

Kaisa Kalliokoski

40-VUOTIAIDEN KOTKALAISTEN MIESTEN SÄHKÖINEN TERVEYSTARKASTUS

Kirjallisuuskatsaus ja terveystarkastuksen sisäl-
lön laatiminen

Opinnäytetyö
Terveysten edistäminen YAMK

2018



**Kaakkois-Suomen
ammattikorkeakoulu**

Tekijä	Tutkinto	Aika
Kaisa Kalliokoski	Terveyden edistäminen (YAMK)	Marraskuu 2018
Opinnäytetyön nimi 40-vuotiaiden kotkalaisten miesten sähköinen terveystarkastus – Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja terveystarkastuksen sisällön laatiminen		81 sivua 14 liitesivua
Toimeksiantaja Kotkan kaupungin terveydenedistämisenyksikkö		
Ohjaaja Yliopettaja Marja-Leena Kauronen		
Tiivistelmä <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli laatia 40-vuotiaiden kotkalaisten miesten sähköisen terveystarkastuksen sisältö sekä tutkia, miten elintapaohjausta voidaan antaa internetin välityksellä. Opinnäytetyön aihe on saatu Kotkan kaupungin terveydenedistämisenyksiköltä ja tavoitteena oli, että Kotkan terveydenedistämisenyksikkö saa tämän tutkimuksen avulla käynnistettyä 40-vuotiaiden miesten sähköiset terveystarkastukset.</p> <p>Tutkimusmenetelmänä käytettiin systemaattista kirjallisuuskatsausta. Alkuperäistutkimusten systemaattinen haku suoritettiin kolmesta eri elektronisesta tietokannasta: Medic, Cinahl (EBSCO) sekä PubMed. Alkuperäistutkimukset rajattiin koskemaan vuosia 2013–2018. Aineisto, 32 tutkimusta tai tieteellistä artikkelia, analysoitiin deduktiivisella sisällönanalyysillä. Analyysirunko muodostettiin teorian tietoon pohjautuen.</p> <p>Kirjallisuuskatsauksen tulosten mukaan miesten terveyteen vaikuttavia tekijöitä länsimaissa olivat ravitsemus- ja liikuntatottumukset, päihteiden ja tupakan käyttö, lihavuus, vyötärönympäryys ja painoindeksi, mielenterveyteen vaikuttavat tekijät, lepo ja uni, sosioekonomisen asema, terveyttä mittaavat tekijät sekä koettu terveys. Aineiston perusteella saadut tulokset olivat samankaltaisia aiemmissä tutkimuksissa esiin tulleisiin miesten terveyden riskitekijöihin. Aiemman teorian tiedon sekä tutkimuksen tulosten pohjalta luotiin sisältö sähköiseen terveystarkastukseen. Sähköisen terveystarkastuksen muotoja olivat tulosten mukaan elintapaohjaus, terveystietoa, yhteisöllisyyden tukeminen sekä erilaisten mittareiden sekä testien käyttö omavalvonnan välineenä. Näiden tietojen pohjalta on koottu luotettavia internetsivustoja, joiden avulla voidaan elintapaohjausta tukea sähköisesti. Lisäksi yhteisöllisyyden tukemiseksi esitettiin idea sosiaalisen median hyödynnettävyydestä terveystarkastuksessa.</p> <p>Sähköisen terveystarkastuksen avulla kotkalaiset 40-vuotiaat miehet saavat tietoa terveydentilastaan ja siihen vaikuttavista riskitekijöistä. Terveystarkastuksen avulla Kotkan kaupungin terveydenedistämisenyksikkö voi edistää 40-vuotiaiden kotkalaisten miesten terveyttä. Jatkotutkimusideana terveystarkastuksen toimivuutta voitaisiin mitata. Lisäksi jatkotutkimusideaksi nousi miesten tukeminen ja motivoiminen sähköisen terveystarkastuksen tekemiseen sekä virtuaalivalmennuksen kehittäminen.</p>		
Asiasanat miehet, terveystarkastukset, terveystarkastus, sähköiset palvelut, terveyden edistäminen, systemaattinen kirjallisuuskatsaus		

Author	Degree	Time
Kaisa Kalliokoski	Master's Degree of Health Promotion	2018
Thesis title Electronic physical examination of 40-year-old men from Kotka – Systematic literature review and drawing up of the contents of the physical examination		72 pages 14 pages of appendices
Commissioned by Kotka Unit of Health Promotion		
Supervisor Marja-Leena Kauronen, Principal Lecturer		
Abstract <p>The aim of this thesis was to create the content of an electronic physical examination for 40-year-old men living in the city of Kotka and to study how health education could be provided via the Internet. The subject of this thesis was given by the Kotka Unit of Health Promotion, and the aim of the study was to aid in starting electronic physical examinations for the 40-year-old men of Kotka.</p> <p>The research method in this thesis was a systematic literature review. Searches were made using three electronic databases: Medic, Cinahl (EBSCO) and PubMed. The search was narrowed to the years 2013–2018. The final material for this thesis consists of 32 studies or scientific articles that were analysed using deductive content analysis. The framework for the analysis was based on theoretical knowledge.</p> <p>According to the literature review, the factors that affect men's health in the Western world were nutrition and exercise habits, the use of controlled substances, smoking, obesity, waistline measurement, body mass index, factors affecting mental health, sleep, rest, socio-economic factors, the measured aspects of health, and the individual's experience of their own health. The results based on the source material were consistent with previously known risks for men's health found in similar studies. The content of the electronic medical examination was formed using previous theoretical knowledge and research. The results provide the following ways of electronic health education: lifestyle counselling, health communication, support of the sense of community, and the use of various tests and indicators as tools for self-monitoring. A list of reliable websites was compiled that can be used to support the electronic lifestyle counselling. Additionally, the use of social media in health education was presented as a way to support the sense of community.</p> <p>With the help of the electronic medical examination, 40-year-old men of Kotka are able to get information about their own health and personal health risk factors. The Kotka Unit of Health Promotion is able to use the results to promote the health of 40-year-old men in Kotka. Several ideas for further studies arose from the thesis: measuring the effectiveness of the medical examinations, supporting and motivating men to participate in the electronic physical examinations, and development of virtual coaching.</p>		
Keywords men, physical examination, health education, eHealth, health promotion, systematic literature review		

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	TERVEYDEN EDISTÄMINEN	7
2.1	Miesten terveys ja sen riskitekijät	8
2.1.1	Miesten terveyden tilanne Kymenlaaksossa	10
2.1.2	Terveyden sosiaaliset määrittäjät ja yhteisöllisyyden merkitys	11
2.2	Sähköiset terveystalvet	14
2.3	Terveystarkastukset	16
2.4	Terveyskasvatus	18
3	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	20
4	TUTKIMUSMENETELMÄ	21
4.1	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus	22
4.2	Aineiston keruu	23
4.3	Sisäänotto- ja poissulkukriteerit	28
4.4	Alkuperäistutkimusten valinta	29
4.5	Alkuperäistutkimusten laadun arviointi	31
4.6	Aineiston analyysi	32
5	TUTKIMUSTULOKSET TUTKIMUSTEHTÄVITTÄIN	33
5.1	40-vuotiaiden miesten terveyden riskitekijät	33
5.1.1	Ravitsemustottumukset	39
5.1.2	Liikuntatottumukset	39
5.1.3	Tupakointi ja päihteet	40
5.1.4	Ylipaino	41
5.1.5	Mielenterveyteen vaikuttavat tekijät	41
5.1.6	Lepo ja uni	42
5.1.7	Sosioekonominen asema	43
5.1.8	Koettu terveys ja mitattavat tekijät	44
5.2	Terveyskasvatusta verkon välityksellä	44

5.2.1	Elintapaohjaus.....	46
5.2.2	Terveysviestintä	47
5.2.3	Yhteisöllisyyden tukeminen	47
5.2.4	Mittarit ja testit omaseurannan tukena sekä elämäntilanne	48
5.3	Tulosten yhteenveto	48
5.3.1	Sähköisen terveystarkastuksen kutsukirjeen malli	51
5.3.2	Sähköisen terveystarkastuksen sisältö	53
5.3.3	Ohjeita ja suosituksia terveellisiin elintapoihin.....	55
6	POHDINTA.....	56
6.1	Tulosten tarkastelu ja hyödynnettävyys.....	56
6.2	Opinnäytetyön luotettavuus	59
6.3	Eettinen pohdinta	61
	LÄHTEET	63

LIITTEET

Liite 1. Taulukko hyväksytyistä alkuperäistutkimuksista tutkimuskysymykseen 1.1.

Liite 2. Taulukko hyväksytyistä alkuperäistutkimuksista tutkimuskysymykseen 1.2.

1 JOHDANTO

Sähköisten palveluiden avulla pyritään parantamaan palvelujen saatavuutta, laatua ja kustannustehokkuutta sekä tehostamaan sairauksien ennaltaehkäisyä, varhaista toteamista ja itsehoitoa sekä parantamaan hoidon jatkuvuutta. Väestön ikääntyminen yhdessä kunta- ja palvelurakenteiden murroksen ja henkilöstö- ja resurssipulan kanssa, kasvattavat palveluntuottajien kiinnostusta sähköisten palveluiden kehittämiseen kansalaisille sosiaali- ja terveydenhuollossa. Sähköisten palveluiden käyttöönottoa puoltaa myös kansalaisten valmius: vuonna 2012 suomalaisista 16–74-vuotiaista 90 % käytti sähköisen asioinnin mahdollistavaa teknologiaa ja pääosalla heistä oli verkkoyhteys kotona. (Hyppönen ym. 2014, 17.)

Tällä hetkellä erot suomalaisten terveydessä, kuolleisuudessa ja sairastavuudessa ovat suuria. Erot johtuvat sukupuolesta, iästä, koulutustaustasta, tulotasosta sekä asuinalueesta. Terveyserojen vuoksi tarvitaan toimenpiteitä, jotka eivät ainoastaan hoida sairauksia, vaan vahvistavat ihmisten kykyä käyttää potentiaalista toimintakykyään sekä ennalta ehkäisevät sairauksia ja vammoja. (Ahonen ym. 2016, 13.) Sähköiset terveysterveystarvikkeet hyödyntävät koko yhteisöä parantamalla hoidon saatavuutta ja laatua sekä tehostamalla terveydenhuoltoalan toimintaa (Jauhiainen ym. 2014b, 26).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on laatia aiemman tutkimuksen perusteella 40-vuotiaiden kotkalaisten miesten sähköisen terveystarkastuksen sisältö. Lisäksi tarkoituksena on selvittää, miten verkon välityksellä voidaan toteuttaa terveystarkastusta. Tutkimus toteutetaan systemaattisena kirjallisuuskatsauksena. Tutkimuksen aihe on saatu Kotkan kaupungin terveydenedistämisenyksiköltä, ja tavoitteena on, että Kotkan terveydenedistämisenyksikkö saa käynnistettyä 40-vuotiaiden miesten sähköiset terveystarkastukset ja tämän avulla edistettyä heidän terveyttään.

2.1 Miesten terveys ja sen riskitekijät

Terveys on määritelty Maailman terveysjärjestö WHO:n mukaan täydellisen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaksi (WHO 1948, Huber ym. 2011 mukaan). Tällainen tila on kuitenkin mahdotonta saavuttaa, minkä vuoksi määritelmää on arvosteltu voimakkaasti ja myöhemmin määritelmässä onkin korostettu terveyden dynaamisuutta ja hengellisyyttä. Terveyden dynaamisuudella tarkoitetaan yksilön omaa kykyä sopeutua ja hallita omaa terveyttään. Eri ihmisille terveys merkitsee erialisia asioita. Monet elävät esimerkiksi kroonisten tautien kanssa vuosia, kun ennen niiden vaikutukset kuolleisuuteen olivat merkittäviä. Kroonista tautia sairastava voi kokea itsensä terveeksi perussairaudesta huolimatta, jolloin WHO:n määritelmä terveydestä ei toteudu. Yksi tunnetuimmista terveyden uusista määritelmistä on Ottawan julkilausuma (Ottawa Charter for Health Promotion 1986), jossa korostetaan yksilön sosiaalisia ja henkilökohtaisia resursseja sekä henkistä kapasiteettia. WHO ei kuitenkaan ole julkaissut uutta määritelmää terveydelle. (Huber ym. 2011; Huttunen 2015b.)

Terveyttä voidaan tarkastella joko positiivisesti sen kautta, kuinka ihmisellä on kykyä tehdä asioita tai negatiivisesti, jolloin keskitytään sairauden olemassa-oloon. Usein lääketieteellisesti terveyttä määritellään sairauden kautta ja määritelmä perustuu sairauden fysikaalisiin ja biologisiin syihin. Lääketieteellisesti terveys on usein sairauden puuttumista. Yksittäiset ihmiset taas määrittelevät terveyttä enemminkin positiivisesti ja keskittyvät siihen mitä he pystyvät tekemään, eikä siihen, mitä sairauksia heillä on. (Wills & Jackson 2014, 5–7.) Omaan koettuun terveyteen vaikuttaa voimakkaasti fyysinen ja sosiaalinen elinympäristö, ja tärkeää koetussa terveydessä onkin riippumattomuus, autonomia, mahdollisuus ja kyky päättää teoistaan ja toimistaan sekä kyky huolehtia itsestään (Huttunen 2015a).

Terveyskäyttäytyminen tarkoittaa yksilön valintoja muun muassa ravinnon, päihteiden, liikunnan sekä levon ja unen suhteen. Terveydellä ja elintavoilla on havaittu tutkimuksissa selviä yhteyksiä ja elintavat ovatkin paljastuneet monien kansantautien merkittäväksi syytekijäksi. Kansantaudit ovat sairauksia, joilla on suuri merkitys koko väestön terveyteen. Ne vaikuttavat työkykyyn ja ovat yleisiä kuolleisuuden aiheuttajia. Kansantaudeiksi luokitellaan sairaudet,

joita sairastaa vähintään 50 000 ihmistä väestöstä. Suomalaisen yleisimpiä kansansairauksia ovat sydän- ja verisuonitaudit, diabetes, astma ja allergiat, krooniset keuhkosairaudet, syöpäsairaudet, tuki- ja liikuntaelinsairaudet, muistisairaudet sekä mielenterveyden ongelmat. Riski- ja suojatekijät ovat yleensä samoja eri kansansairauksista huolimatta. Keskeisiä terveystyökalujen riskitekijöitä ovat liiallinen alkoholin käyttö, tupakointi, riittämätön liikunta, suolan käyttö, ylipaino sekä epäterveellinen ruokavalio. (Eskola 2017, 974; Thurman 2016, 24.)

Naisten ja miesten välillä on huomattavia terveyseroja. Elinajanodote osoittaa terveyden kokonaiskertymää ja Suomessa ero naisten miesten välillä on Länsi-Euroopan suurimpia. (Palosuo & Lahelma 2013, 47.) Tilastokeskuksen (s.a.) mukaan vuonna 2016 Suomen miehillä oli 5,6 vuotta lyhyempi elinajanodote kuin naisilla, miesten elinajanodote oli 78,5 vuotta ja naisten 84,1 vuotta. Vaihtelu sukupuolten välisessä erossa eri maiden välillä osoittaa, että biologisen määräytymisen lisäksi myös sosiaaliset olosuhteet, muut elinympäristöt sekä elintavat vaikuttavat miesten ja naisten välisiin terveyseroihin. Suomessa miesten elinajanodotetta lyhentävät varsinkin suuri sydän- ja verisuonikuolleisuus sekä kuolleisuus onnettomuuksiin ja väkivaltaan. Alkoholi on usein tavalla tai toisella edistävänä tekijänä ulkoisissa kuolinsyissä. (Palosuo & Lahelma 2013, 47.)

ATH-tutkimuksen tulosraportin 2017 mukaan esimerkiksi itse raportoitu kohonnut veren kolesterolipitoisuus 20–54-vuotiailla miehillä oli 11,2 %, kun samanikäisillä naisilla lukema oli 6,2 %. Itseilmoitetun verenpainetaudin / kohonneen verenpaineen osuus 20–54-vuotiailla miehillä oli 13 % kun naisilla lukema oli 8,9 %. Saman raportin tulosten mukaan itsensä suurimman osan aikaa viimeisen neljän viikon aikana onnelliseksi kokeneiden osuus oli 20–54-vuotiailla miehillä 48,1 % kun naisilla lukema oli 54,1 %. Myös alkoholin kulutuksessa näkyy miesten ja naisten välillä selvä ero: 20–54-vuotiaista miehistä liikaa alkoholia käytti 41,4 % kun vastaavasti samanikäisistä naisista liikaa alkoholia käytti 27,4 %. (Murto ym. 2017.)

2.1.1 Miesten terveyden tilanne Kymenlaaksossa

Kotkassa on vuosittain 40-vuotiaita miehiä kolmisen sataa, vuonna 2017 heitä oli 319 (Sotkanet 2018a). PYLL-indeksi (Potential Years of Life Lost) kuvaa menetettyjä elinvuosia ja on kansainvälisesti laajalti käytetty mittari. Se mittaa ennenaikaista kuolleisuutta ja kuvaa väestön terveyden ja hyvinvoinnin tilaa. Erityisesti sellaiset terveyden ja hyvinvoinnin ongelmat, jotka lisäävät kuoleman riskiä nuoremmissa ikäryhmissä, painottuvat PYLL-indeksissä. (Karlsson 2014.)

Kymenlaaksossa menetettyjen elinvuosien lukumäärä vuonna 2014 oli 7693 / 100 000 asukasta kohti. Koko maata kuvaava luku oli 6509 / 100 000 asukasta. Miehillä menetettyjen elinvuosien lukumäärä Kymenlaaksossa oli 10 481 / 100 000 asukasta, naisilla lukeman ollessa 4893 / 100 000 asukasta kohti ja koko maan miesten luku oli 8877 / 100 000 asukasta kohti. Vertaillessa vielä Kymenlaakson sisällä oli kotkalaisten miesten menetettyjen elinvuosien lukumäärä 11 865 / 100 000 asukasta kohti Kouvossa lukeman ollessa 9827 / 100 000 asukasta kohti. (Sotkanet 2018d.)

Vuonna 2017 Suomen työttömyysprosentti miehillä oli 12,5 %. Kymenlaaksossa työttömiä miehiä oli 16,1 % työvoimasta. Kotkan työttömyysprosentti oli vielä koko Kymenlaaksoon verrattuna huonompi, prosenttiosuuden ollessa 18,9 %. (Sotkanet 2018f.) Erityisesti pitkäaikaistyöttömyys, mutta myös esimerkiksi pätkätyöt, ovat selvästi yhteydessä köyhyyteen. Sosioekonomiset erot taas näkyvät sairastuvuudessa ja koetussa terveydessä. Lisäksi alemmissa koulutusryhmissä vakavat mielenterveyshäiriöt ja kuolleisuus ovat korkeampia verrattuna korkeammin koulutettuihin. (Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2018, 22, 32.)

Terveyskäyttäytymisen osalta esimerkiksi päivittäin tupakoivien osuus 20–64-vuotiaista kymenlaaksolaisista miehistä vuonna 2015 oli 25,1 %, koko maan luvun ollessa 18,8 % (Sotkanet 2018e). Alkoholikuolleisuus on myös muuhun maahan verrattuna korkea Kymenlaakson miehillä. Vuonna 2016 koko maassa 20–64-vuotiaiden miesten alkoholikuolleisuus oli 79,8 / 100 000 asukasta kohti, kun Kymenlaakson vastaava luku oli 109,4. (Sotkanet 2018b.) Lihavien osuus (kehon painoindeksi 30 kg/m² tai enemmän) 20–64-vuotiaista

miehistä oli vuonna 2015 koko maassa 18,9 %, kun vastaava luku kymenlaak-solaisilla miehillä oli 23,4 % (Sotkanet 2018c).

2.1.2 Terveyden sosiaaliset määrittäjät ja yhteisöllisyyden merkitys

Terveyden sosiaaliset määrittäjät ovat parin viime vuosikymmenen aikana olleet runsaiden tutkimusten kohteena. Etenkin aihepiiri koskee sosioekonomisia terveyseroja, sairauksien sosiaalisia syitä sekä yleensä terveyden eriarvoisuutta. Näitä terveyden sosiaalisia määrittäjiä pidetään eräänlaisena yläkäsitteenä lähestymistavoille, joissa terveyden edistämistä on siirrytty tarkastelemaan laajemmin kuin biomedikaalisessa ja riskikäyttäytymistä koskevissa tutkimuksissa on tavallisesti aihetta rajattu. (Palosuo 2016, 38.)

Suomessa terveyden taso sekä yleinen hyvinvointi ovat kohentuneet jatkuvasti, mutta tästä huolimatta terveyden eriarvoisuus on lisääntynyt. Sosioekonomiset terveyserot ovat viime vuosina jopa kasvaneet ja eriarvoisuus ilmenee lähes kaikilla hyvinvoinnin ja terveyden ulottuvuuksilla. Kaikilla ei ole samanlaisia mahdollisuuksia terveyteen ja terveyden riskitekijät kasautuvat vaihtelevina yhdistelminä alimpiin sosiaaliryhmiin ja usein siirtyvät sukupolvien yli. Näitä riskitekijöitä ovat epäterveelliset elintavat, vähäinen koulutus, heikot työolosuhteet, epävarma ja raskas työ, pitkäaikainen työttömyys, alhainen asu-mistaso, köyhyys sekä sosiaalisen tuen puute. (Tarkiainen ym. 2012, Rotkon ym. 2014, 92 mukaan.) Etenkin huono koettu terveys ja pitkäaikaissairastuvuus ovat yleisimpiä vähän koulutetuilla ja pienituloisilla kuin muilla ryhmillä. Stressikokemukset muodostavat poikkeuksen, sillä ne ovat lisääntyneet ja ne ovat yleisempiä eniten koulutusta saaneilla. (Martelin ym. 2014, 62.)

Göran Dahlgren ja Margaret Whitehead ovat tehneet WHO:lle terveyden määrittäjien hahmotuksen sateenkaarimallina (kuva 2). Tähän malliin on koottu terveyteen vaikuttavat eritasoiset tekijät yksilöllisistä tekijöistä yhteiskunnallisiin tekijöihin. Proksimaalisina eli yksilöä lähimpinä tekijöinä ovat geneettiset ja biologiset tekijät sekä ikä ja sukupuoli. Näiden yläpuolella on joko proksimaalisiin tai välitason tekijöihin luettavat elämäntyyllitekijät. Seuraavilla tasoilla ovat sosiaaliset ja yhteisölliset verkostot sekä elinolot ja työolot. Nämä edellä mainitut kattavat fyysisen ympäristön ominaisuuksia. Korkeimmalla kaarrella ovat

distaaliset eli kaukaisimmiksi ajatellut tekijät: yleiset sosioekonomiset, kulttuuriset ja ympäristön olosuhteet. (Palosuo 2016, 39.)



Kuva 2. Terveiden määräjien sateenkaarimalli (mukaan Dahlgren & Whitehead 1991; Palosuo 2016, 40 mukaan)

Sateenkaarimalli esittää kattavasti terveyteen vaikuttavia tekijöitä, mutta se ei kuitenkaan ole riittävä terveyserojen määrittämiseen. Terveyserojen määrittäjät eivät välttämättä ole samoja kuin koko väestön terveyden määrittäjät, kuten esimerkiksi epäterveellinen työympäristö ja köyhyys, jotka ovat terveydellisiä riskitekijöitä vain osalle väestöstä. Sateenkaarimalliin ei myöskään sisälly varsinaista teoriaa eritasoista välitysmekanismista. (Palosuo 2016, 39–40.) Resurssien ja vallan jakautuminen sekä eri tasoilla tapahtuva erilainen altistuminen terveysvaaroille tai terveyttä suojaaville tekijöille on se, mistä terveyseroihin johtavissa mekanismeissa on kyse. Sosioekonomisia terveyseroja tuottavat erilaiset altistukset taloudellisille vaikeuksille, psykososiaaliselle stressille, työn vaaroille, käyttäytymisriskeille, haittojen elämänmittaisille kertymille sekä vaikeuksille selviytyä sairastamisen seurauksista. (Dahlgren & Whitehead 2006, Palosuo 2016, 40 mukaan.)

Dahlgrenin ja Whiteheadin luomassa saateenkaarimallissa sosiaaliset ja yhteisölliset verkostot ovat heti elämäntyyllitekijöiden jälkeen. Yhteisöllisyys on keskeinen osa ihmisen hyvinvointia. Yhteisöllisyydellä voidaan laajimmillaan viitata kaikkeen ihmisten väliseen vuorovaikutukseen tai ihmisryhmiin, joiden jä-

senillä on jotakin yhteistä. Yhteisö voi koostua muutamasta hengestä, esimerkiksi perheestä tai harrasteryhmästä, tai se voi olla jopa Euroopan Unionin laajuinen yhteenliittymä. Yhteisöllä on oltava yhteisiä mielenkiinnon kohteita yhteisöllisyyden muodostumiseksi. Jaettujen intressien avulla toimitaan yhdessä ja tunnetaan yhteydentunnetta. (Pessi & Seppänen 2015, 288, 292.)

Yhteisöllisyys voi koostua esimerkiksi aiemmin mainitusta harrasteryhmästä. Suomessa on todettu jalkapallofanien kokevan yhteenkuuluvuuden tunnetta. Salmisen (2014, 28, 30) pro gradu -tutkielman mukaan jalkapallomaajoukkueen kannattajien välillä vallitsee yhteisöllisyyden tunne. Yhteinen mielenkiinto helpottaa ja nopeuttaa sosiaalistumista ryhmään ja yhteisöllisyys koetaan positiivisena tekijänä.

