

"Kuhuttuna tullaan, läksyttynä lähetään"

45-vuotiaiden kiteeläisten miesten kokemuksia ja
odotuksia terveystarkastuksesta

Kirsi Pirinen

Terveyskasvatuksen
pro gradu-tutkielma
Jyväskylän yliopisto
Terveystieteen laitos
Kevät 1997

TIIVISTELMÄ

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO, Liikuntatieteellinen tiedekunta,
Terveystieteen laitos, terveystieteiden osasto

PIRINEN KIRSI: "Kuhuttuna tullaan, läksyttynä lähetään" 45-vuotiaiden kiteeläisten miesten kokemuksia ja odotuksia terveystarkastuksesta
Opinnäytetutkielma
Helmikuu 1997

Terveystieteen edistäminen, terveystarkastus, keski-ikäinen mies

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata 45-vuotiaiden kiteeläisten miesten kokemuksia, odotuksia ja toiveita ikäryhmittäisestä terveystarkastuksesta. Tutkimusaineiston keräsin haastattelemalla kolmeatoista, vuonna 1950 syntyneitä miestä huhtikuussa 1996. Analysoin tutkimusaineiston laadullisesti soveltaen Colaizzin (1978) kehittämää fenomenologista analyysimenetelmää.

Tutkimukseen osallistuneiden terveystarkastuskokemukset ovat myönteisiä. Henkilökohtaiseen kutsuun perustuva ikäryhmittäinen terveystarkastus koetaan tarpeelliseksi, hyödylliseksi ja säilyttämisen arvoiseksi. "Miehen miehen" luonne, pelko sairauden löytymisestä ja turhasta käynnistä, tiedon puute terveystarkastuksen palveluista sekä oireiden ja syyn puuttuminen ovat esteinä oma-aloitteiselle terveystarkastukseen hakeutumiselle.

Terveystottumuksia kartoittava kyselykaavake on koettu asiallisena, keskustelua herättävänä ja utelevana. Terveystarkastustapahtumasta haastateltavat tuovat esille otetut verikokeet, ajokorttitodistustodistuksen täyttämisen sekä rokotukset. Terveystarkastuskeskusteluissa ovat keskeisinä sisältöinä olleet ravinto, paino ja liikunta. Stressi, mielenterveys ja sukupuolielämä ovat harvemmin esille otettuja asioita. Henkilökunta on tutkittavista ammattitaitoista ja palvelu laadukasta. Terveystarkastuksen ilmapiiri on koettu etäiseksi.

Tutkittavat toivovat positiivista lähestymistapaa asiakkaaseen sekä myönteistä ja asiakaslähdeistä vuorovaikutusta, joka huomio asiakkaan todellisen elämäntilanteen. Terveystarkastuksen sisällön suhteen tutkittavien toiveet kohdistuvat fyysisen ja psyykkisen terveyden huomioimiseen. Työ-, sukupuoli- sekä perheasioita odotetaan myös käsiteltävän enemmän terveystarkastuksessa. Ikäryhmittäiset sekä työpaikkakohtaiset ryhmätoiminnot voivat jatkossa tutkittavista olla terveystarkastuksia täydentäviä terveystarkastuksen työmuotoja.

Tutkittavat esittävät terveystarkastuksen markkinoinnin ja ihmisläheisemmän ilmapiirin kehittämistä sekä ennaltaehkäisevän toiminnan jatkamista. Tutkittavat kokevat terveystarkastuksen asiakkaiden osallistumisen terveystarkastuksen suunnitteluun myönteisenä.

ALKUSANAT

Kiitän

Kiteen terveyskeskuksen ylihoitaja Marita Lipsasta ja johtava hoitaja Heli Koposta, jotka ovat mahdollistaneet tutkimukseni toteutumisen järjestämällä tutkimusluvan sekä antamalla tutkimukseen liittyvää materiaalia,

terveydenhoitaja Arja Janhosta, joka on organisoinut tutkimukseeni haastateltavat ja käytännön järjestelyt,

kolmeatoista kiteeläistä 45-vuotiasta miestä, jotka ovat osallistumisellaan tutkimukseeni myötävaikuttaneet opinnäytetyöni valmistumiseen sekä antaneet hyödyllistä tietoa terveystarkastusten kehittämiseen ja

työni ohjaajaani, apulaisprofessori Marita Poskipartaa, joka on erityisasiantuntemuksellaan ohjannut työtäni sen eri vaiheissa.

Jyväskylässä 10. 2. 1997

Kirsi Pirinen

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ ALKUSANAT

1 JOHDANTO	4
2 KESKI-ikäISEN MIEHEN TERVEYS JA TERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN	6
2.1 Keski-ikäisen miehen terveys	6
2.2 Keski-ikäisen miehen terveyskäyttäytyminen	8
3 TERVEYSTARKASTUS OSANA TERVEYDEN EDISTÄMISTÄ	10
3.1 Terveystarkastus - edistämistä, kasvatusta ja neuvontaa	10
3.2 Terveystarkastuksen tavoitteet ja tehtävät	12
3.3 Terveystarkastukset aikuisikäisten terveydenhoidon toimintamallina	15
3.3.1 Ikäryhmä- vai työterveystarkastus?	15
3.3.2 Ikäryhmittäiset terveystarkastukset Kiteellä	16
3.3.3 Aikaisemmista terveystarkastustutkimuksista	18
4 TUTKIMUSPROSESSI	21
4.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tehtävät	21
4.2 Tutkimusaineiston valinta	21
4.3 Tutkimusaineiston kerääminen	22
4.4 Tutkimusaineiston analysointi	23
4.4.1 Colaizzin fenomenologinen analyysimenetelmä	24
4.4.2 Tutkimusaineiston analysoinnin etenemisvaiheet ...	25
5 TUTKIMUSTULOKSET JA TULOSTEN TARKASTELUA	29
5.1 45-vuotiaiden kiteeläisten miesten terveystarkastuskokemukset ..	29
5.2 45-vuotiaiden kiteeläisten miesten terveystarkastus- odotukset ja -toiveet	43
6 POHDINTA	54
6.1 Yhteenvetokuvaus terveystarkastuskokemuksista, -odotuksista ja -toiveista	54
6.2 Tutkimuksen luotettavuuden arviointia	56
6.3 Johtopäätökset	60
LÄHTEET	65
LIITTEET	76

1 JOHDANTO

Tervetuloa terveystarkastukseen!

Suomessa tehdään vuosittain noin 3 miljoonaa ikäryhmittäistä, työ- tai muissa yhteyksissä suoritettua terveystarkastusta. Terveystarkastusperinne juontaa sotienjälkeiselle ajalle, jolloin neuvolatoiminta vakiintui. Myöhemmin kansanterveyslain (28.1.1972/66) myötä terveystarkastusten järjestäminen velvoitettiin kunnan tehtäväksi. (Valtiopäiväasiakirja 1971, Lääkintöhallitus 1983, Sosiaali- ja terveysministeriö 1987, Lahtinen ym. 1992, 1996.) Terveystarkastusten tärkeyttä korostettiin ja sisältöä koskevia suosituksia tarkennettiin 1980-luvulla. Vuonna 1983 julkaistussa työryhmämietinnössä todetaan aikuisväestön terveystarkastukset oleelliseksi osaksi Suomen terveydenhuoltoa. (Lääkintöhallitus 1983, Sosiaali- ja terveysministeriö 1987.)

Tämän jälkeen, kuten Terveyttä vuoteen 2000-ohjelmassa sekä terveyden edistämisen konferensseissa Ottawassa 1986 ja Sundsvallissa 1991, ei enää erikseen mainita terveystarkastuksia terveystarkastuspalvelujen tarkoituksenmukaisessa toteuttamisessa ja palvelujen laadun parantamisessa (Sosiaali- ja terveysministeriö 1986, Kalimo ja Vertio 1987, Sosiaali- ja terveysministeriö ym. 1991, Lahtinen ym. 1992). Vähentyneestä huomioon ottamisesta huolimatta terveystarkastukset ovat tärkeä osa terveydenhuoltomme toimintamuodoista. Ne ovat olleet ja ovat osa maamme terveystarkastuspolitiikan pitkän aikavälin toimintaohjelmaa, jonka strategisina tavoitteina ovat terveellisten elämäntapojen edistäminen, ehkäistävissä olevien terveysriskien poistaminen sekä työkyvyn ylläpitäminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 1993, Valtakunnallinen ... 1994.)

Tutkimukseni tarkoituksena on kuvata asiakkaiden kokemuksia ja odotuksia kansanterveystyönä suoritettavista ikäryhmätarkastuksista. Valitsin kohderyhmäksi 45-vuotiaat miehet, koska keski-ikäisillä suomalaisilla miehillä, etenkin Itä-Suomessa, on enemmän kansansairauksia kuin naisilla ja pohjoismaalaisilla "veljillään" (Aromaa 1996, 74-85). Valitsin tutkittavat kotikunnastani Kiteeltä, joka on Pohjois-Karjalan läänissä sijaitseva

11 058 asukkaan kaupunki. Sen ammatissa toimivasta väestöstä 75 % työskentelee maaja metsätaloudessa, teollisuudessa ja palvelualalla. Kiteen väestöstä 16-64 vuotiaita on 65,3 % ja työttömiä keskimäärin 21 %. (Kiteen kaupungin tiedote 1.1. 1996.)

Työni teoriaosassa selvitän keski-ikäisten miesten terveyttä ja terveiskäyttäytymistä sekä terveystarkastus-käsitteen yhteyttä terveyden edistämiseen ja terveystarkastukseen. Aikaisemmista terveystarkastuskokemuksiin liittyvistä kyselytutkimuksista poiketen haastattelen tutkimuksessani kolmeatoista miestä ja analysoin tutkimustulokseni kvalitatiivisesti.

2 KESKI-ikäISEN MIEHEN TERVEYS JA TERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN

2.1 Keski-ikäisen miehen terveys

Nykyisten keski-ikäisten miesten terveydentila on parempi kuin aikaisempina vuosikymmeninä. Terveiden jakautumisessa sekä terveystyöskentelyssä on Suomessa **väestöryhmittäisiä eroja**. Väestön ikä- ja sukupuolivakioitu kuolleisuus on alentunut nopeasti, mutta ero miesten ja naisten kuolleisuuden välillä on edelleen selvä. Vastasyntyneen poikalapsen elinajan odote Suomessa vuonna 1994 oli 72,8 vuotta (tytön 80,1), joka on 2-3 vuotta lyhyempi kuin Euroopan pitkäikäisimmissä väestöissä. (Aromaa ym. 1996, 46-55; Tilastokeskus 1996, 15.)

Miesten kuolleisuus ja sairastavuus on suurinta Itä- ja Pohjois-Suomessa. Erityiseen riskiryhmään kuuluvat ihmiset, joilla on alhainen tulotaso tai heikko koulutus, pitkäaikaisesti työttömät ja sellaiset ihmiset, jotka työskentelevät rasittavissa ja fyysisesti vaarallisissa ammateissa. Siviilisäätyryhmistä naimattomat miehet ovat sairaimpia. (Valkonen ym. 1990, 37-63; Ahola 1992, 2-3; Dahlgren & Whitehead 1994, 3-7; Huttunen 1995, 84-85; Tilastokeskus 1996, 67-69.)

Miesten terveydentilaan on suuri merkitys kansansairauksilla, jotka aiheuttavat ennenaikaista kuolleisuutta ja työkyvyttömyyseläkkeisyyttä. Tärkeimmät kansansairaudet ovat verenkierroelinten sairaudet, pahanlaatuiset kasvaimet, tuki- ja liikuntaelinten sairaudet ja mielenterveyshäiriöt (ks. taulukko 1, 7). Niiden rinnalle ovat nousemassa allergiat, krooniset keuhkosairaudet ja astma sekä diabetes. (Aromaa ym. 1996,74; Huttunen 1995, 83-91.) Kansansairauksien ennaltaehkäisy on ikäryhmittäisten terveystarkastusten yhtenä tavoitteena.

TAULUKKO 1 Keski-ikäisten miesten kuolleisuus ja työkyvyttömyyseläkkeisyys* kansansairauksien mukaan vuonna 1994.

Kansansairaus	Kuolleisuus**		Työkyvyttömyyseläke***	
	35 - 49	yht. kaikki miehet	45 - 54	yht. kaikki miehet
Kaikki kuoleman syyt/ sairaudet	2340	23499	33764	155963
Kasvaimet	304	5219	538	2253
Mielenterveyden häiriöt	48	546	13926	48785
- itsemurhat	406	1080	-	-
Verenkiertoelinten sairaudet	564	10497	4209	25433
Tuki- ja liikuntaelinten sairaudet	4	62	6648	42599
Tapaturmat	513	1744	-	-

*= työkyvyttömyyseläke sisältää sekä varsinaisella työkyvyttömyyseläkkeellä että varhaiseläkkeellä olevat
Lähteet: ** =Tilastokeskus 1996. Kuolemansyyt 1994. Terveys 1. SVT, 30-33; ***=Kansaneläkelaitoksen eläke- ja vammaisuustilastot 1994. Kansaneläkelaitoksen julkaisuja 1995, TIO:6, 108-109.

Terveiden koetaan heikkenevän erityisesti 45. ikävuoden jälkeen. Tilastokeskuksen elinolo-tutkimuksessa (1994) runsaat 60 % aikuisikäisistä vastaajista **kokee terveydentilansa** hyväksi ja joka kymmenes huonoksi, mikä on suurinpiirtein vuoden 1986 elinolo-tutkimustuloksia vastaava. Kuitenkin suomalaiset kokevat terveytensä huonommaksi kuin aikuiset muissa Pohjoismaissa, vaikka keski-ikäisten kokema terveydentila on 1970-luvulta asteittain parantunut. (Tilastokeskus 1996, 40-42; Aromaa ym.1996, 55-58.)

2.2 Keski-ikäisen miehen terveyskäyttäytyminen

Suomalaisten miesten terveyskäyttäytyminen on kehittynyt myönteiseen suuntaan, mihin ovat vaikuttaneet muun muassa yleisen kehitystason kohoaminen, koulutustason paraneminen sekä terveyskasvatustyö (taulukko 2, 9). Hyvästä kehityksestä huolimatta ruokailutottumukset, tupakointi, runsas alkoholin käyttö ja liikunnan vähyys ovat edelleen keskeisiä kansansairauksiin vaikuttavia tekijöitä. (Helakorpi ym. 1994, 1-12; Helakorpi ym. 1996, 1-13; Aromaa ym. 1996, 74.)

Miesten ruokatottumusten muutos kohti terveellistä ruokavaliota on jatkunut, vaikkakin ylipainoisten määrä on lisääntynyt 1990-luvulla. Tupakointi on miehillä vähentynyt, mutta on selvästi yleisempää työttömillä kuin työssäkäyvillä. Raittiiden suomalaisten miesten osuus on tasaisesti pienentynyt 1980-luvulta alkaen ja vastaavasti alkoholin kulutus on lisääntynyt. Tilastoidun kulutuksen lisäksi on tilastoimaton alkoholin kulutus, kuten ulkomaantuonti sekä kotivalmistus, joka arvioituna vuonna 1995 oli 27 % tilastoidusta kulutuksesta. Miesten vapaa-ajan liikuntaharrastus, myös työmatkaliikunta, on lisääntynyt. (Berg 1990, 1-9; Helakorpi ym. 1996, 1-13; Aromaa ym. 1996, 22-45.)

Pohjois-Karjalan väestön terveyskäyttäytymistä on seurattu vuosittain vuodesta 1978 lähtien Kansanterveyslaitoksen tutkimusten avulla. Seurantatulosten perusteella elintavat Pohjois-Karjalan läänissä ovat kehittyneet myönteisesti valtakunnallisia kehityssuuntia vastaavasti. Vuosina 1992-1993 tehdyssä tutkimuksessa pohjois-karjalaisten terveyskäyttäytymisen tärkeimmät muutokset ovat ruokailutottumuksissa rasvan määrän, sokerin ja suolan vähentäminen sekä kasvien lisääntynyt käyttö. Miesten tupakoinnin vähentymisessä on myönteinen hidaskasvu. Pohjois-karjalaisista miehistä tupakoi 30 %. Päivittäin tupakoivista 56 % haluaisi lopettaa ja 15 % on viimeisen kuluneen puolen vuoden aikana yrittänyt lopettaa. Vastaavasti alkoholin käyttö on yleistynyt Pohjois-Karjalassa. 86 % miehistä kertoo käyttävänsä alkoholia, erityisesti olutta, jota 57 % juo viikoittain. (Helakorpi ym. 1993, 1-13.)

Myös vapaa-ajan liikunnan harrastaminen on yleistynyt ja 30 % Pohjois-Karjalan miehistä on lisännyt liikuntaa terveydellisten näkökohtien perusteella. Pohjois-karjalaisista miehistä joka kolmas pitää stressiä, vaikeita elinolosuhteita ja raskasta työtä, joka kuudes virheellistä ravintoa ja noin joka neljäs liikunnan puutetta tärkeimpinä syinä suureen sairastavuuteen. (Helakorpi ym. 1993, 1-13.)

TAULUKKO 2 Keski-ikäisten miesten terveystiettyminen vuosina 1990 ja 1996.

Terveystiettyminen	Osuus		Tutkimus
	vuodet 1990	1996	
Ruokatottumukset (päivittäinen)			
- vihannesten käyttö	25%	26%	Berg ym. 1990 Helakorpi ym. 1996
- rasvattoman maidon/ ykkösmaidon käyttö	25%	29%	“
- voion käyttö	20%	10%	“
Tupakointi	32%	27%	“
- päivittäin tupakoi- vista halukas lopetta- maan	-	56%	Helakorpi ym. 1996
- yrittänyt lopettaa puolen vuoden aikana	-	12%	“
Alkoholin käyttö	87%	90%	Berg ym. 1990 Helakorpi ym. 1996
- viimeisen viikon aikana	57%	62%	“
- yli 8 annosta/vko	-	38%	Helakorpi ym. 1996
- määränä/vuosi*	-	6,6 l	Aromaa ym. 1996
Liikunta (2xvko)	50%	60%	Berg ym. 1990 Helakorpi ym. 1996

*= sisältää miehet ja naiset

Lähteet: Berg ym. 1990. Suomalaisen aikuisväestön terveystiettyminen, kevät 1990, 1-9; Helakorpi ym. 1996. Suomalaisen aikuisväestön terveystiettyminen, kevät 1996, 1-13; Aromaa ym. 1996. Suomalaisen terveys 1996, 37.

3 TERVEYSTARKASTUS OSANA TERVEYDEN EDISTÄMISTÄ

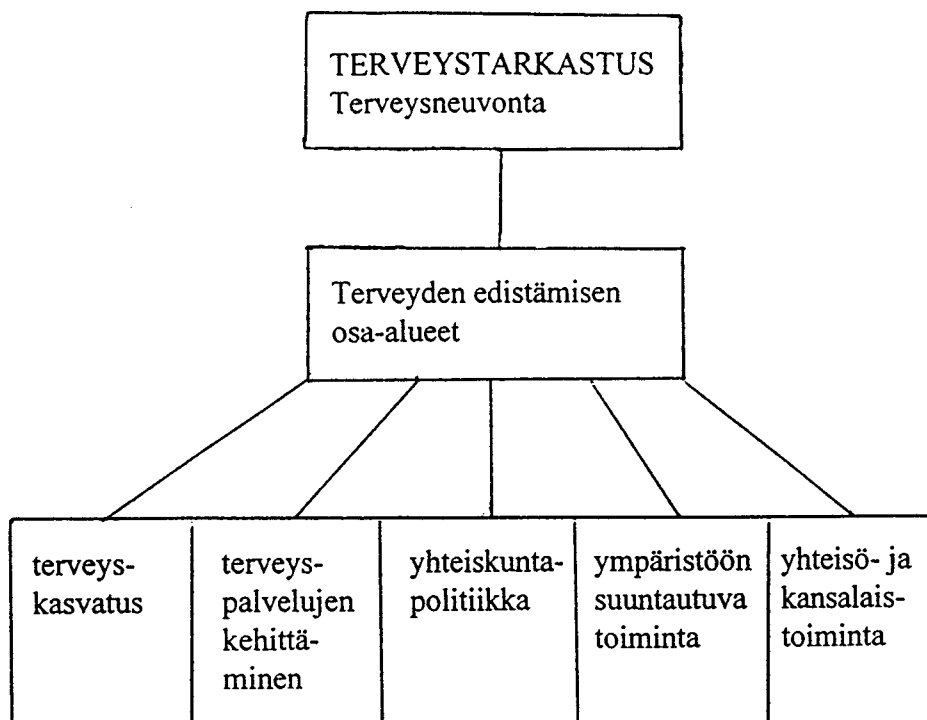
3.1 Terveystarkastus - edistämistä, kasvatusta ja neuvontaa

Terveystarkastus on määritelty yksilön terveydentilan monipuoliseksi tutkimiseksi (Lahtinen 1996, 47). Terveystarkastus tukee terveystaloutta, jonka päämääränä on terveyden edistäminen, sairauksien ja toimintakyvyn rajoitusten ehkäisy ja varhainen toteaminen sekä sairastuneiden järjestelmällinen hoito ja kuntoutus. Terveystarkastus on yksilön oma-aloitteiseen hoitoon hakeutumiseen perustuvaa sairaanhoitoa aktiivisempi terveydenhuollon keino. Terveystarkastuksia voidaan järjestää erilliseen kutsuun perustuvina joukkotarkastuksina, tiettyihin tilanteisiin liittyvinä tarkastuksina, kuten kutsunta- ja työhöntulotarkastukset, osana tiettyjen ryhmien neuvolapalveluita tai sairaanhoitokäyntien yhteydessä. (Lääkintöhallitus 1983, Sosiaali- ja terveysministeriö 1987, Aromaa & Peitso 1996, 54-56.)

Henkilökohtainen asiakkaan ja terveydenhuollon ammattihenkilön vuorovaikutus on terveystarkastuksen toteutumisen edellytys. Siinä pyritään ottamaan huomioon tiettyssä sosiaalisessa ja kulttuurisessa ympäristössä elävä yksilö, hänen taustansa, arvonsa, asenteensa sekä yksilölliset tarpeensa, joiden mukaan toteutetaan asiakkaan kanssa yhdessä tavoitteellista ohjausta eli **terveysneuvontaa**. (ks. kuvio 1, 12; Nupponen ym. 1991, Lepola 1992, Rimpelä 1993, Terveyskasvatuksen ... 1995, Aarva 1995.) Terveysneuvonta on sosiaalista tiedonvälitystä, millä pyritään tukemaan yksilöä terveyttä koskevissa valinnoissa kasvatuksellisin ja viestinnällisin keinoin (Green & Kreuter 1991, Kannas 1992, Ingrosso 1993, Rimpelä 1994). Terveysneuvonta on eräs terveystaloutta toteutustapa (Tones ym. 1990, Green & Kreuter 1991, Nupponen ym. 1991). Terveystaloutta vonnan toimintaa on määritelty Keski-Karjalan kansanterveystyön kuntayhtymän kunnalliskertomuksessa (1995, 2) seuraavasti:

“Terveysneuvonta antaa asiakkaille valmiuksia omaehtoiseen terveydenhoitoon sekä auttaa heitä tunnistamaan sairauksien oireita mahdollisimman varhain ja tarvittaessa ohjaa asianmukaiseen hoitoon. Neuvonnassa lähtökohtana ovat asiakkaan omat tarpeet sen hetkisen elämäntilanteen mukaan. Kohderyhmä on koko kuntayhtymän väestö. Neuvontaa toteuttaa koko hoitohenkilöstö käyttäen keinoina yksilöllisiä keskusteluja, ryhmätoimintaa, yleisöluentoja sekä paikallislehdistöä.”

