



Osaamista
ja oivallusta
tulevaisuuden
tekemiseen

Linda Kalavainen, Ville Mäkinen

Eri ikäisten miesten terveys- käyttäytyminen ja terveysriskit

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoidaja AMK

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

9.11.2018

Tekijät Otsikko	Linda Kalavainen, Ville Mäkinen Eri ikäisten miesten terveystyöskäyttäytyminen ja terveysriskit
Sivumäärä Aika	26 sivua + 1 liite 9.11.2018
Tutkinto	Sairaanhoitaja AMK
Tutkinto-ohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Sairaanhoito
Ohjaaja	Eila-Sisko Korhonen, Lehtori (FT, THM, ESH)
<p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata eri ikäisten miesten terveystyöskäyttäytymistä ja terveysriskejä. Tavoitteena oli tuottaa tietoa kirjallisuuskatsauksen muodossa siitä mikä on ominaista eri ikäisten miesten terveystyöskäyttäytymisessä ja mitä niihin liittyviä terveysriskejä miehillä on.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Kolmesta eri tietokannasta tehtyjen hakujen myötä artikkeleja valikoitui 14 kappaletta, jotka täyttivät sisäänottokriteerit. Työ käsittelee eri ikäisten miesten terveystyöskäyttäytymistä nuorten, työikäisten ja iäkkäiden miesten osalta. Terveystyöskäyttäytymiseen kuuluivat liiallinen alkoholinkäyttö, tupakointi, liikkumattomuus, epäterveellinen ruokavalio ja ylipaino. Aineistosta nousi esiin myös sosiaalisen elämän vaikutukset miesten terveystyöskäyttäytymiseen ja –riskeihin.</p> <p>Nuorten miesten terveystyöskäyttäytymisessä aineistosta nousi esiin tupakointi, liikunta-aktiivisuudesta tulevat hyödyt ja terveyteen liittyvän tiedonhaun passiivisuus. Työikäisillä miehillä oli ominaista runsas alkoholinkäyttö, vähentynyt tupakointi, lisääntynyt vapaa-ajan liikunta ja lihavuuden yleistyminen. Iäkkäiden kohdalla alkoholin riskikäyttö ja alkoholiin liittyvä kuolleisuus ovat lisääntyneet.</p> <p>Aineistosta kävi ilmi, että liiallisella alkoholinkäytöllä oli yhteys tupakoimiseen. Alhaisessa sosioekonomisessa asemassa olevat olivat alttiimpia alkoholin liikakäytön ongelmille. Tupakoinnilla oli yhteys vähäiseen vapaa-ajan liikuntaan. Vähän liikkuvilla miehillä oli huonompi henkinen ja fyysinen terveys kuin paljon liikkuvilla miehillä. Vaikka miehillä on tietoa terveellisestä ruokavaliosta, se ei välttämättä näy toiminnassa. Miehet söivät edelleen naisia epäterveellisemmin ja nuorilla miehillä ruokavalio oli epäterveellinen. Ylipaino on edelleen ongelma, sillä lähes kolme neljäsosaa miehistä oli ylipainoisia.</p> <p>Erilaisilla sosiaalisilla tekijöillä oli vaikutusta miesten terveystyöskäyttäytymiseen. Parisuhde edisti miesten terveellisiä ruokavalintoja, laski alkoholinkulutusta ja todennäköisyyttä tupakointiin. Toisaalta parisuhteella oli vaikutus painoaindeksiin nousuun ja liikunta-aktiivisuuden vähentymiseen. Miesten vähäisellä sosiaalisella osallistumisella oli suuri yhteys kuolleisuuteen. Sosiaalinen tuki oli tärkeää liikunta-aktiivisuuden muutokseen etenkin nuorilla miehillä. Suuri osa vähän liikkuvista miehistä ei tiennyt mistä saada sosiaalista tukea.</p>	
Avainsanat	terveystyöskäyttäytyminen, terveysriski, mies

Authors Title	Linda Kalavainen, Ville Mäkinen The health behavior and health risks of men of different ages
Number of Pages Date	26 pages + 1 appendices 9 Nov 2018
Degree	Bachelor of Health Science
Degree Programme	Degree Programme in Nursing
Specialisation option	Nursing
Instructors	Eila-Sisko Korhonen, Senior Lecturer (PHD, MNS, RN)
<p>The purpose of this thesis was to describe the health behaviour and health risks of men of different ages. The objective of the thesis was to produce data in the form of a literary review on the characteristics of the health behaviour of men of different ages and the related health risks men have.</p> <p>The thesis was realised as a descriptive literary review. Fourteen articles fulfilling the intake criteria were selected from searches in three different databases. The thesis deals with the health behaviour of young men, men of working age and elderly men. Their health risks included immoderate alcohol consumption, smoking, physical inactivity, unhealthy diet, and excess weight. The material revealed also that social life had an influence on the health behaviour and health risks of men.</p> <p>Smoking, benefits of physical activities and passivity concerning search of information in the health behaviour of young males arose from the material. Immoderate alcohol consumption, decreased smoking, increased recreational exercise and more frequent overweight were characteristic to males in working age. As to the elderly, risky alcohol consumption and mortality connected with alcohol have increased.</p> <p>The material revealed that excessive alcohol consumption was associated with smoking. Those in low socioeconomic position are more prone to problems connected with excessive alcohol consumption. Smoking was connected with little recreational exercise. Men who do not exercise much have worse mental and physical health than those exercising more. Even though men possess knowledge of a healthy diet, it does not necessary show in their activities. Men are still eating less healthy than women, and the diet of young men was the most unhealthy. Overweight continues to be a problem; almost three out of four men are overweight.</p> <p>Different social factors had effect on the health behaviour of men. Men living in a relationship had a healthier diet and used less alcohol. They were also less prone to smoke. It also decreased the probability of smoking. On the other hand, a relationship had an effect on the increase of weight index as well as on the decrease of exercise activities. Little social participation of men had a considerable connection with mortality. A link between infrequent social participation and mortality was significant. Social support in changing physical activity is important especially with young men. A large proportion of men who did not exercise actively were not aware of where to receive social support.</p>	
Keywords	health behaviour, health risk, men

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön keskeiset käsitteet	2
2.1	Terveyskäyttäytyminen	2
2.2	Terveysriskit	3
3	Aikaisempia tutkimuksia miesten terveystyttäytymisestä	5
4	Tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset	8
5	Menetelmät	8
5.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus opinnäytetyön menetelmänä	8
5.2	Aineiston haku ja valinta	9
5.3	Aineiston analysointi	10
6	Tulokset	13
6.1	Eri ikäisten miesten terveystyttäytyminen	14
6.1.1	Nuorten miesten terveystyttäytyminen	14
6.1.2	Työikäisten miesten terveystyttäytyminen	15
6.1.3	lääkäiden miesten terveystyttäytyminen	15
6.2	Miesten terveystriskit	16
6.2.1	Liiallinen alkoholinkäyttö	16
6.2.2	Tupakointi	17
6.2.3	Liikkumattomuus	17
6.2.4	Epäterveellinen ruokavalio	18
6.2.5	Sosiaalisen elämän vaikutus terveystyttäytymiseen	19
7	Pohdinta	20
7.1	Tulosten tarkastelu	20
7.2	Eettisyys ja luotettavuus	24
	Lähteet	27
	Liite	
	Aineiston analyysi	

1 Johdanto

Opinnäytetyön aihe on eri ikäisten miesten terveystyöttyminen ja terveystriskit. Opinnäytetyö kuuluu Miesten terveystyöttyminen -hankkeeseen, jossa kartoitetaan eri ikäisten miesten terveystyöttymistä sekä terveyteen liittyvän neuvonnan ja tuen tarpeita. Terveystyöttymistä tarkastellaan voimavara- ja kuormitustekijöiden kautta. Näitä tekijöitä ovat muun muassa liikunta, päihteet, ravitsemus ja syrjäytyneisyys.

Miesten terveystyöttyminen on tärkeä aihe, koska miehillä on yleisesti epäterveellisemmät elintavat kuin naisilla ja huonompi motivaatio pitää terveyttä yllä. Miehet tupakoivat ja juovat enemmän alkoholia, syövät epäterveellisemmin ja liikkuvat vähemmän kuin naiset. Lisäksi miehillä on alhaisempi eliniänodote (Tilastokeskus, Elinajanodote). Aikainen terveystriskien tunnistaminen ja ohjauksen tarpeen arviointi säästäisivät yhteiskunnan varoja ja mahdollisesti pidentäisivät miesten elinikää. Meitä kiinnostaa onko tilanne muuttunut viime vuosien aikana ja minkälaista tutkimustietoa aiheesta löytyy viime vuosilta.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata eri ikäisten miesten terveystyöttymistä ja terveystriskejä. Terveystyöttymistä ja terveystriskejä tarkastellaan erityisesti liikunnan, ruokavalion, tupakoinnin ja alkoholinkäytön osalta. Lisäksi työ käsittelee sosiaalisen elämän vaikutusta miesten terveystyöttymiseen.

Työn tavoitteena on tuottaa tietoa kirjallisuuskatsauksen muodossa siitä, mikä on ominaista eri ikäisten miesten terveystyöttymisessä ja mitä niihin liittyviä terveystriskejä miehillä on. Työ tuo tietoa muille hoitoalan opiskelijoille ja lisäksi tuotamme tietoa hoitotyön kehittämiseen tämän aiheen osalta. Työ vastaa kysymyksiin: "Mikä on ominaista miesten terveystyöttymisessä eri ikäryhmissä?" Ja "Mitkä ovat miesten terveystriskit?"

2 Opinnäytetyön keskeiset käsitteet

Opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä ovat terveyskäyttäytyminen ja terveysriskit, joihin kuuluvat alkoholinkäyttö, tupakointi, vähäinen liikunta sekä epäterveellinen ruokavalio. Myös lihavuus sekä sosiaalisten suhteiden vaikutus terveyskäyttäytymiseen liittyvät opinnäytetyön aiheeseen.

2.1 Terveyskäyttäytyminen

Maailman terveysjärjestön WHO:n määritelmän mukaan terveys on täydellinen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila. Terveys on tila, joka muuttuu jatkuvasti. Terveysteen vaikuttavat elinympäristö, henkilön omat asenteet, arvot ja kokemukset. (Huttunen 2018.)

Terveyskäyttäytyminen tarkoittaa elintapoja eli ihmisen valintoja terveyteen vaikuttavissa asioissa (Duodecim Terveyskirjasto). Yleisimmin elintavoiksi katsotaan alkoholinkäyttö, liikunta, ruokailutottumukset ja tupakointi. Näillä neljällä elintavalla on keskeinen rooli suomalaisten kansantautien riski- ja suojatekijöinä. (Thl, Elintavat.)

Elintavat vakiintuvat yleensä jo nuorena joko tiedostamattomien tai tietoisten valintojen kautta. Pitkällä aikavälillä terveyskäyttäytymisellä on suuri vaikutus ihmisen terveyteen sekä sairauksien ja kuoleman ehkäisyyn. (Duodecim Terveyskirjasto.) Opinnäytetyö tutkii terveyskäyttäytymisen eli elintapojen eroja eri ikäisillä suomalaisilla miehillä. Miesten elintavat ovat tyypillisesti epäterveellisimmät kuin muulla väestöllä. Esimerkiksi miesten ruokailutottumusten on todettu olevan huonompia kuin naisten ja miesten alkoholista johtuva kuolleisuus on selvästi suurempi kuin naisilla (Näslindh-Ylispangar 2008).

Miesten terveyskäyttäytymistä tutkinut Will H. Courtenay löysi teoksessaan "Key Determinants of the Health and the Well-Being of Men and Boys" (2003) 30 määräävää tekijää, jotka vaikuttivat miesten ja poikien terveyskäyttäytymiseen ja -uskomuksiin Yhdysvalloissa. Hän jakoi tekijät neljään pääkategoriaan: Terveyskäyttäytyminen (health behaviours), terveyteen liittyvät uskomukset (health-related beliefs), tunteiden ilmaisu (expression of emotions) ja fyysinen hätä (physical distress). Terveyskäyttäytymiseen kuuluivat esimerkiksi terveyspalveluiden käyttö, stressinsietokyky ja terveysriskikäyttäytyminen. Terveysriskeihin kuuluivat muun muassa alkoholinkäyttö ja tupakointi. Terveysteen

liittyviin uskomuksiin kuului oma näkemys terveydentilasta ja valmius muuttaa epäterveellisiä elintapoja. Courtenay nosti eron miesten ja naisten välisestä terveyskäyttäytymisestä. Miehet eivät usko yhtä voimakkaasti, että he pystyisivät kontrolloimaan terveyskäyttäytymistään ja että he olisivat vastuussa omasta terveydestään. Miehillä on epäterveellisemmät elintavat kuin naisilla ja he käyttävät enemmän päihteitä. Miehillä on lisäksi suurempi kynnys käyttää terveyspalveluita tai lääkkeitä. (Näslindh-Ylispangar 2008.)

2.2 Terveysriskit

Terveysriskeillä tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä epäterveellisiä elintapoja. Työssä käsiteltäviä terveysriskejä ovat liiallinen alkoholinkäyttö, tupakointi, vähäinen liikunta sekä epäterveellinen ruokavalio. Työssä käsitellään myös sosiaalisten suhteiden ja sosiaalisen tuen vaikutusta miesten terveyskäyttäytymiseen.

