

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma / terveydenhoitotyö

Elisa Eskola - Meri Soukka

MIESTEN RYHTILIIKE ELINTAPAMUUTOKSEN TUKENA – Kehittämisideat ja  
kokemukset hankkeesta siihen osallistuneiden näkökulmasta

Opinnäytetyö 2012

## TIIVISTELMÄ

### KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma

ESKOLA, ELISA

Miesten ryhtiliikkeen arviointi elintapamuutoksen tukena -

SOUKKA, MERI

Kehittämisideat ja kokemukset hankkeesta siihen osallistuneiden näkökulmasta

Opinnäytetyö

47 sivua + 19 liitesivua

Työn ohjaajat

THM Asta Niemi

Lehtori Liisa Korpivaara

Toimeksiantaja

Kouvolan kaupunki, Terveiden edistämisen yksikkö

Tammikuu 2012

Avainsanat

terveys, miehet, sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijät, elintapamuutos

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Miesten ryhtiliikkeeseen vuonna 2010 osallistuneiden terveydentilaa sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöiden näkökulmasta hankkeen alussa ja sen päättymisen jälkeen. Lisäksi selvitettiin osallistuneiden kokemuksia Miesten ryhtiliikkeestä ja kehittämisideoita sille. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Kouvolan kaupungin Terveiden edistämisen yksikön kanssa.

Tutkimusaineisto koostui jo toteutetuista alkukartoituskyselyistä, jonka lisäksi tietoa hankittiin palautekyselyllä. Kyselylomakkeet sisälsivät strukturoituja, asteikko- ja avoimia kysymyksiä. Tutkimuksen tulosten analysoinnissa käytettiin sekä Microsoft Excel 2007 ja Zef 2010 -ohjelmia että laadullista sisällön analyysia.

Tutkimustuloksista selvisi, että osallistuneilla oli paljon sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöitä hankkeen alkaessa. Merkittävimmäksi riskitekijäksi nousivat ylipaino ja keskivartalolihavuus. Palautekyselyn tuloksissa riskitekijöiden esiintyvyys oli hiukan vähäisempää. Tuloksia on kuitenkin mahdotonta vertailla palautekyselyn pienen vastaajamäärän vuoksi - Muutoksen suuntaa voidaankin pitää suuntaa antavana. Osallistujat kokivat hankkeen pääosin myönteisenä ja hyödyllisenä. Kehittämisen aihetta nähtiin liikuntalajien valinnassa, kokoontumisista tiedottamisessa ja henkilökohtaisten tavoitteiden laatimisessa.

## ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Health Care

ESKOLA, ELISA  
SOUKKA, MERI

Evaluation of Men's Movement and Posture -Project  
in Supporting Lifestyle Changes

Bachelor's Thesis

47 pages + 19 appendices

Supervisors

Asta Niemi, MNSc  
Liisa Korpivaara, MNSc

Commissioned by

Unit of Health Promotion in Kouvola

January 2012

Key words

health, men, risk factors for cardiovascular diseases,  
life style change

The goal of this Bachelor's thesis was to survey the state of health of the participants in the Men's Movement and Posture -project 2010 taking into consideration the risk factors for cardiovascular diseases. They were studied in the beginning and at the end of the project. The participants were also inquired about their experiences and suggestions for future development. The thesis was carried out in co-operation with the City of Kouvola and its Unit of Health Promotion.

The material of the study consists of existing survey material and information gathered using a feedback survey. The questionnaires included structured, scaled and open questions. Microsoft Excel 2007 and Zef 2010 and a qualitative analysis were used to analyze the results.

The results indicate that the participants had many risk factors for cardiovascular diseases at the beginning of the project. The most prominent risk factors included general and visceral obesity. The feedback results showed that the risks had slightly declined towards the end of the project. It is not possible to compare the outcome of the two surveys, owing to the small number of returned feedback forms. The direction of change can be seen as indicative. The participants of the project found it mostly beneficial and positive. Aspects needing development included the selection of sport types, informing about meetings and setting personal goals.

# SISÄLLYS

## TIIVISTELMÄ

## ABSTRACT

1	JOHDANTO	6
2	MIEHEN TERVEYS	7
	2.1 Terveyden määrittelyä	7
	2.2 Miehen terveys Suomessa ja Kymenlaaksossa	8
3	METABOLINEN OIREYHTYMÄ SYDÄN- JA VERISUONISAIRAUKSIEN RISKITEKIJÄNÄ	11
	3.1 Verensokeri	11
	3.2 Kolesterolit	12
	3.3 Verenpaine	13
	3.4 Lihavuus	13
4	ELINTAPAMUUTOS SYDÄNTERVEYTTÄ EDISTÄMÄSSÄ	15
	4.1 Elintapojen merkitys sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöille	15
	4.1.1 Ravinto	15
	4.1.2 Liikunta	16
	4.1.3 Tupakointi	17
	4.1.4 Alkoholien käyttö	17
	4.2 Elintapamuutoksen toteuttaminen	18
	4.3 Ryhmä elintapamuutoksen tukena	20
5	MIESTEN RYHTILIIKE -HANKE KOUVOLASSA	21
	5.1 Kouvolan kaupungin terveyden edistämisen yksikkö	21
	5.2 Miesten ryhtiliike -hankkeen toteutus Kouvolassa	21
6	TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	22
7	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	23
	7.1 Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu	23
	7.2 Aineiston analyysi	24

7.3 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	25
8 TUTKIMUKSEN TULOKSET	27
8.1 Alkukartoituksen tulokset	27
8.1.1 Vastaajien taustatiedot ja syyt osallistumiseen	27
8.1.2 Elintavat ja kokemus omasta terveydestä	28
8.2 Palautekyselyn tulokset	29
8.2.1 Vastaajien taustatiedot ja osallistuminen hankkeeseen	30
8.2.2 Elintavat ja kokemus omasta terveydestä	31
8.3 Yhteenveto tutkimuksen alkukartoituksesta ja palautekyselystä	32
8.4 Vastaajien kehittämideoita ja kokemuksia hankkeesta	35
9 POHDINTA	37
LÄHTEET	41
LIITTEET	

Liite 1. UKK-terveysseula - Liikkumisen turvallisuuden ja sopivuuden arviointikysely

Liite 2. Sydän- ja verisuonitautien riskitekijäkartoitus

Liite 3. Terveyden edistämisen yksikön kyselylomake

Liite 4. Palautekyselyn saatekirje

Liite 5. Palautekysely

Liite 6. Palautekyselyn muistutusviesti

## 1 JOHDANTO

Kuolleisuus sydän- ja verisuonisairauksiin on vähentynyt 1970-luvulta lähtien huomattavasti. Siitä huolimatta sydän- ja verisuonisairaudet ovat suurin yksittäinen kuolinsyy Suomen väestössä. (Musakka 2011.) Sydän- ja verisuonisairauksien kuolleisuuden vähenemistä voidaan selittää kehittyneillä hoitomuodoilla ja sairauksien riskitekijöiden vähentymisellä. Tehostamalla hoitoa ja riskitekijöiden vähentämistä voitaisiin kuolleisuutta edelleen oleellisesti vähentää. (Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportti 2008, 13 - 14.)

Sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöihin kuuluvat lihavuus, kohonnut verenpaine ja sokeri- ja rasva-aineenvaihdunnan muutokset (Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportti 2008, 25). Myös elintavoilla on suuri vaikutus sydänterveyteen (Etu-Seppälä, Ilanne-Parikka, Haapa, Marttila, Korkee, & Sampo 2004, 71).

Suomessa miesten terveyttä käsitteleviä tutkimuksia on julkaistu varsin vähän (Oikarinen 2008, 38). Miehet kuolevat keskimäärin seitsemän vuotta naisia aikaisemmin. Merkittävimpiä syitä tähän ovat tapaturmat, sepelvaltimotaudit ja terveyskäyttäytymiseen liittyvät sukupuolierot. (Martelin, Koskinen & Lahelma 2005.) Oikarinen (2008) on tutkinut kainuulaisten miesten terveyskäyttäytymistä kulttuurisesta näkökulmasta; terveyden arvo ohjaa miesten terveyskäyttäytymistä vasta aikuisiällä, ja miehet eivät käytä terveyspalveluja mielellään. Pietilä (2008) on tuonut väitöskirjassaan esille, että terveystietoisuus on hiljalleen muotoutumassa olennaiseksi osaksi miehisyyttä.

Tiedetään, että terveyden menetys, diabetes, korkea verenpaine, sepelvaltimotauti tai sydäninfarkti ovat elintapamuutokseen motivoivia tekijöitä keski-ikäisillä henkilöillä (Dansinger 2007, Alahuhdan 2010, 68 mukaan). Elintapoihin vaikuttamalla voidaan ennaltaehkäistä sairauksia ja parantaa jo sairastuneiden elämänlaatua (Ylänen & Ruokanen 2009). Hankosen (2011) tutkimuksen mukaan odotusten ja omiin kykyihin uskomisen tunteiden vahvistuminen ja konkreettinen toiminta- ja varmistussuunnitelma ovat keskeinen osa onnistunutta elintapamuutosta.

Ihmisten terveyden lisäämisen tavoite on määritelty Suomen terveystoimintaa ohjauksessa Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa (Kehittämisohjelmat ja -hankkeet 2011). Suomessa on järjestetty erilaisia miesten terveyttä edistäviä hankkeita ja pro-

jekteja. Kouvolan kaupunki on järjestänyt useana vuonna 40 vuotta täyttäneille miehille Mies 40 -vuotta tarkastuksen, joiden tarkoituksena on ollut antaa tukea ja tietoa työikäisille miehille oman terveyden, toimintakyvyn ja elämänlaadun parantamiseksi (Viljakainen, Nuorivuori, Gärdström, Harjula, Kiiski, Korpelainen, Puhalainen, Kääräinen, Sihvonen, Laherto, Uusipakka, Koivisto & Kouhia-Turklin 2010, 26). Mies 40 -tarkastusten myötä huomattiin tarve miesten terveyden edistämiseksi. Kouvolan Terveyden edistämisen yksikkö järjesti Miesten ryhtiliike -hankkeen, jonka tavoitteena oli auttaa ylipainoisia ja vähän liikkuvia miehiä kohti parempaa terveyttä muuttamalla terveyst- ja liikuntatottumuksia. (Kouhia-Turklin, 2010.)

Opinnäytetyömme sai alkunsa, kun Kouvolan terveyden edistämisen yksikkö etsi yhteistyökumppania Miesten ryhtiliike -hankkeen arvioimiseksi. Aiheen ajankohtaisuus ja hankkeen tarkoitus tuntuivat tärkeiltä, joten tuntui mielekkäältä toimia yhteistyökumppanina Kouvolan terveyden edistämisen yksikölle. Tutkimuksessamme analysoimme Miesten ryhtiliikkeeseen osallistuneiden terveydentilaa sydän- ja verisuonisairauksien näkökulmasta tehtyjen alkukartoituskyselyiden avulla. Lisäksi toteutimme palautekyselyn, jossa kartoitimme hankkeeseen osallistuneiden miesten sen hetkistä terveydentilaa, kokemuksia hankkeesta ja kehittämisideoita Miesten ryhtiliikkeelle. Palautekysely toteutettiin noin vuosi Miesten ryhtiliikkeen järjestämisen jälkeen.

Opinnäytetyömme teoriataustassa käsittelemme terveyttä sydän- ja verisuonisairauksien näkökulmasta sekä yleisesti että miesten kannalta. Käsittelemme sydän- ja verisuonisairauksien syntyyn vaikuttavia riskitekijöitä: metabolista oireyhtymää ja terveystottumusten merkitystä. Keskeistä teoriataustassa on elintapamuutosten vaikutus sydänterveyteen.

## 2 MIEHEN TERVEYS

### 2.1 Terveyden määrittelyä

Maailman terveysjärjestö WHO:n mukaan terveys on yksilön fyysisistä, psyykkistä, sosiaalista, emotionaalista ja hengellistä hyvinvointia, joka vaihtelee elämän eri vaiheissa. Se voidaan ymmärtää selviytymisenä kullekin ikäkaudelle ominaisista työ- ja toimintakyvyn vaatimuksista, huolimatta sairauksista ja elämänlaatua heikentävistä

häiriötekijöistä. Terveys on ihmisten ja ympäristön välillä tapahtuvaa hyvinvointia, toimintakykyä ja tasapainoista vuorovaikutusta. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 15.)

Terveyteen vaikuttavat taustatekijät ovat yksilöllisiä, sosiaalisia, poliittisia, taloudellisia, kulttuurisia sekä ympäristöön liittyviä. Nämä taustatekijät ovat moninaisia ja keskenään vuorovaikutuksessa. Niiden vaikutusta välittäviä tekijöitä ovat terveyttä tukevat voimavarat, asenteet, terveyskäyttäytyminen, kyky omaksua ja tulkita terveystietoa sekä mahdollisuudet saada tai käyttää palveluja. (Savola 2005, Oikarisen 2008, 37 mukaan.) Nykyhetken terveys perustuu kaikkeen siihen, mitä edeltävän elämän aikana on tapahtunut. Omilla päätöksillä ja teoilla vaikutetaan tulevaan terveyteen. (Huttunen & Mustajoki 2007, 11.)

Terveyden kokemiseen vaikuttavat voimakkaasti omat kokemukset, arvot ja tavoitteet. Oma koettu terveys saattaa poiketa terveydenhuollon ammattilaisen objektiivisesta arviosta ja muiden, esimerkiksi läheisten, käsityksestä. Ihminen voi tuntea itsensä terveeksi, vaikka hänellä on useita vammoja tai sairauksia, joihin hän saa hoitoa. (Huttunen & Mustajoki 2007, 12 - 14.)

Terveyttä edistävällä toiminnalla pyritään vahvistamaan sekä yksilön että yhteisön voimavaroja ja parantamaan kansanterveydellisiä edellytyksiä (Peltö-Huikko, Karjalainen & Koskinen-Ollonqvist 2006, 12). Maailman terveysjärjestö, WHO, on määrittellyt terveyden edistämisen prosessiksi, joka antaa yksilölle ja yhteisölle entistä paremmat mahdollisuudet hallita terveyttä ja siihen vaikuttavia taustatekijöitä (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 15).

## 2.2 Miehen terveys Suomessa ja Kymenlaaksossa

Suomalaisten miesten elinajanodote on noin 76 vuotta. Kymenlaaksolaismies elää noin 74-vuotiaaksi. (Tietoa väestön terveydestä alueittain ja väestöryhmittäin 2011.) Tutkimuksen mukaan yli puolet miehistä kokee terveytensä erittäin hyväksi tai melko hyväksi (Peltonen, Harald, Männistö, Saarikoski, Peltomäki, Lund, Sundvall, Juolevi, Laatikainen, Alden-Nieminen, Luoto, Jousilahti, Salomaa, Taimi & Vartiainen 2008, 12–13). Kymenlaaksossa miehet kokevat terveytensä huonommaksi kuin miehet maassamme keskimäärin (Viljakainen ym. 2010, 4 - 5).



Tarkastelemme miesten terveyttä sydän- ja verisuonisairauksien näkökulmasta. Yleisimpiin sydän- ja verisuonisairauksiin kuuluvat sepelvaltimotauti, sydämen vajaatoiminta, aivoverenkiertohäiriöt, kohonnut verenpaine ja rasva- aineenvaihduntahäiriöt (Musakka 2011). Nämä sairaudet ovat yleisimpänä kuolinsyynä 65 vuotta täyttäneillä miehillä. Sairauksista yleisimmäksi kuolinsyyksi nousee sepelvaltimotauti. (Kuolemansyyt 2009.) Opinnäytetyömme kannalta keskeiseksi aiheeksi nousee metabolinen oireyhtymä, jonka vallitsevuus suomalaisessa keski-ikäisessä miesväestössä on 38 % (Vanhala 2009).

Sydän- ja verisuonisairauksien vuoksi menetetyt elinvuodet ovat hiukan yleisempiä Kymenlaaksossa kuin Suomessa keskimäärin. Kouvolassa sydämen vajaatoiminnan, verenpainetaudin ja sepelvaltimotaudin esiintyvyys on ollut vuonna 2008 hiukan korkeammalla kuin keskimäärin muissa Suomen kymmenessä suurimmassa kaupungissa. (Viljakainen ym. 2010, 7-10.)

