



**LAUREA**  
AMMATTIKORKEAKOULU

*Uuden edellä*

# Kundit kondikseen Sipoossa

---

Hakkarainen, Piia

Mattila, Anne

2012 Porvoo

Laurea-ammattikorkeakoulu  
Porvoo

## Kundit kondikseen Sipoossa

Hakkarainen Piia  
Mattila Anne  
Hoitotyönkoulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
Huhtikuu, 2012

Hakkarainen Piia, Mattila Anne

### Kundit kondikseen Sipoossa

Vuosi

2012

Sivumäärä

66

---

Tässä opinnäytetyössä kohteena on yksilön terveyden edistäminen terveystarkastuksen keinoin. Terveystarkastuksen keinoja terveydenhuollossa ovat mm. terveystarkastukset ja terveysneuvonta. ”Kundit kondikseen” terveystarkastuksen tarkoituksena on sairauksien ennaltaehkäisy terveystarkastuksen avulla. Tarkoituksena on saada kiinni MBO riskitekijät, joten aluksi olemme esittäneet jokaisen riskitekijän erikseen, kuten esimerkiksi sen mitä vaikutusta on lihavuudella sairauksien syntyyn. ”Kundit kondikseen” terveystarkastuksesta kutsutaan ikäkausittain kunakin vuonna 40 - vuotta täyttävät Sipoolaismiehet terveystarkastukseen, jonka tarkoituksena on kartoittaa olemassa olevia terveysriskejä ja puuttua varhaisessa vaiheessa. Niinpä kuvaamme tämän ikäisten miesten elämän riskitekijöitä, elämäntapoja ja parisuhdeasioita. Miesten elintavoista käsittelemme tupakointia, alkoholin käyttöä, liikunta - ja ravitsemustottumuksia sekä niiden vaikutusta terveydentilaan.

Olemme käyttäneet vertailututkimuksena ”Työ ja terveys 2009-haastattelututkimusta”, joka on ilmestynyt vuosittain jo vuodesta 1978 lähtien sekä suomalaisen aikuisväestön terveys ja terveyskäyttäytyminen, kevät 2009 raporttia. Lähetimme sadalle kutsutulle, mutta terveystarkastuksesta pois jääneelle miehelle postikyselyn keväällä 2011. Saimme takaisin 20 kyselyä eli kato oli suuri. Vastausten pohjalta pyrimme selvittämään miesten elämäntapoja ja tottumuksia sekä löytämään syitä siihen miksei terveystarkastukseen osallistuttu.

Tulosten mukaan selvisi, etteivät vastanneet miehet kokeneet tarvetta kunnalliselle terveydenhoidolle mm. työterveyshuollon palvelut koettiin helpommin saatavilla oleviksi. Terveystarkastuksen iltavastaanottoon ei ilmennyt kiinnostusta. Miehet harrastivat liikuntaa viikoittain. Kotiruokaa syötiin enemmän kuin valmisaterioita. Kasviksia suositusten mukaan söi puolet vastanneista miehistä. Elämäntapamuutoksia harkitsi kolmannes vastanneista. Alkoholia käytti viikoittain puolet miehistä.

Toiminnan kehittämiseksi ehdotamme ryhmäohjauksen mahdollisuutta. Sen tarkoituksena olisi antaa ikäryhmän miehille yhtä aikaa informaatiota terveyteen ja elämäntapoihin liittyvistä asioista. Aiheena voisi olla MBO:n ehkäiseminen, koska se on terveydenedistämisen kannalta kokonaisvaltainen osa-alue. Liikunnan merkitys ja sitä kautta painonhallinta keski-ikäisen miehen terveyden edistämisessä olisi myös hyvä ryhmäohjauksen aihe. Artikkelin, joka käsittelee MBO riskitekijöitä paikallisessa sanomalehdessä, tavoittaisi mahdollisesti hyvin kohderyhmän miehiä.

Terveys, terveystarkastus, MBO, ruokavalio, liikunta, alkoholi, tupakointi

Hakkarainen Piia, Mattila Anne

**Guys into shape**

Year	2012	Pages	66
------	------	-------	----

The object of this study is to promote individual health by means of health controls. The methods to promote health in health care are e.g health controls and health guidance. The health control "Guys into shape" aims to prevent illnesses in advance with the help of health controls. The purpose is to find MBO risk factors. Hence, we have at first demonstrated every risk factor separately; e.g what kind of influence obesity has on the appearance of illnesses. "Guys into shape" health centre invites to health control every year the men at the age of 40 living in Sipoo. The purpose of this control is to find out which health risk they have and to intervene as early as possible. That's why we describe the risk factors, way of living, and relationships of men at this age. Out of habits, we deal with smoking, drinking, physical education and dietary habits and their influence on the state of mind.

As a comparative study we have used the interview study "Työ ja terveys 2009" (Work and health 2009) which has been published every year since 1978 and "Suomalaisen aikuisväestön terveys ja terveystäytyminen, in spring 2009 report." In the spring 2011, we sent an inquiry to a hundred invitees who had not participated in the health control. We received 20 inquiries so the number was small. Based on these answers we tried to find out the men's living habits and to discover reasons why they didn't participate in the health control. The results showed that those men who answered didn't have any need for communal health care. E.g occupational health care services were more accessible. They weren't interested in the evening consulting hours of the health centre. The men practiced physical exercise weekly. Home food was preferred to ready-made meals. Half of the men ate vegetables according to recommendations. A third of the respondents considered changes in their ways of living. Half of the men used alcohol weekly.

To develop the process more effective we suggest the possibility to get guidance in groups. It means to give the men of the same age simultaneously information about health and ways of living. The topic could be how to prevent MBO, because it is a comprehensive sector regarding health development. The importance of physical exercise and weight control in promoting the health of a middle aged man would also be a good topic of group guidance. An article in a local paper dealing with the risk factors of MBO would possibly reach widely the men in the target group.

Health, physical examination, MBO, diet, physical exercise, alcohol, smoking

1	Johdanto .....	7
2	Terveystarkastukset osana terveydenedistämistä .....	8
	2.1 Terveyden edistäminen .....	8
	2.2 Terveyden edistämisen laatusuositus.....	10
	2.3 Terveys 2015- kansanterveysohjelma .....	10
	2.4 terveystarkastus terveydenhoitajan työmenetelmänä .....	11
	2.5 Terveysneuvonta .....	12
3	Metabolinen oireyhtymä.....	12
	3.1 Ylipaino ja keskivartalolihavuus .....	13
	3.2 Liikunta .....	14
	3.3 Kolesterolit .....	15
	3.4 Kohonnut verenpaine .....	17
	3.5 Sepelvaltimotauti .....	17
	3.6 Tyypin kaksi diabetes.....	18
	3.7 Diabeteksen ennalta ehkäisy.....	18
4	Työikäisen miehen terveysriskit .....	19
	4.1 Työikäinen mies .....	19
	4.2 Elintapojen viimeaikainen kehitys .....	19
	4.3 Ammattiryhmien vertailu .....	20
	4.4 Parisuhteesta .....	20
	4.5 Tupakointi .....	22
	4.6 Alkoholit .....	23
	4.7 Muut päihteet.....	24
	4.8 Ruokatottumukset.....	25
5	Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimusongelmat .....	26
6	Opinnäytetyön empiirinen toteuttaminen .....	26
	6.1 Sipoon kunta .....	26
	6.2 Aineiston keruu .....	27
	6.3 Opinnäytetyön mittarin esittely .....	28
	6.4 Aineiston analyysi .....	29
7	Tutkimuksen tulokset .....	30
	7.1 Vastajien taustatiedot .....	30
	7.2 Syitä tarkastuksesta pois jäämiseen .....	31
	7.3 Sipolaisten miesten elämäntavat .....	33
	7.4 Miesten kokemus omasta terveydentilasta .....	36
	7.5 Terveydenhuollon palvelujen käyttäminen .....	39
8	Pohdinta.....	41

8.1 Tulosten tarkastelu .....	41
8.2 Eettiset kysymykset.....	43
8.3 Luotettavuus .....	43
Kuvat .....	48
Kuviot .....	49
Taulukot .....	50
Liite 1: Tutkimuslupahakemus.....	51
Liite 2: Tutkimuslupa.....	52
Liite 3: Saatekirje.....	53
Liite 4: Kyselylomake .....	54

## 1 Johdanto

Terveyden edistämiseen voidaan vaikuttaa elintavoilla, liikunnalla, alkoholin kulutuksen vähentämisellä, tupakoinnin lopettamisella, ruokatottumuksilla ja oikeanlaisilla ravintorasvoilla. Suotuisilla elintavoilla voidaan vaikuttaa myös kroonisten tautien ehkäisyyn. (Helakorpi, Laitalainen & Uutela 2010.)

Suomalaisen aikuisväestön vuonna 2009 vastanneista työikäisistä miehistä 22 % tupakoi päivittäin. Tutkimuksesta käy myös selville, että alimmassa koulutusryhmässä päivittäistupakointi on yleisintä. Suomessa miesten tupakointi on pitkällä aikavälillä vähentynyt. Koulutusryhmittäiset erot alkoholitottumuksiin ovat hävinneet vuoden 2004 veromuutoksen jälkeen. Vastannaista miehistä 34 % kertoi syövänsä tuoreita kasviksia päivittäin. Ylemissä koulutusryhmissä ravintotottumuksien mukaiset ruokatottumukset olivat lähinnä suosituksia. Pitkällä aikavälillä katsottuna ruokailutottumukset ovat muuttuneet ravintosuositusten mukaiseen suuntaan. Vapaa-ajan liikuntaa harrasti 31 % neljä kertaa viikossa. Kaikissa koulutusryhmissä ylipainoisuus on noussut, yleisempää kuitenkin alimmissa koulutusryhmissä. (Helakorpi, Laitalainen & Uutela 2010.)

”Kundit kondikseen” MBO - ohjelma on osa valtakunnallista sydänohjelmaa, joka toteutettiin projektina vuosina 2001 - 2005 ja MBO - ohjelmana vuosina 2006 - 2009 Helsingissä. 1.1.2009 Hanke siirtyi kokonaisuudessaan toteutettavaksi Helsingin terveysasemille. (MBO - ohjelma- Kundit kondikseen)

Mbo eli metabolinen oireyhtymä tarkoittaa vaaratekijöitä, jotka vaikuttavat terveyteen. Vaaratekijöitä ovat kohonnut verenpaine, suurentunut vyötärön ympärys sekä veren rasva- ja sokeriarvojen muutokset. (MBO - ohjelma- Kundit kondikseen)

”Kundit kondikseen” ohjelmalla pyritään edistämään helsinkiläisten 40-vuotiaiden miesten sydänterveyttä ja vähentämään ihmisten välistä eriarvoisuutta, antamalla kaikille ikäryhmän miehille mahdollisuus osallistua terveydenhoitohenkilökunnan pitämään terveystarkastukseen. Terveystarkastuksessa pyritään systemaattisesti toimimalla löytämään ne miehet, joilla on suuret MBO - riskitekijät ja näin riski sairastua sydän- ja verisuonitauteihin ja diabetekseen on kasvanut. Terveystarkastuksissa käytetään menetelmänä MBO- riskitekijöiden seulontamenetelmää. Käypä-hoitosuositukset ovat hoidon ja seurannan pohjana. Terveystarkastuksen tarkoituksena on antaa yksilöllistä elämäntapaohjausta sekä toteuttaa ryhmätoimintaa ja saada miehet varhaisessa vaiheessa hoidon piiriin. Helsingissä terveystapaamisen kutsuu koolle ja toteuttaa terveydenhoitaja. (MBO - ohjelma- Kundit kondikseen)

Sipoossa pyritään toteuttamaan Helsingin mallia ja kutsumaan 40 - vuotta kyseisenä vuonna täyttäneet miehet terveystapaamiseen terveysasemalle. Kutsuista huolimatta osallistuminen terveystapaamiseen on ollut niukkaa. Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää seikkoja, jotka vaikuttavat miesten osallistumisaktiivisuuteen. Kevään 2010 aikana Sipoon kunnan terveysasemalta lähetettiin 152 kutsua 40-vuotiaille miehille ja tarjottiin mahdollisuutta varata aika terveystarkastukseen. Kutsun saaneista 152 miehestä 46 miestä varasi ajan ja 106 miestä jätti ajan varaamatta.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa niiden 40-vuotiaiden sipoolaisten miesten terveydentila ja terveysriskit, jotka eivät tulleet terveystarkastukseen vuonna 2010. Terveydentilaan vaikuttavia tekijöitä ovat mm. elintavat (ruokatottumukset, liikunta, alkoholi, tupakointi), työtilanne (työssä, työtön), perhetilanne ja mahdolliset pitkäaikaissairaudet ja niiden hoitaminen. Tarkoituksena on myös selvittää miesten kiinnostus osallistua tulevaisuudessa terveystarkastuksiin esimerkiksi iltavastaanotolla.

## 2 Terveystarkastukset osana terveydenedistämistä

### 2.1 Terveyden edistäminen

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määritellään terveyden- ja sairaanhoitoa. Lain mukaan näillä tarkoitetaan niitä toimenpiteitä, joilla potilaan terveydentilaa määritellään tai toimenpiteitä joilla pyritään palauttamaan potilaan terveydentila tai ylläpitämään terveydentilaa. Potilaan terveydentilan edistämiseksi tehtävät toimenpiteet tekee terveydenhuollon ammattihenkilö ja niitä tehdään terveydenhuollon toimintayksiköissä. Tämän lain mukaan potilaalla on oikeus laadukkaaseen terveyden- ja sairaanhoitoon.

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) on tuotu esille että hoidossa tulee kunnioittaa ihmisarvoa, se ei saa loukata potilaan vakaumusta eikä yksityisyyttä. Potilaan kulttuuri, yksilölliset tarpeet ja äidinkieli tulee ottaa mahdollisuuksien puitteissa huomioon. Tulkkaukseen liittyviä asioita käsitellään erikseen kielilaissa. Hoidon ajankohta ja ajankohdan muuttaminen sekä syy muuttamiseen täytyy ilmoittaa potilaalle välittömästi. Hoidosta ja sen toteutuksesta tulee laatia suunnitelma, josta ilmenee hoidon järjestäminen ja sen toteuttamisaikataulu. Suunnitelma laaditaan yhdessä potilaan tai/ja hänen omaistensa kanssa. Potilaalle annetaan ymmärrettävää kieltä käyttäen selvitys hänen terveydentilastaan, erilaisista hoitovaihtoehdoista sekä siitä kuinka hoidot vaikuttavat hänen elämäänsä ja mahdollisista muista hoitoon liittyvistä seikoista. Potilas voi kuitenkin kieltäytyä selvityksestä tai sitä ei anneta, jos tiedon saanti voi vaarantaa potilaan hengen. Terveydenhoitohenkilökuntaa sitoo salassapitovelvollisuus.



Terveydenhuoltolaissa (1326/2010) Terveyden edistämiseksi tarkoitetaan koko väestöön, yksilöön, eri yhteisöihin ja ihmisten elinympäristöön kohdistuvaa toimintaa. Terveyden edistämisen tavoitteena on ylläpitää ja parantaa yksilön työ- ja toimintakykyä, edistää terveyttä, vaikuttaa terveyden taustatekijöihin, sairauksiin ja tapaturmiin. Sen tarkoituksena on vaikuttaa tekijöihin, jotka vaikuttavat terveyteen ja ennaltaehkäistä terveysongelmia ja kaventaa eri väestöryhmien välisiä terveyseroja. Terveyden edistämiseksi pyritään tukemaan yksilön mielenterveyttä ja kohdentaa suunnitelmallisesti voimavaroja terveyden edistämiseen.

Työikäisten keskeisempiä kansanterveydellisiä haasteita ovat sydän- ja verisuonitaudit, tyypin 2 diabetes, tuki- ja liikuntaelimestön sairaudet ja mielenterveyshäiriöt (erityisesti masennus). Useasti hyvään terveyteen ovat yhteydessä koulutustaso ja haastavat monipuoliset asiantuntijatehtävät, kun taas suorittava työ ja matala koulutustaso ovat yhteydessä heikkoon terveyteen, varhaiseen eläkkeelle jäämiseen ja kuolleisuuteen. Merkittävänä taustatekijänä kansanterveydellisille ongelmille on terveystottumuksista etenkin päihteiden riskikäyttö, liikunnan vähäisyys ja ylipaino. (Rautio & Husman. 2010, 166.)

Yksilön terveyteen vaikuttaa niin kielteisesti kuin myönteisestikin työ ja työpaikka, jolloin voidaan puhua työhyvinvoinnista terveyden edistämiseksi. Silloin puhutaan työntekijän henkilökohtaisista ominaisuuksista, ammatillisesta osaamisesta, koulutuksesta ja motivaatiosta, sosiaalisista taidoista ja oppimisvalmiuksista. Kun taas fyysinen työympäristö, työn organisointi, työajat, johtamiskäytännöt, työssä oppiminen ja kehittyminen ja työturvallisuus sekä terveyden kannalta tehtävät myönteiset valinnat kuten työaikana ruokaileminen, ehkäisevä päihdehoito ja muut varhaisen tuen mallit ovat työoloihin liittyviä tekijöitä. (Rautio & Husman. 2010, 166.)

Terveydenhuollossa terveyden edistämiseen käytettäviä käsitteitä ovat promootio, primaari-preventio, sekundaaripreventio sekä tertiaaripreventio. Kirjassa Terveyden edistäminen käsitteitä ja selityksiä (2005) todetaan käsitteistä seuraavaa. Promootion taustalla on positiivinen terveystietoisuus. Sen tarkoituksena on varhainen puuttuminen, jolloin pyritään vaikuttamaan terveysongelmien syntyyn vaikuttamalla ihmisen mahdollisuuksiin huolehtia omasta terveydestä sekä elinympäristön terveydestä. Terveyttä edistäviä tekijöitä ovat sekä ulkoiset että sisäiset tekijät. Sisäisiä tekijöitä ovat mm. ihmissuhde- ja vuorovaikutustaidot, myönteinen asenne elämään sekä terveelliset elämäntavat. Ulkoisia tekijöitä ovat ympäristötekijät sekä yksilölliset että sosiaaliset tekijät. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 13 - 15.)

Preventiolla taas tarkoitetaan terveyden edistämistä sairauksien ehkäisyn kannalta. Promootiossa toimitaan tukemalla yksilön ja ympäristön voimavaroja, kun taas preventio on ongelmakeskeistä. Prevention osat ovat primääri-, sekundaari- ja tertiaaripreventio. Primaaripreven-

tiossa pyritään toimimaan ennen kuin taudin esiaste on ennättänyt kehittyä esim. terveysneuvonnan, terveystarkastuksen ja rokottamisen avulla. (Savola & Koskinen - Ollonqvist 2005, 13 - 15.)

Sekundaaripreventiossa pyritään vaikuttamaan taudin etenemiseen poistamalla riskitekijöitä tai toisaalta pienentämään riskitekijöiden vaikutusta. Tertiaariprevention tarkoituksena on olla kuntouttavaa toimintaa, lisäämällä yksilön toimintakykyä. Toimintakyvyn lisäämiseen pyritään vaikuttamaan vähentämällä sairauden haittatekijöitä ja niiden pahenemista. (Savola & Koskinen - Ollonqvist 2005, 13 - 15.)

