

# Terveyskäyttäytymisen yhteys psyykkiseen oireiluun opettajilla

Roosa Koistinen (275986) & Lotta Tiitto (274950)  
Itä-Suomen yliopisto  
Kasvatustieteiden ja psykologian osasto  
Psykologian pro gradu –tutkielma  
Ohjaaja: Taina Hintsa  
Kevät 2019

## Tiivistelmä

ITÄ-SUOMEN YLIOPISTO

Tiedekunta <b>Filosofinen tiedekunta</b>		Yksikkö <b>Psykologian laitos</b>	
Tekijä <b>Roosa Koistinen ja Lotta Tiitto</b>		Ohjaaja <b>Taina Hintsa</b>	
Työn nimi <b>Terveyskäyttäytymisen yhteys psyykkiseen oireiluun opettajilla</b>			
Pääaine <b>Psykologia</b>	Työn laji <b>Pro gradu -tutkielma</b>	Aika <b>Toukokuu 2019</b>	Sivuja <b>38</b>
Tiivistelmä			
<p>Tässä psykologian pro gradu -tutkimuksessa tarkasteltiin terveyskäyttäytymisen ja psyykkisen oireilun välisiä yhteyksiä opettajilla. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, miten terveyskäyttäytymisen eri osatekijät – liikunta, alkoholinkäyttö ja tupakointi – ovat yhteydessä opettajien psyykkiseen oireiluun. Tutkimusaineistona oli pääkaupunkiseudun alakoulun opettajilta vuosina 2013-2014 kerätty kyselyaineisto, joka sisälsi 76 opettajan arvion heidän terveyskäyttäytymisestään ja psyykkisestä oireilustaan.</p> <p>Terveyskäyttäytymisen tarkasteleminen rajattiin tässä tutkimuksessa kolmeen yleiseen ja helposti operationalisoitavissa olevaan terveyskäyttäytymisen osatekijään, jotka ovat liikunta, alkoholinkäyttö ja tupakointi. Näitä terveyskäyttäytymisen osatekijöitä kartoitettiin monipuolisesti käyttäytymisen laatua ja määrää, kuten liikunnan rasittavuutta tai kerralla otettujen alkoholiannosten määrää mittaavilla kysymyksillä. Psyykinen oireilu mitattiin psyykkisinä oireina (General Health Questionnaire, GHQ-12), masennusoireina (Beck Depression Inventory, BDI-II) ja ahdistuneisuutena (Endler Multidimensional Anxiety Scale, EMAS). Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin korrelaatioanalyysillä ja lineaarisella regressioanalyysillä.</p> <p>Tutkimustulokset osoittivat, että vähintään puoli tuntia harrastettavan hengästyttävän ja hikoiluttavan liikunnan harrastamisen on yhteydessä matalampaan ahdistuneisuuteen. Liikunnan rasittavuudella, rasittavien liikuntakertojen määrällä tai liikuntakerran kestolla ei havaittu olevan yhteyttä opettajien psyykkiseen oireiluun. Kerralla juotujen alkoholiannosten lukumäärä oli yhteydessä korkeampaan psyykkiseen oireiluun. Sen sijaan sillä, kuinka usein alkoholia on viimeisen vuoden aikana juotu tai kuinka usein alkoholia on juotu kuusi annosta kerralla tai enemmän, ei ollut yhteyttä opettajien psyykkiseen oireiluun. Tupakoinnin ja psyykkisen oireilun välillä ei havaittu yhteyttä. Tutkimuksen perusteella opettajien psyykkisen oireilun ennaltaehkäisemiseksi ja näin työhyvinvoinnin tukemiseksi tulisi kiinnittää huomiota opettajien terveyskäyttäytymiseen, etenkin säännölliseen liikuntaan ja humalahakuisen juomisen välttämiseen.</p>			
Avainsanat Opettajat, psyykinen hyvinvointi, psyykinen oireilu, työhyvinvointi, terveyskäyttäytyminen			

## *Abstract*

UNIVERSITY OF EASTERN FINLAND

Faculty <b>Faculty of Philosophy</b>		Department <b>Psychology</b>	
Author <b>Roosa Koistinen and Lotta Tiitto</b>		Supervisor <b>Taina Hintsu</b>	
Title <b>The relation between health behaviour and psychological distress among teachers</b>			
Main subject <b>Psychology</b>	Level <b>Master's thesis</b>	Date <b>May 2019</b>	Number of pages <b>36</b>
Abstract			
<p>The aim of this Master's study in psychology was to examine the relation between teachers' health behaviour and their psychological distress. The study was conducted in order to find out how the different aspects of health behaviour, which in this case were exercising, use of alcohol, and smoking, were related to the psychological distress reported by the teachers. The research data was obtained by a survey conducted among primary school teachers in Helsinki metropolitan area in 2013-2014. The data consisted of the answers of 76 teachers, who reported on their own health behaviour and psychological distress.</p> <p>As health behaviour is a very wide concept, it was chosen to be examined by three common and easily measurable components, which are exercising, use of alcohol, and smoking. These components were measured in various questions concerning the quality and quantity of the behaviour, for example the strenuousness of exercising or the amount of alcohol servings one drinks at a time. Psychological distress was measured by psychological stress (General Health Questionnaire, GHQ-12), depression (Beck Depression Inventory, BDI-II) and anxiety (Endler Multidimensional Anxiety Scale, EMAS). The data was analyzed using correlational analysis and linear regression analysis.</p> <p>The results concerning exercising showed that exercising in a way that it makes you sweat and short of breath for at least a half an hour at a time was related to lower levels of anxiety. However, the strenuousness of the exercise, the amount of strenuous exercises or the duration of a single exercise did not have a relation to teachers' psychological distress. The results regarding alcohol showed that there was a relation between the amount of alcohol servings one drinks at a time and higher levels of psychological distress. The amount of times one has drunk alcohol during the last year or the amount of times one has drunk six or more servings of alcohol at once were not related to teachers' psychological distress. The study found no relations between smoking and psychological distress. On the grounds of this study, it is important to pay attention to teachers' health behaviour, especially regular exercising and avoiding consuming large amounts of alcohol at once, in order to prevent psychological distress and to promote well-being at work.</p>			
Key words Health behaviour, psychological distress, psychological well-being, well-being at work, teachers			

# SISÄLLYSLUETTELO

<b>1 JOHDANTO</b> .....	1
<b>1.1 Psykkinen hyvinvointi</b> .....	2
<b>1.2 Terveyskäyttäytyminen ja sen osa-alueet</b> .....	4
<b>1.3 Opettajien terveyskäyttäytyminen ja psykkinen hyvinvointi</b> .....	6
<b>2 TUTKIMUSKYSYMYKSET JA TUTKIMUSHYPOTEEESIT</b> .....	8
<b>3 MENETELMÄT</b> .....	9
<b>3.1 Osallistujat</b> .....	9
<b>3.2 Psykkiset oireet</b> .....	9
<b>3.3 Masennusoireet</b> .....	11
<b>3.4 Ahdistuneisuus</b> .....	12
<b>3.5 Terveyskäyttäytyminen</b> .....	14
<b>3.6 Tilastolliset analyysit</b> .....	15
<b>4 TULOKSET</b> .....	16
<b>4.1 Terveyskäyttäytymisen ja psykkinen oireilun kahdenväliset yhteydet</b> .....	17
<b>4.2 Terveyskäyttäytymisen osatekijöiden yhteydet psykkinisiin oireisiin, masennusoireisiin ja ahdistuneisuuteen</b> .....	19
<b>5 POHDINTA</b> .....	20
<b>5.1 Liikunta ja psykkinen hyvinvointi</b> .....	20
<b>5.2 Alkoholin käyttö ja psykkinen hyvinvointi</b> .....	21
<b>5.3 Terveyskäyttäytyminen ja opettajien hyvinvoinnin tukeminen</b> .....	22
<b>5.4 Tutkimuksen arviointi</b> .....	23
<b>5.5 Johtopäätökset ja suositukset</b> .....	25
<b>5.6 Yhteenveto</b> .....	27

## LÄHTEET

# 1 JOHDANTO

Opettajilla on tärkeä rooli yhteiskunnassamme, sillä heidän tehtävänsä on toimia tietojen ja taitojen välittäjänä seuraavalle sukupolvelle. Viime aikoina opettajat ovat kokeneet työnkuvansa ja heihin kohdistettujen vaatimusten muuttuneen ja sen myötä työn käyneen raskaammaksi (Jokinen ym., 2014). Opettajien työ on kyselytutkimusten perusteella henkisesti keskimääräistä kuormittavampaa, ja opettajat raportoivat kokevansa työssään keskimääräistä enemmän stressiä ja kielteisiä tunteita herättäviä tilanteita (Kauppinen ym., 2013). Työn kuormittavuuden lisääntyminen on yhteydessä työssäjaksamisen lisäksi myös psyykkiseen oireiluun (Onnismaa, 2010). Työelämän vaatimusten ja paineiden kasvaessa, etenkin psyykkisesti kuormittavissa tietotyöammateissa kuten opettajan työssä, jo lievä psyykinen kuormittuneisuus ja siitä johtuva oireilu voi heikentää työkykyä (Hämäläinen, 2009.) Tämän vuoksi olisikin tärkeää tarkastella niitä tekijöitä, jotka tukevat opettajien hyvinvointia ja ehkäisevät riskiä psyykkiseen oireiluun työn vaativuuden kasvaessa (Onnismaa, 2010).

Opettajien työn lisääntyneen kuormittavuuden vaikutukset ulottuvat yhteiskunnalliselle tasolle asti. Etenkin nuorten, vastavalmistuneiden opettajien keskuudessa esiintyy enenevässä määrin alanvaihtoaikeita. Yhteiskunnalle on suuri tappio menettää korkeasti koulutettua, nuorta ja innokasta työvoimaa joko toiselle alalle tai uudelleen koulutautumaan. Suomessa on tähän mennessä vielä vältytty monien muiden kehittyneiden maiden kohtaamalta opettajapulalta, mutta nuorten opettajien lisääntyneet alanvaihtoaikeet kielivät ongelmasta, johon on syytä puuttua hyvissä ajoin. (Jokinen ym., 2014.) Lisäksi työn kuormituksesta johtuva psyykinen oireilu voi hoitamattomana johtaa vakavampiin mielenterveyden häiriöihin, jotka aiheuttavat yhteiskunnalle valtavia sairausloma-, hoito- ja eläkekuluja. Hämäläinen (2009) vertaa ilmiötä aikapommiin, joka räjähtäessään aiheuttaa suuret vahingot kansanterveydelle ja –taloudelle.

Opettajat kouluttavat ja kasvattavat lapsia paitsi opetuksen kautta, myös toimimalla itse esimerkkeinä. Lapset omaksuvat jatkuvasti tietoa mallioppimisen kautta eli havainnoimalla aikuisen toimintaa ja ottamalla tästä mallia omaan käyttäytymiseensä

(Bandura & Walters, 1970). Tätä kautta opettajilla on sosiaalista valtaa vaikuttaa tarjoamallaan esimerkillä siihen, millaisia käyttäytymisen malleja heidän oppilaansa itselleen omaksuvat. Mikäli oppilaat saavat opettajaltaan mallin positiiviseen terveyskäyttäytymiseen, on todennäköisempää, että he itsekin alkavat noudattaa terveellisempiä elämäntapoja. Valitettavasti myös opettajan psyykinen pahoinvointi ja malli epäterveellisestä terveyskäyttäytymisestä voi tarttua oppilaisiin (Virtanen, 2009). Hyvinvoivan opettajan on todettu tukevan myös oppilaidensa hyvinvointia, kun taas opettajan psyykinen pahoinvointi ja kuormittuneisuus voi johtaa oppilaiden psyykkisen sekä psykosomaattisen oireilun lisääntymiseen (Onnismaa, 2010).

