakin sukupuolten välillä on eroa. Miehet tupakoivat naisia enemmän.

Taulukko 2. Tupakointi, halu lopettaa ja huoli tupakoinnin terveyshaitoista sukupuolten mukaan vuonna 2010 (Lähde: Helakorpi ym. 2011.)

	naiset %	miehet %
päivittäin tupakoivia	15,7	23,2
satunnaisesti tupakoivia	5,4	6,2
tupakoimattomia	59,4	46,8
halua lopettaa tupakointi	54,4	65,7
yrittänyt vuoden sisään vakavasti lopettaa tupakoinnin	37,8	37,8
huolissaan tupakoinnin terveyshaitoista	79,3	79,1

Vuonna 2010 miehistä oli naisiin verrattuna suurempi osa päivittäin tupakoivia ja satunnaisesti polttavia. Tupakointi oli yleisempää nuorilla naisilla, kun taas miehillä tupakointi painottui vanhempiin ikäryhmiin. Satunnaispolttajia oli molempien sukupuolten osalta eniten nuoremmissa ikäryhmissä. Miehet ilmaisivat naisia useammin haluavansa lopettaa tupakoinnin. Miesten ja naisten välille ei syntynyt eroa tupakoinnin vakavan lopetusyrityksen suhteen. Lisäksi päivittäin tupakoivista miehistä ja naisista lähes yhtä suuri osa oli huolissaan tupakoinnin vaikutuksesta omaan terveyteensä (Helakorpi ym. 2011.)

Terveys 2000-tutkimuksessa kävi ilmi, että päivittäin tupakoi lähes 30 % alle 55-vuotiaista. Näistä suurempi osa on miehiä. Kuitenkin naisten tupakointi on lisääntynyt aikaisempaan verraten. Naisilla tupakointi on yleisempää kaupungeissa (Prättälä & Paalanen 2007, 86). Vanhemmissa ikäryhmissä oltiin useammin tupakoimattomia ja päivittäistupakointi olikin yleisintä nuorimmissa ikäryhmissä. (Prättälä & Paalanen 2007, 70.) Kaiken kaikkiaan parisuhteessa elävät tupakoivat vähemmän. Tupakointi on yleisintä yksinäisillä miehillä ja yksinhuoltajanaissilla. (Prättälä & Paalanen 2007, 84.)

Tupakoinnin osalta erityisesti koulutus jakaa ryhmäeroihin. Vähemmän koulutetut tupakoivat huomattavasti enemmän kuin korkeammin koulutetut. Lisäksi työssäkäyvien tupakointi oli vähäisempää kuin työttömien (Prättälä & Paalanen 2007, 70–72.)

Tutkimustieto osoittaa tupakoinnin olevan yhteydessä myös muihin epäterveellisiin elintapoihin, kuten alkoholin käyttöön ja liikunnan vähäisyyteen (Laaksonen & Prättälä & Karisto 2001, 294–300).

5.2 RUOKA- JA LIIKUNTATOTTUMUKSET

Tutkimuksen mukaan (Helakorpi ym. 2011) naiset käyttävät edelleen reippaasti enemmän tuoreita kasviksia ja rasvattomampia tuotteita kuin miehet (taulukko 3).

Taulukko 3. Kasvien ja rasvaisten tuotteiden käyttö vähintään kolmena päivänä viikossa sukupuolen mukaan vuonna 2010 (Lähde: Helakorpi ym. 2011.)

vähintään kolmena päivänä viikossa	naiset %	miehet %
tuoreita kasviksia	81,3	68,0
kypsennettyjä kasviksia	48,0	33,4
hedelmiä tai marjoja	70,9	45,3
ranskalaisia perunoita	1,4	2,3
rasvaisia juustoja	34,1	41,4
pizzaa	1,2	2,7
suolaisia leivonnaisia	1,9	4,0
makeita leivonnaisia	27,9	25,2
suklaata tai muita makeisia	27,9	19,3

Vuonna 2010 päivittäin sekä tuoreita että kypsennettyjä kasviksia käytti suurempi osa naisista kuin miehistä. Hedelmien ja marjojenkin syöminen oli huomattavasti naisilla yleisempää. Rasvaisten tuotteiden nauttiminen oli puolestaan

yleisempää miehillä, lukuun ottamatta makeita leivonnaisia, suklaata tai muita makeisia.

Tuoreita kasviksia käyttivät eniten ylipäätään koulutusryhmään kuuluvat, vanhempiin ikäryhmiin kuuluvat ja naimisissa tai avoliitossa olevat. Kuitenkin naimattomista miehistä 15–24-vuotiaat ja 35–44-vuotiaat käyttivät naimisissa olevia ikätovereitaan enemmän tuoreita kasviksia. Naisten osalta sama koski vain nuorinta ikäryhmää. Kaiken kaikkiaan 15–24-vuotiaat miehet käyttivät kuitenkin vähiten tuoreita kasviksia, kun eniten kasviksia käyttivät yli 45-vuotiaat naiset.

Kypsennettyjä kasviksia käyttivät eniten yli 55-vuotiaat naiset ja eniten koulutetut. Vähiten kypsennettyjä kasviksia käyttivät nuorimpaan ikäryhmään kuuluvat ja vähiten koulutetut. Erot miesten koulutusryhmien välillä eivät olleet kuitenkaan yhtä suuria kuin naisten väliset koulutusryhmäerot. Kuitenkin alimpaan koulutusryhmään kuuluvilla naisilla käyttö oli silti miesten ylipäätään koulutusryhmään kuuluvia suurempaa. Kypsennettyjä kasviksia käyttävät naimattomat naiset naimisissa tai avoliitossa olevia naisia enemmän, lukuun ottamatta nuorinta ikäryhmää.

Hedelmiä tai marjoja käyttivät puolestaan eniten yli 55-vuotiaat naiset, koulutetut, eronneet ja vanhemmat ikäryhmät. Käyttö nousee tasaisesti ikäryhmittäin, vaikka naisten nuorimmassa ikäryhmässä käytettiin hedelmiä tai marjoja lähes yhtä paljon kuin miesten vanhimmassa ikäryhmässä. Vähiten hedelmiä tai marjoja käyttivät 15–24-vuotiaat miehet. Naimattomat 15–24 -vuotiaat ja 35–44-vuotiaat käyttivät naimisissa olevia ikätovereitaan enemmän hedelmiä ja marjoja.

Rasvaisia tuotteita, kuten ranskalaisia perunoita, rasvaisia juustoja, pizzaa ja suolaisia leivonnaisia käytettiin kaikkiaan vähiten vanhemmissa ikäryhmissä. Naimattomat ja vähemmän koulutetut käyttivät myös tuotteita kaiken kaikkiaan eniten. Poikkeuksia tästä kuitenkin ilmeni. Esimerkiksi suolaisia leivonnaisia käyttävät kuitenkin yli 55-vuotiaiden miesten ryhmässä enemmän korkeasti koulutetut kuin alemmin koulutetut. Rasvaisia juustoja puolestaan käyttävät naimisissa olevat enemmän kuin muut siviilisäätyryhmät ja korkeammin koulutetut.

Pizzaa puolestaan syötiin matalimmin koulutettujen miesten ryhmässä korkeammin koulutettuja vähemmän.

Makeita leivonnaisia syötiin vanhemmissa ikäryhmissä eniten. Siviilisäättyjen väliset erot olivat pieniä, lukuun ottamatta naisleskiä, jotka söivät makeita leivonnaisia muita siviilisäättyryhmiä enemmän. Koulutusryhmistä korkeammin koulutetut naiset ja matalimmin koulutetut miehet söivät leivonnaisia eniten. Suklaata tai muita makeisia syödään nuoremmassa ikäryhmissä eniten. Siviilisäädystä naimattomat naiset syövät suklaata tai muita makeisia enemmän. Lisäksi suklaata ja makeisia nautitaan eniten korkeimmin koulutettujen ryhmässä.

Tarkasteltaessa suomalaisen aikuisväestön työmatkaliikuntaan, vapaa-ajan liikuntaan ja ruumiilliseen rasitukseen liittyviä osuuksia vuonna 2010 voidaan huomata, että liikunnan suhteen eroja syntyy sukupuolten välille vain hieman. Naiset kuitenkin harrastavat liikuntaa miehiä enemmän.

Taulukko 4. Liikunnan harrastamisen yleisyys sukupuolen mukaan vuonna 2010 (Lähde: Helakorpi ym. 2011)

	naiset %	miehet %
työmatkaliikuntaan kävelleen tai pyöräillen vähintään 15 minuuttia	32,5	22,9
vähintään 3 kertaa viikossa vapaa-ajan liikuntaa	55,1	52,7
ruumiillista rasitusta vähintään 4 tuntia viikossa	73,5	71,7
ylipainoisia (BMI>25 kg/m²)	43,2	57,9
yrittänyt vakavasti laihduttaa viimeisen vuoden aikana	37,7	21,1

Työssä käyvistä työmatkaliikuntaan vähintään 15 minuuttia käyttivät eniten naimattomat ja nuorin ikäryhmä. Nuorimmassa ikäryhmässä moottoriajoneuvolla työmatkan kulkeminen oli harvinaisinta. Voisi arvella, että nuorilla ei ole samalla tavalla varaa ostaa autoa kuin vanhemmilla ikäryhmillä. Toisin sanoen joskus huonompi taloudellinen tilanne voi parantaa terveyskäyttäytymistä. Miehillä ylimmässä koulutusryhmässä työmatkaliikuntaan vähintään 15 minuuttia käytettiin enemmän kuin muissa koulutusryhmissä. Naisilla näin oli keskimmäisen

koulutusryhmän kohdalla. Naisilla alimmassakin koulutusryhmässä työmatkaliikkuminen oli hieman yleisempää kuin miesten ylimmässä koulutusryhmässä. Naisten suuremmasta työmatkaliikuntaan käytetystä ajasta saa vahvistusta myös muista tutkimuksista (Fogelholm 2007, 45).

Yli puolet vuonna 2010 harrasti vapaa-ajan liikuntaa vähintään kolme kertaa viikossa. Eniten vapaa-ajan liikuntaa vähintään kolme kertaa viikossa kertoi harrastavansa nuorin ikäryhmä, mutta seuraavaksi eniten liikuntaa harrastettiin naisten osalta 45–54-vuotiaiden ryhmässä ja miesten osalta 55–64-vuotiaiden ryhmässä. Vähiten tällaista vapaa-ajan-liikuntaa raportoivat puolestaan miehistä 45–54-vuotiaat ja naisista 35–44-vuotiaat. Eronneet liikkuvat siviilisäätyryhmistä eniten. Alimmassa koulutusryhmässä vapaa-ajan liikuntaa raportoitiin vähiten⁹. Muissa tutkimuksissa on raportoitu myös 30–54-vuotiaiden vähäisestä vapaa-ajan liikkumisesta. Yhteneväistä on myös yksinasuvien ja yksinhuoltajanaisten yleisempi vapaa-ajan liikunnan harrastaminen sekä avio- tai avoliitossa olevien vähäisempi liikunnan harrastus. Koulutuksen yhteydestä on osoitettu kuitenkin toisenlaisia tuloksia, että koulutusryhmien välillä ei olisi yhteyttä vapaa-ajan liikkumiseen. Työmatka- ja vapaa-ajan liikunnan osalta näyttäisi, että ainakaan korkeakoulutus ei olisi yhteydessä liikunnan yleisempään harrastamiseen. (Fogelholm 2007, 45–48.)

Eniten vuonna 2010 rasittavaa liikuntaa harrastivat miesten kohdalta nuorimpiin ikäryhmiin kuuluvat ja naisten osalta vanhimpiin ikäryhmiin kuuluvat. Siviilisäätyjen väliset erot olivat pieniä, mutta naimisissa olevat miehet ja eronneet naiset harrastivat rasittavaa liikuntaa hieman muita siviilisäätyryhmiä enemmän. Alimmassa koulutusryhmässä rasittavaa liikuntaa harrastettiin vähiten.

Ylipainoisia vuonna 2010 oli suurempi osa miehistä. Ylipainoisia oli eniten vanhimmissa ikäryhmissä, erityisesti miehillä. Nuorimman ikäryhmän naisten ylipainoa raportoitiin miehiin verraten vain puolet. Tämän selittänee nuoriin naisiin

⁹ Tarkempaa kuvaa vapaa-ajan liikunnasta koulutusryhmien ja siviilisäädyn perusteella on raportoitu vähintään kaksi kertaa liikkuvien osalta.

kohdistunut hoikkuus- ja laihuusihanne (esim. Pekkarinen 2007; Osara 1999). Vähiten ylipainoisia oli selkeästi eniten naimattomissa, naimisissa olevien ja eronneiden lukujen ollessa hyvin lähellä toisiaan. Eniten ylipainoa ilmeni alimassa koulutusryhmässä. Vaikka miehistä suurempi osa oli ylipainoisia, silti naisista suurempi osa oli vakavasti yrittänyt laihduttaa edellisen vuoden aikana. Siviilisäätyryhmien väliset erot laihduttamisen suhteen olivat pieniä. Vähiten olivat yrittäneet laihtua naimattomat miehet ja matalasti koulutetut.

Muiden tutkimusten tulokset ovat sukupuolierojen suhteen erisuuntaisia osittain varmaan siksi, että niissä tarkastellaan merkittävää ylipainoa ($BMI > 30\text{--}35 \text{ kg/m}^2$). Naisten merkittävä ylipaino on miesten merkittävää ylipainoa yleisempää. Näin oli erityisesti eläkeikäisillä naisilla. Miehillä työmarkkina-aseman mukaiset erot olivat samansuuntaisia, mutta pienempiä kuin naisilla. Kaikkiaan viidesosa työkäisistä oli merkittävästi ylipainoisia (Heliövaara & Rissanen 2007, 54–56; Aromaa & Koskinen 2002, 33). Vähemmän koulutusta saaneilla puolestaan ruokatottumukset ovat epäterveellisemmät ja ylipainoa esiintyy enemmän (Galobardes, Morabia & Bernstein 2001).

6 TERVEYSKÄYTTÄYTYMIS- JA HYVINVOINTIEROJEN KAVENTAMISEN HAASTE

Terveyskäyttäytymisellä ja sen eroilla ei itsessään olisi merkitystä, ellei niillä olisi vaikutusta hyvinvointiin ja erityisesti terveyteen. Varmaankin siitä syystä tarkastelu usein kiinnitetään lopputulokseen eli hyvinvointiin ja terveyseroihin. Sosiaalisen aseman mukaiset terveydentilan, sairastavuuden ja kuolleisuuden erot kuvaavat perustavanlaatuisia yhteiskunnallista eriarvoisuutta. Terveyserot heijastelevat siten koko yhteiskunnan ja sen eri alueiden hierarkkista rakentumista, ja ne ilmenevät kaikilla sosiaalisen aseman ulottuvuuksilla (Lahelma, Rahkonen, Koskinen, Martelin & Palosuo 2007, 25–26.)

Elintapojen väestöryhmäerot tarkoittavat sitä, että ihmiset eivät valitse elintapaan vapaasti, vaan ympäristön asettamissa rajoissa. Jos poliittisilla päätöksillä ei tueta niitä, joilla muun muassa terveyskäyttäytymisvalinnat eivät tue terveyden edistämistä, on todennäköistä, että terveyserot vain kasvavat. Terveyskäyttäytymisen väestöryhmäerojen kaventaminen edellyttää toimia, jotka ottavat huomioon sosiaalisista ja kulttuurisista tekijöistä johtuvat elintapamuutosten esteet. (Prättälä & Paalanen 2007, 86.) Tämä tarkoittaa juuri esimerkiksi vammaisten henkilöiden ja heidän elintapansa huomioon ottamista.

Terveyserojen kaventamista perustellaan kansallisen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelmassa vuosille 2008–2011 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 25–26) kuudella syyllä. Ensinnäkin terveyserot eivät ole eettisesti hyväksyttäviä. Toiseksi huono terveys nähdään sosiaalisen syrjäytymisen osatekijänä. Kolmantena syynä korostetaan kansanterveyden tehokkainta kohentamista nimenomaan pureutumalla niihin väestöryhmiin, joihin terveysongelmat kasautuvat. Neljäs ja viides syy ovat käytännönläheisiä, sillä terveyserojen kaventumisen nähdään auttavan riittävien palveluiden turvaamisessa ja tätä kautta myös kustannuksia voidaan hillitä. Kuudentena perusteena pidetään terveyserojen vähentämisellä saavutettavaa työllisyysasteen nostamista.

Terveys 2015 - kansanterveysohjelman mukaan kaikkiin terveyden edistämistä ja terveyspalvelujen kehittämistä koskeviin tavoitteisiin tulisi pyrkiä siten, että eriarvoisuus vähenee ja heikoimmassa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvointi ja suhteellinen asema paranevat (STM, 2001). Vammaiset henkilöt voidaan nähdä juuri tällaisena väestöryhmänä, johon tulisi kiinnittää erityishuomiota. Terveyden tasa-arvon edistämisessä ensisijaisena kohteena ovat ehkäistävissä olevat terveyserot, joista suuri osa johtuu elinoloihin ja elintapoihin liittyvistä tekijöistä. Kaikkia periaatteessa ehkäistävissä olevia terveyseroja voidaan pitää epäoikeudenmukaisina hyvinvointiyhteiskunnassa, joka tähtää kansalaisten ja väestöryhmien tasa-arvoon. (Lahelma ym. 2007, 28.) Tavoitteeksi voidaan ottaa kaikkien terveyden paraneminen ja samanaikaisesti erojen kaventaminen, eivätkä nämä tavoitteet poissulje toisiaan.

Suomalainen terveys- ja hyvinvointipolitiikka ja terveellisten elintapojen edistämiseen suuntautuvat kampanjatkin ovat toistaiseksi lähteneet kaikille samalla tavalla suunnatuista toimista. Tulevaisuudessa asiantuntijoiden tulisi nykyistä enemmän kehittää erilaisille ryhmille räätälöityjä ohjelmia ja miettiä sellaisia koko väestölle suunnattuja toimia, jotka tehoavat parhaiten nimenomaan huonoimmassa asemassa oleviin ryhmiin. (Prättälä & Paalanen 2007, 86.) Tämä tutkimus osoittaa, voidaanko vammaiset henkilöt nähdä erääksi huonoimmassa asemassa olevaksi ryhmäksi, johon terveys- ja hyvinvointipolitiikkojen tulisi suuntautua.

7 TUTKIMUSASETELMA

Tässä osiossa käydään ensin läpi tutkimuskysymykset, jonka jälkeen kerrotaan aineistosta ja menetelmistä, joilla tutkimuskysymyksiin vastataan.

7.1 TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksessa selvitetään ensin terveyskäyttäytymistä ja sitten hyvinvointiin liittyviä asioita terveyden kokemuksen, henkisen hyvinvoinnin ja ihmissuhteiden suhteen. Minua kiinnostaa myös saada selville miten vammaiset henkilöt eroavat valtaväestöstä terveyskäyttäytymisen ja koetun hyvinvoinnin osalta. Tutkimuskysymykset ovat näin ollen seuraavat:

- Millaisia ovat vammaisten henkilöiden alkoholi-, tupakka-, liikunta- ja ruokatottumukset?
- Miten vammaiset henkilöt kokevat terveydentilansa ja millaisia vaivoja heillä on?
- Millainen on vammaisten henkilöiden henkinen hyvinvointi?
- Miten vammaiset henkilöt kokevat ihmissuhteet ja yksinäisyyden?
- Millaiset ovat koetun hyvinvoinnin osa-alueiden keskinäiset yhteydet?
- Miten tutkittujen vammaisten henkilöiden terveyskäyttäytyminen ja koettu hyvinvointi eroaa suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytymisestä ja koetusta hyvinvoinnista?
- Onko sukupuolella, iällä, siviilisäädellä, koulutusvuosien määrällä tai työssäololla yhteys terveyskäyttäytymiseen ja koettuun hyvinvointiin vammaisten henkilöiden keskuudessa?
- Vaikuttaako terveyskäyttäytymisellä ja koetun hyvinvoinnin osatekijöillä (terveys, henkinen hyvinvointi, yksinäisyyden kokemus) olevan yhteys toisiinsa?

7.2 AINEISTO JA MENETELMÄT

Tässä luvussa selostan tarkemmin tutkimusaineiston keruuta ja käytettyjä menetelmiä.