Helsingissä jo toiminnassa olevan ”Kundit kondikseen” terveystarkastuksen tarkoituksena on systemaattisesti toimimalla löytää ne 40-vuotiaat miehet joilla on korkea riski sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin. Työtapa on ennaltaehkäisevää terveydenhoitoa ja siinä pyritään primaaripreventioon. (MBO - ohjelma- Kundit kondikseen)

## 2.2 Terveyden edistämisen laatusuositus

Sosiaali- ja terveysministeriön tekemän Terveyden edistämisen laatusuosituksen tarkoituksena: *”on jäsentää terveyden edistämisen laajaa toimintakenttää sekä tukea kuntien omaa laadunhallintatyötä.”* Laatusuosituksen tavoitteena on, *”että väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen nostetaan kaikissa kunnissa yhdeksi toiminnan painoalueeksi.”* Tarvitaan *”terveyden edistämisen rakenteiden arviointia, johtamisen kehittämistä, voimavarojen suuntaamista ehkäisevään työhön, hyvinvointiosaamisen vahvistamista ja toiminnan säännöllistä seuranta ja arviointia.”* (Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006,3 - 4.)

## 2.3 Terveys 2015- kansanterveysohjelma

Suomen terveystalouden tavoitteena on terveiden ja toimintakykyisten ihmisten elinvuosien lisääminen sekä väestöryhmien välisten terveyserojen pienentäminen. Terveys 2015- kansanterveysohjelmassa on myös linjattu terveyden edistäminen tavoitteet. Kansanterveysohjelman yleisenä tavoitteena on terveyden, hyvinvoinnin ja toimintakykyisyyden lisääminen, elämänlaadun parantaminen ja väestöryhmien välisten terveyserojen vähentäminen. Terveys 2015- kansanterveysohjelmaan on asetettu kahdeksan tavoitetta, ja ne ryhmitelty ikäryhmittäisiin ja yhteisiin tavoitteisiin. (Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001, 15 - 18.)

Ikäryhmittäisistä tavoitteista mainittakoon esimerkiksi tavoite 4.

*”Työikäisten työ- ja toimintakyky ja työelämän olosuhteet kehittyvät siten, että ne osaltaan mahdollistavat työelämässä jaksamisen pidempään ja työstä luopumisen noin kolme vuotta vuoden 2000 tasoa myöhemmin.”* (Stm. 2001, 15)

Yhteisistä tavoitteista mainittakoon esimerkiksi tavoite 7.

*”Suomalaisten tyytyväisyys terveyspalvelujen saatavuuteen ja toimivuuteen sekä koettu oma terveydentila ja kokemukset ympäristön vaikutuksesta omaan terveyteen säilyvät vähintään nykyisellä tasolla.” (Stm.2001,15.)*

#### 2.4 Terveystarkastus terveydenhoitajan työmenetelmänä

Terveydenhoitajan eettisten ohjeiden mukaan hoitajan tehtävänä on edistää ja ylläpitää ihmisten terveyttä ja ehkäistä sairauksia. Hoitajan tehtävänä on toimia kärsimyksien lievittäjänä. Työssään hoitaja pyrkii tukemaan yksilön voimavaroja sekä toimimaan heidän elämänlaadun parantamiseksi. Terveyden- ja sairaanhoitajan tehtävänä on auttaa kaiken ikäistä väestöä. (Sairaanhoitajan eettiset ohjeet.2012)

Valtioneuvoston asetuksen mukaan (1484/2001) terveystarkastus työmenetelmänä tarkoittaa kliinisellä tutkimuksella tai tutkimuksilla ja joillakin toisilla tarkoituksenmukaisilla luotettavilla menetelmillä tehtyä tarkastusta, joilla määritellään terveydentilaa ja työ- ja toimintakykyä. Terveystarkastuksen tavoitteena on työperäisten sairauksien ja niiden oireiden tunnistaminen sekä niiden ennaltaehkäiseminen. Tarkastuksessa arvioidaan työntekijän työ- ja toimintakykyä, mietitään keinoja kuinka sitä ylläpidetään ja edistetään. Tarkastuksen yhteydessä hankitaan tietoa työstä, työolosuhteista ja työyhteisön toimivuudesta. Tarkastuksessa annetaan tietoa työhön liittyvistä terveysvaaroista ja niiden haitoista. Ohjataan terveellisiin ja turvallisiin työtapoihin. Tarkoituksena terveystarkastuksessa on löytää varhaisessa vaiheessa hoidon ja kuntoutuksen tarve. Tarpeen mukaan ohjataan hoitoon ja kuntoutukseen.

Kirjassa Terveyden edistäminen terveyskeskuksissa (2009) pohditaan terveystarkastuksiin osallistuneiden määrää eri ikäryhmissä. Ikäryhmässä 30 - 65-vuotiaat osallistuneiden määrä oli sen mukaan laskenut vuodesta 2003 vuoteen 2008. Vuonna 2003 määräaikaistarkastuksiin osallistuneita oli tuossa ikäryhmässä 37 % ja vuonna 2008 26 %. Tuona aikana työttömien terveystarkastukset ovat lisääntyneet 19 %:sta 40 %:n. Kirjan mukaan kansanterveystilain olemassa olon aikana suhtautuminen terveystarkastuksiin on ollut vaihtelevaa. Päätävissä elimissä ja johdossa on pidetty tärkeänä sitä, että yksilöllinen terveysneuvonta ja terveystarkastukset koskevat koko väestöä. Kun taas samaan aikaan, on kyseenalaistettu niiden hyödyllisyyttä. (Rimpelä, Saaristo, Wiss & Ståhl 2009, 250.)

## 2.5 Terveysneuvonta

Terveydenhuoltolain (1326/2012) mukaan kunnan vastuulla on järjestää asukkaille terveysneuvontaa, joka tarkoituksena on edistää terveyttä ja hyvinvointia sekä ehkäistä sairauksia. Kaikkiin terveydenhuollon palveluihin tulee sisältyä terveysneuvontaa. Terveysneuvonnalla tarkoitetaan sairauteen ja terveyteen liittyvää neuvontaa, joka tarkoituksena on terveyden edistäminen ja terveyden ylläpitäminen sekä sairauksien ennaltaehkäisy ja hoito.

Terveysneuvontaa voidaan antaa ottamalla huomioon yksilön omat yksilölliset ominaisuudet ja tarpeet. Tarve neuvontaan on noussut terveystarkastuksen yhteydessä ja se voi koskea sairautta, elämäntapamuutoksia tai asiakkaan hoitotilannetta. Neuvonnan tarpeen käynnistäjänä ja toimeenpanijana voi olla joko asiakas itse tai terveydenhuollon työntekijä. Asiakkaan omat tavoitteet ja näkemykset omasta elämästään ovat neuvonnan lähtökohtia. Toteutus suunnitellaan asiakkaan kanssa yhdessä. Neuvonnan tarkoituksena on tukea yksilöä tekemään omien arvojen mukaisia, järkeviä päätöksiä ja valintoja, joilla on vaikutusta hänen terveyteensä. (Ryynänen & Myllymäki 2000, 136.)

## 3 Metabolinen oireyhtymä

”Kundit kondikseen” terveystarkastuksissa pyritään löytämään riskitekijöitä, joiden jo tiedetään vaikuttavan metabolisenoireyhtymän syntyyn. Terveystarkastuksessa ennaltaehkäisevää työtä terveysneuvonnan avulla. Opinnäytetyössämme olemme perehtyneet riskitekijöihin joihin voidaan vaikuttaa omilla elintavoilla.

Metabolinen tarkoittaa Mustajoen mukaan jotakin aineenvaihduntaan liittyvää. Aineenvaihduntaan liittyvät muutokset aiheuttavat keskivartalolihavuutta ja muita häiriöitä samaan aikaan. (Mustajoki 2010c, 123 - 124) Rasvasolujen toiminta on vatsaontelossa vilkkaampaa kuin ihon alla. Solut vapauttavat elimistöön ja verenkiertoon aineenvaihduntatuotteita. Aineenvaihduntatuotteet ovat mm. rasvahappoja ja elimistölle haitallisia sytokiinejä. Maksa on aineenvaihdunnan keskus, jonne laskimoveri kulkeutuu vatsaontelosta. Maksan aineenvaihduntaan aiheuttavat häiriöitä rasvahapot sekä sytokiinit. Häiriöt vaikuttavat koko kehon aineenvaihduntaan ja näin sairastumisen riski kasvaa. (Mustajoki 2010b) Metabolisessa oireyhtymässä saattaa esiintyä yhtä aikaa sokeriaineenvaihdunnanhäiriö, kohonnut verenpaine, suurentunut triklyseridiarvo ja pieni veren hdl -kolesteroliarvo. Hdl on veren ”hyvää” kolesterolia. Mikäli sellaisella henkilöllä jolla on keskivartalolihavuutta ja kaksi edellä mainituista sairauksista tai oireita, hänen taudin kuvaansa nimitetään metaboliseksi oireyhtymäksi. (Mustajoki 2010c, 123 - 124.)

Metabolisen oireyhtymän kriteerit Kansanterveyslaitoksen työryhmän mukaan täyttyy, jos miehellä vyötärön mitta on yli 94cm ja naisen yli 80cm. Tämän lisäksi kaksi seuraavista, seerumin hdl -kolesterolipitoisuus on miehellä pienempi kuin 1.03 mmol/l ja naisella pienempi kuin 1.29mmol/l, seerumin triglyseridipitoisuus suurempi kuin 1,29 mmol/l, Kohonnut verenpaine yli 130/85, kohonnut plasman paastosokeriarvo yli 5.6mmol/l tai diagnosoitu diabetes. Huomioidaan myös, vaikka käytössä olisi spesifi lääkehoito lipidipoikkeavuuteen ja hyperglykemian hoitoon. Suomalaisista keski-ikäisistä 35 - 40 % täyttää nämä kriteerit. (Kansanterveyslaitoksen julkaisuja 2008,24.)

### 3.1 Ylipaino ja keskivartalolihavuus

Lihominen johtuu siitä, että energian saanti ylittää kulutuksen. Energian saantiin vaikuttavia tekijöitä ovat mm. ruuan rasvamäärä, napostelukulttuuri ja perheen yhteisten aterioiden väheneminen kulttuuristamme. Vaikuttavia tekijöitä ovat myös kiire ja stressaava elämäntapa, vähentynyt yöuni sekä erilaiset psyyken häiriöt. Nämä tekijät ovat niitä jotka vaikuttavat koko väestön painonnousuun. (Mustajoki 2010a.)

Kehon normaalia suuremmalla rasvaprosentin määrällä tarkoitetaan lihavuutta. Liikaravasta valtaosa kertyy ihon alle, mutta sitä kertyy myös mm. vatsaonteloon. (Mustajoki 2010a) Vyötärölihavuudella tarkoitetaan sitä, että ylipaino on kerääntynyt keskivartaloon. Kehon ylimääräinen rasva on kerääntynyt sisäelinten väliin ja vatsaontelon sisäpuolelle. Tällaista rasvaa kehossa kutsutaan sisälmysrasvaksi eli viskeraaliseksi rasvaksi kehon sisällä. Vyötärölihavuus on hyvä tunnistaa ajoissa, koska liika rasva sisäelinten ympärillä aiheuttaa monia sairauksia. Perimällä sekä elintavoilla on vaikutusta siihen kertyykö rasvaa vatsaontelon sisälle vai muualle kehoon. Miesten taipumus viskeraaliseen rasvaan on naisia suurempi. Naisia suojaaa naissukupuushormoni ennen vaihdevuosisia. Elintavoista mm. tupakointi, runsas alkoholin käyttö sekä vähäinen liikunta lisää riskiä rasvan kertymiseen sisäelinten ympärille. (Mustajoki 2010b.)

Painon arviointimenetelmänä käytetään painoindeksiä eli BMI (Body Mass Index). Painoindeksi saadaan laskemalla. Laskutoimituksessa henkilön paino jaetaan pituuden neliöllä. Näin laskettaessa saadaan painoindeksi, jossa normaalipaino on 18.5 - 25, lievä ylipaino 25 - 30, merkittävä lihavuus 30 - 35, vaikea lihavuus 35 - 40 ja sairaallosainen lihavuus yli 40. Vyötärön mittaamisella voidaan myös arvioida lihavuutta. Mittaaminen suoritetaan seisten etsien molemmista kyljistä lonkkaluun korkein kohta ja näiden yläpuolella oleva pehmeä alue ennen alimpia kylkiluita. Mittanauhan tulee kulkea molempien pehmeiden alueiden kohtien päältä. (Mustajoki 2010a.)

Ylipainoa esiintyy kansanterveyslaitoksen Suomalaisen aikuisväestön terveystutkimuksen ja terveys, kevät 2009 - raportin mukaan (ikäryhmässä 15 - 64-vuotiaat) yleisemmin alimmassa koulutusryhmässä kuin korkeammin koulutettujen keskuudessa. Naisten erot ovat selvemmat kuin miesten erot ylipainon osalta. Alimmassa koulutusryhmässä vuosina 2005 - 2009 66 % miehistä oli ylipainoisia, keskiasteen koulutuksen käyneistä vastaava osuus oli 63 % ja ylimmän koulutusryhmän miehistä 57 %. Naisista vastaavat prosenttiluvut olivat alimmasta ylimpään koulutusasteeseen 53 %, 45 % ja 39 %.( Helakorpi ym. 2010, 26.)

### 3.2 Liikunta

Liikunnan harrastaminen vapaa-ajalla on lisääntynyt kaikissa koulutusryhmissä Kansanterveyslaitoksen mukaan. Määrä oli vähintään 2-3 kertaa, vähintään puoli tuntia kerralla. Kuitenkin ylimmän koulutusasteen käyneet miehet urheilivat useimmin vapaa-ajalla. Erot eri koulutusasteiden välillä miesten osalta liikunnan määrässä on kasvanut. Naisten osalta erot eri koulutusryhmien välillä ovat pieniä. (Kansanterveyslaitoksen julkaisuja b6 2008,17.)

UKK - instituutin terveystuotteen suosituksessa (18 - 64-vuotiaat) sanotaan, että kestävyyskuntoa olisi hyvä harjoittaa reippaalla liikunnalla kaksi ja puolituntia viikossa. Tällä määrällä pystytään parantamaan kestävyyskuntoa esim. pyöräillen tai kävellen. Muita sopivia liikuntamuotoja ovat mm. hyötyliikunta raskaiden koti- ja pihatöiden merkeissä ja sauvakävely. Heikkokuntoisella noilla keinoilla voidaan parantaa myös kuntoa. Kokeneempi kuntoilija tarvitsee kuntonsa kohottamiseen rasittavimpia liikuntamuotoja, aikaa kuitenkin vähemmän eli tunnin ja viisitoista minuuttia viikossa. Lihaskuntoa tulisi harjoittaa ainakin kahdesti viikossa. Liikuminen ainakin kolmesti viikossa vähintään kymmenen minuuttia kerrallaan on minimimäärä liikunnalle, koska terveyden kannalta on tärkeää liikkua vähän kuin ei lainkaan. (Kuva 1.) (UKK-instituutti - terveystuotteen suositukset 2009.)



Kuva 1. Terveysliikunnan suositus (UKK-instituutti 2009)

Suomalaisen (N 5000) aikuisväetön terveys ja terveyskäyttäytyminen, kevät 2009 - raportin mukaan liikkui edellä mainitun suosituksen mukaisesti 12 % vastanneista miehistä ja naisista 11 % ikäryhmässä 15 - 64-vuotiaat. Ikäryhmiä vertailtaessa yleisemmin suosituksen mukaan liikkivat alle 25-vuotiaat miehet 32 % ja 18 % naiset. Vähiten suositusten mukaan liikkivat yli 54-vuotiaat miehet 4 % ja naisetkin vain 6 %. Ikäryhmässä 35 - 44-vuotiaat miehet, riittävästi kestävyys- ja lihaskuntoharjoittelua harrasti noin 11 %.( Helakorpi ym. 2010, 18 - 19.)

Kestävyysliikuntaa harrasti miehistä (15 - 64-v.) 47 % ja naisista 50 %. Miehistä kertoi harrastavansa vapaa-ajan liikuntaa 66 % ja naisista 72 % a kahdesti viikossa vähintään puolen tunnin ajan. Neljästi viikossa vapaa-ajan liikuntaa harrasti miehistä 31 % ja naisista 32 %. Vuonna 2009 viisitoista minuuttia työmatkoihin kävellen tai pyöräillen kertoi käyttävänsä 30 % miehistä ja 39 % naisista. Kun taas kolmekymmentä minuuttia pyöräillen tai kävellen työmatkoihin käytti miehistä 11 % ja naisista 14 %. ( Helakorpi ym. 2010, 18 - 19.)

### 3.3 Kolesterolin

Toiminnassaan elimistö tarvitsee useita erilaisia rasvoja, yksi niistä on kolesterolin. Elimistölle on kuitenkin haitallista kolesterolin liiallinen saanti ravinnosta tai elimistön liiallinen tuotan-

to. Liiallinen kolesteroli kasaantuu pahkuroiksi valtimon seinämiin eli ateroomiksi. Vuosien saatossa valtimot ahtautuvat ja sen myötä kehittyä valtimonkovettumistauti eli ateroskleroosi. Ateroskleroosi ilmenee sepelvaltimotautina; rintakipuna ja sydäninfarktina, aivoverenkiertohäiriöinä, munuaisten toimintahäiriöinä sekä verenkiertohäiriöinä jaloissa. (Aalto-Setälä K. 2011, 229 - 230.)

Kokonaiskolesteroli mitataan verestä verikokeella koostuen LDL -kolesterolista (huono kolesteroli), HDL -kolesterolista (hyvä kolesteroli) ja triglyserideistä (rasvahapot) (taulukko 1). Rasva-aineenvaihdunnan häiriön aiheuttajana ovat useimmiten epäterveelliset elämäntavat. Kolesterolilääkityksen eli statiinilääkityksen aloittaminen kolesterolin alentamiseksi onkin tärkeää sellaiselle henkilölle, jolla on jo valtimotauti tai sen sairastumisen riski. (Aalto-Setälä K. 2011, 229 - 230.)

Kohonnut kolesteroli ei aiheuta mitään oireita. Kohonneen kolesterolitason syyt ovat yksilöllisiä. Toisilla on suurentunut kolesterolin saanti tai sen hidas poistuminen verestä. Runsaasti eläinperäisiä rasvoja sisältävä ravinto suurentaa kolesterolin kerääntymistä. Myös perintötekijöillä on omat vaikutuksensa rasva-aineenvaihdunnan häiriössä. (Aalto-Setälä K. 2011, 231 - 235.)

Taulukko 1. Kolesterolin viitearvot.

Kokonaiskolesteroli alle 5,0 mmol/l	
LDL -kolesteroli	alle 3.0 mmol/l
HDL -kolesteroli	yli 1.0 mmol/l
Triglyseridit	alle 2.0 mmol/l

Elintapamuutoksilla voidaan vaikuttaa ratkaisevasti kohonneiden kolesteroliarvojen parantamiseen. Liikuntatottumuksien lisääminen ja ruokailutottumuksien muuttamisella sekä laihduttamisella ja tupakoinnin lopettamisella on suuri merkitys. Rasvojen saantiin tulee kiinnittää huomiota, tyydyttyneiden eli kovien rasvojen saantia tulisi vähentää ja korvata se pehmeillä rasvoilla. (Tala T., Kukkonen - Harjula K., Tikkanen M., Strandberg T. & Aho T. 2009.)



### 3.4 Kohonnut verenpaine

Verenpaineen ollessa 140/90 tai sen yli puhutaan koholla olevasta verenpaineesta. Koholla oleva verenpaine aiheuttaa aivohalvauksia, sydäninfarkteja ja vahingoittaa valtimoita. Verenpaineeseen alentavasti voi vaikuttaa tupakoinnin lopettamisella, laihduttamisella, liikkumisella ja suolan käytön vähentämisellä. Mikäli näistä keinoista ei löydy apua verenpaineen alentamiseen, säännöllinen lääkehoito tulee kyseeseen. (Mustajoki 2011b.)

