



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Ravitsemusopas ammattikuskeille metabolisen oireyhtymän ehkäisemiseksi

Dahl, Milla

Laitinen, Annamari

Torkki, Pauliina

Laurea-ammattikorkeakoulu

Ravitsemusopas ammattikuskeille metabolisen oireyhtymän ehkäisemiseksi

Dahl, Milla
Laitinen, Annamari
Torkki, Pauliina
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Toukokuu 2016

Milla Dahl, Annamari Laitinen, Pauliina Torkki

Ravitsemusopas ammattikuskeille metabolisen oireyhtymän ehkäisemiseksi

Vuosi 2016 Sivumäärä 58

Kyseessä on toiminnallinen opinnäytetyö, jonka tarkoitus oli tuottaa ravitsemusopas ammattikuskeille. Opinnäytetyön tavoite oli edistää ammattikuskiensa terveellistä ravitsemusta metabolisen oireyhtymän ehkäisemiseksi. Ravitsemusoppaan tarkoitus oli tarjota tietoa terveellisestä ravitsemuksesta ammattikuskeille.

Opinnäytetyön kirjallinen raportti käsittelee yleisesti terveellistä ravitsemusta, metabolista oireyhtymää, ammattikuskeja metabolisen oireyhtymän riskiryhmänä ja heidän ravitsemuksensa keinoja työaikana sekä potilashoitoa hoitotyössä. Teoreettinen viitekehys on kirjoitettu hoitotyön näkökulmasta ja se perustuu alan tutkimuksiin ja lähdekirjallisuuteen.

Ravitsemusoppaan avulla ohjataan ammattikuskeja toteuttamaan terveellistä ravitsemusta työaikana. Opas käsittelee terveellistä ravitsemusta tasapainoisena kokonaisuutena, johon kuuluvat ravitsemuksen laatu, säännöllinen ateriarytmi, sopiva ateriakoko ja päivittäinen energiantarve. Näitä on havainnollistettu erilaisin esimerkein, kuten lautasmallin avulla. Opas tarjoaa myös aiheeseen liittyvää lisätietoa ja keinoja ammattikuskiensa työaikaisen ruokailun tukemiseksi sekä pysyvän elämäntavan omaksumiseksi.

Ravitsemusopasta arvioitiin testaamalla opas kohderyhmällä ja työterveyshoitajien antamalla palautteella, joka oli kokonaisuudessaan positiivista. Opas koettiin hyväksi muistilistaksi ammattikuskeille. Tulevaisuudessa opasta voidaan viedä eteenpäin tutkimalla ammattikuskiensa työaikaisen ruokailun toteutumista ja kehittämällä opasta vastaamaan ruokailun pääongelmiin.

Asiasanat: ravitsemus, opas, ammattikuski, metabolinen oireyhtymä

Milla Dahl, Annamari Laitinen, Pauliina Torkki

A nutrition guidebook for professional drivers to prevent metabolic syndrome

Year	2016	Pages	58
------	------	-------	----

This thesis was carried out as a functional study and its purpose was to produce a nutrition guidebook for professional drivers. The goal was to enhance the drivers' healthy nutrition to prevent metabolic syndrome. The nutrition guidebook aimed at offering information on healthy nutrition for professional drivers.

The written report deals with healthy nutrition in general, metabolic syndrome, professional drivers as a risk group, the drivers' ways to implement nutrition at work and patient education in nursing. The theoretical framework is written from the nursing point of view and it is based on studies and literature in this field.

By means of the nutrition guidebook, the drivers are guided to implement healthy nutrition during working hours. It is a holistic approach to healthy nutrition including the quality of nutrition, regular meals, adequate meal size and the daily need for energy, demonstrated with different examples, such as the plate model. There is also additional information regarding the subject, ways to support the drivers' nutrition during working hours and to make healthy nutrition a sustained lifestyle.

The evaluation of the nutrition guidebook consisted of testing it in the target group and the feedback from occupational health nurses. The feedback was positive and the guidebook was found to be a good checklist for the drivers. The guidebook could be developed further, by studying professional drivers' implementation of the healthy nutrition during working hours and solving the main nutritional problems.

Keywords: nutrition, guidebook, professional driver, metabolic syndrome

Sisällys

1	Johdanto	6
2	Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys	7
2.1	Terveellinen ravitseminen	7
2.1.1	Suomalaiset ravitsemussuositukset	7
2.1.2	Valtion ohjeistamat ravitsemussuositukset 2014	8
2.1.3	Säännöllinen ateriarytmi ja sopiva ateriakoko	10
2.1.4	Päivittäinen energiantarve	11
2.2	Metabolinen oireyhtymä (MBO)	12
2.2.1	MBO:n liitännäissairaudet	15
2.2.2	MBO:n ehkäisy ja elintapahoito	15
2.2.3	MBO:n lääkkeellinen hoito	17
2.3	Ammattikuskit riskiryhmänä metaboliselle oireyhtymälle	18
2.3.1	Ammattikuskin työtä säätelevät lait	19
2.3.2	Ammattikuskiin terveellisen ravitsemuksen tukeminen työaikana	20
2.4	Potilasohjaus hoitotyön näkökulmasta	22
2.4.1	Ohjauksen etiikka	23
2.4.2	Hyvän ohjauksen tunnuspiirteitä	24
2.4.3	Ravitsemusohjaus	26
2.5	Työelämän yhteistyökumppani	27
3	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	28
4	Oppaan tuottaminen	28
4.1	Toteutustapana toiminnallinen opinnäytetyö	28
4.2	Hyvän oppaan tunnuspiirteitä	30
4.3	Oppaan suunnittelu ja toteutus	32
4.4	Arviointi	33
5	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	35
6	Pohdinta	36
	Lähteet	39
	Kuviot	46
	Taulukot	47
	Liitteet	48

1 Johdanto

Opinnäytetyö käsittelee terveellistä ravitsemusta ja sitä kuinka sen avulla voidaan ehkäistä metabolisen oireyhtymän kehittyminen ammattikuskeilla. Opinnäytetyössä ammattikuskeilla tarkoitetaan logistiikka-alan perustutkinnon suorittaneita raskaan liikenteen kuljettajia, tarkemmin kuorma-auton kuljettajia. Valitsimme ammattikuskit kohderyhmäksemme, koska heillä keskivartalolihavuus ja metabolinen oireyhtymä ovat yleisiä uhkia työkyvylle ja -vireydelle. (Salmi ym. 2011, 7.) Vähäinen liikunta ja epäterveelliset ruokatottumukset edistävät ylipainon kertymistä ja niistä molemmat näkyvät ammattikuskien työssä, joka pääosin on istumatyötä (Laaksonen & Niskanen 2006, 1228). Erityisesti ravitsemukseen liittyvät ongelmat ovat ammattikuskien työssä esteenä terveellisten elämäntapojen ylläpitämiseksi (Salmi ym. 2011, 7).

Aihe on ajankohtainen, koska lihavuus on yksi merkittävimmistä kansanterveydellisistä ongelmista maassamme tällä hetkellä. Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen (THL) mukaan lihavuuden seurauksena sairaudet lisääntyvät ja terveydenhuollon kokonaiskustannukset kasvavat. (THL 2012, 1.) Myös metabolisen oireyhtymän yleisyys korreloi yhdessä lihavuuden yleistymisen kanssa (Uusitupa 2001, 623). Suurin osa terveydenhuollolle aiheutuvista kustannuksista muodostuu vuodeosastohoitopäivistä, lääkekustannuksista ja työkyvyttömyyseläkkeistä (THL 2012, 1). Vuonna 2014 työkyvyttömyyseläkkeiden suurimmat aiheuttajat mielenterveyden häiriöiden lisäksi olivat tuki- ja liikuntaelinsairaudet sekä verenkiertoelintensairaudet, jotka ovat lihavuudelle tyypillisiä liitännäissairauksia (Findikaattori 2015; Käypä hoito 2013).

Parhailaan on käynnissä kansallinen lihavuusohjelma, jonka tavoitteena on vuosien 2012-2018 aikana kääntää lihavuus laskuun. Ohjelma vetoaa terveydenhuollon ammattilaisten lisäksi päättäjiin, kuntiin, teollisuuteen, kauppaan ja mediaan, jotta ne lähtisivät mukaan kansallisiin talkoisiin. (THL 2016.) Opinnäytetyön tuotoksen avulla voimme osaltamme tulevana terveysalan ammattilaisina osallistua yhteisiin talkoisiin. Uskomme terveellisen ravitsemustiedon lisäämisen ja metabolisen oireyhtymän ehkäisyn vähentävän työpoissaoloja sekä pienentävän lihavuuden aiheuttamia kustannuksia terveydenhuollolle. Syvempi perehtyminen aiheeseen mahdollistaa hyvät valmiudet ohjata riskiryhmän potilaita ja ennaltaehkäistä ylipainon kertymistä ja metabolista oireyhtymää.

Opinnäytetyö on osa Laurea-ammattikorkeakoulun hanketta, joka käsittelee ohjausta hoitotyössä. Yhteistyötä tehdään hanketta ohjaavien opettajien sekä Mehiläinen Oy Työterveyspalveluiden kanssa. Opinnäytetyön tarkoitus on tuottaa ravitsemusopas ammattikuskeille ja tavoite on edistää ammattikuskien terveellistä ravitsemusta metabolisen oireyhtymän ehkäisemiseksi. Oppaan tarkoitus on tarjota tietoa terveellisestä ravitsemuksesta ammattikuskeille.

