

MASKULIINISUUS MIESTEN TERVEYSPUHEESSA

Tiina Kettunen
Terveyskasvatuksen
pro gradu -tutkielma
Jyväskylän yliopisto
Terveystieteiden laitos
Kevät 2010

TIIVISTELMÄ

Maskuliinisuus miesten terveyspuheessa

Tiina Kettunen

JYVÄSKYLÄN YLIOPISTO

Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta

Terveystieteiden laitos, 2010

Terveyskasvatuksen pro gradu -tutkielma

53 sivua, yksi liite

Tutkielman tarkoituksena oli kuvata maskuliinisuuden ilmenemistä miesten terveyspuheessa terveysneuvontatilanteissa.

Tutkimusaineisto on osa Jyväskylän yliopiston terveystieteiden laitoksella toteutettua seurantatutkimusta, jolla selvitettiin tyypin 2 diabeteksen hoitoon ja ennaltaehkäisyyn liittyvän terveysneuvonnan rakentumista. Aineisto on kerätty vuosina 2000–2002. Tutkielman aineisto koostuu viiden miehen videoitujen terveysneuvontakäyntien (n=30) litteroinneista. Tutkimusmenetelmänä oli deduktiivinen ja induktiivinen sisällönanalyysi.

Aineiston analyysin tuloksena muodostettiin kolme maskuliinisuutta kuvaavaa teemaa: yksin pärjääminen, ulkoa ohjautuminen ja oma motivaatio. Yksin pärjäämisen teema muodostui neljästä yläkategoriasta, jotka olivat itsemäärääminen, hoitoon hakeutumisen pitkittäminen, vaikeneminen ja riskien ottaminen. Ulkoa ohjautumisen teema muodostui kahdesta yläkategoriasta: hoitajan luona käynnit ja vaimon huolenpito. Oman motivaation teema koostui perustelluksi toiminnaksi nimetystä yläkategoriasta.

Miesten terveyspuheesta kuvastui tarve pärjätä yksin ja tehdä itse terveyteensä liittyviä ratkaisuja. Toisaalta miehet olivat passiivisia ja asettuivat ulkoa ohjattaviksi. Hoitaja ja vaimo tulivat esille miesten puheessa merkittävinä terveyskäyttäytymiseen vaikuttajina. Lisäksi miehet tarvitsivat perusteltuja syitä motivaation syntymiseen.

Terveydenhuollon ammattilaisten olisi tunnistettava maskuliinisuus yhtenä miesten terveyskäyttäytymiseen vaikuttavana tekijänä. Maskuliinisuutta ei tulisi kuitenkaan tarkastella ainoastaan selityksenä miesten huonommalle terveydelle. Miesten taipumus itsemääräämiseen tai ulkoaohjautuvuuteen voitaisiin pikemminkin nähdä voimavarana miesten terveyden edistämisessä.

Avainsanat: miehet, maskuliinisuus, terveyskäyttäytyminen, terveyspuhe

ABSTRACT

Masculinity in men's health-related talk

Tiina Kettunen

UNIVERSITY OF JYVÄSKYLÄ
The Faculty of Sport and Health Sciences
Department of Health Sciences, 2010
Master's thesis in Health Education
53 pages, one appendix

The purpose of this study was to describe how men express masculinity in their health-related talk.

The material used in this study is a part of a follow-up study of the Department of Health Sciences at the University of Jyväskylä. The aim of the study was to find out how health counselling relates to the care and prevention of type 2 diabetes. The material was collected during 2000–2002. The material of this study consists of the transcripts of five men's videotaped health counselling meetings (n=30). Deductive and inductive content analyses were used to analyse the data.

As a result of the analysis three themes describing masculinity were built: managing on one's own, control from outside and one's own motivation. The theme of managing on one's own included four upper categories, which were named as self-determination, delaying help-seeking, silence and risk-taking. The theme of control from outside consisted of two upper categories: meetings with the nurse and the concern of the wife. The theme of one's own motivation included one upper category, which was named as reasoned action.

Men's health-related talk reflected their need to manage on their own and make decisions concerning their health independently. On the other hand the men were passive and controlled from outside. The nurse and the wife seemed to have significant influence on men's health behaviour. Men also needed well-grounded reasons to become motivated.

Health care professionals should recognise masculinity as one of the determinants in men's health behaviour. However, masculinity should not only be regarded as an argument to men's worse health. Men's tendency towards self-determination or control from outside could rather be considered as an opportunity in men's health promotion.

Key words: men, masculinity, health behaviour, health-related talk

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 MIEHET TERVEYSNEUVONNAN KOHDERYHMÄNÄ	3
3 MASKULIINISUUS JA MIESTEN TERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN.....	5
3.1 Terveyskäyttäytyminen käsitteenä	5
3.2 Maskuliinisuuden ilmeneminen.....	6
3.2.1 Yksin pärjääminen	8
3.2.2 Kilpailu.....	10
3.2.3 Riskien ottaminen	11
3.2.4 Vaikeneminen.....	12
3.2.5 Homososiaalisuus.....	13
3.3 Maskuliinisuuden ja terveyden edistämisen välinen ristiriita	14
4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	16
4.1 Tutkimuksen tavoite ja tutkimustehtävä.....	16
4.2 Tutkimusaineisto ja analyysi	16
5 MASKULIINISUUS MIESTEN TERVEYSPUHEESSA	19
5.1 Yksin pärjääminen	19
5.1.1 Itsemäärääminen	20
5.1.2 Hoitoon hakeutumisen pitkittäminen	22
5.1.3 Vaikeneminen.....	24
5.1.4 Riskien ottaminen	25
5.2 Ulkoa ohjautuminen ja oma motivaatio.....	26
5.2.1 Hoitajan luona käynnit	27
5.2.2 Vaimon huolenpito	30
5.2.3 Perusteltu toiminta	32
5.3 Yhteenveto tuloksista	34

6 POHDINTA.....	36
6.1 Tulosten tarkastelua	36
6.2 Tutkimuksen luotettavuus	40
6.3 Miesten terveyden edistämisen haasteet	43
6.4 Jatkotutkimusaiheet	46

LÄHTEET	47
----------------------	-----------

LIITE

Liitetaulukko 1. Esimerkki deduktiivisesta analyysirungosta

Liitetaulukko 2. Esimerkki alakategorioiden muodostamisesta induktiivisesti

Liitetaulukko 3. Vastaanottokäyntien ja lausumien jakautuminen

1 JOHDANTO

Maskuliinisuuden vaikutus miesten terveystietoisuuteen on ollut kiinnostuksen kohteena terveystieteissä jo 1970-luvulta alkaen. James Harrisonin (1978) artikkeli ”Warning: The Male Sex Role May Be Dangerous to Your Health” toi esille näkökulman, jossa miesten maskuliinisuuden tavoittelun nähdään olevan monilla tavoilla ristiriidassa terveydestä huolehtimisen kanssa. Tätä ristiriitaa tarkastellaan mielenkiinnolla edelleen. Suomessa maskuliinisuuden ja terveyden välistä ristiriitaa on viime aikoina tutkinut Pietilä (2008). Tutkimuksen kohteena ovat olleet myös miesten terveyteen liittyvät uskomukset ja terveysneuvonnan tarve (Näslindh-Ylispanjar 2008) sekä kulttuurinen näkökulma miesten terveystietoisuuteen (Oikarinen 2008).

Miesten ja naisten välisiin terveyseroihin on kiinnitetty yhä enemmän huomiota viime vuosina. Suomessa onkin käynnistetty Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma (2008). Sukupuolen on todettu olevan yhteydessä kaikkiin elintapoihin. Miehet juovat kolme neljäsosaa kaikesta alkoholista, tupakoivat runsaammin ja syövät epäterveellisemmin kuin naiset. (Prättälä & Paalanen 2007.) Ero miesten ja naisten eliniässä on myös suuri: naisten tilastollinen elinajanodote on noin seitsemän vuotta miesten elinajanodotetta pidempi (Tilastokeskus 2009a). Työikäisten miesten keskuudessa yleisin syy ennenaikaiseen kuolemaan on alkoholi, joka aiheuttaa selvästi enemmän kuolemia kuin sepelvaltimotauti. Myös tapaturmat ovat yleinen työikäisen miehen kuolinsyy. Vuonna 2008 miehet tekivät peräti 77 % itsemurhista. (Tilastokeskus 2009b.)

Miesten suuremman kuolleisuuden ja terveyteen liittyvän riskikäyttäytymisen taustalla vaikuttavat miessukupuolen lisäksi monet muut tekijät kuten ikä, koulutus, perhetyyppi ja työmarkkina-asema (Prättälä & Paalanen 2007). Aarvan ja Pasasen (2005) mukaan terveyden edistämisen viestit ovat menneet viime vuosina perille yhä paremmin ja miesten käsitys elintapojen merkityksestä sairauksien ehkäisyssä on vahvistunut. Osa miehistä omaksuu kuitenkin terveyden kannalta epäedullisia käyttäytymismalleja. Terveystietoisuuden lisäämisen ohella tulisikin pyrkiä selvittämään miesten toiminnan taustalla vaikuttavia syitä. (Courtenay 2000a, 2000b.) Maskuliinisuuteen liittyvät normit ja ihanteet saattavat olla joidenkin miesten

terveyskäyttäytymistä voimakkaasti säätelevä tekijä. Niiden tunnistaminen auttaa miesten terveyden edistämiseen osallistuvia tahoja tukemaan miehiä elintapojen muuttamisessa.

Tutkielman kiinnostuksen kohteena on maskuliinisuuden ilmeneminen miesten terveystilanteissa. Terveystilanteen määritelmänä käytetään mukailtua Sinikka Torkkolan (2008, 89) kulttuurista näkökulmaa edustavaa terveystilanteen määritelmää. Terveystilante pitää sisällään siten kaikkea terveyden ja sairautteen sekä ennaltaehkäisyyn, tutkimukseen ja hoitoon liittyvää puhetta. Terveystilante voi perustua tietoon, tunteeseen tai kokemukseen. Terveystilanteellaan miehet ilmentävät terveystilanteitään ja sen taustalla vaikuttavia tekijöitä, joista maskuliinisuus on tässä tutkielmassa nostettu tarkastelun kohteeksi. On syytä huomata, että terveystilante on tilannesidonnaista eikä välttämättä vastaa yksilön todellista käyttäytymistä (Ruusuvaara 2003, Pietilä 2009).

Tutkimusaineisto muodostui viiden diabetekseen sairastuneen miehen yksilöllisistä terveystilanteikäynneistä hoitajan vastaanotolla. Aineisto koostui videoitujen terveystilanteikäyntien litteroiduista teksteistä. Tutkimusmenetelmänä käytettiin deduktiivista ja induktiivista sisällönanalyysia.

2 MIEHET TERVEYSNEUVONNAN KOHDERYHMÄNÄ

Terveyden edistämisen tavoitteena on mahdollistaa yksilön entistä parempi oman terveyden ja siihen liittyvien taustatekijöiden hallinta (Ottawa Charter 1986). Terveysneuvonta on keskeisimpiä toimintamuotoja tähän tavoitteeseen pyrkimisessä. Terveysneuvontaprosessissa terveydenhuollon ammattilaisen tehtävänä on auttaa yksilöä selkeyttämään oma elämäntilanteensa ja tukea häntä terveyteen liittyvässä päätöksenteossa. Neuvonnalla on oltava myös selkeät käytännölliset tavoitteet. Pelkkä asiakkaan kanssa juttelu ei ole neuvontaa. (Burnard 1999, 3.)

Tämän tutkielman aineisto koostui diabetekseen vasta sairastuneiden miesten terveysneuvontatilanteista. Suomessa on arvioitu olevan yli puoli miljoonaa tyypin 2 diabetesta sairastavaa henkilöä ja määrä on edelleen kasvussa. Nykyään diabetesta sairastavista enemmistö on miehiä yli 45-vuotiaiden ikäluokassa. Yhtenä tärkeimpänä syynä tähän voidaan pitää ylipainoa. (Puska ym. 2008, Reunanen ym. 2008.) Elintapojen muuttamisella on tärkeä merkitys diabeteksen ennaltaehkäisyssä ja hoidossa. Tämän muutoksen tukemisessa terveysneuvonta on todettu tehokkaaksi toimintamuodoksi. Erityisesti liikunta- ja ravitsemusneuvonta kuuluvat olennaisena osana diabeetikon elintapaohjaukseen. (Tuomilehto 2001, Yamaoka & Tango 2005, Lindström ym. 2006).

Diabetekseen sairastuneilla on usein tietoa sairaudestaan jo entuudestaan, mutta heiltä saattaa puuttua kyky soveltaa sitä omaan arkielämäänsä. Hoitajien ja lääkäreiden haasteena onkin potilaiden yksilöllisiin tiedontarpeisiin vastaaminen ja kyky tarjota kunkin elämäntilanteeseen soveltuvia käytännön neuvoja. (Poskiparta ym. 2006, 2007.) Miehet kokevat ammattilaisilta saamansa terveystiedon tärkeänä, mutta annetut ohjeet saattavat olla heidän mielestään muuttuvia, ristiriitaisia tai vaikeita toteuttaa käytännön elämässä. Miehillä saattaa myös tulla tunne, että heitä pyritään hallitsemaan tai heidän vapauttansa rajoitetaan ja heidän roolinsa on tehdä niin kuin käsketään. (Honkasalo 1995, Gough & Conner 2006, Robertson 2007, 120–122) Pietilän (2008, 253) mukaan miehet kaipaavat terveydenhuollon ammattilaisilta konkreettisia ohjeita terveellisten elintapojen noudattamiseksi. He motivoituvat asioista, joita voi laskea tai mitata. Miehet toivovat pikemminkin neuvoja varhaisten oireiden tunnistamiseen kuin elintapojen muuttamiseen (Robertson 2007, 135).

Terveysneuvonta on osa monia terveydenhuollon palveluita. Miesten saaminen palveluiden pariin on kuitenkin haasteellista. Osa miehistä välttelee terveysterveystoimintaa ja pitkittää hoitoon hakeutumista (Addis & Mahalik 2003, Galdas ym. 2005; Heinonen 2006, 161; Näslindh-Ylispangar 2008, 54; Oikarinen 2008, 96–107; Pietilä 2008, 150–157). Erityisesti mielenterveyden ongelmissa miehet hakeutuvat hoitoon naisia vastahakoisemmin (Möller-Leimkühler 2002). Miehet ovat kuitenkin entistä enemmän kiinnostuneita terveydestään (Pietilä 2008, 31). Terveysterveystoimintojen vähäisen käytön syytä onkin syytä etsiä miesten itsensä lisäksi myös terveysterveystoimintojen puuttumisesta. Erityisesti miehille suunnattuja terveysterveystoimintaa on maassamme vähän. Naiset ovat kattavammin erilaisten tarkastusten ja seulontojen piirissä lisääntymisterveyteen liittyen. Miehille on tarjolla niukasti seulontatutkimuksia, mikä johtuu osittain soveltuvien ja luotettavien menetelmien puutteesta. (Aro 2003.) Miesten saamiseksi kattavammin terveysterveystoimintojen pariin heille tulisi tarjota helposti lähestyttäviä ja heidän tarpeitaan vastaavia palveluita (Näslindh-Ylispangar 2008, 57).

Suurin osa hoitajista on naisia. Naisauttajien ja miesasiakkaiden välistä viestintää saattaa joskus vaikeuttaa miesten ja naisten toimintatapojen välinen ero. Naisille on tyypillistä pohtia ongelmia monisyisesti, kun taas miehet haluavat yleensä ratkaista niitä nopeasti. (Heinonen 2006, 163.) Joskus miehet saattavat kokea ammattilaisen toiminnan jopa liian empaattiseksi, jolloin todellinen apu voi jäädä saamatta. Esimerkiksi päihdeongelmista kärsivä mies saattaa tarvita jämakkaa puuttumista ja käytännön apua tilanteesta selvitäkseen. (Oikarinen 2008, 106.)

Terveydenhuollon ammattilaisten työssä on erityisen tärkeää kyky muodostaa luottamuksellinen suhde miesasiakkaisiin ja taito tunnistaa miesten valmius ja motivaatio terveystottumusten muuttamiseen (Näslindh-Ylispangar 2008, 57). Miehet ovat nykyään usein tietoisia elintapojen vaikutuksesta terveyteen (Aarva & Pasanen 2005). Silti he omaksuvat epäterveellisiä käyttäytymismalleja ja ottavat enemmän terveyteen liittyviä riskejä kuin naiset (Courtenay 2000a, 2000b). Miesten maskuliinisuuteen liittyvät normit, ihanteet, asenteet ja uskomukset saattavat vahvasti ohjata joidenkin miesten terveysterveystoimintaa. Hoitajien ja lääkäreiden tulisikin ottaa maskuliinisuus huomioon yhtenä miesten terveysterveystoimintaa taustalla vaikuttavana tekijänä.

3 MASKULIINISUUS JA MIESTEN TERVEYSKÄYTTÄYTYMINEN

3.1 Terveyskäyttäytyminen käsitteenä

Yksilön terveyskäyttäytyminen voidaan määritellä terveydentilasta riippumattomaksi toiminnaksi, jonka tarkoituksena on terveyden edistäminen, suojeleminen tai säilyttäminen riippumatta siitä, onko käyttäytyminen objektiivisesti arvioiden tehokasta lopputuloksen kannalta. Lähes kaikenlainen toiminta tai käyttäytyminen vaikuttaa yksilön terveydentilaan, minkä vuoksi on tarpeen erottaa tietoinen tai tiedostamaton terveyttä edistävä käyttäytyminen oireiden ja sairauksien todennäköisyyttä lisäävästä riskikäyttäytymisestä. (Health Promotion Glossary 1998.)

Terveyskäyttäytyminen koostuu toiminnan lisäksi myös yksilön uskomuksista, odotuksista, motiiveista, arvoista ja käsityksistä. Siihen kuuluvat myös yksilölliset luonteenpiirteet, käyttäytymismallit, tavat ja toiminnat, jotka ovat yhteydessä terveyden säilyttämiseen, palauttamiseen tai parantamiseen. Käyttäytymisellä viitataan jonkin asian tekemiseen tai tekemättä jättämiseen, vaikka valinta ei aina olisikaan vapaaehtoista tai edes tietoista toimintaa. Laajasti määriteltynä terveyskäyttäytyminen pitää sisällään myös tunnetiloja ja ajatuksia. Terveyskäyttäytymistä määriteltäessä on syytä huomioida myös sosiaalisten, yhteiskunnallisten ja kulttuuristen tekijöiden vaikutus yksilön käyttäytymiseen. (Gochman 1997.)