Terveystarkastus on osa **terveyden edistämistä** (kuvio 1, 12), joka tukee yksilön henkilökohtaisten taitojen kehittämistä ja lisää mahdollisuuksia terveyden hallintaan ja sen parantamiseen. Terveyttä edistävä toiminta ei ole yksinomaan terveydenhuollon vastuulla, vaan laajempi kokonaisuus hyvinvoinnin saavuttamiseksi. Toiminta muodostuu terveellisen yhteiskuntapolitiikan kehittamisestä, terveellisen ympäristön aikaansaamisesta, terveystalouden uudistamisesta ja yhteisöjen toiminnan tehostamisesta. Terveystarkastus on osa monialaista terveystaloutta; yhteiskunta- ja talouspolitiikalla on keskeinen merkitys väestön terveyden kehittämiseen. (Ottawa charter ... 1986, Kalimo & Vertio 1987, Ewles & Simnett 1995.) Uudenlaista terveystaloutta, terveyden edistämistä, ovat ohjanneet Suomessa muun muassa kansanterveyslaki (1972), Terveyttä vuoteen 2000-ohjelma, hallituksen terveystalouttinen selonteko (1985) sekä Ottawan asiakirja (1986).



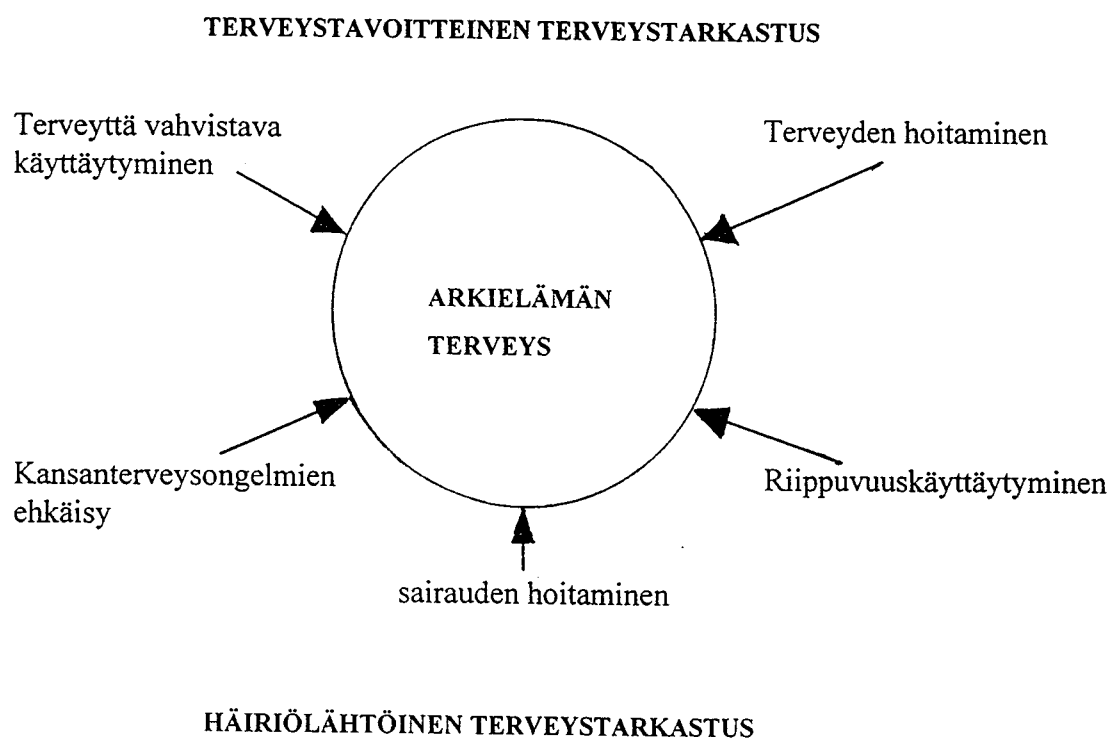
KUVIO 1 Terveystarkastuksen suhde terveyden edistämiseen (soveltaen Ottawa charter ... 1986, Nupponen ym. 1991, 11-23; Ewles & Simnett 1995, 26).

3.2 Terveystarkastuksen tavoitteet ja tehtävät

Terveystarkastuksen tavoitteena on ihmisten terveystietoisuuden kehittäminen, terveyteen vaikuttavan toiminnan tukeminen sekä yleisten kansanterveydellisten riskien arviointi ja sen perusteella tapahtuva terveysneuvonta. Terveystarkastuksen tehtävät ja tavoitteet ovat yhteydessä terveystarkastuksen lähestymistapaan, joka puolestaan muotouttaa erilaisia käsityksiä terveydestä, kasvatuksesta, oppimisesta sekä tiedosta. (Rimpelä 1992, 1993.)

Terveystarkastuksen tavoitteista jäsenyyttä terveystarkastuksen neuvottelukunnan (1995) mukaan epidemiologinen (vrt. lääketieteellinen) ja kasvatuksellinen näkökulma, jotka yhdessä hahmottavat terveystarkastuksen sisältöalueen, josta itse terveystarkastustilanteessa painottuvat tietyt osat (Rimpelä 1992, Rimpelä 1993, Terveystarkastuksen ... 1995).

Rimpelä (1993) ilmaisee epidemiologiseen tietoon perustuvaa näkökulmaa **häiriö- eli tautilähtöisenä** (kuvio 2, 13; Rimpelä 1993, Terveyskasvatuksen ... 1995), Laitakari (1986) tulosten mittaamisen vuoksi luonnontieteellisenä, Lepola (1988) mekanistisena, Tones ym. (1990) traditionaalisenä, Vertio (1992) riskinäkökulmana ja Ewles ja Simnett (1995) käyttäytymismuutokseen pyrkivänä behavioristisena terveystarkastuksena.



KUVIO 2 Terveystarkastuksen tärkeimpien sisältöalueiden näkökulmat terveyteen ja arkielämään (soveltaen Rimpelä 1993).

Häiriölähtöisessä terveystarkastuksessa sisältöalueista korostuvat kansanterveyden ongelmien ehkäisy, riippuvuuskäyttäytyminen ja sairauksien hoitaminen (kuvio 2, 13; taulukko 3, 15; Rimpelä 1993, Terveyskasvatuksen ... 1995). Terveystarkastuksessa vuoro-vaikutus on tiedon antamista (Heikkinen 1988), kieltoja, ohjeita ja käskyjä (Nupponen 1991), suostuttelua (Tones ym. 1990) tai Ingrosson (1993) mukaan autoritatiivista, opettavaa ja yksisuuntaisesti terveystarkastajalta osallistujalle suuntautunutta.

Terveystarkastuksen kasvatuksellista näkökulmaa Rimpelä (1993) kutsuu **terveystavoitteiseksi** tai systeemilähtöiseksi, jonka pääsisältöalueina ovat terveyttä vahvistava käyttäytyminen ja terveyden hoitaminen. (kuvio 2, 13; taulukko 3, 15). Terveystavoitteisessa terveystarkastuksessa painottuvat positiivinen terveyden edistäminen, elämäntilanteen vahvistaminen, ihmissuhdetaitojen oppiminen, itsetunnon vahvistaminen sekä positiivisen minäkuvan luominen. (Laitakari 1986, Tones 1990, Shemeikka 1991, Nupponen ym. 1991, Kannas 1992, Rimpelä 1993.)

Terveystavoitteinen terveystarkastus on asiakaslähtöistä ja yksilöllistä (Nupponen ym. 1991, Rimpelä 1993, Terveyskasvatuksen ... 1995), yksilön vastuullisuutta ja valinnan vapautta korostavaa holistista (Heikkinen 1988), vastavuoroista, tasavertaista ja kognitiivista oppimista tukevaa (Ingrosso 1993) sekä yksilön toiminnan päämääriin rohkaisevaa tulkinnallista terveystarkastusta (Lepola 1988).

TAULUKKO 3 Terveystarkastuksen tärkeimmät sisältöalueet (soveltaen Rimpelä 1993).

A. TERVEYSTAVOITTEINEN TERVEYSTARKASTUS	B. HÄIRIÖLÄHTÖINEN TERVEYSTARKASTUS
1. Terveyttä vahvistava käyttäytyminen <ul style="list-style-type: none"> - terveystietoisuus ja terveyden edistäminen - psyykinen selviytyminen - lepo ja rentoutuminen - liikunta - ravitsemuskäyttäytyminen - seksuaalikäyttäytyminen 	3. Riippuvuuskäyttäytyminen <ul style="list-style-type: none"> - laihduttaminen - tupakointi - alkoholin hallitsematon käyttö
2. Terveiden hoitaminen <ul style="list-style-type: none"> - terveyden perushoito - terveysneuvontapalvelujen käyttö 	4. Kansanterveysongelmien ehkäiseminen <ul style="list-style-type: none"> - sydän- ja verisuonitautien ehkäiseminen - syöpätautien ehkäiseminen - tuki- ja liikuntaelintautien ehkäiseminen - itsemurhien ehkäiseminen
	5. Sairausten hoitaminen

3.3 Terveystarkastukset aikuisikäisten terveydenhoidon toimintamallina

3.3.1 Ikäryhmä- vai työterveystarkastus?

Aikuisikäisten terveystarkastuksia järjestetään pääasiassa terveyskeskuksissa ja työterveyshuollossa. Kansanterveislain (1972) 14 §:n velvoittamia ikä- ja väestöryhmätarkastuksia on aikuisikäisille järjestetty vain paikallisesti ja tarkastukset ovat olleet sisällöltään ja tavoitteeltaan epäyhtenäisiä. (Lahtinen ym. 1992, Nupponen 1994.) Työnantajan kustantaman työterveyshuollon erityistehtävänä on ehkäistä ja seurata työn vaaratekijöitä muun muassa terveystarkastuksiin. Lakisääteinen työterveyshuolto koskee koko työtä tekevää väestöä mutta laajuudessaan ei sisällä sairaanhoitoa, eikä edellytä yleisen terveydentilan säännöllistä seurantaa. Sen vuoksi lakisääteisen työmuodon lisäksi on voitu työterveys-

huoltoon liittää ns. vapaaehtoisia ikäryhmätarkastuksia. Vuonna 1991 lainsäädäntöön sisällytettiin myös varhaiskuntoutus ja työkyvyn ylläpitävä toiminta, joiden toteutukset ovat muotoutumassa. (Työterveyshuoltolaki 1978, Lahtinen ym. 1992, Lahtinen ym. 1993.)

Avoterveydenhuollossa tehdään nykyisin vuosittain vähintään satoja tuhansia lakisääteisiä ja vapaaehtoisia terveystarkastuksia (Lääkintöhallitus 1983, Lahtinen ym. 1992, Lahtinen ym. 1993, Nupponen 1996). Terveystarkastusten kattavuutta on seurattu Kelan sosiaaliturvan tutkimuslaitoksen terveysturvan väestötutkimuksissa ja on arvioitu, että vähintään 10% kaikista lääkärikäynneistä oli terveystarkastuksia. Terveystarkastusten tilastointi on osittain puutteellista ja päällekkäistä, mistä johtuen terveydenhoitajien tekemistä terveystarkastuksista tai asiakkaiden osallistumisesta kansanterveystyönä suoritettuihin terveystarkastuksiin ei ole tietoa. (Kalimo ym. 1992, Lahtinen ym. 1993, Nupponen 1996.)

Terveyskeskusten ja työterveyshuollon terveystarkastustoiminta on selkeän toimintamallin puuttuessa koordinoimatta. Eri tahoilla tai jopa samassa organisaatiossa voidaan suorittaa sisällöltään ja päämääriltään toisiaan muistuttavia tarkastuksia ajallisesti lähekkäin. Terveystarkastukset toteutetaan yleensä lääketieteellisessä ja kliinisessä viitekehyksessä toimintakyvyn arvioimiseksi. Tarkastuksiin sisällytetyt preventio-osuudet koskevat tavallisimmin sydän- ja verisuonisairauksien vaaratekijöitä. (Lahtinen ym. 1992.)

3.3.2 Ikäryhmittäiset terveystarkastukset Kiteellä

Kiteellä aikuisten määräaikaiset terveystarkastukset aloitettiin Pohjois-Karjalan projektin ja terveyskeskuksen yhteistyönä v.1973 ja ovat muotoutuneet ajan kuluessa. Miesten terveystarkastukset on suunnattu 30 - 50-vuotiaiden ikäluokille viiden vuoden välein (Keski-Karjalan ... 1995, liite 1). Tarkastettavat kutsutaan väestörekisterikeskuksesta terveyskeskukselle lähetetyn henkilötietolistojen mukaisesti terveystarkastukseen. Terveystarkastuksista huolehtii terveyskeskuksen terveysneuvonnan 10 terveydenhoitajaa.

Terveystarkastuksiin osallistuneista ei ole ollut jatkuvaa tilastollista seuranta. Tarkastusten ulkopuolelle jäävät paikkakunnalta/ tai paikkakunnalle juuri muuttaneet ja osoitemuutoksen vuoksi tavoittamatta jääneet. Osa ikäryhmien tarkastettavista kuuluu terveyskeskuksen tai yksityislääkäriasema Resetin työterveyshuollon piiriin ja päällekkäisyyden välttämiseksi terveystarkastus tällöin suoritetaan työterveyshuollossa.

Terveystarkastukseen kuuluu esikysely, joukko seulontakokeita sekä henkilökohtainen terveysneuvonta. Kutsukirjeessä (liite 2) lähetetään terveyskyselykaavake (liite 3), missä kysellään kutsutun subjektiivista terveydentilaa ja terveystottumuksia. Asiakas voi merkitä kaavakkeen listasta terveystarkastuksessa keskusteltavia aiheita.

Asiakas palauttaa terveystarkastuksen yhteydessä terveyskyselykaavakkeen terveydenhoitajalle. Terveystarkastuksessa keskustellaan kyselylomakkeen tiedoista, seulontakokeiden tuloksista tai muista tarkastuksessa esille tulleista asioista asiakkaan tai terveydenhoitajan aloitteesta. Ajokorttiasetus (7.9.1990/845) edellyttää ajokyvyn lääketieteellistä arviointia 45 vuotta täyttäneille moottoriajoneuvon kuljettajille viiden vuoden välein. Terveystarkastuksessa esitätetään tarvittaessa ajokorttitodistus ja asiakas ohjataan lääkärintarkastukseen. Terveydenhoitajan suorittamaan terveystarkastukseen varataan aikaa keskimäärin yksi tunti (liite 1).

Asiakkaalla on edelliseltä terveystarkastuskäynniltä (tai hänelle annetaan) terveydenseurantakortti, mihin kirjataan ylös tarkastuksen tutkimustulokset. Ikäryhmätarkastuslomakkeella/asiakkaan terveyskortissa on oma riskipisteiden laskemistaulukko, jossa annetaan asiakkaalle nolasta neljään riskipisteitä terveyden kannalta yleisimmille riskitekijöille (suhteellinen paino, tupakointi, vapaa-ajan liikunta, systolinen ja diastolinen verenpaine sekä kolesteroli). Mitä korkeammat viitteelliset yhteenlasketut pisteet ovat, sitä suurempi on alttius kroonisten tautien syntyyn. Riskitekijöiden puuttuminen eli pistemäärän ollessa lähellä nolaa merkitsee vähäistä tautialttiutta, terveitä elämäntapoja ja

hyvää terveyttä. Riskipisteet ovat ohjaamassa ja tukemassa terveystarkastusta ja -neuvontaa. "Kontrollikäynti" sovitaan terveydenhoitajalle, esimerkiksi uusintaverinäyte tai -verenpainemittaus, asiakkaan terveydentilan ja -tarpeiden mukaisesti. (ks. Lääkintöhallitus 1983.)

3.3.3 Aikaisemmista terveystarkastustutkimuksista

Terveysneuvonta- ja -tarkastus**kokemuksiin** liittyviä tutkimuksia on suoritettu suhteellisen vähän. Tehdyissä tutkimuksissa on selvitetty terveyskeskusasiakkaiden kokemuksia terveydestä ja hyvästä voinnista (Åstedt-Kurki 1992) sekä hyvästä hoidosta (Turunen 1992), asiakkaiden motivointia ja tukemista terveysneuvonnassa (Rantanen 1993), terveystarkastajan omaksumia toimintamalleja (Shemeikka 1991) sekä hoitajan ja asiakkaan/potilaan vuorovaikutustilanteita (Heikkinen 1988, Wilkinson 1991, Corner & Wilson-Barnett 1992, Jarrett & Payne 1995). Myös palvelun ja hoidon laadun kehittäminen ovat olleet keskeisiä tutkimuskohteita 1990-luvulla (mm. Vuori 1991, 1993, Pelkonen 1992, Leino-Kilpi ym. 1994, Perälä 1995).

Terveystarkastuksiin liittyvät tutkimukset ovat vähentyneet siirryttäessä 1980-luvulta 1990-luvulle. Terveystarkastusten evaluointi voi koskea muun muassa terveystarkastusprosessia, menetelmiä, vaikuttavuutta ja hyväksyttävyyttä. (Lahtinen 1996.) Nupponen on viime vuosina tarkastellut **terveystarkastusprosessia** tutkimuksessaan terveysneuvonnan 45-vuotiaiden ikäluokittaisia terveystarkastuksia Tampereella. Tutkimus pohjautuu 45-vuotisikäryhmätarkastukseen osallistuneiden 120 miehen kyselytutkimukseen ja kuuden terveydenhoitajan merkintöihin terveystarkastuksesta. Tutkimuksessa on selvitetty aikuisten terveystarkastus- ja neuvontakäyntejä terveydenhoitajien kuvaamina (1991), asiakkaiden tyytyväisyyttä 45-vuotiaiden terveystarkastuskäynteihin (1993), keskustelun ja neuvonnan aiheita 45-vuotiaiden terveystarkastuskäynneillä (1994) sekä asiakkaiden näkemyksiä terveystarkastuksesta (1996).

Muun muassa työterveyshuollon terveydenedistämishjelmissä on terveystarkastusta tarkasteltu **menetelmällisesti**. 1980-luvulla toteutettiin Yhtyneiden paperitehtaiden työpaikoilla "Terve työpäivä tavaksi"-kampanja. Projektissa todettiin henkilökohtaiset tietokonepalautteet ("terveysprofiilit") tärkeiksi motiiveiksi oman terveytensä huomioon ottamisessa. (Talvi ym. 1994.) Vastaavasti Fredriksson (1986) on tutkimuksessaan todennut, että terveystarkastusten yhteydessä suoritettavien kliiniskemiallisten seulontatutkimusten merkitys on vähäinen. Terveystarkastuksissa tulisi tutkimuksen mukaan kiinnittää enemmän huomiota tarkastettavien psyykkisiin tekijöihin. (Fredriksson 1986, Sosiaali- ja terveysministeriö 1987.)

Kansaneläkelaitoksen kuntoutustutkimuskeskus, Turun terveystakeskus ja Paavo Nurmi-keskuksen kuntotutkimusasema käynnistivät vuonna 1987 perusterveydenhuollossa toteutettavan tutkimushankkeen "Työikäisten terveyden edistäminen", jonka tavoitteena oli kehittää avoterveydenhuoltoon ja työterveyshuoltoon terveyttä edistävä palvelujärjestelmä. Toimintamallina oli laaja-alainen terveystarkastus ja terveysneuvonta tarkastusten tulosten pohjalta. Mallia toteutettiin ja arvioitiin vuosina 1988-1991 Neste Oy:n Naantalin ja Porvoon jalostamoiden työntekijöille sekä Turun terveystakeskuksessa vuosina 1989-1992. (Talvi ym. 1994, Lahtinen 1996.)

Työterveyshuollon osahankkeessa tulosten mukaan tavallisimmat neuvontatarpeet koskivat sepelvaltimotaudin riskitekijöitä, jotka olivat psyykkisen hyvinvoinnin ja TULE-oireiden ohella neuvontatarpeista korostuvia tekijöitä vanhemmissa ikäryhmissä. Vain joka neljännellä tutkimukseen osallistujalla ei ollut lainkaan neuvontatarvetta. (Talvi ym. 1994.) Terveystakeskuksessa toteutetussa tutkimuksessa todettiin interventioyryhmän terveyden kohentuneen seuranta-aikana. Osallistujat kokivat toimintamallin myönteisenä. Tutkimukseen miehet osallistuivat ja sitoutuivat hankkeeseen naisia heikommin. (Lahtinen 1996.)

Terveystarkastuksen **vaikuttavuutta** on tarkasteltu runsaasti yksittäisiin riskitekijöihin perustuvissa, lähinnä lääketieteellisissä kansainvälisissä interventiotutkimuksissa. Seurantatutkimuksissa on pyritty vaikuttamaan ruokatottumuksiin (mm. Ornish ym. 1990,

Karvetti & Hämäläinen 1993), alkoholinkäyttöön (esim. Wallace ym. 1988, Chick ym. 1989), tupakointiin (esim. Jamrozik ym. 1984, Macleod Clark ym. 1990) ja liikuntatottumuksiin (mm. Harris ym. 1989, Pöllänen 1995). Interventiotutkimuksissa muun muassa sydän- ja verisuonitaudit ovat olleet mielenkiinnon kohteena (Strandberg ym. 1991, Imperial Cancer Research ... 1995, Marniemi ym. 1996). Terveystarkastuksiin liittyneestä neuvonnasta on raportoitu vähän tai se on jätetty kuvaamatta kokonaan (esim. Strandberg ym. 1991, Imperial Cancer Research ... 1995).

Osallistumislukujen perusteella voidaan arvioida, miten väestö **hyväksyy** terveystarkastukset. Yleisiin terveystarkastuksiin osallistuu noin 40-90 % tutkituista (Nupponen 1991, Persson ym. 1994, Talvi ym. 1994, Lahtinen 1996). Terveystarkastuksista poisjäämisen on todettu olevan yhteydessä vähäiseen mielenkiintoon, alhaiseen sosioekonomiseen asemaan, vähäiseen koulutukseen, haitallisiin elintapoihin, työttömyyteen sekä runsaaseen terveyspalvelujen käyttöön kroonisten sairauksien vuoksi. Joissakin tapauksissa poisjäämiseen liittyy epävarmuus tietojen pysymisestä luottamuksellisena. (Persson ym. 1994, Talvi ym. 1994, Lahtinen 1996.)

Viime vuosikymmeninä alueellisesti **Itä-Suomeen** kohdistettuja ja toteutettuja **yhteisöllisiä projekteja** ovat muun muassa Pohjois-Karjan projekti, Mies 2000-ohjelma sekä Terve kylä-projekti. Terveystarkastusten lisäksi projektit sisälsivät väestöön suuntautuvia terveyskasvatuksellisia joukkotiedotuksia, koulutuksia sekä ympäristömuutoksia. Projekteilla on ollut myönteinen vaikutus miesten terveyteen ja terveyskäyttäytymiseen. (Puska ym. 1983, Maasilta 1988, Helakorpi ym. 1993, Neittaanmäki 1995.)

4 TUTKIMUSPROSESSI

4.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tehtävät

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata kiteeläisten 45-vuotiaiden miesten kokemuksia, odotuksia ja toiveita terveyskeskuksen ikäryhmittäisestä terveystarkastuksesta. Tutkimuksen tavoitteena on saada miesnäkökulmaa terveystarkastusten terveysneuvonnan kehittämiseen.

Tutkimustehtävänä on selvittää:

1. Miten vuonna 1950 syntyneet kiteeläiset miehet ovat kokeneet 45-vuotiaiden ikäryhmätarkastuksen?
2. Mitä 45-vuotiaat miehet odottavat ja toivovat terveystarkastukselta?

4.2 Tutkimusaineiston valinta

Tutkimusaineisto muodostui 13:sta vuoden 1995 aikana 45 vuotta täyttäneen Kiteen terveyskeskuksen terveystarkastukseen osallistuneen miehen haastattelusta. Kiteen terveyskeskuksen väestörekisterikeskuksesta lähetetyn vuonna 1950 syntyneiden miesten nimilistan mukaan ikäryhmätarkastettavia oli yhteensä 94, joista terveystarkastusten päällekkäisyyden välttämiseksi oli karsittu terveyskeskuksen työterveyshuollossa sekä yksityisellä lääkäriasema Resetin työterveyshuollossa tarkastettavat 12 miestä. Terveyskeskuksen ikäryhmätarkastukseen kutsuttuja oli 82, joista 51 osallistui terveystarkastukseen (62 %).

