

# 45-VUOTIAIDEN MUURAMELAISTEN MIESTEN SYDÄNTERVEYSRISKIT JA TERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN HEIDÄN ITSENSÄ ARVIOIMANA

Pirjo Perälä

Opinnäytetyö  
Toukokuu 2011

Hoitotyön koulutusohjelma  
Sosiaali- terveys- ja liikunta-ala



JYVÄSKYLÄN  
AMMATTIKORKEAKOULU



Tekijä(t) PERÄLÄ, Pirjo	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 10.5.11
	Sivumäärä 58	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty ( X )
Työn nimi 45-vuotiaiden muuramelaisten miesten sydänterveysriskit ja terveyskäyttäytyminen heidän itsensä arvioimana		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) TIIKKAINEN, Pirjo		
Toimeksiantaja(t) Korpilahden - Muuramen terveydenhuollon kuntayhtymä, Muuramen terveysasema, avosairaanhoito		
Tiivistelmä Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata muuramelaisten 45-vuotiaiden miesten terveyskäyttäytymistä ja sydänterveyttä uhkaavia riskitekijöitä heidän itsensä arvioimana. Tavoitteena oli selvittää miesten terveydentilaa, omahoitoa ja elintapoja sekä sitä, miten hyvin miehet tunnistivat sydänterveyttä uhkaavat riskinsä. Tavoitteena oli myös kartoittaa terveystarkastuksen tarvetta. Tutkimus perustui Suomen Sydänliiton julkaisemaan Toimenpideohjelman suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi vuosille 2005 – 2011.  Kvantitatiivinen tutkimus toteutettiin Muuramen terveyskeskuksen omana selvitystyönä toukokuussa 2010. Strukturoitu postikysely lähetettiin kaikille, vuonna 2010 45 -vuotta täyttävillä muuramelaisilla miehille (n=67). Vastausprosentti oli 40,3 %, uusintakyselyä ei tehty. Tulokset analysoitiin SPSS -ohjelmaa apuna käyttäen maalisi- ja toukokuun välillä 2011. Elintapojen ja mitattujen arvojen osalta saadut tulokset ovat hyvin yhteneväiset vuoden 2007 D2D -väestötutkimuksessa todettujen, keski-suomalaisten 45 - 54 vuotiaiden miesten tulosten kanssa. Selvitystyö osoitti, että vaikka muuramelaiset miehet kokivat terveydentilansa hyväksi, heillä olisi paljon korjattavaa sydänterveyteen vaikuttavissa elintavoissaan. Alkoholin aiheuttamaa terveysriski tunnistettiin huonosti. Vastanneista miehistä yli puolet arvioi sairastumisriskinsä 20 vuoden kuluessa kohtalaiseksi. Tuloksissa havaittiin myös, että miehiltä oli mitattu sydänterveyttä kuvaavia laboratorioarvoja hyvin, mutta miehet eivät tienneet olivatko heidän arvonsa sydänterveyden kannalta tavoitteissa. Toisaalta he, jotka tiesivät arvonsa kohonneiksi, kokivat sairastumisriskinsä suuremmaksi. Vain pienelle osalle oli määrätty sairauden hoitamiseksi lääkehoito.  Tutkimuksen mukaan muuramelaisilla 45 -vuotiailla miehillä on terveysneuvonnan tarvetta ja he toivovat terveystarkastuksia, joihin terveyskeskus ilmoittaa ajankohdan. Miesten ohjauksessa pitäisi tehostaa riskikäyttäytymisen ja todettujen riskitekijöiden merkitystä sydänterveyden kannalta. Lääkehoidon tehostamisen tarve tuli myös esille.		
Avainsanat (asiasanat) terveyskäyttäytyminen, keski-ikä, miehet, sydän- ja verisuonitaudit, terveydenedistäminen, perusterveydenhuolto, terveysriskit		
Muut tiedot		



Author(s)  PERÄLÄ, Pirjo	Type of publication Bachelor's Thesis	Date 10.5.2011
	Pages 58	Language Finnish
	Confidential	Permission for web publication ( X )
Title Health behavior and risks of Cardiovascular disease among 45-year old men in Muurame area, evaluated by themselves		
Degree Programme  Degree Programme of nursing		
Tutor(s)  TIIKKAINEN, Pirjo		
Assigned by		
Abstract <p>The purpose of the thesis was to describe health behavior and risk factors for cardiovascular diseases among 45-year old men, evaluated by themselves. Objective was to research men's health condition, self care, their manner of living, as well as how well men (subjects) identified the risk factors challenging their cardiovascular health. Another objective was to report on the need of health examinations. The research was build on the Program to Enhance Finnish Cardiovascular Health 2005-2011 by Finnish Heart Association.</p> <p>The quantitative research was conducted as in-house research by Muurame Health Center in May 2010. Structured mail questionnaire was sent to all 45-year old men (in 2010) in Muurame (n=67). Response rate was 40,3 %, and renewal questionnaire was not done. The findings were analyzed by using SPSS-program in March – May 2011. The findings regarding manner of living and on measured values were accountable to 2007 D2D-Demographic Research's results among 45-54-year old men from Middle Finland.</p> <p>This research showed that although the men (subjects) in Muurame felt their health condition being good, they would have many things to improve within their manner of living affecting cardiovascular diseases. The risk factor of alcohol consumption was recognized poorly. More than half of the respondents evaluated to have moderate risk of getting ill within 20 years time. The findings also noticed that laboratory tests were conducted often well, but the respondents did not know whether their values were in lines with cardiovascular health targets. However, the ones who knew having increased values felt they had greater risk of getting ill. There was medical treatment prescribed to only small part of the respondents.</p> <p>According to this research there is a need for health promotion and prevention among 45 year old men in Muurame. They wish for health examinations scheduled and invited by the Health Center. The supervision should emphasize the meaning of risk behavior and of identified risk factors for cardiovascular health. The need to improve medical treatments also emerged.</p>		
Keywords Health behavior, middle-age, men, cardiovascular diseases, health promotion, basic health care, health risks		
Miscellaneous		

# SISÄLTÖ

TAULUKOT.....	2
KUVIOT.....	2
1 JOHDANTO .....	3
2 KESKI-ikäISEN MIEHEN TERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN .....	5
2.1 Terveyskäyttäytyminen .....	5
2.2 Keski-ikäisen miehen terveyskäyttäytyminen.....	6
2.3 Terveiden edistäminen yksilön näkökulmasta.....	6
2.4 Käyttäytymistyyppi miehen terveyskäyttämisen kuvaajana.....	8
3 MIEHEN SYDÄNTERVEYDEN RISKITEKIJÄT.....	9
3.1 Ylipaino.....	9
3.2 Vähäinen liikunta.....	10
3.3 Tupakointi.....	11
3.4 Kohonnut verenpaine.....	12
3.5 Epäedulliset rasva-arvot.....	13
3.6 Ravinto.....	14
3.7 Alkoholin käyttö.....	14
3.8 Metabolinen oireyhtymä, MBO.....	15
4 SYDÄNTERVEYDEN EDISTÄMINEN.....	16
4.1 Terveiden edistäminen.....	16
4.2 Perusterveydenhuollon rooli sydänterveyden edistäjänä.....	17
4.2.1 Ryhmäohjaus.....	18
4.2.2 Terveystarkastukset .....	19
4.2.3 Sairaanhoidaja sydänterveyden edistäjänä.....	20
4.2.4 Internet terveyden edistäjänä .....	21
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TEHTÄVÄT .....	22
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	22
6.1 Tutkimusmetodi.....	22
6.2 Mittarin laadinta.....	23
6.3 Aineiston keruu.....	24
6.4 Aineiston analysointi.....	24
7 TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	25
7.1 Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot.....	25
7.2 Miesten terveyskäyttämisen näyttämisen .....	26
7.2.1 Miesten elintavat.....	26
7.2.2 Miesten terveydentila .....	28
7.2.3 Miesten omahoito.....	32
7.2.4 Sydänterveyttä uhkaavien riskien tunnistaminen .....	34

8 POHDINTA.....	41
8.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	41
8.2 Tutkimustulosten pohdinta.....	43
8.3 Jatkotutkimusaiheet.....	47
LÄHTEET .....	48
 LIITTEET.....	 52
Liite 1. Kyselylomake muuramelaisille 45-vuotiaille miehille.....	52
Liite 2. TAULUKKO Miesten kokema sydän- ja verisuonisairauden riski 20 vuoden kuluessa ja tietoisuus omista arvoista (n, %)......	58
Liite 3. TAULUKKO Miesten arvioima terveydentila nykyisin ja koettu sydän- ja verisuonisairastumisen riski 20 vuoden kuluessa.....	59

## TAULUKOT

TAULUKKO 1. Miesten alkoholinkäyttötiheys, yli kaksi annosta alkoholia päivittäin käyttävät (n ja %)......	29
TAULUKKO 2. Miesten painoindeksi, BMI (n ja %)......	30
TAULUKKO 3. Koettu terveydentila tällä hetkellä (n ja %)......	32
TAULUKKO 4. Koettu sairastumisen riski 20 vuoden kuluessa (n ja %)......	34

## KUVIOT

KUVIO 1. Miesten elintavat (%)......	28
KUVIO 2. Lääkärin toteamat sairaudet (%)......	31
KUVIO 3. Miesten arvioima terveydentila nykyisin ja koettu sairastumisen riski kahdenkymmenen vuoden kuluessa (n)......	33
KUVIO 4. Terveystarkastuksen koettu tarve (n ja %)......	34
KUVIO 5. Tietoisuus viiden vuoden sisällä mitatuista arvoista (%)......	36
KUVIO 6. Tietoisuus ovatko arvot tavoitteissa (%)......	37
KUVIO 7. Miesten mielipide omista arvoista (%)......	37
KUVIO 8. Miesten kokema sairastumisriski ja tietoisuus omista arvoista (%)......	38
KUVIO 9. Tietoisuus alkoholin aiheuttamasta sairastumisriskistä (n)......	39
KUVIO 10. Käyttäytymistyyppinsä tunnistaminen (n=22)......	40

## 1 JOHDANTO

Suomalaisten sydänterveys on kohentunut huomasti elintapojen kohentumisen, riskitekijöiden vähenemisen ja tehokkaampien hoitomuotojen seurauksena. Terveysten edistämisen politiikkaohjelman (Valtioneuvosto 2007) pyrkimyksistä huolimatta sukupuolten, asuinalueiden, sosioekonomisten ryhmien ja siviilisäätöjen väliset terveys-eromme ovat kuitenkin suuret ja muita EU-maita selkeämmät. Sepelvaltimotautikuolleisuus on Länsi-Euroopan maiden korkeimpia. Sen ilmaantuvuus ja hoidon tarve ovat lisäksi kasvamassa väestön lihomisen, ikääntymisen ja liikunnan vähenemisen seurauksena. (Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportti 2008 13 - 14; Toimenpideohjelma suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi vuosille 2005 - 2011.)

WHO:n mukaan yli kolme neljästä sydän- ja verisuonitaudista aiheutuu tupakoinnin, kohonneen verenpaineen ja korkean kolesterolitason tai näiden kolmen riskitekijän yhdistelmän seurauksena. Suurin osa tautitapauksista ja kuolemista tulee väestöryhmästä, jonka riskitekijät ovat vain lievästi tai kohtalaisesti koholla. Riskitekijöiden tunnistaminen, hoito ja seuranta ovat sydänterveyden edistämisen perusta. (Sydän- ja verisuonisairauksien ja...2008, 3 - 4, 13, 19)

Suomalaisten miesten sepelvaltimotauti ja sydänkuolleisuus lisääntyvät voimakkaasti 40 - 45 vuoden iässä (Sydänbarometri 2006). Huolimatta siitä, että työikäisten miesten sepelvaltimotautikuolleisuus on vähentynyt lähes 80 prosenttia viimeisen kolmenkymmenen vuoden aikana, on se edelleen viisinkertainen työikäisiin naisiin verrattuna. Erityisesti suomalaista keski-ikäistä miestä uhkaa sydänperäisen äkkikuoleman riski. (Sydän ja verisuonisairauksien ja...2008, 3 - 4, 13.)

Viimeisten tutkimusten (mm. FINRISKI 2007, Terveys 2000, AVTK 2007) mukaan suomalaiset miehet ovat ylipainoisempia kuin koskaan, syövät liian vähän kasviksia, käyttävät liikaa alkoholia ja liikkuvat liian vähän. Yleistynyt keskivartalolihavuus, siihen liittyvä metabolinen oireyhtymä, diabetes ja muut sokeriaineenvaihdunnan häiriöt suurentavat sydänterveysriskin moninkertaiseksi. Huono fyysisen suorituskyky ennakoiki erityisesti miehelle lisääntynyttä sydänterveyden riskiä. (Sydän- ja verisuonisairauksien ja...2008.) Riskitekijöistään huolimatta työikäiset miehet kokevat terveydentilansa hyväksi ja osallistuvat huonommin ennaltaehkäiseviin terveys-palveluihin (Koskinen 2009; Näslindh - Ylispangar 2008; Saarinen 2009).

Terveyden edistämisen, mukaan lukien terveystarkastusten tarjoamisen ja väestön terveydentilan seuraamisen, velvoite on säädetty kunnan tehtäviin Kansanterveys- lailla. (Rimpelä, Saaristo, Wiss & Ståhl 2009, 51 - 53.) Terveyspalveluiden tehtävä on tukea asukkaiden terveystietämistä muun muassa ohjaamalla heitä luotettavan tiedon lähteille ja mahdollistamalla heille omahoitokeinoja sairauksien ehkäisemiseksi. Sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisemiseksi perusterveydenhuollon tehtävä on huolehtia siitä, että jokainen kansalainen tietää, onko hänellä sydänterveyden riskitekijöitä ja että hän saa tarvitsemansa ohjeet ja hoidon. (Sydän- ja verisuonisairauksien ja... 2008, 34).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää muuramelaisten, 45-vuotiaiden miesten sydänterveyden riskitekijöitä ja terveystietämistä heidän itsensä arvioimana. Saadun tiedon avulla terveyskeskus kartoittaa miesten terveystarkastusten tarvetta sekä kehittää sydän- ja verisuonisairauksia ehkäisevää toimintaansa.

## **2 KESKI-ikäISEN MIEHEN TERVEYSkäyttÄYTYMI- NEN**

### **2.1 TerveyskäyttÄytyminen**

TerveyskäyttÄytymisen käsite on laajentunut 1960-luvun sairauksia ehkäisevästä käyttÄytymisestä terveyttä edistävään toimintaan. TerveyskäyttÄytymisellään yksilö voi sekä lisätä mahdollisuuksiaan hallita että parantaa terveyttään. KäyttÄytymisen seuraukset voidaan havaita joko terveyttä edistävinä tai sitä heikentävinä vaikutuksina. TerveyskäyttÄytymisen käsitys painottuu eri tieteenalojen ja kulttuurien mukaan. (Aukee 2003, 205.)

TerveyskäyttÄytyminen voi olla joko tiedostamattomien tottumusten pohjalta syntynyttä tai tietoiseen pyrkimykseen perustuvaa käyttÄytymistä ja valintojen tekemistä (Terveyskirjasto). TerveyskäyttÄytyminen muotoutuu ja sen perustelut vaihtelevat yksilön elämänsä aikana (Aukee 2003, 206). Tavallisesti se on kuitenkin jo lapsuudessa tai nuoruudessa, usein tiedostamattomien tottumusten pohjalta syntynyt käyttÄytymisen muoto (Lääketieteen sanasto).

TerveyskäyttÄytymisen valintoihin vaikuttavat muun muassa sekä yhteisön että yksilön erilaiset eettiset ja moraaliset normit sekä käsitykset. Sopivana pidetty terveyskäyttÄytyminen on kulttuurisidonnaista. Myös taloudelliset ja sosiaaliset tekijät ohjaavat terveyskäyttÄytymistä ja sen muuttumista. Esimerkiksi uudet terveys-suositukset omaksutaan yleensä ensin yhteiskunnan ylemmissä sosiaaliryhmissä, koska muun muassa parempi taloudellinen asema antaa helpommin mahdollisuuksia löytää jotain muuta haitalliseksi katsotun terveyskäyttÄytymisen tilalle. Haitallista terveyskäyttÄy-



tymistä voi ylläpitää myös sen mukana tuoma sosiaalinen hyväksyntä ja yhteenkuuluvuuden tunne. (Aukee 2003, 205 - 208.)

## **2.2 Keski-ikäisen miehen terveyskäyttäytyminen**

Nurmesniemen (2008) mukaan 35 - 45-vuotias mies elää elämänsä ruuhkavuosia, eivätkä terveyteen liittyvät asiat ehdi huolettaa häntä keskivartalon pyöristymisestä tai verenpaineen kohoamisesta huolimatta. Keski-ikäisenä, noin 45 - 55-vuotiaana, hänelle alkavat kuitenkin nousta terveyteen liittyvät kysymykset ajankohtaiseksi, ja hän voi etsiä terveysongelmiinsa vastauksia esimerkiksi internetistä. Nurmesniemen mukaan mies ei hakeudu vastaanotolle diagnoosia saadakseen vaan lääkärille lähdön syyksi nousevat fyysisen toimintakyvyn parantaminen tai vähintään sen säilyttäminen. Hoitohenkilökunnan tuttuus ja luotettavuus madaltavat terveyspalveluihin tulemisen kynnystä. Miehen terveystarkastuksessa on syytä sydänterveyden riskien arvioinnin ohella käsitellä hänen toimintakyvyn ylläpitämiseensä liittyviä uhkia, kuten stressitekijöitä ja jaksamista. Nurmesniemen kokemus on, että eniten terveyspalveluiden ohjausta ja tukea tarvitsevat miehet jäävät niihin saapumatta. (Nurmesniemi 2008, 10 - 11, 15, 17.)

Suomalaisen miehen terveyskäyttäytymiseen on havaittu liittyvän monenlaista riskikäyttäytymistä: alkoholin käyttöä, tupakointia, epäterveellisimpiä ruokavalintoja, vähäistä liikuntaa ja terveydenhuollon palvelujen välttämistä (mm. AVTK-, FINRISKI-tutkimukset). Miesten terveyden edistäminen ja ennaltaehkäisy on haasteellista. On todettu, että heidän on vaikeampi muuttaa terveyskäyttäytymistään ja terveystottumuksiaan terveenä ollessaan kuin naisten. (Saarinen 2009, 16.)

## **2.3 Terveyden edistäminen yksilön näkökulmasta**

Yksilön terveyttä edistävään käyttäytymiseen vaikuttavat hänen sisäiset ja ulkoiset tekijänsä sekä sosiaalinen tuki. Sisäisiä tekijöitä ovat kognitiiviset ja persoonalliset teki-

jät: mukavuudenhalu, päättäväisyys, itsetunto, masentuneisuus, elämän asenteet, uskomukset ja pelot. Ulkoisia tekijöitä ovat: ammattihenkilöihin liittyvät tekijät (esim. luottamus ja saatu tieto), terveystottumuksesta seuraava koettu hyöty tai haitta, sairautteen ja oireisiin sekä terveydenhuoltojärjestelmään (mm. saatavuus, hinta ja joustavuus) liittyvät tekijät. (Rautsalo, Airaksinen & Mäntyranta 2009.)

Yksilön terveystottumusten muuttumista kuvataan usein Prohascan ja DiClementon transteoreettisen muutosvaihemallin avulla (mm. Puustinen 2008). Muutosprosessin esiharkinta- tai harkintavaiheessa olevaa yksilöä voi mikä tahansa interventio eli terveystottumukseen puuttuminen (esim. terveystottumuksista kysyminen) motivoida pohtimaan muutoksen tarpeellisuutta. Aikuisen terveystottumusmuutokselle on tyyppillistä konstruktivinen, kokemuksellinen ja kriittiseen reflektioon perustuva oppimisprosessi. (Koskinen-Ollonqvist ym. 2007, 45 - 49, Nykänen 2008, 47 - 50; Puustinen 2008.)