Hyssälä ym. (1995, 11) lisäävät terveyskäyttäytymisen määritelmään myös avun hakemisen terveydellisiin ongelmiin. Terveyskäyttäytymisellä voidaan siis ymmärtää kaikki se käyttäytyminen, millä on havaittu olevan vaikutuksia terveyteen joko edistävästi tai heikentävästi. Tätä yhteyttä kuvaa hyvin englanninkielinen termi "health-related behavior". (Aukee 2003.) Tässä tutkielmassa terveyskäyttäytyminen ymmärretään laajana kokonaisuutena, joka sisältää paitsi terveyttä edistäviä tai heikentäviä tekoja myös niiden taustalla vaikuttavia uskomuksia, arvoja ja asenteita. Pelkkiä mielipiteitä ja ajatuksia ei voida pitää terveyskäyttäytymisenä. Ne ovat kuitenkin osa yksilön terveyspuhetta, jolla ilmennetään terveyskäyttäytymisen taustalla vaikuttavia tekijöitä.

3.2 Maskuliinisuuden ilmeneminen

Maskuliinisuus on sekä biologinen että sosiaalinen ilmiö. Tässä tutkielmassa kiinnostuksen kohteena on maskuliinisuuden sosiaalinen ulottuvuus, jota ylläpidetään yhteiskunnassa maskuliinisuuden normien ja ihanteiden avulla. Maskuliininen käyttäytyminen on suurelta osin *sosialisaation* tulosta. Sosialisatiolla tarkoitetaan prosessia, jonka avulla opimme kuhunkin yhteiskuntaan sopivan tavan käyttäytyä. Käyttäytymismallit ovat sukupuolittuneita, joten ”sopiva” tarkoittaa miehille eri asioita kuin naisille. (Holmes 2009, 36.)

Terveyskäyttäytyminen on sidoksissa siihen, mikä kussakin kulttuurissa on hyväksyttävää tai paheksuttavaa. Vaikka terveyttä pidettäisiinkin elämässä tärkeänä arvona, se ei välttämättä ole tärkein vaikuttaja arkielämän valinnoissa. Epäterveellinen käyttäytyminen saattaa tuoda mukanaan sosiaalista hyväksyntää ja yhteenkuuluvuutta, mikä voi olla tärkeämpää kuin terveysohjeiden seuraaminen. (Aukee 2003.) Courtenayn (2000a, 2000b) mukaan maskuliinisuuteen soziaalistaminen ilmenee muun muassa miesten pyrkimyksenä osoittaa haavoittumattomuutta, mikä saattaa johtaa terveyden kannalta epäedulliseen käyttäytymiseen. Galdas ym. (2005) painottavat, että hoitohenkilökunnan tulisi tiedostaa maskuliinisuuteen soziaalistamisen vaikutus miesten suhtautumisessa terveydenhoitopalveluihin tai terveyden edistämiseen.

Maskuliinisuuden sisällöstä on olemassa useita erilaisia näkemyksiä. Yhteistä eri näkemyksille on ajatus siitä, että jotkut maskuliinisuudet ovat arvostetumpia kuin toiset. Joitakin maskuliinisuuksia suositaan ja palkitaan, jotkut jätetään huomioimatta ja joitakin rangaistaan. Maskuliinisuutta tarkasteltaessa on syytä erottaa toisistaan maskuliininen rooli, maskuliinisuuden stereotyyppi ja maskuliinisuuden ideaali. *Maskuliinisella roolilla* tarkoitetaan sitä, mitä miehet ovat. Se pitää sisällään miesten ryhmissä yleisesti vallitsevia käyttäytymismalleja, asenteita ja olosuhteita. *Maskuliinisuuden stereotyyppillä* puolestaan tarkoitetaan sitä, mitä ihmiset yleisesti ajattelevat maskuliinisuuden olevan. Stereotyyppi liioittelee miesten yhdenmukaisuutta, mutta siinä on kuitenkin totuuden jyvänen mukana. Maskuliininen rooli ja stereotyyppi eivät välttämättä ole samoja asioita. *Maskuliinisuuden ideaalilla*

tarkoitetaan sitä, mitä miesten tulisi olla. Ideaali poikkeaa siitä, mitä miesten ajatellaan olevan ja mitä he todellisuudessa ovat. (Clatterbaugh 1997, 3–4.)

Connellin (1995, 76–80) mukaan on olemassa useita eri maskuliinisuuksia. Connell nimittää kulloinkin suosituimmassa asemassa olevaa ja ihannoitua maskuliinisuutta *hegemoniseksi maskuliinisuudeksi*. Hegemoninen maskuliinisuus ei välttämättä ole yleisin maskuliinisuuden muoto, mutta se edustaa arvostetuinta tapaa olla mies ja samalla pakottaa kaikki muut miehet arvioimaan itseään suhteessa tuohon ihanteeseen (Connell & Messerschmidt 2005). Länsimainen hegemoninen miesihanne korostaa miehen kykyä elättää perheensä ja hallita kriisitilanteita. Mieheltä odotetaan myös henkistä vakautta, päättäväisyyttä ja rationaalisuutta. Menestyäkseen työelämässä miehen on oltava määrätietoinen ja pystyttävä kontrolloituun käyttäytymiseen kaikissa tilanteissa (Goldberg 2000, 54; Jokinen 2000, 210; Heinonen 2006, 232.) Myös armeija pitää edelleen miehisenä instituutiona yllä hegemonisen maskuliinisuuden ihanteita (Hoikkala ym. 2009). Sipilän (1994) mukaan hegemonisen maskuliinisuuden ihannekuvaan verrattuna jokainen mies tuntee ajoittain riittämättömyyttä omassa maskuliinisuudessaan.

Connellin luokituksessa muita maskuliinisuuksia edustavat myötämieliset (complicit), alistetut (subordinated) ja marginalisoidut maskuliinisuudet. Hegemoniselle maskuliinisuudelle myötämieliset miehet hyötyvät miesten valta-aseman mukanaan tuomista eduista, vaikka eivät itse kykenekään tuota asemaa saavuttamaan. Alistettuna maskuliinisuutena voidaan pitää homoseksuaalisuutta. Marginalisoituja maskuliinisuuksia ovat esimerkiksi erilaiset etniset vähemmistöt. (Connell 1995, 76–80.)

Pohjoismaissa on käytetty *maskuliinisuuden normin* käsitettä, kun halutaan viitata yhteiskunnassa miehille asetettuihin odotuksiin ja ihanteisiin. Maskuliinisuuden normi vaikuttaa taustalla, ja sen olemassaolo havaitaan erityisesti silloin, kun sitä vastaan rikotaan. (Holter 2003, 24–25.) Maskuliinisuuden normi saattaa vaikuttaa miehen päätöksenteossa hänen tarkkaillessaan, kuinka muut miehet toimivat vastaavassa tilanteessa. Mies pitää tyypillisesti normina menestyvän miehen vaurautta, onnellisuutta, terveyttä ja itsevarmuutta. Omassa elämässä koettu köyhyys, masentuneisuus, itseluottamuksen puute tai fyysinen heikkous eivät sovi

tähän normiin. Tiukkoja normatiivisia odotuksia saattavat kuitenkin lieventää muun muassa julkisuuden henkilöiden kertomukset omista sairauksistaan. (Addis & Mahalik 2003.)

Mies voi myös kerätä itselleen *maskuliinista pääomaa* pätemällä miehisillä areenoilla kuten kilpaurheilussa. Jollakin elämänalueella saatu tunnustus antaa oikeuden vähemmän maskuliiniseen käytökseen jollakin toisella alueella. (de Visser ym. 2009.) Urheiluun liittyviä suorituksia voidaan pitää enimmäkseen terveyttä edistävinä. Toisaalta maskuliinisuuteen sisältyy monia epäterveellistä käyttäytymistä edistäviä ihanteita, joita perinteistä maskuliinisuutta arvostavat miehet saattavat herkästi omaksua. (Courtenay 2000a, 2000b, Gough & Conner 2006, de Visser & Smith 2006).

Miesten epäterveellistä käyttäytymistä on usein selitetty hegemonisella tai traditionaalisella maskuliinisuudella, jotka Pietilän (2008, 26) mukaan tarkoittavat suunnilleen samaa asiaa. Tässä tutkielmassa käytetään yksinkertaisesti käsitettä maskuliinisuus, jolla viitataan hegemoniseen (tai traditionaaliseen) maskuliinisuuteen liittyviin ihanteisiin ja odotuksiin.

3.2.1 Yksin pärjääminen

Suomalaisten miesten elämäntulkua on kuvattu usein käsitteillä selviytymisen tai yksin pärjäämisen eetos (Siltala 1994, Kortteinen 1997). Miesten selviytymisen pyrkimystä kuvaa käsitys elämästä projektina, jonka läpi ponnistellaan yksin terveyden ja hengen menettämisen uhalla. Naiset pohtivat pärjäämistään enemmän toisten ihmisten kautta. (Kortteinen 1997, 47.) Miesten yksinäistä ponnistelua kuvaavat sitkeys, yrittäminen, rohkeus ja periksiantamattomuus, joita on pidetty perinteisinä miehisinä hyveinä erityisesti maaseudun miesten (Jokiranta 2003) ja työläismiesten (Heinonen 2006) keskuudessa.

Miehet tekevät usein valintoja maskuliinisuuden ihanteiden ohjaamina, jotka eivät ole aina terveyden kannalta edullisia. Elämässä menestyminen, voittaminen, uurastus ja kivun kieltäminen ohittavat usein arvoina terveyden. (Kontula 1995, Kortteinen 1997,

59–60; Courtenay 2000a, 2000b.) Miehet toki arvostavat terveyttään, mutta ennen kaikkea osana työkyntoisuuttaan. (Hyssälä ym. 1995, 13; Pietilä 2008, 253). Työ saattaa olla monelle miehelle myös väline arjessa selviytymiseen (Jokiranta 2003, 182). Miehillä on alituinen paine selvitä yksin työstään ja vastuistaan. Muuten he kokevat menettävän kasvonsa, tuntevat häpeää omasta voimattomuudestaan ja alkavat vähätellä itseään. Elämän kriisitilanteissa miehet saattavat paeta ongelmiaan tekemällä entistä enemmän töitä. Ahdistusta lievitetään myös usein viinalla, jota saatetaan myös käyttää palkintona tehdystä työstä. Omasta menestyksestä osataan olla myös ylpeitä. (Kortteinen 1997, Heinonen 2006, 229–232.)

Omien asioiden hallinta ja itsemääräämisoikeus ovat miehelle kaikki kaikessa. (Courtenay 2000a, Heinonen 2006, Sloan ym. 2009). Miehillä on tietynlainen vastenmielisyys asiakkaana olemista kohtaan, koska se merkitsee jäämistä toisten armoille. Miehet eivät vähällä halua tunnustaa tappiotaan, olevansa puilla paljailla, juoppoja tai muuten vain suurissa vaikeuksissa. Tämä johtaa vahvaan torjuntaan suhteessa virastoihin ja erilaisiin avun tarjoajiin. (Heinonen 2006, 161.) Hoitoon hakeutumisen esteenä saattavat olla myös miehen työyhteisössä tai muissa viiteryhmissä ylläpidetyt maskuliiniset ihanteet miehisestä lujudesta ja itsenäisyydestä (Addis & Mahalik 2003).

Terveys yhdistetään usein kuvaan täydellisestä, vahvasta ja voimakkaasta miehestä, jolle sairaus saattaa merkitä maskuliinisuuden menettämistä. Sairastamiseen liittyvä avuttomuuden tunne saattaa olla pahinta, mitä mies voi kohdalleen kuvitella. Mies haluaakin usein välttää sairaan leimaa hinnalla millä hyvänsä. (Moynihan 1998, Courtenay 2000a, Möller-Leimkühler 2002, Näslindh-Ylispangar 2008, 47.) Mies ei myöskään halua joutua toimenpiteiden ja määräysten kohteeksi. Sairaankin miehen on pystyttävä toimimaan. (Honkasalo 1995, Addis & Mahalik 2003, Danielsson & Johansson 2005.)

Kontulan (1995) mukaan lääkäriin apuun turvautuminen saatetaan kokea naiselliseksi herkkänahkaisuudeksi, minkä vuoksi hoitoon mennään vasta pakon edessä. Lääkäriin tai hoitajan vastaanotolle hakeutumiseen vaikuttavat myös miesten aiemmat kokemukset terveydenhuollosta. Terveydenhuollon ammattilaisen käyttäytyminen, pitkät odotusajat ja byrokraattisuus koetaan helposti negatiivisena.

Sairauksilla ja lääkäriin menolla on saatettu lapsuudenkodissa jopa pelotella, millä voi olla vaikutusta terveyspalveluiden käyttöön aikuisiällä. (Oikarinen 2008, 96–107.)

3.2.2 Kilpailu

Miessukupuoleen ja miehiseen kulttuuriin liitettyjä odotuksia ovat perinteisesti olleet kilpailullisuus, urheilullisuus ja voimakkuus. Miehet kilpailevat saavutuksistaan voimassa, vallassa, tiedoissa ja taidoissa niin opiskelun, työelämän, urheilun kuin seksuaalisuudenkin kentillä. (Grönfors 1994, Moynihan 1998.) Kontulan (1995) mukaan maskuliinisuus pitää sisällään käsityksen voittajasta. Miehen on oltava voimakas ja kyettävä kantamaan vastuu perheensä hyvinvoinnista. Mies haluaa valloittaa paikkansa erityisesti miesten ja työn maailmassa pärjäämällä kamppailussa muita miehiä vastaan. Tämä vahvistaa hänen itsetuntoaan. Maskuliinisuudesta ylpeä mies viihtyy Kontulan mukaan fyysisessä kilvoittelussa ja voitto nostaa miestä miesten välisessä sosiaalisessa hierarkiassa. Voitto tai menestys on sitä arvostetumpi miehisyiden merkki mitä miehiseämmässä lajissa se on saavutettu. Häviäminen ja kykenemättömyys saavuttaa merkittäviä tuloksia elämässä ovat selvästi epämiehekkäitä ominaisuuksia. (Kontula 1995.) Epäterveinä ja vähemmän miehekkäinä ominaisuuksina pidetään Robertsonin (2007, 78) mukaan myös passiivisuutta, laihuutta ja heikkoutta.

Erityisen maskuliinisena elämänalueena voidaan pitää urheilua, jonka periaatteet vastaavat hegemonisen maskuliinisuuden asettamia ihanteita. Niin kilpa- kuin kuntosurheilussakin pyritään parantamaan tuloksia, mikä ei useinkaan onnistu ilman kipua, vammoja ja kärsimyksiä. (Tiihonen 1994.) Kontulan (1995) mukaan miehet pitävät fyysisestä kunnosta huolehtimista tärkeänä ja liikkuvat monipuolisesti. Terveyttä edistävästä elintavoista puhuttaessa miehet tuovat usein esille liikunnan. Tämä saattaa johtua siitä, että miehet ilmentävät tällöin puheessaan perinteisiin maskuliinisiin ihanteisiin kuuluvia ominaisuuksia kuten voimaa, kestävyyttä ja taitoja. (Pietilä 2008, 253; Sloan ym. 2009.)

3.2.3 Riskien ottaminen

Riskien ja vaarojen kohtaaminen on osa miehen sankarimallia, joka elää edelleen voimakkaana suomalaisten miesten kulttuureissa. Riskikäyttäytyminen ruumiillisen väkivallan muodossa on yleisempää alemmissa sosiaaliluokissa, kun taas hyvin toimeentulevien keskuudessa riskit ovat useimmiten taloudellisia. Työelämässä mies on naisia useammin tehtävissä, joissa pieniä tapaturmia pidetään ammattiin kuuluvina. Yhteinen käsitys vaaroista ja suhtautuminen niihin on miesten työyhteisöjä lujittava tekijä. (Honkasalo 1995.) Työelämän rakenteita voidaankin Courtenayn (2000b) mukaan pitää yhtenä tärkeimpänä miesten terveystyöelämänsä vaikuttavana tekijänä. Riskit kuuluvat miehen elämään ja liittyvät vapauden tunteeseen. Epäterveelliset elintavat tarjoavat nautinnon kovan työn palkkana ja saattavat asettua miehen arvomaailmassa terveyden edelle. (Kontula 1995.)

Fyysisen voimakkuuden ja pelottomuuden ihannointi on osa perinteisen maskuliinisuuden ilmenemistä. Tällä tavoin miehet lujittavat kulttuurisia uskomuksia miesten voimakkuudesta ja haavoittumattomuudesta. Useimmat miehet allekirjoittavat väitteen, että miehen pitää olla vahva, ”kova jätkä”. Esimerkillisenä pidetty maskuliinisuus näyttäytyy erityisesti raskaissa ja tapaturmavaarallisissa töissä, joissa vaaditaan kestävyyttä ja voimaa. Joillakin miehillä taas vaaralliset tai kestävyyttä vaativat harrastukset edustavat maskuliinisuuden toteuttamista. (Connell 1995, 52–55; Courtenay 2000a, 2000b.) Monen miehen toiminnan taustalla vaikuttavat lapsuuden- ja nuoruudenaikaiset keuhut sisukkuudesta ja rohkeudesta. Vastaavasti pelkuruudesta on saatettu pilkata, mikä on painunut lähtemättömästi miehen mieleen. (Goldberg 2000, 59.)

Mies ottaa terveyteen liittyviä riskejä osin tietoisesti ja osin tiedostamatta. Hegemoninen maskuliinisuus voidaan nähdä miehen terveyttä vaarantavana tekijänä ja esteenä oman terveyden tai sairauden tiedostamiselle (Cameron & Bernardes 1998, Courtenay 2000a, 2000b). Näslindh-Ylispangarin (2008, 57) mukaan miehet kokevat terveydentilansa hyväksi ja terveystyöelämänsä pieniksi, vaikka heillä olisi objektiivisten mittareiden avulla todettu korkea sydäntautiriski. Tämä saattaa osittain selittyä usein todetulla väitteellä miesten mekaanisesta käsityksestä kehostaan,

minkä vuoksi he eivät osaa kuunnella eivätkä ymmärtää elimistönsä antamia merkkejä (Robertson 2007, 66).

3.2.4 Vaikeneminen

Miesten kynnyks omien henkilökohtaisten asioiden kertomiseen on korkeampi kuin naisilla. Naisten pohtiessa asioitaan eri näkökulmista muiden ihmisten kanssa miehet mieluummin vaikenevat. Miehet ilmaisevat myös vastahakoisemmin tunteitaan. (Hyssälä ym. 1995, 63, 84; Kortteinen 1997, 51; Jokinen 2000, 207.) Miesten oletetaan selviävän ilman muiden apua. Liiallista tunteiden näyttämistä ja ruikuttamista saatetaan suorastaan halveksia miesten keskuudessa. Naiset puolestaan moittivat usein miehiään siitä, että he eivät puhu tunteistaan. Tämä johtuu usein siitä, että naiset eivät ymmärrä miesten tapaa ilmaista tunteitaan. Mies saattaa kokea fyysisen läheisyyden helpompana tapana lähestyä kumppaniaan kuin tunteiden ilmaisemisen sanoin. (Kontula 1995.)

