

Minna Kurttila

LAAJENNETTU TYÖYHTEISÖ
MIESTEN TERVEYDEN EDISTÄMISEN
VÄLINEENÄ-

Operaatio Liikuntakaverit

Opinnäytetyö

Terveyden edistäminen YAMK

Toukokuu 2016



KYAMK
University of Applied Sciences

Tekijä/Tekijät	Tutkinto	Aika
Minna Kurttila	Terveyden edistäminen YAMK	Toukokuu 2016
Opinnäytetyön nimi Laajennettu työyhteisö miesten terveyden edistämisen välineenä Operaatio Liikuntakaverit		60 sivua 5 liitesivua
Toimeksiantaja Kaakkois-Suomen sosiaalipsykiatrinen yhdistys ry.(Kakspy ry.)		
Ohjaaja Yliopettaja Sari Ranta		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Miesten terveystietäytymisessä suhteessa naisiin tiedetään olevan eroja. Miehet hakevat apua ongelmiinsa myöhemmässä vaiheessa kuin naiset ja heidän elinajanodotteensa on naisia alhaisempi. Vakavia mielenterveysongelmia kohdanneilla sukupuolesta riippumatta on suurentunut fyysisten sairauksien riski ja elinajanodote on muuta väestöä alhaisempi. Kielteiset terveystottumukset ja hoitojen haittavaikutukset liittyvät yhteen pitkäaikaisista psyykkisistä häiriöistä kärsivillä ihmisillä. Näiden riskitekijöiden vuoksi tulisivat erityisesti kiinnittää huomiota mielenterveyden häiriöstä kärsivän ihmisen terveellisten elintapojen edistämiseen ja elintavoista johtuvien sairauksien ehkäisyyn. Kun em. riskitekijöihin vielä lisätään miesten hoitoon hakeutumisen erot suhteessa naisiin ja alhaisempi elinajanodote, on miesten terveyden edistämiseen panostus tärkeää.</p> <p>Tämän laadullisen tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata Kakspy ry:ssä toteutettu miesten terveyden edistämisen interventio vaiheineen ja kartoittaa interventioon osallistuneiden henkilöiden kokemuksia laajennetun työyhteisön käytöstä terveyden edistämisen välineenä. Aiempia tutkimuksia terveyden edistämisen interventioista laajennetun työyhteisön työskentelymenetelmällä ei löytynyt. Laajennettu työyhteisö oli yhteisöllinen työskentelymenetelmä, joka muodostettiin Kakspy ry:n palveluita käyttävistä miehistä, työntekijöistä ja sosiaali- ja terveysalan opiskelijoista (N=9). Työskentelyssä hyödynnettiin miesten kokemustietoa omasta terveydestään ja tätä kautta pyrittiin edistämään heidän osallisuuttaan. Tavoitteena oli selvittää myös, mitä työskentelytapa vaatii siihen osallistuvilta. Interventio kuvauksen lisäksi tutkimusaineisto koostui kuuden laajennetun työyhteisön työskentelyyn osallistuneiden haastatteluista, jotka analysoitiin sisällönanalyysillä.</p> <p>Tutkimustulosten mukaan osallistujat kokivat laajennetun työyhteisön yhteisöllisyyttä ja osallisuutta lisäävänä työskentelymenetelmänä, jossa kokemustieto, ryhmän tuki ja vertaisuus koettiin ammattilaisen antaman terveystiedon rinnalla merkitykselliseksi terveyden edistämiseen tähtäävässä toiminnassa. Miehet kokivat pelkän ammattilaisen ”valmiin sanan” kuulemista hankalana lähteä toteuttamaan, kokemus siitä oli, ettei se vielä välttämättä sitouta mitenkään. Osallistujien mukaan yhteisöllinen, kokemus- ja ammattilais tietoa yhdistävä menetelmä pienentää intervention epäonnistumista ja säästää resursseja, kun se suunnitellaan alusta alkaen yhdessä. Työskentelymenetelmä vaatii ammattilaiselta tuloksien mukaan kykyä arvostavaan ja tasavertaiseen kohtaamiseen sekä innokkuutta, avoimuutta ja epävarmuuden sietokykyä. Interventio kohdistui liikunnan edistämiseen miesten arjessa ja sivutuotteena interventiossa kehitettiin Operaatio Liikuntakaverit -toimintamalli.</p> <p>Tulosten perusteella voidaan todeta, että kokemustietoa hyödyntävää ja osallisuutta sekä yhteisöllisyyttä lisäävää työskentelytapaa voidaan hyödyntää terveyden edistämiseen tähtäävissä interventioissa. Tutkimus vahvisti aiempia tutkimuksia ryhmän tuen ja vertaisuuden positiivisista vaikutuksista terveyteen ja hyvinvointiin tähtäävissä elintapamuutoksissa.</p>		
<p>Asiasanat yhteisöllisyys, kokemustieto, osallisuus, terveyden edistäminen, interventio</p>		



KYAMK

University of Applied Sciences

Author (authors) Minna Kurttila	Degree Master of Health Promotion	Time May 2016
Thesis Title Extended Working Community in Men's Health Promotion Operation Exercise Friends		60 pages 5 pages of appendices
Commissioned by Socialpsychiatric organization of Southeast Finland (Kakspy ry.)		
Supervisor Sari Ranta, Principal Lecturer		
Abstract <p>There are differences in health behavior between men and women. Men are getting help later in health problems than women and men's life expectancy is lower than women's. People who have faced serious mental health issues (regardless of gender) have increased risk on physical disorders and life expectancy is lower than that of other population. Unhealthy way of life is related side effects of psychiatric treatments for people who have faced serious psychiatric problems. Because of that, health promotion is very important for people with mental health issues. When considering the risk factors and men's differences in health behavior it's very important to promote men's health.</p> <p>The aim for this qualitative study was to describe of men's health promotion intervention which was made by using extended working community. The aim was also to find out experiences from people who take part of extended working community. There was no earlier research data based on extended working community. Extended working community includes men, employees and health care students (N=9) and it was a working method. The aim was to use men's experiential knowledge of their health issues and support their inclusion and get information of using extended work community as a method in men's health promotion. There was also the aim to find out what demands participators need in method. Along with intervention described research material consists of six interviews which were made by participators of extended working community. The material was analyzed using content analysis.</p> <p>According to the results of the study participators of extended work community liked the method because it increased sense of community and inclusion. Men's experiential knowledge of their health issues, group support and peer support with knowledge of employees was meaningful in health promotion. Method is cost effective and there is smaller chance to fail because of developing intervention together from the beginning. Extended work community demands appreciative and equal meeting and excited, open minded from employee and tolerance of insecurity. Intervention was focused on exercising and it was called Operation Exercise Friends.</p> <p>This study finds that extended working community can be used in health promotion interventions and confirm the earlier research data that group and peer support have a positive influence on health and wellbeing.</p>		
Keywords sense of community, experiential knowledge, inclusion, health promotion, intervention		

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	6
2	TERVEYS, MIELENTERVEYS JA HYVINVOINTI	7
2.1	Terveyserot.....	8
2.2	Sukupuolen vaikutus terveyteen	11
2.3	Mielenterveyden häiriöt ja terveys	14
3	TERVEYDEN EDISTÄMINEN	15
3.1	Mielenterveysongelmat ja terveyden edistäminen	17
3.2	Miesten terveyden edistämisen interventiot	18
3.2.1	Yksilöön kohdentuvat terveyden edistämisen interventiot	18
3.2.2	Ryhmämuotoiset terveyden edistämisen interventiot	20
4	OSALLISUUS JA YHTEISÖLLISYYS TERVEYDEN EDISTÄMISESSÄ	22
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	25
6	TUTKIMUKSEN AINEISTO JA MENETELMÄT	26
6.1	Tutkimuksen kohdeyhteisö	26
6.2	Kohdejoukko	27
6.3	Intervention suunnittelu ja toteutus	27
6.4	Haastattelut	29
6.4.1	Haastatteluaineiston kerääminen	29
6.4.2	Haastatteluaineiston analyysi.....	30
7	OPERAATIO LIIKUNTAKAVERIT	31
7.1	Ensimmäinen tapaaminen	31
7.2	Toinen tapaaminen	34
7.3	Kolmas tapaaminen.....	35
7.4	Neljäs tapaaminen	37
7.5	Viides tapaaminen	38
7.6	Arviointitapaaminen	39
8	OSALLISTUJIEN KOKEMUKSET LAAJENNETUN TYÖYHTEISÖN KÄYTÖSTÄ TERVEYDEN EDISTÄMISEN VÄLINEENÄ.....	40

8.1	Osallistujien kokemukset laajennetun työyhteisön työskentelytavasta	40
8.1.1	Yhteisöllisyys.....	40
8.1.2	Kokemustieto ja osallisuus.....	41
8.2	Osallistujan osaamisen vaatimukset laajennetussa työyhteisössä	43
9	POHDINTA.....	44
9.1	Luotettavuus	44
9.2	Tutkimuksen eettisyys	46
9.3	Tulosten tarkastelu	47
10	JATKOKEHITTÄMISEHDOTUKSET	52
	LÄHTEET.....	54

LIITTEET

Liite 1. Palvelumuotoilun elementit

Liite 2. Haastattelurunko

Liite 3. Suostumus haastatteluun

Liite 4. Sisällönanalyysi esimerkki

Liite 5. Operaatio Liikuntakaverit- toimintamalli

1 JOHDANTO

Suomalaisten terveys ja hyvinvointi ovat kohentuneet, mutta samaan aikaan eri sosiaaliryhmien välillä terveyserot ovat pysyneet ennallaan tai jopa kasvaneet. Terveyseroja tarkastellaan useimmiten sosioekonomisen aseman ulottuvuuksilla. Näitä ulottuvuuksia ovat koulutus, ammattiasema ja tulot. Eri sosiaaliryhmien lisäksi terveys- ja hyvinvointierot näkyvät Suomessa alueittain ja sukupuolten välillä. (STM; Lahelma & Rahkonen 2011, 46–48.)

Kymenlaaksossa mielenterveyden häiriöt, alkoholin liikkakäyttö ja päivittäin tupakoivien miesten osuus ovat indeksien mukaan muuta maata korkeampia. Täällä myös miesten rakennetyöttömyys ja koulutuksen ulkopuolelle jääminen ovat kasvaneet, jolloin etenkin miesten syrjäytymisriskit ovat olemassa. (Sotkanet 2010; Hyvinvointikompassi 2014, 2015.)

Mielenterveyden häiriöt ja sosioekonominen asema liittyvät usein toisiinsa. Yksilön heikko sosioekonominen asema voi johtaa huonoon mielenterveyteen tai mikäli kärsii mielenterveyden ongelmista, voi ajautua huonompaan yhteiskunnalliseen asemaan. Lisäksi vakavia mielenterveyden ongelmia kohdannut kärsii usein kielteisistä terveystottumuksista, kuten tupakointi, yksipuolinen ruokavalio ja vähäinen liikunta, jotka heikentävät somaattista terveydentilaa. (THL 2014a; Koponen & Lappalainen 2015, 577.)

Sukupuolten välillä on terveyseroja. Miehet hakevat tutkimusten (Riskä 2011, 65; Kettunen 2010, 34) mukaan apua terveytensä tueksi naisia myöhemmässä vaiheessa ja miesten elinajanodote on naisia alhaisempi sekä Suomessa että maailmanlaajuisesti. Näiden kaikkien edellä mainittujen tekijöiden vuoksi syrjäytymisriskissä olevien väestöryhmien terveyden edistäminen ja terveyserojen kaventaminen ovat tärkeitä. Myös nykyisen pääministeri Sipilän hallituksen ja sosiaali- ja terveysministeriön strategiset tavoitteet tähtäävät terveyserojen kaventamiseen. Ne linjaavat keinoiksi käyttäjä- ja asiakaslähtöisten menetelmien kehittämisen ja yhteenkuuluvuuden ja osallisuuden edistämisen. (Tilastokeskus 2013; STM 2010, 10, 13; Valtioneuvosto 2015.)

Tässä opinnäytetyössä perehdytään mielenterveyden ongelmia kohdanneiden miesten terveyden edistämisen interventioon. Interventio toteutettiin Kaakkois-Suomen sosiaalipsykiatrisessa yhdistyksessä (Kakspy ry.) yhteisöllisesti yh-

distämällä kokemus- ja ammatillaistietoa, laajennetun työyhteisön työskentelymenetelmällä. Tarkoituksena oli kuvata interventio vaiheineen ja kartoittaa interventioon osallistuneiden henkilöiden kokemuksia laajennetun työyhteisön käytöstä terveyden edistämisen välineenä. Intervention sivutuotteena syntyi Operaatio Liikuntakaverit -toimintamalli. Opinnäytetyön aihe on osa Kymenlaakson ammattikorkeakoulun ja THL:n ”Alueellinen eriytyminen ja yhteisölliset menetelmät miesten terveyden edistämässä” – hanketta. (Innokylä 2015.)

2 TERVEYS, MIELENTERVEYS JA HYVINVOINTI

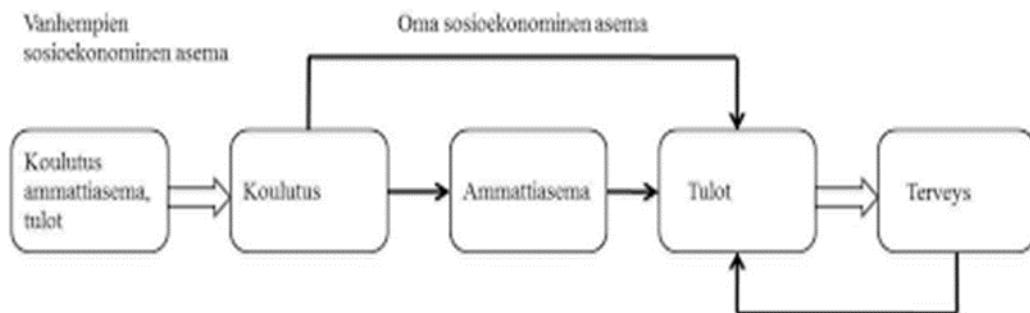
WHO:n terveystieteiden vuodelta 1948 nimeää terveyden täydelliseksi fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaksi. Tätä määritelmää on kuitenkin kritisoitu siitä, että määritelmää sellaisenaan on mahdoton saavuttaa. (Duodecim 2015.) Ottawan asiakirjassa (1986) terveys määritellään päivittäisenä voimavarana, ei koko elämän päämääränä. Terveys on myönteinen asia, sillä korostetaan ihmisen sosiaalisia ja omia voimavaroja sekä fyysistä toimintakykyä. Ottawan asiakirjan määritelmässä terveys on ilmaistu toiminnalliseksi asiaksi ja siksi se soveltuu terveyden edistämiseen. Ottawan asiakirjassa terveyttä pidetään kaikkien oikeutena. (WHO 1986.) Mielenterveydestä WHO toteaa, että mielenterveys on hyvinvoinnin tila, jossa ihminen pystyy toteuttamaan itseään, kestää elämän tavanomaista stressiä ja kykenee työskentelemään tuottavasti ja tuloksekkaasti sekä antamaan oman panoksensa yhteisölle (WHO 2014).

THL:n (2015) mukaan hyvinvoinnin käsite viittaa yksilön hyvinvointiin ja yhteisön hyvinvointiin. Hyvinvoinnin osatekijät voidaan jakaa kolmeen ulottuvuuteen: terveys, materiaallinen hyvinvointi ja koettu hyvinvointi tai elämänlaatu. Yksilötasolla hyvinvointiin voidaan liittää sosiaaliset suhteet, itsensä toteuttaminen, onnellisuus ja sosiaalinen pääoma. Yhteisön tasolla hyvinvointiin liitetään elinolot, kuten asuinolot ja ympäristö, työhön ja koulutukseen liittyvät asiat, kuten työllisyys ja työolot, sekä toimeentulo.

2.1 Terveyserot

Suomalaisen aikuisväestön terveyttä ja terveystyöskäyttämistä on tutkittu vuodesta 1978 alkaen muun muassa AVTK-tutkimuksen (Aikuisväestön terveystyöskäyttämisen ja terveys) avulla. Vuonna 2014 julkaistun viimeisimmän AVTK-tutkimuksen mukaan miesten tupakointi on vähentynyt ja ruokatottumuksissa on tapahtunut myönteisiä muutoksia, alkoholin kulutuksessa sen sijaan ei ole myönteistä muutosta tapahtunut. Elintavoissa on kuitenkin todettu olevan eroja koulutusryhmittäin ja alueittain. Sosioekonomisella asemalla on vaikutusta terveyteen ja sairastavuuteen. (Helldan & Helakorpi 2015, 27; Talala ym. 2014, 2185.)

Terveyseroja tarkastellaan useimmiten sosioekonomisen aseman ulottuvuuksilla. Näitä ulottuvuuksia ovat koulutus, ammattiasema ja tulot. Myös vanhempien tai puolison sosioekonominen asema voidaan ottaa huomioon, jos omaa asemaa ei voida määrittellä (kuva 1). Ihmisen koulutus, ammattiasema ja tulot muodostavat hänen sosioekonomisen aseman. (Lahelma & Rahkonen 2011, 46–48.)

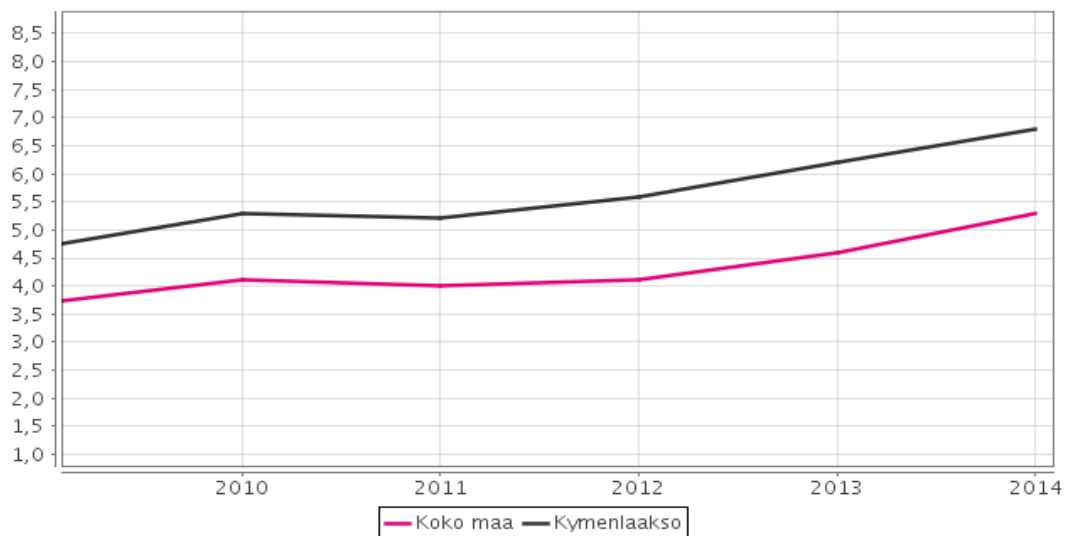


Kuva 1. Sosioekonomisen aseman eri ulottuvuuksien yhteydet terveyteen (Lahelma & Rahkonen 2011, 48)

THL:n sairastavuusindeksin mukaan Suomessa sairastavuudessa ja kuolleisuudessa on alueellisia eroja. Myös suurten alueiden sisältä löytyy terveystyöskäyttöeroja kaupunkien välillä, taustalta löytyy sosioekonomiset erot, ikä, sukupuoli, työllisyys, äidinkieli ja elintapojen erot, jotka vaikuttavat alueellisten terveystyöskäyttöerojen taustalla. Esimerkiksi Kymenlaakson kohdalla sairastavuusindeksi vuonna 2010 oli 107,1 kun koko maan luku oli 100. Sairastavuusindeksi tulee

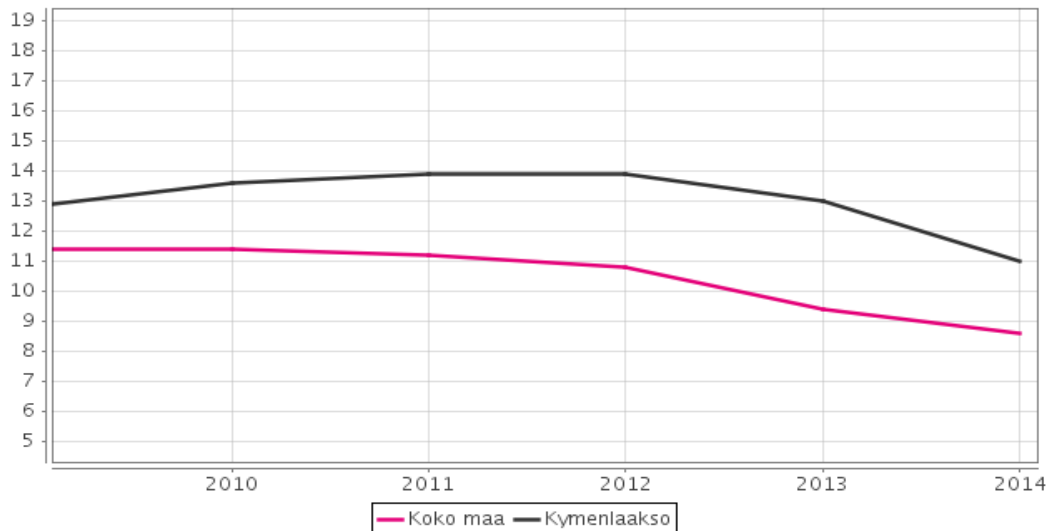
seitsemästä eri sairausryhmästä ja neljästä eri painotusnäkökulmasta, joista sairauksien merkitystä arvioidaan. Sairausryhmät ovat syöpä, aivoverisuonisairaudet, sepelvaltimotauti, tuki- ja liikuntaelinsairaudet, mielenterveyden häiriöt, tapaturmat ja dementia. Indeksissä sairausryhmän yleisyyttä painotetaan sen perusteella, mikä on kyseisen sairausryhmän merkitys väestön kuolleisuuden, työkyvyttömyyden, elämänlaadun ja terveydenhuollon kustannusten kannalta. Mielenterveyden häiriöt ovat indeksin mukaan etenkin Kotkassa keskimääräistä yleisempiä suhteessa muihin samankokoisiin kaupunkeihin. (Sipilä, Parikka, Härkänen, Juntunen, Koskela, Martelin & Koskinen 2014, 2985, 2992.)