Yhteisöllisyyden avulla voidaan myös tukea ja edistää terveyttä. Esimerkiksi painonhallintaryhmiin osallistuminen on miehillä vähäisempää verrattuna naisiin. Viime vuosina amatöörien urheiluseurojen potentiaalia miesten terveyden edistämässä on alettu arvostamaan. Skotlannissa on kehitetty Football Fans in Training -ohjelma (FFIT), joka tähtää auttamaan ylipainoisia jalkapallofaneja pudottamaan painoa fyysisen aktiivisuuden ja terveellisempien ruokailutottumusten myötä. FFIT-ohjelma perustuu 12-viikon ryhmälähtöiseen painonhallintaohjelmaan, jossa on sekä teoretietoa että aktiviteetteja, joita tehdään jalkapallokentän laidalla. Ohjelmaan sisältyy myös askelmittaripohjainen kävelyohjelma. Ryhmä on tarkoitettu 35–65-vuotiaille miehille, joiden painoindeksi on 27 kg/m² tai enemmän. Jalkapallofanien painonhallintaohjelmaan osallistuneet miehet olivat innostuneita sekä teoriaosuudesta, että aktiviteeteista. Tärkeäksi tekijäksi muodostui kumppanuus ja vertaistuki eli toisin sanoen yhteisöllisyys. (Gray ym. 2013.) Skotlannissa järjestetty painonhallintaryhmä on esimerkki interventtiosta, jossa yhteisöllisyyden merkitys on suuri.

Myös Kymenlaaksossa on tutkittu miesten yhteisöjen merkitystä terveyden edistämässä. Vuosina 2014–2016 toteutettiin Alueellinen eriytyminen ja yhteisölliset menetelmät miesten terveyden edistämässä -hanke. Hankkeessa selvitettiin muun muassa kymenlaaksolaisten miesten liikunta-aktiivisuutta, tupakointia ja alkoholinkäyttöä sekä valmiutta muuttaa niitä yhteisöllisin keinoin. Hankkeen interventio-osassa hankkeen yhteistyökumppanit Sotek ja Kakspy

ry. toteuttivat neljä interventiota miesten keskuudessa, joissa tunnistettiin erilaisia intervention lähestymistapoja ja ohjausnäkökulmia, yhteisöllisyyden ilmenemismuotoja sekä elintapamuutosta tukevia tekijöitä. (Kauronen 2016, 4–5.) Tulosten mukaan etenkin sosioekonomisesti heikoilla alueilla yhteisöllisten menetelmien käyttö terveyden edistämässä on suositeltavaa. Resurssien heikkouden vuoksi heikossa asemassa olevien kiinnittyminen terveyttä tukevaan toimintaan tulisi tapahtua paikallisyhteisön tasolla. Näitä yhteisöllisin menetelmien toteutettavia toimintoja voivat toteuttaa esimerkiksi järjestöt tai kuntien terveyden edistäminen. Ylemmän sosioekonomisen hyvinvoinnin alueella sosiaaliset resurssit tukevat jo miesten terveyttä sekä parantavat ja pitävät sitä yllä, jonka vuoksi yhteisöllisten menetelmien tarve ei ole yhtä suuri. Liikuntakäyttäytymisen tukemisessa tulee korostaa läheisten tuen merkitystä, läheisten ihmissuhteiden muodostumista sekä sosiaalisen median hyödyntämistä (Kallunki ym. 2016, 172, 175.)

2.2 Sähköiset terveystalvelut

Nykyäänä tieto ja teknologia mahdollistavat uudenlaiset palvelut ja sähköisten palveluiden avulla voidaan edistää hyvinvointia ja ehkäistä sairauksia. Sähköisiä palveluja hyödyntämällä voidaan tehostaa palvelujärjestelmiä. Niitä voidaan käyttää paikasta ja ajasta riippumatta eri välineillä, mikä edistää yksilön vaikuttamismahdollisuuksia sekä väestön tasapuolista palvelua. Sähköisten palvelujen käyttöönotossa on huomioitava eri väestöryhmien kyky käyttää sähköisiä palveluja, helppo käytettävyys, tietoliikenneyhteydet maaseudulla sekä erityisryhmien vaatimukset sähköisille palveluille. (Sosiaali- ja terveystministeriö 2014, 17–18.)

Maailmanlaajuinen kehitys tietotekniikassa on mahdollistanut tietotekniikan hyödyntämisen myös terveyden edistämässä. Internet mahdollistaa tänä päivänä sen, että tietoa terveydestä ja sairauksista on saatavilla helposti ja tieto on kaikkien saatavilla. (Corcoran 2010, 96–97.) Sosiaali- ja terveydenhuollon uudistamista voidaan tukea valtakunnallisilla sähköisillä asiointipalveluilla. Terveystpalveluiden järjestämisvastuun siirtyessä Sote-uudistuksen myötä kunnilta viidelle sosiaali- ja terveydenhuollon kuntayhtymälle voivat sähköiset palvelut auttaa osaltaan turvaamaan eri alueiden asukkaille yhdenvertaiset mahdollisuudet terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen. Sähköiset asiointipalvelut

voivat tukea osaltaan myös uuden, kustannustehokkaan ja vaikuttavan palvelurakenteen toteuttamista. (Hyppönen ym. 2014, 82.)

Sähköiset terveydenhuoltopalvelut tarkoittavat terveydenhuoltoalan välineitä ja palveluja, jotka hyödyntävät tieto- ja viestintätekniiikkaa. Niiden pyrkimyksenä on parantaa sairauksien ehkäisyä, diagnosointia, hoitoa, seurantaa ja terveydenhuollon hallintoa. Sähköisiin terveystalouteihin sisältyy asiakkaiden ja palvelujen tuottajien välinen kommunikaatio, tietojen siirto laitoksesta toiseen, ammattilaisten keskinäinen tiedonvaihto sekä vertaistuki asiakkaiden ja terveydenhuollon ammattilaisten kesken. Sähköisillä terveystalouteilla on monia positiivisia vaikutuksia asiakkaille ja terveydenhuollon ammattilaisten toiminnalle. Ne parantavat hoidon saatavuutta ja laatua sekä tehostavat terveydenhuoltoalan toimintaa, jolloin ne hyödyntävät koko yhteisöä. (Jauhiainen ym. 2014b, 26.)

Yksi tietotekniikan mahdollistamista sähköisistä palveluista ovat sähköiset terveystarkastukset. Terveystaloutien ja terveyttä edistävien tekijöiden kartoittaminen voidaan suurimmilta osin tehdä internetissä, itse täytettävän kyselylomakkeen avulla. Kustannus Oy Duodecim on esimerkki sähköisen terveystarkastuksen tarjoajista. Heidän tuottamansa palvelun avulla kysely täytetään itsenäisesti. Kyselyn perusteella saadaan terveystarkastusraportti, josta ilmenevät arvio elinajan odotteesta, elintapojen vaikutuksista terveyteen ja henkiseen hyvinvointiin sekä ohjeita mahdollisiin muutoksiin ja keinoja vaikuttaa elintapoihin. Lisäksi palvelu tarjoaa sähköistä terveystalouten elämän eri osueille: painonhallinta, liikunta, ravinto, uni, onnellisen elämän taidot, parisuhteen parantaminen, alkoholin kohtuukäyttö ja tupakoinnin lopettaminen. (Saarelma 2017; Duodecim s.a.)

Asiakkaan vastuu omasta terveydestä ja hyvinvoinnista kasvaa sähköisten terveystaloutien myötä. Kansalaisten osaamisvaatimukset on luokiteltu kolmeen ryhmään eli osaamiseen, motivaatioon ja liittymään. Osaaminen koostuu tieto- ja viestintätekniiikan peruskäyttötaidoista, tiedonhankintavalmiuksista sekä kommunikointivalmiuksista. Asiakkaan aktiivisuus ja kiinnostus käyttää sähköisiä palveluja ovat motivaatiotekijöitä. Motivaatioon liittyy myös sähköisten palvelujen soveltuminen henkilön elämäntilanteeseen. Liittymällä tarkoite-

taan sopivien laitteiden ja verkkoyhteyden saatavuutta. Sähköisten terveystalveluiden käyttöön vaikuttaa myös toimintakyky, fyysiset rajoitukset sekä kognitiiviset kyvyt. Myös iällä voi olla merkitystä. (Jauhiainen ym. 2014a, 41.)

Kymenlaaksossa sähköisiä terveystalveluita on jo käytössä. Muun muassa sähköisen asiointin kautta pääsee varaamaan aikaa tiettyihin palveluihin tai ottamaan yhteyttä keskussairaalaan tai sosiaalipalveluihin. Kouvolan kaupungilla on käytössä Duodecimin tarjoama sähköinen Omahoito, jossa pääsee tekemään terveystarkastuksen, osallistumaan valmennusohjelmiin sekä käyttämään eOmahoitokirjastoa, jossa on koottu aineistoa, joka tarjoaa syventävää tietoa ja tukea sairauden hoitoon ja elintapamuutokseen. Lisäksi Omakantapalvelu on jokaisen suomalaisen käytettävissä, jossa voi muun muassa tarkastella voimassa olevia reseptejä sekä omia terveystietoja.

2.3 Terveystarkastukset

Terveystarkastuksen avulla selvitetään yksilön terveydentilaa ja toimintakykyä kliinisillä tutkimuksilla tai muilla tarkoituksenmukaisilla ja luotettavilla menetelmillä. Terveystarkastus on terveyden edistämiseen liittyvää terveydentilan selvittämistä. Terveystarkastus liittyy olennaisesti terveystarkastukseen ja terveystarkastuksella tarkoitetaan terveydenhuollon ammattihenkilöstön toimintaa, jossa kuntalaisten hyvinvointia tuetaan suunnitelmallisesti terveystalveluilla ja viestinnällä yksilö-, ryhmä- ja väestötasolla. Terveystarkastuksesta ja terveystarkastuksista on Sosiaali- ja terveystalveluministeriöllä yleinen ohjaus- ja valvontavastuu. Sosiaali- ja terveystalveluministeriön strategian ja hallitusohjelman mukaan sairauden hoidosta on siirrettävä painopistettä hyvinvoinnin aktiiviseen edistämiseen ja terveyden ja toimintakykyyn on investoitava. Yhteiskunnan tulee myös tukea ihmisiä valinnoissa, joiden avulla he voivat parantaa elämänlaatuaan ja fyysisen terveyden, mielenterveyden sekä sosiaalisen hyvinvoinnin edistäminen otetaan sosiaali- ja terveystalveluihin kaikissa elämänvaiheissa. (Sosiaali- ja terveystalveluministeriö s.a.) Tässä opinnäytetyössä laaditaan systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tulosten pohjalta sähköisen terveystarkastuksen sisältö. Terveystarkastuksessa pyritään selvittämään kotkalaisen 40-vuotiaan miehen terveydentilanne verkossa tapahtuvan terveystalvelun avulla.

Terveystarkastusten tehtävänä on seurata ja edistää kuntalaisten terveyttä ja hyvinvointia (Sosiaali- ja terveysministeriö s.a.). Hyvä terveystarkastus ei koskaan keskity pelkästään ongelmiin, vaan sisältää aina terveyttä, hyvinvointia ja voimavaroja vahvistavan osuuden (Sauni ym. 2014, 45). Terveystarkastuksessa ei voida varmuudella todeta henkilöä terveeksi, mutta niiden pohjalta on hyvä pohtia terveysriskejä ja harkita elämäntapojen muuttamista riskien vähentämiseksi (Saarelma 2017). Terveystarkastusten tehtävänä onkin tarvittaessa tarjota ravitsemus- ja liikuntaneuvontaa sekä tukea tupakoinnista vieroitukseen ja alkoholinkäytön vähentämiseen keskeisten kansansairauksien ehkäisemiseksi (Sosiaali- ja terveysministeriö s.a.). Sähköisen terveystarkastuksen tehtyään kotkalainen 40-vuotias mies näkee oman terveydentilansa ja tarvittaessa saa ohjausta elintapamuutoksen tekemiseen. Terveystarkastuksen avulla miehet voivat herätä oman terveydentilansa nykytilaan. 40-vuotiaana on vielä hyvin aikaa tehdä muutoksia oman terveydentilan kohentamiseksi sekä eliniän pidentämiseksi.

Terveystarkastuksia määrittää laki. Terveydenhuoltolain (30.12.2010/1326 13. §) mukaan kunnan on järjestettävä terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä sekä sairauksien ehkäisyä tukevaa terveysneuvontaa alueensa asukkaille. Lain mukaan tarpeelliset terveystarkastukset on järjestettävä kunnan toimesta terveyden ja hyvinvoinnin seuraamiseksi ja edistämiseksi. Terveysneuvonnan ja terveystarkastusten tulee tukea työ- ja toimintakykyä ja sairauksien ehkäisyä sekä edistää mielenterveyttä ja elämänhallintaa. Terveydenhuoltolain (14. §:n) mukaan kunnan tulee järjestää alueellaan valtakunnallisen seulontaohjelman mukaiset seulonnat. Lisäksi kunta voi järjestää seulontoja ja terveystarkastuksia tietyn taudin tai sen esiasteen toteamiseksi tai taudin aiheuttajan löytämiseksi.

Aikuisiällä rutiininomaisista terveystarkastuksista on melko vähäinen hyöty, sillä pääosan terveysriskeistä ihminen kyllä tietää itsekkin. Keskeinen tekijä on ihmisen oma halu vaikuttaa terveysriskeihinsä; jokainen voi havaita ilman tarkastuksiakin oman tupakoinnin, alkoholin käytön, ylipainon ja muut ravitsemusvirheet sekä liikunnan puutteen. Myös henkiseen hyvinvointiin vaikuttaminen on paljolti ihmisen omissa käsissä. Kuitenkin ammattilaisen tuki voi olla tarpeen elämäntapamuutoksen toteuttamisessa. Eräistä aikuisväestölle tehtä-

vistä seulontatutkimuksista on kuitenkin osoitettu olevan selvä hyöty. Verenpaine olisi syytä mittauttaa muutaman vuoden välein ja yli 40-vuotiaiden tulisi selvittää veren rasva-arvojen taso. (Saarema 2017.)

Kunnat ovat suurelta osin luopuneet aikuisten ikäryhmätarkastuksista, mutta työterveyshuollossa terveystarkastukset ovat osa työterveyshuollon ennaltaehkäisevää ja työterveyttä edistävää toimintaa. Vuosittain tehdään yhteensä noin miljoona työterveyshuollon terveystarkastusta, mikä tarkoittaa, että sataa työssäkäyvää kohti on terveystarkastuksia tehty 50–60 tarkastusta. Työterveystarkastusten tavoitteena on työntekijöiden suojele työstä johtuvilta terveysriskeiltä sekä työntekijöiden omien voimavarojen ja terveyden edistäminen työkyvyn ylläpitämiseksi (Sauni ym. 2014, 47–48.)

Terveydenhuoltolaki määrittää myös työterveyshuoltoa. Terveydenhuoltolain 18. pykälän mukaan kunnan on järjestettävä alueellaan sijaitsevissa työpaikoissa työskenteleville työntekijöille työterveyshuoltolain (21.12.2001/1383) 12. §:ssä ja muualla laissa säädetyt työterveyshuoltopalvelut. Kunnan alueella toimiville yrittäjille ja muille omaa työtään tekeville on kunnan järjestettävä soveltuvien osien työterveyshuoltolain 12 §:ssä ja sen nojalla annetuissa säädöksissä tarkoitettua työterveyshuoltoa. (Terveydenhuoltolaki 18. §.) Työterveyshuoltolain mukaan työntekijällä on myös velvollisuus osallistua terveystarkastukseen, eikä työntekijä saa ilman perusteltua syytä kieltäytyä osallistumasta tässä laissa tarkoitettuun terveystarkastukseen, joka työhön sijoitettaessa tai työn kestäessä on välttämätön (Terveydenhuoltolaki 13. §).

2.4 Terveyskasvatus

Terveyskasvatus voidaan nähdä suotuisissa olosuhteissa tapahtuvaksi sosiaalisiksi prosesseiksi, jolla on merkitystä ilmaisuihin, mielikuviin, yksilöiden toiminnan edellytyksiin ja se luo terveyden edistämisen kannalta edullisen ilmapiirin. Terveysneuvonta, terveystalkot, terveystalkot sekä terveystalkot ovat kaikki terveystalkot. Terveystalkot on yleensä terveydenhuollon ammattilaisen toteuttamaa tietoa antamista, kun taas terveystalkot ja terveystalkot tarkoittavat vuorovaikutusta sekä vuoropuhelua. Terveystalkot viestinnällä tarkoitetaan esimerkiksi erilaisia lehtisiä ja oppaita sekä videoita

tai internetissä olevia terveysneuvonta- ja terveystestisivustoja. Terveysneuvonnan tueksi on olemassa erialisia testejä ja mittareita, joiden avulla voidaan kartoittaa riskikäyttäytymistä tai orastavaa terveysongelmaa. Esimerkiksi alkoholin käyttöä arvioidaan AUDIT-mittarin avulla ja metabolisen oireyhtymän (MBO) tunnistamiseen on oma mittarinsa (Thurman 2016, 47.)

Interventio määritellään väliintulona tai toimenpiteenä, jolla pyritään vaikuttamaan johonkin. Terveystieteissä interventioilla pyritään vaikuttamaan yksilön tai ryhmän terveydentilaan tai käyttäytymiseen, kuten tupakointiin tai päihteiden käyttöön. Tarkoituksena on ehkäistä sairauksia, motivoida muutokseen sekä opettaa terveellisiä elämäntapoja. Tavoitteena on siis saada aikaan myönteisiä tuloksia, jotka edistävät lopulta terveyttä. (Pölkki 2014; Thurman 2016, 47.)

Enemmistö elämäntapamuutosinterventioista pyrkii vaikuttamaan motivaatioon ja tietoiseen, tavoitteelliseen toimintaan. Onnistuakseen interventio vaatii aina asiakkaan hyväksynnän. Monesti interventioilla saavutetaan pieniä tai kohtalaisia hyötyjä ja muutokset ovat usein lyhytkestoisia, sillä muutoksen ylläpitäminen vaatii tietoista ponnistusta. Ponnistelu muutosten tekemiseksi ja ylläpitämiseksi sekä repsahtelut näissä taas kuluttavat resursseja ja saavat motivaation hiipumaan. (Absetz & Hankonen 2017, 1015; Thurman 2016, 47.)

Elintapojen ja omahoidon merkitys kasvaa kroonisten tautien yleistyessä. Tästä huolimatta valtaosa väestöstä ei noudata ravitsemus- ja liikuntasuosituksia. Monesti viestintäkampanjat onnistuvat kyllä lisäämään tietoa, mutta pysyvän elämäntapamuutoksen tekeminen on vaikeaa. Muutoksen ja käyttäytymisen toteutumiseksi yksilöllä tulisi olla tahto (motivation), riittävät taidot (capability) sekä ympäristön mahdollistama tilaisuus (opportunity). (Absetz & Hankonen 2017, 1015.)

Nykyäänä usea taho järjestää terveyskasvatusta internetin välityksellä. Muun muassa Satakunnan sydänpiiri tarjoaa Verkkopuntari-ohjelman, jossa elintapojen muutoksia on mahdollista tukea verkossa. Verkkohjelman avulla edetään asetettuihin tavoitteisiin pienin askelin 12 viikon ajan. Ohjausmateriaali on rakennettu Moodle-alustalle ja se käydään pienissä osissa läpi ja teemat sisältävät ravitsemukseen, liikuntaan, terveyteen ja syömisen hallintaan

liittyviä aihealueita, teorian tietoa, Suomen Sydänliiton valmiita testejä, pohdintatehtäviä, liikuntavinkkejä sekä linkkejä alustan ulkopuolisille, luotettaviksi todetuille verkkosivuille. Verkkopuntari-ohjelma tukee ratkaisukeskeistä työtapaa, jolle on ominaista tavoitteellisuus, myönteisyys ja omien voimavarojen käyttö. (Puska 2015, 1.)

Elintapaohjaus, interventiot, terveystietoa sekä terveysneuvonta pyrkivät kaikki samaan päämäärään: yksilön terveyden edistämiseen vaikuttamalla yksilön terveystietoisuuteen. Valitsin tässä työssä käytettäväksi termiksi terveystietoisuuden, sillä se pitää sisällään kaikki eri muodot, millä yksilön elintapoihin pyritään vaikuttamaan. Terveystietoisuudesta voidaan toteuttaa niin elintapaohjauksella kuin interventioillakin. Lisäksi englanninkielinen sana health education on mielestäni kattava ja kuvaava sana, millä yksilön terveystietoisuuteen pyritään vaikuttamaan.

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on laatia 40-vuotiaiden kotkalaisten miesten sähköisen terveystarkastuksen sisältö. Tarkoituksena on selvittää kohdeyhmän terveyteen vaikuttavat seikat sekä tehdä tämän pohjalta suunnitelma verkkopalveluna toimivan terveystarkastuksen sisällöstä. Terveystarkastus koostuu kutsukirjeestä sekä terveystietoisuudesta, jolla selvitetään 40-vuotiaiden miesten terveydentilaa. Lisäksi tarkoituksena on selvittää, miten terveystietoisuudesta voidaan toteuttaa sähköisesti. Tavoitteena on, että Kotkan terveyden edistämisen yksikkö saa tämän kehittämistyön perusteella käynnistettyä 40-vuotiaiden miesten verkkopalveluna toimivat terveystarkastukset ja tämän avulla edistettyä heidän terveyttään. Edellä esitettyjen teorian sekä tarkoitusten ja tavoitteiden pohjalta muodostui seuraavat tutkimuskysymykset:

1. Miten sähköisen terveystarkastuksen avulla voidaan edistää 40-vuotiaiden miesten terveyttä?
 - 1.1. Mitkä ovat riskitekijöitä 40-vuotiaiden miesten terveydelle?
 - 1.2. Miten terveystietoisuudesta voidaan toteuttaa sähköisesti?

4 TUTKIMUSMENETELMÄ

Tämä opinnäytetyö on toteutettu systemaattisena kirjallisuuskatsauksena. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus esittelee tutkimusaiheen kannalta keskeisen kirjallisuuden sekä tutkimusten otannat ja se kokoaa yhteen olemassa olevan tiedon tutkimusaiheesta. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tiivistää tutkimustietoa tietynlaisten katsausten avulla hoitosuosituksen tuottamiseksi ja parhaan näytön etsimiseksi ja sen merkitys on kasvanut suureksi näyttöön perustuvan tiedon kehittämisessä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 97; Suhonen ym. 2016, 14).

Prosessimaiseen, tieteelliseen toimintaan perustuvaa kirjallisuuskatsausta voidaan pitää erityisenä systemaattisena tutkimusmenetelmänä. Kirjallisuuskatsauksen tulee olla toistettavissa ja sen on pohjauduttava laajaan aihealueen ja ilmiön ajassa kehittymisen tutkimukseen. Kirjallisuuskatsauksen tärkein tehtävä on kehittää tieteenalan teoreettista käsitteistöä ja ymmärrystä, kehittää teoriaa tai arvioida olemassa olevaa teoriaa. Kokonaiskuva tietystä aihealueesta tai asiakokonaisuudesta on mahdollista muodostaa kirjallisuuskatsauksen avulla. (Suhonen ym. 2016, 7.) Tässä opinnäytetyössä selvitetään systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla mitkä ovat riskitekijöitä 40-vuotiaiden miesten terveydelle ja tulosten perusteella luodaan sähköisen terveystarkastuksen sisältö. Lisäksi systemaattisella kirjallisuuskatsauksella selvitetään miten terveystarkastusta voidaan toteuttaa verkon avulla.

Kirjallisuuskatsauksia on olemassa erityyppisiä ja pääsääntöisesti katsaustyyppit jaetaan kolmeen päätyyppiin: kuvailevat katsaukset (narrative literature reviews), systemaattiset kirjallisuuskatsaukset (systematic reviews, systematized reviews) sekä määrällinen meta-analyysi ja laadullinen meta-analyysi (meta-analysis). Jokaisella katsaustyyppillä on omanlaisensa hienojakoinen ero katsauksen tarkoituksen, aineistonhankinnan tai -otannan, määrittelyn ja analyysimenetelmän osalta. (Suhonen ym. 2016, 8.) Kirjallisuuskatsauksen tyyppistä riippumatta kirjallisuuskatsauksessa on viisi välttämätöntä vaihetta. Aluksi määritellään katsauksen tarkoitus ja tutkimusongelma, seuraavaksi tehdään kirjallisuushaku ja aineiston valinta. Tämän jälkeen tutkimukset arvioidaan ja tehdään aineiston analyysi ja synteesi. Viimeisenä vaiheena tulokset raportoidaan. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 23.)

4.1 Systemaattinen kirjallisuuskatsaus

Tämä opinnäytetyö on toteutettu systemaattisena kirjallisuuskatsauksena. Keskeisin piirre systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa lienee usein kliiniseen kysymykseen vastauksen etsiminen tarkkaan. Vastausta etsitään yhdistämällä useiden eri tutkimusten tuloksia käytännön hoitotyön tai näytön esittämiseksi hyvien käytänteiden perustaksi. Tässä tutkimuksessa etsitään tietoa miesten terveyden riskitekijöistä sekä verkossa toteutettavasta terveystasvuksesta. Keskeinen lähtökohta systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa on tarkasti muotoiltu tutkimuskysymys, tarkasti valitut menetelmät ja noudatetut menettelytavat sekä aikaisempien tutkimusten kattava hakumenettely. (Suho-
nen ym. 2016, 14.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on yksi luotettavim-
mista tavoista yhdistää aikaisempaa tietoa ja sen avulla voidaan välttää syste-
maattista harhaa sekä osoittaa mahdolliset puutteet tutkimustiedossa (Kääriäi-
nen & Lahtinen 2006, 37).

Kirjallisuuskatsauksen ensimmäinen ja perustavanlaatuisen tärkeä vaihe on tarkoituksen ja tutkimusongelman määrittäminen. Tarkoituksen määrittäminen antaa suunnan koko prosessille ja kirjallisuuskatsauksen tarkoituksesta olisi hyvä hahmottaa erilaisia näkökulmia. Tässä vaiheessa valitaan kiinnostuksen kohteena olevat käsitteet, kohdejoukko, interventio tai kenen näkökulmasta asiaa tarkastellaan sekä mistä terveystasvongelmasta tai vastaavasta kokonaisuudesta katsaus tehdään. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 24.) Tässä opinnäyte-
työssä tarkoituksen määrittely oli heti alussa selvä, sillä sähköisen terveystasv-
tarkastuksen sisällön luominen oli tehtävänanto, jonka sain Kotkan terveyden-
edistämisyksiköltä. Tutkimuskysymykset muodostuivat tarkoituksen mukaan ja koska tässä työssä haetaan luotettavaa tietoa miesten terveyteen vaikutta-
vista riskeistä sekä siitä miten terveystasvatusta voidaan totetuttaa sähköi-
sesti oli tutkimuskysymysten määrittäminen melko selkeää.