7.2.1 Tutkimuslomake ja tutkimusaineiston keruu

Kysely toteutettiin Internet-kyselynä järjestöjen ja liittojen jäsenille. Kyselyn verkkosivuilleen jäsenistönsä tavoitettavaksi laittoivat ADHD-liitto ry, Aivoliitto ry, Aivovammaliitto ry, Akson ry, Invalidiliitto ry, Kehitysvammaisten tukiliitto ry, Kuuloliitto ry, Kuurojen liitto ry, Kynnys ry, Lihastautiliitto ry, Näkövammaisten Keskusliitto ry, Seitti ry, Suomen CP-liitto ry, Suomen MS-liitto ry ja Suomen Nuortentalo Oy sekä Suomen Polioliitto ry levitti tietoa sähköpostilistan kautta. Muutama vammaisjärjestö jätti osallistumatta tutkimuksen levittämiseen. Osallistuneet järjestöt levittivät lisäksi tietoa tutkimuksesta parhaaksi katsomallaan tavalla, esimerkiksi facebookin ja sähköpostilistojen kautta. Tieto pro gradu-tutkimuksesta on myös annettu kaikille niille Suomen vammaisneuvostoille, jotka olivat sähköisesti tavoitettavissa. Tutkimukseen osallistumismahdollisuudesta tiedotettiin myös henkilökohtaisen avun päivien 2011 yhteydessä.

Tutkimuslomake on osittain yhteneväinen Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen -tutkimuksissa (ks. Helakorpi ym. 2011) käytetyn tutkimuslomakkeen kanssa, jotta vertailtavuus koko väestöön nähden säilyisi. Vertaan vammaisten henkilöiden tuloksia kyseisen tutkimuksen tuloksiin. Tutkimuslomakkeen ja tutkimussuunnitelman valmistuttua tutkimukselle haettiin Turun yliopiston eettisen neuvottelukunnan tutkimuslupa. Sininauhaliiton Vammaisten mielenterveys- ja päihdetyön tukipalvelut Vapa laittoi kyselyn omille internet-sivuilleen, jonka linkkiä levitettiin eteenpäin. Tämän jälkeen tutkimusaineisto kerättiin survey-kyselynä vuonna 2011. Vastausaikaa pidennettiin kesästä loppuvuoteen vastausmäärän lisäämiseksi. Lopulliseksi vastausmääräksi muodostui 499 vastaajaa.

Sähköisen lomakkeen lisäksi muutamalle taholle toimitettiin paperisia lomakkeita palautuskuorella heidän pyynnöstään. Tosin yhtään täytettyä lomaketta ei palautunut takaisin. Vastaajamäärän osalta on otettava huomioon, että sähköinen vastauslomake saattaa sulkea osan vastaajista pois. Digitaalista eriarvoisuutta saattaa ilmetä muun muassa iän, taloudellisen tilanteen, vamman toiminnalle asettaman rajoittavuuden tai tietokoneen käytön osaamattomuuden vuoksi. Tässä tutkimuksessa ei ollut kuitenkaan mahdollista kerätä tietoa paperisilla lomakkeilla ympäri Suomea. Vastaajamäärään saattoi myös vaikuttaa tutkimuslomakkeen laajuus. Osa vastaajista saattoi kokea lomakkeen liian pitkäksi ja jättää siksi vastaamatta.

7.2.2 Osallistava menetelmä

Tässä tutkimuksessa on käytetty osallistavaa menetelmää. Osallistava menetelmä tukee hyvin emansipatorista ajattelutapaa sosiaalisessa vammaistutkimuksessa. Osallistava menetelmä takaa paremmin, että emansipatoriset arvot eivät unohdu tutkimusta tehdessä. Lisäksi osallistavassa menetelmässä tutkijan ja tutkittavien välit ovat vastavuoroisia eli tutkittavia ei nähdä passiivisina tutkimuskohteina. (Zarb 1992, 125–138.)

Osallistava menetelmä vammaistutkimuksessa tarkoittaa esimerkiksi vammaisten asiantuntijoiden mukaan ottamista tutkimuksen suunnitteluun ja heidän konsultoimistaan. Kyselylomaketta on ollut suunnittelemassa ja muokkaamassa kolme vammaista asiantuntijaa, jotka edustivat eri vammaisryhmiä ja asiantuntijatahoja. Osallistava menetelmä sopii tähän tutkimukseen hyvin, sillä tutkimuslomakkeen kysymysten valintaan oli erittäin aiheellista saada kommentteja vammaisilta asiantuntijoilta. Asiantuntijoilta jo siksi, että he olivat vammaisia henkilöitä. Osallistavaa menetelmää edes jossain muodossa tulisikin mielestäni käyttää aina tilanteissa, joissa tarkoitus on tutkia jotain erityisryhmää, jolla voi olla ensiarvoisen tärkeää näkemystä tutkittavasta kohteesta tai ilmiöstä. Tässä tutkimuksessa esimerkiksi joidenkin alkuperäisten kysymysten arvolatauksien suhteen sain uuden katsantokannan ja muotoilin kysymyksen toisin. Joitain ky-

symyksiä ei voinut muuttaa vertailukelpoisuuden säilyttämiseksi koko väestön suhteen.

7.2.3 Käytetyt mittarit

Terveyskäyttäytyminen

Vammaisten henkilöiden terveyskäyttäytymistä mitattiin tupakka-, alkoholi-, liikunta- ja ruokatottumusten osalta.

Tupakoinnin osalta mittarina käytettiin tutkimuslomakkeen (liite 1) kysymyksiä 20 ja 21 ja alkoholin käyttöä selvitettiin kaikkiaan yhdeksällä kysymyksellä. Ensimmäisellä kysymyksellä (kysymys 31) selvitettiin täysin raittiiden osuus vastanneista. Kysymyksillä 33–35 selvitettiin oluen ja siiderin, väkevien alkoholi-juomien sekä viinin käytön yleisyys. Kysymyksellä 36 selvitettiin alkoholinkäytön yleisyyttä kokonaisuudessaan. Alkoholin kerrallista liikakäyttöä mitattiin kysymyksillä 37 ja 38. Kysymyksen 37 kerralla nautittavaksi liiaksi määräksi määrittyy kuusi annosta tai enemmän. Kysymys 38 puolestaan avaa sitä, kuinka yleistä on juomisen lopettamisen vaikeus ja kysymys 39 sitä, kuinka yleisiä ovat syyllisyyden ja katumuksen tunteet juomisen jälkeen. Kysymykset 38 ja 39 ovat mukailtuja Päihdelinkin juomatapatestistä¹⁰.

Liikuntatottumuksia mitattiin kysymyksillä 45–47. Päädyin mittaamaan liikuntatottumuksia samoilla mittareilla kuin Suomalaisen aikuisväestön terveystyttäytymisen tutkimuksissa, jotta vertailtavuus koko väestöön säilyisi, vaikka jotkut henkilöt saattavat vammansa vuoksi käyttää arkiaskareisiin yhtä paljon energiaa kuin varsinaisesti liikuntaa harrastavat.

¹⁰ <http://www.paihdelinkki.fi/testaa/juomatapatesti>.

Säännöllisen aamupalan nauttimista mitattiin kysymyksellä 22 ja yleisiä ruokattumuksia puolestaan kysymyksellä 25, jossa ravinnon terveellisyys muodostui vähärasvaisten ruokatuotteiden ja kasvien syönnin perusteella. Rasvaisiksi tuotteiksi laskettiin ranskalaiset perunat, rasvaiset juustot, pizza, muut suolaiset leivonnaiset, makeat leivonnaiset, suklaa ja muut makeiset. Kasvien käyttöä mitattiin tuoreiden vihannesten tai juuresten, kypsennettyjen vihannesten tai juuresten ja hedelmien tai marjojen syönnillä. Näistä rasvaisista ruoista ja kasvien käytöstä muodostettiin summamuuttajat.

Terveyskäyttäytymisen parannushalua mitattiin siten, ovatko henkilöt muuttaneet vuoden aikana tottumuksiaan terveellisempään suuntaan (kysymys 50).

Hyvinvointi

Terveyden kokemus

Terveyden kokemusta mitattiin kysymyksellä 16, jossa kysyttiin yleistä terveydentilan kokemusta ja kysymyksellä 17, jossa kysytään henkilön kipujen tai oireiden kokemusta. Sitä, miten vahvoja oireet ovat kuvastaa myös se, miten paljon oireisiin käytetään lääkkeitä. Lääkkeiden käyttöä selvitettiin kysymyksellä 19. Lääkkeistä tämän tutkimuksen kannalta relevantteja olivat päänsärkyläkkeet, muut särkyläkkeet, rauhoittavat lääkkeet, unilääkkeet ja masennuslääkkeet.

Henkinen hyvinvointi

Henkistä hyvinvointia mitattiin jännittyneisyyden, stressaantuneisuuden tai kovan paineen alaisuuden kokemisella (kysymys 18), hermostuneisuuden määrällä (kysymys 53), mielialan mataluudella (kysymys 54), alakuloisuuden ja apeuden kokemuksilla (kysymys 56), tyyneyden ja rauhallisuuden tunteella (kysymys 55), onnellisuuden kokemisella (kysymys 62). Henkisen hyvinvoinnin tarkastelua varten muodostin myös summamuuttajat samanasteikkoisista muuttujista, jotka mittaavat hyvinvoinnin negatiivisten ja positiivisten tunteiden yleisyyttä.

Negatiivisia tunteita kuvastavat hermostuneisuus, mielialan mataluus, alakuloisuuden ja apeuden kokemukset. Positiivisia tuntemuksia kuvastavat tyyneyden ja rauhallisuuden tunne sekä onnellisuuden kokeminen.

Sitä, miten seksuaalisuus vaikuttaa henkilön mielialaan mitattiin kysymyksillä 60 ja 61.

Ihmissuhteet

Ihmissuhteita osana hyvinvointia tarkasteltiin yksinäisyyden näkökulmasta. Yksinäisyyden kokemista mitattiin kysymyksellä 57. Yksinäisyyden selittäjää selvitettiin kysymyksellä 58 ja 59.

Hyvinvoinnin osatekijöiden välinen suhde

Hyvinvoinnin osa-alueita (terveyden kokemus, henkinen hyvinvointi, ihmissuhteet) tarkastellaan suhteessa toisiinsa. Henkistä hyvinvointia käsittelevässä luvussa kaikkien henkisen hyvinvoinnin osatekijöiden yhteyttä tarkastellaan erikseen suhteessa koettuun terveyteen ja yksinäisyyden kokemiseen. Ihmissuhteiden osalta tarkastellaan yksinäisyyden kokemista, jonka yhteyttä tarkastellaan suhteessa terveyden kokemukseen ja negatiivisten sekä positiivisten tunteiden summamuuttujiin.

Terveyskäyttäytymisen ja hyvinvoinnin välinen suhde

Terveyskäyttäytymisen ja hyvinvoinnin osatekijöiden yhteyttä toisiinsa mitataan siten, että edellä mainittujen terveyskäyttäytymisen osa-alueiden yhteyksiä tarkastellaan suhteessa hyvinvoinnin mittareihin, joita ovat tässä yhteydessä terveyden kokemus, negatiiviset ja positiiviset tunteet sekä ihmissuhteet.

7.2.4 Demografiset- ja sosioekonomiset taustaindikaattorit

Demografisiksi taustaindikaattoreiksi valitsin sukupuolen, iän ja siviilisäädyn, sillä kaikilla niillä on aikaisemmissa tutkimuksissa ollut yhteyttä terveyskäyttämiseen ja hyvinvointiin. Siviilisäädyn osalta eronneiksi laskettiin myös asumerossa olevat.

Sosioekonomisia indikaattoreita tässä tutkimuksessa ovat koulutusvuosien määrä ja työssäolo. Koska sosioekonomisen aseman parasta indikaattoria ei voida esittää, vaan yksittäisissä tutkimuksissa tyydytään johonkin sosioekonomisen aseman osoittimeen (Lahelma & Rahkonen 2011, 48), valitsin koulutusvuosien määrän ja työssäolon sosioekonomisen aseman mittareiksi, sillä sosioekonomisella asemalla on aiemmin esiteltyjen tutkimusten mukaan myös todettu olevan vaikutusta terveyskäyttämiseen. Vammaisten henkilöiden työllisyyden ollessa jo lähtökohtaisesti valtaväestöä matalampi, koen, että työssäkäynti kertoo henkilön paremmasta tulotasosta ja yhteiskunnallisesta osallisuudesta. Työssäolotiedot jaettiin kahteen luokkaan siten, että työssäoleviksi laskettiin henkilöt, jotka olivat ilmoittaneet olevansa ”työssä” ja ne henkilöt, jotka olivat ilmoittaneet olevansa ”osin työssä, osin eläkkeellä”. Eläkkeellä olevat, työttömät, lomautetut, opiskelijat, kotiäidit ja -isät, pitkäaikaisella sairauslomalla olevat ja muuten poissa työelämästä olevat laskettiin ei-työelämässä oleviksi.

7.2.5 Tilastolliset menetelmät

Kaikkien 499 vastaajan vastaukset tallennettiin SPSS-tiedostoksi, minkä jälkeen vastauksia analysoitiin käyttäen ristiintaulukointia ja yksisuuntaista varianssi-analyysia.

Otin ensin kaikista tutkimuskysymysten kannalta oleellisimmista muuttujista suorat jakaumat, jotta näkisin vastausten hajonnan, minkä jälkeen jatkotarkastelu olisi helpompaa. Terveyskäyttämistä koskevissa tarkasteluissa käytin ristiintaulukointia, sillä muuttujat olivat luokiteltuja eivätkä jatkuvia muuttujia. Li-

säksi käytin ristiintaulukoinnin tukena khin neliö-testiä, jolla halusin selvittää, onko muuttujien välillä yhteyttä ja mikä on muuttujien välisen suhteen tilastollinen merkitsevyystaso.

Rasvaisten ruokien ja kasvien syönnin (kysymys 25) summamuuttujia muodostaessa käytin Cronbachin alfakerrointa mittaamaan muodostetun mittarin yhtenäisyyttä. Cronbachin alfa sai rasvaisten ruokien summamuuttujan osalta arvon 0,440, mikä ei ole reliabiliteetiltään korkea, mutta summamuuttujaa ei olisi muutoin voinut muodostaa ja se oli tutkimuskysymysten kannalta olennainen. Kasvien käytön osalta Cronbachin alfa sai arvon 0,633, mitä voi pitää kohtalaisena. Hyvinvoinnin ja ruokatottumusten välistä yhteyttä tarkastellessa summamuuttuja luokiteltiin neljään luokkaan, jotta hyvinvoinnin yhteyttä saattoi paremmin tarkastella khin neliö-testillä. Neljä luokkaa muodostettiin alkuperäisiä luokkia vastaavaksi, jotta ne kuvastaisivat kyseisten ruokien nauttimistiheyttä.

Hyvinvoinnin tarkastelua varten muodostin summamuuttujat negatiivisista (kysymykset 18, 53, 54, 56) ja positiivisista tunteista (kysymykset 55 ja 62). Negatiivisten tunteiden Cronbachin alfa sai arvon 0,814. Positiivisten tunteiden Cronbachin alfa sai arvon 0,759. Molemmat arvot ovat reliabiliteetiltään kohtalalaisen hyviä. Alkoholin liikkäytöstä muodostettiin myös summamuuttuja, jotta liikkäytön yhteyttä positiivisiin ja negatiivisiin tunteisiin voitiin tarkastella. Alkoholin liikkäytöstä kuvaava summamuuttuja sai Cronbachin alfan arvon 0,648, jota voidaan pitää kohtalaisena.

Summamuuttujien luomisen jälkeen käytin yksisuuntaista varianssianalyysia nähdäkseni onko taustamuuttujien muodostamien ryhmien välillä tilastollisesti merkitseviä eroja. Lisäksi käytin ryhmäkeskiarvojen parittaisiin vertailuihin Bonferronin testiä, jotta näkisin, minkä ryhmien välillä eroja ilmenee ja missä suhteessa.

8 TULOKSET

8.1 VASTAAJIEN SOSIODEMOGRAFISET OMINAISUUDET

Vastaajista naisia oli lähes kaksinkertaisesti miehiin verrattuna (taulukko 5). Yli 13 vuotta opiskelleita oli reilu enemmistö vastaajista. Sukupuolten välillä vallitsi koulutuksen suhteen tilastollisesti vain hieman merkitsevä ero ($p=0,071$). Ikäkauma oli melko tasainen. Eniten vastaajia oli 55–64-vuotiaiden ryhmässä. Vähiten vastaajia oli 65–80-vuotiaiden ryhmässä.

Taulukko 5. Vastaajien jakaumat

	nainen (n=293)	mies (n=156)	yhteensä (n=449)
koulutusvuodet	n (%)	n (%)	n (%)
0–9 vuotta	33 (11,7)	23 (14,9)	56 (12,9)
10–12 vuotta	51 (18,1)	38 (24,7)	89 (20,5)
yli 13 vuotta	197 (70,1)	93 (60,4)	290 (66,7)
Puuttuvia	12 (4,1)	2 (1,3)	14 (3,1)
Ikäkauma			
18–34 –vuotiaita	56 (25,7)	19 (14,2)	75 (21,3)
35–44 –vuotiaita	43 (19,7)	16 (11,9)	59 (16,8)
45–54 –vuotiaita	48 (22,0)	26 (19,4)	74 (21,0)
55–64 –vuotiaita	55 (25,2)	44 (32,8)	99 (28,1)
65–80 –vuotiaita	16 (7,3)	29 (21,6)	45 (12,8)
Puuttuvia	75 (25,6)	22 (14,1)	97 (21,6)

Yhdistettynä yhteen taulukkoon ikä- ja koulutusjakauma saatiin yleiskuvaa vastaajista (taulukko 6). Puuttuvien vastausten osuus oli tällöin kuitenkin suuri (N=105, 23,4 %). Sekä miesten, että naisten kohdalla yli 13 vuotta opiskelleiden osuudet olivat selvästi suurimpia kaikissa ikäluokissa, lukuun ottamatta 65–80-vuotiaita naisia. Miesten kohdalla vastaajat painoutuivat naisia hieman enemmän vanhempiin ikäryhmiin.

Taulukko 6. Vastaajien ikä- ja koulutusjakaumat sukupuolittain

Naiset						
ikä	18–34	35–44	45–54	55–64	65–80	Yhteensä
koulutusvuosia	(n)	(n)	(n)	(n)	(n)	(n)
0–9	2	1	3	11	8	25
10–12	9	5	8	12	2	36
yli 13	45	36	34	30	6	151
Yhteensä (n)	56	42	45	53	16	212
Miehet						
0–9	0	0	3	9	8	20
10–12	2	3	4	12	9	30
yli 13	16	13	19	23	11	82
Yhteensä (n)	18	16	26	44	28	132

Käytän vertailuun tutkimusta Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttymisestä (Helakorpi ym. 2011)¹¹ Vertaaminen koko väestön jakaumiin osoittaa, että yli 13 vuotta opiskelleiden osuudet olivat suhteellisesti alhaisempia verrattuna osuuksiin vammaisten henkilöiden aineistossa (taulukko 7).

¹¹ Käytän jatkossa lyhennettä ”AVTK:n tutkimus” tai viittaan puheessa koko väestöön.

Taulukko 7. AVTK:n tutkimuksen ikä- ja koulutusjakauma sukupuolittain

Naiset						
Ikä koulutusvuosia	15–24 (n)	25–34 (n)	35–44 (n)	45–54 (n)	55–64 (n)	Yhteensä (n)
0–9	47	0	0	26	90	163
10–12	116	26	44	93	145	424
yli 13	84	226	222	262	167	961
Yhteensä (n)	247	252	266	381	402	1548
Miehet						
0–9	32	0	10	39	115	196
10–12	98	47	67	105	126	443
yli 13	45	130	148	152	114	589
Yhteensä (n)	175	177	225	296	355	1228

Vastaajat painottuivat kummankin sukupuolen osalta vanhempiin ikäryhmiin. Myös AVTK:n tutkimuksessa naisia oli enemmistö vastaajista.

8.2 TERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN

Tässä luvussa tarkastellaan sitä, millaisia ovat vammaisten henkilöiden alkoholi-, tupakka-, ruoka- ja liikuntatottumukset ja ovatko henkilöt muuttaneet tottumuksiaan vuoden aikana terveellisempään suuntaan?

8.2.1 Alkoholin käyttö ja tupakointi

Täysin raittiiden osuus vastanneista oli 22 %, sillä he eivät olleet käyttäneet viimeisen vuoden aikana lainkaan alkoholijuomia. Vastaava osuus koko väestössä oli 12,2 %. Raittiudella ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä sukupuoleen ($p=0,418$) tai ikään ($p=0,372$). Sen sijaan koulutusryhmien välillä oli tilastollisesti merkitseviä eroja ($p=0,003$). Raittius nousi prosenttikymmenyksellä siirryttäessä ylimmästä koulutusryhmästä kahden alemman koulutusryhmän suuntaan. Matalimmin koulutetut olivat tyypillisemmin raittiita. Tämä on yhteneväistä

valtaväestön kanssa, sillä raittiiden osuus matalimmassa koulutusryhmässä oli 26 % ja ylimmässä vain 9 %.

Vaikka vammaisissa henkilöissä suurempi osa on ollut raittiina, silti suurin osa vastaajista oli käyttänyt alkoholia viimeisen vuoden aikana. Tarkemman kuvan kulutettujen alkoholijuomien laaduista saa seuraavasta taulukosta (8), jossa tarkastellaan kunkin alkoholijuoman kulutusta keskimäärin. Lisäksi viimeisessä sarakkeessa tarkastellaan kulutusta kaiken kaikkiaan.