Jukka Marttilan (2007) mukaan yksilön terveystottumusten muuttamisen edellytyksenä on, että hän tunnistaa käyttäytyvänsä tietyllä tavalla, ja että hän kokee muutokselleen tarvetta. Terveystottumusten muutosprosessin käynnistäjäksi tarvitaan yleensä jokin ärsyke (esim. vihje alkoholinkäytöstä), joka saa yksilön havaitsemaan muutoksen tarpeellisuuden. Vihjeiden tulkintaan vaikuttavat yksilön tunteet ja asenteet. (Marttila 2007, 18 - 22.)

Yhteiskunnan tavoitteleva terveystottuminen vaatii yksilöltä tietoa terveellisten valintojen tavoitteista ja keinoista sekä valmiutta ottaa vastuu omista elintavoistaan. Yksilö kokee terveystottumuksensa omalla persoonallisella tavallaan, ja tekee tarpeelliseksi katsomansa muutokset oman tietonsa ja elämäkokemuksensa perusteella. Muutosprosessissa yksilön täytyy uskoa omiin voimavaroihinsa. (Rautsalo, Airaksinen, Mäntyranta & Pitkälä 2009.)

Terveyskeskuksen potilaat ovat toivoneet enemmän terveystottumuksensa puheeksi ottamista ja neuvontaa. Nykäsen (2008) mukaan joka kolmas terveyskeskuspotilas toivoi lisää tietoa ravitsemukseen liittyvistä asioista. Ruokavalioneuvontaa toivottiin enemmän erityisesti omalta lääkäriltä tai terveydenhoitajalta. Terveystottumuspotilaiden mukaan lääkärit keskustelevat hoitajia enemmän elämäntapamuutoksiin liittyvistä asioista.

ta. Alkoholin käyttöä ja tupakoinnin lopettamista koskeva keskustelu oli potilaiden mukaan ollut riittämätöntä. (Nykänen 2008.)

## 2.4 Käyttäytymistyyppi miehen terveyskäyttäytymisen kuvaajana

Sepelvaltimotaudin prevention kehitys Suomessa vuosina 1996 - 2005 -väitöskirjassa Nykänen (2008) kuvasi terveyskeskuspotilaiden terveydentilaa ja sen kehittymistä sekä selvitti potilaiden omatoimista terveyden edistämistä ja elintapoja. Havaintojensa avulla hän muodosti terveyskäyttäytymistä kuvaavat käyttäytymistyyppit, joiden avulla työntekijät pystyvät kohdentamaan antamaansa terveysneuvontaa mahdollisimman yksilöllisesti ja oikea-aikaisesti. Sosiaalisessa vuorovaikutuksessa havaitun käyttäytymisen mukaan Nykänen nimesi kuusi käyttäytymistyyppiä: **turhautuneet, muutosyrityäjät, huolettomat, tiedonhaluiset, kulinaristit ja epäuskoiset.**

Perusterveydenhuollon asiakkaista miehet olivat selvästi tiedonhaluisempia kuin naiset. Heidän tiedonhalunsa lisääntyi koulutusasteen noustessa; perusasteen koulutuksen saaneilla tiedonhalu oli vähäisempää. Vähiten terveysasioista kiinnostuneita olivat alle 45-vuotiaat. Nykäsen mukaan vähemmän koulutettujen painoindeksit olivat korkeampia, vyötärön ympärykset isompia, sokeriarvot korkeampia ja rasva-arvot epäedullisempia kuin korkeammin koulutetuilla. He olivat terveyskäyttäytymisensä suhteen huolettomampia, vähemmän tiedonhaluisia, epäuskoisempia ja turhautuneempia kuin korkeammin koulutetut. (Nykänen, 2008, 99 - 101.)

Nykäsen (2008) havaintojen mukaan miehet olivat naisia useammin ruoan nautiskelijoita. Kulinaristeina he tiedostivat muutostarpeen, mutta eivät olleet vielä valmiita muutokseen, vaikka kaipasivatkin lisää opastusta terveellisimmistä valinnoista. Joka neljäs terveyskeskuspotilas, useammin mies, oli epäuskoinen elämäntapojen terveysvaikutuksia kohtaan. Hän ei tiedostanut henkilökohtaista muutostarvettaan. Terveyden edistämisen tavoitteena on hänen mielenkiintonsa herättäminen, tavalla tai toisella.

Joka viides tutkimukseen osallistuvasta potilaasta oli terveyskäyttäytymisensä suhteen huoleton, ja koki ettei esimerkiksi korkeasta verenpaineesta ole hänelle mitään haittaa. Nykäsen mukaan hän on terveystottumustensa suhteen muutosprosessin esiharkintavaiheessa, eikä halua muuttaa käyttäytymistään. Hän ei ilmeisesti koe terveystietoneuvontaa kielteisesti, joten hänen terveystietoisuuttaan olisi pyrittävä lisäämään neutraalisti annetun tiedon avulla.

Nykäsen (2008) tutkimuksen mukaan kolme neljästä terveystietokeskuspotilaasta oli jo muuttanut terveystietokäyttäytymistään suotuisaan suuntaan vuosina 1996 ja 2005. Eniten muutoksen tekijöitä oli 45 - 55-vuotiaissa työssä kävijöissä, mutta harvemmin muutoksen tekijänä oli ollut mies. Nykäsen mukaan terveyden edistämiseksi edellytetään paitsi tiedon ja taidon lisäämistä, myös potilaiden asenteisiin vaikuttamista. (Nykänen 2008, 99 - 107.)

### **3 MIEHEN SYDÄNTERVEYDEN RISKITEKIJÄT**

Sydänterveyden riskitekijät voidaan jakaa biologisiin, elämäntapatekijöihin ja muihin sairastumisvaaraa lisääviin tekijöihin. Yksilö voi vaikuttaa omilla elintavoillaan suuresti seuraaviin tekijöihin: runsaasti tyydyttyneitä rasvoja, kolesterolia ja energiaa sisältävään ruokavalioon, tupakointiin, runsaaseen alkoholin käyttöön, vähäiseen liikuntaan ja stressaavaan elämäntapaan. Muutettavissa olevia biologisia riskitekijöitä ovat: kohonnut verenpaine, kohonnut veren sokeri, pieni seerumin HDL-pitoisuus, suuri LDL-pitoisuus, suuri seerumin triglyseridipitoisuus, lihavuus ja veren hyytymisalttiutta lisäävät tekijät. Muita muutettavissa olevia riskitekijöitä ovat: tulotaso, koulutus, elin- ja työolosuhteet. Ikä, sukupuoli, perimä ja etinen tausta ovat henkilön riskitekijöitä, joita ei voi muuttaa. (Euroopan sydänterveyden asiakirja.)

#### **3.1 Ylipaino**

Ihmisen lihavuutta voidaan arvioida painoindeksin (engl. Body Mass Index, BMI) tai vyötärön ympärysmittan avulla. BMI lasketaan jakamalla paino pituuden neliöllä. Jos BMI ylittää arvon 25, mutta jää alle 30, kyseessä on ylipaino. Kun BMI ylittää arvon 30, on kyse lihavuudesta. Aikuisten normaalipainon raja on 25, ja sen ylittyminen lisää muun muassa sydän- ja verisuonisairauksien riskiä. Sairaalloinen lihavuus alkaa arvosta 40. Miehellä vyötärön ympäryksen ylittyminen yli 100cm merkitsee suurta sydänterveyden riskiä. (Aikuisten lihavuus käypä hoito -suositus.)

FINRISKI -tutkimuksessa vuonna 2007 normaalipainoisia miehiä oli enää 34 %. (Peltonen ym. 2008, 11). Sydänbarometrissa (2006) esitetyn arvion mukaan tänä vuonna (v. 2010) jo lähes 70 % miehistä on ylipainoinen, ja joka viides mies on lihava. Terveys 2000 -tutkimuksen (2007) mukaan noin neljä prosenttia miehistä on vaikeasti lihavia (BMI yli 35) (Prättälä & Paalanen, 2007). Keski-Suomen D2D -hankkeen aluekoordinaattori arvioi vuonna 2007, että kun vuoden 2003 D2D -väestötutkimustulokset suhteutettiin muuramelaiseen väestöön, niin Muuramessa oli vuonna 2003 noin 1100 ylipainoista tai lihavaa 45 - 74-vuotiasta miestä (Korpela 2007).

Pitkäaikainen laihdutustulos onnistuu harvoin. Noin viisi prosenttia miehistä on pystynyt viidentoista vuoden seurannan aikana pitämään onnistuneen laihdutustuloksensa. Onnistuneen laihdutustuloksen taustalla on ollut suurempi lähtötilanteen ylipaino, alhainen stressitaso, vähemmän runsasta alkoholin käyttöä, enemmän terveysongelmia ja enemmän terveyshakuista käyttäytymistä kuin uudelleen lihoneella. (Sarlio - Lähteenkorva 2003, 218 - 219.)

### **3.2 Vähäinen liikunta**

Terveysliikunnan kansainvälisiä suosituksia tarkennettiin vuonna 2008 (UKK-instituutti). Sydänterveyttä edistäväksi liikunnaksi määritellään yhteensä puoli tuntia kestävä, lähes päivittäin toteutuva ja kohtuullisesti kuormittava (esim. reipas kävely, pyöräily, sauvakävely, työmatkaliikkuminen, raskaat pihatyöt) kestävyysliikunta. (Sydän- ja verisuonisairauksien ja ...2008, 22; UKK-instituutti.) Vähäinen liikunta ja huono fyysinen kunto lisäävät sydänterveyden riskiä jopa 20 - 40 % (Nykänen 2008, 39.)

Nykäsen (2008) mukaan vuonna 2005 terveyskeskuksessa asioivista 45 - 54-vuotiaista miehistä joka kolmas liikkui liian vähän eli alle neljä kertaa viikossa. Perusasteen käyneet miehet liikkuvat em. tutkimuksen mukaan enemmän kuin keski- tai korkea-asteen koulutuksen saaneet. Nykäsen tutkimuksessa työttömistä lähes puolet liikkui terveytensä kannalta riittävästi, mutta palkansaajista vain runsas kolmannes. Nykäsen tutkimukseen eivät osallistuneet työterveyshuollon piiriin kuuluvat potilaat. (Nykänen 2008, 71, 72, 114.) Koko väestöstä vähiten liikkuvia ovat 35 - 54-vuotiaat miehet (Sydän- ja verisuonisairauksien ja ...2008, 22).

### 3.3 Tupakointi

Tupakointi on perinteisesti ollut miehinen käyttäytymismuoto. Paremmin koulutetut ovat aina tupakoineet vähemmän ja ovat vuosikymmenten aikana vähentäneet tupakointiaan vielä enemmän kuin huonommin koulutetut. Koulutusryhmien väliset erot ovat siis kasvaneet. (Laaksonen 2003, 228.)

Tupakka lisää sydänterveysriskiä muun muassa vaikuttamalla haitallisesti veren rasva-arvojen LDL/HDL -suhteeseen, lisäämällä valtimoiden seinämien tulehdusta ja veren hyytymistäipumusta sekä haittaamalla hapen kulkua sydänlihakseen hiilimonoksidin määrää lisäämällä. Nikotiini lisää sydämen työtä nostamalla syketasoa ja verenpainetta. Tupakointi lisää äkkikuoleman riskiä vähintään kaksinkertaiseksi, runsaasti tupakoivilla vieläkin enemmän. Sydänterveyden riski kasvaa päivittäin poltettujen savukkeiden ja tupakointi historian mukaan. (Nykänen 2008, 30 - 31.)

AVTK -tutkimuksen mukaan 35 - 45-vuotiaiden miesten tupakointi on vähentynyt noin 30 prosenttiin (Helakorpi ym. 2005). Myös FINRISKI 2007 -tutkimuksessa todettiin miesten tupakoinnin vähentyneen viisi vuotta edeltävään aikaan nähden (Sydän- ja verisuonisairauksien ja ...2008, 26). Nykäsen (2008, 112) tutkimuksessa 16 % perusterveydenhuollon miesasiakkaista tupakoi säännöllisesti. Työttömät tupakoivat kaikkien edellä mainittujen tutkimusten mukaan eniten.

Tupakoivista noin 70 % on yrittänyt tupakoinnin lopettamista. Lääkärin kehotuksen lopettamiselle on saanut joka viides (Sydän- ja verisuonisairauksien ja ...2008, 25).

Vuoden 2007 D2D väestötutkimuksen mukaan Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueen 45 – 54-vuotiaista miehistä 40 % ei ollut koskaan tupakoinut. Noin 30 % kyseisen ikäluokan miehistä oli tupakoivia. Tupakoivista 80 % tupakoi mielestään liikaa ja noin 70 % heistä haluaisi lopettaa tupakointinsa. 65 % ei ollut saanut lääkärin tai hoitajan kehotusta lopettamiselle. (Peltonen ym. 2008, 173 -190.) Lopettamisyritykset ovat miehillä yhtä yleisiä kuin naisilla. Vakavien sairauksien ehkäisy on tärkein lopetustyksen syy. Lopettaminen altistaa miehiä lihomään enemmän kuin naisia. (Laaksonen 2003, 222, 229).

### **3.4 Kohonnut verenpaine**

Suomen Verenpaineyhdistyksen asettaman Käypä hoito-suosituksen mukaan aikuisen optimaalinen verenpainetaso on alle 120/80 mmHg. Terveen aikuisen kohonneen verenpaineen rajana pidetään 140/90 mmHg. Suomalaiset verenpainetasot ovat paraneimisestaan huolimatta muita EU-maita korkeampia (mm. Nykänen 2008, 29).

Kohonnut verenpaine on yleisin hoidon tarvetta aiheuttava verenkiertoelinten sairaus ja useiden muiden verenkiertoelinsairauksien tärkeä vaaratekijä. Verenpainehoidon tavoite on ehkäistä sen aiheuttamaa sydänterveysriskiä. Miesten verenpainetaso nousee huomattavasti 25 ikävuoden jälkeen. Keski-ikäisillä miehillä kohonnut verenpaine on yleisempää kuin samanikäisillä naisilla. (Kattainen, Luoto & Reunanen 2003, 36 - 37.)

Miesten verenpaineen lasku näyttää pysähtyneen. Viimeisissä tutkimuksissa verenpaine on ollut tavoitteissa vain joka kolmannella ja kohonnut noin 60 % miehistä. Vuonna 2007 noin 30 % miehistä ei ollut tietoinen kohonneista arvoistaan, vaikka verenpaine oli yli 160 mmHg (Sydän- ja verisuonisairauksien ja...2008, 26).

Huonoin verenpaineen hoitotaso on 45 - 54-vuotiailla miehillä. Palkansaajista ja yrittäjistä vain joka viidennellä ja työttömistä noin 40 % oli tavoitteen mukaiset verenpainelukemat. (Nykänen 2008, 94). Vuonna 2007 41 % keskisuomalaisista 45 - 54-vuotiaista miehistä oli oman ilmoituksen mukaan lääkärin toteama, kohonnut verenpaine. Heistä 20 % oli verenpainelääkitys. Miehistä 40 % ilmoitti mittaavansa itse verenpai-

nettaan. (Peltonen ym.2008, 46 - 50.) Alkoholin kulutuksen kasvun on arvioitu olevan verenpaineen kohoamisen taustalla (Sydän- ja verisuonisairauksien ja...2008, 26).

### 3.5 Epäedulliset rasva-arvot

1970-luvulta alkanut kolesterolipitoisuuden lasku on ollut merkittävä sydänterveyttä edistävä tekijä. Kolesterolitasojen alueelliset ja koulutusryhmittäisetkin erot ovat selkeästi vähentyneet, mutta Suomessa tasot ovat edelleen kansainvälisesti mitattuna varsin korkeita. (Sydän- ja verisuonisairauksien...2008, 27.)

Suomalaisten miesten Käypä hoito-suosituksen mukaiset tavoitekolesterolit ovat: kokonaiskolesteroli alle 5 mmol/l, LDL-kol alle 3 mmol/l, Triglyseridipitoisuus alle 1,7 mmol/l ja HDL-kolesteroli yli 1,0 mmol/l (Dyslipidemia Käypä hoito-suositus).

Vuoden 2007 Terveys 2000 -tutkimuksessa suositeltu, alle 5 mmol/l -kolesteroli oli miehistä vain 39 % (Sydän- ja verisuonisairauksien ja...2008, 27). Vuoden 2007 D2D väestötutkimuksen mukaan 45 - 54-vuotiailla keskisuomalaisilla miehillä noin 40 % todettiin kohonnut kolesteroli. Ruokavalio-ohjausta kolesterolitasonsa hoitamiseksi oli saanut noin 60 %. Kolesterolilääkettä käytti 16 %. Miehistä 14 % ei ollut aikaisemmin mitattu kolesterolia. (Peltonen ym. 2008, 42 – 45.) Nykäsen (2008) väitöskirjan mukaan suosituksen mukainen (alle 5 mmol/l) kokonaiskolesteroli oli vuonna 2005 noin puolella terveyskeskuksen miespotilaista. Yli 6,5 mmol/l kokonaiskolesteroli löytyi noin 7 % miehistä. Työttömistä vain joka kolmannen kolesteroli oli tavoitteessa. Joka neljännen miehen HDL -kolesteroli oli tavoitelukemassa vuonna 2005. (Nykänen 2008, 90 - 91.)

Nykänen (2008) esittelee väitöskirjassaan Lewinton ym. tutkimusta (2007), joka vahvistaa kohonneen kolesterolin merkitystä valtimotaudin kehittymiselle – jo yhden mmol:n kolesterolitason lasku oli yhteydessä puolet pienempään sepelvaltimotauti-kuolleisuuteen 40 - 49-vuotiaiden miesten ja naisten kohdalla. Kohonneen kolesterolin haitallisuus korostuu, kun HDL-pitoisuus on matala. (Nykänen 2008, 28.)



### 3.6 Ravinto

Tyydyttyneen rasvan saanti säätelee voimakkaimmin väestön veren kolesterolipitoisuutta. Suomalaisen ravitsemussuosituksen mukaan tyydyttyneen rasvan saantisuositus on 10 prosenttia kokonaisenergian saannista; sen sijaan sen saanti on 12 %. Tyydyttyneen rasvan saantia olisi edelleen vähennettävä sydänterveyden edistämiseksi (Sydän- ja verisuonisairauksien jo... 2008, 20).

Miesten suurimmat tyydyttyneen rasvan lähteet ovat: pizzat, makkarat, rasvaiset liharuoat, juustot, maitorasvaveitit, maito ja muut maitotaloustuotteet. Yli puolet (60 %) suomalaisista miehistä ilmoittaa käyttävänsä leipärasvana margariinia tai kevytlevitettä. (Mts., 20.)