Usein tutkimuksen tavoitteet kirjallisuuskatsauksessa määritellään kuvaamalla, miten tuottavaa tietoa voidaan hyödyntää. Tutkimusongelmat perustu-
vat tutkimuksen tavoitteisiin ja tarkoituksiin, ja ne voidaan muotoilla väittämiksi tai kysymysmuotoon. Tutkimuksen pääongelma voidaan jakaa tarkennettuihin alaongelmiin. Terveystasvhuoltoalan tutkimuksissa on yleistä asettaa tutkimus-
ongelma kuvaamaan tiettyä ilmiötä, minkä lisäksi tarkastellaan tutkittavien

taustatietojen yhteyttä selitettävään tutkimusilmiöön. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2013 101.) Tämän opinnäytetyön tavoitteena on, että Kotkan terveydenedistämisenyksikkö voi toteuttaa 40-vuotiaiden miesten sähköisen terveystarkastuksen. Tähän tavoitteeseen ei kuitenkaan ollut tarkoitus etsiä tietoa, minkä vuoksi tutkimusongelma on jaettu kahteen pienempään kysymykseen, jotka ovat varsinaiset tämän tutkimuksen tutkimusongelmat.

Hyvä tutkimusongelma- tai kysymys on relevantti ja riittävän fokusoitunut valittuun aineistoon nähden, mutta se ei saa olla liian suppea ja siihen on oltava mahdollista vastata kirjallisuuden perusteella. Liiallinen aineisto tuottaa ongelmia liian laajassa kysymyksessä, eikä tutkijalla ole tällöin mahdollisuutta käsitellä kaikkea löytämäänsä kirjallisuutta. Liian suppea kysymys taas aiheuttaa sen, ettei aineistoa löydy lainkaan. Kysymystä laadittaessa on hyvä myös miettiä, mitä ja minkälaista tietoa kysymykseen vastaamalla saadaan ja miten sitä hyödynnetään. On myös syytä tehdä alustavia kirjallisuushakuja, jotta saadaan käsitys olemassa olevan kirjallisuuden määrästä. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 23.)

Tässä opinnäytetyössä tutkimusongelmia, joihin vastauksia haettiin oli aluksi kolme: *Mitkä ovat riskitekijöitä 40-vuotiaiden miesten terveydelle?*, *Minkälaisella sähköisellä elintapaohjauksella voidaan edistää miesten terveyttä?* sekä *Minkälaisella sähköisesti tapahtuvalla interventiolla voidaan edistää miesten terveyttä?* Alustavien kirjallisuushakujen jälkeen tutkimusongelmia tiivistettiin ja kaksi viimeistä tutkimuskysymystä yhdistettiin yhdeksi käyttämällä termiä *terveyskasvatus*. Näin saatiin sisällytettyä yhteen tutkimuskysymykseen kattavammin tietoa ja hakulausekkeiden määrittämien sekä aineiston keruu selkiytyi.

4.2 Aineiston keruu

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksen ja tutkimusongelman laatimisen jälkeen siirrytään kirjallisuushakuun ja aineiston valintaan. Tämä sisältää sekä varsinaiset haut sekä relevantin kirjallisuuden valintaprosessin. Kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden kannalta kirjallisuuden hakuprosessi on keskeisin vaihe, sillä siinä tehdyt virheet johtavat vääristyneisiin johtopäätöksiin. Tämän vuoksi kirjallisuushaun suorittamiseen tarvitaan strategia. (Niela-Vilén & Hamari

2016, 25.) Strategiassa määritetään tietokannat, vapaat tekstisanat ja indeksoidut termit sekä näiden yhdistelmät (Kääriäinen & Lahtinen, 2006, 40).

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on tunnistaa ja löytää kaikki tutkimuskysymyksiä vastaava materiaali ja aineistona ovat yleensä ensisijaisesti alkuperäistutkimukset (Niela-Vilén & Hamari, 2016, 25). Haut suunnataan tutkimussuunnitelman mukaisesti niihin tietolähteisiin, joista oletetaan saatavan tutkimuskysymysten kannalta oleellista tietoa (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 40). Kustannustehokkaita hakuja ovat sähköisistä tietokannoista tehtävät haut, mutta ne eivät välttämättä tavoita kaikkia katsaukseen soveltuvia tutkimuksia. Tämän vuoksi sähköisen haun lisäksi on syytä käyttää myös manuaalista hakua. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 25.)

Tietokantahakuja varten tarvitaan hakulausekkeet, jotka on muodostettu soveltuvien hakusanojen avulla. Hakusanoina käytetään aiheen kannalta keskeisiä käsitteitä, jotka tutkija itse määrittelee. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 25–26.) Tutkimuskysymyksiä ollessa useita, tehdään kuhunkin tutkimuskysymykseen haut mahdollisimman monipuolisesti eri hakusanoilla- ja termeillä. Kuhunkin tietokantaan määritellään haut ja niiden rajaukset erikseen, sillä jokaisessa tietokannassa on erilaiset hakustrategiat. (Kääriäinen & Lahtinen, 2006, 40.) Apuna voidaan käyttää tietokantojen asiasanahakuja tai kirjaston informaattikkojen asiantuntemusta, sillä tietoa on usein saatavilla paljon ja hakustrategian laatiminen on vaativaa. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 26; Kääriäinen & Lahtinen 2006, 40.)

Teoriataustan, tutkimuskysymysten sekä lukuisten koehakujen pohjalta muodostui tämän opinnäytetyön hakusanoiksi seuraavat: riskitekijät, terveys, mies, sähköinen, internet, teknologia ja terveystieteet. Englannin kieliset hakusanat tarkistettiin MOT-sanakirjan avulla ja koehakujen jälkeen termeiksi muodostuivat: men, male, health, risk, web-based, technology-based, internet-based sekä health education. Ideoiduista hakusanoista muodostetaan hakulausekkeet tiedonhaun perustyökalujen avulla. Näitä perustyökaluja ovat Boolean operaattorit, sulkeet, sanankatkaisut, fraasit sekä läheisyysoperaattorit. (Lehtiö & Johansson 2016, 38.) Tässä opinnäytetyössä käytettiin Boolean AND- ja OR-operaattoreita ja lisäksi sanat katkaistiin tietokannasta riippuen *- tai ”-

merkillä, jotta saatiin kaikki olemassa olevat muodot hakusanoista (esimerkiksi risk* = riski, riskit, riskien, riskeihin ym. ja yhdyssanat risk*= riskitekijät ym.)

Kevään 2018 aikana suoritettiin useita koehakuja valittuihin tietokantoihin sopivien hakulausekkeiden löytämiseksi. Hakusanoja testaamalla saatiin myös alustava käsitys tutkimusten määrästä ja laadusta. Hakulausekkeiden laatiminen osoittautui haastavaksi ja aikaa vieväksi vaiheeksi. Koehakujen perusteella sain alussa tuhansia tuloksia, jolloin hakuja täytyi rajata. Alussa myös eri tietokantojen erilaiset hakutoiminnot toivat omat lisähaasteensa, sillä halusin hakulausekkeista mahdollisimman yhteneväiset. Tapasin Kaakkois-Suomen ammattikorkeakoulun sekä Kouvolan, että Kotkan kampuskirjaston informaatikot maaliskuussa ja toukokuussa ja hyödynsin informaatikkojen osaamista hakukoneiden ominaisuuksissa sekä oikeiden hakulausekkeiden löytämiseksi. Varsinaiset kirjallisuushaut suoritettiin kesä–heinäkuun 2018 aikana.

Hakujen suorittamista varten valitaan käytettävät tietokannat. Näiden valintaan vaikuttaa haettava aihe sekä se, minkälaista työtä ollaan tekemässä. Aina on syytä hakea tietoa useammasta tietokannasta, jotta saadaan mahdollisimman kattavasti tietoa tutkittavasta aiheesta. (Lehtiö & Johansson 2016, 42.) Tässä tutkimuksessa on käytetty kolmea eri tietokantaa: Medic, CINAHL (Ebsco) sekä PubMed.

Medic on kotimainen terveystieteiden tietokanta, ja sitä on ylläpidetty vuodesta 1978. Se pitää sisällään viitteitä artikkeleista, väitöskirjoista, opinnäytetöistä, kirjoista sekä tutkimuslaitosten raporteista. CINAHL (Ebsco) sisältää artikkeliviitteitä vuodesta 1982 lähtien. Se sisältää hoitotieteen ja siihen liittyvien lähialojen viitteitä ja on ehdottomasti keskeisin tietokanta hoitotieteen tiedonhakuun. PubMed on National Library of Medicine (USA) vapaasti käytettävissä oleva käyttöliittymä ja siellä on aineistoa vuodesta 1946 lähtien. (Lehtiö & Johansson 2016, 43–46.) Taulukoissa 1 ja 2 on esitetty käytetyt hakulausekkeet sekä hakutulokset tietokannoittain.

Taulukko 1. Tutkimuskysymyksen 1.1 *Mikä ovat riskitekijöitä 40-vuotiaiden miesten terveydelle?* käytettävät hakulausekkeet tietokannoittain sekä hakutulokset.

Hakusana	Tietokanta	Hyväksytyt	Hylätyt	Yhteensä
mies* mieh* AND terv* AND risk* [81]	Medic	10	71	81
men* male* AND health* AND risk* [166]	Medic	4	182	186
men" AND health" AND risk" [328]	Cinahl(Ebsco)	14	314	328
adult men* OR adult male* AND health* AND risk* [193]	PubMed	0	193	193
Yhteensä		28	760	788

Taulukko 2. Tutkimuskysymyksen 1.2 *Miten terveystieteistä voidaan toteuttaa sähköisesti?* käytettävät hakulausekkeet tietokannoittain sekä hakutulokset

Hakusana	Tietokanta	Hyväksytyt	Hylätyt	Yhteensä
sähkö* internet* teknolog* AND terveyskasv*	Medic	1	6	7
web-based* technology- based* internet- based* AND health educa- tion*	Medic	0	367	367
web-based" OR technology- based" OR in- ternet-based" AND health ed- ucation"	Cinahl(Ebsco)	2	322	324

web-based* OR technology- based* OR in- ternet-based* AND health ed- ucation*	PubMed	1	72	73
Yhteensä		4	767	771

Hakutulosten rajauksessa pyrittiin käyttämään samankaltaisia rajauksia tietokannasta riippumatta. Hakusanoissa on käytetty kuitenkin pieniä eroavaisuuksia järkevien hakutulosten saamiseksi. Esimerkiksi ensimmäisen tutkimusky-symyksen kohdalla on Cinahl(EBSCO)-tietokannassa hakusanoista jätetty sana *male* pois ja haettu pelkällä *men*- sanalla. Tämä tehtiin siksi, että haet-tassa sekä *men* että *male* sanoilla tuli hakutuloksia 3764 kappaletta muista ra-jauksista huolimatta. Jättämällä *male*-sana pois oli hakutuloksia 328. PubMed-tietokannassa taas lisättiin sanojen *men* ja *male* eteen *adult*, sillä ilman tätä rajausta hakutuloksia tuli pelkällä *men* sanalla 7350 ja *men* OR *male* -haulla 10 893.

Medic-tietokannasta hauissa on käytetty seuraavia valintoja: tekijä/ otsikko/ asiasana/ tiivistelmä, haun vuosiväli 2013 – 2018, asiasanojen synonyymit käytössä, kielivalintana suomi ja englanti sekä julkaisutyypeistä on valittu gradu, väitöskirja, muu kirja, artikkeli kirjassa, alkuperäistutkimus sekä muu artikkeli.

CINAHL (EBSCO) -tietokannasta haettaessa on käytetty seuraavia valintoja: Advanced search, Linked Full Text, Abstract Available, Boolean/Phrase, Apply related words, January 2013 – July 2018, English Language sekä Peer Re-viewed. PubMed-tietokannasta hauissa on käytetty seuraavia valintoja: Ad-vanced, Title/Abstract, Absrtact, Free full text, English ja aikaväli 1.1.2013–2.7.2018.

4.3 Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Keskeinen osa hakustrategiaa on mukaanotto- ja poissulkukriteerien muodostaminen. Relevantin kirjallisuuden tunnistaminen helpottuu ja virheellisen tai puutteellisen katsauksen mahdollisuus vähenee pätevien ja kattavien kriteereiden avulla. Mukaanotto- ja poissulkukriteerit varmistavat sen, että katsauksen suunniteltu fokus säilyy. Kriteereiden avulla voidaan myös hallita aineiston kokoa rajaamalla esimerkiksi julkaisuvuotta tai kieltä, jolla tutkimus on kirjoitettu. Näin kriteereistä on myös käytännön apua tutkijalle. (Niela-Vilén & Hamari 2016, 26.)

Kriteerit määritellään ennen alkuperäistutkimusten valintaa ja niiden tulee perustua tutkimustehtäviin. Niissä rajataan esimerkiksi alkuperäistutkimusten lähtökohtia, tutkimusmenetelmää ja -kohdetta, tuloksia tai tutkimuksen laatutekijöitä. Tutkimuksista valitaan mahdollisimman täsmällisesti ne, jotka ovat tutkimuskysymysten kannalta olennaisia. Tällä minimoidaan tutkijan subjektivistista valikoitumisharhaa. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 41.) Taulukossa 3 on esitetty tämän opinnäytetyön sisäänotto- ja poissulkukriteerit.

Taulukko 3. Tutkimusten sisäänotto- ja poissulkukriteerit.

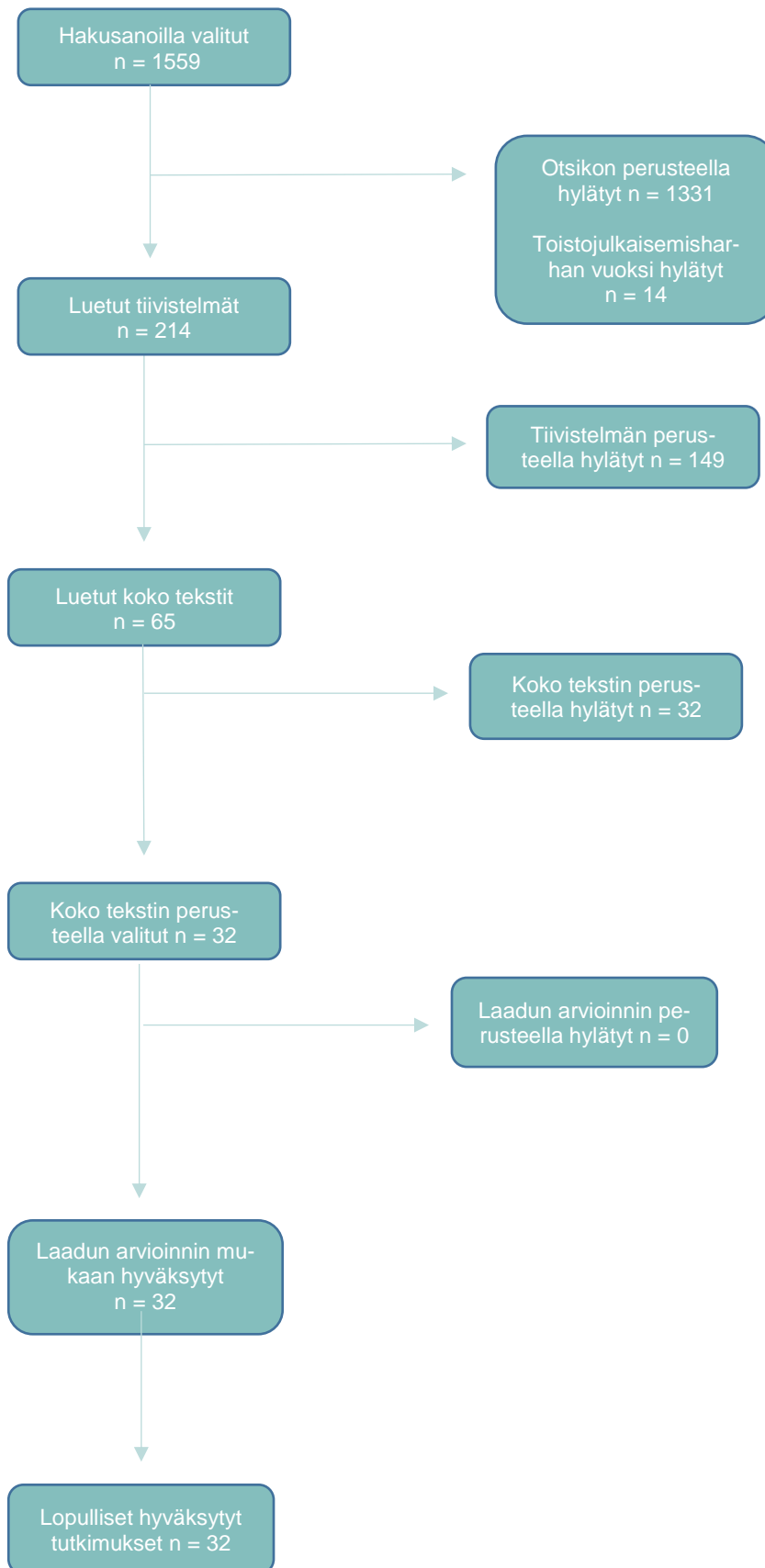
Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Julkaistu aikavälillä 1.1.2013–2.7.2018.	Julkaistu ennen 1.1.2013.
Suomen tai englannin kielinen.	Muu kuin suomen tai englannin kielinen.
Tutkimus on tieteellinen alkuperäistutkimus, väitöskirja tai tieteellinen artikkeli.	Julkaisu ei täytä tieteellisen julkaisun vaatimuksia tai julkaisu on kirjallisuuskatsaus.
Julkaisu koskee aikuisten miesten terveyden keskeisiä riskitekijöitä liittyen alkoholin käyttöön, tupakointiin, liikuntaan, ravitsemukseen, ylipainoon, suolan käyttöön, lepoon ja uneen sekä sosioekonimisiin tekijöihin.	Julkaisu koskee muuta ikäryhmää kuin aikuisia tai julkaisu ei koske miehiä. Julkaisu koskee jotakin tiettyä sairautta eikä terveyden keskeisiä riskitekijöitä.
Tutkimus käsittelee länsimaisten miesten terveyden riskitekijöitä.	Tutkimus käsittelee muiden kuin länsimaisten miesten terveyden riskitekijöitä.
Julkaisu koskee sähköisesti tapahtuvaa terveystasvatusta ja on olennainen kohderyhmän eli 40-vuotiaiden miesten kannalta.	Julkaisu koskee terveystasvatusta, joka ei tapahdu sähköisesti eikä ole olennainen kohderyhmän kannalta, käsittelee esimerkiksi lapsia.
Tutkimus otetaan vain kerran mukaan tuloksiin.	Tutkimus on jo otettu aiemmin mukaan tuloksiin.

Tutkimus on olennainen opinnäytetyön kannalta.	Tutkimus ei ole olennainen opinnäytetyön kannalta.
--	--

Aineistoon hyväksytään suomen- ja englanninkieliset tutkimukset, jotka on julkaistu aikavälillä 1.1.2013–2.7.2018. Julkaisujen tulee olla tieteellisiä ja niiden tulee käsitellä aikuisten miesten terveyden riskitekijöitä, jotka ovat yhteydessä suomalaisten yleisimpiin kansansairauksiin, joita ovat jo aiemmin teoriaosassa mainitut sydän- ja verisuonitaudit, diabetes, astma ja allergiat, krooniset keuhkosairaudet, syöpäsairaudet, tuki- ja liikuntaelinsairaudet, muistisairaudet sekä mielenterveyden ongelmat (Thurman 2016, 24). Tutkimus hyväksytään vain kerran mukaan tuloksiin. (Taulukko 3.)

4.4 Alkuperäistutkimusten valinta

Tässä opinnäytetyössä systemaattinen haku ja alkuperäistutkimusten valinta toteutettiin vaiheittain ja alkuperäistutkimukset valittiin järjestelmällisesti. Tutkimusten vastaavuutta tarkasteltiin portaittain otsikon, tiivistelmän ja koko tekstin perusteella. Tutkimustulosten tallentamiseksi tutkija lähetti tulokset sähköpostiin sekä tulosti hakutulokset paperille ja käytti näin saatuja valmiita listauksia päiväkirjana, tehden niihin merkintöjä sisäänotosta sekä poissulusta. Jokaiselle kategorialle (otsikon mukaan hylätyt, luetut tiivistelmät, tiivistelmän perusteella hylätyt, luetut koko tekstit ja niin edelleen) oli oma värinsä, jonka ansiosta oli helppo tehdä vaiheittainen yhteenveto tiedonhaun hakuprosessista ja hyväksytyistä tutkimuksista. Tämä vaiheittainen yhteenveto on esitetty kuvassa 3.



Kuva 3. Vaiheittainen yhteenveto alkuperäistutkimusten valinnasta.

Kolmesta eri tietokannasta saatiin kahteen tutkimuskysymykseen yhteensä 1559 tutkimustulosta. Näistä karsittiin otsikkotasolla 1331 ja toistojulkaisemistarhan vuoksi 14 tutkimusta. Tämän jälkeen luettiin yhteensä 214 tiivistelmää, joiden perusteella hylättiin yhteensä 149 tutkimusta ja koko tekstit luettiin yhteensä 65 tutkimuksesta. Koko tekstien perusteella valittiin yhteensä 32 tutkimusta mukaan tähän opinnäytetyöhön. (Kuva 3.)

Kaikki elektronisen tiedonhaun perusteella hyväksytyt tutkimukset on esitetty taulukoissa (liitteet 1 ja 2). Taulukoista käy ilmi tutkimuksen perustiedot, tutkimusmenetelmät ja tutkimuksen tarkoitus sekä tämän opinnäytetyön kannalta keskeiset tulokset.

4.5 Alkuperäistutkimusten laadun arviointi

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa mukaan valitut alkuperäistutkimukset tulisi arvioida arviointikriteerejä käyttäen. Tämän laadun arvioinnin avulla pyritään määrittelemään ja kuvaamaan tulosten luotettavuutta ja sitä, kuinka paljon painoarvoa tuloksille voidaan antaa kirjallisuuskatsauksessa. Laadun arvioinnin tärkeimpänä tavoitteena on alkuperäisartikkeleiden pätevyyden sekä tulosten merkittävyyden ja yleistettävyyden arviointi. Lisäksi arviointikriteerit auttavat lukijaa ymmärtämään paremmin alkuperäistutkimusten asetelmaa, toteuttamista, analyysia ja tuloksia. Laadun arviointi katsauksessa vaikuttaa artikkelien valintaan ja tulosten saamaan painoarvoon systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa (Lemetti & Ylönen 2016, 67–68, 69). Tässä opinnäytetyössä on laadun arvioinnissa käytetty alkuperäistutkimuksen sisäänottokriteereitä (ks. taulukko 3). Kirjallisuuskatsauksen mukaan valitut tutkimukset tai artikkelit on verrattu jokainen erikseen sisäänotto- ja poissulkukriteereitä vasten. Lisäksi laadun arviointia on tehty tutkimustyyppien painoarvon mukaan ja apuna tässä on käytetty Metsämuurosen (2007, 38) luokitusta, joka on nähtävissä taulukossa 4.

Taulukko 4. Tutkimustyyppit niiden painoarvon mukaisessa järjestyksessä (Metsämuuronen 2006, 38).

1. Suuret satunnaistetut ja kontrolloidut kokeet
2. Pienet satunnaistetut ja kontrolloidut kokeet
3. Ei-satunnaistetut tutkimukset, joissa kontrolliryhmä
4. Ei-satunnaistetut tutkimukset, joissa historiallinen kontrolliryhmä
5. Kohorttitutkimus
6. Tapaus-kohorttitutkimus
7. Poikittaistutkimus (cross-sectional study)
8. Rekisteritutkimus
9. Sarja tapauksia (series of consecutive causes)
10. Yksittäinen tapaustutkimus

4.6 Aineiston analyysi

Aineiston analyysi tehdään, kun alkuperäistutkimukset on valittu ja niiden laatu on arvioitu. Aineiston analyysin, sekä koko kirjallisuuskatsauksen, ensisijainen tehtävä on vastata tutkimuksen tarkoitukseen ja sitä konkretisoiviin tutkimuskysymyksiin. Aineiston analyysimenetelmän valintaan vaikuttaa valittujen alkuperäistutkimusten heterogeenisyys ja lukumäärä eli valittu aineisto. Tutkija valitsee, miten hän käsittelee aineiston ja esittää tulokset. Aineiston analyysin tarkoituksena on tuottaa mahdollisimman luotettava ja kattava kokonaiskuva tutkittavasta ilmiöstä. Lähtökohtana on, että aineiston analyysi vastaa katsauksen tarkoitukseen ja käsittelymenetelmän valinta on oltava perusteltavissa. (Kangasniemi & Pölkki 2016, 80–82.)

Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen analyysi sisältää kolme päävaihetta: käsittelymenetelmän valinta, valitun aineiston esittely sekä valitun aineiston tulosten esittely. Ensimmäisenä valitaan aineiston käsittelymenetelmä, jonka avulla parannetaan katsauksen luotettavuutta. Käsittelymenetelmän valinta perustuu harkintaan suhteessa tutkimuksen tarkoitukseen, valittuun tutkimusaineistoon ja katsauksen tavoitteena olevan tiedon muotoon. (Kangasniemi & Pölli 2016, 80–81.)

Aineiston käsitteellistäminen sopii systemaattisiin kirjallisuuskatsauksiin, kun tarkoituksena on tuottaa aineistosta abstrahoitua käsiteellistä tietoa. Sisällön analyysi voidaan tehdä joko induktiivisesti eli aineistolähtöisesti tai deduktiivisesti eli teorialähtöisesti. Tässä opinnäytetyössä käytettiin deduktiivista eli teorialähtöistä sisällönanalyysiä. Deduktiivisessa sisällönanalyysissä laaditaan

analyysirunko ennalta, aikaisempaan kirjallisuuteen perustuen. Analyysi etenee niin, että aineistosta poimitaan ennalta määritellyn rungon perusteella analyysiyksiköt, jonka jälkeen ne pelkistetään, abstrahoidaan eli luodaan teoreettisia käsitteitä. (Kangasniemi & Pölkki 2016, 87; Tuomi & Sarajärvi 2018, 103.)