Taulukko 8. Eri alkoholijuomien käytön yleisyys

	olutta/ siideriä %	viiniä %	väkeviä %	kaikkiaan %
päivittäin	4,5	4,9	4,2	4,7
2-3 kertaa viikossa	9,8	7,3	3,6	14,0
kerran viikossa	12,7	7,8	4,7	12,5
2-3 kertaa kuukaudessa	17,1	17,4	14,3	21,6
muutamana kerran vuodessa/ harvemmin	30,7	38,3	39,2	31,4
en koskaan	25,2	24,3	34,1	15,8
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0

Taulukosta 8 voidaan huomata, että olut ja siideri ovat suosituimpia juomia. Niiden suhteen sukupuoli on merkitsevä ($p=0,006$) miesten käyttäessä juomia naisia useammin. Viiniä puolestaan miehet ja naiset juovat lähes yhtä paljon ($p=0,458$). Päivittäin viiniä juovien kohdalla miesten osuus on lähes kaksinkertainen (7,1 %) naisiin verrattuna (3,8 %). Väkevien alkoholijuomien juomiseen sukupuolella oli erittäin voimakas yhteys ($p<0,001$). Miehet käyttävät väkeviä vähintään kaksi kertaa niin usein kuin naiset, lukuun ottamatta päivittäin juovien osuuksia. Iän suhteen ainoastaan väkevien juomien kohdalla oli tilastollinen merkitsevyys korkea ($p<0,001$). Väkeviä käytetään eniten vanhemmissa ikäryhmissä. Kaikkein eniten väkeviä nautittiin 65–80-vuotiaiden ikäryhmässä 2-3 kertaa viikossa. Koulutuksen suhteen puolestaan ei ollut huomattavissa min-

kään alkoholiuoman suhteen tilastollista merkitsevyyttä ryhmien välillä ($p=0,213$, $p=0,161$, $p=0,827$).

Kaikkiaan vain 4,7 % vastaajista käytti alkoholia päivittäin. Tämä on kuitenkin prosenttien enemmän kuin valtaväestössä (3,7 %). Viikossa 2-3 kertaa alkoholia nauttii 14,0 %, mikä on valtaväestöä vähemmän (18,3 %). Kerran viikossa alkoholia käyttävien osuus on 12,5 %, kun valtaväestössä luku on 16,1 %.

Kaiken kaikkiaan alkoholiuomien nauttimiseen vammaisilla henkilöillä vaikutti melkein tilastollisesti merkitsevästi sukupuoli ($p=0,022$) miesten käyttäessä alkoholia naisia enemmän. Iän yhteys alkoholinkäyttöön oli myös tilastollisesti melkein merkitsevä ($p=0,029$) vanhempien ikäryhmien käyttäessä alkoholia enemmän. Eniten alkoholia käytettiin 65–80-vuotiaiden ikäryhmässä ja vähiten 18–34-vuotiaiden ikäryhmässä. 65–80-vuotiaista 13,3 % nauttii alkoholia päivittäin muiden ikäryhmien osuuksien jäädessä 0–4 %:iin. Koulutusryhmien välillä oli tilastollisesti heikommat erot ($p=0,043$). Alkoholia nautittiin useimmin ylemissä koulutusryhmissä. Siviilisäädyltä oli myös tilastollisesti melkein merkitsevä yhteys alkoholin käytön yleisyyteen ($p=0,014$). Naimisissa tai avoliitossa olevat käyttivät selkeästi eniten alkoholia ja naimattomat käyttivät vähiten. Työssäololla oli kuitenkin tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys alkoholin käyttöön ($p<0,001$). Työelämän ulkopuolella olevista 5,3 % käytti alkoholia päivittäin ja 2-3 kertaa viikossa 14,9 %, kun työelämässä olevista vain 3,4 % käytti alkoholia päivittäin ja 2-3 kertaa viikossa 12,3 %. Kuitenkin niitä, jotka eivät koskaan käyttäneet alkoholia oli työelämän ulkopuolella olevista 19,8 %, kun työelämässä olevilla osuus oli 7,5 %.

On kuitenkin huomattava, että vammaisilla henkilöillä alkoholinkäyttö kaikissa ryhmissä painottuu taulukon kolmeen alimpaan luokkaan eli harvempaan käyttöön. Long-drink juomien käyttöä ei tarkastella, joten voi olla että se osaltaan selittää ristiriitaa vertailtaessa kokonaiskulutusta juomatyyppien kulutukseen.

Alkoholin liikkakäytöstä puolestaan saadaan kuvaa tarkastelemalla seuraavaa taulukkoa (9). Varsinaisen liikkakäytön muodostaa alkoholia ”kuusi annosta tai enemmän” -juominen, sillä juomisen lopettaminen ja syyllisyyden sekä katumuksen tunteet voivat ilmetä kohtuullisenkin juomisen kohdalla. Näillä kahdella

jälkimmäisellä voikin tarkastella sitä, kokevatko henkilöt käyttävänsä alkoholia liikaa.

Taulukko 9. Alkoholin liikakäyttö

	kerralla vähintään 6 annosta alkoholia %	ei pystynyt lopettamaan juomista %	tuntenut syyllisyyttä/ katumusta juomisen jälkeen %
ei koskaan	59,7	94,2	82,4
harvemmin kuin kerran kuukaudessa	24,5	3,8	14,7
kerran kuukaudessa	8,2	1,3	0,7
vähintään kerran viikossa	7,6	0,7	2,3
Yhteensä	100,0	100,0	100,0

Taulukosta 9 käy ilmi, että 7,6 % joi alkoholia vähintään kerran viikossa liikaa (yli kuusi annosta). Kuitenkin syyllisyyttä tai katumusta tuntevien osuus oli vain 2,3 %. Tämä voi kertoa suomalaisen yhteiskunnan alkoholikulttuurista sen, että ihmiset saattavat kokea liikakäytön rajan terveystieteellisiä korkeammaksi. Sukupuoli oli tilastollisesti erittäin merkitsevä tekijä yli kuuden annoksen nauttimiselle ($p < 0,001$) miesten juodessa yli kuusi annosta keskimäärin useammin kuin naiset. Iällä ei ollut tilastollista yhteyttä yli kuuden annoksen nauttimiseen ($p = 0,397$), samoin kuin ei koulutuksella ($p = 0,501$), työssäololla ($p = 0,106$) tai siviilisäädyllekään ($p = 0,419$). Syyllisyyden tai katumuksen tunteeseen ei vaikuttanut sukupuoli ($p = 0,553$), ikä ($p = 0,220$), koulutus ($p = 0,346$), työssäolo ($p = 0,838$), siviilisäätty ($p = 0,487$).

Vain 0,7 % vastanneista kokee viikoittain, ettei pysty lopettamaan alkoholinkäyttöä juomisen alettua. On huomattava, että suurin osa ei juo koskaan alkoholia yli kuutta annosta ja harvemmin kuin kerran kuukaudessa yli kuusi annosta juovien osuus on sekin vain 24,5 %. Koko väestöön verraten vammaiset henkilöt vaikuttavat olevan raittiimpia, sillä vain 36,6 % AVTK:n tutkimukseen osallistuneista ei koskaan juonut alkoholia yli kuutta annosta. Tosin harvemmin kuin kerran kuukaudessa vähintään kuusi annosta juovien osuus on 34,1 %, mikä tasaa

hieman käyttöeroa. Alkoholia yli kuusi annosta vähintään kerran viikossa juovia oli kuitenkin AVTK-vastaajista kaksinkertaisesti (15,1 %) vammaisiin henkilöihin verrattuna. Juomisen lopettamisvaikeuteen ei vaikuttanut sukupuoli ($p=0,487$), ikä ($p=0,317$), koulutus ($p=0,456$), työssäolo ($p=0,820$), tai siviilisäätty ($p=0,929$).

Alkoholin liikkakäytön summamuuttujatarkastelussa kävi ilmi, että liikkakäyttöön vaikutti edelleen sukupuoli ($F=7,557$, $df=1$, $p=0,006$) miesten käyttäessä alkoholia naisia enemmän. Iällä ei tarkasti ottaen ollut yhteyttä ($F=2,296$, $df=4$, $p=0,059$), vaikka keskiarvotarkasteluissa kaksi vanhinta ikäryhmää käyttivät liikaa alkoholia muita ikäryhmiä useammin. Koulutuksella ei puolestaan ollut yhteyttä alkoholin liikkakäyttöön ($F=0,586$, $df=2$, $p=0,557$), samoin kuin ei työssäololla ($F=2,125$, $df=2$, $p=0,121$) tai siviilisäädyllylläkään ($F=0,342$, $df=3$, $p=0,795$).

Tupakkatuotteiden suhteen vammaisissa henkilöissä on keskivertoväestöä enemmän savuttomia.

Taulukko 10. Tupakoinnin yleisyys sukupuolen mukaan

	Vammaiset henkilöt (%)			Valtaväestö (%)		
	naiset	miehet	yhteensä	naiset	miehet	yhteensä
ei lainkaan	81,2	84,0	82,2	77,2	69,9	74,0
satunnaisesti	4,8	6,4	5,3	5,4	6,2	5,8
säännöllisesti	14,0	9,6	12,5	15,7	23,2	19,0
puuttuvia	0,0	0,0	0,0	1,8	0,7	1,3
Yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Kuitenkin sukupuolen suhteen vammaiset henkilöt erosivat valtaväestöstä siten, että vammaiset naiset tupakoivat miehiä enemmän, kun taas valtaväestössä miehet tupakoivat naisia enemmän. Tilastollista merkitsevyyttä ei sukupuolella kuitenkaan ollut ($p=0,339$). Ikäryhmien välillä ei myöskään ollut tilastollisesti merkitseviä eroja ($p=0,131$). Yllättävää oli, ettei koulutusryhmien välillä ollut tilastollisesti merkitseviä eroja ($p=0,277$), vaikka näin voisi olettaa. Kuitenkin matalimmin koulutetuista vastaajista 12,5 % poltti säännöllisesti, kun ylimmän koulutusryhmän vastaajissa luku oli 9,3 %. Eniten (16,9 %) säännöllisesti polttavia on keskimmäiseen koulutusryhmään kuuluvissa. Kuitenkin satunnaisesti poltta-

vien ryhmässä korkeimmin koulutettuja oli selvästi eniten. Työssäololla ei ollut tilastollista merkitsevyyttä ($p=0,593$). Siviilisäätyjen välillä oli tilastollisesti merkitsevä ero ($p=0,006$) siten, että eniten säännöllisesti polttivat lesket ja naimattomat polttivat vähiten.

8.2.2 Ruokatottumukset

Säännöllisen aamupalan nauttimisen on todettu olevan yksi terveyteen vaikuttava osatekijä (Bellock & Breslow, 1972.) AVTK:n tutkimuksessa koko väestössä aamupalan syöjiä oli 84,4 % ja aamupalaa ei nauttinut 15,6 %. Tähän tutkimukseen osallistuneista vammaisista henkilöistä 85,7 % söi säännöllisesti aamupalan ja 14,3 % ei yleensä syönyt aamupalaa, joten ero koko väestöön verraten ei ole suuri. Vammaisväestöllä ero sukupuolten välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevä ($p=0,359$). Iällä ei myöskään ollut tilastollista merkitsevyyttä ($p=0,063$), joskin hieman enemmän kuin sukupuolella. Koulutuserot eivät muodostuneet tilastollisesti merkitseviksi ($p=0,264$), samoin kuin ei työssäolo ($p=0,956$) tai siviilisäätykään ($p=0,144$).

Rasvaisten tuotteiden käytössä vammaiset henkilöt olivat valtaväestön kanssa samoilla linjoilla (taulukko 11). Joidenkin tuotteiden kohdalla, kuten ranskalaisen perunoiden ja pizzan, on huomattavissa, että vammaiset henkilöt käyttävät tuotteita vähemmän. Valtaväestön prosentit olivat kuitenkin hyvin samaa luokkaa, joten eroa ei voi korostaa.

Taulukko 11. Rasvaisten ruokien nauttiminen

Vammaiset henkilöt	ranskalaisia perunoita	rasvaisia juustoja	pizzaa	muita suolaisia leivonnaisia	makeita leivonnaisia	suklaata tai muita makeisia
ei kertaakaan	80,1	34,6	74,7	60,8	22,3	25,1
1-2 päivänä	18,2	26,9	23,6	35,7	50,1	50,0
3-5 päivänä	1,5	20,3	1,4	3,1	22,3	20,0
6-7 päivänä	0,2	18,2	0,2	0,5	5,3	4,8
yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
puuttuvia %	8,0	4,7	7,6	5,8	3,1	3,3
Valtaväestö						
ei kertaakaan	72,7	38,2	68,1	62,8	23,0	22,0
1-2 päivänä	26,0	24,5	30,0	34,4	50,2	53,9
3-5 päivänä	1,2	21,3	1,7	2,5	20,8	19,6
6-7 päivänä	0,2	16,0	0,1	0,3	6,0	4,5
yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0
puuttuvia (n)	202	53	144	140	70	93

Naisten on todettu käyttävän kasviksia miehiä enemmän (Helakorpi ym. 2011, 103–105; Ovaskainen ym. 2002, 21–37). Kasvisten käytön summamuuttujalla eroja tarkastellessa voi huomata, että näin on myös vammaisten henkilöiden keskuudessa, sillä sukupuolella oli suuri tilastollinen merkitsevyys ($F=10,444$, $p=0,001$, keskiarvot 2,9539 ja 2,7101). Vanhemmissa ikäryhmissä on myös todettu syötävän terveellisemmin (esim. Helakorpi ym. 2011). Tilastollisia eroja kasvisten käytössä ei kuitenkaan vammaisten henkilöiden keskuudessa muodostunut ikäryhmien välille ($F=2,318$, $df=4$, $p=0,057$), joskin käyttö lisääntyy aina siirryttäessä vanhempiin ikäryhmiin. Yllättävää oli se, ettei koulutusryhmien välillä ollut tilastollisesti merkitseviä eroja ($F=0,710$, $df=2$, $p=0,492$) eikä eroja

muodostunut myöskään työssäolon ($F=1,429$, $df=1$, $p=0,233$) tai siviilisäädyn perusteella ($F=1,872$, $df=3$, $p=0,134$).

Rasvaisten tuotteiden summamuuttuja-tarkastelussa käy ilmi, ettei rasvaisten tuotteiden käytössä sukupuolten välillä ollut tilastollisesti merkitseviä eroja ($F=1,364$, $p=0,244$), vaikka näin olisi voinut olettaa (vrt. Ovaskainen 2002, 21–37). Myöskään iällä ($F=1,363$, $p=0,247$) tai koulutuksella ($F=0,576$, $p=0,563$) ei ollut tilastollista merkitsevyyttä. Työssäololla oli lievä merkitsevyys, siten että työssäkäyvät käyttivät rasvaisia tuotteita vähemmän ($F=3,034$, $p=0,082$, $mean=1,7692$ ja $1,6946$). Siviilisäätöjen välillä ei ollut tilastollisesti merkitseviä eroja ($F=2,349$, $df=3$, $p=0,072$).

8.2.3 Liikuntatottumukset

Seuraavaksi tarkastellaan työmatkaliikuntaan käytettyä aikaa, vapaa-ajan liikuntaan käytettyä aikaa sekä hengästyttävään tai hikoiluttavaan liikkumiseen käytettyä aikaa (taulukko 12).

Taulukko 12. Liikuntatottumukset

	Vammaiset henkilöt (%)	Valtaväestö (%)
Työmatkaliikunta		
ei työssä/ työ kotona	58,6	22,2
kulkee moottoriajoneuvolla	17,8	38,7
alle 15 min/päivä	5,3	10,9
15–30 min/päivä	10,7	17,6
30–60 min/päivä	6,0	8,5
yli tunnin	1,6	2,1
Vapaa-ajan liikunta		
Vähäistä ruumiillista rasitusta	47,9	27,4
kävelee tai liikkuu muulla tavalla vähintään 4 tuntia viikossa	32,3	47,6
kuntoliikuntaa keskimäärin vähintään 3 tuntia viikossa	18,0	21,7
harjoittelee kilpailumielessä säännöllisesti useita kertoja viikossa	1,8	3,3
Hengästyttävä ja hikoiluttava liikunta		
päivittäin	13,6	11,6
4-6 kertaa viikossa	15,8	21,0
3 kertaa viikossa	19,2	21,5
2 kertaa viikossa	15,4	17,8
kerran viikossa	10,9	11,1
2-3 kertaa kuukaudessa	6,2	9,0
muutaman kerran vuodessa tai harvemmin	4,9	6,3
kokee, ettei voi vamman tai sairauden vuoksi harrastaa liikuntaa	14,0	1,7

Vammaiset henkilöt kuluttivat valtaväestöä vähemmän aikaa työmatkaan kävelen tai pyöräillen. Vähäinen työmatkoilla liikkuminen johtuu osin varmaan siitä, että suurin osa vammaisista henkilöistä ei ollut töissä tai työ oli kotona. Lisäksi myös vapaa-ajalla liikkuminen jäi valtaväestöä vähäisemmäksi. Hengästyttävän ja hikoiluttavan liikunnan suhteen ero oli lähes jokaisen sarakkeen osalta pieni,

mutta silti eroa oli. On huomattava, että huomattavasti suurempi osa vammaisista henkilöistä kuin valtaväestöstä koki, ettei voi vamman tai sairauden vuoksi harrastaa liikuntaa.

Vammaiset henkilöt liikkuvat verrattain vähän. Ero sukupuolten välillä oli melkein tilastollisesti merkitsevä työmatkaliikunnan osalta ($p=0,029$) naisten käyttäessä vähemmän aikaa työmatkaliikuntaan. Koulutusryhmien välillä vallitsi tilastollisesti melkein merkitsevä ero ($p=0,020$). Korkeimmin koulutetut liikkuvat työmatkoillaan eniten, vaikka myös suuri osa kulki työmatkansa moottoriajoneuvolla. Vähiten koulutusta saaneista 73,2 % ei ollut työelämässä tai työ oli kotona, kun vastaava osuus ylimmän koulutusryhmän vastaajilla oli 53,8 %. Keskimmaisessä koulutusryhmässä prosenttiosuudet olivat likipitään kahden muun koulutusryhmän välistä.

Ikä oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p<0,001$) osittain luultavasti siksi, että mukaan kuului yli 65-vuotiaita. Ikäryhmien prosenttiosuuksia yhteen laskiessa yllättävää kuitenkin oli, ettei nuorimmissa ikäryhmissä liikkuminen ollutkaan yleisintä. Eniten työmatkaliikuntaan käytettiin aikaa 45–55-vuotiaiden ikäryhmässä. Ne, yli 65-vuotiaat, jotka olivat vielä töissä, liikkuvat työmatkan muuten kuin moottoriajoneuvolla.

Erot siviilisäättyjen välillä eivät olleet tilastollisesti merkitseviä ($p=0,096$). Erikoista kuitenkin oli, että eronneet käyttivät työmatkaliikuntaan muita vähemmän aikaa. Vastaajaryhmään sisältyi myös eniten niitä, jotka eivät olleet työelämässä tai joiden työ oli kotona. Naimattomat vaikuttavat puolestaan olevan reippaimpia työmatkaliikunnan osalta. Tosin heissä oli myös eniten työmatkan kokonaan moottoriajoneuvolla kulkevia.

Vapaa-ajan liikunnan osalta tilastollisesti merkitsevää eroa ei muodostunut sukupuolen suhteen ($p=0,665$) tai koulutusryhmien välille ($p=0,833$), vaikka prosentuaalisesti korkeimmin koulutetut liikkuvat eniten tarkasteltaessa vähintään kolme kertaa viikossa liikkuvia. Tilastollista eroa ei myöskään ollut työssäolon ($p=0,782$) tai iän perusteella ($p=0,675$). Kuitenkin yli 65-vuotiaat liikkuvat vapaa-ajalla prosentuaalisesti eniten, nuorimmassa ikäryhmässä liikuttiin prosentuaalisesti vähiten tarkasteltaessa vähintään kolme kertaa viikossa liikkuvia.

Eroa ei varsinaisesti syntynyt siviilisäätäjien välille ($p=0,073$). Lesket liikkuvat enemmän kuin muut ryhmät naimattomien liikkeessä vähiten.

Ruumiillista rasitusta ja kuntoliikuntaa miehet harrastavat hieman naisia enemmän. Erolla ei kuitenkaan ollut tilastollista merkitsevyyttä ($p=0,095$). Koulutuksen suhteen tilastollista eroa ei myöskään synny ($p=0,332$), vaikka kuntoliikuntaa korkeimmin koulutetut harrastivatkin melkein kaksi kertaa enemmän kuin alimpaan koulutusryhmään kuuluvat. Työssäololla ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä liikunnan harrastamiseen ($p=0,782$). Iän ($p=0,794$) tai siviilisäädyn ($p=0,769$) perusteella ei myöskään ilmennyt eroja.