Elintavoista löytyy suurin syy kohonneeseen verenpaineeseen, mutta myös perintötekijöillä voi olla vaikutusta. Liikapaino etenkin vyötäröllä, tupakointi, suolan runsas käyttö, lakritsi- tuotteiden runsas syöminen, vähäinen liikunta, tulehduskipulääkkeiden liiallinen käyttö, hormonien käyttäminen (mm. e-pillerit, vaihdevuosien hormonihoito), alkoholin liikkakäyttö tai stressi ovat korkeaan verenpaineeseen altistavia tekijöitä joihin voi itse vaikuttaa. Verenpaineeseen voi vaikuttaa valitsemalla täysjyväviljaa ruokavalioon. Myös kaliumin ja magnesiumin käytöllä on verenpainetta alentava vaikutus. Kaliumia saa vihanneksista, hedelmistä ja kasviksista. Verenpaineen kohoamiseen voi siis vaikuttaa elämäntapojen muuttamisella terveellisempään suuntaan. (Mustajoki 2011b.)

### 3.5 Sepelvaltimotauti

Sepelvaltimotaudilla tarkoitetaan yleisesti niitä tauteja, jotka vaikuttavat sepelvaltimoiden toimintaan tai vain koskevat niitä. Taudin kehittyminen vie useamman vuoden ajan ja oireena voi olla rasituksessa ilmenevä rintakipu. Pitkittyessään se voi johtaa sydäninfarktiin ja jopa äkkikuolemaan. Oireet johtuvat siitä ettei sydämeen virtaa tarpeeksi hapekasta verta. Rasitusrintakivusta puhutaan Angina Pectoriksen nimellä ja sen yleinen ilmeneminen on juuri rasituksen yhteydessä tai stressin yhteydessä. Lepo vähentää kipua. (Töyry 2008, 5-6.)

Alle 55-vuotiailla miehillä riski sairastua sepelvaltimotautiin on suurempi kuin saman ikäisillä naisilla. 65-vuotiaista miehistä kuolee sepelvaltimotautiin kolme kertaa useampi kuin samanikäisiä naisia. Erot eri sukupuolien välillä tasoittuu iän myötä ja 75-vuotiailla on samanlainen riski sairastua tai kuolla sepelvaltimotautiin. (Töyry 2008, 23 - 24.)

Sepelvaltimotaudin riskitekijöinä mainitaan monia syitä, ei vaan yhtä aiheuttajaa. Osaan riskitekijöistä voidaan itse vaikuttaa, kun taas osa riskitekijöistä on sellaisia joihin ei voi vaikuttaa. Mitä useampi riskitekijä ihmisellä on, sitä suurempi on sairastumisen riski. Sepelvaltimotaudin riskitekijöistä sellaisia joihin on mahdollisuus itse vaikuttaa, ovat tupakointi, painonhallinta eli ylipaino, korkea verenpaine, veren korkea kolesterolipitoisuus, diabeteksen hoitotasapainossa pitäminen ja stressitilanteiden välttäminen. Riskitekijöitä joihin on itse toimin-

nalla tai elämäntavoilla mahdotonta vaikuttaa, ovat ikä, etninen tausta, sukupuoli sekä perimä. (Töyry 2008, 23 - 24.)

Tilastokeskuksen mukaan vuonna 2008 kuoli yhteensä 24 451 miestä ja 24 639 naista eli yhteensä 49 090 henkilöä. Verenkiertoelinten sairaudet aiheuttivat kokonaisuudessaan 40 % kuolemista ja niistä sepelvaltimotaudin osuus kuolemiin oli 23 %. Työikäisten miesten eli 15 - 64-vuotiaiden kuolleisuus vuonna 2008 oli 7 614 ja saman ikäisten naisten 3 250. Viimeisen parin kymmenen vuoden sisällä on sepelvaltimotautiin kuollut puolet vähemmän työikäisiä miehiä kuin aiemmin. (Tilastokeskus 2009.)

### 3.6 Tyypin kaksi diabetes

Tyypin kaksi diabetes syntyy vuosien saatossa. Diabetes on sokeriaineenvaihdunnan häiriö ja sen syntymisen alkuvaiheessa haima tuottaa liikaa insuliinia ja lopulta väsyä. Väsymisen seurauksena ihmisen verensokeritaso nousee ja sairastuminen diabetekseen on edessä. Sairastumisen taustalla voi olla perintötekijöitä sekä elämäntavoista johtuvia syitä mm. lihavuus, liikunnan puute sekä puutteellinen tai vääränlainen ruokavalio. (Mustajoki 2011a.)

Diabetes määritellään ottamalla verestä paastonäyte veren glukoosipitoisuudesta. Paastonäyte otetaan aamulla niin, että potilas on paastonut yön yli. Arvon tulee olla toistuvasti yli 7,0mmol/l tai sitä suurempi arvo. Veren normaalin verensokerin ylärajana pidetään 6,0 mmol/l. Muita diabeteksen toteamismenetelmiä ovat glukoosikoe, joka tehdään laboratorioissa sekä HbA1c:n pitoisuuden määrittäminen verinäytteestä. HbA1c:n tulee olla kaksi kertaa 48mmol/mol, jotta diabeteksen kriteerit täyttyvät. (Mustajoki 2011a.)

### 3.7 Diabeteksen ennalta ehkäisy

Suomen diabetesliitto halusi tehdä diabeteksen ennaltaehkäisyn ja hoidon eteenpäin saattamiseksi jotakin ja perusti vuosina 2000 - 2010 kehittämishankkeen nimeltä ”Dehko”. Ohjelman tarkoituksena oli parantaa sekä tyypin yksi että tyypin kaksi diabeetikoiden hoitotasapainoa niin, että siitä olisi hyötyä diabeteksen liitännäissairauksien ennaltaehkäisyssä. Tavoitteena ohjelmassa oli myös diabeetikoiden hoitotyytyväisyyden paraneminen. Sekä ohjelman tarkoituksena ja tavoitteena oli parantaa ja yhtenäistää hoitojärjestelmää ja toimintatapoja. (Aarne, Biergannus, Sarikoski, Telford & Huttunen 2011, 8-12.)

Dehko ohjelman tiivistelmässä sanotaan hoidon ohjauksesta, että sen tavoitteena on antaa elämäntapaohjausta niin, että sillä saadaan aikaiseksi sairauden kannalta edullisia pysyviä muutoksia. (Korkee 2002) Tällaisia muutoksia ovat terveyttä edistävät elintavat, jotka tulevat osaksi diabeetikon elämäntapoja. Ohjauksen on hyvä olla suunnitelmallista ja sitä tulee tehdä

pitkäjänteisesti. Ohjaus sisältää ruokavalio- ja liikuntaohjausta. Mikäli diabeetikolla on painonhallinnan ongelmia, annetaan ohjausta painonhallinnan toteutukseen. Myös tupakoinnin lopettamisen ohjaus ja tukeminen on ohjauksen tavoitteena. Ohjauksella pyritään sovittamaan diabeteksen hoito osaksi jokapäiväistä elämää. Tällöin diabeetikko hallitsee omahoidon ja on siihen motivoitunut. (Korkee 2002,15 - 16.)

Diabeetikolle hoidon oppiminen on prosessi, jota ohjauksella tuetaan antamalla tarvittavia tietoja ja taitoja diabeetikon käyttöön. Vastuu hoidosta on tällöin diabeetikolla itsellään ja hän on motivoitunut sairautensa hoitoon. Diabeetikko on tarpeidensa asiantuntija ja paras arvioija ja he toteuttavat itse oman hoitonsa. Diabeetikon kanssa laaditaan yhdessä hoito- ja ohjaussuunnitelma ja sen toteuttamista arvioidaan vuositarkastuksissa. (Korkee 2002,15 - 16.)

#### 4 Työikäisen miehen terveysriskit

Tässä opinnäytetyössä käsittelemme työikäisten miesten elintavoista tupakointia, alkoholin käyttöä, liikunta - ja ravitsemustottumuksia sekä niiden vaikutuksesta terveydentilaan.

##### 4.1 Työikäinen mies

Tilastokeskuksen mukaan työikäiseksi väestöksi luokitellaan 15 - 74-vuotiaat henkilöt. Vuonna 2011 työikäisiä miehiä oli 2 032 000, 35 - 44 -vuotiaita heistä oli 338 000. Kaikista työikäisistä miehistä työelämässä mukana oli 71,1 % eli 1 456 900, työttömänä oli 7,4 % eli 150 368. Työikäisiä naisia vuonna 2011 oli 2 027 000, 35 - 44-vuotiaita heistä oli 324 000. Naisten työttömyysaste oli 7,6 %. (Tilastokeskus 2011a., 2011b.)

Terveellisillä elintavoilla voidaan ehkäistä useita sairauksia. Lisää terveitä elinvuosia ennustavat riittävä liikunta, terveellinen ravinto, painonhallinta ja tupakoimattomuus. Omaan terveyteensä voi vaikuttaa jo pienilläkin elintapamuutoksilla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008.)

##### 4.2 Elintapojen viimeaikainen kehitys

Työ ja terveys 2009-haastattelututkimuksen mukaan joka neljäs työssä käyvä tupakoi ja puolet ei ollut tupakoinut koskaan. Aikuisväestöstä miehet tupakoivat enemmän kuin naiset. Yleisimmin tupakoitsijoita olivat työntekijät sekä rakentamisen, kuljetus- ja tietoliikenteen toimialoilla työskentelevät. Työssä käyvistä miehistä 40 % kuuluu riskiryhmään alkoholin käytön suhteen. Runsainta alkoholin käyttö oli miehillä, jotka työskentelivät rakentamisen toimialalla. Yleisintä ylipaino oli miehillä jotka toimivat maatalouden, rakentamisen, kuljetus- ja tietoliikenteen toimialoilla. Työelämässä mukana olevien normaalipainoisten osuus pienenee

tasaisesti. Työpaikkaruokalassa työpäivän aikana syö joka kolmas, kun taas joka kolmas osa miehistä syö omia eväitä. Koulutuksen ja majoituksen sekä ravitsemuksen toimialoilla on yleisintä työpaikkaruokalassa syöminen. Kun taas omien eväiden syöminen on yleisintä terveys- ja sosiaalipalveluiden, teollisuuden, kaupan ja korjauksen toimialoilla. (Laitinen, Perkiö-Mäkelä & Virtanen 2010, 141 - 142.)

#### 4.3 Ammattiryhmien vertailu

Ylipainoa, lihavuutta sekä epäterveellisiä elintapoja esiintyy eniten kuljetus- ja prosessityötä tekevien sekä korjaus-, rakennus- ja valmistustyötä tekevien keskuudessa. Erityisesti tupakointi (40 %), alkoholin riskikäyttö (AUDIT-C6-12 pistettä:43 %) sekä ylipainoisuus (BMI  $\geq$  25,0 . 62 % ja 68 %) on edellä mainittujen miesten keskuudessa yleistä. Metsätyöntekijöiden ja maanviljelijöiden keskuudessa on yleisintä liikkumattomuus (37 %) ja ylipainoisuus. Epäterveellisiä tottumuksia esiintyy vähiten erityisasiantuntijoilla, kun taas heillä terveelliset tottumukset ja normaalipainoisuus ovat yleisimpiä. (Laitinen ym. 2010, 143.)

Työnsä fyysisesti raskaaksi kokeneiden keskuudessa epäterveelliset elintavat ovat pääsääntöisesti yleisempiä kuin työnsä fyysisesti kevyeksi kokeneilla. 40 % fyysisesti raskaaksi työnsä kokeneista miehistä tupakoi, humalahakuisia juojia oli 19 %, alkoholin riskikäyttäjiä oli 46 % ja liikkumattomia 28 %. (Laitinen ym.2010, 144.)

Suomessa väestön terveyttä ja elintapojen (alkoholinkäyttö, tupakointi, liikunta ja ruokatottumukset) sekä niissä tapahtuneita muutoksia seuraa Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL). Tautien ehkäisyyn ja terveyden edistämiseen tähtäävässä työssä on tärkeä osa kansantauteihin liittyvien elintapojen seuranta. (Terveyden - ja hyvinvoinninlaitos 2011.)

Vuodesta 1978 alkaen on "Suomessa toteutettu Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytymisen ja terveys" (AVTK) postikyselytutkimus. Tutkimuksen tavoitteena on ollut kartoittaa työikäisten terveyskäyttäytymisen nykytilannetta sekä sen pitkän ja lyhyen aikavälin muutoksia. Tärkeimmiksi osa-alueiksi on poimittu tupakointi, ruokatottumukset, alkoholi ja liikunta. Vuonna 2009 tehtyyn postikyselytutkimukseen oli poimittu satunnaisotos 5000 henkilön pysyvästi maassa asuvista 15 - 64-vuotiaita Suomen kansalaisista. Kyselyyn oli vastannut 2943 henkilöä. (Helakorpi, Laitalainen & Uutela 2010.)

#### 4.4 Parisuhteesta

Miesten terveyttä arvioitaessa väestötasolla, on merkitystä perheellä ja toimivalla parisuhteella sekä sosiaalisella verkostolla. Keskimäärin muita ikäisiään miehiä huonommin voivat yksin elävät, epävakaissa työsuhteissa tai työttömänä elävät miehet. (Rautio & Husman. 2010,

166) Ihmisen ja koko perheen hyvinvoinnin olennaisena osatekijänä on toimiva parisuhde, parisuhteessa näkyvät kaikki muutokset. Ihmiset jotka elävät toimivassa parisuhteessa toistensa kanssa, he jaksavat paremmin myös ympäristössä tapahtuvat muutokset. On tärkeää muistaa pitää parisuhdetta yllä pienillä teoilla ja keskusteluilla sekä pohtia väliajoin rakkaussuhteen toimivuutta. (Väestöliitto 2011a.)

Parisuhteella on myös suuri merkitys ihmisen henkiseen ja fyysiseen hyvinvointiin. Parisuhteeseen tulee mukaan molempien kumppaneiden elintavat ja ne vaikuttavat yhteiseen elämään. Kumppanilla on vaikutusta muun muassa lääkärikäynteihin, liikuntatottumuksiin sekä tupakan, alkoholin ja huumeiden käyttöön. Väestöliiton Internet -sivustoilta käy ilmi, että eräässä tutkimuksessa on todettu kumppanin sairauden jopa nostavan riskiä sairastua samaan tautiin. Jos kumppanilla on kohonnut verenpaine, riski korkeaan verenpaineeseen kaksinkertaistuu myös toisellekin. Tämän uskotaan johtuvan todennäköisimmin siitä, että parisuhteessa usein ajautetaan samanlaisiin ruokavalioihin, sosiaaliseen verkostoon ja liikuntatottumuksiin. Samalla lailla omaksutaan kumppanilta niin tupakointi, alkoholin kuin huumeidenkin käyttö. (Väestöliitto 2011b.)

Omia elintapojaan muuttamalla voi myös vaikuttaa kumppanin terveyteen positiivisesti. Jos kumppani lopettaa tupakoinnin, on kahdeksan kertaa todennäköisempää pystyä lopettamaan tupakointi. Jos toinen lopettaa alkoholin käytön, on viisi kertaa todennäköisempää että toisenkin kumppaneista luopuu alkoholista. On muistettava, että yhtäläillä mies pystyy vaikuttamaan naiseen kuin nainen mieheenkin elintapojen muuttamisessa. Liikuntatottumukset tuntuvat olevan ainut osa-alue, johon ei juurikaan pysty kumppani vaikuttamaan. (Väestöliitto 2011b.)

Kaisa Malinen (2004) oli tehnyt selvityksen pro gradu - tutkimuksessaan oliko temperamentti-piirteillä yhteyksiä 42-vuotiaiden naisten (n=129) ja miesten (n=144) parisuhteen laatuun ja sen kestävyys. Malisen tekemän selvityksen mukaan temperamentti ja parisuhteen laatu ja kestävyys yhdistyivät toisiinsa hyvin heikosti. Naisilla parisuhteen päättymiseen tutkimuksen mukaan vaikuttaa naisten negatiivinen affektiivisuus eli he kokivat enemmän kielteisiä tunteita, kuten turhautumista ja pelkoa. Naiset aistivat enemmän tunteilla kuin miehet. Miehillä vähäinen negatiivinen affektiivisuus, voimakas kontrollointikyky ja aistimusherkyys vaikuttivat parisuhteeseen. (Malinen 2004, 16 - 20.)

Tekemässään selvityksessä Malinen totesi myös sen, että tutkimuksien mukaan puolisoista jopa 80 % tukee toistaan vaikeissa päätöksissä tai päätökset tehdään yhdessä. Eniten ajoittaista erimielisyyttä nousi esille talous- ja kotitöissä ja miesten kohdalla erityisesti tunteiden osoittamisessa. Parisuhteen laatuun positiivisesti vaikutti ammatillinen koulutus. Mitä korkeamaksi kouluttautunut mies, sitä paremmaksi hän arvioi parisuhteen. (Malinen 2004, 16 - 20.)

Vuonna 2010 solmittujen avioliittojen määrä on pysynyt lähes ennallaan edellisvuoteen verrattuna. Vuonna 2010 avioliittoja solmittiin 29 952, edelliseen vuoteen verrattuna 116 enemmän. Avioeroja myönnettiin lähes sama verran kuin edellisvuotena. Avioeroon päättyi 13 619 avioliittoa, 52 eroa enemmän kuin edellisvuonna. Vuodesta 2007 lähtien avioerojen määrä on noussut hiljalleen. Vuonna 2010 päätyneistä avioliitoista, oli 70 % ensimmäistä kertaa avioliitossa molemmat puolisoista. 322 parisuhdetta rekisteröitiin vuonna 2010, eroja 64. ( Tilastokeskus 2011c.)

#### 4.5 Tupakointi

Tupakointi on kansantautien tärkein poistettavissa oleva syy. Tupakointi lyhentää elinikää usealla vuodella sekä lisää sepelvaltimotaudin vaaraa kaksinkertaiseksi ja keuhkosyövän vaaraa kymmenkertaisesti. 30 vuotta kattava suomalainen seurantalutkimus osoittaa, että tupakointi lisää riskiä keuhkohtaumataudin (COPD, Chronic Obstructive Pulmonary Disease) takia yli 20-kertaiseksi siirtyä työkyvyttömyyseläkkeelle. Pitkään tupakoineilla oli jopa 27-kertainen riski työkyvyttömyyseläkkeeseen. Tällöin poltettu tupakkamäärä 12 vuoden ajalta on vähintään 20 savuketta päivässä. Keuhkohtaumatautia ehkäisevä ja taudin etenemistä hidastava tekijänä on merkittävin tupakoinnin lopettaminen. Kolmanneksi korkeimmaksi kuolinsyyksi maailmassa vuoteen 2020 mennessä on arvioitu nousevan keuhkohtaumataudin. (Kansaneläkelaitos 2010.)

Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2009- tutkimuksen mukaan vastanneista miehistä 78 % oli huolissaan päivittäisen tupakoinnin vaikutuksista omaan terveyteensä. Viime vuosina huolestuneiden osuus on kasvanut. Tutkimuksen mukaan tupakoinnin halusi lopettaa 58 % vastanneista miehistä ja 40 % kertoi yrittäneensä lopettaa tupakoinnin. 2000-luvun puolivälin jälkeen tupakoinnin lopettamista haluavien määrä on lisääntynyt sekä suomalaisten miesten päivittäistupakointi on vähentynyt melko tasaisesti tutkimusjakson alusta. (Helakorpi, Laitalainen & Uutela 2010, 13 - 14.)

