



MOTIVOI MIES MUUTOKSEEN

Työterveyshoitaja ja työkäinen mies vuorovaikutuksessa

Pilvi Härkönen
Paula Turro

Opinnäytetyö
Lokakuu 2010
Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystieteiden suuntautumisvaihtoehto
Tampereen ammattikorkeakoulu

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto

HÄRKÖNEN, PILVI & TURRO, PAULA:

”Motivoi mies muutokseen” - Työterveyshoitaja ja työikäinen mies vuorovaikutuksessa.

Opinnäytetyö 57 s., liitteet 4 s.
Lokakuu 2010

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata, miten terveydenhoitaja toimii vuorovaikutuksessa työikäisen miehen kanssa terveystarkastustilanteessa ja terveydenhoitajan motivointikeinoja työikäisten miesten elintapamuutoksessa. Opinnäytetyön tavoitteena on löytää keinoja työikäisen miehen elintapamuutoksen motivointiin ja hyvän vuorovaikutussuhteen muodostumiseen terveydenhoitajan ja miesasiakkaan välille.

Opinnäytetyö on toteutettu kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä. Opinnäytetyön aineisto on kerätty teemahaastatteluilla viideltä työterveyshoitajalta Pirkanmaan alueella. Haastattelut on toteutettu yksilöhaastatteluina. Aineisto on analysoitu aineistolähtöisellä sisällön-analyysillä.

Työikäisten miesten elintavat ovat kohentumisesta huolimatta hoitajien mielestä epäterveellisemmät kuin naisten. Terveystarkastustilanteessa hoitajat kohtavat miesasiakkaat yksilöinä. Vuorovaikutuksessa miesasiakkaiden kanssa on joitakin pieniä eroja verrattuna naisasiakkaisiin. Hoitajat pyrkivät luomaan ammatillisen ja luottamuksellisen ilmapiirin terveystarkastuksen alusta lähtien. Hoitajilla on erilaisia keinoja motivoida miesasiakasta elintapamuutoksessa esimerkiksi yhdessä keskustelu, mittaustulokset, riskeistä ja seurauksista kertominen. Asiakkaan motivoinnin hoitajat kokevat haastavaksi. Miesasiakkaan elintapamuutosta tuetaan ja arvioidaan muun muassa kannustamalla ja sopimalla uusi aika työterveyshuoltoon.

Opinnäytetyön jatkotutkimusaiheina on tutkia tarkemmin vuorovaikutusta sekä motivointia terveydenhoitajan ja miesasiakkaan välillä sekä kartoittaa tämän opinnäytetyön teemoja miesasiakkailta. Opinnäytetyön kehittämistehtävänä on kirjoitettu lehtiartikkeli hoitoalan lehteä varten opinnäytetyön aiheesta ja tuloksista.

Asiasanat: terveystarkastus, työterveyshoitaja, miesasiakas, elintavat, vuorovaikutus, motivointi

ABSTRACT

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

HÄRKÖNEN, PILVI & TURRO, PAULA:

“Motivates a man to change” – Occupational health nurse and the working-age man interaction.

Bachelor’s thesis 53 pages, appendices 4 pages.

November 2010

The purpose of this study is to describe how an occupational health nurse interacts with the working-age man in a health assessment situation, and to find ways for the occupational health nurse to effect a lifestyle change in working-age men. The aim of this thesis is to find ways of motivating working-age men to improve their lifestyle, and to promote a successful relationship between the nurse and the male customer.

In this study, a qualitative research method was used, and the thesis material was collected by interviewing five occupational health nurses in the region of Pirkanmaa. The data was analyzed by means of material-based content analysis.

Nurses feel, however, that working-age men’s living habits are unhealthier than those of the women. In an interactive medical situation, nurses face the male customers as individuals. There are some minor differences in the interaction with male clients compared with female clients. Occupational health nurses aim to create a professional and confidential atmosphere from the start of the health assessment. Nurses have a variety of ways to motivate male clients’ lifestyle changes, for example, conversation together, measurement results, explaining the risks and the consequences. Occupational health nurses perceive it to be challenging to motivate male clients to change their lifestyles. The aim is to support and evaluate male clients’ lifestyle change by encouraging and agreeing on a new time for the control.

A further research topic of this thesis is to examine in interaction and motivation between an occupational health nurse and a male client in more detail. Also investigating the themes of this thesis by interviewing the men themselves might be a further research topic. The development task of this thesis is a journal article on the subject of the thesis and results.

Keywords: inspection of health, occupational health nurse, male customer, interaction, lifestyle, motivation

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 TYÖIKÄINEN MIES JA ELINTAPAMUUTOS.....	8
2.1 Työikäinen mies.....	8
2.2 Työikäisten miesten elintavat.....	8
2.2.1 Tupakointi.....	10
2.2.2 Alkoholi.....	10
2.2.3 Ravitsemustottumukset ja ylipaino	11
2.2.4 Liikunta	12
2.3 Miesten kokema terveys	13
2.4 Terveystarkastuksien merkitys elintapamuutoksessa	14
2.5 Miesten motivoituminen elintapamuutokseen	15
3 VUOROVAIKUTUKSEN JA MOTIVAATION MERKITYS ELINTAPAMUUTOKSESSA	17
3.1 Terveystarkastaja ja miesasiakas vuorovaikutuksessa	17
3.2 Terveystarkastaja ja miesasiakkaan motivointi.....	19
4 TERVEYDENHOITAJAN TYÖMENETELMIÄ ASIAKKAAN ELINTAPAMUUTOKSESSA	21
4.1 Terveystarkastelu	21
4.2 Motivoiva haastattelu	22
4.3 Interventiivinen haastattelu	23
4.4 Voimavara-ohjaus	24
4.5 Eläytymismenetelmä.....	25
4.6 Muutosvaihemalli	26

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	29
6 TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT	30
6.1 Kvalitatiivinen tutkimus	30
6.2 Aineisto ja sen keruu	30
6.3 Aineiston analyysi	32
7 TULOKSET	34
7.1 Työterveyshoitaja ja mies vuorovaikutuksessa	34
7.2 Miesten kokema terveys ja terveystyötyminen	35
7.3 Työterveyshoitajien keinoja motivoida miestä elintapamuutoksessa	36
7.4 Elintapamuutoksen käynnistymistä vaikeuttavat asiat	37
7.5 Elintapamuutoksen tukeminen ja arviointi.....	38
7.6 Työterveyshoitajien kehittämisehdotuksia	39
8 POHDINTA	41
8.1 Opinnäytetyön eettisyys.....	41
8.2 Opinnäytetyön luotettavuus	42
8.3 Tutkimustulosten tarkastelu	43
8.4 Johtopäätökset	45
8.5 Jatkotutkimusaiheet	46
8.6 Kehittämistehtävä	47
LÄHTEET	48
LIITTEET	54

1 JOHDANTO

Työterveyshuolto pyrkii edistämään työikäisen väestön hyvinvointia ja elämisen laatua. Työterveyshuollon tavoitteena on tuottaa sairauksia ehkäiseviä ja hoitavia sekä työkykyä ylläpitäviä ja terveyttä edistäviä palveluja työikäisten terveyden turvaamiseksi ja työelämään osallistumisen tukemiseksi. (Antti-Poika, Martimo & Husman 2006, 34.) Työterveyshuoltolaki on työterveyshuollon tärkein perusta. Tämän lisäksi työterveyshuollon toimintaa säätelevät lukuisat muut lait. (Juutilainen 2004, 28, 32.) Työterveyshuollon toiminnalla pyritään tukemaan ja edistämään työntekijän terveyttä ja työkykyä työuran jatkumiseksi eläkeikään asti. Työterveyshuoltoa toteuttavat työterveyshuollon ammattihenkilöt ja asiantuntijat yhdessä työnantajan ja työntekijöiden kanssa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2004, 16, 20.)

Terveystarkastuksien tavoitteena on selvittää terveyteen, työturvallisuuteen ja työkykyyn liittyvien tekijöiden vaikutus työntekijään ja käynnistää ajoissa ennalta ehkäisevät ja korjaavat toimenpiteet (Manninen ym. 2007, 124). Lisäksi työterveyshuolto antaa yleistä terveysneuvontaa samalla tavoin kuin muukin terveydenhuolto. Tarve yksilölliseen terveysneuvontaan tulee esiin työterveyshuollossa terveystarkastuksien ja sairaanhoidon yhteydessä. Työterveyshuolto voi antaa tietoa, ehdottaa, motivoida ja tukea työntekijän terveyttä edistäviä valintoja. (Martimo, Antti-Poika & Uitti 2010, 267-268.) Tässä opinnäytetyössä terveystarkastuksella tarkoitetaan työterveyshuollossa tehtävää terveydenhoitajan ja työntekijän välistä vuorovaikutustilannetta, jonka tarkoituksena on työntekijän elintapojen arviointi ja terveellisten elintapojen edistäminen.

Alkoholin liikakulutus, epäterveellinen ravinto, tupakointi ja liikunnan puute ovat keskeisiä työikäisen väestön toimintakyvyn ja terveyden heikentäjiä. Jotta Suomessa olisi riittävästi työkykyistä työvoimaa tulevana vuosina, on elämäntapojen kohentamiseen ja terveyden edistämiseen panostettava. (Martimo ym. 2010, 199.) Terveys on Suomessa poikkeuksellisen sukupuolittunutta: miesten terveys on kohentumisestaan huolimatta selvästi naisten terveyttä huonompi. Syytä tähän ovat muun muassa elintavat ja erot terveystalvelujen käytössä ja

sairauksien kanssa selviytymisessä. (Hyryläinen 2003). Opinnäytetyössä keskitytään työikäisten miesten elintapoihin sekä elintapamuutoksen motivointiin terveystarkastustilanteessa.

Ammatillisen vuorovaikutuksen tulee edistää yksilön terveyttä tai terveysosaamista. Tämä edellyttää ammatillista toimintaa, jossa otetaan huomioon yksilöiden tiedolliset asenteet, motivaatio, toiminnan tarkoitus ja persoonalliset taidot sekä yksilölliset kyvyt saavuttaa tuloksia. Asiakkaan hyvä tuntemus on terveyden edistämisen ja toimivan vuorovaikutuksen lähtökohtana, sillä se auttaa luomaan vuorovaikutustilanteesta ainutkertaisen ja dialogisen. Perusta vuorovaikutukselle muodostuu empatiasta ja kyvystä kuunnella. (Hirvonen, Pietilä & Eirola 2002, 219.)

Opinnäytetyön kohteena on työterveyshoitajan tekemä terveystarkastustilanne työikäiselle miehelle. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata, miten terveydenhoitaja toimii vuorovaikutuksessa työikäisen miehen kanssa terveystarkastustilanteessa ja terveydenhoitajan motivointikeinoja työikäisten miesten elintapamuutoksessa. Opinnäytetyön tavoitteena on löytää keinoja työikäisen miehen elintapamuutoksen motivointiin ja hyvän vuorovaikutussuhteen muodostumiseen terveydenhoitajan ja miesasiakkaan välille.

2 TYÖIKÄINEN MIES JA ELINTAPAMUUTOS

2.1 Työikäinen mies

Työikäiseen väestöön kuuluvat 15–74-vuotiaat henkilöt (Tilastokeskus 2010a). Vuonna 2010 työikäisiä miehiä on 2 023 000. Heistä työelämässä mukana on 70,4 % eli 1 416 100. Työttömänä on 12 % eli 242 760 miestä. Naisten työttömyysaste on 9 %. (Tilastokeskus 2010b.) Naisten ja miesten terveyserot ovat tunnettuja: naiset esimerkiksi elävät Suomessa pidempään kuin miehet (Vertio 2003, 42). Tällä hetkellä Suomessa syntyvällä poikalapsella on tilastollista elinikää jäljellä 76,3 vuotta ja tyttölapsella 83,0 vuotta (Tilastokeskus 2009b). Elin-aikaodotteen ero on kaventunut 6,6 vuoteen 1970-luvun puolivälistä, jolloin miehet elivät 8,5 vuotta lyhyempään kuin naiset (Martelin, Koskinen & Valkonen 2005, 121).

Suomessa miesten ja naisten välinen kuolleisuusero on suurempi kuin monissa muissa läntisen Euroopan maissa. Suurimmillaan suhteellinen kuolleisuusero on 20–29 vuoden iässä, jolloin miesten kuolleisuus on yli kolminkertainen verrattuna naisiin. Myös 30 vuotta täyttäneiden ikäryhmässä miesten kuolleisuus on huomattavasti suurempi kuin naisten. Lisäksi 75 ikävuoteen asti miesten kuolleisuus pysyy vähintään kaksinkertaisena verrattuna naisiin. (Martelin ym. 2005, 120–121.)

2.2 Työikäisten miesten elintavat

Elintapaa ja elämäntapaa käytetään usein synonyymeina, vaikka elämäntapa on laajempi käsite. Käsite elämäntapa liittyy elintapojen kokonaisuuteen ja elinympäristöön. Terveyskäyttäytyminen ja elintapa ovat puolestaan lähikäsitteitä. (Lahtinen 1996, 32.)

Termi terveyskäyttäytyminen otettiin käyttöön 1960-luvulla, kun tietoinen sairauksia ennalta ehkäisevä käyttäytyminen haluttiin erottaa sairastumisriskiä lisää-

västä käyttäytymisestä. Terveyskäyttäytymisellä voidaan ymmärtää sellaista käyttäytymistä, millä on havaittu olevan vaikutuksia terveyteen, joko sitä edistään tai heikentään. (Aukee 2003, 205.) Terveyskäyttäytymiseksi voidaan siis määritellä kaikki ne toimet, joiden avulla pyritään terveyden edistämiseen, olipa kyseinen toimi tehokas tai ei (Lahtinen 1996, 32).

Elintavoilla tarkoitetaan puolestaan terveyteen vaikuttavia käyttäytymismuotoja (Prättälä & Paalanen 2007, 9). Määrätyt käyttäytymismuodot toistuvat yksilön elämässä usein tai jatkuvasti. Elintavat voivat olla yksilön ja hänen ympäristönsä välistä jatkuvaa aktiivista, välttämättömiin tarpeisiin pohjautuvaa vuorovaikutusta tai siihen perustuva muutos. Elintapoja, joilla on vaikutusta terveyteen, on kutsuttu myös terveystottumuksiksi. (Lahtinen 1996, 32.)

Useita sairauksia voi ennaltaehkäistä terveellisillä elintavoilla. Lisää terveitä elinvuosia ennustavat tupakoimattomuus, riittävä liikunta, painonhallinta ja terveellinen ravinto. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 4.) Terveitä elämäntapoja edistävien työ- ja elinolosuhteiden kehittämistä painotetaan hallituksen laatimassa terveyden edistämisen politiikkaohjelmassa. Jokainen voi vaikuttaa terveytensä ja toimintakykynsä ylläpitoon omilla valinnoillaan. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2009.)

Työ ja terveys 2009 -tutkimuksen mukaan suomalaisten työikäisten keskuudessa epäterveelliset elintavat ovat liian yleisiä. Miehillä epäterveelliset terveystottumukset ovat yleisempiä kuin naisilla. Miehistä 20 %:lla oli kolme tai useampi epäterveellinen tapa (tupakoi, joi alkoholia 6 annosta tai enemmän viikoittain, ei syönyt työpäivän aikana, ei liikkunut, oli unihäiriö tai BMI oli $\geq 25\text{kg/m}^2$). (Laitinen, Perkiö-Mäkelä & Virtanen 2010, 145–146.)

Terveelliset elintavat omaavia oli vain noin viidesosa miehistä ja kolmasosa naisista (Laitinen ym. 2010, 145–146). Joutsenniemen (2007, 64) tutkimuksen mukaan avioliitossa elävät miehet ja naiset olivat parhaassa asemassa niin kuolleisuuden, koetun terveyden, mielenterveyden kuin epäterveellisen alkoholin käytön suhteen.

