



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

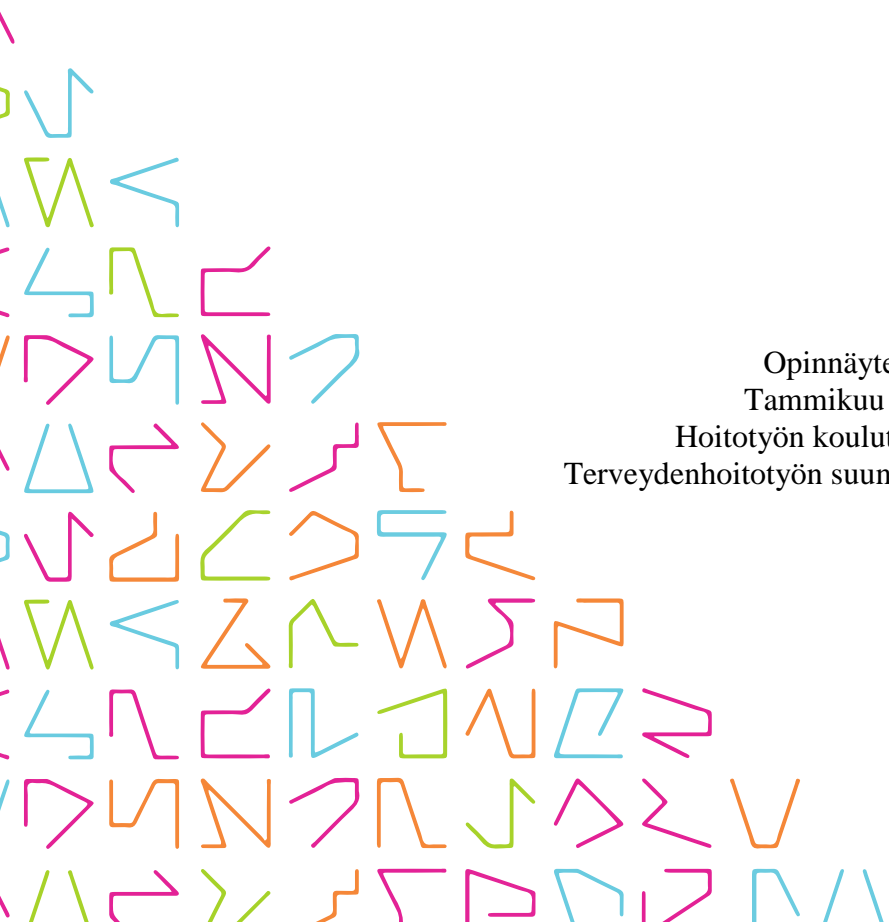
TERVEET MIEHET – VOIMAA RYHMÄSTÄ

Sydän- ja verisuoniterveyttä edistävät ryhmätapaamiset Miestalo Mattilan miehille

Marisa Karjalainen

Aani Kääriäinen

Opinnäytetyö
Tammikuu 2016
Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystyön suuntautumisvaihtoehto



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto

KARJALAINEN, MARISA & KÄÄRIÄINEN, AANI
TERVEET MIEHET – VOIMAA RYHMÄSTÄ

Sydän- ja verisuoniterveyttä edistävät ryhmätapaamiset Miestalo Mattilan miehille

Opinnäytetyö 53 sivua, joista liitteitä 2 sivua
Tammikuu 2016

Toiminnallinen opinnäytetyö toteutettiin yhdessä tamperelaisen Miestalo Mattilan kanssa. Opinnäytetyön tarkoituksena oli järjestää Miestalo Mattilan keski-ikäisille miehille toiminnallista ryhmänohjausta miesten sydän- ja verisuoniterveydestä. Opinnäytetyön tavoitteena oli, että miehet kiinnostuvat ja motivoituvat oman terveytensä edistämisestä sekä tekevät valintoja sen eteen. Opinnäytetyön tehtävinä oli selvittää, miten ryhmä toimii keski-ikäisten miesten kohdalla sydänterveyden edistämisen näkökulmasta ja motivoivatko mittaukset miehiä elintapamuutokseen.

Miehet koetaan terveydenhuollossa usein vaikeasti lähestyttävänä asiakasryhmänä, ja ryhmänohjauksen on todettu olevan tehokas keino miesten elintapaohjauksessa. Opinnäytetyön toiminnallisena tuotoksena toteutettiin neljä toiminnallista ryhmänohjauskertaa Miestalo Mattilan keski-ikäisille miehille. Elintapaohjaukseen kuului esimerkiksi ohjausta terveellisen ruokavalion ja liikunnan merkityksestä sydän- ja verisuoniterveydelle. Ryhmänohjaukseen sisältyi sydän- ja verisuoniterveyttä kuvaavia mittauksia, sillä tutkimusten mukaan miehille mittausarvot ovat hyödyllisiä tekijöitä elintapamuutosprosessissa onnistumisessa.

Miehet halusivat vaikuttaa omaan terveyteensä ja mittaukset motivoivat miehiä tekemään valintoja oman terveytensä eteen. Ryhmältä saatu tuki koettiin sekä suullisissa että kirjallisissa palautteissa kaikkein motivoivimmaksi tekijäksi. Ryhmänohjausprosessin aikana kaikki miehet kohensivat ainakin yhtä sydän- ja verisuoniterveyttä kuvaavaa mittausarvoa.

Opinnäytetyön johtopäätöksenä todetaan ryhmätoiminnan olevan keski-ikäisille miehille tehokas tapa motivoitua oman terveyden edistämiseen. Mittausarvojen käyttö elintapaohjauksen tukena on miehiä innostavaa ja toimii motivoivana tekijänä elintapamuutokseen erityisesti yhdessä ryhmänohjauksen kanssa.

Asiasanat: terveydenhoitajat, sydän- ja verisuonitaudit, terveyden edistäminen, keski-ikäiset, miehet, ryhmäohjaus

ABSTRACT

Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Public Health Nursing

KARJALAINEN, MARISA & KÄÄRIÄINEN, AANI

Healthy Men – Strength from a Group

A Group Promoting Cardiovascular Health for the Men of Miestalo Mattila

Bachelor's thesis 53 pages, appendices 2 pages

January 2016

Practice-based thesis was conducted in co-operation with Miestalo Mattila located in Tampere. The purpose of the thesis was to organize group counseling with activities relating to men's cardiovascular health. The aim of the thesis was that the men would get interested in promoting their health, be motivated on it and make choices favoring their health. The research tasks of the thesis were to find out how group appointments served middle-aged men who are striving for better cardiovascular health, and if measurements and test results motivate men for a change in their ways of life.

In health care services, men are often experienced as a client group that is difficult to approach. Group counseling has been proved an effective way to enhance men's ways of life. As an output of the thesis, four group-counseling appointments were arranged to middle-aged men of Miestalo Mattila. The advice on healthy living provided at the appointments included e.g. information about the relevance of eating habits and physical activity for cardiovascular health. According to research, different measurements and test results are beneficial for men trying to achieve a healthy way of living. Therefore, measurements and tests revealing men's possible risks for a cardiovascular disease were performed at the group counseling appointments.

The men wanted to impact on their health. Thus, the measurements and the test results motivated them to make health-promoting choices in their daily lives. According to both written and oral feedback, the men experienced the support from the group as the most motivating factor. During the time phrase of the group appointments, all the men improved at least one of their test results.

As a conclusion of the thesis, it can be noted that group work is an efficient way for middle-aged men to get motivated on promoting their health. The use of measurements and test results combined with the advice on healthy living inspire and motivate men to a change in their ways of life, especially, when used together with a group counseling method.

Key words: public-health nurses, cardiovascular diseases, health promotion, middle-aged persons, men, group guidance

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	MIESTEN TERVEYS SEKÄ SYDÄN- JA VERISUONISAIRASTAVUUS.	7
	2.1 Miesten terveystottumukset	7
	2.2 Sydän- ja verisuonisairastavuus.....	8
	2.2.1 Riskitekijät	9
	2.2.2 Ennaltaehkäisy	11
3	MIESTEN TERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN.....	13
	3.1 Maskuliinisuus terveyskäyttäytymisessä	13
	3.2 Riskikäyttäytyminen	14
	3.3 Siviilisäädyn vaikutus terveyskäyttäytymiseen	15
4	KESKI-ikäinen mies terveysneuvonnan asiakkaana.....	17
	4.1 Elämän murrosvaihe	17
	4.2 Terveysneuvontaa miehille	18
5	VALMENTAVA ELÄMÄNTAPAOHJAUS.....	20
	5.1 Motivoiva haastattelu.....	20
	5.2 Muutosvaihemalli elintapaohjauksen tukena.....	21
	5.3 Ryhmänohjaus	23
6	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	25
7	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	26
	7.1 Toiminnallinen opinnäytetyö.....	26
	7.2 Opinnäytetyön prosessi.....	27
	7.3 Ryhmätapaamisten suunnittelu ja toteutus.....	28
	7.4 Ryhmätapaamisten arviointi	31
	7.5 Ryhmäläisen antama kirjallinen palaute	33
8	POHDINTA.....	35
	8.1 Eettisyys ja luotettavuus	35
	8.2 Tarkoituksen ja tavoitteen arviointi	37
	8.3 Tehtävien ja tulosten tarkastelu	38
	8.4 Jatkotutkimusaiheita ja kehittämisehdotuksia	42
	LÄHTEET.....	44
	LIITTEET	51
	Liite 1. Mittaustulokset- kaavake	51

1 JOHDANTO

Suomalainen mies kuolee keskimäärin kuusi vuotta aikaisemmin kuin suomalainen nainen (Huttunen 2014). Kaikista työikäisten miesten kuolemista 39 % johtuu sydän- ja verenkierroelinten sairauksista (Tilastokeskus 2014a). Erityisesti miehillä painoindeksillä, vyötärön ympäryksellä sekä korkeilla veren sokeri- ja triglyseridipitoisuuksilla on yhteyttä sydän- ja verisuonisairastavuuteen (Nykänen 2008, 118).

Miesten terveystietoisuudessa maskuliinisuus saattaa vähentää terveystietoisuuden piiriin hakeutumista. Keski-ikäisillä miehillä maskuliinisuuteen liittyvä pärjääminen sekä kivun ja sairauden kieltäminen voivat olla lapsuudesta opittuja kulttuurillisia tapoja, jotka heijastuvat aikuisikään. (Oikarinen 2008, 96.) Keski-ikässä kiinnostus omaa terveyttä kohtaan kasvaa, kun riskit terveyteen vaikuttavista asioista tiedostetaan paremmin (Nurminen 2008, 75). Pietilän (2008, 238–239) mukaan miehet tasapainottelevat omaan terveyteen vaikuttavien ja maskuliinisuuteen liittyvien käyttäytymismallien välillä. Maskuliinisuuden yhdistäminen epäterveellisiin elämäntapoihin ja riskikäyttäytymiseen ei kuitenkaan anna kokonaiskuvaa miesten terveydestä.

Opinnäytetyön aihepiirin idea saatiin koululta tulleesta ehdotuksesta toiminnallisen opinnäytetyön tekemisestä tamperelaiseen miesten toimintakeskukseen Miestalo Mattilaan. Opinnäytetyön aihe ideoitiin yhdessä Miestalo Mattilan yhdyshenkilön kanssa. Toiminnallisen osuuden aiheen ja toteutumistavan valintaan vaikutti tutkimustieto keski-ikäisten miesten sydän- ja verisuonisairastavuuden yleisyydestä. Erityisesti ryhmässä toteutettu elämäntapaohjanta on todettu miehillä tulokselliseksi (Nurminen 2008, 7). Myös mittausarvojen parantumisen konkreettisella näkemisellä on todettu olevan positiivinen vaikutus miesten terveydenedistämiseksi (Pietilä 2013, 7).

Opinnäytetyön tarkoituksena on järjestää Miestalo Mattilan keski-ikäisten miesten ryhmälle neljä toiminnallista tapaamiskertaa, joissa miehet osallistuvat sydän- ja verisuoniterveyttä kuvaaviin perusmittauksiin. Opinnäytetyön tavoitteena on, että miehet kiinnostuvat ja motivoituvat oman terveytensä edistämiseksi sekä tekevät valintoja sen eteen.

Tamperelainen Miestalo Mattila on kansalaistalo, joka tarjoaa monenlaiset puitteet mieslähtöiselle toiminnalle. Toiminta on lähtökohtaisesti maksutonta ja sen tarkoituksena on tuoda sisältöä, uusia mahdollisuuksia ja sosiaalisia suhteita miesten elämään. Miestalo Mattila järjestää toimintatiloissaan arkipäivisin avointa toimintaa, sekä ryhmätoimintaa, teematapahtumia, erilaisia kursseja ja kulttuuritapahtumia. Miestalo Mattilan toiminnan ja tilat rahoittaa RAY.

Opinnäytetyössä keski-ikäksi määritellään Näshlindh-Ylispangarin (2008), Nurmenniemmen (2008) ja Helldánin, Helakorven, Virtasen ja Uutelan (2013) mukaisesti 40 - 65-vuoden ikäjakama. Opinnäytetyön teoriaosassa esitetyt riskitekijät on rajattu ryhmätaapaamisissa käytettyjen sydän- ja verisuoniterveyttä kuvaavien mittauksien perusteella oleellisiksi riskitekijöiksi. Miesten terveydestä sekä sydän- ja verisuonisairastavuudesta kertovassa luvussa on tietoa pääasiassa suomalaisista miehistä, mutta mukana on myös kansainvälistä tietoa miesten terveydestä kokonaiskuvan laajentamiseksi. Teoriaosassa on kuvattu terveyskäyttäytymisen vaikutuksia miesten terveyteen sekä tekijöitä, jotka on todettu tuloksellisiksi miesten terveydenedistämässä. Terveystieteiden roolia elämäntapamuutosprosessissa on kuvattu valmentavan elämäntapaohjauksen keinoin.

2 MIESTEN TERVEYS SEKÄ SYDÄN- JA VERISUONISAIRASTAVUUS

Euroopan Unionin jäsenmaiden vertailussa suomalaisten miesten ja naisten kuolleisuus-erot sydän- ja verisuonisairauksiin ovat EU:n suurimmat. Seuraavaksi suurimmat erot kuolleisuudessa ovat raportin mukaan Virossa ja Liettuaassa. (White 2011, 218.) Suomalainen mies kuolee keskimäärin kuusi vuotta aikaisemmin kuin suomalainen nainen. Mainittavimpia syitä suomalaisten miesten kuolleisuuteen sydän- ja verisuonisairauksien lisäksi ovat tapaturmat ja väkivaltakuolemat. (Huttunen 2014.)

2.1 Miesten terveystottumukset

Suomessa monet kansansairauksiin vahvasti liittyvät elintavat ovat pitkällä aikavälillä parantuneet työikäisten keskuudessa. Erityisesti miesten tupakointi on vähentynyt merkittävästi 1970-luvulta lähtien. Kuitenkin osa terveystottumusten muutoksista on ollut epäedullisia, esimerkiksi ylipainon lisääntyminen ja alkoholinkäytön kasvu. (Helldán ym. 2013, 27.)

Miehet noudattavat Suomessa valtakunnallisia ruoka- ja ravitsemussuosituksia naisia huonommin. Terveysten- ja hyvinvoinnin laitoksen raportin mukaan miehistä 34 % kertoi syövänsä tuoreita kasviksia päivittäin, naisista vastaavasti 51 % kertoi nauttivansa kasviksia päivittäin. (Helldán ym. 2013, 15–17.) Nykäsen (2008, 113) mukaan miehet ottavat suositusten mukaiset ruokailutottumukset käyttöön vasta myöhemmällä iällä (yli 45-vuotiaana) esimerkiksi sairastumisen tai jonkin terveyteen liittyvän syyn, kuten terveyskeskushoitajakson tai ikäkausitarkastuksen, takia saadun ravitsemusohjauksen jälkeen.

Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen raportissa 45–54-vuotiaista miehistä noin 17 % ja 55–65-vuotiaista noin 20 % ilmoitti tupakoivansa päivittäin. Kuitenkin tässä ikäryhmässä alle vuoden sisällä tupakoinnin lopettaneiden osuus oli suurinta muihin ikäluokkiin verrattuna. Alueellisesti miesten tupakointi oli yleisintä Kaakkois-Suomessa ja harvinaisinta Uudellamaalla. (Helldán ym. 2013, 12–14.) Euroopan Unionin komission tekemässä miesten terveystottumuksista kertovassa raportissa kävi ilmi, että EU-maissa päivittäin tupakoivia miehiä oli vähiten Ruotsissa ja toiseksi vähiten Suomessa. Eniten tupakoivat

latvialaiset miehet. Keskimäärin EU-maissa noin 30 % miehistä ilmoitti tupakoivansa päivittäin. (White 2011, 90–91.)

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen raportin mukaan suomalaisista miehistä 59 % kertoi käyttäneensä alkoholia kuluneen viikon aikana, kun vastaavasti naisista 24 %. Viikossa yli kuusi annosta alkoholia kerralla ilmoitti käyttävänsä 21 % miehistä. (Helldán ym. 2013, 14–16.) EU-maissa eniten alkoholia käyttävät liettualaiset miehet ja vähiten romanialaiset miehet. Raportissa 25 maan vertailussa Suomi sijoittui 17. kuvattaessa kuinka suuri osa miehistä oli juonut alkoholia vuonna 2004. Suomalaista miehistä hieman yli 80 % oli ilmoittanut käyttäneensä alkoholia kuluneen vuoden aikana. Raportissa ei ollut tutkittu varsinaisia käyttömääriä. (White 2011, 98.)

