

**MIESTEN KOKEMUKSET TERVEYSTARKASTUKSESSA  
SAADUSTA TERVEYSNEUVONNASTA SEKÄ  
TERVEYSNEUVONNAN AIKAANSAAMAT  
TERVEYSKÄYTTÄYTYMISMUUTOKSET**

Maarit Jansen &  
Renata Wierzchowiecka  
Opinnäytetyö, syksy 2012  
Diakonia-ammattikorkeakoulu  
Diak Itä, Pieksämäki  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja (AMK)

## TIIVISTELMÄ

Jansen, Maarit & Wierzchowiecka, Renata. Miesten kokemukset terveystarkastuksessa saadusta terveysneuvonnasta sekä terveysneuvonnan aikaansaamat terveyskäyttäytymismuutokset. *Pieksämäki*, syyskuu 2012, 79 s, 3 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Itä Pieksämäki. Hoitotyön koulutusohjelma, Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto, sairaanhoitaja (AMK).

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää 40-vuotiaiden miesten kokemuksia heille suunnatusta terveystarkastuksesta sekä sitä, saiko miehille suunnattu terveysneuvonta aikaan muutoksia heidän terveyskäyttäytymisessään. Tutkimustulosten avulla haluttiin selvittää, miten miehille suunnattuja terveystarkastuksia ja terveysneuvontatapoja voidaan edelleen kehittää. Opinnäytetyön tilaaja on Pieksämäen kaupungin terveystoimi.

Pieksämäellä järjestettiin vuonna 2010 ensimmäistä kertaa 40-vuotiaiden miesten terveystarkastus. Toiminta sai alkunsa vuonna 2006 Helsingissä, jossa tänä päivänä terveystarkastukset ovat osa terveyskeskusten vakiintunutta toimintaa. Toiminta on levinnyt ympäri Suomea viime vuosien aikana. Terveystarkastusten perustana on Kundit Kondikseen -hanke, jonka päämääränä on edistää miesten sydänterveyttä ja vähentää heidän terveydellistä eriarvoisuutta. Seulonta on keskitetty 40 vuotta täyttäneisiin miehiin. Tavoitteena on sydän- ja verisuonitauteihin sekä tyyppin 2 diabetekseen liittyvien riskitekijöiden varhainen kartoittaminen sekä niihin puuttuminen terveysneuvonnan ja ohjauksen avulla.

Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisen ja kvalitatiivisen tutkimuksen yhdistelmänä. Pääasiallinen lähestymistapa tutkimuksessa oli kvantitatiivinen. Aineisto kerättiin puoli-strukturoidun kyselylomakkeen avulla. Kyselylomake lähetettiin 56:lle Naarajärven terveysasemalla terveystarkastukseen osallistuneelle miehelle. Lomakkeita palautui 30, joten vastausprosentiksi tuli 54 %. Strukturoidut kysymykset analysoitiin SPSS-ohjelman avulla ja avoimet kysymykset laadullisella sisällönanalyysillä.

Tutkimustulosten perusteella voi päätellä, että terveysneuvonnan ja terveystarkastuksen avulla voidaan muuttaa terveystarkastukseen osallistuneiden terveyskäyttäytymistä. Osallistujien tekemät muutokset kohdistuivat muun muassa rasvan kokonaismäärään ja sen laatuun. Suuri osa osallistujista oli muuttanut ruokavalioaan suositusten mukaiseksi, ja osa oli myös pudottanut painoaan. Saatua terveysneuvontaa oli koettu selkeäksi ja helposti ymmärrettäväksi. Lepoa, unta, stressiä, mielenterveyttä sekä ihmissuhteita olisi kuitenkin käsiteltävä laajemmin ja neuvonnassa olisi huomioitava asiakkaan henkilökohtainen elämäntilanne ja elinympäristö paremmin. Tärkeää olisi sopia etukäteen tutkimuksen tuloksia mittaavista mittareista, jotta tutkimuksen avulla saataisiin mahdollisimman luotettavaa ja kattavaa tutkimustietoa.

Avainsanat: terveyden edistäminen, terveysneuvonta, terveystarkastus, terveyskäyttäytyminen, keski-ikäinen mies

## ABSTRACT

Jansen, Maarit and Wierzchowiecka, Renata. Men's experiences about the health counselling received during the health examination and the effects of health counselling on men's health behaviour. 79 p, 3 appendices. Language: Finnish. Pieksämäki, Autumn 2012.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing, Option in Nursing. Degree: Nurse.

The aim of the study was to find out men's attitudes towards health examinations and whether the health counselling causes any change in men's health behaviour. In addition, another goal was to find out how health examinations and counselling could be further developed. The study was commissioned by Pieksämäki health care management.

Health examinations targeted at 40-year-men were first time arranged in Pieksämäki in spring 2010. The action started in Helsinki in 2006. Today health examinations are routine work at Helsinki health centres and they cover all men at their 40's in Helsinki region. Working model has been spread to many other towns in Finland. The basic of working model was called Kundit kondikseen -project aiming to improve men's cardiovascular health and to decrease the health inequalities. The purpose of the project was to develop a method by which risk factors concerning adult diabetes and cardiovascular diseases can be found at an early stage.

The research was carried out by conjoining quantitative and qualitative methods and using a half-structured questionnaire. The questionnaire was posted to 56 men, who have participated in 40-year-men's health examinations in year 2010 or 2011 at Naarajärvi health centre. 30 questionnaires were returned achieving the response rate of 54 %. The quantitative material was analysed by SPSS-programme and the qualitative material by using content analysis.

The results indicate that health behaviour can be changed by the means of health counselling and health examinations. In this survey, changes in health behavior were focused among other things on fat consumption and its quality. The majority of participants had changed their eating habits in accordance with common guidelines and many of them had also lost their weight. The health counselling was found to be clear and comprehensible. Rest, sleep, stress, mental health and relationships should be dealt more extensively with and the personal situation in life and client's environment should be observed better. While investigating the influence of health interventions, there is a need to predetermine certain standard measures in order to get as reliable and comprehensive results as possible.

Keywords: health promotion, health examination, health counselling, health behaviour, middle-aged man

## SISÄLTÖ

1 JOHDANTO .....	5
2 TERVEYDEN EDISTÄMINEN .....	7
2.1 Kansanterveystyö .....	7
2.2 Terveyden edistämisen laatusuositukset.....	8
2.3 Terveyden edistämisen kustannukset ja vaikuttavuus.....	9
2.4 Promootio ja preventio .....	10
2.5 Eettinen perusta .....	10
2.6 Terveydenedistämishankkeita ja -hankkeita Suomessa .....	11
3 TERVEYSTARKASTUS JA TERVEYSNEUVONTA.....	13
3.1 Terveystarkastus .....	13
3.2 Terveysneuvonta.....	14
4 KESKI-ikäinen mies ja terveys .....	16
5 TERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN .....	18
5.1 Miesten terveyskäyttäytymisen taustatekijöitä.....	18
5.2 Terveyskäyttäytymisen muutos .....	21
5.3 Terveyskäyttäytymisen seuranta .....	23
5.4 Terveyskäyttäytymisen seurannan tuloksia.....	24
6 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT.....	30
7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS .....	31
7.1 Tutkimuksen kohderyhmä.....	31
7.2 Tutkimusmenetelmä ja kyselylomakkeen laatiminen .....	31
7.3 Tutkimusaineiston keruu .....	34
7.4 Tutkimusaineiston analyysi .....	35
8 TUTKIMUKSEN TULOKSET .....	37
8.1 Vastaajien taustatiedot.....	37
8.2 Miesten mielipiteet saamastaan terveysneuvonnasta .....	38
8.3 Miesten terveyskäyttäytymisen muutokset.....	40
8.3.1 Rasvan käyttö.....	41
8.3.2 Kasvien, marjojen, hedelmien, kuitujen, sokerin ja suolan käyttö.....	42
8.3.3 Alkoholin ja tupakan käyttö.....	44
8.3.4 Painonhallinta, liikunta, lepo, hampaiden hoito, työ- ja parisuhdeongelmat.....	45
8.4 Elintapamuutoksia edistävät tai niitä estävät tekijät.....	48
9 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS .....	48
9.1 Validiteetti ja reliabiliteetti.....	48
9.2 Eettisyys .....	49
10 POHDINTA .....	50
10.1 Tutkimustulosten yhteenveto ja kehittämisehdotukset.....	50
10.2 Jatkotutkimusaiheet .....	53
10.3 Opinnäytetyöprosessi .....	54
LÄHTEET.....	56
LIITE 1: Kyselylomake.....	68
LIITE 2: Saatekirje.....	77
LIITE 3: Sisällönanalyysi.....	78

## 1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää, muuttivatko 40-vuotiaille miehille suunnattuun terveystarkastukseen osallistuneet miehet terveyskäyttäytymistään, mikäli terveystarkastuksessa ilmeni muutokseen olevan tarvetta, sekä kartoittaa miesten mielialoja saadusta terveystarkastuksesta. Aiheen saimme Pieksämäen kaupungin perusturvalta. Aihe kiinnosti meitä ajankohtaisuudellaan ja tärkeydellään.

Miesten omat terveystarkastukset ovat lähtöisin Helsingin alueelta ja ne liittyvät 40 vuotta täyttäneille miehille suunnattuun Kundit kondikseen -hankkeeseen. Helsingissä aloitettiin Helsingin kaupungin terveystoimen, Helsingin Sydänpiirin ja Raha-automaattiyhdistyksen toimesta vuonna 2001 laaja MBO-projekti, jonka päämääränä oli löytää metabolisen oireyhtymän riskitekijäkartoitukseen pohjautuvan toimintamallin avulla Helsingin alueella asuvat 40 vuotta täyttäneet miehet, joilla oli kohonnut riski sairastua sydän- ja verisuonitauteihin sekä tyypin 2 diabetekseen. Projektin tarkoituksena oli myös lisätä miesten terveydellistä tasa-arvoa, koska keski-ikäisille miehille suunnattuja terveystarkastuksia on vähemmän verrattuna muihin väestöryhmiin. Projekti jatkui vuoden 2005 asti, jonka jälkeen sitä jatkettiin MBO- eli Kundit kondikseen -ohjelmalla. Vuonna 2009 toiminta siirtyi kokonaan Helsingin terveystalokseen, ja nykyään joka vuosi Helsingissä kutsutaan kaikki 40 vuotta täyttäneet miehet maksuttomaan terveystarkastukseen. (Helsingin Sydänpiiri ry i.a.) Toiminta on levinnyt vähitellen muihinkin Suomen kaupunkeihin, ja Pieksämäellä tarkastukset aloitettiin vuonna 2010.

Jo vuodesta 1936 alkaen yleisin kuolemansyy Suomessa on ollut verenkiertoelinten sairaudet. Niiden määrä on hieman lisääntynyt vuosien kuluessa, ja vuonna 2010 verenkiertoelinten sairaudet olivat syynä noin 40 %:ssa kuolemantapauksista. Lisääntymistä osittain selittää ikääntyneiden määrän kasvu: ihmiset elävät nykypäivänä huomattavasti vanhemmiksi kuin esimerkiksi vuonna 1936. (Tilastokeskus 2011a, 2011b.) Myös maailmanlaajuisesti sydän- ja verisuonitaudit ovat johtava kuolinsyy. Vuonna 2008 ne aiheuttivat 17,3 miljoonaa kuolemaa maailmassa, ja WHO:n mukaan määrän kasvu johtuu riittämättömistä sairautta ennalta ehkäisevistä toiminnoista. (World Health Organization 2011, 2.)

Sydän- ja verisuonitautien ohella myös diabetes on ollut viime vuosina yksi nopeimmin yleistyvistä kansansairauksista Suomessa. Vuonna 2008 hoidossa olevia diabeetikkoja oli Suomessa noin 280 000 ja arviolta noin 200 000 ihmistä sairastaa diabetesta tietämättään. Suurin osa eli noin 85 % diabeetikoista sairastaa tyypin 2 diabetesta. Hoidossa olevien diabeetikkojen määrän on arvioitu kaksinkertaistuvan Suomessa 12 vuoden välein ilman tehokkaita ennaltaehkäisykeinoja. (Sund & Koski 2009, 6.)

Terveyden edistämisen osaamisen on yksi sairaanhoitajan ammattiin sisältyvistä osaamisvaatimuksista. (Jääskeläinen 2001, 7). Hoitajat työskentelevät lähellä väestöä, joten elintapojen arviointiin ja niihin vaikuttamiseen terveysneuvonnan avulla on hyvät mahdollisuudet (Iivanainen & Syväoja 2008, 152–153). Terveyden edistämisen integrointi toimintaan ja terveyserojen kaventaminen olivat keskeisiä osa-alueita myös Hoitotyön tavoite- ja toimintaohjelmassa vuosina 2009–2011 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009).

Opinnäytetyömme kautta halusimme kehittyä terveyden edistäjinä ja terveysneuvonnanantajina tulevassa työssämme sairaanhoitajina. Halusimme myös oppia paremmin tuntemaan keski-ikäistä miestä asiakkaana ja potilaana sekä ymmärtää paremmin tämän kohderyhmän terveyskäyttäytymistä ja sen lähtökohtia.

## 2 TERVEYDEN EDISTÄMINEN

Terveyden edistäminen on laaja käsite, ja sitä voidaan tarkastella eri näkökulmista ja eri tasoilla. Terveyden edistäminen on eri aikoina määritelty monin eri tavoin. Terveyden edistämisen keskus on määritellyt käsitteen seuraavasti:

Terveyden edistäminen on arvoihin perustuvaa tavoitteellista ja väli-neellistä toimintaa ihmisten terveyden ja hyvinvoinnin aikaansaamiseksi ja sairauksien ehkäisemiseksi. Terveyden edistämiseen sisältyy promotiivisia ja preventiivisiä toimintamuotoja. Tuloksia ovat terveyttä suojaavien sisäisten ja ulkoisten tekijöiden vahvistuminen, elämäntapojen muutos terveellisempään suuntaan ja terveystalveluiden kehittyminen. Toiminnan vaikutukset näkyvät yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan terveytenä ja hyvinvointina. (Savola, Koskinen-Ollonqvist 2005, 39.)

Terveyden edistämistä toteutetaan yksilön, yhteisöjen ja yhteiskunnan tasoilla (Savola, Koskinen-Ollonqvist 2005, 13–15). Yksilöön kohdistuvien toimenpiteiden lisäksi terveyden edistäminen pitää sisällään myös terveystalveluiden järjestämisen ja uudelleen suuntaamisen, terveyttä edistävän yhteiskuntapolitiikan, terveyttä tukevan ympäristön luomisen sekä eettisten, kulttuuristen ja globaalien näkökulmien huomioimisen (Pietilä 2010, 11). Terveyden edistäminen pohjautuu myös arvoihin, tavoitteisiin, toimintoihin ja tuloksiin. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 13–15).

### 2.1 Kansanterveystyö

Suomessa terveyden edistäminen on kansanterveyslakiin perustuvaa kansanterveystyötä, jota ohjaa ja valvoo Sosiaali- ja terveysministeriö (Sosiaali- ja terveysministeriö 2011). Aluehallintovirasto ohjaa ja valvoo kansanterveystyötä toimialueellaan. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos, Työterveyslaitos sekä Säteilyturvakeskus toimivat kansanterveystyön asiantuntijalaitoksina. Kansanterveyslaki määrittää kansanterveystyön kuntien perustehtäväksi. (Kansanterveyslaki 1972). Terveydenhuolto toimii asiantuntijana sekä kuntalaisten terveyteen liittyvien asioiden ja näkökulmien esiin nostajana. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012a). Kansanterveystyö on yksilöön, väestöön ja elinympäristöön kohdistuvaa terveyden edistämistä, johon luetaan mukaan myös sairauksien ja tapaturmien ehkäisy sekä yksilön sairaanhoito. Kansanterveystyöstä käytetään myös nimitystä

perusterveydenhuolto. (Kansanterveyslaki 1972.) Terveysthuoltolakia sovelletaan kunnissa terveydenhuollon toteuttamiseen ja sisältöön. Terveysthuolto käsittää terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen, perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon. (Terveysthuoltolaki 2010.)

Kansanterveystyön erityisenä kohteena ovat krooniset kansantaudit kuten esimerkiksi sydän- ja verisuonitaudit sekä diabetes. Kansantautien ilmaantuvuutta seurataan ja erityisesti niiden riskitekijöihin sekä sairastuvuutta lisääviin elintapoihin kiinnitetään huomiota. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010.) Kansanterveyslaki tuli voimaan vuonna 1972 ja saman vuonna alkoi Pohjois-Karjala -projekti, joka oli kansainvälisestikin katsottuna ensimmäinen yhteisötason terveysohjelma sydän- ja verisuonitautien ehkäisemiseksi. Pohjois-Karjala -projektin positiiviset tulokset tukivat näkemystä, että hyvin suunnitellulla ja systemaattisella yhteisötason terveysohjelmalla voidaan vaikuttaa väestön elintapoihin ja riskitekijöihin. (Pohjois-Karjalan kansanterveyden keskus 2006.) Esimerkiksi kuolleisuus sepelvaltimotautiin on pienentynyt 80 % vuodesta 1972 vuoteen 2007. Suotuisaan kehitykseen ovat vaikuttaneet väestön seerumin kolesterolitason lasku, verenpaineen aleneminen sekä tupakoinnin väheneminen. Uusilla sepelvaltimotaudin hoitomuodoilla sekä hoitojen tehostamisella on ollut myös osansa myönteisessä kehityksessä. (Kansanterveyslaitos 2008.)

## 2.2 Terveystden edistämisen laatusuosituksot

Sosiaali- ja terveystministeriö on julkaissut vuonna 2006 Terveystden edistämisen laatusuosituksen, joka on tarkoitettu työvälineeksi terveysthuollolle ja kuntien muidenkin hallinnonalojen päättäjille ja työntekijöille. Laatusuositus erittelee terveystden edistämisen osa-alueet kunnassa kuudeksi eri toimintalinjaksi, joihin jokaiseen sisältyy 4–8 suositusta.



Toimintalinjat ovat:

- terveyden edistämisen toimintapolitiikka ja johtaminen
- terveyttä edistävät elinympäristöt
- terveyttä edistävä yhteistyö ja osallistuminen
- terveyden edistämisen osaaminen
- terveyttä edistävät palvelut
- terveyden edistämisen seuranta ja arviointi.

Laatusuosituksen liitteenä on esimerkkejä terveyden edistämisestä ja ohjeita eri ikäryhmien erityistarpeiden huomioimisesta. Esimerkit käsittelevät terveellistä ravintoa, terveyttä edistävää liikuntaa, päihteiden käyttöä ja tapaturmien ehkäisyä, suun terveyttä, tartuntatautien torjuntaa sekä seksuaaliterveyttä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

### 2.3 Terveyden edistämisen kustannukset ja vaikuttavuus

Valtio tukee Suomessa terveyden edistämisen kokeilu- ja kehittämishankkeita vuosittain määrärahalla, joka oli 5 100 000 euroa vuonna 2012. Määrärahan käytöstä laaditaan käyttösuunnitelma, jonka Sosiaali- ja terveysministeriö vahvistaa. Käyttösuunnitelman painotukset ja määrärahan suuruus vaihtelevat vuosittain. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b.)

Tehokkaiden terveyden edistämistoimenpiteiden valinta edellyttää tietoa niiden vaikuttavuudesta. Terveyden edistämisen vaikuttavuuden mittaaminen on kuitenkin haasteellista, koska tieteellinen näyttö siitä on vaihtelevaa ja hajanaista. Myös luotettavaa tutkimustietoa terveyden edistämistoimien taloudellisista vaikutuksista on vähän, mutta niiden positiivisesta vaikuttavuudesta ja kustannusvaikuttavuudesta on kuitenkin viitteitä. Sosiaali- ja terveysministeriö on teettänyt raportin terveyden edistämisen vaikuttavuudesta ja kustannusvaikuttavuudesta helpottamaan terveydenedistämistästrategioiden ennakoarviointia, suunnittelua ja päätöksentekoa. (Kiiskinen, Vehko, Matikainen, Nantunen & Aromaa 2008, 3, 9.)

Rahassa mitattavien kustannussäästöjen rinnalle on tullut uudenlaista kustannusvaikuttavuusajattelua: mittarina käytetäänkin potilaan itsensä kokemaa elämän laatua. Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen yhteydessä toimiva terveydenhuollon menetelmien arviointiyksikkö, FinOHTA, on laatinut vuonna 2006 raportin nimeltään Laaturaportit elinvuodet terveydenhuollon vaikuttavuuden arvioinnissa: järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus (Räsänen ym. 2006). Raportin mukaan vain pieni osa terveydenhuollon hoitokäytännöistä on arvioitu käyttämällä mittarina koettua elämän laatua.

## 2.4 Promootio ja preventio

Promootion näkökulmasta katsottuna terveyden edistäminen pitää sisällään mahdollisuuksien luomisen ihmisten elinolojen ja elämänlaadun parantamiseksi. Promootio on voimavara- ja resurssilähtöistä, ja siinä kiinnitetään huomio ihmisen terveyttä suojaaviin ja vahvistaviin sisäisiin ja ulkoisiin tekijöihin. Preventio puolestaan on ongelmalähtöistä, ja prevention näkökulmasta katsottuna terveyden edistäminen keskittyy sairauksien ehkäisyyn. Preventio käsittää kolme eri tasoa: primaari-, sekundaari- ja tertiaariprevention. Primaaripreventio on sairauksia ehkäisevää toimintaa, kuten esimerkiksi 40-vuotiaille miehille järjestetyt terveystarkastukset. Terveystarkastuksessa annettujen neuvonnan avulla pyritään ehkäisemään sairauksien kehittymisen. Sekundaaripreventio keskittyy sairauksien pahenemisen estämiseen riskitekijöitä poistamalla tai pienentämällä riskitekijöiden vaikutusta. 40-vuotiaiden miesten terveystarkastuksessa olleille miehille järjestettiin kontrollikäyntejä, mikäli heillä todettiin koholla olevia verenpaine- tai veren kolesteroliarvoja. Tertiaaripreventiossa puolestaan pyritään kuntoutuksen keinoin lisäämään ihmisten toimintakykyisyyttä sekä estämään sairauden ja sen aiheuttamien haittojen pahenemisen. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 13–15.)

## 2.5 Eettinen perusta

Terveyden edistäminen on arvoihin perustuvaa työskentelyä, jolla pyritään lisäämään yksilön hyvän elämän toteutumista. Työskentelyä ohjaa eettinen ajattelu. Ottawan julistusta vuodelta 1986 pidetään edelleen maailmanlaajuisesti terveyden edistämisen etiikan perustana. Eettistä näkökulmaa pidetään tärkeänä, koska terveyden edistämässä usein

puututaan ihmisten elämään. Ihminen nähdään omien terveysvalintojensa tekijänä, mutta samalla yksilönä, jonka on sopeutettava toimintansa ympäristön ja yhteiskunnan tarjoamiin mahdollisuuksiin. Elintavat ja omat ratkaisut vaikuttavat ihmisen terveyteen, mutta näiden lisäksi myös psyykkisellä hyvinvoinnilla, työolosuhteilla, elinympäristöllä ja yhteiskunnallisilla päätöksillä on omat vaikutuksensa yksilön hyvinvointiin. (Pietilä, Länsimies-Antikainen, Vähäkangas & Pirttilä 2010, 15–17.)

Suomessa ongelmana ovat eri yhteiskuntaryhmien väliset suuret erot (Rotko, Aho, Mustonen, & Linnanmäki 2011). Jo 1990-luvun alusta lähtien tutkimustulokset viittaavat siihen, etteivät terveyspalvelut kotimaassamme jakaudu niin oikeudenmukaisesti kuin aiemmin uskottiin, eikä perustuslain edellyttämä yhdenvertaisuus suomalaisessa terveydenhuoltojärjestelmässä toteudu (Keskimäki 2010). Terveyserojen syyt ovat pääosin sosioekonomisia, sillä ne kytkeytyvät muun muassa tulojen ja varallisuuden jakautumiseen, koulutusjärjestelmään, yhteiskunnan rakenteisiin, työelämään, terveydenhuoltojärjestelmään ja asumisoloihin (Palosuo ym. 2007). Terveysten edistämisen eettisinä periaatteina Suomessa nykypäivänä pidetään ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamista, oikeudenmukaisuutta, yksilön voimavarojen vahvistamista, osallisuutta ja vastuullisuutta (Pietilä ym. 2010, 18–21).