Tutkimuksen mukaan vajaalla puolella 45–74-vuotiaista miehistä on diabetes tai sen esiaste. Puolet kaikista diabeetikoista eli jopa 200 000 suomalaista sairastaa tyypin 2 diabetesta tietämättään. (Saaristo, Oksa, Peltonen & Etu-Seppälä 2009, 67, 77.) Kouvolan alueella diabeteksen sairastavuus on hieman korkea suhteessa Suomen kymmenen suurimpaan kaupunkiin. Vuonna 2009 toteutetussa Kouvolan kaupungin Mies 40 -tarkastushankkeessa noin 40 prosentilla tutkituista oli kohonneet verensokeriarvot. (Viljakainen ym. 2010, 10, 26.)

Kansallisessa FINRISKI 2007 -terveystutkimuksessa noin 60 prosentilla 25 - 74-vuotiaista miehistä oli kohonneet kolesteroliarvot (Peltonen ym. 2008, 6). Kouvolaismiehistä 65 prosentilla todettiin kohonneet kolesteroliarvot vuoden 2009 Mies 40-tarkastukset -hankkeessa (Viljakainen ym. 2010, 26). 111

Kansallisessa FINRISKI 2007 -terveystutkimuksessa lähes puolella 35 - 64-vuotiaista suomalaisista miehistä oli kohonnut verenpaine, kun kriteereinä pidettiin verenpaineen kertamittauksen raja-arvoja 140 ja 90 mmHg (Peltonen ym. 2008, 8). Kouvolan alueella korkeiden verenpaine-arvojen esiintyminen on korkeahko suhteessa Suomen kymmenen suurimpaan kaupunkiin (Viljakainen ym. 2010,10).

Elintason kohoaminen ja teollistuminen näkyy nyky-yhteiskunnassa lihavuuden yleistyksenä. Suomalaiset ovat Pohjoismaiden lihavinta kansaa ja kehitys on ollut nou-

ussa; Vaikeasti lihavien määrä kasvaa jatkuvasti. (Mustajoki & Karvinen 2002b, 45 - 46.) Vuonna 2010 ylipainoisten 15 - 64-vuotiaiden miesten osuus Suomen väestöstä oli yli puolet. Kymenlaaksossa ylipainoisten miesten määrä oli vastaava. (Helakorpi, Jallinoja, Pajunen, Uutela & Virtanen 2011, 26.)

Keskeisimpiä sydän- ja verisuonisairauksien syntyyn vaikuttavia elämäntapoihin liittyviä riskitekijöitä ovat ravinto, liikunta, tupakointi ja alkoholinkäyttö (Mustajoki & Karvinen 2002a, 31). Näiden riskitekijöiden kehitys on ollut myönteistä Suomessa viimeisen 35 vuoden aikana, mikä on aikaansaanut kolesteroli- ja verenpainoarvojen huomattavan paranemisen (Peltonen ym. 2008, 19). Noin 80 % sepelvaltimotaudista voitaisiin välttää terveellisimmillä elämäntavoilla (Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases 2003, 43).

Suolan käyttö on vähentynyt viime vuosikymmenten aikana. Nykyään miehet saavat keskimäärin kahdeksan grammaa suolaa päivässä. (Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportti 2008, 20.) Vähärasvaisten ja rasvattomien tuotteiden käyttö on yleistynyt. Vain 5 % miehistä käyttää voita leivän päällä. Miehistä lähes kolmasosa syö päivittäin tuoreita kasviksia. (Helakorpi ym. 2010, 16.) Kymenlaaksolaiset käyttävät hiukan vähemmän rasvattomia tai vähärasvaisia tuotteita kuin Suomessa keskimäärin. Kasviksia Kymenlaaksossa käytetään enemmän kuin Suomessa keskimäärin. (Viljakainen ym. 2010, 10 - 11.) Noin 80 % työikäisistä suomalaismiehistä syö aamupalan päivittäin, mikä vastaa myös kymenlaaksolaismiesten tottumuksia (Helakorpi ym. 2010, 84).

Kansallisen FINRISKI 2007-tutkimuksen mukaan suomalaisista 30 - 59-vuotiaista miehistä noin 60 % harrastaa vapaa-ajanliikuntaa vähintään kaksi kertaa viikossa puolen tunnin ajan. Lähes puolet miehistä kokee fyysisen kuntonsa erittäin hyväksi tai melko hyväksi. (Peltonen ym. 2007, 13 - 14.) Vuonna 2010 noin kolmasosa kymenlaaksolaisista 25 - 64-vuotiaista miehistä ei harrastanut vapaa-ajanliikuntaa lainkaan (Helakorpi ym. 2010, 141).

Pitkällä aikavälillä suomalaisten päivittäistupakoinnin suunta on ollut laskussa, mutta vuosina 2006 - 2010 tupakoivien määrä kasvoi. Vuonna 2010 suomalaisista miehistä tupakoi 23 % ja vastaava luku Kaakkois-Suomessa oli 28 %. Päivittäin poltettujen savukkeiden määrä oli 15 tai enemmän noin puolella tupakoivista suomalaismiehistä. (Helakorpi ym. 2010, 22, 75.)

Työikäiset miehet kuolevat yleisimmin alkoholisyihin (Tietoa väestön terveydestä alueittain ja väestöryhmittäin 2011). Väkevien alkoholijuomien käyttö on vähentynyt, mietoja alkoholijuomia suositaan enemmän (Helakorpi ym. 2007, 9). Kouvossa alkoholiperäiset sairaudet ovat hälyttävällä tasolla ja kymenlaaksolaisten miesten alkoholin käyttö on humalahakuisempaa kuin Suomessa keskimäärin (Viljakainen ym. 2010, 5 - 16). Vuonna 2010 Suomessa myytiin 100 prosentista alkoholia asukasta kohden 8,1 litraa vuodessa. Kymenlaaksossa vastaava luku oli 8,5 litraa. (Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet 2011.)

### 3 METABOLINEN OIREYHTYMÄ SYDÄN- JA VERISUONISAIRAUKSIEN RISKITEKIJÄNÄ

Metabolinen oireyhtymä eli MBO on sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijä- kasauma. Nykykäsitysten mukaan keskivartalolihavuus on syynä poikkeavuuksien kasaantumiseen samalle yksilölle. Lihavuuden lisäksi metaboliseen oireyhtymään kuuluvat kohonnut verenpaine ja muutokset sokeri- ja rasva-aineenvaihdunnassa. Nykyaikaisilla mukavuudenhaluun perustuvilla elintavoilla on huomattava vaikutus kaikkiin metabolisen oireyhtymän taustalla oleviin tekijöihin. (Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportti 2008, 25 - 26.)

#### 3.1 Verensokeri

Elimistössä oleva sokeri, glukoosi, on peräisin ravinnosta, mutta myös maksa valmistaa sitä. Elimistö tarvitsee glukoosia solujen energiaravintoaineeksi. Glukoositasapainon säilymistä säätelevät monet mekanismit. (Nienstedt, Hänninen, Arstila & Björkvist 2004, 398.) WHO:n diabeteskriteerien mukaan normaali verensokerin paastoarvo on alle 6,1mmol/l (Diabeteksen Käypä hoito 2009).

Insuliini on korvaamaton osa glukoositasapainoa. Se on haiman erittämä hormoni, joka edistää glukoosin siirtymistä verestä etenkin rasva- ja lihassoluihin. Insuliinieritystä säätelee veren glykoosipitoisuus; Glukoosipitoisuuden lisääntyessä insuliinin eritystä kasvaa ja näin verensokeri laskee. (Nienstedt ym. 2004, 399 - 400.)

Sokeritauti, diabetes mellitus, on tila, jossa veren glukoosipitoisuus on suurentunut. Diabetestyyppejä on kaksi. Tyypin I diabetes, ns. nuoruusiän diabetes, johtuu haiman liian vähäisestä tai loppuneesta insuliinintuotannosta. Tyypin II diabeteksessa solut eivät reagoi insuliiniin normaalisti. (Bjälle, Haug, Sand, Sjaastad & Toverud 2002, 164.) Tyypin II diabeteksen todennäköisyyttä lisäävät mm. ylipaino, korkea ikä, diabeteksen esiintyminen suvussa, vähäinen fyysinen aktiivisuus, kohonnut verenpaine ja valtimosairaus (Diabeteksen Käypä hoito 2009). Tyypin II diabetes on vakava sairaus, joka johtaa usein ennenaikaiseen valtimosairauteen (Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportti 2008, 16).

### 3.2 Kolesterolit

Kolesterolilla tarkoitetaan veren rasva-arvoja. Kolesterolia saadaan ruuasta, ja elimistö syntetisoi sitä itsekkin. (Nienstedt ym. 2004, 408.) Kolesterolit ovat tarpeelliset solun rakennusaineet, ja ne kulkeutuvat elimistön eri osiin valkuaisaineiden sisällä (Mustajoki & Karvinen 2002a, 15).

Veressä kiertävää HDL-kolesterolia kutsutaan ”hyväksi” ja LDL-kolesterolia ”pahaksi”. HDL-kolesterolin nimitys johtuu sen valtimoiden terveyttä edistävästä toiminnasta; se kuljettaa kolesterolia pois kudoksista ja verisuonten seinämiä maksaan, jossa kolesterolit hajoavat. LDL-kolesterolin nimitys johtuu puolestaan sen taipumuksesta takerkua verisuonen seinämään ja muodostaa pesäkkeitä, jotka ovat ateroskleroosin eli valtimonkovettumataudin alku (Dyslipidemioiden Käypä hoito 2009).

Kolesterolin tavoitearvo on rasva-arvojen taso, joka ei lisää sairastumisvaaraa. HDL-kolesterolia tulisi olla vähintään 20 prosenttia kokonaiskolesterolista. (Mustajoki & Karvinen 2002a, 16.) Kokonaiskolesterolin määrän tulisi olla alle 5 mmol/l ja LDL-kolesterolin alle 3 mmol/l (Dyslipidemioiden Käypä hoito 2009).

Suurentunut veren kolesterolipitoisuus ei anna oireita ennen kuin se on vaurioittanut elimistöä esim. aiheuttamalla sepelvaltimotautin. Tämän vuoksi kolesteroliarvojen seuraaminen on tärkeää aikuisväestölle sydänsairauksien ennaltaehkäisemiseksi. (Mustajoki & Karvinen 2002a, 25.)

Kolesterolitutkimusten yhteydessä selvitetään usein myös triglyseridien määrää. Triglyseridit ovat rasvoja, joiden korkea taso lisää veren hyytymäalettua ja nopeuttaa se-

pelvaltimotautia. (Valtimotaudit ja niiden elintapahoito 2008.) Tavoitteellinen triglyseridien määrä on alle 2 mmol/l (Mustajoki & Karvonen 2002a, 19).

### 3.3 Verenpaine

Kun sydän supistuu ja pumpkaa verta verisuoniin, valtimoiden seinämiin syntyy painetta, jota kutsutaan verenpaineeksi. Verenpaine on välttämätöntä elimistön normaali-  
le toiminnalle, sillä se pitää verenkiertoa yllä ja varmistaa kudosten hapensaannin. (Mustajoki & Karvonen 2002b, 11.)

Verenpaine ilmaistaan kahdella luvulla. Suurempi luku, systolinen verenpaine, syntyy, kun sydän supistuu ja suurten valtimoiden paine on ylimmillään. Pienempi luku kuvastaa lepoaikaista sykäysten välillä, jolloin sydän levähtää ja paine on alimmillaan. Sitä kutsutaan diastoliseksi verenpaineeksi. Verenpainelukemat ilmoitetaan elohopeamillimetreinä, jonka tunnus on mmHg. (Mustajoki & Karvonen 2002b, 14.)

Verenpaine mitataan olkavarteen kiinnitettävää painemansettia käyttäen. Mittaus suoritetaan istuvassa asennossa, viiden minuutin rauhallisen istumisen jälkeen. Verenpainetaso määritellään laskemalla vähintään neljän eri päivänä tehdyn kaksoismittauksen keskiarvo. Verenpaineen tavoitearvo on alle 140/90 mmHg. (Kohonneen verenpaineen Käypä hoito 2009.)

Verenpainetta kohottaa runsas suolan ja alkoholin käyttö, liikapaino, liikkumattomuus, tupakointi, perinnöllinen taipumus ja psyykkiset tekijät kuten stressi. Pysyvästi kohonnut verenpaine lisää sydänkohtauksen ja aivohalvauksen riskiä, aiheuttaa muutoksia sydänlihakseen ja heikentää sydämen työmäärää. (Valtimotaudit ja niiden elintapahoito 2008.)

### 3.4 Lihavuus

Lihavuudella tarkoitetaan rasvakudoksen ylimäärää (Aikuisten lihavuuden Käypä hoito 2011). Se on seurausta elintason noususta, epäterveistä ruokatavoista ja liikunnan vähenemisestä. Lihavuutta voidaan arvioida painoindeksin ja vyötärön ympärysmittan mukaan. (Mustajoki & Karvonen 2002b, 45.)

Painoindeksi eli BMI antaa viitteellisen käsityksen normaalirakenteisen ihmisen suhteellisesta painosta. (Mustajoki & Karvinen 2002b, 46 - 47.) Painoindeksi lasketaan jakamalla paino pituuden neliöllä. Laskutoimituksessa paino on kilogrammoina ja pituus metreinä. Normaalipainon yläraja on  $25 \text{ kg/m}^2$ . (Aikuisten lihavuuden Käypä hoito 2011.)

Taulukko 1. Aikuisten lihavuuden Käypä hoito -suosituksen (2011) mukainen lihavuuden luokitus painoindeksin perusteella

<b>Painoindeksi</b>	<b>Painoluokka</b>
<b>18.5 – 24.9</b>	Normaalipaino
<b>&gt;25</b>	Liikapaino
<b>25.0 – 29.9</b>	Lievä lihavuus
<b>30.0 – 34.9</b>	Merkittävä lihavuus
<b>35.0 – 39.9</b>	Vaikea lihavuus
<b>40 tai yli</b>	Sairaalloinen lihavuus

Vyötärön ympärysmitta kertoo vatsaonteloon ja sisäelimiin kertyneen liiallisen rasvan määrästä. Vatsaonteloon kertyvä rasva on vaarallisempaa terveydelle kuin ihonalaisrasva (taulukko 2). Vyötärön ympärysmitta mitataan seisten paljaalta iholta alimman kylkiluun ja suoliluun puolivälistä. (Aikuisten lihavuuden Käypä hoito 2011.)

Taulukko 2. Vyötärön ympärysmitta ja siihen liittyvät terveystilat (Painoindeksi ja vyötärön ympärysmitta 2010)

<b>Vyötärön ympärysmitta (cm)</b>			
	Tavoitearvo	Lievä terveystila	Huomattava terveystila
Miehet	<94	94 - 101	>102
Naiset	<80	80 - 87	>88

Lihavuus kohottaa verenpainetta, lisää vaaraa sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin ja tyypin 2 diabetekseen. Lisäksi se heikentää toimintakykyä ja elämänlaatua. Lihavuuden hoidon tavoitteena on energiansaannin vähentäminen ja energiankulutuksen lisääminen. (Aikuisten lihavuuden Käypä hoito 2011.)

## 4 ELINTAPAMUUTOS SYDÄNTERVEYTTÄ EDISTÄMÄSSÄ

### 4.1 Elintapojen merkitys sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöille

Ikä, perimä ja miessukupuoli lisäävät riskiä sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin. Pelkät perinnölliset tekijät aiheuttavat harvoin sairastumisen. (Mäkijärvi, Kettunen, Kivelä, Parikka & Yli-Mäyry 2008, 15.) Sydämen ja verisuonten hyvinvointiin vaikuttavat enemmän omat päivittäiset päätökset, kun niiden yleensä ajatellaan vaikuttavan. Toimintakyvyn takaa hyvä terveys, ja siihen voidaan vaikuttaa ravinnon, säännöllisen liikunnan ja tupakoimattomuuden avulla. (Etu-Seppälä ym. 2004, 71.) Keskeistä sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisyssä ja hoidossa on riskitekijöiden tunnistaminen, hoito ja seuranta (Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportti 2008, 19).

Stressi, kielteiset tunteet ja negatiiviset asenteet saattavat edistää sydän- ja verisuonisairauksien kehittymistä ja heikentää jo sairastuneen ennustetta, koska stressihormoni kohottaa sydämen sykettä ja verenpainetta. Myös pitkittynyt unettomuus ja jatkuva univaje lisäävät sydän- ja verisuonisairauksien riskiä. (Mannonen, Penttilä & Rajala 2006, 99 - 100, 112.) Sosiaalisilla tekijöillä, kuten ihmisen asemalla yhteiskunnassa, on todettu olevan vaikutusta sydänterveyteen (Nieminen, Kaartinen, Partanen, Romo, Strandberg & Vanhanen 2000, 72).