2.2 Sydän- ja verisuonisairastavuus

EU-maissa vuonna 2007 sydän- ja verisuonisairauksista iskeemiset sydänsairaudet aiheuttivat eniten miesten kuolemia. Suurinta sydän- ja verenkiertoelinsairauksista johtuva kuolleisuus oli bulgarialaisilla miehillä. (White 2011, 200, 210.) Tilastollisesti Suomessa kaikista työikäisten miesten kuolemista 39 % johtuu sydän- ja verenkiertoelinten sairauksista (naisilla vastaavasti 20 %) ja prosentuaalisesti määrä kasvaa iän karttuessa. Suomessa sydän- ja verisuonitaudit ovat kolmanneksi suurin työkyvyttömyyttä aiheuttava sairausryhmä. (Tilastokeskus 2014a.) EU-maissa eniten sydän- ja verisuonisairauksia on diagnosoitu liettualaisilla miehillä ja vähiten kyproslaisilla miehillä. Vuonna 2005 Suomi sijoittui yhdeksänneksi sydän- ja verisuonisairastavuudessa EU:n tekemän 24 maan vertailussa. (White 2011, 155.)

Suomessa kuolee vuosittain sepelvaltimotautiin noin 10 000 henkeä ja näistä hieman yli puolet on miehiä (Tilastokeskus 2014b). Sepelvaltimotauti on mainittavin syy suomalaisten miesten ja naisten kuolleisuuseroihin. Se lyhentää miehen elinikää noin kaksi vuotta naisten elinikään verrattuna. Osuus on suuri verrattaessa sitä esimerkiksi tapaturma- ja väkivaltakuolemien osuuteen, jotka selittävät kuolleisuuseroista noin puolitoista vuotta. (Huttunen 2014.) Suomessa sydän- ja verisuonisairastavuuteen ja kuolleisuuteen vaikuttavat alueelliset erot, esimerkiksi Itä- ja Koillis-Suomessa sairastavuus on lähes kaksinkertaista Lounais-Suomeen verrattuna (Reunanen 2005).

Kaikissa EU-maissa aivohalvaukseen kuolleiden alle 65-vuotiaiden miesten osuus on huomattavasti naisten osuutta suurempi (White 2011, 218). Suomessa alle 75-vuotiailla miehillä on kaksinkertainen riski saada aivoinfarkti naisiin verrattuna, ja noin 1800 miestä kuolee vuosittain aivoinfarktiin (Aivoinfarkti: Käypä hoito – suositus 2011).

2.2.1 Riskitekijät

Suomessa ylipainoisten osuus on kasvanut tasaisesti pitkällä aikavälillä. Miehistä noin 66 % on ylipainoisia. (Männistö, Laatikainen & Vartiainen 2012, 1.) Miesten keskuudessa lihavuus on yleisintä keski-ikäisten 55–64-vuotiaiden joukossa: heistä noin 28 % on lihavia (Brodulin ym. 2013). Ylipainoisuus on työikäisillä miehillä keskimäärin yleisempää kuin naisilla (Männistö ym. 2012, 32). Miehillä painoindexillä ja erityisesti vyötärön ympäryksellä on selvä yhteys sydän- ja verisuonisairastavuuteen sekä korkeaan veren sokeri- ja triglyseridipitoisuuteen (Nykänen 2008, 118, 121). Lihavuudessa vyötärölihavuus, eli ylipainon kertyminen keskivartaloon, on vaarallisinta. Tällöin suuri osa liikaravasta kertyy vatsaontelon sisään suolten ja sisäelinten väliin sekä maksaan. Vyötärölihavuuden aiheuttamat aineenvaihdunnan häiriöt heijastuvat kaikkialle elimistöön ja riski sairastumiseen lisääntyy. Miehillä taipumus vyötärölihavuuteen on suurempi kuin naisilla. Normaalipainoisellakin henkilöllä vyötärölihavuus on terveysriski. (Mustajoki 2014.)

Liikkumattomuuden on todettu olevan jo neljänneksi suurin kuolemanriskiä lisäävä tekijä maailmassa kohonneen verenpaineen, tupakoinnin ja korkean veren sokerin jälkeen (World Health Organization 2009, 11). Lihavuus lisää sydän- ja verisuonisairastavuuden riskiä, mutta pelkkä hoikkuus ei täysin suojaa sairastumiselta. Fyysinen kunto edistää ja ylläpitää terveyttä: on todettu, että hyväkuntoiset ylipainoiset henkilöt ovat usein terveempiä kuin hoikat henkilöt, joilla on huono kestävyyskunto. (Lavie ym. 2014.)

Diastolisen verenpainetason ollessa yli 100 mmHg on henkilöllä 70 % suurempi riski kuolla sydänperäisesti kuin normaalin verenpainetason omaavalla henkilöllä (Vatten ym. 2006). Diabeetikolla on jopa nelinkertainen riski sairastua sepelvaltimotautiin tai saada aivohalvaus (Diabetes – uhka terveydelle 2013). Kohonneet paastoverensokeriarvot ja

sokerirasituskokeen jälkeiset arvot ennustavat riskiä sairastua sydän- ja verisuonitauteihin, vaikkei muita sairauksien riskitekijöitä olisikaan havaittavissa. Näiden arvojen ei tarvitse täyttää diabeteksen kriteereitä. (Levitan, Song, Ford & Liu 2004.)

Erityisesti ruokavaliosta saatavan rasvan laadulla ja määrällä on suuri merkitys sydän- ja verisuonisairauksien syntymiseen. Liiallinen kovien, tyydyttyneiden rasvojen saanti vaikuttaa epäedullisesti veren rasva-arvoihin ja edistää verisuonien kalkkeutumista. (Huttunen 2012.) Farrelin ym. (2012) tutkimuksessa hyvässä fyysisessä kunnossa olevilla miehillä korkea LDL-taso ei merkittävästi lisännyt sydän- ja verisuoniperäisiä sairastumisia ja -kuolemia. Huomattavasti enemmän sydän- ja verisuoniperäisiä kuolemia taas todettiin miehillä, joilla oli huonon hengitys- ja verenkiertoelimistön kunnan lisäksi korkea LDL-kolesterolitaso. (Farrel ym. 2012.) Stroke-lehden julkaisemassa saksalaistutkimuksessa aivohalvauksen saaneilla miehillä todettiin useammin hyperlipidemiaa ja sepelvaltimotautia kuin vastaavasti aivohalvauksen saaneilla naisilla. Miesten todettiin myös tupakoivan naisia enemmän. (Förster ym. 2009.)

Alkoholinkäytön vaikutus sydän- ja verisuonisairauksiin on kaksijakoinen (Miettinen 2014a). Alkoholinkäytön suojaavia tekijöitä on julkaistu lähinnä ulkomaalaisissa tutkimuksissa. Yhden tai kahden alkoholiannoksen päivässä – erityisesti illallisen yhteydessä nautitun punaviinilasillisen - on todettu ehkäisevän haitallisia sydän- ja verisuonimuutoksia (O’Keefe ym. 2014). Suojaavan vaikutuksen on arveltu muodostuvan punaviinin sisältämistä yhdisteistä. Kohtuullisen alkoholinkäytön tuomat suojaavat vaikutukset kuitenkin katoavat, jos alkoholia käyttää edes kerran kuukaudessa kerralla viisi annosta tai enemmän. (Roerecke & Rehm 2009, 633.) Ruotsalaisessa seurantatutkimuksessa ei löytynyt näyttöä alle 55-vuotiaille miehille edes pienten alkoholimäärien terveyttä edistävästä vaikutuksista: alkoholin käyttömäärien noustessa sydän- ja verisuonisairastavuus nousi. Miehillä, jotka käyttivät keskimäärin 10–60 g puhdasta alkoholia päivässä, todettiin lähes kaksinkertainen riski sydäninfarktin saamiseen alkoholia käyttämättömiin miehiin verrattuna. (Romelsjö ym. 2012.)

Tupakoivalla henkilöllä on jopa nelinkertainen riski sairastua sepelvaltimotautiin tupakoimattomaan henkilöön verrattuna. Passiivinen tupakointi lisää riskiä sairastua verenkiertoelimistön sairauksiin lähes yhtä paljon kuin aktiivinen tupakointi. (Miettinen

2014b.) Tupakointi on merkittävin sydän- ja verisuonisairauksien ehkäistävässä oleva riskitekijä. Kansainvälisesti 25 % keski-ikäisten sydän- ja verisuonisairausperäisistä kuolemista aiheutuu tupakoinnin seurauksena. (Papathanasiou ym. 2014.)

Stressin ja verenkiertoelimistön sairauksien suoraa yhteyttä ei ole yksimielisesti pystytty todistamaan, vaikka tutkimuksia aiheesta onkin viime vuosina tehty. Stressin on kuitenkin todettu voivan lisätä sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöiden määrää, kuten nostavan verenpainetta ja kolesterolitasoja. Stressin on todettu lisäävän myös tupakointia, alkoholin käyttöä ja ylensyömistä. (American Heart Association 2014.) Britannialaisen Whitehall II – tutkimuksen mukaan kovaksi koettu stressi lisää sydän- ja verisuonisairastavuutta. Henkilöillä, jotka kokivat stressin haitallisesti vaikuttavan terveyteensä, oli yli kaksinkertainen riski saada sydäninfarkti tai kuolla sydänperäisesti verrattuna henkilöihin, jotka eivät tiedostaneet stressin vaikutuksia. Syyseurausyhteys pysyi merkittävänä, vaikka tutkimuksessa otettiin huomioon myös stressiin liittyvät erilaiset psykologiset muutokset, terveyskäyttäytymisen erot, biologiset riskitekijät ja sosiaalisen tuen määrä. (Nabi ym. 2013.)

2.2.2 Ennaltaehkäisy

Sydän- ja verisuonisairauksien ennaltaehkäisyssä on oleellista kolesterolin ja verenpaineen alentaminen liikuntaa lisäämällä ja ravinnon rasvan laatuun huomioiminen. Tupakoinnin lopettaminen ja ylipainon vähentäminen vähentävät riskiä sairastumiseen. (Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen... 2014, 42.) Myös oman verenpaineen ja kolesteroliarvojen tunteminen sekä riskitekijöiden tunnistaminen ja niihin vaikuttaminen ovat keinoja, joilla sairastumista voidaan ennaltaehkäistä (Kesäniemi & Salomaa 2009).

Ravinnosta saatavista rasvoista 2/3 tulisi olla pehmeitä rasvoja (Huttunen 2012). Erityisesti transrasvahappojen välttäminen ruokavaliossa on oleellista, sillä ne ovat vielä haitallisempia elimistölle kuin kovat rasvahapot. Suomessa eniten transrasvaa sisältäviä elintarvikkeita ovat leivontamargariinit, pehmytjäätelöt, rasvaiset keksit ja nautanpaistijauheliha. Jonkin verran haitallista transrasvaa sisältäviä tuotteita ovat uppopaistetut ranskanperunat, muromyslit, pakastetaikinat ja pähkinälevitteet. (Kaltainen ym. 2015, 4, 11.) Ruoan energiatihedys on olennainen osa ennaltaehkäisyä. Ruoan energiatihedys

vaikuttaa siihen, kuinka paljon kaloreita henkilö ravinnostaan saa. Samasta määrästä erilaista ruokaa tulee kylläiseksi, mutta niiden energiatiheys voi olla täysin erilainen. (Mustajoki 2015.)

Ruokailutottumusten parantaminen ei yksinään riitä, vaikka sillä onkin suuri merkitys. Liikuntavoittoinen laihduttaminen on parasta itsehoitoa erityisesti vyötärölihavuuteen, koska liikunta vähentää vatsaontelon rasvaa, vaikka paino ei laskisikaan. (Mustajoki 2014.) Liikunnan tulisi olla kohtuukuormitteista, kestävyystyypistä liikuntaa ja sitä tulisi harrastaa vähintään 30 minuuttia päivässä (Diabetes: Käypä hoito – suositus 2013).

3 MIESTEN TERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN

Kaikissa EU-maissa miehet käyttävät terveystalvaeluita naisia vähemmän. Suomalaisen keski-ikäisten miesten lääkäriin hakeutuminen oli EU-maiden neljänneksi alhaisinta 21 maan vertailussa vuonna 2004. (White 2011, 166, 169.) Miehet eivät hakeudu terveystalvaeluihin pelkän diagnoosin saamiseksi, ellei kyseessä ole toimintakyvyn säilyttäminen. Terveystalvaeluuta saatetaan arvostaa vain osana työkykyä. Miehet ratkaisevat asiat yleensä toiminnan kautta ja siksi heidän voi olla vaikea pysähtyä pohtimaan omaan terveystalvaeluun vaikuttavia tekijöitä. (Heinonen 2006, 126, 163; Nurmenniemi 2008, 7; Näslindh-Ylis-pangar 2008, 54.)

3.1 Maskuliinisuus terveystalvaeluutymisessä

Sukupuoli määritellään biologiseksi, psyykkiseksi, sosiaaliseksi ja kulttuurilliseksi kokonaisuudeksi. Miesten maskuliinisuutta ja miehuutta ei ole historiassa tavallisesti liitetty terveystalvaeluutymisiin asenteisiin tai toimintatapoihin. Eri yhteisöjen, yhteiskuntien ja kulttuureiden asenteiden sekä arvojen tarkastelu osoittaa, että ne sisältävät paljon kirjoittamattomia normeja miehisydestä. Miehistyden symboleita ovat olleet fyysinen voima, varallisuus, uhkarohkeat ja jopa vaaralliset teot. Nämä mielikuvat ovat jossain määrin muuttuneet pysyviksi tiedostamattomiksi ”oletuksiksi”, joihin miehistyttä verrataan. (Heinonen 2006, 161.)

Nykyisen länsimaalaisen kulttuurin kehitys monimuotoisempaan suuntaan on vapauttanut miehistyteen liittyviä normeja varsinkin nuorten keskuudessa. Kuitenkin vanhemman sukupolven keskuudessa asenne miehistydestä, siihen liittyvästä pärjäämisestä ja terveystalvaeluuteista saattaa yhä elää vahvana. (Nurmenniemi 2008, 15; Peitsalo 2008.) Oikarisen (2008, 96) väitöskirjan tuloksissa kävi ilmi, että lapsuudessa opitut tavat suhtautua terveystalvaeluuteen ja terveystalvaeluuihin vaikuttavat miesten terveystalvaeluutymiseen myöhemmälläkin iällä: miesten lapsuudenkodeissa ei ollut juurikaan puhuttu terveystalvaeluuteen liittyvistä asioista, eikä niistä osattu tai haluttu puhua vanhempanakaan.

Etenkin keski-ikäiset miehet hakeutuvat terveystalouteen huomattavasti enemmän kuin naiset (Cream 2000, 250). Evansin ym. (2011, 9) toimittamassa artikkelikokoelmassa käy ilmi, että miehet saattavat liittää hoitoon hakeutumisen feminiinisiin piirteisiin, kuten heikkouteen ja toisesta riippuvaisuuteen. Hoitoon hakeutumista saatetaan myös viivyttää: esimerkiksi masennuksen takia päivystykseen saapuvien miesten on todettu olevan paljon kriittisemmässä tilassa, kuin samalla syyllä päivystykseen tulleiden naisten. (Williams 2003.)

Jaksamattomuus, taloudelliset syyt tai asuinpaikan palveluiden niukkuus voivat selittää miesten passiivisuutta terveystalouden käyttäjinä (Nurmenniemi 2008, 15). Syynä terveystalouden vähäiseen käyttöön voi myös olla oireeton olo sekä häpeän tunne, esimerkiksi koskien jotakin arkaluontoista vaivaa. Erityisesti arkojen henkilökohtaisten aiheiden esille tuominen ja/tai niiden myöntäminen voi olla miehille vaikeaa. Näin ollen pelon tunne voi saada miehet karttamaan terveystalouksia. Kivun tai särryn myöntäminen voi myös olla kolaus miehisyydelle. (Cream 2000, 250.)

Lääkärin ja hoitajan vastaanotolla miehet eivät välttämättä kerro totuutta omasta terveydentilastaan tai he kertovat siitä liian vähän. (Cream 2000, 22.) Miehet saattavat kokea terveydenhuoltoon menon kiusalliseksi, koska vastaanotolla harvoin on miespuolista hoitajaa, jolle puhua (Banks 2001). Ulkomaalaiseen lääkäriin saatetaan myös suhtautua varauksella (Oikarinen 2008, 113).