## 2.6 Terveysenedistämishjelmia ja -hankkeita Suomessa

Väestön terveyttä pyritään parantamaan erilaisten kansallisten hankkeiden ja ohjelmien avulla. Tällä hetkellä tärkein kansallinen terveysenedistämishjelma Suomessa on Terveys 2015 -kansanterveysohjelma, joka pohjautuu Maailman terveysjärjestö WHO:n Terveyttä kaikille -ohjelmaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012c). WHO eli Maailman terveysjärjestö on Suomen tärkein yhteistyökumppani kehitettäessä ja arvioitaessa terveyspolitiikkaa maassamme (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012d).

Terveys 2015 -kansanterveysohjelma on laaja-alainen pitkän aikavälin terveyspoliittinen ohjelma, joka pyrkii terveyden ja hyvinvoinnin lisäämiseen kaikilla yhteiskunnan osa-alueilla. Ohjelmassa painotetaan terveyden edistämistä. Tavoitteena on terveyden ja toimintakykyisten elinvuosien lisääminen ja väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen. Myös terveyspalveluiden saatavuus ja toimivuus halutaan pitää

vähintään nykyisellä tasolla. Tavoitteiden saavuttaminen edellyttää, että kansalaisten terveys otetaan huomioon tärkeänä valintoja ohjaavana tekijänä kuntien ja valtion tehtävälalueilla sekä myös yksityissektorilla ja ihmisten omassa toiminnassa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001.)

Myös Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämisohjelman, Kasteen, tavoitteena on hyvinvointi- ja terveyserojen kaventuminen sekä sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden ja palveluiden järjestäminen asiakaslähtöisesti. Alunperin Kaste-ohjelma oli vahvistettu vuosille 2008–2011, mutta valtioneuvosto vahvisti 2.2.2012 uuden Kaste-ohjelman vuosille 2012–2015. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012e.)

Alueellista terveyden edistämistä edustaa vuonna 2009 käynnistynyt Kanerva-KASTE -hanke, joka keskittyy Kuopion yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueella kroonisten kansansairauksien ehkäisyyn ja varhaiseen hoitoon. Hanketta hallinnoi Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri. Alkuperäinen toimintakausi kesti 31.10.2010 asti, mutta hanke jatkui Kanerva 2 -hankkeena 31.10.2012 asti. Hanke korostaa väestön ja yksittäisen ihmisen omatoimisuuden ja omahoidon tukemista. (Kanerva2-KASTE i.a.)

Suomen kansallinen diabetesohjelma eli diabeteksen ehkäisyyn ja hoidon kehittämisohjelma DEHKO 2000–2010 keskittyi tyypin 2 diabeteksen ehkäisyyn, hoidon kehittämiseen ja diabeetikkojen omahoidon tukemiseen. Tavoitteina oli varmistaa diabeteksen laadukas hoito, toimivat hoitoketjut ja omahoidon tukeminen. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisy haluttiin osaksi perusterveydenhuoltoa. Ehkäisyohjelmassa oli kolme strategiaa, joissa painotettiin terveellisiä liikunta- ja ruokatottumuksia sekä tehostettua elintapaohjausta. Mukana oli laaja joukko toimijoita kuten esimerkiksi perus- ja työterveydenhuolto sekä apteekit ja järjestöt. Tyypin 2 diabetesta ehkäisemällä samalla ehkäistään myös sydän- ja verisuonitauteja sekä diabetekseen liittyviä vakavia lisäsairauksia. (Diabetesliitto i.a.)

Euroopan unionilla on omat toimintalinjansa koskien terveyttä ja terveyden edistämistä. Lissabonin sopimus määrittelee toimintaa, jolla tuetaan EU-jäsenvaltioita edistämällä ihmisten terveyttä ja turvallisuutta sekä kohentamalla kansanterveyttä. Päätehtäviin kuuluu terveyden edistäminen, terveyserojen vähentäminen sekä terveystiedon ja -tietouden tuottaminen sekä levittäminen. (Euroopan unionin virallinen lehti 2007.)

Euroopan Unionin tehtävänä on terveysasioihin liittyvien kansallisten toimien täydentäminen, kuten esimerkiksi ihmisten varjelu terveysuhilta ja sairauksilta sekä terveiden elämäntapojen edistäminen. (Euroopan komissio 2012). Terveiden edistämässä keskittään terveyteen vaikuttaviin taustatekijöihin. Keskeisimpiä asioita ovat ravitsemus, liikunta ja seksuaaliterveys sekä alkoholin ja huumeiden käyttö sekä tupakointi. (Suomen ASH 2010.)

### 3 TERVEYSTARKASTUS JA TERVEYSNEUVONTA

#### 3.1 Terveystarkastus

Terveydenhuoltolaissa 30.12.2010/1326 pykälä 13 määrittelee kunnan velvollisuudeksi järjestää tarpeelliset terveystarkastukset alueensa asiakkaille heidän terveyden ja hyvinvoinnin seuraamiseksi ja edistämiseksi. Tarkastusten tavoitteeksi laki määrittää asukkaiden työ- ja toimintakyvyn tukemisen, sairauksien ehkäisyn sekä mielenterveyden ja elämänhallinnan edistämisen. Laki myös edellyttää kunnan järjestävän terveystarkastuksia opiskelu- tai työterveyshuollon ulkopuolelle jääville nuorille ja työikäisille. Pykälä 14 antaa kunnille lisäksi mahdollisuuden järjestää terveystarkastuksia tietyn taudin tai sen esiasteen toteamiseksi tai taudin aiheuttajan löytämiseksi. (Terveydenhuoltolaki 2010.)

Perinteisten lääkärien, terveydenhoitajien ja kätilöiden suorittamien terveystarkastusten rinnalle on tullut myös sähköinen, internetissä tehtävä terveystarkastus. Internetissä oleva kyselykaavake täytetään ja ohjelma luo tuloksista raportin, josta käy ilmi omat riskitekijät ja niiden vaikutus arvioituun elinikään ja elämänlaatuun. Raportissa annetaan myös ohjeita, miten omaa terveyskäyttäytymistään muutamalla voi lisätä terveitä elinvuosiaan. Ohjelmassa on mahdollisuus ottaa myös käyttöön sähköinen terveysvalmennus ja asettaa itselleen tavoitteita. Seurannan perusteella ohjelma antaa apua ja ohjausta elämäntapamuutoksiin. (Duodecim i.a.)

Terveystarkastusten sisältö vaihtelee riippuen kohderyhmästä ja terveystarkastuksen tavoitteesta. Pieksämäellä miesten 40-vuotistarkastuksessa osallistujilta kysyttiin ensin sosiaaliseen terveyteen liittyvät taustatiedot eli muun muassa ammatti, koulutus, työtilanne, työhyvinvointi, taloudellinen tilanne, perhesuhteet ja harrastukset. Psykkistä terveyttä kartoitettiin kysymällä mielialasta, masennusoireista ja tulevaisuuden näkymistä. Aiemmat ja nykyiset sairaudet, lääkitys ja sukurasitteet eli lähiomaisten sairaudet merkittiin myös esitietoihin. Osallistujilta mitattiin pituus, paino, vyötärön ympäryys, verenpaine ja pulssi. Painon ja pituuden avulla miehille määriteltiin painoindeksi eli BMI. Astmaatikoilta ja tupakoivilta tutkittiin myös keuhkojen toiminta mikrospirometrialaitteen avulla. Alkoholin kulutusta kartoitettiin AUDIT-testillä ja diabetesriskiä tyypin 2 diabeteksen riskitestillä. FINRISKI-laskurilla laskettiin miesten riski sairastua sydäninfarktiin tai aivohalvaukseen 10 seuraavan vuoden kuluessa. Miehet täyttivät myös terveystottumuskyselyn, jossa kysyttiin heidän ruoka- ja liikuntatottumuksia sekä tupakointia ja päihteiden käyttöä. Osallistujat olivat käyneet jo ennen terveystarkastukseen tuloa ennalta sovituissa laboratorioskokeissa. Heiltä oli otettu perusverenkuva, paastoverensokeri ja veren rasva-arvot. Mittaustulosten ja riskitestien perusteella miesten kanssa käytiin läpi elämäntapamuutostarpeita ja kartoitettiin heidän muutoshalukkuutta. Osallistujat saivat itse asettaa elämäntapamuutostavoitteensa. Miehille annettiin kirjallista materiaalia terveystarkastuksessa käsitellyistä asioista. Mikäli osallistujalla ilmeni tarkastuksessa kohonnut sairastumisriski, kyseiselle miehelle varattiin kontrolliaika ja sovittiin jatko-ohjelmasta. Jokaiselle osallistujalle annettiin Miehen huoltokirja sekä myös Terveysresepti, johon mittaustulokset ja jatkosuunnitelmat merkittiin. (Maarit Kovanen, henkilökohtainen tiedonanto 28.3.2011.)

### 3.2 Terveysneuvonta

Myös terveysneuvonnan järjestäminen kunnassa perustuu lakiin. Terveystarkastuslaissa 30.12.2010/1326 pykälässä 13 määritellään kunnan tehtäväksi järjestää alueensa asukkaiden terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä sekä sairauksien ehkäisyä tukevaa terveysneuvontaa. Terveysneuvonnan on katettava myös opiskelu- tai työterveyshuollon ulkopuolelle jäävät nuoret ja työikäiset. Lain mukaan terveysneuvonta on sisällytettävä kaikkiin terveydenhuollon palveluihin. (Terveystarkastuslaki 2010.)

Terveysneuvonnan rinnakkaistermejä ovat terveyden edistäminen ja terveystkasvatus (YSA – Yleinen suomalainen asiasanasto i.a.). Usein rinnakkain käytetään myös käsitteitä potilasohjaus tai potilasneuvonta, mutta termit eivät ole toistensa synonyymejä. Opinnäytetyössämme perehdyimme kuitenkin myös potilasneuvontaan, koska terveys- ja potilasneuvonnassa on yhteisiä piirteitä sekä yhteisiä huomioon otettavia asioita. Sairaanhoidajan työhön sisältyy kattavampaa ja laajempaa terveysneuvontaa sekä nopeatempoisempaa ja lyhytkestoista potilasneuvontaa. Usein myös potilasneuvonta sisältää elintapaohjausta. Terveysneuvonnan kohteena voi olla joko yksilö tai ryhmä.

Nykypäivänä asiakasta ja potilasta pidetään aktiivisena oman elämänsä asiantuntijana. Hoitajan rooli on tukea häntä päätöksenteossa sekä tarjota tietoa ja vaihtoehtoja. Terveys- ja potilasneuvonta ovat vuorovaikutussuhteita, joissa hoitajan on huomioitava asiakkaan ja potilaan taustatekijät sekä myös omat, neuvontaan vaikuttavat taustatekijät. Asiakkaiden erilaisuus ja erilaiset lähtökohdat asettavat haasteita neuvontatilanteeseen. Hoitajan on ymmärrettävä omien tunteidensa, ajattelutapojen, arvojen ja ihmiskäsitteensä merkitys vuorovaikutustilanteessa. Terveys- ja potilasneuvonnassa on huomioitava myös asiakkaan ja potilaan fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja ympäristötekijät. Ikä, sukupuoli, terveysuskomukset, kokemukset, motivaatio, kulttuuritausta ja hoitotyön kulttuuri vaikuttavat neuvontatilanteessa monen muun tekijän ohella. (Kyngäs ym. 2007, 25–40.)

Tutkimuksissa on tullut esille, että hoitajat tarvitsisivat lisäkoulutusta terveysneuvonnassa tarvittavien vuorovaikutustaitojen kehittämiseksi. Hoitajilla olisi oltava herkkyyttä huomata potilaan antamat vihjeet sekä vuorovaikutussuhteen muutokset. Hoitajien olisi myös tärkeää tunnistaa käyttämänsä asiantuntijavalta, joka estää potilaan aktiivisen osallistumisen hoitoonsa. Tutkimusten mukaan hoitajat jättivät potilaiden ja asiakkaiden puheen huomiotta keskittyessään omaan, tiedon jakajan rooliinsa. Tämä heikensi annetun tiedon vastaanottamista ja omaksumista. (Jyväskylän yliopisto i.a., Hakkarainen 2000, 45–46.)

Anita Näslindh-Ylispangar (2008) on tutkinut väitöskirjassaan 40-vuotiaiden miesten koettua terveydentilaa, sydän- ja verisuonitautien riskitekijöitä, terveystkäyttäytymistä, terveysuskomuksia ja miesten saamaa terveysneuvontaa sekä analysoinut niihin yhteydessä olevia tekijöitä. Tutkimuksessa ilmeni muiden tulosten ohella, että omaisten an-

tama terveysneuvonta vähensi miesten alkoholin kulutusta. Monet miehet kokivat perheenjäseniltä saamansa tuen ja ohjauksen merkittävämmäksi kuin hoitohenkilöstön antamaan terveysneuvonnan. Tutkija korostaa myös miesten itsensä kokeman ja todellisen terveydentilan välistä ristiriitaa ja asian huomioon ottamista sekä ymmärtämistä keski-ikäisiä miehiä hoidettaessa. (Näslindh-Ylispangar 2008.)

Ohjaajan oma suhtautuminen ja innostus terveyden edistämiseen vaikuttavat omalta osaltaan tavoitteiden saavuttamiseen. Tutkimuksen mukaan innostunut ohjaaja ja innostunut ryhmä auttavat hyviin tuloksiin. Motivoituneella ammattilaisella on tärkeä rooli onnistumisen kokemusten luomisessa. (Absetz, Yoshida, Hankonen & Valve 2008, 248.)

#### 4 KESKI-IKÄINEN MIES JA TERVEYS

Keski-ikäisellä miehellä tässä työssä tarkoitetaan henkilöä, jonka henkilötunnuksen loppuosa eli yksilönumero on pariton ja joka on iältään noin 35–60 vuotta. Suomessa on määriteltä, että miehillä yksilönumero on pariton ja naisilla parillinen. (Väestörekisterikeskus i.a.)

Keski-ian määrittäminen on haasteellista ja niinpä siitä näkee erilaisia versioita. Suomen sanakirja.fi (2011) määrittelee keski-ian ajaksi, jolloin ihminen ei ole nuori eikä vanha eli yleisimmin ajateltuna ihmisen keskimääräisen eliniän kolmas neljännes käsittäen ikävuodet 45–60. Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen julkaisussa 352 ”Keski-ikä elämänvaiheena” vuodelta 2010 Katja Kokko puolestaan on perehtynyt keski-ikää koskevaan kirjallisuuteen ja löytänyt sieltä keski-ian määritelmäksi yleisimmin ikävuodet 40–60 (Lachman 2004), mutta joskus jopa laajemmin ikävuodet 35–65.

Pulkkisen ja Kokon tutkimuksessa tuli ilmi, että tutkittavien alkoholinkäyttö lisääntyi huomattavasti 36-vuotiaasta 50-vuotiaaksi. Ilmiö esiintyi sekä miesten että naisten kohdalla. Keski-ian lähestyessä miesten tupakoinnin lopettaminen oli puolestaan selvästi lisääntynyt, kuitenkin tutkittavista miehistä noin kolmannes edelleen tupakoi. (Pitkänen



2010, 57–65.) Miehillä oli 50 vuoden ikään mennessä myös metabolinen oireyhtymän esiintyminen yli kaksinkertainen verrattuna 42 vuoden ikään. Naisten terveydentilassa esiintyi samanlainen kehitys, mutta 50-vuotiaana heistä noin 26 %:lla oli metabolinen oireyhtymä, kun samanikäisten miesten kohdalla luku oli jo lähes 48 %:a. (Kinnunen 2010, 66–74.)

Anita Näslindh-Ylispangarin (2008) väitöskirjan tutkimustulokset paljastavat, että 40-vuotiailla miehillä oli useita sydän- ja verisuonitautiriskejä. Kaksi kolmasosaa tutkimukseen osallistuneista miehistä oli ylipainoisia tai lihavia ja yli kolmanneksella vyötärön ympäryys oli 100 cm tai sen yli, mikä merkitsee huomattavasti suurentunutta sairastumisriskiä (Heinonen 2011). Yli 40:llä %:lla miehistä diastolinen verenpaine oli 90 mmHg tai korkeampi, mikä tarkoittaa kohonnutta verenpainetta (Mustajoki 2010a). Lisäksi yli puolet tutkituista miehistä tupakoi päivittäin ja 40:llä %:lla miehistä alkoholin käyttö oli runsasta. Huolimatta löydettyistä riskitekijöistä, noin puolet tutkimukseen osallistuneista miehistä koki terveydentilansa hyväksi. (Näslindh-Ylispangar 2008.)

Myös Pieksämäellä vuonna 2010 toteutettu 40-vuotiaiden miesten terveystarkastus paljasti, että keski-ikäisellä miehellä on terveystarkastuksessa kävi kyseisenä vuonna 34 miestä, joista 47:llä %:lla oli ylipainoa ja samalla määrällä oli myös vyötärölihavuutta. Kohonnut verenpaine oli 44:llä %:lla ja kohonneet veren rasva-arvot löytyivät peräti 59:llä %:lla osallistujista. Veren paastosokeri oli koholla noin 18 %:lla miehistä. Alkoholi-ongelma tai Audit-testin tulos yli 8 pistettä oli noin 21:llä %:lla tarkastuksessa käyneistä miehistä ja tupakoivia löytyi noin 25 %:a samassa joukossa. Mielialaongelmista ilmoitti kärsivänsä noin 24 %:a miehistä ja sukurasite verisuonitauteihin tai diabetekseen löytyi 38 %:lla osallistujista. (Maarit Kovanen, henkilökohtainen tiedonanto 28.3.2011.)

Arto Strandberg (2010) on väitöskirjassaan “The Impact of Lifestyle and Cardiovascular Risk Factors in Midlife on the Health-Related Quality of Life among Old Men” tutkinut keski-ikäisten miesten elintapojen ja keskeisimpien sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöiden vaikutusta myöhemmän iän elämänlaatuun, mikä käsittää fyysisen toimintakyvyn sekä psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin. Lähtökohta tutkimukselle oli suomalaisten odotettavissa olevan elin-iän piteneminen ja 65 vuotta täyttäneiden osuuden kasvu väestössämme. Tutkija halusi pitkäaikaistutkimuksellaan selvittää,

kannattaako elinikää pyrkiä pidentämään, jos se johtaa suureen määrään toimintakyvyttömiä vanhuksia, joiden elämänlaatu on huono ja joiden hoito rasittaa kansantalouttamme kohtuuttomasti. Tutkimus sai alkunsa vuonna 1960 ja tutkittavia sekä heidän elämänsä seurattiin 26–39 vuoden ajan. Tutkimustulosten perusteella valtimosairauksien riskitekijöillä keski-iässä ja myöhemminkin on merkittävä vaikutus vanhuusiän elämänlaatuun. Tupakoimattomuus, kohtuullinen alkoholin käyttö, painonhallinta sekä kolesterolitason pitäminen matalana keski-iässä pidensivät elinikää ja paransivat merkittävästi vanhuusiän elämänlaatua. Positiivinen vaikutus kohdistui erityisesti fyysiseen toimintakykyyn, mutta usein myös psyykkiseen hyvinvointiin. Tutkija korosti riskitekijöiden tunnistamista ja hoidon aloitusta riittävän varhaisessa vaiheessa eli viimeistään keski-iässä tai mielellään jo nuoruudessa. (Strandberg 2010.)

## 5 TERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN

Terveyskäyttäytymistä ja sen erilaisia ilmenemismuotoja on paljon tutkittu ympäri maailmaa ja myös meillä Suomessa. On yritetty selvittää, mikä saa meidät käyttäytymään niin kuin käyttäydymme. Tiedon, asenteiden, uskomusten, arvojen ja käsitysten on sanottu muodostavan perustan käyttäytymiselle. Ne joko tukevat tai ehkäisevät terveyttä edistävää terveyskäyttäytymistä. (Räsänen 2010, 110–111.) Eri tutkijat ovat nostaneet esille erilaisia näkökulmia tutkiessaan miesten terveyskäyttäytymistä.

### 5.1 Miesten terveyskäyttäytymisen taustatekijöitä

Sukupuoli on yksi tärkeimmistä terveysasenteisiin vaikuttavista tekijöistä. Naiset ovat miehiä innokkaampia hyvien terveyskäyttäytymistapojen ja terveellisen elämäntyylin noudattamisessa. Naisiin verrattuna miesten käyttäytyminen ja terveysasenteet ovat terveyden kannalta haitallisia yli kolmellakymmenellä eri tavalla, rodusta ja etnisestä taustasta riippumatta. (Courtenay 2000, 2009). Maailmanlaajuisesti tarkasteltuna miehet ovat sairaampia ja elävät lyhyempään kuin naiset. Vuoden 2010 terveystilastot - julkaisussa on esitetty elinajanodotteet 196 maasta. Näistä kaikista vain viidessä maassa

miesten elinajanodote oli naisia korkeampi. Miesten ja naisten elinajanodotteen ero, Suomessa 5,9 vuotta, on kansainvälisesti katsoen suuri. (United Nations 2011.)

Miesten ja naisten erilaisen terveystyytymisen syinä on pidetty toisistaan poikkeavia maskuliinisuuden ja naisellisuuden malleja. Maskuliinisuutta pidetään terveydelle vastaisena ja siihen liittyvät asenteet tekevät miehistä välinpitämättömiä omaa terveyttä kohtaan sekä terveyttä koskevan tiedon vähättelyyn. Viime vuosina sukupuolirooleissa on tapahtunut huomattavia muutoksia ja traditionaalinen maskuliinisuuden malli ei enää sovellu nykymiesten terveystapojen kuvaajaksi. (Pietilä 2009.)

Maskuliinisuuden kulmakivenä on pidetty erottautumista naisista ja kaikesta naisellisuudesta. Maskuliinisen kulttuurin arvoja ovat muun muassa kunnianhimo, menestyminen, raha, työnteko ja jäämäkkyys. (Malmberg 1996.) Perinteiset maskuliinisuuden ihanteet korostavat rohkeutta, kestävyyttä ja voimaa. Mies on haavoittumaton sankari, jonka tunnuslauseena on: "kaikki, mikä ei tapa, vahvistaa". Miehelle on kunnia-asia kestää niin fyysisiä kuin henkisiäkin koettelemuksia valittamatta, tuskiaan ja pelkojaan näyttämättä. (Pietilä 2008.) Miehet ovat valmiita hylkäämään terveelliset käyttäytymismallit todistaakseen ja saavuttaakseen maskuliinisuuden ihanteensa. Jotkut miehet kehuvat, etteivät ole käyneet lääkärissä vuosiin, vaikka käynnille olisi ollut terveyden kannalta pätevät syyt. Tyypillisiä maskuliinisia stereotyyppisiä ovat esimerkiksi ilmaisut: "miehekkäät miehet eivät ole huolissaan terveydestään" tai "miehekkäät miehet eivät ole alttiita sairauksille". (Courtenay 2009.)

Arja Oikarinen (2008) lähestyi terveystyytymistä kulttuurisesta näkökulmasta väitöskirjassaan Kainuulaisten miesten terveystyytyminen – kulttuurinen näkökulma. Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ja analysoida kainuulaisten miesten terveystyytymistä, terveyspalveluihin suhtautumista ja terveystyytymiseen liittyvää puhetta. Tavoitteena oli terveyspalveluiden kehittäminen uuden, kulttuurisen tiedon perusteella sekä lisätä tietoutta kainuulaisten miesten terveystyytymisestä. Tutkimustulosten mukaan kainuulaisten miesten terveystyytymistä ohjaa terveyden arvo vasta aikuisiässä, eivätkä he mielellään käytä terveyspalveluja. Sukupolvelta toiselle periytyneet asenteet ja lähiympäristön sairastuvuus muiden tekijöiden ohella vaikuttivat kainuulaisten miesten terveystyytymiseen ja terveyspalveluihin suhtautumiseen. (Oikarinen 2008.) Tutkimustulosten perusteella voisi päätellä, että

miehet kokivat sairauksien ja huonon terveyden olevan luonnollinen ja normaali osa elämää, koska ympäristö tuki tällaista käsitystä.