Hengästyttävän ja hikoiluttavan liikunnan osalta vammaisten henkilöiden keskuudessa ainoa tilastollisesti merkitsevä ero syntyi työssäolon perusteella ($p=0,006$). Työelämän ulkopuolella olevat harrastivat lähes joka päivä vapaaajan liikuntaa työssä olevia enemmän. Töissä käyvät liikkuvat eniten muutaman kerran viikossa. Työelämän ulkopuolella olevat kokivat kuitenkin huomattavasti työssä olevia enemmän, etteivät voi vamman vuoksi harrastaa liikuntaa.

Vammaisten henkilöiden voi siis todeta kaiken kaikkiaan harrastavan liikuntaa valtaväestöä vähemmän. Painoindeksiä¹² tarkasteltaessa, voidaan huomata, että vammaisista valtaväestöä suurempi osa on myös ylipainoisia (taulukko 13). Vammaisista 60,2 % on ylipainoisia, kun vastaavasti koko väestössä ylipainoisia on vain 49,7 %.

Taulukko 13. Painoindeksi sukupuolittain

BMI	Vammaiset henkilöt (%)			Valtaväestö (%)		
	naiset	miehet	yhteensä	naiset	miehet	yhteensä
14–19,99 (alipaino)	7,6	6,8	7,3	9,6	4,2	7,2
20–24,99 (normaalipaino)	31,6	34,0	32,5	47,2	37,9	43,1
25–29,99 (lievä ylipaino)	29,8	34,7	31,5	27,7	42,2	34,1
30– (merkittävä ylipaino)	30,9	24,5	28,7	15,5	15,7	15,6

¹² BMI=Body Mass Index=paino (kg)/pituus (m)².

Kuten jo taulukosta on nähtävissä, vammaisväestöä tarkastellessa sukupuolella ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä painoindeksiin ($p=0,502$). Koulutuksella ei myöskään ollut tilastollista merkitsevyyttä ($p=0,180$), mutta ristiintaulukoinnista on huomattavissa, että merkittävää ylipainoa oli 13,1 % enemmän alimpaan koulutusryhmään kuuluvilla kuin korkeimmin koulutetuilla. Korkeimmin koulutetuilla esiintyi myös 5,7 % enemmän alipainoa kuin matalimmin koulutetuilla. Ero keskimmaiseen koulutusryhmään oli kuitenkin vieläkin isompi, 7,5 %. Työssäololla ei ollut yhteyttä ylipainoon ($p=0,217$). Iällä sen sijaan oli tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys ($p<0,001$). Alipainoa oli selvästi enemmän alimpaan ikäryhmään kuuluvilla (23,6 %), 35–54-vuotiaiden alipainoisten osuuden jäädessä 5,2–5,6 %:n välille ja 55–80-vuotiaiden alipainoisten jäädessä noin kahteen prosenttiin.

Siviilisäädyllä oli myös lievä merkitsevyys painoindeksin suhteen ($p=0,032$). Ylipainoa oli eniten eronneilla (71,1 %) ja vähiten ylipainoa esiintyi naimattomilla (50 %), joiden keskuudessa esiintyi myös eniten alipainoa (14,2 %).

Siitä, ovatko henkilöt muuttaneet vuoden aikana tottumuksiaan terveellisempään suuntaan, saa kuvan seuraavasta taulukosta (14).

Taulukko 14. Tottumuksiaan muuttaneiden prosenttiosuudet

	vammaiset henkilöt %	valtaväestö %
vähentänyt rasvan määrää	21,2	25,8
muuttanut rasvan laatua	23,8	20,2
lisännyt kasvisten käyttöä	36,3	33,3
vähentänyt sokerin käyttöä	36,3	29,3
vähentänyt suolan käyttöä	13,4	16,7
laihuttanut	26,1	22,7
lisännyt liikuntaa	21,8	30,5
vähentänyt alkoholin käyttöä	11,6	14,8
vähentänyt tupakointia	4,9	-

Suurimmat erot vammaisten henkilöiden ja valtaväestön välillä muodostuvat liikunnan lisäämisen suhteen. Voi huomata, että vammaiset henkilöt eivät olleet lisänneet liikuntaa yhtä usein kuin valtaväestö, mikä on yhteneväistä vammaisten henkilöiden vähäisen liikkumisen kanssa. Positiivista on tietenkin, että 21,8

% oli lisännyt liikuntaa. Alkoholista vammaiset henkilöt käyttivät maltillisesti, joten valtaväestöä pienempi prosenttiosuus on selitettävissä sillä, että vähästä ei tarvitse vähentää. Vammaiset henkilöt olivat edistäneet tottumuksiaan parempaan suuntaan, enemmän kuin valtaväestö, rasvan laadun, kasvisten ja sokerin käytön sekä laihtumisen suhteen. Ainoastaan suolan käytön ja rasvan määrän suhteen valtaväestössä oli tehty muutaman prosentin verran enemmän muutosta parempaan suuntaan.

8.3 KOETTU HYVINVOINTI

Koetun hyvinvoinnin osalta tarkastellaan ensin terveyden kokemusta. Tämän jälkeen käsitellään henkistä hyvinvointia ja sen yhteyttä terveyden kokemukseen ja ihmissuhteisiin. Lopuksi tarkastellaan ihmissuhteita yksinäisyyden kokemusten kautta ja sen yhteyttä terveyden kokemukseen ja henkiseen hyvinvointiin.

8.3.1 Terveyden kokemus

Tässä luvussa tarkastellaan sitä, miten vammaiset henkilöt kokevat terveydentilansa yleisesti ja millaisia vaivoja heillä on ja kuinka paljon lääkkeitä he käyttävät vaivoihinsa. Lisäksi tarkastellaan sitä, mihin vaivoihin koetulla terveydentilalla on yhteys ja mikä yhteys on lääkkeiden käyttöön. Tässä kohtaa tarkastellaan hieman myös henkiseen hyvinvointiin liittyviä vaivoja, sillä uupumuksen tunteen ja masentuneisuuden sekä muiden mielenterveysongelmien yleisyyden voidaan katsoa kuuluvan myös terveyden piiriin. Luvussa 8.3.2 tarkastellaan tarkemmin henkiseen hyvinvointiin liittyvien tuntemusten yleisyyttä.

Vammaiset henkilöt kokivat terveytensä valtaväestöä huonommaksi (taulukko 15). Melko huonoksi tai huonoksi terveytensä kokevien osuus oli vammaisväestössä liki kolminkertainen valtaväestöön verrattuna.

Taulukko 15. Koettu terveydentila sukupuolen mukaan

	vammaiset henkilöt			valtaväestö		
	naiset	miehet	yhteensä	naiset	miehet	yhteensä
hyvä	22,5	21,8	22,3	34,1	31,9	33,1
melko hyvä	28,0	25,6	27,2	35,6	34,0	34,9
keskitasoinen	30,4	30,8	30,5	23,0	25,6	24,1
melko huono	16,0	17,9	16,7	6,4	7,3	6,8
huono	3,1	3,8	3,3	0,9	1,3	1,1
yhteensä	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0	100,0

Voisi luulla, että iällä olisi ollut selvä tilastollisesti merkitsevä yhteys, mutta näin ei ollut ($p=0,061$) vanhimman ikäryhmän raportoidessa vain jonkin verran heikompa koettua terveyttä. Sukupuolella ei myöskään ollut yhteyttä ($p=0,958$).

Koetulla terveydellä on todettu olevan yhteys enemmän henkilön koulutuksen kuin tulojen kanssa (Laaksonen, Rahkonen, Martikainen & Lahelma 2005). Tässä tutkimuksessa tilastollista merkitsevyyttä koulutusryhmien välillä ei kuitenkaan ollut ($p=0,214$). Ristiintaulukoinnista käy silti ilmi lievä ero alimman ja ylimmän koulutusryhmän välillä erityisesti hyvän terveyden ja melko huonon sekä huonon terveyden välillä siten, että korkeammin koulutetut kokevat terveytensä paremmaksi.

Lisäksi pitkäaikaistyöttömyyden on todettu aiheuttavan koetun terveyden huononemista (Böckerman & Ilmakunnas 2009). Tässä tutkimuksessa ei kysytty erikseen työttömien ja pitkäaikaistyöttömien tilannetta, vaan tarkastelu kohdistui työssä oleviin ja työelämän ulkopuolella oleviin. Tarkastelussa kävi kuitenkin ilmi, että ero ryhmien välillä oli tilastollisesti erittäin merkitsevä siten, että työssä olevien koettu terveys oli odotetusti selvästi parempi kuin ei-työssä olevien ($p<0,001$).

Vaivoja vammaiset henkilöt kokevat valtaväestöä vähemmän (taulukko 16). Osuudet ovat huomattavasti pienemmät erityisesti päänsäryn ja masentuneisuuden kohdalla. Voi tosin olla, että hankalia kipuja ylipäätään koetaan enem-

män¹³. Vammaiset miehet kokevat lisäksi unettomuutta valtaväestön miehiä vähemmän.

Taulukko 16. Viimeksi kuluneen kuukauden aikana olleet vaivat

	vammasiset henkilöt		valtaväestö	
	naiset	miehet	naiset	miehet
päänsärkyä	26,1	7,8	52,8	31,0
hankalia kipuja ylipäätään	30,0	14,5	-	-
unettomuutta	24,1	12,2	25,2	20,4
uupumuksen tunnetta	33,9	12,9	-	-
jännitystä/stressiä/ kovan paineen alaisuus	81,9	71,8	83,2	76,1
masentuneisuutta	14,7	8,2	25,2	20,4
muita mielen terveys ongelmia	3,8	0,9	2,3	1,5

Vammaiset naiset raportoivat vaivoja ja psyykkisiä oireita useammin kuin miehet, joten tulos on yhteneväinen aiemman sukupuolieroja osoittavan tutkimustiedon kanssa (ks. Riska 2011, 65; Lahelma, Martikainen, Rahkonen & Silvenoinen 1999; Riska 2003; O'Brien, Hart & Hunt 2007; Lahelma ym. 1999; Rieker & Bird 2000, 102.)

Lääkkeiden käyttöä tarkasteltiin niiden lääkkeiden osalta, joilla vaivoja voitaisiin lääkittää: päänsärky- ja muut särkylääkkeet, rauhoittavat lääkkeet, unilääkkeet ja masennuslääkkeet (taulukko 17).

Taulukko 17. Viimeksi kuluneen viikon aikana käytetyt lääkkeet

	Vammaiset henkilöt		Valtaväestö	
	naiset %	miehet %	naiset %	miehet %
päänsärkylääkkeitä	31,1	10,3	42,2	25,1
muita särkylääkkeitä	40,6	36,5	19,8	17,5
rauhottavia lääkkeitä	8,2	7,1	2,5	2,5
verenpainelääkkeitä	23,2	37,8	14,9	15,9
unilääkkeitä	14,7	11,5	4,0	5,7
masennuslääkkeitä	15,0	9,6	6,1	3,2

¹³ Valtaväestön tarkastelussa (Helakorpi ym. 2011) kipualueita oli kutakin tarkasteltu erikseen, joten niitä ei taulukossa mainita.

Särkylääkkeiden osalta on erikoista, että vammaiset henkilöt söivät särkylääkkeitä enemmän kuin henkilöt prosentuaalisesti kokivat särkyä. On huomattava, että vammaiset henkilöt käyttivät muita särkylääkkeitä kaksinkertaisesti valtaväestöön nähden. Verenpainelääkkeitä vammaiset henkilöt käyttivät huomattavasti valtaväestöä enemmän ja miehet huomattavasti naisia enemmän. Lisäksi miehet hoitavat unettomuuttaan lääkkeillä naisia enemmän.

Tarkastellaan vielä koetun terveyden ja vaivojen välisiä yhteyksiä. Voidaan huomata, että koetun terveyden ja vaivojen välillä on selvä yhteys (taulukko 18). Yhteys oli erittäin merkitsevä hankalien kipujen, unettomuuden, uupumuksen tunteen ja masentuneisuuden kohdalla. Mitä huonompi oli koettu terveys, sen yleisempää oli vaivojen kokeminen. Koetulla terveydellä ja lääkkeiden käytöllä oli myös selvä yhteys toisiinsa, lukuun ottamatta päänsärkylääkkeitä.

Taulukko 18. Koetun terveyden ja vaivojen sekä lääkkeiden väliset yhteydet

vaivat	χ^2	df	p
päänsärky	12,638	4	0,013
hankalat kivut	102,186	4	<0,001
unettomuus	33,929	4	<0,001
uupumuksen tunne	85,421	4	<0,001
masentuneisuus	34,895	4	<0,001
muut mielenterveysongelmat	17,279	4	0,002
lääkkeet			
verenpainelääkkeet	29,899	4	<0,001
päänsärkylääkkeet	2,000	4	0,736
muut särkylääkkeet	62,378	4	<0,001
rauhottavat lääkkeet	43,008	4	<0,001
unilääkkeet	34,895	4	0,001
masennuslääkkeet	17,279	4	0,001

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Vammaiset henkilöt raportoivat unettomuutta lähes yhtä paljon kuin valtaväestö, mutta vammaiset henkilöt käyttivät unilääkkeitä valtaväestöä enemmän. Rauhottavia lääkkeitä ja masennuslääkkeitä käytettiin puolestaan molempien sukupuolten osalta noin kolminkertaisesti valtaväestöön nähden. Tämä on erikoista,

sillä valtaväestössä raportoitiin enemmän masennusta. Saavatko vammaiset henkilöt toisin sanoen helpommin masennuslääkkeitä vai hakeutuvatko vammaiset henkilöt lääkäriin masennuksen vuoksi helpommin? Seuraavaksi tarkastellaan henkistä hyvinvointia tarkemmin.

8.3.2 Henkinen hyvinvointi

Tarkasteltaessa henkistä hyvinvointia voidaan huomata, että vammaiset henkilöt voivat huonommin kuin valtaväestö. Erot eivät kuitenkaan kaikissa suhteissa ole huomattavia. Valtaväestön luvut olivat AVTK:n 2009 tutkimuksesta (Helakorpi, Satu & Laitalainen, Elina & Uutela, Antti, 2010).

Alla olevasta taulukosta (19) käy ilmi, että elämäntilanteensa koki sietämättömäksi huomattavan paljon suurempi osa vammaisista henkilöistä kuin koko väestöstä. Muuten luvut ovat lähellä valtaväestön lukuja vammaisväestön osoittaessa elämäntilanteensa olevan stressaavampi.

Taulukko 19. Jännityksen, stressaantuneisuuden tai kovan paineen alaisuuden kokeminen viimeksi kuluneen kuukauden aikana

Jännittyneisyyden, stressin tai kovan paineen alaisuuden tunteminen	Vammaiset henkilöt		Valtaväestö	
	naiset %	miehet %	naiset %	miehet %
elämäntilanne miltei sietämätön	8,9	5,1	2,9	2,4
melkoisesti enemmän kuin ihmiset yleensä	22,5	16,0	18,8	15,0
jonkin verran, muttei enemmän kuin ihmiset yleensä	50,5	50,6	60,8	57,2
ei ollenkaan	18,1	28,2	17,5	25,4

Vammaisten henkilöiden kohdalla sukupuolella oli lievä tilastollinen merkittävyys ($p=0,032$) naisten kokiessa jännitystä, stressiä tai kovaa paineenalaisuutta miehiä enemmän. Erikoista aiemman tutkimuksen (esim. Martikainen & Mäki 2011, 97; Virtanen ym. 2003) perusteella on se, että työssäololla oli vain tilastollisesti lievä merkittävyys kyseisen tunnetilan yleisyyteen ($p=0,042$) siten, että työelämän ulkopuolella olevilla tunnetila oli hieman yleisempi. Koulutuksen suh-

teen ei myöskään ollut kuin lievä merkitsevyys ($p=0,045$) siten, että koulutustason noustessa vaikuttaa siltä, että myös jännityksen, stressin ja kovan paineen alaisuuden kokemukset lisääntyivät. Erityisen iso ero koulutusryhmien välillä oli niiden vastaajien kohdalla, jotka eivät tunne kyseisiä tunteita lainkaan, sillä alimmassa koulutusryhmässä vastaajia oli kaksinkertaisesti verrattuna ylimpään koulutusryhmään.

Siviilisäätyjen välillä ei ollut kuin lievä tilastollisesti merkitsevä ero ($p=0,021$) eronneiden kokiessa jännityksen, stressin tai kovan paineen alaisuuden tunteita eniten. Yksinäisyydellä oli tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys kyseisten tunteiden kokemiseen ($p=0,000$) siten, että yksinäiseksi itsensä kokevat kokivat näitä tunteita eniten. Ikäryhmien välillä oli vain lieviä tilastollisesti merkitseviä eroja ($p=0,011$). Kahdessa vanhimmassa ikäryhmässä jännityksen, stressin tai kovan paineen alaisuutta koetaan nuorempia, erityisesti kahta alimpaa ikäryhmää, selvästi vähemmän. Koetulla terveydellä on tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys jännityksen, stressin tai kovan paineen alaisuuden tunteiden kokemiseen ($p=0,000$) siten, että terveytensä huonoksi kokevat tuntevat kyseisiä tunteita huomattavasti enemmän kuin terveytensä hyväksi kokevat.

Hermostuneisuuden suhteen vammaiset henkilöt erosivat valtaväestöstä vain hieman. Koko ajan itsensä hermostuneeksi tuntevien osuudet olivat huomattavasti valtaväestöä korkeammat. Kuitenkin suurimman ja huomattavan osan aikaa hermostuneiden osuudet olivat valtaväestössä suuremmat, mikä tasaa eroa. Jonkin ja vähän aikaa hermostuneiden osuudet tasaavat eroja ollen yhteenlaskettuina lähes yhtä suuret ryhmien välillä.

Taulukko 20. Hermostuneisuuden kokeminen viimeisen kuukauden aikana

ollut hermostunut	Vammaiset henkilöt		Valtaväestö	
	naiset %	miehet %	naiset %	miehet %
koko ajan	3,4	4,5	0,3	0,6
suurimman osan ajasta	1,0	2,6	2,9	2,0
huomattavan osan ajasta	6,1	7,1	6,7	5,1
jonkin verran	25,3	21,2	20,5	15,9
vähän aikaa	37,2	31,4	42,7	44,7
ei lainkaan	27,0	33,3	26,9	31,6

Tilastollisesti merkitsevää eroa vammaisryhmän sisällä ei syntynyt sukupuolen ($p=0,404$), koulutusryhmien ($p=0,193$) tai työssäolon ($p=0,213$) perusteella. Eroa ei myöskään syntynyt siviilisäädyn perusteella ($p=0,420$), vaikka yksinäisyydellä oli tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys hermostuneisuuden kokemiseen ($p<0,000$). Ikäryhmien välillä puolestaan oli kohtalaisesti tilastollista eroa ($p=0,004$) siten, että nuorimmissa ikäryhmissä oli enemmän hermostuneita. Kuitenkin koko ajan hermostuneiden osuus oli vanhimmassa ikäryhmässä liki kolminkertainen nuorimpaan ikäryhmään nähden. Koetulla terveydellä olikin tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys hermostuneisuuden kokemiseen ($p=0,000$).

Mielialan mataluutta koko ajan kokevia oli vammaisväestössä valtaväestöä enemmän. Prosenttiosuudet tasaantuvat muuten keskenään ryhmien välillä muodostaen vain pieniä eroja.

Taulukko 21. Viimeisen kuukauden aikana mielialan mataluus niin, ettei mikään ole voinut piristää

mieliala niin matala, ettei mikään ole piristänyt	Vammaiset henkilöt		Valtaväestö	
	naiset %	miehet %	naiset %	miehet %
koko ajan	3,8	5,1	0,5	0,3
suurimman osan ajasta	1,0	0,6	1,9	1,6
huomattavan osan ajasta	4,4	7,7	3,9	3,3
jonkin aikaa	12,3	11,5	11,4	7,7
vähän aikaa	28,7	22,4	27,1	23,6
ei lainkaan	49,8	52,6	55,1	63,5

Vammaisryhmän sisällä ei jälleen synny merkitseviä eroja sukupuolen ($p=0,514$) tai työssäolon perusteella ($p=0,693$). Tilastollisesti merkitseviä eroja ei myöskään muodostunut siviilisäätäjien välille ($p=0,785$). Kuitenkin lesket osoittivat kokevansa mielialan mataluutta sekä eniten että vähiten. Mielialan mataluudella oli tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys yksinäisyyteen ($p<0,000$).