3.2 Riskikäyttäytyminen

Kaikkien EU-maiden kuolleisuustilastoja tarkasteltaessa miesten yleisin kuolemaan johtava tekijä on riskikäyttäytyminen. Erityisesti alkoholinkäytöstä johtuva riskialtis käytös on syynä keski-ikäisten miesten kuolemiin. (White 2011, 204.) Suomessa kaikista päihtyneistä henkilöistä miehet kuolevat vuosittain neljä kertaa naisia useammin jonkin tapaturman seurauksena. Tapaturmaisista kuolemista ovat esimerkiksi liikenneonnettomuudet, putoamiset, kaatumiset ja hukkumiset. Muihin ikäryhmiin verrattuna tapaturmakuolleisuus on suurinta 55–65 vuotiaiden miesten keskuudessa. Miesten osuus tapaturmaisista kuolemista on 68 % ja päihtyneenä tapaturmaisesti kuolleiden miesten osuus on 85 % naisiin verrattuna. (Markkula 2012.) Selvästi suurinta alkoholikuolleisuus on 55–64-vuotiailla miehillä (Tilastokeskus 2014c).

Varsinkin keski-ikäisten miesten kohdalla elämän vaikeudet ja vastoinkäymiset saatetaan purkaa viinaan, vihaan, mustasukkaisuuteen tai vetäytymiseen. Myös kovalla työnteolla saatetaan paeta raskasta arkea. Masennuksen ja burnoutin erottaminen voi olla vaikeaa, sillä oireisto on hyvin samanlainen: haluttomuus, väsymys, unihäiriöt, lisääntynyt alkoholinkäyttö, riittämättömyyden tunne, kyynisyys, ärtyisyys ja jopa väkivaltainen toiminta. Masennusta, burnoutia tai pahaa oloa saatetaan hoitaa alkoholilla, mikä muodostaa noidankehän miehen elämään. (Nurmenniemi 2008, 11, 126, 131.) Pietilän (2008) väitöskirjan tutkimuksen mukaan miehet selittävät liiallisen juomisen sosiaalisin ongelmin esimerkiksi työpaikkaongelmilla ja perheen sisäisillä ongelmilla. Myös stressin vaikutus mainittiin tutkimuksessa runsaan juomisen syynä. (Pietilä 2008, 186–190.)

3.3 Siviilisäädyn vaikutus terveyskäyttäytymiseen

Kumppani pidentää ikää. Läheinen ihminen ja mukava seura voivat kumota tupakoinnin, korkean verenpaineen ja liiallisen kolesterolin haitat. Jopa nalkuttava asuinkumppani vaikuttaisi olevan yksinäisyyttä parempi vaihtoehto. (Helsingin sanomat pääkirjoitussivu 10.9.1997.)

Parisuhteessa elävien miesten terveys on usein huomattavasti parempi kuin yksinelävien miesten. Esimerkiksi vakituisessa parisuhteessa elävien miesten on todettu käyttävän aktiivisemmin heille määrättyjä lääkkeitä kuin ilman puolisoa elävien miesten. Yksinelävillä miehillä on enemmän riskitekijöitä lihavuuteen, runsaaseen alkoholinkäyttöön, masennukseen, syrjäytymiseen (Näslindh-Ylispangar 2008, 35–48.) ja tapaturmiin. Keski-ikäisillä miehillä arkiset asiat, kuten hampaiden säännöllinen harjaus, pyöräilykypärän ja turvavyön käyttö, aamupalan syöminen, terveellisten ruokailutottumusten noudattaminen (esimerkiksi kasviöljyn käyttö, siipikarjan ja kalan lihan suosiminen, kasvisten käyttö, rasvattoman maidon käyttö) ja laihduttaminen on Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportin mukaan yleisempää parisuhteessa elävillä miehillä. (Helldán ym. 2013, 100–151.) Erityisesti yli 40-vuotiailla naimisissa olevilla miehillä terveydentilan on todettu olevan huomattavasti parempi kuin saman ikäisillä yksinelävillä miehillä (Williams & Umberson 2004, 7, 12–13).

Myös kansainvälisissä tutkimuksissa parisuhteen vaikutus miesten terveyteen on todettu positiivisena tekijänä. Saksan terveys- ja sosiaaliministeriön tukemassa tutkimuksessa parisuhde todettiin suojaavana tekijänä sydän- ja verisuoniperäisiltä kuolemilta. Suojaava vaikutus todettiin erityisesti hyperlipidemian syntyyn. Erityisesti alle 60-vuotiailla parisuhteessa elävillä suojaava vaikutus hyperlipidemian syntyyn oli merkittävämpi kuin vanhemmissa ikäryhmissä. Selittävinä tekijöinä pohdittiin olevan parisuhteessa elävien paremmat mahdollisuudet toteuttaa terveellistä ruokavaliota ja kumppanilta saatu sosiaalinen tuki. (Quinones ym. 2014, 6-9.) Sosiaalisten suhteiden puuttuminen ja syrjäytyminen ovatkin Williamsin (2003) mukaan miehille terveysriski.

McMillian ja Goldenberg (2011) arvioivat, että 80 % miehistä kieltäytyy hakeutumasta lääkärin hoitoon, kunnes puoliso vaatii vastaanotolle hakeutumista. Kettusen (2010) tutkimuksessa kävi ilmi, että parisuhteessa elävät miehet haluavat säilyttää itsemääräämisoikeuden omiin asioihinsa ja terveyttä koskeviin päätöksiinsä. Tutkimuksen mukaan miehet eivät myöskään halua kuormittaa puolisoa omilla terveysasioillaan. Tämä ilmenee esimerkiksi siten, ettei kaikkia asioita haluta puolisolalle kertoa ja myös lääkäriin saatetaan hakeutua puolisolta salaa. Miehet kuitenkin kokivat puolison kiinnostuksen terveysasioista ja roolin ”hoitoon passittajana” tai ”kurinpitäjänä” edistävänä ja hyvänä asiana. (Kettunen 2010, 20–21.)

Salmelan (2012) tutkimuksessa yllättävästi todettiin, etteivät parisuhteessa elävät miehet koe jopa ollenkaan ohjauksen tarvetta. Estävänä tekijänä elämäntapamuutosprosessille voi olla miehen puolison sitoutumattomuus muutosprosessiin. Jos puoliso ei ole yhtä motivoitunut, mies ei saa kaipaamaansa sosiaalista tukea elämäntapamuutosprosessiin. (Salmela 2012, 63, 145.) Williamsin ja Umbersonin (2004) mukaan erilaiset miehen elämässä tapahtuvat siirtymät, kuten leskeytyminen tai avioero, ovat alkushokin jälkeen terveyttä parantavia ja motivoivia tekijöitä elämäntapamuutosprosessin aloittamiseen. Ne tuovat miehen elämään ensin huonoja terveystottumuksia ja vaikutuksia, mutta noin kolmessa vuodessa terveystottumukset parantuvat Williamsin ja Umbersonin mukaan merkittävästi. 60 vuotta täyttäneillä yksinelävillä miehillä terveyserot naimisissa oleviin ikätovereihin verrattuna eivät ole enää yhtä merkittäviä kuin nuoremmissa ikäluokissa. (Williams & Umberson 2004, 7, 12–13.)

4 KESKI-ikäINEN MIES TERVEYSNEUVONNAN ASIAKKAANA

Suomalainen mies vaikuttaa olevan uhanalainen laji, joka terveysprojekteista huolimatta kuolee sydäninfarktiin, sairastuu diabetekseen tai jopa tappaa itsensä. (Nurmenniemi 2008, 15.)

4.1 Elämän murrosvaihe

Keski-ikäinen suomalainen mies elää oman elämänsä murrosvaihetta. Vaikka jokaisen elämäntilanne ja arki on hyvin yksilöllistä, tässä vaiheessa erityisesti lasten muuttaminen pois kotoa, parisuhdekriisit, omien vanhempien sairastuminen tai kuolema sekä työidentiteetin muuttuminen koskettavat monia keski-ikäisiä miehiä. (Nurmenniemi 2008, 10.) Keski-ikässä maskuliinisuuteen liittyviä sukupuolirooleja halutaan rikkoa ja miehet ottavat enemmän osaa esimerkiksi lastenlasten hoitoon sekä kotitöihin (Pietilä 2008, 43–46).

Elämän muutosvaiheen jäsentäminen ja ymmärtäminen sekä tuen antaminen terveydenhoitohenkilökunnalta on tärkeää. Keski-ikä on tietynlainen elämän käännekohta, jossa uudelleen arvioidaan jo elettyä elämää ja omia saavutuksia (Evans ym. 2011, 12). Kuusiston (2010) väitöskirjan tutkimuksessa alkoholin ongelmakäytön lopettaminen tapahtui kaikissa tutkimusryhmissä keski-ikä alkamisen paikkeilla. Keski-ikäiselle miehelle elintapamuutoksen tekeminen ja muutoshalun syttyminen oli otollisinta tässä iässä. (Kuusisto 2010, 195–197.)

Kiinnostus omaa terveyttä kohtaan herää uudella tavalla, kun terveyteen liittyvät asiat ovat enemmän ajatuksissa ja riskit tiedostetaan. Ikävuodet 45–55 ovat eräänlainen inventaariovaihe, jossa mies alkaa olla sinut itsensä kanssa. Tämän tunteen saavuttamiseksi mies käy itsensä kanssa keskustelua: miten elämä on mennyt, mitä olisi pitänyt tehdä toisin, mitä vielä ehtii tehdä ja mistä voi luopua. Toisaalta tyhjyyden ja turhautumisen tunteet oman elämän suhteen voivat johtaa kyynisyyteen tai jopa masentuneisuuteen. Ennen työelämästä poisjäämistä 55–65-vuotiaana mies tarkastelee elettyä elämää ja saavutuksiaan. (Nurmenniemi 2008, 10–11.)

4.2 Terveysneuvontaa miehille

Pietilä (2008) nostaa esille kriittisen tarkastelun tärkeyden maskuliinisuuden ja terveyskäyttäytymisen yhteydestä. Maskuliinisuuteen liitetyt haitalliset vaikutukset terveyskäyttäytymiseen eivät saisi luokitella kaikkia miehiä ja asettaa ennakkoluuloja heitä kohtaan. (Pietilä 2008, 256–257.) On tärkeää ymmärtää sukupuoleen liittyviä käyttäytymismalleja, mutta välttää niiden yleistämistä ja lokeroivaa ajattelutapaa. Jos terveydenhuoltohenkilöstön ennakkoluulot vaikuttavat asiakaskohtaamiseen, yksilöllisyyden huomiointi jää vähemmälle ja terveysneuvonta ei saavuta tarkoitustaan. (Fleming, Lee & Dworkin 2014, 8-9.)

Miehet saattavat välttää terveystalvendien käyttöä sairaaksi leimautumisen pelossa, vaikka palveluille olisikin tarvetta (Näshlindh-Ylispangar 2008, 56). Asenteisiin vaikuttava hoitotyö ja salliva ilmapiiri asiakaskohtaamisissa auttavat miestä kertomaan niin fyysiseen kuin henkiseenkin terveyteensä liittyvistä ongelmista riittävän ajoissa. (Melartin ym. 2010.) Huumori, rehellisyys ja avoimuus ovat tärkeitä työvälineitä miesten kanssa työskennellessä. Vastaanotolle tulemisen kynnyistä madaltaa tieto, että siellä voi esittää arkaluontoisikin kysymyksiä ilman häpeän, painostuksen tai kiireen tunnetta. (Nurminen 2008, 16.)

Mittaustuloksilla ja niiden arvoilla sekä arvojen parantumisen konkreettisella näkemisellä on tärkeä vaikutus miehen terveellisten elämäntapojen ylläpitämiseen (Kettunen 2010, 27; Pietilä 2013, 7). Melartin ym. (2011) pohtivat, voisiko miesten kanssa työskennellessä hyödyntää enemmän joitakin teknisiä laitteita, kilpailuviettiä, ryhmän tukea, graafisia oiremittareita tai mittaustuloksien seuranta. Terveystalvullossa testitulokset ovat otollinen keskustelunaihe, jonka kautta päästään selville miehen käsityksestä omasta terveydentilastaan. Kohollaan olevat testitulokset esimerkiksi veren rasva-arvoista tuovat miehelle lisämotivaatiota oman terveyden vaalimiselle. Mittaustuloksiin keskittymisen vaarana on kuitenkin, että terveyden kokonaisvaltainen huomioiminen jää vähemmälle. Terveyden pohtimisen kaventumista pelkästään mittaustulosten seuraamiseen tulisikin välttää. (Pietilä 2013,7.)

Miehet kaipaavat yksilöllisiä, joustavia ja helposti saatavilla olevia palveluita (Näshlindh-Ylispangar 2008, 56). Melartin ym. (2011) pohtivat, voisiko hoitotyön viedä miesten

luokse heidän omiin ympäristöihinsä: harrastuksiin, työpaikoille tai urheiluseuroihin, jos perinteiselle vastaanotolle meneminen on liian vaikeaa. Robertsonin ym. (2013) mukaan miehille suunnattujen terveydenedistämiprojektien toteuttamisessa onnistuneita tapahtumapaikkoja ovat olleet esimerkiksi työpaikat ja urheiluareenat: miehelle tuttu paikka lisää vapautuneisuuden ja hallinnan tunnetta terveysneuvontatilanteessa. Terveydenedistämiprojektien onnistumista ja pysyvyyttä parantaa yhteistyö paikallisten yritysten ja kunnallisten palveluntuottajien kanssa. (Robertson ym. 2013, 38–40.) Englannissa miehillä workshop-tyyliset tilat ja ryhmät, joissa on harjoitettu säännöllistä käytännönläheistä toimintaa, on koettu erityisen tuloksellisiksi terveyden edistämiseksi. Näillä toimilla on pyritty saamaan terveyspalveluiden piiriin niitäkin miehiä, joilla ei ole muuta paikkaa mihin mennä, esimerkiksi työttömällä, perheettömällä ja yksinelävällä miehillä. (Evans ym. 2011, 13.)

Miesten kanssa työskennellessä voisi pohtia Robertsonin ym. (2013, 38–40) laatimaa viittä ”muistisääntöä” onnistuneeseen terveysneuvontaan: terveysneuvonnan tapahtuminen miehille sopivassa tapahtumapaikassa, miehiä houkuttelevan lähestymistavan hyödyntäminen, miesten mielipiteiden hyvä huomiointi, ohjaajan luottavaisuus miehiä kohtaan ja miehille sopivien ohjaustaitojen omaaminen sekä yhteistyö paikallisten yritysten ja kunnallisten palveluntuottajien kanssa. Cookin, Simmonsien, Swinburnin ja Stewartin (2001) tutkimuksessa tutkittiin terveysneuvonnan viemistä miesten työpaikoille. Työpaikalla esitetyllä ravintoinformaatiolla ja kuukausittain toteutetulla 30-minuutin terveysaiheisella työpajalla saatiin miesten ravintotottumuksiin rasvan ja kasvien käytön sekä liikkumisaktiivisuuden osalta positiivisia tuloksia. (Cook ym. 2001.)

Creamin (2000) mukaan miehet eivät välttämättä tiedä, mitä vastaanottokäynnillä tapahtuu ja mitä palveluita terveydenhuolto sisältää, koska eivät ole tottuneet niitä käyttämään. Lisäksi Cream pohtii terveyspalvelurakenteen vaikutusta miesten terveyskäyttäytymiseen: miehiä ei juurikaan opeteta kiinnittämään huomiota omaan kehoonsa ja terveyteensä, kun taas naiset opetetaan esimerkiksi tekemään rintojen itse tutkimus kuukausittain. Myös raskaudenaikaiset seurannat, synnytykset, mammografiat, ehkäisyneuvonta ja gynekologiset tutkimukset ovat totuttaneet naiset terveyspalveluiden käyttöön paremmin kuin miehet. (Cream 2000, 250.)

5 VALMENTAVA ELÄMÄNTAPAOHJAUS

Pelkkä tieto vyötärön ympäryksestä tai veren kolesteroliarvoista ei yksin riitä elintapojen muuttamiseen. Olemassa olevan tiedon soveltaminen käytäntöön ja arkisiin asioihin vaatii usein ohjausta. Terveystoimittaja auttaa tiedon sisäistämässä ja kytkemisessä arkielämän tilanteisiin. Tarkoitus on tukea asiakasta päätöksenteossa ja itsehoidossa sekä luoda hänelle kokemus oman elämän hallitsemisesta. Tavoitteena on saada asiakas itse pohtimaan omaa terveystoimittajayhtymistään. (Turku 2007, 16–23.)

5.1 Motivoiva haastattelu

Elintapaohjauksen tuloksellisuus heikkenee huomattavasti, jos asiakkaan yksilöllisiä piirteitä ja yksilöllisiä tarpeita ei oteta huomioon (Kuusisto 2010, 51). Motivoiva haastattelu on asiakaskeskeinen ohjausmenetelmä, jolla vahvistetaan asiakkaan motivaatiota ja pyritään löytämään motivaatiota tukevia asioita. Haastattelu herättää asiakkaan ajattelemaan omia arvojaan, tavoitteitaan ja tavoiteltavan muutoksen merkitystä. (McCarley 2009, 411–413.) Motivoivaa haastattelua voisi kutsua ”tietojen vaihdoksi”, joka kuvastaa asiakkaan ja hoitajan tasavertaista asemaa (Rollnick, Miller & Butler 2008, 88).