Aiemmin opettajien hyvinvointia on tarkasteltu lähinnä työhön liittyvien rasitus- tai voimavaratekijöiden kannalta (Onnismaa, 2010; Gluschkoff, 2017; Opetusalan ammattijärjestö, 2017; Hakanen, 2006). Vaikka terveellisten elämäntapojen on todettu tukevan sekä fyysistä että psyykkistä hyvinvointia ja auttavan niin työuupumuksen ehkäisyssä kuin sen hoidossakin (Ahola ym., 2018), tutkimus opettajien terveyskäyttäytymisen yhteyksistä opettajien hyvinvointiin on jäänyt vähäiseksi. Tämän tutkimuksen tavoitteena onkin selvittää opettajien terveyskäyttäytymisen yhteyksiä psyykkiseen oireiluun tarkastelemalla terveyskäyttäytymisen osatekijöistä liikuntaa, alkoholinkäyttöä ja tupakointia. Tavoittamalla opettajien hyvinvointia tukevia tai toisaalta hyvinvointia vähentäviä terveyskäyttäytymisen osatekijöitä on mahdollista löytää keinoja opettajien psyykkisen hyvinvoinnin vahvistamiseen ja psyykkisen oireilun ennaltaehkäisemiseen.

## 1.1 Psyykinen hyvinvointi

Kirjallisuudessa psyykkisen hyvinvoinnin, psyykkisen toimintakyvyn ja mielenterveyden käsitteitä käytetään usein rinnakkaisina kaikkien viitattaessa suurin piirtein samaan asiaan. Tutkimuksessa on hyvä tarkentaa näiden käsitteiden sisältöä. Psyykkisen hyvinvoinnin merkkeinä pidetään muun muassa todellisuudentajua, optimismia, tyytyväisyyttä elämään,

sosiaalista taitavuutta, itseluottamusta, toiminnallisuutta sekä kokemusta elämän hallinnasta ja tarkoituksesta. Kun ihminen voi psyykkisesti hyvin, pystyy hän hallitsemaan tunteitaan, toimintaansa ja ajatuksiaan. Vastaavasti psyykinen oireilu näyttäytyy tunteiden, toiminnan tai ajatusten hallinnan vaikeuksina. Nämä kolme psyykkisen hyvinvoinnin komponenttia ovat tiiviissä yhteydessä ja vaikuttavat alati toinen toisiinsa. (Ojanen, 1995.)

Mielenterveys voidaan nähdä jatkumona täydellisestä psyykkisestä hyvinvoinnista mielenterveyden häiriöön. Psyykinen oireilu sijoittuu jatkumolla lähemmäs psyykkisen hyvinvoinnin päätä, mutta sen kanssa liikutaan niin sanotulla "harmaalla alueella", jossa rajanveto terveen ja sairaan välille ei aina ole yksinkertaista. Psyykkisen oireilun ilmeneminen onkin merkki siitä, että mielenterveydessä esiintyy joitain ongelmia, mutta kyseessä ei kuitenkaan ole diagnosoitava mielenterveyden häiriö. Psyykkisen oireilun määritelmä pitää sisällään erityyppisiä oireita, kuten masentuneisuutta, kognitiivisia ongelmia, ärtyneisyyttä ja ahdistuneisuutta. (Korkeila, 2000; Hämäläinen, 2009.) Psyykinen oireilu kuuluu kuitenkin osaksi normaalia elämää ja on usein seurausta erilaisista elämän muutostilanteista, jotka aiheuttavat psyykkistä kuormittuneisuutta. Tämän johdosta se sopii käsitteenä hyvin kuvaamaan koko väestön mielenterveyttä. (Talala, 2013.)

Tieteessä usein keskitytään mittaamaan hyvinvoinnin sijaan terveyden ongelmia siksi, että ne ovat helpommin operationalisoitavissa ja käytännössä mitattavissa, kun taas positiivisen terveyden tutkimuksista on vaikeampi saada käytännönläheistä ja sovellettavissa olevaa tietoa. Ongelmiin paneuduttaessa päästään tutkimaan taustalla vaikuttavia syytekijöitä, jolloin on mahdollista myös löytää keinoja ehkäistä terveysongelmia. (Karisto, 1984.) Siispä myös psyykkistä hyvinvointia tutkittaessa on helpompaa ja hyödyllisempää tutkia psyykkistä oireilua ja sen vaihtelua, kuin abstraktimpaa ja vaikeammin operationalisoitavissa olevaa positiivista mielenterveyttä. Tämän johdosta tässä tutkimuksessa tarkastellaan psyykkistä hyvinvointia psyykkisen oireilun kautta.

## 1.2 Terveyskäyttäytyminen ja sen osatekijät

Terveyskäyttäytyminen on määritelty yksilön terveydentilaan liittyväksi käyttäytymiseksi (Ogden, 2012). Määritelmä kattaa siis sisäänsä niin terveyttä edistävän käyttäytymisen, kuten liikunnan, kuin terveydelle vahingollisenkin käyttäytymisen, kuten tupakoinnin tai alkoholinkäytön. Positiivisen terveystyöskäytymisen on esitetty parantavan elämänlaatua tarjoamalla enemmän terveitä ja aktiivisia elinvuosia (Conner & Norman, 2005.) Positiivinen terveystyöskäytymisen tukee paitsi fyysistä, myös psyykkistä terveyttä ja hyvinvointia. Lukuisissa tutkimuksissa on todettu terveellisten elämäntapojen, kuten tässäkin tutkimuksessa käsiteltävien liikunnan, vähäisen alkoholinkäytön ja tupakoimattomuuden yhteys parempaan mielenterveyteen (Schuch ym., 2016; Harrington ym., 2010; Adjibade ym., 2018).

Terveysliikuntasuositusten mukaan aikuisten tulisi liikkua joko vähintään kaksi ja puoli tuntia viikossa reippaasti tai vaihtoehtoisesti tunnin ja viisitoista minuuttia viikossa raskaammin. Tällaista kestävyysliikuntaa suositellaan harrastettavaksi ainakin kolme kertaa viikossa, vähintään kymmenen minuuttia kerrallaan. Kestävyysliikunnan lisäksi tulisi harrastaa lihaskuntoa ja liikehallintaa kehittävää liikuntaa vähintään kahdesti viikossa. Suurin osa suomalaisista ei kuitenkaan täytä näitä suosituksia, ja lähes joka kolmas ei liiku ollenkaan vapaa-ajallaan. (Mäkinen ym., 2012.) Suurimmat hyvinvointihyödyt liikunnasta saavat kuitenkin juuri ne, jotka eivät ennestään liiku juuri lainkaan. Säännöllinen liikunta ennaltaehkäisee lukuisia fyysisiä sairauksia tai edistää niiden paranemista, sekä sen on todettu vähentävän psyykkistä oireilua ja parantavan stressinsietokykyä. (Sosiaali- ja terveysministeriö, 2013; Nupponen, 2005.)

Alkoholinkäytöllä on monenlaisia lyhyt- ja pitkäaikaisia haittavaikutuksia. Sen kielteiset vaikutukset ulottuvat niin fyysiseen terveyteen, kognitiivisiin kykyihin kuin ihmissuhteisiin. Eri ihmisryhmät ovat kuitenkin eri lailla alttiita alkoholin haittavaikutuksille, sillä esimerkiksi yksilön sukupuoli ja ikä vaikuttavat alkoholin haittavaikutusten ilmenemiseen. Sukupuolen ja iän lisäksi alkoholin haittojen voimakkuuteen vaikuttaa yksilön sosioekonominen asema niin, että paremmassa sosioekonomisessa asemassa olevat kokevat vähemmän haittavaikutuksia alkoholin



kulutuksen ollessa samalla tasolla heikompiosaisten kanssa. Tätä ilmiötä on selitetty paremmassa sosioekonomisessa asemassa olevien vahvemmallalla tukiverkostolla. (Karlsson ym., 2013.) Alkoholinikäytön on sen fyysisten terveyshaittojen lisäksi todettu useissa tutkimuksissa olevan yhteydessä mielenterveyden ongelmiin ja toimivan ennustavana tekijänä masennukselle (Jané-Llopis & Matytsina, 2006).

Tupakan aiheuttamat suorat terveydenhuoltokustannukset Suomessa ovat vuosittain noin 300 miljoonaa euroa, ja tupakoinnin on arvioitu aiheuttavan noin 4300 kuolemaa vuodessa (Heloma ym., 2017). Suomalaisten tupakointi on kuitenkin ollut tällä vuosisadalla vähenemään päin, ja European Social Surveyn vuonna 2015 suorittaman kyselyn perusteella enää vain noin viisitoista prosenttia suomalaisista tupakoi. Tupakoiminen on yleisempää miesten kuin naisten keskuudessa. Erot ovat suuret myös eri koulutustasoilla, sillä korkeimmin koulutetuista vain alle viisi prosenttia tupakoi, kun taas pelkän ensimmäisen asteen koulutuksen käyneistä tupakoitsijoita on kaksikymmentä prosenttia. (Ervasti & Mustikkamaa, 2017.) Kahdeksankymmentä prosenttia päivittäin tupakoivista on Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen kyselyn mukaan huolissaan tupakoinnin terveysvaikutuksista, ja yli puolet haluaisi lopettaa tupakoinnin (Helldán & Helakorpi, 2015). Tutkimusten perusteella pitkäaikainen tupakointi lisää riskiä sairastua masennukseen, mutta toisaalta yhteyden suunnasta on ristiriitaisia tuloksia (Koponen ym., 2017). Tupakoinnin lopettamisen on kuitenkin todettu vähentävän psyykkistä oireilua kuten masentuneisuutta, ahdistuneisuutta ja stressiä (Taylor ym., 2014), sekä parantavan mielialaa ja elämänlaatua (Winell ym., 2017).

Terveyskäyttäytymisessä on todettu olevan suuria eroja yksilöiden välillä. Näiden erojen taustalla olevat syyt voidaan jakaa yksilöllisiin tekijöihin, joita ovat esimerkiksi sosiodemografiset tekijät, sekä yksilön ulkopuolisiin tekijöihin. Ulkopuoliset tekijät voidaan jakaa edelleen lakisääteisiin rajoitteisiin, kuten alkoholilainsäädäntö, ja kannustinrakenteisiin, kuten liikuntapaikkojen rakentaminen tai tupakkavero. On esimerkiksi havaittu, että ylempään sosioekonomiseen luokkaan kuuluvat, eli korkeammin koulutetut ja suurempituloiset, elävät alempia sosioekonomisia luokkia terveellisemmin. (Ogden, 2012.) Tämä pätee myös opettajiin, jotka erottuvat ammattikuntana keskimääräistä terveellisempien elämäntapojensa suhteen (Perkiö-Mäkelä, 2006).

