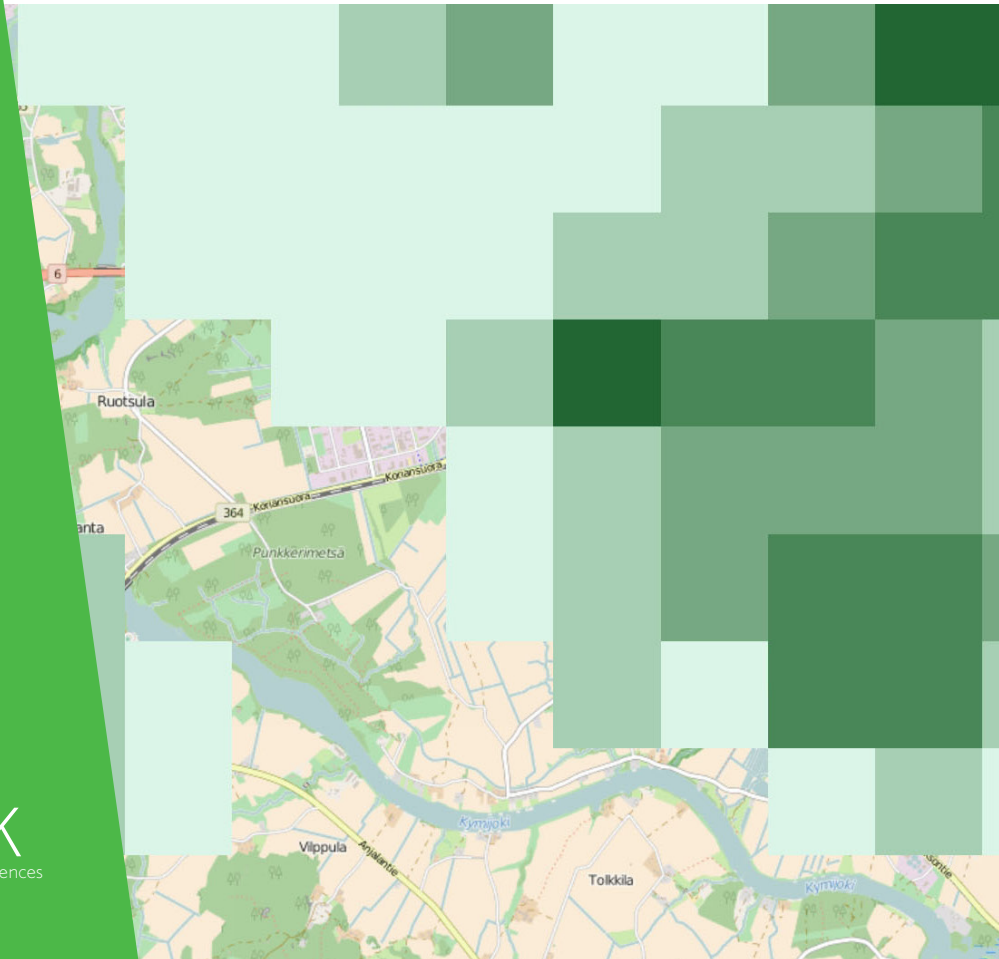




MIESTEN TERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN KYMENLAAKSOSSA

Marja-Leena Kauronen (toim.)





KYAMK

University of Applied Sciences

Tämä kirjan kirjoittajat:

Frilander-Paavilainen Eeva-Liisa

yliopettaja
Kymenlaakson ammattikorkeakoulu

Kallunki Valdemar

painoalapäällikkö
Kymenlaakson ammattikorkeakoulu

Kauronen Marja-Leena

yliopettaja
Kymenlaakson ammattikorkeakoulu

Korpivaara Liisa

lehtori
Kymenlaakson ammattikorkeakoulu

Kurttila Mia

Projektivastaava
Kaksy ry

Laakso Olli

projektityöntekijä
Sotek-säätiö sr

Lehtonen Olli

erikoistutkija
Luonnonvarakeskus

Pekkola Juhani

Koordinoiva tutkimusjohtaja
Kymenlaakson ammattikorkeakoulu

Peltola Jari

Palvelupäällikkö
Kaksy ry

Ranta Sari

Yliopettaja
Kymenlaakson ammattikorkeakoulu

Rossi Tomi

projektipäällikkö
Sotek-säätiö sr

Vallema Irene

Terveystenhoitaja
Sotek-säätiö Sr

Kotka 2016

Kymenlaakson ammattikorkeakoulun julkaisuja. Sarja A. Nro 78

Julkaisija: Kymenlaakson ammattikorkeakoulu 2016

Taitto ja paino: Grano Oy 2016

ISBN (NID): 978-952-306-165-1

ISBN (PDF): 978-952-306-166-8

ISSN: 1239-9086

ISSN-L: 1239-9086

ALKUSANAT

Kymenlaakson miesten muuta maata suurempi ennenaikainen kuolleisuus, heikompi terveys, runsaampi tupakointi ja alkoholinkäyttö on todettu jo viime vuosikymmenen lopulla epäsuotuisan kehityksen jatkueksa. Kymenlaakson ammattikorkeakoulussa miesten terveyden edistämisen otti esille koulutusjohtaja Seija Aalto. Keskusteluissa nousi esiin alueen terveydenhuollon taloudellisten voimavarojen väheneminen ja toisaalta yksilöneuvonnan aiheuttamat paineet elintapojen muutokseen pyrkivälle asiakkaalle. Samaan aikaan kansallisissa elintapojen muutoksiin tähtäävistä hankkeista raportoitiin, että miehet eivät olleet ohjaukselle myönteisiä. Näistä lähtökohdista yhteisöllisten menetelmien kehittäminen nähtiin yhdeksi ratkaisuksi miesten terveyden edistämisessä.

Tutkimusosion tuloksista vastaa pääosin Luonnonvarakeskuksen Talous ja yhteiskunta -yksikkö. Yhteisöllisten menetelmien kehittämistä on erityisesti vienyt eteenpäin Luonnonvarakeskuksen erikoistutkijan Olli Lehtosen tutkimusosiossa käyttämät määrälliset menetelmät niiden yhteisöjen löytämiseksi, joissa terveyden edistäminen olisi ensisijaista sekä miten eri riskitekijät yhdistyvät yhteisöllisiin tekijöihin eri yhteisöissä. Tämä mahdollistaa terveyden edistämisen toimenpiteiden suunnittelun erilaisissa yhteisöissä.

Hankkeen työelämäkumppanit Sotek ja Kakspy ry. olivat myös kiinnostuneita asiasta ja valmiita tuomaan oman osaamisensa yhteisöllisten menetelmien kehittämiseen. Kiitämme näitä kumppaneita uusien näkökulmien tuomisesta hankkeeseen, rohkeista interventiokeiluista ja hyvästä yhteistyöstä. Kiitämme myös hankkeen alueellista ohjausryhmää, jossa oli edustettuina Haminan, Kotkan ja Kouvolan kaupungit, A-klinikka sekä kokemusasiantuntijuus. Ohjausryhmältä olemme saaneet hedelmällistä palautetta hankkeen toteuttamiseen ja saaneet peilata tekemiämme tulkintoja tutkimusosion tuloksista, interventioista ja järjestöjen terveyden edistämisestä. Kiitokset myös Satu Hynyselle projektiassistenttina avusta.

Tähän raporttiin on koottu hankkeen tulokset, jotka raportoidaan tarkemmin myöhemmin julkaistavissa kansallisissa ja kansainvälisissä artikkeleissa. Lisätietoja hankkeesta ja sen tuloksista antaa hankkeen projektipäällikkö: sähköposti marja-leena.kauronen@kyamk.fi

Projektin puolesta,
Kouvolassa 7.12.2016

Marja-Leena Kauronen
Projektipäällikkö

TIIVISTELMÄ

Tämä raportti esittelee vuosina 2014–2016 toteutetun ”Alueellinen eriytyminen ja yhteisölliset menetelmät miesten terveyden edistämässä”-hankkeen tuloksia. Tämän tutkimus- ja kehittämishankkeen tarkoitus oli selvittää kymenlaaksolaisten miesten liikunta-aktiivisuutta, tupakointia ja alkoholinkäyttöä sekä valmiutta muuttaa niitä yhteisöllisin keinoin. Hanke muodostui kolmesta osasta: 1. miesten hyvinvointikyselystä, jossa haastateltiin puhelimitse 1001 kymenlaaksolaista miestä, 2. interventio-osasta, jossa hankkeen työelämäkumppanit Sotek ja Kakspy ry. toteuttivat yhteisössään neljä interventiota miesten keskuudessa ja 3. Kouvolan alueella toimivien 13 vapaaehtoisjärjestön haastatteluosiosta.

Menetelmällisesti hanke pohjautuu tilastollisiin testeihin ja mallintamiseen, paikkatietoanalyyseihin sekä yhteisöllisiin interventioihin ja niiden arviointiin. Näiden menetelmien pohjalta hankkeessa vastataan monipuolisesti esitettyihin tutkimuskysymyksiin siitä, millaisia paikallisia eroja miesten terveyskäyttäytymisessä on, ja miten terveyskäyttäytymistä voitaisiin tukea yhteisöllisillä menetelmillä. Hankkeessa käytetyt paikkatietoanalyysit mahdollistivat paikkaperustaisen lähtökohdan miesten terveyden edistämässä. Hankkeen keskeisenä tavoitteena on arvioida, miten ja missä yhteisöllisiä menetelmiä voidaan hyödyntää miesten terveyden edistämässä Kymenlaaksossa.

Tutkimusosion tulokset osoittivat, että väestöruudun sosioekonomisen tausta heijastuu myös terveyskäyttäytymiseen. Yleisesti alkoholin riskikäyttäminen, tupakointi ja liikkumattomuus olivat yleisintä pienituloisten vuokra-asujien väestöruuduissa ja vähäisintä hyvätuloisten väestöruuduilla. Erot heijastuivat myös terveydentilaan, sillä terveydentila koettiin huonoksi useammin alhaisen sosioekonomisen aseman väestöruuduilla. Valtaosin miesten terveyskäyttäytymistä selittävät yksilölliset tekijät, mutta myös yhteisöllisillä tekijöillä on merkitystä miesten terveyskäyttäytymisessä. Yhteisölliset tekijät selittävät korkeimmillaan noin 10 prosenttia miesten terveyskäyttäytymisestä.

Paikkatietoanalyysien avulla raportin loppuosassa esitetään paikallisia suosituksia yhteisöllisten menetelmien käyttämiseksi miesten terveyden edistämässä. Suosituksissa on huomioitava, että ne vaihtelevat asuinalueittain, mikä korostaa terveyden edistämisen räätälöintiä asuinalueittain. Yhteisöllisten menetelmien käyttäminen kytkeytyy miesten terveyskäyttäytymisen resursseihin, joita ovat esimerkiksi läheisten ihmisten merkitys terveyskäyttäytymisen tukena hyvätuloisilla, sosiaalinen media keskituloisilla, läheiset ihmissuhteet pienituloisilla asuinalueilla. Nämä paikalliset ominaisuudet mahdollistavat terveyden edistämisen juurtumisen asuinalueille.

Sotekin ja Kakspyy ry:n toteuttamissa ruokaryhmä-, musiikki-, laajennettu työyhteisö- ja luontoryhmissä tunnistettiin erilaisia intervention lähestymistapoja ja ohjausnäkökulmia, yhteisöllisyyden ilmenemismuotoja sekä elintapamuutosta tukevia tekijöitä, jotka ovat siirrettävissä myös muihin miesyhteisöihin. Järjestöjen toimintaa koskevassa analyysissä tunnistettiin niiden tuottama hyöty ja jakautuminen yhteiskunnassa, johtamiseen liittyvät tekijät terveyden edistämisen kannalta ja järjestöjen rooli positiivisen terveyden edistämässä.

Tulosten perusteella saatiin viitteitä yhteisöllisistä menetelmistä, joita voidaan käyttää paikallisyhteisöissä tupakoinnin ja alkoholin käytön vähentämiseksi sosioekonomisesti alemmissa ryhmissä. Lisäksi löydettiin tekijöitä, joita voidaan käyttää tupakoinnin vähentämiseen keskituloisten keskuudessa. Menetelmiä voidaan soveltaa myös liikunta-aktiivisuuden lisäämiseen ja painonhallintaan.

Asiasanat: miesten terveys, Kymenlaakso, paikkatieto, kyselytutkimus, yhteisölliset interventiot, terveyden edistäminen

Sisällysluettelo

OSA I.

I. MIESTEN TERVEYS JA YHTEISÖLLISYYS KYMENLAAKSOSSA	10
1.1 <i>Hankkeen lähtökohdat ja tavoitteet</i>	10
1.2 <i>Teollinen rakennemuutos ja yhteisöllisyys Kymenlaaksossa</i>	11
1.3 <i>Kymenlaakson erityispiirteitä miesten terveydessä ja terveyskäyttäytymisessä</i>	13
2. LÄHESTYMISTAPOJA MIESTEN TERVEYDEN EDISTÄMISEEN	15
2.1 <i>Terveys ja terveyskäyttäytyminen</i>	15
2.2 <i>Sosio-ekologinen lähestymistapa terveyden ja hyvinvoinnin rakentumisessa</i>	16
2.3 <i>Yhteisöllisyys ja terveyden edistäminen</i>	20
2.4 <i>Muut terveyden edistämisen lähestymistavat</i>	22
2.5 <i>Positiivinen mielenterveys</i>	23
3. PAIKKATIETOPOHJAINEN TARKASTELU	25
4. AINEISTO JA MENETELMÄT	26
4.1 <i>Kyselytutkimus</i>	26
4.1.1 <i>Miesten terveyden tila</i>	26
4.1.2 <i>Miesten terveyskäyttäytyminen</i>	27
4.2 <i>Paikkatietoaineistot</i>	28
4.2.1 <i>Alueellinen erilaistuminen ja kyselyyn vastanneet miehet</i>	29
4.2.2 <i>Kaupunki-maaseutu luokitus ja kyselyyn vastanneet miehet</i>	32
4.3 <i>Tilastolliset menetelmät</i>	35
4.3.1 <i>Saavutettavuusanalyysit</i>	35
4.3.2 <i>Maantieteellisesti painotettu regressioanalyysi</i>	37
4.3.3 <i>Spatiaalinen optimointi</i>	37
4.3.4 <i>Spatiaalinen interpolointi</i>	37
4.3.5 <i>Tilastollinen mallintaminen</i>	38
4.3.6 <i>Aineiston kaltaistaminen ja sen käyttäminen regressioanalyyseissä</i>	39
5. MIESTEN TERVEYS KYMENLAAKSOSSA	40
5.1 <i>Yleistä miesten terveyskäyttäytymisestä Kymenlaaksossa</i>	40
5.1.1 <i>Kymenlaaksolaisten miesten ylipaino</i>	41
5.1.2 <i>Kymenlaaksolaisten miesten tupakointi</i>	43
5.1.3 <i>Kymenlaaksolaisten miesten alkoholinkäyttö</i>	44
5.2 <i>Kymenlaaksolaiset miehet suhteessa muuhun maahan</i>	45

6. PAIKKAPERUSTAINEN NÄKÖKULMA MIESTEN TERVEYSKÄYTTÄYTYMISEN ESIINTYVYYTEEN **48**

6.1 <i>Miesten paikallisia terveysongelmia</i>	48
6.1.1 <i>Alkoholin käyttö</i>	48
6.1.2 <i>Tupakointi</i>	51
6.1.3 <i>Lihavuus</i>	53
6.1.4 <i>Liikunta</i>	55
6.1.4.1 <i>Liikkumattomien miesten tarve ja aiomukset lisätä liikunnan harrastamista</i>	58
6.1.4.2 <i>Liikkumattomuudesta syntyviä kustannuksia kaupunkitilassa</i>	61
6.1.5 <i>Terveytensä huonoksi kokevat</i>	74
6.1.6 <i>Positiivinen mielenterveys</i>	74
6.1.7 <i>Yhteisöllisyys</i>	66
6.2 <i>Terveysongelmien spatiaalinen kasautuminen</i>	67
6.3 <i>Miesten halukkuus osallistua ohjaukseen terveystottumusten muuttamiseksi</i>	72
6.4 <i>Miesten terveyserot Kymenlaaksossa kaupunki- ja maaseutuluokissa</i>	76
6.4.1 <i>Kaupunki- ja maaseutuluokkien väliset erot terveysindikaattoreissa</i>	77
6.4.2 <i>Kaupunki ja maaseutuluokkien väliset erot terveyskäyttäytymisessä</i>	80

7. PAIKKAPERUSTAINEN NÄKÖKULMA MIESTEN TERVEYSKÄYTTÄYTYMISEN SYIHIN **81**

7.1 <i>Alkoholin käyttöä selittävät tekijät</i>	85
7.2 <i>Tupakointia selittävät tekijät</i>	88
7.3 <i>Miesten liikkumattomuutta selittävät tekijät</i>	90
7.3.1 <i>Regressiomallinnuksen tulokset koko aineistossa</i>	91
7.3.2 <i>Regressiomallinnuksen tulokset: pienituloiset vuokra-asujat</i>	95
7.3.3 <i>Regressiomallinnuksen tulokset: monitasoiset terveysongelmat</i>	99
7.4 <i>Liikkumattomien miesten sijainti suhteessa liikuntapaikkoihin</i>	102
7.4.1 <i>Maantieteellisesti painotettu regressioanalyysi</i>	102
7.4.2 <i>Liikuntapaikkojen sijainti spatiaalinen optimointi</i>	105

8 YHTEISÖLLISYYS JA MIESTEN TERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN **108**

8.1 <i>Yhteisöllisyyden yhteys alkoholin käyttämiseen</i>	109
8.2 <i>Yhteisöllisyyden yhteys tupakointiin</i>	110
8.3 <i>Yhteisöllisyyden yhteys liikunnan harrastamiseen</i>	111
8.4 <i>Paikkaperustainen näkökulma yhteisöllisyyden merkityksestä miesten liikuntakäyttäytymiseen</i>	113

OSA 2.

I. JÄRJESTÖJEN TOIMINTA TERVEYDEN EDISTÄMISESSÄ **120**

1.1. <i>Kouvolan kolmannen sektorin järjestöjen yhteisöllisyyden luonne ja hyvinvointiyhtiö</i>	120
<i>Kansalaisjärjestöt</i>	120

1.2. Terveiden edistämisen johtaminen järjestöissä	126
1.3. Yhteisölliset menetelmät terveyden edistämässä järjestötoiminnassa	130
1.3.1. Potilasjärjestöissä käytetyt yhteisölliset terveyden edistämisen menetelmät	130
1.3.2. Liikunta ja muiden harrastusjärjestöjen yhteisölliset menetelmät	134

2. YHTEISÖLLISET MENETELMÄT MIESTEN TERVEYDEN EDISTÄMISESSÄ - INTERVENTIOT **138**

2.1. Interventio ”Rokka-ruokaryhmä”	139
2.2. Laajennetun työyhteisön käyttö ja kokemustiedon yhdistäminen miesten asumispalveluissa	143
2.3. Musiikki kuntouttavassa ryhmätoiminnassa	151
2.4. Korpimiehet - luontoryhmä	156
2.5. Interventioiden vertaileva arviointi	159

OSA 3.

I. JOHTOPÄÄTÖKSET JA SUOSITUKSET **165**

1.1. Johtopäätökset	165
1.1.1. Paikalliset erot miesten terveydessä	166
1.1.2. Yhteisöllisten tekijöiden käyttäminen terveyden edistämässä	167
1.1.3. Esimerkkejä yhteisöllisen terveyden edistämisen interventioista	170
1.2 Suositukset	172
1.2.1 Yleiset suositukset	172
1.2.2 Paikalliset suositukset	174
1.2.3 Interventio menetelmien käyttöön liittyvät suositukset	179
1.3. Jatkotutkimukset ja menetelmällinen pohdinta	181

LIITTEET

LIITE 1 ARTIKKELEITA LIITTYEN HANKKEEN AIHEESEEN **197**

Interventioiden soveltuvuus yhteisöllisten menetelmien kehittämiseen	197
Kouvolan kaupungin terveyden edistämisen palvelut	200
Varhainen puuttuminen menetelmänä yleislääketieteen päivystyksessä	207
Miehen rooli perheen terveyden edistäjänä	211
Iloa ja voimavaroja isä-lapsikerhosta - Toimintatutkimus isien vertaistukitoiminnan kehittämiseksi Kymenlaakson Ensi- ja turvakotiyhdistyksessä.	216
Yhteisöllisyys – yksinäisyys Etelä-Kymenlaakson ammattiopiston miesopiskelijoiden kokemana	221

LIITE 2 MIESTEN HYVINVOINTIKYSELYLOMAKE **225**



TUTKIMUSOSIO - TERVEYS JA ALUEELLINEN ERILAISTUMINEN

Olli Lehtonen, Valdemar Kallunki, Marja-Leena Kauronen ja Juhani Pekkola

2

3

I. MIESTEN TERVEYS JA YHTEISÖLLISYYS KYMENLAAKSOSSA

I.1 Hankkeen lähtökohdat ja tavoitteet

Väestöryhmien väliset terveyserot ovat Suomessa Länsi-Euroopan maihin verrattuna suuret, vaikka maan tuloerot ovat kansainvälisesti tarkasteltuna pienet (Talala ym. 2014). Merkittävä osa terveyseroista selittyy sairastavuutta lisäävillä elintavoilla kuten alkoholin kulutuksella ja tupakoinnilla (Martelin ym. 2005; Tarkiainen ym. 2011). Huolestuttavaa kehityksessä on, että sosioekonomisten ryhmien väliset terveyserot ovat kasvaneet viime vuosikymmeninä. Terveyserojen taustalla vaikuttavat osaltaan miesten ja naisten toisistaan poikkeava terveyskäyttäytyminen.

Miesten elinajanodote on viime vuosikymmeninä kehittynyt hieman positiivisemmin kuin naisten. Vuodesta 1971 vuoteen 2014 vastasyntyneiden elinajanodote nousi miehillä 12 vuotta 78 ikävuoteen ja naisilla vajaat kymmenen vuotta 84 ikävuoteen. (Tilastokeskus 2015b) Miesten naisia alhaisempaan elinajanodotteeseen vaikuttavat niin biologiset tekijät kuin terveyskäyttäytyminen ja olosuhdetekijät. Sukupuoliroolit vaikuttavat naisten ja miesten terveyskäyttäytymiseen ja -eroihin esimerkiksi ravintoon liittyvien tottumusten ja sosiaalisten odotusten kautta (ks. Lone ym. 2009).

Tämän hankkeen tavoitteena on ollut miesten terveyskäyttäytymiseen liittyvä tutkimus ja terveyden edistämisen menetelmien kehittäminen. Tarkastelukohteina ovat olleet miesten päihteiden käytön, tupakoinnin ja mielenterveyden alueelliset erityispiirteet, samalla kun ratkaisuja on pyritty löytämään kohdennetuille yksilöllisille ja yhteisöllisille interventioille. Sosiaaliset ja yhteisölliset tekijät ovat näkökulmia, joiden avulla pyritään miesten terveyden edistämisen laaja-alaiseen vaikuttavuuteen. Alueellisesti lähtökohtana ovat erityisesti Kymenlaakson erityispiirteet.

Miesten terveyttä voidaan kehittää kohdentamalla palveluja ja terveyden edistämisen interventioita aikaisempaa tarkemmin. Paikkatietoon perustuvalla tarkastelulla luodaan tietoa, jolla palvelujen ja terveyden edistämisen toimenpiteet voidaan kohdentaa siten, että ne osuvat terveyserojen kaventamisen kannalta tehokkaimmalla tavalla.

Paikalliset tarpeet ja asuinympäristö voisivat ohjata tulevaisuudessa terveyserojen kaventamista yksittäisissä kunnissa, jos terveysongelmat kasautuvat tietyn tyyppisille asuinalueille. Kasautumisen syyinä pidetään yleisesti erilaisten ihmisten ryhmittymistä alueellisen erilaistumisen myötä. Alueellinen erilaistuminen johtuu pääasiassa kahdesta tekijästä: muuttoliikkeestä ja epätasaisesta aluekehityksestä (Lehtonen 2007). Muuttoliikkeen näkökulmasta tarkasteltuna alueellinen erilaistuminen johtuu yksilöiden ja kotitalouksien valinnoista, joiden taustalla näkyvät erilaiset elämäntyylit ja elämänvaiheet, jotka määrittävät yksilöiden asumistarpeita ja niiden kautta yksilöiden hyvinvointia. Yksilöiden valintojen kautta elämäntyyliään ja elämän vaiheeltaan samanlaiset ihmiset ajautuvat samoille asuinalueille, mikäli se on asuntokannan puitteissa mahdollista.

Yhteisöllisten menetelmien kehittämisen yhtenä motiivina ovat olleet terveysinformaation vaikuttavuudessa ilmenneet rajoitteet. Terveyserojen kannalta ongelmallista on, että miesten on todettu olevan vähemmän vastaanottavaisia terveysinformaatiolle kuin naisten (Adams ym. 2005, Lone ym. 2009). Vaikka terveyttä koskevan informaation saatavuus on viime vuosikymmeninä räjähdysmäisesti kasvanut, tietoon perustuva terveyserojen kaventaminen on muuttunut haastavaksi. Informaatioyhteiskunnassa näyttöön perustuvan terveystiedon merkitys ei saavuta aina parhaiten niitä ryhmiä, joilla olisi tarvetta elintapamuutokseen. Esimerkiksi sosiaalisen median ja vertaisten välittämä terveysinformaatio saattaa vaikuttaa merkittävästi terveyskäyttäytymiseen riippumatta tiedon paikkaansa pitävyydestä. Terveyskäyttäytymiseen onkin syytä pyrkiä vaikuttamaan terveellisen elämäntapojen edellyttämien tietojen ja taitojen ohella yhteisöihin kohdistuvan kannustamisen kautta (STM 2010).

1.2 Teollinen rakennemuutos ja yhteisöllisyys Kymenlaaksossa

Kymenlaakso on runsaan vuosisadan ajan ollut suurteollisuuden leimaama maakunta, jossa on muodostunut teollinen perinne ja paikkakuntia, joita leimaa suureen työnantajaan, pitkiin ja ylisukupolvisiin työsuhteisiin, vakaaseen asuinpaikkaan ja vakiintuneeseen työyhteisöön perustuva yhteisöllisyys. Kuusankosken Voikkaan paperitehtaalla luottamukselliset teolliset suhteet, vuorotyö ja sitoutuminen asuinpaikkaan tahdittivat elämää vuosikymmenestä toiseen ja voimistivat paikallista yhteisöllisyyttä ja loivat viihtymisen reunaehdot. Niihin kuului työyhteisön lisäksi paperitehtaan harrastus- ja urheiluseurat, vuoteen 1947 saakka jopa koulutoimi. Paperitehtaiden ylin johto kantoi huolta asumisesta, terveydestä ja hyvinvoinnista. (vrt. Melin 2008, Melin & Mamia 2010, Mamia 2010, 31-32, 43-44, 47.).

Voidaan puhua alueellisesta teollisesta elämäntavasta, joka on pitkälti juuri teollisuuskulttuuria. Se on määritellyt useiden pienten ja keskisuurten asutuskeskusten elämää Kymenlaaksossa 1900-luvun ajan. Teollinen elämäntapa on vaikuttanut erityisesti miesten elämäntapaan. Samalla teollisuuden

rakennemuutos on tarkoittanut erityisesti miesten työttömyyden kasvua. Talouden rakennemuutos iski shokkina Kymenlaaksoon 2000-luvun ensimmäisen vuosikymmenen aikana. Useiden suurten, tuottavien, vakaina pidettyjen teollisuuslaitosten lakkauttaminen aiheutui maakunnan ulkopuolisista strategisista päätöksistä. Voikkaan tehdas lakkautettiin vuonna 2006.

Kouvolan alueella on arvioitu irtisanomisten ja työnantajan työterveyshuollon menetyksen vaikuttaneen kielteisesti hyvinvointiin. Alkoholisoituminen, työmotivaation katoaminen ja ansiotulojen alentuminen aikaisempaa matalapalkkaisemmassa työssä on sekä henkilökohtainen että perheen ongelma. Sosiaalisten ongelmien, pitkäaikaistyöttömyyden ja perheiden hajoamisen sekä nuorten poismuuton on havaittu kansainvälisissä tutkimuksissa liittyvän de-industrialisaation ongelmiin. (Salmi, 2015, 52-53.)

Irtisanomisten jälkeen tehtaalle kaipaavien työyhteisö on hajonnut, ystävyys ja tilaisuus vertaistukeen menetetty. Teollisen perinteen on arvioitu murtuneen teollisten yhteisöjen myötä. Rohkeasti uuteen suuntaan pyrkivät voivat kuitenkin nähdä muutoksen tilaisuutena tehdä jotakin itselle mieluista. Kouluttautuminen tarjoaa varsinkin nuoremmille uuden mahdollisuuden. Joka tapauksessa entisen tehtaan ympärille rakentuneet paikallisyhteisöt murenivat ja sosiaaliset suhteet katkesivat. Paikkakunnan väkiluvun lasku jyrkkeni. Teollinen rakennemuutos pohjusti kehitystä, jossa paperitehtaiden ympärille syntynyt Kuusankosken kaupunki sulautettiin vuonna 2009 Kouvolaan. (Vrt. Melin 2008, Kytömäki 2010, 128-132, Melin & Mamia 2010, 11-13. Salmi 2015, 54.)

Kymenlaakson paperiteollisuuden rakennemuutos on esimerkki paradigmaattisesta muutoksesta, jossa järjestelmän muutokset kasvavat pidemmän ajan kuluessa ja lopulta kulminoituvat muuttavat systeemin olemuksen. Vaikka yksittäisen tehtaan – Voikkaan, Myllykosken, Summan - lakkauttaminen on yllätys, ovat muutoksen tekijät ja merkit kasautuneet pidemmällä aikavälillä.

Palkkatyö on ollut teollisuuspaikkakuntien eetoksen ja sosiaalisen rakenteen lähtökohta, jolla elämäntapa on perustunut. (Vrt. Tuomela & Mäkelä 2011, 102-103.) Työpaikan yhteisöllisyys on yksi teollisen kulttuurin keskipisteitä. Tehtaan lakkauttamisen jälkeen sosiaalisen orientaation ongelmat ovat ilmeiset. Intressin varaan rakentuneet työhön perustuvat sosiaaliset suhteet ovat pääosin menettäneet merkityksensä ja jäljelle jääneet sentimentin (tunteen) varaan jääneet sosiaaliset suhteet haalistuvat ja niitä joudutaan muotoilemaan uudelleen (vrt. Kangaspunta ym. 2011, 247-248.).

Vanhaa perua on vielä me-henki, jolla viitataan entiseen työyhteisöön ja nykyiseen asuinalueeseen. Työn kautta tapahtunut kiinnittyminen sosiaaliseen ja asuinympäristöön on irtisanotuille sekä entisen teollisen perinteen kantajille arvioitu käyneen aikaisempaa haasteellisemmaksi. Työ tehtaalla määritteli aikaisemmin identiteetin ja tarjosi statuksen. Työn menettäminen johtaa turhautumiseen eli tarpeettomuuden kokemukseen, sillä monet ollettivat työsuhteen olevan elinaikaisen. Työmarkkina-aseman heiketessä myös työhön perustuvien järjestöjen, kuten ay-liikkeen, ehkä kaikkien työmarkkinajärjestöjen, vaikutusvalta vähenee. Näin teollinen muutos vaikut-

taa myös ryhmien identiteettiin. (Salmi 2015, 57-59, vrt. Häyrinen 2011, 63-65, 68-69.) Työyhteisöön perustuva integraatio hajoaa tehtaan alasajossa irtisanomisten seurauksena. Integraatio ja sosiaaliset suhteet rapautuvat, sillä työllistyvien on usein muutettava paikkakunnalta, työyhteisö ei anna enää mahdollisuuksia sosiaalisten suhteiden ylläpitoon ja yhteiseen sosiaaliseen toimintaan. (Vrt. Salmi 2015, 54.)

Nuoret rakentavat modernin identiteettinsä internetin aikakaudella tyypillisin osin paikallisuuden ulkopuolelta ja sen ulkopuolelle (Vrt. Pessi & Seppänen 2011, 293). Nuorten odotukset eivät enää perustu pysyvään paikalliseen yhteisöllisyyteen vaan muuttoon taloudellisesti kasvaviin ja työtä tarjoaviin keskuksiin, sijaitsivatpa ne Suomessa tai kauempana Euroopassa.

Oleellista terveyden hyvinvoinnin kannalta on henkisen tasapainon ja eri elämäntilanteita kattavan mielekkyyden ja subjektiivisen hyvinvoinnin eli yleisen henkilökohtaisen onnellisuuden saavuttaminen (vrt. Saari 2011, 346, vrt. Simpura & Uusitalo, 2011, 124 - 133.)

1.3 Kymenlaakson erityispiirteitä miesten terveydessä ja terveyskäyttäytymisessä

Kymenlaaksossa menetettyjen elinvuosien lukumäärä oli vuonna 2013 7949/100 000 asukasta kohti, joka oli toiseksi korkein koko maassa Kainuun jälkeen. Koko maata kuvaava lukumäärä oli 6754/100 000 asukasta. (THL 2015.) Menetettyjen elinvuosien PYLL-indeksi (Potential Years of Life Lost) mittaa ennenaikaista kuolleisuutta ja kuvaa väestön terveyden ja hyvinvoinnin tilaa. Indeksillä ilmaisee ennen 80 ikävuotta tapahtuneiden kuolemien takia menetettyjen elinvuosien lukumäärän väestössä 100 000 asukasta kohti.

Kymenlaaksossa viimeisen vuosikymmenen aikana vaikuttanut taloudellinen rakennemuutos on vaikuttanut erityisesti miesten työllisyyteen. Työttömillä ja työttömyyttä kokeneilla on huonompi terveys ja suurempi kuolleisuus kuin työssä käyvillä, samalla kun työttömyys tukee elintapojen polarisoitumista väestöryhmien välillä. Terveyserojen korostuminen eri sosiaalisten ryhmien välillä kytkeytyy alueelliseen eriytymiseen. Työttömyyden lisäksi aluetta leimaa väestön ikääntyminen, samalla kun nuorten syrjäytymisriski on Suomen maakunnista toiseksi korkein. Kymenlaaksolaiset miehet kokevat terveytensä heikommaksi kuin muut suomalaiset miehet. Vastasyntyneiden elinajanodote on alueella maan matalimpia. Terveyserojen kaventamistarve kohdistuu alueella erityisesti miehiin, joiden elinajanodote poikkeaa valtakunnallisesta keskiarvosta enemmän kuin naisten. Matala koulutustaso ja miessukupuoli ovat yhteydessä ennenaikaisiin kuolemiin. (Sotkanet 2014b.)

Miesten terveyskäyttäytymisen osalta Kymenlaakso edustaa haastavaa aluetta. Humalahakuisesti alkoholia käyttävien miesten osuus Kymenlaaksossa on noin neljä prosenttiyksikköä korkeampi kuin maassa keskimäärin.

Myös tupakoivien miesten osuus Kymenlaaksossa on kansalliseen tasoon verrattuna korkea, vaikka naisten tupakointi on alueella muuta maata harvinaisempaa. (Sotkanet 2014b.) Vuoden 2009 tilaston mukaan koko maassa miesten alkoholikuolemia oli 100 000 asukasta kohti 63, kun Kymenlaakson alueella vastaava luku oli 106. Päihdehuollon avopalvelujen asiakasmäärä oli myös korkea verrattuna maan keskiarvoihin (17/1000 vs. 9,8/1000). Suhde-ero valtakunnallisiin lukuihin oli lähes yhtä korkea päihdehuollon laitoshoidtoa saavien asiakasmäärän osalta. (Sotkanet. 2014b.)

Noin 10 prosenttia suomalaisista kokee olevansa yksinäinen. Miesten osuus yksinäisyyttä kokevista on kuitenkin pienempi kuin naisilla. Yksinäisten miesten osuus Kymenlaaksossa on muusta maasta poiketen selvästi suurempi kuin naisten: miehistä yksinäisiä on runsaat 10 prosenttia, kun naisista vastaava osuus noin 8 prosenttia. Miehillä yksin asuminen ei näytä aiheuttavan yhtä todennäköisesti yksinäisyyden kokemusta kuin naisilla: Vain 40-49 -vuotiaiden joukossa miesten yksinäisyys on naisia hieman yleisempää, vaikka miesten yksinasuminen on naisia yleisempää alle 50-vuotiailla. Naisilla yksinäisyyden kokemus on yleisintä nuorilla ja yli 70-vuotiailla, jolloin myös naisten yksin asuminen on lähes vastaavalla tai korkeammalla tasolla kuin miehillä. Vuodesta 1990 yksinasuvien osuus on noussut voimakkaammin miesten kuin naisten joukossa. (Tilastokeskus 2015b.)

Itsemurhien vuoksi menetettyjä ikävuosia vuonna 2013 oli Kymenlaaksossa 624, kun koko maassa se oli 513 /100 000 asukasta (THL 2015a). Mielenterveys kytkeytyy yksilön sosiaaliseen asemaan ja verkostoihin. Yksinäisyydellä ja mielenterveyden ongelmilla on yhteys. Yksinäisyyttä kokeneista peräti 70 prosenttia on vuoden sisällä kärsinyt masennuksesta, kun vastaava osuus väestötasolla on neljännes. Itsemurha-ajatukset ovat yksinäisillä viisi kertaa yleisempiä kuin muulla väestöllä. Lisäksi työkyvyn heikkenemistä kokeneiden osuus on noin kaksinkertainen valtaväestöön verrattuna.

2. LÄHESTYMISTAPOJA MIESTEN TERVEYDEN EDISTÄMISEEN

2.1 Terveys ja terveyskäyttäytyminen

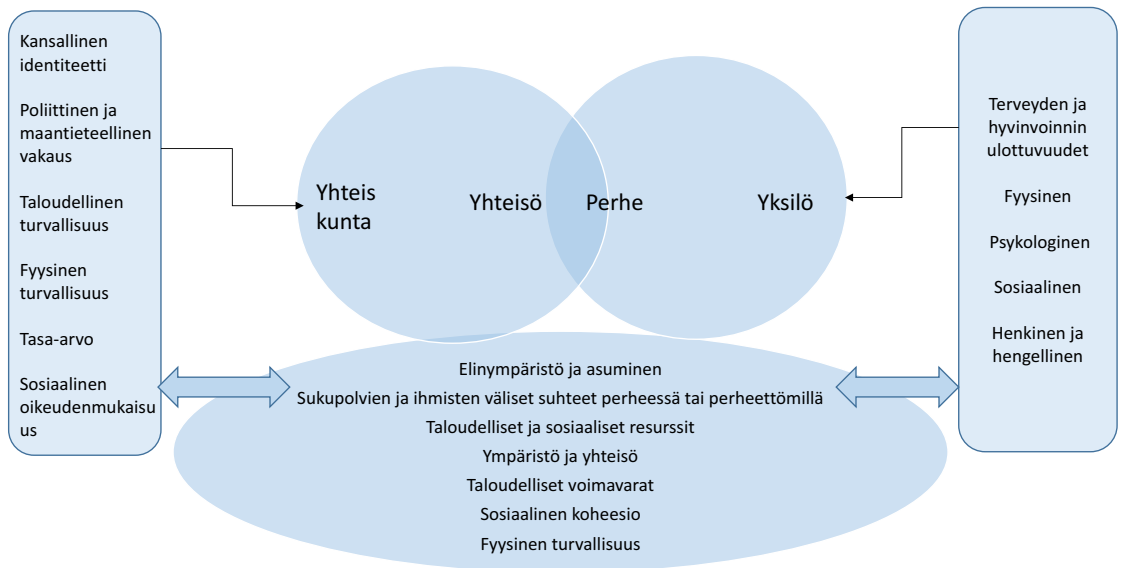
WHO:n määritelmän (1998), jonka mukaan terveys on fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen hyvinvoinnin tila eikä ainoastaan sairauden tai heikkouden puuttumista, katsotaan olevan yhä validi lähestymistapa terveyteen. Sitä on tulkittu kokonaisvaltaiseksi, positiiviseksi ja se antaa tilaa myös yksilön ja yhteisön omille arvioille terveydestä lääketieteellisen näkökulman lisäksi. Määritelmää on täydennetty terveyden eri alueista lähtien. Psykkisen terveyden katsotaan olevan kykyä ajatella selvästi ja sopeutua, omata resilienssiä ja siten selviytyä eri tilanteista. Emotionaalinen terveys nähdään kykyinä tunnistaa, ilmaista ja hallita tunteita, sosiaalinen terveys taas kykyinä muodostaa ja ylläpitää sosiaalisia suhteita. Fyysinen terveys nähdään aktiivisuutena, elinvoimaisuutena ja fyysisenä hyvinvointina, henkinen terveys taas mielenrauhana ja levollisuutena. Yhteisöjen terveyden edistämässä tulee tunnistaa sekä yhteisön tapa tulkita terveyttä että yhteisön terveystarpeet. Eri ikäkausina terveys nähdään eri merkityksessä. (Wills & Jackson 2014.)

Terveyden edistämässä pyritään muuttamaan yksilöiden ja yhteisöjen terveyskäyttäytymistä. Terveyskäyttäytymisellä tässä tarkoitetaan elintapoja, jotka vaikuttavat sairauksien syntyyn ja muodostuvat näin niiden riskitekijöiksi. Riskitekijöitä on tunnistettu tärkeimpiin suomalaisten kansantauteihin, kuten sydän- ja verisuonitaudit, tyypin 2 diabetes ja mielenterveyden häiriöt. Suurimmat kansantautien riskitekijät Suomessa ovat tupakointi, ylipaino, alkoholin runsas käyttö, epäterveellinen ruokavalio ja vähäinen liikunta. Nykyisin myös uni ja lepo katsotaan tärkeiksi tekijöiksi tautien ehkäisyssä. (Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmä 2014, Helldán & Helakorpi 2015.)

2.2 Sosio-ekologinen lähestymistapa terveyden ja hyvinvoinnin rakentumisessa

Terveyden edistämässä tavoitteena on parantaa väestön terveyttä ja hyvinvointia (Simnett 2011). Terveyden ja hyvinvoinnin käsitteitä käytetään sekä yksilön, perheen, yhteisöjen ja yhteiskunnan tasoilla (kuva 1). Kuva 1 esittää terveyden ja hyvinvoinnin monitahoista luonnetta ja sen riippuvuutta sosiaalisista, taloudellisista ja ympäristöllisistä tekijöistä. Nämä tekijät ovat voimavaroja ja konteksti, jossa rakennetaan terveyttä ja hyvin-

Kuva 1. Hyvinvoinnin rakentumisen viitekehys (Knight & McNaught 2011).



vointia kaikilla yhteiskunnan tasoilla. Käsitteet liittyvät toisiinsa; koulutus, ammattiasema, tulot, asuminen ja asuinympäristö ovat keskeisiä tekijöitä terveyden ja hyvinvoinnin muodostumisessa sekä ylläpitämisessä. Mallin neljä keskeistä aluetta ovat yksilön, perheen, yhteisön ja yhteiskunnan hyvinvointi (kuva 1).

Vaikka yksilö on sisällytetty malliin, yksilönäkökulma ei kuitenkaan dominoi. Terveyden rakentumiseen vaikuttavat ympäröivät olosuhteet, paikalliset tekijät, toiminta paikallistasolla, yksilöiden väliset vuorovaikutussuhteet esimerkiksi perheissä ja pienyhteisöissä sekä yhteisöllisessä toiminnassa yleisesti muodostuneet resurssit. (Knight & McNaught 2011.) Kuvan 1 viitekehystä voidaan käyttää terveyden ja hyvinvoinnin tutkimukseen sekä interventioihin erilaisissa yhteisöissä.

Yksilön terveyteen vaikuttavat sekä positiivisesti että negatiivisesti koetut elämäntapahtumat sekä yksilön omat arvioinnit eri tekijöistä, esimerkiksi tyytyväisyydestä elämään. Yksilölliseen terveyskäyttäytymiseen vaikuttavat yhteisön luomat käsitykset terveydestä. Tämän vuoksi yksilön terveys rakentuu monitahoisesti fyysisistä, psykososiaalisista ja moraalisisista ko-

kemuksista. Perhe systeeminä ja hierarkkisen järjestelmänä luo yksilölle kasvua ja kehitystä tukevat olosuhteet tuottaen terveyttä ja hyvinvointia. Yksilön voimavarat kehittyvät perheen taloudellisen aseman, statuksen, perheen tietopohjaisten käsitysten, rakkauden sekä sukupolvisuuden ja moraalisten periaatteiden avulla. Perheen ja yhteisön väliset suhteet ovat mallissa keskeisiä. (Knight & McNaught 2011.)

Paikallisyhteisö ja sen toimintaan osallistuminen vaikuttavat yksilön fyysiseen, sosiaaliseen, psyykkiseen, henkiseen sekä moraaliseen terveyteen. Yhteisöihin puolestaan vaikuttavat yhteiskunnalliset tekijät ja tapahtumat. Nämä voivat olla ratkaisevia vaikuttaessaan taloudellisiin tekijöihin, yhteisön haavoittuvuuteen, ympäristöturvallisuuteen ja myös fyysiseen terveyteen. Perheen, naapuruston ja ystäväverkoston merkitys terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitämisessä kasvaa, jos asuinalue rappeutuu esimerkiksi taloudellisista syistä. (Knight & McNaught 2011.)

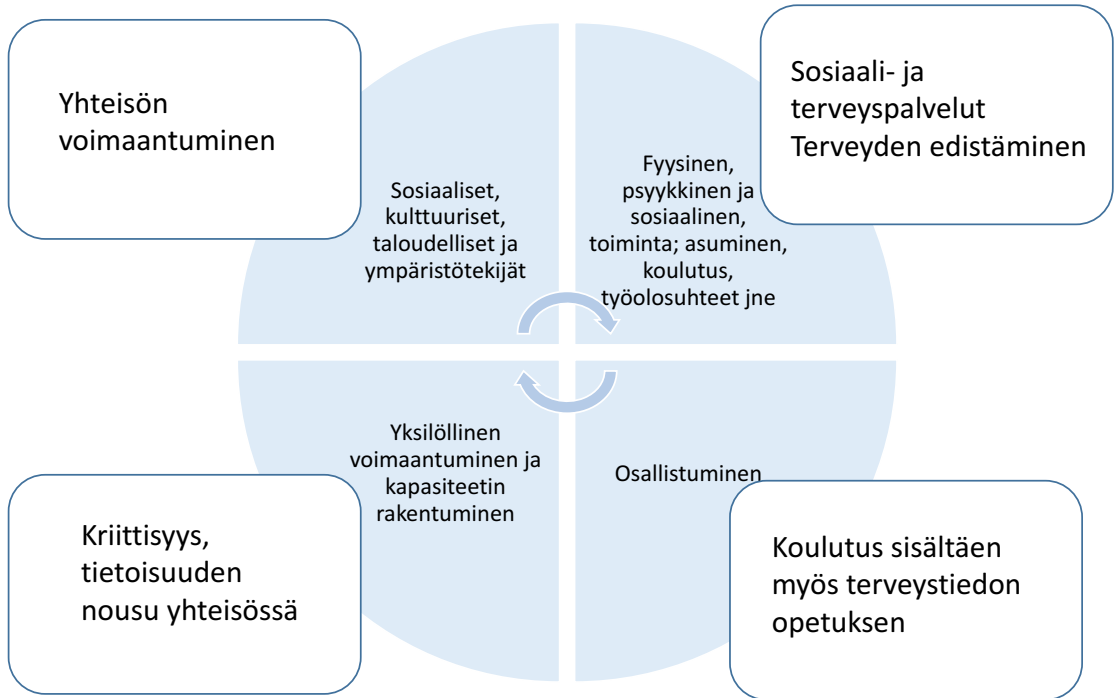
Sosioekologisen näkökulman mukaan terveys nähdään pitkäaikaisena prosessina, jossa yksilön terveys voi kehittyä tai muuttua positiiviseen tai negatiiviseen suuntaan riippuen perheen, yhteisön ja ympäristön vaikutuksesta (Smedley & Syme 2000). Myös terveyden edistämisessä terveys nähdään elämän pituisena prosessina ja siihen sisältyvät yksilön voimavarojen kertyminen, esimerkiksi terveystieteiden ja ohjauksen kautta sekä niiden käyttö käyttäytymisen muuttamiseen. Prosessimainen näkemys terveydestä mahdollistaa terveyden edistämisen interventioiden suunnittelun ja yhdistämisen yhteisön hyväksymään sosio-kulttuuriseen kontekstiin sen sijaan, että käytetään markkinalähtöisiä menetelmiä ja arviointiin määrällisiä mittareita. (Cowley 1995.) Tässä tutkimuksessa kohteena on miesten terveys ja terveystietoisuus Kymenlaaksossa, jossa puunjalostusteollisuuden katoaminen on vaikuttanut taloudellisiin ja kulttuurisiin tekijöihin, perhe- ja yhteisörakenteisiin sekä ylisukupolvisiin terveyttä suojaaviin tekijöihin. Yhteisöjen voimavarojen väheneminen, niiden rikkoutuminen ja häviöminen muuttavat konteksteja, joilla terveyttä on ylläpidetty.

Terveyserojen kasvu ja terveysongelmien kasaantuminen edellyttävät terveyden edistämisessä sosioekologista lähestymistapaa. Tilanteen ongelmallisuutta lisää, että osa väestöstä ei hakeudu terveystieteisiin ajoissa ja hyvää hoitotasapainoa ei aktiivisesti tavoitella. Näin ollen terveyttä määrittävät tekijät eivät ole terveydenhuoltojärjestelmän kontrolloitavissa, mutta toisaalta, eivät myöskään yksilön. Keskeisiksi tekijöiksi muodostuvat yhteisön arvot, normit ja sosiaaliset prosessit. Koska Kymenlaakson miesten tilannetta leimaa matala koulutustaso, koulutusjärjestelmä ei pääse vaikuttamaan aikuistuvan nuoren tai nuoren aikuisen sosiaalisiin normeihin riittävästi. Kun terveystiedon oppiminen ja myöhemmin tarttumapinta sen soveltamiseen elämässä jää vähäiseksi, terveyden lukutaito jää heikoksi yksilö- ja yhteisötasolla. (Mittelmark ym. 2012, Paakkari ym. 2015.)

Ekologinen malli (Kuva 2.) pohjautuu oletukseen, että terveys on dynaamisessa yhteydessä ihmisen biologiseen järjestelmään, käyttäytymiseen, sosiaalisiin verkostoihin sekä fyysiseen ja psyykkiseen ympäristöön liittyviin tekijöihin. (LaPlaca ym. 2013, Mittelmark ym. 2012, Stephens 2008.)

Näiden tekijöiden välinen vuorovaikutus on näkyvissä yksilöissä, perheissä ja yhteisöissä koko elämänkaaren ajan. Mallin mukaan ikä, sukupuoli, etnisyys, kulttuuri- ja sosioekonomiset erot muodostavat kontekstin, jossa yksilöt ja yhteisöt toimivat, mikä vaikuttaa suorasti tai epäsuorasti terve-

Kuva 2. Ekologinen lähestymistapa terveyden edistämässä Mittelmarkin ym. (2012) mukaan.



ysriskeihin ja voimavaroihin. Kuvion keskellä on kuvattu vuorovaikutusta yksilön ja yhteisön välillä. Yhteisö vaikuttaa normien ja sosiaalisten prosessien kautta yksilön terveyden, elintapojen ja riskitekijöiden arvottamiseen, arvojen näkymiseen omassa elintavoissa sekä kykyyn käsitellä terveyteen liittyviä ongelmia. Yhteisön sosiaaliset normit vaikuttavat sen jäsenten terveyskäyttäytymiseen päivittäisten toimintojen kautta, esimerkiksi tupakointiin ja alkoholin käyttöön. Yhteisön vaikutus ulottuu yksilöstä aina epidemiologiselle tasolle saakka. (Kuva 2.) (LaPlaca ym. 2013, Mittelmark ym. 2012, Stephens 2008.)

Sosioekonomiset tekijät, kuten koulutus, ammattiasema, tulot, työ ja työolosuhteet tai työttömyys luovat laajan sosioekonomisen ja kulttuurisen ympäristön, joka vaikuttaa terveyteen monimutkaisten tekijöiden välityksellä. Ympäristön rakenteelliset tekijät; asuminen, asuinalue ja siihen liittyvät edistävät tai haitalliset tekijät vaikuttavat terveyteen. Terveystieteiden palvelujen läheisyys, laatu ja niihin pääsy vaikuttavat varhaiseen diagnoosiin, hoidon aloittamiseen, hoitotasapainoon ja liitännäissairauksien syntymiseen myös sitä kautta, miten yhteisössä tiedostetaan ja normitetaan palvelujen käyttöä. Tällaiset normit kehittyvät yhteisössä mikrotasolla yksilön, perheen, tärkeiden ihmisten ja ryhmien välisessä vuorovaikutuksessa. (Kuva 2.) (Jackson 2007, Mittelmark ym. 2012.)

Sosioekologinen malli tarjoaa useita lähtökohtia terveyden edistämiseen. Interventioiden toteuttamismahdollisuudet ovat laajat; riskitekijöiden vähentämisestä, sairauksien ja ennenaikaisen kuoleman ehkäisystä toimintakyvyn ja voimavarojen lisäämiseen sekä elämänlaadun ylläpitämiseen (Stephens 2008). Terveyttä määrittävät yksilölliset, sosiaaliset, taloudelliset, kulttuuriset ja ympäristölliset tekijät. Niistä keskeisimmät liittyvät työllistymiseen, asumiseen, huonoon taloudelliseen tilanteeseen, sosiaalinen syrjäytymiseen ja eristäytymiseen. Tavoitteena on saada aikaan muutoksia asuin- ja elinympäristössä ja mahdollistaa sitä kautta yksilön terveyskäyttäytymisen muutoksia. (Stephens 2008, Mittelmark ym. 2016.) Paikallistason sektoreiden välinen yhteistyö on välttämättömiä (Sykes 2007, Sekine ym. 2009). (Kuva 1.)

Terveydenhuoltohenkilöstön valmiudet tukea yksilöiden elintapamuutoksia kulttuuri- ja yhteisölähtöisesti on todettu heikoiksi (Pelikan 2016).

Kansallisia, ylhäältä alaspäin, ”top-down”-suunnassa toteutettuja interventioita on verrattu paikallisiin ympäristöihin rakennettuihin, alhaalta ylöspäin -suunnattuihin interventioihin. Kansallisia ohjelmia on arvosteltu yhteisöjen vähäisestä osallistumisesta, mutta toisaalta niiden etuna on ollut yksilön kannustaminen kriittiseen ajatteluun ja normien muuttamiseen massatiedotuksen kautta, jolloin myös yhteisön normit muuttuvat hyväksyttäväksi, vaadituiksi ja tavoiteltaviksi. Paikalliset, kontekstiin sidotut ohjelmat taas huomioivat yhteisön jäsenet ja heidän erityispiirteensä, mikä vaikuttaa puolestaan osallistumiseen, kriittisen ajattelun kehittymiseen ja normien muodostumiseen tehokkaasti. Paikallishallinnon toteuttamat ohjelmat taas on todettu paikallisyhteisöstä käsin rakennettuja ohjelmia tehokkaammiksi. (Mittelmark ym. 2012, Pelikan 2016.) Laajoihin väestöryhmiin kohdistuvat, terveyskäyttäytymisen muutokseen tähtäävät interventiot eivät välttämättä kohtaa pieniä ja erityisesti haavoittuvia yhteisöjä eivätkä suuriin väestöryhmiin kohdistuvat tavoitteet aina sovi näille yhteisöille. Tämän kaltaisten yhteisöjen tarpeet eivät kohdennu laajoissa ehkäisyohjelmissa. Näitä yhteisöjä voivat olla esimerkiksi työttömyydestä, yksinäisyydestä tai mielenterveys- ja päihdeongelmista kärsivät miesyhteisöt. (Sykes 2007, Saaristo ym. 2009.)

2.3 Yhteisöllisyys ja terveyden edistäminen

Terveyden edistämässä yhteisön uskomukset, arvot ja normit katsotaan koko ajan muuttuviksi ja niihin pyritään vaikuttamaan myöskin väestötason menetelmiä käyttäen. Yhteisön jäsenet jakavat terveyteen ja hyvinvointiin liittyvät tarpeet ja sitoutuvat niihin. (WHO 1998, LaPlaca ym. 2013.) Perinteisiä kohdeyhteisöjä ovat olleet koulu-, työpaikka- ja asumisyhteisöt (Simnett, 2001, Poland ym. 2009). Samalla maantieteellisellä alueella asumista ei kuitenkaan enää pidetä yhteisön tunnusmerkkinä, koska yhteisö voi olla muodostunut myös tietoverkoissa (Jackson 2007).

Yhteisöt voivat lisätä terveyteen liittyvää vastuullisuutta, vahvistaa ja laajentaa siihen liittyvää kumppanuutta, lisätä yhteisön kapasiteettia ja voimaannuttaa yksilöitä terveyteen liittyvissä päätöksissä tai ajaa elinympäristöön liittyviä asioita. Yhteisöt ovat myös tärkeässä asemassa tutkimustiedon sisällyttämisessä kaikkiin politiikkoihin. Yhteisön näkemys ohjaa yksilön asenteita ja valintoja. (Cattan & Tilford 2006.)

Terveyden edistämishojelmien suunnittelussa on tärkeää, että yhteisön jäsenet tunnustetaan terveystarpeiden arviointia varten ja tiedetään tavat, joilla yhteisön jäsenet tekevät terveyteensä liittyviä päätöksiä (Jackson 2007). Erityisesti pyrittäessä kaventamaan väestön terveyseroja, yhteisön jäsenten terveyskäyttäytyminen ja taustalla olevat tekijät on selvitettävä. Osa yhteisöistä, joihin huonot terveystottumukset keskittyvät, on kuitenkin ollut vaikeasti saavutettavia, eivätkä ne ole olleet yhteiseen osallistumiseen suostuvaisia tai asiaan on liittynyt lisäksi kulttuurisia esteitä (Goodfellow & Moorley 2010). Osa suomalaisista miehistä ei ole kiinnostunut omasta terveydestään, esimerkiksi tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyssä miehet kieltäytyivät tarjotusta ohjauksesta huolimatta siitä, että olivat tietoisia kohonneesta sairastumisriskistään (Saaristo ym. 2009).

Toisaalta, yhteisö voi myös itse olla aktiivinen, tuoda esiin terveys- ja hyvinvointiongelmiaan ja -tarpeitaan sekä kokemuksiaan ennalta ehkäisevistä palveluista niin, että ne huomioidaan strategisella tasolla, päätöksenteossa ja palvelujen suunnittelussa. Esimerkkinä tällaisesta toiminnasta on miesten terveyden edistämisen yhteisö (www.menshealthforum.org.uk). Optimaalisessa tilanteessa terveyden edistämishojelmat suunnitellaan ja toteutetaan yhteisölähtöisesti alhaalta ylöspäin tapahtuvassa suunnassa yhteisön osallistumisen aktivoimiseksi. Yhteisön sitouttamista suositellaan. Interventioiden suoraviivaisuus ja organisaatioiden halu muokata käytäntöjä yhteisön tarpeiden mukaisesti on ollut tähän saakka ohjelmien ongelmana. (Poland ym. 2009.)

Mielenterveyden edistämässä yhteisöihin kohdistuvilla toimenpiteillä pyritään tunnistamaan mielenterveyteen vaikuttavia tekijöitä, vähentämään mielenterveyshäiriöitä aiheuttavia riskitekijöitä ja vahvistamaan yhteisön positiivista mielenterveyttä. Yksilö- ja yhteisötasoilla mielenterveyden edistämishojelmat tähtäävät yksilön voimaantumiseen osallistumisen kautta esimerkiksi koulu-, työpaikka- tai asumisyhteisössä. Nuorten aikuisten mielenterveyden edistämässä keskeistä on yksilön joustavan ja sopeutuvan (resilienssi) toimintatavan muodostumisen tukeminen sosiaalisessa kon-

tekstissa. Aikuistuvan nuoren vahvuuksien ja muiden elämän positiivisten tekijöiden esille tuominen tukee mielenterveyden rakentumista paremmin kuin riskitekijöihin ja ongelmiin keskittyminen. (Cattan & Tilford 2006.)

Aikuisten mielenterveyden edistämässä haasteellista on ollut tutkimustiedon hyödyntäminen niissä väestöryhmissä, joissa ongelmia esiintyy. Ongelmana on ollut, miten yhteisöihin päästään sisään ja miten edistämishjelmat hyväksytään näissä yhteisöissä. Lisäksi haasteellista on, miten aikuisuuteen liittyvät kulttuuriset normit säätelevät yhteisön käyttäytymistä ja toimintaa sekä miten yksilön kannalta haitalliset normit ovat muokattavissa yhteisöissä. Myös aikuisten keskuudessa on tärkeää selvittää resilienssin muodostumiseen ja sopeutumisstrategioihin liittyviä tekijöitä ja kehittää keinoja niiden tukemiseksi. (Cattan & Tilford 2006.)

Miesyhteisöjen terveyden edistämässä on aiemmin menetelminä käytetty tiedon jakamista, ryhmäohjausta, yhteisön osallistumista toiminnan suunnitteluun, sosiaalista markkinointia ja suostuttelua. Ohjelmien suunnittelussa yritetään aluksi saada näkökulma yhteisön toimintaan. Alueella olevat yhteisöt, niiden yhteiset intressit, yhteisön organisoituminen, johtaminen sekä toiminnan ohjautuminen kartoitetaan. Sen jälkeen selvitetään terveyteen liittyvät riskitekijät, jonka perusteella alueelta valitaan yhteisöt tai ryhmät toiminnan kohteeksi ja yhteistyökumppaneiksi. (Corcoran 2010.)

Yhteisöllisiin menetelmiin voi aluksi sisältyä yhteisön sisäisten verkostojen kehittäminen, jolloin yksilöiden verkostot laajentuvat, niihin sisältyvät suhteet vahvistuvat ja verkostot juurtuvat, mikä vähentää yksilöiden yksinäisyyttä ja sosiaalista eristäytymistä. Tavoitteena ovat esimerkiksi käyttäytymismuutokset tapaturmien torjumiseksi, oman terveyden seurannan parantamiseksi tai elintapojen muutokset terveystarkkuuksien vähentämiseksi. (Poland ym. 2009, Corcoran 2010.) Yhteisö voi käyttää myös vapaaehtoisia vertaisohjaajia hyvinvoinnin edistämiseksi (White 2015). Mielenterveyteen liittyvissä, elpymistä (recovering) korostavissa lähestymistavoissa (Noiseux ym. 2010, McEvoy ym. 2012) yksilön tasapainoon, kontrollin tunteeseen ja itsenäisyyteen liittyvät tavoitteet perustuvat myös dynaamiseen kontekstiin, kuten sosiaaliseen verkostoon, ihmissuhteisiin, elämäkokemuksiin ja ympäristötekijöihin.

2.4 Muut terveyden edistämisen lähestymistavat

Bio-lääketieteellinen lähestymistapa

Bio-lääketieteellinen terveyden edistämisen lähestymistapa liittyy sairauksien ehkäisyyn ja varhaiseen toteamiseen. Se perustuu epidemiologiseen tietoon, keinoihin löytää riskitekijät väestöstä sekä kehitettyihin menetelmiin ehkäistä tai hoitaa sairaudet tehokkaasti alkuvaiheessa. Ehkäisy edellyttää yksilön osallistumisaktiivisuutta esimerkiksi seulontoihin ja rokotuksiin, mikä voi riippua myös siitä, miten yhteisössä nähdään terveysriskit ja ehkäisytoimenpiteiden hyödyllisyys. Ohjelmat markkinoidaan yleensä kansallisella tasolla, ne perustuvat asetuksiin ja paikallistasolla terveydenhuollossa on niiden toteuttamisvelvollisuus. Ohjelmien hyväksyttävyyttä ja niihin osallistuminen liittyy kuitenkin yhteisöjen sosiaalisiin normeihin, joten yhteisötaso muodostuu tärkeäksi ohjelman onnistumisessa, esimerkiksi rokotusmyönteisyys ja rokotuskattavuus. Tällä hetkellä julkisen terveydenhuollon tulisi löytää keinot tuoda esiin rokotuksen hyötyjä yhteisöissä ja saada yhteisöjä keskustelemaan asiasta ja muodostamaan sitä koskevia normeja. (Sykes 2007.)

Käyttäytymisen muuttamiseen liittyvä lähestymistapa

Yhteisö vaikuttaa yksilön terveystyöskäytymiseen sosiaalisten normien ja prosessien kautta. Esimerkiksi sydän- ja verisuonitautien ja diabeteksen ehkäisyssä, yhteisö voi tukea yksilön elintapojen muutosta tiedon lisäämisen, asenteiden muuttamisen, käytännön taitojen opastuksen sekä kannustamisen avulla. Keskeistä on yhteisötasolla tapahtuva tietoisuuden ja kriittisyyden lisääntyminen sekä samanaikaisesti yksilön aktiivinen vuorovaikutus perheen, itselle tärkeiden henkilöiden ja ryhmien kanssa.

Toisaalta, yhteisö voi myös luoda kulttuurisia esteitä yksilön muutokselle. Kulttuuriset normit voivat suosia tupakointia tai päihteiden käyttöä tai terveellinen ravitsemus ja liikunnan harrastaminen eivät välttämättä sisälly yhteisössä vallalla oleviin normeihin. Sairauksiin liittyviä riskejä, kuten ylipainoa tai koholla olevaa verenpainetta, ei nähdä vaarallisina tai niitä ei oteta puheeksi tai huolenaiheeksi yhteisössä. Osallistumista ehkäisyohjelmiin tai säännöllisiä käyntejä terveydenhuollossa ei myöskään nähdä tarpeellisena. (Mittelmark ym. 2012.)

Käyttäytymisen muutoksiin tähtävien terveyden edistämisen mallien puutteena on nähty, että ne korostavat liikaa yksilön vastuuta muutoksen toteuttamiseen eivätkä huomioi yhteisöllisiä tekijöitä, jotka vaikuttavat yksilön käsityksiin terveydestä, sairaudesta tai terveystyöskäytymisestä. Käytetyt mallit ovat olleet myös liian kapea-alaisia sovellettavaksi eri ryhmiin. (Stokols 1996.) Haasteena tällä hetkellä nähdään, kuinka voitaisiin stimuloida terveyttä edistäviä, yhteisöstä nousevia, ”bottom-up” –prosesseja ilman ohjaamista tai ylhäältä päin organisoituja ”top-down” –suuntaisia ehkäisyohjelmia (Mittelmark ym. 2012).

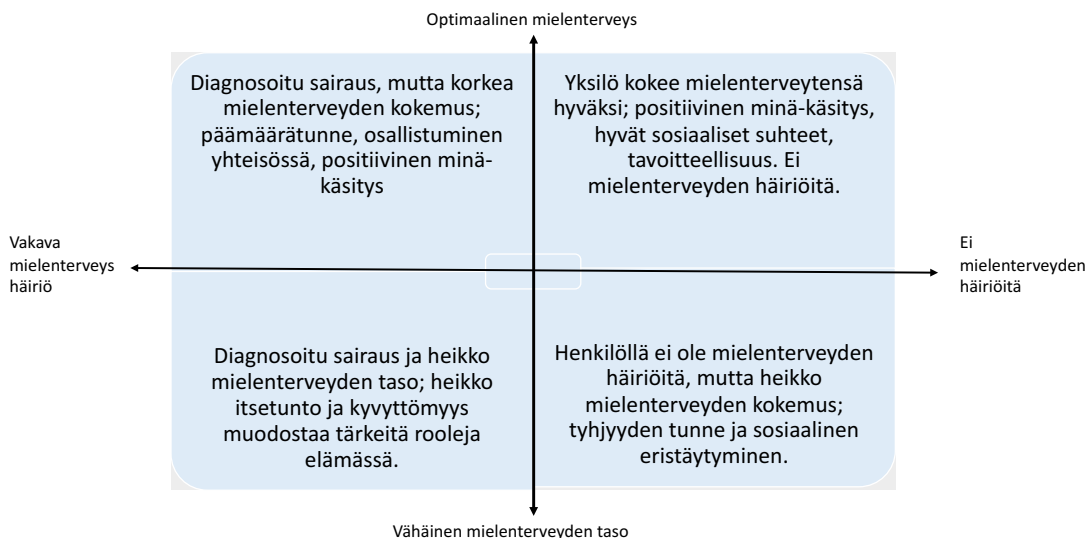
Yksilön pystyvyyden tunnetta on pidetty keskeisenä tekijänä elintapojen muutoksessa (self-efficacy). Pystyvyydellä tarkoitetaan yksilön uskoa siihen, että hän pystyy toteuttamaan suunnittelemansa muutoksen ja säätelemään käyttäytymistään. Yksilön pystyvyyduskomukset koostuvat neljästä tekijästä: 1. onnistumisen kokemuksista (enactive mastery experiences) 2. vertaiskokemuksista (vicarious experiences), jotka tarjoavat pystyvyydelle ja vertailumahdollisuuksia 3. suostuttelusta (persuasion) sekä 4. fysiologisesta, voimakkaita tunteita sisältävästä olotilasta. (Prochaska & Norcross 2003.) Vaikka pystyvyys on yksilöllinen ominaisuus, esimerkiksi ryhmässä toteutettu liikunta tarjoaa mahdollisuuden onnistumisen kokemukseen, vertaismallin pystyvyydestä ja mahdollisuuden kokemusten vaihtamiseen. Myös suostuttelua liikunnan aloittamiseen voidaan käyttää yhteisössä.

2.5 Positiivinen mielenterveys

Mielenterveyttä on kuvattu positiiviseksi hyvinvoinnin tunteeksi tai kyvyksi nauttia elämästä ja käsitellä sen tuomia haasteita (Cattan & Tilford 2006.). Positiivisen mielenterveyden mittaaminen ja sen käyttö on nähty tärkeänä, koska mielenterveyden häiriöt ovat yleisiä ja alentavat elämänlaatua, aiheuttavat runsaasti kustannuksia ja toisaalta, mielenterveyteen liittyvät ilmiöt, kuten stressi ovat yleistyneet (Enns ym. 2016). Yksilön terveyden ja hyvinvoinnin kuvaamisessa positiivista mielenterveyttä on kuvattu useiden eri mallien kautta. Määritelmät kuvaavat osittain yksilön ominaisuuksia, osittain kuvaukset liittyvät yksilön ja yhteisön väliseen suhteeseen ja mielenterveyden rakentumiseen yhteisöissä. Positiivisella mielenterveydellä voidaan tarkoittaa 1. yksilön tilaa, johon sisältyy inhimillisiä vahvuuksia, mutta myös heikkouksia, 2. henkistä ja psyykkistä kypsyyttä, 3. tilaa, jossa positiiviset tunteet ovat vallalla, 4. korkea sosio-emotionaalinen älykkyys, tunneäly, 5. subjektiivinen hyvinvoinnin tila, jossa yksilöllä on voimavaroja toimia joustavasti (resilienssi) ja 6. toimintakykyymittarilla saatu tulos mielenterveyden tilasta. (Vaillant 2012.)

Yksilön kokema mielenterveyttä voidaan kuvata kahdella vastakkaisella akselilla, missä horisontaalinen akseli kuvaa mielenterveyden häiriöiden tai sairauden olemassaoloa tai puuttumista ja vertikaalinen akseli yksilön positiivista kokemusta voimavaroistaan tai päinvastoin negatiivisesti, voimavarojen vähäisyytenä (Kuva 3) (Keyes 2002). Kuvasta 3 voidaan nähdä, että yksilö, jolla on mielenterveyden häiriöitä tai psyykinen sairaus, voi siitä huolimatta kokea positiivista mielenterveyttä ja päinvastoin, vaikka yksilöllä ei olisi lainkaan mielenterveyden häiriöitä, voi hänen kokemukseensa olla vähäinen, jopa minimaalinen mielenterveyden taso. Kokemukseen vaikuttavat monet tekijät, kuten elämäkokemukset, yhteisöt, työ- tai elinympäristö, sosiaaliset ja taloudelliset olosuhteet, jotka kaikki muovaavat yksilön toimintaa ja voimavaroja. (Keyes 2002, Enns ym. 2016).

Tässä tutkimuksessa miesten kokema positiivista mielenterveyttä mitataan Warwick-Edinburg Mental Well-being scale –mittarin lyhyttä versiota (THL 2016) käyttäen. Se muodostuu seitsemästä yksilön ajatuksiin, kokemuksiin ja tunteisiin liittyviä kysymyksestä, joihin pyydetään vastaamaan



asteikollisen vaihtoehdon mukaan, miten vastaaja on ne kokenut viimeisen kahden viikon aikana. Mittarin sisältämät tekijät ovat mielenterveyttä suojaavia tekijöitä. (THL 2016.)

Kuva 3. Mielenterveyden ja mielenhäiriöiden kuvaus kaksisuuntaisella jatkumolla Keyes ym. (2000) mukaan.

3. PAIKKATIETOPOHJAINEN TARKASTELU

Tässä raportissa miesten terveyskäyttäytymistä lähestytään paikkaperustaisesti käyttäen tarkastelussa apuna paikkatietoa ja geokoodausta. Raportin tarkastelunäkökulmassa lähtökohta on paikallisten ominaisuuksien sisällyttämisessä terveyskäyttäytymisen edistämiseen. Näkökulma rakentuu ensinnäkin siitä, että asukkailla on erilaisia terveyskäyttäytymisen tapoja ja tarpeita, jotka ovat sidottuna heidän naapurustoonsa ja asuinympäristöönsä. Toiseksi paikkaperustaisessa näkökulmassa ajatellaan, että paikalliset ympäristöt eroavat toisistaan ja voivat vaikuttaa siten eri tavoin miesten terveyskäyttäytymiseen. Miesten asuinpaikka määrittää naapuruston ja asuinympäristön ominaisuudet, jotka ovat osa miesten terveyskäyttäytymistä. Paikkaperustainen näkökulma miesten terveyskäyttäytymiseen rakentuu paikkatiedon varaan. Erityisesti miesten naapurustoa ja asuinympäristöä koskevat tiedot ovat paikkatietoa.

Paikkatietoa on vielä toistaiseksi käytetty melko vähän terveyserojen tarkasteluun (Borodulin ym. 2013; Lankila 2014). Paikkatieto tarkoittaa tietoa, joka yhdistää sijainti- ja ominaisuustietoja. Se mahdollistaa esitettyjen kysymysten avulla tarkastelun, jossa väestöruudun sosioekonomista taustaa voidaan käyttää indikaattorina myös yksilöiden sosioekonomisille terveyseroille (Lehtonen ym. 2016). Siten tämän tiedon avulla päästään arvioimaan terveysongelmien esiintyvyyttä paikallisesti.

Paikkaperustaista näkökulmaa terveyden edistämässä on käytetty vähän, sillä usein aikaisemmat alueelliset terveyserotutkimukset ovat Suomessa keskittyneet sairaanhoitopiirien tai kuntatyyppien tilastolliseen vertailuun (esim. Koskinen ym. 2005), mikä ei mahdollista tarkkoja terveyserojen vertailuja esimerkiksi kuntien sisällä. Väestöruutujen käyttäminen tutkimuksissa onkin varsin uusi ilmiö (Borodulin ym. 2013), mutta sille on tarvetta, sillä sen avulla terveyskäyttäytymisen ennaltaehkäisyä pystytään kiinnittämään paremmin paikkoihin ja niiden ominaisuuksiin. Terveyskäyttäytymisen ennaltaehkäisyyn kannalta kuntatason tilastot eivät sisällä riittävästi paikkaan sidottua informaatiota, jotta ennaltaehkäisevät palvelut pystyttäisiin allokoimaan resurssitehokkaasti asuinalueisiin. Täsmällisen tiedonpuutteen vuoksi esimerkiksi mielenterveyshäiriöiden promootioiden ja preventioiden kohdentaminen oikeisiin riskiryhmiin on voinut olla paikallisesti sattumanvaraista ja toimenpiteet ovat voineet kohdentua väärin riskiryhmiin (Lehtonen & Kauronen 2013). Siksi toimintaa voidaan kuvata paikkasokeaksi.

4. AINEISTO JA MENETELMÄT

4.1 Kyselytutkimus

Miesten liikuntakäyttäytymistä tutkittiin 1001 satunnaisesti valitulla puhelinhaastattelulla, jotka kohdistuivat 18–64 –vuotiaisiin Kymenlaaksossa pysyvästi asuviin miehiin. Otos vakioitiin miesten asuinkuntien ja iän suhteen, joten maakunnan kunnat ja ikäluokat ovat aineistossa edustettuna suhteessa väkilukuun ja ikärakenteeseen. Puhelinhaastattelut toteutettiin heinäkuussa 2014 TNS Gallupin toimesta. Haastattelujen yhteydessä jokainen haastatteluun osallistunut mies geokoodattiin eli paikannettiin koordinaatistoon. Tulososiossa esitetyissä kartoissa vastaajien koordinaatteja on satunnaistettu väestöruutujen sisällä niin, että vastaajan tarkka asuinpaikka ei paljastu esitetyistä kartoista.

Keskitymme tässä tutkimushankkeessa kymenlaaksolaisiin miehiin, koska he muodostavat terveyskäyttäytymisessä alueellisen riskiryhmän. Kymenlaaksolaiset miehet kokevat terveytensä heikommaksi kuin suomalaiset miehet keskimäärin ja heidän elinajanodote poikkeaa valtakunnallisesta keskiarvosta enemmän kuin naisten. Lisäksi tutkimusalueella sosioekonomiset erot ovat muita alueita vahvemmin yhteydessä terveyteen, sillä matala koulutustaso ja miessukupuoli ovat Kymenlaaksossa lisänneet riskiä ennenaikaisiin kuolemiin. (KKTT 2011.) Koulutustaso on alueella yhteydessä myös vapaa-ajan liikunnan harrastamiseen, sillä matalan koulutustason miehistä 28 prosenttia ei harrasta vapaa-ajan liikuntaa, kun vastaava osuus korkeasti koulutetuilla on 19 prosenttia (Kaikkonen ym. 2015).

4.1.1 Miesten terveyden tila

Koetulla terveydellä tarkoitetaan henkilön itsensä ilmaisemaa kokemusta omasta fyysisestä ja psyykkisestä terveydestään. Se on usein käytetty terveyden osoitin väestötason tutkimuksissa. Koettu terveys ennustaa kuolleisuutta (Heistaro ym. 2001) ja terveyspalvelujen käyttöä. Miehillä koettuun terveyteen on yhdistynyt alhainen koulutustaso. Työssä olevat ovat kokeneet terveydentilansa paremmaksi kuin työttömät. Miehet ovat kokeneet terveydentilansa heikommaksi kuin naiset. (Rahkonen ym. 2007.) Vuonna 2014 koko maassa terveytensä keskitasoiseksi tai sitä huonommaksi koki

32,2 prosenttia 20 – 64-vuotiaista miehistä (THL 2016a). Tässä tutkimuksessa koettua terveyttä kysyttiin miehiltä puhelinhaastattelussa kysymyksellä: Onko oma terveydentilasi nykyisin mielestäsi yleensä: a) hyvä, b) melko hyvä, c) keskitasoinen, d) melko huono e) huono.

Miesten kokemaa positiivista mielen terveyttä mitattiin Warwick-Edinburg Mental Well-being scale –mittarin lyhyttä versiota käyttäen kysymyksellä nro 9 liitteessä 2. Se muodostuu seitsemästä yksilön ajatuksiin, kokemuksiin ja tunteisiin liittyvästä kysymyksestä, joihin pyydetään vastaamaan asteikollisesti sen mukaan, miten vastaaja on ne kokenut viimeisen kahden viikon aikana. Kysymykset koskevat yksilön kykyä tehdä päätöksiä omista asioista, läheisyyden tuntemista toisten kanssa, ajattelemista selkeästi, toiveikkautta tulevaisuuden suhteen, itsensä tuntemista hyödylliseksi, kykyä rentoutua ja omien ongelmien käsittelemistä. Mittari tuo esiin henkilön psyykkisiä voimavaroja, vaikuttamismahdollisuuksia omaan elämään, myönteisiä käsityksiä omasta itsestä ja onnistumista sosiaalisissa suhteissa. Mittari on laajassa kansainvälisessä käytössä väestön terveyden seurannassa. Sen lyhyt versio on käännetty mm. tanskaksi ja ruotsiksi. Suomessa mittari on käytössä meneillään olevissa hankkeissa muun muassa Lapin väestötutkimuksessa ja sitä on käytetty reserviläisten toimintakykytutkimuksessa (Vaara & Kyröläinen 2016). (THL 2016b)

Miesten painon ja pituuden suhdetta arvioitiin tutkimuksessa painoindeksin (Body Mass Index) avulla miesten ilmoittaman painon ja pituuden perusteella. Painoindeksillä tarkoitetaan henkilön painoa (massa) jaettuna pituuden neliöllä. Väestötasolla painoindeksiä käytetään Suomessa terveyden osoittimena FinnRiski-tutkimuksessa, jossa paino ja pituus mitataan käynnin yhteydessä. Indeksien mukaan normaali paino sijoittuu alueelle 18,5 – 24 kg/m², ylipaino alueelle 25 – 29 kg/m² ja lihavuus alueelle 30 – 34 kg/m². Vaikea ylipaino on kyseessä, kun BMI sijoittuu alueelle 35 – 40. Vuonna 2014 koko maassa 15 – 64-vuotiaista miehistä oli ylipainoisia 59,6 prosenttia ja lihavia 18,8 prosenttia. (THL 2016a)

4.1.2 Miesten terveystietäytyminen

Miesten liikuntatottumuksia kysyttiin aikuisväestön terveystietäytymisen kyselyyn (AVTK) sisältyvään kysymyksellä, jossa kysyttiin vähintään puoli tuntia kestävästä ja hengästyneistä ja hikoilua aiheuttavan liikunnan tiheyttä (liite 2). Kysymys perustuu kansallisiin liikuntasuosituksiin (STM 2013 Liikuntasuositukset). Toiseksi kysyttiin aikomuksia parantaa liikuntatottumuksia viimeisen vuoden aikana ja koettua tarvetta lisätä liikuntaa. Aikomukset muuttaa elintapoja katsotaan sisältyvän yksilön muutosvaiheisiin (Prochaska & Norcross 2003).

Miesten arvioita omasta pystyvyydestä lisätä liikunta-aktiivisuutta kysyttiin yhdistämällä liikuntasuunnitelman toteuttaminen mahdollisiin huoliin ja ongelmiin, alakuloisuuteen, jännittyneisyyteen, väsymykseen ja kiireeseen. Pystyvyyden merkitys elintapamuutosten toteuttamisessa on noussut viime aikoina esiin terveystietäytymiseen liittyvässä tutkimuksessa (Kaasalainen ym. 2016). Miesten liikuntaan ja terveyteen liittyviä uskomuksia kysyttiin kyselylomakkeen kysymyksellä nro 13. Miehiltä kysyttiin, uskovatko he lii-

kunnan lisäämisellä voivansa parantaa terveyttä, välttää sairastumisen riskiä ja lisätä tyytyväisyyttä elämään. Yksilön terveyteen liittyvillä uskomuksilla on arvioitu olevan vaikutusta elintapojen muutokseen. Vaikutusta on kuvattu muun muassa terveystutkimusmallin avulla (Corcoran 2010).

Tupakointia kartoitettiin miehiltä kysymällä tupakoiko tai nuuskaako (savukkeita, sikareita, nuuskaa tai piippua) vastaaja a) päivittäin, b) satunnaisesti tai c) ei lainkaan. Indikaattori ilmaisee päivittäin tupakoivien määrän prosentteina. Tupakointia kysytään Suomessa vuosittain Aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys (AVTK) -tutkimuksessa.

Puhelinhaastattelussa miehiltä kysyttiin alkoholin käyttöä Audit-C:n kolla riskikäyttöä mittaavalla kysymyksellä; tiheyttä, kerralla nautitun alkoholin määrää ja nauttimista yli kuusi annosta kerralla. Audit-C mittaa sitä, kuinka usein henkilö juo, kuinka paljon kerralla ja kuinka usein juo runsaasti eli kuusi tai useampia annoksia kerralla. Riskijuomista ja alkoholihaittojen varhaista ilmaantumista mittaavista testeistä AUDIT on eniten käytössä oleva seulontaväline Suomessa. Sitä käytetään aikuisväestön terveyskäyttäytymisen tutkimuksessa (AVTK) vuosittain. Testin käyttö on alkoholin käytön kartoituksessa on hyvä ja luotettava mittari. Alkoholia liikaa käyttävien osuus (Audit-C) vuonna 2014 koko maassa oli 20 -64-vuotiailla miesten keskuudessa 43,1 prosenttia.

Miesten kiinnostusta terveystottumusten muuttamiseen liittyvään ohjaukseen kysyttiin tarjoamalla seuraavat vaihtoehdot: yksilöohjaus, ryhmäohjaus, työpaikalla toteutettava terveystutkimus, yksilöllinen elintapojen muutossuunnitelma ja kielteinen vaihtoehto terveystottumusten muuttamiseksi (liite 2). Ohjausmyöntyvyyden tutkiminen on tärkeää kehitettäessä menetelmiä miesten terveyden edistämiseen. Ohjausmyöntyvyyttä on tutkittu väestötasolla tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyhankkeessa maakuntatasolla (Salmela ym. 2012).

Miesten kokemusta läheisten ihmisten tuen määrästä terveellisten elintapojen ylläpitämiseksi kysyttiin puhelinhaastattelussa (liite 2). Läheisten ihmisten tuen merkitys on aiemmin liitetty muun muassa painon alentamiseen (Spörndly-Nees ym. 2014).

4.2 Paikkatietoaineistot

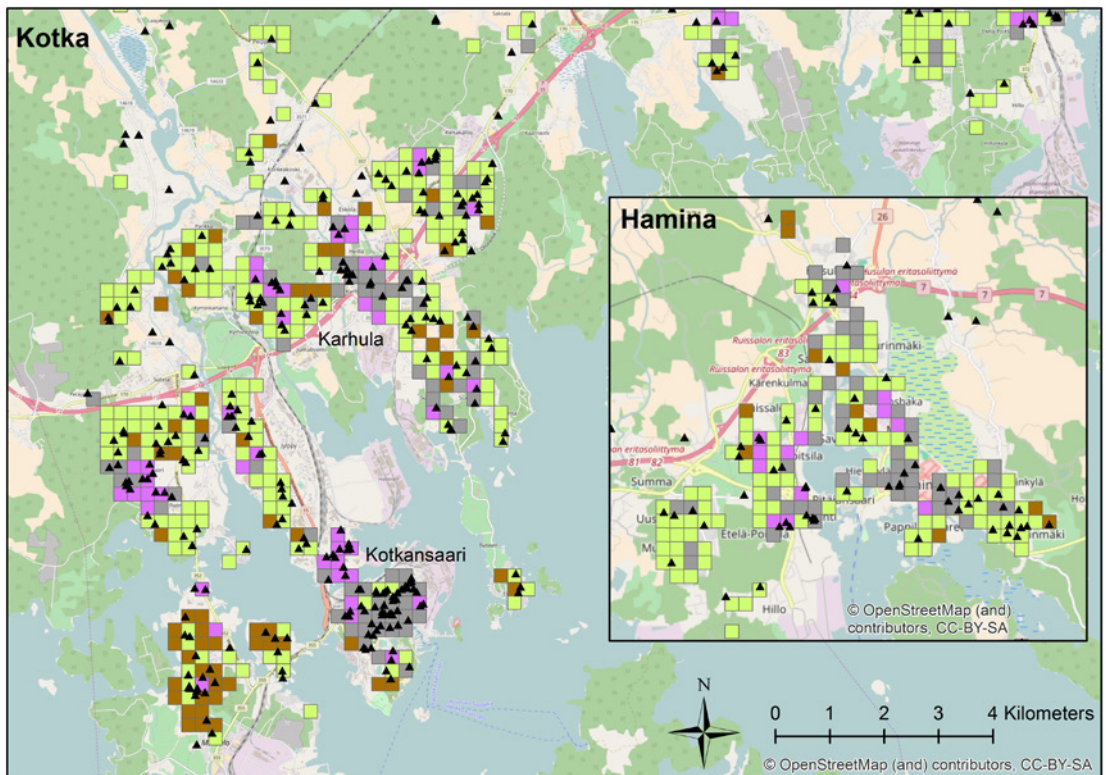
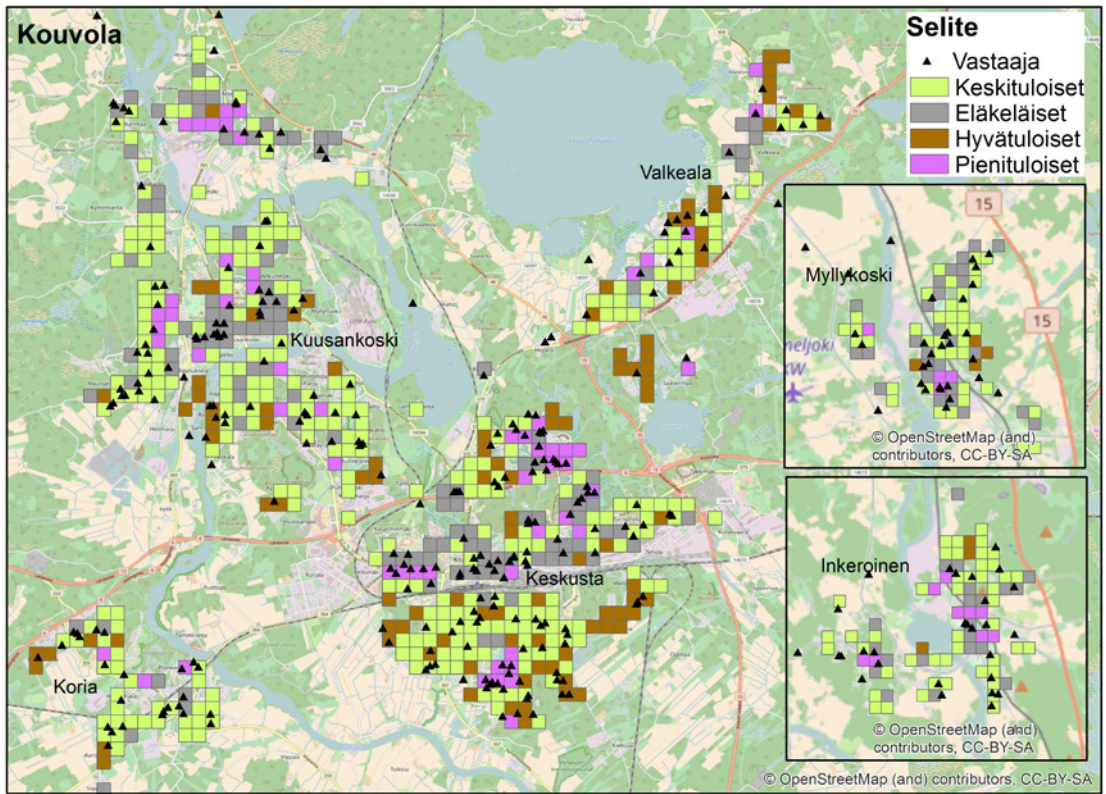
Saavutettavuuden laskentaa varten Kymenlaakson liikuntapaikat poimittiin Jyväskylän yliopiston liikuntatieteellisen tiedekunnan hallinnoimasta Lipas-paikkatietokannasta. Lipas sisältää valtakunnallisesti tietoja liikuntapaikoista, virkistysalueista, ulkoilureiteistä ja liikuntatoimen taloudesta ja sen tietosisällön tuottavat pääasiallisesti liikuntatoimen asiantuntijat kunnissa. Liikuntapaikoista keskitytään suosituimpiin, joita vuonna 2009 olivat kevyen liikenteen väylät, pyöräilytiet, lenkkeilytiet ja ulkoilureitit. Sisäliikuntatiloista kymmenen suosituimman liikuntapaikan listalla olivat kuntosali, uimahalli ja koulun liikuntasali. (Suomi ym. 2012.) Lipas-tietokannasta poimittiin saavutettavuuslaskentaan ulkoliikuntakentät (Lipas-luokituksessa jalkapallokenttä, lähiliikuntapaikka, luistelukenttä), sisäliikuntahallit

(liikuntasali ja liikuntahalli), kuntosalit (kuntasali ja kuntokeskus) sekä uimahallit. Lisäksi Lipas-aineistosta haettiin kuntoreitit. Aineistoa täydennettiin Maanmittauslaitoksen tuottamasta maastotietokannasta poimimalla tästä kävely- ja pyörätiet sekä polut, jotka sisältävät kaikki alle 2 m leveät kuntoradat. Reittitietoja lukuun ottamatta aineisto on tallennettu pistemuotoiseksi. Reittitiedot muutettiin viivamuodosta pistemäisiksi käyttäen hyväksi QGIS-ohjelman mmqgis -lisäosalla. Näin tehtiin, koska ainoastaan pistemäistä paikkatietoa voitiin hyödyntää saavutettavuuslaskennoissa.