Motivoivan haastattelun keskeinen ajatus on, että muutoksen motivaatio on lähtöisin asiakkaasta (Stewart & Fox 2011, 22). Asiakkaan omat ideat ja resurssit ovat avainasemassa koherenssin tunteen vahvistamiseksi (Rollnick, Miller & Butler 2008, 10). Erityisesti hoitajan kuuntelun taito on tärkeä osa motivoivaa haastattelua. Kysymysten esittäminen ja vastausten kuunteleminen ei pelkästään tarkoita, että osaa kuunnella asiakasta. Tärkeää on osoittaa nonverbaalisesti olevansa asiakasta varten. (Rollnick ym 2008, 65–70, 75.)

Motivoivan haastattelun periaatteita ovat empatian osoittaminen, asiakkaan elämänhallintatunteen vahvistaminen, avoimien kysymysten esittäminen, väittelyn välttäminen, heijastava kuuntelu ja ristiriitojen selvittäminen (McCarley 2009, 411–413). Pirisen (2007) väitöskirjan tutkimuksen mukaan hoitajat eivät kuitenkaan hyödynnä elämäntapaohjannassa tarpeeksi keräämäänsä tietoa asiakkaan taidoista, aiemmista elämäntapamuut-

tosyrityksistä sekä ympäristön vaikutuksesta muutokseen. Toiminnallisten motivaatiomenetelmien esimerkiksi mielikuvaharjoitusten käyttö elämäntapaohjannassa todettiin myös vähäiseksi. (Pirinen 2007, 92–93, 98)

5.2 Muutosvaihemalli elintapaohjauksen tukena

Muutosprosessiin liittyy erilaisia vaiheita, jolloin asiakkaat hyötyvät erilaisesta ohjauksesta ja erilaisesta tietomäärästä. Muutosvaiheen tunteminen tukee ohjauksen toteuttamista, sillä tällöin ohjaaja kykenee pohtimaan mikä tukisi juuri kyseisessä prosessin vaiheessa olevaa asiakasta parhaiten. (Barrow 2013, 43–45.) Muutosvaihemalliin kuuluvat esiharkinta-, harkinta-, suunnittelu-, toiminta- ja ylläpitovaihe sekä repsahdusvaihe. Asiakas ei välttämättä siirry mallissa eteenpäin vaiheesta toiseen vaan voi pysähtyä tietylle muutosvaiheen tasolle tai palata niissä jopa taaksepäin. Prosessin etenemisnopeudet vaihtelevat hyvinkin yksilöllisesti. (Towers, Flett & Seebeck 2005, 15.)

Esiharkintavaiheessa asiakas voi viestiä epämääräisiä muutosajatuksia tai tuoda esille läheisten huolen omasta terveydestään. Terveystenhoitaja tarvitsee herkkyyttä tunnistaa ja nostaa näitä asioita asiakkaan puheesta esille. Harkintavaiheessa muutoksen etujen ja haittojen tunnistamisessa voi käyttää apuna erilaisia havainnollistavia taulukoita. Ohjaajan tulee kuitenkin hyväksyä asiakkaan vaihtelevat ajatukset vanhassa pysymisestä ja muutokseen ryhtymisestä. Asiakkaan kanssa voi yhdessä pohtia jotakin ”näkyä” tulevaisuudessa, joka tekisi muutokseen ryhtymisen mielekkääksi. (Oksanen 2014, 190–192, 197–198.)

Suunnittelu- eli valmisteluvaiheessa asiakkaan alkaessa pohtia muutoksen kokeilemistä hän on yleensä valmis siirtymään keinojen pohtimiseen (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 106). Lahdenperän (2002) väitöskirjan tutkimuksessa kävi ilmi, että tässä vaiheessa olevat asiakkaat toivovat paljon tukea ja jopa kontrollia hoitajalta (Lahdenperä 2002, 49). Asiakkaan motivaatioon vaikuttavat positiivisesti kohtuulliset tavoitteet (Turku 2007, 55). Havainnollistavien menetelmien, kuten erilaisten janojen, toimintasuunnitelmien ja kalentereiden käyttö, auttaa muutoksessa onnistumisessa ja terveydenhoitaja ohjaa asiakasta omien menetelmien löytämisessä (Vänskä ym. 2011, 107).

Muutosprosessille voidaan yhdessä asiakkaan kanssa keksiä motivoiva otsikko esimerkiksi ”Äijä kuntoon!” tai ”Erkki hyväkuntoisiin naimisiin!”, joka kuvastaa muutoksessa tavoiteltavia positiivisia asioita (Oksanen 2014, 192).

Toimintavaiheessa on tärkeää pysähtyä pohtimaan tavoitteiden realistisuutta ja konkreettisuutta (Turku 2007, 58). Tärkeää on myös laatia välitavoitteita isompien tavoitteiden rinnalle ja seurata niiden toteutumista tiiviisti. Pienempien välitavoitteiden saavuttaminen vahvistaa asiakkaan motivaatiota. (Lahdenperä 2002, 72.) Kohdatut ongelmat voivat saada asiakkaan lannistumaan. Tässä vaiheessa asiakas kaipaa henkilöä, jonka kanssa keskustella mahdollisista ongelmista. Terveystoimittaja auttaa muutokseen liittyvien käytännön järjestelyiden pohtimisessa ja uuteen elämään totuttelussa. Palautekeskusteluiden ja seurannan merkitys on tärkeää. (Oksanen 2014, 211.)

Ylläpitovaiheessa käyttäytymisen muutos on tullut pysyväksi eikä siihen suhtauduta väliaikaisena ilmiönä. Vaikka käyttäytymisen muutos on kestänyt pidemmän aikaa, hoitajan on silti hyvä vielä keskustella asiakkaan kanssa mahdollisista houkutuksista palata samaan vanhaan tilanteeseen. Yhdessä on hyvä miettiä, miten ylläpitää uutta terveystottumusta ilman kyllästymisen tuntemuksia. Asiakkaan saavutuksia ja onnistumisia on tärkeää korostaa ja antaa positiivista palautetta. (Barrow 2013, 44.) Asiakas käy läpi mielessään onko muutos sitä, mitä hän haluaa vai sitä, mitä hän tarvitsee. Terveystoimittaja tukee asiakasta sisäsyntyisen motivaation vahvistamisessa. Yhdessä ohjattavan kanssa voidaan miettiä mikä toimii ja mihin kaivattaisiin vielä tukea. (Turku 2007, 59–60.) Muutoksen vakiinnuttua seuranta on vielä tärkeää. Pystyvyyden tunteen vahvistaminen ja tuskaisten vaiheiden läpikäyminen hoitajan kanssa auttavat muutosprosessin jäsentelyssä. Muutosprosessin tuomaa identiteetin muuttumista on myös hyvä käsitellä asiakkaan kanssa. (Oksanen 2014, 222.)

Repsahdusvaiheessa hoitajan on tärkeä korostaa asiakkaalle, että repsahdukset ovat normaali osa muutosprosessia eivätkä ne tarkoita epäonnistumista. Asiaa lähestytään ajatuksella ”kun” repsahduksia tulee ja mitä niistä voidaan oppia. (Ragazzoni ym. 2007, 15.) Repsahdukselle tyypillistä on, että se tapahtuu ensin ajatuksen ja sitten toiminnan tasolla yleensä stressin aiheuttamana (Oksanen 2014, 214). Repsahdusvaihe on tärkeä oppimiskokemus ja vie muutosprosessia eteenpäin. Kokemus muutostarpeesta repsahduksineen näyttää oppimispolkuna, joka vahvistaa asiakkaan omaa itsetuntemusta. Prosessissa

on tärkeää tunnistaa tekijät, jotka ajavat mahdolliseen repsahdukseen. Terveystoimittajan rooli on auttaa asiakasta repsahdukseen johtaneiden syiden kartoittamisessa positiivisessa ja hyväksyvässä hengessä. (Kuusisto 2010, 216–218.)

5.3 Ryhmänohjaus

Ryhmänohjaus on yksilöohjausta täydentävä muoto. Ryhmässä omien tuntemusten saaminen, itsetutkiskelu, ongelmien tunnistaminen ja työstäminen mahdollistuu uudella tavalla. Tiedon sisäistäminen ja kytkeminen arkielämän tilanteisiin saattaa muiden ryhmäläisten kokemusten kautta aueta ryhmässä erilaisella tavalla kuin yksilöohjauksessa. Myös motivoituminen on ryhmässä usein jopa tehokkaampaa yksilöohjaukseen verrattuna. (Peitsalo 2008, 21–24.) Elämäntapaohjauksellisissa ryhmissä ohjaaja on vastuussa ryhmän toimintavoista ja ryhmän sisäisistä säännöistä eikä ryhmäläisten elintavoista tai niiden muuttamisesta. Parhaimmillaan ryhmänohjaus on tehokas ja palkitseva tapa elintapamuutoksen edistämiseksi. (Vänskä ym. 2011, 93–94, 107–108.)

Ryhmässä toimiminen ja ryhmän merkitys terveyteen ja sen edistämiseen on miehillä suuri (Nurmenniemi 2008, 7). Erityisesti miesten kohdalla tulokselliseksi on havaittu esimerkiksi painonhallinta tai tupakanpolton lopettaminen ryhmässä (Oikarinen 2008, 95, 98). Ryhmässä huumorin käytön on todettu auttavan vaikeiden asioiden käsittelyä (Nurmenniemi 2008, 7). Hankosen (2011) tutkimuksessa kävi ilmi, että miehillä sosiaalisen tuen merkitys on huomattavasti suurempi elintapamuutoksen onnistumisen ja pysyvyyden kannalta kuin naisilla. Tämä oli ainoa ero miesten ja naisten välillä psykososiaalisia prosesseja ja persoonallisuuden merkitystä tarkasteltaessa elintapamuutosprosessin onnistumisen kannalta. (Hankonen 2011, 65, 72). Kuusiston (2010, 213–214) väitöskirjan tutkimuksessa vertaistuen merkitys ryhmässä määriteltiin yhdeksi tärkeimmäksi tekijäksi elintapamuutosprosessissa onnistumisessa.

Moni terveydenedistämiprojekti, jossa miesten liikkumisaktiivisuutta on yritetty parantaa ohjaamalla miestä itsenäiseen liikkumiseen ilman minkäänlaista ryhmän tukea, on epäonnistunut. Erilaisten fyysistä aktiivisuutta kuvaavien mittareiden käytön toimivuus

miesten liikkumisaktiivisuuden kohentamisprojekteissa on osoittautunut selkeästi tehokkaaksi vain, jos mittareiden käyttö on yhdistetty ohjattuun ryhmäliikuntatoimintaan. (Botterff ym. 2015, 793, 796.)

Flemingin ym. (2014) mukaan miehiä tulisi ryhmässä haastaa pohtimaan, mikä maskuliinisuuden merkitys terveyskäyttäytymiseen on, miksi he eivät hakeudu terveystalouteen ja mitä asialle voisi tehdä. Yhdysvaltalaisessa miesten terveysprojektin raportissa todetaan ryhmäinterventioihin osallistuneiden miesten parantaneen terveyskäyttäytymistään merkittävästi. Omien käyttäytymismallien pohtiminen auttaa ymmärtämään muutosprosessia, sen etenemistä ja mahdollisia jarruttavia tekijöitä sekä mitä niille voisi tehdä. (Fleming, Lee & Dworkin 2014, 7.)

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoituksena on järjestää Miestalo Mattilan keski-ikäisten miesten ryhmälle neljä toiminnallista tapaamiskertaa, joissa miehet osallistuvat sydän- ja verisuoniterveyttä kuvaaviin perusmittauksiin kuten verenpaineen, painon, vyötärön ympäryksen, kolesterolin, kehonkoostumuksen ja verensokerin mittaukseen. Tapaamiskerroilla keskustellaan miesten kanssa sydän- ja verisuoniterveyttä edistävästä elintavoista kuten terveellisestä ruokavaliosta ja liikunnan merkityksestä.

Opinnäytetyön tavoitteena on, että miehet kiinnostuvat ja motivoituvat oman terveytensä edistämisestä sekä tekevät valintoja sen eteen.

Opinnäytetyön tehtävinä on selvittää:

- Miten ryhmä toimii keski-ikäisten miesten kohdalla sydän- ja verisuoniterveyden edistämisen näkökulmasta?
- Lisäävätkö mittaukset keski-ikäisten miesten motivoitumista elintapamuutokseen?

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyö toteutettiin järjestämällä neljä ryhmätapaamiskertaa Miestalo Mattilan keski-ikäisistä miehistä koostuvalle ryhmälle. Tapaamiskertojen tavoitteena oli, että miehet kiinnostuvat omasta sydän- ja verisuoniterveydestään. Opinnäytetyö jakautuu teoriaosuuteen sekä raporttiin Miestalo Mattilan miesten kanssa järjestetyistä sydän – ja verisuoniterveysaiheisista tapaamiskerroista. Raportissa käsitellään toimintapäivien suunnittelua, toteutusta ja arviointia.

7.1 Toiminnallinen opinnäytetyö

Toiminnallinen opinnäytetyö on ammattikorkeakoulussa vaihtoehtona tutkimukselliselle opinnäytetyölle. Toiminnan, esimerkiksi tapahtuman järjestäminen, on yksi tapa toteuttaa toiminnallinen opinnäytetyö. Vaikka toiminnallisessa opinnäytetyössä ei välttämättä tarvitse käyttää tutkimuksellisia menetelmiä, on toiminnallisen opinnäytetyön hyvä olla tutkimuksellisella asenteella toteutettu. Opinnäytteen on tärkeää olla käytännönläheinen unohtamatta alan tietojen ja taitojen hallinnan osoittamista riittävällä tasolla. (Vilka & Airaksinen 2003, 9–10, 56.)

Opinnäytetyön toiminnallinen osuus perustuu opinnäytteen teoriaosuudessa käsiteltyyn tietoon eikä pelkkä tuotettu tapahtuma tai tuotos yksinään riitä opinnäytetyöksi. Ideana ammattikorkeakouluopinnoissa ja myös toiminnallisessa opinnäytetyössä on, että opiskelija pystyy yhdistämään teoreettiset tiedot ammatilliseen käytäntöön. Opinnäytetyön toteutustapa on valittava kohderyhmälle sopivaksi: on tärkeää valita toteutus, joka palvelee kohderyhmää parhaiten. (Vilka & Airaksinen 2003, 41–42, 51.) Tämän opinnäytetyön toiminnallisena toteutuksena oli tapahtuman, eli tarkemmin ryhmätapaamiskertojen järjestäminen.

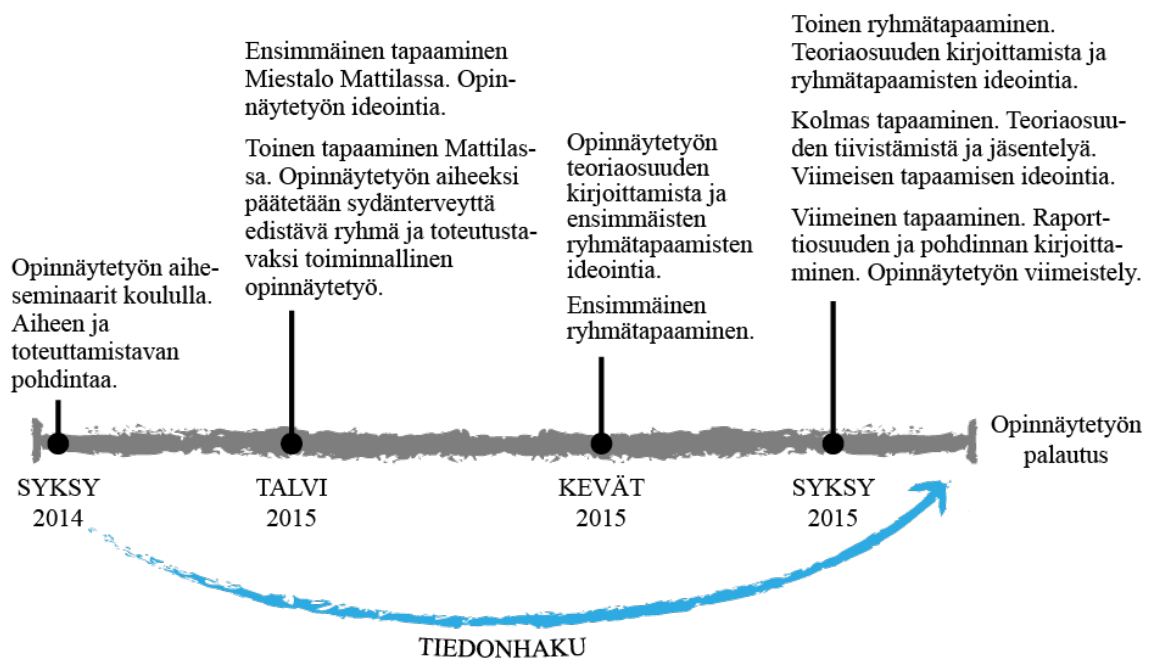
Toiminnallisessa opinnäytetyössä työprosessi etenee opinnäytetyöraportiksi. Se kuvaa mitä, miksi ja miten opinnäytetyö on tehty, millainen työprosessi on ollut ja millaisiin tuloksiin ja johtopäätöksiin on päädytty. Raportista ilmenee myös, miten opinnäytetyön

tekijä arvioi omaa prosessiaan ja tuotostaan (tapahtumaa). Raportin on määrä olla yhtenäinen ja johdonmukainen kirjallinen esitys, joka auttaa tutkimuksesta kiinnostuneen lukijan perehtymään opinnäytetyön työprosessiin. Lukija voi raportin perusteella päätellä, miten opinnäytetyössä on onnistuttu. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 65–66.)