Sosioekonomisen aseman (koulutus, ammattiasema ja tulotaso) tiedetään siis vaikuttavan terveyteen. Kymenlaaksolaisten miesten kohdalla ammattiasemaa kuvaava rakennetyöttömyys on korkeampaa suhteessa muun maan tilanteeseen. Kymenlaakson miehistä oli THL:n Hyvinvointikompassin (2014b) mukaan vaikeasti työllistyviä 15- 64v. oli 7,7 % ja koko maan luku oli 6 % vuonna 2014. (Kuva 2.)



Kuva 2. Vaikeasti työllistyvät (rakennetyöttömyys), % 15 - 64-vuotiaista. (Hyvinvointikompassi 2014b)

Lisäksi koulutuksen ulkopuolelle jääneitä kymenlaaksolaisia miehiä oli muuta maata enemmän. Vuonna 2014 kymenlaaksolaisista 17- 24- vuotiaista miehistä jäi koulutuksen ulkopuolelle 11 %, koko maassa saman ikäisiä jäi koulutuksen ulkopuolelle 9,6 % (kuva 3). (Hyvinvointikompassi 2014a.)



Kuva 3. Koulutuksen ulkopuolelle jääneet 17 - 24-vuotiaat %, vastaavan ikäisestä väestöstä. (Hyvinvointikompassi 2014a)

Suomessa terveysterojen kaventaminen eri väestöryhmien välillä on kansallinen tavoite. Sosiaali- ja terveysministeriö (2010, 10,13) on linjannut sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiassaan vuodelle 2020 mm. hyvinvointi- ja terveysterojen kaventamisen keinoiksi eri hallinnonalojen yhteistyön ja sosiaali- ja terveyspalvelujen lähtökohdaksi asiakaskeskeisyyden niin, että käyttäjät ovat aktiivisesti mukana niiden kehittämisessä sekä sosiaalisen yhteenkuuluvuuden ja osallisuuden edistämisen.

Linjauksissa todetaan eri hallintoalojen tiiviin yhteistyön merkitys hyvinvointi- ja terveysterojen kaventamisessa sukupuolten ja eri väestöryhmien välillä. Asiakaskeskeisyyteen ja ennaltaehkäisevän työn osuuteen tulee panostaa, palvelujen käyttäjät tulisi olla aktiivisessa roolissa palveluiden kehittämisessä ja ajantasaista sekä puolueetonta tietoa palvelujen tarjoajista ja hoitovaihtoehtoista tulisi olla tarjolla. Täten palvelujen käyttäjien oma vastuu hyvinvoinnistaan ja terveydestään kasvaisi. Pääministeri Sipilän meneillään olevan hallituksen kärkihankkeisiin vuodelle 2025 on kirjattuina hyvinvointi ja terveys, sekä eriarvoisuuden vähentäminen. Tavoitteiksi on asetettu muun muassa asiakaslähtöiset ja omatoimisuutta tukevat sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaprosessit, tavoitteina on lisätä terveitä elämäntapoja, kuten liikuntaa ja vahvistaa mielenterveyttä jokaisen suomalaisen arjessa sekä kaventaa hyvinvointi- ja terveysteroja. (STM 2010,11; Valtioneuvosto 2015.)

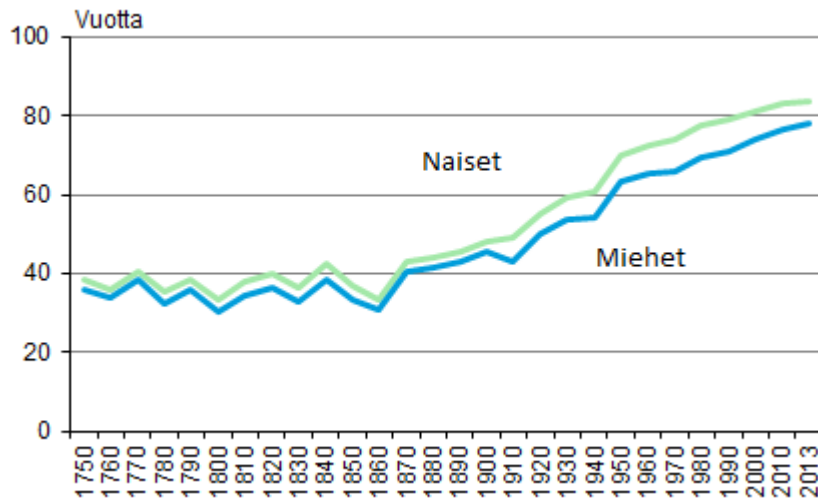
Myös mielenterveys- ja päihdetyössä asiakasosallisuuden lisääminen on asetettu valtakunnallisesti painopistealueeksi. Sosiaali- ja terveysministeriön

vuonna 2007 asettamassa kansallisen mielenterveys- ja päihdesuunnitelman työryhmässä määriteltiin mielenterveys- ja päihdetyössä asiakkaan aseman vahvistaminen muun muassa tavoitteella ottaa asiakkaat mukaan mielenterveys- ja päihdetyön suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Suunnitelmassa painotetaan myös ehkäisyyn panostamista mm. hyvinvointia tukevia yhteisöjä vahvistamalla ja lisäämällä ihmisten omia mahdollisuuksia vaikuttaa itseään koskeviin ratkaisuihin. (STM 2012, 24, 32.)

2.2 Sukupuolen vaikutus terveyteen

Vuonna 1966 epidemiologit Stanislav Kasl ja Sidney Cobb määrittelivät terveyskäyttäytymisen toiminnaksi, jota itseään terveenä pitävä henkilö ryhtyy toteuttamaan, tavoitteena estää sairaus tai huomata se oireettomassa vaiheessa. (Koivusilta 2011, 126). Terveyskäyttäytymiseen liitetään usein ajatus vapaavalintaisuudesta. Koivusillan (2011, 126) mukaan ihmisen käyttäytymisen valinnat eivät kuitenkaan aina ole vapaita, vaan erilaisten reunaehto- jen sitomia. Näitä reunaehtoja tai rajoitteita voivat olla muun muassa ihmisen taloudelliset voimavarat, muiden ihmisten vaikutus, tarjolla oleva tieto, elinympäristöjen piirteet ja ryhmissä vallitsevat käyttäytymissäännöt. Usein käyttäytymisen ei edes tiedosteta liittyvän terveyteen.

Miesten terveyskäyttäytymisessä suhteessa naisiin on todettu olevan eroja. Tilastokeskuksen mukaan vastasyntyneen suomalaisten elinajan odote vuonna 2013 oli miehillä 77,8 vuotta ja naisilla 83,8 vuotta (kuva 4). Tutkimusten mukaan naiset hakevat apua fyysisiin ja psyykkisiin terveysongelmiin useammin kuin miehet, naisten on raportoitu sairastavan enemmän ja miesten kuolleisuus taas on korkeampi kuin naisten. Syynä erilaiseen terveyskäyttäytymiseen naisten ja miesten välillä on pidetty sitä, että naisilla oletetaan olevan kyky ilmaista tunteitaan miehiä helpommin ja tätä kautta matalampi kynnys hakea apua oireisiinsa kuin taas miehet hakevat hoitoa vasta myöhäisessä vaiheessa. (Tilastokeskus 2013; Riska 2011, 60, 65.)



Kuva 4. Elinajanodote (v. 2013) miehet 77,8 vuotta ja naiset 83,8 vuotta (Tilastokeskus 2015)

Naisten etu odotetussa elinajanodotteessa miehiin voidaan nähdä maailmanlaajuisesti. Miehillä todetaan olevan elintavoissa enemmän riskitekijöitä kuin naisilla, he tupakoivat ja käyttävät päihteitä naisia enemmän. Miehet ovat lihavampia, syövät epäterveellisemmin ja harrastavat vähemmän liikuntaa. Miehet ottavat riskejä myös elämässään naisia enemmän, heitä kuolee tapaturmaisesti ja itsemurhiin ja he työskentelevät naisia enemmän vaarallisissa ammateissa. (Pitkälä & Strandberg 2015, 1491.)

Kettusen (2010, 34–35, 37) pro gradu -tutkimuksessa selvitettiin, miten maskuliinisuus ilmenee miesten terveystilassa. Tutkimuksen tuloksina kävi ilmi maskuliinisuuteen liitetty pyrkimys pärjätä yksin. Yksin pärjääminen koostui eri osa-alueista, kuten itsemääräämisestä, hoitoon hakeutumisen pitkittämisestä, vaikenemisesta ja riskien ottamisesta. Aineiston analyysin tuloksena ilmeni miesten yksinpärjäämisen lisäksi taipumus jättäytyä ulkopuolelta ohjatuksi. Tutkimuksessa tulokset kertoivat, että terveydenhuollon hoitajan vastaanotolla miehet pitivät hoitajaa auktoriteettina ja luottivat tämän ammattitaitoon, lisäksi terveyden seurantaan liittyvät mittaukset kiinnostivat miehiä. Vaikka itsemäärääminen oli tärkeää, he jättivät usein vastuun ongelmiansa ratkaisusta ammattilaiselle. Myös vaimon rooli korostui, se oli merkittävässä roolissa yhdessä terveydenhuollon ammattilaisen ohella terveyteen liittyvän päätöksenteon tukemisessa.

Ilkka Pietilä tutki väitöskirjassaan paperitehtaalla työskennelleiden miesten puheita, jotka liittyivät terveydestä huolehtimiseen. Miehet näyttivät motivoituvan

elämäntapamuutoksiin konkreettisten ja mitattavien tavoitteiden kautta. He kokivat palkitsevana, kun tällaiset päämäärät täytyivät. Mikäli konkreettiset, numeeriset arvot eivät sitten täytykään, voi riskinä olla luovuttaminen. Kiinnostus konkreettisiin mittaustuloksiin tuli esiin myös Kettusen (2010) tutkimuksessa. Pietilän tutkimuksessa ilmeni, että hoitohenkilökunnan sanaa arvostetaan, mutta liika toisto saattaa kääntyä hoitohenkilökuntaa vastaan. Pietilän mukaan työelämässä etenkin miesvaltaisilla aloilla huonot terveystottumukset kasaantuvat, työssä on altistus- ja kuormitustekijöitä ja rakenteellisessa tuessa, kuten työterveyshuollossa ja työaikaisissa ruokailumahdollisuuksissa on puutteita. Johtopäätöksissä todettiin, että miesvaltaisissa yhteisöissä terveyden edistäminen tuo työhön omat haasteensa ja vaatii kriittistä tarkastelua, miten lähestyä kyseistä asiakasryhmää, sekä kehittämään omaa ammatillista kulttuurisen-sitiivisyyttä. Pietilän tutkimuksessa todettiin, että sukupuolta enemmän elämäntapoihin näyttäisi kuitenkin vaikuttavan ikä ja sosioekonomiset erot. (Pietilä 2008; Vehmanen & Pietilä 2010, 188, 190.)

Kainuulaisten miesten terveystyöikäytyminen, kulttuurinen näkökulma- tutkimuksessa analysoitiin ja kuvattiin kainuulaisten miesten terveystyöikäytymistä, terveystyöikäytykseen suhtautumista ja terveystyöikäytymiseen liittyvää puhetta. Tutkimus toteutettiin elämäntapa-haastatteluna, jossa tutkittavat kertoivat elämäntarinansa terveyden teemasta lähtien. Aineisto analysoitiin kolmivaiheisesti: aineistolähtöisellä, teemoihin pohjautuvalla ja retorisella analyysillä. Tutkimuksen viitekehys muodostui kulttuurisuudesta. Tulosten mukaan terveyden arvo ohjaa kainuulaisten miesten terveystyöikäytymistä vasta aikuisiässä eikä terveystyöikäilyä käytetä mielellään. Kainuulaisten miesten kohdalla elämäntapojen ja kasvuympäristöstä löytyi asioita, joiden avulla heidän terveystyöikäytymistä ja terveystyöikäilyyn suhtautumista voidaan ymmärtää. Näitä ovat sukupolvelta toiselle periytyneet asenteet ja lähiympäristön runsas sairastavuus. Johtopäätöksinä voitiin todeta muun muassa, että mikäli terveyden arvo ohjaisi kainuulaisten miesten terveystyöikäytymistä, olisi terveellisten elämäntapojen omaksuminen ja elintapojen muuttaminen helpompaa. (Oikarinen 2008, 5, 141.)

Miesten terveystyöikäytymisessä on eroa suhteessa naisiin; miehet myös haavevat naisia heikommin apua ja tukea terveystyöikäilynsä, kuten aiemmin to-

dettiin. Myös sosioekonomisten tekijöiden tiedetään olevan yhteydessä terveyteen ja hyvinvointiin. Lisäksi terveyden lukutaidolla sukupuoleen katsomatta on merkitystä ihmisten tekemille terveystavoille.

Nutbeam (2009, 357) mukaan terveyden lukutaidolla tarkoitetaan ihmisen valmiuksia löytää, ymmärtää ja käyttää saamaansa tietoa terveytensä edistämiseen ja ylläpitämiseen. Kaasalainen, Kasila, Komulainen, Villberg ja Poskiparta (2011, 46–47) tutkivat liikunnan terveyslukutaidon yhteyttä liikunta-aktiivisuuteen työikäisillä miehillä. Johtopäätöksissä todettiin, että hyvä liikunnan terveyslukutaito on yhteydessä aktiiviseen liikunnan harrastamiseen sekä hyvään fyysiseen kuntoon ja päinvastoin. Heikko liikunnan terveyslukutaito voi toimia rajoitteena liikunnan harrastamiselle sekä kokemuksille liikuntaa rajoittavista tekijöistä.

Oulussa toteutetussa MOPO-hankkeessa tutkittiin nuorten miesten terveyden lukutaidon kytkeytymistä heidän liikuntakäyttämiseensä, sekä selittääkö heidän sosioekonominen asemansa näitä yhteyksiä. Tuloksissa todettiin, että miesten heikko terveyden lukutaito oli yhteydessä vähäiseen liikkumiseen ja heikompaan fyysiseen kuntoon. Terveyden lukutaito ja liikkumisen välinen yhteys eivät kuitenkaan ainoastaan selittyneet sosioekonomisella asemalla. (Hirvonen, Huotari, Niemelä & Korpela 2014, 35.)

2.3 Mielenterveyden häiriöt ja terveys

Fyysiset terveystermit ja suurentunut ennen aikainen kuolemanriski liittyvät vakaviin mielenterveyden häiriöihin. Psykiatrisessa sairaalahoidossa kerran olleilla miehillä on keskimäärin 20 vuotta ja naisilla 15 vuotta lyhempi elinajanodote kuin muulla väestöllä pohjoismaisen tutkimuksen mukaan. Mielenterveyden ongelmia kohdanneilla on erilaisia terveydellisiä riskitekijöitä, ja ne vaikuttavat elämänlaatuun, toimintakykyyn ja elinajanodotteeseen. Kielteiset terveystottumukset ja hoitojen haittavaikutukset liittyvät yhteen pitkäaikaisista psykiatrisista häiriöistä kärsivillä ihmisillä. Nämä myös heikentävät ihmisen somaattista terveydentilaa ja lisäävät ylikuolleisuuden riskiä. Ongelmina ovat muun muassa vähäinen liikunta, yksipuolinen ja epäterveellinen ruokavalio, runsas tupakointi ja lihavuus. Nämä lisäävät riskiä sairastua muun muassa sy-

dän- ja verisuonisairauksiin, aineenvaihduntasairauksiin ja syöpään. Tupakkoinnin sanotaan lyhentävän psykiatrisista häiriöistä kärsivän ihmisen elinikää jopa 25 vuodella. Näiden riskitekijöiden vuoksi tulisikin erityisesti kiinnittää huomiota mielenterveyden häiriöstä kärsivän ihmisen terveellisten elintapojen edistämiseen ja elintavoista johtuvien sairauksien ehkäisyyn. Kun edellä mainittuihin riskitekijöihin vielä lisätään miesten terveyskäyttäytymisen ja hoitoon hakeutumisen erot suhteessa naisiin, on miesten terveyden edistämiseen panostus tärkeää. (Wahlbeck, Westman, Nordentoft, Gissler & Laursen 2011, 453; Koponen & Lappalainen 2015, 577; Duodecim 2015.)

3 TERVEYDEN EDISTÄMINEN

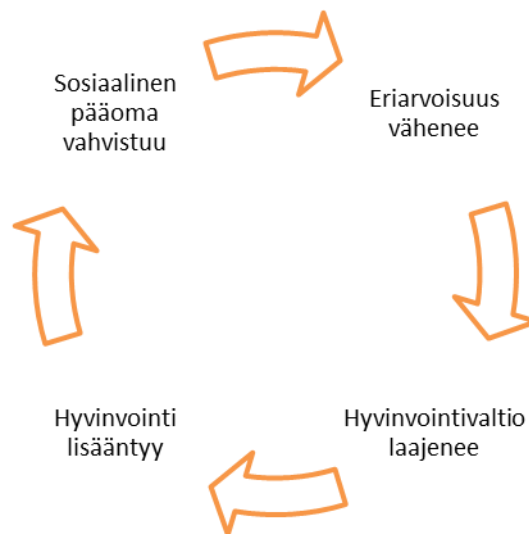
Terveyden edistämisestä säädetään Suomessa mm. kansanterveyslaissa sekä terveydenhuoltolaissa. Kansanterveyslain mukaan ”kansanterveystyöllä tarkoitetaan yksilöön, väestöön ja elinympäristöön kohdistuvaa terveyden edistämistä sairauksien ja tapaturmien ehkäisy mukaan lukien sekä yksilön sairaanhoitoa”. (Kansanterveyslaki 30.12.2012/1327.)

Terveyden edistäminen on kuntien tehtävä. Terveydenhuoltolaissa sanotaan, että ”kuntien on edistettävä ja ylläpidettävä väestön terveyttä, hyvinvointia, työ- ja toimintakykyä sekä sosiaalista turvallisuutta sekä kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja.”(Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326.)

THL:n (2016) mukaan terveyden edistämällä tarkoitetaan suunnitelmallista, tavoitteellista ja välineellistä toimintaa, joilla edistetään hyvinvointia ja ehkäistään sairauksia. Sillä pyritään vaikuttamaan terveyteen liittyviin taustatekijöihin, kuten asuin oloihin, vapaa-ajan mahdollisuuksiin ja työ- ja toimeentulon turvaamiseen. Terveyden edistäminen on lisäksi eri väestöryhmien terveyserojen kaventamista. Ottawan asiakirjan (1986) mukaan terveyden edistäminen on osa joka sektorin politiikkaa, kaikki poliittiset päätökset vaikuttavat terveyteen. Se on terveellisen ympäristön rakentamista, yksilöiden ja yhteisöjen taitojen kehittämistä sekä terveyspalvelujen uudistamista. Tavoitteena on siis parantaa ihmisten vaikutusmahdollisuuksia itsensä ja ympäristön hyvinvoinnista huolehtimiseen.

Terveyden edistäminen voi olla joko preventiivistä tai promotiivista ja sitä voidaan tarkastella yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan tasoilla. Preventio on ongelmalähtöistä, sillä pyritään ehkäisemään sairauksia, preventiivistä terveyden edistämistä ovat esimerkiksi terveysneuvonta, rokotusohjelma ja terveyskasvatus. Promootio on erilaisten mahdollisuuksien luomista ihmisten terveyden ja elämänlaadun kohentamiseksi. Tästä saatu näyttö on kuitenkin vielä heikkoa. Terveyden edistämisen promootiolla pyritään luomaan asuin- ja elinoloja sekä kokemuksia, jotka auttavat yksilöä ja yhteisöä selviytymään. Promootio on voimavaralähtöistä, ja sen tehtävänä on pitää yllä ja vahvistaa terveyttä suojaavia tekijöitä ja näin estää riskien vaikutuksia yksilöihin, esimerkkinä perustarpeet, toimeentulo, sosiaaliset verkostot ja terveellinen yhteiskuntapolitiikka. (Koskinen, Ollonqvist & Savola 2005, 13–15.)

Promootiotasolla terveyden edistäminen tarkoittaa, että yhteiskunnan tarvitsee tehdä terveellisiä yhteiskuntapolitiittisia päätöksiä. Kajanojan (2009, 76) mukaan ne ovat Suomessa sosiaalipoliittisia päätöksiä. Kajanojan ja Hagforsin (2009, 76) kehittämän ”hyvän kehän” (kuva 5) mukaan hyvinvointivaltion panostus terveelliseen sosiaalipolitiikkaan vähentää eriarvoisuutta ja eriarvoisuuden vähentyminen taas vahvistaa sosiaalista pääomaa. Vahvistumisen myötä koko yhteisön hyvinvointi paranee ja näin syntyy ”hyvä-kehä”.