Tupakoinnissa koulutusryhmittäiset erot ovat edelleen kasvaneet. Tutkimuksen mukaan yleisintä tupakointi on alimmassa koulutusryhmässä, vähiten tupakoidaan ylimmässä koulutusryhmässä, kun taas toiseksi yleisintä tupakointi on keskimmaisessä koulutusryhmässä. Vuosien 2005 - 2009 tutkimusjakson alimpaan koulutusryhmään kuuluvista miehistä ilmoitti 37 % päivittäistupakoinnista. Kun vastaava osuus keskimmaisessä koulutusryhmässä oli 27 % ja ylimmässä koulutusryhmässä 15 %. (Helakorpi ym. 2010.)

Tupakointi aiheuttaa monia terveydellisiä haittoja, vaikuttaen koko elimistöön. Tupakoinnin tiedetään lisäävän selvästi mm. sydän- ja verisuomitauteja, keuhkohtaumaa, erilaisia syöpiä ja osteoporoosia. Tupakan aiheuttamiin sairauksiin kuolee Suomessa vuosittain noin 5000

suomalaista eli tupakka aiheuttaa joka viidennen kuoleman aikuisiällä. Syöpäkuolemista jopa joka kolmas on tupakan aiheuttama ja sydän- ja verenkiertoelinten sairauksista joka kolmas aiheutuu tupakoinnista. Lisäksi erityisen vaarallinen tupakointi on yhdistettynä korkeaan kolesteroliin. Tupakka sisältää epäterveellisiä aineosia, jotka tupakoidessa siirtyvät keuhkoihin ja sieltä edelleen verenkiertoon ja muualle elimistöön. Haitallisia aineosia ovat nikotiini, terva ja häkä. (Patja 2011.)

#### 4.6 Alkoholi

Suomalaisessa kulttuurissa alkoholi on yleisesti hyväksytty, laillinen ja laajasti käytetty päihde. Alkoholi näkyy nykyään sekä juhlassa että arjessakin. Alkoholin käyttöön liittyy usein yhdessä oloa, juhlaa ja tunnelman luomista sekä ruokailua. Siitä etsitään niin rentoutusta, helpotusta kuin itsensä palkitsemistakin. Alkoholia käyttävät ihmiset, myös alkoholitit, käyttävät alkoholia koettujen myönteisten vaikutusten takia. (Havio, Inkinen & Partanen 2008.)

Raitasalon tekemän tutkimuksen mukaan juomisen epävirallinen kontrolli on selkeästi yhteydessä sukupuoleen, sillä miesten juomista kontrolloidaan enemmän kuin naisten. Tavallisimmin kontrolloija on oma puoliso. Tutkimuksesta käy myös ilmi, että kontrollin yleisyys näyttää liittyvän raittiiden osuuteen maassamme. Mitä enemmän raittiita on, sitä enemmän kontrolloidaan juomista. (Raitasalo. 2008.)

Alkoholin kohtuullinen käyttö ei altista sydän- ja verenkiertoelimistöä erityisille vaaroille. Alkoholin vaikutukset sydämeen ja verenkiertoelimistöön riippuvat käytetystä alkoholimäärästä. Alkoholi heikentää sydänlihaksen supistusvireyttä ja sillä on vaikutusta sydämen pumpaustoimintaan. Alkoholi laajentaa verisuonia sekä poistaa nesteitä ja tämän vaikutuksen merkitys korostuu, jos sydämen supistumiskyky on sydänvian vuoksi heikentynyt. (Lindroos. 2010.)

Alkoholilla on tärkeä osa useiden eri sairauksien synnyssä. Säännöllinen runsas alkoholin käyttö kohottaa verenpainetta. Korkea verenpaine lisää aivohalvauksen riskiä. Aivohalvauksen syynä voi olla aivoverenvuodot tai aivojen verisuonten tukkeutumat. Myös voimakkaat humalatilat voivat johtaa usein krapulassa alkavaan ja hengenvaaralliseen sydämen rytmihäiriöön, eteisvärinä. Pitkällisen alkoholin käytön seurauksena sydänlihas alkaa rappeutua. (Lindroos. 2010.)

Elimistöä alkoholi poistuu joko hajoamalla muiksi aineiksi tai hengitysilman, virtsan ja hien kautta sellaisenaan. Jopa 90 - 98 % alkoholista hajoaa maksassa. Voidaan siis ajatella että 0,1 g alkoholia häviää tunnissa yhtä kehon painokiloa kohti. 7 g alkoholia (1 alkoholiannos = 12 g alkoholia) tunnissa poistuu 70 kiloiselta mieheltä. Kun 70 kg mies juo viiniä 0,5 litraa, syntyy

alle yhden promillen humalatila. Jos veren alkoholipitoisuus pääsee nousemaan yli neljän promillen, seuraa siitä alkoholimyrkytys. (Havio ym. 2008. 61.)

Vuonna 1982 tehdyn terveystutkimuksen mukaan 15 % miehistä ilmoitti, ettei ollut käyttänyt alkoholia lainkaan viimeisen vuoden aikana. Vastaava osuus vuonna 2009 tehdyn kyselyn mukaan oli 12 %. Olut on pysynyt yleisimpinä alkoholijuomista. Miehistä 59 % ilmoitti juoneen olutta viimeisen viikon aikana. Viiniä kuluneen viikon aikana juoneita miehiä oli 30 %, kun taas 14 % miehistä ilmoitti juoneensa long drink -juomia. Viimeisen viikon sisällä väkeviä alkoholijuomia käyttäneitä miehiä oli 32 %. Väkevien alkoholijuomien osuus oli vähentynyt edellisestä vuodesta. 10 % miehistä kertoi käyttäneensä kuluneen viikon aikana siideriä tai kevytviiniä. (Helakorpi ym. 2010.)

Alkoholinkulutuksen erot koulutusryhmittäin ovat kaventuneet vuoden 2004 jälkeen. Vuosina 1982 - 1985 tutkimusjakson alussa 26 % alimpaan koulutusryhmään kuuluvista miehistä ilmoitti käyttävänsä viikossa vähintään kahdeksan annosta alkoholia ja keskiasteen koulutusryhmään kuuluvista miehistä 27 %. Kun taas vastaavat osuudet vuosina 2007 - 2009 (tutkimusjakson lopussa) olivat 42 % ja 43 %. Ylimmässä koulutusryhmässä vuosina 1982 - 1985 36 % miehistä ilmoitti juovansa vähintään kahdeksan annosta alkoholia viikossa, kun taas vuosina 2007 - 2009 43 %. Yhdellä alkoholiannoksella tarkoitetaan olut- tai siideripulloa (0,33cl), viinilasillista (12cl) tai ravintola-annosta (4cl) väkevää alkoholijuomaa. (Helakorpi ym. 2010, 18.)

#### 4.7 Muut päihteet

Huumetrendit saavat vaikutteita kansainvälisistä virtauksista myös meillä Suomessa. Kansainväliseen tapaan meillekin on rantautunut kaksi suurempaa huumeaaltoa, ensimmäinen 1960-luvulla ja toinen 1990-luvulla. Niin 1960-luvulla kuin 1990-luvullakin huumeokeilut ja käytön lisääntyminen olivat lähinnä nuorisossa tapahtuvia ilmiöitä. Tutkimukset tuovat ilmi sen, että 1990-luvun kokeiluja oli enemmän miesten keskuudessa, kun taas naisten kokeilutahti kiihtyi vuosikymmenen puolivälissä. (Tanhua H., Virtanen A., Knuutti U., Leppo A. & Kotovirta E. 2011, 39.)

Viime vuosina Suomessa huumeaineiden käyttö ja niihin liittyvät ongelmat ovat pysyneet suhteellisen vakaalla tasolla. Vuodelta 2010 tehdyt tutkimukset osoittavat että kotikasvatuksen ja kannabiskokeilujen osuus on kasvanut, etenkin 15 - 34-vuotiaiden keskuudessa. Suomalaisista 15 - 69-vuotiaista (n= 4250) noin 17 % ilmoitti kokeilleensa joskus kannabista ja 4 % viimeisen vuoden aikana. Heistä 13 % naisia ja miehiä noin 20 %. (Tanhua ym. 2011, 39.)

Suomessa on seurattu vuodesta 1997 lähtien huumeiden ongelmakäytön laajuutta viranomais-tilastojen perusteella tehtyjen arvioiden mukaan. Vuonna 2005 tehdyn arvion mukaan, koko



väestön 15 - 54-vuotiaista noin 14 500 - 19 100 oli amfetamiinien ja opiaattien ongelmakäyttäjiä. Tällä hetkellä suomalaisten huumeiden käytön kovin ydin on sekakäytössä, jonka keskeistä osaa näyttävät rauhoittavat lääkkeet (benzodiatsepiinit) ja kivunlievitykseen tarkoitettut opioidipohjaiset lääkeaineet sekä kannabis ja alkoholi. Kaikesta tästä huolimatta alkoholi on tutkimuksien mukaan Suomen pääasiallinen ongelmapäihde. (Tanhua ym. 2011, 57 - 58.)

#### 4.8 Ruokatottumukset

Ravitsemuksella on suuri merkitys monien kansanterveydellisten ongelmien ilmenemisessä, ennaltaehkäisyssä ja hoitamisessa. Suomessa on annettu uudet ravintosuositukset vuonna 2005 ja niiden tarkoituksena on edistää kansalaisten terveyttä ja parantaa heidän ruokavaliotaan. Tavoitteina suosituksessa on energian saannin ja kulutuksen tasapainottaminen, turvata riittävä ja tasapainoinen ravintoaineiden saanti, kuitupitoisten hiilihydraattien lisääminen ravinnossa, toisaalta taas vähentää ravinnosta puhdistettuja sokereita, kovien rasvojen korvaaminen pehmeimmillä rasvavalmisteilla, suolan käytön vähentäminen ja alkoholin kohtuullinen käyttö. Suositusten mukaan liian vähäinen liikunta aiheuttaa terveysongelmia mm. sydän- ja verisuonisairauksia, diabetesta ja osteoporoosia. Liikunnalla voidaan vaikuttaa veren lipidiarvoihin, koska se lisää HDL-kolesterolia ja vähentää LDL-kolesterolia ja triglyseridiarvoja. (Suomalaiset ravintosuositukset.2005, 7 ja 47)

Ruokajuomana vähärasvaisen (0 -1 % )maidon käyttäminen on edelleen yleistä. 45 % miehistä joi vuonna 2009 rasvatonta tai ykkösmaitoa. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2009- tutkimuksen miehistä 39 % ilmoitti syövänsä vähintään viisi viipaletta leipää päivässä. Leivän käyttö on vähenemässä. Leivälle on laitettu jo pitkään kevytlevitteitä tai margariinia. 73 % vastanneista kertoi käyttävänsä kevytlevitettä tai margariinia, kun taas vain 3 % miehistä kertoi käyttävänsä voita leivällä. Miehistä 34 % kertoi syövänsä tuoreita kasviksia päivittäin, kun edeltävänä vuonna 2008 vastaavasti miehistä 35 % söi kasviksia päivittäin. (Helakorpi ym. 2010.)

Edellä mainitussa tutkimuksessa oli kuvattu myös ruokatottumuksien muutoksia eri koulutusryhmissä. Ravintosuositusten mukaisia tottumuksia vuonna 2009 on ollut: käyttää kasviksia päivittäin, juoda rasvatonta tai ykkösmaitoa, käyttää kevytlevitettä tai margariinia leivälle tai ei käytä leipärasvaa lainkaan. Ruokatottumukset ovat kehittyneet tutkimusjakson aikana myönteiseen suuntaan kaikissa koulutusryhmissä, siitä huolimatta erot ryhmien välillä on edelleen selvät. Ravintosuositusten mukaisia ruokatottumuksia ilmoitti muita useammin noudattavansa ylimpään koulutusryhmään kuuluvat. (Helakorpi ym. 2010.)

Vuosina 1979 -1981 miehistä 4 % alimmasta koulutusryhmästä, 7 % keskiasteen koulutusryhmästä ja 16 % ylimmästä koulutusryhmästä ilmoitti syövänsä terveellisesti. Kun taas vuosina

2005 - 2009 vastaava osuus oli alimmassa koulutusryhmässä 41 %, keskiasteen koulutusryhmässä 50 % ja ylimmässä koulutusryhmässä 61 %. Miesten ruokatottumuksien kehittyminen on huomattavaa. (Helakorpi ym. 2010.)

## 5 Opinnäytetyön tarkoitus ja tutkimusongelmat

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa niiden 40-vuotiaiden sipoolaisten miesten terveydentila ja terveysriskit, jotka eivät tulleet terveystarkastukseen vuonna 2010. Terveystarkastukseen vaikuttavia tekijöitä ovat mm. elintavat (ruokatottumukset, liikunta, alkoholi, tupakointi), työtilanne (työssä, työtön), perhetilanne ja mahdolliset pitkäaikaissairaudet ja niiden hoitaminen. Tarkoituksena on myös selvittää miesten kiinnostus osallistua tulevaisuudessa terveystarkastuksiin esimerkiksi iltavastaanotolla.

Opinnäytetyön tutkimusongelmia ovat:

- 1) Miksi 40-vuotiaat sipolaismiehet eivät ole ottaneet vastaan kutsua terveystarkastukseen?
- 2) Minkälaiset elämäntavat kohderyhmän miehillä on?
- 3) Minkälaiseksi kohderyhmän miehet kokevat terveydentilansa?
- 4) Minkä verran kohderyhmän miehet ovat käyttäneet terveydenhuollon palveluja viimeisen vuoden aikana?

## 6 Opinnäytetyön empiirinen toteuttaminen

### 6.1 Sipoon kunta

Sipoo on Uudellamaalla sijaitseva kaksikielinen kunta, Helsingin tuntumassa. Keski-Sipoossa sijaitsee kunnan keskus Nikkilä sekä Etelä-Sipoon paikalliskeskus on Söderkulla. Vuoden 2010 lopussa Sipoon kunnan asukasluku oli 18 253 henkilöä, joista suomenkielisiä 11 013, ruotsinkielisiä 6 819 ja muita kieliä edusti 421. Tammikuussa 2011 Sipoon kunta oli asukasluvultaan Suomen 336 kunnasta 62:ksi suurin kunta. (Sipoon kunta 2012) Sipoon koko väestöstä vuonna 2010 oli 25 - 64-vuotiaita 53.9 %, miehiä 53.5 % ja naisia 54.2 %. Kunnan väestöstä 40-vuotiaita oli yhteensä 297, miehiä 153 ja naisia 144. (Sipoon kunta, 2012.)

## 6.2 Aineiston keruu

Tarve opinnäytetyön tekemiseen tuli Sipoon kunnan terveystoimen taholta. Opinnäytetyön aineiston keräämistä varten anottiin kirjallinen tutkimuslupa (Liite 1) Sipoon Terveyskeskuksen johtavalta lääkäriltä Kati Liukolta huhtikuussa 2011. Suullinen ja kirjallinen tutkimuslupa (Liite 2) saatiin 12.4.2011 osastonhoitaja Kirsi Leinosen välityksellä johtavalta lääkäriltä. Postikysely lähetettiin 100 sipoolaiselle 40-vuotiaalle miehelle huhtikuussa 2011, vastauksia saatiin 20. Saapuneet postikyselyvastaukset käsiteltiin syyskuussa 2011.

Tämä opinnäytetyö on kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus. Määrällisen tutkimuksen tarkoituksena on kerätä tutkimusaineistoa tarkoilla mittausmenetelmillä, keräämällä tiedot mm. kattavista väestötöksistä ja käsittelemällä saatua aineistoa tilastotieteen menetelmin jotta päädytään oikeisiin johtopäätöksiin. (Tilastokeskus 2012) Posti- ja verkkokyselyn suurin ongelma on kato vastanneiden määrässä. Tutkimuksen aihepiiristä ja vastaajajoukosta riippuu kadon suuruus. Vastausprosentti voi nousta korkeammaksi, jos vastaajat kokevat aiheen tärkeäksi ja siihen on valiokoitunut jonkun erikoisaiheen joukko ihmisiä. Tutkija voi joutua muistuttamaan asiasta niitä, jotka ovat jättäneet vastaamatta. Vastaajien nimien käyttöön täytyy saada lupa ja osoitteiden saaminen voi tuottaa hankaluuksia. (Hirsjärvi ym.1997, 185.)

Kysely aineistonkeruumenetelmänä voi käsittää laajan tutkimusaineiston. Tutkittavien henkilöiden määrä voi olla suuri sekä kysymyksiä voidaan esittää paljon. Menetelmä on tehokas tapa tehdä tutkimusta, koska se ei vaadi paljon vaivannäköä ja on tutkijan aikaa säästävä tapa toimia. Kustannukset ja aikataulu on määriteltävissä etukäteen. Tutkittavan tiedon analysointiin on kehitetty jo aiemmin tapa toimia, joten sitä ei tarvitse itse kehittää. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 184.)

Ongelmakohtaksi voi osoittautua kuitenkin tulosten tulkinta sekä se kuinka vakavasti vastaajat ovat kysymykset ottaneet, ovatko he vastanneet rehellisesti ja totuudenmukaisesti kysymyksiin. On vaikeaa kontrolloida ovatko vastaajat ymmärtäneet kysymykset tarkoitettulla tavalla. Lomakkeen kehittäminen edellyttää laatijalta monenlaisia taitoja ja se vie paljon aikaa. Ongelmana voi olla tutkijan kannalta myös se, että kato muodostuu suureksi. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 184.)

Postikyselytutkimuksen (taulukko 2.) mukana tutkittaville lähetettiin saatekirje (Liite 3), jonka tarkoituksena oli selventää opinnäytetyön tarkoitusta sekä kyselylomakkeeseen (Liite 4) vastaamista. Tutkimukseen osallistuminen ja kyselylomakkeeseen vastaaminen oli vapaaehtoista. Saimme listan terveysasemalta miehistä joille kyselykaavake lähetettäisiin eli tarkastuksesta pois jääneet, kutsutut miehet. Uskottavuuden lisäämiseksi laitoimme näkyviin sekä Sipoon kunnan että Laurean logon. Sama ajatus oli myös siinä, että palautusosoitteeksi vali-

koitui Laurean opintotoimisto Sipoon terveysaseman sijasta. Vastausprosentti oli 20 % ja näin ollen kato oli suuri. Tästä johtuen otimme mukaan kaikki palautetut kyselykaavakkeet, vaikka niitä tuli myöhässä. Tämä vaikuttaa kyselyn luotettavuuteen ja antaa vain hiukan suuntaa Sipoolaisten miesten terveystottumuksista ja syystä joka johti pois jäämiseen terveystarkastuksesta.

### 6.3 Opinnäytetyön mittarin esittely

Kyselylomakkeen laatimisen alkuvaiheessa määritellään sen ulkonäkö sekä kyselykaavakkeen pituus. Kyselykaavake on syytä jättää sopivan lyhyeksi, koska liian pitkä kaavake voi karsia vastaajien määrää. Aikaa postin välityksellä laitettavan kyselyn täyttämiseen tulisi mennä korkeintaan 20 minuuttia. Selkeä ulkoasu palvelee sekä vastaajaa että kyselyn tekijää. Valtakunnallisissa kyselyissä kyselykaavake on mahdollisuuksien puitteissa syytä kääntää myös ruotsin kielelle. (FSD,2010).

Pidimme yhteistapaamisen Sipoon terveyskeskuksen terveydenhoitaja Pernilla Erikseenin ja osastonhoitaja Kirsi Leinosen kanssa Sipoossa tammikuussa 2011. Tapaamisen tarkoituksena oli kartoittaa heidän toiveitaan kyselylomakkeen sisällöstä. Kyselylomaketta lähdettiin työstämään teoreettisen viitekehyksen turvin. Sipoon terveyskeskus oli myös kiinnostunut 40-vuotiaiden miesten terveydentilasta, terveystarkastuksen varaamattomuuden lisäksi.