4.2.1 Alueellinen erilaistuminen ja kyselyyn vastanneet miehet

Alueellista erilaistumista hyödynnetään tässä tutkimuksessa arvioitaessa liikkumattomien miesten lukumääriä väestöruuduissa. Yhdistämällä kyselytutkimuksen tiedot alueelliseen erilaistumiseen, on mahdollista arvioida miesten liikuntakäyttäytymistä väestöruuduittain. Alueellisen erilaistumisen hyödyntäminen arvioinnissa perustuu yksilötasolla havaittuihin sosioekonomisiin terveyseroihin (esim. Lahelma ym. 2007; Mäkinen 2010; Borodulin ym. 2012, Lehto ym. 2013, Hoebel ym. 2016), jotka ovat tutkimuksissa näkyneet myös aluetasolla (Greiner ym. 2004; Fone & Dunstan 2006). Alueellisella erilaistumisella viitataan tässä tutkimuksessa sosioekonomiselta taustalta erilaisten ihmisten ryhmittymiseen kaupunkialueella (Vaattovaara 1998).

Kymenlaakson alueellisen erilaistumisen luokituksen muodostamisessa käytettiin vuoden 2012 ruututietokantaa ruutukoolla 250 m * 250 m. Ruututietokanta sisältää alueellisen erilaistumisen kannalta keskeisiä muuttujia (väestörakenne, väestön koulutus- ja tulotiedot, talouksien elämänvaihe- ja tulotiedot sekä tietoja rakennuksista, työpaikoista ja työvoimasta) (Tilastokeskus 2015a). Ruututietokannan sisältö ei soveltunut tutkimukseen sellaisenaan, vaan sen sisältämiä muuttujia muokattiin ja yhdisteltiin uusiksi muuttujiksi. Yleisin muuttujille tehty muunnos oli muuntaa absoluuttiset arvot suhteelliseksi arvoiksi, jotta ruutujen väliset erot väestömäärässä eivät määrittäisi saatavia tuloksia. Ennen luokituksen muodostamista muuttujat standardisoitiin, jonka jälkeen alueellinen erilaistumisluokitus muodostettiin K-keskiarvoryhmittelyanalyysillä. Ryhmien lukumäärän valinnassa hyödynnettiin ryhmittelyn stabiiliutta mittaavia indeksejä (kuvio 4) (ks. indeksit Milligan & Cooper 1985, Dimitriadou ym. 2002). Nämä indeksit poistavat tutkijan subjektiivisen vaikutuksen ryhmien muodostamisessa. Calinskin ja Harabaszin sekä Ratkowskyn ja Lancen indeksien perusteella jaoinme väestöruudut neljään ryhmään. Ryhmien sosioekonomiset taustat vastaavat aikaisempaa alueellisen erilaistumisen luokitusta (Lehtonen 2007). Muodostuneet luokat ovat vanhempi väestö, pienituloiset vuokra-asujat, keskituloiset ja hyvätuloiset omistusasujat (taulukko 1). Näiden ryhmien välillä on selkeitä eroja luokituksessa käytetyissä muuttujissa



Kuva 4. Alueellisen erilaistumisen luokitus Kymenlaaksossa. (Lähde Ruututietokanta, Tilastokeskus).

Taulukko 1. Ryhmittelyanalyysissä käytettyjen muuttujien keskiarvot erilaistumisluokittain. Ryhmien väliset erot testattiin varianssianalyysillä.

Muuttuja	Vanhempi väestö	Keskituloiset	Pienituloiset	Hyvätuloiset	F-arvo	p-arvo
Perusasteen koulutus (%)	38,5	25,5	38,6	14,0	548,2	<0,001
Korkeasti koulutetut (%)	9,5	13,6	8,3	28,0	419,3	<0,001
Keskitulot (€)	22856	28374	19106	36270	900,5	<0,001
Pienituloiset (%)	20,3	13,2	10,6	34,3	597,8	<0,001
Asunnon koko (m ²)	69,8	93,9	60,1	120,3	754,7	<0,001
Vuokra-asuntoja (%)	26,9	6,8	67,3	4,6	768,2	<0,001
Työttömyysaste(%)	16,4	9,1	27,5	5,6	411,5	<0,001
Eläkeläistaloudet (%)	38,3	27,8	22,3	14,1	191,1	<0,001

Haastattelua tehtäessä alueellinen erilaistumisluokitus ei ollut vielä valmis, joten aineiston keruuta ei voitu osittaa luokituksen perusteella. Alueellinen erilaistuminen liitettiin haastateltujen muihin tietoihin kysymällä heidän asuinpaikan osoite, jonka perusteella jokainen kyselyyn osallistunut mies geokoodattiin eli paikannettiin koordinaatistoon. Vastaajien sosioekonomista taustaa kuvaavat muuttajat yhtyvät alueellisen erilaistumisen luokituksen sosioekonomisiin taustoihin (taulukko 2). Niinpä hyvätuloisten väestöryuduilla asuvat vastaajat ovat keskimäärin muita korkeammin koulutettuja ja heillä on myös muita korkeammat tulot (taulukko 2). Vastavasti keskituloisten väestöryuduilla asuvilla koulutus- sekä tulotaso ovat lähellä alueen keskiarvoa. Erilaistumisluokituksen verrattuna vanhemman väestön väestöryuduilla on vähemmän eläkeläisiä, koska haastatellut miehet olivat iältään 18–64 -vuotiaita. Vanhemman väestön väestöryuduilla asuvat eroavat kuitenkin muista luokista tulotasossa sekä työvoiman ulkopuolella olevien osuudessa (taulukko 2). Pienituloisten vuokra-asujien väestöryuduilla asuvat vastaajat eroavat selkeästi muista luokista koulutustasossa, työvoiman ulkopuolella olevien osuudessa sekä tulotasossa (taulukko 2).

Taulukko 2. Tietoja vastaajien sosioekonomisesta taustasta alueellisen erilaistumisen ryhmissä.

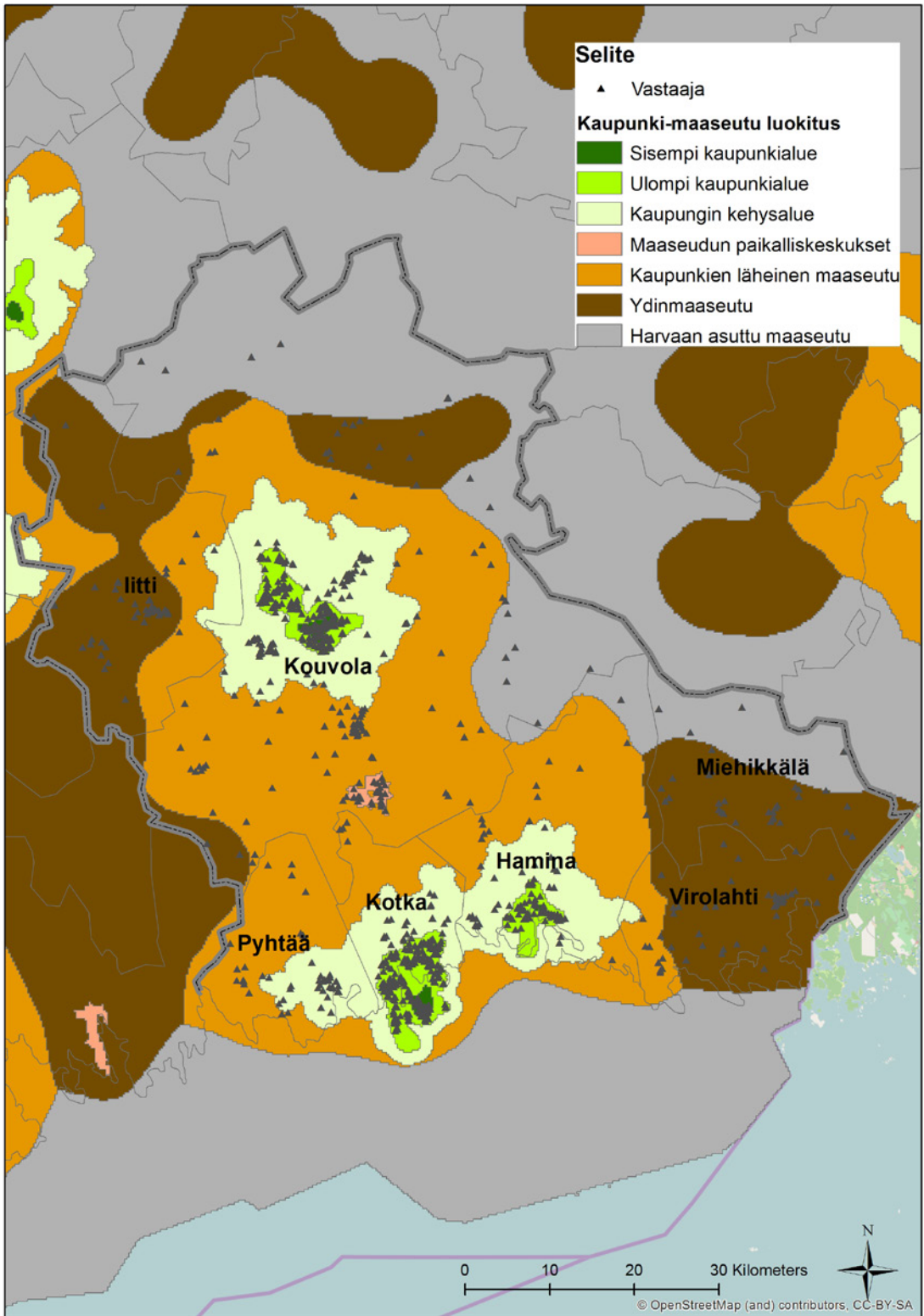
Muuttuja	Vanhempi väestö	Keskituloiset	Pienituloiset	Hyvätuloiset
n	238	217	80	143
Vastaajia (%)	23,8	21,7	8,0	14,3
Miehiä (n)	12 342	16 677	7 740	4 305
Miehiä (%)	22,5	30,4	14,1	7,8
Ikä	44,1	40,8	45,5	40,5
Perusaste (%)	12,6	12,9	13,8	6,3
Korkeakoulutus (%) (alempi + ylempi)	13,9	14,3	11,8	16,8
Kokopäivätyössä (%)	56	71	48	71
Työtön (%)	14,3	8,8	13,8	4,9
Eläkkeellä (%)	14,7	11,1	18,8	16,8
Tulot alle 20 000 € (%)	23,8	21,7	33,8	4,9
Tulot yli 50 000 € (%)	10,9	19,8	11,3	27,3

4.2.2 Kaupunki-maaseutu luokitus ja kyselyyn vastanneet miehet

Terveyserojen tarkastelussa kaupunki ja maaseutualueiden välillä käytämme uutta 250 m * 250 m ruutuaineistoon pohjautuvaa kaupunki-maaseutu-luokitusta (Helminen ym. 2014). Tässä luokituksessa alueet on jaettu seitsemään luokkaan: sisempään ja ulompaan kaupunkialueeseen, kaupungin kehysalueeseen, maaseudun paikalliskeskuksiin, kaupunkien läheiseen maaseutuun, ydinmaaseutuun ja harvaan asuttuun maaseutuun (kuva 5). Kaupunkiluokista sisempi kaupunkialue kuvaa kaupunkien tiivistä ja yhtenäistä tehokkaasti rakennettua aluetta. Yhdessä ulomman kaupunkialueen kanssa tämä luokka muodostaa ydinkaupunkialueen. Ulompi kaupunkialue koostuu erillisistä lähiöistä, kaupan, teollisuuden ja toimistojen reuna-kaupungista sekä asuinalueista, jotka kuitenkin ovat selvästi osa yhtenäistä kaupunkialuetta. Kaupunkien kehysalue kuvaa puolestaan välittömästi fyysiseen kaupunkialueeseen kytkeytyvää osaa kaupungin ja maaseudun välivyöhykkeestä.

Maaseutualueet on rajattu luokituksessa kaupunkien kehysalueiden ulkopuolelle. Varsinainen maaseudun kolmijako perustuu luokituksessa aiemmin tehdyn Suomen maaseututyyppit -luokituksen mukaisiin alueluokkiin, jossa tunnistettiin kaupungin läheinen maaseutu, ydinmaaseutu ja harvaan asuttu maaseutu. Uudessa luokituksessa neljänneksi maaseutuloukaksi luotiin maaseudun paikalliskeskkukset, joita ovat maaseudun suurimmat taajamat. Maaseudun paikalliskeskkukset ovat suurehkoja taajamia, jotka eivät kuitenkaan ole riittävän suuri muodostaakseen kaupunkiseutua. Paikalliskeskkuksille on ominaista rakenteeltaan tiivis keskusta sekä rooli ympäröivän alueen keskuksena. Kaupungin läheinen maaseutu on maaseutumaista aluetta, joka on toiminnallisesti ja fyysisesti sidoksissa kaupunkialueisiin. Tämä alueluokka kuvaa kaupunkien laajempaa toiminnallista työssäkäyntialuetta. Kolmas maaseutuloukka, ydinmaaseutu, on joko vahvaa alkutuotannon aluetta tai toiminnoiltaan monipuolista suhteellisen tiiviisti asuttua maaseutua. Ydinmaaseutuun kuuluvat alueet sijaitsevat suhteellisen etäällä suurista keskuksista, sillä se rajautuu kaupungin läheisen maaseudun ulkopuolelle. Neljäs luokka muodostuu harvaan asutusta maaseudusta ja sille on ominaista yksipuolinen elinkeinorakenne, alhainen väestötiheys ja yleisempänä maankäyttöluokkana metsä tai suo. Tähän luokkaan kuuluvat alueet sijaitsevat kaukana isoista keskuksista.

Kyselyyn vastanneille miehille määritettiin heidän asuinpaikan osoitteen koordinaatit geokoodauksella. Koordinaattien paikantamisen jälkeen jokaiselle miehelle liitettiin koordinaatteja vastaava kaupunki-maaseutu luokitus. Taulukkoon 3 kokosimme tilastoja vastaajien sosioekonomisesta taustasta kaupunki-maaseutu luokittain. Vastaajat jakautuvat luokkiin suhteessa niiden väestöosuuksiin melko tasaisesti vaikka puhelin haastattelujen yhteydessä ei ollut mahdollisuutta osittaa aineistoa kaupunki-maaseutu -luokituksen mukaisesti. Ainoastaan kahdessa luokassa vastanneiden miesten osuus ja miesten osuus Kymenlaakson miehistä eroavat toisistaan enemmän kuin kaksi prosenttia (taulukko 3). Aliedustettuna otoksessa on sisemmällä kaupunkialueella asuvat, joiden osuus on kyselyssä 12 prosenttia vaikka heidän osuus alueen miehistä on 19,5 prosenttia. Vastaavasti



Kuva 5. Kaupunki-maaseutu -luokitus Kymenlaaksossa. (Lähde: Suomen ympäristökeskus, Tilastokeskus).

ydinmaaseudulla asuvat ovat yliedustettuina, sillä heidän kyselytutkimukseen osallistuneiden osuus 13 prosenttia on selkeästi väestöosuutta, 6,8 prosenttia, suurempi.

Sosioekonomisen taustan tiedetään yleisesti vaikuttavan terveyseroihin myös Suomessa (Kangas ym. 2002, Martelin ym. 2002, Huurre ym. 2003, Kallio 2006, Prättälä & Paalanen 2007). Kaupunki-maaseutu -luokkien välisen vertailun perusteella sosioekonominen tausta on alhaisin sisemmällä kaupunkialueella, jossa työttömien osuus vastaajista on suurin ja tulot alhaisimmat (taulukko 3). Sosioekonomisen taustan osalta sisemmän kaupunkialueen tilannetta parantaa tosin se, tässä luokassa asuu muita luokkia enemmän korkeasti koulutettuja. Korkeakoulutus näyttää myös yleisemmin jakava kaupunki ja maaseutualueita, sillä kaupunkiluokissa korkeasti koulutettujen osuus on maaseutuluokkia korkeampi (taulukko 3). Korkean koulutustason on aikaisemmissa tutkimuksissa todettu vaikuttavan myönteisesti terveyskäyttäytymiseen. Kaupunki-maaseutu-ulottuvuudella terveyseroja tasaava tekijä on työttömyys, joka on kaupunkialueilla maaseutualueita korkeampi (taulukko 3).

Harvaan asutun maaseudun luokka eroaa muista kaupunki ja maaseutu luokista merkittävästi eläkeläisten osuudessa, sillä noin 32 prosenttia vastaajista ilmoitti olevansa eläkkeellä. Tämä osuus on suuri, sillä kyselytutkimuksessa haastateltavat olivat iältään 18–64 -vuotiaita. Muissa luokissa eläkeläisiä oli noin 10–20 prosenttia vastaajista (taulukko 3). Osin eläkeläisten suuresta osuudesta johtuen harvaan asutun maaseudun luokalle on myös tunnusomaista korkea keski-ikä, alhaisin koulutustaso sekä alhaisin kokopäivätyössä olevien osuus verrattuna muihin maaseutuluokkiin (taulukko 3). Korkein sosioekonominen asema luokituksessa sijoittuu kaupungin kehysalueelle sekä maaseudun paikalliskeskukseen.

Taulukko 3. Tilastoja vastaajista sosioekonomista taustaa kuvaavista muuttujissa luokittain.

Muuttuja	Sisempi kaupunki-alue	Ulompi kaupunki-alue	Kaupungin kehysalue	Maaseudun paikalliskeskus	Kaupunkien läheinen maaseutu	Ydinmaaseutu	Harvaan asututtu maaseutu
n (% kaikista vastaajista)	120 (12,0)	427 (42,7)	150 (14,9)	27 (2,7)	125 (12,5)	130(13,0)	22 (2,2)
Miehiä (% koko alueesta)	19,5	44,5	14,6	2,8	10,6	6,7	1,1
Ikä	39,8	43,5	46,7	44,5	47,2	47,9	47,7
Perusaste (%)	12,5	9,1	16,7	11,1	16,0	21,5	36,4
Korkeakoulutus (alempi + ylempi) (%)	17,5	13,4	10,7	3,7	7,2	5,4	9,0
Kokopäivätyössä (%)	55,8	62,1	74,7	77,8	66,4	70,0	54,5
Työtön (%)	13,3	11,2	7,3	3,7	3,2	4,6	9,1
Eläkkeellä (%)	11,7	16,2	10,7	18,5	20,0	16,9	31,8
Tulot alle 20 000 €	24,2	18,3	9,3	7,4	15,2	15,4	22,7
Tulot yli 50 000 €	59,2	65,8	74,7	77,8	68,8	63,8	59,1

4.3 Tilastolliset menetelmät

Tilastollisina tutkimusmenetelminä tässä raportissa käytetään paikkatietoanalyysejä, saavutettavuusanalyysejä, maantieteellisesti painotettua regressioanalyysiä ja perinteistä lineaarista regressioanalyysiä sekä spatiaalista optimointia. Seuraavissa luvuissa käydään lyhyesti käytettävät menetelmät.

4.3.1 Saavutettavuusanalyytit

Palveluiden saavutettavuutta tutkitaan tässä tutkimuksessa geoinformaatiikan menetelmillä, jotka perustuvat paikkatiedon ominaisuuksien analysointiin. Paikkatietoa on esimerkiksi koordinaattitieto liikuntapaikan tai -palvelujen sijainnista, jos siihen liittyy myös ominaisuustieto siitä, millainen liikuntapaikka tai -palvelu sijaitsee tietyssä kohteessa. Geoinfor-

matiikan tuottama arvonlisäys tiedolle syntyy tiedon sitomisesta paikkaan, joka mahdollistaa esimerkiksi tiestön avulla saavutettavuuden laskemisen. Yksinkertaisesti määriteltynä saavutettavuus on määre, joka kuvaa esimerkiksi, millä ajalla tai etäisyydellä tietty liikuntapaikka tai -palvelu voidaan tavoittaa ennalta määritetyistä sijainneista (Moseley 1979). Geoinformaatiikan menetelmiä hyödynnetään laajalti esimerkiksi kaupan yksiköiden sijaintipotentialien selvittämisessä ja asiakasvirtojen sekä -segmenttien ennakoinnissa tai yleistä hyvinvointia edistävien kuten virkistys- ja liikunta-alueiden suunnittelussa (Brabyn & Sutton 2013).

Saavutettavuudella on merkitystä, sillä käyttäjien näkökulmasta ei ole yhdentekevää, missä palvelut sijaitsevat. Esimerkiksi terveydenhuollon ja monien muiden julkisten palveluiden on kannattavaa sijaita mahdollisimman lähellä suurta käyttäjäkuntaa, jolloin palveluja voidaan käyttää mahdollisimman vaivattomasti (Huotari ym. 2013). Tällöin jo esimerkiksi palvelujen suunnittelussa huomioidaan käyttäjien sijoittuminen ja palvelut sijoittamaan alueelle niin, että käyttäjien käyttäjien fyysinen etäisyys tai matka-aika minimoituu. Huonolla terveystalvelujen saavutettavuudella on todettu olevan negatiivisia kansanterveydellisiä vaikutuksia, koska yleisesti palvelujen käyttäminen vähenee matka-ajan pidentyessä (Haynes 2003:15). Tässä raportissa paneudumme ensisijaisesti liikuntapaikkojen fyysiseen saavutettavuuteen, joka on keskeinen tekijä liikuntapalveluiden käyttämisessä. Jos liikuntapalvelut sijaitsevat kaukana tai ovat muuten vaikeasti saavutettavissa, saatetaan palvelun käyttöä lykätä tai se saatetaan jättää kokonaan käyttämättä (Dibsdall ym. 2003; Kruger ym. 2007). Siten voidaan olettaa, että liikuntapalveluiden fyysinen saavutettavuus vaikuttaa suoraan siihen, miten vaikuttavia ovat esimerkiksi liikkumattomuuden ennaltaehkäisy tai siihen liittyvät erilaiset interventiot. Paneudumme raportissa liikuntapalveluihin, koska ne keskeinen osa miesten liikuntakäyttäytymistä. Toisaalta liikuntapaikoista on myös saatavilla hyvin paikkatietoa, jota voidaan hyödyntää saavutettavuusanalyseissä.

Liikuntapaikkojen saavutettavuuden laskennassa käytetään yleistä saavutettavuusindikaattoria eli suhteellista saavutettavuutta (Holl 2007). Tämä indikaattori perustuu ajatukseen siitä, että kohteen houkuttelevuus kasvaa kohteen koon kasvaessa (väestöruudun väkiluku V_j) ja vähenee etäisyyden kasvaessa (e_{ij}). Yhtälömuodossa suhteellisen saavutettavuuden indikaattori (S_i) voidaan kirjoittaa seuraavasti:

$$S_i = \sum_{j=1}^n \frac{V_j}{E_{ij}^\alpha}$$

jossa merkintä α tarkoittaa etäisyyskitkan parametria. Parametrin arvona käytetään yleisesti käytettyä arvoa 1 (Holl 2007). Suhteellisen saavutettavuuden lisäksi saavutettavuutta arvioitiin yksinkertaisesti keskimääräisenä etäisyytenä kolmeen lähimpään liikuntapaikkaan. Liikuntapaikkojen saavutettavuusanalyysit on laskettu ArcGIS -paikkatieto-ohjelman Network Analyst -työkalulla. Käytettävissä oleva saavutettavuustieto perustuu Digiroad -tieverkkoon vuodelta 2014. Digiroad on koko maan kattava katu- ja tieverkostoaineisto, joka sisältää paitsi tieverkon geometrisen paikkatiedon,

myös kuhunkin tieverkon osaan, eli liikenne-elementtiin, liittyvän nopeusrajoituksen, kulkusuunnan ja tietyypin (Liikennevirasto 2013). Saavutettavuuden laskennassa tehtiin olettaimus, että liikuntapaikkoja käytettäisiin asuinpaikasta käsin.

4.3.2 Maantieteellisesti painotettu regressioanalyysi

Liikkumattomien miesten sijoittumista suhteessa liikuntapaikkojen saavutettavuuteen tutkitaan maantieteellisesti painotetulla regressioanalyysillä (GWR, geographically weighted regression) (Fotheringham ym. 2002). Tällä mallilla voidaan tutkia paikallista vaihtelua selittävän muuttujan ja selittävien selittävien muuttujien välillä. Toisin kuin perinteisessä regressiomallissa (esim. PNS-malli) GWR-mallissa selittävien muuttujien regressiokertoimet voivat vaihdella paikallisesti eli tässä tutkimuksessa väestöruuduittain. Menetelmä on kuvattu tarkemmin artikkelissa Lehtonen ja Sutela (2013). Verrattuna globaaliin malliin GWR-mallin hyödyt liittyvät epästationaaristen riippuvuussuhteiden tunnistamiseen, korkeampaan selityssasteeseen ja pienentyneeseen spatiaaliseen autokorrelaatioon (Fotheringham 1997). Nämä hyödyt perustuvat siihen, että paikallisen vaihtelun huomioiva malli ymmärtää yksityiskohtaisemmin mallinnettavaa paikkatietoa. Siten sen avulla saadaan väestöruuduttaista tietoa liikkumattomien miesten sijoittumisesta suhteessa liikuntapaikkojen saavutettavuuteen ja sijaintiin. Tiivistetysti paikalliset regressiokertoimet kuvaavat, sijoittuvatko liikkumattomat miehet liikuntapaikkojen lähelle vai kauas.

4.3.3 Spatiaalinen optimointi

Liikuntapaikkojen spatiaalisella optimoinnilla tutkitaan nykyisten liikuntapaikkojen sijainteja suhteessa spatiaalisesti optimoituihin sijainteihin. Näin voidaan verrata nykyisten liikuntapaikkojen sijainteja suhteessa optimaalisiin sijaintipaikkoihin. Optimaaliset sijaintipaikat voidaan määrittää esimerkiksi liikkumattomien miesten näkökulmasta. Liikuntapaikkojen sijainnin optimointi perustuu ArcGIS-paikkatieto-ohjelmiston Network Analyst -sovelluksella laskettavaan tieverkostoon perustuvaan reitinoimintoihin. Lokaatio-allokaatio työkalu antaa vastauksen liikuntapaikkojen sijaintiin liittyvään ongelmaan (ks. menetelmä ArcGIS Resource Center 2012). Työkaluun määritetään n lukumäärä liikuntapaikkojen mahdollisia sijainteja sekä m lukumäärä painotettuja kysyntäpisteitä eli väestöruutuja. Liikuntapaikkojen lukumäärä n pohjautuu olemassa olevien liikuntapaikkojen lukumäärään. Liikuntapaikkojen sijainnin optimoinnissa liikuntapaikat voivat mahdollisesti sijaita missä päin tahansa kaupunkialueella. Tätä varten alueelle luotiin $100\text{m} \times 100\text{m}$ ruudukko, jonka keskipisteet ovat mahdollisia sijainteja liikuntapaikoille. Painotus suoritetaan optimoinnissa liikkumattomien miesten lukumäärän sekä koko väestön lukumäärän perusteella.

4.3.4 Spatiaalinen interpolointi

Yhteisöllisten tekijöiden yhteyttä miesten terveystietäytymiseen visualisoidaan luvussa 8 spatiaalisella interpoloinnilla. Spatiaalinen interpolointi

tuottaa pisteistä koostuvasta aineistosta kentän, jonka arvo eri väestöruuduissa määräytyy (yleensä k.o. väestöruutua lähellä olevien) muiden väestöruutujen keskipisteiden arvojen avulla. Estimoidun interpolointipinnan visuaalisella tulkinnalla nähdään yhteisölisten tekijöiden vaikuttavuuteen liittyviä paikallisia eroja. Interpolointimenetelmiä on useita, joista tässä artikkelissa käytettiin harvaan ja epätasaisesti jakautuvaan aineistoon soveltuvaa ”Empirical bayesian Kriking” -menetelmää (Gribov& Krivoruchko 2012). Interpoloinnit ja niiden visualisointi tehtiin ArcMap 10.1 -ohjelman Spatial Analyst -lisäosalla.

4.3.5 Tilastollinen mallintaminen

Mallien sovittamisen yhteydessä aineistosta poistettiin vaikuttavimmat havainnot sekä tarkastettiin selittävien muuttujien mahdollinen multikollineaarisuus varianssi inflaatiotekijällä (VIF, Variance inflation factor) (ks. Puntanen 1999, 373–377). Yleinen nyrkkisääntö on, että selittävien muuttujien havaitut VIF-kertoimet eivät saa ylittää ohjearvoa 10 (Gujarati 2003, 351). Regressiomallien diagnostiikan tutkimiseen käytettiin R-tilasto-ohjelman pakettia *car*. Mallit sovitettiin PNS-menetelmällä.

Regressiomallien sovittaminen on luonteeltaan eksploratiivista. Regressiomalleihin valittiin lopulta 34 muuttujan joukosta vain tilastollisesti merkitseviä muuttujia, koska tilastollisesti ei-merkitsevien muuttujien tulkinta on suuren regressiokertoimen keskivirheen myötä käytännössä mahdotonta. Selittävien muuttujien valinta tehtiin objektiivisesti käyttämällä valinnassa uutta bayesilaista valintamenetelmää, jonka perusta on uudelleen skaalatuissa ”spike and slab” (*Rescaled spike and slab*, RSS) -malleissa (Dey 2013). Valintamenetelmä perustuu tehokkaisiin algoritmeihin, jotka pystyvät laskemaan kaikki eri osajoukoista muodostetut mallit toisin kuin osittamiseen pohjautuvat perinteisemmät menetelmät (esim. AIC, Akaike Information Criterion tai BIC, Bayesian Information Criterion). Perinteiset osittavat menetelmät ovat ongelmallisia, koska ne eivät laske kaikkia mahdollisia mallikombinaatioita ja siksi malliin aikaisessa vaiheessa valittavat tilastollisesti merkitsevät muuttujat voivat kätkeä haarojensa taakse myös muita tilastollisesti merkitseviä selittäviä muuttujia (Dey 2013). Edellä kuvattua ongelmaa ei pitäisi esiintyä uudessa bayesilaisessa valintamenetelmässä.

Perinteisen lineaarisen regressiomallin tulosten tarkastelun yhteydessä käytetään selittävien tekijöiden suhteellisen tärkeyden indikaattoreita (ks. menetelmä Grömping 2006). Näiden tarkoituksena on selvittää selittävien tekijöiden merkitsevyyttä eli sitä, mikä merkitys riskitekijöillä on liikuntakäyttäjien selittäjänä. Nämä indikaattorit siis pyrkivät tilastollisen yhteyden lisäksi kuvaamaan tekijöiden merkitystä tutkittavan ilmiön selittäjinä. Tämän selvittäminen on tärkeää, jotta esimerkiksi tuloksista johdetut johtopäätökset ja toimenpiteet kohdentuisivat täsmällisesti tärkeimpiin ilmiöitä sääteleviin tekijöihin. Jokin muuttuja voi olla regressiomalleissa tilastollisesti merkitsevä, vaikka sen merkittävyys mallin selityksasteesta olisi kokonaisuuden näkökulmasta alhainen. Tällaisessa tilanteessa muuttujan kohdentuvat toimenpiteet eivät ole välttämättä tarpeellisia, koska muuttujan suhteellinen merkitys on pieni ja se selittää esimerkiksi liikuntakäyttäjien käytäytymisestä vain prosentoin. Suhteellista merkittävyttä kuvaava lmg-indeksi laskettiin R-tilasto-ohjelman *relaimpo* kirjastolla.

4.3.6 Aineiston kaltaistaminen ja sen käyttäminen regressioanalyyseissä

Regressiomallinnuksessa käytetään perinteistä lineaarista regressiomallia (PNS, pienimmän neliösumman menetelmä), jota käytetään koko aineistoon, mutta myös kaltaistamalla muodostettuun aineistoon. Kaltaistaminen on suhteellisen vähän käytetty menetelmä ja sen tarkoituksena on vähentää useiden tekijöiden samanaikaista vaikutusta selitettäessä jotakin ilmiötä (Ramírez & Richardson 2005). Kaltaistamisella pyritään saavuttamaan satunnaistetun koasetelman hyödyt havainnoivassa aineistossa ja sitä kautta parantamaan tulosten luotettavuutta (Austin 2011). Kaltaistamisen menetelmien tavoitteena on löytää miehille liikuntakäyttäytymisessä taustatekijöiden valossa mahdollisimman samankaltaisia verrokkimiehiä, joilla esimerkiksi liikuntakäyttäytyminen eroaa toisistaan. Kaltaistaminen mahdollistaa sen, että liikuntakäyttäytymistä voidaan mallintaa perinteisiä menetelmiä luotettavammin (Rosenbaum & Rubin 1983, 42).

Tässä tutkimuksessa hyödynnetään kaltaistamisessa propensiteettipistemäärämenetelmää. Menetelmän avulla on tarkoitus saavuttaa satunnaistetun koasetelman edut havainnoivassa aineistossa (Austin 2011, 400). Kaltaistamiseen perustuvien menetelmien avulla pystytään vähentämään tai poistamaan lähes kokonaan epävarmuuden aiheuttamat vaikutukset analyysin tuloksesta. Mattila (2014: 235) kertoo menetelmän toimivan siten, että se jakaa havaintoyksiköt jälkikäteen taustaominaisuuksiltaan mahdollisimman samankaltaisiin ryhmiin (Mattila 2014, 235). Hänen mukaansa jako ryhmiin tapahtuu koasetelmaa mukaillen niin, että havaintoyksiköt ovat kaikilta muilta ominaisuuksiltaan paitsi selitettävän muuttujan osalta samankaltaisia.

Propensiteettipistemääriin pohjautuva PSM-menetelmän käyttö tapahtuu kahdessa vaiheessa. Austinin (2011, 403) perusteella ensimmäisessä vaiheessa propensiteettipistemäärät määritetään kontrolli- ja testiryhmän yksilöille. Koska todellisia propensiteettipistemääriä ei tiedetä ennakolta, ne täytyy estimoida logistisella regressioanalyysillä. Logistisessa regressioanalyysissä selittävänä muuttujana on toimenpiteeseen osallistamista kuvaavaa kaksiluokkainen muuttuja ja selittävinä muuttujina kaltaistamiseen käytettävät muuttujat. Esimerkiksi miesten liikuntakäyttäytymistä mallinnettaessa kaltaistavina selittävänä muuttujana ovat ikä, koulutustaso, tulotaso, parisuhdetilanne ja pääasiallinen toiminta.

Toisessa vaiheessa aineistosta luodaan otos. Propensiteettipistemäärällä on otosta tasapainottava ominaisuus, sillä yhtä suuren propensiteettipistemäärän saavuttavien testi- ja kontrolliryhmien yksilöiden taustamuuttujien jakauma on samankaltainen (Austin 2011, 417). R-ohjelmiston MatchIt-paketti tarjoaa käyttöön useita eri tapoja otoksen luontiin, joista tässä tutkimuksessa hyödynnetään nearest neighbor -menetelmää. Sen avulla voidaan kaltaistaa yksi tai useampi kontrolliryhmän yksilö jokaiselle koeryhmän yksilölle (Whitacre ym. 2014, 1018–1019).

5. MIESTEN TERVEYS KYMENLAAKSOSSA

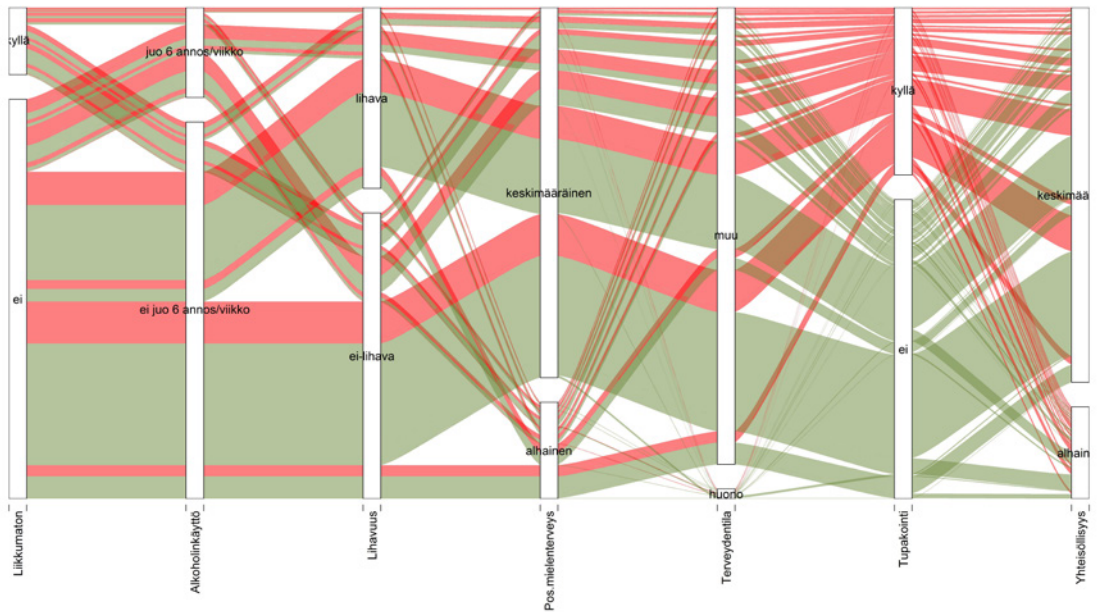
Tässä luvussa paneudutaan miesten yleiseen terveydentilaan Kymenlaaksossa. Ensiksi luodaan katsaus miesten terveydentilaan ja terveyskäyttäytymiseen Kymenlaaksossa. Tämän jälkeen tarkastellaan terveyseroja kaupunki-maaseutu luokituksella maakunnan sisällä. Lopuksi katseet käännetään maakunnasta ulospäin ja verrataan kymenlaaksolaisten miesten terveyttä muuhun maahan. Luvun tarkoituksena on siis vastata kysymyksiin:

- Mikä on kymenlaaksolaisten miesten terveydentila?
- Millaista on kymenlaaksolaisten miesten terveystyttäytyminen?
- Miten kymenlaaksolaiset miehet eroavat yllä olevissa kysymyksissä suhteessa muualla asuviin miehiin?

5.1 Yleistä miesten terveystyttäytymisestä Kymenlaaksossa

Kuva 6 esittää 1000 kymenlaaksolaisen miehen terveydentilan 7 indikaattorilla kuvattuna. Näistä indikaattoreista muodostuu kuvassa on yhteensä 128 erilaista kombinaatiota. Yksi kombinaatio kuvaa sitä, miten miehet sijoittuvat terveystyttäytymisessä ja terveysongelmissa. Kuvassa x on mukana liikkumattomuutta, alkoholinkäyttöä, lihavuutta, positiivista mielen-terveyttä, subjektiivista kokemusta omasta terveydestä, tupakointia ja yhteisöllisyyden tunnetta koskevat terveysindikaattorit.

Kuvassa 6 yleisimmässä terveystkombinaatiossa miehet ovat kiinnostuneita liikunnan harrastamisesta, juovat vähemmän kuin 6 alkoholiannosta viikoittain, ovat normaalipainoisia, eivät kärsi positiivisen mielen-terveyden ongelmista, arvioivat terveytensä hyväksi, eivät polta ja arvioivat yhteisöllisyyden tunteen keskimääräiseksi. Yhteensä 22,2 prosenttia miehistä kuuluu tähän kombinaatioon. Toiseksi yleisimpään kombinaatioon kuuluu 13,3 prosenttia miehistä. Tämä ryhmä miehiä eroaa yleisimmästä ryhmästä siinä, että nämä miehet ovat ylipainoisia. Kolmanneksi yleisin kombinaatio muodostaa miesryhmä, johon kuuluu 7,7 prosenttia miehistä. Nämä miehet tupakoivat, mutta eivät kuulu muihin terveysindikaattorien ongelma-ryhmiin. Neljänteen kombinaatioon kuuluu 5,5 prosenttia miehistä, ja he ovat ylipainoisia ja tupakoivat.



Kuva 6. Rikkaiskuvio miesten terveysongelmista.

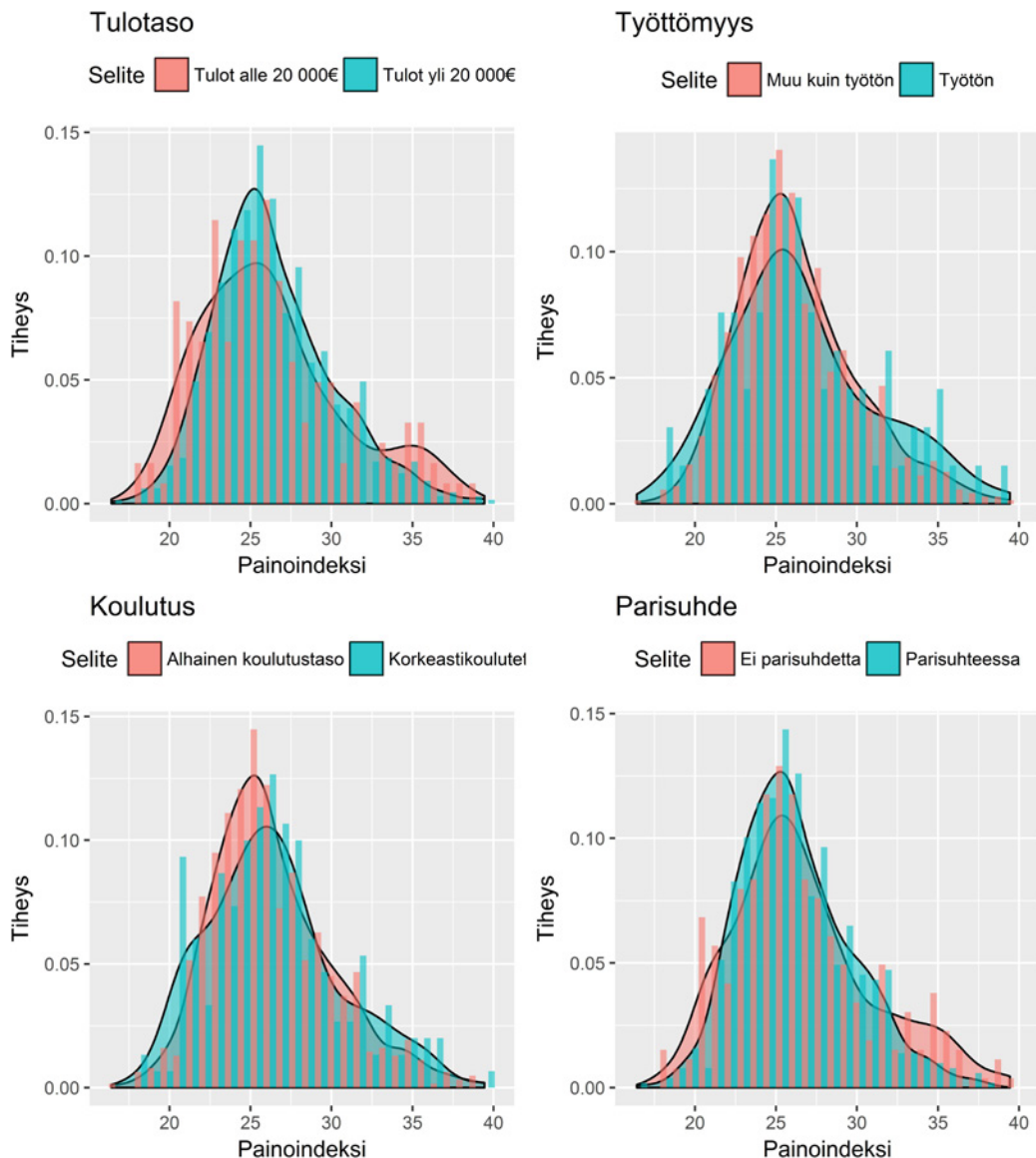
Kuva 6 osoittaa, että valtaosalla kymenlaaksolaisista miehistä on vain yksi tai kaksi terveyden kannalta ongelmallista käyttäytymistä tai terveysongelmaa. Samasta kuvasta nähdään myös yleisemmät miesten terveysongelmat vertailemalla pystypalkkien leveyksiä. Näiden perusteella yleisimmät ongelmat miehillä liittyvät ylipainoon, tupakointiin sekä alkoholiin. Kymenlaaksolaisista miehistä 38,7 prosenttia on ylipainoisia, 35,8 prosenttia tupakoi ja 19,3 prosenttia juo viikoittain yli 6 alkoholiannosta. Vain pieni osa miehistä eli 2,1 prosenttia arvioi terveytensä huonoksi.

5.1.1 Kymenlaaksolaisten miesten ylipaino

Ylipaino on yksi yleisimmistä miesten terveysongelmista Kymenlaaksossa. Kyselytutkimuksen perusteella voidaan arvioida, että Kymenlaaksossa on 8289 ylipainoista miestä, joilla on keskimäärin ylipainoa 13,5 kg. Siten yhteensä ylipainoa on kymenlaaksolaisilla miehillä arviolta 111 226,5 kg. Tämä ylipaino konkretisoituu paremmin, kun tarkastellaan ylipainoon sitoutuneen energian määrää. Tällä miesten ylipainoon sitoutuneella energialla (olettamalla, että ylipaino on rasvaa) lämmittäisi vuoden ajan noin 247 vanhaa ja noin 423 uutta omakotitaloa. Kymenlaaksolaisten miesten ylipaino-ongelmaa konkretisoi myös ongelmasta eroon pääsemisen vaikeus. Esimerkiksi kävelemällä ylipainon polttaminen vaatii keskimäärin jokaiselta ylipainoiselta mieheltä noin 400 h suorituksen. Matkana laskettuna noin 5 kilometrin tuntivauhdilla ylipainon polttaminen vastaisi karkeasti noin 1670 matkaa maapallon ympäri. Kotitöissä eli imuroinnissa ylipainon polttaminen vaatii jokaiselta ylipainoiselta mieheltä noin 390 h suorituksen. Luku havainnollistuu lisää, jos verrataan sitä henkilötyövuosiin. Tällöin ylipainon polttamiseen imuroimalla täytyisi palkata vuodeksi hieman yli 8100 työntekijää. Luku on hieman suurempi kuin maakunnan työttömien lukumäärä, sillä vuonna 2013 työttömiä oli Kymenlaaksossa 7928 miestä (SVT 2016).

Kymenlaaksolaisten miesten painoindeksi suhteessa miesten sosioekonomiseen asemaan on esitetty kuvassa 7. Vaikka kuvassa on tulotasossa, työttömyydessä ja koulutuksessa joitakin eroja miesten kesken, ei miesten painoindeksi eroa keskimäärin tulotason (t-arvo -1,102, p-arvo 0,271), työttömyyden (t-arvo -0,619 p-arvo 0,538) tai koulutustason (t-arvo -0,832, p-arvo 0,406) suhteen. Ainoastaan parisuhde näyttää erottelvan miehiä tilastollisesti merkitsevästi, sillä parisuhteessa elävien miesten painoindeksi (ka. 27,4) eroaa melkein merkitsevästi ei-parisuhteessa elävien miesten painoindeksistä (ks. 30,2) (t-arvo 1,810, p-arvo 0,071). Tarkasteltaessa kuitenkin jakaumien ääripäitä nähdään, että pienituloisilla, työttömillä ja sinkuilla on yli- ja alipaino yleisempää (kuva 7). Samoin korkeasti koulutetuilla esiintyy yli- ja alipainoa enemmän kuin vertailuryhmällä.

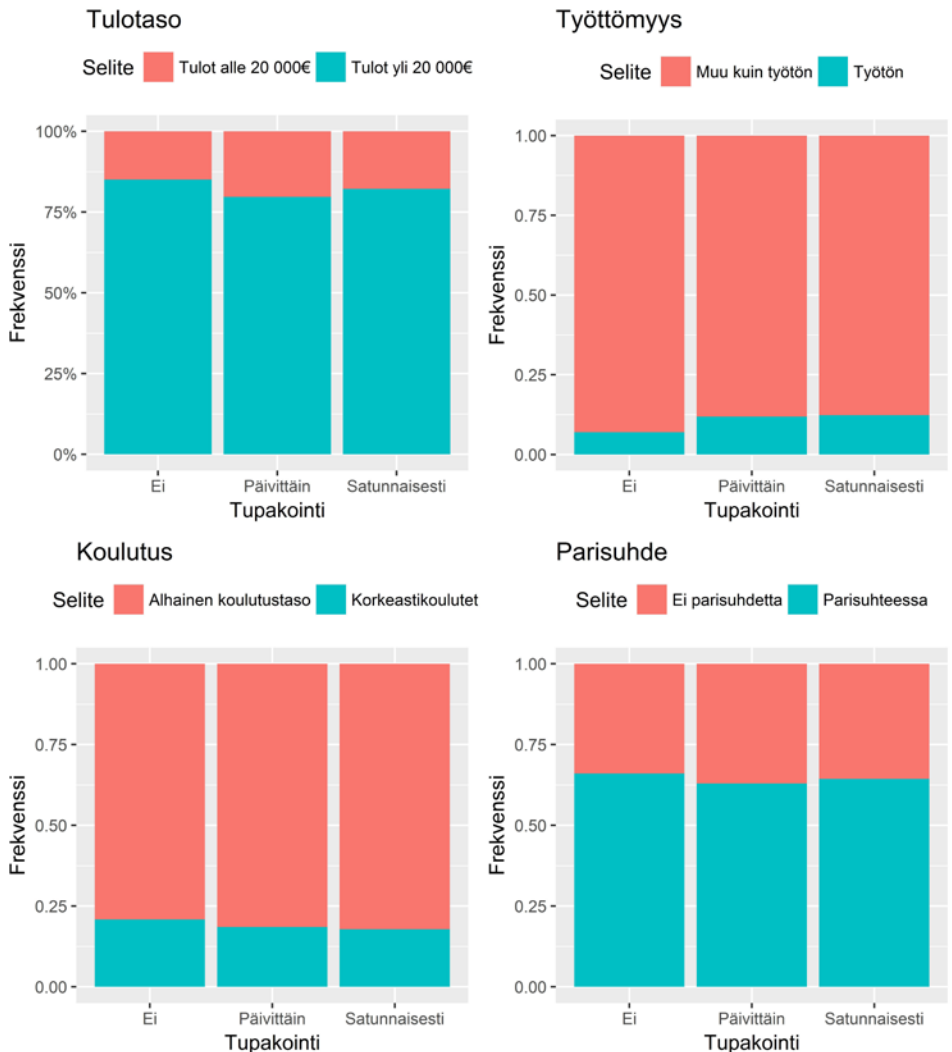
Kuva 7. Kymenlaaksolaisten miesten painoindeksi taustamuuttujien suhteen.



5.1.2 Kymenlaaksolaisten miesten tupakointi

Tupakointi on toinen miesten yleinen terveysongelma Kymenlaaksossa. Päivittäin tupakointi on hyvin yleistä ja arvioin mukaan yli 16 500 miestä polttaa tupakkaa päivittäin. Tupakointi on yhteydessä miesten sosioekonomiseen asemaan (kuva 8). Työttömät tupakoivat muita enemmän, sillä heistä 38,6 prosenttia kertoo tupakoivansa päivittäin. Vertailuryhmästä eli ei-työttömistä 27,6 prosenttia tupakoi päivittäin. Ero on myös tilastollisesti merkitsevä (Khi2 7,102, p-arvo 0,029). Myös matala tulotaso näyttää lisäävän riskiä tupakoinnille, sillä alle 20 000 euroa vuodessa tienaavista 34,7 prosenttia tupakoi päivittäin. Vertailuryhmässä yli 20 000 euroa tienaavista 27,3 prosenttia ilmoittaa tupakoivansa päivittäin. Tilastollinen testaus khi2-testillä antaa viitteitä näidenin ryhmien eroista (Khi2 4,110, p-arvo 0,128). Tulosten mukaan parisuhde (Khi2 0,854, p-arvo 0,652) tai korkeakoulutus eivät erota päivittäistä tupakointi (Khi2 0,910, p-arvo 0,634).

Kuva 8. Kymenlaaksolaisten miesten tupakointi taustamuuttujien suhteen.

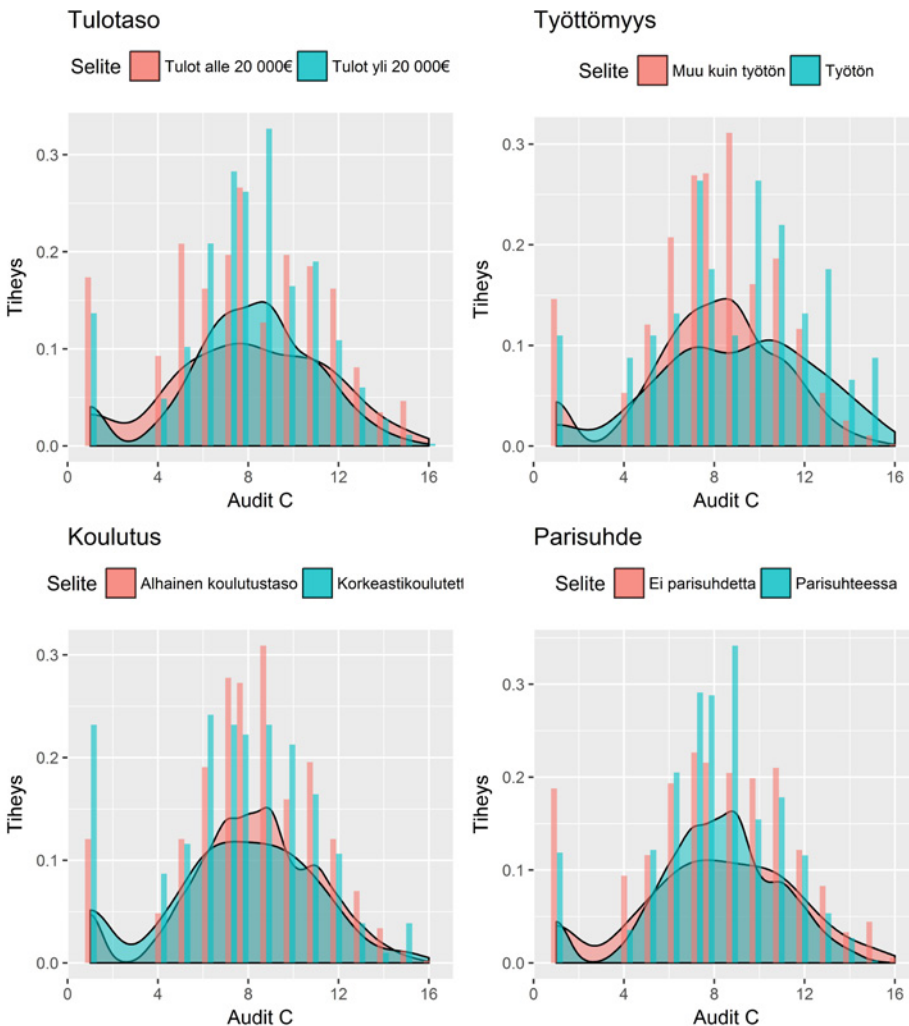


Parisuhteessa olevat miehet tupakoivat hieman muita vähemmän, sillä heistä 27,6 prosenttia tupakoi päivittäin, kun vastaava luku ei-parisuhteessa olevilla miehillä on 30,3 prosenttia. Samoin korkeasti koulutetut näyttävät tupakoivan hieman muita vähemmän, vaikka ero ei siis olekaan tilastollisesti merkitsevä. Korkeasti koulutettujen osalta 26,5 prosenttia tupakoi päivittäin.

5.1.3 Kymenlaaksolaisten miesten alkoholinkäyttö

Alkoholinkäyttö on kolmas kymenlaaksolaisille miehille tyypillinen terveysongelma. Keskimäärin alkoholin suurkuluttajia (juo vähintään kerran viikossa yli 6 alkoholiannosta) on kymenlaaksolaisista miehistä 20,8 prosenttia. Alkoholinkäyttö on myös yhteydessä sosioekonomiseen taustaan, sillä työttömällä miehillä alkoholinkäyttö on muita yleisempää (kuva 9). Audit C -indeksissä työttömät miehet eroavat muista miehistä tilastollisesti merkitsevästi (t-arvo -3,103, p-arvo 0,002). Keskimäärin he saavat indeksillä

Kuva 9. Kymenlaaksolaisten miesten audit c-indeksi taustamuuttujien suhteen.

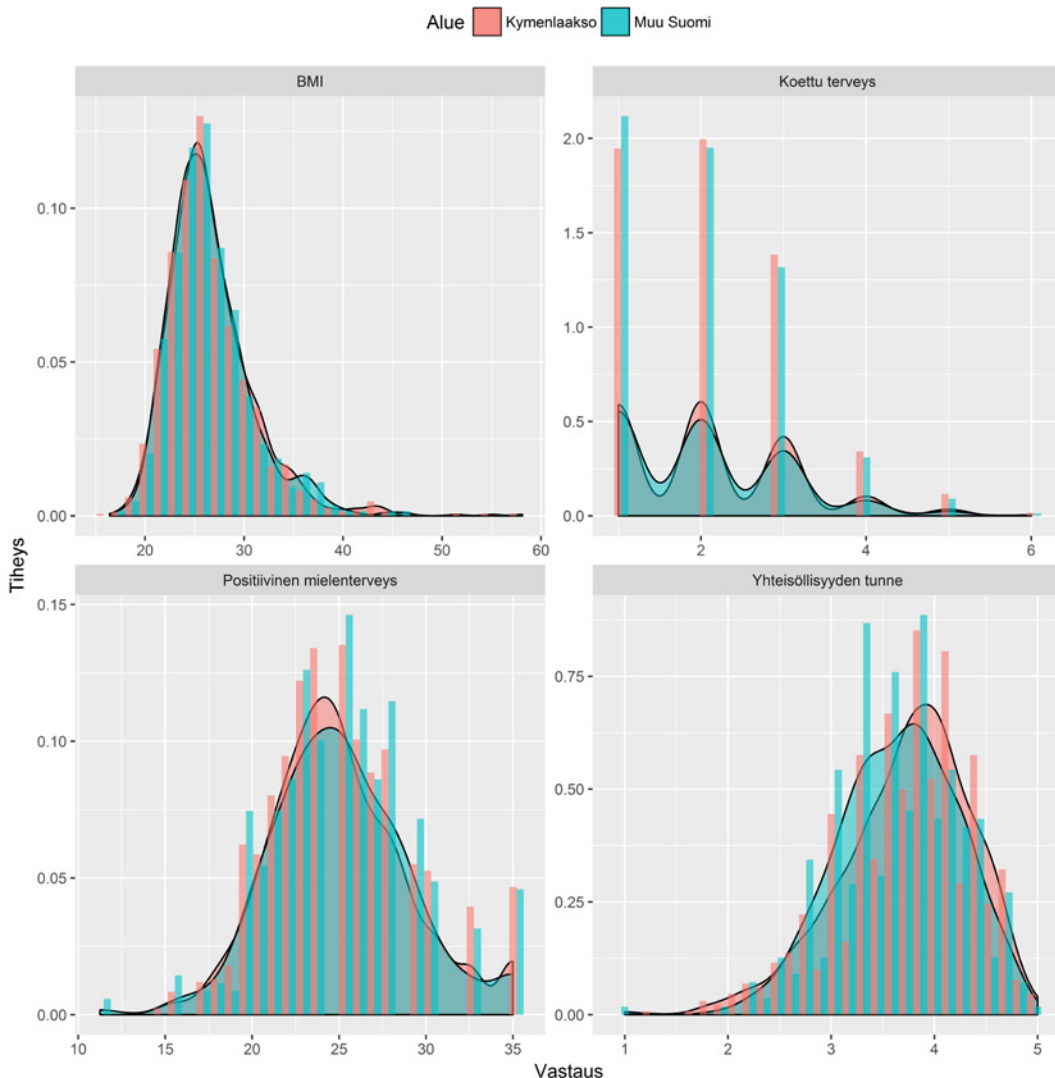


arvon 9,4, kun muiden miesten keskiarvo vertailuryhmässä on 8,5. Työttömien joukossa on myös enemmän alkoholin suurkuluttajia kuin muiden miesten vertailuryhmässä (Khi2 16,342, p-arvo 0,003). Työttömistä miehistä 30,1 prosenttia on alkoholin suurkuluttajia. Muiden sosioekonomista taustaa kuvaavien muuttujien suhteen ei tilastollisia eroja löydy (kuva 9). Koulutustausta (t-arvo 1,072, p-arvo 0,285) tai tulotaso (t-arvo -0,363, p-arvo 0,717) eivät erottaneet miehiä. Sen sijaan parisuhde näyttää suojaavan miehiä alkoholinkäytöltä, sillä parisuhteessa olevat miehet eroavat Audit C -indeksissä niistä miehistä, jotka eivät ole parisuhteessa (t-arvo 1,678, p-arvo 0,094). Alkoholin kulutuksessa kertakäytön perusteella alkoholin suurkuluttajia voidaan arvioida olevan Kymenlaaksossa 10 858 miestä.

5.2 Kymenlaaksolaiset miehet suhteessa muuhun maahan

Kymenlaaksolaisten miesten itse arvioimansa terveydentila ei poikkea tilastollisesti merkitsevästi muualla Suomessa asuvien miesten terveydentilasta (kuva 10). Keskimäärin kymenlaaksolaisten miesten painoindeksi on 26,6 kun se muualla asuvilla on 26,5. Kymenlaaksossa miesten lihavuus ei myöskään ole yleisempää kuin muualla, sillä lihavia miehiä Kymenlaaksossa on 17,6 prosenttia ja muualla 15,7 prosenttia miehistä (Khi2 0,858, p-arvo 0,354). Terveydentilassakaan ei alueiden välillä ole eroja (kuva 10). Tyypillisimmin miehet kokevat terveytensä alueesta riippumatta melko hyväksi. Positiivisessa mielenterveydessä eivät kymenlaaksolaiset miehet poikkea muualla asuvista miehistä. Positiivisen mielenterveyden indikaattori on Kymenlaaksossa 25,0 ja muualla maassa 25,1. Ainoa ero kuvassa x alueiden välillä on miesten yhteisöllisyyden tunteessa. Kymenlaaksossa yhteisöllisyyden tunne (keskiarvo 3,7) on keskimäärin muuta maata hieman korkeampaa (keskiarvo 3,6) (t-arvo 2,100, p-arvo 0,036).

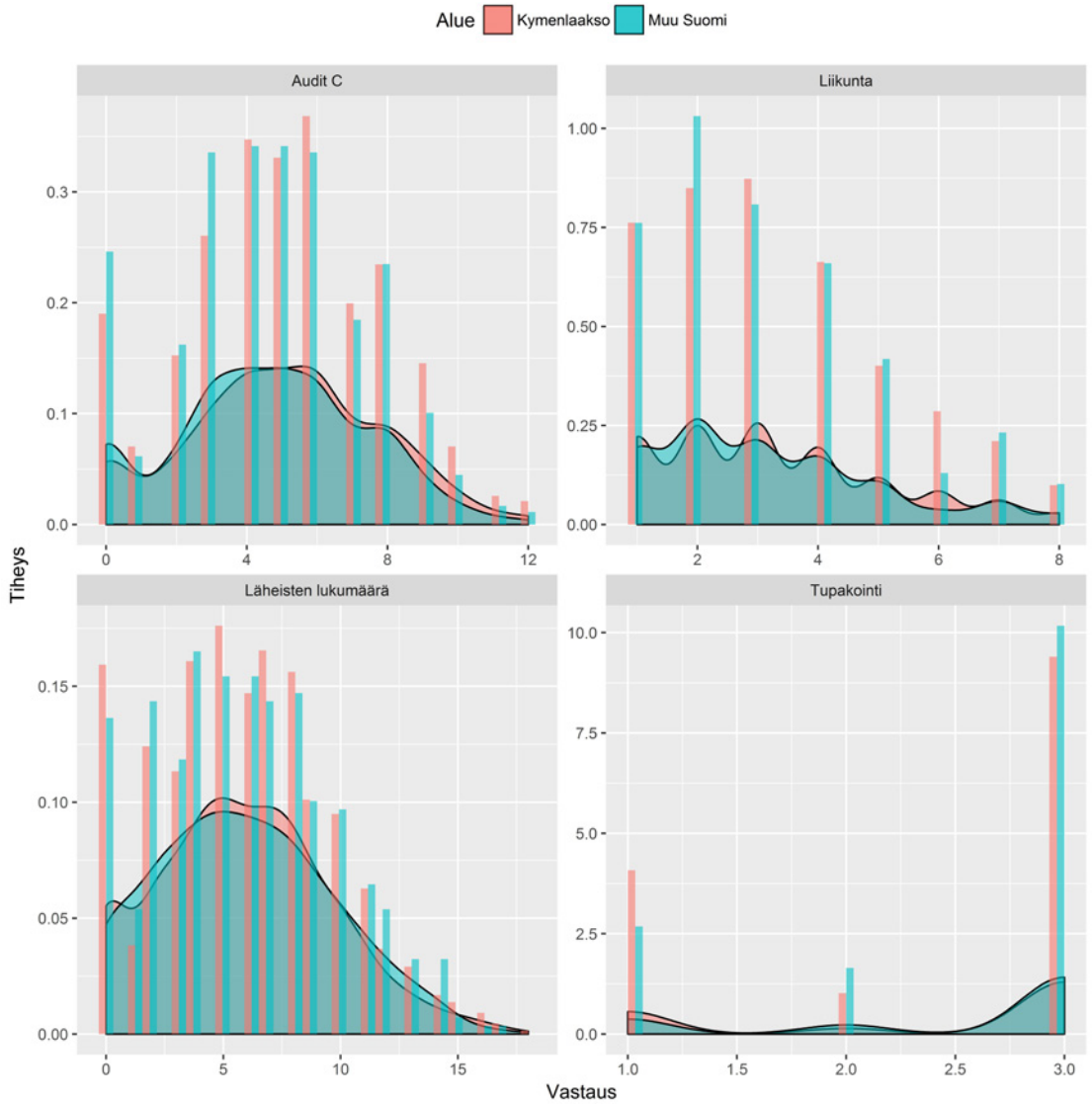
Miesten terveydentila



Miesten terveyskäyttäytymisen indikaattorit on kuvattu kuvassa 11. Kymenlaaksolaiset miehet eivät eroa muulla Suomessa asuvista miehistä liikunnan harrastamisessa (t-arvo 1,210, p-arvo 0,226) tai läheisten ihmisten lukumäärässä (t-arvo -0,173, p-arvo 0,863). Sen sijaan kymenlaaksolaiset miehet eroavat muulla asuvista miehistä alkoholinkäyttöä kuvaavassa Audit C -indeksissä (t-arvo 2,451, p-arvo 0,014). Indeksien keskiarvo on Kymenlaaksossa 5,1 kun se muualla asuvilla on keskimäärin 4,7. Audit C -indeksin lisäksi kymenlaaksolaisten miesten alkoholin riskikäyttäytyminen on muuta maata yleisempää (Khi2 4,965, p-arvo 0,026). Riskikäyttäjiä on Kymenlaaksossa 43,2 prosenttia, kun vertailuna muualla maassa riskikäyttäjiä on 37,0 prosenttia. Myös tupakoinnissa alueiden välillä on selkeitä tilastollisia eroja, sillä kymenlaaksolaiset miehet tupakoivat muuta maata yleisemmin (Khi2 20,020, p-arvo < 0,001). Säännöllisesti päivittäin kymenlaaksolaisista miehistä tupakoi 28,1 prosenttia. Vertailuryhmässä muualla maassa vastaava osuus on 18,5 prosenttia.

Kuva 10. Kymenlaaksolaiset miesten terveydentila verrattuna muualla asuviin miehiin.

Miesten terveystäyttyminen



Kuva 11. Kymenlaaksolaiset miesten terveystäyttyminen verrattuna muualla asuviin miehiin.

6. PAIKKAPERUSTAINEN NÄKÖKULMA MIESTEN TERVEYSKÄYTTÄYTYMISEN ESIINTYVYYTEEN

Tässä luvussa kiinnitetään huomio miesten terveyskäyttäytymiseen paikkaperustaisesta näkökulmasta. Lähtökohtana on kiinnittää huomiota terveyskäyttäytymisen esiintyvyyteen paikallistasolla kohdentamalla tarkastelu väestöruutuihin. Tämän luvun tarkastelu keskittyy seuraavaan kysymykseen:

1. Millaisia eroja on miesten terveydentilan indikaattoreissa pienaluetasolla?

Kysymyksen tavoitteena on paikkatiedon avulla arvioida miesten terveyskäyttäytymisen esiintyvyyttä väestöruuduissa ja kaupunki-maaseutu luokituksessa. Oletuksena kysymyksen tarkastelussa on, että paikkatiedon avulla voidaan tehostaa terveyden edistämisen ennalta ehkäisyä, kun voidaan arvioida, mihin osiin Kymenlaakson maakuntaa erilaiset terveysongelmat keskittyvät.

6.1 Miesten paikallisia terveysongelmia

Haitallisen terveyskäyttäytymisen esiintyvyyttä arvioidaan seuraavissa alaluvuissa alueellisen erilaistumisen luokissa väestöruuduttain. Näissä erilaistumislukissa haitallisen terveyskäyttäytymisen esiintyvyyttä arvioidaan kertomalla haitallisesti käyttäytyvien miesten osuudet jokaisessa väestöruudussa 18–64 -vuotiaiden miesten lukumäärällä. Terveysongelmien paikallisen esiintyvyyden arviointi on ensimmäinen osa paikkaperustaista terveyden edistämistä. Esiintyvyydessä havaitut erot ovat olennainen osa tehokasta terveyden edistämistä esimerkiksi palvelujen suunnittelussa ja niiden kohdentamisessa.

6.1.1 Alkoholin käyttö

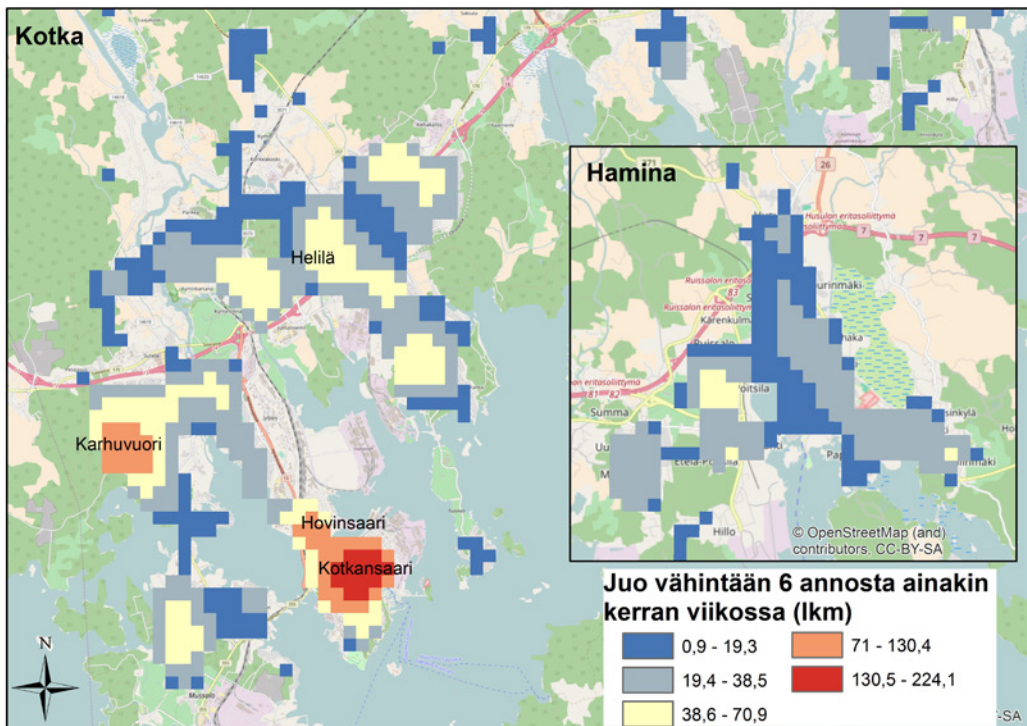
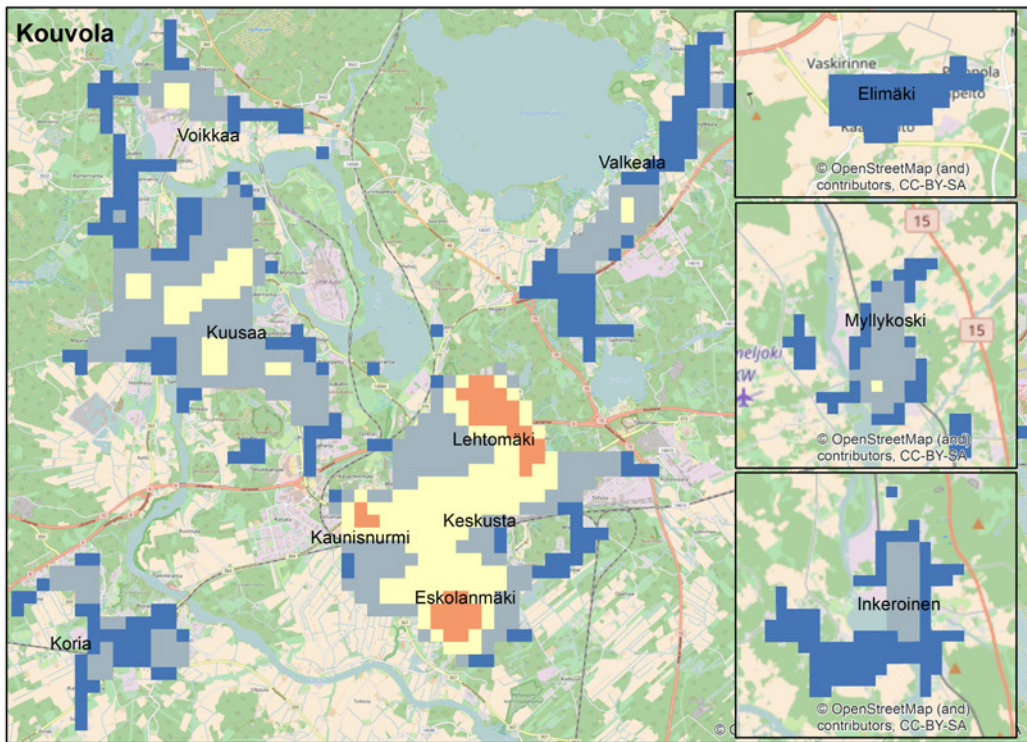
Kymenlaaksolaisista miehistä 19,3 prosenttia ilmoittaa juovansa vähintään kerran viikossa kuusi tai useampia annoksia. Yhteensä alkoholin riskikäyttäjiä arvioidaan olevan Kymenlaaksossa 10 858 miestä. Sosioekonomiset

erot heijastuvat myös alkoholin käyttämiseen, sillä erilaistumisluokkien välillä on tilastollisesti merkitseviä eroja siinä, kuinka usein miehet juovat vähintään kuusi tai useampia alkoholiannoksia kerralla (Khi2 31,754, p-arvo 0,046). Samoin erilaistumisluokkien välillä on myös tilastollisia eroja siinä, miten miehet kokevat pystyvänsä vähentämään alkoholin käyttöä (Khi2 26,956, p-arvo 0,042). Yleisintä alkoholin riskikäyttäytyminen on pienituloisten ja vanhemman väestön asuinalueilla (taulukko 4). Näissä väestöryhmissä noin 24 ja 22 prosenttia miehistä juo vähintään kerran viikossa 6 tai useampia alkoholiannoksia. Hyvätuloisten väestöryhmissä alkoholin käyttäminen on suhteellisesti vähäisempää, sillä noin 13 prosenttia miehistä ilmoittaa juovansa vähintään kerran viikossa 6 tai useampia alkoholiannoksia. Epävarmuus omasta kyvystä vähentää alkoholin käyttöä on suhteellisesti suurinta vanhemman väestön ja pienituloisten asuinalueilla (taulukko 4).

Taulukko 4. Otoksen pohjalta laskettu arvio miehistä alueellisen erilaistumisen luokissa, jotka juovat vähintään kerran viikossa kuusi tai useampia annoksia.

Muuttuja	Keskituloiset	Vanhempi väestö	Hyvätuloiset	Pienituloiset
Juo vähintään kerran viikossa kuusi tai useampia annoksia erilaistumisluokassa (%)	18.4	22.2	13.3	23.8
Epävarma pystyykö vähentämään alkoholin käyttöä (%)	9,2	14,5	9,5	14,3
Juo vähintään kerran viikossa kuusi tai useampia annoksia erilaistumisluokassa (n)	4933.8	4446.4	910.7	2645.8
Juo... /väestöruutu	6.6	12.4	4.4	17.5
Juo... koko alueen miehistä (%)	38.1	34.4	7.0	20.5

Tilastolliset erot yhdessä väestötiheyden kanssa johtavat alueellisiin keskittymiin, joita on visualisoitu kuvassa 12. Alkoholin käyttö keskittyy väestöryhmissä tiettyihin kaupunginosiin, kuten Kouvolassa Eskolanmäkeen, Lehtomäkeen ja Kaunisnurmeen ja Kotkassa Kotkansaarelle ja Karhuvuoreen. Näillä asuinalueilla on paikallisia keskittymiä haitallisessa alkoholin käytössä. Keskittymät sijoittuvat pienituloisten vuokra-asujien väestöryhmiin ympäristöön, sillä näillä väestöryhmillä on keskimäärin noin 18 riskikäyttäjää jokaisessa väestöryhmissä. Tämä lukumäärä on huomattavasti muita erilaistumisluokkia suurempi (taulukko 4). Paikallisista keskittymistä huolimatta alkoholin riskikäyttöä esiintyy lukumäärällisesti eniten keskituloisten väestöryhmissä, joissa arvioidaan riskikäyttäjien olevan noin 4900 (taulukko 4). Keskituloisten asuinalueilla on noin 38 prosenttia alkoholin riskikäyttäjistä. Seuraavaksi eniten riskikäyttäjää on vanhemman väestön asuinalueilla. Isosta suhteellisesta osuudesta huolimatta pienituloisten väestöryhmissä on noin 2600 riskikäyttäjää, joka on noin 21 prosenttia alkoholin riskikäyttäjistä.



Kuva 12. Keskiarvo alkoholin riskikäyttäjien lukumäärästä yksittäisessä väestöryhdyssä ja sitä ympäröivillä väestöryhdyillä.

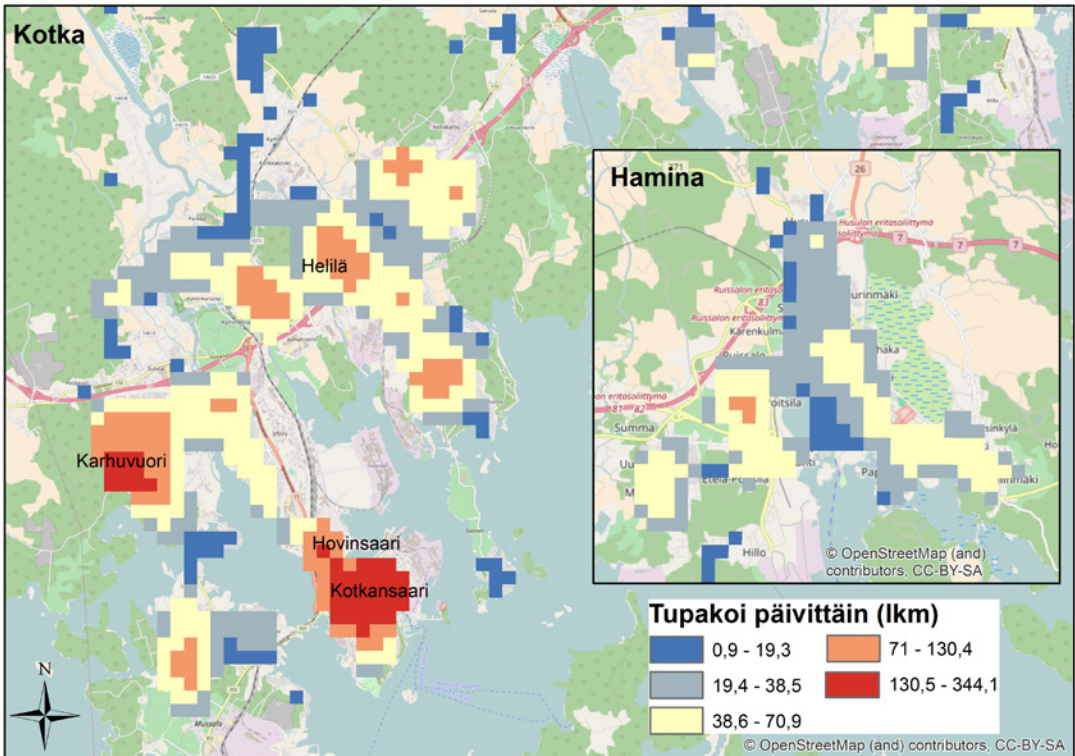
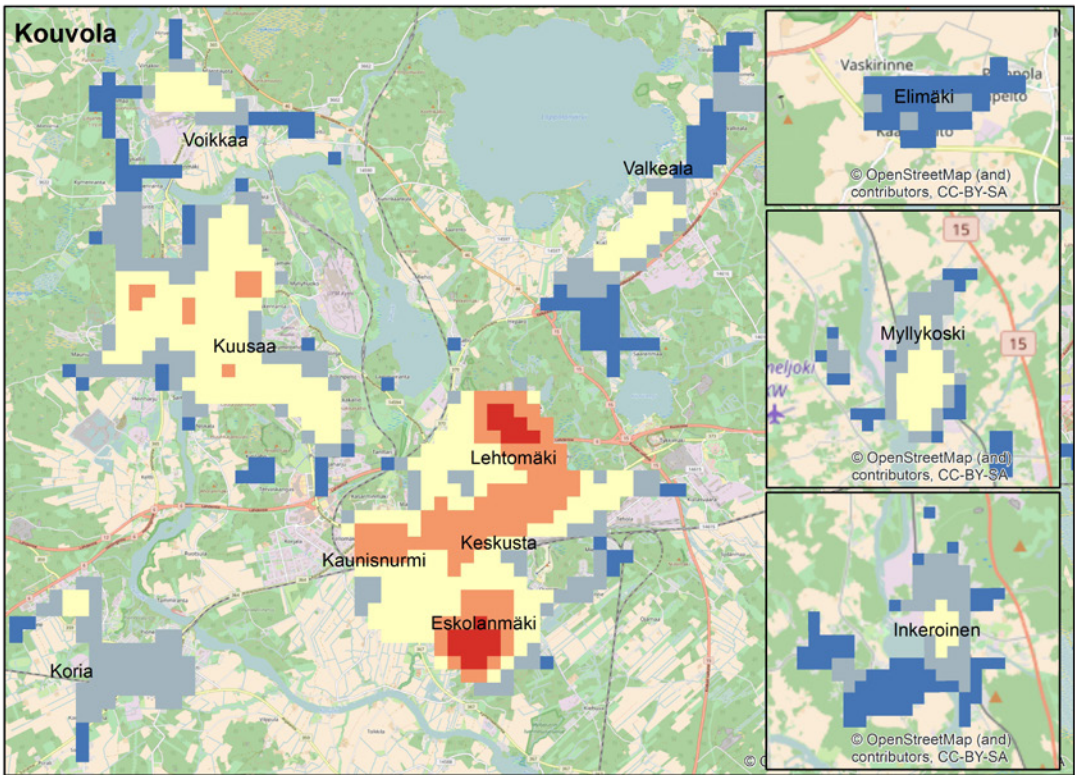
6.1.2 Tupakointi

Kymenlaaksolaisista miehistä 29 prosenttia ilmoittaa tupakoivansa päivittäin. Tupakointi on yleisempää kuin alkoholin riskikäyttö, sillä päivittäin tupakoivia miehiä on yhteensä 16 515. Myös tupakoinnissa on erilaistumisluokkien välillä tilastollisia eroja (Khi2 45,871, p-arvo <0,001). Suhteellisesti yleisintä tupakointi on pienituloisten ja vanhemman väestön väestöryhmissä, joissa päivittäin tupakoi 39 ja 34 prosenttia miehistä (taulukko 5). Huolestuttavinta on, että pienituloisten väestöryhmissä miehet, jotka eivät tupakoi lainkaan, ovat vähemmistö. Arvion perusteella vain 39,5 prosenttia pienituloisten väestöryhmiin kuuluvista miehistä ei tupakoi lainkaan (taulukko 5).

Taulukko 5. Otoksen pohjalta laskettu arvio miehistä alueellisen erilaistumisen luokissa, jotka tupakoivat päivittäin.

Muuttuja	Keskituloiset	Vanhempi väestö	Hyvätuloiset	Pienituloiset
Tupakoi päivittäin erilaistumisluokassa (%)	30.4	33.6	20.3	38.8
Ei tupakoi lainkaan (%)	66,2	59,9	73,2	39,5
Tupakoi päivittäin erilaistumisluokassa (n)	8151.5	6729.7	1389.9	4313.4
Tupakoi päivittäin /väestöruutu	10.9	18.7	6.7	28.6
Tupakoi päivittäin koko alueen miehistä (%)	39.6	32.7	6.8	21.0

Tilastolliset erot yhdessä väestötiheyden kanssa johtavat myös jälleen selkeisiin alueellisiin keskittymiin (kuva 13). Alkoholin käyttöön verrattuna tupakointi on kuitenkin yleisempää ja siksi keskittymiä on huomattavasti enemmän. Tupakoinnissa myös kaupunkien keskustat ja muut tiheään asutut alueet muodostavat paikallisia keskittymiä. Erilaistumisluokista erityisesti pienituloisten väestöryhmiin erottuvat muista tupakoivien miesten lukumäärässä, sillä keskimäärin näissä väestöryhmissä on 29 tupakoivaa miestä (taulukko 5). Paikallisista keskittymistä huolimatta myös tupakointia esiintyy lukumäärällisesti eniten keskituloisten väestöryhmissä, joissa arvioidaan riskikäyttäjiä olevan noin 8 150 (taulukko 5), joka vastaa noin 40 prosenttia Kymenlaakson tupakoivista miehistä. Seuraavaksi eniten tupakoitsijoita on vanhemman väestön asuinalueilla. Isosta suhteellisesta osuudesta huolimatta pienituloisten väestöryhmissä on noin 4300 tupakoitsijaa, joka on noin 21 prosenttia tupakoivista miehistä.



Kuva 13. Keskiarvo päivittäin tupakoiden miesten lukumäärästä yksittäisessä väestöryhdyssä ja sitä ympäröivillä väestöryhdyillä.

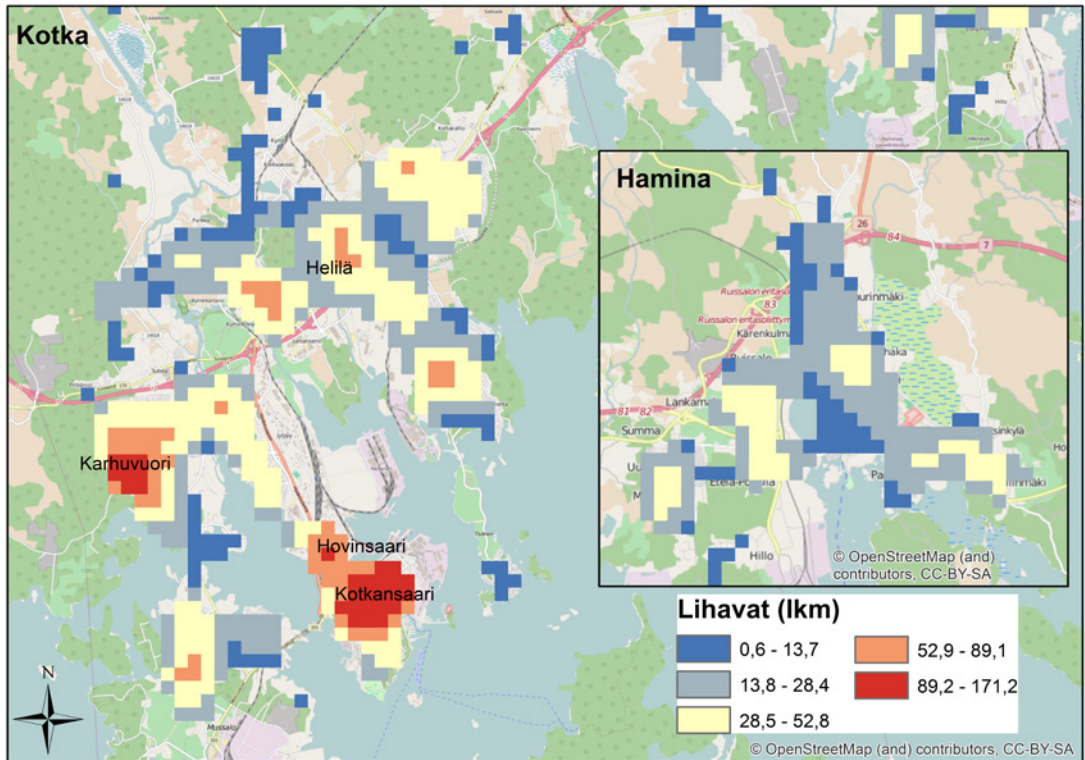
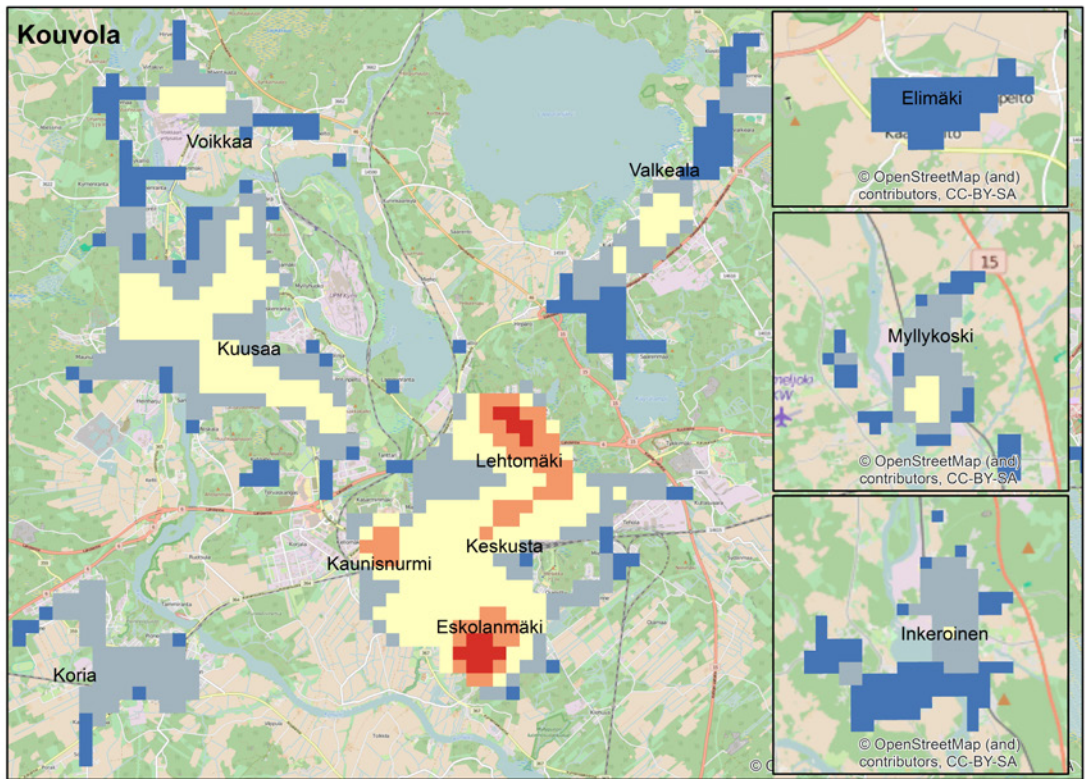
6.1.3 Lihavuus

Kymenlaaksolaisista miehistä 18,5 prosenttia on lihavia (painoindeksi >30). Lihavien miesten lukumääräksi arvioidaan 10 145. Ylipainoisuus on selvästi tätä yleisempää, sillä ylipainoisia miehiä arvioidaan olevan yli 33 600. Erilaistumisluokkien välillä tilastollisesti merkitsevät erot koskevat painoindeksiä (testisuure F 3,623, p -arvo 0,006). Painoindeksi on alhaisin erilaistumisluokista vanhemman väestön ja hyvätuloisten luokissa ja korkeimman arvon painoindeksi saa pienituloisten erilaistumisluokassa (taulukko 6). Lihavien suhteellisissa osuuksissa ei ole tilastollista eroja erilaistumisluokkien kesken (Khi2 5,977, p -arvo 0,201), vaikka luokkien välillä onkin selkeitä eroja lihavien suhteellisissa osuuksissa (taulukko x). Ylipainoisten suhteellisissa osuuksissa erilaistumisluokkien välillä puolestaan on tilastollisia eroja (Khi2 8,349, p -arvo 0,039). Suhteellisesti suurinta ylipainoisuuden esiintyminen miehillä on keskituloisten väestöryhmissä (taulukko 6).

