

Tampereen yliopisto

Terveystieteiden yksikkö

”Mutta niinhän se on ollut aina. Jos se on luonnon laki?”

- Miesten selitystapoja sukupuolten välisistä elinajanodotteen eroista

Pro gradu -tutkielma

Sanna Kangas

Tampereen yliopisto

Terveystieteiden yksikkö

Kesäkuu 2012

TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO

Terveystieteiden yksikkö

KANGAS, SANNA: ”Mutta niinhän se on ollut aina. Jos se on luonnon laki?” –

Miesten selitystapoja sukupuolten välisistä elinajanodotteen eroista.

Pro gradu -tutkielma, 84 s.

Ohjaaja: Tutkijatohtori FT Ilkka Pietilä

Kansanterveystiede

Kesäkuu 2012

Suomalaisten miesten elinajanodote on lähes seitsemän vuotta lyhyempi kuin naisten. Huolimatta vuosikymmenten aikaisesta kiinnostuksesta sukupuolten välisiä terveyseroja kohtaan, on maallikkoepidemiologisia selitysmalleja tutkittu aiheesta vähän. Tavallisten ihmisten ajatukset terveyden ja sairauden syy- ja seuraussuhteista voivat olla usein erilaisia kuin mitä terveystieteet edustaa, ja siten niiden tutkiminen on merkityksellistä.

Tämän pro gradu -tutkielman tavoitteena on tutkia miesten selityksiä sukupuolten välisille elinajanodotteen eroille. Tutkimus on laadullinen, ja siinä tutkitaan diskurssianalyysin keinoin, millaisiin erilaisiin puhetapoihin miehet haastattelupuheessaan tukeutuvat selittäessään sukupuolten välisiä eroja elinajanodotteessa, ja miten nämä tulkinnat suhteutuvat terveystieteen tarjoamiin selitysmalleihin. Empiirinen aineisto koostuu 26:sta paperi- ja metallityömiehen haastattelusta. Tutkimuksen teoreettisena viitekehyksenä on sosiaalinen konstruktionismi.

Miehet tukeutuivat selonteissaan kuuteen toisiinsa liittyviin elinajanodote-eroja selittäviin tulkintarepertuaareihin, jotka olen jakanut kolmeen ryhmään. *Terveyskäyttäytymisen ja elintapojen* tulkintarepertuaareja hallitsi miesten tietoisuus terveellisten elintapojen periaatteista sekä vastaavuus terveystieteellisen tiedon kanssa. Naisten terveellisiä elintapoja selitettiin naisten luontaisella kiinnostuksella terveysasioita kohtaan johtuen ulkonäköpyrkimyksistä, äitiydestä sekä erilaisesta luonteesta, kun taas miehille kiinnostusta terveysasioita kohtaan ei suoraan liitetty. *Perhe- ja työelämän* tulkintarepertuaareissa sukupuolten erilaista terveyttä käsiteltiin hyvin perinteisillä sukupuolirooleilla, joissa naisille asetettiin vastuu perheestä ja miehille työstä, vaikka työelämän nähtiin yhdenmukaistuneen ja puhetapa erosi sukupolvien välillä. Työn stressaavuudesta käytettiin kahta erilaista puhetapaa riippuen kontekstista. *Biologiset ja essentialistiset tekijät* -tulkintarepertuaaria hallitsi tulkintojen varovaisuus sekä essentialistinen ja omintakeinen tapa selittää sairauksien syy- ja seuraussuhteita.

Tutkimaani työväenluokkaisten miesten terveyskulttuuria ilmentää terveystietoisuus sekä tulkintojen yhteneväisyys pääosiltaan terveystieteen selitysmallien kanssa. Miesten tulkinnat sukupuolten välisistä elinajanodote-eroista olivat hyvin monipuolisia ja toisiinsa liittyviä, ja miehuudelle annettiin erilaisia kontekstisidonnaisia merkityksiä suhteessa terveyteen. Siten työväenluokkaisten miesten terveyskulttuuria kuvastaa vaikeus hahmottaa terveyttä yksiselitteisesti, mikä voi asettaa haasteen terveydenedistämistyölle.

Asiasanat: sukupuoli, elinajanodote-erot, maallikkoepidemiologia, diskurssianalyysi

ABSTRACT

TAMPERE UNIVERSITY
School of Health Sciences

KANGAS, SANNA: 'But It Has Always Been So, Hasn't It? I Wonder If It is a Law of Nature' –Men's Explanations of Gender Differences in Life-Expectancy.

Master Thesis, 84 p.

Supervisor: Postdoctoral researcher Ph.D. Ilkka Pietilä

Public Health

June 2012

The life expectancy of Finnish men is nearly seven years shorter than that of women. Although there has for decades been an interest in health differences between the genders lay epidemiology explanatory models related to the topic have been studied only a little. The thoughts of ordinary people of the causes and consequences of health and disease may often differ from those in health education, in which case it is of importance to study lay epidemiology.

The purpose of this Master's thesis was to study men's explanations of gender differences in life-expectancy. In this qualitative study I used discourse analysis to examine the variation of men's interview talk when asked to explain gender differences in life-expectancy, and how these interpretations relate to the explanatory models offered by health science. The empirical material consists of 26 interviews of male paper and metal workers. The scientific frame of this study is social constructivism.

In their accounts the men used six interrelated interpretative repertoires of differences in life-expectancy, which have been divided into the following three groups. The interpretative repertoires of *health behaviour and ways of living* were governed by the men's awareness of the principles of healthy ways of living and accord with the knowledge of health sciences. The fact that women's ways of living were healthier than those of men was explained by women's natural interest in health due to their looking after their looks, their maternity and their different character whereas men were not considered primarily interested in health. In the interpretative repertoires of *family and working life* the differences in health between the genders were handled by highly traditional gender roles – women were regarded as responsible for family and men for work, although this varied between the generations and men understood that working life had become more uniform. Two manners of speech were used for stress caused by work, depending on the context. The interpretative repertoire of *biological and essentialistic factors* was characterized mainly by tentativeness of the interpretations and by an essentialistic and original way of accounting for the causes and consequences of disease.

Health awareness and the accord, primarily, of the interpretations with the explanatory models of health science are typical of the health culture of the working class men dealt with this study. The men's interpretations of gender differences in life expectancy varied a lot and were interconnected, and various context-bound meanings were attached to manhood as regards health. The health culture of working class men is characterized by difficulty in forming an unambiguous picture of health, which may pose a challenge for health promotion.

Keywords: gender, differences in life expectancy, lay epidemiology, discourse analysis

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	SUKUPUOLTEN VÄLISET TERVEYSEROT	3
2.1	Kuolleisuus ja terveet elinvuodet	3
2.2	Sairastavuus.....	6
2.3	Itse arvioitu terveys.....	7
2.4	Terveyspalveluiden ja lääkkeiden käyttö.....	7
3	SUKUPUOLTEN VÄLISTEN TERVEYSEROJEN SELITYSMALLEJA	10
3.1	Biologiset tekijät terveyserojen selittäjänä	10
3.2	Sosiokulttuuriset ja psykososiaaliset selitysmallit.....	11
3.2.1	Sukupuolirooliteoriasta nykyisyyteen.....	11
3.2.2	Erilaiset elintavat.....	14
3.2.3	Sosiaalikonstruktivistinen suuntaus.....	15
3.2.4	Kuormittaville tekijöille altistuminen ja erilainen haavoittuvuus	16
3.2.5	Siviilisäätö ja perhe	17
3.2.6	Terveydenhuollon palveluiden käyttö.....	18
4	MAALLIKKOKÄSITYKSIÄ SAIRAUDEN SYISTÄ JA TERVEYSEROISTA.....	20
4.1	Maallikkoepidemiologia – mitä se on ja miksi sen tutkiminen on tärkeää?	20
4.2	Miten ihmiset selittävät sairauksia ja terveyseroja?.....	23
4.3	Aikaisemmat tutkimukset maallikoiden käsityksistä sukupuolten välisistä terveys- ja kuolleisuuseroista	25
5	TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	28
6	AINEISTON KUVAUS, MENETELMÄ JA ANALYYSI	30
6.1	Tutkimusaineiston kuvaus	30
6.2	Kieli tutkimuksen metodologisena lähtökohtana	31
6.3	Diskurssianalyysi ja tutkimusaineiston analyysi	33
7	TULOKSET.....	38
7.1	Terveyskäyttäytymisen ja elintapojen tulkintarepertuaarit.....	40

7.1.1	Naisten kiinnostus terveysasioita kohtaan -tulkintarepertuaari	40
7.1.2	Naisten erilainen luonne -tulkintarepertuaari	43
7.1.3	Elintapojen yhdenmukaistuminen -tulkintarepertuaari.....	48
7.2	Perhe- ja työelämän tulkintarepertuaarit	53
7.2.1	Naisten vastuu perheen hyvinvoinnista ja terveydestä -tulkintarepertuaari	53
7.2.2	Miesten raskaampi työ -tulkintarepertuaari.....	56
7.3	Biologiset ja essentialistiset tekijät -tulkintarepertuaari	59
7.4	Yhteenveto tuloksista	65
8	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	68
	LÄHTEET	76

1 JOHDANTO

Suomalainen mies kuolee lähes seitsemän vuotta aikaisemmin kuin suomalainen nainen, ja kuolleisuuserot ovat Suomessa korkeammat kuin monessa muussa Euroopan maassa. Lisäksi sukupuolten välillä on olemassa selkeitä eroja terveyden suhteen. (Koskinen & Martelin 2007; Rajaratnam ym. 2010.) Ilmiön maailmanlaajuisuus on herättänyt tutkijoiden mielenkiintoa jo vuosikymmenten ajan, ja eroja on selitetty terveystieteessä monipuolisesti sekä biologisilla että sosiaalisilla selitysmalleilla (esim. Bird & Rieker 2008, 39–43). Kuitenkin tavallisten ihmisten tarjoamia selityksiä miesten ja naisten välisille elinajan eroille on tutkittu vähän (esim. Emslie & Hunt 2008), ja varsinkaan perinteisiin sukupuolierojen selitysmalleihin vertailevaa tutkimusta ei ole liiemmin tehty.

Tällä niin kutsutulla maallikkoepidemiologialla (*lay epidemiology*) tarkoitetaan tavallisten ihmisten tapaa arvioida sairauksien riskitekijöitä suhteuttamalla aikaisempaa opittua tietoa omiin käytännön kokemuksiinsa ja havaintoihinsa (Frankel, Davison & Davey Smith 1991). Maallikkoepidemiologian ymmärtäminen laajentaa käsityksiä ihmisten terveysajattelusta ja terveyskäyttäytymisestä, mitä on pidetty tärkeänä terveystieteessä sekä tarkemmin terveydenedistämistyössä (Blaxter 1997).

Aikaisemmissa maallikkoepidemiologisissa tutkimuksissa on todettu ihmisten ajattelun terveydestä ja sairauksien syy-seuraussuhteista olevan usein erilaista, kuin mitä elintapoihin painottuva terveystieteellinen edustaa, koska ihmisten käsitykset pohjautuvat hyvin monipuolisiin lähteisiin ympäröivästä yhteiskunnasta (esim. Hunt & Emslie 2001). Ihmisten käsitykset terveyserojen syistä kuvastavat sitä ajatus- ja arvomaailmaa, jonka perusteella he tekevät myös tärkeitä ratkaisuja oman terveytensä suhteen. Siten tuloksellista terveyttä edistävää työtä on vaikea toteuttaa, jos se ei kohtaa ihmisten vallitsevaa kulttuurista ajatusmaailmaa. (Nettleton 1995, 38–45; Davison, Frankel & Davey Smith 1992.) Oleellista on siten huomioida myös se, että ihmisen ei voida ajatella toimivan terveytensä suhteen irrallisena yhteisöstään, vaan ihmisen valintoja ja ajatuksia ohjaavat myös ympäröivän yhteisön kanssa jaettu ymmärrys ja terveyden monitulkintaisuus. Tällöin puhutaan tietyn yhteisön terveystieteestä tai terveystajusta, jolloin terveyttä tulkitaan ennen kaikkea sosiaalisesti kulttuurin sanelemana (Hoikkala 2009.)

Tämän tutkimuksen tavoitteena on selvittää, millaisiin diskursiivisiin puhetapoihin suomalaiset työväenluokkaiset miehet haastattelupuheessaan tukeutuvat selittäessään sukupuolten välisiä eroja elinajanodotteessa. Tällä pyrin toisin sanoen selvittämään, miten miesten tulkinnat vaihtelevat sen suhteen, mikä selittää naisten tai miesten terveyttä. Lisäksi tavoitteena on tarkastella sitä, miten miesten haastattelupuheessa rakentuneet selitykset suhteutuvat aikaisempiin terveystieteellisiin selitysmalleihin. Uskon miesten haastattelupuheen kertovan jotain työväenluokkaisten miesten terveyskulttuurista, eli terveystajusta (Hoikkala 2009), jolla tarkoitan tälle yhteisölle ominaista yhteisesti jaettua tapaa ymmärtää ja tulkita miesten ja naisten terveyden determinanteja.

Empiirinen aineisto käsittää 26 aikaisemmin tehtyä paperi- ja metallityömiehen haastattelua, joissa sukupuolten väliset kuolleisuuserot ovat olleet yhtenä teemana. Tutkimuksen teoreettisena viitekehyksenä toimii sosiaalinen konstruktionismi, jonka perusteella hahmotan tutkittavan todellisuuden rakentuvan senhetkisessä vuorovaikutuksessa haastattelijan kanssa, mutta samalla pohjautuvan myös kulttuurisesti jaettuun tietoon. Tällöin ymmärrän miesten käsitysten rakentuvan haastattelun aikana sosiaalisessa vuorovaikutuksessa haastattelijan kanssa ja ilmentävän diskurssien muodossa kulttuurista todellisuutta. (Burr 1995, 4–5.)

Tutkimus koostuu kahdeksasta osasta. Ensimmäisessä osassa luvussa kaksi esittelen Suomessa vallitsevia miesten ja naisten kuolleisuuseroja sekä eroja sairastavuudessa, itse arvioidussa terveydessä ja terveystalouden käytössä. Luvun tarkoituksena on antaa yleissilmäys sukupuolten välisiin eroihin terveydessä, ja vasta kolmannessa luvussa syvennyttään tarkemmin niiden taustalla vaikuttaviin tekijöihin sekä niitä selittäviin selitysmalleihin. Seuraavaksi luvussa neljä tarkastelen maallikkoepidemiologian merkitystä terveystieteellisessä tutkimuksessa, sekä esittelen aikaisempia tutkimustuloksia siitä, miten ihmiset ovat selittäneet terveyttä, sairautta ja terveyseroja. Ennen tuloksia esittelen tutkimukseni tavoitteet ja tutkimuskysymykset sekä tutkimuksen metodologiset lähtökohdat, tutkimusaineiston, käytetyn menetelmän sekä analyysin. Lopuksi esittelen tutkimukseni tulokset sekä niiden tarkemman pohdinnan ja johtopäätökset.

2 SUKUPUOLTEN VÄLISET TERVEYSEROT

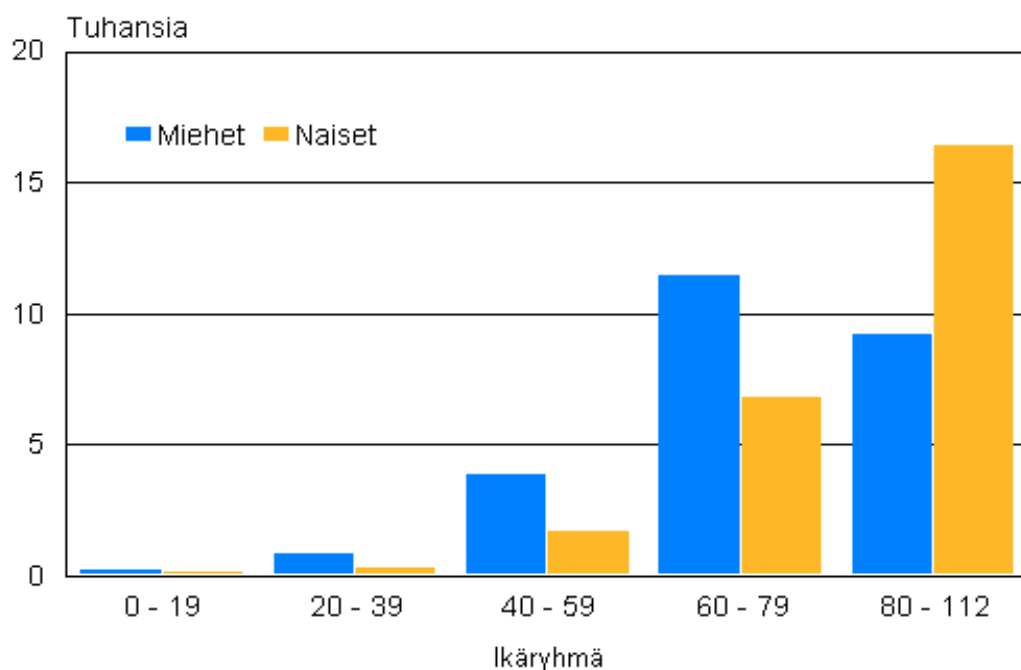
Terveys vaihtelee voimakkaasti sukupuolten välillä. Miesten ja naisten välisiä eroja terveydessä on yksinkertaistaen kuvattu siten, että naiset sairastavat enemmän ja miehet kuolevat aikaisemmin (ks. esim. Macintyre, McKay & Ellaway 2005; Sen & Östlin 2007, 42). Ilmiö on tunnistettavissa maailmanlaajuisesti sekä kehittyneissä että suurimmassa osassa kehitysmaita (Östlin, George & Sen 2001, 177, 180). Kuitenkin naisten suurempaa sairastavuutta on kyseenalaistettu viime vuosikymmenten aikana ja näyttäisikin siltä, että naisten ja miesten väliset erot sairastavuudessa eivät ole niin suuria eivätkä johdonmukaisia kuin on aiemmin ajateltu (ks. esim. Macintyre, Hunt & Sweeting 1996; Hunt & Annandale 1999). Silti etenkin sukupuolten väliset erot elinajanodotteessa ovat olleet jo kauan Suomessa länsimaiden suurimpia (Viisainen, Luoto & Kulmala 2003). Tässä luvussa kuvaan suomalaisten miesten ja naisten kuolleisuuseroja sekä eroja sairastavuudessa, itse arvioidussa terveydessä ja terveyspalveluiden käytössä. Luvun tarkoituksena on antaa yleiskuva sukupuolten välisiin eroihin terveydessä, ja vasta myöhemmin luvussa kolme syvennyn tarkemmin niiden taustalla vaikuttaviin tekijöihin.

2.1 Kuolleisuus ja terveet elinvuodet

Sukupuolten väliset kuolleisuuserot ovat Suomessa suuremmat kuin monessa muussa Euroopan maassa. Esimerkiksi kansainvälisen selvityksen mukaan suomalaiset naiset kuolevat ennenaikaisesti 15–60-vuotiaana yhtä harvoin kuin muutkin Länsi-Euroopan naiset (54/1000), mutta miesten kuolleisuus (124/1000) on Albanian ja monien Keski-Euroopan maiden luokkaa (Rajaratnam ym. 2010). Sukupuolten väliset kuolleisuuserot olivat suurimmillaan vuonna 1977, jolloin elinajanodotteen ero oli 8,8 vuotta (Koskinen & Martelin 2007). Viime vuosikymmenten aikana erot ovat kaventuneet, ja nykyään sukupuolten välinen elinajanodotteen ero on 6,5 vuotta. Vuonna 2010 miesten elinajanodote oli 76,7 vuotta, kun naisten odotettavissa oleva elinikä oli 83,2 vuotta. (Tilastokeskus 2011a.)

Erot kuolleisuudessa ovat hyvin näkyviä, sillä miesten suhteellinen kuolleisuus ikävakioiduna on vähintään kaksinkertainen naisiin verrattuna lapsesta noin 70.

ikävuoteen asti (kuvio 1). Suurimmillaan suhteelliset kuolleisuuserot ovat varhaisaikuisuudessa, jolloin 20–29-vuotiaiden miesten suhteellinen ylikuolleisuus on jopa kolminkertainen naisiin verrattuna. Miesten suhteellinen ylikuolleisuus verrattuna naisiin on kaksinkertainen vielä 75. ikävuoteen asti. (Martelin, Koskinen & Lahelma 2005.) Merkittävää on myös se, että miesten absoluuttinen kuolleisuus – eli miesten ”ylimääräisten” kuolemien määrä tuhatta ikäryhmään kuuluvaa kohti – kasvaa vielä kaikkein vanhimpiin ikäluokkiin asti (Koskinen & Martelin 2007).



KUVIO 1. *Miesten kuolleisuuden suhde naisten kuolleisuuteen ikäryhmittäin vuonna 2010 (Tilastokeskus 2011b)*

Sukupuolten väliset kuolleisuuserot perustuvat pitkälti eroihin terveystyytymisessä. Suurimpia sukupuolten välisiä kuolleisuuseroja selittäviä kuolemansyitä ovat sepelvaltimotauti (29 %), tapaturmat ja väkivalta (22 %), alkoholikuolemansyyt (10 %) ja keuhkosityöpä (9 %) (Koskinen & Martelin 2007). Pelkästään alkoholin ja tupakoinnin on yhdessä arvioitu selittävän jopa yli puolet sukupuolten välisen elinajanodotteen erosta (Martelin, Mäkelä & Valkonen 2004). Tapaturmia ja varsinkin alkoholiin liittyviä tapaturmia sattuu miehille naisia yleisemmin, sillä miesten osuus kaikista tapaturmaisesti kuolleista on kaksi kolmasosaa ja alkoholiin liittyvissä tapaturmakuolemissa miesten suhteellinen osuus naisiin verrattuna on vielä suurempi (Impinen, Lunetta & Lounamaa 2008, 6). Lisäksi itsemurhakuolleisuus – joka on

Suomessa maailman korkeimpia – on selvästi miesvoittoinen, sillä 75 prosenttia itsemurhista on miesten tekemiä (Lönnqvist 2005). Miesten ja naisten välisten kuolleisuuserojen on arveltu pienenevän, koska sukupuolten väliset erot terveystyötyymisessä ja elintavoissa ovat nykyään pienentyneet (Koskinen & Martelin 2007).

Miesten ja naisten välisten kuolleisuuserojen syyt vaihtelevat eri ikäryhmissä. Nuorten miesten ylikuolleisuus naisiin verrattuna johtuu ennen kaikkea tapaturmista ja väkivaltaisista kuolemista, kun keski-ikäisten ja vanhempien miesten ylikuolleisuus johtuu lähinnä sepelvaltimotaudeista. Myös alkoholikuolemansyyt liittyvät vahvasti keski-ikäisten miesten ja naisten kuolleisuuseroihin. (Koskinen & Martelin 2007.) Alkoholikuolemansyyt olivatkin sekä työikäisten (15–64-vuotiaat) miesten että naisten yleisin kuolinsyy vuonna 2008 (Tilastokeskus 2009). Tupakointi nousee taas vanhimmissa ikäryhmissä sukupuolten kuolleisuuserojen taustatekijäksi (Martelin, Koskinen & Valkonen 2005).

Miesten ja naisten välillä vallitseva ero kuolleisuudessa kärjistyy entisestään, kun tarkastellaan sosioekonomisia kuolleisuuseroja. Yleisesti tiedetään, että korkeammassa sosioekonomisessa asemassa olevat ovat terveempiä kuin alemman sosiaaliluokan edustajat. Sukupuolen vaikutus terveyteen on sosioekonomista asemaakin voimakkaampi, sillä perusasteen koulutuksen saaneiden naisten odotettavissa oleva elinaika on silti 1,3 vuotta pidempi kuin korkeasti koulutettujen miesten odotettavissa oleva elinaika. (Sihvonen, Koskinen & Martelin 2007.)

Pelkän kuolleisuusluvun tarkastelu kertoo vain yksipuolisen kuvan yksilöiden terveydestä. Euroopan komission (2011) tilaston mukaan suomalaiset miehet ja naiset saavuttavat kuolleisuuseroista huolimatta yhtä monta tervettä vuotta elämänsä aikana (Healthy Life Years HLY). Miehillä terveitä elinvuosia on 58,1 ja naisilla 58,4. Naiset elävät miehiä pidempään, ja ehtivät siten kerryttää myös enemmän toimintarajoitteisia elinvuosia kuin miehet, mikä on nähtävissä samasta tilastosta. Miesten elinajanodotteessa on kuusi prosenttia enemmän toimintarajoitteettomia elinvuosia kuin naisilla. (Euroopan komissio 2011.) Myös Sihvosen (2005) mukaan miehillä ja naisilla on yhtä paljon terveitä elinvuosia, jos toimintarajoitteinen elämä määritellään laajasti niin, että se sisältää esimerkiksi haittaavan pitkäaikaissairauden. Tällöin toimintarajoitteista elinaikaa on naisilla 7,5 vuotta enemmän kuin miehillä.

2.2 Sairastavuus

Aikaisemmin on ollut vallalla käsitys, jonka mukaan miehet kuolevat aikaisemmin ja naiset sairastavat enemmän. Tämä käsitys on sittemmin asetettu kyseenalaiseksi ja arvioitu uudelleen. (ks. esim. Macintyre, McKay & Ellaway 2005; Hunt & Annandale 1999). Tutkimuksissa on osoittautunut, että sukupuolten välisiä sairastavuuden eroja ei voida pitää enää niin suurina eikä johdonmukaisina kuin ennen (Macintyre, Hunt & Sweeting 1996; Lahelma, Manderbacka, Martikainen & Rahkonen 2003). Suomessa naiset kyllä viettävät elämästään pidemmän aikaa sairaana kuin miehet mittaustavasta riippumatta (Sihvonen 2005), mutta miehet kärsivät naisia enemmän vakavammista sairauksista, kuten verenkiertoelinten sairauksista (Martelin, Koskinen & Lahelma 2005). Esimerkiksi Suomessa miehet kuolevat kaksi kertaa naisia useammin sepelvaltimosairauksiin (Riskä 2011).

Lahelma kollegoineen (1999) tarkasteli miesten ja naisten sairastavuuseroja ja osoitti, että vaikka naisten terveys oli odotetusti hieman miehiä huonompi, löytyi sairastavuudesta myös vastaavuuksia. Erityisesti somaattiset ja psyykkiset oireet sekä yli 50-vuotiailla naisilla toiminnanrajoitteet olivat miehiä yleisempiä. Myös Martelinin ja kollegoiden (2005) mukaan naisille ovat miehiä tyypillisempiä tuki- ja liikuntaelinten sairaudet, masennusoireet sekä useat psyykkiset ja psykosomaattiset oireet. Lisäksi Lahelman ja kollegoiden (1999) tutkimuksessa myytti naisten suuremmasta sairastavuudesta osoittautui päinvastaiseksi vanhemmalla iällä, jolloin miehet sairastivat naisia enemmän etenkin vakavia sairauksia.

Pitkäaikaissairastavuus näyttäisi tutkimusten mukaan samanlaiselta sukupuolten välillä. Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut -kyselyn (HYPA) mukaan vuonna 2009 hieman alle 30 prosenttia väestöstä kärsi jostain pitkäaikaissairaudesta, eikä sukupuolten välillä ollut sairastavuudessa merkittäviä eroja. Positiivista oli, että sukupuolten väliset erot olivat tasoittuneet vuodesta 2004 vuoteen 2009. (Klavus 2010.) Myös Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan miehillä ja naisilla oli yhtä paljon pitkäaikaissairauksia kaikissa ikäluokissa (Koskinen & Aromaa 2002).

Naiset raportoivat miehiä yleisemmin psyykkisiä oireita, mikä on yleinen ilmiö kaikissa länsimaissa (Riskä 2009). Arisen ja kollegoiden (1998, 26) mukaan suomalaiset naiset kokivat miehiä enemmän ylläastuneisuutta, alakuloisuutta, masentuneisuutta,

voimattomuutta ja väsymystä. Masennus onkin voimakkaammin naisten sairaus, kun taas päihdeongelmat ja itsetuhoisen käyttäytyminen ovat tyypillisempiä miehille (Kaltiala-Heino 2003).

2.3 Itse arvioitu terveys

Itse arvioitu terveys on tärkeä yksilön terveydentilan osoitin, sillä sen on osoitettu olevan yhteydessä kuolleisuuteen ja sairastavuuteen (ks. esim. Kaplan ym. 1996). Lisäksi se korreloi myös yksilön terveystyytymisen kanssa, sillä Kasmelin ja kollegoiden (2004) tutkimus osoitti, että huonoksi koettu terveys liittyi huonoon terveystyytymiseen. Suomessa sekä miehet että naiset kokevat terveytensä melko hyväksi; monien tutkimusten mukaan noin kaksi kolmasosaa väestöstä kokee terveytensä hyväksi tai melko hyväksi (ks. esim. Klavus 2010; Manderbacka 2005; Kasmel ym. 2004).

Miesten ja naisten välillä ei ole siis merkittäviä sukupuolieroja koetussa terveydessä, ja vähäisetkin erot näyttäisivät tasoittuneet viime vuosin aikana (Klavus 2010). Esimerkiksi työikäiset naiset ovat arvioineet terveytensä paremmaksi kuin työikäiset miehet 2000-luvun puoliväliin asti, mutta viime vuosien aikana terveytensä hyväksi tai melko hyväksi kokevien miesten osuus on noussut naisten tasolle (Sosiaali- ja terveystietokeskus 2010, 29). Myös Kallion (2006) tutkimus tukee käsitystä siitä, että sukupuolten välillä ei ole eroja koetussa terveydessä Suomessa.

Nuorilla on nähtävissä aikuisia enemmän sukupuolten välisiä eroja itse arvioitussa terveydessä. Kouluterveyskysely vuosilta 1998–2007 osoitti, että peruskoulun yläaste- ja lukioikäiset tytöt kokivat terveydentilansa poikia useammin keskinkertaiseksi tai huonoksi. Lisäksi tytöt kärsivät poikia enemmän päivittäisistä oireista sekä niska- ja hartiakivuista ja olivat väsyneempiä ja masentuneempia kuin pojat. Päänsärkyä oli molemmilla sukupuolilla yhtä paljon, ja pojilla ylipainoisuus oli yleisempää kuin tytöillä. (Luopa, Pietikäinen & Jokela 2008, 21–22.)

2.4 Terveyspalveluiden ja lääkkeiden käyttö

Sukupuolten välillä on osoitettavissa selkeää eroa terveyspalveluiden käytössä. Naiset ovat perinteisesti käyttäneet avohoidon palveluita miehiä enemmän, ja ero on kasvanut

entisestään edellisten 40 vuoden aikana (Hemminki, Luoto & Gissler 2006). Terveys 2000 -tutkimuksen mukaan naiset kävivät miehiä useammin lääkärissä (3,5 vs 2,4 kertaa vuodessa) ja sukupuolten välinen ero oli selkein alle 65-vuotiaiden ryhmässä. Lisäksi terveyden- ja sairaanhoitajan luona kävivät useammin naiset kuin miehet. (Häkkinen & Alha 2006.)

Ikääntyneillä on saatu vastaavia tuloksia, sillä Suominen-Taipale kollegoineen (2006) osoitti, että vanhemmat naiset käyttivät kaikkia terveydenhuoltopalveluita sairaalahoitoa lukuun ottamatta miehiä enemmän, vaikka asetelmassa oli huomioitu itse arvioitu terveys ja krooniset sairaudet. Myös Suomalaisten hyvinvointi ja palvelut -kyselyn (HYPA) tulosten mukaan naiset käyttivät lääkäripalveluita miehiä enemmän kaikissa ikäluokissa lukuun ottamatta kaikista iäkkäintä ryhmää, jossa sukupuolten välisiä eroja ei ollut havaittavissa. (Klavus 2010.) Fysioterapiapalveluiden käytössä jatkui sama naisvoittoinen linja, sillä Terveys 2000 -tutkimuksen perusteella fysioterapian käyttö oli naisten keskuudessa kaksinkertainen miehiin verrattuna kaikissa ikäryhmissä, paitsi 75–84-vuotiailla miehillä (Hakulinen, Koskinen, Martelin, Sainio & Aromaa 2006).

Sukupuolierot säilyvät vastaavina myös sairaalahoidossa. Naisilla on selvästi miehiä enemmän sairaalahoitopäiviä, ja vaikka hoitajaksojen pituus on lyhentynyt, ovat sukupuolierot niissä säilyneet ennallaan. Kuitenkin alle 15-vuotiailla ja 45–74-vuotiailla miehillä sairaalahoitopäiviä oli naisia enemmän. (Hemminki ym. 2006.) Eroja löytyy myös leikkaustoimenpiteistä. Esimerkiksi kardiologiset toimenpiteet (ks. esim. Hetemaa, Manderbacka, Reunanen, Koskinen & Keskimäki 2006) ja välilevyn leikkaukset (Hemminki ym. 2006) ovat yleisempiä miehillä kuin naisilla. Naisilla sen sijaan kaihileikkaukset alle 80-vuotiailla, lonkan tekonivelleikkaukset, steriloinnit ja kilpirauhasen poistot ovat miehiä yleisempiä (Hemminki ym. 2006).