2 Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys

2.1 Terveellinen ravitsemus

Terveellistä ravitsemusta koskeva tieto luo edellytyksiä terveyttä edistävien elämäntapojen omaksumiselle. Tieto ravitsemuksen vaikutuksista terveyteen heijastuu ruokailutottumuksiin ja ruokavalintoihin. (Peltosaari, Raukola & Partanen 2002, 203.)

Ravitsemuksella on tärkeä merkitys terveyden ylläpidossa ja sairauksien ehkäisyssä. Terveellinen ravitsemus on tasapainoinen kokonaisuus, jossa ratkaisevat päivittäiset valinnat pitkällä aikavälillä. Lisäksi ravitsemuksella on merkitystä monien sairauksien hoidossa ja muun hoidon tukena. (Aro, Mutanen & Uusitupa 2012, 5.)

2.1.1 Suomalaiset ravitsemussuosituks

Suomalaiset ravitsemustottumukset ovat muuttuneet viimeisen sadan vuoden aikana, kun yhteiskunnalliset ja kulttuuriset muutokset ovat vaikuttaneet suomalaisten elintarvikehuoltoon sekä elintarvikevalikoimaan ja samalla ravitsemustottumuksiin. Ruoan kulutus alkoi kasvaa 1900-luvulla samaa tahtia väestönkasvun kanssa. Suuret väestöryhmien ruokatottumuksia selvittäneet tutkimukset alkoivat 1950-luvulla, jonka jälkeen ravitsemustutkimukset ovat osoittaneet ravinnon ja terveyden välillä yhteyden sekä terveystyötyymiseen ja ruoan valintaan vaikuttavat kulttuuriset ja sosiaaliset tekijät. (Lahti-Koski & Rautavirta 2012, 248-252.)

Tutkivista toimijoista tunnetuin on Valtion ravitsemusneuvottelukunta (VRN), joka aloitti vuonna 1954 suomalaisten ravitsemuksen- ja terveydentilan seuraamisen. Alkuvaiheessa tavoitteena oli korjata ravitsemuksellisia puutoksia, esimerkiksi lisäämällä A- ja D-vitamiinia margariineihin hämäräsokeuden ja riisitaudin ehkäisemiseksi. 2000-luvun alussa D-vitamiinia alettiin lisäämään myös maitoon. Seurantatietojen mukaan tässä tavoitteessa on onnistuttu hyvin. (VRN 2014a.)

Ravitsemustavoitteet kuitenkin elävät aikansa, sillä vielä vuosisadan alussa oli välttämätöntä saada runsaasti energiaa ravinnosta. Tänä päivänä ruokavalion keventäminen lienee perusteltua, sillä terveyden edistämisen suurimmat haasteet ovat tällä hetkellä ylipaino ja lihavuus sekä tyypin 2 diabetes aikuisilla, nuorilla ja jopa lapsilla. Sydän- ja aivoterveiden edistäminen, valtimotautien ja syöpätautien ehkäisy sekä luusto- ja hammasterveyden edistäminen nähdään myös ravitsemuksellisinä haasteina. Viimeisimmät Valtion ravitsemussuosituks julkaistiin vuonna 2014, joita käsitellään seuraavassa kappaleessa. (VRN 2014a.)

2.1.2 Valtion ohjeistamat ravitsemussuositukset 2014

Valtion Ravitsemusneuvottelukunta esitteli vuonna 2014 uusimmat ravitsemussuositukset, jotka ovat suunniteltu pohjoismaiseen elintapa- ja ruokakulttuuriin (VRN 2014b, 10). Ravitsemussuositukset ovat tarkoitettu koko väestölle, terveille ja kohtuullisesti liikkuville ihmisille. Ne ovat lähtökohtana myös useiden sairauksien ravitsemushoidolle. Ravitsemussuositusten tavoitteena on parantaa koko väestön terveyttä ravitsemuksen avulla. Seuraamalla väestön ruoankäyttöä ja ravintoaineiden saantia saadaan tutkimustuloksia, joita verrataan ravitsemussuosituksiin. Seurantatutkimuksen avulla tehdään päätelmiä väestön ravintoaineiden saannin vaikutuksista terveyteen. (VRN 2014b, 8.)

Ravitsemussuositusten mukainen terveellinen ja tasapainoinen ruokavalio sisältää värikkäitä kasviksia, hedelmiä ja marjoja ainakin 500 grammaa päivässä eli noin viidestä kuuteen annosta. Annos voi olla esimerkiksi desilitra marjoja, puolitoista desilitraa kasviksia tai yksi keskikokoinen hedelmä. Kasvikset, marjat ja hedelmät sisältävät runsaasti kuitua, vitamiineja ja kivennäisaineita. Palkokasvit (pavut, linssit, herneet) ovat poikkeuksellisen proteiinirikkaita kasviksia. Niitä voidaan käyttää proteiinin lähteenä eläinperäisen proteiinin sijasta tai sen kanssa. (VRN 2014b, 21.)

Viljavalmisteita suositellaan syötäväksi päivittäin, sillä ne sisältävät hyödyllisiä hiilihydraatteja. Kuidut ovat välttämättömiä aineenvaihdunnan kannalta ja niitä tulisi saada täysjyväviljaisista tuotteista, jotka muuttuvat glukoosiksi hitaammin ja auttavat siten tasaamaan verensokerin vaihteluita sekä ylläpitämään kylläisyyden tunnetta. (Gibney, Margetts, Kearney & Arab 2004, 338; Harju 2007, 123.) Mitä täysviljaisempi vilja on, sitä paremmin viljan arvokkaat ravintoaineet ovat siinä tallella (THL 2014). Viljavalmisteen annosmäärä on naisille kuusi annosta ja miehille yhdeksän annosta päivässä. Annos sisältää esimerkiksi desilitran keitettyä täysjyväpastaa, -ohraa tai -riisiä. Lautasellinen puuroa vastaa kahta annosta. Kuitupitoisuuden tulisi olla leivissä vähintään kuusi grammaa 100:ssa grammassa. (VRN 2014b, 21.) Kuidut ja riittävä proteiinin saanti yhdessä ylläpitävät kylläisyyden tunnetta (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry, 2009, 88).

Kala, liha ja kananmuna turvaavat riittävän proteiinin saannin. Kalaa tulisi syödä viikon aikana kahdesta kolmeen annosta kalalajia vaihdellen. Lihavalmisteita ja punaista lihaa ei suositella käytettäväksi 500 grammaa enempää viikossa. Määrällä tarkoitetaan kypsää lihaa, raakana paino on noin 700-750 grammaa. Yksi annos kalaa tai lihaa painaa kypsänä noin 100-150 grammaa. Kananmunia suositellaan syötävän kahdesta kolmeen kappaleeseen viikossa. Kala on proteiinin lisäksi hyvä lähde D-vitamiinin ja monitydyttymättömien rasvojen saannille. Lihaa valitessa kannattaa ravitsemussuositusten mukaan käyttää siipikarjan lihaa, joka sisältää runsaasti rautaa ja on vähärasvaisempaa kuin naudan ja lampaan liha. (VRN 2014b, 22.)

Rasvojen saannissa huomiota tulee kiinnittää rasvan laatuun. Niiden osuus ruokavalion kokonaisenergiasta on 30 energiaprosenttia, josta tyydyttyneitä eli kovaa rasvaa tulisi olla vähemmän kuin 10 energiaprosenttia ja tyydyttymättömiä eli pehmeitä rasvoja loput 20 energiaprosenttia (Peltosaari ym. 2002, 62). Tyydyttymättömät rasvat ovat terveydelle hyödyllisiä, kun taas tyydyttynyttä rasvaa tulisi välttää (THL 2014). Einesruoat, sokeri, vaaleat viljat ja rasvaiset maitotuotteet sisältävät erityisesti tyydyttynyttä rasvaa (Mustajoki 2015b). Useimmat kasviöljyt ja niiden pohjalta tehdyt margariinit ja rasvalevitteet sisältävät runsaasti tyydyttymätöntä pehmeää rasvaa sekä E- ja D- vitamiinia. Pähkinät ja siemenet sisältävät myös terveydelle hyödyllisiä rasvoja. Niistä kannattaa kuitenkin valita suolaamattomat, soke-roimattomat tai muulla tavalla kuorruttamattomat tuotteet, joita voi syödä päivittäin noin 30 grammaa eli kaksi ruokalusikallista. Rypsiöljy on erittäin suositeltava vaihtoehtoja, koska se sisältää omega-3-rasvahappoja, joiden saanti on ollut Suomessa suosituksia vähäisempää. (VRN 2014b, 22 - 23.)

Nesteiden tarve on yksilöllistä, koska muun muassa fyysinen aktiivisuus, lämpötila ja ikä vaikuttavat nesteiden tarpeeseen. Nesteitä kannattaa juoda aina kun on janon tunne. Ravitsemussuositukset ohjeistavat juomaan päivittäin litrasta puoleen toista litraan nesteitä, joka sisältää kaikki juomat, maito mukaan lukien. Maitoa suositellaan nautittavaksi päivittäin viidestä kuuteen desilitraa. Maitovalmisteet sisältävät proteiinia, kalsiumia, jodia sekä useita vitamiineja kuten D-vitamiinia. Maidon rasvasta kaksi kolmasosaa on tyydyttynyttä rasvaa, joten suositeltavaa on valita vähärasvaisia tai rasvattomia valmisteita. (VRN 2014b, 22.) Kuitenkin janojuomaksi kannattaa aina valita vesijohtovesi (VRN 2014b, 23). Sokeripitoisten virvoitusjuomien säännöllistä käyttöä tulee välttää koska ne ovat haitaksi hampaille ja lisäävät energiansaantia (THL 2014).