Aineiston analyysia varten määriteltiin työn teoriaosasta analyysiyksiköt tutkimuskysymysten pohjalta kysymyksittäin. Ensimmäisen tutkimuskysymyksen analyysirungon teemoiksi valikoitui ravitsemustottumukset, liikuntatottumukset, päihteiden ja tupakan käyttö, lihavuus, vyötärönympäryys ja painoindeksi, mielenterveyteen vaikuttavat tekijät, lepo ja uni, sosioekonominen asema, terveyttä mittaavat tekijät sekä koettu terveys. Tämä analyysirunko on nähtävissä taulukossa 5. Toisen tutkimuskysymyksen analyysirungon (taulukko 6) teemoiksi valikoitui elintapaohjaus, terveysviestintä, yhteisöllisyyden tukeminen sekä mittarit ja testit omaseurannan välineenä.

Tässä opinnäytetyössä haettiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tuloksista sisältöä vastaavia teemoja sisällön analyysin avulla. Konkreettisesti sisällön analyysi tehtiin käymällä valitut tutkimukset ja niiden tulokset huolella läpi. Jokaiselle analyysirungon teemalle valittiin väri ja tuloksiin mukaan päässeet tutkimukset käytiin läpi merkkaamalla samalla värikynin tuloksia eri teemojen mukaisesti. Tämän jälkeen saadut tulokset kirjoitettiin analyysirunkoon teemojen mukaisesti (taulukot 7 ja 8).

5 TUTKIMUSTULOKSET TUTKIMUSTEHTÄVITTÄIN

5.1 40-vuotiaiden miesten terveyden riskitekijät

Miesten terveyteen vaikuttavat tekijät on jaettu yhdeksään osa-alueeseen: ravitsemustottumukset, liikuntatottumukset, päihteiden ja tupakan käyttö, lihavuus, vyötärönympäryys ja painoindeksi, mielenterveyteen vaikuttavat tekijät, lepo ja uni, sosioekonominen asema, terveyttä mittaavat tekijät sekä koettu terveys. Seuraavaksi käydään tutkimustuloksia läpi analyysirungon mukaisesti (taulukko 5).

Taulukko 5. Analyysirunko tutkimuskysymykseen *Mitkä ovat riskitekijöitä 40-vuotiaiden miesten terveydelle?*

Miesten terveyden riskitekijät	Tulokset
Ravitsemustottumukset	<ul style="list-style-type: none"> • Runsas voion käyttö on yhteydessä sydäninfarktirisikiin (Voutilainen ym. 2013). • Keski-iässä epäterveelliset ravitsemustottumukset voivat lisätä myöhäisiän demention ja Alzheimerin taudin riskiä (Eskelinen 2014). • Kohtuullinen rasvansaanti maitotuotteista sekä levitteistä on suojaava tekijä dementiaa vastaan (Eskelinen 2014). • Kohtuullinen tyydyttymättömien rasvojen saanti levitteistä on yhteydessä vähentyneeseen demention riskiin 20 vuoden jälkeen, kun taas kohtuullinen tyydyttyneiden rasvojen saanti lisää riskiä sairastua dementiaan tai Alzheimerin tautiin (Eskelinen 2014). • Keski-ikänsä rasvansaanti vaikuttaa kognitiivisiin toimintoihin yksilöllillä, joilla ei ole dementiaa. Korkea rasvansaanti keski-iässä ja erityisesti tyydyttyneiden rasvojen saanti lisää riskiä lievään kognitiivisten toimintojen heikkenemiseen 20 vuoden päästä. (Eskelinen 2014.) • Stressiin liittyvä syöminen ja juominen lisäävät huonoa työkykyä (Nevanperä ym. 2016).
Liikuntatottumukset	<ul style="list-style-type: none"> • Liikunnan aiheuttama sydänlihaskemia, alhainen hengitys- ja verenkiertoelimistön suorituskyky sekä alhainen vapaa-ajan liikunta lisäävät riskiä sydänperäiseen kuolemaan (Hagnäs, 2018). • Vähäinen fyysinen aktiivisuus yhdessä 2 tyypin diabeteksen kanssa lisää riskiä sairauksien yhteisesiintymiselle (Wikström 2018). • Vähäiseen vapaa-ajan liikuntaan liittyvä huono tai lyhyt unenlaatu on yhteydessä korkeampaan riskiin kuolla sydän- ja verisuonitauteihin (Wennman 2016) • Vapaa-ajalla fyysisesti aktiivisilla on 20–60 % vähäisempi riski työkyvyttömyyseläkkeeseen verrattuna ei-aktiivisiin. Yhteydet ovat voimakkaampia tuki- ja liikuntaelinsairauksista johtuvissa työkyvyttömyyseläkkeissä kuin mielenterveydellisistä syistä johtuvissa työkyvyttömyyseläkkeissä. (Fimland ym. 2015.) • Yksilöt, jotka eivät liiku suositusten mukaan, omaavat suuremman todennäköisyyden metaboliseen oireyhtymään kuin ne, jotka liikkuvat suositusten mukaan (Tucker ym. 2016).

	<ul style="list-style-type: none"> • Säännöllinen fyysinen aktiivisuus vähentää masennuksen oireita (Zhang & Yen 2015). • Vähäinen fyysinen aktiivisuus yhdessä huonon ja vähäisen unenlaadun, korkean ruutuajan ja paljon istumisen kanssa lisää riskiä kohonneeseen HbA1c-arvoon (Wennman ym. 2015).
Päihteiden ja tupakan käyttö	<ul style="list-style-type: none"> • Tupakointi yhdessä 2 tyypin diabeteksen kanssa lisää riskiä sairauksien yhteisesiintymiselle (Wikström 2018). • Alkoholin käyttö on yhteydessä huonoon terveydentilaan, itse ilmoitettuihin ja lääkärin toteamiin sairauspoissaoloihin sekä työkyvyttömyyseläkkeeseen (Salonsalmi 2016). • Alkoholin runsas keskikulutus, humalahakuinen juominen sekä ongelmajuominen ovat yhteydessä huonoon psyykkiseen toimintakykyyn (Salonsalmi 2016). • Huonoon fyysiseen toimintakykyyn vaikuttaa ongelmajuominen sekä raittius (Salonsalmi 2016). • Alkoholinkäyttö on yhteydessä huonoon mielenterveyteen (Salonsalmi 2016). • Tupakoinnista johtuva kuolleisuus on 40 viime vuoden aikana vaikuttanut 50-vuotiaiden miesten elinajanodotteen pituuteen ja elinajanodotteen eroihin, vaikkakin sen vaikutus on vähentynyt (Martikainen ym. 2013). • Tupakointi vaikuttaa merkittävästi miesten koulutusryhmittäisiin kuolleisuuseroihin (Martikainen ym. 2013). • Humalahakuinen juominen on yhteydessä ateroskleroosin etenemiseen miehillä (Rantakörni 2013). • Krapula, vaikka vain kerran vuodessa, on yhteydessä kohonneeseen riskiin sairastua iskeemiseen aivohalvaukseen miehillä (Rantakörni 2013). • Korkean verenpaineen ja ylipainon omaavat miehet, jotka käyttävät alkoholia, ovat kohonneessa riskissä saada aivohalvaus (Rantakörni 2013). • Alkoholin kulutuksen ja aivohalvauksen välillä esiintyy melko voimakas yhteys (Rantakörni 2013). • Humalahakuinen juominen on yhteydessä myöhempisiin unetomuuksiin (Haario 2014.) • Tupakointi 35–64 iässä lisää selvästi riskiä yleiseen kuolleisuuteen sekä kuolleisuuteen sydän- ja verisuoni- sekä syöpätauteihin (Luksiene ym. 2017). • Tupakoimattomilla alkoholin suurkulutus (yli 14 annosta viikossa) lisää riskiä yleiseen kuolleisuuteen sekä ulkoisten syiden kuolleisuuteen verrattuna ei-tupakoiviin, jotka nauttivat

	<p>alkoholia yhdestä neljään annokseen viikossa (Luksiene ym. 2017).</p> <ul style="list-style-type: none"> Etenkin miehillä alkoholin käyttötavat ovat yhteydessä kohonneeseen riskiin itseilmoitettuihin alkoholista johtuviin haittoihin (Antai ym. 2014).
Lihavuus, vyötärön ympärys ja painoindeksi	<ul style="list-style-type: none"> Sekä yleinen lihavuus että vyötärölihavuus lisäävät merkittävästi riskiä sydän- ja verisuonitautikuolleisuuteen (Song 2015). Rasvan liiallisen kertymisen lisäksi rasvan epänormaali jakautuminen voi vaikuttaa riskiin kuolla sydän- ja verisuonitauteihin. (Song 2015). Miehillä riski kuolla sydän- ja verisuonitauteihin on korkeampi kaikissa kategorioissa mitattaessa lihavuutta (Song 2015). Miehillä painoindeksillä on lineaarinen suora yhteys eri syöpätyyppien (paksusuoli-, maksa-, munuais- ja virtsarakko-syöpä) ilmaantuvuuteen. Käänteinen yhteys tuli esille miesten keuhkosyöpään. (Song 2015.) Painoindeksillä on U-muotoinen yhteys syöpäkuolleisuuteen, mutta sitä ei ole havaittavissa ei-tupakoivilla (Song 2015). Kehon painoindeksi on yhteydessä unettomuusoireisiin. Etenkin ylipaino ja lihavuus ovat yhteydessä unettomuusoireiden lisääntyvyyteen ja pysyvyyteen. (Haario 2014.) Liikalihavuus lisää riskiä työkyvyttömyyseläkkeeseen, etenkin tuki- ja liikuntaelinsairauksien osalta (Roos 2014). Liikalihavuus, mitattuna painoindeksillä, vyötärön ympäryksellä tai vyötärön ympärys-lantio-suhteella, on yhteydessä myöhempään sairauspoissaoloon (Roos 2014). Lihavuudella on todettu olevan huomattava merkitys kuolleisuusriskiin Yhdysvalloissa (Masters ym. 2013). Painonnousu 25-vuoden iästä keski-ikään on riskitekijä sairastua tyypin 2 diabetekseen (Pienimäki 2014).
Mielenterveyteen vaikuttavat tekijät	<ul style="list-style-type: none"> Säännöllinen fyysinen aktiivisuus vähentää masennuksen oireita (Zhang & Yen 2015). Alkoholin runsas keskikulutus, humalahakuinen juominen sekä ongelmajuominen ovat yhteydessä huonoon psyykkiseen toimintakykyyn (Salonsalmi 2016). Alkoholinkäyttö on yhteydessä huonoon mielenterveyteen (Salonsalmi 2016). Unettomuus on yhteydessä myöhempään mielenterveyslääkitykseen. Mitä enemmän oireita, sitä todennäköisemmin

	<p>myöhempi mielenterveyslääkitys. Unettomuuden ja mielen-terveyslääkityksen yhteys aavistuksen vahvempaa miehillä kuin naisilla. (Haaramo 2014.)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Väsymys on ennustava riskitekijä henkisistä syistä johtuvaan sairauspoissaoloon toimistotyötä tekeville miehillä (Roelen ym. 2014).
Lepo ja uni	<ul style="list-style-type: none"> • Unettomuusoireet ovat yhteydessä myöhempään verenpainelääkitykseen. Mitä enemmän unettomuuden oireita, sitä todennäköisemmin myöhemmin tarve verenpainelääkitykselle. Miehillä aavistuksen suurempi todennäköisyys unettomuuden ja verenpainelääkityksen yhteydelle. (Haaramo 2014.) • Myös kolesterolilääkityksellä ja unettomuudella yhteyksiä. Mitä enemmän unettomuuden oireita, sitä todennäköisemmin tarve myöhemmin kolesterolilääkitykselle. Miehillä aavistuksen pienempi riski unettomuuden ja kolesterolilääkityksen yhteydellä kuin naisilla. (Haaramo 2014). • Unettomuus on yhteydessä myöhempään mielenterveyslääkitykseen. Mitä enemmän oireita, sitä todennäköisemmin myöhempi mielenterveyslääkitys. Unettomuuden ja mielen-terveyslääkityksen yhteys aavistuksen vahvempaa miehillä kuin naisilla. (Haaramo 2014.) • Unettomuus myös yhteydessä myöhempään työkyvyttömyyseläkkeeseen niin tuki- ja liikuntaelinsairauksien kuin muiden syidenkin vuoksi. (Haaramo 2014.) • Ihmiset, jotka ovat enemmän iltarientoituneita kuin aamuorientoituneita ja tuntevat itsensä väsyneeksi aamuisin, ovat yhteydessä vähäiseen tai erittäin vähäiseen vapaa-ajan fyysiseen aktiivisuuteen ja heillä esiintyy lisäksi enemmän istumista (Wennman 2016). • Unen pituus, unen laatu ja unen itsearvioitu riittävyys vaikuttavat liikunnan ja unen suhteeseen (Wennman 2016). • Vähäiseen vapaa-ajan liikuntaan liittyvä huono tai lyhyt unenlaatu on yhteydessä korkeampaan riskiin kuolla sydän- ja verisuonitauteihin (Wennman 2016) • Lyhyt unen kesto ja unettomuusoireet ovat yhteydessä painonnousuun (Haario 2014). • Unettomuusoireet ja vähäinen vapaa-ajan liikunta ovat yhteydessä toisiinsa (Haario 2014). • Huono ja vähäinen unenlaatu yhdessä vähäisen fyysisen aktiivisuuden, korkean ruutuajan ja paljon istumisen kanssa lisää riskiä kohonneeseen HbA1c-arvoon (Wennman ym. 2015).

	<ul style="list-style-type: none"> • Väsymys on ennustava riskitekijä henkisistä syistä johtuvaan sairauspoissaoloon toimistotyötä tekeville miehille (Roelen ym. 2014).
Sosioekonominen asema	<ul style="list-style-type: none"> • 2 tyypin diabetes ja sokeriaineenvaihdunnan häiriöt ovat yleisempiä alemmissa koulutusryhmissä verrattuna niihin, joilla on keskitason tai korkea koulutus (Wikström 2018) • Myös 2 tyypin diabeteksen riskitekijät, kuten lihavuus, epä-terveelliset ravitsemustottumukset sekä tupakointi, olivat yleisempiä alemmassa koulutusryhmässä ylimpään verrattuna (Wikström 2018). • Sosioekonomisia eroja on nähtävissä sekä miehillä että naisilla tarkasteltaessa ruokailutottumuksia. (Loman 2015). • Ylemmässä ammattiasemassa ovat aktiivisempia liikkumaan vapaa-aikana kuin alemmassa ammattiasemassa olevat (Loman 2015). • Taloudelliset vaikeudet ovat yhteydessä painonnousuun (Loman 2015). • Elinajanodote on pidentynyt kaikissa koulutusryhmissä, mutta sekä miesten että naisten joukossa erot koulutusryhmien välillä ovat kasvaneet (Martikainen ym. 2013). • Sosiaalinen eristäytyminen ennustaa kuolleisuutta. Miehillä yksittäiset sosiaaliset tekijät ovat naimattomuus, vähäinen sosiaalinen kanssakäyminen sekä osallistuminen harvoin uskonnollisiin aktiviteetteihin. (Pantell ym. 2013.) • Korkea ikä, matala koulutus, korkea lihansaanti sekä matala fyysinen aktiivisuus ovat merkittävästi yhteydessä ylipainoon (Muckenhuber ym. 2015). • Kaksi tai useampi psykososiaalinen riskitekijä on riskitekijä heikentyneelle terveydelle (Wardian ym. 2015).
Terveyttä mittaavat tekijät	<ul style="list-style-type: none"> • Korkea verenpaine yhdessä 2 tyypin diabeteksen kanssa lisää riskiä sairauksien yhteisesiintymiselle miehille (Wikström 2018). • Glukoosirasituksen yhden tunnin jälkeisellä sokeriarvolla on merkitystä arvioitaessa riskiä sairastua tyypin 2 diabetekseen sekä kuolleisuutta sydän- ja verisuonitauteihin (Pienimäki 2014).
Koettu terveys	<ul style="list-style-type: none"> • Itseilmoitettu epätasapaino jokapäiväisten toimintojen kohdalla lisää riskiä havaittuun stressiin sekä stressihäiriöihin (Håkansson & Ahlborg 2017). • Huono itseilmoitettu terveys on riskitekijä heikentyneeseen glukoosinsietokykyyn (Andersson ym. 2013).

Tutkimuksen tulokset vahvistavat jo aiemmin todettua tietoa miesten terveyden riskitekijöistä. Seuraavissa luvuissa käydään läpi tutkimustuloksia aihepiirittäin.

5.1.1 Ravitsemustottumukset

Ravitsemustottumuksilla on suuri merkitys terveydentilaan ja terveyttä ennustaviin riskitekijöihin. Voutilaisen ym. (2013) tutkimustulosten mukaan voin käyttö lisää riskiä sairastua sydäninfarktiin. Eskelisen (2014) tutkimuksessa taas tutkittu kovien rasvojen yhteyttä dementiaan ja Alzheimerin tautiin ja on todettu näiden käytön lisäävän riskiä sairastua edellä mainittuihin sairauksiin. Eskelisen (2014) tutkimuksesta käy myös ilmi, että kovien rasvojen käyttö keski-iässä on yhteydessä kognitiivisten taitojen heikentymiseen. (Taulukko 5.)

5.1.2 Liikuntatottumukset

Hagnäs (2018) on tutkinut suorituskyvyn, fyysisen aktiivisuuden ja sydänlihasiskemian yhteyttä sydänperäisiin äkkikuolemiin. Tulosten mukaan liikunnan aiheuttama sydänlihasiskemia yhdessä vähäisen vapaa-ajan liikunnan ja alhaisen hengitys- ja verenkiertoelimistön suorituskyvyn kanssa lisäävät riskiä sydän- ja verisuonitautikuolleisuuteen. (Taulukko 5.)

Vapaa-ajalla fyysisesti aktiivisilla on 20–60 % vähäisempi riski työkyvyttömyyseläkkeeseen verrattuna ei-aktiivisiin. Yhteydet ovat voimakkaampia tuki- ja liikuntaelinsairauksista johtuvissa työkyvyttömyyseläkkeissä kuin mielenterveydellisistä syistä johtuvissa työkyvyttömyyseläkkeissä. (Fimland ym. 2015.) Tuckerin ym. (2016) mukaan yksilöillä, jotka eivät liiku suositusten mukaan on suurempi todennäköisyys sairastua metaboliseen oireyhtymään verrattuna niihin, jotka liikkuvat suositusten mukaan. Säännöllinen fyysinen aktiivisuus on myös yhteydessä mielenterveyteen, sillä se vähentää masennuksen oireita (Zhang & Yen 2015). Lisäksi fyysisellä aktiivisuudella ja unenlaadulla on havaittu olevan yhteyksiä terveyteen; vähäinen vapaa-ajan liikunta yhdessä huonon unenlaadun kanssa lisää riskiä kuolla sydän- ja verisuonitauteihin. Lisäksi vähäinen fyysinen aktiivisuus yhdessä huonon ja vähäisen unenlaadun sekä korkean ruutuajan ja paljon istumisen kanssa lisää riskiä kohonneeseen HbA1c-arvoon. (Wennman 2016; Wennman ym. 2016; taulukko 5.)

5.1.3 Tupakointi ja päihteet

Tupakoinnilla on myös paljon vaikutuksia terveyteen. Tupakointi 35–64-vuoden iässä lisää selvästi riskiä sekä yleiseen kuolleisuuteen että kuolleisuuteen sydän- ja verisuoni- sekä syöpätauteihin (Luksiene ym. 2017). Tupakoinnista johtuva kuolleisuus on myös viimeisten 40 vuoden aikana vaikuttanut 50-vuotiaiden miesten elinajanodotteen pituuteen ja elinajanodotteen eroihin. Lisäksi tupakointi näkyy sosioekonomisissa eroissa ja se vaikuttaa merkittävästi miesten koulutusryhmittäisiin kuolleisuuseroihin. (Martikainen ym. 2013.) Yhdessä 2 tyypin diabeteksen kanssa tupakointi lisää riskiä sairauksien yhteisesiintymiselle (Wikström 2018; taulukko 5.)

Salonsalmi (2016) on tarkastellut alkoholinkäytön, toimintakyvyn ja työkyvyn yhteyttä keski-ikäisten kuntatyöntekijöiden keskuudessa. Tulosten mukaan alkoholin käyttö on yhteydessä huonoon terveydentilaan, itse ilmoitettuihin ja lääkärin toteamiin sairauspoissaoloihin sekä työkyvyttömyyseläkkeeseen. Alkoholin runsas keskikulutus, humalahakuinen juominen sekä ongelmajuominen ovat yhteydessä huonoon psyykkiseen toimintakykyyn. Lisäksi alkoholinkäyttö on yhteydessä huonoon mielenterveyteen. Huonoon fyysiseen toimintakykyyn vaikuttaa ongelmajuominen sekä toisaalta täysi raittius. Myös Antai ym. (2014) ovat tutkineen alkoholin käyttötapojen ja itse ilmoitettujen alkoholiin liittyvien haittojen yhteyttä toisiinsa ja etenkin miehillä alkoholin käyttötavat ovat yhteydessä kohonneeseen riskiin itseilmoitettuihin alkoholista johtuviin haittoihin. (Taulukko 5.)

Alkoholin käytöllä on myös yhteyksiä aivohalvaukseen. Korkean verenpaineen ja ylipainon omaavat miehet, jotka käyttävät alkoholia, ovat kohonneessa riskissä saada aivohalvaus. Myös krapula, vaikka vain kerran vuodessa, on yhteydessä kohonneeseen riskiin sairastua iskeemiseen aivohalvaukseen miehillä. Lisäksi humalahakuinen juominen on yhteydessä ateroskleroosin etenemiseen miehillä. (Rantakörni 2013, taulukko 5.)

Alkoholinkäyttö vaikuttaa myös uneen ja humalahakuinen juominen on yhteydessä myöhempiin unettomuusoireisiin (Haario 2014). Tupakoimattomilla al-

koholin suurkulutus (yli 14 annosta viikossa) lisää riskiä yleiseen kuolleisuuteen sekä ulkoisten syiden kuolleisuuteen verrattuna ei-tupakoiviin, jotka nauttivat alkoholia yhdestä neljään annokseen viikossa (Luksiene ym. 2017; taulukko 5.)

5.1.4 Ylipaino

Lihavuus, ylipaino ja vyötärönymphyys ovat myös tekijöitä, jotka vaikuttavat terveydentilaan. Sekä yleinen lihavuus että vyötärölihavuus lisäävät merkittävästi riskiä sydän- ja verisuonitautikuolleisuuteen. Rasvan liiallisen kertymisen lisäksi rasvan epänormaali jakautuminen voi vaikuttaa riskiin kuolla sydän- ja verisuonitauteihin. Miehillä riski kuolla sydän- ja verisuonitauteihin on korkeampi kaikissa kategorioissa mitattaessa lihavuutta. (Song 2015.) Yhdysvalloissa lihavuudella on todettu olevan huomattava merkitys kuolleisuusriskiin (Masters ym. 2013). Painonnousu 25-vuoden iästä keski-ikään on riskitekijä sairastua tyypin 2 diabetekseen (Pienimäki 2014; taulukko 5.)

Lihavuudella ja syöpäsairauksilla on myös yhteyksiä. Miehillä painoindeksillä on lineaarinen suora yhteys eri syöpätyyppien (paksusuoli-, maksa-, munuais- ja virtsarakkosyöpä) ilmaantuvuuteen. Käänteinen yhteys tuli esille miesten keuhkosyöpään. Painoindeksillä on U-muotoinen yhteys syöpäkuolleisuuteen, mutta sitä ei ole havaittavissa ei-tupakoivilla. (Song 2015; taulukko 5.)

Kehon painoindeksi on yhteydessä unettomuusoireisiin. Etenkin ylipaino ja lihavuus ovat yhteydessä unettomuusoireiden lisääntyvyyteen ja pysyvyyteen. (Haario 2014.) Liikalihavuus lisää riskiä työkyvyttömyyseläkkeeseen, etenkin tuki- ja liikuntaelinsairauksien osalta. Lisäksi liikalihavuus, mitattuna painoindeksillä, vyötärönymphyyksellä tai vyötärönymphyys-lantio-suhteella, on yhteydessä myöhempään sairauspoissaoloon. (Roos 2014; taulukko 5.)

5.1.5 Mielenterveyteen vaikuttavat tekijät

Jostain syystä opinnäytetyötä tehdessä mielenterveyteen vaikuttavat tekijät ovat jääneet tutkimusta tehdessä pois, vaikka niitä käsitellään työn teoriaosassa. Mielenterveyteen vaikuttavat tekijät poimitiin olemassa olevista tuloksista jälkikäteen. Alkoholinkäytöllä on yhteyksiä huonoon mielenterveyteen

sekä huonoon psyykkiseen toimintakykyyn (Salonsalmi 2016). Fyysisellä aktiivisuudella on myönteisiä vaikutuksia mielenterveyteen, sillä se vähentää masennuksen oireita (Zhang & Yen 2015). Unettomuus ja väsymys vaikuttaa mielenterveyteen. Unettomuudella on todettu olevan yhteyksiä mielenterveyslääkityksen tarpeeseen ja väsymys on ennustava riskitekijä henkisistä syistä johtuviin sairauspoissaoloihin (Roelen ym. 2014; taulukko 5.)

5.1.6 Lepo ja uni

Lepo ja uni ovat tärkeässä merkityksessä terveyden kannalta. Unettomuusoireet ja vähäinen vapaa-ajan liikunta ovat yhteydessä toisiinsa ja lyhyt unen kesto ja unettomuusoireet ovat yhteydessä painonnousuun (Haario 2014). Unen pituus, unen laatu ja unen itsearvioitu riittävyys vaikuttavat liikunnan ja unen suhteeseen. Vähäiseen vapaa-ajan liikuntaan liittyvä huono tai lyhyt unenlaatu on yhteydessä korkeampaan riskiin kuolla sydän- ja verisuonitauteihin. (Wenman 2016; taulukko 5.)