Taulukko 6. Otoksen pohjalta laskettu arvio lihavista miehistä alueellisen erilaistumisen luokissa.

Muuttuja	Keskituloiset	Vanhempi väestö	Hyvätuloiset	Pienituloiset
Painoindeksi	28,3	26,8	26,3	30,7
Lihavia erilaistumisluokassa (%)	18.5	15.7	14.7	25.6
Lihavia erilaistumisluokassa (n)	4960	3144	1006	2845
Lihavia/väestöruutu	6.6	8.8	4.9	18.8
Lihavia koko alueen miehistä (%)	41.5	26.3	8.4	23.8
Ylipainoisia (%)	64,1	51,7	61,5	62,5
Ylipainoisia (n)	10689	6380	4647	4837

Lihavien alueelliset keskittymät muistuttavat suuresti alkoholin käytön ja tupakoinnin kasautumia. Nämä kasautumat muodostuvat samoille alhaisen sosioekonomisen taustan asuinalueille kuin edellisissäkin terveystäytymisen indikaattoreissa (kuva 14). Myös erot väestöryhmittä keskimääräisissä tiheyksissä pienenevät. Esimerkiksi pienituloisten vuokra-asujien jokaisessa ruudussa on 3,4 kertaa enemmän lihavia kuin hyvätuloisten ruuduissa (taulukko 6). Keskimäärin yhdessä pienituloisten väestöryhmissä on 18 lihavaa, kun alhaisimmillaan hyvätuloisten väestöryhmissä on keskimäärin noin 5 lihavaa miestä. Paikallisista keskittymistä huolimatta myös lihavuutta esiintyy lukumäärällisesti eniten keskituloisten väestöryhmissä, joissa arvioidaan riskikäyttäjiä olevan noin 4 960 (taulukko 6), joka vastaa noin 42 prosenttia Kymenlaakson lihavista miehistä.



Kuva 14. Keskiarvo lihavien miesten lukumäärästä yksittäisessä väestöruudussa ja sitä ympäröivillä väestöruuduilla.

6.1.4 Liikunta

Asuinalueen sosioekonominen tausta näyttää vaikuttavan liikunnan harrastamiseen oletuksen mukaisesti, sillä erilaistumisluokista eniten liikuntaa harrastavat hyväosaisten asuinalueilla asuvat vastaajat, joista peräti 84,6 prosenttia kertoo harrastavansa liikuntaa vähintään 2 kertaa viikossa (taulukko 7). Vähiten liikuntaa harrastavat pienituloisten vuokra-asujien asuinalueilla asuvat vastaajat, joista 67,5 prosenttia vastaajista ilmoitti harrastavansa liikuntaa vähintään 2 kertaa viikossa.

Keskimäärin kymenlaaksolaisista miehistä 14,4 prosenttia miehistä ilmoitti olevansa liikkumattomia eli harrastavansa liikuntaa alle kerran viikossa. Tämä mikä on hieman alhaisempi kuin mitä on aikaisemmin koko maata koskevilla tutkimuksissa havaittu 19 prosentin osuus (Husu ym. 2011). Liikkumattomuus näyttää ristiintaulukoinnin perusteella riippuvan vastaajan asuinpaikan erilaistumisluokasta (khi2 14,965, p-arvo <0,005). Selvästi muita erilaistumisluokkia enemmän liikkumattomia on pienituloisissa vuokra-asujissa, joista 22,5 prosenttia kuului liikkumattomien miesten joukkoon (taulukko 7).

Taulukko 7. Miesten liikunnan harrastaminen alueellisen erilaistumisen luokissa Kymenlaaksossa.

Muuttuja	Vanhempi väestö	Keskituloiset	Pienituloiset	Hyvätuloiset	Ei-luokitusta
2 tai useamman kerran viikossa (%)	76,1	78,3	67,5	84,6	70,0
alle 1 kerran viikossa (%)	13,8	12,5	22,5	7,7	18,8

Kymenlaaksolaisista miehistä on liikkumattomia arviolta 8 339. Liikkumattomat miehet eivät kuitenkaan jakaudu tasaisesti kaupunkitilaan, sillä miehet jakautuvat varsin epätasaisesti alueellisiin erilaistumisluokkiin (taulukko 8). Tämän osoittaa myös ristiintaulukointi (Khi2 14,301, p-arvo 0,006), jonka mukaan liikkumattomien miesten osuus riippuu vahvasti alueellisen erilaistumisen luokituksesta. Esimerkiksi pienituloisten vuokra-asujien väestöruuduissa asuvista vastaajista 22,5 prosenttia on liikkumattomia (taulukko 8). Tämä osuus on miltei 3 kertaa suurempi kuin hyvätuloisten väestöruuduissa, joissa liikkumattomuuden esiintyminen on alhaisinta (taulukko 8). Hyvätuloisten väestöruuduissa asuvista vastaajista 7,7 prosenttia on liikkumattomia.

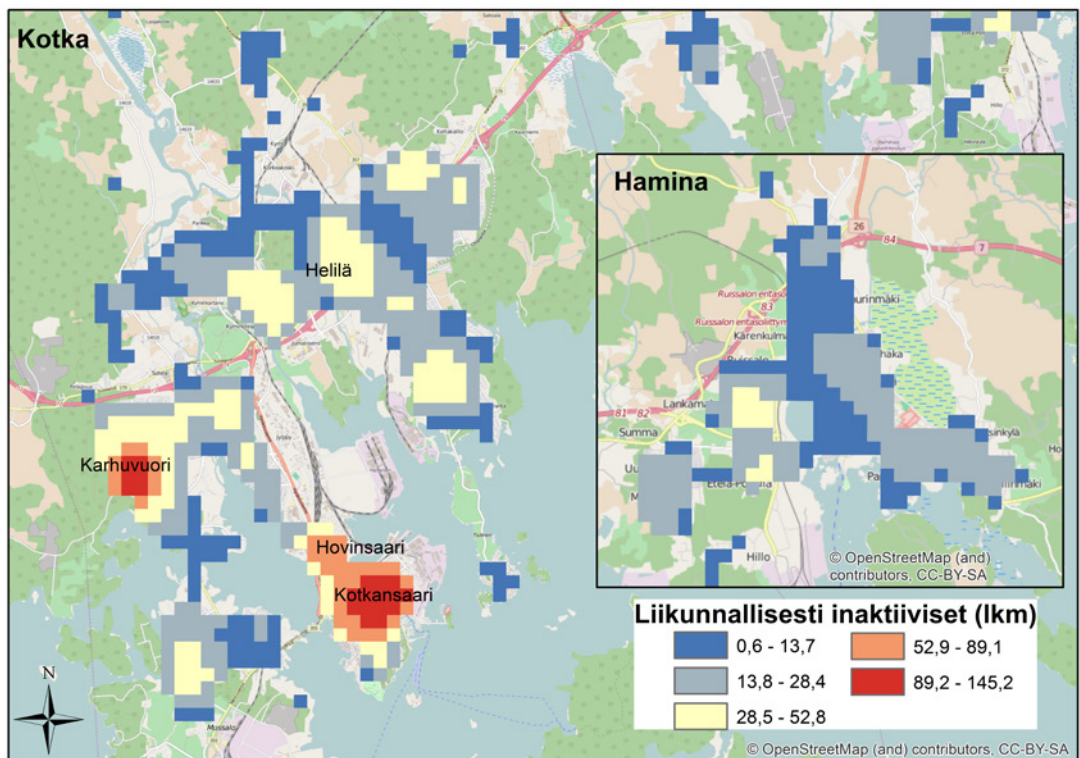
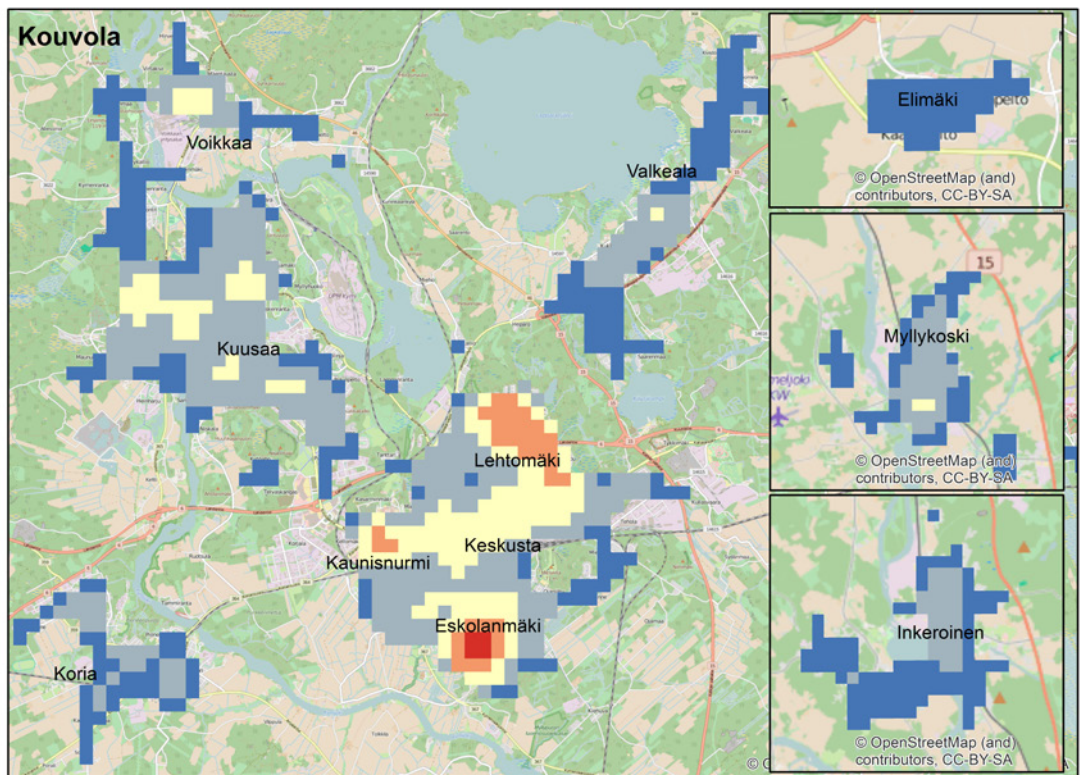
Erilaistumisluokkien väliset erot kasvavat, kun esiintyvyyden lisäksi huomioidaan myös luokkien väliset erot väestötiheydessä. Tällöin esimerkiksi pienituloisten vuokra-asujien jokaisessa väestöruudussa on keskimäärin noin 6,5 kertaa enemmän liikkumattomia miehiä kuin hyvätuloisten väestöruuduissa. Väestötiheyden erot näyttäivät siten johtavan yhdessä suhteellisten erojen kanssa liikkumattomien miesten kasautumiseen alhaisen

sosioekonomisen taustan väestöruutuihin. Kokonaisuutena tarkasteltuna myös liikkumattomuus näyttäytyy keskiluokan ongelmana, sillä erilaistumisluokista eniten liikkumattomia miehiä asuu keskituloisten väestöruuduissa (taulukko 8). Arvion perusteella heitä on yhteensä 2084, joka vastaa noin neljänestä Kymenlaakson väestöruutujen liikkumattomista miehistä.

Taulukko 8. Tietoja liikkumattomien miesten lukumääristä alueellisen erilaistumisen ryhmissä.

Muuttuja	Vanhempi väestö	Keskituloiset	Pienituloiset	Hyvätuloiset
Liikkumattomia miehiä ryhmässä (%) (suluissa 95% luottamusväli)	14,7 (10,2-19,2)	12,4 (8,0-16,8)	22,5 (13,5-31,6)	7,7 (3,3-12,0)
Liikkumattomia miehiä ryhmässä (n)	1703	2084	1741	331
Liikkumattomia miehiä/väestöruutu	4,7	2,8	11,6	1,6
Liikkumattomia miesten osuus koko maakunnan miehistä (%)	20,5	25,1	21,0	4,0

Visuaalisessa tarkastelussa liikkumattomat miehet muodostavat Kymenlaaksossa selkeitä kasautumia erityisesti alhaisen sosioekonomisen taustan asuinalueilla (kuva 15). Liikkumattomat miehet näyttävät keskittyvän esimerkiksi Kouvolassa Eskolanmäkeen, Lehtomäkeen ja Kaunisnurmeen ja Kotkassa Karhuvuoreen, Hovinsaareen ja Kotkansaareen (kuva 15). Myös spatiaalisen autokorrelaation indeksi tukee visuaalista tulkintaa liikkumattomien miesten kasautumisesta edellä mainittuihin asuinalueisiin (Moran I 0,285, p-arvo <0,001; (etäisyysräde 1000 m); Moran I 0,252, p-arvo <0,001 (etäisyysräde 2000 m); Moran I 0,185, p-arvo <0,001 (etäisyysräde 3000 m)). Spatiaalinen autokorrelaatio mittaa havaintojen kasautumista maantieteellisessä tilassa, ja sen tilastollisesti merkitsevät positiiviset arvot viittaavat liikkumattomien miesten kasautumiseen viereisille alueille.



Kuva 15. Keskiarvo liikumattomien miesten lukumäärästä yksittäisessä väestöryhdyssä ja sitä ympäröivillä väestöryhdyillä.

6.1.4.1 Liikkumattomien miesten tarve ja aikomukset lisätä liikunnan harrastamista

Valtaosa kymenlaaksolaisista liikkumattomista miehistä eli 59,6 prosenttia on aikonut parantaa viimeisen vuoden aikana liikuntatottumuksiaan. Aikomukset parantaa liikuntatottumuksia eivät eroa erilaistumisluokissa (Khi2 4,847, p-arvo 0,303). Erilaistumisluokkien välillä on kuitenkin jonkinlaisia eroja aikomuksissa parantaa liikuntatottumuksia (taulukko 9). Suhteellisesti alhaisinta aikomukset parantaa liikuntatottumuksia ovat keskituloisten väestöryhmissä, joissa noin 58 prosenttia liikkumattomista miehistä on aikonut parantaa liikuntatottumuksiaan. Yleisintä aikomukset ovat olleet hyvätuloisten väestöryhmissä, joissa 80 prosenttia liikkumattomista on aikonut parantaa liikuntatottumuksiaan.

Taulukko 9. Tilastoja liikkumattomien miesten aikomuksista parantaa liikuntatottumuksia.

Muuttuja	Keskituloiset	Vanhempi väestö	Hyvätuloiset	Pienituloiset
Aikonut parantaa liikuntatottumuksia erilaistumisluokassa (%)	58.3	62.5	80.0	72.2
Aikonut parantaa liikuntatottumuksia erilaistumisluokassa (n)	1215.3	1064.5	265.2	1257.4
Aikonut parantaa liikuntatottumuksia /väestöruutu	1.6	3.0	1.3	8.3
Aikonut parantaa liikuntatottumuksia kaikista parantamista haluvista alueen miehistä (%)	24.1	21.1	5.3	25.0

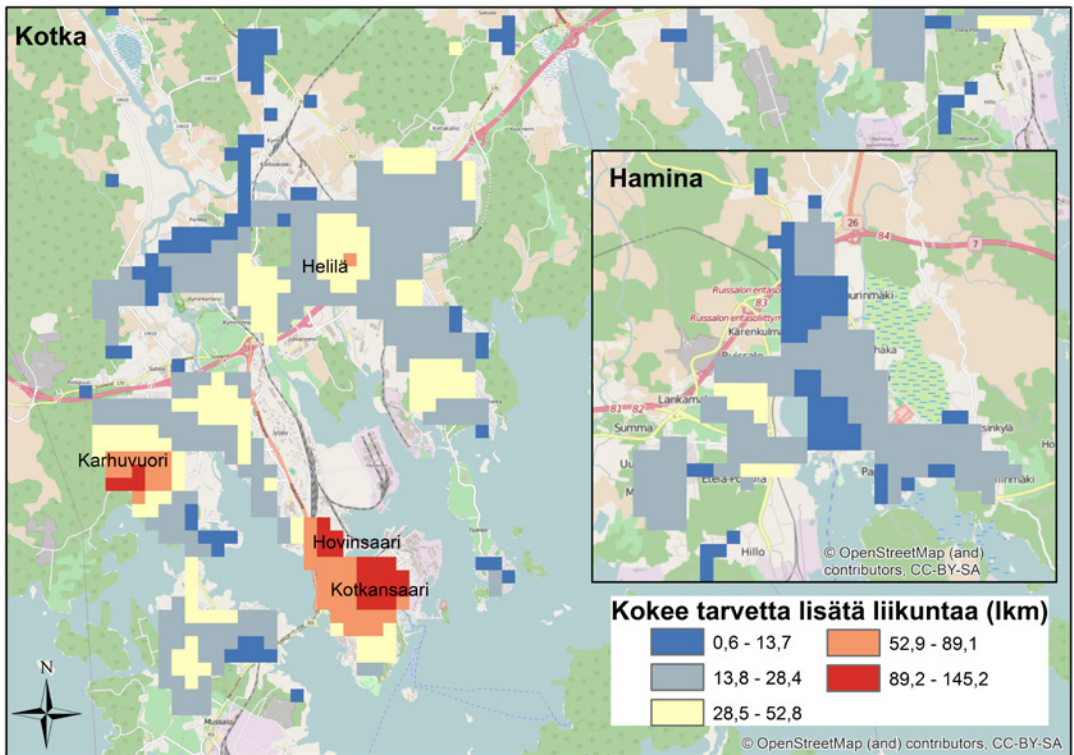
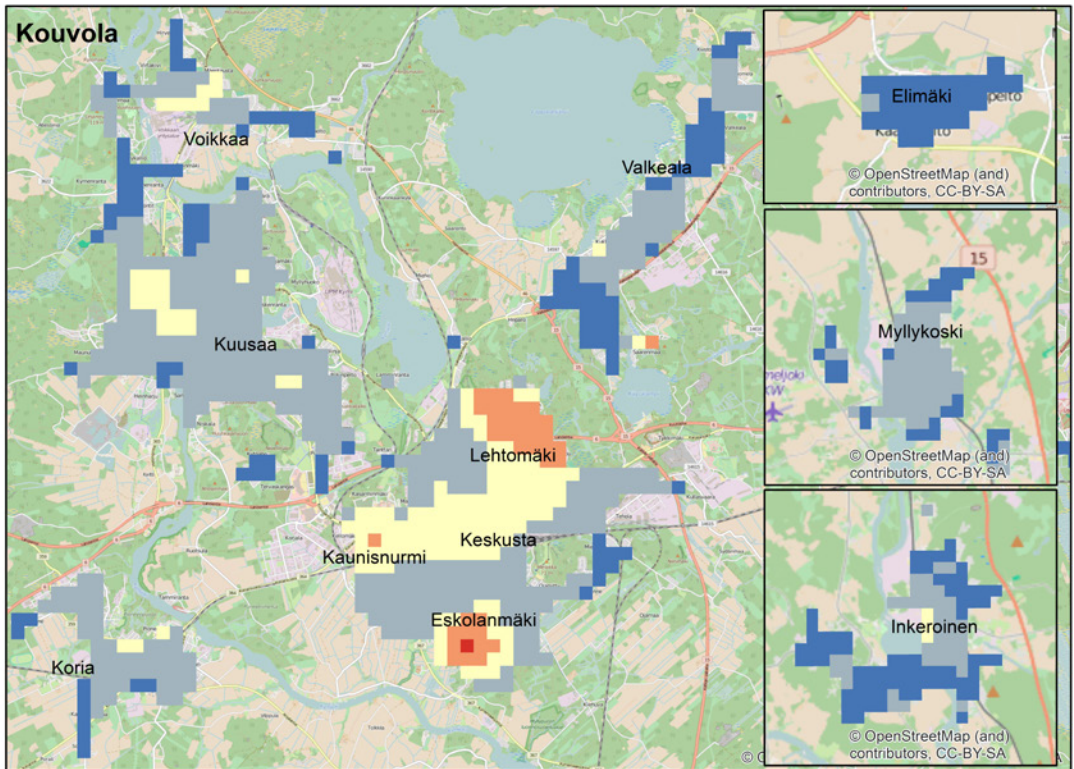
Lukumäärällisesti liikkumattomat miehet, jotka haluavat parantaa liikuntatottumuksiaan keskittyvät samoilta asuinalueille kuin liikkumattomat miehet ylipäätään. Erilaistumisluokkien välillä on melko suuria eroja niiden liikkumattomien miesten tiheydessä, joilla on ollut aikomuksia parantaa liikuntatottumuksiaan. Pienituloisten väestöryhmissä on keskimäärin yli 8 liikuntatottumuksia parantaa aikonutta liikkumatonta miestä, kun muissa erilaistumisluokissa miesten lukumäärä vaihtelee 1-3. Pienituloisten väestöryhmissä myös suhteellinen osuus ylittää keskituloisten osuuden (taulukko 10).

Liikkumattomista miehistä suurin osa eli 67,6 prosenttia kokee tarvetta lisätä vapaa-ajan liikuntaa. Vaikka erilaistumisluokat eroavat toisistaan liikunnan harrastamismäärien suhteen, ei luokkien välillä ole tilastollista eroa siinä, miten liikkumattomat miehet kokevat tarvetta lisätä vapaa-ajan liikuntaa (Khi2 1,208, p-arvo 0,877). Erilaistumisluokkien väliset erot muistuttavat kuitenkin sosioekonomisia eroja, sillä peräti 80 prosenttia hyvätuloisten väestöryhmissä asuvista miehistä kokee tarvetta lisätä liikuntaa. Näin ollen vain 20 prosenttia ei koe tarvetta lisätä liikuntaa. Suurimmiksi tämä osuus muodostuu pienituloisten väestöryhmissä, joissa 33,3 prosenttia miehistä ei koe tarvetta lisätä liikuntaa.

Taulukko 10. Tilastoja liikkumattomien miesten kokemuksista tarpeelle lisätä liikunnan harrastamista.

Muuttuja	Keskituloiset	Vanhempi väestö	Hyvätuloiset	Pienituloiset
Kokee tarvetta lisätä liikuntaa erilaistumisluokassa (%)	72.0	66.7	80.0	70.6
Kokee tarvetta lisätä liikuntaa erilaistumisluokassa (n)	1500.9	1136.0	265.2	1229.5
Kokee tarvetta lisätä liikuntaa /väestöruutu	2.0	3.2	1.3	8.1
Kokee tarvetta lisätä liikuntaa kaikista lisäämistä haluavista alueen miehistä (%)	26.5	20.0	4.7	21.7

Erot liikkumattomien miesten lukumäärissä väestöryhmissä johtavat kuitenkin selkeisiin alueellisiin keskittymiin liikkumattomien miesten kokemuksissa tarpeelleen lisätä liikuntaa (kuva 16). Tiheyserot liikkumattomien miesten välillä kuitenkin säilyvät, vaikka erilaistumisluokkien välillä on joitakin eroja tarpeessa lisätä liikuntaa. Keskimäärin pienituloisten väestöryhmissä on 8 liikkumattomaa miestä, jotka kokevat tarvetta lisätä liikuntaa. Tämä esiintymistiheys on korkein erilaistumisluokista (taulukko 10).



Kuva 16. Keskiarvo liikunnallisesti inaktiivisista miehistä, jotka kokevat tarvetta lisätä liikuntaa, yksittäisessä väestöryhdyssä ja sitä ympäröivissä ryhdyssä.

6.1.4.2 Liikkumattomuudesta syntyviä kustannuksia kaupunkitilassa

Fyysisestä inaktiivisuudesta aiheutuvia taloudellisia kustannuksia on tutkittu useissa tutkimuksissa viimeisen 20 vuoden aikana (kts. Allander ym. 2007; Colditz ym. 1999; Janssen 2012; Katzmarzyk ym. 2000 & 2004; Kolu ym. 2014). Tutkimuksissa on arvioitu liikkumattomuuden osuutta terveydenhuollon kustannuksista sekä epäsuoria kustannuksia yhteiskunnalle esimerkiksi työn tuottavuuden alenemisena. Liikkumattomuuden suorissa kustannuksissa on huomioitu muun muassa terveydenhuollon käyntien, sairaalapäivien, toimenpiteiden, lääkkeiden ja ennaltaehkäisyyn kustannukset. Epäsuoriin kustannuksiin sisältyy puolestaan sairaspöissa-olot, tuottavuuden heikentyminen ja enneaikaiset kuolemantapaukset. Näiden muuttujien perusteella tutkimuksissa on määritelty liikkumattomuudesta aiheutuvat suorat kustannukset terveyspalveluille. Kansainvälisen tutkimuksen mukaan terveydenhuollon suorista kustannuksista noin 1,2–3,8 prosenttia aiheutuu liikkumattomuudesta. Epäsuorat kustannukset on tutkimuskirjallisuudessa määritelty noin kaksinkertaisiksi suoriin kustannuksiin verrattuna, mutta niiden suuren vaihtelun ja epätarkkuuden vuoksi keskitymme tässä raportissa vain suoriin kustannuksiin.

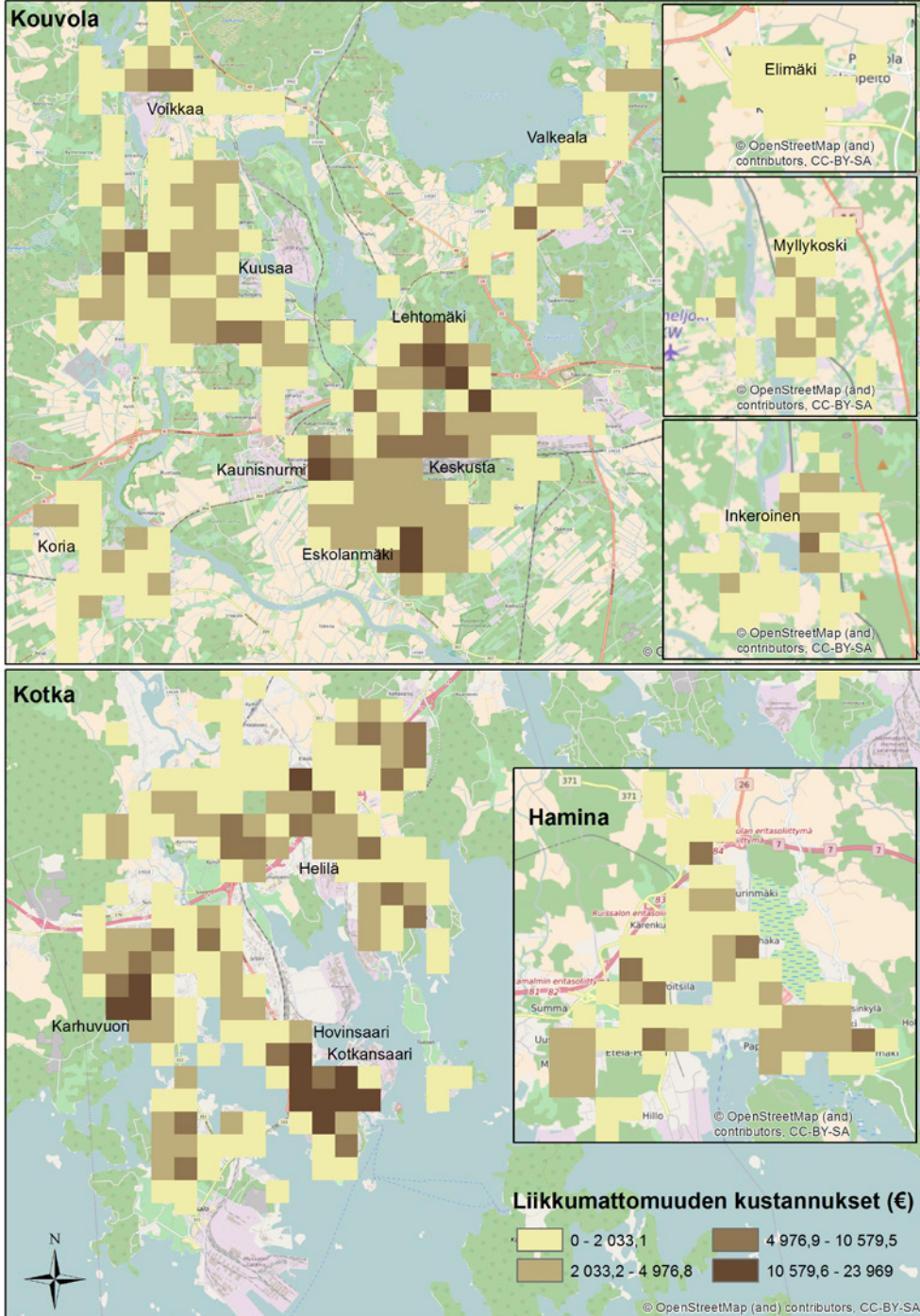
Yllä esitettyihin prosenttilukuihin perustuvan karkean arvion perusteella Kymenlaaksossa miesten liikkumattomuudesta aiheutuvat suorat kustannukset ovat 2,3 – 7,3 miljoonaa euroa. Luku on laskettu suoraan terveydenhuollon menojen kokonaissummasta suhteuttamalla se edelleen miesten suhteelliseen osuuteen Kymenlaakson väkiluvusta. Kun nämä kokonaissummat jaetaan liikkumattomien miesten lukumäärällä, 8289 miestä, voidaan karkeasti arvioida, että yksi liikkumaton mies tuottaa noin 277 tai 878 euron kustannuksen terveydenhuoltoon. Tässä kohtaa on kuitenkin muistettava, että tässä laskelmassa on lukuisia epävarmuustekijöitä ja yleistyksiä, joten lukuja voi pitää ainoastaan suuntaa osoittavina. Epävarmuutta luvuissa aiheuttaa esimerkiksi se, että laskelman taustalla olevat arviot liikkumattomuuden aiheuttamista kustannuksista perustuu kansainvälisiin tutkimuksiin, joissa olosuhteet ovat varsin erilaiset kuin Kymenlaaksossa. Esimerkiksi väestörakenteen eroavaisuuksia ei ole huomioitu näissä laskelmissa. Karkea laskentatapa on kuitenkin ainoa keino hahmottaa käytössä olevalla aineitolla liikkumattomuuden taloudellisia kustannuksia.

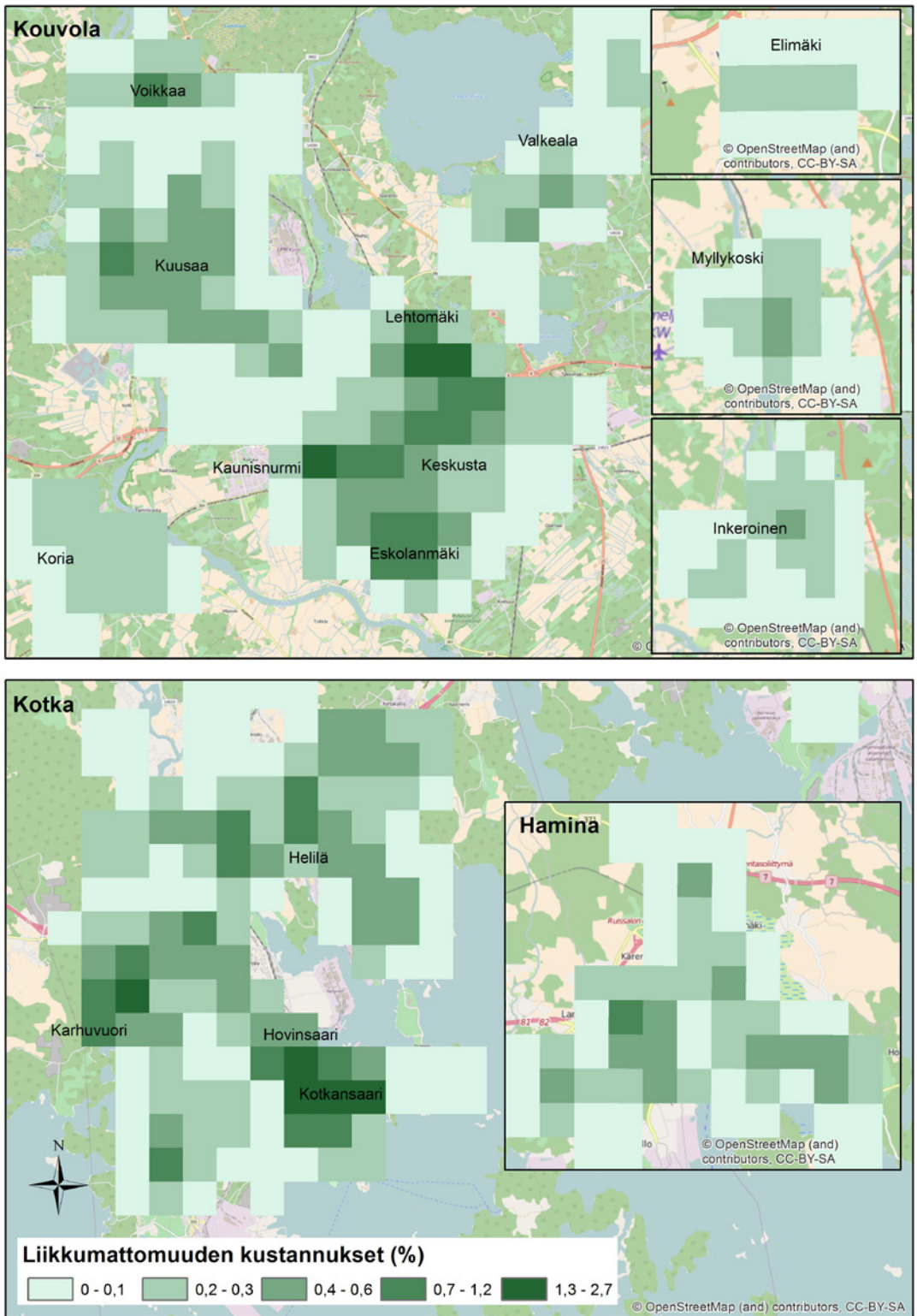
Kuvissa x ja x on havainnollistettu paikallisia eroja liikkumattomuuden aiheuttamissa kustannuksissa 500m*500m väestöruuduissa. Kuvat perustuvat arvioihin yksittäisen liikkumattoman miehen aiheuttamista kustannuksista (THL 2015) ja liikkumattomien miesten lukumääristä väestöruuduittain. Näillä arvioilla voidaan karkeasti laskea, kuinka paljon liikkumattomuus aiheuttaa kustannuksia väestöruuduittain. Tätä tietoa voidaan hyödyntää kohdennettaessa liikkumattomuuden ennaltaehkäisevää työtä. Suurimmillaan yksittäisessä väestöruudussa liikkumattomuus aiheuttaa riippuen laskennassa käytetystä kustannusosuudesta noin 24000 tai 76000 euron kustannuksen. Väestöruutujen välillä on kuitenkin paljon vaihtelua, sillä keskimäärin väestöruuduissa syntyy 2200 tai 7100 euron kustannuksen. Kustannusten jakautuminen kaupunkitilassa on sidoksissa liikkumattomien miesten jakautumiseen, jonka vuoksi suurimmat kustannukset syntyvät

alhaisen sosioekonomisen tason väestörikkaimissa ruuduissa (kuva 17 ja 18). Arvioituja kustannuksia voidaan pitää yhtenä perusteena kohdentaa liikku-
muutta ehkäiseviä toimenpiteitä näille alueille.

Kuva 17. Kartta arvioiduista liikku-
mattomuuden aiheuttamista suorista
kustannuksista 500m*500m väestö-
ruuduittain (€).

Laskennassa käytetty liikkumattomuuden kustannuksena 1,2% terveydenhuollon menoista





Kuva 18. Kartta arvioiduista liikkumattomuuden aiheuttamista suorista kustannuksista 500m*500m väestöruuditin (%).

Taulukko 11 kokoaa yhteen liikkumattomuuden kustannukset alueellisen eriytymisen ryhmissä. Suurin osa liikkumattomuuden kustannuksista on arvion mukaan peräisin keskituloisten ryhmästä, mutta ruutukohtainen kustannus on keskimäärin suurin pienituloisten vuokra-asujien väestöryhmissä.

Taulukko 11. Liikkumattomuuden kustannukset alueellisen eriytymisen ryhmissä.

Muuttuja	Mittari	Keski-tuloiset	Vanhempi väestö	Hyvä-tuloiset	Pieni-tuloiset vuokra-asujat	Ei luokitusta
Suorat kustannukset (alaraja 1,2%)	yhteensä (€)	577981.5	472226.8	91907.3	482846.9	673358.4
	osuus (%)	25.1	20.5	4.0	21.0	29.3
	€/ruutu	770.6	1315.4	444.0	3197.7	-
Suorat kustannukset (yläraja 3,8%)	yhteensä (€)	1830274.7	1495384.8	291039.7	1529015.2	2132301.5
	osuus (%)	25.1	20.5	4.0	21.0	29.3
	€/ruutu	2440.4	4165.4	1406.0	10125.9	-

6.1.5 Terveytensä huonoksi kokevat

Kymenlaaksolaisista miehistä 2,1 prosenttia kokee terveytensä huonoksi. Tämän perusteella voidaan arvioida, että Kymenlaaksossa on noin 860 miestä, jotka kokevat terveytensä huonoksi. Miesten subjektiivinen kokemus omasta terveydestä on myös yhteydessä väestöruutujen sosioekonomiseen asemaan, sillä erilaistumisluokkien välillä on tilastollisia eroja subjektiivisessa kokemuksessa omaan terveyteen (taulukko 12) (Khi2 8,106, p-arvo 0,088). Suhteellisesti suurin osuus terveytensä huonoksi kokevista miehistä asuu vanhemman väestön erilaistumisluokassa, jossa 4,2 prosenttia miehistä kokee terveytensä huonoksi. Toiseksi suurin osuus on pienituloiste vuokra-asujien erilaistumisluokassa, jossa vastaava osuus on 2,5 prosenttia. Alhaisin osuus löytyy hyvätuloisten erilaistumisluokasta, jossa 0,7 prosenttia miehistä kokee terveytensä huonoksi. Erilaistumisluokkien väliset erot johtuvat todennäköisesti vastaajien ikäjakaumasta, sillä vanhemman väestön väestöruuduissa on yli viidesosa yli 60 -vuotiaista vastaajista (Khi2 8,106, p-arvo 0,088)

Taulukko 12. Otoksen pohjalta laskettu arvio terveytensä huonoksi kokevista miehistä alueellisen erilaistumisen luokissa.

Muuttuja	Keskituloiset	Vanhempi väestö	Hyvätuloiset	Pienituloiset
Kokee terveytensä huonoksi erilaistumisluokassa (%)	0.9	4.2	0.7	2.5
Kokee terveytensä huonoksi erilaistumisluokassa (n)	150.1	518.4	30.1	193.5
Kokee terveytensä huonoksi / väestöruutu	0.2	1.4	0.1	1.3
Kokee terveytensä huonoksi koko alueen miehistä (%)	13.0	44.9	2.6	16.8

6.1.6 Positiivinen mielenterveys

Positiivinen mielenterveys on voimavara ja olennainen osa terveyttä ja hyvinvointia. Se on myös tärkeä yksilön hyvinvoinnin ja toimintakyvyn kannalta. Terveysongelmien esiintyvyydessä havaituista tilastollisista eroista huolimatta erilaistumisluokkien välillä ei kuitenkaan ole eroja positiivisen mielenterveyden summamuuttujassa tai summamuuttujan alakvintiilin jakautumisessa erilaistumisluokkiin (taulukko 13). Yksittäisissä muuttujissa erilaistumisluokkien välillä on kuitenkin joitakin tilastollisesti merkitseviä eroja. Tulevaisuuden usko ja läheisyyden tunteminen toisten ihmisten kanssa on erilaistumisluokista alhaisinta pienituloisten vuokra-asujien väestöruuduissa (taulukko 13). Näissä muuttujissa Tukeyn post hoc -testin perusteella pienituloisten väestöruuduissa asuvat eroavat tilastollisesti merkitsevästi hyvätuloisten väestöruuduilla asuvista miehistä.

Taulukko 13. Keskiarvot positiivisen mielenterveyden indikaattorista erilaistumisluokittain (suluissa keskihajonta).

Muuttuja	Keskituloi- set	Vanhempi väestö	Hyvätuloi- set	Pienitulo- set	F/ Khi ²	p- arvo
Positiivinen mielenterveys, summamuuttuja	25,09 (3,90)	24,82 (4,08)	25,37 (3,49)	24,18 (3,94)	1,466	0,210
Positiivinen mielenterveys, summamuuttuja alakvintiili (%)	20,7	21,0	14,7	26,3	4,856	0,302
Olen toiveikas tulevaisuuteni suhteen	3,96 (0,86)	3,92 (0,88)	4,14 (0,77)	3,81 (0,97)	2,399	0,049
Olen tuntenut itseni hyödylliseksi	3,93 (0,86)	3,88 (0,89)	4,03 (0,76)	3,73 (0,97)	1,778	0,131
Olen pystynyt rentoutumaan	3,73 (1,01)	3,77 (0,99)	3,94 (0,82)	3,71 (1,03)	1,155	0,329
Olen käsitellyt ongelmiani	3,53 (1,03)	3,50 (1,03)	3,49 (1,00)	3,58 (1,26)	0,450	0,772
Olen ajatellut selkeästi	3,97 (0,87)	3,97 (0,85)	4,01 (0,80)	3,98 (0,94)	0,280	0,891
Olen tuntenut läheisyyttä toisten ihmisten kanssa	4,12 (0,87)	3,97 (0,86)	4,18 (0,81)	3,85 (0,87)	2,779	0,026
Olen pystynyt tekemään päätöksiä asiointani	4,33 (0,77)	4,26 (0,77)	4,36 (0,69)	4,12 (0,86)	1,888	0,110

6.1.7 Yhteisöllisyys

Yhteisöllisyys on myös voimavara ja olennainen osa terveyttä ja hyvinvointia. Yhteisöllisyys voi toimia resurssina terveellisille elämäntavoille. Yhteisöllisyyden tunteessa on selkeitä eroja alueellisen erilaistumisluokkien välillä (taulukko 14). Yhteisöllisyyden tunne on korkein hyvätuloisten väestöruuduissa ja alhaisin pienituloisten ja vanhemman väestön väestöruuduissa asuvilla miehillä. Erilaistumisluokkien väliset erot ovat samansuuntaiset myös läheisten ihmisten lukumäärässä harrastuksissa ja harrastuksissa, naapurustossa ja työpaikalla. Erilaistumisluokat eivät poikkea toisistaan sosiaalisen median yhteisöjen lukumäärissä eikä läheisten ihmisten merkityksessä terveellisten elämäntapojen tukena.

Taulukko 14. Keskiarvot yhteisöllisyyttä kuvaavista muuttujista erilaistumisluokittain.

Muuttuja	Keski- tulokset	Van- hempi väestö	Hyvätuloiset	Pienituloiset	F/Khi ²	p-arvo
Yhteisöllisyyden tunne, summa- muuttuja	3,68	3,42	3,78	3,32	43,794	<0,001
Läheisten ihmisten lukumäärä naapurustossa	1,9	1,3	1,9	2,0	2,818	0,038
Läheisten ihmisten lukumäärä harrastuksissa	7,6	8,3	10,1	6,2	2,319	0,074
Sosiaalisen median yhteisöjä	1,1	1,2	1	0,9	0,649	0,584
Läheisten ihmisten lukumäärä naapurustossa, harrastuksissa ja työpaikalla (ka)	5,7	5,2	6,2	5,1	2,859	0,036
Läheisten ihmisten merkitys ter- veellisten elämäntapojen tukena	3,7	3,6	3,7	3,6	0,843	0,471

6.2 Terveysongelmien spatiaalinen kasautuminen

Miesten terveysongelmien spatiaalista kasautumista tutkitaan seuraavaksi spatiaalisen autokorrelaation indekseillä. Näiden indeksien avulla on tarkoitus kuvata miesten terveysongelmien spatiaalista sijoittumista kaupunkitilassa ja tunnistaa Kymenlaaksosta terveysongelmien kasaumat.

Spatiaalisesti autokorreloituneessa ilmiössä havaintoyksiköt ja niiden saamat arvot kyseisellä muuttujalla eivät ole toisistaan riippumattomia, vaan kunkin havainnon arvoon vaikuttavat viereisten havaintoyksiköiden arvot. Miesten terveysongelmia tarkasteltaessa tämä tarkoittaa samankaltaisen terveyskäyttäytymisen kasautumista viereisiin väestöruutuihin. Spatiaalinen autokorrelaatio voidaan ymmärtää muuttujan korrelaationa itsensä kanssa maantieteellisessä tilassa (Griffith 2003). Se voidaan ymmärtää myös muuttujan arvojen välisenä suhteena, joka johtuu tavasta jolla vastaavat alueyksiköt ovat järjestäytyneet tai järjestetty tasopinnalle (Griffith 1987, 11). Monet sosioekonomiset ja yleensäkin yhteiskuntatieteelliset muuttujat ovat spatiaalisesti autokorreloituneita, koska aineistoon voivat vaikuttaa erilaiset maantieteellisesti vuorovaikutteiset prosessit, jotka levittävät tutkittavaa ilmiötä läheisille alueille (Odland 1988, 13). Oletettavasti myös miesten terveyskäyttäytyminen kasautuu väestöruuduissa sosioekonomisten terveyserojen ja asutokannan aiheuttaman valikoitumisen myötä.

Globaalin spatiaalisen autokorrelaation indeksi Moran I tukee spatiaalista tarkastelua, sillä terveysongelmien esiintyvyys väestöruuduissa on positiivista mielenterveyttä ja yhteisöllisyyden tunnetta lukuun ottamatta spati-

aalisesti autokorreloitunutta (taulukko 15). Näissä muuttujissa spatiaalinen autokorrelaatio on heikkoa eikä voimakasta kasautumista siten ole havaittavissa.

Taulukko 15. Spatialisen autokorrelaation Moranin I indeksin arvot painomatriisittain.

Muuttuja	Spatiaalinen painomatriisi		
	k-lähimmät 4	k-lähimmät 6	k-lähimmät 8
Liikkumattomuus	0,373 ***	0,338 ***	0,322 ***
Painoindeksi >30	0,369 ***	0,335 ***	0,321 ***
Juo yli 6 alkoholi annosta viikoittain	0,417 ***	0,386 ***	0,374 ***
Tupakoi päivittäin	0,409 ***	0,377 ***	0,366 ***
Tuntee terveytensä huonoksi	0,468 ***	0,427 ***	0,421 ***
Positiivinen mielenterveys	0,022	0,028 *	0,026 *
Yhteisöllisyyden tunne	0,019	0,023	0,024 *

* <0,05, ** <0,01, *** <0,001

Miesten terveyskäyttäytymisen spatiaalisia kasaumia mallinnetaan lokaalilla spatiaalisen autokorrelaation indeksillä (eng. Local indicator of spatial autocorrelation, LISA) (ks. Anselin 1995). Lokaali spatiaalinen autokorrelaatio mahdollistaa terveysongelmien paikallisten kasautumisen tutkimisen sekä yksittäisten ympäristöstään poikkeavien väestöruutujen tunnistamisen. Tilastollisesti satunnaisesta spatiaalisesta jakautumisesta poikkeavat havaintoyksiköt jaetaan LISA-indikaattorissa neljään ryhmään. Korkea-korkea (HH) ryhmään kuuluvissa väestöruuduissa on yhdessä ympäröivien väestöruutujen kanssa korkea esiintyvyys terveysongelmissa. Vastaavasti matala-matala (LL) ryhmään kuuluvat väestöruudet ympäröivine väestöruutuineen saavat matalia arvoja terveysongelmien esiintyvyyttä kuvaavissa indikaattoreissa. Matala-korkea (LH) ryhmään kuuluvissa väestöruuduissa terveysongelmien esiintyminen on alhaisempaa kuin ympäröivissä väestöruuduissa. Ryhmässä korkea-matala (HL) väestöruudun terveysongelmien esiintyminen on vastaavasti korkeampaa kuin ympäröivissä väestöruuduissa. Paikallisen autokorrelaation tuloksia tulkittaessa on syytä muistaa, että ryhmiä kuvattaessa LISA -ryhmillä vain keskusväestöruutu on esitetty ryhmää kuvaavalla värillä, vaikka myös keskusruutua ympäröivissä väestöruuduissa terveysongelmien esiintyvyys on korkea (Anselin 1995). LISA -ryhmiin kuuluvat väestöruudet ovat tilastollisesti merkitseviä, koska niiden esiintyminen satunnaisesti järjestetyssä aineistossa on hyvin epätodennäköistä (Messner et al. 1999, 426).

Spatiaalisesti miesten terveysongelmien kasautumista tarkastellaan seuraavaksi rinnakkaiskuviolla tutkimalla terveysindikaattorien spatiaalista kasautumisen keskinäisiä riippuvuuksia. LISA-ryhmiä kuvataan kuvassa 19 rinnakkaiskuviolla samalla tavalla kuin miesten terveysongelmia kuvassa 6. Näitä kuvia vertailemalla nähdään, että spatiaalisesti terveysongelmien esiintyvyyden kasautuminen on huomattavasti yksilötasoa voimakkaampaan. Kuva 19 sisältää vain 21 erilaista LISA-ryhmien kombinaatiota miesten terveysongelmien spatiaalisesta kasautumisesta. Siten spatiaalisesti

terveysindikaattoreissa on huomattavasti vähemmän vaihtelua kuin yksilötasolla, jolla kombinaatioita muodostui 128 erilaista kombinaatiota.

Väestöruututasolla terveysongelmat näyttävät spatiaalisesti kasautuvan, sillä 94 väestöruutua kuuluu LISA-indikaattorilla jokaisella terveysindikaattorissa HH-ryhmään. Prosentuaalisesti nämä väestöruudut muodostavat noin 6 prosenttia analyysissä mukana olleista väestöruuduista. Rinnakkaiskuvion perusteella suurin osa väestöruuduista ei kuulu yhteenkään terveysongelmien spatiaaliseen kasaumaan (kuva 19). Näitä väestöruutuja on Kymenlaaksossa 1312 eli 89 prosenttia analyysissä mukana olleista väestöruuduista. Muut kombinaatiot ovat suhteellisen harvinaisia (kuva 19). Esimerkiksi kolmanneksi yleisimpään kombinaatioon kuuluu yhteensä 12 väestöruutua. Nämä ruudut kuuluvat jokaisella terveysindikaattorilla LH-ryhmään eli väestöruutuihin, joissa terveysongelmien esiintyvyys on vähäisempää kuin ympäröivillä väestöruuduilla.

Kuva 19. Rinnakkaiskuvio väestöruutujen LISA-indeksistä terveysindikaattoreissa.



sin tuloksissa. Kuvassa 20 visualisoidaan kategorisen ryhmittelyanalyysin tulokset LISA-ryhmistä, jossa ryhmien lukumääräksi on asetettu 3. Käytetty k-modes menetelmä on laajennus k-means -ryhmittelyanalyysistä (ks. Menetelmä Huang 1997), ja se mahdollistaa terveysindikaattorien LISA-ryhmien edelleen ryhmittelmissä.

Yleisin kategorisessa ryhmittelyanalyysissä muodostuva ryhmä rakentuu terveysongelmien spatiaalisen autokorrelaation ei-merkitsevistä väestöruuduista. Tämä ryhmä muodostuu 1336 väestöruudusta eli noin 92 prosentista väestöruutuista. Tyypillinen väestöruutu tässä ryhmässä kuuluu jokaisella terveysindikaattorilla spatiaalisen autokorrelaation ei-merkitsevään ryhmään. Kategorisessa ryhmittelyssä toiseksi yleisimmälle HH ryhmälle on tyypillistä väestöruutujen kuuluminen HH ryhmään jokaisella terveysindikaattorilla. Siten väestöruudulle kasautuu kaikki miesten terveysongelmat. Niinpä tämä ryhmä voidaan nimetä monitasoiseksi terveysongelmien

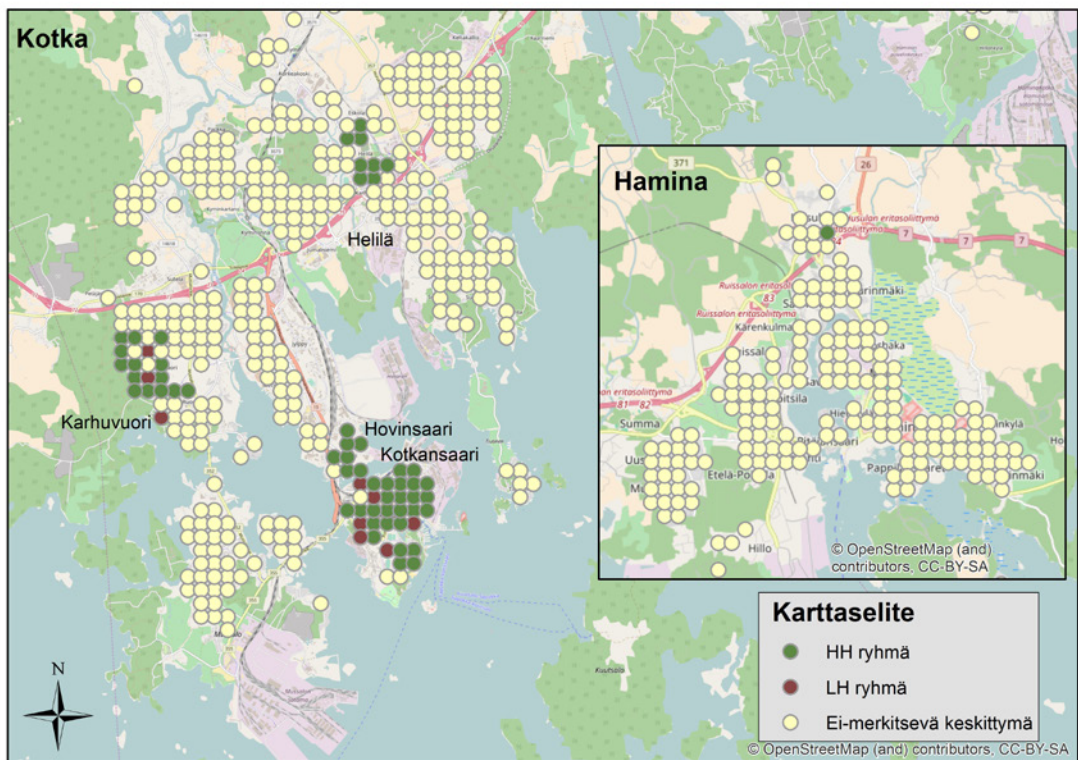
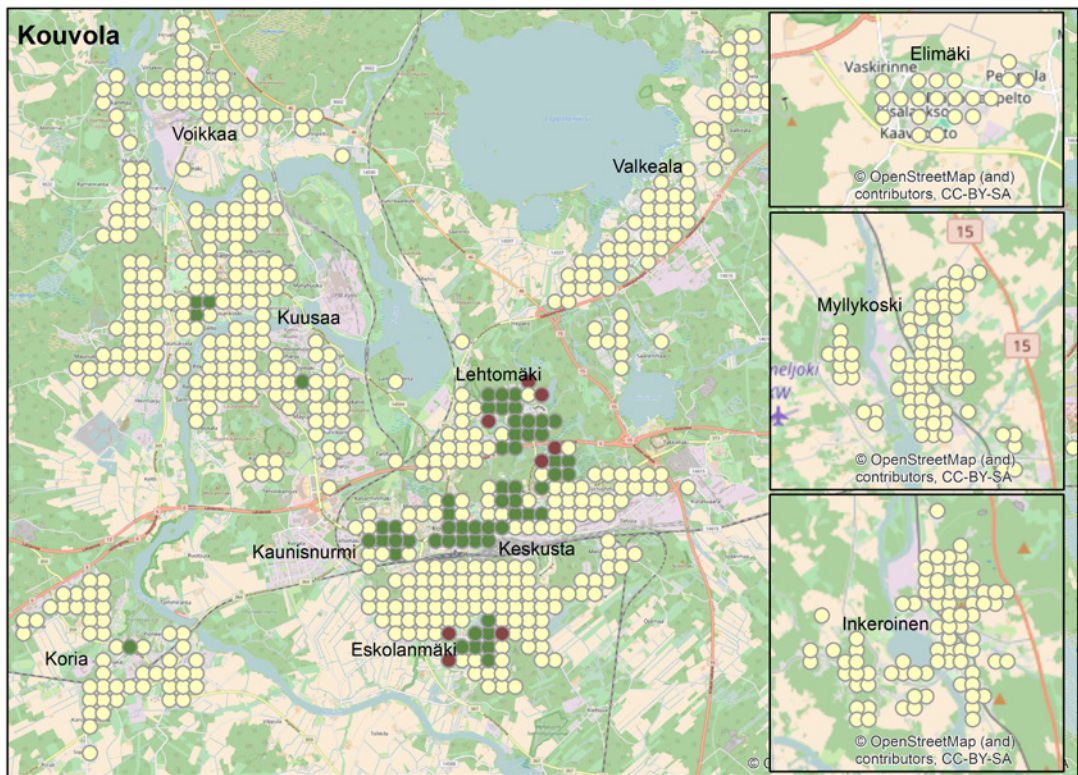
keskittymäksi. Tähän ryhmään kuuluu yhteensä 111 väestöruutua. Kolmas ryhmä, LH-ryhmä, on kooltaan pieni, sillä siihen kuuluu vain 20 väestöruutua. Vähäinen lukumäärä kuvastaa sitä, että hybridimuodostumat ovat aineistossa harvinaisia.

Kuva 20 visualisoi kategorisen ryhmittelyanalyysin ryhmien spatiaalisen sijoittumisen väestöruuduissa. Tutkimusalueella Kymenlaaksossa monitasoisten terveysongelmien keskittymät sijoittuvat selkeästi vain tietyille alueille, joissa ne muodostavat useampien väestöruutujen muodostamia suurempia ryhmittymiä. Näiden kasaumien ympäristöön sijoittuvat LH-ryhmän väestöruudut (kuva 20). Monitasoisten terveysongelmien keskittymä varmistuu BB-join count testillä, joka osoittaa, että monitasoiset ongelmaruudut sijoittuvat toistensa läheisyyteen selkeämmin kuin spatiaalinen satunnaisuus antaisi olettaa (Std. deviate for HH =36.1, p-value <0,001; Std. deviate for LH=6.3, p-value <0,001; Std. deviate for nonsignificant=17.6, p-value <0,001). Kuva 20 todentaa, että monitasoiset ongelmaruudut keskittyvät tietyihin asuinalueisiin, jotka kuuluvat pääosin pienituloisten vuokra-asujien tai vanhemman väestön erilaistumisluokkiin. Nämä mainitut erilaistumisluokat kattavat 85 prosenttia monitasoisista terveysongelma väestöruuduista. Epätasainen jakautuminen näkyy myös erilaistumisluokkien sisällä, sillä pienituloisten vuokra-asujien väestöruuduista peräti 31,8 prosenttia kuuluu monitasoisten terveysongelmien ryhmään (taulukko x). Näin tulokset osoittavat alueellisen erilaistumisen kuvastavan osaltaan myös terveysongelmien paikallista kasautumista.

Taulukko 16. Kategorisen ryhmittelyanalyysin ryhmien jakautuminen alueellisen erilaistumisen luokissa (%).

Muuttuja	Keskituloiset	Vanhempi väestö	Hyvätuloiset	Pienituloiset	Khi ²	p-arvo
HH ryhmä	2.3	13.6	0.0	31.8	196,6	<0,001
LH ryhmä	0.8	1.7	2.4	0.0		
Ei-merkitsevä ryhmä	96.9	84.7	97.6	68.2		

Tilastoja kategorisen ryhmittelyanalyysin ryhmien terveystilasta on koottu taulukkoon 17. HH-ryhmässä on ainoana ryhmänä terveysongelmat yliedustettuina, jos niiden esiintymistä verrataan ryhmän miesten osuuteen kokoväestöstä. Esimerkiksi liikkumattomista miehistä 30 prosenttia asuu HH-ryhmän ruuduissa, vaikka ryhmän väestöruuduilla asuu miehistä 25,3 prosenttia. Miehistä 74 prosenttia miehistä asuu ei-merkitsevillä ruuduilla, joilla terveysongelmien esiintyvyys on selvästi alle tämän osuuden (taulukko 17). Esimerkiksi liikkumattomista miehistä tämän ryhmän väestöruuduissa asuu 69 prosenttia.



Kuva 20. Monitasoisten terveysongelmien sijoittuminen Kymenlaaksossa.

Taulukko 17. Tilastoja kategoristen ryhmien terveystyötytymisestä.

Muuttuja	HH ryhmä		LH ryhmä		Ei-merkitsevä ryhmä	
	n	%	n	%	n	%
Väestöruutuja	111	7,5	20	1,4	1 336	91,1
Miesten lukumäärä	10 407	25,3	224	0,5	30 433	74,1
Liikkumattomat	1 840	30,5	29	0,5	4 157	69,0
Painoindeksi>30	2 082	27,3	35	0,5	5 519	72,2
Juo viikoittain yli 6 alkoholiannosta	2 339	28,4	43	0,5	5 842	71,0
Tupakoi päivittäin	3 661	28,1	66	0,5	9 319	71,4
Tuntee terveytensä huonoksi	324	44,6	6	0,8	397	54,6
Positiivinen mielenterveys	4 015	35,5	53	0,5	7 241	64,0
Yhteisöllisyyden tunne	2 406	27,7	44	0,5	6 243	71,8

6.3 Miesten halukkuus osallistua ohjaukseen terveystottumusten muuttamiseksi

Kymenlaaksolaisista miehistä eli 56,4 prosenttia haluaisi osallistua ohjaukseen, jossa parannetaan heidän terveystottumuksia. Lukumäärällisesti ohjaukseen haluaisi osallistua noin 23 140 miestä. Ohjaukseen haluavien joukko on suuri, ja on siten selvää, että yksilöllisillä ohjausmenetelmillä ei voida tavoittaa näin suurta joukkoa. Suuri ohjaukseen haluavien lukumäärä korostaa tarvetta yhteisöllisille menetelmille, joissa voidaan vähäisin kustannuksin tavoittaa suuri joukko miehiä. Ohjaukseen osallistumishalukkuus ei ole yhteydessä alueelliseen erilaistumisluokkaan eikä siten halu osallistua terveystottumusten muuttamiseen tähtäävään ohjauksen vaihtelevien luokkien kesken (Khi2 2,663, p-arvo 0,616). Kaikissa erilaistumisluokissa ohjaukseen haluavien miesten osuudet vaihtelevat noin 54–64 prosentin välillä (taulukko 18).

Taulukko 18. Otoksen pohjalta laskettu arvio miesten halukkuudesta osallistua ohjaukseen terveystottumusten muuttamiseksi alueellisen erilaistumisen luokissa ja HH ryhmässä.

Muuttuja	Keskituloiset	Vanhempi väestö	Hyvätuloiset	Pienituloiset	HH-ryhmä (Monitasoiset terveysongelmat)
Haluaa osallistua ohjaukseen erilaistumisloukassa (%)	55.9	53.5	56.5	64.1	54.7
Haluaa osallistua ohjaukseen erilaistumisloukassa (n)	9322.4	6603.0	2432.3	4961.3	5692.6
Haluaa osallistua ohjaukseen/väestöruutu	12.4	18.4	11.8	32.9	51.2
Haluaa osallistua ohjaukseen koko alueen miehistä (%)	29.9	21.2	7.8	15.9	18.2

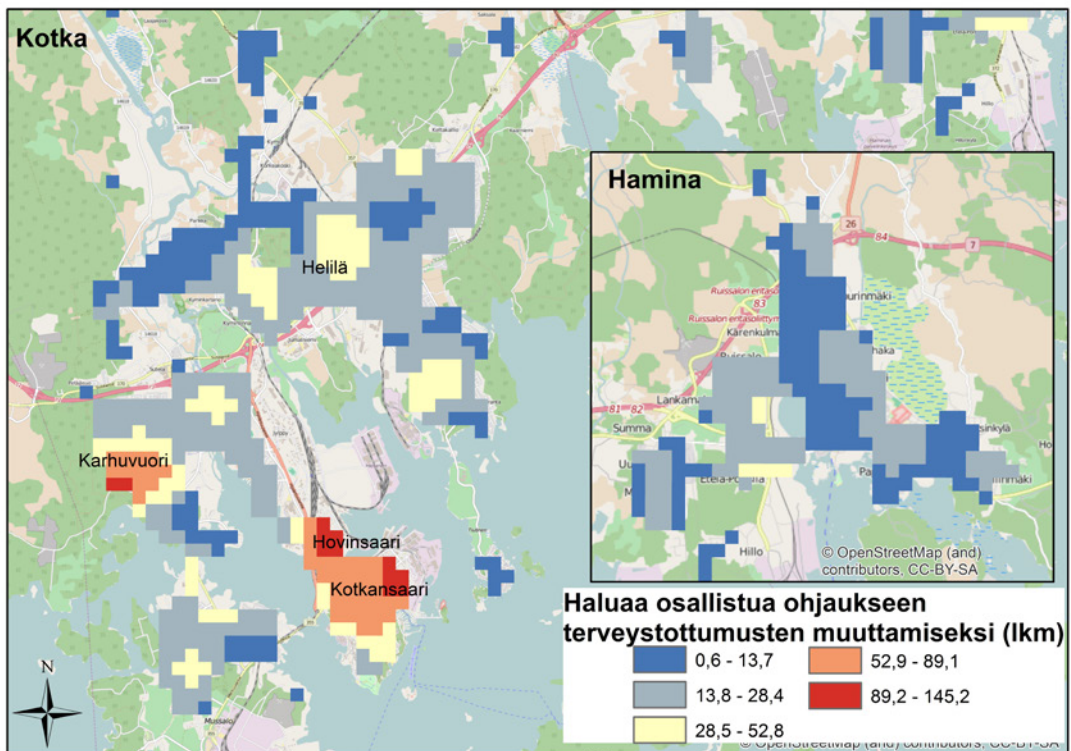
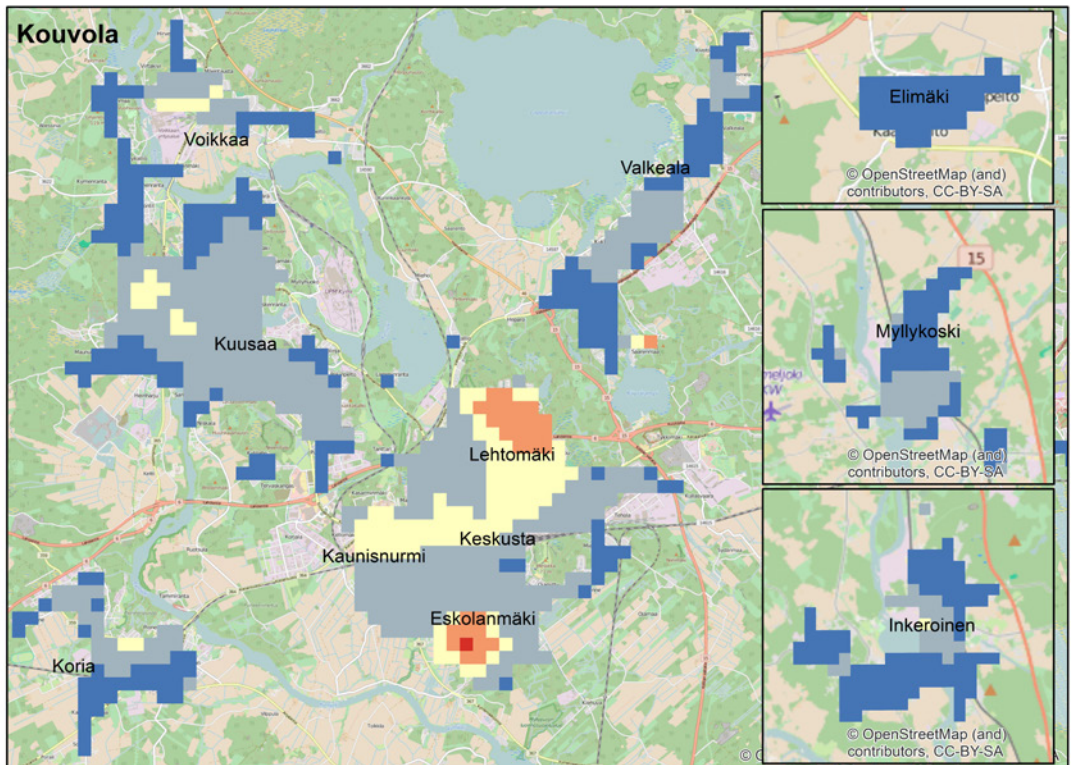
Lukumäärällisesti eniten erilaistumisloukista ohjaukseen haluavia asuu keskituloisten väestöruuduissa (taulukko 18). Näissä väestöruuduissa asuu noin 30 prosenttia ohjaukseen haluavista miehistä. Toiseksi eniten ohjaukseen haluavia on vanhemman väestön väestöruuduissa, joissa asuu noin 21 prosenttia ohjaukseen haluavista miehistä. Erilaistumisloukkien välinen järjestys muuttuu, jos tarkastellaan ohjaukseen haluavien esiintyvyyttä väestöruuduissa. Ohjaukseen haluavien esiintyvyys on suurin pienituloisten vuokra-asujien väestöruuduissa, joissa on keskimäärin 32 ohjaukseen haluavaa miestä. Kaikista suurin esiintyvyys on kuitenkin monitasoisten terveysongelmien väestöruuduissa, joissa esiintyvyys on peräti 51 miestä/väestöruutu. Nämä väestöruudut ovat selkeitä tihentymiä ohjaukseen haluavien lukumäärissä, vaikka niiden osuus ohjaukseen haluavista miehistä koko Kymenlaaksossa jää alle 20 prosenttiin (taulukko 18).

Paikalliset erot ohjaukseen haluavien lukumäärissä ovat suuret, vaikka halukkuus ohjaukseen ei ollut yhteydessä alueelliseen erilaistumisloukkaan (kuva 21). Väestötiheyksien vaihtelun myötä ohjaukseen haluavien paikalliset kasaumat muodostuvat samoille alhaisen sosioekonomisen taustan asuinalueille kuin terveysongelmien esiintyvyydessäkin (kuva 21). Kartta osoittaa, että terveysongelmien paikallisissa kasaumissa halutaan osallistua omien terveystottumusten muuttamiseen. Yhteisöllisten menetelmien interventtioiden kannalta tämä on myönteistä, koska näissä kasaumissa voitaneen tavoittaa miehiä tehokkaasti. Kasaumia ohjaukseen haluavissa esiintyy Kotkassa Kotkansaarella ja Karhuvuoressa ja Kouvolassa Eskolanmäellä ja Lehtomäellä (kuva 21).

Pääsääntöisesti terveysongelmia kokevilla miehillä halukkuus osallistua terveystottumusten muuttamiseen ei vaihtelee alueellisen erilaistumisen luokissa (taulukko 19). Poikkeuksena on kuitenkin tupakointi, jossa pienituloisten vuokra-asujien väestöruuduissa huomattavasti muita erilaistumisluokkia suurempi osuus miehistä haluaisi osallistua ohjaukseen terveystottumustensa muuttamiseen. Pienituloisten vuokra-asujien väestöruuduissa tupakoivista miehistä noin 69 prosenttia miehistä haluaa osallistua ohjaukseen. Tämä on esimerkiksi yli 25 prosenttia suurempi kuin vanhemman väestön väestöruuduissa asuvilla tupakoivilla miehillä, joista 42 prosenttia haluaisi osallistua ohjaukseen terveystottumusten muokkaamiseksi.

Taulukko 19. Otoksen pohjalta laskettu arvio miesten halukkuudesta osallistua ohjaukseen terveystottumusten muuttamiseksi alueellisen erilaistumisen luokissa (%).

Muuttuja	Keskituloiset	Vanhempi väestö	Hyvätuloiset	Pienituloiset	Khi ²	p-arvo
Alkoholin riskikäyttö	57,5	58,1	60,2	67,9	1,980	0,577
Tupakointi	52,7	42,4	56,8	68,8	9,123	0,028
Lihavuus	56,5	55,0	54,2	63,2	1,443	0,696
Liikkumattomuus	48,0	54,8	80,0	66,7	3,700	0,296
Positiivinen mielenterveys	55,8	64,6	52,4	76,2	3,435	0,329
Yhteisöllisyyden tunne	48,6	57,5	38,9	61,5	3,316	0,345



Kuva 21. Keskiarvo liikunnallisesti inaktiivisista miehistä, jotka haluaisivat elintapaohjausta, yksittäisessä väestörueudessa ja sitä ympäröivissä rueuduissa.

6.4 Miesten terveyserot Kymenlaaksossa kaupunki- ja maaseutuluokissa

Useissa tutkimuksissa saatu viitteitä alueellisen erilaistumisen kasvusta maassamme (Kainulainen ym. 2001; Viljanen 2001; Lehtonen & Tykkyläinen 2013). Stakesin Kahtia jakautuva Suomi? –tutkimuksessa (Kainulainen ym. 2001) kunnat jakautuivat kuntalaisten hyvinvoinnin suhteen kolmeen pääryhmään, joiden väliset erot olivat kasvussa. Kaupunkikuntiin kasautui materiaalista hyvinvointia keskimääräistä enemmän, mutta niissä esiintyi myös psykososiaalisia ongelmia enemmän kuin muualla. Harvaan asutulle maaseudulle tyypillistä oli puolestaan huono elintaso ja psykososiaalisten ongelmien yleisyys. Kolmannen ryhmän muodostivat kaupungin läheisen maaseudun kunnat, joita luonnehtivat kohtuullinen elintaso ja vähäiset psykososiaaliset ongelmat. Hyvinvointitutkimuksissa on todettu, että maaseutualueilla on kaupunkialueita enemmän ongelmia koetussa hyvinvoinnissa, pitkäaikaissairastavuudessa sekä kuolleisuudessa (Karvonen & Kauppinen 2009).

Alueelliset terveyserot eivät ole tutkimusten perusteella niin huomattavia kuin hyvinvointierot vaikka terveyseroja on tutkittu hyvinvointieroja vähemmän. Tutkimusten perusteella huono terveys ja epäedullinen terveyskäyttäytyminen ei yksioikoisesti kasaudu tietyille alueille, sillä alueiden sisällä on sekä huonon ja hyvän terveyden alueita (Hyvinvointipalvelujen teemaryhmä 2003). Tarkemmissa tutkimuksissa on havaittu myös joitakin merkkejä kaupunki- ja maaseutualueiden terveyseroista. Tuoreessa väitöstudiumissa havaittiin, että huonoksi koettua terveyttä esiintyi enemmän harvaan asutuilla maaseutumaisilla alueilla kuin kaupunkimaisilla alueilla (Lankila 2014). Samassa tutkimuksessa todettiin, että miesten kohdalla huonoksi koettu terveys harvaan asutulla alueella selittyi psykososiaalisilla ja terveyskäyttäytymiskijöillä, kun taas naisilla syy huonoksi koettuun terveyteen haja-asutusalueella jäi epäselväksi. Lisäksi kuntakeskustäisyyden ja paikallisen väentihyden havaittiin olevan yhteydessä ihmisten painoindeksiin siten, että etäämmällä keskustoista ja harvaan asutuilla alueilla asuvilla painoindeksi oli korkeampi kuin keskustan lähellä ja tiheästi asutuilla alueilla asuvilla (Lankila 2014). Toisen tutkimuksen mukaan kaupunkimaisissa kunnissa liikutaan enemmän ja syödään terveellisemmin kuin maaseudulla (Prättälä & Paalanen 2007, 86). Maaseudulla asuvat aikuiset myös altistuvat tutkimuksen mukaan todennäköisemmin ylipainolle ja lihavuudelle verrattuna kaupungeissa asuviin aikuisiin (Prättälä & Paalanen 2007). Asuinpaikka maaseudulla on heijastunut myös korkeampaan tupakointiin sekä riskialttiimpaan alkoholin käyttöön (Doescher ym. 2006; Borders & Booth 2007).

Seuraavaksi tarkastelemme kaupunki- ja maaseutuluokkien välisiä eroja terveysindikaattoreissa ja terveyskäyttäytymisessä. Myöhemmin tässä raportissa paneudutaan paikallisiin terveyseroihin väestöryhmillä.

6.4.1 Kaupunki- ja maaseutuluokkien väliset erot terveysindikaattoreissa

Keskimäärin maaseutualueilla asuvat kokevat terveytensä paremmaksi kuin kaupunkialueilla asuvat miehet (taulukko 20). Tulos eroaa siten aikaisemmasta tutkimuksesta, jossa ero kaupunki- ja maaseutualueiden välillä oli toisin päin (Lankila 2014). Tosin huonoksi terveytensä kokevia on suhteellisesti enemmän maaseutualueilla kuin kaupunkialueilla, mutta ero ei ole tilastollisesti merkitsevä (taulukko 20). Molemmissa alueluokissa noin 2 prosenttia miehistä koki terveytensä huonoksi. Ero koetussa terveydessä koskettaa siis niitä miehiä, jotka eivät koe terveyttään huonoksi. Kaupunki- ja maaseutualueet eivät eroa toisistaan myöskään painoindeksin suhteen (taulukko 20). Eroja ei ole myöskään lihavien miesten osuudessa luokittain (taulukko 20). Tulokset kaupunki ja maaseutuluokissa viittaavat heikkoihin eroihin myös positiivisessa mielenterveydessä. Keskiarvojen perusteella positiivinen mielenterveys on korkeampaa kaupungeissa asuvilla kuin maaseudulla asuvilla (taulukko 20).

Lukumäärällisesti terveysongelmat näyttävät kuitenkin keskittyvän väestörikkkaammille kaupunkialueille. Osuuksien perusteella on kaupunkialueilla 863 terveytensä huonoksi kokevaa miestä kun vastaava luku maaseutualueilla on 268 miestä. Lihaviin lukumäärissä erot ovat myös suuret: arvio kaupunkialueilla on 7814 lihavaa miestä ja maaseutualueilla 2262 lihavaa miestä.

Taulukko 20. Terveyden tilan indikaattorit kaupunki-maaseutu -luokittain.

Indikaattori	Kaupunki-maaseutu -luokitus			
	Kaupunki	Maaseutu	testisuure	p-arvo
Koettu terveys	2,042	2,227	-2,594	0,010
Huonoksi terveytensä kokevat (%)	2,0	2,3	0,089	0,811
Painoindeksi	26,581	26,728	-0,469	0,639
Lihavat (%)	18,1	19,4	0,249	0,618
Positiivinen mielenterveys	27,672	27,247	1,540	0,124

Koetussa terveydessä on kaupunki- ja maaseutuluokkien välillä tilastollisesti merkitseviä eroja ($F=1,984$ p-arvo 0,065). Terveytensä kokevat parhaimmaksi maaseudun paikalliskeskuksissa sekä kaupunkien läheisellä maaseudulla asuvat miehet (taulukko 21). Alimmaksi terveytensä kokevat kaupungin kehysalueella, harvaan asutulla maaseudulla sekä ulommalla kaupunkialueella asuvat miehet. Post hoc -testin perusteella juuri kaupunkien läheisellä maaseudulla asuvien miesten koettu terveys on korkeampaa kuin kaupungin kehysalueella asuvien miesten (p-arvo 0,080). Muiden luokkien välillä erot eivät ole luokkavertailujen perusteella merkitseviä.

Varianssianalyysin tulokset viittaavat siihen, että kaupunki ja maaseutuluokkien välillä voisi olla eroja myös painoindeksissä ($F=1,719$, p -arvo $0,113$). Keskimäärin korkeimmat painoindeksit sijoittuvat kaupunkien läheiselle maaseudulle sekä harvaan asutulle maaseudulle (taulukko 21). Kaupunki- ja maaseutuluokkien välisiä eroja vähentää se, että myös ulommalla kaupunkialueella painoindeksi on korkea (taulukko 21). Eniten näistä luokista poikkeavat sisempi kaupunkialue sekä maaseudun paikalliskeskus, joissa painoindeksin arvot ovat matalimmat. Tosin näissäkin luokissa keskiarvot ovat yli 25, joka viittaa lievään ylipainoon. Post hoc -testin perusteella juuri sisempi kaupunkialue eroaa ulommasta kaupunkialueesta (p -arvo $0,076$) ja maaseudun paikalliskeskuksesta (p -arvo $0,146$). Positiivisessa mielenterveydessä ole tilastollisia eroja alueluokkien välillä ($F=0,931$, p -arvo $0,472$).

Taulukko 21. Terveysindikaattorit kaupunki-maaseutu –luokittain.

Indikaattori	Kaupunki-maaseutu –luokitus						
	Sisempi kaupunki-alue	Ulompi kaupunki-alue	Kaupungin kehysalue	Maaseudun paikalliskeskus	Kaupunkien läheinen maaseutu	Ydinmaaseutu	Harvaan asututtu maaseutu
Koettu terveys	2,09	2,05	1,95	2,44	2,29	2,14	2,04
Painoindeksi ka.	25,52	26,84	26,66	25,87	27,00	26,52	27,39
Painoindeksi yli 30 (%)	15,1	17,7	19,6	18,5	19,4	16,7	27,3
Positiivinen mielenterveys	27,10	27,77	27,87	27,18	27,23	27,24	27,50

6.4.2 Kaupunki ja maaseutuluokkien väliset erot terveyskäyttäytymisessä

Yleisesti kaupunkien ja maaseudun asukkaiden välillä ei näytä olevan tilastollisia eroja terveyskäyttäytymisen indikaattoreissa (taulukko 22). Ainoa muuttuja, jossa kaupungin ja maaseudun välinen ero lähestyy 10 prosentin merkitsevyys rajaa, on liikunnallisesti inaktiivisten osuus (taulukko 22). Tämä osuus on maaseudulla 2,5 prosenttiyksikkö suurempi kuin kaupunkialueilla. Tämän perusteella asuinpaikan luokitus maaseudulla tai kaupungissa ei heijastu eroihin miesten liikuntakäyttäytymisessä, alkoholin käytössä tai tupakoinnissa. Kaupunki ja maaseutualueiden väliset erot miesten lukumäärissä kuitenkin johtavat siihen, että ongelmallinen terveyskäyttäytyminen kasautuu kaupunkialueille. Lukumäärällisesti liikunnallisesti inaktiivisia miehiä on kaupunkialueilla otoksen keskiarvon perusteella laskettuna 5 871 kun puolestaan maaseutualueilla otoksen perusteella inaktiivisia on 1 877. Samoin tupakoivia sekä audit c -indeksin perusteella alkoholin riskikäyttäjiä on kaupunkialueilla huomattavasti maaseutua enemmän.

Kaupunkialueilla tupakoitsijoita arvioidaan olevan 15 800 ja alkoholin riskikäyttäjii jopa 21 111. Maaseutualueiden vastaavat luvut ovat 3 988 tupakoitsijaa ja 5 445 alkoholin riskikäyttäjää.

Taulukko 22. Terveyskäyttäytymistä kuvaavat indikaattorit kaupunki-maaseutu –luokittain.

Indikaattori	Kaupunki-maaseutu -luokitus			
	Kaupunki	Maaseutu	testisuure	p-arvo
Liikunnan harrastamisen määrä	3,311	3,450	-1,054	0,292
Liikunnallisesti inaktiiviset (%)	13,6	16,1	1,064	0,175
Alkoholin käyttö (audit c)	8,030	8,013	-0,080	0,936
Alkoholin riskikäyttäjät (%)	48,9	46,7	0,357	0,300
Tupakointi (%)	36,6	34,2	0,471	0,519

Kaupunki-maaseutu -luokituksessa alueluokkien välillä ei ole eroja liikunnan harrastamismäärissä ($F=0,884$, p-arvo 0,506). Luokkien välillä ei ole eroja myöskään liikunnallisesti inaktiivisten osuudessa ($Khi2=4,100$, p-arvo 0,663). Alkoholin käyttöä mittaavassa audit c –indeksissä on viitteitä siitä, että luokkien välillä olisi eroja ($F=1,584$, p-arvo 0,148). Tähän viittaa heikosti myös luokkien väliset erot alkoholin riskikäyttäjien osuudessa ($Khi2=7,916$, p-arvo 0,244). Eniten alkoholin käyttöä sekä riskikäyttäjii on maaseudun paikalliskeskuksessa ja sisemällä kaupunkialueella. Nämä luokat eroavat muista luokista selkeästi (taulukko 23). Tupakoinnissa on heikkoja viitteitä ryhmien välisistä eroista ($Khi2=19,650$, p-arvo 0,074). Tulosten perusteella miehet tupakoivat eniten maaseudun paikalliskeskuksessa, kaupunkien läheisellä maaseudulla sekä sisemällä kaupunkialueella (taulukko 23). Vähiten tupakoitsijoita on ydinmaaseudulla ja kaupunkien kehysalueella. Tarkempaa kaupunki-maaseutu vertailua heikentää kuitenkin vastaajien lukumäärän vähäisyys etenkin maaseutualueilla.

Taulukko 23. Terveyskäyttäytymistä kuvaavat indikaattorit kaupunki-maaseutu –luokittain.

Indikaattori	Kaupunki-maaseutu -luokitus						
	Sisempi kaupunki-alue	Ulompi kaupunki-alue	Kaupungin kehysalue	Maaseudun paikalliskeskus	Kaupunkien läheinen maaseutu	Ydinmaaseutu	Harvaan asututu maaseutu
Liikunnan harrastaminen	3,15	3,35	3,31	3,96	3,48	3,28	3,63
Liikunnallisesti inaktiiviset (%)	11,7	13,8	14,77	18,5	19,2	13,8	9,1
Alkoholin käyttö (audit c)	8,55	7,98	7,74	8,25	8,36	7,58	8,22
Alkoholin riskikäyttäjät (%)	54,1	47,8	47,7	68,0	48,2	41,2	45,0
Tupakointi (%)	42,0	35,9	34,5	44,4	41,1	25,4	36,4

7. PAIKKAPERUSTAINEN NÄKÖKULMA MIESTEN TERVEYSKÄYTTÄYTYMISEN SYIHIN

Edellisessä luvussa kuvattiin terveysongelmien väestöruuduttaista esiintyvyyttä, joka on tärkeä osa ennalta ehkäisevien toimenpiteiden kohdentamisesta. Yhtä tärkeää esiintyvyyden kanssa on myös tiedostaa, että mitkä tekijät vaikuttavat miesten terveyskäyttäytymiseen. Tämä on keskeistä, jotta ennalta ehkäiseviä toimenpiteitä osataan kohdistaa terveysongelmiin vaikuttaviin tekijöihin.

Tässä luvussa tarkoituksena on tunnistaa miesten terveyskäyttäytymiseen vaikuttavia tekijöitä. Miesten terveyskäyttäytymisen mallintamista lähestytään perinteisin tilastollisin menetelmin sisällyttämällä malleihin naapurustoa ja asuinympäristöä kuvaavia muuttujia, mutta myös käyttämällä uusia geospaatialisia menetelmiä, joissa asuinympäristöjen vaikutuksien annetaan vaihdella paikallisten ominaisuuksien mukaisesti. Tätä kautta mallintamisen tavoitteena on paitsi lisätä tietämystä paikallisista tarpeista, myös räätälöidä ennaltaehkäiseviä toimenpiteitä paikallisten tarpeiden mukaisesti. Luvun tarkastelu kiteytyy kysymyksiin:

- Mitkä tekijät ovat vaikuttavia miesten terveyskäyttäytymisessä?
- Mihin tekijöihin interventioissa tulisi keskittyä?

Luvussa paneudumme ensiksi tarkemmin miesten terveyskäyttäytymistä selittäviin tekijöihin ja niiden merkittävyyteen liikkumattomuuden selittäjinä. Terveyskäyttymistä tarkastellaan erikseen alkoholinkäytön, tupakoinnin, positiivisen mielenterveyden ja liikkumattomuuden näkökulmista. Miesten terveyskäyttäytymistä mallinnetaan funktiona, joka rakentuu yksilöllisistä ja yhteisöllisistä tekijöistä sekä naapuruston ja asuinympäristön ominaisuuksista. Käytetty malli voidaan kirjoittaa seuraavasti:

terveyskäyttäytyminen = $f(\text{yksilölliset tekijät} + \text{yhteisölliset tekijät} + \text{naapurusto} + \text{asuinympäristö})$.

Terveyskäyttäytymistä tarkastellaan alkoholin käyttämistä, tupakointia ja liikkumista koskevilla kysymyksillä. Alkoholinkäyttöä mitattiin kysely-

tutkimuksessa audit c -indeksillä. Tupakointia kysyttiin tiedustelemalla, kuinka usein miehet tupakoivat (vastausvaihtoehdot: 1 = päivittäin, 2 = satunnaisesti, 3 = en tupakoi). Miesten liikuntakäyttäytymistä kysyttiin kyselytutkimuksessa, että kuinka usein miehet liikkuvat vapaa-ajallaan yli puoli tuntia niin, että he vähintään lievästi hengästyvät ja hikoilevat (vastausvaihtoehdot: 1= päivittäin, 2= 4-6 kertaa viikossa, 3= 3 kertaa viikossa, 4= 2 kertaa viikossa, 5= kerran viikossa, 6= 2-3 kertaa kuukaudessa, 7= muutamana kerran vuodessa tai harvemmin, 8= en voi vammaan tai sairauden vuoksi harrastaa liikuntaa). Liikkumattomaksi määritettiin mies, joka harrastaa liikuntaa alle 1 kerran viikossa. Määrittäminen pohjautuu Mini-Suomi tutkimukseen vuosilta 1977–1980, jonka tarkoituksena oli luoda kansallisen terveysseurantajärjestelmän perusta, ja josta myöhemmin kehitettiin Terveys 2000, suomalaisiin kohdistuva terveys- ja toimintakykytutkimus (Koskinen 2010). Kysymystä on käytetty myös suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys -tutkimuksissa (Helldán ym. 2013). Tiedostamme, että liikuntakäyttäytymistä arvioiva kysymys on likimääräinen, koska se ei tuo esiin tarkasti liikunnan rasittavuutta, toistuvuutta eikä kestoa (Borodulin ym. 2012), mutta puhelinhaastattelussa ei haastattelujen keston puitteissa ollut mahdollisuutta kysyä liikunnan harrastamista tarkemmin.