Alkoholi on yksi yleisimmistä päihdyttävistä aineista Suomessa (Thl, Alkoholi). Alkoholinkäyttöön liittyvien terveyshaittojen määrä ylittää selvästi alkoholin positiiviset vaikutukset. Noin viidennes miesten ja naisten elinajanodotteen erosta selittyy alkoholikuolleisuudella. (Aromaa – Huttunen – Koskinen – Teperi 2005: 105.) Miesten alkoholinkäyttö on runsaampaa kuin naisten. Kansallisen terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus FinSoten tulosraportin 2017-2018 mukaan miehistä 37,7 prosenttia ilmoitti käyttävänsä liikaa alkoholia Audit-C –testillä mitattuna. Naisten vastaava osuus oli 22,2 prosenttia. Samassa testissä 14,3 miehistä ilmoitti juovansa humalanhakuisesti, kun naisista humalanhakuisesti joi 3,5 prosenttia. (Pentala-Nikulainen ym. 2018.) Vuonna 2014 tehdyn tutkimuksen mukaan 30% miesten kuolemista liittyi alkoholinkäyttöön (Thl, Alkoholi.) Alkoholiperäisiin tauteihin ja alkoholimyrkytyksiin kuoli vuonna 2015 vajaa 1700 ihmistä, joista miehiä oli 1300. Alkoholikuolemista valtaosa johtuu pitkäaikaisen alkoholinkäytön liittyvistä sairauksista kuten maksa- ja sydänsairauksista. Lisäksi alkoholi on kuolemaan vaikuttava tekijänä useissa tapaturmissa. (SVT, Kuolemansyyt.)

Tupakointi aiheuttaa muun muassa verenkierto- sekä hengityselinten sairauksia ja syöpää. Se on keskeisten kansantautien tärkein poistettavissa oleva syy. Tupakointi lyhentää eliniän odotetta usealla vuodella, lisää sepelvaltimotaudin vaaraa yli kaksinkertaiseksi ja keuhkosityövän vaaraa yli kymmenkertaiseksi sekä on tärkein keuhkohtaumataudin syy. (Aromaa ym. 2005: 99.) Vuonna 2016 16 prosenttia miehistä tupakoi päivittäin ja naisista 15 prosenttia (Virtanen – Rönkä 2017). Tupakointi on iso terveydellinen

riski ja yleisempää miesten kuin naisten keskuudessa, jonka takia opinnäytetyö käsittelee myös tätä aihealuetta terveyskäyttäytymisen ja -riskien osalta.

Liikunta ylläpitää ja parantaa toimintakykyä ja ehkäisee ennenaikaista kuolleisuutta. Liikunta parantaa lihasvoimaa, hengitys- ja verenkiertoelimistön suorituskykyä, nivelten normaalia toimintaa ja vahvistaa luustoa. Liikunta myös auttaa monien sairauksien, esimerkiksi sepelvaltimotaudin, aivohalvauksen ja kakkostyyppin diabeteksen, ehkäisyssä. Se alentaa verenpainetta ja kohottaa mielialaa. Liikunta on monille välttämätöntä ylipainon ehkäisyssä ja tärkeä tekijä pysyvän laihdutustuloksen saavuttamiseksi. (Aromaa ym. 2005: 78-79.)

Liikkumattomuus on maailman terveysjärjestö WHO:n mukaan neljänneksi suurin kuoleman riskitekijä. Lasten ja nuorten liikunnan vähentymisellä voi olla vakavia seurauksia. Liikkumattomuuden yksi syy on elämän muuttuminen vähemmän fyysisesti kuormittavaksi. Tämä johtuu muun muassa teknologian kehittymisestä, kaupungistumisesta ja yleisestä vaurastumisesta. Liikkumattomuuteen liittyvät ylipaino ja lihavuus sekä elintapasairauksien riski. (Helajärvi – Lindholm – Vasankari – Heinonen 2015: 1714.)

Epäterveellisen ruokavalion seuraukset kypsyvät hitaasti vuosien ja vuosikymmenten saatossa. Miesten ruokailutottumusten on todettu yleisesti olevan huonompia kuin naisilla. Esimerkiksi yksin elävien miesten ruokavalio on tutkimuksissa todettu huonommaksi kuin naimisissa olevien miesten. Elintarvikkeiden ja ruoan kulutusta lisäävät niiden helppo saatavuus, monipuolinen valikoima ja edullisuus. Annos- ja pakkauskoot ovat suurempia kuin ennen ja sokeripitoiset juomat ovat yleisiä. Syömämme ruoka on entistä energiapitoisempaa ja sitä on runsaasti tarjolla. (Eskola 2017; Näslindh-Ylispangar 2008.)

Lihavuus on elintason nousun sekä elintapojen ja -ympäristön muuttumisen johdosta yleistynyt maailmassa kaksinkertaisesti viimeisen 30 vuoden aikana. Se on isoin riskitekijä tyyppin 2 diabeteksessa sekä altistaa monille muille sairauksille; tuki- ja liikuntaelinsairaudet, astma, masennus, verenkiertoelimistön sairaudet sekä erilaiset syövätkä. Suomessa miesten painoindeksi on noussut 1970-luvulta lähtien ja lisännyt siten kokonaiskuolleisuutta. Istuva elämäntapa, työn fyysisen kuormittavuuden vähäisyys ja arkiliikunnan väheneminen pienentävät energiankulutusta, mutta isot ruoka-annokset, sokeri- ja rasvapitoiset välipalat sekä alkoholi kerryttävät ylimääräistä energiaa. (Männistö ym. 2015.)

Sosiaaliset suhteet ja sosiaalinen tuki ovat yhteydessä psyykkiseen ja fyysiseen terveyteen, kuten myös kuolleisuuteen. Sosiaalinen tuki voi antaa tarkoitusta elämälle sekä kannustaa terveellisiin elintapoihin eli terveellisesti syömiseen, liikuntaan, tupakoinnin lopettamiseen ja alkoholinkäytön vähentämiseen. Parisuhteessa olevien on huomattu elävän kauemmin ja olevan keskimäärin terveempiä kuin muut ja miehillä erot ovat vielä suuremmat kuin naisilla. (Martelin – Hyyppä – Joutsenniemi – Nieminen 2009.) Sosioekonomisen aseman uskotaan vaikuttavan terveyteen pitkälti terveyskäyttäytymisen kautta. Terveydelle haitallisen terveyskäyttäytymisen katsotaan olevan välittäjä heikon sosioekonomisen aseman ja huonon terveyden välillä. Toisaalta hyvä sosioekonominen asema tuo tiedollisia, taloudellisia ja sosiaalisia voimavaroja, jotka edesauttavat terveyttä tukevaa käyttäytymistä. (Prättälä 2007: 130.)

3 Aikaisempia tutkimuksia miesten terveyskäyttäytymisestä

Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytymistä ja terveyttä on tutkittu Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen AVTK-tutkimuksella vuodesta 1978 vuoteen 2014 asti. Tarkasteluvuodeksi valikoitui 10 vuoden takainen eli keväällä 2008 ilmestynyt raportti. Tässä raportissa työikäisistä miehistä ilmoitti tupakoivansa päivittäin 24 prosenttia, kun naisten osuus oli 18 prosenttia. Tutkimusjakson aikana eli vuodesta 1978 miesten päivittäistupakointi on vähentynyt vuoteen 2008. 2000-luvulla muutokset ovat olleet pieniä. (Helakorpi – Paavola – Prättälä – Uutela 2009: 4-5.)

Terveyskäyttäytymisen näkökulmasta mielenkiintoinen ero miesten ja naisten välillä syntyy, kun verrataan päivittäin tupakoivien huolta tupakoinnin vaikutuksesta terveyteen. Naisista 86 prosenttia kantoi huolta tupakoinnin terveysvaikutuksista, kun miesten vastaava luku oli vain 77 prosenttia. (Helakorpi ym. 2009: 6.)

Tutkittaessa neljän epäterveellisen elintavan (tupakoinnin, runsaan alkoholikäytön, vähäisen liikunnan ja epäterveellisen ruokavalion) suhdetta toisiinsa, huomattiin, että tupakointi oli usein yhteydessä myös muihin terveysriskeihin. Tupakointi kulki usein yhteydessä runsaan alkoholinkäytön kanssa. Vähäinen liikunta ja epäterveellinen ruokavalio olivat puolestaan usein yhteydessä toisiinsa. Kaikkien neljän terveysriskin yhdistelmä oli

hallitsevampi kuin minkään kolmen terveystieteen yhdistelmä. (Laaksonen – Prättälä – Karisto 2001: 298.)

Ruokatottumuksista AVTK-tutkimuksessa verrattiin muun muassa kasvisten päivittäistä käyttöä. Miehillä kasvisten päivittäiskäyttö oli nousussa ja 35 prosenttia miehistä käytti kasviksia päivittäin. Naisista kuitenkin lähes puolet (47%) söi tuoreita kasviksia päivittäin. (Helakorpi ym. 2009: 6.)

Ylipainoisten osuus on kasvanut Suomessa pitkällä tähtäimellä. Vuonna 2014 itse ilmoitettujen pituus- ja painotietojen pohjalta miehistä 60 prosenttia oli ylipainoisia (BMI yli 25 kg/m²), kun naisilla vastaava luku oli 43 prosenttia. (Helldán – Helakorpi 2015: 21.)

Suomalaisten ruokailutottumukset ovat parantuneet viimeisen 40 vuoden aikana. Rasvan osuus ruokavaliossa on vähentynyt ja vihannesten sekä hedelmien kulutus kasvanut. (Bingham ym. 2010: 980.) Nuorten, 17-21 –vuotiaiden, miesten ruokailutottumuksia tutkittaessa huomattiin, että hedelmien ja marjojen (8 prosenttia vastaajista) sekä vihannesten (13 prosenttia) päivittäinen käyttö oli harvinaista. Erot päivittäisissä ruokailutottumuksissa selittyivät vastaajan taustatekijöistä eniten koulutustasolla ja terveystieteen käyttäytymistekijöistä eniten aamiaisen syömisen säännöllisyydellä. Painoindeksillä oli käänteinen vaikutus terveellisiin ruokailutottumuksiin. Myös säännöllisesti tupakoivat nuoret miehet saivat heikommat pisteet päivittäisiä ruokailutottumuksia mitattaessa kuin vähemmän tupakoivat. (Bingham ym. 2010: 982.) Kerran tai harvemmin viikossa alkoholia kuluttavilla oli myös terveellisemmät ruokailutottumukset kuin useammin viikossa alkoholia käyttävillä (Bingham ym. 2010: 983).

Väestötason tutkimusten mukaan tietyllä kulutustasolla alkoholinkäytön terveydellisten ja sosiaalisten haittojen todennäköisyys kasvaa huomattavasti. Alkoholimäärän korkean riskin rajat ovat terveelle, työikäiselle, keskikokoiselle naiselle 5 ja miehelle 7 annosta kerralla. (Österberg – Mäkelä 2006.) AVTK-tutkimuksen mukaan vuonna 2008 vähintään kerran viikossa kuusi annosta tai enemmän kerralla juovien naisten määrä on 9 prosenttia kun se miesten kohdalla on peräti 26 prosenttia (Helakorpi ym. 2009: 9).

Alkoholinkulutus on kolminkertaistanut vuodesta 1960 vuoteen 2014. Suurta kasvua selittää pääosin naisten alkoholinkulutuksen kasvu. Miesten alkoholinkulutus kaksinkertaistui vuosien 1968 ja 2008 välillä, kun samalla aikavälillä naisten kulutus kuusinkertaistui. Miesten alkoholinkulutuksen kasvu on kuitenkin litramääräisesti suurempi kuin naisten.

Alkoholinkäyttö on myös arkipäiväistynyt, sillä miesten ja naisten alkoholin käyttökertojen lukumäärä on kasvanut merkittävästi. Esimerkiksi viikoittain alkoholia juovien miesten osuus on kasvanut vuoden 1968 reilusta 30 prosentista vuoden 2008 lähes 60 prosenttiin. (Mäkelä – Österberg 2016.)

Liikunnan harrastamisen määrässä ei sukupuolien välillä ollut kovin suuria eroja vuonna 2008. Naiset liikkuvat kuitenkin miehiä aktiivisemmin joka mittarilla tarkasteltuna. Vähintään kolme kertaa viikossa naisista harrasti liikuntaa vapaa-ajalla 55 prosenttia, miehistä 49%. Ajallisesti mitattuna naiset liikkuvat myös miehiä enemmän viikossa. (Helakorpi ym. 2009: 10.)

Miesten terveystietoisuutta on tutkittu aiemmin muun muassa Helsingin yliopistossa vuonna 2008 tehdyssä tutkimuksessa, johon osallistui 690 40-vuotiaasta miestä. Tutkimuksessa tutkittiin 40-vuotiaiden miesten koettua terveydentilaa, terveystietoisuutta ja terveysuskomuksia. Kaksi kolmasosaa osallistujista oli ylipainoisia tai lihavia, yli puolet tupakoi päivittäin ja lähes puolet käytti runsaasti alkoholia. (Näslindh-Ylispangar 2008.)

Vuonna 2005 suomalaisista työkäisistä miehistä 26% tupakoi päivittäin. Samassa tutkimuksessa todettiin miesten ruokailutottumusten olevan huonompia kuin naisten. Erityisesti yksin elävien miesten ruokavalio oli yksipuolinen verrattuna naimisissa olevien miesten ruokavalioon. Alkoholin vaikutuksiin kuoli vuonna 2006 1300 miestä, kun naisia vain 354. (Näslindh-Ylispangar 2008.)

Miehet kuolevat Suomessa yleisesti ottaen nuorempina kuin naiset. Vuosina 1998-2002 naisia kuoli koko maassa 178,4/100 000 ja miehiä 429,0/100 000 eli yli puolet enemmän. (Aromaa ym. 2005: 124-125) Naisten odotettu elinikä on korkeampi kuin miesten. Esimerkiksi vuonna 2015 syntyneellä tyttölapsella odotettu elinikä on 84,1 vuotta, kun se pojalla on 78,5 vuotta. (Tilastokeskus, Elinajanodote.)