Koulutusryhmien välillä sen sijaan oli selvä tilastollinen ero ($p<0,001$) alimman ja keskitason koulutusryhmään kuuluvien tuntiessa mielialan mataluutta selvästi korkeimmin koulutettuja useammin. Ikäryhmien välille muodostui vain lievä ero ($p=0,050$) siten, että kahteen nuorimpaan ikäryhmään kuuluvat kokivat mielialan mataluutta selvästi kahteen vanhimpaan ikäryhmään kuuluvia useammin. Ter-

veydellä oli tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys mielialan mataluuteen ($p < 0,000$) siten, että terveytensä huonoksi kokevat kokivat myös usein mielialan mataluutta.

Alakuloisuutta ja apeutta puolestaan tunnettiin sekä vammaisväestössä että valtaväestössä useammin kuin edellistä mielialan mataluutta (taulukko 22). Tämä voi johtua siitä, että alakuloisuus ja apeus ovat kysymyksenä edellistä lievempi ilmaus, sillä apeuden ja alakuloisuuden kysymys ei sisällä lisäystä ”ettei mikään ole voinut piristää”. Vammaiset miehet kokivat myös näitä tunteita valtaväestön miehiä useammin. Naisten kohdalla erot olivat olemattomia, lukuun ottamatta koko ajan tuntevien osuuksia.

Taulukko 22. Alakuloisuuden ja apeuden tuntemusten yleisyys viimeisen kuukauden aikana

tuntenut itsensä alakuloiseksi ja apeaksi	Vammaiset henkilöt		Valtaväestö	
	naiset %	miehet %	naiset %	miehet %
koko ajan	3,1	5,1	1,3	0,6
suurimman osan ajasta	2,7	1,9	2,9	2,2
huomattavan osan ajasta	5,8	3,8	5,9	4,7
jonkin aikaa	19,8	21,2	19,2	13,0
vähän aikaa	45,1	37,8	45,9	41,1
ei lainkaan	23,5	30,1	24,9	38,4

Tilastollisesti merkitsevää eroa koulutusryhmien välille ei muodostunut ($p=0,200$) ja eroa syntyi vielä vähemmän työssäolon perusteella ($p=0,832$). Siivillisäätyjen väliset erot eivät olleet tilastollisesti merkitseviä ($p=0,504$). Kuitenkin verratessa naimisissa tai avoliitossa olevia muihin, voi huomata heidän kärsivän alakuloisuudesta ja apeudesta muita harvemmin. Leskien osalta oli erikoista huomata, että he joko kokivat koko ajan itsensä alakuloisiksi ja apeiksi tai sitten eivät lähes lainkaan. Yksinäisyydellä oli tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys alakuloisuuden ja apeuden tunteen kokemiseen ($p=0,000$).

Alakuloisuudella ja apeudella oli lisäksi yhteys koettuun terveyteen ja ikään. Yhteys koettuun terveyteen oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p < 0,000$) siten, että alakuloa ja apeutta kokeneet kokivat myös terveytensä huonommaksi. Iällä oli puolestaan tilastollisesti merkitsevä yhteys eroihin alakulon ja apeuden kokemisessa ($p=0,003$) siten, että nuorimmissa ikäryhmissä koettiin useammin apeuden ja alakuloisuuden tunnetta. Voisi ajatella, että nuoruuteen kuuluu tietty

epävarmuus ja rauhattomuus, mikä selittäisi eron. Tarkastellaankin seuraavaksi tyyneyden ja rauhallisuuden tunteen yleisyyttä (taulukko 23).

Taulukko 23. Itsensä tyyneksi ja rauhalliseksi tuntemisen yleisyys viimeisen kuukauden aikana

tuntenut itsensä tyyneksi ja rauhalliseksi	Vammaiset henkilöt		Valtaväestö	
	naiset %	miehet %	naiset %	miehet %
koko ajan	11,6	19,9	4,1	7,5
suurimman osan ajasta	37,5	42,9	38,0	46,5
huomattavan osan ajasta	29,7	21,2	34,1	27,0
jonkin aikaa	12,6	9,6	13,7	9,9
vähän aikaa	6,8	5,1	8,5	7,0
ei lainkaan	1,7	1,3	1,6	2,2

Vammaiset henkilöt kokivat molempien sukupuolten osalta itsensä tyyneksi ja rauhalliseksi ”koko ajan”-luokassa huomattavasti valtaväestöä useammin. Muuten erot eivät ole suuria ja yhteistä on se, että sukupuolten väliset erot noudattelevat samankaltaista vaihtelua.

Vammaisväestöllä erot sukupuolten välillä eivät olleet tilastollisesti merkitseviä ($p=0,083$). Tyyneyden ja rauhallisuuden kokemukset vaihtelivat kuitenkin ikäryhmien mukaan hieman ($p=0,028$). Kun edellisessä tarkastelussa kävi ilmi nuorimman ikäryhmän kokevan useimmin apeuden ja alakuloisuuden tunteita, oli tyyneyttä ja rauhallisuutta tarkasteltaessa huomattavissa, että nuorimmassa ikäryhmässä koettiin harvimminkin tyyneyden ja rauhallisuuden tunnetta. Erityisesti ääritunteiden välillä (koko ajan/ ei lainkaan) välillä erot olivat selviä.

Tilastollisesti merkitsevää eroa ei puolestaan syntynyt työssäolon ($p=0,449$), koulutuksen ($p=0,080$) tai siviilisäädyn perusteella ($p=0,061$). Eniten eroa syntyi leskien ja asumuserossa tai eronneiden suhteen. Lesket kokevat useimmin olevansa tyyneitä ja rauhallisia, kun taas eronneet kokevat näin harvimminkin. Tyyneyden ja rauhallisuuden tunteen kokemisella oli tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys yksinäisyyteen ($p=0,000$) siten, että vähiten tyyneyttä ja rauhallisuutta kokivat itsensä yksinäiseksi kokevat. Tyyneyden ja rauhallisuuden tunteella oli tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys myös koettuun terveyteen ($p<0,000$). Tyyneiden ja rauhallisten vastaajien osuus kasvoi terveyden hyväksi kokemisen myötä.

Tarkasteltaessa onnellisuuden kokemista voidaan huomata, että erot vammais- ja valtaväestön välillä ovat pieniä (taulukko 24). Koko ajan onnelliseksi tuntevia oli vammaisryhmässä vain hieman enemmän, vaikka erot tasaantuvat kategorioiden välillä.

Taulukko 24. Onnellisuuden kokeminen viimeisen kuukauden aikana

tuntenut itsensä onnelliseksi	Vammaiset henkilöt		Valtaväestö	
	naiset %	miehet %	naiset %	miehet %
koko ajan	10,2	10,9	7,5	9,6
suurimman osan ajasta	35,2	35,3	42,0	40,2
huomattavan osan ajasta	25,6	26,9	23,7	25,6
jonkin aikaa	19,8	13,5	14,6	13,4
vähän aikaa	7,5	9,0	10,2	7,8
ei lainkaan	1,7	4,5	2,1	3,5

Tarkasteltaessa vammaisväestöä voidaan todeta, että sukupuolella ei ollut tilastollista merkitsevyyttä ($p=0,342$) eikä myöskään iällä ($p=0,806$) tai koulutuksella ($p=0,418$). Siviilisäätyjen väliset erot olivat pieniä ($p=0,219$). Onnellisuuden kokemiseen vaikuttaa vain hieman enemmän, vaikkei tilastollisesti merkitsevästi, se, että henkilö käy töissä ($p=0,087$).

Mikä muu kuin työssäkäynti siis vaikuttaa onnellisuuden kokemiseen vammaisilla henkilöillä? Ainakaan erot eivät synny perinteisiä taustamuuttujia käyttäen. Onnellisuuteen oli yhteydessä tilastollisesti erittäin merkitsevästi terveyden kokeminen ($p<0,000$). Mitä paremmaksi vastaajat kokivat terveydentilansa, sitä onnellisempia he myös olivat. Onnellisuuden kokemiseen oli tilastollisesti erittäin merkitsevästi yhteydessä myös yksinäisyyden kokeminen ($p<0,001$). Vastaajat, jotka olivat onnellisia, kokivat itsensä vähiten yksinäiseksi. Myös seksuaalisuuden iloa tuottava vaikutus oli yhteydessä onnellisuuteen tilastollisesti erittäin merkitsevästi ($p<0,001$). Ne henkilöt, jotka kokevat seksuaalisuuden tuovan paljon iloa ja tyydytystä elämäänsä kokivat itsensä myös huomattavasti onnellisemmiksi kuin ne henkilöt, joiden elämäänsä seksuaalisuus ei tuonut lainkaan iloa ja tyydytystä. Nämä tulokset johdattelevat tarkastelemaan ihmissuhteita ja yksinäisyyden kokemista seuraavaksi.

8.3.3 Ihmissuhteet: yksinäisyyden kokeminen ja syy

Ihmissuhteita tarkastellaan tässä yhteydessä yksinäisyyden kokemisen ja sitä aiheuttavan syyn kautta. Naisista 59,0 % ja miehistä 63,5 % eivät kokeneet itseään yksinäisiksi. Erittäin yksinäisiksi itsenä koki 6,8 % naisista miesten osuuden ollen vain puolet tästä, 3,2 %. Jonkin verran yksinäisyyttä kokevien määrässä ei ollut juurikaan eroa sukupuolten välillä (34,1 % ja 33,3 %). Sukupuolten välillä ei ollut kuitenkaan tilastollisesti merkitsevää eroa ($p=0,254$).

Erot siviilisäättyjen välillä olivat kuitenkin erittäin merkitseviä ($p<0,000$). Naimisissa tai avoliitossa olevat kokivat itsensä vähiten yksinäisiksi, kun naimattomat ja lesket kokivat yksinäisyyttä eniten. Kuitenkin lähes puolet naimattomista (46,6 %) ja eronneista (46,2 %) eivät kokeneet yksinäisyyttä. Leskien kohdalla 50,0 % vastaajista ei kokenut yksinäisyyttä, naimisissa tai avoliitossa olevien osuuden ollessa 70,3 %.

Ero koulutusryhmien välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevä ($p=0,621$). Kuitenkin työssäololla oli lievä merkitsevyys ($p=0,012$) siten, että työssä olevat kokivat vähemmän yksinäisyyttä. Tilastollisesti erittäin merkitsevä ero muodostui ikäryhmien välille ($p<0,001$). Nuorimman ikäryhmän vastaajat kokivat selvästi eniten yksinäisyyttä.

Suurimmaksi syyksi yksinäisyyteen vastaajat kokivat sen, että yhteiskunta oli heidät syrjäyttänyt (50,3 %). Vastaajista 23,8 % puolestaan ilmoitti, että koki yksinäisyyttä, koska oli itse halunnut vetäytyä. Parisuhteen puuttumisen vuoksi yksinäisyyttä koki vain 12,2 % vastaajista. Ystävyys-suhteiden riittämättömyys oli parisuhdettakin isompi syy yksinäisyyteen, sillä sen ilmoitti yksinäisyyden syyksi 13,6 % vastaajista.

Yksinäisyyden kokemusta ilmeni enemmän niiden kohdalla, jotka kokivat myös terveydentilansa huonoksi. Yksinäisyyden kokemisella oli myös tilastollisesti merkitsevä yhteys päänsäryn, unettomuuden, uupumuksen tunteen, masentuneisuuden, muiden mielenterveysongelmien kanssa. Myös lääkkeiden käyttöön yksinäisyydellä oli tilastollisesti merkitsevä yhteys masennuslääkkeiden käytön

ja rauhoittavien lääkkeiden käytön osalta ja melkein merkitsevä yhteys päänsärkylääkkeiden kanssa.

Taulukko 25. Yksinäisyyden kokemuksen yhteys vaivoihin ja lääkkeisiin

Vaivat	χ^2	df	p
koettu terveydentila	23,518	8	0,003
päänsärky	15,688	2	<0,001
unettomuus	19,161	2	<0,001
uupumuksen tunne	33,869	2	<0,001
masentuneisuus	58,153	2	<0,001
muut mielenterveysongelmat	32,261	2	<0,001
lääkkeet			
päänsärkylääkkeet	7,279	2	0,026
rauhoittavat lääkkeet	10,640	2	0,005
masennuslääkkeet	13,601	2	<0,001

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Yksinäisyyden kokemisella oli tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys muiden negatiivisten tunteiden kokemiselle ($F=39,676$, $df=2$, $p<0,001$). Itsensä erittäin yksinäiseksi kokevat kokivat myös negatiivisia tunteita selvästi eniten. Vastaa- vasti yksinäisyyden ja positiivisten tunteiden välinen yhteys oli tilastollisesti erit- täin merkitsevä ($F=66,820$, $df=2$, $p<0,001$) siten, että positiivisia tunteita kokivat huomattavasti vähemmän ne vastaajat, jotka kokivat itsensä erittäin yksinäisik- si.

8.4 TERVEYSKÄYTTÄYTYMISEN JA HYVINVOINNIN VÄLINEN YHTEYS

Tässä luvussa tarkastelen terveyskäyttäjymisen yhteyttä henkiseen hyvinvoin- tiin. Terveyskäyttäjymistä ei voida tässä yhteydessä pitää hyvinvoinnin syynä yhtään enempää kuin hyvinvointia voidaan pitää syynä tietynlaiselle terveys- käyttäjymiselle. Tässä luvussa selvitetään onko alkoholin kokonaiskulutuksen lisääntymisellä tai liikakäytöllä, tupakoinnilla tai liikunta- ja ruokatottumuksilla

yhteys koettuun terveyteen, negatiivisten ja positiivisten tunteiden kokemiseen tai ihmissuhteisiin.

8.4.1 Alkoholin käyttö ja tupakointi

Koetulla terveydellä oli vain hieman yhteyttä alkoholinkäytön yleisyyteen ($p=0,035$). Ne, jotka kokivat terveytensä erittäin huonoksi, eivät käyttäneet alkoholia lähes lainkaan. Ne, jotka kokivat terveydentilansa keskitasoisiksi, käyttivät alkoholia useimmin. Kuitenkin päivittäin alkoholia käyttävistä 57,2 % koki terveydentilansa melko hyväksi tai hyväksi. Koetulla terveydellä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä yli kuuden annoksen nauttimiseen kerralla ($p=0,682$).

Alkoholinkäyttö lisääntyi jonkin verran koettujen negatiivisten tunteiden määrän lisääntymisen myötä ($p=0,031$). Erityisesti vähintään kerran viikossa liikaa käyttäneillä negatiivisia tunteita oli huomattavasti enemmän. Erikoista on se, että noin kerran kuussa alkoholia liikaa nauttineilla negatiivisia tunteita oli selvästi muita nauttijaryhmiä vähemmän. Toisin sanoen raittiimmat tavat eivät välttämättä ole yhteydessä negatiivisten tunteiden määrän kanssa.

Tunteiden yhteys alkoholin liikakäyttöön vahvistui, kun tarkasteltiin positiivisten tunteiden määrän yhteyttä liikakäyttöön ($p=0,003$). Ne vastaajat, jotka käyttivät alkoholia liikaa vähintään kerran viikossa, kokivat positiivisia tunteita korkeintaan jonkin aikaa kuukaudesta, kun taas muissa vastaajaryhmissä löytyi tunteiden osalta molempia ääripäitä. Muiden ryhmien hajontojen välillä ei siis ollut tilastollisesti merkitseviä eroja.

Alkoholinkäytön yleisyydellä ja yksinäisyydellä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ($p=0,132$). Alkoholin käytön yleisyydellä oli kuitenkin lievästi tilastollisesti merkitsevä yhteys yksinäisyyden syiden kanssa ($p=0,028$). Päivittäin alkoholia nauttivista 66,7 % ilmoitti yksinäisyyden syyksi sen, että yhteiskunta oli heidät syrjäyttänyt. Vastaava osuus oli 42,9 % niiden vastaajien joukossa, jotka joivat alkoholia 2-3 kertaa viikossa.

Yli kuuden annoksen juomisella ja yksinäisyydellä ei puolestaan ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ($p=0,323$). Tarkasteltaessa yli kuuden alkoholiannoksen juomista ja yksinäisyyden syytä, oli tilastollinen merkitsevyys lievä ($p=0,017$). Niistä, jotka päivittäin juovat alkoholia yli kuusi annosta kokevat itsensä yhteiskunnasta syrjäytyneiksi joko yhteiskunnan syrjäyttämistä tai ovat itse halunneet vetäytyä.

Tupakoinnilla ja koetulla terveydellä ei ollut tilastollista yhteyttä ($p=0,916$). Tupakoinnin osalta kuitenkin yhteys negatiivisten tunteiden määrään oli tilastollisen merkitsevyyden osalta lievä ($F=3,332$, $df=2$, $p=0,037$). Säännöllisesti polttavilla negatiivisia tunteita ilmeni tupakoimattomia enemmän. Positiivisiin tunteisiin tupakoinnilla ei ollut yhteyttä ($F=1,103$, $df=2$, $p=0,333$).

Tupakoinnilla ei ollut yhteyttä yksinäisyyden kokemiseen ($p=0,224$). Kuitenkin tarkasteltaessa yhteyttä tupakoinnin ja yksinäisyyden syiden välillä, merkitsevyys kasvoi ($p=0,046$). Ne, jotka polttivat säännöllisesti ja kokivat yksinäisyyttä, kokivat, että yhteiskunta oli heidät syrjäyttänyt (37,5 %) tai he olivat itse halunneet vetäytyä (39,3 %).

8.4.2 Ruokatottumukset

Säännöllisen aamupalan nauttimisella ja koetulla terveydellä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ($p=0,574$). Säännöllisen aamupalan nauttimisella oli kuitenkin erittäin merkitsevä yhteys negatiivisiin tunteisiin ($F=10,438$, $df=1$, $p=0,001$). Ne, jotka söivät säännöllisesti aamupalaa, kokivat negatiivisia tunteita muita vähemmän. Positiivisilla tunteilla ja aamupalan nauttimisella ei puolestaan ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ($F=1,552$, $df=1$, $p=0,214$).

Säännöllisen aamupalan nauttimisella oli vain lievä merkitsevyys yksinäisyyden kokemiselle ($p=0,026$). Yksinäisyyden syyhyn sillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ($p=0,352$).

Rasvaisten ruokien syönnillä ei ollut tilastollista yhteyttä koettuun terveyteen ($F=1,497$, $df=4$, $p=0,203$). Yhteyttä ei myöskään ollut kasvisten syönnin suhteen ($F=1,290$, $df=4$, $p=0,273$). Rasvaisten ruokien syönnillä ei ollut myöskään tilastollisesti merkitsevää yhteyttä negatiivisten ($F=0,177$, $df=2$, $p=0,838$,) tai positiivisten tunteiden määrään ($F=0,012$, $df=2$, $p=0,988$).

Kasvisten syönnillä oli kuitenkin tilastollisesti melkein merkitsevä yhteys negatiivisten tunteiden määrään ($F=3,759$, $df=3$, $p=0,011$). Negatiivisten tunteiden kokeminen laski mitä useammin kasviksia syötiin. Tilastollinen merkitsevyys koski niitä vastaajia, jotka eivät koskaan käyttäneet kasviksia ja niitä vastaajia, jotka käyttivät kasviksia vähintään 3-5 päivänä viikossa tilastollisen eron vielä kasvaessa verrattaessa kasviksia 6-7 päivänä syöneisiin. Kasvisten syönnin yhteys tunteisiin sai vahvistusta tarkasteltaessa kasvisten syönnin ja positiivisten tunteiden määrän yhteyttä, sillä yhteys oli myös tilastollisesti melkein merkitsevä ($F=2,860$, $df=3$, $p=0,010$). Yhteydet olivat samojen käyttäjäryhmien välillä kuin negatiivisten tunteidenkin osalta. Positiivisia tunteita oli enemmän mitä useammin kasviksia syötiin.

Vammaiset henkilöt eivät ainakaan nauti rasvaisia tuotteita yksinäisyyteen, sillä rasvaisten ruokien nauttimisella ei ollut yhteyttä yksinäisyyden kokemiselle ($F=0,327$, $df=2$, $p=0,721$). Kasvisten syönnillä ja yksinäisyyden kokemisella oli kuitenkin tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys ($F=7,170$, $df=2$, $p=0,001$). Ne, jotka eivät kokeneet itseään yksinäisiksi, käyttivät kasviksia useammin. Yksinäisyyden syihin ei rasvaisten ruokien tai kasvisten syönnillä ollut yhteyttä.

8.4.3 Liikuntatottumukset

Työmatkaliikunnan yhteys koettuun terveyteen oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p < 0,001$). Työmatkaliikunnan lisääntyminen näyttäytyi myös koetun terveydentilan paranemisena (taulukko 26). On kuitenkin huomattava, että terveytensä hyväksi tai melko hyväksi koki silti suurempi osa vastaajista riippumatta siitä, kuinka paljon he työmatkoillaan liikkuvat.

Vapaa-ajan liikunnan ja koetun terveyden välinen yhteys oli myös tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p < 0,001$). Eroa muodostui erityisesti niiden välille, jotka eivät harrastaneet liikuntaa ja niiden, jotka harrastivat. Kuitenkin liikuntaa harrastamattomien kohdalla hyvän ja huonon koetun terveyden prosenttiosuuksien välillä ei ollut yhtä suurta eroa kuin muiden ryhmien kohdalla.

