

TYÖIKÄISET 35–55-VUOTIAAT MIEHET PÄIVYSTYKSEN  
POTILAINA ILMAN KIIREELLISEN HOIDON TARVETTA

Päivi Pulli ja Taisto Tuomikoski  
Opinnäytetyö, kevät 2010  
Diakonia-ammattikorkeakoulu,  
Diak Etelä, Helsinki  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja (AMK)

## TIIVISTELMÄ

Pulli, Päivi & Tuomikoski, Taisto. Työikäiset 35–55-vuotiaat miehet päivystyksen potilaina ilman kiireellisen hoidon tarvetta. Helsinki. Kevät 2010, 68 s, 11 liitettä. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Etelä, Helsinki. Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli löytää mahdollisia selittäviä tekijöitä työikäisten 35–55-vuotiaiden miesten hakeutumiselle päivystykseen ilman kiireellisen hoidon tarvetta sekä löytää ratkaisuja potilaiden ohjautumiseen oikeille palvelutarjoajille.

Opinnäytetyö toteutettiin Helsingin kaupungin terveyskeskuksen tilaustyönä. Se on lisäselvitys aikaisempaan ilmestyneeseen tutkimukseen Päivystyspotilaan kiireellisyysryhmittely vuodelta 2008, jonka tulosten perusteella rajasimme teemoittain ryhmät, joiden perusteella etsimme aikaisempia tutkimustuloksia. Rajatut teemat vastasivat kysymykseen, miksi työikäiset 35–55-vuotiaat miehet hakeutuvat päivystykseen ilman kiireellisen hoidon tarvetta. Tutkimusmetodina käytettiin kirjallisuuskatsausta. Aineisto analysoitiin sisällön analyysillä.

Opinnäytetyön keskeisten tulosten perusteella työikäisten 35–55-vuotiaiden miesten hakeutumiseen päivystykseen vaikutti sosiaalinen verkosto siten, että läheisten ja tukiverkoston vähyys lisäsi päivystykseen hakeutumista. Vähäinen sosiaalinen tukiverkosto aiheutti sen, että terveydentilan heikkeneminen tunnistettiin huonommin. Tulokset osoittivat myös, että miesten hakeutuminen oikeille palveluiden tarjoajille oli vaikeaa. Päiväsaikaan hoitoajan saaminen oli koettu hankalana. Osa miehistä käytti päivystystä työaikakysymysten vuoksi. Selittävä tekijänä miesten yliedustukselle päivystyksen potilaina voivat olla kommunikoinnin puutteet hoitohenkilökunnan ja potilaan välillä. Sitä edistää miehiä ohjaava perinteinen ja vahva mieskuva sekä miehisyys. Tuloksista nousi vahvasti esille, että hoidonantajien olisi pystyttävä tunnistamaan potilaan avuntarve. Hoidonantajien asiantuntijuuden merkitys korostui siten, että miehet kokivat hoitajat pääsääntöisesti ammattitaitoisiksi päivystystoiminnassa. Hoitajien puutteina koettiin kuitenkin kielitaidottomuus ja huono käytös. Organisaatioon liittyvät tulokset koskivat aiheita, jotka eivät edistäneet hyvää oloa, esimerkiksi hoitoprosessin hidas eteneminen ja henkilökunnan vähyys.

Opinnäytetyön tulokset ovat yhteneviä aiemmin tehtyjen, aihetta sivuavien tutkimusten kanssa. Ne vastasivat hyvin pitkälle toisiaan. Opinnäytetyön ratkaisuehdotukset antavat terveydenhoitopalveluiden kehittäjille ja hoitohenkilökunnan kouluttajille mahdollisuuden pyrkiä korjaamaan erityisesti kritiikkiä aiheuttaneet puutteet. Epäkohtia tutkimalla voidaan löytää merkittävimmät ratkaisut potilaiden ohjautumiseen oikeille palveluiden tarjoajille.

Asiasanat: kirjallisuuskatsaus, päivystys, työikäinen mies, mieskuva, Triage

## ABSTRACT

Pulli, Päivi and Tuomikoski, Taisto.  
Working-Age Men Without a Medical Emergency as Jour Patients.  
68 p., 11 appendices. Language: Finnish. Helsinki, Spring 2010.

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

The aim of this study was to solve possible reasons why 35-55 year-old men without a medical emergency visit the Jour and find solutions to help direct these patients to the appropriate medical service providers.

The study was prepared for the City of Helsinki Health Centre as a supplementary study for *Päivystyspotilaan hoidon kiireellisyysryhmittely* (*Urgency Classification of Jour Patients*, 2008) a previously published study. First, we focused on the above-mentioned study and then, based on its findings, delineated thematic groups according to which we began to search the findings of previously conducted studies and place them into the delineated groups, answering the central question why 35-55 year old men without a medical emergency visit the Jour. The materials were analyzed using content analysis.

According to the findings, the size of the social network of the men was a significant factor in their visiting the Jour. Lack of support network was a rather meaningful factor, due to which the men failed to assess the state of their health very accurately. The findings revealed that seeking medical treatment from the appropriate service providers was difficult and that the men used the Jour services due to their long working hours. The great significance attached on masculinity cannot be downplayed for the findings indicate that masculinity still remains the measure of man. The male image is strong and in this way controls communication. The findings highlighted the patient-nursing staff relationship and the fact that the treatment providers should be able to identify the patient's need for assistance. The men regarded the nursing staff largely as skilled professionals in the Jour environment, but some noticed their poor language skills and manners and the lack of staff.

The findings of the study were congruent with previous studies on the same subject. The solutions proposed in this study will conceivably provide medical service developers and nursing staff instructors with a chance to correct in particular those flaws that have come under criticism. By examining these we can find the most effective solutions for patients to be directed to the appropriate service providers.

Keywords: literature review, Jour, working-age men, male image, Triage

## SISÄLTÖ

1 JOHDANTO .....	6
2 TYÖIKÄISEN MIEHEN ASEMA TERVEYDENHOIDOSSA .....	8
2.1 Työkäinen mies .....	8
2.2 Kiireetön terveyden- ja sairaudenhoito .....	9
2.3 Äkillinen sairaudenhoito.....	9
3 OPINNÄYTETYÖN TAUSTA, TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYS .....	11
4 JAAKKO HARKON TUTKIMUS PÄIVYSTYSPOTILAAN HOIDON KIIREELLISYYSRYHMITTELY .....	13
4.1 Potilasprofiloinnin tausta.....	13
4.2 Tutkimuksen aineisto ja tutkimusympäristö .....	14
4.3 Tutkimuksen tulokset.....	15
5 KIRJALLISUUSKATSAUS AIKAISEMISTA TUTKIMUKSISTA.....	17
5.1 Potilastyytyväisyys .....	17
5.2 Potilaan ja hoitohenkilökunnan kohtaaminen hoitotyössä .....	20
5.3 Eri miessukupolvien kuvaa miehisyydestä .....	23
5.4 Miesten tapa kommunikoida ja käsitteellistää sairauksia .....	25
5.5 Työkäisen miehen terveys .....	26
6 TUTKIMUSMETODIT .....	29
6.1 Kvalitatiivinen tutkimus .....	29
6.2 Kirjallisuuskatsaus ja aineiston keruu.....	29
6.3 Induktiivinen eli aineistolähtöinen analyysi .....	30
6.4 Aineiston analyysi.....	31
7 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS .....	34
8 KESKEISET TULOKSET .....	35
8.1 Potilastyytyväisyyttä selittäviä tekijöitä .....	35
8.2 Potilaan ja hoitohenkilökunnan kohtaaminen hoitotyössä ja sen vaikutukset .....	36

8.3 Eri miessukupolvien kuvaa miehisyydestä ja sen vaikutukset .....	37
8.4 Miesten tapa kommunikoida ja käsitteellistää sairauksia selittävänä tekijänä .....	38
8.5 Työikäisen miehen terveys hoitoon hakeutumisen edistäjänä tai estäjänä .....	39
8.6 Yhteenvedo keskeisistä tuloksista .....	39
9 RATKAISUEHDOTUKSIA .....	42
10 POHDINTA .....	46
LÄHTEET .....	48
LIITTEET .....	51
LIITE 1: Tiedote terveyskeskuspalveluista Helsingissä .....	51
LIITE 2: Tutkimukset ja muu kirjallisuus teemoittain .....	52
LIITE 3: Tutkimustyön prosessin kuvaus .....	58
LIITE 4: Potilastyytyväisyyttä selittäviä tekijöitä .....	59
LIITE 5: Potilaan ja hoitohenkilökunnan kohtaaminen hoitotyössä ja sen vaikutukset .....	60
LIITE 6. Eri miessukupolvien kuvaa miehisyydestä ja sen vaikutukset .....	61
LIITE 7. Miesten tapa kommunikoida ja käsitteellistää sairauksia selittävänä tekijänä .....	62
LIITE 8. Työikäisen miehen terveys edistäjänä ja estäjänä hoitoon hakeutumiselle .....	63
LIITE 9. Yhteenvedo tuloksista .....	64
LIITE 10: Ratkaisuehdotuksia potilaiden ohjautumiseen .....	65
LIITE 11: Auttavia yhteistyötahoja pääkaupunkiseudulla .....	66

## 1 JOHDANTO

Opinnäytetyön aihevalintaa ohjasi kiinnostuksemme yhteiskunnallisia asioita kohtaan sekä hoitotyön asiantuntijuuden syventäminen. Yhteistyö työelämäta-hon kanssa sai alkunsa Helsingin kaupungin terveystieteiden päivystyshank-keesta. Opinnäytetyön pohjana on tutkija Jaakko Harkon vuonna (2008b) Hel-singin kaupungin terveystieteiden päivystyspotilaan hoidon kiireellisyysryhmittelystä. Opinnäytetyön avulla pyrimme löytämään selittäviä tekijöitä siihen, miksi työikäiset 35–55-vuotiaat miehet hakeutuvat päivystyk-seen ilman kiireellisen hoidon tarvetta. Tässä työssä ”ilman kiireellisen avun tarvetta ” tarkoittaa ryhmää potilaita, jotka eivät tarvitse välitöntä ja kiireellistä sairauden hoitoa.

Tutkimusmetodina käytettiin kirjallisuuskatsausta. Harkon (2008b) tutkimukses-ta nousseiden tulosten perusteella rajasimme teemoittain ryhmät, joiden perus-teella etsimme aikaisempia tutkimustuloksia. Rajatut teemat vastasivat kysy-mykseen, miksi työikäiset 35–55-vuotiaat miehet hakeutuvat päivystykseen il-man kiireellisen hoidon tarvetta. Jaakko Harkon tutkimustulokset osoittivat, mit-kä tekijät nousevat voimakkaimmin kohderyhmämme edustukselle päivystyksen potilaina. Valintakriteerijämme kirjallisuuskatsauksemme materiaalin rajaami-seen ohjasivat sairaanhoitajaopiskelun kautta syventynyt ammatillinen kasvu sekä hoitoalan monivuotinen työkokemus potilastyöstä eri toimipisteissä. Kirjal-lisuuskatsaukseen valitsemamme aiheet käsittelevät potilastyytyväisyyttä, poti-laan ja hoitohenkilökunnan kohtaamista hoitotyössä, eri miessukupolvien kuvaa miehisyydestä, miesten tapaa kommunikoida ja käsitteellistää sairauksia sekä työikäisen miehen terveyttä.

Opinnäytetyön tuloksista nousi selittäviä tekijöitä miesten päivystykseen hakeutumiseen. Tuloksiin nojaten esitämme mahdollisia ratkaisuehdotuksia ja keinoja miten voidaan parantaa työikäisten 35–55-vuotiaiden hakeutumista oikeille palveluiden tarjoajille. Pohdimme muun muassa keinoja hoidonantajien ja potilaiden kohtaamisen parantamiseksi sekä kartoitimme vaihtoehtoisia palveluiden tarjoajia ei-kiireellistä hoitoa tarvitseville miespotilaille kuten työikäisten 35–55-vuotiaiden miesten ohjaaminen sekä ohjeistaminen ei-kiireellisissä tapauksissa asianmukaisiin terveys- tai sosiaalialan palveluksiin.

## 2 TYÖIKÄISEN MIEHEN ASEMA TERVEYDENHOIDOSSA

### 2.1 Työikäinen mies

Työikäinen mies kuuluu iältään ryhmään, johon Tilastokeskus on määritellyt kuuluvaksi kaikki väestön työikäiset 15–74-vuotiaat henkilöt. Väestötieteen verkkosivustoilta löytyi määritelmä 15–64 -vuotiaalle työikäiselle väestölle. Määritelmässä selitetään seuraavaa: Rajaus oli tehty yksinomaan iän perusteella ja kuvastaa lähinnä eräänlaista potentiaalisen työvoiman määrää. Todellisen työvoimaan kuuluvan väestön eli aktiiviväestön määrä voi huomattavastikin poiketa työikäisen väestön määrästä. Joissakin yhteiskunnissa tuntuva osa työikäisestä väestöstä ei kuulu aktiiviväestöön, kun puolestaan joissakin toisissa yhteiskunnissa myös osa alle 15-vuotiaista lapsista ja yli 65 vuotta täyttäneestä väestöstä kuuluu työvoimaan. (Pitkänen & Sihvonen 2003.)

Työikäiset 35–55-vuotiaat miehet ovat ikäjakaumaltaan ryhmässä, josta on tehty terveystutkimuksia. Kansanterveyslaitoksen terveydenedistämisen yksikön elintapakyselyssä (2005) Työikäisen väestön terveyskäyttäytymisestä sekä terveydestä tutkimuksesta ilmeni, että 60 % 15–64-vuotiaista suomalaismiehistä oli ylipainoisia. Vuonna 2004 vastaava luku oli 53 %. (Terveyden -ja hyvinvoinninlaitos 2009.)

Anita Näslindh –Ylispangar (2008) tutkii väitöskirjassaan Men's health behaviour, health beliefs and need for health counselling. A study amongst 40-year-old males from one Helsinki City region hän tutki 40-vuotiaiden miesten terveyskäyttäytymistä, terveysuskomuksia ja miesten saamaa terveysneuvontaa Helsingissä. Tutkimus muodostui Helsingin koillisella alueella asuneista miehistä, jotka olivat syntyneet vuonna 1961. Tutkimus osoitti muun muassa, että miehillä oli runsaasti useita sydän- ja verisuonitautiriskejä. Tutkimuksessa korostettiin kuitenkin, että noin puolet miehistä koki kuitenkin terveydentilansa hyväksi.



## 2.2 Kiireetön terveyden- ja sairaudenhoito

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) toisen luvun kolmannessa pykälässä Oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun määritellään seuraavaa: jokaisella Suomessa pysyvästi asuvalla henkilöllä on oikeus ilman syrjintää hänen terveydentilaansa edellyttämään terveyden- ja sairaudenhoitoon niiden voimavarojen, jotka kulloinkin ovat terveydenhuollon käytettävissä.

Lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) tuli muutos vuonna 2004. Siihen lisättiin Kiireettömään hoitoon pääsemisestä lakipykälä (2004/857), mikä astui voimaan 1. maaliskuuta vuonna 2005 ja jonka mukaan terveyskeskukseen on saatava arkipäivänä virka-aikaan puhelinyhteys välittömästi ja potilaan hoidon tarve on arvioitava kolmen päivän kuluessa. Hoidon tarve voidaan usein arvioida jo puhelimesta. Arvion voi tehdä muukin terveydenhuollon ammattihenkilö kuin lääkäri. Mikäli potilaan tilanne vaatii käyntiä terveyskeskuksessa, hänen on päästävä sinne kolmessa päivässä.

Helsingin terveyskeskus tuottaa helsinkiläisille perusterveydenhuollon palvelut sekä psykiatrian, sisätautien, geriatrian, neurologian ja fysiatrian erikoissairaanhoidon palveluja. Muun erikoissairaanhoidon Helsinki ostaa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriltä. (Helsingin kaupunki 2009.)

Terveysasemat tarjoavat helsinkiläisille avosairaanhoidon, perhesuunnittelun, äitiys-, lasten-, ja aikuisneuvonnan, koulu- ja opiskeluterveydenhuollon, hammashuollon, yritysterveydenhuollon ja merimiesterveidenhuollon palvelut. Jokaisella helsinkiläisellä on oman asuinalueensa terveysasemalla hänen hoidostaan vastaava lääkäri-hoitajatiimi. (Helsingin kaupunki 2009.)

## 2.3 Äkillinen sairaudenhoito

Äkillisesti sairastuneen ensisijainen hoitopaikka on oma terveysasema. Oman terveysaseman ollessa kiinni avun kiireellisissä sairaustapauksissa saa

terveyskeskuspäivystyksestä tai sairaaloiden poliklinikkapäivystyksestä. Päivystyksessä hoidetaan vakavasti sairastuneita ja kiireellisen hoidon tarpeessa olevia yli 16-vuotiaita potilaita. Potilaat tutkitaan hoidon tarpeen mukaisessa kiireellisyysjärjestyksessä, ei tulojärjestyksessä. Potilaat haastatellaan ilmoittautumisen yhteydessä ja arvioidaan hoidon tarve ja kiireellisyys. (Helsingin kaupunki 2009.)

### 3 OPINNÄYTETYÖN TAUSTA, TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyö on Helsingin kaupungin terveyskeskuksen tilaustyö. Yhteyshenkilönä toimii päivystyshankkeen projektipäällikkö Katariina Jantunen (2008). Projektissa ovat myös mukana tutkija Jaakko Harkko (2008a) ja projektisihteeri Leea Kallio (2008). Tutkimuksen perustana on Harkon tutkimus Päivystyspotilaan hoidon kiireellisyysryhmittely vuodelta 2008 (Harkko 2008b).

Pääkaupunkiseudun päivystyshankkeen tavoitteena on purkaa päivystyksen ruuhkia ja turvata sujuvat sekä kustannustehokkaat päivystyspalvelut potilaille myös tulevaisuudessa. Päivystyksen yhteiseen kehittämistyöhön lähtivät mukaan Espoo, Kauniainen, Kerava, Kirkkonummi ja Vantaa sekä HUS, josta mukana ovat HYKS Jorvin sairaala ja HYKS Peijaksen sairaala. Vuonna 2007 mukaan tuli myös Helsinki. Hankkeessa tarkasteltiin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon päivystyksen rakenteita, arvioitiin työprosessit ja etsittiin kehittämisalueita. Päivystyshanke oli kolmivuotinen ja kesti vuoden 2008 loppuun. (Helsingin seutu 2008.)

Päivystyshankkeen tavoitteena on vähentää käyntimääriä 50 prosentilla sekä järjestää päivystyspotilaan hoito sujuvasti ja laadukkaasti niin, että potilasturvallisuus paranee. Sen tarkoituksena oli luoda yhtenäinen päivystyksen toimintamalli pääkaupunkiseudun yhteispäivystyspisteisiin ja samalla tarjota kuntalaisten rajaton mahdollisuus käyttää päivystyksiä yli kuntarajojen. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2008.)

Tutkimuksemme tarkoitus on selvittää syitä siihen, miksi 35–55 -vuotiaat työikäiset miehet hakeutuivat päivystykseen Helsingin kaupungin Malmin tai Marian (nykyisin Haartmanin) sairaalan päivystyspoliklinikalle ilman kiireellisen hoidon tarvetta. Tässä työssä **ilman kiireellisen avun tarvetta** tarkoittaa ryhmää potilaita, jotka eivät tarvitse välitöntä ja kiireellistä sairauden hoitoa. Päivystyshankkeen Triage-luokituksen mukaan nämä kuuluvat hoidon tarpeen arvioinnissa E-ryhmään.

Tavoitteemme on pohtia palveluiden tarkoituksenmukaisuutta ja kartoittaa vaihtoehtoisia palveluidentarjoajia terveyskeskuspäivystyksen ei-kiireellisille miespotilaille. Pyrimme löytämään vaihtoehtoisia palveluidentarjoajia eri hoitomuodoista kohderyhmän potilaille sekä löytää innovatiivisia ratkaisuja.

Tutkimuskysymys on seuraava:

Miksi työkäiset 35–55-vuotiaat miehet hakeutuvat päivystykseen ilman kiireellisen hoidon tarvetta?

## 4 JAAKKO HARKON TUTKIMUS PÄIVYSTYSPOTILAAN HOIDON KIIREELLISYYSRYHMITTELY

### 4.1 Potilasprofiloinnin tausta

Jaakko Harkon (2008b) tutkimuksen tavoitteena oli kuvata ei-kiireellisten hoitoa tarvitsevaa potilasryhmää ja käyttää saatua tietoa potilaista heidän palvelutarpeen määrittämiseksi ja palveluiden kehittämiseksi. Tämä mahdollisti Triage-luokituksen käyttöönoton identifioidusti sekä ehdotettujen toimenpiteiden seurauksia niiden näkökulmasta, joita toimenpiteet koskevat. Harkon tutkimus palvelee palveluiden tarkoituksenmukaisuutta palveluiden mahdollisten uudelleenjärjestämisten arvioinnin avulla sekä keskustelua palveluiden toiminnan nykytilasta ja tulevaisuudesta. (Harkko 2008b, 1.)