Kyselylomake (Liite 4) sisälsi 28 puoliksi strukturoitua ja avointa kysymystä. Kysymykset oli jaoteltu seitsemään osioon viitekehyksen mukaisesti. Kyselylomakkeen osiot: perhetilanne, elämäntilanne, terveydentila, elintavat, terveystarkastusten käyttäminen, hoitoon sitoutuminen ja terveyskeskusajan varaamattomuuteen vaikuttavat tekijät. Kyselylomake testattiin kolmella miehellä, väärinymmärrysten välttämiseksi. Testaamisen jälkeen kyselylomake vaati pieniä muutoksia, lähinnä kysymyksien selkeyttämiseksi. Kyselylomakkeen vastaamiseen oli määritelty kahden viikon vastaamisaika palautuskuorineen.

Taulukko 2. Kyselylomakkeen rakenne.

Opinnäytetyön tutkimusongelmat	Kyselylomakkeen kysymykset
Taustatiedot	1,2
Miksi 40-vuotiaat Sipolaismiehet eivät otta- neet vastaan kutsua terveystarkastukseen?	24,25,26,27,28

<b>Minkälaiset elämäntavat kohderyhmän miehillä on?</b>	6,7,8,9,10,11,12,13,14,15,16,23
<b>Minkälaiseksi kohderyhmän miehet kokevat terveydentilansa?</b>	3,4,5,22
<b>Minkä verran kohderyhmän miehet ovat käyttäneet terveydenhuollon palveluita viimeisen vuoden aikana?</b>	17,18,19,20,21

#### 6.4 Aineiston analyysi

Aineisto kerättiin kyselylomakkeen avulla. Vastauksia saatiin takaisin 20 (n=20) mieheltä. Kyselylomakkeet käytiin läpi kohta kohdalta tutkimusongelmittain (taulukko 2). Pienen vastausprosentin myötä aineiston tutkiminen oli sujuvaa. Tulokset esitellään kuvioissa prosentteina ja tekstissä frekvensseinä edeten tutkimusongelmittain. Kuvioissa olevilla väreillä ei ole merkitystä.

## 7 Tutkimuksen tulokset

### 7.1 Vastaajien taustatiedot

Taulukko 3. Vastaajien taustatiedot

Taustatiedot n=20	n
<b>Siviilisäätty n=19</b>	
Naimisissa	12
Avoliitossa	5
Eronneita	2
<b>Perhetilanne n=16</b>	
Lapsia samassa taloudessa (lasten ikä 1kk-16v.)	14
Yksi lapsi samassa taloudessa (4v.)	1
Kaksi lasta samassa taloudessa (1-16v.)	9
Kolme lasta samassa taloudessa (1kk-12v.)	4
Ei lapsia samassa taloudessa (lasten ikä 14-18v.)	2
<b>Työllistyminen n=20</b>	
Työssä	19
Työtön	1

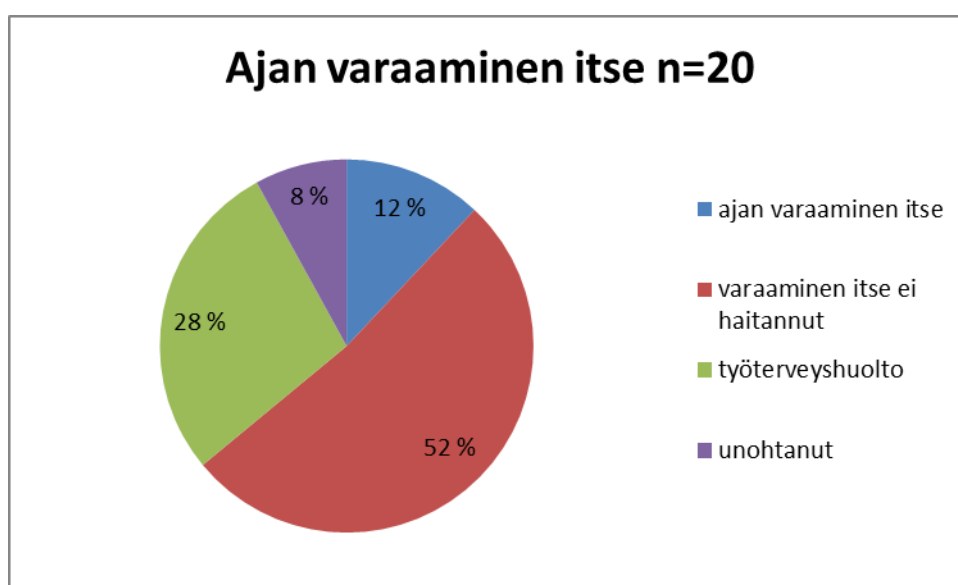
Kysely lähetettiin 100 sipoolaiselle 40-vuotiaalle miehelle. Vastauksia saatiin 20.

Vastanneista ilmoitti (Taulukko 3) olevansa naimisissa 12, eronneita 2 ja avoliitossa 5. Yksi miehistä oli jättänyt merkittämättä siviilisäätynsä. Suurin osa (12) oli perheellisiä ja heidän lasten ikähaitari oli yhdestä kuukaudesta 16 ikävuoteen. Lapset asuivat samassa taloudessa. Kahden vastanneen lapset asuivat eri taloudessa ja neljä oli jättänyt vastaamatta sekä kahdella epäselvä merkintä asumisjärjestelyistä.

Yksi ilmoitti olevansa työtön ja loput 19 (Taulukko 3) työelämässä. Ammattinsa ilmoittaneista nousi esille erityisesti johtavassa asemassa olevia ja yrittäjinä työskenteleviä miehiä. Loput vastanneista työskenteli hoitajina, erilaisina päällikköinä sekä rakennustyön tekijöinä.

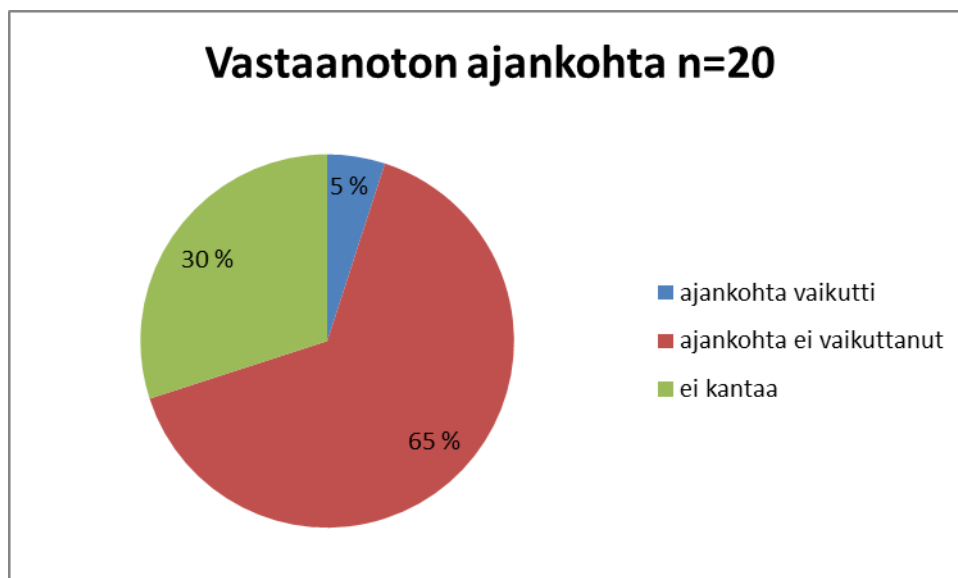
## 7.2 Syitä tarkastuksesta pois jäämiseen

Tässä osiossa käsitellään edes auttaneiden tekijöiden mahdollisuutta jättää terveystarkastusaika varaamatta.



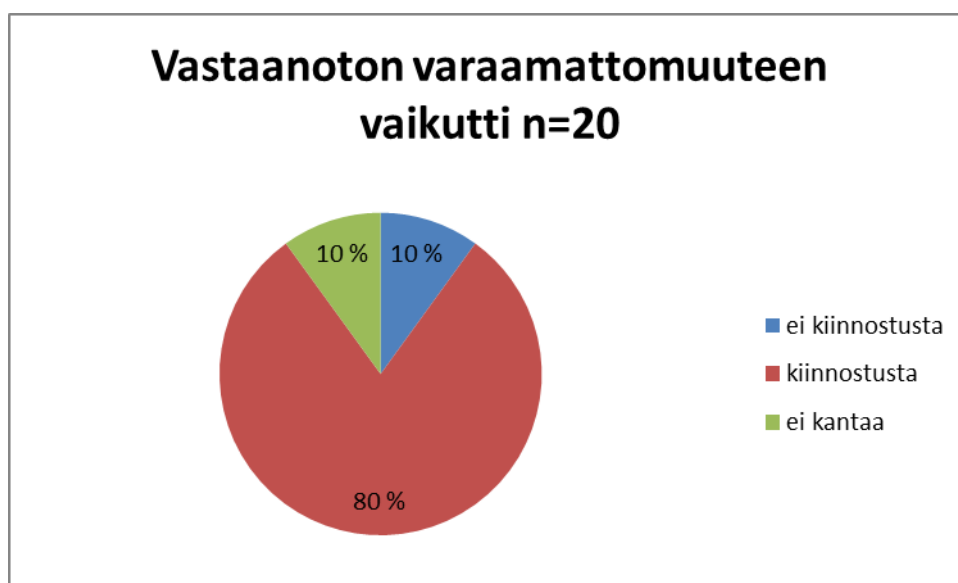
Kuvio 1. Ajan varaaminen

Ajan varaaminen itse puhelimitse (kuvio 1) oli osasyynä kolmella niin, että he jättivät ajan varaamatta kokonaan. Heistä yksi oli käynyt työterveyshuollossa. Itse varaaminen ei haitannut 13 ja seitsemän oli käynyt työterveyshuollossa. Reippaasti unohtaneita oli kaksi. Kysymyskohdan tyhjäksi jätti kaksi, heistä toinen työterveyshuollon piirissä



Kuvio 2. Vastaanoton ajankohta

Vastaanoton ajankohdalle (Kuvio 2) vain yhdelle oli merkitystä, siitä huolimatta hän ei olisi ollut halukas tulemaan terveystarkastukseen kello 16 jälkeen. 13:sta ei ollut esteenä vastaanoton ajankohta ja kuusi jätti vastaamatta.



Kuvio 3. Vastaanoton varaamattomuuteen vaikuttavia tekijöitä.

Vastaanoton varaamattomuuteen 16:sta ei vaikuttanut (Kuvio 3) kiinnostuksen puute puhua omasta terveydestään, kun taas kaksi ilmoitti tämän syyksi jättää vastaanottoaika varaamatta. Kaksi ei vastannut. Työterveyshuollon tarkastuksessa 16 miehestä oli käynyt yhdeksän.



Miesten ajatuksia:

*”Työnantaja järjesti täysin vastaavan 40-vuotis tarkastuksen ja osallistuin siihen.”*

*”Monella työssäkävällä henkilöllä on hyvä työterveyshuolto. Tämä on myös hyvä asia koska siellä tehdään vuosittain terveystarkastuksia, kuntotestejä, verikuva otetaan ym. 40-vuotistarkastus on erittäin hyvä tapa aktivoida (tai yrittää aktivoida) riskiryhmäläisiä.”*

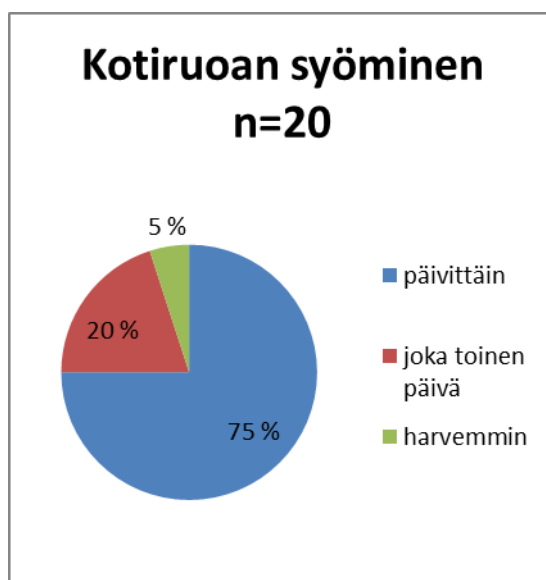
*”Kunnallisessa terv.huollossa ei tule käytyä kun ei kuitenkaan saa aikaa kun tarvitsee tai itselle sopisi.”*

*”olin juuri käynyt työterveyshuollossa mm. kolesterolimittauksessa. Muutoin olisin osallistunut tähän.”*

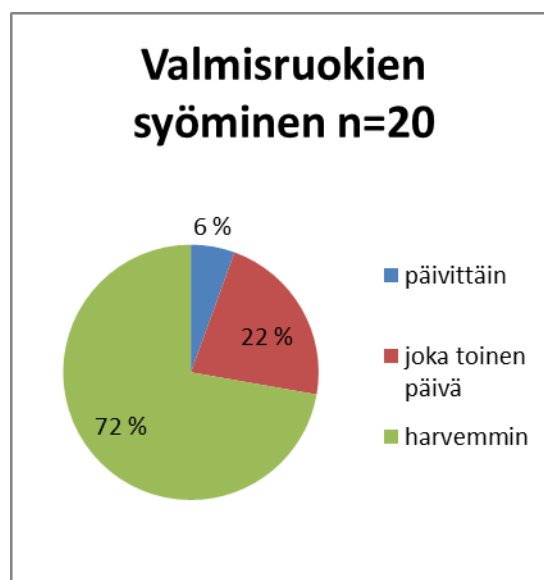
*”En ole saanut kyseistä kutsua.”*

### 7.3 Sipoolaisten miesten elämäntavat

Tässä kohdassa selvennetään elämäntapoja syömistottumuksista liikuntaharrastuksiin sekä nautintoaineiden käyttäminen ja oma käsitys psyykkisestä terveydentilasta.



Kuvio 4. Kotiruoan syöminen.



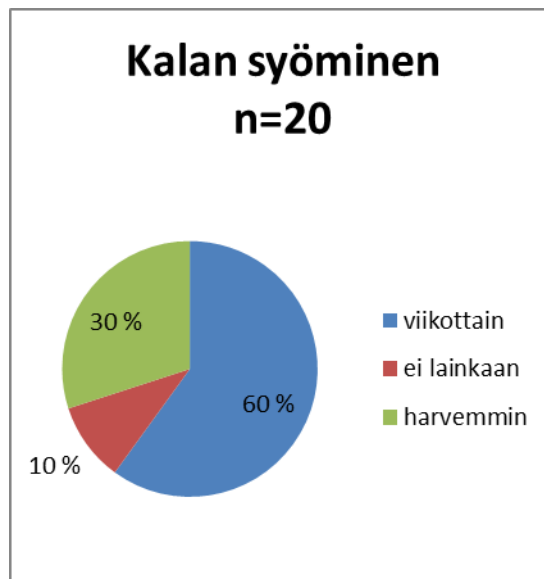
Kuvio 5. Valmisruokien syöminen

Päivittäin kotiruokaa kertoi syöneensä 15 miestä (Kuvio 4). Joka toinen päivä kotiruokaa söi neljä ja harvemmin yksi. Vain yksi söi päivittäin valmisruokia (Kuvio 5). Neljä ilmoitti syövän-

sä valmisruokia joka toinen päivä ja 13 vielä harvemmin. Valmisruoan käyttöä kysyttäessä, kaksi jätti vastaamatta.



Kuvio 6. Kasvikunnan tuotteet.

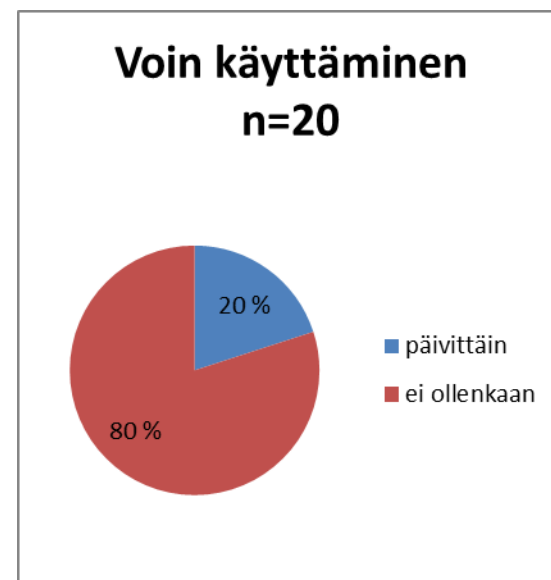


Kuvio 7. Kalan syöminen.

Kymmenen miestä söi suositusten mukaisesti puoli kiloa (kuvio 6) kasviksia, hedelmiä, marjoja ja vihanneksia päivässä. Seitsemän miestä söi joka toinen päivä ja kolme harvemmin 500g kasvikunnan tuotteita päivässä. Kala maistui 12 viikottain (kuvio 7), kahdelle ei maistunut kala lainkaan ja harvemmin kuin viikottain söi kalaa kuusi miestä.

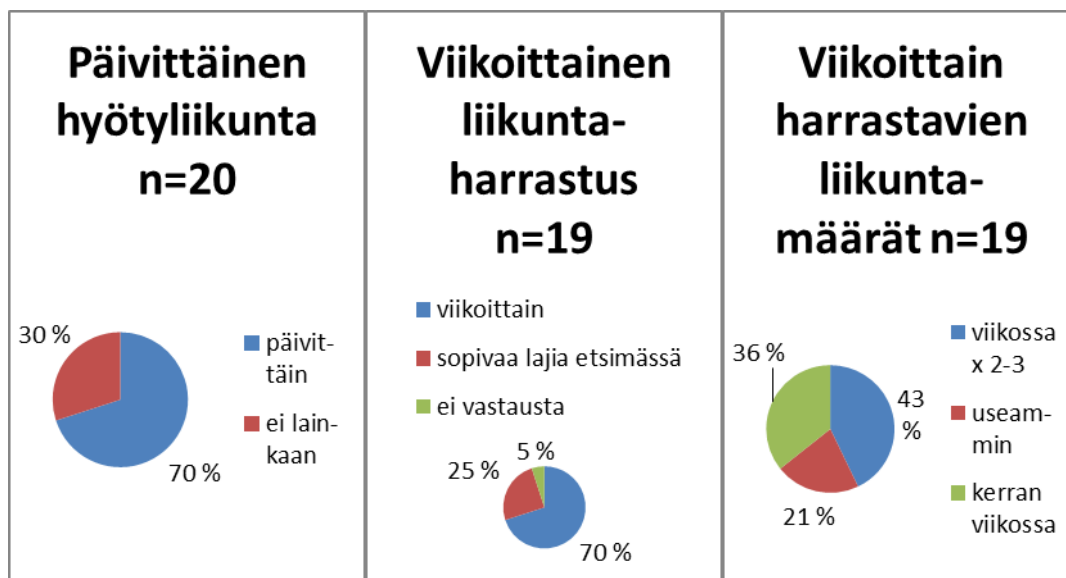


Kuvio 8. Kasvisrasvojen käyttäminen.



Kuvio 9. Voin käyttäminen

Vastaajista 18 käytti päivittäin kasvisrasvoja (Kuvio 8) ja neljä käytti voita (Kuvio 9). Kaksi miestä ei käyttänyt ollenkaan kasvisrasvoja ja 16 taas ei käyttänyt voita.