#### 4.1.1 Ravinto

Sydän- ja verisuonisairauksien kehittymistä voidaan ehkäistä terveellisen ruokavalion avulla (Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportti 2008, 20). Ruokavaliossa oleellista on sen koostumus; terveellinen ruokavalio toteu-

tuu, kun syödään päivän aikana säännöllisesti useita pieniä aterioita ja kiinnitetään huomiota ruuan energiapitoisuuteen ja annoskokoihin. (Mäkijärvi ym. 2008, 78 - 79.)

Lautasmallia noudattamalla terveellisen ruokavalion periaatteet toteutuvat ja ruokamäärät säilyvät kohtuullisina. Lautasmallin mukaan puolet annoksesta tulisi olla tuoreita tai keitettyjä kasviksia, neljäsosa perunaa, tummaa pastaa tai riisiä ja toinen neljäsosa vähärasvaista ja – suolaista lihaa, kanaa, kalaa tai palkokasveja. Lisänä aterialle voi olla pala vähäsuolaista täysjyväleipää kasvismargariinin kera sekä lasillinen rasvaton maitoa tai piimää. (Lautasmalli 2011.)

Ravinnon sisältämät rasvahapot vaikuttavat verenpaineeseen, veren hyytymiseen, verisuonten seinämän aineenvaihduntaan ja insuliiniherkkyyteen. Rasvan osuus energiainsaannista tulisi olla 25 - 35 %. Miehillä tämä tarkoittaa noin 80 grammaa vuorokaudessa. Oleellisinta on kuitenkin rasvan laatu eikä määrä; kovia rasvoja tulisi välttää ja pehmeitä suosia. Kovaa piilorasvaa sisältävät mm. rasvaiset maitovalmisteet, makkarat, juustot ja muut lihavalmisteet sekä rasvaiset leivonnaiset. (Mäkijärvi ym. 2008, 81.)

Ravitsemussuositusten kulmakivi on kuidupitoisten hiilihydraattien riittävä saanti. Kuidut vaikuttavat suotuisasti glukoosi- ja rasva-aineenvaihduntaan. Niiden käytöllä on myös vaikutusta kolesteroliarvoihin. (Mäkijärvi ym. 2008, 82.) Kuidun saantisuositus miehillä on vähintään 35 grammaa vuorokaudessa. Suositeltavia kuidun lähteitä ovat täysjyväleivät ja -puurot, täysjyväriisi ja -pasta, marjat, hedelmät, juurekset, kasvikset, pavut, linssit, herneet, leseet ja siemenet. (Riittävästi kuitua 2011.)

Runsas suolankäyttö nostaa verenpainetta. Sydän- ja verisuonisairauksiin sairastumisen riski kasvaa, mikäli suolan käyttö ylittää 7,5 gramman vuorokausimäärän. Miehillä suositeltava suolan päiväannos on seitsemän grammaa eli runsas teelusikallinen. (Mäkijärvi ym. 2008, 83.)

#### 4.1.2 Liikunta

Sydänterveyteen vaikuttavia itsenäisiä eli muista riippumattomia vaaratekijöitä ovat liikunnan vähäisyys ja huono fyysinen kunto. Sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisy- ja hoitokeinoksi voidaan suositella säännöllistä kohtuullisen kuormittavaa liikuntaa. (Mäkijärvi ym. 2008, 89.) Terveiden kannalta yhtä haitallista on sekä liikapaino että



liikkumattomuus. Täysin liikuntaa harrastamattomilla on huono terveyskunto. Riittävä vähimmäisannos, jolla saadaan parannettua terveyskuntoa, on yhteensä tunnin rasittava tai kahden tunnin kohtuullisesti kuormittava liikkuminen viikossa. (Huttunen & Mustajoki 2007, 45.)

Liikunnan kokonaishyödystä merkittävin osa johtuu siitä, että sairastavuus ja kuolleisuus sydän- ja verisuonisairauksiin vähenevät. Aktiivisilla liikkujilla tai hyväkuntoisilla on ollut noin kolmanneksen ja enimmillään puolet pienempi sydänkuoleman riski kuin vähän liikkuvilla tai huonokuntoisilla. Kokonaiskuolleisuutta ja sydän- ja verisuonisairauksien aiheuttamaa kuolleisuutta pienentävät sekä liikunnan merkittävä lisääminen että fyysisen suorituskyvyn parantaminen. (Mäkijärvi ym. 2008, 92.)

#### 4.1.3 Tupakointi

Merkittävin sydän- ja verisuonisairauksien ehkäistävissä oleva vaaratekijä on tupakointi (Mäkijärvi ym. 2008, 108). Tupakoivalla sepelvaltimotautiin sairastumisen riski on 2 – 4 kertaa suurempi kuin tupakoimattomalla ja alaraajojen valtimosairauksien sekä sydäninfarktinkin vaara yli kaksinkertainen (Tulppa 2008).

Tupakassa oleellisimpia haittatekijöitä ovat tupakansavusta imeytyvä häkä ja nikotiini. (Mäkijärvi ym. 2008, 109). Tupakointi lisää veren hyytymäalttiutta, tukosvaaraa ja rytmihäiriöitä. Lisäksi se nostaa sykettä ja verenpainetta ja aiheuttaa hapenpuutetta kudoksissa. Tupakoinnilla on myös verisuontenseinämää vahingoittava ja kolesteroliarvoja huonontava vaikutus. (Tulppa 2008.)

#### 4.1.4 Alkoholin käyttö

Alkoholin kohtuukäyttö suojaa sydän- ja verisuonisairauksilta; pieninä annoksina nautittuna alkoholi vähentää veren hyytymistäipumusta ja lisää sepelvaltimotaudilta suojaavan HDL-kolesterolin pitoisuutta veressä. Runsas alkoholinkäyttö puolestaan lisää sydän- ja verisuonisairauksien aiheuttamaa kuolleisuutta. (Mäkijärvi ym. 2008, 108.) Alkoholi lisää merkittävästi vaaraa sairastua muun muassa verenpainetautiin, aivoverenvuotoon, eräisiin sydämen rytmihäiriöihin ja sydänlihasrappeumaan, kun alkoholin käyttömäärä on suurempi kuin 25 grammaa vuorokaudessa (Huttunen & Mustajoki 2007, 97).

Alkoholi sisältää runsaasti energiaa. Puhtaassa alkoholissa on energiaa seitsemän kilokaloria grammaa kohden. Kohtuullisen alkoholinkäytön raja on miehillä enintään kaksi alkoholiannosta päivässä. Yksi ravintola-annos alkoholia vastaa esimerkiksi pulloista keskiolutta tai lasillista mietoa viiniä. (Mustajoki 2002a, 46.)

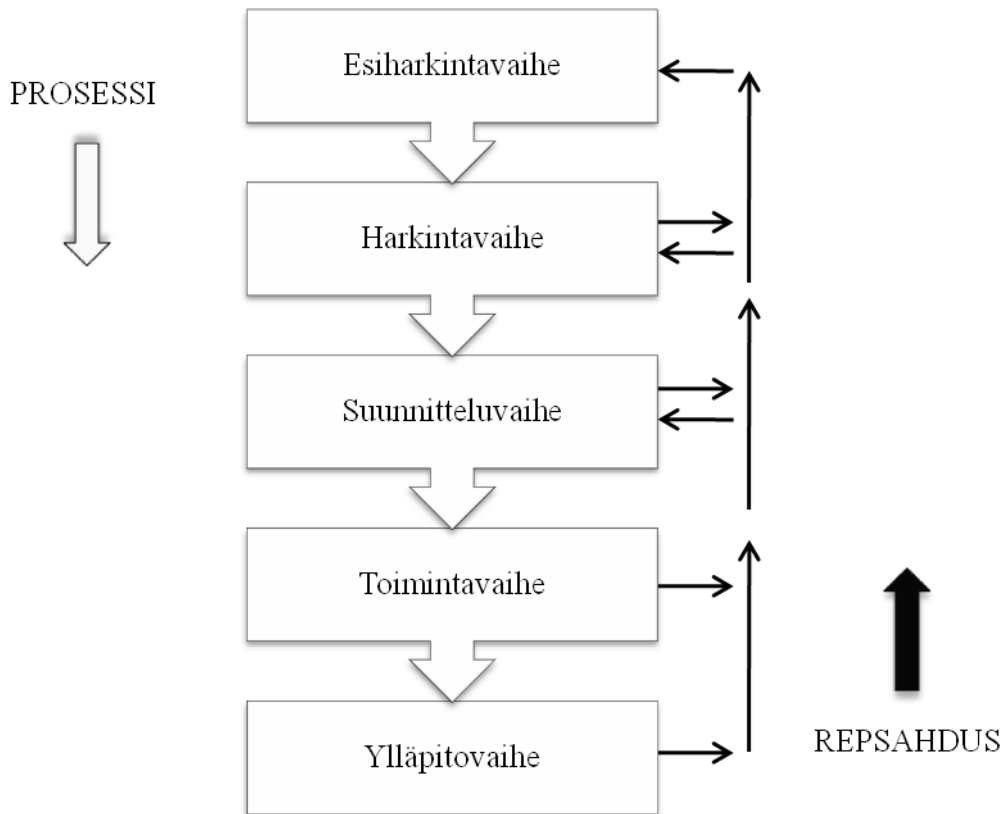
#### 4.2 Elintapamuutoksen toteuttaminen

Elintavoilla tarkoitetaan terveyteen vaikuttavia käyttäytymismuotoja – yleisimmin alkoholinkäyttöä, liikuntaa, ruokatottumuksia ja tupakointia (Borodulin, Sipilä, Raulio, Mäkinen, Talala & Prattala 2011). Pelkkä terveellisiin elämäntapoihin liittyvä tiedon määrä tai oikeellisuus ei saa yksilöä muuttamaan elintapojaan, merkitystä on myös perhetaustalla, koulutuksella, tavalla suhtautua terveysvaaroihin ja kokemuksilla terveydestä ja sairaudesta (Etu-Seppälä ym. 2004, 71).

Pysyvien elintapamuutosten tekeminen, oppiminen ja niihin sitoutuminen on hyvin haasteellista. Muutos edellyttää omaksumista tiedoissa, taidoissa ja asenteissa. Lisäksi elämäntapamuutoksen edellytyksenä on, että henkilö on motivoitunut muutokseen ja ymmärtää sen merkityksen terveytensä ja elämänlaatunsa kannalta. Mitä korkeampi on motivaatio itsehoitoon, sitä parempi on sitoutuminen muutosten tekemiseen. (Ylimäki 2009, 208, 216.) Muuttunut ajattelu voi johtaa toiminnan muuttumiseen, mikä taas voi tuottaa myönteisiä lääketieteen keinoilla todennettavia biologisia muutoksia. Elintapamuutoksen onnistumisen todennäköisyyttä lisää keskittyminen yhteen selkeään muutokseen kerrallaan. (Etu-Seppälä ym 2004, 71 - 73.)

Elintapoihin liittyvä käyttäytymisen muutos on pitkä prosessi (Vähäsarja, Poskiparta, Kettunen & Kasila 2004, 82). Muutosprosessia voidaan tarkastella Prochaskan muutosvaihemallin (kuva 1) mukaan, johon kuuluu kuusi vaihetta. Elintapamuutokseen sitoutuminen vaihtelee eri muutosvaiheissa (Ylimäki 2009, 210). Prosessi alkaa esiharkintavaiheella, jolloin henkilö ei ole tietoinen eikä kiinnostunut muutostarpeestaan. Harkintavaiheessa henkilö myöntää omakohtaisen terveysongelman. Suunnitteluvaihe lähestyy muutoksen toteutusta; henkilö pohtii eri vaihtoehtoja ja tekee tarvittavia valmisteluja. Pohdintaa ja suunnittelua seuraa toimintavaihe, jolloin siirrytään toiminnan ja tekojen tasolle. Ylläpitovaiheessa käyttäytymisen muutos on kestänyt yli puoli vuotta, ja se on mahdollista nähdä osana pysyviä elämäntapoja. Oleellisena osana muutosprosessia on repsahamisvaihe, joka voi ajoittua prosessin kaikkiin vaiheisiin. Kun repsahdus tulkitaan normaaliksi osaksi muutosprosessia, sitä voidaan tutkia op-

pimiskokemuksena ja harjoitella uusia tapoja päästä eteenpäin. Repsahdus voi olla joko väliaikainen tai pysyvä. (Turku 2007, 55 - 61.) Muutoksen alkaminen ei tarkoita suoraviivaista etenemistä, vaan prosessi voi missä vaiheessa tahansa pysähtyä ja palautua taaksepäin (Etu-Seppälä ym 2004, 73).



Kuva 1. Muutosvaihemalli Prochaskan mukaan

Muutosvaihemallin tiedostaminen herkistää kuuntelemaan henkilön puhetta ja auttaa ymmärtämään henkilön käyttäytymistä ja tilannetta (Alahuhta 2010, 37). Muutosvaiheen tunnistaminen säästää resursseja sekä ehkäisee ohjaajan ja asiakkaan turhautumista, koska muutosta käyttäytymisessä tapahtuu vasta sitten, kun henkilö on valmis muutokseen ja kokee muutoksen myönteisenä (Prochaska & Norcross, Alahuhta 2010, 37 mukaan).

Muutosvaihemallin tehokkuutta on arvioitu muun muassa tupakoinnin lopettamisen ja useiden eri käyttäytymismuutosten yhteydessä. Muutosvaihemalliin perustuvan neuvonnan on todettu olevan hyödyllinen muun muassa kasviksia ja hedelmiä, rasvan käyttöä ja liikuntaa koskevissa lyhyen aikavälin neuvonnoissa. Muutosvaihemallin tehokkuus yli vuoden kestävään laihutumiseen on ristiriitainen. (Alahuhta 2010, 30.) Vä-

häsarja (2004, 86) on tarkastellut Prochaskan muutosvaihemallin toteutumista perusterveydenhuollon liikuntaneuvonnassa. Tulosten perusteella voidaan todeta, että muutosvaihemalliin perustuva liikuntaneuvonta osoittautui joko yhtä vaikuttavaksi tai vaikuttavammaksi kuin kontrolliryhmien saama neuvonta.

#### 4.3 Ryhmä elintapamuutoksen tukena

Ryhmä on ihmisjoukon muodostama kokonaisuus. Ryhmä toimii tiettyjen säännönmukaisuuksien varassa: koko, tarkoitus, säännöt, vuorovaikutus, työnjako ja johtajuus (Niemistö 2002, 16 - 17). Ryhmänohjausta voidaan antaa joko tiettyä sairautta sairastaville tai jostain tietystä asiasta (Kyngäs & Hentinen 2009, 111). Elintapamuutosryhmän etuina voidaan pitää taloudellisuutta ja sen vuorovaikutukseen liittyviä etuja (Turku 2007, 87). Ryhmäläisillä on mahdollisuus saada vertaistukea, jonka tiedetään lisäävän hoitoon sitoutumista. Hoitoon sitoutumisen kannalta ryhmän ongelmana voidaan pitää asiakaslähtöisyyden ja yksilöllisyyden puutetta. Myös tavoitteiden asettelu voi jäädä yleiselle tasolle. (Kyngäs & Hentinen 2009, 112.)

Elintapamuutokseen suunnatuissa ryhmissä riittävän pieni ryhmäkoko on oleellinen lähtökohta, kun tavoitteena on kunkin ryhmäläisen motivoituminen omaan työskentelyyn ja vastuunottoon. Suositeltava ryhmäkoko on 8 - 12 henkilöä, mikä mahdollistaa yksilöllisen ohjaamisen. Ryhmän tarkoitus ja tavoitteet on hyvä tuoda esille alusta alkaen vastuun jakamiseksi ja työnjaon selkeyttämiseksi. (Turku 2007, 87 - 91.)

Ryhmän ajallista kulkua, ryhmän prosessia, voidaan tarkastella ryhmän kehitysvaiheiden mukaan. Ryhmän kehitysvaiheita ovat ryhmäytyminen, kuohuntavaihe, yhdenmukaisuusvaihe, toimiva ryhmä ja viimeisenä ryhmästä luopuminen. (Niemistö 2002, 160 - 162.) Yhteistä elintapamuutokseen pyrkiville ryhmille näyttäisi olevan ryhmäläisten nopea ryhmäytyminen ja sitoutuminen ryhmätoimintaan. Ryhmään sitoutuminen ei kuitenkaan merkitse välttämättä korkeaa sitoutuneisuutta omaan muutosprosessiin; sosiaaliset syyt saattavat korostuvat enemmän ryhmätyöskentelyn motiiveissa. (Turku 2007, 90.)