Ravinnosta saatava vitamiini- ja kivennäisainemäärä on usein vaikea mitata, mutta noudattamalla ravitsemussuosituksia voidaan turvata riittävä vitamiinien ja kivennäisaineiden saanti (Haglund, Huupponen, Ventola & Hakala-Lahtinen 2010, 49). Vitamiinit ja kivennäisaineet ovat välttämättömiä ravintoaineita, joiden tehtävät liittyvät elimistön toimintojen ylläpitoon ja säätelyyn. Ne eivät ole rasvoja, proteiineja tai hiilihydraatteja ja niiden tarve on hyvin vähäinen. Elimistö ei käytä vitamiineja tai kivennäisaineita energianlähteenään. (Freese & Voutilainen 2012, 88.) Välttämätön tarve näille kuitenkin on todistettu väestötutkimuksissa, jonka mukaan monien vitamiinien ja kivennäisaineiden vähäisellä saannilla on yhteys pitkäaikaissairauksien riskiin (VRN 2014b, 25).

Elintarvikkeiden valinnassa auttaa sydänmerkki, joka kertoo että elintarvike on arvioitu ravitsemuksellisen koostumuksen suhteen suositeltavaksi vaihtoehdoksi käyttä. Ravitsemussuositukset ovat huomioitu näissä elintarvikkeissa. Sydänmerkin saanut tuote on katsottu sisältävän suositusten mukaisesti rasvaa, suolaa, sokeria ja kuituja. Sydänmerkin voi tunnistaa sydämen

muotoisesta merkistä, jota ympäröivät tekstit ”parempi valinta” ja ”bättre val”. (VRN 2014b, 35 & Sydänmerkki 2016.)

2.1.3 Säännöllinen ateriarytmi ja sopiva ateriakoko

Ihmisen biologiset ja ympäristön ekologiset tekijät muokkaavat ihmisen vuorokausirytmiiä ja samalla määräävät elintoimintoja, aktiivisuutta ja ravinnonottoa vuorokauden eri aikoina. Ruokailun ajoittamiseen vaikuttavat myös työ, koulu ja muut yhteiskunnan normit sekä tottumukset. Ihmisen elintoimintojen ja ravinnosta saadun hyödyn kannalta on järkevää jakaa tarvittava energiamäärä päivän aikana usealle eri aterialle. (Peltosaari ym. 2002, 225.)

Säännölliseen ateriarytmiin kuuluu aamupala, lounas, päivällinen ja yhdestä kahteen välipalaa. Säännöllisyys ei kuitenkaan tarkoita sitä, että pitäisi syödä kellon mukaan, vaan tarkoitus on välttää liian pitkiä ateriavälejä. (Pietiläinen, Mustajoki & Borg 2015, 134.) Hyvä ateriaväli on noin 3-4 tuntia (Peltosaari ym. 2002, 226).

Säännöllistä ateriarytmiiä puoltavat monet eri tekijät. Säännöllinen ateriarytmi sekä sopiva ateriakoko pitävät kovan nälän loitolla. Ateriarytmin heittäily voi johtaa liian kovaan nälän tunteeseen ja mielitekoihin, jolloin syödyn ruoan määrää ja laatua on vaikeampi hallita. (Pietiläinen ym. 2015, 134.) Myös mahalaukku venyy kohtuuttomasti ja joutuu koetukselle, jos koko päivän ruokamäärä syödään yhdellä tai kahdella aterialla. Lisäksi ihmisen vireystila heikkenee huomattavasti runsaan aterian jälkeen. Tämä johtuu siitä, että runsaasti hiilihydraatteja sisältävän aterian jälkeen haimasta erittyvä insuliini laskee verensokeria. (Peltosaari ym. 2002, 225 - 226.) Puolestaan nälkäisenä verensokeri voi myös laskea liian alas, jolloin saattaa esiintyä ärtyneisyyttä, hikoilua, sydämen tykytystä ja päänsärkyä (Mustajoki 2015a). Säännölliseen ateriarytmiin on hyvä totutella jo lapsena. Nuorena opitut tavat pohjaavat tasapainoista ja kohtuullista syömistä myös aikuisiässä. (VRN 2014b, 24.)

Ateriakokoon tulee kiinnittää huomiota. Ihminen syö usein huomaamattaan enemmän kuin tarve vaatii. Viime vuosina monien eri elintarvikkeiden pakkaus- ja annoskoot ovat kasvaneet. Näitä ovat esimerkiksi pikaruoka-annokset, pizzat, perunalastujen ja muiden naposteluruokien pussit, makeispussit ja jäätelöannokset. Valitsemalla sopivan pieniä annoksia ja pakkauskojoja energiansaanti ei kasva liian suureksi. (Mustajoki 2011, 155.) Sopiva ateriakoko on merkittävä asia etenkin painonhallinnan kannalta (Peltosaari ym. 2002, 226).

Ruoalle tarkoitettujen astian valinnassa kannattaa valita enemmän pieni astia kuin suuri. Todistetusti ihmiset ottavat ruokaa tavallista enemmän, kun lautasen koko on suurempi (Mustajoki 2011, 155). Lautasen täyttämässä ja hyvän terveellisen aterian kokoamisessa auttaa lautasmalli, jota käytetään paljon opetuksessa ja terveysneuvonnassa (VRN 2014b, 20). Mallin (Ku-

vio 1) mukaan puolet lautasesta täytetään kasviksilla, esimerkiksi raasteilla, salaatilla tai lämpimällä kasvislisällä. Jäljelle jääneistä kahdesta neljänneksestä toinen kuuluu perunalle, riisille tai pastalle. Viimeinen neljännes on tarkoitettu kala-, liha- tai munaruoalle, jonka voi korvata palkokasveja, pähkinöitä tai siemeniä sisältävällä kasvisruoalla. Ruokajuomaksi suositellaan vähärasvaista tai rasvatonta maitoa, piimää tai vettä. Ateriaan kuuluu myös täysjyväleipä, jonka päälle laitetaan pehmeää kasvirasvaveitettä. Jälkiruoksi suositellaan marjoja tai hedelmiä. (Lahti-Koski & Rautavirta 2012, 242.)



Kuvio 1:Lautasmalli (VRN 2014c)

2.1.4 Päivittäinen energiantarve

Ihmisen elimistö tarvitsee päivittäin riittävän määrän energiaa perusaineenvaihduntaan. Puhutaan päivittäisestä energiantarpeesta, jolla tarkoitetaan välttämättömiin elintoimintoihin kuluvaa energiamäärää vuorokauden aikana. Perusaineenvaihdunta käsittelee muun muassa solujen tuotantoa, entsyymien ja hormonien kuljetusta ympäri kehoa, ruumiinlämmön ylläpitoa sekä aivojen ja sydämen normaalia toimintaa. (NHMRC 2005.)

Elimistö saa energiaa ruoan hiilihydraateista, rasvoista ja proteiineista. Hiilihydraateista elimistö saa nopeasti ja edullisesti energiaa. Rasvat varastoivat energiaa ja niiden mukana saadaan välttämättömät rasvaliukoiset vitamiinit. Proteiinit ovat tärkeitä kudosten rakennusaineita ja elintoimintoja säätelevien entsyymien rakenteita. Useimmat ruoat sisältävät sekaisin näitä kaikkia ravintoaineita. (Aro 2003, 11 - 12.)

Päivittäinen energiansaanti eli ruoasta päivän aikana saatu energian kokonaismäärä tulisi jakautua niin, että hiilihydraattien osuus ravinnosta on noin 50-60 prosenttia, rasvojen 25-35 prosenttia ja proteiinien 10-20 prosenttia (Lahti-Koski & Rautavirta 2012, 238). Aterioiden välisenä aikana, pitkäaikaisessa liikunnassa ja paastossa elimistö käyttää energiavarastojaan (Mutanen & Voutilainen 2012, 76).

Päivittäinen energiantarve on yksilöllistä. Eroja tarpeeseen lisäävät ikä, sukupuoli, elämäntapa, fyysinen aktiivisuus ja kulttuuritekijät. (WHO 2015.) Työikäisten miesten energiansaanti on keskimäärin 2 200 kilokaloria vuorokaudessa ja naisten 1 600 kilokaloria vuorokaudessa. Fyysinen aktiivisuus on yleisesti vähentynyt työikäisillä, jolloin lihomisen riski on suurempi. Ikääntymisen edetessä myös lihastyötä tehdään aikaisempaa vähemmän, joten energiaakin tarvitaan vähemmän kuin nuorena. (Haglund ym. 2010, 140 - 143.) Tärkeintä on, että energiansaannin ja kulutuksen välillä säilyy tasapaino. Näin paino pysyy kontrollissa. (THL 2014.)

Päivittäisen perusaineenvaihdunnan arvioimiseksi voidaan käyttää Maailman terveysjärjestön (WHO) energiantarve-laskuria (Taulukko 1). Energiantarpeen määrittämisessä on huomioitu henkilön ikä ja sukupuoli. On muistettava, että tulos on vasta arvio, koska ihmisen perusaineenvaihdunta vaihtelee noin 20 prosenttia puolin ja toisin. (Suomen Sydänliitto 2015.)