Valtion ravitsemussuosituksen mukaan hedelmiä, kasviksia ja marjoja tulisi syödä päivittäin vähintään puoli kiloa. Kasvisten käyttö on lisääntynyt, mutta ei yllä suositusten mukaiselle tasolle ja väestöryhmien väliset saantierot ovat kasvaneet. (Mts., 20.) Vain puolet miehistä syö päivittäin kasviksia - työttömistä miehistä vain alle 30 %. Joka kymmenes mies ei syö kasviksia edes yhtä kertaa viikossa (Prättälä ym.2007). Nykäsen (2008) tutkimuksessa vain joka kolmas mies ilmoitti syövänsä tuoreita kasviksia päivittäin, 7 % ei syönyt lainkaan. Joka neljäs mies söi hedelmiä päivittäin, mutta joka kuudes ei syönyt lainkaan hedelmiä tai marjoja. 65 % miehistä ilmoitti oman arvionsa mukaan syövänsä terveellisesti tai melko terveellisesti. (Nykänen 2008, 75, 81 - 83.) FINRISKI 2007 -tutkimuksessa yksin asuvat, työttömät ja vähän koulutusta saaneet miehet noudattivat kehoitettua Suomalaista ravitsemussuositusta (Peltonen ym.2008).

### 3.7 Alkoholin käyttö

Alkoholin kokonaiskulutus oli vuonna 2005 kohonnut Suomessa jo 10,5 litraan henkeä kohden 100-prosenttisena alkoholina mitattuna. Suomalaisen alkoholin kulutus jakautuu hyvin epätasaisesti. Miesten eniten juova kymmenys kuluttaa noin 40 prosenttia kaikesta miesten kuluttamasta alkoholimäärästä. (Päihdelinkki.)

Keski-ikäisen miehen terveysriskit lisääntyvät voimakkaasti, mikäli hän juo alkoholia enemmän kuin kolme annosta päivässä tai kerrallaan yli seitsemän annosta tai yli 24 annosta viikossa (Päihdelinkki). Edellä mainitut määrät ovat suomalaiset alkoholin varhaisvaiheen riskikulutusrajat (Alkoholi ja perusterveydenhuolto 2006, 5). Säännöllinen, miehellä yli kaksi annosta päivittäin toistuva tai hyvin humalahakuinen (yli kuusi annosta kerralla) juomistapa, lisäävät merkittävästi sydänterveyden riskiä verenpaineen kohoamisen, ylipainon nousun ja rytmihäiriörisikin seurauksena. Hyvin pienellä alkoholin käyttömäärällä on todettu sepelvaltimotautia ehkäisevää vaikutusta. (Päihdelinkki; Alkoholi ja perusterveydenhuolto 2006, 5).

Nykäsen (2008) mukaan vuonna 2005 yli 40 % perusterveydenhuollon miesasiakkaisista joi vähintään kuusi annosta tai enemmän alkoholia viikossa, eronneista vielä useampi eli joka toinen. Täysin raitis oli joka kuudes mies. Keski- ja korkea-asteen koulutuksen saaneet olivat lisänneet eniten alkoholin kulutusta vuosina 1996 - 2005. Pal kansaajat joivat eniten. (Nykänen 2008, 69.) Vuonna 2007 joka kymmenes keskisuomalainen 45 - 54-vuotias mies ilmoitti olevansa raitis. Noin 15 % miehistä joi itsensä vähintään kerran viikossa päihtyneeksi, ja joka kymmenes lähenteli suurkuluttaan rajaa (yli 216g absoluuttista alkoholia/viikko). (Peltonen ym. 2008, 300 -310.)

Terveys 2000-tutkimuksen (2007) mukaan eniten alkoholia kuluttavia ja suurkuluttajia oli 45 - 54-vuotiaissa miehissä. Koulutusryhmien väliset erot alkoholinkulutuksessa olivat kaventuneet. (Prättälä ym. 79 - 83.) Vuonna 2005 alkoholista juotiin lähes puolet oluena ja runsas neljännes väkevinä alkoholijuomina. (Päihdelinkki.)

### **3.8 Metabolinen oireyhtymä, MBO**

Metabolisella oireyhtymällä (MBO) tarkoitetaan sydän- ja verisuonitaudeille altistavaa riskitekijöiden kasaumaa. Oireyhtymään liittyy suuri valtimotautivaara, joka on jopa suurempi kuin sydäninfarktin jo kerran sairastaneilla. Vatsan seudulle painottuvan ylipainon, keskivartalolihavuuden ohella MBO:n kuuluvat kohonnut verenpaine ja epäedulliset muutokset henkilön sokeri- ja rasva-aineenvaihdunnassa.

Kansainvälisen diabetesjärjestöjen liiton (IDF) mukaan mieshenkilöllä määritellään olevan MBO, mikäli hänen vyötärönympärysmittansa on 94 cm tai enemmän ja sen lisäksi vähintään kaksi seuraavista tekijöistä:

1. triglyseridipitoisuus on 1,7 mmol/l tai enemmän / hänellä on siihen lääkitys
2. HDL-kolesteroli on 1,03 mmol/l tai sen alle / hänellä on siihen lääkitys
3. systolinen verenpaine 130 mmHg tai yli ja/tai diastolinen verenpaine 85 mmHg tai yli / hänellä on verenpainelääkitys
4. paastoplasman sokeripitoisuus 5,6 mmol/l tai sen yli / hänellä on aikaisemmin todettu aikuistyypin diabetes.

Edellä mainituilla kriteereillä määritellen keski-ikäisistä suomalaisista miehistä 35 - 40 prosentilla on valtimotaudeille altistava metabolinen oireyhtymä (Sydän- ja verisuonisairauksien ja...2008, 24). D2D -väestötutkimuksessa korkean riskin kohorttiin kuuluvista 45 - 54-vuotiaista miehistä jopa 76 % oli MBO (Saaristo, Oksa, Peltonen & Etu - Seppälä 2009, 67).

## **4 SYDÄNTERVEYDEN EDISTÄMINEN**

### **4.1 Terveyden edistäminen**

Terveyden edistäminen perustuu Suomessa WHO:n Health for All -ajatteluun, Terveyttä Kaikille vuoteen 2000 -ohjelman ja Valtioneuvoston hyväksymään Terveys 2015 -kansanterveysohjelman mukaisiin tavoitteisiin (Perttilä 2006). Terveyden edistämällä tarkoitetaan terveyden ja toimintakyvyn lisäämistä, sairauksien ja terveysongelmiin vähentämistä sekä terveyserojen vähentämistä yksilö- ja yhteiskuntatasolla. Se on monitieteistä ja laajassa yhteistyössä tapahtuvaa, arvosidonnaista, tavoitteellista toimintaa (Perttilä 2006), jonka avulla aikaansaadaan muutosta, luodaan mahdollisuuksia ja vahvistetaan olemassa olevia fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia voimavaroja (Koskinen-Ollongvist ym. 2007, 23).

Terveyden edistämisen prosessissa yksilölle ja yhteisölle mahdollistetaan entistä paremmat mahdollisuudet hallita terveyttään ja siihen vaikuttavia tekijöitä. Terveyden edistämisen tavoitteena on, että yksilö voimaantuu ja ottaa käyttöönsä sopivaksi katsomansa keinot terveytensä ylläpitämiseksi. (Koskinen-Ollonqvist ym. 2007, 49 - 50, 61 - 67.) Terveyttä edistävän toiminnan kehittäminen liittyy oleellisesti terveyden edistämiseen (Pietilä, Varjoranta & Matveinen 2009, 6).

Terveyden edistämisen yhteydessä korostuvia eettisiä periaatteita ovat: ihmisen yksilöllisyys, valinnanvapaus, oikeudenmukaisuus, luotettavuus ja itsemääräämisoikeus. Itsemääräämisen edistäminen merkitsee sitä, että terveydenhuolto mahdollistaa yksilölle itsenäiseen päätöksentekoprosessiin tarvittavan tiedon. Asiakkaan itsenäinen päätöksenteko edellyttää riittäviä tietoja vallitsevasta tilanteesta ja eri hoitovaihtoehtoista. Terveydenhuollon velvollisuus on tarjota asiakkaalle ymmärrettävästi hänen elämäntilanteeseensa liittyvää terveystietoa. (Kylmä, Pietilä & Vehviläinen-Julkunen 2002, 51 - 68, 62 - 70.)

Terveyden edistäminen voi olla joko promotiivista ja/tai preventiivistä. Promotiivinen terveyden edistäminen tarkoittaa mahdollisuuksien luomista ihmisten elinehtojen ja elämänlaadun parantamiseksi. Se perustuu myönteiseen ja voimavarakeskeiseen terveyskäsitukseen, jonka mukaan terveyttä ylläpitäviä tekijöitä edistetään ja suojellaan jo ennen ongelmien tai sairauksien syntyä. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 13 - 14.)

Preventiiviseen terveyden edistämiseen sisältyvät sairauksia ehkäisevä ja riskitekijöitä vähentävä primaaripreventio, sairauksien pahenemista ja riskitekijöiden vaikutusta vähentävä sekundaaripreventio sekä toimintakykyä lisäävä, jo olemassa olevan sairauden ja sen aiheuttamien haittojen pahentamista vähentävä tertiaaripreventio. Käyttäytymisen muutoksiin tähtäävä, riskitekijöitä vähentävä tiedon lisääminen on preventiivistä toimintaa. (Savola & Ollonqvist 2005, 6 - 40.) Käytännön työssä näyttäytyvät sekä edistävä että ehkäisevä toiminta samanaikaisesti (Pietilä 2009, 10).

## **4.2 Perusterveydenhuollon rooli sydänterveyden edistäjänä**

Useat lait, asetukset ja suositukset säätelevät ja ohjaavat kunnan järjestämää terveyden edistämistyötä (finlex.fi). Kansanterveyslain mukaan kunnan tulee järjestää alueensa asukkaiden terveystalvet ja seurata asukkaidensa terveydentilaa sekä siihen vaikuttavien tekijöiden väestöryhmittäistä kehitystä. Kaikille tulee tarjota yhtäläiset mahdollisuudet terveeseen elämään. (Rimpelä 2005, 4651 - 4655). Perusterveydenhuollon rooli tässä hallintorajat ylittävässä yhteistyössä on asiantuntijana, tiedon tuottajana ja levittäjänä sekä terveysvaikutusten arvioijana toimiminen (Perttilä 2006, Rimpelä 2005, 4651 - 4655).

Terveyskeskus nähdään terveyden edistämisen asiantuntijaksi ja kivijalaksi, jonka toimintaan terveyden edistämisen tulisi sisältyä nykyistä vahvemmin (Valtioneuvosto 2007). Sydänterveyden edistäminen ja laadukkaat terveystalvet perustuvat väestön terveystilanteen ja siinä esiintyvien uhkien selvittämiseen. Terveyden edistämisen onnistumista voidaan tarkastella terveyskeskuksen toimintakäytäntöjen ja työtapojen mukaan, esimerkiksi ehkäisevän palvelun käytäntöjä, ja terveysviestinnän tehokkuutta arvioimalla. (Perttilä 2006.)

Julkisen varoin toteutettavalta terveyden edistämiseltä odotetaan vaikuttavuutta. Terveyden edistämisen kustannuksia ja vaikuttavuutta on arvioitu ja ne todettu kustannusvaikuttaviksi kun toimenpiteet kohdistuvat: liikunnan lisäämiseen, terveelliseen ravitsemukseen, painonhallintaan, tupakoinnin ja alkoholinkäytön vähentämiseen. Suvun tautiriskien ja omien sairauksien kysyminen, verenpaineen, pituuden, painon sekä painoindeksin ja kolesterolitason määrittäminen ovat sydänterveyden edistämisen kannalta todettu suosittelaviksi ja vaikuttaviksi menetelmiksi. (Kiiskinen ym. 2008; Aromaa & Eskola 2009.) Terveyden edistämisen vaikuttavuuden arvioinnin ensimmäinen askel on yksilön tai yhteisön tarpeiden määrittäminen. (Pietilä ym. 2002, 283.) Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportissa (2008) todetaan, että kunnissa tarvitaan enemmän alueellista terveys- ja elintapatietoa terveyden edistämisen suunnitteluun ja johtamisen käyttöön (Sydän- ja verisuonisairauksien...2008, 29).

#### **4.2.1 Ryhmäohjaus**

Käypä hoito-suositukset suosittelevat ryhmässä annettavaa ohjausta potilaiden elintapojen tukemiseen (mm. Aikuisten lihavuus Käypähoito-suositus). Usealle potilaalle yhtä aikaa annettu tieto säästää aikaa, ja voi olla tuloksiltaan yhtä vaikuttavaa kuin yksilöohjaus. Vertaistuella voi olla kuitenkin huomattava merkitys joillekin elämäntapamuutoksiin pyrkiville potilaille. Elämäntapamuutoksien tukemiseksi kehitetty empowerment -ajatukseen perustuva ryhmäohjausmallin toteuttaminen on vaativa tehtävä, joka edellyttää työyhteisössä monenlaista resurssointia ja ryhmän ohjaamisen osaamista sekä kokemusta. Voimavarakeskeisyyteen perustuvan ryhmän ohjaajiksi suositellaan työparia. Ryhmäohjaus ei voi korvata yksilöohjausta - se voi jopa väliaikaisesti lisätä sen tarvetta. Ohjausmuotojen joustava yhdistäminen voi vähentää neuvonnan kokonaistarvetta ja lisätä sen vaikuttavuutta. (Marttila, Himanen, Ilanne-Parikka & Hiltunen 2004, 1 - 11, 21)

#### **4.2.2 Terveystarkastukset**

Valtioneuvoston asetuksen (1484/2001) mukaan terveystarkastuksella tarkoitetaan kliinisillä tutkimuksilla tai muilla tarkoituksenmukaisilla ja luotettavilla menetelmillä suoritettua terveydentilan ja työ- ja toimintakyvyn tarkastusta sekä terveyden edistämiseen liittyvää terveydentilan selvittämistä. Tarkastusten yhteydessä tulee käyttää tieteellisesti tai muuten kokemuseräisesti parhaiksi todettuja, tarkoituksenmukaisia ja luotettavia menetelmiä. Kansanterveyslain (14§) mukaan perusterveydenhuollon tulee tarjota terveystarkastus jokaiselle sitä haluavalle kuntalaiselle.(www.finlex.fi.) Noin 85 % palkansaajan terveydentilan seuranta on mahdollistettu työnantajan toimesta työterveyshuollossa. Kaikille työkäisille, myös työterveyshuollon palvelujen ulkopuolelle jääville, tulee taata yhtäläiset mahdollisuudet terveyden edistämiseen. (Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä, 50 - 51.)

Tillin (2008) mukaan työterveyshuollon järjestämällä terveystarkastuksilla, ohjauksella ja neuvonnalla on useita terveyttä edistäviä ja kansansairauksien riskitekijöitä vähentäviä vaikutuksia työntekijän itsensä arvioimana. Tutkimuksen mukaan miehet vähensivät tai lopettivat tupakointinsa, lisäsivät liikuntaa ja alkoivat muutenkin huolehtia terveydestään terveystarkastuksessa saamansa tuen avulla naisia enemmän. Lähes kaikki tutkimukseen vastanneet (n = 292) pitivät terveystarkastuksia tärkeinä, ja yli

puolet (n = 225) merkityksellisinä terveyden ja elintapojen kohentamisen tukemisessa. Yksilöllinen terveystarkastus arvioitiin ryhmämuotoista tarkastusta selkeästi parempana vaihtoehtona, mutta terveystarkastus ohjausmateriaalin jakamista yrityksen omilla sivuilla pidettiin hyvinkin sopivana. Tutkimukseen vastasi 389 työntekijää, joista miehiä jonkin verran enemmän. Vastaajien keski-ikä oli 49v. (Tilli 2008, 47 - 63.)

#### 4.2.3 Sairaanhoitaja sydänterveyden edistäjänä

Kaikkien terveydenhuollon työntekijöiden toiminta perustuu yhteisten arvojen pohjalta laadittuihin, julkisiin eettisiin ohjeisiin, joista keskeisiä ovat: terveyden edistäminen, ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen sekä ihmiselämän suojelu. Sairaanhoitaja on hoitotyön asiantuntija, jonka tehtäviin kuuluvat terveyden edistäminen, hoitotyön suunnittelu, sen vaikuttavuuden arviointi ja kehittäminen – potilaiden hoidon, neuvonnan, ohjauksen ja tukemisen ohella. (Sairaanhoitajaliitto.)

Terveydenedistäjä voi valmentaa asiakkaitaan huomaamaan tavoiteltavia, käyttäytymistä tukevia ärsykeitä ja näin altistaa heitä terveystietojen pohdinnalle. Kansalaisten terveyden edistämistyössä tarvitaan erilaisia tapoja, koska interventioiden kohteetkin ovat hyvin erilaisia, odotuksineen, ohjaustarpeineen ja –toiveineen. (Marttila 2007, 18 - 22.)

Perusterveydenhuoltoa uudistavien lakien ja ohjeiden (mm. KASTE 2008 - 2011, PARAS -hanke, Terveydenhuoltolaki) tavoitteena on väestön terveydentilan parantuminen ja väestöryhmäkohtaisten terveyserojen kaventuminen. Terveyspalveluiden saavuutta ja laatua on pyritty edistämään mm. **työnjakomalli -muutoksin**. Väestövastuinen lääkäri-sairaanhoitaja työpari -työmalli toteutuu nykyisin laajasti perusterveydenhuollossa. Kansansairauksien ehkäisytyötä suositellaan siirrettäväksi yhä enemmän hoitajien vastuulle, terveyskeskuslääkärin tärkeää, välttämätöntä roolia kuitenkin unohtamatta. (Sydän- ja verisuonisairauksien...2008.) Kosunen (2007) mukaan uudistettujen työnjakomallien uhkana on, että hoitajien työpanos vähenee terveyden edistämisestä, koska sairaanhoidolliset tehtävät lisääntyvät (Kosunen 2007, 62, 72).

Moniammatillinen yhteistyö, työparityö, työn autonomisuus sekä tietotekniikka tukevat sairaanhoitajan toteuttamaa terveyden edistämistyötä. Myös terveystarkastusten tekemisen on havaittu sitä tukevan, koska niissä on ollut mahdollista saavuttaa luottamuksellinen hoitosuhde asiakkaan ja hoitajan välille. (Pietilä ym. 2009, 8 - 9.)

Nykänen (2008) tutkimuksessa potilaat kokivat, että hoitajat olivat vähentäneet vuodesta 1996 vuoteen 2005 terveyskäyttäytymiseen liittyvää keskustelua ravinnon, liikunnan ja tupakoinnin osalta. Alkoholiin liittyvä keskustelu oli jonkin verran lisääntynyt. Tutkimuksen mukaan hoitajien terveysneuvonnan toteutumista paransi omahoitoisuus kun taas potilas-lääkäri -hoitosuhteen kestolla ei ollut neuvonnan toteutumiseen vaikutusta. Hoitajat olivat keskustelleet lääkäreitä vähemmän omahoitoon liittyvistä asioista. (Nykänen 2008, 96 - 97.)

#### **4.2.4 Internet terveyden edistäjänä**

Suomalaiset hakevat terveyteen liittyvää tietoa runsain mitoin verkosta. Ongelmalliseksi on muodostunut se, että sieltä haettu tieto on laadultaan hyvin epätasaista. On myös todettu, että vain harva tiedon hakija tarkistaa tiedon luotettavuutta. Kaikki halukkaat eivät myöskään löydä tiedon lähteille. Sosiaali- ja terveysministeriö sekä Kansanterveyslaitos (nykyisin Terveyden ja hyvinvoinninlaitos) yhdessä monien muiden asiantuntijatahojen kanssa, ovat suunnitelleet kansalaisille tarkoitettua TerveSuomi.fi -portaalin, joka kokoaa luotettavan tiedon, vertaistuen ja terveyspalvelut yhteen osoitteeseen. (Hukka 2008, 18 - 19).