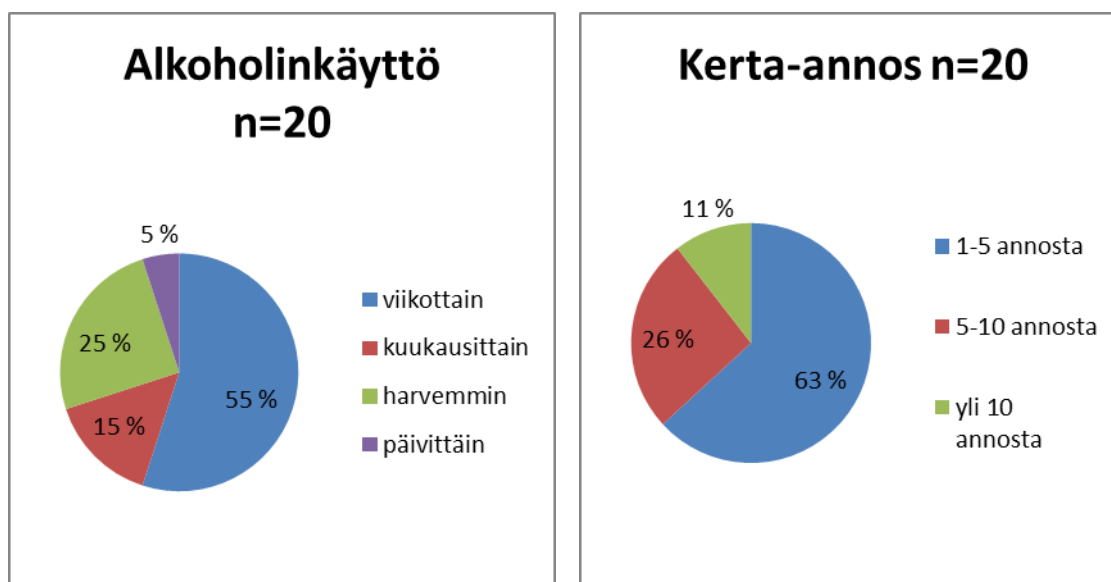


Kuvio 10. Hyötyliikunta.

Kuvio 11. Viikoittainen.

Kuvio 12. Liikuntakerrat.

Hyötyliikuntaa päivittäin sai 14 miestä, kun taas kuudelle ei hyötyliikuntaa tullut lainkaan päivän aikana (Kuvio 10). Viikoittain harrasti säännöllisesti liikunta 14 ja sopivaa liikuntaharrastusta oli etsimässä viisi (Kuvio 11). Viikossa 2-3 kertaa (kuvio 12) oli innostunut harrastamaan liikuntaa kuusi, vielä useammin harrasti kolme ja viikoittaiseen liikuntaharrastuksen pariin hakeutui viisi. Yksi ei vastannut liikuntaharrastuksista kysyttäessä.

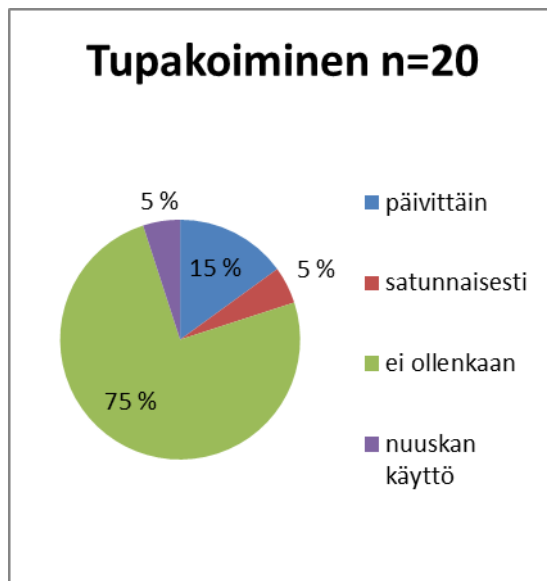


Kuvio 13. Alkoholinkäyttäminen.

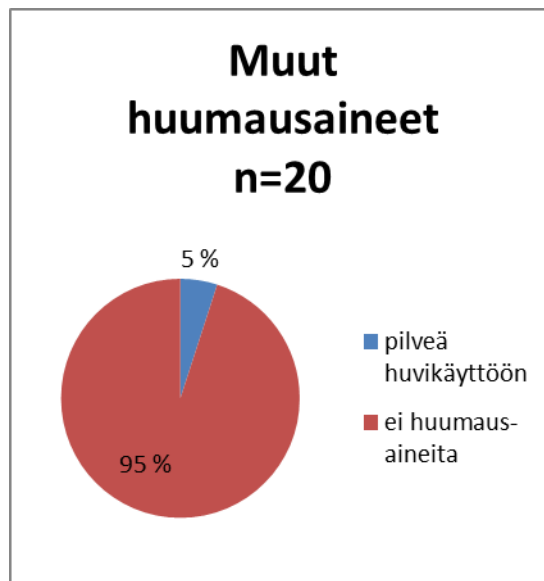
Kuvio 154 Alkoholinkäytön kerta-annokset

Jonkin asteista alkoholinkäyttöä oli kaikilla miehillä (Kuvio 13). Jopa 11 kertoi käyttäneensä alkoholia viikoittain. Kuukausittain käytti alkoholia kolme ja harvemmin viisi. Kerta-annokseksi 1-5 annosta kertoi 12 ja viisi joi kerralla 5-10 annosta ja yli 10 annosta alkoholia

kerralla nautti kaksi (Kuvio 14). Yksi kertoi alkoholikulutuksensa olevan jopa päivittäistä, käyttäen 1-5 annosta päivittäin.



Kuvio 15. Tupakoiminen.

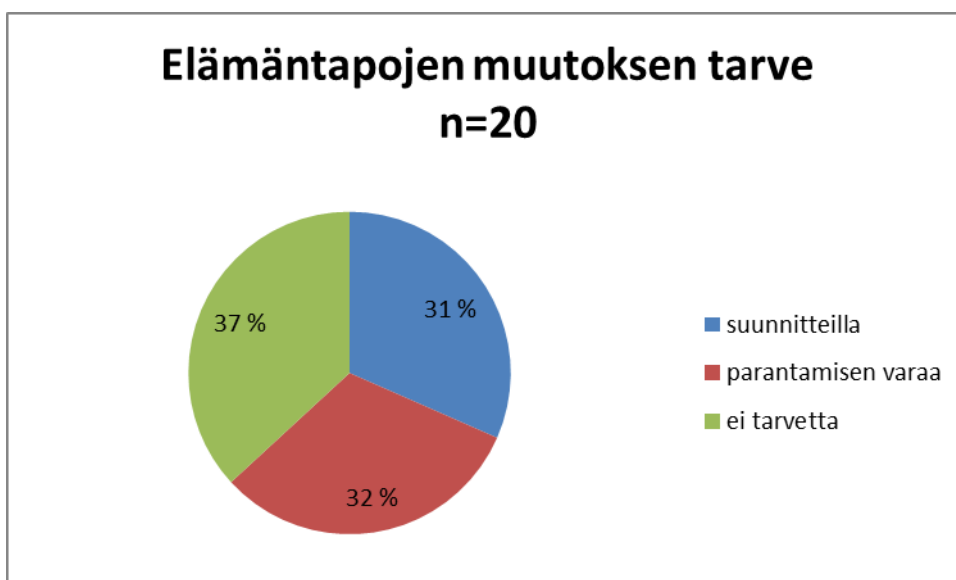


Kuvio 16. Huumeaineiden käyttö.

Päivittäin tupakoi vain kolme, kaksi poltti päivässä 20 ja yksi vain kaksi savuketta. Yksi tupakoi satunnaisesti ja 15 ei ollenkaan (Kuvio 15). Nuuskan käyttäjiä oli yksi. Yksi kertoi olevansa huumeaineiden huvikäyttäjä, poltellen pilveä. Lopuilla ei ollut huumeidenkäyttöä ollenkaan (Kuvio 16).

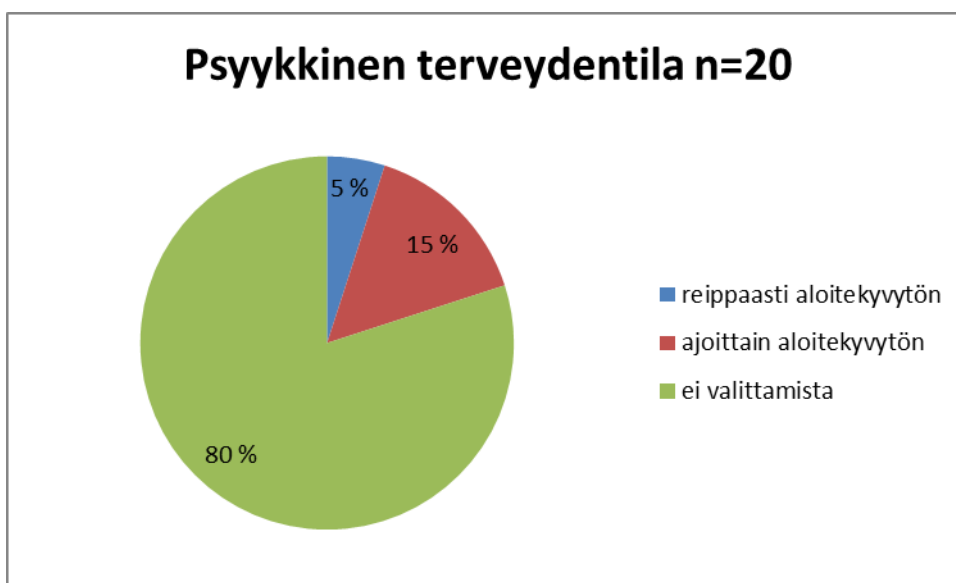
#### 7.4 Miesten kokemus omasta terveydentilasta

Tässä käsitellään miesten näkemystä omasta psyykkisestä terveydestä, painosta, pitkäaikais-sairauksista ja lääkityksestä.



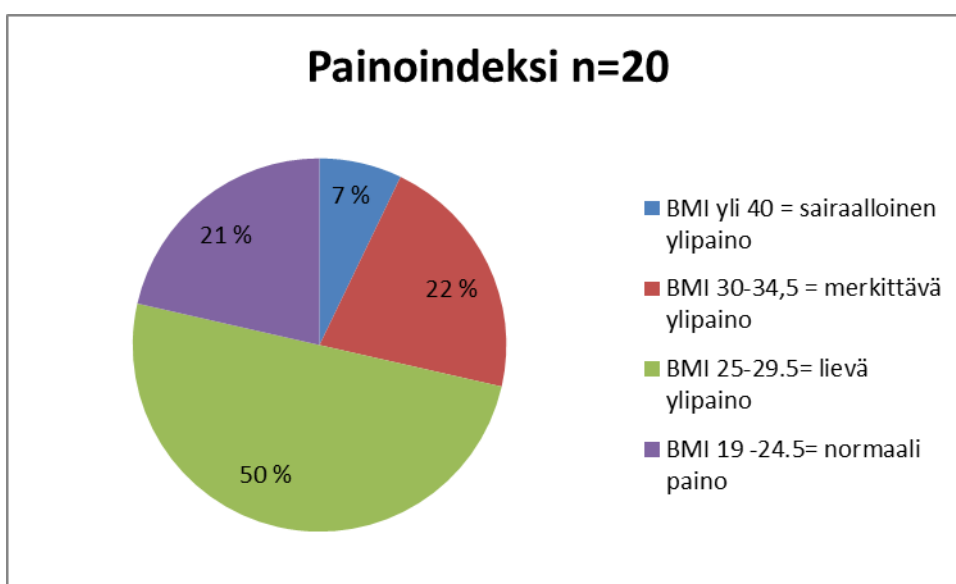
Kuvio 17. Elämäntapojen muutoksen tarve.

Elämäntapojen muutoksien (Kuvio 17) suunnittelua oli kuudella. Parantamisen varaa elämäntavoissaan koki olevan kuudella, mutta he eivät omasta mielestään tarvinneet siihen tukea. Tosin heistä yksi oli käynyt jo ravitsemusterapeutilla ja yksi oli saanut vastaavanlaista apua työterveyshuollosta. Seitsemän ei nähnyt tarvetta elämäntapojen korjaamiseen.



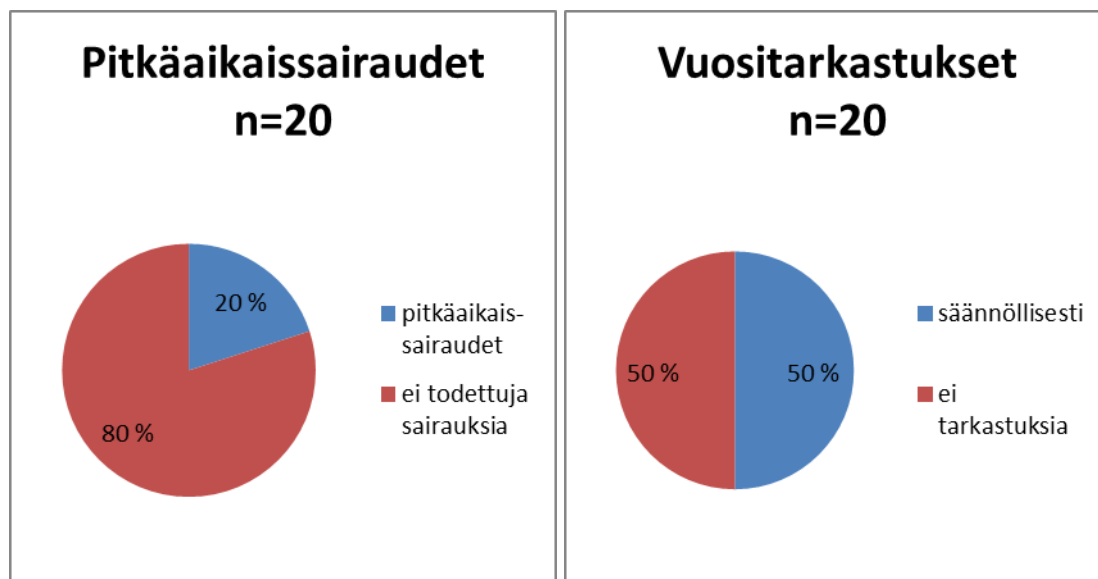
Kuvio 18. Psyykinen terveydentila

Omaa arviotaan tehdessään psyykkisestä terveydentilastaan (kuvio 18), vain yksi kertoi olevansa reippaasti aloitekyvytön, mutta oli silti työelämässä. Ajoittain aloitekyvyttömyyttä itsestään tunnisti kolme. Henkisesti tunsivat voivansa hyvin 16.



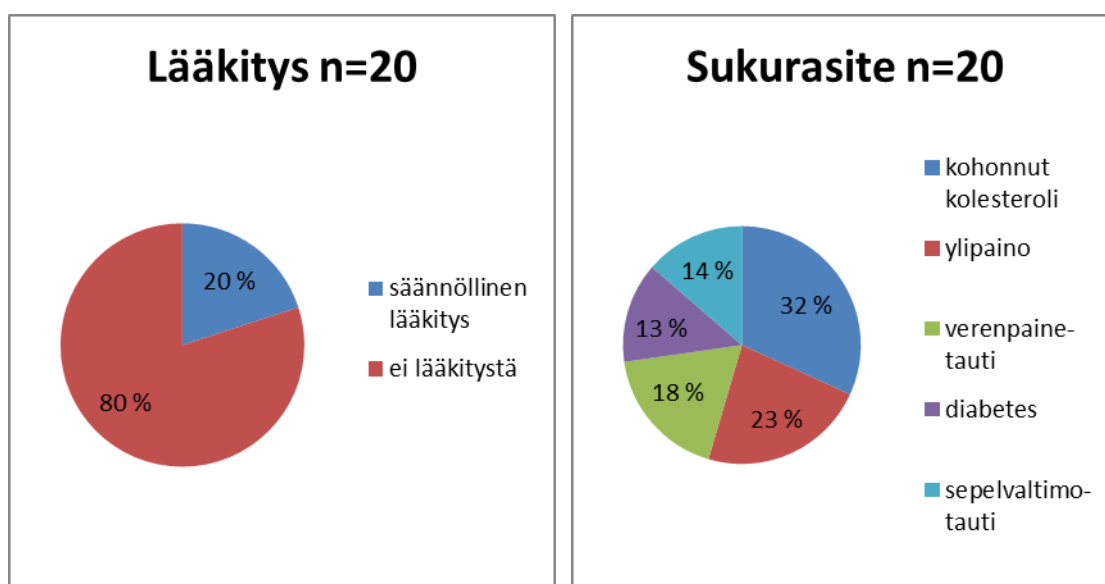
Kuvio 19. Painoindeksi.

Painoindeksi vaihteli 14 miehen (Kuvio 19) kohdalla 22 - 41 välillä. Yksi oli sairaalloisen ylipainoinen (BMI yli 40), merkittävää ylipainoa (BMI 30 - 34,5) oli kolmella ja seitsemällä lievää ylipainoa (BMI 25 -29.5) sekä kolmella paino oli normaali (BMI 19 - 24.5).



Kuvio 20. Pitkäaikaissairauksien sairastaminen. Kuvio 21. Vuositarkastukset.

Neljä ilmoitti sairastavansa lääkärin toteamaan (Kuvio 20) pitkäaikaissairautta. Kaksi kävi säännöllisesti vuositarkastuksissa (Kuvio 21) ja kaksi ei. Mitään todettua pitkäaikaissairautta ei ollut 16:sta. Vastanneilla ilmeni astmaa, kohonnutta verenpainetautiä sekä kolesterolia ja ylipainoa. Säännöllistä lääkärin määrää lääkitystä (Kuvio 22) oli vain neljällä. Lääkemäärät henkilöä kohden olivat 1-3 lääkevalmistetta. Ilman lääkitystä oli 16.



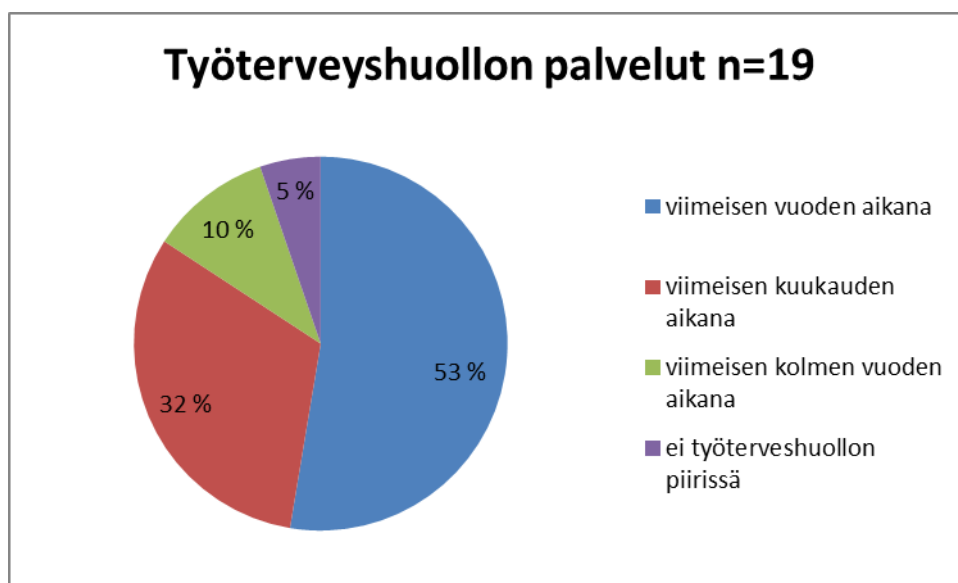
Kuvio 22. Lääkitys.

Kuvio 23. Sukurasite.

Sukurasitteesta ilmeni (Kuvio 23) että kohonneet kolesteroliarvot olivat seitsemällä lähisukulaisella. Lähisukulaisista viidellä oli ylipainoa, verenpainetautia oli neljällä sekä diabetesta että sepelvaltimotautia oli kolmella lähisukulaisella.