Naiset käyttävät terveydenhuoltopalveluiden lisäksi miehiä aktiivisemmin myös resepti- ja itsehoitolääkkeitä, eikä suunta ole muuttunut viime vuosien aikana. Sekä Terveys 2000 -tutkimuksen väestötutkimuksen (Arinen ym. 1998, 54–56) että Terveys 2000 -tutkimuksen (Häkkinen ym. 2002) mukaan aikuiset naiset käyttivät resepti- ja itsehoitolääkkeitä miehiä enemmän. Alle 15-vuotiailla pojilla reseptilääkkeiden käyttö oli tyttöjä yleisempää, mutta tämän jälkeen tyttöjen osuus oli suurempi aina eläkeikään asti, jolloin lääkkeidenkäyttö tasaantui sukupuolten välillä (Arinen ym. 1998, 54–56).

Terveyspalveluiden erilaista käyttöä on tutkittu paljon sosiaalisen aseman ja asuinalueen mukaisesti, mutta sukupuolten mukaista käyttöä ja sen vaikutuksia on tutkittu vähemmän. Naiset käyttävät enemmän terveydenhuollon palveluita, mutta he myös sairastavat ja raportoivat oireita miehiä enemmän. On epäselvää, kuinka paljon terveyspalveluiden erilainen käyttö vaikuttaa sukupuolten välisiin terveyseroihin ja naisten pidempään elinikään. (Gissler 2003.) Ennemmin naisten miehiä suurempi terveyspalveluiden käyttö näyttäisi liittyvän naisten tapaan käyttäytyä, suurempaan sairastavuuteen ja pidempään elinikään kuin siihen, että naiset olisivat sen johdosta pitkäikäisempiä (Hemminki ym. 2006). Käsittelen sairastavuutta ja terveyspalveluiden käytön taustalla vaikuttavia syitä tässä työssä tarkemmin myöhempanä.

Edellisten lukujen perusteella voidaan sanoa, että suomalaiset miehet sairastuvat naisia useammin vakaviin sairauksiin, kuten sepelvaltimotautiin. Naiset käyttävät enemmän terveydenhuollon palveluita, oirehtivat enemmän ja sairastavat muun muassa tuki- ja liikuntaelinten sairauksia miehiä enemmän, mikä selittyy jo pitkälti naisten pidemmällä eliniällä ja minkä vuoksi toiminnanrajoitteet ja sairaudet ehtivät kehittyä suuremmissa määrin. Sukupuolten välillä löytyy myös vastaavuuksia terveyden suhteen, kuten yhtä suuri pitkäaikaissairastavuus sekä itse arvioitu terveys. Kuitenkin huomiota herättävin sukupuolten välinen ero terveydessä ilmenee miesten melkein seitsemän vuotta lyhyemmässä eliniässä. Sukupuolten väliset sairastavuus- ja toimintakyvyn rajoitteiden erot ovat suhteellisen pieniä verrattuna kansainvälisestikin huomiota herättävän suureen eroon kuolleisuudessa (Martelin, Koskinen & Lahelma 2005).

3 SUKUPUOLTEN VÄLISTEN TERVEYSEROJEN SELITYSMALLEJA

Naiset ja miehet ovat alttiita erilaisille sairauksille ja terveyteen vaikuttaville tekijöille, mikä johtuu pitkälti naisten ja miesten biologisista eroista sekä sosiaalisesti ja kulttuurisesti rakentuneista sukupuolille tyypillisistä käyttäytymistavoista. Terveystutkimuksessa on sittemmin tehty eroa sukupuolen biologisuuden (sex) ja sukupuolen sosiaalisesti ja kulttuurisesti muotoutuvan sosiaalisen terveyden (gender) välillä. (Viisainen, Luoto & Kulmala 2003.) 70-luvulta lähtien terveys sosiologiassa on suhtauduttu kriittisesti lääketieteelliseen tapaan keskittyä tutkimuksessa stereotyyppisiin sukupuolirooleihin. Niiden sijaan on korostettu eri sukupuolten kokemuksia, merkityksiä ja tulkintoja terveydestä sekä sairaudesta. (Riskä 2003.) Seuraavissa luvuissa esittelen niitä selitysmalleja, joilla epidemiologiassa ja terveys sosiologiassa on selitetty sukupuolten välisiä terveyseroja ja miten teoriat ovat kehittyneet.

3.1 Biologiset tekijät terveyserojen selittäjänä

Naiset ja miehet eroavat ilmeisimmin toisistaan juuri biologisesti, mikä luo jo itsessään lähtökohdan erilaiselle terveydelle. Naisilla lisääntymisterveys on selvän miehistä erottava biologinen terveyden determinantti, jonka vuoksi naiset käyttävät paljon terveyspalveluja, mutta johon liittyy myös paljon terveysriskejä (Doyal 2000). Sama ilmiö on nähtävissä Macintyren ja kollegoiden (1996) tutkimuksessa, jonka mukaan sukupuolten väliset terveyserot perustuvat voimakkaasti erilaisiin riskeihin eri aikakausina. Naisilla suurempi sairastavuus liittyi pitkälti juuri lisääntymisikäisiin raskauden myötä ja keski-ikäisiin vaihdevuosien myötä.

Sukupuolten välisiä eroja ilmenee sairauksien erilaisessa esiintyvyydessä ja ennusteissa sukupuolten välillä. Tämä voi olla biologisesti selitettävissä eroavaisuuksilla geneeissä, hormonitoiminnassa, aineenvaihdunnassa sekä muissa tekijöissä. Naisilla ja miehillä on omat sukupuolispesifit sairaudet, kuten eturauhassyöpä tai munasarjasyöpä. Lisäksi tietyt sairaudet, kuten hemofilia, periytyvät sukupuolikromosomin X kautta, minkä vuoksi lähinnä miehet sairastavat ja naiset ovat sairauden kantajia (Sen & Östlin 2007, 43–44). Samoin miehillä testosteroni ja isompi kehon massa suojaavat osteoporoosilta,

kun taas naisilla varsinkin vaihdevuosien jälkeen hormonien suojaava vaikutus häviää. (Swinburn & Cameron-Smith 2004.)

Onkin esitetty, että miessukupuoli olisi naissukupuolta heikompi melkein koko iän kattavan kansainvälisen ylikuolleisuuden perusteella. Raskaus keskeytyy useammin poikavauvan kuin tyttövauvan kohdalla, ja poikavauvojen terveyden on todettu olevan tyttöjä heikompi heti syntymän jälkeen (Emt). Miehillä ja naisilla on biologisia eroja muun muassa herkkyydessä reagoida sairauksille altistaville tekijöille, geneettisessä tautitaipumuksessa ja lääkeaineiden vaikuttavuudessa. Nämä tekijät ovat osittain syy sille, miksi molemmilla sukupuolilla sairaudet esiintyvät eri tavalla, eri voimakkuuksin ja ovat eri tavalla hoidettavissa. (Wizemann & Pardue 2001, 117–118.)

Tarkan sukupuolten välisten terveyteen vaikuttavien biologisten tekijöiden esittelyn jälkeen Wizemann ja Pardue (2001, 172) kuitenkin korostavat, miten vaikeaa – ja oikeastaan mahdotonta, on eritellä biologisia syitä terveyden sukupuolisille eroille ja olla huomioimatta sosiaalisen ympäristön ja käyttäytymisen vaikutuksia sairauksien synnyssä. Esimerkiksi sepelvaltimotautia sairastavan miehen tai naisen selviytyminen sairautensa kanssa vaihtelee ennen kaikkea myös oman hoitomyöntyvyyden, sairauden kokemisen, ympäristön tuen tai terveydenhuollon tasapuolisuuden perusteella. Vaikka yksilön geeniperimä ja ympäristö voivat altistaa erilaisille terveystarpeille, määräävät sosiaaliset tekijät lopulta yksilön todellisen haavoittuvuuden näille terveystarpeille (Sen & Östlin 2007, 44).

3.2 Sosiokulttuuriset ja psykososiaaliset selitysmallit

3.2.1 Sukupuolirooliteoriasta nykyisyyteen

Sukupuolten terveystutkimuksen perustana on ollut amerikkalaisen sosiologi Talcott Parsonsin (1951) teoreettinen viitekehys sairaan roolista yhteiskunnan sosiaalisen järjestelmän säilyttäjänä. Sairaana rooliin kuuluu velvollisuuksia esimerkiksi parantua, mutta myös oikeuksia vapautua velvoitteista sairauden vuoksi. (Vaskilampi 2010.) Tämä teoria ohjasi myös Parsonsin (1951) ajatuksia sukupuolille tyypillisestä käyttäytymisestä, ja se yhdistettiin myöhemmin käsitteeseen sukupuolirooli (Riskä 2011). Sittemmin muotoutuneen rooliteoreettisen viitekehysten avulla on pyritty ymmärtämään sukupuolten välisiä terveyseroja (Mannila 1992).

Sukupuoliroolit ovat alun perin perustuneet sukupuolille tyypilliseen ja kulttuurisesti hyväksyttävään käyttäytymiseen. Nathansonin (1975) mukaan naiset raportoivat miehiä enemmän eri oireita, koska naisille on kulttuurisesti hyväksyttävämpää olla sairas. Lisäksi sairaan roolin ajateltiin sopivan naiselle paremmin, koska se on yhteneväinen naiselle tyypillisen sukupuoliroolin kanssa. Naisten on ajateltu myös kokevan ja ilmaisevan miehiä useammin tunteitaan ja myös hakeutuvan miehiä helpommin hoitoon (Cooperstock 1971). Kansainvälisissä tutkimuksissa onkin todettu naisten raportoivan miehiä useammin erilaisia oireita (ks. esim. Ladwig, Marten-Mittag, Formnek & Dammann 2000) ja miesten on todettu aliraportoivan oireitaan ja viivyttävän hoitoon hakeutumisessa, koska päinvastaista käytöstä pidetään feminiinisenä (O'Brien, Hart & Hunt 2007).

Sukupuoliroolimallien on ajateltu siis selittävän naisten miehiä suurempaa sairastavuutta, koska naiset hakevat apua lieviinkin oireisiinsa ja siten myös sairastavat miehiä enemmän. Miesten suurempi kuolleisuus perustuu saman ajatusmallin mukaan myös miesten tapaan käyttäytyä, jonka mukaan apua haetaan vasta, kun oireet ovat jo vakavia ja henkeä uhkaavia. (Annandale 2009, 58.) Onkin esitetty, että miesten taipumus aliraportoida oireitaan johtaa sairauksien alidiagnosointiin ja myös siten miesten suurempaan kuolleisuuteen (O'Brien, Hart & Hunt 2007). Sukupuolille tyypilliset tavat kertoa oireista voivat olla muuttumassa, sillä MacLean kollegoineen (2010) on osoittanut päinvastaista käytöstä, jossa nuoret tytöt olivat yhtä haluttomia kuin pojatkin näyttämään oireitaan ja kertomaan niistä.

Siinä missä sairaan rooli on ollut sopivampi naisen käyttäytymistavaksi, on miehelle ollut hyväksyttävämpää käyttäytyä maskuliinisesti. On päätelty, että koska miehuuteen ei sovi tunteiden näyttäminen ja avun hakeminen, joutuvat miehet torjumaan tunteensa ja ilmentämään ne muulla tavalla. Juuri tämä selittäisi miesten naisia yleisempää väkivaltaisuutta, itsetuhoisuutta ja alkoholinkäyttöä. Toisen selitysmallin mukaan miehet käyttävät naisia vähemmän mielialaan vaikuttavia lääkkeitä, koska he lääkitsevät ahdistusta ja stressiä tyypillisemmin alkoholilla. (Riskä 2009.) Tutkijat ovatkin huomauttaneet, että väite naisten miehiä suuremmasta psyykkisestä oireilusta voisi olla toisenlainen, jos tutkimuksissa huomioitaisiin tarkemmin miesten päihteiden käyttö ja antisosiaalinen käyttäytyminen (Bird & Rieker 2008, 31–38; Riskä 2009).

Miesten maskuliinisuuden ideaalin toteuttaminen vastustamalla terveydenhuoltoon hakeutumista ei ole enää nykytutkimuksessa niin yksioikoista kuin on aikaisemmin

ajateltu. Miesten oireiden kokemista ja hoitoon hakeutumista sanelevat monet tekijät, kuten se, miten eri ikäkautena ja aikakautena sekä eri konteksteissa, kulttuureissa ja sosiaaliluokissa miehet tulkitsevat oireet eri tavoin suhteessa miehisyyteensä. (Galdas 2009.) Myöskään naisten oirehtiminen ei välttämättä kuvasta naisten todellista terveydentilaa, vaan oireista kertominen voi toimia naisilla merkittävänä kommunikaatorakenteena, yhteisöllisyyden rakentajana ja kokemusten jakamisen keinona. Naisvaltaisessa yhteisössä oireisiin perustuva keskustelu voi toimia viestintäväylänä, jonka avulla voidaan jakaa ongelmia ja kokemuksia. Siten yhteisön kulttuurinen tapa voi vaikuttaa siihen, miten kokemukset symptomatisoituvat eli miten kokemukset ilmaistaan oireiden välityksellä. (Honkasalo 1988, 184.) Näin oireet ovat hyvin monimerkityksellisiä sekä kulttuurisesti ja sosiaalisesti rakentuneita.

Sukupuoliroolien modernisoitumista kuvaavan mallin mukaan sukupuoliroolit ovat muokkautuneet vuosien 1950–1990 välillä vastaamaan tämän aikakauden trendejä sosioekonomisessa, kulttuurisessa sekä materiaalisessa ympäristössä. Nämä yhteiskunnassa tapahtuneet muutokset näkyvät esimerkiksi siinä, että naiset ovat yhä suuremmissa määrin työelämässä, yksinhuoltajaaiteja on yhä enemmän ja miehet osallistuvat hieman enemmän lasten- ja kodinhoitoon, vaikka vastuu kodinhoidosta on yhä naisilla. (Waldron 2000.) Selitysmallin mukaan naisten moderniin rooliin kuuluu olla kiinnostunut omasta terveydestään ja siten olla hyvin terveystietoisuuden ohjailtavissa. Kuitenkaan tämä selitysmalli ei ole osoittautunut toteutuvan, sillä esimerkiksi naisten tupakointi on pysynyt viime vuosikymmenet suunnilleen ennallaan, kun miesten tupakointi on vähentynyt (2011c). Lisäksi Pietilän (2008) mukaan nykyajan suomalaiselle miehelle on yhtäläillä tyypillistä olla kiinnostunut ja tietoinen terveyteen liittyvistä asioista kuin naisillekin.

Sukupuolirooliteoriaa sukupuolten välisten terveyserojen selitysmallina on kyseenalaistettu viime aikoina voimakkaasti etenkin sosiologisessa tutkimuksessa. Se yleistää miehet ja naiset kahteen homogeeniseen ryhmään huomioimatta ryhmien sisäisiä eroja sosioekonomisessa asemassa, etnisessä taustassa tai seksuaalisessa suuntautumisessa (Riskä 2011). Lisäksi se uusintaa sukupuoliroolien stereotyyppisiä oletuksia kahdesta tietyllä tavalla toimivasta sukupuolesta (Annandale 2009, 63) ja korostaa maskuliinisuutta kaikkien miesten patologisena käyttäytymistapana (Riskä 2009). Etenkin viimeaikaisessa maskuliinisuuden tutkimuksessa on pyritty irtisanoutumaan perinteisten roolimallien mukaisista käyttäytymismalleista, ja siinä on

korostettu miehisyyden moninaisuutta ja joustavuutta terveyden suhteen. Miehet käsitteellistävät terveyden yhä enemmän naisten tavalla, eikä maskuliinisuutta voida käsittää vain yhdellä, kaikkia miehiä käsittävällä tavalla. (esim. Robertson 2007; Pietilä 2008.)

3.2.2 Erilaiset elintavat

On esitetty, että kaikissa ikäluokissa miehille on naisia tyypillisempää omaksua yli 30 käyttäytymistapaa, jotka lisäävät riskiä sairauksille, tapaturmille ja kuolemalle (Courtenay 2000a, 81). Samalla miehillä on todettu olevan naisia vähemmän terveellisiä elintapoja, eivätkä he omaksu yhtä vakaasti terveyttä edistävää terveyskäyttäytymistä kuin naiset. Miehet eivät myöskään yhtä vahvasti usko voivansa itse vaikuttaa omaan terveyskäyttäytymiseensä ja siten terveyteensä kuin naiset. (Courtenay 2003.) Riskialtis terveyskäyttäytyminen selittääkin osan sukupuolten välisistä sairastavuuseroista (ks. esim. Lahelma ym. 2003), vaikka onkin ilmeistä, että käyttäytymiserot esimerkiksi tupakoinnissa ja alkoholinkäytössä ovat tasapainottuneet miesten ja naisten välillä (Helakorpi, Laitalainen & Uutela 2010). On tutkittu, että Suomessa 21 prosenttia sukupuolten välisestä elinajanodotteen erosta on selitettävissä alkoholinkäytöllä (Mäkelä 1998) ja jopa 51–56 prosenttia elinajanodotteen sukupuolieroista pohjautuu yhdessä tupakoinnin tai alkoholinkäytön vaikutuksiin (Martelin ym. 2004).

Naisten *sukupuolinormien vapautumista* on esitetty yhdeksi teoriaksi miesten ja naisten välisille terveyseroille. Yhteiskunnassa tapahtuneet muutokset sallivat naisten vapaamman käyttäytymisen, kuten tupakoinnin ja alkoholinkäytön miesten tapaan, ja siten sukupuolten välisten kuolleisuuserojen oletetaan tasoittuvan tulevaisuudessa. (Waldron 2000.) Vaikka Waldron (2000) ei näekään tätä selitysmallia kovin vahvana kuolleisuuden sukupuolierojen selittäjänä, on Suomessa nähtävissä ainakin jonkin asteista tasoittumista sukupuolten välisten kuolleisuuserojen niissä syissä, jotka liittyvät riskikäyttäytymiseen. Esimerkiksi viimeisen kymmenen vuoden aikana naisten alkoholimyrkytyskuolemat ovat melkein kolminkertaistuneet (Impinen ym. 2008, 7) ja naisten keuhkosityöpäkuolleisuus ja keuhkohtaumatautikuolleisuus ovat lisääntyneet, kun miehillä keuhkosityöpäkuolleisuus on samalla laskenut (Tilastokeskus 2011c).

3.2.3 Sosiaalikonstruktioistinen suuntaus

Sosiaalikonstruktioistinen suuntaus on saanut alkunsa siitä, että on alettu kritisoida sukupuolentutkimuksen taipumusta keskittyä lähinnä sukupuolten biologisiin eroihin ja pelkistettyihin sukupuolikategorioihin. Suuntauksen mukaan kategorioita on luotu ja uusintettu epidemiologisten tutkimusten käyttämällä mittareilla ja menetelmillä. (Riskä 2011.) Sosiaalikonstruktioistisen mallin mukaan miesten ja naisten käyttäytyminen ei pohjautu sukupuolirooleihin tai psykologisiin luonteenpiirteisiin, vaan sukupuolten ajattelu ja käytös ilmenevät kulttuurista omaksutun feminiinisyyden tai maskuliinisuuden mukaisesti (Pleck, Sonenstein & Ku 1994 Courtenayn 2009 mukaan).

Riskä (2009) kuvaa sosiaalikonstruktioistisen suuntauksen *gender relations* -teoriaa terveystieteiden uudeksi teoreettiseksi suuntaukseksi. Courtenayn (2000b; 2009) mukaan teoria korostaa sukupuolten terveyden ymmärtämistä kulttuuriin ja valtaan liittyvän näkökulman avulla. Sukupuolten väliset erot pohjautuvat sosiaalisesti rakentuneeseen tapaan käyttäytyä siten, miten yhteiskunnassa norminmukaisesti feminiinisyteen tai maskuliinisuuteen sillä hetkellä kuuluu. Riskikäyttäytymisen mallit, jotka heikentävät miesten terveyttä, ovat merkkejä feminiinisen käytöksen vastustamisesta ja perinteisten miesten arvojen puolustamisesta. Toteuttamalla paradoksaalisesti idealisoituneeseen maskuliinisuuteen liittyviä epäterveellisiä elämäntapoja, miehet pystyvät säilyttämään valtansa suhteessa naisiin ja heikompiin miehiin. Käytös liittyy patriarkaaliseen yhteiskuntaan, joka vahvistaa maskuliinista käyttäytymistä. (Courtenay 2000b.) Valtanäkökulmasta katsottuna maskuliinisuuden määrittelyissä on katsottu tärkeäksi sellainen toiminta, joka erottaa miehet naisista ja alistetussa suhteessa olevista miehistä. Tällä eronteolla miehet saavat vallan sosiaalisessa ympäristössä, ja siten legitimoivat hallitsevan asemansa. (Connell 1995, 76–79.)

Courtenayn (2000b) mukaan irtisanoutumalla terveyden vaalimisesta ja käyttäytymällä riskialttiisti miehet oikeuttavat itselleen vahvemman sukupuolen identiteetin. Hän kuitenkin huomauttaa, etteivät kaikki miehet käyttäydy edellä mainitulla tavalla ja epäterveelliset käyttäytymistavat näkyvät myös naisilla. Esimerkiksi naisten sairaaloinen laihdutus on osoitus kulttuurisen vartalokuvan ihannoimisesta, vaikka yleisesti feminiinisyteen kuuluisikin mieluummin terveellisten elintapojen suosiminen. Lisäksi Courtenayn (2000b; 2009) esittämän teorian kaikkia miehiä yleistävästä hegemonisesta maskuliinisuudesta voidaan nähdä kuvaavan huonosti tämän päivän

suomalaisia miehiä. Pietilän (2008) tutkimat suomalaiset miehet antoivat pikemminkin kuvan maskuliinisuudesta, johon terveystietoisuus kuului ideaalisena osana.

3.2.4 Kuormittaville tekijöille altistuminen ja erilainen haavoittuvuus

Terveyden sukupuolieroja on pyritty ymmärtämään sukupuolien erilaisella *altistuvuudella ja haavoittuvuudella* kuormittaville tekijöille. Ensimmäinen selitysmalli olettaa, että naiset kohtaavat elämässään miehiä enemmän vaikeuksia ja ahdistusta, mikä aiheuttaa heille enemmän psyykkistä kuormitusta, esimerkiksi pyrkimyksessä yhdistää työ- ja perheroolit. Toinen selitysmalli perustuu ajatukseen siitä, että miehet ja naiset reagoivat eri tavoin sukupuoliin liittyviin velvoitteisiin ja odotuksiin. (Rieker & Bird 2000.) Esimerkiksi vaikka puolison ja vanhemman roolit voivat olla yhtä tärkeitä sekä miehelle että naiselle, voivat työssäkäyvän vaimon tai äidin roolin sosiokulttuuriset odotukset asettaa naiselle suurempia paineita ja itesyytöksiä odotuksien riittävästä toteuttamisesta. Miehet kokevat roolien yhdistämisen naisia helpommaksi, kun taas naisille se on vaikeampaa ja tuottaa heille enemmän stressiä ja ristiriitaa roolien hyväksyttävän suorittamisen välillä. (Simon 1995.)

On myös ajateltu, että naisten osallistuminen ansiotyöhön miesten rinnalle altistaisi naiset myös samoille terveystarpeille, stressitekijöille ja terveystietoisuudelle kuin miehet ja siten yhtäläisille terveysongelmille miesten kanssa. Tälle selitysmallille ei ole kuitenkaan ollut riittävästi näyttöä. (Waldron 2000.) Sen sijaan työelämän on osoitettu vahvistavan naisten terveyttä, sillä ansiotyön avulla naiset pääsevät osallisiksi taloudellisiin ja sosiaalisiin resursseihin (Riskä 2010). Silti menestyminen työelämässä ei palkitse naisia samoin kuin miehiä, kun tarkastellaan osallisuutta terveydelle merkitykselliseen sosiaaliseen voimavaraan; perheeseen. Emslie kollegoineen (1999) osoitti, että mitä parempipalkkainen tai korkeammassa asemassa mies on, sitä todennäköisempää on, että hänellä on myös perhe ja lapsia. Vastaavasti urallaan menestyneet naiset ovat matalapalkkaisia naisia todennäköisemmin perheettömiä.

Terveystieteellisessä tutkimuksessa on kyseenalaistettu sitä, voivatko mies ja nainen olla verrattavissa keskenään hyvin erilaisten ja monimutkaisten sosiaalisten roolien perusteella (Bartley 2004, 136). Sosioekonomisella asemalla itsessään näyttäisi olevan sukupuolten terveydelle suuri merkitys, sillä Emslien ja kollegoiden (1999) verratessa samassa sosiaalisessa ja taloudellisessa asemassa olevien naisten ja miesten terveyttä, hävisivät sukupuolten väliset terveyserot tai ne olivat hyvin pieniä. On mielenkiintoista,

että Bartleyn (2004, 137) mukaan matalapalkkaiset, rutiinityötä tekevät ja kodinhoitoon osallistuvat miehet sairastivat yhtä paljon kuin vastaavassa tilanteessa olleet naiset. Hän näkeekin tärkeäksi sukupuolten välisiä sairastavuuseroja selittäväksi syyksi juuri naisille tyypillisen aseman sekä matalapalkkaisessa ja rutiininomaisessa ansiotyössä että perheenhoitajana kotona.

Pohjoismaissa tehdyn tutkimuksen mukaan naisten terveys oli miehiä huonompi maissa, joissa oli paljon kotona olevia perheenäitejä tai aikakaudella, jolla naisen kotona oleminen oli yleistä. Naisten osallistuminen työelämään toi taloudellista itsenäisyyttä, mikä edisti terveyttä. Tämä näkyi myös siinä, että sukupuolten väliset sairastavuuden erot olivat pienimmät niissä perheissä, joissa molemmat aikuisista olivat töissä verrattuna perheisiin, joissa nainen oli kotona. (Haavio-Mannila 1986.)

On mielenkiintoista, että Ruotsissa miesten ja naisten välinen tasa-arvo poliittisen osallistumisen, työaseman ja taloudellisten resurssien suhteen johti molempien sukupuolten huonompaan terveyteen. Tutkijat selittävät tulosta sillä, että naiset olisivat miehissä elämässä rasittuneempia kuin aikaisemmin ja miehet taas kokisivat joutuneensa luopumaan vanhoista etuoikeuksistaan perheen vastuunkantajana. Positiivisia terveysvaikutuksia olisi nähtävillä vasta sitten, kun myös miehet suuntautuisivat vastaavasti naisten työ- ja elämänalueille. (Backhans, Lundberg & Månsdotter 2007.) Vaikka työelämään osallistumisella ja sosiaalisella asemalla onkin vaikutuksensa sukupuolten terveyteen, ei niillä ole osoitettu olevan voimakasta vaikutusta sukupuolten välisiin kuolleisuus- tai sairastavuuseroihin Suomessa (Lahelma ym. 2003).

3.2.5 Siviilisäätty ja perhe

Sukupuolten terveyserojen tutkimuksessa on huomioitu myös siviilisäädyn erilainen merkitys naiselle ja miehelle. Perinteisesti on osoitettu, että naimisissa olevat miehet voivat paremmin kuin naimisissa olevat naiset, kun taas naimattomat miehet voivat huonommin kuin naimattomat naiset. (Riskä 2009.) Siviilisäädyn ja terveyden on ajateltu rakentuvan ensinnäkin valikoitumisen tuloksena, millä tarkoitetaan sitä, että naimattomaksi jäävät tai eronneeksi tulevat heikon terveyden omaavat tai huonot elintavat omaksuneet henkilöt. Toisen selitystavan mukaan siviilisäädyn ja terveyden välillä on syy-seuraussuhde siten, että siviilisäätty vaikuttaa terveyteen esimerkiksi siitä saatavan psyykkisen ja taloudellisen pääoman kautta. (Martikainen, Martelin, Nihtilä, Majamaa & Koskinen 2005.)

Parisuhteessa yksilöiden välinen sosiaalinen kontrolli on terveydelle merkityksellinen. Tässä yhteydessä sosiaalisella kontrollilla tarkoitetaan läheisessä parisuhteessa tapahtuvaa kanssakäymistä, minkä avulla vaikutetaan tai rajoitetaan toisen ihmisen käyttäytymistä, kuten tupakointia. (Joutsenniemi 2011.) Sukupuolten välillä on eroja sosiaalisen kontrollin ilmenemisessä. On todettu, että miehille puoliso on tärkein sosiaalisen kontrollin lähde, kun taas naisille lapset ovat tärkeämpiä käyttäytymiseen vaikuttajia. Esimerkiksi yleisimmin naiset vaikuttavat miestensä alkoholinkäyttöön, kun taas naisilla juomista rajoittava tekijänä toimii omien lasten läsnäolo. (Umberson 1992.) Lisäksi Bromsin ja kollegoiden (2004) mukaan avioliitto ja erityisesti avioliiton solmiminen ennustivat suomalaisten miesten tupakoinnin lopettamista, kun naisilla vastaavaa yhteyttä ei havaittu. Myös suomalaiset 40-vuotiaat pääkaupunkiseudun miehet kokivat saaneensa terveysneuvontaa ja tukea huomattavasti enemmän perheenjäseniltään kuin hoitohenkilökunnalta (Näslindh-Ylispangar 2008, 53). Tulokset voivat selittää naimisissa olemisen terveydelle positiivista merkitystä erityisesti miesten keskuudessa.

Siviilisäädyn ja terveyden tutkimukset ovat vahvistaneet käsitystä sosiaalisten suhteiden merkityksestä terveydelle. Siviilisäädyn vaikutuksen sukupuolten välisiin terveyseroihin on kuitenkin ajateltu olevan vähäinen, sillä ydinperhe ei ole välttämättä miehen tai naisen ainoa sosiaalinen ja kulttuurinen kiinnekohta elämässä. (Riskä 2009.) Jos jossain, siviilisäädyn merkitys korostuu materiaalisessa hyvinvoinnissa, sillä naiset päätyvät yleisemmin taloudellisesti heikompaan asemaan yksinhuoltajina (Bird & Rieker 2008, 41) tai yksineläjiksi miehen menehtyessä ennen naista.

3.2.6 Terveydenhuollon palveluiden käyttö

Naiset käyttävät enemmän terveydenhuollon palveluita, mutta he myös sairastavat ja raportoivat oireita miehiä enemmän. Selvimpiä palveluiden käytön sukupuolittaisia eroja selittäviä syitä ovatkin aikaisemmissa kappaleissa mainittu naisten suurempi oirehtiminen, sairastavuus, hoitoon hakeutuminen ja erot diagnosoinnissa. Koska miehet kuolevat naisia aikaisemmin, ehtivät jäljelle jäävät naiset sairastua useampaan sairauteen ennen kuolemaansa ja siten kuormittamaan terveydenhuoltoa enemmän. (Hemminki ym. 2006.) Lisäksi naisten lisääntymisterveyteen liittyvät käynnit ja hoitopäivät selittävät paljon sukupuolten eroja terveydenhuollon palveluiden käytössä (Hemminki ym. 1998).

Kokko (1988) on tutkinut syitä sukupuolten erilaiselle terveystalveluiden käyttölle. Edellisissä kappaleissa esitettyjen syiden lisäksi hän esittää selitysmallin, jonka mukaan naisten tapa ratkaista ongelmia vuorovaikutuksen keinoin kannustaa naisia käyttämään terveystalveluja ja niistä saadut positiiviset kokemukset rohkaisevat heitä talveluiden lisääntyvään käyttöön. Lisäksi hänen mukaansa naisten oireita ja ongelmia ei oteta yhtä vakavasti kuin miesten, joten naiset joutuvat käymään lääkäriin vastaanotolla useammin saadakseen asiansa etenemään. O'Brienin ja kollegoiden (2007) mukaan miesten päinvastainen taipumus aliraportoida oireitaan johti taas sairauksien alidiagnosointiin ja siten miesten suurempaan kuolleisuuteen, mikä voi myös selittää sukupuolten välisiä eroja terveystalveluiden käytössä.

Aikaisemmin on esitetty, että sukupuolten väliset kuolleisuuserot ovat selittyneet sillä, että naiset ovat hyötyneet miehiä enemmän lääketieteen kehityksestä esimerkiksi turvallisempien synnytysten ja lapsivuodekuumeen vähenemisen vuoksi (Bartely 2004, 143). Ei ole kuitenkaan varmaa, onko lääketieteen kehityksellä merkitystä sukupuolten välisiin terveyseroihin enää nykyään kummankaan sukupuolen eduksi (Waldron 2000). Sen sijaan on olemassa viitteitä siitä, että terveydenhuollossa ilmeni sukupuolten välillä epätasa-arvoa, vaikka laajempi tutkimustieto sukupuolten saamien terveystalveluiden oikeudenmukaisuudesta onkin vähäistä (Viisainen, Luoto & Kulmala 2003). Esimerkiksi Hetemaan ja kollegoiden (2003) tutkimuksen mukaan Suomessa tehtiin aikakaudella 1988–1996 miehille samassa tarpeessa olevia naisia enemmän sydämen ohitusleikkauksia. On silti epäselvää, kuinka paljon tämä – tai naisten suurempi terveystalveluiden käyttö – voisi vaikuttaa sukupuolten välisiin terveyseroihin ja naisten pidempään elinikään (Gissler 2003).