Sukupuoli	Ikä	Yhtälö (kcal/vrk)
Miehet	18-30	(15,3 x paino) + 679
	31-60	(11,6 x paino) + 879
	> 60	(13,5 x paino) + 487
Naiset	18-30	(14,7 x paino) + 496
	31-60	(8,7 x paino) + 829
	> 60	(10,5 x paino) + 596

Taulukko 1: Energiantarve-laskuri (Suomen Sydänliitto 2015)

2.2 Metabolinen oireyhtymä (MBO)

Metaboliseksi oireyhtymäksi eli MBO:ksi kutsutaan sydän- ja verisuonitaudeille sekä tyypin 2 diabetekselle altistavien aineenvaihdunnallisten häiriötekijöiden kasaamaa. Ilmiö havaittiin ensimmäisen kerran vuonna 1920, mutta varsinaisesta oireyhtymästä alettiin puhua vuonna 1988, kun Gerald Reaven keksi osatekijöitä yhdistävän määritelmän ja antoi sille nimen ”Syndrome X”. (Blahe & Tota-Maharaj 2012, 12 - 13.) Siitä lähtien oireyhtymän määrittely on ollut vaikeaa. MBO:n patogeneesi eli taudin synty tunnetaan osittain. Keskivartalolihavuus on tekijöistä oleellisin. Insuliiniresistenssi ja epäterveelliset elämäntavat kuten liikkumattomuus ja ruokatottumukset ovat myös keskeisiä tekijöitä oireyhtymän synnyssä. (Välimäki, Sane & Dunkel 2009, 721 - 722.)

Metabolinen oireyhtymä länsimaiselle väestölle määritellään International Diabetes Federationin vuonna 2005 julkaisemien kriteerien avulla (Taulukko 2), joiden pääkriteeri oireyhty-

män toteamiseksi on suurentunut vyötärönympäryys, jonka lisäksi on todettava vähintään kaksi seuraavista osatekijöistä:

- kohonnut verenpaine tai lääkehoito
- suurentunut veren rasva- eli triglyseridipitoisuus
- pienentynyt HDL eli hyvän kolesterolin pitoisuus
- kohonnut paastosokeriarvo tai diagnosoitu tyypin 2 diabetes. (Niskanen, Koski & Lapalainen 2008, 5.)

Metabolisen oireyhtymän riski kasvaa iän myötä. Suomessa MBO todetaan 39 prosentilla 45-64-vuotiaista miehistä ja saman ikäisistä naisista 22 prosentilla. (Välimäki ym. 2009, 722, 884.) Yleistyminen on yhteydessä lihavuuden määrän kasvuun. Huolestuttavinta on se, että oireyhtymän piirteitä on havaittu myös lapsilla ja nuorilla. (Uusitupa 2001, 623.)

Terveysten- ja hyvinvoinnin laitoksen teettämän FINRISKI-2012 terveystutkimuksen mukaan 25-64-vuotiaista miehistä 66,3 prosenttia ja naisista 46,4 prosenttia oli ylipainoisia, jolloin painoindeksi on 25-30 välissä. Lihavia eli painoindeksiltään yli 30 kilogrammaa neliometriä kohden oli miehistä 20,4 prosenttia ja naisista 19 prosenttia. Tutkimus tehtiin edellisen kerran vuonna 2007, johon verrattuna lihavuus sekä miehillä, että naisilla on lisääntynyt. Ilmiön taustalla ovat muutokset elintavoissa. Istuvan elämäntavan lisääntyminen ja istumatyö ovat pienentäneet energiankulutusta. Vastavuoroisesti energiansaantia lisäävät alkoholi, liian suuret ruoka-annokset ja sokeri- ja rasvapitoiset välipalat. (THL 2012, 1.) Pitkään jatkunut kulu- tusta suurempi energiansaanti lisää rasvakudoksen määrää kehossa (Välimäki ym. 2009, 881).

Metabolisessa oireyhtymässä kiinnitetään huomiota keskivartalolihavuuteen, jolla tarkoitetaan liikarasvan varastoitumista vatsaontelon sisään, sisäelinten väliin ja maksan sisälle. Tätä rasvaa kutsutaan viskeraaliseksi rasvaksi. Suomalaisista vuonna 2012 jopa 30 prosenttia oli keskivartalolihavia. (THL 2012, 1.) Miehillä rasva kertyy herkemmin vatsaontelon sisään kuin naisilla, joilla naissukuhormoni suojaa rasvan kertymiseltä sisäelinten ympärille. Siitä huolimatta keskivartalolihavuutta esiintyy myös monilla naisilla ja vaihdevuosien jälkeen naiset ovat samalla tavalla taipuvaisia keskivartalolihavuuteen kuin miehet. Rasvan kertymistä vatsalle lisäävät tupakointi, runsas alkoholi ja vähäinen liikunta. (Mustajoki 2011, 145.)

Keskivartalolihavuus todetaan mittaamalla vyötärönympäryys alimpien kylkiluiden ja suoliluun harjun välisestä keskikohdasta (Niskanen ym. 2008, 9). Miehellä vyötärönympäryyksen tavoite on alle 94 cm ja naisella alle 80 cm. Metabolisessa oireyhtymässä vyötärönympäryys ylittää tavoiterajat. Aikaisemmin raja oli miehellä 102 cm ja naisella 88 cm, jonka läpäisi useampi mies ja nainen verrattuna nykyisiin arvoihin. Tiukentuneet vyötärönympäryysmitat ovat osoit-

taneet, että keskivartalolihavuus on yleistä väestössämme. (Laaksonen & Niskanen 2006, 1230.)

Vyötärölle kertyvän liiallisen rasvakudoksen on havaittu muuttavan elimistön insuliinia vastustavaksi eli resistentiksi, jonka seurauksena glukoosi ei päädy kudoksiin asti vaan jää verenkiertoon ja nostaa verensokeria (Harju 2007, 111 - 113). Tästä syystä metabolisessa oireyhtymässä paastoverensokeri on yli 5,6 millimoolia litrassa tai sokerinsietokyky on heikentynyt sitä mittaavassa sokerirasituksessa (Jaatinen & Raudasoja 2013, 121). Korkean verensokerin vuoksi haima joutuu tuottamaan lisää insuliinia, jonka määrä veressä myös kasvaa (Harju 2007, 112).

Insuliinin poistuminen ei tapahdu samassa tahdissa sen lisääntyessä, koska keskivartalolihavuus ja vatsan seudulle kerääntynyt liika rasvakerros heikentävät maksan kykyä poistaa insuliinia verenkierrosta. Suuri määrä insuliinia veressä kohottaa pidemmällä aikavälillä verenpainetta. (Harju 2007, 113.) Verenpaine on koholla, kun se ylittää normaalin verenpaineen rajan. Normaalisessa verenpaineessa systolinen eli yläpaine on alle 130 ja diastolinen eli alapaine on alle 85 elohopeamillimetriä. (Mustajoki 2015c.) Olemassa oleva verenpainelääkitys tai diagnosoitu tyyppin 2 diabetes tai sen esiaste lasketaan mukaan metabolisen oireyhtymän kriteereihin (Jaatinen & Raudasoja 2013, 121).

Pitkään koholla oleva insuliini vaikuttaa haitallisesti myös veren koostumukseen, jonka vuoksi metabolisen oireyhtymän selvittelyihin kuuluvat triglyseridien sekä HDL:n määrittäminen paastoverikokeella. Korkea verensokeri ja haiman lisääntynyt insuliinin tuotanto aiheuttavat triglyseridipitoisuuden suurenemisen. Maksan tehtävä on muodostaa sokerista triglyseridejä eli rasvoja, joiden pitoisuutta normaali tilanteessa kontrolloi HDL eli veren hyvä kolesteroli. (Harju 2007, 36 - 37.) Metabolisessa oireyhtymässä veren HDL- kolesterolipitoisuus laskee miehillä alle 1,03 ja naisilla alle 1,29 millimoolia litrassa. Sen seurauksena triglyseridipitoisuus puolestaan nousee yli 1,70 millimoolia litrassa. (Niskanen ym. 2008, 5.)

Suurentunut vyötärön ympäryys	Miehillä ≥ 94 cm Naisilla ≥ 80 cm
1. Kohonnut verenpaine	$\geq 130/85$ mmHg tai verenpainelääkitys
2. Suurentunut triglyseridipitoisuus	$\geq 1,70$ mmol/l tai hoito tähän poikkeavuuteen
3. Pieni HDL-kolesterolipitoisuus	Miehillä $< 1,03$ mmol/l Naisilla $< 1,29$ mmol/l tai hoito tähän
4. Paastosokeriarvon suurentuminen	fP-Gluk $\geq 5,6$ mmol/l tai heikentynyt glukoosinsietokyky tai aiemmin diagnosoitu tyyppin 2 diabetes

Taulukko 2: IDF:n MBO-määritelmä länsimaiselle väestölle (Niskanen ym. 2008, 5)

2.2.1 MBO:n liitännäissairaudet

Metabolista oireyhtymää sairastavilla riski sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin on kaksin tai jopa kolminkertainen terveeseen ihmiseen verrattuna (Mustajoki 2011, 171). Yleisimpiin sydän- ja verisuonisairauksiin luokitellaan sepelvaltimotauti, sydämen vajaatoiminta ja aivo-verenkiertohäiriöt (THL 2015c). Tutkimuksissa on osoitettu MBO:n osatekijöiden määrän yhteys sydän- ja verisuonisairauksiin. Mitä enemmän metabolisen oireyhtymän osatekijöitä on todettavissa, sen suurempi sydäntautikuoleman riski on. Jos henkilöllä on vähintään kolme MBO:n osatekijöistä, riski sydäntapahtumaan ja kuolemaan on lähes kaksinkertainen. (Gami ym. 2007.)