Ryhmän dynamiikka tarkoittaa ryhmän voimaa, joka syntyy ryhmän jäsenten keskinäisistä jännitteistä, kiinnostuksista ja tunteista (Kaukkila & Lehtonen, 2007, 27). Ryhmän dynamiikka on elintapamuutokseen motivoitumisessa avainasemassa; Esimerkiksi toivon herääminen saadaan hyödynnettyä ryhmässä usein yksilönohjausta

paremmin. Ryhmädynamiikan muita muutosta tukevia voimia ovat muun muassa tunteiden ilmaiseminen, rohkaisu, selviytymistarinat ja me-henki. (Turku 2007, 88.)

Ryhmään osallistuvien halukkuus elintapamuutokseen on erilainen; Eri yksilöiden muutosprosessit ovat eri vaiheissa. Ryhmänohjauksessa tämä tulisi ottaa huomioon ja toimia kunkin ryhmäläisen muutosvalmiuden asteen mukaisesti. Elintapamuutoksessa ihanteellisinta olisi kokonaisuus, jossa ryhmänohjaus toimisi yksilöohjausta täydentävänä osana. (Turku 2007, 92.)

## 5 MIESTEN RYHTILIIKE -HANKE KOUVOLASSA

### 5.1 Kouvolan kaupungin terveyden edistämisen yksikkö

Kouvolan kaupungin terveyden edistämisen yksikkö toimii perusturvan toimialan alaisuudessa. Sen tehtävänä on suunnitella, koordinoita, toteuttaa ja arvioida Kouvolan kaupungin väestön terveyden ja toimintakyvyn lisäämistä ja väestöryhmien terveyserojen vähentämistä. Työskentely toteutetaan yhteistyössä perusterveydenhuollon, kaupungin muiden toimialojen ja kolmannen sektorin kanssa. Terveyden edistämisen yksikössä työskentelee terveyden edistämisen suunnittelija, kaksi terveyskasvatuksen yhdyshenkilöä, ravitsemusterapeutti ja terveydenhoitaja. (Kouhia-Turklin 2009.)

### 5.2 Miesten ryhtiliike -hankkeen toteutus Kouvolassa

Kouvolan kaupungin Terveydenedistämisen yksikkö järjesti Miesten ryhtiliike -hankkeen keväällä 2010. Hankkeen ideana oli antaa yli 40-vuotiaalle ylipainoisille vähän tai ei lainkaan liikkuville miehille alkuinnostus muuttaa pysyvästi elintapoja, aktiivoida heitä säännölliseen liikuntaan ja antaa mahdollisuus kokeilla erilaisia liikuntalajeja.

Miesten ryhtiliikkeen suunnittelijana ja toteuttajana toimi Terveyden edistämisen yksikön projektityöntekijä yhdessä terveyden edistämisen suunnittelijan kanssa. Kunnossa kaiken ikää -ohjelma (KKI) toimi Miesten ryhtiliikkeen rahoittajana. (Kouhia-Turklin 2010.) KKI -ohjelma on valtakunnallinen ministeriöiden rahoittama toimintaohjelma, jonka tarkoituksena on innostaa yli 40-vuotiaita säännölliseen liikuntaan ja

luoda helposti lähestyttäviä liikuntapalveluja eri puolille Suomea (Kunnossa kaiken ikää -ohjelma 2008).

Tammikuussa 2010 Kouvolan terveyden edistämisen yksikkö kutsui tiedotusvälineet paikalle ja kertoi KKI-ohjelmasta ja Miesten ryhtiliike -hankkeesta. Artikkelit aiheesta ilmestyivät kahdessa paikallislehdessä tammikuun 2010 aikana, joilla rekrytoitiin osallistujia Miesten ryhtiliikkeeseen. Rekrytointiapuna toimivat myös avoterveydenhuolto ja työterveyshuolto.

Ilmoittautujia oli noin 100 henkilöä, joista 42 valittiin ryhmään. Valintaperusteina olivat vähäinen liikunnan harrastaminen, ylipaino ja 40 - 62 vuoden ikä. Ryhmään ei otettu henkilöitä, joiden terveydentila oli liian huono eri liikuntamuotojen kokeilemiseen.

Miesten ryhtiliike toteutettiin 22.2. - 22.5.2010. Ensimmäisellä kokoontumiskerralla Kymenlaakson Liikunta ry toteutti ryhmäläisille kuntotestauksen, johon sisältyi kävelytesti, lihaskuntotesti ja kehonkoostumusmittaus. Ryhmällä oli tapaamisia, joissa lisättiin miesten tietoisuutta terveellisistä elämäntavoista ja miehiä motivoitiin pysyviin elämänmuutoksiin. Kokoontumisissa terveydenhoitaja ja ravitsemusterapeutti pitivät luentoja ravitsemuksesta, päihteistä, unesta ja rentoutumisesta. Hankkeen aikana ryhmässä oli mahdollisuus osallistua yhteentoista eri liikuntalajiin: geokätköily, armeijasuksihiihto, karate, kävelytesti, vesiliikunta, kuntosali, petankki, kuntosuunnistus, suokävely, haulikkoampuminen ja ratsastus. Lisäksi ryhmän kokoontumisiin sisältyi Koko Kouvola liikkeelle -liikuntatapahtuma. (Kouhia-Turklin 2010.)

## 6 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tavoitteena oli kartoittaa Miesten ryhtiliikkeeseen osallistuneiden miesten terveydentilaa sydän- ja verisuonisairauksille altistavien riskitekijöiden näkökulmasta sekä hankkeen alkaessa että sen loputtua. Lisäksi tavoitteena oli selvittää kokemuksia Miesten Ryhtiliikkeestä ja ajatuksia sen kehittämisestä.

Tutkimuskysymykset:

1. Millainen Miesten ryhtiliikkeeseen osallistuneiden terveydentila oli hankkeen alussa ja vuosi hankkeeseen osallistumisen jälkeen sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöiden näkökulmasta?
2. Kuinka Miesten ryhtiliikkeeseen osallistuneet kokivat hankkeen tukeneen heidän terveyttään?
3. Miten Miesten ryhtiliikettä voisi kehittää hankkeeseen osallistuneiden näkökulmasta?

## 7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

### 7.1 Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu

Tutkimuskohteenamme oli Miesten ryhtiliikkeeseen osallistuneet miehet. Tutkimuksemme aineisto koostui sekä Kouvolan terveyden edistämisen yksikön teettämistä alkukartoituslomakkeista että niiden pohjalta laatimastamme palautekyselystä. Tarkoituksena oli saada tietoa kyseisestä ryhmästä, eikä aineistosta noussut tieto ole yleistettävissä.

Terveydenedistämisen yksikkö toteutti alkukartoituksen jo olemassa olevilla kyselylomakepohjilla: UKK -terveysseula – Liikkumisen turvallisuuden ja sopivuuden arviointikysely (liite 1) ja sydän- ja verisuonitautien riskitekijäkartoitus (liite 2). Lisäksi mukana oli terveyden edistämisen yksikön laatima lomake (liite 3). Alkukartoituslomakkeita oli 40 kappaletta.

Muiden keräämä aineisto, sekundaariaineisto, on harvoin sellaisenaan soveltuva käytettäväksi tutkimuksessa. Tutkimusaineisto tulisi kytkeä omaan tutkimusintressiin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 186.) Tutkimusaiheenamme oli Miesten ryhtiliikkeeseen osallistuneiden miesten terveys sydän- ja verisuonisairauksien riskien näkökulmasta, joten valitsimme alkukartoituslomakkeista aiheitamme vastaavat kysymykset analysoitaviksi. Kysymyksissä oli neljä teema-aluetta: perustiedot, sairaudet, terveyden kokeminen ja terveystyötyminen. UKK-terveysseula - kyselylomak-

keesta valitsimme aineistoksemme kysymysnumerot 6 - 11 sekä ikää koskevan kysymyksen ja Sydän- ja verisuonitautien riskitekijäkartoituksesta kysymysnumerot 7 - 9 ja 12. Terveydenedistämisen yksikön laatimasta lomakkeesta valitsimme aineistomme kaikki kysymykset nimeä lukuun ottamatta. Valitsemamme kysymykset sisälsivät 12 strukturoitua kysymystä ja viisi avointa kysymystä.

On mahdollista, että valmiin aineiston lisäksi osaan tutkimusongelmista on haettava vastausta keräämällä itse lisätietoa (Hirsjärvi ym. 2009, 186). Halusimme tutkia kokemuksia Miesten ryhtiliikkeestä ja kartoittaa osallistuneiden terveydentilaa hankkeen jälkeen. Laadimme palautekyselyn (liite 5), johon sisältyi alkukartoituslomakkeista valitsemamme terveydentilaa koskeva osio sekä kokemuksiin ja hankkeen kehittämisideoihin liittyvät kysymykset. Toistamalla alkukartoituslomakkeen terveydentilaa koskevat kysymykset palautekyselyssä pyrimme vertailemaan osallistuneiden terveyttä ennen ja jälkeen hankkeen. Palautekyselymme koostui 15 strukturoidusta, kahdeksasta avoimesta, seitsemästä asteikko- ja neljästä monivalintakysymyksestä. Kysymysten teema-alueina olivat perustiedot, sairaudet, terveyden kokeminen, terveystyötäytyminen sekä ryhmä ja osallistuminen.

Toteutimme palautekyselyn posti- ja verkkokyselyinä 13.4 - 11.5.2011. Verkkokysely lähetettiin 36 hankkeeseen osallistuneelle ja tämän lisäksi lähetimme vastaavan kyselyn paperiversiona kuudelle henkilölle, joilla ei ollut sähköpostia käytössään. Verkkokysely toteutettiin Zef 2010 -ohjelmalla ja kyselyyn osallistuminen mahdollistui sähköpostiin lähetetyn linkin kautta. Kyseisessä sähköpostissa oli saatekirje, joka sisälsi vastaamisohjeet ja Terveyden edistämisen yksikön koordinaattorin yhteystiedot (liite 4). Kaksi viikkoa ennen kyselyn sulkeutumista lähetimme miehille sähköpostiin muistutusviestin kyselyyn vastaamisesta (liite 6).

## 7.2 Aineiston analyysi

Aineiston analyysi on tärkeä tutkimuksen vaihe; sillä selvitetään vastaukset asetettuihin ongelmiin. Analyysin avulla aineistoa tulkitaan ja siitä tehdään johtopäätöksiä. Analyysivaiheessa tutkijalle voi selvitä, miten ongelmat olisi oikeastaan pitänyt asettaa. (Hirsjärvi ym. 2009, 221.)

Aineiston analyysi alkaa tietojen tarkistamisella, jolloin virheelliset ja puutteelliset vastaukset huomioidaan. Aineistoa voidaan täydentää tarvittaessa esimerkiksi kar-



huamalla. Kun aineisto on koossa, se järjestetään. Kvantitatiivisesta tutkimusaineistosta muodostetaan muuttujia, ja se koodataan laaditun muuttujaluokituksen mukaisesti. (Hirsjärvi ym. 2009, 221 - 222.) Kvalitatiivinen aineisto puretaan käsiteltävään muotoon ja järjestetään sen jälkeen. Kvalitatiivisella analyysillä aineisto pyritään tiivistämään kadottamatta sen sisältämää informaatioita; hajanaisesta aineistosta luodaan selkeää ja mielekästä. (Eskola & Suoranta 2001, 137, 150.)

Kävimme Terveyden edistämisen yksikön kokoamat alkukartoituslomakkeet läpi ja poimimme niistä valitsemiemme kysymysten vastaukset tutkimuksemme aineistoksi. Muodostimme aineistosta muuttujia ja syötimme tiedot Microsoft Office Excel -ohjelmaan laatimamme havaintomatriisiin. Matriisiin emme merkinneet lomakkeissa ilmenneitä epäselviä ja puutteellisia vastauksia. Alkukartoituksen vastaukset esitetään tuloksissa keskiarvoina, vaihteluväleinä ja prosentteina.

Tarkastimme palautekyselyn vastaukset, ja puutteellisten vastausten vuoksi hylkäsimme yhden lomakkeen. Palautekyselyn analysoinnissa käytimme apuna sekä Excel että Zef 2010 -ohjelmaa. Poimimme palautekyselystä alkukartoituksen kanssa yhteneväiset kysymykset ja vertailun vuoksi teimme myös näistä tiedoista vastaavan matriisiin. Zef 2010 -ohjelma esitti monivalinta- ja vaihtoehtokysymyksien vastaukset pylväsdiagrammeina ja janakysymysten vastaukset asteikkona. Numerokysymyksistä ohjelma laski keskiarvot. Palautekyselyn vastaukset esitetään tuloksissa vaihteluväleinä, keskiarvoina ja frekvensseinä.

Palautekyselyn avoimet kysymykset analysoimme laadullisesti. Huolellisen tarkastelun jälkeen avoimista vastauksista eroteltiin alaryhmiä vastausten mukaan. Lopulta ryhmiä vielä yhdisteltiin ja näin saatiin avoimista vastauksista eniten nousseet selkeiksi teemoiksi: hankkeen vaikutus, tarpeellisuus, arviointi ja kehittämisideat.

### 7.3 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksessa on noudatettava ihmisarvon kunnioittamisen periaatetta. Periaatteen mukaan on väärin aiheuttaa vahinkoa tai loukata tutkittavaa riippumatta tutkimuksen tarkoituksista. Peruskysymyksiin kuuluu se, mitä hyötyä tai haittaa tutkittaville tutkimuksesta on, miten heidän yksityisyytensä ja tutkimuksen luottamuksellisuus turvataan ja miten ollaan johdattamatta tutkittavia harhaan. (Eskola & Suoranta 2001, 56.)

Tutkimuksen eettiset kysymykset voidaan jakaa kahteen ryhmään tiedon hankintaan ja sen käyttöön liittyen. Tutkijan etiikka joutuu koetukselle lukemattomia kertoja tutkimusprosessin aikana. Tutkimuseettisiä ongelmakohtia ovat muun muassa tutkimuslupa ja aineiston keruuseen liittyvät kysymykset, osallistumiseen liittyvät ongelmat ja tutkimuksesta tiedottaminen. (Eskola & Suoranta 2001, 52.) Tutkimuksellemme oli myönnetty tutkimuslupa ennen opinnäytetyömme aloittamista ja Terveystieteiden tutkimuskeskuksen koordinaattorin hyväksynnällä jatkoimme tutkimusta olemassa olevalla luvalla.

Jokaiselle tutkittavalle on annettava riittävä informaatio tutkimuksen luonteesta ja korostettava vastaamisen vapaaehtoisuutta. Tutkittavien ja tutkijan välillä ei saa vallita sellaista riippuvuussuhdetta, joka oleellisesti vaikuttaa tietojen antamisen vapaaehtoisuuteen. Tietojen käsittelyssä ja niitä julkistaessa keskeiseksi nousee luottamuksellisuus ja anonymiteetti. (Eskola & Suoranta 2001, 55 - 57.) Tutkimuksessamme kyselylomaketta edelsi saatekirje, jossa korostettiin anonymiteetin ja tietosuojan säilymistä. Vastaaminen oli vapaaehtoista. Tutkimuksemme valmistuttua hävitimme alkukartoituslomakkeet ja sähköiset tiedostot.

Tutkimuksen luotettavuuden tarkkailu on osa tutkimusta. Luotettavuutta voidaan arvioida reliabiliteetin ja validiteetin näkökulmasta. Reliabelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta; Reliabelilla mittarilla tutkimustulokset olisivat eri mittauskerroilla melko samanlaisia. (Metsämuuronen 2006, 56.) Validius tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Vastaajat saattavat tutkia tutkimuksen mittarit ja menetelmät toisin kuin tutkija on ajatellut. (Hirsjärvi ym. 2009, 231.) Lomakkeen testaaminen ennen varsinaista tutkimusta vähentää vääринymmärryksiä tutkijan ja tutkittavan välillä (Kananen 2008, 12).

Jos tutkimus toistettaisiin, alkukartoituslomakkeista saatu tutkimustulos olisi todennäköisesti melko samanlainen. Kyselyiden vastauksiin on voinut vaikuttaa mittareiden ymmärrettävyys; Ovatko vastaajat ymmärtäneet kysymykset tutkijan tarkoittamalla tavalla. Myös vastaajien sen hetkinen kiinnostuneisuus ja motivaatio sekä kokemus, toiveet ja mielikuvat terveydestä ja hankkeen vaikutuksesta terveyteen saattoivat vaikuttaa tutkimustuloksiin. Esitestaamalla lomake haluttiin varmistaa, että kysymykset olivat ymmärrettäviä ja että saatiin vastauksia niihin asioihin, joihin on tarkoitus. Esi-

testasimme kyselyn ennen kyselykutsujen lähettämistä viidellä henkilöllä, ja tämän myötä teimme pieniä muutoksia kysymysten asetteluihin ja vastausvaihtoehtoihin.