Regressiomallissa *yksilötason* selittävät tekijät kuvaavat miesten yksilöllisiä ominaisuuksia sekä kykyä huolehtia liikunnan harrastamisesta (taulukko 24). *Yhteisöä* kuvaavat tekijät kuvaavat miesten sosiaalisia verkostoja, toimintaan näissä verkostoissa ja kolmannen sektorin järjestöissä (taulukko 24). Sosio-ekologisen mallin mukaan yksilön kyky tarkastella omaa terveystilannettaan ja tehdä siihen liittyviä päätöksiä rakentuu yhteisössä. Terveystottumusten ja elintapojen muutoksen onnistumiseksi sekä niiden ylläpitämiseksi tarvittava kapasiteetti edellyttää muodostuakseen useita eri vaikuttamisen väyliä. Tällä tarkoitetaan yksilön eri yhteisöistä, kuten ystäviltä, naapureilta, harrastuksista, työyhteisöstä ja perheeltä saatuja muutossignaaleja, apua sekä tukea muutoksen toteuttamiseksi. Paikallinen yhteisöllisyys on tehokas terveyttä edistävien normien muodostumisessa, koska lähiyhteisöihin yhdistyy huolenpidollinen elementti emotionaalisesti tukevana tekijänä. Esimerkiksi nuorten miesten opiskeluyhteisössä opettajan huolenpidollinen rooli voi olla ratkaiseva. (Poland ym. 2009.) Yhteisössä voi ilmetä vastavuoroista tukea terveiden elintapojen ylläpitämisessä, mutta yksilö voi jäädä myös vaille tukea tai toisaalta, yhteisö voi vaikuttaa yksilön elintapoihin negatiivisesti ja terveyttä heikentävästi esimerkiksi odottamalla sen jäseniltä tupakointia joissakin tilanteissa (Jackson 2007).

Naapurustoa kuvaavat muuttajat pohjautuvat aikaisempiin tutkimuksiin, joiden mukaan naapuruston ominaisuuksilla on suoria vaikutuksia asukkaiden fyysiseen aktiivisuuteen (Fone & Dunstan 2006). Tutkijat ovat raportoineet, että esimerkiksi fyysinen aktiivisuus korreloi positiivisesti asuinalueen sosioekonomisen taustan kanssa siten, että mitä korkeampi sosioekonominen tausta asuinalueella on, sitä suurempi on asukkaiden fyysinen aktiivisuus (Giles-Corti & Donovan 2002; Greiner et al 2004). Samalla tavalla tutkimukset ovat osoittaneet sosioekonomisen deprivaaation olen yksi riski alhaiselle fyysiselle aktiivisuudelle (Fone & Dunstan 2006; Rind & Jones, 2015). Naapurustoa kuvaavat muuttajat koostuvat yhteis-

söllisyyden tunteesta sekä asuinalueen sosioekonomista taustaa mittaavista muuttujista (taulukko 24).

Tutkimuksissa on myös löydetty näyttöä *asuinympäristön* vaikutuksesta liikuntakäyttäytymiseen. Alhaisen sosioekonomisen taustan asuinalueilla on todettu vähemmän liikuntamahdollisuuksia sekä huonompi liikuntapaikkojen saavutettavuus, kuin korkeamman sosioekonomisen taustan asuinalueilla (Giles-Corti & Donovan 2002, Powell et al. 2006). Asuinympäristön vaikutus on korostunut alhaisen sosioekonomisen taustan miehillä, sillä heillä on vähemmän resursseja liikunnan harrastamiseen (Pamper et al. 2010). Asuinympäristön muuttajat keskittyvät liikuntapaikkojen saavutettavuuteen, palvelujen saavutettavuuteen, liikuntapaikkojen lukumäärään sekä asuinympäristöä kuvaaviin muuttujiin (taulukko 24).

Taulukko 24. Kuvaukset regressiomallinnuksessa käytetyistä muuttujista.

Muuttujaryhmä	Muuttuja	Kuvaus
Yksilö	Itsearvioitu terveydentila	Arvio omasta terveydentilasta kysymyksessä, onko oma terveydentilasi nykyisin mielestäsi yleensä hyvä, melko hyvä, keskitasoinen, melko huono vai huono.
Yksilö	Kokee tarvetta lisätä liikunnan harrastamista	Kokemus tarpeesta lisätä vapaa-ajan liikuntaa
Yksilö	Pystyvyyden tunne	Summamuuttuja pystyvyyden tunteesta ylläpitää liikuntasuunnitelmaa, vaikka olisi huolia, alakuloinen, jännittynyt, väsynyt ja kiireinen.
Yksilö	Terveysuskomukset	Summamuuttuja miehen näkemyksissä, parantaa liikunnalla terveyttä, vähentää sairastumisen riskiä ja lisää elämäntyytyväisyyttä
Yksilö	Audit C -indeksi	AUDIT-testistä johdettu lyhyt, kolmen ensimmäisen kysymyksen sarja on tehokas ja nopea väline alkoholin ongelmakäytön tunnistamiseen. Kolme ensimmäistä kysymystä mittaa juomisen määrää sekä sitä kuinka usein ja runsaasti henkilö juo.
Yksilö	Positiivisen mielenterveyden indikaattori	Positiivisen mielenterveyden summamuuttuja
Yksilö	BMI	Painoindeksi
Yhteisö	Läheisten ihmisten merkitys terveellisten elämäntapojen tukena	Arvio siitä, kuinka paljon mies kokee hänelle läheisten ihmisten tukevan elintapoja, jotka ylläpitävät omaa terveyttä
Yhteisö	Ystäviä työpaikalla	Läheisten ystävien lukumäärä työpaikalla
Yhteisö	Mukana järjestötoiminnassa	Osallistuu jonkin 3 sektorin järjestön toimintaan
Yhteisö	Ystävien lukumäärä	Ystävien lukumäärä
Yhteisö	Ystäviä sosiaalisessa mediassa	Ystävien lukumäärä sosiaalisessa mediassa
Naapurusto	Yhteisöllisyyden tunne	Yhteisöllisyyden tunne
Naapurusto	Hyvätuloinen	Hyvätuloisten väestöruutu
Naapurusto	Lapsiperheiden osuus alueen talouksista	Lapsitalouksien osuus kaikista väestöruudun talouksista 2014
Naapurusto	Työttömyysaste	Työttömien osuus työvoimasta vuonna 2014
Naapurusto	Pienituloisia kotitalouksia	Pienituloisten kotitalouksien osuus väestöruudun talouksista 2014

Naapurusto	Vuokra-asuntoja	Vuokra-asuntojen osuus asuntokannassa 2014
Asuinympäristö	Etäisyys liikuntakenttä	Etäisyys lähimmälle liikuntakentälle
Asuinympäristö	Etäisyys sisäliikuntahalli	Etäisyys lähimmälle sisäliikuntahallille
Asuinympäristö	Etäisyys kuntosali	Etäisyys lähimmälle kuntosalille
Asuinympäristö	Etäisyys uimahalli	Etäisyys lähimmälle uimahallille
Asuinympäristö	Etäisyys kuntosata	Etäisyys lähimmälle kuntosadalle
Asuinympäristö	Liikuntakenttiä	Liikuntakenttien lukumäärä enintään 3 km päässä asuinpaikasta
Asuinympäristö	Sisähalleja	Sisäliikuntahallien lukumäärä enintään 3 km päässä asuinpaikasta
Asuinympäristö	Kuntosaleja	Kuntosalien lukumäärä enintään 3 km päässä asuinpaikasta
Asuinympäristö	Uimahalleja	Uimahallien lukumäärä enintään 3 km päässä asuinpaikasta
Asuinympäristö	Liikuntakenttien suhteellinen saavutettavuus	Liikuntakenttien suhteellinen saavutettavuus Kymenlaaksossa
Asuinympäristö	Sisähallien suhteellinen saavutettavuus	Sisähallien suhteellinen saavutettavuus Kymenlaaksossa
Asuinympäristö	Kuntosalien suhteellinen saavutettavuus	Kuntosalien suhteellinen saavutettavuus Kymenlaaksossa
Asuinympäristö	Uimahallien suhteellinen saavutettavuus	Uimahallien suhteellinen saavutettavuus Kymenlaaksossa
Asuinympäristö	Etäisyys Alko	Tiestöä pitkin laskettu etäisyys lähimpään Alkoon
Asuinympäristö	Etäisyys ruokakauppa	Tiestöä pitkin laskettu etäisyys lähimpään ruokakauppaan
Asuinympäristö	Etäisyys terveyskeskus	Tiestöä pitkin laskettu etäisyys lähimpään terveyskeskukseen
Asuinympäristö	Etäisyys vesistöön	Tiestöä pitkin laskettu etäisyys lähimpään vesistöön
Asuinympäristö	Etäisyys vesistöön yli 5ha	Tiestöä pitkin laskettu etäisyys lähimpään yli 5 ha vesistöön
Asuinympäristö	Asuu melualueella	Asuinpaikka Syken määrittämällä melualueella
Asuinympäristö	Maatalousmaata	Maatalousmaan osuus maankäytöstä 1 kilometrin säteellä asuinpaikasta
Asuinympäristö	Metsiä	Metsien osuus maankäytöstä 1 kilometrin säteellä asuinpaikasta
Asuinympäristö	Viheralueet	Viheralueiden osuus maankäytöstä 1 kilometrin säteellä asuinpaikasta
Asuinympäristö	Asuinpaikan korkeus	Asuinpaikan korkeus merenpinnasta
Asuinympäristö	Asuinpaikan korkeuden vaihtelu	Asuinpaikan korkeuden vaihtelun keskihajonta 1 kilometrin säteellä asuinpaikasta

Tämän luvun lopussa mallinnetaan miesten liikuntakäyttäytymistä tarkemmin käyttämällä geospaatialisia menetelmiä. Keskiössä ovat liikkumattomat miehet ja heidän sijoittuminen suhteessa liikuntapalveluihin. Liikkumattomien miesten sijoittumista mallinnetaan liikuntapalvelujen saavutettavuudella käyttämällä maantieteellisesti painotettua regressiomallia. Tämän jälkeen käytetään spatiaalista optimointia, jotta saadaan selville, miten liikkumattomat miehet on huomioitu liikuntapaikkojen suunnittelussa.

7.1 Alkoholin käyttöä selittävät tekijät

Miesten alkoholin käyttöön vaikuttavia tekijöitä tarkastellaan seuraavaksi selittävällä regressioanalyysillä Audit C –indeksiä. Regressiomallinnusta tehdään sovittamalla 2 regressiomallia. Näistä ensimmäinen sovitetaan koko aineistoon ja toinen aineistoon, jossa alkoholin riskikäyttäjiä on kaltaistettu taustamuuttujien suhteen. Kaltaistamisessa on riskikäyttäjille poimittu taustaominaisuuksiltaan mahdollisimman samankaltainen vertailupari. Kaltaistamisessa käytetään ikää, koulutusta, tulotasoa, parisuhdetta ja työttömyyttä kuvaavia muuttujia. Regressiomallinnuksen tulokset on koottu taulukkoon 25. Regressiomallit selittävät alkoholinkäyttöä kuvaavasta Audit C -indeksistä noin 20 prosenttia (taulukko 25). Regressiomalleihin on otettu selittäviksi muuttujiksi vain tilastollisesti merkitsevät muuttujat.

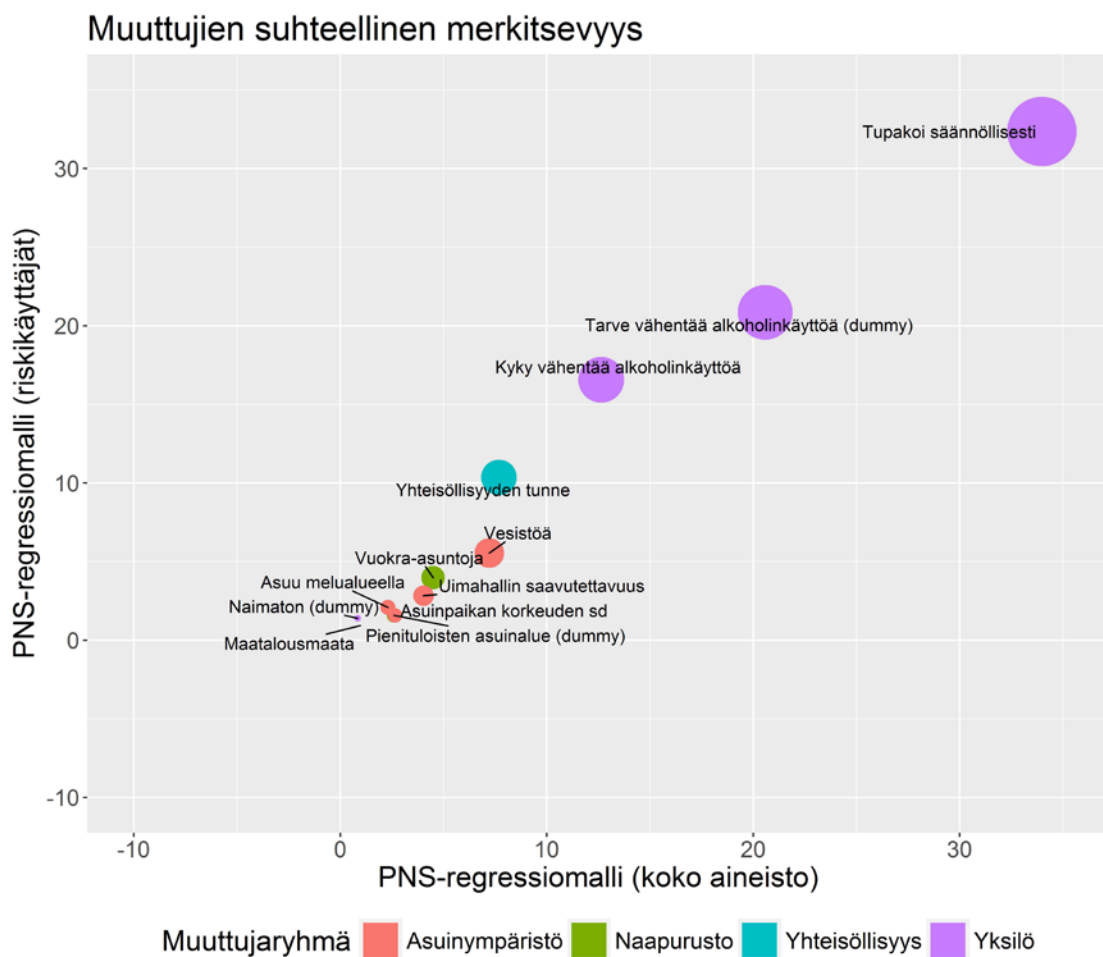
Yksilöllisistä tekijöistä alkoholinkäyttö on ongelmallisinta miehillä, joilla on tiedostettu tarve vähentää alkoholinkäyttöä ja tupakoivat säännöllisesti päivittäin (taulukko 25). Suojaavia yksilöllisiä tekijöitä miehillä ovat kyky vähentää alkoholinkäyttöä sekä naimattomuus (taulukko 25). Yhteisöllisistä tekijöistä alkoholinkäyttöä selittää ainoastaan yhteisöllisyyden tunne. Mikäli mies kokee yhteisöllisyyttä asuinpaikkaansa, alentaa tämä hänen alkoholinkäyttöään. Naapurustoa koskevista tekijöistä audit c -indeksiä selittää asuminen pienituloisen väestöryhmittä sekä vuokra-asuntojen osuus asuntokannassa. Nämä tekijät vaikuttavat ristiiin, sillä asuminen hyvätuloisten väestöryhmittä kasvattaa ja vuokra-asuntojen osuus vähentää audit c -indeksin suuruutta (taulukko 25). Asuinympäristöä koskevista tekijöistä audit C –indeksiä kasvattavat hyvä uimahallin suhteellinen saavutettavuus, asuminen melualueella, maatalousmaan suuri osuus asuinympäristössä sekä asuinpaikan korkeuden suuri vaihtelu (taulukko 25). Vastaavasti indeksin arvot ovat alhaisemmat, kun asuinympäristössä on lähistöllä vesistöä (taulukko 25). Regressiomallien välillä on pieniä eroja siinä regressiokertoimien suuruudessa, mutta regressiokertoimien etumerkit ovat molemmissa malleissa samat (taulukko 25).

Taulukko 25. Regressioanalyysin tulokset mallinnettaessa audit C -indeksiä.

Muuttujat	Ryhmä	(1)	(2)
		Koko aineisto	Riskikäyttäjät
Vakio	-	11.881*** (0.905)	12.493*** (0.943)
Tarve vähentää alkoholinkäyttöä (dummy)	Yksilö	1.405*** (0.285)	1.284*** (0.289)
Kyky vähentää alkoholinkäyttöä	Yksilö	-0.342*** (0.121)	-0.373*** (0.127)
Naimaton (dummy)	Yksilö	-0.447* (0.249)	-0.473* (0.251)
Tupakoi säännöllisesti	Yksilö	1.661*** (0.224)	1.449*** (0.226)
Yhteisöllisyyden tunne	Yhteisöllisyys	-0.616*** (0.170)	-0.667*** (0.175)
Pienituloisten vuokra-asujien asuinalue (dummy)	Naapurusto	0.603*** (0.229)	0.453* (0.233)
Vuokra-asuntoja	Naapurusto	-0.030*** (0.009)	-0.027*** (0.009)
Uimahallin saavutettavuus	Asuinympäristö	16.537*** (4.654)	13.149*** (4.697)
Asuu melualueella	Asuinympäristö	0.880** (0.358)	0.740* (0.384)
Vesistöä	Asuinympäristö	-0.718*** (0.168)	-0.632*** (0.178)
Maatalousmaata	Asuinympäristö	0.037* (0.021)	0.035 (0.021)
Asuinpaikan korkeuden sd	Asuinympäristö	0.065** (0.027)	0.051* (0.027)
Havaintoja		630	578
Korjattu selitysaste R²		0.224	0.200
Huom.			* p ** p *** p<0.01

Yksittäisistä selittävästä muuttujista suhteellisesti merkittävimpiä ovat yksilöön liittyvät tekijät. Merkittävimmät tekijät ovat säännöllinen tupakointi ja tarve sekä kyky vähentää alkoholin käyttöä (kuva 22). Yhdessä nämä kolme tekijää selittävät alkoholinkäyttöä kuvaavasta audit C -indeksistä yli 15 prosenttia ja muodostavat molemmissa malleissa yli 67 prosenttia regressiomallin selitysasteesta. Nämä kolme muuttujaa selittävät siten pääsääntöisesti sovitetuissa regressiomalleissa miesten alkoholinkäytön. Neljänneksi merkittävin yksittäinen selittävä tekijä on yhteisöllisyyden tunne, joka selittää noin 2 prosenttia audit C -indeksistä. Sen osuus regressiomallien selitysasteesta on 8 ja 10 prosenttia. Yli yhden prosentin selitysasteeseen ylittää vielä asuinympäristöä kuvaava muuttuja etäisyys vesistöön. Muut muuttujat jäävät selittävät alle 1 prosentin audit C -indeksistä.

Kuva 22. Selittävien muuttujien suhteellinen merkittävyys alkoholinkäyttöä selittävässä regressiomalleissa.



Alkoholinkäyttö aiheutuu regressiomalleissa pääosin yksilöllisistä tekijöistä. Koko aineistossa yksilölliset tekijät selittävät noin 68 prosenttia regressiomallin selityksasteesta ja vastaava osuus kaltaistetussa riskikäyttäjien mallissa on 71 prosenttia. Mallit eroavat toisistaan, sillä riskikäyttäjiin keskittyvässä mallissa yhteisöllisten tekijöiden merkitys on korkeampi kuin kokoaineistoa koskevassa mallissa (taulukko 26). Vastaavasti kokoaineistoa koskevassa mallissa naapuruston ja asuinympäristön suhteellinen merkitys on suurempi.

Taulukko 26. Muuttujaryhmien suhteellinen osuus regressiomallin selityksasteesta selitettäessä alkoholinkäyttöä (%).

Muuttujaryhmien suhteellinen merkittävyys

Muuttujaryhmä	Yksilö	Yhteisö	Naapurusto	Asuinympäristö
Malli				
PNS (koko aineisto)	68.0	7.7	7.1	17.2
Kaltaistettu PNS (riskikäyttäjät)	71.2	10.4	5.5	12.9

7.2 Tupakointia selittävät tekijät

Seuraavaksi mallinnetaan miesten tupakointia. Regressiomallinnus tehdään sovittamalla aineistoon 2 logistista regressiomallia. Näistä ensimmäinen sovitetaan koko aineistoon ja toinen aineistoon, jossa tupakoimattomia miehiä on kaltaistettu taustamuuttujien suhteen. Kaltaistamisessa käytetään samoja muuttujia, kuin aiemmin alkoholinkäyttöä mallinnettaessa. Regressiomallinnuksen tulokset on koottu taulukkoon 27. Regressiomallit selittävät miesten tupakoimattomuudesta 44 ja 26 prosenttia. (taulukko 27). Regressiomalleihin on otettu selittäviksi muuttujiksi vain tilastollisesti merkitsevät muuttujat.

Regressiomallien tulosten perusteella yksilötason tekijöistä tupakoimattomuutta selittävät hyväksi arvioitu terveydentila, naimattomuus sekä alhainen audit c-indeksi (taulukko 27). Yhteisöllisistä tekijöistä tupakoimattomuutta selittää läheisiltä saatu tuki (taulukko 27). Naapuruston

ominaisuuksista tupakoimattomuutta selittää asuminen hyvätuloisten väestöruudussa ja pienituloisten alhainen osuus väestöruudun asukkaista (taulukko 27). Asuinympäristöä kuvaavista muuttujista tupakoimattomuus on tyypillistä silloin, kun etäisyys yli 5 hehtaarin vesistöön on suuri tai kun sisäliikuntahallin saavutettavuus on hyvä. Vastaavasti suuri tiestön määrä asuinympäristössä tai pitkä etäisyys Alkoon lisäävät todennäköisyyttä tupakoinnille (taulukko 27).

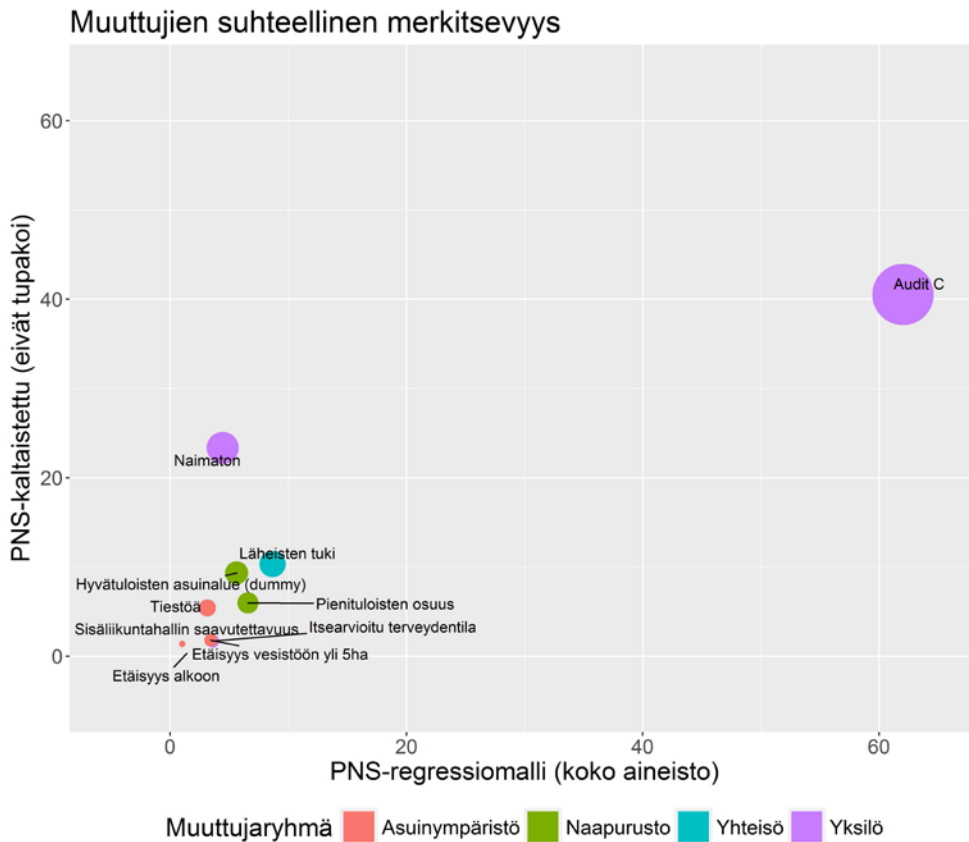
Taulukko 27. Logististen regressioanalyysien tulokset mallinnettaessa miesten tupakoimattomuutta.

Muuttujat	Ryhmä	(1)	(2)
		Kokoaineisto	Tupakoimattomat
Vakio	-	4.894*** (0.909)	4.643*** (1.154)
Itsearvioitu terveydentila	Yksilö	-0.115 (0.103)	-0.067 (0.131)
Naimaton	Yksilö	-0.551** (0.233)	-2.521*** (0.481)
Audit C	Yksilö	-0.323*** (0.041)	-0.374*** (0.055)
Läheisten ihmisten merkitys terveellisten elämäntapojen tukena	Yhteisö	0.394*** (0.115)	0.623*** (0.155)
Hyvätuloisten asuinalue (dummy)	Naapurusto	0.212 (0.242)	0.470 (0.288)
Pienituloisia kotitalouksia	Naapurusto	-0.115*** (0.029)	-0.149*** (0.039)
Sisäliikuntahallin saavutettavuus	Asuinympäristö	1.029** (0.503)	1.793*** (0.620)
Etäisyys Alkoon	Asuinympäristö	-0.067* (0.034)	-0.058 (0.040)
Tiestöä	Asuinympäristö	-0.00003*** (0.00001)	-0.0001*** (0.00001)
Etäisyys vesistöön yli 5ha	Asuinympäristö	0.0001*** (0.00004)	0.0001*** (0.00005)
Havainnot		621	424
Pseudoselitysaste R ²		0,436	0,260
Huom.			* p ** p *** p<0.01

Yksittäisistä selittävästä muuttujista suhteellisesti merkittävimpiä ovat yksilöön liittyvät tekijät. Merkittävimmät tekijät ovat säännöllinen tupakointi ja tarve sekä kyky vähentää alkoholin käyttöä (kuva 23). Yhdessä nämä kolme tekijää selittävät alkoholinkäyttöä kuvaavasta audit C -indeksistä yli 15 prosenttia ja muodostavat molemmissa malleissa yli 67 prosenttia regressiomallin selitysasteesta. Nämä kolme muuttujaa selittävät siten pääsääntöisesti sovitetuissa regressiomalleissa miesten alkoholinkäytön. Neljänneksi merkittävin yksittäinen selittävä tekijä on yhteisöllisyyden tunne, joka selittää noin 2 prosenttia audit C -indeksistä. Sen osuus regressiomallien

selitysasteesta on 8 ja 10 prosenttia. Yli yhden prosentin selitysasteeseen yltää vielä asuinympäristöä kuvaava muuttuja etäisyys vesistöön. Muut muuttujat jäävät selittävät alle 1 prosentin audit C -indeksistä.

Kuva 23. Selittävien muuttujien suhteellinen merkittävyys tupakointia selittävässä regressiomalleissa.



Tupakointi aiheutuu samoin kuin alkoholinkäyttö pääosin yksilöllisistä tekijöistä (taulukko 28). Koko aineistossa yksilölliset tekijät selittävät noin 70 prosenttia regressiomallin selitysasteesta ja vastaava osuus kaltaistetussa tupakoimattomien mallissa on 66 prosenttia. Mallit eroavat toisistaan, sillä tupakoimattomiin keskittyvässä mallissa yhteisöllisten ja naapurustoon liittyvien tekijöiden merkitys on korkeampi kuin kokoaineistoa koskevassa mallissa (taulukko 28). Vastaavasti kokoaineistoa koskevassa mallissa yksilöllisten ja asuinympäristön suhteellinen merkitys on suurempi.

7.3 Miesten liikkumattomuutta selittävät tekijät

Tässä aluvussa paneudutaan seuraavaksi miesten liikkumattomuutta selittäviin tekijöihin. Aluksi miesten liikuntakäyttäytymistä selitetään samalla tavalla kuin edellisissä luvuissa selitettiin miesten alkoholinkäyttöä ja tupakointia. Regressiomalleja sovitetaan 3: koko aineistoon, matalan

Muuttujaryhmien suhteellinen merkittävyys

Muuttujaryhmä	Yksilö	Yhteisö	Naapurusto	Asuinympäristö
Malli				
PNS (koko aineisto)	70.1	8.7	12.2	9.0
Kaltaistettu PNS (eivät tupakoi)	65.6	10.3	15.3	8.9

Taulukko 28. Muuttujaryhmien suhteellinen osuus regressiomallin selitysteesta selitettäessä tupakointia (%).

liikunta-aktiivisuuden ja korkean liikunta-aktiivisuuden ryhmiin. Aineiston kaltaistaminen kahdessa jälkimmäisessä mallissa pohjautuu samoihin taustamuuttujiin kuin selitettäessä alkoholinkäyttöä ja tupakointia. Näiden regressiomallien tarkastelun jälkeen tarkastellaan erikseen liikuntakäyttämistä alhaisen sosioekonomisen aseman väestöryhmillä asuvien miesten keskuudessa.

7.3.1 Regressiomallinnuksen tulokset koko aineistossa

Regressiomallin tulokset selitettäessä liikuntakäyttämistä on koottu taulukkoon 29. Yksilötason muuttujista miesten liikunta-aktiivisuutta kasvattavat korkea pystyvyys liikunnan harrastamiseen sekä vahva usko liikunnan terveysvaikutuksiin (taulukko 29). Nämä muuttujat selittävät miesten liikunta-aktiivisuutta kaikissa regressiomalleissa, mutta korkeimmat regressiokertoimet ovat liikkumattomien mallissa. Kokemus omasta tarpeesta lisätä liikunnan harrastamista näyttää yhdistyvän alhaiseen liikunta-aktiivisuuteen (taulukko 29). Tämä korostuu regressiokertoimien perusteella varsinkin koko aineistoa ja liikunnallisesti aktiivisia miehiä koskevissa regressiomalleissa (taulukko 29).

Yhteisöllisyyttä kuvaavista muuttujista erityisesti läheiset ystävät työpaikalla näyttävät kannustavan miehiä liikunnan harrastamiseen. Sen sijaan suuri ystävien lukumäärä tai järjestötoiminnassa mukana oleminen eivät lisää miesten liikunta-aktiivisuutta, vaan itse asiassa vaikuttavat päinvastaisella tavalla vähentämällä liikunnan harrastamista (taulukko 29). Regressiomallien välinen vertailu osoittaa, että liikkumattomilla miehillä yhteisöllisyyttä kuvaavat muuttujat eivät ole tilastollisesti merkitseviä (taulukko 29).

Taulukko 29. Regressioanalyysin tulokset mallinnettaessa miesten liikuntakäyttäytymistä.

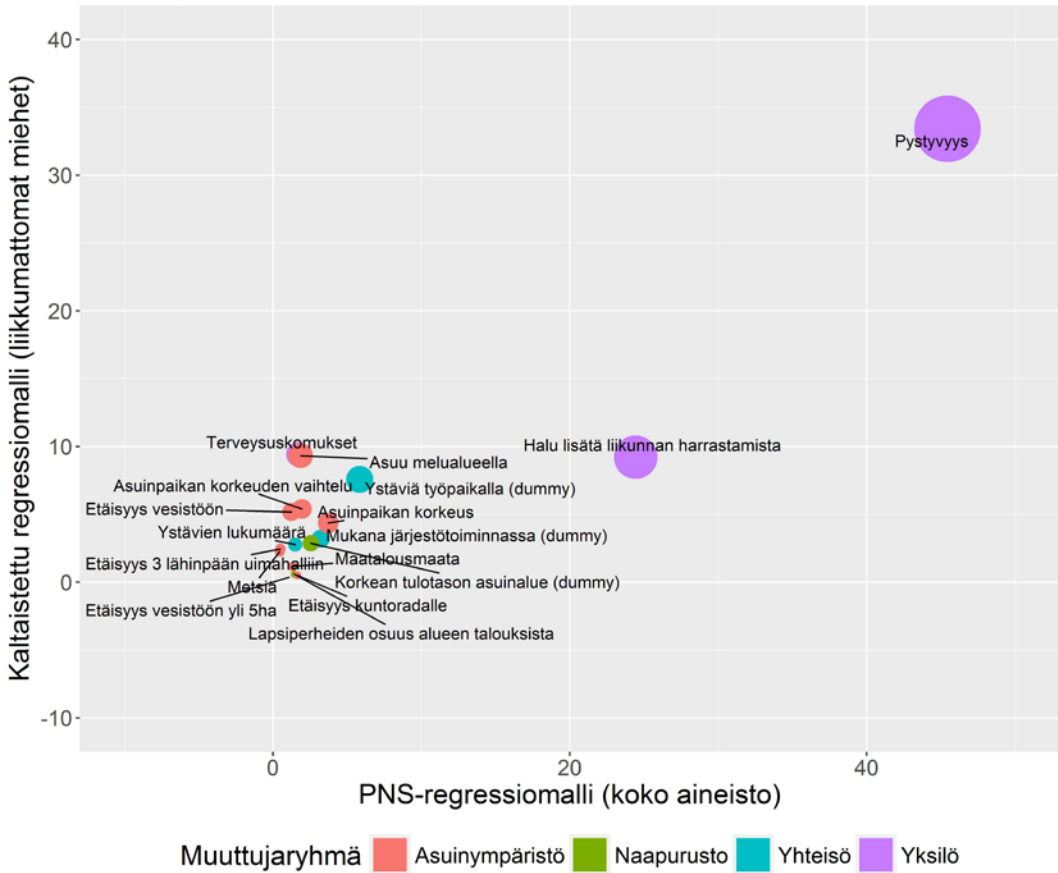
Muuttuja	Ryhmä	(1)	(2)	(3)
		Kokoaineisto	Liikkumattomat	Aktiiviliikkuajat
Vakio	-	5.535*** (0.432)	7.615*** (1.381)	6.069*** (0.497)
Kokee tarvetta lisätä liikunnan harrastamista	Yksilö	0.830*** (0.128)	0.693* (0.411)	0.731*** (0.142)
Pystyvyys	Yksilö	-0.137*** (0.014)	-0.189*** (0.041)	-0.162*** (0.016)
Terveysuskomukset	Yksilö	-0.049** (0.020)	-0.132* (0.068)	-0.032 (0.023)
Ystäviä työpaikalla (dummy)	Yhteisö	-0.582*** (0.149)	-0.578 (0.459)	-0.465*** (0.174)
Mukana järjestötoiminnassa (dummy)	Yhteisö	0.474*** (0.147)	0.508 (0.430)	0.432** (0.170)
Ystävien lukumäärä	Yhteisö	0.262*** (0.092)	0.322 (0.291)	0.206* (0.107)
Korkean tulotason asuinalue (dummy)	Naapurusto	-0.494*** (0.148)	-0.603 (0.486)	-0.377** (0.177)
Lapsiperheiden osuus alueen talouksista	Naapurusto	0.012** (0.005)	0.005 (0.016)	0.007 (0.006)
Etäisyys kuntoradalle	Asuinympäristö	-119.751*** (44.764)	-90.868 (149.903)	-148.472*** (53.157)
Etäisyys 3 lähimpään uimahalliin	Asuinympäristö	0.016 (0.012)	0.070 (0.046)	-0.002 (0.014)
Etäisyys vesistöön	Asuinympäristö	0.294*** (0.103)	0.822** (0.337)	0.317*** (0.120)
Asuu melualueella	Asuinympäristö	-0.378* (0.203)	-1.737** (0.795)	-0.349 (0.225)
Maatalousmaata	Asuinympäristö	-0.022 (0.014)	-0.077 (0.071)	-0.020 (0.015)
Metsiä	Asuinympäristö	-0.014* (0.009)	-0.050 (0.034)	-0.020** (0.010)
Asuinpaikan korkeus	Asuinympäristö	-0.010*** (0.003)	-0.023** (0.010)	-0.009*** (0.003)
Asuinpaikan korkeuden vaihtelu	Asuinympäristö	0.044** (0.018)	0.159** (0.062)	0.037* (0.021)
Etäisyys vesistöön yli 5ha	Asuinympäristö	-0.052** (0.026)	-0.044 (0.072)	-0.056* (0.030)
Havaintoja		621	114	494
Korjattu selitysaste R ²		0.335	0.350	0.325
Huom.				* p** p*** p<0.01

Naapurustoa kuvaavista muuttujista malliin valikoitui mukaan ainoastaan väestöruudun tulotasoa ja asuntokunnan tyyppiä kuvaavat muuttujat. Näiden muuttujien mukaan liikuntakäyttäytyminen on aktiivista, kun mies asuu hyvätuloisten väestöruudussa. Vastaavasti lapsiperheiden suuri osuus naapurustossa näyttää laskevan miesten liikunnan harrastamisen aktiivisuutta.

Asuinympäristöä kuvaavia muuttujia mallissa on mukana 7 (taulukko 29). Näistä muuttujista positiivisesti miesten liikuntakäyttäytymiseen yhdistyvät etäisyys vesistöön sekä asuinpaikan korkeuden vaihtelu (taulukko 29). Molempien muuttujien suuret arvot näyttävän passivoivan miesten liikunnan harrastamista. Regressiokertoimet ovat suurempi liikkumattomien miesten mallissa, joten näillä tekijöillä on suurempi merkitys vähän liikkuvien miesten asuinympäristössä kuin liikunnallisesti aktiivisten miesten keskuudessa. Asuinympäristöä kuvaavista muuttujista tilastollisesti merkitsevän negatiivisen regressiokertoimen saavat asuminen melualueella, metsämaan osuus asuinpaikan ympäristössä, asuinpaikan korkeus merenpinnasta sekä etäisyys yli 5 hehtaarin vesistöön (taulukko 29). Nämä kaikki muuttujat lisäävät miesten liikunta-aktiivisuutta. Regressiokertoimien perusteella korkein liikunta-aktiivisuus on miehellä, joka asuu melualueella, lähellä metsiä, korkealla merenpinnasta ja kaukana suurista vesistöistä. Näiden muuttujien perusteella ei voida luoda yksiselitteistä tulkintaa asuinympäristön yhteydestä miesten liikuntakäyttäytymiseen.

Yksittäisten selittävien tekijöiden suhteellista merkitystä tarkastellaan kuvassa 24. Miesten liikuntakäyttäytymistä selittää pääosin yksilöön liittyvät tekijät, sillä ne selittävät noin 25 prosenttia liikuntakäyttäytymisestä. Yhteisölliset tekijät selittävät toiseksi eniten, sillä ne selittävät noin 4 prosenttia liikuntakäyttäytymisestä. Naapurustoon ja asuinympäristöön liittyvät tekijät selittävät selvästi edellisiä muuttujaryhmiä vähemmän, sillä naapurusto selittää 1 prosentin ja asuinympäristö 0,3 prosenttia liikuntakäyttäytymisestä. Pääsääntöisesti miesten liikuntakäyttäytyminen näyttää siten selittyvän yksilöllisillä tekijöillä. Yksilöllisten tekijöiden ulkopuoliset tekijät näyttävät selittävän vain noin 5 prosenttia liikuntakäyttäytymisestä. Siten näihin tekijöihin liittyvät muuttujat vaikuttavat liikuntakäyttäytymiseen, mutta niiden merkitys näyttää olevan kuitenkin melko marginaalinen liikuntakäyttäytymisessä.

Muuttujien suhteellinen merkitsevyys



Kuva 24. Selittävien muuttujien suhteellinen merkittävyys liikuntakäyttäytymistä selittävässä regressiomalleissa.

Muuttujaryhmien merkitys miesten liikuntakäyttäytymisen selittäjänä havainnollistuu vielä selkeämmin, jos tarkastellaan muuttujaryhmien suhteellista osuutta selitysasteesta. Taulukosta 30 nähdään, että keskimäärin yksilöön liittyvien tekijöiden osuus liikuntakäyttäytymisen selittäjänä on yli 70 prosenttia (taulukko 30). Yhteisölliset muuttujat muodostavat mallin selitysasteesta noin 10 prosenttia ja naapurustoon sekä asuinympäristöön liittyvät tekijät noin 4 ja 14 prosenttia. Regressiomallien välillä on kuitenkin jonkin verran vaihtelua (taulukko 30). Suhteellisesti pienin merkitys yksilöllisillä tekijöillä on mallissa, jossa propensiteettiregressiolla mallinnetaan vähän liikkuvien miesten liikuntakäyttäytymistä (vähän liikkuvaksi mieheksi luokiteltu alle kerran viikossa liikkuva). Tässä mallissa yksilöllisten tekijöiden osuus selitysasteesta laskee noin 50 prosenttiin, jolloin yksilöllisten tekijöiden ulkopuoliset tekijät selittävät noin puolet regressiomallin selitysasteesta. Vähän liikkuvilla korostuu erityisesti asuinympäristö sekä yhteisöllisten tekijät, sillä näiden osuudet regressiomallin selitysasteesta nousevat noin 45 prosenttiin (taulukko 30). Suurin nousu on asuinympäristön suhteellisessa merkittävydessä, sillä sen osuus mallin selitysasteesta nousee 14 prosentista 31 prosenttiin. Liikunnallisesti aktiivisempien miesten malleissa yksilöllisten tekijöiden merkitys nousee jopa koko aineistoon sovitettua mallia korkeammaksi, jopa yli 76 prosenttiin regressiomallin selitysasteesta.

Muuttujaryhmien suhteellinen merkittävyys

Muuttujaryhmä	yksilö	yhteisö	naapurusto	asuinympäristö
Malli				
PNS (koko aineisto)	71.6	10.6	4.0	13.8
Kaltaistettu PNS (matala la.)	52.0	13.5	3.4	31.0
Kaltaistettu PNS (korkea la.)	76.4	7.8	2.6	13.2

Taulukko 30. Muuttujaryhmien suhteellinen osuus regressiomallin selityssasteesta (%).

Seuraavaksi tarkastellaan regressiomallinnuksen tuloksia alueellisen erilaistumisen luokissa. Mielenkiinto kohdistuu pienituloisten vuokra-asujien ja monitasoisten terveysongelmien väestöruuduissa asuviin miehiin.

7.3.2 Regressiomallinnuksen tulokset: pienituloiset vuokra-asujat

Seuraavaksi mallinnetaan erikseen pienituloisten vuokra-asujien väestöruuduissa asuvien miesten liikuntakäyttäytymistä. Regressiomallinnuksen tulokset on koottu taulukkoon 31. Regressiomallin selittävät muuttujat poikkeavat hieman kokoaineistoon sovitetusta mallista. Regressiomallin selityssaste on korkea, sillä malli selittää 80 prosenttia pienituloisten vuokra-asujien väestöruuduissa asuvien miesten liikuntakäyttäytymisestä.

Yksilötason tekijöistä pienituloisten vuokra-asujien väestöruuduissa asuvien miesten liikuntakäyttäytymistä lisää halu lisätä liikunnan harrastamista, pystyvyys ylläpitää liikunnan harrastamista, liikuntaan liittyvät terveysuskemukset ja työttömyys (taulukko 31). Näiden muuttujien regressiokerroimien perusteella liikuntakäyttäytyminen on aktiivista silloin, kun mies ei halua lisätä liikunnan harrastamista, hänellä korkea pystyvyyden tunne ylläpitää liikunnan harrastamista, hän tiedostaa liikunnan terveysvaikutukset ja on työtön. Yhteisöllisistä tekijöistä liikuntakäyttäytymistä lisäävät ystävät työpaikalla ja järjestötoiminnassa mukana oleminen. Yhteisöllisyyden tunne näyttää puolestaan passivoivan miesten liikuntakäyttäytymistä (taulukko 31).

Naapurustoa koskevista tekijöistä lapsiperheiden osuus väestöruudun talouksista sekä vuokra-asuntojen osuus ovat liikuntakäyttäytymistä passivoivia tekijöitä (taulukko 31). Sen sijaan pienituloisten osuus on myönteisesti yhteydessä liikuntakäyttäytymiseen (taulukko 31), mikä saattaa viitata opiskelijoiden suureen lukumäärään väestöruudussa. Asuinympäristöä kuvaavista

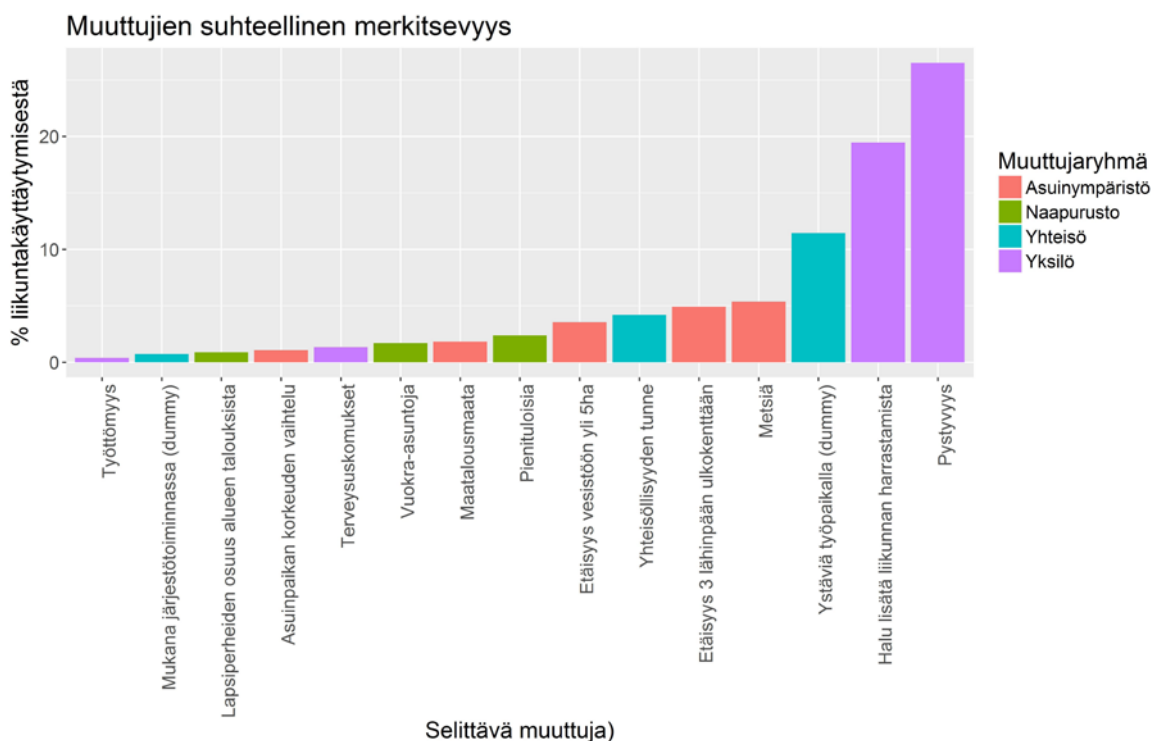
muuttujista peräti 5 on tilastollisesti merkitsevää. Näistä miesten liikuntakäyttäytymistä aktivoi lyhyt etäisyys 3 lähimpään ulkokenttää ja suuri maatalousmaan osuus asuinympäristössä (taulukko 31). Muut muuttajat vähentävät liikunta-aktiivisuutta. Sijainti lähellä kuntorataa, metsämaan suuri osuus asuinympäristössä sekä asuinympäristön suuret korkeusvaihtelut indikoivat matalaa liikunta-aktiivisuutta. Näistä muuttujista kuntoradan läheisyys heijastaa enemmän liikkumattomien miesten sijaintia suhteessa kuntoratoihin, kuin syy-seuraussuhdetta liikuntakäyttäytymisessä.

Taulukko 31. Regressioanalyysin tulokset mallinnettaessa pienituloisten vuokra-asujien väestöruuduissa asuvien miesten liikuntakäyttäytymistä.

Muuttujat	Ryhmä	(1)
		Pienituloiset vuokra-asujat
Vakio	-	7.153*** (1.407)
Halu lisätä liikunnan harrastamista	Yksilö	2.187*** (0.278)
Pystyvyys	Yksilö	-0.223*** (0.030)
Terveysuskomukset	Yksilö	0.143** (0.057)
Työttömyys	Yksilö	0.649 (0.404)
Ystäviä työpaikalla (dummy)	Yhteisö	-1.327*** (0.257)
Mukana järjestötoiminnassa (dummy)	Yhteisö	-0.623** (0.261)
Yhteisöllisyyden tunne	Yhteisö	0.501*** (0.181)
Lapsiperheiden osuus väestöruudun talouksista	Naapurusto	0.034* (0.018)
Vuokra-asunnot	Naapurusto	0.065*** (0.022)
Pienituloisia kotitalouksia	Naapurusto	-0.244*** (0.068)
Etäisyys kuntoradalle	Asuinympäristö	-0.002*** (0.0003)
Etäisyys 3 lähimpään ulkokenttään	Asuinympäristö	0.368*** (0.106)
Maatalousmaata	Asuinympäristö	-0.260*** (0.042)
Metsiä	Asuinympäristö	0.124*** (0.045)
Asuinpaikan korkeuden vaihtelu	Asuinympäristö	0.187** (0.075)
Havainnot		54
Korjattu selitysaste R ²		0.802
Huom.		* p ** p *** p < 0.01





Yksittäisistä muuttujista suhteellisen merkittävyyden perusteella pienituloisten vuokra-asujien väestöruuduissa asuvilla miehillä keskeiset tekijät liikuntakäyttäytymisessä liittyvät pystyvyyden tunteeseen sekä haluun lisätä liikunnan harrastamista (kuva 25). Yhdessä nämä 2 muuttujaa selittävät noin 46 prosenttia miesten liikuntakäyttäytymisestä. Kolmanneksi tärkein tekijä on ystävät työpaikalla, jonka merkittävyys on noin 11 prosenttia miesten liikuntakäyttäytymisestä. Muiden selittävien muuttujien suhteellinen merkittävyys on korkeimmillaan 5 prosenttia. Noin 5 prosentin merkittävyyteen yltyvät asuinympäristöä kuvaavat muuttujat metsien osuudesta ja etäisyydestä 3 lähimpään ulkokenttään.

Kuva 25. Selittävien muuttujien suhteellinen merkittävyys pienituloisten vuokra-asujien väestöruuduissa asuvilla miehillä selitettäessä liikuntakäyttäytymistä.



Muuttujaryhmittäin liikuntakäyttäytymisen selittäjinä korostuvat jälleen yksilöön liittyvät tekijät (taulukko 32). Koko aineistoon sovitettuihin malleihin verrattuna pienituloisten vuokra-asujien väestöruuduissa asuvilla miehillä liikuntakäyttäytymiseen vaikuttavat yhteisölliset ja asuin ympäristöön liittyvät tekijät muita enemmän. Näiden molempien muuttujaryhmi-en merkitys regressiomallin selitysasteesta on noin 19 prosenttia (taulukko 32).

Muuttujaryhmien suhteellinen merkittävyys

		<hr/>			
Muuttujaryhmä		yksilö	yhteisö	naapurusto	asuinympäristö
<hr/>		<hr/>			
Malli					
PNS (pienituloiset)		 55.6	 19.1	 5.8	 19.5

Taulukko 32. Muuttujaryhmien suhteellinen osuus regressiomallin selitysteesta pienituloisten vuokra-asujien väestöruuduissa asuvilla miehillä (%).

7.3.3 Regressiomallinnuksen tulokset: monitasoiset terveysongelmat

Seuraavaksi tarkastellaan miesten liikunta-aktiivisuutta monitasoisten terveysongelmien väestöruuduissa. Taulukkoon 33 on koottu regressiomallin tulokset. Mallin muuttujat eroavat hieman muista liikuntakäyttäytymistä selittävästä malleista. Selitysaste on jälleen melko korkea, sillä malli selittää miesten liikuntakäyttäytymisestä noin 58 prosenttia.

Yksilötason tekijöistä miesten liikuntakäyttäytyminen on alhaista silloin, kun miehellä on halu lisätä liikunnan harrastamista, hänen pystyvyytensä on matala, mies käyttää paljon alkoholia ja tupakoi säännöllisesti sekä on työtön (taulukko 33). Yhteisöllisistä tekijöistä hieman yllättäen sekä järjestötoiminnassa mukana oleminen että korkea yhteisöllisyyden tunne vähentävät miesten liikunta-aktiivisuutta (taulukko 33). Tämä yhteys voi johtua siitä, että järjestötoiminta on suosittu vanhempien miesten keskuudessa.

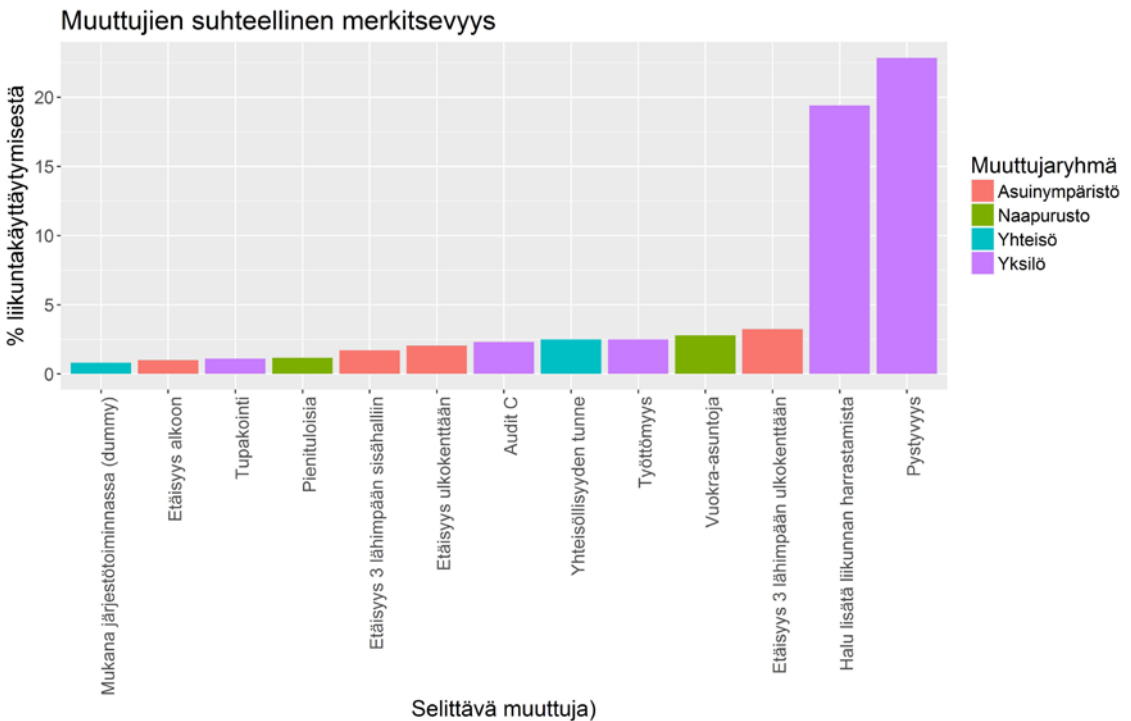
Taulukko 33. Regressioanalyysin tulokset mallinnettaessa monitasoisten terveysongelmien väestöruuduissa asuvien miesten liikuntakäyttäytymistä.

Muuttujat	Ryhmä	(1)
		Monitasoiset terveysongelmat
Vakio	-	3.599** (1.368)
Halu lisätä liikunnan harrastamista	Yksilö	1.306*** (0.233)
Pystyvyys	Yksilö	-0.183*** (0.031)
Audit C	Yksilö	0.130*** (0.042)
Työttömyys	Yksilö	0.475 (0.288)
Tupakointi	Yksilö	-0.509** (0.226)
Mukana järjestötoiminnassa (dummy)	Yhteisö	0.397 (0.247)
Yhteisöllisyyden tunne	Yhteisö	0.375* (0.190)
Vuokra-asunnot	Naapurusto	-0.061*** (0.021)
Pienituloisia kotitalouksia	Naapurusto	0.116** (0.055)
Etäisyys Alkoon	Asuinympäristö	0.427* (0.248)
Etäisyys 3 lähimpään sisähalliin	Asuinympäristö	-0.001** (0.0004)
Etäisyys 3 lähimpään ulkokenttään	Asuinympäristö	-0.001** (0.0004)
Etäisyys ulkokenttään	Asuinympäristö	1.173*** (0.344)
Havainnot		97
Korjattu selitysaste R ²		0.576
Huom.		* p** p*** p<0.01

Naapurustoa koskevista tekijöistä vuokra-asuntojen osuus näyttää olevan yleisesti liikuntakäyttämistä passivoiva tekijä, kuten myös aiemmin pienituloisten vuokra-asujien väestöruuduilla asuvilla (taulukko 33). Samoin monitasoisten terveyskasauksen väestöruuduilla asuvilla myös pienituloisten osuus on myönteisesti yhteydessä liikuntakäyttämiseen (taulukko 33). Asuinympäristöä kuvaavista tekijöistä tilastollisesti merkitseviä selittäviä tekijöitä on 4. Ainoa looginen selitys asuinympäristöä kuvaavista tekijöistä löytyy etäisyydelle ulkokenttään, sillä kasvava etäisyys siitä alentaa miesten liikunta-aktiivisuutta. Muut muuttujat kuvastanevat enemmän miesten sijoittumista suhteessa liikuntapaikkoihin ja Alkoon, kuin selvää kausaliittisuutta miesten liikuntakäyttämiseen.

Yksittäisistä selittävästä muuttujista suhteellinen merkittävyys on korkein yksilöllisiin tekijöihin kuuluvilla pystyvyyden tunteella ja halulla lisätä liikunnan harrastamista (kuva 26). Yhdessä nämä kaksi tekijää selittävät miesten liikuntakäyttämistä 42 prosenttia. Koko mallin selitysasteesta nämä kaksi tekijää muodostavat 67 prosenttia. Kolmanneksi merkittävin tekijä on etäisyys 3 lähimpään ulkokenttään, joka selittää liikuntakäyttämistä noin 3 prosenttia. Muiden selittävien muuttujien merkittävyys jää tätä alhaisemmaksi (kuva 26)

Kuva 26. Selittävien muuttujien suhteellinen merkittävyys monitasoisten terveysongelmien väestöruuduissa asuvilla miehillä selitettävässä liikuntakäyttämistä.



Taulukko 34. Muuttujaryhmien suhteellinen osuus regressiomallin selityksasteesta monitasoisten terveysongelmien väestöruuduissa asuvilla miehillä (%).

Muuttujaryhmittäin yksilölliset tekijät ovat ylitse muiden liikuntakäyttämisen selittäjänä. Sen osuus regressiomallin selityksasteesta on 76 prosenttia (taulukko 34). Toiseksi merkittävin muuttujaryhmä on asuin ympäristö, jonka osuus on noin 13 prosenttia mallin selityksasteesta (taulukko 34). Naapuruston ja yhteisöllisten tekijöiden merkitys on noin 5 prosenttia kummankin (taulukko 34).

Muuttujaryhmien suhteellinen merkittävyys

Muuttujaryhmä	yksilö	yhteisö	naapurusto	asuin ympäristö
Malli				
PNS (monitasoiset terveysongelmat)	76.0	5.2	6.2	12.6

7.4 Liikkumattomien miesten sijainti suhteessa liikuntapaikkoihin

Tässä luvussa tarkastellaan tarkemmin liikkumattomien miesten sijoittumista suhteessa liikuntapaikkoihin. Menetelmällisesti tarkastelu perustuu maantieteellisesti painotettuun regressioanalyysiin (luku 7.4.1) sekä spatiaaliseen optimointiin (luku 7.4.2).

7.4.1 Maantieteellisesti painotettu regressioanalyysi

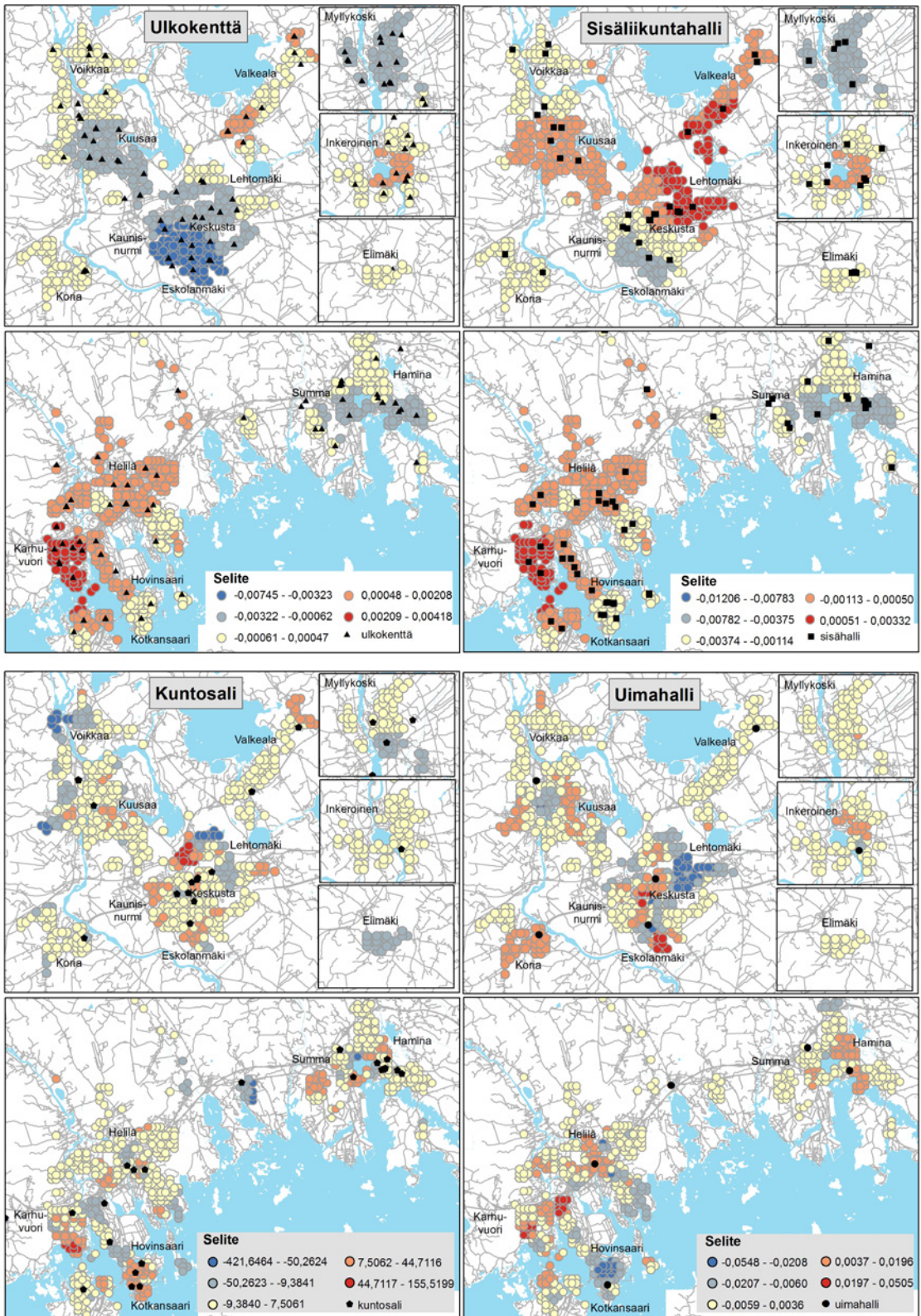
Edellisessä luvussa havaittiin, että asuinympäristöä kuvaavien muuttujien merkitys kasvaa erityisesti liikkumattomien miesten keskuudessa. Merkityksen kasvu viittaa eräänlaiseen vajeeseen asuinympäristössä, koska asuinympäristöä parantamalla voidaan lisätä miesten liikunta-aktiivisuutta. Aikaisemmat tutkimukset tukevat tätä ajatusta, sillä yleisesti huonolla terveyspalvelujen saavutettavuudella on todettu olevan myös negatiivisia kansanterveydellisiä vaikutuksia (Haynes 2003:15). Tämä johtuu siitä, että terveyspalveluiden kautta voidaan edistää terveyttä, mutta vain jos ne ja niiden asiakaskunta kohtaavat. Resurssien, tarpeen ja riittävän saavutettavuuden yhtälö on vaikea ratkaista, eikä yhtäällä hyväksi havaittu menetelmä välttämättä sovi toisaalla. Seuraavaksi paikkatietomallinnusta hyödynnettiin tutkimalla, miten liikuntapaikkojen saavutettavuus on yhteydessä liikkumattomien miesten sijoittumiseen Kymenlaakson kaupunkialueilla. Vastauksia kysymykseen haettiin maantieteellisesti painotetulla regressiomallinnuksella (luku 4.3.2) ja spatiaalisella optimoinnilla (luku 4.3.3).

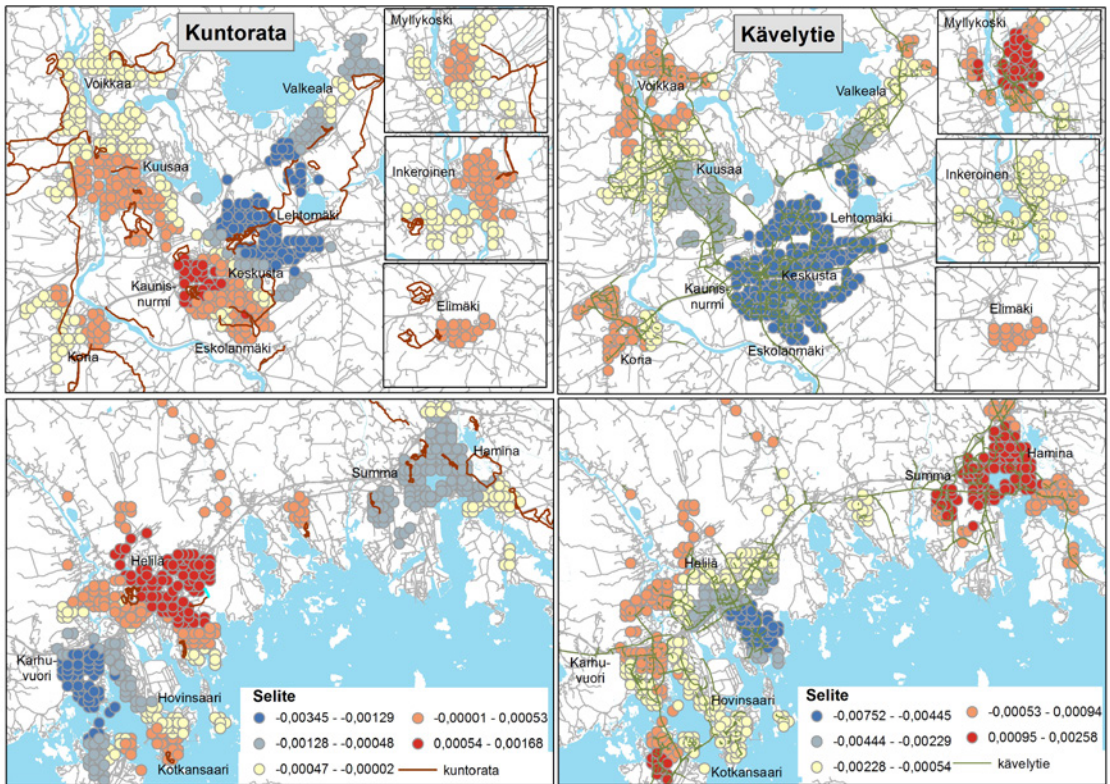
Tarkasteltaessa liikuntapaikkojen saavutettavuuden yhteyttä liikkumattomien miesten lukumäärään perinteisellä lineaarisella regressiomallilla nähdään, että keskimääräinen etäisyys kolmeen lähimpään liikuntapaikkaan selittää yleisesti vain vähän liikkumattomien miesten sijoittumisesta (r^2 0,067). Mallin alhainen selitysaste kuvastaa, kuten edellä todettiin, että liikuntapaikkojen saavutettavuuden sijaan miesten liikunta-aktiivisuus syntyy pääosin muista tekijöistä kuin etäisyydestä liikuntapaikkaan. Tilastollisesti merkitseviä selittäjiä regressiomallissa ovat ainoastaan sisähallin, kuntosalin ja kävelytien saavutettavuutta kuvaavat etäisyysmuuttujat. Näistä muuttujista negatiivisesti liikkumattomien miesten lukumäärään on yhteydessä sisähallien ja kuntosalien saavutettavuus ja positiivisesti kävelytien saavutettavuus. Liikkumattomat miehet asuvat tämän perusteella kaukana kävelyteistä, mutta lähellä sisähalleja ja kuntosaleja.

Liikuntapaikkojen saavutettavuuden yhteyttä liikkumattomien miesten lukumäärään tutkitaan seuraavaksi maantieteellisesti painotetulla regressiomallilla. Tässä niin sanotussa paikallisessa regressiomallissa selitettävä ilmiö tavallaan sidotaan paikallisiin ominaisuuksien ilman perinteisen lineaarisen mallin keskiarvoistavaa vaikutusta. Muuttujien kokonaisvaihtelusta paikallinen malli selittää perinteistä lineaarista regressiomallia eli niin sanottua globaalia mallia enemmän, sillä keskimäärin sen selitysaste on 0,21, vaikka väestöruutujen välillä on selvää vaihtelua mallin selitysasteessa (keskihajonta 0,072). Korkeampi selitysaste verrattuna ”globaaliin” malliin

perustuu siihen, että maantieteellisesti painotettu regressiomalli huomioi epästationaarisuutta eli väestöruutujen erilaisuutta hävittäen residuaalien spatiaalista autokorrelaatiota. Paikallinen malli osoittaa, että paikallisesti saavutettavuudella voi olla merkitystä, sillä kaupungeissa liikkumattomien miesten lukumäärät ja liikuntapaikkojen saavutettavuus vaihtelevat väestöruuduittain. Tämänkin mallin tulokset tukevat aikaisempaa näkemystä siitä, että asuinympäristöllä voi olla jossain määrin merkitystä liikuntakäytäytymiseen (Borodulin 2014). Paikallisesti vaihtelevat regressiokertoimet voivat selittää myös sen, miksi liikuntapaikkojen läheisyys oli aikaisemmassa tutkimuksessa vain heikosti yhteydessä liikunnan harrastamiseen (esim. Valkeinen ym. 2014).

Toisin kuin globaalissa mallissa, maantieteellisesti painotetun regressiomallin tulokset kuvataan usein karttana, jossa esitetään estimoidut regressiokertoimet tai paikallinen selitysaste. Kuvassa 27 visualisoidaan paikallisia regressiokertoimia alueen suurimmissa kaupungeissa Kouvolassa ja Kotkassa. Niiden avulla voidaan tarkastella, miten liikkumattomat miehet sijoittuvat suhteessa liikuntapaikkojen saavutettavuuteen. Negatiivinen paikallinen regressiokerroin kuvaa liikkumattomien miesten sijoittumisen painottuvan lähelle liikuntapaikkoja. Siksi näillä alueilla liikuntapaikkojen saavutettavuuden parantaminen ei ole näillä alueilla ensisijainen tekijä liikkumattomuudessa, vaan enemmänkin nykyisten liikuntapaikkojen turvaaminen ja käytön lisääminen. Positiiviset paikalliset regressiokertoimet kuvaavat päin vastaista tilannetta. Niiden väestöruuduilla liikkumattomat sijoittuvat kauas liikuntapaikoista, joten siksi näillä alueilla liikuntapaikkojen fyysisen saavutettavuuden parantaminen voisi olla yksi osatekijä liikkumattomuuden ennaltaehkäisyssä. Positiiviset regressiokertoimet peittävät alleen laajoja useiden väestöruutujen muodostamia alueita kaikissa liikuntapaikoissa (kuva 27). Nämä alueet voivat olla myös päällekkäisiä, kuten esimerkiksi Kotkan Karhuvuoressa. Tässä kaupunginosassa paikalliset regressiokertoimet ovat positiivisia ulkokentän, sisähallin, kuntosalin ja uimahallin saavutettavuutta kuvaavissa muuttujissa (kuva 27). Pääsääntöisesti päällekkäisyyttä on kuitenkin vain muutaman liikuntapaikan suhteen. Esimerkiksi Kouvolassa Voikkaalla on positiivisia kertoimia kuntosalin ja kävelytien saavutettavuutta kuvaavissa muuttujissa (kuva 27).





Kuva 27. Maantieteellisesti painotetun regressioanalyysin tulokset.

7.4.2 Liikuntapaikkojen sijainti spatiaalinen optimointi

Paikalliset regressiokertoimet viittasivat liikuntapaikkojen saavutettavuuden vaihtelevan kaupunkien sisällä. Liikuntapaikkojen sijoittumista suhteessa liikkumattomiin miehiin ja koko väestöön tarkastellaan seuraavaksi spatiaalisella optimoinnilla. Tällä menetelmällä voidaan tutkia, miten liikuntapaikkojen sijoittuminen vastaa liikkumattomien miesten sijoittumista väestöruuduissa.

Taulukossa 35 verrataan liikuntapaikkojen nykyisiä sijainteja spatiaalisesti optimoituihin sijainteihin. Lasketut saavutettavuuserot eri ratkaisujen välillä antavat tietoa siitä, miten liikuntapaikkojen suunnittelu suhteutuu liikkumattomien miesten sijoittumiseen kaupunkitilassa. Laskennasta nähdään, että nykyiset liikuntapaikkojen sijainnit poikkeavat merkittävästi niiden optimisijainneista, jos liikuntapaikat suunniteltaisiin liikkumattomien miesten lähtökohdista. Kouvolassa kaikki liikuntapaikat ovat optimisijainteihin verrattuna nykyisin yli 1,2 kertaa heikommin saavutettavissa. Kotkassa suhteellinen ero optimiin on pienempi, mutta sielläkin ero on kuntosalien osalta pienimmillään lähes 60 prosenttia (taulukko 35). Erot viittaavat siihen, että liikkumattomien miesten sijoittuminen kaupunkien sisällä ei ole ohjannut liikuntapaikkojen sijoittumisen suunnittelua.

Liikkumattomien miesten huomioimattomuuteen viittaa myös se, että liikkumattomilla on keskimäärin suurempi etäisyys liikuntapaikkoihin, jos liikuntapaikat suunniteltaisiin koko väestön suhteen (taulukko 35). Tulos tarkoittaa, että jos liikuntapaikat sijoitettaisiin kaupunkiin koko väestön saavutettavuuden näkökulmasta, olisi liikkumattomilla miehillä liikuntapaikkojen saavutettavuus keskimäärin koko väestöä heikompi. Toisaalta tulos myös viittaa siihen, että liikkumattomat miehet eivät jakaudu kaupunkien väestöruutuihin tasaisesti muuhun väestöön suhteutettuna, vaan kuten edellä on osoitettu, he kasautuvat osaan väestöruutuista. Spatiaalinen optimointi paljastaa, että myös koko väestön osalta liikuntapaikat ovat molemmissa kaupungeissa nykyään selvästi optimiratkaisuun verrattuna heikommin saavutettavissa. Suurin ero on Kouvolassa sisäliikuntahalleissa ja kuntosaleissa, joissa molemmissa ero optimiratkaisuun on yli 100 prosenttia (taulukko 35). Kotkassa suurin ero on liikuntakenttien saavutettavuudessa, jossa nykytilanne eroaa yli 1,5 kertaisesti optimaaliseen tilanteeseen verrattuna (taulukko 35).

Taulukko 35. Nykyisten liikuntapaikkojen saavutettavuuden erotus spatiaalisesti optimoitujen liikuntapaikkojen saavutettavuuteen (%).

Liikuntapaikan saavutettavuus	Kouvola		
	Nykyisten liikuntapaikkojen saavutettavuuden		Koko väestön optimiratkaisunerotus nykyisiin sijainteihin
	erotus optimiin, joka perustuu liikkumattomiin miehiin	erotus optimiin, joka perustuu koko väestöön	
Liikuntakenttä	231.4	21.8	12.3
Sisäliikuntahalli	160.2	9.9	132.6
Kuntosali	124.4	3.1	107.2
Liikuntapaikan saavutettavuus	Kotka		
	Nykyisten liikuntapaikkojen saavutettavuuden		Koko väestön optimiratkaisunerotus nykyisiin sijainteihin
	erotus optimiin, joka perustuu liikkumattomiin miehiin	erotus optimiin, joka perustuu koko väestöön	
Liikuntakenttä	191.6	15.3	165.1
Sisäliikuntahalli	78.4	7.9	71.5
Kuntosali	58.2	3.0	47.8

Alueellisen erilaistumisen ryhmissä saavutettavuuserot optimisijainteihin korostuvat erityisesti pienituloisten vuokra-asujien väestöruuduilla. Tätä on tarkasteltu Kouvolan osalta taulukossa 36. Pienituloisten vuokra-asujien väestöruuduissa nykyiset liikuntapaikkojen sijainnit poikkeavat merkittävästi optimoiduista koko väestöstä tai liikkumattomia miehiä koskevista optimaalisista ratkaisusta (taulukko 36). Muissa ryhmissä optimisijaintien välillä ei ole suuria eroja, ja verrattuna pienituloisten vuokra-asujien väestöruutuihin niissä on myös nykytilanteen ero optimisijainteihin selvästi pienempi (taulukko 36). Itse asiassa näissä muissa ryhmissä liikkumattomien miesten lukumäärän perusteella optimoitu liikuntapaikkojen sijoittuminen heikentää väestöruutujen saavutettavuutta suhteessa koko väestöön. Siksi erotus sisäliikuntahallin ja kuntosalin saavutettavuudessa näkyy taulukossa negatiivisena. Tulkinnallisesti tämä kuvastaa liikkumattomien miesten keskittymistä pienituloisten vuokra-asujien väestöruutuihin, kuten aiemmin on todettu.

Taulukko 36. Nykyisten liikuntapaikkojen saavutettavuuden erotus spatiaalisesti optimoitujen liikuntapaikkojen saavutettavuuteen alueellisen erilaistumisen ryhmissä (%).

Liikuntapaikan saavutettavuus	Vanhempi väestö		Keskituloiset	
	Nykyisten liikuntapaikkojen saavutettavuuden		Nykyisten liikuntapaikkojen saavutettavuuden	
	erotus optimiin, joka perustuu liikkumattomiin miehiin	erotus optimiin, joka perustuu koko väestöön	erotus optimiin, joka perustuu liikkumattomiin miehiin	erotus optimiin, joka perustuu koko väestöön
Liikuntakenttä	174.9	3.2	136.3	13.9
Sisäliikuntahalli	106.2	-3.9	107.0	-5.8
Kuntosali	90.3	-7.9	104.1	-0.1
Liikuntapaikan saavutettavuus	Pienituloiset vuokra-asujat		Hyvätuloiset	
	Nykyisten liikuntapaikkojen saavutettavuuden		Nykyisten liikuntapaikkojen saavutettavuuden	
	erotus optimiin, joka perustuu liikkumattomiin miehiin	erotus optimiin, joka perustuu koko väestöön	erotus optimiin, joka perustuu liikkumattomiin miehiin	erotus optimiin, joka perustuu koko väestöön
Liikuntakenttä	305.6	32.5	142.1	7.4
Sisäliikuntahalli	327.1	45.8	89.6	-13.1
Kuntosali	189.8	10.6	81.1	-4.6

8 YHTEISÖLLISYYS JA MIESTEN TERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN

Tässä luvussa tarkastellaan yksistään yhteisöllisyyden yhteyttä miesten terveyskäyttäytymiseen. Tarkastelu keskittyy miesten alkoholinkäyttöön, tupakointiin ja liikuntaan. Tässä luvussa pyritään realistisempaan mallintamiseen, jossa lähtöoletuksena on, että paikalliset ympäristöt eroavat toisistaan ja voivat siten vaikuttaa eri tavoin miesten terveyskäyttäytymiseen. Siksi regressiomallit sovitetaan erikseen alueellisiin erilaistumisluokkiin ja tuloksia tarkastellaan näissä luokissa. Tässä luvussa tarkastellaan ensin regressiomallinnuksella yhteisöllisten tekijöiden merkitystä terveyskäyttäytymiseen alueellisen erilaistumisen luokissa ja tämän jälkeen hyödynnetään regressiomalleja ennustettaessa yhteisöllisten menetelmien potentiaalista hyödynnettävyyttä miesten terveyden edistämässä Kymenlaaksossa. Yhteisöllisten tekijöiden vaikuttavuutta miesten terveyskäyttäytymisessä kuvataan spatiaalisella interpoloinnilla, jolla yleistetään regressiomallien selitysasteet väestöruutujen kautta asuinalueille. Tämän luvun keskeinen tarkoitus on antaa vastaus kysymykseen:

- Millä asuinalueilla kannattaa terveyskäyttäytymisen interventioissa hyödyntää yhteisöllisiä menetelmiä?
- Millaisiin asioihin yhteisölliset menetelmät voisivat pyrkiä vaikuttamaan asuinalueilla?

Luvussa tuotettavan tiedon avulla on tavoitteena suunnata yhteisöllistä terveyden edistämistä asuinalueille, joissa yhteisölliset tekijät selittävät miesten terveyskäyttäytymistä. Tavoite perustuu näkemykseen, että jos yhteisölliset tekijät eivät selitä miesten terveyskäyttäytymistä, on asuinalueella turha käyttää yhteisöllisyyteen pohjautuvia menetelmiä. Tämän tavoitteen tarkoituksena on tehostaa terveyskäyttäytymisen interventioissa käytettävien menetelmien kohdentamista asuinalueille.

8.1 Yhteisöllisyyden yhteys alkoholin käyttämiseen

Taulukkoon 37 on koottu regressioanalyysin tulokset, jossa miesten alkoholikäyttäytymistä selitetään yhteisöllisillä muuttujilla. Yleisesti yhteisölliset tekijät eivät selitä miesten alkoholinkäyttämistä kovinkaan hyvin. Eniten yhteisölliset tekijät alkoholinkäyttöä vanhemman väestön väestöruuduissa, jossa selitysaste nousee 6,7 prosenttiin (taulukko 37). Alhaisin selitysaste on keskituloisten väestöruuduissa, jossa yhteisölliset muuttujat selittävät vain 1 prosentin alkoholinkäyttämistä kuvaavasta audit c -indeksistä.

Selitysasteiden lisäksi erilaistumisluokkien välillä on suuria eroja siitä, mitkä tekijät selittävät miesten alkoholinkäyttämistä (taulukko 37). Vanhemman väestön väestöruuduissa audit c -indeksiä selittää yhteisöllisyyden tunne, jonka korkeat arvot vähentävät audit c -indeksin arvoja. Hyvätuloisten väestöruuduissa puolestaan läheisten ihmisten merkitys terveellisten elämäntapojen tukena vähentää audit c -indeksin arvoja. Keskituloisten väestöruuduissa asuvilla miehillä suojaava yhteisöllinen tekijä puolestaan liittyy harrastuksiin ja siihen, onko harrastuksissa mukana läheisiä ihmisiä. Jos on, on miesten audit c -indeksin arvot alempia kuin ilman läheisiä ihmisiä.

Taulukko 37. Yhteisöllisten muuttujien merkitys selitettäessä miesten alkoholinkäyttämistä.

	Keskituloiset	Vanhempi väestö	Pienituloiset	Hyvätuloiset
Vakio	7.021^{***} (1.133)	9.224^{***} (1.267)	8.847^{***} (2.311)	6.973^{***} (1.188)
Läheisten ihmisten merkitys terveellisten elämäntapojen tukena	-0.274 (0.177)	-0.072 (0.187)	-0.678 (0.432)	-0.294[*] (0.165)
Yhteisöllisyyden tunne	-0.164 (0.269)	-1.197^{***} (0.298)	-0.615 (0.504)	-0.027 (0.281)
Läheisiä ihmisiä naapurustossa (lkm)	-0.046 (0.043)	0.061 (0.053)	-0.086 (0.080)	0.051 (0.075)
Sosiaalisen median yhteisöjä (lkm)	-0.059 (0.097)	0.101 (0.119)	0.285 (0.292)	-0.007 (0.105)
Läheisiä ihmisiä harrastuksissa (dummy)	-1.132^{***} (0.433)	-0.156 (0.550)	-0.457 (0.945)	-0.352 (0.438)
Läheisiä ihmisiä harrastuksissa (lkm)	0.014 (0.024)	-0.018 (0.022)	-0.003 (0.053)	0.013 (0.016)
Läheisiä ihmisiä (lkm)	0.098 (0.079)	0.055 (0.088)	0.275 (0.193)	-0.116 (0.072)
Havaintoja	294	227	74	228
Selitysaste	0.010	0.067	0.041	0.023
Huom.				[*] p ^{**} p ^{***} p<0.01

8.2 Yhteisöllisyyden yhteys tupakointiin

Yhteisölliset tekijät selittävät heikosti myös miesten tupakointia (taulukko 38). Korkein selitysaste löytyy keskituloisten miesten väestöruuduissa, jossa selitysaste nousee 5,7 prosenttiin. Pienituloisten vuokra-asujien väestöruuduissa selitysaste on alhaisin – vain 1,2 prosenttia. Selitysasteet osoittavat, että yhteisöllisillä tekijöillä vain vähän merkitystä tupakoinnissa.

Yksittäisistä yhteisöllisistä tekijöistä tupakoinnille altistaa keskituloisten väestöruuduissa läheiset ihmiset työpaikalla (taulukko 38). Jos työpaikalla on läheisiä ihmisiä, kasvaa miehillä satunnaisen tai päivittäisen tupakoinnin todennäköisyys. Sen sijaan läheiset ihmiset harrastuksissa suojaavat tupakoinnilta (taulukko 38). Samoin myös miehen saama tuki läheisiltä ihmisiltä ehkäisee tupakointia (taulukko 38). Hyvätuloisten väestöruuduissa läheiset ihmiset työpaikalla vaikuttavat tupakointiin vastakkaisesti, sillä läheiset ihmiset työpaikalla vähentävät todennäköisyyttä päivittäiselle tai satunnaiselle tupakoinnille (taulukko 38). Tämä liittyy hyvätuloisten miesten keskimääräistä korkeampaan koulutukseen. Pienituloisten vuokra-asujien väestöruuduissa asuvilla miehillä läheiset ihmiset harrastuksissa lisäävät tupakoinnin todennäköisyyttä (taulukko 38). Tämä voi liittyä esimerkiksi joukkuelajien harrastamiseen ja tupakointiin joukkueessa.

Taulukko 38. Yhteisöllisten muuttujien merkitys selitettäessä miesten tupakointia.

	Keskituloiset	Vanhempi väestö	Pienituloiset	Hyvätuloiset
Vakio	1.773^{***} (0.389)	1.569^{***} (0.417)	2.111^{***} (0.670)	1.846^{***} (0.428)
Läheisten ihmisten merkitys terveellisten elämäntapojen tukena	0.112[*] (0.059)	0.044 (0.062)	-0.019 (0.123)	0.069 (0.060)
Yhteisöllisyyden tunne	0.069 (0.089)	0.135 (0.097)	0.010 (0.146)	0.049 (0.101)
Läheisiä ihmisiä työpaikalla (dummy)	-0.382^{***} (0.115)	-0.079 (0.131)	-0.244 (0.231)	0.358^{***} (0.124)
Läheisiä ihmisiä harrastuksissa (dummy)	0.275[*] (0.166)	0.001 (0.194)	0.457 (0.309)	0.129 (0.156)
Läheisiä ihmisiä harrastuksissa (lkm)	-0.006 (0.007)	-0.0003 (0.007)	-0.024[*] (0.013)	-0.009 (0.005)
Osallisena kolmannen sektorin yhdistystoiminnassa (lkm)	0.045 (0.049)	0.114 [*] (0.066)	-0.018 (0.099)	-0.023 (0.049)
Havainnot	298	229	76	232
Selitysaste	0.057	0.017	0.012	0.037
Huom.	* p < 0.05, ** p < 0.01, *** p < 0.001			

8.3 Yhteisöllisyyden yhteys liikunnan harrastamiseen

Miesten liikuntakäyttytymisestä yhteisölliset tekijät selittävät huomattavasti alkoholinkäyttöä ja tupakointia enemmän (taulukko 39). Keskituloisten ja pienituloisten vuokra-asujien väestöruuduissa selitysasteet nousevat noin 9 prosenttiin. Muissakin erilaistumisluokissa selitysasteet ovat noin 5 prosentin tuntumassa.

Erilaistumisluokkien välillä on jonkin verran jälleen vaihtelua regressiokerroimien etumerkeissä (taulukko 39). Pienituloisten vuokra-asujien väestöruuduissa läheiset ihmiset naapurustossa vähentävät liikunnan harrastamista, mutta hyvätuloisten väestöruuduissa lisäävät liikunnan harrastamista. Puolestaan läheisten ihmisten lukumäärä lisää liikuntakäyttytymistä pienituloisten väestöruuduissa, mutta vähentää sitä hyvätuloisten väestöruuduissa asuvien miesten keskuudessa. Myös keskituloisten väestöruuduissa läheisten ihmisten lukumäärä vähentää liikunnan harrastamista. Keskituloisten väestöruuduissa liikuntakäyttytymistä lisäävät läheisiltä saatava tuki, läheiset ihmiset työpaikalla ja harrastuksissa sekä toimiminen kolmannen sektorin yhdistystoiminnassa (taulukko 39). Hyvätuloisten väestöruuduissa osallisuus sosiaalisen median yhteisöissä puolestaan vähentää liikuntakäyttytymistä. Vanhemman väestön väestöruuduissa liikunnan harrastamista lisää läheiset ihmiset harrastuksissa (taulukko 39).

Taulukko 39. Yhteisöllisten muuttujien merkitys selitettäessä miesten lii-
kuntakäyttämistä.

	Keskituloiset	Vanhempi väestö	Pienituloiset	Hyvätuloiset
Vakio	4.779*** (0.438)	4.318*** (0.428)	4.822*** (0.966)	3.677*** (0.528)
Läheisten ihmisten merkitys terveellisten elämäntapojen tukena	-0.268** (0.109)	-0.063 (0.102)	-0.072 (0.260)	-0.207* (0.124)
Läheisiä ihmisiä naapurustossa (lkm)	-0.006 (0.029)	-0.014 (0.034)	0.115* (0.063)	-0.108* (0.055)
Sosiaalisen median yhteisöjä (lkm)	0.076 (0.063)	0.037 (0.072)	0.138 (0.184)	0.143* (0.078)
Läheisiä ihmisiä työpaikalla (dummy)	-0.665** (0.295)	-0.135 (0.319)	-0.285 (0.728)	-0.011 (0.373)
Läheisiä ihmisiä harrastuksissa (dummy)	-0.646** (0.328)	-0.721* (0.377)	0.631 (0.758)	-0.130 (0.374)
Läheisiä ihmisiä harrastuksissa (lkm)	-0.021 (0.013)	0.007 (0.014)	0.040 (0.037)	-0.040*** (0.014)
Osallisena kolmannen sektorin yhdistystoiminnassa (lkm)	-0.232** (0.091)	0.025 (0.118)	-0.082 (0.213)	-0.021 (0.100)
Läheisiä ihmisiä (lkm)	0.135** (0.064)	-0.070 (0.072)	-0.349** (0.174)	0.138* (0.078)
Havainnot	333	264	86	240
Selitysaste	0.091	0.057	0.087	0.044
Huom.	*p ** p *** p<0.01			

8.4 Paikkaperustainen näkökulma yhteisöllisyyden merkityksestä miesten liikuntakäyttämiseen

Yhteisöllisten tekijöiden merkitystä miesten liikuntakäyttämiseen tarkastellaan seuraavaksi spatiaalisen interpoloinnilla. Tällä menetelmällä yleistetään erilaistumisluokkien tulokset interpoloiduksi pinnaksi, joka kuvaa taajama-alueilla yhteisöllisten tekijöiden selitysasetta liikuntakäyttämiseen sekä edellisessä luvussa käytettyjen regressiomallien regressiokertoimia, jotka kuvaavat yhteisöllisten tekijöiden vaikutusta liikuntakäyttämiseen. Interpolointipintojen visuaalinen tulkinta antaa vastauksia siihen, miten keskimäärin asuinalueilla yhteisölliset tekijät selittävät miesten liikuntakäyttämistä tai miten eri tekijät ovat yhteydessä miesten liikuntakäyttämiseen. Spatiaalinen interpolointi luo jatkuvan pinnan väestöruutujen keskipisteistä hävittäen yksittäisten väestöruutujen tarkkoja arvoja selitysasessa tai regressiokertoimissa. Interpolointipinnan tuloksia tulee tulkita suuntaa antavina, sillä niihin voi liittyä epävarmuutta esimerkiksi pienissä taajamissa, joissa pinnan muodostamisessa käytettäviä pisteitä on vähän.