Kuva 5. Hyvä kehä (Kajanoja 2009, 77)

3.1 Mielenterveysongelmat ja terveyden edistäminen

Terveyden edistäminen kohdistuu myös mielenterveyden edistämiseen ja mielenterveyshäiriöiden ehkäisyyn. Mielenterveyden edistäminen ja mielenterveyshäiriöiden ehkäisy ovat toisiaan tukevia toimintoja. Mielenterveyden edistämisen tavoitteena on positiivinen mielenterveys. Tällöin pyritään vahvistamaan yksilön tunnetta oman elämän hallinnasta, itseluottamusta ja tyytyväisyyttä itseensä sekä yksilön kykyä solmia hyviä ihmissuhteita. (THL 2014b.)

Mielenterveyshäiriöiden ehkäisemisessä tavoitteena on sairauksien ja mielenterveyden häiriöiden vähentyminen tai ilmaantumisen ja sairauksien oireiden vähentäminen. Ehkäisemistä voi olla sairauden eri vaiheissa ja koko ihmisen elämän ajan. Mielenterveyden häiriöistä kärsivien ihmisten somaattisten sairauksien tunnistaminen ja vakavuuden arviointi voivat olla haasteellista. Esimerkiksi skitsofreniaa sairastava voi kuolla somaattisiin sairauksiin kaksi-kolme kertaa yleisemmin kuin muut saman ikäiset. Kuten aiemmin todettiin, mielenterveyden häiriöistä kärsivillä ihmisillä somaattiset sairaudet ja elintavat ovat riskitekijöitä ja heidän terveyskäyttämiseensä liittyy haasteita. Heillä itsellään ei välttämättä ole riittävästi aloitteenkykyä oman terveytensä edistämiseen ja he tarvitsevatkin erityistoimia parantaakseen terveyttään ja hyvinvointiaan, jotta terveyseroja mielenterveyden ongelmia kohdanneiden ja muun väestön välillä voidaan kaventaa. (THL 2014b; ETENE 2009, 16 -17.)

Mielenterveyden häiriöt ja sosioekonominen asema liittyvät usein toisiinsa. Yksilön heikko sosioekonominen asema voi johtaa huonoon mielenterveyteen tai mikäli kärsii mielenterveyden ongelmista, voi ajautua huonompaan yhteiskunnalliseen asemaan. Hyvä mielenterveys taas edistää pääsyä ylempään sosioekonomiseen asemaan. Kun sosioekonomisella asemalla todetaan olevan vaikutusta yksilön terveyteen, miesten terveyskäyttämisyksessä suhteessa naisiin tiedetään olevan eroja ja lisäksi mielenterveyden häiriöistä kärsivien ihmisten somaattiset sairaudet ja elintavat ovat riskitekijöitä terveydelle, onkin erityisen tärkeä kiinnittää huomiota mielenterveyden häiriöistä kärsivien miesten terveyden edistämiseen. (THL 2014a.)

3.2 Miesten terveyden edistämisen interventiot

Tämän opinnäytetyön pohjaksi kirjallisuudesta pyrittiin löytämään miehiin ja erityisesti mielenterveyden ongelmia kohdanneiden miesten terveyden edistämisen ryhmämuotoisia interventioita. Tavoitteena oli löytää tutkimuksia tai hankkeita, joissa kokemustietoa on hyödynnetty terveyden edistämiseen tähtävään ryhmätoiminnan suunnittelussa, toteutuksessa ja arvioinnissa.

Etenkin mielenterveysongelmista kärsivien miesten ja heitä osallistavia ja kokemustietoa hyödyntäviä interventioita, hankkeita tai tutkimuksia ei juurikaan löytynyt, vaan interventiot ovat toteutettu perinteisellä mallilla, jossa suunnittelu- ja toteutusvastuun on ottanut ammattilainen, miehet ovat olleet intervention kohteena. Lisäksi miesten osallistuminen ryhmämuotoisiin interventioihin ylipäättänsä on löydettyjen interventioiden mukaan naisia vähäisempää. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöitä terveyden edistämisen interventioista löytyy myös miesten kohdalla, ne ovat kohdennettu johonkin yksittäiseen kohde-ryhmään tai organisaatioon.

Yleisellä tasolla miehiin kohdistuneita terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen hankkeita löytyi, yksittäisinä hankkeina ja koko valtakunnan tasolle ulottuvina. Usein terveyden edistämisen hankkeet on kohdennettu miehiin yksilöinä, ne tähtäävät miesten terveyden edistämiseen elintapamuutoksia ohjaamalla henkilökohtaisella neuvonnalla ja ohjauksella. Seuraavassa luvussa on kuvattuna muutamia interventioita, joissa on tähdätty miesten terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen yksilö- tai ryhmätasolla tai interventio on kohdennettu mielenterveyden ongelmia kohdanneille henkilöille.

3.2.1 Yksilöön kohdentuvat terveyden edistämisen interventiot

Kunnossa kaiken ikää ohjelma -(KKI) tukee työikäisten liikuntaan ja terveellisiin ruokailutottumuksiin liittyviä hankkeita Suomessa. Sillä on useita hankkeita ympäri maan, joilla pyritään terveyttä edistävään muutoksiin etenkin työikäisten parissa. Tällä hetkellä on meneillään miehille kohdistettu valtakunnallinen terveyden edistämisen hanke ”SuomiMies -seikkailee”, joka pyrkii lisäämään työikäisten miesten kiinnostusta omaan hyvinvointiinsa ja auttaa miehiä löytämään itseään kiinnostavia liikuntamuotoja. Ympäri maata kiertää SuomiMies -rekka, jossa mies voi mittauttaa fyysistä kuntoa ja saa testipalautteen

ja ohjausta terveelliseen ravitsemukseen ja liikkumiseen. Lisäksi hanke jakaa tietoa miehille terveyteen ja hyvinvointiin liittyen olemalla lähellä miestä ja mukana miehisessä maailmassa. *”Hankkeessa lähestytään miehiä arvostavasti, suoralla ja rehellisellä tavalla opastaen ja kuunnellen, unohtamatta humoristista otetta.”* Hanke on käynnistynyt vuonna 2007, ja se on käynnissä edelleen. Tarkoituksena on juurruttaa sitä paikallistasolle ja aktivoida paikallisia toimijoita mukaan. Välituloksina haastattelututkimuksen (2013) mukaan miehet pitivät hankkeesta, koska se oli nimenomaan suunnattu heille ja kampanjalla on pystytty vaikuttamaan miehille tarjottuun liikuntaan ja liikunnallisen tasa-arvon edistämiseen. Hankkeessa miehet saavat paljon numeraalista, konkreettista tietoa omasta terveydestään eri mittausten ym. muodossa, joka näyttäytyikin Pietilän (2008) ja Kettusen (2010) tutkimusten mukaan yhtenä miestä motivoivana ja palkitsevana keinona elintapamuutoksissa. (KKI 2015.)

UKK- instituutti tutki vuosina 2009- 2012 Metrimies- tutkimuksessa kaukoliikenteen miespuolisia ammattikuljettajia, joilla epäsäännöllinen työ ja yötyö saattavat altistaa uniongelmille ja väsymykselle ja epäterveellisille ruokailutottumuksille ja vähäiseen liikuntaan. Tavoitteena oli tutkia epäsäännöllisen työn, työstressin ja unen yhteyksiä ja vaikutuksia ja terveyteen. Tutkimukseen valittiin 140 miespuolista ”tukevaa” kuljettajaa, jotka saivat vuoden verran kuukauden välein yksilöllistä elintapaohjausta ravitsemuksen, liikunnan ja unen osalta. Kuljettajat arvottiin kahteen ryhmään, koeryhmään ja vertailuryhmään. Koeryhmään kuuluneet miehet saivat vuoden ajan kuukausittain yksilöllistä elintapaneuvontaa ruokailusta, liikunnasta ja riittävästä unesta. Ravitsemusohjauksen tavoitteena oli mm. ateriarytmin parantaminen ja kasvien syönnin lisääminen. Lisäksi pyrittiin lisäämään kävelyä. Tuloksina todettiin vuoden seurantajakson ja elintapaohjauksen jälkeen kuljettajien painon putoamista, jolloin riskitekijät kansansairauksiin, kuten kohonnut verenpaine, kolesteroli ja verensokeri saatiin laskemaan. Pidempiaikaisesta muutoksesta miesten terveyteen tutkimuksessa ei ole näyttöä. Tämä hanke toteutettiin miehiin yksilöinä ja se noudatti perinteistä ammattilaislähtöistä terveysneuvontaa, jossa valitut miehet olivat terveydenhuollon ammattilaisten toimenpiteiden kohteina. (Puhkala, Kukkonen- Harjula, Mansikkamäki, Aittasalo, Hublin, Kärmeniemi, Olkkonen, Partinen, Sallinen, Tokola & Fogelholm 2015.)

Oulussa toimi vuosina 2009–2012 opetus- ja kulttuuriministeriön rahoittama ”Miehestä mittaa” -yhteistyöhanke. Hanke kohdistui kutsuntaikäisiin miehiin,

ensimmäistä lasta odottaviin isiin sekä eri-ikäisiin riskiryhmissä oleviin miehiin. Sen tavoitteina oli luoda, kehittää ja juurruttaa moniammatillinen yhteistyö osaksi kunnan peruspalveluja. Hankkeessa tavoiteltiin syrjäytymisvaarassa olevia nuoria miehiä muun muassa tarjoamalla terveystuntomittauksia ja antamalla opastusta ja ohjausta liikunnan sekä ravitsemuksen osalta. Isiä lähestyttiin kehittämällä liikunnan näkökulmasta perhevalmennusta ja perheliikuntaa sekä tarjoamalla niiden yhteydessä elintapaohjausta ja terveystuntomittauksia.. Kutsuntaikäisille miehille kehitettiin mm. liikuntaneuvontaa, ohjattu liikuntapäivä ja mahdollistettiin liikuntalajikokeiluja. Hankkeen raportissa kuitenkin todettiin, että kaikkiin toiminnallisiin liikuntatapahtumiin osallistui vähän miehiä, ja todettiin, että syrjäytymisriskissä olevien nuorten miesten palvelut ovat kunnassa pirstaloituneita ja hajallaan. Hankkeen vaikuttavuudesta voitiin kuitenkin kertoa, että kutsuntaikäisten poistumisprosentti saatiin pienemmäksi ja asepalvelukseen määrättyjen osuus kasvoi. Lisäksi hankkeen myötä kehiteltiin moniammatillinen matalan kynnyksen palvelu kaupungin toiminnaksi. Loppuraportissa todettiin, että asiakaslähtöisten palveluiden ja toimintojen kehittämiseksi olisi tärkeää huomioida nuorten osallistaminen heille suunnattujen liikuntapalveluiden kehittämisessä. (Oulun kaupunki.)

3.2.2 Ryhmämuotoiset terveyden edistämisen interventiot

Ryhmän ja vertaistuen merkitystä oli korostettu joissakin terveyteen ja hyvinvointiin liittyvissä hankkeissa. Remes (2010) selvitti pro gradu -tutkimuksessaan masennusta kokevien nuorten aikuisten liikuntakurssin järjestämiseen liittyviä erityispiirteitä. Kohderyhmänä olivat Jyväskylän yliopiston opiskelijat, jotka kokivat masennusta. Ryhmään hakeutui avoimen haun perusteella vain naisia (N=6). Alkuhaastattelussa kartoitettiin ryhmäläisten toiveita, joita ryhmän ohjaaja hyödynsi liikuntakurssin suunnittelussa. Liikuntakurssi oli kestoltaan 3 kuukautta, ja siihen liittyi yhdessä eri liikuntalajien kokeilua että liikuntaohjausta. Kaikki ryhmän osallistuneet arvioivat liikunnan kohottavan mielialaansa hetkellisesti, pidempiaikaisesta mielialan kohoamisesta ei saatu näyttöä. Itseohjautuvuus ja liikunnan lisääminen omatoimisesti liikuntakurssin jälkeen toteutui vaihtelevasti, moni kurssilainen olisi toivonut liikunnan jatkuvan ohjatusti, itseohjautuvaa liikunnan lisääntymistä ei ollut ryhmän aikana tai sen

jälkeen juurikaan syntynyt. Ryhmäläisten osallistuminen liikuntakurssin sisäl-
lön suunnitteluun ennen kurssin alkua arvioitiin onnistuneen kohtalaisesti; osa
kuitenkin koki, että valinnanmahdollisuus liikuntamuotojen välillä oli vaikeaa,
koska alussa oma motivaatio oli vielä heikko. Osallistujien mielestä olisi ollut
helpompi toteuttaa valmista kurssisuunnitelmaa. Tässä tutkimuksessa näh-
dään, että ryhmään hakeutui vain naisia.

Lahdessa toteutettiin vuosina 2008 - 2011 työttömien ryhmämuotoinen elinta-
paohjaus Rytmi -malli, jonka toisessa pilotointivaiheessa sitä laajennettiin
myös mielenterveyskuntoutujien pariin. Rytmi -mallissa koottiin työttömistä tai
mielenterveyskuntoutujista ryhmä, jossa jokainen itse asetti itselle elinta-
pohjansa liittyvän tavoitteen ja lähti ryhmän ohjaajien ja muiden ryhmäläisten
tuella kohti muutosta. Rytmi -mallin tavoitteena oli myös työttömän tai mielen-
terveyskuntoutujan motivaation ja pystyvyyden tunteen lisääminen. Ryhmätoi-
mintaan kuului sekä tiedollista informaatiota terveydestä ja elintavoista sekä
itsenäisiä että ryhmässä tapahtuvia tehtäviä. Mallin arvioinnissa, (joka tehtiin
vain työttömien kohdalla haastatteluin) nousi esiin ryhmämuotoisen interven-
tion positiivinen merkitys osallistujille. Vertaistuellalla ja osallisuuden kokemalla
ryhmäläiset refleктоivat omaa terveyskäyttämistään ja syntyi uusia oivalluk-
sia. Ryhmällä nähtiin olevan vaikutusta ja merkitystä muutosvalmiuteen. Ym-
märitys siitä, että muillakin on samanlaisia ongelmia kuin itsellä, antoi vahvis-
tusta omalle motivaatiolle ja tuki omaa jaksamista. Ryhmäläisten keskuudessa
syntyi muutoksia elintavoissa, mutta ryhmätoiminnan jatkuvuutta toivottiin elin-
tapamuutosten ylläpitämiseksi.

Rytmi -projektissa koettiin saadun paljon arvokasta informaatiota palvelun
käyttäjiltä heidän tarpeistaan sellaisina kuin he itse ne näkevät. Tässäkin tutki-
muksessa ryhmään osallistujat olivat naisia, osallistujien positiivinen palaute
koskien ryhmän asiakaslähtöistä sisältöä ja omasta mahdollisuudesta vaikut-
taa ryhmän toimintaan sekä vuorovaikutukseen ryhmässä olivat positiivisia.
(Tarkiainen 201, 57.) Samantyyppisiä tuloksia vertaisuuden positiivisesta vai-
kutuksesta elintapamuutokseen saivat Ashford, Edmunds ja French (2010,
265) tutkiessaan elintapamuutoksiin liittyvää henkilön pystyvyyteen vaikuttavia
tekijöitä. Tutkimuksessa todettiin, että toisen henkilön havainnointi ja siitä op-
piminen, eli sijaiskokemus lisää pystyvyyttä. Sen sijaan pelkästään suostuttelu
ja esteiden tunnistaminen eivät lisänneet pystyvyyden tunnetta, päinvastoin ne

voivat jopa vähentää sitä. Pietilä (2008) totesi tutkimuksessaan myös, että liiallinen ammattihenkilökunnan antama toisto voi kääntyä negatiiviseksi asiaksi elintapamuutoksessa.

4 OSALLISUUS JA YHTEISÖLLISYYS TERVEYDEN EDISTÄMISESSÄ

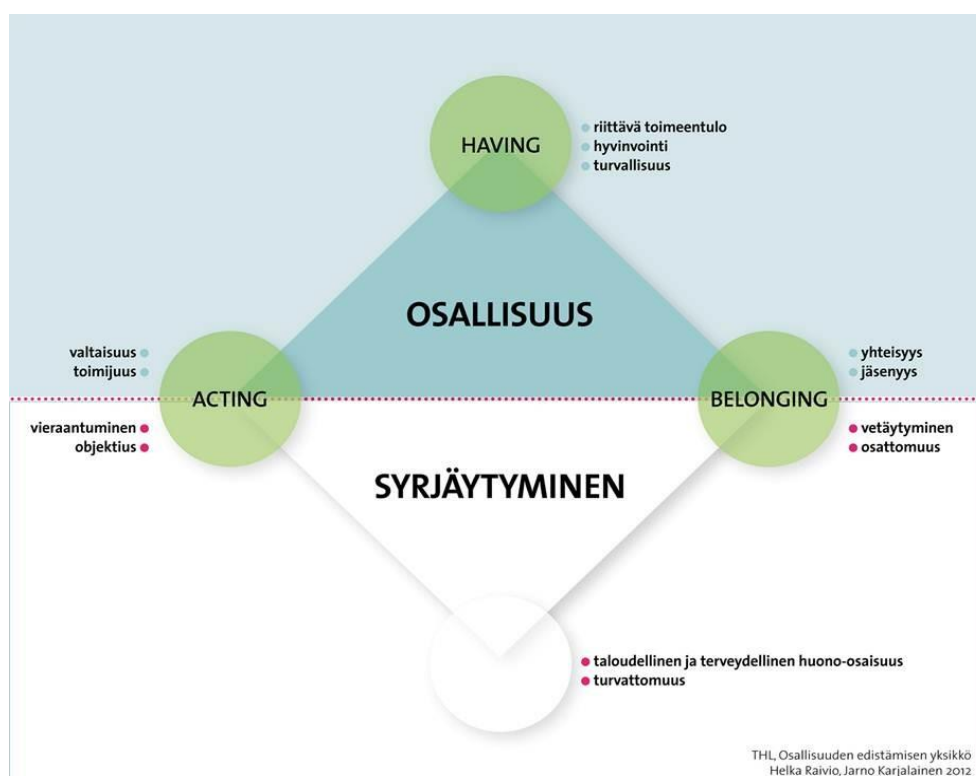
Osallisuudella nähdään olevan terveyttä edistäviä vaikutuksia, ihmisen osallisuudessa korostuu mahdollisuus toimimiseen, ja tämä omaehtoisuuden kokemus voimaannuttaa ihmisen. Voimaantuminen (empowerment) on prosessi, jossa ihminen löytää omat voimavaransa, elämänhallinnan, toimintavalmiuksia sekä – kykyä vaikuttaa itseään koskeviin asioihin. Omat kokemukset, voimavarat, osallisuus ja vuorovaikutus toisten ihmisten kanssa mahdollistavat voimaantumisen. Ihmisen voimaantuminen nähdään yhtenä terveyden edistämisen tärkeänä osana, siinä terveys nähdään keskeisenä yksilön ja yhteisön voimavarana. (Koskinen-Ollonqvist & Rouvinen-Wilenius 2011, 124.)

Osallisuus yhteisön voimavarana sisältää vaikuttamista, kanssakäymistä, tukea luottamusta, vastavuoroisuutta ja sosiaalista pääomaa. Sosiaalisen pääoman sanotaan edistävän terveyttä. Sosiaalisen pääoman voidaan sanoa kertyvän muun hyvinvoinnin tavoin, eniten sitä on nuorilla, korkeasti koulutetuilla ja naimisissa olevilla, eli niillä, joilla on hyvä sosioekonominen asema. Kuitenkin on todettu, että jokainen väestöryhmä hyötyy sosiaalisesta pääomasta, sillä on yhteys terveyteen. Pitkäaikaissairas, jolla on hyvä sosiaalinen pääoma, kokee terveytensä paremmaksi kuin toinen pitkään sairastanut, jolla sosiaalista pääomaa on vähän. Tämän vuoksi sosiaalisen pääoman vahvistaminen osallisuuden keinoin olisikin merkityksellistä niissä väestöryhmissä, joissa sosiaalista pääomaa on vähän ja sairastavuus on korkeaa. (Nieminen 2015, 7.)

Järvikoski, Hokkanen ja Härkäpää (2009, 22) toteavat *osallisuuden* (inclusion) ja *osallistumisen* (participation) käsitteiden tulevan eri teoriaperinteistä, mutta ne ovat merkitykseltään samantyyppisiä. *Osallisuus* on yhteiskuntateoreettinen käsite, syrjäyttämisen tai syrjäytymisen vastinpari, joka liittyy kansalaisuuteen. *Osallisuudella* voidaan tarkoittaa tuntemisen, kuulumisen ja tekemisen kokonaisuuksia. Se on yksilöllinen tunne tai kokemus kuulumisesta johonkin yhteisöön ja yhteiskuntaan.

Laitilan väitöstutkimuksessa (2010, 8) ”Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä” osallisuus määriteltiin näiden palveluiden käyttäjien asiantuntijuuden hyväksymisenä, huomioimisena ja hyödyntämisenä. Osallisuuden katsottiin voivan toteutua kolmella eri tasolla: osallisuus omaan hoitoon ja kuntoutukseen, osallisuus palveluiden kehittämisessä ja järjestämisessä. Tutkimuksessa tuli esiin myös asiakkaiden käsityksiä siitä, että asiakaslähtöisyys ei aina kuulu mielenterveys- ja päihdetyöhön tai että se on osittain vielä pelkkää retoriikkaa.

Raivion ja Karjalaisen (2013, 16–17) määrittelyn mukaan osallisuus rakentuu Allardtia mukaillen kolmen ulottuvuuden kautta. Ne ovat 1) riittävät aineelliset resurssit (having), 2) valtaisuus, toimijuus, toiminnallinen osallisuus (acting), 3) sosiaalisesti merkitykselliset suhteet (belonging). Kun nämä kolme osallisuuden osa-alueita ovat tasapainossa, ilmentää se yksilötasolla hyvinvointia ja se heijastuu yhteiskuntaan sosiaalisena kestävyyttenä. Jokaisella kolmella osa-alueella (kuva 5) on myös negatiiviset vastaparit, jotka ilmentyvät syrjäytymisriskin lisääntymisenä ja osallisuuden vähenemisenä.