Metabolisen oireyhtymän on todettu lisäävän riskiä sairastua tyypin 2 diabetekseen, taustalla ovat keskivartalolihavuus ja insuliiniresistenssi (Lorenzo, Okoloise, Williams, Stern & Haffner 2003). Arviolta 40- 50 prosenttia metabolisen oireyhtymän tapauksista johtaa tyypin 2 diabeteksen puhkeamiseen onnistuneesta painonpudotuksesta huolimatta (Blaha & Tota-Maharaj 2012, 137). Tällä hetkellä Suomessa on noin puoli miljoonaa tyypin 2 diabeetikkoa ja määrä kasvaa vuosi vuodelta lihavuuden yleistyessä (THL 2015a).

Suurin riski sairastua sepelvaltimotautiin on havaittu metabolisen oireyhtymän esiintyessä tyypin 2 diabeteksen kanssa (Alexander, Landsman, Teutsch & Haffner 2003). Korkea verensokeripitoisuus on osittain syynä verisuonten seinämien paksuuntumiseen ja joustavuuden vähenemiseen, jotka altistavat valtimotaudille ja sen eri ilmentymille (Harju 2007, 114 - 115). Metabolisen oireyhtymän yhteyttä sydän- ja verisuonisairauksiin on esitetty myös insuliinin säätelyhäiriön tulehdusta lisäävällä vaikutuksella, jolla on yhteys sydänsairauksiin. Keskivartalolihavuuden ja insuliiniresistenssin on havaittu kohottavan tulehduksesta kertovia merkkiaineita, kuten C-reaktiivista proteiinia eli CRP:tä. Tulehdusreaktioita pidetään syynä esimerkiksi valtimoiden kovettumien muodostumiseen ja niiden repeämiseen. Lisäksi ne aiheuttavat aivo- halvauksia ja muita verenkiertohäiriöitä. (Harju 2007, 135, 137.)

2.2.2 MBO:n ehkäisy ja elintapahoito

Metabolisen oireyhtymän ehkäisy ja ensisijainen hoito pohjautuvat elintavoille, joista tärkeimpiä ovat painonhallinta ja laihdutus, säännöllinen liikunta, ravitsemussuositusten mukainen ruokavalio, tupakan polton lopettaminen ja alkoholin käytön kohtuullistaminen (Uusitupa 2012, 309). Tarkoitus on ehkäistä tyypin 2 diabetesta sekä sydän- ja verisuonisairauksia (Jaatinen & Raudasoja 2013, 121 - 122). Suomalainen diabeteksen ehkäisy tutkimus on osoittanut elintapamuutoksiin perustuvan hoidon toimivaksi tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä (Lindström ym. 2003). Elintapahoito on myös ainoa hoitomuoto, joka vaikuttaa kaikkiin metabolisen oireyhtymän osatekijöihin (Vanhala 2010).

Terveysthuollossa aikuisten aktiivinen lihavuuden hoito kohdennetaan henkilöihin, joilla on siihen liittyviä sairauksia, kuten MBO (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 84). Ensimmäinen lihavuuden hoitomuoto on elintapahoito, joka sisältää käyttäytymismuutosten ohjausta, ruokavalio- ja liikuntaohjausta. Tavoitteena on ehkäistä ja hoitaa lihavuudesta aiheutuvia sairauksia laihtuttamalla pysyvästi vähintään viisi prosenttia sekä parantaa toimintakykyä ja elämänlaatua pysyvillä muutoksilla. Hoito toteutetaan useina ohjauskertoina ja yleensä ryhmäohjauksen muodossa. Mukana ovat lääkäri, sairaanhoitaja, ravitsemusterapeutti sekä tarvittaessa myös psykologi ja fysioterapeutti. Hoitoa järjestetään terveysthuollossa ja työterveyshuollossa. (Käypä hoito 2013.)

Elintapamuutos lähtee potilaasta itsestään, mutta terveydenhuollon ammattilaiset tukevat ohjauksella potilasta muutosaikeiden muodostamisessa ja vahvistavat potilaan valmiuksia muutokseen. Tarkoituksena on tehdä käyttäytymisestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä tietoisempia, jolloin niitä on myös mahdollisuus muuttaa. Keskeinen ohjausmenetelmä on motivoiva haastattelu, jonka avulla kannustetaan potilasta itse suunnittelemaan elintapamuutoksia ja sitoutumaan niihin. (Käypä hoito 2013.) Korealaisia korkean verenpaineen omaavia potilaita tutkittaessa onnistuttiin osoittamaan hyöty hoitajalähtöiselle interventiolle potilaan voimaantumisen prosessin tukemiseksi. Tutkimuksessa toteutettu ohjelma sisälsi elämäntapaohjausta, ryhmäkeskustelua ja liikuntaa, joiden avulla on mahdollista vahvistaa potilaan voimaantumista ja sitoutumista itsehoitoon metabolisen oireyhtymän ehkäisemiseksi. (Ae Kyung, Fritschi & Mi Ja, 2012.)

Ravitsemusohjauksella on keskeinen merkitys lihavuuden hoidossa. Sen avulla saavutetaan tavoiteltu painonpudotus ja suuri hyöty metabolisen oireyhtymän hoidossa. Laihduttava ruokavalio perustuu terveydenhuollossa käytössä olevaan terveyttä edistävään perusruokavalioon. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2009, 89.) Se sisältää runsaasti vihanneksia ja hedelmiä, tyydyttymättömiä rasvoja, täysviljatuotteita pääasiassa hiilihydraatin lähteenä ja riittävän määrän omega-3-rasvahappoja. Tutkimusten mukaan tämän tyyppinen ruokavalio vähentää riskiä sairastua tyypin 2 diabetekseen ja sydän- ja verisuonisairauksiin. (Hu & Walter 2002.) Potilaan hoitoon motivoitumisen kannalta on erittäin tärkeää, että ruokavalio toteutetaan yhdessä potilaan kanssa ja huomioidaan hänen mieltymyksensä (Käypä hoito 2013).

Ruokavalion toteutuksessa olennaista on, että päivittäinen energiansaanti on kulutusta pienempi. Energiämäärä saadaan pienemmäksi vähentämällä energiatiheitä ruokia, jotka sisältävät runsaasti rasvaa, sokeria ja valkoista viljaa. (Käypä hoito 2013.) Niiden sijaan tulee suosia rasvattomia ja vähärasvaisia sekä kuitu- ja vesipitoisia ruoka-aineita. On hyvä huomioida, että rasvan osuutta ei ole hyödyllistä vähentää alle 25 energiaprosentin, koska siitä ei ole apua laihtumisen kannalta. Kuitupitoisten ruokien lisääminen on tehokkain tapa pienentää ruokavalion energiapitoisuutta. (Ravitsemusterapeutti yhdistys ry 2009, 88.)

Alkoholi ei sisällä hyödyllisiä ravintoaineita, enemmän alkoholi vaikuttaa ihmisen ravitsemukseen syrjäyttämällä muita ravintoaineita, tuottamalla energiaa sekä vaikuttamalla useiden ravintoaineiden varastointiin, mobilisaatioon ja aineenvaihduntaan. Gramma etanolia sisältää energiaa 7,1 kilokaloria ja annos olutta sisältää 12 grammaa etanolia eli yksi alkoholi annos sisältää yhteensä 85,2 kcal. (Aro, Mutanen, Uusitupa & Voutilainen 1999, 133.) Useampi alkoholiannos kasvattaa päivittäistä energiensaantia ja pidemmän aikavälillä runsas käyttö lihottaa, jonka takia myös alkoholin käytön rajoittaminen on osa MBO:n elintapahoitoa (Mustajoki 2002, 46; Vanhala 2010).

Laihtumisen seurauksena veren rasva-arvot korjaantuvat (Käypä hoito 2013). Neljästä kahdeksaan prosenttia suuri painonpudotus laskee verenpainetta keskimäärin kolmesta neljään elohopeamillimetriä ja samalla sydämen kuormitus pienenee (Mustajoki 2015c). Laihduttamalla voidaan pienentää metaboliseen oireyhtymään liittyvää riskiä sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin (Blaha & Tota-Maharaj 2012, 97). Laihtuminen tasoittaa myös verensokeria ja vähentää diabeteslääkityksen tarvetta tyyppin 2 diabetes potilailla (Käypä hoito 2013). Tutkimus diabeteksen ehkäisystä osoittaa, että kohtuullinen laihduttaminen henkilöillä, joilla on alentunut glukoosinsietokyky, vähentää noin 58 prosenttia riskiä sairastua tyyppin 2 diabetekseen (Tuomilehto ym. 2001).

Liikunta edistää laihdutusprosessia ja auttaa ylläpitämään jo saavutettua painoa (Uusitupa 2001, 626). Se parantaa myös insuliiniherkkyyttä ja vähentää riskiä sairastua edelleen tyyppin 2 diabetekseen (Uusitupa 2001, 623). Laihduttavaksi liikunnaksi katsotaan 45-60 minuutin kohdalaisen kuormittava kestävyysliikunta päivittäin. Jo vähäisemmälläkin liikunnalla on hyödyllisiä terveysvaikutuksia. UKK-instituutin julkaisema liikuntapiirakka on hyvä ohje oikeanlaiseen ja riittävään liikuntaan. Sitä käytetään perusterveydenhuollossa liikuntaneuvonnassa. Uusimman liikuntapiirakan mukaan 18-64-vuotiaiden tulee liikkua useampana päivänä viikossa ainakin kaksi ja puoli tuntia reippaasti tai tunti ja 15 minuuttia rasittavasti. Lihaskuntoa ja liikehallintaa tulisi harjoittaa ainakin kaksi kertaa viikossa. (UKK-instituutti 2015.)