Edellä olen kuvannut sitä, miten sukupuolten välisten terveyserojen juuret ulottuvat syvälle biologisiin, yhteiskunnallisiin ja kulttuurisiin tekijöihin. Sukupuolten välisten terveyserojen vaihdellessa aikakausittain, maittain ja sairauksien välillä, on selvää, että terveyseroja ei voida selittää vain yhden, muita tekijöitä poissulkevan tekijän avulla. Sukupuolten erilainen terveys pohjautuu paitsi biologisiin syihin, myös sukupuolten erilaisiin kulttuurisiin rooleihin sekä erilaisiin identiteetteihin, asenteisiin ja käyttäytymismalleihin. (Viisainen, Luoto & Kulmala 2003.)

4 MAALLIKKOKÄSITYKSIÄ SAIRAUDEN SYISTÄ JA TERVEYSEROISTA

Tavallisten ihmisten omia tulkintoja terveydestä ja sairauden syistä on tutkittu viime vuosikymmenten aikana yhä enemmän (Lawton 2003). Alun perin kiinnostuksen kohteena ovat olleet maallikoiden antamat tulkinnat terveydestä ja sairauksien syistä (esim. Cornwell 1984; Lupton 1995). Terveyserojen taustalla vaikuttaneiden syiden maallikkokäsityksiä on tutkittu vähemmän ja lähinnä vain sosioekonomisen aseman kannalta (esim. Popay ym. 2003; Blaxter 1997).

Huolimatta vuosikymmenten aikaisesta kiinnostuksesta sukupuolten välisiä terveyseroja kohtaan, ovat ne jääneet syrjäytyneiksi maallikkoepidemiologisessa tutkimuksessa (Emslie & Hunt 2008). Erityisesti maallikoiden ymmärtämystä sukupuolten välisille kuolleisuuden eroille on tutkittu aikaisemmin vain muutamalla tutkimuksella, mikä on toiminut perustana tämän tutkimuksen tekemiselle. Tässä luvussa käsittelen maallikkoepidemiologian merkitystä terveystieteellisessä tutkimuksessa sekä tuon esille tapoja, joilla ihmiset selittävät sairauksia ja terveyseroja. Lopussa esittelen ne tutkimukset, joissa on tutkittu ihmisten käsityksiä miesten ja naisten välisistä sairastavuuden ja kuolleisuuden eroista.

4.1 Maallikkoepidemiologia – mitä se on ja miksi sen tutkiminen on tärkeää?

Tavallisten ihmisten käsitykset terveydestä ja sairauden syistä ovat kehittyneet terveystieteellisen tutkimuksen käyttämäksi maallikkoepidemiologian käsitteeksi *lay epidemiology* 90-luvulla. Käsitettä ovat ensimmäisinä käyttäneet kolme tutkijaa Etelä-Walesissa tehtyjen sydäntauteihin liittyvien laadullisten tutkimusten tuloksena. Maallikolla tutkijat tarkoittavat tavallista ihmistä, jolla he haluavat tehdä eron terveyden asiantuntijaan tai ammattilaiseen. (Davison, Davey Smith & Frankel 1991; Frankel ym. 1991; Davison ym. 1992.) Tässä tutkimuksessa käytän vaihtelevasti sanaa maallikko, tavallinen ihminen, ihminen tai mies samassa tarkoituksessa. Tällöin ymmärrän maallikon edustavan kaikkia muita ihmisiä kuin terveyden asiantuntijoita ja

ammattilaisia ja jolla ei ole virallisen koulutuksen kautta saatua tietoa terveyteen ja sairauksiin liittyvistä tekijöistä ja syy-seuraussuhteista.

Maallikkoepidemiologialla tarkoitetaan tapaa, jolla maallikot arvioivat sairauksien riskitekijöitä. Ihmiset muodostavat oman teoriansa sairauksien synnystä yhdistämällä virallista ja epävirallista tietoa terveyden riskitekijöistä, joita he saavat sosiaalisesta ympäristöstään. Havainnot perustuvat omiin kokemuksiin, tarkkailuun, keskusteluihin sekä median tuomaan tietoon. (Frankel ym.1991.) Yksilön tuntemat sairaustapaukset ja sairastumista edeltäneet olosuhteet ja muut tekijät joko vahvistavat tai kyseenalaistavat maallikon omaa sekä tieteellistä selitystä sairastumisen syyksi (Davison ym. 1991). Tarkemmin määriteltynä maallikkoepidemiologia

– – refers to a scheme in which individuals interpret health risks through the routine observation and discussion of cases of illness and death in personal networks and the public arena, as well as from formal and informal evidence arising from other sources, such as television and magazines (Frankel ym. 1992, 428).

Tällä ymmärrän tutkijoiden painottavan myös sitä, että koska tietoa saadaan hyvin erilaisista tietolähteistä, voi virallinen epidemiologia näyttäytyä ihmisille hyvin epäselvänä ja vaikeasti tunnistettavana. Hunt ja Emslie (2001) näkevät maallikkoepidemiologian perustuvan ainutlaatuisiin ”laboratorio-olosuhteisiin”, sillä tavallisten ihmisten sairauksien selitysmallit rakentuvat parhaimmillaan elämänkaaren mittaisesta yksilötason havainnoinnista ja tarkkailusta perheen sisällä sekä samanaikaisesta havaintojen suhteuttamisesta perinteiseen epidemiologiaan sopivaksi. Myös Faltermaier (1997) korostaa maallikkoepidemiologian tarjoavan ainutlaatuista tietoa pitkäaikaisista sairauksien kausaalisista taustoista, mikä on haastavaa perinteisissä pitkittäistutkimuksissakin. Huntin ja Emslien (2001) mukaan ihmiset ovat siten hyvin perillä perinteiseen epidemiologiaan perustuvista yksilö- ja väestötason sairauksien riskitekijöistä, mutta samalla he tunnistavat myös selitysmallien haavoittuvuuden yksittäisen ihmisen kohdalla. He korostavatkin sitä, kuinka terveyskasvatus voisi olla tehokkaampaa, jos siinä hyväksyttäisiin avoimemmin maallikkoepidemiologian tarjoamia näkemyksiä opetuksen sisällöksi.

Nettleton (1995, 38–45) on koonnut kirjassaan maallikkoepidemiologian merkityksiä terveystieteelle. Koska ihmisten käsitykset sairauksien etiologiasta muokkaavat heidän terveyskäyttäytymistään ja suhtautumistaan terveysriskeihin, on niiden tunteminen

tärkeää. Hän painottaa, että maallikoiden käsityksiä terveyden ylläpitämisestä, sairauksien ehkäisystä ja sairauksien etiologiasta tulisi tuntea, jotta terveydenedistämistyö ja terveystasvatus voisivat olla vaikuttavampia. Kuten Blaxterkin (1997) korostaa, voidaan maallikkoepidemiologian tutkimisella saavuttaa syvällisempi ymmärrys ihmisten terveysvalintojen perusteista ja siten se voi ohjata terveydenedistämistyötä. Käsittelen asiaa myöhemminkin, mutta esimerkiksi terveydenedistämistyö voi olla vaikeaa, jos ihmiset eivät usko oman käyttäytymisensä vaikuttavan paljoakaan terveyteensä. Nettleton (1995, 227) lisää myös, että ihmiset ovat nykyään yhä useammin sekä oman että läheistensä terveyden tarkkailijoita ja hoitajia, minkä vuoksi maallikkokäsitykset voivat vaikuttaa merkittävästikin useiden ihmisten terveyteen.

Myös Allmark ja Tod (2006) perustelevat sitä, miksi kansanterveyden ammattilaisten tulisi sitoutua työssään maallikkoepidemiologiaan. He näkevät maallikkoepidemiologian jakautuvan ensinnäkin kahteen alueeseen: ensimmäisessä osassa ihmisten käsitykset sairauksien syistä, kulusta ja hoidosta rakentuvat empiirisesti, ja toisessa osassa maallikoiden käsitykset terveyden asemasta ja riskeistä perustuvat hyvän elämän kulttuuriseen arvomaailmaan. Empiirisessä maallikkoepidemiologiassa epidemiologinen tieto näyttäytyy ihmisille epäloogisena ristiriitaisuuksien vuoksi, esimerkiksi miksi alkoholi vaikuttaa sekä terveyttä heikentävästi että sitä edistävästi tai miksi terveellisesti käyttäytyvät ihmiset kuolevat. Tällöin tieto ymmärrettävästi kyseenalaistetaan ja siitä johdetaan vääriä tulkintoja. Tutkijat huomauttavat, että epidemiologia todella on usein ajan mittaan väärässä, koska sen kuuluukin päivittää tietoaan. Sen sijaan ihmisten ajatustavat muuttuvat hyvin hitaasti, minkä vuoksi kansanterveystieteen ammattilaisten rooli korostuukin juuri virheellisten empiiristen tulkintojen korjaajana ja ohjaajana. (Allmark & Tod 2006.)

Maallikoiden kokemusten, käsitysten ja uskomusten tutkimisen avulla on mahdollista saavuttaa ”sisäpiiriläisen” näkökulma sairauden ja terveyden syiden taustalle (Lawton 2003). Blaxter (1997) korostaa, että maallikkoepidemiologian syvällisempi ymmärtäminen terveyden eriarvoisuudesta selittää yksilöiden eroihin johtanutta terveystasvattymistä ja siten antaa uutta näkökulmaa poliittisten päätösten perusteeksi.

4.2 Miten ihmiset selittävät sairauksia ja terveyseroja?

Davison, Frankel ja Davey Smith (1992) esittivät artikkelissaan maallikkoepidemiologialle tyypillisiä sairauksien selitysmalleja. Ihmiset tunnistivat ja tiedostivat sydänsairauksien riskitekijät hyvin, mutta niiden lisäksi he toivat esille myös tekijöitä, joihin yksilöllä ei ollut valtaa vaikuttaa. Nämä tekijät liittyivät yksilöiden persoonallisiin eroavaisuuksiin (esim. perintötekijät ja kasvatus), sosiaaliseen ympäristöön (esim. yksinäisyys, työn vaikutukset) ja fyysiseen ympäristöön (esim. ilmasto, asuinpaikka). He tämän lisäksi korostivat myös neljättä selitysmallia, joka liittyy kaikkiin edellisiin: onneen, sattumaan ja kohtaloon.

Davison kollegoineen (1991) perusteli jo aikaisemmin, että ihmisten näkemyksellä onnesta ja kohtalosta pystyttiin esimerkiksi ymmärtämään, miksi riskikäyttäytyjä voi elää pitkän terveen elämän tai terve ihminen kuolee sydänkohtaukseen. Maallikkoepidemiologialle onkin ominaista se, että siinä voidaan yhdistää sairauksien syiksi virallinen riskikäyttäytymisen selitysmalli ja kulttuurisesti muotoutuneet käsitykset onnesta ja kohtalosta. Tutkijat näkevät tämän tärkeäksi seikaksi ymmärtää, koska se voi vaikeuttaa terveydenedistämistyötä. (Davison ym. 1991.) Ihmisten ymmärrys terveyden ja sairauden syistä on hyvin moniulotteista sisältäen myös todellisessa elämässä esiintyvät epävarmuudet. Tämän vuoksi he eivät välttämättä suostu vastaanottamaan yksioikoista ja yksinkertaistavaa terveydenedistämistyötä (Hunt & Emslie 2001; Nettleton 1995, 236). Frankel kollegoineen (1991) korostaa, että maallikkoepidemiologia voi olla lähempänä perinteistä epidemiologista sairauksien syy-yhteyttä kuin terveystieteiden yksilökeskeinen ja yksinkertaistava ajattelutapa. Heidän tutkimansa ihmiset eivät nähneet sairauksien syinä pelkästään omia elintapoja, vaan myös muilla tekijöillä, kuten sosiaalisella asemalla ja elinympäristöllä nähtiin olevan merkitystä sairauksien syinä heidän ajattelussaan.

Ihmisten käsityksille terveydestä ja sairauksien syistä on yhteistä se, että ne vaihtelevat eri ryhmien välillä riippuen yksilön sosiaalisesta, kulttuurisesta, taloudellisesta ja elämäntilanteesta kontekstista (Nettleton 1995, 66). Kulttuurisessa kontekstissa huomioidaan se, että ihmisen ei voida ajatella toimivan terveytensä suhteen irrallisena yhteisöstään, vaan ihmisen valintoja ja ajatuksia ohjaavat myös ympäröivän yhteisön jaettu tapa tulkita terveyttä. Tällöin puhutaan tietyn yhteisön terveystaloudesta tai terveystajusta, jolloin terveyden tulkinta tapahtuu ennen kaikkea sosiaalisesti kulttuurin

prosessoina (Hoikkala 2009.) Taloudellinen ja sosiaalinen konteksti ilmenee esimerkiksi siinä, että ihmisen sosiaalinen asema voi määrittää sen, tunnistavatko ihmiset ylipäättään sosioekonomisia terveyseroja. Blaxterin (1997) laaja tutkimus maallikoiden näkemyksistä sosioekonomisista terveyseroista osoitti, että vain ylemmässä sosiaalisessa asemassa olevat tunnistivat tulojen, työaseman ja ympäristön vaikutukset terveyteen.

Myös Popayn ja kollegoiden tutkimuksessa (2003) huonompiosaiset olivat haluttomia hyväksymään alemman sosiaalisen aseman ja huonon terveyden välistä yhteyttä. He kuitenkin osoittivat myös sen, että varsinkin terveyseroista puhuttaessa erilainen kysymysten asettelu tai metodologia voi tuottaa erilaisia tuloksia. Avoimen kyselylomakkeen kysymyksessä alemman sosiaaliluokan tutkittavilla ei ollut ongelmia tunnistaa yksittäisiä sosiaalisia tekijöitä vaikuttamassa huonoon terveyteen, kun taas haastattelutilanteessa sosioekonomisista terveyseroista oli vaikea puhua. He korostavatkin, että terveyserojen maallikkokäsityksiä tutkittaessa suoraan huonompiosaisilta – miksei myös sukupuolten terveyseroja tutkittaessa – ovat nämä asiat huomioitava kysymysten asettelussa ja vastauksissa.

Se, miten sairauden syistä puhutaan, vaihtelee siis kysymyksen asettelun, mutta myös haastattelukontekstin mukaisesti. Terveyden ja sairauden tekijöistä puhuminen haastattelutilanteessa yleisellä tasolla tuotti enemmän terveyskäyttäytymiseen liittyviä selityksiä, kun taas keskusteleminen tutkittavan oman terveyden syistä nähtiin harvemmin oman käyttäytymisen tuloksena. (Blaxter 1997.) Myös erilaiset aineistotyyppit tuottavat vaihtelevaa tietoa. Pietilän (2009) tutkimat miehet korostivat terveellisten elintapojen merkitystä terveydelle henkilökohtaisessa haastattelukontekstissa. Kuitenkin ryhmähaastattelussa ja haastattelijan roolin ollessa passiivisempi, painottuivat miesten tulkinnat yhteiskunnallisiin selitysmalleihin sekä kriittisyyteen elintapojen vaikutuksesta terveydelle. (Pietilä 2009.)

Tässä tutkimuksessa voidaan myös sosiokonstruktionistisesti ajatella, että miesten antamat selitykset sairauden syille rakentuvat juuri sen hetkessä haastattelukontekstissa. Tarkennan käsitettä myöhemmin, mutta voidaan ajatella, että selitykset muodostuvat haastattelun aikana sosiaalisessa vuorovaikutuksessa haastattelijan kanssa ja kuvaavat siten myös juuri senhetkistä, aikaisemmasta tiedosta ja kokemuksista konstruoitunutta kulttuurista tietoa (Burr 1995, 4–5).

4.3 Aikaisemmat tutkimukset maallikoiden käsityksistä sukupuolten välisistä terveys- ja kuolleisuuseroista

Maallikoiden käsityksiä sukupuolten välisistä terveyseroista on tutkittu yllättävän vähän suhteessa niiden selvään esiintyvyyteen. Macintyre, McKay ja Ellaway (2005) tutkivat ensimmäisten joukossa kyselytutkimuksella, vastaavatko ihmisten näkemykset sukupuolten välisistä sairastavuuden eroista epidemiologista näkemystä ja onko näkemyksissä eroja miesten ja naisten kesken. Tulosten mukaan ihmisillä oli yleisellä tasolla perinteistä epidemiologiaa vastaavia käsityksiä sukupuolispesifeistä sairauksista: miehille nähtiin tyypilliseksi onnettomuudet ja sydänsairaudet, kun naisiin yhdistettiin pitkäikäisyys, syövät ja mielenterveyden ongelmat.

Yllättävää oli se, että sekä miehet että naiset korostivat sairauksien esiintyvyyttä – ja myös hyväkuntoisuutta – nimenomaan omassa sukupuolestaan useammin kuin vastakkainen sukupuoli. Useampi mies kuin nainen esitti miesten olevan suuremmassa riskissä joutua onnettomuuksiin sekä sairastua syöpään, sydänsairauksiin ja mielenterveyden ongelmiin. Samoin naiset yhdistivät miehiä useammin vastaavat tulokset naisten sairauksiksi. Vain pitkäikäisyyden kohdalla vastaavaa ilmiötä ei esiintynyt. (Macintyre ym. 2005.)

Maallikoiden käsityksiä sukupuolten välisistä kuolleisuuden eroista on tutkittu vain muutaman tutkimuksen avulla, joista kaksi perustuu syvällisempään laadulliseen analyysiin. Yhdysvaltalainen Wallace (1996) selvitti kyselytutkimuksessaan nuorten näkemyksiä sukupuolten välisistä kuolleisuuseroista avoimella kysymyksellä. Nuoret miehet ymmärsivät elinajanodotteen eron johtuvan miesten raskaammasta työstä ja naisten vähemmän stressaavasta elämästä. Nuoret naiset sen sijaan yhdistivät naisten pidemmän eliniän johtuvan siitä, että naiset pitävät parempaa huolta terveydestään kuin miehet.

Pietilä ja Rytönen (2008) tekivät ensimmäisen syvällisen haastattelututkimuksen venäläisten miesten ja naisten käsityksistä naisten pidemmästä elinajasta. Tutkijat havaitsivat maallikoiden puheessa neljä erilaista selitysmallia elinajanodotteen sukupuolierolle. Ensimmäinen selitysmalli koski sukupuolten erilaisia biologisia ja psykologisia eroja, ja sitä käyttivät sekä miehet että naiset hyvin yleisesti. Sen lisäksi terveyserojen syyksi nähtiin myös sosiaaliset roolit, kuten naisten rooli äitinä ja miesten rooli perheen elättäjänä. Tässä selitysmallissa naisten äitiyden rooliin nähtiin liittyvän

terveellisemmät elintavat perheen vastuullisena hoitajana, kun taas miesten rooliin liitettiin huolettomuus, vastuuttomuus ja jopa kykenemättömyys hoitaa omaa terveyttään.

Tutkimuksen kolmas selitysmalli liittyi yhteiskunnan sosiaalisiin muutoksiin, jotka muun muassa huononsivat työmarkkinoita. Erityisesti perheen elättäjän roolissa olevien miesten nähtiin kokevan taloudelliset ja sosiaaliset muutokset stressinä ja haittana terveydelle. Työrooli oli tärkeä osa miesten identiteettiä, kun taas naisille työtä ei nähty niin merkityksellisenä, koska heillä oli myös aina perheenäidin rooli käytettävissään. Viimeinen selitysmalli liittyi elintapoihin ja erityisesti miesten rajuun alkoholinkäyttöön. Muut epäterveelliset elintavat jäivät vähäiselle huomiolle ja alkoholinkäyttöäkin selitettiin ennen kaikkea elämänvaikeuksien aiheuttamana kulttuurisena tapana. Tutkijat näkevätkin tulokset mielenkiintoisina sen vuoksi, että muista länsimaisista epidemiologisista tutkimuksista poiketen, venäläiset selittivät terveyserojen syyksi ennen kaikkea yhteiskunnan rakenteelliset ja sosiaaliset muutokset ja vähäisemmässä määrin elintavat, jotka painoutuivat lähinnä miesten humalahakuiseen juomiseen. (Pietilä & Rytönen 2008.)

Samaan aikaan Emslie ja Hunt (2008) julkaisivat tutkimuksensa englantilaisten 30- ja 50-vuotiaiden miesten ja naisten näkemyksistä sukupuolten välisistä elinajanodotteen eroista. Sekä miehet että naiset kummastakin ikäluokasta olivat tietoisia naisten pidemmästä elinajasta, ja kummatkin kokivat vaikeaksi selittää sitä. Selitykset olivat yleisesti monitekijäisiä ja sosiokulttuuriset selitysmallit olivat biologisia selitysmalleja yleisempiä, tarkempia ja varmempia. Sosiokulttuuriset selitysmallit sisälsivät käsitykset sukupuolirooleista, miesten huonosta terveyskäyttäytymisestä ja miehuuteen liittyvistä rajoitteista esimerkiksi oireiden raportoinnissa ja lääkärikäynneissä. Selitysmalliin liitettiin myös käsitys siitä, että elinajanodotteen erot tulisivat pienemmään miesten ja naisten elämän samankaltaistuessa. Naishaastattelut keskittyivät puheessaan useasti naisten lisääntymisterveyteen ja hoivarooliin liittyviin asioihin, kun taas miesvastaajat keskittyivät naisia todennäköisemmin miesten epäsuosiolliseen rooliin talouden vastuullisena ylläpitäjänä. Tutkijat totesivat tulostensa vastaavan monelta osin perinteisen epidemiologian tuloksia sukupuolten välisistä kuolleisuuseroista. (Emslie & Hunt 2008.)

Pietilä (2008) on väitöskirjansa yhtenä osana tutkinut sitä, miten yksilö- ja ryhmähaastatteluissa miehet selittävät sukupuolten välisiä eroja elinajanodotteessa sekä

millaisille ennakko-oletuksille miesten terveys yhteiskunnallisena ilmiönä haastatteluissa rakentuu. Tulokset jakautuivat viiteen osaan, joista ensimmäinen koski miesten työn raskauden ja vaativuuden negatiivisia vaikutuksia miesten terveydelle. Toinen selitysmalli koski naisten ja miesten eroavaisuutta sosiaalisuudessa ja avoimuudessa puhua terveydestään, kun taas kolmannen mallin mukaan miehet ymmärsivät naisten hakeutuvan miehiä useammin hoitoon ja tarkkailevan oireitaan miehiä huolellisemmin. Neljännen selitystavan mukaan naisten pidempää elinikää perusteltiin biologisilla tekijöillä, vaikka syyt eivät olleet kovin tarkkoja ja liittyivät enemmänkin äitiyteen sekä biologisena että sosiaalisena ilmiönä. Viimeinen selitysmalli perustui naisten miehiä terveellisempiin elintapoihin. Miesten selitystavat olivat hyvin sukupuolten ominaisuuksia yleistäviä ja pohjautuivat perinteisiin sukupuolirooleihin ja näkemyksiin. (Pietilä 2008, 143–168, 235–236.)

Tässä luvussa olen tarkastellut maallikkoepidemiologista ymmärrystä sairauden ja terveyserojen selittäjänä. Ihmisten käsitysten selvittäminen terveydestä ja sairauksien syy-yhteyksistä on tärkeää, jotta voidaan lisätä terveydenedistämiseen tarvittavaa tietoa sekä yhteisöille että ammattilaisille (Macintyre ym. 2005) sekä parantaa terveydenedistämistyön vaikuttavuutta (Hunt & Emslie 2001; Allmark & Tod 2006). Kulttuuristen terveys- ja sairauskäsitysten ymmärtäminen on merkityksellistä, sillä tuloksellista terveydenedistämistyötä ei voida toteuttaa kohtaamatta ihmisten kulttuurista ajatus- ja elämämaailmaa terveyden suhteen (Nettleton 1995, 38-45; Davison ym. 1992). Terveyserojen ja erityisesti naisten miehiä pidemmän elinajan maallikkoepidemiologinen laadullinen tutkimus on ollut hyvin vähäistä. Kuten Blaxter (1997) korostaa, voi maallikkoepidemiologian syvällisempi ymmärtäminen terveyseroista selittää yksilöiden eroihin johtanutta terveyskäyttäytymistä ja siten antaa uutta näkökulmaa myös poliittisten päätösten perusteeksi.

5 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Sukupuolten väliset selkeät erot terveydessä ja sairaudessa pohjautuvat edellä mainituin tavoin erilaisille selitysmalleille liittyen ihmisen biologisiin, psykososiaalisiin sekä sosiokulttuurisiin tekijöihin, joista osaan voimme vaikuttaa. Terveyden edistämiseen tähtäävä toiminta pyrkii pitkälti vaikuttamaan juuri niihin tekijöihin, joihin ihmisellä on itsellään on mahdollisuudet vaikuttaa; omaan käyttäytymiseensä terveyden suhteen tukemalla terveyttä vahvistavia tekijöitä ja vähentämällä epäterveellisiä elintapoja. (esim. Davison ym. 1992). Maallikkoepidemiologisessa tutkimuksessa on todettu kuitenkin ihmisten ajattelun terveydestä ja sairauksien syy-seuraussuhteista olevan usein erilaista kuin mitä perinteinen terveystieteellinen edustaa, koska ihmisten käsitykset pohjautuvat hyvin erilaisiin lähteisiin ympäröivästä yhteiskunnasta (Hunt & Emslie 2001).

Tämän tutkimuksen tavoitteena on tarkastella työväenluokkaisten suomalaisten miesten haastattelupuheessa rakentuneita selityksiä sukupuolten välisestä lähes seitsemän vuoden elinajanodotteen erosta. Lisäksi tutkimuksen tavoitteena on tarkastella sitä, kuinka paljon miesten puheessa teorianmuodostus pohjautuu terveystieteellisille selitysmalleille sukupuolten välisistä terveyseroista. Uskon miesten haastattelupuheen kertovan jotain työväenluokkaisten miesten terveystieteellisestä kulttuurista, eli terveystajusta (Hoikkala 2009), jolla tarkoitan tälle yhteisölle ominaista yhteisesti jaettua tapaa ymmärtää ja tulkita miesten ja naisten terveyden determinantteja. Koska käsityksemme ovat historiallisesti ja sosiaalisesti muotoutuneita, kertovat ne myös jotain ympäröivän yhteiskuntamme kulttuurisesta ajattelutavasta, normeista ja asenteista. Kulttuurisen terveys- ja sairauskäsitysten ymmärtäminen on merkityksellistä, sillä tuloksellista terveyden edistämistyötä ei voida toteuttaa kohtaamatta ihmisten kulttuurista ajatus- ja elämäntapaa terveyden suhteen (Nettleton 1995, 38–45; Davison ym. 1992).

Tutkimuksen tavoitteisiin pyrin vastaamaan seuraavilla tutkimuskysymyksillä:

1. Miten sukupuolten väliset elinajanodotteen erot rakentuvat miesten puheessa? Tällä pyrin toisin sanoen selvittämään, miten miesten tulkinnat vaihtelevat sen suhteen, mikä selittää naisten tai miesten terveyttä.

2. Millä tavoin miesten haastattelupuheessa rakentuneet selitykset suhteutuvat terveystieteellisille selitysmalleille sukupuolten välisestä elinajanodotteen erosta?

6 AINEISTON KUVAUS, MENETELMÄ JA ANALYYSI

Tässä luvussa esittelen tutkimukseni aineiston, jonka avulla haen vastauksia edellä mainitsemiini tutkimuskysymyksiin. Seuraavaksi esittelen tutkimukseni teoreettisia lähtökohtia, joissa kieli näyttäytyy oleellisena tekijänä. Pystyn vastaamaan tutkimuskysymyksiini juuri sosiaalisen konstruktionismin viitekehyksen sekä diskurssianalyttisen menetelmän avulla, koska niiden lähtökohtana on kielenkäytön ymmärtäminen sosiaalista todellisuutta rakentavana ja ylläpitävänä tekijänä (Jokinen 1999), ja siten niiden avulla on mahdollista selvittää myös edellisen luvun mukaisesti tutkimieni miesten kulttuurista ajatusmaailmaa (Burr 1995, 4–5). Tutkimukseni ymmärrettävyyden kannalta on perusteltua esitellä tarkemmin sosiokonstruktionistista ja diskurssianalyttistä tapaa hahmottaa kieltä ja todellisuutta. Tämän jälkeen käsittelen sitä, millä periaatteilla diskurssianalyysissä tutkitaan kieltä ja miten olen oman analyysini toteuttanut.

6.1 Tutkimusaineiston kuvaus

Tutkimusaineisto koostuu yhteensä 26 pirkanmaalaisen paperi- ja metallialalla työskentelevän miehen terveyteen liittyvistä yksilöhaastatteluista, joista olen valinnut tutkimusaiheittani koskevat osuudet. Paperitehtaan työntekijöitä oli 14 ja haastattelut liittyvät aikaisempaan Ilkka Pietilän väitöstutkimukseen (Pietilä 2008). Ikäjakausma haastateltavilla oli 27–57 vuotta, ja haastateltavat oli rekrytoitu vapaa-ehtoisina tutkimukseen työterveyshuollon ja henkilöstöhallinnon kautta. Metallitehtaan työntekijöiden haastattelut ovat Tampereen yliopiston MANage-tutkimusprojektin aineistoa, jossa tutkitaan miesten vanhenemista ruumiillisen kokemisen sekä sosiaalisten suhteiden muuttumisen osalta (ks. MANage-projekti; Calasanti, Pietilä, Ojala & King 2012). Haastattelun tarkempia eettisiä ja toiminnallisia näkökulmia on tarkasteltu aineistosta tehdyissä tutkimuksissa (esim. emt.; Pietilä 2008).

Metallityömiesten haastatteluista oli 12, ja heidän ikänsä vaihteli 50–57 vuoden välillä. Aineistoni kaikki tutkittavat olivat miehiä, mutta aineistoa ei voida luonnollisesti yleistää edustamaan kaikkia suomalaisia miehiä. Kuitenkin heidän voidaan nähdä edustavan laadullisen tutkimuksen rajoituksin suomalaista työväenluokkaisten miesten

maailmaa (Pietilä 2008, 70). Haastattelijana toimi tutkijatohtori Ilkka Pietilä 20 haastattelussa, ja kuudessa metallityömiehen haastattelussa haastattelijana toimi terveystieteen maisteriksi valmistuva nainen. Molempien ryhmien haastatteluissa käsiteltiin useita terveyteen liittyviä aiheita, ja yhtenä teemana olivat miesten ja naisten terveyserojen syyt. Samoja aiheita oli käsitelty aikaisemmin myös metallityömiesten ryhmähaastatteluissa. Kummankin ryhmän yksilöhaastatteluissa kysyttiin, miten miehet selittävät naisten ja miesten terveyserojen syitä käyttäen esimerkkinä noin seitsemän vuoden eroa sukupuolten välisessä elinajanodotteessa. Näin aineisto sopi tutkimukseeni hyvin juuri tämän aiheita käsittelevän teeman kautta. Kuten Juhila ja Suoninen (1999) esittävät, kerätään diskurssianalyysiin aineistoa oman tutkimusintressin ohjaamana, eikä satunnaisella otannalla.

Tutkijan ja haastateltavien kesken syntyneet keskustelut vaihtelivat pituudeltaan yhdestä kahdeksaan sivua kirjoitettuna fontilla 11 ja rivivälillä 1,5. Yhteensä haastatteluista tuli materiaalia 84 sivua; paperityömiehiltä 45 ja metallityömiehiltä 39 sivua. Aineisto oli litteroitu huomioiden elävän puheen herkkyys huomioiden esimerkiksi tauot ja naurahdukset. Näin tutkijan on helpompi ymmärtää puheen merkitystä, mikä palvelee oleellisesti diskurssianalyysin tekemistä (Juhila & Suoninen 1999).

6.2 Kieli tutkimuksen metodologisena lähtökohtana

– – yleensä diskurssintutkija olettaa, että sanoilla ja ilmauksilla – kielellä – ei ole yhtä ainuttakaan pysyvää merkitystä vaan että merkitykset voivat muuttua ja kieltä voi käyttää useammassakin merkityksessä eri tilanteissa. Merkitykset siis lopulta syntyvät neuvottelemalla kussakin käyttötilanteessa uudelleen. Tämä merkitysten neuvottelu sekä siihen liittyvät jännitteet ja käytänteet, säännöt, ehdot ja seuraukset ovat juuri sitä ydinaluetta, joka diskurssintutkijaa kielenkäytössä kiinnostaa. (Pietikäinen & Mäntynen 2009, 11–12.)

Tämä Pietikäisen ja Mäntynen kuvaus niistä periaatteista, joiden kanssa diskurssianalyysin tekijä toimii, tiivistää hyvin myös tämän tutkimuksen lähtökohtia. Perinteisesti kieltä on voitu tulkia kahdesta eri näkökulmasta. Näistä ensimmäinen pohjautuu siihen oletukseen, että kielen käyttö heijastaa sen ulkopuolista todellisuutta ja kielen tutkimisella voidaan saada tietoa kielen kuvaamisesta faktoista. Toinen näkökulma sen sijaan perustuu siihen ajatukseen, että kielenkäyttö rakentaa ja luo *toiminnallaan*

todellisuutta. Tätä näkökulmaa on kutsuttu sosiaaliseksi konstruktionismiksi ja se toimii tutkimukseni tieteellisenä viitekehyksenä. (Jokinen, Juhila & Suoninen 1993a, 9–10.)