Kuva 5. Osallisuus syrjäytymisen vastaparina (Raivio & Karjalainen 2013)

Kuten Kajanoja (2009, 76) aiemmin, myös Hyyppä (2009, 15) toteaa yhteisöllisyydellä ja sitä kautta sosiaalisella pääomalla olevan vaikutusta terveyteen ja

hyvinvointiin. Jos kulttuurissa on tarpeeksi me-henkeä, syntyy sitä kautta luottamusta muihin ihmisiin ja luonnollista taipumusta toimia yhdessä. Tätä kautta syntyy sosiaalista pääomaa. Tämä sosiaalinen pääoma on yhteisön aineetonta varantoa, joka tuottaa yhteisölle ja siihen kuuluville yksilöille terveyttä.

Valtakunnallisissa sosiaali- ja terveystalitiikan strategioissa puhutaan yhtenä osallisuuden mahdollistajana kokemustiedon hyödyntämisestä palveluiden kehittämisesssä. Sosiaali- ja terveystalitiikan strategiassa vuodelle 2020 todetaan asiakaskeskeisyyden ja palvelujen käyttäjien osallisuuden palvelujen kehittämisyössä merkitykselliseksi. Myös kansallinen mielenterveys- ja päihdesuunnitelma linjaa yhdeksi kehittämisen kohteeksi asiakkaan aseman vahvistamisen ottamalla kokemusasiantuntijat ja vertaistoimijat mukaan mielenterveys- ja päihdetyön suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. (STM 2010; STM 2012.)

Kokemustiedolla tarkoitetaan hyvin perusteltua uskomusta, joka sisältää oma-kohtaista kokemusta niistä asioiden tiloista, joihin asia perustuu. Suppeasti määritelmässä kyse on yksilön omista kokemuksista, jotka saadaan omasta elämäntilanteesta. Kokemustietoa voidaan jakaa eteenpäin muun muassa yksilön itsensä kautta, jossa hän kertoo ja jakaa kokemuksiaan, kokemuksista voidaan kuulla välikäden kautta, tai kokemuksista voidaan lukea. (Nieminen 2014, 19–20.) Kokemustiedon käyttö asiantuntijuutena on lähtöisin potilas-, vammais- ja kansalaisjärjestöistä. Sen juuret ovat kolmannen sektorin kuntoutumisessa ja osallisuudessa. Vertaistuella ja kokemustiedolla on merkittävä asema etenkin mielenterveys- ja päihdejärjestöjen palveluissa, joissa hyödynnetään toipumiskokemuksen tietämystä ja työpanosta. Mielenterveys- ja päihdetyössä kokemusasiantuntijalla voi olla omakohtaista kokemusta ja -tietoa mielenterveys- ja päihdeongelmista ja niistä toipumisesta, tai kokemusasiantuntija voi olla palveluita käyttänyt omainen tai läheinen. (Hietala & Rissanen 2015, 12; Hyväri & Rissanen 2014, 289–290.)

Tässä opinnäytetyössä kokemustietoa ja -asiantuntijuutta edustivat terveyden edistämisen interventioon osallistuvat miehet, joilla oli omakohtaista kokemusta sekä psyykkisestä sairastamisesta, että omista elintavoistaan ja sosiaali- ja terveystalitiikan käytöstä. Lisäksi omaa kokemus- ja ammattilaistie-

toa toivat interventioon muutkin osallistujat eli opiskelijajäsenet ja ammattilaiset. Interventiossa haluttiin hyödyntää kaikkien kokemustietoa suunnittelusta alkaen.

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata miesten terveyden edistämisen interventio vaiheineen ja kartoittaa interventioon osallistuneiden henkilöiden kokemuksia laajennetun työyhteisön, jolla tarkoitetaan kaikkia työyhteisössä toimivia henkilöitä, mukaan lukien työntekijät, omaiset, vapaaehtoiset sekä kokemusasiantuntijat (Diakoniaopistot) käytöstä terveyden edistämisen välineenä. Interventio on osa Kymenlaakson ammattikorkeakoulun ja THL:n ”Alueellinen eriytyminen ja yhteisölliset menetelmät miesten terveyden edistämässä” – hanketta.

Tavoitteena on tuottaa tietoa laajennetun työyhteisön käytöstä terveyden edistämisen välineenä ja vastauksia haetaan seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Miten intervention osallistujat kokevat laajennetun työyhteisön työskentelytavan terveyden edistämisen välineenä?
2. Mitä laajennetun työyhteisön työskentelytapa vaatii siihen osallistuvilta?

Tässä opinnäytetyössä tutkimuksellinen lähestymistapa on kvalitatiivinen eli laadullinen. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa lähtökohtana on ihminen, hänen elämänpiirinsä ja niihin liittyvät merkitykset. Koska kyseessä on yksittäisen ihmisen tai ryhmän kokemukset ja merkitykset, siitä ei ole saatavissa tilastollisesti yleistettävää tietoa, kuten kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Kuitenkin molemmissa tutkimustavoissa tutkimuksen avulla pyritään selvittämään totuutta tutkimuskohteina olevista ilmiöistä. (Kylmä & Juvakka 2007, 16–17.) Tässä tutkimuksessa tutkimuksen kohteena ovat laajennetun työyhteisön toimintaan osallistuneiden kokemukset interventiossa.

6 TUTKIMUKSEN AINEISTO JA MENETELMÄT

6.1 Tutkimuksen kohdeyhteisö

Tutkimuksen kohdeyhteisö oli Kaakkois-Suomen sosiaalipsykiatrinen yhdistys (Kakspy ry.), joka on voittoa tavoittelematon yleishyödyllinen järjestö. Se työskentelee aikuisten mielenterveys- ja päihdeongelmia kohdanneiden sekä heidän läheistensä psyykkisen, fyysisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämiseksi. Yhdistyksen toiminnan tarkoituksena on tukea ja edistää mielenterveyttä ja sekä kehittää mielenterveystyötä. Kakspy ry. tuottaa kunnille ja muille julkisyhteisöille muun muassa mielenterveys- ja päihdeongelmia kohdanneille asumis-, työ- ja päivätoimintapalveluja ja osallistuu aktiivisesti kuntoutusmuotojen kehittämiseen hankkeiden ja projektien kautta. Toimialueina ovat Kymenlaakso ja Etelä-Karjala. (Kakspy ry., 2015.)

Kakspy ry:ssä työskentely perustuu yhdistyksen arvoihin ja hyvinvointilähtöiseen työskentely- ja ajattelumalliin. Tämä malli on yhdistelmä eri teorioista ja näkökulmista, kuten positiivinen psykologia, palveluohjauksellinen työote ja toipumisorientaatio (recovery oriented practice). Työskentelymallia on käytetty mielenterveyskuntoutuksessa ainakin USA:ssa, Uudessa Seelannissa, Australiassa, Irlannissa ja Englannissa. Siinä sairauskeskeisestä ajattelumallista siirretään pääpaino yksilön kasvun mahdollisuuksiin, asiakkaan oman osallisuuden lisäämiseen, voimavaroihin, toivoon, itsehoitoedellytysten vahvistamiseen ja sairauden merkityksen rajaamiseen. ”Recoveryssa” positiivisen mielenterveyden edistäminen on keskeistä. Ammattilaiselta se vaatii avoimuutta, vastavuoroisuutta, tasavertaisuutta, keskittymistä ihmisen voimavaroihin ja halukkuutta ”to go to the extra mile”. (Nevalainen 2012; Nordling 2014; Shepherd, Boardman & Slade 2008, 8.)

Recovery- eli toipumisajattelu nähdään kokonaisvaltaisena lähestymistapana, jossa korostuu kuntoutujan voimaantuminen ja oman toimijuuden vahvistuminen ja mallissa palvelunkäyttäjä on kokemusasiantuntija ja hänen tietoaan arvostetaan. Auttamissuhteet ovat tasa-arvoisia, ammattilainen asettuu enemmän valmentajan tai kumppanin asemaan kuin perinteiseen asiantuntija-potilasasetelmaan. Palveluissa keskeisin voima on yksilön kokemus ja palvelut nousevat käyttäjien tarpeista, ei ammattilaisten määrittelyistä. (Kankaanpää, Kurki 2013, 10.)

6.2 Kohdejoukko

Tutkimuksen kohdejoukkona ovat miehet, joten interventio kohdennettiin Kakspy ry:n palveluita käyttäviin miehiin. Miehistä päätettiin valita ne, jotka eivät saa arkipäivässään esimerkiksi asumisyksikön yhteisön tukea tai muuta säännöllistä yksilöllistä ohjausta terveyskäyttäytymiseensä.

Kohdejoukkoa lähestyttiin kutsulla, joita jaettiin huhtikuussa 2015 Kakspy ry:n asiakastyötä tekevien kotikuntoutusohjaajien kautta sekä päivätoimintayksiköihin edelleen jaettavaksi. Kutsussa kerrottiin tulevasta interventiosta ja siitä, että tarkoitus on hyödyntää sekä kokemus- että ammattilaistietoa interventiossa. Lisäksi laajennetun työyhteisön mallin mukaan kutsuttiin myös mielen-terveysongelmia kohdanneiden omaisia, joilla olisi arvokasta kokemustietoa terveyden edistämisestä suhteessa kohdejoukkoon. Heille interventiosta tiedotettiin suullisesti ja kirjallisesti kutsulla Kakspy ry:n omaisten tapaamiskahvilan yhteydessä huhtikuussa 2015 sekä kotikuntoutusohjaajia pyydettiin markkinoimaan interventiota miesasiakkaidensa kautta myös heidän omaisilleen. Suunnitteluvaiheessa sovittiin, että interventioon osallistuu kaksi Kymenlaakson ammattikorkeakoulun terveyden edistämisen yamk-tutkintoa suorittavaa opiskelijaa. Heistä toinen on tämän työn tekijä, joka on sekä Kakspy ry:n työntekijä että opiskelija, ja toinen on opiskelija, jonka opinnäytetyö keskittyi ryhmän toimintaan intervention aikana.

6.3 Intervention suunnittelu ja toteutus

Intervention esisuunnittelu toteutettiin interventioon osallistuvien kahden Kakspy ry:n työntekijän kesken tekemällä kirjallinen suunnitelma, jossa määriteltiin tavoitteet, keinot ja aikataulu interventiolle. Kakspy ry. asetti interventiossa tavoitteiksi:

- a) kokeilla yhteisöllistä, laajennetun työyhteisön menetelmää interventiossa
- b) hyödyntää miesten kokemustietoa terveydestään ja hyvinvoinnistaan ja sitä kautta edistää miesten osallisuutta
- d) käyttää palvelumuotoilun elementtejä soveltaen intervention eri vaiheissa, jolloin kohderyhmä itse osallistetaan toiminnon kehittämiseen

e) saada kokemusta lyhytinterventiomallin hyödyntämisestä ko. kohderyhmän terveyden edistämiseksi

Palvelumuotoilusta (liite 1) on useita eri määritelmiä. Suomalaisittain sen voidaan sanoa olevan prosessi ja työkaluvalikoima, jossa oleellista on kokonaisvaltainen lähestymistapa kehitettävään palveluun. Palvelu pilkotaan pieniin osakokonaisuuksiin ja vielä yksittäisiin elementteihin, jotta niihin päästään paremmin käsiksi. Ihminen on aina osa palvelua ja täten osa palvelumuotoilua, ihminen laitetaan palvelun keskiöön tarpeineen ja kehittäminen lähtee siitä. (Tuulaniemi 2011, 26–27, 66.)

Taustatietona tiedettiin kohdejoukon, eli miesten terveyden edistämisen haasteet sekä etenkin kymenlaaksolaisten miesten kohdalla syrjäytymisriskiin vaikuttavat korkeampi pitkäaikaistyöttömyys ja sairastavuus verrattuna muun maan tilanteeseen. Kymenlaakson ammattikorkeakoulun hankkeen toiveena oli toteuttaa interventio hyödyntämällä yhteisöllistä menetelmää. Kirjallisuuskatsauksen perusteella selvisi, ettei laajennetun työyhteisön mallilla ollut terveyden edistämisen interventiota mielenterveyskuntoutujamiesten kohdalla aiemmin tehty.

Interventiossa primäärihyötyjinä olisivat miehet ja muut laajennetun työyhteisön jäsenet, jotka interventioon osallistuvat, sekundäärihyötyjinä ne miehet, joita intervention kautta tuotettu malli tavoittaisi. Perusteena edellä mainituille valinnoille olivat Kyamk -hankkeen määrittelemät tavoitteet, Kakspy ry:n oma hyvinvointilähtöinen, osallisuutta vahvistava työskentelymalli, sekä työntekijöiden kokemus kohderyhmän haasteista suhteessa ryhmässä toimimiselle ja sitoutumiselle. Suunnitelmavaiheessa jätettiin vielä avoimeksi terveyden edistämisen osa-alue, johon miehet haluaisivat muutosta, sekä toteutustapa, jolla siihen päästäisiin. Tähän päädyttiin, koska tarkoituksena oli antaa miesten vaikuttaa intervention kulkuun mahdollisimman paljon.

Interventiossa päätettiin käyttää terveyden edistämisen kohteena mielikuvituksellista mieshahmoa, jonka terveyttä pyrittäisiin edistämään. Tähän päädyttiin siitä, että miesten olisi mahdollisesti helpompi osallistua työskentelyyn, mikäli heille annetaan mahdollisuus olla kertomatta omasta henkilökohtaisesta terveydestään, jos he eivät sitä halua. Mieshahmo päätettiin luoda tapaamisissa. Jokainen osallistuja saisi osallistua miehen taustatekijöiden luomiseen, ja sen jälkeen ryhdyttäisiin edistämään tämän mieshahmon terveyttä.

Kaikki tapaamiset toteutettiin Kakspy ry:n päivätoiminnan tiloissa, josta saatiin erillinen ryhmätila käyttöön, ja se oli valtaosalle miehistä entuudestaan tuttu paikka. Jokaiseen tapaamiseen oli varattuna kahvia, teetä ja pientä suolaista syötävää, jotka olivat tarjolla koko ryhmätyöskentelyn ajan. Tarjoilun ajateltiin tuovan motivaatiota ja rentoutta työskentelyyn.

Intervention ilmoittautui viisi miestä, kaksi terveyden edistämisen opiskelijaa, jotka tekivät interventiosta omat oppinnäytetyönsä, ja joista toinen edusti Kakspy ry:tä työntekijän roolissa (vastaava ohjaaja). Viime hetkellä mukaan rekrytoitiin vielä ensihoidon opiskelija, joka suoritti työharjoittelua Kakspy ry:n asumispalveluyksikössä. Yhteensä osallistujia oli yhdeksän, edellä mainittujen lisäksi mukana oli vielä toinen Kakspy ry:n työntekijä (palvelupäällikkö). Omaisia ei kutsusta huolimatta intervention saatu osallistumaan.

Koko intervention ajan laajennetun työyhteisön työskentelyä ja keskustelua ohjaisi ja kokoaisi Kakspy ry:n työntekijä (myöhemmin puheenjohtaja), joka myös dokumentoisi ja pohjustaisi materiaaleja sekä toimittaisi niitä seuraaville kerroille osallistujien käyttöön.

Intervention kustannukset muodostuivat Kakspy ry:n työntekijöiden palkkakustannuksista, tilavuokrasta, tarjoiluista ja materiaalikustannuksista.

6.4 Haastattelut

6.4.1 Haastatteluaineiston kerääminen

Tutkimuksessa aineistonkeruu voi tapahtua usealla eri menetelmällä. Perusmenetelmiä ovat kysely, haastattelu, havainnointi ja dokumenttien käyttö.

Tässä tutkimuksessa aineistona käytettiin teemahaastatteluja, joiden avulla haettiin vastauksia tutkimuskysymyksiin laajennetun työyhteisön käytöstä terveyden edistämisen välineenä. Teemahaastattelurunko (liite 2) rakentui Kakspy ry:n interventiolle asetettujen tavoitteiden mukaisesti. (Kananen 2012, 95; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 214–216.)

Teemahaastattelu on lomake- ja avoimen haastattelun välimuoto ja yksi kvalitatiivisen tutkimuksen tiedonkeruumenetelmä. Kananen (2012, 99) mukaan

tutkimuksessa voidaan käyttää teemahaastattelua tutkimuksen niissä vaiheissa, joissa tarvitaan ymmärrystä ilmiöistä, kuten esimerkiksi ongelman määrittelyssä, vaikuttavuuden arvioinnissa tai tulosten arvioinnissa.

Tässä tutkimuksessa haastateltiin interventioon osallistuvista henkilöistä (N=9) kuusi henkilöä. Teemahaastattelut toteutettiin kysymällä interventioon osallistuneilta suostumusta haastatteluun. Miehiä osallistui interventioon yhteensä viisi. Kolme heistä oli halukkaita haastatteluun. Lisäksi haastateltiin mukana olleet kaksi opiskelijaa ja yksi työntekijä. Haastattelut suoritettiin kesä- ja elokuussa 2015. Ne sovittiin tapauskohtaisesti paikkaan, mikä haastateltavalle sopi tilanteessa parhaiten, suurin osa suoritettiin samassa Kakspy ry:n tilassa, jossa interventio käytännössä toteutettiin. Jokainen haastattelu kesti n. tunnin ja ulkopuolisia keskeytyksiä ei haastattelujen aikana ollut. Tallentamiseen käytettiin puhelimen ääninauhurihjelmaa. Haastattelujen tallennus ja haastateltavien anonymisuus käytiin läpi haastattelun alussa suullisesti ja kirjallisesti (liite 3). Kirjallisessa suostumuksessa kerrottiin myös, että äänitallenteet hävitetään tutkimuksen valmistuttua.

6.4.2 Haastatteluaineiston analyysi

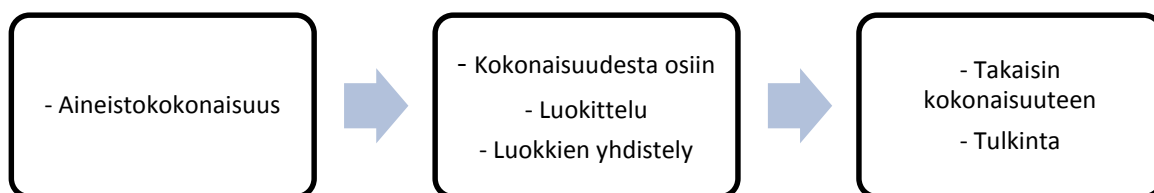
Haastattelujen litterointi on äänitallenteiden muuttamista kirjalliseen muotoon, jolloin niitä voidaan käsitellä manuaalisesti tai ohjelmallisesti erilaisilla analyysimenetelmillä. Teemahaastatteluaineisto kirjoitetaan siis tekstimuotoiseksi mahdollisimman sanatarkasti. (ks. Kananen 2012, 109.)

Aineiston litteroinnissa on tarkkuuden suhteen erilaisia tasoja. Tässä opinnäytetyössä käytettiin yleiskielistä litterointia, jolloin haastattelut kirjoitettiin auki niin, että niistä jätettiin pois äänenpainot, eleet, äännähdykset jne. Tekstiin jätettiin kuitenkin murre- ja puhekieli, eli niitä ei litterointivaiheessa muunnettu kirjakieleen. (Kananen 2012, 110.)

Teemahaastattelusta analyysiä voidaan tehdä eri tavoin. Aineistoa voidaan analysoida joko aineistolähtöisesti, teorialähtöisesti tai teoriasidonnaisesti. Pääperiaate on, että valitaan sellainen analyysitapa, jolla voidaan parhaiten vastata ongelmaan tai tutkimustehtävään. Tässä opinnäytetyössä sovellettiin teoria- ja aineistolähtöisen tutkimuksen välimaastoa, teoriasidonnaista analyysi-

sia, jossa aineiston analyysi ei suoraan perustu teoriaan, mutta kytkennät siihen ovat havaittavissa. Tällöin aineistosta tehdyille löydöksille etsitään tulkintojen tueksi teoriasta selityksiä tai vahvistusta. Teoriasidonnaista lähestymistapaa aineistoon voidaan kutsua myös abduktiiviseksi päättelyksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95–97.)

Sisällönanalyysilla pyritään järjestämään aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon ja luoda sanallinen ja selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Analyysi etenee vaiheittain (kuva 7), johon kuuluvat aineistokokonaisuuden muuttaminen kokonaisuuksista osiin ja osien luokitteluun, näiden luokkien yhdistelyyn, ja lopulta jälleen takaisin kokonaisuuteen eli aineiston tulkintaan. Haastattelujen aineisto koottiin sisällönanalyysin mukaisesti ensin pelkistettyyn muotoon, siitä alaluokkiin, pääluokkiin ja lopulta yhdistävään luokkaan (liite 4), jotka muodostuivat haastattelun teemoista ja intervention tavoitteista. Tulkinta sisällönanalyysistä tuloksista on koottuna lukuun 8. (Ks. Hirsjärvi & Hurme 2011, 144.)