### 1.3 Opettajien terveyskäyttäytyminen ja psyykkinen hyvinvointi

Opettajat noudattavat pääsääntöisesti melko terveellisiä elämäntapoja. He harrastavat aktiivisesti liikuntaa ja heidän tupakointinsa ja alkoholinkulutuksensa ovat keskimääräistä vähäisempiä. (Perkiö-Mäkelä, 2006.) Terveelliset elämäntavat ovat merkittävässä roolissa opettajien työhyvinvoinnin kannalta. Taipalus (2017) on pro gradu –tutkielmassaan haastatellut opettajia heidän työhyvinvointiinsa liittyen, ja jokainen haastatelluista nimesi liikunnan merkittävänä hyvinvointia tuovana tekijänä, minkä lisäksi suurin osa mainitsi myös terveelliset elämäntavat. Opettajat ovat itsekin siis havainneet terveyskäyttäytymisen tuomat hyödyt hyvinvoinnilleen.

Vaikka opettajat noudattavat melko terveellisiä elämäntapoja ja tiedostavat niiden tärkeyden työhyvinvoinnille, on heidän hyvinvointinsa tukemiseen silti syytä kiinnittää huomiota ammatin henkisen kuormittavuuden takia. Viime aikoina opettajien, kuten monen muunkin ammattikunnan, työ on käynyt läpi laaja-alaista muutosta työelämän vaatimusten ja paineiden lisääntyessä. Suurin osa opettajista kokee edelleen tekevänsä päivittäin merkityksellistä ja tärkeää työtä, mutta opettajat kokevat myös heihin kohdistettujen vaatimusten muuttuneen ja sen myötä myös heidän työnsä käyneen raskaammaksi (Kauppinen ym., 2013; Jokinen ym., 2014). Työn kuormittavuuden kasvaminen on yhteydessä työhyvinvoinnin heikkenemisen lisäksi myös psyykkisen oireilun lisääntymiseen (Onnismaa, 2010). Mikäli psyykkiseen oireiluun ei puututa ajoissa, voi se johtaa vakavampiin mielenterveyden ongelmiin (Hämäläinen, 2009).

Yhteiskunnallisesti opettajien hyvinvointi on tärkeä tutkimuksen kohde siksi, että sillä on laaja vaikutus myös lasten ja nuorten hyvinvointiin (Soini ym., 2008). Psyykkisesti hyvinvoiva opettaja pystyy tarjoamaan oppilailleen paremman oppimisympäristön ja näin tukemaan sekä oppilaiden hyvinvointia että oppimista. Opettajien pahoinvointi taas voi näkyä oppilaissa jopa masennusoireiluna ja psykosomaattisina vaivoina (Onnismaa, 2010). Voisikin siis sanoa, että panostamalla opettajien psyykkiseen hyvinvointiin voi epäsuorasti tukea myös lasten ja nuorten hyvinvointia.

Psyykkisen hyvinvoinnin lisäksi myös opettajien terveystyötytymisen vaikutukset voivat ulottua aina heidän oppilaisiinsa saakka. Tähän viittaavat esimerkiksi Virtasen ym. (2009) havainnot siitä, että opettajien tupakointi on yhteydessä tupakoinnin yleisyyteen myös oppilaiden keskuudessa. Koulun henkilökunnan tupakoinnin yleisyys lisäsi oppilaiden tupakoinnin todennäköisyyttä jopa viidenneksellä, kun oppilaiden vanhempien tupakoimisen ja sosioekonomisen taustan vaikutus oli kontrolloitu. Opettajien tupakoinnin vaikutukset näyttäisivät korostuvan poikien keskuudessa, sillä niissä kouluissa, joissa henkilökunnan tupakointi oli yleistä, oli poikien tupakointi lähes kaksi kertaa todennäköisempää, minkä lisäksi henkilökunnan tupakoinnin yleisyys lisäsi pojilla myös riskiä alkoholin ja huumeiden käyttöön. Yksi syy tähän voi olla niin kutsuttu mallioppiminen, jossa lapsi seuraa aikuisen toimintaa tästä mallia ottaen ja oppii näin esimerkin kautta käyttäytymismalleja ilman, että häntä opetetaan suullisesti (Bandura & Walters, 1970). Koska oppilaat imevät jatkuvasti itseensä vaikutteita opettajiltaan myös luokkahuoneen ulkopuolella, on syytä kiinnittää huomiota siihen, millaisen esimerkin opettajat tarjoavat oppilailleen.

Opettajien psyykkistä hyvinvointia ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä on tutkittu aiemmin lähinnä työhön liittyvien rasitustekijöiden, kuten kiireen, kuormittuneisuuden ja stressin näkökulmasta sekä toisaalta työn tarjoamien voimavareteijöiden, kuten työyhteisön tuen, osalta (Gluschkoff, 2017; Hakanen, 2006; Onnismaa, 2010; Opetusalan ammattijärjestö, 2017). Opettajat ovatkin työhyvinvoinnin osalta kaikista tutkituin yksittäinen ammattiryhmä (Hakanen, 2006). Tästä huolimatta työn ulkopuolisten tekijöiden, kuten vapaa-ajan viettotapojen tai terveystyötytymisen vaikutuksen tarkastelu on jäänyt vähemmälle. Terveystyötytymisellä on kuitenkin havaittu olevan suora yhteys psyykkiseen oireiluun, sillä terveydelle haitallinen käyttäytyminen altistaa psyykkiselle oireilulle, kun taas positiivinen terveystyötytyminen ennaltaehkäisee ja helpottaa psyykkistä oireilua. (Adjibade ym., 2018; Harrington ym., 2010; Schuch ym., 2016). Huomioiden riskit, joita opettajien työn kuormittavuus aiheuttaa hyvinvoinnille, ja toisaalta opettajien hyvinvoinnin ja terveyden paitsi yksilöllisen, myös yhteiskunnallisen merkityksen, olisikin tärkeää pyrkiä löytämään keinoja, joilla tukea opettajien hyvinvointia ja ehkäistä psyykkistä oireilua.

## **2 TUTKIMUSKYSYMYKSET JA TUTKIMUSHYPOTEESIT**

Tässä tutkimuksessa on tavoitteena selvittää terveyskäyttäytymisen osatekijöiden yhteyttä psyykkiseen oireiluun opettajilla. Psyykinen oireilu määritetään tässä tutkimuksessa psyykkisinä oireina, masennusoireina ja ahdistuneisuutena. Tässä tutkimuksessa tarkasteltavat terveyskäyttäytymisen osatekijät ovat liikunta, alkoholinkäyttö ja tupakointi.

Aiemmissa terveyskäyttäytymisen ja psyykkisen oireilun yhteyttä yleisväestössä ja eri ammattiryhmissä tarkastelevissa tutkimuksissa on todettu, että terveyskäyttäytymisen osatekijöiden positiiviset muodot, kuten liikunnan harrastaminen, vähäinen alkoholinkäyttö ja tupakoimattomuus, ovat yhteydessä vähempään psyykkiseen oireiluun (Adjibade ym., 2018; Harrington ym., 2010; Schuch ym., 2016). Aiempien tutkimustulosten pohjalta tämän tutkimuksen tutkimushypoteesina on, että vähäinen liikunta, alkoholinkäyttö ja tupakointi ovat yhteydessä opettajien kokemaan psyykkiseen oireiluun.

### **3 MENETELMÄT**

#### **3.1 Osallistujat**

Tutkimuksessa on käytetty kyselyaineistoa, joka on kerätty pääkaupunkiseudun alakoulunopettajilta vuosina 2013 – 2014. Kyselyaineisto kerättiin satunnaisotannalla valituista 48 alakoulusta, jotka edustivat 25% pääkaupunkiseudun 189:sta alakoulusta. Ennen aineiston keruuta otettiin ensin yhteyttä otokseen kuuluvien koulujen rehtoreihin luvan saamiseksi tutkimuksen tekemiselle. Tässä vaiheessa yhdeksän koulua kieltäytyi osallistumasta tutkimukseen. Tämän jälkeen kysely toimitettiin luvan antaneille kouluille, joita oli yhteensä 39. Lopulta tutkimukseen osallistuvia kouluja oli 34. Kyselylomakkeiden toimittaminen tapahtui lukukauden puolessa välissä ja ne toimitettiin opettajien postilaatikkoihin tunnuksettomissa kirjekuorissa, jotka sisälsivät myös palautuskirjekuoren. Vastausosuus vaihteli kouluittain noin 4–31% välillä, mutta tarkkaa vastausosuutta ei ole saatavilla koulukohtaista opettajien määrää ja tiedonkeruun aikaista opettajien vaihtuvuutta koskevien tietojen puutteellisuuden vuoksi. Lopullinen otos koostui 76:sta luokanopettajasta.

#### **3.2 Psykkiset oireet**

Opettajien psyykkisiä oireita mitattiin tässä tutkimuksessa David Goldbergin kehittämällä General Health Questionnaire -kyselylomakkeella. Yleinen terveystarkastus (12-item General Health Questionnaire, GHQ-12) on lyhennetty versio Goldbergin vuonna 1972 julkaisemasta General Health Questionnairesta. Mittarina GHQ-12 on kehitetty aikuisväestön psyykkisen kuormittuneisuuden arvioimiseen, mutta sitä on sovellettu myös

alle 16-vuotiaiden sekä iäkkäiden tutkimiseen. (Goldberg, 1972; Aalto, 2011.) Yleisen terveystarkastuksen 12-osioisen mittarin on todettu soveltuvan psyykkisten oireiden mittaamiseen aikuisiin kohdistuvissa tutkimuksissa (<https://www.terveysportti.fi/dtk/tmi/koti>).

GHQ on itsearviointilomake, jonka avulla tutkittava arvioi itse oman sen hetkisen psyykkisen oireilunsa tasoa sekä sen mahdollista muutosta erilaisissa arkielämän olosuhteissa ja tilanteissa. GHQ ei tämän vuoksi sovellu psykiatriseen diagnosointiin tai pitkäkestoisen psyykkisen tilan arviointiin, vaan sen avulla voidaan selvittää ainoastaan tutkittavan sen hetkisen psyykkisen hyvinvoinnin tasoa. (Goldberg, 1972.) Vaikka GHQ-12:n avulla ei voida mitata tarkkarajaisia psyykkisen kuormittuneisuuden määrää, psyykkisen kuormittuneisuuden erilaisiksi raja-arvoiksi on tarjottu kahta eri arvoa, joko 2/3 (Makowska ym., 2002) tai 3/4 (Holi ym., 2003). Näistä jälkimmäisen on havaittu korreloivan tutkittavan viimeisimmän vuoden aikana saaman kliinisen masennusdiagnoosin kanssa (Aalto, 2011).

GHQ-12 sisältää 12 kysymystä, jotka valittiin alkuperäisen GHQ-mittarin 60:stä kysymyksestä ottamalla kysymyksiä tilastollisesti tarkasteltaessa järjestyksessä 12 parhaiten psyykkistä oireilua mitannutta kysymystä. Goldberg kehitti GHQ:n alunperin yksiulotteiseksi mittariksi, jossa kaikki kysymykset mittaisivat yleisesti psyykkistä kuormittuneisuutta, mutta tutkimustuloksissa on havaittu GHQ-12-version kysymysten muodostavan kaksi tai kolme erillistä faktoria. Eniten tukea on saanut Graetzin esittelemä kolmiulotteinen faktorimalli, jonka ulottuvuuksia ovat anhedonia/sosiaalinen interaktio, ahdistuneisuus/masentuneisuus sekä itseluottamuksen menetys. (Goldberg, 1972; Graetz, 1991.) Graetzin muodostama kolmiulotteisen mallin on todettu löytyvän myös suomalaisissa tutkimuksissa (Mäkikangas ym., 2006; Penninkilampi-Kerola ym., 2006).