Pyrkimys ratkaista ongelmia mieluummin toimimalla kuin puhumalla saattaa olla syy siihen, että miehet eivät mielellään puhu terveyteen liittyvistä asioista. (Honkasalo 1995, Heinonen 2006, 126–127; Sloan ym. 2009). Terveydestä huolehtiminen ja siitä puhuminen saatetaan kokea miesten keskuudessa liian naiselliseksi toiminnaksi. (Cameron & Bernardes, 1998; Brown 2001, Sloan ym. 2009) Naisten tiedetäänkin kertovan terveydentilastaan ja oireistaan miehiä enemmän (Möller-Leimkühler 2002, Gissler 2003, Danielsson & Johansson 2005). Varsinkaan nuoret miehet eivät juuri puhu terveyteen liittyvistä asioista keskenään. Neljänkymmenen ikävuoden jälkeen kiinnostus omaa terveyttä kohtaan alkaa lisääntyä ja kokemuksia vaihdetaan työkavereiden kesken. Miehillä saattaa myös olla terveydestä ja sairaudesta puhumattomuuden kokemuksia jo lapsuudenkodistaan. Ikävien asioiden on saatettu ajatella unohtuvan helpommin, kun niistä ei puhuta. (Oikarinen 2008, 96–98, 127.)

Toteuttaakseen yleisesti hyväksyttyä maskuliinisuutta mies joutuu usein kätkemään tunteensa ja inhimilliset tarpeensa. Jotkut salaavat sairautensakin jopa läheisimmiltä ihmisiltä. (Cameron & Bernardes, 1998; Goldberg 2000, 55.) Mies saattaa reagoida nyky-yhteiskunnan ja perhe-elämän paineisiin pitämällä ongelmansa visusti omana

tietonaan (Holter 2003, 125). Varsinkin mielenterveyteen liittyvistä ongelmista vaikeneminen on yleistä miesten keskuudessa. (Möller-Leimkühler 2002, Danielsson & Johansson 2005).

3.2.5 Homososiaalisuus

Ryhmän asettamilla paineilla ja käyttäytymismalleilla on merkitystä miesten terveystietoisuudelle. Samaa sukupuolta olevien välistä solidaarisuutta, yhteistä suuntautumista ja yhteenkuuluvuutta kutsutaan homososiaalisuudeksi. Homososiaalisuuden käsite viittaa ihmisten taipumukseen omaksua herkemmin samaa sukupuolta olevien mielipiteitä, arvoja ja asenteita. Toisilta miehiltä saatu tunnustus puolestaan vahvistaa yksilön omaa maskuliinisuutta. Homososiaalisuus on yleisempää miesten kuin naisten keskuudessa. (Meuser 2004, 396.) Jokisen (2000, 224) mukaan miesten keskinäinen homososiaalisuus on tiettyjen normien rajaama miesten välisen kumppanuuden ja yhteisymmärryksen muoto, joka tukee maskuliinista hegemoniaa.

Kuosmanen (2001, 41) toteaa homososiaalisuuden olevan peräisin jo lapsuudesta ja vahvistuvan erilaisissa yhteiskunnallisissa instituutioissa, joissa mies elämänsä aikana vaikuttaa. Myös miesten välisen fyysisen läheisyyden rajoitukset ovat usein peräisin lapsuudesta. Goldbergin mukaan isä suukottelee ja hellii tyttölastaan, mutta pojalle hän osoittaa kiintymystä miehisemmällä tavalla. Kättely ja olalle taputus ovat hänen mukaansa lähes ainoat sallitut koskettamisen muodot miesten välillä. Miesten välisen kanssakäymisen taustalla on usein kilpailuhenkisyys, homoseksuaalisuuden pelko ja tarve oman maskuliinisuuden pönkittämiseen. (Goldberg 2000, 63.) Miesten väliset tunneilmaisut ovat sallittuja urheilussa, koska ne liittyvät kamppailuun ja aggressiivisuuteen (Kontula 1995). Moynihan (1998) toteaa miesten hillitsevän tunteensa esimerkiksi sairaalaympäristössä, mutta jalkapallo-ottelussa kaveria voidaan halata.

Monet miehet ovat kokeneet miesten keskinäistä yhteenkuuluvuutta taistellessaan yhteistä vihollista vastaan urheilukentillä tai armeijassa (Goldberg 2000, 63; Hoikkala ym. 2009). Myös työpaikat ovat olleet miehille tyypillisiä maskuliinisuuden areenoita,

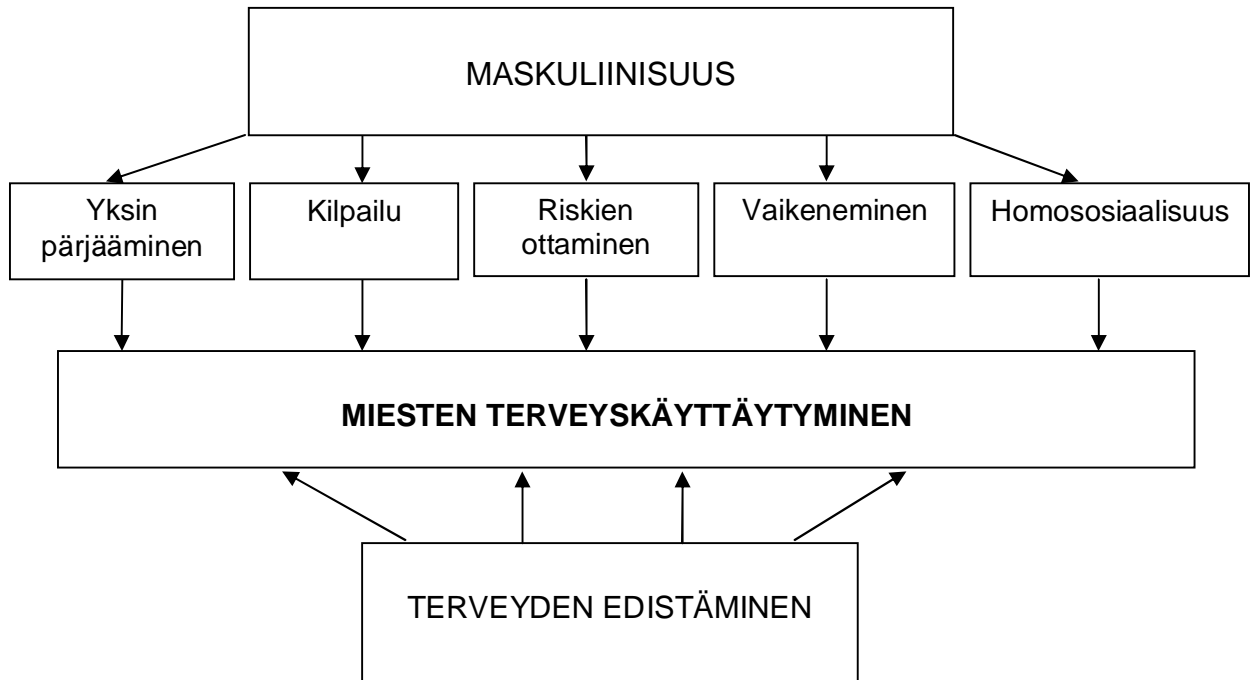
joissa he ovat vahvistaneet rooliaan perheen elättäjinä. Työyhteisöissä miehet ovat toteuttaneet itseään miehinä. (Honkasalo 1995, Kimmel 2000, 175.) Tiiviit miesryhmät jättävät usein naiset ulkopuolelle, mutta ryhmään pääsyä rajoitetaan myös sellaisilta miehiltä, jotka eivät pysty tuomaan ryhmälle lisäarvoa tai vahvistamaan sitä (Kuosmanen 2001, 42). Naisten liittyminen ryhmään ei vaaranna ryhmän homososiaalista ilmapiiriä, jos naiset pystyvät omaksumaan miehiset käyttäytymismallit ja osoittavat olevansa ”hyviä jätkiä” (Meuser 2004).

Miesryhmissä on tärkeää, että mies ei ilmaise käyttäytymisellään naismaisuuutta. Pietilän haastattelemat miehet kokivat terveysaiheisten lehtien lukemisen työpaikalla terveydestä ”hössöttämiseksi”, vaikka pitivätkin terveystietoa tärkeänä. (Pietilä 2008, 134–136.) Työyhteisössä hyväksytyksi tuleminen tai joukkoon sulautuminen saattaa joskus vaatia terveydelle vaarallista käyttäytymistä (Courtenay 2000a, 2000b; Addis & Mahalik 2003). Jotkut miehet tupakoivat ainoastaan työpaikalla, jos tupakointipaikalle kokoontumisesta on muodostunut homososiaalisen kanssakäymisen muoto. Myös armeijassa tupakkatauoilla on vastaavanlainen merkitys (Hoikkala ym. 2009). Työpaikan pelijoukkueet ovat sen sijaan esimerkki terveydelle edullisesta homososiaalisuudesta.

3.3 Maskuliinisuuden ja terveyden edistämisen välinen ristiriita

Terveyden edistämisessä miehille asetetut odotukset saattavat asettua vastakkain maskuliinisten ihanteiden kanssa (vrt. Pietilä 2008). Maskuliinisuuteen ja terveyden edistämiseen liittyvät ihanteet tuottavat tuolloin miehelle ideologisen ristiriidan (Billig ym. 1988). Maskuliinisuuteen liittyvät ihanteet viittaavat arkiseen, maalaisjärkiseen ajatteluun, asenteisiin ja uskomuksiin. Terveyden edistämiseen liittyvät ihanteet puolestaan edustavat terveydenhuollon ammattilaisille tyypillistä ajattelutapaa (vrt. Billig ym. 1988, 27–28.), jonka keskeisenä ajatuksena on terveyskäyttäytymisen muuttuminen terveellisempään suuntaan ja sitä kautta yksilön hyvinvoinnin lisääntyminen (vrt. Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 8).

Kuviossa 1 havainnollistetaan maskuliinisuuden ja terveyden edistämisen asettumista vastakkain. Kuvio on laadittu maskuliinisuutta ja miesten terveyskäyttäytymistä käsittelevän kirjallisuuden pohjalta.



Kuvio 1. Maskuliinisuus vs. terveyden edistäminen

Miesten terveyskäyttäytymiseen vaikuttavat sekä maskuliinisuutta vahvistavat että terveyttä edistävät toimintamallit. Toimintamallit eivät siten ole toisiaan pois sulkevia, vaan ne täydentävät toisiaan tilanteen mukaan. Maskuliinisuuteen liittyvät ihanteet saattavat kuitenkin säädellä miesten käyttäytymistä voimakkaammin kuin terveyden edistämisen ihanteet. Vaikka miehet arvostavatkin terveyttä, se ei aina riitä konkreettisiin muutoksiin terveyskäyttäytymisessä.

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Tutkimuksen tavoite ja tutkimustehtävä

Tutkimuksen tarkoituksena on tutkia maskuliinisuutta yhtenä keskeisenä miesten terveyskäyttäytymiseen vaikuttavana tekijänä. Tutkimuksessa tarkastellaan miehiä terveysneuvonnan kohderyhmänä. Tutkimustehtävä on asetettu seuraavasti:

Millä tavalla maskuliinisuus ilmenee miesten terveystieteissä?

Tutkimuksen tavoitteena on tuoda esiin näkökulmia, jotka voivat auttaa terveydenhuollon ammattilaisia ottamaan huomioon maskuliiniset ajatus- ja toimintatavat miesten terveyskäyttäytymisen taustalla vaikuttavina tekijöinä.

4.2 Tutkimusaineisto ja analyysi

Tutkimuksessa käytettiin Jyväskylän yliopiston terveystieteiden laitoksella toteutetun Terveysneuvontaketjujen sisällöllinen ja vuorovaikutuksellinen rakentuminen tyypin 2 diabeteksen hoidossa ja ehkäisyssä -tutkimuksen aineistoa. Aineisto on kerätty terveyskeskuksissa videoimalla ja haastatteleamalla vuosina 2000–2002. Tutkimusaineiston käytölle on saatu tuolloin tutkimusalueen sairaanhoitopiirin eettisen toimikunnan lupa. Laajasta aineistosta valittiin tätä tutkimusta varten viiden diabetekseen vasta sairastuneen miehen terveysneuvontakäynnit sairaanhoitajan vastaanotolla. Miehet olivat iältään 40–60 -vuotiaita. Aineisto koostui 30 videoidusta terveysneuvontakäynnistä, joista litteroituja tekstejä analysoitiin.

Terveyskeskusteluja analysoitiin sisällönanalyysillä, joka soveltuu Tuomen ja Sarajärven (2009, 104–107) mukaan tekstin merkitysten etsimiseen ja dokumenttien sisällön sanalliseen kuvaamiseen. Sisällönanalyysin avulla pystytään tiivistämään kerätty aineisto niin, että tutkittavia ilmiöitä voidaan kuvailla lyhyesti ja yleistävästi ja siten saada tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet selkeästi esille. Prosessin etenemisessä voidaan erottaa seuraavat vaiheet: analyysiyksikön valinta, aineistoon

tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä sisällönanalyysin luotettavuuden arviointi. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001.)

Analyysiyksiköksi valittiin miesten terveyspuheessa tuottamat maskuliinisuutta kuvaavat lausumat. Lausumien pituus vaihteli muutamasta sanasta useiden lauseiden mittaisiin ajatuskokonaisuuksiin. (Eskola & Suoranta 1998, 217; Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001) Analysoitavaksi kertyi 109 lausumaa, joita poimissa ja tulkittaessa otettiin huomioon asiayhteys ja keskustelun kulku (Krippendorff 2004, 24). Hoitajan puheenvuorot huomioitiin osana keskustelukokonaisuutta, mutta hoitajan ja potilaan välistä vuorovaikusta ei tässä tutkimuksessa analysoitu.

Aluksi aineistoa lähestyttiin deduktiivisesti. Deduktiivisessa eli teorialähtöisessä päättelyssä lähtökohtana ovat teoreettiset käsitteet, joiden ilmeneminen käytännössä on kiinnostuksen kohteena. Tämän analyysivaiheen lähtökohtana oli kuviossa 1 esitetty, aiempaan kirjallisuuteen perustuva malli maskuliinisuuden ja terveyden edistämisen välisestä ristiriidasta. Analyysirunkoon poimittiin lausumat, jotka kuvastivat yksin pärjäämistä, kilpailua, riskien ottamista, vaikenemista ja homososiaalisuutta. (vrt. Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, Elo & Kyngäs 2008, Tuomi & Sarajärvi 2009, 97.) Analyysirunko rakennettiin väljäksi (Kyngäs & Vanhanen 1999, Elo & Kyngäs 2008), jotta myös muiden maskuliinisuutta ilmentävien lausumien sisällyttäminen analyysiin olisi mahdollista. Analyysirunkoon koottiin myös edellä mainittuihin luokkiin kuulumattomat lausumat vaimon ja hoitajan roolista terveyskäyttäytymisen muutokseen vaikuttavina tekijöinä.

Analyysirunkoon poimitut alkuperäiset lausumat ryhmiteltiin ja pelkistettiin. Tätä vaihetta havainnollistetaan liitetaulukossa 1. Pelkistämisvaiheessa pyrittiin esittämään alkuperäisen ilmaisun olennainen sisältö tiiviisti, mutta vältettiin pidemmälle menevien tulkintojen tekemistä. (Kyngäs & Vanhanen 1999; Tuomi & Sarajärvi 110.) Kaikki maskuliinisuutta ilmentävät lausumat pelkistettiin ja ne siirrettiin erilliseen taulukkoon. Tämän jälkeen analyysi eteni induktiivisen eli aineistolähtöisen sisällönanalyysin periaatteiden mukaisesti yhdistämällä samansisältöiset pelkistetyt ilmaukset ja muodostamalla niistä alakategorioita (vrt. Elo & Kyngäs 2008; Tuomi & Sarajärvi 2009, 111). Maskuliinisuutta ilmentävien lausumien lukumäärä merkittiin näkyviin kuhunkin alakategoriaan, jotta useimmin esille tulleet aihealueet saatiin

selkeästi esille (Kyngäs & Vanhanen 1999). Esimerkki alakategorioiden muodostumisesta on esitetty liitetaulukossa 2. Yläkategoriat syntyivät yhdistämällä samaan aiheeseen liittyvät alakategoriat toisiinsa. Lopulliset teemat muodostettiin yhdistämällä yläkategoriat. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, Elo & Kyngäs 2008).

Tutkimusraportissa esitetään useita alkuperäisiä lainauksia miesten puheesta. Lainauksissa käytetty lyhenne H tarkoittaa hoitajaa ja P potilasta. Lainauksen lopussa sulkeissa oleva numero on alkuperäisen aineiston potilasnumero, jota käytetään erottamaan eri henkilöiden lausumat toisistaan. Sekä miesten vastaanottokäyntien määrät että esille tulleiden maskuliinisuuden ilmausten määrät vaihtelivat. Liitetaulukossa 3 on esitetty kunkin miehen vastaanottokäyntien ja lausumien lukumäärät.