Tietosuojan mukaan terveyskeskus ei voinut luovuttaa kyseistä nimelistaa tutkimukseen, vaan tietosuojavaltuutettu suositteli, että terveyskeskuksen henkilökunta kutsuu tutkimukseen osallistuvat miehet haastatteluun. Tutkimusluvan myöntämisen jälkeen (liitteet 4 ja 5) terveyskeskuksen terveydenhoitaja otti puhelimitse yhteyden haastateltaviin terveystarkastukseen osallistuneisiin käyntijärjestyksen mukaisesti. Tutkittaville terveydenhoitaja kertoi lähettämäni tiedotuskirjeen mukaisesti (liite 6) tutkimuksen tarkoituksesta, tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta sekä haastattelun nauhoittamisesta. Tarkoituksenani oli saada 15 miestä tutkimukseeni, mutta teemahaastatteluun lupautui 14, joista yksi ei saapunut. Terveysneuvoja neuvotteli haastatteluajan tutkittaville sopivaan ajankohtaan.

4.3 Tutkimusaineiston kerääminen

Kokosin empiirisen aineiston huhtikuussa 1996 teemahaastattelulla. Haastattelut pohjautuivat tutkimusaiheen mukaisesti ennalta laadittuun, kahdesti esitettävään teemahaastattelurunkoon (liite 7). Teemahaastattelussa käytin puolistrukturoitua tutkimusmenetelmää, jonka avulla vuorovaikutustilanteessa haastattelija saa luotettavaa informaatiota tutkimusongelman kannalta relevanteilta alueilta. Menetelmä suo tutkijalle mahdollisuuden auttaa haastateltavaa kuvaamaan tutkittavan teeman affektiivisiä ja kognitiivisiä merkityksiä (Hirsjärvi & Hurme 1991, Hermanson 1994).

Tutkimukseen osallistuvat kuusi miestä haastattelin terveyskeskuksen neuvolan tiloissa. Seitsemän haastattelua suoritin illalla terveyskeskuksen lääkärin vastaanottoavustajan huoneessa. Tällöin normaali vastaanotto toiminta oli päättynyt, tilat olivat rauhalliset eivätkä ulkopuoliset tekijät häirinneet haastatteluja. Nauhoitin kaikki haastattelut. Haastattelut kestivät keskimäärin tunnin ajan. Lyhin haastattelu oli noin 40 minuuttia ja pisin tunti viisitoista minuuttia. Kaksi haastateltavista ilmaisi arkuutensa nauhoittamiseen, mutta suostuivat ja haastattelut onnistuivat moitteettomasti. Haastattelun aluksi selvitin

jokaiselle haastateltavalle vielä tutkimukseni tarkoituksen ja tutkimukseen osallistuvien anonymiteetin. Haastattelut etenivät avoimesti temasta toiseen ja lopuksi tarkistin, että kaikki haastatteluteemat tulivat läpikäydyiksi.

4.4 Tutkimusaineiston analysointi

Nauhoitetut haastattelut kirjoitin mahdollisimman sanatarkasti tekstiksi. Kirjoitettua tekstiä tuli 158 liuskaa. Aineistoanalyysissä sovelsin fenomenologista Colaizzin analyysimenetelmää. Tarkoitukseni oli hahmottaa niitä merkityksiä, joita tutkimuksen osallistujat itse omalle toiminnalleen antavat ja joiden avulla he elämäänsä ja ympäristöään jäsentävät (Hämäläinen 1987, Pyörälä 1994).

Fenomenologisen menetelmän käyttö on perusteltua, kun halutaan tietoa ja ollaan kiinnostuneita ihmisten kokemuksista, pyritään ymmärtämään tutkittavaa ilmiötä tutkittavien ihmisten kannalta sekä tuomaan esille merkityksiä (Field & Morse 1988, Forrest 1989, Varto 1992, Åstedt-Kurki 1994). Fenomenologiassa on keskeistä kokemuksen hyväksyminen sellaisena kuin se on tutkittavan tietoisuudessa ja tavoitteena on tämän yksilöllisen kokemuksen kuvaaminen mahdollisimman tarkasti "elettyinä kokemuksena". Perustana olevan filosofian mukaisesti todellisuus ei ole vain yksi ja sama kaikille, vaan jokaisella yksilöllä on omansa. Tavoitteena ei ole teorian tai mallin muodostaminen eikä yleistyksen tekeminen, vaan tutkittavan ilmiön syvälinen ymmärtäminen ja kuvaaminen sekä merkitysten esille tuominen. (Oiler 1982, Omery 1983, Field & Morse 1988, Forrest 1989.)

Fenomenologisen tutkimuksen peruslähtökohtana on, ettei ole olemassa ennalta annettuja määritelmiä tai odotuksia, jotka ohjaisivat tutkijaa hänen suunnitellessaan analysointia tai aloittaessaan sitä (Field & Morse 1988). Fenomenologisessa tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita siitä, miten tutkija esiin tulevat asiat ymmärtää (Hämäläinen 1987).

4.4.1 Colaizzin fenomenologinen analyysimenetelmä

Colaizzi kehitti analyysimenetelmänsä kirjallisten kuvausten analyysiä varten (Colaizzi 1978). Analyysin tavoitteena on tuottaa eri vaiheiden kautta kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Colaizzin analyysimenetelmää on käytetty muun muassa hoitotieteellisissä tutkimuksissa tutkittaessa hoitamista (Forrest 1989, Clarke & Wheeler 1992), pitkäaikaissairaiden rohkeutta (Haase 1987) sekä synnytyksen jälkeistä masennusta (Beck 1992, 1996). Suomessa Colaizzin analyysimenetelmää hoitotieteessä on soveltanut muun muassa Turunen (1992) tutkiessaan hyvää hoitoa väestön kokemana.

Colaizzin (1978) analyysimenetelmä koostuu seitsemästä vaiheesta. Ne voidaan kuvata seuraavasti:

1. Luetaan jokaisen vastaajan kuvaukset, jotta ymmärretään niiden sisältö.
2. Jokaisesta kuvauksesta poimitaan keskeiset ilmaisut, jotka ovat tärkeitä tutkittavan ilmiön kannalta (significant statements). Tärkeät ilmaisut voidaan esittää käsitteellisesti yleisemmällä tasolla kuin mitä kukin yksittäinen vastaaja on ne kuvannut.
3. Merkitysten muodostamiseksi (formulating meaning) yritetään ymmärtää kunkin tärkeän ilmaisun sisältämä merkitys. Muodostettuja merkityksiä verrataan alkuperäisiin kuvauksiin, että yhteys säilyy todellisena ja oikeana.
4. Yhteenkuuluvat muodostetut merkitykset ryhmitellään teemoittain (clusters of themes). Muodostettuja teemoja verrataan alkuperäisiin kuvauksiin ja tarkistetaan, että yhteys alkuperäisiin on säilynyt. Tässä vaiheessa saattaa tulla esille ristiriitoja teemojen sisällä ja niiden välillä. On mahdollista, että jotkut muodostetut merkitykset eivät sovi teemoihin. Muodostettua merkitystä ei kuitenkaan saa pakottaa tiettyyn teemaan eikä hylätä

merkityksettömänä, koska se mikä on loogisesti selittämätöntä, voi olla eksistentiaalisesti todellista ja pätevää.

5. Tulokset yhdistetään tyhjentäviksi kuvauksiksi (exhaustive description) tutkittavasta ilmiöstä.
6. Tutkittavasta ilmiöstä pyritään muodostamaan yksiselitteinen yhteenveto, jossa ilmenee tutkittavan ilmiön olennainen rakenne aineiston perusteella kuvattuna.
7. Yhteenvedon lopullinen validointi voidaan toteuttaa antamalla tutkittavien arvioida yhteenvetoa suhteessa alkuperäisiin kokemuksiinsa.

4.4.2 Tutkimusaineiston analysoinnin etenemisvaiheet

Ensimmäisessä vaiheessa luin haastattelut läpi useaan kertaan kokonaiskuvan muodostamiseksi tutkimusaineistosta. Lukiessani poimin haastatteluista marginaaliin merkittäviä ilmaisuja. Yliviiwaustusseilla väritin tutkimusaineistosta merkittäviä ilmaisuja teemahaastattelurungon mukaisesti teemoittain. Tämän jälkeen yhdistin tekstinkäsittelyohjelmalla samaa tarkoittavat ilmaisut suorina lainauksina teeman osa-alueisiin ja avasin uudet tiedostot teemoittain.

Seuraavassa vaiheessa tarkastelin tekstiä tiedostottain ja teemojen osa-alueittain. Ryhmittelin teemojen osa-alueita uudelleen, vertasin alkuperäiseen tutkimusaineistoon ja kertosin tutkimustehtävät. Teemahaastattelurungon ryhmittely ei suoraan vastannut tutkimustehtäviäni, joten tässä vaiheessa ryhmittelin tutkimusaineiston tutkimustehtävittäin. Merkitysten rakentamiseksi poimin ja numeroin jokaisesta haastattelusta tärkeät ilmaisut, joiksi tulkitsin kaikki tutkimuskysymyksiin liittyvät olennaiset ja sitä kuvaavat tai selittävät asiat. Nämä ilmaisut halusin säilyttää edelleen mahdollisimman alkuperäisinä aineistoa vastaavina. Yhdistin samaa tarkoittavia tärkeitä ilmaisuja, poistin epäolennaisia sekä ositin tutkitta-

van lausuman, mikäli se sisälsi useita tärkeitä ilmaisuja. Terveystarkastuskokemuksista muodostui 206 ja -odotuksista ja -toiveista 118 tärkeää ilmaisua.

Taulukossa 4 (s. 27) on esimerkki tärkeiden ilmaisujen, merkityksien ja teemojen muodostumisesta. Merkityksen jälkeen sulkeissa oleva numero viittaa tärkeän ilmaisun numeroon ja vastaavasti muodostuneiden teemojen jälkeen merkityksen numeroon.

Tärkeitä ilmaisuja luin useaan kertaan ja vertasin edelleen niitä alkuperäiseen aineistoon. Pohdin tutkittavien niille antamaa merkitystä sekä pyrin ymmärtämään kunkin tärkeän ilmaisun sisältämän, myös epäsuoran, merkityksen. Ymmärtäminen ei ole pelkästään arkiymmärrystä, jossa suhteutetaan oma kokemus toisen ihmisen tilanteeseen ja asetetaan tämän asemaan tai tilaan. Merkityksen ymmärtämiseksi huomioidaan asian sisällöllinen arvo sekä tarkoitus tutkittavan kannalta. (Hämäläinen 1987, Varto 1992.) Konkreettisesti ymmärtämistä kuvaavat muun muassa tutkimusaineistossani tutkittavien kommentit aikaisemmista kokemuksista terveysneuvonnasta tai oman sairauden/sairastumisen vaikutuksesta merkityksen muodostumiseen: ... *mie oon vähän käynyt ... tuntuu, että palvelu on niin hyvää ... tai sairaus ... oli minulle aikamoinen sokki ... jotain peruuttamatonta tapahtunut ... olisi pitänyt aikaisemmin käydä ...* .

Merkitysten rakentaminen, tulkinta ja ymmärtäminen ei ollut mahdollista vain luokittelemalla tai tarkastelemalla yksittäisiä tärkeitä ilmaisuja, vaan aineistosta oli poimittava myös yhteyksiä, joista voi muodostua merkityksiä ja merkityskokonaisuuksia (Varto 1992). Wahlström (1992) toteaaakin, että kaikki tosiasiat on tarkasteltava kontekstin eli olosuhteiden kokonaisuudessa. Konteksti, yhteinen viitekehys tai tausta auttaa tulkitsemaan viestit (Varto 1992).

TAULUKKO 4 Esimerkki tärkeiden ilmaisujen, merkitysten ja teemojen muodostumisesta.

Tärkeät ilmaisut	Muodostetut merkitykset	Teemat
1. En tulisi ilman kutsua. Joka tuntee/uskoo itsenä terveeksi, se unohtuisikin.	1. Kutsu on välttämätön. Ilman kutsua terveystarkastus unohtuisi (tärkeät ilmaisut 1, 2, 3, 6, 11, 15, 16 ...).	1. "Kuhuttuna tullaan" - tautioirelähettäisyys (muodostetut merkitykset 1, 2, 7 ...).
2. Suurimmalta osalta ilman kutsua unohtuisi, tai jäisi viime tippaan.	2. Terveystarkastukseen hakeudutaan, kun on oireita/syy (tärkeät ilmaisut 10, 11, 12, 13, 14 ...).	2. Tiedon puute (muodostetut merkitykset 3...).
3. Unohtuu herkästi.	3. Epätietoisuus terveyskeskuksen palveluista (tärkeät ilmaisut 4, 5...).	3. "Miehinen mies" (muodostetut merkitykset 4, 5, 6...).
4. Miehet eivät tiedä, mitä on tarjolla.	4. Työ on esteenä hakeutumiselle (tärkeät ilmaisut 8, 9 ...).	4. Terveystarkastuksen sisältö (muodostetut merkitykset 9, 10, 11, 12, 13, 14, 15...).
5. Aika vieras talo.	5. "Miehinen mies" (tärkeät ilmaisut 6, 7, 12 ...).	5. Palvelu (muodostetut merkitykset 8, 17, 18, 19...).
6. Ei sitä saa itseensä liikkeelle.	6. Pelko turhasta käynnistä ja sairauden löytymisestä (tärkeät ilmaisut 36, 37...).	6. "Läksyttynä lähetään" (muodostetut merkitykset 22, 23, 24...).
7. Olen laiska lähtemään.	7. Ympäristöstä tulee varoittavia esimerkkejä (tärkeä ilmaisu 26).	7. Ikä ja terveys (muodostetut merkitykset 25, 26...).
8. Työesteitä oli.	jne.	
9. Ilmeisesti se oli työaikaan.		
10. Terveystarkastus on tarpeellinen, mutta jos ei vaivoja, roskikseen paperit. Sitten tosisaan, kun on oireita.		
11. Ilman kutsua ei varmasti olisi tullut lähdettyä, jos ei ole mitään oireita.		
12. Miehillä ei ole asiaa sinne.		
13. Miehet eivät näe mitään syytä mennä, se on vanhaa perua.		
14. Kellä on sen tyyppistä oiretta, voi käydä.		
jne.		

Esimerkiksi tutkimuksessani tärkeä ilmaisu terveystarkastuskokemuksista 92: *Stressi, jota työttömyys ym. aiheuttavat, on yhtä iso terveydellinen tekijä kuin ravintotottumukset* kuvaa tutkittavan kokemusta terveystarkastuksen sisällöstä ja samalla on kontekstissa yhteiskunnalliseen tilanteeseen. Merkitystä muodostaessa huomioin edellisten lisäksi myös tutkittavan aikaisemmat tärkeät ilmaisut (esimerkiksi, onko tutkittavalla omakohtaisia kokemuksia työttömyydestä ja/tai stressistä).

Kontekstin lisäksi tutkittavien kielen käyttö ja kielen kaksinainen luonne vaikuttivat merkitysten muodostumiseen. Kieli antaa tietoa asiainiloista, "todellisesta maailmasta" ja sen avulla ihminen voi pyrkiä erilaisiin sosiaalisiin tavoitteisiin (Wahlström 1992). Kielenkäyttö voi aiheuttaa merkityksen muutoksia ja harhauttavia tunneperäisiä mielteitä sekä epäloogisia, omien asenteiden vastaisia ilmaisuja. Kielen mukana sisäistyvät yhteisön normit ja tavat. Tutkimukseni tutkittavien kommentit *että syynätään, ajatuksia pyrittiin kaivamaan esille, ei sovi toisten tenttaaminen ..., ... utelu ...* muuttivat lausuman merkitystä sekä voimasanojen käyttö *... eikä saatana aina pelotella ... tai ... pirhana kaikki ei oo niin automaatio* vahvistivat kommentin painoarvoa. Vastaavasti tutkittavan lausumassa vaan-sana terveystarkastuksen sisällöstä *oli vaan keskustelua* muodosti erilaisen merkityksen.

Terveystarkastuskokemuksien tärkeistä ilmaisuista muodostui 27 sekä -odotuksista ja -toiveista 24 merkitystä, jotka numeroin. Muodostetuista merkityksistä pyrin löytämään yhteisiä elementtejä, jotka ryhmittelin teemoiksi. Teeman muodostamisessa merkitystä ei enää mielletä tietyn ihmisen koettuun maailmaan kuuluvaksi vaan tutkittaville yhteisesti sekä tutkittavan ilmiön kannalta keskeiseksi (ks. Perttula 1995a, 64-89; 1995b). Terveystarkastuskokemuksista muodostui 7 ja -odotuksista ja -toiveista 5 teemaa, jotka numeroin tutkimustehtävittäin. Ensimmäisen tutkimustehtävän teemat järjestyivät kronologisesti terveystarkastuskäytännön mukaisesti. Toisen tutkimustehtävän teemojen käsittelyyn vaikutti tärkeiden ilmaisujen ja merkitysten yleisyys. Lopuksi vertasin analyysin alussa tekemiäni marginaalimerkintöjä sekä viimeisteltyjä tärkeitä ilmaisuja, merkityksiä ja teemoja. Totesin niiden olevan yhteneviä.

5 TUTKIMUSTULOKSET JA TULOSTEN TARKASTELUA

Tutkimustulokset esitän tutkimustehtävittäin kuvaillen ensin tuloksia käsitteiden ja teemojen avulla. Tämän jälkeen tarkastelen tutkimustuloksia teemoittain yhdistäen ne aikaisempiin tutkimuksiin ja teorioihin. Pohdinnassa (luku 6.1, 54) kuvaan tutkimustulokset erillisenä yhteenvedona (taulukko 5, 55). Tulosten kuvaamisessa käytetyt käsitteet ovat muodostuneet induktiivisesti empiirisestä aineistosta.

Tutkimuksen kuvaus seuraa terveystarkastusprosessia kuten asiakas on sen kokenut aina kutsun saamisesta seuraavaan terveystarkastukseen saakka. Haastatteluissa käy ilmi, että kokemukset ja toiveet kohdistuvat **yleisesti** asiakkaan ja terveydenhuollon kontakteihin, eikä ainoastaan edeltävään terveystarkastukseen. Carr-Hill (1992) on todennut, että kun asiakas ottaa kantaa "terveystarkastukseen yleensä", niin tällöin ihmisen omat kokemukset sulautuvat yleisiin mielikuviinsa ja asenteisiinsa terveydenhoitoa tai terveystalveluja kohtaan.

5.1 45-vuotiaiden kiteeläisten miesten terveystarkastuskokemukset

Miesten kokemuksia terveystarkastuksesta kuvaavat tutkimuksen haastatteluaineistosta poimimani 206 tärkeää ilmaisua. Näiden pohjalta muodostin 27 merkitystä ja seitsemän teemaa:

1. "Kuhuttuna tullaan" - tautioirelähtöisyys
2. Tiedon puute
3. "Miehin mies"
4. Terveystarkastuksen sisältö
5. Palvelu
6. "Läksyttynä lähetään"- terveystarkastuksen tarpeellisuus ja vaikuttavuus
7. Ikä ja terveys.

1. "Kuhuttuna tullaan"- tautioirelähttöisyys

Kiteen terveyskeskus kutsuu viiden vuoden välein väestörekisterikeskukselta saadun nimilistan mukaisesti henkilöt terveystarkastukseen (luku 3.3.2, 16). Haastateltavat ilmaisivat, että ilman terveyskeskuksen henkilökohtaista kutsua terveystarkastus unohtuisi ja jäisi useammalta hoitamatta. Tutkittavat ovat kokeneet, että kutsu on tarpeellinen ja sen saatuaan terveystarkastuksesta ei voi kieltäytyä. Yksi haastateltavista kertoi kuitenkin ottaneensa jo itse yhteyttä, kun kutsu viivästyi.

... ilman kutsua se suuremmalta osalta jäis hoitamatta ... se tulloo paremmin hoijettua ... unohtuu herkästi ...

Tutkittavat totesivat, että terveystarkastukset ja -keskuskäynnit otetaan vakavasti oireiden ilmaannuttua. Terveyskeskukseen/ -tarkastukseen hakeudutaan syy- ja oirelähttöisesti. Muutamat haastateltavat kuvaavat: *... odotetaan, kun on viimeinen pakko, vaikka olisi jo pientä vaivaakin*. Kutsu, kuten myös ympäristöstä tulevat sairastumisesimerkit, koetaan motivoivina muistutuksina.

... mut jos ei tunne ite mitään tämmöstä vaivaa, niin tuommoset paperit roskikseen, jos ei mitään oireita oo. sit vasta otetaan tosissaan, että ymmärretään ennalta ehkäisevä toiminta ...

Terveystarkastukseen kutsuminen on kirjattuna Lääkintöhallituksen työryhmien mietintöön 1983 sekä Terveystarkastus-ohjelma koko elämänskaareksi - työryhmämuistioon 1987. Niissä todetaan, että riittävän osallistumisalttiuden takaamiseksi tutkittavat on kutsuttava tarkastukseen henkilökohtaisella pyynnöllä. Teeman "kuhuttuna tullaan - tautioirelähttöisyys" sisältämät tutkittavien kommentit kutsun tarpeellisuudesta kuvaavat vankkaa, normiohjattua ja kirjattua käytäntöä. Lisäksi työryhmän mietinnössä (1987) esitetään ongelma, että kutsumenettelystä huolimatta palvelujen käyttöön perustuva terveysneuvonta voi johtaa vääristymään palveluja käyttävien ja niiden tarvitsijoiden suhteessa. Ongelman todellisuutta osoittaa se, että Kiteellä terveystarkastukseen osallistui 62 % kutsutuista.

Tutkittavat ilmaisivat, että ilman oireita ei tule lähdettyä terveyskeskukseen. Tätä ajatusta tukee muun muassa Honkasalo (1995) toteamalla, että miehet väheksyvät sairauksiaan ja oireitaan, sillä potilaana heidän on vaikea alistua lääkärin määräyksille ja hyväksyä itsensä avuttomuuden tunne. Kykenemättömyys, riippuvaisuuden havaitseminen ja tarvitsevuus ovat epämiehekkäitä ominaisuuksia. Miehisen miehen rooli on vahva, pärjäävä ja tunteita näyttämätön. (Honkasalo 1995, 189-190; Kontula 1995a, 171-184.) Tarvitsevuus on heikkojen olemuksellinen tunnusmerkki, toteaa Siltala (1994) tutkimuksessaan miehen elämästä. Oireiden väheksyminen tai puuttuminen on miehelle luonteenomaista (Ahola 1992). Lisäksi asiakkaalla tulee olla yleisesti hyväksyttävä syy, jotta hän voi hakeutua terveyskeskukseen (Åstedt-Kurki 1992).

2. Tiedon puute

Muutamit tutkittavista pohtivat, että epätietoisuus terveyskeskuksen palveluista on osittain aktiivisen ja oma-aloitteisen osallistumisen esteenä. He kuvasivat: *... onko siinä, että ne ei tiä, mitä on tarjolla ... ja kun missään ei tunnu mittään, niin silloin ei oo syytä mennä ...* Eräs haastateltavista totesi, että terveyskeskus on *aika vieras talo*. Tutkittavista kaikki ovat asioineet terveysneuvonnassa viimeisen vuoden aikana vähintään kerran (terveystarkastus). Sitä edellinen käynti useammalla oli viisi vuotta sitten. Tiedon puutetta terveyskeskuksen toiminnasta kuvaa myös haastatteluissa esiin tulleet pohdinnat, mitkä ovat kansanterveystyönä ja työterveyshuoltona järjestettävien terveystarkastuksien erot.

Tutkittavat tuovat esille tiedontarpeen palveluista sekä eri terveydenhuollon sektoreiden työnjaosta. Terveydenhuolto-ohjelmissa (1983, 1987) on todettu, että järjestelmällisen aikuisten terveysneuvonnan puuttuminen on johtanut organisaation hajanaisuuteen eikä terveyspalveluinstituutio ole kyennyt vastaamaan terveydenhoitoa koskeviin tarpeisiin väestön terveystietoisuuden lisääntyessä. Terveydenhoitoa ja sen edistämistä koskevia neuvoja ja ohjeita annetaan eri toimipisteistä. (ks. myös Ottawa charter ... 1986, Lahtinen 1992.) Myös "Terve kylä" projektissa (Neittaanmäki 1995) kyläläiset olivat kokeneet tiedon puutetta. Lähikylien asiakkaista 35-46 % oli saanut uutta tietoa terveysasioista

viimeisen kolmen vuoden aikana eniten tiedotusvälineistä ja kirjoista ja noin 2 % vastaajista terveystarkastuksen yhteydessä.