Vastausasteikkona GHQ-12-kyselyssä käytetään kolmiportaista Likert-asteikkoa. Vastausvaihtoehdot ovat kysymyksestä riippumatta Likert-asteikolla siten, että: 0 = enemmän kuin tavallisesti, 1 = yhtä paljon kuin tavallisesti, 2 = vähemmän kuin tavallisesti ja 3 = paljon vähemmän kuin tavallisesti. Väitteet voidaan pisteyttää yksinkertaisella summa-asteikolla, jolloin pistemäärien vaihteluväli on 0–36. Tutkimustarkoituksessa tehdyt kyselyt taas pisteytetään usein dikotomisoimalla vastaukset väitteessä tarkasteltavan

käyttäytymisen esiintymisen mukaan siten, että Likert-asteikon vastausvaihtoehdot 0 ja 1 vastaavat GHQ-mittarissa 0 pistettä, kun taas Likert-asteikon vastaukset 2 ja 3 vastaavat yhtä pistettä. Tällöin GHQ-12:sta kokonaispistemäärä vaihtelee vaihteluvälillä 0 – 12. (Goldberg, 1972; Aalto, 2011.)

Alkuperäisen GHQ-mittarin luotettavuutta on tutkittu laajalti, ja sekä sen reliabiliteetin että validiteetin on todettu olevan hyvä (ks. esim. Goldberg, 1972). Myös tässä tutkimuksessa käytetyn lyhennetyn version, GHQ-12-mittarin, luotettavuutta on tutkittu paljon. Aiemmat GHQ-12-mittarin luotettavuustutkimukset eri maissa ovat todenneet sen reliabiliteetin sekä validiteetin olevan hyvä (Politi ym., 1994; Bojadziev ym., 2015; Hardy, 1999). Suomalaisissa tutkimuksissa sen sisäistä reliabiliteettia mittaavan Cronbachin alfa-kertoimen on havaittu esimerkiksi Terveys 2000-aineistossa olevan 0.89 ja Holin, Marttusen ja Aalbergin tutkimuksessa 0.94 (Aalto, 2011; Holi ym., 2003). Myös tässä opettajia koskevassa tutkimuksessa psyykkisten oireiden mittarin reliabiliteetti oli hyvä (Cronbachin alfa = 0.90).

### **3.3 Masennusoireet**

Masentuneisuuden mittarina on käytetty Beckin masennuskyselyä (Beck's Depression Inventory, BDI-II). BDI on yhdysvaltalaisen psykiatri Aaron Beckin kehittämä kyselylomake, jonka avulla pyritään tunnistamaan tutkittavan mahdollinen masennus sekä sen vakavuusaste. (Holmberg ym., 2015.) BDI on kehitetty käytettäväksi terveydenhuollon ammattilaisen valvonnan alla, mutta nykyisin sitä käytetään laajalti myös itsenäisesti esimerkiksi erilaisten verkossa tarjottavien kyselyiden avulla. BDI-II on alun perin tarkoitettu käytettäväksi masennuksen tunnistamiseen, sen vakavuusasteen määrittämiseen sekä kehityksen seurantaan kliinisissä olosuhteissa, mutta sitä on käytetty laajalti myös erilaisissa tutkimusasetelmissä esimerkiksi hoidon vaikuttavuuden seurannassa. (Hiroe ym., 1995; Jackson-Koku, 2016; Sauer ym., 2013.)

BDI-II sisältää 21 masennuksen tason somaattista sekä kognitiivista puolta mittaavaa väittämää. Väittämät pisteytetään Likert-asteikollisesti vaihteluvälillä 0–3, oireettomuudesta vakavaan oireiluun. Maksimipistemäärä BDI-II:ssa on 63 pistettä, josta kansainvälisesti lievän masennuksen rajana pidetään 14 pistettä, lievän masennuksen 20–28 pistettä ja yli 29 pistettä vakavan masennuksen rajana. (Chen & Huang, 2014; Holmberg ym., 2015.)

Kuten GHQ-12, myös BDI-II on laajalti sekä tutkimuksessa että kliinisessä ympäristössä käytetty mittari, jonka luotettavuudesta ja toimivuudesta on tuotettu kansainvälisesti paljon tutkimusta. Sillä on todettu olevan hyvä sisäinen yhdenmukaisuus ja sitä pidetään validina mittarina masennusoireilun tunnistamisessa sekä sen tason arvoimisessa (Kojima ym., 2002; Hiroe ym., 2005; Osman ym., 2004). Pohjoismaista tutkimusta BDI-II:n psykometrisista ominaisuuksista on olemassa vain vähän, mutta esimerkiksi islantilaisessa tutkimuksessa sen validiteetti sekä reliabiliteetti todettiin erinomaisiksi mukaillen Beckin omien tutkimusten tuloksia (Arnarson ym., 2008). Tässä tutkimusaineistossa reliabiliteetti on riittävä (Cronbachin alfa = 0.60).

### **3.4 Ahdistuneisuus**

Ahdistuneisuutta on tässä tutkimuksessa mitattu EMAS-mittarilla (Endler's Multidimensional Anxiety Scales). EMAS mittaa ahdistuneisuutta jakaen sen kahteen eri komponenttiin, ahdistukseen yksilön piirteenomaisena taipumuksena reagoida ahdistuneeksi määritellyllä tavalla sekä yksilön todelliseen ahdistusta ilmentävään toimintaan. (Endler ym., 1991a.)

EMAS:in kehittämisen taustalla on Endlerin näkemys persoonallisuuden interaktionaalisesta mallista, jossa toiminnan ajatellaan olevan yksilön ja erilaisten tilanteiden välisen vuorovaikutuksen funktio. Endler erottaa persoonallisuusmallissaan yksilön taipumuksen reagoida ja kokea asiat tietyllä tavalla sekä yksilön todellisen reaktion



tilanteessa. Tätä eroa on kutsuttu piirre- ja tilannemuuttujien väliseksi eroavaisuudeksi. Endlerin näkemyksen mukaan on olennaista myös huomioida yksilön taipumuksia tarkasteltaessa se tilannekonteksti, jossa yksilön toiminta ilmenee. EMAS kehitettiin osittain kritiikkinä yleisten persoonallisuusmittareiden tavalle mitata yksilöiden välisiä eroavaisuuksia, sillä ne eivät ota huomioon yksilön toimintaan vaikuttavia tilannetekijöitä. Lisäksi aiemmat ahdistuneisuutta mittaavat testit eivät joko erottaneet ahdistuksen tilanne- ja piirrekomponenttia toisistaan tai pitivät näitä yksiulotteisina rakenteina. (Endler ym., 1991a.)

EMAS-kyselylomake koostuu kahdesta osasta, joista ahdistuksen tilannekomponenttia mittaa yhteensä kaksikymmentä väittämää. Näistä väittämistä kymmenen kartoittaa tilanneahdistuksen kognitiivista puolta ja kymmenen ahdistuksen autonomisia, emotionaalisia reaktioita. Väittämät pisteytetään 5-portaisella voimakkuusasteikolla siten, että vastausvaihtoehto 1 on ”en lainkaan”, ja vastausvaihtoehto 5 on ”hyvin vaikeaa” tai ”hyvin paljon”. Kaikkien väittämien summista on mahdollista laskea tilanneahdistuneisuuden kokonaispistemäärä. (Endler ym., 1991a.)

EMASin toinen osa koostuu ahdistuksen piirrekomponenttia mittaavista kuudestakymmenestä väittämästä. Väittämät koostuvat neljästä eri tilanneluokasta (sosiaaliset tilanteet, fyysinen vaara, päivittäiset toiminnot ja moniselitteiset tilanteet), joiden ahdistavuutta itselleen vastaaja arvioi viisiportaisella voimakkuusasteikolla. Kaikki tilanneluokat sisältävät sekä kognitiivisia että autonomisia piirteitä, ja vastaajan kokonaispistemäärä lasketaan jokaisesta tilanneluokasta erikseen. (Endler ym., 1991a.)

Myös Endlerin näkemystä ahdistuksen kahdesta erotettavasta komponentista on tutkittu laajalti, ja tutkimustulokset tukevat ahdistuksen tilanne- ja piirrekomponenttien erottamista toisistaan moniulotteisina rakenteina (Endler ym., 1991a; Endler ym., 1991b; Endler ym., 1983). Tässä tutkimuksessa ahdistuksen mittaamisessa on käytetty kymmentä EMAS-mittarin tilanneahdistuneisuuden kognitiivista puolta mittaavaa kysymystä, ja mittarin reliabiliteetti on hyvä (Cronbachin alfa = 0.94).

### 3.5 Terveyskäyttäytyminen

Terveyskäyttäytyminen on laaja käsite, joka viittaa monenlaiseen terveyttä edistävään tai sille haitalliseen käyttäytymiseen. Terveyspsykologian osalta yleisimmin tutkitut terveyskäyttäytymisen osatekijät ovat ruokavalio, liikunta, alkoholinkäyttö ja tupakointi, joiden avulla on kartoitettu vuosittain myös suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytymistä. (Conner & Norman, 2017; Helldán & Helakorpi, 2015.) Tässä tutkimuksessa opettajien terveyskäyttäytymisen eri osatekijöitä tarkastellaan neljällä liikuntaa, kolmella alkoholinkäyttöä ja yhdellä tupakointia mittaavalla kysymyksellä.

Liikuntaa mittaavat kysymykset kartoittavat, kuinka usein harrastaa hikoiluttavaa ja hengästyttävää liikuntaa vapaa-aikanaan vähintään puoli tuntia kerrallaan, kuinka rasittavaa liikuntaa yleensä harrastaa, kuinka monta tuntia harrastaa vapaa-aikanaan viikossa hikoiluttavaa ja hengästyttävää liikuntaa, ja kuinka pitkään keskimääräinen liikuntakerta kestää minuutteina.

Alkoholinkäyttöä mittaavista kysymyksistä ensimmäinen käsittelee sitä, kuinka usein on käyttänyt viimeisimmän vuoden aikana alkoholia, myös pienet määrät mukaan lukien. Toinen kysymys mittaa, kuinka usein on juonut kerralla alkoholia kuusi ravintola-annosta tai enemmän. Viimeinen alkoholinkäyttöä mittaava kysymys koskee sitä, kuinka monta annosta alkoholia on yleensä ottanut niitä kertoina, kun on käyttänyt alkoholia. Alkoholiannosten arvioimiseksi vastaajille annettiin taulukko, jossa määriteltiin erilaisten ravintola-annosten ja pullojen annoskokoja.

Tupakointia mittaava kysymys koskee sitä, miten kuvailisi tupakointiaan vastaushetkellä. Vastausvaihtoehdot vaihtelevat 1 (=”en ole koskaan tupakoinut”) – 6 (=noin askilliseen tai enemmän päivässä).

### 3.6 Tilastolliset analyysit

Tämän tutkimuksen tilastollinen analyysi on tehty IBM SPSS Statistics (xxxxx?)-ohjelmalla. Koska puuttuvia arvoja ei ollut kuin muutamia, aineistosta korvattiin muuttujien puuttuvat arvot näiden keskiarvoilla. Puuttuvia arvoja korvattiin neljästä liikuntaa mittaavasta muuttujasta, tupakointimuuttujasta, alkoholin tyypillisistä kertaannosten lukumäärää mittaavasta muuttujasta, psyykkisistä oireista ja masennusoireista kustakin yksi. Viimeisen vuoden sisällä kuusi alkoholiannosta ylittävien alkoholinkäyttökertojen määrää mittaavasta muuttujasta korvattiin kolme puuttuvaa arvoa ja kerralla tyypillisesti nautittujen alkoholiannosten määrää mittaavasta muuttujasta seitsemän puuttuvaa arvoa. Ahdistuneisuudesta korvattiin kaksi arvoa keskiarvoilla.