5 MASKULIINISUUS MIESTEN TERVEYSPUHEESSA

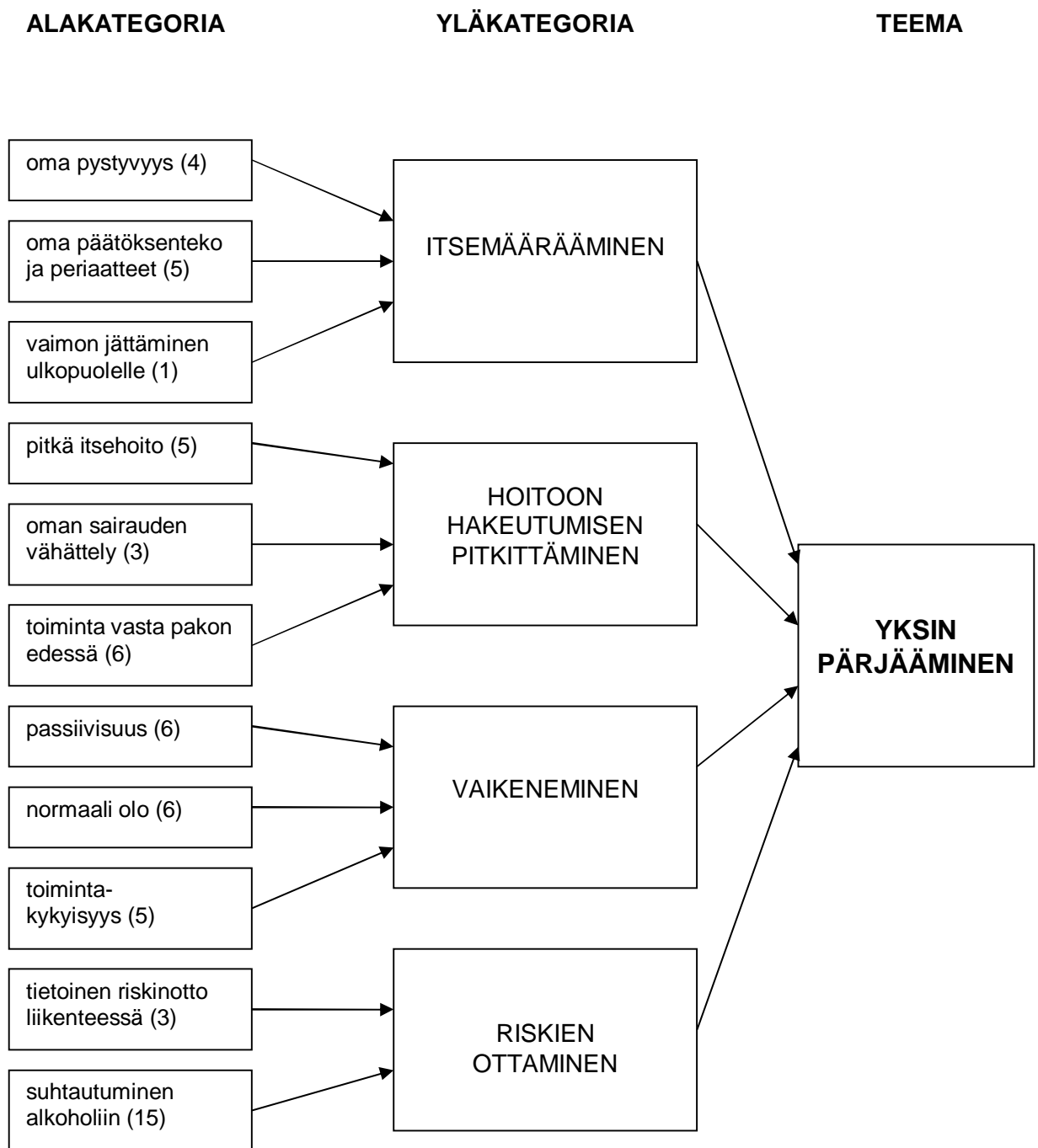
Tämän tutkielman lähtökohtana oli aiempaan kirjallisuuteen pohjautuva malli maskuliinisuuden ja terveyden edistämisen välisestä ristiriidasta (kuvio 1). Teorialähtöisen sisällönanalyysin avulla tarkasteltiin maskuliinisuuden ilmenemistä miesten terveyspuheessa yksin pärjäämisen, kilpailun, vaikenemisen, riskien ottamisen ja homososiaalisuuden näkökulmista. Kilpailua ja homososiaalisuutta kuvaavia ilmauksia tuli esille niin vähän, että niistä ei voitu muodostaa erillisiä kategorioita. Riskien ottamista kuvastavat ilmaukset jäivät myös vähäisiksi ja ne liittyivät lähinnä alkoholin käyttöön.

Aineistoa tarkasteltiin myös aineistolähtöisesti pitäen edelleen mielessä tutkimuskysymys maskuliinisuuden ilmenemisestä miesten terveyspuheessa. Tarkastelussa löydettiin ilmauksia, joissa miehet toivat esille hoitajan ja vaimon roolin terveyskäyttäytymiseensä vaikuttajina. Ilmauksista nousi esille myös muita miesten motivoitumiseen vaikuttavia tekijöitä.

Teorialähtöisen ja aineistolähtöisen sisällönanalyysin tuloksena muodostettiin teemat yksin pärjäämisestä ja ulkoa ohjautumisesta. Nämä teemat esitetään seuraavassa tutkielman päätuloksena. Tulosta täydentää teema miesten oman motivaation merkityksestä terveyskäyttäytymisen muuttamisessa.

5.1 Yksin pärjääminen

Maskuliinisuutta aineistossa ilmensivät selvimmin lausumat, jotka kuvastivat miesten pyrkimystä pärjätä yksin. Kuviossa 2 havainnollistetaan yksin pärjäämisen teeman muodostuminen ala- ja yläkategorioista. Teema koostuu 11 alakategoriasta, joista muodostettiin yläkategorioiksi itsemäärääminen, hoitoon hakeutumisen pitkitäminen, vaikeneminen ja riskien ottaminen. Alakategorioiden sisältämien lausumien lukumäärä on esitetty sulkeissa.



Kuvio 2. Yksin pärjäämisen teema

5.1.1 Itsemäärääminen

Miesten puhe kuvasti heidän tarvettaan säilyttää itsemääräämisoikeutensa (vrt. Honkasalo 1995, Heinonen 2006, 161). Itsemääräämisen käsite voidaan yhdistää useisiin erilaisiin määritelmiin. Psykologiassa itsemääräämis- eli autonomiapyrkimys

liittyy yksilön eheän minäkokemuksen tuottamiseen (Vuorinen 1991, 143). Potilaan itsemääräämisoikeus hoitoaan koskevista asioista on puolestaan määritelty laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (1992). Tässä tutkielmassa itsemääräämisellä tarkoitetaan miesten tarvetta päättää omaa terveyttä koskevista asioistaan. Itsemääräämisen tarve tuli esille sekä oman päätöksenteon ja periaatteiden tärkeytenä että oman pystyvyyden (esim. Bandura 1977) korostamisena. Seuraavassa lainauksessa nämä molemmat ulottuvuudet tulevat esille:

- P: No on, mutta mä oon taas tullut siihen tulokseen, että se on ittensä pettämistä. (nikotiinikorvaus)*
- H: Niin. Mutta se, sehän ei oo mikään...*
- P: Sitten jos mä päätän, lopetan (tupakoinnin)...*
- H: Joo.*
- P: lopettaa, niin mä lopetan...*
- H: Joo.*
- P: ... en mä tarvi siihen mitään korvaavia aineita. (15)*

Hoitaja oli ehdottanut miehelle nikotiinikorvausta, mutta tämä toteaa sen olevan itsensä pettämistä. Lopuksi mies painottaa, että tupakoinnin lopettaminen onnistuu ilman korvaushoitoa, jos hän päättää lopettaa. Näyttää siltä, että mies luottaa vahvasti omaan pystyvyyteensä muutoksen tekemisessä. Tähän saattavat vaikuttaa muun muassa miehen aikaisemmat kokemukset lopettamisesta (Yzer & van den Putte 2006). Miehen puheesta käy kuitenkin ilmi, ettei tupakoinnin lopettaminen ollut hänelle juuri nyt ajankohtainen asia (vrt. Prochaska & diClemente 1983).

Miehet eivät halunneet ulkopuolista tukea alkoholin käytön vähentämiseksi, vaan tästäkin asiasta pyrittiin selviytymään omin päin. Seuraavassa katkelmassa mies vetoaa järkeensä, millä hän korostaa omaa pystyvyyttään alkoholin käytön vähentämisessä.

- H: Ootteko koskaan mitään apua koittanut siihen saada tai onko semmosta tarvetta (alkoholin käytön vähentämiseen)?*
- P: No kun minä ite oon, joskus on sen verran järkeä päässä, että pidetään semmonen, tuommonen kuukaudenkin paussi...(4)*

Miehelle alkoholin käytön vähentäminen tarkoitti taukojen pitämistä alkoholin käytössä. Ajoittainen alkoholinkäytöstä pidättäytyminen nousikin usein esille miesten

keinona vähentää juomista. Saattaa olla, että miehet kokevat ulkopuoliseen apuun turvautumisen heikkouden osoitukseksi ja uhaksi omalle maskuliinisuudelle (Möller-Leimkühler 2002).

Hoitajat tarjosivat yleensä mahdollisuutta tulla vastaanotolle puolison kanssa. Yksi miehistä ilmaisi suoraan, ettei halunnut vaimoan vastaanotolle. Hän totesi: ”*parempi ku ei oo sotkemassa tässä asioita (4)*”. Mies halusi siten säilyttää itsemääräämisen omalla hoitoaan koskeviin asioihin. Joistakin miesten lausumista saattoi myös päätellä, että joskus he ”unohtivat” kertoa asiasta vaimolle tai asiasta kertominen jätettiin myöhempään ajankohtaan. Tällainen sovittujen asioiden unohtelu tai piittaamattomuus saattaa kuvastaa myös miesten vastarintaa ammattiauttajien toimintaa kohtaan (Heinonen 2006, 163).

5.1.2 Hoitoon hakeutumisen pitkittäminen

Miehillä oli taipumus seurata ja hoitaa itse vaivojaan pitkään ennen avun hakemista. Miesten onkin usein todettu pitkittävän hoitoon hakeutumista (Addis & Mahalik 2003, Galdas ym. 2005, Heinonen 2006, 161; Oikarinen 2008, 96–107; Pietilä 2008, 150–157; Näslindh-Ylispangar 2008, 54). Eräällä miehellä oli ollut jaloissa paha ihottuma jo vuosia. Hän oli käynyt lääkärissä ihottuman ilmaannuttua, mutta hoito ei ollut tehonnut. Mies ei ollut mennyt uudelleen lääkäriin, vaan oli yrittänyt hoitaa vaivaa itse. Ihottuma tuli ilmi hoitajan tutkiessa jalat diabetesneuvontaan kuuluvana toimenpiteenä. Lopulta varattiin myös aika lääkärille.

Miehet tarvitsivat painavia syitä terveydenhuollon ammattilaisen vastaanotolle hakeutumiseen (vrt. Pietilä 2008, 155). Omien vaivojen vähättely tuli myös ilmi, mikä kuvastaa osaltaan miesten yksin pärjäämisen pyrkimystä (Oikarinen 2008, 127–128). Seuraavassa tapauksessa miehellä oli paha känsä jalassa, jonka vuoksi hoitaja oli suositellut jalkojenhoitajalle hakeutumista. Mies oli kuitenkin turvautunut itsehoitoon.

H: Joo. Mites se känsäjuttu muuten, kun se oli niin paha? Otit sä sen jal-...
P: Se, mä oon sitä ite yrittänyt hoitaa. Kyl se vähän on niinku ehkä...(7)

Jalkapohjassa oleva känsä tai jalkojen ihottuma eivät olleet miehille riittäviä syitä hoitoon hakeutumiselle. Jos diabetesneuvontaan ei olisi kuulunut jalkojen ihon tarkistaminen, olisivat känsät, haavaumat ja ihottumat saattaneet jäädä vain miesten omaan tietoon.

Motivaation puute ennalta ehkäiseviin vastaanottokäynteihin kävi ilmi miesten lausumista. Robertsonin (2007, 56) mukaan miehet tarvitsevat jonkin konkreettisen selityksen terveyttä edistävälle toiminnalleen – asioita tehdään vain harvoin terveyden itsensä vuoksi. Toisinaan liikkeelle lähtemisen sai aikaan vasta oireiden aiheuttama pakko, kuten seuraavasta lainauksesta käy ilmi.

*H: No millon sää oot käyny siellä kuitenkin (työterveydessä)?
P: Sillon kun on äärimmäinen pakko. Sillon suurin piirtein. (3)*

Miehen käyttämä ilmaisu ”*äärimmäinen pakko*” kuvastaa voimakasta vastustusta työterveyshuoltoon menemistä kohtaan. Miehet saattavat käyttää tällaisia ääri-ilmaisuja puheensa vakuuttamiseksi tai jonkin puheessa ilmenevän piirteen minimoimiseksi tai maksimoimiseksi (Oikarinen 2008, 111; ks. myös Pietilä 2008, 154).

Miehet saattoivat joskus tekeytyä tietämättömäksi hoitoaan koskevista käytännöistä, mikä saattaa olla osoitus terveydenhuoltopalveluiden vastustamisesta (Heinonen 2006, 163). Seuraavassa lainauksessa miehelle ei näytä olevan selvää, miksi hänen pitäisi varata aika lääkärille.

*H: ja tota, sä tilaat sille XXX:lle ajan...
P: Mä en tiää, minkähän takia tuonne pitäis tilata. (3)*

Lääkärin vastaanotot kuuluivat osaksi diabeteksen hoitoa ja niistä oli puhuttu aiemmin hoitajan vastaanotolla. Miehen voidaankin olettaa olleen tietoinen hoitosuunnitelmasta. Mies saattoi kokea lääkäriin menemisen tarpeettomana, koska ei tuntenut itseään sairaaksi. Myös Brown (2001) on havainnut miesten yhdistävän lääkäriin menemisen enemmänkin sairauteen kuin terveyteen.

5.1.3 Vaikeneminen

Miesten yksin pärjäämisen pyrkimystä kuvasti myös omista oireista vaikeneminen (vrt. Oikarinen 2008, 127–128). Vaikka diabetes oli monelle uusi asia, miehet esittivät vähän sairauteen liittyviä kysymyksiä. Poskiparta (1997, 91–92) on todennut potilaiden esittämien vähäisten kysymysten tyypilliseksi asiantuntijajohtaisen terveysneuvonnan piirteeksi. Hänen mukaansa potilaat ovat usein tietoisia keskustelun luonteesta ja jättävät helposti puhevallan hoitajalle (ks. myös Ruusu vuori 2003). Tämä käy ilmi seuraavasta keskustelusta.

H: Mitäs kysyttävää, onko tullut?

P: Voi enhän minä, näitä asioita oo aatellutkaan? Kysyttävät pitää tulla sieltäpäin. Kaikkien näitten tuloksien perusteella, niin nehän ne näyttää niitä kysymyksiä. (4)

Miehet omaksuivat vastaanotolla enimmäkseen passiivisen kuuntelijan roolin. Vähäisten kysymysten lisäksi passiivisuus näkyi miesten lyhyinä kommentteina kuten ”joo”, ”jaa” tai ”aha” hoitajan puhuessa pitkään diabetekseen liittyvistä asioista. Tällaisista lausumista ei voida päätellä, onko hoitajan antama tieto miehelle tuttua ennestään. Niistä ei käy myöskään ilmi, ymmärtääkö mies asian. Hoitajan puheen myötäily saattaa kuitenkin olla merkki tarkkaavaisesta kuuntelusta. (vrt. Kettunen ym. 2001.)

Miesten vaikenemisen kulttuuriin voidaan liittää käsitys omasta työ- ja toimintakykyisyydestä terveyden mittarina (Hyssälä ym. 1995, 13; Danielsson & Johansson 2005, Pietilä 2008, 253). Miehet eivät katsoneet aiheelliseksi valittaa pienistä vaivoista, jos he pystyivät selviytymään arkisista askareistaan ja tunsivat olonsa normaaliksi. Terveyttä edistävään toimintaan ei myöskään löytynyt motivaatiota, jos mitään oireita ei tunnettu.

P: Ku ei siis tunne yhtään mittään. Sen takia sitä ei ossaa ottaa niskasta kiinni niin tosissaan kun pitäis. Ei missään tunne yhtään mittään. (3)

Mies tuo avoimesti ilmi, ettei hän suhtaudu muutoksen tekemistä vakavasti. Syyksi hän kertoo oireettoman olonsa. Tunne omasta hyvästä terveydentilasta tai

kyvyttömyys kuulla elimistön antamia merkkejä sairaudesta saattaakin johtaa oman sairastumisriskin vähättelyyn (Robertson 2007, 66; Näslindh-Ylispangar 2008, 57).

Miehet eivät olleet halukkaita puhumaan terveyttä edistävästä elintapamuutoksista (vrt. Brown 2001). Seuraavan esimerkin mies ei motivoitunut kunnon kohottamiseen liikunnan avulla, koska ilman kuntoiluakin mies tunsi jaksavansa hyvin.

H: ...sä voisit pakottaa itses liikkumaan. Siis pakottaa ihan kirjaimellisesti muutaman viikon ajan. Ja sitte niinku uudelleen miettisit, että vaikka ihan järkeilisitkin, niin mä luulen, että siellä rupeis se hyvän olon tunne voittamaan. Pakottasit vaan itses nyt keväällä ku tulee hyvät kelit...

P: Mä en tiää, minkä takia pitäis hyvä olo tulla, ku nytkin on. En minä koe millään lailla, että mulla ois huono vointi tai, vai kunto tai jotain muuta. Eli mä pystyn tekemään ihan sen kaiken, mitä mun tarvii. (3)

Hoitaja yrittää perustella liikunnan harrastamista hyvän olon saavuttamisella ja kehottaa miestä suorastaan pakottamaan itsensä ulos liikkumaan. Keskustelu ei kuitenkaan edennyt, koska mies koki vointinsa ja toimintakykynsä hyväksi ilman liikunnan harrastamistakin.

5.1.4 Riskien ottaminen

Riskien ottamista pidetään yleisesti maskuliinisena ominaisuutena. Riskit kuuluvat Kontulan (1995) mukaan miehen elämään ja liittyvät vapauden tunteeseen. Riskien ottaminen saattaa kuvastaa myös miesten käsitystä itsestään voimakkaina ja haavoittumattomina (Moynihan 1998, Courtenay 2000a, 200b). Konkreettinen, tiettyyn tilanteeseen liittyvä riskien ottaminen ei juuri tullut aineistossa esille. Ainoastaan yksi mies totesi liikenteessä pyöräilyn olevan ”epäterveellistä tuolla liikenteessä (4)”. Siitä huolimatta hän ei ollut hankkinut pyöräilykypärää.

Suomalaiselle miehelle tyypillisenä pidetty alkoholin riskikäyttö tuli esille useissa lausumissa (n=15). Ihmisillä voidaan olettaa olevan tietoa alkoholin liikakäytön haitallisista vaikutuksista, joten runsasta alkoholin käyttöä voidaan pitää tietoisena riskinottona. Miesten alkoholin käytön kuvauksista välittyi pyrkimys kompensoida

(Pietilä 2008, 212–231) omaa alkoholin liikakäyttöään. Seuraavassa esimerkissä mies kompensoi runsasta viinin juomista väkevistä alkoholijuomista ja oluesta pidättäytymisellä.