Sosiaalisen konstruktionismin olennaisena lähtökohtana on siis ajatus siitä, että todellisuus rakentuu kielellisessä vuorovaikutuksessa ihmisten välillä ja että diskurssit paitsi kuvaavat myös rakentavat tätä todellisuutta (Berger & Luckman 1994). Sen juuret liittyvät humanistisessa ja yhteiskunnallisessa tutkimuksessa 1960–70-luvuilla tapahtuneeseen käänteeseen, jolloin tutkimuksen painopiste ja mielenkiinto kääntyivät kieleen, koska sen nähtiin ja nähdään rakentavan oleellisesti todellisuutta. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Sosiaalisen konstruktionismin taustaoletuksena on, ettei totuuteen voi päästä käsiksi puhtaana tietona, koska kaikki käsityksemme ja kokemuksemme maailmasta ovat ihmisten niille antaminen merkitysten ja symbolien kautta tulkittuja. Siten se ohjaa tutkimaan ihmisten toimintaa ja sitä, mitä se kertoo maailmasta sellaisenaan, sen sijaan että se etsisi toiminnan taustalla olevaa totuutta. (Jokinen 1999.) Ymmärrettävimmän sosiaalista konstruktionismia sekä sen väistämätöntä yhteyttä kieleen on ehkä selittänyt Burr (1995, 4–6), joka on tiivistänyt sitä määrittävät perusolettamukset seuraavaan kuuteen kohtaan:

1. Anti-essentialismi; asioilla itsessään ei ole olemusta, vaan se syntyy ihmisten tekemien tulkintojen kautta. Tutkimuksen kohteena ei ole esimerkiksi terveys, vaan siitä tehdyt tulkinnat.
2. Anti-realismi; tietomme ei kuvaa suoraan olemassa olevaa todellisuutta, vaan se rakentuu omien tulkintojemme kautta sosiaalisessa vuorovaikutuksessa. Tieto on myös rakentunut juuri siitä näkökulmasta, josta sitä tarkastelemme.
3. Tieto on historiallisesti ja kulttuurisesti määrittynyttä. Tuotamme kulttuuria ja historiaa, mutta toisaalta ne myös muokkaavat meistä sellaisia kuin olemme.
4. Ajattelu edellyttää kieltä.
5. Kieli on sosiaalisen toiminnan muoto. Puhuessaan toisilleen ihmiset rakentavat sosiaalista todellisuutta.
6. Tutkimuksen kohteena ovat sosiaalinen vuorovaikutus ja käytännöt.

Burrin (1995, 4) mukaan sosiaalisessa konstruktionismissa kaikki tieto nousee ihmisten välisen tilan kautta sosiaalisen vuorovaikutuksen mukaisesti syntyneenä neuvottelutuloksena. Sen pohjalta on luonnollista lähestyä tutkimusaineistoani diskurssianalyysin avulla, koska siinä tarkastelun lähtökohdaksi otetaan sosiaalisen konstruktionismin mukaisesti kieli ja sen seurauksia tuottava luonne (Saaranen-

Kauppinen & Puusniekka 2006). Lähestyn tutkimusaineistoani vuorovaikutusprosessina, jossa haastattelijan ja tutkittavan välille syntyy vuorovaikutuksessa neuvoteltu konstruktio. Tutkimuksessani ymmärrän miesten käsitysten rakentuvan haastattelun aikana sosiaalisessa vuorovaikutuksessa haastattelijan kanssa ja ilmentävän diskurssien muodossa kulttuurista ja historiallista todellisuutta (Burr 1995, 4–5). Hahmotan kulttuurin rakentuvan kokoelmasta erilaisia puheen avulla muodostettuja kulttuurisia tarinoita, diskursseja, joihin miehet tukeutuvat tehdessään kulttuurisia merkitysjärjestelmiä ymmärrettäviksi. Kulttuurit siis eroavat juuri erilaisten diskurssien myötä. Miehet voivat selittää miesten ja naisten elinajanodote-eroa erilaisin sopivin diskursiivisin tavoin, mutta toisaalta kulttuuri luo rajat sille, kuinka asioita voidaan kuvata. Tutkimuksessani olen siis kiinnostunut siitä, millaisiin diskursiivisiin keinoihin tutkimani työväenluokkaiset miehet tukeutuvat puhuessaan miesten ja naisten välisestä elinajanodotteen erosta, ja miten tämä terveyskulttuuri suhteutuu epidemiologiseen tietoon.

6.3 Diskurssianalyysi ja tutkimusaineiston analyysi

Diskurssianalyysi ei ole selkeärajainen tutkimusmenetelmä, vaan se voidaan nähdä ennemminkin väljänä teoreettisena viitekehyksenä (Potter & Wetherell 1989, 175). Siinä tutkitaan sitä, miten puhujat tekevät asioita ymmärrettäviksi kielenkäytöllään. Diskurssianalyysin perusajatus on, että kieli ei toimi vain maailman kuvaajana, vaan se myös aktiivisesti tuottaa ja rakentaa sitä. (Suoninen 1999.) Tarkemmin määriteltynä voidaan Jokisen ja kollegoiden (1993a, 9–10) mukaisesti kuvata diskurssianalyysiä ”kielenkäytön ja muun merkitysvälitteisen toiminnan tutkimukseksi, jossa analysoidaan yksityiskohtaisesti sitä, miten sosiaalista todellisuutta tuotetaan erilaisissa sosiaalisissa käytännöissä”.

Diskurssianalyysin laajasta käyttöalueesta johtuen se sisältää useita käsitteitä ja termejä tutkittavasta kielestä ja sen merkityksistä. Esimerkiksi diskurssin käsitteelle on olemassa useampia vastaavia nimityksiä, kuten tulkintarepertuaari. Yhteistä näille kaikille on käsitys diskurssista ”verrattain eheänä säännönmukaisten merkityssuhteiden systeeminä, joka rakentuu sosiaalisissa käytännöissä ja samalla rakentaa sitä” (Jokinen, Juhila & Suoninen 1993b, 27) tai sittemmin määriteltynä ”suhteellisen vakiintuneena kielenkäyttönä tietyssä tilanteessa tai tietyllä alalla” (Pietikäinen & Mäntynen 2009, 25). Tässä tutkimuksessa käytän sanaa tulkintarepertuaari diskurssin sijaan, koska

diskurssin käsite voidaan tulkita, esimerkiksi foucaultilaisessa tutkimusperinteessä, hyvinkin laajana historiallisena ja kulttuurisena kokonaisuutena, joka sisältää kielellisten merkitysten lisäksi myös yhteiskunnallisia käytäntöjä. Siten tutkimukselleni sopii paremmin suppeampi käsite tulkintarepertuaarista, jonka avulla on helpompi lähestyä diskurssien sisältöjä ja niiden organisointitapoja. (Wetherell & Potter 1992, 89–93.)

Suoninen (1999) kuvaa diskurssianalyysissä tarkasteltavana olevia kohteita selontekoina, joilla ihmiset tekevät vuorovaikutuksessa itseään ja maailmaa ymmärrettäväksi. Selonteot muodostuvat erilaisista diskursseista, jotka perustuvat kulttuuriin ja rakentavat sitä. (Suoninen 1999.) Selonteot näyttäytyvät tutkimuksessa tulosten esittelyssä. Laadullisessa tutkimuksessa tutkijoilla on tapana käyttää aineistosta sitaatteja kuvaamaan tutkijan aineistosta tekemiä tulkintoja. Diskurssianalyysissä taas käytetään sitaatteja kuvaamaan itse selontekoja, eikä niistä tehtyjä luokiteltuja tulkintoja. Tutkijan mielenkiinto kohdistuu siis itse diskursiivisiin selontekoihin sekä siihen, missä yhteydessä niitä on käytetty. (Eskola & Suoranta 2001, 195–196.) Olen tässä työssä pyrkinyt esittämään tulosteni tueksi niitä vuorovaikutuksellisia haastattelukatkelmia, joissa diskursiiviset selonteot näyttäytyvät parhaiten.

Jokinen kollegoineen (1993b) korostaa diskurssianalyysissä kontekstin merkittävyyttä aineiston rikastuttajana. Diskurssianalyysissä vuorovaikutuksen tapahtumatilanteen huomioonottaminen tarkoittaa sitä, että analysoitavaa puhetta tarkastellaan tiettyssä ajassa ja paikassa, joihin tulkinta pyritään suhteuttamaan. Kontekstisidonnaisuus mahdollistaa erilaiset tarkastelutavat riippuen tarkastelun näkökulmasta (Eskola & Suoranta 2001, 139). Diskursseja voidaan tutkia niin mikrotasolla tilannekohtaisesti kuin makrotasollakin, missä yhteydessä kieli tulee ymmärrettäväksi esimerkiksi sosiokulttuurisessa kontekstissa (Pietikäinen & Mäntynen 2009, 29–37). Tässä työssä konteksti rajautuu pääsääntöisesti tutkimieni miesten ja terveystieteen tutkijan väliseen haastatteluvuorovaikutuksen tarkasteluun, jolloin tarkastelen sekä vuorovaikutusta mikrotasolla kiinnittyen pieniinkin analyyttisiin johtolankoihin että kulttuuriseen kontekstiin, jolloin uskon miesten puheen kertovan jotain työväenluokkaisten miesten kulttuurisesta ajattelutavasta. Huomioin myös muiden kontekstien läsnäolon, kuten sen, miten aineisto on kerätty (Emt. 31). Tulen pohtimaan tätä tutkielmani lopussa.

Diskurssianalyysi perustuu aineistolähtöisyyteen, ja siten tulkinnat tehdään empiirisesti aineiston kontekstisidonnaisen analyysin avulla. Kuitenkin diskurssianalyysin haastava kohta on se, kun tutkija alkaa suhteuttaa tulkintojaan ympäröivään sosiaaliseen maailmaan. Tämä tulkinnan apuna käytettävää spekulatiivisuutta voidaan kutsua myös tulkintojen makrotason aspektiksi, jota edellä kuvaamani periaate työväenluokkaisten miesten kulttuurisen ajatus- ja elämiss maailman tulkitseminen vaatii. Tämä väistämättä tarkoittaa sitä, että aineistosta tehtyjen tulkintojen rinnalla voidaan käyttää kirjallisia lähteitä, jotka ankkuroivat tulkinnat sosiaaliseen maailmaan. (Jokinen ym. 1993a, 229–231.) Olen siis empiirisessä tulososiossani käyttänyt kirjallisia lähteitä niissä kohdin, joissa tulkintani ovat inspiroineet minua tutkimaan aihetta lisää ja suhteuttamaan tulkintaani sosiaaliseen maailmaan. Aineistolähtöisyyden korostaminen ei myöskään tarkoita, että tutkimus olisi teorialatonta. Diskurssianalyysissä teoria on vahvasti läsnä, mutta Juhilan ja Suonisen (1999) mukaan teorian painopiste on kuitenkin enimmäkseen juuri vahvassa aineistolähtöisen analyysin teoreettis-metodologisissa välineissä tutkia aineistoa. Tämän vuoksi olen käyttänyt paljon aikaa diskursiivisen tutkimusmaailmaan perehtymiseen ja tuonut käyttämäni menetelmäkäsitteistöä myös tässä luvussa esille. Samalla tutkimustani voidaan kutsua teoriasidonnaiseksi, koska toisessa tutkimuskysymyksessä haluan suhteuttaa miesten tulkintoja myös terveystieteelliseen tietoon, mitä olen käsitellyt tulosten rinnalla kertauksen välttämiseksi. Tämä teoria ei ole kuitenkaan jäsentänyt analyysiäni, vaan olen käsitellyt teoriaa vasta tulosten valmistumisen jälkeen. Analyysissä olen siis pyrkinyt lähestymään aineistoani mahdollisimman avoimesti ilman ennako-oletuksia, vaikka diskurssitutkija – tai laadullisen tutkimuksen tekijä ylipäättään – ei voi täysin tyhjiössä irrallisena ympäröivästä maailmasta analyysiänsä tehdä (Emt. 230; Juhila & Suoninen 1999).

Aineiston analyysi pohjautuu aineiston perusteelliseen tuntemiseen. Aloitin tutkimusaineistoon tutustumisen järjestämällä se hallittavaksi kokonaisuudeksi. Yhdistin haastattelut liukuvaan numerojärjestykseen siten, että metallityömiesten haastattelut olivat ensin. Liitin numeron eteen tunnisteikirjaimen, jolla pystyin tunnistamaan nopeasti tekstistä sen, onko kyseessä metalli- vai paperityömies (M1-M12 ja P13-P26). Tarkastelin aineistoa kokonaisuutena erottelematta eri alojen työmiehiä, mutta pidin tunnisteet mukana varmuuden vuoksi, jotta pystyisin tarvittaessa tutkimaan aineistojen samankaltaisuutta tai poikkeavuutta. Pyrin aineisto-otteita esittäessäni tuomaan esille haastattelukatkelmia kokonaisuudessaan, mutta joissain kohtaa ei ole ollut tarkoituksenmukaista esittää kaikkea aineistokatkelman sisältöä. Tällöin olen

merkinnyt katkaisemani kohdat tunnisteella (...). Lisäksi merkitsin aineisto-otteisiin hakasulkeilla kohdat, joihin olen itse tarkentanut tai peittänyt tekstiä, esimerkiksi tutkittavien anonymiteetin suojelemiseksi. Muilta osin haastattelututkimukseen liittyviä eettisiä kohtia on käsitelty laajemmin aineistoista tehdyissä tutkimuksissa (ks. esim. Pietilä 2008; Calasanti, Pietilä, Ojala & King 2012).

Aloitin varsinaisen aineiston analyysin lukemalla sen useita kertoja läpi saadakseni siitä yleisen käsityksen. Luin tämän jälkeen aineistoa siten, että pyrin hahmottamaan miesten puheessa ilmeneviä sukupuolten välisiä kuolleisuuseroja selittäviä vaihtelevia ja samankaltaisia teemoja. Aineiston alkuvaiheen luokittelua ohjaa tutkimuskysymyksiin pohjautuva *mitä*-kysymys tai *mistä kaikesta puhutaan*-kysymys, jolla pyritään hahmottamaan puheessa ilmenevää vaihtelevuutta ja samankaltaisuutta (Pietilä 2010). Lähdin siis tarkastelemaan, mistä kaikesta miehet puhuvat selittäessään sukupuolten välisiä elinajanodote-eroja ja mitä merkityksiä miehet antavat naiseudelle tai miehuudelle suhteessa terveyteen, sairauteen ja terveyskäyttäytymiseen. Eskola ja Suoranta (2001, 197–198) kuvaavat tätä analyysin vaihetta aineiston erilaisten repertuaarien tunnistamiseksi, joka perustuu erojen ja yhtäläisyyksien tunnistamiseen muodostamalla sisällöllisesti samantapaisia asia- tai käsitekokonaisuuksia. Luin aineistoa alleviivaamalla samankaltaisia toistuvia asiakokonaisuuksia, ja samalla merkitsin myös erikseen ne kohdat, jotka olivat jollain tapaa ristiriitaisia, poikkeavia tai huomiota herättäviä.

Miesten puheesta hahmottui analyysin tässä vaiheessa kolme diskursiivista pääteemaa, joilla miehet selittivät kuolleisuuseroja. Siirtyminen analyysissä eteenpäin johdatti minut analysoimaan *miten*-kysymystä (Pietilä 2010), eli miten eri tavoin miehet kuvasivat naisia tai miehiä suhteessa terveyteen ja terveyskäyttäytymiseen. Melko varhaisessa analyysin vaiheessa oli selvää, että miesten selitykset olivat hyvin moninaisia ja toisiinsa liittyviä. Huomioni kiinnittyi myös siihen, että miehet tekivät terveyseroja ymmärrettäväksi nimenomaan naisiin liittyvien samankaltaisten tulkintarepertuaarien kautta, jotka esiintyivät eri yhteyksissä samanlaisina. Lähdin tarkastelemaan tätä tarkemmin ja etsimään vastausta kysymykseen, miksi miehet selittävät elinajanodote-eroja juuri naiseuteen liittyvillä tavoilla, ja miksi miehiin liittyvät selitykset olivat lähinnä poikkeuksellisia aineistossa. Näin tämä ristiriitaisuus pakotti minut kokeilemaan alkuvaiheen hypoteeseja aineiston funktioista, ja siten aineiston poikkeavuus johdatti minut hahmottamaan uusia hypoteeseja (Eskola &

Suoranta 2001, 197–198). Poikkeustapausten analysointi vahvistaa diskurssianalyysin vakuuttavuutta, koska ne tekevät näkyviksi juuri sellaisia kulttuurisia itsestäänselvyksiä, jotka ovat diskurssianalyysin lähtökohtainen tarkoituskin (Juhila & Suoninen 1999). Tässä kohtaa analyysiäni aloin tarkkailla myös aineiston kyllääntymistä eli saturaatiota, mikä on laadullisessa tutkimuksessa olennaista. Aineisto on kyllääntynyt ja siis riittävä, kun se ei enää tuota uusia näkökulmia tai elementtejä tutkittavaan ilmiöön. (Whitley & Crawford 2005.)

Seuraavassa luvussa esittelen aineistolähtöisesti sitä, miten miehet selittävät sukupuolten välisiä eroja elinajanodotteessa, toisin sanoen mikä selittää naisten parempaa terveyttä ja mikä miesten huonompaa terveyttä. Tulokset pohjautuvat kolmeen diskursiiviseen pääteemaan, joilla miehet tekevät elinajanodotteen erojen syitä ymmärrettäväksi. Toisessa tutkimuskysymyksessäni haen vastausta siihen, miten miesten selitykset suhteutuvat terveystieteen malleille selittää kuolleisuuseroja. Kuljetan perinteisiä selitysmalleja sopivissa kohdin tulosten rinnalla, ja kokoan lopussa kaikki tulokset yhteenvedoksi.

7 TULOKSET

Aloitan tulosten esittelyn ensin yleiskuvauksella siitä, miten miehet selittivät sukupuolten välisiä elinajanodote-eroja. Sekä paperi- että metallityömiesten puhetapaa hallitsi selvä epävarmuus selittää sukupuolten välisen elinajanodotteen eroa. Myös ne miehet, jotka antoivat varman selontekonsa kysymykseen heti, kokivat jossain vaiheessa haastattelua syiden tarkemman selittämisen melko vaikeaksi. Vastauksissa miehet kertoivat joko suoraan, miten vaikeaa ilmiötä on selittää, tai epävarmuus ilmeni myös vastausten ilmaisemisena vastakysymyksellä tai oman vastauksen oikeellisuuden arvioimisena. Vastaaminen koettiin vaikeaksi myös sen vuoksi, että yksiselitteistä vastausta oli vaikea antaa. Elinajanodotteen erosta kysyttäessä tämän miehen selonteossa kuvautui sekä aiheen käsitteellistämisen vaikeus, että tulkintarepertuaarien monipuolisuus.

K: (...) että kun Suomessakin on edelleenki semmonen tilanne, että naiset elää keskimäärin noin seitsemän vuotta pidempää ku miehet niin tota öö.. minkälaisia semmosia mahdollisia selityksiä sulla tulis mieleen tästä asiasta?

P25: En mä kyllä osaa sanoo, ratkasta tota pulmaa.

K: No, jos sä sen ratkaisisit ni varmaan saisit Nobelin, että on sitä sen verran tutkittu, mutta minkälaisia erilaisia asioita sulle tulis mieleen?

P25: No joku onko se onko ne, naiset yleensä niin ku sosiaalisempia, tietysti eihän kaikki miehet erakkoja oo mutta noi jollain lailla yhteisempiä (K: Mmmm-mmm.) pehmeempiä tavallaan asenteeltaan (K: Nii.) ei oo ehkä niin jääräpäisiä ku miehet (K: Mmm.) vaikee sanoo mikä siinä nyt perimmäinen syy on tai kaikki vaikuttaa kaikkeen.

(...)

P25: Kyllä ne varmaan, kyllä ne niin ku, kyllä mä uskon, että ne terveellisemmin elää, että noin, miehet syö makkaraa, juo kaljaa ja sitten naiset yrittää vähän sitten salaatin lehtee saada väliin ja kyllä siinä tällstä on.

K: (...) Tuleeks sulla siitä sitten mieleen tai miks ne sitte elää jotenki terveellisempi?

P25: En mä nyt en mä oo miettiny tollasta mutta ei mikä siinä nyt sitten. En mää kyllä osaa sanoo, ei tietysti sekää mikää vastaus, että ne on kiinnostuneempia terveydestään, mutta jos ne sitten osaltaan pieneltä osaltaan on. (...) jos sitä kautta, että ne on kiinnostuneempia terveydestä ni ne myös seuraa enemmän sitä, että kyllä sitä varmaan niin kun tietoo on enemmän ku miehillä mutta minkä takia ne on kiinnostuneempia

terveydestään ni en mä osaa siihen sanoo sitte ne on äitejä ne hoivaa miehet, miehet rakentaa pesää ja tää on tietysti ikivanha, ikivanha asia, että noin kyllä mieskin osaa hoivata ja nainen rakentaa pesää mutta onko se sitten vaan mies ei toistaseks synnyttä, että noin on sillä jotain sitten merkitystä (K: mmm) niin pitkältä evoluutiosta.

Esimerkin miehen selonteko kuvaa hyvin haastatteluaineiston rikkautta sen suhteen, miten miehet ensinnäkin kokivat vastaamisen vaikeana, mutta samalla he tukeutuivat hyvin erilaisiin ja useisiin selittäviin tulkintarepertuaareihin. Miehet selittivät elinajanodote-eroja hyvin monipuolisesti, ja usein selitykset liittyivät toisiinsa. Kuten tässä haastatteluotteessa, selitettiin elinajanodotteen eroja sukupuolten välillä erilaisilla elintavoilla, käyttäytymisellä sekä biologisilla tekijöillä, mutta eroja tehtiin ymmärrettäväksi myös sukupuolille tyypillisten rooliodotusten mukaisesti. Vaikka edellisen esimerkin mies tuo esille perinteisten ”miehet kodinrakentajina ja naiset hoivaajina” – roolimallien olevan ikivanha asia, lopettaa hän lauseensa siihen ymmärrykseen, että hän ymmärtää niillä olevan edelleen merkitystä elinajanodotteen eroille naisten ja miesten välillä.

Mielenkiintoinen piirre aineistossa oli se, että edellisen esimerkin mukaisesti aineistoa hallitsi miesten tapa selittää naisten pidempää elinikää usein juuri naisiin kohdistuvilla pohdinnoilla, toisin sanoen sillä, mikä on naisille tyypillistä käyttäytymistä, mistä se johtuu ja miten se ilmenee. Näin naiset kategorisoitiin yhtenäiseksi joukoksi, aivan kuin *kaikki* naiset olisivat ominaisuuksiltaan ja käyttäytymistavoiltaan homogeeninen ryhmä. Samalla he tekivät tällä vastakkainasettelulla eroa *kaikkiin* miehiin sekä miesten tapaan käyttäytyä ja ajatella. Tätä he eivät tehneet useinkaan suoraan, vaan enimmäkseen *negation* kautta. Ihmiset ovat taipuvaisia määrittelemään itseään ja identiteettiään päinvastaisena kuin muut, eli kuvaukset erilaisista muista rakentavat kuvaa meistä. (Said 1978 Edleyn & Wetherellin 1997 mukaan.) Miesten kuvaukset naisista olivat siis rakentamassa lopulta miesten omaa päinvastaista identiteettiä.

Miesten tulkitsivat sukupuolten välisiä elinajanodote-eroja kuuden erilaisen tulkintarepertuaarin avulla, jotka olen jakanut kolmeen ryhmään; terveyskäyttäytymisen ja elintapojen tulkintarepertuaareihin, perhe- ja työelämän tulkintarepertuaareihin sekä biologiset ja essentialistiset tekijät -tulkintarepertuaariin.

7.1 Terveyskäyttäytymisen ja elintapojen tulkintarepertuaarit

7.1.1 Naisten kiinnostus terveysasioita kohtaan -tulkintarepertuaari

Yksi selkeä ja lähes koko aineistossa esille tullut puhetapa liittyi naisten miehiä yleisempään kiinnostukseen terveyttään kohtaan. Naisten elintavat ovat terveellisemmät kuin miesten, koska naisten koettiin olevan kiinnostuneempia terveydestään, ajattelevan terveyttään enemmän sekä pitävän terveydestään parempaa huolta kuin miesten.

K: Joo.. No mites tota vielä siitä, siitä että ku puhuttiin että naiset naisilla ain suhteessa on miehiä, terveellisemmät elintavat. Niin mist, mistä sä sanoisit että se johtuu siis onks, naisilla enemmän tietoa näist näist elintavoista ja terveydestä tai onks ne jotenki kiinnostuneempia siitä?

M1: No nainen siitä välittää sillai enemmän tietysti että, kiinnostuu siitä ja sitte mitä ne, ja mitenkä ne itte voi niin.. Että ne niinku, huolehtii siitä ittestään paljo paremmin, kuin miehet että..

K: Niin mutta niinku, mitä sulle tulee mieleen että mistä se ny johtuu kai sitä ny luulis että mieheikki haluais niinku..

M1: Niin joo kyllähän siinä..

K: ..pysyä jotenkin kunnossa ja..

M1: Joo..

K: ..voida hyvin ja näin mutta..?

M1: Niin näin on joo en tiä sitte mikä se siinä sitte on.

K: Mites kun tosta tiedosta puhuttiin aiemmin niin öö.. mitä kuvittelet, et onks naisilla enemmän tietoa terveydestä tai onko ne jotenkin kiinnostuneempia terveydestä?

P21: No sanosin näin, että naiset on varmasti kiinnostuneempia tästä terveyspuolesta ku miehet ainakin mitä keskustellu heidän kanssaan kyllä he niin kun hyvin tietoisia ainakin, että muiden muassa näiden ruokailu ja näitten tämmösten, että en mä tiedä kaikki toimia ni kyllä tuntuu olevan tietoo ja mielenkiintoo siihen asiaan.

K: Joo-o.

P21: Erilaila ku miehillä ehkä kuitenkin, se voi olla yks semmonen, kyllä se varmaan naisilla tietoo on enemmän kyllä, että he ottaa selvää siitä enemmän ku miehet. (K: Joo.) Miehillä on saatavana sama tietoo, mutta välttämättä ei tunne mielenkiintoo sitä asiaa kohtaan (K: Mmm.) ne ei herää sitä vasta kun tässä sanotaan myöhemmällä iällä.

Kumpikin mies kuvasi naisille luontaista kiinnostusta terveysasioita kohtaan. Miehet ymmärsivät viimeisen puheotteen mukaisesti naisten myös tietävän terveysasioista enemmän ja hakevan niistä aktiivisemmin tietoa kuin miesten. Ensimmäisen esimerkin mies perusteli naisten terveellisempiä elintapoja sillä, että nainen on *tietysti*

kiinnostuneempi terveydestään kuin mies, koska välittää siitä ja huolehtii itsestään enemmän. On mielenkiintoista, että miehille vastaavaa kiinnostusta omaa terveyttä kohtaan ei kuvattu. Miksi miesten ei ajatella pitävän huolta itsestään? Haastattelijan tартtuessa siihen, etteivätkö miehetkin haluaisi kuitenkin pysyä kunnossa, ei mies osaa enää vastata. Hän jatkoi selitystään myöhemmällä iällä tapahtuvasta kiinnostuksen heräämisestä, mitä käsittelemme myöhemmin.

Miehet perustelivat naisten terveystietoisuutta monella tapaa. Vain yksi mies asetti naisten terveystietoisuuden kyseenalaiseksi toteamalla P22: ”Ne luulee tietävänsä”. Eräs mies selitti naisten olevan luontaisesti tietoisempia terveysasioita, koska heitä on runsaasti terveydenhuoltoalalla. Toinen luontainen selitys tiedolle liitettiin äitiyteen, jota käsittelemme jälleen myöhemmin. Yleisimmin naisten nähtiin hakevan tietoa ja P17”saavan vaikutteita” aikakaus- tai naistenlehdistä, joissa terveysaiheista tietoa on paljon tarjolla. Miehet eivät osanneet selittää sitä, ovatko naistenlehdet menestyneet juuri naisille suunnattujen terveysaiheidensa vuoksi, vai onko naisten kiinnostus terveyttä kohtaan virinnyt juuri lehtien välityksellä. Miehet tunnistivat aikakaus- ja naistenlehtien sisältävän terveyteen liittyviä aiheita, kuten enimmäkseen ruokaohjeita, mutta lehtien nähtiin myös antavan naisille mallin tavoiteltavasta ihannenaisestä.

K: Tarkoitko niin kun tätä kun sanoit, että niissä (naistenlehdissä) on näitä ruokareseptejä?

P22: Niitäkin just kato, että pysyy solakkana ja hoikkana ja tää naismalli, mikä on annettu ja missien kuvia ja harvonnut näkee ihan kolmen äksän kokosia naismammojen kuvia ole (...) se muotti luodaan ihan nuoresta lähtien.

K: Mikä sun käsitys on tietääkö naiset jotenkin enemmän terveydestä ja terveyteen vaikuttavista asioista?

P23: Kyllä mä uskosin, ku kumminki ihan tylsty vedettynä naistenlehdet ne on niin mitä naiset lukee niin kyllä siellä annetaan semmosia malleja, ehkä enemmän (K: joo) ja kyllä mä luulen edelleen, että naisten keskustelut ruuassa pysyy useimmin ku miesten. (...) Naisille on ehkä se ulkonäköki vielä vähän tärkeempi ja tää en tiedä.

Yksi selkeä ja yleisesti käytetty selitys sille, miksi naiset pitävät parempaa huolta terveydestään ja panostavat terveellisiin elintapoihin, liittyy edellisen esimerkin mukaisesti juuri naisten ulkonäkövaatimukseen ja pyrkimykseen pitää itsensä kunnossa ja kauniina.

P19: (...) eli naiset kumminkin aika usein niin ku petraa siihen ulkonäköön ja, (...) uskon, että tota naiset, naiset tosiaan niin se ulkonäkö

on niille tärkeä ja siin on myöskin sitä kautta pyrkii liikkuu ja pyrkii syömään terveellisesti. (...) mutta, että, että miehillä se ehkä on enemmän silleen niin kun mitään väliä.

Naisten tupakoimattomuus esimerkiksi nähtiin johtuvan kauniin ihon tavoittelusta (P19) ja liikkuminen sekä terveelliset ravintotottumukset taas P20”timmin kunnon” tavoittelusta. Toisaalta naisten kuvattiin myös M4”syövän kaikennäköisiä nappeja”, mikä asettaa terveellisen elämäntavan toisaalta kyseenalaiseksi. Aikakauslehtien mielikuvamainonta korostaa nykyään juuri perinteistä sukupuolittunutta naisnormia, joka on muokattavissa oleva projekti, ja joka on saavutettavissa mitä erilaisimmilla keinoilla (ks. Hänninen & Sarlio-Lähteenkorva 2003). Tämä sopii hyvin miesten ymmärrykseen siitä, että naiset hakevat tietoa muun muassa lehdistä ja pyrkivät naisihanteen sanelemina muokkaamaan kehoaan. Miesten joukossa oli muutama, jotka näkivät naisten kiinnostuksen terveyttä kohtaan ja ulkonäköpaineiden olevan naisten psyykkistä terveyttä heikentävä tekijä, koska he eivät siten olleet P22”yleensä sinut itensä kanssa koskaan”. Eräs mies kuvasi naisten ajattelevan paljon ulkonäköään ja siten myös murehtivan yleisesti enemmän. Hän yhdisti ulkonäkövaatimuksiin naisilla syyllisyydentuntoa sekä negatiivisen pakon:

P15: En mä tunne syyllisyyttä mitä mä oon tehny tai toisinpäin, jos mä oon. Se on menny, se on tapahtunu enkä mä niin ku. Naiset on sellasia murehtijoita varmaan, että..

K: Mmm.

P15: ..nyt on viikko syöty, herkuteltu vaan nyt täytyy ryhdistäytyä (...) Se on niin ku se on välillä just semmosta niin ku, että vähän niin kun negatiivinen (K: Nii.) pakko.