7.2 Opinnäytetyön prosessi

Idea tähän opinnäytetyöhön saatiin koululla pidetyillä suunnitteluseminaareilla (kuvio 1). Terveystieteiden suuntautumisvaihtoehdon opiskelijat eivät ole juurikaan tehneet opinnäytetöitä keski-ikäisistä miehistä. Tästä syntyi idea opinnäytetyön aihepiiristä. Opinnäytetöitä ohjaava opettaja oli ottanut yhteyttä Miestalo Mattilaan, ja he olivat kiinnostuneet ryhtymään opinnäytetyön työelämäyhteydeksi. Ohjaavan opettajan kanssa kävimme ensimmäisellä tapaamisella Miestalo Mattilassa alkuvuodesta 2015, jossa ideoimme tämän opinnäytetyön sisältöä. Tutustuimme Miestalo Mattilan toimintaan ja päädyimme toiminnallisen opinnäytetyön tekemiseen.

KUVIO 1. Opinnäytetyön prosessi aikajanalla.



Opinnäytetyön prosessin aikana tiedonhaku kulki olennaisena osana mukana koko ajan. Toiminnallisen opinnäytetyön sisältö ja siinä tehtyjen valintojen tulee pohjautua teorian tiedon (Vilkkä & Airaksinen 2003, 42). McMillianin ja Goldenbergin mukaan (2011) erityisesti 40–65-vuotiailla keski-ikäisillä miehillä sepelvaltimotaudin seulonta on tärkeintä juuri tässä ikäryhmässä. Opinnäytetyön aiheeksi valikoitui miesten sydän- ja verisuoniterveyden edistäminen mittausten ja ryhmäohjauksen keinoin. Turun mukaan (2007, 87–88) ryhmässä erityisen tuloksellista on motivoituminen vertaistuen avulla ja tutkimustiedon kytkeminen arkielämään. Ryhmäohjauksessa jäsenet saavat toisiltaan vertaistukea, jota he eivät saa yksilöohjauksessa. Ryhmäohjaus tuo parhaimmillaan ryhmäläisille voimaantumisen tunteen. (Vänskä ym. 2011, 87.) Yhdessä työelämäyhdyshenkilön kanssa päätettiin, että suljettu ryhmä olisi asiakaslähtöisin tapa toteuttaa opinnäytetyön toiminnallinen osuus. Suljetun ryhmän myötä ohjauksen toteuttaminen on jatkuvampaa sekä aiheen kokonaisvaltaisempi käsittely mahdollistuu.

7.3 Ryhmätapaamisten suunnittelu ja toteutus

Miestalo Mattilan yhdyshenkilö kokosi yhteen ryhmän keski-ikäisiä miehiä, jotka olivat vapaaehtoisesti halukkaita mukaan opinnäytetyön projektiin. Ryhmätapaamisten suunnittelu lähti liikkeelle mittausten ideoinnista teorian tiedon kirjoittamisen ohella. Teorian tiedon perusteella sydän- ja verisuoniterveyttä kuvaaviksi mittauksiksi valikoitui paino, pituus, BMI, vyötärön ympäryys, verenpaine, verensokeri ja veren rasva-arvot (kokonaiskolesteroli, HDL-, LDL-kolesteroli ja triglyseridiarvo). Näiden mittausten lisäksi mukaan valittiin kehonkoostumusmittaus muita mittaustuloksia täydentämään. Kehonkoostumusmittaus ei ole virallinen terveyttä kuvaava mittausmenetelmä, mutta se tuo tukea muille mittaustuloksille. Kehonkoostumusmittarin mittaama sisäelinten ympärille kertynyt rasva antaa lisätietoa vyötärön ympäryysmitta-arvon tueksi. Laadimme mittaustulokset -kaavakkeen (liite 1), johon mittaukset kirjoitettiin ryhmätapaamisissa ylös ja josta miehet näkivät selvästi kaikki viitearvot. Miestalo Mattilan yhdyshenkilön kanssa sovittiin, että miehet ottavat veren kokonaiskolesterolimittaukset etukäteen ennen ensimmäistä tapaamista.

Mikäli ryhmän tavoitteena on vastuunotto omasta terveyskäyttäytymisestään, Turun (2007) mukaan asia tulisi tuoda esille heti ryhmätapaamisten alussa. Ryhmäläisten on

tärkeää tietää, mitä ohjaaja omilla toiminnoillaan tavoittelee ja mikä on tapaamisten tarkoitus ohjaajan näkökulmasta. (Turku 2007, 90.) Ensimmäisellä tapaamisella opinnäytetyön toiminnallisen osuuden tavoite ja tarkoitus esiteltiin ryhmäläisille.

Ohjauksen onnistumisen kannalta on tärkeää kartoittaa ohjattavien ohjauksen tarve ja olemassa oleva tietopohja (Kynge 2007, 47). Liikuntaan ja ravintoon liittyvät asiat olivat miehiä eniten kiinnostavat aihepiirit. Erityisesti miehet kaipasivat ravintoon liittyvää syvempää tietoa, sillä heillä oli aiheista hyvät perustiedot. Ryhmätapaamisten aiheiksi (taulukko 1) nousivat ravintoon liittyen ruoan energiatiheys, transrasvat, välttämättömät rasvahapot ja elintarvikerasvat. Käytimme apuna Neuvokas Perhe-kansion kuvia näitä aiheita havainnollistamaan. Miehiä kiinnostivat myös tiedot sydän- ja verisuoniterveyteen vaikuttavista riskitekijöistä. Erityisesti tilastollinen ja numeraalinen tieto kiinnosti miehiä ja sai aikaan paljon keskustelua.

TAULUKKO 1. Ryhmätapaamiset.

Tapaamiskerta	Ajankohta	Ryhmäläisiä paikalla	Tapaamisten aiheet
1. tapaamiskerta	27.5.2015. klo 17.30-20.30	10 miestä	Mittaukset. Miesten sydän- ja verisuoniterveys ja sen riskitekijät, ravinnon ja liikunnan merkitys yleisesti.
2. tapaamiskerta	3.9.2015 klo 17.30–19	6 miestä	Kesän kuulumiset. Ruoan energiatiheys. Proteiinien ja hiilihydraattien merkitys ruoassa. Liikunnan merkitys ruokavalion tukena.
3. tapaamiskerta	23.9.2015 klo 17.30–19	7 miestä	Maskuliinisuuden merkitys miesten terveyskäyttäytymisessä. Transrasvojen, elintarvikerasvojen, välttämättömien rasvahappojen vaikutus sydänterveyteen.
4. tapaamiskerta	20.10.2015 klo 17.30–19	6 miestä	Mittaukset. Tulosten ja tavoitteiden onnistumisen pohdintaa. Palautteen anto.

Ryhmäohjauksen suunnitteluun tulisi käyttää kaksinkertainen määrä aikaa ryhmäohjauksen tapaamiskerran keston verrattuna (Turku 2007, 108). Alussa meillä ei ollut tarkkaa suunnitelmaa muille kuin ensimmäiselle tapaamiskerralle. Muiden tapaamisten sisällöt hahmottuivat projektin edetessä. Ryhmätapaamisten rungot suunniteltiin siten, että aluksi oli noin kymmenen minuutin tietoisku aiheesta ja sen jälkeen ohjattua keskustelua ja pohdintaa. Lopuksi tehtiin kokoava yhteenveto ryhmätapaamisella keskustelluista aiheista. Tapaamispaikaksi vakiintui koulun neuvola- ja kokoustilat, joissa pystyttiin käyttämään koulun välineitä mittauksissa. Tapaamisajaksi sovittiin alkuiltä. Syksyn tapaamiset olivat noin kahden viikon välein: se ei tuntunut liian tiheältä, muttei myöskään liian väljältä aikataululta.

Ensimmäinen tapaaminen suunniteltiin keväälle ja siihen osallistui kymmenen miestä. He eivät entuudestaan tunteneet toisiaan. Miehet olivat 43-62-vuotiaita, puolet ulkomaalais- taustaisia ja puolet kantasuomalaisia. Ensimmäisellä tapaamiskerralla otetut mittaukset ja niiden tulokset herättivät paljon keskustelua. Tarkoitus oli, että miehet saavat motivaatiota kesän ajalle toteuttaa omia tavoitteitaan ja tietoa toiminnan tueksi. Yhdyshenkilön kanssa sovittiin, että miehet tapaavat kesän aikana lenkkeilyn tai vastaavanlaisen ryhmätoiminnan merkeissä. Syksyille suunniteltiin toinen tapaaminen, jonka tarkoituksena oli motivoida miehiä tavoitteiden saavuttamiseen tulevaa toista mittauskertaa ajatellen.

Vänskän ym. (2011, 93) mukaan jotkut ryhmäläisten asettamista tavoitteista ovat tiedostettuja, toiset tiedostamattomia eikä niiden tarvitse sopia yhteen ryhmän yhteisten tavoitteiden kanssa. Miehet laativat yksilölliset ja henkilökohtaiset tavoitteet ryhmän yhteisten tavoitteiden lisäksi. Ryhmän yhteisiksi tavoitteiksi päätettiin mittaustulosten parantuminen ja vertaistuen saaminen henkilökohtaisen tavoitteiden saavuttamisen tueksi. Yhteinen tavoite tai tehtävä on apu sille, että ryhmästä muodostuu voimavara (Kyngäs 2007, 104). Tavoitteiden saavuttamisista ja onnistumisista keskusteltiin tarkemmin viimeisellä tapaamiskerralla.

Kesän aikana ollut tauko oli pitkä ja neljä miestä jättäytyi sen aikana ryhmästä pois. Kyngäksen (2007, 107) mukaan toimiva ryhmä muuttaa toimintatapojaan ja sopeutuu erilaisiin tilanteisiin, eikä ryhmästä nousevien ongelmien merkitys ole ryhmän toimintaan suuri. Syksyllä tapaamiskertoja suunniteltiin uudelleen ja päädyimme lisäämään vielä yh-

den tapaamiskerran, sillä ryhmän koko oli muuttunut alkuperäisestä. Ruokavalio- ja elämäntapaohjantaan pystyttiin myös keskittymään paremmin, kun tapaamiskertoja oli enemmän.

Viimeisellä kerralla mittaukset otettiin uudestaan ja keskusteltiin tavoitteiden saavuttamisista. Moni miehistä oli onnistunut tavoitteissaan ja miehet löysivät positiivisia asioita, joita olivat saavuttaneet. He olivat myös muuttaneet joitakin ruokailu- ja liikkumistottumuksiaan. Viimeisellä kerralla otetuissa mittaustuloksissa jokaisella miehellä oli ainakin yksi arvo parantunut. Miehet olivat kuitenkin kriittisiä omien saavutustensa suhteen, ja moni halusi vielä jatkaa omien tavoitteiden saavuttamista, vaikka Terveet miehet – ryhmän toiminta saatettiin päätökseen.

7.4 Ryhmätapaamisten arviointi

Kesällä pidetyn tauon aikana neljä miestä jättäytyi ryhmästä pois. Koska ryhmän koko on yksi merkittävin vuorovaikutusta säätelevä tekijä ryhmässä (Turku 2007, 89), ryhmän pienentyminen sai meidät pohtimaan missä olisimme voineet toimia toisin. Erityisesti kaikkien ryhmäläisten mukana pysyminen olisi ollut toivottavaa. Kesän aikana pidetty tauko oli ollut liian pitkä eivätkä ryhmäläiset olleet tavanneet toisiaan sen aikana. Ollisimme voineet olla paremmin yhteydessä työelämäyhdyskuntaan esimerkiksi sähköpostitse ja kysellä miten ryhmällä menee. Yksi järjestetty tapaaminen kesän aikana olisi myös voinut olla tarpeen. Toisaalta Vänskä ym. (2011, 92) toteavat, että keskusteluryhmissä ja tavoitteellisissa ryhmissä ryhmäläisten määrä ei vaikuta tehokkuuteen tai ryhmän hyötyjen maksimointiin. Tämän ryhmän kohdalla pienempi ryhmäkoko vaikutti positiivisesti ryhmän ilmapiiriin ja oli yksi merkittävin vuorovaikutusta positiivisesti säätelevä tekijä.

Ryhmäytyminen tarkoittaa sitä, että ryhmäläiset oppivat tuntemaan toisensa, hahmottamaan toimintansa rajat ja säännöt sekä löytävät yhteisen tavoitteen ryhmän toiminnalle (Vehviläinen 2014, 82). Tässä ryhmässä ryhmäytyminen toimivaksi ryhmäksi kävi sujuvasti. Yhteishenki oli alusta alkaen toimiva, avoin ja rehellinen. Miehet jakoivat arkoja ja henkilökohtaisiakin asioita ryhmätapaamisten aikana. He kannustivat toisiaan, kysivät

hiljaisimpien mielipiteitä ja olivat kiinnostuneita toistensa kulttuureista erityisesti ruokavaliomioihin liittyen. Jos ryhmän koko olisi ollut suurempi, ryhmään ei olisi todennäköisesti muodostunut yhtä avointa ilmapiiriä. Ryhmäläisten ikäjakauma oli vaihteleva (42–62 -vuotta), mutta he vaikuttivat silti olevan hyvin samanlaisissa elämäntilanteissa ja Nurmeniemien kuvaama (2008 10–11) keski-ikään kuuluva elämän murrosvaiheeseen pohtiminen ja jäsentely näkyivät jokaisen puheissa. Näin ollen voidaan ajatella, että opinnäytetyön määritelmä keski-ikästä (40–65 -vuotta) oli tätä ikäjakaumaa kuvaava.

Vänskän ym. (2011) mukaan itseohjautuvuus ja autonomian syntyminen ryhmässä ovat selkeitä etuja ryhmän toiminnan kannalta. Autonomisessa ryhmässä kaikki ovat tasavertaisia keskenään, myös ohjaaja ryhmäläisten kesken. Tieto yleensä löytyy ryhmästä, kunhan ohjaaja malttaa antaa ryhmäläisille aikaa asian pohtimiseen. Tämä tukee myös ryhmän autonomian syntymistä. Ryhmän aktivoitumiseen vaikuttaa merkittävästi, ettei ohjaaja ole koko aikaa äänessä. (Vänskä ym. 2011, 93, 97, 99.) Tämän pohjalta halusimme, että ohjaus olisi vuorovaikutuksellista eikä luentotyylistä yksinpuhelua. Halusimme meidän roolimme olevan tasavertainen miesten kanssa, ja tämä vaikutti varmasti positiivisen ilmapiirin syntymiseen. Emme kokeilleet muita toiminnallisia ryhmänohjausmuotoja, ja ryhmätapaamiset saattoivat tässä mielessä olla kaavamaisia. Jälkeenpäin ajatellen olisimme voineet käyttää useampia ryhmänohjausmuotoja tai tekniikoita, joilla herättää miehiä keskusteluun. Tämä olisi voinut herättää ryhmässä keskustelua ja pohdintaa vielä moniulotteisemmin.

Toisaalta Turun (2007, 88) mukaan erityisesti ryhmäläisten vuorovaikutus sekä ryhmän että ryhmäläisten ja ohjaajan kesken on ryhmän hyötyjen kannalta tärkeää. Terveet miehet -ryhmän kohdalla vuorovaikutuksellisuus ja sitä kautta saatu vertaistuki elämäntapamuutosprosessissa tuki tavoitteiden saavuttamista. Myös Vänskä ym. (2011, 92–93) toteavat, että kun ryhmässä tapahtuva vuorovaikutus on ensisijaisesti ryhmäläisten välistä eikä asiantuntijalähtöistä, ryhmä alkaa toimia kuin itsestään. Mikäli ryhmän luonne olisi ollut erilainen, keskustelutyyliset vuorovaikutukseen painottuvat ryhmätapaamiset eivät välttämättä olisi toimineet.

Ryhmän jäsenistä kolme kantasuomalaista miestä osallistuivat keskusteluun aktiivisesti. Yhden maahanmuuttotaustaisen miehen kielitaito ei ollut niin hyvä, että hän olisi osallistunut keskusteluun yhtä aktiivisesti. Hän kuitenkin ymmärsi suuren osan mitä ryhmässä

keskusteltiin ja välillä yksi ryhmäläisistä tulkkasi hänelle. Vaikka miehet kannustivat oma-aloitteisesti hiljaisempia ryhmäläisiä keskusteluun, olisimme voineet ryhmätapaamisten jälkeen keskustella heidän kanssaan vielä erikseen. Näin olisi saatu selville jäikö jokin asia heille epäselväksi. Viimeisellä tapaamiskerralla miehet nostivat esille hiljaisimpien ryhmäläisten osallistumisen. Miehet pohtivat, ettei kuuntelijan rooli ole huono. Hiljaisimmat jäsenet kokivat myös itse pystyneensä osallistumaan haluamallaan tavalla. Ryhmän jäsenten toimintatavat ovat erilaisia eikä niiden tarvitse olla yhtenäisiä, ja ryhmäläiset voivat oppia toisiltaan (Vänskä ym. 2011, 93).