Psyykkisiä oireita, masennusoireita ja ahdistuneisuutta kuvaavien muuttujien normaalijakautuneisuutta tutkittiin Kolmogorov-Smirnovin testillä. Testin perusteella masennus- ja ahdistuneisuusoiresummamuuttujat eivät olleet normaalisti jakautuneita (BDI  $p=.017$ , EMAS  $p=.003$ ), joten muuttujille tehtiin muunnokset, joilla ne saatiin normaalimmin jakautuneiksi. Muuttujamuunnos tehtiin Gary F. Templetonin (2011) kehittämän menettelytavan mukaisesti. Muunnoksen jälkeen summamuuttujien normaalijakautuneisuudet testattiin samalla testillä uudelleen, mikä osoitti, että ne olivat muunnoksen jälkeen normaalimmin jakautuneita (BDI  $p=.173$ , EMAS  $p=.011$ ). Myös GHQ-12-summamuuttujalle tehtiin Templetonin menettelytavan mukainen muuttujamuunnos ( $p=.924$ ). Psyykkisten oireiden (GHQ-12), masennusoireiden (BDI-II) ja ahdistuneisuuden asteikkojen luotettavuus oli hyvä (Cronbachin alfa, GHQ-12  $\alpha=.90$ ; BDI  $\alpha=.60$ ; EMAS  $\alpha=.94$ ).

Seuraavaksi tarkasteltiin terveyskäyttäytymisen eri tekijöiden ja psyykkisen oireilun kahdenkeskisiä yhteyksiä laskemalla Pearsonin korrelaatioita. Pearsonin korrelaatiotesti tehtiin erikseen jokaiselle psyykkistä oireilua mittaavalle summamuuttujalle ja mukaan lisättiin taustamuuttujiksi myös tutkittavien ikää, sukupuolta ja työssäolovuosia mittaavat summamuuttujat. Sukupuolen osalta korrelaatiota tarkasteltiin Spearmanin korrelaatiotestillä. Saadut tutkimustulokset yhdistettiin korrelaatiomatriisiin (Taulukko 1).

Terveyskäyttäytymisen eri osatekijöiden ja psyykkisen oireilun välisiä yhteyksiä tutkittiin lineaarisella regressioanalyysillä, jossa kontrolloitiin ikä, sukupuoli ja työssäolovuodet. Kunkin psyykkistä oireilua kuvaavan tekijän (psyykkiset oireet, masennusoireet ja ahdistuneisuus) osalta ajettiin erillinen regressioanalyysi, jonka jälkeen lineaarinen regressioanalyysi suoritettiin erikseen jokaiselle terveyskäyttäytymistä mittaavalle tutkimuskysymykselle (Taulukko 2).

## 4 TULOKSET

Aineiston tunnusluvut ja tutkimusmuuttujien kahdenväliset yhteydet on esitetty taulukossa 1. Tutkittavat olivat iältään keskimäärin 43.6-vuotiaita (kh 10.03). Työssöolovuosia tutkittavilla oli keskimäärin 14.2 vuotta (kh 9.95).

### 4.1 Terveyskäyttäytymisen osatekijöiden ja psyykkisen oireilun kahdenväliset yhteydet

Terveyskäyttäytymisen eri osatekijöiden ja psyykkisen oireilun kahdenväliset yhteydet esitetään taulukossa 1. Vähintään puoli tuntia harrastettavan hengästyttävän ja hikoiluttavan vapaa-ajan liikunnan harrastaminen oli yhteydessä matalampaan ahdistuneisuuteen ( $r=-0.29$ ,  $p<.05$ ). Sen sijaan liikunnan rasittavuudella, rasittavien liikuntakertojen määrällä tai yksittäisellä liikuntakerran kestolla ei ollut yhteyttä opettajien psyykkiseen oireiluun ( $p$ -arvot  $>0.05$ ).

Kerralla juotujen alkoholiannosten määrä oli yhteydessä suurempiin psyykkisiin oireisiin ( $r=0.27$ ,  $p<.05$ ). Sen sijaan sillä, kuinka usein alkoholia on viimeisen vuoden aikana juotu tai kuinka usein alkoholia on juotu kuusi annosta kerralla tai enemmän, ei ollut yhteyttä opettajien psyykkiseen oireiluun ( $p$ -arvot  $>0.05$ ).

Tupakoinnilla ei ollut yhteyttä opettajien psyykkiseen oireiluun ( $p$ -arvot  $> 0.05$ ).

Taulukko 1. Otoksen tunnusluvut ja korrelaatiot.

	M/lkm	SD/%	1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.	11.
1. Ikä	43	10,03											
2. Sukupuoli (nainen)***	66	86,8	-0,31										
3. Työssäolo-vuodet	14,20	9,95	0,79	0,28									
4. Liikuntaa väh. 0,5h	2,71	1,20	0,04	0,21	0,14								
5. Liikunnan rasittavuus	2,28	0,62	-0,08	0,15	-0,01	0,54							
6. Rasittavan liikunnan määrä	3,69	1,22	-0,09	0,24*	-0,06	0,82	0,66						
7. Liikuntakerran keskim. kesto	2,59	0,68	-0,05	0,16	0,08	0,49	0,59	0,64					
8. Tupakointi	5,21	0,99	-0,11	0,04	-0,07	0,09	0,19	0,15	0,23*				
9. Alkoholin-käyttö vuodessa	2,92	1,00	0,29*	0,13	0,29*	0,09	0,04	0,08	0,03	0,01			
10. Kerralla 6 annosta alkoh. tai enemmän	1,79	0,88	-0,00	0,09	0,02	0,23*	0,12	0,21	0,01	-	0,36		
11. Alkoh. annosten määrä kerralla	2,71	1,82	-0,18	-0,04	-0,08	0,08	0,23*	0,07	-0,08	-	-	0,58	
12. Psykkiset oireet**	0,51	0,27	-0,16	-	-0,18	-0,19	0,02	-0,18	-0,13	-0,14	-	0,14	0,27*
13. Masen-nusoireet**	0,51	0,26	-0,16	-	-0,16	-0,22	0,04	-0,16	-0,07	-0,19	-	0,13	0,29
14. Ahdistu-neisuus**	0,52	0,25	-	-	-0,30	-	0,05	-0,13	-0,11	0,05	-	0,11	0,21
			0,29*	0,31*		0,29*				0,05	0,05		

\* Korrelaatio on merkittävä tasolla 0.05 (kaksisuuntainen).

\*\* Muuttujamuunnos

\*\*\* Sukupuolen korrelaatiot laskettu Spearmanin korrelaatiokertoimella

## 4.2 Terveyskäyttäytymisen osatekijöiden yhteydet psyykkisiin oireisiin, masennusoireisiin ja ahdistuneisuuteen

Rasittavan liikunnan harrastaminen vähintään puoli tuntia kerrallaan oli yhteydessä opettajien ahdistuneisuuteen ( $\beta=-0,23$ ,  $p=.042$ ) Mallin selitysosuus on 14,4%. Liikuntakertojen rasittavuudella, rasittavien liikuntakertojen määrällä tai yksittäisen liikuntakerran keskimääräisellä kestolla ei ollut yhteyttä opettajien psyykkiseen oireiluun.

Kerralla juotujen alkoholiannosten korkeampi lukumäärä oli marginaalisesti yhteydessä opettajien psyykkisiin oireisiin ( $\beta=0,27$ ,  $p=.021$ ). Mallin selitysosuus oli 8,8%. Lisäksi kerralla juotujen alkoholiannosten määrä oli jossain määrin yhteydessä masennusoireisiin ( $\beta=0,21$ ,  $p=.073$ ). Alkoholiannosten käyttökertojen määrällä viimeisen vuoden aikana tai niiden kertojen määrällä, jolloin vastaaja on juonut kerralla vähintään kuusi annosta alkoholia, ei ollut yhteyttä opettajien psyykkiseen oireiluun.

Tupakoinnilla ei ollut yhteyttä opettajien psyykkiseen oireisiin, masennusoireisiin eikä ahdistuneisuuteen.

Taulukko 2. Terveyskäyttäytymisen osatekijöiden yhteydet psyykkisiin oireisiin, masennusoireisiin ja ahdistuneisuuteen.

	Psyykkiset oireet		Masennusoireet		Ahdistuneisuus	
	$\beta$	p	$\beta$	p	$\beta$	p
Liikuntaa vähintään 0.5h kerralla	-0,15	0,217	-0,17	0,139	0,23	0,042
Harrastetun liikunnan rasittavuus	0,05	0,645	0,07	0,532	0,08	0,474
Rasittavan liikunnan määrä	-0,16	0,189	-0,12	0,306	-0,10	0,398
Liikuntakerran keskimääräinen kesto (min.)	-0,09	0,441	-0,02	0,890	-0,06	0,576
Tupakointi	-0,15	0,208	-0,13	0,270	0,03	0,780
Alkoholinkäyttö vuodessa	-0,10	0,401	0,03	0,835	0,07	0,562
Kerralla 6 annosta alkoholia tai enemmän	0,16	0,172	0,15	0,201	0,12	0,274
Alkoh. annosten määrä kerralla	0,27	0,021	0,21	0,073	0,18	0,112

\* Kontrolloidut taustamuuttujat ikä, sukupuoli ja työssäolovuodet  
 $\beta$  = standardoitu beta-kerroin

## 5 POHDINTA

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin terveyskäyttäytymisen osatekijöiden yhteyttä psyykkiseen oireiluun opettajilla. Tutkimuksessa havaittiin, että vähintään puoli tuntia kestävä hikoiluttava ja hengästyttävä vapaa-ajan liikunta oli opettajilla yhteydessä vähäisempään ahdistuneisuuteen. Lisäksi kerralla juotujen alkoholiannosten määrä oli yhteydessä psyykkisiin oireisiin ja marginaalisesti yhteydessä masennusoireisiin. Nämä tulokset tukivat tutkimushypoteesia siitä, että positiivinen terveyskäyttäytyminen on yhteydessä vähäisempään psyykkiseen oireiluun. Yhteyttä tupakoinnin ja psyykkisen oireilun välillä ei tässä tutkimuksessa havaittu.

### 5.1 Liikunta ja psyykkinen hyvinvointi

Tämän tutkimuksen perusteella vapaa-ajan liikunnan harrastaminen oli yhteydessä vähäisempään ahdistuneisuuteen. Tutkimuksessa ei kuitenkaan löydetty yhteyttä liikunnan rasittavuuden tai rasittavien liikuntakertojen määrän tai keston ja psyykkisen oireilun välillä. Oleellista näyttäisi olevan siis se, että liikuntaa ylipäätään harrastetaan useampia kertoja viikossa.

Tutkimushypoteesi liikunnan ja vähemmän psyykkisen oireilun välisestä yhteydestä ei ole kuitenkaan aivan yksiselitteinen, sillä kuten esimerkiksi Markku Ojanen (2006) esittää, liikunnalla voi olla myös negatiivisia vaikutuksia hyvinvoinnille. Ojasen mukaan liikunnan on esimerkiksi tunnettava mielekkäältä, odotusten sitä kohtaan on oltava positiivisia ja sen on oltava omaehtoista, jotta se lisää hyvinvointia. Lisäksi liikunnan positiiviset vaikutukset tulevat esiin vain, jos liikuntaa ei ennestään ole riittävästi. Tutkimuksissa on havaittu myös, että kuormittavuudeltaan kohtalainen liikunta on vahvemmin yhteydessä



kohonneeseen mielialaan kuin raskas liikunta, mikä voi selittää yhteyden löytymistä vain kohtalaisesti rasittavan liikunnan ja vähentyneen kognitiivisen ahdistuneisuuden välillä (Nupponen, 2005).