Vuonna 2007 avattiin, alun perin lääkäreille suunnatusta Terveystietoportista, kansalaisille tarkoitettu ja lääkäriseura Duodecimillä ylläpitämä Terveystietoportti.fi, luotettava terveystietojen hakulähde. Suuri osa Suomen kunnista on linkittänyt sen omien terveyspalvelusivustojensa yhteyteen; tuloksetkaasti. Käyttäjille tehdyn kyselyn mukaan Terveystietoportin käyttö oli vähentänyt lähes 60 % yhteydenottotarvetta terveyskeskukseen. 30 % käyttäjistä ilmoitti sen vähentäneen oman tai läheisten lääkärissä käyntitarvetta. Sen käyttö oli koettu helpoksi. (Pernaa & Musakka 2008, 19 - 20; Tavast 2008, 9, 1059.)



## 5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata muuramelaisten 45-vuotiaiden miesten terveystietoisuutta ja sydänterveyttä uhkaavia riskitekijöitä heidän itsensä arvioimana. Kyselyn tuloksia terveyskeskus voi hyödyntää sydänterveyttä edistävän toiminnan kehittämisessä ja 45-vuotiaiden miesten terveystarkastusten sekä aluehoitajien ajankäytön suunnittelussa.

Tutkimustehtävät:

1. Millaisena miesten terveystietoisuus näyttäytyy?
2. Miten miehet tunnistavat sydänterveyttä uhkaavat riskinsä?

## 6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

### 6.1 Tutkimusmetodi

Heikkilän (2008, 13 - 20) mukaan empiirisen kuvailevan tutkimuksen avulla voidaan hakea vastauksia tutkimusongelmista johdettuihin kysymyksiin: Mikä? Missä? Paljonko? Kuinka usein? Määrällinen, kuvaileva, tilastollinen tutkimus edellyttää riittävän suurta otosta, koska aineistosta saatuja tuloksia pyritään yleistämään laajempaan joukkoon tilastollisen päättelyn keinoin numeerisen tiedon avulla.

Hirsjärven, Remeksen & Sajavaaran (2008, 190) mukaan huolellisesti suunnitellun kyselylomakkeen avulla voidaan kerätä tehokkaasti ja lyhyessä ajassa laaja tutkimus-

aineisto. Aineisto voidaan käsitellä ja analysoida nopeasti tilastollisten analysointi- ja raportointiohjelmien avulla. Kyselytutkimuksen heikkouksina ovat muun muassa vastausten mahdollinen suuri kato, lomakkeen laatimisen työläys, kysymys ei tule ymmärretyksi tutkijan tarkoittamalla tavalla tai että tutkittava ei vastaa siihen huolellisesti ja rehellisesti.

Opinnäytetyön avulla terveyskeskus halusi selvittää kaikkien muuramelaisten 45-vuotiaiden miesten terveyskäyttäytymistä ja heidän tietämystään terveyttä ylläpitävistä tekijöistä sekä terveystarkastusten tarvetta. Hirsjärven ym. (2008, 172 -180) mukaan strukturoituna, survey-tutkimuksena toteutettu poikittaistutkimus kerää tietoa standardoidussa muodossa tietoa nopeasti koko perusjoukosta.

Edellä mainitut seikat huomioiden tiedonkeruun menetelmäksi valittiin strukturoitu lomakekysely, joka toteutettiin poikkileikkaustutkimuksena.

## 6.2 Mittarin laadinta

Hyvän tutkimuksen validiteetin ja reliabiliteetin edellytyksenä on, että tutkijalle on alusta asti ollut selvillä tutkimuksen tavoite ja kysymykset, joihin hän etsii vastauksia. Hyvä kyselylomake on kyselytutkimuksen onnistumisen perusta. Lomaketta suunniteltaessa on tiedettävä, miten ja millä ohjelmalla sillä saatu aineisto käsitellään sekä millä tavalla tulokset esitetään. (Heikkilä 2008, 47 - 61, 77, 185 - 189.) Tutkimuksessa kannattaa ensisijaisesti hyödyntää aiemmin käytettyjä, tiedeyhteisön hyväksymiä kysymyksiä. Niiden reliabiliteetti ja validiteetti on jo tutkittu, ne voivat olla myös vastaajalle entuudestaan tuttuja. (Menetelmäopetuksen tietovaranto – KvantiMOTV).

Opinnäytetyön kyselylomakkeen rakentamisessa (liite 1.) hyödynnettiin valtakunnallisia, laajoissa väestötutkimuksissa (FINRISKI ja AKVT) käytettyjä kysymyksiä. Opinnäytetyön kyselylomakkeen kysymykset valittiin terveyskeskuksen ylihoitajan kanssa terveyskeskuksen sydänterveyttä edistävän kehittämistyön tarpeita vastaaviksi. Kysymyksiä muokattiin ohjaavan opettajan kanssa. Tutkimuslomakkeen saatekirjeen laatimisessa kiinnitettiin erityistä huomiota vastausmotivaation nostamiseen korostamalla vastaajan vaikutusmahdollisuutta, ja jokaisen vastauksen arvokkuutta paikkakuntalais-

ten, keski-ikäisten miesten sydänterveiden ja palvelujen edistämiseksi. Vastaajan oli mahdollista esittää myös vain terveystarkastuksen kutsutoive palauttamalla henkilötiedot omahoitajan yhteydenottoa varten erillisessä kuoressa. Kyselylomake esitettiin viidellä miesvastaajalla. Heiltä pyydettiin myös palautetta lomakkeen kehittämiseksi. Saadun palautteen perusteella lomaketta vielä hiukan muokattiin.

Miesten terveyskäyttäytymisen näyttäytymistä selvitettiin terveydentilaa, todettuja sairauksia, omahoitoa ja sydänterveeseen liittyvien elintapoja kuvaavilla kysymyksillä 03, 04, 06, 07, 08, 09, 10, 11 - 18, 20c, 20h, 20i, 21, 23, 24 ja 25. Miesten tietoisuutta sydänterveyttä uhkaavista riskeistä kartoitettiin kysymyksillä 05, 06, 11, 20a, 20b, 20d, 20f-i ja 22. Kysymyksien 01 ja 02 avulla selvitettiin miesten työtilannetta ja työterveyshuollon kattavuutta.

### **6.3 Aineiston keruu**

Mikäli tutkittava perusjoukko eli populaatio on pieni, kyselytutkimus kannattaa tehdä koko joukolle (Hirsjärvi ym. 2008, 33). Väestörekisterin mukaan Muuramessa asui vuoden 2007 lopussa seitsemänkymmentäkolme 45 -vuotiaasta miestä. Vuoden 2010 kevättalvella Korpilahti - Muurame kansanterveystyön kuntayhtymän ylihoitajan avustuksella poimittiin Väestörekisteristä kaikkien vuonna 1965 syntyneiden miesten osoitetiedot, joille lähetettiin kysely. Postimerkillä ja palautusosoitteella varustetut vastauskuoret, yhteensä 67 kpl, osoitettiin palautumaan Muuramen taloustoimistoon ”tutkimushoitajan sihteerille”. Vastausaikaa miehillä oli kaksi viikkoa. Vastauksia palautui yhteensä 31 kpl, joista 27 kyselyyn vastannutta hyväksyttiin analysoitavaksi.

Ylihoitajan mukaan (2008) tutkimuslupaa ei tarvittu, koska kysely tehtiin terveyskeskuksen omana toimintana. Lomakkeessa ei kysytty arkaluonteisia tunnistetietoja. Lomakkeita ja palautuskuoria ei myöskään numeroitu vastaajien tunnistamiseksi, koska uusintakyselyä ei tehty. Vastausten analysoinnin jälkeen lomakkeet hävitettiin. Tutkija ei voinut missään vaiheessa tunnistaa tutkittavaa.

### **6.4 Aineiston analysointi**

Kyselyn vastauslomakkeet numeroitiin analysointia varten. Havaintoaineisto tallennettiin ja analysoitiin etätyöpöytäyhteyden avulla, Jyväskylän ammattikorkeakoulun SPSS -tilasto-ohjelman avulla. Kaikista kysymyksistä tulostettiin frekvenssi- ja prosenttijakaumat. Sydän- ja verisuonitautiin sairastumisensa suureksi 20 vuoden kuluessa arvioivat ristiintaulukoitiin muutaman muuttujan kanssa. Hirsjärven ym. mukaan (2009, 322 - 328) tutkimuksen tuloksia on raportissa helpompi havainnoida, kun käytetään tekstin ohella selkeitä kuvioita. Raportissa kyselyn tuloksia havainnollistetaan yhteenvetotaulukoilla ja pylväskaavioilla. Tutkimustulosten kerääminen, tallennus, analysointi ja raportointi tehtiin huolellisesti. Tutkimusprosessin kaikissa vaiheissa pyrittiin noudattamaan hyvää tutkimusetiikkaa: tutkimusaineiston hankinnasta ja käytöstä - normien mukaiseen, tutkittavien informointiin ja osallistumisen vapaaehtoisuuteen saakka. (Kuula 2006, 11 - 65, 99 - 133.).

## **7 TUTKIMUKSEN TULOKSET**

### **7.1 Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot**

Tutkimuksen kohderyhmän muodostivat kaikki Muuramessa asuvat, vuonna 2010 45 - vuotta täyttävät miehet, joita oli 67. Heistä kaikille lähetettiin kysely. Vastauskuoria palautui 31 kappaletta, joista posti ei tavoittanut kolmea vastaanottajaa. Yhdessä vastauskuoreessa oli vain terveystarkastukseen ilmaistu toive yhteystietoineen. Lopulliseksi vastausprosentiksi saatiin 40,3 % (n=27).

Kyselyyn vastanneista miehistä 82 % (n=22) oli työelämässä, joko palkkatyössä tai toimi itsenäisenä ammatinharjoittajana / yrittäjänä. Työelämän ulkopuolella oli viisi (n=5) vastaajaa, joista työttömiä kaksi (n=2), eläkkeellä kaksi (n=2) ja yksi ilmoitti olevansa opiskelija. Työterveyshuollon palveluiden piirissä oli 89 % (n=23) vastanneista. Suurimmalla osalla (n= 21) työterveyshuollon palvelut oli järjestetty jossain muualla kuin Muuramen työterveyshuollossa, Muuramen terveyskeskuksen työterveydenhuollossa kahdella (n=2).

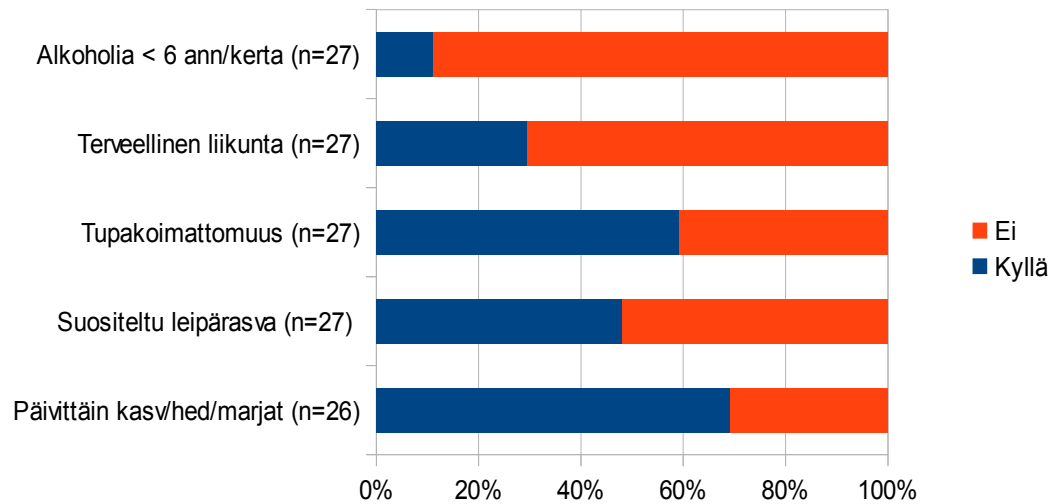
## 7.2 Miesten terveystietojen näyttäytyminen

### 7.2.1 Miesten elintavat

Kuviossa 1 kuvataan miesten sydänterveyttä ylläpitäviä tai sitä ehkäiseviä elintapoja. Noin 70 % (n=18) kaikista kysymykseen vastaajista ilmoitti syövänsä päivittäin kasviksia, hedelmiä tai marjoja. Joka kolmas vastaaja (n=8) ei syönyt niitä päivittäin. Suositeltua, kasvirasvapohjaista leipärasvaa ilmoitti käyttävänsä noin puolet (n=13). Maitorasvapohjaista (n=11) tai ei ollenkaan (n=3) - leipärasvaa käyttäviä oli hiven enemmän, yhteensä neljätoista (n=14).

Tupakoimattomaksi ilmoittautui miehistä 60 % (n=16). Sydänterveyttä tukevaa liikuntaa, ainakin neljä kertaa viikossa ja vähintään puoli tuntia päivässä, hikoillen ja hengästyen liikkuvia ilmoitti olevansa vain alle 30 % vastaajista (n=8). Kaksi kolmasosaa (n=19) ei liiku terveyden kannalta riittävästi.

Humalahakuisesti, yli kuusi annosta kerrallaan, alkoholia nauttivia, harvemmin kuin kerran vuodessa oli vain kaksi (n=2) vastaajaa. Yksi vastaaja ei nauttinut lainkaan alkoholia. Vähintään kaksi kertaa kuukaudessa, humalahakuisesti juovia ilmoittaa olevansa suurin osa, 90 % vastaajista (n=24).



**KUVIO 1.** Miesten elintavat (%)

Miesten alkoholin käyttötiheyttä kuvataan taulukossa 1. Miehet nauttivat yhden päivän aikana yli kaksi annosta alkoholia yleisimmin kerran viikossa ( $n=9$ ). Seitsemän vastaajaa ( $n=7$ ) ilmoittaa nauttivansa yli kaksi annosta 2-3 kertaa kuukaudessa ja kaksi ( $n=2$ ) päivittäin. Joka viides vastaaja ilmoittaa nauttivansa yli kaksi annosta alkoholia päivittäin muutaman kerran vuodessa. Hiven yli puolet vastaajista ( $n=14$ ) ilmoittaa nauttivansa yli kaksi annosta tai enemmän alkoholia päivittäin tai vähintään kerran viikossa.

**TAULUKKO 1.** Miesten alkoholin käyttötiheys, yli kaksi annosta alkoholia päivittäin käyttävät ( $n$  ja %)

Alkoholia yli kaksi annosta/pv ( $n=27$ )	fr (n)	%
päivittäin	2	7,4
2-3 kertaa viikossa	3	11,1
kerran viikossa	9	33,3
2-3 kertaa kuukaudessa	7	25,9
muutama kerta/v. tai harvemmin	5	18,5
ei koskaan	1	3,7

## 7.2.2 Miesten terveydentila

### *Miesten painoindeksi*

Miesten painoindeksi eli BMI laskettiin jokaiselle vastanneelle pituuden ja painon perusteella, erillisen Käypähoito -sivustolta käytettävissä olevan ohjelman avulla. Miesten pituuden vaihteluväli oli 158 cm - 197 cm ja painon 54 kg - 110 kg. Suurin osa miehistä (n=13) oli ylipainoisia (BMI 25 - 29). Niitä, joiden painoindeksi oli yli 30 eli lihavia, oli vastaajista kuusi (n=6). Kukaan ei ollut sairaalloisesti lihava. Alin painoindeksilukema oli 19 (n=1).

**TAULUKKO 2.** Miesten painoindeksi, BMI (n ja %)

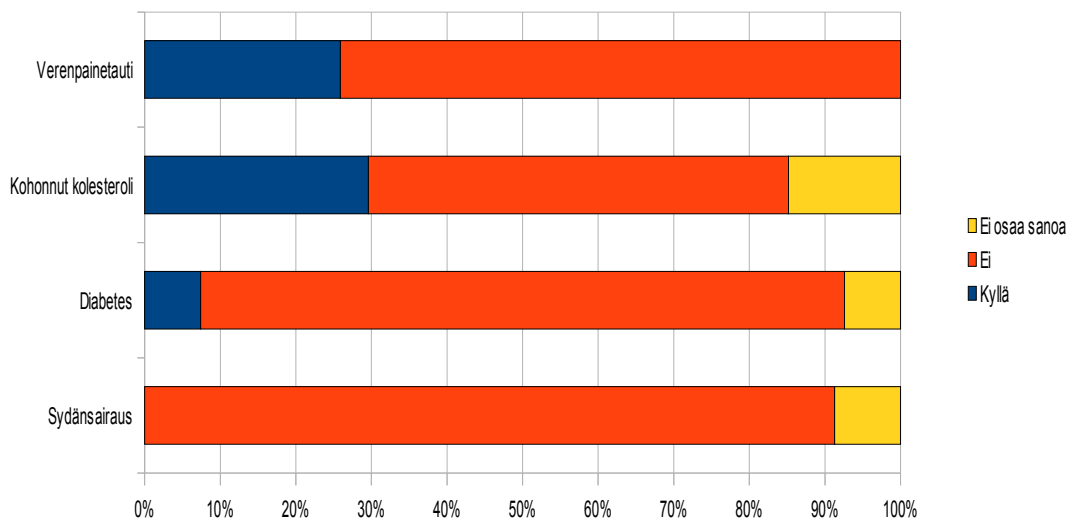
Painoindeksi eli BMI (n=27)	fr (n)	%
BMI < 25 (normaali paino)	8	29,6
BMI 25 - 29 (ylipaino)	13	48,1
BMI 30 - alle 40 (lihava)	6	22,2

### *Lääkärin toteamat sairaudet*

Kuviossa 2 kuvataan sydänterveyden kannalta keskeisimpiä, lääkärin toteamia sairauksia ja miesten tietoisuutta sairauksistaan. Verenpainetta selvittävään kysymykseen olivat vastanneet kaikki (n=27). Seitsemän (n=7) vastaaja tiesi, että hänellä oli joko kohonnut verenpaine tai verenpainetauti. Muilla (n=20) ei ollut todettu kohonnutta verenpainetta.

Kolesterolitasonsa tiesi koholla olevaksi vastaajista 30 % (n=8). Neljä vastaajaa (n=4) ei osannut sanoa, oliko hänellä kohonnut kolesteroli. Viidentoista (n=15) vastaajan mukaan kolesterolitaso ei ollut koholla.

Diabetes oli todettu kahdella (n=2) vastaajalla. Vastaajista kaksi (n=2) ei osannut sanoa, oliko hänellä tautia vai ei. Sydänsairautta ei ollut kenelläkään (n=21) kysymyksen vastanneista, tosin kaksi (n=2) vastaajaa ei tiennyt onko hänellä sairaus vai ei (n=23).



**KUVIO 2.** Lääkärin toteamat sairaudet ( % )

### *Sairauteen määrätty lääkitys*

Mikäli miehillä oli todettu jokin edellä mainituista sairauksista, kysymyksellä seitsemän selvitettiin oliko heille määrätty sairauden hoitamiseksi lääkitystä ja ottivatko he lääkettään ohjeen mukaan (liite 1). Johonkin edellä mainituista, lääkärin toteamaan sairauteen neljälle (n=4) oli määrätty lääkitys (verenpaine- ja diabeteslääkkeitä). Yksi mies ilmoitti ottavansa määrättyä lääkitystä satunnaisesti. Kymmenen (n=10) vastaajaa ilmoitti, että todettujen sairauksien hoitamiseksi ei ole lääkitystä määrätty.

### *Miesten kokema terveydentila*



Yli kaksi kolmasosaa miehistä (n=20) koki tämän hetken terveydentilansa erinomaiseksi tai hyväksi. Seitsemän (n=7) vastaajaan mukaan nykyinen terveydentila oli keskinkertainen tai huono. (Taulukko 3.)