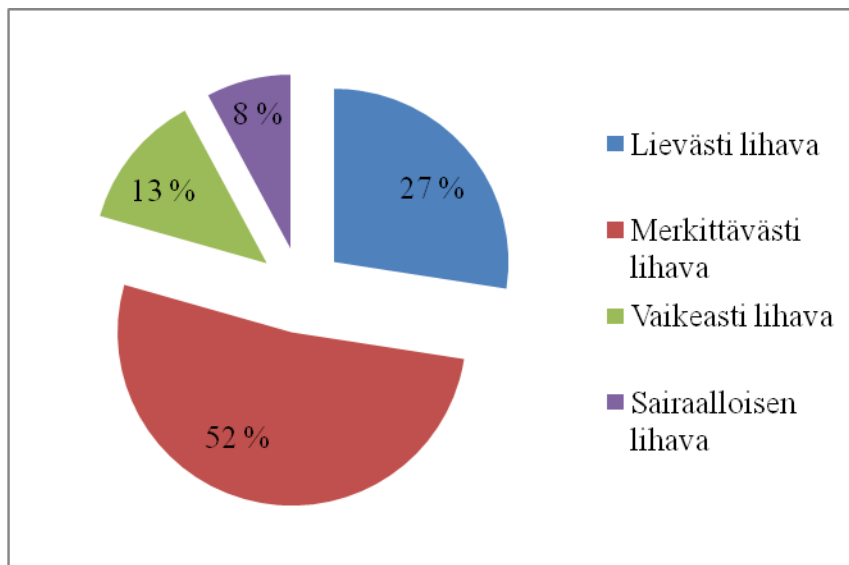
## 8 TUTKIMUKSEN TULOKSET

### 8.1 Alkukartoituksen tulokset

#### 8.1.1 Vastaajien taustatiedot ja syyt osallistumiseen

Miesten ryhtiliikkeen alkukartoitukseen osallistui 40 hankkeeseen ilmoittautunutta miestä. Miesten keski-ikä oli 53 ja ikäjakauma 41 - 66 vuotta.

Miehet painoivat 82 - 137 kilogrammaa (N=40) ja heidän keskimääräinen painoindeksi oli 32 (N=40). Kaikki Miesten ryhtiliikkeeseen osallistuneet olivat Aikuisten lihavuuden Käypä hoito -suosituksen (2011) mukaan ylipainoisia, kun lihavuus määritellään painoindeksin mukaan. Osallistujista 28 % oli lievästi lihavia, 53 % merkittävästi lihavia, 13 % vaikeasti lihavia ja 8 % sairaalloisen lihavia.



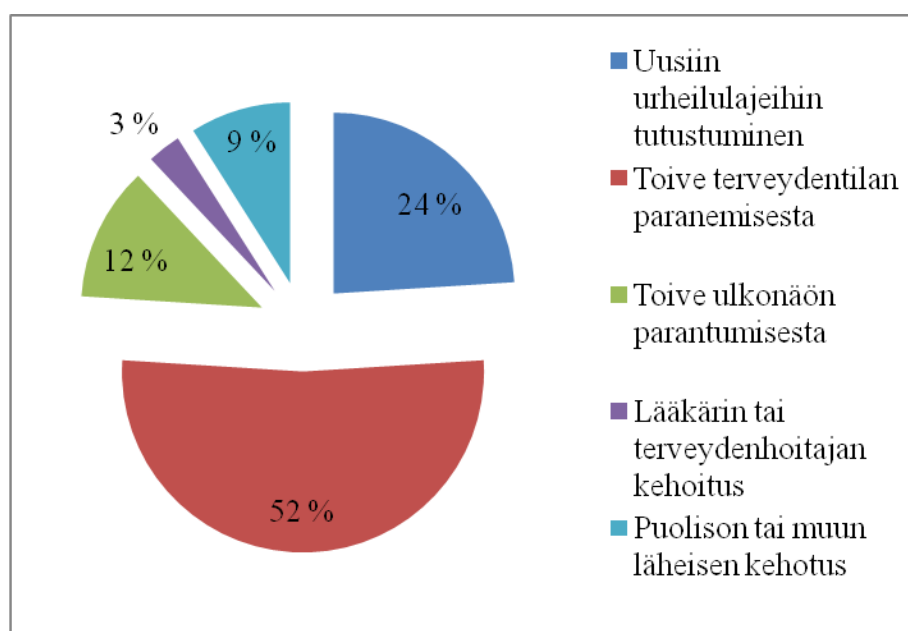
Kuva 2. Osallistujien painoindeksijakauma

Miesten vyötärönmpärysmitta oli 98 - 130 cm, keskimääräinen vyötärönmpäryys oli 114 cm (n=34). Vertailtaessa vyötärönmpärysmittoja Aikuisten lihavuuden Käypä

hoito -suositukseen (2011) 6 %:lla Miesten ryhtiliikkeeseen osallistuneista oli lievä terveyshaitta ja 94 %:lla merkittävä terveyshaitta.

Miesten ryhtiliikkeen alkukartoitukseen osallistuneista (n=37) lähes puolet (49 %) sairasti sydämen, verenkierto- tai hengityselimistön sairautta. Vastaajista 11 % esiintyi rintakipua tai hengenahdistusta levossa ja rasituksessa 16 %:lla (n=37). Noin kolmasosalla (37 %) vastanneista oli kohonnut verenpaine ja lähes joka kymmenes (12 %) sairasti diabetesta (n=37).

Lähes neljännes (24 %) miehistä (n=33) piti merkittävämpänä syynä Miesten ryhtiliikkeeseen osallistumiselle uusiin urheilulajeihin tutustumista. Vastaajista noin puolet (52 %) piti merkittävimpana syynä osallistumiseensa toivetta terveydentilan ja 12 % ulkonäön parantumisesta. Osallistujista 3 % oli hakeutunut Miesten ryhtiliikkeeseen lääkärin tai terveydenhoitajan ja 9 % puolison tai muun läheisen henkilön kehotuksesta.



Kuva 3. Osallistujien tärkein syy Miesten ryhtiliikkeeseen hakeutumisessa

### 8.1.2 Elintavat ja kokemus omasta terveydestä

Miesten Ryhtiliikkeen alkukartoitukseen osallistuneista (n=38) 79 % söi aamupalan päivittäin, 13 % joskus ja 8 % ei syönyt aamupalaa lainkaan. Suurin osa (63 %) osallistuneista miehistä (n=38) söi kasviksia päivittäin ja 37 % satunnaisesti. Miehistä

(n=38) 52 % vastasi juovansa aina janojuomaksi vettä, 40 % joskus ja 8 % ei ollenkaan. Miesten ryhtiliikkeeseen osallistuneista lähes kaikki (97 %) söi lämpimän aterian päivittäin ja 3 % satunnaisesti (n=38).

Vastanneista (n=38) kymmenesosa (10 %) ei harrastanut lainkaan liikuntaa ja lähes neljännes (24 %) harrasti liikuntaa joskus. Ryhtiliikkeen miehistä 24 % harrasti liikuntaa noin kerran viikossa, 26 % 1 - 2 kertaa viikossa ja 16 % kolme kertaa viikossa tai useammin. Lähes puolet (47 %) vastasi olevansa jonkin verran kiinnostunut ja yli puolet (53 %) erittäin kiinnostunut liikunnasta (n=32).

Alkukartoitukseen osallistuneista joka kymmenes (10 %) (n=39) tupakoi. Tupakoivista 50 % tupakoi satunnaisesti ja loput 50 % säännöllisesti. Säännöllisesti tupakoivista puolet tupakoi 5-9 ja puolet 10 - 14 savuketta päivässä.

Osallistujista suurin osa (94 %) (n=31) vastasi käyttävänsä alkoholia. Joka kymmenes (10 %) heistä käytti alkoholia kerran kuussa tai harvemmin, 41 % 2 - 4 kertaa kuukaudessa, 35 % 2 - 3 kertaa viikossa ja 14 % neljä kertaa tai useammin. Kysyttäessä kerralla juotavien alkoholiannosten määrää miehistä (n=28) 32 % vastasi nauttivansa 1 - 2 annosta, 36 % 3 - 4 annosta, 21 % 5 - 6 annosta, 4 % 7 - 9 annosta ja 7 % 10 annosta tai enemmän.

Kukaan vastanneista (n=33) ei kokenut terveyttään erittäin huonoksi tai erittäin hyväksi. Vastajista 9 % koki terveydentilansa olevan huono, 67 % kohtalainen ja 24 % hyvä. Vastanneista (n=33) kukaan ei arvioinut fyysistä kuntoaan selvästi huonommaksi tai selvästi paremmaksi kuin ikätovereillaan. Osallistuneista 9 % arvioi fyysisen kuntosensa olevan jonkin verran huonompi ja 24 % jonkin verran parempi kuin ikätovereilla. Suurin osa miehistä (67 %) arvioi fyysisen kuntosensa yhtä hyväksi kuin ikätovereilla.

## 8.2 Palautekyselyn tulokset

Sähköisellä kyselykutsulla saimme neljätoista vastausta. Paperiversioina lähetettyihin palautekyselyihin emme saaneet lainkaan vastauksia. Miesten ryhtiliikkeeseen osallistuneista 26 ei osallistunut palautekyselyyn.

### 8.2.1 Vastaajien taustatiedot ja osallistuminen hankkeeseen

Miesten Ryhtiliikkeen palautekyselyyn vastasi kolmesta hankkeeseen osallistunutta miestä. Miesten ikäjakauma oli 50 - 62 vuotta ja keski-ikä 57 vuotta (N=13).

Miesten paino vaihteli 76 - 121 kilogramman välillä (n=12). Miesten painoindeksien vaihteluväli oli 25 - 40 ja painoindeksien keskiarvo 32 (n=12). Kaikki palautekyselyyn osallistuneista olivat liikapainoisia, kun liikapaino määritellään Aikuisten lihavuuden Käypähoito -suosituksen (2011) painoindeksiluokituksen mukaan. Osallistuneista lähes puolet (42 %) oli lievästi lihavia, 33 % merkittävästi lihavia, 17 % vaikeasti lihavia ja 8 % sairaalloisen lihava (n=12).

Palautekyselyyn osallistuneiden vyötärön ympärysmittat vaihtelivat 93 - 130 senttimetrin välillä ja keskimääräinen vyötärön ympärysmitta oli 99 cm (n=11). Tarkasteltaessa vyötärön ympärysmittan ja terveyshaitan suhdetta Aikuisten lihavuuden Käypä hoito -suosituksen (2011) mukaan lähes kaikilla (82 %) vastanneista (n=11) oli huomattava terveyshaitta. Vastaajista 9 % oli lievä terveyshaitta ja 9 % saavutti tavoitearvon.

Miesten Ryhtiliikkeen palautekyselyyn vastanneista 23 % oli lääkärin toteama sydämen, verenkierto- tai hengityselimistön sairaus (N=13). Vastanneista kenelläkään ei ollut rintakipua tai hengenahdistusta levossa (N=13). Rasituksessa rintakipua tai hengenahdistusta esiintyi 15 % (N=13). Vastanneista 23 % oli verenpainetauti tai lääkärin toteama kohonnut verenpaine (N=13). Vastanneista 15 % sairasti diabetesta (N=13). Palautekyselyyn osallistuneista suurimmalla osalla (54 %) oli todettu kohonneet kolesteroliarvot (N=13).

Palautekyselyyn vastanneista (N=13) suurin osa (69 %) osallistui Miesten ryhtiliikkeen alkukartoitukseen ja lähes kaikki (92 %) alkuvaiheen kuntokartoitukseen. Suurin osa vastanneista (80 %) osallistui nautintoaineita ja päihteitä sekä unta ja rentoutumista koskevaan luentoon (n=10). Luentoon ravitsemuksesta osallistuivat kaikki vastanneet (n=10). Vastanneista (N=13) geokätköilyyn, kuntosuunnistukseen ja petankkiin osallistui 62 %, armeijasuksiihitoon 69 %, kuntosaliiin 77 % ja vesiliikuntaan 54 %. Vajaa puolet miehistä (46 %) osallistui karateen ja vajaa neljännes (23 %) suokävelyyn ja Koko Kouvola liikkeelle -tapahtumaan (n=13). Lähes kaikki vastanneista (85 %) osallistuivat kävelytestiin (N=13). Haulikkoampumiseen osallistui 8 % ja ratsas-

tukseen ei yksikään miehistä (N=13). Miesten ryhtiliikkeen loppukokoukseen osallistui vastanneista 30 % (n=10).

Palautekyselyyn vastanneista (n=12) 25 % koki elämäntilanteensa esteeksi Miesten ryhtiliikkeen kokouksiin osallistumiseen. Vastanneista 25 % unohti mennä paikalle ja 8 % vastanneista koki osallistumisen tarpeettomaksi. Muita syitä estymisille vastanneet (25 %) kertoivat olleen yhteensattumat, omat aikataulut, sää, ja työesteet. Vastanneista 17 % ei osannut sanoa syytä osallistumattomuuteen. Vapaapalautteessa ilmeni, että osallistumisinnostusta lisäsi kiinnostus tutustua liikuntamuotoihin ja halu oppia lisää terveysasioista.

### 8.2.2 Elintavat ja kokemus omasta terveydestä

Miesten ryhtiliikkeen palautekyselyyn osallistuneista lähes kaikki (92 %) söi aamupalan päivittäin ja 8 % joskus (N=13). Vastanneista 77 % söi kasviksia päivittäin 23 % joskus (N=13). Vastanneista suurin osa (69 %) juo janojuomaksi vettä lähes aina ja 23 % joskus. Vastanneista 8 % ei juonut vettä janojuomana ollenkaan (N=13). Kaikki vastanneet (N=13) söivät päivittäin ainakin yhden lämpimän aterian.

Palautekyselyn miehistä 8 % ei harrastanut liikuntaa koskaan (N=13). Osallistuneista 16 % harrasti liikuntaa noin kerran viikossa, 38 % 1 - 2 kertaa viikossa ja 38 % kolme kertaa viikossa tai useammin.

Miesten ryhtiliikkeen palautekyselyyn osallistuneista 15 % tupakoi (N=13). Puolet heistä tupakoi satunnaisesti ja puolet 15 - 19 savuketta vuorokaudessa.

Palautekyselyyn vastanneista (N=13) suurin osa (92 %) käytti alkoholia. Heistä lähes puolet (39 %) käytti alkoholia kerran kuussa tai harvemmin, 23 % 2 - 4 kertaa kuukaudessa, 15 % 2 - 3 kertaa viikossa ja 15 % neljä kertaa viikossa tai useammin. Alkoholia käyttävistä (n=12) suurin osa (67 %) vastasi juovansa 1 - 2 annosta kerrallaan. Vastaaajista 17 % joi 3 - 4 annosta, 8 % 5 - 6 annosta ja 8 % kymmenen annosta tai enemmän kerrallaan.

Palautekyselyyn osallistujista 8 % koki terveydentilansa erittäin huonoksi, 31 % kohtalaiseksi, yli puolet hyväksi (53 %) ja 8 % erittäin hyväksi (N=13). Miehistä 23 % arvioi fyysisen kuntonsa olevan jonkin verran huonompi, vajaa puolet (47 %) yhtä hy-

vä ja 15 % jonkin verran parempi kuin ikätovereillaan. Vastaajista 15 % koki fyysisen kuntonsa selvästi paremmaksi kuin ikätovereillaan (N=13).

### 8.3 Yhteenveto tutkimuksen alkukartoituksesta ja palautekyselystä

Taulukkoon 3 on koottu tutkittu tieto Miesten ryhtiliikkeeseen osallistuneiden terveydestä. Taulukkoon on valittu sekä alkukartoituskyselyssä että palautekyselyssä olleet toisiaan vastaavat kysymykset ja näiden tulokset.