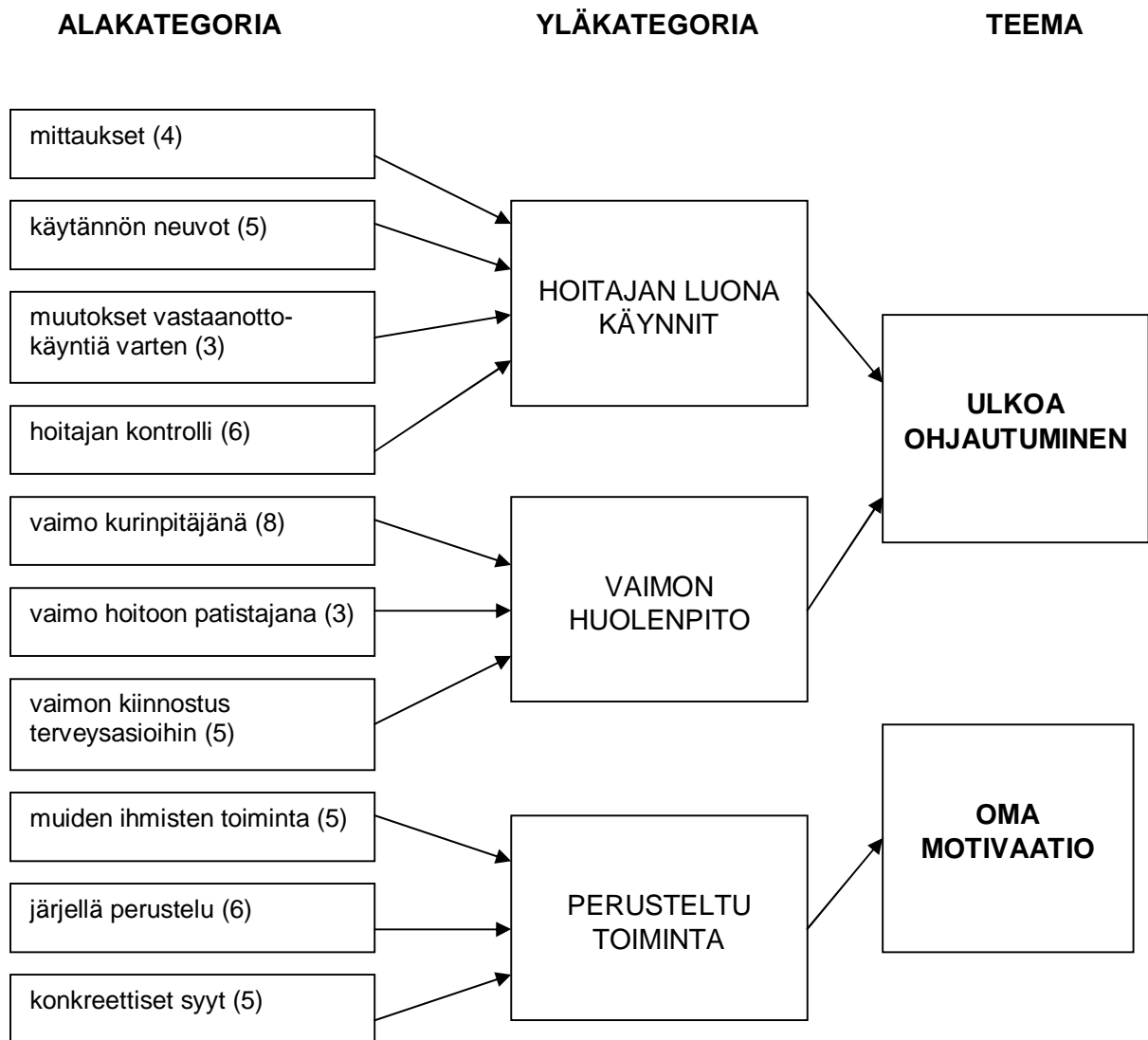
P: Niin, mutta kyllä mä oon niinku... oluen juonnin lopettanut ja, ja väkevien juonnin mä oon lopettanut. (15)

Krapulalta välttyminen ja kyky katkaista oma juomaputki esiintyvät miesten alkoholin käyttötottumusten kuvauksissa. Tämän kaltainen ajattelu tuli jo aikaisemmin ilmi miesten itsemääräämistä tarkasteltaessa. Miehet eivät pidä ajoittaista runsasta alkoholin käyttöä ongelmana tai erityisenä terveysriskinä, kun välillä pidetään taukoja. Myös Raevaara (2003) on todennut miesten pitävän usein omaa alkoholinkäyttöään ongelmattomana ja kuvaavan sitä puheessaan kohtuulliseksi.

5.2 Ulkoa ohjautuminen ja oma motivaatio

Miesten puheessa painottuneen yksin pärjäämisen lisäksi miehet ilmaisivat myös tarvetta tulla ulkopuolelta ohjatuksi. Puolisot ja hoitajat olivat tärkeimmät ulkopuoliset vaikuttajat miesten toimintaan. Miehet tarvitsivat myös konkreettisia syitä terveyskäyttäytymisensä muuttamiseen. Toimintaa perusteltiin myös järjellä, ja joihinkin päätöksiin vaikutti muiden ihmisten toiminta. (esim. Ajzen & Fishbein 1980.)

Ulkoa ohjautumisen ja oman motivaation teemat on esitetty kuviossa 3. Ulkoa ohjautumisen teema syntyi seitsemästä alakategoriasta, joista muodostettiin kaksi yläkategoriaa: hoitajan luona käynnit ja vaimon huolenpito. Oman motivaation teema muodostettiin kolmesta alakategoriasta, joita yhdistävän yläkategorian nimeksi annettiin perusteltu toiminta.



Kuvio 3. Ulkoa ohjautumisen ja oman motivaation teemat

5.2.1 Hoitajan luona käynnit

Hoitajan vastaanotolla käynnit näyttivät olevan miehille tärkeä osa terveydentilan seurantaan, vaikka he eivät olisikaan pystyneet tekemään suuria muutoksia elintavoissaan. Mittaustulosten saaminen ja seuranta saattoivat lisätä vastaanottokäynteihin sitoutumista (vrt. Pietilä 2008, 253). Seuraavan esimerkin mies ilmaisee kiinnostuksensa kontrollimittauksiin.

P: Entäs sitten tulevaisuudessa näitä tutkimuksia? Että pääsee niinku vertaamaan sitten. (4)

Mittaustulokset saattoivat toimia kannustimena elintapamuutokseen. Seuraava lausuma kuvastaa miehen tarvetta saada jokin konkreettinen syy muutoksen tekemiseen (vrt. Robertson 2007, 56). Tässä tapauksessa muutoksen syynä olivat koholla oleva verenpaine ja kolesteroli.

P: Joo, kyllä mä oon ihan tietosesti tosiaan sillon, sillon kun nää rupes nousemaan nää verenpaineet ja tuo kolesteroli oli korkeella.

H: Joo.

P: Niin tuota, tietosesti koittanut, koittanut ruokatottumuksia muuttaa ihan. (15)

Seuraavassa alkoholin käytön vähentämiseen liittyvässä lausumassa tulee esille joillekin miehille tyypillinen mekaaninen käsitys omasta kehosta (Robertson 2007, 66). Maksan toimintakokeen tulos toimii miehelle merkinä maksan kuormittumisesta.

P: Mut onko tää huolestuttava?

H: No, kyllä se kuitenkin, että maksahan on semmonen aika, semmonen sitkeä elin, että...

P: Niin.

H: ... se ei niinku heti anna oireita niitä.

P: Niin, niin.

H: Niin, että se on...

P: Mutta että onko noi jo huolestuttavassa...

H: No kyllä ne sillä tavalla, että siinä alkoholin kanssa, no lääkäri osais tietysti siitä paremmin, paremmin sanoa, mut kyllä mä aattelin, että siinä niinku kovasti semmosta lepoaikaa se maksa tarvitseis, että...

P: No niinhän se tarvii.

H: Joo.

P: Ja sitä sille nyt annetaan. (15)

Esimerkin miehelle tuntuu olevan tärkeää tietää, onko maksa-arvo jo "huolestuttavissa" lukemissa. Hän näyttää haluavan hoitajalta vielä tarkempaa ja konkreettisempaa tietoa asiasta. Lopussa hän päättää jämäkästi pitää taukoa alkoholin käytössä. Taukojen pitäminen alkoholin käytössä tuli siis jälleen ilmi hieman eri yhteydessä, tällä kertaa syynä oli maksan kuormituksen vähentäminen.

Kiinnostuneisuus mittaustuloksista on osoitus miesten tarpeesta saada konkreettista ja mitattavaa tietoa (vrt. Pietilä 2008, 253). Miehet eivät välttämättä olleet

kiinnostuneita opaslehtisistä tai muusta yleisellä tasolla olevasta terveystiedosta. Osittain syynä saattoi olla edellä kuvattu sairauteen liittyvä vähättely (Oikarinen 2008, 127–128), joka nousee esille seuraavassa esimerkissä.

- H: Mähän annoin sillon sen lehen kerran, enkös antanut sen?*
P: Kai se on...
H: Onko tallella? Siinähan kerrot-...
P: Voihan se tietysti olla, mutta...
H: Niin.
P: ... en minä oo niin tutkinut sitä.
H: Niin.
P: Ku ei, täähän menee nyt tässä, unohtanut koko tämän, kun tässä ei ole niin vakavasta asiasta nyt kysymys, että...(4)

Yleistä terveystietoa jakavan terveysneuvonnan riittämättömyydestä ja potilaiden yksilöllisestä tiedontarpeesta (vrt. Poskiparta ym. 2006, 2007) kertovat myös arkiset kysymykset esimerkiksi ruokavalioon liittyen. Seuraava esimerkki kuvaa miehille tyypillistä arkipäivän valintatilannetta työpaikkaruokalassa. Esimerkin mies toivoo hoitajalta käytännön neuvoa annoksen valinnassa.

- P: Sitten, sitten jos on tota keittoruoka. Ja sitten on joku, sanotaan vaikka tuo... tuo joku pastaruoka tai sit joku, tuo broilerikiusaus tai vastaava, niin*
H: Niin?
P: ... jos ne asetetaan niinku vierekkäin, niin kumpi se on niinku järkevämpi ottaa, jos olis? ...(7)

Osa miehistä teki muutoksia terveyskäyttäytymiseensä vastaanottokäyntejä varten. Muun muassa alkoholinkäyttöä saatettiin rajoittaa tulevia laboratorikokeita silmällä pitäen. Neuvontakeskustelut toimivat joillekin miehille kontrolleina ja nuo miehet halusivatkin usein jatkaa hoitajan vastaanotolla käyntejä. Osa miehistä näytti tarvitsevan ulkopuolisen kannustajan toiminnalleen ja he jättäytyivät välillä hoitajan ohjailtaviksi.

- P: Säikäyttäs taas pahemman kerran, niin sittenhän sitä oppis taas, pitäs totella, kun mitä sanotaan.*
H: Niin. Se pitää kuitenkin itellä olla se motiivi, että muut ei saa...
P: No, kyllä se kun tulee aina jostakin sivusta, tulee se, se semmonen vaikute, niin sitä enempi uskoo ku vaimoo. (4)

Edellä oleva lausuma on selvästi riidassa miehen itsemäärämis- ja pärjäämispyrkimyksen kanssa. Mies asettaa hoitajan auktoriteettiasemaan (vrt. Kettunen ym. 2001), mutta selkeästi positiivisessa mielessä. Eräs miehistä olisi sallinut jopa torumista hoitajan taholta.

- H: Mä annan sulle vielä siitä kolesterolista luettavaa... sitten siitä diabeteksesta mä mietin, että... tässä näin, Kolesterolit kohdallaan eli lue tämä oikein ajatuksen kanssa. Vapaasti näitä, harvemmin tai vähemmän näitä, mieluiten ei lainkaan näitä. Mä näistä kyllä tuun varmaan tarkemmin vielä tossa ruokavalio...*
- P: Joo, kyllä minua saa torua. En yhtään siitä välitä. (3)*

Hoitajan rooli kontrolloijana, konkreettisten neuvojen antajana ja mittausten koordinoijana kävi aineistosta selvästi ilmi. Hoitajan vastaanotolla käydään kuitenkin suhteellisen harvoin, joten muutakin kannustusta tarvitaan.

5.2.2 Vaimon huolenpito

Miehet puhuivat usein vaimostaan neuvontakäynnillä. Vaimo esitettiin yleensä terveydestä kiinnostuneena, huolehtijana, kurinpitäjänä tai hoitoon patistajana. Puolisolla on todettu olevan keskeinen rooli muun muassa miesten ravintotottumuksien muuttamisessa (Brown 2001, de Souza & Ciclitira 2005, Gough & Conner 2006; Oikarinen 2008, 99). Seuraavassa lainauksessa tulee esille vaimon rooli elintarvikkeiden valintaan liittyvässä päätöksenteossa.

- P: Mä en sitä rasvaprosenttia siinä sillai kattonut, että paljonko se siinä on (Voimariinissa). Täytyypäs verratakin sitä siihen entiseen.*
- H: Joo, niitä kannattaa verratakin aina toisiinsa.*
- P: Yritetty tosiaan...ja nytenkin käytiin, oltiin juustokaupassa, niin kyllä mä oisin semmosen 30-prosenttisen juustopakettin ottanut, mutta se emäntä sano, että eiku se otetaan tuo 17. (4)*

Vaimot pyrkivät rajoittamaan miestensä alkoholin käyttöä. Mies saattaa itse huolestua juomisestaan vasta sitten, kun se on jo liian runsasta. (Raitasalo & Holmila 2005.) Vaimon huomauttelu alkoholin käytöstä tuli ilmi myös tässä aineistossa.

Seuraavassa lainauksessa hoitaja olettaa, että joku on ollut huolissaan miehen juomisesta. Mies mainitsee vaimon puuttuneen alkoholin käyttöön.

- H: (Täyttää lomaketta) *Onko sukulainen, ystävä, lääkäri tai joku muu henkilöt huolissaan juomisestasi ja ehdottanut, että vähentäisit tai lopettaisit juomisen? Tähän vois vastata, että kyllä vuoden sisällä varmaan.*
- P: *No kyllä varmasti.*
- H: *Niin.*
- P: *Emäntähän se motkottaa justinsa. (15)*

Vaikka miehet olivat korostaneet tarvettaan pärjätä yksin ja tehdä omat päätöksensä, vaimolle saatettiin antaa lausumissa kurissa pitäjän rooli. Seuraavasta lainauksessa käy ilmi, että vaimolla on ollut vaikutusta miehen alkoholin käyttöön.

- H: *Tuota, ei sulla taida sillei hirveen suuria ne alkoholimäärät, jos mä oikein muista, eiks se nii ollu?*
- P: *Ei, mulla on niin kova kuri kotona, että ei kärsi.*
- H: *Hyvä, vaimolle terveisiä.*
- P: *Justiin. (3)*

Miehet antoivat ymmärtää, että vaimo pyrki vaikuttamaan heidän terveystottumuksiinsa. He olivatkin toisinaan muuttaneet tapojaan vaimon painostuksesta. Vaimon sanottiin ”huomauttelevan”, ”pitävän kurissa” ja ”motkottavan”. Vaimon puuttumista terveyskäyttäytymiseen ei yleensä pidetty omaa tilannetta pahentavana tekijänä. Ihottumasta kärsinyt mies tosin totesi: ”*sitten kun se vaimo siinä holottaa, niin tuntuu, että vaan pahenee tuo tauti*” (4). Vaimo oli koettanut patistella miestä hoitoon. Tämä käy ilmi seuraavasta lainauksesta.

- H: *Mut kyllä minusta tuota ois ihan viisasta käydä näyttämässä jo lääkärille (ihottumaa jaloissa)*
- P: *Onko noin?*
- H: *On.*
- P: *Jaa. Niinhän se vaimo sano, mutta minä sanoin, että...*
- H: *Eikä toi...*
- P: *... nyt vasta rupesin niinku hoitamaan näitä. (P4)*

Terveysteen liittyviä asioita pidetään yleensä enemmän naisten kuin miesten kiinnostuksen kohteena (Cameron & Bernardes 1998; Pietilä 2008, 134–136). Myös tässä aineistossa yksi mies totesi vaimostaan, että ”*kyllä häntä yleensä tämmöset*

kiinnostaa, enemmän ku minua” (3). Pietilä (2008, 181) on tulkinut terveysterveystuun siirtämisen vaimolle kuvastavan miehen maskuliinisuuden vahvistamista terveyteen liittyvissä ristiriitaisissa päätöksentekotilanteissa. Osa miehistä olettaa, että vaimo huolehtii heistä (Brown 2001, Addis & Mahalik 2003). Edellä esitetyistä esimerkeistä käy ilmi, että mies ei välttämättä ollut samaa mieltä vaimon kanssa, vaikka olikin muuttanut käyttäytymistään vaimon toivomaan suuntaan. Mies esitti mielellään vaimon päätöksen tekijänä (vrt. de Souza & Ciclitira 2005).

5.2.3 Perusteltu toiminta

Oman motivaation syntyminen on välttämätön osa muutosprosessia (Prochaska & diClemente 1983) sukupuolesta riippumatta. Tässä luvussa tuodaan esille miesten maskuliinisen ajattelutavan yhteys oman motivaation rakentumiseen. Motivaatio saattaa suuntautua terveyden kannalta myönteiseen tai kielteiseen toimintaan.

Tässä aineistossa homososiaalisuuden merkitys ei noussut voimakkaasti esille. Muiden miesten toiminnan merkitys omalle käyttäytymiselle (vrt. Ajzen & Fishbein 1980). kävi kuitenkin ilmi muutamista lausumista. Homososiaalisuutta kuvaa seuraava esimerkki hirvenmetsästyksestä. Katkelmasta käy ilmi, että mies ei tupakoi muuten kuin metsällä ollessaan.

P: Nyt on menny viimeks... oisinko polttanu kymmenen tupakkia varmaan kahen kuukauden aikana.

H: Just, joo.

P: Ja, ja syksyllä tulee vähän enemmän, se on jotenkin tuo hirvijahti semmonen, että ku siinä toisiakin, niin se jossittelu tarvii niinku sitä...(3)

Esimerkin mies antaa ymmärtää, että muutkin hirviporukassa tupakoivat. Se antaa hänelle oikeutuksen ja perustelun muiden käytöstä jäljittelevälle toiminnalle (vrt. Courtenay 2000a, 2000b, Addis & Mahalik 2003, Hoikkala ym. 2009). Oikarinen (2008, 115) nimittää tätä ilmiötä konsensuksella tai asiantuntijan lausunnolla vakuuttamiseksi.

Tupakoinnin lisäksi myös alkoholin käyttö tuotiin esille sellaisena käyttäytymisenä, johon muiden esimerkki oli vaikuttanut. Seuraavassa lainauksessa viitataan menneeseen aikaan, jolloin opittu tapa on jäänyt vuosien mittaiseksi käytännöksi.

- P: Se tuota niin on se, se oli se, minkälaisessa seurassa on tullut liikuttua aikoinaan. Niin sieltähän se on sitten periytynyt (alkoholin käyttö).*
- H: Niin semmonen tapa.*
- P: Tapa, niin. (4)*

Toisten miesten kokemukset saattoivat toimia oman toiminnan perusteluna myös myönteisessä mielessä. Eräällä miehellä oli diabetesta sairastava kaveri, jolle hän soitti kyselläkseen sairauteen liittyvistä asioista. Kaverille soittaminen toimi miehelle vertaistukena ja siten perusteluna myös oman toiminnan myönteiselle suunnalle.