Samoilla linjoilla on ollut myös Anu Katainen (2011), joka tutkimuksessaan ”Tupakka, luokka ja terveystyötytymisen ongelma” perehtyi tupakoitsijoiden riskikäsitteisiin, tupakoinnin perustelutapoihin ja tupakoinnin liittymistä tupakoitsijan arkeen eri ammattiryhmissä. Hänen lähtökohtansa tutkimukseen oli ajatus, että tupakointia ei voi tarkastella pelkästään yksilöllisenä terveystyötytymisenä tai riippuvuutena. Tällainen näkökulma oli tutkijasta liian kapea tupakoinnin nykyisen kulttuurisen paikan ja sosiaalisen eriytyksen ymmärtämiseen. Hänen tutkimuksessaan tuli ilmi, että ihmiset mieltävät riskit ja terveyden omalla, persoonallisella tavallaan ja sosiaalisella ympäristöllä on myös merkitystä ihmisten käyttäytymisen muodostumiseen. Tutkijan mukaan terveyteen liittyvät tavat eivät aina ole tietoisia, terveystyötytymisen päätelyn tulosta, vaan ne tulisi ymmärtää elinolosuhteiden ja arjen kokonaisuuden näkökulmasta. Hänen haastattelemansa työntekijät olivat tietoisia tupakoinnin haitallisuudesta, mutta jatkoivat tupakointia siitä huolimatta. Tutkijan mukaan olisikin lisätiedon jakamisen sijasta kiinnitettävä huomio sosiaalisiin yhteyksiin ja ympäristöihin, joissa ei-toivottu terveystyötytymisen vaikuttaa saaneen lujan otteen. Olisi ymmärrettävä, mitä haitallinen terveystyötytymistapa edustaa ihmisen elämässä ja voisiko sen korvata jollain muulla asialla, joka toisi ihmiselle vastaavan merkityksen. Hänen mukaansa tällaisiin tupakointiin liittyviin asiansuhteisiin vaikuttaminen on tehokkaampaa kuin keskittyminen yksilöiden käyttäytymisen muuttamiseen. (Katainen 2011.)

Laura Kestilä (2008) on väitöskirjassaan ”Polut terveyteen. Nuorten aikuisten terveyden, terveystyötytymisen ja terveystyötytymisen määrittäjät” pyrkinyt syventämään ymmärrystä terveyden, terveystyötytymisen ja terveystyötytymisen kehittymiseen elämäntilanteissa. Tutkimus ei koskenut nimenomaan miesten terveystyötytymistä, mutta valottaa omalta osaltaan lapsuuden merkitystä terveystyötytymisen muodostumisessa. Tutkimustulosten mukaan lapsuuden epäsuotuisat elinolosuhteet ennustavat nuoren aikuisiän huonoa terveyttä. Nuoren aikuisen oma koulutus ei juurikaan korjannut lapsuuden elinolosuhteiden vaikutusta. Erityisesti vanhempien alkoholinkäyttö ja tupakointi ennustivat vastaavaa terveystyötytymistä myös heidän lapsillaan. Lapsuuden elinolosuhteilla ja vanhempien vähäisellä koulutuksella oli tutkimuksen mukaan myös yhteys nuoren aikuisen ylipainon ja lihavuuden kehittymiseen. Koulutusryhmien väliset terveystyötytymiset tulivat ilmi

myös Kestilän väitöskirjassa. Nuoreen aikuisuuteen mennessä omaksuttu terveystäytyminen liittyi vahvasti lapsuuden elinoloihin. (Kestilä 2008.)

## 5.2 Terveystäytymisen muutos

Ymmärtämällä terveystäytymisen taustatekijöitä ja sen muutosprosessia, on helpompaa tukea potilaita ja asiakkaita muuttamaan heidän käyttäytymistään. Suomessa on käytössä erilaisia kansainvälisestikin tunnettuja terveystäytymisen muutosmalleja ja tekniikoita.

Yksi käytetyimmistä malleista on Prochaskan transteoreettinen muutosvaihemalli. Mallin mukaan elämäntapojen muutoksissa erotetaan useita eri vaiheita. Vaiheita voi olla versiosta riippuen 4–6. Ensin on esiharkintavaihe, jolloin henkilö ei vielä tiedosta muutoksen tarvetta eikä hänellä ole aikomusta muuttaa käyttäytymistään. Esiharkintavaihetta seuraa harkintavaihe, jolloin saadaan kohdehenkilö harkitsemaan elämäntapojen muutosta ilman, että hänellä on valmius muuttaa tapojaan. Valmistautumisvaiheessa henkilö kokee muutoksen tarpeelliseksi, etsii apua ja tekee päätöksen asiasta. Toimintavaiheessa hän alkaa toimimaan ja aktiivisesti muuttaa toimintatapojaan. Vaihe vaatii aikaa ja voimavaroja. Kun muutoksesta on tullut pysyvä elintapa, puhutaan ylläpitovaiheesta. Myös relapsit eli repsahdukset on huomioitu mallissa. Ne ovat vaiheita, jolloin asiat eivät etene tai jolloin jopa palataan entiseen toimintaan. (Prochaska & di Clemente 1998; Koski-Jännes 2008; Routasalo & Pitkälä 2009.)

Motivoivaa haastattelua puolestaan käytetään silloin, kun sairauden hoito tai ehkäisy edellyttää potilaan tai asiakkaan muuttavan elämäntapojaan. Menetelmää on käytetty muun muassa motivoitaessa potilaita tai asiakkaita tupakoinnin lopettamiseen, alkoholin käytön vähentämiseen sekä ruoka- ja liikuntatottumusten muuttamiseen. Menetelmän perusajatus on, että jokainen ihminen haluaa olla terve ja että jokaisella on sisimmässään motivaatio edistää terveyttään. Ammatti-ihmisen tehtävänä on oikealla toiminnalla herättää muutokseen tähtäävä motivaatio. Potilasta pidetään oman elämänsä asiantuntijana ja häntä ohjataan ja tuetaan kohti omia, terveyttä edistäviä ratkaisuja. (Mustajoki & Kunnamo 2009.) Ohjausta tukee motivoiva vuorovaikutustapa, jonka keinoihin kuuluvat avoimet ja suljetut kysymykset, aktiivinen kuuntelu ja vahvistavat

toteamukset sekä yhteenvedot. Avoimet kysymykset ovat tärkeimpiä, ne ohjaavat asiakasta miettimään asioita omalta kannaltaan. Suljetuilla kysymyksillä ammattilainen päättää, mitä puhutaan ja saa näin aikaan helposti muutosvastarintaa, joten suljettujen kysymysten käytön on oltava tarkkaan harkittua. (Absetz 2009.) Suljettuja kysymyksiä voidaan käyttää tarkennettaessa joitain yksityiskohtia, mutta niillä ei pidä aloittaa keskustelua elämäntapamuutoksesta (Mustajoki & Kunnamo 2009). Aktiivinen kuuntelu auttaa asiakasta tuntemaan, että hänen mielipiteitään kuunnellaan ja hänestä ollaan kiinnostuneita (Absetz 2009). Olennaista motivoivassa haastattelussa on, että potilaan puolesta ei päätetä mitään, ellei hän niin itse halua. Potilasta ohjataan tutkimaan omia vaihtoehtojaan, ja hän itse valitsee niistä sopivimman menettelytavan. Empatian osoittaminen, todistelun ja väittelyn välttäminen, vastahankaan myötäily sekä potilaan itseluottamuksen ja omien kykyjen tukeminen on tärkeää. (Mustajoki & Kunnamo 2009.)

Muita malleja ovat muun muassa McGuiren Suostuttelumalli, jossa erotetaan kuusi eri vaihetta. Vaiheet ovat viestille altistuminen, viestin huomiointi, viestin väittämien ja johtopäätösten ymmärtäminen, väittäminen hyväksyminen, viestin sisällön muistaminen ja asenteiden muutos. Eri vaiheiden huomiointi terveyskasvatusinterventioissa on tärkeää. Freiren Aktiivisen oppimisen malli puolestaan korostaa ihmisen omaa aktiivista osallistumista ja oppimista. Oppimisen avulla ihminen itse tunnistaa ongelmansa ja hänen oletetaan pystyvän myös analysoimaan ongelmien taustalla olevia sosiaalisia yhteyksiä. Terveysuskomusmallia on paljon käytetty terveysneuvonnassa. Mallissa etsitään psykologisia edellytyksiä, jotka saavat ihmisen käyttämään tiettyä palvelua tai jotka saavat heidät käyttäytymään tietyllä, terveyttä suojaavalla tavalla. Perustellun toiminnan teoria ja sen laajennettu versio Suunnitellun käyttäytymisen teoria kohdistaa huomion asenteiden ja käyttäytymisen keskinäiseen suhteeseen. Teoria koostuu käyttäytymisuskomuksista ja niiden arvoista, ihmisen omista asenteista, käyttäytymisaikomuksista ja prosessin lopputuloksesta eli käyttäytymisestä. Teorian pääväittäjä on, että käyttäytymisaikomukset ennustavat tulevaa käyttäytymistä. Laajennetussa versiossa eli Suunnitellun käyttäytymisen teoriassa mukaan on lisätty käsite koetun käyttäytymisen kontrolli. Teoriassa huomioidaan myös ihmisen olemassa olevat tai puuttuvat voimavarat ja esteet käyttäytymisen toteutumiseksi. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 54–55.)

Elämäntapainterventioiden vaikuttavuudesta on vahvaa näyttöä, mutta käytännön ongelmana on kohderyhmän tavoittaminen ja interventioiden laadun ylläpitäminen (Absetz 2010). Muutosprosessin läpi käyvä ihminen tarvitsee apua ja tukea niin läheisiltä kuin terveydenhuollon ammattilaisilta. Heidän avullaan selvitetään elintapoihin ja muutokseen tarvittavia voimavaroja ja mahdollisuuksia sekä vahvistetaan yksilön omaa, sisäistä motivaatiota. Prosessiin kuuluu asiakaskeskeinen haastattelu, jonka tavoitteena on voimistaa yksilön sisäistä motivaatiota muutokseen tutkimalla ja selvittämällä ongelmakäyttäytymiseen sisältyvää ristiriitaa. (Koski-Jännes 2008; Routasalo & Pitkälä 2009.)

Arto Strandberg (2010) myös pohti väitöskirjassaan, miten motivoida miehiä muuttamaan terveyskäyttäytymistään terveellisempään suuntaan. Hän piti yhtenä ratkaisuna, että tietous elämänlaadun paranemisesta vanhuusiässä voisi lisätä yksilön motivaatiota elämäntapamuutokseen. (Strandberg 2010.) Anita Näslindh-Ylispangarin (2008) tutkimuksessa puolestaan ilmeni, että korkeariskisten miesten riskitekijöiden mitatut arvot paranivat merkittävästi lyhyellä aikavälillä, mutta palautuivat kohti alkuperäisiä arvoja kolmen vuoden sisällä eli terveyskäyttäytymisen muutokset eivät olleet pysyviä.

### 5.3 Terveyskäyttäytymisen seuranta

Suomessa on seurattu aikuisväestön terveyttä ja terveyskäyttäytymistä vuosittain vuodesta 1978 alkaen. Tutkimuksen toteuttaa Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Tuloksia hyödynnetään muun muassa terveyspoliittisessa suunnittelussa ja erilaisten terveyttä edistävien ohjelmien suunnittelussa. Viimeisin raportti on nimeltään "Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2011". (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos toteuttaa myös viiden vuoden välein kansallisen FINRISKI-terveystutkimuksen. FINRISKI-tutkimus toteutettiin ensimmäisen kerran jo 1972 Pohjois-Karjala-projektin arvioimiseksi. Tutkimuksen avulla on seurattu sydän- ja verisuonitautien sekä myös eräiden muiden kansantautien ja näiden riskitekijöiden tasoa sekä muutosta Suomessa. Viimeisin tutkimus on vuodelta 2007, ja kohteena olivat 25–

74-vuotiaat miehet ja naiset kuudella eri tutkimusalueella Suomessa. (Peltonen ym. 2008.)

Terveys 2011 -tutkimus oli jatkoa Terveys 2000 -tutkimukselle. Tutkimukseen osallistui yhteensä noin 10 000 henkilöä. Tutkimuksen tavoitteena oli saada ajankohtaista tietoa suomalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista. Tutkimustulosten perusteella pyritään ehkäisemään mm. suomalaisten lihavuuden yleistymistä, parantamaan suomalaisten toiminta- ja työkykyä sekä lisäämään terveyden ja hyvinvoinnin tasa-arvoista kohdentumista eri väestöryhmien välillä. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2011.)

#### 5.4 Terveyskäyttäytymisen seurannan tuloksia

Tupakoinnin sanotaan olevan merkittävin yksittäinen kuolleisuutta aiheuttava tekijä (Tilastokeskus 2010). Vuosittain Suomessa kuolee noin 4 000–6 000 ihmistä tupakoinnin aiheuttamiin sairauksiin. Tupakka on merkittävä hengitys- ja verenkiertoelimistön sairauksien sekä syöpäsairauksien aiheuttaja. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2012.) Tupakoinnista aiheutuneiden sairauksien välittömät terveydenhuollon kustannukset ovat noin 300 miljoonaa euroa vuosittain ja lisäkustannuksia aiheutuu muun muassa sairauspoissaoloista, työkyvyttömyydestä ja ennenaikaisista kuolemista (Hallituksen esitykset 2011).

Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2010 -raportin mukaan työikäisistä eli 15–64-vuotiaista miehistä ilmoitti päivittäin tupakoivansa 23 %. Vastaava luku naisilla oli 16 %. Miehistä eniten päivittäin polttivat 45–54-vuotiaat miehet eli heitä oli noin 27 % kyseisestä ikäryhmästä. Toiseksi eniten päivittäin polttivat 55–64-vuotiaat miehet, heidän osuutensa oli noin 24 % ikäryhmästä, mutta ryhmässä oli myös eniten eli noin 33 % sellaisia miehiä, jotka olivat lopettaneet tupakoinnin yli vuosi sitten. Toiseksi eniten yli vuosi sitten tupakoinnin lopettaneita miehiä oli 45–54-vuotiaiden ryhmässä. Miehillä tupakoivien osuus kasvoi iän myötä ollen runsainta 45–54-vuoden iässä. Naisilla tupakoinnin kehitys oli toisenlaista; nuoruusvuosien jälkeen tupakointi väheni ja pysyi sen jälkeen suhteellisen tasaisena aina eläkeikään asti. (Helakorpi, Pajunen, Jallinoja, Virtanen & Uutela 2010, 12.)



Pitkällä aikavälillä miesten päivittäistupakointi on vähentynyt tasaisesti. Vuosien 1978–1979 kyselyiden perusteella 15–64-vuotiaista miehistä 36 % päivittäistupakoi eli tupakoivien osuus oli 13 prosenttiyksikköä pienempi keväällä 2010. Lisäksi 66 % vuonna 2010 tutkimukseen osallistuneista miehistä ilmaisi haluavansa lopettaa tupakoinnin ja 38 % heistä oli vakavasti yrittänyt lopettamista. (Helakorpi ym. 2010, 13–14.) Ainoastaan Itä-Suomessa miesten päivittäistupakointi on lisääntynyt viimeisen tutkimusajanjakson aikana eli vuosina 2006–2010. (Helakorpi ym. 2010, 22.)

Suomessa on toteutettu pitkän linjan tupakkapolitiikkaa aina vuodesta 1976 alkaen, jolloin säädettiin laki toimenpiteistä tupakoinnin vähentämiseksi. Tupakkalaki astui voimaan vuonna 1977. Tupakkapolitiikan keinoja ovat olleet terveystieteellinen, hinta- ja veropolitiikka, rajoitukset sekä tutkimus ja kehitys. Savuttomuus on edennyt julkisia tiloja ja yleisiä kulkuneuvoja koskevista tupakointikielloista työpaikoille sekä ravintoloihin. (Heloma, Ollila, Danielsson, Sandström & Vakkuri 2012.) Viimeisin uudistus koskee tupakkatuotteiden esillä pitoa myyntipaikoissa sekä tupakointia hotellihuoneissa. Suomi on ensimmäinen maa, jossa tupakkalain päämääräksi on kirjattu tupakoinnin loppuminen koko maassa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010.)

Käypä Hoito -suositusten mukaan miesten alkoholin käytön riskirajana pidetään noin neljää annosta eli 40:ää grammaa absoluuttista alkoholia päivittäin tai seitsemän annoksen kertakäyttö viikoittain. Alkoholin riskirajalla tarkoitetaan sitä määrää, joka todennäköisesti lisää merkittävästi terveyshaittoja, mutta se ei ole kuitenkaan turvaraja. Ongelmia ja terveyshaittoja saattaa ilmetä jo rajojen alle jäävällä alkoholinkäytöllä. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2011.) Yksi alkoholiannos tarkoittaa juomaa, joka sisältää 12 grammaa alkoholia. Yksi annos voi olla esimerkiksi viinilasillinen 12 cl, pieni pullo eli 0,33 litraa keskiolutta tai siideriä, väkevää viiniä 8 cl tai 4 cl:n annos viinaa. (A-klinikkasäätiö 2006.)

Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen kevään 2010 selvityksen mukaan raittiiden osuus on pysynyt 2000-luvun alusta alkaen suunnilleen samalla tasolla. Vuonna 2010 miehistä 10 % ja naisista 14 % ilmoitti, ettei ole käyttänyt viimeksi kuluvan vuoden aikana yhtään alkoholia. (Helakorpi ym. 2010, 17.) Alueellisesti mitattuna kulutus oli kuitenkin lisääntynyt jokaisella tutkitulla alueella. Raportin mukaan Uudellamaalla miehistä 49 % ilmoittivat juovansa vähintään kahdeksan annosta alkoholia viikossa eli useammin kuin

muiden alueiden miehet. Kaakkois- ja Itä-Suomessa vastaava luku oli 45 %. Myös enemmistö naisista, jotka ilmoittivat juovansa vähintään viisi annosta alkoholi viikossa, asui Uudellamaalla. (Helakorpi ym. 2010, 24.)

Vuonna 2010 eniten miehiä, jotka ilmoittivat käyttävänsä alkoholia 2–3 kertaa viikossa, oli ikäryhmässä 45–54-vuotiaat eli heitä oli 32 % kyseessä olevasta ikäryhmästä. Naisten vastaava luku oli 19 % samassa ikäryhmässä. Eniten miehiä, jotka ilmoittivat juovansa kuusi tai useamman annoksen alkoholia kerran viikossa oli myös ikäryhmässä 45–54-vuotiaat eli heitä oli 29 % ikäryhmästä. Naisilla vastaava luku samassa ikäryhmässä oli 8 %. Kuusi annosta tai enemmän viikossa juovista 45–54-vuotiaista miehistä suunnilleen yhtä moni kuului ryhmään naimisissa/avoliitossa tai naimaton tai asumuserossa/eronnut. Enemmistöllä heistä eli 45:llä %:lla miehistä oli koulutusta 0–9 vuotta ja enemmistö heistä eli 56 % asui Kaakkois-Suomessa. (Helakorpi ym. 2010, 132–133.) Parhaiten miehille maistui olut, mutta naisilla oluen on syrjäyttänyt viini (Helakorpi ym. 2010, 132–133).

Veren korkea kolesterolipitoisuus lisää vaaraa sairastua sydäninfarktiin tai aivohalvaukseen, eli se on merkittävä valtimotaudin riskitekijä. Kolesterolitasoa nostavat varsinkin ravinnon sisältämät niin sanotut “kovat rasvat” eli eläinperäiset rasvat sekä maitotaloustuotteiden, kuten esimerkiksi maidon ja voion sisältämä maitorasva. Yleisenä tavoitteena on saada kokonaiskolesterolin arvoksi alle 5 mmol/l. (Mustajoki 2010b.)

Kansallisen FINRISKI 2007 -terveystutkimuksen mukaan suomalaisten seerumin kolesterolipitoisuus on jatkuvasti ollut laskusuunnassa. Seurannan alussa vuonna 1972 seerumin kokonaiskolesterolipitoisuus oli 30–59-vuotiailla miehillä ja naisilla yli 6.6 mmol/l. Vuoden 2007 mittauksissa saman ikäisten miesten seerumin kokonaiskolesterolin keskiarvo oli 5,39 mmol/l ja naisilla 5,18 mmol/l. Miesten kokonaiskolesterolin arvoissa ei ollut enää nähtävissä tilastollisesti merkittäviä alueellisia eroja, mutta Itä- ja Pohjois-Suomessa asuvien naisten kolesteroliarvot olivat Etelä- ja Länsi-Suomessa asuvia naisia korkeammat. (Peltonen ym. 2008, 16–17.)

Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen kevään 2010 tutkimuksen mukaan miehistä 37 % joi rasvatonta maitoa, kun vastaava luku vuonna 1978 oli vain noin 3 %. Kasviksia

päivittäin käytävien miesten osuus on kasvanut noin 20 prosenttiyksikköä vuodesta 1979 vuoteen 2010 asti. Voin kulutus miehillä on laskenut reilusti vuodesta 1978. Vuonna 1978 miehistä noin 65 % ilmoitti käyttävänsä voita leivällä, kun vastaava luku vuonna 2010 oli vain noin 5 %. (Helakorpi ym. 2010, 13–14.) Enemmistö miehistä kaikissa ikäryhmissä ilmoitti käyttävänsä leivällä levitettä, jossa on rasvaa enintään 40 %. Kasvisöljyä tai juoksevaa kasvisöljyvalmistetta kotona ruuanvalmistuksessa ilmoitti käyttävänsä yli 50 % miehistä kaikissa tutkimuksessa mukana olleissa ikäryhmissä. (Helakorpi ym. 2010, 88–90). Alueelliset erot terveellisten ruokailusuositusten noudattamisessa ovat ajan myötä kaventuneet tai jopa kokonaan hävinneet sekä miehillä että naisilla. Uudellamaalla oli kuitenkin enemmän sellaisia miehiä, jotka ilmoittivat noudattavansa terveellisiä ruokailutottumuksia kuin muualla Suomessa. (Helakorpi ym. 2010, 23.)

Vuonna 2004 suoritetun terveystutkimuksen mukaan aikuisväestöllä esiintyy suuria eroja suun terveyden suhteen ja syyt tilanteeseen ovat sosioekonomisia. Tutkimuksen avulla on osoitettu, että esimerkiksi lyhyen koulutuksen saaneiden suun terveys oli paljon huonompi verrattuna pitkään koulutettuihin. Suun terveys oli selvästi parempi nuorimmassa ikäryhmässä, joihin kuuluvat 30–34-vuotiaat aikuiset. Keski-ikäisten keskuudessa eli 45–64-vuotiailla yleisiä olivat röntgentutkimuksessa todetut muutokset, suuri määrä paikattuja hampaita sekä kiinnityskudossairaudet. Myönteisestä kehityksestä huolimatta sosioekonomisten ryhmien väliset terveyserot eivät ole kaventuneet 20 vuoden aikana. Kariuksen kuten myös hampaattomien aikuisten määrä on kuitenkin samalla ajanjaksolla tarkasteltuna vähentynyt. Vaikka hammashoitopalvelujen käyttö on lisääntynyt, niiden käyttö kuitenkin jakaantuu väestön keskuudessa epätasaisesti. Naisten ja miesten väliset erot hampaiden hoidossa ovat suuria. Miehet eivät ole 20 vuoden ajanakaan saavuttaneet naisten tasoa hampaiden hoidossa. Vuoden tarkastelujakson aikana suurempi määrä naisia oli käynyt hammashoidossa verrattuna miehiin. Hakeutuminen säännöllisesti hammastarkastuksiin sekä suuhygieniasta huolehtiminen oli naisilla myös yleisempää. Ainoastaan purentaongelmia oli miehillä vähemmän. Ientulehdus eli parodontiitti oli miehillä yleisempää kuin naisilla. (Suominen-Taipale, Nordblad, Vehkalahti & Aromaa 2004.)