Haaramon (2014) tutkimuksessa on selvitetty unettomuuden yhteyksiä myöhempään mielenterveyteen, sydän- ja verisuonitautien riskitekijöihin sekä työkyvyttömyyseläkkeisiin keski-ikäisessä työntekijäkohortissa. Tulosten mukaan unettomuusoireet ovat yhteydessä myöhempään verenpainelääkitykseen. Mitä enemmän on unettomuuden oireita, sitä todennäköisemmin myöhemmin on tarve verenpainelääkitykselle. Miehillä on aavistuksen suurempi todennäköisyys unettomuuden ja verenpainelääkityksen yhteydelle. Myös kolesterolilääkityksellä ja unettomuudella on yhteyksiä. Mitä enemmän unettomuuden oireita on, sitä todennäköisemmin on tarve myöhemmin kolesterolilääkitykselle. Miehillä on aavistuksen pienempi riski unettomuuden ja kolesterolilääkityksen yhteydellä kuin naisilla. Unettomuus on yhteydessä myöhempään mielenterveyslääkitykseen. Mitä enemmän on oireita, sitä todennäköisemmin on myöhemmin mielenterveyslääkityksen tarvetta. Unettomuuden ja mielenterveyslääkityksen yhteys on aavistuksen vahvempaa miehillä kuin naisilla. Tulosten mukaan unettomuus myös yhteydessä myöhempään työkyvyttömyyseläkkeeseen niin tuki- ja liikuntaelinsairauksien kuin muiden syidenkin vuoksi. (Taulukko 5.)

Unen laadulla ja fyysisellä aktiivisuudella on myös yhteyksiä. Ihmiset, jotka ovat enemmän ilta- kuin aamuorientoituneita ja tuntevat itsensä väsyneeksi aamuisin, ovat yhteydessä vähäiseen tai erittäin vähäiseen vapaa-ajan fyysiseen aktiivisuuteen ja heillä esiintyy lisäksi enemmän istumista (Wennman 2016). Huono ja vähäinen unenlaatu yhdessä vähäisen fyysisen aktiivisuuden, korkean ruutuajan ja paljon istumisen kanssa lisää riskiä kohonneeseen HbA1c-arvoon (Wennman ym. 2015). Väsymys on ennustava riskitekijä henkistä syistä johtuvaan sairauspoissaoloon toimistotyötä tekevillä miehillä (Roelen ym. 2014; taulukko 5.)

5.1.7 Sosioekonominen asema

Sosioekonomisella asemalla on myös yhteyksiä terveyteen. Wikström (2018) on selvittänyt sosioekonomisia eroja 2 tyypin diabeteksen, sen riskitekijöiden ja lisäsairauksien esiintymisessä ja ehkäisevien toimien vaikuttavuudessa. Tulosten mukaan sekä 2 tyypin diabetes ja sokeriaineenvaihdunnan häiriöt että 2 tyypin diabeteksen riskitekijät, kuten lihavuus, epäterveelliset ravitsemustottumukset sekä tupakointi, ovat yleisempiä alemmissa koulutusryhmissä verrattuna niihin, joilla on korkeampi koulutus. (Taulukko 5.)

Korkea ikä, matala koulutus, lihatuotteiden suuri kulutus sekä matala fyysinen aktiivisuus ovat merkittävästi yhteydessä ylipainoon (Muckenhuber ym. 2015). Sosioekonomisia eroja on nähtävissä sekä miehillä että naisilla tarkasteltaessa ruokailutottumuksia ja ylemmässä ammattiasemassa ovat aktiivisempia liikkumaan vapaa-aikana kuin alemmassa ammattiasemassa olevat. Lisäksi taloudelliset vaikeudet ovat yhteydessä painonnousuun. (Loman 2015; taulukko 5.)

Sosiaalinen eristäytyminen ennustaa kuolleisuutta. Miehillä yksittäiset sosiaaliset tekijät ovat naimattomuus, vähäinen sosiaalinen kanssakäyminen sekä osallistuminen harvoin uskonnollisiin aktiviteetteihin. (Pantell ym. 2013.) Elinajanodote on pidentynyt kaikissa koulutusryhmissä, mutta sekä miesten että naisten joukossa erot koulutusryhmien välillä ovat kasvaneet (Martikainen ym. 2013). Kaksi tai useampi psykososiaalinen riskitekijä on riskitekijä heikentyneelle terveydelle (Wardian ym. 2015; taulukko 5.)

5.1.8 Koettu terveys ja mitattavat tekijät

Tuloksista saatiin myös muutama mitattava tekijä, jotka vaikuttavat terveyteen. Korkea verenpaine yhdessä 2 tyyppin diabeteksen kanssa lisää riskiä sairauksien yhteisesiintymiselle miehillä (Wikström 2018). Glukoosirasituksen yhden tunnin jälkeisellä sokeri-arvolla on merkitystä arvioitaessa riskiä sairastua tyyppin 2 diabetekseen sekä kuolleisuutta sydän- ja verisuonitauteihin (Pienimäki 2014; taulukko 5.)

Lisäksi koettu terveys ilmeni tutkimustuloksissa niin, että itseilmoitettu epätaapaino jokapäiväisten toimintojen kohdalla lisää riskiä havaittuun stressiin sekä stressihäiriöihin ja huono itseilmoitettu terveys on riskitekijä heikentyneeseen glukoosinsietokykyyn (Håkansson & Ahlborg 2017; Andersson ym. 2013; taulukko 5).

5.2 Terveyskasvatusta verkon välityksellä

Sähköisen terveystieteiden menetelmät on jaettu neljään eri aihealueeseen; elintapaohjaus, terveystietä, yhteisöllisyyden merkitys sekä mittarit ja testit omaseurannan välineenä. Seuraavaksi käydään tutkimustuloksia läpi analyysirungon mukaisesti (taulukko 6).

Taulukko 6. Analyysirunko tutkimuskysymykseen *Miten terveystieteiden voidaan toteuttaa sähköisesti?*

Sähköinen terveystietä	Tulokset
Elintapaohjaus	<ul style="list-style-type: none"> • Verkkoympäristössä toteutettu painonhallintakurssi lisää ravitsemukseen ja liikuntaan liittyviä tietoja ja taitoja. Sen avulla on mahdollista omaksua pysyviä terveellisiä muutoksia. (Forsman 2015.) • Verkkoympäristössä tapahtuvan painonhallintakurssin avulla on mahdollista sekä laihtua, että ylläpitää saavutettua painoa (Forsman 2015). • Verkkopohjaisen ohjelman (LEAN Works!), joka tarjoaa näyttöön perustuvia suosituksia ja lupaavia käytäntöjä lihavuuden ennaltaehkäisyyn ja kontrollointiin, käyttö koetaan positiiviseksi ja sen sisältöä pidetään runsaana. Sen avulla osallistujat aikovat myös jatkossa kehittää, toteuttaa ja arvioida

	<p>liikalihavuuden hallintaa. Ohjelma on hyödyllinen mahdollisuus työnantajille, jotka toivovat työntekijöiden liikalihavuuden ennaltaehkäisyä. (Roemer ym. 2013).</p> <ul style="list-style-type: none"> • Verkossa tapahtuva mindfulness-interventio on arvokas ja joustava työkalu, joka vaatii aikaa ja kurinalaisuutta. Se antaa uusia näkökulmia ja selviytymiskeinoja parempaan hyvinvointiin ja ohjelman käytettävyys ja helppous ovat merkittäviä etuja. Ohjelma koettiin arvokkaana työkaluna stressistä selviytymiseen. (Stjernsward & Hansson 2016.) • Verkossa tapahtuva interventio lisää huomiota oman terveydentilan heikkenemisestä, joka motivoi interventio-ohjelman käyttöön (Stjernsward & Hansson 2016). • Internetsivuston, jossa interventiona ovat toisten potilaiden kertomukset onnistuneesta elintapamuutoksesta, käyttö on tutkimustulosten mukaan yhteydessä itseilmoitettuihin parannuksiin fyysisen aktiivisuuden lisäämisessä päivärutiiniin, fyysisen aktiivisuuden säännöllisyyteen sekä siihen, että käytetään vähemmän rasvaa ruoanlaitossa (Schweier ym. 2014). • Elintapojen parantamiseksi intervention verkkosivuilla tulisi vierailta vähintään kolme kertaa. Tulosten mukaan mitä useammin verkkosivuilla vierailee, sitä suotuisampia vaikutuksia sillä on terveyskäyttäytymiseen. (Schweier ym. 2014.)
Terveysviestintä	<ul style="list-style-type: none"> • Verkkoympäristössä toteutetun painonhallintaryhmän avulla osallistujat ovat kyenneet tekemään terveellisiä elintapamuutoksia ravitsemuksen ja liikunnan suhteen saamallaan tiedoilla ja taidoilla sekä ammatillisen ohjauksen, kannustuksen ja palautteen avulla (Forsman 2015). • Verkkoympäristössä toteutetulla painonhallintakurssilla ohjaajien sekä ryhmän kannustus ja tuki koetaan tärkeäksi tekijäksi omassa painonhallinnassa (Forsman 2015). • Verkkoympäristön lisäksi henkilökohtaiset tapaamiset ovat tärkeitä (Forsman 2015). • Verkossa tapahtuvalla painonhallintaohjauksella on mahdollista tehdä elintapamuutoksia etenkin silloin, kun ohjaus sisältää henkilökohtaista, vuorovaikutteista ohjausta (Forsman 2015). • Verkossa tapahtuvan elintapaohjauksen myötä osallistujat voivat kokea, että ohjausta, tukea ja palautetta pitäisi saada enemmän (Forsman 2015).

Yhteisöllisyyden merkitys	<ul style="list-style-type: none"> • Verkossa tapahtuvan ohjauksen avulla ryhmäläiset voivat tukea toisiaan internetin välityksellä, soittelemalla ja yhdessä liikkumalla. Myös toisissa tapahtuneet muutokset kannustavat omaan muutokseen. (Forsman 2015.) • Verkossa tapahtuvan elintapaohjauksen myötä ei välttämättä pystytä ryhmäytymään eikä ryhmän jäsenet tule tutuiksi keskenään. Tällöin ryhmästä saadun tuen katsotaan jäävän vähäisemmäksi. (Forsman 2015.) • Vertaistuen merkitys korostuu painonhallinnan onnistumisessa (Forsman 2015).
Mittarit ja testit omaseurannan välineinä	<ul style="list-style-type: none"> • Verkkoalustan seurantatyökalut ja konkreettiset punnitukset auttavat ylläpitämään ja kontrolloimaan saavutettua painoa, liikuntamääriä sekä tähtäämään kohti asetettua tavoitetta (Forsman 2015). • Verkossa tapahtuvalla painonhallintaohjauksella on mahdollista tehdä elintapamuutoksia, kun ohjaus pitää sisällään työkaluja, joilla omaa edistymistään voi seurata (Forsman 2015).

Terveyskasvatusta voidaan nykypäivänä antaa myös verkon välityksellä. Seuraavissa luvuissa käydään läpi keinoja sähköisen terveyskasvatuksen toteuttamiseksi.

5.2.1 Elintapaohjaus

Sähköinen elintapaohjaus lisää terveyteen liittyviä tietoja ja taitoja. Sen avulla on mahdollista omaksua pysyviä, terveellisiä muutoksia omassa terveyskäyttäytymisessään etenkin silloin, kun ohjaus sisältää henkilökohtaista, vuorovaikutteista ohjausta. Tutkimustulosten mukaan verkkoympäristössä tapahtuvan painonhallintakurssin avulla on mahdollista sekä laihtua, että ylläpitää saavutettua painoa. Myös työnantajat hyötyvät sähköisestä elintapaohjauksesta käyttämällä tarkoitukseen luotua ohjelmaa, joka tarjoaa näyttöön perustuvia suosituksia ja lupaavia käytäntöjä lihavuuden ennaltaehkäisyyn ja kontrollointiin. Sen käyttö koetaan positiiviseksi ja sen sisältöä pidetään runsaana. Ohjelman avulla osallistujat voivat myös jatkossa kehittää, toteuttaa ja arvioida liikalihavuuden hallintaa. (Forsman 2015; Roemer ym. 2013; taulukko 6.)

Elintapaohjausta tukevia interventioita on myös mahdollista toteuttaa sähköisesti. Tutkimustuloksissa esiintyvä verkossa tapahtuva mindfulness-interventio on tulosten mukaan arvokas ja joustava työkalu, joka vaatii aikaa ja kurinalaisuutta. Se antaa uusia näkökulmia ja selviytymiskeinoja parempaan hyvinvointiin ja ohjelman käytettävyyys ja helppous ovat merkittäviä etuja. Ohjelma on koettu arvokkaana työkaluna stressistä selviytymiseen. Verkossa tapahtuva interventio lisää huomiota oman terveydentilan heikkenemisestä, joka motivoi interventio-ohjelman käyttöön. (Stjernsward & Hansson 2016, taulukko 6.) Internetsivuston, jonka interventio perustuu toisten potilaiden kertomukset onnistuneesta elintapamuutoksesta, käyttö on tutkimustulosten mukaan yhteydessä itseilmoitettuihin parannuksiin fyysisen aktiivisuuden lisäämisessä päivärutiiniin, fyysisen aktiivisuuden säännöllisyyteen sekä siihen, että käytetään vähemmän rasvaa ruoanlaitossa. Tulosten mukaan mitä useammin verkkosivuilla vierailee, sitä suotuisampia vaikutuksia sillä on terveyskäyttäytymiseen. (Schweier ym. 2014; taulukko 6.)

5.2.2 Terveysviestintä

Elintapaohjaukseen vahvasti liittyvä terveysviestintä soveltuu oikein hyvin sähköisessä muodossa annettavaksi. Forsman (2015) on tutkinut verkkoympäristössä toteutetun painonhallintakurssille osallistuneiden asiakkaiden kokemuksia etäohjauksen käytöstä. Tulosten mukaan verkkoympäristössä toteutetun painonhallintaryhmän avulla osallistujat ovat kyenneet tekemään terveellisiä elintapamuutoksia ravitsemuksen ja liikunnan suhteen saamallaan tiedoilla ja taidoilla sekä ammatillisen ohjauksen, kannustuksen ja palautteen avulla. (Taulukko 6.)

5.2.3 Yhteisöllisyyden tukeminen

Yhteisöllisyys näkyy verkossa toteutettavassa terveyskasvatuksessa. Verkkoympäristössä toteutetulla painonhallintakurssilla ohjaajien sekä ryhmän kannustus ja tuki koetaan tärkeäksi tekijäksi omassa painonhallinnassa. Vertais-tuen merkitys korostuu painonhallinnan onnistumisessa ja verkossa tapahtuvan ohjauksen avulla ryhmäläiset voivat tukea toisiaan internetin välityksellä, soittelemalla ja yhdessä liikkumalla. (Forsman 2015; taulukko 6.)

Myös toisissa tapahtuneet muutokset kannustavat omaan muutokseen. Toisaalta verkossa tapahtuvan elintapaohjauksen myötä ei välttämättä pystytä ryhmäytymään eikä ryhmän jäsenet tule tutuiksi keskenään. Tällöin ryhmästä saadun tuen katsotaan jäävän vähäisemmäksi. (Forsman 2015; taulukko 6.)

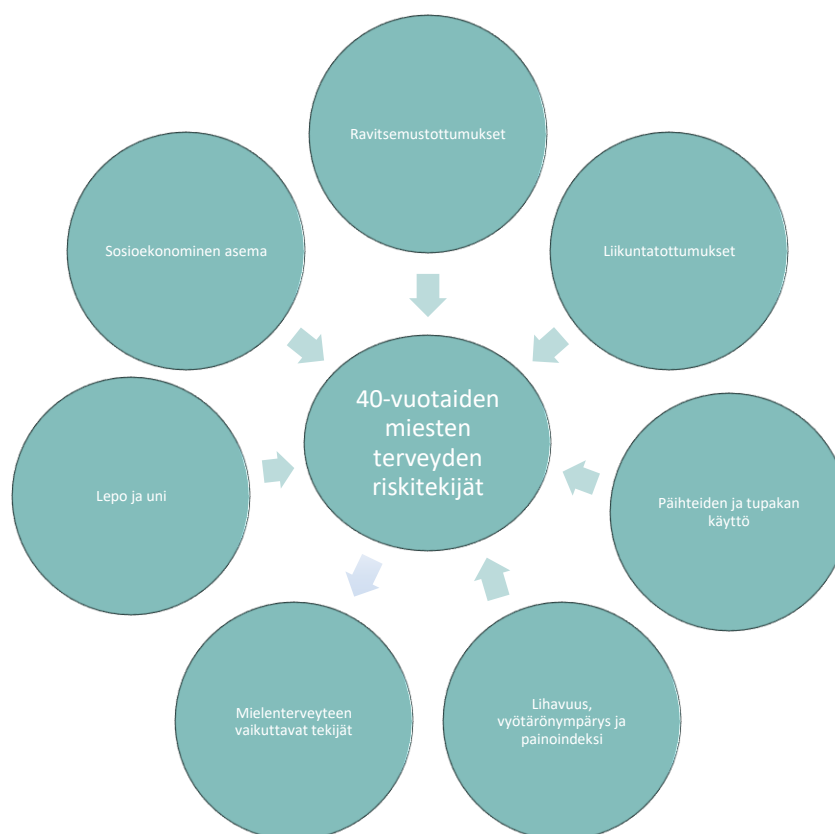
5.2.4 Mittarit ja testit omaseurannan tukena sekä elämäntilanne

Verkossa tapahtuvalla painonhallintaohjauksella on mahdollista tehdä elintapamuutoksia, kun ohjaus pitää sisällään työkaluja, joilla omaa edistymistään voi seurata. Verkkoalustan seurantatyökalut ja konkreettiset punnitukset auttavat ylläpitämään ja kontrolloimaan saavutettua painoa, liikuntamääriä sekä tähtäämään kohti asetettua tavoitetta. Seurantatyökaluina toimi punnitusten lisäksi muun muassa liikuntamäärien kirjaaminen ja liikuntataulukon tulosten seuraaminen. (Forsman 2015; taulukko 6.)

Lisäksi tutkimustuloksista ilmeni sähköisen terveystietokannan sopivuus eri elämäntilanteisiin. Elämäntilanteen kannalta verkossa tapahtuvan ohjauksen ja intervention positiivinen tekijä on se, että osallistumisajankohdan voi valita itse. (Forsman 2015; Stjernsward & Hansson 2016; taulukko 6.)

5.3 Tulosten yhteenveto

Tulosten mukaan miesten terveyteen vaikuttavien keskeisten riskitekijöiden tärkeimmiksi vaikuttajiksi nousivat ravitsemustekijät, liikuntatottumukset, päihteiden käyttö ja tupakointi, ylipaino, mielenterveyteen vaikuttavat tekijät, lepo ja uni sekä sosioekonominen asema (kuva 4).



Kuva 4. 40-vuotiaiden miesten terveyteen vaikuttavat tekijät

Kuvassa 5 on nähtävissä aihealueet, joiden pohjalta 40-vuotiaiden kotkalaisien miesten sähköisen terveystarkastuksen sisältö on tehty. Terveyskysely on tehty PowerPoint-ohjelmaa apuna käyttäen ja on nähtävissä luvussa 5.3.2. Terveyskyselyssä selvitetään asiakkaan ravitsemus- ja liikuntatottumukset, päihteiden käyttö ja tupakointi, paino, mielenterveyteen vaikuttavat tekijät, levon ja unen määrä sekä terveyttä mittaavia tekijöitä. Taustatietoina kerätään tietoja, jotka määrittävät sosioekonomista asemaa.

Ajatuksena on, että terveystarkastukseen vastattua, tuloksena olisi joko vihreä, keltainen tai punainen tulos. Vihreä tulos tarkoittaa, ettei terveystarkastuksen tekijä ole tai sairastumisriski on pieni ja tällöin terveystarkastuksen tekijä voi halutessaan tutustua erilaisiin sähköisiin ja virtuaalisiin elintapaohjauksiin. Keltaisen tuloksen asiakkaalla sairastumisriskiarvo on pieni tai kohtalainen ja tällöin on syytä osallistua oman terveyden ja itsehoidon palveluihin, joita voivat olla sähköiset terveystarkastukset. Punaisessa tuloksessa on kyse jo suuremmasta sairastumisriskistä ja tällöin asiakas ohjataan varaamaan aikaa terveydenhuollon ammattilaiselle, joko hoitajan tai lääkärin vastaanotolle. Riskiarvojen määrittämiseen tarvitaan erityistä asiantuntijuutta. Opinnäytetyön tuotoksena olen laatinut terveystarkastuksen kysymykset. Kotkan terveydenedistämisyksikkö

voi tämän työn pohjalta toteuttaa sähköisen terveystarkastuksen ja laatia riskipisteet eri toiminnoille.

Sähköistä terveystarkastusta voidaan toteuttaa eri keinoin. Keskeiset sähköisen terveystarkastuksen keinot on koottu käsittekarttaan (kuva 5).



Kuva 5. Keinoja sähköisen terveystarkastuksen toteuttamiseen

Tulosten mukaan sähköistä terveystarkastusta voidaan antaa sähköisesti elintapaohjauksen sekä terveystarkastuksen avulla. Yhteisöllisyyden merkitys näkyy myös verkossa tapahtuvassa elintapaohjauksessa, ja yhteisöllisyyttä voidaan tukea ja lisätä myös verkon avulla. Lisäksi sähköistä terveystarkastusta tukevat erilaiset käytettävät mittarit ja testit omaseurannan välineenä.

Tässä opinnäytetyössä tarkoituksena oli koota tietoa erilaisista sähköisistä terveystarkastuksen muodoista. Sähköistä terveystarkastusta voidaan antaa eri keinoin ja verkossa voidaan toteuttaa niin interventioita kuin elintapaohjaustakin. Olen koonnut muutamia luotettavia internetsivustoja, joissa kerrotaan terveellisistä elintavoista, jotka liittyvät ravitsemukseen, liikuntaan, tupakointiin, päihteiden käyttöön, painonhallintaan sekä lepoon ja uneen. Nämä on nähtävissä luvussa 5.3.3. Näitä on mahdollista liittää sähköisen terveystarkastuksen

loppuun. Ajatuksena on, että sähköistä terveystarkastusta voitaisiin kohdentaa terveystarkastuksen tulosten mukaan. Esimerkiksi he, jotka tarvitsevat tukea tupakoinnin lopettamiseen, saivat tietoa ja ohjausta sen aihealueen parista.

Vertaistuki, verkostoituminen ja yhteenkuuluvuuden tunne ovat tärkeitä elintapamuutosten tekemisessä. Internetin välityksellä elintapaohjaukseen voi saada vertaistukea. (Forsman 2015.) Lisäksi interventio, jossa verkossa luetaan toisten potilaiden kertomuksia omasta onnistuneesta elintapamuutoksesta, on lisännyt fyysistä aktiivisuutta potilailla, joilla on sepelvaltimotauti tai krooninen selkäkipu (Schweier ym. 2014). Internetin avulla elintapamuutoksiin voi saada yhteisön tukea. Tänä päivänä sosiaalinen media on hyvin vahvasti läsnä useampien elämässä. Opinnäytetyötä tehdessäni heräsi ajatus sosiaalisen median hyödynnettävyydestä yhteisöllisyyden tukena. Terveystarkastukseen osallistuville voitaisiin ehdottaa osallistumista esimerkiksi Facebook-ryhmään, jossa ryhmäläiset voisivat jakaa kokemuksia ja tuloksia omista elintapamuutoksistaan. Toisaalta myös ammattilaiset voisivat hyödyntää sosiaalisen median kanavaa ryhmäohjauksen muodossa. Ryhmän avulla voisi myös saada motivaatiota esimerkiksi liikkumiseen ja ryhmäläiset voisivat myös kokeilla erilaisia liikuntamuotoja yhdessä.

5.3.1 Sähköisen terveystarkastuksen kutsukirjeen malli

Kaikille 40 vuotta täyttävälle kotkalaisille miehille lähetetään kutsu terveystarkastukseen postissa. Lisäksi kutsun lähettämistä sähköpostiin voidaan hyödyntää siltä osin, kuin sähköpostiosoitteet ovat tiedossa. Tekstiviestillä lähetetty kutsu voisi myös toimia, etenkin jos terveystarkastuksen saa toimimaan myös mobiililaitteilla. Kutsun yhteydessä kerrotaan yleisesti terveystarkastuksesta ja pyydetään käymään verikokeissa ennen tarkastuksen tekoa. Lisäksi tulisi mitata tai mittauttaa paino, verenpaine, painoindeksi ja vyötärönympäryys. Kutsukirjeen suunnitelma on nähtävissä kuvassa 6. Kun mitatut arvot ovat selvillä, voi tarkastuksen suorittaa verkossa.

40-vuotiaan sähköinen terveystarkastus



Arvoisa kotkalainen 40-vuotias mies. Sinulle on varattu mahdollisuus tehdä sähköinen terveystarkastus. Tarkastus tehdään verkossa.

Tarkastuksen avulla saat tietoa terveydestäsi ja terveyteen vaikuttavista tekijöistä. Tarkastuksen avulla näet, miten elintapasi vaikuttavat riskiin sairastua elinikää lyhentäviin sairauksiin. Kutsumme tarkastukseen kaikki tänä vuonna 40-vuotta täyttävät miehet.

Ennen tarkastuksen tekemistä, sinun täytyisi mitata painosi, pituutesi, verenpaineesi sekä vyötärön ympäryys ja painoindeksi. Lisäksi laboratorioon on valmiiksi tehty lähete verikokeista, joissa sinun tulisi käydä ennen testin tekemistä. Tulokset saatuasi voit tehdä terveystarkastuksen.

Ole hyvä ja mene osoitteeseen _____. Löydät sivuilta ohjeet kirjautumiseen. Kirjautumisen jälkeen voit tehdä terveystarkastuksen. Pidä verikokeiden sekä muiden mitattujen arvojen tulokset saatavillasi testin tekemisen aikana.