Hengästyttävän ja hikoiluttavan liikunnan ja koetun terveyden välillä oli myös tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys ($p < 0,001$). Erityisesti melko huonoksi tai huonoksi terveydentilansa kokevilla vastaajilla voidaan huomata prosenttiosuuksien kasvavan, mitä vähemmän he harrastivat liikuntaa. On kuitenkin huomattava, että terveytensä hyväksi tai melko hyväksi koki silti suurempi osa vastaajista riippumatta siitä, kuinka paljon liikuntaa he harrastivat, lukuun ottamatta niitä, jotka kokivat, etteivät voi vamman tai sairauden vuoksi harrastaa liikuntaa.

Taulukko 26. Liikunnan yhteys koettuun terveyteen

	hyvä/melko hyvä %	melko huono/ huono %
Työmatkaliikunta (p<0,001)		
ei työssä/ työ kotona	38,0	26,6
kulkee moottoriajoneuvolla	69,0	10,0
alle 15 min/päivä	50,0	16,7
15–30 min/päivä	62,5	14,6
30–60 min/päivä	70,3	0,0
yli tunnin	71,4	14,3
Vapaa-ajan liikunta (p<0,001)		
Vähäistä ruumiillista rasitusta	36,8	27,5
kävelee tai liikkuu muulla tavalla vähintään 4 tuntia viikossa	61,4	11,7
kuntoliikuntaa keskimäärin vähintään 3 tuntia viikossa	60,5	16,0
harjoittelee kilpailumielessä säännöllisesti useita kertoja viikossa	62,5	12,5
Hengästyttävä ja hikoiluttava liikunta (p<0,001)		
päivittäin	65,5	14,7
4-6 kertaa viikossa	55,0	7,0
3 kertaa viikossa	64,0	14,0
2 kertaa viikossa	43,5	24,6
kerran viikossa	46,9	22,4
2-3 kertaa kuukaudessa	25,0	21,5
muutaman kerran vuodessa tai harvemmin	54,6	22,7
kokee, ettei voi vamman tai sairauden vuoksi harrastaa liikuntaa	25,4	39,7

*p<0,05, **p<0,01, ***p<0,001

Työmatkaliikunnalla ei ollut yhteyttä negatiivisten tunteiden ($F=0,232$, $df=5$, $p=0,949$) eikä positiivisten tunteiden määrään ($F=0,726$, $df=5$, $p=0,604$).

Vapaa-ajan liikunnan yhteys negatiivisiin tunteisiin puolestaan oli merkitsevä, kun tarkasteltiin vastaajien keskimääräistä ruumiillista räsitystä ($F=5,465$, $df=3$, $p=0,001$). Erityisesti kuntoliikunnan harrastajien ja liikuntaa harrastamattomien välinen ero on merkitsevä ($p=0,001$), negatiivisten tunteiden ollessa yleisempiä liikuntaa harrastamattomilla. Keskiarvotarkasteluista kävi ilmi, että myös kilpailumielessä liikkuvilla negatiivisia tunteita oli vähemmän. Vapaa-ajan liikunnan yhteys puolestaan positiivisiin tunteisiin oli tilastollisesti heikko ($F=2,409$, $df=3$, $p=0,066$). Kuitenkin keskiarvotarkasteluissa oli huomattavissa, että kuntoliikunnan harrastajissa ja kilpailumielessä harjoittelevilla positiiviset tunteet olivat yleisempiä.

Tarkasteltaessa hengästyttävän ja hikoiluttavan liikunnan yleisyyttä negatiivisilla tunteilla ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ($F=0,649$, $df=7$, $p=0,716$). Kun tarkasteltiin positiivisten tunteiden määrän yhteyttä hengästyttävään ja hikoiluttavaan liikuntaan, yhteys oli selvempi, vaikka silti lievä ($F=2,296$, $df=7$, $p=0,026$). Keskiarvotarkastelussa kävi ilmi, että ne, jotka kokivat, etteivät voineet harrastaa vamma vuoksi liikuntaa, kokivat positiivisia tunteita muita vähemmän. Puolestaan ne, jotka harrastivat hengästyttävää liikuntaa päivittäin tai lähes päivittäin, kokivat positiivisia tunteita muita liikkujia enemmän.

Työmatkaliikunnalla ei ollut yhteyttä yksinäisyyden kokemiseen ($p=0,401$) eikä yksinäisyyden syihin ($p=0,788$). Yhteys ei ollut merkitsevä myöskään vapaa-ajan liikunnan osalta ($p=0,217$) eikä vapaa-ajan liikunnan harrastamisen määrällä ollut yhteyttä yksinäisyyden syihin ($p=0,217$). Yhteyttä ei myöskään muodostunut hikoiluttavan ja hengästyttävän liikunnan osalta ($p=0,263$) eikä sillä ollut yhteyttä yksinäisyyden syihin ($p=0,519$).

9 YHTEENVETOA TULOKSISTA

Tutkimus paljasti, että vammaiset henkilöt ryhmänä eivät suuresti eroneet valtaväestöstä terveyskäyttäytymisen ja hyvinvoinnin osalta. On kuitenkin tiettyjä piirteitä, joiden suhteen vammaiset henkilöt erosivat edukseen sekä piirteitä, joiden suhteen tulisi tehdä yhteiskunnallisia toimenpiteitä.

Vammaisissa henkilöissä oli valtaväestöä enemmän täysin raittiita ja alkoholia käytettiin muutenkin vähemmän sekä tupakointi oli valtaväestöön verraten vähäisempää. Ainoastaan päivittäin juovia oli vammaisissa henkilöissä hieman valtaväestöä enemmän. Alkoholia käyttivät eniten miehet, vanhempiin ikäryhmiin kuuluvat ja korkeammin koulutetut. Vammaiset henkilöt myös tupakoivat valtaväestöä vähemmän. Valtaväestöstä poiketen vammaiset naiset tupakoivat miehiä hieman enemmän. Keskimmäiseen koulutusryhmään kuuluvat polttivat eniten säännöllisesti ja ylimpään koulutusryhmään kuuluvat polttivat vähiten. Kuitenkin satunnaispolttajia oli eniten ylimmässä koulutusryhmässä.

Vaikka vammaisilla henkilöillä oli valtaväestöön verraten enemmän halua laihduttaa, oli vammaisissa henkilöissä silti valtaväestöä enemmän ylipainoisia ja vammaiset henkilöt liikkuvat valtaväestöä vähemmän. Vanhimmassa ikäryhmässä liikutaan eniten ja nuorimmassa ikäryhmässä liikutaan vähiten.

Ruokatottumusten suhteen vammaisten henkilöiden elintavat eivät juuri eroa valtaväestöstä. Kasviksia käyttävät naiset enemmän, mutta muuten erot ovat hyvin pieniä eri taustaryhmien välillä. Jonkin verran kasvisten syönti lisääntyi siirryttäessä vanhempiin ikäryhmiin. Rasvaisten tuotteiden käytön osalta eroja ryhmien välillä ei ilmennyt. Vammaiset henkilöt ovat lisänneet kasvisten käyttöä ja muuttaneet rasvan laatua sekä vähentäneet sokerin käyttöä valtaväestöä enemmän. Kuitenkin rasvan ja suolan määrää on vähennetty valtaväestössä hieman enemmän.

Hyvinvoinnin suhteen vammaiset voivat sekä hyvin että huonosti. Vammaisissa henkilöissä on valtaväestöä enemmän terveydentilansa melko huonoksi tai

huonoksi kokevia. Suurin ero muodostui työssä olevien ja työttömien välille työssä olevien koetun terveyden ollessa huomattavasti parempi.

Oireita tai vaivoja vammaiset henkilöt kokevat silti valtaväestöä vähemmän. Eri-tyisesti päänsärkyä ja masentuneisuutta koetaan vähemmän. Kuitenkin hankalia kipuja koetaan paljon. Naiset raportoivat vaivoja miehiä huomattavasti enemmän. Verenpainelääkkeitä ja särkylääkkeitä vammaiset henkilöt käyttävät valtaväestöä enemmän. Erikoista on se, että särkylääkkeitä käytetään enemmän kuin koetaan oireita.

Henkilöitä, jotka kokevat mielialaan liittyviä negatiivisia oireita koko ajan, on vammaisissa henkilöissä valtaväestöä enemmän. Eri-tyisesti nuorimmassa tai kahdessa nuorimmassa ikäryhmässä koetaan keskimäärin enemmän hermostuneisuutta, alakuloisuutta ja apeutta sekä mielialan mataluutta. Mielialan mataluutta koettiin eniten myös kahdessa alimmassa koulutusryhmässä. Vanhemmissa ikäryhmissä koettiin puolestaan eniten jännitystä, stressiä tai kovan paineen alaisuutta. Näitä kokivat myös eniten naiset ja ylipäätään koulutusryhmään kuuluvat. Vammaiset miehet kokevat puolestaan alakuloisuutta ja apeutta vammaisia naisia ja valtaväestöä enemmän. Siviilisäätöjen väliset erot olivat pieniä, lukuun ottamatta jännityksen, stressin tai kovan paineen alaisuuden tunnetta, joita eronneet kokivat eniten. Erikoista on se, että lesket vaikuttavat usean henkisen hyvinvoinnin osatekijän suhteen voivan joko erittäin hyvin tai huonosti.

Mielialaan liittyviä negatiivisia tunteita koko ajan kokevia oli vammaisväestössä enemmän, mutta koko ajan tyyneyttä ja rauhallisuutta sekä onnellisuutta kokevia oli myös eniten verraten valtaväestöön. Tyyneyttä ja rauhallisuutta kokivat nuorimpaan ikäryhmään kuuluvat ja eronneet vähiten. Onnellisuuden kokemiseen vaikutti eniten se, ettei henkilö kokenut yksinäisyyttä, sekä seksuaalisuuden mukanaan tuoma ilo ja tyydytys. Avioliitossa tai avoliitossa olevat kokivat yksinäisyyttä vähiten. Kuitenkin yksinäisistä vain reilu kymmenys ilmoitti parisuhteen puuttumisen olevan yksinäisyyden syy. Nuorimmassa ikäryhmässä myös yksinäisyyden kokeminen oli yleisintä. Suurimmaksi syyksi yksinäisyyteen vastaajat ilmoittivat sen, että yhteiskunta oli heidät syrjäyttänyt. Työssä käymisellä olikin yksinäisyyttä vähentävä merkitys.

Yksinäisyyden kokemisella oli lisäksi yhteys koettuun terveyteen ja henkiseen hyvinvointiin. Yksinäisyyttä kokevilla oli huomattavasti enemmän uupumuksen tunnetta, päänsärkyä, unettomuutta, masentuneisuutta ja muita mielenterveysongelmia. Lisäksi yksinäiset kokivat negatiivisia tunteita huomattavasti enemmän ja positiivisia tunteita vähemmän kuin ne, jotka eivät kokeneet itseään yksinäisiksi. Koetun hyvinvoinnin kolme ulottuvuutta olivatkin hyvin voimakkaasti yhteydessä toisiinsa.

Terveyskäyttäytymisellä ja koetulla hyvinvoinnilla on jossain määrin yhteyttä. Alkoholia käytti eniten ne vastaajat, jotka kokivat terveydentilansa keskitasoisiksi. Kuitenkaan yli kuuden annoksen kertajuomisella ei ollut yhteyttä koettuun terveyteen. Alkoholinkäyttö lisääntyi vain hieman negatiivisten tunteiden myötä. Lisäksi vähintään kerran viikossa alkoholia liikaa käyttävillä positiivisia tunteita ilmeni vähiten. Alkoholin käytön yleisyydellä ei ollut yhteyttä yksinäisyyden kokemiseen, mutta kuuden annoksen kertajuomisella oli lievä yhteys yksinäisyyden syihin. Vastaajat, jotka joivat päivittäin yli kuusi annosta alkoholia, kokivat itsensä yhteiskunnasta syrjäytetyiksi tai syrjäytyneiksi omasta halustaan.

Tupakoinnilla ei ollut yhteyttä koettuun terveyteen tai positiivisiin tunteisiin. Ainoastaan säännöllisellä tupakoinnilla oli lievä yhteys negatiivisten tunteiden lisääntymiseen. Yksinäisyyteen tupakoinnilla ei ollut yhteyttä, mutta yksinäisyyden syihin sillä oli lievä yhteys. Liki 80 % vastaajista, jotka polttavat säännöllisesti ja kokevat yksinäisyyttä, kokevat yhteiskunnasta syrjäytymistä.

Ravintotottumusten osalta vain aamupalan nauttimisella ja kasvien syönnillä oli yhteyttä koettuun hyvinvointiin. Säännöllisen aamupalan nauttimisella oli yhteys negatiivisten tunteiden vähentymiseen. Kasviksia vähintään 3 päivänä viikossa syövät kokivat myös positiivisia tunteita enemmän ja vastaavasti negatiivisia tunteita vähemmän. Positiivisia tunteita koettiin vieläkin enemmän, mitä useammin kasviksia syötiin. Lisäksi ne, jotka eivät kokeneet itseään yksinäisiksi, söivät kasviksia muita useammin.

Liikunnalla puolestaan oli voimakas yhteys koettuun hyvinvointiin. Sekä työmatkaliikunnan, vapaa-ajan liikunnan että hengästyttävän ja hikoiluttavan liikunnan lisääntyminen oli yhteydessä koetun terveydentilan paranemiseen. Kuitenkin

terveytensä hyväksi tai melko hyväksi koki silti suurempi osa vastaajista riippumatta siitä, kuinka paljon liikuntaa he harrastivat, lukuun ottamatta niitä, jotka kokivat, etteivät voi vamman tai sairauden vuoksi harrastaa liikuntaa. Liikunnan harrastamisella oli kaiken kaikkiaan kohtalainen yhteys positiivisten tunteiden kokemisen ja negatiivisten tunteiden vähäisyyden kanssa. Erityisesti ne, jotka kokivat, etteivät vamman vuoksi voineet harrastaa liikuntaa, kokivat positiivisia tunteita vähiten. Yksinäisyyden kokemiseen tai yksinäisyyden syihin liikunnalla ei ollut yhteyttä.

10 JOHTOPÄÄTÖKSET

Terveyskäyttäytymisen osalta huolestuttavin erityispiirre vammaisten henkilöiden keskuudessa on liikunnan harrastamisen vähäisyys. Mistä tämä johtuu? Onko mahdollista, että liikuntaharrastuksia ei tarjota riittävästi vammaisille henkilöille? Halu liikuntaan voisi lisääntyä, jos sopivia liikuntamuotoja olisi tarjolla ja niihin kannustettaisiin. Syihin pitäisi paneutua enemmän, sillä niihin ei tässä tutkimuksessa päästä käsiksi. Tämän tutkimuksen pohjalta voidaan kuitenkin esittää, että vammaisliikuntaan tulisi investoida ja sen lisäämisen eteen tulisi tehdä terveystoimittista työtä.

Terveysvalistus on joiltain osin luultavasti mennyt perille vammaisille henkilöille valtaväestöä paremmin, sillä vammaisten henkilöiden alkoholinkäyttötottumukset ovat valtaväestöä terveellisemmät ja ruokatottumuksia on muutettu enemmän terveellisempään suuntaan valtaväestöön verraten. On kuitenkin huomioitava, että vammaisissa henkilöissä on myös esimerkiksi alkoholia runsaasti nauttivia henkilöitä. Tällöin olisi tärkeää, että alkoholiongelma ei jäisi vamman taakse, vaan alkoholiongelmaista vammaista henkilöä kohdeltaisiin tasapuolisesti verrattuna muihin alkoholiongelmasta kärsiviin. On siis oltava tarkka sen suhteen mihin tarvitaan kohdennettuja ohjelmia ja milloin vammaisen henkilö tulee huomioida kuten kuka tahansa kansalainen.

Lääkkeiden käytön osalta herää muutama kysymys. Lääkitäänkö särkyä ja psyykkisiä oireita vammaisten kohdalla jo ennaltaehkäisevästi, jolloin oireita ei tarvitse kokea? Vai käytetäänkö lääkkeitä turhaan, vain varmuuden vuoksi? Vaikuttaa siltä, että vammaiset henkilöt käyttävät lääkkeitä helpommin tai heille määrätään lääkkeitä helpommin, sillä he käyttävät esimerkiksi rauhoittavia lääkkeitä ja masennuslääkkeitä noin kolminkertaisesti valtaväestöön nähden, vaikka vastaavia oireita on valtaväestössä enemmän. Voi olla, että lääkkeitä käytetään muiden oireiden kuin selvän masennuksen perusteella. Lääkkeiden myöntämisen ohella tulisi pohtia syitä sille, miksi lääkkeitä käytetään niin paljon ja voidaanko asiat ratkaista muuten kuin lääkkeillä.

Koetun hyvinvoinnin osalta voidaan todeta, että hyvinvoinnin osa-alueet ovat hyvin voimakkaasti sidoksissa toisiinsa. Erik Allardtin 'having', 'loving' ja 'being' ei turhaan ole klassikko-teoria, sillä se kertoo tiivistetysti ja sovellettavasti siitä tosiasiasta, että ihmisen hyvinvointi on moniulotteinen asia. Tässä tutkimuksessa koetun hyvinvoinnin osa-alueiksi valitsin koetun terveyden, henkisen hyvinvoinnin ja ihmissuhteet. Ulottuvuuksia olisi voinut olla vielä enemmän ja mitä suurimmalla todennäköisyydellä ne olisivat olleet voimakkaasti yhteydessä toisiinsa, aivan kuten tämän tutkimuksen ulottuvuudet olivat.

Työttömyydellä oli suuri merkitys koetun hyvinvoinnin kannalta. Tämä osoittaa sen, miten tärkeää työn tekeminen on, joten vammaisten henkilöiden työllisyyteen tulisi panostaa nykyistä huomattavasti enemmän. Työssäkäynnin lisäksi yhteiskunnallisen osallisuuden tukeminen olisi tärkeää. Niillä yhdessä voi olla suuri vaikutus yhteiskunnasta syrjäytymisen ja yksinäisyyden kokemuksille. Tulisikin tarkkaan pohtia syitä sille, miksi puolet yksinäisyyttä kokevista vammaisista henkilöistä koki, että yhteiskunta oli heidät syrjäyttänyt? Lisäksi tulisi pohtia, miksi liki 70 % vammaisista henkilöistä, jotka eivät kokeneet yksinäisyyttä, koki silti olevansa yhteiskunnasta syrjäytettyjä? Näin laajamittaisia yhteiskunnasta syrjäytymisen ja yksinäisyyden kokemuksia ei voida pitää hyvinvointiyhteiskunnassa hyväksyttävänä, vaan niihin tulee puuttua.

Tämän tutkimuksen vastaajissa suurin osa oli korkeammin koulutautuneita. Lisäksi vastaaminen tapahtui internetissä, mihin kaikilla ei ole pääsyä tai voimavaroja. Kyselyä levitettiin pääsääntöisesti järjestöjen, liittojen ja vammaisneuvostojen kautta, jolloin tutkimuksesta saivat tietää henkilöt, jotka todennäköisesti jo muutenkin toimivat aktiivisesti osana yhteiskuntaa. Tästä johtuen on mahdollista, että tutkimukseen valikoitui paremmin voivia henkilöitä, joiden terveyskäyttäytyminenkin oli mallikkaampaa. On siis mahdollista, että tutkimuksen ulkopuolelle jäi vastaajia, jotka voivat paljon huonommin, ja myös heidän terveyskäyttäytymisestään ja koetusta hyvinvoinnistaan tarvittaisiin tietoa. Vammaisia ei myöskään voida pitää yhtenäisenä ryhmänä, vaan sosiodemografisilla tekijöillä on suuri merkitys myös vammaisten henkilöiden kohdalla. Lisäksi vammaja on hyvin erilaisia ja ne kaikki tuovat oman ulottuvuutensa terveyskäyttäytymis- ja hyvinvointitutkimukseen.

Minulle jätetyn tutkimusta koskeneen positiivisen palautteen määrästä johtuen toivonkin, että tämä tutkimus olisi avaus muille aihepiirin tutkimuksille ja säännöllisesti toistuville tutkimuksille koskien vammaisia henkilöitä.

LÄHTEET

Aittomäki, Akseli & Martikainen, Pekka & Laaksonen, Mikko & Lahelma, Eero & Rahkonen, Ossi (2010). *The associations of household wealth and income with self-rated health – A study on economic advantage in middle-aged Finnish men and women*. *Social Science & Medicine* 71 (2010) 1018–1026.

Allardt, Erik (1976). *Hyvinvoinnin ulottuvuudet*. Wsoy, Helsinki.

Aromaa, Arpo & Koskinen, Seppo (toim.) (2002). *Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 –tutkimuksen perustulokset*. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002. Hakapaino Oy, Helsinki.