Ryhmänohjaajan on hyvä nostaa esille ryhmän tunteisiin ja ilmapiiriin liittyviä asioita sekä sanoittaa havaitsemiaan asioita (Vehviläinen 2014, 84), joten viimeisellä tapaamiskerralla kävimme ajan kanssa läpi ajatuksia ryhmänohjausprosessista. Oksasen (2014, 229) mukaan palautteenannon tavoitteena on olla oppimistilanne kummallekin osapuolelle ja sen on tarkoitus olla vastavuoroista. Viimeisellä tapaamisella annoimme palautetta miehille heidän toiminnastaan ja kiitimme erityisesti miten motivoituneita ja sitoutuneita he olivat olleet. Ryhmän ilmapiiri oli tapaamisissa aina erityisen avoin ja rehellinen, ja kannustimme miehiä vastaavanlaiseen rehellisyyteen jatkossakin.

7.5 Ryhmäläisen antama kirjallinen palaute

Viimeisellä tapaamiskerralla 20.10.2015 miehet kirjoittivat vapaamuotoisen palautteen ryhmätapaamisista ja toiminnastamme ohjaajina. Suoria kehittämisehdotuksia palautteissa ei ollut, vaikka niitä olisimme myös halunneet saada. Tätä olisi voitu painottaa tarkemmin annettaessa ohjeistusta palautteen kirjoittamiseen. Yksi palaute saatiin arabian kielellä, eikä sitä saatu suomennettua.

Antanut paljon ajattelemisen aihetta, antoisia hetkiä ollut, tätä saisi olla lisää. Monipuolista tietoa miehen elämästä, niin henkisestä, fyysisestä kuin ravinnostakin

Palautteista kävi ilmi, että tietoiskut olivat olleet ryhmäläisten mielestä ajatuksia herättäviä, hyödyllisiä ja monipuolisia. Miehet kokivat myös, että ohjaajat olivat nähneet vaivaa ryhmätapaamisissa käytetyn tutkimustiedon keräämiseen. Ilmapiiri tapaamisissa koettiin rennoksi. Ohjaaja edistää rakentavaa ja positiivista vuorovaikutusta ryhmäläisten välillä

(Vänskä ym. 2011, 98) ja palautteen perusteella tässä asiassa onnistuttiin. Miehet mainitsivat ohjaajien huumorin käytön olleen positiivinen asia ryhmätapaamisissa. Ryhmäläiset kokivat ohjaajien suhtautuneen heitä kohtaan kunnioittavasti. Positiivisena asiana mainittiin, ettei miehistä noussutta keskustelua rajattu.

Ei risuja, mutta mitä paremmat perustelut, sitä enemmän on varmuutta ja annettavaa

Miehet arvostivat selkeitä perusteluja ryhmätapaamisissa käsitellyille asioille. Positiivisena tekijänä koettiin, että mikäli ohjaajat eivät osanneet vastata johonkin ryhmäläisten esittämään kysymykseen, he selvittivät asian seuraavalle tapaamiskerralle. Henkisistä ominaisuuksista kaivattiin lisää tietoa elämäntapamuutosprosessin onnistumisen kannalta. Palautteissa kävi ilmi, että miehet arvostavat asioiden sanomista suoraan ilman ”kaunistelua”.

Suomalainen mies voi tarvita välillä ”kovaa” faktaa ja hieman potkuakin persiikseen, ei hyssyttelyä

Palautteissa iloittiin, että omilla arkisilla valinnoilla oli ollut vaikutusta mittaustulosten parantumiseen. Ryhmäläiset kokivat myös, että vaikka kaikkia tavoitteita ei saavutettu, he olivat saaneet ohjaajilta kannustusta ja ”apuvälineitä eteenpäin”. Eräs ryhmäläinen arvioi palautteessaan ryhmätapaamisten sisältöä asteikolla 0-10 arvosanalla 8-9.

Tutkimukset ja mittaukset herättivät minua, on aika tehdä jotain ennen kuin kuolen

Mittaukset olivat vahvasti herättäneet miehiä ajattelemaan omaa terveyttään. Kuitenkin palautteen mukaan miehiä oli mittauksiakin enemmän innoittanut ryhmän ilmapiiri ja ryhmässä käydyt keskustelut. Vänskän ym. (2011) mukaan positiivisen ilmapiirin sekä avoimuuden ja luottamuksen syntyminen on ryhmän tärkein saavutettava etappi. Ilman näitä ryhmä ei voi toimia tarkoituksessaan eikä se palvele ryhmäläisiä (Vänskä ym. 2011, 92–93). Voidaan ajatella, että saadun palautteen perusteella ryhmä saavutti tavoitteensa. Palautteissa kävi ilmi, että ryhmän toivottiin jatkavan toimintaansa, vaikka tämä opinnäytetyöprojekti saatettiin päätökseen.

8 POHDINTA

Toiminnallista opinnäytetyötä tehdessä nousee esille usein uusia ideoita, ja lopullinen opinnäytetyö onkin vain osa laajempaa kokonaisuutta. Tämän vuoksi on tärkeää pohtia aiheeseen liittyviä jatkotoimintaehdotuksia ja innovatiivisia kehittämisideoita. Myös lähdekirjallisuuden ja sisältömateriaalin laadullista onnistuneisuutta on oleellista pohtia. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 159, 161.)

8.1 Eettisyys ja luotettavuus

Hoitajalla on vastuu toimiessaan ohjaajana siitä, että hänen toimintansa on eettistä. Ohjaajan tulee miettiä, mitä ohjaus on, miten ja miksi ohjataan ja mitkä ovat ohjattavien lähtötiedot. Tietojen tulee olla ajan tasalla ja pohjautua tutkittuun tietoon tai hyväksi havaittuihin käytäntöihin. (Kynge 2007, 154.) Ohjaustyön etiikassa on kyse arvoista, ihanteista ja periaatteista. Ohjaajan eettinen työskentely perustuu omien työskentelytapojen tunnistamiseen, hyväksymiseen ja huomioon ottamiseen. (Vänskä, 2011, 13.) Terveystoimittajan työssä olennaista on kansanterveyden edistäminen (Haarala & Mellin 2015, 26) ja siten on eettisesti perusteltua edistää asiakkaiden uskoa vaikuttaa omaan terveyteensä.

Eettisesti on oikein, että tutkimukseen osallistuminen perustuu aina vapaaehtoisuuteen ja tutkimusprosessista annetaan riittävästi tietoa siihen osallistuville (Kuula 2006, 61). Terveet miehet -ryhmäläisten itsemääräämisoikeutta kunnioitettiin, ja heidän osallistumisensa projektiin oli täysin vapaaehtoista. Ryhmäläiset saivat itse määrittellä tavoitteensa ja päättää kuinka paljon vaivaa halusivat nähdä muutoksen eteen. Elämäntapamuutoksessa asiakkaalla on oikeus muutoksen mahdollisuuteen, hoitaja ei tee asiakkaan elämää koskevia päätöksiä tämän puolesta ja vastuu muutoksesta on asiakkaalla itsellään (Turku 2007, 21–22).

Tutkimuksen raporttiosuus tulee kirjoittaa niin, ettei siitä voida tunnistaa yksittäisiä henkilöitä (Kuula 2006, 64). Terveet miehet – ryhmän tapaamisajat ovat olleet julkisesti nähtävillä Miestalo Mattilan internetsivuilla, mutta ryhmäläisten nimiä ei ole julkisesti missään ilmoitettu. Tämän opinnäytetyön raportissa on ilmoitettu ryhmäläisten ikäjakauma

ja ovatko he suomalaissyntyisiä vai ulkomaalaistaustaisia. Raporttia lukiessa ryhmäläiset itse saattavat tunnistaa toisensa tiettyihin tekijöihin liittyen, mutta ulkopuolinen lukija ei voi tunnistaa ryhmäläisiä pelkän raporttikuvauksen perusteella. Vaikka opinnäytetyössä on tuotu esille henkilöiden ikäjakauma yleisesti ja suomalais- tai ulkomaalaistaustaisten osuus ryhmässä, nämä eivät ole riittäviä tietoja yksittäisten henkilöiden tunnistamiseksi.

Tutkimuksessa tulee kunnioittaa osallistujien oikeutta määrittää mitä tietoja he tutkimuskäyttöön haluavat antaa (Kuula 2006, 64). Tässä opinnäytetyössä ei ole julkaistu miesten mittaustuloksia, koska ryhmän kanssa yhdessä päätettiin, että mittaustulokset ovat tukena ainoastaan heille itselleen elintapamuutosprosessissa. Ryhmäläisten mittaustuloksista kuitenkin keskusteltiin yhdessä ryhmätapaamisissa, ja niitä saatiin käyttää tämän opinnäytetyön tehtävien arvioinnissa.

Toiminnallisessa opinnäytetyössä oleellisempaa on käytettyjen lähteiden laatu ja soveltuvuus kuin niiden lukumäärä. Lähteiden luotettavuutta arvioitaessa on kiinnitettävä huomiota lähteen julkaisuajankohtaan, uskottavuuteen, tunnettavuuteen ja välttää toissijaisien lähteiden käyttöä. (Vilka & Airaksinen 2003, 76.) Tämän opinnäytetyön lähteitä valittaessa pyrittiin lähteiden luotettavuutta arvioimaan varmistamalla, että samankaltaista tietoa löytyy myös muistakin lähteistä. Tässä opinnäytetyössä ei ole käytetty toissijaisia lähteitä, sillä toissijaista lähdeä käytettäessä alkuperäisen tiedon sisältö saattaa muuttua (Vilka & Airaksinen 2003, 73). Internetistä haetun tiedon luotettavuus varmistettiin hakemalla opinnäytetyössä lähteenä käytetyt artikkelit kirjaston artikkelitietokannoista, kuten Kuula (2006, 171–172) suosittelee. Opinnäytetyön lähteinä pyrittiin käyttämään kattavasti kansainvälisiä lähteitä kotimaisen tietopohjan laajentamiseksi.

Opinnäytetyön lähteissä tulisi suosia mahdollisimman uusia lähteitä, sillä monella alalla tutkittu tieto muuttuu nopeasti (Vilka & Airaksinen 2003, 72–73). Tässä opinnäytetyössä on käytetty myös yli kymmenen vuotta vanhoja lähteitä, koska kaikkea haettua tutkimustietoa ei tiedonhaku yrityksistä huolimatta löytynyt tuoreemmista lähteistä. Suomessa tutkimustietoa miesten terveydestä ja terveyskäyttäytymisestä on vähän. Kansainvälisesti miesten terveydestä löytyy hyvin tietoa, mutta terveyskäyttäytymisestä uutta tietoa löytyy lähinnä seksuaaliterveyteen ja päihteidenkäyttöön liittyen. Tämän saman ilmiön on huomannut myös Oikarinen (2008, 38) tehdessään väitöskirjaa suomalaisten miesten terveyskäyttäytymisestä.

Terveyskäyttäytymiseen vaikuttavat asiat eivät muutu ihmisillä samaan aikaan tai samassa tahdissa. Lapsuuden kulttuurillisella kasvuympäristöllä on vahva vaikutus terveyskäyttäytymiseen ja omaan terveyden eteen tehtäviin valintoihin. (Koivusilta 2011, 131, 141; Oikarinen 2008, 99) Ei voida olettaa varmaksi, että kymmenen vuotta sitten tutkitut asiat terveyskäyttäytymisestä olisivat vanhentuneet. Esimerkiksi Creamin (2000, 250) esiin nostama pohdinta (s. 21) terveydenhuoltojärjestelmän tavoittamiskykyisyydestä miehiä kohtaan on edelleen ajankohtainen, vaikka lähde onkin yli kymmenen vuotta vanha.

Lähdeviitteiden ja lähdemerkintöjen merkitseminen huolellisesti on työn uskottavuuden kannalta tärkeää. Toisten tutkijoiden tulkintojen ja ajatusten esittäminen omana, eli plagioinnin välttäminen, kuuluu tutkimusetiikan sääntöihin. (Vilka & Airaksinen 2003, 78.) Opinnäytetyö on julkisesti luettavissa, joten sen lähdeviitteitä ja lähdemerkintöjä voidaan tarkastella kriittisesti. Tekijänoikeuksia kunnioitettiin opinnäytetyötä tehdessä: opinnäytetyön teoria on tulkintaa käyttämistämme lähteistä eikä työhön ole kopioitu muiden aineistoja.

8.2 Tarkoituksen ja tavoitteen arviointi

Opinnäytetyön tarkoituksena oli järjestää Miestalo Mattilan keski-ikäisten miesten ryhmän kanssa neljä toiminnallista tapaamiskertaa, jolloin miehet osallistuvat sydän- ja verisuoniterveyttä kuvaaviin perusmittauksiin kuten verenpaineen, painon, vyötärönympäryksen, kolesterolin, kehonkoostumuksen ja verensokerin mittaukseen. Neljä toiminnallista tapaamiskertaa järjestettiin kevään ja syksyn 2015 aikana Miestalo Mattilan miehille Terveet miehet -nimisenä ryhmänä. Kuusi miestä osallistui säännöllisesti joka tapaamiseen. Ryhmätapaamisten tavoite täyttyi: jokaisella ryhmäläisellä ainakin yksi mittausarvo parantui ja ryhmäläiset saivat vertaistukea toisiltaan omien tavoitteidensa saavuttamiseen.

Opinnäytetyön tavoitteena oli, että miehet kiinnostuvat ja motivoituvat oman terveytensä edistämisestä sekä tekevät valintoja sen eteen. Opinnäytetyön toiminnallinen osuus ei välttämättä onnistu suunnitelmien mukaan eikä kaikkia tavoitteita aina saavuteta (Vilka

& Airaksinen 2003, 161). Turun (2007, 92) mukaan kenenkään elämäntapamuutosprosessi ei ryhmätapaamisten aikana tule valmiiksi, mutta valmentava elämäntapaohjaus ja ryhmältä saatava vertaistuki antavat ”eväitä” tulevaisuutta varten. Ryhmätapaamisten aikana miehet olivat motivoituneita oman terveytensä edistämiseen ja tekivät valintoja sen eteen. Ohjauksen tuloksellisuutta voidaan arvioida saadun palautteen perusteella (Vänskä 2011, 129). Palautteen perusteella mittaukset herättivät miehiä ajattelemaan omaa terveyttään ja toimimaan sen eteen.

Miehet paransivat mittaustuloksiaan: erityisesti ryhmäläiset pudottivat painoaan, veren rasva-arvoissa oli tapahtunut suotuisia muutoksia ja vyötärön ympärysmitta pieneni monella ryhmäläisellä. Mikään tietty mittaustulos ei parantunut kaikilla ryhmäläisillä, vaan mittaustuloksissa tapahtuneet muutokset olivat hyvin yksilöllisiä. Joissakin mittaustuloksissa oli tapahtunut muutosta myös epäsuotuisaan suuntaan. Tämä ei kuitenkaan lannistanut miehiä, vaan he kertoivat haluavansa toimia terveytensä eteen entistä enemmän jatkossakin. Mittaustulosten parantumisen lisäksi moni mies kertoi lisänneensä erityisesti kalan syöntiä sekä arkiliikuntaa. Ryhmäläiset olivat tehneet muitakin yksilöllisiä muutoksia omiin elintapoihinsa, mutta niiden analysoiminen tarkemmin ei ole oleellista yksityisyyden kunnioittamiseksi. Ei kuitenkaan voida varmaksi sanoa, toteuttavatko miehet terveyttä edistäviä valintoja tulevaisuudessa. Oksasen mukaan (2014, 233) muutoksen mitattava osuus on vain pieni osa näkyvää muutosta ja vain asianmukaisella pidemmän ajan seurannalla pystytään arvioimaan muutoksen todellisia vaikutuksia.

8.3 Tehtävien ja tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tehtävinä oli selvittää, miten ryhmä toimi keski-ikäisten miesten kohdalla sydän- ja verisuoniterveyden edistämisen näkökulmasta sekä selvittää lisäävätkö mittaukset keski-ikäisten miesten motivoitumista elintapamuutokseen. Botterff ym. (2015) ovat havainneet, että terveyttä kuvaavat mittarit miesten terveydenedistämishankkeissa ovat tehokkaita vain, jos niiden käyttö yhdistetään ryhmätoimintaan. Tämä tuki tekemiämme havaintoja: huomasi, että mittaukset yhdistettyinä ryhmältä saatuun tukeen toimi miesten kohdalla terveyttä edistävästi. Pietilä (2008) huomasi yksilöhaastattelutilanteissa miesten korostavan omia terveellisiä elämäntapojaan, mutta ryhmähaastattelutilanteissa kriittisten näkemysten pohtiminen terveyteen vaikuttavista asioista oli huomattavasti

yleisempää. Ryhmässä omaa ”paremmuutta” ei haluttu korostaa, mikä vaikutti siihen, että asioita pohdittiin objektiivisemmin. (Pietilä 2008, 240, 246) Tämä havainto tukee ryhmässä tapahtuvien terveysasioiden pohtimista positiivisena tekijänä terveydenedistämässä.