Potilaiden kiireellisyysryhmittelyn käyttöönotto Helsingin terveystieteiden keskuksen päivystyksissä syksyllä 2007 loi edellytykset kartoittaa päivystyksessä käyviä potilasryhmiä nimenomaan kiireellisyysryhmittelyn pohjalta. Triage-luokittelu mahdollisti heidän terveystieteiden keskuksen päivystykseen hakeutumisen ja palveluprosessin toimivuuden arvioinnin aikaisempaa helpommin. Ei-kiireellisistä potilaista ei kerätä systemaattisesti tietoa potilasjärjestelmään. Ei-kiireellisten potilaiden tiedot ja käsitykset perustuvat käytännön ammattilaisten työtä tekevien arvioon. (Harkko 2008a.)

#### Triage-hoidon tarpeen arvioinnin malli

Triagessa on käytössä ABCDE-ryhmittely hoidon tarpeen ja kiireellisyyden mukaan:

- A: erikoissairaanhoidon potilas, hoidon aloitus välittömästi
- B: erikoissairaanhoidon potilas, hoidon aloitus 10 minuutissa
- C: tk-päivystyksen potilas, lääkärin arvioon tunnissa
- D: tk-päivystyksen potilas, lääkärin arvioon kahdessa tunnissa
- E: ei päivystyspotilas, tk-päivystyksen päivystävän hoitajan arvioon

Triage-luokituksen E-ryhmään kuuluvat ei-kiireelliset potilaat, jotka eivät varsinaisesti tarvitse ensiapua tai päivystysluonteista hoitoa. Tällaisilla potilailla sairautena ovat esimerkiksi flunssa, nuha, yskä ja poskiontelotulehdusepäilyt. Muita ei-kiireelliseen luokitukseen kuuluvia hakeutumisen syitä ovat usein sairaslomatodistuksen tai reseptin tarve lääkäriltä sekä pitkäaikaiset sairaudet ja oireet, joissa ei ole tapahtunut akuuttia muutosta. Psykiatriset konsultaatiot ilman äkillistä mielenterveyden järkkymistä kuuluvat Triage-luokituksen E-ryhmään. Terveysviraston aiempien tietojen pohjalta terveyskeskuspäivystystä käyttävät erityisesti päihdeongelmaiset, ihmissuhde- tai perhevaikeuksissa olevat sekä taloudellisessa ahdingossa apua hakevat. Ei-kiireellistä hoitoa tarvitseva ryhmä on hyvin monimuotoinen, ja ryhmässä saattaa olla sosiaalisia riskitekijöitä ja riskikäyttäytymistä. (Harkko 2008b, 3–4.)

#### 4.2 Tutkimuksen aineisto ja tutkimusympäristö

Jaakko Harkon (2008b) tutkimuksessa pyrittiin selvittämään syitä, joiden vuoksi potilas hakeutui terveyskeskuspäivystykseen. Kysely tehtiin kahden viikon aikana marras-joulukuun 2007 vaihteessa Malmin ja Marian päivystyksissä. Kaikki päivystyksen potilaat olivat yli 16-vuotiaita. Terveyskeskuspäivystyksen käynneistä koottiin potilaan ikä, sukupuoli, käyntiaika ja kiireellisyysluokitus. Lisäksi käytiin läpi niiden potilaiden potilastietojärjestelmää, jotka antoivat siihen luvan. E-ryhmässä luvan potilastietojen käyttöön antoi 40 henkilöä. Tutkimuksen keskeisiä kysymyksiä olivat seuraavat:

1. Mikä tai kuka on saanut potilaan hakeutumaan terveyskeskuspäivystykseen?
2. Onko päivystykseen hakeutuvilla potilasryhmillä toisistaan poikkeavia sosioekonomisia taustatekijöitä?
3. Onko eri käyttäjäryhmillä yleisestä poikkeava palveluiden käyttöhistoria terveydenhuollon puolella?
4. Kuinka moni palaa terveydenhuollon palvelun piiriin lyhyen ajanjakson sisällä?

5. Käykö potilas terveyskeskuspäivystyksessä avoterveydenhuollon palveluiden järjestelyjen takia?
6. Miten asiakkaat kokevat päivystyksen suhteessa oman terveysaseman toimintaan?

Helsingissä on eri päivystysyksiköt terveyskeskus-, trauma-, sisätauti- ja lastenpäivystykselle. Malmin ja Marian (nykyisin Haartmanin) sairaaloissa on ilta- ja viikonloppupäivystys. Niissä toimivat terveyskeskuksen ambulatoorinen päivystys ja pientraumatologinen poliklinikkapäivystys sekä perustason sairaalapäivystys. (Liite 1; Harkko 2008b, 7.)

#### 4.3 Tutkimuksen tulokset

Harkon tutkimuksen aikana ilmeni, että miehet määräytyvät naisia todennäköisemmin ei-kiireelliseen potilasryhmään. Erityisesti yli 35-vuotiaiden työikäisten miesten määräytyminen ei-kiireellisiksi potilaiksi on huomattavan suurta suhteessa naisiin. Vieraskielisistä miehistä 28 % määräytyi E-ryhmään, kun vastaava luku kotimaankielisillä oli 19 %. Kyselyyn vastanneista vieraskielisistä 33 % oli somalin-, 21 % venäjän- ja 12 % vironkielisiä. (Harkko 2008b, 14, 16.)

E-ryhmän potilaiden keski-ikä oli 36 vuotta, mikä oli seitsemän vuotta alhaisempi kuin kiireelliseksi määritellyillä potilailla. E-ryhmään määräytyminen vähenee tasaisesti iän karttumisen myötä. Helsingin päivystyksissä Triage-luokittelu jakautui mielenkiintoisella tavalla. E-ryhmässä naisia oli 14 % ja miehiä 21 %. Tuloksissa ilmeni, että kaikista kävijöistä miehiä oli neljä kymmenestä. Harkon tutkimuksessa (2008b, 14) miesten E-ryhmään määräytymiseen on seuraavia mahdollisia selityksiä:

1. Naisia huonompi taudin hallinta
2. Työaikoihin liittyvät kysymykset
3. Sukupuoleen sidotut biologiset tekijät
4. Potilaan ja hoitohenkilökunnan kohtaaminen
5. Sukupuolten erilainen tapa kommunikoida ja käsitteellistää sairautensa

Tutkimuksen mukaan E-ryhmään kuuluvista päivystyksen potilaista 56 % päätyi lääkärin vastaanotolle ja loput saivat neuvontaa hoitajan vastaanotolla. Lääkärin vastaanotolle menneillä potilailla oli syinä sairaslomien jatkaminen, kun potilas oli jo ollut hoitajan määräämällä sairaslomalla. Lisäksi muita syitä lääkärin vastaanotolle hakeutumiseen olivat perustaudeista esim. astma ja diabetes. E-potilaista 46 % on ilmoituksensa mukaan yrittänyt saada aikaa terveysasemilta päiväaikaan eli palvelun saatavuudella näyttäisi olevan yhteyttä päivystykseen hakeutumisen kanssa. Tutkimuksesta ilmeni, että terveysaseman kiinni oleminen ja vaivan akuuttius estivät loppuja hakemasta apua terveysasemalta. Osa ilmoitti syyksi työesteen ja tyytymättömyyden terveysasemien palveluntarjontaan. Yleensä terveysneuvontapuhelin on nähty yhtenä terveydenhuoltopalvelujen kuormitusta vähentävänä tekijänä, koska neuvontapuhelin 10023 vastaa ympäri vuorokauden terveydenhoitoon liittyvissä kysymyksissä. Harkon tutkimukseen vastaajista ainoastaan 15 % oli konsultoinut terveysneuvontapalvelua ennen saapumistaan päivystykseen. Sairaslomaa ei-kiireellisen hoitoluokituksen saaneista yli 35-vuotiaista työikäisistä haki peräti 40 % potilaista. (Harkko 2008b, 21–23.)

Lääketieteellisesti turhien käyntien todettiin Harkon tutkimuksessa olevan yhteydessä mielenterveyden ongelmien kanssa. Erityisesti nuoret alle 35-vuotiaat naiset ovat selvästi kuormittuneempia kuin miehet. Syrjäytyminen sosiaalisista suhteista on mielenterveysongelmien lisäksi yksi päivystyksiä mahdollisesti kuormittavia tekijöitä. Potilaiden vertaisverkoston puutteen takia potilaat hakeutuvat iltaisin ja viikonloppuisin päivystykseen hakemaan keskusteluyhteyttä. E-ryhmän potilaista ihmissuhteensa arvioivat huonoiksi tai melko huonoiksi 28 % vastanneista. Alkoholin suurkulutuksella ei ole yhteyttä potilaan kiireellisyysryhmittelyyn tai työelämän ulkopuolella olemiseen. Sen sijaan suurkulutuksen rajan ylittyminen on suorassa suhteessa vastaajan ikään ja koulutuspohjaan. (Harkko 2008b, 26–29.)



## 5 KIRJALLISUUSKATSAUS AIKAISEMISTA TUTKIMUKSISTA

Kirjallisuuskatsauksella tarkoitetaan menetelmää, jossa kerätään aiemmin olemassa olevaa tietoa, arvioidaan laatua ja tehdään päätelmiä (Saarinen 2007, 13).

Valitsimme tähän kirjallisuuskatsaukseen aihepiirejä, jotka nousivat vahvasti esille Jaakko Harkon (2008b) tutkimuksen tutkimustuloksista kiireellisyysryhmitelyistä. Opinnäytetyömme kirjallisuuslähteet määräytyivät siten, että miten ne vastasivat tutkimuskysymykseen miksi työikäiset 35–55-vuotiaat miehet hakeutuvat päivystykseen ilman kiireellisen hoidon tarvetta. Valittu aineisto käsitteli aihepiirejä, jotka ovat Harkon tutkimuksen tuloksiin kohdistuvia tekijöitä. Valintakriteerejämme ohjasivat myös sairaanhoitajaopiskelun kautta syventynyt ammatillinen kasvu sekä hoitoalan monivuotinen työkokemus potilastyöstä eri toimipisteissä. Teemoiksi valittiin potilastyytyväisyys, potilaan ja hoitohenkilökunnan kohtaaminen hoitotyössä, eri miessukupolvien kuvaa miehisyydestä, miesten tapa kommunikoida ja käsitteellistää sairauksia ja työikäisen miehen terveys. Kirjallisuuskatsauksemme tutkimusaineisto muodostui yhdeksästä tutkimuksesta ja muusta aiheeseen liittyvästä kirjallisuudesta sekä artikkeleista.

### 5.1 Potilastyytyväisyys

Härkösen ym. potilastyytyväisyystutkimuksen (2007) mukaan tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, kuinka tyytyväisiä hoitajavastaanoton potilaat ovat hoitoonsa erikoissairaanhoidon poliklinikalla. Tutkimuksen kohteena olivat erään yliopistosairaalan kahden poliklinikan hoitajavastaanotolla käyvät potilaat. Tutkimuksen vastausporosentti oli 70 %. Potilaat olivat yleensä tyytyväisiä hoitoonsa. Naiset olivat tyytyväisempiä kuin miehet hoitajan ammattitaitoon. Tyytyväisempiä olivat ne yli 35-vuotiaat, työelämässä olevat, ja ne jotka tapasivat myös lääkärin. Tutkimuksessa osoitettiin, että hoitotulokset eivät kuitenkaan eroa lääkärin vastaavanlaisille potilasryhmille annettavasta hoidosta. (Härkönen ym. 2007, 5.)

Potilastyytyväisyyttä on tutkinut myös Sakari Saarinen (2007). Saarisen tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata potilaiden käsityksiä saamansa hoidon laadusta kahden yliopistosairaalan, HYKS Jorvin sairaalan ja HYKS, Peijaksen sairaalan päivystyspoliklinikoilla. Saarisen tutkimus on myös osa HYKS – sairaaloissa käynnissä olevaa päivystyshanketta, jonka päämäärä on taata pääkaupunkiseudun asukkaille tasokas, laadukas ja riittävä päivystysluonteinen sairauksien hoito. Viitekehyksenä käytettiin Johanssonin ym. luomaa teoriaa potilastyytyväisyyteen vaikuttavista tekijöistä. Tarkastelun kohteena olivat ennen kaikkea potilaiden käsitykset hoitajien ammattitaidosta, potilaiden ja hoitajien välisestä vuorovaikutuksesta sekä hoitajien antamasta ohjauksesta että opettamisesta. Lisäksi selvitettiin potilaiden tyytyväisyyttä fyysiseen hoitoympäristöön ja hoitoorganisaation toimintaan. (Saarinen 2007, 2.)

Tutkimuksessa oli mukana 46 % miehiä ja naisia 54 %. Koko määrästä yli puolet oli keski-ikäisiä, noin viidennes nuoria ja runsas neljännes iäkkäitä. Vastaajien syy tulla päivystykseen oli useimmissa tapauksissa äkillinen sairastuminen tai tapaturma. Potilaista 84 % oli sitä mieltä, että hoitajat olivat tarkkoja ja huolellisia suorittaessaan hoitoon liittyviä toimenpiteitä. 72 % potilaista piti hoitajien toimintaa älykkäänä eli he osasivat perustella asioita, kun niitä heiltä kysyttiin. 79 % potilaista koki, että hoitajien ammattikokemus ohjasi heidän työskentelyään, kun eri mieltä oli 4 % ja 13 % ei osannut sanoa mielipidettään. (Saarinen 2007, 45.)

Valtaosa vastaajista oli tyytyväisiä potilaan ja hoitajan välisen vuorovaikutuksen laatuun. Hoitajat olivat kohteliaita (87 %) ja luotettavia (72 %). Luotettavuudesta potilaista oli eri mieltä 10 % ja 13 % ei osannut sanoa siitä mielipidettään. Saarisen (2007, 47) mukaan potilaiden ohjaus toimii Jorvin ja Peijaksen päivystyspoliklinikoilla ilmeisen hyvin. Tutkimuksesta ilmeni, että kaksi kolmasosaa sai kotihoidon ohjauksen sopivassa vaiheessa. Sen sijaan toimeentuloon liittyvät asiat tunnettiin hiukan huonommin, vain noin puolet vastaajista oli perillä taloudellisista etuuksistaan. 54 % tiesi omat taloudelliset etuudet, 22 % ei tiennyt lainkaan ja 16 % ei osannut kommentoida asiaa. Tyytyväisyys mahdollisuudesta osallistua omaan hoitoon oli 45 % mukaan hyvä ja 56 % mukaan potilaan

omaa henkilökohtaista tilannetta ymmärrettiin hyvin päivystyksessä. (Saarinen 2007, 47–49.)

Vastaajien tyytyväisyys organisaation toimintaan vaihteli. Potilaista 45 % koki, että eri hoitopaikat toimivat joustavasti yhdessä potilaan nimenomaisessa tapauksessa. Potilaista 54 % koki, että henkilökunnalla oli riittävästi aikaa. (Saarinen 2007, 51.)

Tutkimuksessa esiin nousivat eniten organisaatioon liittyvät seikat, jotka eivät edistäneet hyvää oloa: odottaminen ja hoitoprosessin hidas eteneminen, tiedon huono kulku sekä henkilökunnan vähyys. Vuorovaikutuksessa ilmenneitä puutteita olivat kielitaidottomuus ja henkilökunnan huono käytös. Fyysisen ympäristön puutteet noteerattiin monissa palautteissa: hygienia-tilat olivat sotkuisia, käsien desinfiointiaine loppunut sekä radio liian kovaääninen. Potilailta tullessa palautteessa parannusehdotuksiksi toivottiin mm. lisää henkilökuntaa, vuodepaikkoja, omaa päivystystä lapsille, apteekin sijoittamista sairaalan yhteyteen, juopuneille potilaille omaa päivystystä, hoitajille oikeuksia määrätä laboratorio- ja röntgentutkimuksia sekä parempaa tiedottamista odottamisen syistä. (Saarinen 2007, 56.)

Vastaajan sukupuoli ei näytä olleen merkitsevä tekijä potilaan hoitoonsa kokemaan tyytyväisyyteen. Merkitsevää oli sen sijaan, oliko vastaaja käynyt iltavuoron klo 16–22 aikana. Iltavuoron aikana käyneiden tyytyväisyys oli vähäisempää kuin aamuvuoron tai yövuoron aikana vastaanotolla käyneillä. Myöskään työelämässä olevien tai muiden välillä ei näytä olleen eroa, eikä käynnin akuutisuuden suhteen tai siinä oliko potilaalla tullessaan lähete. Päivystyksessä vietetty aika ei ollut merkittävä tekijä, eikä se oliko käynti keskellä viikkoa vai viikonloppuna. Ikä vaikutti selvästi tyytyväisyyteen: nuoret olivat tyytymättömämpiä kuin keski-ikäiset ja iäkkäät. Samoin naiset olivat yleisesti ottaen tyytymättömämpiä kuin miehet. (Saarinen 2007, 59.)

## 5.2 Potilaan ja hoitohenkilökunnan kohtaaminen hoitotyössä

Anita Näslindh-Ylispangar (2008) kuvaa potilaan ja hoitohenkilökunnan kohtaamista väitöskirjassaan *Men's health behaviour, health beliefs and need for health counselling: A study amongst 40-year-old males from one Helsinki City region*. Hän on tutkinut 40-vuotiaiden miesten terveystietoisuutta, terveysuskomuksia ja miesten saamaa terveysneuvontaa Helsingissä. Väitöskirjassa todetaan, että hoidonantajien on tärkeää ymmärtää ristiriidat miesten subjektiivisen ja objektiivisen terveydentilan välillä. Tutkimuksessa selvisi, että miehillä oli erilaisia fyysisiä ja psyykkisiä oireita, jotka korreloivat voimakkaasti masennuksen kanssa. Pieni määrä miehistä koki saaneensa terveysneuvontaa hoitohenkilökunnalta verrattuna perheenjäseniltä saatuun ohjaukseen. (Näslindh-Ylispangar 2008, 6.)

Näslindh-Ylispangar (2008, 23–24) selittää väitöskirjassaan, että hoidonantajien tulisi erityisesti keskittyä miesten ja poikien sosiaalisiin ongelmiin, kuten työttömyyteen, epäonnistumisiin koulutuksessa, väkivaltaisuuteen ja perheiden hajoamiseen sekä keskusteluihin miesten vaihtuvaa identiteettiä koskevaan kysymykseen. Miehet ja pojat eivät ole ainoastaan roolinsa passiivisia uhreja. He eivät myöskään ole rakentamassa uutta maskuliinisuutta. Väitöskirjasta ilmenee, että miesten sosiaaliluokka ei vaikuta heidän terveydentilaansa eikä siihen, ilmaiseeko mies fyysisiä tuntemuksiaan. Fyysiset tuntemukset eivät ole sidoksissa aikaan ja paikkaan. Näslindh-Ylispangar toteaa, että terveysneuvonta käsittelee yhteistyötä ja vastavuoroisuutta terveydenhuollon ammattilaisten ja potilaiden välillä. Sairaanhoitaja käyttää sosiaalisia ja emotionaalisia kykyjä, jotka luovat ammatillista ymmärtämystä potilaskeskeiseen voimaantumiskäytäntöön. On tärkeää, että potilaat voivat keskustella ajatuksistaan, huolistaan, kokemuksistaan ja tiedoistaan hoidon tarjoajien kanssa potilasohjauksen aikana. Terveystietoisuuden haasteet ovat miten tunnistaa riskialttiimmat henkilöt ja päättää minkälainen terveystietoisuus muuttaa heidän terveystietoisuuttaan. Terveystietoisuuden pitäisi sisältyä kaikkeen terveystiedottamiseen. (Näslindh-Ylispangar 2008.)

Potilaan kohtaamisesta valitsimme toisen tutkimuksen vuodelta 2008, jossa Kerttu Ahokas (2008, 1–3, 9) vertaa perus-/lähihoitaja- ja sairaanhoitajakoulutusta keskenään sekä kuvaa sairaanhoitajan valmiuksia kohdata asiakas kriisitilanteessa perusterveydenhuollon vastaanotolla. Ahokas korostaa, että kriisitilanne voi olla yksilötasolla tai koko perhettä kattava suru, taloudellinen konkursi, työuupumus, työttömyys, läheisen kuolema, väkivalta, esimerkiksi pahoinpitelyt, erilaiset onnettomuudet, perheenperustaminen, ikääntyminen sekä yksinäisyys. Sairaanhoitajakoulutuksen osalta Kerttu Ahokas oli tutkimuksessaan kartoittanut 23 ammattikorkeakoulun opetussuunnitelmat kriisityön näkökulmasta. Kriisityö sisältyi kaikkien ammattikorkeakoulujen opinnoissa hoitotyön perus- ja ammattiopintoihin. Lähi- ja perushoitajakoulutuksessa kriisityön näkökulmaa ei löytynyt. (Ahokas 2008.)