Bellock, Nedra B & Breslow, Lester (1972). *Relationship of physical health status and health practices*. *Preventive Medicine* 1:3, s. 409–421.

Benavides, F. G. & Benach, J. & Diez-Rouez, A. V. & Roman, C. (2000). *How do types of employment relate to health indicators? Findings from the Second European Survey on Working Conditions*. *J. Epidemiol Community Health* 2000; 54:494–501.

Bourdieu, Pierre (1986). *The Forms of Capital*. Teoksessa: Richardson, John G. (toim.). *Handbook of Theory and Research for the Sociology of Education*. Greenwood Press, New York, s. 241–258.

Böckerman, Petri & Ilmakunnas, Pekka (2009). *Unemployment and self-assessed health: evidence from panel data*. *Health Economics* 18: 161-179.

Dimopoulos, Andreas (2010). *Issues in human Rights Protection of Intellectually Disabled Persons*. Ashgate Publishing, TJ International Ltd, Padstow, Cornwall.

Ervasti, Heikki & Saari, Juho (2011). *Onnellisuus hyvinvointivaltiossa*. Teoksessa: Saari, Juho (toim.). *Hyvinvointi. Suomalaisen yhteiskunnan perusta*. Gaudeamus, Helsinki University Press, Helsinki, s. 191–218.

Farr, William (1858). *Influence of Marriage on the Mortality of the French People*. National Association for the Promotion of Social Science, v.2. John W. Parker & Son. London. s. 504–513.

Finkelstein, Dianne & Kubzansky, Laura & Goodman, Elizabeth (2006). *Social Status, Stress and Adolescent Smoking*. *Journal of Adolescent Health* 39:5, 678–685.

Fogelholm, Mikael (2007). *Liikunta ja fyysinen aktiivisuus*. Teoksessa: Prättälä, Ritva & Paalanen, Laura (toim.) (2007). *Elintavat ja niiden väestöryhmäerot Suomessa. Terveys 2000-tutkimus*. Kansanterveyslaitos. Hakapaino Oy, Helsinki.

Galobardes, Bruna & Shaw, Mary & Lawlor, Debbie A. & Lynch, John W. & Smith, George Davey (2006). *Continuing professional education. Indicators of socioeconomic position (part 1)*. *Journal Epidemiol Community Health* 2006; 60:7-12 doi:10.1136/jech.2004.023531.

Galobardes, Bruna & Morabia, Alfredo & Bernstein, Martine, S. (2001). *Diet and socioeconomic position: does the use of different indicators matter?* *International Journal of Epidemiology*, Volume 30, Issue 2, s. 334–340.

Haarni, Ilka (2006). *Keskeneräistä yhdenvertaisuutta. Vammaisten henkilöiden hyvinvointi ja elinolot Suomessa tutkimustiedon valossa*. Stakes, raportteja 6/2006. Helsinki.

Hagfors, Robert & Kajanoja, Jouko (2011). *Hyvän kehän teoria*. Teoksessa: Saari, Juho (toim.). *Hyvinvointi. Suomalaisen yhteiskunnan perusta*. Gaudeamus, Helsinki University Press, Helsinki, s. 169–190.

Haukkala, Ari (2011): *Psykososiaaliset tekijät*. Teoksessa: Laaksonen, Mikko & Silven-
toinen, Kari (toim.) (2011). *Sosiaali-epidemiologia. Väestön terveyserot ja terveyteen
vaikuttavat sosiaaliset tekijät*. Gaudeamus, Helsinki University Press, Helsinki, s 142–
158.

Helakorpi, Satu & Pajunen, Tuuli & Jallinoja, Piia & Virtanen, Suvi & Uutela, Antti
(2011). *Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2010*. Ter-
veyden ja hyvinvoinnin laitos, Yliopistopaino, Helsinki.

Helakorpi, Satu & Laitalainen, Elina & Uutela, Antti (2010). *Suomalaisen aikuisväestön
terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2009*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Yliopis-
topaino, Helsinki.

Heliövaara, Markku & Rissanen, Aila (2007). *Lihavuus ja painonhallinta*. Teoksessa:
Prättälä, Ritva & Paalanen, Laura (toim.) (2007). *Elintavat ja niiden väestöryhmäerot
Suomessa. Terveys 2000-tutkimus*. Kansanterveyslaitos. Hakapaino Oy, Helsinki.

Hull, Richard (1998). *Defining Disability – A Philosophical Approach*. Res Publica
Vol. IV no. 2, s. 199–210.

Huuhka, Minna & Lahelma, Eero & Manderbacka, Kristiina (1996). *Terveydentila ja
sosiaalinen murros. Vuosien 1986 ja 1994 elinolotutkimukset*. Tilastokeskus, elinolot
1996:2. Helsinki.

Hynninen-Joensivu, Eija (2006). *Hallinnonalojen vammaispoliittinen toiminta*. Teok-
sessa: *Valtioneuvoston vammaispoliittisen selonteon tausta-aineisto*. Sosiaali- ja terve-
ysministeriö, Helsinki.

Hyypä, Markku T. (2004). *Edistääkö talkoohenki terveyttä? Sosiaalisen pääoman vai-
kutukset terveyteen*. Duodecim 2004; 120:2315–20.

Joutsenniemi, Kaisla (2011). *Perhe ja siviilisäätö*. Teoksessa: Laaksonen, Mikko & Silventoinen, Kari (toim.). *Sosiaali-epidemiologia. Väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät*. Gaudeamus, Helsinki University Press, Helsinki, s. 73–89.

Joutsenniemi, Kaisla (2007). *Living arrangements and health*. Publications of the National Public Health Institute. 15/2007, Kansanterveyslaitos, Helsinki.

Joutsenniemi, Kaisla E. & Martelin, Tuija P. & Koskinen, Seppo V. & Martikainen, Pekka T. & Härkänen, Tommi T. & Luoto, Riitta M. & Aromaa, Arpo J. (2006). *Official marital status, cohabiting, and self-rated health—time trends in Finland, 1978–2001*. *European Journal of Public Health*, 2006, 16 (5): 476–483.

Kallio, Johanna (2006). *Koettu terveys ja terveydellinen tasa-arvo kuudessa hyvinvointivaltiossa*. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2006:43, s. 218–230.

Karisto, Antti & Prättälä, Ritva & Berg, Mari-Anna (1992). *Hyvät, pahat ja rumat? Epäterveellisten elintapojen kasautumisesta*. Teoksessa: Karisto, Antti & Lahelma, Eero & Rahkonen, Ossi (toim.). *Terveyssosiologia*. WSOY, Juva 1992, 121–139.

Keso, Ilari (2006). *Vammaisuuksien saajien toimeentulo*. Teoksessa: *Valtioneuvoston vammaispoliittisen selonteon tausta-aineisto*. Sosiaali- ja terveysministeriö, selvityksiä 2006:23, Helsinki.

Koivusilta, Leena (2011). *Terveyskäyttäytyminen*. Teoksessa: Laaksonen, Mikko & Silventoinen, Kari (toim.). *Sosiaali-epidemiologia. Väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät*. Gaudeamus, Helsinki University Press, Helsinki.

Koskenvuo, Markku & Sarna, Seppo & Kaprio, Jaakko (1978). *Mortality by Marital Status and Social Class in Finland during 1969–1971: Mortality from Natural and Violent Causes*. *Scandinavian Journal of Public Health*, 1978 vol. 6 nro. 3, s. 137–143.

Koskinen, Seppo & Kestilä, Laura & Martelin, Tuija & Aromaa, Arpo (toim.) (2005). *Nuorten aikuisten terveys. Terveys 2000-tutkimuksen perustulokset 18–29 –vuotiaiden terveydestä ja siihen liittyvistä tekijöistä*. Kansanterveyslaitos, Hakapaino Oy, Helsinki.

Krieger, Nancy (2001). *Theories for social epidemiology in the 21st century: an ecosocial perspective*. *Int Epidemiol* 2001 Aug; 30(4): 668–77.

Laaksonen, Mikko & Rahkonen, Ossi & Martikainen, Pekka & Lahelma, Eero (2005). *Socioeconomic Position and Self-Rated Health: The Contribution of Childhood Socioeconomic Circumstances, Adult Socioeconomic Status, and Material Resources*. *American Journal of Public Health*. August 2005, Vol. 95, No. 8, s. 1403–1409.

Laaksonen, Mikko & Prättälä, Ritva & Karisto, Antti (2001). *Patterns of unhealthy behaviour in Finland*. *European Journal of Public Health* (2001) 11 (3): 294–300.

Lahelma, Eero & Martikainen, Pekka & Rahkonen, Ossi & Silventoinen, Karri (1999). *Gender differences in illhealth in Finland: patterns, magnitude and change*. *Social Science & Medicine* 48:1, s. 7-19.

Lahelma, Eero & Rahkonen, Ossi: *Sosioekonominen asema*. Teoksessa: Laaksonen, Mikko & Silventoinen, Kari (toim.) (2011). *Sosiaaliepideologia. Väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät*. Gaudeamus, Helsinki University Press, Helsinki. s. 41–59.

Lahelma, Eero & Rahkonen, Ossi & Koskinen, Seppo & Martelin, Tuija & Palosuo Hannele (2007). *Sosioekonomisten terveyserojen syyt ja selitysmallit*. Teoksessa: Palosuo, Hannele & Koskinen, Seppo & Lahelma, Eero & Prättälä, Ritva & Martelin, Tuija & Ostamo, Aini & Keskimäki, Ilmo & Sihto, Marita & Talala, Kirsi & Hyvönen, Elisa & Linnanmäki, Eila (toim.) (2007). *Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Lahelma, Eero & Martikainen, Pekka & Laaksonen, Mikko & Aittomäki, Akseli (2004). *Pathways between socioeconomic determinants of health*. J Epidemiol Community Health 2004; 58:327-332.

Laiho, Veera & Hoppanen, Anneli & Latvala, Terhi & Rämö, Anna-Kaisa (2010). *Eri-tyisryhmien työkyky – työttömät ja vammaiset*. PTT raportteja 225. Pellervon taloustutkimuskeskus, Helsinki.

Laitinen, Jaana & Ek, Ellen & Sovio, Ulla (2002). *Stress-related eating and drinking behavior and body mass index and predictors of this behavior*. Preventive Medicine (2002) 34 (1), s. 29-39.

Lassner, J. B., Matthews, K. A. & Stoney, C. M. (1994). *Are cardiovascular reactors to asocial stress also reactors to social stress?* Journal of Personality and Social Psychology (1994) 66 (1), s. 69-77.

Leino-Arjas, Päivi & Liira, Juha & Mutanen, Pertti & Malmivaara, Antti & Matikainen, Esko (1999). *Predictors and consequences of unemployment among construction workers: prospective cohort study*. British Medical Journal 319: 7210, 600-605.

Lynch, John & Kaplan, George (2000). *Socioeconomic position*. In: Berkman, Lisa F. & Kawasaki, Ichiro (eds.). *Social Epidemiology*. Oxford University Press, New York (2000) s. 13–35.

Marmot, Michael (2005). *Social determinants of health inequalities*. The Lancet. vol. 365, Issue 9464, 19-25 March, s.1099–1104.

Marmot, Michael & Wilkinson, Richard. (2006). *Social determinants of health*. Oxford University Press, Oxford.

Martikainen, Pekka & Mäki, Netta (2011). *Työttömyys*. Teoksessa: Laaksonen, Mikko & Silventoinen, Kari (toim.). *Sosiaali-epidemiologia. Väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät*. Gaudeamus, Helsinki University Press, Helsinki, s. 90–105.

McColl, Mary Ann & Jarzynowska, Anna & Shortt, S.E.D (2010). *Unmet health care needs of people with disabilities: population level evidence*. *Disability & Society*, Vol. 25, No. 2, s. 205–218.

McQueen, David. V. (1987). *A research programme in lifestyle and health: methodological and theoretical considerations*. *Revue d'Epidemiologie et de Sante Publique* 35:1, 28–35.

O'Brien, Rosaleen & Hart, Graham J. & Hunt, Kate (2007). *'Standing out from the herd': Men renegotiating masculinity in relation to their experience of illness*. *International Journal of Men's Health* 6:3, s. 178-200.

Osara, Tiina (1999). *Nuorten naisten laihduttaminen*. Pro gradu-tutkielma, Jyväskylän yliopisto.

Ostamo, Aini & Huurre, Taina & Talala, Kirsi & Aro, Hillevi & Lönnqvist, Jouko (2007). *Mielenterveys*. Teoksessa: Palosuo, Hannele & Koskinen, Seppo & Lahelma, Eero & Prättälä, Ritva & Martelin, Tuija & Ostamo, Aini & Keskimäki, Ilmo & Sihto, Marita & Talala, Kirsi & Hyvönen, Elisa & Linnanmäki, Eila (toim.) (2007). *Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki, s. 87–103.

Palosuo, Hannele & Koskinen, Seppo & Lahelma, Eero & Prättälä, Ritva & Martelin, Tuija & Ostamo, Aini & Keskimäki, Ilmo & Sihto, Marita & Talala, Kirsi & Hyvönen, Elisa & Linnanmäki, Eila (toim.) (2007). *Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Pekkarinen, Jaana (2007). *Tapaustutkimus nuorten naisten syömishäiriö- ja liikuntakemuksista*. Pro gradu-tutkielma, Jyväskylän yliopisto.

Pirkola, Sami & Lönnqvist, Jouko & Ahola, Kirsi & Heikkinen, Martti & Honkonen, Teija & Isometsä, Erkki & Joukamaa, Matti & Kalimo, Raija & Kiviruusu, Olli & Kärnä, Teemu & Lahtinen, Eero & Lehtinen, Ville & Poikolainen, Kari & Raitasalo, Raimo & Salminen, Jouko & Suvisaari, Jaana. *Psyykinen Oireilu ja mielenterveyden häiriöt*. Teoksessa: Aromaa, Arpo & Koskinen, Seppo (toim.) (2002). *Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 –tutkimuksen perustulokset*. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002, Terveiden ja toimintakyvyn osasto, Kansanterveyslaitos, Helsinki, s. 51–54.

Prättälä, Ritva & Paalanen, Laura (toim.) (2007). *Elintavat ja niiden väestöryhmäerot Suomessa. Terveys 2000-tutkimus*. Kansanterveyslaitos. Hakapaino Oy, Helsinki.

Prättälä, Ritva & Koskinen, Seppo & Martelin, Tuija & Lahelma, Eero & Sihto, Marita & Palosuo Hannele (2007). *Terveyserot ja niiden kaventamisen haasteet*. Teoksessa: Palosuo, Hannele & Koskinen, Seppo & Lahelma, Eero & Prättälä, Ritva & Martelin, Tuija & Ostamo, Aini & Keskimäki, Ilmo & Sihto, Marita & Talala, Kirsi & Hyvönen, Elisa & Linnanmäki, Eila (toim.) (2007). *Terveiden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*. Sosiaali- ja terveysministeriö, Helsinki.

Putnam, Robert D. (1995). *Bowling Alone: America's Declining Social Capital*. *Journal of Democracy* 6, s. 65–78.

Riihinen, Olavi (2002). *Kyvyt, hyvinvointiteoria ja yhteiskunnalliset jaot*. Teoksessa: Piirainen, Timo & Saari, Juho (toim.). *Yhteiskunnalliset jaot -1990-luvun perintö? Gaudemus*, Helsinki, s. 179–203.

Rieger, P. R & Bird, C. E. (2000). *Sociological Explanations of Gender Differences in Mental and Physical Health*. Teoksessa: Bird, C. E & Conrad, P. & Fremont, A.M. *Handbook of Medical Sociology*. Upper Saddle River, NJ, Prentice Hall, s. 98-113.

Riska, Elianne (2003). *Gendering the medicalization thesis*. Teoksessa: Marcia Texler Segal, Vasilikie Demos, and J.J. Kronenfeld (toim.). *Advances in Gender Research. Gender Perspectives on Health and Medicine* 7, s. 59–87.

Roelfs, David J. & Shor, Eran & Kalish, Rachel & Yogev, Tamar (2011). *The Rising Relative Risk of Mortality for Singles: Meta-Analysis and Meta-Regression*. *American Journal of Epidemiology*, 10.1093/aje/kwr111.

Sanmartin, Claudia & Houle, Christian & Tremblay, Stéphane & Berthelot, Jean-Marie (2002). *Changes in unmet health care needs*. *Health Reports*, Vol. 13, No. 3. Statistics Canada, Catalogue 82-003, s. 15–21.

Shakespeare, Tom (2006). *The Social Model of Disability*. Teoksessa: Davis, Lennard J. (edit.) (2006). *The Disability Studies Reader*, 2nd ed. Routledge, New York, s.197–204.

Sihto, Marita (2010). *Tarvitaan enemmän ja parempaa terveystieteellisen tutkimusta – mutta millaista?* *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2/2010 pääkirjoitus. s. 81–83.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2008). *Kansallinen terveystieteellisen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:16, Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2006a). *Valtioneuvoston selonteko vammaispolitiikasta..* Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:9, Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2006b). *Euroopan neuvoston vammaispoliittinen toimintaohjelma*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:18. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2004). *Vahva pohja osallisuudelle ja yhdenvertaisuudelle. Suomen vammaispoliittinen ohjelma VAMPO 2010–2015*. Sosiaali- ja terveysministeriö. julkaisuja 2010:4, Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö (2001). *Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015-kansanterveysohjelmasta*. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4, Helsinki.

Suomen YK-liitto (2009). *YK:n yleissopimus vammaisten henkilöiden oikeuksista ja sopimuksen valinnainen pöytäkirja*. Suomen YK-liitto. Sälekarin Kirjapaino Oy, Somero.

Valkonen, Tapani (1982). *Psychosocial Stress and Sociodemographic Differentials in Mortality from Ischaemic Heart Disease in Finland*. *Journal of Internal Medicine*, Vol. 211, Issue S660, s. 152–164.

Valtakunnallinen vammaisneuvosto (2006). *Vammaispolitiikan haasteet ja menestystekijät. Vammaispoliittisen selonteon taustaselvitys*. Teoksessa: *Valtioneuvoston vammaispoliittisen selonteon tausta-aineisto*. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:23, Helsinki.

Vehmas, Simo (2005). *Vammaisuus. Johdatus historiaan, teoriaan ja etiikkaan*. Gaudamus, Helsinki.

Virtanen, Pekka & Liukkonen, V. & Vahtera, J. & Kivimäki, M & Koskenvuo, M. (2003). *Health inequalities in the workforce: the labour market core-periphery structure*. *International Journal of Epidemiology* (2003) 32 (6), s. 1015-1021.

Wilkinson, Richard & Marmot, Michael (edit.) (2003). *Social Determinants of Health. The Solid Facts*. World Health Organisation, Denmark.

Wilkinson, Richard & Pickett, Kate (2011). *Tasa-arvo ja hyvinvointi. Miksi tasa-arvo on hyväksi kaikille?* Bookwell Oy, Juva.

Woodhams, Carol & Corby, Susan (2003). *Defining Disability in Theory and Practice: A Critique of the British Disability Discrimination Act 1995*. Jnl Soc. Pol., 32, 2, 159–178. Cambridge University Press.

YK:n yleissopimus vammaisten henkilöiden oikeuksista. YK:n yleiskokouksen päätöslauselma 61/106, 13 joulukuu 2006.

Zarb, Gerry (1992). *On the road to Damascus: First Steps towards Changing the Relations of Disability Research Production*. Disability, Handicap & Society, Volume 7, Issue 2, 1992, 125-138.

ELEKTRONISET LÄHTEET

Comission on Social Determinants of Health 2007. *A Conceptual Framework for Action on the Social Determinants of Health*.

http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_framework_action_05_07.pdf

Helsingin sanomat verkkolehti 10.1.2012. *Kreikka määritteli pedofiilit ja sadomasokistit vammaisiksi*.

<http://www.hs.fi/msn/ulkomaat/Kreikka+m%C3%A4%C3%A4ritteli+pedofiilit+ja+sadomasokistit+vammaisiksi/a1305553064573>. Ladattu 3.2.2012.

Helsingin sanomat verkkolehti 31.10.2011. *Vammaisia elää jatkuvasti köyhyydessä*.

<http://www.hs.fi/arkisto/artikkeli/Vammaisia+el%C3%A4+jatkuvassa+k%C3%B6yhyydess%C3%A4/HS20111031SI1Y002z9u?free=vammais&date=20101229&advancedSearch=&depa=Kotimaa>. Ladattu 29.12.2011.

Helsingin Sanomat verkkolehti 29.7.2011 . *Harva palkkaa vajaakuntoisen*.

<http://www.hs.fi/arkisto/artikkeli/Harva+palkkaa+vajaakuntoisen/HS20110729SI2Y00109y?free=vammais&date=20101229&advancedSearch=&depa=Kotimaa>.

Kela. Vammaistuki aikuiselle.

<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/090108135040HL?OpenDocument>.