Käypä hoito -suosituksen mukaan 18–64-vuotiaille suositellaan kohtuukuormitteista kestävyysliikuntaa kuten esimerkiksi reipasta kävelyä yhteensä vähintään 2,5 tuntia

viikottain tai raskasta liikuntaa yhteensä 1 h 15 min viikossa jaettuna esimerkiksi kolmeen eri suorituskertaan. Kaikille aikuisille suositellaan lisäksi vähintään kahtena päivänä viikossa luustolihasvoimaa ja kestävyttä ylläpitävää tai lisäävää liikuntaa kuten esimerkiksi kuntosaliharjoitteluna. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2010a.) Suomalaisen aikuisväestön terveystietäytyminen 2010 -tutkimuksen mukaan 35–44-vuotiaista miehistä 44 % ja 45–54-vuotiaista miehistä 47 % harrasti liikuntaa viikossa kolme kertaa tai useammin. Vastaava luku ikäryhmässä 55–64-vuotiaat oli 60 %. Vastaavasti kerran viikossa tai harvemmin liikuntaa harrastavia oli 35–44-vuotiaiden ryhmässä 36 % ja 45–54-vuotiaiden ryhmässä 34 %. (Helakorpi ym. 2010, 140.) Tuntimäärien mukaisesti tarkasteltuna kilpailumielessä tai vähintään kolme tuntia viikossa harrastavia miehiä oli 72 % ikäryhmässä 35–44-vuotiaat ja 69 % ikäryhmässä 45–54-vuotiaat. Tutkimuksen liikuntaharrastuksen seurantakriteerit ovat muuttuneet vuonna 2007, joten vertailukelpoisia lukuja ei ole saatavana alkaen vuodesta 1978. Tilastot kuitenkin kertovat liikuntaharrastuksen tasaisesta lisääntymisestä kaikissa ikäryhmissä. (Helakorpi ym. 2010, 141, 143.) Eniten vapaa-ajan liikunnan harrastus oli miesten oman ilmoituksen perusteella lisääntynyt Itä-Suomessa (Helakorpi ym. 2010, 25).

Aikuisilla normaalipaino määritellään BMI:n (Body mass index) eli painoindeksin avulla. Painoindeksi on käytössä kaikkialla maailmassa. Aikuisen ihmisen painoindeksi määritellään jakamalla paino pituuden neliöllä. Normaalipainon alue aikuisilla on 18,5–24,9 kg/m<sup>2</sup>. Nämä rajat on valittu sen perusteella, että sairastavuus ja kuolleisuus on näiden painorajojen sisällä olevilla ihmisillä kaikkein pienin. Toinen käytössä oleva tapa määritellä lihavuutta on mitata ihmisen vyötärön ympäryys. Vatsaonteloon kertyvä rasva on terveydelle vaarallisempaa kuin ihonalaisrasva reisissä tai lantiolla. Naisilla vyötärön ympäryksen tavoiterajana pidetään 80:aa cm:ä ja miehillä 94:ää cm:ä. Näiden rajojen ylittyessä sydän- ja verisuonitautien sekä muiden lihavuuden liitännäissairauksien riski kasvaa. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2010b.)

Suomalaisen aikuisväestön terveystietäytyminen 2010 -tutkimuksen mukaan miehistä noin 65 % ikäryhmässä 35–44-vuotiaat ja noin 68 % ikäryhmässä 45–54-vuotiaat olivat joko lievästi tai merkittävästi lihavia eli heidän painoindeksinsä oli joko yli 25 kg/m<sup>2</sup> tai merkittävässä lihavuudessa yli 30 kg/m<sup>2</sup> (Helakorpi ym. 2010, 136). Ylipainoisten osuus on Suomessa lisääntynyt molempien sukupuolien keskuudessa pitkällä aikavälillä.

lä, eivätkä alueelliset erot ole kovin suuria. 15–64-vuotiaista miehistä ylipainoisia on nykyään noin 59–64 % riippuen asuinalueesta. Pienin määrä ylipainoisia miehiä oli Uudellamaalla ja eniten heitä löytyi Pohjois-Suomesta. Naisista vähiten ylipainoisia asui myös Uudellamaalla, jossa heitä oli noin 42 %. Eniten ylipainoisia 15–64-vuotiaita naisia puolestaan asui Länsi-, Keski-, Itä- ja Pohjois-Suomessa, jossa heitä oli 48 % ko. ikäryhmästä. (Helakorpi ym. 2010, 26.) Miehistä 21 % kertoi yrittäneensä vakavasti laihduttaa edellisen vuoden aikana (Helakorpi ym. 2010, 21).

Vuosina 1997–1998 Pieksämäellä suoritettiin GHQ-12 kyselylomakkeen avulla väestötutkimus, jota seurasi seurantatutkimus vuosina 2004–2005. Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida psyykkisen kuormittuneisuuden yhteyttä sydän- ja verisuonitautiriskiin, c-reaktiiviseen proteiiniin, metabolisen oireyhtymän syntyrisiin sekä kokonaiskuolleisuuteen. Tutkimustulokset osoittivat, että psyykkisen kuormittuneisuuden ja sydän- ja verisuonitautiriskin välinen yhteys on sukupuolisidonnainen. Psykkisesti kuormittuneilla miehillä todettiin 28–44 % korkeammat sydän- ja verisuonitautien riskipisteet verrattuna vähemmän kuormittuneisiin miehiin. Naisilla vastaavaa yhteyttä ei todettu. Seuranta-ajan kuluessa psyykinen kuormittuneisuus oli yhteydessä 2.4-kertaiseen kokonaiskuolleisuuteen – pääasiassa miesten lisääntyneen kuolleisuuden vuoksi. (Puustinen 2011.)

Ihminen tarvitsee unta riittävässä määrin. Liian pitkä tai tavanomaista lyhyempi yöuni lisää kuolleisuutta. Uni on keskeinen mekanismi stressistä toipumisessa. Pitkittynyt stressi voi puolestaan johtaa krooniseen univajeeseen. Univaje altistaa sairauksille, kuten masennukselle tai metabooliselle oireyhtymälle. (Paunio & Porkka-Heiskanen 2008.) Unettomuus, jonka ilmenemismuotoina ovat nukahtamisvaikeudet ja unen laadun huononeminen, heikentää valveen aikaista toimintakykyä (Partinen 2008). Miehet nukkuvat iän karttuessa huonommin, joka ilmenee naisia vähäisempänä syväunena (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2004). Härmän ja Sallisen mukaan univaje voi olla lihavuuden, aikuistyyppin diabeteksen ja ateroskleroosin riskitekijä aiheuttaen epäedullisia muutoksia elimistön immuunijärjestelmässä, stressivasteissa, glukoosiaineenvaihdunnassa, verenpaineessa, ravitsemuksessa ja terveellisten elintapojen ylläpitämisessä. Riittävää nukkumista voidaan edistää lisäämällä uneen liittyvää terveyskasvatusta ja tehostamalla keskeisten unihäiriöiden ehkäisyä ja hoitoa. (Härmä & Sallinen 2006, 1705–1706.)

Ihmissuhteet vaikuttavat sekä henkiseen että fyysiseen hyvinvointiin. Parisuhteessa kumppanin elintavat vaikuttavat yhteiseen elämään, kuten esimerkiksi liikuntatottumuksiin, lääkärissä käynteihin sekä päihteiden käyttöön. Eri perintötekijöistä huolimatta riski sairastua samoihin sairauksiin on liitossa korkeampi. Jos toisella kumppaneista on korkea verenpaine, niin tutkimuksien mukaan on toisella kumppanilla kaksinkertainen riski saada samanlaisia oireita. Jos liitto on altistanut stressille, molemmilla on jopa kolminkertainen riski sairastua sepelvaltimo- ja sydäntauteihin. Samanlaiset terveysongelmat johtuvat samasta elinympäristöstä, yhteisistä elintavoista, ruoka- ja terveystottumuksista sekä suhtautumisesta terveysongelmiin. Toinen voi vaikuttaa kumppanin terveyteen myös positiivisella tavalla muuttamalla omia elintapojaan. Jos toinen kumppaneista lopettaa tupakoinnin, on myös toisen lopettaminen kahdeksan kertaa todennäköisempää. Kumppanin päästyä eroon alkoholista, on samoin viisi kertaa todennäköisempää, että myös toinen luopuu alkoholista. (Webber 2008.)

Terveyskäyttäytymistä koskevat tutkimukset paljastivat monia riskitekijöitä keski-ikäisen miehen elämässä. Ajan kuluessa on tapahtunut hyviäkin muutoksia, kuten esimerkiksi siirtyminen vähärasvaisempaan ruokavalioon. Moni mies on myös vaihtanut kovat rasvat pehmeisiin, ja liikuntaa harrastavien miesten määrä on kasvanut. Huolestuttavia piirteitä puolestaan ovat muun muassa ylipainoisten miesten määrän kasvu, tupakoinnin yleisyys sekä alkoholin käytön lisääntyminen. Mielenkiinnolla odotimme, mitä oma tutkimuksemme paljastaa keski-ikäisen miehen terveyskäyttäytymisestä Pieksämäellä.

## 6 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen avulla halusimme selvittää osallistujien kokemuksia saadusta terveysterveystarkastuksesta. Halusimme myös selvittää, saiko terveystarkastusta aikaan muutoksia terveystarkastukseen osallistuneiden miesten terveyskäyttäytymisessä. Tutkimustulosten perusteella on mahdollisuus arvioida, voidaanko terveystarkastusten avulla muuttaa miesten terveyskäyttäytymistä terveellisempään suuntaan. Tulosten perusteella on myös

mahdollista kehittää kyseisiä terveystarkastuksia yhä enemmän miehille sopiviksi ja heidän terveyskäyttäytymiseen vaikuttaviksi.

Tutkimusongelmat ovat:

1. Millaisena osallistujat kokivat saamansa terveysneuvonnan?
2. Saiko terveysneuvonta aikaan muutoksia terveystarkastukseen osallistuneiden miesten terveyskäyttäytymisessä?

## 7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

### 7.1 Tutkimuksen kohderyhmä

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat miehet, jotka ottivat vuonna 2010 tai 2011 osaa 40-vuotiaille miehille suunnattuun terveystarkastukseen Naarajärven terveysasemalla. Kyseiseen terveystarkastukseen Pieksämäen perusturva oli kutsunut vuonna 2010 yhteensä 116 miestä ja heistä 34 miestä osallistui tarkastukseen. Seuraavana vuonna kutsuttuja miehiä oli yhteensä 121 ja tarkastukseen osallistuneita oli yhteensä 22. Tavoitteenamme oli saada vähintään 30 vastausta.

### 7.2 Tutkimusmenetelmä ja kyselylomakkeen laatiminen

Tutkimus toteutettiin yhdistämällä kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009a, 233). Ensisijainen lähestymistapa tutkimuksessamme oli kvantitatiivinen. Tämä menetelmä perustuu kohteen kuvaamiseen ja tulkitsemiseen numeroiden ja tilastojen avulla, jolloin pääpaino on määrällisen, tilastollisesti osoitettavissa olevan tiedon käsittelyssä. (Jyväskylän yliopisto i.a). Kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskeisiä asioita ovat muun muassa johtopäätökset aiemmista tutkimuksesta, aiemmat teoriat, käsitteiden määrittely, aineiston keruun suunnitelma, tutkittavien henkilöiden valinta, muuttujien muuttaminen taulukko-muotoon ja aineiston muokkaaminen tilastollisesti käsiteltävään muotoon sekä havain-

toaineiston tilastollinen analysointi ja päätelmien teko (Hirsjärvi ym. 2009a, 140). Kvalitatiivinen tutkimus puolestaan pyrkii ymmärtämään tutkimuskohdetta ja selittämään sen käyttäytymistä ja päätösten syitä (Heikkilä 2004, 16). Vastaajille annettiin mahdollisuus kertoa mielipiteitään ja ajatuksiaan avoimien kysymysten avulla.

Tutkimusaineisto kerättiin puolistrukturoidun kyselylomakkeen (Liite 1) avulla. Kyselylomake laadittiin yhteistyössä terveystarkastukset suorittaneen terveydenhoitajan, Pieksämäen terveyden edistämisen yhteyshenkilön ja Pieksämäen kaupungin perusturvan johtavan ylihoitajan, ohjaavan opettajamme ja koulumme tilastomenetelmien lehtorin kanssa. Kyselylomakkeen laatiminen on haasteellinen tehtävä. Tavoitteenamme oli saada aikaan sellainen kyselylomake, joka mittaa osallistujien kokemuksia saadusta terveysneuvonnasta sekä terveysneuvonnan aikaansaamia terveyskäyttäytymismuutoksia. Terveyskäyttäytymiseen liittyvien kysymysten aihe-alueet valittiin sen perusteella, että niiden oli liityttävä sydän- ja verisuonitautien sekä tyypin 2 diabeteksen riskitekijöihin. Apuna käytimme Anita Näslindh-Ylispangarin tutkimusta sekä Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2010 –tutkimusta. Huomioimme myös muut teoreettisesta viitekehyksestä nousseet asiat. Muokkasimme lomaketta useampaan kertaan saamiemme hyvien neuvojen ja ehdotusten mukaisesti. Muun muassa rasvan käyttöä koskevia kysymyksiä tarkennettiin siten, että niiden avulla voitaisiin havainnoida myös karppauksen mahdollisesti aikaan saamat muutokset osallistujien rasvan käytössä.

Tavoitteenamme oli myös tehdä kyselylomakkeesta selkeä, tarkka, sopivan pituinen ja helposti täytettävä. Lomakkeen huolellinen laadinta ja kysymysten tarkka suunnittelu edistävät tutkimuksen onnistumista (Hirsjärvi ym. 2009a, 196–204). Suurin osa kysymyksistä oli monivalintakysymyksiä, joissa oli valmiit, numeroidut vastausvaihtoehdot. Näin pyrimme saamaan lomakkeen täyttämisen vastaajille mahdollisimman helpoksi ja nopeaksi. Valmiit vastausvaihtoehdot myös vähentävät vastausvirheitä, joita voisi syntyä epätasällisista tai epämääräisistä vastauksista. Valmiit vastausvaihtoehdot on myös helpompi käsitellä ja analysoida tietokoneella. (Holopainen & Pulkkinen 2008, 42.) Kyselylomakkeessa oli monivalintakysymysten lisäksi seitsemän avointa kysymystä, joiden avulla halusimme antaa vastaajille mahdollisuuden ilmaista omia ajatuksiaan ja mielipiteitään. Odotimme myös saavamme avointen kysymysten avulla lisätietoa ja uusia näkökantoja asioihin. (Heikkilä 2004, 50.) Kaksi kysymyksistä oli strukturoidun



ja avoimen kysymyksen välimuotoja, joissa valmiiden vastausvaihtoehtojen jälkeen oli avoin kysymys. Näin vastaaja voi antaa sellaisen vastauksen, jota ei ole tarjolla valmiissa vastausvaihtoehdoissa. (Hirsjärvi ym. 2009a, 199–201).

Kysymyksiä oli yhteensä 25, ja ne oli numeroitu juoksevasti. Ensimmäiset neljä kysymystä koskivat vastaajien taustatietoja. Kysyimme siviilisäätystä/parisuhdetta, koulutusta, ammattia ja työtilannetta. Kysymykset 5–20 koskivat terveystarkastusta ja sen yhteydessä saatua terveysneuvontaa. Näistä kysymyksistä neljä oli avoimia kysymyksiä. Kysymys 21 sisälsi 17 erillistä kysymystä, joilla selvitettiin vastaajien terveystarkastuksen jälkeen tekemiä elintapamuutoksia. Kysymyksellä 22 selvitettiin, johtuivat vastaajien tekemät elintapamuutokset terveystarkastuksesta ja saadusta terveysneuvonnasta. Seuraavat kaksi kysymystä olivat avoimia kysymyksiä, joihin vastaajia pyydettiin kirjoittamaan tekijöitä, jotka joko motivoivat tai estivät heitä tekemästä elintapamuutoksia. Viimeinen kysymys oli monivalintakysymys, jossa tiedusteltiin vastaajilta, miten he mieluiten vastaanottavat terveysneuvontaa. Vastausvaihtoehtoja oli kahdeksan ja vastaajia pyydettiin valitsemaan niistä kolme mieluisinta ja laittamaan ne paremmuusjärjestykseen.

Kyselylomakkeen huolelliseen laatimisprosessiin kuuluu myös kyselylomakkeen ennakkotestaus. Testaamiseen riittää noin 5–10 henkeä. Testaajien tehtävänä on selvittää kysymysten ja ohjeiden selkeys ja yksiselitteisyys, vastausvaihtoehtojen toimivuus, lomakkeen täyttämisen raskaus sekä siihen kuluva aika. Heidän on myös mietittävä, puuttuuko jokin olennainen kysymys tai onko lomakkeessa turhia kysymyksiä. (Heikkilä 2004, 61.) Itsellämme ei valitettavasti ollut aikaa lähettää kyselylomaketta ennakkotestattavaksi. Täytimme itse kyselylomakkeen ja mittasimme siihen kuluvan ajan. Lähetimme valmiin kyselylomakkeen ohjaavalle opettajallemme, terveystarkastukset suorittaneelle terveydenhoitajalle, Pieksämäen terveyden edistämisen yhteyshenkilölle sekä Pieksämäen terveystoimen johtoryhmälle ja odotimme heidän kannanottojaan lomakkeesta. Alunperin tarkoituksenamme oli jakaa kyselylomake miehille kontrollitutkimusten yhteydessä, ja siksi laadimme lomakkeen hyvin nopealla aikataululla. Ilmeni kuitenkin, että hyvin pienelle osalle miehistä oli sovittu kontrollikäyntejä, ja heistäkin osa oli jo ennättänyt käydä niissä. Kontrollikäyntejä oli sovittu myös osallistujien omaan työterveyshuoltoon. Kyselyn toteuttaminen puhelinhaastatteluna tai Webropol-kyselynä ei myöskään onnistunut, koska Pieksämäen perusturva ei

luovuta salassapitovelvollisuuteen viitaten asiakkaiden henkilö- ja yhteystietoja ulkopuolisille. Perusturvan olisi pitänyt pyytää kaikilta terveystarkastukseen osallistuneilta miehiltä etukäteen lupa henkilötietojen luovutukseen ja sellaiseen prosessiin ei ollut aikaa. Kyselylomakkeen postittaminen osallistujille jäi ainoaksi vaihtoehdoksi.

### 7.3 Tutkimusaineiston keruu

Ennen tutkimuksen toteuttamista meidän oli anottava tutkimuslupa Pieksämäen kaupungin perusturvan johtoryhmältä. Postitimme tutkimuslupa-anomuksen perusturvan johtavalle ylihoitajalle 24.10.2011, mukaan liitimme tutkimussuunnitelman ja kyselylomakkeen. Saimme anomukseemme myönteisen vastauksen sähköpostin välityksellä 9.11.2011. Samalla saimme korjausehdotuksia kyselylomakkeeseemme. Palautimme lomakkeen korjattuna johtavalle ylihoitajalle 11.11.2011 ja vihdoin kyselylomake oli lopullisessa muodossaan. Terveystarkastukset suoritetaan terveydenhoitajan kanssa sovimme, että hän postittaa kyselylomakkeet osallistujille ja että lomakkeiden palautus on myös hänelle, näin osallistujien tietosuoja säilyy. Kyselylomakkeen palautusta varten olimme liittäneet lähetyksiin palautuskirjekuoret, joissa oli palautusosoite valmiina ja postimaksu maksettuna. Kyselylomakkeen mukaan liitetyn saatekirjeen (Liite 2) laadimme yhdessä terveydenhoitajan ja vastaanoton ja poliklinikoiden osastonhoitajan kanssa joulukuun alussa.

Saatekirjeessä kerroimme tutkimuksestamme, sen tarkoituksesta ja tavoitteista. Kerroimme myös, että aineisto käsitellään nimettömänä ja luottamuksellisena siten, että vastaaja ei voi tunnistaa. Osallistujia muistutettiin olemaan lisäämättä nimi- tai osoitetietoja tutkimuslomakkeeseen tai palautuskirjekuoreen. Korostimme, että osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja että jo annetun suostumuksen voi perua milloin tahansa ilman seuraamuksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 173–175.)

Sovimme terveystarkastukset tehneen terveydenhoitajan kanssa, että hän postittaa kyselylomakkeet tutkimuksen kohderyhmälle 5.1.2012. Kyselylomakkeita postitettiin tammikuussa yhteensä 47 kappaletta eli mukana oli sekä vuonna 2010 että vuonna 2011 tammi–elokuussa terveystarkastuksessa käyneitä miehiä. Osallistujia pyydettiin palauttamaan lomake täytettynä viimeistään 27.1.2012 mennessä. Tältä kohderyhmältä

saimme yhteensä 25 vastausta. Koska tavoitteenamme oli saada vähintään 30 vastausta, sovimme terveydenhoitajan kanssa, että postitamme maaliskuussa lisää kyselylomakkeita. Lopuille yhdeksälle miehelle, jotka olivat käyneet terveystarkastuksessa syys–joulukuun aikana vuonna 2011, postitettiin kyselylomakkeet 2.3.2012. Heitä pyydettiin palauttamaan lomake terveydenhoitajalle viimeistään 23.3.2012. Tältä ryhmältä saimme loput viisi vastausta eli tavoitteemme saada yhteensä vähintään 30 vastausta, toteutui. Vastausprosentiksi tuli 54 %.

#### 7.4 Tutkimusaineiston analyysi

Ensin tarkistimme kyselylomakkeet, mutta yhtään niistä ei tarvinnut hylätä. Muutamasta lomakkeesta puuttui yksittäinen vastaus, tai vastaus oli epäselvä, näistä kyselylomakkeista hylkäsimme vain kyseisen kohdan. Syötimme strukturoitujen kysymysten vastaukset SPSS-ohjelmaan aineiston käsittelyä varten. SPSS-ohjelma on paljon käytetty tietokoneavusteinen tilasto-ohjelma (Heikkilä 2004, 4).

Koska aineistomme oli pieni, kuvailimme tuloksia vain frekvenssin avulla sekä vertailimme kahden muuttujan välisiä yhteyksiä ristiintaulukoinnilla. Ristiintaulukoinnin avulla tutkimme, vaikuttako koulutustaso, työsuhteen laatu tai terveystarkastuksesta ja terveyden edistämiskeinoista saatu tiedon määrä vastaajien tyytyväisyyteen. Aineiston pienuuden vuoksi jouduimme ristiintaulukoidessamme yhdistämään luokkia saadaksemme selvempiä eroja tuloksiin. Luokkien yhdistäminen on esitetty taulukossa 1.

TAULUKKO 1. Luokkien yhdistäminen ristiintaulukoinnin yhteydessä

Siviilisääty/ parisuhde	1 = parisuhteessa (naimisissa, avoliitossa tai rekisteröidyssä suhteessa) 2 = yksin asuvat (eronneet, naimattomat tai lesket)
Koulutus	1 = toinen aste (peruskoulu, lukio tai ammattikoulu) 2 = opisto- tai korkea-aste (opistoaste, korkeakoulu, ammattikorkeakoulu tai yliopisto)
Tämän hetkinen työtilanne	1 = jatkuva (vakituksessa työsuhhteessa olevat tai päätoimisesti opiskelevat) 2 = epävarma (määräaikainen työsuhde, työttömyyden uhka, lomautus, lyhennetty työaika, työttömyys, sairausloma, työkyvyttömyys-, sairaus- tai osa-aikaeläke)
Strukturoidut vastaukset (kysymykset 6, 9–12, 20)	1 = paljon (erittäin paljon, paljon) tai riittävästi (riittävästi, jonkun verran) tai tyytyväinen (erittäin tyytyväinen, melko tyytyväinen) 2 = vähän (vähän, erittäin vähän, aika vähän, ei riittävästi) tai tyytymätön (melko tyytymätön, erittäin tyytymätön)

Avoimet kysymykset 23 ja 24 käsiteltiin sisällönanalyysin (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91–94) avulla (Liite 3). Kysymyksiin 8, 17 ja 19 saimme jokaiseen vain yhden vastauksen, ja kysymykseen 14 kukaan ei ollut vastannut. Miesten vastaukset olivat miehiseen tapaan lyhyitä ja ytimekkäitä. Ensimmäinen avoin kysymys (numero 3) koski vastaajan ammattia.