Tässä opinnäytetyössä käsittelemme työikäisten miesten elintavoista tupakointia, alkoholin käyttöä, liikunta- ja ravitsemustottumuksia. Päihteistä jätimme huumeet käsittelemättä. Ravitsemustottumuksien lisäksi käsittelemme samassa kappaleessa työikäisten miesten ylipainoa.

2.2.1 Tupakointi

Kansantautien tärkein poistettavissa oleva syy on tupakointi. Se muun muassa lyhentää elinajanodotetta usealla vuodella, lisää sepelvaltimotaudin vaaraa kaksinkertaisesti ja keuhkosyövän vaaraa kymmenkertaisesti. (Vartiainen 2005, 99.) Tupakointi lisää myös 20-kertaiseksi riskiä siirtyä työkyvyttömyyseläkkeelle keuhkohtautumataudin takia (Kansaneläkelaitos 2010). Nykyisin aikuisten tupakointi on Suomessa harvinaisempaa kuin muissa maissa (Vartiainen 2005, 100). Erityisesti miesten tupakointi lisää muidenkin epäterveellisten elintapojen todennäköisyyttä; sama ei koske muita elintapoja (Lahelma 1995, 97).

Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2009 - tutkimuksen mukaan vuonna 2009 työikäisistä miehistä 22 % tupakoi. Tutkimuksen alusta, vuodesta 1978, miesten päivittäistupakointi on laskenut tasaisesti. Päivittäin tupakoivista miehistä 78 % oli huolissaan tupakoinnin vaikutuksesta omaan terveyteensä. Tutkimuksen mukaan miehistä 58 % haluaisi lopettaa tupakoinnin ja 40 % miehistä oli vakavasti yrittänyt tupakoinnin lopettamista. 2000-luvun puolivälin jälkeen tupakoinnin lopettamista haluavien osuus on lisääntynyt. (Helakorpi, Laitalainen & Uutela 2010, 12-14.)

2.2.2 Alkoholi

Alkoholiannoksella tarkoitetaan yhtä olut- tai siideripulloa, viinilasillista tai ravintola-annosta väkevää alkoholijuomaa (Helakorpi ym. 2010, 18). Naisilla vähintään viisi annosta ja miehillä vähintään kahdeksan annosta viikossa lasketaan alkoholin riskikulutukseen (Virtanen ym. 2006, 9). Humalahakuisiksi juojaksi määritellään viikoittain kerralla vähintään kuusi annosta juova. Lisäksi alkoholin

riskikäyttöä voidaan mitata AUDIT -kyselyllä, jossa miehillä 6-12 pistettä ja naisilla 5-12 pistettä kertovat riskikäytöstä. (Laitinen ym. 2010, 141.)

Työ ja terveys 2009-tutkimuksen mukaan 40 % miehistä kuuluu alkoholin käytön suhteen riskiryhmään. Vuodesta 2006 alkoholin riskikäyttäjien ryhmä ei ole muuttunut. (Laitinen ym. 2010, 141.) Vuonna 2009 vähintään kerran viikossa kuusi annosta tai enemmän kerralla joi miehistä 24 %. Miehistä 12 % ilmoitti, ettei ole käyttänyt alkoholia viimeisen vuoden aikana. (Helakorpi ym. 2010, 17.) Raitasalonen (2010, 46) tutkimuksen mukaan miesten alkoholin käyttöä kontrolloidaan enemmän kuin naisten. Kontrollin taustalla on aina jokin syy, eikä kontrollia ole ilman ongelmia. Yleensä miehen puoliso yritti rajoittaa alkoholin juomista. (Raitasalo 2010, 35.)

Alkoholi on Suomessa yleisin työikäisten kuolinsyy. Alkoholikuolemista valtaosa kohdistuu 40–69-vuotiaisiin miehiin. Alkoholikuolemista 85 % tapahtuu miehille. (Herttua 2010, 49, 65.) Vuonna 2008 alkoholiperäisiin tauteihin ja alkoholimyrkytyksiin kuoli Suomessa 1674 miestä ja 462 naista (Tilastokeskus 2009a). Miesten ja naisten elinajanodotteen eroista alkoholikuolleisuus selittää noin viidennes (Mustonen & Simpura 2005, 103).

2.2.3 Ravitsemustottumukset ja ylipaino

Ylipainoksi katsotaan painoindeksi (BMI) $\geq 25,0$ kg/ m². Painoindeksi (BMI) $\geq 30,0$ kg/ m² määritellään puolestaan lihavuudeksi. (Virtanen ym. 2006, 9; Martela 2010, 141.) Ylipainoisten osuus on kasvanut Suomessa pitkällä aikavälillä (Helakorpi ym. 2010, 21). Työ ja terveys 2009 -tutkimuksenkin mukaan työssä käyvistä normaalipainoisten osuus pienenee tasaisesti (Perkiö-Mäkelä 2010, 19). Vuonna 2009 miehistä 58 % oli ylipainoisia itse ilmoittamiensa pituus- ja painotietojen avulla arvioituna. Vakavasti laihduttamista oli yrittänyt 22 % miehistä. (Helakorpi ym. 2010, 21.)

Naisten ruokavalio on lähes joka suhteessa terveellisempää kuin miesten. Miesten ravinto sisältää enemmän rasvaa ja suolaa ja vähemmän suojaravinto-

aineita. Erot johtuvat naisten runsaammasta kasvisten, hedelmien ja vähärasvaisten maitovalmisteiden käytöstä. (Pietinen 2005, 74.) Vuonna 2009 tuoreita kasviksia päivittäin söi miehistä 34 %, leipää vähintään kuusi viipaletta päivässä söi miehistä 39 % ja miehistä 45 % joi rasvatonta tai ykkösmaitoa (Helakorpi ym. 2010, 15).

Terveellinen ateria pitää yllä työviireyttä, joten työpaikkaruokailun tärkeyttä on syytä korostaa (Hallituksen politiikkaohjelma 2007, 8). Työ ja terveys 2009-tutkimukseen osallistuneista kolmella viidestä oli mahdollisuus työpaikkaruokailuun. Työntekijöistä 54 % käytti tätä mahdollisuutta hyväkseen. (Laitinen ym. 2010, 145.)

2.2.4 Liikunta

Työikäisistä yli kaksi kolmannesta liikkuu terveyden näkökulmasta riittämättömästi. Aikuisten vapaa-ajan liikunta on lisääntynyt viimeisen 30 vuoden aikana, mutta työmatkaliikunta ja työssä liikkuminen ovat vähentyneet. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2009.) Alle 55-vuotiaat naiset harrastavat jonkin verran enemmän liikuntaa kuin miehet, mutta eläkeikää lähestyessä miehet lisäävät liikunta-aktiivisuuttaan (Kansanterveyslaitos 2002, 29).

UKK-instituutti on laatinut liikuntapiirakan terveysliikuntasuositukseksi 16–64-vuotiaille. Liikuntapiirakan mukaan kestävyyskuntoa tulisi harjoittaa liikkumalla reippaasti vähintään kaksi ja puoli tuntia viikossa tai liikkumalla rasittavasti yhteensä tunti ja vartti viikossa. Lisäksi tulisi lihaskuntoa ja liikehallintaa kohentaa ainakin kaksi kertaa viikossa. (UKK-instituutti, 2010.) Vuonna 2009 liikuntasuosituksen mukaisesti liikkui miehistä vain 12 %. Yleisintä liikunta suosituksen mukaisesti oli alle 25-vuotiailla miehillä (32 %) ja harvinaisinta yli 54-vuotiailla miehillä (4 %). Kestävyysliikuntaa harrasti tutkimuksen mukaan riittävästi 47 % miehistä. (Helakorpi ym. 2010, 18.)

Terveys 2000-tutkimuksen mukaan miehistä 26 % harrasti neljä kertaa viikossa liikuntaa eli riittävästi vapaa-ajan liikuntaa. Miehistä riittämättömästi vapaa-ajan

liikuntaa harrastavien osuus oli 43 %. Työmatkaliikunnassakin miehillä on parannettavaa, sillä 30–54 -vuotiaista naisista kaksinkertainen määrä verrattuna miehiin käveli tai pyöräili töihin vähintään 30 minuuttia. (Prättälä & Paalanen 2007, 45.)

2.3 Miesten kokema terveys

Työikäisten miesten terveyttä ja voimavaroja selvittäneen tutkimuksen (Perttilä 1998, 44) mukaan miehistä yli puolet arvioi terveytensä hyväksi verrattuna samanikäisiin miehiin. Myös Pietilän (2008, 93) tutkimukseen osallistuneista miehistä suurin osa koki terveytensä melko hyväksi tai hyväksi. Saarisen (2009, 43) mukaan miehet kokivat terveytensä pääasiassa melko hyväksi, sillä tyypillisin arvo miesten omalle terveydelle oli 8. Tutkimuksien (Perttilä 1998, 44; Pietilä 2008; 93; Saarinen 2009, 43) mukaan terveydentilansa huonoksi koki vain muutama miehistä.

Vertion (2003, 46) mukaan miesten kokemaan terveyteen vaikuttavat paljon fyysiseen kuntoon ja toimintakykyyn liittyvät muuttujat. Myös Perttilän (1998, 60) mukaan työkyky ja koettu terveys sekä liikuntaharrastus ja koettu terveys korreloivat vahvasti keskenään. Kettusen (2010, 35) tutkimuksessa toimintakykyisyys ja jaksaminen arjen askareissa olivat miehille hyvän voinnin mittari.

Perttilän (1998, 50) tutkimukseen osallistuneista miehistä suurin osa arvioi, että omilla elintavoilla voi vaikuttaa paljon terveyteensä. Tähän uskoi myös Oikarisen (2008, 96) tutkimukseen osallistuneet miehet, jotka olivat myös sitä mieltä, että omaan terveyteensä pitääkin vaikuttaa. Myös Saarisen (2009, 49) tutkimukseen osallistuneista miehistä lähes kaikki uskoivat, että elämäntapojen muutos vielä keski-iässäkin kannattaa.

Häggman-Laitilan (1999, 51) mukaan miehillä oli enemmän jäsentämättömiä terveyskokemuksia kuin naisilla. Terveytensä jäsentämättömäksi kokeneet totesivat, että terveys ei ole keskeinen elämänarvo jokaisessa elämänvaiheessa, vaan esimerkiksi tekniikka ja ajanviete saattoivat olla paljon tärkeämpiä asioita

kuin terveys. Terveyttä saatettiin pitää myös itsestäänselvytenä. (Häggman-Laitila 1999, 44.)

Pietilän (2009) mukaan miesten tapa kuvata elämäänsä ja elintapojaan terveellisinä ei kerro mitään miesten todellisista elintavoista. Tutkimuksen mukaan se, että miehet ovat omaksuneet terveellisyyskeskustelun, ei ole itsessään osoitus miesten elintapojen terveellistymisestä, vaan kertoo kulttuurisen arvoilmaston muutoksista (Pietilä 2009, 181).

2.4 Terveystarkastuksien merkitys elintapamuutoksessa

Tilaisuuksia miehen kohtaamiseen ja elintapojen kartoittamiseen tulee työterveyshuollossa säännöllisten työterveystarkastusten yhteydessä (Nurmenniemi 2009, 16). Työterveyshuolto on siis keskeisessä asemassa työssä käyvien miesten terveyden edistämisessä. Lisäksi yksilöllinen terveysneuvonta on tärkeä toimintamuoto työterveyshuollossa, jolla tavoitetaan korkeassa sairastumisriskissä olevia miehiä. (Kettunen 2010, 45.)

Terveystarkastuksissa oli viimeisen vuoden aikana käynyt 27 % Saarisen (2009) tutkimukseen osallistuneista miehistä. Kolmasosa miehistä oli käynyt terveystarkastuksessa yli viisi vuotta sitten. Viisi prosenttia miehistä ei muista käyneensä terveystarkastuksessa koskaan. (Saarinen 2009, 50.)

Työssä olevat ja työterveyshuollon palveluiden piiriin kuuluvat miehet pitävät työterveyshuoltoa hyvänä asiana ja kokevat sen toimesta saavansa myös terveysvalistusta. Heidän mielestään työterveyshuoltoon oli helppo hakeutua. Miehet pitivät myös työterveyslääkäreitä ja -hoitajia ammattitaitoisina ja asiantuntevina. (Oikarinen 2008, 99, 104). Toisaalta osa miehistä vältti työterveyshuollon palveluita, sillä he pelkäsivät terveydentilatietojen kantautuvan esimiesten tietoon (Näslindh-Ylispangar 2009, 20).

Saarisen (2009, 47) tutkimuksen miehistä neljä viidesosaa oli sitä mieltä, että he käyttävät terveyspalveluja vain silloin, kun heillä on oireita ja yhdeksän

kymmenestä menee lääkäriin vain sairaana. Kettusen (2010, 23, 34) tutkimuksessa miehet lähtivät liikkeelle vasta oireiden aiheuttaman pakon vuoksi ja pitkään jatkuneen itsehoidon jälkeen. Häggman-Laitilan (1999, 50) mukaan sairastumisien yhteydessä saatettiin hoitoon hakeutuminen jopa jättää kokonaan tai siirtää sitä juuri siitä aiheutuvan suuren elämänmuutoksen vuoksi.

Useimmiten yksilöasiakkaat saivat tietoa, neuvontaa ja ohjausta terveydentilastaan sekä työkykynsä ylläpitämisen ja edistämisen keinoista (Palmgren ym. 2008, 37). Tillin (2008, 49) mukaan miehet arvioivat terveystarkastuksessa saadulla tiedolla, neuvonnalla ja ohjauksella olleen hieman enemmän vaikutusta kuin naiset. Miesten ja naisten arvion mukaan terveystarkastuksen yksilön terveyteen ja terveyskäyttäytymiseen liittyvän ohjauksen ja neuvonnan sisältö oli lähes samanlaista (Tilli 2008, 42).

Tillin (2008) tutkimuksessa miehet vähensivät tai lopettivat tupakoinnin ja alkoholin ja huumeiden käytön naisia useammin. Lisäksi miehet aloittivat liikunnan harrastamisen tai alkoivat huolehtia terveydestään hieman naisia useammin. (Tilli 2008, 50.) Tilastollisesti ainoastaan yleiskunnon kohottamiseen liittyvän ohjauksen ja neuvonnan määrä eroaa naisten saamasta ohjauksen ja neuvonnan määrästä työterveyshuollossa (Tilli 2008, 42).

2.5 Miesten motivoituminen elintapamuutokseen

Viidennes Saarisen (2009) tutkimukseen osallistuneista miehistä ei uskonut, että heidän oma motivaationsa riittäisi terveellisten elintapojen noudattamiseen. Kuitenkin puolet miehistä kertoi jaksavansa noudattaa terveellisiä elintapoja (Saarinen 2009, 49). Vaikka miehet tiedostavat terveysvalistuksen tärkeyden ja merkityksen omalle hyvinvoinnilleen, sen toteuttaminen kuitenkin ontuu. Terveellisten elintapojen aloittamiseen voi aluksi olla motivoitunut, ja niitä toteuttaa, mutta ajan kuluessa tottumukset palaavat entiselleen. (Oikarinen 2008, 98.)

Terveellisten elintapojen noudattamiseen uuden, terveellisemmän elämän aloittamiseksi vaikuttivat liikunnan harrastaminen 4-7 kertaa viikossa, tupakoimat-

tomuus ja alkoholin käyttö 1-3 kertaa kuukaudessa (Saarinen 2009, 51). Myös Näslindh-Ylispangarin (2008, 38–39) tutkimuksen mukaan kaksi kertaa motivoituneempia elintapamuutokseen olivat liikuntaa aktiivisesti harrastavat ja alkoholia vähän käyttävät miehet.