Ahokkaan (2008) tutkimus suoritettiin Vantaan kaupungin Myyrmäen terveysasemalla hoitotyössä olevien hoitotyöntekijöiden kesken. Tutkielman metodina oli Survey-tutkimus. Kyselylomakkeita oli jaettu 28 kpl ja niitä palautunut 27. Kyselylomakkeissa kysyttiin: Mikä on heidän koulutustaustansa? Onko heillä riittäviä valmiuksia kohdata, ohjata ja tunnistaa kriisissä oleva asiakas? Onko työntekijä saanut koulutusta kriisityöhön? Omaavatko he riittävät taidot? Haluavatko he lisäkoulutusta? Ja millä tavoin, mikäli haluavat?

Tutkimustuloksissa selvisi, että ammattiryhmissä on 8 (30 %) perushoitajaa, 16 (59 %) sairaanhoitajaa tai terveydenhoitajaa ja 3 (11 %) ei ilmoittanut taustansa. 8 (30 %) vastaajaa ilmoitti saaneensa koulutuksen kriisityöhön ja 19 (70 %) ei ollut saanut koulutusta. Kysymykseen omaavatko he riittävät taidot: Vastaa- jista 4 (15 %) omaa mielestään riittävät taidot 23 (85 %) ei kokenut omaavansa riittäviä taitoja. Lisäkoulutuksen tarpeeseen vastasi 25 vastaajaa (93 %) haluavansa lisäkoulutusta. Tarvetta tai halukkuutta ei ollut 2 (7 %) vastaajalla. (Ahokas 2008.)

Ahokas (2008) nostaa tutkimuksessaan esille sen, että lisäkoulutusta halusi ryhmäopetuksena 22 (81 %) ja tai kirjallisen oppaan muodossa 9 vastaajaa (34 %). Henkilökohtaisena opetuksena sitä halusi 4 (15 %) ja 1 vastaaja ei halunnut missään muodossa.

Myös kirjallisuuskatsauksemme perusteella hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutus on avain asiakaslähtöisyyteen. Hoitajan vuorovaikutustaidot ovat tärkeä osa ammatillisuutta. Hoitajan olisi osattava kuunnella, rohkaista ja tukea asiakasta. Asiakkaan kanssa keskustellaan ja autetaan tulevaisuuteen orientoitumisessa. Asiakaslähtöinen hoito alkaa aina potilaan/asiakkaan tarpeista. Jotta hoitaja voi toimia asiakaslähtöisesti, hänen tulisi tietää, mitä asiakaslähtöisyydellä tarkoitetaan.

Asiakaslähtöisyyttä Irma Kiikkala (2000, 16) pitää sosiaali- ja terveydenhuollon periaatteena. Kiikkala (2000, 116–120) luokittelee asiakaslähtöisyyden neljään ulottuvuuteen:

1. Toiminnan arvoperusta
2. Näkemys asiakkaasta
3. Näkemys hoito- ja palvelutoiminnan luonteesta
4. Näkemys työntekijästä

Asiakaslähtöisyystoiminnan arvoperustana painottaa asiakkaan kohtaamista omana yksilönä. Asiakkaan kohtaamisessa kunnioitetaan asiakasta ja hänen tapojaan, itsemääräämisoikeuttaan, kulttuuriaan sekä uskontoaan. Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan 2000-luvulle selvityksen (STM 1999,11) mukaan asiakaslähtöinen toiminta vastaa asiakkaan tarpeisiin hänen omasta näkökulmastaan. Tällöin toimintaa ei suunnitella ainoastaan hoitotyön ammattilaisten ja hoitotyön organisaatiosta käsin. (Leino & Pennanen 2008, 2.)

Asiakaslähtöisyydestä Valtioneuvoston periaatepäätöksen Terveys 2015-kansanterveysohjelmassa on seuraavaa: Jokaiselle suomalaiselle tulisi turvata yhtäläisesti laadukkaat ja saavutettavissa olevat terveystalvet. Nykyään monet sosiaali- ja terveysalan kehittämishankkeet pyrkivät lisäämään toiminnan asiakaslähtöisyyttä. Käsitettä asiakaslähtöisyys käytetään terveystalvetuista puhuttaessa yleisesti. Asiakaslähtöisyydestä puhutaan silloin, kun asiakas on palvelujen keskipisteessä ja tarvittava palvelu sekä hoito järjestetään asiakkaan tarpeesta lähtien.

Myönteinen suhtautuminen asiakkaaseen ilmenee asiakkaan kuunteluna ja asiakkaan mielipiteiden kunnioittamisena. Opinnäytetyössään Asiakaslähtöisyys hoitotyössä (2008, 3) Sonja Leino ja Laura Pennanen toteavat:

Asiakaslähtöisesti toimiva työntekijä toimii asiakkaan kanssa yhdenvertaisena ihmisenä ja tukee asiakasta kohti itsenäisyyttä ja riippumattomuutta. Työntekijän näkökulma ja kiinnostus eivät tällöin suuntaudu pelkästään sairauteen ja ongelmaan vaan ihmiseen kokonaisuutena. Työntekijältä edellytetään herkkyyttä tunnistaa ihmisten ja tilanteiden erilaisuutta sekä kykyä muuttaa toimintatapojaan muuttuvissa tilanteissa. Tavoitteena on asiakkaan omia voimavaroja ja elämän hallintaa edistävä työ, jossa työntekijä tukee asiakasta omien voimavarojen mukaisten ratkaisujen löytämisessä ja päätösten tekemisessä, mutta ei toimi asiakkaan puolesta. (Leino & Pennanen 2008, 3.)

### 5.3 Eri miessukupolvien kuvaa miehisyydestä

Freija Özcanin (2007) Pro gradu -tutkielma käsittelee Saarnaajan kirjan ja Sirakin kirjan mieskuvaa. Näiden tekstiä peilataan antiikin ajan mieskäsitystä ja toisaalta Vanhan testamentin maskuliinista ihannetta vasten. Tutkimuksessa todetaan, että antiikin ajan juutalaisen yhteisön suurin miehelle asettama odotus oli se, että miehen oli aina, kaikkialla ja kaikissa tilanteissa hallittava itsensä. Tämä tarkoitti sekä oman käytöksensä että omien tunteittensa hallitsemista mutta myös elämän olosuhteiden ja siihen liittyvien ihmisten hallitsemista. Elämän oli siis oltava järjestyksessä ollakseen kunniallista. (Özcan 2007.)

Yhteisön kunnioituksen menettänyt mies oli vaikeassa tilanteessa. Juuri tilanteessa, missä häpeä astuu miehen elämään, käy parhaiten selväksi Saarnaajan ja Ben Siran ajattelun perimmäinen ero. Ben Sira perustelee miesihannettaan kunnian ja häpeän käsitteillä. Saarnaajalle kunnian ja häpeän käsitteillä ei ole merkitystä. Todellinen ongelma on Saarnaajan mielestä kuolema. On parempi elää vaikka häpeässä kuin olla kuollut, vaikka viisaus tuokin miehelle menestystä, sen olennaisin tehtävä on pitää mies hengissä ja elossa vaikka elämä ei niin kovin kunniaakasta olisikaan. (Özcan 2007.)

Miesten kriisikeskuksen toimintaa tutkinut Leo Nyqvist (2004) toteaa väliraportissaan seuraavaa:

Vahva, kaiken kestävä ja kaikesta selviytyvä mieskuva on edelleen sitkeä myytti. Kaikkensa antaneen miehen kysymys ”eikö mikään riitä” kertoo mielestäni hyvin miehiin kohdistuvien odotusten kasvussa ja osin ristiriitaisuudessa. Enää ei riitä perheen elättäjän rooli. Mieheltä vaaditaan yhä etenevässä määrin myös muunlaista panosta perheeseen, yhdessäoloon ja kotityöhön osallistumisesta. Edullista olisi myös huolehtia ulkonäöstä ja terveydestä. Homomiehet on jo ajat sitten leimattu trendikkäiksi sosiaalisiksi sujahtelijoiksi, joiden jalanjälkiä seuraavat heterosinkkumiehet. Aikakauslehtien muovaamat menestyvät ihannekuvat ovat tulleet jäädäkseen myös miesten maailmaan.

Nyqvist (2004, 17) jatkaa vielä seuraavaa: ”Uskomus siitä, että miehet eivät puhu on hölynpölyä. Miehet puhuvat paljon silloin, kun heillä on tilaisuus ja ilmapiiri voi olla sellainen, että se on turvallista. Miesten puhe on suoraa ja runsasta, kun sitä ei olla jatkuvasti keskeyttämässä ja miehen ei tarvitse puhua puolustaakseen itseään. Päälimmäinen kokemus Miesten kriisikeskuksessa työskentelystä on miesten kyky ja tarve puhua asioistaan ja tunteistaan. Oli kuin pato olisi auennut ja puhetta tuli ilman esteitä ja kyselyjä. Miehillä oli ikään kuin teksti valmiina odottamassa, jos joku olisi kuulolla. Tämän ”tulvapuheen” jälkeen tuli helpotus puhumisesta sekä toisaalta tietoisuuden kasvu omista ajatuksista että tunteista.

Nyqvistin väliraportissa mainitaan kriisikeskuskontaktien yleisimmät syyt: erokriisi (34 %), parisuhdeongelmat (17 %) ja huoli omasta terveydestään (12 %). Tähän luokkaan luettiin tilastoinnissa pääasiassa mielenterveyteen kuuluvat ongelmat kuten masennus, itsetuhoisuus, ahdistus, unettomuus ja työuupumus. Vakavammat psyykkiset häiriöt, kuten psykoosit, olivat erittäin harvinaisia. Päihdeongelma esiintyi pääasiallisena avuntarpeen perusteena ainoastaan 6 % kontakteista. Alkoholien osalta mainittakoon, että usealla asiakkaalla esiintyi lisääntyneitä alkoholinkäyttöä kriisitilanteesta johtuen. (Nyqvist 2004.)

Prosenttiluvut kertovat ilmiöiden yleisyydestä, mutta niiden taakse jää tärkeitä vaikkakin harvinaisempia ilmiöitä. Parisuhdeongelmissa kamppaileva heteroseksuaalinen ja perheellinen mies hallitsee asiakaskuvaa, mutta kriisikeskuksessa kävi myös homo- ja biseksuaalisia miehiä, sekä traumatisoituneita joko lapsena tai aikuisena seksuaalisesti hyväksikäytettyjä miehiä. Näiden asiakasryhmien on ehkä kaikkein vaikeinta löytää apu yleisestä palvelujärjestelmä-



tämme. Tässä tutkimuksessa korostetaan, että sukupuolineutraaliuden ja heteronormatiivisuuden hallitsemassa auttamisjärjestelmässämme puuttuvat yksinkertaisesti valmiudet vastata näiden miesten palvelutarpeisiin. (Nyqvist 2004, 29.)

#### 5.4 Miesten tapa kommunikoida ja käsitteellistää sairauksia

Martti Siirala pohtii ahdistusta luonnollisena reaktiona elämän ahtaumakohtiin, mutta myös sairauden lähtöpisteenä. On puhuttava siitä mistä vaikenemmekirjassa hän pohtii ahdistusta ja sairautta suhteessa yksilöön ja yhteisöön.

On verraten vaikea määritellä, milloin ahdinkoisen ihmisen ahdistus muuttuu sairaudeksi. Kaiken kaikkiaan sanoisin näin: ahdistus muuttuu sairaudeksi silloin, kun ahdistus sulkeutuu itseensä, kun se ei avaudu ihmiselle itselleen tai ympäröiville ihmisille. Siis milloin yksilön tai yhteisön henkisistä liikkumisvalmiuksista ei löydy väylää, josta ahdinko pääsisi avautumaan, silloin ihmisen ahdinko päättyy usein joksikin sairaudeksi. Sairaus on viesti elämän ongelmista sekä ihmiselle itselleen että hänen lähiyhteisölleen. Olennaisinta on, että ihminen itse näkee ahdinkonsa viestinä jostain ongelmasta. Tällöin on myös tärkeää, että hän löytää kuulijan, jonkun, joka ei käännä hänen ahdingolleen selkää. (Uurtimo 2000, 20.)

Siiralan mukaan emme voi tavoittaa sairauden mieltä, jos tarkastelemme sitä erillään yhteisöstään. Sairaus on mieleton, jollei sitä tarkastella yhteisöään vasten. Sairastuminen on ensi sijassa ihmisen itsereflektiota, tapahtumaa suhteessa itseen, mutta se on myös tapahtuma suhteessa yhteisöön: sen käytäntöihin, ajatteluun ja valmiuksiin. Tässä kokonaiskehyksessä sairausprosessi saa sisällönsä. (Uurtimo 2000, 21.)

Eero Ojanen (2003) pohtii kirjassaan *Miehen filosofia* monimerkityksellisesti vapaan miehen käsitettä. Vapauden vastakohtaksi hän ottaa miehen väkivaltaisen keinon rajoittaa toisen ihmisen vapautta. Ojasen mukaan väkivalta on kajoamista toiseen jollain tapaa väkisin, vastoin hänen tahtoaan. Väkivallan kohdetta estetään olemasta vapaasti niin kuin hän itse haluaa. Siksi väkivalta

on Ojasen mukaan kaikissa muodoissaan vapauden loukkaamista, vapauden vähentämistä.

Juuri siksi, että väkivalta on miestä niin lähellä, sitä ei pidä missään muodossa puolustella eikä hyväksyä. Pahin asia, joka miehelle voidaan tehdä, on se, että ryhdytään hyssyttelemään ja lepertelemään hänen väkivaltaisuuttaan sekä se, että ”se nyt kuuluu miehen luontoon” ja että ”pojat on poikia”. Väkivaltaa kohtaan on oltava tiukka, luja ja päättäväinen – sitä ei saa sallia, sitä ei voi hyväksyä. Selkeät rajat on oltava, rajojen asettaminen on aikuisen ihmisen erityinen velvollisuus, ja rajat on osattava asettaa myös väkivaltaa vastaan. Väkivalta on kunnollisten rajojen puutetta. Tavallaan väkivalta näyttää kuuluvan miehen luontoon, mutta sen pahempi, juuri siksi siihen onkin suhtauduttava niin päättäväisen kielteisesti. (Ojanen 2003, 145–146.)

### 5.5 Työikäisen miehen terveys

Miehen elämään kasautuu riskitekijöitä, joiden edessä terveysvalistus ja terveyspalvelut ovat osaksi olleet neuvottomia kautta aikojen. Anita Näslindh-Ylispangarin (2008) tutkimus muodostui Helsingin koillisella alueella asuneista miehistä, jotka olivat syntyneet vuonna 1961. Tutkimus osoitti, että miehillä olleen useita sydän- ja verisuonitautiriskejä. Kaksi kolmesta kaikista osallistuneista oli ylipainoisia tai lihavia, yli kolmanneksella vyötärönympäryys oli suurempi tai yhtä suuri kuin 100 cm, ja yli 40 %:lla oli diastolinen verenpaine suurempi tai yhtä suuri kuin 90 mmHg. Yli puolet tupakoi päivittäin ja 40 % käytti alkoholia runsaasti.

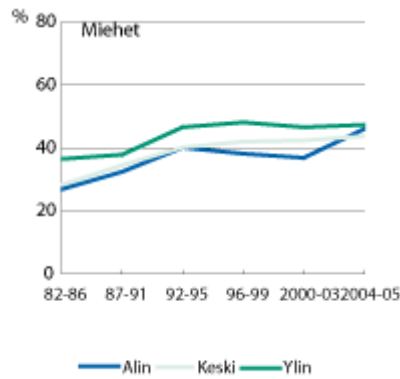
Huomioitavaa on se, että huolimatta riskitekijöistä noin puolet Näslindh-Ylispangarin (2008) tutkimuksen mukaan miehistä koki terveydentilansa hyväksi. Sairauden tai vamman puute, hyvä suun terveydentila ja normaali vyötärönympäryys olivat voimakkaimmin yhteydessä hyväksi koettuun terveydentilaan. Miehet, jotka harrastivat liikuntaa 4–7 kertaa viikossa tai jotka käyttivät alkoholia kohtuudella tai ei lainkaan, oli kaksi kertaa motivoituneimpia terveyskäyttäytymiseen kuin liikunnallisesti passiiviset tai alkoholia käyttävät miehet. Tutkimuk-

sessä havaittiin suora yhteys omaisten tarjoaman neuvonnan ja vähäisen alkoholin käytön välillä. Masennus ja unettomuus olivat voimakkaasti yhteydessä loppuun palamiseen. Myös niin kutsutuilla matalariskisillä miehillä oli runsaasti terveysongelmia. Näistä masennusta kokevilla miehillä oli yli kuusinkertainen riski arvioida terveydentilansa huonoksi tai keskinkertaiseksi vertaisryhmään nähden. Lisäksi heillä oli erilaisia fyysisiä ja psyykkisiä oireita, jotka korreloivat voimakkaasti masennuksen kanssa. (Näslindh-Ylispangar 2008, 4.)

Suomalaisten aikuisväestön elintapamuutoksista tehdään vuosittain Kansanterveyslaitoksen toteuttama Aikuisväestön terveyskäyttäytymisen postikyselytutkimus, joka lähetetään 5000:lle henkilölle. 1.1.2009 Kansanterveyslaitos ja Stakes yhdistyivät, minkä seurauksena nimi muuttui Terveyden- ja hyvinvoinninlaitokseksi. Terveyskäyttäytymiskyselyn tavoitteena on terveyskäyttäytymisen pitkän ja lyhyen aikavälin muutoksien seuraaminen. Sitä on toteutettu yhtäjaksoisesti vuodesta 1978 alkaen. Vuoden 2005 keväällä kyselyyn vastasi 3287 työkäistä (15–64-vuotiaat) suomalaista. Vastausaktiivisuus oli 66 %. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2009.)

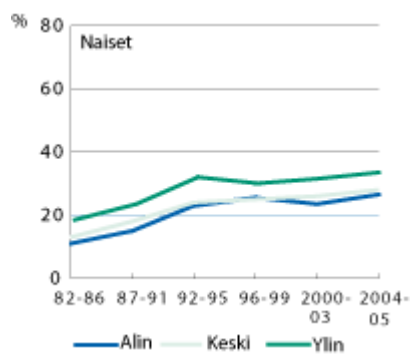
Kansanterveyslaitoksen terveydenedistämisen yksikön (2005) elintapakysely Työkäisen väestön terveyskäyttäytymisestä sekä terveydestä tutkimuksesta ilmeni, että 60 % 15–64-vuotiaista suomalaismiehistä oli ylipainoisia. Vuonna 2004 vastaava luku oli 53 %. Alkoholinkäyttö pysytteli edelleen vuonna 2004 todetulla korkealla tasolla. Sen käyttö jakaantui kuitenkin uudella tavalla: vähintään 8 alkoholiannosta viikossa juoneiden miesten osuus lisääntyi eniten alimassa koulutusryhmässä. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2009.)

Kuvio 1:ssä kuvataan viimeksi kuluneen viikon aikana vähintään 8 annosta alkoholia nauttineiden miesten määrää, joiden ikävakioidu osuus suhteellisen koulutuksen mukaan esiintyy vuosina 1982–2005.



Kuvio 1. Miesten alkoholinkulutus (Terveysten- ja hyvinvoinninlaitos 2009).

Kuvio 2:ssa kuvataan viimeksi kuluneen viikon aikana vähintään 5 annosta alkoholia nauttineiden naisten määrää, joiden juoneiden ikävakioitu osuus suhteellisen koulutuksen mukaan vuosina 1982–2005.



Kuvio 2. Naisten alkoholinkulutus. (Terveysten ja hyvinvoinninlaitos 2009.)

## 6 TUTKIMUSMETODIT

### 6.1 Kvalitatiivinen tutkimus

Kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus on luonteeltaan kokonaisvaltaista tiedon hankintaa. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin. Niissä pyritään mm. kuvaamaan jotain ilmiötä ymmärtämään tiettyä toimintaa tai antamaan mielekäs teoreettinen tulkinta jollekin ilmiölle. Laadullinen tutkimus sopii metodiksi opinnäytetyöhön, koska niihin liittyy oleellisena tarkoituksena näyttää kirjallisuuskatsauksella, mistä näkökulmista ja miten kyseistä asiaa on aiemmin tutkittu ja miten suunnitteilla oleva tutkimus liittyy jo olemassa oleviin tutkimuksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 87, 121–120.)