Verenpainettaan itse seuraavat (n=8) kokivat terveydentilansa parempana kuin ne, jotka eivät mitanneet paineitaan (n=12). Kasviksia, hedelmiä tai marjoja syövät kokivat terveydentilansa parempina (n=15) kuin ne, jotka eivät niitä päivittäin nauttineet (n=5). Maitorasvapohjaista leipärasvaa käyttävät (n=9) kokivat terveydentilansa parempana kuin suositeltua, kasvirasvapohjaista levitettä (n=9) tai ei ollenkaan leipärasvaa (n=2) käyttävät.

Erinomaiseksi tai hyväksi terveydentilansa kokevia oli enemmän tupakoimattomissa (n=13) kuin tupakoivissa (n=7). 40 % tupakoijista koki terveydentilansa huonoksi (n=4), tupakoimattomista 20 % (n=3). Miehistä, jotka liikkuvat terveyden ylläpitämisen kannalta riittävästi (n=8), noin 90 % (n=7) koki terveydentilansa hyväksi. Niistä, jotka eivät liikkuneet sydänterveyden kannalta riittävästi (n=19), noin 70 % (n=13) koki terveydentilansa hyväksi ja noin 30 % (n=6) huonoksi.

Useamman kerran vuodessa alkoholia humalahakuisesti nauttivista 74 % (n=20) koki terveydentilansa hyväksi ja 30 % (n=7) huonoksi.. Ne, jotka etsivät aktiivisesti terveystietoa internetistä (n=10), kokivat terveydentilansa paremmaksi kuin ne, jotka eivät sitä etsineet (n=11).

**TAULUKKO 3.** Koettu terveydentila tällä hetkellä (n ja %)

Koettu terveydentila (n=27)	fr (n)	%
erinomainen	3	11,1
hyvä	17	63
keskinkertainen	5	18,5
huono	2	7,4

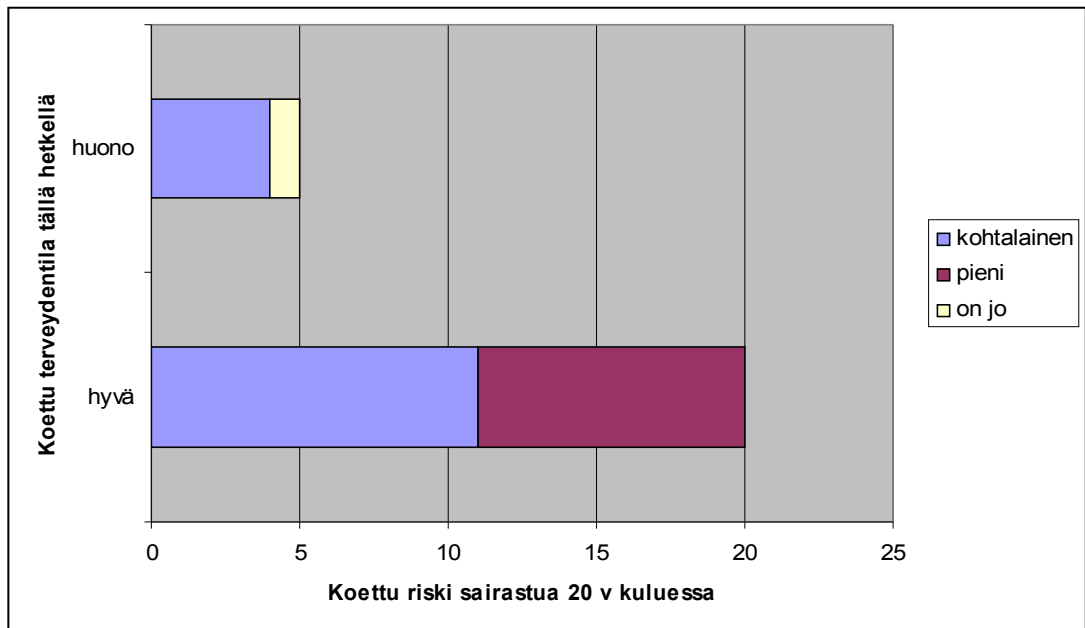
***Miesten kokema sydän- ja verisuonitaudin riski 20 vuoden kuluessa***

Koettuun sydän- ja verisuonitaudin sairastumisriskiä kartoittavaan kysymykseen vastanneista 60 % arvioi riskiään kohtalaiseksi. Yhdellä vastaajalla oli jo kyseinen sairaus ja riskinsä pieneksi kokevia oli noin 40 % vastanneista.

**TAULUKKO 4.** Koettu sairastumisen riski 20 vuoden kuluessa (n ja %)

Koettu sairastumisriski 20v. (n=25)	fr (n)	%
kohtalainen	15	60,0
pieni	9	36,0
on jo	1	4,0

Seuraavassa kuviossa 3 esitetään ristiintaulukoituna miesten kokema terveydentila tällä hetkellä ja heidän kokema sydän- ja verisuonisairauden riski kahdenkymmenen vuoden kuluessa. Hyväksi koettuun terveydentilaan on luokiteltu erinomaiseksi ja hyväksi koettu terveydentila, ja huonoksi koettuun keskinkertainen sekä huono. Nykyistä terveydentilaansa hyvänä pitävistä miehistä 60 % (n=11) arvioi sairastumisriskiään kohtalaiseksi. Terveydentilansa huonoksi arvioivia oli viisi (n=5), joista yhdellä oli jo sairaus ja muut (n=4) arvioivat sairastumisriskinsä kohtalaiseksi.



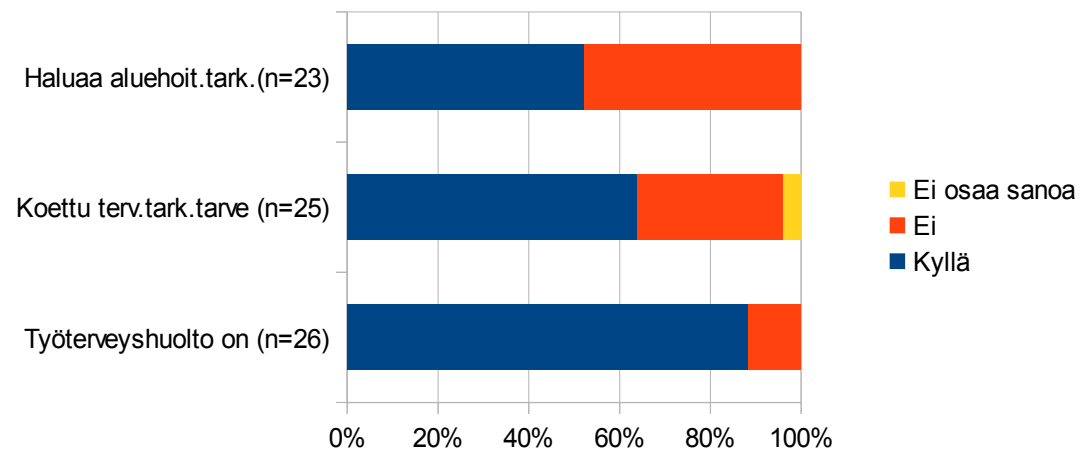
**KUVIO 3.** Miesten arvioima terveydentila nykyisin ja koettu sairastumisen riski kahdenkymmenen vuoden kuluessa (n)

### 7.2.3 Miesten omahoito

#### *Viimeinen terveystarkastus ja terveystarkastukselle koettu tarve*

Kyselyyn vastanneista miehistä 85 % (n=23) oli käynyt viimeisen viiden vuoden aikana terveystarkastuksessa. Kolmella (n=3) vastaajasta terveystarkastuksesta oli kulunut yli viisi vuotta ja yksi ei osannut sanoa milloin viimeinen terveystarkastus oli tehty.

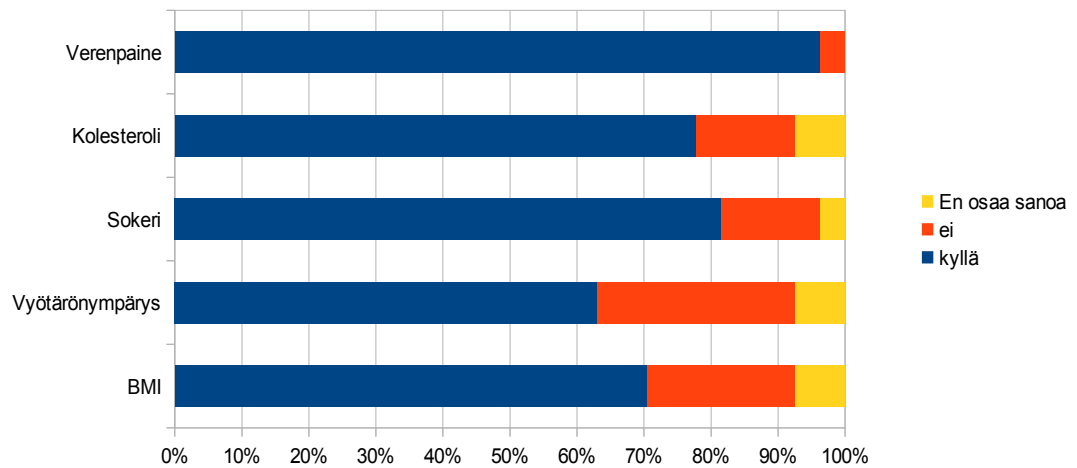
Terveystarkastuksen tarvetta koki yli puolet (n=16) kaikista kysymykseen vastanneista (n=25). Aluehoitajan suorittamaan terveystarkastukseen halusi tulla 12 vastaajaa, joista kahdeksan (n=8) toivoi, että aika sovittaisiin terveyskeskuksesta käsin. Muut ilmoittivat työterveyshuollon hoitavan tarkastukset. Ainoastaan yksi vastaaja ilmoitti, ettei koe terveystarkastukselle tarvetta eikä halua tulla tarkastukseen; työttömänä hänellä ei ollut työterveyshuollon palveluita käytettävissä. 90 % kyselyyn vastanneista miehistä oli käytettävissä työterveyshuollon palvelut.



**KUVIO 4.** Terveystarkastuksen koettu tarve (n ja %)

#### *Mitatut arvot*

Lähes kaikki vastaajat tiesivät, oliko heiltä mitattu viiden vuoden sisällä kolesterolin- ja sokerilukemat, vyötärön ympäryys tai määritelty BMI (Kuvio 4). Verenpaine oli mitattu jokaiselta vastaajalta viiden vuoden sisällä. Verenpainetta mittasi kotona n. 40 % (n=10) kaikista vastaajista (n=27).



**KUVIO 5.** Tietoisuus viiden vuoden sisällä mitatuista arvoista (%)

### *Terveystiedon etsintä ja ehdotus terveyskeskukselle miesten terveyden edistämiseksi*

Elintarvikkeiden sydänmerkin tunsi 70 % (n=19) kysymykseen vastanneista (n=27). Kahdeksan (n=8) vastaajaa ei joko tuntenut, tai ei osannut sanoa, tunsiko elintarviketuotteissa esiintyvää sydänmerkkiä. Noin 40 % vastaajista (n=19) ilmoitti etsivänsä terveystietoa internetistä. Vain kuusi vastaajaa (n=6) ilmoitti tunnistavansa jonkun kysymyksessä 21 esitetystä luotettavasta internetin terveystietolähteestä.

80 % niistä, jotka esittivät jotain toiveita terveyskeskukselle, keski-ikäisen miehen sydänterveyden edistämiseksi, toivoi että terveyskeskus järjestää terveystarkastuksia. Terveystiedotteita kotiin toivoi kaksi (n=2) ja terveystapahtumapäiviä yksi vastaaja.

## **7.2.4 Sydänterveyttä uhkaavien riskien tunnistaminen**

### *Tietoisuus tavoitteiden mukaisista lukemista ja sukurasitteesta*

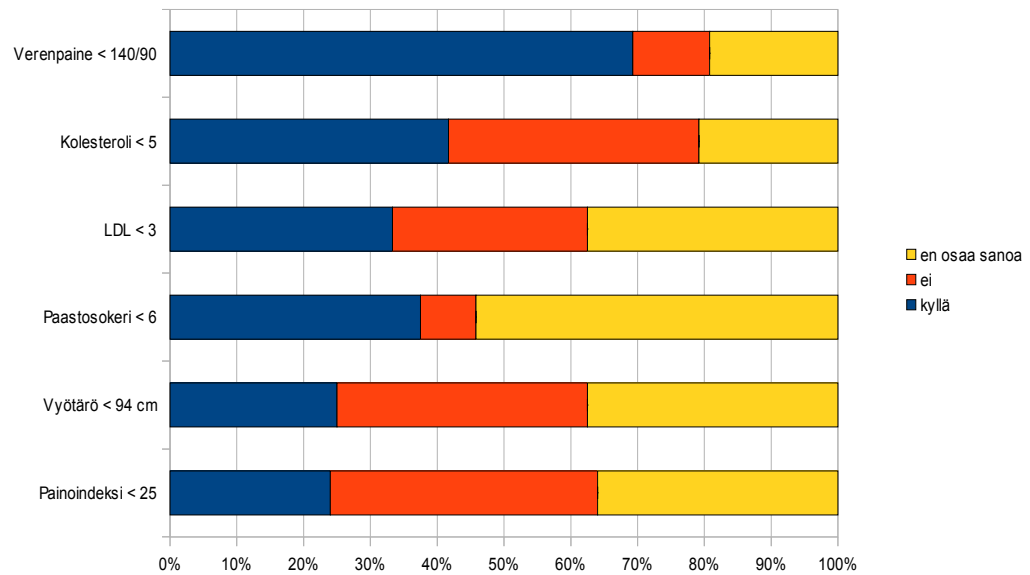
Kuviossa 5 kuvataan millaisissa lukemissa miesten viiden vuoden sisällä mitatut arvot ovat olleet, ja kuinka hyvin he tietävät mitattujen arvojen tavoitelukemia.

Kysymykseen vastanneiden miesten (n=26) tiedossa oli parhaiten verenpaine-arvo. 80 % vastaajista (n=21) tiesi lukemansa. Verenpainelukemansa tietävistä kuudella (n=6) arvo oli yli 140/90 mmHg. Joka viides vastaaja ei tiennyt lukemaansa.

Kolesterolia koskevaan kysymykseen oli vastannut 24 miestä. Joka viides vastaaja ei tiennyt kolesteroliarvoaan ja yhdeksän (n=9) miestä tiesi lukemansa olevan yli 5 mmol/l. Vastaajista 40 % (n=10) lukema oli tavoitteissa. LDL lukemaa koskevaan kysymykseen oli vastattu saman verran (n=24). Lukema oli huonommin tiedossa (n=9) kuin kolesteroli. Noin puolella (n=8) arvonsa tietävistä lukema oli tavoitteissa.

Huonoiten tunnistettiin mitattu paastosokeriarvo. Yli puolet (n=13) ei osannut sanoa, oliko arvo alle tai yli 6 mmol/l. Arvonsa tietävistä yhdeksän (n=9) mukaan se oli alle 6 mmol/l ja kahdella (n=2) yli 6 mmol/l. Vyötärön ympärysmitta ja BMI tiedettiin yhtä hyvin. Noin 40 % (n=9) ei kuitenkaan osannut vastata, oliko arvo ollut yli vai alle suositusarvon. Saman verran miehistä tiesi arvojensa olevan yli suositusten. Vain joka viides mies tiesi, että vyötärö ja painoindeksi olivat tavoitteissa.

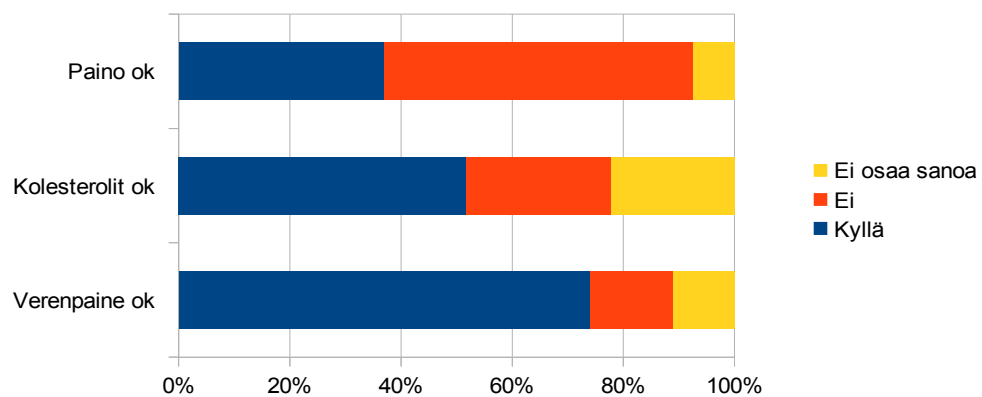
Seitsemän (n=7) vastaajan mukaan toisella hänen vanhemmistaan oli sydänsairaus. Kaksi (n=2) ei tiedä sukurasitettaan ja n. 70 % mukaan (n=18) kumpikaan vastaajan vanhemmista ei ole sairastanut sydäninfarktia.



**KUVIO 6.** Tietoisuus ovatko arvot tavoitteissa (%)

### *Mielipide omista lukemista*

Miehet olivat tyytyväisimpiä verenpainelukemiinsa. Suurin osa (n=20) piti verenpaineitaan hyvinä. Neljän vastaajan (n=4) mielestä ne eivät olleet hyvät, ja kolme (n=3) vastaajaa ei osannut sanoa, olivatko hyvät vai huonot. Puolet vastaajista (n=14) oli tyytyväisiä kolesterolilukemaansa. Arvoaan ei osannut kommentoida kuusi (n=6) vastaajaa ja seitsemän (n=7) mielestä arvo ei ollut hyvä.

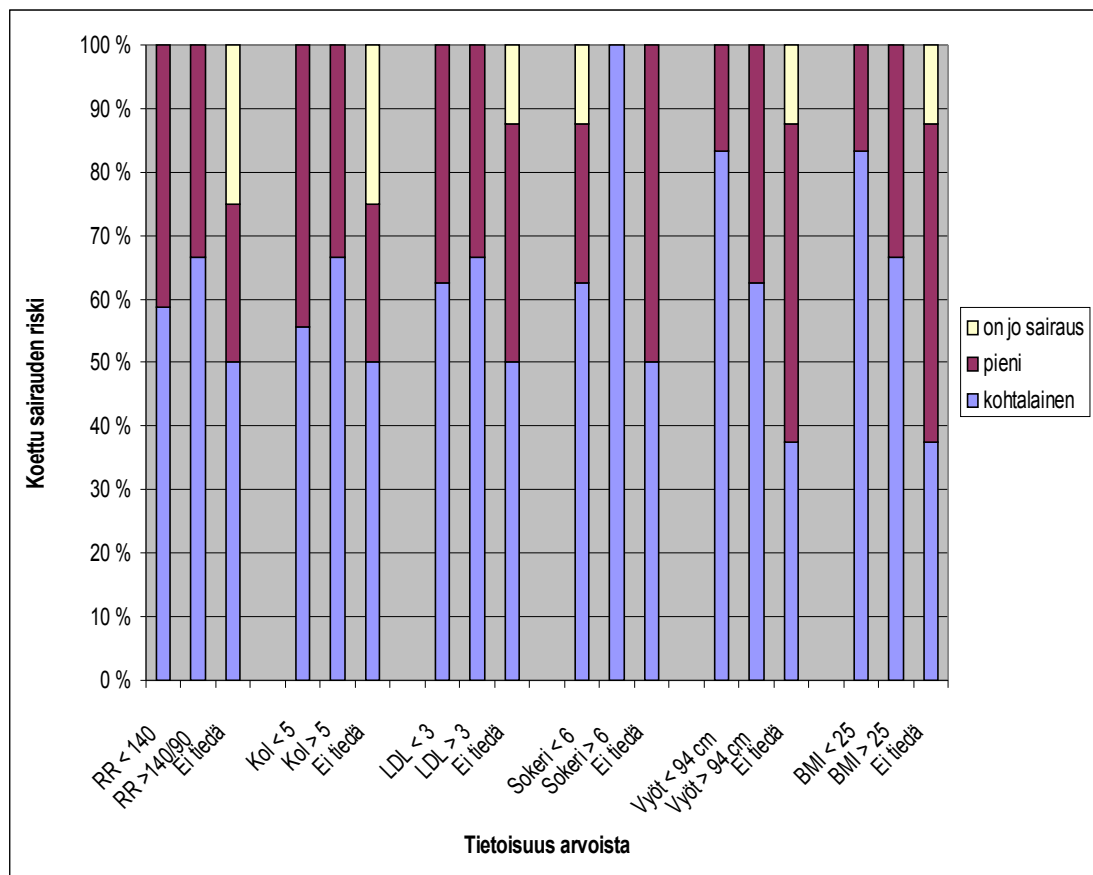


**KUVIO 7.** Miesten mielipide omista arvoista (%)

### *Tietoisuus mitatuista arvioista ja koettu sairastumisriski*

Seuraavassa kuviossa on esitetty tutkimuslomakkeessa kysytyt, miesten sydänterveysten kannalta merkittävät arvot, heidän tietoisuus lukemista ja verrattu niitä koettuun sairastumisriskiin. (Liite 2.)