Miesten on usein esitetty perustelevan toimintaansa järkisyillä (Jokinen 2000, 207). Yksi miehistä vastusti voimakkaasti kuntoliikuntaa ja vetosi useaan otteeseen sen järjettömyyteen.

- P: Ja sitte se järjettömyys siinä liikkumisessa, että menee Laajavuoreen ja hiihdät ympyrään. Siis hiihdät vaan sen takia, että pääset samaan paikkaan mistä oot lähtenyt.(3)*
— —
- P: Se vähän näin talvella ja tein minä nyt kymmenen kuutiota, savotoin puuta kun tuuli kaatoi puita, kaks päivää meni siinä. Se ois niinkun hyvää liikuntaa, mutta ei se oo täällä kaupungissa. (3)*

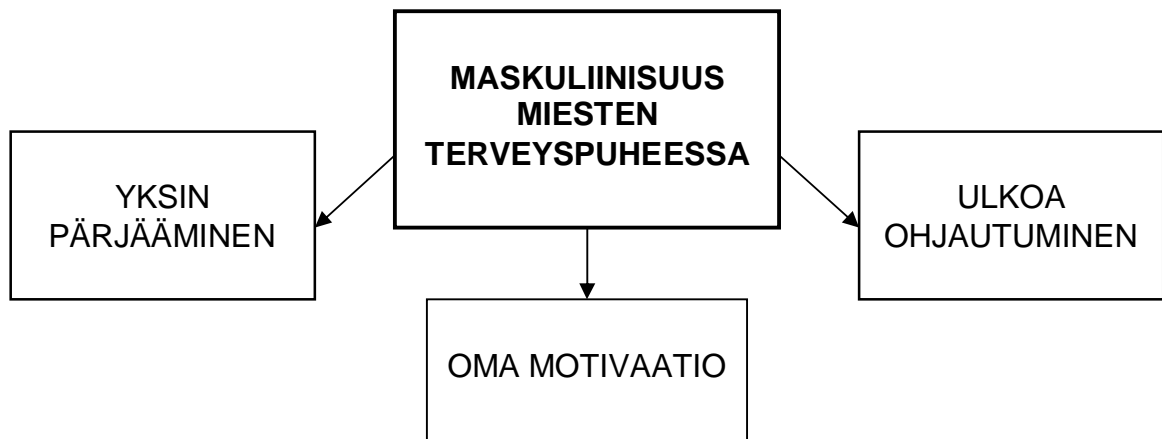
Jälkimmäisessä katkelmassa mies tuo myönteisesti esille hyötyliikunnan. Hän kokee sen mielekkäänä liikuntamuotona, mutta kaupungissa asuvana hän ei voi sitä säännöllisesti harrastaa. Miehet tuntuivat pitävän hyötyliikunnasta, jossa saadaan samalla aikaiseksi jotain näkyvää ja hyödyllistä. He eivät motivoitu naisten tavoin työmatkaliikunnasta, johon kaupungissa olisi hyvät mahdollisuudet (Fogelholm 2007). Liikuntaan motivoitumisessa on todettu olevan väestöryhmittäisiä eroja, joihin vaikuttavat monet elämäntapaan ja kulttuuriin liittyvät tekijät. Terveystiedon edistämisen kannalta haasteellisimmat ryhmät ovat miesvaltaisia. (Rovio ym. 2009.)

5.3 Yhteenveto tuloksista

Tutkimuksen tuloksista kävi selkeästi ilmi aikaisemmissa tutkimuksissa maskuliinisuuteen liitetty pyrkimys pärjätä yksin. Yksin pärjäämisen teema koostui seuraavista osa-alueista: itsemäärääminen, hoitoon hakeutumisen pitkittäminen, vaikeneminen ja riskien ottaminen.

Aineistolähtöisen analyysin tuloksena syntyi ulkoa ohjautumisen teema, joka ei ollut mukana alkuperäisessä teoreettisessa kehyksessä. Ulkoa ohjautumisen teema koostui hoitajan toiminnasta ja vaimon roolista. Yksin pärjäämisen ja ulkoa ohjautumisen teemoista muodostettiin tutkielman päätulos. Tulosta täydentää oman motivaation teema, joka sisältää miesten perusteluja omalle toiminnalleen.

Kuviossa 4 havainnollistetaan miesten terveystalteen keskeiset maskuliinisuutta ilmentävät osa-alueet.



Kuvio 4. Maskuliinisuuden ilmeneminen miesten terveystalteen

Miesten puheessa yksin pärjääminen ilmeni haluna määrätä itse omaan terveystalteen liittyvistä asioista. Miehet korostivat omaa pystyvyyttään elintapamuutosten tekemisessä. Myös taipumus vaivojen pitkittyneeseen itsehoitoon ennen lääkärin tai hoitajan vastaanotolle hakeutumista kävi aineistosta ilmi. Joskus miehet hakeutuivat terveystalteen palveluiden pariin vasta pakon edessä. Osa heistä vähätteli

sairauttaan. Vaikeneminen omaan terveyteen liittyvistä asioista ilmeni vastaanotolla hoitajan myötäilynä ja vähäisenä kysymysten määränä. Ennaltaehkäiseviin toimiin motivoitumista vähensi miesten tunne omasta hyvästä olosta ja oireettomuudesta, mikä aiheutti myös passiivisuutta vastaanotolla. Toimintakykyisyys ja jaksaminen arjen askareissa olivat miehille hyvän voinnin mittari. Tietoinen riskien ottaminen kävi ilmi lähinnä runsaana alkoholin käyttönä.

Yksin pärjäämisen vastakohtana miesten puheesta kävi ilmi taipumus ulkoa ohjautumiseen. Hoitajan luona käynnit koettiin tarpeellisena kontrollina ja seurantaan liittyvät mittaukset kiinnostivat. Hoitajalta haluttiin myös konkreettisia ohjeita. Vaimon rooli hoitoon patistajana ja terveellisten elintapojen valintaan vaikuttajana tuli selvästi esille.

Miehet perustelivat terveyskäyttäytymistään myös järkisyillä ja muiden ihmisten toiminnalla. Pelkkä tieto terveyteen liittyvistä asioista ei näyttänyt riittävän motivaation synnyttämiseen, vaan miehet tarvitsivat konkreettisia syitä muutoksen tekemiseen.

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelua

Tässä tutkielmassa pyrittiin selvittämään, millä tavalla maskuliinisuus ilmenee miesten terveyspuheessa. Sisällönanalyysin lähtökohtana oli kuviossa 1 esitetty malli, joka pohjautui maskuliinisuutta ja miesten terveyskäyttäytymistä käsittelevään kirjallisuuteen. Tarkastelun lähtökohtana oli oletus, jonka mukaan maskuliinisuus ja terveyden edistäminen ovat ristiriidassa keskenään. Maskuliinisuutta ilmentävinä ja miesten terveyskäyttäytymiseen mahdollisesti vaikuttavina tekijöinä nostettiin esille yksin pärjääminen, kilpailu, riskien ottaminen, vaikeneminen ja homososiaalisuus.

Kilpailua, pärjäämistä ja homososiaalisuutta kuvaavia lausumia löytyi aineistosta vähän. Syynä siihen on luultavasti konteksti, jossa aineisto on syntynyt. Voidaan olettaa, että yksilöllistä terveysneuvontaa käsittelevässä aineistossa nämä aihepiirit eivät tule helposti ilmi. Kilpailua kuvasi ainoastaan yksi lausuma, jossa mies totesi Painonvartijoiden punnituksen olevan ”*semmosta kilpailua*” (7). Homososiaalisuutta kuvaavia lausumia oli kaksi. Ne koskivat tupakointia hirviporukassa ja nuoruuden kaveriporukoiden vaikutusta alkoholin käyttöön. Nämä lausumat luokiteltiin lopullisessa tulkinnassa osaksi oman motivaation kehittymistä, johon vaikutti myös toisten ihmisten toiminta.

Sisällönanalyysissä tuli ilmi sellaisia maskuliinisuuteen liittyviä piirteitä, jotka asettuivat miesten terveyttä edistävää käyttäytymistä vastaan. Itsemäärääminen, hoitoon hakeutumisen pitkittäminen, vaikeneminen ja riskien ottaminen muodostivat tutkielman ensimmäisen pääteeman, joka nimettiin yksin pärjäämiseksi. Aineistolähtöisen tarkastelun tuloksena nousi esille myös keinoja maskuliinisuuden terveydelle haitallisten vaikutusten vähentämiseen. Näyttää siltä, että ulkoapäin tuleva ohjaus saattaisi olla keino ehkäistä miesten maskuliinisista toimintatavoista johtuvaa epäterveellistä käyttäytymistä. Ulkopuolelta tulevaa ohjausta ja tukea tarjosivat tyypillisesti hoitaja tai vaimo, joiden toimintaan liittyvistä ilmaisuista muodostettiin ulkoa ohjautumisen teema. Miehet tarvitsivat myös vankat perustelut motivoituakseen muuttamaan terveyskäyttäytymistään.

Miesten yksin pärjääminen ja ulkoa ohjautuminen ovat vastakkaisia pyrkimyksiä, mutta toisaalta ne täydentävät toisiaan. Tämän asetelman voidaan katsoa myös lieventävän maskuliinisuuden ja terveyden edistämisen välistä ristiriitaa.

Yksin pärjäämisen ja ulkoahjautuvuuden suhde

Aineistosta kävi selkeästi ilmi miesten yksinpärjäämisen tai selviytymisen eetos (Siltala 1994, Kortteinen 1997), joka nimettiin tässä tutkielmassa yksin pärjäämisen teemaksi. Osa miesten yksin pärjäämisen pyrkimyksestä voidaan selittää itsemääräämisen tarpeella, jolla tarkoitetaan yksinkertaisesti yksilön halua itsenäiseen päätöksentekoon omaa terveyttään koskevissa asioissa. Miesten puhe ilmensi uskoa omiin kykyihin muutoksen tekemisessä, jos tavoitteena oli esimerkiksi tupakoinnin lopettaminen tai alkoholin käytön vähentäminen.

Miesten pyrkimystä yksin pärjäämiseen kuvasi myös hoitoon hakeutumisen pitkittäminen. Miehet näyttivät tarvitsevan konkreettisia ja perusteltuja syitä terveydenhuollon ammattilaisen vastaanotolle hakeutumiseen (vrt. Robertson 2007, 56; Pietilä 2008, 155). He saattoivat ilmaista voimakkaasti haluttomuutensa myös laboratoriotulosten kysymiseen. Osittain tällainen vastarinta (Heinonen 2006, 163) terveydenhuoltopalveluita kohtaan saattoi johtua palveluista itsestään. Yksi miehistä kertoi, että terveysasemalle oli vaikea saada yhteyttä puhelimitse. Lopulta hän oli lannistunut ja lopettanut soittamisen. Hoitoon hakeutumisen pitkittäminen saattoi johtua myös sairauden vähättelystä. Ihottumat tai känsät eivät välttämättä olleet riittäviä syitä vastaanotolle hakeutumiseen, vaikka diabetespotilaalle niiden hoitaminen olisikin tärkeää. On myös mahdollista, että miehillä oli aikaisemmista sairauksista johtuvia pelkoja, joskaan ne eivät nousseet tässä aineistossa esille. (vrt. Oikarinen 2008, 127–128.)

Tutkimuksessa nousi esille miesten rooli passiivisena kuuntelijana. Henkilökohtaisista ja terveyteen liittyvistä asioista vaikenemista onkin pidetty miehille tyypillisinä piirteinä (esim. Hyssälä 1995, Kontula 1995, Kortteinen 1997, Jokinen 2000). Vaikeneminen kuvasti haluttomuutta keskustella oman terveyden

edistämiseen liittyvistä toimenpiteistä. Miehet kokivat olonsa normaaliksi ja oireettomaksi, minkä vuoksi motivaatiota muutokseen ei löytynyt. (vrt. Brown 2001, Gough & Conner 2006.) Neuvontakäynnit sisälsivät runsaasti yleisellä tasolla olevaa tietoa ja hoitajan puheenvuorot olivat pitkiä, mikä saattoi olla miesten passiivisuuden ja vaikenemisen taustalla. Jotkut miehet saattavat kokea tällaisen tuputtavan terveysneuvonnan ja valistamisen jopa yksityisyyttään loukkaavana (Oikarinen 2008, 128).

Terveysneuvontakeskustelua voidaan pitää esimerkkinä institutionaalisesta vuorovaikutuksesta, jossa terveydenhuollon ammattilaisella ja potilaalla on omat roolinsa. Terveysteen liittyvistä asioista puhutaan eri tavalla terveydenhuollon ammattilaisen kanssa kuin vapaamuotoisemmissa yhteyksissä. Sairaalapotilas ja avoterveydenhuollossa asioiva ovat niin ikään erilaisessa tilanteessa. Miesten terveyspuheeseen on todennäköisesti vaikuttanut myös neuvontatilanteen videointi. Terveystestä ja sairaudesta puhuminen onkin aina tilannesidonnaista. (vrt. Ruusu vuori 2003.)

Terveysneuvonnan asiantuntijajohtoisuus (Poskiparta 1997) kävi selvästi ilmi aineistosta, vaikka tässä tutkimuksessa ei analysoidukaan hoitajan toimintaa. Hoitajan puheenvuorot olivat usein pitkiä ja miesten vastaukset niihin usein pelkkiä hymähdyksiä tai myönteleviä lausahduksia. Kettunen ym. (2001) kutsuvat tällaisia ilmauksia minimipalautteeksi, josta on usein vaikea sanoa, onko potilas samaa vai eri mieltä hoitajan kanssa. Passiivisuus ilmeni myös miesten taipumuksena antaa hoitajalle valtuudet jatkosuunnitelmien tekemiseen, mikä saattaa kuvastaa heidän luottamustaan hoitajan asiantuntemukseen. (vrt. Kettunen ym. 2001.) Vastaanotolla vaikenemisen taustalla näyttää olevan monia tekijöitä, joista maskuliinisuuteen liittyvät normit ja ihanteet on myös syytä ottaa huomioon.

Riskien ottaminen on maskuliininen käytösmalli, jossa miehet tiedosta, ohjeista tai läheisten painostuksesta huolimatta valitsevat epäterveellisiä toimintatapoja (esim. Courtenay 2000a, 2000b). Riskien ottaminen liittyy usein tiettyihin tilanteisiin, mikä kävi aineistossa ilmi ainoastaan pyöräilykypärän käyttämättömyytenä. Toisenlainen aineisto saattaisi tuoda esille useampia tilannekohtaisia riskikäyttäytymisen muotoja työssä tai vapaa-ajan harrastuksissa.

Terveysteen liittyvä riskien ottaminen ilmeni tässä aineistossa erityisesti miesten runsaana alkoholin käyttönä, joka on perinteisesti liitetty suomalaisen miehen tapaan "hoitaa" tai palkita itseään (Kontula 1995; Heinonen 2006, 229–232). Sukupuolten välillä on edelleen eroja juomiseen liittyvissä tarpeissa, perusteluissa ja motivaatiotekijöissä, vaikka miesten ja naisten alkoholin käyttötavat ovat lähentyneet toisiaan. (Holmila & Raitasalo, 2005.) Tässä aineistossa miehet eivät pitäneet omaa juomistaan riskikäyttäytymisenä, vaan suhtautuivat siihen vähätellen ja vertasivat omaa käyttöönsä suurkuluttajiin. Miesten lausumissa korostui myös taukojen pitäminen alkoholinkäytöstä, joka voidaan tulkita oman pystyvyyden osoitukseksi tai pyrkimykseksi vähentää elimistön kuormitusta. Alkoholinkäyttöön liittyvät lausumat voidaan yhdistää useisiin tutkimuksen teemoihin. Alkoholin riskikäyttöä voidaankin pitää merkittävänä tekijänä miesten terveystäytymisen kannalta. Raevaaran (2003) mukaan alkoholin käyttöön liittyvät vahvat kulttuuriset käsitykset ja normit saattavat vaikuttaa myös aiheesta puhumisen tapoihin terveydenhuollon ammattilaisten vastaanotolla.

Tupakointi on toinen miehille tyypillisenä pidetty riskikäyttäytymisen muoto. Tässä aineistossa miehet tupakoivat vähän tai olivat kokonaan tupakoimattomia, joten aihe ei noussut merkittävään asemaan. Tupakoinnin sosiaalinen ulottuvuus tuli kuitenkin ilmi. Tupakointi liitetään usein myös runsaaseen alkoholin käyttöön, jonka on todettu huonontavan tupakoinnin lopettamisen ennustetta. (Westmaas & Langsam 2005.) Tupakoinnin ja alkoholin käytön yhteys ei kuitenkaan tullut tässä tutkimuksessa esille.

Tämän tutkielman tuloksista kävi ilmi, että miehillä on yksin pärjäämisen lisäksi taipumus jättäytyä ulkopuolelta ohjatuiksi (vrt. Kettunen ym. 2001, Ruusuvoori 2003). Miehet näyttävät tarvitsevan neuvontaa, opastusta ja tukea (Näslindh-Ylispangar 2008, 55). Hoitajan vastaanotolla käynnit toimivat miehille kontrollina ja konkreettiset mittaukset kertoivat, kuinka heidän elimistönsä voi. Osa miehistä motivoitui muutokseen tulosten perusteella. Toisaalta jotkut miehet näyttivät tekevän muutoksia ainoastaan laboratoriokokeiden vuoksi. Miehet esittivät vastaanotolla vain vähän kysymyksiä, mutta heidän kysymyksensä olivat hyvin käytännönläheisiä. He näyttivät pitävän hoitajaa auktoriteettina ja luottavan tämän ammattitaitoon (vrt. Kettunen ym.

2001). Vaikka itsemäärääminen olikin miehille tärkeää, halusivat he toisinaan siirtää vastuun ongelmiansa ratkaisusta ammattilaiselle (vrt. Ruusuvuori 2003).

Vaimo tuli esille usein miesten puheessa. Vaimoon liittyvät lausumat kuvastivat vaimon roolia huolehtijana ja puuttujana erityisesti alkoholin käyttöön ja ravitsemustottumuksiin liittyen. Jonkin verran kävi myös ilmi vaimon rooli hoitoon patistajana (ks. myös Pietilä 2008, 243). Vaimon ja muiden läheisten neuvot ja tuki vaikuttavatkin usein enemmän miesten terveyskäyttäytymiseen kuin terveysalan ammattilaiselta saadut ohjeet. Naimisissa olevien miesten on todettu olevan myönteisempiä terveelliseen käyttäytymiseen, hoitoon hakeutumiseen ja lääkityksiin kuin naimattomien. (Näslindh-Ylispangar 2008, 51–53.) Yksin elävät miehet tupakoivat enemmän (Patja & Paalanen ym. 2007) ja käyttävät runsaammin alkoholia (Poikolainen & Paalanen 2007). Myös liikuntaa vähiten harrastavien joukossa on paljon yksin eläviä miehiä (Rovio ym. 2009). Yksin elämisen on myös todettu olevan miesten kuolleisuutta lisäävä riskitekijä (Kandler ym. 2007). Vaimolla näyttää olevan keskeinen merkitys miesten terveyskäyttäytymiseen vaikuttajana (ks. myös Brown 2001, de Souza & Ciclitira 2005, Raitasalo & Holmila 2005, Gough & Conner 2006).