Ensin kirjoitimme kysymysten vastaukset paperille. Sitten aloimme etsiä vastauksista samankaltaisuutta tai eroavuuksia ja merkitsimme samaan ryhmään kuuluvat vastaukset

samalla värillä. Luokittelimme vastaukset niissä esiintyvien samojen sisältöjen perusteella ja koska aineistomme oli hyvin pieni, laskimme manuaalisesti, montako samaa vastausta kussakin luokassa oli. Luokittelimme myös avoimen kysymyksen nro 3, joka koski vastaajan ammattia. Muodostimme ammasteista seitsemän eri luokkaa (Tilastokeskus i.a.) ja laskimme, montako vastausta kuului mihinkin ryhmään. Luokat ovat:

- 1 = yrittäjät
- 2 = ylemmät toimihenkilöt
- 3 = alemmat toimihenkilöt
- 4 = työntekijät
- 5 = opiskelijat
- 6 = eläkeläiset
- 7 = muut.

Ammasteista emme liittäneet luokittelua mukaan, koska ammatin perusteella olisi jonkun osallistujan henkilöllisyys saattanut paljastua.

## 8 TUTKIMUKSEN TULOKSET

### 8.1 Vastaajien taustatiedot

Kysely lähetettiin yhteensä 56:lle vuonna 2010 tai vuonna 2011 tarkastukseen osallistuneelle miehelle. Vastaajia oli yhteensä 30.

Vastaajista (N=30) enemmistö (n=21) oli parisuhteessa eli oli joko naimisissa, avoliitossa tai rekisteröidyssä parisuhteessa. Kaksi osallistujaa eronnut ja loput seitsemän olivat naimattomia. Suurin osa (n=17) vastaajista oli suorittanut ammattikoulun. Lopuilla osallistujista (n=12) oli joko lukion, opistoasteen, korkeakoulun tai ammattikorkeakoulun päättötodistus. Yksi oli ilmoittanut koulutukseksi ammattinsa, joten vastaus hylättiin. Enemmistö (n=18) vastaajista (n=28) työskenteli työntekijän asemassa, 4 miehistä kuului ylempiin toimihenkilöihin, 4 miestä toimi yrittäjänä sekä 2

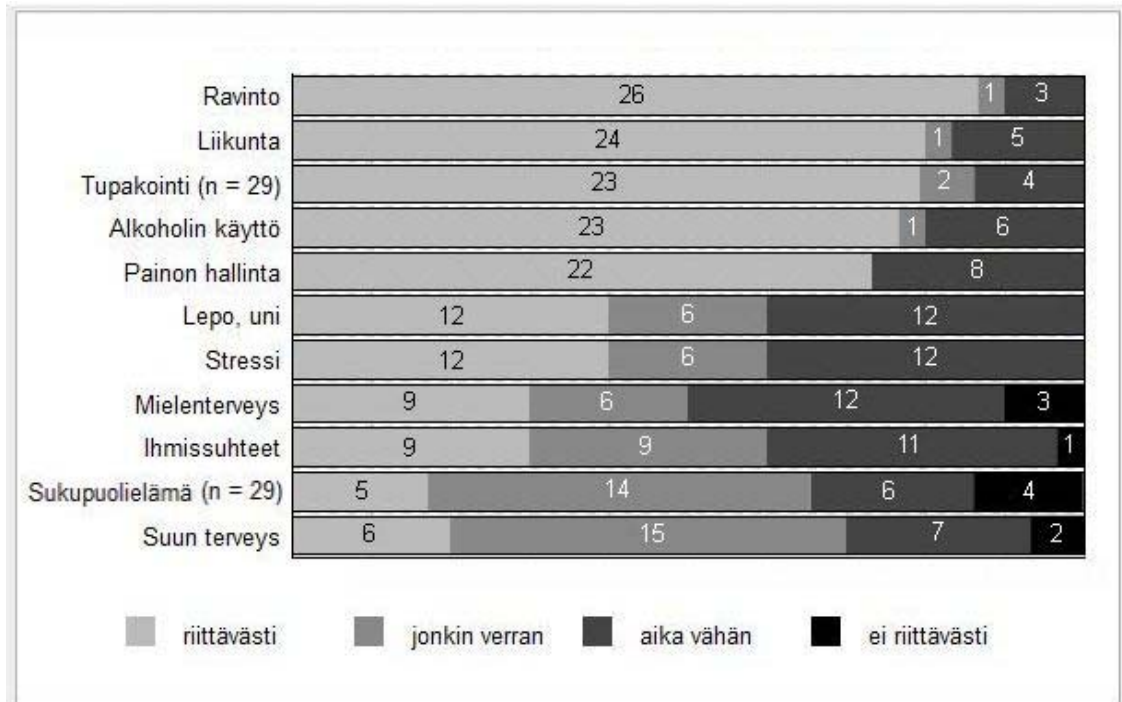
vastaajaa kuului luokkaan ”alemmat toimihenkilöt”. Miehistä 2 oli jättänyt ammatinsa mainitsematta. Vastaajista enemmistö (n=22) oli joko vakituisessa työsuhteessa tai päätoiminen opiskelija. Miehistä 4:llä oli määräaikainen työsuhte, työttömyyden uhka, lomautus tai lyhennetty työaika. Työttömänä oli 3 miestä ja 1 mies oli joko työkyvyttömyys-, sairaus- tai osa-aikaeläkkeellä.

## 8.2 Miesten mielipiteet saamastaan terveysneuvonnasta

Terveysneuvontaa koskevien kysymysten avulla halusimme kartoittaa, millaisena osallistujat kokivat saamansa terveysneuvonnan. Halusimme selvittää, oliko annettu terveysneuvonta selkeää, ymmärrettävää, innostavaa ja riittävän kattavaa. Kysyimme myös, oliko vastaajan ollut helppo puhua fyysiseen ja psyykkiseen terveystien liittyvistä asioista. Terveysneuvontaa käsittelevistä kysymyksistä neljä oli avoimia kysymyksiä. Ensimmäinen terveysneuvontaan kohdistetuista kysymyksistä koski tarkastusvuotta.

Miehistä 11 ilmoitti käyneensä tarkastuksessa vuonna 2010 ja 19 miestä vuonna 2011. Vastaajia pyydettiin arvioimaan, kuinka paljon he saivat tietoa terveystarkastuksesta ja sen tavoitteista. Enemmistö (n=28) vastaajista (N=30) koki saaneensa erittäin paljon tai paljon tietoa edellä mainituista asioista. Vain kaksi miehistä koki saaneensa vähän tietoa. Vastanneista (N=30) yhtä lukuun ottamatta kaikki pitivät 40 vuoden ikää oikeana ajankohtana miesten perusteelliselle terveystarkastukselle. Asiasta eri mieltä olevan miehen mielestä tarkastukset olisi oltava viiden vuoden välein 35-vuotiaasta alkaen.

Vastaajilta kysyttiin, keskusteltiin terveystarkastuksessa riittävästi terveyden eri osa-alueista. Vastaajista (N=30) selkeä enemmistö oli sitä mieltä, että tarkastuksessa keskusteltiin riittävästi ravinnosta, liikunnasta, tupakoinnista, alkoholista ja painon hallinnasta. Verrattuna opisto- tai korkea-asteen käyneisiin miehiin toisen asteen käyneiden miesten joukossa oli 18 prosenttiyksikköä enemmän sellaisia miehiä, jotka kokivat, että tupakoinnista oli keskusteltu riittävästi tai jonkin verran. Levon ja unen, stressin, mielenterveyden ja ihmissuhteiden käsittelyn koki puolestaan vain alle puolet osallistujista (N=30) riittävänä. Loput kokivat, että kyseessä olevista aiheista keskusteltiin jonkin verran, aika vähän tai ei riittävästi. Miesten kokemukset saadusta terveysneuvonnasta käyvät ilmi kuviosta 1.



KUVIO 1. Miesten mielipiteet terveysneuvonnan eri osa-alueiden riittävydestä (N=30).

Epävarmassa työtilanteessa olevat miehet kokivat huomattavasti useammin, että levosta, stressistä, mielenterveydestä ja ihmissuhteista ei oltu keskusteltu riittävästi tai edes jonkin verran. Ero jatkuvassa työtilanteessa oleviin miehiin oli lähes joka aiheen kohdalla 40 prosenttiyksikköä. Opisto- tai korkea-asteen käyneet miehet kokivat toisen asteen käyneitä miehiä useammin, että kyseisistä aiheista oli keskustelu riittävästi tai jonkin verran. Vastaajista (N=30) vain 5 oli sitä mieltä, että sukupuolielämästä oli keskusteltu riittävästi ja samoin vain 6 miehistä (N=30) koki suun terveyden käsittelyn riittävänä. Opisto- tai korkea-asteen käyneistä miehistä (n=11) suun terveyden käsittelyn koki riittävänä 6 henkilöä, ja toisen asteen käyneiden miesten (n=18) keskuudessa samaa mieltä olevia oli 7 vastaajista.

Miehistä (N=30) lähes kaikki eli 25 koki saaneensa riittävästi tietoa omasta terveydentilastaan ja omaa terveyttään uhkaavista riskitekijöistä. Suuri osa vastaajista (N=30) koki saaneensa riittävästi tietoa keinoista, joilla he voivat edistää omaa terveyttään. Tällaisia miehiä oli yhteensä 21. Yhtä lukuun ottamatta kaikki miehet kokivat annetun terveysneuvonnan olevan helposti ymmärrettävää. Neuvontaan tyytymätön

henkilö ei täsmentänyt avoimen vastauksen avulla, mikä oli vaikeuttanut hänen kohdallaan saadun terveystarkastuksen ymmärrettävyyttä.

Enemmistö (n=28) vastaajista (N=30) kertoi saamansa terveystarkastuksen lisäannetta kiinnostusta omaa terveyttä kohtaan. He kokivat myös, että terveydenhoitajan kanssa oli helppo puhua sekä fyysiseen että psyykkiseen terveyteen liittyvistä asioista. Yksi miehistä kertoi olevan vaikeaa keskustella vieraan terveydenhoitajan kanssa, eikä saatu terveystarkastusta ollut lisännyt hänen kiinnostusta omaa terveyttä kohtaan. Miehistä (N=30) 12 oli erittäin tyytyväisiä saamaansa terveystarkastukseen, melko tyytyväisiä oli enemmistö eli heitä oli yhteensä 17 ja vain 1 vastaaja ilmoitti olevansa melko tyytymättömän saamaansa terveystarkastukseen.

Kaikki miehet, jotka kokivat saaneensa erittäin paljon tai paljon tietoa terveystarkastuksesta ja sen tavoitteista, olivat erittäin tai melko tyytyväisiä saamaansa terveystarkastukseen. Miehistä, jotka kokivat saaneensa vähän tai erittäin vähän tietoa terveystarkastuksesta ja sen tavoitteista, vain puolet oli tyytyväisiä saamaansa terveystarkastukseen.

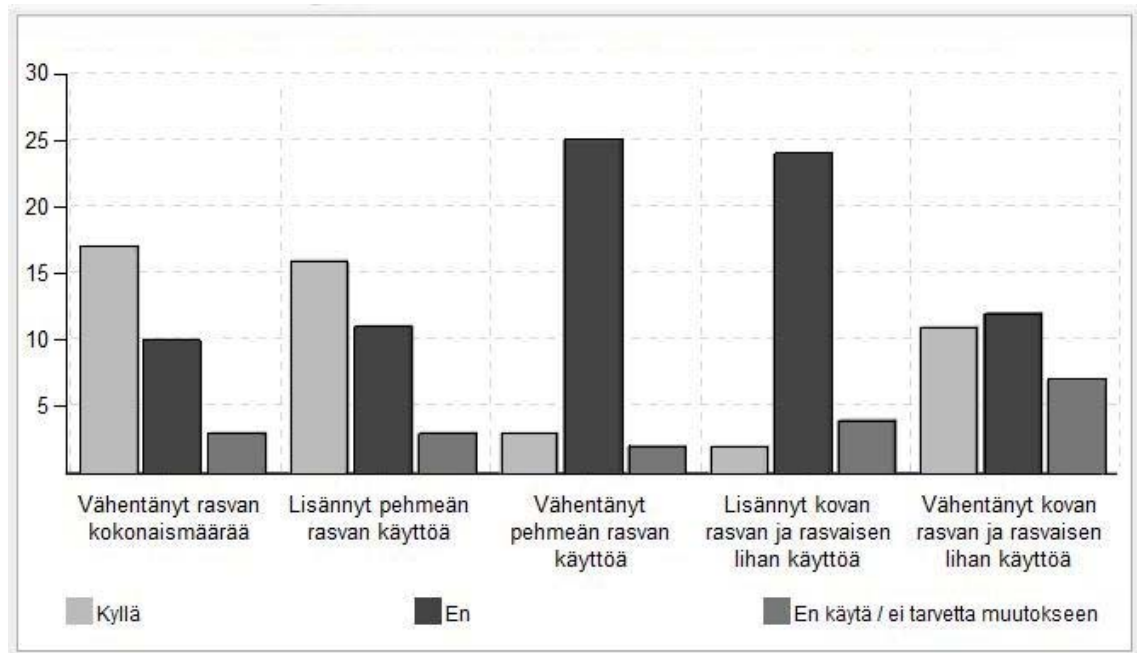
### 8.3 Miesten terveystarkastuksen muutokset

Tutkimuksemme toinen päätarkoitus oli tutkia, saiko annettu terveystarkastus aikaan muutoksia terveystarkastukseen osallistuneiden miesten terveystarkastuksessa. Terveystarkastuksen muutosta mitattiin ruokavalioon, alkoholin käyttöön ja tupakointiin kohdistuvien kysymysten avulla. Kysyimme myös, oliko vastaaja laihduttanut, lisännyt liikuntaa tai lepoa, hoitanut enemmän hampaitaan tai hakenut entistä herkemmin ammattiapua työ- tai parisuhdeongelmiinsa. Ristiintaulokoinnin avulla tutkimme, oliko siviilisäädellä, koulutustasolla tai työsuhteen laadulla vaikutusta miesten terveystarkastukseen.



### 8.3.1 Rasvan käyttö

Rasvan kokonaismäärää ruokavaliossaan oli vähentänyt 17 miehistä (N=30). Rasvan käytön vähentäjistä oli suunnilleen yhtä monta parisuhteessa elävissä kuin yksinasuvien ryhmässä eikä koulutuspohjakaan tuonut käytökseen merkittäviä eroja. Hieman isompi osa opisto- tai korkea-asteen suorittaneista oli vähentänyt rasvan kokonaismäärää ruokavaliossaan verrattuna toisen asteen suorittaneisiin. Pehmeän rasvan, kuten esimerkiksi margariinin, kasviöljyjen ja kalan käyttöä, oli lisännyt 16 miehistä (N=30). Vain 3 miehistä (N=30) oli vähentänyt pehmeän rasvan käyttöä. Kovan rasvan käyttöä oli lisännyt vain 2 vastaajista (N=30), mutta vastaavasti 11 vastaajaa oli vähentänyt kovan rasvan käyttöä. Vastaajista 7 ilmoitti, että he eivät joko käytä kovaa rasvaa tai heillä ei ole tarvetta muutokseen. Heistä 3 kuului yksinasuvien (n=9) ja 4 parisuhteessa asuvien (n=21) ryhmään. Koulutuspohjaan verrattaessa tällaisia miehiä löytyi 4 opisto- tai korkea-asteen suorittaneiden (n=11) joukossa. Toisen asteen suorittaneiden (n=18) joukossa miehiä oli 3. Parisuhteessa elävistä miehistä (n=21) 18 ilmoitti, ettei ole lisännyt kovan rasvan käyttöä. Opisto- tai korkea-asteen suorittaneista kukaan ei kertonut lisänneensä kovan rasvan käyttöä, mutta toisen asteen suorittaneiden joukossa (n=18) kovan rasvan käyttöä oli lisännyt 2 miehistä. Joka neljäs mies ryhmässä “työtilanne epävarma” oli lisännyt kovan rasvan käyttöä, kun taas vastaavasti ryhmässä “työtilanne jatkuva” kukaan ei ollut lisännyt kovan rasvan käyttöä. Terveysneuvontaan tyytyväisten ryhmässä miehistä (n=29) yli puolet eli 17 miestä oli vähentänyt rasvan kokonaismäärää ruokavaliossaan, kun taas tyytymättömien ryhmässä kukaan ei ollut vähentänyt rasvan määrää. Miesten terveystarkastuksen jälkeen tekemät rasvan käyttöä koskevat muutokset ilmenevät kuvioista 2.



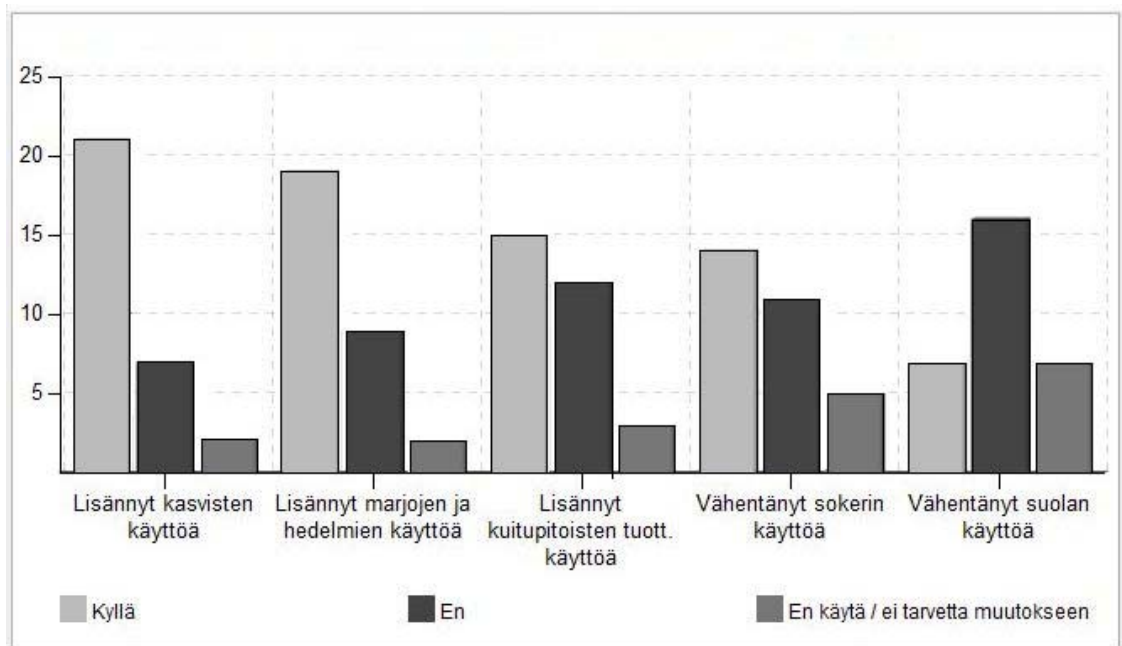
KUVIO 2. Rasvan käytön muutokset terveystarkastuksen jälkeen (N=30).

### 8.3.2 Kasvisten, marjojen, hedelmien, kuitujen, sokerin ja suolan käyttö

Vastaajista (N=30) 21 oli lisännyt kasvisten käyttöä ja 19 marjojen ja hedelmien syöntiä. Eniten tällaisia miehiä oli yksinasuvien ryhmässä. Toisen asteen suorittaneiden ryhmässä (n=18) kasvisten, hedelmien ja marjojen käytön lisääjiä oli 13 ja opisto- tai korkea-asteen suorittaneiden joukossa (n=11) heitä löytyi 5. Epävarmassa työtilanteessa olevista miehistä (n=8) 6 oli lisännyt marjojen ja hedelmien käyttöä ja jatkuvan työ- tai opiskelusuhteen omaavien joukossa (n=22) heitä oli 13. Vastaajista (N=30) puolet ilmoitti lisänneensä kuitupitoisten tuotteiden käyttöä ja lähes puolet eli 14 miehistä ilmoitti vähentäneensä sokerin ja sokeripitoisten tuotteiden käyttöä. Ryhmässä ”työtilanne epävarma” (n=8) oli 6 kuitupitoisten tuotteiden lisääjiä ja ryhmässä ”työtilanne jatkuva” (n=22) heitä löytyi 9. Toisen asteen suorittaneiden joukossa (n=18) oli 10 sokerin käytön vähentäjää ja opisto- tai korkea-asteen suorittaneiden joukossa (n=11) heitä löytyi 4. Epävarmassa työtilanteessa olevista miehistä (n=8) 5 oli vähentänyt sokerin käyttöä ja jatkuvassa työtilanteessa olevien (n=22) keskuudessa tällaisia miehiä oli 9. Suolan käyttöä kertoi vähentäneensä 7 vastaajista (N=30) ja sama määrä miehiä ilmoitti, ettei käytä suolaa tai että heillä ei ole tarvetta suolan käytön muutokseen. Parisuhteessa elävistä miehistä (n=21) 13 ilmoitti, etteivät ole vähentäneet suolan

käyttöä. Yksinelävien ryhmässä (n=9) samalla tavalla oli vastannut 3 miestä. Toisen asteen suorittaneiden joukossa (n=18) oli 5 suolan käytön vähentäjää ja opisto- tai korkea-asteen suorittajien ryhmässä (n=11) tällaisia miehiä oli vain 1. Opisto- tai korkea-asteen suorittaneiden joukossa (n=11) oli 4 miestä, jotka ilmoittivat, etteivät käytä suolaa tai ei ole tarvetta muutokseen ja toisen asteen suorittaneiden joukossa (n=18) samoin oli vastannut 3 miestä. Epävarmassa työtilanteessa olevista miehistä (n=8) suolan käyttöä ilmoitti vähentäneensä 4 ja jatkuvassa työtilanteessa olevista miehistä (n=22) 3. Jatkuvassa työtilanteessa olevista miehistä (n=22) 7 ilmoitti, ettei ole tarvetta muutokseen tai etteivät he käytä suolaa, mutta epävarmassa työtilanteessa olevista miehistä kukaan ei ollut samaa mieltä.

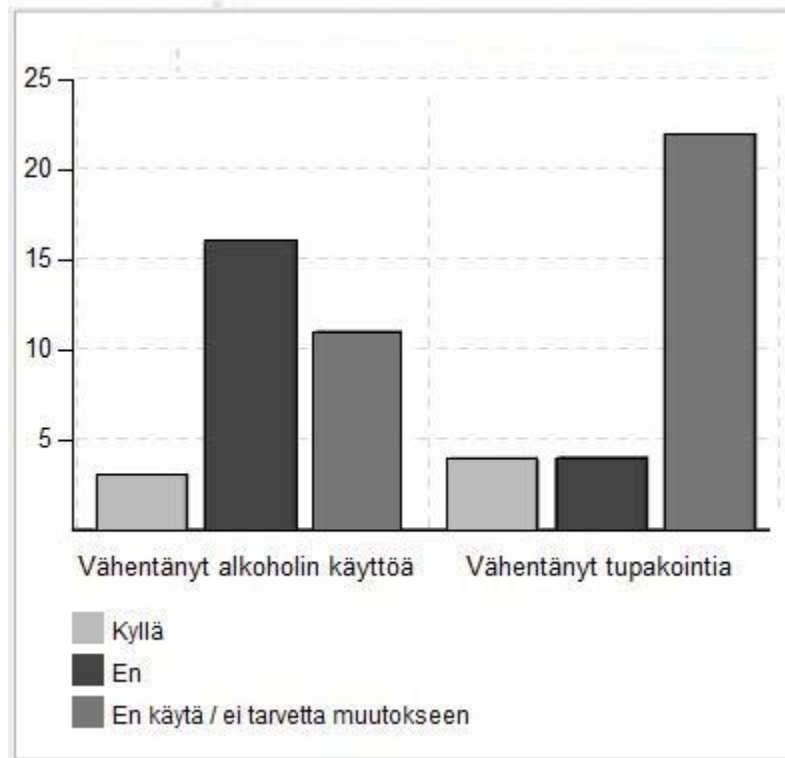
Kasvisten, marjojen, hedelmien, kuitupitoisten tuotteiden, sokerin ja suolan käytössä tehdyt muutokset ilmenevät kuviosta 3.