Kun arvot ylittivät suosituksen mukaiset rajat verenpaineessa, kolesterolissa, LDL-kolesterolissa ja sokerissa, miehet kokivat sairastumisriskinsä suuremmaksi kuin he, joilla arvot olivat tavoitteissa. Ne, jotka eivät tienneet arvojaan, kokivat riskinsä pienemmäksi kuin ne, jotka tiesivät arvonsa korkeiksi. Ylipainoiset vastaajat kokivat riskinsä pienemmäksi kuin normaalipainoiset. Niistä, jotka eivät tienneet vyötärönympäryslukemaansa ja painoindeksiään, kokivat sairastumisriskinä kaikkein vähäisimpänä.

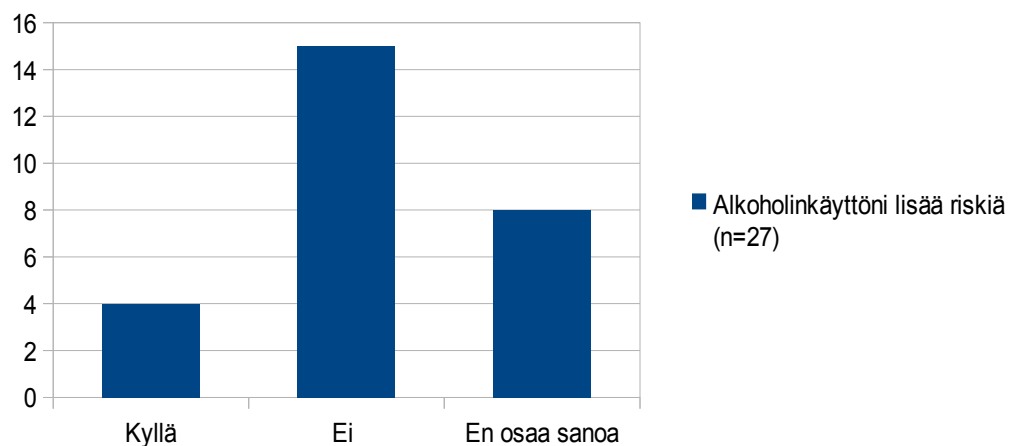


**KUVIO 8.** Miesten kokema sairastumisriski ja tietoisuus arvoista (%)



### *Tietoisuus alkoholin ja tupakoinnin aiheuttamisesta riskistä*

Humalahakuista juomistapaa selvitettiin kysymyksellä: ”Kuinka usein juot alkoholia kerralla kuusi annosta tai enemmän?” Humalahakuinen juomistapa oli sangen yleistä vastaajien keskuudessa. Ainoastaan yksi mies ei juonut alkoholia koskaan yli kuutta annosta, eikä koskaan yli kahta annosta päivässä. Kaksi vastaajaa ilmoitti juovansa yli kuusi annosta kerrallaan harvemmin kuin kerran vuodessa. Muut (n=24) vastaajat ilmoittivat juovansa humalahakuisesti parista kerrasta vuodessa aina kuuteen kertaan viikossa. Vastanneista miehistä kaksi ilmoitti nauttivansa alkoholia enemmän kuin kaksi annosta päivittäin ja neljä (n=4) vastaajaa nautti kaksi – kolme kertaa viikossa. Suurin osa miehistä arvioi oman alkoholinkäyttönsä riskittömäksi sydänterveyden kannalta. Kahdeksan (n=8) vastaajaa ei tiennyt alkoholinkäyttönsä sydänsairautta lisäävästä riskistä. Kymmenen (n=10) tupakoijaa tiesi tupakointinsa lisäävän sairastumisriskiä. Yksi tupakoija ei tiennyt sen aiheuttamasta riskistä.

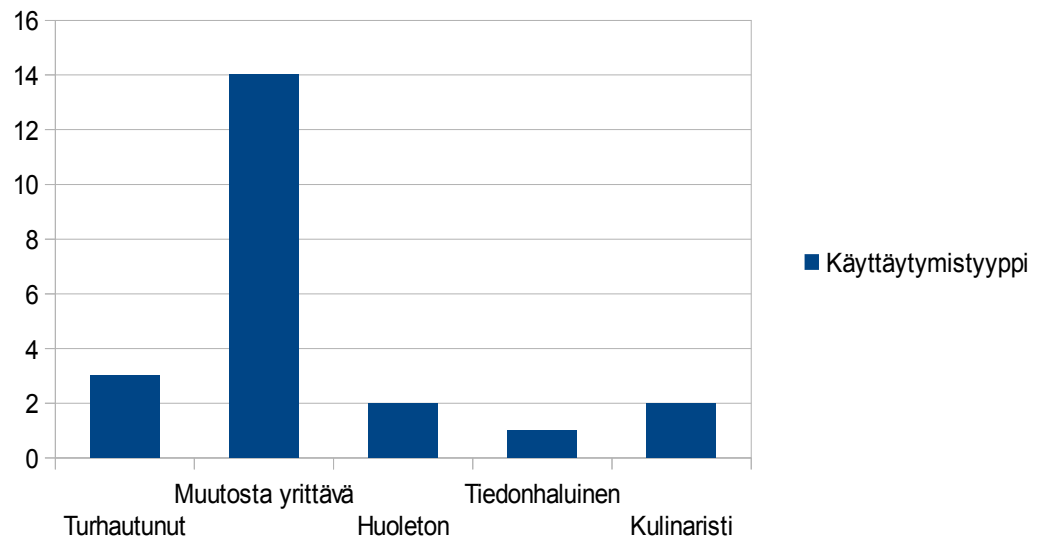


**KUVIO 9.** Tietoisuus alkoholin aiheuttamasta sairastumisriskistä (n)

### *Terveyskäyttäytymistyypin tunnistaminen*

Kysymyksellä 19 (Liite 1) kartoitettiin osaisivatko vastaajat luokitella itsensä Nykäsen (2008) esittämiin käyttäytymistyyppihin. Nykäsen mukaan (2008, 124) käyttäytymistyyppien tunnistaminen antaa ohjaustyössä mahdollisuuden hoitotavoitteiden asettamiseen, hoitokeinojen löytämiseen, toteuttamiseen ja seurantaan. Käyttäytymistyyppien tunnistaminen antaa mahdollisuuden tarkastella, onko ohjattava hoitoon sitoutumissaan tiedon, taidon vai asenteen tasolla. Esitettyä käyttäytymistyyppiä selvennettiin sulkeissa olevilla käyttäytymistä kuvaavilla esimerkeillä.

Miehistä, jotka tunnistivat jonkun käyttäytymistyyppien vaihtoehtoista omakseen (n=22), yli 60 % koki olevansa muutosta yrittäviä. Vähiten oli tiedonhaluisia, vain yksi. Nykäsen (2008, 124 - 125) mukaan muutosta yrittävät hyötyisivät terveydenhuollon ammattilaisen ja vertaisryhmän kannustuksesta elintapamuutosprosessin tukijana. Toimintavaiheessa oleva muutosyrittäjä hyötyy ammattilaisen avusta myös repsahdusten ennaltaehkäisyssä ja niiden käsittelyssä. Kolme vastaajaa tunnisti itsensä turhautuneiksi terveellisempien elintapojen omaksumisen suhteen. Turhautuneella ei ole tietoa muutostarpeesta eikä hän halua omaan käyttäytymiseensä muutosta. Esiharkintavaiheessa hän hyötyisi neutraalista tiedosta, jonka tavoitteena olisi saada hänet arvioimaan omaa terveystiläänsä ja harkitsemaan muutosta. (Nykänen 2008, 124 - 125.) Kaksi miestä tunnisti itsensä kulinaristeiksi. He tiedostavat muutostarpeensa, mutta eivät ole vielä valmiita muuttamaan käyttäytymistään. Elintapojensa suhteen huolettomiksi tunnisti itsensä kaksi vastaajaa. He hyötyisivät Nykäsen (Nykänen 2008) mukaan neutraalisti annettavasta, terveyteen vaikuttavasta tiedosta.



**KUVIO 10.** Käyttäjätymistyyppinsä tunnistaminen (n=22)

## 8 POHDINTA

### 8.1 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden ratkaisee suurelta osin mittarin validiteetti eli pätevyys. Luotettavassa tutkimuksessa tutkija on osannut määritellä, ja erityisesti operationalisoida käyttämänsä käsitteet vastaamaan asettamiaan tutkimusongelmia. Onnistuneella kyselylomakkeella saadaan mitattua ne asiat, jotka on tahdottu. Kun määrällisellä tutkimuksella pyritään kuvailemaan jotain ilmiötä tai asiaa, tutkimustuloksen luotettavuuden kannalta tutkimusaineiston on oltava tarpeeksi laaja. Perusjoukon tarkka määrittely, edustavan otoksen saaminen ja korkea vastausprosentti lisäävät tuloksen luotettavuutta. Toinen tutkimustuloksen luotettavuutta kuvaava seikka on tulosten toistettavuus ja tarkkuus, reliabiliteetti. Luotettava tutkimustulos on toistettavissa samanlaisin tuloksin myös toisen tutkijan suorittamana. Reliabiliteettia lisäävät tutkijan tarkkuus, kriittisyys ja käytetyn analysointimenetelmän tunteminen. (Hirsjärvi ym. 2009, 135 - 154, 226, Heikkilä 2008, 14, 29 - 30, 47 - 60.)

Eettiset kysymykset, tutkimukseen liittyvät moraaliset valinnat ja päätökset kattavat koko tutkimusprosessin, aiheen valinnasta tutkimustulosten vaikutuksiin saakka. Tutkijan toimintaa säätelevät tutkimusetiikan ohella monet lait ja ohjeet. Tutkijan oma ammattietiikka ja arvomaailma tulevat näkyväksi mm. tutkimusaiheen valinnassa, tutkittavien informoinnissa ja tulosten hyödyntämisessä. (Kuula 2006, 11 - 64, 99 - 131.)

Tutkimusaihe oli tutkijalle selvillä jo koulutukseen hakeutuessa. Aiheen valintaan vaikutti tutkijan oma kiinnostus keski-ikäisten miesten terveydenedistämisen tukemisessa. Miesten terveydenedistämisen tarve oli noussut pitkän diabeteksen ehkäisyyn ja hoitoon liittyvän työ- ja koulutuskokemuksen perusteella. Myös Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueen, perusterveydenhuollon preventiivisen yksikön luotsaama, sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisyprojekti ja tutkijan toimiminen projektiin liittyvässä, silloisen kuntayhtymän terveydenedistämisen työryhmässä, tukivat aiheen selvittämistä. Muuramen terveyskeskus ei ollut aikaisemmin selvittänyt keski-ikäisten mies-

ten terveydentilaa ja terveydenedistämisen tarpeita miehiltä itseltään, joten alueellista tietoa ei ollut saatavilla.

Tutkimusaiheen ja tutkimusongelmien rajaaminen eli oli haasteellista. Kiinnostusta ja tarvetta olisi ollut enemmän kuin yksi kyselytutkimus, opinnäytetyön laajuus ja tutkijan kyvyt antoivat myöden. Suurena apuna rajaamisessa olivat silloisen organisaatiomme ylihoitaja ja ammattikorkeakoulun opinnäytetyön ohjaajat. Tutkija teki yhteistyötä myös terveyskeskuksen ylilääkärin kanssa.

Pitkällisen prosessoinnin jälkeen saatiin työstettyä selkeä, strukturoitu kyselylomake saatekirjeineen. Mittarin tekemisessä käytettiin hyödyksi valtakunnallisissa, laajoissa väestötutkimuksissa käytettyjä kysymyksiä (mm. AVTK, D2D.) Kyselylomake testattiin viidellä keski-ikäisellä miesvastaajalla ja niistä saatujen tietojen perusteella tehtiin lomakkeeseen pieniä muutoksia. Kyselylomakkeen selkeys sai kiitosta esitestaajilta.

Tutkimuskuoret lähetettiin toukokuulla 2010 väestörekisteristä poimituihin osoitetietoihin. Koska tutkimustyö tehtiin terveyskeskuksen omana selvitystyönä, ylihoitajan mukaan erillistä lupaa ei henkilötietojen selvittämiseksi tarvittu. Kuoret postitettiin terveyskeskuksen taloustoimiston työntekijän avustuksella. Kyselyyn vastaamisen vapaaehtoisuus ilmoitettiin informoivassa saatekirjeessä. Kyselyn vastausprosenttia (43 %) voidaan pitää postikyselyksi tyydyttävänä. Kokonaisotantatutkimuksena tuloksia voinee pitää 45-vuotiaiden muuramelaisten miesten osalta ainakin suuntaa antavina. Elintapojen ja todettujen arvojen osalta tulokset olivat hyvin samansuuntaiset kuin vuoden 2007 D2D-väestötutkimuksessa 45 - 54 -vuotiaiden keski-suomalaisien miesten osalta.

Koska kyseessä oli pienen kunnan terveyskeskus ja tutkijana terveyskeskuksen oma työntekijä, kyselyyn vastaajan anonymiteettiin kiinnitettiin suurta huomiota. Kyselylomakkeessa ei kysytty esim. osoitetta, ammattia, siviilisäätyä tai omaa lääkäriä, jotka olisivat lisänneet vastaajan tunnistamisen mahdollisuutta. Jos vastaaja halusi omahoitajan vastaanotolle terveystarkastukseen, ja että terveyskeskuksesta käsin otettaisiin häneen yhteyttä ajan sopimiseksi, hän sai palauttaa yhteystietonsa erillisessä kirjekuorossa, jonka postimaksun terveyskeskus oli hoitanut. Osa oli kuitenkin laittanut yhteystietonsa kyselylomakkeen kanssa samaan kuoreen. Lähes kaikkien vastaajien työ-

terveyshuolto oli järjestetty jossain muualla kuin Muuramessa; eivätkö Muuramen työterveyshuoltoa käyttävät miehet halunneet osallistua tutkimukseen?

Yhteystietolomakkeet otettiin erilleen heti kuoren aukaisun jälkeen ja jaettiin omille aluehoitajille, jotka ottivat yhteyttä miehiin. Niitä ei yhdistetty kyselylomakkeen kanssa missään vaiheessa, eivätkä aluehoitajat tieneet, mitä miehet olivat kyselylomakkeessa vastanneet. Kyselyn vastaukset pysyivät täysin anonymeinä myös tutkijalle. Tutkija informoi aluehoitajia terveyskeskuksen teettämästä tutkimustyöstä. Hoitajat saivat tyhjän kyselylomakkeen ja siihen liittyvän saatekirjeen, jotta olisivat paremmin tietoisia terveystarkastuksen tarpeesta ja mahdollisesti miesten omista ajatuksista tarkastukseen tullessa. Tarkastustoiveita tuli yhdestä kolmeen aluehoitajaa kohti, joten tarkastukset olivat hyvin järjestettävissä normaalityön ohessa. Tutkija ei pyytänyt tehdyistä tarkastuksista palautetta.

Tutkimustulosten analysointi oli hyvinkin haasteellista etätyöpöytäyhteyden avulla oppilaitoksen SPSS -ohjelmalla. Tutkija ei ollut saanut koulutusta ohjelman käyttöön, joten toivottomuuden tunne ja luovuttamisen ajatus kävivät useamman kerran mielessä. Työn loppuunsaattamisen pitkittyminen oli juuri näistä seikoista kiinni. Onnistuneen kyselylomakkeen vuoksi tutkimusaineistosta olisi saanut vielä paljon monipuolisempia tuloksia, jos tutkijan kyvyt ja aika olisivat riittäneet SPSS -ohjelman saloihin perehtymisessä. Tilastointiohjelman käyttöön olisi ehdottomasti tarvittu koulutusta.

## **8.2 Tutkimustulosten pohdinta**

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata muuramelaisten 45-vuotiaiden miesten terveyskäyttäytymistä, sydänterveyden riskejä ja kartoittaa miesten terveystarkastusten tarvetta ja halukkuutta. Valtakunnallisten ohjeiden ja suositusten ohella myös Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijatyöryhmän raportissa (2008) todetaan, että kunnat tarvitsevat enemmän alueellista terveys- ja elintapatietoa terveyden edistämisen ja johtamisen käyttöön. Muuramessa alueellista tietoa ei ollut aikaisemmin miehiltä kerätty. Terveystarkastuksia on tarjottu vain työterveyshuollon piirissä oleville miehille. Keski-ikäisten miesten sydänterveyteen vaikuttava riskikäyttäytyminen on kuitenkin hyvin terveydenhuollon ammattilaistenkin tiedossa, samoin kuin se tosiasia,

että suureen osaan riskitekijöistä voidaan vaikuttaa suotuisasti, joko henkilön itsensä tai / ja terveydenhuollon ammattilaisten avustuksella.

Edellä mainitun raportin työryhmä korostaa, että perusterveydenhuollon tehtävä on huolehtia siitä, että jokainen aikuinen tietää omat sydänterveyden ylläpitämisen kannalta merkittävät riskitekijänsä (mm. kolesteroli ja verenpaine arvot) ja saa niihin tarvittaessa tarvitsemansa ohjauksen ja hoidon. (Sydän- ja verisuonisairauksien ja ... 2008.) Tämän tutkimuksen avulla haluttiin selvittää erityisesti sitä, tietävätkö miehet omia arvojaan ja osaavatko he arvioida omaa sairastumisriskiään terveyskäyttäytymisensä ja arvojensa avulla. Saadun tiedon avulla terveydenhuoltohenkilöstö osaisi terveysneuvontaa antaessaan puuttua paremmin havaittuihin ongelma-kohtiin.

Kyselyyn vastaajat edustavat hyvin muuramelaisten 45 -vuotiaiden työllisyystilannetta. Muuramen pitkäaikaistyöttömien palveluohjauksen mukaan vuoden 2010 tammi-kuussa Muuramessa ei ollut yhtään 45-vuotiasta miestä pitkäaikaisesti työttömänä. Alle 500 päivää työttöminä olleiden lukumääriä ei selvitetty.