Kuva 6. Sähköisen terveystarkastuksen kutsukirje

5.3.2 Sähköisen terveystarkastuksen sisältö

Sisältö sähköiseen terveystarkastukseen

Kaisa Kalliokoski
Marraskuu 2018

Taustatiedot

- Perhetilanne
 - Naimisissa
 - Avoliitossa
 - Sinkku
 - Eronnut
 - Leski
 - Työllisyystilanne
 - Työssä
 - Opiskelija
 - Työtön
 - Eläkkeellä / osa-aikaeläkkeellä
- Kuinka monta vuotta olet yhteensä käynyt koulua/opiskellut? ____

Mitatut arvot

- Pituus ____ cm
- Paino ____ kg
- Painoideksi ____ kg/m²
- Verenpaine ____ / ____ mmHg
- Vyötärönympärys ____ cm

Verikokeiden tulokset

- TP-Gluk ____
- fP-Kol ____
- fP-Kol-LDL ____
- fP-Kol-HDL ____
- fP-Trigly ____

Koettu terveys

- Nykyinen terveydentilanne
 - Hyvä
 - Kohtalainen
 - Huono

Lähisuvun sairaudet

- Esintynyt lähisuvussanne (vanhemmilla/sisaruksilla/lapsilla) seuraavia sairauksia:
- | | Kyllä | Ei |
|---------------------------------|--------------------------|--------------------------|
| • Diabetes | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Sydän- ja verisuonisairauksia | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Verenpainetauti | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Syöpä | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Mielen-terveyshäiriöitä | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| • Astma / muu keuhkosairaus | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Terveydentilanne

- Sairastatteko itse jotakin seuraavista sairauksista:
 - Diabetes Kyllä Ei
 - Verenpainetauti tai jokin muu sydän- ja verisuonisairaus Kyllä Ei
 - Tuki- ja liikuntaelinsairaus Kyllä Ei
 - Käytättekö jotakin/joitakin lääkkeitä säännöllisesti Kyllä Ei
 - Jos vastasitte kyllä, mitä lääkkeitä käytätte: _____
 - _____
 - _____

Riski sairastua diabetekseen

- Ole hyvä ja arvioi riskisi sairastua diabetekseen [tämän linkin](#) kautta
- Tuloksesi: ____ pistettä.

Tupakointi

- Tupakoitko
 - Ei
 - Kyllä, ____ savuketta päivässä
- Jos vastasitte kyllä, oletteko koskaan yrittäneet lopettaa?
 - Ei
 - Kyllä

Päihteiden käyttö

- Käytätkö alkoholia?
 - Kyllä
 - Ei
- Jos vastasit edelliseen kysymykseen kyllä, ole hyvä ja käy tekemässä Audit-testi tästä [linkistä](#):
- Tuloksesi ____ pistettä

Päihteiden käyttö

- Jos tuloksesi on kohtalainen / korkea riski, oletko koskaan ollut huolissasi alkoholinkäytöstäsi?
 - Kyllä
 - Ei
- Oletko koskaan harkinnut vähentäväsi / lopettavasi alkoholinkäyttöä?
 - Kyllä
 - Ei

Liikuntatottumukset

- Sisältyykö päivittäisiin toimintoihin yleensä vähintään puoli tuntia liikuntaa työssä ja/tai vapaa-ajalla, ns. arkkiliikunta mukaan lukien?
 - Kyllä
 - Ei
- Kuulutko mihinkään harrasteryhmään?
 - Kyllä
 - Ei

Ruokailutottumukset

- Syötkö kasviksia ja juureksia vähintään puoli kiloa päivässä?
 - Kyllä
 - Ei
- Syötkö kalaa vähintään kahdesti viikossa?
 - Kyllä
 - Ei

Ruokailutottumukset

- Suositko täysjyväviljaa vaaleiden jauhojen sijaan?
 - Kyllä
 - Ei
- Suositko ruoanlaitossa ja levitteissä
 - Margariinia ja oljyyä
 - Voita

Henkinen hyvinvointi

- Oletko kokenut olosi stressaantuneeksi kuluneen kuukauden aikana?
 - Kyllä
 - En
- Koetko elämässäsi olevan selkeitä tavoitteita?
 - Kyllä
 - En
- Oletko koskaan sairastanut masennusta?
 - Kyllä
 - En

Henkinen hyvinvointi

- Oletko kiitollinen asioista, joita olet saavuttanut elämässäsi?
 - Kyllä
 - En
- Suhtaudutko tulevaisuuteen luottavaisesti?
 - Kyllä
 - En

Lepo & uni

- Kuinka monta tuntia nukut keskimäärin yössä? ____
- Koetko herätessäsi olosi virkeäksi ja levänneeksi?
 - Kyllä
 - En

5.3.3 Ohjeita ja suosituksia terveellisiin elintapoihin

Ohjeita & suosituksia terveellisiin elintapoihin

Kaisa Kalliokoski
Marraskuu 2018

Ravitseminen

- Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos: [Ravitsemussuositukset](#)
- Evira: [Valtion ravitsemusneuvottelukunnan ravitsemussuosituksia koko väestölle](#)
- Evira: [Suomalaisten ravitsemussuositukset 2014](#)
- Evira: [Juomat ravitsemuksessa](#)
- Sydän.fi: [Ruoka ja ravitseminen](#)

Liikunta

- UKK-instituutti: [Liikuntapiirakka aikuisille](#)
- UKK-instituutti: [Testaa liikkumisesi – verkkosovellus](#)
- THL: [Liikuntasuositukset](#)

Painonhallinta

- Sydän.fi: [Vinkkejä painonhallintaan](#)
- Diabetesliitto: [Painonhallinta](#)
- THL: [Lihavuus](#)

Mielenterveys

- Mielenterveysseura: [Mielenterveyttä voi vahvistaa](#)
- THL: [Mielenterveys](#)

Päihteet & tupakointi

- Päihdelinkki-verkkosivusto: [Päihdelinkki](#)
- Apua tupakoinnin lopettamiseen: [Stumppi.fi](#)

Lepo & uni

- THL: [Uni](#)
- THL: [Unettomuus](#)
- THL: [Ohjeita hyvään uneen](#)
- Aivoliitto: [Uni](#)
- Sydän.fi: [Uni](#)
- Sydän.fi: [Stressi](#)

6 POHDINTA

Pohdinta on tärkeä osa opinnäytetyötä. Siinä tarkastellaan tutkimustulosten suhdetta aikaisempaan teorian tietoon sekä opinnäytetyön luotettavuutta ja eettisyyttä. (Tuomi & Sarajärvi 2018, 182.) Lisäksi pohdintaosiossa tarkastellaan työn tulosten merkittävyyttä opinnäytetyön tilaajalle eli Kotkan terveydenedistämisenyksikölle.

6.1 Tulosten tarkastelu ja hyödynnettävyys

Tässä opinnäytetyössä saatiin systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla koottua näyttöön perustuvaa tietoa 40-vuotiaiden miesten terveyteen vaikuttavista tekijöistä. Lisäksi aineiston perusteella pyrittiin selvittämään, miten terveyskasvatusta voidaan antaa internetin välityksellä. Tämän tutkimuksen avulla saatiin vastaukset sekä kysymykseen *Mitkä ovat riskitekijöitä 40-vuotiaiden miesten terveydelle?* että *Miten terveyskasvatusta voidaan toteuttaa sähköisesti?* Tutkimustulosten avulla saatiin laadittua sisältö kotkalaisten 40-vuotiaiden miesten terveystarkastuksen sisällölle. Lisäksi tulosten avulla kehitettiin suunnitelma sosiaalisen median hyödynnettävyydestä sähköisessä terveyskasvatuksssa.

Elintavat ovat monien tutkimusten mukaan merkittävä tekijä kansantautien synnylle. Eri kansantaudeille on yleensä samat riskitekijät, joita ovat riittämätön liikunta, ylipaino, epäterveellinen ruokavalio, tupakointi ja liiallinen alkoholin käyttö (Eskola 2017, 974; Thurman 2016, 24.) Terveellisen elämän mahdollisuudet eivät ole kaikille samanlaiset ja terveyden riskitekijät, kuten epäterveelliset elintavat, vähäinen koulutus, heikot työolosuhteet, epävarma ja raskas työ, pitkäaikainen työttömyys, alhainen asumistaso, köyhyys sekä sosiaalisen tuen puute, kasautuvat alempiin sosiaaliryhmiin (Tarkiainen ym. 2012, Rotkon ym. 2014, 92 mukaan). Kymenlaaksossa miesten terveydentilanne on muuhun maahan verrattuna heikompi. Ongelmia on niin tupakoinnin, päihteiden kuin ylipainonkin kanssa. Alkoholikuolleisuus miehillä on Kotkassa korkeampi muuhun maahan verrattuna kuin myös päivittäin tupakoivien osuus. Lisäksi Kymenlaaksossa miehiä, joilla kehon painoindeksi oli vähintään 30 kg/m² oli enemmän muuhun maahan verrattuna. (Sotkanet 2018b; Sotkanet 2018c; Sotkanet 2018e.)

Tässä opinnäytetyössä saatiin tutkimustulosten mukaan 40-vuotiaiden miesten terveyteen vaikuttaviksi tekijöiksi ravitsemustekijät, liikuntatottumukset, päihteiden käyttö ja tupakointi, lihavuus, vyötärön ympärysmittaus ja painoindeksi, mielenterveyteen vaikuttavat tekijät, lepo ja uni, sosioekonominen asema, terveyttä mittaavat tekijät (mm. verenpaine, verensokeri) sekä koettu terveys. Tutkimustulokset ovat linjassa aiemman teoretiedon kanssa miesten terveyden riskitekijöistä. Näiden tietojen pohjalta on laadittu sisältö sähköiseen terveystarkastukseen, joka on nähtävillä tulosten yhteenvedossa. Verkossa on saatavilla erialisia testejä ja mittareita, joiden avulla voidaan kartoittaa riskikäyttäytymistä tai orastavaa terveysongelmaa. Esimerkiksi alkoholin käyttöä arvioidaan AUDIT-mittarin avulla (Thurman, 2016, 47.) Tähän terveystarkastukseen on sisällytetty pari verkossa olevaa valmiista testiä.

Terveystarkastusten tarkoituksena on edistää kuntalaisten terveyttä ja hyvinvointia ja niiden avulla kartoitetaan yksilön terveydentilaa ja toimintakykyä (Sosiaali- ja terveysministeriö s.a.). Terveystarkastuksen avulla on hyvä pohtia omia terveysriskejä ja sen avulla voi harkita elintapojen muuttamista. Toisaalta rutiininomaisista terveystarkastuksista on melko vähäinen hyöty, sillä monesti omat terveysriskit tiedostetaan ilman niiden osoittamista. Keskeinen tekijä elintapamuutoksen tekemiseen on oma halu vaikuttaa terveysriskeihinsä. (Saarelma 2017.) Sähköisen terveystarkastuksen avulla kotkalaiset 40-vuotiaat miehet voivat havahtua oman terveytensä tilaan ja tämän avulla motivoitua muutoksen tekemiseen. Lisäksi 40 ikävuoden jälkeen on hyvä mittaattaa kehon kolesterolipitoisuudet sekä verensokeri ja -paine (Saarelma 2017).

Terveystarkastuksen ei pitäisi keskittyä ainoastaan ongelmiin terveydentilassa, vaan sen tulisi sisältää terveyttä, hyvinvointia ja voimavaroja vahvistava osuus (Sauni ym. 2014, 45). Terveystarkastukseen tulisi liittää esimerkiksi ravitsemus- ja liikuntaneuvontaa tai tukea tupakoinnista vieroitukseen tai alkoholin käytön vähentämiseen (Sosiaali- ja terveysministeriö s.a.). Terveyskasvatus on sosiaalinen prosessi, jolla vaikutetaan ilmaisuihin, mielikuviin, yksilöiden toiminnan edellytyksiin ja se luo terveyden edistämisen kannalta edullisen ilmapiirin. Elintapaohjaus, terveysinterventiot sekä terveysviestintä ovat kaikki terveystarkastusta. (Thurman 2016, 47.) Terveystarkastuksessa pyritään vaikuttamaan yksilön tai ryhmän terveydentilaan tai käyttäytymiseen ja tarkoituksena on ehkäistä sairauksia, motivoida muutokseen sekä opettaa terveellisiä

elintapoja. Tavoitteena on saada aikaa terveyttä edistäviä myönteisiä muutoksia käyttäytymiseen. (Pölkki 2014; Thurman 2016, 47.)

Tiedon ja teknologian avulla voidaan nykypäivänä tuottaa uudenlaisia palveluita ja niiden avulla on mahdollista myös edistää terveyttä ja hyvinvointia sekä ehkäistä sairauksia. Sähköisiä palveluita voidaan käyttää ajasta ja paikasta riippumatta, jolloin väestön tasapuolinen palvelu on parempaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2014, 17–18.) Sähköisten terveystalveluiden avulla parannetaan sairauksien ehkäisyä, diagnosointia, hoitoa, seuranta ja terveydenhuollon hallintoa (Jauhiainen ym. 2014b, 26).

Sähköisten terveystalveluiden avulla voidaan toteuttaa sekä terveystarkastuksia että niihin liitettävää terveystalvatusta. Tässä opinnäytetyössä sähköisen terveystalvatuksen menetelmiksi muodostui tutkimustulosten mukaan elintalvatohjaus, terveystalvatintä, yhteisöllisyyden merkitys sekä erilaiset mittarit ja testit omavalvonnan välineenä. Elintalvatohjausta voidaan toteuttaa esimerkiksi internetissä toimivan painonhallintakurssin avulla, kuten Forsmanin (2015) väitöskirjassa on tutkittu. Verkossa tapahtuvan terveystalvatuksen toteutuksessa täytyy muistaa myös yhteisön tuki. Vertaistuki on tärkeää elintalvatamutosten onnistumisessa ja muiden saavutukset lisäksi motivoivat omaankin muutokseen. Tässä opinnäytetyössä yhteisön merkityksen avuksi kehitettiin suunnitelma sosiaalisen median hyödynnettävyydestä terveystalvatuksessa.

Tulosten perusteella sähköisessä terveystalvatuksessa keskitytään miesten ravitsemustekijöihin, liikuntatottumuksiin, päihteen ja tupakan käyttöön, ylipainoon ja vyötärön ympärukseen, lepoon ja uneen, mielenterveyteen vaikuttaviin seikkoihin sekä sosioekonomiseen asemaan. Terveystalvatusta voidaan toteuttaa verkon välityksellä erialaisten valmennusten tai terveystalvatintinnän kautta. Yhteisön merkitys on suuri myös verkossa tapahtuvassa terveystalvatuksessa, sillä se tukee elintalvatamutosten tekemistä. Sosiaalista mediaa voidaan hyödyntää yhteisöllisyyden tukemisessa. Lisäksi erilaiset mittaukset ja testit tukevat omaseuranta elintalvatamutosten tekemisessä sekä motivoivat osaltaan muutoksen toteuttamisessa ja terveellisten elintalvatujen ylläpitämisessä.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli laatia 40-vuotiaiden kotkalaisten miesten sähköisen terveystarkastuksen sisältö systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla. Näin jälleenkäin ajatellen systemaattinen kirjallisuuskatsaus sopi tutkimusmenetelmäksi hyvin, vaikka esimerkiksi palvelumuotoilu tutkimusmenetelmänä olisi voinut olla parempi. Työn tekemisen aikana koin suuria haasteita kokonaiskuvan muodostamisessa, mikä vaikeutti työn etenemistä. Palvelumuotoilun avulla terveystarkastuksen sisältöä olisi voinut testata ja tehdä vielä muutoksia terveystarkastuksen sisältöön näin tehdyn tutkimuksen tuloksien mukaan. Jatkotutkimusideana voisikin olla terveystarkastuksen toimivuuden mittaaminen. Lisäksi opinnäytetyötä tehdessä heräsi kysymys, miten kohde-ryhmä saadaan osallistumaan sähköisen terveystarkastuksen tekemiseen. Jatkossa voitaisiin tutkia sitä, miten miehet osallistuvat terveystarkastuksen tekemiseen ja miten heidät saataisiin motivoitumaan ja osallistumaan sähköisen terveystarkastuksen tekemiseen. Jatkotutkimusideana voitaisiin edellä mainitun lisäksi kehittää elintapoihin vaikuttava virtuaalivalmennus Kotkan terveydenedistämisen yksikön käyttöön.

6.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Opinnäytetyötä tehdessä pyrkimyksenä on tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Tämän kehittämistyön tarkoituksena on ollut tuottaa mahdollisimman luotettavaa tietoa 40-vuotiaiden miesten terveyden riskitekijöistä sekä sähköisestä terveystarkastuksesta. Luotettavuutta voidaan tarkastella laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteerien perusteella. Näitä kriteereitä ovat uskottavuus (credibility), vahvistettavuus (dependability, auditability), refleksiivisyys sekä siirettävyyden (transferability). (Kylmä & Juvakka 2012, 127–128.)

Uskottavuus laadullisessa tutkimuksessa on tutkimuksen sekä sen tulosten uskottavuuden osoittamista. Uskottavuutta vahvistaa tutkimuksen tekijän perehtyneisyys tutkittavaan ilmiöön sekä tutkimuspäiväkirjan pitäminen. Tutkimuspäiväkirjaan tutkija voi kuvata kokemuksiaan ja sen avulla tutkija voi pohdita tekemiään valintoja. (Kylmä & Juvakka 2012, 128.) Tätä opinnäytetyötä tehdessä on tehty päiväkirjamaisia merkintöjä tulostettuihin versioihin tutkimustuloksista. Näin ollen tutkimustuloksiin on ollut vaivatonta palata ja erilais-

ten värikoodien käyttö on lisännyt tulosten luotettavuuden tarkastelua. Päiväkirjamerkintöjä tekemällä myös tutkimuksen kaikki vaiheet, niin hakutermeistä kuin aineistoon liittyvistä valinnoista sekä tutkimustuloksista, on kirjattu muihin. Lisäksi terveyteen ja terveystasvatukseen liittyvät tekijät ovat olleet tutkijalle ennestään tuttuja sydänsairaiden parissa työskentelemisestä.

Vahvistettavuus on mukana koko tutkimusprosessissa ja edellyttää tutkimusprosessin kirjaamista siten, että toinen tutkija voi seurata tutkimuksen kulkua pääpiirteissään (Kylmä & Juvakka 2012, 129). Tässä opinnäytetyössä on pyritty kuvaamaan mahdollisimman tarkasti kirjallisuuskatsauksen eri vaiheet ja toteutus, jotta tutkimuksen teko olisi uusittavissa. Lukija pystyy seuraamaan tutkimuksen kulkua ja sen toteutusta vaihe vaiheelta eteenpäin. Tutkimuksessa käytetyt hakusanat tuottivat hyvin tietoa tähän tarkoitukseen. Toisaalta tutkittava aihe on laaja ja varmasti hakulausekkeita muokkaamalla tuloksia olisi tullut lisää. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen ja relevanttien tutkimustulosten kannalta on olennaista, että hakua ei suorita ainoastaan yksi henkilö, vaan vähintään kaksi tutkijaa on suorittamassa hakua (Valkeapää 2016, 61). Tämän opinnäytetyön luotettavuutta heikentää toisen tutkijan puuttuminen. Yhden tutkijan käydessä läpi hakutuloksia, on joitakin osuvia tutkimustuloksia voinut jäädä huomioimatta, vaikka systemaattisen kirjallisuuskatsauksen prosessi on toteutettu sen vaatimilla tasolla. Lisäksi tämän työn luotettavuutta heikentää manuaalisen tiedonhaun poisjääminen.

Reflektiivisyys tutkimuksessa vaatii sitä, että tutkija on tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä. Tutkijan tulee arvioida omaa vaikutustaan tutkittavaan aineistoon sekä tutkimusprosessiin. (Kylmä & Juvakka 2012, 129.) Tutkijana koen omien lähtökohtien tutkimuksen tekemiseen olleen hyödyllinen. Olen työskennellyt sairaanhoitajana sydänsairaiden ihmisten parissa ja olen tietoinen terveyteen vaikuttavista tekijöistä sekä terveystasvatuksesta. Olen pyrkinyt olemaan objektiivinen ja tarkastellut tuloksia avoimin mielin. Jostain syystä mielenterveyteen vaikuttavat tekijät jäivät pois tutkimuksen tekemisen aikana. Tämä huomattiin vasta työn loppuvaiheessa. Tämä tekijä vaikuttaa työn luotettavuutta heikentävästi, sillä osa tutkimuksista, jotka ovat käsitelleet mielenterveyttä ovat saattaneet jäädä pois tutkimustuloksista.

Tutkimuksen siirrettävyydellä tarkoitetaan sitä, että tutkimustulosten tulee olla siirrettävissä vastaavanlaisiin tilanteisiin. Tutkimuksen kulku on oltava nähtävillä, jotta lukija voi arvioida tulosten siirrettävyyttä. (Kylmä & Juvakka 2012, 129.) Tämän tutkimuksen tulokset ovat raportoitu mahdollisimman tarkasti ne ovat siirrettävissä ja opinnäytetyö on tehty noudattaen hyviä tieteellisiä käytäntöjä.

6.3 Eettinen pohdinta

Hyvää tieteellistä käytäntöä noudattamalla saadaan tehtyä eettisesti hyväksyttävä ja luotettava tutkimus, jonka tulokset ovat uskottavia. Tutkimuseettiset periaatteet, jotka liittyvät tiedon hankintaan ja julkistamiseen ovat yleisesti hyväksytyjä ja näiden periaatteiden tunteminen ja niiden noudattaminen on jokaisen tutkijan vastuulla. (Hyvä tieteellinen... 2012, 6; Hirsjärvi ym. 2010, 23.)

Tutkimuksen eettisyys rakentuu tiedeyhteisön tunnustamiin toimintatapoihin eli rehellisyyteen, yleiseen huolellisuuteen sekä tutkimustyön tarkkuuteen niin tulosten tallentamisessa ja esittämisessä kuin tutkimusten ja niiden tulosten arvioinnissa. Tämä opinnäytetyö on tehty näiden arvojen mukaisesti systemaattisella kirjallisuuskatsauksella ja työ on edennyt tutkimustyyppin luonteen mukaisesti. Eettisyyden mukaan tutkimuksen teossa täytyy myös toteuttaa tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvaa avoimuutta ja vastuullista tiedeviestintää tutkimuksen tuloksia julkaistaessa ja tämä opinnäytetyö on toteutettu soveltaen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. (Hyvä tieteellinen... 2012, 6.)

Hyvän tieteellisen käytännön mukaan tutkijoiden on otettava muiden tutkijoiden työ ja saavutukset huomioon. Muiden tutkijoiden tekemää työtä täytyy kunnioittaa ja heidän julkaisuihinsa täytyy viitata asianmukaisella tavalla. Muiden tutkijoiden saavutuksille kuuluu antaa niille kuuluva arvo ja merkitys. Tässä opinnäytetyössä on kunnioitettu muiden tutkijoiden työtä merkitsemällä viittaukset asianmukaisella tavalla ja työtä tehdessä on vältetty tietoista plagiointia ja vilppiä. (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012, 6.)

Hyvään tutkimuseetiikkaan vaikuttavia asioita ovat lisäksi tutkimuksen suunnittelu, toteutus ja raportointi tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. Tätä opinnäytetyötä varten on koulun kanssa tehty sopimus opinnäytetyöstä sekä Kotkan kaupungilta on haettu ja saatu tutkimuslupa, jotka lisäävät tämän tutkimuksen eettisyyttä. Tutkimustuloksia ei ole keksitty eikä yleistetty aiheettomasti ja raportoinnissa on pyritty huolellisuuteen. (Hyvä tieteellinen... 2012, 6; Hirsjärvi ym. 2010, 26.)

LÄHTEET

Absetz, P. & Hankonen, N. 2017. Miten auttaa potilaita omaksumaan ja ylläpitämään terveellisiä elämäntapoja? *Duodecim* 10, 1015–1021. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.duodecimlehti.fi/duo13734> [viitattu 25.1.2018].

Ahonen, O., Kinnunen, U-M. & Kouri, P. 2016. Sähköiset terveystalvet hoi-
totyössä. Teoksessa Pirhonen, K. (toim.) Teknologia sosiaali- ja terveyden-
huollossa. Hoitotyön vuosikirja 2016. Porvoo: Bookwell Oy, 11–30.

Andersson, S., Ekman, I., Friberg, F., Daka, B., Lindblad, U. & Larsson, C.A. 2013. The association between self-rated health and impaired glucose toler-
ance in Swedish adults. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 2. PDF-
tiedosto. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 24.7.2018].

Antai, D., Lopez, G.B., Antai, J. & Anthony, D.S. 2014. Alcohol drinking pat-
terns and differences in alcohol-related harm: a population-based study of the
United States. *BioMed Research International*. PDF-tiedosto. Saatavissa:
<https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 24.7.2018].

Corcoran, N. 2010. Information technology in health communication. Teo-
ksessa Corcoran, N. (toim.) Communicating health. Strategies for health pro-
motion. Lontoo: SAGE Publications Ltd, 96–116.

Duodecim s.a. Duodecimin terveystarkastus ja -valmennus. WWW-
dokumentti. Saatavissa: [https://www.duodecim.fi/tuotteet-ja-palvelut/sahkoi-
nen-terveystarkastus-ja-valmennus/](https://www.duodecim.fi/tuotteet-ja-palvelut/sahkoi-
nen-terveystarkastus-ja-valmennus/) [viitattu 13.3.2018].

Eskelinen, M. 2014. The effects of midlife diet on late-life cognition: an epide-
miological approach. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Väi-
töskirja. PDF-tiedosto. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 15.7.2018].

Eskola, J. 2017. Kumpi vastuussa terveyden edistämisestä, yksilö vai yhteis-
kunta? *Duodecim* 10, 974–976. WWW-dokumentti. Saatavissa:
<http://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo13736> [viitattu 1.3.2018].

Fimland, M. S., Vie, G., Johnsen, R., Nilsen, T. I. L., Krokstad, S. &
Bjørngaard, J. H. 2015. Leisure-time physical activity and disability pension: 9
years follow-up of the HUNT Study, Norway. *Scandinavian Journal of Medi-
cine & Science in Sports* 6, 558–565. PDF-tiedosto. Saatavissa: [https://kaak-
kuri.finna.fi/](https://kaak-
kuri.finna.fi/) [viitattu 17.7.2018].