Kuva 7. Teemahaastatteluaineiston analyysin vaiheet (alkup. Hirsjärvi & Hurme 2011, 144)

7 OPERAATIO LIIKUNTAKAVERIT

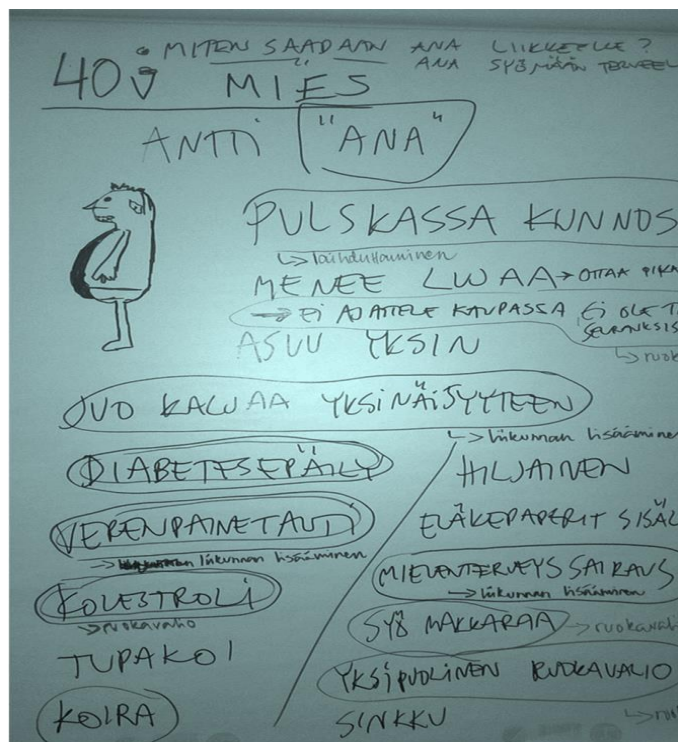
7.1 Ensimmäinen tapaaminen

Ensimmäiseen tapaamiseen (4.5.2015) saapui kaikki viisi miestä, jotka olivat ilmoittaneet kiinnostuksena interventioon. Ensimmäisen kerran tavoitteena oli esittäytyä toisille ja kertoa intervention idea ja tarkoitus. Lisäksi tavoitteena oli yhdessä päättää ja työstää terveyden edistämisen osa-alue, johon haluttaisiin interventiossa panostaa.

Esittelyjen jälkeen työntekijät kävivät läpi laajennetun työyhteisön ideaa; tarkoitus oli yhdistää ja hyödyntää kokemus- ja ammattilaistietoa miesten terveyden edistämässä niin, että jokainen ryhmässä olijalla olisi tasavertainen osallistuja ja toisi omaa tietoa aiheesta yhteiseen käyttöön. Lisäksi tuotiin esiin, että kaikki ryhmässä tapahtuvat keskustelut ja niistä tehtävät dokumentoinnit tehtäisiin niin, ettei ketään voi henkilökohtaisesti niistä tunnistaa. (Henkilötietolaki 22.4.1999/523 14§.) Kaksi ryhmän osallistujaa, Kakspy ry:n työntekijä ja yamk-opiskelija kertoivat oman roolinsa interventiossa, he olivat mukana laajennetussa työyhteisössä sekä osallistujina että havainnoijina, molempien oppimäytetyö kohdistuu interventioon.

Työskentely aloitettiin pohtimalla pienissä 2-3 hengen ryhmissä, mitä terveys on. Mielikuvat terveydestä kirjattiin lapuille ja kerättiin yhteen. Tämän jälkeen yksittäiset sanat ryhmiteltiin lapuilla seinille aiheiden mukaan, joiden avulla muodostui yhteinen käsitys siitä, että hyvä terveys oli osallistujien mielestä hyvää oloa, hyvää mielialaa ja jaksamista. Jotta hyvään oloon päästäisiin, pohdittiin keskustellen, mitkä asiat edistävät hyvää oloa. Keskustelua käytiin eri elintapojen välillä, eniten liikunnan ja ravitsemuksen välillä hyvinvoinnin edistäjinä, lopulta päädyttiin liikuntaan. Yhteistuumin valittiin liikunta terveyden edistämisen ja intervention aiheeksi.

Tämän jälkeen luotiin mieshahmo (kuva 8), jonka liikkumista haluttiin lisätä ja sitä kautta edistää terveyttä. Miehet keksivät mieshahmolle nimen "Ana", jolle luotiin ikä ja taustatietoja, sairauksia ja esteitä, joiden vuoksi liikkuminen oli Analle vähäistä. Puheenjohtaja piirsi tikku-ukon fläppitaululle ja jokainen sai ehdottaa mieshahmolle taustatekijöitä ja muita tietoja, joiden kanssa Ana painiskelee. Ana on 40-vuotias mies, joka juo kaljaa yksinäisyyteen ja kärsii korkeasta verenpaineesta ja kolesterolista. Lisäksi hän tupakoi ja syö yksipuolisesti. Analla on sinkku, hän omistaa koiran. Ana on hiljainen ja kärsii mielen-terveyden ongelmista. Tämän jälkeen lähdettiin miettimään, miten saadaan Ana liikkeelle.



Kuva 8. Miesprofiili Ana

Ensimmäisen tapaamisen työskentelyssä hyödynnettiin palvelumuotoilun elementtien ensimmäistä vaihetta, asiakasymmärrystä aiheeseen. Yhdessä määriteltiin terveyden edistämisen osa-alue käsittelyyn ja pohdittiin, mitkä liikunnassa ovat haasteina miehille, ja selviteltiin tarpeita sisältäen liikkumisen haasteisiin. Lisäksi luotiin kuvitteellinen mieshahmo, jolloin interventioon osallistuvien miesten ei tarvinnut omakohtaisesti kertoa ongelmistaan suhteessa liikkumiseen tai terveyteen, vaan he pystyivät ulkoistamaan itsensä ja keskittymään mielikuvitushahmon terveyden edistämiseen.

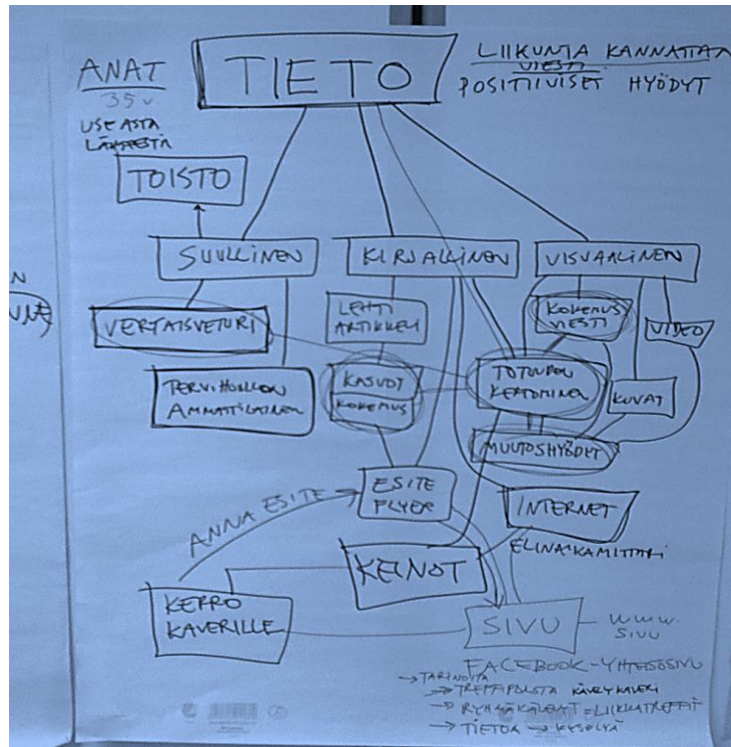
Tapaamisen lopussa käytiin palautekierros, jossa pohdittiin, miltä työskentely tuntui. Puheenjohtaja kokosi ensimmäisen tapaamisen sisällön yhteen. Ensimmäisellä kerralla tunnelma ja ryhmässä oleminen vaikutti luontevalta ja rennolta, osa työntekijöistä ja miehistä olivat tuttuja toisilleen jo aiemmista yhteyksistä. Ensimmäisellä kerralla keskustelun käynnistymistä helpotti selkeästi alussa ollut parityöskentely, jossa pareina käytiin ensin keskustelua terveydestä. Tämän jälkeen keskustelu laajennettiin koko ryhmän kesken ja jo ensimmäisellä kerralla jokainen jakoi työskentelyyn omaa kokemustietoaan ja mielipiteitään, aihe oli jokaista osallistujaa koskettava. Tapaamisessa oli vapaasti tarjolla syötävää ja juotavaa, joita jokainen hyödynsi työskentelyn lomassa.

7.2 Toinen tapaaminen

Toisen tapaamisen (5.5.2015) aluksi kerrattiin edellisen tapaamisen sisältö lyhyesti ja jaettiin siinä tuotettu materiaali kaikkien käyttöön. Paikalla oli sama määrä osallistujia kuin ensimmäiselläkin kerralla, yksi mies oli jäänyt pois, mutta eräs miehistä oli kutsunut tilalle uuden osallistujan, hän kuitenkin poistui kesken toisen tapaamisen huonoon oloon vedoten.

Kertauksen jälkeen jatkettiin mieshahmo Anan työstämistä miettimällä yhdessä mitä tarvitaan, että saadaan Ana liikkumaan. Ryhmässä pohdittiin, mitä tarvitaan, jotta mies kokee liikunnan mielekkääksi ja terveyttä edistäväksi. Sen jälkeen ajatukset listattiin fläppitaululle (kuva 9) kaikkien nähtäviksi ja keskusteltiin aiheesta. Lopputuloksena syntyi ajatus, että miehet tarvitsevat tietoa useasta eri lähteestä, jotta liikunta koetaan mielekkääksi ja merkitykselliseksi. Tietoa tarvitaan niin ammattilaisten kuin vertaistenkin tuottamana eri viestintäkanavia hyödyntäen. Pohdittiin suullisesti saadun tiedon lisäksi internetin ja sosiaalisen median mahdollisuuksia ja haasteita tiedonsaantikanavina. Miehet toivat esiin muun muassa Facebook-yhteisön perustamisajatuksen liikunnan ja muiden terveyttä edistävien elintapojen ympärille. Lisäksi tiedon rinnalle kaivattiin ”vertaisveturia”, toista miestä, jolla on jo kokemusta liikunnan positiivista vaikutuksista omassa elämässään. Tämän vertaisen löytyminen voisi myös olla mahdollista Facebookin kautta.

Toisen tapaamisen työskentelyssä edettiin palvelumuotoilun elementeissä soveltaen kohtaan kaksi, jossa ideaa selkeytetään ja kiteytetään ja kehitellään eteenpäin. Tapaamisen lopuksi jälleen käytiin suullinen palautekierros ja ryhmän puheenjohtaja kokosi aiheet ja sisällöt yhteen.



Kuva 9. Tiedon eri lähteet, ideointia

Toisen tapaamisen aikana ryhmä oli keskustelevalta ja osallistuvaa, vuoropuhelua syntyi. Keskusteluun autettiin ajoittain työntekijän esittäminä tarkentavina kysymyksin, joihin miehet vastailivat. Palaute ryhmältä oli positiivista, luottamus ryhmän jäsenten kesken vaikutti syntyvän, uskallettiin puhua omista kokemuksista ja vaikeuksista suhteessa terveyteen ja sen ylläpitämiseen. Tapaamisen kesto oli kaksi tuntia, ja palautteen mukaan se oli juuri sopivasti, pidempään ei olisi jaksettu keskittyä. Tapaaminen ajoittui aikataulujen vuoksi vasta klo 16 jälkeen ja moni toi esiin, että omalle päivälle oli tullut jo pituutta.

7.3 Kolmas tapaaminen

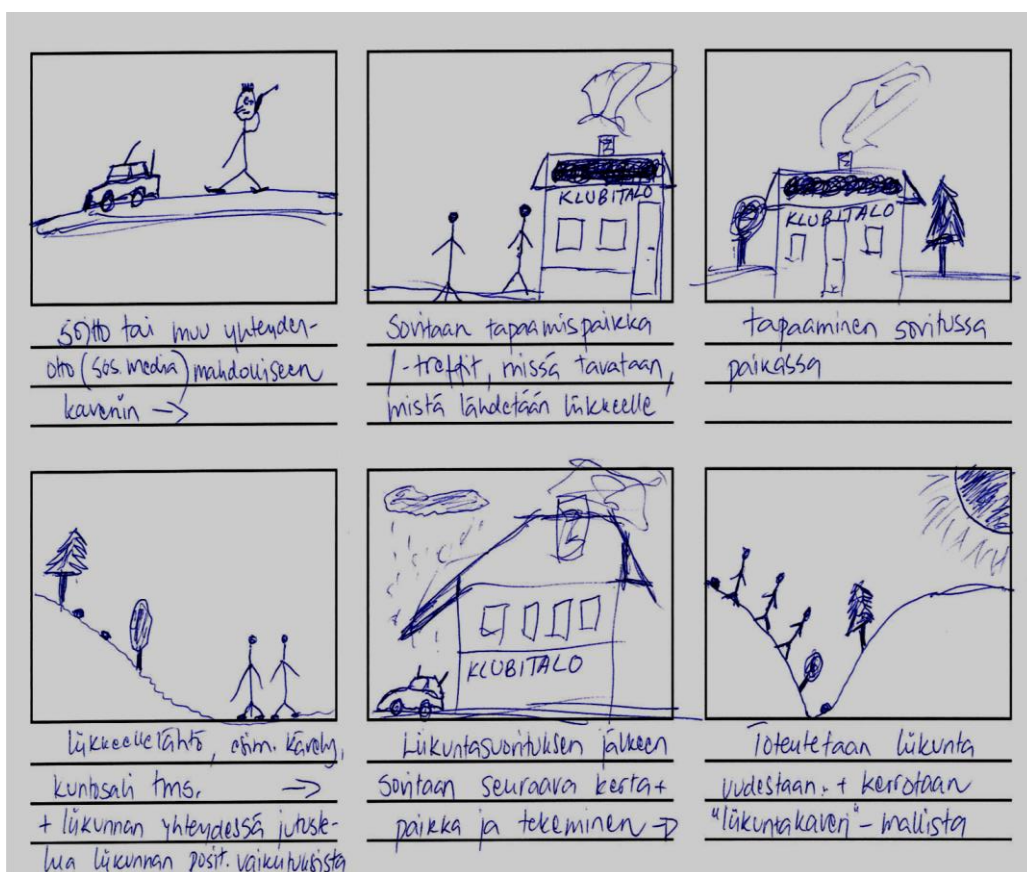
Kolmannella tapaamiskerralla (8.5.2015) keskityttiin jatkokehittämään aiemmillä kerroilla tuotettuja materiaaleja yhdistelemällä niitä. Paikalla oli kaikki osallistujat, edellisellä kerralla poissa ollut mies palasi ryhmään ja toisella kerralla käväissyt uusi jäsen jäi pois.

Kuvitteellisen mieshahmo Anan liikuttamiseksi todettiin aiemmillä kerroilla tarvittavan tietoa sekä ammattilaisten että vertaisten tuottamina. Kolmannella tapaamiskerralla pohdittiin vertaistiedon ja vertaiskokemuksen hyödyntämistä

Anan liikunnan lisäämiseksi visualisoimalla parityönä sarjakuvaa mukaileva storyboard-paperi (kuva 10), johon piirrettiin liikkumisen eteneminen ketjuna. Miten vertainen saisi Anan liikkeelle ja voisi kertoa liikunnan positiivisista vaikutuksista omaan kokemukseensa perustuen? Kun yksi saa liikkeelle toisen, tätä ketjua voitaisiin jatkaa saamalla yhä uusia miehiä liikkeelle ja sopimalla liikuntatreffejä joko pareina tai ryhminä. Liikuntamuodon ryhmä voisi päättää omien mieltymysten mukaan.

Päädyttiin lopputulokseen, että motivaation tueksi tulee käyttää jonkinlaista palkitsemisjärjestelmää liikunnan edistämisessä ainakin alkuun, jonka jälkeen tavoitteena olisi, että itse liikunta ja siitä tuleva hyvä olo itsessään olisivat palkitsevia. Ryhmässä päädyttiin kehittämään pistekorttijärjestelmää, johon liikunnasta kertyviä pisteitä voisi merkata. Ryhmän puheenjohtaja ehdotti esitteen rakentamista, jossa liikkumisideaa esiteltäisiin ja idea saataisiin paremmin jalkautettua. Ryhmä pohti keskenään, mikä esitteessä olisi tarpeellista ja miltä sen tulisi näyttää.

Kolmannen kerran tapaamisessa palvelumuotoilun elementtejä sovellettiin eläytymällä aiheeseen visualisoinnin keinoin ja konkretisoimalla vertaisveturin hyödyntämistä liikkumisen tukena ja kehittämällä pistekorttijärjestelmä motiivoinnin tueksi.



Kuva 10. Sarjakuva liikuntakaverin liikuntatreffeistä

Tapaamiskerran lopuksi kerättiin jälleen suullinen palaute työskentelystä osallistujilta ja puheenjohtaja kokosi tapaamisen sisällön yhteen. Ryhmässä työskenneltiin jälleen osittain pareina, muun muassa sarjakuvien luomisen ajan. Osallisuuden voimavarana sanotaan olevan vaikuttamista, vastavuoroisuutta sekä luottamusta, joka näkyi havaintojen mukaan ainakin innostumisena asiaan ja kykyä uskaltaa sanoa oma mielipide, joka mahdollisesti oli luottamuksen osoitus ryhmää ja sen jäseniä kohtaan. Ryhmän osallistuminen ja kokemuksen jakaminen miesten terveydestä, sen edistämisestä ja haasteista oli jälleen aktiivista. mutta aktiivisuus ei jakautunut tasaisesti. Osa miehistä oli enemmän tarkkailijan roolissa, eikä tuonut niinkään esille omia mielipiteitään.

7.4 Neljäs tapaaminen

Neljännellä tapaamiskerralla (11.5.2015) aloitettiin jälleen kertauksella ja jaettiin kaikille edellisellä kerralla tuotettu materiaali. Paikalla oli neljä miestä, yhden ollessa pois, yhteensä kahdeksan henkilöä. Työskentelyä jatkettiin pohti-

malla ryhmänä edellisen kerran sarjakuvien tuotettuja liikuntatreffejä ja sitä, miten saadaan motivoitua miehet liikkeelle kerta toisensa jälkeen. Lisäksi pohdittiin, miten löydetään mahdollisesti uusia miehiä liikuntakavereiksi.

Idea etenee seuraavasti: Mies kutsuu kaverinsa yhdessä liikkumaan. Liikkumisessa syntyvä hyvä olo saa kaverin kutsumaan uuden kaverin liikkumaan. Uuden kaverin hyvä olo saa hänetkin kutsumaan taas uuden kaverin liikkumaan. Jokainen liikuttaja ansaitsee itselle liikuntapisteitä. Jokaisesta uudesta liikkeelle saadusta miehestä saa 10 pistettä. Uudelleen saman kaverin liikkeelle saamisesta saa 5 pistettä. Kaverin liikkeelle saaduista kavereista saa 2 pistettä kustakin. Palkintona mies saa 50 kerätystä pisteestä 5 € arvoisen Smartum- kulttuuri- ja liikuntasetelin. Osallistuja voi kerätä kuukaudessa kaksi liikuntaseteliä ja yhteensä maksimissa kymmenen kappaletta vuoden aikana. Suositusliikuntakerta on vähintään 30 minuuttia, päivässä voi kirjata vain yhden oman liikuntakerran. Tämä em. pistelaskukaavaa ja ideaa hiottiin tapaamisessa pitkään, kunnes lopputulokseen päädyttiin.

Lopuksi aloitettiin vielä esitteen hahmottelu, liikuntainterventio sai nimekseen ”Operaatio Liikuntakaverit”. Ryhmässä sovittiin, että Kakspy ry:n työntekijä (puheenjohtaja) hahmottelee esitettä Liikuntakavereista ja tuo sen ryhmään seuraavaksi kerraksi esittelyyn. Neljännen kerran tapaamisessa palvelumuotoilun elementeistä käytettiin palvelun kehittämistä, seulontaa ja konkretisointia, jotka johtavat toteutukseen.

Tapaamisen lopussa käytiin suullinen palautekierros ja puheenjohtaja kokosi keskustelun yhteen. Palaute oli jälleen pääosin positiivista, kritiikkiä tuli muun muassa pistelaskun monimutkaisuudesta. Havaintojen mukaan osallistuminen ja kokemustiedon jakaminen tällä tapaamiskerralla oli hieman nihkeää, vuorovaikutus oli vaisumpaa, enemmän työntekijälähtöistä. Kuitenkin jonkinlainen luottamus ja yhdessä tekeminen ryhmän kesken oli syntynyt, koska osallistumisaktiivisuus ja sitoutuminen interventioon olivat edelleen hyvät sekä kokemustietoa ja kritiikkiäkin tuotiin ryhmässä rohkeasti esiin.

7.5 Viides tapaaminen

Viides tapaaminen (20.5.2015) alkoi edellisen tapaamisen kertauksella ja edellisellä kerralla tuotettu materiaali jaettiin osallistujille. Paikalla oli jälleen

kaikki laajennetun työyhteisön interventioon alusta alkaen osallistuneet miehet. Tapaamisessa käytiin läpi esitehahmotelma, jonka Kakspy ry:n työntekijä oli hahmotellut tuotettujen materiaalien pohjalta ja yhdessä hiottiin se lopulliseen muotoon paikan päällä. Sovittiin, miten miehet lähtevät tätä Liikuntakaveriteita-idea arjessaan toteuttamaan ja tarkennettiin vielä pistelaskukaavaa liikuntapisteiden keräämiseksi. Lopuksi päätettiin seuraavan tapaamisen ajankohta ja interventioon osallistuneiden palkitseminen. Suunnitteluvaiheessa oli jo sovittu, että palkitseminen olisi ravintolalounas kaikille osallistujille, nyt vielä päätettiin paikka, joka miellyttäisi jokaista osallistujaa. Palvelumuotoilun elementeistä oltiin jo kehittämisen toteutus- ja jalkautusvaiheessa.