## **5.2 Alkoholinkäyttö ja psyykinen oireilu**

Tutkimuksessa todettiin kerralla juotujen alkoholiannosten määrän olevan yhteydessä psyykkisiin oireisiin niin, että alkoholinkulutus selitti 8,8% psyykkisten oireiden esiintyvyydestä. Lisäksi kerralla juotujen alkoholiannosten määrä oli marginaalisesti yhteydessä masennusoireisiin. Alkoholien osalta yhteys psyykkiseen oireiluun näyttäisi siis ilmenevän nimenomaan humalahakuisen juomisen kohdalla, jota kuvaa usean alkoholiannoksen nauttiminen yhdellä kerralla. Tulos on yhtenevässä linjassa aiemman tutkimustiedon kanssa siitä, että runsas alkoholinkäyttö ja alkoholismi aiheuttavat jopa 10% masennuksesta Pohjois-Amerikassa, Venäjällä ja muissa, pääasiassa Itä-Euroopan maissa, kuten Ukrainassa, Baltian maissa ja Unkarissa (Jané-Llopis & Matytsina, 2006).

Sillä, kuinka monta kertaa alkoholia vastaaja oli käyttänyt viimeisimmän vuoden aikana tai sillä, kuinka usein vastaaja oli juonut kerralla vähintään kuusi annosta alkoholia, ei havaittu yhteyttä opettajien psyykkiseen oireiluun. Vaikka aiempien tutkimustulosten pohjalta oli perusteltua olettaa, että etenkin alkoholinkäytön runsaudella olisi yhteys psyykkiseen oireiluun (Swendsen ym., 1998), opettajien elintapojen ollessa väestössä keskimääräistä terveellisemmät (Perkiö-Mäkelä, 2006), eivät tulokset välttämättä ole suoranaisesti verrannollisia esimerkiksi normaalipopulaatiossa tehtyyn tutkimukseen terveystyöskäytymisen ja psyykkisen oireilun välisistä yhteyksistä.

### 5.3 Terveyskäyttäytyminen ja opettajien hyvinvoinnin tukeminen

Tutkimusten mukaan opettajat ovat viime aikoina kokeneet työnsä muuttuneen laadullisesti siten, että heidän työstään on tullut psyykkisesti kuormittavampaa kuin aiemmin (Jokinen, 2014). Opettajat mainitsevat tällaisiksi psyykkistä kuormitusta lisääviksi tekijöiksi muun muassa opettajiin kohdistuvan kiusaamisen, työn aikapaineet, vähäisen tuen ja palautteen saamisen työpaikoilla sekä jatkuvan arvioitavana olon. Opettajien työhön liittyvien psyykkisten kuormitustekijöiden on todettu olevan yhteydessä opettajien kokemaan työstressiin ja työuupumukseen, mikä taas heikentää oleellisesti heidän psyykkistä hyvinvointiaan ja lisää heidän psyykkistä oireiluaan. (Onnismaa, 2010.)

Kun huomioidaan yhteys opettajien työn kuormittavuuden ja heidän kokemansa psyykkisen oireilun sekä heikentyneen psyykkisen hyvinvoinnin välillä, on tärkeää tarkastella niitä tekijöitä, joiden avulla opettajien olisi mahdollista tukea heidän psyykkistä hyvinvointiaan. Opettajien työhön liittyvien kuormitustekijöiden vähentäminen, kuten aikapaineiden lievittäminen tai psykososiaalisen tuen lisääminen, olisi yksi keino lisätä opettajien psyykkistä hyvinvointia. Usein kuitenkin opettajien työn kuormitustekijät ovat opettajien henkilökohtaisen vaikutusvallan ulottumattomissa (Onnismaa, 2010), jolloin on ensisijaista tarkastella niitä tekijöitä, joihin opettajien itsensä on mahdollista vaikuttaa.

Tutkimustulosten mukaan positiivisella terveystyöllä, kuten liikunnan harrastamisella ja vähäisellä alkoholinkäytöllä, voidaan vaikuttaa niin psyykkisen oireilun lievittymiseen kuin psyykkisen hyvinvoinnin lisäämiseenkin (Adjibade ym., 2018; Harrington ym., 2010; Schuch ym., 2016). Tarkasteltaessa niitä tekijöitä, joiden avulla opettajat voisivat lisätä psyykkistä hyvinvointiaan, positiivisen terveystyöllä edistäminen näyttää olevan oleellisenä ratkaisuna. Näin ollen tämän tutkimuksen tulokset opettajien terveystyöllä edistämisen osatekijöiden yhteyksistä heidän psyykkiseen oireiluunsa antavat arvokasta ja suoraan hyödynnettävissä olevaa tietoa siitä, minkälaisin käytännön keinoin opettajat voivat vaikuttaa omaan psyykkiseen hyvinvointiinsa.

Sen lisäksi, että käytännön tietoa opettajien psyykkiseen hyvinvointiin vaikuttavista terveystyöllä edistämisen osatekijöistä voidaan hyödyntää opettajien psyykkisen hyvinvoinnin edistämisessä, sitä voitaisiin hyödyntää myös opettajien työhyvinvoinnin

lisäämisessä. Vaikka opettajien työympäristöön liittyviin kuormitustekijöihin, kuten tuen ja ohjauksen puutteeseen, on kiinnitetty viime aikoina huomiota ja heidän työhyvinvointiaan parantavia toimia on tätä kautta jo käytännössä tehty (Onnismaa, 2010), interventioita opettajien psyykkisen hyvinvoinnin tukemiseen terveyskäyttäytymisen keinoin ei ole vielä Suomessa juurikaan kehitetty. Kun opettajien työympäristöön liittyvät kuormitustekijät ovat ilmiöinä moniulotteisia ja usein hankalasti ratkaistavissa, opettajien työhyvinvoinnin tukeminen heidän psyykkistä hyvinvointiaan tukevien interventioiden avulla voisi olla toimiva ratkaisu opettajien työhön liittyvän kuormituksen vaikutusten vähentämisessä.

#### **5.4 Tutkimuksen arviointi**

Vaikka tämän tutkimuksen alussa esitetyt tutkimushypoteesit siitä, että opettajien vähäinen liikunnan harrastaminen, alkoholinkäyttö ja tupakointi olisivat yhteydessä heidän psyykkiseen oireiluunsa, olivat aikaisempaan tutkimukseen tuettuja, saadut tutkimustulokset eivät kuitenkaan täysin tukeneet asetettuja hypoteeseja. Yksi syy tähän voi olla se, että tutkimuksen aineisto oli melko pieni (N=76) ja homogeeninen kaikkien vastaajien edustaessa samaa ammattiryhmää, asuessa pääkaupunkiseudulla ja heistä valtaosan (86,8%) ollessa naisia. Otoksoon pienuuden vuoksi tutkimuksessa päädyttiin korvaamaan puuttuvien vastaajien vastausten arvot kaikkien samaa mittaavien kysymysten vastausten keskiarvoilla. Vaikka puuttuvien arvojen korvaaminen keskiarvolla on esimerkiksi Hertelin (1976) mukaan perusteltua pienen aineiston kohdalla, puuttuvien arvojen korvaaminen on voinut vaikuttaa muuttujien välisiin korrelaatioihin ja tätä kautta mahdollisten yhteyksien piiloon jäämiseen.

Terveyskäyttäytymisen mittaaminen perustui tässä tutkimuksessa itsearviointiin, jonka luotettavuus terveyskäyttäytymisen tutkimisessa ei ole ongelmaton. Vastaaja voi esimerkiksi kokea, että mikään vastausvaihtoehdoista ei sovi hänen tilanteeseensa. Eri vastaajat voivat myös tulkita kysymyksiä eri tavalla. Lisäksi vastaajat saattavat joko muistaa tai arvioida väärin omaa terveyskäyttäytymistään, tai pyrkiä kaunistelemaan sitä,

mikä voi johtaa esimerkiksi ääripään vastausten puuttumiseen. (Rhodes ym., 2017.) Tutkimuksissa onkin todettu, että esimerkiksi todellinen liikunnan harrastuneisuus eroaa usein tutkittavan ilmoittamista liikuntamääristä huomattavasti (Conner & Norman, 2017), mikä on voinut vaikuttaa myös tässä tutkimuksessa saatuihin tuloksiin liikunnan ja psyykkisen oireilun välisistä yhteyksistä.

Alkoholinkäyttöä pyydettiin tässä tutkimuksessa arvioimaan viimeisimmän vuoden ajalta, jolloin voidaan kyseenalaistaa se, miten hyvin vastaajat muistavat tai pystyvät arvioimaan alkoholinkäyttöään näin pitkällä aikavälillä. Toisaalta, esimerkiksi McKenna ja muut (2017) esittävät meta-analyysissään, että alkoholinkäyttöä mittaavissa itsearviointikyselyissä tulisi käyttää pidempää ja tarkasti määriteltyä aikaväliä, kuten viimeisintä vuotta, reliabiliteetin parantamiseksi. Myös vastaajien naisvaltaisuus on voinut vaikuttaa alkoholinkulutusta mittaavien kysymysten toimivuuteen, sillä alkoholin riskikulutuksen rajat Suomessa ovat erilaiset miehille ja naisille (<https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen/keinoja-mielenterveyden-edistamiseen/time-out-aikalisa-elama-raiteilleen/aikalisaohjaajien-materiaalipaketti/paihteet-ja-peliriippuvuus/alkoholi>), mitä ei tutkimuksen kysymystenasettelussa ollut huomioitu. Tutkimuskysymysten vahvuutena voidaan kuitenkin nähdä se, että alkoholiannosten määrittäminen oli kuvattu tarkasti muuntamalla 12 grammaa puhdasta alkoholia sisältävät alkoholiannokset ravintola-annoksiksi.

Tupakointi on Suomessa huomattavasti harvinaisempaa korkeammin koulutettujen keskuudessa, ja harvinaisempaa naisten kuin miesten keskuudessa (Ervasti & Mustikkamaa 2017). Opettajat ovat korkeasti koulutettuja, ja valtaosa tähän tutkimukseen osallistuneista oli naisia, joten ei ole yllättävää, että tupakoitsijoita oli aineistossa vain viisi (6,6%). Tupakoinnin osalta otos edustaakin suomalaisia korkeasti koulutettuja hyvin, sillä heistä tupakoitsijoita on vajaa viisi prosenttia (Ervasti & Mustikkamaa 2017.) Tupakoitsijoiden vähäinen määrä aineistossa on voinut vaikuttaa siihen, että yhteyttä tupakoinnin ja psyykkisen oireilun välillä ei havaittu. Opettajat ovat kaiken kaikkiaan keskimääräistä terveellisempiä elämäntapoja noudattava ammattikunta (Perkiö-Mäkelä, 2006), mikä on saattanut muidenkin muuttujien osalta vähentää vastausten vaihtelevuutta ja näin vaikuttaa tutkimustuloksiin.