Terveystarkastus-ohjelma koko elämänsäkaareksi-työryhmän ohjelmassa (1987) sekä Lahtisen ym. (1992) tutkimuksessa todetaan kansanterveystyön ja työterveyshuollon työjaon epäselvyys sekä toimintojen päällekkäisyys samassa organisaatiossa. Toiminnallinen lähentäminen tai yhdistäminen selkeyttänee käytäntöä, mutta ongelma voi olla taloudellishallinnollinen: onko työnantaja velvollinen osallistumaan elintavoista johtuvien terveysriskien vähentämiseen ja toisaalta onko terveyskeskus velvollinen toimenpiteisiin kansantautien ehkäisemiseksi työpaikoilla niiden työntekijöiden osalta, jotka eivät ole kunnan asukkaita?

3. "Miehinainen mies"

Kysyttäessä tarkemmin tutkittavilta, miksi mies ei lähde terveystarkastukseen tai -keskukseen haastateltavat totesivat, ettei terveystarkastus tai -keskus ole miesten paikka. Tutkittavat perustelevat ajatuksiaan, että miehinainen mies ei käy lääkärissä. Mies on laiska lähtemään, kuvittelee olevansa kovassa kunnossa, eikä työkiireiltään ennätä. Miehelle on kolaus kertoa heikkouksistaan.

... liittyy vähän tunneperäinen asia ... eihän myö miehet ... myö miesmurikat ollaan koviksia ...

... koska sehän on heikkoutta, jos ei pysty pärjäämään ja jätkä sen kun porskuttaa viimeseen asti ja kieltää kaikki sellaset asiat ...

... mies, joka ei ole kohdannut sairautta, leikkii kovista ...

Tutkittavat ilmaisevat pelkonsa turhasta käynnistä ja mahdollisen sairauden löytymisestä, mikä on perusteluna monelle "viime tipassa"-asioiville. Mahdolliset terveystottumuksiin kohdistuvat rajoitukset koetaan ahdistavina kieltoina. On myös koettu, ettei terveysneuvonnasta saa asioihinsa apua tai elämäänsä sovellettavia ohjeita; *miehillä ei ole asiaa sinne.*

... ei rohjeta menemään tarpeeks aikasessa vaiheessa, että sitte ku jo talutetaan tai viiään ...

... ovat niin rappiolla, etteivät uskalla tulla ...

... ei oo saanut sieltäs en kummempaa apua asioihinsa eikä oo niinku ohjeita, joita vois niinku soveltaa omaan elämäänsä ...

Miehinen mies-teemaan yhdistin myös tutkittavien ilmaisut kasvatuksen ja sukupolvien vaikutuksesta terveydenhuoltokäyntien vähäisyyteen. Miesten mukaan *mies ei itke eikä valita ja sairastuessaan kokee huonoa omaatuntoa.* Tutkittavat ilmaisevat, että miehet on kasvatettu pärjäämään.

... meijähän on kasvatettu, että ei mies itke ja tuota ei mies valita, kyllä tässä pitää pärjätä ... juoskoon naiset ... miehiä pitäs vaan osata äidillisesti kasvattaa ...

Tutkittavien lausumat työkiireistä, pärjäämisestä sekä riskinotosta kuvastuu miehisen miehen malli. Tällä tarkoitetaan eräänlaista miehen ihanneroolia, positiivista miehekkyyttä ja maskuliinisuutta, johon kuuluvat menestykset, saavutukset ja pärjääminen (Honkasalo 1995, Kontula 1995a, Siltala 1994). Osana miehekkyyttä ja miehen identiteettiä on myös työnteko. Kortteinen (1992) on työelämä tutkimuksessaan palkkatyöläisten kokemuksista todennut, että työ on miehen kunnian kenttä, jolla taistellaan ja kuollaan. Myös Siltala (1994) toteaa, että työ on miehelle toivo säällisestä kohtelusta ja ihmisarvosta. Työ sekä kiire ovat miehelle asioita, jotka hyväksytään syyksi melkein mihin tahansa.

Positiiviseen miehekkyyteen liittyy myös riskinotto, niin fyysinen, sosiaalinen kuin taloudellinen, jolla mies osoittaa pystyvänsä hallitsemaan itseään ja muita (Honkasalo 1995). Työelämän riskitutkimukset osoittavat miesten riskinoton konkreettisuutta muun muassa työyhteisössä, sillä kuolemaan johtaneista työtapaturmista vuosina 1985-1990 uhriksi oli 95 %:ssa mies (Salminen 1992). Mies ottaa riskin myös oman terveystensa suhteen, mitä muun muassa Ahola (1992) osuvasti on kuvannut: vahva mies katkeaa kerralla, kuolee äkillisesti tai riistää hengen itseltään. Myös Kontula (1995a) toteaa, että terveys on miehelle tarpeellinen väline saavutuksiin, mutta sairaanakin miehen on pystyttävä toimimaan.

4. Terveystarkastuksen sisältö

Terveystarkastuskutsun yhteydessä postitetaan tarkastukseen tulevalle terveystarkastuksesta koskeva kyselykaavake (luku 3.3.2, 16; liite 3). Tutkimuksen 23:sta tärkeästä ilmaisusta selveni, että haastateltavista kyselykaavake oli asiallinen, helppotäyttöinen, ajatuksia herättävä ja selkeä. Haastateltavat kertoivat, että vastatessaan kaavakkeeseen rehellisesti saa kuvan omista elämäntavoistaan. Kyselykaavake koettiin asiakkaan välittämisenä ja huolenpitona. Osalle tutkittavista kyselykaavakkeen tarkoitus oli jäänyt epäselväksi. Kyselykaavake yhdistettiin tilastotietojen kartoittamiseen, henkilökohtaisten asioiden uteluun ja terveydenhuollon ammattilaiselle tarpeelliseksi, muttei terveystarkastuksessa vakavasti otettavaksi. Yhdelle tutkittavista kyselykaavake oli tuntematon. Kyselykaavakkeen merkitystä kuvailtiin:

... se on ihan hyvä..jo ihan rehellisesti vastaa, antaa jo selvän suunnan ... miusta se tänne hoitohenkilökuntaan päin kertoo hyvin paljon ...

... pystyy vähän ennakoimaan, minkälainen ukko on tulossa, jos tähän sit omantunnon kautta ruksailee ...

... hyödyllinen näille henkilöille, jotka sitä luki, eihän siitä meikäläiselle ollut hyötyä silleen ...

Etukäteen postitettu terveystarkastuskaavake todettiin kattavaksi, elämäntapoja kartoittavaksi kaavakkeeksi. Tarkastuksen esikyselyn täyttäminen voi käynnistää myös asiakkaan psyykkisen valmistautumisen terveystarkastukseen (Nupponen 1993). Kuitenkin muutamille tutkittaville kyselykaavakkeen tarkoitus oli epäselvä ja sitä pidettiin lähinnä terveystarkastuksen suorittajalle tarpeellisena työvälineenä. Tutkittavien lausumat kyseenalaistavat terveystarkastuksen lähtökohdan sekä tavoitteen eli ketä tai mitä varten terveystarkastus suoritetaan. Kyselykaavake toimii terveystarkastuksessa työvälineenä, mutta sen tulisi toimia tarpeellisena ja vakavasti otettavana yhteistyövälineenä vastaamaan asiakkaan tarpeita. Tutkittavien kokemukset kuvastavat Rimpelän (1993) häiriölähtöistä terveystarkastusta (kuvio 2, 13; taulukko 3, 15).

Terveystarkastus tapahtumana

Tutkittavien yleiskokemukset terveystarkastuksesta olivat, että siellä keskusteltiin, kyseltiin, informoitiin ja otettiin verikokeita. Ensimmäisenä tutkittavat muistivat terveystarkastuksessa suoritettuja toimenpiteitä, kuten verenpaineen mittauksen, virtsa- ja verikokeiden ottamisen sekä rokotukset. Myös ajokorttitodistuksen esittäminen oli ollut keskeinen kokemus terveystarkastuksesta.

Terveystarkastus oli tutkittaville myönteinen vuorovaikutuskokemus. Eräs haastateltava koki, *ettei keskustelua tullut ajoiksi, yksipuolista terveydenhoitajan valistusta minulle päin*. Keskusteluaiheista kaikki haastateltavat toivat esille ravinnon, painon ja laihduttamisen. Haastateltavat ilmaisivat kokemuksiaan:

*... muistaakseen kyseltiin vähän syömisestä ja juomisesta ja liikkumisesta..
kaikennäköistä keskustelua ...*

*... muistaakseen tuota ... ravinnosta tai sitten tuosta paino ja laihduttaminen,
en muista että ois muista tullut ainakaan ...*

Ravinnosta erityisesti kolesteroli ja suolan käyttö olivat keskeisiä keskusteluaiheita terveystarkastuksessa. Tutkittavat toivat esille terveystarkastuksen sisällöstä myös alkoholin, tupakan ja liikunnan. He totesivat, että keskustelu yleensä pohjautui tutkittavien omiin terveystottumuksiin ja lähtökohtiin. Stressi, mielenterveys ja sukupuolielämä olivat harvoin keskusteltavina, vaikka yhteiskunnallinen ja perhetilanne (työttömyys, työkiireet, avioerot) sekä elintoimintojen hidastuminen voivat olla yleisesti monella 45-vuotiaalla miehellä ajankohtaisia. Asiakkaat pohtivat, että ne ovat arkoja ja häpeittäviä asioita kerrottaviksi, sillä ympäristön asenne ja hyväksytyn ja ei - hyväksytyn sairauden traditio ovat muokanneet näistä asioista ihmisiä leimaavia.

... oli tuntumaa, että mitä mies mieltii ... niitä pyrittiin kaivamaan siinä esille

... mielenterveys ... sehän on semmonen, joita ei miehet muuta välitä kuin maltaissa ...

... sukupuolielämä ... ettähän työ niitä sillä lailla lähde utelemaan ...

Tutkimuksessani terveystarkastuksen sisällöstä tuotiin esille tehdyt toimenpiteet sekä keskusteluaiheista ravinto, alkoholi, tupakka ja liikunta. Tutkimustulokseni ovat samansuuntaiset, mutta eivät suoraan tutkimusmetodologisesti verrannolliset kuin Nupposen (1994) tutkimuksessa Tampereen terveyskeskuksen terveysneuvonnan asiakkaille. Nupposen (1994) tutkimuksessa todettiin tarkastuskäyntikeskustelujen yleisimmiksi aiheiksi myös elintavat, etenkin ravitsemus ja liikunta (molempia 90 %:a käynneistä) sekä sairaudet ja oireet ja niiden ehkäisy (lähes 80 %:a käynneistä). Nupposen (1994) tutkimuksessa joka kolmas miesten vastaus kuvasi jotakin seulontakoetta tai elimistön kunnan toteamista. Mielenterveys sekä perhe- ja työpaikan ihmissuhteet olivat noin viidennellä ja lähes joka toisella stressi keskustelun aiheena (ks. myös Lahtinen ym. 1992, 1993). Laitakarin ym. (1989) mukaan elintavat ovat terveyskeskusten avohoidossa toimivien hoitajien yleisempiä neuvonta-aiheita.

Ravinto ja liikunta ovat aiheina sosiaalisesti hyväksytyjä. Niillä epäröiväkin asiakas voi aloittaa keskustelun omista asioistaan, myös terveydenhoitajan kysymykset koetaan asiaankuuluviksi (Nupponen 1994). Esimerkiksi työuupumus tai perheen ihmissuhteet saattavat osoittautua niin monimutkaisiksi asioiksi, ettei tarkastusaikana ehditä saada edes riittävää kuvaa ongelmasta.

Tutkittavat kokevat, että sukupuoliasioista keskustelu terveystarkastuksessa on vähäistä. Kuitenkin seksuaalisuus on merkittävä voimavara ihmisen elämässä. Tyydyttävä sukupuolielämä on osa ihmisen hyvinvointia ja yhteydessä ihmisen fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen. (Aromaa ym. 1996.) Miehillä seksuaalisuus liittyy voimakkaasti maskuliinisuuteen ja monelle miehelle potenssi ja sukupuoliyhdyntä onnistuminen merkitsevät samaa kuin itsensä kokeminen miehekkääksi (Kontula 1995b). Erilaiset häiriöt läheisissä ihmissuhteissa ja sukupuolielämässä ovat yleisiä ja ne ilmenevät muun muassa yksinäisyytenä, parisuhdeongelmina, sukupuolisina toimintahäiriöinä ja lisääntyneenä sairastumisriskinä (Aromaa ym. 1996). Erektiovaikeuksia on jo noin joka kymmenellä 45 - 54-vuotiaista miehistä (Suominen 1995, Aromaa ym. 1996).

Edellä mainitut tekijät kuvaavat sukupuoli- sekä ihmissuhdeasioiden merkittävyyttä yksilölle. On tärkeää huomioida, että keskustelu terveystarkastuksessa perustuu asiakkaan kiinnostuneisuuteen ja tarpeeseen eikä terveydenhoitajan "kysymisen iloon", kuten eräs haastateltavistani totesi ... *ettehän työ niitä sillä lailla lähde utelemaan* Suomalaisessa seksi-tutkimuksessa todettiin, että 45 - 54 -vuotiaista terveydenhuollon palveluita käyttäneistä pitkäaikaissairauksia sairastavista oli vain neljäsosa saanut seksuaalineuvontaa. Tutkimuksen mukaan asiakkaat ilmoittivat haluavansa neuvontaa muun muassa yhdyntä- ja orgasmiongelmissa, sukupuolielämästä eri elämäntilanteissa sekä tunne- ja vuorovaikutusasioista parisuhteessa. (Nurmi 1993.) Maasilta (1988) ja Lahtinen (1996) ovat todenneet, että osa miehistä kokee sukupuoliasiat liian intiiminä keskustelun aiheina.

5. Palvelu

Haastatteluista poimin palvelua kuvaavat 47 tärkeää ilmaisua, joista muodostin kuusi merkitystä.

Myönteisesti palvelun kokeneet kaikki haastateltavat kuvaavat hoitohenkilökunnan palvelua ystävällisenä, asiallisena, järjestelmällisenä, huoltapitävänä, tietoa-antavana, ohjaavana ja positiivisena. Hoitajat ovat työhönsä perehtyneitä, ammattitaitoisia ja asiakkaan tarpeita huomioivia työntekijöitä. Yksi tutkittavista ilmaisi huolestuneisuutensa, että terveystarkastusta suorittavalle asetetaan liian suuret vaatimukset hallita kaikkia terveystarkastuksen keskustelun osa-alueita. Haastateltavat kuvasivat, että terveystarkastus oli kiireetön *ihan tarpeeksi pitkä tutkinto*.

... palvelu on ihan huippuluokkaa ...
... erikoisen mukava oli käydä ...
... hienosti hoidettu, kun pidetään näin hyvää huolta ihmisestä ...
... kauheen ystävällistä täällä ...
... kiitoksia, olen tyytyväinen ...

Tyytymättömyyttä palveluun kuvasi tärkeä ilmaisu jo aikaisemmista terveystarkastuskokemuksista: *miehet eivät ole saaneet apua ja ohjeita asioihinsa* (ks. 3. "Miehinen mies"-teema, 32). Muutamat haastateltavista toivat esille terveystarkastuksen pintapuolisuuden ja henkilökunnan pettymyksen terveysriskittömästä asiakkaasta.

... mulle jäi semmonen kuva, että oli pettynyt, kun ei löytynyt mitään vikkaa
... siellä on vaan keskusteltu ... pikkasen valistusta ja verikokeet ...

Tutkittavat totesivat, että terveystarkastuksessa tulisi olla avoin ja huumorin salliva ilmapiiri lähestymistä varten. *Tenttaaminen* koettiin lannistavana. Terveyskeskuksen ilmapiiri on koettu kaukaiseksi ja sairautta, muttei terveyttä hoitavaksi.

... terveyskeskus ... se ei oo semmonen ilmapiiri täällä, että tultais terveyttä hoitamaan vaan enemmän sairautta, siitä se johtuu ...

... ei täällä niin tuttavaks pääse ... mies on luonnostaan semmonen, että ei puhu eikä pukahda ... ei tulis mieleen terveyskeskukseen ensimmäisenä mennä ongelmistaan puhumaan ...

Terveydenhoitajat ja -kasvattajat ovat perinteisesti olleet naisia. Osa tutkittavista totesi, että vuorovaikutus naishoitajan kanssa on helpompaa kuin mieshoitajan. Miehenä kaippaa toisen sukupuolen kannanottoja.

*... miusta on helpompi kertoa naiselle kuin miehelle, mutta jos joku tulee tuolta ventovieras, joka kirkonkylällä käypi ja kerran ulkomailla sikailemas-
sa ja tulee tänne, niin ei varmaan kerro ensimmäisellä kertoo omista ongelmistaan ...*

Harvat kontaktit terveysneuvontaan, hoitajan tuttuus sekä intiimit henkilökohtaiset asiat (esim. sukupuolielämä) ovat tilanteita, missä naishoitaja koetaan vuorovaikutuksen onnistumista ehkäisevänä tekijänä. Osalle haastateltavia hoitajan sukupuoli oli merkitykse-
tön: *... kun faktoista puhutaan, on sama, kuka ne paperit täyttää ...*

Tutkimuksessani haastateltavien tärkeissä ilmaisuissa esiintyivät käsitteet palvelu ja ystävällisyys, jotka yhdistetään palvelun laatu-määritelmään. Palveluun liittyvissä kirjallisuudessa Grönroos (1987) on esittänyt kymmenen hyvän palvelun ominaisuutta, joita ovat muun muassa asiallisuus, ystävällisyys, palveluhalukkuus sekä yksilöllisyys. Jylhän (1989) mukaan hyvään asiointiprosessin laatuun kuuluu ystävällisyyden lisäksi muun muassa joustava ja tehokas "paperisota". Vuori (1993) toteaa, että asiakkaan kokemus palvelun laadusta perustuu siihen, mitä hän saa ja miten hän kokee tapahtuman, jonka tuloksena hän saa jotain. Vertaillen tutkittavien kuvailuja aikaisempiin palvelun laadun määritelmiin, voidaan päätellä, että tutkittavien kokema palvelu on ollut laadukasta. Palvelun laatua vahvistavat myös tutkittavien tyytyväisyys kutsumenetelmään sekä terveystarkastusten kokeminen tarpeellisina (ks. 1. "Kuhuttuna tullaan"- sekä 6. "Läksyty-
nä lähetään"-teemat, 30, 40).

Hoitotieteellisissä tutkimuksissa Leino-Kilven ym (1994) mukaan hyvän hoidon osatekijät liittyvät hoitavan henkilön ominaisuuksiin, hoitoon liittyviin toimintoihin, hoidon edellytyksiin ja hoitoprosessin etenemiseen. Myös Taylor ym. (1991) ovat todenneet, että hoitotyöntekijään liittyviä ominaisuuksia ovat muun muassa joustavuus, avuliaisuus, ystävällisyys ja pätevyys. Turusen (1992) tutkimuksen mukaan keskeisiä laatuun liittyviä tekijöitä ovat henkilöstön asennoituminen ja hoidon lopputulos. Haastateltavien tyytyväisyys saadusta huolenpidosta, opastuksesta ja informoinnista yhdentyvät Leino-Kilven ja Taylorin tutkimusryhmien sekä Turusen hyvän hoidon määritelmiin.

Terveyspalvelujen kehittäminen on eräs terveystalouden tavoitteistamme sekä osa terveyden edistämistä (Ottawa charter ... 1986, Sosiaali- ja terveysministeriö 1993). Tutkittavieni palaute vahvistaa ja kannustaa saavuttamaan laadukasta palvelua.

6. "Läksyttynä lähetään" -terveystarkastuksen tarpeellisuus ja vaikuttavuus

Tutkimuksessani haastateltavat pitivät terveystarkastusta tarpeellisena, vapaaehtoisuuteen perustavana ja säilyttämisen arvoisena. Terveystarkastuksen tarpeellisuutta perusteltiin yllättävien sairauksien löytymisellä, iän tuoman riskialttiuden lisääntymisellä sekä kansantaloudellisella säästöillä. Lähes kaikki tutkittavat ovat käyneet aikaisemmissa ikäryhmätarkastuksissa ja pohtivat, että *ihmiset käyvät aika kattavasti tarkastuksissa, mikä mielestämme osoittaa, että tarkastus on tarpeellinen.*

... no siellä voi löytyä kaikkea yllättävää, mitä ei tiiä olevankaan ... vaikka nämä verenpaineet ja kolesterolit ...

... säästö tulis jollainkin tavalla huomaamatta ... vika paikassa pihistetään.. myöhän männään hyyssätään tuolla niin pitkään ennekuin ojan pohjalla on nenä ja sitten tulee yhteiskunnalle vielä kalliimmaksi ...

Tutkimuksessa haastateltavat kuvasivat terveystarkastuksen vaikuttavuutta suullisen ja kirjallisen terveystiedon saamisena ja sairauden paljastumisena. Osa tutkittavista kertoi

omaksuvansa ja soveltavansa saamaansa tietoa esimerkiksi muuttamalla terveystottumuksiin. Kirjallinen terveyst materiaali oli muutamista tutkittavista hyödyllinen ja osasta nopeasti selailtu ja luettu, takintaskuun tai laatikkoon unohdettu kirjanen. Eräs tutkittavista totesi, ettei terveystarkastus ole vaikuttanut elämäntyyliinsä tai - asioihinsa.

... näistä myö keskusteltiin ja otin asian vakavasti ...

... se ei oo vaikuttanut yhtään millään tavalla miun elämäntilanteeseen ... neuvolakäynti ois jollakin tavalla estänyt miun sairastumista myöhemmin tai jollakin tavalla edistänyt miun terveyttä niin mielestäni se ei oo sitä tehnyt

Tutkittavat pitävät terveystarkastusta tarpeellisena ja perustelevat, että ihmiset käyvät aika kattavasti ikäryhmätarkastuksissa. Ikäryhmätarkastukseen v. 1995 osallistui kiteeläistä 45-vuotiaista miehistä 62 %:a (vrt. Nupponen 1991, Persson ym. 1994, Lahtinen 1996). Tyytyväisyydessä terveystarkastukseen tuodaan myös esille tarkastusten tarpeellisuus ... *että järjestetään ... , ... kun on saatavilla ...* (ks. Nupponen 1993, 5. Palvelu-teema, 38).

Terveystarkastuksen vaikuttavuus riippuu olennaisesti tavoitteista, jotka sille asetetaan, kehyksistä, joissa toimitaan, tavoista, joilla sitä toteutetaan sekä kohdehenkilöistä ja -ryhmistä ja toimintaympäristöstä (Tones ym. 1990, Miilunpalo 1995). Onnistuneissa interventiotutkimuksissa tutkimuksen koehenkilöiden terveyskäyttäytyminen on muuttunut terveellisemmäksi (esim. Karvetti & Hämäläinen 1993, Pöllänen 1995, Lahtinen 1996). Jotkut interventiotutkimukset ovat myös epäonnistuneet, jolloin interventio (terveysneuvonta,-kasvatus) ei vaikuttanut tai vaikutti päinvastoin kuin odotettiin (esim. nk. johtajatutkimus: Strandberg ym. 1991, Huttunen 1992). Terveystarkastuksen tuloksellisuutta helposti aliarvioidaan, sillä väestössä terveyskäyttäytymismuutokset eivät näy välittömästi, vaan vaikutukset kumuloituvat ajan kanssa (Rimpelä 1993). Kuitenkaan terveystarkastus- ja neuvontaohjelmien pitkäaikaisvaikutuksista ei ole paljon tietoa (Vuori 1994) ja toisaalta usko terveystarkastuksiin 1980-luvun jälkeen on hiipunut vähäisten vaikuttavuustulosten takia (Lahtinen 1996).

Muutammat tutkittavista toivat esille kirjallisen terveystarkastuksen merkityksen terveystarkastuksessa. Painettu materiaali on osa terveystarkastuksen ja -kasvatuksen tiedonvälitystä, mutta kuten Williams ym. (1987) ovat todenneet, painettu materiaali ei itsessään opeta, vaan se on opetusväline. Suullisen ja kirjallisen informaation yhdistelemistä suosittavat myös Barlow ym. (1996) perustellen, että kirjaset edustavat vain yhtä opetusmetodia, joka vähentää asiakkaiden haluaman tiedon ja saamansa tiedon määrän välistä kuilua.