Taulukko 3. Yhteenveto osallistuneiden terveydentilasta

	<b>Alkukartoitus</b>	<b>Palautekysely</b>
<b>Ikä:</b>	(N=40)	(N=13)
Vaihteluväli	41 - 66	50 - 62
Keskiarvo	53	57
<b>Paino</b>	(N=40)	(n=12)
Vaihteluväli (kg)	82 - 137	76 - 121
<b>Painoindeksi</b>		
Keskiarvo	32	32
Lievästi lihava	28 %	42 %
Merkittävästi lihava	53 %	33 %
Vaikeasti lihava	13 %	17 %
Sairaalloisen lihava	8 %	8 %
Yht.	100 %	100 %
<b>Vyötärön ympärys</b>	(n=34)	(n=11)
Vaihteluväli (cm)	98 - 130	93 - 130
Keskiarvo (cm)	114	99
<b>Terveyshaitta</b>		
Tavoitearvo	0 %	9 %
Lievä terveyshaitta	6 %	9 %
Merkittävä terveyshaitta	94 %	82 %
Yht.	100 %	100 %



	<b>Alkukartoitus</b>	<b>Palautekysely</b>
<b>Terveydentila:</b>	(n=37)	(N=13)
<b>Sydän-, verenkierto- tai hengitys elimistön sairaus</b>	49 %	23 %
<b>Rintakipu:</b>		
Levossa	11 %	0
Rasituksessa	16 %	15 %
Yht.	27 %	15 %
<b>Verenpainetauti/ kohonnut verenpaine</b>	37 %	23 %
<b>Diabetes</b>	12 %	15 %
<b>Ravitsemus</b>	(n=38)	(N=13)
<b>Aamupala:</b>		
Päivittäin	79 %	92 %
Joskus	13 %	8 %
Ei ollenkaan	8 %	0 %
Yht.	100 %	100 %
<b>Kasviksien käyttö:</b>		
Päivittäin	63 %	77 %
Joskus	37 %	23 %
Ei ollenkaan	0 %	0 %
Yht.	100 %	100 %
<b>Vesi janojuomana:</b>		
Lähes aina	52 %	69 %
Joskus	40 %	23 %
Ei ollenkaan	8 %	8 %
Yht.	100 %	100 %
<b>Lämmin ateria päivittäin:</b>		
Päivittäin	97 %	100 %
Joskus	3 %	0 %
Ei ollenkaan	0 %	0 %
Yht.	100 %	100 %

	<b>Alkukartoitus</b>	<b>Palautekysely</b>
<b>Tupakointi:</b>	Yht. 10% (n=39)	Yht. 15 % (N=13)
Satunnainen tupakointi	50 %	50 %
Säännöllinen tupakointi	50 %	50 %
Yht.	100 %	100 %
<b>Säännöllinen tupakointi</b>		
5 - 9 savuketta/vrk	25 %	0
10 - 14 savuketta/vrk	25 %	0
15 - 19 savuketta/vrk	0 %	50 %
Yht.	50 %	50 %
<b>Alkoholinkäyttö:</b>	(n=31)	(N=13)
Ei lainkaan	6 %	8 %
1krt/kk tai harvemmin	10 %	39 %
2 - 4 krt/kk	41 %	23 %
2 - 3 krt/vko	35 %	15 %
4 krt/vko tai useammin	14 %	15 %
Yht.	100 %	100 %
<b>Kerralla käytettävä määrä:</b>	(n=28)	
1 - 2 annosta	32 %	67 %
3 - 4 annosta	36 %	17 %
5 - 6 annosta	21 %	8 %
7 - 9 annosta	4 %	0 %
10 annosta tai enemmän	7 %	8 %
Yht.	100 %	100 %
<b>Liikunnan harrastaminen:</b>	(n=38)	(N=13)
Ei koskaan	10 %	8 %
Joskus	24 %	0 %
Noin kerran viikossa	24 %	16 %
1 - 2 krt/vko	26 %	38 %
3krt/vko tai useammin	16 %	38 %
Yht.	100 %	100 %

	<b>Alkukartoitus</b>	<b>Palautekysely</b>
<b>Terveydentilan kokeminen:</b>	(n=33)	(N=13)
Erittäin huono	0 %	8 %
Huono	9 %	0 %
Kohtalainen	67 %	31 %
Hyvä	24 %	53 %
Erittäin hyvä	0 %	8 %
Yht.	100 %	100 %
<b>Fyysinen kunto ikätovereihin verrattuna:</b>		
Jonkin verran huonompi	9 %	23 %
Yhtä hyvä	67 %	47 %
Jonkin verran parempi	24 %	15 %
Selvästi parempi	0 %	15 %
Yht.		100 %

#### 8.4 Vastaajien kehittämisideoita ja kokemuksia hankkeesta

Miesten ryhtiliikkeen palautekyselyyn vastanneista vajaa puolet (46 %) koki hankkeen innostaneen tutustumaan uusiin urheilulajeihin (n=11). Hieman yli puolet (55 %) muutti terveystottumuksiaan parempaan suuntaan ryhtiliikkeen myötä (n=11). Vastanneista 9 % koki Miesten ryhtiliikkeen parantaneen ulkonäköään ja 27 % itsetuntoon hanke vaikutti positiivisesti (n=11). Vastanneista 27 % koki, ettei Miesten ryhtiliike vaikuttanut heihin edellä mainituilla tavoilla.

Miesten ryhtiliikkeen palautekyselyyn osallistuneista 8 % koki Miesten ryhtiliikkeen vähentäneen suolan käyttöään merkittävästi, puolet (50 %) jonkin verran ja vajaa puolet (42 %) ei ollenkaan (n=12). Hankkeen vaikutuksen lisääntyneeseen kuitujen käyttöön koki merkittäväksi puolet (50 %) (n=12). Puolet (50 %) vastanneista koki kuitu-

jen käytön lisääntyneen jonkin verran hankkeen myötä. Vapaapalautteessa luento ravitsemuksesta sai kiitosta:

*”Itse pidin tärkeänä tietoa ravitsemuksesta, joka oli mielestäni onnistunut paketti.”*

Kolmannes vastanneista (33 %) koki Miesten ryhtiliikkeen muuttaneen liikuntatottumuksiaan merkittävästi positiivisempaan suuntaan (n=12). Kyselyyn osallistuneista puolet (50 %) koki muuttaneensa liikuntatottumuksia jonkin verran positiivisemmiksi Miesten ryhtiliikkeen myötä. Miehistä 17 % koki, ettei hankkeella ollut vaikutusta liikuntatottumuksiin. Palautuskyselyyn vastanneesta 8 % koki hankkeeseen osallistumisen vaikuttaneen tupakointiinsa jonkin verran vähentävästi ja muut vastaajat eivät kokeneet hankkeen vaikuttaneen heidän tupakankäyttöönään ollenkaan (n=12).

Vastanneista (n=12) 25 % koki Miesten ryhtiliikkeen vaikuttaneen alkoholinkäyttöönään merkittävästi ja 50 % jonkin verran. Puolet (50 %) palautekyselyyn osallistuneista ei kokenut hankkeen vaikuttaneen alkoholinkäyttöönään (n=12). Eräs vastaajista koki luennon tarpeettomana, sillä sen sisältö ei koskenut häntä. Palautekyselyssä nautintoaineita ja päihteitä koskeva luento koettiin sekä tarpeellisena että herättelevänä:

*”Asiasta ei koskaan puhuta liikaa. Eri esityksiä pitää olla paljon - joku aina ”kolahtaa” johonkin”*

Pääosin vastanneet olivat tyytyväisiä hankkeeseen ja Miesten ryhtiliikettä pidettiin kokonaisuudessaan hyvänä ja hyödyllisenä. Luennoitsijat ja henkilöt, jotka tutustuttivat miehiä uusiin liikuntalajeihin, saivat kiitosta:

*”Hyvä kokonaisuus.”*

*”Vetäjät hyviä. Tarpeellinen tapa toimia meidän miesten osalta. Kannustaa jatkaamaan.”*

Miesten ryhtiliikkeen markkinointi koettiin hyväksi ja paljon kansaa tavoittaneeksi. Hankkeen nimeä pidettiin innostavana ja kiinnostusta herättävänä:

*”Lähdin mukaan sanan ’Ryhtiliike’ ansiosta.”*

*”Hyvä ennakkomaininta.”*

Miesten ryhtiliikkeen kehittämiseksi vastaajat ehdottivat, että liikuntalajeihin tutustuminen olisi voinut olla paremmin kohderyhmän fyysistä kuntoa ja kiinnostusta vastaavaa. Liikuntalajien olisi toivottu olevan perinteisempiä:

*”Ei sovi todella huonokuntoisille.”*

*”...suurelle rahvaalle vieraita lajeja (esim. karate), jotka olisi voitu korvata kansanomaisemmalla lajilla.”*

Käytännön toteuttamisen ja tiedottamisen koettiin olleen joiltain osin puutteellista. Kokoontumisiin oli liittynyt joitakin väärinkäsityksiä:

*”Tarkat ajat ja paikat puuttuivat usein. Tuntui kuin kukaan ei oikein johtanut toimintaa.”*

Palautteessa ehdotettiin ryhmän jakamista pienryhmiin. Kokoontumisista toivottiin muistutuksia ja liikuntalajien kokeiluille vaihtoehtoja:

*”Parempi muistuttaminen. Tapaamiset oli pitkillä aikavälillä, joten unohtaminen lisääntyi matkan aikana. Sähköposti tai tekstiviesti olisi kannustanut kokoontumaan.”*

Miesten ryhtiliikkeeseen osallistuneet kaipasivat henkilökohtaisten tavoitteiden asettamista terveydentilan parantamisen ja elintapojen muuttamisen tueksi:

*”Ryhtiliikkeen nimi menetti merkityksensä, kun mitään tavoitteita ei asetettu.”*

## 9 POHDINTA

Alun perin tutkimuksemme tavoitteena oli vertailla Miesten ryhtiliikkeeseen osallistuneiden miesten terveydentilan ja elintapojen muutosta vertailemalla alkukartoituksen ja palautekyselyn tuloksia. Palautekyselyn pienen vastaajamäärän vuoksi tulokset eivät kuitenkaan ole yleistettävissä koko joukkoon, mutta varovaisesti arvioituna ne ovat suuntaa antavia.

Alkukartoituksen tuloksista on nähtävissä metaboliseen oireyhtymään kuuluvia riskitekijöitä. Erityisesti lihavuuteen liittyvät painoindeksin ja vyötärön ympäröityksen terveyshaitat olivat ryhmässä merkittäviä. Alkukartoituksen ja palautekyselyn tuloksia ei voida luotettavasti vertailla toisiinsa, joten painon kehityksen suuntaa ei voida yleistää koko ryhmään. Palautekyselyn tuloksista voidaan päätellä ainakin yhden vastanneen onnistuneen painonhallinnassa: vyötärön ympäröitysmitta ja paino ovat pienempiä kuin yhdelläkään alkukartoitukseen osallistuneista. Miesten ryhtiliikkeessä saatu vertaistuki on voinut motivoida kyseistä henkilöä sitoutumaan elintapamuutokseen ja saavuttamaan siten tuloksia (Kyngäs & Hentinen 2009, 112).

Hankkeeseen osallistuneista vain murto-osa vastasi sairastavansa diabetesta. Tutkimuksemme tuloksissa tuli esille, että Miesten ryhtiliikkeeseen osallistuneilla oli havaittavissa useita diabeteksen taustalla olevia riskitekijöitä. Teoriaosuudessa totesimme, että lähes puolet suomalaisista 45 - 74-vuotiaista sairastaa diabetesta tietoisesti tai tietämättään (Saaristo ym. 2009, 67). Tutkimustuloksissa meitä yllätti riskitekijöiden suuren määrän ja diabeteksen sairastavuuden suhde. Siksi pohdimmekin, kuinka moni hankkeeseen osallistuneista sairastaa diabetesta tietämättään. Olisi ollut mielenkiintoista saada enemmän vastaajia palautekyselyyn ja verrata diabetesta sairastavien määrää alkukartoituskyselyn tuloksiin.

Tutkimuksessamme kävi ilmi, että Miesten ryhtiliikkeen alussa puolet hankkeeseen osallistuneista sairasti sydämen, verenkierto- tai hengityselimistön sairautta, mikä on tyypillistä ylipainoisille (ks. Aikuisten lihavuuden Käypä hoito 2011). Sekä alkukartoituksen että palautekyselyn tuloksista nousi esille, että valtaosa hankkeeseen osallistuneista piti terveydentilaansa hyvänä tai kohtalaisena liikapainosta ja osallistuneille yleisistä sydän- ja verisuonisairauksien esiintymisestä huolimatta. Hankkeeseen osallistuneilla miehillä oli mielestämme hyvä subjektiivinen kokemus terveydentilastaan suhteessa tutkimustuloksissa todettuun objektiiviseen terveydentilaan. Hankkeessa vallinnut ryhmädynamiikka on voinut muuttaa miesten terveyden kokemusta positiivisempaan suuntaan (Turku 2007, 88). Terveydenhoitotyön kannalta ajatellen on mutkikasta, jos selkeää elintapamuutosta tarvitseva kokeekin itsensä kovin terveeksi eikä tunnista itsessään henkilökohtaisia terveysongelmiaan.

Tulosten mukaan alkukartoitukseen osallistuneista huomattavan harva ilmoitti harrastavansa liikuntaa kolme kertaa viikossa tai useammin. Palautekyselyyn vastanneista

liikuntaa kolme kertaa viikossa tai useammin vastasi harrastavansa noin puolet. Tästä eroavaisuudesta herää kysymys, olivatko palautekyselyyn vastanneet miehet hankkeeseen osallistuneista aktiivisimpia vai onko Miesten ryhtiliike päässyt osittain tavoitteeseensa eli käynnistänyt miehissä elintapamuutoksen. Miesten ryhtiliikkeeseen sisältyi monta liikuntakokeilua (Kouhia-Turklin 2010). Näemme liikunnan selkeäksi ja helposti asetettavaksi tavoitteeksi elintapamuutoksen toteuttamisessa. Keskittyminen yhteen tavoitteeseen, tässä tapauksessa liikuntatottumusten lisäämiseen, on voinut edesauttaa elintapamuutoksen onnistumista (Etu-Seppälä ym. 2004, 71).

Voimme todeta tutkimuksemme tulosten perusteella Miesten ryhtiliikkeeseen kuuluneen luennon pähteistä saaneen osallistujissa muutosta aikaan; kolme hankkeeseen osallistuneista vastasi palautekyselyssä luentojen vaikuttaneen alkoholinkäyttöön. On mainittavaa, että puolet palautekyselyyn vastanneista eivät kokeneet hankkeen vaikuttaneen alkoholinkäyttöön lainkaan. Korostaisimme kuitenkin, että yksikin elintapamuutoksen toteuttamisessa edennyt tai onnistunut parantaa suomalaisten keskimääräistä terveyttä ja vahvistaa Miesten ryhtiliikkeen hyödyllisyyttä. Pohdimme, että jokaiselle hankkeeseen osallistuneelle on hyvin luultavasti jäänyt jotakin mieleen hankkeen luennoista tai liikuntakokeiluista. Asiat saattavat myöhemmin muistua mieleen, mikä edesauttaa matkaa kohti terveellisempää elämää.

Hankkeeseen osallistuneiden terveydentilan selvittämisen lisäksi tutkimuksemme tavoitteena oli saada tietoa osallistuneiden kokemuksista Miesten ryhtiliikkeestä. Lisäksi tutkimme kehittämisideoita osallistuneiden näkökulmasta. Avoimissa kysymyksissä keskeisimmäksi kehittämisideaksi nousi toiminnan organisointi: tiedottamiseen sekä kokoontumispaikkoihin ja -aikoihin liittyvät asiat.

Palautekyselyn tuloksissa tuli esille selkeiden tavoitteiden asettamisen puute. Miesten ryhtiliikkeen ensimmäisillä tapaamisilla olisi ollut hyvä keskustella hankkeen tavoitteista ja tukea osallistuneita laatimaan henkilökohtaiset tavoitteet oman terveytensä edistämiseksi hankkeen aikana (ks. Turku 2007, 91).

Tutkimuksemme tuloksissa ilmeni, että suurin osa miehistä oli osallistunut hankkeeseen toiveenaan oman terveydentilan parantuminen. Hankkeen kokoontumiset ja luennot mahdollistivat tietojen, taitojen ja asenteiden muutoksen, mikä on perusedellytys terveydentilan muuttumiselle (ks. Etu-Seppälä ym 2004, 71). Palautekyselyyn vastanneista suurin osa oli muuttanut terveystottumuksiaan terveellisempään suuntaan.

Motivoituminen ja muutokseen sitoutuminen ovat voineet osaltaan vaikuttaa hankkeeseen osallistuneiden elintapamuutosten onnistumiseen (ks. Ylimäki 2009, 216).

Miesten ryhtiliike painottui enemmän liikuntakokeiluihin, joiden tarkoituksena oli saada osallistujia innostumaan liikunnasta. Olisi ollut ihanteellista, jos liikuntakokeilujen rinnalle olisi järjestetty mahdollisuus yksilölliseen neuvontaan muutoshalukkuus ja muutoksen vaiheet huomioiden (ks. Turku 2007, 92). Ryhmän koko oli kuitenkin suuri elintapamuutosryhmää ajatellen, mikä on varmasti asettanut omat haasteensa yksilöllisyyden toteutumiseksi (ks. Turku 2007, 87).