On hyvä huomioida myös, että tässä tutkimuksessa ei kartoitettu opettajien omaa kokemusta siitä, minkälaiset elämäntavat tukevat heidän hyvinvointiaan. Lisäksi tutkimusasetelman ollessa poikkileikkauksellinen ei tulosten perusteella voida tehdä johtopäätelmiä muuttujien välisistä syy- ja seuraussuhteista.

Tämän tutkimuksen vahvuutena on poikkeuksellinen näkökulma työhyvinvointiin vaikuttavien tekijöiden tarkastelemiseen. Opettajien työhyvinvoinnin tutkimus on tähän asti keskittynyt pääosin työympäristön piirteisiin, kun taas opettajien elämäntapojen vaikutuksen tarkastelu on jäänyt vähemmälle. Tämä tutkimus kiinnittää kuitenkin huomion siihen, miten opettajat voivat työn ulkopuolella tekemillään valinnoilla vaikuttaa oman psyykkiseen hyvinvointiinsa ja sitä kautta parantaa myös työhyvinvointiaan. Tutkimuksen vahvuutena on myös terveyskäyttäytymisen osatekijöiden eli liikunnan, alkoholinkäytön ja tupakoinnin mittaaminen monipuolisilla, käyttäytymisen määrää ja laatua kartoittavilla kysymyksillä. Psykkistä oireilua mitattiin niin ikään monipuolisesti kolmen yleisesti tunnetun ja laajasti käytössä olevan mittarin avulla, jotka kaikki lähestyvät ilmiötä hieman eri näkökulmista.

## **5.5 Johtopäätökset ja suositukset**

Opettajien työhyvinvoinnin tukeminen on erityisen tärkeää tilanteessa, jossa opettajat kokevat työnsä vaatimusten ja kuormittavien tekijöiden lisääntyneen (Kauppinen ym. 2013; Jokinen ym., 2014). Taipaluksen pro gradu –tutkimuksessa (2017) opettajat kokivat psyykkisen kuormituksen merkittävimmäksi työhyvinvointia heikentäväksi tekijäksi. Opettajat nimesivät terveelliset elämäntavat ja etenkin liikunnan tärkeimpinä työhyvinvointia edistävinä tekijöinä, ja perustelivat tätä nimenomaan liikunnan positiivisella vaikutuksella psyykkiselle hyvinvoinnille. Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu selkeä yhteys terveyskäyttäytymisen ja niin fyysisen kuin psyykkisenkin hyvinvoinnin välillä (Ahola ym., 2018), ja opettajilla myös heidän kokonaisvaltaisen hyvinvointinsa ja työhyvinvointinsa välillä (Taipalus, 2017). Ottaen huomioon opettajien työn lisääntyneen kuormittavuuden, on terveyskäyttäytyminen syytä huomioida työhyvinvointia tukevana tekijänä, vaikka opettajien elämäntavat ovatkin jo ennestään

hyvin terveelliset. Tämän tutkimuksen tulokset antavat viitteitä siitä, minkälaisiin terveyskäyttäytymisen osatekijöihin opettajien on syytä kiinnittää huomiota tukeakseen hyvinvointiaan niin työssä kuin vapaa-ajallakin. Vapaa-ajalla harrastettu säännöllinen liikunta ja etenkin humalahakuisen alkoholinkulutuksen välttäminen ovat konkreettisia keinoja, joilla jokainen voi edistää hyvinvointiaan.

Opettajien hyvinvointi on myös yhteiskunnallisesti tärkeä aihe, sillä hyvinvointia pidetään yhtenä suomalaisen yhteiskuntapolitiikan päämäärinä. Hyvinvointivaltiossa, kuten Suomessa, koulutus nähdään yhtenä hyvinvointia tukevana ja toisaalta myös sitä tuottavana tekijänä. (Saari, 2015.) Opettajilla on täten tärkeä rooli yhteiskunnassamme hyvinvoinnin tuottajina. Opettajien hyvinvoinnin on todettu vaikuttavan myös oppilaiden hyvinvointiin ja oppimistuloksiin, jolloin opettajien psyykkisestä hyvinvoinnista huolehtiminen ei tue vain opettajan itsensä hyvinvointia, vaan myös oppilaiden psyykkistä hyvinvointia ja kehitystä (Onnismaa, 2010). Opettajien on siis mahdollista siirtää omaa hyvinvointiaan myös niille oppilaille, jotka eivät saa esimerkiksi kotoaan esimerkkiä hyvinvointia edistävään terveyskäyttäytymiseen, ja tukea tätä kautta heidän kasvamistaan hyvinvoiviksi aikuisiksi (Soini, Pietarinen & Pyhälto, 2008). Tämän tutkimuksen tuloksia voidaankin parhaimmillaan hyödyntää opettajien yksilötason lisäksi yhteiskunnallisella tasolla tarkasteltaessa niitä tekijöitä, joiden avulla voidaan tukea sekä korkeakoulutetun työvoiman pysymistä työkykyisenä, että opettajien hyvinvoinnin siirräntävaikutuksen ulottumista tulevillekin sukupolville. Opettajien liikkumisen edistäminen työpaikkaliikuntaa lisäämällä tai vapaa-ajan liikuntaan kannustamalla voisi laajentaa liikunnan tuomia positiivisia vaikutuksia niihinkin opettajiin, jotka eivät vielä liiku riittävästi. Opettajien työhyvinvoinnista keskusteltaessa työpaikoillakin olisi hyvä myös tuoda esiin se, miten omaa työhyvinvointiaan voi pyrkiä edistämään terveellisillä elämäntavoilla.

Koska tämä tutkimus keskittyi vain opettajiin, jatkotutkimusta tulisi vielä tehdä muilla ammattiryhmillä. Opettajat ovat työhyvinvoinnin osalta kaikkein tutkituin ammattiryhmä (Hakanen, 2006), joten muutkin alat voisivat hyötyä tämänkaltaisesta hyvinvointitutkimuksesta. Tutkimus voisi olla erityisen antoisaa sellaisella ammattiryhmällä, jolla ei ole keskimääräisesti yhtä terveelliset elämäntavat kuin

opettajilla, sillä tällöin terveyskäyttäytymisen ja psyykkisen oireilun yhteydet voisivat tulla selkeämmin esiin. Ilmiötä olisi hyvä tarkastella myös pitkittäistutkimusasetelmalla, jotta voitaisiin tarkastella tekijöiden välisiä syy-yhteyksiä.

## **5.6 Yhteenveto**

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin opettajien terveyskäyttäytymisen yhteyttä heidän psyykkiseen oireiluunsa. Tutkimuksessa havaittiin, että hikoiluttava ja hengästyttävä vapaa-ajan liikunta oli yhteydessä vähäisempään ahdistuneisuuteen, ja että kerralla juotujen alkoholiannosten määrä oli yhteydessä korkeampaan psyykkisten oireiden tasoon. Tutkimuksen tulokset antavat arvokasta tietoa niistä terveyskäyttäytymiseen liittyvistä tekijöistä, joiden avulla opettajien psyykkistä hyvinvointia olisi mahdollista tukea. Erityisesti vapaa-ajan liikunta ja vähäinen alkoholin käyttö näyttäisivät olevan merkittäviä opettajien psyykkisen hyvinvoinnin osalta, minkä vuoksi näihin tekijöihin tulisi kiinnittää huomiota opettajien hyvinvointia edistävien toimenpiteiden kehittämisessä.

## LÄHTEET

Aalto, A-M. (2011.) GHQ-12, 12-item General Health Questionnaire. Toimia-tietokanta.

Viitattu 8.11.2018, saatavilla: <http://www.thl.fi/toimia/tietokanta/mittariversio/102/>

Adjibade, M., Lemogne, C., Julia, C., Herberg, S., Galan, P., Assmann, K. E., Kesse-Guyot, E. (2018). Prospective association between combined healthy lifestyles and risk of depressive symptoms in the French NutriNet-Santé cohort. *Journal of Affective Disorders*, 238, 554-562.

Ahola, K., Tuisku, K. ja Rossi, H., Duodecim terveyskirjasto (2018). *Työuupumus (burnout)*. Lainattu 26-10.2018, saatavilla:

[https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00681#s4](https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00681#s4).

Arnarson, R., Ólason, D., Smári, J. & Sigurðsson, J. (2008). The Beck Depression Inventory Second Edition (BDI-II): Psychometric properties in Icelandic student and patient populations. *Nordic Journal of Psychiatry*, 2008, 62(5), 360-365.

Bandura, A. & Walters, R. H. (1970). *Social learning and personality development*. London: Holt, Rinehart and Winston.

Bojadziev, M. I., Petkovska, M. S. & Stefanovska, V. V. (2015.) Reliability, Validity and Factor Structure of the 12-Item General Health Questionnaire among General Population. *Macedonian Journal of Medical Sciences*, 3(3), 478 – 483.

Chen, J-H. & Huang, C. (2014). Meta-Analysis of the Factor Structures of the Beck Depression Inventory-II. *Sage-Journals*, 22(4), 459–472.

Conner, M. & Norman, P. (2017). Health behaviour: Current issues and challenges. *Psychology & health*, 32(8), 895.

Goldberg, D. (1972). *The Detection of Psychiatric Illness by Questionnaire*. Oxford University Press: London.



- Conner, M. & Norman, P. (2005). *Predicting health behaviour: A social cognition approach*. Teoksessa Conner, M. & Norman, P. (toim.). Predicting health behaviour: research and practice with social cognition models. Maidenhead: Open University Press.
- Endler, N., Parker, J., Bagby, R. & Cox, M. (1991a). Multidimensionality of State and Trait Anxiety: Factor Structure of the Endler Multidimensional Anxiety Scales. *Journal of Personality and Social Psychology*, 60(6), 919-926.
- Endler, N. S., Edwards, J. M., Vitelli, R. (1991b). Endler Multidimensional Anxiety Scales (EMAS). Western Psychological Services, Los Angeles. USA.
- Endler, N., King, P., Edwards, J., Kuczynski, M., Diveky, S. (1983). Generality of the interaction model of anxiety with respect to two social evaluation field studies. *Canadian Journal of Behavioural Science*, 15(1), 60-69.
- Ervasti, H. & Mustikkamaa, S. (2017). *Suomalaiset tupakoivat vähän - tupakointi harvinaisempaa vain parissa Euroopan maassa*. Luettu 13.11.2018, saatavilla: [https://www.utu.fi/fi/yksikot/soc/yksikot/sospol\\_ja\\_sostyo/tutkimus2/tutkimushankkeet/ess/Documents/SuomiEuroopassa1\\_17.pdf](https://www.utu.fi/fi/yksikot/soc/yksikot/sospol_ja_sostyo/tutkimus2/tutkimushankkeet/ess/Documents/SuomiEuroopassa1_17.pdf)
- Gluschkoff, K. (2017). *Psychosocial work characteristics, recovery, and healthrelated outcomes in teaching* (väitöskirja, Helsingin yliopisto). Haettu osoitteesta <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/198017/Psychoso.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Graetz, B. (1991). Multidimensional properties of the General Health Questionnaire. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 26, 132–138.
- Hakanen, J. (2006). *Opettajien työn imu ja työuupumus*. Teoksessa Perkiö-Mäkelä, M., Nevala N. & Laine V. (toim.). Hyvä koulu. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Hardy, G. E. (1999). Validation of the General Health Questionnaire–12 Using a Sample of Employees From England's Health Care Services. *Psychological Assessment*, 11(2), 159-165.
- Harrington, J., Perry, I. J., Lutomski, J., Fitzgerald, A. P., Shiely, F., McGee, H., Barry, M. M., Van Lenthe, E., Morgan, K. & Shelley, E. (2010). Living longer and feeling better:

healthy lifestyle, self-rated health, obesity and depression in Ireland. *European Journal of Public Health*, 20(1), 91-95.