Puolisolla ja terveydenhuollon henkilökunnalla on merkittävä rooli miesten terveyteen liittyvän päätöksenteon tukemisessa. Ulkoaohjautuvuutta onkin syytä pitää sekä terveyden edistämisen haasteena että mahdollisuutena.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullisen tutkimuksen objektiivisuutta tarkasteltaessa on erotettava toisistaan havaintojen luotettavuus ja niiden puolueettomuus. Puolueettomuus tulee esille esimerkiksi siinä, pyrkiikö tutkija ymmärtämään ja kuulemaan tiedonantajia itsenään vai suodattuuko heidän kertomuksensa tutkijan oman kehyksen läpi. Koska laadullisessa tutkimuksessa tutkija on tutkimusasetelman luoja ja tulkitsija, tutkijan vaikutus myönnetään laadullisessa tutkimuksessa väistämättömänä tosiasiana. (Eskola & Suoranta 1998, 20–21; Tuomi & Sarajärvi 2009, 135–136.) Kiinnostukseni tutkittavaan ilmiöön on peräisin vuosien työskentelystä työterveyshoitajana

miesvaltaisessa yrityksessä. Työstä saadut kokemukset miesten terveysneuvonnasta olivat siten pohjana ennako-oletuksille tutkittavasta ilmiöstä. Myös aihetta käsittelevään kirjallisuuteen perehtyminen on luonut ennakkokäsityksiä. Osittain kirjallisuus vahvisti aiempia käsityksiä, toisaalta tuoreemmat lähteet toivat aiheeseen uusia näkökulmia.

Tutkimusaineistona käytettiin videoidusta terveysneuvontatilanteista tehtyä litterointeja. Paikoitellen litteroinneissa oli aukkoja puheen epäselvyyden tai huonon kuuluvuuden vuoksi. Tutkimuksen alussa tehtiin periaatteellinen päätös videonauhojen jättämisestä analyysin ulkopuolelle, joten myöskään epäselviä kohtia ei tarkistettu videolta. Päätöksellä haluttiin paitsi pitää työmäärä kohtuullisena, myös välttää mahdollisesti tuttujen henkilöiden näkemisen nauhoilta. Tällaista ratkaisua voidaan pitää perusteltuna, koska materiaalia oli runsaasti ja samat keskustelunaiheet toistuivat useammalla käynnillä.

Toisten tutkijoiden keräämää aineistoa voidaan pitää luotettavuutta lisäävänä tekijänä. Tutkija ei itse ollut läsnä neuvontatilanteissa, mikä mahdollisti keskustelutekstien tarkastelun ulkopuolisen silmin. Luotettavuutta lisäävänä tekijänä voidaan myös pitää sitä, että keskustelut olivat osa autenttisia diabetesneuvontatilanteita eivätkä haastattelutilanteita, joissa keskustelun aiheet olisi etukäteen tarkemmin rajattu. Näin ollen miesten maskuliinisuuden ilmauksia ei pyritty tarkoituksellisesti saamaan esille. (vrt. Eskola & Suoranta 1998, 15.)

Sisällönanalyysi mahdollistaa toistettavien ja validien tulkintojen tekemisen aineistosta. Lisäksi se tarjoaa tutkijalle mahdollisuuden uusiin tulkintoihin ja parempaan ymmärrykseen tutkittavasta ilmiöstä. (Krippendorff 2004, 18.) Sisällönanalyysin luotettavuuden tarkastelussa on keskeistä se, miten tutkija pystyy pelkistämään aineistonsa niin, että se kuvaa mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. Jotta tekstistä voidaan tehdä valideja päätelmiä, muodostuu luokittelun luotettavuus olennaiseksi kysymykseksi. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001.) Aineiston pelkistäminen ja luokittelu on pyritty esittämään havainnollisesti liitteessä 1 olevien esimerkkien ja tulososassa esitettyjen kaaviokuvien avulla. Sen lisäksi tutkimusraporttiin on liitetty runsaasti alkuperäisiä ilmauksia, jotta alkuperäisen tekstin rikkaus voidaan välittää lukijalle. (Elo & Kyngäs 2008; Tuomi & Sarajärvi 2009, 22.)

Lainaukset antavat mahdollisuuden myös lukijan omien tulkintojen tekemiseen (Eskola & Suoranta 1998, 217–218).

Aineiston luokittelussa ei kyetty muodostamaan toisiaan täysin pois sulkevia luokkia (vrt. Elo & Kyngäs 2008). Yksin pärjäämisen teemassa yläkategoriat vaikeneminen ja hoitoon hakeutumisen pitkittäminen sisältävät osittain samantyyppistä ainesta. Luokat haluttiin kuitenkin pitää erillään, koska kyseessä on miesten terveyskäyttäytymisen kannalta tarkasteltuna kaksi eri asiaa. Vaikenemisen yläkategoriassa painotettiin miesten passiivisuutta vastaanotolla ja konkreettista puhumattomuutta. Hoitoon hakeutumisen pitkittäminen yläkategoriassa keskityttiin tarkastelemaan miesten suhtautumista terveyspalveluihin ja oman sairautensa hoitamiseen.

Sisällönanalyysia tehtäessä on otettava huomioon konteksti, johon analysoitava aineisto sijoittuu (Krippendorff 2004, 24). Tässä tutkielmassa analysoinnin kohteena olivat diabetekseen vasta sairastuneiden miesten terveysneuvontatilanteet. Lausumia poimittaessa ja analysoitaessa kiinnitettiin huomiota siihen, millaisessa yhteydessä lausuma esitettiin. Vaikka hoitajan puhe ei ollut varsinaisen analyysin kohteena, se oli olennainen tekijä miesten lausumien syntymisessä. Sen vuoksi hoitajan puheenvuorot on otettu usein mukaan myös tulososassa esitettyihin lainauksiin. Miesten tuottamaan puheeseen vaikutti todennäköisesti myös terveydenhuollon ammattilaisen auktoriteettiasema asiakkaaseen nähden (vrt. Pietilä 2009).

Pelkkää litteroitua tekstiä analysoitaessa ei voida tehdä tulkintoja puhujan ilmeistä, eleistä eikä muusta kehon kielestä. Miesten puheessaan käyttämä huumori ei myöskään välttämättä välity lukijalle pelkästä tekstistä. Erityisesti vaimoon liittyviä lausumia kuten ”*mulla on niin kova kuri kotona, ettei kärsi*” analysoidessa tuli mieleen ajatus huumorilla höystetystä kommentista. Tällaisten keskustelun piirteiden analysointiin olisi tarvittu toisenlainen analyysimenetelmä.

6.3 Miesten terveyden edistämisen haasteet

Tämän tutkimuksen aineisto on syntynyt diabetesneuvonnan kontekstissa. Diabetes on lisääntynyt maassamme räjähdysmäisesti eikä vähiten miesten keskuudessa. (Tuomilehto 2001, Puska ym. 2008, Reunanen ym. 2008). Dehkon Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman toimeenpanohankkeen loppuraportissa todetaan naisten olleen enemmän tietoisia tyypin 2 diabeteksestä ja sen ehkäisystä. Naiset olivat hankkeen aikana tehneet myös enemmän elintapamuutoksia kuin miehet. Yksilöllinen terveysneuvonta oli korkean riskin potilaille tarjotuista interventioista suosituin erityisesti miesten keskuudessa. (Saaristo ym. 2009, 69.) Miesten tarpeet huomioivalle yksilölliselle terveysneuvonnalle näyttäisi siis olevan tarvetta.

Diabetekseen sairastuneiden miesten terveystietoisuuden muutoksen tukemisessa hoitajilta vaaditaan erityistä herkkyyttä tunnistaa miesten muutosvalmius ja kykyä kannustaa heitä pohtimaan omia elintapojaan (Kasila ym. 2003, Kettunen ym. 2006). Muutosvalmiuden tunnistamisen apuvälineeksi on vakiintunut transteoreettinen muutosvaihemalli (Prochaska & diClemente 1983), jota on käytetty erilaisissa elintapojen muutokseen tähtäävissä interventioissa. Mallin käyttö vaatii kuitenkin harjaantumista ennen kuin siitä muodostuu hoitajalle käytännön työkalu. (ks. esim. Vähäsarja ym. 2004, Salmela ym. 2009). Vääränlainen tai väärin ajoitettu tuki saattaa jopa lisätä miesten riskikäyttäytymistä. (vrt. Westmaas & Langsam 2005.)

Miesten ulkoajohtuvuutta voidaan pitää myönteisenä mahdollisuutena terveyden edistämässä. Terveystietoisuuden haasteena säilyy kuitenkin edelleen oman ammattiauktoriteetin ja potilaan näkökulman yhdistäminen (Kettunen ym. 2006). Hoitajien tulisi pyrkiä osallistamaan miehet omaa terveyttään koskevaan päätöksentekoon mielekkäällä tavalla. Tällainen jaetun päätöksenteon (Charles ym. 1997) periaate tulisi ulottua myös puolison toimintaan. Miehen tukeminen ja rohkaiseminen positiivisella tavalla kotona kannustaa miestä omaksumaan terveyden kannalta edullisia käyttäytymismalleja. Tällä tavalla mies pystyy sekä säilyttämään itsemääräämisesä että ottamaan vastaan tarjotun tuen sekä hoitajalta että puolisoiltaan. Ilman potilaan omaa motivaatiota terveysneuvonta tai toistuva huomauttelu eivät tuota tulosta. Myös vaimon tuki on tehokkainta silloin, kun mies kokee itse muutoksen tarpeellisenä (Raitasalo & Holmila 2005).

Miesten taipumus ulkoa ohjautuvuuteen tulisi pitää mielessä kutsuttaessa miehiä terveystarkastuksiin. Korkeimmassa sairastumisriskissä olevat miehet ovat usein niitä, jotka välttelevät terveystarkastuksiin tuloa. Myös terveydentilansa huonoksi kokevat miehet saattavat vältellä terveyteen liittyviä tutkimuksia. Kieltäytymisen syynä saattaa olla ajan puute, kutsun unohtaminen tai asian pitäminen vähemmän tärkeänä. (Näslindh-Ylispangar 2008, 48.) Terveystarkastuksiin kutsumisen käytännöissä olisi huomioitava paremmin väliinputoajat ja vastaanotolle tuloa välttelevät.

Miesten passiivisuus vastaanotolla, tulosten kyselyssä tai ajan varaamisessa lääkärin vastaanotolle antavat aiheita etsiä syitä myös terveydenhuoltopalveluista. Jotkut miehistä toivat esille, että puhelimitse tulosten kysyminen tai ajanvaraus oli hankalaa. Tämä johti palveluiden välttelyyn ja tulosten kysymättä jättämiseen. Miesten passiivista tai vastahakoista käyttäytymistä vastaanotolla ei pitäisikään tulkita vain maskuliinisuuden osoitukseksi ja vastarinnaksi (vrt. Pietilä 2008, 254). Miesten vastaanotolla vaikenemisen taustalla saattaa olla monia syitä. Vaiteliiden potilaiden ilmaisua olisikin opittava lukemaan ”rivien välistä”. Miesten on todettu vaikenevan erityisesti mielenterveyden ongelmistaan, mistä johtuen esimerkiksi miesten masennus saattaa jäädä terveydenhuollossa huomaamatta. (Danielsson & Johansson 2005.)

Osa miehistä jää väistämättä ennaltaehkäisevien terveystarkastusten ulkopuolelle. Dehkon hankkeessa todettiin, että joka kymmenes korkean riskin ryhmään kuuluva mies ei halunnut osallistua minkäänlaiseen interventioon (Saaristo ym. 2009, 69). Todennäköisesti heidän joukossaan on myös niitä, jotka tarvitsisivat tukea elintapamuutukseen. Terveystarkastuksen haasteena onkin kehittää palveluita, toimintamalleja ja terveyden edistämisen areenoita erityisesti korkeassa sairastumisriskissä olevien miesten tavoittamiseksi. Tämän kaltaisia johtopäätöksiä esitti myös Näslindh-Ylispangar (2008, 57), jonka mukaan terveyden edistämiseen tähtäviä interventioita voitaisiin toteuttaa esimerkiksi kirjastoissa, ostoskeskuksissa tai urheilutapahtumissa. Osittain tällaista toimintaa on jo olemassa, mutta sitä tulisi tulevaisuudessa laajentaa.

Olemassa olevilla terveyden edistämisen areenoilla on paljon käyttämättömiä voimavaroja ja mahdollisuuksia työikäisten miesten terveyden tukemiseen. Työterveyshuolto on työssä käyvien miesten terveyden edistämisessä keskeisessä asemassa. Työterveyshuollossa toteutettava yksilöllinen terveysneuvonta on tärkeä toimintamuoto, jolla tavoitetaan muun muassa suuri joukko diabetekseen sairastuneita tai korkeassa sairastumisriskissä olevia miehiä. Työterveyshuollon haasteena on suunnata nykyistä enemmän toimia koko työyhteisöön, jolloin sosiaalista vuorovaikutusta ja yhteistyötä voitaisiin hyödyntää terveyden edistämisessä. (vrt. Palmgren ym. 2008). Ryhmän kuri ja painostus saattavat kannustaa miehiä yrittämään parhaansa oman terveyden edistämisessä.

Kaikki miehet eivät ole työelämässä eivätkä siten pääse osalliseksi työterveyshuollon palveluista. Miesten terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen toimenpiteitä olisikin laajennettava terveydenhuollon ulkopuolelle (Östlin ym. 2007). Työttömyyden vähentämisellä ja syrjäytymisen ehkäisyllä edistettäisiin merkittävästi huonoimmassa asemassa olevien miesten terveyttä. Terveys 2015 -kansanterveysohjelman (2001) tai Kansallisen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelman (2008) tavoitteisiin pääseminen vaatii monien tahojen välistä yhteistyötä, eikä tarvittavia toimenpiteitä tulisi pitää yksinomaan terveydenhuollon tehtävänä.

Tämän tutkimuksen perusteella voidaan yhtyä aiempien tutkimusten johtopäätöksiin siitä, että maskuliinisuutta ei tule nähdä pelkästään miesten huonoa terveyttä selittävänä tekijänä. Maskuliinisuutta pitää pyrkiä myös hyödyntämään miesten terveyttä edistävänä voimavarana. (esim. Sloan ym. 2009; Pietilä 2008, 254). Perinteiset maskuliiniset ihanteet ohjaavat joitakin miehiä enemmän kuin toisia, mikä on syytä muistaa myös miesten terveysneuvonnassa. Maskuliiniset toimintatavat kuten miesten itsemääräämisen pyrkimys, järkeen vetoaminen tai asioiden ratkaiseminen toimimalla saattavat toimia myönteisinä tekijöinä miesten terveyskäyttäytymisen muutoksessa. Myös miesten ulkoahjautuvuus tarjoaa mahdollisuuksia miesten terveyden edistämiseksi. Terveysneuvonnan ammattilaisten on kuitenkin ensin opittava tunnistamaan maskuliinisuus miesten terveyspuheessa ja terveyskäyttäytymisen taustalla vaikuttavana tekijänä.

6.4 Jatkotutkimusaiheet

Tässä tutkielmassa käytetyt maskuliinisuutta ilmentävät lausumat olivat peräisin yli 40-vuotiailta miehiltä. Olisi mielenkiintoista perehtyä terveysneuvonta-aineistoon, jonka kohderyhmänä olisivat nuoremmat miehet. Nuoremman sukupolven edustajilla saattaisi olla erilaisia tapoja ilmaista omaa maskuliinisuuttaan. Voidaan olettaa, että esimerkiksi ulkonäköön liittyviä asioita tulisi enemmän esille nuorten miesten terveyspuheessa.

Miesten diabeteksen ehkäisyyn ja hoitoon liittyvän terveysneuvonnan laadullinen tarkastelu olisi kiinnostava tutkimuskohde. Tutkimuksessa voitaisiin esimerkiksi vertailla ryhmässä ja yksilöllisesti toteutettua terveysneuvontaa työterveyshuollon kontekstissa. Muita työkäisten miesten terveyden edistämiseen liittyviä haasteellisia tutkimusaiheita olisivat miesten työhön liittyvien riskien ottamisen ja työsuojeluun liittyvien asenteiden tarkastelu maskuliinisuuden näkökulmasta.

Puolison merkitystä miesten terveyskäyttäytymiseen vaikuttavana tekijänä olisi syytä tutkia tarkemmin, koska heidän roolinsa miesten tukijoina näyttää merkittävältä. Voitaisiin esimerkiksi tutkia, kuinka hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutus toimii vaimon läsnä ollessa ja ilman vaimoa.

LÄHTEET

Aarva P & Pasanen M. Suomalaisten käsityksiä terveyteen vaikuttavista tekijöistä ja niissä tapahtuneita muutoksia vuodesta 1994 vuoteen 2002. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2005; 42: 57–71.

Addis M. E & Mahalik J.R. Men, Masculinity and the Contexts of Help Seeking. *Am Psychol* 2003; 58(1): 5–14.

Ajzen I & Fishbein M. Understanding attitudes and predicting social behavior. Englewood Cliffs: Prentice-Hall, 1980.

Aro A.R. Seulonnat naisten ja miesten terveyden edistämässä. Teoksessa: Luoto R, Viisainen K & Kulmala I. (toim.) Sukupuoli ja terveys. Tampere: Vastapaino, 2003. 289–300.

Aukee R. Terveyskäyttäytyminen ja sukupuoli. Teoksessa: Luoto R, Viisainen K & Kulmala I. (toim.) Sukupuoli ja terveys. Tampere: Vastapaino, 2003. 205–208.

Bandura A. Self-efficacy: Toward a Unifying Theory of Behavioral Change. *Psychol Rev* 1977; 84(2); 191–215.

Billig M, Condor S, Edwards D, Gane M, Middleton D & Radley A. Ideological dilemmas. *A Social Psychology of Everyday Thinking*. Bristol: SAGE, 1988.

Brown S. What Makes Men Talk About Health? *J Gender Stud* 2001; 10(2): 187–195.

Burnard P. Practical counselling and helping. London: Routledge, 1999.

Cameron E. & Bernardes J. Gender and disadvantage in health: men's health for a change. *Sociol Health Ill* 1998; 5: 673–693.

Charles C, Gafni A & Whelan T. Shared decision-making in the medical encounter: what does it mean? (or it takes at least two to tango) *Soc Sci Med* 1997; 44(5) 681–692).