KUVIO 3. Kasvisten, marjojen, hedelmien, kuitupitoisten tuotteiden, sokerin ja suolan käytössä terveystarkastuksen jälkeen tapahtuneet muutokset (N=30).

### 8.3.3 Alkoholin ja tupakan käyttö

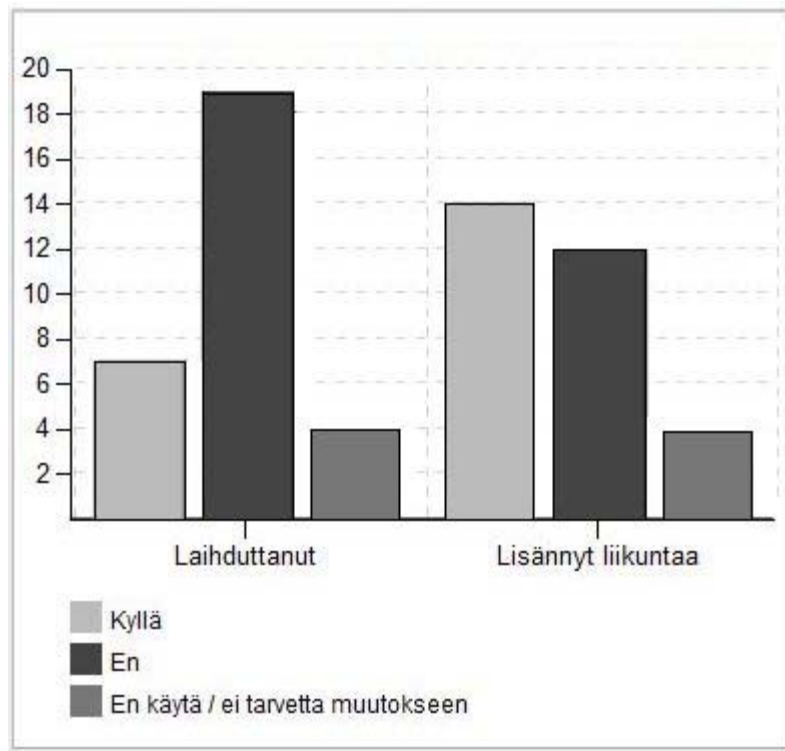
Vain 3 miehistä (N=30) kertoi vähentäneensä alkoholin käyttöä, ja 11 vastaajaa ilmoitti, ettei käytä alkoholia tai ettei heillä ole tarvetta alkoholin käytön muutokseen. Kukaan yksinasuvista ei kertonut vähentäneensä alkoholin käyttöä, mutta parisuhteessa elävien miesten joukossa (n=21) vähentäjiä löytyi 3. Opisto- tai korkea-asteen suorittaneista ei kukaan myöskään kertonut vähentäneensä alkoholin käyttöä, mutta toisen asteen suorittaneiden joukossa (n=18) alkoholin vähentäjiä oli 3. Opisto- tai korkea-asteen suorittaneiden joukossa (n=11) oli puolestaan 5 sellaista miestä, jotka eivät käytä alkoholia tai heillä ole tarvetta alkoholin käytön muutokseen. Toisen asteen suorittaneiden joukossa (n=18) tällaisia miehiä oli 6. Epävarmassa työtilanteessa olevista miehistä (n=8) 2 ilmoitti vähentäneensä alkoholin kulutusta ja jatkuvassa työtilanteessa olevista miehistä (n=22) samoin oli tehnyt 1 miehistä. Viimeksi mainitussa ryhmässä (n=22) oli 10 sellaista miestä, jotka ilmoittivat, etteivät käytä alkoholia tai ettei heillä ole tarvetta alkoholin käytön muutokseen. Epävarmassa työtilanteessa olevista miehistä (n=8) vain 1 vastasi samoin. Tupakointia ilmoitti vähentäneensä 4 vastanneista (N=30), ja kaikki heistä kuuluivat ryhmään ”parisuhteessa” ja koulutustaso oli ”toinen aste”. Kysymykseen vastanneista miehistä (N=30) 22 kertoi, ettei tupakoi tai ettei heillä ole tarvetta muutokseen. Tällaisia miehiä oli 9 ryhmässä ”opisto- tai korkea-aste” (n=11) ja ryhmässä ”toinen aste” (n=18) heitä oli 13. Miesten alkoholin ja tupakan käytössä tapahtuneet muutokset käyvät ilmi kuviosta 4.



KUVIO 4. Miesten päihteidenkäytön muutokset terveystarkastuksen jälkeen (N=30).

#### 8.3.4 Painonhallinta, liikunta, lepo, hampaiden hoito, työ- ja parisuhdeongelmat

Painoaan oli pudottanut 7 miehistä (N=30) ja 4 vastaajista ilmoitti, ettei ole tarvetta painonpudotukseen. Painoaan pudottaneista miehistä 3 kuului epävarmassa työtilanteessa oleviin miehiin (n=8) ja 4 jatkuvassa työtilanteessa oleviin (n=22). Viimeksi mainitussa ryhmässä (n=22) 4 miestä ilmoitti, ettei laihtumiseen ole tarvetta. Epävarmassa työtilanteessa olevien ryhmässä ei ollut yhtään tällaista miestä. Lähes puolet eli 14 miehistä (N=30) ilmoitti lisänneensä liikuntaa, ja eniten heitä oli ryhmässä ”yksinasuva”. Liikuntaa lisänneitä yksinasuvia miehiä (n=9) oli 5 ja parisuhteessa olevia (n=21) vastaavasti 9. Vastaajista 4 ei harrastanut liikuntaa, tai he olivat sitä mieltä, että he liikkuvat jo tarpeeksi. Painonhallinnassa ja liikunnan määrässä tapahtuneet muutokset on kuvattu kuviossa 5.



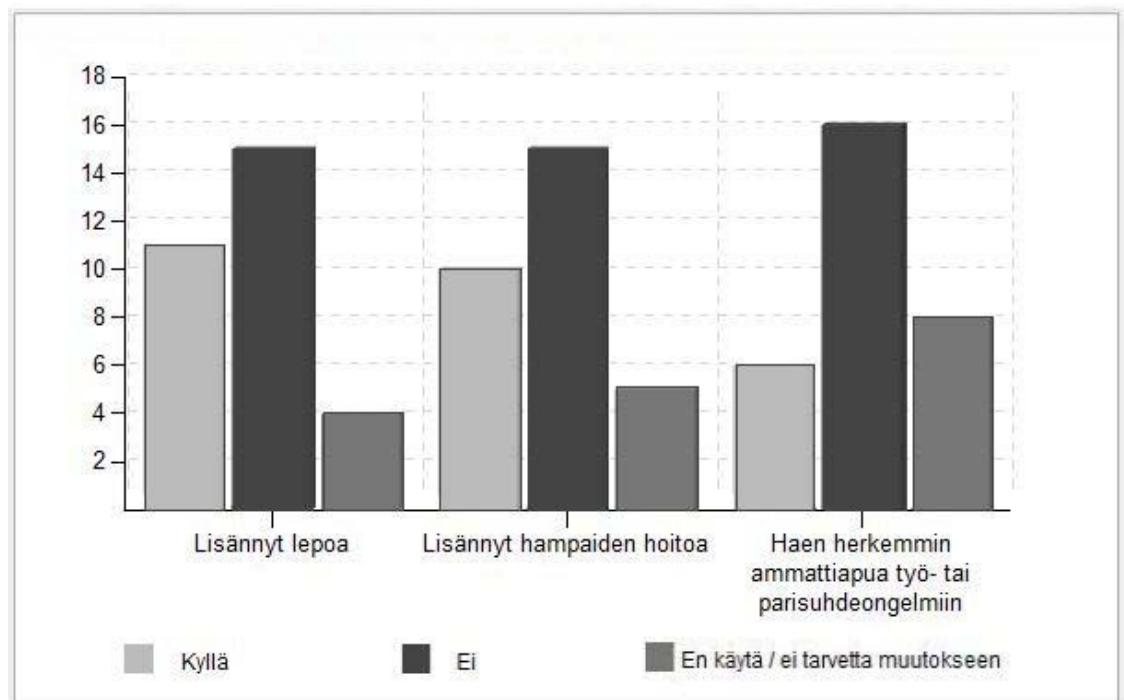
KUVIO 5. Painonhallinta ja liikunnan lisääminen terveystarkastuksen jälkeen (N=30).

Vastaajista (N=30) 11 oli lisännyt lepoa ja 10 miestä ilmoitti hoitaneensa hampaitaan enemmän. Suurin osa niistä miehistä, jotka ilmoittivat, ettei ole tarvetta lisätä lepoa, kuului ryhmään ”yksinasuvat” (n=9). Heitä oli yhteensä 3 ja parisuhteessa elävien ryhmässä (n=22) samoin oli vastannut vain 1 mies. Hampaiden hoitoa olivat eniten lisänneet ryhmään ”parisuhteessa” kuuluvat miehet (n=22). Heitä oli 9. Yksinasuvista miehistä (n=9) vain 1 kertoi lisänneensä hampaiden hoitoa. Terveystarkastuksen jälkeen 6 miehistä (N=30) kertoi osaavansa hakea herkemmin apua työ- tai parisuhdeongelmiinsa. Parisuhteessa elävistä miehistä hieman useampi ilmoitti hakevansa herkemmin apua työ- tai parisuhdeongelmiinsa verrattuna yksiasuviin. Opisto- tai korkea-asteen suorittaneiden joukossa (n=11) oli 3 tällaista miestä, ja toisen asteen suorittaneiden ryhmässä (n=18) heitä oli myös 3. Jatkuvassa työsuhteessa olevista miehistä (n=22) 5 ilmoitti hakevansa herkemmin apua työ- tai parisuhdeongelmiinsa ja 7 ryhmään kuuluvaa miestä ilmoitti, ettei heillä ole tarvetta hakea herkemmin apua. Epävarmassa työtilanteessa olevista (n=8) samoin vastasi kumpaankin kysymykseen vain 1 vastaajista.

Vastaajista (N=30) lähes puolet eli 13 miehistä kertoi tekemiensä elintapamuutoksien johtuvan terveystarkastuksessa saamastaan terveysneuvonnasta. Yksi vastaajista oli

valinnut vaihtoehdon “muu syy”, ja hän kertoi saamansa terveysneuvonnan saaneen hänet miettimään asioita. Hän kertoi myös saaneensa vahvistusta tiettyihin asioihin. Alle puolet miehistä, jotka kokivat saaneensa riittävästi tietoa omaa terveyttä edistävästä keinoista, kertoivat tekemiensä elintapamuutosten johtuvan saadusta terveysneuvonnasta. Terveysneuvontaan tyytymätön henkilö puolestaan kertoi tekemiensä elintapamuutosten johtuvan saadusta terveysneuvonnasta, ja vastaavasti neuvontaan tyytyväisten ryhmässä alle puolet vastaajista kertoi terveysneuvonnan olevan syytä muutoksiin.

Elintapamuutokset, jotka koskevat lepoa, hampaiden hoitoa ja ammattiavun hakemista työ- tai parisuhdeongelmiin, ilmenevät kuvioista 6.



KUVIO 6. Lepo, hampaiden hoito ja ammattiavun hakeminen työ- tai parisuhdeongelmiin (N=30).

#### 8.4 Elintapamuutoksia edistävät tai niitä estävät tekijät

Avoimen kysymyksen avulla kysyimme osallistujilta, mitkä tekijät motivoivat heitä elintapamuutoksiin. Vastaajat (n=22) mainitsivat tärkeimmäksi syyksi halun huolehtia omasta terveydestä (n=11). Toiseksi tärkeimmäksi syyksi miehet mainitsivat halun pysyä hyvässä kunnossa (n=7). Perhe ja myös pidemmän iän saavuttaminen mainittiin syinä molemmat kolme kertaa. Hyvän olon saavuttaminen ja painonhallinta esiintyivät molemmat vastauksissa kaksi kertaa. Yksittäisinä syinä miehet mainitsivat itsetunnon kohotuksen ja saadun terveysterveystarvontan. ”Haluan enemmän sosiaalista elämää”, tarkoitti yksi vastaajista.

Kysyimme miehiltä myös, mitkä tekijät estävät heitä tekemästä elintapamuutoksia. Useimmin miehet (n=10) mainitsivat esteenä ajanpuutteen (n=5). Laiskuus tai terveydellinen syy mainittiin molemmat kaksi kertaa ja pienet lapset kerran esteenä elintapamuutokselle.

Selkeä enemmistö eli 24 vastanneista (n=27) ilmoitti mieluiten vastaanottavansa terveysterveystarvontaa terveydenhuoltoalan ammattilaisen kuten esimerkiksi lääkärin, terveydenhoitajan tai sairaanhoitajan vastaanotolla. Toiseksi suosituin tapa vastaanottaa terveysterveystarvontaa oli lehtien ja television kautta. Kolmanneksi suosituin vaihtoehto oli tiedon saanti terveystarkastuksen tai lääkärinkäynnin yhteydessä jaetusta kirjallisesta esitteestä tai opaslehtisestä.

## 9 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

### 9.1 Validiteetti ja reliabiliteetti

Validiteetti (validius, pätevyys) ilmaisee sen, missä määrin tutkimuksessa käytetty mittaus- tai tutkimusmenetelmä mittaa juuri sitä tutkittavan ilmiön ominaisuutta, mitä on tarkoituskin mitata, eli mitataanko varmasti sitä, mitä tutkimuksen avulla on tarkoitus selvittää. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 226–227.) Tarkoituksenamme



oli tutkia, muuttivatko terveystarkastukseen osallistuneet miehet terveyskäyttäytymistään, mikäli terveystarkastuksessa muutokseen ilmeni olevan tarvetta. Halusimme myös selvittää miesten kokemuksia saadusta terveystarkastuksesta.

Terveyskäyttäytymisen muutosta mittaavat mittarit eli kysymykset laadittiin terveystarkastuksessa käsiteltyjen asioiden perusteella eli halusimme mitata ruokavaliosta, alkoholin kulutuksesta, tupakoinnista, painon hallinnasta ja liikunnan määrässä tapahtuneita muutoksia. Kysymyksillä, jotka koskivat lepoa, hampaiden hoitoa ja työtä parisuhdeongelmia, halusimme mitata, oliko kyseessä olevia osa-alueita käsitelty riittävästi terveystarkastuksessa. Saman kysymyksen toistaminen hieman eri muodossa olisi parantanut tutkimuksen sisältövaliditeettia (Ketokivi 2009, 60).

Reliabiliteetti (reliabiliteetti, toistettavuus) tarkoittaa tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. (Hirsjärvi ym. 2007, 226–227.) Jos toistaisimme tutkimuksen, tulosten olisi oltava samoja kuin ensimmäisellä kerralla. Tutkimus suoritettiin kuitenkin vain kerran, emmekä löytäneet muita, vastaavia Suomessa tehtyjä tutkimuksia, joihin olisimme voineet verrata oman tutkimuksemme tuloksia. Emme myöskään mitanneet tutkimuksessamme samaa käsitettä, esimerkiksi terveystarkastuksen muutosta, usealla eri mittarilla eli kysymyksellä, koska emme halunneet tehdä kyselylomakkeestamme liian laajaa. Liian pitkä kyselylomake olisi voinut vähentää vastausinnostusta. (Ketokivi 2009, 54–59.)

## 9.2 Eettisyys

Tutkimusprosessin pyrimme viemään läpi avoimesti, rehellisesti, kriittisesti ja huolellisesti, hyvää tieteellistä käytäntöä noudattaen sekä muiden tutkijoiden työtä kunnioittaen (Hirsjärvi ym. 2009b, 23–24). Tutkimuksessamme olemme huomioineet tutkimuseettisen neuvottelukunnan tieteelliselle tiedolle asettamat vaatimukset. Ohjeiden mukaan tutkimus tulee suunnitella, toteuttaa ja raportoida yksityiskohtaisesti ja vastuuntuntoisesti. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002.) Tutkimusprosessin toteutimme huolellisesti ja tutkimuskohteista pyrimme saamaan luotettavaa ja totuudenmukaista tietoa. Ennen tutkimuksen aloitusta anoisimme tutkimusluvan Pieksämäen kaupungin perusturvalta.

Tutkimuksen kohdehenkilöille lähetimme kyselylomakkeen mukana saatekirjeen, jossa kerroimme tutkimuksestamme, sen tarkoituksesta, tutkimusmenetelmästä ja tutkimuksen kulusta. Korostimme, että osallistuminen on täysin vapaaehtoista ja että jo annetun suostumuksen voi perua milloin tahansa ilman seuraamuksia. Kerromme myös, että tutkimustietoja käsitellään täysin luottamuksellisesti sekä huolellisesti siten, että vastaajaa ei voi tunnistaa. Huolehdimme myös kyselyaineiston tuhoamisesta tutkimuksen valmistuttua. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 173–175.)

## 10 POHDINTA

### 10.1 Tutkimustulosten yhteenveto ja kehittämissuhteet

Tutkimustuloksista voi päätellä, että terveystarkastukseen osallistuneet miehet olivat ymmärtäneet terveystarkastuksen tarkoituksen ja että he pitivät tarkastusta tarpeellisenä. He olivat kokeneet annetun terveysneuvonnan selkeäksi ja helposti ymmärrettäväksi. Myös sydän- ja verisuonitauteihin sekä diabetekseen oleellisesti liittyvistä tekijöistä eli ravinnosta, liikunnasta, tupakoinnista, alkoholista ja painon hallinnasta oli miesten vastausten perusteella keskusteltu riittävästi.

Huomioitavaa on, että levon ja unen, stressin, mielenterveyden ja ihmissuhteiden käsittelyn koki vain alle puolet vastaajista riittävänä. Epävarmassa työtilanteessa olevat miehet kokivat huomattavasti useammin, että levosta, stressistä, mielenterveydestä ja ihmissuhteista ei oltu keskusteltu riittävästi tai edes jonkin verran. Ero jatkuvassa työtilanteessa oleviin miehiin oli suuri eli lähes joka aiheen kohdalla 40 prosenttiyksikköä. Tästä voisi päätellä, että varsinkin epävarmassa työtilanteessa olevat miehet kokevat kyseiset asiat tärkeiksi. He ovat myös sitä mieltä, että kyseisistä aiheista olisi keskusteltava enemmän tarkastuksessa.

Samoin sukupuolielämästä ja suun terveydestä keskustelun miehet kokivat aivan liian vähäisenä. Vaikka suun terveydenhuollon ammattilaiset ovatkin erikoisasiantuntijoita suun terveydessä, on aiheesta kuitenkin hyvä riittävästi keskustella terveystarkastuk-

sessä. Suun alueen tulehduksilla saattaa tutkimusten mukaan olla yhteys muun muassa sydän- ja aivoinfarkteihin sekä valtimonkovettumataudille (Honkala 2009). Lisäapua tarvitsevan miehen voi ohjata oman hammaslääkärin vastaanotolle.

Myös sukupuolielämällä ja sen sujavuudella on iso merkitys ihmisen terveydelle, ja miehille sen merkitys saattaa olla vielä isompi kuin naisille. Sukupuolielämää voisi myös käyttää kannustuskeinona miehillä ohjattaessa heitä kohti terveellisempää terveyskäyttäytymistä. Heitä voisi innostaa kohti terveellisiä elämäntapoja huomauttamalla, että hoitamalla fyysistä terveyttään, hoitaa samalla myös mieskuntoaan. Samat riskitekijät liittyvät niin erektiovaivoihin kuin sydän- ja verisuonitauteihin. Erektiovaivat ovat hyvin yleisiä jo 40 vuoden iästä alkaen. (Terveystalo i.a.)

Tutkimustulosten perusteella voi myös päätellä, että terveysneuvonnan ja terveystarkastuksen avulla voidaan muuttaa osallistujien terveyskäyttäytymistä. Yli puolet osallistujista kertoi muun muassa vähentäneensä rasvan käyttöä ja lisänneensä pehmeän rasvan osuutta eli suuntaus on nykysuositusten mukainen. Myös kasvisten, marjojen ja hedelmien syöntiä oli lisännyt huomattava osa miehistä. Puolet osallistujista oli myös lisännyt kuitupitoisten tuotteiden käyttöä ja lähes puolet oli vähentänyt sokerin ja sokeripitoisten tuotteiden määrää ruokavaliossaan. Suolan käytön vähentäjiä olisi olettanut olevan enemmän, koska vuonna 2010 tarkastuksessa käyneistä miehistä 44:llä %:lla oli kohonnut verenpaine. Suolan käyttöä ilmoitti vähentäneensä vain 7 miestä.

Huomioitavaa on myös, että alkoholin käyttöä ilmoitti vähentäneensä vain 3 vastaajaa ja tupakointia samaten vain 4 vastanneista. Meillä ei ollut tietoa, monellako vuonna 2011 tarkastuksessa käyneistä miehistä ilmeni alkoholin liikkäyttöä tai moniko heistä tupakoi. Jos heitä olisi ollut suunnilleen sama määrä kuin vuonna 2010 tarkastuksessa käyneistä miehistä, niin alkoholin ja tupakoinnin vähentäjiä olisi olettanut olevan enemmän. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2010 -raportin mukaan 66 % tutkimukseen osallistuneista miehistä ilmaisi haluavansa lopettaa tupakoinnin, ja 38 % heistä oli vakavasti yrittänyt lopettamista (Helakorpi ym. 2011, 13–14). Näin korkeista prosenttiosuuksista voisi päätellä, että monella miehellä löytyy halua ja motivaatiota tupakoinnin lopettamiseen, joten heidän tukemiseensa on kiinnitettävä huomiota. Tupakan ja alkoholin käytön yhteydessä voitaisiin kokeilla myös laajempia, esimerkiksi yhteen työyhteisöön tai muuhun vastaavaan ryhmään kohdistuvaa inter-

ventiota, mikä voi olla Anu Kataisen väitöskirjan (2011) perusteella tehokkaampaa kuin yksilöön kohdistuva interventio.

Osa miehistä oli pudottanut painoaan, ja lähes puolet heistä oli lisännyt liikuntaa. Painon pudottajia olisi odottanut olevan enemmän kuin 7, koska 47 % vuonna 2010 tarkastukseen osallistuneista miehistä oli ylipainoisia. Noin kolmas osa tarkastukseen osallistuneista miehistä oli myös lisännyt lepoa ja hoitanut hampaitaan enemmän. Lähes puolet miehistä kertoi tekemiensä elintapamuutosten johtuvan saadusta terveysneuvonnasta.

Puolet avoimeen kysymykseen vastanneista miehistä kertoi halun huolehtia omasta terveydestä olevan syy elintapamuutoksiin eli osaa miehistä ohjaa terveyden arvo. Noin kolmas osa vastaajista teki elintapamuutoksia pysyäkseen paremmassa kunnossa eli heidän suhteensa terveyteen vaikuttaa maskuliinisemmalta. Perheen merkitys tai pidemmän iän saavuttaminen olivat tärkeitä vain noin 14 %:lle avoimeen kysymykseen vastanneista miehistä. Yleisin este elintapamuutosten toteuttamiselle oli vastaajien mukaan ajanpuute. Miehet edelleenkin mielellään vastaanottavat terveysneuvontaa perinteisin keinoin eli terveydenhuoltoalan ammattilaisen vastaanotolla.