2.2.3 MBO:n lääkkeellinen hoito

Metabolisen oireyhtymän lääkehoito on tarkoitus aloittaa vasta sitten, kun ensisijaiselle hoidolle ei ole vastetta ja riski sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin on suuri. Usein oireyhtymää sairastavalle on tarve aloittaa lääkitys heti alkuun. Lääkkeitä määrätään MBO:n eri osatekijöiden, kuten lipidihäiriöiden, insuliiniresistenssin, hyperglykemian eli korkean verensokerin hoitoon ja veritulpan ehkäisemiseksi. (Laakso 2005.) Lääkehoidon aloittaminen ja seuranta tapahtuvat aina lääkärin vastaanotolla, muuten potilas käy säännöllisin väliajoin sairaanhoitajan luona (Vanhala 2012).

2.3 Ammattikuskit riskiryhmänä metaboliselle oireyhtymälle

Suomessa on noin 100 000 ammattikuskia, jotka kuljettavat tavaroita ja ihmisiä tien päällä. Ammattikuskin yleisimpiä uhkia terveydelle ovat istumatyö, epätasainen ateriarytmi, ruoan huono laatu ja lihavuus, varsinkin keskivartalolihavuus, joka altistaa heidät metaboliselle oireyhtymälle. Keskivartalolihavuus on yleinen uhka työkyvylle ammattikuskiensa keskuudessa. Ammattikuskit altistuvat metaboliselle oireyhtymälle osittain heidän työnsä luonteen vuoksi, joka sisältää paljon istumista. (Salmi ym. 2011, 7.)

Istumatyö on ammattikuskeille yleistä ja melkein jokapäiväistä. Istuminen ja istumatyö ovat fyysistä passiivisuutta ja ne kuluttavat vain vähän energiaa. Istuminen vaarantaa terveyttä enemmän kuin yleisesti tiedetään. Sen haitallisuus perustuu istumisen pitkäkestoisuuteen, jatkuvuuteen sekä sairauksien vaaraa lisääviin vaikutuksiin. Suomessa 51 prosenttia miehistä ja 46 prosenttia naisista istuu päivittäin vähintään kuusi tuntia. Rungas istuminen esimerkiksi työaikana voi rappeuttaa selän rakenteita sekä aiheuttaa niska- ja hartiavaivoja. Istumista pidetään yhtenä keskeisenä lihavuusepidemian syynä Suomessa. (UKK-instituutti 2011, 7.)

Lihomista ehkäisee istumisajan vähentäminen ja seisoen tehtävien toimintojen lisääminen. Runsaaseen istumiseen liittyy muun muassa rasva- ja hiilihydraattiaineenvaihdunnan, verenpaineen ja vyötärön ympärysmittan kielteisiä muutoksia. Istumiseen käytetyn ajan kasvaminen nostaa muun muassa kuolleisuuden, sepelvaltimotaudin, tyypin 2 diabeteksen ja metabolisen oireyhtymän riskiä. Siitä syystä päivittäisessä elämässä on tärkeää vähentää istumista, korvata se seisoen tapahtuvilla toiminnoilla sekä aloittaa tai jatkaa säännöllistä kunto- ja terveysliikuntaa. (UKK-instituutti 2011, 7.)

Ammattikuskin työssä on asioita, jotka hankaloittavat terveellisiä ja järkeviä elämäntapavalintoja, kuten esimerkiksi työaikaista ruokailua. Työaikaisen ruokailun terveellisyyteen vaikuttavat muun muassa ruokatarjonta tienvarsilla ja taukojen pidon mahdollisuus. Työterveyslaitoksen Virkeänä Ratissa -ruoasta terveyttä tien päälle -hankkeen tuloksista kävi ilmi, että työvuoron ennakoimattomuus aiheutti ongelmia muun muassa eväiden suhteen ja ravitsemukseen liittyvät ongelmat olivat hyvin yleisiä. Aterian väliin jättäminen voi johtaa esimerkiksi runsasenergiisten välipalojen syöntiin ja tuhteihin kerta-annoksiin. Suuri kerralla syöty ruoka-annos aiheuttaa väsymystä, joka taas lisää liikenneonnettomuusriskiä. Virkeänä Ratissa -hankkeen mukaan, joka viidennessä kuolemaan johtaneessa kolarissa kuljettajan väsymys oli taustatekijänä. (Salmi ym. 2011, 7.)

Ammattikuskit, jotka kävivät Virkeänä ratissa -hankkeen aikana ravitsemusterapeutin luona, olivat huolissaan työssä jaksamisestaan tulevaisuudessa. Hankkeen alussa haastateltiin noin

800 ammattikuskaa, joista vain 25 prosenttia olivat normaalipainoisia. (Työterveyslaitos 2009.) Virkeänä ratissa -hankkeeseen liittyi myös kysely, johon vastasi 776 ammattikuskaa. Kyselyssä selvitettiin ravitsemustottumuksia, josta selvisi, että 80-90 prosenttia ammattikuskeista haluaisivat syödä terveellisesti työaikana. (Ruokatieto 2009.) Hankkeen alkukyselyn mukaan vain 40 prosenttia ammattikuskeista olivat saaneet työterveyshuollosta ohjeita työaikaiseen ruokailuun. Hankkeen edetessä ohjausta oli saanut 55 prosenttia työterveyden puolelta. (Salmi ym. 2011, 46.)

Nuorten ammattikuskiensa ruokailutottumuksia hankaloittaa raskas työ. Epäedullisesti ruokailuun vaikuttavat myös sosiaaliset puutokset, esimerkiksi perheen tai muun yhteisön puuttuminen, jolla olisi vaikutusta nuorten ammattikuskiensa ruokailutottumuksiin. Ammattikuskiensa tieto ja kokemukset ruoan ja terveyden välisistä yhteyksistä johtivat syömään terveellisemmin, mutta työn haasteellisuus vaikeutti yritystä. Ruokailutapojen muuttamisen esteenä voi olla se, että kokee itsensä terveeksi eikä näe tarvetta muutokselle. (Kempainen 2011, 2.)

2.3.1 Ammattikuskiensa työtä säätelevät lait

Ammattikuskiensa tauon ja työpäivän pituuteen vaikuttavat erilaiset lait ja asetukset. Keskeisiä ovat työaikalaki, joka määrää ammattikuskiensa kokoaikaisesta työajasta sekä ajo- ja lepoaika-asetus, joka määrää vain ammattikuskiensa ajoaikaa. Työaikalakia voidaan soveltaa työsopimuslaissa tarkoitettuun työsopimukseen. Työaikalaki määrittää ammattikuskiensa työajan, joka tarkoittaa työhön käytetyn ajan lisäksi aikaa, mikä velvoittaa työntekijän olemaan työpaikalla työnantajan käytettävissä. (Työaikalaki 605/1996, 4§.) Työaika käsittää siis muutakin työtä kuin ajamisen. Työaikalain mukaan ammattikuskiensa vuorokautinen työaika saa olla maksimissaan 11 tuntia ja työaika saa pidentää enintään 13 tuntiin, jos työtä ei voida muulla tavoin järjestää. (Työaikalaki 605/1996, 8§.)

Vuorokausien välisten työvuorojen välissä tulee olla 10 tuntia kestävä lepotauko (Työaikalaki 605/1996, 30§). Työaikalain mukaan ammattikuskiensa tulee pitää henkilökohtaista ajopäiväkirjaa tai ajopiirturia, josta ilmenee työ- ja lepoaikojen alkaminen ja päätös vuorokauden aikana, sama koskee taukojen pitoa. (Työaikalaki 605/1996, 37§). Ajopäiväkirjan on korvannut nykyään tieliikenteen valvontalaite eli ajopiirturi, joka voi olla manuaalinen tai digitaalinen. Kuskiensa ajo- ja lepoaikojen noudattamista valvotaan ajoneuvon ajopiirturilla. Se on otettu käyttöön vuonna 2006. Ajopiirturit ovat henkilökohtaisia ja jokainen ammattikuski on velvollinen sitä käyttämään. (Työsuojeluhallinto 2014.) Ajopiirturi täytyy esittää viranomaiselle aina heidän pyytäessä. Jos digitaalinen ajopiirturi menee rikki, ajon aikaista kirjaa täytyy pitää manuaalisesti eli kirjoittaa paperiselle ajopiirturille. Valvontaa tekee poliisi ja työsuojeluviranomainen, mutta omavalvontaa voi tehdä myös yrityksen sisällä omille kuskeille (Työsuojeluhallinto 2014, 20; Trafi 2013, 8).

Ajo- ja lepoaika-asetus pitää sisällään lain mukaiset ajoajat sekä lepoajat ammattikusien kesken. Vuorokaudessa ajoaika saa olla enintään yhdeksän tuntia, jota voidaan pidentää kaksi kertaa viikon aikana enintään 10 tuntiin. Työpäivän aikana kuljettaja saa ajaa kerrallaan neljä ja puoli tuntia, jonka jälkeen hänen tulee pitää vähintään 45 minuutin yhtäjaksoinen tauko. Vaihtoehtoisesti kuski pystyy asetuksen mukaan pitämään 45 minuutin tauon kahdessa osassa eli 15 minuuttia ja toisena taukona 30 minuuttia. Ajoaikaa eivät ole tauot tai odotusajat, kuorman purkamisen tai lastaus. Pakollinen vuorokausilepoaika on 11 tuntia työvuorojen välissä. Työsidonnaisuusaika pitää sisällään ajoajan, muun työajan, odotusajan ja tauot yhteensä tämä aika voi olla enintään 13 tuntia vuorokaudessa. (Salanne, Jaakkola, Seppä & Tikkanen 2015, 16; Työsuojeluhallinto 2014, 20; Trafi 2013, 8.)