Miesten puhe ei sisältänyt yhtään mainintaa miehiin kohdistuvista ulkonäköpaineista tai pyrkimyksistä ulkonäön vuoksi parempaan kuntoon. Ulkonäön muokkaamisen on todettu kuitenkin kuuluvan ainakin brittiläisessä yhteiskunnassa yhä enemmän myös miesten elämään (Phillips & Castle 2001), mutta ainakaan tutkimieni miesten osalta ulkonäköodotuksia ei missään vaiheessa tuotu esille. Vastaavasti oli mielenkiintoista se, että yksikään mies ei *suoraan* kuvannut olevansa *itse* kiinnostunut tai hakevansa aktiivisesti tietoa terveyteen liittyvistä asioista, ainakaan naisia enemmän. Kiinnostusta kuitenkin ilmaistiin lieventävillä sanoilla, kuten eräs mies (P18) kertoi lukevansa terveysaiheisia aikakauslehtiä vain *sivusilmällä*. Miesten puhetavasta sai käsityksen, että miehet yrittivät lieventää kiinnostustaan terveysasioita kohtaan; miehen ei kuulu olla terveysasioista kiinnostunut tai ainakaan tuoda sitä esille. Samalla jäi kuva, että miesten oli vaikea kertoa kiinnostuksestaan terveyttä kohtaan, koska sille ei löytynyt

riittäviä perusteluita. Selonteoissa miehet perustelivat nimenomaan naisten luonnollisia kiinnostuksen syitä, kuten kauneuspyrkimystä tai äitiyttä, jotka eivät siis toimineet miehillä kiinnostuksen perusteina. Miehen kiinnostusta terveysasioita kohtaan perusteltiin maskuliinisilla ilmauksilla, kuten eräs mies kertoi lukevansa ravitsemusaiheita *bodauslehdistä*. Oli siten mielenkiintoista, että miesten vähäisempää kiinnostusta terveyttä kohtaan selitti riittämättömien perusteluiden puute. Eikö terveys itsessään riitä perusteluksi olla kiinnostunut terveyteen liittyvistä asioista?

7.1.2 Naisten erilainen luonne -tulkintarepertuaari

Naiset nähtiin aktiivisen terveyskiinnostuksen vuoksi hyvin erilaisina kuin miehet, ja tätä erilaisuutta kuvattiin jopa ominaisuutena. Naisilla ajateltiin olevan miehistä poikkeava luonne ja ajattelutapa, joiden vuoksi he panostivat elintapoihin ja siten nimenomaan ulkonäkönsä. Naisten koettiin ajattelevan pitkäjänteisemmin kuin miesten ja sen vuoksi tarkkailevan miehiä huolellisemmin elintapojaan. Miehillä ei nähty olevan tällaista jatkuvaa ”intoa (M8, P14)” tai ”sisäistä viettiä” hoitaa itseään tai panostaa ulkonäkönsä.

K: No mitäs sä sitte o-, tuleeko sulle mieleen asioita minkä, minkä takia m-, ne naisten elintavat sitten on, niinku terveellisempiä ku miehillä?

M8: N-, ne varmaan ajattelee sen erillä, eri tavalla sen, elintapansa kun miehet. Ne niin kun..

K: Millä tavalla?

M8: No ne ajattelee sen varmaan pitemmälle että miehet ei ajattele sitä että se on vaan sen hetken päätös että mä otan tai syön ton tai teen ton mutta. (K: Mm.)

M8:..naiset saattaa ajatella sen vähän pitemmälle että tota, että mä en tommosta, että tota, että mä syönkin jotain vähän ehkä terveellisemmin tai jotain muuta. Että, että mä uskon että ne ajattelee sen vähän toisella lailla.

K: No, m-, no, mä ny jankkaaan tätä että no, no minkä takia ne sitten ajattelee sitä pidemmälle?

M8: No.. Niil on ajattelutapa erilainen. Varmaan. Sillai mä sen niin kun ymmärtäsin.

K: Tarkotatko niin kun tässä asiassa vai, vai yleisesti?

M8: Sanotaan yleisesti. Terveysten kannalta, ruokailutavoissa, näissä niin niil on erilainen ajattelutapa kun miehillä (K: Joo.)

M8: Miehillä on taas tämmösiä, no en mä tierä. Mä ainakin, mun mielestä tulee miehille enemmän semmosia niin kun mielihoiteita että mä syönkin ton tai mä otankin ton ja.. (K: Mm.)

M8: ..ei se ny väliä oo vaikka mä ny vähän, enemmän tommosta otan tai jotain tommosta tai jotain muuta tämmösiä. (K: Niin.)

M8: Niin ne ajattelee sen sillai vähän niin kun lyhkäsemmälti.

K: Niin tarkotatko että naisilla on semmonen pitkäjänteisempää se..?

M8:Joo. Niil on pitkäjänteisempi se ajattelutapa

M6: (...) ehkä noi naiset koittaa pitää ittensä niillä on kuitenkin sellainen jonkinnäköinen sisäinen vietti sillai että pitäis niin kun näyttää hyvältä ja elää niin kun sillälaiilla [terveellisesti], miehelle tulee mun mielestä sitten jossain vaiheessa että aivan sama (naurua) että ei tässä tarvi enää ketään ihastuttaa.

Näiden miesten puheessa naisen ja miehen erilaisuutta kuvattiin juuri sukupuolille tyypillisinä ominaisuuksina. Ensimmäisen esimerkin mies kuvaa naisten luonteenomaista tapa ajatella ja toimia suunnitelmallisesti terveytensä suhteen, kun taas miesten ajattelutapaa hallitsevat päinvastaisesti mielihoiteet sekä lyhytnäköisyys terveyden suhteen. Tämä on huomionarvoista siksi, että tällaisella luonteenpiirteellä ikään kuin hyväksytään sitä seuraavat huonommat terveystavat miehille. Toisaalta sama perustelu annetaan myös viimeisessä esimerkissä, jossa mies kuvaa naisten sisäistä viettiä pyrkiä näyttämään hyvältä. Koska miehillä tällaista sisäistä viettiä ei ainakaan pitkäkestoisesti ole, ei miehen tarvitse ”ihastuttaa” ketään ja panostaa siten terveyteensä.

Miehet ymmärsivät naisten luontaisen kiinnostuksen ja aktiivisuuden omaa terveyttään kohtaan olevan monella tapaa naisten terveyttä parantava tekijä, ja vain yksi mies (P24) kuvasi tällaista naisten käytöstä turhamaisuudeksi. Osa miehistä puhui naisten aktiivisuudesta hoitaa ja hoidattaa itseään, minkä nähtiin johtuvan edellä mainitusta kiinnostuksesta terveyttä kohtaan sekä naisten sosiaalisemmasta luonteesta.

K: ... niin mistä arvelet sen eron [elinajassa] sitten johtuvan?

M7: Nii se voi olla siel on naista vaa enemmän aktiivise-, aktiivisti tai aktiivisesti enemmän tota huolehtii itte enemmän. Naiste o aina enemmän jos jotain vaiva tulee se on heti, ota selvää, ku taas mies on vähän ku vähän ku pinnistää sitä ensin ja arvelusta ja kannattaako mennä ja, ei uskalla menee, kun taas naiset on aina tavallaa aina uskalla aina heti menee. Varmaa sitä näkee se ero varmaa siitä ku naiste pysyy vähä terveellisempä, pitempi ku miehil.

K: Mitkä ne elintavat mielestäs on, missä sit naiset käyttäytyy jotenkin terveellisemmin että, onk se just tää tupakointi vai mistä mainitsit?

M7: Nii. Kyllä varmaa se on siitä ne, no enemmän ne pitää sellasta huoli mikä ne, mikä ne syö ja mikä ne pistää suuhu ja, ja ja tota mu mielessä ne harrastaa enemmän tota liikunta ku miehi ja, ainaki meiän emäntä se on, se millon se käy tanssitunti ja ja sitten ehkä uimaa ja, sitten se käy lenkille ja näi ja, että se on tota, se maalaa tauluja joka maanantaina talvella, syksyl se käy tonne maalailee ja tota, se on yks yks tekijä on taas, mies on

enemmän tosta, enemmän vähä ku sohvapohjaa ja tavallaan ei oo niin kauhee aktiivisesti ku joki naisii.

Esimerkin mies kuvasi naisten aktiivista luonnetta, jonka vuoksi naisen on helpompi hakeutua hoitoon ja jolla hän perustelee myös naisten liikunnallisuutta ja monipuolista harrastuneisuutta. Miestä hän kuvasi toisenlaiseksi; sohvan pohjalla viihtyväksi. Sanomatta sitä suoraan, hän siis toi esille, että miehet ovat vähemmän sosiaalisia, millä on vaikutusta heidän terveyteensä. Sosiaalisuuden merkitys näkyi myös siinä, että eräs mies (P19) toi esille naisten tarvitsevan sosiaalisissa tilanteissa vähemmän alkoholia ollakseen puheliaita, minkä vuoksi hänen on täytynyt huomata miesten tarvitsevan ainakin jossain määrin alkoholia ollakseen sosiaalisempia, vaikka hän ei sitä suoraan tuonut esille. Huomionarvoista aikaisemmassa esimerkissä oli myös se, että mies kuvaa naisten *uskaltavan* hakeutua hoitoon *heti*, ja miesten sen sijaan ensin *pinnistelevän* ja *arvelevan*, että *kannattaako* tai *uskaltaako* hoitoon hakeutua. Hoitoon hakeutumisen kynnystä sanelee siis jonkin asteinen pelko, jota jostain syystä naisten ei ajatella tuntevan. Se mitä tämä pelko on, voi selittyä seuraavan miehen kuvauksella hoitoon hakeutumisen vaikeudesta:

K: No mitäs tota ku äsken tosta just tosta tiedosta puhuttiin ni öö.. voisko sillä olla jotain merkitystä noin elämäntapojen kautta, että tietääkö naiset enemmän terveydestä vai?

P26: Ehkä ne paremmin haluaa tietää ja isälläkin oli vaikeuksia ku ei menny lääkäriin ku se on vähän kun on ihminen vanha ni senki takia pitäsi käydä vaikkei miltään tuntuskaa sen verran ku korkeet verenpaineet ei antas tutkia sitä ei, ei hänessä mitään ole, vaikka tietäski, mikä se kynnys on, ei pidä siitä, että mennään lääkäriin (K: Joo.) (epäselvää) semmonen kynnys, että jos jotain löytyy ni se on hirvee asia.

Tämä mies kertoi naisten haluavan tietää terveydestä ja käyttää kaikkien miesten päinvastaisesta käytöksestä esimerkkinä oman isänsä vastustelua hakeutua lääkäriille. On huomionarvoista, että hän siis kuvasi miesten varsin perinteistä maskuliinista terveysvastaista käyttäytymistä, mutta samalla hän itse selvästi tuomitsee tämän käytöksen ihmetellessään sitä, miten isän *olisi* ikänsä puolesta *pitänyt* mennä lääkäriin. Hän siis antaa itsestään päinvastaisen kuvan terveyttä arvostavana miehenä tuomitessaan isänsä toiminnan, ja rakentaa näin kahta erilaista puhetapaa miehyyden ideaalista terveyden suhteen. Tulkitsen miehen vahvistavan tällä eronteolla omaa maskuliinisuuttaan ja valtaansa suhteessa heikompaan mieheen – vanhaan isäänsä – hänen puhuessa isästään ikään kuin heikkona ja huolehdittavana (ks. Connell 1995, 76–79).

On myös mielenkiintoista, että hän kuvasi isänsä vastustelevan hoitoon lähtemistä, koska isä pelkää sieltä löytyvän ”jotain”. Isä tiesi jo olemassa olevista korkeista verenpaineista, ja siten todennäköisyys jonkin muunkin löytymiselle tai sairauden pahenemiselle olisi mahdollinen. Vastustelevatko miehet siis yleisesti lääkäriin lähtöä juuri sen vuoksi, että koska miehet tämänkin tutkimuksen mukaan tiedostavat elävänsä jokseenkin epäterveellisesti, olisivat todennäköisyydet sairauksien löytymiselle lääkärissä myös korkeat? Naisten nähdään hakeutuvan aikaisemman esimerkin mukaisesti hoitoon juuri *sen* vuoksi, että tämä *saa* selvyuden vaivoihinsa. Mies puolestaan välttelee hoitoon lähtemistä sen vuoksi, että sieltä *voi* selvitä jotain *hirveää*. Hoitoon hakeutumisen kynnystä kuvaa myös tämä mies:

P22: Niitäkin just kato, että pysyy solakkana ja hoikkana ja tää naismalli mikä on annettu ja missien kuvia (...) niin se muotti luodaan ihan nuoresta lähtien jo tytön pitää olla tommosia ja piste. (K: Mmm-mmm.) Niihän sitä ollaan niin ku se ois yhtään väliä, (K: Joo, joo.) ei tietenkään saa olla, mutta se on näin että miehet myöskään niin kun panosta siihen mikä tuossa manikyyreissä ja pedikyyreissä ja kasvohoidoissa (K: Nii.) esimerkiks joissain hieronnoissa ja tämmösissä, kuntoremontti kurseilla jossain kylpylöissä (K: Mmm-mmm.) ennen kuin sitte ku on tosiaan, että on nii huono, että on pakko mennä, ettei enää tule toimeen sen kanssa tavallaan odottaa vaan myssy päässä kotona, koska laaki tulee.

Esimerkin mies toi esille sen, että naisten itsensä hoidattaminen liittyy ulkonäköpyrkimyksiin. Hänen sanavalintansa hoitojen suhteen kertovat jopa turhamaisuudesta; ”joissain tämmösissä kasvohoidoissa ja muissa, mihin mies ei panosta”. Hän siis rinnastaa hoidot ja hoidoissa käymisen sanavalinnoillaan hyvin feminiiniseksi, mitä mies viimeiseen asti vastustaa. Nämä miesten esimerkit vastaavat hyvin myös terveystieteen ymmärrystä miesten ja naisten erilaisesta suhtautumisesta hoitoon hakeutumisesta (esim. O’Brien, Hart & Hunt 2007). Erityisesti jälkimmäisen miehen esimerkissä on tunnistettavia piirteitä myös Courtenayn (2000b) teoriasta, jonka mukaan miesten epäterveellinen käyttäytymien johtuu feminiinisen käytöksen vastustamisesta ja siten maskuliinisuuden vahvistamisesta.

Miehet puhuivat myös paljon naisten miehiä sosiaalisemmasta luonteesta sekä sukupuolisidonnaisille luonteenpiirteille puhua oireista ja ylipäättään terveysasioista. Myös näiden puhetapojen sisällöt ovat tunnistettavissa kirjallisuuskatsauksessa esittämiini tuloksiin. Edellisen esimerkin mies kuvasi naisten sosiaalisempaa luonnetta ”huutaa ja parkua” asioitaan ja miesten luonnetta ”pitää kaikki sisällään”. Hänen

kokemuksensa mukaan miehet eivät juuri puhu henkilökohtaisista terveysasioista keskenään, kun taas naisille puhuminen ventovieraidenkin kanssa on luonnollista, koska naisilla on rakenteellisesti ”normaaleja jaettuja vaivoja” viitaten siis ilmeisimmin naisten lisääntymisterveyteen. Toinen mies (P19) oli hoitovapaalla ja leikkikentällä äitien kanssa ollessaan huomannut, että lapsien kautta naisilla on laajempi ystäväpiiri, jossa heidän on helpompi jakaa yhteisiä kokemuksia lasten terveydestä ja siten puhua myös omasta terveydestään.

K. (...) koska sillain just ku ajattelee ni miehiä ja naisia eli ni naiset kai terveydestäänkin puhuu aika paljon sanotaan vapaammin.

P19: Kyllä, joo, että en tiedä sitten, sanosin, että naisilla on niin kun enemmän semmosta isompi se niitten ympyräpiiri, niil on niin ku naisil on mä koen ainaki niil on niin ku enemmän siis paljon kavereita. Miehillä saattaa olla jokunen hyviä, naisilla on niin ku paljon kavereita. Osa sanotaan, että ne kytkeytyy aika usein niihin lapsiin kans (K: Nii.) ja niil on sitä kautta sitä omaa porukkassa, puhutaan ensin niitten lapsien terveydestä, että saadaan sit se jotenkin kääntyy siihen (K: Mmm-mmm.) siihen omaan ja niistä puhutaan siinä samalla et se on.

K: Onko se joku puistoporukka?

P19: Kyllä joo. Mä oon ollu hoito tai tolla vuorotteluvapaalla [tytärtä] hoitamassa yhdessä vaiheessa ei ollu pakko ni, pakko tota noin koko tähän ollu ja tietysti mukavaaki se oli et mielelläni mä jäin ku vaan oli mahdollisuus mutta silloin huomas, että yksin mä siellä puistossa miehenä olin ja sitten siinä niin ku on helppo kuunnella mitä ne siellä, tietysti ei ne välttämättä ihan niin paljon silloin puhu ku mä oon siinä, että (K: nii, nii.) et se jotenki. (K: joo.) Ne naisten vaivat on kumminkin naisten vaivoja. (K: Ni.) Sitten ne on kyl tosiaan (K: Joo.) sillä puolella, että kyllä se niin ku erilainen, erilainen se juttu on niin ku ihan erilainen ja ihan eri planeetalta ku on niin ku naiset puhumassa tai miehet puhumassa, että (K: Joo.) kyllä ne niin ku luonne ja semmonen kai ne roolijaot on semmoset, erilaisia sukupuoli on niin erilaisia kumminkin, että.

Hän korosti naisten hyvin erilaista tapaa puhua ja kertoa erilaisista vaivoista. Naisten koettiin siis pystyvän puhumaan avoimemmin oireistaan ja yleisesti terveysasioista kuin miesten, mikä voi kertoa naisten tavasta käyttää oirekieltä käsitelläkseen muita asioita tai ongelmia (ks. Honkasalo 1988). Tämä mies kuvasi naisten ja miesten eroa terveysaiheista puhuttaessa seuraavasti:

P18: Meiltä kysyy tuolla jossain puhuu [vaivoista], ottaa puheenaiheeks ni ei siitä varmaan kauheen pitkälle pääse keskustelua. Naisethan voi höpöttää siitä ihan helposti.

Tässä mielenkiintoa herättää vastaajan sanavalinta ”höpöttää”. Onko terveystieteistä puhuminen naisten keskuudessa – tai ennen kaikkea ylipäätään – kevyttä höpöttelyä? Ainakaan tämä mies ei sitä kovin vakavana pitänyt, ja toisaalta hän myös rinnasti sen melko feminiiniseksi toiminnaksi. Tämä selittäisi terveystieteistä puhumisen vaikeutta miehillä, jos sitä perustellaan feminiinisuuden vastustamisena aikaisemmin esittelemäni Courtenayn (2000b) teorian mukaan.

7.1.3 Elintapojen yhdenmukaistuminen -tulkintarepertuaari

Tässä tulkintarepertuaarissa naisten elintapoja kuvattiin yleisesti terveellisemmiksi kuin miesten, ja erilaiset elintavat annettiin yleisimmin ja varmimmin elinajanodote-eroa selittäväksi syyksi. Miesten kuvaukset erilaisista elintavoista liittyivät enimmäkseen alkoholinkäyttöön, tupakointiin, ravitsemukseen sekä harvoin liikuntaan. Naisten ja miesten elintapoja kuvattiin usein koko aineistoa kattaneen samankaltaisten puhetapojen kautta, joilla elintapaeroja tehtiin ymmärrettäväksi. Varsinkin näissä puhetavoissa hallitsevana piirteenä oli miesten tapa selittää elinajanodote-eroa naisiin liittyvillä pohdintoilla, joilla miesten elintapoja tehtiin ymmärrettäväksi aikaisemmin käsittelemäni negaation kautta. Tämän miehen selonteossa elinajanodote-eroja selitettiin juuri naisiin liittyvien pohdintojen kautta:

K: Niin tota mitä millasia mahdollisia selityksiä sulla olis mielessä tällä hetkellä?

P13: Jaa se on ohan se nyt tietysti tutkittu se on varmaan se evoluutionkin takaaja se tulee siihen se että naisen on niin ku jos ei naista ole niin sen jälkehen lakkaa se suku niin ku (naurahtaa) sikiämästä. Kyllä sen täytyy elää vähän pitempään mutta ohan siihen monia muitakin syitä.. Mutta joku semmonen siihen täytyy olla semmonen ohan tietysti nainen sitkeempi ja hormoonit. En osaa sanoa mikä siihen vaikuttas. (...)

K: Joo, joo, no mites onko ne ööö.. mitä sä luulet onko naisten elämäntavoissa sitten just eroja?

P13: Kyllä ja ne elää sillain yleensä ne ryyppää vähemmän ja tupakkia vetää vähemmän. Ja sitten ehkä ne sitten liikuntaaki vähän enemmänkin harrastaa kyllä siinäkin tietysti on molempia että vähäkin liian vähänkin. Mutta mä en tiä oikein mikä siinä ois onko siinä sitten se lisääntymishormooni mikä naista pitää vähän niin ku (naurahtaa) terveempänäkin (K: Mmm.) vaikee sanoo.

Mies toi esille, että naiset tupakoivat ja juovat vähemmän ja liikkuvat enemmän kuin miehet, ja siten hän kertomatta asiaa suoraan näkee miesten käyttäytyvän toisin. Samalla hän vetosi naisten biologiseen ominaisuuteen, jota käsittelemän myöhemmin.

Esimerkin mukainen miesten tapa selittää elinajanodote-eroa naisiin liittyvillä selitysmalleilla antaa kuvan siitä, että miesten oli helpompaa siirtää asia liittyväksi muihin kuin itseensä. Saman kuvan antoi myös se, että silloin kun miehet puhuivat suoraan miesten huonommista elintavoista, he puhuivat nimenomaan miehistä yleisesti, eivät itsestään. Oli huomionarvoista, että vain muutama mies kuvasi omia huonoja elintapojaan. Miesten puhetavasta sai kuvan, että huonoista elintavoista puhuminen oli vaikeaa, ja siitä oli helpompi puhua muihin liitettynä. Tähän voi liittyä se, että terveys on vahvasti sidottu vastuuseen omasta käyttäytymisestä ja siten sillä on myös vahva moraalinen ulottuvuus (esim. Crawford 1980).

Miesten puheessa naiset nähtiin vastuullisempina terveyden suhteen, kun taas miehiin liitettiin tietynlainen vapaus käyttäytyä riskialttiisti, *koska* he olivat miehiä. Näin miehuus itsessään selitti huonoja elintapoja. Tämä ilmeni esimerkiksi siinä, että miesten huonompia elintapoja ei erikseen selitelty, vaan ne katsottiin ikään kuin annettuna; miehet vain toimivat näin. Miehet rakensivat kuvaa miehuudesta, jolle riskialtis käyttäytyminen on normaalia ja jota ei tarvinnut perustella. Varsinkin miesten alkoholinkäyttöön ja tupakointiin liitettiin hyväksyttäviä tapoja käyttäytyä riskialttiisti, joita naisiin ei yleisesti liitetty.

K: No mites noi naisten elämäntavat onko naisilla jotenkin terveellisemmät elämäntavat ?

P14: No kyllä yleisesti ottaen varmaan on kyllä ainakin luulis kyllä naiset siistimmi elää, ku monet miehet, kyllä se yks osatekijä on.

K: Millä tavalla siistimmin?

P14: (nauraa) No ei se oo semmosta, no en tiedä nii mitenkä sen nyt sanois (...) tuota tuota.. se on semmosta huolitellumpaa¹ [huolettomampaa?] se elämä miehillä. Ne painaa ja touhuaa semmosia asioita mitä ei, ei tietysti varsinkin toi humalapäissään kaikki ja varsinki sitten krapulat ja tämmöset ni nehän on aika riskialttiita tiloja ni, että mä veikkaan että niitä on kyllä vähemmän naisilla semmosia semmosia tiloja vie Suomenmaassa, (K: Mmm.) että ne pysyy.

Sen sijaan naisten tupakointia ja alkoholinkäyttöä selitettiin eri tavalla, koska naisten käyttäytyminen oli tässä suhteessa muuttunut ja herättänyt miehissä huomiota. Tämä ilmeni siinä, että miehet puheessaan korostivat naisten huonontuneita terveystottumuksia varsinkin alkoholinkäytön ja tupakoinnin suhteen. Naisten – etenkin

¹ Oletan, että esimerkin mies on tarkoittanut sanalla huolitellumpi sanaa huolettomampi, koska mies nimenomaan kuvaa naisten siistimpää elämää suhteessa miesten rajumpaan tapaan elää.

tyttöjen ja ikääntyneiden naisten – alkoholinkäyttöä ja tupakointia kuvattiin negatiivisävytteisillä kuvauksilla, mikä kertoo niiden olevan paitsi naiseuteen kuulumatonta myös jossain määrin paheksuttavaa.

K: Mitä muuta elintavoista kuin tää että, et jos valitsee ravintoasiat, että valitsee epäterveellisiä ruokia, mitä muita elintapoja olis miehillä?

M6: Alkoholin käyttö olis yksi semmoinen sillai niin kun, on sellainen, tai en mä tiedä onko se enää tänä päivänä kun puhutaan että se on alkanut lisääntyyn naisillakin tommoinen humalahalainen juominen, ja vanhoillakin naisillakin että ne tissuttelee niin kun päivästä toiseen ... tai lehtien mukaan alkaa tulla ongelmaksi (...)

K: Mites ne nyt, mites ne nyt muuten sitte naiset eläis terveellisemmin ku miehet? Mitä sulla siitä tulee mielee?

M12: ..emmää tiä mikä siitä, eikä se välttämättä se ryyppääminenkään oo, emmää tiä mikä siinä sit on vaikuttaa sen asiaan. (K:Nii.)

M12: Ettei se aina se viinakaan oo pelkästää, että kyllä ne sitte jotain muutaki.

K: Nii. No tupakkaahan naiset on..

M12: No tup-..

K: ..polttanu vähemmän kun kun miehet.

M12: Nii no se on yks on ja varmaa se tupakinpoltto, ja nythän se on kyllä enentyny naisissakin kun kattelee noita tommosia nuoria likkoja tuol jotka on kalpeita ku lakanat nii ne vetää posket lommolla ni, eikä nii tuntus niinkun aattelee ettei niillä järkee päässä oo että niikun, kyllä sitä varoteltu ainakin aika ka-, ainakin niin kauan ku mää muistan parikytä vuotta on. En tiä mikä siin on, että ne elää, onk ne sitte niin sitkeempiä vai.

Nuoria tyttöjä kuvattiin tässä ”kalpeiksi kuin lakanat vetäessään posket lommolla” tupakkaa, mikä antoi kuvan tupakoinnista myös ulkonäköhaittana. Se ei siis istu ensimmäisen esimerkin miehen (P14) kuvaukseen naisten ”siistimmästä” elämästä, mitä sanaa käyttivät myös monet muut miehet kuvatessaan naisten elämää. Samalla edellisen esimerkin mies (M12) ihmetteli sitä, että parinkymmenen vuoden aikainen valistus ei ole toiminut tyttöihin. Samaa ei siis ihmetelty poikien kohdalla, mikä antaa kuvan naisiin liitetystä vastuusta terveytensä suhteen. Ikääntyneiden naisten alkoholin juomista kuvattiin taas ”tissutteluksi”, mikä kuvaa naisen juomista kevyempänä kuin miehen juomista. Näiden esimerkkien mukaisesti naisten oletetaan ottavan vastuuta terveydestään ja käyttäytyvän päihteiden kanssa miehiä maltillisemmin.

Miehet puhuivat myös ravintotottumusten erilaisuudesta sukupuolten välillä. Miesten ravintotottumuksia pidettiin yleisesti huonompina kuin naisten, ja siihen liitettiin ravinnon rasvaisuus, yksipuolisuus, kasvien vähäisempi syöminen sekä

epäsäännöllisyys. Kuitenkin miesten ravitsemukseen liittyvässä puheessa ilmeni selkeästi tietoisuus siitä, mitä terveelliset ravintotottumukset ovat ja mikä on epäterveellistä. Lisäksi puhettavasta ilmeni selkeästi oma pyrkimys terveellisempiin ravintotottumuksiin sekä arvostus ruuan terveellisyyttä kohtaan. Esimerkiksi valtaosa metallityömiehistä korosti ja kiitti uutta työpaikkaruokalaa, jonka kautta heidän ravintotottumuksensa olivat muuttuneet selkeästi terveellisemmiksi.

K: (...) eläkö sun mielestä suomalaiset miehet jotenkin epäterveellisesti? tai ootko nähnyt jotain muutoksia siinä vuosien varrella?

M3: Ehkä sitä salaattia on vähän enemmän pöydässä jos tossa vuosien varrella miettii, mut on semmoisia ihmisiä jotka ei syö sitä ja sitten tää työmaaruokailu on tärkeä, meinaan mää on itte käynyt aina työmaaruokalassa etten oo eväitten kanssa. Mutta on niitä ihmisiä kato jotka syö 20–30 vuotta aina ne samat eväät, sama leipä, sama maitopurkki ja sama määrä kahvia ja kyllä mä oon pitänyt sitä työmaaruokailua hyvänä, tai en mä oo tottunut enkä haluakaan syödä eväitä tai viitti tehdäkään. Ainoa on sitten viikonloppuisin jos joutuu ylitöihin, on ylitöissä niin silloin kun ruokala ei oo auki, ja mä oon aina ollut sellaisessa työpaikassa missä on ruokala mahdollisuus, niin siellä on sitten näitä salaatteja ja muita, joita ei kyllä eväissä näe, kun se on tommoinen pino leipää ja pari litraa kahvia ja leikkelettä ja..

K: Työmaaruokailu on tietysti muuttunut.

M3: ..ja pizzaa ja mikrossa lämmitetään, kun eväät kulkee niin joku pizza tai semmoinen että se on niin kun epäterveellistä ruokaa se eväitten syöminen, yksipuolista.

Mies kuvaili terveellistä ja epäterveellistä ruokaa, ja korosti omaa valintaansa syödä työmaaruokalassa ruuan terveellisyyteen tukeutuen. Huomionarvoista on se, että hän kuvasi huonoja elintapoja eväiden syönnissä nimenomaan *muilla* miehillä, minkä jälkeen hän korostaa *omaa* valintaansa *aina* syödä työmaaruokalan terveellistä ruokaa. Tämä omien terveellisten elintapojen korostus voi ilmentää sitä, että ihmiset ovat taipuvaisia antamaan haastattelutilanteessa juuri niitä vastauksia, joita olettavat haastattelijan – tässä tapauksessa terveystieteilijän – odottavan heiltä. (ks. Blaxter 1997). Toinen mielenkiintoinen piirre tässä oli se, että koska hän ei itse ”viitsinyt tai jaksanut” tehdä itse terveellisiä eväitä, pystyi hän kuitenkin terveellisiä ravitsemustottumuksia noudattamaan, kun siihen oli työmaaruokalassa mahdollisuus. Tällöin joku muu tekee terveellisen ruuan hänelle, mikä helpottaa terveellisyyteen pyrkimistä. Miehet siis itse korostivat henkilöstöravintolan positiivista merkitystä terveydelleen, millä onkin Suomessa terveyden tukijana pitkät perinteet ja mille löytyy

edelleen tarvetta kehittää etenkin matalampien sosioekonomisten ryhmien kohdalla (ks. Raulio & Roos 2012).

Miehet puhuivat yleisesti sukupuolten välisten elintapojen yhdenmukaistumisesta, ja he myös arvelivat sen mahdollista vaikutusta elinajanodote-eron tasoittumiseen. Nämä huomiot vastaavat hyvin terveystieteen tutkimustuloksia terveyskäyttäytymisen muutoksista miesten ja naisten välillä (esim. Helakorpi, Laitalainen & Uutela 2010) sekä sen johdosta esitettyä ennustetta terveyserojen kapenemisesta (esim. Koskinen & Martelin 2007). Myös se, että miehet vastasivat pääsääntöisesti ensimmäisenä alkoholin ja tupakan vaikuttavan sukupuolten väliseen elinajanodotteen eroon, vastaa epidemiologian tapaa selittää sukupuolten välisiä kuolleisuuseroja. Tästä yhtenä esimerkkinä on arvio, jonka mukaan Suomessa 51–56 prosenttia elinajanodotteen sukupuolieroista pohjautuu yhdessä tupakoinnin tai alkoholinkäytön vaikutuksiin (Martelin ym. 2004). Edellisen luvun mies jatkaa selontekoaan alkoholikuvauksen jälkeen:

K: Onko sun mielestä ylipäätään tällaiset sukupuolierot jotenkin tasoittunut?

M6: On, kyllä ne on tasoittunut... on. Sitä ei tiedä, vois kuvitella että ne jossain vaiheessa hiukan niin kun tasoittuis toikin että tota, toi ikähomma ettei tiedä onko se pelkästään elintavoista vai mistä se sitten on kiinni, että mä en oikein jaksa uskoa että se niin iso se elinikä ero vois olla tulevaisuudessa jos tää linja jatkuu tällöisenä, tota naiset polttaa kohta enemmän tupakkaa kun miehet ja kaikkee tällöistä. Yllättävän moni mies on lopettanut tupakan polton ainakin työllä työmaalla.

Miehen kuvaus naisten vapaammasta käyttäytymisestä suhteessa alkoholiin ja tupakkaan sekä tulevaisuuden ennuste terveyserojen tasoittumisesta on hyvin lähellä Waldronin (2000) kuvaamaa teoriaa naisten sukupuolinormien vapautumisesta yhteiskunnassa. Tupakointi ja alkoholinkäyttö voidaan ymmärtää yhteiskunnassa kulttuurisesti säädeltyinä tapoina ja esimerkiksi yhteisön juomatavat muokkautuvat yhteiskunnallisissa kontekstissa, jota määrittävät muun muassa normit, asenneilmasto sekä motiivit (ks. Mäkelä, Mustonen & Huhtanen 2009). Teorian mukaan nykyisessä yhteiskunnassa naisille on aikaisempaa sallittavampaa käyttäytyä miesten tapaan, mikä voi tulevaisuudessa johtaa sukupuolten välisten terveyserojen tasoittumiseen. Vaikka miehet eivät pohtineet elintapojen yhdenmukaistumisen yhteiskunnallista taustaa, olivat miehet selkeästi huomanneet Suomessa tapahtuneen muutoksen siinä, että naisten

tupakoiminen ja alkoholinkäyttö on yleisesti hyväksyttävämpää kuin aikaisempina vuosikausina.