Motivaatioon noudattaa terveellisiä elintapoja olivat yhteydessä myös hyväksi koettu terveys ja sairastumisriski (Saarinen 2009, 51.) Kettusen (2010, 24) mukaan terveyttä edistävään toimintaan ei löytynyt motivaatiota, jos mies ei tuntenut mitään oireita. Pelkkä tieto terveyteen liittyvistä asioista ei näyttänyt riittävän motivaation synnyttämiseen ja terveyskäyttäytymisen muuttumiseen, vaan miehet tarvitsivat konkreettisia syitä ja perusteluja muutoksen tekemiseen (Kettusen 2010, 35–36).

3 VUOROVAIKUTUKSEN JA MOTIVAATION MERKITYS ELINTAPAMUUTOKSESSA

3.1 Terveystenhoitaja ja miesasiakas vuorovaikutuksessa

Yhteistyö- ja vuorovaikutustaidot ovat sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten osaamisen ydintä (Väisänen, Niemelä & Suua 2009, 129). Vuorovaikutuksen keskeisyys ja vuorovaikutuksessa tavoiteltava dialoginen suhde asettavat omat erityisvaatimukset hoitajan taidoille (Hirvonen ym. 2002, 221). Kokonaisvaltainen asiakaslähtöinen hoitotyö perustuu tasa-arvoiseen ja vastavuoroiseen vuorovaikutussuhteeseen (Mäkelä, Ruokonen & Tuomikoski 2001, 11). Tärkeä osa ammatillista osaamista on vuorovaikutustaitojen kehittäminen (Silvennoinen 2004, 17).

Vuorovaikutus on jatkuvaa vastavuoroisuutta, jossa osapuolet ovat samanaikaisesti aktiivisia toimijoita. Sana vuorovaikutus viittaa kahteen asiaan: vuoron perään tapahtuvaan toimintaan sekä vaikuttamiseen, joka kohdistuu toisen käyttäytymiseen, ajatuksiin, asenteisiin tai tunteisiin. (Silvennoinen 2004, 15.) Vuorovaikutustilanteet perustuvat siis kykyyn kysyä, kuunnella ja vastata (Väisänen ym. 2009, 69). Ihmisten on vaikea vaikuttaa toisiinsa myönteisellä ja tuloksellisella tavalla ilman vuorovaikutustaitoja (Silvennoinen 2004, 15).

Dialogisuus on kaiken vuorovaikutuksen ydinaluetta viitekehyksestä riippumatta. Se tarkoittaa yhdessä ajattelemisen tilaa: vuorovaikutusta ja kuuntelua. Dialoginen keskustelun taito on ammatillista tietoista toimintaa, jossa keskeistä on kieli. Toisen kunnioittamisen, kuuntelemisen, odottamisen ja suoraan puhumisen taidot ovat dialogissa tärkeitä. (Väisänen ym. 2009, 9-23.)

Potilas-hoitajasuhde on ammatillinen vuorovaikutussuhde, jota määrittää suhteen tavoitteellisuus: se on olemassa asiakkaan hyvinvoinnin edistämiseksi. Potilas-hoitajasuhde on viestintäsuhde, joka on ajallisesti rajattu ja asiayhteyden tavoitteeseen perustuva. Yhteistyön onnistumiseksi molempien osapuolten on oltava aktiivisia ja joustavia. (Mikkola 2006, 154, 157.)

Hoitajan ja asiakkaan kohtaaminen eroaa normaalista arkipäivän kohtaamisesta. Kohtaamistilanteessa merkitystä on hoitajan kehonkielellä, sillä asiakas aistii herkästi hoitajan ilmeitä ja eleitä. Kiireettömyys, ystävällisyys, katsekontakti ja koskettaminen ovat merkkejä asiakkaalle, että hoitaja on häntä varten. Tämä pieni pysähtyminen on yhteyden hakemista toiseen ja kohtaamistilanteessa herkin. (Heikkinen & Laine 1997, 154–155.)

Se miten työterveyshoitaja kohtaa asiakkaan vaikuttaa luottamuksen syntymiseen. Asiakkaan ja työterveyshoitajan kohtaaminen on ainutkertainen ja tapahtuu aina vuorovaikutuksessa, joka edellyttää viestintä ja -tunnetaitoja. (Juutilainen 2004, 65–66.) Työterveyshoitajan vuorovaikutuksen ammatillisuus auttaa miestä elintapojen muutostarpeen tunnistamisessa. Kipukohtien tunnistamisen kautta mies voi ymmärtää muutoksen välttämättömyyden sekä ryhtyä miettimään keinoja muutoksen saavuttamiseksi. (Nurmenniemi 2009, 16.)

Kettusen (2001) tutkimuksen mukaan hoitajat helpottavat potilaiden avautumista pyrkimällä edesauttamaan jo alkuvaiheesta lähtien emotionaalisesti suotuisan ilmapiirin kehittymistä sekä sen ylläpitämistä koko keskustelun ajan. Tutkimuksessa havaittiin joitakin eroja naisten ja miesten välillä. Esimerkiksi miehet käyttivät pieniä tarinoita ja humoristia ilmauksia neuvontakeskustelun aikana. Lisäksi tunteista puhuminen ei ole miesten viestintään liittyvä piirre. (Kettunen 2001, 31.)

Työterveyshoitajan terveysneuvontaa ja sen kehittämistä tutkineen Pirisen (2007, 82) mukaan hoitajat pitivät terveysneuvonnassa tärkeänä asiakaslähtöisyyttä, yksilöllisyyttä, vuorovaikutusta, yhteistyötä, asiantuntijuutta ja ammatillisuutta. Tärkeitä neuvonnan edellytyksiä ovat asiakkaan aktiivisuus ja hoitajan oma asenne (Pirinen 2007, 82). Asiakaslähtöisen hoidon toteuttaminen voi kuitenkin vaikeutua ja vaikuttavuus jäädä vajaaksi, jos asiakas tulkitaan hänen puhetapansa perusteella väärin (Oikarinen 2009, 19).

Pietilän (2009) mukaan vastaanottotilanteessa terveydenhuollon ammattilainen asettuu väistämättä auktoriteettiasemaan asiakkaaseen nähden. Tällä auktoriteettiasemalla on vaikutuksensa siihen, millaisena asiakas kuvaa oman elä-

määnsä ja elintapojansa. Lisäksi sukupuolella on vaikutusta vuorovaikutuksen rakentumiseen, sillä Pietilän tutkimuksessa miehen antamat kuvaukset naistutkijalle miehistä ja miesten elämästä poikkesivat osin miestutkijalle annetuista vastauksista. (Pietilä 2009, 181–182.)

Terveydenhuoltoalan ammattilaiselta edellytetään terveyden edistämisen ja elintapamuutoksen tukemisessa eräänlaista kumppanuutta työikäisen miehen kanssa. Terveydenhoitaja tehtäväksi jää varmistaa, että asiakas tekee päätöksensä perustuen oikeaan tietoon ja on tietoinen päätöstensä seurauksista. Asiakkaalle jää vapaus valita myös epäterveellinen elämäntyyli. (Pietilä & Eirola 2002, 76, 83.)

3.2 Terveydenhoitaja ja miesasiakkaan motivointi

Motivaatio tarkoittaa psykologiassa toiminnan psyykkistä syytä. Motivaatiokäsite on peräisin latinan "movere" -sanasta, joka tarkoittaa liikuttamista. (Peltola ym. 2004, 84.) Motivaatio ilmenee kaikessa toiminnassa ja se vaihtelee ajan ja tilanteiden mukaan (Koski-Jännes, Riittinen & Saarnio 2008, 19).

Vuorinen (1993, 12) määrittelee motivaation prosesseiksi, jotka käynnistävät tavoitteellisen toiminnan. Se on tiettyyn tilanteeseen liittyvä psyykkinen tila, joka määrää millä vireydellä ihminen toimii ja mihin hän energiansa suuntaa. Psykologit Niermeyer ja Seyffert (2004) määrittelevät myös motivaation prosessiksi. Motivaatioprosessin tulokseen vaikuttavat heidän mielestään neljä vaikutustekijää: vaikuttimen voimakkuus, usko omiin vaikutusmahdollisuuksiin, aikaperspektiivi ja tunneäly. (Niermeyer & Seyffert 2004, 12-13.)

Martin E. Fordin kehittämän kognitiivisen motivaatioteorian (1992) mukaan motivaatio muodostuu kolmesta tekijästä: toiminnan tavoite, selviytymisodotukset ja tunnelataus. Toiminnan tavoitteen tulee olla mieluiten yksilön itse valitsema tai ainakin hänen tulee olla henkilökohtaisesti sitoutunut siihen. Selviytymisodotukset ovat yksilön itse arvioimia taitoja ja voimavaroja, joilla hän pääsee tavoitteeseen. Tunteet puolestaan antavat toimintaan energiaa, voimaa ponnistella

tavoitetta kohti. Kaikkien kolmen tekijän yhteisvaikutusta tarvitaan, jotta motivaatio toimisi. (Peltola ym. 2004, 85.)

Professori Fred J. Hannan mukaan elämänmuutos onnistuu, jos ihminen noudattaa muutoksen seitsemään ennettä. Ihmisen tulee haluta muutosta palavasti, sietää ahdistusta, tietää esteet ja uskaltaa haastaa ongelman. Lisäksi ihmisen tulee ryhtyä tositoimiin, olla toiveikas ja saada tukea muilta ihmisiltä. (Mattikka 2010, 50.)

Kolme tärkeää tekijää ovat motivaation syntyminen kannalta avainasemassa: tieto, taito ja tunne. Keskeiseksi elintapaohjauksessa on koettu tiedon jakaminen. Toisaalta hoitajat kokevat, että asiakkailta ei puutu tietoa vaan muutoshalukkuutta. Muutoshaluttomuus voi liittyä tiedon jakamisen ja vastaanottamisen ongelmiin ja toisaalta haluttomuuteen eli tunteeseen, että muutos ei kannata tai siitä ei ole hyötyä. Tiedon jakamisen onnistumiselle tiedon antajan luotettavuus ja asiantuntijuus sekä tiedon sopiva määrä ovat perusedellytyksiä. (Absetz 2010, 9.)

Pirisen (2007) tutkimuksessa hoitajat pitivät tärkeänä asiakkaan tukemista elintapamuutoksessa neuvoilla ja motivoinnilla. Motivointia ja sitoutumisen tukemista hoitajat pitivät kuitenkin vaikeana asiana. Motivoinnilla hoitajat tarkoittivat hyötyyn ja uhkaan vetoamisen lisäksi myös asiakkaan toimijuuden tukemista. (Pirinen 2007, 82.)

Motivointiperusteiden positiivisuuden ja negatiivisuuden perusteella hoitajat vetosivat useammin hyötyyn kuin uhkaan. Yleisimmin hoitajat vetosivat perinteisesti terveyteen. Harvemmin hoitajat vetosivat asiakkaan terveyteen liittymättömiin kognitiivis-emotionaalisiin (virkistyminen, hyvä olo ja hallinnantunne), sosiaalisiin (ulkonäkö, vaatteet ja parisuhde) tai aineellisiin (rahan säästyminen) seikkoihin. (Pirinen 2007, 71–73, 97.)

4 TERVEYDENHOITAJAN TYÖMENETELMIÄ ASIAKKAAN ELINTAPAMUUTOKSESSA

4.1 Terveyskeskustelu

Terveyskeskustelu on yksi keskeinen terveystalon ammattilaisen työmenetelmä, jonka avulla asiakassuhteessa toteutuu ammatillinen ja tasavertainen lähestymistapa. Terveyskeskustelu perustuu huolenpitoon ja toisesta ihmisestä välittämiseen. Sen avulla asiakasta autetaan jäsentämään elämäntilannettaan sekä tuetaan kykyjä ja taitoja toimia terveytensä edistämiseksi. (Haarala, Honkanen, Mellin & Tervaskanto-Mäentausta 2008, 132; Hirvonen ym. 2002, 220, 238.)

Terveyskeskustelu sisältää hyvän vuorovaikutuksen tunnuspiirteet: aitous, avoimuus, empatia, kuuntelu ja vastavuoroisuus. Tavoitteena on asiakkaan ja hoitajan vastavuoroinen vuorovaikutussuhde, jonka ydin rakentuu kysymyksille, mutta samalla annetaan vapautta ja tilaa keskustelulle (Hirvonen ym. 2002, 220–221). Vuorovaikutustaidot vaikuttavat merkittävästi työn tuloksellisuuteen eli siihen miten edistetään yksilön terveysosaamista ja terveyttä, sillä pelkkä tiedon välittäminen terveyttä uhkaavista tilanteista ei riitä vahvistamaan asiakkaan terveysosaamista (Haarala ym. 2008, 133).

Terveyskeskustelussa on tärkeitä mitä sanotaan ja miten kysytään, sillä vuorovaikutustilanteen tulee tukea vuoropuhelua asiakkaan kanssa. Terveystalonhoitaja esittää lukuisia kysymyksiä tavoitteenaan arvioida asiakkaan tilannetta tai ongelmia. Kysymysten tarkoituksena on pitää yllä vuorovaikutusta ja huolehtia sen jatkumisesta. Keskustelu etenee hoitajan johdattamana, mutta asiakkaan ehdoilla. (Hirvonen ym. 2002, 221.)

Asiakaslähtöisyyttä, voimavaralähtöisyyttä ja asiakkaan aktivointia voidaan edistää terveyskeskustelussa useilla menetelmillä. Näitä menetelmiä ovat motivoiva haastattelu, interventiivinen haastattelu ja voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu (Haarala ym. 2008, 134). Edellä mainituista menetelmistä kerrotaan tarkemmin seuraavissa kappaleissa.

4.2 Motivoiva haastattelu

Motivoiva haastattelu on psykologien William Millerin ja Stephen Rollnickin (1991) kehittämä työmenetelmä, jota terveydenhoitaja voi soveltaa asiakkaan muutosmotivaation herättelyyn ja muutosprosessin tukemiseen (Haarala ym. 2008, 141; Koski-Jännes ym. 2008, 42). Tämä vuorovaikutuksen väline sopii asiakastyöhön silloin, kun pyrkimyksenä on asiakkaan terveyden edistäminen, omahoidon parantaminen tai elintapamuutoksen ohjaus (Absetz 2010, 11). Ensisijainen tavoite motivoivassa haastattelussa on saada asiakas itse pohtimaan tilaansa ja tekemään päätöksiä ilman muiden painostusta (Koski-Jännes ym. 2008, 43). Keskeistä on vuorovaikutus ja haastateltavaa kohtaan osoitettu arvostava asenne sekä työskentely voimavara- ja tavoitekeskeisesti (Salo-Jokinen 2010, 14).

Motivoivan haastattelun viisi keskeistä menetelmää ja vuorovaikutuksen perustaitoa ovat vahvistaminen, avoimet kysymykset, heijastava kuunteleminen, muutospuheen vahvistaminen ja tiivistäminen tai yhteen vetäminen (Haarala ym. 2008, 144; Koski-Jännes ym. 2008, 50). Menetelmien avulla vahvistetaan asiakkaan sisäistä motivaatiota muuttaa omaa toimintaansa ja luopua muutokseen liittyvästä epävarmuudesta (Salo-Jokinen 2010, 14).

Avoimien kysymyksien tarkoituksena on saada asiakas kertomaan tarkemmin omasta tilastaan, tunteistaan ja ajatuksistaan (Koski-Jännes ym. 2008, 51). Avoimet kysymykset mahdollistavat asiakkaan itseään motivoivan puheen ja näin tukevat asiakkaan motivoitumista muutokseen (Haarala ym. 2008, 145). Esimerkkejä avoimista kysymyksistä: Mitä mieltä olet tupakoinnista?