7. Ikä ja terveys

Kiteellä ikäryhmittäiset terveystarkastukset on suoritettu viiden vuoden välein (liite 1). Lähes kaikki tutkittavista pitivät nykyistä käytäntöä tyydyttävänä, *asiallisena hajurakona*, mikäli terveystarkastuksen sisältö toteutetaan jatkossa vastaavanlaisena. Muutamat haastateltavista toivoivat, että terveystarkastukset voisivat olla tiheämmin iän lisääntyessä, *vaikka vuosittain kuten autonkatsastus*. Eräs haastateltavista totesi, että myös asiakas itse tarvittaessa *elämän koetellessa* voi ottaa yhteyttä aikaisemmin. Viimeinen kansanterveys-työnä suoritettu ikäryhmätarkastus suoritetaan 50-vuotiaalle miehelle (Keski-Karjalan ... 1995). Eräs tutkittavista pohti, onko *yli 50-vuotias jo pelistä pois*, vaikka monet ovat aktiivisesti työelämässä mukana.

Tutkimuksen miehet totesivat haastatteluissa, että iän myötä, 50 vuoden lähestyessä, ajattelutapa ja elämänsäsenne sekä terveystietoisuus ja terveyden merkitys muuttuvat. Nuorempina uskotaan pysyvään terveyteen. Elämännäkössä ei enää omaan itseensä kiinnittää huomiota.

... se olis ollut tarpeellinen silloin jo 35 vuotisenä, että ois voinut käyvä seuraamaan tarkemmin, mutta sitä ku semmonen joku vauhti piälä, niin eihä sitä joutanu itteensä kiinnittämään yhtään huomiota ...

... sikäli kun vuosia tulloo lissää, niin kiinnostus jollai tavalla lissääntyy, ehkä sitä vasta tuolla nelikymppisenä havahtuu huomoomaan, että alkaakin olla jo hyvinkin keski-ikäinen ...

... neljäkymmenen vuoden jälkeen sitä ihminen alkaa reagoida, että toivotavasti ois elon päiviä vielä ...

Ikä ja terveys ilmenevät myös kansansairauksien kuolleisuus- ja työkyvyttömyyseläkkeellä olevien tilastoissa (taulukko 1, 7). Myös Heikkisen (1994) tutkimukset ikääntymisen vaikutuksesta toimintakykyyn osoittavat, että ikääntymisen myötä toimintakyky ja toipuminen ruumiillisesta ponnistuksesta heikkenee sairauksien, vammojen, työn tai epäterveellisen elämäntyylin vuoksi.

Haastateltavien kokemukset yhtenevät myös elämäntarinoita ja elämäntarinoita Levinsonin ym. (1979), Havighurstin (1982) ja Dunderfeltin (1992) toteamuksiin, että ihminen neljäkymmenen-viidenkymmenen vuoden iässä kohtaa fyysisen ja psyykkisen rajallisuutensa. Monet kriisivaiheet työikäisillä, kuten avioero, vanhempien menetys, taloudellinen ahdinko, asunnottomuus ja työttömyys lisäävät hoidon ja tuen tarvetta (Sosiaali- ja terveysministeriö 1987). Keski-ikäinen puntaroi menestymisiään, epäonnistumisiaan sekä elämänsä tärkeysjärjestystä (Levinson ym. 1979, Kuusinen & Korhonen 1991). Suomen Mielenterveysseuran selviytymistutkimuksessa (Heiskanen 1996) ihmisten elämäntarinoissa näkyy elämän arvopohja etenkin elämän murroskohdasta, kuten sairastumisesta, selviytymisestä. Haastateltujen vastauksissa arvokkainta elämässä olivat terveys, työ ja seesteisyys. Myös muutos suhteessa itseensä, oman itsensä hyväksymiseen ja oman elämän arviointiin koettiin arvoja koskettavaksi.

5.2 45-vuotiaiden kiteeläisten miesten terveystarkastusodotukset ja -toiveet

Kiteeläisten 45-vuotiaiden miesten terveystarkastukseen liittyvät odotukset ja toiveet ilmenevät osittain jo terveystarkastuskokemusten kuvaamisessa. Osa tutkittavien toiveista ja odotuksista kohdistuvat kielteisten kokemusten aiheuttavien tekijöiden muuttamiseen ja kehittämiseen.

Tutkimuksen haastatteluaineistoista poimin toiveisiin ja odotuksiin liittyvää 118 tärkeää ilmaisua ja näihin yhdistin lisäksi 11 ilmaisua terveystarkastuskokemuksista. Näistä 129:stä tärkeästä ilmaisusta muodostui 24 merkitystä. Muodostetuista merkityksistä tiivistyi viisi teemaa, jotka järjestyivät tärkeiden ilmaisujen määrän mukaisesti:

1. Vuorovaikutus
2. Terveystarkastuksen sisältö
3. Ryhmätoiminta
4. Markkinointi ja yhteistyö
5. Muut kehittämisajatukset.

1. Vuorovaikutus

Tutkittavien kokemukset asiakkaan ja hoitohenkilökunnan vuorovaikutuksesta olivat myönteiset. Tästä huolimatta haastateltavat toivovat vuorovaikutuksen kehittämistä.

Haastateltavat toivovat vuorovaikutuksessa positiivista lähestymistapaa asiakkaaseen. Vuorovaikutus olisi asiakaslähtöistä: asiakkaasta ja hänen tarpeistaan oltaisiin aidosti kiinnostuneita ja pyrittäisiin havaitsemaan asiakkaan todellinen elämäntilanne ja -tapa. Tutkittavat toivovat, että asiakkaalle kerrotaan rehellisesti ja realistisesti heidän terveydentilastaan ja -ongelmistaan. Tämä edellyttää haastattelijoiden mukaan hoitohenkilökunnalta ihmistuntemusta ja empatiaa, jotta keskustelu kohtaisi asiakkaan ja hänen todellisen avuntarpeensa. Myönteinen vuorovaikutus on ihmisläheistä, ymmärrettävää ja uskottavaa. Se on keskustelunomaista, asiakasta kuuntelevaa ja positiivisuuteen rakentuvaa. Tutkittavat pohtivat, että syventymällä asiakkaan elämäntapoihin olisi hoitajalla enemmän annettavaa myös seuraavalle asiakkaalle. Esitettyjen toiveiden taustalla ovat kokemukset kielloista, ohjailusta, tenttaamisesta, painostuksesta sekä mekaanisesta kaavakkeen täyttämisestä.

... silleen myönteiseen sävyyn, eikä aina saatana pelotella jostakin, että jos juot viinaa, niin maksa halakee ja kuolet ja niin ja niin paljon ihmisiä kuolee viinaan ...

... selostaa, että mistä tässä on kysymys perinpohjin.. uskottavasti... asiakas tuntee, että hänen asioistaan on kysymys, että ei vaan udella, vaan mikä on se tarkoitus, että on omasta itsestä kysymys, eikä terveydenhoitajan tiedon halusta ...

... se että katsotaan totuutta silmiin, eikä väistellä ongelmia, eikun täysillä sano mummo kun hangessa polettiin ...

... kunnioitetaan kohteen arvomaailmaa ...

Tutkittavien kokemukset vuorovaikutuksesta kuvastavat häiriölähtöisen terveystarkastuksen vuorovaikutusta ja toiveet kohdistuvat asiakaslähtöiseen, holistiseen terveystavoitteeseen terveystarkastukseen (ks. luku 3.2, 12; Laitakari 1986, Heikkinen 1988, Tones ym. 1990, Nupponen ym. 1991, SHEMEIKKA 1991, Kannas 1992, Ingrosso 1993, Rimpelä 1993, Ewles & Simnett 1995). Ihmissuhdetaitojen oppiminen ja vuorovaikutukseen liittyvät tekijät ovat huomioituina myös Terveystarkastusohjelma koko elämänsäkaareksi - työryhmän muistiossa (1987). Siinä korostetaan, ettei terveystarkastustilanne saisi olla rutiininomaista kyselemistä ja mittaamista, vaan asiakkaasta ja hänen asioistaan kiinnostuneisuutta, joka mahdollistaa asiakkaan henkilökohtaisten ongelmien käsittelyn.

Myös Noble (1991) sekä Adelswärd ja Sachs (1996) painottavat terveyskasvattajan asiakaslähtöisyyttä potilas- ja asiakasneuvonnassa. Molemmipuolinen vastaanottohalukkuus ja ei-kontrolloiva asenne helpottavat vuorovaikutusta ja tehostavat terveyskasvatusta. Vastaavasti asymmetrinen vuorovaikutus, missä ammattityöntekijä dominoi tilannetta tietämyksellään ja asemallaan, kuten ammattikielenkäytöllä, vaikeuttaa yhteisymmärrystä. Viestinnän esteinä voivat olla myös sosiaali- ja kulttuurierot, rajoittunut informaation vastaanottokyky, käsityskyky ja muisti, terveyden edistäjän riittämätön paneutuminen asiaan sekä ristiriitaiset viestit. (Ewles ja Simnett 1995, 121-139.) Hunt ja Meerabeau (1993) ovat vuorovaikutustutkimuksessaan todenneet, että asiakkaat saattavat haluta keskustella hoitajien kanssa vain tavallisista asioista sen sijaan, että keskustelisivat

voimakkaista tunteita koskevista asioista (esim. sukupuoliasiat). Kaikki asiakkaat/potilaat eivät halua uskoutua hoitajille tai heillä saattaa olla uskomuksia siitä, mitkä ovat hyväksyttäviä keskustelun aiheita hoitajan kanssa (Jarnett & Payne 1995).

2. Terveystarkastuksen sisältö

Toiveet terveystarkastuksen sisällöstä tulevat selkeästi esiin aineistosta. Haastateltavista fyysisen kunnan seuraaminen ja mittaaminen tulisi tehokkaammin huomioida terveystarkastuksessa. He ehdottavat kahden vuoden välein kuntotestejä ja niiden pohjalta laadittuja liikuntaohjelmia, kävely- ja lihaskuntotestejä sekä rasvaprosenttimittausta. Tutkittavat pohtivat, kytkeytyisikö testit terveystarkastukseen vai olisiko rationaalisempaa järjestää ne erillisinä tapahtumina. Haastateltavat kokevat, että 45-vuotiaalle perusteellinen fyysisen kunnan testaaminen olisi aiheellinen, jotta havahtuisi viimeistään tässä vaiheessa ennaltaehkäisemään sydän- ja verisuonisairauksia.

... jotta, jos ois aikaa ja mahdollisuutta, niin jonkunlainen kuntotesti ja siitä sitten joksikaiselle sen mukkaan miltä näyttää, antaa jonkunlainen liikuntaohjelma ...

Psyykkinen jaksaminen on tutkittavista yhtä tärkeä kuin fyysinen. Yhteiskunnallinen tilanne (ks. 7. Ikä ja terveys-teema, 42) on lisännyt yksilön paineita selviytyä ja jaksaa elämässään. He toivovat keskustelua *elämän tärkeysjärjestyksestä ja tulevaisuudesta*.

... näin mie koen, tätä henkistä puolta pien vähintään yhtä tärkeenä kuin nämä kahvikupin määrät ja tämmöset ...

... tänä päivänä on tuota työttömyyttä ja ... itsemurhat ovat lisääntyneet ... niin tosiaan kiinnitettäisiin huomio siihen mielenterveyteen, kyseltäisiin no mites se männöö ...

Tutkittavat toivovat, että työasioita otetaan enemmän esille terveystarkastuksessa. Haastateltavat toteavat, että työpaikan ihmissuhdevaikeudet, työuupumukset, loppuunpalamiset ja stressi verenpaineineen ovat yleisiä työikäisellä väestöllä. Sen vuoksi työasioiden

käsittely on tutkittavista perusteltua. Myös työpaikkavierailuja toivotaan nykyistä käytäntöä enemmän, jotta terveydenhuoltohenkilöstö tietäisi, minkälaisissa työolosuhteissa, -yhteisössä ja -kuvassa työntekijä työskentelee. Työpaikkavierailut voivat olla myös suunnittelemattomia käyntejä.

Haastatteluissa tutkittavat pohtivat perheen osallistumisesta terveystarkastukseen. Perhe on monesta tutkittavasta tärkeä keskustelun aihe terveystarkastuksessa. Perheen osallistuminen itse terveystarkastustapahtumaan koetaan ristiriitaisena. Myönteisesti perheen läsnäoloon suhtautuvat perustelevat, että perheessä elintavat, kuten ruokailutottumukset, ovat samanlaiset ja siksi on kokonaisuuden kannalta hyödyllistä, että perhe voi keskustella asiantuntijan kanssa ja saa yhtenäistä tietoa. Perhe täydentäisi terveystarkastusta.

... laihduttamisessa se ois hirmu hyvä.. ne elintavat on kaikilla niinku samat.. jos saisi ne ukotkin hyväksymään ne raasteet ... ja perhe kokonaisuutena käsittämään se ...

... helpompi jakaa useamman henkilön kanssa se tosiasia ... kun saa muualtakin sitä tietoa, kun pelekästään isän kertomana ...

Varauksellisemmin perheen läsnäoloon suhtautuvat ajattelevat, että tieto välittyy kotiin perheelle ja henkilökohtainen yksilökäynti on toivottavampi.

... ehkä se miusta kuitenkin yksilönä parempi, emännän kanssa saa seurustella muutenkin ...

Terveystarkastukseen kohdistuvissa odotuksissa toivotaan enemmän kiinnitettävän huomiota fyysiseen ja psyykkiseen kuntoon sekä perhetilanteeseen (ks. Nupponen 1993). Miehillä aikaisemmat kokemukset kutsunta- ja varusmiesajalta saattavat todennäköisesti vaikuttaa fyysisen kunnan korostumiseen terveystarkastuksen sisällössä. Varusmiesten terveystarkastuksessa olennaisia terveydenhoidon osa-alueita ovat fyysinen harjoittelu, rasisusvammojen ja tapaturmien ehkäisy sekä rokotuksista huolehtiminen (Penttinen 1990, Koskenvuo 1994). Kutsuntatarkastusten jälkeen työikäisten miesten terveystarkastuksia on

suoritettu lähinnä terveydentilatodistuksen saamiseksi. Fyysiseen kuntoon on syytä kiinnittää huomiota, kun tarkastelee tuki- ja liikuntaelinsairauksien vuoksi työkyvyttömyyseläkkeellä olevien määrään (taulukko 1, 7), joka on huolestuttavan korkea ja merkittävästi lisääntynyt (Aromaa ym. 1996). Myönteistä on, että keski-ikäisistä miehistä vuonna 1996 kaksi kolmesta harrasti liikuntaa (taulukko 2, 9). Tutkittavien toivomat kuntotestit sekä konkreettiset palautteet voivat olla terveystietoisuuden lisäävinä sekä liikuntaan motivoivina tekijöinä (ks. Talvi ym. 1994). Miehet yleensä odottavat toiminnallisuutta, erilaisia testejä sekä kilpailuja (Maasilta 1988, Siltala 1994, Kontula 1995, Neittaanmäki 1995).

Psyykkisen kunnon huomiointi terveystarkastuksessa on tiedostettu (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 1987, Lahtinen ym. 1992, Nupponen 1994, Neittaanmäki 1995, Aromaa ym. 1996). Itsemurhat -87 -projekti osoitti, että itsemurhista noin 80 % on miesten tekemiä ja noin 60 % itsemurhan tehneistä on työelämän ulkopuolella. Mielenterveysongelmat ovat merkittävä työkyvyttömyyseläkkeen syy (taulukko 1, 7), ja siksi on erityisen tärkeää havaita asiakkaan masennus, akuutti elämänkriisi ja siihen liittyvä itsemurhavaara ja turvata asianmukainen hoito. Viime vuosien taloudelliset ongelmat, suuri työttömyys ja palvelurakenteen muutokset voivat osaltaan lisätä psyykkisiä oireita, vaikka sitä ei ole toistaiseksi tutkimuksin osoitettu varmuudella tapahtuvan (Aromaa ym. 1996, 92). Jarrett ja Payne (1995) ovat tutkimuksessaan todenneet, että psykologiset kysymykset hoitajan ja asiakkaan vuorovaikutuksessa käsitellään hyvin pinnallisella tasolla ja syynä voi olla se, että asiakas pitää asiaa yksityisenä tai vaikeana kerrottavana hoitajalle. Syynä voi olla myös hoitajan haluttomuus tai kyvyttömyys käsitellä asiaa (ks.1. Vuorovaikutus-teema, 44).

Tutkittavien toiveet terveystarkastuksen sisällöstä kohdistuvat terveyttä vahvistavaan terveyskäyttäytymiseen (taulukko 2, 9). Riippuvuuskäyttäytymiseen sisältyvät tupakointi ja alkoholin hallitsematon käyttö eivät esiintyneet yhdenkään tutkittavan terveystarkastuksen sisällön toiveissa. Ainoastaan eräs haastateltavista toivoo alkoholi- ja tupakkakeskusteluja ryhmäkokoontumisissa. Kuitenkin keski-ikäisten miesten terveyskäyttäytymisessä

(taulukko 2, 9) alkoholin kulutus on lisääntynyt. Pohjois-karjalaisista miehistä lähes kaksi kolmesta käyttää alkoholia viikottain (Helakorpi ym. 1993). Koetaanko päihdeasiat terveystarkastuksen keskustelun aiheina yhtä arkaluonteisina ja henkilökohtaisina kuin ihmissuhde- ja sukupuoliasiat? Koetaanko alkoholin lisääntynyt kulutus terveyteen haitallisesti vaikuttavana tekijänä? Sen sijaan tutkittavat viestivät huolestuneisuutta fyysisestä ja psyykkisestä kunnosta, joihin alkoholi ja tupakointi voivat välillisesti vaikuttaa.

Terveystarkastuksen sisällön keskusteluaiheiden kirjo sekä aihevalikoimat ovat laajoja neuvonnan vaatiman sisällöllisen asiantuntemuksen ja neuvontataitojen kannalta (Currie ym. 1992, Nupponen 1994). Ammatillisen terveysneuvonnan lähtökohtana pitäisi olla asiakkaan yksilöllinen tarve, elämäntilanne ja tiedon taso (Upanne & Helse 1974, Currie ym. 1992, Nupponen 1994).

3. Ryhmätoiminta

Henkilökohtaisten terveystarkastuksen lisäksi haastateltavat esittävät ryhmätilaisuuksien järjestämisen. Ryhmätoiminnasta on haastateltavilla eriäviä mielipiteitä. Myönteisesti ryhmätoimintaan suhtautuvat perustelevat, että pienryhmissä voitaisiin henkilökohtaisen terveystarkastuksen jälkeen keskustella syvällisemmin tietyistä tupakasta, alkoholin käytöstä, ravinnosta sekä ryhmän sisältä nousevista keskustelun aiheista. Jotkut haastateltavista esittävät ikään perustuvia, esimerkiksi 45-vuotiaiden miesten ryhmiä. Myös "sekar ryhmät" ovat tutkittavista antoisia, kun voidaan vaihtaa eri-ikäisten asiakkaiden näkemyksiä ja kokemuksia. Haastateltavat pohtivat, että ryhmätoiminta olisi taloudellista ja *toisi kaivattuja säästöjä.*

... niin siinä tulis sitten niitä supistuksia ... kyllähän se tietysti ois ...ois ihan mahdollista ... jos sellaista yleistä asiaa käytäis läpi ... ravinnon käytöstä ja tään tämmöstä ...

... siitähän se porukasta löytyis niitä aiheita ... yleensä terveyteen liittyvät aiheet ... sekä vanhempia että nuorempia, siinähan sitä elämäkatsomusta tulisi, ja sitten nuoremmille oppia ...

... jos se ois niinku mielenterveysongelma, niin semmosessa vois olla tai alkoholiongelma ... niin ryhmässä vois kokemuksia ja näin ...

Myös työpaikkaryhmät esitetään vaihtoehtoisena työtapana terveyskasvatuksessa.

... ne vois olla ihan mukavia, jos saman tapaisissa töissä työskentelevien kesken keskustella kokemuksia ja kaikesta liikuntaan ja muuhun liittyviä asioita ... joo työpaikan ryhmä ... miten ne työnsä kokevat ... miten toiset kuntoonsa hoitaavat ...

Haastateltavat toteavat, että ryhmämahdollisuus tulisi tarjota etenkin, jos olisi motivoituneita tulijoita. Suurin osa haastateltavista epäröi omaa osallistumistaan ja yksi haastateltavista toteaa: *kalja saisi miehet tulemaan ryhmään.*

Jotkut tutkittavista suhtautuvat kielteisesti ryhmätoimintaan. He epäröivät, ettei ryhmässä muodostu luottamusta ryhmäjäsenten välille ja ryhmän anti jää vähäiseksi.

... saisko siitä sillä lailla itse niinku mitään, jos se menis tavallaan kollektiivihommana ... syntyiskö siinä semmosta luottamustakaan ...

Laihdutus- sekä tupakanvieroitusryhmät sekä perhevalmennukset ovat perinteisiä terveyskasvatuksen ryhmätoimintoja terveystieteiden keskuksessa. Ryhmätyö on yksi tapa muuttaa asiakkaat palveluiden passiivisesta vastaanottajista aktiivisiksi yksilöiksi, jotka kiinnittävät huomiota terveyteensä vaikuttaviin asioihin ja osallistuvat oman yhteisönsä toimintaan. Terveystieteiden edistämisen alalla ryhmiä voidaan muodostaa asioiden tiedostamisen lisäämiseksi ja keskinäiseksi tueksi sekä yhteiskunnallisena toimintana, valistuksena tai ryhmäohjauksena. (Ewles ja Simnett 1995, 139-140; Miilunpalo 1995.)

Interventiotutkimukset sekä yhteisölliset projektit, kuten Mies 2000-ohjelma, ovat esimerkkejä kohdistetuista ryhmätoiminnoista. Tutkimusten mukaan toiminnan ongelmia ovat muun muassa ryhmäkato (Jamrozikin ym. (1984), Chickin ym. (1985)

sekä Wallacen ym. (1988) interventioissa ryhmäkato oli noin 20 %) sekä kohderyhmän tavoittaminen (Maasilta 1988). Mies 2000-ohjelmassa järjestetyissä miehille suunnatuissa tilaisuuksissa yleisö oli naisvoittoista. Maasilta (1988) toteaa, että parhaiten miehet saavutettiin ryhmiin, kun järjestettiin erityisesti miehille suunnattuja miesten iltoja, työpaikkatilaisuuksia tai toiminnallisuutta miesten omassa luonnollisessa ympäristössään (ks. myös Siltala 1994, Kontula 1995).

4. Markkinointi ja yhteistyö

Terveystarkastuskokemuksissa haastateltavat arvioivat terveyskeskuksen ilmapiiriä (ks. 5. Palvelu-teema, 38), jonka he toivoivat olevan avoimen ja ihmisläheisen. Asiakkaat ehdottavat, että terveyskeskuksen täytyisi tulla *läheemmäksi kansaa* ja organisaationa markkinoida liikelaitoksen tavoin itseään. Tutkittavien mukaan terveyskeskuksessa on ammatti-ihmisiä ja asiantuntemusta, jota voidaan tuoda asiakkaiden tiedoksi ja hyödynnettäväksi. Tiedottaminen selkiinnyttäisi asiakkaille terveyskeskuksen palvelu- ja tarjontamahdollisuuksia. Myös yhteistyö terveyskeskuksen ulkopuolella toimivien eri sektoreiden kanssa lisääntyisi, mikä parantaisi tiedonkulkua ja vähentäisi päällekkäistä työtä sekä asiakkaiden "hyppyttämistä" eri toimipisteestä toiseen.

Haastateltavien ajatukset kansanläheisemmästä organisaatiosta ovat yhteydessä terveyden edistämisen ideologiaan, jossa pyritään yhteistyössä yhteisöllisesti vaikuttamaan terveyteen (Ottawa charter ... 1986, Rimpelä 1992). Terveystarkastuskeskuksien asiantuntijuus on instituutioitunutta, minkä tavoitteena on tarjota palveluja kysyttäessä, mutta vähemmän markkinoida aktiivisesti ja oma-aloitteisesti niitä. Rajoittavatko terveydenhuollon lakikäytäntö sekä tulostavoitteellisuus "vapaamuotoisemmat" työmuodot ennaltaehkäisevän terveydenhoidon järjestämisessä?