Tapaamisen lopussa käytiin palautekierros ja jälleen puheenjohtaja kokosi tapaamisen sisällön yhteen. Tunnelma oli vapautunut ja rento, keskustelu ryhmässä oli vapaamuotoista ja syrjähteli välillä aihepiiristä. Keskusteluissa oli esillä ryhmäläisten henkilökohtaisia asioita, kuten kiinnostus toisten osallistujien työtä, opiskelua ja harrastuksia kohtaan. Viimeisen ryhmätapaamisen aikana oli havaittavissa ryhmän luottamus ja yhteenkuuluvuuden tunne jollakin tasolla, keskustelu oli rentoa ja vapautunutta, sekä siirtyi selkeästi jo ryhmäläisten henkilökohtaisiin asioihin ja kysymyksiä esitettiin rohkeasti puolin ja toisin.

7.6 Arviointitapaaminen

Arviointitapaaminen (3.6.2015) toteutettiin kahden viikon päästä edellisestä tapaamisesta. Paikalla olivat kaikki miehet, opiskelijoista yksi puuttui työesteiden vuoksi, yhteensä paikalla oli kahdeksan henkilöä. Miehet kertoivat, miten olivat Operaatio Liikuntakaverit -toimintamalli-idea omassa arjessaan toteuttaneet ja mikä mallissa oli toimivaa, mitä pitäisi vielä kehittää. Osa oli ollut aktiivinen pisteiden kerääjä, osa ei ollut mallia vielä kokeillut. Miehet tunnistivat ja toivat esiin myös haasteen saada lähipiiristään mies motivoitumaan liikkumiseen. Yhdessä paranneltiin vielä pistelaskutaulukkoa yksinkertaisemmaksi ja sovittiin, että Kakspy ry:n päivätoimintayksikössä on jatkossa saatavilla esitteitä toimintamallista sekä pistelaskutaulukkoja edelleen jaettavaksi. Facebook-sivujen luominen mallia varten jäi vielä pohdittavaksi ja ylläpitäjä nimeämättä. Mallin jalkauttaminen ja jatkojalostaminen tarvittaessa jää Kakspy ry:n työntekijöiden vastuulle.

Palaute koko interventiosta oli positiivinen, useasti toistui toive tehdä vastaavanlainen interventio syksyllä joko ravitsemuksen tai päihteiden osalta. Viimeisessä tapaamisessa palaute oli selkeä: miehet halusivat vastaavanlaisia interventioita lisää, lisäksi yksi miehistä olisi halukas esimerkiksi toteuttamaan luontoryhmää Kakspy ry:ssä. Tämä viittaisi ryhmässä yhteisöllisyyden ja osallisuuden kokemaan, miehet kokivat intervention merkitykselliseksi ja toivoivat sille jatkoa. Lyhyen palautekeskustelun jälkeen lähdettiin yhdessä ravintolalounaalle, joka oli sovittu palkinto interventioon osallistuneille.

Miesten terveyden edistämisen interventio toteutettiin touko- kesäkuussa 2015 ja siitä syntyi tuloksena Operaatio Liikuntakaverit -toimintamalli (liite 5), jossa miehet liikuttavat toisiaan ja liikkumisesta syntyvä hyvä olo motivoi liikkumaan uudelleen. Interventiossa käytettiin laajennetun työyhteisön mallia ja lisäksi palvelumuotoilun elementtejä soveltaen, sisältö syntyi intervention edetessä yhdessä osallistujien kanssa.

8 OSALLISTUJIEN KOKEMUKSET LAAJENNETUN TYÖYHTEISÖN KÄYTÖSTÄ TERVEYDEN EDISTÄMISEN VÄLINEENÄ

Teemahaastatteluilla pyrittiin saamaan vastauksia interventioon osallistuneiden käsityksistä laajennetun työyhteisön työskentelytavan käytöstä terveyden edistämisen välineenä. Haastattelujen teemat yhteisöllisyys, kokemustieto ja osallisuus muodostuivat interventiolle asetetuista tavoitteista. Seuraavassa on kuvattuna tulokset tutkimuskysymyksittäin ja teemoittain.

8.1 Osallistujien kokemukset laajennetun työyhteisön työskentelytavasta

8.1.1 Yhteisöllisyys

Kokemuksia laajennetun työyhteisön työskentelymenetelmän toimivuudesta terveyden edistämisen välineenä miehet kuvasivat melko samoilla käsitteillä. Miesten kokemus oli, että laajennettuun työyhteisöön ja interventioon tulemisessa ei ollut kynnyksiä, jokainen osallistuja oli ilmoittautunut siihen vapaaehtoisesti omasta motivaatiosta. Alusta alkaen koettiin tärkeäksi luottamuksen syntyminen ryhmäläisten kesken. Miehet kokivat ryhmässä rohkeutta puhua vapaasti myös vaikeista asioista omassa elämässään. Alun jännityksen jälkeen yhdessä tekemisellä koettiin olevan vaikutusta sitoutumiseen. Miesten

kokemus intervention ryhmätyöskentelystä oli, että työntekijät olivat samalla tasolla heidän kanssaan. Yhdessä haastattelussa tuotiin esiin pelko, että miehet johdatetaan keskustelemaan asioista johonkin tiettyyn suuntaan työntekijöiden toiveiden mukaisesti, mutta koettiin positiivinen yllätys, että miehet saivat aidosti vaikuttaa toteutukseen ja lopputulos tuntui tasapuoliselta. Yksi miesosallistuja toi ryhmänä toimisesta esiin, että kun aikaa vietetään pidempään yhdessä yhteisönä, se parantaa sitä. Myös ryhmän erilaisuus koettiin rikkautena; ryhmässä oli sekä kokemustiedolla varustettuja miehiä, että työntekijöitä ja opiskelijoita omilla kokemus- ja ammattilaitiedoillaan. Yhteisöllisyys tuli esiin tunteena, ryhmän tunnelma koettiin vapautuneena, ei ollut ”ahdasmielistä saarnaamista” ammattilaisen puolelta, kuten yksi haastateltavista asian kuvasi. Miehet pohtivat haastatteluissa haasteita, mikä estää miestä liikumasta. Vastauksista ilmeni, että ryhmän tuki terveyden edistämässä ja siihen liittyvissä elintapamuutoksissa nähtiin edesauttavana tekijänä, myös vertaisuus koettiin positiivisena, eteenpäin vievänä asiana.

Työntekijä- ja opiskelijanäkökulmasta yhteisöllinen malli nähtiin toimivana. Kun suunnittelua alusta alkaen tehtiin yhdessä miesten kanssa, koettiin, että epäonnistumisen mahdollisuus interventiossa pienenee, koska suunnittelu tehtiin alusta alkaen yhdessä. Yhdessä toimiminen ja yhteisöllisyys näyttäytyivät työntekijöiden mielestä esimerkiksi siinä, että miehet pystyivät kertomaan melko henkilökohtaisiakin asioita omasta terveydestään, ja tämän ajateltiin johtuvan luottamuksesta ryhmää kohtaan. Ryhmässä tiedettiin, että asiat eivät lähde liikkeelle ryhmän ulkopuolelle. Myös ryhmän koolla nähtiin olevan merkitystä toimivuuden kannalta. Koska ryhmä oli melko pieni ja tiivis, se nähtiin toimivampana kuin että osallistujia olisi ollut enemmän. Työntekijä- ja opiskelijanäkökulmasta myös kaikkien ryhmäläisten sitoutuneisuus näkyi toiminnassa, oli halu olla mukana ryhmässä.

8.1.2 Kokemustieto ja osallisuus

Miehet kuvasivat laajennetun työyhteisön työskentelytapaa miellyttävänä kokemuksena osallisuuden ja oman kokemustiedon tuomisen näkökulmasta. Jokainen koki päässeensä osallistumaan työskentelyyn ja sai tuoda omia ideoita ja mielipiteitä esille. Ideoinnin keskittämistä vain yhteen terveyden edistämisen osa-alueeseen eli liikuntaan harmiteltiin, koska nähtiin, että hyviä ideoita ja

ajatuksia olisi ollut paljon muistakin terveyden edistämisen osa-alueista. Omat näkemykset ja ratkaisut omassa elämässä esiintuotuinähtiin mahdollisuutena ja motivaationa muille samassa tilanteessa oleville. Osallistujat tunsivat tulleensa kuulluksi ja jokainen sai määritellä itse oman panoksensa tuomista ryhmään. Haastattelussa tuotiin esiin, että toisinaan ei jaksanut olla aktiivinen ryhmässä eri syistä johtuen, mutta siitä huolimatta koki ryhmään tulon merkitykselliseksi ja osallistui ryhmän työskentelyyn sen minkä pystyi. Tasavertainen huomiointi, tilan antaminen ja kaikkien ideoiden vastaanottaminen ryhmän käyttöön koettiin hyvän olon tunteena, kuulumisena ryhmään.

Asioiden ja kokemusten jakaminen sekä vertailu keskenään ryhmässä toivat lohtua ja auttoivat huomaamaan, ettei ole omien ongelmien kanssa yksin. Vertaisen roolia kuvattiin erilaisena verrattuna ammattilaiseen; ”vertaisella on tunneside asiaan, se tietää toisen samassa tilanteessa olevan tunnetilan.” Vertaisuuden positiivinen merkitys nähtiin myös liikunnan toteuttamisessa; yhdessä liikkumisen koettiin olevan helpompaa, mikäli sitä toteuttaa kaksi - kolme henkilöä yhdessä ja se myös sitouttaa itsen paremmin. Osallisuus interventioon nähtiin myös niin, että miehet innostuivat kokeilemaan Operaatio Liikuntakaverit -toimintamallia omassa arjessaan ja toivat ryhmätapaamisiin arvion ja muutosehdotuksia sen toimivuudesta liikunnan edistämisessä.

Miehet toivat vastauksissa esiin laajennetun työyhteisön työskentelytavan helppouden, jokainen pääsi osallistumaan, eikä tarvinnut kuunnella vain ”valmista ammattilaisen sanaa” terveydestä ja sen edistämisestä. Ammattilaisen ”valmiin sanan” kuulemista he pitivät hankalana lähteä toteuttamaan. Miesten kokemus siitä oli, ettei se vielä sitouta mitenkään. Yhdessä työskentely koettiin omia ajatuksia avaavana, ei oltu vain vastaanottavana osapuolena. Kuitenkin ammattilaisten antama tieto yhdistettynä kokemustietoon nähtiin tärkeänä omaa terveyttä edistävänä tekijänä ja se tuottikin osallistujien mielestä yhteisen terveyden edistämisen intervention lopputuloksen, Operaatio Liikuntakaverit.

Työntekijä- ja opiskelijänäkökulmasta koettiin hyvänä, että näkökulmia terveyteen ja edistämiseen tuli monipuolisesti sekä miehiltä että ammattilaisilta ja jokaisella oli tilaa sanoa oma mielipide tai ajatus asioihin. Koska ryhmässä yksi työntekijöistä oli sovitusti ryhmässä puheenjohtajana ja asioiden kokoajana, esille nostettiin kaikkien huomioiminen tasavertaisesti, jokaisen mielipidettä

pidettiin merkityksellisenä. Työntekijä- ja opiskelijanäkökulmasta koettiin, että ryhmän lähtökohta ja vuorovaikutus oli tasavertaista. Laajennetun työyhteisön työskentelytavassa nähtiin olevan kaksi ryhmää, johon toiminta vaikutti. Miesten oletettiin puhuneen terveydestään luultavasti enemmän kuin aiemmin näin lyhyessä ajassa ja ajateltiin, että ylipäättänsä, jos aiheesta puhutaan, sillä on jo jotain vaikutusta omaan terveyskäyttäytymiseen ja sen pohtimiseen. Lisäksi työntekijä- ja opiskelijanäkökulmasta saatiin suoraa autenttista kokemusta ja tietoa siitä, mikä miesten mielestä vaikuttaa omaan terveyteen ja sen edistämiseen. Haastatteluissa tuotiin esimerkkinä esille se, että työntekijänäkökulmasta helposti ajatellaan, että työntekijän antama tieto terveydestä ja elintavoista auttaa ja tukee miehiä elintapamuutoksissa, mutta ryhmässä nousikin tärkeään rooliin kaveri, vertainen, joka on tärkeässä roolissa elintapamuutoksien toteuttamisessa ja motivoinnissa miesten mielestä. Laajennetun työyhteisön interventio antoi myös kokemusta ja vahvistusta työntekijöille siitä, että tällaista työskentelytapaa on mahdollista toteuttaa muuallakin, vaikka asiakasraati-tyyppisesti, jossa palvelun käyttäjät pääsevät osallistumaan toiminnan suunnitteluun, kehittämiseen ja arviointiin. Osallisuuden ja kokemustiedon hyödyntäminen nähtiin myös resurssien säästämisenä, toiminnan kehittäely yhdessä säästää mahdolliselta epäonnistumiselta kun palvelun käyttäjät ovat mukana alusta alkaen.

8.2 Osallistujan osaamisen vaatimukset laajennetussa työyhteisössä

Miesten käsityksen mukaan yhdessä työskentely ryhmänä, jossa on mukana sekä työntekijöitä että kokemuksella varustettuja palvelun käyttäjiä, vaatii onnistuakseen luottamuksen syntymistä. Vastauksissa viitattiin työntekijöiden rooliin ja osaamiseen tällaisen työskentelytavan onnistumisen edellytyksenä. Esiin tuotiin suunnittelutaidon merkitys. Työntekijällä tulee olla kykyä suunnitella ja toteuttaa tällaisia ryhmämuotoisia interventioita. Ammattilaisten vaatimuksina viitattiin myös heidän kykyynsä siirtää oma auktoriteetti takaa-alalle ja kyky tulla ryhmään tasavertaisena palvelun käyttäjien kanssa. Adjektiiveja, jolla ammattilaista kuvattiin, jotta tämän tyyppinen työskentely onnistuisi, olivat: innostava, rauhallinen ja iloinen. Oman roolinsa vaatimuksia laajennetun työyhteisön jäsenenä ja osallistujana miehet eivät vastauksissa tuoneet esiin.

Työntekijä- ja opiskelijanäkökulmasta nousivat esiin työntekijän osaamisen vaatimukset. Työntekijän, joka työskentelee laajennetun työyhteisön jäsenenä, tulee osata ja tuntea terveyden edistämisen osa-alue, jota yhdessä kehitellään. Lisäksi ryhmänohjaustaidot ovat merkityksellisiä vastaajien mukaan. Työntekijältä vaaditaan aitoa kuuntelua ja avoimuutta liikuttaa omaa ajatusmaailmaa. Lisäksi joustavuus, hyväksyminen ja epävarmuuden sietokyky ovat merkityksellisiä. Lopputuloksesta ei voi haastateltavien mukaan olla etukäteen varmuutta, mutta ammattilaisen näkökulmasta tällainen työskentelytapa tuo arvokasta tietoa ja ymmärrystä omaan työhön asiakkaan näkökulmasta. Työntekijä- ja opiskelijanäkökulmasta nostettiin esiin myös asiakkaiden arvostus, yhdessä haastattelussa pohdittiin, onko kokemustiedon niukka hyödyntäminen merkki ammattilaisten laiskuudesta muuttaa totuttuja työskentelytapoja, vaiko kokemustiedon vähäinen hyödyntäminen palvelujen kehittämisessä johtuu. Ilman asiakkaiden tiedon arvostamista nähtiin, ettei tällainen työskentelymenetelmä onnistu.

Laajennetun työyhteisön työskentelymenetelmän kestosta osallistujat toivat esiin sen, että ryhmän kesto oli hyvä (3 viikkoa, 2 h/kerta). Tapaamiset olivat tiiviitä ja kestoltaan juuri sopivia, vastauksissa ilmeni, että pidempiä aikoja ei olisi jaksanut keskittyä. Positiivista oli myös se, että jokaiselle tapaamiskerralle oli työstetty edellisen kerran materiaali kaikille, joka helpotti aiheen pitämistä mielessä ja auttoi hahmottamaan prosessia. Lisäksi tarjolla ollut kahvi ja suolainen saivat kiitosta, se teki tunnelmasta rennon ja mukavan. Intervention aikana ja haastatteluissa ilmeni myös miesten halukkuus tehdä vastaavanlainen interventio muistakin terveyteen liittyvistä osa-alueista, esiin tuotiin ravitsemus ja päihteet.

9 POHDINTA

9.1 Luotettavuus

Koska tutkimustoiminnassa pyritään välttämään virheitä, on yksittäisessä tutkimuksessa arvioitava sen luotettavuutta. Metodikirjallisuudessa luotettavuutta käsitellään usein reliabiliteetin (tutkimustulosten toistettavuus) ja validiteetin (tutkimuksessa on tutkittu sitä, mitä on luvattu) käsitteillä. Laadullisessa tutki-

muksessa näiden käsitteiden käyttö on hankalaa, koska ne ovat muodostuneet kvantitatiiviseen tutkimukseen ja ne vastaavat lähinnä määrällisen tutkimuksen tarpeisiin. (Tuomi & Sarajarvi 2009, 134, 136; Kananen 2012, 172–173.)

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida monin eri tavoin. Yksi luotettavuutta lisäävä tekijä Hirsjärven ym. (2013, 232) mukaan on, että tutkija raportoi mahdollisimman tarkasti, johdonmukaisesti ja vaihe vaiheelta tekemänsä tutkimuksen. Tämän työn teoriaosuudessa on käsitelty tutkimuksen aihetta, vaikkakaan suoraan tähän tutkimuskohteeseen liittyvää aiempaa tutkimusta ei kirjallisuudesta löytynytäkään. Tutkimuksen keskeiset käsitteet on kuvattu teoriaosuudessa, ja ne ovat pohjana tutkittavalle asialle. Luotettavuutta voidaan myös arvioida dokumentaation avulla. (Ks. Hirsjärvi ym. 2013, 211.) Opinnäytetyössä käytettiin aineistona haastatteluja, joiden tuloksista muodostettiin miesten käsityksiä laajennetun työyhteisön työskentelymenetelmästä terveyden edistämisen välineenä. Aineistonkeruu haastatteluin oli kohdennettu laajennetun työyhteisön osallistujiin, sekä miehiin, opiskelijoihin ja työntekijöihin, joista jokaisella oli omakohtaista kokemusta tutkittavasta ilmiöstä. Näin haastattelu aineistonkeruuna oli hyvä tapa saada vastauksia osallistujien kokemuksista ja osallistujamäärän pienuuden vuoksi myös järkevämpi vaihtoehto kuin esimerkiksi kysely tai muu määrällinen mittaaminen tutkittavasta kohteesta.

Haastattelujen luotettavuus pyrittiin varmistamaan kuvaamalla tiedonkeruu- ja analysointimenetelmä mahdollisimman tarkasti. Haastattelujen toteutus mielenveysongelmia kohdanneiden miesten kohdalla oli haasteellista, haastattelukysymysten asettelu vaati pohdintaa, jotta tutkimuskysymyksiin saataisiin haastattelujen avulla vastauksia. Lisäksi haastattelujen teemat ja tutkimuksen keskeiset käsitteet yhteisöllisyys, kokemustieto ja osallisuus ovat vaikeasti määriteltäviä, kuvattavia ja mitattavia asioita. Haastatteluissa aiheen sanallinen kuvaaminen oli ajoittain niukkaa, jolloin tutkija joutui esittämään lisäkysymyksiä ja johdattelemaan kysymyksissä, mikä heikentää tulosten luotettavuutta. Myöskään aikataulun niukkuuden vuoksi esihaastatteluja ei ehditty tekemään, jossa haastattelumateriaali olisi voitu koekäyttää. Tämä heikentää tutkimuksen luotettavuutta.

Tutkija oli itse osallisena interventioprosessissa työntekijän roolissa sekä osallistuvana havainnoijana. Interventioprosessin kuvaamisessa käytettiin aineistona havainnointia ja päiväkirjamerkintöjä, joka vahvistaa tutkimuksen luotettavuutta, koska tapahtunut toiminta on dokumentoitu. Havainnointimenetelmää käytettäessä tulisi kuitenkin Hirsjärven ym. (2013, 217) mukaan muistaa, että tutkija pitää erillään havainnot ja omat tulkintansa näistä havainnoista. Tämä heikentääkin tutkimuksen luotettavuutta, koska laadullisessa tutkimuksessa tulokset ja päätelmät ovat aina juuri tämän tutkijan käsityksiä ja tulkintoja tuloksista.

Tulosten siirrettävyys laadullisessa tutkimuksessa ei pyri yleistettävyyteen, vaan Kanasen (2012, 175) mukaan sillä tarkoitetaan tutkimustulosten pitävyyttä vastaavanlaisissa tapauksissa. Tähän päästään tutkimusasetelman ja tutkimuskohteen tarkalla kuvauksella. Tässä opinnäytetyössä saadut tulokset olivat laajennetun työyhteisön menetelmään osallistuneiden kokemuksia intervention eri vaiheista. Tuloksista löydetyt ja kuvatut keskeiset käsitteet yhteisöllisyys, osallisuus vahvistavat aiempia tutkimuksia (ks. Nieminen 2015, 67; Hyypä 2009, 15) siitä, että näiden asioiden kokeminen edistää terveyttä ja hyvinvointia. Lisäksi tuloksissa esiintynyt vertaisuuden positiivinen hyöty vahvisti aiemmista elintapamuutoksiin liittyvistä tutkimuksista sen (Remes 2013, 82; Tarkiainen 2011, 43; Ashford ym. 2010, 265), että toisen saman asian kokenut ihminen on tärkeässä roolissa motivoimassa elintapamuutoksiin.

Luotettavuutta heikensi interventiosta puuttunut alku- ja loppumittaus, joka olisi voitu tehdä mittaamalla esimerkiksi miesten koettua hyvinvointia tai liikunta-aktiivisuutta ennen interventiota, intervention aikana ja jokin aika sen jälkeen. Nyt tällaisia mittauksia ei tehty.