Vahvistamisen avulla voidaan tukea asiakkaan itsetuntoa ja asiantuntemusta (Koski-Jännes ym. 2008, 50). Tarkoituksena on kiinnittää asiakkaan huomio muutoksen kannalta myönteisiin asioihin ja tukea asiakkaan luottamusta kykyyn muuttua. Asiakkaan muutosvalmiutta ja toiveikkuutta lisää haastattelijan vilpittömän verbaalinen ja nonverbaalinen rohkaisu. (Haarala ym. 2008, 145, 146.)

Tärkeimpiä ja haastavimpia taitoja motivoivassa haastattelussa on heijastava kuunteleminen eli reflektio (Haarala ym. 2008, 146). Reflektio on yksinkertaisimmillaan asiakkaan sanoman sanan tai lauseen toistoa niin, että rohkaistaan tätä jatkamaan puhetta. Reflektio antaa asiakkaalle mahdollisuuden asioiden tarkasteluun ja pohdiskeluun. (Turku 2007, 51.)

Yhteenveto on haastattelijan tekemä lyhyt tiivistelmä, johon hän on koonnut yhteen asiakkaan puheesta merkittäviä asioita (Haarala ym. 2008, 147). Tiivistelmät osoittavat, että asiakasta kuunnellaan ja ne antavat asiakkaalle tilaisuuden korjata mahdolliset väärinkäsitykset (Koski-Jännes ym. 2008, 53). Yhteenvedossa on hyvä mainita se, mihin on päädytty ja mihin toimenpiteisiin ryhdytään jatkossa (Turku 2007, 53).

4.3 Interventiivinen haastattelu

Interventiivisen haastattelun on kehittänyt psykiatrian professori Karl Tomm. Tomm (1988, 35–38) jaottelee interventiivisen haastattelun kysymykset neljään kysymystyyppiin: lineaarisiin, sirkulaarisiin, reflektiivisiin ja strategisiin kysymyksiin. Terveystenhoitajan tulisi käyttää erityyppisiä kysymyksiä tietoisesti sekä harkitusti eri vaiheissa asiakastilannetta (Hirvonen ym. 2002, 222).

Lineaariset kysymykset ovat tietoa hakevia, lyhyitä, selkeitä ja ytimekkäitä kysymyksiä, joihin asiakkaan on helppo vastata lyhyesti tai ainoastaan kyllä tai ei (Haarala ym. 2008, 137). Hirvosen (2000, 133) mukaan terveydenhoitajat käyttävät lineaarisia kysymyksiä useimmiten onnistuneesti ja saavat niillä riittävästi tietoa tilanteen arvioinnin ja päätöksenteon tueksi. Esimerkkejä lineaarisista kysymyksistä: Liikutko säännöllisesti? Onko painosi laskenut?

Sirkulaariset kysymykset ovat neutraalimpia ja hyväksyvämpiä kuin lineaariset kysymykset (Tomm 1988, 36). Näillä kysymyksillä pyritään saamaan käsitys asiakkaan tilanteesta ja tutkimaan käyttäytymisen vaikutuksia. Kysymyksillä haetaan uutta näkökulmaa käsiteltävään tilanteeseen, kun haastattelijä käyttäytyy kuin tutkija, tutkimusmatkailija tai tiedemies. (Haarala ym. 2008, 137,138.)

Esimerkkejä sirkulaarisista kysymyksistä: Mitä itse ajattelet nykyisistä ruokatottumuksistasi? Miten saisit lisättyä päivittäistä kuidun saantia?

Dialoginen ja asiakaslähtöinen vuorovaikutus edellyttävät reflektiivisiä kysymyksiä. Terveydenhoitajan ja asiakkaan välinen tasavertainen osallistuminen, vuorovaikutus ja tunteista keskustelu mahdollistuvat näiden kysymysten kautta. (Haarala ym. 2008, 139.) Kysymystyyppin tarkoituksena on aktivoida asiakas tuottamaan itse uusia ajattelu- ja käyttäytymismalleja (Tomm 1988, 38). Poskiparran (1997, 124) mukaan hoitajat käyttävät vähän reflektiivisiä kysymyksiä ja niiden käyttö voi tuntua vieraalta perinteisessä terveysneuvonnassa. Esimerkkejä reflektiivisistä kysymyksistä: Miltä keskustelu liikuntatottumuksistasi on tuntunut? Mitä etua tai haittaa siitä on sinulle, että pyrit muuttamaan liikuntatottumuksiasi?

Strategisilla kysymyksillä terveydenhoitaja pyrkii ohjaamaan asiakasta muuttamaan, ajattelemaan ja käyttäytymään tavalla, joita pitää oikeana (Haarala ym. 2008, 138). Asiakas voi tuntea tulleen loukatuksi, sillä nämä kysymykset koetaan helposti kontrolloivina ja rajoittavina, ja ne voivat aiheuttaa syyllisyyttä ja häpeää. Kysymykset voivat olla myös hyödyllisiä, koska ne kyseenalaistavat asiakkaan ajattelua ja käyttäytymistä. (Tomm 1988, 37, 40.) Esimerkkejä strategisista kysymyksistä: Milloin alat noudattaa uutta ruokaohjelmaasi? Et ollut eilen mukana painonhallintaryhmässä? Tulethan ensi kerralla mukaan?

4.4 Voimavaralähtöinen ohjaus

Voimaantumisteoria pitää ihmistä aktiivisena, vapaana ja luovana toimijana, joka jatkuvasti asettaa itselleen päämääriä omassa elämänprosessissaan. Voimaantumisessa kyse on ilmiöstä, jossa ihminen jäsentää suhdetta itseensä, päämääriinsä, tunteisiinsa ja ympäristöönsä. Voimavaralähtöisessä neuvonnassa oleellista on, että asiakasta rohkaistaan tuomaan esiin omia kokemuksiaan, tuntemuksiaan ja ottamaan vastuu oman elämänsä asiantuntijuudesta. (Räsänen 2006, 38, 92.)

Keskeiset arvot voimavarakeskeisessä lähestymistavassa ovat ihmis- ja voimavarakeskeisyys, autonomia, tasa-arvo, kumppanuus, yhteistyö, neuvottelu, yhteisön osallistuminen ja itsemäärämisoikeus. Voimavarakeskeinen lähestymistapa terveyden edistämisen prosessissa muotoutuu neljästä vaiheesta: ihmisen tai ihmisten (yksilö, ryhmä tai yhteisö) kuunteleminen, vuoropuhelu, reflektio ja mallien tunnistamisen sekä toiminnan uudelleensuuntaaminen ja myönteinen muutos. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2001, 47–48.)

Voimavaralähtöisessä neuvonnassa asiakkaalla tulee aina olla mahdollisuus osallistua ja vaikuttaa hoitoonsa ja sen suunnitteluun. Vuorovaikutus rakentuu asiakkaan aikaisempien kokemuksen ja tiedon pohjalta sekä auttaa häntä löytämään niitä voimavaroja, joilla hän voi ottaa vastuun omasta terveydestään ja sen edistamisestä. Voimavarakeskeinen lähestymistapa on tasa-arvoinen yhdessä osallistuva toimintatapa. Terveystenhoitaja on asiakassuhteessa reflektiivinen terveydenedistäjä. (Iivanainen ym. 2001, 48–49.)

4.5 Eläytymismenetelmä

Eläytymismenetelmä on alun perin kehitetty 1960-luvulla sosiaalipsykologiassa ja sitä on käytetty tutkimusaineiston keräämisessä (Eskola & Pietilä 2002, 244; Haarala ym. 2008, 164). Eläytymismenetelmässä vastaajalle annetaan kehyskertomukseksi nimetty orientaatio, jonka antamien mielikuvien mukaan hän kirjoittaa pienen tarinan tai lyhyen esseen. Kehyskertomus voi olla esimerkiksi paperin ylälaitaan kirjoitettu muutaman rivin mittainen tarina. Kehyskertomuksia tulee olla 2-4 erilaista, joissa kussakin varioidaan yhtä tiettyä tekijää. Vastaaja kirjoittaa tarinansa kehyskertomuksen perään samalle arkille. (Eskola 1997, 5-6, 19.) Tarinoiden analyysissä keskitytään siihen mikä muuttuu, kun kehyskertomuksissa vaihdetaan yhtä tekijää (Haarala ym. 2008, 164).

Eläytymismenetelmä soveltuu terveyden edistämisen työmenetelmäksi asiakkaan elämäntilanteiden mukaisessa yksilö- tai ryhmätyössä neuvolas- sa, kouluterveydenhuollossa, työterveyshuollossa sekä aikuisten ja iäkkäiden terveysneuvonnassa (Haarala ym. 2008, 165). Työterveyshuollossa menetel-

män voi olettaa soveltuvan ohjaustilanteisiin, joissa työikäiset pohtivat esimerkiksi liikunta- ja ravintotottumuksiaan sekä niihin kohdentuvia muutospaineita (Eskola & Pietilä 2002, 258). Aikuisten terveyden edistämiseksi kehyskerto-
muksien avulla voidaan pohtia terveystyöskäytännön liittyvien valintojen taustalla olevia tekijöitä ja tarkastella tulevaisuudenkuvia (Haarala ym. 2008, 165).
Eläytymismenetelmä ei aina tarjoa valmista toimintakaavaa eikä ainutta oikeaa tuloksellista tapaa toimia, vaan jättää tilaa työntekijän luovuudelle ja innovatiivisuudelle (Eskola & Pietilä 2002, 259; Haarala ym. 2008, 165). Menetelmä on yksi mahdollisuus lähestyä erilaisia asiakkaita (Haarala ym. 2008, 165). Asiakkaiden tarinat kuitenkin auttavat työntekijöitä havaitsemaan ja löytämään uusia ajatusmalleja ja käytäntöjä terveyttä edistävään toimintaan (Eskola & Pietilä 2002, 259).

4.6 Muutosvaihemalli

Käyttäytymisen muutosvaihemallin eli transteoreettisen mallin ovat kehittäneet James Prochaska ja Carlo DiClement (Turku 2007, 55; Haarala ym. 2008, 155). Malli kuvaa käyttäytymisen muutosprosessia, jossa on viisi vaihetta: esiharkintavaihe, harkintavaihe, valmistautumisvaihe tai suunnitteluvaihe, toimintavaihe ja ylläpitovaihe (Turku 2007, 55; Haarala ym. 2008, 155; Koski-Jännes ym. 2008, 30). Turku (2008, 60) kuvaa kirjassaan myös kuudennen vaiheen eli rep-sahdusvaiheen. Kun asiakasta ohjataan muuttamaan terveystyöskäytännön tai häntä tuetaan muutoksessa, muutosvaihemalli sopii terveyden edistämisen työmenetelmäksi (Haarala ym. 2008, 155).

Esiharkintavaiheessa asiakas ei vielä harkitse muutosta eikä aio muuttaa käyttäytymistään lähitulevaisuudessa (Koski-Jännes ym. 2008, 31). Esiharkintavaiheessa oleva asiakas on osittain tai täysin epätietoinen ongelmastaan, ei tiedosta muutoksen tarpeellisuutta tai ei tiedä tarpeeksi käyttäytymisensä terveysvaikutuksista (Haarala ym. 2008, 159; Koski-Jännes ym. 2008, 31). Tavoitteena on herätellä asiakas ajattelemaan terveystyöskäytännön, jotta hän tunnistaisi käyttäytymisensä vaikutukset ja omakohtaisen muutostarpeen. Tiedon neutraali

antaminen ja asiakkaan aktiivinen tukeminen ovat terveydenhoitajan tärkeimpiä tehtäviä tässä vaiheessa. (Haarala ym. 2008, 159.)

Harkintavaiheessa asiakas on tietoinen muutoksen tarpeellisuudesta ja harkitsee käyttäytymisen muutosta, mutta ei ole vielä ryhtynyt toimimaan (Haarala ym. 2008, 159; Koski-Jännes ym. 2008, 31). Terveydenhoitaja voi auttaa asiakasta harkintavaiheessa rohkaisemalla häntä arvioimaan muutoksen etuja ja haittoja. Terveydenhoitaja voi antaa rohkaisevaa palautetta ja motivoida asiakasta käytännön esimerkein. (Haarala ym. 2008, 160.)

Valmistautumisvaiheessa tai suunnitteluvaiheessa asiakas on valmis muuttamaan käyttäytymistään ja uutta toimintatapaa on voitu vähän kokeillakin. Tässä vaiheessa pohditaan vielä eri vaihtoehtoja ja niiden sopivuutta itselle sekä tehdään tarvittavia valmisteluja. (Turku 2007, 57.) Terveydenhoitaja kannustaa asiakasta, auttaa tavoitteiden asettamisessa ja etsii yhdessä asiakkaan kanssa tavoitteiden saavuttamista tukevia toimenpiteitä (Haarala ym. 2008, 160).

Toimintavaiheessa on valittu muutosstrategia ja siirrytään puheesta ja suunnittelusta toiminnan ja tekojen tasolle (Turku 2007, 58). Toimintavaiheessa asiakas tarvitsee rohkaisua, sosiaalista tukea, ärsykkeiden kontrollia ja käyttäytymisen seurausten kontrollia. Keskustelu onnistumisista ja epäonnistumisista on tärkeää. Lisäksi muutoksen tavoitteet tarkastetaan ja arvioidaan muutossuunnitelma ja sen realistisuus. (Haarala ym. 2008, 161.)

Ylläpitovaiheessa pyritään säilyttämään saavutetut edut, jotta muutos vakiintuisi ja vahvistuisi eikä repsahduksia tulisi (Haarala ym. 2008, 161; Koski-Jännes ym. 2008, 32). Asiakas alkaa hyväksyä muutoksen osaksi pysyviä elämäntapojaan, eikä suhtaudu siihen väliaikaisena ilmiönä (Turku 2007, 59). Terveydenhoitaja auttaa asiakasta arvioimaan muutoksen ylläpitämistä ja siihen sitoutumista sekä asiakasta tuetaan käytännön taitojen harjoittelussa. Yhdessä pohditaan korvaavia toimintoja ja vaihtoehtoja vanhojen tilalle. (Haarala ym. 2008, 161.)

Muutosvaihemallissa on merkittävä osuus myös repsahdusvaiheella, joka voi olla väliaikainen tai pysyvä. Repsahdus saattaa ajoittua heti alkuvaiheeseen, keskivaiheeseen ja/tai vasta ylläpitovaiheeseen. Repsahdus tulee tulkita normaaliksi osaksi kehitystä kohti pysyvämpää muutosta eikä epäonnistumiseksi. (Turku 2007, 60.) Muutosprosessi ei aina etene suoraviivaisesti vaiheesta toiseen, eikä muutos useinkaan onnistu yhdellä kertaa, vaan repsahdukset ovat osa muutosta (Haarala ym. 2008, 155).

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata, miten terveydenhoitaja toimii vuorovai-
kutuksessa työikäisen miehen kanssa terveystarkastustilanteessa ja tervey-
denhoitajan motivointikeinoja työikäisten miesten elintapamuutoksessa. Opin-
näytetyön tavoitteena on löytää keinoja työikäisen miehen elintapamuutoksen
motivointiin ja hyvän vuorovaikutussuhteen muodostumiseen terveydenhoitajan
ja miesasiakkaan välille.

Opinnäytetyön tehtävänä on selvittää:

1. Miten työterveyshoitaja muodostaa luottamuksellisen ja luontevan vuo-
rovaikutussuhteen miesasiakkaan kanssa terveystarkastus-tilanteessa?
2. Minkälaisia keinoja työterveyshoitajalla on motivoida työikäistä
miestä edistämään elintapojaan?
3. Millaisia kehittämissuhteita työterveyshoitajilla on miehen elintapa-
muutoksien tukemiseen terveystarkastustilanteessa?