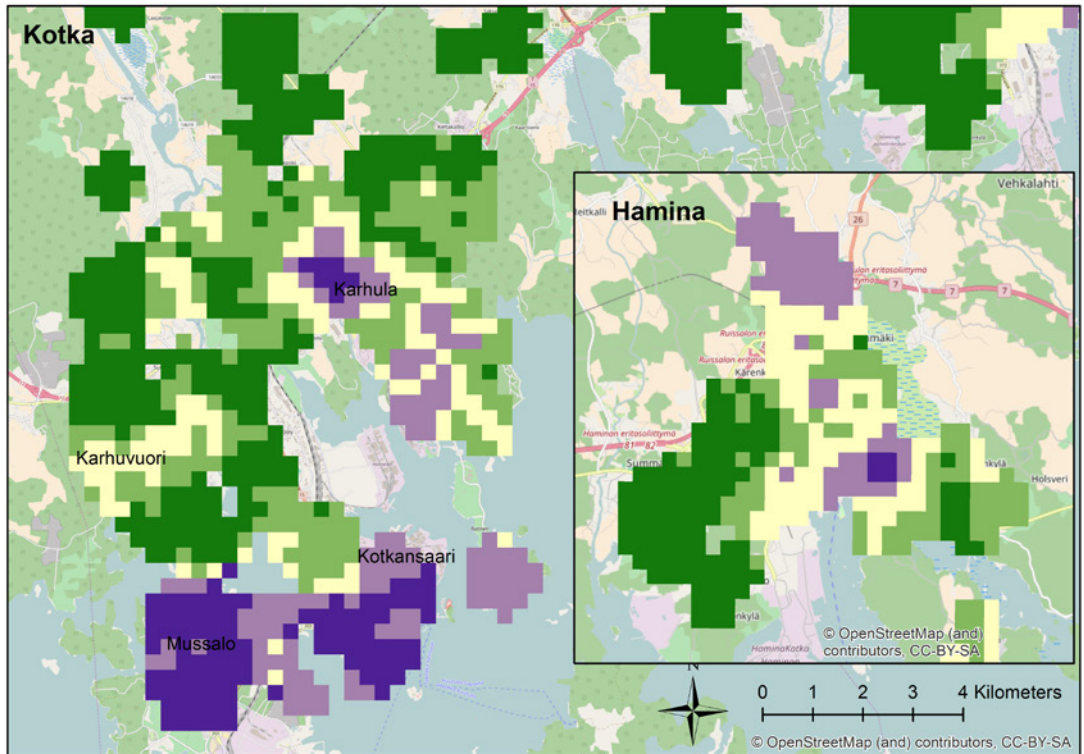
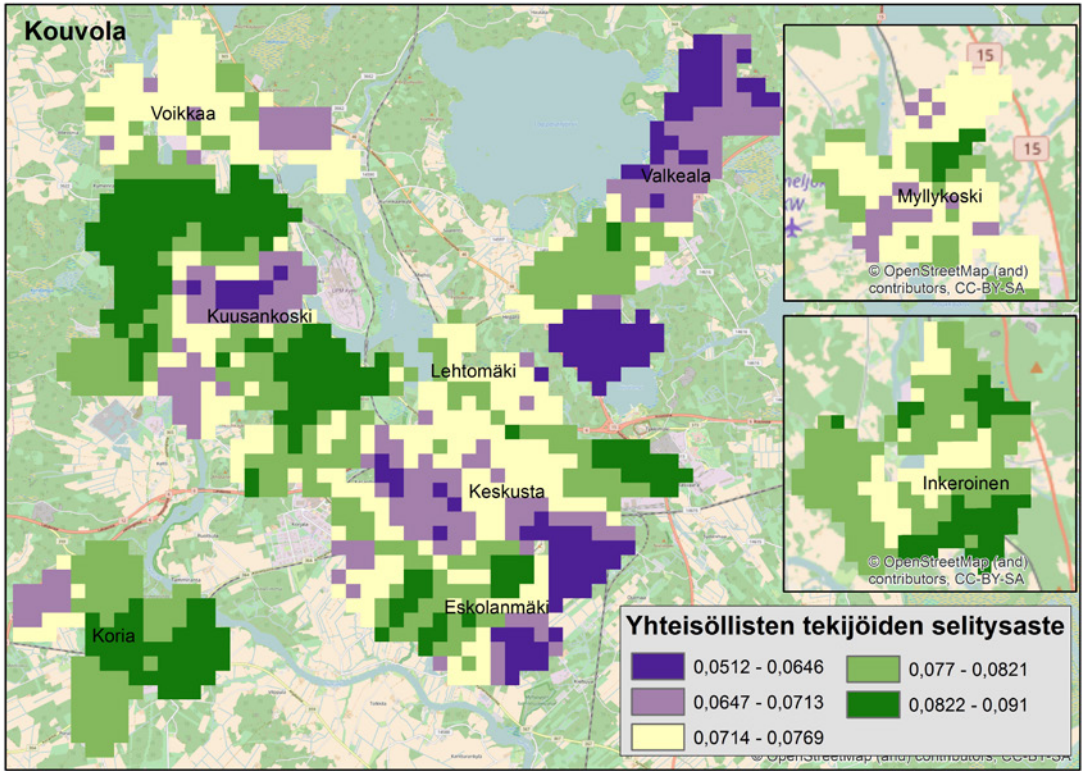
Interpolointipinnoissa yhteisöllisten tekijöiden merkitys miesten liikuntakäyttämisen vaihtelee huomattavasti asuinalueiden välillä (kuva 28). Tämä tarkoittaa, että osassa asuinalueita yhteisöllisten tekijät eivät selitä kovinkaan paljon miesten liikuntakäyttämistä, joten näillä asuinalueilla yhteisöllisten menetelmien käyttäminen miesten liikuntakäyttämisen edistämiseksi ei välttämättä ole tehokasta. Toisaalta osassa asuinalueita yhteisölliset tekijät selittävät miltei 10 prosenttia miesten liikuntakäyttämistä (kuva 28). Näillä asuinalueilla yhteisölliset menetelmät voisivat toimia tehokkaasti pyrittäessä vaikuttamaan miesten liikuntakäyttämiseen. Yhteisöllisissä menetelmissä tulee tällöin interventtioiden tavoitteet kytkeä yhteisöllisyyden rakentamiseen.

Yhteisöllisten tekijöiden selitysasetta kuvaava interpolointipinta paljastaa, millä asuinalueilla voitaisiin mahdollisesti hyödyntää yhteisöllisiä menetelmiä terveyden edistämiseksi. Pinta ei kuitenkaan paljasta sitä, mihin yhteisöllisyyttä rakentaviin osatavoitteisiin terveyden edistäminen tulisi kytkeä. Tähän kysymykseen antavat vastauksia kuvat 29, 30 ja 31. Näissä kuvissa on interpoloitu erilaistumisluokissa liikuntakäyttämistä selittävien mallien regressiokertoimet.

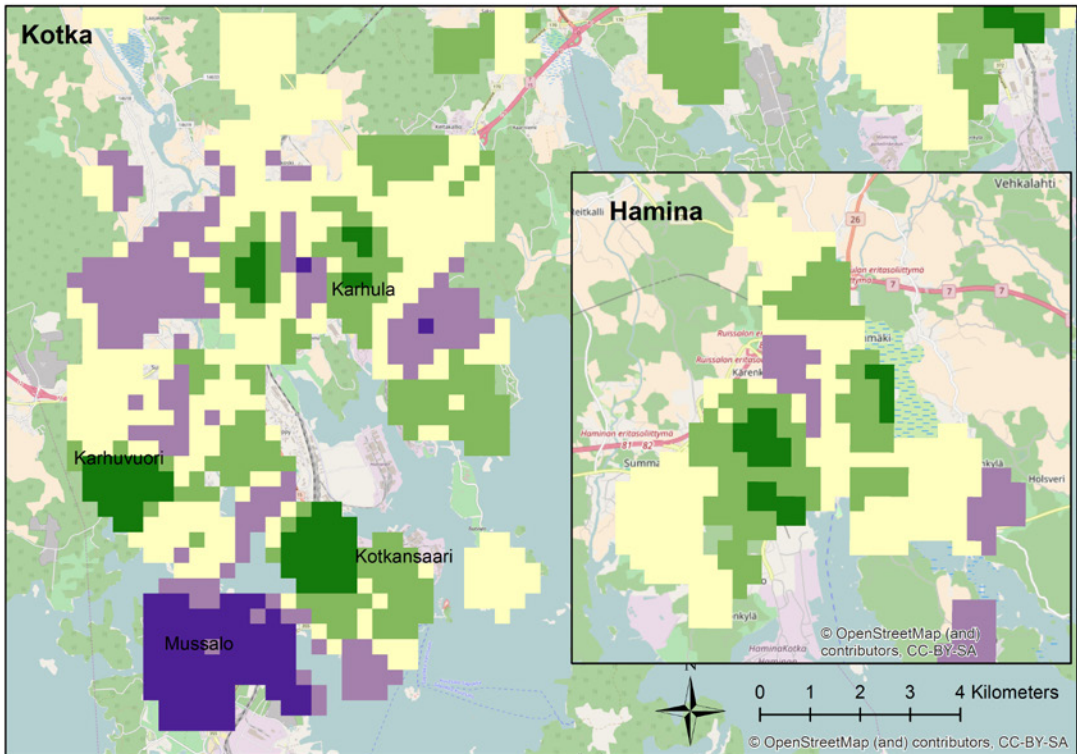
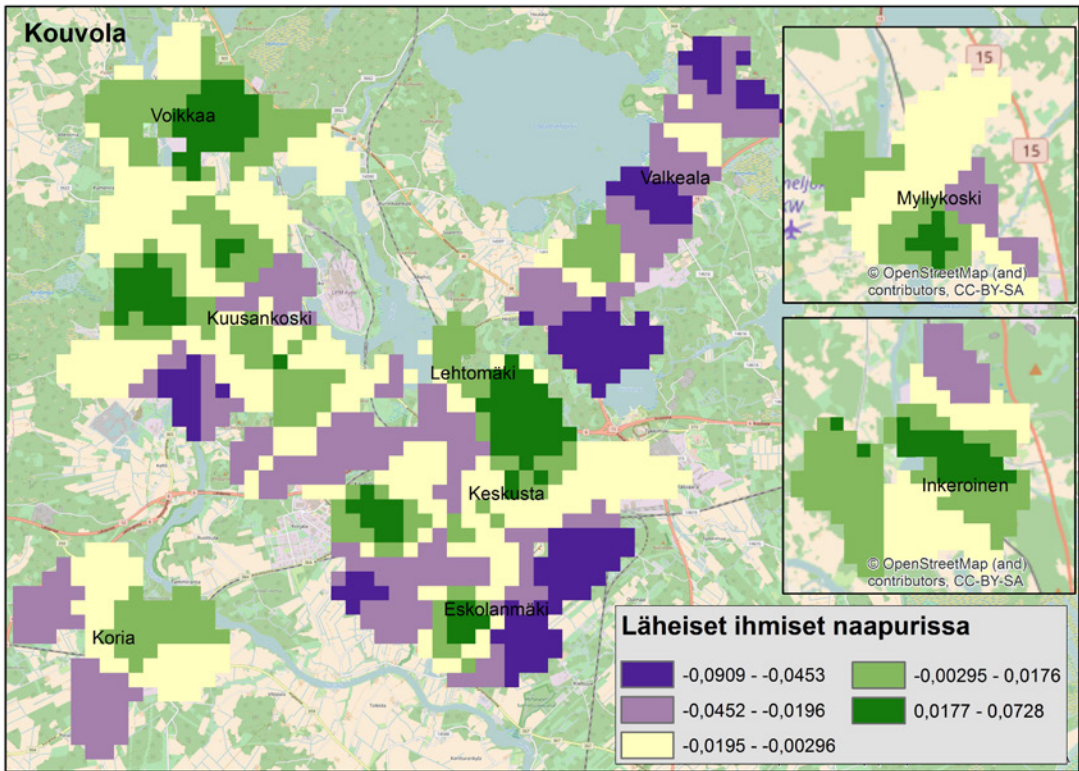
Interpolointipintoja vertailemalla nähdään, että yhteisöllisten tekijöiden regressiokertoimissa on suurta vaihtelua asuinalueittain. Siksi miesten liikuntakäyttämisen rakentuu asuinalueilla eri tavoin suhteessa yhteisöllisiin tekijöihin. Tämä tarkoittaa, että asuinalueilla yhteisölliset tekijät vaikuttavat eri tavoin miesten liikuntakäyttämiseen. Erot ovat oletettavia, koska asuinalueiden välillä on suuria eroja yhteisöllisyydessä.

Pintojen vertailu todentaa asuinalueiden välisiä eroja yhteisöllisten tekijöiden regressiokertoimissa. Esimerkiksi alhaisen sosioekonomisen aseman asuinalueilla Kouvolan Lehtomäessä ja Eskolanmäessä tai Kotkassa Karhuvuorella yhteisöllisistä tekijöistä korostuu läheisten ihmisten lukumäärä naapurustossa. Parempaan sosioekonomisen aseman asuinalueilla yhteisöll-

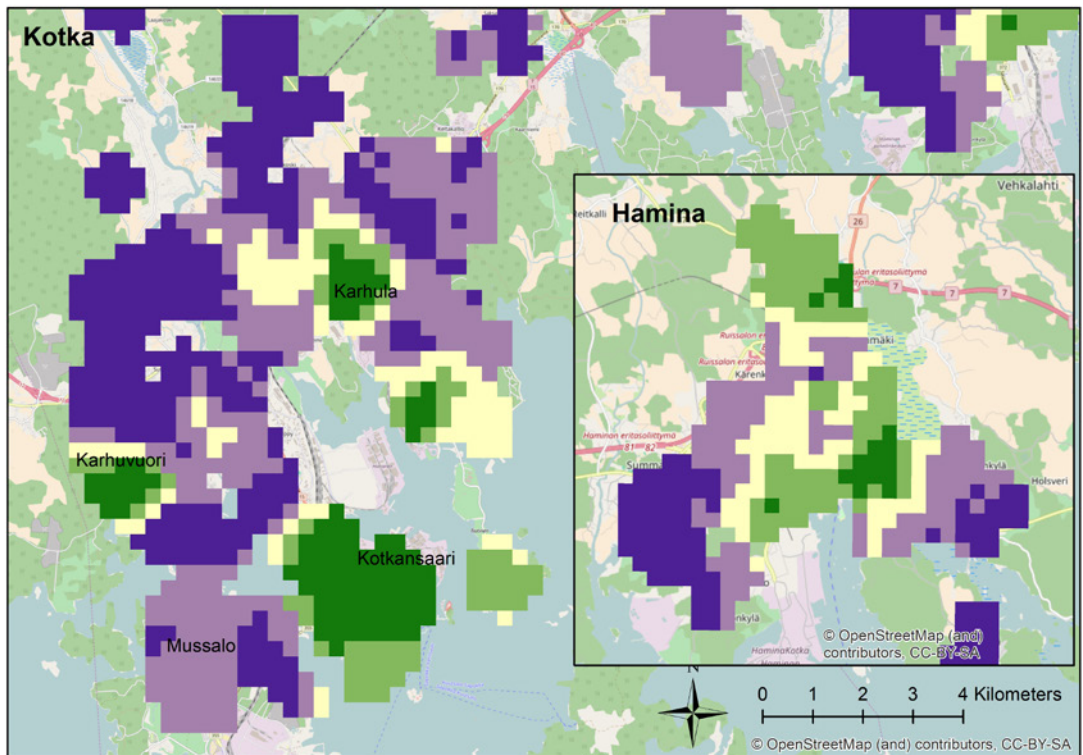
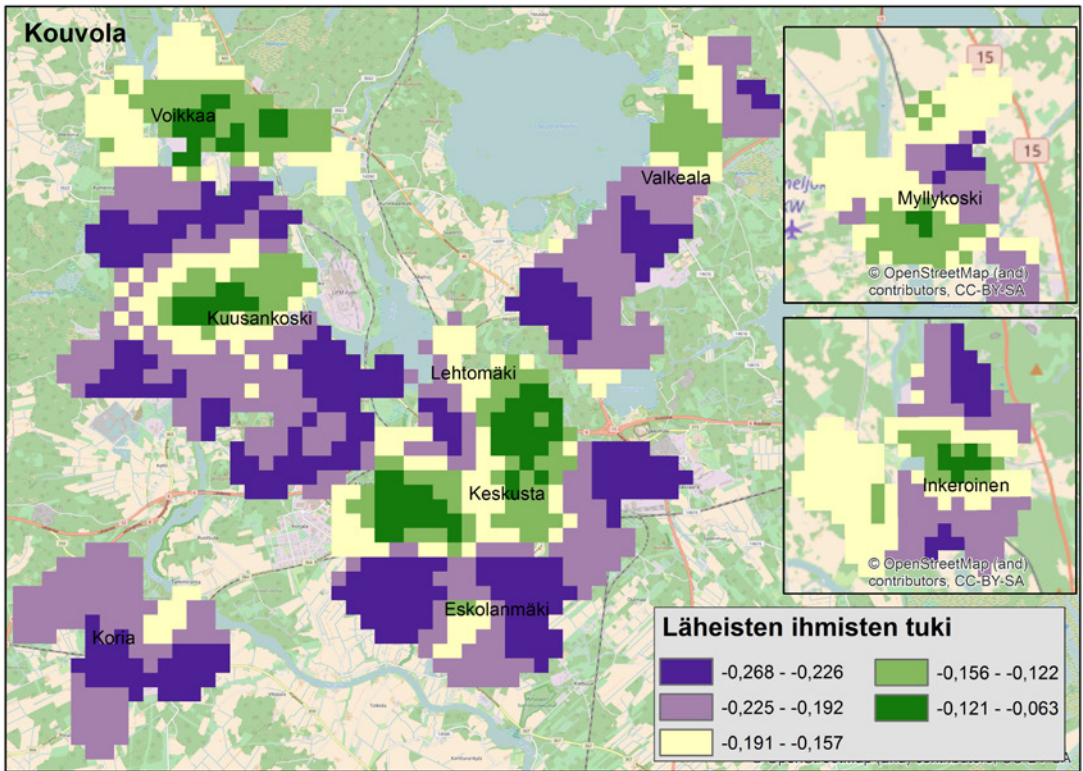
listen tekijöiden merkitys rakentuu enemmän yleisemmin läheisistä ihmisistä kuin naapuruston läheisten ihmisten lukumäärästä. Regressiokertoimien paikallinen vaihtelu asuinalueiden kesken tulisi huomioida miesten terveyden edistämisen suunnittelussa, sillä vain tällöin varmistetaan, että toiminta kiinnittyy tehokkaasti paikalliseen kontekstiin ja toiminta tukee yhteisöllisiin tekijöihin liittyviä tarpeita.



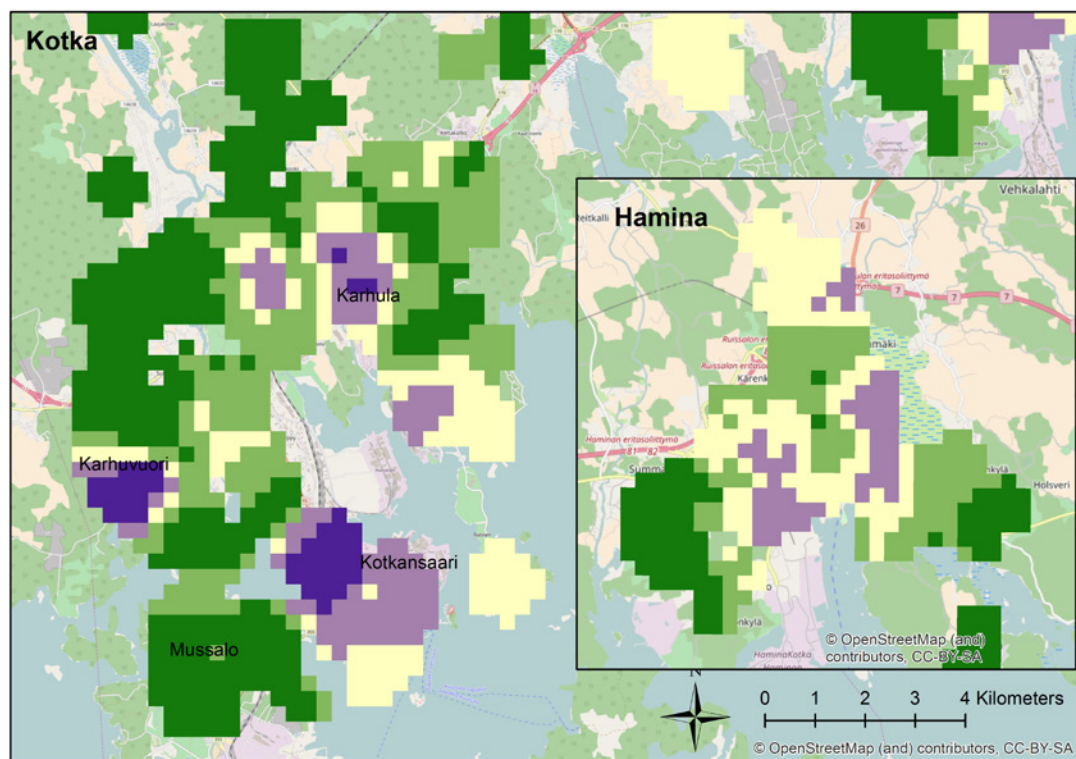
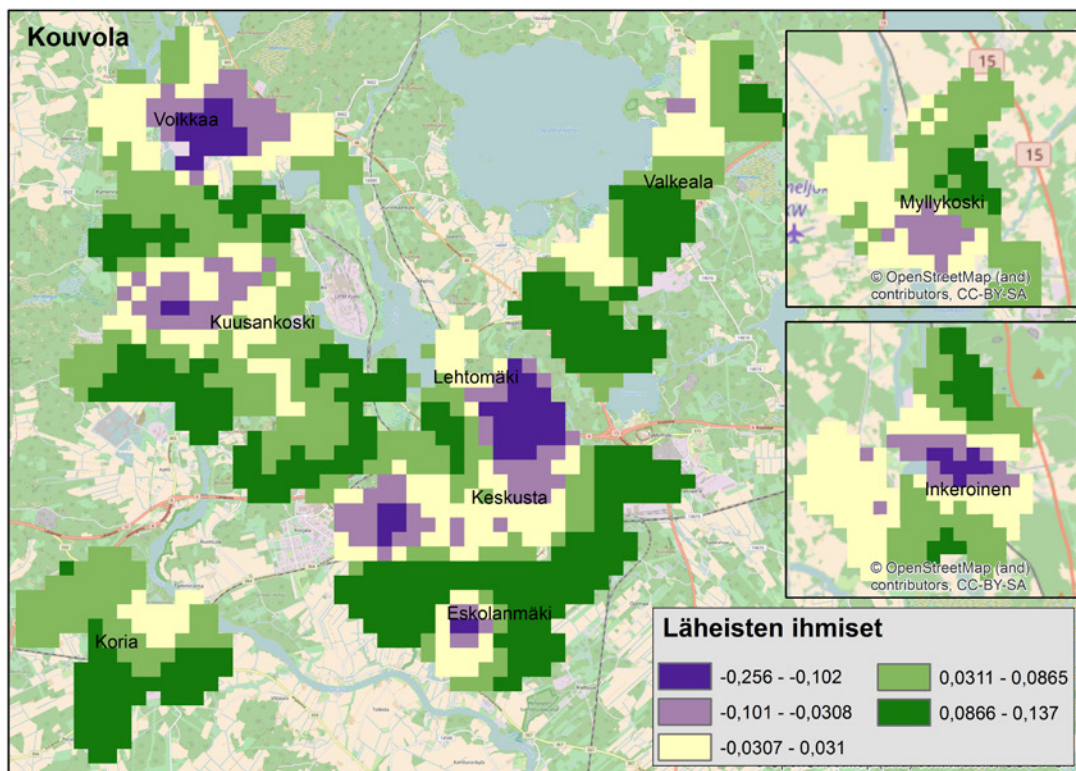
Kuva 28. Yhteisöllisten tekijöiden selitysaste interpolointipinnassa selitettäessä miesten liikuntakäyttötymisestä.



Kuva 29. Naapuruston läheisten ihmisten lukumäärän merkitys miesten liikuntakäyttäytymisessä interpolointipinnassa.



Kuva 30. Läheisten tuen merkitys miesten liikuntakäyttötymisessä interpolointipinnassa.



Kuva 31. Läheisten ihmisten lukumäärän merkitys miesten liikuntakäyttötymisessä interpolointipinnassa.

1

2

YHTEISÖLLISTEN MENETELMIEN INTERVENTIOT

Marja-Leena Kauronen, Liisa Korpivaara, Valdemar Kallunki, Juhani Pekkola,
Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen ja Sari Ranta, Minna Kurttila, Jari Peltola,
Irene Vallema, Olli Laakso ja Tomi Rossi

3

I. JÄRJESTÖJEN TOIMINTA TERVEYDEN EDISTÄMISESSÄ

Tässä luvussa selvitetään Kouvolan alueen järjestöjen toimintaa terveyden edistämisen näkökulmasta ja arvioidaan järjestöjen mahdollisuuksia edistää alueensa väestön terveyttä ja hyvinvointia. Tarkastelu perustuu 13 järjestön haastatteluaiheistoon. Tarkastelu kohdistuu yhteisöllisyyden luonteeseen ja hyötyyn, järjestöjen johtamiseen terveyden edistämisen näkökulmasta ja positiivisen mielenterveyden edistämiseen.

I.1. Kouvolan kolmannen sektorin järjestöjen yhteisöllisyyden luonne ja hyvinvointihyöty

Juhani Pekkola

Kansalaisjärjestöt

Järjestöjä, kuten rekisteröityjä yhdistyksiä, voidaan kutsua intressiyhteisöiksi tai –verkostoiksi. Ne liittyvät elämäntapaan ja ryhmälle tärkeiden asioiden harrastamiseen tai edistämiseen. (Kangaspunta ym. 2011, 262.) Kolmannen sektorin ideaaliorganisaatio perustuu yhdistyksen tarkoitukseen ja missioon. Toimintaa ohjaa jäsendemokratia ja vapaaehtoisuus, omaehtoisuus, palkattomuus ja aatteellisuus. Yhdistykset ilmaisevat kansalaisyhteiskunnassa ihmisten ja ryhmien yhteisiä kokemuksia, identiteettejä ja intressejä ja tuovat niitä julkisuuteen. (Ruuskanen & Kontinen 2015, 1.) Kolmannen sektorin piirissä on havaittu perinteisten joukko-organisaatioiden rapautumista ja vapaaehtoisen osallistumisen vähenemistä. Toisaalta vapaa-ajan toimintaan, liikuntaan ja kulttuuriin liittyvien järjestöjen määrä on kasvanut. Uusien yhdistysten perustamisessa ilmenee specialisoituminen ja eriytyminen. Uudet yhdistykset ovat usein pieniä ja ne ovat pikemminkin ”erilaisia egoprojekteja tai yhdessä kuluttamisen paikkoja kuin kollektiivisten hyödykkeiden tuottamisen areenoita”. (Saukkonen 2013, 13-15.)

Kouvolan 3. sektorin järjestöt

Järjestöjen ylläpitämisen yhteisöllisyyden luonteen ja hyödyn kohteen arvioimiseksi Kouvolan kaupungista valittiin 13 järjestöä tarkemman tutkimuksen kohteeksi. Valinta suoritettiin Kouvolan kaupungin järjestöyhteys-henkilön kanssa ja sen perusteena oli ”aktiivinen toiminta ja järjestöjen erilaisuus”. Otokseen kuului neljä potilasjärjestöä: Diabetesyhdistys, Sydänyhdistys, Hengitysyhdistys ja Maksa- ja munuaisyhdistys, neljä liikuntajärjestöä; hiihto/retkeily, keilailu, golf ja rullaluistelu sekä viisi muuta järjestöä; mieskuoro, eläkeläisjärjestö, Suomi-Unkari-seura, Kukko-Martat ja Martat.

Järjestöjen johtohenkilöitä haastateltiin keväällä 2016 kolmesta teemasta: yhteisöllisyyden luonne, toiminnasta saatavan hyödyn jakautuminen ja terveyden edistäminen. Tässä artikkelissa käsitellään kahta ensimmäistä. Haastateltavia pyydettiin arvioimaan toiminnan luonnetta seuraavien vaihtoehtojen mukaan suhteellisesti: yhteinen intressi, yhteinen tekeminen, yhteenkuuluvuus sekä keskinäinen tuki ja apu. Toiseksi haastateltavia pyydettiin arvioimaan suhteellisesti, kuka tai ketkä hyötävät toiminnasta, kolmen vaihtoehdon mukaan: hyöty itselle, hyöty ryhmälle/järjestölle tai hyöty yhteiskunnalle.

Yhteinen intressi, yhteinen tekeminen, yhteenkuuluvuus, keskinäinen tuki ja apu.

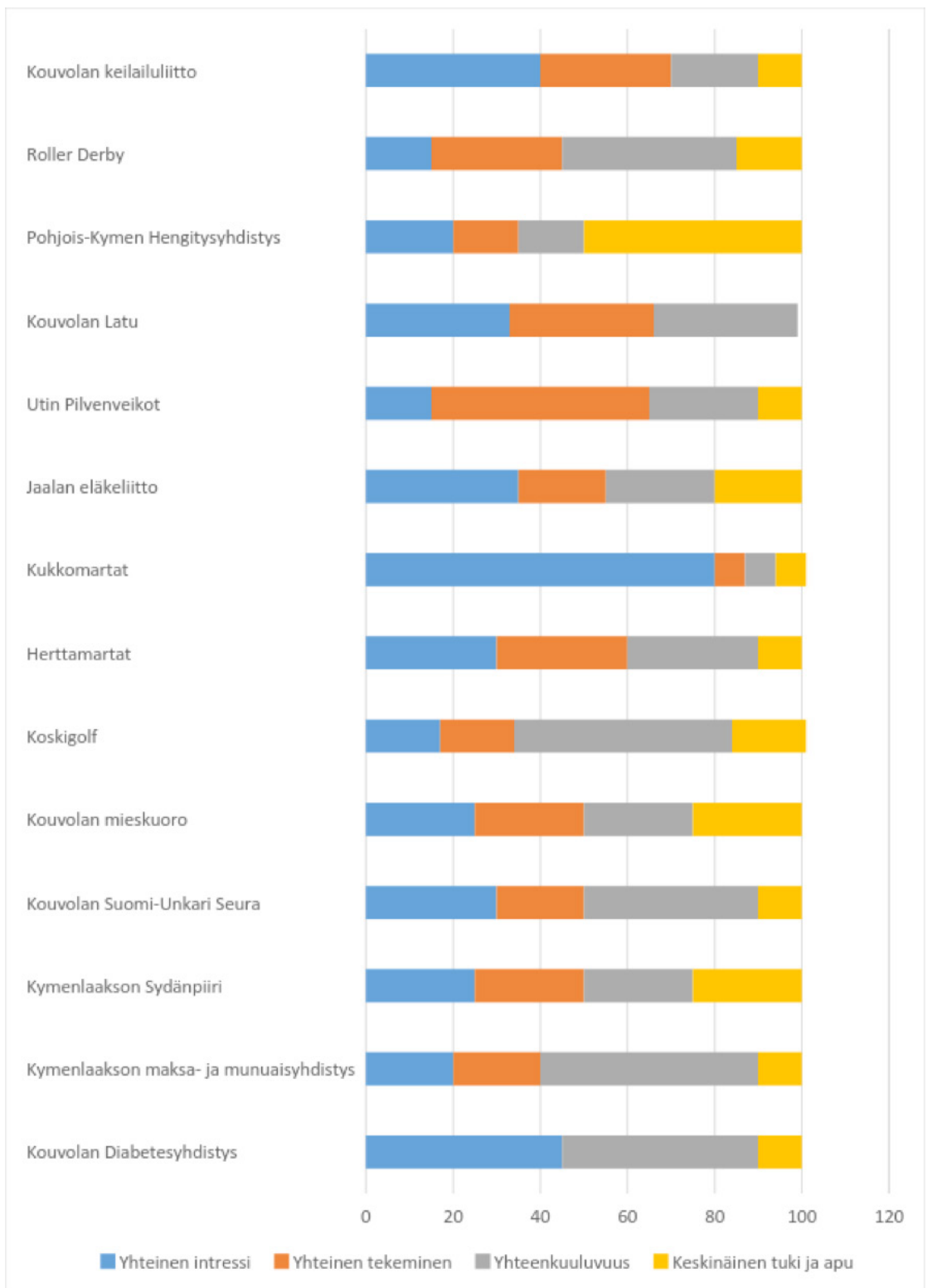
Kouvolan järjestöissä toteutuvat yhteisöllisyyden perusmääreet; yhteiset intressit, yhteistoiminta ja yhteenkuuluvuus. Toiminta kiinteyttää alueen sosiaalisia verkostoja ja parantaa integraatiota. Toiminta ylläpitää yhteiskunnan normeja ja keskinäinen apu ja kanssakäyminen ovat osa luottamus-pääomaa. Osa järjestöistä on nimenomaan perustettu auttamisen – kuten sairauksien hoidon ja niiden tuottamien vaikeuksien ehkäisemiseen. Osa järjestöistä keskittyy sosiaaliseen kanssakäymiseen, jossa ”apu” liittyy harrastuksen kohteeseen. On vaikeaa arvioida järjestöjen integraation eli ”me-hengen” tai ”solidaarisuuden” tasoa. Pienissä harrastusorganisaatioissa identiteetti ja yhteishenki ovat selvimmän havaittavissa. Suuret, järjestöt keskittyvät ensisijassa edunvalvontaan ja asiakasyhmien hoitoon, joten henkilökohtainen sitoutuminen niihin on oletettavasti heikompaa kuin pienissä järjestöissä. (Kuva 1.)

Järjestötoiminta painottuu ikääntyneisiin kansalaisiin. Järjestöjen toiminnan potentiaali on siten ikääntyvissä ja ikääntyneissä ihmisissä. Heillä on voimavaroja pitää yllä yhteisöllisyyttä ja sosiaalisia kontakteja. Jäsenkunta on pääsääntöisesti ikääntynyttä ja heillä on usein monia sairauksia. Potilasyhdistysten toiminnan taustalla on valtakunnallinen konsepti. Toiminta on siten strukturoitua ja tukee paikallista toimintaa. Yhdistyksillä on pyrkimys vaikuttaa paikalliseen päätöksentekoon jäsentensä hyväksi. Näiltä osin potilasyhdistyksissä on ammattimaisen johtamisen ja byrokraattisen hallinnon elementtejä. Edunvalvontaan liittyvät yhdistykset toimivat lähellä terveydenhuoltoa ja niiden uusiin jäseniin liittyvä toiminta sallitaan virallisen terveydenhuollon toimintaympäristössä. (Kuvat 1 ja 2.)

Yhteisöllisyys on portaittaista. Aktiiveja sairastuneisiin nähden on vähän, mutta verkoston kautta jäsenten tieto lisääntyy. Potilasjärjestöjen yhteisöllisyys perustuu kulloisenkin ”erityisen terveysasian edistämiseen”. Huoli terveyden säilyttämisestä tuo jäseniä yhteen ja lisää yhteenkuuluvuutta. Tuttujen ihmisten piirit ja tapaamiset pitävät yllä sosiaalista vireyttä. On ilmeistä, että ilman näitä järjestöjen tarjoamia foorumeita ja tapahtumia eläkeläisten keskinäinen toiminta ja sosiaaliset kontaktit olisivat vähäisempiä. Urheiluseuroilla ei ole voimakasta terveys- tai hyvinvointipolitiikkaa. Terveysteen liittyviä tekijöitä pidetään arvossa lähinnä suorituskyvyn ylläpidon näkökulmasta tai ne ovat lajin sivutuotteita (esim. lajiin sisältyvä ulkoilu ja liikunta). Lajin piirissä voimistuvat sosiaaliset verkostot ja erityisesti golfseura korostaa sosiaalisten suhteiden rakentamista ja ylläpitoa lajin keskeisenä ominaispiirteenä. (Kuvat 1 ja 2.)

Toiminnan johtajien antaman arvion mukaan yhteinen intressi on voimakasta Kukko-Marttojen keskuudessa. Marttojen tavoite on perinteisen yhteisöllisyyden ylläpito perheissä ja yhteiskunnassa yleensä. Yhteisöllisyys on mielenkiintoa ja intressiä Marita-liikettä kohtaan, mihin yhteinen tekeminen liittyy. Sen toimintaan ovat valikoituneet yhteistä tekemistä arvostavat henkilöt. Partiokunta Utin Pilven Veikot keskittyy voimakkaimmin juuri yhteiseen tekemiseen. Kulttuurijärjestöt tuovat jäsenilleen foorumin hankitun sosiaalisen kyvykkyyden osoittamiseen. Jäsenistö kokoontuu ja sen jälkeen hajaantuu. Järjestö ei kohdista kontrollia jäseniinsä ja järjestää harvakseltaan tilaisuuksia, joissa yhteisen tavoitteen mukaista toimintaa pidetään yllä.

Yhteenkuuluvuus on voimakasta monessa järjestössä. Kuitenkin yhteisöllisyyden sisältöön kohdistuvat arviot poikkeavat toisistaan. Järjestöjen tuottaman hyödyn koetaan kohdistuvan joko yksittäisille jäsenille tai jäsenille ryhmänä. Potilasjärjestöt korostivat toimintansa yleisiä hyötyjä terveyskäyttäytymisen ylläpidon ja edunvalvonnan osalta. Urheilu- ja liikuntayhdistykset pitivät yleensä liikkumisen merkitystä yleisenä etuna ja eläkejärjestöt katsoivat pitävänsä yllä sosiaalista kiinteyttä. (Kuvat 1 ja 2.)



Kuva 1. Yhteisöllisyyden luonne Kouvolan järjestökentässä.

Hyödyn jakautuma Kouvolan järjestökentässä



Kuva 2. Hyödyn jakautuma Kouvolan järjestökentässä.

Kolmannen sektorin järjestöjen hybridisaatio Kouvolassa liittyy potilasjärjestöjen tuottamiin palveluihin, jotka tukevat julkisen terveydenhuollon tavoitteita. Toiminnan hallitsemiseksi on palkattu henkilökunta, joka on keskeisessä roolissa (Vrt. Ruusuvoori 2015, 11). Myös urheiluseuroissa tapahtuu asiantuntijoiden palkkausta. Urheilu- ja liikuntajärjestöjen osalta johto korostaa yleisen kansanterveyden edistämistä ja syrjäytymisvaarassa olevien nuorten integrointia.

Suositus 1:

Lähtökohtainen, läpinäkyvä ja arvioitavissa oleva terveyden edistämisen sisällytettävä avustuksien kriteereihin

Kouvolan kaupungin on taloudellisen ja muun tukensa oleellisena edellytyksenä vaadittava järjestöiltä:

1. Selvitys siitä, mitä terveyden ja hyvinvoinnin aluetta ne edistävät
2. Selvitys siitä, kuinka tämä on kirjattu järjestöjen toimintasuunnitelmiin ja käytäntöihin
3. Selvitys siitä, millaisilla menetelmillä T&H:n edistäminen tapahtuu
4. Selvitys siitä, keihin toiminta kohdistuu
5. Selvitys siitä, miten tuloksia mitataan ja arvioidaan
6. Kunnan on annettava järjestöille ohjeet siitä, kuinka terveysvaikutuksia raportoidaan

Suositus 2:

Asiantuntemuksen ja intressin hyödyntäminen

Kuntien tulee käyttää terveys- ja hyvinvointia koskevassa toiminnassaan kolmannen sektorin järjestöjä intressiryhminä mm. siten, että asioiden valmistelussa järjestöiltä pyydetään lausuntoja tai syvempää osallistumista.

Suositus 3:

Kolmannen sektorin ja vapaaehtoistyön hyödyntäminen sosiaalisen hyvinvoinnin ja luonnonympäristön ylläpidossa

Järjestöjen piirissä on halua ja kykyä auttaa vajaakuntoisia, esim. vanhuksia. Kaupunki voisi toiminnassaan:

- pitää ympäristöön suuntautuvaa vapaaehtoistyötä erityisenä avustuksen ja muun tuen kriteerinä
- selvittää tarvittavat avun kohteet sekä tiedottaa avun tarpeista ja auttamisen mahdollisuuksista kolmannen sektorin järjestöille.
- kannustaa muillakin tavoin kolmannen sektorin järjestöjä osallistumaan vapaaehtoiseen sosiaaliseen ja ympäristötyöhön.

1.2. Terveyden edistämisen johtaminen järjestöissä

Marja-Leena Kauronen

Terveyden edistämisen siirtyessä sote-uudistuksen yhteydessä yhä enemmän kuntien vastuulle, järjestöjen rooli toimijana vahvistuu paikallistasolla ja proaktiivinen toiminta järjestötoiminnan sisällöissä muodostuu tärkeäksi. Järjestöt voivat osallistua terveyden edistämisen suunnitteluun kunnissa, kun esimerkiksi elinympäristöjä kehitetään liikunnalle suotuisaksi. Järjestöt voivat myös vahvistaa yhteisöjään priorisoimalla toimintaansa ja korostaa järjestölle ominaista terveyden edistämisen linjaa, esimerkiksi mielenterveyttä edistävä tai liikuntaa lisäävä toiminta. (Sines ym. 2013.) Terveyden edistäminen on määritelty prosessina (WHO 1986), joka mahdollistaa ihmisiä lisäämään elintapoihin ja riskitekijöihin liittyvää kontrollia ja parantamaan terveyttään. Määritelmä siirtää keskiön yksilöllisestä käyttäytymisestä sosiaalisiin ryhmiin ja yhteisöihin kohdistuviin interventioihin. Tämä edellyttää järjestöiltä lähestymistapaa, jossa terveyttä keskeisesti määrittävät joko vältettävät tai suositeltavat tekijät yhdistetään järjestöissä sosiaaliseen ja kulttuuriseen toimintaan. (Sines ym. 2013.)

Järjestöjen toiminta voi olla tärkeää tuettaessa jäsenten elintapojen muutosta tai itseluottamusta esimerkiksi voimavaroja kuluttavien sairauksien, elämäntilanteiden ja tapahtumien jälkeen. Voidaan puhua toipumisesta (recovering), joka yhdistetään fyysisten sairauksien ja myös mielenterveyden häiriöistä selviytymiseen, uuteen orientaatioon elämässä ja oman elämän kontrolliin. Toipuminen on yhdistetty myös oppimiseen ja henkilökohtaiseen kasvuun, rooleihin, vastuuseen sekä sosiaaliseen toimintaan. Myös sairaudesta johtuvien rajoitusten hyväksyminen, asenteiden muuttuminen ja jäljellä olevien mahdollisuuksien näkeminen, tavoitteet, uudet taidot ja toivo liitetään toipumiseen (Stacey & Stickle 2012). Toipumista voidaan pitää yksilöllisenä prosessina, jota yhteisö tukee.

Kouvolan vapaaehtoisjärjestöjen toiminnan johtamisen arviointi

Järjestöjen toimintaa kansalaisten terveyden edistämässä voidaan arvioida kansallisten terveyden edistämishjelmien toteutumisen arviointirunkoa (Laverack 2009) käyttäen. Tavoitteena tällöin on yhteisön jäsenten osallistuminen, yhteisön voimavarojen mobilisoiminen ja jäsenten voimaantuminen. Järjestön arvot tulisivat olla suhteessa terveyden edistämiseen. Terveellisten arvojen tulisi näkyä muun muassa sääntöinä järjestön koostumisissa. Järjestön resursseja, esimerkiksi jäsenten asiantuntijuutta tulisi käyttää monipuolisesti. Järjestö voi käyttää myös ulkopuolisia asiantuntijoita tai olla itse asiantuntijana ulospäin. Johtamisessa terveyden edistämisen tulee näkyä tavoitteissa ja kohdistumisessa jäsenistöön tai järjestön ulkopuolelle. Johtamisessa jäsenten osallistaminen edistää sosiaalisia suhteita ja sitä kautta jäsenten hyvinvointia. Järjestön tulisi luoda verkostoja synergiaedun saamiseksi. Järjestön tulisi pyrkiä tasa-arvoon jäsenten kesken tai muiden toimijoiden välillä. Toimintaa arvioidaan tällöin 1. yhteisön,

2. historian ja arvojen, 3. järjestön käyttämien resurssien ja niiden liikkuvuuden, 4. johtamisen, 5. osallistujien tietoisuuden ja kriittisyyden kehittämisen, 6. osallistamisen, 7. verkostojen ja 8. tasa-arvon näkökulmista. (Laverack 2009.)

Kouvolan alueen vapaaehtoisjärjestöjen (13) haastatteluaineisto analysoitiin käyttämällä edellä kuvattua (Laverack 2009) arviointirunkoa keskittyen kuitenkin arvojen selkeyttämiseen, johtamiseen ja sen tukeen sekä resursseihin.

Arvot

Terveys, sen edistäminen tai hyvinvointi esiintyivät harvoin järjestön kirjattuna arvona, mutta toimintasuunnitelma oli lähes aina epäsuorasti yhteydessä hyvinvointiin, terveyteen tai sen edistämiseen. Arvojen selkeyttäminen tai nimeäminen ei ollut yleistä järjestöissä. Vain partiojärjestössä oli selvä tupakointi- ja alkoholin käytön kieltö vanhemmille. Moni järjestö toi esiin, että tupakointi oli harvinaista heidän tilaisuuksissaan. Liikuntaa ja retkeilyä edistävä järjestö taas toi esiin, että tupakointia ei rajoitettu, mutta kommentti ”Voisi olla vaikeaa tupakoida tässä ryhmässä” kertoo valikointuneesta ryhmästä ja sen arvoista. Keilailuyhdistyksessä kaikilta odotettiin tupakoimattomuutta ja myös nuuskan käyttö oli kielletty ja nuorilta odotettiin myös hyvää sekä maltillista käytöstä.

Yksityisyyden kunnioittaminen ja puuttumattomuuden imagon ylläpitäminen meni tupakoimattomuuden edelle joissakin järjestöissä, vaikka terveys näissä järjestöissä nähtiin suorituskykyä lisäävänä ja sikäli tavoiteltavana asiana. Ilmaus ”Emme puutu jäsenten tupakointiin tai alkoholin käyttöön” kuvaa arvojen selkiytymättömyyttä. Eläkeläisjärjestöt taas välttivät suoraa elintapaohjausta, mutta ohjasivat terveisiin elintapoihin tarjotun toiminnan kautta. Vaikka potilasjärjestöissä jäljellä oleva elämä nähtiin arvokkaana ja itsehoitotaitojen tukeminen sekä terveellisiin elämäntapoihin ohjaaminen olivat keskeisiä toiminnassa, tupakointia koskevia sääntöjä ei kuitenkaan ollut. Tasa-arvoon liittyviä arvoja ei myöskään oltu kirjattu järjestöissä.

Luonnossa olemiseen ja luonnossa selviytymiseen liittyvät arvot olivat retkeily- ja luontoliikuntajärjestöissä keskeisiä. Luontosuhteen rakentumisen tukeminen lapsilla ja nuorilla kantaa pitkälle. Myös aikuisten kohdalla luonto ja siihen liittyvät toiminnot nähtiin tärkeiksi voimavarojen ylläpitämisen kannalta.

Johtaminen ja sen tuki

Järjestöt olivat toimintasuunnitelman kautta johdettuja, mutta suunnitelman toteutumisesta ja sen organisoinnista pääasiallisesti vastasi vain puheen- tai toiminnanjohtaja, jonka tehtäväkenttä vaikutti laajalta ja rajamattomalta. Johtamisen tuki jäsenistöstä tai muualta oli erittäin vähäistä tai olematonta. Yhdistykset, joilla oli kattojärjestö, saivat apua toimintasuunnitelman laatimiseen, esimerkiksi Martta-toiminta ja Sydänyhdistys.

Matkojen, retkien ja tapahtumien järjestäminen vaati paljon aikaa ja oli lähes aina puheenjohtajan vastuulla, samoin kuin uusien jäsenten hankkiminen. Liikuntajärjestöissä kilpailu uusista jäsenistä liittyi järjestön mahdollisuuksiin toimia yleensäkin tulevaisuudessa ja oli myös puheenjohtajan vastuulla. Huolimatta suuresta työmäärästä haastatellut johtajat olivat sitoutuneita. Toimintasuunnitelmissa sisällöllisesti nousivat epäsuorasti esiin hyvinvointi- ja terveystavoitteet, mutta voimakkaana myös viihtyminen. Toiminta suunniteltiin jäsenten toiveiden ja toiminnan vetovoimaisuuden perusteella.

Resurssit ja niiden liikkuvuus

Järjestöt saivat rahoitusta kattojärjestöistä ja avustuksia kaupungilta. Yritykset sponsoroivat toimintaa harvoin. Varojen hankkiminen talkoilla oli vähäistä. Jäsenistön ajan, asiantuntijuuden ja osaamisen käyttö olivat järjestössä sen tärkein resurssi, muun muassa rakennusten kunnossapito ja huolto, toiminnan suunnittelu ja toteutus tapahtuivat jäsenistön voimavaroilla. Talkootyötunteja arvioitiin olevan jopa yli 4000 vuodessa yhdessä järjestössä. Toiminnan tasoa retkeilyjärjestössä lisäsi sen kustantama koulutus ryhmänohjaajille. Järjestön varustehankinta ja lainaus lapsi- ja nuorisotyössä oli tärkeä resurssi ja ulottui perheisiin saakka.

Resursseja syntyi myös jäsenistön asiantuntijuudesta Partiotoiminnassa vanhempien ja isovanhempien apu ja erityisosaaminen muodostivat huomattavan resurssin. Sen ansiosta toiminta oli luotettavaa ja toiminta tuki lasten ja nuorten kehitysvaiheita luomalla näille tilanteita resilienssin, sopeutumisen ja joustavuuden kehittymiseen. Lisäksi vanhemmille muodostui mahdollisuus keskinäiseen vuorovaikutukseen sekä kasvatukseen liittyvien asioiden ja -tilanteiden peilaamiseen sekä tukeen. Vanhempien muodostama voimavara oli toiminnassa korvaamaton, mutta vastaavasti toiminta tuki myös vanhempien kasvatustehtävää.

Tiedottamiseen oli vähän taloudellisia resursseja, samoin taitoja sosiaalisen median luomiseen järjestöjen toimintaa palvelevaksi. Tiedottaminen oli yleensä johtajien vastuulla ja se oli monitahoisuuden ja vanhentuneiden menetelmien vuoksi hidasta ja aikaa vievää. Ulkopuolisia asiantuntijaresursseja tiedon antamiseen käytettiin harvoin, jolloin tilaisuudet avattiin suurelle yleisölle.

Verkostojen muodostaminen

Järjestöt tukivat jäsenten sisäisten verkostojen muodostumista. Joissakin järjestöissä nousi esiin jäsenten halu pitää verkosto pienenä ja muuttumattomana, mitä ei terveyden edistämisessä nähdä välttämättä positiivisena asiana. Eläkeläisjärjestön toiminta oli avointa, toiminta vilkasta ja ulottui muille paikkakunnille ja järjestöön kuulumattomat olivat tervetulleita mukaan, jolloin heille tarjoutui mahdollisuus uusiin sosiaalisiin suhteisiin. Liikuntajärjestöissä liikuntalajin tai jäsenten sosioekonomisen taustan (rullaluistelukamppailu ja golf) voi arvioida toimivan esteenä jäsenistön laaje-

nemiselle. Ulkopuolisten verkostojen luominen esimerkiksi toisiin yhdistyksiin oli erittäin vähäistä eikä sille nähty järjestöissä lisäarvoa. Toisaalta, se olisi edellyttänyt resursseja, joita muutenkin oli vähän. Paikallisesti seurakunnat olivat niitä tahoja, joihin verkostoituminen oli luontevaa.

Hyvinvointi- ja terveysongelmien arviointi- ja ratkaisukapasiteetin lisääminen

Hyvinvointi- ja terveysongelmien ratkaisukapasiteettia potilasjärjestöissä lisäsivät asiantuntijaluennot ja vertaisten antama tieto ja keskustelut, kun muissa järjestöissä tämä tuki jäi pois. Kuitenkaan järjestöjen rakenteissa yleensä ei ollut riittävästi terveydenhuollon ammattihenkilöitä, mikä olisi mahdollistanut dialogisen keskustelun terveysongelmien käsittelyssä ja lisännyt terveystarpeiden arviointitaitoa sekä päätöksentekoa omahoidossa ja elintapamuutoksissa. Tällaisen henkilön/ henkilöiden palkkaaminen kuntiin järjestöjen tueksi terveyden edistämiseen toisi terveyden edistämiseen lisää tehokkuutta kansantautien ehkäisyyn ja hoitomotivaation ylläpitämiseen jo sairastuneille. Tällainen yhdyshenkilö voisi edistää myös sekä järjestöjen välisten verkostojen että suhteiden muodostumista muihin toimijoihin.

Järjestöjen toiminnalla oli epäsuora vaikutus hyvinvointiin ja terveyteen. Vapaaehtoisjärjestöistä muodostui analyysissa terveyden edistämisen näkökulmasta neljä ryhmää.

1. Edunvalvonta, jäseniä koskevien asioiden ajaminen
2. Voimaantumista mahdollistavat järjestöt; Samansuuntaiset hyvinvointi- ja terveystavoitteet jäsenistössä vahvistivat omia tavoitteita ja yhteinen toiminta niiden suuntaisesti edesauttoi muutosta. Kuvatut ilmiöt on yhdistettävissä yhteisön voimaantumiseen. (Laverack 2009, Sines ym. 2013)
3. Sosiaalista kanssakäymistä edistävät ja kulttuuria tukevat järjestöt
4. Osallistumista rajaavat järjestöt

Suosituksat

- Järjestön toiminnan tulee perustua laajoja väestönosia käsittäviin terveys- ja hyvinvointitarpeisiin
- Johdon tukitoiminnot ovat nyt vajaat, johtamista olisi kehitettävä
- Verkostojen muodostamista tulisi aktivoida
- Toiminnan sisällön tulee tukea jäsenistön terveysongelmien käsittely- ja ratkaisukapasiteetin lisääntymistä enemmän ja tarkennetusti
- Terveydenhuollon ammattihenkilö järjestöjen yhteisessä käytössä lisäisi tehokkuutta

1.3. Yhteisölliset menetelmät terveyden edistämässä järjestötoiminnassa

Liisa Korpivaara

Yhteisöllisten menetelmien tunnistamiseksi Kouvolan kaupungin välityksellä saatujen 13 järjestön edustajan haastatteluaineisto, litteroitua tekstiä 76 sivua, analysoitiin deduktiivista sisällönanalyysia käyttäen abduktiivisesti terveyden edistämässä käytettyjen terveyden edistämismenetelmien mukaan sekä positiivisen mielenterveyden Warwick-Edinburg Mental Health Scale –mittariston avulla. Analyysia varten haastatellut järjestöt ryhmiteltiin potilasjärjestöihin, urheilu ja liikuntajärjestöihin sekä muihin järjestöihin.

1.3.1. Potilasjärjestöissä käytetyt yhteisölliset terveyden edistämisen menetelmät

Potilasjärjestöjen toiminnassa keskeistä oli jäsenten hoitomotivaation ylläpitäminen, hyvän hoitotasapainon ja elintapamuutosten edistäminen. Potilasjärjestöissä käytetyimmät yhteisölliset terveydenedistämismenetelmät olivat:

- Säännölliset, avoimet ryhmätapaamiset jäsenten kesken
- Tiedon jakaminen; koulutustilaisuudet, kattojärjestön jäsenlehdet, vertaisten antama tieto
- Vertaistukitoiminta; yksilöllinen ja ryhmässä tapahtuva
- Jäsenistölle räätälöidyt ruoanvalmistus- ja liikuntaryhmät
- Virkistystapahtumat, retket ja matkat
- Edunvalvonta

Ryhmätapaamiset, vertaismalli ja vertaistuki

Ryhmätapaamiset tarjosivat ajan, paikan ja mahdollisuuden oman sairaustilanteen prosessointiin ja vertaiskokemusten vaihtoon. Vertaismallin antama tuki antoi jäsenelle kuvan samassa tilanteessa olevasta henkilöstä, joka jo oli onnistunut omahoidossaan ja/ tai elintapamuutoksissaan. Samalla kokemuksen jakaminen ja vertaistukihenkilönä oleminen sai henkilön tuntemaan itsensä hyödylliseksi, mikä puolestaan vahvisti positiivista mielenterveyttä.

Potilasjärjestöjen jäsenten sairauksien hoidossa on olennaista omahoitoon motivoituminen ja elintapojen muutos. Näissä pidetään tärkeänä yksilön pystyvyyden tunnetta (self-efficacy), jolla tarkoitetaan yksilön luottamusta siihen, että hän pystyy toteuttamaan suunnitelmansa muutoksen ja säätelemään käyttäytymistään. Järjestöt tarjosivat jäsenilleen vertaismalleja, kaltaisen henkilön, joka jo oli onnistunut muutoksessaan. Vertaisryhmissä

keskusteltiin omista kokemuksista ja jaettiin jäsenten kesken tietoa, jota omahoidossa tarvittiin. Saman sairauden eri vaiheet kokeneet ja niistä selvinneet antoivat toisille toivoa ja uskoa tulevaisuuteen. Parhaimmillaan tällainen toiminta vahvistaa henkilöiden kykyä käsitellä omia ongelmia, ratkaista niitä ja tehdä suunnitelmia. Nämä kaikki vahvistavat positiivista mielensterveyttä (Keyes 2000, Keyes ym. 2012).

Tiedon jakaminen

Tiedon jakaminen oli yleinen terveyden edistämisen menetelmä. Koulutus- ja tiedotustilaisuuksia järjestettiin sekä jäsenistölle että suurelle yleisölle. Usein tapahtumissa oli tarjolla erilaisia mittauksia ja riskitestejä, jolloin tavoitteena oli, että osallistujat tunnistavat sairauden riskitekijät ja tekevät toimenpiteitä niiden vähentämiseksi. Erityisesti miehet ovat olleet kiinnostuneita testeistä ja mittauksista. Koulutustilaisuuksia ja hoitoon liittyviä kursseja järjestettiin yhdessä julkisen terveydenhuollon kanssa, esimerkiksi ensitietokurssit vasta sairastuneille henkilöille. Tiedon jakamista tukivat valtakunnallisten kattojärjestöjen jäsenlehdet ja nettisivut sekä sairauksista ja niiden hoidosta kootut tiedote- ja opaslehtiset.

Ruuanvalmistus- ja liikuntaryhmät, retket ja matkat

Osallistavina ja toiminnallisina menetelminä potilasjärjestöt käyttivät erilaisia ruuanlaittoon sekä liikuntaan liittyviä ryhmiä ja kursseja sekä jäsenistölle suunnattuja retkiä ja matkoja. Ruuanlaittokurssien tavoitteena oli sairauteen liittyvän tiedon soveltaminen arkeen sekä vahvistaa osallistujien kyvykkyyden tunnetta selvittää sairauden edellyttämän ruokavalion toteuttamisesta. Miesten osallistuminen kursseille nähtiin haasteena. Ruuanlaittokursseille osallistuvat olivat usein naisia, siinäkin tapauksessa, että puolisoilla oli erityisruokavaliota vaativa sairaus.

Järjestöjen omissa liikuntaryhmissä huomioitiin sairauden asettamat rajoitteet mm. tuoksuttomuus, esteettömyys ja liikunnan merkitys sairauden hoidossa. Liikuntaryhmissä käytettiin myös koulutettuja vertaisohjaajia. Miesten suosiossa oli erityisesti kuntosalitoiminta. Tavoitteena oli mahdollistaa liikunta sairaudesta huolimatta tai juuri sen takia, esimerkiksi tasapaino- ja vesiliikuntaryhmät palvelivat tässä merkityksessä. Osan jäsenistä oli vaikea sairauden vuoksi osallistua yleisiin ryhmiin, minkä vuoksi esimerkiksi lisähappea tarvitseville oli oma liikuntaryhmä. Vaikka liikuntaryhmiin osallistuminen oli vaihtelevaa, liikkuminen samankaltaisia rajoitteita omaavien jäsenten kanssa lisäsi hoitomotivaatiota ja yhteenkuuluvuuden tunnetta. Niitä vahvistivat myös erilaiset järjestöjen yhteiset retket ja matkat.

Oman järjestön jäsenistön etujen valvonta ja päättäjiin vaikuttaminen nähtiin keskeisenä järjestön tehtävänä. Järjestöt halusivat toimia aktiivisesti erilaisissa hoitoketjujen, -järjestelyjen ja kuntoutuksen suunnittelussa tuomalla esille potilaan näkökulmaa. Esille tuotiin myös sairauksien ennaltaehkäisy merkitys, esimerkiksi joukkoruokailussa haluttiin vaikuttaa sen terveellisyteen päättäjiille suunnatuilla kannanotoilla ja aloitteilla.

Potilasjärjestöjen toiminta aktivoi jäseniä näiden sairauksien omahoidossa, missä useat eri tekijät vaikuttavat keskenään ja luovat jäsenille positiivista mielialaa. Järjestöjen toimintaa analysoitiin Warwick-Edinburg Mental Health Scale – positiivisen mielenterveyden mittaria käyttäen. Mittari kuvaa yksilön kokemuksia, ajatuksia ja tunteita. Analyysin tulokset on koottu taulukkoon 1, josta käy esiin järjestöjen toiminnan merkitys yksilön positiivista mielenterveyden vahvistamisessa.

Taulukko 1. Potilasjärjestöjen toiminta ja sen yksilön positiivista mielenterveyttä tukeva merkitys.

Terveyden edistämisen menetelmä	Positiivisen mielenterveyden osa-alue
Omahoitoa tukevat ryhmätapaamiset Vertaismalli pystyvyyteen Sosiaalinen ja emotionaalinen tuki	<ul style="list-style-type: none"> • Itsensä kokeminen hyödylliseksi • Vahvistaa kykyä käsitellä ongelmia ja tehdä suunnitelmia • Vahvistaa toiveikkuutta ja uskoa tulevaisuuteen • Vahvistaa yhteenkuuluvuuden tunnetta
Tiedon jakaminen <ul style="list-style-type: none"> • koulutustilaisuudet • omahoitoa tukevat opaslehdet • jäsenlehdet, nettisivut 	<ul style="list-style-type: none"> • Vahvistaa kykyä käsitellä ongelmia ja tehdä suunnitelmia
Osallistavat ja toiminnalliset menetelmät: <ul style="list-style-type: none"> • Ruuanlaittoryhmät • Monipuoliset, sairauden huomioivat liikuntaryhmät • Vertaisohjaus liikuntaryhmissä • Virkistysretket ja -matkat • Tapahtuminen järjestäminen 	<ul style="list-style-type: none"> • Vahvistaa kykyä rentoutua • Vahvistaa yhteenkuuluvuuden tunnetta • Vahvistaa kykyä käsitellä omia ongelmia • Tuntee itsensä hyödylliseksi vertaistuen antajana
Päättäjille suunnatut aloitteet ja kannanotot	<ul style="list-style-type: none"> • Vahvistaa yhteenkuuluvuuden tunnetta • Vahvistaa kykyä käsitellä ongelmia ja tehdä suunnitelmia • Tuntee itsensä hyödylliseksi

Toiminnan kehittäminen

Miesten terveyden edistämisen näkökulmasta potilasjärjestöjen toiminnassa ilmeni sekä sen kehittämistä tukevia että sitä haittaavia tekijöitä. Taulukossa 2 on esitetty yhteenveto haastatteluissa esille tulleista, kehittämistä koskevista uhkista ja mahdollisuuksista sekä sitä estävistä ja edistävästä tekijöistä. Haastateltavien mukaan järjestöjen välinen sekä järjestöjen ja julkisen sektorin välisessä yhteistyössä olisi kehitettävää. Osa haastatelluista kaipasi tahoja, joka koordinoisi ja samalla tehostaisi alueen terveyden edistämisen toimintaa. Paikallisjärjestöillä on rajalliset resurssit ja monet käytetyt menetelmät olisivat sovellettavissa laajempaan kohdejoukkoon, esimerkiksi virkistysmatkat ja -retket sekä liikuntaryhmät. Myös tiedotuksen ja markkinoinnin alueella olisi yhteistyön ja -toimintojen tehostamisen ja uudistamisen tarvetta. (Taulukko 2.)

Miesten osallistuminen oli haaste kaikissa potilasjärjestöissä. Yhdessä järjestössä oli kokeiltu omaa ryhmää miehille, mutta tuloksetta. Naiset osallistuvat useammin esimerkiksi ruoanvalmistuskursseille vaikka erityisruokavaliota edellyttävä sairaus oli puolisolalla. Kuitenkin tuli esille, että erityisesti toiminta, mittaukset, testit ja kuntosaliharjoittelu sekä retket houkuttelivat miehiä osallistumaan.

Taulukko 2. Potilasjärjestöjen toimintaan liittyvät uhat, mahdollisuudet, esteet ja edistävät tekijät miesten terveyden edistämisessä.

<p style="text-align: center;">Uhat</p> <ul style="list-style-type: none">• Vastuuhenkilöt iäkkäitä• Työikäisten miesten tavoittaminen heikko• Käytettyjen menetelmien vanheneminen• Tietotekniikan käyttöönoton merkitystä ei tunnusteta, käyttö vähäistä• Julkisen sektorin tuki puuttuu	<p style="text-align: center;">Mahdollisuudet</p> <ul style="list-style-type: none">• Järjestöjen välinen, koordinoitu yhteistyö -synergiaetu• Toimintatapojen uudistaminen; kevyt kohdennettu projektikohtainen toiminta• Sosiaalisen median käyttöönotto• Tarjoaa yksilön toimijuutta vahvistavaa tukea, tietoa ja toimintaa• Yhteistyön tiivistäminen terveysalan ammattilaisiin jo koulutusvaiheessa.
<p style="text-align: center;">Estävät tekijät</p> <ul style="list-style-type: none">• Miesten innottomuus erityisesti yksinäiset miehet• Toiminnan tarkentumattomuus kohderyhmittäin• Pääallekkäisyydet• Vastuutehtäviin sitoutuminen vähenee	<p style="text-align: center;">Edistävät tekijät</p> <ul style="list-style-type: none">• Vahva vertaisryhmätoiminta• Runsas jäsenistö• Vahva tietovaranto• Vahva asema ja luottamus terveydenhuoltojärjestelmässä

Paikallisjärjestöillä oli nettisivut vaihtelevasti käytössä. Niiden merkitys tiedottamisessa ja markkinoinnissa tuli haastatteluissa esille ja usein todettiin, että järjestötasolla on haasteellista löytää riittäviä resursseja ja osaamista nettisivujen ylläpitoon. Sen sijaan sosiaalisen median käyttö vertaistuessa tai muussa toiminnassa ei tullut lainkaan esille haastatteluissa. Järjestöjen välinen synergia perustui nyt suuressa määrin niissä toimivien henkilöiden aktiivisuuteen toimia monessa järjestössä samanaikaisesti. Erilaiset koulutus ja tiedotustapahtumat olivat potilasjärjestön markkinoinnin kannalta tärkeitä tilaisuuksia.

Haastateltujen potilasjärjestöjen jäsenistöstä valtaosa oli eläkeikäisiä. Järjestöjen toimihenkilöiden rekrytoinnissa oli haasteita. Iäkkäämmät jäsenet kokivat, etteivät jaksa ja nuoremmat, etteivät ehdi tai ole halukkaita sitoutumaan pitkäaikaisesti järjestötehtäviin. Haastatteluissa tuli esille toive esimerkiksi osa-aikaisen henkilön palkkaamisesta esimerkiksi markkinointiin ja tiedottamiseen. Lisäksi esitettiin, että tulevaisuuden järjestötyössä ehkä työskennelläänkin projektiluonteisesti. Kun sitoutuminen koskisi vain rajattua toimintaa, esimerkiksi yhtä projektia, sitä useampi toimisi järjestön vastuutehtävissä, jolloin kenenkään ei tarvitsisi sitoutua pitkäaikaisesti yhteisten asioiden hoitamiseen.

Suosituksia potilasjärjestöille:

- Järjestön toimintatapojen kehittäminen pyrkimällä lisäämään työikäisten ja miesten osallistumista toimintaan
- Jäsenistön positiivista mielenterveyttä tuottavien tekijöiden vahvistaminen
- Alueellisella tasolla järjestöjen välisen yhteistyön kehittäminen synergiaetujen saamiseksi ja toiminnan tehostamiseksi.
- Järjestön toiminnasta tiedottaminen työterveyshuollon toimijoille ja terveysalan koulutuksessa
- Yhteistyön vahvistaminen terveysalan ammattilaisten kanssa

1.3.2. Liikunta ja muiden harrastusjärjestöjen yhteisölliset menetelmät

Kaikilla haastatelluilla järjestöillä oli säännöllistä, toimintasuunnitelman mukaista toimintaa. Järjestöissä käytetyt yhteisölliset menetelmät liittyivät nimenomaan jäsenten aktivoimiseen ja tuottivat terveyttä epäsuorasti.

Monipuolinen yhteisöllinen toiminta

Järjestöjen toiminnassa korostui halu hakeutua samanlaisista asioista kiinnostuneiden pariin ja ryhmässä toimiminen, siihen joko yksilönä tai perheenä liittyneenä. Mielenkiinnon kohteena olivat eri liikuntalajit, ruuanlaitto ja ruokailu, laulaminen, matkustaminen, kulttuuri, kuten nähtävyydet, teatteri, musiikki, historia, kielet ja sukulaiskansat. Myös pelkkää yhdessäoloa ja sosiaalista kanssakäymistä pidettiin muun muassa yksinäi-

syiden vähentämiseksi tärkeänä. Toiminta järjestöissä oli eri-ikäisille tarkoitettua ja lisäksi joissakin erityisesti koko perheelle suunnattua.

Toiminta lisäsi perheenjäsenten keskinäistä yhdessäoloa ja loi mahdollisuuden tavata muita perheitä, joissa isät ja äidit saivat mahdollisuuden jakaa kokemuksiaan ja näkemyksiään lapsista, nuorista ja näiden kasvatuksesta. Tavoitteena oli perheiden yhteisen toiminnan tukeminen järjestön toiminnan kautta. Isien aktivointi toimintaan tai vain mukanaolo harrastukseen kuljettajina ja läsnäolijana nähtiin tärkeänä retki- ja liikuntajärjestöissä. Tu- kemalla vanhemmuuden roolia esimerkiksi järjestön periaatteiden, sääntö- jen ja tavoitteiden kautta, toiminta tuki perheiden kasvatustyötä. Toisaalta, järjestöt tarjosivat myös välineellistä apua perheille. Vaikka pääsääntöisesti harrastustoiminnassa tarvittavat välineet oli järjestöissä jokaisen hankittava itse, partiojärjestö oli hankkinut lainattavia retkeilyvarusteita mahdollista- en osallistumisen myös näiltä osin kaikille lapsille ja perheille.

Toimintaan osallistuminen toi vaihtelua elämään, vahvisti yhteenkuulu- vuuden tunnetta, rentoutti ja tarjosi mahdollisuuden eri sukupuolten väli- seen kanssakäymiseen. Yhteenkuuluvuus tuli esille mm. vuorovaikutuksen välittömyytenä, toisten huomioimisena mm. tervehtimiset, yhdessä sovit- tujen sääntöjen noudattamisena ja leppoisana yhdessäolona. Osassa järjes- töjä korostettiin miehistä ”äijämeiniä”, siihen liittyvää huumoria, juttujen kertomista ja että aiemmalla työelämän asemalla ei ollut merkitystä yhtei- sössä. Yhteenkuuluvuuden tunteen voima, tunne siitä, että toiset välittävät itsestä, edisti ja ylläpiti hyvää mielialaa ja positiivista mielen-terveyttä.

Yhteisölliseen toimintaan kuuluivat erilaiset oman järjestön eteen tehtävät talkootyöt, mutta myös luontoon ja vanhusten auttamiseen liittyvä hyvän- tekeväisyys sisältyi toimintaan. Järjestöissä ylläpidettiin ja kunnostettiin harrastuspaikkoja, hoidettiin yhdistyksen käytännön toimintaa, kerättiin varoja erilaisiin tapahtumiin ja retkiin sekä organisoitiin ja ohjattiin toi- mintaa. Jäsenet saivat käyttää myös hankkimaansa kieli- tai soitotaitoa muiden hyväksi. Toimintaan osallistuminen ehkäisi myös tehokkaasti jä- senten yhteisöistä syrjäytymistä ja antoi mahdollisuuden tavoitteelliseen toimintaan työttömäksi jäätyä. Talkootöissä se, että tehdään tietoisesti jo- takin, josta on hyötyä muille, on tärkeä hyvinvointia ja positiivista mielen- terveyttä tukeva tekijä.

Haasteiden tarjoaminen uuden oppimiselle

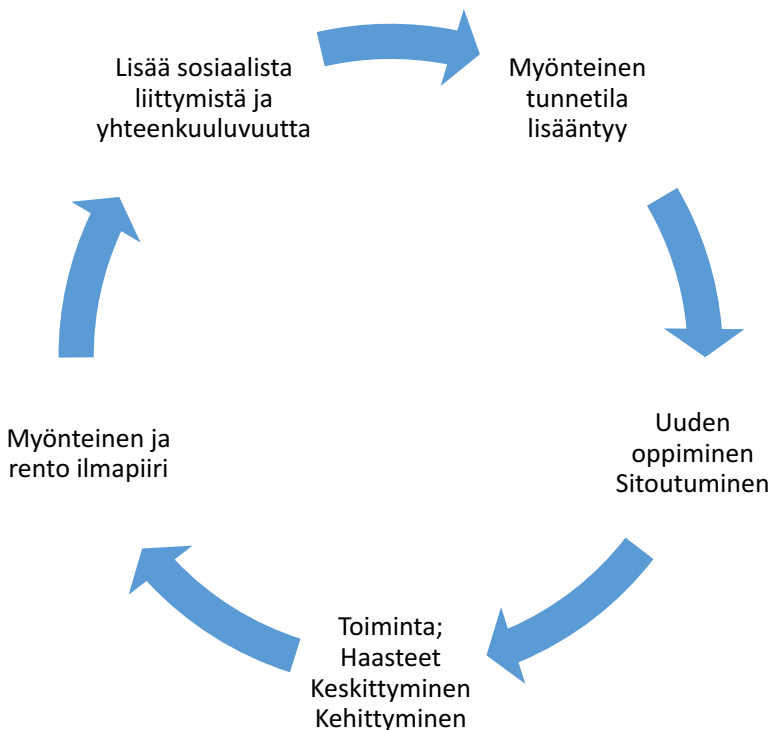
Harrastusten pariin hakeudutaan tekemään ja kokemaan jotakin itselle mieluisaa, mistä syntyy tekemisen iloa. Tekemisen ilossa on kyse optimaali- sesta kokemuksesta, jossa taidot ja ympäristön haasteet sopivat yhteen. Jär- jestötoiminta tarjoaa yksilölle haasteita, jotka mahdollistavat tämän taito- jen kehittymisen. Haasteisiin tarttuminen, sitoutuminen ja keskittyminen mahdollistivat uuden oppimisen.

Järjestötoiminnassa yksilö voi monella tavalla kehittää omia kykyjään ja osaamistaan; kognitiivista, motorista sekä emotionaalista. Monet liikunta- ja luontoretket olivat taitoja vaativia, kuten melonta, pitkät golf-kierrokset, vaativiin maastoihin tehdyt pitkäkestoiset patikointiretket. Fyysistä kun-

toa vaativat myös viikoittaiset lauluharjoitukset. Osa liikuntalajeista kehitti myös paineensietokykyä ja taitoa hävitä.

Järjestötoiminta tarjosi mahdollisuuden rentoutua myönteisessä ja rennossa ilmapiirissä. Myönteinen ilmapiiri miesten kokkikoulussa rohkaisi miehiä kokeilemaan ruuanlaittoa. Vaikka liikuntaharrastukset olivatkin fyysisesti vaativia, ne tarjosivat myös rentoutumista liikunnan jälkeen saunailloissa. Myönteinen ja rento ilmapiiri lisäsi jäsenten keskuudessa sosiaalista liittymistä, mikä puolestaan lisäsi myönteisen tunnetilan kokemusta. Myönteinen tunnetila lisää yksilön oppimista, motivaatiota ja energisyyttä. Näin vahvistuu oppimista ja positiivista mielenterveyttä tukeva kehä. (Kuva 1.)

Kuva 1. Positiivista mielenterveyttä tukeva kehä järjestötoiminnassa.



Miesten terveyden edistäminen

Miesten terveyden edistämiseen ei järjestöissä kiinnitetty tietoisesti huomiota. Se oli haastateltavien mielestä toiminnan sivutuote. Järjestöillä ei ollut suosituksia jäsenistön tupakointiin ja muuhun päihteiden käyttöön tai ravitsemukseen. Alaikäisten toiminnassa tupakoimattomuus ja päihteettömyys olivat periaatteina. Edunvalvontajärjestöissä, joissa oli työssä terveysalan ammattilaisia ja niissä varmistettiin ruokahuollon monipuolinen ja ravitseva ruokavalio. Tosin yhdessä järjestössä parhaillaan päivitettiin järjestön periaatteita, koska katsottiin, että päihteettömyyteen ja terveyden edistämiseen julkisesti sitoutuminen helpottaa myös yhteistyökumppaneiden hankintaa.

Toisaalta järjestöjen toiminnasta tuli esille, että uusien henkilöiden rekrytointi hallitukseen ym. toimielimiin oli haasteellista. Pitkäaikaista sitoutumista vierastettiin. Toimintaan, mikä ei edellyttänyt pitkäkestoista sitoutumista osallistuttiin innokkaammin. Työikäisten, erityisesti miesten osallistuminen oli vähäisempää, lukuun ottamatta Koski-Golfia. Haastateluissa tuotiin esille haasteena usean pienen saman alan järjestön toimiminen yhteisellä alueella. Yhteistoiminta tehostaisi resurssien käyttöä sekä toiminnan tiedottamista ja markkinointia. Vaikka järjestöillä oli valtakunnallinen katto-organisaatio tai ne toimivat jonkin suuremman yhteisön osana, niin käytännön toiminnan organisointi ja vastuu olivat paikallisilla vapaaehtoisilla.

Yhteenveto yhteisöllisistä terveyden edistämisen menetelmistä liikunta- ja muissa järjestöissä:

Ryhmäliikunta sekä ulkona että sisätiloissa, esim. hiihtokoulut
Kulttuuriin ja historiaan liittyvät retket tai muu jäsenten mielenkiinnon mukainen toiminta
Luontoon sijoitettu ryhmätoiminta
Ruoanvalmistus ja siihen liittyvät toiminnot
Hyväntekeväisyys, talkootyö
Huumorin käyttö, leikkimieliset kilpailut
Koko perheen mahdollistavat toiminnot

Suosituksat järjestöille

- Terveyttä edistävien periaatteiden ja käytäntöjen kirjaaminen toimintasuunnitelmiin.
- Tiedottamiseen ja tapahtumien koordinointiin liittyvän yhteistyön kehittäminen muiden alueella toimivien samanlaisten järjestöjen kanssa synergiaedun saamiseksi.
- Toimintatapojen kehittäminen; vastuutehtävien pilkkonen lyhytaikaista sitoutumista edellyttäväksi kokonaisuuksiksi, jolloin toimihenkilöiden rekrytointi helpottuisi ja osallistuminen paranisi.
- Kohdennettu markkinointi työikäisille ja eläkkeelle lähivuosina jääville miehille.
- Miesten terveyden edistämässä uuden areenan tarjoaminen oppimiselle ja omien kykyjen kehittämälle myönteisessä sosiaalisessa tunneilmastossa.
- Vertaisryhmän tai –mallin hyödyntäminen jäsenten terveyden edistämässä

2. YHTEISÖLLISET MENETELMÄT MIESTEN TERVEYDEN EDISTÄMISESSÄ - INTERVENTIOT

Tässä luvussa kerrotaan neljän hankkeessa toteutetun intervention toteuttamisesta ja tuloksista. Interventiot toteutti Kaakkois-Suomen sosiaalipsykiatrinen yhdistys ry. (jatkossa tekstissä Kakspy) ja työ kuntoutuspalveluja tuottava Sotek. Kuvauksissa kerrotaan interventioiden kohderyhmästä, tavoitteista, toiminnan sisällöistä, osallisuudesta ja ryhmien vuorovaikutuksesta sekä ohjaajien käyttämistä menetelmistä lisätä yhteisön terveysongelmien arviointi- ja ratkaisukapasiteettia. Jokaisen intervention kuvauksen päätteeksi on kerrottu johtopäätökset ja suositukset. Lisäksi interventiota on verrattu toisiinsa lähestymistavan, yhteisöllisyyden, ohjauksen ja elintapaohjauksen tukemisen näkökulmista.

Terveyden edistämällä tässä yhteydessä tarkoitetaan pieniyhteisöjen terveyden ja hyvinvoinnin parantamista. Tavoitteena on, että interventioiden kohteena olevat miesryhmät ja heidän ohjaajansa tunnistavat miesten parempaan terveyteen ja hyvinvointiin liittyviä tarpeita, kohtaavat ja käsittelevät niitä yhteisön toiminnan kannalta hedelmällisellä tavalla. Menetelmissä keskitytään vuorovaikutuksen edistämiseen, miesten omaehtoiseen terveydestä keskustelemiseen ja sitä kautta miesryhmien terveyteen ja hyvinvointiin liittyvien normien käsittelyyn. Koska osaa ryhmistä kuvataan myös toipumisorientaation näkökulmasta, terveyttä käsitellään hyvinvointia tuottavien toimintojen, kuten musiikin, luontoretkien ja ruoanvalmistuksen ohessa miesten ehdoilla.

2.1. Interventio ”Rokka-ruokaryhmä”

Marja-Leena Kauronen ja Irene Vallema

Toteuttaja: Sotek

Kohderyhmä:

Kohderyhmän muodostivat Sotek-säätiön eri yksiköissä työskentelevät miehet, jotka olivat säätiössä joko palkkatuetussa työssä tai työkokeilussa. Miehistä osa oli pitkäaikaistyöttömiä ja osa vaikeasti työllistettäviä. Miehillä oli myös muita haasteita elämässään, esimerkiksi runsasta alkoholin käyttöä, ylipainoa, yksinäisyyttä sekä erilaisia työkykyyn vaikuttavia sairauksia. Kohderyhmän miehillä oli usein yksipuolinen, epäsäännöllinen ja epäterveellinen ruokavalio, johtuen yksin asumisesta ja viitsemättömydestä valmistaa ruokaa. Osalla miehistä ei myöskään ollut taitoa laittaa ruokaa, vaikka halukkuutta olisikin ollut. Terveellisestä ravitsemuksesta sen sijaan oli tietoa.

Tavoitteet: 1. saada miehet kiinnostumaan omasta hyvinvoinnistaan, 2. saada kohderyhmäläiset ymmärtämään, että terveellistä ruokaa voi tehdä halvalla, 3. ohjata heitä ruokaostuskäyttäytymisessä, 4. ohjata/innostaa heitä valmistamaan terveellistä ruokaa ja 5. saada opitut asiat siirtymään heidän kotikeittiönsä. Tavoitteena ei ollut ravintosuositusten noudattaminen, vaan aiempaa terveellisemmät valinnat ruokaostoksilla. Ruoanvalmistamisessa tavoitteena oli myös saada uusia makuelämyksiä. **Tulosodotukset:** 1. Miesten ruoanlaittotaito paranee ja he saavat onnistumisen kokemuksia ruoanvalmistuksesta, 2. heillä on rohkeutta kokeilla erilaisia ruoka-aineita, 3. he osaavat tehdä terveellisempiä valintoja kaupassa ja kotikeittiössä 4. heidän kiinnostuksensa itsestä huolehtimiseen kasvaa ja 6. heidän tietämyksensä terveellisestä ruokavaliosta kasvaa. Pienillä terveellisillä muutoksilla on jo terveydellisiä vaikutuksia, kun ne saadaan toistumaan päivittäin.

Interventiomalli:

Interventiossa käytetään toiminnallisuuteen ja yhdessä tekemiseen perustuva mallia. Tiedon antamista tapahtuu vain miesten kysymyksiin perustuen ruoanvalmistuksen ja ruokailun ohessa. Motivaation tueksi ja kattavan kuvan saamiseksi heidän ruokavaliostaan miehet ohjataan ruoka- ja juomapäiväkirjojen käyttöön 1-2 viikon ajalle ennen aloitusta. Osallisuuden varmistamiseksi ja internetin käytön lisäämiseksi valmistettavien ruokien valinta tapahtuu ryhmässä internetin reseptihakua käyttäen. Lounaan (kolme ruokalajia ja leivonta) valmistamisessa toteutetaan tehtäväkiertoa jokaisessa tapaamisessa erilaisten tehtävien varmistamiseksi osallistujille. Ohjausperiaatteina ovat kannustaminen, rohkaisu ja suorituspainoiden minimointi. Ohjaajana toimii terveydenhoitaja. Ryhmän kesto on 10 viikkoa, kokoontuminen 1 kerta/vko, 3-4 tuntia kerrallaan.

Toteutus: Interventio toteutettiin Sotek-säätiön keittiössä. Ryhmä tuli täyteen pian ilmoittamisen jälkeen. Miehet olivat iältään 31-51-vuotiaita ja kokoontumisissa oli kerrallaan 5 – 7 osallistujaa. Kymmenen viikoittaista kokoontumista alkoivat huhtikuussa 2015 jatkuen kesäkuulle. Yhden kokoontumisen kesto oli 3-4 tuntia. Ennen ryhmään osallistumista ja sen loputtua miehet pitivät 1-2 viikon ajalta ruoka- ja juomapäiväkirjaa, jotka ylemmän amk-tutkinnon (Terveystieteen edistäminen) opiskelija kokosi opinäytetyötä varten. Ravintotietoutta ryhmässä annettiin ruoanvalmistuksen ohessa, miesten esittäessä kysymyksiä tai ottaessa aiheen puheeksi. Internetistä miehet löysivät helppoja ja toteuttamiskelpoisia reseptejä ja ruoanvalmistuksesta saatiin kokemus, jonka mukaan ruokaa voidaan valmistaa myös yksinkertaisesti. Kasvispitoisiin ruokiin totuteltiin maistelun avulla. Ennakkokäsityksistä huolimatta kaikille maistuivat salaattit ja kasvikset.

Palaute: Miehet osallistuivat ryhmään aktiivisesti ja sitoutuivat siihen hyvin. Osallistujat halusivat ryhmälle jatkoa. Kommentti: ”Paras ryhmä, mihin ikinä on osallistunut, milloin jatkokurssi?” Ohjaajan mukaan ryhmän toimintaa auttoi suorituspainoiden minimointi ja ryhmäläisten yhtäläinen taitotaso ruoanvalmistuksessa. Ryhmä tuotti osallistujille paljon onnistumisen kokemuksia. Palautteessa tuli esiin miesten asuntojen ja keittiöiden pienuus, jonka ohjaaja näki ruokailuun liittyvän sosiaalisen elämän esteenä.

Osallisuuden vahvistaminen ja voimaannuttava vuorovaikutus

Osallisuutta lisäsivät yhteinen päätöksenteko valmistettavista ruuista, tehtävien jakaminen, toisten auttaminen, yhteiset keskustelut ruokapöydässä ja korjaamisvaiheesta huolehtiminen yhdessä. Yhteinen päätöksenteko katsotaan liittyvän yhteisön aktiiviseen toimintaan osallistumiseen (Laverack 2009). Yhteinen ruoanvalmistus, korjaaminen ja vapaamuotoinen keskustelu mahdollistivat myös sosiaalisten suhteiden muodostumisen yhteisössä. Reseptien etsiminen internetistä taas kehitti osallistujien tiedonhakutaitoja. Tarvikkeiden kokoamista käsiteltiin ryhmässä ohjaajan johdolla ja osallistujat olivat mukana ruokaostoksilla, yksi kerrallaan. Ennen ruoanvalmistuksen aloittamista valmistamiseen liittyviä kysymyksiä käytiin yhteisesti läpi. Nämä kaikki toiminnot lisäsivät miesten toimintamahdollisuuksia (Hirvilampi 2015) valmistaa ruokaa kotona itsenäisesti. Edellä kuvattu taitojen oppiminen ja kyvykkyyden lisääntyminen yhteisössä liitetään yhteisön voimaantumiseen (Laverack 2009).

Ryhmän alkuvaiheessa työskentely oli keskittyneyttä, minkä vuoksi vapaamuotoinen vuorovaikutus oli vähäistä, mutta vuorovaikutus aktivoitui ryhmän edetessä ja jatkui aktiivisesti koko ryhmätoiminnan ajan. Ruokaillessa keskustelu oli vilkasta ja ohjaajan piti usein kehottaa ryhmää siirtymään korjaamisvaiheeseen. Miehet tutustuivat ryhmässä toisiinsa. Vaikka ryhmätoiminta oli ajoitettu työajalle, osa jäi ryhmään vielä sen loputtua, mikä kertoo sosiaalisten suhteiden muodostumisesta ja vuorovaikutuksen tarpeista ryhmässä. Ryhmän keskinäisellä, ilman ohjausta tapahtuvalla vuorovaikutuksella oli tärkeä merkitys; miehet pystyivät testaamaan terveyteen ja elintapoihin liittyviä uskomuksiaan ja käsityksiään ryhmässä, välittämään tietoa toisilleen, korjaamaan sitä ja nostamaan heitä kiinnostavia aiheita esiin (Corcoran & Corcoran 2010). Kukaan ryhmästä ei vetäytynyt syr-

jään, mutta toisaalta, miehet eivät menneet toistensa tehtäväalueille autamaan ilman ohjaajan kehotusta. Keskittyminen ruoanvalmistukseen ja toisaalta puutteellisiin taitoihin liittyvä arkuus voivat olla syinä varovaiseen avunantoon.

Terveysongelmien arviointi- ja ratkaisukapasiteetin lisääminen

Interventiossa annettiin toiminnallisen menetelmän avulla terveelliseen ruokavalion malli, jolla sekä miesten tietotasoa että ruoanvalmistustaitoja oli mahdollista lisätä. Mallin myötä oli helppo ryhtyä muutokseen. Aloitamisen tukemista suositellaan elintapamuutoksissa (Alahuhta 2010). Toiminnassa asetettiin koko ryhmää koskevia tavoitteita, jolloin yksilöllisten tavoitteiden asettamisesta tai saavuttamisesta ei syntynyt paineita osallistujille. Motivaatiota muutokseen (Prochaska ym. 2005) heräteltiin ruokapäiväkirjojen käytöllä ennen ryhmän aloitusta, joka toimi myös yksilöllisenä muutostarpeen signaalina (Suomen Diabetesliitto 2009). Ryhmässä keskusteltiin oma-aloitteisesti ruokailuajoista, niiden säännöllisen merkityksestä ja ruuan terveellisyydestä. Myös uni, lepo ja liikkuminen kuuluivat miesten esille nostamiin keskusteluaiheisiin. Intervention tavoitteiden saavuttamista olisi helpottanut konkreettisten lähitavoitteiden asettaminen, esimerkiksi miten ruoanvalmistustaitoja siirretään kotiolosuhteisiin (Øvretveit 2003). Nyt taitojen soveltamisen arviointi kotiolosuhteissa jäi avoimeksi samoin kuin keittiön tai kodin varustelun arviointi ruokailuun liittyvän sosiaalisen elämän esteenä. Uuden käyttäytymismallin vakiintuminen tavaksi jäi interventiossa arvioimatta (Prochaska ym. 2005).