7.2 Perhe- ja työelämän tulkintarepertuaarit

7.2.1 Naisten vastuu perheen hyvinvoinnista ja terveydestä -tulkintarepertuaari

Miehet perustelivat naisten miehiä pidempää elinikää usein äitiyteen liittyvillä selityksillä. Naisilla nähtiin olevan perheessä merkittävä rooli terveyden edistäjänä, ja tämä vaikutus liitettiin sekä äidin että vaimon rooliin. Kummassakin roolissa nainen tuki koko perheen hyvinvointia, mutta naisen rooli äitinä vaikutti enemmän lasten ja äidin terveyteen, kun taas naisen rooli vaimona oli yhteydessä miehen terveyteen. Miehet kuvasivat äitiyden lisäävän naisten terveellisiä elintapoja, koska äitiyteen liitettiin vahvasti vastuu perheen hoidosta ja sitoutuneisuus lasten hoitoon ja siten vastuu pitää myös itsensä kunnossa.

K: (...) Osaatko sanoa, että jos oletetaan, että naiset elää jotenkin terveellisemmin niin mikä siihen mahtais sit olla syynä?

P21: Mä tiedä sitten liittykö se tähän äitiyteen tai tämmöseen, että saadaan lapsia ja onko mies siinä suhteessa enemmän eläimiä me kaikki ollaan saaliseläin siinä suhteessa enemmän ku nainen, joka niin kun sitä synnyttää ne lapset ja ajattelee sitä elämäänsä niin kun sitä kautta hiukan pitemmälle, kenties kun mies aattelee hetken huumaa välillä joskus (K: Mmm.) monissa asioissa tota sitä onko se sitten yks vaikuttava osatekijä niin kun joka siinä, että nainen elää elämää sen suhteen jollain tavalla vaistojensa varassa tietämättä edes kuinka. (K: Joo.) Onko tää kuitenkin se on äidin vastuulla lapset on kuitenkin, näin pois päin, että hoivavietti mikä aiheuttaa sen sitten yhtenä tekijänä.

(keskustelua naisten yleisemmästä kiinnostuksesta terveyttä kohtaan)

K: Nii, se on aika mielenkiintoinen asia.

P21 Niin mutta naisilla, naisilla on niin kun sanotaan herää se mielenkiinto näihin asioihin varmasti paljon aikasemmin ku miehillä en tiedä, tai siis voi olla, että näitten lasten syntymän myötä, jotka tehdään yleensä tossa kahden-kolmenkymmenen ikävuoden välillä (K: Ni) pääsääntöisesti kuitenkin (K: Ni.) niin siinä vaiheessa tietenkin ajatellaan sitä omaakin kuntoa, että mikä se on näin ja erilaila kun miehet, joka, joka ei sillä lailla sitoudu tähän rulljanssiin niin kun naiset.

K: (...) Mistä sä luulet, että se johtuu, että naiset elää jotenkin tai jotenkin elävät terveellisemmin?

P16: Mä luulen, että ku naiset on yleensä äitejä niil on enemmän vastuuta

tota näitten lastensa elämästä, että ne on sitäkin kautta tota elävät terveellisemmin ja haluavat olla esimerkkejä näille perillisilleen, mitä nyt lapsilleen. Että äiti on aina äiti kuitenkin. Isät on vähän enemmän, ei kaikki mutta yleensä isällä on pakkaa yleensä repsahtamaan oikeen. Niin tota sitoutunu siihen lapsen, lastensa kasvattamiseen, ku naiset. Vois olla yhtäkkiä ajateltuna tällöinen joku. Ja ohan se tietysti, että ennen oli vielä, äidit oli aina kotona niin oli tietysti enemmän niitten lasten kanssa. Sitäkin kautta se vastuu ja muu.

Näissä selonteoissa miehet kuvasivat äidin vastuuta historiallisessa kontekstissa: Äitiyden tuoma vastuu oli hyvin alkukantaista ja kotiäitiyden myötä vahvistunutta. Vastuun myötä naiset siis ovat kiinnostuneita terveydestään varhaisemmassa vaiheessa kuin miehet, ja vastuu säilyy koko elämän, koska ”äiti on aina äiti kuitenkin”. Tällä sanamuodolla mies tiivistä äitiyden kyseenalaistamattoman vastuun. Äidillä on vastuu hoitaa itsensä ja ajatella ”pitkäjänteisemmin”, koska hänellä on ikuinen vastuu lapsista. Haastateltavat kuvasivat tässä mielenkiintoisesti miesten repsahtavan ja olevan naisia piittaamattomampia terveydestään, *koska* miehet eivät sitoudu lasten hoitoon ja kasvattamiseen samalla tavalla kuin naiset. Naisten rooli lasten terveydestä ja kasvatuksesta huolehtivana äitinä on niin voimakas, että miehet nähdään tässäkin olevan vapautettuja terveyden tavoittelusta. Huomionarvoista on myös se, että miehet korostivat yleisesti äidin vastuuta esimerkkinä toimimisesta lapsilleen, kuten edellisen esimerkin mies esittää. Yksikään mies ei kuvannut miehellä olevan vastuuta esimerkkinä toimimisesta lapsille. Sen sijaan äidin roolia kuvattiin vahvana.

K: Nii, mistä luulet että mistä semmonen mahtaa johtua että naiset sitten elää paremmin?

P14: Nii paremmin en tiä, kait se kyllä sen, ku noita omia lapsia seuraa ni kyllä noi työt kyllä vähän erilaisia on. Toihan minusta nuoruudestansa asti se oli, jotenkin vaan ne alkaa sitä kauneuttansa hoitaa ja muuta niin (nauraa). Siitä täytyy sitten pitää huoli. Tästä terveydestä, että en tiedä kyllä se, kyllä se tietenkin lähtee sieltä, onko se sitten, että äiti tietenkin tietenkin erilailla suhtautuu noihin tyttäriinsä ku poikiinsa että.

K: Kyllähän sitä tietysti poikien ja miesten elämä muutenkin on semmosta rajumpaa.

P14: O-on se ja ku kattoo noita leikkejä ja muita ni kyllä se alkaa heti nuoruudesta (K: Nii.) (nauraa) ne kaikki hurjapäiset hommat pojilla on enemmän sitä intoo semmosiin touhuihin missä koetellaan vähän rajoja.

Ensimmäinen mies toi mielenkiintoisesti esille sen, että tietynlainen sukupuolille sovinainen käyttäytymismalli tulee esille jo hyvin nuorena. Pojat toimivat ”hurjapäisemmin” ja ovat kiinnostuneita ”rajojen koettelemisesta”, kun taas tytöt

alkavat jo nuorena ”hoitaa kauneuttaan” ja huolehtia terveydestään. Hän kuvasi, että ”äiti tietenkin erilailla suhtautuu noihin tyttäriinsä ku poikiinsa”, mikä selittää äidin antaman roolimallin paitsi terveyden, myös kauneuden vaalijana periytyvän äidiltä tyttärelle hyvin varhaisessa vaiheessa. Käyttämällä sanaa *tietenkin*, hän vahvistaa tämän kyseenalaistamattoman ilmiön. Kiinnostavaa on se, että mies kuvasi poikien hurjapäistä toimintaa hyvin hyväksyvään ja jopa kehuskelevaan sävyyn välillä nauraen, ja siten hän hyväksynnällään antoi kuvan perinteisen miehen mallin olevan pojilla paitsi ilmeistä, myös hyvin odotettavaa.

Äitiyden terveysvaikutukset ymmärrettiin hyvin laaja-alaisesti. Eräs mies (P19) kuvasi raskauden ja imetyksen aikaisten elämäntapamuutosten tupakoinnissa ja alkoholikäytössä jäävän usein pysyväksi muutoksiksi naisten elämään. Hän oli myös huomannut, että lapsien kautta naisilla on luonnostaan laajempi sosiaalinen verkosto, kuten aikaisemmin jo toin esille. Äitiys vaikutti myös koko perheen ravintotottumuksiin. Miehet kuvasivat yleisesti naisten olevan vastuussa perheen ruokatarvikkeiden hankkimisesta sekä ruuan valmistamisesta. Koska kotiruokaa pidettiin yleisesti terveellisenä, antoivat miehet myös siten kuvan äidistä ja vaimosta perheen terveydestä huolehtijoina.

(Puhetta naisten kiinnostuksesta terveysasioita kohtaan.)

P19: Joo ja sanotaan näin, että osittain se, se tota se naisten kiinnostus tietysti ja tieto siihen ni tulee sitäkin kautta, eli kuka siellä kotona kokkaa, eli nainen se on joka niitä ostaa sieltä kaupasta yleensä (...) mutta kyllä se niin kun kumminkin niin kun pääsääntöisesti on nainen, joka sen ruuan valmistaa ja silloin hän tietää mitä siinä on ja silloin se on vähän sillä niitten juttu se.

K: (...) niin osaatko nyt sanot mitään muuta siihen, että mistä arvelet sen eron johtuvan, se 7 vuoden ero?

M6: En minä kyllä osaa sitä sanoa että mistä se johtuu että onko se tota , onko se elämäntavoista, onko se ravintojutuista, mistä se mahtais olla että se, kyllä se sitten jos on tota, usein sanotaan että yksinäiset miehet ei elä niin pitkään , en tiedä sitten onko se vaimo vai mikä pitää sitten sitä kautta elämäntavat ja tottumukset, että onko ne sitten ,mikä siinä vois olla syynä?

Ensimmäinen mies liitti perheen naisen vastuulle ruuanlaiton sekä vastuun sen terveellisyydestä. Jälleen palaamme siihen kuvaan, että mies noudattaa kyllä terveellisiä ravitsemustapoja, jos joku muu ne hänelle toteuttaa. Viimeisessä esimerkissä mies arveli vaimon olevan merkityksellinen miehen pidemmälle eliniälle, sillä yksinäiset miehet eivät elä niin pitkää kuin perheelliset. Vaimon kuvattiin olevan miesten

terveydelle merkittävä monella tapaa. Usein miehet kuvasivat puolison kannustavan heitä terveellisempiin elintapoihin, kuten salaatin syöntiin, laihduttamaan tai liikkumaan. Tässä yhteydessä naisten toiminnasta käytettiin verbejä ”patistaa”, ”komentaa”, ”tyrkyttää” ja ”yrittää”, millä viitattiin hyväntahtoisesti miesten ”itsepäisyyteen” terveysasioita kohtaan. Miesten huomiot puolison vaikutuksesta miehen terveellisempään elintapaan sekä lasten vaikutuksesta äidin pyrkimykseen elää terveellisesti ovat hämmästyttävän yhteneväisiä Umbersonin (1992) teorian kanssa. Hänen mukaansa miehelle puoliso on yleisemmin tärkein sosiaalisen kontrollin lähde, kun taas naiselle lapset ovat tärkeämpiä käyttäytymiseen vaikuttajia.

Miehet yhdistivät vastuun perheestä ja lapsista nimenomaan naisiin, mikä vahvistaa hyvin perinteistä sukupuolisidonnaista naisen roolia perheen hoitajana. Miehet näkivät tämän vaikutukset vain positiivisena naisen terveydelle, ja vain yksi mies (M9) ihmetteli naisen pidempää elinikää, vaikka ”vaimo lopulta enemmän töitä tekee”. Vain muutama mies kuvasi omaa toimintaansa lasten kasvattajana tai perheen kotitöihin osallistujana, ja nämä puheet olivat erotettavissa nuoremman ikäluokan miehistä. Aineistosta oli erotettavissa usein nuoremmat sekä vanhemmat ikäluokat juuri perinteisiin hoivarooleihin liittyvissä puheotteissa. Usein haastateltavat toivat itse esiin sukupolvien välisen erilaisuuden kodinhoitoon liittyvissä käytännöissä tai asenteissa. Esimerkiksi eräs 36-vuotias mies kuvasi olleensa pitkällä hoitovapaalla lasta hoitamassa ihan mielellään (P19), kun taas vanhemman ikäluokan miehet luokittelivat lastenhoidon enimmäkseen äidin vastuulle, kuten eräs 70-vuotias metallityömies (M12) kuvaa: ”...Naiset tietysti ku ne on kotona ja *niil* on lapsia ja muuta, niin ne *pakostaki* joutuu hoitaa niitä. Äijähän on saanu mennä missä huvittaa et (naurahtaa)...”. Eräs 55-vuotias mies (M4) taas kuvasi miesten lyhyen eliniän johtuvan naisten ja miesten ”liian pitkälle” menneestä tasa-arvoistumisesta ja siitä johtuvasta henkisestä paineesta, koska naiset ovat nykyään ”vaativampia” kotitaloustöissä. Aineistosta oli siten tunnistettavissa nuoremman ja iäkkäämmän sukupolven välillä merkkejä aikakaudelle tyypillisestä perheroolien yhdenmukaistumisesta ja uudenlaisesta isyydestä, jossa miehet osallistuvat aikaisempaa enemmän kodin- ja lastenhoitoon (ks. Miettinen & Rotkirch 2012, 58–60).

7.2.2 Miesten raskaampi työ -tulkintarepertuaari

Edellisessä luvussa olen käsitellyt miesten rakentamaa kuvaa naisista koko perheen hyvinvoinnin ja terveyden vastuunkantajina, minkä miehet ovat ymmärtäneet

merkitykselliseksi naisten miestä pidemmälle eliniälle. Tässä luvussa käsitelen miesten käymää neuvottelua siitä, miten he ymmärtävät työn olevan sidoksissa lähinnä miehen terveyteen. Työn nähtiin olevan merkityksellinen miehen heikommalle terveydelle, mikä ilmeni siinä, että päinvastoin kuin aikaisemmin, työhön liittyvissä tulkinnoissa asioita käsiteltiin nimenomaan miesten töiden kautta ja harvemmin naisten töiden kautta. Yleisesti ymmärrettiin, että miesten työ on naisten töitä fyysisesti raskaampaa sekä kuluttavampaa, ja se on osasy syy miesten naisia lyhyempään elinikään. Toisaalta miehet kertoivat myös töiden yhdenmukaistumisesta, koska naiset tekevät yhtäläillä miesten töitä ja päinvastoin. Siten työllä ei nähty olevan enää niin suurta merkitystä kuin ennen sukupuolten välisiin elinajanodote-eroihin. Tältä osin miesten ymmärrys vastaa terveystieteen selitysmallia, jossa työroolit ovat yhdenmukaistuneet ja niiden merkitys sukupuolten välisille elinajanodotteen eroille on pieni (esim. Lahelma ym. 2003). Miehet eivät kuitenkaan pohtineet lainkaan sitä terveystieteen selittävää aluetta, jossa käsitellään perhe- ja työroolien yhdistämisen merkitystä terveydelle, vaikka edellisessä luvussa miehet korostivat naisen perheroolia (esim. Rieker & Bird 2000; Simon 1995).

K: Niin, kun sanoit että miesten elämä on semmosta vähän raskaampaa niin millä tavalla se on raskaampaa?

P14: Minusta nää monet työt ny ainakin on semmosia, että ne on vähän erilaisia ku naisen työt että kyllähän naisiakin on nykypäivänä rekkahommissa joka puolella mutta että kumminkin että se nyt enemmän miehillä on semmosia työaloja jotka on on vähän sitten kuluttavampia.

K: Tarkotatko sillai fyysisesti (P14: Nii sillai.) raskaampia. Joo no mites toi henkinen puoli, (P14: Nii, sano muuta.) mitäs niistä sanot?

P14: Joo, omalla kohdalla se kyllä tää on kyl mä osaan ottaa asiat sillain rennosti, että jos vaimooni aattelee ni oon paljon paljon vaikeempi sillai puolella että, mutta en tiedä mitenkä naiset yleensä sitten ottasko ne en en osaa siihen kyllä sanoo voi olla että siinä onkin ne.

K: Joskus oon kuullu sanottavan että just miehet jotenki stressaa asioista enemmän.

P14: Nii-i nii-i juu, mutta että meillä se on ainakin toisinpäin, että vaimoni on kyllä paljon stressaantuneempi ku minä, että en mä vie niin kyllä ku töitäni ei kyllä mee kotia kauheesti, että kyllä vaikka isompiakin murheita ois ni ei se kyllä ei oo viel uniin tullu kyllä mielestäni koskaan.

(naurahtaa) (K: Joo.) Se on tämmöstä, että ei en ainakaan omalta kohdalta niin en kyllä voi sanoa että, kyllä voi sanoa että kyllä, mutta voi olla että yleinen linja on toi, (K: Mmm.) että en osaa sanoa.

Tässä esimerkissä mies kuvasi miesten yleisesti kuluttavampaa työtä, vaikka naisia onkin nykyään enemmän miesten töissä. Raskaan työn lisäksi myös huonoja

työolosuhteita kuvattiin yleisesti vaikuttamassa miesten terveyteen. Eräs mies kuvasi naisten työn olevan raskasta M1”jos ei fyysisesti niin henkisesti”. Miesten puhetapa vaihteli kahdella tavalla sen suhteen, miten he kuvasivat työn stressaavan miehiä tai naisia, ja puhetavat olivat riippuvaisia siitä kontekstista, jossa niistä keskusteltiin. Puhuttaessa sukupuolten erilaisesta asennoitumisesta työhön, naisiin liitettiin yleisemmin stressaaminen ja murehtiminen työhön liittyvistä asioista, kun taas miesten korostettiin olevan tässä yhteydessä rentoja ja huolettomia työntekijöitä, jotka hoitavat työnsä hyvällä yhteishengellä. Edellisessä puheotteessa mies korjasi haastattelijan väitteen miesten yleisemmästä stressaamisesta työn suhteen, ja sanoi eroa korostaen, että *meillä se on ainakin toisinpäin*. Todisteena hän vielä korosti, ettei ole tuonut töitä uniinsa. Toinen mies (P16) taas kuvasi naisten keskittyvän työssään enemmän ”keskenään riitelystä”, kun taas miehet ”vievät porukalla asioitaan eteenpäin”. Hän myös korosti usean muun miehen lisäksi naisten matalapalkkaisuutta. Sukupuolten välisen vertailuasetelman ollessa läsnä korostui miesten rento ja kevyt suhtautuminen töihin, millä ilmenettiin feminiinisyyttä vieroksuvaan käytösty:

K: Mut mites sit se, että jos kuulee sanottavan niin, että miesten ja naisten suhtautumisessa siihen työhön ja työntekoon on jotakin eroa, miten sä koet sen?

P15: On varmasti että naiset aattelee asioita enemmän ku miehet, että tota. Kyllä se tietenk mun on vaikee sanoo ku tääl ei tosiaan oo naisia vähemmän tehny naisten töitä (K: Nii joo.) et mä pyrin mitä me tehdään on semmosta niin ku yksinkertasta, taikka on se sitten nainen tai mies ni se on parempi tehdä sitten samanlailla että tota, en mä tiiä kyllä kai niitä en mä tiiä välttämättä siihen suhtautuminen työhön että naiset varmaan tunnollisia, ehkä ne on suhteellisen ne ottaa niin ku enemmän paineita (K: Mmm.) ku miehet että varmaan silleen niin ku enemmänki asiat tehdää, ja jos joku menee noin ni se menee. Ihan kyllä mullakin pinna palaa ku on selvää että ku se hermo menee ni se sit menee, mut eikä siinä montaa minuuttia ni sitten tota just se ettei jää kaivertaa loppupäivää pitkäks aikaa.

Tässä puheotteessa työstä johtuvat paineet liitettiin naisilla nimenomaan työn sisällöllisistä tekijöistä johtuviksi, kun taas miehet eivät työnteossa tapahtuneista asioista ota huolta kovin pitkäksi aikaa. Miehen rooli ja vastuu työn suhteen kuitenkin muuttui kontekstissa, jossa naisiin kohdistuvaa vertailua ei ollut.

K: Mmm-mmm, joku vaan, joku haastateltava tossa sano, että mies niin kun edelleenkin miehet sillä tavalla just ajattelee tota perheen elättämistä ja työn kannalta, että sitä kautta niin kun kokevat sen työn stressaavana, kun on semmonen vastuu jotenkin enemmän.

P16: Jotku, jotkuhan on sitten miehet tämmösessä tapauksessa ottanu

ittelleen lisätöitä. Ja päästä velasta pois ja muuta, tehdään se toinenkin työ vielä siitä. Niitäkin on tullu kohdalle ja eivät eläkään sitten pitkään, liiallinen taakka, on tullu terveys sitten vastaan, (K: Joo.) ei se aina maallinen mammonakaan, jos sitä hankitaan jollakin ylitöillä tai muulla niin se käy. Siinä tulee terveys kärsii, taas toisella lailla. (K: Nii.) Ei saa palaa, ei pääse palautumaan. Ihminen vaatii sitä lepoa kuitenkin, joo ei sitä tunne, sitä alkaa kroppa kärsiä.

K: Onko jotain muuta miesten elämäntyylissä, elintavoissa mikä vois sitä eroa sun mielestä aiheuttaa jotain, elintapojen rinnalla?

M7: On siinä jossakin semmoisessa saattaa olla, että jotkut miehet on vähän, ne on vähän tota työhullujasillai, että niillä on sisäänrakennettu sellainen mekanismi että kyllä mä tästä selviän, kaikkia semmoisia taikka sitten mahdollisesti on töitä niin paljon ettei huomaakaan kuinka siinä sitten käy, että ehkä siinä semmoinen on jossain kohtaa.

K: Koetko että, olisko [toinen mies] vai kuka sanoi siinä ryhmähaastattelussa että se on just tämmöinen miesten sisäänrakennettu tämmöinen niin kuin perheen huolehtimisvietti, jos vietiksi voi nyt kutsua tai että siinä on jonkunlainen tämmöinen tausta, että tehdään sitä työtä ja että se on miehen tehtävä.

M7: Ei ehkä tässä nyky-yhteiskunnassa enää pelaa sillai, silloin kun oltiin enemmän tuolla maataloudessa niin silloin se ehkä oli enemmän, mutta en mä okeiin sitä että se olis semmoista enää päivänä. Paitsi ehkä tämä ...jotka tekee niinkun, meillä [työpaikalla] ne jotkut tekee ihan mielettömästi ylitöitä kun vaan saa tehdä, siinä ei oikein oo mitään, en mä tiedä onko se taloushuolta vai jotakin, mä tiedän että on joitakin sellaisia ihmisiä jotka on laskenut taloutensa semmoiseen että se on pakko tehdä tietty määrä ylitöitä vuodessa, sitä kautta.

Tässä yhteydessä kumpikin mies kuvasi miesten tietyissä taloushuoliin liittyvissä tilanteissa tekevän paljon ylitöitä saadakseen velat maksettua. Työnteon stressaavuus johtui siis perheen taloudellisen vastuun kantamisesta, ainakin joillain miehillä. Ensimmäisen esimerkin mies kuvasi omaa kokemustaan ”maallisen mammonan” perässä ja velan taakan alla ylitöitä tekevästä miehistä, jotka ”eivät eläkään sitten pitkään”. Tällainen puhetapa miesten työn vastuullisuudesta nimenomaan elinkeinona ilmeni siis vain niissä konteksteissa, joissa sukupuolia vertailevaa lähtökohtaa ollut.

7.3 Biologiset ja essentialistiset tekijät -tulkintarepertuaari

Edellä käsitellyissä miesten diskursseissa on ollut muutamia viittauksia naisen ja miehen luontaiseen erilaisuuteen. Tässä luvussa käsittelen sitä, miten miehet tekevät sukupuolten välistä elinajanodote-eroa ymmärrettäväksi naisten ja miesten biologisella

erolla. Erojen käsittelyssä miehet keskittyivät jälleen naisiin kohdistuviin pohdintoihin. Miehet käsitteellistivät naiset myös osittain essentialistisella tavalla, ja käsittelemäni niitä tässä samassa yhteydessä, koska molempia diskursseja hallitsi ymmärrys siitä, että naisessa tai naisen olemuksessa on sellaisia sisäänrakennettuja mekanismeja tai piirteitä, jotka vain ovat olemassa ja vaikuttamassa naisten terveyteen. Yleisimmin miehet selittivät biologisia eroja geeneillä ja hormoneilla, mutta myös naisen sitkeydellä. Aloitan luvun muutamilla selonteoilla.

K:Niin tota mitä millasia mahdollisia selityksiä [elinajanodote-erolle] sulla olis mielessä tällä hetkellä?

P13: Jaa se on ohan se nyt tietysti tutkittu se on varmaan se evoluutionkin takaaja se tulee siihen se että naisen on niin ku jos ei naista ole niin sen jälkeeseen lakkaa se suku niin ku (naurahtaa) sikiämässä. Kyllä sen täytyy elää vähän pitempään mutta ohan siihen monia muitakin syitä.. Mutta joku semmonen siihen täytyy olla semmonen ohan tietysti nainen sitkeempi ja hormoonit. En osaa sanoa mikä siihen vaikutas.

(...)

K: Joo, joo, no mites onko ne ööö.. mitä sä luulet onko naisten elämäntavoissa sitten just eroja?

P13: Kyllä ja ne elää sillain yleensä ne ryyppää vähemmän ja tupakkia vetää vähemmän. Ja sitten ehkä ne sitten liikuntaaki vähän enemmänkin harrastaa kyllä siinäkin tietysti on molempia että vähäkin liian vähänkin. Mutta mä en tiä oikein mikä siinä ois onko siinä sitten se lisääntymishormooni mikä naista pitää vähän niin ku (naurahtaa) terveempänäkin (K: mmm.) vaikeee sanoo.

(Keskustelua työn vaikutuksista.)

P13: Sen täytyy olla joku siihen lisääntymiseen liittyvät asiat. (...)

K: Nii. Niin mitä sää nii.. aattelet niistä elintavoista että, manittit ton ton viinan tossa, mutta mitä muuta sulla tulee siitä mielee että..?

M12: Nii no, no emmää usko ainakaa sitte jos määki niikun, töitä tehny oon nii emmää usko että se se vaikut-, tai tietysti vaikuttaa johonki mutta noi ni ei se niinku mu, ei se työnteko niinku mitään myrkkyä oo. Se riippuu sillä millä mielialalla sää teet sitä, et.. (K: Joo.) ..ei se niiku, jos tietysti jo rasitus on se että sä yleensä meet töihin, ni jos se alkaa jo siitä se rasittaa, ni ohan se henkisesti raskasta mutta. (K: Nii.)

M12: ..no ei, kyllä se tietysti riippuu ihmisestä, niistä geeneistä mikkä se on saanuki nuorena.. (K: Nii.) tai lapsena nii että toiset, tartte paljo mitää tehdä ja toiset saa rillutella vaikka kuinka, niin ne silti elää vanhaks että, kyllä siin on niinku paljon semmosiaki.

(Puhetta naisten terveellisemmistä elintavoista.)

M12: (...) En tiä mikä siin on, että ne elää, onk ne sitte niin sitkeempiä vai.

Ensimmäisen selonteossa mies kuvasi naisen olevan juuri äitiyden kautta ”evoluution takaaja” ja minkä vuoksi naisen on elettävä pidempään kuin miehen. Näin mies ikään kuin osaltaan vapautti naisen aikaisemmin esille tuodusta henkilökohtaisesta vastuusta huolehtia äitiyden vuoksi terveydestään; naisen biologia tai lisääntymishormoni pitää naisen automaattisesti pidempään elossa. Selonteissa kuvastui myös se tapa, miten miehet käyttivät biologisia syitä viimeisenä tai helppona keinona selittää naisen pidempää ikää, vaikka niitä ei tarkemmin osattu selittääkään. Ensimmäisen esimerkin mies aloitti selontekonsa naisten pidemmän eliniän syistä *tietysti* hormoneilla tai naisen sitkeydellä, ja hän myös lopetti elintapojen kattavan erilaisuuden pohtimisen jälkeen selontekonsa siihen, että syyn *täytyy* olla jotkut lisääntymiseen liittyvät asiat. Ne olivat ensimmäinen selite, mitä miehelle tuli mieleen ja samalla muiden syiden pohtimisen jälkeen hän lopettaa selontekonsa tähän. Tällainen selitysrakenne kuvastaa hyvin retorista toimintatapaa (*sandwiching*), jossa vakuuttavin väite esitetään selonteossa ensimmäisenä ja viimeisenä, ja joiden väliin asetetaan vaihtoehtoisia ja tasa-painottavia väitteitä pehmentämään vakuuttavinta väitettä (ks. Riley 2003).

Toisen esimerkin mies pohti ensin erilaisia elintapoja sekä työhön liittyviä selitystapoja, minkä jälkeen hän totesi geenien lopulta määräävän, kuka sairastuu ja kuka ei. Hänen kuvauksensa yksilöllisestä vaihtelusta sen suhteen, kuka sairastuu ja kuka ei riippumatta terveyskäyttäytymisestä, on hyvin lähellä maallikkoepidemiologista tapaa selittää sairauksien epäjohdonmukaista syy-yhteyttä ja sitä, että sairautta sanelevat myös ihmisen vaikutusvallan ulkopuoliset tekijät (Davison ym. 1992). Tässä epäloogisuuden perusteena käytetään erilaisia geenejä, ei kohtaloa. Kummankin miehen puheotteessa puhuttiin mielenkiintoisesti myös naisen sitkeydestä, joka miesten puheessa rinnastetaan naisen biologiaan sidottuna ominaisuutena. Vastaavanlaisen maallikkoajattelulle tyyppillisen huomion on tehnyt myös toinen mies:

K: Niin. No mitä sä aattelisit, pitääkö naiset paremmin sitte, ittestään huolta?

M2: No kyllä ne ainakin lenkillä käy enemmän naisia kun miehiä, mitä mää tossa juoksen. (K: Niin.)

M2: En mä sitten tiä että pitääkö ne. (K: Mm.)

M2: Mutta, niin on niitäkin rapakuntosia niin kun on miehiäki että.. Vai onko se joku, onko niillä joku taivaan lahja parempi ku meillä?

Hän pohti naisten aktiivisuutta huolehtia itsestään, koska he liikkuvat enemmän kuin miehet. Hän kuitenkin totesi tämän pohdinnan jälkeen yhtälaillla naisissa olevan ”rapakuntoisia” kuin miehissäkin. Tätä ilmiötä hän selitti naisten saamasta ”taivaan

lahjasta”, jota mies ei selittänyt tarkemmin. Tässä kontekstissa näen sen voivan tarkoittaa luonnollista geeniperimää edellisen esimerkin mukaisesti tai essentialistista käsitystä naisille vain kuuluvasta annetusta ominaisuudesta. Ensimmäisissä selonteoissa ja aineistossa muutenkin on huomionarvoista myös se, että yksikään mies ei *suoraan* kuvannut miesten hormoneilla olevan vaikutusta miesten huonompaan terveyteen, mikä voi yksinkertaisimmillaan kuvastaa miesten tässä aineistossa esiin tullutta tapaa selittää elinajanodote-eroja nimenomaan naisiin liittyvien pohdintojen kautta. Haastateltavat olisivat hyvin voineet puolustella miesten käyttäytymistä mieshormonien avulla, ja siten vapauttaa miehet vastuusta omasta käyttäytymisestään. Toisaalta aikaisemmin käsittelin sitä, että miesten puheessa miehiin liitettiin tietynlainen vapaus käyttäytyä riskialttiisti, *koska* he olivat miehiä. Näin miehuus itsessään selitti huonoja elintapoja. Tietyllä tapaa samankaltainen miehisyteen kuuluva luonnonlaki on näkyvissä biologisuuden tulkintarepertuaarissa yhden miehen kohdalla, vaikka hän ei hormoneista suoraan puhukaan.

P13: Kyllä se jostain henkisestä jutustaki kai se mies sitten rassaa (K: Mmm.) turhaan sitten.. Taikka sitten sekin on kaukasesta perinnöllisyydestä jostain (epäselvää) ku mies ei saa toteuttaa niitä perimmäisiä kaikkia viettiänsä. Joskaan ne olis sit tarpeellisiakaan ku ne lyhentää sitten ikää mikä siinä on. (K: Mmm.)

Mies perusteli perinnöllisten viettien peittämisen ja noudattamatta jättämisen johtavan miesten huonompaan terveyteen. Hän ei tämän jälkeen tarkemmin selittänyt sitä, mitä hän tarkoitti perinnöllisillä vieteillä, mutta hän oli aikaisemmin tuonut esille, että mies ei ole syntynyt yksiavioiseksi ja että parisuhteessa asuminen voi olla rasite molemmille sukupuolille.

P13: (...) voihan se olla sillaiki että jos niin ku mies ja nainen elää yhtenä. Kuinka paljon se sitten taas rasittaa toistansa kun on niin ku yksavioisia periaatteessa vaikka nykyaikasten tutkimusten mukaan, vaikka mies ei varsinaisesti ole syntynyt kyllä yksavioiseksi, (naurahtelee) (K: mmm) kai senkin on viime aikoina huomannu.