35-vuotiaiden miesten eliniänodote kasvoi 4,6 vuodella vuosista 1983-1985 vuosiin 2003-2005. Sosioekonominen asema vaikutti merkittävästi miesten eliniänodotteeseen. Ylempien toimihenkilöiden ja työntekijöiden välinen ero eliniänodotteessa oli vuonna 1983-1985 5,0 vuotta. Jaksolla 2003-2005 vastaava ero oli 6,1 vuotta, joten ero oli kasvanut kahdessa kymmenessä vuodessa 1,1 vuotta. Ylempien toimihenkilöiden eliniänodote oli 1970-luvulla samaa tasoa, mitä se oli työntekijöillä 2000-luvun alussa. (Valkonen – Ahonen – Martikainen – Remes 2007 :47-48.)

4 Tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata eri ikäisten miesten terveyskäyttäytymistä ja terveystarpeita. Terveyskäyttäytymistä ja terveystarpeita tarkastellaan erityisesti liikunnan, ruokavalion, tupakoinnin ja alkoholinkäytön osalta. Lisäksi työ käsittelee sosiaalisen elämän vaikutusta miesten terveystarpeisiin.

Työn tavoitteena on tuottaa tietoa kirjallisuuskatsauksen muodossa siitä, mikä on ominaista eri ikäisten miesten terveystarpeiden muodossa ja mitä niihin liittyviä terveystarpeita miehillä on. Työ tuo tietoa muille hoitoalan opiskelijoille ja lisäksi tuotamme tietoa hoitotyön kehittämiseen tämän aiheen osalta. Työ vastaa kysymyksiin: "Mikä on ominaista miesten terveystarpeiden muodossa eri ikäryhmissä?" Ja "Mitkä ovat miesten terveystarpeet?"

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Mikä on ominaista miesten terveystarpeiden muodossa eri ikäryhmissä?
2. Mitkä ovat miesten terveystarpeet?

5 Menetelmät

Kirjallisuuskatsaukset voidaan jakaa kolmeen eri päätyyppiin, jotka ovat kuvailevat katsaukset, systemaattiset kirjallisuuskatsaukset sekä määrällinen meta-analyysi ja laadullinen meta-analyysi (Stolt – Axelin – Suhonen 2016: 8). Tämän opinnäytetyön menetelmä on kuvaileva kirjallisuuskatsaus.

5.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus opinnäytetyön menetelmänä

Kuvaileva eli narratiivinen kirjallisuuskatsaus on yksi yleisimmistä kirjallisuuskatsauksen muodoista, joka perustuu tutkimuskysymykseen ja valitun aineiston perusteella tuotettavaan kuvailevaan ja laadulliseen vastaukseen. Sen avulla pyritään saamaan laaja kuva käsiteltävästä aiheesta. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheita ovat 1) tutkimuskysymyksen muodostus, 2) aineiston valinta, 3) kuvailun rakentaminen ja 4) tuotetun tuloksen

tarkastelu. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on yleiskatsaus ilman tarkkoja sääntöjä ja käytetyt aineistot ovat laajoja. Tutkimuskysymykset eivät ole niin tarkkoja, kuin muissa kirjallisuuskatsauksissa ja tutkittava ilmiö pystytään kuvaamaan laajasti sekä tutkittavan ilmiön ominaisuuksia luokittelevasti. (Salminen 2011: 6-7; Kangasniemi ym. 2013: 291-292.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on ilmiön kuvaamista ymmärrettävään muotoon ja se on luonteeltaan aineistolähtöistä. Kirjallisuuskatsauksen on täytettävä yleiset vaatimukset, jotka on asetettu tieteen metodille. Tällaisia vaatimuksia ovat esimerkiksi julkisuus, kriittisyys, itsekorjaavuus ja objektiivisuus. Tieteelliset tulokset ovat julkisesti saatavilla ja kriittisesti arvioitavissa tiedeyhteisön taholta. Itsekorjaavuus tarkoittaa sitä, että tutkimuksen puutteellisuudet ja virheet voidaan poistaa uusilla tutkimuksilla. Katsauksen kaikissa vaiheissa noudatetaan tutkimusetiikkaa ja tutkimuskysymykset muotoillaan eettiset kysymykset huomioon ottaen. Prosessin johdonmukaisuus, kuvailun argumentoinnin vakuuttavuus ja valitun kirjallisuuden perustelun on oltava luotettavaa. Kirjallisuuskatsauksen tavoitteena on kehittää olemassa olevaa teoretietoa sekä myös rakentaa uutta teoriaa. Sen avulla voidaan arvioida teoriaa, rakentaa kokonaiskuvaa tietystä asiakokonaisuudesta, pyrkiä tunnistamaan ongelmia ja lisäksi se mahdollistaa kuvauksen tietyn teorian kehityksestä historiallisesti. (Salminen 2011: 1, 3; Kangasniemi ym. 2013: 291-292.)

Tämä opinnäytetyö kokosi yhteen näyttöä tai tietoa aiemmasta tiedosta eri ikäisten miesten terveyskäyttäytymisestä tupakoinnin, alkoholinkäytön, liikunnan ja ruokavalion osalta. Toteutuksen lähtökohta oli työn tarkoitus, tavoitteet ja tutkimuskysymykset. Tutkimuksista ja muista relevanteista julkaisuista koottiin ja analysoitiin aiheeseen liittyvää tietoa. Opinnäytetyön tietoperustan muodosti aiempi tutkimus- ja asiantuntijatieto, joka oli rajattu työssä käytettävillä käsitteillä. Tietoperusta tulee ilmi työn ensimmäisissä kappaleissa ja se osoittaa miksi opinnäytetyö oli tarpeellista tehdä. Tietoperusta koottiin eri lähteistä kuin kirjallisuuskatsauksessa käytetty aineisto. Aineistona olivat alkuperäistutkimukset ja muu relevantti aineisto, kuten tilastot, joiden avulla saatiin vastaus opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin.

5.2 Aineiston haku ja valinta

Aineisto kerättiin mahdollisimman systemaattisella tiedonhaulla relevanteista tietokannoista. Keräämisessä käytettiin vain tieteellisesti hyväksytyjä tietokantoja. Tietokantoina aineiston haussa käytettiin Cinahlia, Mediciä ja Medlinea. Hakusanoja olivat "mieh*",

"mies*", "terveyskäy*", "terveysrisk*" sekä "health behavio*", "health risk", "health", "men", "male" sekä "finnish" ja "finland". Lisäksi tehtiin haku keskittyen miesten terveyskäyttäytymiseen alkoholin, tupakoinnin, liikunnan ja ruokailutottumusten osalta, jolloin hakusanoja olivat "men", "mies", "mieh*", "mie*", "finnish", "suomal*", "alcohol", "tupakointi", "tupakka", "smoking", "exercise", "physical activity", "liik*" ja "behavior".

Aineisto kerättiin sisäänotto- ja poissulkukriteerien avulla. Sisäänottokriteerit olivat 1) Tieteellisesti julkaistu artikkeli, 2) Enintään 5 vuotta vanha artikkeli, eli vuodesta 2013 eteenpäin olevat julkaisut, 3) Kielinä suomi tai englanti ja 4) Artikkelin vastaa tutkimuskysymyksiin. Poissulkukriteerinä oli kaikki sisäänottokriteerien ulkopuolelle jäävä aineisto. Jos sisäänottokriteerit eivät täytyneet, ei artikkeli valikoitunut aineistoksi. Lisäksi valitsematta jäi artikkelit, jotka eivät selvästi erotelleet miehiä ja naisia, vaan käsitelivät väestöä yleisesti.

Kokosimme taulukkoon tiedonhaun prosessin. Tiedonhakuprosessissa on määritelty käytetyt tietokannat, jotka ovat Cinahl, Medic ja Medline. Käyttämämme hakusanat kirjoitettiin näihin tietokantoihin, joista osumia tuli Cinahlista yhteensä 181, Medicistä 393 ja Medlinesta 680. Näistä osumista karsittiin otsikon mukaan työhön sopivat aineistot, joita valikoitui Cinahlista yhteensä 35, Medicistä 24 ja Medlinesta 49. Tämän jälkeen osumia rajattiin työhömmme sopivien tiivistelmien mukaan, joista aineistoja karsiutui kaiken kaikkiaan yhteensä 54 kappaletta. Näistä tiivistelmien mukaan valituista aineistoista luettiin koko teksti läpi ja niistä valikoitui valintakriteerien mukaan yhteensä 14 artikkelia, jotka sopivat opinnäytetyön aineistoksi. Tiedonhakuprosessi käytiin läpi seminaariprosessin aikana.

5.3 Aineiston analysointi

Sisällönanalyysi on menetelmä, jolla voidaan analysoida kirjallista materiaalia systemaattisesti ja objektiivisesti. Sisällönanalyysin tavoitteena on muodostaa tutkittavasta asiasta kuvaus tiiviissä ja yleisessä muodossa. Sisällönanalyysillä saatu aineisto saadaan järjestetyksi lopullisia johtopäätöksiä varten. Tästä sisällönanalyysillä tehtyjä tutkimuksia kritisoidaan, sillä tutkija ei välttämättä pysty tekemään tutkimuksessaan riittäviä johtopäätöksiä vaan esittää sisällönanalyysillä järjestetyn aineiston tutkimuksen tuloksina. (Tuomi – Sarajärvi 2018: 117.)

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä oli kolme vaihetta. Ensimmäinen vaihe oli aineiston pelkistäminen, toinen vaihe aineiston ryhmittely ja kolmas vaihe oli teoreettisten käsitteiden luominen. Analyysin teon aloittamista ennen oli määriteltävä analyysiyksikkö, joka määritettiin tutkimustehtävän ja aineiston laadun pohjalta. Analyysiyksikkömme oli miesten terveystyöskäyttö ja terveysriskit. (Tuomi – Sarajärvi 2018: 122.)

Aineiston pelkistämävaiheessa alkuperäisaineistosta karsittiin tutkimukselle epäolennainen osuus pois. Tämä tapahtui datan tiivistämisellä ja pilkkomisella osiin pilkkomisella. Pelkistämällä aineistosta etsittiin tutkimustehtävää kuvaavia ilmaisuja. Aineistosta muodostui tutkimustehtävän pohjalta valitut alkuperäisilmaukset ja niitä kuvaavat pelkistetyt ilmaukset. Pelkistetyt ilmaukset kirjattiin allekkain mitään datasta kadottamatta. (Tuomi – Sarajärvi 2018: 122-123.)

Aineiston ryhmittelyvaiheessa alkuperäisdatasta muodostetut pelkistetyt ilmaukset jaoteltiin samaa ilmiötä kuvaaviksi ryhmiksi. Ryhmiä yhdistettiin eri luokiksi ja näin syntyivät sisällönanalyysin alaluokat. Alaluokat nimettiin sisältöään kuvaavalla nimellä, mikä voi olla tutkittavan ilmiön ominaisuus, piirre tai käsitys. Luokittelua jatkettiin niin, että alaluokkia yhdistetään muodostamalla yläluokkia ja yläluokkia yhdistämällä muodostettiin pääluokat. Pääluokiksi nimettiin Eri ikäisten miesten terveystyöskäyttö ja Miesten terveysriskit. (Tuomi – Sarajärvi 2018: 124-125.)

Aineiston käsitteellistäminen tarkoittaa tutkimuksen kannalta tärkeän tiedon ja valikoidun tiedon pohjalta muodostettuja teoreettisia käsitteitä. Tässä vaiheessa alkuperäisdatassa käytetyistä kielellisistä ilmauksista edettiin teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. Käsitteellistämistä jatkettiin yhdistämällä luokituksia niin kauan kuin se oli aineiston sisällön puolesta mahdollista. Aineistossa oli kuitenkin säilyttävä polku alkuperäisdataan. (Tuomi – Sarajärvi 2018: 125-126.)

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysillä käsitteitä yhdistelemällä saatiin vastaukset tutkimuskysymyksiin. Käsitteellistämistä voidaan kuvailla tapahtumasarjaksi, jossa tutkija rakentaa muodostamiensa käsitteiden pohjalta kuvauksen tutkimuskohteesta. Teoriaa ja johtopäätöksiä verrattiin jatkuvasti alkuperäisaineistoon. Käsitteellistämisen tuloksissa esitetään aineistosta muodostetut johtopäätökset. (Tuomi – Sarajärvi 2018: 127.)

Aineiston sisältämä tieto, eli tulokset, analysoitiin sisällönanalyysin periaatteita hyödyntäen. Analyysin tulokset raportoitiin aineistosta muodostetun luokittelun pohjalta. Opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin saadut tulokset koottiin yhteen ja tulosten hyödynnettävyyttä, eli merkitystä käytännön työelämälle, pohdittiin monipuolisesti ja kriittisesti. Lisäksi arvioitiin opinnäytetyön luotettavuutta ja eettisyyttä sekä esitettiin jatkotyöskentely- ja jatkotutkimusehdotuksia.