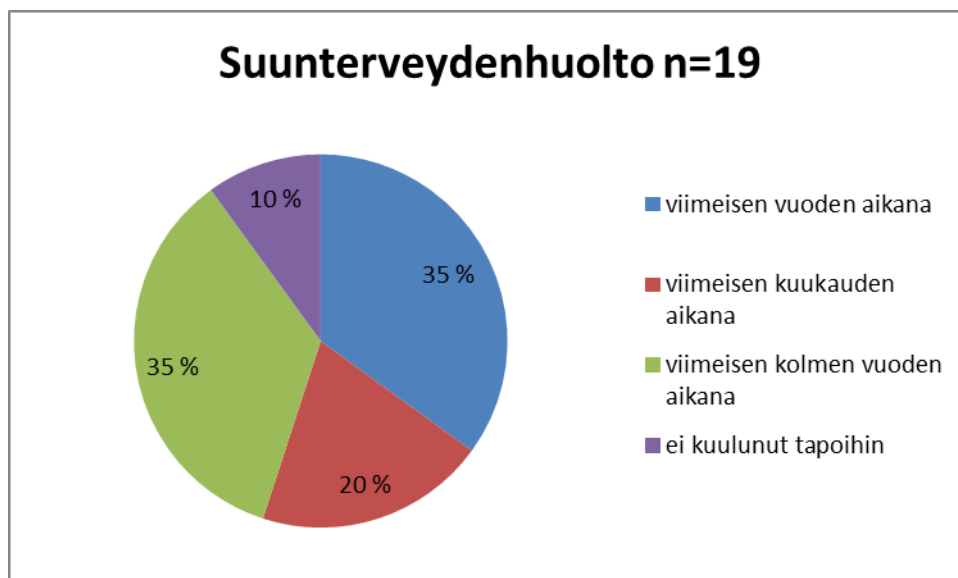
### 7.5 Terveydenhuollon palvelujen käyttäminen

Tässä osiossa käsitellään työterveys-, opiskelija- ja suunterveydenhuollon sekä lääkärin palveluiden käyttämistä viimeisen kolmen vuoden aikana.



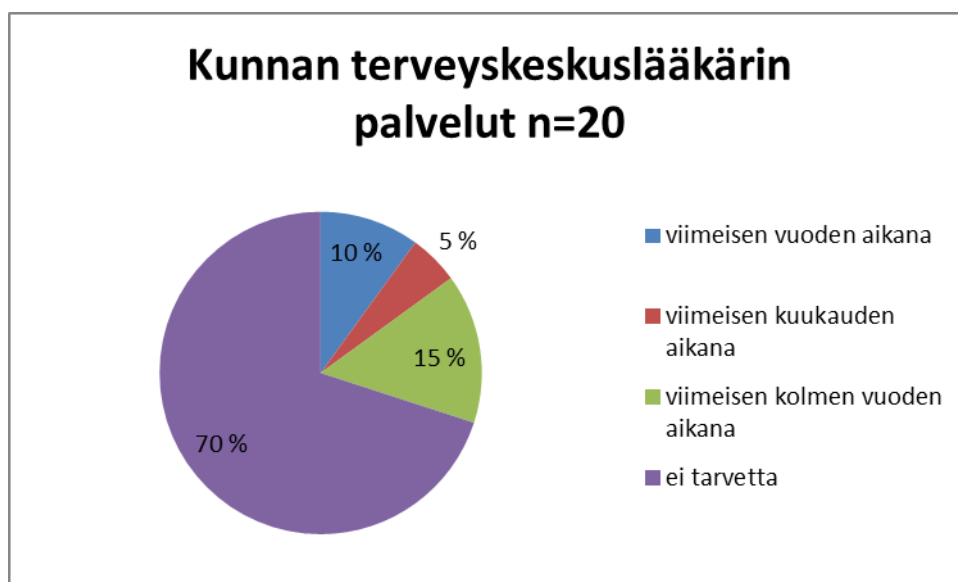
Kuvio 24. Työterveyshuollon palveluiden käyttäminen.

Työterveyshuollon palveluita (Kuvio 24) oli viimeisen vuoden aikana käyttänyt 10. Viimeisen kuukauden aikana työterveyshuollon palveluita oli käyttänyt kuusi ja viimeisen kolmen vuoden aikana kaksi. Yksi ei kuulunut lainkaan työterveyshuollon piiriin. Opiskelijaterveydenhuollon piiriin ei kuulunut kukaan.



Kuvio 25. Suunterveydenhuollon palveluiden käyttäminen.

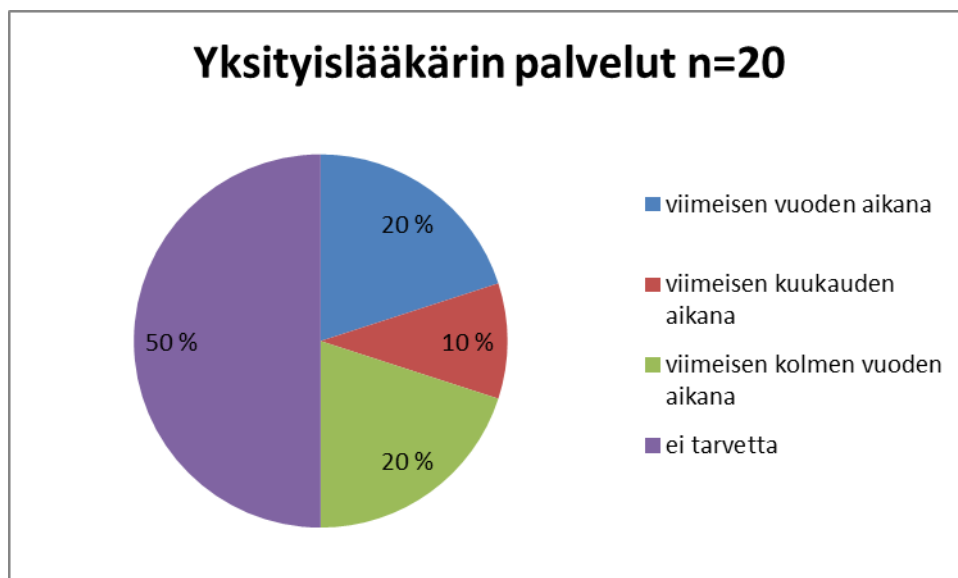
Suunterveydenhuollon palveluita (Kuvio 25) viimeisen vuoden aikana oli käyttänyt seitsemän. Viimeisen kuukauden aikana suunterveydenhuollon palveluita oli käyttänyt neljä, kun taas viimeisen kolmen vuoden aikana seitsemän oli hoidattanut suutaan. Kahden elämään ei suunterveydenhuolto kuulunut tapoihin.



Kuvio 26. Kunnan terveyskeskuslääkärin palveluiden käyttäminen.

Kunnan terveyskeskuslääkärin palveluita (Kuvio 26) viimeisen vuoden aikana oli käyttänyt kaksi. Viimeisen kuukauden aikana yksi oli käyttänyt kunnan palveluita. Ja viimeisen kolmen vuoden aikana kolme oli käynyt terveyskeskuksessa lääkärin pakeilla. Kunnan lääkäripalveluiden käyttöön ei ollut tarvetta 14.





Kuvio 27. Yksityislääkärin palveluiden käyttäminen.

Yksityislääkärin palveluita (Kuvio 27) viimeisen vuoden aikana oli käyttänyt neljä. Viimeisen kuukauden aikana kaksi oli käyttänyt yksityislääkärin palveluita. Ja viimeisen kolmen vuoden aikana neljä oli käynyt yksityislääkärin vastaanotolla. Kymmenen ei nähnyt tarvetta käyttää yksityislääkärin palveluita lainkaan.

## 8 Pohdinta

### 8.1 Tulosten tarkastelu

Kyselyn perusteella 95 % kuului työterveyshuollon piiriin ja kunnan tarjoamat lääkärin palvelut koettiin tarpeettomiksi.

Suomalaisen aikuisväestön terveystietoisuus ja terveys, kevät 2009 -tutkimuksen mukaan vuonna 2009 vastanneista työikäisistä (15 - 64-vuotiaat) miehistä 22 % tupakoi päivittäin. Vuosien 2005 - 2009 tutkimusjaksolla alimpaan koulutusryhmään kuuluvista miehistä ilmoitti 37 % päivittäistupakoinnista. Kun vastaava osuus keskimmaisessä koulutusryhmässä oli 27 % ja ylimmässä koulutusryhmässä 15 %. (Helakorpi ym. 2010, 22) Tutkimuksesta käy myös selville, että alimmassa koulutusryhmässä päivittäistupakointi on yleisintä. Päivittäistupakointi on vähentynyt vuodesta 1978 lähtien tasaisesti ja Suomessa miesten tupakointi on pitkällä aikavälillä vähentynyt. (Helakorpi ym. 2010) Ikäryhmässä 35 - 44-vuotiaat miehet suuntaavat prosenttiluvut koskien tupakointia ovat seuraavat. Reilut 22 % tupakoi päivittäin, noin 15 % satunnaisesti, alle 5 % oli lopettanut 1-2kk aiemmin, alle 20 % oli lopettanut yli vuosi sitten tupakoinnin (Helakorpi ym. 2010, 15. Kuvio 1 ja taulukko 38).

Opinnäytetyön kyselyn (n=20) perusteella päivittäin tupakoi kolme miestä eli 15 %, satun-

sesti poltti 5 % ja 75 % ei tupakoinut lainkaan. Nuuskaa käytti 5 % ja 5 % käytti satunnaisesti pilveä. Tutkimuksemme mukaan siis päivittäin tupakoivien määrä on vähäisempi Sipoolaisissa miehissä kuin valtakunnallisella tasolla ja osallistuneiden määrästä suurin osa ei tupakoinut lainkaan. Otoksen määrän ollessa pieni vertailua on kuitenkin vaikeaa tehdä.

Edellä mainitun tutkimusjakson mukaan alkoholinkulutus on kasvanut kaikissa koulutusryhmissä. Kokonaan raittiiden osuus on vähentynyt pitkällä aikavälillä. Koulutusryhmittäiset erot alkoholitottumuksiin ovat hävinneet vuoden 2004 veromuutoksen jälkeen. Tutkimuksesta ei selvinnyt alkoholin käyttö erityisesti ikäryhmässä 35 - 44-vuotiaat miehet (Helakorpi ym. 2010, 27).

Opinnäytetyömme mukaan kaikki miehet käyttivät joskus alkoholia (n=20). Vastanneista 55 % käytti alkoholia viikoittain, 15 % kuukausittain ja 25 % harvemmin. Alkoholia päivittäin käytti 5 %. Tästä voi päätellä ainakin sen, että raittiiden määrä on vähentynyt koko maassa ja myös Sipoossa.

Vertailututkimuksessa pitkällä aikavälillä katsottuna ruokailutottumukset ovat muuttuneet ravintosuosituksien mukaiseen suuntaan. Ravintotottumuksissa koulutusryhmien väliset erot ovat kuitenkin selvästi havaittavissa. Ylemissä koulutusryhmissä ravintotottumuksien mukaiset ruokatottumukset olivat lähinnä suosituksia. Vastanneista miehistä 34 % kertoi syövänsä tuoreita kasviksia päivittäin (ikäryhmässä 15 - 64-vuotiaat). Tutkimuksesta ei selvinnyt ruokatottumukset erityisesti ikäryhmässä 35 - 44-vuotiaat miehet (Helakorpi ym. 2010, 23-27).

Sipoolaisten 40-vuotiaiden miesten päivittäinen ”puoli kiloa kasviksia päivässä” toteutui 50 %, joka toinen päivä 35 % söi vastaavan määrän, kun taas 15 % suositus toteutui harvemmin. Kalaa söi viikoittain 60 %, harvemmin 30 % ja harvemmin 10 %. Kasvisrasvoja päivittäin oli oppinut käyttämään jopa 90 % ja 10 % ei käyttänyt lainkaan. Voita söi päivittäin 20 % ja ei lainkaan 80 %. Meidän kyselystämme puuttui maitotaloustuotteiden käytön huomioon ottaminen kokonaan.

Kaikissa koulutusryhmissä ylipainoisuus on noussut, yleisempää kuitenkin alimmissa koulutusryhmissä. Ylipainoisten osuus miehissä 35 - 44-vuotiaat on kasvanut tasaisesti vuodesta 1978 vuoteen 2000 tultaessa. Kaksituhattaluvulla ylipainoisten osuus on ollut noin 60 % ja vuoden 2009 paikkeilla se kääntyi hiukan nousuun päin (Helakorpi ym. 2010,21. Taulukko 102).

Kyselyssämme painon ja pituuden ilmoitti 14 eli 70 % vastanneista. Sairaalloisen ylipainoisia oli 5 %, merkittävää ylipainoa oli 15 % ja lievää ylipainoa oli 35 % ja paino oli normaali 15 %. Tutkimuksemme tukee myös sitä, että ylipainoisuus on yleistä.

Ikäryhmässä 35 - 44-vuotiaat miehet, riittävästi kestävyys- ja lihaskuntoharjoittelua harrasti noin 11 %. Alle 40 % harrasti tarpeeksi kestävyysliikuntaa, mutta ei lihaskuntaa. Noin 5 % harjoitti riittävästi lihaskuntaa, mutta ei kestävyysliikuntaa. Alle 20 % harrasti reipasta ja rasittavaa liikuntaa ja/tai lihaskuntaa, muttei kuitenkaan riittävästi. Noin 10 % harrasti vain verkkaista ja rauhallista kestävyysliikuntaa ja alle 20 % ei harrastanut liikuntaa lainkaan (Helakorpi ym. 2010, 19. Kuvio 8 ja taulukko 141).

Opinnäytetyössämme vastanneiden miesten päivittäistä hyötyliikuntaa tuli 70 %, ei lainkaan 30 %. Viikoittainen liikuntaharrastus oli 43 %, 18 % liikkui 2-3-kertaa viikossa ja useammin yhdeksän prosenttia. Sopivaa liikuntaharrastusta oli etsimässä vielä 25 %. Vastanneista miehistä liikkui huomattavan iso määrä hyötyliikunnan merkeissä. Harrastusliikunnalla kuntoaan ylläpiti melkein puolet, joka on melko hyvä osuus vastanneista.

Vastausten perusteella miesten terveydessä oli seikkoja, jotka vaikuttavat terveyteen ja hyvinvointiin negatiivisesti mm. ylipainoa ja alkoholin kulutusta viikoittain. Vastauksista kävi ilmi se, että tietoa terveystarkastusten sisällöstä olisi hyvä välittää vaikkapa paikallislehdissä. Olettamuksena voi olla se, että terveystarkastus on sama kuin laboratoriotestit ja niiden tulokset. Terveystarkastusten tarkoituksena on tukea yksilöä löytämään terveyttä edistäviä toimintatapoja omassa elämässään. Sen tarkoituksena on tukea yksilön omia ratkaisuja ja tapoja toimia.

## 8.2 Eettiset kysymykset

Kyselyssä tutkimuksen aineistonkeruu menetelmänä on huomioitava monia asioita, myös eettisyys ja henkilön tunnistamattomuus. Kyselyn vastaajalla tulee olla luotettava olo siitä, ettei hänen antamia tietoja käytetä väärin. Vastaajan on oltava varma, että hän säilyy anonyyminä. Kyselyn kielimuotona voidaan käyttää joko teitittelyä tai sinuttelua kuitenkin johdonmukaisesti valittua muotoa käyttäen. Vastausohje on hyvä olla kyselyn alussa ja lisäksi kysymysohje voi tarvittaessa tarkentaa haluttua vastausohjetta. Eettisiä kysymyksiä täytyy kyselytutkimuksen lomakkeen suunnittelussa ottaa huomioon. Tämä edellytys täyttyy paremmin, kun tutkimuksen tekijä tutustuu aiheesta jo tehtyihin tutkimuksiin ja tutkimusaineistoihin. Tutustumalla aineistoihin tutkimuksen tekijä pystyy erottamaan aukkokohtat ja tämä auttaa laatimaan oikeanlaisen tiedonkeruukaavakkeen (FSD,2010).

## 8.3 Luotettavuus

Kyselylomake testattiin kolmella miehellä, väärinymmärrysten välttämiseksi. Testaamisen jälkeen kyselylomake vaati pieniä muutoksia, lähinnä kysymyksien selkeyttämiseksi. Kyselyn kato oli suuri ja se vaikutti luotettavuuteen. Kuitenkin kyselyn pohjalta saimme suuntaantavia vastauksia miesten elämäntavoista ja siitä, miksi ei osallistuttu terveystarkastukseen.

Mahdollisesti puhelinhaastattelulla olisi saanut paremman vastausprosentin kuin postikyselyllä.

## Lähteet

Aalto-Setälä K. 2011. Kolesterolin ja sydänsairaudet. Teoksessa Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Havio, M., Inkinen, M., & Partanen, A. (toim.) 2008. Päihdehoitotyö. Jyväskylä: Tammi.

Hirsijärvi S., Remus P. & Salavaara P. 1997. Tutki ja kirjoita. 10. painos. Jyväskylä: Kumeus kirjapaino.

Mustajoki P. 2010c. Painavaa tietoa kohti kevyempää oloa. Porvoo: Kustannus Duodecim.

Ryynänen O-P. & Myllykangas M. 2000. Terveydenhuollon etiikka. Juva: Ws Bookwell.

Rimpelä M., Saaristo V., Wiss K., Ståhl T. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos. 2009. Terveyden edistäminen terveyskeskuksissa 2008. Helsinki: Yliopistopaino.

Rautio M. & Husman P. 2010. Työikäisten terveyden edistäminen - esimerkkejä työmenetelmistä ja toimintamalleista. Teoksessa Pietilä A-M (toim). Terveyden edistäminen. Teoriasta toimintaan: WSOY pro.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Terveyden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. Helsinki.

Töyry, J. 2008. Taskutieto, sydän- ja verisuonisairaudet. Painettu EU:ssa.

## Sähköiset lähteet

Aarne m., Bierganns E., Saarikoski, Telford K., Huttunen J. 2011. Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma Dehko 2000-2010 osa 1: Ohjelmakuvaus ja sisäinen arviointi. Viitattu 12.5.2011

[http://www.diabetes.fi/files/1373/Dehkon\\_loppuraportti.pdf](http://www.diabetes.fi/files/1373/Dehkon_loppuraportti.pdf)

FSD. Kvantimotv. 2010. Kyselylomakkeen laatiminen. Viitattu 28.2.2012.

<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kyselylomake/laatiminen.html>

Helakorpi, S., Laitalainen, E. & Uutela, A. 2010. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys-2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 7/2010. Helsinki: Yliopistopaino. Viitattu 9.3.2011.

<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/ce5ee5c1-6df4-44c2-bcd7-c3b735019570>.

Kansanterveyslaitoksen julkaisuja. 2008. Sydän ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportti 2008. Viitattu 18.3.2011.

[http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja\\_b/2008/2008b02\\_2.pdf](http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b02_2.pdf)

Kansaneläkelaitos. 2010. Tupakoijilla yli 20-kertainen riski siirtyä keuhkohtaumataudin takia työkyvyttömyyseläkkeelle. Viitattu 26.6.2011.

<http://www.kela.fi/in/internet/suomi.nsf/net/060710115359PM?OpenDocument>

Korkee S. 2002. Suomen Diabetesliitto. Dehko-Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma 2000-2010 tiivistelmä. 3. painos. Viitattu 12.5.2011.