Useammassa eri yhteydessä terveystarkastuskokemuksissa ja -toiveissa tutkittavat ovat esittäneet ennaltaehkäisevän toiminnan jatkamista (ks. 6. "Läksyttynä lähetään"- teema, 40). Vankkoina perusteluina ovat kansantaloudellinen säästö sekä terveyden säilyttäminen.

Eräs tutkittavista pohti haastattelussa, että *kansalaiset vaatii enemmän yhteiskunnalta, kuin mitä on vara maksaa.*

Noin puolet haastateltavista suhtautuu myönteisesti terveyskeskustoiminnan kehittämisen suunnitteluun. Terveyskeskuksen ulkopuolinen henkilö, asiakas, on tarpeellinen tuomaan omaa näkökantaansa asioiden suunnitteluun. Tällöin odotetaan, että asiallisella ja innostuneella asiakkaalla on kokemusta terveyskeskuksen toiminnasta.

... pitäis ottaa asiakkaat huomioon ... kyllä se tänä päivänä alkaa siihen suuntaan olla menossa, että sitä pitäis asiakkaan näkökantaa ottaa huomioon

... jos ois innokas ja asialinjalla pysyis, niin miks ei ...

Muutammat tutkittavista epäröivät, ettei asiakkaan riittämättömästä asiantuntemuksesta olisi olennaista hyötyä terveyskeskustoiminnan suunnittelussa. He toteavat: *... terveyskeskuksessa on ammattitaitoinen henkilökunta, joka halutessaan hommansa hallitsee ... , ... luotan ammattilaisiin ... sekä ... sen kautta ei hyötyä varmaan olisi*

5. Muut kehittämisajatukset

Tutkittavat ehdottavat myös ajatuksia terveyskeskuksen toimivuuden sekä henkilökunnan kehittämiseksi. Haastateltavat toivovat, että terveyskeskuksessa olisi yhtenäinen neuvonta (terveysinfo tai -puhelin) tai pohjapiirros terveyskeskuksen toimitiloista, joka helpottaisi terveyskeskukseen asioimista ja tutustumista. Lisäksi toivotaan uusia lehtiä potilasaulaan sekä veripalvelutoiminnan järjestämistä Kiteelle. Tutkittavat myös esittävät, ettei jonotusnumerojärjestelmässä (neuvola, laboratorio) annettaisi samanaikaisesti henkilökohtaisia aikoja. Näin vältettäisiin tilanteesta johtuvia ristiriitoja, että toiset menevät jonon ohi.

Tutkittavien toiveet terveyskeskuksen toimivuudesta kytkeytyvät palvelun ja hoidon laatuun (ks. 5. Palvelu- teema, 38). Jylhä (1989) jakaa palvelun laadun sisällölliseen ja asiointiprosessin laatuun. Hyvällä asiointiprosessin laadulla Jylhä (1989) tarkoittaa terveyskeskuksen vastaanottotoiminnoissa muun muassa hyviä opasteita ja toimintaohjeita.

Kyseistä palvelua Lehtinen (1983) kutsuu fyysiseksi eli tekniseksi laaduksi. Fyysiset tilat, kuten opasteet, ovat osa tiedonvälitystä sekä terveystalvelujen kehittämistä (ks. Ottawa charter ... 1986).

Terveyskeskuksen henkilökuntaan kohdistuvat kehittämisajatuksat koskevat vaitiolovelvollisuutta sekä työssä jaksamista. Haastateltavat toivovat koko henkilökunnalle tiedotus- tai koulutustilaisuutta vaitiolovelvollisuudesta. Asian vakavuutta kuvaa:

*... vaitiolovelvollisuudessa ois Kitteellä aika paljon korjaamisen vaa-
raa..pitäisi pistää jarruja, että ne eivät ole toriasioita ... torilla tietään, kuka
milloinkin on käynyt ja mitä sillä on vaiva ...*

Muun muassa Persson ym. (1994) ovat tutkimuksessaan todenneet terveystarkastusten poisjäämisen syyksi asiakkaan epävarmuuden tietojen pysymisestä luottamuksellisena. Luottamuksen puute voi ilmetä myös terveystarkastusten keskustelun aiheissa eli mitä asiakkaat kertovat hoitajille terveydestään ja terveystottumuksistaan (ks. 1. Vuorovaikutus-teema, 44). Tutkittavien kannanotot vaitiolovelvollisuudesta edellyttävät asian huomioimisen sekä kuten tutkittavat esittävät, koulutus- ja tiedotustilaisuuden järjestämistä koko terveyskeskuksen henkilökunnalle. Laadukas palvelu perustuu luottamuksellisuuteen.

Muutamats haastateltavista ovat huolissaan hoitohenkilökunnan jaksamisesta työmäärän ja vaatimusten lisääntyessä. He toivovat kohtaavansa stressittömän ja tasapainoisen hoitajan, joka pystyy paneutumaan jokaisen ihmisen tarpeisiin täysipainoisesti.

*... jotta ois tasapainoista väkkee, jotta se stressi ei pääsis vaikuttamaan
siihen ite tarkastukseen ...*

*... pitäis olla kohtuullisen tarpeeksi monta työntekijää ja riittävästi, että
pystyis paneutumaan jokkaisen ihmisen asioihin ...*

6 POHDINTA

6.1 Yhteenvetokuvaus terveystarkastuskokemuksista, -odotuksista ja -toiveista

Tutkittavien kokemukset, odotukset ja toiveet terveystarkastuksesta ovat yhdistettyinä taulukossa 5 (55). Yhteenveto pohjautuu tutkimustehtävittäin muodostuneisiin teemoihin.

Terveystarkastuskokemukset ovat yleensä myönteisiä. Ikäryhmätarkastusjärjestelmä henkilökohtaisine kutsuineen ja terveystarkastuksineen koetaan tarpeellisena, hyödyllisenä ja säilyttämisen arvoisena. Terveystarkastusväli koettiin viisivuotisenä sopivana, mutta tutkittavat toivoivat terveystarkastusten tihentämistä iän lisääntyessä. " Miehisen miehen" luonne, pelko sairauden löytymisestä ja turhasta käynnistä, tiedon puute terveyskeskuksen palveluista sekä oireiden ja syyn puuttuminen ovat esteinä terveysneuvontaan hakeutumiselle.

Terveystottumuksia kartoittava kyselykaavake on koettu asiallisena ja keskustelua herättävänä, mutta myös henkilökohtaisten asioiden uteluna. Terveystarkastustapahtumat koetaan keskusteluina, kyselyinä ja informaation jakamisena. Terveystarkastuksen sisällöstä haastateltavat tuovat esille otetut verikokeet, ajokorttitodistuslomakkeen täyttämisen sekä rokotukset. Terveystarkastuskeskusteluissa ovat keskeisinä sisältöinä olleet ravinto, paino ja liikunta. Stressi, mielenterveys ja sukupuolielämä ovat harvemmin keskusteltavia asioita. Terveystarkastuksen sisällön suhteen toiveet kohdistuvat fyysisen ja psyykkisen terveyden huomioimiseen. Tutkittavat ehdottavat fyysisen kunnon seurantaan kävely-, lihaskunto- ja rasvaprosenttimittauksia. Psyykkinen jaksaminen, elämäntärkeys, arvot, sekä tulevaisuus ovat toivottuja terveystarkastuksen keskustelun aiheita mutta myös työ-, sukupuoli- sekä perheasioita odotetaan käsiteltävän enemmän terveystarkastuksessa.

TAULUKKO 5 Yhteenvetokuvaus terveystarkastuskokemuksista ja -odotuksista

TEEMAT

Tutkimustehtävä 1 - kokemukset

1. "Kuhuttuna tullaan"	2. Tiedon puute	3. "Miehin mies"	4. Terveystarkastuksen sisältö	5. Palvelu	6. "Läksyttynä lähetään"	7. Ikä ja terveys
<ul style="list-style-type: none"> - kuisu - välittämättömyyden - hakeutumisen - syy- ja oire- - lähtöisesti - terveystarkastukseen 	<ul style="list-style-type: none"> - epätietoisuus palveluista - epäselvyys mitä on kansanterveys- / työterveys- huolto 	<ul style="list-style-type: none"> - terveyskeskus ei ole miesten paikka - mies ei käy terveystarkastuksessa: - pelko sairauden liikutusta - harvemmiten löytymisestä, "mies ei iikē, ei valita", kasvatus 	<ul style="list-style-type: none"> - kyselykaavake - asiallinen - terveystarkastuksen sisältö: ravinto, alkoholi, tupakka, liikunta - harvemmiten stressi, mielen- terveys, sukupuolielämä 	<ul style="list-style-type: none"> - palvelu laadukasta - hoitohenkilökunta ammattitaitoista 	<ul style="list-style-type: none"> - terveystarkastus tarpeellinen - suullinen ja kirjallinen materiaali 	<ul style="list-style-type: none"> - terveystarkastusväli viisivuotisena hyvä - vanhemmiten tiheämmin - vanhemmiten elämänsäsenne muutuu

SISÄLTÖ

TEEMAT

Tutkimustehtävä 2 - odotukset ja toiveet

1. Vuorovaikutus	2. Terveystarkastuksen sisältö	3. Ryhmätöitä	4. Markkinointi	5. Muut kehittämissijatukset
<ul style="list-style-type: none"> - asiakaslähtöisyys - rehellisyys - realismi - ihmisläheisyys - kuunteleminen 	<ul style="list-style-type: none"> - fyysisen kunnan seuranta - lihaskunto- - testit - kävelytestit - rasva-%-mittaukset - psyykkinen kunto - työasiat 	<ul style="list-style-type: none"> - ryhmätöitä lisääminen - teemaryhmät - työpaikkar ryhmät - ikäryhmät 	<ul style="list-style-type: none"> - avoin ja ihmisläheisempi ilmapiiri - terveyskeskukseen - markkinointi talon ulkopuolelle - asiakas mukaan suunniteltuun 	<ul style="list-style-type: none"> - terveysinfo/-puheelin, pohjapiirros - uudet lehdet - potilasalaan - vaihtoehtoisuus - veripalvelu- - toiminta - henkilökunnan jaksaminen

SISÄLTÖ

Tutkittavat toivovat positiivista lähestymistapaa asiakkaaseen sekä asiakaslähtöistä vuorovaikutusta. Lähtökohtana terveysneuvontakontakteissa tulisi olla tutkittavista asiakkaan todellinen elämäntilanne ja -tapa sekä empaattinen ja ihmistunteva henkilökunta. Lisäksi tutkittavat esittävät ryhmätoiminnan lisäämistä terveysneuvonnassa. He toivovat terveystottumuksiin, ikään liittyviä tai työpaikkakohtaisia ryhmäkoontumisia. Ryhmätoiminnan perusteluna esitetään kansantaloudellinen säästö.

Haastateltavista henkilökunta on ammattitaitoista ja palvelu laadukasta, mutta terveyskeskus on instituutiona etäinen. Tutkittavat esittävät terveyskeskuksen markkinoinnin, ihmisläheisemmän ilmapiirin ja yhteistyön kehittämistä. Asiakkaiden osallistuminen terveyskeskuksen toiminnan suunnitteluun koetaan myönteisenä. Yksittäisenä toiveena esitetään yhtenäistä terveystietoa tai pohjapiirrosta terveyskeskuksen aulaan helpottamaan asioimista terveyskeskuksessa. Vaitiolovelvollisuuteen sekä henkilökunnan jaksamiseen toivotaan erityisesti kiinnitettävän huomiota. Tutkittavat toivovat myös ajankohtaisten lehtien hankintaa potilasaulaan sekä jatkuvan veripalvelutoiminnan järjestämistä Kiteelle.

6.2 Tutkimuksen luotettavuuden arviointia

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteerit hahmottuvat tutkimusprosessin analyysissä, suhteessa tutkittavaan ilmiöön sekä tutkimuksen omista lähtökohdista. Siksi reliabiliteetin ja validiteetin määritelmät voivat olla kvalitatiivisessa tutkimuksessa erilaiset kuin kvantitatiivisessa. (Tynjälä 1991, Varto 1992, Perttula 1995.)

Lincoln ja Guban (1985) mukaan kvalitatiivisen tutkimuksen ja analyysin luotettavuus koostuu uskottavuuden (vastaavuus, totuusarvo, credibility), siirrettävyyden (sovellettavuus, transferability), käyttövarmuuden (pysyvyys, dependability) ja vahvistettavuuden (neutraalisuus, confirmability) osatekijöistä (Tynjälä 1991, Wahlström 1992, Perttula 1995). Perttula (1995a) on esittänyt kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin

yhdeksän kriteeriä: tutkimusprosessin johdonmukaisuus, reflektointi ja reflektoinnin kuvaus, aineistolähtöisyys sekä kontekstisidonnaisuus, tavoiteltavan tiedon laatu, metodien yhdistäminen, tutkijayhteistyö sekä tutkijan subjektiivisuus ja vastuullisuus.

Huolellinen aineistonkeruu on olennaisen tärkeä aineiston ja tutkimustulosten luotettavuuden kannalta. Valitsin tutkittavien määrän, paikkakunnan sekä käyttämäni teemahaastattelun harkinnanvaraisesti ja tutkimustehtävien mukaisesti, mutta olin tutkittavien valinnassa ulkopuolinen. Tutkittavat valikoituivat terveyskeskuksen terveydenhoitajan yhteydenoton, vapaaehtoisuuden ja viimeisen vuoden aikana terveystarkastukseen osallistumisen perusteella, joten tutkimusaineiston valinnassa eivät olleet mukana terveystarkastuksesta poisjääneet. Terveystarkastukseen osallistuneina tutkimuksen informantit ovat todennäköisesti myönteisiä terveystarkastukselle ja kiinnostuneita omasta terveydestään, mikä voi vaikuttaa tutkimustuloksiin. Tutkittavien määrän lisääminen tuskin olisi vaikuttanut tutkimustuloksiin, sillä laadullisessa tutkimuksessa tutkittavien määrä ei ole ratkaiseva tekijä vaan tutkittavan ilmiön kuvaaminen ja ymmärtäminen.

Haastattelut sovittiin kullekin haastateltavalle parhaiten sopivaan ajankohtaan. Tutkittaville oli kerrottu etukäteen haastatteluun kuluva aika ja siten haastateltavat olivat kiireettömiä. Yhden haastattelun aikana tutkittavan "kännykkä" soi kaksi kertaa keskeyttäen haastattelun. Haastattelupaikaksi olimme sopineet terveyskeskuksen pyynnöstä tasavertaisuuden takaamiseksi terveyskeskuksen tilat joko neuvolan tai vastaanottoavustajien huoneet. Tilat olivat rauhalliset. Vastaanottotiloissa keskustelu herkemmin suuntautui yleisiin terveyskeskuskokemuksiin, mutta samalla myös antoi uusia ulottuvuuksia tutkittavaan asiaan.

Keräsin empiirisen aineiston puolistrukturoidulla teemahaastattelulla etukäteen laaditun teemahaastattelurungon (liite 7) mukaisesti. Teemahaastattelurunko toimi muistitukena, mutta pohdin, olisiko avoin teemahaastattelu muuttanut tutkimusaineistoa ja -tuloksia ja rajoittiko laadittu teemahaastattelurunko keskustelua. Tuntumaa haastatteluun sain kahden teemahaastattelurungon koehaastattelusta ja tutkimuksen kuluessa opin haastattelutekniikkaa. Tämän kaltaista, haastattelijasta itsestään tai ympäröivistä olosuhteista johtuvaa vaih-

telua tutkimuksessa Lincoln ja Guba (1985) nimittävät termillä "debendability" (Tynjälä 1991). Tutkimushaastattelussa keskustelimme myös tutkittavan ammatista, työstä sekä terveydentilasta, joita en tutkimuksessani halunnut tuoda esille taatakseni, ettei ulkopuolinen tunnistaisi haastateltavan henkilöllisyyttä. Kirjoitin itse nauhoitetut haastattelut.

Työskentelen terveydenhoitajana Kiteen terveystieteiden keskuksessa. Tutkittavat olivat tietoisia ammatistani etukäteen lähetetyn tutkimusta koskevan informaatiokirjeen vuoksi (liite 6). Haastattelussa, kuten Hirsjärvi & Hurme (1991) ovat todenneet, vastauksiin voi vaikuttaa se, missä määrin haastattelija liitetään kuuluvaksi keskusteltavissa oleviin palveluihin. Tämä on voinut rajoittaa, mutta myös edesauttaa haastattelun etenemistä. Sen tähden oli tärkeää, että etukäteen tiedostin tämän asian, selvitin näkökulmani, käsitykseni ja näkemysni terveystarkastuksesta ja pyrin olemaan uudelle tiedolle avoin sekä vastaanottavainen. Lincolnin ja Guban (1985) mukaan läheinen suhde tutkittavaan voi muodostua totuusarvon suurimmaksi uhkaksi. Tämän vuoksi korostetaan tutkijan reflektiivistä otetta työhönsä (Tynjälä 1991).

Tutkimuksessani pyrin kuvaamaan tehtyjä päätöksiä ja aineiston analyysia mahdollisimman selkeästi ja tarkasti. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden takeena on mahdollisimman tarkka tutkimusprosessin ja tehtyjen ratkaisujen kuvaaminen ja perusteleminen, jotta tutkimuksen lukijan on mahdollista seurata tutkimuksen kulkua ja arvioida sen luotettavuutta (Burns 1989, Tynjälä 1991, Pyörälä 1994). Koska kvalitatiivisessa tutkimuksessa tavoitetaan pikemmin näkökulmia kuin totuutta, niin kyse ei ole tällöin objektiivisyydestä vaan tutkijan luotettavuudesta, uskottavuudesta, rehellisyydestä ja tasapainosta (Tynjälä 1991).

Aineiston analyysissä sovelsin Colaizzin fenomenologista menetelmää. Tärkeiden ilmaistujen ja merkitysten muodostamisen koin kriittisinä kohtina analyysissä. Paneuduinko riittävän huolella ja syvällisesti pohtimaan merkityksiä? Miten eksplisiittisinä merkitykset näin? Miten hyvin tavoitin tutkittavien maailman, vaiko "luulinko tavoittaneeni ja ymmärtäneeni?" Mäkelä (1990) toteaaakin, että sen perusteella, miten hyvin tutkija on ta-

voittanut tutkittavien maailman, voi pohtia tutkimustulosten uskottavuus- ja vastavuuskriteereitä.

Colaizzi (1978) esittää analyysimenetelmän yhdeksi vaiheeksi tutkimustulosten palauttamista haastateltavien luettavaksi lisäämään tutkimuksen luotettavuutta sekä uskottavuutta (ks. luku 4.1.1 kohta 7, 25). Poiketen Colaizzin menetelmästä en palauttanut aineistoa haastateltavien luettavaksi tietosuojan ja anonymiteetin rajoitteiden vuoksi (ks. Forrest 1989, Beck 1996). Pyrin suorittamaan aineiston validointia vertaamalla tutkimustuloksia alkuperäisiin haastatteluihin mahdollisimman useasti analyysiprosessin kuluessa.

Colaizzin fenomenologinen analyysimenetelmä palveli tutkimustani ja soveltui haastatteluaineistoni analysointiin (ks. Colaizzi 1978, Beck 1992, 1996). Colaizzin analyysimenetelmän käyttö tutkimuksessa oli työlästä ja vaati pitkäjänteistä työskentelyä. Se edellytti/edellyttää tutkimuksen tiedonkeräämisen onnistumista sekä tutkimuksen tavoitteen selkeyttä. (Forrest 1989, Clarke & Wheeler 1992, Beck 1996.) Aikaisemmissa Colaizzin analyysimenetelmää käytetyissä tutkimuksissa selvennettiin käsitteitä, muun muassa caringia (Forrest 1989), hyvää hoitoa (Turunen 1990) ja synnytyksen jälkeistä masennusta (Beck 1992, 1996). Omassa tutkimuksessani tarkastelin terveystarkastuskokemuksia ja -odotuksia ja pohdin, oliko tutkimusaiheeni liian konkreettinen Colaizzin analyysimenetelmän käyttöön. Toisaalta asioiden abstrahointitaito voi olla Colaizzin fenomenologisen analyysimenetelmän ydin, ei niinkään tutkittavan asian konkreettisuus. Colaizzin analyysimenetelmä toimi tutkimukseni analysoinnissa järjestelmällisenä apuvälineenä.

Lincolnin ja Guban (1985) kvalitatiivisen tutkimuksen vahvistettavuudella (vrt. Pyörälän (1995a) neutraalisuus) viitataan mahdollisuuteen päätyä eri analyysimenetelmällä samantilaisiin tuloksiin toteutettujen tutkimustulosten kanssa. Kerättyä tutkimusaineistoa on mahdollisuus lukea eri tavoin ymmärtäen aineiston merkitystä ja pohtien aineiston vastavuutta tutkittavaan ilmiöön. Miettiessäni erilaisten kvalitatiivisten analyysimenetelmien vaihtoehtoja ja tutkimusaineistoani uskon, että vastaavanlaisiin teemoihin tai jopa erilaisiin

tuloksiin voidaan, ja voin, päätyä toisella analyysimenetelmällä. (Suoranta & Eskola 1992.)

Tutkimustulosten yleistettävyydellä tarkoitetaan kvantitatiivisessa tutkimuksessa sitä, missä määrin tuloksia voidaan soveltaa laajempaan perusjoukkoon. Kvalitatiivisessa tutkimuksessa ei Lincolnin ja Guban (1985) mielestä ole syytä puhua tulosten yleistettävyydestä, vaan niiden siirrettävyydestä. Tulosten siirrettävyys toiseen kontekstiin riippuu siitä, miten samankaltaisia tutkittu ympäristö ja sovellusympäristö ovat. Johtopäätöksiä siirrettävyydestä ei voi tehdä yksistään tutkija. (Tynjälä 1991, Wahlström 1992, Perttula 1995a.) Tutkimustulokseni ovat yleistasoisia, joita voidaan soveltaa terveystarkastukseen tai yleensä terveydenhuollon vuorovaikutustilanteeseen. Kuitenkin on huomioitava sosiaaliset, kulttuurilliset ja maantieteelliset erot ja kontekstit, jotka voivat vaikuttaa tulosten siirrettävyyteen.

6.3 Johtopäätökset

Tutkittavien terveystarkastuskokemukset sekä -odotukset ja toiveet koskevat karkeasti yksilö-, yhteisö- ja ympäristötasoa. Yksilötasoa kuvastavat tutkimustuloksista terveystarkastustapahtumaan, asiakkaaseen, hoitajaan sekä vuorovaikutukseen liittyvät mielipiteet. Yhteisötasoon kytkeytyvät asiakkaiden kokemukset ja odotukset terveystarkastusjärjestelmän toimivuudesta, kuten terveystarkastuksen kutsujärjestelmä, ryhmätoiminta, palvelu ja terveystarkastuksen ilmapiiri. Tutkimuksessa esille tulevat terveystarkastuksen tarpeellisuuden, vaikuttavuuden, terveystarkastuksen markkinoinnin ja yhteistyön kehittämisen yhdentyvät laajempaan ympäristö- eli makrotasoon.

Edellä kuvatut tasot sulautuvat toisiinsa erottamattomasti. Tasojen toiminta on yhtäaikaista ja päällekkäistä. Tutkimustuloksieni tasot sitoutuvat tutkimuksessani käytettyihin käsitteisiin (ks. kuvio 1, 12): yksilötaso ja terveystarkastus, yhteisötaso ja terveyden

edistämisen osa-alueet sekä makrotaso ja terveys- ja yhteiskuntapolitiikka. Tutkimustulokset todentavat käsitteiden yhteenkuuluvuutta ja terveystarkastuksen asemaa osana terveyden edistämistä. Kuitenkin niin asiakkaiden kuin ammattihenkilöstön keskuudessa käsitteet ja niiden määrittely ovat epäselviä. Tarvitaan jatkotutkimuksia käsitteiden selventämiseksi.