Aineiston analyysikehys on taulukko, jossa on pohja aineiston analysoinnille. Taulukosta selviää miten valikoitu aineisto vastaa tutkimuskysymyksiimme. Aineiston analyysikehys käytiin seminaariprosessin aikana läpi. Tiedonhaun prosessissa aineistoksi valikoitui 16 aineistoa, joiden pohjalta opinnäytetyö tehtiin. Taulukon ensimmäiseen sarakkeeseen oli koottu artikkelin kirjoittajat, julkaisuvuosi sekä lehti ja maa, jossa artikkeli oli julkaistu. Toiseen sarakkeeseen oli kuvattu artikkelin tarkoitus ja tutkimuskysymykset. Kolmannessa sarakkeessa oli menetelmä, jolla alkuperäinen aineisto oli koottu sekä tietoa aineistosta. Neljännessä sarakkeessa oli vastaus, miten artikkeli vastasi ensimmäiseen tutkimuskysymykseen ”Mikä on ominaista miesten terveystietäytymisessä eri ikäryhmissä?” ja viidennessä sarakkeessa miten artikkeli vastasi toiseen tutkimuskysymykseen ”Mitkä ovat miesten terveystietäytymisessä?”.

Pelkistystaulukossa toteutimme analyysiyksikön mukaisten lausumien poiminnan, mahdollisen käännöksen suomeksi sekä alkuperäisilmausten pelkistämisen. Numeroimme alkuperäisaineistomme ja käytimme numerointia taulukon alkuperäisilmauksissa, jotta prosessi pysyi luotettavana ja alkuperäinen artikkeli oli tarvittaessa helppo paikantaa. Alla esimerkkiotanta pelkistystaulukosta, joka käytiin seminaariprosessin aikana läpi.

Alkuperäisilmaus	Käännös	Pelkistys
1) ”Altogether, 85% of the men desired to lose weight, but only a few (14%) reported having changed both their eating habits and physical activity during the past year.”	Kaiken kaikkiaan 85% miehistä halusi pudottaa painoa, mutta vain harva (14%) raportoi muuttaneensa sekä syömistottumuksiaan että liikunta-aktiivisuuttaan kuluneen vuoden aikana.	85% miehistä halusi pudottaa painoaan, mutta vain 14% raportoi muuttaneensa syömis- ja liikuntatottumuksiaan.
1) ”They more often concerned eating habits (34%) than physical activity (23%).”	He olivat enemmän huolestuneita syömistottumuksistaan (34%) kuin liikunta-aktiivisuudestaan (23%).	Ruokailutottumuksia muutettiin useammin kuin liikunta-aktiivisuutta.

10) "Parisuhde ja korkea koulutus edistävät terveellisiä ruokavalintoja, erityisesti miehillä."		Parisuhde edisti miehillä terveellisiä ruokavalintoja.
10) "Osoitetuissa analyyseissa sekä miehillä että naisilla epäterveellinen syöminen oli todennäköisempää nuoremmilla ja niillä, joilla oli matala itsekontrolli."		Epäterveellinen syöminen oli todennäköisempää nuoremmilla ja niillä, joilla oli matala itsekontrolli.

Teimme molemmille tutkimuskysymyksille omat sisällönanalyysitaulukot; "Mikä on ominaista miesten terveyskäyttäytymiselle eri ikäryhmissä?" sekä "Mitkä ovat miesten terveysriskit?". Taulukon ensimmäiseen sarakkeeseen koottiin kaikki pelkistystaulukosta saadut pelkistykset ja nämä pelkistykset jaettiin alakategorioihin. Alakategoriat jaettiin edelleen yläkategorioihin. Alakategoriat nousivat aineistoista ja ne olivat ensimmäisen tutkimuskysymyksen kohdalla "Nuorten miesten terveyskäyttäytyminen", "Työikäisten miesten terveyskäyttäytyminen" ja "Iäkkäiden miesten terveyskäyttäytyminen". Näitä alakategorioita yhdistäväksi yläkategoriaksi nimettiin "Eri ikäisten miesten terveyskäyttäytyminen".

Toisen tutkimuskysymyksen kohdalla alakategorioiksi aineiston pohjalta nousi "Liiallisen alkoholinkäytön terveysriskit", "Tupakoinnin terveysriskit", "Liikkumattomuuden terveysriskit", "Epäterveellisen ruokavalion/ylipainon terveysriskit", "Parisuhteen vaikutukset" sekä "Sosiaalinen tuki ja osallistuminen". Näitä alakategorioita yhdistäväksi yläkategorioksi nimettiin "Alkoholi ja tupakointi", "Liikkumattomuus ja epäterveellinen ruokavalio" sekä "Miesten sosiaalinen elämä". Molemmat sisällönanalyysitaulukot ovat työn lopussa liitteenä (Liite, Aineiston analyysi).

6 Tulokset

Työn tulokset saatiin sisällönanalyysilla.

6.1 Eri ikäisten miesten terveystietäytyminen

Miesten terveystietäytymisessä on eroja eri ikäryhmissä. Jaoin miehet kolmeen ikäryhmään, jotka aineiston perusteella olivat luontevimmat; nuoriin, työikäisiin ja iäkkäisiin miehiin.

6.1.1 Nuorten miesten terveystietäytyminen

Nuorten miesten terveystietäytymisessä aineistosta nousi esiin runsas tupakointi, liikunta-aktiivisuudesta tulevat hyödyt ja nuorten miesten terveyteen liittyvän tiedonhaun passiivisuus. Toisaalta nuoret miehet olivat miehistä tietoisimpia liikunnan terveyshyödyistä ja oikeasta lautasmaailmasta.

Nuorten miesten tupakointi oli melko yleistä, sillä yli kolmasosa ilmoitti tupakoivansa päivittäin (Päkkilä ym. 2017 :10). Tupakoinnilla oli vaikutus myös muihin terveyshaittoihin, sillä tupakointi oli yhteydessä viikoittaiseen alkoholinkäyttöön nuorilla miehillä (Päkkilä ym. 2017: 9). Energiajuomien ja alkoholin käyttö lisäsivät tupakoinnin ja nuuskan käytön todennäköisyyttä (Päkkilä ym. 2017: 10).

Liikunnasta oli nuorille miehille useita hyötyjä. Hyvä kuntotaso ja Cooperin testin tulos (yli 2900 metriä) olivat osittain vähentävästi yhteydessä tupakoimiseen (Päkkilä ym. 2017: 9-10). Stressioireet vähenivät ja henkiset voimavarat kasvoivat liikunta-aktiivisuuden myötä (Kettunen – Kyröläinen – Santtila – Vasankari 2014: 11). Lihaskunnolla oli myös yhteys nuorten miesten henkiseen hyvinvointiin (Kettunen ym. 2014: 10). Huomioitavaa kuitenkin on, että reippaalla intensiteetillä harrastettu liikunta puolittui muutamassa vuodessa, kun verrattiin kutsuntaikäisiä nuoria miehiä yläasteikäisiin poikiin. (Niemi ym. 2016: 78).

Nuoret (18-31 –vuotiaat) miehet hakivat selvästi vähemmän terveyteen liittyvää tietoa kuin saman ikäiset naiset (Ek 2013: 736). Nuorimmat miehet (18-35 –vuotiaat) olivat myös miehistä passiivisimpia etsimään terveyteen liittyvää tietoa (Ek 2013: 740). Toisaalta nuorimpien miesten ryhmä sai parhaimmat pisteet liikunnan terveyshyötyjen ja oikean lautasmaailman tietämyksessä (Kaasalainen – Kasila – Komulainen – Malvela – Poskiparta 2016: 832).

6.1.2 Työikäisten miesten terveystyytyminen

Työikäisten miesten terveystyytymisestä aineistosta nousivat esiin runsas alkoholin käyttö, tupakoivien väheneminen, lisääntynyt vapaa-ajan liikunta ja lihavuuden yleistyminen.

Alkoholin juominen on työikäisillä miehillä yleistä. Suurin osa useammin kuin kerran viikossa alkoholia käyttävistä oli 40-69 –vuotiaita miehiä. Tämän ikäisistä miehistä kolmannes ilmoitti käyttävänsä alkoholia useammin kuin kerran viikossa. (Koponen – Borodulin – Lundqvist – Sääksjärvi – Koskinen 2018: 30). Kuukausittainen toistuva humalajuominen oli yleisintä 40-59 –vuotiailla miehillä (Koponen ym. 2018: 30-31). Vuosien 2011 ja 2017 välillä vähintään kuukausittain kuusi alkoholiannosta tai enemmän juovien työikäisten miesten osuus kuitenkin pieneni 41 prosentista 38 prosenttiin (Koponen ym. 2018: 31).

Päivittäin tupakoivien työikäisten osuus pieneni vuosien 2011 ja 2017 välillä. Alle 65-vuotiaiden tupakoivien miesten osuus pieneni 22 prosentista 19 prosenttiin (Koponen ym. 2018: 29). Tupakointi on selvästi yleisempää työikäisessä kuin vanhemmassa väestössä (Koponen ym. 2018: 27).

Vapaa-ajan liikunta lisääntyi 30-64 –vuotiailla miehillä vuosina 2011-2017 (Koponen ym. 2018: 40). Vaikka vapaa-ajan liikunta on yleistynyt, myös lihavien työikäisten määrä on kasvanut. Työikäisten miesten lihavuus yleistyi 24 prosentista 27 prosenttiin ja vyötärölihavien määrä kasvoi 39 prosentista 43 prosenttiin vuosien 2011 ja 2017 välillä (Koponen ym. 2018: 47). Miehistä painoindeksi oli suurin ja lihavuus yleisintä 50-69 –vuotiailla (Koponen ym. 2018: 45).

6.1.3 Iäkkäiden miesten terveystyytyminen

Iäkkäiden miesten terveystyytymisessä aineistosta nousivat esiin alkoholinkäyttö ja yksinäisyyden tunne. Eläkeikäisten alkoholin riskikäyttö ja –kuolleisuus ovat lisääntyneet (Koponen ym. 2018: 32). Miehillä yksinäisten osuus oli suurinta yli 80-vuotiailla (Koponen ym. 2018: 123). Nikotiinin kokonaiskäyttö väheni miehillä 70. ikävuodesta eteenpäin (Koponen ym. 2018: 28).

Vaikka yleisesti miesten vapaa-ajan liikunta lisääntyi vuodesta 2011 vuoteen 2017, ikäkäiden liikunnan määrä pysyi samana. Kestävyyshuoltoisuus suositus täyttyi yli 80-vuotiailla miehillä alle neljäsosalla (Koponen ym. 2018: 39). Lihavien osuus pysyivät iäkkäillä miehillä lähes ennallaan vuosien 2011 ja 2017 välillä (Koponen ym. 2018: 40, 47).

6.2 Miesten terveystriskit

Kirjallisuuskatsauksessa käsiteltäviä miesten terveystriskejä olivat liiallinen alkoholin käyttö, tupakointi, liikkumattomuus sekä epäterveellinen ruokavalio. Aineistosta nousi esiin myös sosiaalisen elämän merkitys miesten terveystkäyttämiseen, joten käsittelemme tuloksissa myös sosiaalisen tuen, sosiaalisen osallistumisen ja parisuhteen vaikutusta.

6.2.1 Liiallinen alkoholin käyttö

Liiallisesta alkoholin käytöstä aineistosta nousivat esiin alkoholin yhteys tupakoimiseen, sukupuolien väliset erot alkoholin riskikäytössä ja alhaisen sosioekonomisen tason vaikutus alkoholin peräisiin ongelmiin.

Alkoholilla ja tupakoinnilla oli yhteys aineiston perusteella. Alkoholia paljon käyttävillä oli korkeampi riski epäonnistua tupakoinnin lopettamisessa (Härkönen ym. 2017: 235). Tupakointi puolestaan oli erillinen riskitekijä jatkuvalla liiallisella alkoholin käytöllä pitkän aikavälin ennusteessa (Härkönen ym. 2017: 235). Tupakanpoltoa voidaan pitää hälytysmerkkinä tunnistamaan henkilöitä, joilla on riski alkoholin väärinkäytölle (Härkönen ym. 2017: 236).

Sukupuolten väliset erot alkoholin liikkikäytössä ovat merkittäviä. Miessukupuoli oli merkittävä ennustaja alkoholin jatkuvalla riskijuoimiseksi. Yhtäjaksoisesti riskitasolla alkoholia käyttävistä 71 prosenttia oli miehiä (Härkönen ym. 2017: 233.) Useampi kuin joka kolmas mies joi ainakin kuukausittain kerralla vähintään kuusi alkoholiannosta (Koponen ym. 2018: 30).

Alkoholin liikkikäytön ongelmia raportoitiin eniten alhaisen sosioekonomisen tason omaavilta (Härkönen ym. 2017: 235). Alhaisen sosioekonomisen aseman ryhmällä oli myös eniten alkoholiin liittyviä sairaalakäyntejä ja kuolleisuutta (Härkönen ym. 2017: 235).

6.2.2 Tupakointi

Joka viides mies käytti jotakin tupakkatuotetta päivittäin (Koponen ym. 2018: 28). Miehistä 16 prosenttia ja naisista 11 prosenttia tupakoi päivittäin. Satunnaisesti tupakoi miehistä kahdeksan prosenttia ja naisista viisi prosenttia (Koponen ym. 2018: 27).

Aineistosta nousi esille myös tupakoinnin pitkän aikavälin terveysvaikutukset. Päivittäinen tupakointi tai tupakoinnin lopettaminen olivat yhteydessä liikunnalliseen epäaktiivisuuteen 30 vuotta myöhemmin. Yhtäjaksoisesti päivittäin tupakoineilla oli suurempi todennäköisyys pysyä epäaktiivisina tai tulla epäaktiivisiksi. Tupakoinnin lopettaneilla oli pienempi todennäköisyys epäaktiivisuudelle kuin päivittäin tupakoivilla. (Piirtola ym. 2017: 823.)