Terveydenhuollon ammattilaisen ja miesten sydänterveyden kohentamisen kannalta tarkasteltuna miehillä olisi paljon korjattavaa elintavoissa, vaikka miehistä 70 % kookeikin nykyisen terveydentilansa vähintään hyväksi. Miehistä vain joka kolmas liikkuu terveytensä kannalta riittävästi. Vain joka toinen mies käytti valtakunnallisen ravitsemussuosituksen mukaista, kasvirasvapohjaista leipärasvaa. Joka kolmas mies ei syönyt päivittäin hedelmiä, marjoja tai vihanneksia.

Miesten alkoholin käyttö osoittautui merkittäväksi erityisesti humalahakuisen juomistavan mukaan tarkasteltuna. Harvemmin kuin kerran vuodessa humalahakuisesti juovia oli vastaajista kolme (n=3), joista yksi oli täysin raitis. Alkoholia käyttävät miehet kokivat tämän hetkisen terveydentilansa yleensä hyväksi ja miesten mielestä heidän alkoholinkäyttönsä ei lisännyt sydänsairauden riskiä. Ainoastaan neljä vastaajaa arvioi, että hänen alkoholinkäyttönsä lisäsi sydänterveysriskiä. Tutkimuksessa havaittiin, että miehillä on tietämättömyyttä alkoholin aiheuttamasta terveysriskistä. Tupakoinnin tunnisti sairastutumisriskiksi yhtä lukuun ottamatta kaikki tupakoivat. Tupakoimattomuus oli myös yhteydessä paremmaksi koettuun terveydentilaan

Lisääntyneen, energiapitoisen alkoholinkäytön tiedetään olevan yhteydessä väestön lihomiseen ja verenpaineen nousuun. 70 % miehistä oli ainakin lievästi ylipainoisia, aivan kuten vuoden 2006 Sydänbarometrissa oli ennustettu. Yli puolet miehistä ilmoitti olevansa elintapojensa muutosta yrittäviä tai turhautuneita. Nykäsen (2008) tutkimuksessa terveyskeskuspotilaat toivoivat, että alkoholinkäytöstä ja tupakoinnista keskusteltaisiin vastaanottokäynneillä enemmän. Miehet toivoivat terveystarkastuksia. Yli puolet miehistä oli muutosvaihemallin mukaan joko muutoksessaan toiminta- tai harkintavaiheessa ja hyötyisivät todennäköisesti eniten terveydenhuollon ammattilaisen tuesta ja kannuksesta pysyvien, terveellisempien elintapojensa omaksumisessa. Kuvastavatko tulokset sitä, että jonkinasteinen ristiriita on miesten käyttäytymisen ja koetun, olemassa olevan tiedon välillä? Tietävätkö miehet esimerkiksi erilaisten alkoholivalmisteiden sisältämiä energiamääriä? Voisiko ohjauksen tukena käyttää vielä enemmän alkoholin energiamäärään liittyviä herätekuvia? Alkoholin käyttöön liittyvää ohjausta tulee tutkimustuloksen mukaan tehostaa ruokavalio- ja liikuntaohjauksen ohella. Ravintorasvojen laatuun ja hiilihydraattien käyttöön liittyvät keskustelut ja valalla olevat suuntaukset tekevät terveydenhuollon ammattilaisen ohjauksesta entistä haasteellisempää.

Terveystottumusmuutokset ovat haasteellisia toteuttaa. Aikuisen muutosprosessin käynnistäjäksi tarvitaan yleensä jokin tarpeeksi vahva ärsyke, joka motivoi muutoksen tielle. Aikuisen muutos perustuu suurelta osin faktatiedolle - pitää tietää miksi kannattaa muuttaa käyttäytymistään tai miksi kannattaisi vastaanottaa tarjottu hoito. Aikuisen voi vaikuttaa omaan hoitoonsa myös ottamalla puheeksi hoitonsa tarpeen asiantuntijan kanssa. Mikäli aikuinen ei tiedä omia laboratorioarvojaan, niiden merkitystä terveyden ylläpitämisen kannalta ja arvojen tavoitteita, tiedon antamisen velvollisuus on terveydenhuollon ammattilaisella. Pelkkä tieto ei kuitenkaan riitä terveystottumusten muutosprosessissa, vaan ohjattavan elintapamuutoksiin ja hoitoon sitouttamisessa tarvitaan myös taitoon ja asenteisiin vaikuttamista.

Terveydenhuollossa mitataan paljon sydänterveyden kannalta merkityksellisiä arvoja, mutta tämän kyselyn mukaan miehet eivät tiedä, ovatko heidän arvonsa olleet tavoitteissa, vaikka suhteellisen hyvin tietävät, että heiltä on niitä mitattu. Yli puolet niistä, jotka tiesivät arvonsa korkeiksi, sanoivat että heille ei ole määrätty lääkitystä arvojen parantamiseksi. Tietoisuus kohonneista laboratorioarvoista näytti kuitenkin lisäävän



miesten kokemaa sairastumisriskiä. Arvoistaan tietämättömät kokivat sairastumisriskinsä kaikkein pienimmäksi. Hyväksi koettu nykyinen terveydentila merkitsi kuitenkin alle puolella vastaajista koettua pientä sairastumisriskiä, kun taas yli puolet koki sairastumisriskinsä kohtalaiseksi.

Miehet toivat selkeästi esiin terveystarkastuksen tarpeen. Hieman yli puolet vastaajista ilmaisi halukkuutensa aluehoitajan suorittamalle tarkastukselle, vaikka suuri osa heistä olikin työterveyshuollon palveluiden piirissä ja tarkastus tehty viiden vuoden sisällä. Suurin osa halusi, että terveyskeskus ottaa yhteyttä ajan järjestämiseksi. Työterveyshuollon tarjoamia tarkastuksia piti riittävinä noin puolet vastaajista. Terveyskeskuksen toivottiin myös jakavan terveystiedotteita kotiin tai järjestävän terveystapahtumapäiviä. Avoimissa vastauksissa ehdotettiin yhdistettyjä liikunta- ja terveysryhmiä, yhteistyössä terveyskeskuksen ja liikuntajärjestöjen kanssa. Yksi vastaaja toivoi, että terveyskeskuksessa otetaan potilas vakavasti, kun hän tulee vastaanotolle. Lisäksi tuotiin esille, että vastaanotolle hakeutuminen turhauttaa, koska hoitajia on liian vähän ja heillä on aina kiire. Internet välitteistä terveysneuvontaa tai vain miehille järjestettyä ryhmäohjausta toivottiin vähiten. Tutkimuksen mukaan terveyskeskuksen tulisi kutsua miehiä terveystarkastuksiin.

Kyselyn tulokset vahvistavat tutkimustyössä käytettyjen lähteiden sanomaa. Muuramelaisilta 45-vuotiailta miehiltä löytyy runsaasti sydänterveiden riskitekijöitä, joihin voisi vaikuttaa, mutta miten? Keski-ikäinen mies alkaa kiinnostua terveydentilansa säilyttämisestä. Terveystarkastuksen ammattilaisina ajattelemme usein, että ihmiset tietävät suositeltavat elintavat. Tietävätkö? Näyttäisi siltä, että miehillä on myös elintapojensa suhteen tietovajetta, muutosyrityksestä huolimatta. Toisaalta heillä on hyvin vähän tiedonhalua. Muutosvaihemallin ja voimaannuttavan terveysneuvonnan mukaan, meidän ammattilaisina pitäisi kyetä luomaan jokin ristiriita tämän käyttäytymisen ja tietovajeen välille. Voisiko terveydenhuollon antaman terveysneuvonnan vaikuttavuutta jotenkin tehostaa? Me kyllä mittaamme potilailtamme monenlaisia arvoja, mutta kerrommeko heille mitä arvot tarkoittavat, niin että potilaamme ymmärtävät?

Perusterveydenhuollon tehtävänä on kehittää palvelujaan asukkaiden tarpeita vastaavaksi. Kuunnellaanko tarpeita? Miehet toivovat yksilöllisiä tapaamisia ja ohjausta. Pyrimmekö tarjoamaan ryhmäohjausta resurssipulan vuoksi, vaikka tiedämme, ettei se

kaikessa ohjauksessa olekaan todettu vaikuttavaksi? Tarjoammeko samantasoista ohjausta ja hoitoa kaikille yhteiskunnallisesta asemasta riippumatta - riippumatta siitä, onko asiakkaamme pitkäaikaistyötön vai hyvin koulutettu ja korkeassa asemassa?

Terveysneuvonta on aikaa vievää, haasteellista työtä ja olemassa olevat resurssit, organisaatiomuutoksineen tuovat siihen edelleen lisähaasteita. Perusterveydenhuollossa tehdyn työn vaikuttavuuden arviointi on vielä hyvin alkeellisista, enemmän mitataan käyntimääriä, suoritteita. Mikäli tavoittelemme vaikuttavuutta, haasteellinen ohjaus vie aikaa. On ilmaistu huoli siitä, että tehnyt työnjakomallit, jossa on siirtynyt hoitajille aikaisemmin lääkäreille kuuluvia tehtäviä, vähentävät ohjaustyöhön käytettävää aikaa. Puhelinohjaus, päivystykselliset käynnit, toimenpiteet ja niissä avustaminen sekä aina lisääntyvät haasteet perusterveydenhuollossa, kohtalaisen vähän lisääntyvien resurssien kanssa – kykenemmekö vastaamaan käytännössä, valtakunnallisissa ohjeissa asetettuihin ja tiedossa oleviin ohjaushaasteisiin?

### **8.3 Jatkotutkimusaiheet**

60 % 45-vuotaista muuramelaisista miehistä jätti vastaamatta kyselyyn – miksi? Keitä he ovat? Tulisivatko he tarkastuksiin, jos heidät kutsutaan henkilökohtaisesti ja heille tarjotaan aika? Voidaanko saadun tuloksen avulla kehittää muuramelaisten miesten sydänterveyttä? Kehittämissideoiden ohella nousee monia jatkotutkimusaiheita, joista tutkijalle mielenkiintoisempina ohjaustyön vaikuttavuuteen liittyvä arviointi. Vaikuttavuutta ei ole vain tehdyt elintapamuutokset, vaan asiakkaiden tiedon lisääntyminen. Jos asiakkaamme tietäisi omat arvonsa, hänelle laskettaisi esimerkiksi FINRISKI -laskurin avulla sydänsairauteen sairastumisen henkilökohtainen riski, hän voisi tehdä omat valintansa elintapojen ja hoidon suhteen, perusteltuun tietoon nojaten. Silloin olisimme tehneet sen, minkä voimme ja on velvollisuutemme. Tämän jälkeen voimme todeta, että asiakas on tehnyt tietoisin valinnan ja kunnioittaa sitä. Olisi mielenkiintoista tehdä kyselyn pohjalta laadittuun tarkastukseen, miesten ohjauksen vaikuttavuuteen liittyvä seurantatutkimus. Vaikuttaisiko tietoisuuden kasvu myös elintapojen kohtautumiseen ja arvojen paranemiseen? Myös kehittävä työtutkimus, eri ammattiryhmien ohjauskäytänteisiin liittyen voisi hyödyntää palvelun käyttäjiämme.

## LÄHTEET

Aukee, R. 2003. Terveyskäyttäytyminen ja sukupuoli. Teoksessa sukupuoli ja terveys. Toim. Luoto, R., Viisainen, K. & Kulmala, I. 205 – 208. Vastapaino. Jyväskylä: Gummerus.

Alkoholi ja perusterveydenhuolto. Riskikulutuksen varhainen tunnistaminen ja mini-interventio - hoitosuosituksen yhteenveto. 2006. Suomalainen käännös Seppä, K. PHEPA. Suomen Printman Oy.

Aromaa, A. & Eskola, K. 2009. Sairauksien ehkäisy työiässä – yleisperiaatteet. Viitattu 22.2.2010. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_osio=101&p\\_artikkeli=seh00144&p\\_teos=seh&p\\_selaus=8920](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=101&p_artikkeli=seh00144&p_teos=seh&p_selaus=8920)

Dyslipidemia Käypä hoito -suositus. Viitattu 21.2.2010. [Http://terveysportti/kaypahoito](http://terveysportti/kaypahoito)

Elintavat ja niiden väestöryhmäerot Suomessa. Terveys 2000-tutkimus. Toim. R. Prättälä & L. Paalanen. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 2/2007. Viitattu 22.2.2010. [http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja\\_b/2007/2007b02.pdf](http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2007/2007b02.pdf)

European heart health charter. Euroopan sydänterveyden asiakirja. Viitattu 22.2.2010. <http://www.heartcharter.org>

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. 7.p. Helsinki. Edita Prima Oy

Helakorpi, S., Laitinen, E., Absetz, P, Torppa, J., Uutela, A. & Puska, P. Aikuisväestön terveystyytyminen ja terveys maakunnissa 1978 – 2005. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 15/2007. Viitattu 22.2.2010. [http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja\\_b/2007/2007b15.pdf](http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2007/2007b15.pdf)

Helakorpi, S., Prättälä, R & Uutela, A. Suomalaisen aikuisväestön terveystyytyminen ja terveys, kevät 2007. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 6/2008. Viitattu 23.2.2010. [http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja\\_b/2008/2008b06.pdf](http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b06.pdf)

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. 13.-14., osin uudistettu painos. Keuruu. Otavan Kirjapaino Oy,

Hukka, E. Internetin kaaos kuriin TerveSuomi.fi -portaalilla. Kansanterveys 5-6/2008, 18 - 19.

Hyvinvointivaakuna. Muuramen kunnan hyvinvointikertomus 2004. Viitattu 2.2.2010. <http://info.stakes.fi/hyvinvointikertomus/FI/esimerkkeja/index.htm>

Kattainen, A., Luoto, R. & Reunanen, A. 2003. Krooninen sairastavuus sukupuolittain. Teoksessa sukupuoli ja terveys. Toim. Luoto, R., Viisainen, K. & Kulmala, I. 36 - 37. Vastapaino. Jyväskylä: Gummerus.

- Kiiskinen, U., Vehko, T., Matikainen, K., Natunen, S & Aromaa, A. 2008. Terveyden edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. STM. 2008:1. Viitattu 22.2.2010. [http://www.stm.fi/julkaisut/julkaisusarja/nayta/\\_julkaisu/1064075#fi](http://www.stm.fi/julkaisut/julkaisusarja/nayta/_julkaisu/1064075#fi)
- Korpela, K. 2006. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin Dehkon 2 D -hanke. Aluekoordinaattori 2003 - 2007. D2D-info. Muuramen terveyskeskus.
- Kosunen, E. 2007. Lääkärilehti. 62, (1-2):69-73. Viitattu 20.2.2010. <http://terveysportti.fi/ltk>.
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Vastapaino. Jyväskylä: Gummerus.
- Kylmä, J., Pietilä, A-M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2002. Terveyden edistämisen etiikan näkökohtia. Teoksessa Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. Toim. Pietilä, A-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E-M & Sirola, K. 51 - 54, 62 – 68. 1p. Juva: WSOY.
- Laaksonen, M. 2003. Tupakka ja sukupuoli. Teoksessa sukupuoli ja terveys. Toim. Luoto, R., Viisainen, K. & Kulmala, I. 222, 225 - 229. Vastapaino. Jyväskylä: Gummerus.
- Lait. Viitattu 22.2.2010. <http://www.finlex.fi/lainsaadanto>, ajantasainen lainsäädäntö.
- Lihavuuden Käypä hoito -suositus. Viitattu 21.2.2010. <http://terveysportti/kaypahoito>
- Liikunta Käypä hoito –suositus. Viitattu 21.2.2010. <http://terveysportti/kaypahoito>
- Loppuraportti. Dehkon 2D -hanke (D2D) 2003 - 2007. 2009, 67. Toim. Saaristo, T., Oksa, H., Peltonen, M. & Etu-Seppälä, L. Suomen Diabetesliitto ry. Kirjapaino Hermes Oy.
- Marttila, J. 2007. Psykologian lisensiaatti, erikoispsykologi. Diabetesliitto. Diabetes ja lääkäri -lehden rinnakkaispainos. 4/2007, 18 - 22.
- Menetelmäopetuksen tietovaranto – Kvantimotiv. Viitattu 16.3.2009. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/menetelma/menetelmatyypit.html>
- Muuramen menestyksen ja hyvinvoinnin strategia 2008 - 2015. Viitattu 22.1.2010. <http://www.muurame.fi/files/hallinto/strategia.pdf>
- Nurmesniemi, V. 2008. Miesklinikka. Hämeenlinna: Tammi.
- Nykänen, I. 2008. Sepelvaltimotaudin prevention kehitys Suomessa vuosina 1996 - 2005. Akateeminen väitöskirja. Kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen laitos. Kuopion yliopisto. Yleislääketieteen yksikkö. Kuopio: Kopijyvä.

- Näshlindh–Ylispangar, A. 2008. Men`s health behaviour, health beliefs and need for health counselling: A study amongs 40-year-old males from Helsinki City region. Akateeminen väitöskirja. Helsinki Yliopisto.
- Peltonen, M., Harald, K., Männistö, S., Saarikoski, L., Peltomäki, P., Lund, L., Sundvall, J., Juolevi, A., Laatikainen, T., Alden-Nieminen, H., Luoto, R., Jousilahti, P., Salomaa, V., Taimi, M. & Vartiainen, E. Kansallinen FINRISKI 2007-terveystutkimus. Tutkimuksen toteutus ja tulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 34/2008. Helsinki: Yliopistopaino.
- Peltonen, M., Harald, K., Saarikoski, L., Peltomäki, P., Lund, L., Korpi-Hyövälti, E., Oksa, H., Saaristo, T., Saltevo, J., Sundvall, J. & Männistö, S. Dehkon 2D -hankkeen väestötutkimus (D2D) väestötutkimus 2007. Tutkimuksen toteutus ja taulukkoraportointi. KTL 41/2008. Viitattu 22.2.2010. [http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja\\_b/2008/2008b41.pdf](http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b41.pdf)
- Pernaa, M. & Musakka, P. [www.terveyskirjasto.fi](http://www.terveyskirjasto.fi) – luotettavaa tietoa sairauksista ja niiden hoidosta. Kansanterveys 5-6/2008, 19 – 20.
- Perttilä, K. 2006. Terveyden edistäminen käsitteenä ja käytännössä. Suomen sairaanhoitajalehti 4, 2006. Viitattu 19.2.2010. <http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/jasenetti/sairaanhoitaja-lehti>, Arkisto 4/2006, muut artikkelit.
- Pietilä, A-M., Varjoranta, P. & Matveinen, M. 2009. Perusterveydenhuollon henkilöstön näkemyksiä terveyden edistämisestä - arvoperustasta toiminnan kehittämiseen. Tutkiva Hoitotyö. Hoitotieteellinen aikakauslehti. Vol.7, 3/2009, 5 - 11.
- Puustinen, P. 2008. Keski-Suomen maakunnallinen terveyden edistämisen suunnitelma: työkaluja sosiaali- ja terveystoimeen ja kuntien päätöksentekoon. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntayhtymän julkaisuja.119/2008.
- Päihdelinkki. Viitattu 20.2.2010. <http://paihdelinkki.fi/tietoiskut>.
- Routsalo, P., Airaüksinen, M. & Mäntyranta, T. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. Duodecim.125 (21):2351-9. Viitattu 25.2.2010. <http://terveysportti.fi/ltk>.
- Rimpelä, M. 2005. Kunnan kansanterveystyö terveyden edistäjänä 2. Lääkärilehti. 2005, 60(45), 4651 - 4655). Viitattu 22.2.2010. <http://terveysportti.fi/ltk>.
- Rimpelä, M., Saaristo, V., Wiss, K. & Ståhl, T. Toim. 2009. Terveyden edistäminen terveyskeskuksissa 2008, 51 - 53. Raportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino.
- Saarinen, T. 2009. ”Oli kiireet ja unohtui siinä”. 40-vuotiaiden miesten poisjäänti terveystapaamisesta terveyskeskuksessa. Pro Gradu -tutkielma. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.
- Sarlio-Lähteenkorva, S. 2003. Lihavuus, paino ja laihduttaminen. teoksessa sukupuoli ja terveys. Teoksessa sukupuoli ja terveys. Toim. Luoto, R., Viisainen, K. & Kulmala, I. 218 - 219. Vastapaino. Jyväskylä: Gummerus.