6 TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄT

6.1 Kvalitatiivinen tutkimus

Tämä opinnäytetyö on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus. Laadullisen tutkimuksen tavoitteena ei ole mitata tilastollisesti ilmiötä tai niiden yleisyyttä vaan ymmärtää ja tulkita valitun ilmiön esiintymisen syitä ja merkityksiä (Koivula, Suihko & Tyrväinen 2003, 15). Lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen ja tutkimuskohteen kokonaisvaltainen tutkiminen (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 161). Tavoitteena on, että aineistossa tulee olla esillä tutkimusongelman kannalta olennaiset asiat (Uusitalo 2001, 80). Laadullisen tutkimuksen yksi keskeinen merkitys on mahdollisuus lisätä ymmärrystä tutkimusilmiöstä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 57).

Laadullisessa tutkimuksessa tutkimusprosessi on joustavampi kuin määrällisessä tutkimuksessa. Tutkimusprosessin vaiheet voivat olla osin päällekkäisiä eli aineiston keruu, käsittely ja analysointi voivat tapahtua samaan aikaan ja lomittua toisiinsa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 65; Uusitalo 2001, 80.) Analyysi voi osoittaa, että aineistoa on täydennettävä ja analyysia jatkettava lisäaineiston hankinnan jälkeen. Laadullisessa tutkimuksessa aineiston rajat ovat avoimet, ne voivat laajeta ja supistua tutkimuksen edetessä. (Uusitalo 2001, 80.)

6.2 Aineisto ja sen keruu

Yleisimmät laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmät ovat haastattelu, kysely, havainnointi ja erilaisten dokumenttien käyttö tai analysointi (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71). Haastattelua on käytetty tässä opinnäytetyössä aineistonkeruumenetelmänä. Metsämuurosen (2008) mukaan haastattelua voidaan pitää eräänlaisena perusmenetelmänä, joka soveltuu moneen tilanteeseen. Haastattelua kannattaa käyttää aina, kun se on mielekäs tapa hankkia tietoa. (Metsämuuronen 2008, 39.) Haastattelun etu on myös siinä, että haastatteluun voi-

daan valita henkilöt, joilla on kokemusta tai tietoa tutkittavasta aiheesta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 74).

Tutkimushaastatteluja on usein jaoteltu erilaisiin haastattelutyyppeihin (Hirsjärvi ym. 1997, 204). Klassinen jako on strukturoitu, puolistrukturoitu ja avoin haastattelu (Metsämuuronen 2008, 40). Puolistrukturoitua haastattelua kutsutaan myös teemahaastatteluksi (Tuomi & Sarajärvi 2009, 75). Teemahaastattelu valittiin opinnäytetyön haastattelumuodoksi.

Teemahaastattelu on vapaamuotoinen, keskustelunomainen haastattelumuoto (Koivula ym. 2003, 46). Teemahaastattelussa korostuvat ihmisten asioille antamat tulkinnat ja merkitykset (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 97). Haastattelu etenee tutkijan edeltä käsin miettimien teemojen ja niihin pohjautuvien kysymysten perusteella joustavasti (Koivula ym. 2003, 46), sillä kysymysten muotoiluun voi tulla muutoksia ja järjestys voi vaihdella haastattelutilanteessa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 97). Kaikkien haastateltavien kanssa käydään kuitenkin kaikki samat teemat läpi (Koivula ym. 2003, 46).

Opinnäytetyötä varten on haastateltu viittä työterveyshoitajaa, jotka työskentelivät samassa työterveyshuollossa Pirkanmaan alueella. Opinnäytetyöhön osallistuneet työterveyshoitajat ovat eri-ikäisiä. Heillä on työkokemusta noin 2 – 20 vuotta työterveyshoitajina. Tämän työterveyshuollon miesasiakkaat ovat monien eri ammattiryhmien edustajia muun muassa teollisuuden ja kunnan työntekijöitä sekä virkamiehiä ja maanviljelijöitä.

Teemahaastattelut toteutettiin haastattelemalla työterveyshoitajia yksitellen. Haastattelut olivat noin yhden tunnin pituisia. Haastatteluista neljä ensimmäistä tehtiin työparina ja viimeisen haastattelun toinen opinnäytetyön tekijöistä teki yksin. Kaikkien haastateltavien kanssa käytiin samat teemat läpi. Haastattelut nauhoitettiin aineiston analysoinnin helpottamiseksi. Haastattelun teemat lähetettiin (Liite 1) kysymyksineen etukäteen haastateltaville, jotta he pystyivät valmistautumaan haastattelun teemoihin. Haastattelun onnistumisen kannalta suositellaan, että haastateltavat voisivat tutustua kysymyksiin, teemoihin tai ainakin haastattelun aiheeseen etukäteen (Tuomi & Sarajärvi 2009, 73).

6.3 Aineiston analyysi

Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota voidaan käyttää kaikissa laadullisissa tutkimuksissa. Sisällönanalyysin tavoitteena on ilmiön laaja mutta tiivis esittäminen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 134.) Sisällönanalyysillä pyritään siis järjestämään hankittu aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon kadottamatta sen sisältämää informaatiota (Tuomi & Sarajärvi 2006, 93, 110). Tuloksena syntyy käsiteluokituksia, käsitejärjestelmiä, malleja tai käsitekarttoja. Sisällönanalyysi on enemmän kuin yksinkertainen tekniikka, koska sillä tavoitetaan myös merkityksiä, seurauksia ja sisältöjä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 134.)

Laadullisen aineiston sisällön analyysi voidaan tehdä joko aineistolähtöisesti, teoriaohjaavasti tai teorialähtöisesti (Tuomi & Sarajärvi 2006, 93, 110; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 135). Tämä opinnäytetyö on analysoitu aineistolähtöisesti. Aineistolähtöinen analyysi etenee vaiheittain pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin (yläkäsitteen muodostaminen pelkistämällä) mukaan (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 135).

Analyysi aloitettiin kirjoittamalla haastattelut auki sanasta sanaan. Aineistoon perehdyttiin lukemalla ne useaan kertaan läpi ennen varsinaista analysointia. Vastauksista alleviivattiin keskeisimmät ja kiinnostavimmat kohdat. Alleviivatut kohdat ryhmiteltiin haastattelukysymysten ja teemojen mukaisesti. Tässä vaiheessa poistettiin vielä epäolennaiset ilmaisut. Alkuperäiset ilmaisut pelkistettiin vielä lyhyempään muotoon. Tämän jälkeen pelkistetyille ilmaisuille tehtiin alaluokat, joista muodostettiin yläluokka. Esimerkkinä (taulukko 1) seuraavalla sivulla on ensimmäisen teeman kysymyksestä 1. tehty analysointi.

TAULUKKO 1. Esimerkki opinnäytetyön analyysistä

Alla osa alkuperäisilmauksista, joista on tehty taulukkoon pelkistetyt ilmaisut:

”olemus kertoo ihmisen luonteesta, miten voi lähestyä”

”kyllähän sitä lähtee paljon peilaamaan sitä asiakasta”

”otan katsekontaktin asiakkaaseen”

”millä sanalla tervehtii ihmistä, tervehtimistyyli”

”pyrin luomaan luottamuksellisen ja ammatillisen ilmapiirin”

”ihan ensin kysyn, että mitä sulle kuuluu?”

”katson etukäteen, minkä alan ihminen on tulossa, minkä ikäinen ja perehdyn ihmisen tilanteeseen”

Pelkistetyt ilmaisut	Alaluokat	Yläluokka
Olemus	Havainnointi	Vuorovaikutus
Asiakkaan peilaaminen	Kysyminen	
Kättely	Tutustuminen	
Katsekontakti		
Tervehdystyyli		
Ilmapiiri		
Kuulumisten kysyminen		
Taustatiedot		

7 TULOKSET

7.1 Työterveyshoitaja ja mies vuorovaikutuksessa

Terveystarkastustilanteen avaus on tärkeä ensivaikutelman ja luontevan kanssakäymisen synnyn kannalta. Luodakseen luottamuksellisen ja luontevan vuorovaikutussuhteen miesasiakkaaseen hoitajat pyrkivät kohtaamaan jokaisen asiakkaan yksilönä. Hoitajat kertovat havainnoivansa miesasiakkaan olemusta sekä persoonallisuutta. Nämä asiat kertovat hoitajille asiakkaan luonteesta ja antavat vihjeitä siitä, miten asiakasta kannattaa lähestyä. Asiakaskohtaisesti hoitajat harkitsevat millaista puhetyyliä käyttävät terveystarkastuksen avaustilanteessa. Asiakkaan kättely, itsensä esittely ja katsekontakti koettiin tärkeiksi kohtaamishetkellä. Kaikki hoitajat eivät kuitenkaan kätelleet asiakkaita.

Ennen terveystarkastuksen aloittamista hoitajat perehtyvät asiakkaan taustatietoihin helpottaakseen keskustelun aloittamista. Hoitajat aloittavat keskustelun kysymällä mieheltä; mitä hänelle kuuluu ja onko hänen elämässään jotain erityistä tällä hetkellä? Osa hoitajista pitää tärkeänä selvittää asiakkaalle heti alussa, mitä tarkastustilanteessa tapahtuu ja kuinka tarkastus etenee. Näitä keinoja käyttäen hoitajat pyrkivät luomaan ammatillisen ja luontevan ilmapiirin terveystarkastustilanteeseen.

Vaikka jokainen asiakas kohdataan yksilönä, hoitajat ovat huomanneet eroja olla vuorovaikutuksessa miesten ja naisten välillä. Hoitajien mielestä miehet ovat pääsääntöisesti vähäsanaisempia kuin naiset. Hoitajat kokevat, että miesten kanssa keskusteleminen on helpompaa ja mutkattomampaa kuin naisten kanssa. Toisaalta osa hoitajista koki, että he joutuvat tekemään enemmän töitä miesten kanssa saadakseen heidät puhumaan.

Saadakseen miehen kertomaan terveydestään hoitajat kysyvät suoraan ja avoimesti arkaluontoisistakin asioista. Hoitajien mielestä huumorin avulla asioiden käsittely etenee miesten kanssa sujuvammin. Toisaalta miehet voivat olla

varautuneempia terveystarkastusta kohtaan. Tämä negatiivinen asenne saattaa heijastua hoitajan ja miehen väliseen vuorovaikutussuhteeseen ja elintapamuutoksen käynnistämiseen.

7.2 Miesten kokema terveys ja terveyskäyttäytyminen

Hoitajat kertovat, että terveystarkastustilanteen alussa miehet kuvaavat terveytensä yleensä hyväksi. Terveystarkastustilanteesta miehet puhuvat hoitajille suurpiirteisesti ja ovat yleensä tyytyväisiä nykytilanteeseensa. Terveystarkastustilanteen edessä terveysongelmia on kuitenkin ilmennyt ja näin miesten kokema terveyskäyttäytyminen itsestä saattaa muuttua.

Hoitajien mukaan miehet hakeutuvat terveystarkastustilanteeseen vasta, kun oireet ovat selvät. Hoitajien mielestä terveystarkastustilanteeseen eron näkyvät siinä, että naiset ovat ehkä valmiimpia sijoittamaan rahallisesti enemmän terveyteensä kuin miehet. Ikääntymisen myötä miesten kiinnostus omasta terveydestä lisääntyy.

Hoitajien mielestä miehet eivät aina tiedosta alkoholin käytön vakavuutta ja omia käyttömääriänsä. Hoitajat kokevat, että miehet harvoin tuntevat syyllisyyttä tai katumusta liiallisesta alkoholin käytöstään. Lisäksi miehet vähättelevät alkoholin käyttöönsä enemmän kuin naiset. Hoitajat ovat kuitenkin huomanneet, että osa miehistä on huolissaan omasta alkoholinkäytöstään ja ovat helpottuneita, kun alkoholin käytöstä on keskusteltu terveystarkastustilanteessa. Miehiä on tullut myös oma-aloitteisesti työterveyshoitajan vastaanotolle huomattavasti alkoholin käyttöönsä olevan liiallista. Miesten tupakoinnin hoitajat kokevat vähentyneen.

Hoitajien mielestä miehet syövät kasviksia vähemmän kuin naiset. Miesten kiinnostus ravintoa ja ruuanlaittoa kohtaan on hoitajien mielestä lisääntynyt. Hoitajat ovat sitä mieltä, että miesten asennoituminen kasviksia ja hedelmiä kohtaan on muuttunut myönteisempään suuntaan. Varsinkin nuoremmilla miehillä ”pupunruoka” -asenne tulee harvoin esiin puhuttaessa ravitsemustottu-

muksista terveystarkastustilanteessa. Toisaalta edelleen osa miehistä ei syö juuri ollenkaan kasviksia ja hedelmiä.

7.3 Työterveyshoitajien keinoja motivoida miestä elintapamuutoksessa

Elintapamuutoksen käynnistymisessä hoitajat pyrkivät ensimmäiseksi saamaan asiakkaan itse arvioimaan nykyistä terveydentilaansa ja elintapojansa. Yhdessä asiakkaan kanssa keskustellaan, mitä muutoksia hän olisi valmis tekemään. Hoitajat pyrkivät löytämään asiakkaan positiiviset kokemukset aikaisemmista, onnistuneista elintapamuutoksista motivaation herättämiseksi. Mikäli asiakas ei ole valmis käynnistämään muutosta vielä, kehoitetaan häntä pohtimaan asiaa ja siihen palataan seuraavalla käynnillä. Hoitajat painottavat, ettei motivaatiota voida suoraan asiakkaalle antaa, vaan sitä pyritään herättelemään heissä.

Hoitajien on helpompi perustella elintapamuutoksen tarpeellisuutta miehille kertomalla mahdollisista seurauksista ja riskeistä esimerkiksi sairauksista. Hoitajien mielestä miehet haluavat kuulla konkreettisia mittaustuloksia ja niiden merkityksen omaan terveyteensä. Lisäksi on tärkeää, että yhdessä laaditut tavoitteet ovat tarpeeksi realistisia toteutettavaksi.

Hoitajat pitävät tärkeänä ettei asiakasta syyllistetä. Terveysriskeillä pelottelu on yksi keino herätellä asiakasta muutokseen. Kuitenkaan pelottelu ei kaikissa asiakastilanteissa ole toimiva keino. Hoitajat kokevat, että yksi toimiva lähestymistapa miehiin on huumori. Hoitajat pyrkivät keskustelemaan asioista samalla tasolla miehen kanssa.

Sekä tupakoinnin että alkoholin käytön muuttamisessa hoitajat pyrkivät saamaan miehen itse kertomaan käytöstään ja arvioimaan sitä. Miehen aikaisemmat lopettamiskerrat ja niiden syyt kartoitetaan. Jos lopettaminen kuulostaa miehen mielestä liian radikaalilta päätökseltä, painotetaan, että jo käytön vähentämisestä on hyötyä. Näiden elintapojen muutoksessa hoitajat vetoavat taloudelliseen hyötyyn, läheisiin ihmisiin ja sairauksiin. Tupakoinnin ja alkoholin käytön seurauksista ja riskeistä puhutaan suoraan. Lisäksi hoitajat kertovat tu-

pakan korvaushoidoista, jakavat esitteitä, tekevät tarvittaessa kokeita (esimerkiksi spirometria) tai lähettävät tutkimuksiin (esimerkiksi laboratoriokokeet).