Näin miehen voidaan ymmärtää tarkoittavan sitä, että hänen mielestään miehiä ei ole tarkoitettuja yksiavioisiksi, ja että siten kykenemättömyys noudattaa perinnöllistä viettiä; moniavioisuutta, vaikuttaa miehen terveyttä huonontavasti. Tämä on myös hyvä esimerkki siitä, miten miesten näkemykset elinajanodote-eroista olivat hyvin monimuotoisia liittyen toisiinsa; tässä biologinen syy on kytkeytynyt sosiaalisiin syihin. Toinen mielenkiintoinen huomio miesten puhetavassa oli se, että biologiset selitystavat

olivat osittain hyvin erikoisia. Naisilla esimerkiksi kuukautisiin liitettiin mystinen terveyttä parantava vaikutus.

K: Että tota nin, kun Suomessahan on edelleenkin semmoinen tilanne, että naiset elää keskimäärin noin seittemän vuotta pidempään kuin miehet, niin mä haluaisin ihan kysyä, että minkälaisia mahdollisia selityksiä sulle tulee mieleen miks naiset elää niinkin ööö.. paljon niinkin, niinkin paljon pidempään, kun miehet?

P16: No yhtenä mä oon aatellu semmosta asiaa, naisillahan on mun mielestä paljon vähemmän näitä sydän- ja verisuonitauteja, mä en tiedä pitääkö paikkaansa, mutta ittellä tullu mieleen, että naisethan luovuttaa kerran kuukaudessa vertaan, että jos ne puhdistuu tämä veri, että se ois yks syy tai sitten joku hormooni syykin voi olla.

K: Niin tota minkälaisia mahdollisia selityksiä sulla tulee mieleen, että mistä näinkin suuri ero vois johtua?

P21: Jaa-a, mä siis äkkiseltään niin, niin tota vois hyvin ajatella, sanoo, meidän eroavaisuuksista kiitos niistä jotain jollain tavalla miehestä ja naisesta, mutta meinaan tää, että naisilla on kuukautiset määrättyyn ikään saakka niin mä, että ei se voi olla vaikuttamatta siis tähän kanssa osaltaan, niillä vaihtuu veri aika silleen ja (K: Mmm.) hormooni ajalla ja tota oisko naisten elämäntavat sitten jotenkin terveellisempiä sitä en osaa ihan äkkiseltään sanoo, että kun nää kuukautiset on yhdet mitkä mä keksin, että on yks tekijä varmastikin tiiä onko sitä tutkittu missään.

K: Mitä tarkoitat sillä kuukautisilla?

P21: Nimenomaan se, että..

K: Hormoonituotanto, vai?

P21: Joo ja sitä, että niin kun se pitää niin kun naisen elimistö erilailla siihen vaihdevuosiin saakka kun toiminnassa, että se toimii vähän eri rytmillä ku miehen (K: Joo-o.) sitä en tiedä toimiiko se jollain tavalla vai mikä siinä on se vaikuttava tekijä, että mun on tämmönen tullu mieleen, että ku ei se nyt ihan yks yhteen voi olla niinkään, että miehet elää niin paljon huonommin, sen takia lyhyemmän elämän.

Ensimmäisen haastatteluotteen mies kertoi naisten sairastavan miehiä vähemmän sydän- ja verisuonitauteja, minkä arveli oman pohdintansa mukaan johtuvan naisten kuukautisista tai hormoneista. Hän perusteli tätä sillä, että nainen *luovuttaa* vertaan säännöllisesti kuukausittain ja siten veri jollain tapaa *puhdistuu*. Toisen esimerkin mies ymmärsi taas naisen miestä pidemmän eliniän johtuvan siitä, että kuukautiset pitävät naisen elimistön ”eri lailla rytmissä” vaihdevuosi-ikänsä asti, ja koska siten naisen veri *vaihtuu hormoni ajalla*. Hän myös korosti olevansa varma siitä, että naisten kuukautiset ovat yksi selittävä tekijä naisten eliniälle. On huomionarvoista, että miesten ymmärrys perustui aivan oikealla tavalla epidemiologiseen tietoon siitä, että naisten hormonit

suojaavat naista vaihdevuosi-ikään asti sydän- ja verisuonitaudeilta (ks. Swinburn & Cameron-Smith 2004), mutta että he järkeistivät kuukautisten toiminnan hyvin omintakeisella ja toisaalta myös mystisellä tavalla. Tätä voi selittää luonnollisesti se, että naisten kuukautiset ovat miehelle tuntematon, mutta hyvin arki-elämässä koettu asia, kuten viimeisen esimerkin mies kuvasi myöhemmin kokemuksiaan naisen ailahtelevasta käyttäytymisestä kuukautisten aikaan. Samalla se kuitenkin kuvaa myös sitä, että miehet rakentavat maallikkoepidemiologialle tyypillistä ajattelutapaa soveltaen sekä ulkopuolista tietoa että omia ja jaettuja kokemuksia. Suurin osa miehistä puhui myös hyvin yleisesti ja lyhyesti geneeistä ja hormoneista ilman tarkempia selityksiä tai tarkennuksia, mikä voi kuvastaa varovaisuutta tuntematonta aihetta kohtaan.

Viimeisen esimerkin mies kuvasi puheotteessa naisen elimistön toimivan eri rytmissä kuin miehen. Myös toinen mies kuvasi naisen ja miehen erilaista elämänrytmiä sekä sitä, miten miesten kiivas elämänrytmi lyhentää miesten elinikää.

P23: No esimerkiks vaarallisia ammatteja (K: Nii.) liikenteessä luulen, että miehiä kuolee enemmän (K: Joo-o.) niin edelleen ja vuorotöissä mä tai en mä tiedä sairaaloissa on aika paljon naisia loppujen lopuks (K: Nii.) niitä varmaan on kokolailla tasan mutta öö.. tässäkin täytys verrata sitten naisia ja miehiä vuorotöissä ja naisia ja miehiä päivätöissä (K: mmm-mmm) mä en tiedä kai niitäkin on no totta kai (K: On varmasti joo, joo, joo.) mutta kyllä toi miehen, miehen, mies elää niin kun sen yhtä pitkän elämän mutta nopeemmin mun käsittääkseni.

K: Nii, nii siis se elämän rytmi niin kun.

P23: Niin aivan kaiken kaikkiaan, että jos se rytmi hidastuu ni vois olla jopa yhtä pitkät (nauraa).

K: Just joo vähemmän kierroksia.

P23: Nii okei, miesten sydän lyö ilmeisesti elinajassa yhtä monta kertaa ku naisilla. (K: Joo-o.)

P23: Eiks ni?

K: Nii, nii.

P23: Koska miehillä on.

K: Jos ottaa kaikki elämän aikana.

P23: Niin sydämenlyönnit niin elämän aikana niin varmaan menee koko lailla tasaan (naurahtaa) tosin miehillä johtuuko se sitten niistä sairauksista, että lyö se usein (nauraa). (K: Joo-o.)

P23: Pulssi hyvinkin yheksääkymmentä koko elämän läpi (K: Nii.) harva nainen semmoseen.

Tässä mies kuvasi ensin miesten kiivaampaa elämänrytmiä, minkä vuoksi miehillä *sydän lyö* nopeammin kuin naisilla. Hän haki haastattelijalta varmistusta ymmärrykseensä siitä, että sukupuolilla sydämen lyönnit ovat vakiot elämän aikana,

joten miehen kiivaan elämänrytmin ja korkeamman pulssin vuoksi mies elää *yhtä pitkän elämän kuin nainenkin, mutta nopeammin*. Toisaalta hän arveli myös miesten sairauksien nostavan pulssia ja siten korkealla pulssilla on sairaudesta riippumatta itsenäinen vaikutus lyhyempään elinikään. Nämä miesten tavat selittää sairauksien biologisia syy-seuraussuhteita ja miesten lyhyempää elinikää ovat hyvin mielenkiintoisia ja kuvastavat hyvin maallikkoajattelun moninaisuutta.

7.4 Yhteenveto tuloksista

Miesten selonteosta ilmeni se, että miehet kokivat sukupuolten välisen elinajanodotteen eron selittämisen vaikeaksi, ja samalla he tukeutuivat hyvin erilaisiin ja toisaalta toisiinsa liittyviin selittäviin diskursiivisiin puhetapoihin. Miesten tulkintojen vaihtelevuus vastasi hyvin terveystieteestä tunnistettavaa piirrettä siitä, miten mahdotonta on selittää sukupuolten välisiä kuolleisuuseroja yksiselitteisesti.

Miehet tulkitsivat sukupuolten välisiä elinajanodote-eroja kuuden erilaisen tulkintarepertuaarin avulla, jotka olen jakanut kolmeen ryhmään; *terveyskäyttäytymisen ja elintapojen* tulkintarepertuaarit, *perhe- ja työelämän* tulkintarepertuaarit sekä *biologiset ja essentialistiset tekijät* -tulkintarepertuaari. *Naisten kiinnostus terveysasioita kohtaan* -tulkintarepertuaarissa naisten miehiä terveellisempiä elintapoja selitettiin naisen luontaisella kiinnostuksella terveysasioita kohtaan johtuen ulkonäköpyrkimyksistä ja äitiydestä, kun taas miehen ei nähty olevan terveysasioista kiinnostunut. Miehitä puuttuivat riittävät perustelut ilmaista suoraan kiinnostusta terveyttä kohtaan, tai sitä ilmaistiin lieventävillä puhetavoilla. Miehuuteen liitettiin kuva, että miehen ei kuulu olla terveysasioista kiinnostunut, tai ainakaan nostaa sitä esille. *Naisten erilainen luonne* -tulkintarepertuaarissa miehet rakensivat kuvaa naisten ja miesten erilaisista ominaisuuksista, eli tarkemmin erilaisesta luonteesta ja ajattelutavasta, joiden vuoksi sukupuolet toimivat eri tavoin terveyden suhteen. Naiseuteen liitettiin pitkäjänteinen ajattelutapa, sosiaalisuus ja aktiivisuus omaa terveyttään kohtaan, millä nähtiin olevan useita naisen terveyttä tukevia merkityksiä. Miesten terveyskäyttäytymisestä käytiin kahdenlaista neuvottelua; miehuuteen liitettiin terveyden suhteen lyhytnäköinen ajattelutapa, sulkeutuneisuus sekä hoitoon hakeutumisen vastustelu, ja puhetapaa hallitsi perinteinen feminiinisyyden vastustelu. Toisaalta tällaista perineistä miehistä käyttäytymistapaa myös arvosteltiin, mikä heijastaa päinvastaista terveyttä arvostavaa miehisisyyden ideaalia. Miesten puhetapa

sisälsi yhteneväisyyksiä sukupuolten elinajanodote-erojen selittämiseen käytettyjen psykososiaalisten ja terveystieteellisten selitysmallien kanssa (esim. Courtenay 2000b; O'Brien, Hart & Hunt 2007).

Elintapojen yhdenmukaistuminen -tulkintarepertuaari sisälsi pohdintoja naisten miehiä terveellisemmistä elintavoista sekä elintapojen yhdenmukaistumisesta. Miesten ymmärrys oli siten hyvin yhteneväinen epidemiologisen sekä terveystieteellisen tiedon kanssa (esim. Helakorpi, Laitalainen & Uutela 2010; Koskinen & Martelin 2007; Waldron 2000). Varsinkin tätä puhetapaa hallitsi miesten tapa käsitellä asiaa nimenomaan naisiin liittyvien pohdintojen kautta. Miesten puheessa naiset nähtiin vastuullisempina terveytensä suhteen, kun taas miehuuteen liitettiin selittämisen vastuusta vapaa oikeus ja itsestään selvänä pidetty tapa käyttäytyä riskialttiisti. Miehet olivat hyvin tietoisia terveellisten elintapojen periaatteista, ja henkilökohtaisessa kontekstissa ilmenettiin pyrkimyksiä terveellisempiin ravitsemustottumuksiin.

Naisten vastuu perheen hyvinvoinnista ja terveydestä -tulkintarepertuaaria hallitsi nimensä mukaisesti naisiin liitetty vastuu perheen terveydestä ja hyvinvoinnista, minkä ymmärrettiin vaikuttavan myös naisten hyvään terveyteen. Äitiyteen liitettiin vahvasti vastuu perheen hoidosta ja sitoutuneisuus lasten hoitoon, ja siten vastuu pitää myös itsensä kunnossa ja toimia malliesimerkkinä lapsille. Naisen nähtiin toimivan myös miehen terveyden edistäjänä. Näin miesten tulkinnasta oli tunnistettavissa sosiaalisen kontrollin vaikutus sukupuolten terveyskäyttäytymiseen (Umberson 1992). Miesten puhetapa vahvisti hyvin perinteistä naisen sukupuolisidonnaista roolia perheen vastuunkantajana, sillä miehille vastaavaa naisen roolia ei asetettu. Aineistosta oli tunnistettavissa kuitenkin sukupolvien ero perheroolien yhdenmukaistumisesta. *Miesten raskaampi työ* -tulkintarepertuaarissa miehet käsittelivät aihetta miehiin liittyvillä pohdintoilla. He ymmärsivät miesten naisia raskaamman työn olevan miesten terveyttä heikentävä asia, mutta samalla todettiin töiden yhdenmukaistuneen (ks. esim. Lahelma ym. 2003). Tulkintarepertuaari sisälsi kaksi erilaista kontekstiriippuvaista puhetapaa työn stressaavuuden suhteen. Puhuttaessa sukupuolten erilaisesta asennoitumisesta työhön, naisiin liitettiin feminiininen tapa stressata työn sisällöllisistä asioista, kun taas miesten työskentelytapaan liitettiin huolettomuus. Sen sijaan vastuu työn suhteen muuttui kontekstissa, jossa naisiin kohdistuva vertailua ei ollut. Tällöin puhetapa korosti miesten työnteon stressaavuutta perheen taloudellisen vastuun kantamisen vuoksi. Miesten puhetavat vahvistavat perinteisiä sukupuolisidonnaisia roolimalleja, mutta

miehet eivät käsitelleet ollenkaan perhe- ja työroolien yhdistämisen merkitystä terveydelle (esim. Rieker & Bird 2000; Simon 1995).

Biologiset ja essentialistiset tekijät -tulkintarepertuaari sisälsi epidemiologiseen tietoon pohjautuvia tulkintoja naisten hormonaalisesta edusta terveyden suhteen, mutta myös ymmärrystä geenien vaikutuksesta yksilöiden terveydelle. Puhetapaa hallitsivat varovaisuus kuvata yksityiskohtaisesti biologisia syy-seuraussuhteita sekä se, että miehet rakensivat hyvin omintakeisia selitysmalleja. Sukupuolia tehtiin ymmärrettäväksi hyvin essentialistisella tavalla, jolla miesten ja naisten olemukseen liitettiin itsestään selviä sisäänrakennettuja piirteitä. Tulkintarepertuaari kuvasi hyvin maallikkoepidemiologista tapaa rakentaa sairauksien syy-seuraussuhteita (esim. Frankel ym.1991a).

8 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimukseni alussa olen tuonut esille ongelman siitä, miten maallikoiden – tavallisten ihmisten – tapa ymmärtää sairauksien syy- ja seuraussuhteita on hyvin moniselitteinen ja vastaa harvoin yksinkertaistavaa, elintapoja painottavaa terveyden edistämistyötä. Tässä työssä olen tutkinut suomalaisten työväenluokkaisten miesten tapaa selittää sukupuolten välistä lähes seitsemän vuoden eroa elinajanodotteessa sekä sitä, miten ne suhteutuvat terveystieteelliseen tietoon. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, miten miehet selittävät naisten ja miesten terveyden determinantteja tarkoituksena saavuttaa ymmärrystä näiden miesten terveyskulttuurista; yhteisesti jaetusta tavasta ymmärtää miesten ja naisten terveyttä. Seuraavassa tarkastelen työni empiirisiä tuloksia niiden merkityksen sekä luotettavuuden kannalta, toisin sanoen palaan työssäni lopulta alkuperäiseen lähtökohtaan siitä, mikä merkitys maallikkoepidemiologisella tutkimuksella voi olla suhteessa terveystieteeseen sekä terveydenedistämistyöhön.

Yleisesti voidaan sanoa, että tutkimieni miesten puhetapaa hallitsi tietoisuus terveyteen liittyvistä asioista. He tiesivät esimerkiksi terveellisten elintapojen noudattamisen periaatteista sekä sairauksien riskitekijöistä, ja heidän selitystapansa sukupuolten välisistä elinajanodote-eroista perustuivat pääpiirteissään terveystieteen selitysmalleille. Siten tulos vastaa myös sitä, että suomalaiset miehet ovat omaksuneet hyvin terveyden edistämisen periaatteet ja terveellisten elintapojen keinot (Aarva & Pasanen 2005). Tutkimustulos asettuu mielenkiintoiseksi siinä suhteessa, että tutkimani miehet edustavat ristiriitaisesti terveyden suhteen kaikista epäedullisimpia ryhmiä; sekä miehiä että myös matalan sosioekonomisen aseman ihmisiä, ja he myös itse kuvasivat monipuolisesti miesten terveyttä heikentäviä tekijöitä, kuten huonompia elintapoja. On huomioitava kuitenkin se, että tutkimus ei lopulta kerro mitään siitä, miten nämä miehet itse todellisuudessa toimivat terveytensä suhteen. Se, mitä miehet sanovat, eivät kerro siitä, miten he itse välttämättä toimivat. Kuitenkin, kuten olen aiemmin tuonut esille, uskon tutkimukseni kertovan työväenluokkaisten miesten terveyskulttuurista, eli tämän joukon jaetusta tavasta ajatella terveyden suhteen. Siten tutkimukseni voidaan nähdä kertovan siitä oleellisesta asiasta, miten terveystietoisuus on muodostunut osaksi tämän yhteisön arvomaailmaa.

Samassa yhteydessä on mahdollista tarkastella tutkimukseni yleistettävyyttä, jota laadullisessa tutkimuksessa käsitellään kvantitatiiviseen tutkimukseen nähden hieman eri tavoin. Sen sijaan, että pyrittäisiin tulosten yleistettävyyteen laajassa joukossa, voidaan laadullisessa tutkimuksessa keskittyä erilaisten *mahdollisten* tapojen todentamiseen. (Peräkylä 2004.) Lähdin tutkimaan aineistoa siten, miten miesten puhuvat vaihtelivat sen suhteen, miten he käsitteellistävät miesten ja naisten terveyden determinantteja. Siten tulokset kertovat niistä erilaisista mahdollisuuksista, joilla miehet voivat kulttuurissaan näitä asioita käsitellä, ja siten niiden voidaan ymmärtää ilmentävän suomalaisten työväenluokkaisten miesten jaettua ymmärrystä ja ajattelumaailmaa terveyden suhteen. Tuloksia ei voi luonnollisesti yleistää kaikkiin suomalaisiin miehiin, kuten olen jo aikaisemminkin tuonut esille.

Tuloksissa mielenkiintoisinta oli juuri se, että miesten tulkintoja hallitsi selitystapojen moniulotteisuus ja kontekstisidonnaisuus. Terveyttä määrittävät tekijät olivat useimmiten sidoksissa toisiinsa, ja samalla eri tekijöiden merkitys vaihteli eri asiayhteyksissä. Esimerkiksi tulosten mukaan miehet toisaalta tiesivät paljon terveysasioista, kuten terveellisten elintapojen periaatteista, mutta toisaalta miesten puhetapaa ilmensi se, että miesten ei kuulunut korostaa kiinnostustaan terveysasioita kohtaan. Miehet eivät esimerkiksi kuvanneet suoraan olevansa kiinnostuneita terveysasioista, mutta koko aineistossa oli havaittavissa epäsuoria viittauksia kiinnostuksesta ja terveystietoisuudesta. Tähän voi vaikuttaa se, että länsimaisissa yhteiskunnissa terveyteen liittyy vahvasti moraalinen ulottuvuus, koska terveys on vahvasti sidottu vastuuseen omasta käyttäytymisestä (Crawford 1980). Tämän vuoksi haastateltavat ovat taipuvaisia vastaamaan haastattelijan odottamalla tavalla (Radley & Billig 1996; Blaxter 1997), jota voi tässä lisäksi korostaa se, että haastattelijana toimi terveystieteen ammattilainen. Pietilä (2009) kuvaa tällaista tilannetta ”terveellisyysmuurina”, jossa haastateltavan elämän näyttäytyy tutkijalle korostuneen terveellisenä. Vaikka sukupuolten terveyseroista käyty keskustelu liikkui enimmäkseen yleisellä tasolla, ilmeni tällainen terveyttä korostava puhe omassa toiminnassa ja terveyden moraalinen imperatiivi (Lupton 1995) esimerkiksi siinä, miten miehet etäännyttivät itsensä kaikista *muista* epäterveellisesti käyttäytyvistä miehistä, kun taas he *itse* kuvasivat omaa terveellistä toimintaansa.

Toisaalta tätä ristiriitaisuutta terveyden suhteen voidaan tulkita myös maskuliinisuuden tutkimuksilla, joissa terveyden on osoitettu yhä enemmän kuuluvan miesten elämään (esim. Robertson 2007; Pietilä 2008). Robertson (2007, 151) on tuonut esille nyky-

yhteiskunnan miehisyyden dikotomian sen suhteen, miten miesten odotetaan toimivan vastuullisena terveyskansalaisena ja toisaalta samalla noudattavan maskuliinisuuteen liitettyä tapaa vastustaa liiallista terveystoimilua. Hän kuvaa tätä odotusten ristiriitaa kuvauksella ”*don't care / should care*”, mikä oli havaittavissa myös tutkimieni miesten puhetavassa.

Osa tämänkaltaisista kontekstisidonnaisista ja ristiriitaisista tuloksista voi olla selitettävissä myös sillä, että miesten puhetavassa oli tulkittavissa piirteitä hegemonisen maskuliinisuuden vahvistamisesta tekemällä eroa naisiin tai alisteisessa asemassa oleviin miehiin (Connell 1995, 76–79). Tämä ilmeni esimerkiksi siinä, kun miehisyydelle rakennettiin kahta erilaista toimintatapaa terveyden suhteen. Terveyden vastustaminen liittyi juuri feminiinisen toimintatavan vastustamiseen, kun taas päinvastainen terveyttä arvostava maskuliinisuuden kuva rakentui silloin, kun eroa itseän tehtiin suhteessa alisteisessa asemassa olevaan mieheen – omaan hoidettavaan isään. Samoin työn ei nähty olevan lainkaan stressaavaa miehille, kun vertailukohtana oli naisten työskentelytapa, mutta kun vertailukohtaa naisiin ei ollut, korostettiin miesten kantamaa vastuuta työstä ja sen stressaavuutta. Tuloksissa miehuudelle annettiin siis useita merkityksiä suhteessa terveyteen. Tämä ilmentää myös hyvin kulttuurisen ajatusmaailman muutosta, jossa miehisyyttä ei nähdä enää yksiselitteisenä ja pysyvänä tilana, vaan miehisyydelle annetaan erilaisia merkityksiä käymällä neuvottelua perinteisten ja modernien käsitysten välillä (ks. Edley & Wetherell 1997). Siten tämä uudenlainen tapa punnita ja verrata eri yhteyksissä miehisyyden merkityksiä terveyden suhteen modernin ja perinteisten maskuliinisuuden ideaalien välillä voidaan nähdä olevan osa myös työväenluokkaisten miesten kulttuurista ajattelutapaa.

Jokaiselle aikakaudelle tyypilliset sukupuoliroolit sekä käyttäytymistavat terveyden suhteen voivat näkyä erilaisina näkemyksinä maallikoiden puheessa (Emslie & Hunt 2008). Tässä tutkimuksessa sukupuoliroolit kuvautuivat kahdella tapaa. Miesten puhetavassa korostui naisiin liitetty moraalinen vastuu huolehtia omasta terveydestään, mutta myös koko perheen terveydestä ja hyvinvoinnista. Naisille asetettiin myös luontaisesti vastuu roolimallina toimimisesta lapsille, ja miesten puhetapa vahvisti kokonaisuudessaan hyvin perinteistä naisen sukupuolisidonnaista roolia perheen vastuunkantajana. Samalla tulokset kertovat miehuuteen liitetystä itseisarvovollisesta vapaudesta käyttäytyä riskialttiisti tai oikeudesta olla välinpitämättömiä terveytensä suhteen, koska riittäviä perusteita toimia toisin ei ollut. Miesten vastuu ilmeni todellisen raskaan työnteon kautta perhettä elätettäessä, ei terveyden suhteen. Toisaalta tulokset

kertovat myös toisenlaisista aikakauden sukupuolirooleista. Miesten ja naisten töiden nähtiin samankaltaistuneen, ja tuloksista oli tunnistettavissa uuden ja vanhemman sukupolven välinen ero perheroolien yhdenmukaistumisessa, mitä ilmensi nuoren sukupolven osallistuminen kodin- ja lastenhoitoon (ks. Miettinen & Rotkirch 2012, 58–60). Lähtökohtaisesti voisi siten olettaa, että vastuun siirtyminen yhä enemmän kodin- ja lastenhoitoon voisi antaa miehille juuri niitä perusteita toimia terveytensä suhteen vastuullisemmin, joita he asettivat naiselle perheenhoitajan ja äidin vastuun kautta.

Tutkimani miehet asettivat siis hyvin vahvan moraalisen vastuun äidille sekä lasten esikuvana, kasvattajana että terveydestä huolehtijana, vaikka nuorempi sukupolvi osallistui kodin- ja perheenhoitoon. Kriittisen diskursiivisen psykologian keinoin väitöskirjansa tehnyt Kokkonen (2012) on tutkinut tulkintoja vanhemmuudelle asetetuista moraalisisista velvoitteista toteuttaa hyvää vanhemmuutta lapsen terveyteen pyrkivän terveystavon. Huomionarvoista oli se, että tulkinnat vanhemmuudesta liitettiin nimenomaan äitiin silloin, kun tämä vanhemmuuteen sidottuna ollut terveystavon noudattaminen oli epäonnistunut. Tulkinnat hyvästä vanhemmuudesta ja terveystavon noudattamisesta liitettiin paitsi hyvien elintapojen noudattamiseen myös kasvatukselliseen aspektiin. (Kokkonen 2012, 35.) Siten tämä kuvastaa mielestäni juuri tulosteni mukaista naisille asetettua moraalista odotusta ja vastuuta toimia hyvän terveystavon oman ja perheen terveyden edistäjänä. Naisen ja terveyden välille rakennettiin niin vahva yhteenkietoutunut side, että vaikka tuloksissani miehet osallistuvat nuoremmassa sukupolvessa myös lastenhoitoon, voi hyvin olettaa, että tämän tutkimuksen mukaisesti on äidille asetettu vastuu lapsen terveydestä myös viime kädessä äidillä. Toisaalta tulokseni vahvistavat myös niitä aikaisempia tuloksia, joissa terveystavon noudattamiseen vaikuttavat vahvasti perheessä sosiaalinen kontrolli (ks. Umberson 1992). Tuloksissani naisten terveyden motivaattoreina toimivat pitkälti lapset, kun taas miesten – ja varsinkin yksinäisten miesten – kannalta merkittävää tuloksissa oli puolison vaikutus miehen terveyden edistäjänä (ks. myös Näslindh-Ylispangar 2008, 53).

Tuloksiani on syytä tarkastella myös menetelmällisesti. Lähtökohtahan tutkimuksessani oli se, että en ollut itse mukana tekemässä aineistoni haastatteluja, joten olen tutkinut ulkopuolisena jo tehtyjä haastatteluja. Tämä on siten rajannut pois sen mahdollisuuden, että olisin voinut tehdä esimerkiksi tarkentavia kysymyksiä haastattelun aikana, tai että olisin voinut tehdä esiyymmärryksestäni muistiinpanoja tutkimuksen varhaisessa vaiheessa. Toisaalta tätä en näe tutkimukseni kannalta merkityksellisenä, koska olen

voinut tarkentaa ongelmallisia kohtia aineiston alkuperäiseltä haastattelijalta, ja toisaalta diskurssianalyysissa tutkittavan todellisuuden tarkastelu perustuu kielellisen vuorovaikutuksen tarkasteluun, mikä mahdollistaa tekstin myöhemmän ulkopuolisen tarkastelun (Jokinen ym.1993b).

Toisaalta osallistumattomuuttani haastatteluun voidaan pohtia myös sen kautta, miten oma sukupuoli olisi voinut vaikuttaa haastattelukontekstiin. Tällä on merkitystä siinä suhteessa, että miehiä tutkittaessa haastattelijan sukupuoli asettaa määrätynlaisen haastattelukontekstin. Haastattelutilanne itsessään voi asettaa miehet asemaan, jossa he kokevat maskuliinisuutensa uhatuksi ja jossa he joutuvat todistamaan asemaansa miehinä tai hyvinä ihmisinä. Erityisesti naishaastattelijan kanssa tämä voi ilmetä siten, että miehet seksualisoivat puheen ja paljastavat mahdollisimman vähän epäedullista tietoa. (Schwalbe & Wolkomir 2001). Sen sijaan aineistolle voidaan katsoa eduksi se, että haastattelijana oli pääsääntöisesti mies, ja vain kuudessa haastattelussa 26:sta toimijana oli nainen. Vaikka miehet voivat ilmentää vastaavaa maskuliinisuuden todistelua myös mieshaastattelijan kanssa, oli aineiston vuorovaikutuksesta havaittavissa luottamuksellisuutta haastattelijan kanssa esimerkiksi niissä kohdin, joissa viitattiin aikaisempiin ryhmähaastatteluihin.

Samalla haastattelun aihe on ollut todennäköisesti helpompi käsitellä mieshaastattelijan kanssa kuin naishaastattelijan kanssa. Puhuminen naisista ja miehistä asettaa haastateltavat arkaluonteisen aiheen äärelle, mitä ilmentää se, että vaikka tuloksissa oli selvästi tunnistettavissa perinteisiä sukupuoliroolisidonnaisia käsityksiä ja odotuksia, olivat miehet silti melko varovaisia puhuessaan naisista. Miehet esimerkiksi pehmensivät naisiin kohdistuvia väitteitä huumorilla tai puhumalla vastakkainasettelussa ”muista” miehistä, eivätkä itsestään. Miesten onkin todettu käyttävän erilaisia tekniikoita puhuessaan perinteisistä sukupuolirooleista siten, että he antaisivat itsestään tasa-arvoisuuteen pyrkivän kuvan (Riley 2003). Tämä voi myös heijastaa suomalaista tasa-arvoista yhteiskuntaa ja sen arvomaailmaa, minkä vuoksi ei ole soveliasta tuoda haastattelutilanteessa vieraan kanssa julki naisiin kohdistuvia sovinnistisia tai alentavia väitteitä.

Tulosten luotettavuuden kannalta olen pohtinut useasti sitä, mikä merkitys aikaisemmin toteutuneilla metallityömiesten ryhmähaastatteluilla oli miesten ajattelulle. Koska ryhmähaastatteluissa oli käsitelty samoja asioita kuin yksilöhaastatteluissakin, voi miesten terveystietoisuus kuvastaa osittain siellä opittua tietoa, ja siten tuloksen

yleistäminen koskemaan kaikkien työväenluokkaisten miesten terveysajattelua asettuu kyseenalaiseksi. Kuitenkin metallityömiesten haastatteluista oli aineistossa alle puolet, ja toisaalta, terveystietoisuus ilmeni monella muullakin tapaa kuin vain yksittäisillä faktatiedoilla. Siten en näe aikaisemmillä ryhmähaastatteluilla olleen nimellistä merkitystä tulosten luotettavuuteen.

Miehet tekivät sukupuolten välisiä elinajanodote-eroja ymmärrettäviksi nimenomaan naisiin liittyvillä pohdinnoilla. Olen siis tässä työssä muodostanut suurelta osin miesten julkilausumatonta identiteettiä terveyden suhteen *negation* kautta, ja siten olen ymmärtänyt miesten kuvausten naisista rakentavan myös kuvaa päinvastaisesti käyttäytyvistä miehistä (Said 1978 Edleyn & Wetherellin 1997 mukaan). Tätä voidaan tarkastella tulosten luotettavuuteen vaikuttavana seikkana, mutta toisaalta tämä ilmenee tuloksissani vain muutamassa kohtaa, sillä olen pyrkinyt tuomaan miesten tulkintoja esille sellaisina kuin ne esiintyivät, ja siten otsikkotasollakin tulkintarepertuaarit painottuvat naisnäkökulmaan. Tällä olen siis pyrkinyt myös tukeutumaan toimijoiden tilanteisesti ilmaisemaan ymmärrykseen, joka on siten tulosten analyysin luotettavuutta lisäävä keino (Juhila & Suoninen 1999). Se, että miehet käsitelivät aihetta naisiin liittyvillä pohdinnoilla voi johtua yksinkertaisesti kysymyksenasettelusta, jossa kysyttiin syitä juuri naisten pidemmälle eliniälle. Toisaalta se kertoo mielestäni jostain oleellisemmasta seikasta, eli siitä, miten vaikeaa miesten oli käsitellä terveyteen liittyviä asioita omalta kannaltaan.