Ryhmä/ohjaajalähtöisyys ohjauksessa

Ruokailuun liittyvät keskustelutilaisuudet tukivat elintapamuutokseen liittyvää tiedon välittämistä antamalla ohjaajalle tietoa ryhmän uskomuksista, tietotasosta ja ravitsemukseen liittyvistä käytännöistä. Tähän perustuen ohjaajalla oli mahdollisuus valita asianmukaista tietoa kohderyhmälle ja selvittää monimutkaista tietoa. (Husband 2007.)

Interventiossa ei asetettu ohjausmenetelmiin liittyviä tavoitteita, kuten ryhmäytymisen, vuorovaikutuksen ja osallistamisen edistämistä tai positiivisen palautteen antamista osallistujille. Ohjauksen tavoitteet liittyivät kansantautien ehkäisyyn ravitsemuksellisin keinoin. Toisaalta, ruokailutilanteet antoivat mahdollisuuksia myös osallistujien sosiaalisten suhteiden muodostamiseen ja siihen liittyvään tavoitteiden laadintaan. Yhteisöllisyyden merkitystä voimavaroja lisäävänä tekijänä ei korosteta riittävästi yksilön elintapamuutoksessa eikä ohjaajien käyttämiä menetelmiä kuvata tästä näkökulmasta riittävästi. Ryhmäkeskustelujen analyysin kautta vertaisten vaikutusta muutosprosessiin voisi saada esiin ja kehittää ohjausta sen perusteella. Tässä tapauksessa yhteisöllinen menetelmä oli miesten keskuudessa luontevaa ja hyväksytty (Husband 2007) ja sosio-ekologinen lähestymistapa terveyden edistämiseen onnistunut (Sykes 2007).

Johtopäätökset

- Onnistunut osallistujien valinta; kaikki yksinasujia, vertaisryhmänä onnistunut.
- Intervention sosio-ekologinen lähestymistapa onnistunut.
- Malli terveellisestä ruokavaliosta, sen suunnittelusta, ostosvalintojen tekemisestä ja ruuan valmistamisesta onnistui ryhmässä hyvin. Terveellinen ravitsemus alkoi kehittyä ryhmässä normiksi.
- Keskustelusta päätellen miehillä oli riittävästi tietoa terveellisestä ravitsemuksesta.
- Osallistujat harjaantuivat ruoka- ja juomapäiväkirjojen käyttöön. Tässä ryhmässä tavoitteena ei ollut niiden käyttö elintapamuutoksen tavoitteiden laatimisessa ja muutoksen toteutumisen seurannassa, mikä ryhmän jatkuessa olisi ollut luontevaa. Nyt ruokapäiväkirjojen hyöty muutosvirikkeen antajana jäi pimentoon.
- Ryhmätasolle asetetut toiminnalliset tavoitteet interventiossa toimivat; tavoitteista ei tullut yksilöllisiä paineita.
- Toiminnallinen ryhmä mahdollisti kaikkien osallistumisen. Osallisuutta lisäävinä elementteinä olivat yhteistoiminnallisuus, päätöksenteko ja avoin keskustelumahdollisuus. Osallistujien vähäiset ruoanvalmistustaidot kuitenkin lisäsivät ohjaajakeskeisyyttä.

Kehittämisehdotukset

- Ohjaukselle olisi voinut asettaa erikseen tavoitteet.
- Positiivisen palautteen keinoille olisi voinut asettaa tavoitteet miesten aktiivisuuden ja osallistuvuuden lisäämiseksi ryhmän alkuvaiheessa.
- Ruokapäiväkirjoja voisi käyttää myös osallistujien muutostarpeiden kartoittamiseen sekä omaseurannan välineenä yhteisöllisesti.
- Palautteen ottaminen osallistujilta jokaisen kokoontumisen jälkeen olisi voinut lisätä osallistumisen tunnetta ja ryhmäkoheesiota.
- Ruokailun sosiaalisen ulottuvuuden mukaan ottaminen ja taitojen siirtäminen kotiin olisi voitu ottaa miesten keskusteluissa esille.

Suosituks

- Ruoanvalmistusryhmä sopii hyvin miesten terveyden edistämisen interventioon. Yksin asuvien joukossa menetelmällä on myös sosiaalinen ulottuvuus.
- Pidemmässä tai jatkointerventiossa osallistujien osallisuutta ja vastuuta voidaan nostaa.
- Ruokapäiväkirjoja voidaan käyttää motivointiin ja omaseurannan ohjauksessa.
- Ohjausmenetelmien kehittämisessä osallistavaan suuntaan ohjaukselle voidaan asettaa erilliset tavoitteet.

2.2. Laajennetun työyhteisön käyttö ja kokemustiedon yhdistäminen miesten asumispalveluissa

Minna Kurttila, Jari Peltola ja Marja-Leena Kauronen

Toteuttaja: Kaakkois-Suomen sosiaalipsykiatrinen yhdistys (jäljempänä Kakspy)

Taustaa:

Miesten terveyskäyttäytymisessä suhteessa naisiin on todettu olevan eroja. Tilastokeskuksen mukaan vastasyntyneen suomalaisten elinajan odote vuonna 2013 oli miehillä 77,8 vuotta ja naisilla 83,8 vuotta. (Tilastokeskus 2015b). Fyysiset terveystermit ja suurentunut ennenaikainen kuolemanriski liittyvät vakaviin mielenterveyden häiriöihin. Psykiatrisessa sairaalahoidossa kerran olleilla miehillä on keskimäärin 20 vuotta ja naisilla 15 vuotta lyhyempi elinajanodote kuin muulla väestöllä pohjoismaisen tutkimuksen mukaan. Huonot terveystottumukset ja hoitojen haittavaikutukset liittyvät yhteen pitkäaikaisista psykiatrisista häiriöistä kärsivillä ihmisillä. Nämä heikentävät ihmisen somaattista terveydentilaa ja lisäävät ennenaikaisen kuoleisuuden vaaraa. Tupakoinnin sanotaan lyhentävän psykiatrisista häiriöistä kärsivän ihmisen elinikää jopa 25 vuodella. Näiden riskitekijöiden vuoksi tulisikin erityisesti kiinnittää huomiota mielenterveyden häiriöstä kärsivän ihmisen terveellisten elintapojen edistämiseen ja elintavoista johtuvien sairauksien ehkäisyyn. Kun riskitekijöihin vielä lisätään miesten terveystietämisen ja hoitoon hakeutumisen erot suhteessa naisiin, on miesten terveyden edistämiseen panostus tärkeää (Koponen & Lappalainen 2015). Sosiaali- ja terveysministeriö (2010) on linjannut sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiassaan vuodelle 2020 hyvinvointi- ja terveyserojen kaventamisen. Yhtenä keinona nähdään sosiaali- ja terveyspalveluiden asiakaskeskeisyyden lisäämisen siten, että käyttäjät ovat aktiivisesti mukana palveluiden kehittämisessä. Asiakaskeskeisyys voidaan nähdä osallisuutena itseä koskeviin asioihin. Tällä voi olla terveyttä edistäviä vaikutuksia silloin, kun osallisuudessa korostuu omaehtoinen toimiminen ja tämä kokemus voimaannuttaa ihmisen. Voimaantuminen (empowerment) on prosessi, jossa ihminen löytää omat voimavaransa, elämänhallinnan ja saa kykyjä ja toimintavalmiuksia vaikuttaa itseään koskeviin asioihin. Omat kokemukset, voimavarat, osallisuus ja vuorovaikutus toisten ihmisten kanssa mahdollistavat voimaantumisen.

Interventiossa haluttiin hyödyntää miesten omaa osallisuutta ja kokemustietoa koko prosessin ajan sen suunnittelusta toteutukseen ja arviointiin. Kokemustiedon hyödyntämisestä palvelujen kehittämisessä linjataan myös sosiaali- ja terveyspolitiikan strategiassa, jossa todetaan palvelujen käyttäjien osallisuus palvelujen kehittämistyössä merkitykselliseksi. (Koskinen-Ollonqvist & Rouvinen-Wilenius 2011).

Kakspy ry:ssä työskentely perustuu yhdistyksen arvoihin ja hyvinvointilähtöiseen työskentely- ja ajattelumalliin. Tämä malli on yhdistelmä eri teorioista ja näkökulmista, kuten positiivinen psykologia, palveluohjauksellinen työote ja toipumisorientaatio (recovery oriented practice). Mallissa sairauskeskeisestä ajattelumallista siirretään pääpaino yksilön kasvun mahdollisuuksiin, asiakkaan oman osallisuuden lisäämiseen, voimavaroihin, toivoon, itsehoitoedellytysten vahvistamiseen ja sairauden merkityksen rajaamiseen. Ammatilliselta se vaatii avoimuutta, vastavuoroisuutta, tasa-vertaisuutta ja keskittymistä ihmisen voimavaroihin. Toipumisprosessi on yksilön kokemusmaailman positiivinen muutos, jota palvelut edistävät ja jonka järjestelmä mahdollistaa. Tällöin muutoksia tulee tehdä tarvittaessa palvelujärjestelmän rakenteissa, käytännöissä ja asenteissa. Toipumisprosessi muodostuu mielenterveyskuntoutujan omasta osallisuudesta, tiedosta, toivosta, optimismista ja elämäntyytyväisyydestä. (Shepherd ym. 2008).

Kohderyhmä: Kakspyn kotikuntoutuksen ja/tai päivätoimintojen miesasiakkaat ja työntekijät. Mielenterveyshäiriöiden lisäksi asiakkailla oli useita fyysisen terveyden riskitekijöitä, kuten epäterveellinen ravitsemus, ylipaino, tupakointi ja muiden pähteiden käyttö. Fyysisten sairauksien hoito oli vaillinaista. Yksinäisyys oli merkittävä psyykinen riskitekijä. Kohderyhmän valintaan vaikutti se, että asumisyhteisössä itsenäisesti asuvat henkilöt eivät saa arkipäivän valintoihin yhteisön tukea eivätkä riittävästi yksilöllistä ohjausta, mikä voi johtaa mielekkään tekemisen puutteeseen ja ei-toivottuihin terveysvalintoihin.

Tavoitteet: 1. Hyödyntää miesten kokemustietoa omasta terveydestä ja hyvinvoinnista suunnitteluprosessissa, jossa laajennetun työyhteisön mallia käyttäen yhdistetään ammatillisten terveyden edistämistä koskeva tieto sekä miesasiakkaiden ja näiden omaisten kokemustieto ja luodaan konsepti miesasiakkaiden terveyden edistämiseksi, 2. edistää prosessin avulla miesten osallisuutta, voimavaroja ja terveyttä, 3. hyödyntää intervention suunnittelussa ja toteutuksessa palvelumuotoilun elementtejä, jolloin kohderyhmä itse osallistetaan terveyttä edistävän toiminnan kehittämiseen, 4. arvioida lyhytinterventiomallin hyödyntämistä ko. miesryhmän terveyden edistämisessä. **Tulosodotukset:** Kokemustietoa hyödynnetään miesten terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä. Miesten osallisuuden tunne kasvaa suunnitteluprosessin aikana. Saadaan uutta tietoa laajennetun työyhteisön käytöstä miesten terveyden edistämisessä. Lyhytintervention käyttömahdollisuuksista saadaan tietoa.

Interventiomalli: Laajennetun työyhteisön ja kokemustiedon käytöllä pyritään saamaan esiin asiakkaiden hyvinvointi- ja terveystarpeet sekä elintapoihin ja tottumuksiin liittyvät muutostarpeet. Palvelumuotoilun mukaisesti etenevissä ryhmätapaamisissa kehitetään terveyttä edistävä konsepti. Ryhmän toimivuutta ja sitoutumista pyritään lisäämään lyhyellä ja intensiivisellä interventiolla. Primäärihyötyjinä interventiossa ovat miehet ja muut laajennetun työyhteisön jäsenet, sekundäärihyötyjinä ne miehet, joita intervention kautta tuotettu malli tavoittaa. Perusteena valinnoille olivat hankkeen määrittelemät tavoitteet, Kakspy ry:n hyvinvointilähtöinen, osallisuutta vahvistava työskentelymalli sekä työntekijöiden kokemus kohderyhmän haasteista suhteessa ryhmässä toimimiselle ja sitoutumiselle. Kokemusasiantuntijoiden käyttö on keino tuoda palvelujen kehittämiseen

käyttäjän näkökulmaa. Yhdistämällä ammattilaisten ja kokemusasiantuntijoiden erilaiset tieto- ja kokemuspohjat voidaan luoda toimivampia työkäytäntöjä yhteisöön.

Käsitteet: Laajennetulla työyhteisöllä tarkoitetaan tässä työssä kaikkia interventioon osallistuvia henkilöitä eli työntekijöitä, vapaaehtoistoimijoita (= kokemusasiantuntijat, omaiset) ja opiskelijoita. **Kokemusasiantuntija** on henkilö, jolla on omakohtaista kokemusta ja kokemustietoa päihde- tai mielenterveysongelmista. Hän tietää millaista on elää näiden ongelmien kanssa: millaista on sairastua ja sairastaa, olla hoidossa ja kuntoutuksessa. Kokemusasiantuntija tietää myös, mikä häntä on omassa tilanteessaan auttanut ja mitkä tekijät ovat vaikuttaneet hänen kuntoutumiseensa. Kokemusasiantuntija haluaa kääntää rankatkin kokemuksensa voimavaraksi, jonka avulla voi olla mukana auttamassa muita saman kokeneita. Myös omainen tai läheinen voi olla kokemusasiantuntija. **Osallisuus** merkitsee tässä omakohtaisesta sitoutumisesta nousevaa vaikuttamista asioiden kulkuun ja vastuun ottamista päätöksistä ja niiden seurauksista. Osallisuus voidaan nähdä syrjäytymisen vastavoimana ja itsearvostuksen vahvistajana.

Toteutus

Toteutuksen tuloksena syntynyt ”Operaatio Liikuntakaverit” kehitettiin käyttämällä laajennetun työyhteisön mallia ja intensiivistä ryhmätyöskentelyä prosessimaisesti (Kuva 1). Ryhmätyöskentely tapahtui tiiviin aikataulun mukaan, jossa 4.5. – 12.5.2015 väliselle ajalle sijoittui viisi tapaamista ja 3.6. seurantatapaaminen. Työskentely eteni palvelumuotoilun elementtien mukaisesti (Kuva 2). Laajennetun työryhmän muodostivat asiakkaat, työntekijät ja opiskelijat (Kuva 2). Mukana oli ryhmän vetäjän lisäksi viisi mielenterveyskuntoutujaa, ensihoitajaopiskelija, kaksi ylemmän ammattikorkeakoulun opiskelijaa, joista toinen oli Kakspy ry:n työntekijä ja toinen samasta kaupungista oleva liikunnanohjaaja tavoitteena siirtää malli liikuntatoimeen. Toinen yamk –opiskelijoista havainnoi ryhmän vuorovaikutusta ja tarkoitus oli laatia siltä pohjalta ryhmän vuorovaikutuskartat. Vain viisi asiakasta yhdeksästä sitoutui, vaikka motivointia tehtiin paljon. Omaisia ei saatu mukaan. Ammatillaiset eivät tehneet suunnitelmaa ennakoon, suunnitelma tehtiin kokonaan yhdessä miesten kanssa. Ryhmä kokoontui viisi kertaa, jotka olivat kestoltaan 2 tuntia ja tapahtuivat klo 14 - 16 välisenä aikana.

Ryhmätoiminnalle annetut teemat olivat: 1. Terveysten merkitys, 2. Hyvät elämäntavat, 3. Paheiden välttäminen, 4. Mielekäs tekeminen ja 5. Toimeentulo. Teemoista ryhmä ensin valitsi kaksi asiaa, jotka kiinnostivat; 1. Hyvät elämäntavat ja 2. Paheiden välttäminen. Ryhmän tekemässä valintaprosessissa hyvistä elämäntavoista jäljelle jäivät ravinto ja liikunta, joista päädyttiin liikuntaan. Ryhmä muodosti esimerkkiprofilin miehestä, jolle tehtiin liikuntasuunnitelma. Muodostui Antti 40 v, ”Ana”, yksinasuva pulsa mies, jolla menee lujaa ja tavoite oli suunnitella, miten Ana saadaan liikkeelle? Menetelmä oli pyramidihujaukseen perustuva, liikuntapisteitä kerryttävä menetelmä. Menetelmä kuvattiin osallistujan korttiin, jossa kertyneet pisteet myöhemmin näkyvät. Periaate oli, että pisteitä kertyy sitä enemmän, miten paljon saa kavereita liikkumaan. Tämän vuoksi sosiaalinen media oli tarkoitus yhdistää korttiin; Kaveriliikunnassa miehet sopivat

keskenään aikataulunsa sopiviksi tai Facebook yhteisösivun treffipalstalla. Ryhmäliikunnasta ja ajankohdasta sovitaan ”Liikuntakaverien” yhteisösivulla. Suositusliikuntakerta on vähintään 30 minuuttia. Toteutettavat liikuntamuodot sisältävät osallistujien mieltymyksiensä mukaista liikuntaa: kävelyä, pyöräilyä, kuntosaliharjoittelua, uimista. Toimintamallissa osallistujamäärää ei ole tarvetta rajoittaa. Liikuntakortteihin kertyneet pisteet tarkistettiin kuukauden kuluttua aloituksesta. Kakspy sponsoroit liikuntasetelit, tarkoitus oli hakea Kunnossa kaiken ikää-rahoitusta myöhemmin. Ryhmän tuotoksena olivat A 4 esite OPERAATIO LIIKUNTAKAVERIT (Kuva 1) ja kuntokortti. Tuotoksena syntyi myös sarjakuva.

Yhteisenä tuloksena nähtiin, että liikkumiseen tarvitaan: 1. vertaisuus, 2. yhteisöllisyys, 3. ammattilaisen antama tieto liikuttamattomuuden haitoista ja liikunnan eduista, 4. kokemustieto, jolla on kasvot, 5. vertaisen kertoma liikuntamuutoksen hyöty, 6. positiivisuus. Osallistujien mielestä liikuntamuutoksessa kaveri oli tärkein.

OPERAATIO LIIKUNTAKAVERIT

Tehtävä: miehet saavat miesmassat liikkeelle ja ansaitsevat kavereiden liikkumisesta seteleitä

Operaatio Liikuntakaveri on tapa saada miehet liikkumaan. Operaatiossa kaveri kutsuu kavereita yhdessä liikkumaan. Liikkumisesta syntyvä hyvä olo saa kaverin kutsua uuden kaverin liikkumaan. Uuden kaverin hyvä olo saa hänetkin kutsua taas uuden kaverin liikkumaan. Liikuntakaverissa jokainen liikuttaja ansaitsee itselleen liikuntapisteitä. Jokaisesta uudesta liikkeelle saadusta miehestä saa 10 pistettä. Uudelleen saman kaverin liikkeelle saamisesta saa 5 pistettä. Kaverin liikkeelle saadusta kavereista 2 pistettä kustakin. Palkintona mies saa 50 kerätyistä pisteestä 5 € arvoisen Smartum kulttuuri- ja liikuntasetelin.

Voit saada lisätietoja ja sopia liikuntatreffejä osoitteessa www.facebook.com/operatioliikuntakaverit (tulossa).

Liikuntakavereiden **pistekortit saatavilla** Karhulan klubitalolta, Koulukatu 10 Kotka & Mieli paikasta, Kaunistenkatu 4, Kotka & Haminan klubitalolta, Fredrikinkatu 1 B, Hamina

Osallistuminen on maksutonta.
Lisätietoja saat myös sähköpostilla operatioliikuntakaverit@kakspy.com

Kuva 1. Operaatio Liikuntakaverit -toimintamalli.



Kuva 2. Palvelumuotoilun elementit ja laajennettu työryhmä.

Palaute

Yksi onnistumisista oli, että miesten aktiivisuus koko prosessin ajan oli hyvä. Palaute oli lyhytkestoista tapaamisista (enintään 2h/kerta) ja tiiviistä aikataulusta positiivinen. Ryhmä sitoutui tiiviisiin tapaamisiin hyvin; kokoontumisia oli viidesti kahden viikon aikana sekä arviointitapaaminen. Ryhmätapaamisista ei poissaoloja juurikaan ollut. Tiivis työskentely, erityisesti tehokas alku, ensimmäisellä viikolla kolme tapaamista, nähtiin tehokkaana, asioihin pääsi käsiksi eivätkä työstettävät asiat päässeet unohtumaan. Hyvä palaute miehiltä tuli myös laajennetun työyhteisön mallista ja kaikkien osallistumisesta. Ilman osallistumista suunnitelman toteuttaminen ei palautteen mukaan onnistu. Työtapa koettiin positiivisesti aiempia erilaiseksi ja auktoriteetiltaan vähäisemmäksi. Ryhmäläiset kokivat yhdessä tekemisen, tasavertaisuuden, osallisuuden ja oman vaikuttamisen prosessiin merkityksellisenä. Ryhmän tuki, vertaisuus ja luottamus koettiin merkityksellisiksi. Miehet pitivät kohderyhmän terveyden edistämisessä parhaimpana toimintamallina kaveria, ”vertaisveturia”, joka kertoo omasta kokemuksestaan totuuden muutoshyödyistä omassa terveydessään.

Osallisuuden vahvistaminen ja voimaannuttava vuorovaikutus

Osallisuutta lisäsi se, että työryhmä oli avoin kaikille asukkaille kokoamisvaiheesta alkaen (Laverack 2009). Ensimmäisen kokoontumisen tavoitteena oli paneutuminen kohderyhmän terveysongelmiin. Lähtökohtana työskentelyssä oli miesten oma näkemys heidän hyvinvointi- ja terveystarpeistaan, mikä on todettu korkeaksi osallistamisen asteeksi terveydenedistämishjelmissä (Laverack 2009). Myös suunnitteluvaihe toteutui pelkästään miesten ideoinnin ja päätöksenteon pohjalta, mitä jo yksistään pidetään terveyden edistämishjelmien toteutuksissa korkeana tavoitteena (Jackson 2007).

Laajennettu työryhmä koettiin tasa-arvoisena, osallistavana ja miellyttävänä työtapana. Liikuntasuunnitelman laatiminen eteni miesten liikuntamuutoksille antamien merkitysten mukaisesti, jolloin myös sosiaaliset ja taloudelliset tekijät sisältyivät suunnitelmaan (Jackson 2007). Tasavertaisuutta kuvattiin kuulluksi tulemisena ja vaikuttamisena, mitkä yleensä vahvistavat terveyden edistämishjelmien juurruttamista väestöryhmissä (Jackson 2007). Tasavertaisuutta lisäsi kokemusasiantuntijan käyttö liikunnan vaikutusten ja prosessiin liittyvien tunteiden esille tuojana. Osallisuutta lisäsi myös ammattilaisten ja miesten yhteisesti toteuttama interventioarviointi (Øvretveit 2003, Green & South 2006).

Terveysongelmien arviointi- ja ratkaisukapasiteetin lisääminen

Hyvinvointi- ja terveysongelmat kartoitettiin eri aiheiden avulla, joista miehet keskustelemalla valitsivat kaikille sopivan terveyskäyttäytymisen alueen. Menetelmä aktivoi osallistujia ja samalla heillä oli mahdollisuus samalla saada terveyteen liittyvää tietoa ammattilaisilta (Husbands 2007, Corcoran 2010). Keskustelujen avulla ammattilaiset taas saivat tietoa miesten uskumuksista, asenteista, terveyttä koskevan tiedon tasosta, valmiudesta aloittaa

elintapamuutos ja muutosta edistävästä ja estävästä tekijöistä. Vuorovaikutuksellista työtapaa on pidetty tehokkaana sen aikaansaaman voimaantumisen vuoksi (Green & South 2006). Molemminpuolinen oppiminen ja kehittyminen katsotaan onnistuneeksi tulokseksi terveyden edistämisen ohjelmissa (Green & South 2006).

Kuvitteellisen hahmon käyttö liikuntasuunnitelman laatimisessa siirsi muutokseen liittyvät tekijät itsestä kauemmaksi, mikä helpotti aiheen käsittelyä. Hahmon kautta tarkasteltuna omat elintavat oli helpompi myöntää itselle, omaa muutostarvetta ja muutokseen liittyviä tekijöitä pystyi hahmon kautta paremmin tarkastelemaan. Kuvitteellisen hahmon (storytelling) käyttöä pidetään terveyden edistämässä osallistujalle reflektiopohjaa luovana ja informaatiota tuottavana menetelmänä. (Jackson 2007). Tässä informaatio käsitti miesten antamia merkityksiä hyvinvoinnille, terveydelle ja liikunnan aloittamiselle. Vertaiskokemukset olivat ryhmätoiminnassa keskiössä, jolloin pienyhteisön kulttuuriset ja sosiaaliset piirteet, tasa-arvoisuus, osallistuminen ja molemminpuolisuus sisältyivät menetelmään (Green & South 2006, Corcoran 2010).

Vertaisen antamaa esimerkkiä liikuntamuutoksesta, siihen sisältyvien vaikeuksien ja toisaalta myös muutoksen terveyshyötyjen esille tuomista pidettiin miesten joukossa parhaana muutosta tukevana tekijänä. Miesten vertaisryhmissä toteutettuja elintapamuutosinterventioita on pidetty tehokkaina (Hunt ym. 2014). Tässä ryhmässä toisen onnistuminen tai edistyminen nähtiin itseä motivoivana tekijänä. Vertaisen esimerkki ja kokemukset on todettu hyväksi menetelmäksi erityisesti silloin, kun vertainen on lähellä omaa minäkuvaa, mikä tässä ryhmässä toteutui.

Miehet toivoivat jatkoa hyvinvoinnin oppimiseen ja esittivät aihealueita, kuten ravinto, päihteet ja mielenterveys. Tämä kuvastaa yhteisön vastuunottoa omasta terveydestä ja hyvinvoinnista, terveysongelmien tunnistamistaitoa ja työryhmässä ilmenevää luottamusta. Pienyhteisömallin ja onnistuneen ryhmävuorovaikutuksen avulla voidaan saada useita hyvinvoinnin ja terveyden ongelma-alueita nimettyä. Tällaista kohderyhmälähtöistä, arkielämään ja elinympäristöön sijoitettua terveyden edistämistä suositellaan perinteisten ylhäältä alaspäin suuntautuvien ohjelmien sijasta (Poland ym. 2009). Intervention sijoittaminen yhteisöön ja sen elinympäristöön lisää sen onnistumismahdollisuuksia, koska se mahdollistaa käytäntöjen suunnittelun kontekstin mukaan ja tarjoaa tilannekohtaisia valintoja toiminnalle (Poland ym. 2009).

Johtopäätökset:

- Pienyhteisöön sijoitettu, rajattuun kohderyhmään kohdistunut interventio tuki sen onnistumista.
- Yhteisön itsensä arvioimat ja määrittämät terveystarpeet edistivät suunnittelua ja toteutusta. Ohjaajien antama lista vaihtoehtoisista hyvinvointiin liittyvistä aiheista riitti muutosvirikkeeksi ja jätti tilaa osallistujille.
- Terveysteen liittyvää tietoa hyvinvointisuunnitelman laatimiseksi miehillä oli riittävästi ja riskitekijät tunnistettiin.
- Kuvitteellisen hahmon käyttö oli toimiva elintapamuutoksen suunnittelussa.
- Laajennettu työyhteisömalli ja tiivis tapaamissarja lisäsivät kohderyhmän sitoutumista ja osallistumista.
- Työyhteisömallin käyttö käynnisti pienyhteisön voimavarat hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen ja on hyvä esimerkki yhteisölähtöisestä terveyden edistämisestä. Osallistumisen tunne muodostui ryhmässä.
- Palvelumuotoilun käyttö työryhmässä edisti liikuntakonseptin laatimista.
- Vertaiskokemukset vahvistivat osallistujien näkemyksiä liikuntasuunnitelman toteuttamiseen vaikuttavista tekijöistä.

Suosituks:

- Osallistujien hyvinvointi- ja terveystarpeista lähtevä terveyden edistämisen suunnittelu on suositeltavaa.
- Kuvitteellisen hahmon käyttöä voidaan suositella elintapamuutoksen suunnittelussa.
- Laajennetun työyhteisön periaate soveltuu osallistamisen lisäämiseen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen suunnittelussa mielenterveyskuntoutujien asukasyhteisössä ylhäältä päin lähtevien, esim. kansallisten ohjelmien sijaan.
- Palvelumuotoilun mallia voidaan soveltaa terveyteen liittyvien toimintakonseptien kehittämisessä pienyhteisöissä.
- Kokemusasiantuntijoita suositellaan käytettäväksi elintapojen muutosprosessien suunnittelussa.

2.3. Musiikki kuntouttavassa ryhmätoiminnassa

Marja-Leena Kauronen, Olli Laakso ja Tomi Rossi

Intervention toteuttaja: Sotek

Taustaa

Musiikin käytöllä ryhmätoiminnassa on todettu olevan useita myönteisiä vaikutuksia. Musiikin käyttö nostaa esiin yksilöiden kykyjä, mahdollistaa henkilökohtaisen kasvun ja lisää yksilön ilmaisutaitoa. Ohjaaja voi myös lisätä osallistujien musiikillisia haasteita ryhmässä tai ryhmän jäsenet voivat kokeilemalla löytää parhaiten toimivan tavan käyttää jäsentensä taitoja. Lisäksi musiikkiryhmä edistää osallistujissa universaalisuuden ja koheesion tunteita, itsensä ymmärtämistä sekä jäljittelevää käyttäytymistä. Musiikin käyttö kehittää myös osallistujan kykyä solmia suhteita muihin ryhmän jäseniin, jaettuun päätöksentekoon sekä tarjoaa terapeutin yhteisön osallistujalle. Kokemusten jakaminen ryhmässä on keskeistä turvallisen ilmapiirin muodostamiseksi ja muutoksen käynnistämiseksi. (Priebe ym. 2014.)

Musiikkiryhmistä saadut kokemukset ovat olleet positiivisia; viihtyminen, rentoutuminen, virkistyminen, osallisuuden tunne, mielialan paraneminen ja voimaantuminen. Musiikkiryhmiin osallistuneista suuri osa on halunnut myöhemminkin osallistua musiikkiryhmiin tai käyttää musiikkia jollakin tavalla terapeutin välineenä. Musiikkiryhmiin on sitouduttu. (Priebe ym. 2014, Patterson ym. 2015.) Ryhmissä saatujen sosiaalisten ja tunnekokemusten on todettu edistävän myös yksilöiden kognitiivista oppimista. Ryhmissä on havaittu selvä yhteys kognitiivisten ja emotionaalisten osatekijöiden välillä. Kuuntelu, keskittyminen, mieleen painaminen ja ajatusten ilmaisu voivat parantua ryhmätoiminnassa. Ryhmässä yksilön tietoisuus itsestään, ongelmistaan ja käyttäytymistä ohjaavista motiiveista voi lisääntyä samoin kuin tietoisuus jäsenten välisistä säännöistä ja käyttäytymiskoodista. (Caruso ym. 2013.)

Tavoitteet: Tähän musiikkiryhmään pyydettiin mukaan pitkäaikaistyöttömiä ja mielenterveyden häiriöistä kärsiviä miehiä. Tavoitteena oli tukea miehiä ilmaisemaan itseään musiikin keinoin, koska keskusteluryhmissä tapahtuva itsensä ilmaiseminen koetaan usein vaikeaksi (Caruso ym. 2013). Tarkoitus oli, että miehet innostuvat musiikista, omasta hyvinvoinnistaan ja saavat tilan ja mahdollisuuden kokeilla uutta. Ryhmätoiminta antaisi mahdollisuuden uusiin sosiaalisiin suhteisiin ja tukisi yhteisöön kuulumisen tunnetta. Musiikin toivottiin tuovan onnistumisen kokemuksia, mikä vahvistaisi itseluottamusta. Osallistujilta ei kuitenkaan edellytetty soittotaitoa ja ohjaaja oli valmistautunut huolehtimaan siitä, että kaikilla ryhmän jäsenillä olisi toimintaa.

Sisältö: Ryhmäkokoontumisten sisältö koostui pääosin soittamisesta, musiikin teoriasta, musiikin kuuntelusta, siihen liittyvien tunteiden ja kokemusten kertomisesta, soittimiin tutustumisesta, hyvinvointisuunnitelman laatimisesta ja mindfulness-menetelmän kokeilusta.

Toteutus: Viikoittaiset, 2-4 tuntia kestävät ryhmäkokoontumiset toteutuivat kevään 2015 aikana. Ryhmä kokoontui kymmenen kertaa suunniteltuina ajankohtina. Ohjaajina toimivat kaksi soittoa harrastavaa miesohjaajaa. Ryhmässä aloitti viisi miestä, joista yksi keskeytti ryhmän neljännen kokoontumisen jälkeen työn siirtyessä toiselle paikkakunnalle. Ikäerot ryhmässä olivat suuret, keski-ikäsi muodostui 45 vuotta, joukossa yksi noin 20-vuotias. Osallistujat muodostuivat yksin asuvista, työkokeilua ja asumispalveluja käyttävistä miehistä, joista osa kärsi mielenterveysongelmista. Vain kaksi osallistujista tunsivat toisensa ennestään. Ikä ei ollut merkittävä tekijä ryhmään osallistumisessa. Ryhmän ainoa nuori jäsen osallistui jokaiseen kokoontumiseen. Ryhmässä tutustuttiin myös jäsenten kotoa tuomiin soittimiin ja efektipedaaleihin. Ryhmään sitouduttiin. Vain yksi osallistuja oli kerran poissa ilmoittaen poissaolostaan ennakoon. Ohjaajat tunsivat osan osallistujista aiemmista yhteyksistä. Ryhmätoiminta oli tuttua kaikille osallistujille.

Kokoontumispaikkoina olivat ryhmätoimintatilat ja soittamista varten rakennettu huone toisaalla. Osallistujien toiveista kokoontumisten sisältöihin lisättiin soittamista ja vähennettiin muuta ryhmätoimintaa. Ensimmäisellä kerralla ryhmäläiset esittelivät itsensä ja kertoivat odotuksistaan. Musiikkia käytettiin tutustumisen apuna. Osallistujat tekivät toisessa kokoontumisessa kirjallisen henkilökohtaisen hyvinvointisuunnitelman. Muutoslomake sisälsi neljä kysymystä: Missä asioissa olen hyvä? Mihin asioihin toivoisin muutosta? Milloin aloitan ja toteutan muutoksen? Mitä olen valmis tekemään muutoksen eteen? Suunnitelmista keskusteltiin ryhmässä ja niihin palattiin toiseksi viimeisessä kokoontumisessa, jossa osallistujat kertoivat tehdyistä elintapamuutoksista. Mindfulness –menetelmän käyttöä esiteltiin yhdessä kokoontumisessa.

Ryhmän toiminnasta koottiin palautetta ryhmän loppuvaiheessa kysymyksillä: ”Mikä ryhmässä on ollut hyvää?” ”Miten ryhmän toimintaa voitaisiin kehittää?”. Osallistujat antoivat yhdessä suullista palautetta ja palaukset kirjattiin fläppitaululle. Palautetta koottiin myös ohjaajilta.

Osallisuuden vahvistaminen ja voimaannuttava vuorovaikutus

Soittaminen edisti osallisuutta ryhmässä (Ball & Cummerson 2011, Shaw ym. 2014) ja mahdollisti ryhmässä oppimisen (Caruso ym. 2013). Muiden jäsenten tuki, virheitä salliva ilmapiiri, uskallus ja onnistuminen voimaannuttivat osallistujia, minkä on todettu vaikuttavan elpymiseen (Brown ym. 2008, Hudgins 2013). Yhteissoittaminen edellytti keskittymistä muiden suoritukseen ja oman soiton mukauttamista siihen (Priebe ym. 2014), mihin osallistujat saivat tukea toisiltaan (Pattersson ym. 2015). Aikaansaaminen kohotti myös mielialaa (Shaw ym. 2014) ja synnytti uusia itsensä kehittämistarpeita (Hudgins 2013). Vuorovaikutus oli ryhmässä aktiivista, luontevaa ja pääosin ryhmäläisten kesken tapahtuvaa. Musiikki itsessään

edisti osallistujien itseilmaisua (Priebe ym. 2014). Ryhmässä jaettiin kokemuksia ja tunteita, mitä on pidetty keskeisenä tekijänä muutoksen synnyttämisessä (Caruso ym. 2013).

Nonverbaalia viestintää sisältyi soittamiseen paljon. Yhteinen soittaminen edellytti muiden soiton ja rytmin sekä ohjeiden kuuntelemista, mieleen painamista ja noudattamista. Virheiden sieto sekä uudelleen yrittäminen olivat välttämättömiä. Taitavammat soittajat antoivat tilaa harjoitusta tarvitseville. Osallistujat olisivat olleet valmiita myös intensiivisempään ja pidempiaikaisempaan harjoitteluun. Ystävyyssuhteiden muodostumista toiminnan kautta kuvaa palautteessa osallistujien mainitsema ”Yhdessä tekeminen”, ”Uusien ystävien saanti” sekä puhelinnumeroiden vaihtaminen ryhmän lopussa. Ryhmän keskinäinen apu tuli esiin kyytien järjestämisessä ja soitinten korjaamisavussa.

Soittamisesta innostuminen ja siinä onnistuminen synnytti ryhmässä toivoa ja loi positiivista mielialaa. Musiikki mahdollisti keskittymisen vain meneillään olevaan hetkeen ja musiikin synnyttämiin tunteisiin sen sijaan, että pohtisi sen hetkisiä ongelmia elämässään. Järjestetty musiikkiryhmä toi vaihtelua ja mielekkyyttä etenkin sellaisille henkilöille, joilla ei ole riittävästi uskallusta ja oma-aloitteisuutta omaehtoiseen musiikin harrastamiseen. Ryhmässä ei puhuttu sairauksista, vaan normaalista toiminnasta, mikä vähensi sairaan roolin kokemusta ja vahvisti elämisen muita alueita. Onnistuminen soittamisessa antoi varmuutta ja vahvisti itseluottamusta. Soittamisen todettiin olleen avuksi myös työtoimintaan siirryttäessä. Keskittyminen, nopeasti kulunut aika ja toiminnan mielekkyys tulivat esiin osallistujien toteamuksissa: ”Menikö oikeesti kolme tuntia?”

Terveysongelmien arviointi- ja ratkaisukapasiteetin lisääminen

Ryhmässä käsiteltiin hyvinvointia ja laadittiin henkilökohtaiset hyvinvointisuunnitelmat. Hyvinvointia käsiteltiin ryhmässä laajana asiana ja hyvinvointia tuottavat tekijät yhdistettiin fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen, toiminnallisuuteen sekä tulevaisuuteen liittyviin tekijöihin, kuten opiskeluun, työkokeiluun lähtemiseen ja soittoharrastukseen, mikä vastaa hyvinvoinnin neljää ulottuvuutta (Hirvilampi 2015). Hyvinvointi- ja terveystarpeiden esille ottaminen ryhmässä, muutosvalmiuden arviointi ja toteutussuunnitelman laatiminen kehittivät osallistujien kapasiteettia käsitellä omaan terveyteen liittyviä asioita antamalla arviointi- ja toimintamallin. Ryhmän loppupuolella tapahtunut toteutumisen arviointi ja suunnitelman korjaaminen lisäsivät valmiuksia elintapamuutokseen. (Jackson 2007.)

Osallistujien hyvinvointisuunnitelmissa tuli esiin osallistujien sosio-ekologiset tekijät, kuten työllistyminen, opiskeluun valmistautuminen, sairaudesta johtuva eristäytyminen ja vähävaraisuus, mikä on nähty yhtenä lähestymistapana terveyden edistämässä (Naidoo & Wills 2009). Positiivista oli toimintatapoihin liittyvät vahvuudet hyvinvointisuunnitelmassa, kuten realistisuus, järjestelmällisyys, sopimuksista kiinni pitäminen, luotettavuus, sosiaaliset taidot ja halu oppia uusia asioita (Sykes 2007). Osallistujien itsenäisesti laaditut muutossuunnitelmat liittyivät elintapoihin, kuten tupakoinnin vähentämiseen tai sen lopettamiseen, laihduttamiseen ja kunnan kohentamiseen ja itseluottamuksen lisääntymiseen (Prochaska ym. 2005).

Osallistujien toiveet hyvinvoinnin lisäämiseksi liittyivät myös musiikkiin liittyviin taitoihin, mitä on pidetty yhtenä hyvinvoinnin ulottuvuutena (Hirvilammi 2015).

Osallistujat olivat valmiita toimimaan muutosten aikaansaamiseksi ja laativat konkreettisia tavoitteita ravitsemuksesta, liikunnasta, vuorokausiryhmistä, opiskelusta, työkokeilusta ja musiikkiharrastuksesta (Alahuhta 2010). Ulkopuolista apua oltiin valmiita käyttämään muutoksen toteuttamisessa. Muutosta toteutettiin kuitenkin omien voimavarojen mukaisesti. Osa oli aloittanut muutoksen heti hyvinvointisuunnitelman laatimisen jälkeen, osa toteutti sitä asteittain ja osa odotti sopivaa mielialaa aloitukseen. Ryhmän aikana tehdyt elintapamuutokset liittyivät alkoholin käytön vähentämiseen, liikunnan ja musiikkiharrastuksen lisäämiseen ja vuorokausirytmien muuttamiseen: ”Alkon käyttö vähentynyt puoleen.” Miehet olivat seuranneet elintapamuutostaan, esimerkiksi liikunnan ja vuorokausirytmien muutoksen positiivisia vaikutuksia ja musiikin tuomaa mielekkyyttä korostettiin: ”Musiikki tuonut mielekkyyttä.”, ”Työkokeiluun lähteminen”, ”Vuorokausirythmi, kunto ja jaksaminen parantuneet”. Ohjaaja näki musiikkiryhmän toiminnan käyttökelpoisena välineenä elämän sisällön muokkaamisessa.

Ryhmä/ohjaajalähtöisyys ohjauksessa

Ryhmän toiminta oli pitkälle itseorganisoituvaa. Kokoontumiskertojen sisällöistä sovittiin ryhmän alkuvaiheessa ja päätös pelkkään soittamiseen siirtymisestä tehtiin osallistujien päätöksen perusteella toisessa kokoontumisessa. Jäsenet päättivät soitettavista kappaleista, ohjaaja haki vain sanat ja soinnut kappaleisiin. Kokenein otti soiton opettajan roolin ryhmässä. Instrumenttien valinta tapahtui luontevasti ja ryhmän edetessä jäsenet vaihtoivat instrumentteja. Hyvinvointisuunnitelman laatiminen tapahtui muutossuunnitelmalomakkeen avulla ja niistä keskusteltiin ryhmässä. Palautetta koottiin ryhmätoiminnasta keskustellen ohjaajan antamien kysymysten avulla ja palautteet koottiin yhteisesti fläppitaululle. Ohjaajien osuus oli rakenteiden luominen ryhmätoiminnalle, ryhmän kokoaminen, tilojen järjestäminen, ryhmän käynnistäminen sekä toiminnan seuraaminen ja tukeminen. Oman hyvinvoinnin arviointiin ja hyvinvointisuunnitelman laatimiseen stimulaatio tuli miesohjaajalta, joka oli työsuhteessa Sotekiin. Lähestymistapa hyvinvointiin oli osallistujia voimavaraistava eikä suunnitelman laatimista edeltänyt luento tai muunlainen tiedon jakaminen.

Yhteenveto

Toiminta lähti liikkeelle osallistujien vahvasta alueesta, musiikista. Ryhmässä he saivat onnistumisen kokemuksia, oppivat uutta ja saivat uusia ihmissuhteita. Ryhmä tarjosi aktiivista toimintaa yksinolon ja toimeentuloisuuden sijaan sekä antoi uutta ajateltavaa. Osallistujat sitoutuivat ryhmään. Hyvinvointisuunnitelman käyttö ryhmässä lisäsi tulevaisuussuuntautuneisuutta, ohjasi tavoitteellisuutta, käynnisti elintapamuutoksia, niihin liittyvän seurannan ja arvioinnin.

Työelämän ulkopuolella olevien arjen kontaktit ja toiminnot liittyvät suurelta osin opiskeluun, työkokeiluun ja työn hakemiseen, mutta eläkkeellä olevien tapauksessa usein vain sairauden hoitoon, kuntoutukseen sekä etuihin liittyvään asiointiin virastoissa. Mielekkäitä arjen toimintoja on vaikea suunnitella jo taloudellisten resurssien vähyyden vuoksi. Harrastukset edellyttävät myös sosiaalisia resursseja ja oma-aloitteisuutta, jotka usein ovat vähäisiä. Hoitoon liittyviin keskusteluryhmiin osallistuminen ei kaikille ole luontevaa ja ne voidaan kokea ahdistaviksi. Musiikista kiinnostuneille voitaisiin tarjota hoidosta vastaavien organisaatioiden ulkopuolella toiminnallisia musiikkiryhmiä ja bänditoimintaa, jotka tarjoaisivat portaittaisen tien aktiiviseen arkeen ja lisäisivät elämänsisältöä. Sairauskeskeisyys jäi toteutetussa musiikkiryhmässä toiminnan ajaksi sivuun. Osallistuja ei ollut ryhmässä sairaan roolissa.

Johtopäätökset:

- Musiikkiryhmä oli hyvä interventioesimerkki asiakaslähtöisestä, sosio-ekologisesta lähestymistavasta ja toimijuuden vahvistumisesta pienyhteisössä.
- Soittaminen aktivoi ja sen kautta osallistujat oppivat uusia taitoja ja heille mielekkäitä asioita.
- Ryhmässä oli mahdollisuus oman potentiaalın toteuttamiseen (tarveteoriat).
- Ryhmässä soittaminen lisäsi ihmissuhteita, loi tilaisuuksia antamaan ja saamaan tukea.
- Musiikkiin liittyvä toiminnallisuus siirsi ajatukset pois arkeen mahdollisesti liittyvistä negatiivisista asioista.
- Soittamisen avulla osallistuja voi muuttaa rooliaan pois sairaan roolista ja muokata elämänsä sisältöä.
- Signaali terveyden edistämiseen ja oman hyvinvoinnin kartoittamiseen tuli yhteisöstä käsin, ohjaajien luontevasti sisällyttäessä ohjelmaan. Oman hyvinvointisuunnitelman rakentamisessa osallistujille muodostui osallistumisen tunne sen sijaan, että ohjelma olisi organisoitu kansalliselta tai alueelliselta tasolta.
- Hyvinvointisuunnitelman käyttö sopi luontevasti musiikkiryhmään.

Suositukses:

- Itsensä toteuttamiseen liittyvien tarpeiden kautta lähestyvä toimintamalli sopii hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen.
- Yhteislähtöiseen terveyden edistämiseen soveltuu ryhmän kulttuurin ja toimintatavat tunteva ohjaaja sen sijaan, että ohjaaja olisi terveydenhuollon ammattilainen.

2.4. Korpimiehet - luontoryhmä

Marja-Leena Kauronen ja Irene Vallema

Taustaa

”Green Carella” tarkoitetaan luontoon tai luontoon liittyviin toimintoihin sisältyvien menetelmien ammatillista, vastuullista ja tavoitteellista hyödyntämistä hyvinvointipalvelujen tuottamisessa. Green Care -toiminta sijoittuu usein luontoon tai maatilalle, mutta luonnon elementtejä voidaan käyttää myös kaupunki- ja laitossympäristöissä. Hyvinvointia lisäävät vaikutukset syntyvät muun muassa luonnon elvyttävyyden, osallisuuden ja kokemuksellisuuden avulla. Toimintaan voi sisältyä liikkumista luonnossa, kasvien tai puutarhan hoitoa, elämien läsnäoloa tai hoitoa. Tuloksissa on kuvattu sosiaalisuuden lisääntymistä sekä jännityksen ja masennuksen vähentymistä. (Haubenhofner ym. 2010.)

Kohderyhmä: Sotek-säätiössä joko palkkatuetussa työssä tai työkokeilussa olevia miehiä, joista osa oli pitkäaikaistyöttömiä ja osa vaikeasti työllistettäviä sekä Kaakkois-Suomen Sosiaalipsykiatrisen yhdistys ry:n (Kakspy) kotikuntoutuksen piirissä olevat miehiä. Miehet asuivat itsenäisesti, mutta saivat arjessa selviytymiseen tukea kotikuntoutusohjaajalta. Kohderyhmän miehillä oli erilaisia työkykyyn vaikuttavia fyysisiä ja psyykkisiä sairauksia, osalla oli runsasta alkoholin käyttöä ja/tai ylipainoa ja osa kärsi yksinäisyydestä. Osallistujat osallistuivat päivisin Sotekin ja Kakspy ry:n työ- ja päivätoimintoihin, mutta suurimman osan vapaa-ajasta he viettivät yksin, mikä voi lisätä negatiivisia lieveilmiöitä, kuten runsasta alkoholin käyttöä tai tupakointia. Alkoholin käyttö tai tupakointi ovat Sotekin ja Kakspy ry:n työntekijöiden kokemusten mukaan usein vaihtoehto muulle mielekkäälle tekemiselle.

Ryhmän kesto: Yksi viikoittainen, noin neljän tunnin pituinen luontoretki kahdeksan viikkoa kestävä jakson aikana. Kokoontumisista osa toteutettiin lauantaisin yksinäisyyden vähentämiseksi ja päihitteettömyyden tukemiseksi.

Tavoite: Lisätä miesten osallisuutta ja kokemuksellisuutta Green Caren keinoin. Tavoitteena on tarjota luontoelämyksiä, edistää sen kautta ryhmän vuorovaikutusta, kokemusten jakamista ja yksinäisyyden tunnetta. Tavoitteena on myös vaihtoehtoisen ja mielekkään toiminnan avulla vähentää miesten tupakointia ja/tai alkoholin kulutusta. **Tulosodotukset:** 1. Miesten osallisuuden ja kokemuksellisuuden tunne kasvaa 2. He saavat uusia elämyksiä luonnosta 3. Heidän sosiaalinen verkostonsa kasvaa 4. He oppivat luonnossa toimimiseen liittyviä taitoja. 5. Heidän tupakointi tai alkoholin käyttö vähenee 6. Luonto tulee osaksi heidän arkea myös intervention jälkeen.

Interventiomalli: Osallistujien kanssa valittuihin Etelä-Kymenlaakson vaihteleviin luontokohteisiin siirrytään pikkubussilla. Ryhmäläiset osallistuvat retkien sisältöjen suunnitteluun, jotta toiminnasta muokkautuisi heidän näköisensä. Kantavana teemana kaikkien retkien läpi kuitenkin on luonto ja sen hyödyntäminen hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä. Valokuvausta käytetään luontokokemuksen tallentajana ja kokemusten kertomista avaavana tekijänä.

Toteutus: Ohjaajat suunnittelivat vain ensimmäisen retkikohteen. Muut seitsemän retkeä suunniteltiin ryhmässä ensimmäisen retken päätteeksi. Retkikohteiden suunnittelussa kartoitettiin Kymenlaakson rikasta luontoa. Tarkoitus oli jokaisella kerralla nauttia liikkumisesta luonnossa ja yhdessäolosta. Ensimmäinen retki suunnattiin Kotkassa Santalahden luontopolulle, jossa avokalliot, paikoin kivikkoinen polku, syvät kuusimetsät ja meren poukammat vaihtelivat. Muina kohteina olivat lentokentän ympäristön metsät ja lentomuseo, Petäjäsuo, kalastusretki meren rannalle, Valkmusan kansallispuisto, Salpalinjan bunkkerialue Virolahdella, maatilaretki kotieläintilalla ja Niinlahden leirialue Kotkassa. Palautetta pyydettiin miehiltä lyhyellä kyselylomakkeella ja ohjaajilta haastattelemalla.

Osallisuuden vahvistaminen ja voimaannuttava vuorovaikutus

Miehet olivat innokkaita osallistumaan retkiin, vaikka eivät olleetkaan kiinnostuneita samoista retkikohteista. Yhteinen matka-aika toimi yhdistävänä tekijänä suunnaten ajatukset yhteiseen tekemiseen. Retkeen kohdistuvista odotuksista keskusteltiin jo menomatalla. Matkakohde lisäsi vuorovaikutuksen määrää ryhmässä helpottaen myös muista aiheista keskustelua. Tutustumisen edetessä aiheet muuttuivat henkilökohtaisiksi ja elämäntilanteisiin liittyviä asioita jaettiin avoimesti. Luonto sinänsä ja retkiseura loivat ympäristön onnistumisen kokemuksille, jotka osaltaan palauttavat uskoa omiin mahdollisuuksiinsa mutta ennen kaikkea lisäsivät valmiuksia arvioida niitä aiempaa realistisemmin. Luonnossa olemisen tai liikkumisen on todettu lisäävän sosiaalista kanssakäymistä. (Haubenhofen ym. 2010, Steigen ym. 2016.)

Ryhmän jäsenten mukaan toistuvat tapaamiset lisäsivät luottamusta ja ryhmä koettiin turvallisena jakaa kokemuksia ja kuulumisia. Bunkkerialueella liikkuminen; vallihaudat, tykit, miehistösuojat ja alueen kyltit avasivat näkökulman sotahistoriaan. Nämä sekä miesten oma asevelvollisuus aika antoivat paljon keskusteluaiheita ryhmälle. Eniten odotuksia ja innokkuutta miehissä kuitenkin herätti kotieläintilaan tutustuminen. Eläimet saivat aikaan miehissä vapautuneisuutta ja herättivät huolenpitoa. Maatilan isännältä kyseltiin paljon eläimistä ja niiden hoitamisesta. Poikkeuksena muutoin onnistuneen vuorovaikutuksen kannalta oli retki suolle, jossa liikkuminen tapahtui pitkospuita myöten, keskustelu oli vähäistä ja päämäärään saapuminen näyttäytyi ulospäin tärkeimmältä ryhmän tavoitteena. Syntyneitä ystävyysuhteita haluttiin jatkaa ja osa miehistä vaihtoi yhteystietojaan viimeisellä retkellä. Ryhmän lopussa kaikki miehet toivoivat pääsevänsä myöhemmin osallistumaan tällaiseen ryhmätoimintaan. Tutkimusten mukaan merkityksellisyyden, positiivisuuden ja yhteisöllisyyden ulottuvuudet sisältävät ”green care” –menetelmien hyötyihin (Steigen ym. 2016).

Luontoliikunta edisti miesten tutustumista toisiinsa ja yhteisyyden tunnetta ryhmässä. Luonto ympäristönä antoi keskustelunaiheita, mikä mahdollisti uusien ystävyysuhteiden syntymisen ja vähensi yksinäisyyttä. Kokemus yhteisöön kuulumisesta ja siihen kiinnittymisestä lisäsi toimintaan osallistumista ja sitä kautta osallisuuden kokemusta. Sosiaalisuuden yhdistäminen luontoliikuntaan tutkimusten mukaan edistää terveyttä, vähentää jännittyneisyyttä ja masentuneisuutta (Haubenhofen ym. 2010, Andkjær & Arvidsen 2015).

Luontoretkellä oli suunniteltu käytettävän valokuvausta, mutta miehet eivät olleet halukkaita käyttämään kameraa eivätkä olleet innostuneita kuvaamisesta tai kuvattavana olemisesta. Tämän vuoksi valokuvauksesta luovuttiin intervention alkuvaiheessa.

Terveysongelmien arviointi- ja ratkaisukapasiteetin lisääminen

Suunnitelman mukaisesti ohjaajat eivät jakaneet terveyttä koskevaa informaatiota, mutta osallistujat ottivat itse elintavat puheeksi ryhmähengen tiivistyessä ja luottamuksen lisääntyessä ryhmässä. Tupakointi, alkoholin käyttö, lääkitys, ruokavalio ja liikunta ja niihin liittyvät kokemukset esiintyivät keskusteluissa. Vertaiskokemus helpotti asioiden käsittelemistä ilman stigmatisoinnin vaaraa. Ohjaajan mielestä ryhmän tapaamisten turvaaminen jatkossa varmistaisi yhteisön olemassaolon ja mahdollistaisi vertaistuen. Luontoavusteisten menetelmien käytössä vertaisilla on ollut tärkeä merkitys, sosiaalinen hyväksymisen tunne on muodostunut osallistujille ryhmässä, menetelmien käytöllä on ollut yhteys pystyvyyden tunteen muodostumiseen, positiivisuuden kokemiseen ja menetelmät ovat olleet yhteydessä sopeutumiseen (Steigen ym. 2016).

Vaikka luonnossa liikkuminen oli osalle miehistä tuttua jo lapsuudesta, moni toi esiin, ettei luontoon tule yksin lähdettyä eikä luontokohteisiin pääse, jos ei ole kulkuneuvoa. Retket toivat vaihtelua arkeen ja vähensivät alkoholin käyttöä ja television katselua ja näin miesten mielestä myös edistivät terveyttä. Luontoretki-interventio antoi osallistujille mallin elämäntyylin vaihtamisesta ja luontoon liittyvien toimintamahdollisuuksien liittämisestä omaan elämään. Sosiaaliseen ja ympäristölliseen kontekstiin liitettyjä interventioita on suositeltu niiden terveyttä edistävän mekanismin esille saamiseksi. (Haubehofer ym. 2010, Andkjær & Arvidsen 2015)

Johtopäätökset ja suositukset

- Luonto ja toiminta yhdessä edistivät ryhmän vuorovaikutusta, miesten tutustumista toisiinsa ja kokemusten jakamista. Toisaalta, ympäristön vaihtuminen jokaisella kerralla ei tuonut hyötyä esiin.
- Terveystietä, terveyskäyttäytymisestä, mm. alkoholin käytöstä, sairauksista, niihin meneillään olevista hoidoista miesten joukossa keskusteltiin omaehtoisesti myönteisessä sävyssä ilman, että interventiossa annettiin terveyteen liittyvää tietoa.
- Omasta terveydestä huolehtiminen sosiaalisena normina vahvistui ryhmässä.
- Luontoryhmä toimi yhteisön muodostajana muuten yksinäisille, saman elämäntilanteen omaaville miehille.
- Luontolähtöinen ryhmä sisälsi useita elementtejä, mm. luonto itse, liikunta luonnossa, luonnossa toimiminen, eläimet maatilalla, ryhmäkeskustelut vertaisten kanssa, jotka kaikki olivat keskenään vuorovaikutuksessa, minkä vuoksi on vaikea erotella eri tekijöiden vaikutusta näin lyhyen aikaa toimivassa ryhmässä ja tehdä johtopäätöksiä niistä erikseen.

- Osallistujien keskinäiselle vuorovaikutukselle tulee antaa tilaa vertaiskokemuksen, hyväksyttävyyden ja osallisuuden muodostumiseksi.
- Luontoon kohdistuvia ryhmäinterventioita tulisi jatkaa siten, että sen eri elementtien (Steigen ym. 2016) vaikutus terveyteen ja hyvinvointiin saadaan esiin.

2.5. Interventioiden vertaileva arviointi

Marja-Leena Kauronen

Ruoka-, musiikki- liikuntakaverit- ja luontoryhmäinterventioita arvioitiin myös vertailevasti lähestymistavan, yhteisöllisyyden, ohjaajien ohjausnäkökulmien ja osallistujan elintapamuutoksen tukemisen kannalta. Lähtökohdiana arvioinnissa käytettiin terveyden edistämishjelmien toteuttamiseen liittyviä malleja (Øvretveit 2003, Laverack 2009, Mittelmark ym. 2016). Taulukossa 1 on vertailtu interventioiden lähestymistapoja, missä kaikissa ryhmissä toteutuu positiivisuus, toiminnallisuus ja toipumisorientaatio tukien osallisuuden tunteen muodostumista ryhmässä. Tasa-arvoisuus ja vastavuoroisuus suhteessa ryhmien suunnitteluun ja ammattihenkilöihin toteutuvat musiikkiryhmässä ja laajennetussa työyhteisössä.

Taulukko 1. Interventioiden lähestymistavat.

	Rokka -ruokaryhmä	Kaiku -musiikkiryhmä	Laajennettu työyhteisö	Korpimiehet -luontoryhmä
Positiivisuus	X	X	X	X
Toiminnallisuus	X	X	X	X
Tasa-arvoisuus		X	X	
Vastavuoroisuus		X	X	
Toipumisorientaatio	X	X	X	X

Yhteisöllisyyden tunne (taulukko 2) muodostui suurimmaksi musiikkiryhmässä, jossa yhteinen mielenkiinto, soittaminen yhteistoimintana ja siihen liittyvä tiivis vuorovaikutus lisäsivät sitä, vaikka muiden elämänalueiden kokemuksia ei paljon vaihdettukaan. Luontoryhmässä luonto itse, vertaiset ja toiminta yhdessä muodostivat yhteisöllisyyden tunteen. Laajennetussa työyhteisössä taas menetelmän itsensä käyttö asiakasyhteisössä, tiivis ja lyhyt kokoontumisten jakso, palvelumuotoilun elementtien ja asiakkaiden kokemustiedon käyttö lisäsivät yhteisöllisyyttä koko työyhteisössä ja avasi yhteisöllisyyteen uutta ulottuvuutta asiakasyhteisössä.

Taulukko 2. Yhteisöllisyyden ilmeneminen interventioissa. Merkinät: +++ = voimakas, ++ = kohtalainen, + = heikko.

	Rokka -ruokaryhmä	Kaiku -musiikkiryhmä	Liikuntakaverit – laajennettu työyhteisö	Korpimiehet - luontoryhmä
Osallisuus	++	+++	+++	+++
Vuorovaikutuksen lisääminen	++	+++	+	++
Kokemustiedon käyttö	-	++	+++	+
Sosiaalisuutta tukeva rakenne	++	+++	++	++
Stigmatisoinnin minimointi	++	+++	++	+++
Mahdollisuus anonyymiyteen	+	-	++	+++

Ohjausnäkökulmien vertailussa (taulukko 3) tiedon antamisen minimointi koettiin hyvänä valintana. Kaikissa ryhmissä osallistujilla oli riittävästi tietoa oman hyvinvointi- ja terveyden edistämisen suunnitelman laatimiseen. Se vähensi asiantuntijalähtöisyyttä ja lisäsi puolestaan asiakaslähtöisyyttä osallistujien ottaessa vertaisina esille elintapojaan ja terveysongelmiaan. Musiikkiryhmä osallistujien kognitiivisia taitoja lisäävänä interventiona kehitti osallistujien musiikillisia kykyjä, mikä taas vaikuttaa yksilön pystyvyyden tunteen lisäämiseen. Kaikissa ryhmissä ohjaajat vetäytyivät taka-alalle aina kuin se oli mahdollista, mutta rohkaisivat ja kannustivat osallistujia. Yksilön voimavaroja lisättiin luontoryhmässä osallistujien yhteisöllisyyden ja osallisuuden kautta. Musiikkiryhmässä henkilökohtaisia asioita ei niinkään jaettu, mutta musiikki yhteisenä mielenkiinnon kohteena ja kehittymisen soittamisessa lisäsi voimavaroja.

Taulukko 3. Ohjausnäkökulmat interventioissa. Merkinnot: +++ = voimakas, ++ = kohtalainen, + = heikko.

	Rokka -ruokaryhmä	Kaiku -musiikkiryhmä	Liikuntakaverit – laajennettu työyhteisö	Korpi miehet - luontoryhmä
Asiakaslähtöisyys	+	+++	+++	+
Asiantuntijälähtöisyys	+++	+	+	++
Tiedon antaminen	+	+	+	-
Yhteinen tekeminen	+++	+++	++	++
Emotionaalinen tukeminen	+	+	+	++
Kehityksellinen	+	+++	++	+
Rohkaisu ja kannustus keskeisiä	++	+++	+++	+
Yksilön voimavaroja tukeva vuorovaikutus	+	+++	+	+++

Elintapamuutosta tuettiin interventioissa eri tavoin (taulukko 4). Motivaatiota ruokailutottumusten ja ruokavalion muutoksiin osallistujat saivat käyttämällä ruokapäiväkirjaa kaksi viikkoa ennen ryhmän aloitusta. Päiväkirjojen käyttö uusittiin ryhmän loputtua, jolloin miehet saivat omaseurantaan päiväkirjojen käytöllä. Valittujen reseptien kautta miehet saivat signaaleja monipuolisesta ja terveellisestä ruoasta. Ruuan valmistamisen oppiminen aktivoi ja antoi mallin taitojen kotiin siirtämisestä. Myös ruokapäiväkirjojen keskustelut tukivat osallistujien terveellistä ruokavaliota ja säännöllistä ruokailua koskevaa päätöksentekoa.

Musiikkiryhmässä elintapojen muutokseen (taulukko 4) motivoitiin hyvinvointisuunnitelman laatimisella ja sen arvioinnilla. Ryhmäkeskusteluilla tuettiin elintapamuutosten toteutumista. Henkilökohtainen hyvinvointi- ja terveystarpeiden arviointi ennen suunnitelman laatimista lisäsi oman tilanteen hahmottamista ja toteuttamisen edellytysten tarkastelu auttoi jokaista asettamaan realistiset tavoitteet muutokselle. Musiikkiryhmän pysyvyyttä lisäävä vaikutus voi heijastua myös siihen, että osallistujan usko omiin kykyihin muuttaa terveystottumuksia myös kasvaa. Musiikkiharrastus oli tässä ryhmässä erittäin toivottu vaihtoehto normaalille ajankäytölle.

Liikuntakaverit – laajennettu työyhteisöryhmässä motivaatio ja muutossignaali terveellisempään elämään tapahtuivat hyvinvointiteemojen kautta, niistä sopivan kehittämiskohteen valitsemisella ja toisaalta, kuvitteellisen hahmon elintapoja ja sairauksien riskitekijöitä kuvaamalla. Riskitekijöiden esille ottaminen lisäsi paljon terveysongelmien arviointia ja ratkaisua, koska kuvitteellinen hahmo oli verrattavissa osallistujiin. Elintapamuutoksen

mahdolliset hyödyt ja haitat kirjattiin myös työryhmässä, joita osallistuja voi hyödyntää omien tavoitteidensa laatimisessa. Elintapamuutoksen etenemistä myös visualisoitiin ryhmässä tuottamalla sarjakuva ja kuvallinen konsepti liikuntamuutoksen toteuttamisesta. Omaseurantaa tuki liikuntakertojen kirjaaminen mahdollista palkintoa varten.

Taulukko 4. Elintapamuutoksen tukeminen interventiossa. Merkinnot: +++ = voimakas, ++ = kohtalainen, + = heikko.

	Rokka -ruokaryhmä	Kaiku -musiikkiryhmä	Liikuntakaverit – laajennettu työyhteisö	Korpimiehet - luontoryhmä
Motivointi	+++	++	+++	-
Elintapamuutossignaali	+++	-	+++	+
Vaihtoehto passiivisuudelle tai huonoille elintavoille	+++	+++	++	+++
Yksilöllisten tavoitteiden laatiminen	-	+++	+	-
Terveysongelmien arviointi- ja ratkaisuvälit	++	++	+++	-
Elintapamuutoksen omaseurannan tukeminen	++	+	++	-
Tilaa jaetuille merkityksille	+++	-	+	+++

Johtopäätökset ja suositukset interventioiden pohjalta yhteisöllisten menetelmien kehittämiseen:

1. Kaikissa neljässä interventiossa osallistujilla oli riittävästi terveyteen liittyvää tietoa elintapamuutoksen suunnitteluun ja toteutukseen. Osallistujat tunnistivat itse hyvinvointi- ja terveystarpeensa ja tiesivät elintapojen muutokseen tarvittavat toimenpiteet.
2. Yhteisöllisyys sinänsä loi positiivista mielialaa ja lisäsi osallistujien voimavaroja.
3. Yhteisöllisiä menetelmiä terveyden edistämässä tulee kehittää suuntaan, jossa
 - a. osallistujalle tarjoutuu matala kynnyksellä liittyä esim. pienyhteisöön ja lyhytaikainenkin osallistuminen on mahdollista
 - b. palvelun tuottaja keskittyy löytämään pienryhmiä ja tarjoaa kaikille sopivia toimintamuotoja
 - c. pienryhmien toiminta lähtee osallistujien toiveista
 - d. osallistujat voivat toteuttaa omaa potentiaaliaan pienyhteisöissä
 - e. liian suuret tavoitteet eivät estä mukaan liittymistä
4. Tiedon antamisen sijasta elintapamuutoksen ohjaamisessa ammattilaisten koulutus tulee kohdistua asiakaslähtöisiin toimintatapoihin ja ryhmien ohjaamiseen.
5. Elintapojen muuttamisessa suunnitelmat on luotava yhteisölähtöisesti, suosittava niissä toimijuutta ja positiivista mielialaa lisääviä menetelmiä.
6. Tehokas, erimuotoisia viestintämenetelmiä käyttävä tiedottaminen luontokohteista ja -reiteistä alueellisesti ja paikallisesti on tärkeää, jotta väestö löytää luonnon tarjoamat mahdollisuudet terveyden edistämiseen.
7. Olemassa olevat resurssit tulisi ottaa käyttöön; kuntien kiinteistöissä olevat keittiöt tulisi listata ja tiedottaa niistä esimerkiksi järjestöille ja yhteisöille. Niiden hyödyntäminen miesten ruoanvalmistamistaitojen lisäämisessä ja sosiaalisessa kanssakäymisessä kannattaisi nostaa esiin kuntien palveluissa.

1

2

3

HANKKEEN YHTEENVETO

Valdemar Kallunki, Olli Lehtonen, Marja-Leena Kauronen ja Juhani Pekkola

JOHTOPÄÄTÖKSET JA SUOSITUKSET

Tässä luvussa esitetään sekä tutkimus- että interventio-osion tulosten perusteella muodostettuja johtopäätöksiä kymenlaaksolaisten miesten terveydestä, terveyskäyttäytymisestä ja mahdollisuuksista muuttaa sitä yhteisöllisin menetelmin. Myös järjestöjen terveyden edistämistä koskevat haastattelut ovat osaltaan vaikuttaneet johtopäätöksiin. Johtopäätöksiin perustuen esitetään suosituksia miesten terveyden edistämiseksi Kymenlaaksossa.

1.1. Johtopäätökset

Erityisen huomion kiinnittäminen miesten terveyden edistämiseen on Kymenlaaksossa tärkeää, sillä maakunnan miesten terveyskäyttäytyminen poikkeaa merkittävästi muualla Suomessa asuvista miehistä. Erityisesti alkoholin käyttö sekä tupakointi ovat Kymenlaaksossa yleisempää kuin muualla Suomessa. Alkoholin riskikäyttäjiä on kymenlaaksolaisista miehistä 43,2 prosenttia, kun vertailuryhmässä muualla maassa vastaava osuus on 37,0 prosenttia. Myös tupakoinnissa vertailuryhmien välinen ero on suuri, sillä säännöllisesti päivittäin kymenlaaksolaisista miehistä tupakoi 28,1 prosenttia. Muualla maassa asuvilla vastaava osuus on 18,5 prosenttia.

Terveyskäyttäytymisessä havaituista eroista huolimatta kymenlaaksolaisten miesten itse arvioima terveydentila ei poikkeaa tilastollisesti merkittävästi muualla Suomessa asuvien miesten terveydentilasta. Miehet eivät myöskään poikkeaa painoindeksin tai positiivisen mielenterveyden suhteen muualla asuvista miehistä. Yhteisöllisyyden tunne on Kymenlaaksossa keskimäärin muuta maata hieman korkeampaa, mikä antaa pohjan yhteisöllisten menetelmien käyttämiselle terveyden edistämisessä.

1.1.1. Paikalliset erot miesten terveydessä

Perinteisesti alueelliset terveys- ja hyvinvointitarkastelut ovat perustuneet hallinnollisiin alueyksiköihin, kuten kuntiin, mutta tässä tutkimushankkeessa asuinalue ja sen sosioekonomista asemaa kuvaava erilaistumisluokitus määritettiin 250 m x 250 m väestöruudun tarkkuudella ja yhdistettiin miesten terveyttä käsittelevään kyselyhaastatteluun. Tulosten perusteella tällä tavalla voidaan löytää ja kuvata terveyseroja myös hallinnollisten alueiden sisältä.

Tulokset osoittivat, että väestöruudun sosioekonomisen tausta heijastuu myös terveyskäyttäytymiseen. Yleisesti alkoholin riskikäyttäminen, tupakointi ja liikkumattomuus olivat yleisintä pienituloisten vuokra-asujien väestöruuduissa ja vähäisintä hyvätuloisten väestöruuduilla. Erot heijastuivat myös terveydentilaan, sillä terveydentila koettiin huonoksi useammin alhaisen sosioekonomisen aseman väestöruuduilla.

Väestöruuduttaiset erot sekä kasautuminen ehdottavat terveyskäyttäytymisen ennaltaehkäisyn ja interventioiden kohdentamista pienituloisten ja monitasoisten terveysongelmien kasaamien väestöruutuihin. Tätä tukee myös se, että suurin osa miehistä eli 56 prosenttia haluaisi osallistua ohjaukseen, jossa parannetaan heidän terveystottumuksia. Huomioitavaa on, että pääsääntöisesti miesten halukkuus osallistua ohjaukseen terveystottumustensa muuttamiseen ei eronnut erilaistumisluokkien kesken. Poikkeuksena oli kuitenkin tupakointi, jossa pienituloisten vuokra-asujien väestöruuduissa huomattavasti muita erilaistumisluokkia suurempi osuus miehistä haluaisi osallistua ohjaukseen terveystottumustensa muuttamiseen.

Esille nostettava havainto tuloksissa on myös, että alueellisen eriytymisen myötä liikuntapaikkojen sijoittuminen tutkimusalueen kaupungeissa ei vastaa liikkumattomien miesten sijoittumista väestöruuduissa. Saavutettavuusindikaattorit osoittivat liikuntapaikkojen suunnittelun tapahtuneen koko väestön lähtökohdista, joten liikuntapaikkojen sijainnit eivät vastanneet hyvin liikkumattomien miesten tarpeita. Siksi tulokset ehdottavat, että liikuntapaikkojen suunnittelussa alhaisen sosioekonomisen taustan asuinalueet tulisi huomioida nykyistä paremmin, jolloin liikuntapaikkojen suunnittelu ei tapahtuisi paikkasokeasti. Regressiomallinnuksessa asuinympäristön merkitys liikunnan harrastamisessa korostui erityisesti malalan liikunta-aktiivisuuden miehillä, joilla asuinympäristöä koskevat muuttujat selittävät noin 10 prosenttia liikuntakäyttäytymisestä. Alhaisen sosioekonomisen taustan asuinalueilla etäisyydet liikuntapaikkoihin ovat alhaisten tulojen vuoksi merkityksellisempiä kuin suurituloisilla, jotka liikkuvat huolimatta liikunnan aiheuttamista matkoista ja kuluista

1.1.2. Yhteisöllisten tekijöiden käyttäminen terveyden edistämisessä

Sosioekologinen terveyden edistämisen malli on tutkimuksessa alan keskeinen tarkastelutapa. Kyseisen näkökulman mukaan terveys nähdään pitkäaikaisena prosessina, johon vaikuttavat erilaiset sosiaaliset tekijät perheestä yhteisöihin sekä elinympäristö. Sosioekologisen mallin toteuttamista on vaikeuttanut terveyden edistämisen ammatillisuuden jännite suhteessa mallin lähtökohtiin: sosioekologisessa mallissa, toisin kuin esimerkiksi lääketieteellisessä mallissa, yksilön terveys on riippuvainen hyvin erilaisista toimijoista, mikä korostaa hajautetun toimintamallin tarvetta. Terveyden edistämisen ammattilaisen tulisi kyetä tukemaan yhteisön ja yhteiskunnan eri tasoilla terveyttä. Kyse ei ole vain moniammatillisesta yhteisöstä, vaan myös kansalaisyhteiskunnan hyödyntämisestä terveyden edistämisessä. Tässä hankkeessa painopiste on ollut yhteisöllisten menetelmien hyödyntämisessä, jolloin keskeisenä tavoitteena on yksilöiden ja yhteisöjen omien resurssien tukeminen sekä terveyskäyttäytymisen muutoksessa että terveellisten elämäntapojen säilyttämisessä.

Terveyserojen kaventamiseen sosioekologinen malli tarjoaa välineitä myös niihin kohderyhmiin, joihin virallinen terveystieto tai virallisen järjestelmän tuottama yksilö- ja ryhmäohjaus ei vetoa. Kunnan terveyden edistämisen palvelujen kannalta kyse on terveyttä tukevan ympäristön tukemisesta monialaisessa yhteistyössä eri toimialojen välillä. Syvemmälle sosiaaliseen vaikuttava yhteisöllinen edistäminen täytyy sen sijaan tukeutua erilaisten yhteisöjen toimintaan. Tältä kannalta keskeistä on tarkastella sitä, millaista terveyskäyttäytymistä erilaiset yhteisölliset tekijät tukevat.

Tulokset osoittivat, että yhteisölliset tekijät selittävät eri tavoin eri terveyskäyttäytymisen indikaattoreita. Taulukkoon 1 on koottu yhteisöllisten tekijöiden merkitys miesten terveysindikaattoreihin erilaistumisluokittain. Vertailujen perusteella yhteisölliset tekijät selittivät huomattavasti alkoholinkäyttöä ja tupakointia enemmän miesten liikuntakäyttäytymistä. Jokaisessa erilaistumisluokassa yhteisölliset tekijät ovat merkittäviä tarkasteltaessa miesten liikuntakäyttäytymistä. Yhteisölliset tekijät eivät selittäneet keski- ja hyvätuloisten väestöryhmissä alkoholinkäyttöä, mutta niillä oli merkitystä näissä erilaistumisluokissa asuvien miesten tupakointiin. Vastavasti vanhemman väestön ja pienituloisten vuokra-asujien väestöryhmissä yhteisölliset tekijät olivat yhteydessä alkoholinkäyttöön.

Taulukko 1. Yhteisöllisten tekijöiden käytettävyys pyrittäessä selittämään miesten terveystyötyymistä. Merkinnät taulukossa: +++ = voimakas yhteys, ++ = kohtalainen merkitys, + = heikko merkitys.

Terveystyötyymisen indikaattori	Erihaustumisloukka/Asuinalue			
	Keskituloiset	Vanhempi väestö	Pienituloiset	Hyvätuloiset
Alkoholinkäyttö		+++	++	+
Tupakointi	+++	+		++
Liikunta	+++	++	+++	++

Taulukkoon 2 on koottu edellistä taulukkoa tarkemmin ne yhteisölliset tekijät, joihin eriaistumisloukissa kannattaa terveystyötyymisen interventioissa panostaa. Taulukon keskeinen viesti on, että yhteisölliset tekijät vaikuttavat miesten terveystyötyymiseen varsin eri tavoin eriaistumisloukissa. Tämä korostaa tarvetta paikallisesti räätälöidyille interventioille, jotka keskittyvät miehillä vahvistamaan asuinalueille merkityksellisten tekijöiden yhteyttä terveystyötyymiseen, mutta myös poistamaan näihin tekijöihin liittyviä vajeita. Yleistäen miesten sosioekonominen tausta tuottaa eroja yhteisöllisten tekijöiden vastineissa terveystyötyymiselle.

Taulukosta 2 on poimittu selvästi muutamia yhteisöllisiä tekijöitä, jotka olivat keskeisiä vain yhdessä tai kahdessa alueellisen eriaistumisen luokassa. Esimerkiksi muista poikkeavasti keskituloisten liikuntakäyttämistä selittää voimakkaasti osallisuus kolmannen sektorin järjestötoimintaan. Vanhemman väestön asuinalueilla puolestaan alkoholinkäytöltä näytti suojaavan korkea yhteisöllisyyden tunne. Läheiset ihmissuhteet niin yleisesti kuin myös naapurustossa liittyivät voimakkaasti vain pienituloisten vuokra-asujien ja hyvätuloisten väestöryöduissa asuvien miesten liikuntakäyttämiseen.

Taulukosta 2 on löydettävissä myös yhteisöllisiä tekijöitä, jotka liittyvät useaan terveystyötyymisen indikaattoriin ja alueellisen eriaistumisen luokkaan. Näitä ovat läheisten ihmisten merkitys terveellisten elämäntapojen tukena, läheiset ihmiset työpaikalla ja läheiset ihmiset harrastuksissa (taulukko 2). Näiden kaikkien kolmen yhteisöllisen tekijän vahvistaminen on yleisesti miesten terveystyötyymisen näkökulmasta hyödyllistä.

Taulukko 2. Yhteisöllisten tekijöiden hyödyntäminen miesten terveyskäyttäytymisten interventioissa. Merkinnot taulukossa: +++ = voimakas yhteys, ++ = kohtalainen merkitys, + = heikko merkitys.

Yhteisöllinen intervention tavoite	Erilaistumisluokka/Asuinalue							
	Keskituloiset		Vanhempi väestö		Pienituloiset		Hyvätuloiset	
	Tupa- kointi	Lii- kunta	Alko- holi	Lii- kunta	Alko- holi	Lii- kunta	Tupa- kointi	Liikun- ta
Läheisten ihmisten merkitys terveellisten elämäntapojen tukena	+	+			++		+	+
Yhteisöllisyyden tunne			+++					
Läheisiä ihmisiä naapurustossa			+			+++		+
Läheisiä ihmisiä työpaikalla	+++					+	++	+
Läheisiä ihmisiä harrastuksissa	++	++		++			+	++
Läheisiä ihmisiä				++	++	+++		++
Sosiaalisen median yhteisöjä								
Osallisena kolmannen sektorin yhdistystoiminnassa (lkm)		+++				+		

1.1.3. Esimerkkejä yhteisöllisen terveyden edistämisen interventioista

Alkoholin käytön vähentäminen pienituloisten joukossa

Interventioehdotukset perustuvat tutkimustuloksiin, joiden mukaan pienituloisilla läheisten ihmisten merkitys terveystottumusten muuttamisessa on suuri, heillä on läheisiä ihmisiä naapurustossa ja he osallistuvat vähän järjestötoimintaan. Interventiot tulisi kohdistaa paikalliseen lähiyhteisöön, esimerkiksi naapurustoon, jolloin kokemustietoa alkoholiongelmasta välittyy ryhmässä ja toisaalta, elintapamuutoksen onnistumiseen liittyvät vertaiskokemukset ja -mallit ovat tarjolla. Läheisten tai ryhmän roolia alkoholin käytön vähentämisen ohjauksessa tulee hyödyntää ja valita käytettävä malli sen mukaan. Intervention toteuttajatahon olisi oltava järjestönä vahva, sitoutunut terveyserojen kaventamiseen ja saatava julkista taloudellista tukea. Intervention tulisi olla riittävän pitkä ja sen tulisi sisältää vaihtoehtoisia malleja arjen toimintojen sisällölle, erityisesti alkoholin käytölle. Luontoon liittyvä malli, jossa toimintaa järjestettiin kriittisiin alkoholin nauttimisen hetkiin vaihtoehtoisena toimintana, on esimerkki tästä. Malli toimi hyvin myös pieniyhteisön muodostajana.

Ryhmän voi koota myös järjestön edustaja tai vertaistukihenkilö, mutta mielellään paikallisen kulttuurin tunteva. Matala kynnys hakeutua ryhmään on keskeistä. Yhtenä ohjauksen tavoitteena on, että alkoholin käytön vähentäminen tapahtuu sellaisessa ympäristössä, jossa kohderyhmä ei tunne joutuvansa neuvonnan kohteeksi ja muutokseen ei liity asiakkuutta tai tietojen keruuta. Päihteiden käytön vähentämiseen liittyvä tarpeen arviointi, tavoitteiden laadinta ja menetelmien valinta tulisi kuitenkin tapahtua ammattilaisen ohjaamassa prosessissa (esimerkkinä laajennettu työyhteisömalli), jotta tavoitteiden laatiminen on ohjattua, ne asettuvat realistiselle tasolle ja toteutussuunnitelma riittävän pitkälle aikavälille.

Ryhmätoiminta on kuitenkin oltava osallistujalähtöistä ja menetelmät positiivisia, kannustavia ja mielialaa nostavia. Tiedon antamista ilman osallistujien kysymistä vältetään ja osallistujien välistä tuen jakamista toisilleen korostetaan. Tavoitteiden laatimisessa osallistujia tuetaan omien hyvinvointi- ja terveystarpeittensa tunnistamisessa. Saavuttamisen arvioinnissa pienetkin edistysaskeleet kannattaa nostaa esiin.

Menetelmissä on hyvä käyttää osallistujien luovuutta käyttäviä menetelmiä "Liikuntakaverit"-intervention tapaan; kuvitteellisen hahmon, kerronnan, sarjakuvan ja konseptin menetelmää, jotka kaikki toivat esiin ryhmän tuottavuutta ja yhtenä keinona huumoria. Alkoholin käytön vähentämisen yhteydessä korostuvat ärsykekontrollin kehittämisen tukeminen ja vaihtoehdoisen toiminnan keinot. Näissä keskeistä on vertaiskokemusten esille saanti ja jakaminen ryhmässä. Hankkeen "Korpimiehet"-interventiossa kokemusten ja keinojen jakaminen jäi osittain osallistujien keskinäisten keskustelujen varaan, jolloin hyöty tulee vain osalle ryhmäläisiä. Liian monitahoinen toiminta luontoretkillä vaikeuttaa käytettyjen keinojen hyödynnettävyyttä ja siten intervention vaikuttavuuden arviointia.

Vaihtoehtoisen toiminnan malli voi kohderyhmän mukaan kohdistua myös osallistujan oman potentiaalin kehittämiseen, kuten musiikkiryhmä-inter-

ventiossa tapahtui. Osallistuja voi sitä kautta löytää takaisin vahvoja alueita ja voimaantua, jolloin elintapojen tarkastelulle on enemmän tilaa ja mahdollisuuksia. Tarpeiden arviointi kannattaa tehdä positiivisista lähtökohdistta terveysriskien kartoittamisen sijaan, kuten “Hyvinvointisuunnitelman” laatiminen tapahtui musiikkiryhmässä. Tavoitteellisuus mahdollistuu yksilön voimavarojen palautuessa, mikä liittyy pienyhteisön dynaamiseen kontekstiin ja sosiaaliseen vuorovaikutukseen.

Elinympäristön kartoittaminen alkoholin käytön vähentämisen kannalta sisältyy pienyhteisössä käytettyihin menetelmiin. Tätä tukee intervention toteuttaminen naapurustossa tai lähiympäristössä. Eduksi on, jos ohjaaja tuntee alueen ja paikalliskulttuurin. Samoin osallistujien arvioidessa itseään toimijana lähiyhteisössä ohjaaja voi tukea osallistujaa muutoksien suunnassa.

Tupakoinnin vähentäminen keskituloisten joukossa

Taulukon perusteella keskituloisilla tupakoinnin välttämistä tukee parhaiten läheiset ihmiset työpaikalla ja vapaa-ajan harrastuksissa. Liikuntaa sen sijaan tukee sosiaaliset suhteet harrastuksissa ja osallistuminen yhteisölliseen toimintaan järjestöissä. Tupakointia koskevat interventiot tulisi työterveyshuollon palveluissa kohdistaa siten, että tupakoinnin lopettamista tuetaan työyhteisötasolla. Keskituloisten osalta toissijaisena vaihtoehtona ovat vapaa-ajan harrastuksien hyödyntäminen. Terveyden edistämisen ohjauksessa harrastuksiin ja sosiaalisiin suhteisiin tukeminen tulee nähdä osana tervettä elämäntapaa. Mikäli vapaa-ajan harrastuksiin sijoitetaan interventioita, olisi tärkeää ensin löytää optimaaliset harrastuspiirit, jotka voivat liittyä myös perheiden lasten ja nuorten harrastusryhmiin, jolloin eri yhteisöt tukevat toisiaan tupakoimattomuuteen ponnisteluisia. Terveyden edistäjän roolin tulee painottua nykyistä enemmän pienyhteisöjen löytämiseen ja interventioita valmistelemaan työhön. Pienyhteisöjen normien muokkaamista edellyttävä tupakoinnin lopettamista kannustava viesti voi yhteisössä tulla monelta taholta, usean eri järjestön, harrastuspiirin tai lähiyhteisön kautta. Monikanavaisen impulssin aikaansaamiseksi myös koulujen kautta tulevat viestit vanhempien tupakoimattomuuden merkityksestä voivat sisältyä interventioon. Neutraaleja ympäristöjä ovat esimerkiksi kansalaisopistot, järjestöt, ammatilliset yhteisöt tai ammatinharjoittamiseen liittyvät yhteisöt. Eri tahoilla tapahtuvaa ja yhteisöjen tupakoimattomuuden edistämistä voidaan edellyttää silloin, kun julkinen puoli tukee näitä yhteisöjä.

Työyhteisöön kytketyssä tupakoinnin lopettamisen interventiossa tulisi käyttää osallistujalähtöisiä menetelmiä; tiedon antaminen tupakoinnin vaaroista minimoidaan ja lopettamismenetelmiä ja keinoja koskevaa tietoa korostetaan. Osallistujien välittämä tieto on keskeistä, käytetään hyväksi kokemustietoa sekä vertaismalleja ja -tukea lopettamisessa onnistumiseksi. Osallistujat voivat asettaa itselleen henkilökohtaisia palkkioita, mutta yhteisö voi sopia myös yhteisöllisestä palkitsemisesta, johon voi liittyä myös kilpailua tai esimerkiksi hyväntekeväisyyttä. Tukiryhmän kokoontumiset olisi oltava säännöllisesti, tarpeeksi usein, jotta lopettamisprosessissa esiin tulleita asioita voi jakaa ja käsitellä ryhmässä.

Tupakoinnin vähentäminen hyvätuloisten joukossa

Hyvätuloisten interventiot tulisi asemoitua ensisijaisesti työterveyshuollon ja työnantajan hyvinvointipalveluihin tai toissijaisesti harrastuspiireihin järjestötoiminnassa. Työnantajan olisi samanaikaisesti sitouduttava savuttomaan työympäristöön, tehtävä sitä edellyttävät muutokset työympäristössä ja tuettava työyhteisön tupakoimattomuutta edistäviä normeja palkkioin. Tukitoimenpiteet tupakoinnin lopettamiseen olisi oltava riittävän pitkäaikaisia, mutta välillä tukitoimenpiteiden onnistumista tulisi arvioida lopettaneiden taholta ja muuttaa niitä ehdotusten mukaisesti. Lopettamisesta koituneita hyötyjä kannattaisi konkretisoida osallistujien kesken esimerkiksi taloudellisesti ja asetettava siihen elämänlaatua nostavia tavoitteita. Henkilökohtaiset tavoitteet voisi lähteä myös itselle luvatuista palkkioista. Tiedon antaminen ryhmässä tulisi kohdistua pääasiassa keinoihin ja tiedon käsittely yleensä ryhmässä toteuttaa ainoastaan ryhmän tietoa täydentävillä menetelmillä.

1.2 Suositukset

1.2.1 Yleiset suositukset

Sotekin ja Kakspyn toiminnassa testatut interventiot kohdistuivat sosioekonomisesti heikossa asemassa oleviin. Tarkastelua laajennettiin muiden paikallisten järjestöjen rooliin miesten terveyden edistäjinä. Kyseisten järjestöjen aktiviteetit kohdistuvat suurelta osin ihmisiin, jotka ovat sosioekonomisesti hyvässä asemassa ja joilla on riittävästi sosiaalista pääomaa osallistumiseen ja henkilökohtaisia mielenkiinnon kohteita järjestöjen toiminnassa. Johtopäätösten kannalta eräs keskeisimmistä näkökulmista koskeekin sitä, miten eri sosioekonomisten ryhmien välillä vallitsevaa epäsuhtaa resurssissa ja palvelutarpeissa voidaan kaventaa yhteisöllisin menetelmin.

Tulosten perusteella sosioekonomisesti heikoilla alueilla tulisi käyttää terveyden edistämisessä yhteisöllisiä menetelmiä, sillä heikossa asemassa olevien kiinnittyminen terveyttä tukevaan toimintaan tulisi tapahtua resurssien heikkouden vuoksi paikallisyhteisön tasolla. Yhteisöllisten menetelmien toteuttajina voivat olla esimerkiksi järjestöt, kuntien terveyden edistäminen tai mikä tahansa intressitaho. Ylemmän sosioekonomisen hyvinvoinnin alueella yhteisöllisten menetelmien tarve ei ole yhtä suuri, sillä järjestöjen merkitys ja muut sosiaaliset resurssit tukevat jo miesten terveyttä, parantavat ja pitävät sitä yllä.