Tutkittavien kommenteissa ilmeni kansanterveystyön sekä työterveyshuollon terveystarkastusten työnkuvan epäselvyys. Mitkä ovat tarkastuksien tavoitteet? Tulevaisuudessa toimintamallien selkeyttäminen ja päällekkäistoiminnan vähentäminen ovat tärkeitä tekijöitä joustavan ja toimivan järjestelmän mahdollistajina. Työnkuvien rationalisointi ja kehittäminen edesauttavat myös monipuolisten, kohdennettujen sekä uudenlaisten toimintojen toteutumista. Toive työterveyshuollon työpaikkakäyntien lisäämisestä on osa ympäristöön suuntautuvasta terveyttä edistävästä toiminnasta (ks. kuvio 1, 12).

Ikäryhmittäiset terveystarkastukset koetaan tarpeellisina. Pohdittaessa terveyden edistämisen tavoitteita ja päämääriä herää kysymys, onko terveyskeskus oikea instanssi järjestämään yksilökohtaisia kansanterveystyönä suoritettavia terveystarkastuksia? Onko kansanterveyslain velvoitteet ajanmukaiset kansanterveysongelmien vähentämiseen ja väestön terveydentilan kohentamiseen? Ovatko terveydenhuoltosuunnitelmat liiaksi sitoneet ja normiohjanneet terveydenhuollon toimintaa (ks. esim. Lääkintöhallitus 1983, Ottawa charter ... 1986)?

Edellä esitettyjen ajatuksien toteutuminen eli ikäryhmätarkastusten järjestämisvelvollisuuden uudelleenorganisointi voi johtaa myös asiakkaiden eriarvoisuuteen, mikä ei suinkaan ole terveydenhuollon tarkoituksena (vrt. Ottawa charter ... 1986). He, jotka mahdollisesti eniten tarvitsisivat terveysseurantaa ja -kontakteja jäävät toiminnan ulkopuolelle, kuten työttömät, joilla ei ole järjestelmällistä työterveyshuoltopalveluja. Ikäryhmittäisten terveystarkastusten järjestämistä kannattaisi miettiä myös vapaaehtoisjärjestöjen tai kansalaisjärjestöjen suoritettaviksi, jolloin pääpaino edelleen kohdentuisi kansansairauksien ennaltaehkäisyyn, mutta myös laajemmin koko väestön ja yksilön terveyskäyttäytymis-

seen ja elintapoihin. Muun muassa viime aikoina on Karjaalla terveydenhuollossa tehty sopimuksia palvelujen järjestämisestä Folkhälsan-kansalaisjärjestön kanssa (Helsingin Sanomat 23.1.1997). Yhteistyö terveyskeskuksen kanssa on kuitenkin olennaisen tärkeä asiakkaan neuvonnassa ja jatkotoiminnoissa.

Kunnissa on toiminnan painopiste kansanterveystarkastusten mukaisesti ollut ehkäisevän terveydenhuollon palveluissa, ei niinkään kunnallisen ehkäisevän terveyspolitiikan luomisessa, mikä tarvitsee laajemman perustan kuin kunnallinen terveyspalvelujärjestelmä (ks. Sihto 1994). Palvelujärjestelmän tulisi olla aloitteentekijä kuntalaisten terveysasioissa aina hoitavasta roolista ehkäisevään ja yhteisöllisen terveyden edistämiseen. Pitkällä tähtäyksellä tuloksellisempaa olisi pohtia uusia yhteisöön ja väestöön vaikuttamisen keinoja vanhojen ongelmien ratkaisemiseksi.

25-vuotias Pohjois-Karjala projekti on hyvä esimerkki yhteisöllisestä terveyden edistämisestä. Projektin tulokset ovat myönteisiä ja 92 % pohjois-karjalaisista miehistä pitää sitä hyödyllisenä Pohjois-Karjalan väestölle (Helakorpi ym. 1993). Terveyden edistämiseen suuntavia ajatuksia ilmensivät myös tutkittavien ajatukset ryhmätoiminnan lisäämisestä sekä työpaikkasuuntautumisesta. Myös terveyskeskuksen ulospäin tulemiseen ja markkinointiin liittyvät toiveet vahvistavat terveyden edistämistä.

Tutkittavien toiveissa esiintyi toive terveystarkastusten säilyttämisestä. Hypoteesinomaisesti voidaan arvioida, että koska perinteinen yksilökohtainen terveysneuvonta ei ole aina kovin tuloksellista tai sen tuloksellisuutta on vaikea osoittaa mitattavassa muodossa, sitä voidaan karsia ja leikata. Onko huonon tuloksen syynä toimintatavan perinteisyys tai tapamäärillä ongelma, jotka molemmat kaipaavat uudelleen arviointia? Nykyisin myös ajatellaan, mitä resursseja terveyskeskuksella tulisi olla, jotta palvelujärjestelmä ja sen osana terveystarkastukset voidaan järjestää. Kuitenkin tulisi ajatella toiminnan tavoitteita eli väestön terveyttä, mutta voidaanko tavoitteita saavuttaa ilman asianmukaisia resursseja? Minkälainen taloudellinen tilanne tulevaisuudessa on yhteiskuntamme eri politiikan sektoreiden välillä?

Mahdollisesti terveystieteissä käytäntöä ohjaavassa keskustelussa ei keskustella vielä riittävästi sisällöstä, toteuttamisen malleista ja -tavoista. Vallalla on rationalistinen tietoperusta, jonka perustana on epidemiologinen (häiriölähtöinen) ajattelu, mikä pohjautuu vankasti syy-seuraus- ja sairaus-jatkumolle (ks. kuvio 2, 13; taulukko 3, 15). Lisäksi voidaan vielä todeta, että kaikki muu on "hössötystä". (Sihto 1994.) Kuitenkin esimerkiksi riskitekijöihin pohjautuva toiminta on vaikeasti sovellettavissa psyykkisten tekijöiden selvittämiseen sekä tulevaisuudessa muun muassa sosiaaliseen toimintakyvyn määrittelemiseen.

Terveyttä ja terveydentilaa on kuvattu ja kuvataan sairastumis-, sairastavuus- ja kuolleisuusluvuilla ja terveystietämistä häiriölähtöisenä, esimerkiksi alkoholin kulutuksena (vrt. taulukkoja 1 ja 2; 7, 9). Miten terveyttä voidaan mitata? Nimikkeenä terveystarkastus kuvastaa "tarkastamista" eli jonkin (sairauden) etsimistä jostakin (terveestä). Pitäisikö terveystarkastus ollakin lähinnä nimikkeenä terveystarkastus? Onko terveystarkastus "terveys"keskus?

Terveystarkastuksen terveystarkastusta, sisältöä sekä psykologista merkitystä tulisi tulevaisuudessa arvioida jatkotutkimuksissa. Miten asiakkaat reagoivat terveystarkastuksiin välittömästi tarkastusten jälkeen tai tietyn ajan jälkeen? Mitä terveys merkitsee asiakkaalle? Minkälaisia tunnekokemuksia terveystarkastukset aiheuttavat asiakkaassa ennen ja jälkeen terveystarkastuksen? Myös alueelliset ja valtakunnalliset tutkimukset terveystarkastusten vaikuttavuudesta, tarpeellisuudesta ja asiakastyytyväisyydestä palvelun ja hoidon laatuun ovat hyödyllisiä, mikäli terveydenhuollon toimintojen suhteen suunnitellaan tai toteutetaan ratkaisevia muutoksia.

Tutkittavien toiveet asettavat haasteita myös ammattihenkilöstön perus-, jatko- sekä täydennyskoulutukselle. Keskustelu- ja viestintätaitoihin sekä ihmissuhde- ja seksuaalineuvontaan tulisi kiinnittää enemmän huomiota, jotta hoitajat omaksuisivat paremmat valmiudet ja rohkeuden käsitellä ja keskustella tällä hetkellä vielä ehkä aroiksi koetuista asioista. Eräs tutkittavistani totesi haastattelun aikana, että terveystarkastuksessa *vaan kes-*

kustellaan ja kuitenkin asiakkaan toiveena on terveystarkastuksessa keskustelu. Tämä ihmetyttää: mitä ja miten asiakkaan kanssa keskustellaan? Minkälainen on "vaan keskustelu" ja "toivottu keskustelu" sisällöltään? Asettaako nykyinen terveystietoinen väestö terveydenhuollon ammattilaisille hallitsemattomat odotukset vuorovaikutukselle? Jatkuvan ammatillisen tietouden ja taitojen kehittämisen lisäksi tarvitaan asennemuutosta terveyttä myönteisesti korostavaan toimintaan. Terveiden edistäminen edellyttää aikaisempaa monialaisempaa terveysneuvontaa sekä terveystarkastuskäytännön uudelleenarviointia.

Tutkimustulokseni osoittivat, että terveystarkastuskäytäntö perustuu vankkaan, traditionaalisen ja normiohjattuun käytäntöön (ks. johdanto, 4-5), jonka asiakkaat hyväksyvät ja kokevat luonnollisena. Terveystarkastukseen esitetään myös kehittämis- ja uudistamisajatuksia, jotka ovat hyödynnettävissä ja toteutettavissa. Olisiko tulevaisuudessa asiakkaan terveystarkastuskokemus "Kuhtumatta kohattiin, terveyvestä turistiin"?

LÄHTEET

- Aarva, P. 1995. Terveysvalistus - kannustusta vai ahdistusta? *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 32, 103-111.
- Adelswärd, V. & Sachs, L. 1996. A nurse in preventive work. *Scandinavian Journal of Caring Science* 1, 45-52.
- Ahola, A. 1992. Naiset oireilevat - miehet katkeavat: sukupuoli, sosiaalinen asema ja psyykinen oireilu. Sosiaali- ja terveysministeriö. Tasa-arvojulkaissuja 1. Helsinki.
- Ajokorttiasetus 7.9.1990/845.
- Aromaa, A., Koskinen, S., Huttunen, J. (toim.) 1996. Suomalaisten terveys 1996. Sosiaali- ja terveysministeriö. Kansanterveyslaitos. Helsinki: Ennakkopainos.
- Aromaa, A. & Peitso, A. 1996. Nuorten aikuisten seulontatutkimusten tavoitteet. Teoksessa: K. Koskenvuo (toim.). *Sotilasterveydenhuolto*. Hämeenlinna: Karisto Oy. 54 - 56.
- Barlow, J., Bishop, P., Pennington, D. 1996. How are written patient-education materials used in out-patient clinics? Insight from rheumatology. *Health Education Journal* 55, 275-284.
- Beck, C. 1992. The lived experience of postpartum depression: A phenomenological study. *Nursing Research* 41, 166-170.
- Beck, C. 1996. Postpartum depressed mothers' experiences interacting with their children. *Nursing Research* 45, 98-104.
- Berg, M-A., Peltoniemi, J., Puska, P. 1990. Suomalaisen aikuisväestön terveystietäminen, kevät 1990. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3.
- Burns, N. 1989. Standards for qualitative research. *Nursing Science Quarterly* 2, 44-52.
- Carr-Hill, R.A. 1992. The measurement of patient satisfaction. *Journal of Public Health Medicine* 14, 236-249.
- Chick, J., Lloyd, G., Crombie, E. 1985. Counselling problem drinkers in medical wards: a controlled study. *British Medical Journal* 290, 965-967.
- Clarke, J. & Wheeler, S. 1992. A view of the phenomenon of caring in nursing practise. *Journal of Advanced Nursing* 17, 1283-1290.

- Colaizzi, P.F. 1978. Psychological Research as the Phenomenologist Views It. Teoksessa: R.S. Valle & M. King (toim.) *Existential-Phenomenological Alternatives for Psychology*. New York: Oxford University Press. 48-71.
- Corner, J. & Wilson-Barnett, J. 1992. The newly registered nurse and cancer patient: an educational evaluation. *International Journal of Nursing Studies* 29, 177-190.
- Currie, C.E., Amos, A., Hunt, S.M. 1991. The dynamics and processes of behavioural change in five classes of health related behaviour - findings from qualitative research. *Health Education Research* 6, 443-453.
- Dahlgren, G. & Whitehead, M. 1994. Terveiden oikeudenmukaisuus - toimintapolitiikka ja strategia. Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. Maailman terveysjärjestö. Euroopan aluetoimisto. Helsinki: Painatuskeskus Oy.
- Dunderfelt, T. 1992. Elämäntieteiden psykologia: lapsen kasvusta yksilön henkiseen kehitykseen. 2. painos. Porvoo: WSOY. SHKS.
- Erikson, E. 1982. Lapsuus ja yhteiskunta. Suomentaja Esko Huttunen. Toinen tarkistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Oy. (alkuteos julk. 1950).
- Ewles, L. & Simnett, I. 1995. Terveiden edistämisen opas. Suomentaja Paula Ovaska-Romano. Keuruu: Otava. SHKS.
- Field, P.A., Morse, M.J. 1988. Hoitotyön kvalitatiivinen tutkimus. Suomentaja Eila Sandborg. Helsinki: Kirjayhtymä. Hygieia.
- Forrest, D. 1989. The experience of caring. *Journal of Advanced Nursing* 14, 815-823.
- Fredriksson, H. 1986. Suunnattujen terveystarkastusten merkitys työterveyshuollossa. Helsinki: Kansaneläkelaitoksen julkaisuja ML:56.
- Green, L.W. & Kreuter, M.W. 1991. *Health Promotion Planning. An Educational and Environmental Approach*. Mountain View: Mayfield Publishing Company.
- Grönroos, C. 1987. Hyvään palveluun: palvelun kehittäminen julkishallinnossa. Suomentaja Leena Sopenlehto. Valtion hallinnon kehittämiskeskus. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Haase, J. 1987. Components of courage in chronically ill adolescents: a phenomenological study. *Advances in Nursing Science* 9, 64-80.

Harris, S.S., Caspersen, C.J., DeFries, G.H., Estes, E.H., Jr. 1989. Physical activity counseling for healthy adults as a primary preventive intervention in the clinical setting. Report for the US Preventive Services Task Force. *Journal of the American Medical Association* 261. 3590-3598.

Havighurst, R.J. 1982. *Developmental tasks and education*. 3.ed. New York: Longman. (alkuteos julk. 1948).

Heikkinen, E. 1994. Vanheneminen ja terveys. Teoksessa: J. Kuusinen, E. Heikkinen, P. Huuhtanen, J. Ilmarinen, J. Kirjonen, I. Ruoppila, T. Vaherva, O. Mustapää. S. Rautoja. (toim.) *Ikääntyminen ja työ*. Juva: WSOY. Työterveyslaitos. 27-42.

Heikkinen, R-L. 1988. Laadullisen neuvonta-aineiston valottama terveyskasvatusanalyysi. Tampereen yliopiston kasvatustieteen laitos. *Julkaisusarja A: Tutkimusraportti n:o 42*.

Heiskanen, T. 1996. *Elämän palapeli: johtolankoja vaikeuksista selviytymiseen*. Helsinki: SMS-Tuotanto Oy. Suomen Mielenterveysseura.

Helakorpi, S., Berg, A-M., Puska, P. 1993. Pohjois-Karjalan läänin aikuisväestön terveyskäyttäytyminen vuosina 1992-1993. Helsinki: Kansanterveyslaitos.

Helakorpi, S., Uutela, A., Prättälä, R., Puska, P. 1996. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen, kevät 1996. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 12.

Helakorpi, S., Berg, A-M., Uutela, A., Puska, P. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen, kevät 1994. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 8.

Helsingin Sanomat 23.1.1997. Terveyspalvelujen osto järjestöiltä kiinnostaa kuntia.

Hermanson, T. 1994. Teemahaastattelu lääkärin työn tutkimisessa. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 31, 36-40.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 1991. *Teemahaastattelu*. 5. painos. Helsinki: Yliopistopaino.

Honkasalo, A. 1995. Miehin riskinotto. Teoksessa: O. Kontula, T. Parviainen, R. Santti (toim.) *Miehen terveys. Maskuliinisuuden onni ja kirous*. Helsinki: Kirjayhtymä Oy. 185-192.

Hunt, M. & Meerabeau, L. 1993. Purgung the emotions: the lack of emotional expression in subfertility and in the care of the dying. *International Journal of Nursing Studies* 30, 115 - 123.

Huuhka, M., Lahelma, E., Manderbacka, K., Mattila, V., Karisto, A., Rahkonen, O. 1996. Terveystila ja sosiaalinen murros. Vuosien 1986 ja 1994 elinolotutkimukset. *Elinolot 2*. Helsinki: Tilastokeskus. SVT.

- Huttunen, J. 1992. Johtajatutkimus ja sepelvaltimotauti. *Duodecim* 108, 347-350.
- Huttunen, J.K. 1995. Miehen terveyden epidemiologia. Teoksessa: O. Kontula, T. Parviainen, R. Santti (toim.) Miehen terveys. Maskuliinisuuden onni ja kirous. Helsinki: Kirjayhtymä Oy. 83-91.
- Hämäläinen, J. 1987. Laadullinen sosiaalitutkimus käytännössä. Johdatus laadullisen sosiaalitutkimuksen "käsiyötaitoon". Kuopio: Kuopion yliopisto, Sosiaalitieteiden laitos.
- Imperial Cancer Research Fund OXCHECK Study Group 1995. Effectiveness of health checks conducted by nurses in primary care: final results of the OXCHECK study. *British Medical Journal* 310, 1099-1104.
- Ingrosso, M. 1993. Becoming sensitive to health. Effectiveness and learning in health education and promotion. *Archives of Hellenic Medicine Official Journal of The Athenes Medical Society* 10. (Suppl). A. 11-27.
- Jamrozik, K., Vessey, M., Fowler, G., Wald, N., Parker, G., Van Vunakis, H. 1984. Controlled trial of three different antismoking interventions in general practice. *British Medical Journal* 288, 1499-1503.
- Jarrett, N. & Payne, S. 1995. A selective review of the literature on nurse-patient communication: has the patient's contribution been neglected? *Journal of Advanced Nursing* 22, 72-78.
- Jylhä, J. 1989. Palveluorganisaation johtaminen. Valtionhallinnon kehittämiskeskus. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Kalimo, E. & Vertio, H. 1987 (toim.) Terveysten edistäminen. Ottawan asiakirja 1986. Muistio taustasta ja periaatteista 1984. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Kannas, L. 1992. Terveyskasvatus tutkimus- ja koulutusalanä sekä arjen käytäntöinä. *Aikuiskasvatus* 2, 68-76.
- Kansaneläkelaitoksen eläke- ja vammaisuustilastot 1994. Helsinki: Kansaneläkelaitoksen julkaisuja 1995, T10:6.
- Kansanterveyslaki 28.1.1972/66.
- Karvetti, P.L. & Hämäläinen, H. 1993. Ravitsemusneuvonnan pitkäaikaisvaikutukset sydäninfarktipotilaiden ravintoon, painoon, ja seerumin rasva-arvoihin. *Suomen Lääkärilehti* 48, 904-912.
- Keski-Karjalan kansanterveystyön kuntayhtymän kunnalliskertomus 1995.

Kiteen kaupungin tiedote 1.1.1996. Taskutietoa Kiteen kaupungista.

Kontula, O. 1995a. Miehen roolit. Teoksessa: O. Kontula, T. Parviainen, R. Santti (toim.) Miehen terveys. Maskuliinisuuden onni ja kirous. Helsinki: Kirjayhtymä Oy. 171-184.

Kontula, O. 1995b. Miehen seksuaalisuus. Teoksessa: O. Kontula, T. Parviainen, R. Santti (toim.) Miehen terveys. Maskuliinisuuden onni ja kirous 113-133. Helsinki: Kirjayhtymä Oy. 113-133.

Kortteinen, M. 1992. Kunnian kenttä: suomalainen palkkatyö kulttuurisena muotona. Hämeenlinna: Karisto Oy. Hanki ja jää Oy.

Koskenvuo, K. 1994. Lääkäri kääntää ja välskäri vääntää. Sotilasaikakauslehti tammikuu, 28-33.

Kuusinen, J. & Korhokangas M. Ihmisen kehitys elämänkaaren näkökulmasta. Teoksessa: J. Kuusinen (toim.) Kasvatuspsykologia. Juva: WSOY. 85-124.

Lahtinen, E., Järvisalo, J., Knuts, L-R., Talvi, A. 1992. Työterveyshuolto ja terveyskeskus terveyden edistämishjelman toteuttajina. Teoksessa: S. Shemeikka, & A. Nissinen (toim.) Terveyskasvatustutkimuksen vuosikirja 1992. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Selvityksiä 1993:1. Helsinki. 133-150.

Lahtinen, E., Järvisalo, J., Knuts, L-R., Aunola, S., Hakala, P., Leino, A., Lahtela, K. 1993. Työikäisten terveyden edistäminen. Terveyskeskusosahanke ja sen menetelmät. Turku: Kansaneläkelaitoksen julkaisuja ML:120.

Lahtinen, E. 1996. Työikäisten terveyden edistäminen avoterveydenhuollossa. Kelan ja Turun terveyskeskuksen kehittämän terveyden edistämishjelman toteutus ja tulokset. Turku: Kansaneläkelaitos, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 16.

Laitakari, J. 1986. Terveyskasvatuksen suunnittelu. 3. painos. Helsinki. SHKS.

Laitakari, J., Miilunpalo, S., Pasanen, M., Vuori, I. 1989. Terveyskasvatus terveyskeskuksissa. Lääkintöhallituksen julkaisuja, Sarja tutkimukset 6. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Lehtinen, J. 1983. Asiakasohjautuva palvelujärjestelmäkäsitemistö ja empiirisiä sovelluksia. Tampere: Tampereen yliopisto, Acta Universitatis Tamperensis ser A vol 160.

Leino-Kilpi, H. & Vuorenheimo, J. 1992. Potilas hoidon laadunarvioijana. Sosiaali- ja terveysturva, Raportteja 68. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Leino-Kilpi, H., Walta, L., Helenius, H., Vuorenheimo, J., Välimäki, M. 1994. Hoidon laadun mittaaminen. Potilaslähtöisen Hyvä hoito -mittarin kehittäminen ja mittarilla saadut

tulokset. Stakes. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja 151. Jyväskylä: Gummerus Oy.

Lepola, I. 1988. Mekanistisesta terveystieteestä tulkinnalliseen terveystieteen. Teoreettisten perusteiden tarkastelua. Lääkintöhallituksen julkaisuja. Sarja tutkimukset 3. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Lepola, I. 1992. Tulkinnallisen tutkimusotteen metodologisista perusteista kontekstina terveydenhoitajan toteuttaman terveystieteellisen neuvonnan analyysi. Teoksessa: I. Lepola, M. Nikkonen, T. Nore. Hoitotieteen laadullisia tutkimuksia. Sosiaali- ja terveyshallitus. Raportteja 58. Helsinki. VAPK-kustannus. 1-42.

Levinson, D.J., Darrow C.H., Klein, E.B., Levinson, M.H., McKee, B. 1979. The seasons of a man's life. 8 pr. New York: Alfred A. Knopf.

Lääkintöhallitus 1983. Terveystarkastukset ja seulontatutkimukset Suomen aikuisväestön terveydenhuollossa. Helsinki: Lääkintöhallituksen työryhmien mietintöjä nro 6.

Maasilta, M. 1988. Mies 2000-ohjelman vastaanotto julkisuudessa. Lääkintöhallituksen julkaisuja. Sarja tilastot ja selvitykset 3. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Macleod C.J. Haverty, S., Kendall, S. 1990. Helping people to stop smoking: a study of nurse's role. Journal of Advanced Nursing 16, 357-363.

Marniemi J., Seppänen, R., Impivaara, O., Jarvisalo, J., Mäki, J., Vuori, I. 1996. Keski-ikäisten miesten terveystieteen käyttämisen ja terveyden vaaratekijöiden muutokset 1980-1994 - ravitsemus- ja liikuntaohjauksen vaikutukset. Suomen Lääkärilehti 36, 3839-3846.

Miilunpalo, S. 1995. Terveystieteen vaikuttavuus. Suomen Lääkärilehti 17, 2009-2015.

Mäkelä, K. 1990. Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet. Teoksessa: K. Mäkelä (toim.) Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta. Helsinki: Gaudeamus. 42-61.

Neittaanmäki, L. 1995. Ellee ihmisiksi. Käsitteitä ja kokemuksia terveyden edistämisestä savolaisissa kylissä. Kuopio: Kuopion yliopisto, Kuopion yliopiston julkaisuja D. Lääketiede 87.