Tulokseni kuvastavat kokonaisuudessaan sitä, miten työväenluokkaiset miehet kokivat sukupuolten välisten elinajanodote-erojen selittämisen vaikeaksi. Myös aikaisemmassa maallikkoepidemiologisessa tutkimuksessa ihmiset kokivat saman ilmiön selittämisen vaikeaksi (ks. Emslie & Hunt 2008). Siten miehet ovat kohdanneet saman ongelman, minkä terveystiedekin on todennut; yksiselitteistä selitysmallia sukupuolten välisille elinajanodotteen eroille on mahdotonta antaa (Viisainen, Luoto & Kulmala 2003). Vaikka miehet tukeutuivat puhetavoissaan pääpiirteissään aivan oikeaoppisesti terveystieteen ja terveys sosiologian tarjoamille selitysmalleille, esimerkiksi elintapojen suhteen, olivat miesten tulkinnoissa huomionarvoisia ne tulkintavat, jotka olivat niistä poikkeavia, tai joita ei tullut lainkaan esille. Esimerkiksi miehet tulkitsivat paljon yhdenmukaistuneita sukupuolirooleja niin terveyskäyttäytymisen kuin perhe- ja työroolienkin suhteen, mutta he eivät käsitelleet ollenkaan perhe- ja työroolien yhdistämisen merkitystä terveydelle (esim. Rieker & Bird 2000; Simon 1995). Tämä voi

kuvastaa sitä, että todellisuudessa näiden roolien yhdenmukaistuminen on vielä pääosin naisen työtaakkaa lisäävä tekijä, mitä miesten oli vaikeampi käsitellä.

Mielenkiintoisin ja selkein ero tulkinnoissa liittyi kuitenkin biologisten selitysmallien omintakeisuuteen sekä niiden käsitteleminen osittain essentialististen käsitysten rinnalla. Nämä miesten tulkinnat kuvasivat hyvin perinteistä maallikkoajattelulle tyypillistä tapaa selittää sairauksien syy-seuraussuhteita, jossa sairauden syiksi voidaan tulkita myös ihmisestä riippumattomat tekijät ja toisaalta myös se, että ihmisten on vaikea hahmottaa eri lähteistä tulevaa tietoa kokonaisuudessaan (esim. Frankel ym.1991a; Davison ym. 1992). Toisaalta miesten puhetapaa kuvasi varovaisuus tulkinnoissa biologisten selitysmallien yhteydessä, minkä vuoksi miehet tulkitsivat eroja hyvin abstrakteilla tasoilla puhumalla hyvin yleisesti ja lyhyesti geeneistä ja hormoneista ilman tarkempia selityksiä. Tämä voi ilmentää sitä, että miehet kokivat olevansa tuntemattomalla alueella ja halusivat näin paeta vaikeiden asioiden käsittelyä.

Tässä kohtaa voin viimein palata työni alussa käsittelemääni lähtökohtaan siitä, miten maallikkoepidemiologian tutkiminen voi olla merkityksellistä juuri terveydenedistämistyön kannalta. Se, että tulosteni mukaan työväenluokkaisten miesten terveyskulttuuri sisältää näin monipuolisia, mutta myös omintakeisia tulkintoja naisten ja miesten terveyden determinanteista tukee muiden tutkijoiden huomioita siitä, että useimmiten vain elintapoihin perustuva terveydenedistämistyö voi asettua vaikuttavuudeltaan kyseenalaiseksi tällaisessa maallikkoepidemiologisessa kontekstissa (ks. Hunt & Emslie 2001; Nettleton 1995, 236). Samalla tutkimukseni kertoo työväenluokkaisten miesten terveyskulttuurista, jolle on ominaista hahmottaa terveyseroja enimmäkseen naisiin, ei miehiin itseensä, liittyvien pohdintojen kautta, mikä asettaa miehille suunnatun terveyskasvatuksen jälleen hankalaan asemaan. Jos työväenluokkaisten miesten terveyskulttuuriin liittyy vaikeus hahmottaa sukupuolten erilaista terveyttä miehiin liittyvien selitysmallien kautta, niin sama vaikeus voi ilmetä myös juuri miehille suunnatussa terveyskasvatuksessa. Toisaalta tuloksissa myös korostuu naisten merkitys miehen ja koko perheen terveydelle, mikä lähtökohtaisesti tukee ajatusta siitä, että naisiin kohdistuvalla terveydenedistämistyöllä voidaan vaikuttaa laajemmin myös koko perheen terveyteen. Samalla se kuitenkin herättää tarpeen kohdistaa terveydenedistämistyö myös yksinäisiin miehiin. (ks. myös Näslindh-Ylispangar 2008, 57.) On myös syytä huomioida se, että työväenluokkaisten miesten kulttuurista ajattelutapaa kuvastaa miehisyiden ja terveyden suhteen

monimerkityksellisyys, jossa miehisyydelle annetaan erilaisia merkityksiä käymällä neuvottelua perinteisten ja modernien käsitysten välillä.

Tämä tutkimus on avannut kuvaa työväenluokkaisten miesten terveyskulttuuriin. Tältä osin tulevaisuudessa olisi tarpeen tutkia vastaavasti myös sitä, miten sosioekonomiselta asemaltaan korkeammassa asemassa olevat miehet käsitteellistävät sukupuolten välisiä elinajanodote-eroja. Poikkeako heidän ajatusmaailmansa terveyden suhteen näistä tulkinnoista, vai voiko tätä terveyskulttuuria yleistää koskemaan miehiä yleisemmin? Toisaalta olisi myös mielenkiintoista selvittää, mikä on naisten näkökulma sukupuolten välisille elinajanodotteen eroille.

LÄHTEET

- Aarva, P. & Pasanen, M. (2005). Suomalaisten käsityksiä terveyteen vaikuttavista tekijöistä ja niissä tapahtuneet muutokset vuodesta 1994 vuoteen 2002. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 42, 5–71.
- Allmark, P. & Tod, A. (2006). How should public health professionals engage with lay epidemiology? *Journal of Medical Ethics* 32, 460–463.
- Annandale, E. (2009). *Women's Health and Social Change*. London: Routledge.
- Arinen, S., Häkkinen, U., Klaukka, T., Klavus, J., Lehtonen, R. & Aro, S. (1998). *Suomalaisten terveys ja terveysten palvelujen käyttö. Terveystenhuollon väestötutkimuksen 1995/96 päätulokset ja muutokset vuodesta 1987*. Helsinki: SVT 5, Stakes ja kansaneläkelaitos.
- Backhans, M., Lundberg, M. & Månsdotter, A. (2007). Does increased gender equality led to a convergence of health outcomes for men and women? A study of Swedish municipalities. *Social Science & Medicine* 64, 1892–1903.
- Bartley, M. (2004). *Health Inequality. An Introduction to Theories, Concepts and Methods*. Cornwall: Polity.
- Berger, P. & Luckmann, T. (1994). *Todellisuuden sosiaalinen rakentuminen: tiedon sosiologinen tutkielma*. Helsinki: Gaudeamus.
- Bird, C. & Rieker, P. (2008). *Gender and Health. The Effects of Choices and Social Policies*. New York: Cambridge University Press.
- Blaxter, M. (1997). Whose fault is it? People's own Conceptions of the Reasons for Health Inequalities. *Social Science & Medicine* 44, 747–756.
- Broms, U., Silventoinen, K., Lahelma, E., Koskenvuo, M. & Kaprio, J. (2004). Smoking cessation by socioeconomic status and marital status: The contribution of smoking behavior and family background. *Nicotine and Tobacco Research* 6, 447–455.
- Burr, V. (1995). *An Introduction to Social Constructionism*. London: Routledge.
- Calasanti, T., Pietilä, I., Ojala, H. & King, N. (2012). Men, bodily control, and health behaviors: the importance of age. *Health Psychology*. Julkaistavana.
- Cooperstock, R. (1971). Sex differences in the use of mood-modifying drugs: An explanatory model. *Journal of Health and Social Behavior* 12, 238–244.
- Connell, R. (1995). *Masculinities*. Cambridge: Polity Press.
- Cornwell, J. (1984). *Hard-Earned Lives: Accounts of Health and Illness from East London*. London: Tavistock.
- Courtenay, W. (2000a). Behavioural factors associated with disease, injury and death among men: evidence and implications for prevention. *Journal of Men's Studies* 9, 81–142.
- Courtenay, W. (2000b). Constructions of masculinity and their influence on men's well-being: a theory of gender and health. *Social Science & Medicine* 50, 1385–1401.
- Courtenay, W. (2003). Key determinants of health and the well-being of men and boys. *International Journal of Men's Health* 2, 1–30.

- Courtenay, W. (2009). Theorising masculinity and men's health. Teoksessa A. Broom & P. Tovey (toim.) *Mens's health body, identity and social context*. (s. 9–32). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Crawford, R. (1980). Healthism and the medicalisation of everyday life. *International Journal of Health Services* 10, 365–368.
- Davison, C., Davey Smith, G. & Frankel, S. (1991). Lay epidemiology and the prevention paradox: the implications of coronary candidacy for health education. *Sociology of Health and Illness* 13, 1–19.
- Davison, C., Frankel, S. & Davey Smith, G. (1992). The limits of lifestyle: re-assessing 'fatalism' in the popular culture of illness prevention. *Social Science & Medicine* 34, 675–685.
- Davidson, R., Kitzinger, J. & Hunt, K. (2006). The wealthy get healthy, the poor get poorly? Lay perceptions of health inequalities. *Social Science & Medicine* 62, 2171–2182.
- Doyal, L. (2000). Gender equity in health: debates and dilemmas. *Social Science & Medicine* 51, 931–939.
- Edley, N. & Wetherell, M. (1997). Jockeying for position: The construction of masculine identities. *Discourse Society* 8, 203–217.
- Emslie, C., Hunt, K. & Macintyre, S. (1999). Problematizing gender, work and health: the relationship between gender, occupational grade, working conditions and minor morbidity in full-time bank employees. *Social Science & Medicine* 48, 33–48.
- Emslie, C. & Hunt, K. (2008). The weaker sex? Exploring lay understandings of gender differences in life expectancy: A qualitative study. *Social Science & Medicine* 67, 808–816.
- Eskola, J. & Suoranta, J. (2001). *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. 5. painos. Jyväskylä: Gummerus.
- Euroopan komissio (2011). *Data on the healthy life years in the European Union*. Tulostettu 17.6.2011 http://ec.europa.eu/health/indicators/healthy_life_years/data/index_en.htm
- Faltermaier, T. (1997). Why public health research needs qualitative approaches? Subjects and methods in change. *European Journal of Public Health* 7, 357–363.
- Frankel, S., Davison, C. & Davey Smith, G. (1991). Lay epidemiology and the rationality of responses to health education. Discussion paper. *British Journal of General Practice* 41, 428–430.
- Galdas, P. (2009). Men, masculinity and help-seeking behavior. Teoksessa A. Broom & P. Tovey (toim.) *Mens's health body, identity and social context*. (s. 63–82). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Gissler, M. (2003). Terveyspalveluiden käyttö sukupuolittain. Teoksessa R. Luoto, K. Viisainen & I. Kulmala (toim.) *Sukupuoli ja terveys*. (s. 277–288). Tampere: Vastapaino.
- Haavio-Mannila, E. (1986). Inequalities in health and gender. *Social Science & Medicine* 22, 141–149.
- Hakulinen, K., Koskinen, S., Martelin, T., Sainio, P. & Aromaa, A. (2006). Ketkä käyttävät avofysioterapiapalveluita Suomessa? Terveys 2000 -tutkimuksen tuloksia. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 43, 13–23.

- Helakorpi, S., Laitalainen, E. & Uutela, A. (2010). *Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2009*. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 7/2010. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hemminki, E., Sihvo, S., Forssas, E., Koponen, P., Kosunen, E. & Perälä, M-L. (1998). The role of gynecologists in women's health care women's views. *International Journal for Quality in Health Care* 10, 59–64.
- Hemminki, E., Luoto, R. & Gissler, M. (2006). Sukupuolierot terveystalouden kohdentumisessa. Teoksessa J. Teperi, L. Vuorenkoski, K. Manderbacka, E. Ollila & I. Keskimäki (toim.) *Hyvinvointivaltion rajat. Riittävät palvelut jokaiselle. Näkökulmia yhdenvertaisuuteen sosiaali- ja terveydenhuollossa*. (s. 56–63). Stakes. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Hetemaa, T., Keskimäki, I., Manderbacka, K., Leyland, A. & Koskinen, S. (2003). How did the recent increase in the supply of coronary operations in Finland affect socioeconomic equity in their use? *Journal of Epidemiology and Community Health* 57, 1781–85.
- Hetemaa, T., Manderbacka, K., Reunanen, A., Koskinen, S. & Keskimäki, I. (2006). Socioeconomic inequities in invasive cardiac procedures among patients with incident angina pectoris or myocardial infarction. *Scandinavian Journal of Public Health* 34, 116–123.
- Hoikkala, T. (2009). Tutkijat varusmiespalveluksessa. Teoksessa T. Hoikkala, M. Salasuo & A. Ojajärvi (toim.) *Tunnetut sotilaat*. (s. 26–52). Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Honkasalo, M-L. (1988). *Oireiden ongelma – Sosiaalilääketieteellinen tutkimus oireista, niiden esiintymisestä ja merkityksestä kahta tutkimusmenetelmää käyttäen*. Kansanterveystieteen julkaisuja M 101. Helsingin yliopisto. Väitöskirja.
- Hunt, K. & Annandale, E. (1999). Relocating gender and morbidity: examining men's and women's health in contemporary Western societies. Introduction to Special Issue on Gender and Health. *Social Science & Medicine* 48, 1–5.
- Hunt, K. & Emslie, C. (2001). Commentary: The prevention paradox in lay epidemiology – Rose revisited. *International Journal of Epidemiology* 30, 422–446.
- Häkkinen, U. & Alha, P. (2006). Avohoitopalvelut. Teoksessa U. Häkkinen & P. Alha (toim.) *Terveystalouden käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot. Terveys 2000 -tutkimus*. (s. 32–43). Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 10/2006. Helsinki: Hakapaino Oy.
- Häkkinen, U., Alha, P., Keskimäki, I., Klaukka, T., Koponen, P. & Räsänen, K. (2002). Hoitopalvelujen käyttö. Teoksessa A. Aromaa & S. Koskinen (toim.) *Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 -tutkimuksen perustulokset*. (s. 66–69). Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 3/2002. Helsinki: Hakapaino Oy.
- Hänninen, S. & Sarlio-Lähteenkorva, S. (2003). ”Laihdu nopeasti, turvallisesti ja nälkää tuntematta” Laihdutustuotemainonta Seurassa 1948–2001. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 40, 181–192.
- Impinen, A., Lunetta, P. & Lounamaa, A. (2008). *Tapaturmakuolemat ja alkoholi Suomessa*. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 11/2008. Helsinki: Kansanterveyslaitos. Tulostettu 22.8.2011
http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b11.pdf
- Juhila, K. & Suoninen, E. (1999). Kymmenen kysymystä diskurssianalyysistä. Teoksessa A. Jokinen, K. Juhila & E. Suoninen (toim.) *Diskurssianalyysi liikkeessä. Vuorovaikutus, toimijuus ja kulttuuri empiirisen tutkimuksen haasteina*. 3. painos. (s. 233–252). Tampere: Vastapaino.

- Jokinen, A. (1999). Diskurssianalyysin suhde sukulaistraditioihin. Teoksessa A. Jokinen, K. Juhila & E. Suoninen (toim.) *Diskurssianalyysi liikkeessä. Vuorovaikutus, toimijuus ja kulttuuri empirisen tutkimuksen haasteina*. 3. painos. (s. 37–53). Tampere: Vastapaino.
- Jokinen, A., Juhila, K. & Suoninen, E. (1993a). *Diskurssianalyysin aakkoset*. 2. painos. Tampere: Vastapaino.
- Jokinen, A., Juhila, K. & Suoninen, E. (1993b). Diskursiivinen maailma. Teoreettiset lähtökohdat ja analyyttiset käsitteet. Teoksessa A. Jokinen, K. Juhila & E. Suoninen (toim.) *Diskurssianalyysin aakkoset*. 2. painos. (s. 17–47). Tampere: Vastapaino.
- Joutsenniemi, K. (2011). Perhe ja siviilisääty. Teoksessa M. Laaksonen & K. Silventoinen (toim.) *Sosiaalierpidemiologia. Väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät*. (s. 73–89). Helsinki: Gaudeamus.
- Kallio, J. (2006). Koettu terveys ja terveydellinen tasa-arvo kuudessa hyvinvointivaltiossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 43, 218–230.
- Kaltiala-Heino, R. (2003). Sukupuoli ja mielenterveys. Teoksessa R. Luoto, K. Viisainen & I. Kulmala (toim.) *Sukupuoli ja terveys*. (s. 50–65). Tampere: Vastapaino.
- Kaplan, G., Goldberg, D., Everson, S., Cohen, R., Salonen, R., Tuomilehto, J. & Salonen, J. (1996). Perceived health status and morbidity and mortality: Evidence from the Kuopio ischaemic heart disease risk factor study. *International Journal of Epidemiology* 25, 259–265.
- Kasmel, A., Helasoja, V., Lipand, A., Prättälä, R., Klumbiene, J., Pudule, I. (2004). Association between health behavior and self-reported health in Estonia, Finland, Latvia and Lithuania. *European Journal of Public Health* 14, 32–36.
- Klavus, J. (2010). Suomalaisten terveys, terveystalvelujen käyttö ja kokemukset palveluista. Teoksessa M. Vaarama, P. Moisio & S. Karvonen (toim.) *Suomalaisten hyvinvointi*. (s. 28–43). Terveystien ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino.
- Kokko, S. (1988). *Tauti ja sairaus. Työkäiset terveyskeskuslääkärin vastaanotolla*. Kuopion yliopiston julkaisuja. Alkuperäistutkimukset 1/1988.
- Kokkonen, R. (2012). *Mittarissa lapsen keho ja vanhemmuus. – Tervettä lasta sekä ”hyvää” ja ”huonoa” vahnemmuutta koskevia tulkintoja nyky-Suomessa*. Publications of the University of Eastern Finland. Dissertations in Education, Humanities, and Theology No 22.
- Koskinen, S. & Aromaa, A. (2002). Koettu terveys ja pitkäaikaissairastavuus. Teoksessa A. Aromaa & S. Koskinen (toim.) *Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 - tutkimuksen perustulokset*. (s. 37–38). Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 3/2002. Helsinki: Hakapaino Oy.
- Koskinen, S. & Martelin, T. (2007). Kuolleisuus. Teoksessa S. Koskinen, T. Martelin, I-L. Notkola, V. Notkola, K. Pitkänen, M. Jalovaara, E. Mäenpää, A. Ruokolainen, M. Ryyänen & I. Söderling (toim.) *Suomen väestö*. (s. 169–238). Helsinki: Helsinki university press.
- Ladvig, K., Marten-Mittag, B., Formanek, B. & Dammann, G. (2000). Gender differences of symptom reporting and medical health care utilization in the German population. *European journal of epidemiology* 16, 511–518.
- Lahelma, E., Martikainen, P., Rahkonen, O. & Silventoinen, K. (1999). Gender differences in illhealth in Finland: Patterns magnitude and change. *Social Science & Medicine* 48, 7–19.

- Lahelma, E., Manderbacka, K., Martikainen, P. & Rahkonen, O. (2003). Miesten ja naisten sairastavuus- ja kuolleisuuserot. Teoksessa R. Luoto, K. Viisainen & I. Kulmala (toim.) *Sukupuoli ja terveys*. (s. 21–32). Tampere: Vastapaino.
- Lawton, J. (2003). Lay experiences of health and illness: past research and future agendas. *Sociology of Health and Illness* 25, 23–40.
- Luopa, P., Pietikäinen, M. & Jokela, J. (2008). Kouluterveyskysely 1998–2007: Nuorten hyvinvoinnin kehitys ja alueelliset erot. Stakes, Raportteja 23/2008. Tulostettu 1.9.2011 <http://www.stakes.fi/verkkojulkaisut/raportit/R23-2008-VERKKO.pdf>
- Lupton, D. (1995). *The imperative of health. Public health and the regulated body*. London: Sage.
- Lönnqvist, J. (2005). Itsemurhat. Teoksessa A. Aromaa, J. Huttunen, S. Koskinen & J. Teperi (toim.) *Suomalaisten terveys*. (s. 185–189). Helsinki: Duodecim, Kansanterveyslaitos & Stakes.
- Macintyre, S., Hunt, K. & Sweeting, H. (1996). Gender differences in health: are things really as simple as they seem? *Social Science & Medicine* 42, 617–624.
- Macintyre, S. McKay, L. & Ellaway, A. (2005). Who is more likely to experience common disorders: men, women, or both equally? Lay perceptions in the West of Scotland. *International Journal of Epidemiology* 34, 461–466.
- Maclean, A., Sweeting, H. & Hunt, K. (2010). 'Rules' for boys, 'guidelines' for girls: Gender differences in symptom reporting during childhood and adolescence. *Social Science & Medicine* 70, 597–604.
- MANage-projekti. Tampereen yliopisto. Luettu 4.6.2012 <http://www.uta.fi/hes/tutkimus/tutkimusryhmat/Gerontologia/MANage.html>
- Manderbacka, K. (2005). Koettu terveys ja tiedossa oleva sairastavuus. Teoksessa A. Aromaa, J. Huttunen, S. Koskinen & J. Teperi (toim.) *Suomalaisten terveys*. (s. 130–133). Helsinki: Duodecim, Kansanterveyslaitos & Stakes.
- Mannila, S. (1992). Sairaana rooli. Teoksessa A. Karisto, E. Lahelma & O. Rahkonen (toim.) *Terveys sosiologia*. (s. 183–190). Helsinki: WSOY.
- Martelin, T., Mäkelä, P. & Valkonen, T. (2004). Contribution of deaths related to alcohol or smoking to the gender difference in life expectancy. Finland in the early 1990's. *European Journal of Public Health* 14, 422–427.
- Martelin, T., Koskinen, S. & Lahelma, E. (2005). Väestöryhmien väliset terveyserot. Teoksessa A. Aromaa, J. Huttunen, S. Koskinen & J. Teperi (toim.) *Suomalaisten terveys*. (s. 266–276). Helsinki: Duodecim, Kansanterveyslaitos & Stakes.
- Martelin, T., Koskinen, S. & Valkonen, T. (2005). Kuolleisuus. Teoksessa A. Aromaa, J. Huttunen, S. Koskinen & J. Teperi (toim.) *Suomalaisten terveys*. (s. 118–129). Helsinki: Duodecim, Kansanterveyslaitos & Stakes.
- Martikainen, P., Martelin, T., Nihtilä, E., Majamaa, K. & Koskinen, S. (2005). Differences in mortality by marital status in Finland from 1976–2000: Analyses of changes in marital-status distributions, socio-demographic and household composition, and cause of death. *Population Studies* 59, 99–115.

- Miettinen, A. & Rotkirch, A. (2012). *Yhteistä aikaa etsimässä. Lapsiperheiden ajankäyttö 2000-luvulla*. Perhebarometri 2011. Väestöntutkimuslaitos. Katsauksia E 42/2012. Helsinki: Väestöliitto.
- Mäkelä, P., Mustonen, J. & Huhtanen, P. (2009). Suomalaisten alkoholinkäyttötapojen muutokset 2000-luvun alussa. *Yhteiskuntapolitiikka* 3, 268–289.
- Mäkelä, P. (1998). Alcohol-related mortality by age and sex and its impact on life expectancy. *European Journal of Public Health* 8, 43–51.
- Nathanson, C. (1975). Illness and the feminine role: a theoretical review. *Social Science & Medicine* 9, 57–62.
- Nettleton, S. (1995). *The Sociology of Health and Illness*. Cambridge: Polity Press.
- Näslindh-Ylispangar, A. (2008). *Men's health behaviour, health beliefs and need for health counseling. A study amongst 40-year-old males from one Helsinki City region*. Helsingin yliopisto. Academic dissertation.
- O'Brien, R., Hart, G. & Hunt, K. (2007). 'Standing out from the herd': Men renegotiating masculinity in relation to their experience of illness. *International Journal of Men's Health* 6, 178–200.
- Parsons, T. (1951). *The Social System*. New York: Free Press.
- Peräkylä, A. (2004). Reliability and validity in research based on tapes and transcripts. Teoksessa D. Silverman (toim.) *Qualitative research: Theory, Method and Practice*. 2. painos. (s. 283–304). London: Sage.
- Phillips, K. & Castle, D. (2001). Body dysmorphic disorder in men. *British Medical Journal* 323, 1015–1016.
- Pietikäinen, S. & Mäntynen A. (2009). *Kurssi kohti diskurssia*. Tampere: Vastapaino.
- Pietilä, I. (2010). Ryhmä- ja yksilöhaastattelun diskursiivinen analyysi. Kaksi aineistoa erilaisina vuorovaikutuksen kenttinä. Teoksessa J. Ruusuvuori, P. Nikander & M. Hyvärinen (toim.) *Haastattelun analyysi*. (s. 212–241). Tampere: Vastapaino.
- Pietilä, I. (2009). Kontekstuaalinen vaihtelu miesten puheessa terveydestä: yksilöhaastatteluiden ja ryhmäkeskusteluiden vertaileva analyysi. *Sosiaalilääketieteellinen Aikauslehti* 46, 171–183.
- Pietilä, I. (2008). *Between rocks and hards places. Ideological dilemmas in men's talk about health and gender*. Tampereen yliopisto. Acta Universitatis Tamperensis 1329.
- Pietilä, I. & Rytönen, M. (2008). 'Health is not a man's domain': lay accounts of gender difference in life-expectancy in Russia. *Sociology of Health and Illness* 30, 1070–1085.
- Pleck, J., Sonenstern, F. & Ku, L. (1994). Problem behaviours and masculinity ideology in adolescent males. Teoksessa R. Ketterlinus & M. Lamb (toim.) *Adolescent Problem Behaviours: Issues and Research*. (s. 165–186). Hillsdale: Lawrence Erlbaum.
- Popay, J., Bennett, S., Thomas, C., Williams, G., Gatrell, A. and Bostock, L. (2003) Beyond 'beer, fags, egg and chips'? Exploring lay understandings of social inequalities in health, *Sociology of Health and Illness* 25, 1–23.
- Potter, J. & Wetherell, M. (1989). *Discourse and Social psychology*. London: Sage Publications.

- Radley, A. & Billig, M. (1996). Accounts of health and illness: Dilemmas and representations. *Sociology of Health and Illness* 18, 220–240.
- Rajaratnam, J., Marcus, J., Levin-Rector, A., Chalupka, A., Wang, H., Dwyer, L., Costa, M., Lopez, A. Murray, C. (2010). Worldwide mortality in men and women aged 15-59 years from 1970 to 2010: a systematic analysis. *Lancet* 375, 1704–1720.
- Raulio, S. & Roos, E. (2012). Työaikaisen aterioinnin väestöryhmäerot ja yhteys ruokavalion laatuun. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti* 49, 140–147.
- Rieker, P. & Bird, C. (2000). Sociological explanations of gender differences in mental and physical health. Teoksessa C. Bird, P. Conrad & A. Fremont (toim.) *Handbook of medical sociology*. (s. 98–113). New Jersey: Prentice Hall.
- Riley, S. (2003). The management of the traditional male role: a discourse analysis of the constructions and functions of provision. *Journal of Gender Studies* 12, 99–113.
- Riska, E. (2003). Esipuhe. Teoksessa R. Luoto, K. Viisainen & I. Kulmala (toim.) *Sukupuoli ja terveys*. (s. 7–8). Tampere: Vastapaino.
- Riska, E. (2009). Men's mental health. Teoksessa A. Broom & P. Tovey (toim.) *Mens's health body, identity and social context*. (s. 145–162). Chichester: Wiley-Blackwell.
- Riska, E. (2011). Sukupuoli. Teoksessa M. Laaksonen & K. Silventoinen (toim.) *Sosiaaliepideemiologia. Väestön terveyserot ja terveyteen vaikuttavat sosiaaliset tekijät*. (s. 60–72). Helsinki: Gaudeamus.
- Robertson, S. (2007). *Understanding Men and Health: Masculinities, Identity and Well-being*. Buckingham, England: Open University Press.
- Saaranen-Kauppinen, A. & Puusniekka, A. (2006). *KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto*. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. Tulostettu 22.9.2011 <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/>
- Schwalbe, M. & Wolkomir, M. (2001). The masculine self as problem and resource in interview studies of men. *Men and Masculinities* 4, 90–103.
- Sen, G., Östlin, P. & George, A. (2007). *Unequal, unfair, ineffective and inefficient gender inequity in health: Why it exists and how we can change it?* Final report to the WHO Commission on Social Determinants of Health. Tulostettu 1.9.2011 http://www.who.int/social_determinants/resources/csdh_media/wgekn_final_report_07.pdf
- Sihvonen, A-P. (2005). *Toimintakykyiset elinvuodet*. Duodecim. Tulostettu 16.6.2011 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00024
- Sihvonen, A-P., Koskinen, S. & Martelin, T. (2007). Terveet elinvuodet. Teoksessa H. Palosuo, S. Koskinen, E. Lahelma, R. Prättälä, T. Martelin, A. Ostamo, I. Keskimäki, M. Sihto, K. Talala, E. Hyvönen & E. Linnanmäki (toim.) *Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005*. (s. 122–128). Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007:23. Helsinki.
- Simon, R. (1995). "Gender, multiple roles, role meaning, and mental health". *Journal of Health and Social Behavior* 39, 38–54.
- Sosiaali- ja terveyskertomus 2010*. (2010). Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2010:1. Helsinki. Tulostettu 20.8.2011.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=1087414&name=DLFE-11163.pdf

- Suominen-Taipale, A-L., Martelin, T., Koskinen, S., Holmen, J., & Johnsen, R. (2006). Gender differences in health care use among the elderly population in areas of Norway and Finland. A cross-sectional analysis based on the HUNT study and the FINRISK Senior Survey. *BMC Health Services Research* 6, 110.
- Suoninen, E. (1999). Näkökulma sosiaalisen todellisuuden rakentumiseen. Teoksessa A. Jokinen, K. Juhila & E. Suoninen (toim.) *Diskurssianalyysi liikkeessä. Vuorovaikutus, toimijuus ja kulttuuri empiirisen tutkimuksen haasteina*. 3. painos. (17–36). Tampere: Vastapaino.
- Swinburn, B. & Cameron-Smith, D. (2004). Biological determinants of health. Teoksessa H. Keleher & B. Murphy (toim.) *Understanding Health. A determinants approach*. (s. 40–57). Singapore: Oxford University Press.
- Tilastokeskus (2009). *Alkoholikuolemien määrä pysynyt ennallaan*. Tulostettu 16.8.2011 http://www.stat.fi/til/ksyyt/2008/ksyyt_2008_2009-12-18_tie_001.html
- Tilastokeskus (2011a). *Kuolemien määrä lisääntyi vuotta aiemmasta*. Tulostettu 20.5.2011 http://www.stat.fi/til/kuol/2010/kuol_2010_2011-04-15_tie_001_fi.html
- Tilastokeskus (2011b). Väestö- ja kuolemansyytilastot. Tulostettu 20.9.2011 http://www.stat.fi/til/kuol/2010/kuol_2010_2011-04-15_kuv_001_fi.html
- Tilastokeskus (2011c). *Viina tappaa työkäisiä*. Tulostettu 24.8.2011 http://www.stat.fi/artikkelit/2011/art_2011-05-30_001.html?s=0
- Umberson, D. (1992). Gender, marital status and the social control of health behavior. *Social Science & Medicine* 34, 907–917.
- Vaskilampi, T. (2010). Talcott Parsons ja sairaan rooli. Teoksessa U. Ashorn, L. Henriksson, J. Lehto & P. Nieminen (toim.) *Yhteiskunta ja terveys. Klassisia teoreettisia näkökulmia*. (s. 61–76). Tallinna: Gaudeamus University Press.
- Viisainen, K., Luoto, R. & Kulmala, I. (2003). Johdanto. Sukupuolinäkökulmia terveyteen. Teoksessa R. Luoto, K. Viisainen & I. Kulmala (toim.) *Sukupuoli ja terveys*. (s. 9–17). Tampere: Vastapaino.
- Waldron, I. (2000). Trends in gender differences in mortality: relationships to changing gender differences in behavior and other causal factors. Teoksessa E. Annandale & K. Hunt. (toim.) *Gender inequalities in health*. (s. 1–35). Buckingham Philadelphia: Open University Press.
- Wallace, J. (1996). Gender differences in beliefs of why women live longer than men. *Psychological Reports* 79, 587–591.
- Wetherell, M. & Potter, J. (1992). *Mapping the Language of Racism. Discourse and the Legimitation of exploitation*. London: Harvester Wheatsheaf.
- Whitley, R. & Crawford, M. (2005). Qualitative research in psychiatry. *Canadian Journal of Psychiatry* 50, 108–114.

- Wizemann, T. & Pardue, M-L. (2001). *Exploring the biological contributions to human health: Understanding the contributions of sex and gender variations to human health*. Institute of Medicine, Committee on Understanding the Biology of Sex and Gender Differences. Washington: National Academies Press.
- Östlin, P., George, A. & Sen, G. (2001). Gender, health, and equity: The intersections. Teoksessa T. Evans, M. Whitehead, F. Diderichsen, A. Bhuiya & M. Wirth (toim.) *Challenging inequities in health: From ethics to action*. (s. 175–189). New York: Oxford University Press.