Erityisryhmissä kokeillut palvelut kuten ruoka-, musiikki-, liikunta- ja luontoryhmät ovat sovellettavissa myös niihin sosioekonomisesti heikon alueen asukkaisiin, joiden toimintakyky on testattua ryhmää parempi. Keskeinen kysymys tältä kannalta on, millä resurssilla terveyttä tukeva ryhmätoiminta voidaan laajentaa sosioekonomisesti heikoille alueille.

Kolmannelle sektorille, kuten nuoriso- ja urheilujärjestöille voidaan asettaa hyvinvointia koskevia velvollisuuksia sikäli, kun ne kuuluvat julkisen rahoituksen piiriin. Sikäli kun on kyse jäsenistön terveyden edistämisestä, on oletettavaa, että tällainen tavoite voisi muutoinkin kuulua järjestötoiminnan julkilausuttuihin tavoitteisiin tai ainakin implisiittisiin intresseihin. Nuoriso- ja urheilujärjestöille osoitettujen kunnallisten, alueellisten- ja valtakunnallisten rahoitusinstrumenttien, ml. Veikkaus ja Raha-automaattivarojen jako, rahoituskriteereihin tulee sisällyttää lainsäädännön ja terveyden ylläpitoa koskevan tutkimustiedon kanssa yhdensuuntaisia yleisiä kriteereitä siitä, että tupakointia ja alkoholinkäyttöä tulee pyrkiä vähentämään ja liikuntaa lisäämään. Edunsaajilla tulisi olla velvoite arvioida itse ja raportoida vuosittain rahoittajille toiminnastaan terveyden edistämisen näkökulmasta.

Urheilujärjestöjen tuote sponsoreille on näkyvyys. Yleensäkin kolmannen sektorin järjestöjen keskuudessa tulisi herättää keskustelua siitä, kuinka ne voisivat terveystoimintansa ansiosta olla nykyistäkin kiinnostavampia sponsoroinnin kohteita ja yritysten ja muiden rahoittajien terveys- ja yhteiskuntavastuullisuuden brändin kirkastajia.

Suositukses:

1. Lähtökohtainen, läpinäkyvä ja arvioitavissa oleva terveyden edistäminen sisällytettävä avustuksien kriteereihin. Kuntien, alueiden ja valtakunnallisten rahoittajien on taloudellisen ja muun tukensa oleellisena edellytyksenä vaadittava kaikilta tukea hakevilta järjestöiltä seuraavat selvitykset:

- a. Mitä terveyden ja hyvinvoinnin aluetta ne edistävät ja mitä ikäryhmää toiminta koskee.
- b. Kuinka tämä on kirjattu järjestöjen toimintasuunnitelmiin ja käytäntöihin.
- c. Minkälaisia toimintatapoja ja mitä yhteisöllisiä terveyden ja hyvinvoinnin menetelmiä toiminnassa käytetään.
- d. Mihin ikäryhmään, mihin yhteisöihin ja ryhmiin toiminta kohdistuu.
- e. Miten tuloksia mitataan ja arvioidaan.
- f. Lisäksi kunnan on annettava järjestöille ohjeet siitä, kuinka terveysvaikutuksia raportoidaan

2. Yleinen terveysintressi ja yksityisten sekä julkisten rahoittajien vastuu ja tavoitteet on määriteltävä. Kuntien, alueiden ja kansallisen tason sekä muiden kolmatta sektoria rahoittavien tahojen on määriteltävä oma politiikkansa terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen toimialueellaan ja tehtävä siitä niin yksityiskohtaiset tavoitesuosituksot, että niitä voidaan käyttää yhtenä kolmannen sektorin rahoituksen kriteerinä.

3. Yritysten yhteiskuntavastuuta koskevassa keskustelussa tulee korostaa kansalaisten terveyteen ja hyvinvointiin liittyvän brändin merkitystä. On pyrittävä siihen, että myös yksityisen rahoituksen kriteeriksi otetaan terveys ja hyvinvointi.

1.2.2 Paikalliset suositukset

Paikallisesti hankkeen tulokset suosittavat panostuksen lisäämistä miesten terveyden edistämiseen, koska maakunnan miesten terveyskäyttäytyminen erityisesti alkoholinkäytössä ja tupakoinnissa on muuta maata haitallisempaa. Tämä on myös perusteltua, koska terveysongelmista syntyvät kustannukset ovat maakunnassa suuret, mikä kävi ilmi miesten liikkumattomuudesta arvioituista kustannuksista. Paikallisesti ongelmallista on miesten terveyskäyttäytymisessä sen kasautuminen tietyille asuinalueille. Tämän taustalla vaikuttaa voimakas alueellinen erilaistuminen, jonka kehitystä tulisi tarkkailla. Paikallinen kasautuminen edellyttää alueella myös terveyden edistämisen kohdentamista näille asuinalueille. Samoin tämä edellyttää riittävää palvelutuotantoa ja terveyden edistämisen resursseja näillä asuinalueilla.

Paikallisesti terveyden edistämisen näkökulmasta myönteistä tuloksissa on miesten ohjausmyönteisyys sekä aikomukset oman terveydentilan parantamiseksi. Myönteistä on myös liikuntaan liittyvät myönteiset terveysuskomukset, jotka toimivat perustana paikalliselle terveyden edistämiselle. Suosituksena on näiden tekijöiden hyödyntäminen osana terveyden edistämistä. Rakennemuutosalueella terveyden edistäminen ja työvoiman uudelleen kouluttautuminen on myös paikallistaloudellisesti tärkeää, sillä sen avulla voidaan saavuttaa pitkillä aikavälillä säästöjä terveydenhuoltomenoissa.

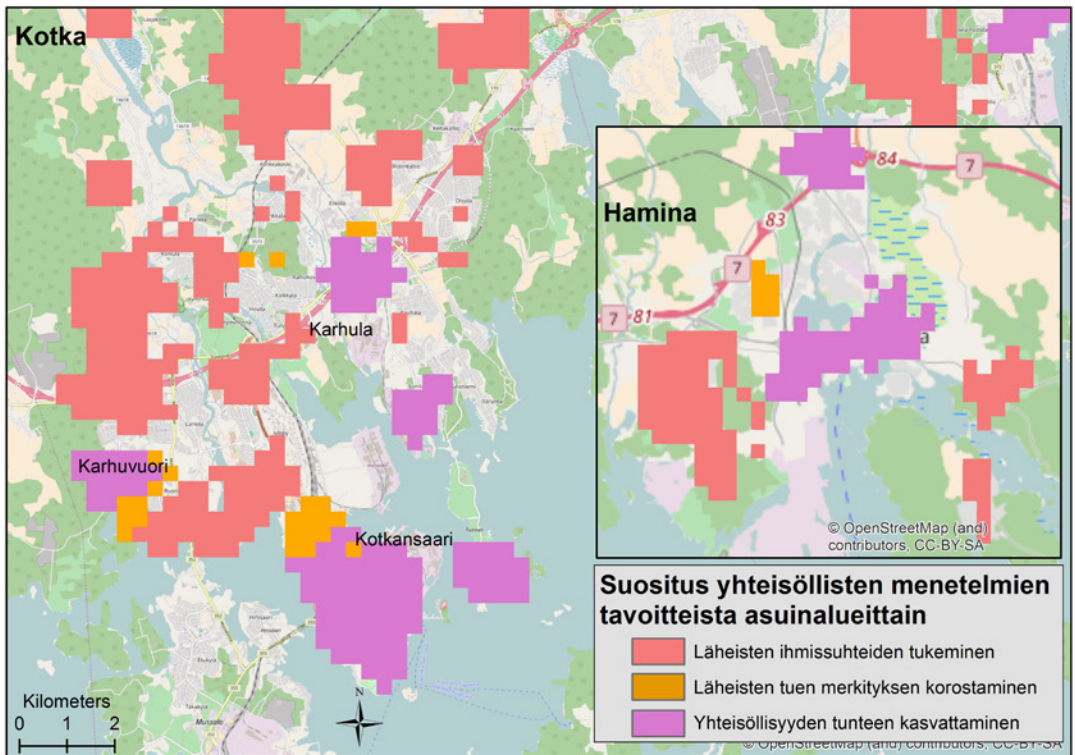
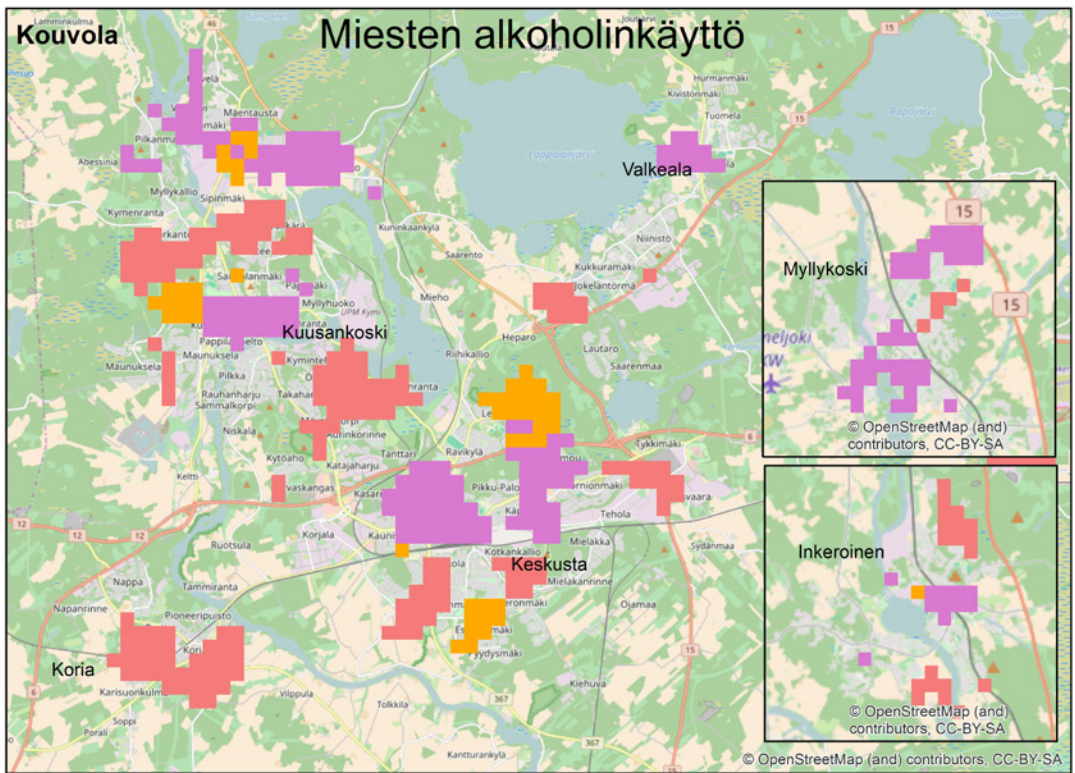
Saatujen tulosten perusteella yhteisöllisten menetelmien käyttäminen miesten terveyden edistämässä on riippuvaista asuinalueiden ominaisuuksista. Esimerkiksi alueellisten erilaistumisluokkien välillä havaittiin suuria eroja yhteisöllisten tekijöiden yhteydessä miesten terveyskäyttäytymiseen. Kuvissa 1, 2 ja 3 on visualisoitu asuinalueittaisia tuloksia yhteisöllisten menetelmiin liittyvistä osatavoitteista pyrittäessä vaikuttamaan miesten alkoholinkäyttöön, tupakointiin ja liikunnan harrastamiseen. Kuvissa erivärein esitetyt asuinalueet kuuluvat interpoloiduissa pinnoissa vaikuttavimpaan viidennekseen. Tämä tarkoittaa, että näillä asuinalueilla yhteisöllisiin tekijöihin liittyvät regressiokertoimet ovat suurimpia. Siten voidaan olettaa, että näillä asuinalueilla tiettyihin osatavoitteisiin tukeutuvien yhteisöllisten menetelmien käyttäminen olisi tehokkaampaa kuin muilla asuinalueilla. Näiden kuvien perusteella esitämme, että yhteisöllisiä menetelmiä käytettäessä pyritään huomioimaan asuinalueiden erot, ja toiminnassa keskityt-

täisiin kuvissa esitettyihin paikallisesti miesten terveyskäyttäytymiseen vaikuttavien tekijöiden vahvistamiseen.

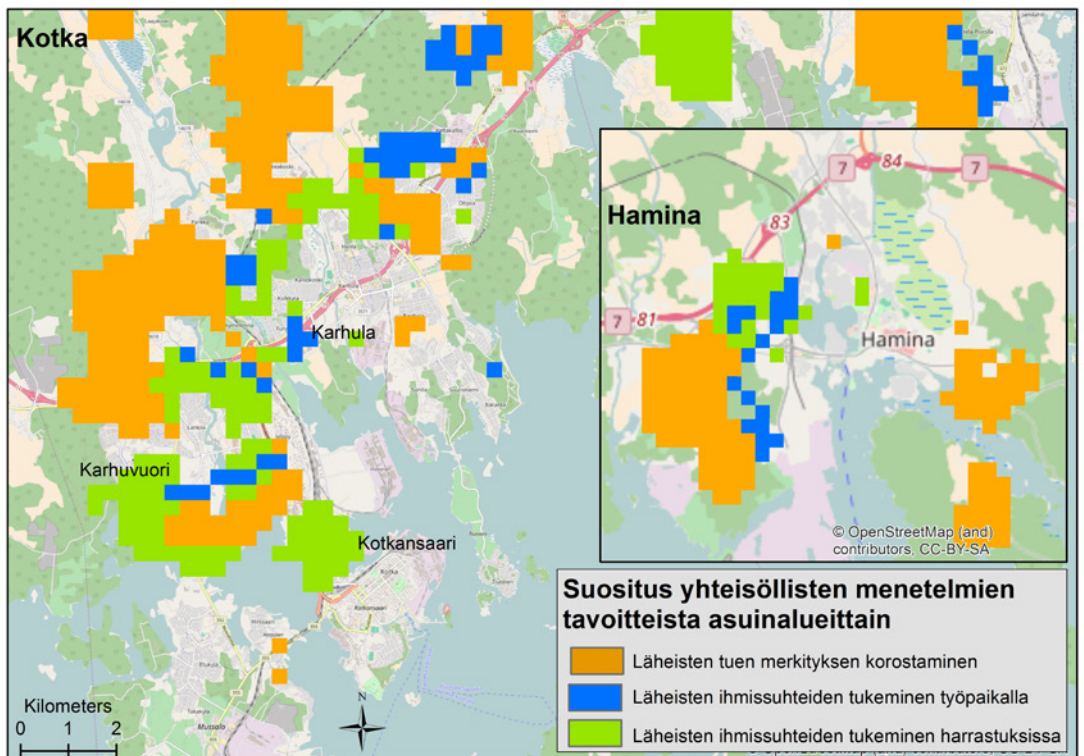
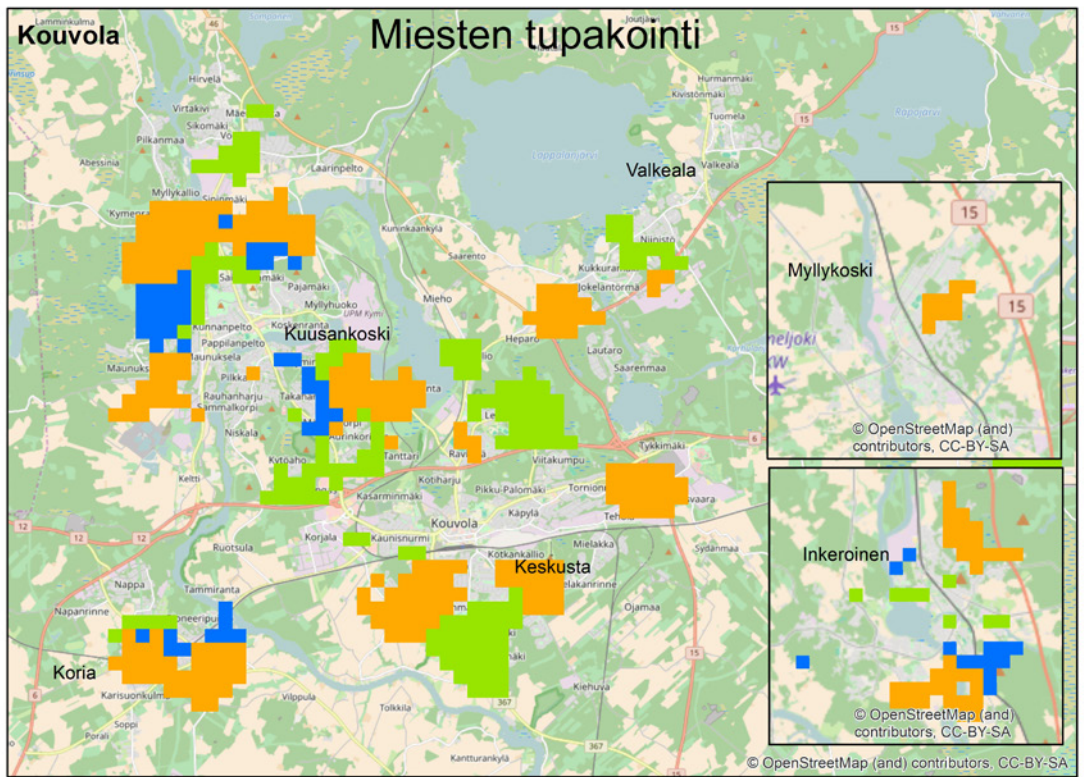
Miesten alkoholinkäytössä yhteisöllisten tekijöiden vaikuttavuus asuinalueiden välillä kohdentui läheisten ihmisten merkitykseen terveyskäyttäytymisen tukena, läheisten ihmissuhteiden korostamiseen ja vahvistamiseen sekä yhteisöllisyyden tunteen vahvistamiseen (kuva 1). Näiden tekijöiden merkitys miesten alkoholinkäytössä vaihtelee asuinalueittain. Tämä tarkoittaa, että miesten terveyden edistämiseksi ei siten ole yhtä menetelmää, jota voitaisiin monistaa kaikille asuinalueille. Yleisesti pienituloisilla asuinalueilla näyttää korostuvan yhteisöllisyyden tunteen kasvattaminen eli toisin sanoen ihmisten kiinnittyminen asuinalueisiin. Hyvätuloisten asuinalueilla yhteisöllisten menetelmien tuki kytkeytyy enemmän läheisten ihmissuhteiden tukemiseen.

Miesten tupakoinnissa yhteisöllisten menetelmien tulee asuinalueilla korostaa läheisten ihmisten tuen merkitystä, tukea läheisten ihmissuhteiden syntymistä työpaikoilla sekä harrastuksissa (kuva 2). Jälleen asuinalueiden välillä on suuria eroavaisuuksia. Pienituloisten asuinalueilla korostuvat läheiset ihmissuhteet harrastuksissa. Sen sijaan hyvätuloisten asuinalueilla näyttää yleisemmin korostuvat läheisten antaman tuen merkitys sekä läheiset ihmissuhteet työpaikalla.

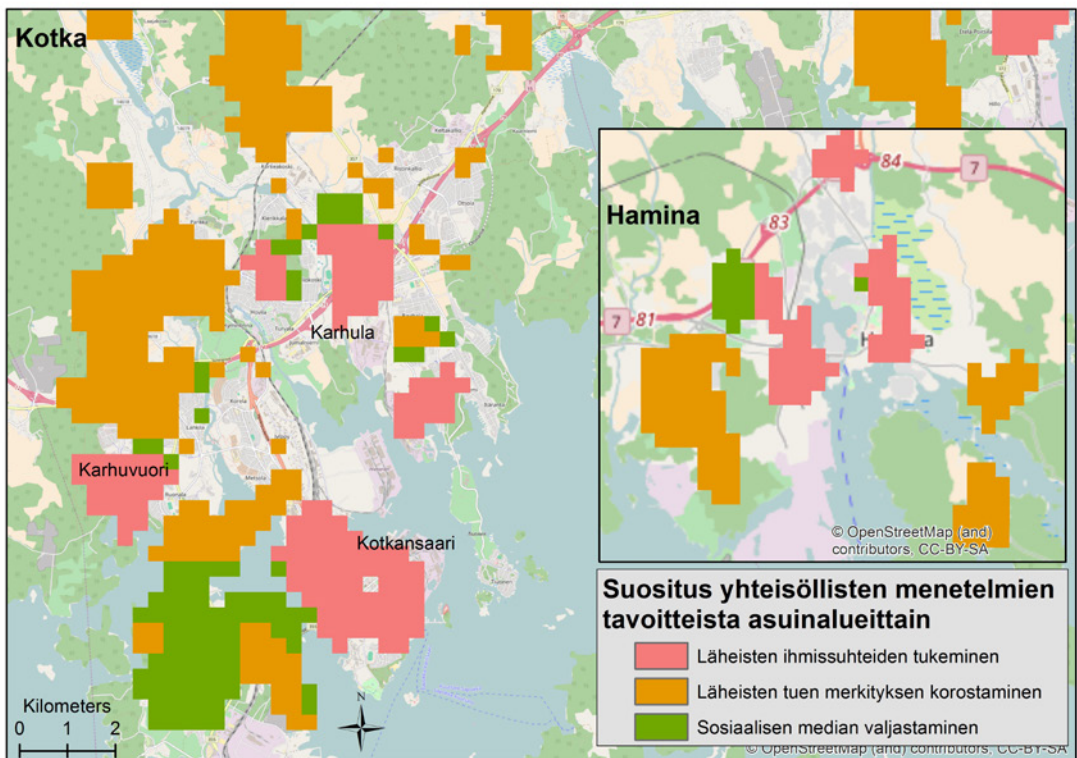
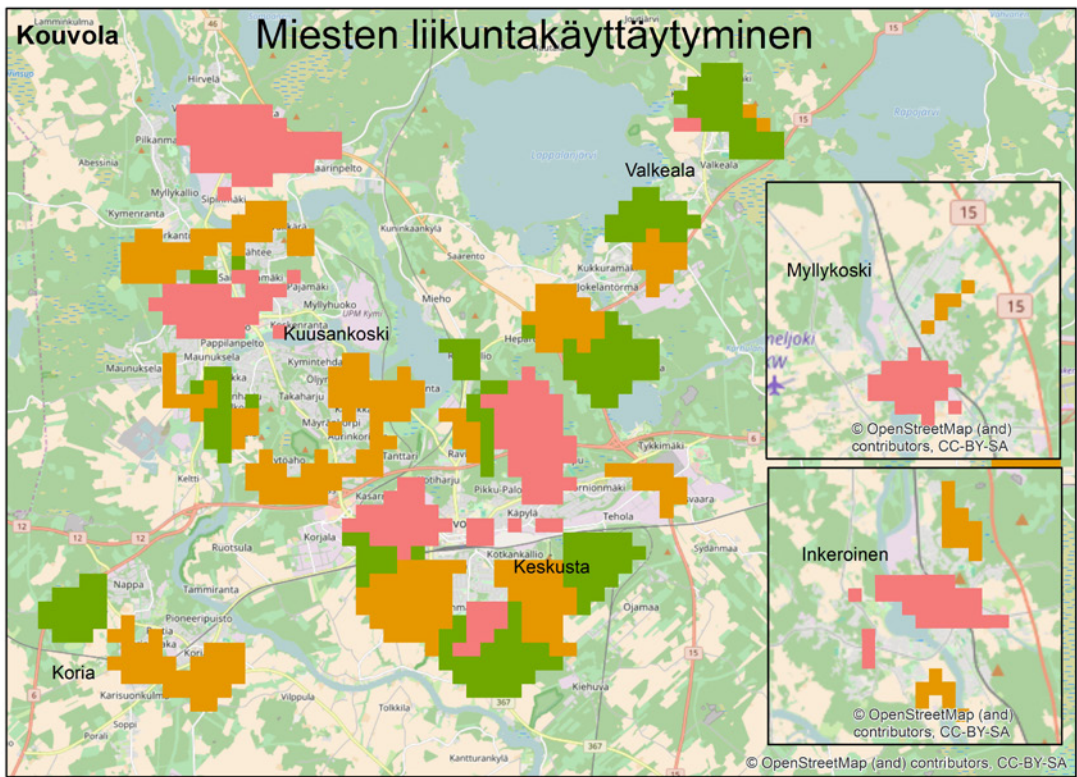
Miesten liikuntakäyttäytymisessä yhteisöllisten menetelmien tulee asuinalueilla korostaa läheisten ihmisten tuen merkitystä, läheisten ihmissuhteiden muodostumista sekä sosiaalisen median hyödyntämistä liikuntakäyttäytymisen tukena (kuva 3). Erityisesti hyvätuloisten asuinalueilla sosiaalisen median merkitys näyttää yleisesti korostuvan liikuntakäyttäytymisessä. Pienituloisten asuinalueilla puolestaan yhteisöllisten menetelmien tulee tukeutua läheisten ihmissuhteiden rakentamiseen.



Kuva 1. Paikalliset suositukset miesten alkoholinkäytön vähentämiseksi.



Kuva 2. Paikalliset suositukset miesten tupakoinnin vähentämiseksi..



Kuva 3. Paikalliset suositukset miesten liikuntakäyttäytyksen tukemiseksi.

Yllä olevien karttojen perusteella esitetään suosituksina, että

1. asuinalueiden sosioekonominen tausta huomioitaisiin yhteisöllisten menetelmien käyttämisessä miesten terveyden edistämiseen,
2. yhteisöllisiä menetelmiä varioidaan asuinalueiden kesken, ja
3. tunnistetaan myös riskit, että yhteisölliset menetelmät eivät välttämättä sovi kaikille asuinalueille.

1.2.3 Interventiomenetelmien käyttöön liittyvät suositukset

Terveyden edistämisen rooli

Miesten terveyden edistämisessä painottuu mahdollistajan rooli. Leimautuminen estää palveluihin hakeutumisen, palvelutarpeen oma arviointi on riittämätöntä ja sitä on vaikea peilata saatavilla oleviin palveluihin. Heikon sosiaalisen aseman ja terveyden omaavien joukossa, esimerkiksi työttömät ja mielen terveyden häiriöistä kärsivät, puolesta puhuminen (Advocating) ja mahdollisuuksien avaaminen (Enabling) terveyden kohentamiseen korostuvat. Välillisesti (Mediating) voidaan vaikuttaa esimerkiksi alueella toimivien järjestöjen kautta. Yhteisöjen osallistumista (Participation) terveystarpeiden arviointiin ja toimintojen suunnitteluun tulee tukea.

Kohtuullisuus ja realismi tavoitteiden laatisessa korostuvat. Kun riskitekijöitä on useita, haasteeksi muodostuu se, että terveyskäyttäytymisen muutosvaatimukset kohdistuvat usealle elintapojen alueelle. Korjaava, tai jäljellä olevan terveyden ylläpito voi myös olla tavoitteena. Elintapojen käsitteily pienryhmissä, yhteinen suunnittelu ja keskinäinen kannustus edistävät muutosta. Voimavarat tulee suhteuttaa tulosodotuksiin.

Osallistaminen ja stimuluksen välittyminen terveyden edistämiseen

Interventiot vahvistivat näkemystä, että miehillä on riittävästi tietoa henkilökohtaisen terveyden edistämisen suunnitelman tekemiseen ja laatiminen onnistuu pienryhmissä. Terveyden lukutaitoa on miehille muodostunut jo mediatason informaation välittämisen kautta. Tästä voitaneen päätellä, että valtakunnallisesti ja alueellisesti tietoa jaetaan väestötasolla riittävästi, minkä vuoksi resursseja kannattaisi käyttää nykyistä enemmän yhteisöllähtöiseen terveyden edistämiseen.

Yhteisöjen rakentumisen ja osallistamisen tukeminen on keskeistä. Interventioissa havaittiin, että kun mielialaan vaikuttavaa ja mielenkiintoista toimintaa sisältävän yhteisön muodostumista tuettiin (Rokka-ruokaryhmä, Korpimiehet-luontoryhmä) ilman terveys- tai hyvinvointiin liittyvää tiedon antamista, miehet oma-aloitteisesti aloittivat keskustelun terveyteensä liittyvistä asioista. Stimulus hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseen voi tulla myös yhteisöltä itseltään, kuten järjestöjen esimerkeissä kävi ilmi.

Kohderyhmän valintaan liittyvät tekijät

Valinta kannattaa kohdistaa sellaisiin ryhmiin, jotka näkevät tarvetta muuttaa elintapojaan, ovat aikoneet tehdä elintapamuutoksia ja ovat myönteisiä ohjaukselle. Motivaation herättäminen valikoitumattomassa ryhmässä on työlästä, koska osallistujat ovat muutosvalmiudeltaan eri vaiheissa, motivointi vie voimavaroja eikä välttämättä tuota tuloksia. Huonosti motivoituneet myös heikentävät muiden osallistujien motivaatiota ryhmissä. Toisaalta voidaan arvioida, että väestön kannalta muutoksen tehneet toimivat esimerkkinä muille ja tuottavat vaikutuksia sitä kautta.

Kiinnostus oman terveyden edistämiseen kannattaa pukea kohderyhmään sopivaksi. Tässä hankkeessa yllätimme miesten kiinnostuksesta ruoanvalmistukseen, minkä ohessa he omaehtoisesti alkoivat keskustella terveydestään ja sen ylläpitämisestä. Lisäarvona oli ruoanvalmistustaidon mahdollinen vaikutus yksin asuvien miesten sosiaaliseen elämään.

Kulttuuriset tekijät

Kulttuuriset tekijöitä on syytä arvioida interventioita suunniteltaessa. Kulttuurisiin tekijöihin liittyvä tieto, ryhmätyökokemus tässä väestönosassa, heidän arkielämäänsä ja siihen liittyviin haasteisiin paneutuminen on välttämätöntä elintapamuutoksien tukemisessa. Samoin mielenterveysasujen keskuudessa toteutetuissa interventioissa asukkaiden sairauksien kulku ja käyttäytymiseen liittyvät tekijät ovat olennaisia elintapamuutoksien tukemista suunniteltaessa. Tässä hankkeessa toteutetuissa interventioissa ohjaajina olivat miesten työ-, työkuntoutus- tai asumiskontekstissa olevat henkilöt, mikä todettiin hyväksi ratkaisuksi. Kulttuurista kompetenssia koskeva vaatimus on sovellettavissa myös muihin miesryhmiin.

Vuorovaikutukselliset tekijät

Pienryhmän käytöllä on miesten terveyden edistämässä selviä etuja. Pienryhmä etäännyttää yksilötoimijan ohjaajasta, jolloin elintapojen muuttamisen taustalla olevia, esimerkiksi elämänhallintaan liittyviä yksilöllisiä tekijöitä ei tarvitse käsitellä, mikä vähentää osallistujissa stigman muodostumista. Lisäksi, elintapojen muutosvaatimukset nousevat ryhmästä itseltään, jolloin vältetään ylhäältä tulevalta ohjaukselta. Pienyhteisö tai ryhmä antaa sen jäsenille myös voimaa muutokseen ryhtymiseen, joka yleensä on todettu vaikeaksi. Ryhmässä vuorovaikutus on monitahoista eikä muodostu näin ollen vain asiantuntijalähtöiseksi tilanteeksi ja neuvojen antamiseksi. (Corcoran & Corcoran 2010.)

Yhteisölähtöisessä terveyden edistämässä myös terveys- ja hyvinvointikäsitteet määräytyvät yhteisön jäsenten kokemuksista ja prioriteeteista, jolloin ne hyväksytään muutosvaiheessa paremmin kuin ylhäältä päin annetut määrittelyt. Esimerkkinä tästä oli musiikkiryhmä-intervention jäsenten hyvinvointisuunnitelmat.

1.3. Jatkotutkimukset ja menetelmällinen pohdinta

Miesten terveyttä, terveystyötyymistä, yhteisöllisyyttä ja kiinnostusta muuttaa elintapoja koskevien tietojen yhdistäminen paikkatietoon laajensi tämän tutkimuksen analyysimahdollisuuksia. Geospaatialiset menetelmät mahdollistivat paikallistasolla yhteisöihin liittyvien tekijöiden tunnistamisen, liittämisen terveyden riskitekijöihin ja toivat esiin terveyden edistämisen edellytyksiä yhteisötasolla, joita puolestaan voidaan käyttää terveyden edistämisen menetelmien valinnassa ja toimenpiteiden kohdentamisessa eri yhteisöihin. Keskeinen hyöty paikkatiedosta liittyy siihen, että sen avulla terveyspalvelujen tarjontaa ei jouduta suunnittelemaan paikallisesti sokeasti vaan paikalliset lähtökohdat terveyden edistämässä ohjaavat toimintaa, joka mahdollistaa ratkaisujen juurtumisen paikallisyhteisöön.

Tutkimustuloksia rajoittaa analyysien tukeutuminen kyselylomakkeella puhelinhaastatteluissa mitattuihin terveystietoihin sekä kyselylomakkeen validoinnin puuttuminen. Vastaajat ovat myös voineet yli- tai aliarvioida omaa liikuntakäyttämistään, mikä on voinut johtaa vääriin luokituksiin. Toinen huomioitava tekijä on, että saadut tulokset eivät ole suoraan yleistettävissä muille alueille, koska ne ovat riippuvaisia alueellisesta erilaistumisesta ja sen määritelmästä. Kymenlaaksossa alueellinen erilaistuminen on selkeää, jonka vuoksi alueelle on muodostunut alueellista eriytymistä kuvaavien ryhmien kasautumia. Alueelliseen erilaistumiseen liittyvä heikkous on, että osa miehistä rajautui väestöruutujen ulkopuolelle, mikä vähensi ryhmiin kuuluvien vastaajien lukumäärää. Samoin luotettavuuteen voi vaikuttaa myös se, että osallistuminen terveystieteisiin alhaisissa sosioekonomisissa väestöryhmissä on vähäisempää kuin ylemmissä ryhmissä. Vastaajakato koski tässä tutkimuksessa erityisesti pienituloisilla väestöryhmillä asuvia miehiä, jotka olivat otoksessa aliedustettuina.

Jatkotutkimuksissa olisi tarpeen tarkastella, miten tässä hankkeessa tuotettua paikkatietoa yhteisöllisten menetelmien käyttämisestä miesten terveyden edistämässä voitaisiin hyödyntää tehokkaasti tutkimusalueen kaupungeissa, ja millaisia kustannusvaikutuksia tällä olisi. Tieto kytkeytyy tiiviisti siihen, miten terveyspalvelujen tarjontaa tulisi kaupungeissa suunnitella.

Kiinnostavaa olisi jatkotutkimuksissa myös selvittää, mitkä tekijät yhteisön toiminnassa edistävät mediatasolta saatua terveystietoa ja stimulusta muuttamaan yhteisön arjen toiminnoiksi ja sosiaalisiksi normeiksi.

LÄHTEET

- Adams, G., Turner, H. & Bucks, R. 2005. The experience of body dissatisfaction in men. *Body Image* 2:271–283.
- Alahuhta, M. 2010. Tyypin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluvien työkäisten henkilöiden painonhallinnan ja elintapamuutoksen tunnuspiirteitä. Oulun yliopisto, Lääketieteellinen tiedekunta, Terveystieteiden laitos, D 1081, Oulu.
- Allender, S., Foster, C., Scarborough, P. & Rayner, M. 2007. The burden of physical activity-related ill health in the UK. *Community Health*. 61:344–348.
- Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus. 2013. Terveysten hyvinvoinnin laitos. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/vaestotutkimukset/ath-terveytta-ja-hyvinvointia-kuntalaisille>. [viitattu 28.10.2016].
- Andkjær, S. & Arvidsen, J. 2015. Places for active outdoor recreation – a scoping review. *Journal of Outdoor Recreation and Tourism*. 12:25–46.
- Anselin, L. 1995. Local Indicators of Spatial Association - LISA. *Geographical Analysis*. 27:93–115. ArcGIS Resource Center 2012. Saatavissa: <http://help.arcgis.com/en/arcgisdesktop/10.0/help/index.html#/004700000053000000> [viitattu 28.10.2016].
- Appelqvist-Schmidlechner, K. 2015 seminaariesitys, THL. Positiivisen mielenterveyden mittari: Warwick-Edinburgh Mental Well-being Scale (WEMWBS). 8.6.2015.
- Austin, P. 2011. An introduction to propensity score methods for reducing the effect of confounding in observational studies. *Multivariate Behavioral Research*. 46(3):399–424.
- Ball, A. & Cummerson, R. 2011. More than words - intergenerational participation and mental health. *Mental Health and Social Inclusion*. 15(4):175–182.
- Barnhill, L. 1979. Healthy Family Systems. *The Family Coordinator*. 28(1):94–100.
- Bauer, G. F. 2016. From reorienting to complementing health services – contributions by salutogenesis. Luento. Health Promotion Research Conference 28–30.9.2016 Trondheim.
- Beal, S. & Kupzyk, K. 2014. An introduction to propensity scores: what, when, and how. *Journal of Early Adolescence*. 34(1):66–92.
- Borodulin, K. Finriski-seurantatutkimus: Yhä harvempi suomalainen on täysin passiivinen vapaa-ajallaan. *Liikunta & Tiede*. 2014, 51:4–10.

- Borodulin, K., Zimmer, C. & Sippola, R. ym. 2012. Health behaviours as mediating pathways between socioeconomic status and body mass index. *International Journal of Behavioural Medicine*. 19:14–22.
- Brabyn, L. & Sutton, S. 2013. A population based assessment of the geographical accessibility of outdoor recreation opportunities in New Zealand. *Applied Geography*. 41:124-131.
- Brailsford, B.C., Lattimer, V.A., Tarnaras, P. & Turnbull, J.C. 2004. Emergency and on-demand health care: modelling a large complex system. *Journal of the operational research society*. 55:34-42. Saatavissa: http://eprints.soton.ac.uk/9600/1/Latter%2C_V_%26_Turnbull%2C_J._et_al_-_emergency_report_-_Jrnal_-_2004.pdf [viitattu 14.03.2016].
- Borders, T. & Booth, B. 2007. Rural, suburban, and urban variations in alcohol consumption in the United States: findings from the national epidemiologic survey on alcohol and related conditions. *JRural Health*. 23:314–321.
- Borodulin, K. 2014. Finriski-seurantatutkimus: Yhä harvempi suomalainen on täysin passiivinen vapaa-ajallaan. *Liikunta & Tiede*. 51:4–10.
- Brown, L. D., Shepherd, M. D., Merkle, E. C., Wituk, S. A. & Meissen, G. 2008, Understanding How Participation in a Consumer-Run Organization Relates to Recovery, *American Journal of Community Psychology*. 42(1-2):167-78.
- Caruso, R., Grassi, L., Biancosino, B., Marmai, L., Bonatti, L., Moscara, M., Rigatelli, M., Carr, C. & Priebe, S. 2013. Exploration of experiences in therapeutic groups for patients with severe mental illness: development of the Ferrara group experiences scale (FE- GES). *BMC Psychiatry*. 13:242-9.
- Cattan, M. & Tilford, S. 2006. *Mental Health Promotion: A Lifespan Approach* Open University Press.
- Chronister, J., Chou, C. C., Kwan, K. L., Lawton, M. & Silver, K. 2015. The Meaning of Social Support for Persons with Serious Mental Illness. *Rehabil Psychol*. 2015. [Epub ahead of print].
- Colditz, GA. 1999. Economic costs of obesity and inactivity. *Med. Sei. Sports Exerc*. 31(11):663-667.
- Corcoran, N. Mass media in health communication. Teoksessa: Corcoran, N. *Communicating Health. Strategies for Health Promotion*. 73-95. Sage.2010.
- Corcoran, N. & Corcoran, S. 2010. Social and psychological factors in communication. Teoksessa: Corcoran, N. (edt.) *Communication Health*. 32–52.
- Corcoran, S. 2010. Using evaluation in health promotion communication. Teoksessa Corcoran, N. (edt.) *Communication Health*. 159-177.
- Cowley, S. 1995. Health-as-process: a health visiting perspective. 22(3):433-41. *Journal of Advanced Nursing*.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. 1991. Policies and strategies to promote social equity in health. Stockholm. Institute for Future Studies. Data Analysis. *Journal of Quantitative Criminology*. 15:423-450.

- Dey, T. 2013. Model Sampler: An R Tool for Variable Selection and Model Exploration in Linear Regression. *Journal of Data Science*. 11:343–370.
- Dibsdall, L., Lambert, N. & Bobbin, R. ym. 2003. Low-income consumers' attitudes and behaviour towards access, availability and motivation to eat fruit and vegetables. *Public Health Nutr*. 6:159–68.
- Dimitriadou, E., Dolnicar, S. & Weingassel, A. 2002. An examination of indexes for determining the number of clusters in binary data sets. *Psychometrika*. 67(1):137–160.
- Doescher, M. P., Jackson, J. E., Jerant, A. & Hart, L. G. 2006. Prevalence and trends in smoking: A national rural study. *JRural Health*. 22:112–118.
- Drack, M., Apfalter, W. & Pouvreau, D. 2007. On the making of a system theory of life: Paul A Weiss and Ludwig von Bertalanffy's conceptual connection. *Rev Biol*. 82(4):349–373.
- Enns, J., Holmqvist, M., Werner, P., Halas, G., Rothney, J., Schultz, A., Goertzen, L. & Katz, A. Mapping interventions that promote mental health in the general population: A scoping review of reviews. *Prev Med*. 2016. 87:70-80. doi: 10.1016/j.ypmed.22.02.2016.
- Fone, D. & Dunstan, F. 2006. Mental health, places and people: a multilevel analysis of economic inactivity and social deprivation. *Health and Place*. 12(3):332–344.
- Fotheringham, A. 1997. Trends in quantitative methods I: stressing the local. *Progress in Human Geography*. 21(1):88–96.
- Fotheringham, A., Brunson, C. & Charlton, M. 2002. *Geographically Weighted Regression: The analysis of spatially varying relationships*. Wiley, London.
- Fukui, S., Davidson, L. J., Holter, M. C. & Rapp, C. A. 2010. Pathways to recovery (PTR): impact of peer-led group participation on mental health recovery outcomes. *Psychiatr Rehabil Journal*. 34(1):42-8. doi: 10.2975/34.1.2010.42.48.
- Giddens, A. *The Consequences of Modernity*, Stanford University Press, Stanford 1990.
- Colditz, GA.1999. Economic costs of obesity and inactivity. *Med. Sei. Sports Exerc* 31(11): 663-667.
- Giles-Corti, B. & Donovan, R. Socioeconomic status differences in recreational physical activity levels and real and perceived access to a supportive physical environment. *Prev. Med*. 2002; 35:601–611.
- Gillian, A., Turner, H & Romola, B. 2005. The experience of body dissatisfaction in men. *Body Image*. 2:271–283.
- Goodfellow & Moorley. 2010. Reaching unreachable groups and crossing cultural barriers in communicating health promotion. Teoksessa: Corcoran, N. *Communicating health. Strategies for Health Promotion*. 53-72. Sage. 2010.

- Gray, C.M., Hunt, K., Mutrie, N., Anderson, A. S., Leishman, J., Dalgarno, L. & Wyke, S. 2013. Football Fans in Training: the development and optimization of an intervention delivered through professional sports clubs to help men lose weight, become more active and adopt healthier eating habits. *BMC Public Health*. 13:232-249.
- Gribov, A. & Krivoruchko, K. 2012. New flexible non-parametric data transformation for Trans-Gaussian Kriging. *Quantitative Geology and Geostatistics*. 17(1):51-65.
- Green, J. & South, J. 2006. *Evaluation : Evaluation*. Buckingham, US: Open University Press. ProQuest ebrary. Web. 10 October 2016.
- Green, J. & Tones, K. 2010. *Health promotion: planning and strategies*. Sage. 2. edition.
- Greiner, K. A., Li C., Kawachi, I., Hun,t D. C. & Ahluwalia, J. 2004. The relationships of social participation and community ratings to health and health behaviors in areas with high and low population density. *Social Science & Medicine*. 59(11):2303-2312.
- Griffith, D. 1987. *Spatial Autocorrelation. A Primer*. Association of American Geographers, Washington D.C.
- Griffith, D. 2003. *Spatial autocorrelation and spatial filtering. Gaining understanding through theory and scientific visualization*. Springer, Berlin.
- Grömping, U. 2006. Relative importance for linear regression in R: The package relaimpo. *Journal of Statistical Software*. 17(1):1-26.
- Gujarati, D. N. 2003. *Basic Econometrics, fourth edition*, McGraw-Hill Higher Education, McGraw-Hill companies Inc., New York.
- Haubenhofner, D.K., Elings, M., Hassink, J. & Hine, R. E. 2010. The Development of Green Care in Western European Countries. *The Journal of Science and Healing*. 6(2):106 – 111. Saatavissa: <http://dx.doi.org/10.1016/j.explore.2009.12.002> [viitattu 28.10.20016].
- Haynes, R. 2003. *Geographical access to health care*. Kirjassa Gulliford, M. & Morgan, M. (toim.) *Access to health care*. Lontoo: Routledge.
- Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. *Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla*. WSOY.
- Heikkinen, H. 2006. *Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat, toim. Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L. 16-36*. Vantaa: Kansanvalistusseura.
- Helldán, A. & Helakorpi, S. 2015. *Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, 2014. Raportti 6/2015*. THL.
- Helminen, V., Nurmio, K., Rehunen, A., Ristimäki, M., Oinonen, K., Tiitu, M., Kotavaara, O., Antikainen, H., & Rusanen, J. 2014. *Kaupunki-maaseutu-alueuudistus: Paikkatietoihin perustuvan alueuudistuksen muodostamisperiaatteet*. Reports of Finnish Environment Institute, 25/2014. Helsinki: Finnish Environment Institute. Saatavissa: <http://hdl.handle.net/10138/135861> [viitattu 28.10.2016].

- Hirvilammi, T. 2015. Kestävän hyvinvoinnin jäljillä. Kela. Sosiaali- ja terveydenhuollon tutkimuksia 136. Helsinki.
- Hoebel, J., Finger, J. & Kuntz, B. ym. 2016. Socioeconomic differences in physical activity in the middle-aged working population: The role of education, occupation, and income. *Bundesgesundheitsblatt Gesundheitsforschung Gesundheitsschutz*. 59:188–196.
- Holappa-Lehtinen, T. & Varjus, K. 2013. Lisätietoa. Saatavissa: http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/63888/Isatietoa_opas_Kekkonen_Lilja_Nieminen.pdf?sequence=2 [viitattu 16.3.2016].
- Holl, A. 2007. Twenty years of accessibility improvements. The case of the Spanish motorway building programme. *Journal of Transport Geography*. 15:286–297.
- Hudgins, L. 2013. Closing time: clients' shared experiences of termination of a music therapy group in community mental health. Barcelona Publishers, Gilsum.
- Hunt, K., Wyke, S., Gray, C. M., Anderson, A. S., Brady, A., Bunn, C. & Treweek, S. 2014. A gender-sensitised weight loss and healthy living programme for overweight and obese men delivered by Scottish Premier League football clubs (FFIT): a pragmatic randomised controlled trial. *Lancet (London, England)*, 383(9924), 1211–1221. Saatavissa: [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(13\)62420-4](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(13)62420-4) [viitattu 28.10.2016].
- Huttunen, J. 2001. Isänä olemisen uudet suunnat. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Huttunen, J. 2012. Mitä terveys on? Lääkärikirja Duodecim. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dllk00903 [viitattu 03.05.2015].
- Heistaro, S., Jouslahti, P., Lahelma, E., Vartiainen, E. & Puska, P. 2001. Self rated health and mortality: a long term prospective study in eastern Finland. *Journal of Epidemiology & Community Health* 55(4):227–32.
- Helldán, A., Helakorpi, S. & Virtanen, S. ym. 2013. Suomalaisen aikuisväestön terveystyöttyminen ja terveys. Helsinki: Terveystyön ja hyvinvoinnin laitos; 2013.
- Helldán, A. & Helakorpi, S. 2014. Suomalaisen aikuisväestön terveystyöttyminen ja terveys. Raportti 6/2015. Terveystyön ja hyvinvoinnin laitos.
- Hellsten, M., Louhio, K., Kylmänen, P. & Simola, R. 2012. Päivystyksen hoitoon –projekti, Terve Helsinki-hankkeen osaprojekti, loppuraportti. Saatavissa: http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/152959804a9510ab92c9b2369e5d9de4/P%C3%A4ivystyksest%C3%A4hoitoon+korjattu_paino%2Bnetti.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=152959804a9510ab92c9b2369e5d9de4 [viitattu 17.3.2015].
- Helminen, M-L. 2001. Vanhemmuuden roolikartan käyttö. Teoksessa Vanhemmuuden roolikartta. Syvennä ja sovela, (toim.) Rautiainen, M. 58–63.

- Hirsikallio, S. & Kolehmainen, M. 2011. Sairaanhoidattujen ja röntgenhoitattujen valmiudet terveyden edistämiseen erikoissairaanhoidossa. Saatavissa: <http://www.theseus.fi> [viitattu 28.4.2015].
- Huang, Z. 1997. A Fast Clustering Algorithm to Cluster Very Large Categorical Data Sets in Data Mining. in *KDD: Techniques and Applications* (H. Lu, H. Motoda and H. Luu, Eds.). 21-34. World Scientific, Singapore.
- Hunt, K. 2014. A gender-sensitised weight loss and healthy living programme for overweight and obese men delivered by Scottish Premier League football clubs (FFIT): a pragmatic randomised controlled trial. *The Lancet*. 383, Issue 9924:1211-1221.
- Huotari, T., Antikainen, H. & Rusanen, J. 2013. Perusterveydenhuollon ympärivuorokautisten päivystyspisteiden saavutettavuus. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita.
- Husband, J. 2007. Promoting healthy lifestyles. Teoksessa Wills, J. (edt.) *Promoting health*, 129-153. Blackwell Publishing.
- Husu, P. ym. 2011. Suomalaisten fyysinen aktiivisuus ja kunto 2010. Opetus- ja kulttuuriministeriön julkaisuja 2011(15). Helsinki.
- Huttunen, J. 2001. Isänä olemisen uudet suunnat. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Hyvinvointipalvelujen tulevaisuus maaseudulla 2013. Hyvinvointipalvelujen teemaryhmän raportti. Maaseutupolitiikan yhteistyöryhmä.
- Häggman-Laitila, A. & Pietilä A-M. 2007. Lapsiperheiden terveyttä edistävä tuki ja sen lähtökohdat: Katsaus kehittämiskohteisiin ja jatkotutkimusaiheisiin. *Sosiaalilääketieteen aikakauslehti* 2007 no 44:4–62.
- Häyrinen, E. Äkillinen rakennemuutos – metsäteollisuus, työmarkkinat ja alueet liikkeessä, Itä-Suomen yliopisto. *Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta, pro gradu*, 2011.
- Jackson, L. Health and Health Promotion. Teoksessa *Promoting Health*. Edit. Wills, J. 11-27. Blackwell Oxford 2007.
- Jackson, L. 2007. Promoting health for communities. Teoksessa: Wills, J. (edt.) *Promoting health*. 154-174. Blackwell Publishing.
- Janssen, I. 2012. Health care costs of physical inactivity in Canadian adults. *Applied Physiology Nutrition Metab.* 37:803–806.
- Jokinen, K. 2014. Perheikäytäntöjen sosiologia. Teoksessa *Perhetutkimuksen suuntauksia*. Toim. Jallinoja.
- Kaasalainen K., Tilles-Tirkkonen T., Kasila K., Poskiparta M. & Vähäsarja K. 2016. Metsästä motivaatiota liikuntaan ja painonhallintaan? Monimetodinen tutkimus miesten luontoliikuntaohjelmasta. *Liikunta & Tiede*. 53(4):72–80.
- Kainulainen, S., Rintala, T. & Heikkilä M. 2001. Hyvinvoinnin alueellinen erilaistuminen 1990-luvun Suomessa. *Tutkimuksia* 114. Helsinki: Stakes.
- Kangaspunta, S., Aro, J. & Saastamoinen, M. Yhteisöllisyyden jatkumo, Teoksessa *Kangaspunta, Seppo (toim.) Yksilöllinen yhteisöllisyys, Avaimia yhteisöllisyyden muutoksen ymmärtämiseen*. Tampere 2011.

- Kansanterveyslaki 1972. Saatavissa: www.finlex.fi [viitattu 28.10.2016].
- Karlsson, M. 2014. PYLL-indeksi kuvaa väestön terveyttä. 13.3.2014 Tesso. Saatavissa: <http://tesso.fi/artikkeli/pyll-indeksi>. Julkaistu 7.3.2014.
- Karvonen, S. & Kauppinen, T. 2009. Kuinka Suomi jakautuu 2000-luvulla? Hyvinvoinnin muuttuvat alue-erot. *Yhteiskuntapolitiikka*. 74(5):467–486.
- Katzmarzyk, P.T., Gledhill, N. & Shephard, R.J. 2000. The economic burden of physical inactivity in Canada. *Can. Med. Assoc. J.* 163:1435–1440.
- Katzmarzyk, P.T. & Janssen, I. 2004. The economic costs associated with physical inactivity and obesity in Canada: an update. *Can. J. Appl. Physiol.* 29:90–115.
- Kekäle, J. & Eerola, P. 2014. Isyyden tarinamarkkinoilla. Teoksessa *Isän kokemus*, toim. Eerola, P. & Mykkänen, J. Helsinki: Gaudeamus.
- Keltikangas-Järvinen, L. 2010. *Sosiaalisuus ja sosiaaliset taidot*. Juva: WS Bookwell.
- Keyes, C.L. 2002. The mental health continuum: from languishing to flourishing in life. *Journal of Health and Social Behavior* 2002. 43(2):207–22. doi: 10.2307/3090197.
- Keyes, C., Eisenberg, D., Perry, G., Dube, S., Kroenke, K. & Dhingra, S. 2012. The relationship of level of positive mental health with current mental disorders in predicting suicidal behavior and academic impairment in college students. *Journal of American College Health*. 60(2):126–133.
- Knight, A. & McNaught, A. (Eds). 2011. *Understanding wellbeing: An introduction for students and practitioners of health and social care*. Banbury: Lantern Publishing.
- Kolu, P., Vasankari, T. & Luoto, R. 2014. Liikkumattomuus ja terveydenhuollon kustannukset. *Suomen Lääkärilehti*. 69(12): 885–889.
- Koivisto, M. 2007. Mitä on palvelumuotoilu? – Muotoilun hyödyntäminen palvelujen suunnittelussa. Lopputyö. Taideteollinen korkeakoulu.
- Koivunen, M., Harju, S., Hakala, T., Hänti, J. & Välimäki, M. 2014. Hoitotiede 2014, 26(4) 275–286. Päähtyneenä päivystyksessä – Saako potilas hyvää hoitoa ja kohtelua? Sastamala. Vammalan kirjapaino Oy.
- Kolu, P., Vasankari, T. & Luoto, R. 2014. Liikkumattomuus ja terveydenhuollon kustannukset. *Suomen Lääkärilehti*. 69(12):885–889.
- Koponen, H. & Lappalainen, J. 2015. Mielenterveyspotilaan somaattinen terveys. *Duodecim*. 6/2015:577–582.
- Koponen, L. & Sillanpää, K. 2005. Päivystyspoliklinikka potilaan, omaisen ja hoitotyöntekijän näkökulmasta. Teoksessa *Potilaan hoito päivystyksessä*, toim. Koponen, L. & Sillanpää, K. 23–30.
- Koskinen, S. *Suomalaisten työ, työkyky ja terveys 2000-luvun alkaessa*. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010.

- Koskinen-Ollonqvist, P. & Rouvinen-Wilenius, P. 2011. Tasa-arvo ja osallisuus-väylä terveyteen. Järjestöt suunnan näyttäjinä. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 9/2011. Helsinki.
- Kouvolan kaupunkistrategia 2014–2020. Luonnollinen kasvukeskus. Saatavissa: http://www.kouvola.fi/material/attachments/newfolder_196/newfolder_7/YZB5keLq1/kaupunkistrategia2013web.pdf [viitattu 28.10.2016].
- Kruger, J. & Carlson, S. Kohl I. 2007. Fitness facilities for adults: differences in perceived access and usage. *Am J Prev Med.* 32:500–505.
- Kunnan terveydenedistämisasiivisuus TEA viisari. 2013.
- Kytömäki, T. Valintoja ja uusia alkuja; Tehtaalaisten kerrontaa ammatinvaihdosta, Teoksessa Melin & Mamia 2010.
- Lahelma, E., Rahkonen, O. & Koskinen, S. ym. 2007. Kirjassa: Palosuo, H., Koskinen, S. & Lahelma, E. ym. (toim.) Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Helsinki: Yliopistopaino.
- Lankila, T. 2014. Residential area and health. A study of the Northern Finland birth cohort 1966. *Acta Universitatis Ouluensis A640.*
- LaPlaca, V., McNaught, A. & Knight, A. 2013. Discourse on wellbeing in research and practice. *International Journal of Wellbeing.* 3(1):116–125.
- Laverack, G. 2009. *Public Health: Power, Empowerment and Professional Practice.* Sage London.
- Lehtonen, O. 2007. Muuttoliike alueellisesti erilaistuneille asuinalueille Kouvolan seudulla vuonna 2005. Joensuun yliopisto. Pro Gradu tutkielma.
- Lehtonen, O. & Sutela, M. 2013. Paikalliset erot rattijuopumuksien esiintyvyydessä – voitaisiinko ennaltaehkäisyä tehostaa maantieteellisesti painotetulla regressioanalyysillä? *Terra.* 125(1):19–30.
- Lehtonen, O. & Tykkyläinen, M. Selittävätkö hyvinvointierot odotettua alhaisempaa poismuuttoa eräiltä korkean työttömyyden alueilta? *Yhteiskuntapolitiikka.* 78(2):139–155.
- Liikennevirasto. 2013. Digiroad: tietolajien kuvaus. Helsinki.
- Lone, T. A., Pence, D., Levi, A. E. & Kenny, K. C. & Bianco-Simeral, S. 200. Marketing healthy food to the least interested consumers. *Journal of Foodservice* 20, 90–99.
- Mamia, T. Kuusankoski – entinen Suomen paperikaupunki, Teoksessa Melin & Mamia. 2010.
- xz. Teoksessa Aromaa, A., Huttunen, J., Koskinen, S. & Teperi, J. (toim.) *Suomalaisten terveys.* Helsinki: Duodecim. 117–129. Haettu: 11.11.2014. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00021.
- Mattila, M. 2014. Terveyden vaikutus äänestämiseen Suomessa ja Euroopassa – Kaltaistamismenetelmien käyttö äänestystutkimuksissa. *Poliittika.* 56(3):230–243.

- Matson-Koffman, D.M., Brownstein, J.N., Neiner, J.A. & Greaney, M.L. 2005. A site-specific literature review of policy and environmental interventions that promote physical activity and nutrition for cardiovascular health: what works? *American Journal of Health Promotion*. 19(3):167-9.
- McEvoy, P., Schauman, O., Mansell, W. & Morris, L. 2012. The experience of recovery from the perspective of people with common mental health problems: Findings from a telephone survey. *International Journal of Nursing Studies*. 49(11):1375–1382.
- Melin, H. Mitä Voikkaa opetti? Työpoliittinen aikakausikirja 4/2008.
- Melin, H. & Mamia, T. Mitä Voikkaa opetti? Teoksessa Melin & Mamia 2010.
- Melin, H. & Mamia, T. (toim.) Tapaus Voikkaa, Teollisuustyö murroksessa. Tampereen yliopiston Porin yksikön julkaisuja 4, Pori 2010.
- Men's' health. www.menshealthforum.org.uk.
- Messner, S. F., L. Anselin, R. D., Baller, D. F., Hawkins, G., Deane S. E. & Tolnay. 1999. The Spatial Patterning of County Homicide Rates: An Application of Exploratory Spatial. Data Analysis. *Journal of Quantitative Criminology*. 15:423-450.
- Milligan, G. & Cooper, M. 1985. An examination of procedures for determining the number of clusters in a data set. *Psychometrika*. 50(2):159–179.
- Minkler, M. 2012. *Community Organizing and Community Building for Health and Welfare*. Rutgers University Press.
- Mittelmark, M. B., Wold, B. & Samdal, O. 2012. *The Ecology of Health Promotion*.
- Teoksessa Samdal, Oddrun 2012. *Ecological Perspective on Health Promotion : Systems, Settings and Social Processes*. Bentham Science Publishers.
- Mittelmark, M. B., Sagy, S., Eriksson, M., Bauer, G., Pelikan, J. M., Lindström, B. & Espnes, G. A. 2016. *The handbook of salutogenesis*. Springer International Publishing AG.
- Moseley, M. *Accessibility: the rural challenge*. London: Methuen; 1979.
- Mykkänen, J. 2014. Isäksi tulon monet polut. Teoksessa Isän kokemus, toim. Eerola, P. & Mykkänen, J. Helsinki: Gaudeamus.
- Mykkänen, J & Eerola, P. 2013. Isyyteen sitoutuminen ja isän vastuu esikoisisien kertomana. *Kasvatus* 1/2013. Saatavissa: https://www.jyu.fi/edu/laitokset/var/opiskelijavalinta/Kasvatus1_Mykkanen.pdf [viitattu 16.3.2016].
- Mykkänen, J. & Eerola, P. 2014. Sitoutuminen ja vastuu isyyden alussa. Teoksessa Isän kokemus, toim. Mykkänen, J. & Eerola, P. Helsinki: Gaudeamus.
- Myllyniemi, S. 2015. Syrjintä ja syrjäytyminen. Teoksessa Ihmisarvoinen nuoruus.

- Nuorisobarometri 2014, (toim.) Myllyniemi. 29–52. Helsinki: Opetus- ja kulttuuriministeriö, Nuorisotutkimusverkosto, Nuorisosaian neuvottelukunta. Saatavissa: https://tietoanuatorista.fi/wp-content/uploads/2015/03/Nuorisobarometri_2014_web.pdf [viitattu 30.1.2016].
- Møller, M. Ø. 2016. Health Promotion and rehabilitation in the absence of doctors – community based health promotion and rehabilitation in Danish health houses. Luento. Health Promotion Research Conference 28–30.9.2016 Trondheim.
- Mäkinen, T. Trends and explanations for socioeconomic differences in physical activity. Helsinki: National Institute for Health and Welfare; 2010.
- Naidoo, J. & Wills, J. 2009. Foundations for Health Promotion. 3rd edition. Ballière Tindall.
- Noiseux, S., Tribble St-Cyr, D., Corin, E., St-Hilaire, P-L., Morissette, R., Leclerc, C., Fleury, D., Vigneault, L. & Gagnier, R. 2010. The process of recovery of people with mental illness: The perspectives of patients, family members and care providers: Part 1. BMC Health Services Research Volume. 10:161–174.
- Oikarinen, A. 2008. Kainuulaisten miesten terveystyöttyminen – kulttuurinen näkökulma. Oulu. Oulu University Press. Saatavissa: <http://herkules oulu.fi/isbn9789514288401/isbn9789514288401.pdf> [viitattu 28.10.2016].
- Paakkari, L. 2015. Three Approaches to School Health Education as a Means to Higher Levels of Health Literacy. In Simovska, V. & P. McNamara (Eds.), Schools for Health and Sustainability. Theory, Research and Practice. 275-289.
- Pampel F., Kueger, P. & Denney, J. 2010. Socioeconomic disparities in health behaviors. *Annu Rev Sociol.* 36:349–370.
- Patterson, S., Duhig, M., Darbyshire, C., Counsel, R., Higgins, N. & Williams, I. 2015. Implementing music therapy on an adolescent inpatient unit: a mixed-methods evaluation of acceptability, experience of participation and perceived impact. *Australas Psychiatry.* 2015. pii: 1039856215592320. [Epub ahead of print].
- Pietilä, I. 2008. Between rocks and hard places: Ideological dilemmas in men's talk about health and gender. Terveystieteen laitos. Väitöskirja. Tampere. Tampereen yliopisto. Saatavissa: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67877/978-951-44-7399-9.pdf?sequence=1> [viitattu 28.10.2016].
- Pelikan, J. M., Dietscher C. & Schmied, H. 2013. In How far is the health promoting hospital a salutogenic hospital and how can it be developed? Kirjassa: Salutogenic organizations and change. The concepts behind organizational health intervention research. Bauer, G.F. & Gregor, J. Jenny (edt.). 149-165. Springer.
- Pelikan, J. M. 2016. Health Promoting Hospitals – contributions to quality of treatment and care to reorienting health services. Health Promotion Research –conference Trondheim 28.9.2016.

- Pessi, A. B. & Seppänen, M. Yhteisöllisyys, Teoksessa Saari, J. (toim.) Hyvinvointi, Gaudeamus, Vilna 2011.
- Poland, B., Krupa, G. & McCall, D. 2009. Settings for Health Promotion: An Analytic Framework to Guide Intervention Design and Implementation. *Health Promotion Practice*. 10(4):505-516.
- Powell, L., Slater, S. & Chaloupka, F. ym. Availability of physical activity-related facilities and neighborhood demographic and socioeconomic characteristics: a national study. *Am. J. Public Health*. 2006; 96:1676-1680.
- Priebe, S., Omer, S., Giacco, D. & Slade, M. 2014. Resource-oriented therapeutic models in psychiatry: conceptual review. *The British Journal of Psychiatry*. 204(4):256-261.
- Prochaska, J. Q. & Norcross, J. C. 2003. Systems of psychotherapy: A transtheoretical approach. Pacific Grove, CA: Brooks/Cole.
- Prochaska, J. Q., Velicer, W. F., Redding, C., Rossi, J. S., Goldstein, M., DePue, J., Greene, G. W., Rossi, S. R., Sun, X., Fava, J. L., Laforge, R., Rakowski, W. & Plummer, B. A. 2005. Stage-based expert systems to guide a population of primary care patients to quit smoking, eat healthier, prevent skin cancer, and receive regular mammograms. *Preventive Medicine*. 41(2):406-416.
- Puntanen, S. 1999. Regressioanalyysi II. Matematiikan, tilastotieteen ja filosofian laitos, Tampereen yliopisto, B49. Tampere. R., Hurme, H. & Jokinen, K. 167-170.
- Prättälä, R. & Paalanen, L. 2007. Elintavat ja niiden väestöryhmäerot Suomessa. Terveys 2000-tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B2/2007.
- Rahkonen, O., Talala, K., Sulander, T., Laaksonen, M., Lahelma, E., Uutela, A. & Prättälä, R. 2007. Koettu terveys. Teoksessa: Palosuo, H. ym. (toim.) Terveystieteen eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980-2005. *STM* 2007:23.
- Rosenbaum, P. & Rubin, D. 1983. The central role of the propensity score in observational studies for causal effects. *Biometrika*. 70:41-55.
- Ruuskanen, P. & Konttinen, T. Kolmannen sektorin muutos ja hybridiorganisaatiot, Kansalaisyhteiskunta 1/2015.
- Ruusuvirta, M. Luottamuksesta kontrolliin, estetiikasta markkinaorientaatioon; Markkinaistuminen julkisen sektorin ja kulttuurialan kolmannen sektorin suhteessa, Kansalaisyhteiskunta 1/2015.
- Saari, J. (toim.) Hyvinvointi, Suomalaisen yhteiskunnan perusta, Gaudeamus, Vilna 2011.
- Saaristo, T., Oksa, H., Peltonen, M. & Etu-Seppälä, L. 2009. Loppuraportti. Dehko 2D –hanke (D2D) 2003-2007. Suomen Diabetesliitto ry.
- Salmela, S. M., Vähäsarja, K. A., Villberg, J. J., Vanhala, M. J., Saaristo, T. E., Lindström, J., Oksa, H. H., Korpi-Hyövälti, E. A., Moilanen, L., Keinänen-Kiukaanniemi, S. & Poskiparta, M. E. 2012. Perceiving need for lifestyle counseling: findings from Finnish individuals at high risk of type 2 diabetes. *Diabetes Care* 35(2):239-241.

- Salmi, A. 2015. Deindustrialisaatio ja muutoksen hallinta Kouvolassa, Pro gradu, Yhteiskuntapolitiikka, Jyväskylän yliopisto.
- Saneri, I., Tikka, T. & Peitsalo, P. 2015. Nykyaikainen isyys kuulluksi, näkyväksi ja osallistuvaksi. Saatavissa: http://www.miessakit.fi/fi/miessakit_20-vuotta/juhlavuoden_artikkelisarja/?itemid=6968&a=viewItem [viitattu 16.3.2016].
- Saukkonen, P. 2013. Kolmas sektori – vanha ja uusi, Kansalaisyhteiskunta 1.
- Sekine, M., Chandola, T., Martikainen, P., Marmot, M. & Kagamimori, S. 2009. Socioeconomic inequalities in physical and mental functioning of British, Finnish, and Japanese civil servants: Role of job demand, control, and work hours. *Social Science & Medicine*. 2009. 69(10):1417–1425.
- Seppä, K-L. (toim). 2008. Teoriasta toimivaksi käytännöksi. Mini-intervention jalkauttaminen terveyskeskuksiin ja työterveyshuoltoon. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:10. Saatavissa: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/113037/Selv200810.pdf?sequence=1> [viitattu 10.4.2016].
- Shaw, R., Gullifer, J. & Shaw, R. 2014, “I Think It’s a Communal Thing”: Men’s Friendships in Later Life. *Journal of Men’s Studies*. 22(1):34-52.
- Shepherd, G., Boardman, J. & Slade, M. 2008. Making Recovery a Reality. Sainsbury Centre for Mental Health, Policy paper. Verkkodokumentti. Saatavissa: http://www.ispraisrael.org.il/Items/00606/Making_recovery_a_reality_policy_paper.pdf [viitattu 18.11.2016].
- Simnett, I. 2011. Managing Health Promotion. Developing healthy organizations and communities. John Wiley & Sons Ltd. England.
- Simpura, J. & Uusitalo, H. Hyvinvointi ja sosiaalinen kehitys, Teoksessa Saari Juho (toim.) Hyvinvointi, Suomalaisen yhteiskunnan perusta, Gaudeamus, Vilna 2011.
- Sines, D., Aldridge-Bent, S. & Fanning, A. eds. Community and Public Health Nursing (5). Somerset, GB: Wiley-Blackwell, 2013. ProQuest ebrary.
- Sinkkonen, J. 2012. Isäksi ensi kertaa. Helsinki: WSOY.
- Smedley, B. D. & Syme, S. L. 2000. Promoting Health: Intervention Strategies from Social and Behavioral Research. National Academies Press.
- Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. 2006: 19. Terveyden edistämisen laatusuositus. Tampere Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavissa: http://stm.fi/documents/1271139/1359643/terveydenlaatusuositus_1.pdf/adbcba5-7cad-4e36-86bc-77fac9769466 (viitattu 28.10.2016).
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveyspolitiikan strategia. www.julkari.fi [viitattu 28.10.2016].
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Lapsi- ja perhepolitiikka Suomessa. 2013. Saatavissa: <http://stm.fi/julkaisu?pubid=10024/104415> [Luettu 3.4.2016].

- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Muutosta liikkeellä! Valtakunnallinen yhteiset linjaukset terveyttä ja hyvinvointia edistävään liikuntaan 2020. Julkaisuja 2013:10.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015. Hyvinvoinnin edistäminen. Terveyden edistäminen. Saatavissa: <http://www.stm.fi/hyvinvointi/terveyden-edistaminen> [viitattu 28.10.2016].
- Sotkanet. 2011. Mielenterveysindeksi. Saatavissa: <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=szaOAgA=®ion=szb3tjZyBAA=&year=sy4rtjbW0zUEAA==&gender=t&abs=f&color=f> [viitattu 5.4.2016].
- Sotkanet 2014a. Työttömät. Saatavissa: <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=szYKtDbKsPZ3BAA=®ion=szb3tjZyBAA=&year=sy4rszbS0zUEAA==&gender=m;f;t&abs=f&color=f> [viitattu 16.3.2016].
- Sotkanet 2014b. Päihdehuollon nettokustannukset. Saatavissa: <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=szYKjE-0NvG2Nq6wtvCwLs63NtJLbgA=®ion=szb3tjZyBAA=&year=sy4rszbS0zUEAA==&gender=m;f;t&abs=f&color=f> [viitattu 16.3.2016].
- Spörndly-Nees, S., Igelström, H., Lindberg, E., Martin, C. & Åsenlöf, P. 2014. Facilitators and barriers for eating behavior changes in obstructive sleep apnoea and obesity – a qualitative content analysis. *Disability & Rehabilitation*. 36(1):74-81.
- Stacey, G. & Stickley, T. 2012. Recovery as a threshold concept in mental health nurse education. *Nurse Education Today* 32, 5:534-539.
- Steigen, A. M., Kogstad, R. & Hummelvoll, J. K. 2016. Green Care services in the Nordic countries: an integrative literature review. *European Journal of Social Work*. 19(5):692-715.
- Steigen, A. M., Kogstad, R. & Hummelvoll, J. K. 2016. Green Care services in the Nordic countries: an integrative literature review.
- Stephens, C. 2008. *Health Promotion: A Psychosocial Approach*. Open University Press. Berkshire. England.
- Stokols, D. 1996. Translating Social Ecological Theory into Guidelines for Community Health Promotion. *American Journal of Health Promotion*. 1996 10(4):282-298.
- Stähle, P. & Gröönroos, M. *Knowledge Management – tietopääoma yrityksen kilpailuetuna*, Porvoo 1999.
- Suldo, S. & Shaffer, E. 2008. Looking beyond psychopathology: the dual factor model of mental health in youth. *School Psychology Review*. 37(1):52-68.
- Suomen Diabetesliitto. 2009. Dehkon 2D –hankkeen (D2D) 2003-2007. Loppuraportti.
- Suomen Lääkärilehti. 69(12):885-889.
- Suomi, K., Sjöholm, K. & Matilainen, P. 2012. Liikuntapaikkapalvelut ja väestön tasa-arvo. Seurantatutkimus liikuntapaikkapalveluiden muutoksista 1998–2009. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

- Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmä. Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportti 2015. Ohjaus 17/2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Sykes, S. 2007. Approaches of Promoting Health. Teoksessa: Wills, J. (edt.) Promoting Health, 46-65. Blackwell Publishing.
- Syvöja, P. & Äijälä, O. 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Sastamala: kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Talala, K., Härkönen, T., Martelin, T., Karvonen, S., Mäki-Opas, T., Manderbacka, K., Suvisaari, J., Sainio, P., Rissanen, H., Ruokolainen, O., Heloma, A. & Koskinen, S. 2014. Koulutusryhmien väliset terveys- ja hyvinvointierot ovat edelleen suuria. Suomen Lääkärilehti 69/2014.
- Tamminiemi, K. 2007. Rajoilla ja ytimessä. Terveyden edistämisen näyttämötyö väitöskirjatutkimuksissa. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja. Helsinki Kouvolaan hyvinvointikertomus 2014. Saatavissa: http://www.kouvola.fi/material/attachments/talousjastrategia/strategia/iad7u1iBJ/Hyvinvointikertomus_20140324_kv.pdf [viitattu 28.10.2016].
- Tarkiainen, L., Martikainen, P., Laaksonen, M. & Valkonen, T. 2011. Tuloluokkien väliset erot elinajanodotteessa ovat kasvaneet vuosina 1988–2007. Suomen Lääkärilehti 66/2011:3651–7.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2012. Terveyden edistäminen on kunnan tehtävä. Tiedä ja Toimi. Helsinki. Saatavissa: <http://thl32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/114572/TerveystiedonEdistaminenKunnassa.pdf?sequence=1> [viitattu 28.10.2016].
- THL. 2015. Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2013.
- THL. 2015. Tilastotietoja suomalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista. Saatavissa: www.sotkanet.fi [viitattu 28.10.2016].
- THL. 2016. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/web/mielenterveys> [viitattu 28.10.2016].
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016a. Tilastotietoja suomalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista. Saatavissa: www.sotkanet.fi [viitattu 28.10.2016].
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016b. Tilastotietoja suomalaisten terveydestä ja hyvinvoinnista. Saatavissa: www.sotkanet.fi [viitattu 28.10.2016].
- Tilasto YLE-päivystyksen potilasmäärät. 2014.
- Tilastokeskus 2009. Kuolemansyytilasto. www.stat.fi [viitattu 28.10.2016].
- Tilastokeskus. 2015 a. Ruututietokanta.
- Tilastokeskus. 2015 b. Väestötilasto.
- Timonen, P. 2005. Iloa ja nautintoa kotitöistä. Hyvinvointikatsaus 2/2005. Tilastokeskus.
- Tukia, H., Lehtinen, N., Saaristo, V. & Vuori, M. 2011. Väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnassa – Perusraportti kuntajohdon tiedonkeruusta. Raportti 55/2011. Tampere: Juvenes Print - Tampereen yliopistopaino Oy.

- Tuomela, R. & Mäkelä, P. Sosiaalinen toiminta. Teoksessa Kotiranta, T., Niemi, P. & Haaki, R. Sosiaalisen toiminnan perusta, Gaudeamus, Helsinki 2011.
- Työkyvyttömyyseläketilasto. Saatavissa: <http://www.findikaattori.fi/fi/76> [viitattu 28.10.2016].
- Uusitalo-Malmivaara, L. 2014. (toim.) Positiivisen psykologian voima. PS kustannus.
- Vaara, J. & Kyröläinen, H. 2016. Reserviläisten toimintakyky vuonna 2015. Juvenes Print. Tampere.
- Vaattovaara, M. 1998. Pääkaupunkiseudun sosiaalinen erilaistuminen. Helsingin kaupungin tietokeskus. Tutkimuksia 1998:7.
- Vaillant, G.E. 2012. Positive mental health: Is there a cross-cultural definition? *World Psychiatry*. 11(2):93–99.
- Vehviläinen, S. 2014. Ohjaustyön opas. Yhteistyössä kohti toimijuutta. Wass. 2002. Yhteenkuuluvuuden tunne.
- Viljanen, V. 2001. Huono-osaisuuden alueellinen kehitys 1990-luvulla: Laman ja sen jälkeisen talouskasvun vaikutukset. Acta 139. Helsinki, Suomen Kuntaliitto.
- Whitacre, B., Gallardo R. & Strover, S. 2014. Broadband's contribution to economic growth in rural areas: moving towards a causal relationship. *Telecommunications Policy*. 38(11):1011–1023.
- White, J., Bagnall, A. & Trigwell, J. 2015. Health trainers making a difference to mental health and wellbeing. *Perspectives in Public Health*. 135(3):130-132.
- Whitacre, B., Gallardo, R. & Strover, S. 2014. Broadband's contribution to economic growth in rural areas: moving towards a causal relationship. *Telecommunications Policy*. 38(11):1011–1023.
- Wills, J. & Jackson, L. 2014. Health and health promotion. Teoksessa: Wills, J. (ed.) *Fundamentals of Health Promotion for Nurses* (2nd. ed.). Somerset, GB: Wiley-Blackwell.
- WHO definition of health. Saatavissa: <http://www.who.int/about/definition/en/print.html> [viitattu 28.10.2016].
- WHO. 1986. The Ottawa Charter for Health Promotion. Saatavissa: <http://who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> [viitattu 28.10.2016].
- WHO. 1998. Ottawa charter. Saatavissa: www.who.org [viitattu 28.10.2016].
- Øvretveit, J. 2003. *Evaluating Health Interventions*. 2003. Open University Press. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-547-9> [viitattu 9.4.2016].

LIITTEET

Liite I Artikkeleita liittyen hankkeen aiheeseen

Interventioiden soveltuvuus yhteisöllisten menetelmien kehittämiseen

Sari Ranta

Laajennettu työyhteisö –työskentelymalli mahdollistaa hyvin yhteisöllisyyden ja osallisuuden lisäämisen. Siinä voidaan päästä käytännössä aidosti hyödyntämään kokemustietoa ja toimimaan tasavertaisina asiantuntijoina terveyden edistämisen areenoilla. Osallistujien kokemusten perusteella kokemustiedon, ryhmän tiedon ja vertaisuuden käyttäminen ammattilaisten antaman terveystiedon rinnalla onnistuu hyvin ja se on yksistään ammattilaisen toimintaa verrattuna paremmin osallistujia sitouttavaa. Miehet kokivat työtavan helpoksi, omia ajatuksia avaavaksi ja oman toimintamallin kokeiluun innoittavaksi. Tulosten mukaan yhteisöllinen, kokemus- ja ammattitietoa yhdistävä menetelmä lisäksi pienentää epäonnistumisriskiä ja säästää resursseja kun toiminta saadaan yhdessä suunniteltua kohderyhmälle adekvaatiksi. Laajennetun työyhteisön käyttäminen edellyttää työntekijöiltä niin halua kuin kykyä asiakasta arvostavaan, tasavertaiseen kohtaamiseen, innokkuutta, avoimuutta ja myös epävarmuuden sietokykyä.

Yhteisöllisen ja osallistavan työskentelyn vaikutus miesten koettuun hyvinvointiin ja terveyteen ei tässä yhteydessä ollut tarkastelun kohteena. Intervention avulla saatiin tietoa miesten terveydestä ja varsinkin siitä, mitkä asiat heidän mukaansa terveyteen vaikuttavat ja mitä he tarvitsevat ja toivovat terveytensä edistämiseksi.

Green Care –luontoavusteisen menetelmän toimivuus osallisuuden ja kokemuksellisuuden lisääjänä onnistui Korpimiehet-interventiassa osittain. Opinnäytetyön tulosten mukaan yhteisöllisyys ja osallisuus vahvistuivat merkityksellisen toiminnan myötä erityisesti silloin kun ohjaajien rooli oli passiivista. Luonnossa liikkuminen sinänsä, luonnon katseleminen ja kuunteleminen ei korpimiehiä jaksanut juurikaan innostaa. Ohjaajien rooli miesten osallisuuden tukemisessa osoittautui oleelliseksi ja monitahoiseksi. Ohjaajien valmistamien termoskahvien ja eväiden myötä perinteiset luontoretkeilyn elementit, nokipannukahvin keitto ja avotulella vaikkapa lettujen paistaminen, joita miehet olisivat toivoneet, jäivät puuttumaan. Ohjaajien

aktiivisuus ulottui nuotion sytyttämisestä aina onkimadon koukkuun laittamiseen. Ohjaajien aktiivinen ja korostetun turvallisuushakuinen aktiivisuus passivoi arjessaan jo ennestään passiivisia miehiä. Luontoympäristön kokemuksille ja taitojen harjoittamiselle tarjoamat mahdollisuudet jäivät näiltä osin hyödyntämättä. Toisaalta Green Care –menetelmään liittyvät eläimet, tässä maatilalla eläimet, osoittautuivat oivalliseksi tämän kohderyhmän miesten osallisuuden ja vuorovaikutuksellisuuden tukijoiksi. Eläinten kanssa toimiessaan miehet vaikuttivat vapautuneilta.

Korpimiesten esille tuomista kokemuksista kävi ilmi, että ryhmässä oli luontevaa ja helppoa olla ja toimia. Retkien myötä ryhmähenki tiivistyi, ja luottamuksen kasvu auttoi yhteisöllisyyden syntyyn ja kokemiseen. Muutkin kuin suoranaisesti retkeilyyn liittyvät aiheet ilmaantuivat keskusteluihin. Tupakointi, alkoholin käyttö, lääkitys, ruokavalio ja liikunta ja niihin liittyvät kokemukset saivat sijaa ja ymmärrystä elintapojen merkityksestä terveyden ja hyvinvoinnin tekijöinä. Vertaiskokemus helpotti asioiden käsittelemistä ilman stigmatisoinnin vaaraa. Vaikutusmahdollisuudekseen intervention kulkuun miehet laskivat sen, että he saivat esittää retkeilykohteita. Kokemus yhteisöön kuulumisesta ja siihen kiinnittymisestä lisäsi toimintaan osallistumista ja sitä kautta osallisuuden kokemusta. Luonnossa liikkuminen oli osalle miehistä tuttua jo lapsuudesta. Moni toi ilmi, ettei luontoon tule yksin lähdeyttyä eikä luontokohteisiin pääse, jos ei ole kulkuneuvoa. Retket toivat vaihtelua arkeen ja vähensivät kaljoittelua ja televisiokatselua ja näin miesten mielestä myös edistivät terveyttä.

Rokka-ryhmäläisten mielestä ryhmätoiminta oli mieluisaa ja tärkeää myös. Toiminta toi vaihtelua työpäivään ja siihen haluttiin lomaltakin tulla mukaan. He, kuten muidenkin interventioryhmien osallistujat, toivoivat jatkokursseja. Ravitsemukseen ja ruokaostokäyttäytymiseen ryhmätoiminta oli vaikuttanut siten, että ruokavalio oli laajentunut uusilla ruokalajeilla, vanhoja ravitsemuksen ja ruoanvalmistuksen perusasioita oli tullut muistelluksi, jotain uutta oli opittu ja kipinä ruoanlaittoon oli herännyt. Ruokapäiväkirjat puolestaan paljastivat, että ryhmäläisten ruokailutottumukset eivät vielä kaikilta osin täytä Valtion ravitsemusneuvottelukunnan suosituksia. Veden juonti oli vähäistä, välipalat jäivät syömättä, kasvikset ja vihannekset loistivat poissaolollaan. Moni söi vain yhden lämpimän aterian päivässä. Terveysvalistusta ei ryhmäläisille tuputettu vaan asioista keskusteltiin silloin jos ja kun ryhmäläiset itse ottivat jonkun teeman puheeksi.

Yhteisöllisyyden ja osallisuuden edistäminen mahdollistuu monin eri tavoin. Interventioiden lähtökohdat, toimintamallit, aihealueet samoin kuin ryhmäläisten taustat ja ominaisuudet vaikuttavat tavoitteiden saavuttamiseen. Keskeinen tekijä on kuitenkin se, miten ohjaaja toimii. Ohjaajan rooli toimintaprosessin kussakin vaiheessa sekä suhde niin ryhmään kuin ryhmän yksittäisiin osallistujiin vaikuttaa ja välittyy ei ainoastaan tietoisesti ja tarkoituksellisesti vaan myös suunnittelemattomasti.

Transteoreettinen muutosvaihemalli, se että osallistuja kykenee tavoitteellisesti ja suunnitelmallisesti tekemään elämäntapamuutoksia, edellyttää ohjaajalta kykyä tunnistaa ko. vaihe ja antaa tukea ja ohjausta siihen sopivalla tavalla. Näiden yhteensovittaminen (tai vaihtaminen tai vuorottelemineen) vahvasti toipumisteoreettisesti orientoituen ja motivoivaa keskustelua nou-

dattaen, edellyttää työntekijöiltä sekä tiedollista että taidollista menetelmien hallintaa ja soveltamista. Asiakkaan kokemusasiantuntijuuden hyödyntäminen ja hänen ottaminen vertaistukijana työntekijän rinnalle tai jopa sen ohittaminen, edellyttävät työntekijältä vahvaa ammatti-identiteettiä, luottamusta ja rohkeutta. Sitoutuminen menetelmien aitoon käyttöön edellyttää avointa oman työskentelytavan ja sen taustalla olevan normatiivisen ajattelun perinpohjaista käsittelyä. Tämän lisäksi moniammatillisuuden käyttäminen ja oman toiminta-sektorin ulkopuolella olevien toisten ammattihenkilöiden osaamisen, kokemuksen ja toimintatapojen omaksuminen laajentaisivat työntekijän työskentelymenetelmien arsenaalia ja voisivat ratkaisevasti lisätä keinoja ja voimaa tavoitteiden saavuttamiseksi.

Green Care –menetelmä peruselementit, luonto, toiminta ja yhteisöllisyys, mahdollistavat kokemuksellisen hyvinvoinnin ja terveyden vahvistumisen silloin kun kaikki elementit vaikuttavat yhdessä. Pelkkä luonto, kuinka vaikuttava sinällään, ja passiivinen oleskelu metsässä, ei tässä kohderyhmässä yksistään riittänyt. Yksilön aktiivisuus, vuorovaikutus ja voimaantuminen tarvitsevat toteutuakseen toimintaa, tekemistä ja taitojen käyttöä ja kehittämistä. Vasta toiminnan ja erityisesti vastuullisen toiminnan kautta kokemuksellisuus lisääntyi ja sitä kautta hyvän olon tunne. Tähän osallistujat tarvitsevat sekä ohjausta että tilaa itsenäiselle toteuttamiselle.

Osallistuminen voimaannuttaa parhaiten silloin kun se kattaa koko interventio-prosessin. Tällöin jokainen osallistuja voi halutessaan olla vaikuttamassa suunnitteluvaiheen tavoiteasettelusta, toiminnan ja osallistujien roolien, mukaan lukien ohjaajien roolien määrittelystä aina vastuullisen toteutukseen ja edelleen arviointiin ja jatkokehittelyyn saakka.

Interventiot eivät aina toteudu suunnitellusti. Menetelmien soveltuvuus vaihtelee ryhmien välillä ja varalla on syytä olla mietittynä vaihtoehtoisia menetelmiä. Interventioiden toimivuuden ja menetelmien soveltuvuuden kokemuksellisesta tarkastelusta on hyvä siirtyä tutkimaan myös niiden vaikuttavuutta terveyden edistäjinä. Sitä miten elintapoihin ja terveyteen liittyvät tavoitteet saavutetaan ja tapahtuuko terveydentilassa mitattavissa olevaa muutosta. Osallistujien omaseuranta, esim. ruokapäiväkirjojen avulla, voidaan ottaa käyttöön.

Johtopäätökset ja suositukset:

- Asiakaslähtöisyys lähtökohtana ei riitä vaan se tulee työstää toteutukseksi interventioin kaikissa vaiheissa.
- Menetelmätietoutta ja niiden käytön osaamista tulee laajentaa ja syventää, jotta kullekin ryhmälle löytyy toimiva menetelmä.
- Ohjaajan roolia ja toimintaa kannattaa pohtia ja uudistaa. Ohjaaja ohjaa tarvittaessa mutta hänen tulee rohkeasti antaa tilaa ja vastuuta osallistujille.
- Terveystiedon jakamisesta on hyvä siirtyä toimintaan. Valistuksen sijaan hyödynnetään aidosti osallistuja-alkuista avointa dialogia.

Kouvolan kaupungin terveyden edistämisen palvelut

Frilander-Paavilainen Eeva-Liisa, yliopettaja, KT; Opinnäytetyö Anna-Kaarina Rautakorpi, Terveydenedistäminen YAMK opinnäytetyö (WWW.THESEUS.FI)

Kansalliset lähtökohdat ja perustelut

Terveydenhuoltolain (2011) tarkoituksena on, että kunnan toiminnassa terveyden edistäminen ja kuntalaisen hyvinvoinnin tukeminen nostetaan keskeiseksi painopistealueeksi. Kaupunkistrategiassa ja kunnan tilipäätöksessä tulisi olla näkyvissä hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tavoitteet ja nämä tavoitteet koskevat kaikkea kunnan toimintaa. (Tukia, Lehtinen, Saaristo & Vuori. (2011, 11–12.) Jokainen kunnan hallinnonala on mukana kuntalaisen hyvinvointia lisäävässä toiminnassa erilaisin yhteistyön keinoin. Kuntalaisen arkiympäristöä, kotia, päiväkotia, koulua, työpaikkoja, asuinalueita ja liikennettä koskevat päätökset joko vahvistavat tai heikentävät kuntalaisen terveyttä. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2006:19, 11.)