Edellä mainittujen tupakoinnin ja alkoholinkäytön yhteyksien lisäksi tupakoinnilla oli yhteys myös vapaa-ajan liikuntaan. Lisääntyneet tupakointivuodet olivat yhteydessä vähenevään vapaa-ajan liikuntaan. Vapaa-ajan liikunnan lisääminen edisti taas todennäköisyyttä tupakoinnin lopettamiseen. (Piirtola ym. 2018: 823.) Puolet epäaktiivisten miesten kuolleisuudesta selittyi epäterveellisillä elintavoilla, etenkin tupakoinnilla ja liikkumattomuudella (Nieminen – Härkänen – Martelin – Borodulin – Koskinen 2015: 974).

6.2.3 Liikkumattomuus

Liikkumattomuudesta aineistosta nousivat esiin liikunnan tuomat terveyshyödyt henkilölle hyvinvoinnille, nuorten miesten oman fyysisen kunnon ja liikunta-aktiivisuuden yliarvioiminen sekä minäpystyvyys.

Miehistä 73 prosenttia harrasti vapaa-ajan liikuntaa (Koponen ym. 2018: 39). Vähän liikkuvat miehet kokivat laiskuuden sekä mielenkiinnon, taitojen tai tiedon puuttumisen suuremmiksi esteiksi kuntoilemiselle kuin paljon liikkuvat miehet (Pyky ym. 2015: 8). Minäpystyvyys oli liikunta-aktiivisuuden määräävin tekijä (Kaasalainen, Kasila, Villberg, Komulainen, Poskiparta 2013: 7). Heikko pystyvyyden tunne oli eniten yhteydessä vähäiseen liikunnan harrastamiseen (Borodulin – Jallinoja – Koivusalo 2016: 23).

Kun tutkittiin nuorten miesten liikunta-aktiivisuutta, huomattiin, että paljon liikkuvilla miehillä oli huomattavasti vähemmän kehonrasvaa, parempi aerobinen kunto ja puristusvoima sekä vähemmän masennusoireita kuin vähän liikkuvilla miehillä. Paljon liikkuvat

olivat myös tyytyväisempiä elämäänsä. (Pyky ym. 2015: 4.) Alhaisen aerobisen kunnon omaavalla ryhmällä oli enemmän stressiä ja vähemmän henkisiä voimavaroja kuin korkeamman aerobisen kunnon omaavilla ryhmillä (Kettunen ym. 2014: 9). Alhainen kunto oli yhteydessä heikompiin tuloksiin liikuntataidoissa, tavoitteiden asettamisessa ja minäpystyvyydessä (Kaasalainen ym. 2013: 7).

Oman kuntonsa yliarvioiminen oli yleistä alhaisen kunnon omaavilla nuorilla miehillä, sillä 80 prosenttia arvioi kuntonsa kohtuulliseksi tai hyväksi (Kaasalainen 2013: 7). Kutsuntaikäiset miehet arvioivat päivittäisen istumisaikansa keskimäärin 105 minuuttia pienemmäksi kuin aktiivisuusmittarilla mitattu paikallaanolon määrä oli (Niemelä ym. 2016: 75-76.)

6.2.4 Epäterveellinen ruokavalio

Aineistosta nousi esiin, että miehillä on tietoa oikeanlaisesta ruokavaliosta, mutta se ei välttämättä näy toiminnassa (Kaasalainen ym. 2016: 9-10). Vain joka kymmenes mies söi tuoreita kasviksia tai hedelmiä ja marjoja useita kertoja päivässä. Vuosien 2011 ja 2017 välillä tuoreita kasviksia päivittäin syövien miesten osuus laski 50 prosentista 42 prosenttiin ja päivittäin hedelmiä tai marjoja syövien sekä kasviöljypohjaista levitettä käyttävien miesten osuus laski 59 prosentista 48 prosenttiin (Koponen ym. 2018: 34.) Miehet söivät naisia epäterveellisemmin ja epäterveellinen syöminen oli todennäköisempää nuorilla miehillä sekä niillä, joilla oli matala itsekontrolli (Borodulin ym. 2016: 21).

Lähes kolme neljäsosaa miehistä oli ylipainoisia ja yksi neljäsosaa lihavia (Koponen ym. 2018: 45). 36 prosenttia lihavista miehistä arvioi itsensä ylipainoisiksi eikä lihaviksi (Kaasalainen ym. 2016: 9). 85 prosenttia vähän liikkuvista miehistä halusi pudottaa painoaan, mutta vain 14 prosenttia raportoi muuttaneensa syömis- ja liikuntatottumuksiaan viimeisen vuoden aikana (Kaasalainen ym. 2016: 9). Ruokailutottumuksia muutettiin useammin kuin liikunta-aktiivisuutta ja muutos ruokailutottumuksissa oli yhteydessä korkeaan liikunnan pystyvyyden tunteeseen (Kaasalainen ym. 2016: 9). Mieltymys epäterveellisen ruokaan oli yhtenä esteenä terveellisen ruokavalion noudattamiselle (Borodulin ym. 2016: 38).

6.2.5 Sosiaalisen elämän vaikutus terveyskäyttäytymiseen

Aineistosta nousi erilaisia sosiaalisia tekijöitä, joilla oli vaikutusta miesten terveyskäyttäytymiseen. Tällaisia tekijöitä olivat parisuhde tai muutokset parisuhteessa, sosiaalinen tuki sekä sosiaalinen osallistuminen.

6.2.5.1 Parisuhteen vaikutus

Aineistosta ilmeni, että muutokset siviilisäädystä olivat yhteydessä muutoksiin terveyskäyttäytymisessä (Josefsson ym. 2018: 166). Parisuhde edisti miehillä terveellisiä ruokavalintoja (Borodulin ym. 2016: 8). Parisuhteen alkaessa miehen alkoholinkulutus laski ja todennäköisyys tupakointiin aleni, mutta parisuhteen aloittamisella oli myös selvä yhteys painoindeksiin nousuun ja liikunta-aktiivisuuden vähentymiseen (Josefsson ym. 2018: s.166). Vähäisen liikunnan riskiryhmään kuuluivat nuorempien sukupolvien lisäksi parisuhteessa olevat miehet (Borodulin ym. 2016: 27). Naimisissa olevilla miehillä oli korkeampi painoindeksi ja alhaisempi liikunta-aktiivisuus, kuin sinkkumiehillä (Nevanperä ym. 2015: 155). Muutos siviilisäädystä oli myös yhteydessä muutokseen tupakoinnissa (Josefsson ym. 2018: 157). Parisuhteen päättymisellä oli yhteyttä painoindeksiin alenemiseen ja toisaalta tupakoinnin yleisyyteen (Josefsson ym. 2018: 166).

6.2.5.2 Sosiaalisen tuen ja sosiaalisen osallistumisen vaikutukset

Aineistosta nousi esiin, että 30-79 –vuotiaiden miesten vähäisellä sosiaalisella osallistumisella oli suuri yhteys kuolleisuuteen (Nieminen ym. 2015: 974). Kuolleisuusriski oli puolet pienempi aktiivisesti osallistuvilla miehillä sekä aktiivisen sosiaalisen elämän omaavilla miehillä, kun taas vähäinen sosiaalinen tuki oli yhteydessä suurempaan kuolleisuuteen (Nieminen ym. 2015: 974). Miehillä yksinäisyyden kokemus oli kuitenkin harvinaisempaa naisiin verrattuna. Epäluottamus ihmisiin sekä vastavuoroisuuteen oli puolestaan yleisempää miehillä kuin naisilla (Koponen ym. 2018: 123).

Sosiaalisen tuen yhteys liikunta-aktiivisuuteen nousi esiin aineistosta. Sosiaalinen tuki oli avaintekijä onnistuneeseen liikunta-aktiivisuuden muutokseen ja se oli tärkeämpää nuorille kuin vanhoille miehille (Kaasalainen ym. 2013: 7). Kuitenkin 40 prosenttia vähän liikkuvista miehistä ei tiennyt mistä saada sosiaalista tukea (Kaasalainen ym. 2013: 4).

Yleisesti kilpailu, sosiaalinen huomio ja kunnan kehittyminen motivoi miehiä kuntoilemaan, kun taas nuoria miehiä motivoi hauskanpito (Pyky ym. 2015: 8).

7 Pohdinta

Tarkastelemme kirjallisuuskatsauksen tuloksia ja pohdimme asettamiimme tutkimuskysymyksiin saatuja vastauksia. Eettisyys ja luotettavuus –kappaleessa avaamme käytäntöjä, mitä opinnäytetyössä on käytetty koko prosessin ajan.

7.1 Tulosten tarkastelu

Terveyskäyttäytyminen jakaantuu opinnäytetyössä kolmeen eri ikäryhmään; nuoriin, työikäisiin ja iäkkäisiin miehiin. Opinnäytetyön alussa valitsimme neljä terveysriskiä, joita tarkastelemme tässä kirjallisuuskatsauksessa. Opinnäytetyön edetessä, esille nousi etukäteen valittujen terveysriskien lisäksi muita miesten terveyteen vaikuttavia tekijöitä. Näitä olivat parisuhteen vaikutus, sosiaalisen tuen ja osallistumisen vaikutus sekä fyysisen kunnan yliarvioiminen. Arvioimme tulosten pohjalta, mitkä ovat miesten suurimmat terveysriskit eri ikäryhmissä.

Nuorten miesten tupakointi oli yllättävän yleistä, sillä yli kolmasosa armeijaa käyvistä nuorista miehistä ilmoitti tupakoivansa päivittäin vuonna 2011 tehdyn kyselyn perusteella (Päkkilä 2017: 18). Luku on korkea, kun vertaa tuloksia sosiaali- ja terveysministeriön raporttiin vuodelta 2017. Siinä 18-vuotiasta miehistä ilmoitti tupakoivansa päivittäin vain 14 prosenttia. (Kinnunen ym. 2017: 83.) Opinnäytetyö ei käsitellyt muita tupakkatuotteita kuin savukkeita, mutta suuri ero vuosien 2011 ja 2017 välillä voi osittain selittyä muiden tupakkatuotteiden yleistymisellä. Esimerkiksi nykyisin nuuskaavien 18-vuotiaiden miesten määrä on ollut kasvussa (Kinnunen ym. 2017: 20). Voikin pohtia, onko tupakointi varusmiespalveluksen aikana yleisempää kuin siviilielämässä. Puolustusvoimat on pyrkinyt edistämään tupakoimattomuutta viime vuosina (Puolustusvoimat 2016).

Yksi hälyttävä suunta nuorten miesten terveyskäyttäytymisessä oli liikunnan vähentyminen. Kutsuntaikäisten miesten reippaalla intensiteetillä harrastettu liikunnan määrä puolittui, kun kutsuntaikäisiä verrattiin yläasteikäisiin poikiin (Niemelä ym. 2016: 78). Tämä

ero painottaa varmasti koululiikunnan tärkeyttä. Toisaalta, olisi myös hyvä pohtia, miten kutsuntaikäisille miehille pystyttäisiin tarjoamaan enemmän ohjattua liikuntaa ennen armeijaan liittymistä. Liikunta kun toi hyötyjä nuorten miesten henkiseen hyvinvointiin esimerkiksi vähentämällä stressioireita ja lisäämällä henkisillä voimavaroilla (Kettunen ym. 2014: 10-11). Nuoret miehet olivat miehistä tietoisimpia liikunnan tuomista terveyshyödyistä, mutta tieto ei näytä motivoivan nuoria miehiä liikkumaan. Motivaation puutetta kuvaa myös nuorten miesten passiivisuus terveyteen liittyvän tiedon haussa. Tehokkaampaa nuorten miesten liikuntamäärien kasvattamiseen olisikin sosiaalisen tuen lisääminen ja sen saamisen helpottaminen. Liikunta-aktiivisuuden edistämistä voisi miettiä yhä enemmän sosiaalisen osallistumisen kautta, esimerkiksi nuorille voitaisiin tarjota matalan kynnyksen ryhmäliikuntaa, jossa yhdistyisi liikunta, sosiaalinen tuki ja osallistuminen.

Työikäisille miehille tyypillistä on runsas alkoholinkäyttö. Positiivista on kuitenkin, että työikäisten kuukausittainen humalahakuinen juominen on pienessä laskussa. Työikäisten alkoholikuolleisuus on ollut laskussa vuodesta 2007. Alkoholiperäisiin syihin kuolleista valtaosa oli kuitenkin työikäisiä miehiä. Vuonna 2016 alkoholiperäisiin syihin kuolleista 1100 työikäisestä ihmisestä 857 oli miehiä. (SVT, Kuolemansyyt 2016.) Pienestä alkoholinkäytön vähenemisestä huolimatta, alkoholi on edelleen merkittävä riskitekijä työikäisten miesten terveydelle.

Työikäisten miesten tupakointi on vähenemään päin. Vaikka vapaa-ajan liikunta on yleistynyt työikäisillä miehillä, myös lihavuus on yleistynyt. (Koponen ym. 2018: 40, 47.) Vaikka siis kolmen terveysriskin, alkoholin, tupakoinnin ja liikkumattomuuden suuntaus on menossa positiivisempaan päin, on lihavuus yleistynyt työikäisillä miehillä. Ylipaino on merkittävä riskitekijä usealle sairaudelle, kuten sepelvaltimotaudille ja verenpaineen nousun kautta aivohalvaukselle. Joka viidennellä 50-59 -vuotiaalla ja melkein joka toisella 60-69 -vuotiaalla miehellä on kohonnut riski sairastua vakavaan sepelvaltimotautiin tai aivohalvaukseen. (Koponen ym. 2018: 61.)