Clatterbaugh K. Contemporary Perspectives on Masculinity. Men, Women and Politics in Modern Society. Toinen painos. Boulder, Colorado: Westview Press, 1997.

Connell R.W. Masculinities. Cambridge: Polity Press, 1995.

Connell R.W. & Messerschmidt J.W. Hegemonic masculinity. Rethinking the Concept. *Gender Soc*, 2005; 6: 829–859.

Courtenay W.H. Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Soc Sci Med* 2000a; 50:1385–1401.

Courtenay W.H. Engendering Health: Social Constructionist Examination of Men's Health Beliefs and Behaviors. *Psychology of Men and Masculinity*, 2000b; 1: 4–15.

Danielsson U & Johansson E.E. Beyond weeping and crying: a gender analysis of expressions of depression. *Scand J Prim Health* 2005; 23: 171–177.

de Souza P & Ciclitira K.E. Men and Dieting: a Qualitative Analysis. *J Health Psychol* 2005; 10: 793–804.

de Visser R.O. & Smith J.A. Mister in between: A case study of masculine identity and health-related behaviour. *J Health Psychol*, 2006; 11: 685–695.

de Visser R.O, Smith J.A. & McDonnell E.J. "That's not masculine": Masculine Capital and Health-related Behaviour. *J Health Psychol*, 2009; 14: 1047–1058.

Elo S & Kyngäs H. The qualitative content analysis process. *J Adv Nurs* 2008; 62(1), 107–115.

Eskola J & Suoranta J. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Tampere: Vastapaino, 1998.

Fogelholm M. Liikunta ja fyysinen aktiivisuus. Teoksessa: Prättälä R & Paalanen L. (toim.) *Elintavat ja niiden väestöryhmäerot Suomessa*. Helsinki: Kansanterveyslaitos, 2007: 44–52.

Galdas P.M, Cheater F & Marshall P. Men and health help-seeking behaviour: literature review. *J Adv Nurs*, 2005; 49(6): 616–623.

Gissler M. Terveyspalvelujen käyttö sukupuolittain. Teoksessa: Luoto R, Viisainen K & Kulmala I. (toim.) *Sukupuoli ja terveys*. Tampere: Vastapaino, 2003. 277–288.

Gochman D.S. (ed.) *Handbook of Health Behavior Research I. Personal and Social Determinants*. New York: Plenum Press, 1997.

Gochman D.S. Health Behavior Research. Definitions and Diversity. In Gochman D.S. (ed.) *Handbook of Health Behavior Research I. Personal and Social Determinants*. New York: Plenum Press, 1997. 3–20.

Goldberg H. *The Hazards of Being Male. Surviving the Myth of Masculine Privilege*. Los Angeles: Wellness Institute Inc., 2000.

Gough B & Conner M. Barriers to healthy eating among men: A qualitative analysis. *Soc Sci Med*, 2006; 62: 387–395.

Grönfors M. Miehinен kulttuuri ja väkivalta. Teoksessa: Sipilä J & Tiihonen A. (toim.) *Miestä rakennetaan, maskuliinisuuksia puretaan*. Tampere: Vastapaino, 1994. 63–76.

Harrison J. Warning: The Male Sex Role May Be Dangerous to Your Health. *J Soc Issues*, 1978; 34(1): 65–86.

Health Promotion Glossary. WHO, 1998. [WWW-dokumentti] [haettu 1.11.2009]
http://www.who.int/hpr/NPH/docs/hp_glossary_en.pdf

Heinonen J. Työläismies ahdingossa? Kolme miessukupolvea rakennemuutosten Suomessa. Helsinki: Yliopistopaino, 2006.

Hoikkala T, Salasuo M & Ojajärvi A. Tunnetut sotilaat. Varusmiehen kokemus ja terveystaju. Jyväskylä: Gummerus, 2009.

Holmila M & Raitasalo K. Gender differences in drinking: why do they still exist? *Addiction* 2005; 100 1763–1769.

Holter Ø.G. Can men do it? Men and gender equality - the Nordic experience. Århus: Nordic Council of Ministers, 2003.

Holmes M. Gender and everyday life. London: Routledge, 2009.

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

Honkasalo M-L, Kangas I & Seppälä U. (toim.) Sairas, potilas, omainen. Näkökulmia sairauden kokemiseen. Tampere: Suomalaisen kirjallisuuden seura, 2003.

Hyssälä L, Koskenvuo M, Suominen S & Ketola O. (toim.) Elämään upotettu mies. Turun yliopiston täydennyskoulutuskeskuksen julkaisuja A:38, 1995.

Janhonen S. & Nikkonen M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY, 2001.

Jokinen A. Panssaroitu maskuliinisuus. Mies, väkivalta ja kulttuuri. Vammala: Tampere University Press, 2000.

Jokiranta H. Se on miehen elämää. Maaseudulla asuvia miehiä elämäänsä kertomassa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, 2003.

Kandler U, Meisinger C, Baumert J & Lövel H. Living alone is a risk factor for mortality in men but not women from the general population: a prospective cohort study. *BMC Public Health* 2007; 7: 335–342.

Kansallinen terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:16. [WWW-dokumentti] [haettu 8.11.2008]
<http://www.stm.fi/Resource.phx/publishing/store/2008/08/pr1217926602628/passthru.pdf>

Kasila K, Poskiparta M, Karhila P & Kettunen T. Patients' readiness for dietary change at the beginning of counselling: a transtheoretical model-based assessment. *J Hum Nutr Diet* 2003; 16: 159–166

Kettunen T, Poskiparta M, Liimatainen L, Sjögrén A & Karhila P. Taciturn patients in health counseling at a hospital: Passive recipients or active participators? *Qual Health Res* 2001; 11: 399–422.

Kettunen T, Poskiparta M, Kasila K. Lifestyle counseling in type 2 diabetes prevention: A case study of a nurse's communication activity to produce change talk. *Communication and Medicine* 2006; 1: 3–14.

Kimmel M.S. *The Gendered Society*. New York: Oxford University Press, 2000.

Kimmel M.S & Aronson A (eds.) *Men and Masculinities: A Social, Cultural and Historical Encyclopedia*. New York: ABC-CLIO, 2004.

Kontula O, Parviainen T & Santti R. (toim.) *Miehen terveys. Maskuliinisuuden onni ja kirous*. Tampere: Kirjayhtymä Oy, 1995.

Kontula O. *Miehen roolit*. Teoksessa: Kontula O, Parviainen T & Santti R. (toim.) *Miehen terveys. Maskuliinisuuden onni ja kirous*. Tampere: Kirjayhtymä Oy, 1995. 171–184.

Kortteinen M. *Kunnian kenttä. Suomalainen palkkatyö kulttuurisena muotona*. Toinen painos. Hämeenlinna: Karisto Oy, 1997.

Krippendorff K. *Content analysis. An Introduction to Its Methodology*. Thousand Oaks, CA: SAGE, 2004.

Kuosmanen J. *Finnkampen. En studie av finska mäns liv och sociala karriärer i Sverige*. Doktorsavhandling. Göteborgs universitet, 2001.

Kyngäs H & Vanhanen L. *Sisällön analyysi*. *Hoitotiede* 1999; 11(1): 3–12.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 785/1992. [www-dokumentti] 17.8.1992 [haettu 7.2.2010] <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/1992/19920785>

Latvala E. & Vanhanen-Nuutinen L. *Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi*. Teoksessa: Janhonen S. & Nikkonen M. (toim.) *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Juva: WSOY, 2001.

Luoto R, Viisainen K & Kulmala I. (toim.) *Sukupuoli ja terveys*. Tampere: Vastapaino, 2003.

Lindström J, Ilanne-Parikka P, Peltonen M, Aunola S, Eriksson J.G, Hemiö K, Hämäläinen H, Härkönen P, Keinänen-Kiukaanniemi S, Laakso M, Louheranta A, Mannelin M, Paturi M, Sundvall J, Valle T.T, Uusitupa M, Tuomilehto J. Sustained reduction in the incidence of type 2 diabetes by lifestyle: follow-up of the Finnish Diabetes Prevention Study. *The Lancet* 2006; 368: 1673–79.

Meuser M. *Homosociality*. Teoksessa: Kimmel M. S & Aronson A (toim.) *Men and Masculinities: A Social, Cultural and Historical Encyclopedia*. New-York: ABC-CLIO, 2004. 396–397.

Moynihan C. *Theories in health care and research: Theories of masculinity*. *BMJ* 1998; 317: 1072–1075.

Möller-Leimkühler A.M. Barriers to help-seeking by men: a review of sociocultural and clinical literature with particular reference to depression. *J Affect Disorders* 2002; 71: 1–9.

Näslindh-Ylispangar A. Men's health behaviour, health beliefs and need for health counselling. A study amongst 40-year-old males from one Helsinki City region. Academic dissertation. University of Helsinki. Department of General Practice and Primary Health Care, 2008.

Oikarinen A. Kainuulaisten miesten terveystietäytyminen. Akateeminen väitöskirja. Oulun yliopisto, 2008.

Ottawa Charter for Health Promotion. WHO, 1986. [WWW-dokumentti] [haettu 3.1.2009] http://www.who.int/hpr/NPH/docs/ottawa_charter_hp.pdf

Palmgren H, Jalonen P, Jurvansuu H, Kaleva S & Tuomi K. Tietojen antaminen, neuvonta ja ohjaus (TANO) työterveyshuolloissa. Työterveyslaitos. Työ ja ihminen tutkimusraportti 35. Tampere: Tampereen yliopistopaino - Juvenes Print, 2008.

Patja K, Paalanen L & Prättälä R. Tupakointi. Teoksessa: Prättälä R & Paalanen L. (toim.) Elintavat ja niiden väestöryhmäerot Suomessa. Helsinki: Kansanterveyslaitos, 2007: 70–78.

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

Pietilä I. Between rocks and hard places. Ideological dilemmas in men's talk about health and gender. Academic dissertation. University of Tampere. Faculty of Medicine, 2008.

Poikolainen K & Paalanen L. Alkoholinkäyttö. Teoksessa: Prättälä R & Paalanen L. (toim.) Elintavat ja niiden väestöryhmäerot Suomessa. Helsinki: Kansanterveyslaitos, 2007: 79–83.

Poskiparta M. Terveysneuvonta, oppimaan oppimista. Videotallenteet hoitajien terveysneuvonnan ilmentäjinä ja vuorovaikutustaitojen kehittämismenetelmänä. Jyväskylän Yliopisto. *Studies in sport, physical education and health* 46, 1997.

Poskiparta M, Kasila K, Vähäsarja K, Kettunen T & Kiuru P. Diabetesta sairastavien ravintorasvojen käytön neuvonta perusterveydenhuollossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2007; 44: 20–28.

Poskiparta M, Kasila K & Kiuru P. Dietary and physical activity counselling on Type 2 diabetes and impaired glucose tolerance by physicians and nurses in primary healthcare in Finland. *Scand J Prim Health*, 2006; 24: 206–210.

Puska P, Peltonen M & Reunanen A. Kakkostyyppin diabetes - ajankohtainen kansanterveysuhkamme. *Yleislääkärilehti* 2008; 2:11–3.

Prochaska J.O & diClemente C.C. Stages and Processes of Self-Change of Smoking: Toward An Integrative Model of Change. *J Consult Clin Psych* 1983; 51(3): 390–395.

Prättälä R & Paalanen L. (toim.) *Elintavat ja niiden väestöryhmäerot Suomessa*. Helsinki: Kansanterveyslaitos, 2007.

Raevaara L. Potilaan alkoholinkäyttö – ongelmallinen puheenaihe terveyskeskuslääkärin vastaanotolla. *Duodecim* 2003; 119: 313–320.

Raitasalo K & Holmila M. The role of the spouse in regulating one's drinking. *Addict Res Theory*. 2005; 13(2): 137–144.

Reunanen A, Virta L & Klaukka T. Tyypin 2 diabeetikkoja on jo yli puoli miljoonaa. *Suomen Lääkärilehti* 2008; 63(21): 1952–1955.

Robertson S. *Understanding Men and Health. Masculinities, Identity and Well-being*. Maidenhead: McGraw-Hill, Open University Press, 2007.

Rovio E, Hakonen H, Kankaanpää A, Eskola J, Hakamäki M, Tammelin T, Helakorpi S, Uutela A & Havas E. Vähän liikkuvat nuoret aikuiset – alaryhmien tunnistaminen. *Liikunta & Tiede* 2009; 46(6): 26–33.

Ruusuvuori J. Sairaudesta puhumisen tilannesidonnaisuus. Teoksessa: Honkasalo M-L, Kangas I & Seppälä U. (toim.) *Sairas, potilas, omainen. Näkökulmia sairauden kokemiseen*. Tampere: Suomalaisen kirjallisuuden seura, 2003. 256–289.

Saaristo T, Oksa H, Peltonen M & Etu-Seppälä L. (toim.) *Dehkon 2D-hanke (D2D) 2003–2007. Loppuraportti*. Suomen Diabetesliitto, 2009.

Salmela S, Poskiparta M, Kasila K, Vähäsarja K & Vanhala M. Transtheoretical model-based dietary interventions in primary care: a review of the evidence in diabetes. *Health Educ Res* 2009; (24) 2: 237–252.

Savola E & Koskinen-Ollonqvist P. *Terveysten edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä*. Helsinki: Terveysten edistämisen keskus, 2005.

Siltala J. *Miehen kunnia*. Toinen painos. Keuruu: Otava, 1994.

Sipilä J & Tiihonen A. (toim.) *Miestä rakennetaan, maskuliinisuuksia puretaan*. Tampere: Vastapaino, 1994.

Sipilä J. *Miestutkimus - säröjä hegemonisessa maskuliinisuudessa*. Teoksessa: Sipilä J & Tiihonen A. (toim.) *Miestä rakennetaan, maskuliinisuuksia puretaan*. Tampere: Vastapaino, 1994. 17–31.

Sloan C, Gough B & Conner M. Healthy masculinities? How ostensibly healthy men talk about lifestyle, health and gender. *Psychol Health* 2009; 1:1–21.

Tiihonen A. Urheilussa kilpailevat maskuliinisuudet. Teoksessa: Sipilä J & Tiihonen A. (toim.) Miestä rakennetaan, maskuliinisuuksia puretaan. Tampere: Vastapaino, 1994. 229–251.

Tilastokeskus. Elinajanodote, 2009a [www-dokumentti] 8.9.2009 [haettu 13.2.2010] <http://www.stat.fi/org/historia/elinajanodote.html>

Tilastokeskus. Alkoholikuolemien määrä pysynyt ennallaan, 2009b [www-dokumentti] 18.12.2009 [haettu 13.2.2010] http://www.stat.fi/til/ksyyt/2008/ksyyt_2008_2009-12-18_tie_001.html

Torkkola S. Sairas juttu. Tutkimus terveystieteiden teoriasta ja sanomalehden sairaalasta. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta, 2008.

Tuomi J & Sarajärvi A. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu laitos. Jyväskylä: Tammi, 2009.

Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson J.G, Valle T.T, Hämäläinen H, Ilanne-Parikka P, Keinänen-Kiukaanniemi S, Laakso M, Louheranta A, Rastas M, Salminen V & Uusitupa M. Prevention of Type 2 Diabetes Mellitus by Changes in Lifestyle among Subjects with Impaired Glucose Tolerance. *New Engl J Med* 2001;344 (18): 1343–1350.

Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001;4. [WWW-dokumentti] [haettu 9.11.2008] <http://www.terveys2015.fi/terveys2015.pdf>

Vuorinen R. Persoonallisuus ja minuus. Juva: WSOY, 1991.

Vähäsarja K, Poskiparta M, Kettunen T & Kasila K. Transteoreettinen muutosvaihemalli perusterveydenhuollon liikuntaneuvonnassa. *Liikunta & Tiede* 2004; 6: 81–88.

Westmaas J.L & Langsam K. Unaided smoking cessation and predictors of failure to quit in a community sample: Effects of gender. *Addict Behav* 2005; 30: 1405–1424.

Yamaoka K & Tango T. Efficacy of Lifestyle Education to Prevent Type 2 Diabetes. *Diabetes Care* 2005; 28: 2780–2786.

Yzer M.C & van den Putte B. Understanding Smoking Cessation: The Role of Smokers' Quit History. *Psychol Addict Behav* 2006; 20(3): 356–361.

Östlin P, Eckermann E, Shankar Mishra U, Nkowane M & Wallstam E. Gender and health promotion: A multisectoral policy approach. *Health Promot Int* 2007; 21(S1): 25–35.

Liitetaulukko 1. Esimerkki deduktiivisesta analyysirungosta

MASKULIINISUUDEN ILMENEMINEN MIESTEN TERVEYSPUHEESSA

	Alkuperäiset ilmaukset	Pelkistetyt ilmaukset
Pärjääminen	<p><i>P: Sitten jos mä päätän, lopetan (tupakoinnin)...</i></p> <p><i>H: Joo.</i></p> <p><i>P:... lopettaa, niin mä lopetan...</i></p> <p><i>H: Joo.</i></p> <p><i>P:... en mä tarvi siihen mitään korvaavia aineita. (15)</i></p>	tupakoinnin lopettamiseen ei tarvita korvaavia aineita
Vaikeneminen	<p><i>H: Niin sä et oo näitä nyt kysyny mistään (kolesterolituloksia)?</i></p> <p><i>P: En mää oo kysyny mitään niitä. Ja jos ei oo pakko, niin en mää kyselekkään. (3)</i></p>	ei kysellä tuloksia, jos ei ole pakko

Liitetaulukko 2. Esimerkki alakategorioiden muodostamisesta induktiivisesti

PELKISTETYT ILMAUKSET	ALAKATEGORIAT
sen verran on itsellä järkeä päässä, että pidetään alkoholinkäytössä pauseja P4	oma päätöksenteko ja periaatteet
jos päättää lopettaa tupakoinnin, niin sitten lopettaa P15	
kaadetaan alkoholi tahallaan pois P15	
omista periaatteista pitäisi tinkiä, jos lähtisi ruuanlaittokurssille P3	
syömistä ja painoa seurataan itse P4	
karamellia syöty urakalla, kun kumminkin kielletään P3	
jos maksa-arvo on huolestuttava, maksalle annetaan lepoaikaa P15	mittaukset
ruokatottumuksia muutettu tietoisesti sen jälkeen, kun verenpaine ja kolesteroli nousseet P15	
miten tutkimuksia otetaan tulevaisuudessa, että pääsee vertaamaan? P4	
silmänpohjakuvaus kiinnostaa P4	

Liitetaulukko 3. Vastaanottokäyntien ja lausumien jakautuminen

	Vastaanottokäynnit	Lausumat
Potilas 3	9	31
Potilas 4	8	54
Potilas 6	2	2
Potilas 7	9	9
Potilas 15	2	13
Yhteensä	30	109