Opinnäytetyömme on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus, jonka aineisto koostuu valmiista Jaakko Harkon (2008b) tutkimuksesta sekä aiemmista aihetta sivuavista tutkimuksista, artikkeleista ja kirjallisuudesta. Aineistomme analysoimme induktiivisesti eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Se tarkoittaa, että aineiston käsitteitä yhdistellään ja siten saadaan vastaukset tutkimuskysymykseen (Tuomi & Sarajärvi 2002, 115). Teimme johtopäätöksiä niihin perustuen ja pyrimme löytämään innovatiivisia ratkaisuehdotuksia.

### 6.2 Kirjallisuuskatsaus ja aineiston keruu

Tuomen ja Sarajärven (2002, 120) mukaan kirjallisuuskatsaus voi olla myös itsessään tutkimus. Sitä nimitetään usein myös systemaattiseksi kirjallisuuskatsaukseksi ja sitä pidetään tehokkaana välineenä syventää tietoja asioista, joista on jo valmista tutkittua tietoa ja tuloksia. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on toisen asteen tutkimusta eli tutkimustiedon tutkimusta. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus kuuluu luonteeltaan teoreettisen tutkimuksen piiriin, mutta toteuttamisessa voidaan käyttää apuna aineistolähtöistä sisällönanalyysiä.

Aikaisempien tutkimusten aineiston kokoa voidaan suhteuttaa siihen, onko työ opinnäytetyö, pro gradu -työ vai väitöskirja (Nieminen 2008). Tuomen ja Sara-järven mukaan (2002, 87) opinnäytetyö on tekijänsä harjoitustyö, jonka tarkoituksena on osoittaa oppineisuutta omalla alalla. Aineiston kokoa ei tule tästä syystä pitää opinnäytetyön tärkeimpänä kriteerinä. Ratkaisevaa ei ole aineiston koko, vaan tulkintojen kestävyys ja syvyys.

Kirjallisuuskatsaus on tutkimuksen teoreettinen perusta ja se perustuu tutkimusongelmien kannalta olennaisiin asioihin. Lähdekirjallisuus voi olla aikakausiartikkeleita, tutkimusselosteita ja muita julkaisuja. Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on kertoa, miten asiaa on aiemmin tutkittu eli mikä on tutkimuksen tarkoitus, minkälaiset näkökulmat tutkimuksessa on ja mitkä ovat johtopäätökset. Työssä pyritään näyttämään lukijalle myös, mitkä ovat johtavat tutkijanimet, tärkeimmät tutkimustulokset ja tutkimusmenetelmät. (Hirsjärvi, Remes & Saja-vaara 2003, 111–112.)

Opinnäytetyön aineiston valintakriteerit määräytyivät siten, että aineisto käsitteli aihepiirejä, jotka olivat Harkon (2008b) tutkimuksen tuloksiin kohdistuvia tekijöitä, kuten esimerkiksi potilastyytyyvyisyys. Muun aineistomme keruu suoritettiin eri tietokantoja käyttäen. Tutkimuksen alkuvaiheessa Diakin kirjaston informaatikko oli mukana tiedonhaussa. Aineiston keruussa käytettiin hakusanoina muun muassa seuraavia: päivystys, mieskuva, työikäinen. Saimme tuloksia Nelli-portaalista sekä Duodecimin ja Sairaanhoidajaliiton sivuilta Tutkiva hoitotyö-lehden artikkeleita. Internetin hakupalvelinta Googlea käyttämällä löysimme muutamia hyväksi ja luotettaviksi toteamiamme tutkimuksia.

### 6.3 Induktiivinen eli aineistolähtöinen analyysi

Aineistolähtöisen analyysin pääpaino on aineistossa, millä tarkoitetaan sitä, että esimerkiksi analyysi ei ole ennalta määrätty ja teoria rakennetaan aineisto lähtökohtana. Tuolloin voidaan puhua induktiivisuudesta. Se tarkoittaa etenemistä yksittäisistä havainnoista yleisempiin väitteisiin. (Eskola & Suoranta 1998, 83.)

Induktiivisen lähestymistavan lähtökohtana ei siis ole teorian tai hypoteesin testaaminen, eikä tutkija määrää sitä, mikä on tärkeää (Hirsjärvi ym. 2004, 155).

#### 6.4 Aineiston analyysi

Suunnitelmallisen ja tavoitteellisen kirjallisuuskatsauksen läpikäyminen oli eri vaiheineen luova prosessi. Siihen kuuluivat perehtyminen aiheeseen, tutkimuskysymysten määrittäminen, alkuperäistutkimusten hausta, valinnasta, laadun arvioinnista ja analysoinnista sekä tulosten esittämisestä. suunnitelman laadinta, katsauksen toteutus ja johtopäätösten laadinta. Kirjallisuuskatsauksen perusteella voidaan tehdä luotettavia yleistyksiä. (Saarinen 2007, 13.) Aineiston lukeminen tulee olla aktiivista ja aineistolle tulee esittää kysymyksiä (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5).

Aineistolähtöinen analyysi jaetaan kolmeen eri vaiheeseen: pelkistämiseen, ryhmittelyyn ja abstrahointiin (Kylmä & Juvakka 2007, 116). Pelkistämällä tarkoitetaan sitä, että aineistosta kerätään ilmaisuja, mitkä kuuluvat tutkimustehtävään. Aineistoa pelkistetään kysymällä aineistolta tutkimustehtävän mukainen kysymys, jonka vastaukset muodostavat pelkistetyt ilmaisut. Pelkistetyt ilmaisut kirjoitetaan mahdollisimman tarkasti listoille kuin ne ovat tekstin aineistossa. Ryhmittelyssä yhdistetään ne pelkistetyt ilmaisut, jotka kuuluvat yhteen. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaan kategoriaan ja annetaan kategorioille sisältöä kuvaava nimi. Samansisältöiset kategoriat yhdistetään toisiinsa muodostaen niistä yläkategorioita. Abstrahointia jatketaan yhdistelemällä kategorioita niin pitkään kuin se on sisällön kannalta mielekästä ja järkevää. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5–7.)

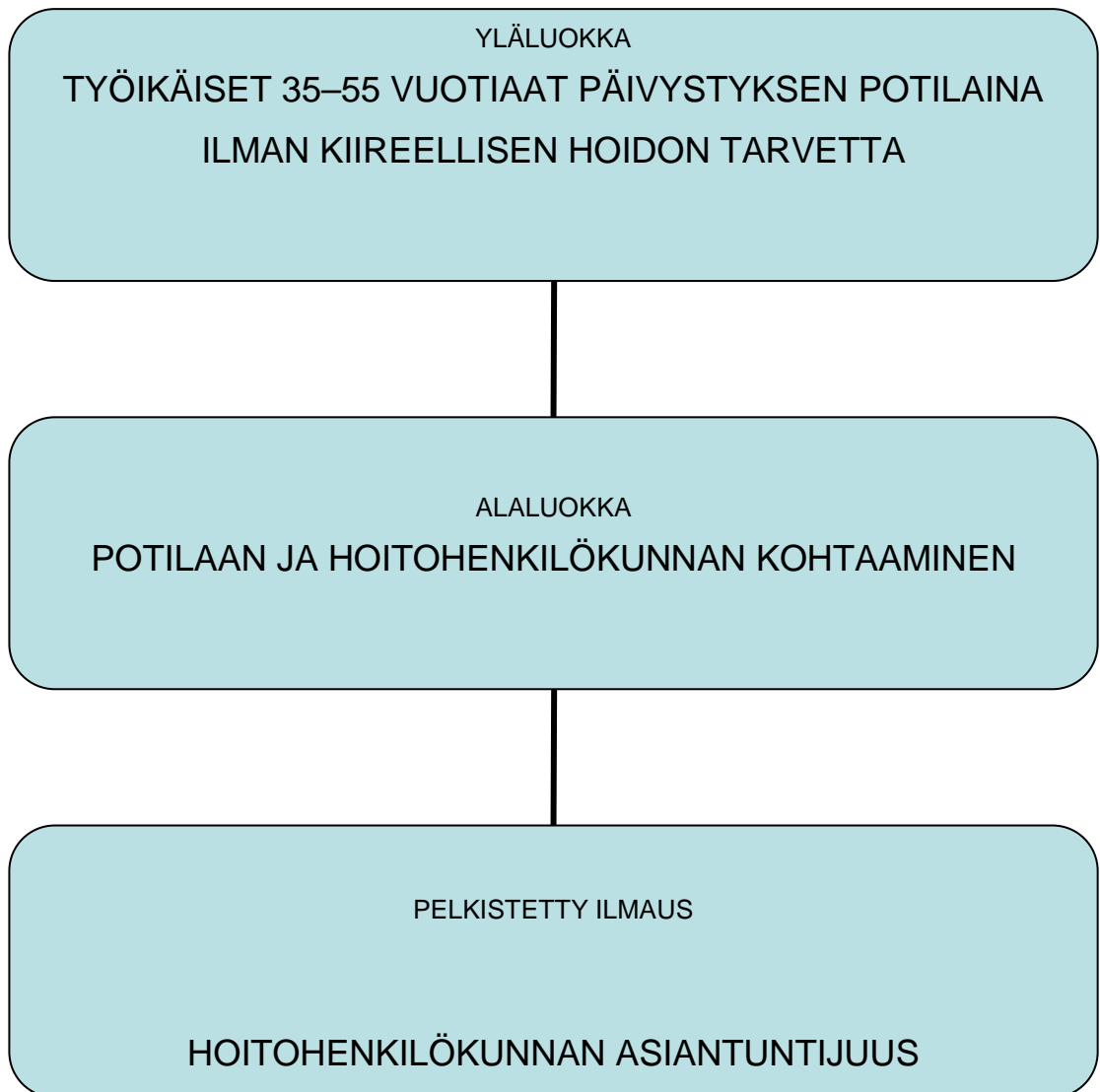
Kirjallisuuskatsauksemme tutkimusaineisto muodostui yhdeksästä tutkimuksesta ja muusta aiheeseen liittyvästä kirjallisuudesta sekä artikkeleista, jotka on havainnollistettu liitteessä 2. Kirjallisuuskatsauksen aineiston lähtökohtanamme oli Jaakko Harkon (2008b) tutkimus, jonka tulokset käsitelivät seuraavia aihepiirejä: naisia huonompi taudin hallinta, työaikoihin liittyvät kysymykset, sukupuoleen sidotut tekijät, potilaan ja hoitohenkilökunnan kohtaaminen ja sukupuolten

erilainen tapa kommunikoida ja käsitteellistää sairautensa. Harkon (2008b) tutkimus ja muut kirjallisuuskatsaukseen valitsemamme aineisto muodostivat synteesin. Tutkimuksemme prosessin kuvaus havainnollistettiin kaavion avulla. (Liite 3.)

Alkuperäisistä tutkimuksista tehdään synteesi, jossa kuvaamme esiin nousseet tulokset: naisia huonompi taudin hallinta, työaikoihin liittyvät kysymykset, sukupuoleen sidotut tekijät, potilaan ja hoitohenkilökunnan kohtaaminen ja sukupuolten erilainen tapa kommunikoida ja käsitteellistää sairautensa. Tutkimuksesamme käytimme aineiston analyysiä, jolla pyritään käsitteellistämään aineistoa ja saamaan siitä ryhmittely eri teemoittain (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4).

Kirjallisuuslähteet määräytyivät sen mukaan, miten ne vastasivat tutkimuskysymykseemme miksi työikäiset 35–55-vuotiaat miehet hakeutuvat päivystykseen ilman kiireellisen hoidon tarvetta. Jäsensimme Harkon (2008b) tutkimuksen aineiston tulokset kirjaamalla ne erillisille papereille aihepiireittäin. Sen jälkeen analysoimme tutkimusaineistoamme teema-alueittain esittämällä sille tutkimuksemme mukaisen kysymyksen. Kysymyksen esittämällä saimme teemojen alle viisi alaluokkaa ja muodostimme näistä saatujen ilmaisujen pelkistettyjen listan. Sen jälkeen aineistojen pelkistetyistä ilmaisuista ryhmittelimme samankaltaiset tulokset jotka vastasivat tutkimuskysymykseemme. (Liitteet 4–10.) Niistä nousivat teemoiksi **potilastyytyväisyys, potilaan ja hoitohenkilökunnan kohtaaminen hoitotyössä, eri miessukupolvien kuvaa miehisyydestä, miesten tapa kommunikoida ja käsitteellistää sairauksia ja työikäisen miehen terveys.**





KUVIO 3. Esimerkki analyysistä.

Yhdessä työskentelyn ja keskustelun avulla perehdyimme syvällisemmin esiin tulleisiin tuloksiin ja teimme niihin pohjaten johtopäätökset. Molempien opinnäytetyöntekijöiden kokemus terveydenhuollon ammattilaisena antaa myös hyvän pohjan johtopäätöksien tekemiselle. Tulokset ja ratkaisuehdotukset havainnollistetaan kaavioita käyttämällä (Liitteet 9–10).

## 7 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tämän opinnäytetyön tekeminen oli kirjoittajille oman ammatillisen kehittymisen prosessi ja samalla oppimisprosessi. Motivaationa oli halu etsiä mahdollisia selittäviä tekijöitä toisten ihmisten terveystyöskäytymiseen liittyvissä asioissa ja antaa tutkimustulos niihin perustuen. Tutkimuksen suorittamisessa ja tulosten kuvaamisessa on pyritty täsmällisyyteen ja yksiselitteisyyteen. Laadullisessa tutkimuksessa on pyritty huomioimaan eettinen luotettavuus koko tutkimuksen ajan. Työssä tulee olla huolellinen ja tarkka kaikissa työvaiheissa sekä soveltaa tieteellisen tutkimuksen mukaisia tiedonhankinta- ja arviointimenetelmiä. Lisäksi muiden tutkijoiden työn ja saavutusten huomioonottaminen sekä tieteen avoimuuden ja kontrolloitavuuden periaatteen kunnioittaminen on tärkeää selittäessä omia tuloksia. (Tuomi & Sarajärvi 2002, 130.)

Tutkimusta käyttäessään hoitotyöntekijä kiinnittää yleensä ensimmäiseksi huomionsa tutkimuksen kohteeseen. Voidakseen käyttää tutkimusta jonkin hoitotyössä esiintyvän ongelman ratkaisuun hoitotyöntekijän on oltava ensin selvillä siitä, mihin tarkoitukseen hän tutkimusta tarvitsee ja mikä on häntä askarruttava hoitotyön kysymys. Tämän jälkeen hänen on arvioitava, vastaavatko jonkin tietyn tutkimuksen kohde ja tutkimusongelmat hänen tarkoitustaan. Kyseessä on silloin tutkimuksen hyödyntäminen käytäntöä varten ja hoitotyön tekijän on luonnollisesti se, että häntä hoitotyön käytännössä askarruttava kysymys on myös eettisesti perusteltu. Osallistuessaan jonkun toisen johtamaan tutkimushankkeeseen hoitotyön tekijä sitoutuu tutkimuksen kohteeseen ja tutkimusongelmien selvittämiseen. Hänen on silloin arvioitava, täyttääkö hanke silloin seläiset eettiset kriteerit, jotka hän voi toiminnalleen itse hyväksyä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 289.)

Tämän tutkimuksen toteuttamiseen saatiin lupa Helsingin kaupungin terveyskeskuksen Tutkimustoiminnan koordinaatioryhmältä 8.9.2008. Tutkimuksen luotettavuuden tarkastavat ulkopuoliset henkilöt: tilaajan edustaja, opinnäytetyön ohjaajat sekä opinnäytetyöryhmä.

## 8 KESKEISET TULOKSET

### 8.1 Potilastyytyväisyyttä selittäviä tekijöitä

Potilastyytyväisyyttä koskevista kirjallisuuskatsauksemme tutkimustuloksista nousi vahvasti esille tekijöitä, jotka osaltaan vastasivat tutkimuskysymykseemme. Työikäisten 35–55-vuotiaiden hakeutuminen päivystykseen ilman kiireellisen hoidon tarvetta ei selity kuitenkaan pelkästään potilastyytyväisyyttä mittaamalla. Saarinen (2007) esitti tutkimuksessaan potilastyytyväisyyteen vaikuttavia tekijöitä. Tutkimuksesta ilmeni potilaiden, että potilastyytyväisyys oli vähäisempää illalla päivystyksessä käyneillä. Harkko (2008b) esitti puolestaan tutkimuksessaan, että potilaat olivat tyytymättömiä päiväsaikaan saatuun palveluun. Saarisen (2007) tutkimuksen tuloksista selvisi, että miehet olivat tyytyväisempiä hoitoonsa kuin naiset, kun taas Härkösen ym. (2007) tutkimuksen tuloksista selvisi, että naiset olivat yleensä kuitenkin tyytyväisempiä hoitoonsa kuin miehet. Ne potilaat, jotka pääsivät lääkärin vastaanotolle, olivat tyytyväisempiä hoitoonsa.

Hoitajien ammattitaitoa arvostettiin kuitenkin päivystyksessä. Osalla hoidonantajista oli puutteelliset vuorovaikutustaidot, kuten esimerkiksi kielitaidottomuus ja huono käytös. Tuloksissa korostui, että potilaiden ikäjakauma vaikutti tyytyväisyyteen siten, että keski-ikäiset ja iäkkäät olivat tyytymättömämpiä kuin nuoremmat. Huomattava tulos oli, että hoitoon pääsyn akuuttuus ja päivystyksessä vietetty aika eivät olleet merkittäviä tekijöitä. Harkon (2008b) tutkimus osoitti selvästi, että potilaiden työelämään ja työaikoihin liittyvät kysymykset vaikuttivat hoitoon hakeutumisessa. Näitä olivat muun muassa työeste ja tyytymättömyys terveysasemien palvelun tarjontaan. Osa vastaajista oli tutkimuksen mukaan yrittänyt saada hoitoaikaan terveysasemalta päiväsaikaan.

Terveysneuvontapuhelimen käyttö oli yksi terveydenhuoltopalvelujen kuormitusta vähentävä tekijä. Tutkimuksen mukaan kuitenkin ainoastaan 15 % miehistä käytti palvelua hyväkseen. Aineiston tutkimustuloksista selvisi, että organisaation liittyvät tulokset vaihtelivat negatiivisista positiivisiin. Organisaatioon liittyvät

tulokset koskivat aiheita, jotka eivät edistäneet hyvää oloa kuten esimerkiksi odottaminen ja hoitoprosessin hidas eteneminen, tiedon huono kulku sekä henkilökunnan vähyys.

## 8.2 Potilaan ja hoitohenkilökunnan kohtaaminen hoitotyössä ja sen vaikutukset

Hoitohenkilökunta ja potilaat kohtaavat hoitotyössä jatkuvasti. Merkittävää on kuitenkin se, miten hoidonantajat kohtaavat hoidonsaajat. Tämän tutkimuksen tulokset antavat vahvan näytön tekijöistä, jotka tulkintamme mukaan saattavat osaltaan vaikuttavaa työkäisten 35–55-vuotiaiden hakeutumiseen päivystykseen. Aineiston tulosten perusteella päivystyksissä hoitajien ammattitaitoon oliin pääasiassa tyytyväisiä, mikä vahvistaa käsitystä asiakaslähtöisyyden olemassa olost.

Leino ja Pennanen (2008) havaitsivat että, asiakaslähtöisesti toimiva työntekijä toimii asiakkaan kanssa yhdenvertaisena ihmisenä ja tukee asiakasta kohti itseenäisyyttä ja riippumattomuutta. Työntekijän näkökulma ja kiinnostus eivät tällöin suuntaudu pelkästään sairauteen ja ongelmaan vaan ihmiseen kokonaisuutena. Asiakaslähtöisyydestä sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinnan 2000-luvulle -selvityksen (1999) mukaan asiakaslähtöinen toiminta vastaa asiakkaan/potilaan tarpeisiin hänen omasta näkökulmastaan.

Saamisen (2007) tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunnan ja potilaiden kohtaamisessa hoitajat koettiin kohteliaiksi ja luotettaviksi. Lisäksi hoitajat osasivat ohjata tarvittaessa. Hoidonantajien puutteena koettiin sosiaaliturva-asioiden hallinta. Sosiaali- ja terveydenhuollon hallinta helpottaisi potilaan ohjautumista oikeille palveluiden tarjoajille. Hoidonantajien kielitaidottomuus ja huonot käytöstavat koettiin negatiivisena.