Hoitajat kokevat, että liikuntatottumusten muutoksia on vaikeinta motivoida. Miehillä painotetaan varovaista aloittamista ja arkiliikunnan merkitystä. Liikunnan lisäämistä motivoidaan mielihyvän tuottajana ja vedotaan työssä jaksamisen paranevan liikunnan harrastamisen myötä. Ravitsemustottumuksissa miehille painotetaan kasvisten lisäämistä päivittäiseen ruokavalioon. Molemmissa asioissa kehoitetaan miehiä valitsemaan sellaisia asioita, jotka he kokevat mielisiksi ja joista he pitävät. Liikuntaan ja ravitsemukseen liittyviä esitteitä hoitajat käyttävät vaihtelevasti. Miehiä ohjataan myös tarvittaessa lääkärin kautta laboratoriokokeisiin esimerkiksi kolesterolin- ja verensokerinmittauksiin.

7.4 Elintapamuutoksen käynnistymistä vaikeuttavat asiat

Hoitajat kertovat miehen elämässä olevan monia asioita ja elämäntilanteita, jotka vaikeuttavat elintapamuutoksen käynnistymistä: työhön ja talouteen vaikuttavat asiat, läheisiin ihmisiin liittyvät asiat, sairaudet, miehen asenne, ja sosiaaliset syyt.

Useampi hoitaja mainitsee töihin ja talouteen vaikuttavat tekijät elintapamuutoksen käynnistymisen esteenä. Varsinkin fyysisesti raskas työ uuvuttaa miehet. Kiire, stressi ja ajanpuute voivat vaikuttaa niin, että muutosta ei pidetä tärkeänä tällä hetkellä. Vuorotyö ja muuten epäsäännöllinen työ vaikeuttaa elintapamuutoksen käynnistymistä. Lisäksi taloudelliset huolet lisäävät entisestään työsidonaisuutta.

Läheiset ihmiset ovat yksi merkittävimmistä tekijöistä, jotka vaikuttavat miehen elintapamuutoksen käynnistymiseen. Ero puolisoista tai läheisen ihmisen kuolema estävät keskittymisen elintapamuutokseen. Yksi syy on, ettei kotoa ja perheeltä saada tarpeeksi tukea elintapamuutokseen. Miehet, joilla on pieniä lapsia kotona, eivät pääse niin helposti irrottautumaan harrastuksiin. Läheisten

ihmisten puute ja yksinäisyys ovat asioita, jotka miehet ovat maininneet hoitajille elintapamuutoksen käynnistymisen esteinä.

Terveystarkastustilanteissa miehet kertovat hoitajalle sairauksien olevan yksi syy, miksi elintapamuutos ei onnistu tällä hetkellä. Miehet ovat maininneet unetomuuden ja masennuksen asioiksi, joiden vuoksi elintapamuutosta on vaikea aloittaa. Myös miehen asenne ja negatiivinen suhtautuminen elintapamuutokseen vaikeuttavat elintapamuutoksen käynnistymistä. Hoitajat kokevat, että joillakin miehillä asenne estää yrittämisen. Osalla miehistä ei löydy halukkuutta muutokseen. Haluttomuuden elintapamuutokseen miehet verhoavat pienien syiden taakse.

Sosiaaliset syyt vaikuttivat varsinkin alkoholin käyttöön. Kun kaveritkin juovat, niin on vaikea olla itse juomatta. Juomattomuutta joutuu selittämään ja sen miehet kokevat vaikeaksi. Hoitajat kokevat myös, että miesten on ehkä vaikea erottua joukosta ja olla erilaisia. Esimerkiksi mies on kertonut hoitajalle kokevansa olonsa vaivaantuneeksi mennessään työpaikalle terveellisten eväiden kanssa.

7.5 Elintapamuutoksen tukeminen ja arviointi

Työterveyshoitajilla on mahdollisuus tukea ja arvioida miehen elintapamuutoksen edistymistä sopimalla jatkokäyntejä työterveyshuoltoon. Asiakkaan työpaikan ja työterveyshuollon välinen sopimus voi kuitenkin rajoittaa jatkokäyntien järjestämistä. Hoitajat sopivat jatkokäyntejä asiakkaan kanssa esimerkiksi painokontrolliin, ruokapäiväkirjan analysointiin tai tupakoinnin lopettamispalaveriin.

Tukea miehelle annetaan kannustamalla. Hoitajat kertovat asiakkaille, että rep-sahdukset kuuluvat elintapamuutokseen, eikä kerrasta vielä tulisi antaa periksi. He kannustavat miehiä aloittamaan maltillisesti, jolloin pitkällä tähtäimellä saadaan pysyvämpiä elintapamuutoksia aikaiseksi. Miehiä kannustetaan myös aloittamaan yhden elintavan muutos kerrallaan. Yksi tapa tukea ja arvioida

miehen elintapamuutoksen edistymistä, on kirjata ylös miehen omat tavoitteet ja keinot, joihin hän on valmis sitoutumaan elintapamuutoksen edistämiseksi.

7.6 Työterveyshoitajien kehittämis ehdotuksia

Työterveyshoitajat ilmaisevat tarvitsevansa jonkin verran lisätukea omaan työhönsä miehen elintapamuutoksen tukemiseen terveystarkastustilanteessa. Useampi hoitaja kokee, että sopivaa materiaalia miehille on liian vähän käytävissä. Tarvetta on antaa asiakkaalle materiaalia esitteiden ja myös Internetin kautta. Materiaalin toivotaan olevan tiivistä, mutta kuitenkin monipuolista. Huumorin koetaan vaikuttavan miehiin, joten materiaalin tulisi olla huumorin sävyttämää. Kuvia olisi myös hyvä olla sopivassa suhteessa asian ymmärtämiseksi ja tekstin elävöittämiseksi.

Asiakkaiden psyykkisten ongelmien käsittelyyn tarvittaisiin lisää tietoa ja ohjeita. Psykkiset ongelmat vaikuttavat asiakkaan kohtaamiseen kokonaisvaltaisesti ja näin myös miehen elintapamuutoksen tukemiseen. Lisäksi esiin nousi ehdotus oman esitietolomakkeen laatimisesta kummallekin sukupuolelle terveystarkastukseen.

Seuraavalla sivulla (taulukko 2) on yhteenveto keskeisimmistä tuloksista.

TAULUKKO 2. Yhteenveto keskeisimmistä tuloksista

Vuorovaikutus	Motivointikeinot	Tuki ja arviointi
Olemus	Yhdessä keskustelu	Kontrollikäynti
Asiakkaan peilaaminen	Asiakkaan oma arvio terveydestä ja elintavoista	Kannustaminen
Kättely	Aikaisemmat positiiviset kokemukset	Repsahdukset kuuluvat muutokseen
Katsekontakti	Riskeistä ja seurauksista kertominen	Yksi elintapamuutos kerrallaan
Ammatillinen, luottamuksellinen ja luonteva ilmapiiri	Yhdessä laaditaan realistiset tavoitteet	Tavoitteiden kirjaaminen ylös
Kuulumisten kysyminen	Asiakas valitsee itselleen mieleisiä asioita	
Asiakkaan taustatiedot	Materiaalin jakaminen	
Huumori	Mittaustulokset	
Ei syyllistetä	Tutkimukset	
Pelottelu joskus	Lääkärillä käynti	
Suoraan kysyminen	Asiaan palaaminen seuraavalla kerralla	

8 POHDINTA

8.1 Opinnäytetyön eettisyys

Tutkimuksen eettiset kysymykset seuraavat tutkimuksen aiheen valinnasta tutkimustuloksien raportointiin ja tutkimusaineiston säilyttämiseen saakka (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 184). Eettisyys koskee tutkimuksen laatua. Tutkijan on huolehdittava siitä, että tutkimussuunnitelma on laadukas, valittu tutkimusasetelma on sopiva ja raportointi hyvin tehty. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 127.)

Tutkimukseen osallistuminen tulee perustua tietoiseen suostumukseen, joka perustuu tietoon tutkimuksen luonteesta, osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja tutkimusaineiston säilyttämisestä ja tulosten julkaisemisesta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 178). Haastateltavilta kysyttiin henkilökohtaisesti suostumus osallistua opinnäytetyöhön. Tietoa opinnäytetyön aiheesta he saivat tutkimussuunnitelman kautta, joka lähetettiin jokaiselle luettavaksi. Tutkimussuunnitelmasta ilmenivät opinnäytetyön tavoite ja tarkoitus. Tutkimussuunnitelman liitteenä oli myös opinnäytetyön aikataulu. Kirjallisen tutkimusluvan hyväksyminen varmisti yhteistyön.

Anonymiteetillä tarkoitetaan, ettei tutkimustietoja luovuteta kenellekään tutkimusprosessin ulkopuoliselle (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 178). Lisäksi tutkijan tulee huolehtia, ettei tiedonantajan henkilöllisyys paljastu (Tuomi & Sarajärvi 2009, 141). Haastateltaville kerrottiin ennen opinnäytetyöhön osallistumista, että heidän anonymiteettinsä taataan. Tutkimusaineisto on vain opinnäytetyöntekijöiden hallussa.

Tutkimuksen kohteiden ja osallistujien lisäksi eettiset kysymykset liittyvät myös tutkimusraportin laatimiseen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 182). Hirsjärvi kollegoineen (1997, 29) toteaa, että tärkeitä periaatteita tutkimusraportin kirjoittamisessa ovat muun muassa, ettei toisten tekstiä plagioida, tuloksia ei sepitetä, raportointi ei saa olla harhaanjohtavaa tai puutteellista eikä toisten

tutkijoiden osuutta vähätellä. Näitä periaatteita noudattaen on opinnäytetyö kirjoitettu.

8.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Tuomen ja Sarajärven (2009) mukaan laadullisen tutkimuksen luettavuuden arvioinnista ei ole olemassa yksiselitteistä ohjetta. Tutkimus arvioidaan kokonaisuutena, jolloin sen sisäinen johdonmukaisuus painottuu. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 140–141.)

Opinnäytetyön aiheeksi valittiin työikäiset miehet ja heidän elintapansa. Aihe valittiin, koska työikäisten terveydestä, työssä jaksamisesta ja työurien pidentämisestä on keskusteltu yhteiskunnassa viime aikoina. Varsinkin miesten naisia epäterveellisemmät elintavat ovat tulleet esiin tutkimuksissa ja lehtiartikkeleissa. Näiden pohjalta aihe rajattiin työikäisiin miehiin ja heidän elintapoihinsa sekä työterveyshuollossa työterveyshoitajan tekemään terveystarkastukseen.

Aineiston keruu onnistui menetelmällisesti sekä teknisesti. Yksilöhaastattelut olivat ryhmähaastattelua toimivampi vaihtoehto haastateltaville ja haastattelijoille aikataulutuksen vuoksi. Haastatteluista neljä ensimmäistä tehtiin työparina ja viimeisen haastattelun toinen opinnäytetyön tekijöistä teki yksin. Kaikkien haastateltavien kanssa käytiin samat teemat ja kysymykset läpi. Hoitajat saivat luettavakseen ja kommentoitavakseen opinnäytetyön tulokset ennen sen julkistamista. Tarvittavat muutokset tehtiin heidän palautteensa mukaisesti.

Aineiston analyysi on tehty aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Haastattelujen tulkinnassa pyrittiin objektiivisuuteen. Tutkimusraportti on kirjoitettu selkeästi opinnäytetyön rakenne- ja muotovaatimuksia noudattaen. Opinnäytetyön teos on noudatettu laadullisen tutkimuksen eettisiä periaatteita. Kokonaisuudessaan opinnäytetyöprosessi kesti noin puolitoista vuotta.

8.3 Tutkimustulosten tarkastelu

Hoitajien mielestä miehet kuvaavat terveytensä yleensä hyväksi. Myös tutkimuksien (Perttilä 1998, 44; Pietilä 2008, 93; Saarinen, 43) mukaan miehet kokevat terveytensä hyväksi tai melko hyväksi. Kuitenkin miesten elintavat ovat hoitajien mukaan epäterveellisemmät kuin naisten. Tämä käy ilmi myös Työ ja Terveys 2009- sekä Suomalaisen aikuisväestön terveystilanteen ja terveys, kevät 2009 -tutkimuksista (Laitinen, Perkiö-Mäkelä & Virtanen 2010, 145; Helakorpi, Laitalainen & Uutela 2010, 12-15, 17, 18, 21).

Edellä mainittu ristiriita miesten kokeman terveyden ja elintapojen välillä voi johtua Pietilän (2009) mukaan miesten tavasta kuvata elämäänsä ja elintapojaan terveellisinä. Tämä ei kuitenkaan kerro miesten todellisista elintavoista. Tutkimuksen mukaan se, että miehet ovat omaksuneet terveellisyyskeskustelun, ei ole itsessään osoitus miesten elintapojen terveellistymisestä, vaan kulttuurisen arvoilmaston muutoksista (Pietilä 2009, 181).

Hoitajat perehtyvät ennen terveystarkastusta miesasiakkaan aikaisempiin tietoihin terveystarkastuksista. Tämä helpotti heidän työskentelyään ja keskustelun aloittamista terveystarkastustilanteessa. Asiakkaan hyvä tuntemus on terveyden edistämisen ja toimivan vuorovaikutuksen lähtökohtana, sillä se auttaa luomaan vuorovaikutustilanteesta ainutkertaisen ja dialogisen (Hirvonen, Pietilä & Eirola 2002, 219).

Vuorovaikutussuhteessa miesasiakkaan kanssa hoitajat pyrkivät yksilöllisyyteen ja asiakaslähtöisyyteen. Kohtaamishetkellä hoitajat pitivät tärkeänä asiakkaan kättelyä ja katsekontaktia. Heikkisen ja Laineen (1997, 154) mukaan hoitajan kehonkielellä on merkitystä kohtaamistilanteissa, sillä asiakas aistiin herkästi hoitajan ilmeitä ja eleitä. Kiireettömyys, ystävällisyys, katsekontakti ja koskettaminen ovat merkkejä asiakkaalle, että hoitaja on häntä varten (Heikkinen ja Laine 1997, 154).

Hoitajat pyrkivät pitämään ammatillisen ja luottamuksellisen ilmapiirin koko terveystarkastuksen ajan, jotta vuorovaikutussuhde asiakkaan kanssa pysyisi luontevana. Myös Kettusen (2001, 31) tutkimuksessa hoitajat pyrkivät ylläpitämään emotionaalisesti suotuista ilmapiiriä koko keskustelun ajan potilaiden avautumisen helpottamiseksi.

Hoitajat käyttivät samoja vuorovaikutuksen keinoja myös naisasiakkaiden kanssa. Hoitajien mielestä vuorovaikutuksessa miesasiakkaiden kanssa on kuitenkin joitakin eroja verrattuna naisasiakkaisiin. Esimerkiksi huumorin käyttö ja aroista asioista suoraan kysyminen toimivat miesasiakkaiden kanssa. Myös Kettusen tutkimuksen (2001, 31) mukaan miehet käyttävät humoristisia ilmauksia neuvontakeskustelun aikana.

Miesasiakkaan elintapamuutoksen motivoinnin hoitajat kokivat haastavaksi. Varsinkin liikuntatottumuksien muutoksien motivointi oli heistä vaikeaa. Myös Pirisen (2007, 82) tutkimuksen mukaan hoitajat pitivät vaikeana asiakkaan motivointia ja sitoutumisen tukemista. Hoitajien mukaan motivaatiota ei voida antaa suoraan asiakkaalle, vaan asiakkaan motivoitumista elintapamuutokseen pyritään herättelemään. Pirisen (2007, 82) mukaan tärkeä neuvonnan edellytys on asiakkaan aktiivisuus ja hoitajan oma asenne.