Kouvolalaisista 18 % tupakoi päivittäin, alkoholin liikakäyttöä kouvolalaisilla on 40 %:lla ja koko Suomessa 38 % miehistä. Kohonnut kolesteroli on 32 %, ja koko Suomessa miehillä kohonnut kolesteroli on 25 %:lla. Kouvolassa miesten kokemus omasta terveydestä on heikompi kuin muualla Suomessa. Oman terveyden heikoksi kokee 40 % kouvolalaisista kun koko väestöstä heikoksi terveytensä kokee 38 %. Kouvolalaisista 12 % kokee työkykynsä huonoksi työn ruumiillisten vaatimusten kannalta, kun koko Suomessa vastaava luku on 8 %. Kouvolalaisista 33 % kokee, että saa riittämättömästi tietoa kunnan tarjoamista palveluista, koko Suomessa näin kokee 31 % miehistä. (Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus 2013). 20–54 - vuotiaista kouvolalaisista 32,5 % uskoo, ettei jaksakaan todennäköisesti työskennellä vanhuuseläkkeeseen asti (Alueellinen terveys- ja hyvinvointikertomus 2013). Kolme suurinta Kymenlaakson työkyvyttömyyseläkkeiden syytä ovat mielenterveyden häiriöt (35 %), tuki- ja liikuntaelinsairaudet (34,4 %) sekä verenkiertoelinten sairaudet (7,2 %). (Kunnan terveydenedistämisaktiivisuus TEA viisari 2013).

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää kaikkien Kouvolan kaupungin palveluorganisaatioiden miesten terveyden edistämisen palveluiden tarjontaa sekä se, minkälaisia käsityksiä ja näkemyksiä palveluorganisaatioissa ja luottamushenkilöorganisaatioilla on miesten terveyden edistämisen palveluista Kouvolassa. Lisäksi tarkoituksena oli tutkia, mitä terveyteen vaikuttavia taustatekijöitä eli determinantteja on otettu huomioon miesten terveyden edistämisen palveluissa Kouvolan kaupungin palveluorganisaatioissa ja Kouvolan kaupungin luottamushenkilöorganisaatioissa. Palvelutarjontaa ja käsityksiä peilattiin Kouvolan kaupunkistrategiaan, Kouvolan hyvinvointikertomukseen ja lainsäädännön velvoitteisiin miesten terveyden edistämässä ja siihen, miten yhteiskunta- ja terveystieteiden tavoitteet näkyvät Kouvolan kaupungin miesten terveyden edistämisen palveluissa. Tutkimuksen tuloksien on tarkoitus palvella Kouvolan kaupungin miesten terveyden edistämisen suunnittelua ja päätöksentekoa sekä toimia jatkokehittämisen välineenä Kouvolan miesten terveyden edistämisen palvelujen parantamiseksi.

Kunnan tehtävänä on tuottaa kuntalaisten terveyttä edistäviä palveluita, joita ovat esimerkiksi liikuntapalvelut, kulttuuripalvelut kirjastoineen, terveyspalvelut, sosiaalipalvelut (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012.) Kouvolan kaupunkistrategian neljä päämäärää (tasapainoinen talous, elinvoimainen kaupunki, asiakaslähtöinen toiminta ja laadukas ympäristö) ohjaavat Kouvolan hyvinvointikertomuksen laatimista. Hyvinvointikertomuksen avulla luodaan painopistealueita ja ohjelmia ja suunnitelmia kouvolaisten miesten terveyden ja hyvinvoinnin ylläpitämiseksi ja lisäämiseksi. (Kouvolan kaupunkistrategia 2014,7, Kouvolan hyvinvointikertomus 2014,2.)

TUTKIMUSMENETELMÄNÄ DOKUMENTTIENTIEN SISÄLLÖNANALYYSI

Laadullinen sisällönanalyysiprosessi toteutettiin aikuisväestön, teknisen lautakunnan ja kaupunginhallituksen pöytäkirjoihin ajalla 1.7.2014–30.6.2015 välisenä aikana. Ensimmäinen luettiin vapaamuotoisesti, jotta saatiin niistä analyysiä varten teoreettinen kokonaisuus. Pöytäkirjoista erotettiin ne pöytäkirjat joissa käsiteltiin keskeisesti miesten terveyteen liittyviä palveluita. Ne pöytäkirjat, joista ei löydetty terveyteen keskeisesti vaikuttavia palveluita jätettiin aineistosta pois. Dokumentteja lukemalla ja sisältöön perehtymällä etsittiin aineistosta pelkistettyjä ilmaisuja, jotka antoivat pohjan aineiston luokittelulle. Kouvolan kaupunkistrategia luettiin läpi perusteellisesti ja etsittiin ja poimittiin sieltä niitä päämääriä ja tavoitteita, jotka ovat keskeisiä tekijöitä vaikuttamaan miesten terveyteen. Kouvolan hyvinvointikertomuksesta etsittiin painopistealueet, jotka vaikuttivat kouvolaismiehen terveyden edistämiseen. (vrt. Tuomi & Sarajarvi 2006.)

Aineistoa analysointiin vielä keskeisesti terveyden edistämiseen kunnan tehtävänä kantaa ottavien lakien kautta. Nämä lait tässä tutkimuksessa ovat terveydenhuoltolaki, uudistettu kansanterveyslaki, perustuslaki ja kuntalaki. Terveyden edistämisen palvelut jaoteltiin kunnan velvoitteisiin tuottaa terveyden edistämiseen palveluita kaikilla toimialoilla kuntalaisen hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi. Miesten terveyden edistämisen palvelut olivat liikuntapalvelut, tekniikka- ja ympäristöpalvelut, kulttuuri- ja kirjastopalvelut, sosiaali- ja terveyspalvelut, muut vapaa-ajanpalvelut. (Kuva 2.)

TEEMAHAASTATTELUJEN SISÄLLÖNANALYYSI

Teemahaastattelun runkona oli kolme aihe-alueita, jotka olivat käsitykset ja näkemykset miesten terveyden edistämisen palveluista, miesten terveyden edistämisen palvelut Kouvolan kaupungissa, terveys- ja yhteiskuntapolitiikan ohjaus ja kunnan velvoitteet miesten terveyden edistämisen palveluissa Kouvolan palveluorganisaatioissa. Jokaisen teema-alueen alle muodostettiin teema-alueuuttelo käsiteltävistä asioista.

Kouvolan terveyden edistämisen yksiköstä haastateltiin yksi henkilö. Lisäksi haastateltaviksi kysyttiin kaikki seitsemän hyvinvointiryhmän jäsentä, joista lopulta haastatteluun osallistui kolme jäsentä. Luottamushenkilöorganisaatiosta haastateltiin yksi henkilö.

Yhteenveto dokumenttien ja teemahaastattelujen tuloksista

Miesten terveyden edistämisen palvelut Kouvolassa

Kunnan tehtävä on edistää ja ylläpitää kuntalaisen terveyttä kaikilla toimialoillaan. Kouvolan kaupungin organisaatio muodostuu konsernipalveluista, tekniikka ja ympäristöpalveluista sekä hyvinvointipalveluista. Tässä tutkimuksessa havaittiin, että näiden organisaatioiden sisällä oli sosiaali- ja terveyspalveluita, tekniikka- ja ympäristöpalveluita, kulttuuripalveluita, kirjastopalveluita, liikuntapalveluita sekä muita vapaa-ajanpalveluita.

Aikuislautakunnan pöytäkirjoissa, teknisen lautakunnan pöytäkirjoissa sekä kaupunginhallituksen pöytäkirjoissa ajalla 1.7.2014–31.6.2015 sekä Kouvolan neljän virkamiehen ja yhden luottamushenkilön teemahaastatteluista kävi ilmi, että liikuntapalvelut miellettiin selvimmin miesten terveyden edistämiseksi palveluiksi Kouvolassa. Lautakuntien ja Kouvolan kaupunginhallituksen kokouspöytäkirjoissa mainittiin liikuntapalvelut yhteensä 35 kertaa, sosiaali- ja terveyspalvelut 23 kertaa, tekniikka ja ympäristöpalvelut 15 kertaa, kulttuuripalvelut 9 kertaa, muut vapaa-ajanpalvelut 6 ja kirjastopalvelut 3 kertaa.

Merkittävä tutkimustulos oli se, ettei varsinaisesti miehille kohdennettuja palveluja tullut esille kuin kaksi kertaa. Kaikissa muissa tässä tutkimuksessa esille nostetuissa terveyden edistämisen palveluissa oli kysymyksessä koko Kouvolan väestöä koskevat terveyden edistämisen palvelut.

Liikuntapalvelujen sisällöt olivat erilaisiin liikuntalajeihin liittyviä (jääkiekko, jalkapallo, frisbeegolf tai skeittaus), liikuntaryhmiä, liikuntajärjestöjen ja seurojen taloudelliseen tukemiseen liittyviä asioita tai liikuntapaikkoihin liittyviä toimia, kuten liikuntapaikkojen kunnossapitoa ja rakentamista ja aukioloaikoja koskevia asioita. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Terveyden edistämisen palvelujen sisällöt

Terveyden edistämisen palvelujen sisällöt	
Liikuntapalvelut	Erilaiset liikuntalajit, liikuntaryhmät, taloudellinen tuki ja avustukset, liikuntapaikkojen rakentaminen, kunnossapito, aukioloajat
Tekniikka- ja ympäristöpalvelut	Katujen, lenkkipolkujen kunnossapito, ympäristön terveellisyys ja vuorovaikutteisuus, jätehuoltomääräykset, joukkoliikenne
Kulttuuripalvelut	Sinfoniakonsertit, oopperaproduktio, elokuvakerho, kaupunginmuseon toiminta, henkilöstöresurssit
Kirjastopalvelut	Kirjaston lakkautus, omatoimi kirjaston perustaminen, aukioloajat
Muut vapaa-ajan palvelut	Kansalaisopiston toiminta, kaupungin viljelypalstat, taloudellinen tuki ja avustukset, vapaa-ajankeskuksen kioskitoiminta, asukastuvat
Sosiaali- ja terveyspalvelut	Elämäntapa muutos ryhmät, yhteisöllisyyttä ja osallisuutta lisäävät ryhmät, sosiaali- ja terveyspalvelujen talous, palveluverkko, henkilövalinnat, järjestöyhteistyö, opiskeluterveydenhuolto, aluehallintoviraston selvitykset, AvoHILMO- toiminta

Tutkimuksessa esille tulleet sosiaali- ja terveyspalvelut koskivat elintapa-muutoksiin liittyviä ryhmiä, osallisuutta ja yhteisöllisyyttä lisäävä ryhmä-toimintaa, terveys ja sosiaalipalveluiden taloutta, terveys- ja sosiaalipalvelujen henkilöstövalintoja. Lisäksi sosiaali- ja terveyspalveluita koskevissa pöytäkirjamerkinnöissä tai teemahaasteluissa esille nousi sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamiseen liittyviä seikkoja kuten järjestöyhteistyö, Kouvolan hyvinvointikertomus, terveys- ja sosiaalipalvelujen palveluverkkoon liittyviä asioita kuten Ratamo palveluverkko sekä aluehallintoviraston selvityspyynnöt opiskeluterveydenhuollosta ja AvoHILMO- käytöstä.

Tutkimuksessa tuli esille seuraavia miesten terveyttä edistäviä tekniikka- ja ympäristöpalveluja Kouvolassa: liikenne, katujen ja lenkkipolkujen kunnossapito, ympäristön terveellisyys ja vuorovaikutteisuus, jätehuoltomääräykset ja joukkoliikenne.

Kulttuuripalvelut Kouvolan kokousasiakirjoissa ja teemahaastatteluissa näkyivät sinfoniakonsertteina, oopperaproduktiona, elokuvakerhona, kaupungin museon toimintana ja kulttuuripalvelujen henkilöstövalintoina.

Muita vapaa-ajanpalveluja miesten terveyden edistämiseksi käsiteltiin yhteensä 5 kertaa. Aiheina vapaa-ajan palveluissa olivat kansalaisopiston toiminta, kaupungin viljelypalstojen vuokra, virkistysalueyhdistyksen taloudellinen tukeminen, erään moottoriurheilukeskuksen kioskitoiminta sekä järjestöavustusten myöntäminen ja asukastuvat. Tutkimuksessa tuli esille kirjastopalveluista kirjaston lakkautus, kirjastojen aukioloajat sekä omatoimikirjaston perustaminen.

Kouvolan palveluorganisaatioiden ja luottamushenkilöorganisaation suhtautuminen miesten terveyden edistämiseen

Kouvolan kaupungin miesten terveyden edistämisen palveluja tutkiessa kaikissa palveluja koskevissa päätöksissä ja toiminnan toteuttamisessa ja suunnitellussa oli löydettävissä terveyteen keskeisesti vaikuttavia taustatekijöitä.

Tutkimuksessa esille tulivat eniten rakenteelliset determinantit. Niistä erityisesti palveluiden tasainen saatavuus ja toimivuus olivat löydettävissä lähes jokaisessa päätöisasiakirjassa ja teemahaastatteluissa, joissa käsiteltiin miesten terveyden edistämisen palveluja. Lisäksi aineistosta löydettiin kulttuurillisia terveyteen vaikuttavia taustatekijöitä. Kulttuuriset taustatekijät näkyivät siinä, miten asennoituttiin terveyteen. Sosiaalisista terveyteen vaikuttavista taustatekijöistä useimmiten esille tuli yhteisöllisyyden ja osallisuuden tukeminen. Yksilöllisiä terveyteen vaikuttavia taustatekijöitä löydettiin vähän. Miesten terveyden edistämisen palveluissa ei palvelujen tarjonnassa ollut otettu huomioon esimerkiksi tämän tutkimuksen kannalta tärkeää sukupuolta, ikää sekä yksilön tietoja ja taitoja. Yksilöllisistä taustatekijöistä elintavat otettiin huomioon tarjottaessa palveluita, jotka liittyivät johonkin terveyttä heikentävään elintapaan, kuten ylipaino ja vähäinen liikunta.

Kaikki haastateltavat näkivät terveyden laajasti fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena hyvinvoinnin tilana. Yksilön oma kokemus, omia odotuksia vastaava toimintakyky ja arjessa selviytyminen, määrittivät myös käsityksiä terveydestä. Terveyden edistäminen taas nähtiin kaikille kuntalaisille kohdennettuna toimintana, joka sisältää ennaltaehkäisevää toimintaa, terveyttä

vaarantavien tekijöiden huomioon ottamista kaikessa päätöksenteossa sekä palveluorganisaatioiden toiminnassa. Tärkeänä kuitenkin pidettiin sitä, että kuntalaista tuetaan löytämään omat voimavaransa terveyden ylläpitämiseksi.

Mielipiteet vaikuttamismahdollisuuksista omaa terveyttä edistäviin palveluihin nähtiin haastateltujen kesken ristiriitaisesti. Kaksi viidestä haastateltavasta oli sitä mieltä, ettei miehillä juurikaan ole vaikuttamismahdollisuuksia terveyden edistämisen palveluihin. Kolme vastaajaa taas näki vaikuttamismahdollisuudet hyvinä.

Lainsäädännön velvoitteiden ja terveyst- ja yhteiskuntapolitiikan tavoitteiden toteutuminen Kouvolan miesten terveyden edistämisen palveluissa

Kaikissa tähän tutkimukseen rajatuissa laissa, jotka määrittävät miesten terveyden edistämistä kunnassa johtavana ajatuksena on, että kunnan tehtävä on edistää kuntalaisten terveyttä ja hyvinvointia, huolehtia terveystilanteiden huomioon ottamisesta kaikessa kunnan toiminnassa sekä tuottaa terveyden edistämisen palveluita niin, että ne ovat yhdenvertaisesti saatavissa ja laadukkaita.

Tutkimustulosten perusteella Kouvolassa kaupunkistrategian päämäärät (tasapainoinen talous, elinvoimainen kaupunki, asiakaslähtöinen toiminta ja laadukas ympäristö) on otettu huomioon terveyden edistämisen palveluissa. Kouvolassa on laadittu hyvinvointikertomus kuluvalle valtuustokaudelle ja sen mukaisia painopistealueita pyritään toteuttamaan Kouvolassa.

Haasteluista sekä päätöksenteon pöytäkirjoista tulee esille se, että Kouvolassa pyritään toteuttamaan lainvelvoitteiden mukaista terveyden edistämistä kaikessa toiminnassaan ja päätöksenteossa, mutta viime kädessä taloudelliset resurssit ohjaavat päätöksentekoa ja palvelutarjontaa.

KOUVOLALAISMIESTEN TERVEYDEN EDISTÄMISEN IDEA-PANKKI

Miesten vaikuttamismahdollisuuksien lisääminen terveyden edistämisen palvelujen sisältöön

Vaikuttamismahdollisuuksia voidaan lisätä ottamalla miehiä mukaan terveyden edistämisen palveluiden suunnitteluun ja toteutukseen luovalla tavalla. Tämä innostaisi niitäkin miehiä, jotka eivät muuten osallistu jo tarjolla oleviin terveyden edistämisen palveluihin.

Tulisi tehdä kyselytutkimus, siitä mitä terveyden edistämisen palveluja miehet tarvitsevat ja, millaisia palveluita he ovat valmiita käyttämään. Tutkimus tulisi toteuttaa siellä, missä miehiä kohdataan kuten neuvola, erilaiset vastaanotot, kirjastot, uimahallit, urheiluhallit, kaupat jne.

Terveyden edistämisen palveluiden tarjonta sinne, missä riskikäyttäytyvät kohdataan

Tutkimusten mukaan sosioekonominen asema, työelämän ulkopuolella oleminen sairauden tai työttömyyden vuoksi tai päihteiden liikkakäyttö ovat niitä seikkoja, jotka vähentävät terveyden edistämisen palvelujen käyttöä. Niinpä terveyden edistämisen palveluja olisikin tuotava sinne, mistä miehet tavoitetaan.

Luodaan toimintamalli, jossa terveyden edistämisen palveluihin ohjataan tiettyjen asiakkuuksien kautta (esim. toimeentulotuki asiakkaat, TE-palveluiden asiakkaat), kun terveyden edistämisen tarve havaitaan.

Yhteistyön terävöittäminen poikkihallinnollisesti luottamushenkilöorganisaation ja kolmannen sektorin kanssa

Yhteistyön tärkeys terveyden edistämisen työssä on merkittävää. Tutkimuksen aikana kävi ilmi, että Kouvolan hyvinvointiryhmällä on tärkeä rooli poikkihallinnollisen terveyden edistämistyön kehittämisessä ja toteuttamisessa Kouvolassa. Hyvinvointiryhmästä puuttuu kuitenkin luottamusmiesorganisaation edustus. Luottamushenkilöt ovat päätöksentekijöitä, jotka vaikuttavat merkittävästi kuntalaisten terveyteen jo ennen kuin terveysriskejä on edes syntynyt resurssien hallinnan näkökulmasta.

Hyvinvointiryhmään jäsen myös luottamushenkilöorganisaatioista

Mietitään toimenpiteitä, joilla luottamushenkilöorganisaatio sitoutetaan päätöksenteossa tarkastelemaan asioita terveyden edistämisen toteuttamistapoja.

Keskustellaan ja tiedostetaan, että kumppanuus erilaisten terveydenedistämisyhteistyöryhmien kanssa on yksi avain laadukkaiden palvelujen toteuttamiseen.

Lisätään yhteistyökumppanien kesken avointa ja luovaa tiedottamista omasta toiminnasta ja palveluista.

Hyödynnetään entistä tehokkaammin, rohkeasti ja ennakkoluulottomasti kaikkien yhteistyökumppanien asiantuntijuutta.

LÄHTEET

- Alueellinen terveys- ja hyvinvointitutkimus. 2013. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Saatavissa: <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijaty/vaestotutkimukset/ath-terveytta-ja-hyvinvointia-kuntalaisille>
- Tamminiemi, K. 2007. Rajoilla ja ytimessä. Terveyden edistämisen näyttäytyminen väitöskirjatutkimuksissa. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja. Helsinki
- Kouvolan hyvinvointikertomus 2014. Saatavissa: http://www.kouvola.fi/material/attachments/talousjastrategia/strategia/iad7u1iBJ/Hyvinvointikertomus_20140324_kv.pdf
- Kouvolan kaupunkistrategia 2014–2020. Luonnollinen kasvukeskus. Saatavissa: http://www.kouvola.fi/material/attachments/newfolder_196/newfolder_7/YZB5keLq1/kaupunkistrategia2013web.pdf
- Kunnan terveydenedistämisasiivisyys TEA viisari. 2013.
- Oikarinen, A. 2008. Kainuulaisten miesten terveyskäyttäytyminen – kulttuurinen näkökulma. Oulu. Oulu University Press. Saatavissa: <http://herkules oulu.fi/isbn9789514288401/isbn9789514288401.pdf>
- Pietilä, I. 2008. Between rocks and hard places: Ideological dilemmas in

men's talk about health and gender. *Terveystieteen laitos. Väitöskirja.* Tampere. Tampereen yliopisto. Saatavissa: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/67877/978-951-44-7399-9.pdf?sequence=1>

Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. 2006: 19. *Terveyden edistämisen laatusuositus.* Tampere Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavissa: http://stm.fi/documents/1271139/1359643/terveydenlaatusuositus_1.pdf/adbcba5-7cad-4e36-86bc-77fac9769466

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2012. *Terveyden edistäminen on kunnan tehtävä. Tiedä ja Toimi.* Helsinki. Saatavissa: <http://thl32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/114572/TerveystenEdist%C3%A4minenKunnassa.pdf?sequence=1>

Tukia, H., Lehtinen, N., Saaristo, V. & Vuori M. 2011. *Väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kunnassa – Peruseräraportti kuntajohdon tiedonkeruusta. Raportti 55/2011.* Tampere: Juvenes Print - Tampereen yliopistopaino Oy

Varhainen puuttuminen menetelmänä yleislääketieteen päivystyksessä

Marja-Leena Kauronen; Opinnäytetyö Virpi Järvisalo, Terveyden edistäminen (yamk): www.theseus.fi

Terveyden edistämiseen liittyvä lainsäädäntö ja suositukset edellyttävät, että kansalaiset saavat ohjausta oman terveytensä hoitamiseen ja ylläpitämiseen. Miehillä, jotka eivät kuulu työterveyshuollon piiriin, kuitenkin puuttuvat kontaktit terveydenhuollon ammattihenkilöihin, jotka voisivat ohjata ja kannustaa elintapojen muuttamiseen. Kymenlaaksoiset miehet käyttävät yleislääketieteen päivystyspalveluja muuta maata enemmän (Tilasto YLE 2014). Koska lähes kolmasosaan päivystyskäyntejä liittyy alkoholi (Koi-vunen ym. 2014), terveyden edistäminen päivystyksessä on syytä keskittyä päihteisiin. Terve-Helsinki hankkeessa (Hellsten ym. 2012) on kehitetty syrjäytymisvaarassa olevien potilaiden tunnistamista ja päihtyneiden potilaiden hoitoonohjausta tavoitteena vähentää työikäisten kuolleisuutta alkoholisairauksiin, väkivaltaan, tapaturmiin ja itsemurhiin. Varhaisen puuttumisen menetelmän käyttö päivystyksessä on kuitenkin haasteellista potilaan tajunnantilan (Koponen & Sillanpää 2005), vammojen, äkillisen sairauden, niiden hoidon (Hellsten, ym. 2012) ja käynnin lyhytaikaisuuden (Brailsford ym. 2004) vuoksi. Tilanteen äkillisyys vaikuttaa myös potilaan tiedon omaksumiseen (Koponen & Sillanpää 2005).

Varhaisella puuttumisella pyritään tunnistamaan potilaan runsas alkoholin kulutus ja antamaan lyhyt neuvonta vaiheessa, jossa haittoja ei vielä merkittävästi esiinny. Tarkoituksena on estää riippuvuuden ja alkoholista johtuvien terveydellisten ja sosiaalisten ongelmien kehittyminen. Neuvonnassa voidaan käyttää kyselylomaketta tai suoraa haastattelua. Usein yhden kerran tapahtunut neuvonta riittää toimintatapojen muuttamiseen. Menetelmä on todettu kustannustehokkaaksi ja kansanterveydellisesti merkittäväksi (Seppä 2008).

Koska hoitajat haastattelevat suuren osan potilaista hoidon tarpeen selvittämiseksi (Syväoja & Äijälä 2009), heillä on hyvät mahdollisuudet varhaiseen puuttumiseen. Tutkimusten mukaan hoitajilta kuitenkin puuttuvat terveyden edistämisen toimintamallit, koulutus niihin on ollut riittämätöntä ja hoitajat arvioivat vaikutusmahdollisuutensa potilaiden elintapojen muuttamiseen vähäisiksi muun muassa ajan puutteen vuoksi (Hirsikallio & Kolehmainen 2011).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää terveyden edistämistä miesten näkökulmasta. Aineisto kerättiin marras-joulukuussa 2015 Kymenlaakson keskussairaalan yleislääketieteen päivystyksessä, sairaanhoitajan vastaanotolla 18-64-vuotiailta miespotilailta. Aineisto muodostui 28 täytetystä kyselylomakkeesta. Peruskoulun käyneitä vastaajissa oli 14,3 % (4) ja lukion käyneitä 7,1 % (2). Vastaajista 57,1 % (16) kertoi suorittaneensa ammattikoulun tai ammattitutkinnon, yksi vastaajista kertoi käyneensä teknillisen oppilaitoksen ja yksi teknillisen opiston. Korkeakoulutai yliopistotutkinto oli 10,7 %:lla (3) vastaajista. Yksi jätti vastaamatta

koulutustasoa koskevaan kysymykseen. Vakituudessa työsuhhteessa kertoi olevansa 46,4 % (13), määräaikaisessa 10,7 % (3), yrittäjänä kolme (10,7 %) ja työttömänä kolme (10,7 %) vastaajaa. Opiskelijoita vastaajista oli yksi ja eläkeläisiä kaksi (7,1 %). Yksi vastaaja jätti vastaamatta työllisyystilannetta kuvaavaan kysymykseen.

Päivystykseen oli vastaajista hakeutunut 39,3 % (11) äkillisen sairastumisen, 32,1 % (9) tapaturman ja perussairauden pahenemisen vuoksi 14,3 % (4). Toinen terveydenhuollon yksikkö oli ohjannut kaksi (7,1 %) vastaajaa hakeutumaan päivystykseen. Vastaajista 50 % (14) ilmoitti pääasiassa käyttävänsä oman kunnan terveysaseman palveluja, 32,1 % (9) työterveydenhuollon palveluja, 14,3 % (4) yksityisiä terveydenhuollon palveluja ja yksi opiskelijaterveydenhuollon palveluja.

Miehiltä kysyttiin, mitä he käsittivät terveyden edistämisen sisältöalueilla. Valmiit vastausvaihtoehdot olivat tupakoinnin lopettaminen tai vähentäminen, päihteiden käytön neuvonta, painonhallinta, ravitsemusneuvonta, stressin hallinta, lepo ja uni, seksuaaliterveys.

Vastaajista 21,4 % (6) oli sitä mieltä, että terveyden edistäminen käsitti kaikki 10 esillä ollutta kohtaa. Suurin osa vastaajista, 57,1 % (16) luokitteli tupakoinnin lopettamisen ja vähentämiseen liittyvän neuvonnan kuuluvan terveyden edistämiseen. Painonhallintaa koskevan neuvonnan katsoi 53,6 % (15), päihteiden käyttöä koskevan neuvonnan 53,6 % (15), ravitsemusneuvonnan 53,6 % (15) ja stressin hallintaa koskevan neuvonnan 53,6 % (15) kuuluvan terveyden edistämiseen. Vastaajista 39,3 % (11) koki riittävän levon ja unen saantiin sekä seksuaaliterveyteen liittyvän neuvonnan terveyden edistämiseksi. Yksi vastaajista oli lisännyt avoimeen kohtaan ”Ihmisen hyvinvointi kaikin puolin”.

Vastaajista alle 30-vuotiaat miehet sekä yli 51-vuotiaat miehet kokivat terveyttä edistävän ohjauksen tarpeellisena, kannustavana sekä ajatuksia herättävänä. Ohjauksen turhana kokeneet olivat kaikki yli 40-vuotiaita. Peruskoulun tai ammattikoulun käyneet vastaajat kokivat useammin terveyttä koskevan tiedon tarpeellisena, ajatuksia herättävänä ja kannustavana kuin korkeasti koulutetut.

Miehiltä kysyttiin kehen he luottivat tiedon antajina terveyden edistämässä. Suurin osa vastaajista kertoi luottavansa perheeseensä sekä terveydenhuollon ammattihenkilön antamaan ohjaukseen. Toisaalta, 8 (28,6 %) vastaajaa ei luottanut terveydenhuollon ammattihenkilön antamaan ohjaukseen. Perheeseen luottivat yhtä usein naimattomat ja avio- tai avoliitossa olevat. Luottamus läheisimpiin ystäviin ja lähiyhteisöihin, kuten työtovereihin oli terveyden edistämässä vähäistä. Ympäristön luomiin uskomuksiin kertoi uskovansa vain yksi vastaaja. Omaan tietoon ja toimintatapoihin terveyden edistämässä luotti yhteensä 17 vastaajaa joista 61,1 % oli ammattikoulutason koulutuksen saaneita miehiä. Kaikki korkeakoulu- tai yliopistotason suorittaneet vastaajat (3) kokivat luottavansa itseensä terveyden edistämässä.

Vastaajilta kysyttiin halukkuutta terveyttä edistävään ohjaukseen päivystyskäynnillä. Suurin osa vastaajista, 57,1 % (16) oli myönteinen ohjaukseen. Yli 50-vuotiaat olivat kuitenkin myönteisempiä ohjaukselle kuin alle 30-vuotiaat; 51-64-vuotiaista vastaajista yli puolet, 66,7 % (4) oli ohjauk-

myönteisiä kun alle 30-vuotiaista vain 54,5 % (6). Matalasti koulutetut miehet kaipasivat neuvontaa enemmän kuin korkeasti koulutetut, vain peruskoulun suorittaneista vastaajista 75 % (3) kaipasi neuvontaa. Kysyttäessä miehiltä sopiiko terveyttä edistävä ohjaus päivystyskäynnille, 64,3 % (18) vastasi myöntävästi ja 35,7 % (10) kieltävästi.

Kysyttäessä miten vastaajat halusivat terveyttä edistävää tietoa, vastaajista yli puolet, 53,6 % (15) ilmoitti haluavansa etsiä tietoa tarvittaessa itse. Kuitenkin 35,7 % (10) haluaisi saada ohjausta asioidessaan terveydenhuollon palveluissa. Vastaajista 25 % (7) kertoi keskustelewansa terveyttä edistäväistä valinnoista perheensä kanssa. Nämä vastaajat olivat useimmiten vakituises-sa työsuhteessa, 31 - 40-vuotiaita ja heistä 85,7 % oli avioliitossa. Erityisesti matalasti koulutetut alle 40-vuotiaat miehet halusivat hakea terveyttä edis-tävää ohjausta tarvittaessa itse.

Tarve terveyden edistämisen ohjauskoulutukseen on todettu myös aiem-min (Hirsikallio & Kolehmainen 2011, Rizio ym. 2016). Erityisesti mies-ten terveyden edistämiseen liittyvää täydennyskoulutusta on toteutettu (Rizio ym. 2016).

Johtopäätökset ja suositukset

- Miehet luottavat terveydenhuollon ammattihenkilöiden asiantuntemukseen sekä omaan perheeseensä terveyden edistämässä. Miesten luottamus ystäviin tai lähiyhteisiin terveyttä edistävän tiedonantajina on vähäistä.
- Miehet näkevät terveyden edistämisen kattavan useita terveyteen vaikuttavia sisältöalueita.
- Pääosin miehet suhtautuvat myönteisesti terveyttä edistävään ohjaukseen.
- Päivystyksessä sairaanhoitajan toimintaan voidaan sisällyttää lyhyitä interventioita, kuten varhaista puuttumista. Hoitajien koulutusta menetelmään tulee lisätä.
- Koska suuri osa miehistä hakee terveyteen liittyvää tietoa itse, internet-pohjaista tiedonhankintaa tulisi kehittää.

LÄHTEET:

Brailsford, B.C., Lattimer, V.A., Tarnaras, P. & Turnbull, J.C. 2004. Emergency and on-demand health care: modelling a large complex system. *Journal of the operational research society* 55: 34-42. Saatavissa: http://eprints.soton.ac.uk/9600/1/Latter%2C_V_%26_Turnbull%2C_J._et_al_-_emergency_report_-_Jrnal_-_2004.pdf [viitattu 14.03.2016].

- Hellsten, M., Louhio, K., Kylmänen, P. & Simola, R. 2012. Päivystyksestä hoitoon –projekti, Terve Helsinki-hankkeen osaprojekti, loppuraportti. Saatavissa: http://www.hel.fi/wps/wcm/connect/152959804a9510ab92c9b2369e5d9de4/P%C3%A4ivystyksest%C3%A4hoitoon+korjattu_paino%2Bnetti.pdf?MOD=AJPERES&CACHEID=152959804a9510ab92c9b2369e5d9de4 [viitattu 17.3.2015].
- Hirsikallio, S. & Kolehmainen, M. 2011. Sairaanhoidajien ja röntgenhoitajien valmiudet terveyden edistämiseen erikoissairaanhoidossa. saatavissa: <http://www.theseus.fi> [viitattu 28.4.2015].
- Koivunen, M. Harju, S. Hakala, T. Hänti, J. & Välimäki, M. 2014. Hoitotiede 2014. 26(4):275-286. Päihtyneenä päivystyksessä – Saako potilas hyvää hoitoa ja kohtelua? Sastamala. Vammalan kirjapaino Oy.
- Koponen, L. & Sillanpää, K. 2005. Päivystyspoliklinikka potilaan, omaisen ja hoitotyöntekijän näkökulmasta. Teoksessa Potilaan hoito päivystyksessä, toim. Koponen, L. & Sillanpää, K., 23–30.
- Rizio, A. T. Thomas, J. W. O'Brien, P.A. Collins, V. & Holden, A. C. 2016. Nurse Education in Practice, Volume 17, March 2016, Pages 128-133. Engaging primary healthcare nurses in men's health education: A pilot study.
- Seppä K-L. (toim). 2008. Teoriasta toimivaksi käytännöksi. Mini-intervention jalkauttaminen terveyskeskuksiin ja työterveyshuoltoon. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2008:10. Saatavissa: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/113037/Selv200810.pdf?sequence=1> [viitattu 10.4.2016].
- Syvöja, P. & Äijälä, O. 2009. Hoidon tarpeen arviointi. Sastamala: kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tilasto YLE-päivystysten potilasmäärät. 2014.

Miehen rooli perheen terveyden edistäjänä

Marja-Leena Kauronen; Opinnäytetyö Satu Immilä-Aslan, Terveyden edistäminen (yamk) www.theseus.fi

Suomessa perheiden terveyden edistämistä on tutkittu lähinnä työntekijälähtöisesti, terveydenhoitajan työ painottuneena. Perheiden terveystiedon abstrakti eikä perheillä ole siitä välttämättä tarkkaa ja jäsentynyttä kuvaa. Terveys koettiin lähinnä sairauden ehkäisyksi ja parhaiten perheen hyvinvoinnista on ollut perillä äiti. Perheiden omia kokemuksia, omia käsityksiä terveydestä on tutkittu vähän. Perheenjäsenet toimivat erilaisissa rooleissa ja erilaisin terveystiedoin. (Häggman -Laitila & Pietilä 2007.)

Terveys nähdään sekä fyysisenä, sosiaalisena että henkisenä voimavarana, jatkuvasti muuttavana prosessina, johon perheessä molemmat vanhemmat voivat vaikuttaa (WHO 1986, Pietilä ym. 2002). Ennen kaikkea terveyden kokemiseen vaikuttavat ihmisen omat kokemukset ja hänen arvonsa ja asenteensa. Terveyden kokemisen tärkeä osa-alue on riippumattomuuden kokemus, mahdollisuus itse päättää omista teoista. (Huttunen 2012.)

Terveyden edistäminen on osa kansanterveystyötä ja perustuu Kansanterveyslakiin (KTL 1972). Terveyden edistämiseen vaikuttavat myös muut lait, kuten tartuntatauti- ja tupakkalaki sekä alkoholilainsäädäntö. Perheen terveyteen, toimintakykyyn, voimavaroihin ja kansantautien esiintymiseen vaikuttavat paljon vanhempien tekemät elintapoihin liittyvät valinnat, kuten ravitsemus- ja liikuntatottumukset. Elinympäristön puhtaus, viihtyisyys ja turvallisuus vaikuttavat myös terveyteen ja hyvinvointiin, samoin kuin elinympäristön ja yhteisön mahdollistamat sosiaaliset suhteet ja turvallisuus.

Suomessa on terveystieteiden tavoitteeksi asetettu väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen (STM 2015). Sillä voidaan lisätä väestön toimintakykyä ja vähentää sairastavuutta. Koska terveys muodostuu yksilön arjen yhteisöissä, terveyden edistämiseen osallistuu useita eri toimijoita. Keskeisin niistä on kuitenkin perhe ja sen huolenpitovelvoite. Huolenpitoon liittyvien, erilaisten prosessien kautta lapsille voi muodostua turvallinen kasvu- ja kehitysympäristö ja terveelliset elintavat (Jokinen 2014). Tämä muodostaa perustan yksilön terveydelle. Terveyden osa-alueita ovat liikunta, ravinto, lepo ja uni, ystävyys-suhteet, harrastukset ja työ.

Vaikka äiti olisikin lapsen pääasiallinen hoitaja, tulee isän huolehtia omasta roolistaan jo heti lapsen symbioosi-ajan, jotta vauva voisi muodostaa kiintymyssuhteen myös isään. Lapsi osaa erottaa isän ja äidin toisistaan sekä kohdistaa näihin erilaisia odotuksia. Vanhempien vaikutus lapsen sosiaalisten taitojen kehitykselle on merkittävä. Aluksi keskitytään vuorovaikutukseen, perusturvaan ja kiintymyssuhteisiin. Perusturvallisuuden luomisen jälkeen vanhemmat ottavat ison roolin sosiaalisten taitojen opettamisessa. Vanhemmat voivat opettaa lapsiaan useilla eri keinoilla, kuten mallioppimisen kautta tai keskustelemalla. (Keltikangas-Järvinen 2010.)

Tässä artikkelissa perhe määritellään systeemiteorian kautta, koska se mahdollistaa keskittymisen samanaikaisesti sekä yksilöön että perheeseen eli systeemiin, jossa jokainen systeemin osa, perheenjäsen, vaikuttaa kyseiseen

yksikköön. Perheenjäsenten vuorovaikutus on vastavuoroista kaikkien systeemiin kuuluvien välillä ja myös monisuuntaista. Systeemiteoriassa painotetaan suhteiden keskinäistä riippuvuutta, sitä miten kaikki systeemin osat vaikuttavat toisiinsa ja ovat avoimia uusille osatekijöille. Teoriaa sovelletaan muun muassa perheterapiassa. (Drack, Apfalter & Povureau 2007.)

Systeemiteoreettista, terveen perheen mallia voidaan kuvata kahdeksan eri käsiteparin avulla. Toinen pareista on positiivinen ja toinen negatiivinen. Käsiteparit ovat: yksilöityminen – kietoutuminen, yhteenkuuluvuus-eristäytyminen, joustavuus – jäykkyyks, selkeä – epäselvä havainnointi, selkeä – epäselvä kommunikointi, roolivastavuoroisuus – epäselvät roolit ja selkeät – epäselvät sukupolvien väliset rajat. (Barnhill 1979.) Tässä työssä tarkastellaan eri tekijöiden vaikutusta isän roolin kehittymisessä. Työssä keskitytään miehen ja naisen parisuhteessa tapahtuviin muutoksiin eli ydinperheen isän, yksinhuoltajaisän ja etäisän roolin kehittymistä perheen terveyden rakentumisen näkökulmasta.

Vanhempien tehtävien ja vastuiden kuvaamiseksi työssä käytetään vanhemmuuden roolikarttaa (Helminen 2001). Sen mukaan vanhempien tehtävät voidaan jakaa viiteen eri päärooliin, joissa on myös alaroleja. Pääroolit ovat ihmissuhdeosaaja, rajojen asettaja, huoltaja, rakkauden antaja ja elämän opettaja (Helminen 2001). Roolien avulla vanhemmat pystyvät paremmin hahmottamaan lapsen tarpeet eri ikäkausina ja miten itse olisi toimittava pystyäkseen vastaamaan niihin.

Isän sitoutuminen vanhemman rooliin hyödyttää lapsen lisäksi myös parisuhdetta. Sitoutumiseen sisältyy aktiivinen mukanaolo ja vastuun kantaminen tehtävästä. Toisen vanhemman tulee antaa isälle tilaa toimia vanhempana ja mahdollisuus muodostaa kiinteä suhde lapsen kanssa (Mykkänen & Eerola 2014). Isän sitoutuminen perheeseen on merkittävä terveystekijä myös miehelle itselle. Isän rooliin sitoutumiseen liitetään elämään tyytyväisyys, tunne-elämän vahvistuminen, psyykinen kypsyyks ja elämän merkityksen kirkastuminen. Sitoutunut isä edistää erityisesti lapsen sosiaalista, emotionaalista ja kognitiivista kehitystä. Toimiva vuorovaikutussuhde vähentää lapsen tunne- ja käytöshäiriöitä. Äidin isyyteen liittyvät asenteet ja uskomukset vaikuttavat suoraan isän uskoon omasta kyvykkyydestään lapsen hoitajana. Äidin positiivinen asenne isän vanhemmuuteen tukee miehen isyyttä ja madaltaa kynnystä osallistua lapsen hoitoon ja päinvastoin portinvartijan rooli vaikuttaa isyyden kehittymiseen negatiivisesti. (Mykkänen & Eerola 2014).

Kirjallisuuskatsaus

Työssä käytettiin tutkimusmenetelmänä kirjallisuuskatsausta ja se toteutettiin helmikuussa 2016. Alkuperäistutkimusten valintakriteereinä olivat:

- Otsikosta tai tiivistelmästä tulee käydä ilmi tutkimuksen käsittelevän isyyden vaikutusta perheen terveyteen.
- Tutkimusten ilmestymisaika rajattiin vuosiin 2009-2016.
- Tutkimus on suomen tai englanninkielinen väitöskirja, lisensiaattityö tai tieteellinen, kokonaisuudessaan saatavilla oleva alkuperäistutkimus.
- Kohderyhmänä ovat isät, joilla on alaikäisiä lapsia Suomessa tai muussa EU-maassa.
- Tutkimus käsittelee opinnäytetyön kannalta olennaista aihetta.

Suomenkielisinä hakusanoina käytettiin isä, perhe, terveyskäyttäytyminen, laps*, terveellinen ravinto, liikunta, vanhemmuus. Hakulähteenä oli Finna. Hakutuloksia saatiin 66, joista 8 täytti sisäänottokriteerit ja ne valittiin tarkasteltavaksi.

Englanninkielisinä hakulähteinä olivat Ebsco, Cinahl, Academic Search Elite ja haku suoritettiin termeillä father*, family support or health behavior, children, healthy, nutrition, physical activity. Hakutuloksia saatiin 435, joista tarkasteltavaksi valittiin 5. Lisäksi väitöskirjoja haettiin manuaalisesti Jyväskylän, Kuopion, Turun, Tampereen ja Oulun yliopistojen julkaisuarkistoista vuodesta 2009 vuoteen 2016 pääpainon ollessa hoitotieteiden väitöskirjoissa. Myös sosiologian, psykologian, terveyskasvatuksen, kasvatustieteen ja sukupuolentutkimuksen väitöskirjojen julkaisulistoja käytiin läpi. Tarkoituksena oli löytää mahdollisesti aikaisemmissa hauissa löytymättä jääneet, aiheeseen sopivat väitöskirjat. Tässä haussa hakutuloksia saatiin 28 kappaletta, joista 5 valittiin lopulta tarkasteltavaksi niiden täytettyä sisäänottokriteerit. Artikkeleita haettiin myös käsin julkaisuista: Scandinavian Journal of Caring Science, Tutkiva Hoitotyö, Hoitotiede, Sosiologia ja Psykologia. Otsikon perusteella mukaan valittiin 21 artikkelia, joista sisäänottokriteerit täytti 5 ja ne valittiin tarkasteltaviksi.

Tulokset

Kirjallisuuskatsauksen perusteella miehen rooleina olivat elättäjä, kasvattaja, äidin vanhemmuuden ja jaksamisen tukija, huolenpitäjä, hoivaaja sekä perheen tukija. Rooli perheen fyysisen aktiivisuuden lisääjänä painottui yhteiseen fyysiseen tekemiseen, esimerkkinä olemiseen, kuljetustehtävään ja liikuntaan kannustamiseen. Perinteisestä elättäjän roolista poiketen nuoret isät saattoivat jäädä kotiin ja tukea perheen äidin työuraa. Elättäjän rooli osassa tutkimuksia nähtiin molemmille vanhemmille kuuluvaksi. Vastasyntyneiden perheissä isät laittoivat äiti-lapsisuhteen etusijalle tukemisessa. Isän nähtiin myös kasvatuksessa vastaavan lasten integroitumisesta yhteiskuntaan ja tukevan lasten oma-aloitteisuutta. Perheen vastuiden jakamista edisti isän luottamus omiin kykyihinsä isän roolissa ja vastuun kantajana.

Johtopäätökset

- Isän roolia perheen terveyden edistäjänä on tutkittu vähän.
- Isän huolenpitäjän roolin tuomaa merkitystä hyvinvoinnin perustana on tutkittu vähän. Tutkimukset kohdistuvat usein vastasyntyneen ajanjaksoon, pienten lasten perheeseen tai isän roolia tarkastellaan tutkimuksessa äidin voimavarojen kautta.
- Isä nähdään äiti-lapsi-suhteen tukijana, kasvattajana sekä perheen elättäjänä, huoltajana ja tukijana
- isällä on tärkeä rooli terveyden edistämässä liikunnallisen esimerkin antajana ja lasten kannustamisessa liikuntaan
- isä tukee lapsia yhteiskuntaan integroitumisessa ja lasten oma-aloitteisuutta

Suosituksset:

- Perusterveydenhuollon lapsiperheiden palvelujen kehittämisessä tulisi käyttää enemmän isiin kohdistuvia ja yhteisöllisiä menetelmiä.
- Kunnissa isien panosta perheen terveyden edistämässä tulisi hyödyntää enemmän vapaa-aikatoiminnassa.

LÄHTEET

- Barnhill, L. 1979. Healthy Family Systems. The Family Coordinator , Vol. 28, No. 1 Jan., 1979, 94–100.
- Drack, M., Apfalter, W. & Pouvreau, D. 2007. On the making of a system theory of life: Paul A Weiss and Ludwig von Bertalanffy's conceptual connection. Rev Biol . 2007 December ; 82(4): 349–373.
- Helminen, M-L. 2001. Vanhemmuuden roolikartan käyttö. Teoksessa Vanhemmuuden roolikartta. Syvennä ja sovelta, toim.Rautiainen, M.58–63.
- Huttunen, J. 2012. Mitä terveys on? Lääkärikirja Duodecim. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00903. [Viitattu 03.05.2015].
- Häggman-Laitila, A. & Pietilä, A-M. 2007. Lapsiperheiden terveyttä edistävä tuki ja sen lähtökohdat: Katsaus kehittämiskohteisiin ja jatkotutkimusaiheisiin. Sosiaalilääketieteen aikakauslehti 2007 no 44:44–62.
- Jokinen, K. 2014. Perheikäytäntöjen sosiologia. Teoksessa Perhetutkimuksen suuntauksia. Toim. Jallinoja, R., Hurme, H. & Jokinen, K. 167–170.
- Kansanterveyslaki 1972. www.finlex.fi

- Keltikangas-Järvinen, L. 2010. Sosiaalisuus ja sosiaaliset taidot. Juva: WS Bookwell.
- Mykkänen, J. & Eerola, P. 2014. Sitoutuminen ja vastuu isyyden alussa. Teoksessa Isän kokemus, toim. Mykkänen, J. & Eerola, P. Helsinki: Gaudeamus.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015. Hyvinvoinnin edistäminen. Terveyden edistäminen. Saatavissa: <http://www.stm.fi/hyvinvointi/terveydenedistaminen>.
- WHO. 1986. The Ottawa Charter for Health Promotion. Saatavissa: <http://who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>

lloa ja voimavaroja isä-lapsikerhosta - Toimintatutkimus isien vertaistukitoiminnan kehittämiseksi Kymenlaakson Ensi- ja turvakotiyhdistyksessä.

Frilander-Paavilainen Eeva-Liisa, yliopettaja, KT – Marjaana Kosma, Terveyden edistäminen YAMK (www.theseus.fi)

Taustaa

Isyyteen sitoutumisella on tutkimuksissa huomattu merkittäviä positiivisia vaikutuksia lapsen hyvinvoinnille, kehitykselle ja kasvulle. Isyyteen sitoutuminen lisää lapsen sosiaalista, emotionaalista ja kognitiivista kyvykkyyttä. Isän ja lapsen välinen hyvä vuorovaikutussuhde suojelee lasta tunne- ja käytöshäiriöiltä ja parantaa lapsen koulumenestystä ja vahvistaa lapsen stressin sietokykyä. (Mykkänen 2014, 50–51.) Isyyteen sitoutuminen vaikuttaa myös isien hyvinvointiin. Sitoutuneet isät ovat psyykkisesti kypsempiä, tyytyväisempiä elämäänsä ja kärsivät sitoutumattomampia isiä vähemmän psyykkisistä vaivoista. Sitoutuminen lapseen tukee miehen aikuisiän kehitystä. Itsekeskeisyys myös vähenee ja elämä tulee merkityksellisemmäksi. (Mykkänen 2014, 50–51.) Isänä oleminen näyttää myös suojaavan miehiä. Lapsettomilla isillä ja eronneille etäisillä oli huomattavasti kohonnut ennenaikaisen kuoleman riski, joiden taustalla on onnettomuuksia, väkivalta-kuolemia, itsemurhia, riippuvuuksia ja sydän kuolemia. (Sinkkonen 2012, 103.)

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Kymenlaakson Ensi- ja turvakotiyhdistyksen kanssa. Menetelmiä miesten tukemiseen on käytössä mutta juuri isille suunnattua vertaistukea ei ollut Kymenlaakson Ensi- ja turvakotiyhdistyksessä saatavilla. Opinnäytetyön tavoitteeksi asetettiin isien voimavarojen lisääminen, isyyteen sitoutumisen tukeminen sekä vertaistuen mahdollistaminen. Tavoitteena oli myöskin luoda yhdistykselle isä-lapsikerhon toimintamalli, jonka pohjalta toiminta voisi jatkua yhdistyksen toimintamuotona tulevaisuudessakin.

Isyyden teoreettiset lähtökohdat

Isyyden teoreettisen viitekehyksen tässä tutkimuksessa muodostavat isyyden mallitarinat (Mykkänen 2014, 33–34.), Jouko Huttusen (2001, 58–64) isyyden määrittely biologiselta, juridiselta, sosiaaliselta ja psykologiselta kannalta, Sinkkosen kuvaus (2012, 176) perinteisestä ja modernista isyydestä sekä voimakkaimmin painottuneimpana Mykkäsen ja Eerolan (2013, 19–20) sitoutuneen isyyden määrittely. Isyyteen sitoutuminen on yksinkertaisemmillaan sitä, että mies omistautuu isyydelleen. Sitoutuminen näkyy siinä, miten mies ottaa vastuun lapsen kokonaisvaltaisesta hyvinvoinnista, ja se näkyy vuorovaikutuksessa, emotionaalisessa kiintymyksessä ja läsnäolossa. Sitoutunut isyys edistää koko perheen hyvinvointia useammalla tavalla. Sitoutunut isyys tukee lapsen kehitystä ja kasvua sekä vanhempien parisuhdetta. Sitoutunut ja osallistuva isyys lisää myös miehen hyvinvointia. Isyyteen sitoutumiseen vaikuttavat monet asiat, kuten isän oma halu kuulua lapsen elämään ja kyky kantaa vastuuta lapsesta. Sitoutumiseen vaikuttaa myös miehen suhde puolisoon ja puolison antama mahdollisuus sekä tila miehelle toteuttaa isyyttään. Sitoutumista tukee myös ympäröivä kulttuuri, joka arvostaa osallistuvaa ja hoivaavaa isyyttä. (Mykkänen & Eerola 2013, 19–20.)

Toimintatutkimuksen prosessi

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valikoitui toimintatutkimus, koska opinnäytetyön tarkoitus oli käynnistää yhdistykselle uusi toimintamuoto (Heikkinen 2006, 17); (Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 26). Keväällä 2015 tehtiin viisi haastattelua yhdistyksen isäasiakkaille heidän tarpeistaan ja toiveistaan isätoiminnan suhteen. Näiden isähaastatteluiden pohjalta suunniteltiin isille ja heidän lapsilleen suunnattu pilotti-vertaisryhmä, isä-lapsikerho. Toiminnan arvioinnin menetelmänä käytettiin osallistuvaa havainnointia sekä voimavaratankki-palautetta. Jokaisen tapaamiseen liittyi toiminnan reflektointia ja uudelleen kehittämistä toimintatutkimuksen syklin mukaisesti. Toiminnan loputtua toimintaa arvioitiin ryhmähaastattelun ja kyselyn avulla.

Isä-lapsikerhon tapaamisia oli yhteensä viisi. Näistä jokainen tapaaminen oli oma kokonaisuutensa. Kerholaisten kanssa osallistuttiin Supersankari-jumppaan, ulkoiltiin leikkipuistossa, toteutettiin retkiä meriakaario Marerariumiin ja uimahalliin sekä vietettiin pikkujoulua. Toiminnan suunnittelun lähtökohtana olivat yhdistyksen toimintaa ohjaavat arvot: Arvostava läsnäolo, kunnioitus, tasa-arvoisuus, yhdenvertaisuus, yhdessä tekeminen, ihmisten voimavarojen näkeminen sekä lapsen edun ensisijaisuus.

Keskeisimmät tulokset

Viisi tapaamiskertaa tavoittivat yhteensä 10 isää ja 15 lasta. Keskimäärin kerhotapaamisiin osallistui kuusi isää ja kahdeksan lasta. Tutkimustulokset kertovat isä-lapsikerhon pilotin onnistuneen hyvin tavoitteissaan. Yhteenvetona voidaan esittää Isä-lapsikerhon mahdollistaneen hyvin vertaisuuden ja koheesion kokemuksen. Isät jakoivat kokemuksiaan ja tunteitaan välipala/kahvihetkissä, ulkoillessa, palautekeskusteluissa ja vapaan oleilun aikana. Kerhossa oli avoin, luottamuksellinen ja lämmin ilmapiiri. Isät auttoivat, kannustivat ja rohkaisivat toisiaan. Ryhmän hoitavat elementit toteutuivat kerhossa hyvin, joten voidaan ajatella kerhon voimaannuttaneen kerholaisia

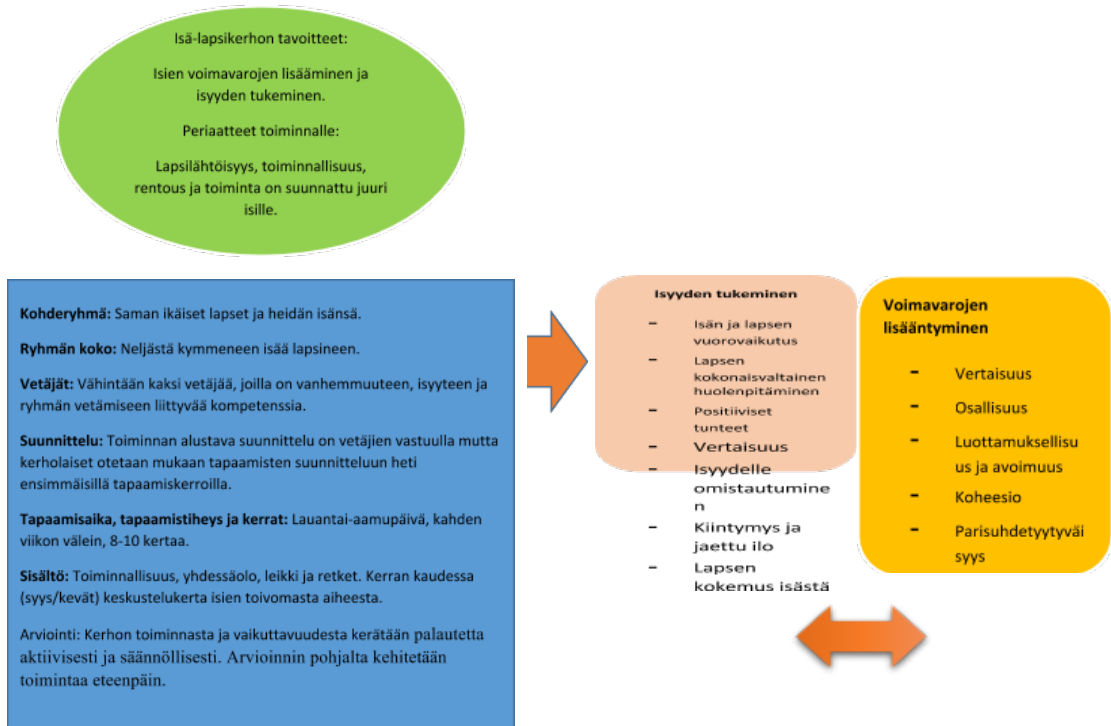
Kerho tuki isyyteen sitoutumista luomalla isälle tilaisuuden kannustavaan, rohkaisevaan, arvostavaan ja lapsen tunteet huomioivaan vuorovaikutukseen lapsensa kanssa. Kerhossa isä sai mahdollisuuden lapsen kokonaisvaltaiseen huolenpitämiseen, kiintymyksen osoittamiseen ja isyydelle omistautumiseen. Isän ja lapsen yhdessäolossa välittyi jaettu ilo. Isät kertoivat saaneensa itseluottamusta ja rohkeutta liikkua ja tehdä asioita lasten kanssa ilman toista vanhempaa. Kerhossa isät ja lapset kävivät sellaisissa paikoissa, missä eivät olleet aikaisemmin käyneet, joten kerho myös rohkaisi kokeilemaan uusia asioita.

Isät saivat iloa ja hyvää mieltä nähdessään lapsensa viihtyvän. Kerho tarjosi lapselle mahdollisuuden isän jakamattomaan huomioon sekä kerhossa käymiseen juuri isän kanssa, ilman äitiä. Kerhon koettiin tuovan tätä kautta myös miehen ja isän mallia lapsille, kun neuvoloissa ja päivähoidossa valtaosa työntekijöistä on naisia. Kerho mahdollisti hyvin vertaistuen ja osallisuuden kokemuksen. Isät kertoivat kerhon lisänneen arjen voimavaroja, tuonut rohkeutta, itseluottamusta sekä iloista mieltä. Isät olivat tyytyväisiä kerhon ohjelmaan ja halusivat osallistua jatkossakin kerhon toimintaan.

Puolisot olivat useammassa tapauksessa se taho, joka oli kannustanut isiä kerhoon. Syy kerhoon hakeutumiseen oli se, että isät halusivat tarjota puolisolalle omaa aikaa. Koko perheen hyvinvointia edisti se, että puolisolalle oli tarjoutunut tilaisuus viettää omaa aikaa isän ja lasten ollessa kerhossa. Isä-lapsikerholla oli merkittävä vaikutus parisuhdetyytyväisyyteen ja puolison kokemaan hyvinvointiin, joten kerhon voidaan nähdä osin ylittäneen odotukset.

Isät kertoivat tapaavansa vain vähän toisia samanlaisessa elämäntilanteessa olevia isiä. Isä-lapsikerho koettiin paikkana, jossa vertaistapaamisiin ja keskusteluihin oli järjestetty mahdollisuus. Isät arvioivat näiden viiden tapaamiskerran olleen kuitenkin liian lyhyt aika, jotta tiiviimpiä vertaissuhteita olisi vielä ehtinyt syntyä, tämän vuoksi sopiva kerhon kesto olisikin 8-10 kertaa.

Kuva 1. Isä-lapsikerhon toimintamalli



Isä-lapsikerhon toimintamalli

Toimintatutkimuksen tulosten perusteella laadittiin myös isä-lapsikerhon toimintamalli (kuva 1). Laadittu toimintamalli sisältää kerhon tavoitteet ja periaatteet, ohjeet kerhon käytännön toteutuksesta sekä elementit, jotka mahdollistavat isien voimavarojen lisääntymisen sekä isyyden tukemisen.

Toimintamallin vahvuuksia ja kehittämisehdotuksia

- Kolmas sektori reagoi nopeasti yhteiskunnallisiin muutoksiin.
- Toimintaa ohjaavat julkiset, toiminnassa yhdessä kehitetyt arvot ja niihin sitoudutaan.
- Palvelujen laadun ja määrän voi määritellä itse.
- Ryhmämuotoisten palvelujen kehittäminen on kustannustehokasta.
- Yhteisöllisyys, vertaisuus ja osallisuus on linjassaan terveyden edistämisen toimintalinjojen kanssa.
- Asiakaskeskeinen lähestymistapa kiinnitti isät kehittämään palveluja.
- Toimintamalli mahdollistaa miesten vertaiskeskustelua.
- Toimintamalli kannustaa miehiä mukaan vapaaehtoistoimintaan vertais-tuen kokemuksen kautta.
- Miehet osallistuvat toiminnan suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin.
- Toimintamalli mahdollistaa voimaantumisen vertaistuen ja yhdessä reflektoinnin kautta.
- Toimintamalli mahdollistaa isien terveystietouden kehittämisen ja terveystal- valinnoissa tukemisen.
- Toimintamalli mahdollistaa eri harrastusmahdollisuuksiin keskittyviä ryh- miä miehille ja isä-lapsi – ryhmille, mikä parantaa koko perheen hyvin- vointia ja parisuhdetyytyväisyyttä sekä isyyteen sitoutumista.
- Isä-lapsikerho toimintamallia voi soveltaa moniin terveyttä edistäviin pal- velurakenteisiin.

LÄHTEET:

- Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avai- mia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. WSOY.
- Heikkinen, H. 2006. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa Toi- minnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymis- tavat, toim. Heikkinen H., Rovio, E. & Syrjälä, L. 16–36. Vantaa: Kansanvalistusseura.
- Holappa-Lehtinen, T. & Varjus, K. 2013. Isätietoa. Saatavissa: http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/63888/Isätietoa_opas_Kekko- nen_Lilja_Nieminen.pdf?sequence=2 [viitattu 16.3.2016].

- Huttunen, J. 2001. Isänä olemisen uudet suunnat. Jyväskylä: PS-kustannus.
- Kekäle, J. & Eerola, P. 2014. Isyyden tarinamarkkinoilla. Teoksessa Isän kokemus, toim. Eerola, P. & Mykkänen, J. Helsinki: Gaudeamus.
- Mykkänen, J. 2014. Isäksi tulon monet polut. Teoksessa Isän kokemus, toim. Eerola, P. & Mykkänen, J. Helsinki: Gaudeamus.
- Mykkänen, J. & Eerola, P. 2013. Isyyteen sitoutuminen ja isän vastuu esikoisien kertomana. Kasvatus 1/2013. Saatavissa: https://www.jyu.fi/edu/laitokset/var/opiskelijavalinta/Kasvatus1_Mykkänen.pdf [viitattu 16.3.2016].
- Saneri, I., Tikka, T. & Peitsalo, P. 2015. Nykyaikainen isyys kuulluksi, näkyväksi ja osallistuvaksi. Saatavissa: http://www.miessakit.fi/fi/miessakit_20-vuotta/juhlavuoden_artikkelisarja/?itemid=6968&a=viwItem [viitattu 16.3.2016].
- Sinkkonen, J. 2012. Isäksi ensi kertaa. Helsinki: WSOY.
- Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus. 2013. Lapsi- ja perhepolitiikka Suomessa. 2013. Saatavissa: <http://stm.fi/julkaisu?pubid=10024/104415> [viitattu 3.4.2016].
- Sotkanet. 2011. Mielenterveysindeksi. Saatavissa: <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=szaOAgA=®ion=szb3tjZyBAA=&year=sy4rtjbW0zUEAA==&gender=t&abs=f&color=f> [viitattu 5.4.2016].
- Sotkanet 2014a. Työttömät. Saatavissa: <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=szYKtDbKsPZ3BAA=®ion=szb3tjZyBAA=&year=sy4rszbS0zUEAA==&gender=m;f;t&abs=f&color=f> [viitattu 16.3.2016].
- Sotkanet 2014b. Päihdehuollon nettokustannukset. Saatavissa: <https://www.sotkanet.fi/sotkanet/fi/taulukko/?indicator=szYKjE-0NvG2Nq6wtvCwLs63NtJLBgA=®ion=szb3tjZyBAA=&year=sy4rszbS0zUEAA==&gender=m;f;t&abs=f&color=f> [viitattu 16.3.2016].

Yhteisöllisyys – yksinäisyys Etelä-Kymenlaakson ammattiopiston miesopiskelijoiden kokemana

Frilander-Paavilainen Eeva-Liisa: Marja-Leena Multanen, Terveyden edistäminen YAMK (www.theseus.fi)

Tausta

Ammatillisen koulutuksen vaihe nuoren elämässä sijoittuu aikuisuuteen siirtymisen murrokseen. Tämä merkitsee irrottautumista lapsuudenkodista, itsenäisen asumisen aloittamista, taloudellisen riippumattomuuden saavuttamista ja koulutus- ja työurasta päättämistä sekä perheen perustamista (Pekkarinen & Vehkalahti 2012; Juvonen 2015). Edelliset haasteet eivät ole helppoja nuorelle ja vaarana on ulkopuolisuuden ja syrjäytymisen riski (Junttila 2010). Vuoden 2013 kouluterveyskyselyn ja vuosien 2012-2014 terveys- ja hyvinvointitutkimuksen mukaan osalla miesopiskelijoista (10-11 %), yleisimmin 20-29- vuotiailla, ei ollut yhtään läheistä ystävää. Maa-hanmuuttajanuoret joutuivat lisäksi usein kiusatuiksi, fyysisesti uhatuiksi ja seksuaalisen väkivallan kohteeksi. (Matikka, Luopa, Kivimäki, Jokela & Paananen 2014.) Yksinäisten miesten osuus oli suurin Kymenlaaksossa (Toikka, Vuorjoki, Koskela & Pentala 2015). Yksinäisyyttä on pidetty tärkeänä sosiaalisen huono -osaisuuden osoittimena ja nuoren syrjäytymisen syynä. Myös ammatillista koulutusta suorittavan nuoren syrjäytyminen voi edetä vaiheittain ja ulottua lopulta hänen koko elämäänsä. Ongelmat koulussa altistavat nuoren työttömyydelle, joka puolestaan kasvattaa riskiä nuoren köyhyydelle, perhe- ja päihdeongelmille, jolloin huono-osaisuus kasautuu samoille nuorille muodostaen syrjäytymiskierteen. (Lehtonen & Kallunki 2013, 130.)

Lähestymistapa ja menetelmät

Lähestymistapana oli laadullinen fenomenologinen tieto siten, että aineisto muodostui Etelä-Kymenlaakson ammattiopiston miesopiskelijoiden kirjoittamista esseistä. Aineistossa kuvattiin yksinäisyyden syytä, yksinäisyystuntemuksia, yksinäisyyden vaikutusta hyvinvointiin, läheissuhteiden merkitystä yksinäisyyden tunteeseen ja keinoja yksinäisyyden helpottamiseen Oman itsereflektion tarkoituksena oli kannustaa nuoria miehiä tarkastelemaan omia tuntemuksiaan ja ajatuksiaan sekä tätä kautta helpottaa mahdollista paha oloa ja löytää omiin ongelmiin ratkaisuja.

Koska tutkimukset ovat osoittaneet yksinäisyyden olevan nuoruudessa yleisempää kuin muissa elämänvaiheissa, tavoitteeksi asetettiin yksinäisyyden kokemusten ja siihen liittyvien tunteiden ymmärtäminen nuorten miesten subjektiivisesta näkökulmasta. Esseet (34 kpl) sisälsivät käsityksiä, kokemuksia, uskomuksia, haluja, ihanteita ja arvoja. Aineisto käsiteltiin deduktiivisella sisällönanalyysillä, johon analysoitavat ainekirjoitusteemat yksinäisyyden syyt, yksinäisyyden tunne, yksinäisyyden vaikutukset hyvinvointiin, läheiset ihmiset ja heidän merkityksensä, yksinäisyydestä selviytymiskeinot ja yksinäisyyden seuraukset nousivat teoreettisesta viitekehystä.

Tulokset ja johtopäätökset

Tulosten mukaan suurin osa tutkimukseen osallistuneista **ammattillisen koulutuksen** opiskelijoista oli tyytyväisiä elämäänsä, sillä heillä oli läheisiä ihmisiä, joiden kanssa he pystyivät keskustelemaan ja joilta he saivat tukea. He eivät myöskään olleet kokeneet ystävyiden ja henkisen yhteenkuuluvuuden puutetta. Heillä oli joko koulussa tai kotona läheinen ja ymmärtävä ihminen, jonka kanssa he pystyivät keskustelemaan ja saamaan apua sitä tarvittaessa.

Opiskelijat etsivät yksinäisyyden syitä niin itsestä kuin ulkopuolisista tekijöistä. Itsestä johtuviksi syiksi mainittiin erilaisia persoonasta johtuvia syitä kuten ujous, sulkeutuneisuus, hiljaisuus, heikko itsetunto, heikot sosiaaliset taidot ja persoonallinen erilaisuus. Ulkopuolisiksi syiksi miehet kuvasivat etäisyydet läheisiin ihmisiin, elämäntilanteessa tapahtuneet muutokset, huonot ihmissuhteet ja kiusaamisen kokemukset. Heikko itsetunto merkitsi itsearvostuksen puutetta, mikä näkyi kyvyttömyytenä löytää itsestä hyviä asioita tai luonteenpiirteitä. Muista poikkeavaa erilaisuutta kuvattiin vaikeutena solmia sosiaalisia kontakteja ja ylläpitää niitä. Sosiaalisia kontakteja heikensivät pitkät etäisyydet ja yhteyksien puute läheisiin ihmisiin, minkä opiskelija havaitsi, kun hän muutti pois lapsuuden kodista ja siirtyi opiskelemaan uuteen oppilaitokseen. Usein tällainen yksinäisyys on ohimenevää. Persoonallisten tekijöiden ja elämäntilanteen muutoksen lisäksi ihmissuhteissa tapahtuneet muutokset osoittautuivat yhdeksi nuorten miesten yksinäisyyden syyksi. Yksinäisyyden tunteita voimistivat parisuhteen päättymisen sekä sinkkuna oleminen. Usein seurustelusuhteen aikana yhteydenpito ystäviin unohtuu ja seurustelusuhteen päättyessä huomaa jääneensä yksin ilman ystäviä. Myös kiusatuksi tuleminen kokemukset vaikeuttivat ystävyysuhteiden luomista. Merkittäväksi hyvinvoinnin tekijäksi mainittiin kaverit ja yhdessä tekeminen.

Nuorten miesten yksinäisyystuntemukset kuvattiin sekä myönteisinä että kielteisinä tunteina kuitenkin niin, että suurin osa tunteista oli kielteisiä. Negatiivinen yksinäisyys oli tylsää, haikeaa, masentavaa, epämiellyttävää, surullista ja epätoivoista. Pahimmillaan yksinäisyys tuntui syrjäytymisenä muista ihmisistä. Yksinäisyys herätti myös vihan tunteita elämää kohtaan. Myönteiset tunteet kuvattiin syntyperältään vapaaehtoisina ja ne rauhoittivat. Myönteiset läheissuhteet merkitsivät tyytyväisyyden tunnetta elämään. Myönteinen, vapaaehtoinen yksinäisyys merkitsi hetkellistä helpotuksen tuojaa ja voimien palauttajaa, jolloin oli mahdollisuus omaan rauhaan ja keskittyä omiin asioihin. Yksinäisyyden aiheutti surullisuutta, vihaisuutta, masentuneisuutta, epäterveellistä syömistä ja kaipausta jännittäviin tilanteisiin. Erityisenä terveyshaittana esiintyi tupakointia ja huumekokeilua. Ryhmäpaineessa yhteisön tavoista poikkeaminen saattoi aiheuttaa yksinäisyyttä.

Läheissuhteiden merkitys nuorten miesten yksinäisyyden tunteeseen oli merkittävä.

Sosiaalisten suhteiden merkitystä kuvattiin tärkeäksi hyvinvoinnille, elämäntunnetulle ja sen sisällölle. Nuorilla miehillä oli tärkeitä ihmissuhteita niin omassa perheessä kuin ystävä- ja kaveripiirissä. Vaikka käynnissä oli emo-

tionaalinen eroprosessi vanhemmista, heillä oli yhä tärkeä rooli opiskelijan elämässä. Suhde vanhempiin kuvattiin tiiviiksi ja heille pystyi kertomaan murheensa. Vanhemmat kuuntelivat ja tukivat sekä heidän seurassaan pystyi olemaan oma itsensä. Huolimatta hyvistä suhteista vanhempiin osa nuorista ei puhunut murheistaan aina vanhemmilleen, vaan ystävät osasivat kuunnella ja tukea huonoissa tilanteissa. Seurustelusuhteesta oli muodostunut nuorille keskeinen kiintymys- ja luottamussuhde, joille nuoret pystyivät kertomaan murheensa. Valtaosaltaan yksinäisillä nuorilla oli vain vähän läheisiä, luotettavia ja elämän ongelmia kuuntelevia ihmisiä. Osalla nuorista ei ollut ketään läheistä ihmistä.

Nuorten miesten ilmaisemat keinot yksinäisyyden tunteen helpottamiseen olivat moninaiset.

Oltiin sitä mieltä, että jokainen voi tehdä jotain yksinäisyyden lievittäjäksi. Opiskelijat kuvasivat yksinäisyyden tunteen helpottamisen keinoiksi sosiaalisen toiminnan, tuen saamisen, itsekseen tekemisen ja olemisen. Tärkein yksinäisyyden tunteen helpottamisen keino oli sosiaalinen toiminta eli kavereiden kanssa oleminen ja yhdessä tekeminen. Nuoret korostivat, että tärkeätä on lähteä ulos omasta kodista muiden ihmisten pariin ja miettiä jotakin merkittävää tekemistä. Nuoret kuvasivat ottavansa itse yhteyttä kavereihin soittamalla heille tai etsimällä heitä itse. Nuoret kuvasivat yksinäisyyden tunteen helpottamisen keinona myös läheisiltään saamansa tuen. Myös omassa rauhassa oleminen ja asioiden käsitteleminen itsekseen oli yksi nuorten ilmaisemista keinoista yrittää selvittää yksinäisyyden keskellä. Myös positiivinen asenne auttoi jaksamaan eteenpäin. Osa nuorista ei halunnut puhua ongelmistaan ulkopuolisille tai sellaista ei ollut.

KEHITTÄMISEHDOTUKSIA JA SUOSITUKSIA

1. Peräänkuulutetaan koulujen opettajia ja muuta henkilökuntaa keskittymään nuorten hyvinvoinnin kannalta keskeisiin vuorovaikutuksen ilmiöihin ja merkityksellisiksi koettuihin vuorovaikutussuhteisiin.
2. Lisätään oppilaitostasolla ryhmäytymiseen ja yhdessä tekemiseen perustuvia menetelmiä tavoitteena yhteistoiminnallisen oppimisen lisääminen.
3. Opettajien tulee lisätä yhteistyötä kodin ja läheisten kanssa erilaisin tilaisuuksin kehittämällä koulutusorganisaatiosta elävä, ympäröivään yhteisöön vuorovaikutteinen yhteisö.
4. Tuetaan nuoren omaa vastuuta rohkaistua pääsemään eroon ujoudesta ja arkuudesta esimerkiksi hakeutumalla kavereiden pariin ja viettämällä aikaa yhdessä.
5. Ohjataan nuorta harrastusten pariin. Varsinkin tyttöystävän ja kaverin/ystävän kanssa harrastaminen on palkitsevaa.
6. Kehitetään yhteisöllisyyttä ja kaveritoimintaa myös vapaa-ajalla opiskelijajärjestöjen ja tutoreiden yhteistyöllä lisäämällä erilaisia tapahtumia ja yhdessä tekemistä. Toiminnasta vastaavat opiskelijat itse.

LÄHTEET

- Junttila, N. 2010. Social competence and loneliness during the school years - Issues in assessment, interrelations and intergenerational transmission. Väitöskirja. Turun yliopisto.
- Juvonen, T. 2015. Sosiaalisesti kontrolloitu, hauraasti autonominen. Nuorten toimijuuden rakentuminen etsivässä työssä. Helsinki: Nuorisotutkimusseura/ Nuorisotutkimusverkosto, julkaisuja 165, Tiede. Väitöskirja. Helsingin yliopisto.
- Lehtonen, O. & Kallunki, V. 2013. Nuorten aikuisten syrjäytymiskierre. Janus vol. 21 (2) 2013, 128–143.
- Matikka, A., Luopa, P., Kivimäki, H., Jokela, J. & Paananen, R. 2014. Maahanmuuttajataustaisten 8. ja 9.-luokkalaisten hyvinvointi. Kouluterveyskysely 2013. Raportti 26/2014. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/116720/URN_ISBN_978-952-302-297_3.pdf?sequence=1 [viitattu 9.4.2016].
- Myllyniemi, S. 2015. Syrjintä ja syrjäytyminen. Teoksessa Ihmisarvoinen nuoruus.
- Nuorisobarometri 2014, toim. Myllyniemi, S., 29–52. Helsinki: Opetus- ja kulttuuriministeriö, Nuorisotutkimusverkosto, Nuorisosiain neuvottelukunta. Saatavissa: https://tietoanuorista.fi/wp-content/uploads/2015/03/Nuorisobarometri_2014_web.pdf [viitattu 30.1.2016].
- Pekkarinen, E. & Vehkalahti, K. 2012. Instituutiot lapsuutta ja nuoruutta rakentamassa - lapset ja nuoret instituutioita uudistamassa. Teoksessa Lapset ja nuoret instituutioiden kehityksessä. Nuorten elinolot -vuosikirja 2012, toim. Myllyniemi, S., Pekkarinen, E. & Vehkalahti, K., 9–21. Helsinki: Nuorisotutkimusverkosto/Nuorisotutkimusseura, julkaisuja 131, Tiede.
- Toikka, S., Vuorjoki, O., Koskela, T. & Pentala O. 2015. Aikuisväestön yksinäisyys ja järjestötoimintaan osallistuminen Suomessa –ATH-tutkimuksen tuloksia. Teoksessa Yksinäisyys ja osallistuminen ATH-tutkimuksen tuloksia. Järjestökentän tutkimusohjelma, toim. Kaikkonen, R., Murto, J., Pentala, O., Helakorpi, S, 9-14. Työpaperi 25/2015. Helsinki: Terveystieteiden tutkimuskeskus.

Liite 2 Miesten hyvinvointikyselylomake

MIESTEN HYVINVOINTIKYSELY

Olemme tutkimuksessamme kiinnostuneita miesten hyvinvoinnista kotikaupungissasi ja asuinalueellasi. Tavoitteena on löytää keinoja tukea miesten omaa aktiivisuutta hyvinvointiin liittyvissä asioissa. Kysely tehdään laajemmin Kymenlaakson alueella, mutta se ulottuu myös koko Suomen alueelle. Vastaukset käsitellään nimettömänä.

1. Kuinka pitkään olet asunut asuinalueella, jossa nyt asut?

Noin ____ vuotta

2. Entä nykyisellä paikkakunnalla? _____ vuotta.

3. Moneenko hengen kotitaloudessa asut? _____

Kuinka moni kotitalouteenne kuuluvista on (älkää laskeko itseänne mukaan):

alle 7-vuotias? _____

7–17-vuotias? _____

18–24 -vuotias?..... _____

25–64-vuotias?..... _____

65–74-vuotias?..... _____

75 vuotta täyttänyt?..... _____

4. Seuraavaksi luen sinulle väittämiä, jotka koskevat naapurustoasi. Luettuani väittämän, vastaa parhaiten omaa mielipidettäsi koskeva vaihtoehto. Vastausvaihtoehdot ovat: 1 täysin eri mieltä 2 melko eri mieltä, 3 en samaa enkä eri mieltä 4 melko samaa mieltä, 5 täysin samaa mieltä.

Mielestäni asuinalueeni on hyvä asuinpaikka.....		2	3	4	5
Ihmiset asuinalueellani jakavat samoja arvoja.....		2	3	4	5
Minä ja naapurini haluamme samoja asioita asuinalueeltamme.....		2	3	4	5
Tunnistan ulkonäöltä suurimman osan asuinalueeni asukkaista.....		2	3	4	5
Asuinalueeni tuntuu kodikkaalta ja hyvältä alueelta asua.....		2	3	4	5
Vain muutama naapureistani tuntee minut.....		2	3	4	5
Minulle on tärkeää mitä naapurini ajattelevat toimistani.....		2	3	4	5
Minulla ei ole vaikutusvaltaa siihen, millainen asuinalueeni on.....		2	3	4	5
pystymme muiden asukkaiden kanssa ratkaisemaan sen.....		2	3	4	5
Minulle on tärkeää asua juuri tällä asuinalueella.....		2	3	4	5
Ihmiset tulevat hyvin keskenään toimeen tällä asuinalueella.....		2	3	4	5
Uskon asuvani nykyisessä asunnossani vielä pitkään.....		2	3	4	5

5a. Onko sinulla internetissä tai sosiaalisessa mediassa yhteisö tai yhteisöjä?

Kyllä _____

Ei _____

Jos vastaus on ei, siirry kohtaan 6.

5b. Luen internetin käytöstä neljä väittämää, joihin voit vastata antamalla sopivan vaihtoehdon asteikolta 1 – 5: 1 täysin eri mieltä 2 melko eri mieltä, 3 en samaa enkä eri mieltä 4 melko samaa mieltä, 5 täysin samaa mieltä.

Minulla on internetissä tai sosiaalisessa mediassa yhteisöjä,

joiden kanssa voin jakaa henkilökohtaisesti tärkeitä asioita	1	2	3	4	5
jotka edustavat samoja arvoja kanssani	1	2	3	4	5
jotka toimivat niiden tavoitteiden puolesta, joita itse arvostan	1	2	3	4	5
joilta saan tarvittaessa tukea	1	2	3	4	5

6. Onko sinulla entisissä tai nykyisessä työpaikassasi läheisiä henkilöitä ja jos, niin montako?

Kyllä..... 1 ----> _____ läheistä henkilöä

Ei 2

En ole työssä 3

7. Asuuko naapurustossasi sinulle läheisiä henkilöitä ja jos, niin montako?

Kyllä..... 1 ----> _____ läheistä henkilöä

Ei 2

8. Onko sinulla muita läheisiä henkilöitä esimerkiksi harrastusten, yhdistystoiminnan, kirkon tms. parissa. Ja jos, niin montako?

Kyllä..... 1 ----> _____ läheistä henkilöä

Ei 2

8.1. Jos vastauksesi on Kyllä, niin missä seuraavista toiminnoista olet säännöllisesti mukana? Kerro kaikki vaihtoehdot!

a) kaupunginosa- tai kyläyhteisötoiminta	kyllä	ei
b) vapaaehtoisjärjestö- ja yhdistystoiminta	kyllä	ei
c) metsästys, kalastus, veneily.....	kyllä	ei
d) seurakunnan toiminta	kyllä	ei
e) ammattiyhdistystoiminta	kyllä	ei
f) urheilujoukkue tai -järjestö	kyllä	ei
g) kulttuuri- tai taidetoiminta	kyllä	ei
h) Muu toiminta.....	kyllä	ei

9. Seuraavaksi esitän joitakin väittämiä kokemuksista, ajatuksista ja tunteista. Arvioi jokaisen kysymyksen kohdalla, mikä parhaiten kuvaa kokemuksiasi viimeisen kahden viikon aikana. Käytä seuraavaa asteikkoa: 1 ei koskaan, 2 harvoin, 3 silloin tällöin, 4 usein, 5 koko ajan.

Olen toiveikas tulevaisuuteni suhteen		2	3	4	5
Olen tuntenut itseni hyödylliseksi		2	3	4	5
Olen pystynyt rentoutumaan		2	3	4	5
Olen käsitellyt ongelmiani		2	3	4	5
Olen ajatellut selkeästi		2	3	4	5
Olen tuntenut läheisyyttä toisten ihmisten kanssa		2	3	4	5
Olen pystynyt tekemään päätöksiä asioistani		2	3	4	5

10. Kuinka usein harrastat vapaa-ajan liikuntaa vähintään puoli tuntia niin, että ainakin lievästi hengästyt ja hikoilet?

- a) päivittäin
- b) 4–6 kertaa viikossa
- c) 3 kertaa viikossa
- d) 2 kertaa viikossa
- e) kerran viikossa
- f) 2–3 kertaa kuukaudessa
- g) muutaman kerran vuodessa tai harvemmin
- h) en voi vammaan tai sairauden vuoksi harrastaa liikuntaa

11. Oletko viimeisen vuoden aikana aikonut parantaa liikuntatottumuksiasi?

- a) Kyllä
- b) En

11b. Koetko tarvetta lisätä vapaa-ajan liikuntaasi?

- a) Kyllä
- b) En

12. Seuraavaksi pyydän arvioimaan, miten uskot pystyväsi ylläpitämään tai halutessasi lisäämään liikunta-aktiivisuuttasi, kun vastausvaihtoehdot ovat: 1 hyvin epävarmasti 2 melko epävarmasti 3 ei ole vaikutusta 4 melko varmasti 5 hyvin varmasti

Uskon pystyväni toteuttamaan liikuntasuunnitelmani

a) vaikka minulla olisi huolia ja ongelmia		2	3	4	5
b) vaikka olisin alakuloinen		2	3	4	5
c) vaikka olisin jännittynyt.....		2	3	4	5
d) vaikka olisin väsynyt		2	3	4	5
e) vaikka olisin kiireinen.....		2	3	4	5

13. Seuraavaksi pyydän arvioimaan liikunnan lisäämisen vaikutuksia omaan elämään. Vastausvaihtoehdot ovat seuraavat: 1 ei lainkaan 2 vain vähän 3 jossain määrin 4 paljon 5 hyvin paljon.

Missä määrin uskot liikunnan lisäämisellä voivasi

- a) parantaa terveyttäsi ? | 2 3 4 5
b) välttää sairastumisen riskiä? | 2 3 4 5
c) lisätä tyytyväisyyttä elämääsi | 2 3 4 5

14. Tupakoitko tai nuuskaatko? (savukkeita, sikareita, nuuskaa tai piippua)

- a) Kyllä, päivittäin
..... b) Satunnaisesti
..... c) En lainkaan

15. Kuinka usein käytät olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia? Koeta ottaa mukaan myös ne kerrat, jolloin nautit vain pieniä määriä, esim. pullon keskiolutta tai tilkan viiniä.

- a) ei koskaan
..... b) noin kerran kuussa tai harvemmin
..... c) 2-4 kertaa kuussa
..... d) 2-3 kertaa viikossa
..... e) 4 kertaa viikossa tai useammin

16. Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olet nauttinut niinä päivinä, jolloin käytit alkoholia? (Tarvittaessa: Yksi alkoholiannos on pullo (33 cl) keskiolutta tai mietoa siideriä, lasi (12 cl) mietoa viiniä, pieni lasi (8 cl) väkevää viiniä, ravintola-annos (4 cl) väkeviä.)

- a) 1-2 annosta
..... b) 3-4 annosta
..... c) 5-6 annosta
..... d) 7-9 annosta
..... e) 10 tai enemmän

17. Kuinka usein olet juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?

- a) en koskaan
..... b) harvemmin kuin kerran kuussa
..... c) kerran kuussa
..... d) kerran viikossa
..... e) päivittäin tai lähes päivittäin

18a. Koetko tarvetta vähentää alkoholin käyttöäsi? Kyllä Ei

18b. Jos koet tarvetta vähentää alkoholin käyttöä, niin kuinka varmasti pystyisit vähentämään sitä? Vastaa asteikolla yhdestä neljään, jossa 1 on hyvin epävarmasti 2 melko epävarmasti 3 en varmasti enkä epävarmasti 4 melko varmasti 5 hyvin varmasti.

1 2 3 4 5

19. Onko oma terveydentilasi nykyisin mielestäsi yleensä:

- a) hyvä
- b) melko hyvä
- c) keskitasoinen
- d) melko huono
- e) huono

20. Minkälainen ohjaus sinua kiinnostaisi, jos haluaisit parantaa terveystottumuksiasi?

- a) yksilöllinen ohjaus kyllä ei
- b) ryhmäohjaus kyllä ei
- c) työpaikalla tapahtuvaan yleinen terveystampanja kyllä ei
- d) yksilöllinen elintapojen muutossuunnitelma kyllä ei
- e) en halua ohjausta terveystottumusteni muuttamiseksi kyllä ei

21. Minkälainen ryhmä sinua kiinnostaisi, jos osallistuisit ryhmäohjaukseen?

- a) Naispuolinen ohjaaja kyllä ei
- b) Miespuolinen ohjaaja kyllä ei
- c) Osallistujat ovat pääasiassa naisia kyllä ei
- d) Osallistujat ovat pääasiassa miehiä kyllä ei

22. Kuinka paljon koet sinulle läheisten ihmisten tukevan elintapoja, jotka ylläpitävät omaa terveysttäsi?

- a) Ei lainkaan
- b) Vain vähän
- c) Jossakin määrin
- d) Melko paljon
- e) Hyvin paljon

Taustatiedot

1. Mikä on painosi?kg Pituutesi?cm

2. Minä vuonna olet syntynyt?

3. Oletko tällä hetkellä

..... 1 avioliitossa/rekisteröidyssä parisuhteessa/avoliitossa

..... 2 naimaton

..... 3 asumuserossa tai eronnut

..... 4 leski

4. Mikä on korkein suorittamasi tutkinto?

Kansakoulu tai peruskoulu..... 1

Ammattikoulu, -tutkinto tai -kurssi..... 2

Lukio tai ylioppilas..... 3

Opistotason tai ammattikorkeakoulututkinto..... 4

Korkeakoulu, alemman asteen tutkinto..... 5

Korkeakoulu, ylemmän asteen tutkinto..... 6

5. Mikä seuraavista vaihtoehdoista sopii elämäntilanteeseesi?

Rengasta sopivin vaihtoehto.

Kokopäivätyössä..... 1

Osa-aikatyössä tai osa-aikaeläkkeellä..... 2

Työtön tai lomautettu..... 3

..... Työttömyyden pituus: alle vuoden____ yli vuoden____

Opiskelija..... 4

Eläkkeellä..... 5

Varusmies- tai siviilipalveluksessa..... 6

Perhevapaalla tai koti-isä..... 7

6. Kuinka pitkään olet ollut työttömänä tai lomautettuna elämäsi aikana?

..... a. En lainkaan

..... b. Alle kuukauden

..... c. 1-5 kuukautta

..... d. 6-11 kuukautta

..... e. 12-23 kuukautta

..... f. 2-5 vuotta

..... g. Yli 5 vuotta

7. Jos olet opiskelija, missä opiskelet?

..... a) lukiossa

..... b) toisella asteella

..... c) ammattikorkeakoulussa

..... d) yliopistossa

8. Mihin asemaan seuraavista vaihtoehdoista kuulut?

- a) työnantaja tai yksityisyrittäjä
- b) johtavassa tai esimiesasemassa
- c) ylempi toimihenkilö
- d) alempi toimihenkilö
- e) ammattikoulutuksen saanut työntekijä
- f) työntekijä ilman ammattikoulutusta
- g) en ole työssä

9. Mikä on toimialasi, jolla työskentelet?

- a) tukku- ja vähittäiskauppa
- b) teollisuus
- c) rakennus- ja kiinteistöala
- d) kuljetusala ja varastointi
- e) informaatio ja viestintä
- f) maa-, metsä- ja kalatalous
- g) koulutus tai tutkimus
- h) sosiaali- ja terveyspalvelut
- i) julkinen hallinto
- j) jokin muu
- k) en ole työssä

10. Teetkö päivä- vai vuorotyötä?

- a) vuorotyö
- b) päivätyö
- c) En ole työssä

11. Kuinka paljon tulosi ovat vuodessa?

- 4 999
- 5 000 – 9 999
- 10 000 – 14 999
- 15 000 – 19 999
- 20 000 – 24 999
- 25 000 – 29 999
- 30 000 – 39 999
- 40 000 – 49 999
- 50 000 – 59 999
- 60 000 – 69 999
- 70 000 – 79 999
- 80 000 – 89 999
- 90 000 – 99 999
- 100 000 -

Kiitos vastauksistasi!