9.2 Tutkimuksen eettisyys

Hyvällä tutkimusetiikalla tarkoitetaan muun muassa tutkimukseen osallistujien hyvinvoinnin ja oikeuksien turvaamista, osallistujille ei pidä aiheuttaa vahinkoa ja mahdolliset ongelmat on etukäteen otettava huomioon. Tutkimustietojen tulee olla luottamuksellisia ja niitä ei luovuteta ulkopuolisille ja kaikkien tutkimukseen osallistuvien on jäätävä nimettömiksi, ellei erikseen jotain muuta ole

sovittu. Tutkimukseen osallistuvat voivat odottaa tutkijalta vastuuntuntoa ja rehellisyyttä. (Tuomi & Sarajärvi 2013,131.)

Tässä opinnäytetyössä interventioon osallistuville henkilöille kerrottiin jo suunnitteluvaiheen kutsukirjeessä, että interventiotapaamisten tulokset kirjataan raportiksi ja interventiossa noudatetaan vaitiolovelvollisuutta ja se, mitä tapaamisissa puhutaan, jää osallistujien väliseksi ja niistä ei kerrota ulkopuolisille. Ensimmäisessä tapaamisessa käytettiin aikaa siihen, että kaksi opinnäytetyön tekijää kertoivat oman roolinsa interventiossa opinnäytetyön tekijöinä ja että toimintaa dokumentoidaan kirjaamalla havaintoja ylös. Mielikuvituksellinen mieshahmo Ana, jonka terveyttä interventiossa edistettiin, oli osa eettistä ajattelua, näin miesten ei tarvinnut välttämättä puhua omista terveyteen liittyvistä haasteistaan, mikäli eivät halunneet, vaan pystyivät kohdentamaan ne Anaan. Tapahtunut toiminta kuitenkin dokumentoitiin, mutta se tehtiin niin, ettei niistä voi yksittäisiä henkilöitä tunnistaa. Haastatteluihin pyydettiin osallistujilta kirjallinen suostumus, jossa mainittiin vapaaehtoinen suostuminen haastatteluun. Haastattelujen nauhoitus ja syy siihen kerrottiin myös. Lisäksi suostumuksessa mainittiin, että nauhoitetut tallenteet hävitetään aineiston litteroinnin jälkeen.

Hyvä tieteellinen käytäntö on myös tutkimuksen eettisyyttä. Tutkijan tulee noudattaa hyvän tutkimuksen toimintatapoja, rehellisyyttä ja tarkkuutta. Lisäksi tulee kunnioittaa ja huomioida muiden tutkijoiden työn saavutuksia asianmukaisella tavalla niin, että ne saavat niille kuuluvan arvon ja merkityksen omassa tutkimuksessa. (Tuomi & Sarajärvi, 2013, 132.) Tässä opinnäytetyössä tutkimusraportti on kirjoitettu yksityiskohtaisesti ja noudattamalla Kymenlaakson ammattikorkeakoulun dokumentointiohjeita. Aiempia tutkimustuloksia hyödynnettiin osana tutkimusta niiden arvoa väheksymättä.

9.3 Tulosten tarkastelu

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata miesten terveyden edistämisen interventio vaiheineen ja kartoittaa interventioon osallistuneiden henkilöiden kokemuksia laajennetun työyhteisön käytöstä miesten terveyden edistämisen välineenä. Haastattelujen perusteella saadut tulokset kertovat juuri näiden

osallistujien kokemuksia laajennetun työyhteisön käytöstä terveyden edistämisen välineenä, eikä niitä voi yleistää. Tällä tavalla toteutettua laajennetun työyhteisön työskentelymallia terveyden edistämiseksi ei aiemmista tutkimuksista löytynyt, joten vertailuesimerkkiä interventiolle ei suoranaisesti ollut. Intervention toteutuksen aikana syntyi sivutuotteena miesten liikunnan edistämiseen Operaatio Liikuntakaverit -toimintamalli, vaikka se ei ollut ensisijainen tavoite interventiossa.

Interventiossa asetettu tavoite yhteisöllisyyden ja osallisuuden edistämisestä ovat vaikeasti määriteltäviä ja mitattavia asioita. Yhteisöllisyys ja osallisuus ovat sidoksissa toisiinsa ja ne perustuvat subjektiivisiin kokemuksiin. Yhteisöllisyys ja sitä kautta kasvava sosiaalinen pääoma on tutkimusten (Nieminen 2015, 67; Hyyppä 2009, 15) mukaan terveyttä edistävä voimavara ja sosiaalista osallistumista lisäävä toiminta kasvattaa tätä sosiaalista pääomaa. Osallisuus on yhteenkuuluvuuteen pohjautuva kokemus, jossa ihminen voi vaikuttaa itseään ja ympäristöään koskeviin asioihin ja toimia siinä aktiivisesti ja sitoutuneesti. Näin siis osallisuus on yksi yhteisöllisyyden ilmentymä.

Yhteisöllisyys näyttäytyi miesten haastatteluissa kuvauksina yhteenkuuluvuudesta ja sitoutuneisuudesta. Yhteisöllisyys rakentui yhteisistä kokemuksista ja asioista, joita miehet ryhmässä jakoivat. Tätä kautta ryhmässä syntyi luottamus. Sitoutuminen ja luottamuksen kokemus voitiin nähdä myös osallisuuden kokemuksina intervention eri vaiheissa. Vertaisuus nostettiin esiin positiivisena ja merkityksellisenä tekijänä: ryhmässä oli helppo puhua asioista, joista muillakin miehillä oli kokemusta. Ylipäättänsä ryhmän tuki ja vertaisuus nähtiin edesauttavana tekijänä elintapamuutoksissa, vain toinen samassa tilanteessa ollut voisi ymmärtää toisen vastaavassa tilanteessa olevan tunnetilan ja yhdessä tekeminen tekee esim. liikunnan toteuttamisesta helpompaa.

Osattomuudenkin kokemus tuli tuloksissa esiin. Miesten kokemus oli, ettei ammattilaisen antama tieto itsessään vielä motivoi elintapamuutoksiin. Samankaltaisiin tuloksiin päädyttiin Ashfordin ym. (2010) katsauksessa, jossa todettiin, että tieto vaikuttaa vain vähän käyttäytymisen muutoksen aikaansaamiseksi. Sen sijaan erilaisten psykologisten tekijöiden on osoitettu olevan yhteydessä terveystietoisuuteen ja sen muutokseen. Sijaiskokemus on yksi tehokkaimmista liikuntapystyvyyttä lisäävä käyttäytymisen muutostekniikka lii-

kuntainterventioissa. Miesten kokemus vastausten perusteella oli samantyyppinen; pelkästään työntekijöiden ”valmis sana” koettiin huonosti motivaatiota kohottavana tekijänä elintapamuutoksissa.

Oman kokemustiedon tuominen ryhmän käyttöön koettiin motivaation ja mahdollisuuksien avaajana muille, kuulluksi tuleminen ja itsen merkityksellisyys näyttäytyivät tärkeinä osatekijöinä miesten mielestä interventiossa. Myös Remes (2010, 82) tutkimuksessaan ja Tarkiainen (2011, 57) Rytm-elintapaohjausmallin loppuraportissa päätyivät samankaltaisiin tuloksiin ryhmän tuen ja vertaisuuden positiivisesta vaikutuksesta omaan käyttäytymiseen intervention aikana. Lisäksi Remeksen tutkimuksessa kohderyhmä oli saanut vaikuttaa ryhmän sisällön suunnitteluun esittämällä toiveita kurssin sisällöksi. Se arvioitiin onnistumiseksi kuitenkin vain osittain, osa Remeksen tutkimuksen kurssilaisista olisi toivonut valmiita liikuntakurssisisältöjä oman motivaation puutteen vuoksi.

Miesten terveyskäyttäytymisestä tiedetään, että heillä on korkeampi kynnyks hakea apua oireisiinsa kuin naisilla ja kirjallisuuskatsauksessakin ilmeni, että ryhmämuotoisiin terveyden edistämisen interventioihin on haastavaa saada miehiä osallistujiksi. Miesten osallistuminen terveyden edistämisen ryhmämuotoisiin interventioihin vaatii työtä. Työntekijöiltä se vaatii myös työskentelytapojen muutosta. Interventiossa miehet kuvasivat tämän tyyppisen työskentelyn vaativan innostavaa, rauhallista ja positiivista työtettä. Myös Remeksen (2013, 99) liikuntainterventiotutkimuksessa vastaajat olivat tuoneet esiin, että liikuntakurssin ohjaajan tulee olla innostunut ja kannustava sekä lisäksi tarjota runsaasti henkilökohtaista ohjausta. Tarkiaisen (2011, 58) raportin tuloksissa ilmeni myös, että ohjaajien ja ryhmän yhteinen, jaettu innostus auttoi ryhmäläisiä parempiin tuloksiin elintapamuutoksissa.

Kohderymänä mielenterveyden ongelmia kohdanneet miehet ovat haasteellisen. Mielenterveysongelmien lisäksi kohderyhmällä on usein kielteisiä terveystottumuksia, kuten yksipuolinen ja epäterveellinen ruokavalio, vähäinen liikunta, tupakointi ja ylipaino. Miesten motivaatioon osallistua interventioon edesauttoi mahdollisesti se, että työntekijät olivat osalle osallistujista aiemmin tuttuja, lisäksi luvassa oli pieni palkinto interventioon osallistumisesta. Kakspyrin työntekijöiden kokemuksen mukaan vaikeita mielenterveyden ongelmia kohdanneiden on usein haastavaa keskittyä pitkäkestoiseen työskentelyyn ja

aloitekyky sekä sitoutuminen ryhmässä toimimiseen voivat olla heikkoa. Tässä interventiossa sitoutuminen ryhmän toimintaan onnistui, ryhmäläiset jakoivat käydä pääsääntöisesti joka ryhmätapaamisessa, joissa tapaamisten kesto oli rajattu kahteen tuntiin.

Interventio ja siihen liitetty opinnäytetyö toteutettiin 05/2015 - 05/2016 aikana, intervention suunnittelu ja toteutus tehtiin nopealla aikataululla keväällä 2015. Intervention vaikuttavuuden mittari olisi ollut hyvä luoda ennen intervention alkua, jotta liikunnan edistymistä intervention aikana ja sen jälkeen olisi voinut arvioida. Toisaalta myös intervention yhteisöllistä ja osallistavaa työskentelytapaa olisi voitu miettiä mitattavaksi. Miten työskentely itsessään edisti miesten koettua hyvinvointia ja terveyttä, vai edistikö? Lisäksi omaisten saaminen interventioon olisi ollut lisäarvo, siihen olisi olosuhteiden niin salliessa ollut hyvä panostaa enemmän ja markkinoimalla interventiota heille enemmän. Omaisten tai läheisten rooli osana laajennettua työyhteisöä olisi voinut tuoda erilaisia näkökulmia työskentelyyn. Intervention myötä syntynyt toimintamalli Operaatio Liikuntakaverit -jalkauttamiselle olisi ollut tärkeää tehdä selkeä suunnitelma ja nimetä vastuut. Nyt jatkosuunnitelma jäi hieman vaillinaiseksi, mutta kehittäminen on edelleenkin mahdollista.

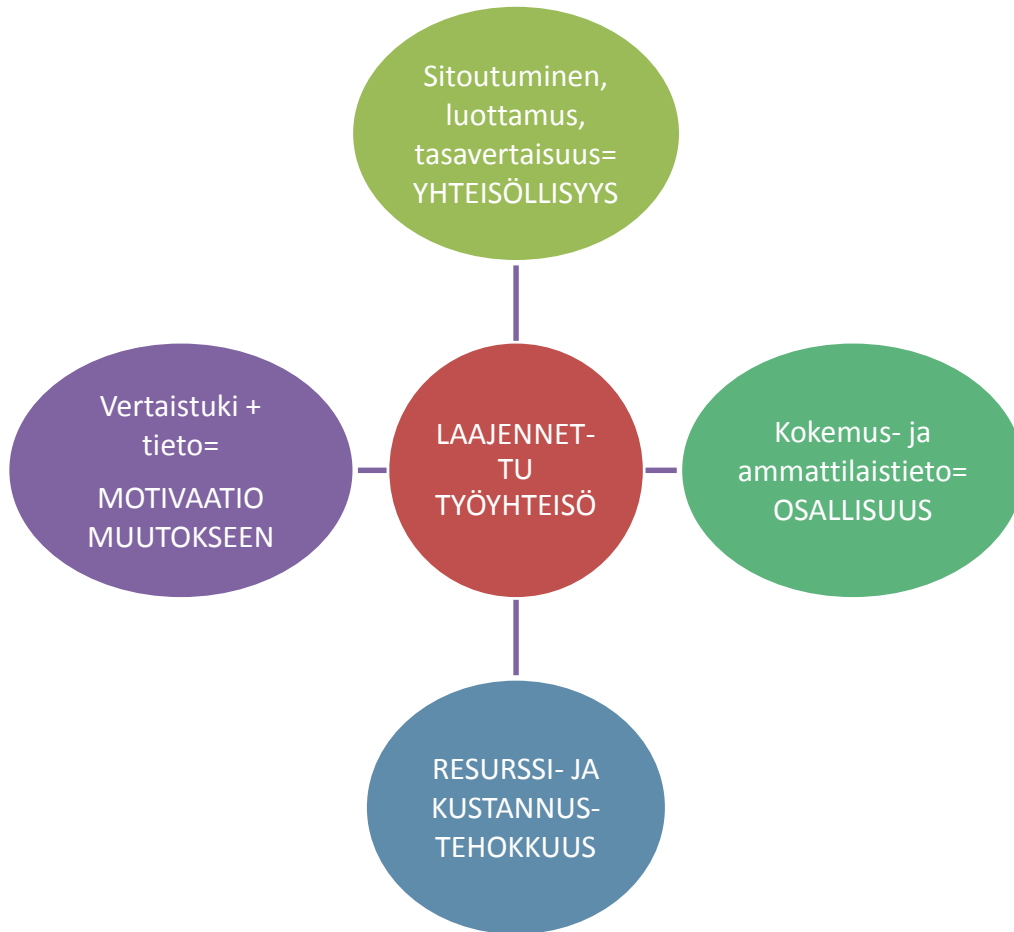
Laajennetun työyhteisön työskentelymenetelmä miesten terveyden edistämässä oli kuitenkin onnistunut kokeilu ja sille asetetut tavoitteet toteutuivat Kakspy ry:n hyvinvointilähtöisen työskentelymallin mukaisesti. Interventiossa yhdistyivät yhteisöllinen työskentely terveyden edistämässä, jokainen interventioon osallistunut pääsi vaikuttamaan prosessissa sekä tuomaan oman asiantuntijuuden ryhmän käyttöön ja näin osallisuuden kokemus mahdollistui. Intervention miehet jakoivat ryhmässä omia käsityksiä ja kokemuksia terveydestään ja kokivat vertaisuuden helpottavan ja tuovan motivaatiota liikuttamisen edistämiseen.

Ammattilais- ja opiskelijanäkökulmasta interventio antoi arvokasta tietoa miesten terveyteen liittyvistä asioista ja heidän ajatuksiaan siitä, mitkä asiat terveyteen vaikuttavat ja mitä he tarvitsevat terveytensä tueksi. Laajennetun työyhteisön työskentelymenetelmällä tehdyn intervention terveyttä edistäviä osatekijöitä (kuva 11) olivat yhteisöllisyys, osallisuus, tasavertaisuus ja vertaistuen merkitys. Näitä ulottuvuuksia tuloksissa ilmeni ja kirjallisuudesta löydetty aiemmat tutkimukset niitä vahvistivat. Lisäksi ammattilaisnäkökulmasta laajennettu

työyhteisö on kustannus- ja resurssitehokas, koska epäonnistumisen mahdollisuus pienenee, kun kehittämistä tehdään yhteistyössä palveluiden käyttäjien kanssa. Samantapaisiin tuloksiin päädyttiin Tarkiaisen (2001, 55) raportin tuloksissa, ryhmämuotoinen ja palvelun käyttäjät osallistava työskentelymalli säästää kustannuksia.

Ryhmämuotoiset, yhteisöllisyyttä ja osallisuutta edistävät terveyden edistämisen interventiot ovat hyviä väyliä eri syistä ulkopuolisuuden tunnetta kokeville ja syrjäytymisuhan alla oleville henkilöille ja ovat näin yksi konkreettinen toimenpide, joka voi edesauttaa terveyserojen kaventamista. Ryhmämuotoisissa interventioissa sosiaalinen vuorovaikutus mahdollistuu ja vertaistuki auttaa ymmärtämään omaa tilannetta muiden vastaavanlaisessa tilanteessa olevien kautta. Lisäksi osallisuuden kokemus vahvistaa osallistujan itsetuntoa ja pystyvyyttä, jokaisen mielipidettä arvostetaan ryhmässä tasavertaisesti ja toinen voi hyötyä toisen ohjeista ja vinkeistä terveyskäyttäytymiseen liittyen. Toisen kokemus voi vahvistaa omaa pystyvyyden tunnetta.

Raivion ja Karjalaisen (2013, 16–17) osallisuuden kolmiossa esiintuodut acting (valtaisuus, toimijuus) ja belonging (yhteisyys, jäsenyys) toteutuivat interventiossa, miesten rooli interventiossa oli merkityksellinen, he kokivat mm. yhteenkuuluvuutta ja itsensä aktiivisiksi osallisiksi interventioprosesseissa. Tämä edistää osallisuuden ja hyvinvoinnin kokemusta Raivion ja Karjalaisen mukaan. Syrjäytymistä lisäävä tekijä osallisuuden kolmiossa on objektiivisuus ja osattomuus, jota miehet kuvasivat ammattilaisen ohjauksen ajoittain olevan, ammattilaisen valmiin sanan kuuleminen elintapamuutoksissa ei vielä sitouta toimimaan. Osallisuuden kolmioon liittyvät vielä riittävä toimeentulo, hyvinvointi ja turvallisuus. Jotta osallisuuden kolmio toimisi täydellisesti ja sitä kautta edistäisi yksilön terveyttä ja hyvinvointia, tarvitaan panostuksia myös yhteiskunnan tasolla.



Kuva 11. Laajennetun työyhteisön terveyden edistämisen osatekijät

10 JATKOKEHITTÄMISEHDOTUKSET

Jatkokehittämissuunnitelmana voitaisiin siirtää laajennetun työyhteisön työskentelymenetelmällä toteutettu interventio johonkin toiseen kohdejoukkoon ja terveyden edistämisen osa-alueeseen, esimerkiksi ravitsemus tai päihteet, kuten miehet itse ehdottivat. Tutkimuksessa voitaisiin katsoa, saadaanko eri ryhmällä ja terveyden edistämisen osa-alueella samankaltaisia tuloksia interventiosta. Lisäksi luotettavuuden lisäämiseksi olisi hyvä mitata laajennetun työyhteisön työskentelymenetelmällä tehdyn intervention vaikuttavuutta osallistujien kohdalla ennen ja jälkeen -mittauksin, jotta saadaan tuloksia sen vaikuttavuudesta koetussa terveydessä ja hyvinvoinnissa. Kirjallisuuskatsauksessa nousi esiin haaste saada miehiä ryhmämuotoisiin terveyden edistämisen interventioidiin tai muihin heille kohdennettuihin terveyskäyttäytymisen muutoksiin täh-

tääviin toimintoihin, joten tämä olisi myös yksi jatkotutkimuksen aihe, mitkä tekijät edistävät tai estävät miesten osallistumista ryhmämuotoisiin terveyteen ja hyvinvointiin tähtääviin interventioihin.

LÄHTEET

Ashford, S., Edmunds, J. & French, D. P. 2010. What is the best way to change self-efficacy to promote lifestyle and recreational physical activity? A systematic review with meta-analysis. *British Journal of Health Psychology* 15/2010 s. 265--288.

Diakoniaopistot. Saatavissa: <http://www.diakoniaopistot.fi/00010017-tykehanke-laajennettu-tyoyhteiso-laty> [viitattu 1.10.2015].

Duodecim. 2015b. Skitsofrenia. Käypä hoito. Päivitetty 22.1.2015. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi35050> [viitattu 13.11.2015].

Duodecim. 2015a. Mitä terveys on? Päivitetty 10.11.2015. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00903 [viitattu 13.3.2016].

ETENE. 2009. Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. Mielenterveysetiikka- sinulla ja minulla on moraalinen vastuu. Helsinki: Yliopistopaino. Saatavissa: <http://etene.fi/documents/1429646/1559066/ETENE-julkaisuja+25+Mielenterveysetiikka+++Sinulla+ja+minulla+on+moraalinen+vastuu.pdf/90f79932-aa31-4399-807f-5c2ee36d106d> [viitattu 12.2.2016].

Helldán, A. & Helakorpi, S. 2015. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2014. THL. Raportti 6/2015. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126023/URN_ISBN_978-952-302-447-2.pdf?sequence=1 [viitattu 12.11.2015].

Henkilötietolaki 22.4.1999/523.

Hietala, O. & Rissanen, P. 2015. Opas kokemusasiantuntijatoiminnasta. Kuntoutussäätiö ja Mielenterveyden keskusliitto. Helsinki. Saatavissa: <http://mtkl.fi/wp-content/uploads/2015/03/Kokemusasiantuntija-opas.pdf>

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2011. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistokustannus.

Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. 18. painos. Helsinki: Tammi.

Hirvonen, N., Huotari, M.-L., Niemelä, R., Korpelainen, R. 2014. MOPO-tutkimus. Nuorten miesten vähäinen liikkuminen kytkeytyy heikkoon terveystiedon lukutaitoon. *Liikunta & Tiede* 4/2014, 37–43.