Forsman, M. 2015. Onnistunutta painonhallintaa etäohjauksella. Turun yli-
opisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Gray, C.M., Hunt, K., Mutrie, N., Anderson, A.S., Leishman, J., Dalgarno, L. &
Wyke, S. 2013. Football Fans in Training: the development and optimization of
an intervention delivered through professional sports clubs to help men lose
weight, become more active and adopt healthier eating habits. *BMC Public
Health* 232. WWW-dokumentti. Saatavissa:
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3621078/> [viitattu 5.11.2018].

- Haaramo, P. Insomnia, ill health and work disability: a longitudinal study among employees. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. PDF-tiedosto. Saatavilla: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 12.7.2018].
- Haario, P. 2014. Sleep, health behaviours and weight among ageing employees: a follow-up study. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. PDF-tiedosto. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 12.7.2018].
- Hagnäs, M. 2018. The association of cardiorespiratory fitness, physical activity and ischemic ECG findings with coronary heart disease-related deaths among men. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. PDF-tiedosto. Saatavilla: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 12.7.2018].
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. 15.—16. painos. Helsinki: Tammi.
- Huber, M., Knottnerus, J.A., Green, L., Horst, H., Jadad, A.R., Kromhout, D., Leonard, B., Lorig, K. & Loureiro, M.I. 2011. How should we define health? *BMJ* 26. PDF-tiedosto. Saatavissa: <http://www.anu.edu.au/> [viitattu 16.11.2018].
- Huttunen, J. 2015a. Mistä terveys syntyy? Lääkärikirja Duodecim. 10.11.2015. WWW-dokumentti. Saatavissa: https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00928 [viitattu 3.1.2018].
- Huttunen, J. 2015b. Mitä terveys on? Lääkärikirja Duodecim. 10.11.2015. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00903 [viitattu 28.12.2017].
- Hyppönen, H., Hyry, J., Valta, K. & Ahlgren, S. 2014. Sosiaali- ja terveydenhuollon sähköinen asiointi. Kansalaisten kokemukset ja tarpeet. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 33/2014. pdf-tiedosto. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125597/URN_ISBN_978-952-302-410-6.pdf?sequence=1 [viitattu 14.3.2018].
- Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. PDF-tiedosto. Saatavissa: http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf [viitattu 26.7.2018].
- Håkansson, C. & Ahlberg, G. Jr. 2017. Occupations, perceived stress, and stress-related disorders among women and men in the public sector in Sweden. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy* 1, 10—17. PDF-tiedosto. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 17.7.2018].
- Jauhiainen, A., Sihvo, P. & Ikonen, H. 2014a. Kansalaisten osaaminen ja ohjaaminen sähköisiin terveystalviin. Teoksessa Jauhiainen, A. & Sihvo, P. (toim.) 2014. Sähköiset terveystalviin asiakkaiden käyttöön terveydenhuollossa – Teoriasta käytäntöön. Karelia-ammattikorkeakoulun julkaisuja B:33, 40—52. PDF-tiedosto. Saatavissa: <http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/86478/B33.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 15.3.2018].

Jauhiainen, A., Sihvo, P. & Ikonen, H. 2014b. Terveystieteiden henkilöstön osaaminen ja valmiudet ottaa käyttöön sähköiset terveystieteet. Teoksessa Jauhiainen, A. & Sihvo, P. (toim.) 2014. Sähköiset terveystieteet asiakkaiden käyttöön terveystieteissä – Teoriasta käytäntöön. Karelia-ammattikorkeakoulun julkaisuja B:33, 26–39. PDF-tiedosto. Saatavissa: <http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/86478/B33.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 15.5.2018].

Kangasniemi, M. & Pölkki, T. 2016. Aineiston käsittely: kirjallisuuskatsauksen ydin. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Turun yliopisto, 80–93.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kallunki, V., Lehtonen, O., Kauronen, M.-L. & Pekkola, J. 2016. Hankkeen yhteenveto. Teoksessa Kauronen, M.-L. (toim.) 2016. Miesten terveystietäytyminen Kymenlaaksossa. Kymenlaakson ammattikorkeakoulun julkaisuja. PDF-tiedosto. Saatavissa: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/122151/30349626_Miesten_terveystietaytyminen_Kymenlaaksossa_DIGI.pdf?sequence=1&isAllowed=y [viitattu 16.11.2018].

Karlsson, M. 2014. PYLL-indeksi kuvaa väestön terveyttä. Tesso. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://tesso.fi/artikkeli/pyll-indeksi-kuvaa-v-est-n-terveytt> [viitattu 8.3.2018].

Kauronen, M.-L. (toim.) 2016. Miesten terveystietäytyminen Kymenlaaksossa. Kymenlaakson ammattikorkeakoulun julkaisuja. PDF-tiedosto. Saatavissa: https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/122151/30349626_Miesten_terveystietaytyminen_Kymenlaaksossa_DIGI.pdf?sequence=1&isAllowed=y [viitattu 16.11.2018].

Kumar, S. & Preetha, G. S. 2012. Health Promotion: An Effective Tool for Global Health. *Indian Journal of Community Medicine* 1, 5–12. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3326808/> [viitattu 16.11.2018].

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.

Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* 1, 37–45.

Lehtiö, L. & Johansson, E. 2016. Järjestelmällinen tiedonhaku hoitotieteessä. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Turun yliopisto, 35–55.

Lemetti, T. & Ylönen, M. 2016. Kirjallisuuskatsauksen valittujen tutkimusartikkelien arviointi. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Turun yliopisto, 67–79.

Loman, T. 2015. Ruokatottumukset, liikunta ja paino: sosioekonomiset erot ja muutokset. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen teidekunta. Väitöskirja. PDF-

tiedosto. Saatavissa: <https://helda.helsinki.fi/handle/10138/154778> [viitattu 12.7.2018].

Luksiene, D., Tamosiunas, A., Virviciute, D. & Radisauskas, R. 2017. The Prognostic Value of Combined Smoking and Alcohol Consumption Habits for the Estimation of Cause-Specific Mortality in Middle-Age and Elderly Population: Results from a Long-Term Cohort Study in Lithuania. *BioMed Research International* 2017. PDF-tiedosto. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 17.7.2018].

Martelin, T., Murto, J., Pentala, O. & Linnanmäki E. 2014. Terveys, terveysterot ja niiden kehitys. Teoksessa Vaarama, M., Karvonen, S., Kestilä, L., Moisio, P. & Muuri, A. (toim.) 2014. Suomalaisten hyvinvointi 2014. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 62–79.

Martikainen, P., Ho, J., Preston, S., Peltonen, R. & Elo, I.T. 2013. Koulutusryhmien välillä suuria ja kasvavia eroja elinajanodotteessa: tupakointi on merkittävä taustatekijä. WWW-dokumentti. *Suomen lääkärilehti* 39, 2435–2442. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 12.7.2018].

Masters, R. K., Reither, E. N., Powers, D. A., Claire Y. Y., Burger A. E. & Link B. G. 2013. The Impact of Obesity on US Mortality Levels: The Importance of Age and Cohort Factors in Population Estimates. *American Journal of Public Health* 10, 1895–1901. PDF-tiedosto. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 17.7.2018].

Metsämuuronen, J. 2007. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 4. painos. Helsinki: International Methelp Ky.

Muckenhuber, J.M., Dorner, T.E., Burkert, N., Groschädl, F. & Freidl, W. 2015. Low Social Capital as a Predictor for the Risk of Obesity. *Health & Social Work* 2, e51–e58. PDF-tiedosto. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 24.7.2018].

Murto J., Kaikkonen R., Pentala-Nikulainen O., Koskela T., Virtala, E., Härkänen, T., Koskenniemi, T., Jussmäki, T., Vartiainen, E. & Koskinen, S. 2017. Aikuisten terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus ATH:n perustulokset 2010–2017. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://www.terveytemme.fi/ath/tampere-raisio/index.html> [viitattu 16.11.2018].

Nevanperä, N., Seitsamo, J., Ala-Mursula, L., Remens, J., Hopsu, L., Auvinen, J., Tammelin, T., Järvelin, M-R. & Laitinen, J. 2015. Perceived Work Ability in the Light of Long-Term and Stress-Related Unhealthy Behaviors—a Prospective Cohort Study. *International Society of Behavioral Medicine* 2, 179–189. PDF-tiedosto. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 17.7.2018].

Niela-Vilén, H. & Hamari, L. 2016. Kirjallisuuskatsauksen vaiheet. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Turun yliopisto, 23–34.

Palosuo, H. 2016. Terveiden sosiaaliset määrittäjät, elämäntyyli ja huono-osaisuuden ongelma. Teoksessa Sihto, M. & Karvonen, S. (toim.) 2016. Terveiden edistäminen ja eriarvoisuus – lähestymistapoja ja ratkaisuja. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 38–57.

Palosuo, H. & Lahelma, E. 2013. Terveiden sosiaaliset määrittäjät. Teoksessa Sihto, M., Palosuo, H., Topo, P., Vuorenkoski, L. & Leppo, K. (toim.) Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt. *Teema* 17, 39–55. PDF-tiedosto. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104409/URN_ISBN_978-952-245-814-8.pdf?sequence=1 [viitattu 18.1.2018].

Pantell, M., Rehkopf, D., Jutte, D., Syme, S. L., Balmes, J. & Adler, N. 2013. Social Isolation: A Predictor of Mortality Comparable to Traditional Clinical Risk Factors. *American Journal of Public Health* 11, 2056–2062. PDF-tiedosto. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 17.7.2018].

Pessi, A. B. & Seppänen, M. 2015. Yhteisöllisyys. Teoksessa Saari, J. (toim.) Hyvinvointi. Suomalaisen yhteiskunnan perusta. E-kirja. Helsinki: Gaudeamus. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 4.11.2018].

Pienimäki, T. 2014. Factors, complications and health-related quality of life associated with diabetes mellitus developed after midlife in men. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. PDF-tiedosto. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 15.7.2018].

Puska, A. 2015. Verkkopuntari-ohjelma ohjaajien kokemana. Itä-Suomen yliopisto. Tutkimusraportti. PDF-tiedosto. Saatavissa: <https://verkkopuntari.fi/wp-content/uploads/2015/10/Verkkopuntari-ohjelma-ohjaajien-kokemana-tutkimusraportti.pdf> [viitattu 10.7.2018].

Pölkki, T. 2014. Hoitotyön interventiot ja niiden vaikuttavuus. *Tutkiva Hoitotyö* 4/2014, 3.

Rantakömi, S. 2013. Alcohol consumption, atherosclerosis and stroke: epidemiologic follow-up study in middle-aged Finnish men. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. PDF-tiedosto. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 12.7.2018].

Roelen, C., Heymans, M., Rhenen, W., Groothoff, J., Twisk, J. & Bültmann, U. 2014. Fatigue as Prognostic Risk Marker of Mental Sickness Absence in White Collar Employees. *Journal of Occupational Rehabilitation* 2, 307–315. PDF-tiedosto. Saatavilla: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 17.7.2018].

Roemer, E. C., Liss-Levinson, R. C., Samoly, D. K., Guy, G. ., Tabrizi, M. J., Beckowski, M. S., Pei, X. & Goetzel R. Z. 2013. A Descriptive Evaluation of CDC's LEAN Works! Leading Employees to Activity and Nutrition—A Web-Based Employer Tool for Workplace Obesity Management. *American Journal of Health Promotion* 4, 245–251. PDF-tiedosto. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 29.7.2018].

Roos, E. 2014. Obesity, weight change and work disability a follow-up study among middle-aged employees. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. PDF-tiedosto. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 15.7.2018].

Rotko, T., Hannikainen-Ingman, K., Murto, J., Kauppinen, T. & Mustonen, N. 2014. Terveyserojen kaventaminen käytännössä – alueellinen yhteistyö avuksi. *Yhteiskuntapolitiikka* 79, 92–99. PDF-tiedosto. Saatavissa: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116205/rotko.pdf?sequence=1> [viitattu 18.1.2018].

Saarelma, O. 2017. Terveystarkastukset. Lääkärikirja Duodecim. 12.8.2017. WWW-dokumentti. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00336 [viitattu 25.1.2018].

Salminen, J-P. 2014. ”Se on just toi yhteisöllisyys mikä on tässä kannattajaporukassa, että jos ei näitä tyypejä täällä ois” Suomen jalkapallomaajoukkueen kannattajien kokemuksia kannattajuudesta. Jyväskylän yliopisto. Liikuntatieteellinen tiedekunta. Pro gradu -tutkielma. PDF-tiedosto. Saatavissa: <https://jyx.jyu.fi/bitstream/handle/123456789/44733/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-201411253355.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 5.11.2018].

Salonsalmi, A. 2016. Alcohol drinking, health-related functioning and work disability. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. PDF-tiedosto. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 12.7.2018].

Sauni, R., Hakulinen-Viitanen, T., Pelkonen, M., Mäkelä, M., Vartiainen, E., Leino, T. & Puumalainen, T. 2014. Terveystarkastukset. Teoksessa Sauni, R. (toim.) *Seulonnot Suomessa 2014. Terveystarkastusten seulontojen nykytila ja tulvaisuuden näkymät. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2014:17*, 43–54. PDF-tiedosto. Saatavissa: http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70316/URN_ISBN_978-952-00-3534-1.pdf?sequence=1&isAllowed=y [viitattu 25.1.2018].

Schweier, R., Romppel, M., Richter, C., Hoberg, E., Hahmann, H., Scherwinski, I., Kosmützky, G. & Grande G. 2014. A web-based peer-modeling intervention aimed at lifestyle changes in patients with coronary heart disease and chronic back pain: sequential controlled trial. *Journal of Medical Internet Research* 7. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4129131/> [viitattu 29.7.2018].

Sihto, M. 2016. Terveystarkastusten lähestymistapoja terveyseroihin: yksilöllinen, sosiaalis-rakenteellinen ja kolmas tie. Teoksessa Sihto, M. & Karvonen, S. (toim.) 2016. Terveystarkastukset ja eriarvoisuus – lähestymistapoja ja ratkaisuja. Terveystarkastusten ja hyvinvoinnin laitos, 12–37.

Song, X. 2015. Anthropometric measurements of obesity in relation to mortality and cancer incidence among European adults: DECODE and FINRISK studies. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. PDF-tiedosto. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 12.7.2018].

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2014. Hyvinvointi on toimintakykyä ja osallisuutta. Sosiaali- ja terveysministeriön tulevaisuuskatsaus 2014. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2014:13. PDF-tiedosto. Saatavissa: http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70306/URN_ISBN_978-952-00-3522-8.pdf [viitattu 17.3.2018].

Sosiaali- ja terveysministeriö s.a. Terveysneuvonta ja terveystarkastukset. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://stm.fi/terveysneuvonta-terveystarkastukset> [viitattu 19.2.2018].

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. 2008. Kansallinen terveystarve- ja terveyserojen ka-ventamisen toimintaohjelma 2008–2011. WWW-dokumentti. Saatavissa: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/73658/Jul200816.pdf?sequence=1&isAllowed=y> [viitattu 4.11.2018].

Sotkanet. 2018a. 40-vuotiaat, lkm 31.12. WWW-dokumentti. Päivitetty 3.4.2018. Saatavissa: <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s7ZMBwA=®ion=szbKize0Ng8HAA==&year=sy6rsDbW0zUEAA==&gender=m;t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=201802280718> [viitattu 8.3.2018].

Sotkanet. 2018b. Alkoholikuolleisuus 35–64-vuotiailla / 100 000 vastaavanikäistä. WWW-dokumentti. Päivitetty 26.1.2018. Saatavissa: https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s_YtBwA=®ion=szbKszbNszZyBAA=&year=sy6rsDbS0zUEAA==&gender=m;t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=201802280718 [viitattu 4.11.2018].

Sotkanet. 2018c. Lihavien osuus (kehon painoindeksi BMI \geq 30 kg/m²) (%), 20 - 64-vuotiaat. WWW-dokumentti. Päivitetty 3.9.2018. Saatavissa: <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=szY09QQA®ion=szbKszbNszZyBAA=&year=sy6rsDbS0zUEAA==&gender=m;t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=201802280718> [viitattu 4.11.2018].

Sotkanet. 2018d. Menetetyt elinvuodet (PYLL) ikävälillä 0–80 vuotta / 100 000 asukasta. WWW-tiedosto. Päivitetty 25.6.2018. Saatavissa: https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=s_YzAgA=®ion=szbKize0Ns21NnIEAA==&year=sy4rtzbS0zUEAA==&gender=m;t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=201802280718 [viitattu 8.3.2018].

Sotkanet. 2018e. Päivittäin tupakoivien osuus (%), 20–64-vuotiaat. WWW-dokumentti. Päivitetty 3.9.2018. Saatavissa: <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=szY0CQQA®ion=szbKszbNszZyBAA=&year=sy6rsDbS0zUEAA==&gender=m;t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=201802280718> [viitattu 4.11.2018].

Sotkanet. 2018f. Työttömät, % työvoimasta. WWW-dokumentti. Päivitetty 15.8.2018. Saatavissa: <https://sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=szYK->

[BAA=®ion=szbKszbNszZyBAA=&year=sy6rsDbS0zUEAA==&gender=m;f;t&abs=f&color=f&buildVersion=3.0-SNAPSHOT&buildTimestamp=201802280718](#) [viitattu 4.11.2018].

Stjernsward, S. & Hansson, L. 2016. User value and usability of a web-based mindfulness intervention for families living with mental health problems. *Health & Social care in the Community* 2, 700–709. PDF-tiedosto. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 29.7.2018].

Suhonen, R., Axelin, A. & Stolt, M. 2016. Erilaiset kirjallisuuskatsaukset. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Turun yliopisto, 7–22.

Terveystieteiden tutkimuskeskus 30.12.2010/1326.

Thurman, K. 2016. Tautinen Suomi. Kansansairauksien synty ja hoito. Helsinki: Edita.

Tilastokeskus s.a. Elinajanodote. WWW-dokumentti. Saatavissa: <https://www.stat.fi/org/tilastokeskus/elinajanodote.html> [viitattu 18.1.2018].

Tucker, J. M., Welk, G. J., Beyler, N. & Youngwon, K. 2016. Associations Between Physical Activity and Metabolic Syndrome: Comparison Between Self-Report and Accelerometry. *American Journal of Health Promotion* 3, 155–162. PDF-tiedosto. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 17.7.2018].

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. E-kirja. Tammi. Saatavissa: <https://kirjasto.kyyti.fi> [viitattu 18.7.2018].

Työterveyshuoltolaki 21.12.2001/1383.

Valkeapää, K. 2016. Tutkimusaineiston valinta systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa. Teoksessa Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Turun yliopisto, 56–66.

Vertio, H. & Rouvinen-Wilenius, P. 2014. Hyvinvointitalous ja terveyden edistäminen. Teoksessa Särkelä, S., Siltaniemi, A., Rouvinen-Wilenius, P., Parviainen, H. & Ahola, E. (toim.) Hyvinvointitalous. SOSTE Suomen sosiaali ja terveys ry, 229–237.

Voutilainen, S., Nurmi, A., Virtanen, J., Mursu, J. & Tuomainen, T-P. 2013. Voi ja sydäninfarktiriski. *Suomen lääkirilehti* 24, 1803–1809. PDF-tiedosto. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 12.7.2018.]

Wardian, J., Thaller, J. & Urbavea, Z. 2015. The Accumulation of Multiple Sources of Psychosocial Disadvantage and Their Correlation to Reported Overall Health: Establishing a Threshold. *Social Work* 1, 45–54. PDF-tiedosto. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 24.7.2018].

Wennman, H. 2016. Physical activity, sleep and cardiovascular diseases: person-oriented and longitudinal perspectives. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. PDF-tiedosto. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 12.7.2018].

Wennman, H., Kronholm, E., Partonen, T., Tolvanen, A., Peltonen, M., Vasankari, T. & Borodulin, K. 2015. Interrelationships of Physical Activity and Sleep with Cardiovascular Risk Factors: a Person-Oriented Approach. *International Journal of Behavioral Medicine* 6, 735–747. PDF-tiedosto. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 17.7.2018].

Wikström, K. 2018. Socioeconomic differences in the development and prevention of type 2 diabetes: focus on education and lifestyle. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. PDF-tiedosto. Saatavilla: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 12.7.2018].

Wills, J. & Jackson, L. 2014. Health and health promotion. Teoksessa Wills, J. (toim.) *Fundamentals of Health Promotion for Nurses*. E-kirja. 2. painos. Chichester: John Wiley & Sons, Incorporated. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 28.12.2017].

Zhang, J. & Yen, S.T. 2015. Physical Activity, Gender Difference, and Depressive Symptoms. *Health Services Research* 5, 1550–1573. PDF-tiedosto. Saatavissa: <https://kaakkuri.finna.fi/> [viitattu 17.7.2018]

TAULUKKO HYVÄKSYTYISTÄ ALKUPERÄISTUTKIMUKSISTA
TUTKIMUSKYSYMYKSEEN 1.1.

Tekijät, vuosi, tutkimuksen nimi ja maa	Tutkimusmenetelmä ja tutkimuksen tarkoitus	Keskeiset tulokset
<ul style="list-style-type: none"> • Hagnäs, M. • 2018. • The association of cardiorespiratory fitness, physical activity and ischemic ECG findings with coronary heart disease-related deaths among men. • Suomi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Epidemiologinen tutkimus. • Tavoitteena oli selvittää kliinisessä rasituskokeessa todetun aerobisen suorituskyvyn, sydänlihasiskemian sekä fyysisen aktiivisuuden liitännäisyyttä sydänperäisiin äkkikuolemiin ja sepelvaltimotautikuolemiin, sellaisten miesten keskuudessa, jotka omaavat eri sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijäyhdistelmiä. 	<ul style="list-style-type: none"> • Miehet, joilla todettiin huono suorituskyky sekä samanlainen rasituksen aiheuttama sydänlihasiskemia olivat suuremmassa vaarassa menehtyä sepelvaltimotautiin ja sydänperäiseen äkkikuolemaan verrattuna miehiin, joilla todettiin hyvä suorituskyky eikä rasituksen aiheuttama sydänlihasiskemia. • Miehet, joilla todettiin huono suorituskyky, mutta harrastivat enemmän liikuntaa vapaa-ajalla, olivat pienemmässä vaarassa sydänperäiseen äkkikuolemaan kuin huonokuntoiset miehet, jotka harrastivat vähemmän liikuntaa vapaa-ajallaan. • Vapaa-ajan liikunnan määrä ei muuttanut sydänperäisen äkkikuoleman esiintyvyyttä hyväkuntoisten miesten keskuudessa. • Tutkimustulosten mukaan etenkin lähtötasoltaan huonokuntoisilla miehillä liikunnan harrastamisen tärkeys korostuu muiden riskitekijöiden hoidon ohessa.

<ul style="list-style-type: none"> • Wikström, K. • 2018. • Socioeconomic Differences in the Development and Prevention of Type 2 Diabetes: Focus on Education and Lifestyle. • Suomi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aineistona käytettiin monien väestöpohjaisten poikkileikkaustutkimuksien aineistoja sekä DPS tutkimuksen aineistoja. Aineistolle suoritettiin mm. riskianalyyskejä. • Tarkoituksena selvittää sosioekonomisia eroja 2 tyypin diabeteksen, sen riskitekijöiden ja lisäsairauksien esiintymisessä ja ehkäisevien toimien vaikuttavuudessa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tulokset osoittavat, että 2 tyypin diabetes on yleisempää alemmissä kuin ylemmissä koulutusryhmissä. • Taudin kulkua selittävät vahvasti tunnetut riskitekijät, varsinkin lihavuus. • Taudin ilmaantuvuus lisääntynyt miehillä.
<ul style="list-style-type: none"> • Wennman, H. • 2016. • Physical activity, sleep and cardiovascular diseases: person-oriented and longitudinal perspectives. • Suomi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aineistoina käytetty Kansallista FINRISKI 2012- tutkimusta. • Tavoitteena tutkia liikunnan ja unen välisiä yhteyksiä sydän- ja verisuonitautien riskiin. • Tavoitteena mallintaa liikuntakäyttäytymisen ja unen ryhmittymistä ihmisten välillä sekä tutkia sydän- ja verisuonitautien riskitekijöitä ja kokonaisriskiä näiden ryhmittymien pohjalta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tutkimus vahvistaa, että liikunta ja uni ovat tärkeitä elintapoja sydän- ja verisuoniterveydelle. • Tulokset osoittivat ennen kaikkea, että liikunta ja uni vaikuttavat yhdessä sydäntautiriskin syntymiseen. • Unen pituuden lisäksi myös unen laatu ja unen itsearvioitu riittävyys sekä henkilön kronotyyppi vaikuttavat liikunnan ja unen suhteeseen.