Tutkimuksemme käsitti vain miesten itsensä ilmoittamia elintapamuutoksia. Jotta nähdään, onko elintapamuutoksilla ollut vaikutusta osallistujien terveyteen, tarvitaan konkreettisia mittauksia. Anita Näslindh-Ylispangarin (2008) tutkimuksessa ilmeni, että korkeariskisten miesten riskitekijöiden mitatut arvot paranivat merkittävästi lyhyellä aikavälillä, mutta palautuivat kohti alkuperäisiä arvoja kolmen vuoden sisällä eli terveyskäyttäytymisen muutokset eivät olleet pysyviä. Terveystarkastuksen tavoitteena kuitenkin on aikaan saada pysyviä muutoksia. Osallistujille olisi oltava kontrollimitaukset esimerkiksi vuoden kuluttua ja sen jälkeen kahden vuoden kuluttua. Heidän verenpaineensa, pulssinsa, paastoverensokeri- ja rasva-arvot olisi tarkistettava sekä vyötärön ympärys olisi mitattava. Painoindeksin uudelleen määrittelyllä nähdään painon kehityssuunta.

Yhteistyön lisääminen työterveyshuollon kanssa voisi lisätä terveystarkastukseen tulijoiden määrää. Miesten 40-vuotistarkastuksen vakiinnuttaminen myös osaksi työterveyshuollon toimintaa voisi madaltaa miesten kynnystä käydä tarkastuksessa. Mikäli

toiminnan liittäminen osaksi työterveyshuollon toimintaa ei ole mahdollista, työterveyshuollon toimijat voisivat aktiivisesti kannustaa 40-vuotiaita miehiä ottamaan osaa perusturvan järjestämään tarkastukseen. Myös Anita Näslindh-Ylispangar (2008) suosittelee tutkimuksessaan yhteistyön lisäämistä yksityisen ja julkisen terveydenhuollon välillä, jotta keski-ikäisten miesten hyvien terveystottumusten jatkuminen voitaisiin varmistaa.

40-vuotiaan miehen asioidessa perusterveydenhuollossa olisi sairaanhoitajan, terveydenhoitajan tai lääkärin tarkistettava, onko asiakkaalta tarkistettu lähiaikoina verenpaine, pulssi, paastoverensokeri- ja rasva-arvot sekä paino. Mikäli niitä ei ole lähiaikoina otettu, asiakasta hoitava henkilö tekisi kyseiset mittaukset ja antaisi lähetteen laboratorioon. Mikäli tuloksissa olisi jotakin huolta herättävää, asiakas ohjattaisiin tarkempiin tutkimuksiin. Hänet voitaisiin esimerkiksi ohjata terveystarkastuksia hoitavan terveydenhoitajan luokse, joka koordinoisi hoitoa ja antaisi elintapaohjausta. Jo perusmittauksilla saadaan yleiskuva asiakkaan terveydentilasta ja näin voitaisiin tavoittaa myös ne miehet, jotka eivät osallistuneet terveystarkastukseen. Tupakoinnista ja alkoholin käytöstä kysymisen olisi kuuluttava myös hoitohenkilöstön perusrutiineihin.

## 10.2 Jatkotutkimusaiheet

Jatkotutkimuksena olisi hyvä tutkia, miksi suurin osa miehistä ei osallistunut terveystarkastuksiin. Vuonna 2010 kutsuttuja miehiä oli yhteensä 116 ja heistä tarkastukseen osallistui 34. Vuonna 2011 kutsuttuja miehiä oli 121 ja heistä vain 22 osallistui tarkastukseen. Kunnat kondikseen -hankkeeseen liittyvän Pudokas-tutkimuksen mukaan Helsingin alueella poisjäännin syitä ovat olleet muun muassa samanaikainen tarkastus työterveyshuollossa, asiointi hoitajan tai lääkärin luona oman perussairauden vuoksi sekä unohtaminen ja kiire (Ylänen & Ruokanen i.a., 13). Olisi mielenkiintoista tietää, ovatko syyt Pieksämäellä samanlaiset vai ohjaako täällä miehiä esimerkiksi kulttuurinen näkökulma, eli miehet eivät ole tottuneet hoitamaan terveyttään? Mielenkiintoista olisi myös nähdä tutkimuksemme osallistuneiden miesten kliinisten mittausten arvot, niiden avulla voitaisiin varmistaa elintapamuutosten vaikutus. Miehillä voitaisiin myös suunnata yleinen kysely, jossa heiltä tiedusteltaisiin heille sopivinta tapaa osallistua tarkastuksiin.

### 10.3 Opinnäytetyöprosessi

Opinnäytetyön tekeminen on ollut antoisa, mutta samalla haastava ja pitkäjänteisyyttä vaativa prosessi. Työ sai alkunsa 1.2.2011 koulumme opinnäytetyötorilta, josta valitsimme opinnäytetyömme aiheeksi Pieksämäen kaupungin perusturvan esittelemän 40-vuotiaiden miesten terveystarkastuksen tutkimisen. Pieksämäen kaupungin perusturva halusi selvittää, muuttivatko terveystarkastuksessa käyneet miehet saadun terveysneuvonnan perusteella elintapojaan, mikäli tarkastuksessa ilmeni muutokseen olevan tarvetta sekä millaisella terveysneuvonnalla on vaikuttavuutta. Koimme aiheen kiinnostavana, koska sairaanhoitajina haluamme myös omalta osaltamme olla edistämässä ihmisten terveyttä ja hyvinvointia. Haluamme myös kehittyä terveysneuvonnanantajina.

Terveyden edistämiseen liittyvien erilaisten toimenpiteiden ja interventioiden vaikuttavuuden mittaaminen on hyvin haasteellista ja luotettavien tulosten saaminen edellyttää tutkimuskohteen pidempiaikaista seuranta. Intervention toteuttamisen yhteydessä olisi jo määriteltävä, miten intervention tulos mitataan, minkälaista muutosta odotetaan ja miten muutos mitataan. (Rautava, Salanterä, Helenius, & Tofferi i.a.) Koska 40-vuotiaiden miesten terveystarkastusten yhteydessä kyseisiä mittareita ei oltu määritely eikä aikaa ollut riittävästi, emme tutkineet terveysneuvonnan vaikuttavuutta, vaan sitä, millaisena osallistujat kokivat saamansa terveysneuvonnan. On tärkeää, että terveysneuvonta tavoittaa kohderyhmänsä ja että terveysneuvonta koetaan selkeänä ja helposti ymmärrettävänä.

Terveyden edistämiseen liittyvää lähdemateriaalia on paljon saatavilla. Lähdemateriaalin rajaaminen ja aiheessa pysyminen oli haasteellista. Pyrimme käyttämään lähteinä uusinta saatavilla olevaa, alle kymmenen vuotta vanhaa materiaalia. Materiaalin keräämisen aloitimme heti, kun opinnäytetyömme aihe oli valittu. Opinnäytetyömme teorian perustana käytimme Anita Näslindh-Ylispangarin (2008) tutkimusta ”Men’s health behaviour, health beliefs and need for health counselling. A study amongst 40-year-old males from one Helsinki City region”, jonka tavoitteena oli tutkia 40-vuotiaiden miesten terveyskäyttäytymistä, terveysuskomuksia ja miesten saamaa terveysneuvontaa Helsingissä.

Kyselylomakkeen jouduimme laatimaan nopealla aikataululla, mutta yritimme pitää kiinni tavoitteestamme, eli tehdä kyselylomakkeesta selkeä ja nopeasti täytettävä. Halusimme näin varmistaa riittävän vastausprosentin, jotta tutkimuksen luotettavuus olisi mahdollisimman hyvä. Vastausprosentti oli 54 %, joten koimme onnistuneemme kyselylomakkeen laadinnassa. Kyselylomakkeen laadintaan saimme tukea ja hyviä neuvoja Pieksämäen kaupungin perusturvan johtavalta ylihoitajalta, terveystarkastukset suorittaneelta terveydenhoitajalta, Pieksämäen kaupungin terveyden edistämisen yhteyshenkilöltä, koulumme tilastomenetelmien lehtorilta sekä ohjaavalta opettajaltamme. Yhteistyö terveystarkastuksista vuonna 2010 vastanneen terveydenhoitajan kanssa toimi hyvin, saimme häneltä aina apua sitä tarvitessamme.

Opinnäytetyön tekeminen on ollut haastavaa, koska molemmille tekijöille kerta oli ensimmäinen. Myös perhe-elämän ja opiskelun yhdistäminen luo omat haasteensa. Työn tekeminen on haasteista huolimatta opettanut pitkäjänteistä työskentelyä ja asioiden hallintaa. Työn tärkein anti on kuitenkin ollut lisätiedon ja uusien näkökantojen saaminen terveydenedistämisestä sekä terveysneuvonnasta ja toivomme sen näkyvän myös tulevaisuudessa työskennellessämme sairaanhoitajina.

## LÄHTEET

- Absetz, Pilvikki, 2009. Elämäntapaohjausta voi tehostaa tavoitteellisella toimintamallilla. Tesso - Sosiaali- ja terveystieteellinen aikakauslehti 2009;(2):16–7.
- Absetz, Pilvikki; Yoshida, Sachiyo; Hankonen, Nelli & Valve, Raisa 2008. Ryhmäohjaajan roolin ja käsitysten yhteys ohjattavien onnistumiseen elintapamuutoksessa. Hoitotiede 20 (5) 2008, 248–257.
- A-klinikkasäätiö 2006. Päihdelinkki. 224 Miten alkoholia kannattaa käyttää. Viitattu 13.1.2012. <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/224-miten-alkoholia-kannattaa-kayttaa>
- Courtenay, Will 2000. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being-- a theory of gender and health. Social Science & Medicine 50 (2000) 1385±140 Tuloste tekijän hallussa.
- Courtenay, Will 2009. Theorising Masculinity and Men's Health. Teoksessa Broom, Alex & Tovey, Philip 2009. Men's Health: Body, Identity and Social Context. The University of Sydney. John Wiley & Sons, Ltd. Tuloste tekijän hallussa.
- Diabetesliitto i.a. Dehko lyhyesti. Viitattu 18.6.2012. [http://www.diabetes.fi/diabetesliitto/dehko/dehkon\\_tavoitteet](http://www.diabetes.fi/diabetesliitto/dehko/dehkon_tavoitteet)
- Duodecim i.a. Sähköinen terveystarkastus ja –valmennus. Viitattu 25.6.2012. <http://star.duodecim.fi/star/>
- Euroopan unionin virallinen lehti 2007. Euroopan Parlamentin ja Neuvoston päätös N:o 1350/2007/EY toisesta terveysalan yhteisön toimintaohjelmasta (2008–2013), Euroopan unionin virallinen lehti L 301/ 23.11. 2007. Viitattu 22.10.2012 <http://eur-lex.europa.eu/LexUriServ/LexUriServ.do?uri=OJ:L:2007:301:0003:0013:FI:PDF>
- Euroopan komissio 2012. Kansanterveys. Viitattu 13.8.2012 [http://ec.europa.eu/health/strategy/policy/index\\_fi.htm](http://ec.europa.eu/health/strategy/policy/index_fi.htm)
- Hakkarainen, Aira 2000. Terveyskasvatus työterveyshuollossa. Terveydenhoitajien ja lääkäreiden mielipiteitä työterveyshuollon terveyskasvatustoiminnasta ja terveysneuvonnan toteutuminen asiakaskontakteissa Keski-Suomen,



- Kuopion ja Pohjois-Karjalan lääneissä. Jyväskylän yliopisto.  
Terveystieteiden laitos. Pro gradu –tutkielma. Viitattu 25.6.2012.  
<https://jyx.jyu.fi/dspace/handle/123456789/12329>
- Hallituksen esitykset 2011. HE 94/2011. Hallituksen esitys Eduskunnalle laiksi  
tupakkaverosta annetun lain 1 §:n ja liitteen muuttamisesta. Finlex -  
Valtion säädöstietopankki. Viitattu 4.7.2012.  
<http://www.finlex.fi/fi/esitykset/he/2011/20110094>
- Heikkilä, Tarja 2004. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy
- Heinonen, Liisa 2011. Vyötärön ympäryksen mittaaminen. Terveyskirjasto. Kustannus  
Oy Duodecim. Viitattu 28.8.2011.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dik00043](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dik00043)
- Helakorpi, Satu; Holstila, Anna-Leena; Virtanen, Suvi & Uutela Antti. Suomalaisen  
aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2011. Raportti  
45/2012. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 8.8.2012.  
[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80461/URN\\_ISBN\\_978-952-245-566-6.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80461/URN_ISBN_978-952-245-566-6.pdf?sequence=1)
- Helakorpi, Satu; Pajunen, Tuuli; Jallinoja, Piia; Virtanen, Suvi ja Uutela Antti.  
Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2010.  
Raportti 15/2011. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu  
10.1.2012. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/4582dc7b-0e9c-43db-b5eb-68589239b9a3>
- Heloma, Antero; Ollila, Hanna; Danielsson, Petri; Sandström, Patric & Vakkuri,  
Johanna 2012. Kohti savutonta Suomea. Tupakoinnin ja tupakkapolitiikan  
muutokset. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 4.7.2012.  
[http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80459/URN\\_ISBN\\_978-952-245-640-3.pdf?sequence=1](http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80459/URN_ISBN_978-952-245-640-3.pdf?sequence=1)
- Helsingin Sydänpiiri i.a. MBO-ohjelma – Kundit kondikseen. Viitattu 28.8.2011.  
<http://www.helsinginsydanpiiri.fi/mbo-ohjelma>
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko; & Sajavaara, Paula 2007. Tutki ja kirjoita. 13., osin  
uudistettu painos. Helsinki: Tammi
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2009a. Tutki ja kirjoita. 15.,  
uudistettu painos. Helsinki: Tammi
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2009b. Tutki ja kirjoita. 15., osin  
uudistettu painos. Helsinki: Tammi

- Holopainen, Martti & Pulkkinen, Pekka 2008. Tilastolliset menetelmät, 5., uudistettu painos. Porvoo; Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy
- Honkala, Sisko 2009. Parodontiitti ja sydän- ja verisuonitaudit. Terveyskirjasto Kustannus Oy Duodecim Viitattu 8.9.2012.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=trs00140](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=trs00140)
- Härmä, Mikko ja Sallinen, Mikael 2006. Uni, terveys ja toimintakyky. Duodecim 2006;122:1705–6 Viitattu 18.8.2012.  
<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo95868.pdf>
- Iivanainen, Ansa & Syväoja, Pirjo 2008. Hoida ja kirjaa, 1.-3.painos. Helsinki: Tammi. Jyväskylän yliopisto i.a. Ajankohtaista. Väitös: Neuvottelu potilaan kanssa terveysneuvonnan lähtökohdaksi (Kettunen). Viitattu 25.6.2012.  
<https://www.jyu.fi/ajankohtaista/arkisto/2001/05/tiedote-2007-09-18-15-03-12-422766/>
- Jyväskylän yliopisto i.a. Määrällinen analyysi. Viitattu 9.11.2012.  
<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/metelmapolkuja/metelmapolku/aineiston-analyysimetelmät/maarallinen-analyysi>
- Jääskeläinen, Terttu 2001. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon, Opetusministeriö Viitattu 3.8.2012  
[http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2001/liitteet/opm\\_10\\_amksta\\_tervhuoltoon.pdf?lang=fi](http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2001/liitteet/opm_10_amksta_tervhuoltoon.pdf?lang=fi)
- Kanerva2-KASTE i.a. Kanerva-KASTE –hanke. Viitattu 18.6.2012.  
<http://www.kanervakaste.fi/>
- Kankkunen, Päivi & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy
- Kansanterveyslaitos 2008. Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportti 2008. Viitattu 17.6.2012.  
[http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja\\_b/2008/2008b02.pdf](http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b02.pdf)
- Kansanterveyslaki 1972. 66/28.1.1972. Finlex – Valtion säädöstietopankki. Ajantasainen lainsäädäntö. Viitattu 24.6.2012.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>
- Katainen, Anu 2011. Tupakka, luokka ja käyttäytymisen ongelma. Helsingin yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos. Väitöskirja. Viitattu 13.10.2012.

- <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/24797/tupakkal.pdf?sequence=1>
- Keskimäki, Ilmo 2010. Sosioekonomiset erot ja oikeudenmukaisuus Suomen terveydenhuollossa, *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2010: 47 201–207.
- Kestilä, Laura 2008. Pathways to health. Determinants of Health, Health Behavior and Health Inequalities in Early Adulthood. Publications of the National Public Health Institute A 23/2008. University of Helsinki. Department of Sociology. Väitöskirja. Viitattu 8.8.  
<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/23542/pathways.pdf?sequence=2>
- Ketokivi, Mikko 2009. Tilastollinen päättely ja tieteellinen argumentointi. Helsinki: Gaudeamus Helsinki University Press
- Kiiskinen, Urpo; Vehko, Tuulikki; Matikainen, Kristiina; Natunen, Sanna & Aromaa, Arpo 2008. Terveyden edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisu 1:2008. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Viitattu 11.8.2012.  
<http://pre20090115.stm.fi/pr1202902258197/passthru.pdf>
- Kinnunen, Marja-Liisa 2010. Terveys. Teoksessa Lea Pulkkinen ja Katja Kokko (toim.) Keski-ikä elämänvaiheena. Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen julkaisu 352. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopainon psykologian laitos, 66–74. Viitattu 13.10.2012.  
[https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/24873/Keski-ika\\_elamanvaiheena.pdf?sequence=1](https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/24873/Keski-ika_elamanvaiheena.pdf?sequence=1)
- Kokko, Katja 2010. Keski-ikä elämänvaiheena ja kuvailua. Teoksessa Lea Pulkkinen ja Katja Kokko (toim.) Keski-ikä elämänvaiheena. Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen julkaisu 352. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopainon psykologian laitos. Viitattu 11.9.2011.  
[https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/24873/Keski-ika\\_elamanvaiheena.pdf?sequence=1](https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/24873/Keski-ika_elamanvaiheena.pdf?sequence=1)
- Koski-Jännes, Anja 2008. Motivoiva haastattelu. Tampereen yliopisto. Viitattu 9.6.2012  
[http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f275002594/tup\\_luento030408.pdf](http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f275002594/tup_luento030408.pdf)
- Kovanen, Maarit 2011. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Pieksämäen kaupunki. Pieksämäki. Suullinen tiedonanto 28.3.

- Kyngäs, Helvi; Kääriäinen, Maria; Poskiparta Marita; Johansson, Kirsi; Hirvonen, Eila & Renfors, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä, 1.painos. Porvoo; Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy
- Lachman, M.E. 2004. Development in midlife. *Annual Review of Psychology*, 55:305–31. Viitattu 28.9.2012. <http://144.92.62.126/midus/findings/pdfs/367.pdf>
- Malmberg, Raija 1996. Kovat ja pehmeät arvot. Teoksessa Salo-Lee, Liisa & Malmberg, Raija & Halinoja, Raimo. *Me ja muut: Kulttuurienvälinen viestintä*. Helsinki: Yle-Opetuspalvelut
- Mustajoki, Pertti & Kunnamo, Ilkka 2009. Motivoiva potilashaastattelu, vaikuttava terveysneuvonta. *Terveyskirjasto Kustannus Oy Duodecim* 2009. Viitattu 1.9.2012. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=seh00147](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00147)
- Mustajoki, Pertti 2011a. Kohonnut verenpaine (verenpainetauti). *Terveyskirjasto*. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 22.10.2012. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00034](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00034)
- Mustajoki, Pertti 2011b. Kolesterolit. *Terveyskirjasto*. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 25.5.2012. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00035](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00035)
- Näslindh-Ylispanjar, Anita 2008. Men's health behaviour, health beliefs and need for health counselling : A study amongst 40-year-old males from one Helsinki City region. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Kliininen laitos. Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon osasto. Väitöskirja. Viitattu 29.8.2011. <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/42018/mensheal.pdf?sequence=1>
- Oikarinen, Arja 2008. Kainuulaisten miesten terveystietäytyminen – kulttuurinen näkökulma. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta, terveystieteiden laitos. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Väitöskirja. Viitattu 29.8.2011. <http://herkules.oulu.fi/isbn9789514288401/isbn9789514288401.pdf>
- Palosuo, Hannele; Koskinen, Seppo; Lahelma, Eero; Prättälä, Ritva; Martelin, Tuija; Ostamo, Aini; Keskimäki, Ilmo; Sihto, Marita; Talala, Kirsi; Hyvönen, Elisa ja Linnanmäki, Eila (toim.). *Terveyden eriarvoisuus Suomessa*.

- Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Helsinki 2007, Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23
- Partinen Markku 2008. Unettomuuden määritelmä ja diagnoosikoodit. Käypä hoito. Viitattu 18.8.2012.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../nix01066>
- Paunio, Tiina ja Porkka-Heiskanen, Tarja. Unen merkitys sairauksien synnyssä Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2008;124(6):695-701. Viitattu 18.8.2012  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=onn00056&p\\_teos=onn&p\\_selaus=](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00056&p_teos=onn&p_selaus=)
- Peltonen, Markku; Harald, Kennet; Männistö, Satu; Saarikoski, Liisa; Peltomäki, Päivi; Lund, Laura; Sundvall, Jouko; Juolevi, Anne; Laatikainen, Tiina; Alden-Nieminen, Helena; Luoto, Riitta; Jousilahti, Pekka; Salomaa, Veikko; Taimi, Marketta & Vartiainen, Erkki 2008. Kansallinen FINRISKI 2007 – terveystutkimus. Tutkimuksen toteutus ja tulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 34/2008. Helsinki: Kansanterveyslaitos. Viitattu 24.5.2012.  
<http://www.ktl.fi/attachments/finriski/2008b34.pdf>
- Pietilä, Anna-Maija 2010. Terveyden edistämisen lähtökohtia – katsaus kirjan ydinsisältöihin. Teoksessa Anna-Maija Pietilä (toim.) Terveyden edistäminen - Teorioista toimintaan, 1.painos. Helsinki: WSOYpro Oy, 10–14.
- Pietilä, Anna-Maija; Länsimies-Antikainen, Helena; Vähäkangas, Kirsi & Pirttilä, Tuula, 2010. Terveyden edistämisen eettinen perusta. Teoksessa Anna-Maija Pietilä (toim.) Terveyden edistäminen – Teorioista toimintaan, 1.painos. Helsinki: WSOYpro Oy, 15–31.
- Pietilä, Ilkka 2008. Between rocks and hard places: Ideological dilemmas in men's talk about health and gender. Väitöskirja. Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print. Viitattu 9.8.2012 <http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-7399-9.pdf>
- Pietilä, Ilkka 2009. Kontekstuaalinen vaihtelu miesten puheessa terveydestä: yksilöhaastatteluiden ja ryhmäkeskustelujen vertaileva analyysi. Artikkelii. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 46; 171–183. Sosiaalilääketieteen yhdistys ry. Turun Yliopisto.
- Pitkänen, Tuuli 2010. Päihteiden käyttö aikuisiässä. Teoksessa Lea Pulkkinen ja Katja Kokko (toim.) Keski-ikä elämänvaiheena. Jyväskylän yliopiston psyko-

- logian laitoksen julkaisuja 352. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopainon psykologian laitos, 56–65. Viitattu 13.10.2012.  
[https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/24873/Keski-ika\\_elamanvaiheena.pdf?sequence=1](https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/24873/Keski-ika_elamanvaiheena.pdf?sequence=1)
- Pohjois-Karjalan kansanterveyden keskus 2006. Taustatietoa. Viitattu 17.6.2012.  
<http://www.kansanterveys.info/yleista.html>
- Prochaska, James O & DiClemente, Carlo C. 1983. Stages and processes of self-change of smoking: toward an integrative model of change. *J Consult Clin Psychol* 1983 Jun;51(3):390–5 Viitattu 7.6.2012  
<http://www.uri.edu/research/cprc/Publications/PDFs/ByTitle/Stages%20and%20Processes%20of%20self%20change.pdf>
- Puustinen Pekka Johannes 2011. The Association of Psychological Distress with Cardiovascular risk, the Metabolic Syndrome and Mortality. The Role of C - reactive Protein. Itä-Suomen yliopisto ISBN 978-952-61-0444-7. Viitattu 20.8.2012 [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-0445-4/urn\\_isbn\\_978-952-61-0445-4.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0445-4/urn_isbn_978-952-61-0445-4.pdf)
- Rautava, Päivi; Salanterä, Sanna; Helenius, Hans & Tofferi, Heile i.a. Vaikuttavuuden mittaaminen ja palvelujärjestelmätutkimus. Viitattu 11.10.2012.  
[http://www.turkuerc.fi/files/163/vaikuttavuus\\_20090810.pdf](http://www.turkuerc.fi/files/163/vaikuttavuus_20090810.pdf)
- Rotko, Tuulia; Aho, Timo; Mustonen, Niina & Linnanmäki, Eila 2011. Kapeneeko kuilu? Tilannekatsaus terveyserojen kaventamiseen Suomessa 2007–2010. Raportti 8/2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 22.10.2012  
<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/9073dc45-9012-4b48-8110-d0f5160a23ef>
- Routasalo, Pirkko & Pitkälä, Kaisu 2009. Omahoidon tukeminen. Opas terveydenhuollon ammattihenkilöille. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Viitattu 9.6.2012  
[http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f1969335532/omahoidon\\_tukem\\_opas\\_12\\_09.pdf](http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f1969335532/omahoidon_tukem_opas_12_09.pdf)
- Räsänen, Jorma 2010. Terveyden edistämisen suunnittelua ja arviointia: Precede–Priceed-malli. Teoksessa Anna-Maija Pietilä (toim.) Terveyden edistäminen - Teorioista toimintaan, 1.painos. Helsinki: WSOYpro Oy, 100–116.
- Räsänen, Pirjo; Roine, Eija; Sintonen, Harri; Semberg-Konttinen, Virpi; Ryyänen, Olli-Pekka & Roine, Risto P. 2006. Laatupainotetut elinvuodet

- terveydenhuollon vaikuttavuuden arvioinnissa: järjestelmällinen kirjallisuuskatsaus. Finohtan raportti 2006; 29. Helsinki: Stakes. Viitattu 13.8.2012. <http://finohta.stakes.fi/NR/rdonlyres/C8BD3633-62E3-4DDD-8FA8-D00AD5E1D3BB/0/r029f.pdf>
- Savola, Elina & Koskinen-Ollonqvist, Pirjo 2005. Terveyden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja -sarja 3/2005. Helsinki: Terveyden edistämisen keskus ry. Viitattu 13.6.2012. [http://www.tekry.fi/web/pdf/publications/2005/2005\\_001.pdf](http://www.tekry.fi/web/pdf/publications/2005/2005_001.pdf)
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2001. Terveys 2015 -kansanterveysohjelma. Esitteitä 2001:8. Viitattu 18.6.2012. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=42733&name=D\\_LFE-6215.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42733&name=D_LFE-6215.pdf)
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Terveyden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. Viitattu 9.8.2012. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=D\\_LFE-9303.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=D_LFE-9303.pdf)
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009 – 2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18. Viitattu 8.6.2012. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=D\\_LFE-10623.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=D_LFE-10623.pdf)
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2010. Tupakkalain tavoitteena tupakoinnin loppuminen Suomessa. Viitattu 4.7.2012. <http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/-/view/1522179>
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2011. Terveyden edistäminen. Viitattu 17.6.2012. <http://www.stm.fi/hyvinvointi/terveydenedistaminen>
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2012a. Terveyden edistäminen kunnissa. Viitattu 9.8.2012. [http://www.stm.fi/hyvinvointi/terveyden\\_edistaminen\\_laatusuositus](http://www.stm.fi/hyvinvointi/terveyden_edistaminen_laatusuositus)
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b. Terveyden edistämisen määräraha. Viitattu 10.8.2012. [http://www.stm.fi/vireilla/rahoitus\\_ja\\_avustukset/terveyden\\_edistamisen\\_määrarahat](http://www.stm.fi/vireilla/rahoitus_ja_avustukset/terveyden_edistamisen_määrarahat)

- Sosiaali- ja terveysministeriö 2012c. Terveys 2015 -kansanterveysohjelma. Viitattu 18.6.2012.  
[http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat\\_ja\\_hankkeet/terveys2015](http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/terveys2015)
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2012d. WHO edistää ja turvaa terveyttä. Viitattu 28.8.2012. [http://www.stm.fi/stm/kansainvaliset\\_asiat/who](http://www.stm.fi/stm/kansainvaliset_asiat/who).
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2012e. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämishjelma (Kaste). Viitattu 18.6.2012.  
[http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat\\_ja\\_hankkeet/kaste](http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/kaste)
- Strandberg, Arto 2010. The Impact of Lifestyle and Cardiovascular Risk Factors in Midlife on the Health-Related Quality of Life among Old Men. Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Kliininen laitos. Sisätautien osasto. Geriatrian yksikkö. Väitöskirja. Viitattu 29.8.2011.  
<http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/59424/theimpac.pdf?>
- Sund, Reijo & Koski, Sari 2009. DEHKO FinDM II. Diabeteksen ja sen lisäsairauksien esiintyvyyden ja ilmaantuvuuden rekisteriperäinen mittaaminen. Tekninen raportti. Helsinki: Suomen diabetesliitto. Viitattu 8.6.2012.  
[http://www.diabetes.fi/files/274/FinDM\\_II.\\_Diabeteksen\\_ja\\_sen\\_lisasairauksien\\_esiintyvyyden\\_ja\\_ilmaantuvuuden\\_rekisteriperusteinen\\_mittaaminen\\_Tekninen\\_raportti\\_pdf\\_361\\_kt.pdf](http://www.diabetes.fi/files/274/FinDM_II._Diabeteksen_ja_sen_lisasairauksien_esiintyvyyden_ja_ilmaantuvuuden_rekisteriperusteinen_mittaaminen_Tekninen_raportti_pdf_361_kt.pdf)
- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2004. Terveyskirjasto. Miehen uni huononee iän myötä. Viitattu 18.8.2012  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=uut05171&p\\_teos=uut&p\\_osio=&p\\_selaus=](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=uut05171&p_teos=uut&p_osio=&p_selaus=)
- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2010a. Käypä hoito. Suositukset. Liikunta. Viitattu 3.5.2012.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50075>
- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2010b. Käypä hoito -suositukset. Painoindeksi ja vyötärön ympärys. Viitattu 4.7.2012.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../nix00163>
- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2011. Käypä hoito. Alkoholiongelmaisen hoito. Viitattu 13.1.2012.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50028#s7>



Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2012. Käypä hoito -suositukset.

Tupakkariippuvuus ja tupakasta vieroitus. Viitattu 4.7.2012.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi40020#s8>

Suomen ASH 2010. EU:n terveystalitiikka Viitattu 13.8.2012

<http://www.suomenash.fi/fi/tupakkalaki/kansainvalisyys/eun+terveystalitiikka/>

Suominen-Taipale, Liisa; Nordblad, Anne; Vehkalahti, Miira & Aromaa, Arpo, 2004.

Suomalaisten aikuisten suun terveyst. Terveyst 2000 -tutkimus.

Kansanterveystlaitoksen julkaisuja B16/2004. Viitattu 24.8.2012

<http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/78322/2004b16.pdf>

SuomiSanakirja.fi 2011. Keski-ikä. Viitattu 1.9.2011. [http://suomisanakirja.fi/keski-](http://suomisanakirja.fi/keski-ik%C3%A4)

[ik%C3%A4](http://suomisanakirja.fi/keski-ik%C3%A4)

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2010. Terveysten edistäminen. Viitattu 17.6.2012.

[http://www.ktl.fi/portal/suomi/terveyden\\_ammattilaisille/terveyden\\_edistaminen](http://www.ktl.fi/portal/suomi/terveyden_ammattilaisille/terveyden_edistaminen)

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2011. Terveyst 2011 -tutkimus selvittää 10 000

suomalaisen terveystentilaa ja toimintakykyä. Viitattu 3.7.2012.

[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tiedote?id=26138](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tiedote?id=26138)

Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2012. Suomalaisen aikuisväestön

terveystkäyttäytyminen ja terveyst (AVTK). Viitattu 10.1.2012.

[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/avtk](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/avtk)

Terveydenhuoltolaki 2010. 30.12.2010/1326. Finlex - Valtion säädöstietopankki.

Ajantasainen lainsäädäntö. Viitattu 25.8.2012.

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

Terveystalo i.a. Erektiohäiriöt varoittavat vakavimmista terveystongelmista. Viitattu

5.9.2012.

<http://www.terveystalo.com/Ajankohtaista/Artikkelit/Erektiohairio-varoittaa-vakavammista-terveystongelmista/>

Tilastokeskus 2006. Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimus. Tilastokeskus.

Verkkokoulu. Viitattu 19.8.2012

<http://www.stat.fi/tup/verkkokoulu/data/tt/01/04/index.htm>

- Tilastokeskus 2010. Elämme toistakymmentä vuotta elinajanodotetta pidempään. Viitattu 3.7.2012. [http://www.stat.fi/artikkelit/2010/art\\_2010-02-18\\_001.html?s=3](http://www.stat.fi/artikkelit/2010/art_2010-02-18_001.html?s=3)
- Tilastokeskus 2011a. Kuolemansyiden muutokset 1936–2010. Viitattu 5.6.2012. [http://www.stat.fi/til/ksyyt/2010/ksyyt\\_2010\\_2011-12-16\\_kat\\_002\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/ksyyt/2010/ksyyt_2010_2011-12-16_kat_002_fi.html)
- Tilastokeskus 2011b. Itsemurhien määrä pienin yli 40 vuoteen. Viitattu 5.6.2012. [http://www.stat.fi/til/ksyyt/2010/ksyyt\\_2010\\_2011-12-16\\_tie\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/ksyyt/2010/ksyyt_2010_2011-12-16_tie_001_fi.html)
- Tilastokeskus i.a. Sosioekonominen asema 1989. Viitattu 9.5.2012. [http://www.tilastokeskus.fi/meta/luokitukset/sosioekon\\_asema/001-1989/index.html](http://www.tilastokeskus.fi/meta/luokitukset/sosioekon_asema/001-1989/index.html)
- Tuomi, Jouni & Sarajärvi, Anneli, 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi, 5., uudistettu painos. Helsinki: Tammi
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Viitattu 8.8.2012 [http://www.tenk.fi/hyva\\_tieteellinen\\_kaytanto/kaytanto.html](http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanto/kaytanto.html)
- United Nations 2011. Departement of Economic and Social Affairs. World Population Prospects, the 2010 Revision. Viitattu 6.6.2012. [http://esa.un.org/wpp/Sorting-Tables/tab-sorting\\_mortality.htm](http://esa.un.org/wpp/Sorting-Tables/tab-sorting_mortality.htm)
- Webber, Rebecca 2008. In Sickness and In Health. Psychology Today November 2008. Viitattu 20.8.2012. <http://www.psychologytoday.com/articles/200810/in-sickness-and-in-health>
- World Health Organization 2011. Global Atlas on cardiovascular disease prevention and control. Viitattu 8.6.2012. [http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241564373\\_eng.pdf](http://whqlibdoc.who.int/publications/2011/9789241564373_eng.pdf)
- Väestökisterikeskus i.a. Henkilötunnus. Viitattu 1.9.2011. <http://www.vaestokisterikeskus.fi/default.aspx?id=167>
- Ylänen Margit & Ruokanen, Outi i.a. Helsingin Sydänpiirin Sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisy- ja kuntoutusprojekti (MOPPI). Loppuraportti. Viitattu 12.10.2012. [http://piirit.sydanliitto.fi/helsinginsydanpiiri/fi\\_FI/helsingin\\_etusivu/\\_files/84290860450840705/default/Syd%C3%A4n-%20ja%20verisuonisairauksien%20ehk%C3%A4isy-%20ja%20kuntoutusprojekti.pdf](http://piirit.sydanliitto.fi/helsinginsydanpiiri/fi_FI/helsingin_etusivu/_files/84290860450840705/default/Syd%C3%A4n-%20ja%20verisuonisairauksien%20ehk%C3%A4isy-%20ja%20kuntoutusprojekti.pdf)

YSA – Yleinen suomalainen asiasanasto i.a. Viitattu 25.6.2012.

<http://vesa.lib.helsinki.fi/ysa/>

# KYSELYLOMAKE

- RENGASTAKAA JOKA KOHDASSA VAIN YKSI VAIHTOEHTO
- TYHJILLE RIVEILLE VOITTE KIRJOITTA  
VAPAAMUOTOISESTI OMAN MIELIPITEENNE TAI  
EHDOTUKSENNE
- TUTKIMUSTULOSTEN LUOTETTAVUUDEN VUOKSI  
PYYDÄMME TEITÄ VASTAAMAAN JOKAISEEN KYSYMYKSEEN

## HENKILÖTIEDOT

### 1. Siviilisäätö/parisuhde:

- 1 naimisissa/avoliitossa/rekisteröity parisuhde
- 2 eronnut
- 3 naimaton
- 4 leski

### 2. Koulutus (merkitkää vain ylin koulutus) :

- 1 peruskoulu
- 2 lukio
- 3 ammattikoulu
- 4 opisto
- 5 korkeakoulu/ammattikorkeakoulu
- 6 yliopisto
- 7 jokin muu \_\_\_\_\_

### 3. Ammattinne: \_\_\_\_\_

### 4. Tämän hetkinen työtilanteenne:

- 1 vakituinen työsuhde/päätoiminen opiskelija
- 2 määräaikainen työsuhde/työttömyyden uhka/lomautettu /lyhennetyllä työajalla
- 3 työtön
- 4 sairaslomalla
- 5 työkyvyttömyys-/sairas-/osa-aikaeläkkeellä

## TERVEYSNEUVONTA

### 5. Olitteko terveystarkastuksessa

- 1 v. 2010
- 2 v. 2011

### 6. Arvioikaa, miten paljon saitte tietoa terveystarkastuksesta ja sen tavoitteista:

- 1 erittäin paljon
- 2 paljon
- 3 vähän
- 4 erittäin vähän

### 7. Onko mielestänne 40 vuoden ikä oikea ajankohta miehille perusteelliseen terveystarkastukseen:

- 1 kyllä
- 2 ei

### 8. Jos vastasitte ei, niin minkä ikäisenä olisi hyvä käydä perusteellisessa terveystarkastuksessa ja miksi juuri ko. ajankohtana?

---

---

---

**9. Keskusteltiiniko terveystarkastuksessa mielestänne riittävästi seuraavista aiheista: (rengastakaa joka riviltä vain yksi vaihtoehto, joka parhaiten kuvaa mielipidettänne)**

	riittävästi	jonkin verran	aika vähän	ei riittävästi
1 ravinto	1	2	3	4
2 liikunta	1	2	3	4
3 tupakointi	1	2	3	4
4 alkoholinkäyttö	1	2	3	4
5 painon hallinta	1	2	3	4
6 lepo, uni	1	2	3	4
7 stressi	1	2	3	4
8 mielenterveys	1	2	3	4
9 ihmissuhteet	1	2	3	4
10 sukupuolielämä	1	2	3	4
11 suun terveys	1	2	3	4

**10. Saitteko terveystarkastuksessa mielestänne riittävästi tietoa omasta terveydentilastanne:**

- 1 riittävästi
- 2 jonkun verran
- 3 aika vähän
- 4 ei riittävästi

**11. Saitteko terveystarkastuksessa mielestänne riittävästi tietoa omaa terveyttänne uhkaavista riskitekijöistä:**

- 1 riittävästi
- 2 jonkun verran
- 3 aika vähän
- 4 ei riittävästi

**12. Saitteko terveystarkastuksessa mielestänne riittävästi tietoa keinoista, joilla voitte edistää omaa terveyttänne:**

- 1 riittävästi
- 2 jonkin verran
- 3 aika vähän
- 4 ei riittävästi

**13. Oliko saamanne terveysneuvonta helposti ymmärrettävää:**

- 1 kyllä
- 2 ei

**14. Jos vastasitte ei, niin mikä vaikeutti ymmärrettävyyttä?**

---

---

---

**15. Lisäikö saamanne terveysneuvonta kiinnostustanne omaa terveyttänne kohtaan:**

- 1 kyllä
- 2 ei

**16. Oliko Teidän helppo puhua fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen liittyvistä asioista Teitä tutkineen terveydenhoitajan kanssa?**

- 1 kyllä
- 2 ei

**17. Jos vastasitte ei, niin mikä vaikeutti kommunikaatiota?:**

---

---

---



**18. Oliko Teidän helppo puhua psyykkiseen terveyteen eli esim. omaan mielialaan, toimintakykyyn ja elämäntilanteeseen liittyvistä asioista Teitä tutkineen terveydenhoitajan kanssa?**

- 1 kyllä
- 2 ei

**19. Jos vastasitte ei, niin mikä vaikeutti kommunikaatiota?:**

---

---

---

**20. Arvioikaa, miten tyytyväinen olette saamaanne terveysneuvontaan:**

- 1 erittäin tyytyväinen
- 2 melko tyytyväinen
- 3 melko tyytymätön
- 4 erittäin tyytymätön

## TERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN

### 21. Oletteko vuonna 2010 tai 2011 toteutetun terveystarkastuksen jälkeen tehneet joitakin alla mainittuja elintapamuutoksia (rengastakaa joka riviltä vain yksi vaihtoehto):

	Kyllä	En	En käytä/ Ei tarvetta muutokseen
1 vähentänyt rasvan kokonaismäärää ruokavaliossa	1	2	3
2 lisännyt pehmeän rasvan esim. margariinin, kasviöljyjen ja kalan käyttöä	1	2	3
3 vähentänyt pehmeän rasvan esim. margariinin, kasviöljyjen ja kalan käyttöä	1	2	3
4 lisännyt kovan rasvan eli voin, rasvaisen maidon ja rasvaisen lihan käyttöä	1	2	3
5 vähentänyt kovan rasvan eli voin, rasvaisen maidon ja rasvaisen lihan käyttöä	1	2	3
6 lisännyt kasvien käyttöä	1	2	3
7 lisännyt hedelmien ja marjojen käyttöä	1	2	3
8 lisännyt kuitupitoisten tuotteiden käyttöä	1	2	3
9 vähentänyt sokerin ja sokeripitoisten tuotteiden käyttöä	1	2	3
10 vähentänyt suolan käyttöä	1	2	3
11 vähentänyt alkoholin käyttöä	1	2	3
12 vähentänyt tupakointia	1	2	3
13 laihduttanut	1	2	3
14 lisännyt liikuntaa	1	2	3

**21. Oletteko vuonna 2010 tai 2011 toteutetun terveystarkastuksen jälkeen tehneet joitakin alla mainittuja elintapamuutoksia (rengastakaa joka riviltä vain yksi vaihtoehto):**

	Kyllä	En	En käytä/ Ei tarvetta muutokseen
15 lisännyt lepoa	1	2	3
16 lisännyt hampaiden hoitoa	1	2	3
17 haen herkemmin ammattiapua työ- tai parisuhdeongelmiin	1	2	3

**22. Johtuvatko tekemänne elintapamuutokset terveystarkastuksen yhteydessä saamastanne terveysneuvonnasta?**

- 1 kyllä  
 2 ei  
 3 muu syy: \_\_\_\_\_

**23. Mitkä tekijät motivoivat Teitä elintapamuutokseen:**

---



---



---

**24. Mitkä tekijät estävät Teitä tekemästä elintapamuutoksia:**

---

---

---

**25. Miten mieluiten vastaanotatte terveysneuvontaa? Rengastakaa vain yksi, teistä paras vaihtoehto:**

- |   |  |                          |
|---|--|--------------------------|
| 1 | terveydenhuoltoalan (esim. lääkäri, terveydenhoitaja, sairaanhoitaja) ammattilaisen vastaanotolla    | <input type="checkbox"/> |
| 2 | lehdistä lukemalla   | <input type="checkbox"/> |
| 3 | televisiosta   | <input type="checkbox"/> |
| 4 | internetin hakupalveluiden kautta  | <input type="checkbox"/> |
| 5 | internetissä olevista sähköisistä terveystarkastuksista  | <input type="checkbox"/> |
| 6 | terveystarkastuksen tai lääkärinkäynnin yhteydessä jaetusta kirjallisesta esitteestä/ opaslehtisestä | <input type="checkbox"/> |
| 7 | ostoskeskuksen yhteydessä olevasta terveyskioskista  | <input type="checkbox"/> |
| 8 | tutkin materiaalia itse itsehoitopisteessä/terveystietotuvassa                                       | <input type="checkbox"/> |

***KIITOS VASTAUKSESTA!***

LIITE 2: Saatekirje

ARVOISA VASTAANOTTAJA

Otitte osaa Pieksämäen kaupungin perusturvan järjestämään 40-vuotiaiden miesten terveystarkastukseen.

Sairaanhoitajaopiskelijat Maarit Jansen ja Renata Wierzchowiecka Diakonia-ammattikorkeakoulusta, Pieksämäen yksiköstä, tekevät opinnäytetyötä liittyen terveystarkastuksen yhteydessä annetun terveystarkastuksen vaikutuksesta terveystarkastukseenne.

Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Saatu aineisto käsitellään nimettömänä ja luottamuksellisena. Tutkimusmateriaalin huolellisesta hävittämisestä tutkimuksen valmistuttua huolehditaan. Tutkimuslomakkeeseen tai palautuskirjekuoreen ei tule lisätä nimi- tai osoitetietoja.

Pieksämäen kaupungin perusturva ei saa luovuttaa henkilö- ja potilastietoja ulkopuolisille. Lähetän sen vuoksi Teille opiskelijoiden laatiman kyselylomakkeen ja palautuskirjekuoren, jossa postimaksu on valmiina. Pyydän Teitä palauttamaan oheisen kyselylomakkeen 27.1.2012 mennessä.

Tutkimuksen avulla on tarkoitus kehittää miesten terveystarkastuksia. Tärkeää on tunnistaa sairauksien riskitekijät mahdollisimman varhain ja ennaltaehkäistä sairastumista. Täten voidaan parantaa miesten terveyttä ja elämänlaatua. Mielipiteenne on näin ollen tärkeä sekä tutkimuksen onnistumisen että tarkastusten kehittämisen kannalta.

Terveydenhoitaja

## LIITE 3: Sisällönanalyysi

ALKUPERÄINEN ILMAISUYLÄLUOKKA

Terveys

Pysyä terveenä

Välttää elintavoista johtuvat sairaudet

Herääminen omiin riskitekijöihin

Yleinen terveys

Elämäntapani ovat aika terveelliset

Usko parempaan omaan terveyteen

Kolesteroli

Halu pysyä terveenä

Riski altistua diabetekseen

ja sydäntauteihin vähenee

Oma terveys

→ Halu huolehtia omasta terveydestä

Parempi kunto

Yötyöstä johtuva jatkuva väsymys

Pysyä kohtuullisessa kunnossa

Työkunnossa pysyminen

Pyrin pitämään itseni mahdollisimman

hyvässä kunnossa

Jaksaminen

→ Pysyä hyvässä kunnossa

Liikunnan jälkeinen hyvä olo

Parempi hyvä olo

→ Hyvä olo

Pienet lapset

Halu huolehtia pojasta

Että voin/jaksan olla perheeni kanssa

paremmin

→ Perhe (erityisesti lapset)

Ikä

Halu elää kauemmin

Halu elää vanhaksi

→ Pidempi ikä

Painon nousu

Paino

Painon pudottaminen

→ Painon hallinta

ALKUPERÄINEN ILMAISUYLÄLUOKKA

Itsetunnon kohotus

Halu lisätä omaa sosiaalista elämää

Terveydenhoitajan antama terveysneuvonta

→ Muut syyt

Laiskuus

→ Laiskuus

Ajanpuute

Joskus työkiireet

Liiallinen työ ja vuorotyö

→ Ajanpuute

Kivut

Apuväline

→ Terveydellinen syy

Pieniä lapsia

→ Perhesyyt