[http://www.diabetes.fi/files/260/Dehko\\_2000-2010\\_toimenpideohjelmakirjan\\_tiivistelma\\_pdf\\_174\\_kt.pdf](http://www.diabetes.fi/files/260/Dehko_2000-2010_toimenpideohjelmakirjan_tiivistelma_pdf_174_kt.pdf)

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

[http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/tyo\\_ja\\_terveys\\_suomessa/Documents/Tyo\\_ja\\_terveys\\_2009](http://www.ttl.fi/fi/verkkokirjat/tyo_ja_terveys_suomessa/Documents/Tyo_ja_terveys_2009)

.pdf

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 785/1002. Finlex. Viitattu 16.2.2012.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Malinen K. 2004. Temperamentin yhteys parisuhteen laatuun ja kestävyteen 42-vuotialilla naisilla ja miehillä. Viitattu 15.3.2012.  
<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/10873/G0000626.pdf?sequence=1>

MBO -ohjelma - Kundit kondikseen. Suomen sydänpiiri ry. Viitattu 9.2.2012.  
<http://www.helsinginsydänpiiri.fi/mbo-ohjelma>

Mustajoki P. 2010a. Lääkärikirja Duodecim. Lihavuus. Viitattu 23.9.2011.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00042](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00042)

Mustajoki P. 2010b. Lääkärikirja Duodecim. Vyötärolihavuus. Viitattu 25.9.2011.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk000890](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk000890)

Mustajoki M. 2011a. Lääkärikirja Duodecim. Diabetes. Viitattu 24.2.2012.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00011&p\\_haku=diabetes](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00011&p_haku=diabetes)

Mustajoki P. 2011b. Lääkärikirja Duodecim. Kohonnut verenpaine. Viitattu 3.2.2012.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00034](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00034)

Patja K. 2011. Tupakka ja sairaudet. Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 1.2.2012.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_loki=N&p\\_artikkeli=dlk01066](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_loki=N&p_artikkeli=dlk01066)

Raitasalo, K. 2008. Informal social control of drinking. Finland in the light of international comparison. Tampereen yliopisto. Sosiaalitutkimuksen laitos. Väitöskirja. Viitattu 25.5.2011  
<http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-7253-4.pdf>

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Sairaanhoitajaliitto. Viitattu 16.2.2012.  
[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan\\_tyo\\_ja\\_hoitotyon/sairaanhoitajan\\_tyo/sairaanhoitajan\\_eettiset\\_ohjeet/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_tyo_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_tyo/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/)

Saarinen, T. 2009. ”Oli kiire ja unohtui siinä” 40-vuotiaiden miesten poisjäntti terveystapaamisesta terveyskeskuksessa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Savola E., Koskinen-Ollonqvist P. Terveystieteen edistämisen keskuksen julkaisu-sarja 3/2005. Terveystieteen edistäminen esimerkein, käsitteitä ja selityksiä. Viitattu 26.1.2012.  
[http://www.tekry.fi/web/pdf/publications/2005/2005\\_001.pdf](http://www.tekry.fi/web/pdf/publications/2005/2005_001.pdf)

Suomalaiset ravintosuositukset. Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005. Viitattu 19.4.2012.  
<http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/attachments/vrn/ravitsemussuositus2005.fin.pdf>

Sipoon kunta. 2012. Avainluvut. Viitattu 3.3.2012.  
[http://www.sipoo.fi/fi/tietoa\\_sipoosta/avainluvut](http://www.sipoo.fi/fi/tietoa_sipoosta/avainluvut)

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös. Terveys 2015 - kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Helsinki. Viitattu 26.2.2012.  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=42733&name=DLFE-6214.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42733&name=DLFE-6214.pdf)

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Terveys kannattaa - sanoista tekoihin. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 2008:4. Viitattu 26.6.2011.  
[http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=28707&name=DLFE-3616.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3616.pdf)

Tala T., Kukkonen-Harjula K., Tikkanen M., Strandberg T. & Aho T. 2009. Kolesterolin ja veren muiden rasvojen häiriöt (dyslipidemiat). Käypä hoito suositukset. Viitattu 12.2.2012.  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/khp00047>

Tanhua, H., Virtanen, A., Knuutti, U., Leppo A. & Kotovirta E. 2011. Huumetilanne Suomessa 2011. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 62/2011. Viitattu 1.2.2012.  
<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/7b3a668f-2958-4d9d-bd6f-a57a176cb0ec>

Terveydenhuoltolaki. 1326/20120. Finlex. Viitattu 3.2.2012.  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101326>

Terveyden - ja hyvinvoinnin laitos.2011. Elintavat. Viitattu 9.3.2011.  
[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/aiheet/elintavat](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/elintavat)

Terveyden - ja hyvinvoinnin laitos. 2012. Tietojen hakeminen SOTKANetistä. Viitattu 3.3.2012.  
<http://uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu>

Tilastokeskus. 2009a. Alkoholikuolemien määrä pysynyt ennallaan. Viitattu 8.7.2010.  
[http://www.stat.fi/til/ksyyt/2008/ksyyt\\_2008\\_2009-12-18\\_tie\\_001.html](http://www.stat.fi/til/ksyyt/2008/ksyyt_2008_2009-12-18_tie_001.html).

Tilastokeskus. 2011a. Väestö sukupuolen ja iän mukaan 2010/07 - 2011/07. Viitattu 25.8.2011  
[http://www.stat.fi/til/tyti/2011/07/tyti\\_2011\\_07\\_2011-08-23\\_tau\\_003\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/tyti/2011/07/tyti_2011_07_2011-08-23_tau_003_fi.html)

Tilastokeskus. 2011b. Työvoimatutkimuksen keskeisimmät tunnusluvut sukupuolen mukaan 2010/07 - 2011/07. Viitattu 25.8.2011.  
[http://www.stat.fi/til/tyti/2011/07/tyti\\_2011\\_07\\_2011-08-23\\_tau\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/tyti/2011/07/tyti_2011_07_2011-08-23_tau_001_fi.html)

Tilastokeskus. 2011c. Väestö- ja kuolemansyytilastot. Viitattu 25.2.2012.  
[http://www.stat.fi/til/ssaaty/2010/ssaaty\\_2010\\_2011-05-06\\_tie\\_001\\_fi.html](http://www.stat.fi/til/ssaaty/2010/ssaaty_2010_2011-05-06_tie_001_fi.html)

Tilastokeskus.2012. Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimus. Viitattu 4.3.2012.  
<http://www.stat.fi/tup/verkkokoulu/data/tt/01/04/index.html>

UKK-instituutti - terveysliikuntasuosituksset.2009. Viitattu 25.9.2011.  
<http://www.ukkinstituutti.fi/liikuntapiirakka>

Valtioneuvoston asetus hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista, työterveyshuollon sisällöstä sekä ammatti-henkilöiden ja asiantuntijoiden koulutuksesta. 1484/2001. Finlex. Viitattu 30.1.12  
<http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2001/20011484>

Kuvat

Kuva 1 Terveysliikunnan suositus (UKK-instituutti 2009)

**Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.**



## Kuviot

- Kuvio 1. Ajan varaaminen
- Kuvio 2. Vastaanoton ajankohta
- Kuvio 3. Vastaanoton varaamattomuuteen vaikuttavia tekijöitä
- Kuvio 4. Kotiruoan syöminen
- Kuvio 5. Valmisruokien syöminen
- Kuvio 6. Kasviksien, hedelmien, marjojen ja vihannesten syöminen
- Kuvio 7. Kalan syöminen
- Kuvio 8. Kasvisrasvojen käyttäminen
- Kuvio 9. Voin käyttäminen
- Kuvio 10. Päivittäinen hyötyliikunta
- Kuvio 11. Viikoittainen
- Kuvio 12. Liikuntakerrat
- Kuvio 13. Alkoholinkäyttäminen
- Kuvio 14. Alkoholinkäytön kerta-annokset
- Kuvio 15. Tupakoiminen
- Kuvio 16. Huumausaineiden käyttö
- Kuvio 17. Elämäntapojen muutoksen tarve.
- Kuvio 18. Psykkinen terveydentila
- Kuvio 19. Painoindeksi.
- Kuvio 20. Pitkäaikaissairauksien sairastaminen.
- Kuvio 21. Vuositarkastukset.
- Kuvio 22. Lääkitys.
- Kuvio 23. Sukurasite.
- Kuvio 24. Työterveyshuollon palveluiden käyttäminen.
- Kuvio 25. Suunterveydenhuollon palveluiden käyttäminen.
- Kuvio 26. Kunnan terveyskeskuslääkärin palveluiden käyttäminen.
- Kuvio 27. Yksityislääkärin palveluiden käyttäminen.

## Taulukot

Taulukko 1. Kolesterolin viitearvot.

Taulukko 2. Kyselylomakkeen aiheet.

Taulukko 3. Vastaaajien taustatiedot.

Liite 1: Tutkimuslupahakemus

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS  
29.3.2011

Porvoo

Pyydämme lupaa kerätä aineistoa opinnäytetyötämme varten.

Olemme saaneet Sipoon kunnan terveyskeskuksen osastonhoitaja Kirsi Leinoselta opinnäytetyömme aiheeksi; Sipoon kundit kondikseen.

Aineistoa keräämme lähettämällä postikyselyn niille Sipoolaismiehille, jotka eivät tulleet heille tarjottuun 40-vuotis terveystarkastukseen vuonna 2010.

Keräämme aineiston kyselylomakkeella ja niitä varten tarvitsemme 110 maksettua kirjekuorta sekä maksettua palautuskuorta ja kopiointi mahdollisuuden lomakkeille. Kyselylomakkeet palautetaan osoitteella:

Laurea Ammattikorkeakoulu Porvoo  
STP08SA Hakkarainen Piia /Mattila Anne  
Taidetehtaankatu 1,  
06100 Porvoo

Miehillä on kaksi viikkoa aikaa vastata postikyselyyn niin, että vastaukset on meillä käsiteltävänä viimeistään 21.4.2011 mennessä. Opinnäytetyön olisi määrä valmistua toukokuun 2011 loppuun mennessä.

Ystävällisin terveisin terveydenhoitajaopiskelijat

Piia Hakkarainen [Piia.hakkarainen@laurea.fi](mailto:Piia.hakkarainen@laurea.fi) puh. 040 - 577 9147

Anne Mattila [anne.mattila@laurea.fi](mailto:anne.mattila@laurea.fi) puh. 044- 5100 913

## Liite 2: Tutkimuslupa



### TUTKIMUSLUPAPÄÄTÖS

Myyönnän tutkimuslupa Laurea ammattikorkeakoulu/Parvoon tutkimukselle Kundit kondikseen, jonka tarkoituksena on selvittää, mitkä seikat vaikuttavat 40-vuotiaiden miesten halukkuuteen osallistua terveystarkastukseen Sipoon kunnassa. Opinnäytetyön kyseisen tarkoituksena on myös kehittää terveystarkastuksen kiinnostavuutta sekä saada selvillä 40-vuotiaiden miesten kiinnostus omaan terveydentilaan. Tutkimus tehdään huhtikuun 2011 aikana.

Sipossa 4.4.2011

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Kati Luukko".

Kati Luukko  
Johtava lääkäri

Liite 3: Saatekirje

Porvoo 29.3.201

Hei Sinä 40 -vuotias sipoolainen mies!

Olemme kaksi terveydenhoitajaopiskelijaa Laurea-Ammattikorkeakoulusta Porvoon yksiköstä ja opintoihimme kuuluu opinnäytetyö. Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää, mitkä seikat vaikuttavat 40-vuotiaiden miesten halukkuuteen osallistua terveystarkastukseen Sipoon kunnassa.

Vuonna 2010 kaikki 1970 syntyneet miehet saivat Sipoossa kutsun terveystarkastukseen. Sipoon terveystarkastusten taustalla on hyvät kokemukset vastaavasta Helsingissä tehdystä hankkeesta. Vuonna 2006 alkoi helsinkiläisten 40-vuotiaiden miesten sydänterveyden edistämisen hanke. Kundit kondikseen -hankkeen tarkoituksena oli edesauttaa sydänterveyttä ja vähentää eriarvoisuutta. Vuodesta 2006 lähtien kaikki 40 vuotta täyttäneet miehet ovat saaneet vuosittain Helsingissä kutsun terveystarkastukseen. Myös Sipoossa on tarkoitus jatkaa tätä toimintamallia. Vastaamalla tähän kyselyyn edistät Sipoon kunnan terveydenhuollon kehittämistä. Opinnäytetyömme kyselyn tarkoituksena on myös kehittää terveystarkastuksen kiinnostavuutta sekä saada selville 40-vuotiaiden miesten kiinnostus omaan terveydentilaan.

Tiedot ovat luottamuksellisia. Henkilöllisyys ei selviä kyselylomakkeesta, eikä tule missään vaiheessa esille. Pyydämme Sinua vastaamaan kysymyksiin raxittamalla vaihtoehtoista sen, mikä on Sinun tilannettasi parhaiten kuvaavin vaihtoehto.

Vastaukset pyydämme lähettämään oheisessa vastauskuoressa 21.huhtikuuta 2011 mennessä Laurea-Ammattikorkeakouluun . Vastaaminen vie vain hetken ajastasi. Sinun vastauksesi on tärkeä.

Keväisin terveisin

Piia Hakkarainen

[piia.hakkarainen@laurea.fi](mailto:piia.hakkarainen@laurea.fi)

Anne Mattila

[anne.mattila@laurea.fi](mailto:anne.mattila@laurea.fi)

Liite 4: Kyselylomake

KYSELY

**PERHETILANNE**

**1. Mikä on tämänhetkinen perhetilanteesi? Lasten ikä / iät?**

- naimisissa
- avoliitto
- eronnut
- sinkku
- lapsia samassa taloudessa \_\_\_\_\_ vuotta
- ei lapsia samassa taloudessa

**ELÄMÄNTILANNE**

**2. Kuinka päiväsi kuluu pääsääntöisesti?**

- työssä ammattini \_\_\_\_\_
- työttömänä
- opiskelen
- osa-aikaeläkkeellä
- työkyvyttömyyseläkkeellä

**TERVEYDENTILA**

**3. Millaiseksi koet psyykkisen terveydentilasi?**

- ei valittamista
- ajoittain aloitekyvyttömyyttä
- reippaasti aloitekyvytön
- masentunut

**4.a) Onko sinulla jokin lääkärin toteama pitkäaikaissairaus?**

- kyllä
- ei
- diabetes
- ylipainoa tämän hetkinen elopaino \_\_\_\_\_ kg, pituus \_\_\_\_\_ cm
- kohonnut verenpaine
- kohonnut kolesteroli
- muu \_\_\_\_\_
- muu \_\_\_\_\_
- muu \_\_\_\_\_

**b) Onko sinun lähisukulaisellasi jokin seuraavista sairauksista?**

- diabetes

- ylipainoa
- verenpainetauti
- kohonneet kolesteroliarvot
- sepelvaltimotauti

**5. Onko sinulla käytössäsi lääkärin määräämää säännöllistä lääkitystä?**

- kyllä
- ei

Lääkitys: \_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_



**ELINTAVAT**

**6. Syötkö kotiruokaa?**

- päivittäin
- joka toinen päivä
- harvemmin

**7. Syötkö valmisruokia**

- päivittäin
- joka toinen päivä
- harvemmin

**8. Syötkö vihanneksia, kasviksia, hedelmiä ja marjoja "puolikiloa päivässä"?**

- päivittäin
- joka toinen päivä
- harvemmin

**9. Syötkö kalaa viikoittain?**

- syön
- en syö
- harvemmin

**10. Käytätkö kasvisrasvoja päivittäin?**

- kyllä käytän
- en käytä
- en tiedä mitä se on

**11. Käytätkö voita päivittäin?**

- kyllä käytän
- en käytä

**12. Tuleeko sinulle hyötyliikuntaa päivittäin?**

- kyllä
- ei

**13.a) Onko sinulla jokin viikoittainen liikuntaharrastus?**

- kyllä
- sopivaa lajia etsiessä

**13.b) Jos vastasit "kyllä", harrastat:**

- kerran viikossa
- 2-3 kertaa viikossa
- useammin

**14.a) Käytätkö alkoholia?**

- päivittäin                       viikoittain                       kuukausittain  
 harvemmin                       en lainkaan

**Jos vastasit käyttäväsi alkoholia vastaa myös kysymyksiin 14 b ja c**

**14.b) Käytän alkoholia:**

- 1-5 annosta                       5-10 annosta                       yli 10 annosta

*1 annos= esim. 1 pullo keskiolutta/siideriä, 12 cl mietoa viiniä, 8 cl väkevää viiniä, 4 cl väkevää viinaa.*

**14.c) Häiritseekö alkoholinkäyttösi**

- sinua itseäsi                       perhettäsi                       työssäkäyntiä  
 ei ongelmia alkoholinkäytössä  
 en tiedä, kukaan ei ole huomauttanut asiasta

**15.a) Tupakoitko?**

- kyllä \_\_\_\_\_ kpl/vrk     en                       nuuska                       huvikäyttöä

**16.a) Kuuluuko elämääsi muita päihteitä?**

- kyllä                       ei                       huvikäyttönä

**16.b) Jos vastasit "kyllä":**

- poltan pilveä  
 käytän suonensisäisesti  
 suun kautta nautittuna  
 "nuuskaan"

**TERVEYSPALVELUIDEN KÄYTTÄMINEN**

**17. Oletko käyttänyt työterveyshuollon palveluita**

- viimeisen kuukauden aikana                       viimeisen vuoden aikana  
 viimeisen kolmen vuoden aikana                       en kuulu työterveyshuollon piiriin

**18. Oletko käyttänyt opiskelijaterveydenhuollon palveluita**

- viimeisen kuukauden aikana                       viimeisen vuoden aikana  
 viimeisen kolmen vuoden aikana                       en kuulu opiskelijaterveydenhuollon piiriin

**19. Oletko käyttänyt suunterveydenhuollon palveluita**



- viimeisen kuukauden aikana
- viimeisen vuoden aikana
- viimeisen kolmen vuoden aikana
- ei kuulu tapoihini

**20. Oletko käyttänyt kunnan terveyskeskuslääkärin palveluita**

- viimeisen kuukauden aikana
- viimeisen vuoden aikana
- viimeisen kolmen vuoden aikana
- ei ole ollut tarvetta

**21. Oletko käyttänyt yksityislääkärin palveluita**

- viimeisen kuukauden aikana
- viimeisen vuoden aikana
- viimeisen kolmen vuoden aikana
- ei ole ollut tarvetta

**22. Jos sinulla on jokin lääkärin toteama pitkäaikaissairaus, käytkö vuositarkastuksissa säännöllisesti?**

- kyllä
- en
- hups, päässyt unohtumaan

**HOITON SITOUTUMINEN**

**23.a) Jos elämäntavoissasi on parantamisen varaa, harkitsetko muutoksia?**

- kyllä
- en
- suunnitelmassa

**23.b) Jos vastasit "kyllä"**

- tarvitsen tukea elämäntapa muutokseen
- en tarvitse tukea elämäntapa muutokseen

**TERVEYSTARKASTUSAJAN VARAAMATTOMUUTEEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT**

Sait kutsun vuonna 2010 40-vuotis terveystarkastukseen.

Oliko seuraavista tekijöistä jokin esteenä, ettet varannut aikaa terveystarkastukseen?

**24. Terveystilani on riittävän hyvä**

- kyllä
- ei

**25. Aika piti varata itse puhelimitse**

- kyllä
- ei
- hups, pääsi unohtumaan

**25. b) Jos vastasit "kyllä", olisitko mieluummin varannut ajan Internetissä?**

- kyllä
- ei

**26.a) Vastaanoton ajankohta**

- kyllä
- ei



26.b) Jos vastasit "kyllä"

Olisitko osallistunut terveystarkastukseen klo 16 jälkeen?

kyllä

ei

27. Haluttomuus keskustella terveyteen liittyvistä asioista

kyllä

ei

28. Mitä muuta haluaisit sanoa?

*Kiitos vastauksestasi ja kiinnostuksestasi opinnäytetyötämme kohtaan!*

**JA NYT POSTITTAMAAN**

**Iloista kevään jatkoa!**