Hyvinvointikompassi. 2014a. Koulutuksen ulkopuolelle jääneet 17 - 24-vuotiaat, % vastaavanikäisestä väestöstä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 29.2.2016. Saatavissa: <http://www.hyvinvointikompassi.fi/fi/web/hyvinvointikompassi/etusivu>. [Viitattu 30.3.2016].

Hyvinvointikompassi 2014b. Vaikeasti työllistyvät (rakennetyöttömyys), % 15 - 64-vuotiaista. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavissa: <http://www.hyvinvointikompassi.fi/fi/web/hyvinvointikompassi/etusivu>. [Viitattu 30.3.2016].

Hyvinvointikompassi. 2015a. Alkoholia liikaa käyttävien osuus (AUDIT-C) (%), 20 - 64-vuotiaat. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty: 18.03.2016. Saatavissa: <http://www.hyvinvointikompassi.fi/fi/web/hyvinvointikompassi/indikaattori/-/indicator/r/658/c/494/g/male/i/4412> [viitattu 30.3.2016].

Hyvinvointikompassi 2015b. Päivittäin tupakoivien osuus (%), 20 - 64-vuotiaat. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 23.03.2016. Saatavissa: <http://www.hyvinvointikompassi.fi/fi/web/hyvinvointikompassi/indikaattori/-/indicator/r/658/c/494/g/male/i/4405> [viitattu 29.3.2016].

Hyväri, S. & Rissanen, P. 2014. Kuntoutujiin kokemustutkimuksen menetelmät. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2014:51, 289–300. Saatavissa: <http://ojs.tsv.fi/index.php/SA/article/viewFile/48476/14149>

Hyypä, M. 2011. Elinvoimaa yhteisöstä. *Tieteessä tapahtuu* 8/2011, s. 15–18. Saatavissa: <http://ojs.tsv.fi/index.php/tt/article/viewFile/4639/4351>

Innokylä. 2015. Alueellinen eriytyminen ja yhteisölliset menetelmät miesten terveyden edistämiseksi. Päivitetty 13.7.2015. Saatavissa: <https://www.innokyla.fi/web/hanke966513> [viitattu 12.5.2016].

Järvikoski, A., Hokkanen, L., Härkäpää, K., Martin, M., Nikkanen, P., Notko, T. & Puumalainen, J. 2009. Tutkimus vaikeavammaisista kuntoutujiin Kelan pal-

veluissa - tausta, tavoitteet ja menetelmä. Teoksessa Asiakkaan äänellä- odo- tuksia ja arvioita vaikeavammaisten lääkinällisestä kuntoutuksesta. Toim. Järvikoski, A., Hokkanen, L. & Härkäpää, K., 13–42.

Kaakkois- Suomen sosiaalipsykiatrinen yhdistys ry. Saatavissa: <http://www.kakspy.com/sivut/> [viitattu 1.9.2015].

Kaasalainen, K., Kasila, K., Komulainen, J., Villberg, J., Poskiparta, M. 2011. Terveysliikunnan lukutaidon yhteys vapaa-ajan liikunta-aktiivisuuteen ja fyysi- seen kuntoon työikäisillä miehillä. Liikunta & Tiede 1/2011, 42–48. Saatavissa: [http://www.lts.fi/sites/default/files/page_ attachment/lt11_tutkimusartikke- lit_kaasalainen_lowres1.pdf](http://www.lts.fi/sites/default/files/page_attachment/lt11_tutkimusartikke- lit_kaasalainen_lowres1.pdf) [viitattu 12.11.2015].

Kajanoja, J. 2009. Sosiaalinen pääoma: yhteisöllisyyden paluuta vai henkistä väkivaltaa. Yhteiskuntapolitiikka 74/2009, 72–79. Saata- vissa: <http://thl32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/100952/kajan- oja.pdf?sequence=1> [viitattu 12.11.2015].

Kananen, J. 2012. Kehittämistutkimus opinnäytetyönä. Kehittämistutkimuksen kirjoittamisen käytännön opas. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kankaanpää, S., Kurki, M. 2013. Toipuminen kokemuksena. Teoksessa Kun- toutujasta toimijaksi- kokemus asiantuntijuudeksi. Työpaperi 39/2013, s. 9–19. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Toim. Falk, H., Kurki, M., Rissanen, P., Kan- kaanpää, S., Sinkkonen, N. Saatavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/han- dle/10024/110670/URN_ISBN_978-952-302-028-3.pdf?sequence=1

Kansanterveyslaki 30.12.2012/1327.

Kettunen, T. 2010. Maskuliinisuus miesten terveyspuheessa. Pro gradu -tut- kielma. Jyväskylän yliopisto.

KKI. 2015. Kunnossa Kaiken Ikää -ohjelma. SuomiMies -seikkailee. Saata- vissa: http://www.kkiohjelma.fi/tapahtumat_ja_kampanjat/suomimies_seikkai- lee. [viitattu 23.11.2015].

Koivusilta, L. 2011. Terveyskäyttäytyminen. Teoksessa Sosiaaliepideologia- väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät, toim. Laaksonen, M. & Silventoinen, K. s. 123–141. Helsinki: Gaudeamus.

Koponen, H. & Lappalainen, J. 2015. Mielen terveystilaaan somaattinen terveys. *Duodecim* 6/2015, s. 577–582.

Koskinen-Ollonqvist, P. & Rouvinen-Wilenius, P. 2011. Tasa-arvo ja osallisuus- väylä terveyteen. Järjestöt suunnannäyttäjinä. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 9/2011. Helsinki. Saatavissa: http://www.soste.fi/media/pdf/julkaisut/tasa-arvo_ja_osallisuus_2012.pdf [viitattu 13.11.2015].

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. 1. – 2. painos. Helsinki: Edita.

Lahelma, E. & Rahkonen, O. 2011. Sosioekonominen asema. Teoksessa Sosiaaliepideologia- väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät, toim. Laaksonen, M. & Silventoinen, K. s. 41–59. Helsinki: Gaudeamus.

Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielen terveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. Itä-Suomen yliopisto.

Nevalainen, V. 2012. Mielen terveysongelmien itsehoito 2012. Luentomuistiinpanot. 2.2.2012. [viitattu 12.1.2016].

Nieminen, T. 2015. Healthier together? Social capital, health behavior and health. Väitöskirja. Helsingin yliopisto. Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125921/healthie.pdf?sequence=1> [viitattu 23.11.2015].

Nieminen, A. 2014. Kokemustiedon määritelmä ja muodot- kohti uutta kokemustiedon politiikkaa. Teoksessa Kokemustieto, hyvinvointi ja paikallisuus, toim. Nieminen, A. Tarkiainen, A., Vuorio, E. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 177, s. 14–30.

Nordling, E. 2014. Toipumisorientaatio hoidon ja kuntoutuksen viitekehyksenä. Mielen terveyden edistämisen yksikkö, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. PowerPoint-esitys. Sosiaalipsykiatristen yhteisöjen koulutuspäivät 15.10.2014. Kotka. [viitattu 12.1.2016].

Nutbeam, D. 1998. Health promotion glossary. Oxford University press. Vol 13. no 4, 349–364.

Oikarinen, A. 2008. Kainuulaisten miesten terveyskäyttäytyminen- kulttuurinen näkökulma. Väitöskirja. Oulun yliopisto.

Oulun kaupunki. Miehestä mittaa- hankkeen loppuraportti. Saatavissa: http://www.ouka.fi/c/document_library/get_file?uuid=f146e4ac-7441-4100-b30a-1d6102c53fd3&groupId=64332 [viitattu 1.10.2015].

Pietilä, I. 2008. Between rocks and hard places: Ideological dilemmas in men's talk about health and gender. Väitöskirja. Tampereen yliopisto

Pitkälä, K., Strandberg, T. Miksi nainen elää pitempään kuin mies? Duodecim 2015, vol 131 no. 16, 1491–1492.

Puhkala, J., Kukkonen-Harjula, K., Mansikkamäki, K., Aittasalo, M., Hublin, C., Kärmeniemi, P., Olkkonen, S. Partinen, M., Sallinen, M., Tokola, K., Fogelholm, M. 2015. Lifestyle counseling to reduce body weight and cardiometabolic risk factors among truck and bus drivers- a randomized controlled trial. Scandinavian Journal of Work, Environment and Health. 41/2015, 54–64.

Raivio, H. & Karjalainen, J. 2013. Osallisuus ei ole keino tai väline, palvelut ovat! Osallisuuden rakentuminen 2010-luvun tavoite- ja toimintaohjelmissa. Teoksessa Osallisuus – oikeutta vai pakkoa?, toim. Era, T. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 156, 12–34.

Remes, L., 2013. Liikunnasta elämäniloa ja energiaa- masennusta kokevien nuorten aikuisten liikuntakurssin suunnittelu, toteutus ja arviointi. Pro gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto.

Riska, E. 2011. Sukupuoli. Teoksessa Sosiaalierpidemiologia - väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät, toim. Laaksonen, M. & Silventoinen, K., 60–72. Helsinki. Gaudeamus.

Sheperd, G., Boardman, J., Slade, M. 2008. Making recovery a reality. Sainsbury Centre for Mental Health.

Sipilä, P., Parikka, S., Härkänen, T., Juntunen, T., Koskela, T., Martelin, T. & Koskinen S. 2014. Kuntien väliset erot sairastavuudessa. THL:n sairastavuusindeksin tuloksia. Suomen Lääkärilehti 2014, vol. 69, no. 36, s. 2985– 2992.

Saatavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/125497/SLL452014-2985.pdf?sequence=1> [viitattu 1.10.2015].

Sotkanet.2010. Mielenterveysindeksi, ikävakioitu. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavissa: <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=szYKjY-wTtMztK6MtDbSMwQA®ion=szb3tjZy-BAA=&year=sy4rBAA=&gender=m;t&abs=f&color=f&drillTo=253> [viitattu 12.5.2016].

STM. Terveyserojen kaventaminen. Saatavissa: <http://stm.fi/terveyserot> [viitattu 13.4.2016].

STM 2010. Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveystieteiden strategia. Saatavissa: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/112320/URN%3aNBN%3afi-fe201504223250.pdf?sequence=1>. [viitattu 29.9.2015].

STM. 2012. Mielenterveys- ja päihdesuunnitelma. Ehdotukset mielenterveys- ja päihdetyön kehittämiseksi vuoteen 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012: 24. Helsinki. Saatavissa: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/103109/978-952-00-3382-8.pdf?sequence=1>. [viitattu 6.1.2016].

Talala, K., Härkänen, T., Martelin, T., Karvonen, S., Mäki-Opas, T., Manderbacka, K., Suvisaari, J., Sainio, P., Rissanen, H., Ruokolainen, O., Heloma, A. & Koskinen, S. Koulutusryhmien väliset terveys- ja hyvinvointierot ovat edelleen suuria. Suomen Lääkärilehti 2014, vol. 69, no. 36, 2185– 2192. Saatavissa: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116797/SLL362014-2185.pdf?sequence=1> [viitattu 29.9.2015].

Tarkiainen, L. 2011. Ryhmämuotoinen elintapaohjaus osana työttömien palvelukokonaisuutta. Rytmiprojektissa luodun toimintamallin arviointia. Helsingin yliopiston koulutus- ja kehittämiskeskus Palmenia.

Terveydenhuoltolaki. 30.12.2010/1326.

THL 2014a. Hyvinvointi- ja terveyserot. Mielenterveys. Päivitetty 25.9.2014. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/terveys/mielenterveys> [viitattu 13.4.2016].

THL. 2014b. Mielenterveyden edistäminen. Päivitetty 30.12.2014. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyden-edistaminen> [viitattu 12.2.2016].

THL. 2015. Hyvinvointi. Päivitetty 7.12.2015. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/hyvinvointi> [viitattu 13.1.2016].

THL 2016. Terveystiedon edistäminen. Päivitetty 19.2.2016. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/terveyden-edistaminen/perustelut> [viitattu 1.3.2016].

Tilastokeskus 2013. Elinajanodote. Saatavissa: <http://www.stat.fi/org/tilastokeskus/elinajanodote.html>. [viitattu 24.9.2015].

Tuulaniemi, J. 2011. Palvelumuotoilu. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.

Tuomi, J., Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä: Tammi.

Valtioneuvosto. 2015. Hyvinvointi ja terveys. Saatavissa: <http://valtioneuvosto.fi/hallitusohjelman-toteutus/hyvinvointi>. [viitattu 6.1.2016].

Wahlbeck, K., Westman, J., Nordentoft, M., Gissler, M., Laursen, M. 2011. Outcomes of Nordic mental health systems: life expectancy of patients with mental disorders. *The British Journal of Psychiatry* 199/2011, 453–458.

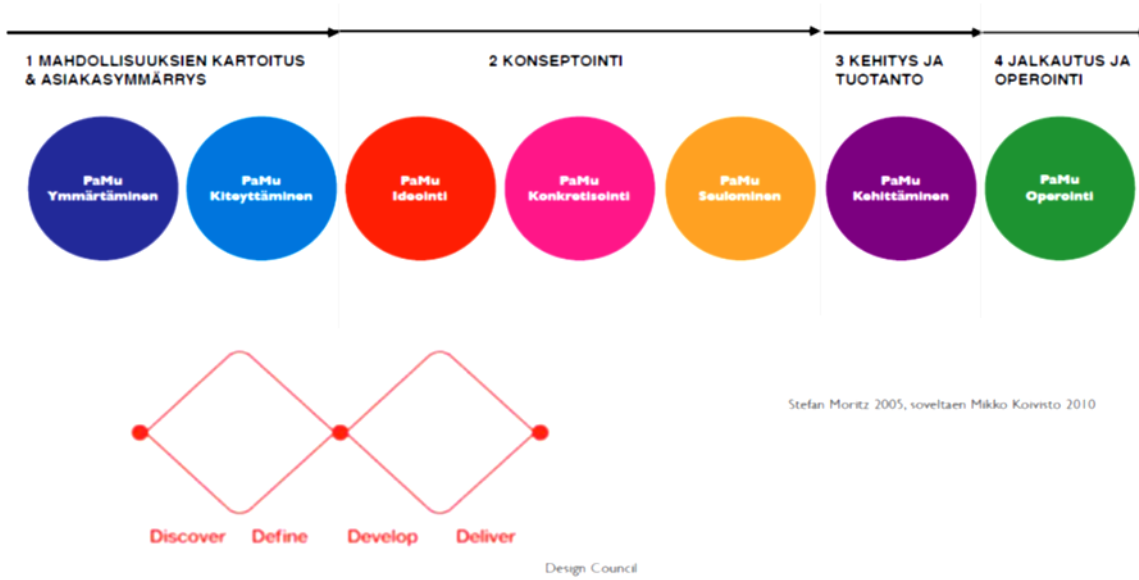
Vehmanen, M., Pietilä, I., 2010. Tappavan maskuliinisuuden malli murtui. *Suomen Lääkärilehti*, vol 65, no. 3, 188–190.

WHO. 1986. The Ottawa Charter for Health Promotion. Saatavissa: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> [viitattu 22.2.2016].

WHO. 2014. Mental health. A state of well-being. Päivitetty 08/2014. Saatavissa: http://www.who.int/features/factfiles/mental_health/en/ [viitattu 22.2.2016].

Palvelumuotoilun suunnitteluprosessi. (Koivisto 2007, Moritz 2005.)

Palvelumuotoilun suunnitteluprosessi



Haastattelukysymyksiä

Teemat: yhteisöllisyys, osallisuus, kokemustieto

(Tutkimuskysymys: Miten intervention osallistujat kokevat laajennetun työyhteisön työskentelytavan terveyden edistämisen välineenä?)

Yhteisöllisyys työskentelytapana

- Ajatuksia yhdessä työskentelystä, mikä oli toimivaa?
- Mikä työskentelyssä ei toiminut, oli huonoa, vaikeaa?
- Miltä muut ryhmän jäsenet vaikuttivat, miten yhteistyö toimi tai ei toiminut, miksi?

Osallisuus, kokemustieto

- Mitä hyötyä tällaisesta työskentelytavasta oli itsellesi, vai oliko? Millaista?
- Mikä oli oma roolisi laajennetussa työyhteisössä? Entä muiden osallistujien?
- Millaista asiantuntijuutta/ tietoa/ osaamista itse toit ryhmän työskentelyyn?
- Miten koit saavasi vaikuttaa ryhmässä työskentelyn eri vaiheisiin?
- Mikä oli vaikeaa, hankalaa?
- Miten vaikutuksia ryhmällä tai sen lopputuloksella (Operaatio Liikuntakaverit) oli omaan terveyteesi/ hyvinvointiisi? Vai oliko vaikutusta?

(Tutkimuskysymys: Mitä laajennetun työyhteisön työskentelytapa vaatii siihen osallistuvilta?

- Millainen rooli työntekijällä/ opiskelijalla/ miehellä oli mielestäsi laajennetun työyhteisön jäsenenä?
- Mitä tällainen työskentelymenetelmä vaatii osallistujalta?
- Voisiko tällainen työskentelytapa toimia jossakin muualla sosiaali- ja terveyspalveluiden kehittämisessä, missä ja miksi? Mitä se mielestäsi vaatisi?

- Mitä muuta haluat sanoa?

SUOSTUMUS

Annan suostumukseni osallistua haastatteluun ja käyttää haastattelussa antamiani tietoja terveyden edistämisen (yamk)- opiskelija Minna Kurttilan opinnäytetyön aineistona. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja minulla on oikeus keskeyttää haastattelu milloin vain.

Haastattelu on luottamuksellinen, sitä käsittelee vain allekirjoittanut opinnäytetyön tekijä. Haastattelu nauhoitetaan ja kirjoitetaan nauhoituksen jälkeen tekstitiedostoksi. Ääninauha hävitetään kirjoittamisen jälkeen.

Haastattelussa esiin tulleet asiat julkaistaan valmiissa opinnäytetyössä niin, ettei yksittäistä vastaajaa voi siitä tunnistaa.

Annan luvan haastattelun nauhoittamiseen.

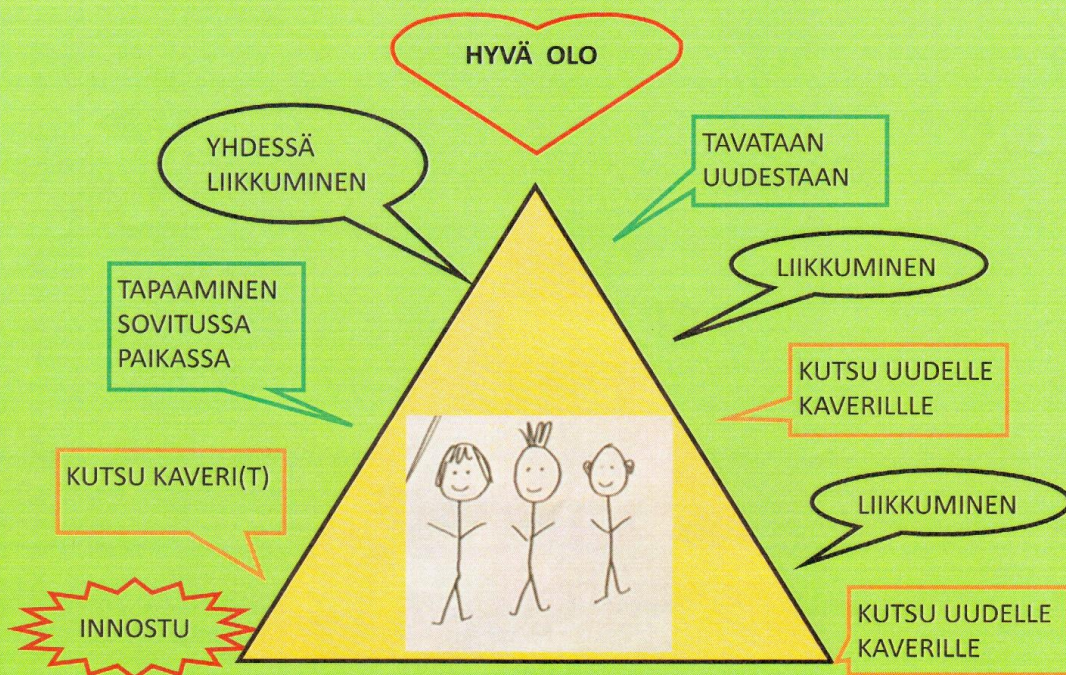
kyllä_ ei_

Kotkassa __ / __ 2015

Minna Kurttila

OPERAATIO LIIKUNTAKAVERIT

Tehtävä: miehet saavat miesmassat liikkeelle
ja ansaitsevat kavereiden liikkumisesta seteleitä



Operaatio Liikuntakaveri on tapa saada miehet liikkumaan. Operaatiossa kaveri kutsuu kaverinsa yhdessä liikkumaan. Liikkumisessa syntyvä hyvä olo saa kaverin kutsumaan uuden kaverin liikkumaan. Uuden kaverin hyvä olo saa hänetkin kutsumaan taas uuden kaverin liikkumaan.

Liikuntakavereissa jokainen liikuttaja ansaitsee itselleen liikuntapisteitä. Jokaisesta uudesta liikkeelle saadusta miehestä saa 5 pistettä. Uudelleen saman kaverin liikkeelle saamisesta saa 3 pistettä. Kaverin liikkeelle saaduista kavereista 1 pistettä kustakin. Palkintona mies saa 50 kerätyistä pisteestä 5 € arvoisen liikuntasetelin.

Voit saada lisätietoa ja sopia liikuntatreffejä osoitteessa

www.facebook.com/operaatioliikuntakaverit (tulossa).

Liikuntakavereiden pistekortit saatavilla Karhulan klubitalolta, Koulukatu 10 Kotka.

Osallistuminen on maksutonta.

Lisätietoja saat myös sähköpostilla operaatioliikuntakaverit@kakspy.com