Ahokas (2008) nosti esille tutkimuksessaan tuloksen, jossa kyseenalaistettiin hoidonantajien riittävä koulutus kaikilla koulutusohjelmilla. Koulutusohjelmien riittämätön sisältö voi mahdollisesti selittää hoidonantajien heikkoja valmiuksia kohdata potilas hoitotyön eri osa-alueilla. Näslind-Ylispangar (2008) havaitsi

tutkimuksessaan, että potilaan avuntarve saattaa löytyä syventämällä keskusteluita potilaan kanssa. Näslindh-Ylispangar (2008) korosti lisäksi, että terveysneuvonta tulisi sisällyttää kaikkiin palveluihin.

### 8.3 Eri miessukupolvien kuvaa miehisyydestä ja sen vaikutukset

Miehisyyden merkitys ja sen vaikutukset edistävänä tekijänä miesten päivystykseen hakeutumiselle voi olla tämän tutkimuksen tulosten perusteella olla yksi selittävä tekijä. Özcan (2007) esitti tutkimuksessaan havaintojaan miehisyydestä ja sen vaikutuksista. Hän korosti, että miehisyyden juuret ovat peräisin jo muinaisesta historiastamme. Tuolloin yhteisön kunnioituksen menettänyt mies oli pahassa tilanteessa häpeän ja heikkouden vuoksi. Özcan (2007) havaitsi tutkimuksessaan, että miehisuus rakentuu edelleen osaksi samoista aineksista seuraavasti: miehen on hallittava itsensä, oma käytöksensä ja toiset ihmiset.

Nyqvist (2004) havaitsi myös, että yhteiskunnan muutokset kuitenkin muokkaavat mieskuvaa, jossa muun muassa medialla on merkitystä perinteisen miehisyyden kuvan lieventämisellä. Tällöin se voidaan tulkita niin, että enää ei riitä perheen elättäjän rooli, tasavertainen asema vastakkaisen – tai samaa sukupuolta olevan kanssa. Nyqvist (2004) totesi, että miesten miehisyyteen tulisi sisältyä myös ulkonäöstä ja terveydestä huolehtiminen. Hän korosti, että sosiaalisella ympäristöllä oli merkitystä miehen itsetunnon ja miehisyyden olemassaoloon. Nyqvist (2004) nosti vahvasti esille sen uskomuksen, että miehet eivät puhu on hölynpölyä. Nyqvist esitti, että miehet puhuvat ongelmistaan, kun ovat oikeassa ympäristössä ja ilmapiiri on turvallinen. Tuloksissa korostettiin hoidonantajien kykyä tunnistaa avuntarpeen saajan ongelmat. Hoidonantajien tulisi olla tukena miehelle luoden turvallinen ympäristö keskusteluille. Tuloksista ilmeni, että miehen avoimuutta estävänä tekijänä voi olla miehisyyden luomat rajoitteet, koska vahva, kestävä ja kaiken kestävä mies on edelleen myytti. Kaikissa kulttuureissa tunteet ovat läsnä. Käytännössä tunteet ovat ihmiselle yhtä luonnollinen asia kuin käveleminen ja puhuminen. Mutta kulttuureissa voi olla suuriakin eroja: toisissa tunteita arvostetaan ja näytetään enemmän toisissa vähemmän. Sama koskee myös perheitä. Esimerkiksi ”kova” kundi ei itke” on

lausahdus, jonka tarkoituksena on tehdä pojista vahvoja kovassa maailmassa. Mutta sen seurauksena tunteet opitaan hautaamaan. Pojasta tulee ehkä älyllisesti ja fyysisesti vahva, ja ongelmat ratkaistaan aggressiivisella mallilla. Tällöin hän on heikko kaikenlaisten tunteiden vaistoamisessa. (Nyqvist 2004.)

Parisuhdeongelmissa kamppaileva hetero- homo-, biseksuaalinen ja perheellinen mies tarvitsevat kuuntelijaa. Nyqvist (2004) havaitsi lisäksi, että homo- ja biseksuaalisen tai hyväksikäytetyn miehen oli ehkä kaikkein vaikeinta löytää apu yleisestä palvelujärjestelmästä. Hän korosti tutkimuksessaan, että sukupuolineutraaliuden ja heteronormatiivisuuden hallitsemassa auttamisjärjestelmässämme puuttuvat yksinkertaisesti valmiudet vastata näiden miesten palvelutarpeisiin.

#### 8.4 Miesten tapa kommunikoida ja käsitteellistää sairauksia selittävänä tekijänä

Miesten tapa kommunikoida ja käsitteellistää sairauksia voidaan pitää mahdollisena selittävänä tekijänä päivystykseen hakeutumiselle ilman kiireellisen hoidon tarvetta. Yrjö Uurtimon (2000) haastattelu Martti Siirala korostaa On puhuttava siitä mistä vaikenemme -kirjassa sitä, että ahdistus kuuluu luonnollisena reaktiona elämän ahtaumakohtiin, mutta myös sairauden lähtöpisteenä. Ahdistus muuttuu sairaudeksi silloin, kun ahdistus sulkeutuu itseensä, kun se ei avaudu ihmiselle itselleen tai ympäröiville ihmisille.

Ojasen (2003) kirjasta Miehen filosofia tulee esille miesten väkivaltainen käytös keinona purkaa ahdistusta. Ojasen (2003) mukaan väkivalta on miestä lähellä, siten väkivaltaisuus kuuluu osana miehen luontoon. Väkivalta on kajoamista toiseen jollain tapaa väkisin, vastoin hänen tahtoaan. Ojanen (2003) toteaa väkivallan olevan kaikissa muodoissaan miehen tapa rajoittaa toisen ihmisen vapautta. Uurtimo (2000) korostaa miehen ahdingossa kuulijan roolin merkitystä. Tällöin hyssyttelevä ja lepertelevä puhetyyli vaikuttaa miehen ja kuulijan väliseen vuorovaikutukseen kielteisesti. ”Pojat on poikia” -asenne tukee Ojasen

(2003) mukaan väkivaltaista ajattelumallia. Väkivaltaan on suhtauduttava päätäväisen kielteisesti, rajat on osattava asettaa myös väkivaltaa vastaan.

### 8.5 Työikäisen miehen terveys hoitoon hakeutumisen edistäjänä tai estäjänä

Työikäisen miehen terveyteen liittyviä selittäviä tekijöitä ovat alkoholismi, lihavuus ja pitkäaikaissairaudet. Näslindh-Ylispangar (2008) havaitsi, että kohdeyhmän ”matalariskisillä” miehillä esiintyy terveysongelmia enemmän, jonka oletetaan edistävän mahdollisesti hoitoon hakeutumista. Tuloksista ilmeni kuitenkin, että miehistä osa koki itsensä terveeksi suun terveyden tilan ja vyötärön ympäryksen ollessa normaali. Neuvottomuus oman terveyden hoidosta oli vähäistä ”matalariskisillä” miehillä, koska osa miehistä ei pitänyt terveyttä heikentävänä tekijänä ylipainoa, tupakointia ja alkoholia.

Harkko (2008b) havaitsi tutkimustuloksissaan, että syrjäytyminen sosiaalisista suhteista on mielenterveysongelmien lisäksi yksi päivystyksiä mahdollisesti kuormittavista tekijöistä. Potilaiden vertaisverkoston puutteen takia potilaat hakeutuivat iltaisin ja viikonloppuisin päivystykseen hakemaan keskusteluyhteyttä. Todettiin, että sosiaalisen verkoston laajuus ilmeni muun muassa siten, että verkoston puuttuminen loi neuvottomuutta oman terveyden hoidon palveluista. Näslindh-Ylispangarin (2008) tutkimuksessa havaittiin myös suora yhteys omaisten tarjoaman neuvonnan ja vähäisen alkoholin käytön välillä. Tällöin työikäisten miesten on vaikeaa löytää apua ja oikeat palveluiden tarjoajat. Kohdeyhmän parisuhdeongelmat tai erot lisäävät ahdistusta ja mielenterveysongelmien esiintymistä, mikä estää hoitoon hakeutumista.

### 8.6 Yhteenveto keskeisistä tuloksista

Tämä opinnäytetyö sisälsi yhden tutkimuskysymyksen, jolla pyrittiin löytämään selittäviä tekijöitä työikäisten 35–55-vuotiaiden miesten hakeutumiseen päivystykseen. Tutkimustulokset tukivat tulkintamme mukaan toisiaan. Harkon tutkimuksessa Päivystyspotilaan hoidon kiireellisyysryhmittelyssä nousi esille mah-

dollisia selittäviä tekijöitä miesten hakeutumiselle päivystykseen ilman kiireellisen hoidon tarvetta. Harkko (2008b) viittaa tutkimuksessaan miesten naisia huonompaan taudinhallintaan ja sukupuoleen liittyviin tekijöihin. Mies hakeutuu hoitoon, kun sitä itse kokee tarvitsevansa. Mies haluaa selkeää asiantuntijan ohjausta hoidonhoidonantajilta; hän ei siedä turhaa lepertelyä ja hyssyttelyä. Anita Näslindh-Ylispangarin (2008) tuloksissa korostui, että päivystykseen hakeutumisella oli yhteys omaisten ja muun sosiaalisen verkoston puuttumiseen tai vähäisyyteen. Vähäinen sosiaalinen tukiverkosto aiheutti myös sen, että terveydentilan heikkeneminen tunnistettiin huonommin.

Työikäisten miesten terveyteen liittyvistä riskitekijöistä huolimatta noin puolet miehistä koki itsensä terveiksi. Näslindh-Ylipangarin (2008) mukaan, hoidonantajien olisikin tärkeää ymmärtää erilaiset ristiriidat miesten subjektiivisen ja objektiivisen terveydentilan välillä. Uurtimo (2000) totesi, että miehen ahdistus muuttuu sairaudeksi silloin, kun ahdistus sulkeutuu itseensä, kun se ei avaudu ihmiselle itselleen.

Potilaan ja hoitohenkilökunnan kohtaaminen ja siihen vaikuttavat tekijät ovat avainasemassa hyvän asiakas- tai potilassuhteen alkamiselle. Leino ja Pennanen (2008) toivat vahvasti esille tärkeän hoidonantajien perustaitoihin kuuluvan seikan. Hoidonantajien ammatillisuus tulisi näyttäytyä myönteisenä suhtautumisena potilaaseen, mikä ilmenee asiakkaan kuunteluna ja potilaan mielipiteen kunnioittamisena. Kiikkala (2000) painottaa potilaslähtöisyyttä ja potilaan kohtaamista omana yksilönään.

Näslindh-Ylispangarin (2008) mukaan hoidonantajien tulisi keskittyä miesten ja poikien sosiaalisiin ongelmiin. Tällaisia ovat muun muassa työttömyys, perheiden hajoaminen, väkivaltaisuus ja keskustelukyvyyttömyys. Terveysneuvonnanantajien haasteena on tunnistaa potilaiden ja hoidonantajien välillä olevat riskialttiit henkilöt. Heidän täytyisi osata päättää minkälaista terveysneuvontaa he tarvitsisivat. Saarisen (2007) tutkimustuloksissa hoitajien ammattitaitoon oltiin tyytyväisiä päivystyksessä; miehet olivat tyytyväisempiä saamaansa hoitoon kuin naiset. Härkösen ym. (2007) tutkimuksen tuloksista selvisi, että naiset olivat yleensä kuitenkin tyytyväisempiä hoitoonsa kuin miehet. Valtaosa tutkimuk-



seen osallistuneista koki hoitajat tarkkoina ja huolellisina suorittaessaan hoitoon liittyviä toimenpiteitä. He pitivät hoitajien toimintaa älykkäänä ja nämä osasivat perustella tekemiään hoitotoimenpiteitä. Valtaosan mielestä hoitajat olivat kohteliaita ja luotettavia. Yli puolet potilaista koki, että heidän henkilökohtaista tilannettaan ymmärrettiin hyvin. Puutteina koettiin kielitaidottomuus, henkilökunnan huono käytös ja henkilökunnan vähyys.

Uurtimo (2000) nosti esille miesten tavan toimia ja käsittää sairautensa. Uurtimon havainto voi mahdollisesti selittää osaltaan kommunikoinnin erilaisuutta sukupuolten välillä. Erilainen vuorovaikutus saattaa olla potilaan ja hoitohenkilökunnan välisen kanssakäymisen positiivisen kohtaamisen este.

Näslindh-Ylispangarin (2008) tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunnan ja potilaan väliset vuorovaikutustilanteet voivat johtua ammattihenkilön suppeasta ammattitaidosta tai näkökulmasta. Tällöin hän ei ehkä tunnista esimerkiksi potilaan tarvetta saada keskusteluapua tai muuta sosiaalisen puolen apua. Sen seurauksena hän ei osaa ohjata potilasta oikealle palveluntarjoajalle saamaan apua.

Yhtenä selittäväenä tekijänä miesten työaikaan liittyvät tekijät määrittelevät hoitoon hakeutumisen ajankohdan. Harkon (2008b) mukaan terveysaseman kiinni oleminen ja vaivan akuuttisuus estivät hakemasta apua terveysasemalta. Päiväsaikaan lähes puolet aikaa varanneista E-ryhmän potilaista eivät saaneet aikaa omalta terveysasemaltaan.

## 9 RATKAISUEHDOTUKSIA

Opinnäytetyön keskeisten tulosten perusteella pyrimme esittämään mahdollisia ratkaisuehdotuksia. Totesimme, että Ahokkaan (2008) tutkimus antaa suuntaa viivaa hoitohenkilökunnalle ja päättäjille siitä, että erityisosaamista tulisi kehittää edelleen. Mielestämme psykologisia testit tulisi järjestää kaikille hoitoalan koulutukseen pyrkiville, koulutuksen sisältöä tulisi tarkistaa ja koulutusta lisätä henkilökunnalle. Esimerkiksi koulutuksen antamat kriisityöskentelyn taidot hyödynnettävät hoitohenkilökuntaa hoitotyössä ja auttaa hoitajia sekä toimimaan että kohtaamaan hienovaraisemmin potilaat kaikkine murheineen ja sairauksineen. Potilaiden ja hoitohenkilökunnan välistä vuorovaikutusta tulisi painottaa lisää koulutuksissa. Koemmekin tärkeäksi, että hoidonantajien oman ammatillisuuden sisäistäminen ja asiantuntijuuden kehittäminen vaatii jatkuvaa lisäkoulutusta.

Tutkimustulokset osoittivat selvästi mielestämme, että asiantuntijuuden omaava hoitohenkilökunta tulisi vastata hoidon tarpeen arvioinnista. Hoitajan työ ajanvarauksessa vaatii pitkää kokemusta työtehtävistä sekä ihmistuntemusta hänen asioidessaan potilaan kanssa puhelimitse tai potilaan asioidessa ajanvaraus-toimipisteessä. Hoitajan tulee olla hyvin perehdytetty sekä ohjeistettu, kuinka toimia palvellessaan potilasta ja samalla myös säilyttää oma eettinen ammatillisuus. Terveysasemillamme puhelimeen vastaavat niin lähi-, perus-, sairaan- ja terveydenhoitajat sekä ajanvarauspisteessä toimivat hoitohenkilökunnan työntekijät. Kiireellisyyden arviointi on haastava työ. Tämä saattaa olla yksi mahdollinen epäkohta potilaan hoitopääsyn esteistä. Ammatillisen koulutuksen että kokemuksen vähyyys hoitohenkilökunnalla voi olla mahdollinen tekijä potilaiden väärään paikkaan ohjautumiselle esimerkiksi myöhemmin. Tässä viitataan esimerkiksi hoitohenkilökunnan mahdollisen kriisityön koulutuksen vähyyteen ja kokemukseen työurallaan.

Saarisen (2007) ja Harkon (2008b) tutkimuksissa nousivat esille monikulttuurisuutta koskevat kysymykset kuten kielelliset taidot. Lääkäri- ja hoitohenkilökunnan suomen kielen taidossa on havaittu puutteita, jotka voivat vaikuttaa työikäisten 35–55-vuotiaiden miesten päivystykseen hakeutumiseen. Tällöin hoi-

donantajien kielellisen taidon kehittäminen, ammatillisuuden sisäistäminen ja asiantuntijuuden kehittäminen nousevat merkittäviksi tekijöiksi.

On tärkeää havaita, miten hoitotieteellistä tietoa käytetään hoitoalan koulutuksessa ja käytännön hoitotyössä, riippuu sekä yksittäisten työntekijöiden että työyksiköiden halusta ja kyvystä hankkia tutkittua tietoa omalta toiminta-alueeltaan sekä kyvystä hyödyntää sitä omassa työssään. Tiedon soveltaminen on kuitenkin monimutkainen oppimisprosessi, joka edellyttää yksilön tai yhteisön toiminnan uudelleen jäsentämistä. Yksittäisen henkilön kohdalla uuden tiedon hankkiminen ja sen käyttö omassa työssä riippuu pelkästään hänen omasta aktiivisuudestaan ja halustaan kehittää omaa työtään. Toimivan yhteisön kehittäminen on jo huomattavasti vaikeampi prosessi, joka edellyttää yhteisön työntekijöiden yhdessä oppimista ja sitoutumista yhteisesti hyväksytyyn tavoitteeseen. Uuden tiedon soveltamisessa käytetyt ajatteluprosessit ovat kuitenkin samanlaiset sekä yksilön että yhteisön oppimisprosesseissa. (Lauri & Elomaa 2001,118.)

Työikäisten miesten terveys käyttäytyminen on ollut huolen aiheena jo pitkään. Sosiaali- ja terveysministeriön Terveys 2015 –kansanterveysohjelman (2001) mukaan työikäisten terveys on kuitenkin yleisesti ottaen kehittynyt myönteisesti viime vuosikymmeninä. Keskeisimpinä haasteina ovat olleet nuorten aikuisten miesten tapaturmainen ja väkivaltainen kuolleisuus, pitkäaikaistyöttömyyteen ja muuhun sosiaaliseen syrjäytymiseen liittyvä sairastavuus sekä poikkeuksellisen suuri ennen aikaiselle eläkkeelle siirtyminen myöhäisessä työiässä. Siihen liittyvät työssä uupuminen, mielenterveysongelmat sekä ikääntyvän työvoiman koulutustaso. Nuoremmilla ikäluokilla työn ja perhe-elämän yhteensovittaminen asettaa omat haasteensa myös terveyden näkökulmasta.

Vaihtoehtoisten palveluiden tarjoajien yhteystietojen ohjeistaminen ja mahdollisen ajan varaaminen potilaalle sähköistä palvelua käyttäen esimerkiksi sosiaalihuollon puolelle onkin yksi ratkaisuehdotuksistamme (Liite 11). Esimerkiksi siten, että hoitajan ollessa ensikontaktissa potilaan kanssa, hän varaa hoidon tarpeen arvioinnin jälkeen ajan esimerkiksi päivystävälle sosiaalityöntekijälle, joka kartoittaa potilaan tukiverkostot ja muut avun tarpeet.

Miesten ohjautuminen päivystykseen oli tutkimuksen mukaan osalle miehistä vaikeata, koska he eivät tunteneet palveluverkostoa. Ideoimme, että Helsingin kaupungin terveyskeskuksen laittama Kundit kondikseen- hanketta voisi hyödyntää siten, että työikäisiä 35–55-vuotiaita miehiä informoitaisiin lisää itsehoiton merkityksestä sekä oikean terveydenhuollon palvelupisteen käyttämisestä.

Kundit kondikseen -hankkeessa Helsinki edistää työikäisten miesten sydänterveyttä. Hankkeen puitteissa Helsingin terveyskeskukset kutsuvat kaikki 40-vuotiaat helsinkiläismiehet terveystarkastukseen omille terveysasemilleen. Terveystarkastusten pääpaino on metabolisen oireyhtymän riskitekijöiden varhaisessa tunnistamisessa ja itsehoitoa tukevassa elämäntapaohjauksessa, kaupunki tiedottaa. Miehillä tehdään muun muassa sydän- ja verisuonitautien riskitekijäkartoitus. Lisäksi arvioidaan sairastumisriski tyyppin 2 diabetekseen. Miehet saavat myös tietoonsa omat verenpaine-, kolesterolin- ja verensokeriarvonsa. Tarkastuksen päätteeksi miehille annetaan henkilökohtaista ohjausta elämäntapojen muuttamiseen, jos tarvetta on. (Helsingin kaupunki 2009.)