Pohdimme palautekyselyn vastauksiin vaikuttaneita tekijöitä. Osa vastaajista on saattanut jättää vastaamatta palautekyselyyn Miesten ryhtiliikkeeseen liittyneiden pettymysten vuoksi; heillä on saattanut olla hankkeeseen ilmoittautuessa vahva luottamus siihen, että hankkeen myötä he pystyvät toteuttamaan elintapamuutoksen ja alkavat harrastaa liikuntaa aktiivisesti. Myös palautekyselyyn osallistuneiden negatiiviset kokemukset hankkeesta saattavat johtua samasta syystä.

Alkukartoituskyselyiden analysointi oli haastavaa, sillä alkukartoitukseen kuului monta erillistä kyselyä. Kyselyt menivät osittain päällekkäin; niissä kysyttiin samoja kysymyksiä eri sanoin. Lisäksi kaikki alkukartoitukseen osallistuneet eivät olleet vastanneet kaikkiin kysymyksiin tai kyselyihin. Oli aikaa vievää käydä lomakkeita läpi ja kartoittaa mihin kysymyksiin oli vastattu siinä määrin riittävästi, että tuloksia kannatti arvioida.

Opinnäytetyön tekeminen oli haastavaa, mutta antoisaa. Terveystieteiden opinnäytetyönä näkökulmasta Miesten ryhtiliike -hankkeeseen liittyvä opinnäytetyömme on syventänyt tietoa verisuonisairauksista ja sen riskitekijöistä sekä antanut uutta ja ajankohtaista tietoa tulevaa ammattia varten. Lisäksi opinnäytetyö on antanut uuden näkökulman elintapamuutosprosessin ja ryhmän tarkasteluun.

Jatkotyönä olisi mielenkiintoista kartoittaa hankkeeseen osallistuneiden sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöiden esiintyvyyttä muutaman vuoden kuluttua. Jatkotutkimusaihe voisi olla myös hankkeeseen osallistuneiden tämänhetkinen muutoshalukkuus, esimerkiksi Prochaskan muutosvaihemallin mukaan. Mielenkiintoista olisi selvittää vuoden 2010 jälkeen pidettyjen vastaavien Miesten ryhtiliike -hankkeiden toteutusta, osallistuneiden tarpeita sekä terveydentilaa.



## LÄHTEET

- Aikuisten lihavuuden Käypä hoito. 2011. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi24010> [Viitattu 10.6.2011].
- Alahuhta, M. 2010. Tyypin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluvien työikäisten henkilöiden painonhallinnan ja elintapamuutoksen tunnuspiirteitä. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Saatavissa: <http://herkules.oulu.fi/isbn9789514263552/isbn9789514263552.pdf> [viitattu 19.11.2011].
- Bjälle, J., Haug, E., Sand, O., Sjaastad, O. & Toverud, K. 2002. Ihminen, fysiologia ja anatomia. Helsinki: WSOY.
- Borodulin, K., Sipilä, N., Raulio, S., Mäkinen, T., Talala, K. & Prattala R. 2011. Mitä on eriarvoisuus elintavoissa? Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen internetsivusto. Saatavissa: [http://kaventaja.thl.fi/fi\\_FI/web/kaventaja-fi/eriarvoisuus/elintavat](http://kaventaja.thl.fi/fi_FI/web/kaventaja-fi/eriarvoisuus/elintavat) [viitattu 26.10.2011].
- Diabeteksen Käypä hoito. 2009. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen sisätautilääkäreiden yhdistyksen ja Diabetesliiton lääkarineuvoston asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../hoi50056> [viitattu 10.3.2011].
- Diet, nutrition and the prevention of chronic diseases. 2003. Geneva: WHO. Saatavissa: [http://whqlibdoc.who.int/trs/who\\_trs\\_916.pdf](http://whqlibdoc.who.int/trs/who_trs_916.pdf) [viitattu 26.10.2011].
- Dyslipidemioiden Käypä hoito. 2009. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Sisätautilääkärien Yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50025> [viitattu 15.3.2011].

Eskola, J. & Suoranta, J. 2001. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Etu-Seppälä, L., Ilanne-Parikka, P., Haapa, E., Marttila, J., Korkee, S. & Sampo, T. 2004. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma 2003 - 2010. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Hankonen, N. 2011. Terveyskäyttäytymisen muutoksen psykososiaaliset prosessit elämäntapainterventiossa: Sukupuolen, sosioekonomisen aseman ja persoonallisuuden merkitys onnistumisessa. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Tutkimus 51/2011. Saatavissa:

<https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/24850/psychoso.pdf?sequence=3> [viitattu 20.11.2011].

Helakorpi, S., Jallinoja, P., Pajunen, T., Uutela, A. & Virtanen, S. 2011. Suomalaisen aikuisväestön terveystietäytyminen ja terveys 2010. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen raportti 15/2011. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/4582dc7b-0e9c-43db-b5eb-68589239b9a3> [viitattu 15.8.2011].

Hirsjärvi, S., Remes P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uud. painos. Hämeenlinna: Tammi.

Huttunen, J. & Mustajoki, P. 2007. Elämä pelissä. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Kananen, J. 2008. Kvantti: Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.

Kaukkila, V. & Lehtonen, E. 2007. Ryhmästä enemmän – Käsikirja ryhmänohjaajan taitoja tarvitsevalle. Hansaprint Oy.

Kehittämisohjelmat ja -hankkeet. Sosiaali- ja terveysministeriön internetsivusto. Saatavissa: [http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat\\_ja\\_hankkeet](http://www.stm.fi/vireilla/kehittamisohjelmat_ja_hankkeet) [viitattu 20.11.2011].

Kohonneen verenpaineen Käypä hoito. 2009. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Verenpaine yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Saatavissa:

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi04010> [viitattu 4.7.2011].

Kouhia-Turklin, P. Haastattelu 1.12.2010. Kouvola: Eskola, E. & Soukka, M, KY-AMK.

Kouhia-Turklin, P. 2009. Terveiden edistäminen Kouvossa. Saatavissa:

<http://www.stes->

[hsf.fi/uploads/koulutusmateriaali/verkototapaamiset/2009/Kotka/Kouhia\\_turklin\\_13.11.2009.pdf](http://www.stes-hsf.fi/uploads/koulutusmateriaali/verkototapaamiset/2009/Kotka/Kouhia_turklin_13.11.2009.pdf) [viitattu 2.3.2011].

Kunnossa kaiken ikää -ohjelma. 2008. Kunnossa kaiken ikää -ohjelman internet-sivusto. Saatavissa: [www.kki.likes.fi](http://www.kki.likes.fi) [viitattu 15.3.2011].

Kuolemansyyt 2009. 2011. Vuosikatsaus. Tilastokeskuksen internetsivusto. Saatavissa: [http://www.stat.fi/til/ksyyt/2009/01/ksyyt\\_2009\\_01\\_2011-02-22\\_fi.pdf](http://www.stat.fi/til/ksyyt/2009/01/ksyyt_2009_01_2011-02-22_fi.pdf) [viitattu 20.12.2010].

Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy.

Lautasmalli. 2011. Suomen Sydänliitto Ry:n internetsivusto. Saatavissa:

<http://www.sydanliitto.fi/lautasmalli2> [viitattu 11.2.2011].

Mannonen, P., Penttilä, U.-R. & Rajala, A.-L. 2006. Naisen oma sydän. Jyväskylä: Tammi.

Martelin, T., Koskinen, S. & Lahelma, E. 2005. Väestöryhmien väliset terveyserot. Suomalaisten terveys. Duodecim Terveyskirjaston internet-sivusto. Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi> [viitattu 20.11.2011].

Metsämuuronen, J. 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Musakka, P. 2011. Sydän- ja verisuonisairaudet. Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen internet-sivusto. Saatavissa: <http://www.ktl.fi/> [viitattu 13.5.2011].

Mustajoki, P. & Karvinen M. 2002a. Kolesteroli. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Mustajoki, P. & Karvinen M. 2002b. Verenpaine. Duodecim. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. 2008. Sydänsairaudet. Hämeenlinna: Kustannus Oy Duodecim.

Nieminen, M., Kaartinen, M., Partanen, J., Romo, M., Strandberg, T. & Vanhanen, H. 2000. Suomalaisen sydänkirja. Jyväskylä: Tammi.

Niemistö, R. 2002. Ryhmän luovuus ja kehitysehdot. Tampere: Tammer-Paino.

Nienstedt, W., Hänninen, O., Arstila, A. & Björkvist, S-E. 2004. Ihmisen fysiologia ja anatomia. Porvoo: WSOY.

Oikarinen, A. 2008. Kainuulaisten miesten terveystietäytyminen – kulttuurinen näkökulma. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Saatavissa: <http://herkules.oulu.fi/isbn9789514288401/isbn9789514288401.pdf> [viitattu 10.2.2011].

Painoindeksi ja vyötärön ympäryys. 2010. Käypä hoito internet-sivusto. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/nix00163> [viitattu 27.10.2011].

Pelto-Huikko, Karjalainen & Koskinen-Ollonqvist. 2006. Terveyden edistämisen toimintamallit – Terveyden edistämisen hankkeissa kehitettyjen toimintamallien kehittäminen ja arvioiminen. Helsinki: Trio-Offset. Saatavissa: [http://www.tekry.fi/web/pdf/publications/2006/2006\\_002.pdf](http://www.tekry.fi/web/pdf/publications/2006/2006_002.pdf) [viitattu 1.2.2011].

Peltonen M., Harald K., Männistö S., Saarikoski L., Peltomäki P., Lund L., Sundvall J., Juolevi A., Laatikainen T., Alden-Nieminen H., Luoto R., Jousilahti P., Salomaa

V., Taimi M. & Vartiainen E. Kansallinen FINRISKI 2007 -terveystutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B34/2008. Helsinki: Yliopistopaino. Saatavissa: <http://www.ktl.fi/portal/2920> [viitattu 10.5.2011].

Pietilä, I. 2008. Mies ja terveys muutoksessa. Väitöskirja. Tampereen yliopisto. Saatavissa: <http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-7399-9.pdf> [viitattu 20.11.2011].

Riittävästi kuitua. 2011. Suomen Sydänliitto Ry:n internetsivusto. Saatavissa: <http://www.sydanliitto.fi/> [viitattu 11.2.2011].

Saaristo, T., Oksa, H., Peltonen, M. & Etu-Seppälä, L. 2009. Loppuraportti – Dehkon 2d –hanke (D2D) 2003 - 2007. Kirjapaino Hermes Oy. Saatavissa: [http://www.diabetes.fi/files/271/Dehkon\\_2D\\_-hankkeen\\_D2D\\_loppuraportti\\_pdf\\_2\\_5\\_Mt.pdf](http://www.diabetes.fi/files/271/Dehkon_2D_-hankkeen_D2D_loppuraportti_pdf_2_5_Mt.pdf) [viitattu 12.10.2011].

Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportti. 2008. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja 2/2008. Helsinki: Edita Prima Oy. Saatavissa: [http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja\\_b/2008/2008b02.pdf](http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b02.pdf) [viitattu 24.2.2011].

Terveyden edistämisen laatusuositus. 2006. Helsinki: Yliopistopaino. Saatavissa: [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=39503&name=DLFE-9303.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-9303.pdf) [viitattu 17.1.2011].

Tietoa väestön terveydestä alueittain ja väestöryhmittäin. 2011. Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen Terveystemme internetsivusto. Saatavissa: <http://www.terveytemme.fi/> [viitattu:28.10.2011].

Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet. 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen SOTKANet-internetsivusto. Saatavissa: [www.sotkanet.fi](http://www.sotkanet.fi) [viitattu 28.10.2012].

Turku, R. 2007. Muutosta tukemassa. Edita: Helsinki.

Tulppa. 2008. Suomen Sydänliitto Ry:n internetsivusto. Saatavissa: <http://www.sydanliitto.fi/ammattilaisille> [viitattu 21.4.2011].

Valtimotaudit ja niiden elintapahoito. 2008. Suomen Sydänliitto Ryn internetsivusto. Saatavissa: <http://www.sydanliitto.fi/ammattilaisille> [viitattu 20.6.2011].

Vanhala, M. 2009. Metabolinen oireyhtymä. Duodecim Terveyskirjasto. Saatavissa: [www.terveysportti.fi](http://www.terveysportti.fi) [viitattu 1.6.2011].

Viljakainen, H., Nuorivuori, M-T., Gärdström, K., Harjula, J., Kiiski, K., Korpelainen, N., Puhalainen, E., Kääriäinen, A-M., Sihvonen, K., Laherto, A., Uusipakka, S., Koivisto, E. & Kouhia-Turklin, P. 2010. Kouvolan hyvinvointikertomus 2010. Saatavissa: <http://194.89.127.7/djulkaisu/kokous/20111937-12-5237> [viitattu 27.10.2011].

Vähäsarja, K., Poskiparta, M., Kettunen, T. & Kasila, K. 2004. Transteoreettinen muutosvaihemalli perusterveydenhuollon liikuntaneuvonnassa. Jyväskylä yliopisto. Saatavissa: [http://www.lts.fi/filearc/189\\_s81-88\\_Vahasarja.pdf](http://www.lts.fi/filearc/189_s81-88_Vahasarja.pdf) [viitattu 24.10.2011].

Ylimäki, E-L. 2009. Terveiden edistäminen – Terveellisiin elintapoihin sitoutuminen. Teoksessa Kyngäs, H. & Hentinen, M. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy.

Ylänen & Ruokanen. 2009. Helsingin Sydänpiirin Sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisy- ja kuntoutusprojekti (MOPPI) – loppuraportti. Helsingin Sydänpiirin internetsivusto. Saatavissa: [www.helsinginsydanpiiri.fi](http://www.helsinginsydanpiiri.fi) [viitattu 5.10.2011].

# **UKK-terveysseula**

---

## **LIKKUMISEN TURVALLISUUDEN JA SOPIVUUDEN ARVIOINTIKYSELY**

---

### **Hyvä vastaaja!**

Ole hyvä ja lue huolellisesti terveysseulan kysymykset ja vastaa niihin parhaan tietämyksesi mukaan.

Nimi	Ikä	Päiväys
------	-----	---------

Allekirjoitus \_\_\_\_\_

## Sydän- ja verisuonitautien riskitekijäkartoitus

### Sydän- ja verisuonitautien riskitekijäkartoitus

Nimi \_\_\_\_\_ Sotu \_\_\_\_\_ Pvm \_\_\_\_\_

1. Ikä \_\_\_\_\_
2. Sukupuoli                      1 Nainen    2 Mies
3. Ammatti \_\_\_\_\_
4. Paino \_\_\_\_\_ 5. Pituus \_\_\_\_\_
6. Onko suvussa vanhemmalla/sisaruksilla/lapsella?
 

Sepelvaltimotautia	<input type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> ei	<input type="checkbox"/> ei tietoa
Diabetesta	<input type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> ei	<input type="checkbox"/> ei tietoa
Kohonnutta verenpainetta	<input type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> ei	<input type="checkbox"/> ei tietoa
Aivohalvausta	<input type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> ei	<input type="checkbox"/> ei tietoa
Kohonneita kolesteroliarvoja	<input type="checkbox"/> kyllä	<input type="checkbox"/> ei	<input type="checkbox"/> ei tietoa
7. Tupakointi
 

<input type="checkbox"/> en tupakoi	<input type="checkbox"/> kyllä, yhteensä _____ vuotta
-------------------------------------	---

Mikäli vastasitte kyllä, tupakoitte nykyisin?

<input type="checkbox"/> hajanaisesti
<input type="checkbox"/> 1-4 savuketta/pv
<input type="checkbox"/> 5-9 savuketta/pv
<input type="checkbox"/> 10-14 savuketta/pv
<input type="checkbox"/> 15-19 savuketta/pv
<input type="checkbox"/> 20-24 savuketta/pv
<input type="checkbox"/> 25-29 savuketta/pv
<input type="checkbox"/> 30 savuketta tai enemmän/pv
<input type="checkbox"/> piippua/sikaria
8. Käyttekö alkoholipitoisia juomia?
 

<input type="checkbox"/> en lainkaan
<input type="checkbox"/> kerran/kk tai harvemmin
<input type="checkbox"/> 2-4x/kk
<input type="checkbox"/> 2-3x/vko
<input type="checkbox"/> 4x/vko tai useammin

Mikäli vastasitte käyttävänne alkoholia, kuinka monta annosta juotte kerrallaan?