Klem, Simo (2011). *Vammaisten henkilöiden asema välityömarkkinoilla*. Loppuraportti, Askel-hanke, VATES-säätiö. Helsinki 2011. <http://www.vates.fi/Raportit>.

Ovaskainen, Marja-Leena & Nissinen, Katja & Tapanainen, Heli (2002, 21–37). *Ruokavalion koostumus*.

http://www.ktl.fi/attachments/suomi/terveydenhuollon_ammattilaisille/ravitsemus/julkaisut/finravinto_2002_tutkimus/fr2002_luku4.pdf. Ladattu 19.6.2012.

Pirkola, Sami & Sohlman, Britta (2005). *Mielenterveysatlas. Tunnuslukuja Suomesta*. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Helsinki 2005. <http://groups.stakes.fi/NR/rdonlyres/0752E814-2B67-4C60-9891-5078B3588A88/0/MielenterveysAtlas2005.pdf>. Luettu 10.1.2012.

Poikolainen, Kari (2011). *Alkoholiriippuvuus ja alkoholin haitallinen käyttö*. Duodecim, Terveyskirjasto.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00018&p_haku=Alkoholiriippuvuus%20ja%20alkoholin%20haitallinen%20k%E4ytt%F6. Ladattu 24.11.2011.

Turku 2011-säätiö: *Kulttuuri tekee hyvää. Turku 2011 hyvinvointiohjelma 2008–2012*. <http://www.arvio2011.fi/assets/files/hyvinvointiohjelma.pdf>. Ladattu 6.2.2012.

United Nations Enable. *Development and human rights for all*. <http://www.un.org/disabilities/>.

LAIT

Laki vammaisuuden perusteella järjestettävistä palveluista ja tukitoimista (380/1987)

Laki kehitysvammaisten erityishuollosta (519/1977)

Mielenterveyslaki (1116/1990)

LIITTEET

Liite 1: Kuviot ja taulukot

Kuvio 1. Terveyskäyttäytymisen ja koetun hyvinvoinnin tekijöiden väliset suhteet

Taulukko 27. Alkoholin kulutus sukupuolen mukaan vuonna 2010 (Lähde: Helakorpi ym. 2011)

Taulukko 2. Tupakointi, halu lopettaa ja huoli tupakoinnin terveyshaitoista sukupuolten mukaan vuonna 2010 (Lähde: Helakorpi ym. 2011)

Taulukko 3. Kasvisten ja rasvaisten tuotteiden käyttö vähintään kolmena päivänä viikossa sukupuolen mukaan vuonna 2010 (Lähde: Helakorpi ym. 2011)

Taulukko 4. Liikunnan harrastamisen yleisyys sukupuolen mukaan vuonna 2010 (Lähde: Helakorpi ym. 2011)

Taulukko 5. Vastaajien jakaumat

Taulukko 6. Vastaajien ikä- ja koulutusjakaumat sukupuolittain

Taulukko 7. AVTK:n tutkimuksen ikä- ja koulutusjakauma sukupuolittain

Taulukko 8. Eri alkoholijuomien käytön yleisyys

Taulukko 9. Alkoholin liikkakäyttö

Taulukko 10. Tupakoinnin yleisyys sukupuolen mukaan

Taulukko 11. Rasvaisten ruokien nauttiminen

Taulukko 12. Liikuntatottumukset

Taulukko 13. Painoindeksi sukupuolittain

Taulukko 14. Tottumuksien muuttaminen

Taulukko 15. Koettu terveydentila sukupuolen mukaan

Taulukko 16. Viimeksi kuluneen kuukauden aikana olleet vaivat

Taulukko 17. Viimeksi kuluneen viikon aikana käytetyt lääkkeet

Taulukko 18. Koetun terveyden ja vaivojen sekä lääkkeiden väliset yhteydet

Taulukko 19. Jännityksen, stressaantuneisuuden tai kovan paineen alaisuuden kokeminen viimeksi kuluneen kuukauden aikana

Taulukko 20. Hermostuneisuuden kokeminen viimeisen kuukauden aikana

Taulukko 21. Viimeisen kuukauden aikana mielialan mataluus niin, ettei mikään ole voinut piristää

Taulukko 22. Alakuloisuuden ja apeuden tuntemusten yleisyys viimeisen kuukauden aikana

Taulukko 23. Itsensä tyyneksi ja rauhalliseksi tuntemisen yleisyys viimeisen kuukauden aikana

Taulukko 24. Onnellisuuden kokeminen viimeisen kuukauden aikana

Taulukko 25. Yksinäisyyden kokemuksen yhteys vaivoihin ja lääkkeisiin

Taulukko 26. Liikunnan yhteys koettuun terveyteen

Liite 2: Tutkimuslomake

Arvoisa vastaaja

Tämän pro-gradututkimuksen tarkoituksena on tutkia vammaisten ihmisten terveyttä, terveyskäyttäytymistä ja hyvinvointia. Kyseessä on valtakunnallinen, monipuolisesti eri vammaisryhmät huomioiva survey-tutkimus. Jokainen täytetty lomake auttaa saamaan tietoa tärkeästä asiasta. Tiedon saaminen on erittäin tärkeää, jotta myös palveluita voidaan kehittää ihmisten tarpeita vastaaviksi. Tutkimuksessa ei tarvitse luovuttaa henkilöllisyyttä koskevia tietoja, joten antamianne vastauksia ei voida jäljittää. Antamianne tietoja käsitellään luottamuksellisesti. Vastaajan henkilöllisyys ei missään tutkimuksen vaiheessa tule tutkijan tietoon.

Kysymyksiin vastataan rastittamalla sopiva vaihtoehto tai kirjoittamalla vastaus sille varattuun tilaan. Olkaa hyvä ja vastatkaa jokaiseen kysymykseen.

Täyttäessänne lomakkeen tuette työtä vammaisten hyvinvoinnin ja näkyvyyden parantamiseksi yhteiskunnassa.

Tutkimukseen vastanneiden kesken arvotaan 30 elokuvalippua. Mikäli haluatte osallistua arvontaan odottakaa vastauksen lähettämisen jälkeen aukeavaa sivua, josta löytyy erillinen lomake yhteystietojen antamista varten. Lomakkeiden tiedot tallentuvat erikseen, eikä vastauksia voi yhdistää tiettyyn nimeen. Vastauslomakkeet menevät suoraan tutkimuksen tekijälle ja yhteystiedot Vapa-tukipalveluihin, joka vastaa elokuvalippujen arvonnasta.

Lämpimästi kiittäen,

Annina Heini

Turun yliopisto, sosiaalitieteiden laitos

apmhei@utu.fi

Pro-graduohjaaja, FT, VTM

dosentti

Leena Koivusilta

1. Sukupuoli

- nainen
 mies

2. Ikä**3. Paikkakuntanne asukasmäärä**

- alle 20 000
 20 000–50 000
 50 000–100 000
 100 000–200 000
 yli 200 000

4. Siviilisäätty

- naimisissa/avoliitossa
 naimaton
 asuserossa tai eronnut
 leski

5. Mikä vamma Teillä on?**6. Kuinka monta vuotta olette yhteensä käynyt koulua ja opiskellut päätoimisesti?**

(Kansa- ja peruskoulu lasketaan mukaan)

7. Kuinka monta jäsentä kotitalouteenne tällä hetkellä kuuluu itsenne mukaan lukien?**8. Onko Teillä henkilökohtainen avustaja?**

- kyllä
 ei

Jos on avustaja, kuinka monta tuntia viikossa

9. Jos Teillä on avustaja, koetteko tarvitsevanne lisää avustajatunteja?

- kyllä
 en

10. Jos Teillä ei ole avustajaa, koetteko avustajan saamisen tarpeelliseksi?

- kyllä
 en

11. Oletteko tällä hetkellä pääasiassa

- työssä
- eläkkeellä
- osin työssä, osin eläkkeellä
- työtön
- lomautettu
- opiskelija
- kotiäiti, -isä (myös äitiys- ja isyysloma ja hoitovapaa)
- pitkäaikaisella sairauslomalla
- muuten poissa työelämästä

12. Jos olette työssä, onko työnne tällä hetkellä

- kokoaikaista (ammatillenne tyypillisesti)
- osa-aikaista

13. Mikä on ammattinne?**14. Koetteko itsenne työkykyiseksi?**

- kyllä
- osittain
- en

15. Saatteko työkyvyttömyyseläkettä?

- en
- kyllä, osaeläkettä
- kyllä, määräaikaista eläkettä
- kyllä, pysyvää eläkettä

16. Onko oma terveydentilanne nykyisin mielestänne yleensä

- hyvä
- melko hyvä
- keskitasoinen
- melko huono
- huono

17. Onko Teillä viimeksi kuluneen kuukauden aikana ollut seuraavia oireita tai vaivoja?

- päänsärkyä
- hankalia kipuja ylipäänsä
- unettomuutta
- uupumuksen tunnetta
- masentuneisuutta
- muita mielenterveysongelmia

18. Oletteko tuntenut itsenne jännittyneeksi, stressaantuneeksi tai kovan paineen alaiseksi viimeksi kuluneen kuukauden aikana?

- kyllä, elämäntilanteeni on miltei sietämätön
- kyllä, melkoisesti enemmän kuin ihmiset yleensä
- kyllä, jonkin verran, mutta en enempää kuin ihmiset yleensä
- en ollenkaan

19. Oletteko viimeksi kuluneen viikon aikana käyttänyt mitään seuraavista?

- verenpainelääkkeitä
- sydänlääkkeitä
- kolesterolilääkkeitä
- insuliinia
- diabeteslääkkeitä
- päänsärkylääkkeitä
- muita särkylääkkeitä
- hormonilääkkeitä
- rauhoittavia lääkkeitä
- unilääkkeitä
- masennuslääkkeitä
- vitamiini- ja kivennäisvalmisteita

20. Tupakoitko tai käytättekö tupakkatuotteita?

- kyllä, säännöllisesti
- satunnaisesti
- en

21. Jos poltatte tai käytätte tupakkatuotteita, haluaisitteko lopettaa käytön?

- kyllä, en ole aiemmin yrittänyt lopettaa
 kyllä, olen aiemminkin yrittänyt lopettaa
 en

22. Syöttekö yleensä aamupalaa?

- en
 kyllä

23. Missä syötte useimmiten lounaanne (klo 10–15 välillä) arkisin?

- kotona
 ravintolassa tai baarissa
 työpaikkaruokalassa tai oppilaitosruokalassa
 syön eväitä työpaikalla tai sen läheisyydessä
 muualla kuin mainituissa paikoissa
 en syö lounasta ollenkaan

24. Missä syötte useimmiten päivällisenne (klo 15–20 välillä) arkisin?

- kotona
 ravintolassa tai baarissa
 työpaikkaruokalassa tai oppilaitosruokalassa
 syön eväitä työpaikalla tai sen läheisyydessä
 muualla kuin mainituissa paikoissa
 en syö päivällistä ollenkaan

25. Kuinka usein olette viimeksi kuluneen viikon aikana nauttinut seuraavia ruokia

	En kertaakaan	1-2 päivänä	3-5 päivänä	6-7 päivänä
keitettyjä perunoita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
ranskalaisia perunoita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
riisiä / pastaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
puuroja / muroja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
rasvaisia juustoja (esim.	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Edam, Emmental, Oltermanni)

vähärasvaisempia juustoja (esim. Polar-15, Kadett, Edam 17, raejuusto)

kanaa

kalaa

lihaa

lihajalosteita (makkarat yms.)

kananmunia

tuoreita vihanneksia / juureksia

kypsennettyjä vihanneksia / juureksia

hedelmiä / marjoja

pizzaa

muuta suolaisia leivonnaisia (hampurilaiset, piirakat yms.)

makeita leivonnaisia (pullat, viinerit, keksit yms.)

suklaata tai muita makeisia

mehuja / tuoremehuja

sokeroituja virvoitusjuomia

keinomakeutettuja virvoitusjuomia

26. Kuinka [] a maitoa tai piimää (1 lasillinen on 2 dl) juotte tavallisesti päivässä?

27. Jos ette käytä maitoa tai piimää, niin syöttekö kalsiumtabletteja?

- kyllä
 en

28. a) Kuinka monta kupillista kahvia juotte tavallisesti päivässä? []

28. b) Kuinka monta kupillista teetä juotte tavallisesti päivässä? []

29. Montako leipäviipaletta syötte tavallisesti päivittäin?

tummaa leipää (ruis-, näkkileipä ym.) []

seka-, hiiva-, graham-, kauraleipää []

ranskanleipää tai vastaavaa []

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

lääkäri

- kyllä
 ei

joku muu terveydenhoitohenkilö

- kyllä
 ei

perheenjäsen

- kyllä
 ei

joku muu

- kyllä
 ei

31. Oletteko viimeksi kuluneen vuoden (12 kk) aikana käyttänyt mitään alkoholi-juomia? (olutta, viiniä, siideriä tai väkeviä)

- olen
 en ole

32. Montako annosta olette juonut edellisen viikon (edelliset 7 vrk) aikana seuraavia:

olutta (pullollista 33cl)

siideriä tai kevytviiniä (alkoholipitoisuus noin 5 %, pullollista 33 cl)

long drink-juomia (pullollista 33cl)

väkevää alkoholia (ravintola-annosta 4 cl)

viiniä tai vastaavaa (alkoholipitoisuus yli 5%, lasillista 12 cl)

33. Kuinka usein tavallisesti juotte olutta tai siideriä?

- päivittäin
- 2–3 kertaa viikossa
- kerran viikossa
- 2–3 kertaa kuukaudessa
- muutaman kerran vuodessa tai harvemmin
- en koskaan

34. Kuinka usein tavallisesti juotte väkeviä alkoholijuomia tai viinaa?

- päivittäin
- 2–3 kertaa viikossa
- kerran viikossa
- 2–3 kertaa kuukaudessa
- muutaman kerran vuodessa tai harvemmin
- en koskaan

35. Kuinka usein tavallisesti juotte viiniä?

- päivittäin
- 2–3 kertaa viikossa
- kerran viikossa
- 2–3 kertaa kuukaudessa
- muutaman kerran vuodessa tai harvemmin
- en koskaan

36. Viikon aikana kaikkiaan, kuinka usein tavallisesti juotte alkoholijuomia?

- päivittäin
- 2–3 kertaa viikossa
- kerran viikossa
- 2–3 kertaa kuukaudessa
- muutaman kerran vuodessa tai harvemmin
- en koskaan

37. Kuinka usein juotte alkoholia kerralla kuusi annosta tai enemmän (alkoholiansos käsittää pullon olutta tai vastaavaa, lasin viiniä tai ravintola-annoksen väkevää alkoholijuomaa)

- en koskaan
- harvemmin kuin kerran kuukaudessa
- kerran kuukaudessa
- kerran viikossa
- päivittäin tai lähes päivittäin

38. Kuinka usein viime vuoden aikana Teille kävi niin, että ette pystynyt lopettamaan alkoholinkäyttöä, kun aloitte juoda?

- ei koskaan
- harvemmin kuin kerran kuussa
- kerran kuussa
- kerran viikossa päivittäin tai lähes päivittäin

39. Kuinka usein viime vuoden aikana tunsitte syyllisyyttä tai katumusta juomisen jälkeen?

- en koskaan
- harvemmin kuin kerran kuussa
- kerran kuussa
- kerran viikossa
- päivittäin tai lähes päivittäin

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

lääkäri

- kyllä
 ei

joku muu terveydenhoitohenkilö

- kyllä
 ei

perheenjäsen

- kyllä
 ei

joku muu

- kyllä
 ei

41. Kuinka pitkä olette? (cm)

42. Kuinka paljon painatte? (kg)

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

- en
 kyllä

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

lääkäri

- kyllä
 ei

joku muu terveydenhoitohenkilö

- kyllä
 ei

perheenjäsen

- kyllä
 ei

jo **nuu**

- kyllä
 ei

45. Kuinka monta minuuttia kävelette, pyöräilette tai muuten liikutte työmatkoillanne? (Meno- ja tulomatka yhteenlaskettuna)

- en ole työssä tai työ on kotona
 kuljen työmatkan kokonaan moottoriajoneuvolla
 alle 15 minuuttia päivässä
 15–30 minuuttia päivässä
 30–60 minuuttia päivässä
 yli tunnin päivässä

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

- päivittäin
 4–6 kertaa viikossa
 3 kertaa viikossa
 2 kertaa viikossa
 kerran viikossa
 2–3 kertaa kuukaudessa
 muutaman kerran vuodessa tai harvemmin
 koen, että en voi vamman tai sairauden vuoksi harrastaa liikuntaa

47. Kuinka paljon liikutte ja rasitate itseänne ruumiillisesti vapaa-aikana? (Jos rasitus vaihtelee paljon vuodenaikojen mukaan, merkitkää vaihtoehto, joka parhaiten kuvaa keskimääräistä tilaanne.)

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

48. Millainen on mielestänne nykyinen ruumiillinen kuntonne?

- erittäin hyvä
- melko hyvä
- tyydyttävä
- melko huono
- erittäin huono

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

lääkäri

- kyllä
- ei

joku muu terveydenhoitohenkilö

- kyllä
- ei

perheenjäsen

- kyllä
- ei

joku muu

- kyllä
- ei

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

- vähentänyt rasvan määrää
- muuttanut rasvan laatua
- lisännyt kasvisten käyttöä
- vähentänyt sokerin käyttöä
- vähentänyt suolan käyttöä
- laihduttanut
- lisännyt liikuntaa
- vähentänyt alkoholin käyttöä
- vähentänyt tupakointia

51. Tiedättekö tuttavienne joukossa jonkun, joka viimeksi kuluneen vuoden (12 kk) aikana on kokeillut huumaavia aineita? (mm. hasista, amfetamiinia, heroiniä, kokaiinia, ekstaasia tai LSD:tä)

- en tiedä yhtäkään
- tiedän yhden henkilön
- tiedän 2-5 henkilöä
- tiedän useampia kuin 5 henkilöä

52. Onko Teille viimeksi kuluneen vuoden (12 kk) aikana tarjottu joko ilmaiseksi tai ostettavaksi jotain huumausainetta?

- ei ole
- kyllä, ilmaiseksi
- kyllä, ostettavaksi
- kyllä, sekä ilmaiseksi että ostettavaksi

53. Kuinka suuren osan ajastanne olette viimeisen kuukauden (30 pv) aikana ollut hyvin hermostunut?

- koko ajan
- suurimman osan ajasta
- huomattavan osan aikaa
- jonkin verran
- vähän aikaa
- en lainkaan

54. Kuinka suuren osan ajastanne olette viimeisen kuukauden (30 pv) aikana tuntenut mielialanne niin matalaksi, ettei mikään ole voinut Teitä piristää?

- koko ajan
- suurimman osan aikaa
- huomattavan osan aikaa
- jonkin aikaa
- vähän aikaa
- en lainkaan

55. Kuinka suuren osan ajasta olette viimeisen kuukauden (30 pv) aikana tuntenut itsetietyksi ja rauhalliseksi?

- koko ajan
- suurimman osan aikaa
- huomattavan osan aikaa
- jonkin aikaa
- vähän aikaa
- en lainkaan

56. Kuinka suuren osan ajasta olette viimeisen kuukauden (30 pv) aikana tuntenut itsenne alakuloiseksi ja apeaksi?

- koko ajan
- suurimman osan aikaa
- huomattavan osan aikaa
- jonkin aikaa
- vähän aikaa
- en lainkaan

57. Koetteko itsenne yksinäiseksi?

- en koe itseäni yksinäiseksi
- kyllä, erittäin yksinäiseksi
- kyllä, jonkin verran yksinäiseksi

58. Jos koette yksinäisyyttä, johtuuko se siitä, että

- yhteiskunta on syrjäyttänyt minut
- olen itse halunnut vetäytyä
- en ole tällä hetkellä parisuhteessa
- koen ystävyysuhteet riittämättömiksi

59. Koetteko ihmissuhteet ongelmalliseksi?

- en
- kyllä, parisuhteen
- kyllä, muut perhesuhteet
- kyllä, ystävyysuhteet
- kyllä, muut ihmissuhteet

60. Tuottavatko seksuaalisuuteen liittyvät ongelmat tai seksin puute mielialan las-
ki **lämäänne?**

- kyllä, paljon
- kyllä, jonkin verran
- ei ollenkaan

61. Tuottaako seksuaalisuus nykyään iloa ja tyydytystä elämäänne?

- kyllä, paljon
- kyllä, jonkin verran
- ei ollenkaan

62. Kuinka suuren osan ajasta olette viimeisen kuukauden (30 pv) aikana tuntenut itsenne onnelliseksi?

- koko ajan
- suurimman osan aikaa
- huomattavan osan aikaa
- jonkin aikaa
- vähän aikaa
- en lainkaan

Kommenttejasi tai palautetta tästä kyselystä

80920640	lomake	tallenna	vapa	73156598
	arvoisa_vastaaja			