Ominaista iäkkäiden miesten terveyskäyttäytymisessä on harvalla toteutuvat kestävyysliikuntasuositukset ja alkoholinkäytön riskijuomisen lisääntyminen. Iäkkäillä, yli 80-vuotiailla, miehillä vain neljäsosalla täyttyivät kestävyysliikuntasuositukset (Koponen ym. 2018: 39). Tämä on huolestuttavaa, sillä iäkkäille tulisi suunnata juuri kestävyystyyppistä liikuntaa. Iäkkäiden henkilöiden tyypillisin liikkumismuoto, kävely, on vähentynyt viime

vuosina. UKK-instituutin iäkkäiden terveysliikuntasuosituksen mukaan kestävyystyypistä arkiliikuntaa, kuten kävelyä, tulisi harrastaa useana päivänä viikossa, mieluiten päivittäin. (Karinkanta.)

lääkäillä alkoholin riskikäyttö ja kuolleisuus ovat lisääntyneet (Koponen ym. 2018: 32). Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen mukaan yli 65-vuotiaiden alkoholin riskijuominen on yhteydessä muun muassa nuorempaan ikään, miessukupuoleen, puolison kanssa elämiseen ja tupakointiin. Alkoholin vaikutuksen alaisena kaatumisriski lisääntyy ja lääkkeet jäävät helpommin ottamatta. (Thl, Alkoholi.) Samaan aikaan kun nuorempien ikäryhmien alkoholikuolleisuus on laskusuunnassa, on 65 vuotta täyttäneiden miesten ja naisten alkoholikuolleisuus nousussa (SVT, Kuolemansyyt 2016). Iäkkäiden suurta alkoholinkulutusta voi selittää se, että iäkkäillä saattaa olla aiempaa myönteisempi asenne alkoholin käyttöä kohtaan.

Miesten terveysriskeistä liiallisella alkoholinkäytöllä oli suuria sukupuolten välisiä eroja, sillä miessukupuoli oli merkittävä ennustaja alkoholin jatkuvalla riskijuomiselle. Yhtäjaksoisesti riskitasolla alkoholia käyttävistä 71 prosenttia olivat miehiä. (Härkönen ym. 2017: 233.) Vaikka raittiiden miesten määrä on kasvussa ja työikäisten miesten alkoholin riskikäyttö vähenemään päin, on alkoholi edelleen suuri ongelma yhteiskunnassamme. Liikakäytön ongelmat näkyvät eniten alhaisen sosioekonomisen aseman omaavilla ihmisillä. Heillä oli myös eniten alkoholiin liittyviä sairaalakäyntejä ja kuolleisuutta. (Härkönen ym. 2017: 235.)

Kuten jo aikaisemmista tutkimuksista kävi ilmi, alkoholilla ja tupakoinnilla oli selvä yhteys toisiinsa aineiston perusteella. Alkoholia paljon käyttävillä on korkeampi riski tupakoinnin lopettamisen epäonnistumiseen. Tupakointi puolestaan lisäsi riskiä liialliselle alkoholinkäytölle pitkällä aikavälillä tarkasteltaessa. (Härkönen ym. 2017: 235.) Näin ollen epäterveelliset elintavat näyttävät osittain kulkevan käsi kädessä. Tupakoinnilla oli yhteys myös vapaa-ajan liikuntaan. Lisääntyneet tupakointivuodet olivat yhteydessä vähenevään liikunta-aktiivisuuteen. Vapaa-ajan liikunta puolestaan nosti todennäköisyyttä tupakoinnin lopettamiseen. (Piirtola ym. 2018: 823.) Tupakointia voi siis pitää suurimpana terveysriskinä miesten terveyskäyttäytymiselle. Tupakoinnilla on negatiivinen vaikutus muihin terveysriskeihin ja se on merkittävin yksittäinen elintapa, joka vaikuttaa kuolleisuuteen. Positiivista on, että päivittäin tupakoivien määrä vähentyi vuosien 2011-2017 välillä. Alhaisemmalla sosioekonomisella taustalla oli tupakointia lisäävä vaikutus. (Koponen ym. 2018: 29.)

Alhaisen sosioekonomisen aseman omaavat ovat suuressa riskissä alkoholin liikakäytölle ja tupakoinnille. Tutkimustuloksista kävi myös ilmi, että epäaktiivinen sosiaalinen elämä oli yhteydessä kuolleisuuteen. Puolet suuremmasta kuolleisuusriskistä selittyi epäterveellisillä elintavoilla kuten tupakoinnilla ja vähäisellä liikunnalla. (Nieminen ym. 2015: 974.) Kohdennettu tuki näille väestöryhmille on siis jatkossakin tarpeellista. Olisi syytä selvittää miksi epäterveelliset elintavat kasaantuvat tietyille väestöryhmille ja miten positiivista terveystyöskäytymistä pystytään jakamaan tehokkaammin juuri haavoittuvimmassa asemassa oleville. Tätä aihetta olisi tärkeää tutkia lisää, jotta nämä ryhmät saisivat paremmin tiedollisia, taidollisia ja sosiaalisia voimavaroja edistämään terveyttä tukevaa käyttäytymistä.

Vähän liikkuvat miehet pitivät laiskuutta sekä mielenkiinnon, taitojen ja tiedon puutteita suurempina esteinä liikunnan harrastamiselle kuin paljon liikkuvat miehet (Pyky ym. 2015: 8). Vähäisen liikunnan harrastamiseen oli yhteydessä minäpystyvyys (Kaasalainen ym. 2013: 7; Borodulin ym. 2016: 23). Minäpystyvyydellä (self-efficacy) tarkoitetaan yksilön käsitystä omista kyvyistään selviytyä tietyistä tehtävistä (Kaasalainen 2013: 3). Olisikin syytä pohtia, mistä liikunnallinen minäpystyvyys on lähtöisin. Lapsena koetut positiiviset liikuntakokemukset parantavat varmasti pystyvyyden tunnetta myös aikuisena.

Osa miehistä yliarvioi oman kuntonsa ja arvioi paikallaan olon määränsä liian alhaiseksi. Karoliina Kaasalaisen (2013) artikkelissa pohdittiin oman kunnan yliarvioimisen syitä ja seurauksia. Kunnan yliarvioiminen saattaa johtua siitä, että alhaisen kunnan omaavat vertaavat itseään ihmisiin, joilla on vieläkin huonompi kunto kuin heillä on. Kunnan yliarvioiminen voi olla este liikunta-aktiivisuuden muutokselle. Voikin olla, että vähäinen liikunta-aktiivisuus on tarkoituksellista siinä missä liikunnan harrastaminenkin. Hedelmällisempää terveysneuvontaa voisi olla liikunta-aktiivisuuden lisäämisen sijaan, vähentää paikallaan olemisen ajan määrää. (Kaasalainen ym. 2013: 7.)

Miehistä lähes kolme neljäsosaa oli ylipainoisia ja yksi neljäsosa lihavia (Koponen ym. 2018: 45). Ylipainoisten miesten osuuden voidaan katsoa siis olevan nousussa, kun vuonna 2014 ylipainoisten osuus oli 60 prosenttia. Lihavista miehistä 36 prosenttia arvioi itsensä ylipainoisiksi, eikä lihaviksi (Kaasalainen ym. 2016: 9). Kunnan yliarvioisen lisäksi, myös kehonkuva nähtiin siis positiivisemmassa valossa kuin se todellisuudessa oli, ainakin vähän liikkuvien tai ylipainoisten miesten kohdalla. Tällä voi olla positiivisiakin

vaikutuksia miehen itsetuntoon vähentämällä ulkonäköpaineita. Kehonkuvan yliarvioiminen voi toisaalta johtaa siihen, ettei painoa pudoteta, vaikka se olisi terveyden kannalta tärkeää. Vähän liikkuvista miehistä 85 prosenttia halusi pudottaa painoaan, mutta vain 14 prosenttia ilmoitti tehneensä muutoksia syömis- ja liikuntatottumuksiinsa viimeisen vuoden aikana (Kaasalainen ym. 2016: 9).

Parisuhteella oli niin positiivisia kuin negatiivisiakin vaikutuksia miesten terveystietoisuuteen. Parisuhteessa olevilla oli terveellisemmät ruokatottumukset, alhaisempi alkoholinkulutus ja pienempi todennäköisyys tupakointiin (Borodulin ym. 2016: 8; Josefsson ym. 2018: 166). Terveellisempi ruokavalio voi johtua siitä, että naisten terveellisempi ruokavalio vaikuttaa myös miesten ruokatottumuksiin. Lisäksi ruokaa ei tehdä enää pelkästään itselle, mikä luultavasti vaikuttaa monipuolisemman ja terveellisemmän syömispuolesta. Parisuhteen negatiivisia vaikutuksia olivat liikunta-aktiivisuuden väheneminen ja painoindeksin nousu (Josefsson ym. 2018: 166; Nevanperä ym. 2015: 155). Tästä voi vetää johtopäätöksen, että parisuhteen tuoma terveellisemmän ruokavalion vaikutus kumoutuu liikuntamäärän pienentymisellä. Liikunta-aktiivisuuden vähentyminen ja sen myötä painon nousu saattavat johtua siitä, että parisuhde vie aikaa vapaa-ajasta, esimerkiksi lasten takia. Näin riittävälle liikunnalle ei ehkä jää tarpeeksi aikaa tai energiaa. Parisuhteessa ei mies välttämättä koe niin suurta painetta ulkonäkönsä suhteen ja näin liikunta saattaa jäädä taka-alalle.

7.2 Eettisyys ja luotettavuus

Tieteellisen tutkimuksen tarkoituksena on saada aikaan mahdollisimman luotettavaa tietoa tutkittavasta aiheesta. Kun arvioidaan tutkimuksen luotettavuutta, selvitetään, kuinka luotettavaa tietoa tutkimus on pystynyt tuottamaan. Luotettavuuden arvioiminen on tärkeää tutkimustoiminnan, tieteellisen tiedon ja sen hyödyntämisen vuoksi. (Kylmä – Juvakka 2007: 127.) Terveystieteissä tutkitaan inhimillistä toimintaa ja käytetään ihmisiä tietolähteinä, joten eettiset ratkaisut korostuvat (Leino-Kilpi – Välimäki 2014: 362).

Kuvailevassa tutkimuksessa on tärkeää, että mahdollisimman monipuolinen laatu tulee käyttöön. Tietolähteiden valinta on tärkeä tekijä tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden kannalta. (Leino-Kilpi – Välimäki 2014: 367.) Luotettavuuden kannalta kirjallisuuskatsauksen haasteina saattaa olla olennaisten alkuperäistutkimusten löytäminen, julkaisemattomien lähteiden tavoittaminen ja useasti julkaistujen alkuperäistutkimusten

tunnistaminen. Myös alkuperäistutkimusten valitsemiseen voi liittyä ongelmia. Alkuperäistutkimuksen laadun arviointiin tehdyt kriteerit voivat vaikuttaa analyysituloksiin ja suunnata tuloksia. Osallistuimme prosessin alussa tiedonhaun työpajaan, jossa oppilaitoksen kirjaston informaattikko ohjeisti kattavien hakujen tekemiseen keskeisimmistä sosiaali- ja terveysalan tietokannoista. Selkeät sisäänottokriteerit parantavat alkuperäisaineiston luotettavuutta. (Kääriäinen – Lahtinen 2006: 43.)

Siirrettävyys ja uskottavuus ovat luotettavan arvioinnin kriteereitä. Siirrettävyyden arvioimiseksi olemme kuvanneet aineiston keruun ja analysoinnin vaihe vaiheelta. Tiedonhaun taulukko, artikkelien analyysikehystaulukko, pelkistystaulukko sekä sisällönanalyysitaulukot käytiin läpi seminaariprosessin aikana ja jokainen vaihe on tehty niin, että tarvittaessa työhön osallistumaton henkilö voisi saada samat työn tulokset seuraamalla aineiston keruun ja analysoinnin vaiheita. Mahdolliset virhepäätelmät liittyen aineiston sopivuuteen ja johtopäätösten oikeellisuuteen ovat mahdollisia uhkia työn luotettavuudelle. (Kankkunen – Vehviläinen – Julkunen 2013: 197-198.)

Opinnäytetyössä käytettäviä tutkimuksia haettiin vain englannin- tai suomenkielellä. Oman haasteensa luotettavuuteen toi kielen kääntäminen; olemmeko varmasti kääntäneet lauseet oikein ja ymmärtäneet kaiken. Työtä tehdessä kääntäminen ei tuottanut meidän puolesta ongelmia. Joidenkin sanojen kohdalla haimme varmistusta sanakirjasta. Koska tekijöitä oli kaksi, tarkistimme aina toistemme tekemät käännökset ja teimme tarvittaessa parannusehdotuksia, jotta asia varmasti säilyi samana.

Työn loppuvaiheessa tehtiin Turnitin-läpisyttö, joka on automaattinen plagiointitarkastustietokanta. Opinnäytetyössä ei saisi olla plagiointia tekstin joukossa, mutta otsikot, lähdeluettelo ym. tuovat automaattisesti jonkin verran "plagiointia".

Opinnäytetyössä käytetään tiedeyhteisön hyväksymiä toimintamalleja, jotka ovat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus. Opinnäytetyöhön sovelletaan tieteellisen tutkimuksen kriteerien noudattamia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Aiempaa tutkijoiden työtä ja saavutuksia otetaan huomioon viittaamalla lähteisiin asianmukaisella tavalla. Näin työn tekijä saa ansaitsemansa arvon. Työssä esitetään myös jatkotyöskentely- ja jatkotutkimusehdotuksia. (TENK.)