Ratkaisuehdotuksena esitämme terveyden edistämisen ohjausta ja terveystarkastuksien laajentamista koskemaan suurempaa ikäjakaumaa koskevia miehiä. Se siis käsittäisi muutkin ikäryhmät eikä vain 40-vuotiaat vaan esimerkiksi 35–55-vuotiaat työikäiset miehet. Väestömäärän kokoa emme koe ongelmalliseksi, koska potilastietojärjestelmän avulla olisi mahdollista rajata yhteystiedot kohderyhmästämme. Viiden vuoden välein kohderyhmän potilaille tulisi lähettää henkilökohtainen tiedote, jossa olisi informaatiota lähialueen terveydenhuoltopalveluista sekä yhteydenottotiedot kohteisiin. Kirjeen mukana olisi mahdollisesti saate, jossa olisi kutsu terveystarkastukseen tai ryhmäkokoukseen, koska osalle miehistä saattaa olla helpompaa saapua ryhmäkokouksiin kuin esimerkiksi henkilökohtaisiin tapaamisiin. Saatekirjeessä olisi hyvä olla tietoa terveys- ja sosiaalialan palveluista sekä mahdollisesti itsehoito-ohjeita yleisimpiin sairauksiin. Vaikka ne on löydettävissä internetin kautta, kuitenkin tulisi muistaa, että on väestöä, joka ei käytä internetiä aktiivisesti. Materiaali voitaisiin myös toteuttaa selkojulkaisujen ulkoasuohjeistusta noudattaen.

Tutustuessamme aihetta koskeviin keskustelupalstoihin internet-sivustoilla yllätyimme miesryhmien aktiivisesta toiminnasta. Sekä keskustelupalstoja että miesten keskusteluryhmiä voidaan ajatella luontevana mahdollisuutena löytää

vertaistukea miesten ongelmatilanteissa. Tämä voi edesauttaa hoitoon ohjautumista vaihtoehtoisiin palveluidentarjoajiin.

”Mikä mies ”-miesryhmä on toiminut Tampereen työväenopistossa vuodesta 2000. Ryhmä kokoontuu viikoittain suljettuna ryhmänä, samassa kokoonpanossa yhden lukukauden kerrallaan. Koulutukseen sisältynyt miesryhmässä työskentely oli niin hyvä kokemus, että halusin tarjota saman mahdollisuuden muillekin. Simon mukaan miesryhmän tavoitteena on tarjota miehille tilaisuus tulla kuuluksi omalla kielellä luottamuksen ilmapiirissä. Keskustelun teema voi olla mikä tahansa, aiheet määräytyvät osallistujien tarpeista käsin. Tarkoituksena on löytää uusia näkökulmia ja uudenlaisia elämän eväitä elämänkokemuksia jakamalla. Ryhmän tuki voi auttaa miestä ymmärtämään paremmin omaa itseä ja kasvamaan kohti tasapainoisempaa ja onnellisempaa miehen elämää. Käsitys miehestä jorrikkänä, joka ei puhu, eikä pussaa on aikansa elänyt. Miehellä on tunteet, siinä missä naisellakin, tapa ilmaista niitä vain on erilainen. On kohtuutonta vaatia, että miehen pitäisi puhua asioista samoin, kuin nainen tekee. Mies tarvitsee myös omaa tilaa ja aikaa. (Mielekäs, hyvän mielen äänenkannattaja 2002.)

## 10 POHDINTA

Opinnäytetyön aiheenvalinta oli mielestämme ajankohtainen ja tärkeä. 35–55-vuotiaiden työkäisten miesten edustus päivystyksen potilaina herätti kiinnostuksemme. Terveysthuollon palveluiden käyttöaste on lisääntynyt. Helsingin terveydenhuollon kuntaprofiili-julkaisussa vuodelta 2001 oli kuvattu helsinkiläisten terveyspalvelujen kysyntää ja käyttöä, terveyspalvelujen tuotantoympäristöä ja terveydenhuollon kustannuksia ja tehokkuutta. Iäkkäämpien työkäisten määrä kasvaa, jolloin palveluiden käyttö lisääntyy entisestään. Kohderyhmämme terveyskäyttäytymisessä korostuvat elintapasairaudet, kansantaudit, tapaturmat ja mielenterveysongelmat. (Helsingin kaupunki 2009.)

Opinnäytetyömme kohdentuminen työkäisiin 35–55-vuotiaisiin päivystyksen ei-kiireellisiin miespotilaisiin oli luonteva valinta aiheeksemme, koska työskentelimme ennen opintojen alkua kohderyhmän parissa erilaisissa hoitoyksiköissä. Halusimme laajentaa omaa hoitotyön asiantuntijuuttamme opinnäytetyöprosessin kautta. Lisäksi meitä kiinnostivat syyt, miksi työkäiset miehet ilman kiireellisen hoidon tarvetta hakeutuivat päivystykseen. Onko hoitohenkilökunnan tai organisaation toiminnassa tekijöitä, jotka vaikuttavat kohderyhmämme hakeutumiseen päivystykseen? Opinnäytetyön tekeminen tuki oppimisprosessia ja ammatillista kasvuamme. Se syvensi ymmärtämään niitä tekijöitä, jotka voivat vaikuttaa potilaiden käyttäytymiseen hoitopaikan valinnasta. Potilaan kokonaisvaltainen kohtaaminen tulevana sairaanhoitajina on haasteellista ja innostavaa. Käytännön hoitotyön hektisyydessä tulisi muistaa potilaan yksilölliset tarpeet sekä oman asiantuntijuuden kehittäminen alati muuttuvassa yhteiskunnassa.

Päivystyksen käyttöasteen lisääntyessä sairaanhoitajalla tulisi olla koulutuksen ja elämäkokemuksen myötä valmiudet tunnistaa hoidon tarve kokonaisvaltaisesti potilaita, asiakkaita ja heidän läheisiään kohdatessaan ja ohjata heidät oikeille palveluidentarjoajille. Loppuvuoden 2009 traagiset ampumavälikohtaukset Espoossa kuvastavat nyky-yhteiskunnassa vallitsevaa henkistä pahoinvointia, joka erityisesti miehillä tulee esille väkivaltaisena käytöksenä. Eero Ojanen (2003) pohtii kirjassaan *Miehen filosofia* monimerkityksellisesti vapaan

miehen käsitettä. Vapauden vastakohtaksi hän ottaa miehen väkivaltaisen keinon rajoittaa toisen ihmisen vapautta. Ojasen mukaan väkivalta on kajoamista toiseen ihmiseen jollain tapaa väkisin, vastoin hänen tahtoaan. Väkivallan kohdetta estetään olemasta vapaasti niin kuin hän itse haluaa. Siksi väkivalta on Ojasen mukaan kaikissa muodoissaan vapauden loukkaamista, vapauden vähentämistä. (Ojanen 2003.)

Miehen malli ja siihen kasvaminen ja kasvattaminen lähtevät lapsuuden, perheen ja koulumaailman asenteista. Esimerkiksi kouluun voisi lisätä paljon empatiakasvatusta ja vuorovaikutuksen harjoittelua. Samoin keskusteluille voisi varata aikaa, jolloin lapset rohkaistuisivat ilmaisemaan mielipiteitään ja perustelemaan niitä. He oppisivat näin ottamaan ja antamaan sekä positiivista että negatiivista palautetta.

Opinnäytetyön tulokset ovat yhteneviä aiemmin tehtyjen, aihetta sivuavien tutkimusten kanssa. Ne vastasivat hyvin pitkälle toisiaan. Opinnäytetyön ratkaisut antavat mahdollisesti terveydenhoitopalveluiden kehittäjille ja hoitohenkilökunnan kouluttajille mahdollisuuden pyrkiä korjaamaan erityisesti kritiikkiä aiheuttaneet puutteet. Näitä tutkimalla voidaan löytää merkittävimmät ratkaisut potilaiden ohjautumiseen oikeille palveluiden tarjoajille.

## LÄHTEET

- Ahokas, Kerttu 2008. Sairaanhoidajan valmiudet kriisissä olevan asiakkaan kohtaamiseen perusterveydenhuollon vastaanotolla. Laurea-ammattikorkeakoulu. Kriisityön erikoistumisopinnot. Kehitystehtävä. Hyvinkää.
- Eskola, Jari, Suoranta, Juha, 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere: Vastapaino.
- Harkko, Jaakko 2008a. Tutkija Jaakko Harkon haastattelu 03/2008 Helsingissä.
- Harkko, Jaakko 2008b. Tutkimus Päivystyspotilaan hoidon kiireellisyysryhmitteily. Helsinki. Helsingin kaupunki.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Päivystyshanke. Viitattu 23.3.2008 <http://www.hus.fi>
- Helsingin kaupunki, 2009. Terveyspalvelut. Viitattu 19.2.2009. <http://www.hel.fi/>
- Helsingin seutu, 2008. Hankkeet. Viitattu 24.3.2008. [www.helsinginseutu.fi/](http://www.helsinginseutu.fi/)
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula, 2003. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Härkönen, Eeva, Suominen, Kirsti, Kankkunen, Päivi, Renholm Marja & Kärkäinen Oili 2007. Hoitajavastaanotot erikoissairanhoidon polikliinissä hoitotyössä – potilaan kuvaus tyytyväisyydestään. Tutkiva hoitotyö vol 5, (1) 5–7.
- Jantunen, Katariina 2008. Päivystyshankkeen projektipäällikön haastattelu 03/2008 Helsingissä.
- Kallio, Leea 2008. Päivystyshankkeen projektisihteerin haastattelu 03/2008 Helsingissä.
- Kiikkala, Irma 2000. Asiakslähtöisyys toiminnan periaatteena sosiaali- ja terveydenhuollossa. Teoksessa Irma Kiikkala, Susanna Nouko-Juvonen & Pekka Ruotsalainen (toim.). Hyvinvointivaltion palveluketjut. Helsinki: Tammi, 16, 116–120.
- Kylmä, Jari & Juvakka, Taru 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- Kyngäs, Helvi & Vanhanen, Liisa, 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede. 11(1), 3–12.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785, 17.8.1992.



- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista lain muuttamisesta 2004/857, 17.9.2004.
- Lauri, Sirkka & Elomaa, Leena 2001. Hoitotieteen perusteet. Helsinki: Tammi.
- Leino-Kilpi, Helena & Välimäki, Maritta 2003. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Leino, Sonja & Pennanen, Laura 2008. Asiakaslähtöisyys hoitotyössä. Artikkelit Eesti Öde-lehteen. Opinnäytetyö II. Hoitotyön koulutusohjelma. Terveystieteiden tutkimuskeskus. Helsinki: Stadia.
- Mielekäs, hyvän mielen äänenkannattaja, 2002. Viitattu 5.11.2008.  
[http://www.mielenterveys-taimi.fi/mielekas/2002\\_4/13.htm](http://www.mielenterveys-taimi.fi/mielekas/2002_4/13.htm)
- Nieminen, Ari 2009. Yliopettaja Ari Niemisen seminaariluento. Tutkimus- ja kehittämistoiminnan menetelmät. 11.2.2009. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Helsingin toimipaikka. Helsinki.
- Nyqvist, Leo 2004. Kun mies hakee apua. Miesten kriisikeskuksen arviointi-Väliraportti. Ensi- ja turvakotien liiton raportti 2. Turku: Turun yliopisto. Sosiaalipolitiikan laitos. Turku.
- Näslindh-Ylispangar, Anita 2008. Men's health behaviour, health beliefs and need for health counselling : A study amongst 40-year-old males from one Helsinki City region. Väitöskirja. Helsinki: Helsingin Yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta.
- Ojanen, Eero 2003. Miehen filosofia. Helsinki: Kirjapaja.
- Opetusministeriö, 2008. Viitattu 30.8.2008. (<http://www.minedu.fi/OPM>)
- Pitkänen, Kari & Sihvonen, Ari-Pekka 2003. Johdatus väestötieteeseen. Viitattu 19.2.2009. <http://www.valt.helsinki.fi/sosio/vaesto/luku04.html>
- Saarinen, Sakari 2007. Hoidon laatu päivystyspoliklinikalla potilaan näkökulmasta. Pro gradu -tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Sosiaali- ja terveysministeriö, 1999. Sosiaali- ja terveydenhuollon laadunhallinta 2000-luvulle. Helsinki.
- STM, 2001. Terveystieteiden tutkimuskeskus 2015-kansanterveysohjelma. Helsinki.
- Suhonen, Riitta; Österberg K. & Välimäki, Maritta 2004. Polikliinisen hoidon laatu: potilaan näkökulma. Tutkiva hoitotyö 2, 22–27.
- Tilastokeskus, 2009. Tietoa tilastoista. Viitattu 2.2.2009.  
<http://www.tilastokeskus.fi>

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2009. Työikäisen väestön terveystietoisuus ja terveys. Viitattu 25.2.2009. <http://www.ktl.fi/portal/9846>

Tuomi, Jouni & Sarajarvi, Anneli 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Uurtimo, Yrjö 2000. On puhuttava siitä mistä vaikenemme. Martti Siiralan ajatuksia elämästä. Helsinki: Tammi.

Özcan, Freija 2007. Mitä miehen pitää olla? Pro gradu -tutkielma saarnaajan kirjan ja Sirakin kirjan mieskuvasta. Helsinki: Helsingin yliopisto, teologinen tiedekunta, eksegetiikan laitos.

## LIITTEET

### LIITE 1: Tiedote terveyskeskuspalveluista Helsingissä

#### Helsingin kaupungin terveyskeskuspalvelut yli 16-vuotiaille

Oman terveysaseman ollessa kiinni avun kiireellisissä sairaustapauksissa saa terveyskeskuspäivystyksestä tai sairaaloiden poliklinikkapäivystyksestä.

#### Terveyskeskuspäivystys

##### Aikuiset

Itäisen, kaakkoisen, koillisen ja pohjoisen Helsingin asukkaat  
Malmin sairaala, Talvelantie 6  
ma - pe klo 16 - 22, la - su klo 8-22

Eteläisen, keskisen ja läntisen Helsingin asukkaat  
Haartmanin sairaala, Haartmaninkatu 4, rak.12  
ma - pe klo 16 - 22, la - su klo 8 – 22

Öisin klo 22 - 8 päivystävät Malmin ja Haartmanin sairaaloiden [päivystyspoliklinikat](#). (Helsingin kaupunki 2009.)

## LIITE 2: Tutkimukset ja muu kirjallisuus teemoittain

Tekijä(t) Tutkimus Muu kirjallisuus	Potilas- tyytyväi- syys	Potilaan ja hoitohenki- lökunnan kohtaami- nen hoito- työssä	Eri mies- sukupuol- vien ku- vaa mie- hisyy- destä	Miesten tapa kommu- nikoida ja käsitteel- listää sai- rauksia	Työikäisen mie- hen terveys
<p>Ahokas Kerttu</p> <p>Sairaanhoitajan valmiudet kriisissä olevan asiakkaan kohtaamiseen perusterveyden- huollon vastaanotolla</p> <p>Laurea-amk. Kriisityön erikoistu- mis- opinnot. Kehitystehtävä. 2008. Hyvinkää</p>		<p>23 eri sairaan- hoitaja koulu- tuskoulutuksesta löytyi kriisityön koulutus. Lähi- ja pe- rushoitaja- koulutuksesta puuttunut olen- naisesti Kriisi- työn koulutus.</p> <p>Kriisityö selitetty esimerkkeinä yksilötasolla tai koko perhettä kattava suru, taloudellinen konkurssi, työuupumus, työttömyys, läheisen kuole- ma, väkivalta, esim. pahoinpi- telyt, erilaiset onnettomuudet, perheenperus- taminen, ikään- tyminen ja yksinäisyys.</p>			
<p>Harkko Jaakko</p> <p>Päivystyspotilaan hoidon kiireellisyys-ryhmittely</p> <p>Tutkimus Helsingin kaupunki 2008. Helsinki</p>	<p>E-potilaista 46 % oli ilmoi- tuksensa mu- kaan yrittänyt saada aikaa terveysasemilta päiväaikaan</p> <p>kiinni oleminen ja vaivan akuut- tius estivät loppuja hake- masta apua terveysasemal- ta. Osa ilmoitti syyksi työes- teen ja tyyty- mättömyy- den terveys- asemien palve- luntarjon- taan</p>				<p>Lääketieteellisesti turhien käyntien todettiin tutkimukses- sa olevan yhteydessä mielenterveyden ongelmien kanssa.</p> <p>Alkoholin suurkulutuk- sella ei ole yhteyttä potilaan kiireellisyysryhmittelyyn tai työelämän ulkopuo- lella olemiseen. Sen sijaan suurkulutuksen rajan ylittyminen on suorassa suhteessa vastaajan ikään ja koulutuspohjaan.</p>
<p>Eeva Härkönen Sh, TtM, HYKS, Kuo- pion Yliopisto, Tarja Suominen, THT, Professori, Kuopion</p>	<p>Potilaat olivat yleensä tyyty- väisiä hoitoon- sa.</p> <p>Naiset olivat</p>				

Tekijä(t) Tutkimus Muu kirjallisuus	Potilas- tyytyväi- syys	Potilaan ja hoitohenki- lökunnan kohtaami- nen hoito- työssä	Eri mies- sukupuol- vien ku- vaa mie- hisyy- destä	Miesten tapa kommu- nikoida ja käsitteel- listää sai- rauksia	Työikäisen mie- hen terveys
<p>yliopisto, Päivi Kank- kunen, TtT, Lehtori, Kuopion Yliopisto, Marja Renholm, THM, Ylihoitaja, HYKS ja Oili Kärkkäinen THT.</p> <p>Hoitajavastaanotot erikoissairaanhoidon polikliinisessä hoito- työssä – potilaan kuvaus tyytyväisyy- destään.</p> <p>Tutkiva hoitotyö vol 5, (1) 5-7. 2007.</p>	<p>tyytyväisempiä kuin miehet hoitajan ammat- titaitoon.</p> <p>Tyytyväisempiä olivat ne yli 35- vuotiaat, työ- elämässä ole- vat, ja ne jotka tapasivat myös lääkärin.</p>				
<p>Kiikkala, Irma</p> <p>Asiakaslähtöisyys toiminnan periaattee- na sosiaali- ja tervey- denhuollossa. Teok- sessa. Irma Kiikkala, Susanna Nouko- Juvonen &amp; Pekka Ruotsalainen (toim.). Hyvinvointivaltion palveluketjut. Helsinki: Tammi, 16, 116- 120. 2000.</p>		<p>Asiakaslähtöi- syys toiminnan arvoperustana painottaa asiak- kaan kohtaami- sta omana yksilönä. Asiak- kaan kohtaami- sessa kunnioite- taan asiakasta ja hänen tapo- jaan, itsemää- räämis- oikeuttaan, kulttuuriaan sekä uskonto- aan.</p>			
<p>Leino, Sonja &amp; Pennanen, Laura</p> <p>Asiakaslähtöisyys hoitotyössä. Artik- keli Eesti Öde- lehteen. Opinnäytetyö II. Hoitotyön koulutus- ohjelma. Terveydenhoitaja. 2008. Stadia. Helsinki</p>		<p>Asiakaslähtöi- sesti toimiva työntekijä toimii asiakkaan kanssa yhden- vertaisena ihmisenä ja tukee asiakasta kohti itsenäi- syyttä ja riippu- mattomuutta. Työntekijän näkökulma ja kiinnostus eivät tällöin suuntau- du pelkästään sairauteen ja ongelmaan vaan ihmiseen kokonaisuute- na. Työntekijäl- tä edellytetään herkkyyttä tunnistaa ihmis- ten ja tilantei- den erilaisuutta</p>			