Trafin eli Liikenteen turvallisuusviraston teettämän tutkimuksen sisältämän kyselyn mukaan ammattikuskit tunsivat mielestään ajo- ja lepoaikasäädöksen ja pystyivät noudattamaan niitä melko hyvin. Lähes puolet vastanneista kokivat ajo- ja lepoaikasäädöksen positiivisena työhön liittyvänä asiana, mutta yli puolet vastanneista kokivat säädöksen ja niiden valvonnan lisäävän kiirettä sekä stressiä työssä ja näin vähentävän mahdollisuutta valita ruokapaikkaa työpäivän aikana. (Trafi 2013, 8.)

2.3.2 Ammattikusien terveellisen ravitsemuksen tukeminen työaikana

Ammattikuskin ravitsemuksella on suuri merkitys kuskin työssä. Monipuolinen ja terveellinen ruoka sekä säännölliset ruokailutottumukset edistävät työkykyä sekä ehkäisevät keskivartalo-
lihavuutta ja metabolista oireyhtymää, joka edelleen ehkäisee sydän- ja verisuonitautien kehittymistä sekä tyypin 2 diabetesta. Ammattikuskin ruokailun periaatteisiin kuuluvat säännöllinen ateriarytmi, ruoan laatuvalinta, riittävä veden juominen, verensokerin heilahdusten välttäminen ja yötyössä kevyet ateriat. Hyvä esimerkki ruoan laadun ja määrän arvioimiseen on lautasmalli. (Työterveyslaitos 2015b.)

Ammattikuskin ruokailun mahdollistamiseen vaikuttavat monet eri tekijät, esimerkiksi työnantajan panos, yksityisen puolen ja valtion tarjoamien palveluiden määrä ja laatu. Työnantaja voi tukea terveellistä ruokailua esimerkiksi huomioimalla työvuorojen suunnittelussa mahdollisuuden ruokailuun. Terveellisestä työaikaisesta ruokailusta järjestetään koulutusta sekä työaikaisen ruokailun toteutus on osa työsuojeluohjelmaa tai työterveyshuollon toimintasuunnitelmaa. Työnantaja voi lisäksi hankkia jääkaapin tai kylmälaulun autoihin kylmäsäilytystä varten (Työterveyslaitos 2013).

Työaikaisen ruokailun edistämisessä tulisi huomioida seuraavia asioita, kuten työn organisointi niin että ruokailu on työaikana mahdollista. Lisäksi tulisi huomioida veden tarjoaminen ja

jääkaapin suuruus, jotta kylmäsäilytystä vaativat eväät mahtuvat sinne. Työterveyslaitoksen mukaan työpaikkaruokaloissa, esimerkiksi liikenneasemilla, kuskit syövät terveellisemmin. Työpaikkalounaasta kuskit saavat virtaa jaksakseen työpäivän, mutta samalla he saavat henkisen jaksamisen kannalta hengähdystauon ajamisesta ja tapaavat muita ammattikuskeja (Työterveyslaitos 2015a).

Työajat voivat vaikeuttaa säännöllisten ateriarytmien noudattamista. Ammattikuskit voivat tehdä myös vuorotyötä ja ajaa yölläkin. Yövuoron ajankohta on haasteellinen ja vaikuttaa eniten ruokailujen suunnitteluun, mutta yövuorossakin voi noudattaa säännöllistä ateriarytmiä. (Salmi, ym. 2011, 20 - 21.) Yövuorojaksolla aamupala suositellaan syötävän esimerkiksi päiväunilta herättyä, ja lämpimän aterian sijoittuvan illansuuhun eli iltaruokan ajankohtaan. Välipala syötäisiin ennen työvuoron alkamista. Kahvia ja muita kofeiinipitoisia juomia suositellaan nautittavaksi vain työvuoron alussa. Työvuorossa voidaan syödä kevyt ateria puolilta-öin tai viimeistään yhdeltä yöllä. Aamuyöllä välipala voidaan syödä noin kolmen ja neljän välissä, jolloin myös väsymys on voimakkainta. Työvuoron loputtua, ennen päiväunille menoa, suositellaan syötävän välipalaa. Yöllä tulisi välttää runsaasti energiaa sisältäviä välipaloja, sillä ne väsyttävät ja aiheuttavat herkästi vatsavaivoja. Muita vuorotyön terveyshaittoja on väsymys, lihavuus ja sydän- ja verisuonitaudit. Säännöllisillä ja terveellisillä aterioilla vuorotyössä voidaan myös ehkäistä näitä ongelmia. (VRN 2014b, 24.)

Ruokailun tukemiseksi työajalla tarvitaan työnantajan tukea ja teiden varsilla sijaitsevia ruokapaikkoja, esimerkiksi isoja huoltoasemia. Taukopaikkojen tulee sijaita raskaan liikenteen kuskien ajo- ja lepoaikasäädösten vaatimien pakollisten taukojen kannalta sopivissa paikoissa. Vuoden 2007 Tiehallinnon tekemässä selvityksessä selvitettiin tienkäyttäjien odotuksia ja tarpeita pääteillä sijaitseville liikenteen palvelualueille. Selvityksestä ilmeni, että tärkeimmät ominaisuudet ammattikuskiensa taukopaikan valinnassa olivat muun muassa sijainti, aukioloajat, pysäköintitila ja palveluiden laatu. Ammattikuskit suosivat myös yksityisten liikenneasemien tarjoamia palveluita ja tärkeimmät syyt tähän olivat sosiaalisuus, suuremmat pysäköintialueet sekä turvallisuus palveluiden lisäksi. Ammattikuskit kokivat liikenneasemien kohdalla tärkeimmiksi myös ympärivuorokautisen aukiolon, kioskin tai kahvion, polttoaineenjakelun sekä taukotilat, joissa olisi peseytymismahdollisuus. Jotkut kuljettajat kaipaavat varoituita alueita. (Salanne ym. 2015, 16.)

Liikenneviraston tekemän selvityksen mukaan Suomen valtion ja Liikenneviraston ylläpitämisessä levähdys- ja taukopaikoissa on puutteita. Tällaisia puutteita on muun muassa epäsiisteys, juoksevan veden puute sekä niiden soveltumattomuus raskaan liikenteen taukopaikoiksi. (Salanne ym. 2015, 16.) Selvityksestä kävi ilmi, että paikallisesti Uudellamaalla ei ole tarpeeksi paikkoja eikä tilaa pysäköintiin raskaalle liikenteelle ja Pohjois-Suomessa ei ole liikenneasemia, mutta valtion ylläpitämien levähdys- ja taukopaikkojen rooli korostuu Pohjois-

Suomessa entisestään. (Salanne ym. 2015, 32 - 33.) Muita hyviä taukopaikan ominaisuuksia ovat selvityksen mukaan helppo pääsy raskaalle liikenteelle, riittävän tilava, tasainen ja varustettu selkeillä opasteilla sekä merkinnöillä. Taukopaikkojen sijainti- ja ominaisuustietojen rekisteröintiä on ohjeistettu EU-tasolta. Valtion levähdys- ja pysähtymispaikkojen sijainti tulisi olla 20 kilometrin välein, jolla tuetaan raskaan liikenteen taukojen pitoa sekä ravitsemusta. (Salanne ym. 2015, 5.) Selvityksen mukaan suosituimpia taukojen levähdyspaikkoja olivat erilaiset kaupalliset liikenneasemat sekä kuljetusliikkeiden terminaalit eri puolilla Suomea (Salanne ym. 2015, 69).

UKK-instituutin Metrimies-tutkimuksessa tutkittiin ammattikuskiensa laihduttamista neljän vuoden ajan vuosina 2009-2012. Tutkimuksessa kävi ilmi, että kuskiensa lihavuus väheni vuoden elämäntapaohjauksen jälkeen, jota he saivat kuukausittain. Keskimäärin kuskit laihtuivat neljä kiloa ja vyötärönympäryys kapeni viisi senttiä. Samalla heidän korkean verenpaineen, kolesterolin ja verensokerin riskit vähenivät. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää voidaanko elintapaohjauksella vähentää lihavuutta sekä valtimosairauksien riskiä. Tutkimustuloksista kävi ilmi, että elintapaohjauksella voidaan saada hyviä tuloksia ammattikuskiensa terveyden edistämisen kannalta. Metrimies-hanke on kansainvälisestikin ensimmäisiä elintapojen muuttamiseen tähdänneitä tutkimuksia, mikä on kohdistettu ammattikuskeihin. (UKK-instituutti 2014.)

2.4 Potilasohjaus hoitotyön näkökulmasta

Potilasohjaus hoitotyössä tarkoittaa hoitajan ja potilaan välistä vuorovaikutusta, jonka tavoitteena on potilaan voimavaraistuminen, josta käytetään myös nimitystä voimaantuminen (Jaakonsaari 2009, 8). Ohjauksen on tarkoitus antaa tietoa, ohjausta ja avata uusia näkökulmia esimerkiksi sairauteen tai sen hoitoon liittyen. Tärkeää on myös antaa tukea ja motivoida potilasta toimimaan terveytensä ylläpitämiseksi. Eri ohjauskeinoja hyödyntämällä potilasta herätellään itsetutkiskeluun ja voimavaraistumista tukevaan toimintaan. (Voutilainen 2010, 18, 22.) Voimavaraistumisen myötä parannetaan potilaan sitoutumista hoitoon ja mahdollistetaan omahoito, jolloin hoidon jatkuvuus säilyy ja potilaan toipuminen paranee. Ohjauksella pyritään vähentämään myös potilaan ahdistuneisuutta ja pelokkuutta. (Jaakonsaari 2009, 8 - 9.)