Eettisyys korostuu opinnäytetyön kaikissa vaiheissa. Tutkimuskysymykset eivät saa loukata mitään ihmisryhmää tai sisältää vähätteleviä oletuksia. Tulokset on analysoitu luotettavasti valittua aineistoa hyödyntäen ja tuloksia muuttamatta. Eettisyyden varmistamiseksi on noudatettu hyvää tutkimusetiikkaa. Opinnäytetyön jokainen vaihe on toteutettu rehellisyyttä ja huolellisuutta noudattaen. Työ on tehty toisten henkilöiden tekemiä töitä ja tekstejä kunnioittaen, eikä plagiointia tai suoria lainauksia ole tehty ilman asianmukaisia lähdeviitteitä. Tuloksia ei ole muunneltu ja tulokset on raportoitu rehellisesti, eikä niihin ole vaikuttanut tekijöiden ennakoasenteet. (Kankkunen – Vehviläinen – Julkunen 2013: 224-225.)

Lähteet

Aromaa, Arpo – Huttunen, Jussi – Koskinen, Seppo – Teperi, Juha 2005. Suomalaisten terveys. 1. painos. Saarijärvi: Kustannus Oy Duodecim.

Bingham, Clarissa ML – Jallinoja, Piia – Lahti-Koski, Marjaana – Absetz, Pilvikki – Paturi, Merja – Pihlajamäki, Harri – Sahi, Timo – Uutela, Antti 2010. Quality of diet and food choices of Finnish young men: a sociodemographic and health behaviour approach. *Public Health Nutrition* 13(6A), 980-986.

Borodulin, Katja – Jallinoja, Piia – Koivusalo, Meri 2016. Epäterveellinen ruokavalio, vähäinen liikunta ja polarisaatio – syyt, kustannukset ja ohjaustoimet. Valtioneuvoston selvitys- ja tutkimustoiminnan julkaisusarja 24/2016.

Duodecim Terveyskirjasto: Lääketieteen sanasto: Terveyskäyttäytyminen. Verkkojulkaisu. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=Itt03441> Luettu 18.1.2018

Ek, Stefan 2013. Gender differences in health information behaviour: a Finnish population-based survey. *Health Promotion International*, Vol. 30 No. 3.

Eskola, Juhani 2017. Kumpi vastuussa terveyden edistämisestä, yksilö vai yhteiskunta? *Duodecim* 2017:133:974-6. Verkkojulkaisu. <<http://duodecimlehti.fi.ezproxy.metropolia.fi/api/pdf/duo13736>> Luettu 11.1.2018.

Heläjärvi, Harri – Lindholm, Harri – Vasankari, Tommi – Heinonen, Olli J 2015. Vähäisen liikkumisen terveystaitat. *Duodecim* 2015;131:1713–8. Verkkojulkaisu. <<https://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo12430>>. Luettu 29.10.2018.

Helakorpi, Satu – Paavola, Meri - Prättälä, Ritva – Uutela, Antti 2009. Suomalaisen aikuisväestön terveystyttäytyminen ja terveys, kevät 2008. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino.

Helldán, Anni – Helakorpi, Satu. Suomalaisen aikuisväestön terveystyttäytyminen ja terveys, kevät 2014. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Verkkojulkaisu <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126023/URN_ISBN_978-952-302-447-2.pdf?sequence=1>

Huttunen, Jussi 2018. Mitä terveys on? Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Verkkodokumentti <https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00903>. Luettu 30.1.2018.

Härkönen, Janne – Aalto, Mauri – Suvisaari, Jaana – Lintonen, Tomi – Mäki-Opas, Tomi – Peña, Sebastian – Mäkelä, Pia 2017. Predictors of Persistence of Risky Drinking in Adults: An 11-Year Follow-Up Study. *European Addiction Research* 2017;23:231-237.

Josefsson, Kim – Elovainio, Marko – Stenholm, Sari – Kawachi, Ichiro – Kauppi, Maarit – Aalto, Ville – Kivimäki, Mika – Vahtera, Jussi. Relationship transitions and change in health behavior: A four-phase, twelve-year longitudinal study. *Social Science & Medicine* 209 (2018) 152-159.

Kaasalainen, Karoliina – Kasila, Kirsti – Komulainen, Jyrki – Malvela, Miia – Poskiparta, Marita 2016. Readiness for health behavior changes among low fitness men in Finnish health promotion campaign. *Health Promotion International*, Vol 3 (4) 827-838.

Kaasalainen, Karoliina – Kasila, Kirsti – Villberg, Jari – Komulainen, Jyrki – Poskiparta, Marita 2013. A cross-sectional study of low physical fitness, self-rated fitness and psychosocial factors in a sample of Finnish 18- to 64-year-old men. *BMC Public Health* 2013, 13:1113.

Kangasniemi, Mari – Utriainen, Kati – Ahonen, Sanna-Mari - Pietilä, Anna-Maija - Jääskeläinen, Petri – Liikanen, Eeva 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. *Hoitotiede* 25 (4) 291-301. Verkkojulkaisu <<http://elektra.helsinki.fi/se/h/0786-5686/25/4/kuvailev.pdf>>. Luettu 16.8.2018.

Kankkunen, Päivi — Vehviläinen-Julkunen, Katri 2013. Tutkimus hoitotieteessä Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Karinkanta, Saija. Liikunta iäkkään arjessa. UKK-instituutti. Verkkodokumentti. <http://www.ukkinstituutti.fi/tietoa_terveysliikunnasta/liikunnan_vaikutukset/ikakaudet/liikunta-iakkaan-arjessa>. Luettu 29.10.2018.

Kinnunen, Jaana M. – Pere, Lasse – Raisamo, Susanna – Katainen, Anu – Ollila, Hanna – Rimpelä, Arja 2017. Nuorten tupakkatuotteiden ja päihteiden käyttö sekä rahapelaaminen – Nuorten terveystapatutkimus 2017. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2017:28. Verkkojulkaisu <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/80160/V2_kirjanmerkit_20170824_Suomi%20100_NTTT2017_korjaukset_mukana%20%282%29.pdf?sequence=1&isAllowed=y> Luettu 6.11.2018.

Kettunen, Oili – Kyröläinen, Heikki – Santtila, Matti – Vasankari, Tommi 2014. Physical fitness and volume of leisure time physical activity relate with low stress and high mental resources in young men. *The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, 54 (4), 545-551.

Koponen, Päivikki – Borodulin, Katja – Lundqvist, Annamari – Sääksjärvi, Katri – Koskinen, Seppo 2017. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa – FinTerveys 2017 -tutkimus. Raportti 4/2018 Terveysten ja hyvinvoinnin laitos.

Kylmä, Jari – Juvakka, Tarja 2007. Laadullinen terveystutkimus. 1. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kääriäinen, Maria – Lahtinen, Mari 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* Vol 18, no. 1/-06.

Laaksonen, Mikko – Prättälä, Ritva – Karisto, Antti 2001. Patterns of unhealthy behavior in Finland. *European Journal of Public Health* Vol 11. Issue 3.

Leino-Kilpi, Helena - Välimäki, Maritta 2014. Etiikka hoitotyössä. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. 8., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Martelin, Tuija – Hyyppä, Markku T – Joutsenniemi, Kaisla – Nieminen, Tarja 2009. Hyvä kumppani ja kivat kaverit tuovat terveyttä arkeen. Duodecim Terveyskirjasto, Elämä pelissä. Verkkojulkaisu <https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00107> Luettu 25.10.2018.

Mäkelä, Pia – Österberg, Esa 2016. Alkoholinkulutus, juomatavat ja alkoholipolitiikka. Lääkärilehti 6/2016. Verkkojulkaisu <<https://www-laakarilehti-fi.ezproxy.metropolia.fi/tieteessa/katsausartikkeli/alkoholinkulutus-juomatavat-ja-alkoholipolitiikka/>> Luettu 15.9.2018.

Männistö, Satu – Laatikainen, Tiina – Harald, Kennet – Borodulin, Katja – Jousilahti, Pekka – Kanerva, Noora – Peltonen, Markku – Vartiainen, Erkki 2015. Työikäisten ylipainon ja lihavuuden kasvu näyttää hidastuneen Kansallisen FINRISKI-terveystutkimuksen tuloksia. Lääkärilehti 14-15/2015. Verkkojulkaisu <<https://www-laakarilehti-fi.ezproxy.metropolia.fi/tieteessa/alkuperaistutkimukset/tyoikaisten-ylipainon-ja-lihavuuden-kasvu-nayttaa-hidastuneen-kansallisen-finriski-terveystutkimuksen-tuloksia/>> Luettu 25.10.2018

Niemelä, Maisa – Ahola, Riikka – Pyky, Riitta – Jauho, Anna-Maiju – Tuovinen, Lauri – Siirtola, Pekka – Tornberg, Jaakko – Mäntysaari, Matti – Kiukaanniemi-Keinänen, Sirkka – Röning, Juha – Jämsä, Timo – Korpelainen, Raija 2016. Nuorten miesten fyysinen aktiivisuus ja istuminen itsearvioituna ja mitattuna. Liikunta & Tiede 53 (2-3), 73-79.

Nieminen, Tarja – Härkänen, Tommi – Martelin, Tuija – Borodulin, Katja - Koskinen Seppo 2015. Social capital and all-cause mortality among Finnish men and women aged 30-79. European Journal of Public Health Vol 6: 972-8.

Nevanperä, Nina – Seitsamo, Jorma – Ala-Mursula, Leena – Remes, Jouko – Hopsu, Leila – Auvinen, Juha – Tammelin, Tuija – Järvelin, Marjo-Riitta – Laitinen, Jaana 2015. Perceived Work Ability in the Light of Long-Term and Stress-Related Unhealthy Behaviors -a Prospective Cohort Study. International Journal Behavioral Medicine 23(2).

Näslindh-Ylispaangar, 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. University of Helsinki Department of General Practice and Primary Health Care.

Pentala-Nikulainen, Oona – Koskela, Timo – Parikka, Suvi – Kilpeläinen, Heikki – Koskeniemi, Timo – Aalto, Anna-Mari – Muuri, Anu – Koskinen, Seppo – Lounamaa, Anne. Kansallisen terveys-, hyvinvointi ja palvelututkimus FinSoten perustulokset 2017-2018. Verkkojulkaisu. <<http://www.terveytemme.fi/finsote/2017-2018/elintavat.html>>. Luettu 20.10.2018

Piirtola, Maarit – Kaprio, Jaakko – Silventoinen, Karri – Svedberg, Pia – Korhonen, Tellervo – Ropponen, Annina 2016. Association between long-term smoking and leisure-time physical inactivity: a cohort study among Finnish twins with a 35-year follow-up. Int J Public Health (2017) 62:819-829.

Prättälä, Ritva 2007. Terveyskäyttäytyminen. Teoksessa Palosuo, Hannele –Koskinen, Seppo – Lahelma, Eero – Prättälä, Ritva – Martelin, Tuija – Ostamo, Aini – Keskimäki, Ilmo – Sihto, Marita – Talala, Kirsi – Hyvönen, Elisa – Linnanmäki, Eila (toim.): Terveiden eriarvoisuus Suomessa - Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Verkkojulkaisu <<http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70638/URN%3aNBN%3afi-fe201504226300.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Luettu 26.10.2018.

Puolustusvoimat 2016. Puolustusvoimat kannustaa tupakkatuotteiden käytön lopettamiseen. Verkoartikkeli. <https://puolustusvoimat.fi/artikkeli/-/asset_publisher/puolustusvoimat-kannustaa-tupakkatuotteiden-kayton-lopettamiseen>. Luettu 31.10.2018.

Pyky, Riitta – Jauho, Anna-Maiju – Ahola, Riikka – Ikäheimo, Tiina M. – Koivumaa-Honkanen, Heli – Mäntysaari, Matti – Jämsä, Timo – Korpelainen, Raija 2015. Profiles of sedentary and non-sedentary young men – a population-based MOPO study. BMC Public Health (2015) 15:1164.

Päkkilä, Jari – Anttonen, Vuokko – Patinen, Pertti – Nyman, Kai – Valkeapää, Kirsi – Birkhed, Downen – Tjäderhane, Leo – Tanner, Tarja 2017. Profiling of smokers and snufflers among young Finnish men – cross-sectional epidemiological study. Odontologica Scandinavica.

Salminen, Ari 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasa: Vaasan yliopisto. Verkkojulkaisu. <https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf> Luettu 30.1.2018

Stolt, Minna – Axelin, Anna - Suhonen, Riitta 2016. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. 2. korjattu painos. Turku: Turun Yliopisto.

Suomen virallinen tilasto (SVT). Kuolemansyyt. Alkoholikuolleisuus väheni edelleen. Helsinki: Tilastokeskus. Verkkojulkaisu. <http://www.stat.fi/til/ksyyt/2015/ksyyt_2015_2016-12-30_kat_004_fi.html> Luettu 18.1.2018.

Suomen virallinen tilasto (SVT). Kuolemansyyt 2016. Helsinki: Tilastokeskus. Verkkojulkaisu. <https://www.stat.fi/til/ksyyt/2016/ksyyt_2016_2017-12-29_kat_001_fi.html>. Luettu 31.10.2018.

TENK. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Hyvä tieteellinen käytäntö. Verkkodokumentti. <<http://www.tenk.fi/fi/hyva-tieteellinen-kaytanto>>. Luettu 16.1.2018.

Terveiden ja hyvinvoinninlaitos, Alkoholit. Hyvinvointi- ja terveyserot. Elintavat. Alkoholit. Verkkojulkaisu. <<https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/elintavat/alkoholit>> Luettu 18.1.2018.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Elintavat. Hyvinvointi- ja terveyserot: Elintavat. Verkkojulkaisu. <<https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/elintavat>> Luettu 18.1.2018.