Noble, C. 1991. Are nurses good patient educators? Journal of Advanced Nursing 16, 1185-1189.

Nupponen, R. 1991. Aikuisten terveystieteen- ja neuvontakäynnit terveydenhoitajien kuvaamina. Teoksessa H. Urponen, P. Aarva, R. Nupponen (toim.) Terveystieteen tutkimuksen vuosikirja 1991. Sosiaali- ja terveyshallitus. Tampere: Kirjapaino R.K. Virtanen. 91-106.

- Nupponen, R. 1993. Asiakkaiden tyytyväisyys 45-vuotiaiden terveystarkastuskäynteihin. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 30, 395-403.
- Nupponen, R. 1994. Keskustelun ja neuvonnan aiheet 45-vuotiaiden terveystarkastuskäynneillä. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 31, 67-74.
- Nupponen, R. 1996. Client views on periodic health examinations: opinions and personal experience. *Journal of Advanced Nursing* 23, 521-527.
- Nupponen, R., Aarva P., Laitakari, J., Miilunpalo, S., Paronen, O., Urponen, H. 1991. Terveyskasvatuksen taustakäsitykset ja vaikuttavuuden tutkiminen. Teoksessa: H. Urponen, P. Aarva, R. Nupponen (toim.) *Terveyskasvatuksen Vuosikirja 1991*. Tampere: R.K. Virtanen. 11-25.
- Nurmi, T. 1993. Aikuisväestön seksuaalineuvonta sairaanhoidossa. Teoksessa: O. Kontula & E. Haavio-Mannila (toim.) *Suomalainen seksi: tietoa suomalaisten sukupuolielämän muutoksesta*. Juva: WSOY. 410-449.
- Oiler, C. 1982. The phenomenological approach in nursing research. *Nursing Research* 31, 178-181.
- Omery, A. 1983. Phenomenology: a method for nursing research. *Advances in Nursing Science* 5, 49-63.
- Ornish, D., Brown, S.E., Scherwitz, L.W., Billings, J.H., Armstrong, W.T., Ports, T.A., McLanahan, S.M., Kirkeeide, R.L., Brand, R.J., Gould, K.L. 1990. Can lifestyle changes reverse coronary heart disease? *The Lifestyle Heart Trial*. *Lancet* 336, 129-133.
- Ottawa charter for Health Promotion. 1986. *Health Promotion* 1, iii - V.
- Pelkonen, M. 1992. Laadunvarmistuksen keskeiset käsitteet. Teoksessa : M. Pelkonen & M-L. Perälä (toim.) *Hoitotyön laadunvarmistuksen perusteet*. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Penttinen, H. 1990. Kutsuntaikäisen terveystarkastus. *Suomen Lääkärilehti* 16, 1521-1522.
- Persson, L-G, Lindström, K, Lingfors, H., Bengtsson, C. 1994. A study of men aged 33-42 in Habo, Sweden with special reference to cardiovascular risk factors. *Scandinavian Journal of Social Medicine* 22, 264-272.
- Perttula, J. 1995a. Kokemus psykologisena tutkimuskohteena: johdatus fenomenologiseen psykologiaan. Tampere: Tampereen yliopiston jäljennepalvelu. Suomen fenomenologinen instituutti.
- Perttula, J. 1995b. Fenomenologisen psykologian metodi - kohti käsitteellistä selkeyttä. *Hoitotiede* 7, 3-11.

- Perälä, M-L. 1995. Potilaan hoidon laadun arviointi: laatumittarin (Qualpacs) validaatio. Stakes. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Tutkimuksia 56. Jyväskylä: Kirjapaino Gummerus Oy.
- Puska, P., Tuomilehto, J. Salonen, J.T., Nissinen, A., Koskela, K., Mustaniemi, H., Neittaanmäki, L., Takalo, T., Björkqvist, S., Virtamo, J., Sipilä, P., Varvikko, P. 1983. Pohjois-Karjalan projekti. Pohjois-Karjalan läänissä vuosina 1972-1977 toteutetun yhteisötason sydän- ja verisuonitautien torjuntaohjelman kuvaus ja keskeiset tulokset. Lääkintöhallituksen julkaisuja 49. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Pyörälä, E. 1994. Kvalitatiivisen terveystutkimuksen metodologisia perusteita. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 31, 4-14.
- Pöllänen, R. 1995. "Kuntoremontti". Keski-ikäisten miesten kylpylässä toteutetun ryhmä- ja yksilökohtaisen terveysneuvonnan vaikutukset. Tampere: Tampereen yliopisto, Acta Universitatis Tamperensis. ser A vol. 426. Vammalan kirjapaino Oy.
- Rantanen, L. 1993. Asiakkaan motivointi ja tukeminen terveysneuvonnassa. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 31, 5-22.
- Rimpelä, M. 1992. Terveyttä suomalaisille, mutta tarvitaanko terveyskasvatusta? - ajatuksia, käsitteistä ja näkökulmista. Terveyskasvatuksen keskuksen tiedotuksia 4, 4-11.
- Rimpelä, M. 1993. Terveiden edistämisestä terveyskasvatuksen sisältöihin. Terveyskasvatuksen tiedotuksia 3, 10-15.
- Rimpelä, M. 1994. Terveiden edistäminen ja terveyskasvatus - katsaus kansainväliseen kirjallisuuteen. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti Supplementti 31, 5-22.
- Salminen, S. 1992. Riskinotto vakavissa työtaturmissa. Työ ja ihminen 6, 78-85.
- Shemeikka, S. 1991. Terveyskasvattajan omaksumat toimintamallit ja niiden vaikutusten tutkiminen. Teoksessa: H. Urponen, P. Aarva, R. Nupponen (toim.) Terveyskasvatuksen vuosikirja 1991. Sosiaali- ja terveyshallitus. Tutkimuksia 2. Tampere: R.K. Virtanen. 83-90.
- Sihto, M. 1994. Palvelusidonnaisuudesta terveystieteeseen. Ajatuksia kunnalliseen ehkäisevään terveystieteeseen. Dialogi 8, 11-13.
- Siltala, J. 1994. Miehen kunnia: modernin miehen taistelu häpeää vastaan. 2. painos. Helsinki: Otava.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 1985. Hallituksen terveystieteellisen selonteon eduskuntakäsittely 26. - 27.3.1985. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Sosiaali- ja terveysministeriö 1986. Terveyttä kaikille vuoteen 2000. Suomen terveystoiminnan pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelma. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Sosiaali- ja terveysministeriö 1987. Terveystoiminta-ohjelma koko elämänsäkaareksi - työryhmän muistio. Työryhmämuistio 3. Helsinki.

Sosiaali- ja terveysministeriö 1993. Terveyttä kaikille vuoteen 2000. Uudistettu yhteistyöohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2. Helsinki: Libris Oy.

Sosiaali- ja terveysministeriö, Folkhälsan, Terveystoiminnan keskus. 1991. Terveyttä edistävät ympäristöt. Sundsvallin julkilausuma 1991. Hanko: Hangon kirjapaino.

Strandberg, T.E., Salomaa, V.V., Naukkarinen, V.A., Vanhanen, H.T., Sarna, S.J., Miettinen, T.A. 1991. Long-term mortality after 5-year multifactorial primary prevention of cardiovascular disease in middle-aged men. *Journal of the American Medical Association* 266, 1225-1229.

Suominen, J. 1995. Impotenssiin löytyy apu. Teoksessa: O. Kontula, T. Parviainen, R. Santti (toim.) *Miehen terveys. Maskuliinisuuden onni ja kirous*. Helsinki: Kirjayhtymä Oy. 159-163.

Suoranta, J. & Eskola, J. 1992. Kvalitatiivisten aineistojen analyysitapoja luokittelemassa - eli noin 8 tapaa aineiston erittelyyn. *Kasvatus* 3, 276-280.

Talvi, A., Järvisalo, J., Knuts, L-R., Kaitaniemi, P., Kalimo, R. 1994. Työikäisten terveyden edistäminen. Työterveyshuollon toteamat terveyden edistämistarpeet Neste Oy:ssä vuosina 1988-1991. Turku: Kansaneläkelaitoksen julkaisuja ML: 131.

Taylor, A., Hudson, K., Keeling, A. 1991. Quality nursing care: the consumers' perspective revisited. *Journal of Nursing Quality Assurance* 5, 23-31.

Terveystoiminnan neuvottelukunta 1995. Terveystoimintatutkimuksen kehittäminen Suomessa 1990-luvulla. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 32, 143-158.

Tilastokeskus 1996. Kuolemansyyt 1994. *Terveys* 1. Helsinki. SVT.

Tones, K., Tilford, S., Robinson, Y. 1990. *Health education. Effectiveness and Efficiency*. London: Chapman and Hall.

Turunen, H. 1992. Hyvä hoito väestön kokemana. Kuopio: Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos, pro gradu-tutkielma.

Turunen, H., Perälä, M-L., Meriläinen, P. 1994. Colaizzin fenomenologisen menetelmän sovellutus; esimerkkinä hyvän hoidon kuvaaminen. *Hoitotiede* 6, 8-15.

Työterveyshuoltolaki 29.9.1978/743.

Tynjälä, P. 1991. Kvalitatiivisten tutkimusmenetelmien luotettavuudesta. Kasvatus 5-6, 387-398.

Upanne, M. & Helske, P. 1974. Joukkotarkastus terveystasvatuksen toteutusväylänä. Kunnallisen terveystasvatuskokeilun julkaisu 3. Helsinki. Terveystasvatuksen Keskus ry.

Valkonen, T., Martelin, T., Rimeplä, A. 1990. Eriarvoisuus kuoleman edessä. Sosioekonomiset kuolleisuuserot 1971-85. Tilastokeskus. Tutkimuksia 172. Helsinki: Hakapaino Oy.

Valtakunnallinen suunnitelma sosiaali- ja terveydenhuollon järjestämisestä vuosina 1995-1998. Kunnallisen sosiaali- ja terveydenhuollon tavoitteet ja toimintaperiaatteet. Helsinki 1994.

Valtiopäiväasiakirja 1971. A-osa. Hallituksen esitys 98/1971. Helsinki.

Varto, J. 1992. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Helsinki: Kirjayhtymä. Hygieia.

Vertio, H. 1992. Terveysten edistäminen - valintojen virta. Helsinki: SHKS. Suomen syöpäyhdistys. Karisto Oy.

Vuori, H. 1991. Laadunvarmistus - Mitä, miksi ja miten? Teoksessa: S. Salo (toim.) Laatu - laadunvarmistus terveydenhuollossa. Helsinki: Sairaaliitto.

Vuori, H. 1993. Terveystenhuollon laadunvarmistus. Helsinki: Vammalan kirjapaino Oy. SHKS.

Vuori, I. 1994. Liikuntaneuvontaa vai ei? Suomen Lääkärilehti 49, 2751.

Wahlström, J. 1992. Merkitysten muodostuminen ja muuttuminen perheterapeuttisessa keskustelussa. Diskurssianalyttinen tutkimus. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä studies in education, Psychology and social research 94.

Wallace, P., Cutler, S., Haines, A. 1988. Randomised controlled trial of general practitioner intervention in patients with excessive alcohol consumption. British Medical Journal 297, 663-668.

Wilkinson S. 1991. Factors which influence how nurses communicate with cancer patients. Journal of Advanced Nursing 16, 677-688.

Williams, J., Ashcroft, B., Carter, A., Comyn, C. 1987. Using printed materials effectively in health promotion. Health Education Journal 46, 165-167.

Åstedt-Kurki, P. 1992. Terveys, hyvä vointi ja hoitotyö kuntalaisten ja sairaanhoitajien kokemana. Tampere: Tampereen yliopisto, Acta Universitatis Tamperensis ser A vol 349.

Åstedt-Kurki, P. 1994. Fenomenologisen lähestymistavan käyttö terveyden ja hoitotyön kokemuksia koskevassa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 6, 2-7

LIITTEET

LIITE 1.

KESKI-KARJALAN
KANSANTERVEYSTYÖN KY.

TERVEYSTARKASTUSOHJELMA

MIEHET

- 35v. - itse varaavat tarkastusajan
 - sama sisältö kuin 30v:
 - pituus ja paino
 - verenpaine ja pulssi
 - hemoglobiini
 - kolesteroli
 - virtsan valk., sok., er., leuk. ja nitr.
 - riskipisteet
 - terveysneuvonta
 - rokotukset
- 45v. - pituus ja paino
 - verenpaine ja pulssi
 - hemoglobiini
 - kolesteroli
 - virtsan valk., sok., er., leuk. ja nitr.
 - ajokortin uusimista varten alkutarkastus
 - riskipisteet
 - terveysneuvonta
 - rokotukset
- 50v. - pituus ja paino
 - verenpaine ja pulssi
 - hemoglobiini
 - kolesteroli
 - virtsan valk., sok., er., leuk. ja nitr.
 - silmänpaine
 - ajokortin uusimista varten alkutarkastus
 - riskipisteet
 - terveysneuvonta
 - rokotukset

LIITE 2.

KESKI-KARJALAN
KANSANTERVEYSTYÖN KY.

K U T S U T E R V E Y S T A R K A S T U K S E E N

Keski-Karjalan terveyskeskus järjestää vuosittain terveystarkastuksen 30, 35, 40, 45, 50, 55 ja 60 vuotta täyttävillä naisilla sekä 35, 45 ja 50 vuotta täyttävillä miehillä.

Tarkoituksena on

- * edistää työikäisen väestön terveyttä ja *opastaa tarkastettavia vaalimaan itse omaa terveyttään*;
- * ennaltaehkäistä sydän- ja verisuonitauteja sekä muita sairauksia.

Tarkastuksen suorittaa terveydenhoitaja, ja tarkastus sinänsä on maksuton, mutta jokainen tarkastukseen tuleva hoitaa matkakustannuksensa itse.

Tarkastuksen sisältö:

- * pituuden, painon, verenpaineen ja pulssin mittaus
- * hemoglobiinin ja kolesterolin määrittäminen verestä
- * virtsan sokerin, valkuaisen ja bakteerien tutkiminen
- * silmänpaineen mittaus 50-vuotiailla
- * naisilta rintojen tarkastus ja irtosolunäytteen otto
- * osteoporoosiseula 40- ja 45-vuotiaille naisille

Virtsan tutkimista varten Sinun tulisi olla *ennen tutkimusta vähintään 4 tuntia virtsaamatta*.

Tarkastukseen *tuu mukana*

- * oheinen *kyselylomake täytettynä*
- * verenpainekortti
- * rokotuskortti tai punainen terveystarkastuskortti
- * käytössäsi olevien lääkkeiden *reseptit*

***Sinulle on varattu aika ikäryhmätarkastukseen
Kiteen terveyskeskuksen terveysneuvontaan***

___ / ___ 199 ___ klo _____.

Mikäli varattu aika ei Sinulle sovi, tai olet käynyt kuluvana vuonna työterveyshuollon tarkastuksessa tai muussa vastaavassa tarkastuksessa, toivomme ilmoitusta asiasta mahdollisimman pian. Annamme varatun ajan toiselle asiakkaalle.

TERVETULOA!

LIITE 3/1.

KESKI-KARJALAN
KANSANTERVEYSTYÖN KY.

T E R V E Y S K Y S E L Y

1. Nimi _____ Henkilötunnus _____

2. Onko jollakin lähisukulaisellasi
() sydän- ja verisuonitauti
() verenpainetauti
() diabetes

3. Käytätkö jotain lääkettä usein, mitä? _____

4. Milloin olet saanut rokotuksia? Tetanus (jäykkäkouristus) v. _____
Polio v. _____

5. Terveystottumukset

Tupakointi () en tupakoi
() tupakoinut _____ vuotta, savukkeita _____ /pv
() lopettanut tupakoinnin _____ v/kk sittenKäytätkö alkoholia/olutta? () en käytä
() päivittäin
() viikottain
() kuukausittain
() erittäin harvoin

Kuinka paljon? _____

Syötkö päivittäin varhaisaamiaisen () kyllä () en
lounaan () kyllä () en
päivällisen () kyllä () en

Mitä käytät ruokajuomana? _____

Mitä voileipärasvaa käytät? _____

Onko suolankäyttösi () vähäistä () runsasta

Käytätkö kasviksia päivittäin () runsaasti
() vähän
() en lainkaan

Montako kupillista kahvia juot päivittäin? _____ kupillista

Lisäätkö kahviisi () sokeria _____ palaa
() kermaa
() maitoa

6. Harrastatko liikuntaa n. 1/2 tuntia kerrallaan

() vähintään 2 – 3 kertaa viikossa
() harvemmin
() en lainkaan

KATSO KÄÄNTÖPUOLI!

LIITE 3/2.

MISTÄ ASIOISTA HALUAISIT KESKUSTELLA,
KUN TULET TERVEYSTARKASTUKSEEN?

(Rastita itseäsi kiinnostavat kohdat)

- RAVINTO ()
- PAINO, LAHDUTTAMINEN ()
- LIIKUNTA ()
- TUPAKOINTI ()
- ALKOHOLINKÄYTTÖ ()
- MIELENTERVEYS ()
- PERHEEN, TYÖPAIKAN YMS. IHMIS-
SUHTEET ()
- STRESSI ()
- SUKUPUOLIELÄMÄ ()
- LEPO, UNI ()
- MUU, MIKÄ _____ ()

LIITE 4.

TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

Kirsi Pirinen
Minna Canthinkatu 14 A 11
40100 JYVÄSKYLÄ
puh. 941- 613 988

5.2.1996

Kiteen terveyskeskus
Ylihoitaja Marita Lipsanen
Arppentie 6

82500 KITEE

TUTKIMUSLUPA


Opiskelen Jyväskylän Yliopiston Terveystieteen laitoksella terveydenhuollon koulutusohjelmassa terveyskasvatusta. Tutkinto sisältää opinnäytetyön.

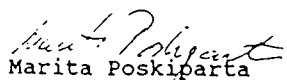
Opinnäytetyöni tarkoituksena on kartoittaa kiiteellisten 45-vuotiaiden miesten kokemuksia, odotuksia ja toiveita terveyskeskuksen terveysneuvonnasta. Tutkimuksen tavoitteena on saada esille kehittämisehdotuksia terveysneuvonnan palveluista ja terveystarkastussisällöistä työikäisten miesten näkökulmasta. Teemahaastattelun noin 15 miestä.

Tutkimusaineiston hankintaa varten anon lupaa käyttää Kiteen terveyskeskukselle väestörekisterikeskukselta lähetettyä vuonna 1950 syntyneiden miesten nimilistaa. Nimi- sekä osoitetietojen lisäksi tarvitsen potilaspapereista asiakkaan puhelinnumeron ja ammatin. Potilaspapereita tutkimuksessani en tarvitse. Asiakkaan henkilöllisyys ei tule tutkimuksessa esille ja osallistuminen tutkimukseen on vapaaehtoista. Teemahaastattelut suoritan huhti-toukokuussa 1996.

Opinnäytetyöni ohjaajana on THL, vs. terveyskasvatuksen lehtori Marita Poskiparta.

Yhteistyöterveisin


Kirsi Pirinen
terveydenhuollon yo.


Marita Poskiparta
THL, vs. terveyskasvatuksen lehtori
puh. 941- 602 145

LIITE 5.

TUTKIMUSLUPA

KESKI-KARJALAN
KANSANTERVEYSTYÖN KY.

Muistio
21.2.1996

Johtoryhmä

Aika 14.2.96

Paikka

Läsnä Jari Korhonen
Airi Kostamo
Maarit Kyrö
Kyösti Hurskainen
Marita Lipsanen

- 5 Terveydenhuollon yo. Kirsi Pirinen pyytää tutkimus-
lupaa, tarkoituksena olisi mm. käyttää tk.väestörek.
tietoja (-50 syntyneiden miesten nimilistaa).
Sovittiin että otetaan selvää tietosuojavaltuutetun
toimistosta voidaanko ko, nimilistaa luovuttaa.
Muuten ei esteitä opinnäytetyön tekemiselle.
Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa Kitee
läisten 45 vuotiaiden miesten kokemuksia, odotuksia
ja toiveita tk.n terveysneuvonnasta.

Kirsi Pirinen
Muistion laati

KESKI-KARJALAN
KANSANTERVEYSTYÖN KY.

MUISTIO
7.3.1996

JOHTORYHMÄ

Aika 6.3.1996 klo 13

Paikka Taloustoimisto

Läsnä Maarit Kyrö
Kyösti Hurskainen
Marita Lipsanen
Jari Korhonen
Jyrki Ruhanen

- 16 Opintovapaalla olevan Kirsi Pirisen tutkimukseen 45-vuotiaista miehis-
tä, otannan suuruutena 15 henkeä, näytetään vihreää valoa ylihoitajan
esittämässä muodossa.

Muistion vakuudeksi

Jyrki Ruhanen
Jyrki Ruhanen

LIITE 6.

TIEDOTE TUTKITTAVILLE

Kirsi Pirinen
Minna Canthinkatu 14 A 11
40100 JYVÄSKYLÄ
puh. 941 - 613 988

HYVÄ TERVEYSNEUVONNAN ASIAKAS

Olen Jyväskylän yliopiston Terveystieteen laitoksen opiskelija ja olen opintovapaalla Kiteen terveyskeskuksen työterveys-
huollon terveydenhoitajan virasta. Opiskelen terveyskasvatusta ja opiskeluuni kuuluu opinnäytetyön tekeminen.

Opinnäytetyöni tarkoituksena on kartoittaa kiteeläisten 45-
vuotiaiden miesten kokemuksia, toiveita ja odotuksia terveys-
neuvonnasta. Tutkimukseni tavoitteena on saada miesnäkökul-
maa terveysneuvonnan kehittämiseen.

Tutkimuksen suoritan haastattelemalla noin 15 kiteeläistä
miestä kevään 1996 aikana. Noin tunnin kestävän haastattelun
nauhoitan. Henkilöllisyys ei tule tutkimuksessa esille. Tutki-
mukseen osallistuminen on vapaaehtoista.

Osallistumisenne haastatteluun on tutkimukseni onnistumisen
kannalta ensiarvoista. Teidän suostumuksellanne terveydenhoi-
taja Arja Janhonen luovuttaa nimenne, osoitteenne ja
puhelinnumeronne minulle, jotta voin ottaa henkilökohtaisesti
yhteyttä sopiaksemme haastatteluajan ja -paikan.

Kiittäen etukäteen yhteistyöstä

Kirsi Pirinen
terveydenhuollon yo.

LIITE 7.

TEEMAHAASTATTELURUNKO

Taustatiedot

- ammatti
- työssä/työtön
- perhesuhde
- terveyspalvelujen käyttö viimeisen 12 kk:n aikana
- pitkäaikaissairaudet, lääkitys
- tämänhetkinen terveys

Terveysneuvonta

- mitä kuuluu terveysneuvontaan
- missä em. asioinut
- sijainti, kulkuyhteydet, syrjäkylät
- vastaanottoajat, iltavastaanotot
- opastus terveysneuvontaan, sijainti
- onko, kenen puoleen terveysneuvonnassa voi kääntyä

Terveystarkastus

- osa-alueet: mitkä tärkeitä
- sisältö
- mitä jäänyt mieleen
- maksullisuus
- kutsu vai muu menetelmä
- ilmapiiri
- toimenpiteiden merkitys
- tiedon saanti
- aika

Työmuodot

- henk.koht kontakti, ryhmäkokoukset
- joukkoviestintä(paikallisradio,- lehti, kaapeliTv)
- ilmoitustaulut/ terveyskansiot/puhelintunti
- avoimet ovet
- yhteistyö esim. vapaaehtoisjärjestöjen kanssa

Palvelu

- tyytyväisyys
- tarpeellisuus, joustavuus
- jonottaminen, järjestelyt
- palvelualltius? henkilökunnan ammattitaitoisuus?
- parhaat/huonot kokemukset/ olisiko voinut tehdä toisin
- neuvonta, valmistelu, tiedottaminen

Tulevaisuus

- mitä odotuksia terveysneuvonnalta
- oma osallistuminen terveysneuvonnan suunnitteluun
- onko terveysneuvonta tarpeellinen julkisena palveluna
- onko terveysneuvonta auttanut/ mitä kaipaisitte
- mitä tietoja/ taitoja terveysneuvonnassa tarvitaan