Helldán, A. & Helakorpi, S. (2015). *Suomalaisen aikuisväestön terveystyytyminen ja terveys, kevät 2014*. Tampere: Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy. Lainattu 13.11.2018, saatavilla:

[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126023/URN\\_ISBN\\_978-952-302-447-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126023/URN_ISBN_978-952-302-447-2.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Heloma, A., Korhonen, T., Kiiänmaa, K. & Winell, K. (2017). *Tupakointi ja väestöryhmien väliset terveyserot Suomessa*. Teoksessa Heloma, A., Kiiänmaa, K., Korhonen, T. & Winell, K. (toim.) *Tupakka- ja nikotiiniriippuvuus*. Helsinki: Duodecim.

Hertel, Bradley R. (1976): Minimizing Error Variance Introduced by Missing Data Routines in Survey Analysis. *Sociological Methods & Research* 4, 459-474.

Hiroe, T. (2005). Gradations of clinical severity and sensitivity to change assessed with the Beck Depression Inventory-II in Japanese patients with depression. *Psychiatry Research*, 135(3), 229-235.

Holi, M., Marttunen, M. & Aalberg, V. (2003). Comparison of the GHQ-36, the GHQ-12 and the SCL-90 as psychiatric screening instruments in the Finnish population. *Nordic journal of psychiatry*, 233 - 238.

Holmberg, N., Karila, I. & Kähkönen, S. (toim.) (2015). *Kognitiivinen psykoterapia*. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hämäläinen, T. (2009). *Yhteiskunnallinen murros ja henkinen hyvinvointi*. Sitran selvityksiä 8. Helsinki: Sitra.

Jackson-Koku, G. (2016). Beck Depression Inventory. *Occupational Medicine*, 66(2), 174–175.

Jané-Llopis E. & Matytsina, I. (2006). *Mental health and alcohol, drugs and tobacco: a review of the comorbidity between mental disorders and the use of alcohol, tobacco and illicit drugs*. *Drug and Alcohol Review*, 25(6), 515 – 536.

- Jokinen, H., Taajamo, M. & Välijärvi, J. (toim.) (2014). *Pedagoginen asiantuntijuus liikkeessä ja muutoksessa – huomisen haasteita*. Jyväskylä: Koulutuksen tutkimuslaitos.
- Karlsson, T., Kotovirta, E., Tigerstedt, C. & Warpenius, K. (toim.) (2013). *Alkoholi Suomessa - Kulutus, haitat ja politiikkatoimet*. Tampere: Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy. Luettu 13.11.2018, saatavilla:  
[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104455/URN\\_ISBN\\_978-952-245-896-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/104455/URN_ISBN_978-952-245-896-4.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- Karisto, A. (1984). *Hyvinvointi ja sairauden ongelma: Suomea ja muita Pohjoismaita vertaileva tutkimus sairastavuuden väestöryhmittäisistä eroista ja sairaudesta hyvinvoinnin vajeena*. Väitöskirja HKI: Helsingin yliopisto.
- Kauppinen, T., Mattila-Holappa, P., Perkiö-Mäkelä, M., Saalo, A., Toikkanen, J., Tuomivaara, S., Uuksulainen, S., Viluksela, M. & Virtanen, S. (toim.). (2013). *Työ ja terveys Suomessa 2012: Seurantatietoa työoloista ja työhyvinvoinnista*. Tammerprint Oy: Tampere.
- Kojima, M., Furukawa, T., Takahashi, H., Kawai, M., Nagaya, T. & Tokudome, S. (2002). Cross-cultural validation of the Beck Depression Inventory-II in Japan. *Psychiatry Research*, 110(3), 291-299.
- Koponen, H., Salmisaari, T., Korhonen, T. & Kaprio, J. (2017). *Psykiatrisista häiriöistä kärsivien tupakkariippuvuus ja sen vaikutukset*. Teoksessa Heloma, A., Kiiänmaa, K., Korhonen, T. & Winell, K. (toim.) *Tupakka- ja nikotiiniriippuvuus*. Helsinki: Duodecim.
- Korkeila, J. (2000). *Measuring aspects of mental health*. Helsinki: National Research and Development Centre for Welfare and Health.
- Makowska, Z., Merecz, D., Mościcka, A. & Kolasa, W. (2002). The validity of general health questionnaires, GHQ-12 and GHQ-28, in mental health studies of working people. *International journal of occupational medicine and environmental health*, 15(4), 353-362.
- McKenna, H., Treanor, C., O'Reilly, D. & Donnelly, M. (2018). Evaluation of the psychometric properties of self-reported measures of alcohol consumption: a COSMIN

systematic review. *Substance Abuse Treatment, Prevention, and Policy*, 13(6).  
<https://doi.org/10.1186/s13011-018-0143-8>

Mäkikangas, A., T. Feldt, U. Kinnunen, A. Tolvanen, M. L. Kinnunen, L. Pulkkinen. (2006). The factor structure and factorial invariance of the 12-item General Health Questionnaire (GHQ-12) across time: evidence from two community-based samples. *Psychol Assess* 18(4), 444–451.

Mäkinen, T., Valkeinen, H., Borodulin, K. & Vasankari, T. (2012). *Fyysinen aktiivisuus*. Teoksessa Koskinen, S., Lundqist, A. & Ristiluoma, N. (toim.) *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011*. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.

Nupponen, R. (2005). *Liikunta ja koettu hyvinvointi*. Teoksessa Fogelholm, M. & Vuori, I. (toim.) *Terveysliikunta*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Ogden, J. (2012). *Health psychology: A textbook*. Maidenhead: Open University Press.

Ojanen, M. (1995). *Liikunnan ja työn vaikutuksen psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn*. Teoksessa Rautoja, S. (toim.). *Liikunnasta työkykyä ja hyvinvointia – periaatteita ja käytännön esimerkkejä*. Helsinki: Painatuskeskus Oy.

Ojanen, M. (2006). Liikunnan teoriaa, käsitteitä ja tutkimuksia. Teoksessa Turhala, S. & Kettunen, S. (toim.). *Liiku mieli hyväksi*. Helsinki: SMS-tuotanto.

Onnismaa, J. (2010). *Opettajien työhyvinvointi - Katsaus opettajien työhyvinvointitutkimuksiin 2004–2009*. Raportit ja selvitykset 2010:1. Luettu 19.10.2018, saatavilla: [https://www.oph.fi/download/124603\\_Opettajien\\_tyohyvinvointi.pdf](https://www.oph.fi/download/124603_Opettajien_tyohyvinvointi.pdf).

Opetusalan ammattijärjestö (OAJ) (2017). *Työolobarometri 2017*. OAJ:n julkaisusarja 5:2018.

Osman, A., Kopper, Beverly, A., Barrios, F., Gutierrez, P. & Bagge, C. (2004). Reliability and Validity of the Beck Depression Inventory—II With Adolescent Psychiatric Inpatients. *Psychological Assessment*, 16(2), 120-132.

- Penninkilampi-Kerola, V., J. Miettunen, H. Ebeling. (2006). A comparative assessment of the factor structures and psychometric properties of the GHQ-12 and the GHQ-20 based on data from a Finnish population-based sample. *Scand J Psychol*, 47(5), 431–440.
- Perkiö-Mäkelä, M. (2006). *Ergonomia opetustyössä*. Teoksessa Perkiö-Mäkelä, M., Nevala N. & Laine V. (toim.). Hyvä koulu. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Politi, P. L., Piccinelli, M., & Wilkinson, G. (1994). Reliability, validity and factor structure of the 12-item General Health Questionnaire among young males in Italy. *Acta Psychiatrica Scandinavica*, 90, 432–437.
- Rhodes, R., Janssen, I., Bredin, S., Warburton, D. & Bauman, A. (2017). Physical activity: Health impact, prevalence, correlates and interventions. *Psychology and Health*, 32(8), 1-34.
- Saari, J. (2015). *Hyvinvointi: Suomalaisen yhteiskunnan perusta*. Helsinki: Gaudeamus.
- Sauer, S., Schmitt, M. & Ziegler, M. (2013). Rasch analysis of a simplified Beck Depression Inventory. *Personality and Individual Differences*, 54(4), 530–535.
- Schuch, F. B., Vancampfort, D., Rosenbaum, S., Richards, J., Ward, P. B., Veronese, N., Solmi, M., Cadore, E. L., & Stubbs, B. (2016). Exercise for depression in older adults: a meta-analysis of randomized controlled trials adjusting for publication bias. *Brazilian Journal of Psychiatry*, 38(3), 247-254.
- Soini, T., Pietarinen, J. & Pyhältö, T. (2008). Pedagoginen hyvinvointi peruskoulun opettajien työssä. *Aikuiskasvatus: aikuiskasvatustieteellinen aikakauslehti* 28(4), 244–257.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. (2013). MUUTOSTA LIIKKEELLÄ! Valtakunnalliset yhteiset linjaukset terveyttä ja hyvinvointia edistävään liikuntaan 2020. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.
- Suvisaari, J., Ahola, K., Kiviruusu, O., Korkeila, J., Lindfors, O., Mattila, A., Markkula, N., Marttunen, M., Partonen, T., Peña, S., Pirkola, S., Saarni, S., Saarni, S. ja Viertiö, S. (2012). *Psykykkiset oireet ja mielenterveyden häiriöt*. Teoksessa Koskinen, S., Lundqvist,

A. & Ristiluoma, N. (toim.). *Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.

Swendsen, J., Merikangas, K., Canino, G., Kessler, R., Rubio-Stipec, M. & Angst, J. (1998). The comorbidity of alcoholism with anxiety and depressive disorders in four geographic communities. *Comprehensive Psychiatry*, 39(4), 176-184.

Taipalus, L. (2017). *Opettajan työhyvinvointi - liikunta työhyvinvoinnin edistäjänä opettajan työssä*. Pro gradu –tutkielma. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.

Talala, K. (2013). *Psychological distress in Finland 1979-2003: Overall trends, socio-economic differences, and contribution to cause-specific mortality inequalities*. Väitöskirja: Helsingin yliopisto.

Taylor, G., McNeill, A., Girling, A., Farley, A., Lindson-Hawley, N., Aveyard, P. (2014). Change in mental health after smoking cessation: systematic review and meta-analysis. *BMJ* 348:g1151. Luettu 13.11.2018, saatavilla: <https://doi.org/10.1136/bmj.g1151>

Templeton, G. F. (2011). A Two-Step Approach for Transforming Continuous Variables to Normal: Implications and Recommendations for IS Research. *Communications of the Association for Information Systems*, 28(4). DOI: 10.17705/1CAIS.02804.

Virtanen, M., Pietikäinen, M., Kivimäki, M., Luopa, P., Jokela, J., Elovainio, M. & Vahtera, J. (2009). Contribution of parental and school personnel smoking to health risk behaviours among Finnish adolescents. *BMC Public Health* 9:382 doi:10.1186/1471-2458-9-382.

Winell, K., Heloma, A., Korhonen, T. & Kiianmaa, K. (2017). *Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden hoidon merkitys ja mahdollisuudet*. Teoksessa Heloma, A., Kiianmaa, K., Korhonen, T. & Winell, K. (toim.) *Tupakka- ja nikotiiniriippuvuus*. Helsinki: Duodecim.