Savola, E. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2005. Terveyden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä, 6 - 40. Terveyden edistämisen keskus ry 2005. Helsinki: Edita Prima

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2008 – 2011. Viitattu 22.2.2010. [http://www.stm.fi/julkaisut/julkaisuja-sarja/nayta/\\_julkaisu/1063225#fi](http://www.stm.fi/julkaisut/julkaisuja-sarja/nayta/_julkaisu/1063225#fi)

Suomalaiset ravitsemussuositukset - ravinto ja liikunta tasapainoon. 2006. Valtion ravitsemusneuvottelukunta.

Sydänbarometri 2006. Viitattu 31.1.2010. <http://www.sydanliitto.fi>, kaikki sydämeistä, tilastot ja rekisterit.

Sydänliitto. <http://www.sydanliitto.fi>, kaikki sydämeistä, sydänsairaudet, vaaratekijät. Viitattu 31.1.2010.

Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportti 2008, 1 - 38. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B 2/2008. 2p. Helsinki: Yliopistopaino.

Tavast, A. 2008. Ohjaa potilaasi tiedon luo terveyskirjastoon. Duodecim. 124(9):1059. Viitattu 11.9.2009. <http://terveysportti.fi/ltk>

Terveyskirjasto. Viitattu 24.3.2010. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveystieto/laaketeen-sanasto/terveyskayttaytyminen>.

Terveysliikunnan suositus. Viitattu 11.2.2010. <http://ukkinstituutti.fi>, terveysliikunta, tietoa terveysliikunnasta, suosituksia / liikunta ja sairaudet.

Toimenpideohjelma suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi vuosille 2005 – 2011. Sydän- ja verisuoniterveyden edistämistä ja -sairauksien ehkäisyä koskeva osa Suomalaisesta sydänohjelmasta. Suomen Sydänliiton julkaisu 2005:1. Viitattu 22.2.2010. <http://www.sydanliitto.fi>, Toimenpideohjelma vuosille 2005 -2011.

Vartiainen, E., Laatikainen, T., Salomaa, V., Jousilahti, P., Peltonen, M. & Puska, P. Sydäninfarkti- ja aivohalvausriskin arviointi FINRISKI-tutkimuksessa. Lääkärilehti 2007;62(48):4507 - 4513. Viitattu 22.2.2010. <http://www.terveysportti.fi/ltk>.

Verenpaineen Käypä hoito -suositus. Viitattu 21.2.2010. <http://terveysportti.fi/kaypa-hoito>

## LIITTEET

### Liite 1. Kyselylomake muuramelaisille 45-vuotiaille miehille



#### ARVOISA MUURAMELAINEN 45-VUOTIAS MIES!

Vaikka suomalaisten sydänterveys on viimeisten vuosikymmenten aikana parantunut huomasti, on keski-ikäisten miesten sepelvaltimotautikuolleisuus edelleen meillä Länsi-Euroopan maiden korkeimpia. Tiedämme, että sydän- ja verisuonisairaudet ovat pääsääntöisesti ehkäistävissä tai ainakin niiden ilmaantuminen on lykättävissä suotuisilla elintavoilla ja todettujen riskitekijöiden (mm. verenpaine, kolesteroli) hyvällä hoidolla! Terveyskeskus ja työterveyshuolto pitävät tärkeänä tehtävänään huolehtia siitä, että jokainen tietäisi omaa sydänterveyttä uhkaavat riskit sekä niiden merkityksen ja saisi niihin halutessaan tarvittavan ohjauksen ja hoidon.

Muuramen terveyskeskus selvittää Jyväskylän ammattikorkeakoulun opiskelijatyönä kaikkien vuonna 1965 syntyneiden miesten terveysneuvonnan ja terveystarkastusten tarvetta tämän kyselyn avulla. **Vastauksista saamme äärettömän arvokasta tietoa toimintamme suunnitteluun!** Toivomme lämpimästi, että osallistut siihen omalla panoksellasi palauttamalla täyttämäsi kyselylomakkeen oheisessa, postimaksuttomassa kuoressa **18.5.2010** mennessä. Lomakkeen täyttämiseen kuluu aikaa noin 10 - 15 min. Vastauksesi käsitellään luottamuksellisesti eikä niistä voi tunnistaa yksityistä henkilöä. Tietojen tallennuksen jälkeen lomakkeet tuhoetaan.

Mikäli haluat saada tutkimukseen liittyvää lisätietoa, voit ottaa yhteyttä alla oleviin yhteystietoihin.

#### **Sydämellinen Kiitos vastauksistasi!**

Hoitotyön opiskelija, sh. Pirjo Perälä  
[pirjo.perala@muurame.fi](mailto:pirjo.perala@muurame.fi)  
 puh: 2662 765 (tiistai – perjantai klo 9.00 – 9.30 ja klo 13 – 13.30)

Ylihoitaja Pirkko Vuorinen  
[pirkko.vuorinen@muurame.fi](mailto:pirkko.vuorinen@muurame.fi)  
 puh: 2662 813

## KYSELYLOMAKE

**Vastaa kysymyksiin ympäröimällä Sinua parhaiten kuvaavan vaihtoehdon kohdalla oleva numero tai kirjoittamalla kysytty tieto sille varattuun tilaan. Kunkin kysymyksen kohdalla valitaan vain yksi, parhaiten sopiva vaihtoehto. Ellei kysymys koske Sinua, jätä se vastaamatta ja siirry seuraavaan.**

- 01 Mikä on nykyinen työtilanteesi?**
1. työssä (myös osa-aikatyö)
  2. itsenäinen ammatinharjoittaja / yrittäjä
  3. lomautettu
  4. työtön
  5. opiskelija
  6. koti-isä (myös isyysloma / hoitovapaa)
  7. pitkäaikaisella sairauslomalla
  8. eläkkeellä
  9. muusta syystä työelämän ulkopuolella
- 02 Onko Sinulle järjestetty työterveyshuollon palvelut?**
1. kyllä -> Muuramen terveyskeskuksessa
  2. kyllä -> jossain muualla
  3. ei ole
- 03 Milloin olet viimeksi käynyt terveystarkastuksessa, jonka syynä eivät ole olleet oireet tai sairaus? (esim. lakisääteinen terveystarkastus, ajokorttitodistus)**
1. alle 3 vuotta sitten
  2. 3 - 5 vuotta sitten
  3. yli 5 vuotta sitten
  4. en koskaan
  5. en osaa sanoa
- 04 Onko terveydentilasi nykyisin mielestäsi yleensä?**
1. erinomainen
  2. hyvä
  3. keskinkertainen
  4. huono
- 05 Onko kumpikaan vanhemmistasi sairastanut sydäninfarktin?**
1. kyllä
  2. ei
  3. en tiedä
- 06 Onko lääkäri todennut Sinulla seuraavia sairauksia? Ympyröi kultakin riviltä yksi vaihtoehto: 1=kyllä, 2=ei, 3=en osaa sanoa**
- |   | kyllä | ei | en osaa sanoa |
|---|-------|----|---------------|
| kohonnut verenpaine tai verenpainetauti | 1     | 2  | 3             |
| kohonnut veren kolesteroli .....        | 1     | 2  | 3             |
| diabetes (sokeritauti) .....            | 1     | 2  | 3             |



sepelvaltimotauti, sydäninfarkti 1 2 3

**07 Jos vastasit johonkin yllä olevaan kysymykseen kyllä (=1), onko Sinulle määrätty sairauteen jotakin lääkitystä?**

1. kyllä -> lääkkeiden nimet: \_\_\_\_\_
2. ei
3. kyllä, mutta otan lääkkeeni satunnaisesti

**08 Kuinka pitkä olet? \_\_\_\_\_ cm**

**09 Miten paljon painat kevyessä vaatetuksessa? \_\_\_\_\_ kg**

**10 Onko Sinulta mitattu viiden vuoden sisällä seuraavia arvoja? Ympyröi**  
kultakin riviltä yksi vaihtoehto: 1=kyllä 2=ei 3=en osaa sanoa en tiedä

Verenpaine	1	2	3
Kolesteroli	1	2	3
Sokeri	1	2	3
Vyötärön ympäryys	1	2	3
BMI eli painoindeksi	1	2	3

**11 Mikäli Sinulta on mitattu yllä olevat arvot, niin olivatko lukemat? Ympyröi**  
kultakin riviltä yksi vaihtoehto: 1= kyllä 2=ei 3= en osaa sanoa en tiedä

Verenpaine alle 140/90	1	2	3
Kolesteroli alle 5	1	2	3
LDL eli ”paha kolesteroli” alle 3	1	2	3
Paastosokeri alle 6	1	2	3
Vyötärön ympäryys alle 94cm	1	2	3
Painoindeksi alle 25	1	2	3

**12 Mittaako verenpainettasi itse kotimittarilla?**

1. kyllä
2. en

**13 Syötkö päivittäin kasviksia, hedelmiä tai marjoja?**

1. kyllä
2. en

**14 Mikä on pääasiallinen käyttämäsi leipärasvan nimi?**

\_\_\_\_\_ (esim. kevyt Becel, Flora, Benecol, kevyt Levi, kevyt Oivariini)

**15 Tupakoitko?**

1. kyllä
2. en

- 16 Harrastatko liikuntaa ainakin neljä kertaa viikossa ja vähintään puoli tuntia päivässä niin, että hikoilet ja hengästyt?** (esim. reipas kävely, sauvakävely, pyöräily, myös työmatkaliikunta lasketaan)
1. kyllä
  2. en
  3. en voi vammaan tai sairauden vuoksi harrastaa liikuntaa
- 17 Kuinka usein juot alkoholia yhden päivän kuluessa enemmän kuin kaksi annosta?** (1 annos = 0,33l olutta, siideriä tai lonkeroa tai 12cl mietoa viiniä tai 4cl väkeviä)
1. päivittäin
  2. 2 - 3 kertaa viikossa
  3. kerran viikossa
  4. 2 - 3 kertaa kuukaudessa
  5. muutaman kerran vuodessa tai harvemmin
  6. en koskaan
- 18 Kuinka usein juot alkoholia kerralla kuusi annosta tai enemmän?**
1. \_\_\_\_\_ kertaa viikossa
  2. \_\_\_\_\_ kertaa kuukaudessa
  3. \_\_\_\_\_ kertaa vuodessa
  4. harvemmin kuin kerran vuodessa
  5. en koskaan
- 19 Mikä seuraavista kuvaisi parhaiten terveyskäyttäytymistäsi?**
1. **turhautunut** (innostun, mutta en viitsi, olen kyllästynyt laihduttamaan..)
  2. **muutosta yrittävä** (olen jo muuttanut tapojani terveellisemmäksi..)
  3. **huoleton** (en voi painolleni mitään, koska sukuvika, ei ole mitään haittaa...)
  4. **tiedonhaluinen** (en tiedä riittävästi, toivon lisää tietoa...)
  5. **kulinaristi** (terveellinen on mautonta, on vaikea löytää terveellisempi, nautin epäterveellisemmästä enemmän ...)
  6. **epäuskoinen** (en usko, että valinnoillani on merkitystä terveyteeni, ne eivät kuulu muille)
- 20 Mitä mieltä olet seuraavista väittämistä?** (Ympyröi kullakin riviltä yksi vaihtoehto: 1=kyllä, 2=ei, 3=en osaa sanoa / en tiedä)
- |   | kyllä | ei | en tiedä /<br>en osaa sanoa |
|---|-------|----|-----------------------------|
| a) Verenpainelukemani ovat hyvät  | 1     | 2  | 3                           |
| b) Nykyiset kolesterolilukemani ovat hyvät                              | 1     | 2  | 3                           |
| c) Diabetesriskini on arvioitu  | 1     | 2  | 3                           |
| d) Painolukemani on sopiva  | 1     | 2  | 3                           |
| e) Liikun riittävästi   | 1     | 2  | 3                           |
| f) Alkoholinkäyttöni lisää sydänsairauden riskiä                        | 1     | 2  | 3                           |
| g) Tupakointini nostaa verenpainettani ja lisää sydänsairauden riskiäni | 1     | 2  | 3                           |
| h) Tunnen elintarvikkeiden sydänmerkin                                  | 1     | 2  | 3                           |
| i) Etsin terveyteen liittyvää tietoa internetistä                       | 1     | 2  | 3                           |

- 21 **Tunnetko alla mainituista luotettavista terveystietolähteistä joitakin?**
1. [www.terveyskirjasto.fi](http://www.terveyskirjasto.fi)
  2. [www.terveysuomi.fi](http://www.terveysuomi.fi)
  3. [www.thl.fi](http://www.thl.fi)
  4. joku muu, mikä? \_\_\_\_\_
- 22 **Kuinka suureksi koet riskisi sairastua sydän- ja verisuonitautiin 20 vuoden kuluessa?**
1. suureksi
  2. kohtalaiseksi
  3. pieneksi
  4. minulla on jo sydän- ja verisuonitauti
- 23 **Mitä terveyskeskuksen pitäisi mielestäsi tehdä edistääkseen keski-ikäisen miehen sydänterveyttä? Voit valita KAKSI vaihtoehtoa.**
1. järjestää vain miehille tarkoitettua ryhmäohjausta
  2. järjestää terveystapahtumapäiviä
  3. jakaa terveystiedotteita kotiin
  4. tarjota terveystarkastuksia
  5. kehittää internet -välitteistä terveysneuvontaa
  6. jotakin muuta; mitä? \_\_\_\_\_
- 24 **Koetko omaa terveystarkastusta tarpeelliseksi?**
1. kyllä
  2. en; miksi et? \_\_\_\_\_
- 25 **Oletko halukas tulemaan alueesi sairaanhoitajan vastaanotolle tarkastusta varten?**
1. kyllä haluan tulla ja toivon että minuun otetaan yhteyttä ajan sopimiseksi (**ks. toiminta-ohje kyselyn lopusta!**)
  2. kyllä ja varaan ajan itse
  3. en, koska \_\_\_\_\_

## SYDÄMELLINEN KIITOS VASTAUKSISTASI!

### HUOM!

Mikäli haluat, että terveyskeskus ottaa Sinuun yhteyttä terveystarkastuskäynnin sopimiseksi, niin ole hyvä ja irrota seuraava sivu sekä täytä siihen yhteystietosi. Sulje se oheiseen ”Aluehoitaja / yhteydenottopyyntö” -kuoreen ja palauta kyselylomakkeen kanssa samassa kuoreessa. Lomakkeet käsitellään aivan erikseen, eikä henkilötietojasi yhdistetä missään vaiheessa kyselyvastauksiin!

Mikäli et halua vastata kyselyyn, voit tuki ilmoittaa vain halukkuutesi terveystarkastuskäynnin sopimisesta.

**Haluan tulla terveystarkastukseen ja toivon, että terveyskeskus ottaa minuun yhteyttä tämän vuoden kuluessa ajan sopimiseksi.**

nimi: \_\_\_\_\_

osoite: \_\_\_\_\_

puh.: \_\_\_\_\_

**Liite 2. TAULUKKO Miesten kokema sydän- ja verisuonisairauden riski 20 vuoden kuluessa ja tietoisuus omista arvoista (n, %)**

<b>Muuttuja</b>	<b>Kohtalainen</b>	<b>pieni</b>	<b>on jo sairaus</b>	<b>Yhteensä.</b>
<b>RR &lt; 140</b>	71 % (n=10)	78 % (n=7)	0 % (n=0)	71 % (n=17)
<b>RR &gt; 140/90</b>	14 % (n=2)	11 % (n=1)	0 % (n=0)	13 % (n=3)
<b>Ei tiedä arvoa</b>	<b>14 % (n=2)</b> (n=14)	<b>11 % (n=1)</b> (n=9)	<b>100 % (n=1)</b> (n=1)	<b>17 % (n=4)</b> (n=24=)
<b>Kolesteroli &lt; 5</b>	39 % (n=5)	50 % (n=4)	0 % (n=0)	41 % (n=9)
<b>Kolesteroli &gt; 5</b>	46 % (n=6)	38 % (n=3)	0 % (n=0)	41 % (n=9)
<b>Ei tiedä arvoa</b>	<b>15 % (n=2)</b> (n=13)	<b>13 % (n=1)</b> (n=8)	<b>100 % (n=1)</b> (n=1)	<b>18 % (n=4)</b> (n=22)
<b>LDL &lt; 3</b>	39 % (n=5)	38 % (n=3)	0 % (n=0)	36 % (n=8)
<b>LDL &gt; 3</b>	31 % (n=4)	25 % (n=2)	0 % (n=0)	27 % (n=6)
<b>Ei tiedä arvoa</b>	<b>31 % (n=4)</b> (n=13)	<b>38 % (n=3)</b> (n=8)	<b>100 % (n=1)</b> (n=1)	<b>36 % (n=8)</b> (n=22)
<b>Paastosokeri &lt; 6</b>	39 % (n= 5)	25 % (n=2)	100 % (n=1)	36 % (n=8)
<b>Paastosokeri &gt; 6</b>	15 % (n=2)	0 % (n=0)	0 % (n=0)	9 % (n=2)
<b>Ei tiedä arvoa</b>	<b>46 % (n=6)</b> (n=13)	<b>75 % (n=6)</b> (n=8)	<b>0 % (n=0)</b> (n=1)	<b>54 % (n=12)</b> (n=22)
<b>Vyötärö &lt; 94cm</b>	39 % (n=5)	13 % (n=1)	0 % (n=0)	27 % (n=6)
<b>Vyöt &gt; 94cm</b>	39 % (n=5)	38 % (n=3)	0 % (n=0)	36 % (n=8)
<b>Ei tiedä arvoa</b>	<b>23 % (n=3)</b> (n=13)	<b>50 % (n=4)</b> (n=8)	<b>100 % (n=1)</b> (n=1)	<b>36 % (n=8)</b> (n=22)
<b>BMI &lt; 25</b>	36 % (n=5)	13 % (n=1)	0 % (n=0)	26 % (n=6)
<b>BMI &gt; 25</b>	43 % (n=6)	38 % (n=3)	0 % (n=0)	39 % (n=9)
<b>Ei tiedä arvoa</b>	<b>21 % (n=3)</b> (n=14)	<b>50 % (n=4)</b> (n=8)	<b>100 % (n=1)</b> (n=1)	<b>35 % (n=8)</b> (n=23)

**Liite 3. TAULUKKO Miesten arvioima terveydentila nykyisin ja koettu sydän- ja verisuonisairastumisen riski 20 vuoden kuluessa**

		Koettu terveydentila tällä hetkellä				
		erinomainen	hyvä	keskinkert.	huono	yht.
<b>Koettu riski 20v.</b>	kohtalainen	33,3 % (n=1)	58,8% (n=10)	100 % (n=4)	0% (n=0)	60 % (n=15)
	pieni	66,7% (n=2)	41,2 % (n=7)	0 % (n=0)	0 % (n=0)	36 % (n=9)
	on jo sairaus	0 % (n=0)	0 % (n=0)	0 % (n=0)	100 % (n=1)	4 % (n=1)
		<hr/> 100 % (n=3)	<hr/> 100 % (n=17)	<hr/> 100 % (n=4)	<hr/> 100 % (n=1)	<hr/> 100 % (n=25)