Tekijä(t) Tutkimus Muu kirjallisuus	Potilas- tyytyväi- syys	Potilaan ja hoitohenki- lökunnan kohtaami- nen hoito- työssä	Eri mies- sukupuol- vien ku- vaa mie- hisyy- destä	Miesten tapa kommu- nikoida ja käsitteel- listää sai- rauksia	Työikäisen mie- hen terveys
		sekä kykyä muuttaa toimin- tatapojaan muuttuvissa tilanteissa.			
<p>Nyqvist, Leo</p> <p>Kun mies hakee apua.</p> <p>Miesten kriisikeskuk- sen arviointi- Väliira- portti.</p> <p>Ensi ja turvakotien liiton raportti 2.</p> <p>Turun yliopisto. Sosiaalipolitiikan laitos.</p> <p>Turku, 2004.</p>		<p>Miehet puhuvat paljon silloin, kun heillä on tilaisuus ja ilmapiiri voi olla sellainen, että se on turvallista.</p> <p>Miesten puhe on suoraa ja runsasta, kun sitä ei olla jatkuvasti kes- keyttämässä ja miehen ei tar- vitse puhua puolustaakseen itseään.</p>	<p>Vahva, kai- ken kestävä ja kaikesta selviytyvä mieskuva on edelleen sitkeä myytti.</p>	.	<p>huoli omasta ter- veydestään (12 %).</p> <p>Tähän luokkaan luettiin tilastoinnissa pääasias- sa mielen terveyteen kuuluvat ongelmat kuten masennus, itsetuhoisuus, ahdistus, unettomuus ja työ- uupumus. Vakavammat psykkiset häiriöt, kuten psykoosit, olivat erittäin harvinaisia.</p> <p>Päihdeongelma esiintyi pääasiallisena avuntar- peen perusteena aino- astaan 6 % kontakteis- ta. Alkoholin osalta mainittakoon, että usealla asiakkaalla esiintyi lisääntyntä alkoholinkäyttöä kriisiti- lanteesta johtuen.</p>
<p>Näslindh-Ylispangar, Anita</p> <p>Väitöskirja Men's health behav- iour, health beliefs and need for health counselling.: A study amongst 40- year-old males from Helsinki sity region.</p> <p>Helsingin yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Helsinki. 2008.</p>	<p>Pieni määrä miehistä koki saaneensa terveysneuvon- taa hoitohenki- lökunnalta verrattuna perheenjäsenil- tä saatuun ohjaukseen</p>	<p>hoidonantajien tulisi erityisesti keskittyä sosi- aalisiin ongel- miin, kuten työttömyyteen, epäonnistumi- siin koulutuk- sessa, väkival- taisuuden ja perheiden hajoamisiin sekä keskuste- luihin miesten vaihtuviin identi- teettiä koske- vissa kysymyk- sissä</p>	<p>Miehet ja pojat eivät ole ainoastaan roolinsa passiivisia uhreja.</p> <p>Eivätkä he myöskään ole rakentamas- sa uutta maskuliini- suutta. Mies ei ilmaise fyysisiä tuntemuksi- aan ajasta ja paikasta huolimatta.</p>	<p>On tärkeää, että potilaat voivat kes- kustella ajatuksistaan, huolistaan,</p> <p>kokemuksis- taan ja tie- doistaan hoidon tarjo- ajien kanssa potilasohja- uksen aikana.</p>	<p>miehillä oli erilaisia fyysisiä ja psyykkisiä oireita, jotka korreloivat voimakkaasti masen- nuksen kanssa.</p>
<p>Ojanen, Eero</p> <p>Miehen filosofia. Kirja. Helsinki: Kirjapaja. 2003.</p>				<p>Väkivalta on kunnollisten rajojen puu- tetta. Väkival- ta näyttää kuuluvan miehen luontoon, mutta juuri siksi siihen onkin suh- tauduttava päättäväisen kielteisesti.</p>	

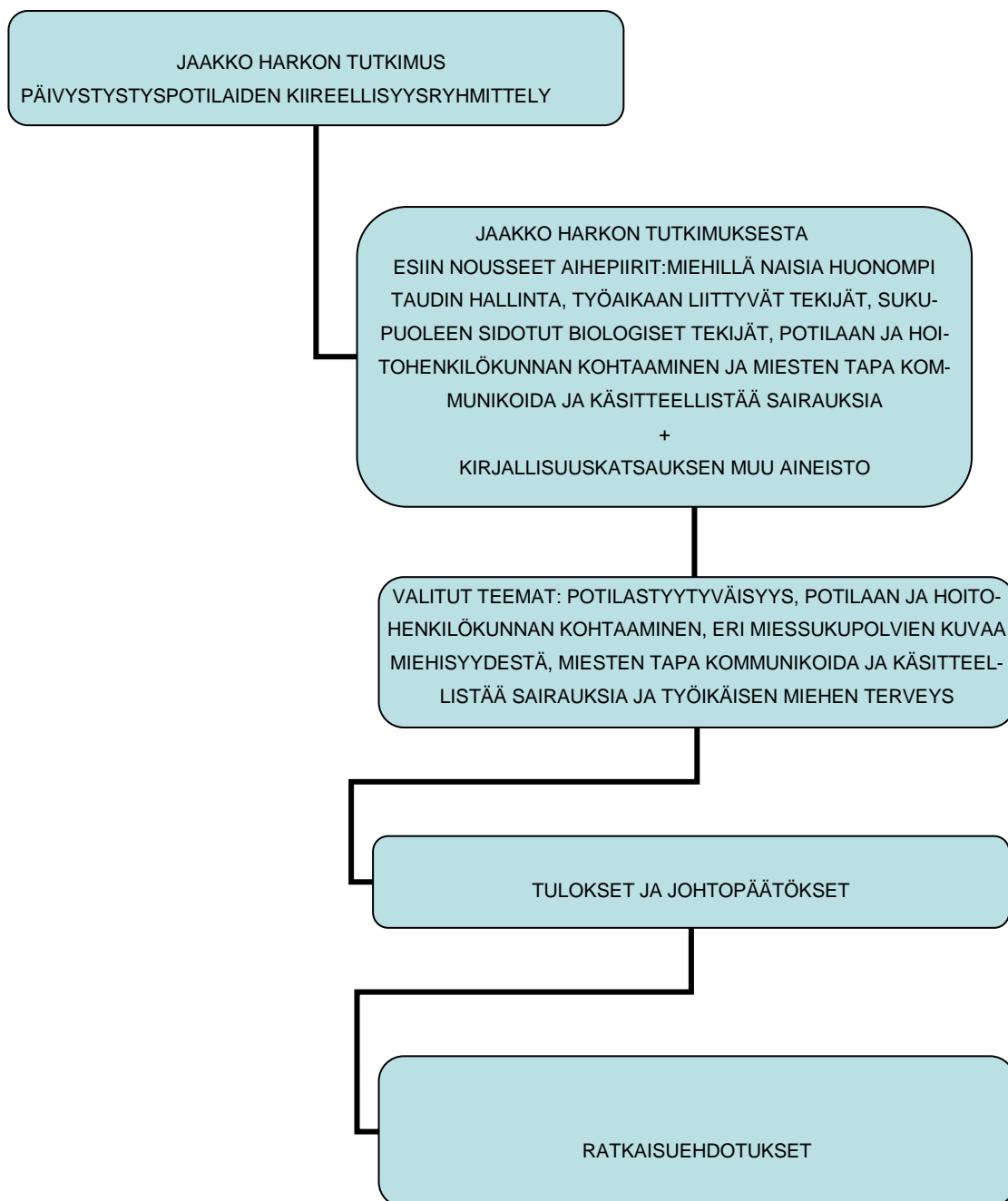
Tekijä(t) Tutkimus Muu kirjallisuus	Potilas- tyytyväi- syys	Potilaan ja hoitohenki- lökunnan kohtaami- nen hoito- työssä	Eri mies- sukupuol- vien ku- vaa mie- hisyy- destä	Miesten tapa kommu- nikoida ja käsitteel- listää sai- rauksia	Työikäisen mie- hen terveys
<p>Saarinen, Sakari</p> <p>Hoidon laatu päivystyspoliklinikalla potilaan näkökulmasta. Pro-gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Tampere. 2007.</p>	<p>Potilaista 84 % oli sitä mieltä, että hoitajat olivat tarkkoja ja huolellisia suorittaessaan hoitoon liittyviä toimenpiteitä. 72 % potilaista piti hoitajien toimintaa älykäänä eli he osasivat perustella asioita, kun niitä heiltä kysyttiin. 79 % potilaista koki, että hoitajien ammattikokemuksen ohjasi heidän työskentelyään, kun eri mieltä oli 4 % ja 13 % ei osannut sanoa mielipidettään.</p> <p>Tyytyväisyys mahdollisuudesta osallistua omaan hoitoon oli 45 % mukaan hyvä ja 56 % mukaan potilaan omaa henkilökohtaista tilannetta ymmärrettiin hyvin päivystyksessä.</p> <p>Vastaajien tyytyväisyys organisaation toimintaan vaihteli. Potilaista 45 % koki, että eri hoitopaikat toimivat joustavasti yhdessä potilaan nimenomaisessa tapauksessa.</p> <p>Tutkimuksessa esiin nousivat eniten organisaatioon liittyvät seikat, jotka eivät edistäneet hyvää oloa:</p>	<p>Potilaan ja hoitajan välisen vuorovaikutuksen laatuun valtaosa vastaajista oli tyytyväisiä. Hoitajat olivat kohteliaita (87 %), luotettavia (72 %) ja luotettavuudesta potilaista oli eri mieltä 10 % ja 13 % ei osannut sanoa siitä mielipidettään.</p> <p>Vuorovaikutuksessa ilmenneitä puutteita olivat kielitaidottomuus ja henkilökunnan huono käytös.</p> <p>Potilaista 54 % koki, että henkilökunnalla oli riittävästi aikaa.</p>			

Tekijä(t) Tutkimus Muu kirjallisuus	Potilas- tyytyväi- syys	Potilaan ja hoitohenki- lökunnan kohtaami- nen hoito- työssä	Eri mies- sukupuol- vien ku- vaa mie- hisyy- destä	Miesten tapa kommu- nikoida ja käsitteel- listää sai- rauksia	Työikäisen mie- hen terveys
	<p>odottaminen ja hoitoprosessin hidas eteneminen, tiedon huono kulku sekä henkilökunnan vähyyys.</p> <p>Vastaajan sukupuoli ei näytä olleen merkitsevä tekijä potilaan hoitoonsa kokemaan tyytyväisyyteen. Merkitsevää oli sen sijaan, oliko vastaaja käynyt iltavuoron klo 16–22 aikana. Iltavuoron aikana käyneillä tyytyväisyys oli vähäisempää kuin aamuvuoron tai yövuoron aikana vastaanotolla käyneillä. Myöskään työelämässä olevien tai muiden välillä ei näytä olleen eroa, ei myös käynnin akuuttisuuden suhteen tai oliko potilaalla tullessa lähete.</p> <p>Ikä vaikutti selvästi tyytyväisyyteen; nuoret olivat tyytymättömiämpiä kuin keski-ikäiset ja iäkkäät. Samoin naiset olivat yleisesti ottaen tyytymättömiämpiä kuin miehet.</p>				
<p>Terveys- ja hyvinvoinninlaitos</p> <p>Työikäisen väestön terveystyöikäisyys ja terveys. 2009.</p>					<p>60 % 15–64-vuotiaista suomalaismiehistä oli ylipainoisia. Vuonna 2004 vastaava luku oli 53 %. Alkoholin käyttö pysytteli edelleen vuonna 2004 todetulla korkealla tasolla. Sen käyttö jakaantui kuitenkin uudella tavalla: vähintään 8 alkoholian-</p>

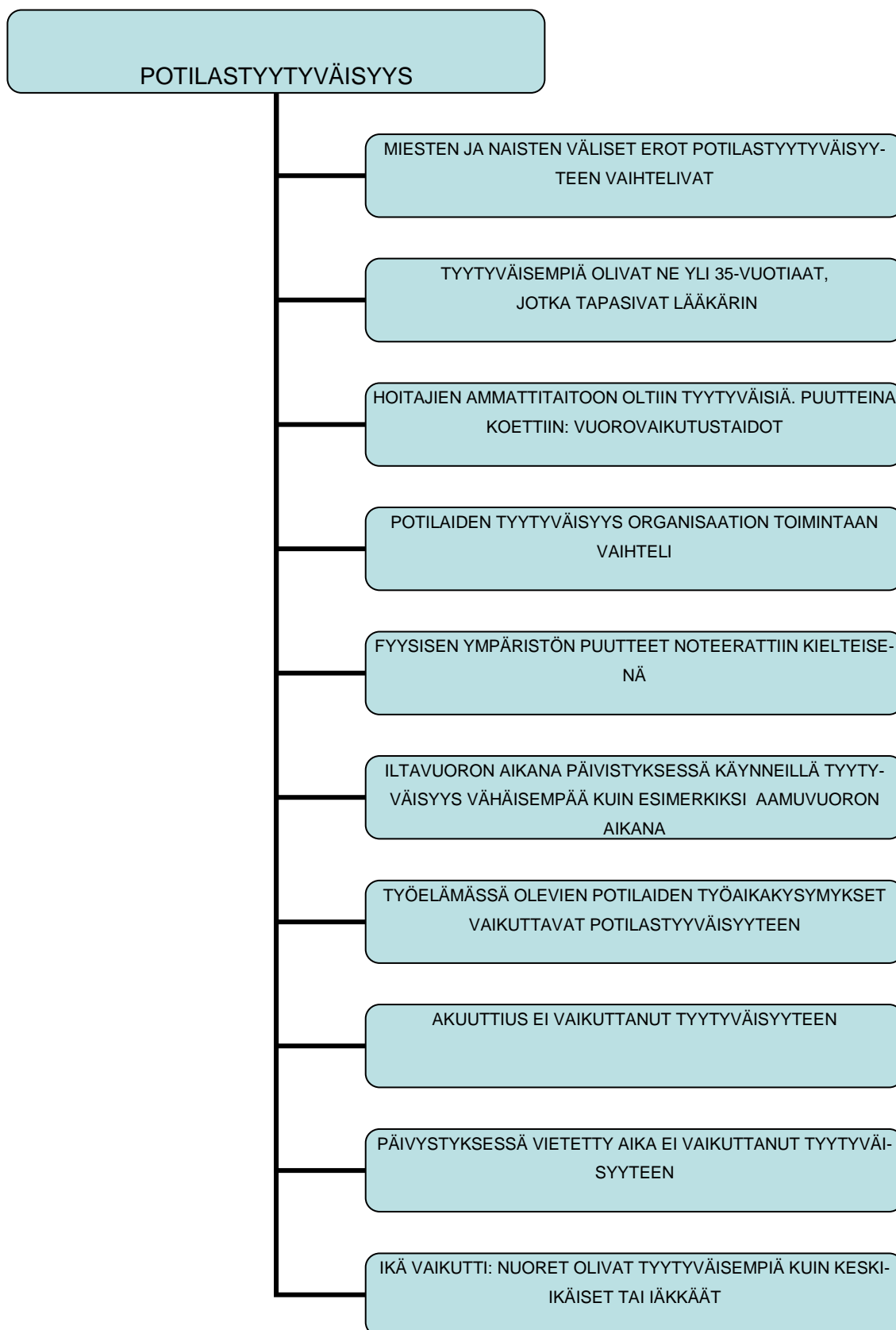


Tekijä(t) Tutkimus Muu kirjallisuus	Potilas- tyytyväi- syys	Potilaan ja hoitohenki- lökunnan kohtaami- nen hoito- työssä	Eri mies- sukupuol- vien ku- vaa mie- hisyy- destä	Miesten tapa kommu- nikoida ja käsitteel- listää sai- rauksia	Työikäisen mie- hen terveys
					nosta viikossa juonei- den miesten osuus lisääntyi eniten alim- massa koulutusryh- mässä
<p>Uurtimo, Yrjö</p> <p>On puhuttava siitä mistä vaikenemme. Matti Siiralan ajatuksia elämästä. Kirja. Helsinki: tammikuu 2000.</p>				<p>Ahdistus muuttuu sairaudeksi silloin, kun ahdistus sulkeutuu itseensä, kun se ei avaudu ihmiselle itselleen tai ympäröiville ihmisille. Milloin yksilön tai yhteisön henkisistä liikkumisvalmiuksista ei löydy väylää, josta ahdinko pääsisi avautumaan, silloin ihmisen ahdinko päättyy usein joksikin sairaudeksi.</p>	
<p>Özcan, Freija</p> <p>2007 Pro gradu - tutkielma käsittelee Saarnaajan kirjan ja Sirakin kirjan mieskuva.</p>			<p>Tutkimuksessa todetaan, että antiikin ajan juutalaisen yhteisön suurin miehelle asettama odotus oli se, että miehen oli aina, kaikkialla ja kaikissa tilanteissa hallittava itsensä.</p>		

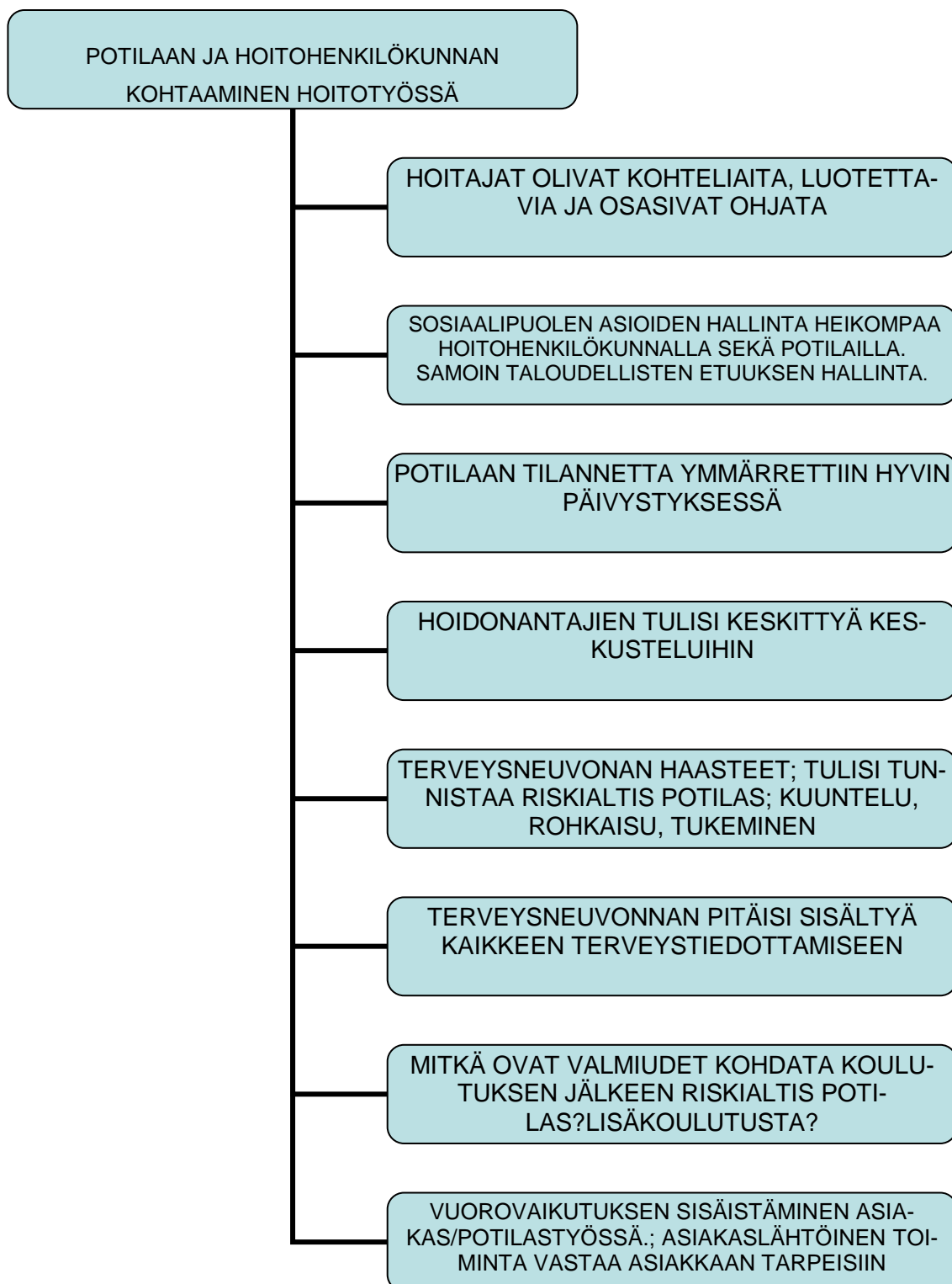
## LIITE 3: Tutkimustyön prosessin kuvaus