<input type="checkbox"/> 1-2 annosta
<input type="checkbox"/> 3-4 annosta
<input type="checkbox"/> 5-6 annosta
<input type="checkbox"/> 7-9 annosta
<input type="checkbox"/> 10 annosta tai enemmän
9. Onko Teillä diabetesta = sokeritautia?
 

<input type="checkbox"/> ei diabetesta
<input type="checkbox"/> dieettihoitoinen diabetes
<input type="checkbox"/> tablettihoitoinen diabetes
<input type="checkbox"/> insuliinihoitoinen diabetes
<input type="checkbox"/> tabletti- ja insuliinihoitoinen diabetes
10. Onko Teillä verenpainetautia tai muita sydän- ja verisuonisairauksia? Mitä?

---

11. Mitä lääkkeitä käytätte säännöllisesti? Nimet ja annokset?

---

12. Harrastatteko liikuntaa (= mitä tahansa liikuntaa, joka kestää yli 30 minuuttia yhtäjaksoisesti niin, että hikoilee ja hengästyy)
 

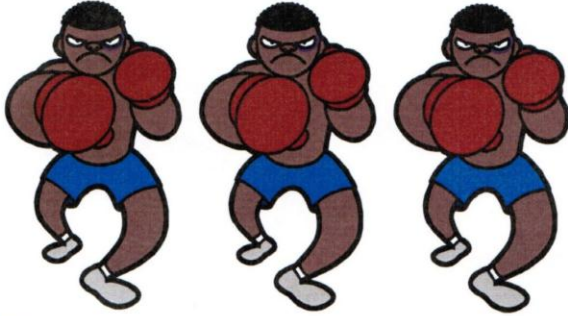
<input type="checkbox"/> 3x viikossa tai enemmän
<input type="checkbox"/> 1-2x/vko
<input type="checkbox"/> n.1x/vko
<input type="checkbox"/> joskus
<input type="checkbox"/> ei koskaan



KOUVOLA



## Terveyden edistämisen yksikkö



Nimi:

Pituus:

Paino:

BMI:

Vyötärömitta:

### 1. Tärkein syy hakeutumiseesi Miesten ryhtiliikkeeseen

- a. innostus tutustua uusiin urheilulajeihin
- b. toive terveydentilan parantumisesta
- c. toive ulkonäön kohentumisesta
- d. lääkärin tai terveydenhoitajan kehoitus
- e. puolison tai muun läheisen henkilön kehoitus

### 2. Kiinnitätkö huomiota seuraaviin seikkoihin ?

kyllä

joskus

en

Syön aamupalan herättyäni			
Syön kasviksia päivittäin			
Juon janojuomana vettä			
Syön päivän aikana lämpimän aterian			

[Pilota](#)

Tiedä arvosi!

Testi suolan saannista	Syd. ja verisuoni riskitekijä kartoitus	Kuitutesti	Diabetes-riskipisteet
pist.	pist.	pist.	pist.

### Vyötärön ympärysmitta

Vyötärön ympärysmitta mitataan noin 2 cm navan yläpuolelta uloshengityksen lopussa. WHO:n suositusten mukaiset riskirajat ovat seuraavat:

	Miehet
<b>Normaali riski</b>	93 cm tai alle
<b>Lievästi kohonnut riski</b>	94-102 cm
<b>Huomattavasti kohonnut riski</b>	103 cm tai yli

### ! PAINOINDEKSI

Painoindeksi (Body Mass Index, BMI) on mittaluku, jolla painoa arvioidaan pituuden ja painon suhteena ja se ilmoittaa painon suhteen pituuden neliöön (kg/m<sup>2</sup>). Painoindeksi voidaan laskea jakamalla paino (kg) pituuden (m) neliöllä. Se on käytetyin ja käyttökelpoisin painoon perustuva lihavuuden ja laihtumisen osoitin.

### Painoindeksiluokat aikuisilla:

Normaalia alhaisempi paino	18,4 tai alle
Normaali paino	18,5 - 24,9
Lievä lihavuus	25,0 - 29,9
Merkittävä lihavuus	30,0 - 34,9
Vaikea lihavuus	35,0 - 39,9
Sairaallinen lihavuus	40,0 tai yli

Annan luvan tietojeni käyttöön Miesten ryhtiliikkeen arvioinnissa

Kouvola 18.2.2010 \_\_\_\_\_

Hei

On kulunut vuosi Miesten Ryhtiliikkeeseen osallistumisestasi!

Kouvolan raviradalla järjestetään 16.5.2011 klo 17. Suomimies seikkailee -rekkakiertue suomalaisille miehille. Osallistuminen on ilmaista ja kaikki ovat tervetulleita. Kiertue tarjoaa kuntotestejä, kokeiluja, lajiesittelyjä ja terveysneuvontaa. Tapahtuman jälkeen on ilmaiset ravit. Kouvolan Terveyden edistämisen yksikkö on mukana tapahtumassa ja toivottaa teidät tervetulleiksi tutustumaan myös meidän teltaamme klo 17 - 18. Lisätietoa tapahtumasta löydät osoitteesta [www.suomimies.fi](http://www.suomimies.fi)

Miesten Ryhtiliikkeen kehittämiseksi otamme mielellään vastaan palautetta hankkeesta oheisella kyselyllä. Olemme myös kiinnostuneita hankkeen vaikuttavuudesta terveyteen; Vertailemme alkukartoituksen tietoja tämän kyselyn vastauksiin.

Kyselyn vastauksissa säilyy nimettömyys ja tietosuoja. Jos ette tiedä vastausta tarkalleen (esim. pituus), voitte laittaa arvion tai klikata "En osaa sanoa" -tekstiä. Seuraavaan kysymykseen pääsette klikkaamalla "Jatka/tallenna" -painiketta. Kun olette saaneet kyselyn täytettyä, klikatkaa "Valmis" -painiketta.

Toivomme saavamme kyselyyn vastauksen 11.5.2011 mennessä.

Vastaamisen voitte aloittaa klikkaamalla seuraavaa linkkiä tai kopioimalla linkin Internet-selaimen osoiteriville #WWW\_CLIENT

Lämmin kiitos vastauksistanne!

Ystävällisin terveisin,

XXXX XXXXX

Terveyden edistämisen suunnittelija

Kouvolan kaupunki

Perusturva

Terveyden edistämisen yksikkö

## PIKAOHJE:

1. Vastaaminen tapahtuu hiirellä työskennellen
2. Voit muuttaa vastauksiasi valitsemalla kysymyksen aktiiviseksi kysymyslistasta ja sijoittamalla sen uudelleen vastausalueelle
3. Voit keskeyttää jatkaaksesi myöhemmin painamalla Keskeytä-nappia

1. Perustiedot

**1. Ikä**  
En osaa sanoa

ZEF®

Jatka / Tallenna

**2. Paino (kg)**  
En osaa sanoa

ZEF®

Jatka / Tallenna

**3. Pituus (cm)**  
En osaa sanoa

ZEF®

Jatka / Tallenna

**4. Vyötärönympäryys (cm)**  
En osaa sanoa

ZEF®

Jatka / Tallenna

## 2. Sairaudet

**1. Onko sinulla lääkärin toteamaa sydämen, verenkierto- tai hengityselimistön sairautta?**

En osaa sanoa

ZEF®

Kyllä

Ei

Jatka / Tallenna

**2. Esiintyykö sinulla rintakipu ja tai hengenahdistusta levossa?**

En osaa sanoa

ZEF®

Kyllä

Ei

Jatka / Tallenna

**3. Esiintyykö sinulla rintakipu ja tai hengenahdistusta rasituksessa?**

En osaa sanoa

ZEF®

Kyllä

Ei

Jatka / Tallenna

**4. Sairastatko verenpainetauti tai onko lääkäri todennut verenpaineesi olevan toistuvasti kohonnut?**

En osaa sanoa

ZEF®

Kyllä

Ei

Jatka / Tallenna

**5. Onko sinulla diabetesta?**

En osaa sanoa

ZEF<sup>®</sup>

- Kyllä
- Ei

Jatka / Tallenna

**6. Onko sinulla todettu kohonneita kolesteroliarvoja?**

En osaa sanoa

ZEF<sup>®</sup>

- Kyllä
- Ei

Jatka / Tallenna

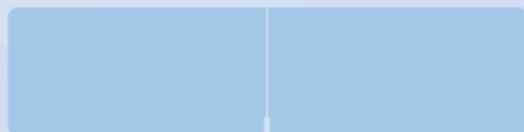
**3. Terveyden kokeminen**

**1. Miten arvioisit tämän hetkistä terveydentilaasi?**

Vie hiiri alla olevan vastauskentän päälle ja klikkaa vastauksesi mielestäsi oikeaan kohtaan

En osaa sanoa

ZEF<sup>®</sup>



Erittäin huono

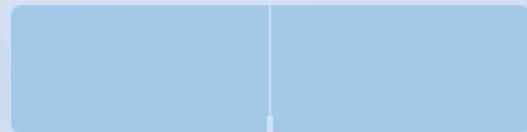
Erittäin hyvä

**2. Miten arvioisit fyysisen kuntosi verrattuna ikätovereihisi?**

Vie hiiri alla olevan vastauskentän päälle ja klikkaa vastauksesi mielestäsi oikeaan kohtaan

En osaa sanoa

ZEF<sup>®</sup>



Erittäin huono

Erittäin hyvä

#### 4. Terveyskäyttäytyminen

**1. Tupakoin**  
En osaa sanoa

ZEF<sup>®</sup>

Kyllä  
 Ei

Jatka / Tallenna

**2. Jos vastasit edelliseen kysymykseen kyllä, tupakoitko**  
En osaa sanoa

Mikäli et tupakoi, niin paina alla olevaa "En osaa sanoa"-painiketta.

En osaa sanoa

ZEF<sup>®</sup>

hajanaisesti  
 1-4x/vrk  
 5-9x/vrk  
 10-14x/vrk  
 15-19x/vrk  
 20-24x/vrk  
 25-29x/vrk  
 30 tai enemmän

Jatka / Tallenna

**3. Miten Miesten Ryhtiikkeseen osallistuminen on vaikuttanut tupakointiisi?**  
En osaa sanoa

Vie hiiri alla olevan vastauskentän päälle ja klikkaa vastauksesi mielestäsi oikeaan kohtaan

En osaa sanoa

ZEF<sup>®</sup>

Ei mitenkään      Positiivisesti

**4. Käytän alkoholia**  
En osaa sanoa

ZEF<sup>®</sup>

En lainkaan  
 Kerran kuussa tai harvemmin  
 2-4x/kk  
 2-4x/vko  
 Useammin kuin 4 kertaa viikossa

Jatka / Tallenna

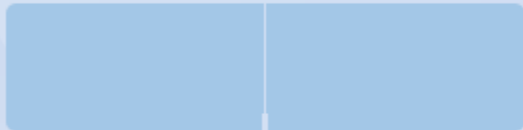


**5. Miten Miesten Ryhtiliikkeeseen osallistuminen on vaikuttanut alkoholinkäyttösi?**

Vie hiiri alla olevan vastauskentän päälle ja klikkaa vastauksesi mielestäsi oikeaan kohtaan

En osaa sanoa

ZEF®



Ei mitenkään

Positiivisesti

**6. Jos vastasit käyttäväsi alkoholia, kuinka monta annosta juot kerrallaan?**

Mikäli et käytä alkoholia, niin paina alla olevaa "En osaa sanoa"-painiketta.

En osaa sanoa

ZEF®

- 1-2 annosta
- 3-4 annosta
- 5-6 annosta
- 7-9 annosta
- 10 tai enemmän

Jatka / Tallenna

**7. Vapaa sana: Kommentteja tupakointiin ja pähteisiin liittyvästä luennosta**

En osaa sanoa

ZEF®

Jatka / Tallenna

**8. Syön aamupalan päivittäin**

En osaa sanoa

ZEF®

- Ei
- Joskus
- Lähes aina

Jatka / Tallenna

### 9. Syön kasviksia päivittäin

En osaa sanoa

ZEF®

- Ei
- Joskus
- Lähes aina

Jatka / Tallenna

### 10. Juon janojuomaksi vettä

En osaa sanoa

ZEF®

- Ei
- Joskus
- Lähes aina

Jatka / Tallenna

### 11. Syön päivittäin ainakin yhden lämpimän aterian

En osaa sanoa

ZEF®

- Ei
- Joskus
- Lähes aina

Jatka / Tallenna

### 12. Miten Miesten Ryhtiliikkeeseen osallistuminen on vaikuttanut suolan käyttöösi?

Vie hiiri alla olevan vastauskentän päälle ja klikkaa vastauksesi mielestäsi oikeaan kohtaan

En osaa sanoa

ZEF®

Ei mitenkään

Positiivisesti

**13. Miten Miesten Ryhtiliikkeeseen osallistuminen on vaikuttanut ruokavaliosi kuitupitoisuuteen?**

Vie hiiri alla olevan vastauskentän päälle ja klikkaa vastauksesi mielestäsi oikeaan kohtaan

En osaa sanoa

ZEF®

Ei mitenkään

Positiivisesti

**14. Nykyisin harrastan liikuntaa**

En osaa sanoa

ZEF®

- 3x/vko tai useammin
- 1-2x/vko
- Noin kerran viikossa
- Joskus
- En koskaan

Jatka / Tallenna

**15. Miten Miesten Ryhtiliikkeeseen osallistuminen on vaikuttanut liikuntatottumuksiisi?**

Vie hiiri alla olevan vastauskentän päälle ja klikkaa vastauksesi mielestäsi oikeaan kohtaan

En osaa sanoa

ZEF®

Ei mitenkään

Positiivisesti

## 5. Ryhmä ja osallistuminen

**1. Osallistuin Miesten Ryhtiliikkeen aikana seuraaviin**

Huom! Voit valita useamman vaihtoehdon

En osaa sanoa

ZEF®

- Alkuvaiheen kuntokartoitus
- Geokätköily
- Armeijasuksihihto
- Karate
- Kävelytesti
- Vesiliikunta
- Kuntosali
- Petanki
- Kuntosuunnistus
- Suokävely
- Haulikkoampuminen
- Ratsastus
- Koko Kouvola liikkeelle tapahtuma 22.5.2010

Jatka / Tallenna

**2. Osallistumiseeni vaikutti**

En osaa sanoa

ZEF®

Jatka / Tallenna

**3. Osallistuin Miesten Ryhtiliikkeen aikana**

Huom! Voit valita useamman vaihtoehdon

En osaa sanoa

ZEF®

- Miesten Ryhtiliikkeen aloitukseen 22.2.2010
- Luento nautintoaineista ja päihteistä
- Luento unesta ja rentoutumisesta
- Luento ravitsemuksesta
- Miesten Ryhtiliikkeen loppukokoukseen

Jatka / Tallenna

#### 4. En osallistunut ryhmän kokoontumisiin, koska

Huom! Voit valita useamman vaihtoehdon

En osaa sanoa

ZEF®

- en ollut kiinnostunut kokoontumisista
- elämäntilanteeni ei sallinut
- minulla oli kielteisiä kokemuksia ryhmästä tai ryhmätoiminnasta
- unohdin mennä paikalle
- koin saamattomuutta
- minulta puuttui tarve osallistumiseen
- Muu, mikä?

Jatka / Tallenna

#### 5. Miesten Ryhtiliike

Huom! Voit valita useamman vaihtoehdon

En osaa sanoa

ZEF®

- innosti minua tutustumaan uusiin urheilulajeihin.
- muutti terveystottumuksiani parempaan suuntaan.
- kohensi ulkonäköäni.
- vaikutti itsetuntooni positiivisesti.
- ei vaikuttanut mihinkään edellä mainituista.
- vaikutti minuun, miten?

Jatka / Tallenna

#### 6. Vapaa sana: Ryhtiliikkeen kokoontumisiin minut olisi saanut osallistumaan

En osaa sanoa

ZEF®

Jatka / Tallenna

#### 7. Vapaa sana: Anna risuja ja ruusuja Miesten ryhtiliikkeestä

En osaa sanoa

ZEF®

Jatka / Tallenna

Hei!

Ystävällinen muistutus Miesten Ryhtiliike -kyselyyn vastaamisesta! Vastaukset ovat meille arvokkaita Miesten Ryhtiliikkeen kehittämiseksi. Toivomme vastauksia 11.5.2011 mennessä. Kiitos ajastasi!

Kyselyyn pääset vastaamaan/jatkamaan keskeneräistä kyselyä alla olevasta linkistä:

#WWW\_CLIENT