Kevään 2015 tapaamisessa huomasimme miesten haluavan erityisesti parantaa mittaus-tulostensa arvoja. Syksyn 2015 ryhmätapaamisissa taas ryhmältä saatava tuki nousi tärkeimmäksi motivoivaksi tekijäksi elintapamuutosprosessissa, eikä mittaustulosten parantaminen ollut enää päällimmäisenä miesten ajatuksissa. Opinnäytetyön ryhmätapaami-sissa nousseiden havaintojen perusteella vuorovaikutus ryhmässä oli motivoivin tekijä elintapamuutosprosessissa. Nurmenniemi (2008, 7) ja Oikarinen (2008, 96) toteavat, että erityisesti miesten kohdalla ryhmässä syntyvä yhteenkuuluvuuden tunne edistää elämän-tapamuutosprosessissa onnistumista. Myös Hakonen (2011, 72) toteaa väitöskirjassaan, että miesten kohdalla ryhmän tuki ja vuorovaikutuksellisuus ovat kaikkein merkityksel-lisimpiä tekijöitä elämäntapamuutosprosessissa onnistumisessa.

Lyhyen aikavälin seuranta ei ole riittävä tuottamaan toivottuja tuloksia. Tärkeää on kiin-nittää huomiota pidemmän aikavälin mittauksiin, terveysneuvontaan ja motivointiin. (Näslindh-Ylispangar 2008, 57.) Prosessin aikana huomasimme, että tiheät tapaamiset tukevat elämäntapamuutokseen sitoutumista. Näslindh-Ylispangarin (2008, 57) tutki-muksessa kävi ilmi, että vaikka miehet motivoituivat oman terveytensä vaalimiseen, ter-veyskäyttäytymisten muutokset eivät olleet kovin pysyviä, vaan noin kolmessa vuodessa palauduttiin lähtötilanteeseen. Voidaan ajatella, että kesän aikana ryhmätapaamisissa pi-detty tauko osoittautui tästä ilmiöstä jonkinlaiseksi esimerkiksi.

Ryhmätapaamisten aikana huomasimme miesten haluavan huolehtia omasta terveydes-tään ja olevansa kiinnostuneita terveydentilastaan. Murray-Law (2011) pohtii maskulii-nisuuden käyttämistä elintapamuutosprosessin kantavana voimana. Vaikka maskuliini-suus miesten terveyskäyttäytymisessä nähdään hankaloittavana piirteenä, on sen kuiten-kin huomattu olevan terveysongelmilta tietyiltä osin suojaava tekijä. Maskuliinisuuteen liittyviä ominaisuuksia kuten omatoimisuutta, vastuunottokykyä, itseluottamusta, emo-tionaalista kypsyyttä ja ”pään pitämistä kylmänä” voi käyttää hyväksi elintapamuutos-prosessissa onnistumisessa. Erityisesti miesten omatoimisuus ja ratkaisukeskeisyys on

havaittu positiiviseksi tekijöiksi, joilla voi vaikuttaa omaan terveyteen. (Murray-Law 2011, 58.)

Koimme miesten ratkaisukeskeisyyden ja suorasukaisuuden positiivisiksi tekijöiksi ryhmätapaamisissa. Haastavaksi tekijäksi huomasimme miesten kriittisyyden itseään kohtaan, mikäli he eivät saavuttaneet kaikkia tavoitteitaan. Ryhmätapaamisissa erityisesti stressin vaikutus mainittiin häiritsevänä tekijänä elämäntapamuutokselle. Stressin suoraa vaikutusta sydän- ja verisuonisairauksiin ei ole yksimielisesti todistettu (American Heart Association 2014), mutta sen vaikutukset terveyskäyttäytymiseen on huomattu etenkin keski-ikäisten miesten kohdalla. Tästä esimerkkinä on riskikäyttäytyminen, kuten liiallinen alkoholinkäyttö. (Nurmenniemi 2008, 11.) Aihe on mielenkiintoinen ja sitä voisi tutkia lisää esimerkiksi laadullisen opinnäytetyön muodossa.

Pietilän (2008) väitöskirjan tutkimuksessa kävi ilmi, että miehet mielellään kritisoivat terveystietoa. He tiedostivat kuinka paljon tietoa on saatavilla ja kuinka erilaista tai jopa ristiriitaista tutkimustietoa on olemassa esimerkiksi ravintoon liittyen. Pietilän mukaan tämä aiheutti miehissä epämukavuuden tunnetta ja terveystiedon arviointi, soveltaminen ja suhteuttaminen käytäntöön olivat vaikeaa. Hämmennystä aiheuttivat erityisesti muuttuvat terveystiedot. (Pietilä 2008, 243.) Huomasimme tämän saman ilmiön Terveet miehet -ryhmäläisten kohdalla: miehet kaipasivat johdonmukaisia perusteluita ravinto- ja liikuntasuosituksille. Ryhmäläiset kritisoivat erityisesti sitä, jos nopeasti muuttuville terveystiedoille ei ollut tarpeeksi loogisia perusteluita.

Vaikka ryhmänohjaus tukee motivaatiota ja uuden oppimista tehokkaasti, on Turun (2007) mukaan se kuitenkin yksilöohjausta täydentävä muoto. Parhaan tuloksen saavuttamiseksi tulisi asiakkaan osallistua molempiin ohjausmuotoihin. Ryhmään saatetaan osallistua vain sosiaalisista syistä, vaikka omaan muutosprosessiin ei oltaisi valmiita. (Turku 2007, 87, 90.) Vänskä (2011, 55) tuo esille ohjausprosessin aikana nousevan tarpeen tulla kuulluksi yksityiskohtaisten näkemystensä ja kokemustensa kanssa. Yksilöohjaus antaa hiljaisimmillekin henkilöille mahdollisuuden tulla kuulluksi ja ohjauksen yksilöllisyyteen voidaan panostaa paremmin.

Ohjaaja on tekemisissä asiakkaan tunnetyöskentelyn kanssa, eikä henkilökohtaisten asioiden käsittelyä voida välttää (Oksanen 2014, 159). Yksilöohjauksessa asiakkaan omaa

tapaa käsitellä muutosta pystytään käymään henkilökohtaisemmin läpi. Kokonaisvaltaisen muutosprosessin tueksi sekä yksilö- että ryhmäohjauksen toteutuminen ovat tavoiteltavia asioita. Jos Terveet miehet – ryhmätapaamiset olisivat sisältäneet enemmän yksilöohjausta, miesten omia tavoitteita ja niiden saavuttamista olisi voitu käydä yksityiskohtaisesti ja henkilökohtaisemmin läpi. Lisäksi olisi pystytty paremmin kartoittamaan, missä vaiheessa muutosprosessia kukin on ja näin antamaan juuri siihen muutosprosessin vaiheeseen sopivaa ohjausta.

Valmentavan elämäntapaohjauksen toteuttaminen vaatii ohjaajaa hyväksymään, että asiakkaalla on viime kädessä valta olla toteuttamatta muutosta tai toteuttaa se haluamallaan tavalla (Turku 2007, 22). Ohjaajana toimimisessa haastavaa oli, ettemme voineet kontrolloida tarkasti ryhmäläisten tavoitteita ja niiden saavuttamista. Tämä sai pohtimaan mikä on ohjaajan merkitys elintapamuutoksessa, koska valmentavan elämäntapaohjauksen keinoja toteuttaessa ohjaajan rooli ei ole kovin näkyvä. Asian hyväksyminen ja siihen totuttelu vei aikaa. Valmentavan elämäntapaohjauksen keinojen käyttäminen ryhmätapaamisissa osoittautui kuitenkin tulokselliseksi. Positiivisena tekijänä toimi, että asetimme tapaamisissa samaan asemaan miesten kanssa ja ettei heille saneltu suoraan mitä muutoksen eteen tulisi tehdä.

Valmentavan elämäntapaohjauksen käyttäminen terveydenedistämisessä vaatii voimaannuttavan ideologian tuntemista, pedagogisia – ja vuorovaikutuksellisia taitoja (Turku 2007, 32). Hyväksi elämäntapaohjaajaksi tuleminen on prosessi hoitajalle. Oman toiminnan reflektointi auttaa kehittymään niin kuuntelijana kuin terveydenhuollon ammattilaisenaakin. (Rollnick ym. 2008, 72.) Osaavaksi ohjaajaksi oppiminen vaatii asiantuntijayhteisöjen toimintaan osallistumista ja oman taitopohjan laajentamista (Vänskä 2011 141–142). Salmelan (2012, 87) mukaan käytännön ohjaustyössä ei tulisikaan keskittyä vain yhteen malliin tai teoriaan ohjaustyön perustana, sillä yksikään malli tai teoria ei ole kytkenyt tarkasti selittämään yksilöiden käyttäytymistä.

Gillon (2007) on huomannut, että miesten on naisia vaikeampi avautua henkilökohtaisista asioistaan ja tuoda esille omia heikkouksiaan. Hän tuo esille maskuliinisuuden liittyvän valta-asemasta kilpailun. Tämä voi häiritä avoimen vuorovaikutussuhteen syntymistä, jos miesasiakkaan ohjaaja tai terapeutti on itsekin mies. Aito vuorovaikutuksellinen työsken-

tely kahden miehen välillä vaatii usein syvempää luottamussuhdetta ja pidempää tuttavuutta kuin naisohjaajan ja miesasiakkaan välinen vuorovaikutuksellinen työskentely. (Gillon 2007.) Terveet miehet – ryhmää ohjatessa kuitenkin koimme, ettei ohjaajien ikä tai sukupuoli vaikuttanut ryhmän ilmapiirin syntymiseen tai miesten asenteisiin ohjaajia kohtaan. Miehet halusivat jakaa arkojakin asioita ryhmätapaamisissa, mutta ei voida sanoa mitkä kaikki tekijät vaikuttivat siihen.

8.4 Jatkotutkimusaiheita ja kehittämisehdotuksia

Nurmenniemi käyttää termiä ”miehenterveystyö” miehille suunnatusta terveydenedistämistoiminnasta. Miehen terveyden ei tulisi olla vain joidenkin erityisasiantuntijoiden tai klinikoiden yksinoikeudella hoidettava asia, vaan luonteva osa koko perusterveydenhuoltoa. Suurin osa miesten terveyteen liittyvistä ongelmista voitaisiin seuloa ja hoitaa perusterveydenhuollossa. (Nurmenniemi 2009, 18.) Kuitenkaan esimerkiksi Tampereella ja Helsingissä ei rutiininomaisesti kutsuta aikuisia ikäkausitarkastuksiin (Tampereen kaupunki 2015; Helsingin uutiset 2013). Suomessa tilaisuuksia miehen kohtaamiseen ja elintapojen kartoittamiseen tulee työterveyshuollossa säännöllisten työterveystarkastusten yhteydessä (Nurmenniemi 2009, 18). Onko työterveyshuolto kuitenkin ainoa paikka, jonka tulisi ottaa vastuu miesten terveydestä ja terveydenedistämisestä? Cookin ym. (2001) tutkimuksessa esille noussut idea työpaikalla esitetystä ravintoinformaatiosta miesten terveydenedistämisen osana on nykyaikana haasteellinen toteuttaa resurssien vuoksi. Toisaalta osa miehistä Näslindh-Ylispangarin (2009, 20) mukaan vältti työterveyshuollon palveluita, sillä he pelkäsivät terveydentilatietojensa kantautuvan esimiesten tietoon.

Miehet eivät Salmelan (2012) väitöstutkimuksen mukaan todennäköisesti ohjautu oma-toimiseen muutokseen ja miesten elämäntapamuutoksen tukeminen koetaan vaikeaksi. Nämä tulokset korostavat Salmelan mukaan miehille suunnattujen uudenlaisten interventioiden kehittämistarvetta. (Salmela 2012, 78.) McMillian ja Goldenberg (2011) pohtivat Kanadan terveydenhuollon ongelmatekijöitä miesten terveydenedistämässä, ja näitä samoja asioita voisi pohtia myös Suomen terveydenhuollon kohdalla: terveydenhuollon ammattilaisilla ei ole yhtenäisiä ohjeita miesten terveydentilan kartoittamiseen. McMil-

lian ja Goldenberg pohtivat, että miehen ottaessa yhteyttä terveydenhuoltoon tulisi terveydenhuollon ammattilaisilla olla yhtenäiset toimintaohjeet miehen terveysriskien tunnistamiseksi. Käytössä voisi olla jonkinlainen tarkistuslista, jonka mukaan käytäisiin läpi tärkeät asiat miehen terveydentilan kartoittamiseksi. Tarkistuslistan tulisi pohjautua miesten terveyteen liittyviin riskitekijöihin. (McMillian & Goldenberg 2011.)

Yhteenkuuluvuuden tunteen on todettu lisäävän hyvinvointia merkittävästi ja ehkäisevän erityisesti yksinäisyyttä (AHVO – työikäisten hyvinvointiohjelma 2013–2016, 33). Miestalo Mattila tekee arvokasta työtä miesten hyvinvoinnin edistämiseksi ja mieslähtöisen toiminnan kehittämiseksi. Kehittämisehdotuksena Miestalo Mattilalle voidaan ehdottaa miesten tavoitteellisen ryhmätoiminnan jatkamista tulevaisuudessakin. Miestalo Mattilaan voisi ideoida lisää erilaisia säännöllisesti kokoontuvia suljettuja ryhmiä erilaisten terveysaiheisten teemojen ympärille. Jatkotutkimuksena olisi mielenkiintoista kartoittaa miten Terveet miehet-ryhmäläisten mittausarvot ovat muuttuneet esimerkiksi vuoden tai kolmen vuoden kuluttua. Samalla voisi myös selvittää, mihin he kaipaisivat pidemmän aikavälin jälkeen tukea.

Suomessa mieslähtöistä toimintaa järjestävien yritysten internetsivuilta ei löydy tietoa miesten ryhmätoiminnasta terveydenedistämiseen liittyen. Olisi mielenkiintoista tutkia lisää, ovatko suomalaiset terveysjärjestöt olleet kiinnostuneita yhteistyöstä kolmansien sektoreiden kanssa. Mahdollista on myös, etteivät kolmannet sektorit ole tätä halunneet. Tällöin olisi mielenkiintoista tutkia mistä se voisi johtua. Hoitotyön ja terveysneuvonnan viemisestä miesten omiin ympäristöihin on saatu tutkimustuloksissa hyviä tuloksia (Cook ym. 2001, Evans ym. 2011, 13; McMillian & Goldenberg 2011, Robertson ym. 2013, 38–40). Samalla kuitenkin herää kysymys, miten miehet suhtautuvat siihen, jos terveyspalvelut tuodaan heidän luokseen. Huomasimme Miestalo Mattilan olevan monelle ryhmäläiselle tärkeä ja merkityksellinen paikka. Mielenkiintoista olisi tutkia onko sillä merkitystä terveydenedistämisen tuloksellisuuteen, jos miehille tärkeään paikkaan tuodaan jokin sellainen aihepiiri, joka ei välttämättä olekaan niin mieluinen.

LÄHTEET

AHVO – työikäisten hyvinvointiohjelma vuosille 2013–2016. Arjen hyvinvointia, voimavaroja ja onnellisuutta. Vantaan kaupunki. Raportti. Luettu 16.12.2015.

http://www.vantaa.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/vantaa/embeds/vantaaw-wwstructure/106523_Ahvo_-_tyoikaisten_hyvinvointiohjelma_2013-2016.pdf

Aivoinfarkti. 2011. Käypä hoito – suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Neurologinen Yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Julkaistu 11.1.2011. Luettu 2.1.2016. <http://www.käypähoito.fi>.

American Heart Association. 2014. Stress and Heart Health. Internet-sivusto. Päivitetty 13.6.2014. Luettu 10.8.2015.

http://www.heart.org/HEARTORG/GettingHealthy/StressManagement/HowDoesStressAffectYou/Stress-and-Heart-Health_UCM_437370_Article.jsp

Banks, I. 2001. No Man's Land: Men, Illness and the NHS. *British Medical Journal* 323 (7320), 1058–1060.

Barrow, J. M. 2013. Promoting Health-Behavior Changes in Patients. *American Nurse Today* 8 (11), 43-45.

Botterff, J. L., Seaton, C. L., Johnson, S. T., Caperchione, C. M., Oliffe, J. L., More, K., Jaffer-Hirji, H. & Tillotson, S. M. 2015. An Updated Review of Interventions that Include Promotion of Physical Activity for Adult Men. *Sports Medicine* 45 (6), 775–800.

Brodulin, K., Saarikoski, L., Lund, L., Juolevi, A., Grönholm, M., Helldän, A., Peltonen, M., Laatikainen, T. & Vartiainen, E. 2013. Kansallinen FINRISKI 2012 – terveystutkimus. Osa 1: Tutkimuksen toteutus ja menetelmät. Raportti 22. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL).

Cook, C., Simmons, G., Swinburn, B. & Stewart, J. 2001. Changing Risk Behaviours for Non-Communicable Disease in New Zealand Working Men - Is Workplace Intervention Effective? *New Zealand Medical Journal* 114 (1130), 175–178.

Cream, P. (toim.) 2000. Terve mies. Laadukkaan elämän opas. Suom. & toim. Mölsä, J., Lyytikäinen, A. & Kaskela, K. 1. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Diabetes. 2013. Käypä hoito – suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Sisätautilääkäreiden yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Julkaistu 12.9.2013. Luettu 9.9.2015. <http://www.käypähoito.fi>.