Tilastokeskus, Elinajanodote. Elinajanodote. Verkkojulkaisu. <<https://www.stat.fi/org/tilastokeskus/elinajanodote.html>> Luettu 17.1.2018

Tuomi, Joni – Sarajärvi, Anneli 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Valkonen, Tapani – Ahonen, Hilka – Martikainen, Pekka – Remes, Hanna 2007. Sosioekonomiset kuolleisuuserot. Teoksessa Palosuo, Hannele –Koskinen, Seppo – Lahelma, Eero – Prättälä, Ritva – Martelin, Tuija – Ostamo, Aini – Keskimäki, Ilmo – Sihto, Marita – Talala, Kirsi – Hyvönen, Elisa – Linnanmäki, Eila (toim.): Terveiden eriarvoisuus Suomessa - Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. So-

siaali- ja terveysministeriö. Helsinki. Verkkojulkaisu. <<http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/70638/URN%3aNBN%3afi-fe201504226300.pdf?sequence=1&isAllowed=y>>. Luettu 26.10.2018.

Virtanen, Sirpa – Rönkä, Sanna 2017. Tupakkatilasto 2016. Tilastoraportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Suomen virallinen tilasto. Verkkojulkaisu. <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/135579/Tr41_2017.pdf?sequence=4>. Luettu 18.1.2018.

Österberg, Esa – Mäkelä, Pia 2006. Alkoholinkäyttö Suomessa. Päivittänyt Kaija Seppä. Päihdelinkki. Verkkojulkaisu. <<https://www.paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietois-kut/alkoholi/alkoholinkaytto-suomessa>>. Luettu 18.1.2018.

Aineiston analyysi

<p>Tutkimuskysymys 1: Mikä on ominaista eri ikäisten miesten terveystäytymisessä?</p> <p>Pelkistys</p>	<p>Alakategoria</p>	<p>Yläkategoria</p>
<p>Nuorten miesten stressioireet vähenivät ja henkiset voimavarat nousivat liikunta-aktiivisuuden kasvaessa</p>	<p>Nuorten miesten terveystäytyminen</p>	<p>Eri ikäisten miesten terveystäytyminen</p>
<p>18 – 31-vuotiaat miehet hakivat huomattavasti vähemmän terveyteen liittyvää tietoa, kuin saman ikäiset naiset.</p>		
<p>Reippaalla intensiteetillä harrastettu aktiivinen liikunta puolittui verrattaessa yläkouluikäisiä poikia kutsuntaikäisiin miehiin.</p>		
<p>Yli kolmasosa terveistä suomalaista nuorista miehistä ilmoitti tupakoivansa päivittäin.</p>		
<p>Nuorimmat miehet saivat parhaimmat tulokset (liikunnan pystyvyydessä ja) liikunnan terveyshyötyjen sekä lautasmallin tiedossa.</p>		
<p>Nuorimmat miehet (18-35 –vuotiaat) olivat miehistä passiivisimpia terveystiedon etsijöitä.</p>		
<p>Nuorten miesten lihaskunnolla on vaikutus henkiseen hyvinvointiin.</p>		
<p>Energiajuomien ja alkoholin säännöllinen käyttö lisäsivät tupakoinnin todennäköisyyttä nuorilla miehillä.</p>		
<p>Hyvä Cooperin testin tulos (yli 2900 m) ja hyvä kuntotaso vähensivät todennäköisyyttä tupakointiin nuorilla miehillä.</p>		
<p>Tupakointi oli yhteydessä viikoittaiseen alkoholinkäyttöön nuorilla miehillä.</p>		
<p>Suurin osa alkoholia useammin kuin kerran viikossa käyttävistä oli 40 - 69-vuotiaita.</p>		
<p>Vapaa-ajan liikunta lisääntyi 30-64 –vuotiailla miehillä 2011-2017.</p>		

Miesten keskimääräinen painoindeksi oli suurin ja lihavuus yleisintä 50–69-vuotiailla.	Työikäisten miesten terveyskäyttäytyminen	
Kuukausittain toistuva humalajuominen on yleisintä 40 - 59-vuotiailla miehillä.		
(Vuosien 2011 ja 2017 välillä raittiiden miesten osuus kasvoi 15 prosentista 21 prosenttiin.) Vähintään kuukausittain 6 alkoholiannosta tai enemmän kerralla juoneiden työikäisten miesten osuus pieneni 41 prosentista 38 prosenttiin.		
Työikäisissä miesten lihavuus yleistyi vuosien 2011 ja 2017 välillä.		
Vyötärölihavuus yleistyi työikäisillä vuosien 2011 ja 2017 välillä.		
Tupakointi on selvästi yleisempää työikäisessä, kuin vanhemmassa väestössä.		
Päivittäin tupakoivien työikäisten osuus väheni vuodesta 2011 vuoteen 2017; alle 65-vuotiaiden tupakoivien miesten osuus laski 22 prosentista 19 prosenttiin.		
Yli 80-vuotiaat (miehet) tunsivat (miehistä) eniten yksinäisyyttä.	Iäkkäiden miesten terveyskäyttäytyminen	
Kestävyysliikuntasuositukset täyttivät yli 80-vuotiaissa miehissä alle 25%.		
Eläkeikäisten alkoholin riskikäyttö ja alkoholi-kuolleisuus on lisääntynyt.		
Iäkkäiden miesten vapaa-ajan liikunta pysyi samalla tasolla 2011-2017.		
Iäkkäiden miesten vyötärölihavuus pysyi lähes ennallaan vuosien 2011-2017 välillä		
Nikotiinin kokonaiskäyttö on harvinaisempaa yli 70-vuotiailla.		

<p>Tutkimuskysymys 2: Mitkä ovat miesten terveysterveysriskit?</p> <p>Pelkistys</p>	<p>Alakategoria</p>	<p>Yläkategoria</p>
<p>Alkoholia paljon käyttävillä on korkeampi riski epäonnistua tupakoinnin lopettamisessa.</p>	<p>Liiallisen alkoholinkäytön terveysterveysriskit</p>	<p>Alkoholi ja tupakointi</p>
<p>Tupakointi on erillinen riskitekijä myös jatkuvan, liiallisen alkoholinkäytön pitkän aikavälin ennusteessa</p>		
<p>Alkoholinkäyttöön liittyviä ongelmia raportoidaan useammin alhaisen sosioekonomisen tason omaavilta.</p>		
<p>Yhtäjaksoisesti riskitasolla alkoholia juovat olivat 71 prosenttisesti miehiä.</p>		
<p>Miessukupuoli oli merkittävä ennustaja jatkuvalla riskijuomiselle</p>		
<p>Alhaisen sosioekonomisen tason omaavilla on enemmän alkoholiin liittyvää kuolleisuutta ja sairaalakäyntejä.</p>		
<p>Useampi kuin joka kolmas mies juo ainakin kuukausittain kerralla vähintään 6 alkoholiannosta.</p>		
<p>Tupakanpolttoa voidaan pitää hälytysmerkinä tunnistamaan potilaita, joilla on riski alkoholin väärinkäytölle.</p>		
<p>Joka viides mies käytti jotakin tupakkatuotetta päivittäin.</p>		
<p>Päivittäinen tupakointi tai tupakoinnin lopettaminen olivat yhteydessä epäaktiivisuuteen 30 vuotta myöhemmin.</p>		
<p>Yhtäjaksoisesti päivittäin tupakoivilla oli suurempi todennäköisyys pysyä epäaktiivisena tai tulla epäaktiiviseksi.</p>		
<p>Miehistä 16% tupakoi päivittäin ja satunnaisesti 8%.</p>		
<p>Lisääntyneet tupakointivuodet olivat yhteydessä vähenevään määrään vapaa-ajan liikunnassa. Vapaa-ajan liikunnan lisääminen oli yhteydessä onnistuneeseen tupakoinnin lopettamiseen.</p>		

<p>Tupakoinnin lopettaneilla oli pienempi todennäköisyys epäaktiivisuuteen kuin päivittäin tupakoivilla.</p>		
<p>Puolet epäaktiivisten miesten kuolleisuudesta selittyi epäterveellisillä elintavoilla, etenkin tupakoinnilla ja liikkumattomuudella.</p>		
<p>Laiskuus sekä mielenkiinnon, taitojen ja tiedon puute olivat suurempi este kuntoilemiselle vähän liikkuvilla kuin paljon liikkuvilla miehillä.</p>		
<p>73% miehistä harrasti vapaa-ajan liikuntaa.</p>	<p>Liikkumattomuuden terveysriskit</p>	<p>Liikkumattomuus ja epäterveellinen ruokavalio</p>
<p>Melkein 80% alhaisen kunnon omaavista miehistä arvioi kuntonsa kohtuulliseksi tai hyväksi.</p>		
<p>Kutsuntaikäiset miehet arvioivat päivittäisen istumisaikansa keskimäärin 105 minuuttia pienemmäksi kuin aktiivisuusmittarilla mitattu paikallaanolon määrä oli.</p>		
<p>Alhainen kunto oli yhteydessä heikompiin tuloksiin liikuntataidoissa, tavoitteiden asettamisessa ja minäpystyvyydessä</p>		
<p>Paljon liikkuvilla miehillä oli huomattavasti vähemmän kehonrasvaa, parempi aerobinen kunto ja puristusvoima, vähemmän masennusoireita ja he olivat tyytyväisempiä elämäänsä.</p>		
<p>Alhaisen aerobisen kunnon omaavalla ryhmällä oli enemmän stressiä ja vähemmän henkisiä voimavaroja kuin korkeamman aerobisen kunnon omaavilla ryhmillä.</p>		
<p>Nuorimmat miehet olivat haluttomampia pudottamaan painoaan kuin vanhemmat miehet.</p>		
<p>Liikunta-aktiivisuus nuoruudessa lisää todennäköisyyttä liikunta-aktiivisuuteen aikuisena.</p>		
<p>Vain joka kymmenes mies söi tuoreita kasviksia useita kertoja päivässä.</p>		
<p>Vain joka kymmenes mies söi hedelmiä ja marjoja useita kertoja päivässä.</p>		
<p>Epäterveellinen syöminen oli todennäköisempää nuoremmilla ja niillä, joilla oli matala itsekontrolli.</p>		

<p>Tuoreita kasviksia päivittäin syövien miesten osuus pieneni 50 prosentista 42 prosenttiin vuosien 2011 ja 2017 välillä.</p>	<p>Epäterveellisen ruokavalion/yli-painon terveysriskit</p>	
<p>Lähes kolme neljäsosaa miehistä oli ylipainoisia ja yksi neljäsosa lihavia.</p>		
<p>Etenkin miehillä korostui mieltymys epäterveelliseen ruokaan yhtenä terveellisen ruokavalion noudattamisen esteenä.</p>		
<p>Miehet söivät naisia epäterveellisemmin.</p>		
<p>Ruokailutottumuksia muutettiin useammin kuin liikunta-aktiivisuutta</p>		
<p>Muutos ruokailutottumuksille oli yhteydessä korkeaan liikunnan pystyvyyden tunteeseen.</p>		
<p>36 prosenttia lihavista miehistä arvioi itsensä ylipainosiksi eikä lihaviksi.</p>		
<p>85% miehistä halusi pudottaa painoaan, mutta vain 14% raportoi muuttaneensa syömis- ja liikuntatottumuksiaan</p>		
<p>Hedelmiä tai marjoja päivittäin syövien miesten osuus laski 59 prosentista 48 prosenttiin vuosien 2011 ja 2017 välillä.</p>		
<p>Kasviöljypohjaista levitettä käyttävien miesten osuus laski 59 prosentista 48 prosenttiin vuosien 2011 ja 2017 välillä.</p>		
<p>Parisuhde edisti miehillä terveellisiä ruokavalintoja.</p>	<p>Parisuhteen vaikutukset</p>	
<p>Parisuhteen päätyminen oli yhteydessä painoindeksin alenemiseen ja tupakoinnin yleisyyteen.</p>		
<p>Muutokset siviilisäädystä ovat yhteydessä muutoksiin terveyskäyttäytymisessä.</p>		
<p>Painoindeksi nousi, alkoholinkulutus ja liikunta-aktiivisuus laskivat ja todennäköisyys tupakointiin aleni, kun ihminen aloitti parisuhteen.</p>		
<p>Vähäisen liikunnan riskiryhmään kuului parisuhteessa olevat miehet ja nuoremmat ikäpolvet.</p>		
<p>Naimisissa olevilla miehillä oli korkeampi painoindeksi ja alhaisempi liikunta-aktiivisuus kuin sinkkumiehillä.</p>		

Muutos siviilisäädystä on yhteydessä muutokseen tupakoinnissa.		Miesten sosiaalinen elämä
Miehillä vähäinen sosiaalinen tuki oli yhteydessä suurempaan kuolleisuuteen.	Sosiaalinen tuki ja osallistuminen	
Sosiaalisella osallistumisella oli suuri yhteys kuolleisuuteen.		
Kuolleisuusriski oli puolet pienempi aktiivisesti osallistuvilla miehillä.		
Kuolleisuusriski oli pienempi aktiivisen sosiaalisen elämän omaavilla miehillä.		
Yksinäisyyden kokemus oli vähäisempää miehillä kuin naisilla		
Minäpystyvyys on liikunta-aktiivisuuden määräävin tekijä		
Epäluottamus ihmisiin sekä vastavuoroisuuteen oli yleisempää miehillä kuin naisilla.		
Kilpailu, sosiaalinen huomio ja kunnan kehittyminen motivoivat miehiä kuntoilemaan. Nuoria miehiä motivoi hauskanpito.		
Pystyvyys oli eniten yhteydessä vähäiseen liikunnan harrastamiseen.		
40 prosenttia vähän liikkuvista miehistä ei tiennyt mistä saada sosiaalista tukea.		
Sosiaalinen tuki on avaintekijä onnistuneeseen liikunta-aktiivisuuden muutokseen		
Sosiaalinen tuki liikunta-aktiivisuudessa on tärkeämpää nuorille kuin vanhoille miehille.		