Hoitajilla on monia eri keinoja motivoida miestä elintapamuutoksessa. Toisin kuin Pirisen tutkimuksessa (2007, 71–73) tässä opinnäytetyössä hoitajat vetoavat useammin asiakkaalle elintapamuutoksesta koituvaan mielihyvän tunteeseen, talouteen sekä sosiaaliin seikkoihin. Hoitajien on helpompi motivoida miestä elintapamuutokseen kertomalla riskeistä ja sairauksista sekä kartoittamalla asiakkaan aikaisemmat positiiviset kokemukset elintapamuutoksesta. Myös Pirisen tutkimuksessa (2007, 71) hoitajat vetosivat hyötyyn ja perinteisesti terveyteen.

Hoitajien mielestä miehet haluavat kuulla konkreettisia mittaustuloksia ja niiden merkityksestä omaan terveyteensä. Kettusen (2010, 35–36) mukaan pelkkä tieto terveyteen liittyvistä asioista ei näyttänyt riittävän motivaation synnyttämi-

seen ja terveyskäyttäytymisen muuttumiseen, vaan miehet tarvitsivat konkreettisia syitä ja perusteluja muutoksen tekemiseen.

Hoitajat kokevat miehen asenteen ja negatiivisen suhtautumisen elintapamuutokseen vaikeuttavan elintapamuutoksen käynnistymistä. Osalla miehistä ei löydy hoitajien mielestä halukkuutta muutokseen. Absetzin (2010) artikkelin mukaan hoitajat kokevat, että asiakkailta ei puutu tietoa vaan muutoshalukkuutta. Muutoshaluttomuus voi liittyä tiedon jakamisen ja vastaanottamisen ongelmiin ja toisaalta haluttomuuteen eli tunteeseen, että muutos ei kannata tai siitä ei ole hyötyä asiakkaalle (Absetz 2010,8).

8.4 Johtopäätökset

Teoriaosuudessa on käsitelty terveydenhoitajan työmenetelmiä asiakkaan elintapamuutoksessa. Hoitajat eivät suoraan kertoneet käyttävänsä mitään tiettyä työmenetelmää työskennellessään miesasiakkaiden elintapamuutoksen parissa. Haastatteluita analysoidessa huomattiin kuitenkin hoitajien vastauksissa piirteitä useista työmenetelmistä, esimerkiksi terveystarkastelusta, interventtiivisestä haastattelusta, voimavaralähtöisestä ohjauksesta, muutosvaihemallista sekä motivoivasta haastattelusta.

Vaikka työterveyshuollon terveystarkastuksilla pyritään ehkäisemään työaltistumisesta johtuvia oireita ja sairauksia, on terveystarkastuksilla merkitystä myös työntekijän elintapojen ja terveyden edistäjänä. Kuten Nurmenniemi (2009, 16) kirjoittaa artikkelissaan, tilaisuuksia miehen kohtaamiseen ja elintapojen kartoittamiseen tulee työterveyshuollossa säännöllisten työterveystarkastusten yhteydessä. Terveystarkastukset antavat työterveyshoitajille mahdollisuuden edistää työikäisen miehen elintapoja ja harjaantua miesasiakkaan kohtaamisessa.

Vuorovaikutustaidot vaikuttavat merkittävästi työn tuloksellisuuteen eli siihen miten edistetään yksilön terveysosaamista ja terveyttä (Haarala ym. 2008, 133). Terveystarkastajan hyvillä vuorovaikutustaidoilla on siis suuri merkitys asiak-

kaaseen terveystarkastustilanteessa. Pelkkä tiedon antaminen ei riitä vaan myös sillä on merkitystä, kuinka tietoa jakaa asiakkaalle. Kokemus ja ihmisten kanssa työskentely tuovat varmuutta vuorovaikutukseen. Myös onnistumisen ja epäonnistumisen kokemukset asiakastilanteista vahvistavat vuorovaikutustaitoja.

Asiakkaan motivointi elintapamuutokseen on haastavaa, sillä motivaatiota ei voi antaa suoraan asiakkaalle. Eikä ole olemassa mitään nappia, jota painamalla saisi asiakkaan motivoitua muuttamaan elintapojaan. Kuitenkin Absetz (2010, 8) kirjoittaa artikkelissaan, että motiivoinnin keskeisimmät kulmakivet ovat opittavissa ja sovellettavissa kaikessa asiakkaan oman toiminnan edistämiseen tähtäävässä ohjaustyössä.

8.5 Jatkotutkimusaiheet

Tässä opinnäytetyössä kysyttiin työterveyshoitajien kokemuksia ja ajatuksia miehen elintavoista ja elintapamuutoksen motiivoinnista ja tukemisesta. Lisäksi kartoitettiin työterveyshoitajan ja miesasiakkaan vuorovaikutusta terveystarkastustilanteessa. Työterveyshuollon miesasiakkaiden haastattelu antaisi mahdollisuuden verrata tämän opinnäytetyön tuloksia heidän omiin ajatuksiinsa elintapamuutoksesta ja työterveyshoitajan roolista siinä. Vuorovaikutus- ja motiivointikeinojen kartoittaminen miehiltä antaisi tietoa siitä, toimivatko nykyiset keinot ja ovatko ne riittävät.

Toisena jatkotutkimusaiheena esitetään vuorovaikutuksen ja motiivoinnin tarkempaa tutkimista terveydenhoitajan ja miesasiakkaan välillä. Näiden aiheiden tarkempi tutkiminen on perusteltua, jotta miesten elintapojen muutoksia pystyttäisiin paremmin edistämään terveydenhuollossa.

8.6 Kehittämistehtävä

Opinnäytetyön kehittämistehtävän tarkoituksena on kirjoittaa artikkeli (Liite 2) hoitoalan lehteen. Kehittämistehtävän tavoitteena on esitellä opinnäytetyön päätulokset lyhyesti ja saada lukija pohtimaan työikäisten miesten terveyttä sekä terveydenhoitajan mahdollisuuksia edistää työikäisen miehen elintapoja.

Artikkeli on lähetetty Terveydenhoitaja-lehteen. Terveydenhoitaja-lehti on ajankohtaisten ammatti- ja järjestöasioiden tietolähde, jossa julkaistaan tietoa terveys-, sosiaali- ja koulutuspolitiikasta, terveydenhoitajan ja kuulontutkijan ammattiin, koulutukseen ja työhön liittyvistä asioista sekä edunvalvonnasta ja järjestötoiminnasta. Terveysalan oppilaitoksissa lehteä käytetään myös opetusaineistona. Lehti julkaisee artikkeleita, tutkimusselostuksia, yleiskatsauksia ja muita kirjoituksia. Terveydenhoitaja-lehti ilmestyy kahdeksan kertaa vuodessa, joista kerran kaksoisnumerona. (Terveydenhoitaja-lehti.)

Artikkeli kirjoitettiin Terveydenhoitaja-lehden toimituksesta saatujen kirjoitusohjeiden mukaisesti. Ohjeet antoivat mahdollisuuden kirjoittaa noin 5000 merkkiä pitkän artikkelin. Opinnäyteartikkeleissa tulee keskittyä tutkimustuloksiin ja niiden hyödynnettävyyteen terveydenhoitajatyössä, terveyden edistämisessä ja/tai ehkäisevässä kansanterveystyössä. Artikkelissa mainitaan vain keskeisimmät lähteet. (Terveydenhoitaja-lehti.)

Lehden toimitus arvioi kirjoituksen. Arvioinnissa lehti kiinnittää huomiota muun muassa tekstin ajankohtaisuuteen sekä yleiseen kiinnostavuuteen terveydenhoitajatyön kannalta. Lehti ilmoittaa artikkelin julkaisusta tekijöille.

LÄHTEET

Absezt, P. 2010. Miten ohjaan ja motivoin elintapamuutokseen? *Terveydenhoitaja* 1/2010, 8-12.

Antti-Poika, M., Martimo, K. & Husman, K. 2006. *Työterveyshuolto*. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Aukee, R. 2003. Terveyskäyttäytyminen ja sukupuoli. Teoksessa Luoto, R., Viisainen, K. & Kulmala, I. (toim.) *Sukupuoli ja terveys*. Tampere: Vastapaino, 205–209.

Eskola, J. 1997. *Eläytymismenetelmäopas*. Tampere: Tampereen yliopisto.

Eskola, J. & Pietilä, A-M. 2002. Eläytymismenetelmä ja terveysvalinta: ekskursion eläytymismenetelmän käyttöön nuorten terveysvalinnassa. Teoksessa Pietilä, A-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E-M. & Sirola, K. *Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät*. Helsinki: WSOY, 243–261.

Haarala, P., Honkanen, H., Mellin, O. & Tervaskanto-Mäentausta, T. 2008. *Terveydenhoitajan osaaminen*. Helsinki: Edita Prime.

Hallituksen politiikkaohjelma. 2007. *Terveyden edistäminen*. Luettu 15.7.2010. <http://www.vn.fi/toiminta/politiikkaohjelmat/terveys/ohjelman-sisaeltoe/fi.pdf>.

Heikkinen, R. & Laine, T. (toim.) 1997. *Hoitava kohtaaminen*. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Helakorpi, S., Laitalainen, E. & Uutela, A. 2010. *Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 7/2010*. Helsinki: Yliopistopaino. Luettu 7.7.2010. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/ce5ee5c1-6df4-44c2-bcd7-c3b735019570>.

Herttua, K. 2010. *The effects of the 2004 reduction in the price of alcohol on alcohol-related harm in Finland: A natural experiment based on register data*. Helsingin yliopisto. Sosiologian laitos. Väitöskirja. Luettu 15.7.2010. <https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/59476/theeffec.pdf?sequence=2>.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Hirvonen, E. 2000. *Raskaus nuoren valintana. Etnografia alle 18-vuotiaiden nuorten raskaudesta, tulevasta vanhemmuudesta ja elämäntilanteesta sekä äitiysneuvolakäynneistä*. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. Luettu 16.7.2010. <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-4950-9.pdf>.

Hirvonen, E., Pietilä, A. & Eirola, R. 2002. Terveyskeskustelu - tavoitteena dialogi terveyden edistämässä. Teoksessa Pietilä, A., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E. & Sirola, K. (toim.) Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: WSOY, 219–242.

Hyryläinen, M. 2003. Tutkijahaastattelussa: Antti Uutela. Terveyden edistämisen monet keinot. Kansanterveys-lehti 4/2003. Luettu 11.8.2010.
http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2003/4_2003/terveyden_edistamisen_monet_keinot/.

Häggman-Laitila, A. 1999. Terveys ja omatoiminen terveydenhuolto. Tampereen yliopisto. Lääketieteen laitos. Väitöskirja.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2001. Hoitamisen taito. Helsinki: Tammi

Joutsenniemi, K. 2007. Living arrangements and health. Helsingin yliopisto. Lääketieteen laitos. Väitöskirja. Luettu 7.9.2010.
<https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/27193/livingar.pdf?sequence=1>.

Juutilainen, I. 2004. Työterveyshoitajan käsikirja. Helsinki: Edita Prime Oy.
 Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1.paino. Helsinki: WSOY pro Oy.

Kansaneläkelaitos. 2010. Tupakoijilla yli 20-kertainen riski siirtyä keuhkoasthma- ja sydäntautien takia työkyvyttömyyseläkkeelle. Luettu 15.7.2010.
<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/net/060710115359PM?OpenDocument>.

Kansanterveyslaitos. 2002. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000-tutkimuksen perustulokset. Luettu 27.7.2010.
http://www.ktl.fi/attachments/liikunta/t2000_30plus_perusraportti_b3.pdf.

Kettunen, T. 2001. Neuvontakeskustelu. Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysneuvonnassa. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Väitöskirja.

Kettunen, T. 2010. Maskuliinisuus miesten terveystieteissä. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro-gradu -tutkielma. Luettu 21.7.2010.
<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/23250/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-201004191543.pdf?sequence=1>.

Koivula, U., Suihko, K. & Tyrväinen, J. 2003. 2. Uudistetun painoksen lisäpainos. Mission: Possible – Opas opinnäytteen tekijälle. Pirkanmaan ammattikorkeakoulu julkaisusarja C. Tampere.

Koski-Jännes, A., Riittinen, L. & Saarnio, P. (toim.) 2008. Kohti muutosta. Motiivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Lahelma, E. 1995. Huono- ja hyväosaiset miehet. Miehen terveyden kokovartalokuva. Teoksessa Kontula, O., Parviainen, T. & Santti, R. (toim.) Miehen terveys. Maskuliinisuuden onni ja kirous. Tampere: Kirjayhtymä Oy, 92–101.

Lahtinen, E. 1996. Työikäisten terveyden edistäminen avoterveydenhuollossa. Turun yliopisto. Kansanterveystieteen laitos. Väitöskirja.

Laitinen, J., Perkiö-Mäkelä, M. & Virtanen, S. 2010. Elintavat. Teoksessa Kauppinen, T., Hanhela, R., Kandolin, I., Karjalainen, A., Kasvio, A., Perkiö-Mäkelä, M., Priha, E., Toikkonen, J. & Viluksela, M. (toim.) Työ- ja terveys Suomessa 2009. Helsinki: Työterveyslaitos, 141–146.

Manninen, P., Laine, V., Leino, T., Mukula, K. & Husman, K. (toim.) 2007. Hyvä työterveyshuoltokäytäntö. Työterveyslaitos. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Martelin, T., Koskinen, S. & Valkonen, T. 2005. Kuolleisuus. Teoksessa Aromaa, A., Huttunen, J., Koskinen, S. & Teperi, J. (toim.) Suomalaisten terveys. Helsinki: Duodecim, 120–121.

Martimo, K., Antti-Poika, M. & Uitti, J. (toim.) 2010. Työstä terveyttä. Työterveyslaitos. Porvoo: WS Bookwell Oy.

Matikka, T. 2010. Muutoksen 7 siementä. Tiede 1/2010, 50–51.

Metsämuuronen, J. 2008. Laadullisen tutkimuksen perusteet. Metodologinen-sarja 4. 3. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Mikkola, L. 2006. Tuen merkitykset potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa. Jyväskylän yliopisto. Viestinnän laitos. Väitöskirja.

Mustonen, H. & Simpura, J. 2005. Alkoholin käyttö. Teoksessa Aromaa, A., Huttunen, J., Koskinen, S. & Teperi, J. (toim.) Suomalaisten terveys. Helsinki: Duodecim, 105–110.

Mäkelä, A., Ruokonen, T., & Tuomikoski, M. 2001. Hoitosuhdetyöskentely. Helsinki: Tammi.

Niermeyer, R. & Seyffert, M. 2004. Motivaatio. Suom. Hellsten, S. Alkuperäinen teos. 2002. Helsinki: Oy Rastor AB.

Nurmenniemi, V. 2009. Miehen terveyden tärkeät kysymykset. Terveystietä 4-5/2009, 16-18.

Näslindh-Ylispangar, A. 2008. Men's health behaviour, health beliefs and need for health counselling: A study amongst 40-year-old males from one Helsinki City region. Helsingin yliopisto. Lääketieteen laitos. Väitöskirja. Luettu 15.7.2010.

<https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/42018/mensheal.pdf?sequence=1>.

Näslindh-Ylispangar, A. 2009. Miesten terveystietäytyminen ja terveystietämukset. *Terveydenhoitaja* 4-5/2009, 18–20.

Oikarinen, A. 2008. Kainuulaisten miesten terveystietäytyminen –kulttuurinen näkökulma. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos. Väitöskirja. Luettu 15.7.2010.

<http://herkules.oulu.fi/isbn9789514288401/isbn9789514288401.pdf>.

Oikarinen, A. 2009. Kulttuurinen näkökulma miesten terveyteen. *Terveydenhoitaja* 2/2009, 18–20.

Palmgren, H., Jalonen, P., Jurvansuu, H., Kaleva, S. & Tuomi, K. 2008. Tietojen antaminen, neuvonta ja ohjaus (TANO) työterveyshuolloissa. Helsinki: Työterveyslaitos.