<ul style="list-style-type: none">• Song, X.• 2015.• Anthropometric measurements of obesity in relation to mortality and cancer incidence among European adults DECODE and FINRISK Studies.• Suomi.	<ul style="list-style-type: none">• Perustuu DECODE ja FINRSIKI -tutkimuksissa kerättyyn aineistoon.• Tavoitteena arvioida lihavuuden antropometristen mittareiden epidemiologista yhteyttä kuolleisuuteen ja määrittää siihen mahdollinen raja-arvo, tutkia kehon painoindeksin (BMI) epidemiologista yhteyttä eri syöpätyyppien ilmaantuvuuteen ja määrittää siihen mahdollinen raja-arvo, verrata lihavuuden eri antropometrisiä indikaattoreita suhteessa sydän- ja verisuonitautikuolleisuuteen sekä arvioida sydän- ja verisuonitautikuolleisuuden riskiä suhteessa lihavuuteen ja sukupuoleen väestössä, ja myös erityisesti diabeetikoilla ja ei-diabeetikoilla.	<ul style="list-style-type: none">• Tutkimus vahvistaa lihavuuden haitallisen yhteyden useisiin kuolinsyihin ja eräiden syöpätyyppien ilmaantuvuuteen.• Keskivartalolihavuuden antropometriset mittarit ennustavat vahvemmin sydän- ja verisuonitautikuolleisuutta kuin painoindeksi.• Lihavuuden ehkäisyssä tulisi kiinnittää erityisesti huomiota keskivartalolihavuuteen.• Miesten sydän- ja verisuonitautikuolleisuus on suurempi kaikissa lihavuuden antropometrisissä mittauskategorioissa, mikä puolestaan vahvistaa käsityksen siitä, että miehillä, jopa normaalipainoisilla, esiintyy useammin sisäelinten ympärille ja vatsaonteloon kertynyttä rasvaa kuin naisilla.
--	---	---

<ul style="list-style-type: none">• Salonsalmi, A.• 2016.• Alcohol drinking, health-related functioning and work disability.• Suomi.	<ul style="list-style-type: none">• Kyselytutkimus. Kyselyiden tiedot yhdistettiin sairauspoissaolo-rekisteritietoihin sekä Eläketurvakeskuksesta saatuihin tietoihin, niiden vastaajien osalta, jotka antoivat tähän suostumuksensa.• Tavoitteena tarkastella alkoholinkäytön, toimintakyvyn ja työkyvyn yhteyttä keski-ikäisten kuntatyöntekijöiden keskuudessa.	<ul style="list-style-type: none">• Kaikki tutkitut juomatavat olivat yhteydessä psyykkiseen toimintakykyyn, kun taas ainoastaan ongelmajuominen ja myös raittius olivat yhteydessä fyysiseen toimintakykyyn.• Runsas keskikultus, humalajuominen ja ongelmajuominen olivat kaikki yhteydessä itse ilmoitettuihin ja lääkäriin varmentamiin sairauspoissaoloihin lukuun ottamatta humalajuomista miehillä.• Alkoholinkäyttö on ongelma keski-ikäisen työssäkäyvän väestön keskuudessa, vaikka alkoholinkäyttö oli suhteellisen vähäistä mitattuna viikoittaisella keskikulutuksella.• Runsas keskikultus, humalahakuinen juominen ja ongelmajuominen olivat kaikki yhteydessä heikentyneeseen toimintakykyyn ja työkykyyn.• Ongelmajuomisen yhteydet olivat vahvimmat ja laaja-alaisimmat.
---	---	--

<ul style="list-style-type: none"> • Haaramo, P. • 2014. • Insomnia, ill health and work disability: a longitudinal study among employees. • Suomi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tutkimuksessa käytetty kysely- ja rekisteritietoja seuranta-asetelmassa. • Tavoitteena selvittää unettomuuden yhteyksiä myöhemmän mielenterveyteen, sydän- ja verisuonitautien riskitekijöihin ja työkyvyttömyyseläkkeisiin keski-ikäisessä työntekijäkohortissa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Unettomuusoireet ovat johdonmukaisesti yhteydessä myöhempään terveyteen ja työkykyyn. • Unettomuusoireilla voimakas yhteys mielenterveysongelmiin, mutta yhteydet selkeät myös sydäntautien riskitekijöihin eli korkeaan verenpaineeseen ja veren rasva-aineenvaihdunnan häiriöihin. • Unettomuusoireilla selkeitä yhteyksiä myöhempään työkyvyttömyyseläkkeisiin.
<ul style="list-style-type: none"> • Loman, T. • 2015. • Ruokatottumukset, liikunta ja paino: sosioekonomiset erot ja muutokset. • Suomi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Seurantatutkimus. • Päättävöitteenä tutkia seuranta-astelemassa ruokatottumusten, liikunnan ja painonnousun sosioekonomisia eroja ja muutoksia kunta-alalla työskentelevien, keski-ikäisten naisten ja miesten keskuudessa. • Tavoitteena tutkia vapaa-ajan liikunnan ja ruokatottumusten sosioekonomisia eroja 5–7 vuoden seurannan aikana. • Tavoitteena tutkia taustamuuttujien vaikutusta sosioekonomisten erojen muutokseen vapaa-ajan liikunnassa sekä usean sosioekonomisen tekijän yhteyttä painonnou-suun. 	<ul style="list-style-type: none"> • Painonnousussa havaittiin sosioekonomisia eroja. Näistä taloudelliset vaikeudet nousivat esiin vahvimpina. • Sosioekonomiset erot säilyivät ennallaan ruokatottumuksissa, mutta liikunnassa kasvoivat ja painonnousussa havaittiin selkeitä eroja taloudellisten vaikeuksien suhteen. • Yhteiskunnassa tarvitaan tukea terveydelle edullisille terveyskäyttäytymismuodoille.

<ul style="list-style-type: none"> • Martikainen, P. ym. 2013. • Koulutusryhmien välillä suuria ja kasvavia eroja elinajanodotteessa: tupakointi on merkittävä riskitekijä. • Suomi . 	<ul style="list-style-type: none"> • Alkuperäistutkimus • Tavoitteena kuvata 30-vuotiaiden koulutusryhmittäisiä elinajanodotteen eroja. • Tavoitteena arvioida yli 50-vuotiaiden tupakoinnista johtuvan kuolleisuuden vaikutusta näihin eroihin vuosien 1971 ja 2010 välillä. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tupakoinnista johtuvien kuolemien osuus kaikista 50 vuotta täyttäneiden miesten kuolemista oli noin 27 % jaksolla 1971–1975 ja 17 % jaksolla 2006–2010 • Elinajanodote on pidentynyt kaikissa koulutusryhmissä, mutta sekä miesten että naisten joukossa erot ryhmien välillä ovat kasvaneet.
<ul style="list-style-type: none"> • Voutilainen, S. ym. 2013. • Voi ja sydäninfarktirisiki. • Suomi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Alkuperäistutkimus. • Tutkimus selvitti voion käytön yhteyttä sydäninfarktirisikiin suomalaisessa seuranta-aineistossa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Rungas voion käyttö yhteydessä lisääntyneeseen sydäninfarktirisikiin. • Tulokset tukevat aiempaa tutkimusnäyttöä voion käytön yhteydestä sydän- ja verisuonisairauksien riskiin.
<ul style="list-style-type: none"> • Rantakömi, S. 2013. • Alcohol consumption, atherosclerosis and stroke: epidemiologic follow-up study in middle-aged Finnish men. • Suomi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Seurantatutkimus. • Tavoitteena selvittää tarkemmin (I) humalahakuisen juomisen vaikutuksia ateroskleroosin kehittymiseen keski-ikäisillä miehillä, (II) krapulan yhteyttä aivohalvauksen riskiin, (III) alkoholinkäytön yhteyttä aivohalvauksen riskiin verenpaineen ja painoindeksin eri tasoilla, sekä (IV) alkoholinkäytön yhteyttä aivohalvaukskuolemien riskiin. 	<ul style="list-style-type: none"> • Humalahakuinen juominen on yhteydessä ateroskleroosin etenemiseen. • Verenpaineella, ylipainolla sekä alkoholinkäytöllä voi olla yhteisvaikutuksia aivohalvauksriskin osalta. • Lisäksi krapulat ja tiheämmät alkoholinkäyttökerrat liittyvät sekä aivohalvauksien että aivohalvaukskuolemien kohtoonneeseen riskiin.

<ul style="list-style-type: none"> • Pienimäki, T. • 2014. • Factors, complications and health-related quality of life associated with diabetes mellitus developed after midlife in men. 	<ul style="list-style-type: none"> • Seurantatutkimus. • Tarkoituksena selvittää keski-ikä riskitekijöitä, jotka ennustavat tulevaa tyyppin 2 diabetesta myöhemmällä iällä. 	<ul style="list-style-type: none"> • Keski-ikässä terveessä mieskohortissa tulevan diabeteksen kannalta merkittävimmät ennusteelliset tekijät olivat painonnousu 25-vuoden iästä keski-ikään sekä keski-ikässä mitattu glukoosirasituksen jälkeinen yhden tunnin sokeriarvo. • Etenkin yhden tunnin sokeriarvo >8.9 mmol/L ja BMI ≥30 nostivat tulevan diabeteksen riskin kymmenkertaiseksi. • Näillä tekijöillä oli vahva yhteys sydän- ja verisuonisairauksien aiheuttamaan kuolleisuuteen. • Glukoosirasituksen jälkeisellä yhden tunnin sokeriarvolla näyttäisi olevan merkitystä arvioitaessa tyyppin 2 diabetesriskiä tulevaisuudessa. • Elämänlaatua diabetes näytti heikentävän pian diagnoosin jälkeen (0–4 vuotta diagnoosista), mutta sen jälkeen elämänlaatu ei huonontunut oleellisesti. • RAND-36 mittarilla mitattuna elämänlaatu heikkeni merkittävästi diabeetikoilla verrattuna ei-diabeetikoihin fyysisen toimintakyvyn, yleisen elämänlaadun ja sosiaalisten toimintojen osaluilla, mutta mielen-terveyteen diabetes ei näyttänyt vaikuttavan.
---	---	---

<ul style="list-style-type: none"> • Haario, P. • 2014. • Sleep, health behaviours and weight among ageing employees: a follow-up study. • Suomi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Seurantatutkimus. • Tavoitteena tutkia, ovatko unettomuusoireet yhteydessä myöhempään terveystyhtymiseen ja painonnousuun ja ovatko terveystyhtyminen ja paino yhteydessä myöhempiin unettomuusoireisiin. • Tavoitteena lisäksi tutkia, onko unen kesto yhteydessä painonnousuun. 	<ul style="list-style-type: none"> • Lyhyt unen kesto ja unettomuusoireet olivat yhteydessä painonnousuun. • Unettomuusoireiden muutoksiin yhteydessä oli BMI. • Unettomuusoireet ja vähäinen vapaa-ajan liikunta olivat yhteydessä toisiinsa. • Humalahakuinen juominen oli yhteydessä myöhempiin unettomuusoireisiin.
<ul style="list-style-type: none"> • Roos, E. • 2014. • Obesity, weight change and work disability a follow-up study among middle-aged employees. • Suomi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Seurantatutkimus. • Tavoitteena tutkia työolosuhteiden, työntekijöiden painon ja painonvaihteluiden sekä työkyvyyden välisiä yhteyksiä. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tulosten mukaan painonnousu työntekijöillä oli yleistä, mutta tutkittujen työalojen yhteys painonnousuun on heikko tai olematon. • Lihavuus ja painonnousu ovat selkeästi yhteydessä tilapäiseen ja pysyvään työkyvyyden heikkenemiseen.
<ul style="list-style-type: none"> • Eskelinen, M. • 2014. • The effects of mid-life diet on late-life cognition: an epidemiological approach. • Suomi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Epidemiologinen tutkimus. • Tavoitteena selvittää ruokavalion vaikutusta kognitiivisen heikentymisen ja demensian kehittymisessä. 	<ul style="list-style-type: none"> • Keski-ikässä epäterveelliset ravitsemustekijät voivat lisätä myöhäsiän demensian/AT:n riskiä ja vaikuttaa negatiivisesti moniin kognitiivisiin toimintoihin. • Terveellisillä ravitsemustekijöillä voidaan saada aikaan päinvastainen vaikutus.
<ul style="list-style-type: none"> • Luksiene, D. ym. • 2017. • The Prognostic Value of Combined Smoking and Alcohol Consumption Habits for the Estimation of Cause-Specific Mortality in Middle-Age and Elderly Population: Results from a Long-Term Cohort Study in Lithuania. • Liettua. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kohorttitutkimus. • Tavoitteena arvioida tupakoinnin ja alkoholin yhteiskulutuksen yhteyttä kuolleisuusriskien keski-ikäisessä ja ikääntyvässä väestössä. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tupakointi lisäsi kuolleisuutta yleisesti sekä kuolleisuutta syöpään sekä sydän- ja verisuonitauteihin 35–64-vuotiailla miehillä mutta alkoholinkäytöllä oli vain vähäisiä vaikutuksia. • Kuitenkin runsas alkoholinkäyttö lisäsi kuolleisuusriskiä.

<ul style="list-style-type: none"> • Håkansson, C. & Ahlberg, G. Jr. • 2017. • Occupations, perceived stress, and stress-related disorders among women and men in the public sector in Sweden. • Ruotsi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kyselytutkimus. • Tavoitteena tutkia jokapäiväisten toimintojen yhteyttä havaittuun stressiin ja stressiin liittyviin häiriöihin sekä mahdollisia eroavaisuuksia sukupuolten välillä. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tulosten mukaan jokapäiväisillä toimintoilla oli selviä yhteyksiä havaittuun stressiin sekä stressiin liittyviin häiriöihin sekä miehillä että naisilla.
<ul style="list-style-type: none"> • Fimland, M. ym. • 2015. • Leisure-time physical activity and disability pension: 9 years follow-up of the HUNT Study, Norway. • Norja. 	<ul style="list-style-type: none"> • Seurantatutkimus. • Tavoitteena tutkia vapaa-ajan fyysisen aktiivisuuden ja työkyvyttömyyseläkkeen yhteyttä toisiinsa sekä työkyvyttömyyseläkkeen ja tuki- ja liikuntaelinsairauksien sekä mielenterveysongelmien yhteyttä. 	<ul style="list-style-type: none"> • Aktiivisesti liikkuvilla oli 50 % pienempi riski työkyvyttömyyseläkkeeseen verrattuna ei-aktiiviseen ryhmään. • Tuki- ja liikuntaelinsairauksilla oli suurempi yhteys työkyvyttömyyseläkkeeseen kuin mielenterveysongelmilla. • Tulosten mukaan fyysisellä aktiivisuudella ja työkyvyttömyyseläkkeellä oli suuri merkitys toisiinsa.
<ul style="list-style-type: none"> • Nevanperä, N. ym. • 2016. • Perceived Work Ability in the Light of Long-Term and Stress-Related Unhealthy Behaviors— a Prospective Cohort Study. • Suomi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kohorttitutkimus. • Tavoitteena tutkia miten epäterveelliset elintavat yhdistyvät havaittuun työkyvyn varhaisessa keski-ässä. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tuloksista kävi ilmi neljä terveyskäyttämisen ryhmää: aina terveet, kohtalaiset (vertailuryhmä), heikentyneet ja aina epäterveelliset. • Aina epäterveelliset -ryhmän miehillä oli yhteyksiä huonoon työkykyyn 46-vuoden iässä. • Stressiin liittyvä syöminen ja juominen lisäsivät itsenäisesti huonoa työkykyä. • Pitkään kestävät ja stressiin liittyvät epäterveelliset elintavat lisäsivät riskiä huonoon työkykyyn keski-ässä.

<ul style="list-style-type: none"> • Tucker, J. M. ym. 2016. • Associations Between Physical Activity and Metabolic Syndrome: Comparison Between Self-Report and Accelerometry. • Yhdysvallat. 	<ul style="list-style-type: none"> • Poikittaistutkimus. • Tarkoituksena arvioida yhteyttä itseilmoitetun ja objektiivisesti mitatun fyysisen aktiivisuuden ja metabolisen oireyhtymän välillä sekä sen riskitekijöitä yhdysvaltalaisien aikuisten keskuudessa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tulosten mukaan ne, joiden fyysinen aktiivisuus ei ollut suositusten mukaista, omasivat suuremman todennäköisyyden metaboliseen oireyhtymään kuin ne, jotka liikkuvat suositusten mukaan. • Metabolisen oireyhtymän ja vähäisen liikunnan yhteys oli suurempi objektiivisesti mitatussa fyysisessä aktiivisuudessa kuin itseilmoitetussa.
<ul style="list-style-type: none"> • Zhang, J. & Yen, S.T. 2015. • Physical Activity, Gender Difference, and Depressive Symptoms. • Yhdysvallat. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kyselytutkimus. • Tavoitteena tutkia fyysisen aktiivisuuden ja sosiodemografisten tekijöiden vaikutusta masennuksen oireisiin yhdysvaltalaisilla miehillä ja naisilla. 	<ul style="list-style-type: none"> • Säännöllinen fyysinen aktiivisuus vähentää masennuksen oireita sekä miehillä että naisilla lievistä kohtalaiseen masennukseen, etenkin naisilla.
<ul style="list-style-type: none"> • Wennman, H. ym. 2015. • Interrelationships of Physical Activity and Sleep with Cardiovascular Risk Factors: a Person-Oriented Approach. • Suomi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Poikittaistutkimus (FINRISK). • Tavoitteena tarkastella onko fyysisellä aktiivisuudella ja unen laadulla yhteyttä metaboliin riskitekijöihin sekä sydän- ja verisuontautisairauksien riskeihin. 	<ul style="list-style-type: none"> • Huono ja vähäinen unenlaatu yhdessä vähäisen fyysisen aktiivisuuden, korkean ruutuajan ja paljon istumisen kanssa lisää riskiä kohonneeseen HbA1c-arvoon miehillä.
<ul style="list-style-type: none"> • Masters, R. K. ym. 2013. • The Impact of Obesity on US Mortality Levels: The Importance of Age and Cohort Factors in Population Estimates. • Yhdysvallat. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tutkittu 19 eri kansallista terveystutkimusta, jotka ovat liittyneet kuolleisuusriskitekijöihin. • Tavoitteena arvioida ylimääräisten kuolemien prosenttiosuus yhdysvaltalaisien valkoisten ja mustien miesten ja naisten keskuudessa, joilla on korkea kehon massa. • Tarkasteltu iän 	<ul style="list-style-type: none"> • Vuosien 1986 ja 2006 välillä aikuisien kuolemat, joilla oli yhteyksiä ylipainoon ja lihavuuteen oli valkoisilla miehillä 15,6 % ja mustilla miehillä 5,0 %. • Tulokset viittaavat siihen, että lihavuudella on huomattava merkitys Yhdysvaltojen kuolleisuusrisikkiin.

<ul style="list-style-type: none"> • Roelen, C. ym. • 2014. • Fatigue as Prognostic Risk Marker of Mental Sickness Absence in White Collar Employees. • Hollanti. 	<ul style="list-style-type: none"> • Seurantatutkimus. • Tarkoituksena tutkia väsymystä ennustavana riskitekijänä työntekijöiden pitkäaikaisen sairauspoissaolon syyksi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tulosten mukaan väsymys on ennustava riskitekijä sairausloman syyksi toimistotyöntekijöillä.
<ul style="list-style-type: none"> • Pantell, M. ym. • 2013. • Social Isolation: A Predictor of Mortality Comparable to Traditional Clinical Risk Factors. • Yhdysvallat. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tutkimusaineisto kerätty kahdesta kattavasta tutkimusaineistosta (Third National Health and Nutrition Examination Survey sekä the National Death Index). • Tavoitteena tutkia sosiaalisen eristyneisyyden ja kuolleisuuden välisiä yhteyksiä ja verrata sosiaalisen eristyneisyyden ennustavuutta kliinisiin riskitekijöihin Yhdysvalloissa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Sosiaalinen eristytymisen ennusti kuolleisuutta sekä miehillä että naisilla, kuten tupakointi ja korkea verenpaine. • Sosiaalinen eristytymisen on verrattavissa kliinisiin riskitekijöihin kuolleisuuden ennustajana.
<ul style="list-style-type: none"> • Andersson, S. ym. • 2013. • The association between self-related health and impaired glucose tolerance in Swedish adults. • Ruotsi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Väestöön kohdistuva poikkileikkaustutkimus. • Tavoitteena tutkia sukupuolten välisiä eroja itse ilmoitetun terveyden ja heikentyneen glukoositoleranssin väliillä henkilöillä, jotka eivät ole tietoisia glukoosin sietokyvystään. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tulosten mukaan sekä miehillä että naisilla oli tilastollisesti merkittävä korkea yhteys itseilmoitetun terveyden ja heikentyneen glukoosin sietokyvyn välillä. • Olettaessa huomiointiin erilaiset muuttajat, yhteys säilyi merkittävänä ainoastaan miehillä. • Tulosten mukaan itseilmoitettu terveys on parempi heikentyneen glukoosin sietokyvyn indikaattori miehillä kuin naisilla.

<ul style="list-style-type: none"> • Wardian, J. ym. • 2015. • The Accumulation of Multiple Sources of Psychosocial Disadvantage and Their Correlation to Reported Overall Health: Establishing a Thershold. • Yhdysvallat. 	<ul style="list-style-type: none"> • Poikkileikkaustutkimus. • Tarkoituksena määrittää kynnys, jolloin kasautuneet psykososiaaliset riskitekijät tulevat merkittäviksi heikentyneen terveydentilan kannalta sekä tutkia onko riski suurempi naisilla kuin miehillä. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tulosten mukaan riskitekijöiden kertymisellä oli negatiivinen vaikutus terveydentilaan kahden kynnsarvon kohdalla: lisäämällä kunkin riskitekijän, heikkeni terveydentila merkittävästi. • Ne, joilla on kaksi tai useampi riskitekijä, ovat merkittävästi suuremmissa riskeissä huonompaan terveyteen.
<ul style="list-style-type: none"> • Muckenhuber, J.H. ym. • 2015. • Low Social Capital as a Predictor for the Risk of Obesity. • Itävalta. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tiedot kerätty Itävaltan terveyshaastattelututkimuksesta. • Tarkoituksena tutkia sosiaalisen pääoman ja ylipainon yhteyttä toisiinsa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tulosten mukaan alhainen sosiaalinen pääoma on yhteydessä korkeaan ylipainon riskiin.
<ul style="list-style-type: none"> • Antai, D. ym. • 2014. • Alcohol drinking patterns and differences in alcohol-related harm: a population-based study of the United States. • Yhdysvallat. 	<ul style="list-style-type: none"> • Väestötutkimus. • Tarkoituksena tutkia alkoholin käyttötapojen ja itse ilmoitettujen alkoholiin liittyvien haittojen yhteyttä toisiinsa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tulosten mukaan alkoholin käyttötavat (juomisen toistuvuus ja juomien määrä kerralla) olivat yhteydessä kohonneeseen riskiin itseilmoitettuihin alkoholista johtuviin haittoihin, etenkin miehillä.

TAULUKKO HYVÄKSYTYISTÄ ALKUPERÄISTUTKIMUKSISTA
TUTKIMUSKYSYMYKSEEN 1.2.

Tekijät, vuosi ja tutkimuksen nimi	Tutkimusmenetelmä ja tutkimuksen tarkoitus	Keskeiset tulokset tämän opinnäytetyön kannalta
<ul style="list-style-type: none"> • Stjernsward, S. & Hansson, L. • 2016. • User value and usability of a web-based mindfulness intervention for families living with mental health problems. • Ruotsi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Laadullinen puolistrukturoitu kyselytutkimus. • Tarkoituksena selvittää osallistujien kokemuksia 8-viikkoi- sen verkossa tapahtuvan mindfulness-ohjelman käyttöarvosta ja käytettävyydestä. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tuloksena neljä osallistujien kokemuk- sista, ohjelman käytettävyydestä ja käyttöarvosta kerto- vaa luokkaa: 1) Arvokas ja joustava työkalu, joka vaatii aikaa ja kurinalaisuutta. 2) Parempaan hyvinvointiin uusia näkökulmia ja selviytymiskeinoja, 3) Ohjelman käytettävyyden helppous ja joustavuus olivat merkittäviä etuja. 4) Ohjelma koettiin arvokkaana työkaluna stressistä selviytymiseen sekä käyttäjien näkökulmasta että ammatillisesta näkökulmasta.
<ul style="list-style-type: none"> • Roemer, E. C. ym. • 2013. • A Descriptive Evaluation of CDC's LEAN Works! Leading Employees to Activity and Nutrition—A Web-Based Employer Tool for Workplace Obesity Management. • Yhdysvallat. 	<ul style="list-style-type: none"> • Satunnaistettu kontrolloitu tutkimus. • Tavoitteena määrittää Yhdysvaltojen tartuntatauti- ja ehkäisykeskusten (CDC) tarjoaman verkkopohjaisen LEAN Works! -ohjelman hyödyllisyyttä sekä CDC:n tyytyväisyyttä ohjelmaan. LEAN Works! tarjoaa näyttöön perustuvia suosituksia ja lupaavia käytäntöjä lihavuuden ennaltaehkäisyyn ja kontrollointiin työpaikoilla. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tulosten mukaan lähes kaikki (96 %) osallistujista raportoitiin positiivisia kokemuksia verkkosivujen käytöstä ja pitivät sen sisältöä runsaana. • Osallistujat aikovat jatkaa verkkosivujen käyttämistä kehittääkseen, toteuttaaakseen ja arvioidakseen liikalihavuuden hallintaa.

<ul style="list-style-type: none"> • Forsman, M. • 2015. • Onnistunutta painonhallintaa etäohjauksella. • Suomi. 	<ul style="list-style-type: none"> • Kyselytutkimus. • Tarkoituksena kuvailla verkkoympäristössä toteutetulle painonhallintakursille osallistuneiden asiakkaiden kokemuksia etäohjauksen voimavaraistumista ehkäisevistä tai sitä edistävästä tekijöistä omassa painonhallinnassaan. 	<ul style="list-style-type: none"> • Tutkimustulosten perusteella verkossa toteutetun painonhallintaohjauksen avulla on mahdollista tehdä terveellisiä elämäntapamuutoksia. • Ohjelman sisältämät henkilökohtaiset, vuorovaikutteiset ohjaukset sekä työkalut oman edistymisen seurantaan lisäsivät onnistumisen mahdollisuuksia.
<ul style="list-style-type: none"> • Schweier, R. ym. • 2014. • A web-based peer-modeling intervention aimed at lifestyle changes in patients with coronary heart disease and chronic back pain: sequential controlled trial. • Saksa. 	<ul style="list-style-type: none"> • Verokkitutkimus. • Tavoitteena tutkia miten internetissä olevien potilaiden kertomukset onnistuneesta elämäntapamuutoksesta fyysisen aktiivisuuden ja syömistottumusten osalta vaikuttaa potilaisiin, joilla on sepelvaltimotauti ja krooninen selkäkipu kolme kuukautta kuntoutukseen osallistumisen jälkeen. 	<ul style="list-style-type: none"> • Internetsivuston käyttö oli tulosten mukaan yhteydessä itseilmoitettuihin parannuksiin fyysisen aktiivisuuden lisäämisessä päivärutiineissa, fyysisen aktiivisuuden säännöllisyyteen sekä siihen, että käytettiin vähemmän rasvaa ruoanlaitossa. • Tulosten mukaan ainoa tekijä, jolla oli vaikutusta elintapojen paranemiseen oli se, että internet-sivustoa käytettiin vähintään kolme kertaa.