Diabetes – uhka terveydelle. 2013. Käyvän hoidon potilasversiot. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Julkaistu 3.10.2013. Luettu 9.9.2015. <http://www.käypähoito.fi>.

- Evans, J., Frank, B., Oliffe, J. L., Gregory, D. 2011. Health, Illness, Men and Masculinities (HIMM): a Theoretical Framework for Understanding Men and Their Health. *American Journal of Men's Health* 8 (1), 7-15.
- Farrel, S. W., Finley, C. E. & Grundy, S. M. 2012. Cardiorespiratory Fitness, LDL Cholesterol and CHD Mortality in Men. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 44 (11), 2132-2137.
- Fleming, P. J., Lee J. G. & Dworkin, S. L. 2014. "Real Men Don't" Constructions of Masculinity and Inadvertent Harm in Public Health Interventions. *American Journal of Public Health* 104 (6), 1029-1035.
- Förster, A., Gass, A., Kern, R., Wolf, E., Ottomeyer, C., Zohsel, K., Hennerici, M. & Szabo, K. 2009. Gender Differences in Acute Ischemic Stroke Etiology, Stroke Patterns and Response to Thrombolysis. *Stroke* 40 (7), 2428–2432.
- Gillon, E. 2007. Gender Differences in Help Seeking. *Therapy Today* 18 (10), 13-16.
- Haarala, P. & Mellin, O-K. 2015. Kansanterveystyö ja terveyden edistäminen. Teoksessa Haarala, P., Honkanen, H., Mellin, O-K. & Tervaskanto-Mäentausta, T. (toim.) *Terveydenhoitajan osaaminen. 2. painos*. Porvoo: Edita Publishing Oy, 26.
- Hankonen, N. 2011. Psychosocial Processes of Health Behaviour Change in a Lifestyle Intervention. Influences of Gender, Socioeconomic Status and Personality. *Tutkimus 51*. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Heinonen, J. 2006. Työläismies ahdingossa? Kolme miessukupolvea rakennemuutosten Suomessa. 1. painos. Helsinki: Yliopistopaino.
- Helldán, A., Helakorpi, S., Virtanen, S. & Uutela, A. 2013. Suomalaisen aikuisväestön terveystietäytyminen ja terveys, kevät 2013. Raportti 21. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Helsingin Uutiset. 2013. Helsinki luopui työntekijöiden ikäkausitarkastuksista. Julkaistu 17.9.2013. Luettu 17.12.2015. <http://www.helsinginuutiset.fi/artikkeli/255367-helsinki-luopui-tyontekijoiden-ikakausitarkastuksista>
- Huttunen, J. 2012. Terveellinen ruoka. Lääkärikirja Duodecim. Julkaistu 15.8.2012. Luettu 14.7.2015. <http://www.terveyskirjasto.fi>.
- Huttunen, J. 2014. Nainen elää miestä pitempään, mutta miksi? Kolumni. Lääkärikirja Duodecim. Julkaistu 6.2.2014. Luettu 9.2.2015. <http://www.terveyskirjasto.fi>.
- Kaltainen, I., Lampi A-M., Reinivuo, H., Valsta, L. & Ovaskainen, M-L. 2015. Elintarvikeanalyysit: transrasvahapot. Työpaperi 10. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).
- Kesäniemi, Y. A., Salomaa, V. 2009. Sepelvaltimotauti. Sairauksien ehkäisy. Julkaistu 19.1.2009. Luettu 26.11.2015. <http://www.terveyskirjasto.fi>.

Kettunen, T. 2010. Maskuliinisuus miesten terveystieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma.

Koivusilta, L. 2011. Terveyskäyttäytyminen. Teoksessa Laaksonen, M., Silventoinen, K. (toim.) Sosiaalierpidemiologia. Väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät. Helsinki: Gaudemaus, 131, 141.

Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Osuuskunta Vastapaino.

Kuusisto, K. 2010. Kolme reittiä alkoholismista toipumiseen. Tutkimus muutoksesta hoidon ja vertaistuen avulla, sekä ilman professionaalista hoitoa. Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hivonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Lahdenperä, T. 2002 Verenpainepotilaiden hoitoon sitoutumisen arviointi ja edistäminen multimediaohjelman avulla. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Väitöskirja.

Lavie, C. J., McAuley, P. A., Church, T. S., Milani, R. V & Blair S. N. 2014. Obesity and Cardiovascular Diseases: Implications Regarding Fitness, Fatness, and Severity in the Obesity Paradox. *Journal of the American College of Cardiology* 63 (14), 1345-1354.

Levitan, E. B., Song, Y., Ford, E. S. & Liu, S. 2004. Is Nondiabetic Hyperglycemia a Risk Factor for Cardiovascular Disease? A Meta-analysis of Prospective Studies. *Archives of International Medicine* 164 (19), 2147-2155.

Markkula, J. 2012. Pojat, miehet ja tapaturmat – aina sattuu ja tapahtuu? Pojat ja miehet- unohdettu sukupolvi? – seminaari. *Diasitys*. Julkaistu 23.10.2012. Luettu 9.11.2015. https://www.intermin.fi/download/38020_231012_pojat_ja_miehet_Jaana_Markkula.pdf?a33847211c05d188.

McCarley, P. 2009. Patient Empowerment and Motivational Interviewing: Engaging Patients To Self-Manage Their Own Care. *Nephrology Nursing Journal* 36 (4), 409-413.

McMillian, R. D. H. & Goldenberg, S. L. 2011. Development of a Men's Health Program: Do We Need a New Approach in BC? *British Columbia Medical Journal* 53 (9), 470-473.

Melartin, T., Kuosmanen, L., Riihimäki, K. 2010. Tosi mies ei masennu? *Suomen lääkärilehti* 65 (3), 169-173.

Miettinen, H. 2014a. Alkoholi ja sydän. *Sydänsairaudet*. Julkaistu 16.6.2014. Luettu 24.11.2015. <http://terveyskirjasto.fi>.

Miettinen, H. 2014b. Tupakointi ja sydänsairaudet. *Sydänsairaudet*. Julkaistu 16.6.2014. Luettu 12.7.2015. <http://terveyskirjasto.fi>.

Murray-Law, B. 2011. Why Do Men Die Earlier? *Monitor on Psychology* 42 (6), 58.

Mustajoki, P. 2014. Vyötärölihavuus (keskivartalolihavuus, omenalihavuus). *Lääkärikirja Duodecim*. Julkaistu 7.4.2014. Luettu 26.2.2015. <http://www.terveyskirjasto.fi>.

Mustajoki, P. 2015. Vähennä kaloreita ilman dieettiä. *Lääkärikirja Duodecim*. Julkaistu 21.1.2015. Luettu 9.11.2015. <http://www.terveyskirjasto.fi>.

Männistö, S., Laatikainen, T. & Vartiainen, E. 2012. Suomalainen lihavuus ennen ja nyt. Tutkimuksesta tiiviisti 4. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL).

Nabi, H., Kivimäki, M., Batty, G. D., Shipley, M. J., Britton, A., Brunner, E. J., Vahtera, J., Lemogne, C., Elbaz, A. & Singh-Manoux, A. 2013. Increased Risk of Coronary Heart Disease Among Individuals Reporting Adverse Impact of Stress on Their Health: the Whitehall II Prospective Cohort Study. *European Heart Journal* 34 (34), 2697–2705.

Nurmenniemi, V. 2008. *Miesklinikka*. 1. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Nurmenniemi, V. 2009. Miehen terveyden tärkeimmät kysymykset. *Terveydenhoitaja* 42 (4-5), 16–18.

Nykänen, I. 2008. Sepelvaltimotaudin prevention kehitys Suomessa vuosina 1996-2005. Kuopion yliopisto. Kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen laitos. Väitöskirja.

Näslindh-Ylispangar, A. 2008. Men's health behaviour, health beliefs and need for health counseling. A study amongst 40-year-old males from one Helsinki City region. Helsingin yliopisto. Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitos. Väitöskirja.

Oikarinen, A. 2008. Kainuulaisten miesten terveystietäytyminen – kulttuurinen näkökulma. Oulun yliopisto. Terveystieteen laitos. Väitöskirja.

O'Keefe, J. H., Bhatti, S. K., Bajwa, A., Di Nicolantonio, J. J. & Lavie, C. J. 2014. Alcohol and Cardiovascular Health: the Dose Makes the Poison...or the Remedy. *Mayo Clinic Proceedings* 89 (3), 382–393.

Oksanen, J. 2014. *Motivointi työvälteenä*. 2. painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Papathanasiou, G., Mamali, A., Papafloratos, S. & Zerva, E. 2014. Effects of Smoking on Cardiovascular Function: The Role of Nicotine and Carbon Monoxide. *Health Science Journal* 8 (2), 272–288.

Peitsalo, P. 2008. *Miesryhmät. Teoista sanoihin*. Miessakit ry:n julkaisuja 2008:1. Helsinki: Miessakit ry.

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

Pietilä, I. 2013. Miesten muuttuva terveys. *Terveydenhoitaja* 46 (7), 7.

Pirinen, L. 2007. Työterveyshoitajan terveysneuvonta ja sen kehittyminen – esimerkkinä painonhallinta. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.

Quinones, P. A., Kirchberger I., Heier, M., Kuch, B., Trentinaglia, I., Mielck, A., Peters, A., Scheidt von W. & Meisinger, C. 2014. Marital Status Shows a Strong Protective Effect on Long-term Mortality Among First Acute Myocardial Infarction-survivors with Diagnosed Hyperlipidemia – Findings from the MONICA/KORA Myocardial Infarction Registry. *Bio Med Central Public Health*. January 2014, artikkeli 98, 1-10. <http://www.biomedcentral.com/content/pdf/1471-2458-14-98.pdf>

Ragazzoni, P., Di Pilato, M., Longo, R., Scarponi, S. & Tortone, C. (toim.) 2007. *Gli Stadi del Cambiamento: Storia, Teoria ed Applicazioni. Modello Transteorico di DiClemente e Prochaska*. 1. painos. Regione Piemonte: Centro Regionale di Documentazione della Salute.

Reunanen, A. 2005. Verenkiertoelintensairaudet. Suomalaisten terveys. Lääkärikirja Duodecim. Julkaistu 18.7.2005. Luettu 22.2.2015. <http://www.terveyskirjasto.fi>.

Robertson, S., Witty, K., Zwolinsky, S. & Day, R. 2013. Men's Health promotion interventions: what have we learned from previous programmes? *Community Practitioner* 86 (11), 38-41.

Roerecke, M. & Rehm, J. 2010. Irregular Heavy Drinking Occasions and Risk of Ischemic Heart Disease: a Systematic Review and Meta-analysis. *American Journal of Epidemiology* 171 (6), 633-644.

Rollnick, S., Miller, W. R. & Butler, C. C. 2008. *Motivational Interviewing in Health Care. Helping Patients Change Behavior*. 1. painos. New York: Guildford press.

Romelsjö, A., Allebeck, P., Andréasson, S. & Leifman, A. 2012. Epidemiology, Alcohol, Mortality and Cardiovascular Events in a 35 Year Follow-up of a Nationwide Representative Cohort of 50,000 Swedish Conscripts up to Age 55. *Alcohol and Alcoholism* 47 (3), 322–327.

Salmela, S. 2012. Elintapaohjauksen lähtökohtia korkeassa diabetesriskissä olevilla henkilöillä Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyn toimeenpanohankkeessa (D2D). Elintapaohjaus ennen D2D-hanketta, koettu ohjaustarve ja sovitut interventiomuodot. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Väitöskirja.

Stewart, E. E. & Fox, C. 2011. Encouraging Patients to Change Unhealthy Behaviors With Motivational Interviewing. *Family Practice Magazine* 18 (3), 21-25.

Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmä. 2014. Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportti 2015. Ohjaus 17/2014. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL).

Tampereen kaupunki. 2015. Terveystarkastukset. Muut aikuisten terveystarkastukset. Päivitetty 15.12.2015. Luettu 17.12.2015. <http://www.tampere.fi/terveystarkastukset>.
Tilastokeskus. 2014a. 1. Kuolemansyyt vuonna 2013. Päivitetty 30.12.2014. Luettu 26.11.2015. http://www.stat.fi/til/ksyyt/2013/ksyyt_2013_2014-12-30_kat_001_fi.html.

Tilastokeskus. 2014a. 1. Kuolemansyyt vuonna 2013. Päivitetty 30.12.2014. Luettu 26.11.2015. http://www.stat.fi/til/ksyyt/2013/ksyyt_2013_2014-12-30_kat_001_fi.html

Tilastokeskus. 2014b. 2. Sepelvaltimotauti yhä syynä joka viidenteen kuolemaan. Päivitetty 30.12.2014. Luettu 26.11.2015. https://stat.fi/til/ksyyt/2013/ksyyt_2013_2014-12-30_kat_002_fi.html

Tilastokeskus. 2014c. Alkoholiperäisiin syihin kuolleet entistä vanhempia. Julkaistu 30.12.2014. Luettu 26.11.2015. http://www.stat.fi/til/ksyyt/2013/ksyyt_2013_2014-12-30_tie_001_fi.html

Towers, A. J., Flett, R. A. & Seebeck, R. F. 2005. Assessing Potential Barriers to Exercise Adoption in Middle-Aged Men: Over-Stressed, Under-Controlled, or Just Too Unwell? *International Journal of Men's Health* 4 (1), 13–27.

Turku, R. 2007. Muutosta tukemassa. Valmentava elämäntapaohjaus. 2. painos. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Vatten L. J., Nilsen T. I. & Holmen, J. 2006. Combined Effect of Blood Pressure and Physical Activity on Cardiovascular Mortality. *Journal of Hypertension* 24 (10), 1939–1946.

Vehviläinen, S. 2014. Ohjaustyön opas. Yhteistyössä kohti toimijuutta. Helsinki: Gaudamus.

Vilkkä, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vänskä, K., Laitinen-Väänänen, S., Kettunen, T. & Mäkelä, J. 2011. Onnistuuko Ohjaus? Sosiaali- ja terveysalan ohjaustyön kehittyminen. 1. painos. Helsinki: Edita Publishing Oy.

White, A. (toim.) 2011. The State of Men's Health in Europe Extended Report. Leeds Metropolitan University. Center of Men's Health. Leeds: European Commission's & Directorate-General for Health & Consumers.

Williams, D. R. 2003. The Health of Men: Structured Inequalities and Opportunities. *American Journal of Public Health* 93 (5), 724–731.

Williams, K. & Umberson, D. 2004. Marital status, Marital Transitions, and Health: A Gender Life Course Perspective. *Journal of Health and Social Behavior* 45 (1) 81-98.

World Health Organization, 2009. Global Health Risks. Mortality and Burden of Disease Attributable to Selected Major Risks. Geneva: WHO Library Cataloguing-in-Publication Data 2009, 11. http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/GlobalHealthRisks_report_full.pdf

LIITTEET

Liite 1. Mittaustulokset- kaavake

Mittaustulokset

Nimi: _____

Paino: _____ **pituus:** _____ **painoindeksi, BMI:** _____

raja-arvot sekä naisilla että miehillä:

alle 18,5	alipaino
18,5 - 24,9	normaalipaino
25,0 – 29,9	liikapaino (ylipaino)
30,0 – 34,9	lihavuus
35,0 – 39,9	vaikea lihavuus
yli 40,0	sairaallinen lihavuus

vyötärönympärys: _____

raja-arvot miehillä:

alle 94 cm	tavoitearvo
94 – 101 cm	lievä terveyshaitta
yli 102	huomattava terveyshaitta

kehon rasvaprosentti: _____

raja-arvot miehillä, 40–59 -vuotiaat:

11,0 – 21,9 %	normaali
22,0 – 27,9 %	korkea
yli 28 %	erittäin korkea

raja-arvot miehillä, yli 60 – vuotiaat

13,0 - 24,9 %	normaali
25,0 - 29,9 %	korkea

1(2)

yli 30 %	erittäin korkea
----------	-----------------

Sisäelinten ympärille kertynyt rasva: ____

1-9	normaali
10–14	korkea
15–30	hyvin korkea

Verenpaine: _____

raja-arvot sekä naisilla että miehillä:

alle 120/80 mmHg	optimaali
yläpaine 120-129 tai alapaine 80-84 mmHg	normaali
yläpaine 130-139 tai alapaine 85-89 mmHg	tydyttävä verenpaine
yläpaine 140-159 tai alapaine 90-99 mmHg	kohonnut verenpaine: lievästi kohonnut
yläpaine 160-179 tai alapaine 100-109 mmHg	kohonnut verenpaine: kohtalaisesti kohonnut

Verensokeri: _____

Normaali verensokeri ruokailun jälkeen on 5 – 8 mmol/l.

Veren rasva-arvot

Kokonaiskolesteroli: _____

LDL-kolesteroli: _____

HDL-kolesteroli: _____

triglyseridit: _____

Veren rasva-arvojen tavoitearvot miehillä:

Kokonaiskolesteroli	alle 5 mmol/l
LDL-kolesteroli	alle 3 mmol/l
HDL-kolesteroli	vähintään 1 mmol/l
triglyseridit	alle 1,7 mmol/l