Peltola, R., Himberg, L., Laakso, J., Niemi, P. & Näätäinen, R. 2004. Toimiva ihminen. *Psykologia* 1. Helsinki: WSOY.

Perkiö-Mäkelä, M. 2010. TYÖ JA TERVEYS - haastattelututkimus 2009. Helsinki: Työterveyslaitos. Luettu 7.7.2010.

http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/tyo_ja_terveys_suomessa/Documents/tyo_ja_terveys_haastattelututkimus_2009.pdf.

Perttilä, M. 1998. Työikäisen miehen terveys ja voimavarat. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma.

Pietilä, A-M. & Eirola, R. 2002. Elämänhallintavalmiudet ja terveys: miten edistetään työikäisten terveyttä tulevaisuudessa?. Teoksessa Voutilainen, P., Saranto, K., Peiponen, A. & Mikkola, T. (toim.) *Hoitotyön vuosikirja 2002. Hoitotyön tulevaisuus*. Helsinki: Tammi, 73-86.

Pietilä, I. 2008. Between rocks and hard places: Ideological dilemmas in men's talk about health and gender. Tampereen yliopisto. Terveystieteenlaitos. Väitöskirja. Luettu 15.7.2010.

<http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-7399-9.pdf>.

Pietilä I. 2009. Kontekstuaalinen vaihtelu miesten puheessa terveydestä: yksilöhaastatteluiden ja ryhmäkeskustelujen vertaileva analyysi. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 46/2009, 171–183.

Pietinen, P. 2005. Ruoankäyttö ja ravinnonsaanti. Teoksessa Aromaa, A., Huttunen, J., Koskinen, S. & Teperi, J. (toim.) *Suomalaisten terveys*. Helsinki: Duodecim, 74–77.

- Pirinen, L. 2007. Työterveyshoitajan terveysneuvonta ja sen kehittäminen – esimerkkinä painonhallinta. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
- Poskiparta, M. 1997. Terveysneuvonta, oppimaan oppimista. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteen laitos. Väitöskirja.
- Prättälä, R. & Paalanen, L. (toim.) 2007. Elintavat ja niiden väestöryhmä erot Suomessa. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B2/2007. Luettu 27.7.2010. http://www.ktl.fi/attachments/liikunta/elli_raportti_2007b02.pdf.
- Raitasalo, K. 2008. Informal social control of drinking. Finland in the light of international comparison. Tampereen yliopisto. Sosiaalitutkimuksen laitos. Väitöskirja. Luettu 11.8.2010. <http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-7253-4.pdf>.
- Räsänen, J. 2006. Voimaantumisen oikeus ja välttämättömyys. Lahti: Päijät-Paino Oy.
- Saarinen, T. 2009. ”Oli kiire ja unohtui siinä” 40-vuotiaiden miesten poisjäänti terveystapaamisesta terveyskeskuksessa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Salo-Jokinen, B. 2010. Hämeenlinnassa opiskeltiin motivoivaa haastattelua. Terveystieteen laitos 4-5/2010, 14–16.
- Silvennoinen, M. 2004. Vuorovaikutuksen avaimet. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2004. Työterveyshuoltolaki. Opas työterveyshuoltolain soveltajille. Sosiaali- ja terveysministeriön opas 2004:12. Luettu 6.7.2010. <http://pre20090115.stm.fi/pr1097754690393/passthru.pdf>.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Terveys kannattaa –sanoista tekoihin. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2008:4. Luettu 15.7.2010. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3616.pdf,1-5.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Terveenä ja hyvinvoivana työelämässä. Terveystieteen laitos 4-5/2010, 14–16. Luettu 19.7.2010. http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet/terveyden_edistaminen_politiikkaohjelma/tyoelama.
- Terveystieteen laitos. 2010. Kirjoitusohjeet. Luettu 28.9.2010. <http://www.terveydenhoitajaliitto.fi/fi/julkaisut/terveydenhoitaja-lehti/kirjoittamisohjeet>.
- Terveystieteen laitos. 2009. Liikunta. Luettu 27.7.2010. http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/elintavat/liikunta/.

- Tilastokeskus. 2009a. Alkoholikuolemien määrä pysynyt ennallaan. Luettu 8.7.2010.
http://www.stat.fi/til/ksyyt/2008/ksyyt_2008_2009-12-18_tie_001.html.
- Tilastokeskus. 2009b. Elinajanodote. Luettu 7.7.2010.
<http://www.stat.fi/org/historia/elinajanodote.html>.
- Tilastokeskus. 2010a. Työikäinen väestö. Luettu 14.10.2010.
http://www.stat.fi/meta/kas/tyoikain_vaesto.html.
- Tilastokeskus. 2010b. Työvoimaosuus sukupuolen ja iän mukaan 2010/05 - 2009/05. Luettu 7.7.2010.
http://www.stat.fi/til/tyti/2010/05/tyti_2010_05_2010-06-22_tau_004_fi.html.
- Tilli, J. 2008. Työterveyshuollossa tehdyt terveystarkastukset työntekijöiden arvioimana. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Tomm, K. 1988. Interventiivinen haastattelu. Suom. Mattila, A. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2006. 1.- 4.painos. Laadullinen tutkimus ja sisällön-analyysi. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. 5., uudistettu painos. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Turku, R. 2007. Muutosta tukemassa. Valmentava elämäntapaohjaus. Helsinki: Edita Prime Oy.
- Ukki-instituutti. 2010. Liikuntapiirakka. Luettu 7.7.2010.
<http://www.ukkinstituutti.fi/ammattilaisille/terveysliikuntasuosituksset/liikuntapiirakka>.
- Uusitalo, H. 2001. Tiede, tutkimus ja tutkielma. Johdatus tutkielman maailmaan. Helsinki: WSOY.
- Vartiainen, E. 2005. Tupakointi. Teoksessa Aromaa, A., Huttunen, J., Koskinen, S. & Teperi, J. (toim.) Suomalaisten terveys. Helsinki: Duodecim, 99–104.
- Vertio, H. 2003. Terveyden edistäminen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Virtanen, S., Helakorpi, S., Kauppinen, T., Prättälä, R., Tuomi, K., Uutela, A. & Palo, L. 2006. Elintavat ja työssä altistuminen Suomessa. Helsinki: Työterveyslaitos.
- Vuorinen, I. 1993. Tuhat tapaa opettaa. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.
- Väisänen, L., Niemelä, M. & Suua, P. 2009. Sanat työssä. Vuorovaikutus ammattitaitona. Helsinki: Kirjapaja.

HAASTATTELUIDEN TEEMAT

1. Työterveyshoitajan keinoja edistää miehen elintapoja
 - Miten mies kuvaa terveyttään?
 - Millä keinoilla olet saanut miehen tiedostamaan elintapamuutokseen tarpeellisuuden?
 - Mitä keinoja käytät motivoitaksesi miestä vähentämään tai lopettamaan tupakoinnin?
 - Mitä keinoja käytät motivoitaksesi miestä vähentämään tai lopettamaan alkoholin käytön?
 - Mitä keinoja käytät motivoitaksesi miestä muuttamaan ravitsemustottumuksiaan?
 - Mitä keinoja käytät motivoitaksesi miestä muuttamaan liikuntatottumuksiaan?
 - Millaiset asiat mielestäsi miehen elämässä voivat vaikeuttaa elintapamuutoksen käynnistymistä?
 - Miten tuet ja arvioit yhdessä miehen kanssa elintapamuutoksen edistymistä?
2. Työterveyshoitaja ja mies vuorovaikutuksessa terveystarkastustilanteessa
 - Kuvaile miten avaat/aloitat terveystarkastustilanteen?
 - Millaisia vuorovaikutuksen keinoja käytät saadaksesi miehen kertomaan terveydestään?
 - Oletko havainnut eroja ollessasi vuorovaikutuksessa miesten kanssa terveystarkastustilanteessa verrattuna naisiin? Jos olet, niin millaisia?
3. Työterveyshoitajien kehittämissuhteita miehen elintapamuutoksen tukemiseen terveystarkastustilanteessa
 - Mitä toivoisit tueksi tämän hetkiseen terveystarkastustilanteeseen käsiteltäessä miesten elintapoja ja miehen motivointia elintapamuutokseen?

LIITE 2: 1 (3)

Miten motivoida miestä elintapamuutokseen?

Artikkeli pohjautuu Tampereen ammattikorkeakoulussa tehtyyn opinnäytetyöhön, jonka tarkoituksena on kuvata terveydenhoitajan vuorovaikutus- ja motiivokeinoja työikäisten miesten terveystarkastustilanteessa työterveyshuollossa. Opinnäytetyötä varten on haastateltu viittä työterveyshoitajaa Pirkanmaan alueelta.

Terveys on Suomessa poikkeuksellisen sukupuolittunutta: miesten terveys on kohentumisestaan huolimatta selvästi naisten terveyttä huonompi. Syitä tähän ovat muun muassa elintavat ja erot terveystarkastusten käytössä. (Hyryläinen, 2003.) Työ ja terveys 2009 -tutkimuksen mukaan miehillä epäterveelliset terveystottumukset ovat yleisempiä kuin naisilla. Terveelliset elintavat omaavia oli vain noin viidesosa miehistä ja kolmasosa naisista (Laitinen, J., Perkiö-Mäkelä, M. & Virtanen, S. 2010.)

Hoitajat ovat huomanneet miesten elintavoissa kohentumista: miesten tupakointi on vähentynyt ja kiinnostus ravintoa ja ruuanlaittoa kohtaan on lisääntynyt. Toisaalta osa miehistä ei edelleenkään syö juuri ollenkaan kasviksia ja hedelmiä. Myönteistä on, että osa miehistä on huolissaan omasta alkoholinkäytöstään. He ovat olleet helpottuneita, kun alkoholin käytöstä on keskusteltu terveystarkastustilanteessa.

Terveydenhoitaja ja miesasiakas

Tilaisuuksia miehen kohtaamiseen ja elintapojen kartoittamiseen tulee työterveyshuollossa säännöllisten työterveystarkastusten yhteydessä (Nurmenniemi 2009). Terveystarkastustilanteen avaus on tärkeä ensivaikutelman ja luontevan kanssakäymisen synnyn kannalta. Kohtaamishetkellä hoitajat pitivät tärkeänä asiakkaan kättelyä ja katsekontaktia.

Luodakseen luottamuksellisen ja luontevan vuorovaikutussuhteen miesasiakkaaseen hoitajat pyrkivät kohtaamaan asiakkaat yksilöinä. Hoitajat ovat huomanneet eroja olla vuorovaikutuksessa miesten ja naisten välillä. Huumori ja suoraan arkaluontoisistakin asioista kysyminen ovat toimivia vuorovaikutuskeinoja miesasiakkaiden kanssa.

Hoitajilla on monia eri keinoja motivoida miestä elintapamuutoksessa. He kokevat motivoinnin kuitenkin haastavaksi. Varsinkin liikuntatottumusten muutoksia on heidän mielestään vaikea motivoida. Hoitajat painottavat, ettei motivaatiota voida antaa suoraan asiakkaalle, vaan sitä pyritään herättelemään heissä.

(jatkuu)

LIITE 2: 2 (3)

Elintapamuutoksen käynnistymisessä hoitajat pyrkivät ensimmäiseksi saamaan asiakkaan itse arvioimaan nykyistä terveydentilaansa ja elintapojansa. Yhdessä asiakkaan kanssa keskustellaan, mitä muutoksia hän on valmis tekemään. Hoitajat pyrkivät löytämään asiakkaan positiiviset kokemukset aikaisemmista, onnistuneista elintapamuutoksista motivaation herättämiseksi. Mikäli asiakas ei ole valmis käynnistämään muutosta vielä, kehoitetaan häntä pohtimaan asiaa ja siihen palataan seuraavalla käynnillä.

Hoitajien on helpompi perustella elintapamuutoksen tarpeellisuutta miehille kertomalla mahdollisista riskeistä ja seurauksista kuten sairauksista. Hoitajien mielestä miehet haluavat kuulla konkreettisia mittaustuloksia ja niiden merkityksen omaan terveyteensä. Hoitajat pitävät tärkeänä sitä, ettei asiakasta syyllistetä.

Työterveyshoitajilla on mahdollisuus tukea ja arvioida miehen elintapamuutoksen edistymistä sopimalla jatkokäyntejä työterveyshuoltoon. Hoitajat sopivat jatkokäyntejä asiakkaan kanssa esimerkiksi painokontrolliin, ruokapäiväkirjan analysointiin tai tupakoinnin lopettamispalaveriin. Tukea miehelle annetaan kannustamalla. Hoitajat kertovat asiakkaille, että repsahdukset kuuluvat elintapamuutokseen, eikä kerrasta vielä tulisi antaa periksi. He kannustavat miehiä aloittamaan maltillisesti, jolloin pitkällä tähtäimellä saadaan pysyvämpiä elintapamuutoksia aikaiseksi.

Vuorovaikutuksen ja motivoinnin merkitys

Vaikka työterveyshuollon terveystarkastuksilla pyritään ehkäisemään työaltistumisesta johtuvia oireita ja sairauksia, on terveystarkastuksilla merkitystä myös työntekijän elintapojen ja terveyden edistäjänä. Terveystarkastukset antavat työterveyshoitajille mahdollisuuden edistää työikäisen miehen elintapoja ja harjaantua miesasiakkaan kohtaamisessa.

Vuorovaikutustaidot vaikuttavat merkittävästi työn tuloksellisuuteen eli siihen miten edistetään yksilön terveysosaamista ja terveyttä (Haarala ym. 2008, 133). Terveystarkastajan hyvillä vuorovaikutustaidoilla on siis suuri merkitys asiakkaaseen terveystarkastustilanteessa. Pelkkä tiedon antaminen ei riitä. Myös sillä on merkitystä, kuinka tietoa jakaa asiakkaalle. Kokemus ja ihmisten kanssa työskentely tuovat varmuutta vuorovaikutukseen. Myös onnistumisen ja epäonnistumisen kokemukset asiakastilanteista vahvistavat vuorovaikutustaitoja.

Asiakkaan motivointi elintapamuutokseen on haastavaa, sillä motivaatiota ei voi antaa suoraan asiakkaalle. Kuitenkin Absetz (2010, 8) mukaan motivoinnin keskeisimmät kulmakivet ovat opittavissa ja sovellettavissa kaikessa asiakkaan oman toiminnan edistämiseen tähtäävässä ohjaustyössä.

(jatkuu)

LIITE 2: 3 (3)

Artikkelin lähteet:

Absetz, P. 2010. Miten ohjaan ja motivoin elintapamuutokseen? *Terveydenhoitaja* 1/2010, 8-12.

Haarala, P., Honkanen, H., Mellin, O. & Tervaskanto-Mäentausta, T. 2008. *Terveydenhoitajan osaaminen*. Helsinki: Edita Prime.

Hryläinen, M. 2003. Tutkijahaastattelussa: Antti Uutela. *Terveyden edistämisen monet keinot*. *Kansanterveys-lehti* 4/2003. Luettu 11.8.2010.
http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2003/4_2003/terveyden_edistamisen_monet_keinot/.

Laitinen, J., Perkiö-Mäkelä, M. & Virtanen, S. 2010. *Elintavat*. Teoksessa Kauppinen, T., Hanhela, R., Kandolin, I., Karjalainen, A., Kasvio, A., Perkiö-Mäkelä, M., Priha, E., Toikkonen, J. & Viluksela, M. (toim.) *Työ- ja terveys Suomessa 2009*. Helsinki: Työterveyslaitos.

Nurmenniemi, V. 2009. *Miehen terveyden tärkeät kysymykset*. *Terveydenhoitaja* 4-5/2009, 16-18.