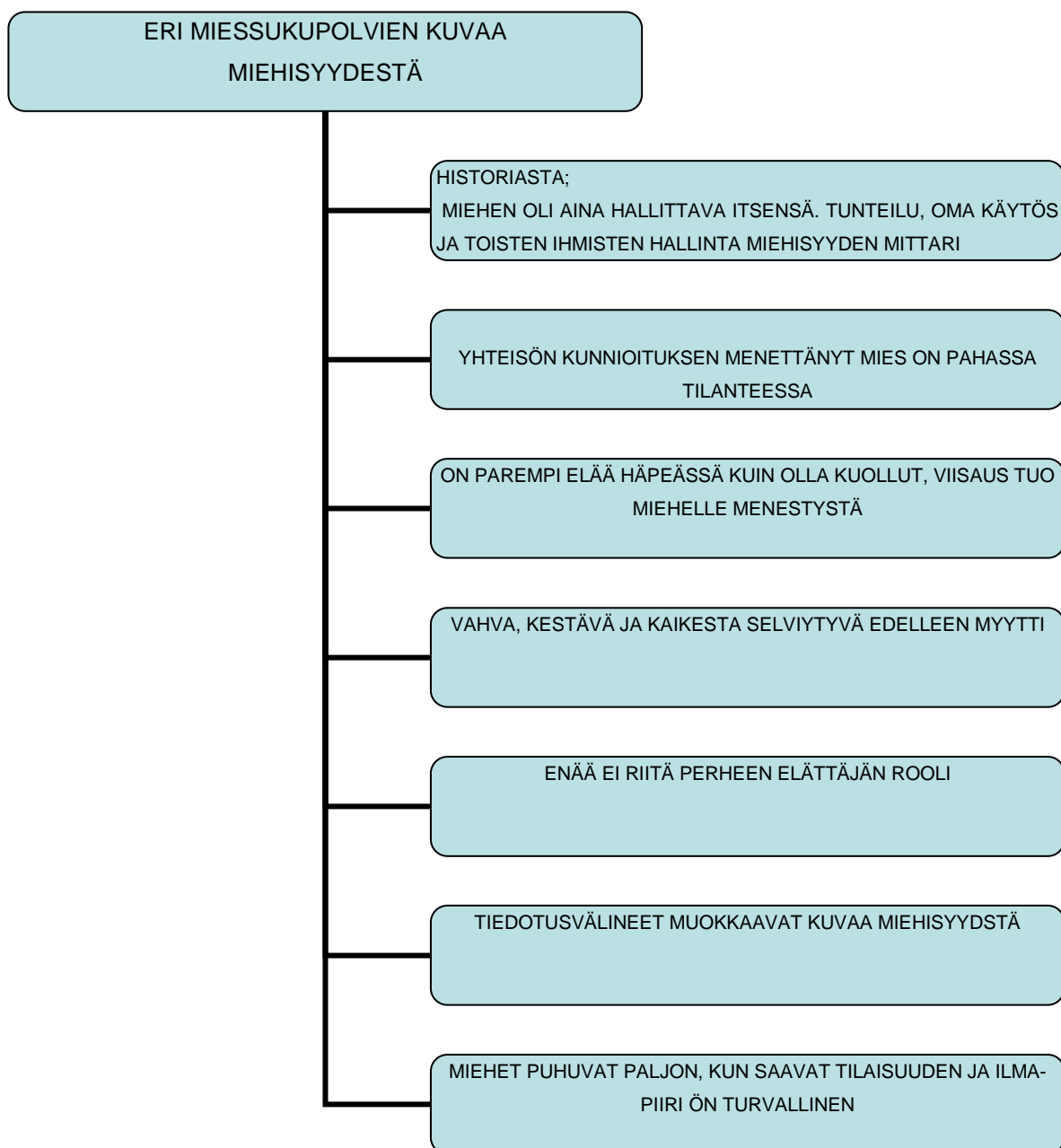
## LIITE 4: Potilastyytyväisyyttä selittäviä tekijöitä



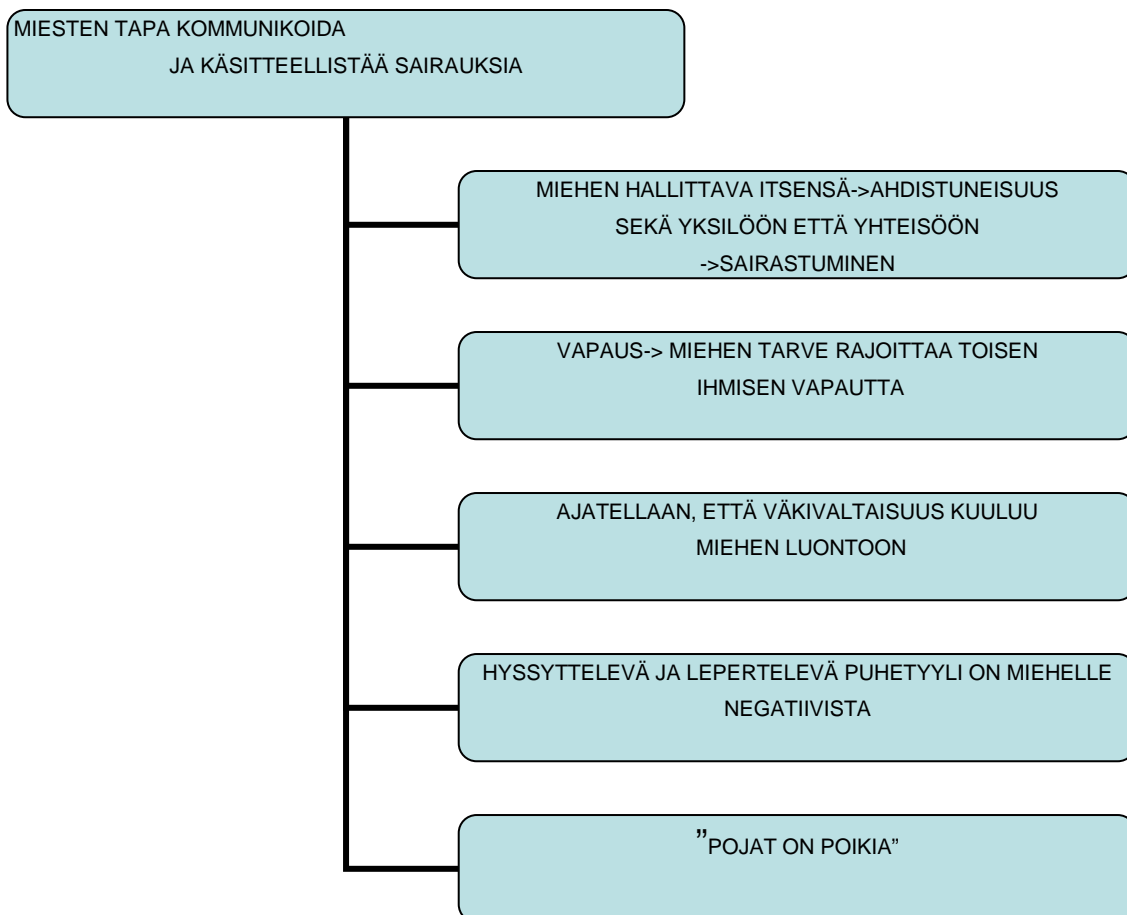
LIITE 5: Potilaan ja hoitohenkilökunnan kohtaaminen hoitotyössä ja sen vaikutukset



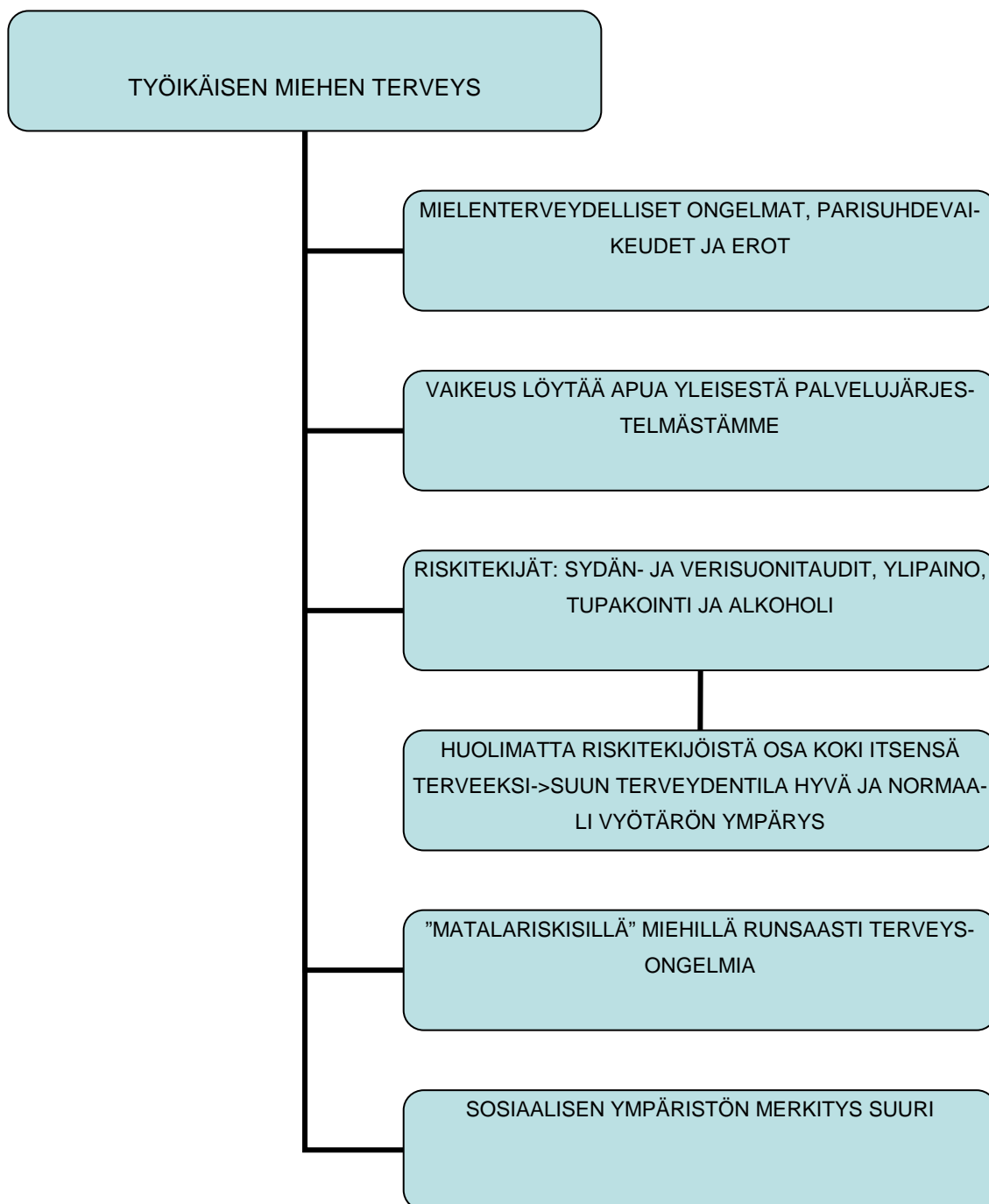
## LIITE 6. Eri miessukupolvien kuvaa miehisyydestä ja sen vaikutukset



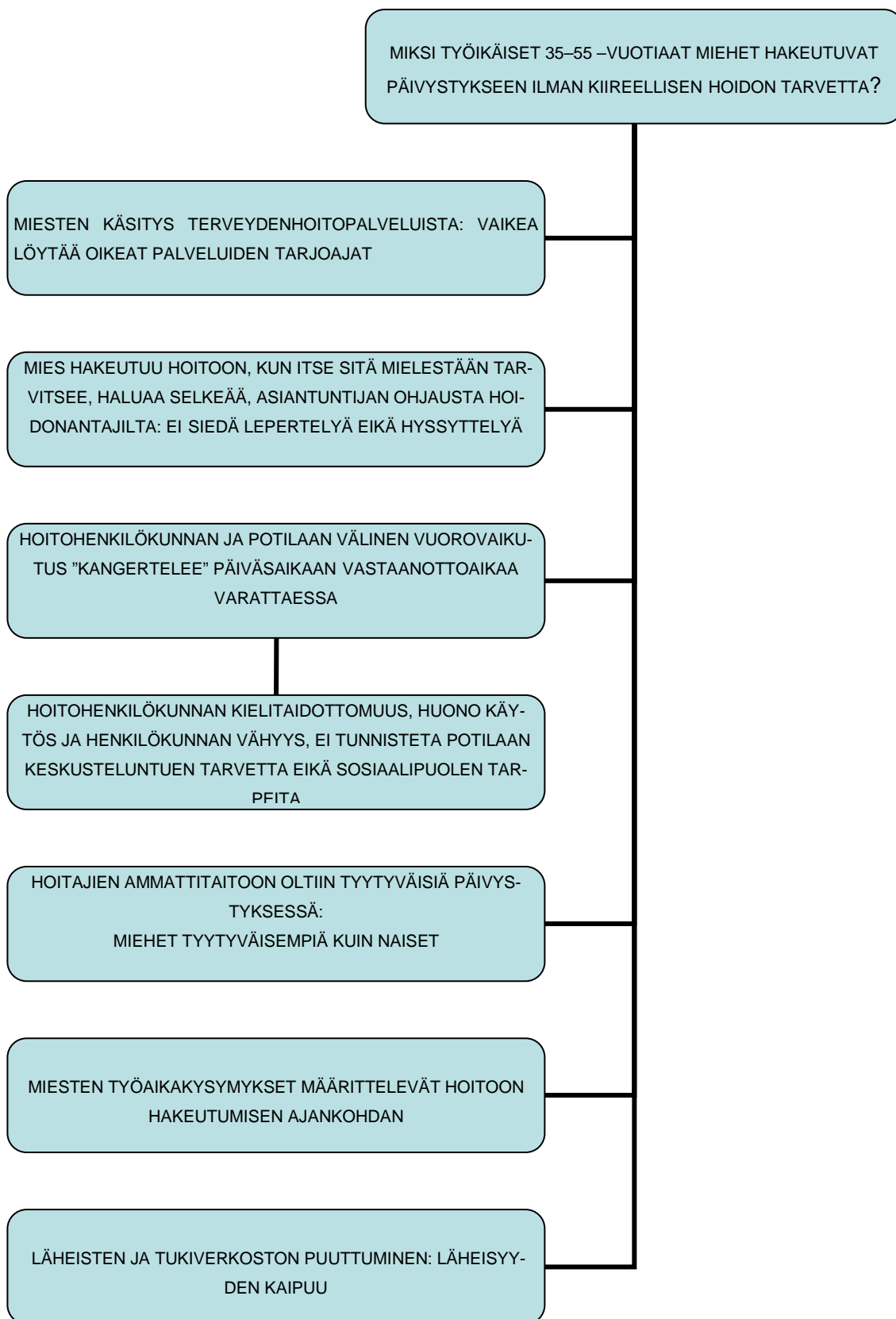
LIITE 7. Miesten tapa kommunikoida ja käsitteellistää sairauksia selittävänä tekijänä



LIITE 8. Työkäisen miehen terveys edistäjänä ja estäjänä hoitoon hakeutumiseen

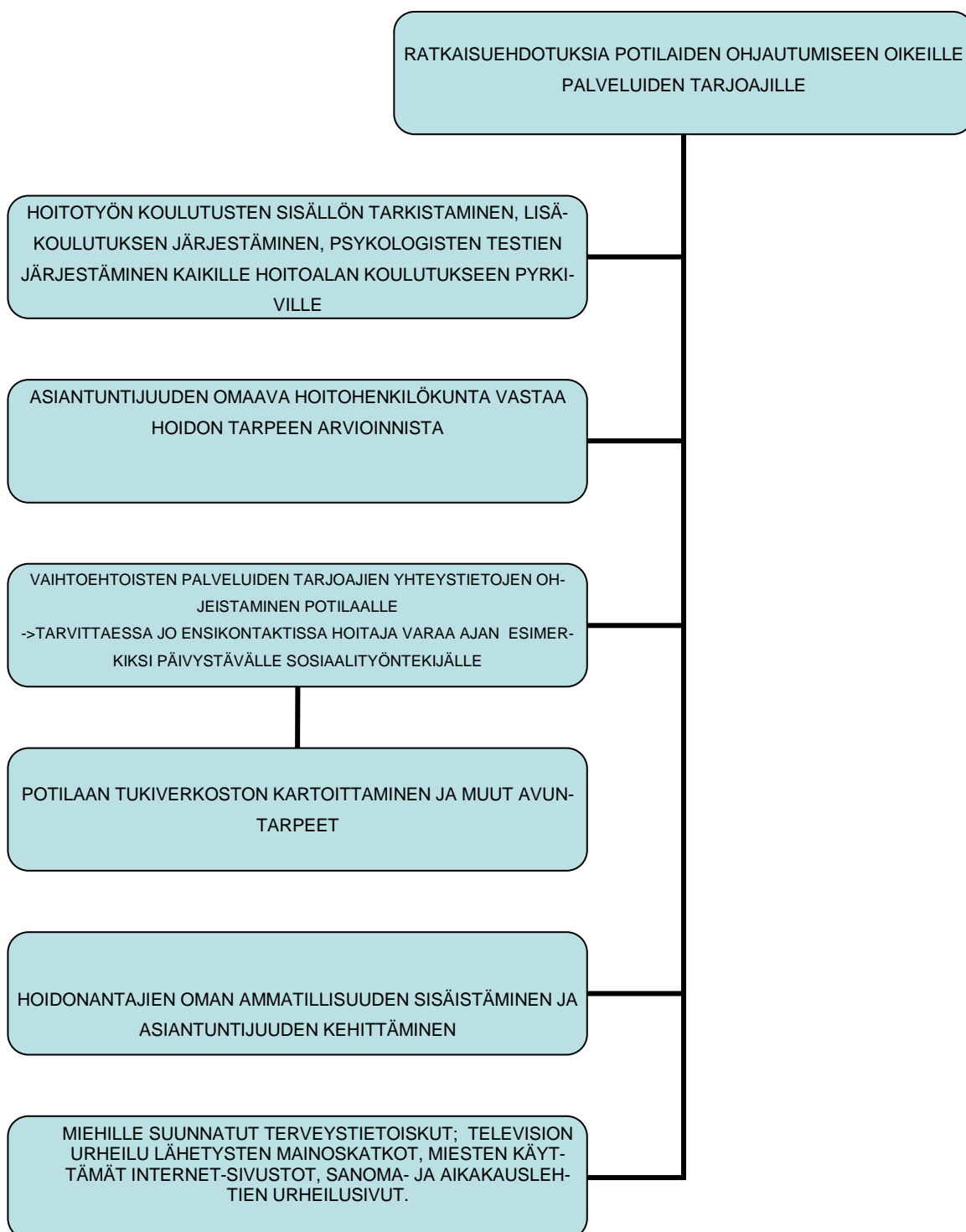


## LIITE 9. Yhteenveto tuloksista





## LIITE 10: Ratkaisuehdotuksia potilaiden ohjautumiseen



LIITE 11: Auttavia yhteistyötahoja pääkaupunkiseudulla

**Kriisikeskuksia:**

**Helsingin SOS -keskus**

Maistraatinportti 4A  
00420 Helsinki

Kriisipuhelin (09) 4135 0500

**Vantaan sosiaali- ja kriisipäivystys**

Sairaalakatu 1,  
01400 Vantaa

puh. (09) 8392 4005, auki 24 tuntia vuorokaudessa

**Ulkomaalaisten Kriisikeskus/ Crisis prevention**

(09) 41350501, arkisin klo 9-15

---

**Aamukorva -Helsinkimissio**

Ikäihmisiä auttavan puhelin

(09) 77405450

**AA:n puhelinpäivystys**

(09) 750200 joka päivä 9-21

**Aids- tukikeskus**

Vaihde 0207465700

Päivystys 0207465705

AIDS RÅDGIVNING (09) 2785861

**AL-ANON**

Apua alkoholiongelmaisten läheiselle joka päivä 9-21

puhelin (09) 750 200

[www.al-anon.fi](http://www.al-anon.fi)

**Auttava puhelin**

Nimettömänä ja luottamuksellisesti 24 tuntia vuorokaudessa.

puhelin (02) 0837 7577

Vastuullinen vapaus ry

### **EVL-seurakuntien palvelevat puhelimet**

p. (09) 10071 klo 21-3 joka yö

### **Folkhälsan samtalsjour**

tel. 0800–15100 må-fr 15–20

[www.folkhälsan.fi](http://www.folkhälsan.fi)

### **Helsingin ortodoksisen seurakunnan auttava puhelin**

(09) 68440442 ti, pe ja la 18–22

### **Heseta**

Kaikille identiteettiään pohdiskeleville tai seksuaali- ja sukupuolivähemmistöihin kuuluville ihmisille sekä heidän läheisilleen.

puhelinpäivystys torstaisin klo 18–20

p.(09) 68125855

### **Huumeambulanssi**

(09)2787727 ma - to 17–24 pe 17-su

[www-heemeambulanssi.fi](http://www-heemeambulanssi.fi)

### **Kuunteleva lähimmäinen**

(09) 407189

### **Kuurojen auttava puhelin**

valtakunnallinen tekstipuhelin, maksuton.

ma, ke ja pe

klo 19- 22

(09) 0800 9 2266

### **Lyömätön linja**

Kahdenkeskiset tapaamiset ja miesryhmät

(09) 61266212

[www.miessakit.fi](http://www.miessakit.fi)

### **Omaiset mielenterveystyön tukena**

(09) 611696, 611949

### **Pakolaisneuvonta ry**

(09) 25190014 ma – pe klo 9-16

**Perhekliniikka**

Apua ihmissuhdekriiseissä ja -ongelmissa

(09) 22805267 ma - to klo 9-12

**Punaisen Ristin ystävöiminta**

[http// www.redcross.fi/apuajatukea](http://www.redcross.fi/apuajatukea)

**Pääkaupunkiseudun Jussi-työ**

Miehille kriisitilanteissa kotona, työssä ja elämässä

Helsinki (09) 2788223

Vantaa (09) 2788280

**Vanhempainpuhelin**

P.0600- 12277

ma-pe 9-12 ja 17–20 su 17–20

[www.mll.fi](http://www.mll.fi)

**Velkalinja**

maksuton koko Suomessa arkisin 10–14 p.0800- 98009