Ohjauksen taustalla on useita eri lakeja ja suosituksia, joista potilaan kannalta olennaisin on laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), jonka mukaan terveydenhuollon asiakkaan tai potilaan oikeus on saada tietoa terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hoitoon liittyvistä seikoista. Terveydenhuollon ammattihenkilön on annettava tietoa potilaalle niin, että potilas ymmärtää tiedon sisällön (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, 5 §).

Ohjaukseen hoitotyössä vaikuttavat keskeisesti myös Käypä hoito-suositukset, Kaste-ohjelma ja Terveys 2015-kansanterveysohjelma, jonka tavoitteissa hyvä ohjaus on keskeisessä asemassa (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992). Laatusuositukset ovat toimineet myös ohjauskeinoina, niitä on laadittu vuodesta 1999 alkaen. Uusin laatusuositus on vuodelta 2013, jonka tavoitteena on ollut kehittää iäkkäiden ihmisten palveluja ottaen huomioon ohjaus- ja toimintaympäristössä meneillään olevat muutokset ja uusimmat tutkimustiedot. (THL 2015b.)

Ohjausprosessissa suurin vastuu on potilaalla itsellään. Potilas itse määrittää kuinka paljon hän on valmis tekemään terveytensä eteen (Voutilainen 2010, 18). Prosessin ensimmäisessä vaiheessa määritellään ohjauksen tarve, jossa otetaan huomioon potilaan lähtökohta ohjaukselle. Olennaista on huomioida, että potilas on vastaanottavainen, jotta ohjauksesta on hyötyä. Seuraavaksi suunnitellaan ohjauksen kulku, toteutus ja lopuksi arvioidaan ohjauksen onnistumista ja vaikuttavuutta. Erityisesti ohjaustarpeen määrittely korostuu ohjausprosessissa, koska ohjauksen on oltava potilaslähtöistä ja perustuttava potilaan tarpeisiin. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 10.)

Erilaisia ohjausmenetelmiä käyttämällä varmistetaan ohjauksen vaikutus potilaaseen. Ohjausmenetelmän valinta riippuu ohjauksen päämäärästä ja edellyttää tietämystä potilaan tavasta omaksua asioita. Hoitajan tehtävänä on auttaa tunnistamaan potilaalle paras tapa omaksua ohjauksen sisältö. Vuorovaikutusta pidetään ohjauksen kulmakivenä, jonka takia ohjaus usein annetaan suullisesti. Suullinen ohjaus voidaan toteuttaa yksilö- tai ryhmäohjauksena tilanteesta riippuen. (Kyngäs ym. 2007, 73 - 74.) Kirjallista ohjeistusta käytetään erityisesti silloin, kun aikaa suullisen ohjaukseen ei ole riittävästi. Kirjallinen ohjausmateriaali on potilaalle hyödyllinen myös suullisen ohjauksen lisäksi, koska siitä potilas voi tarkistaa ja palauttaa asioita mieleen jälkikäteen. (Kyngäs ym. 2007, 124.)

Hoitotieteellisen tutkimuksen mukaan ohjausmenetelmien monipuolinen käyttö vuonna 2013 oli vähentynyt. Tutkimuksessa kehoitetaan ohjauksen tavoitteiden täyttymiseksi hoitotyöntekijöiden ottavan enemmän potilaita mukaan ohjausprosessiinsa sekä antamaan potilaalle mahdollisuuden kertoa käsityksensä ohjauksen tavoitteista sekä niiden saavuttamisesta. (Eloranta, Katajisto & Leino-Kilpi 2013, 70.) Potilaan mahdollisuuksia osallistua ohjausprosessiin voidaan parantaa antamalla potilaille mahdollisuus palautteeseen, jossa yhdessä potilaan kanssa arvioidaan hänen oppimista, tiedollisten ja taidollisten taitojen kehittymistä (Eloranta ym. 2013, 71).

2.4.1 Ohjauksen etiikka

Sairaanhoitajan antamaan ohjaukseen vaikuttavia eettisiä näkemyksiä ovat hoitotyötä ohjaavien lakien ja asetusten lisäksi sairaanhoitajan ammattietiikka, jota ohjaavat terveydenhuollon eettiset periaatteet ja sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Ohjauksen tulee perustua näyt-

töön tai hyviin käytäntöihin, jotka toimivat eettisen työskentelyn perustana, lisäksi ohjaukseen vaikuttavat hoitajan sekä potilaan omat henkilökohtaiset etiikankäsitykset. Potilaan ohjaus on toteutettava potilaan suostumuksella ja yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. (Lipponen ym. 2006, 6 - 7.)

Terveydenhuollon eettiset periaatteet ovat valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelulautakunnan asettamia. Periaatteet koskettavat jokaista terveydenhuollossa toimivaa henkilöä ja sisältävät määritelmän terveydenhuollon tehtävästä sekä eettisistä periaatteista. Terveydenhuollon tehtävänä on terveyden edistäminen, sairauksien ehkäisy ja kärsimyksen lievittäminen. Eettiset periaatteet ovat potilaan oikeus hyvään hoitoon, ihmisarvon kunnioitus, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, sairaanhoitajan hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri sekä yhteistyö ja keskinäinen arvonanto. (STM 2001.)

Ohjaustilanteessa eettiset kysymykset yleensä liittyvät potilaan oikeuksiin, esimerkiksi hänen itsesääteelynsä, yksilöllisyyteen ja vapauteen. Ohjauksessa on hyvä pohtia miten voidaan säilyttää ja turvata potilaan tarve yksilöllisyyteen ja yksityisyyteen, sekä miten potilas voi tehdä omia arvovalintoja tietoisena seurauksista. (Kyngäs ym. 2007, 154.) Ohjaustilanteessa on kaksi osapuolta, ohjauksen antaja ja potilas. Nykyään potilaalla on myös eettinen vastuu ohjaustilanteessa vastaanottajana. Potilasta velvoittaa yleinen etiikka, joka tarkoittaa potilaan puolelta hyväksymistä ja yhteistyökykyä sairaanhoitajan kanssa esimerkiksi tavoitteiden asettamisessa. Potilaan vastuulla on myös oman terveyden edistäminen ja velvollisuus kertoa asiasta totuuden mukaisesti, jotta hän saa tarvitsemansa tiedon ja avun. (Kyngäs ym. 2007, 155 - 156.)

2.4.2 Hyvän ohjauksen tunnuspiirteitä

Kuokkasen tekemän hoitotieteellisen tutkimuksen (2005) mukaan sairaanhoitajien osaamistarpeita ovat taidot, jotka keskittyvät muutosten hallintaan, työn arviointiin ja kehittämiseen sekä moniammatillisen yhteistyön taitamiseen. Potilaan oman vastuun lisääminen omassa hoidossaan lisääntyy, esimerkiksi ohjauksen kautta. Tähän osasyiksi tutkimus esittää teknologian ja hoitomenetelmien kehittymisen, hoitoaikojen lyhentymisen ja hoitajaniukkuuden, jotka johtavat potilaiden lisääntyneeseen vastuuseen hoidostaan. (Kuokkanen 2005, 23; Eloranta & Virkki 2011, 8.)

Ohjauksen hyviä tunnuspiirteitä ovat muun muassa molemminpuoliset vuorovaikutustaidot, neuvonta, opetus sekä ajankohtaisen ja luotettavan tiedon antaminen potilaalle (Eloranta & Virkki 2011, 19-22). Hyvän potilasohjauksen tunnuspiirre on myös potilaslähtöisyys, jossa huomioidaan potilaan voimavarat ja ohjauksentarve. Potilaan omia kokemuksia ja ideoita kannattaa ohjauksessa hyödyntää (Eloranta & Virkki 2011, 72). Luottamusta herättävä ilmapiiri on tärkeä, jotta potilas itse kokee tulleen hyväksytyksi ja kunnioitetuksi elämäntavois-

taan huolimatta (Turku 2007, 42). Ohjaaja asettuu potilaan puolelle, ei häntä vastaan (Turku 2007, 34).

Sairaanhoitaja kuvataan hoitotyön asiantuntijaksi, jonka tehtävänä on väestön terveyden edistäminen ja sen ylläpitäminen, sairauksien ehkäisy ja kärsimysten lievittäminen (Sairaanhoitajat 2014). Ammatillinen asiantuntijuus on yksi osa hyvää ohjausta. Asiantuntijuus koostuu eri toiminnoista, muun muassa sairaanhoitajan eettisestä toiminnasta, hoitotyön päätöksenteosta, terveyden edistämisestä, ohjauksesta ja opetuksesta sekä yhteistyöstä. (Jaakonsaari 2009.) Sairaanhoitajan tehtävänä on tunnistaa ja arvioida potilaan ohjaustarpeita yhdessä potilaan kanssa (Kyngäs ym. 2007, 26).

Ohjauksen onnistumisen kannalta on tärkeää tunnistaa, mitä potilas tietää, mitä hänen täytyy tietää, toiveet ohjauksen suhteen sekä parhain tapa omaksua ohjattava asia. Aluksi on hyvä selvittää, mitä mieltä potilas on sairaudesta, siihen johtaneista syistä ja vaikutuksista sekä, mitä potilas itse odottaa ohjaukselta sekä ohjauksen tuloksilta. Potilaan ja hoitajan yhteisymmärrykseen perustuva hoito parantaa tyytyväisyyttä ja hoitoon sitoutumista. (Kyngäs ym. 2007, 47 - 48.)

Potilaat odottavat vuorovaikutussuhteelta luottamuksellisuutta ja turvallisuutta. Hoitajan tulee kunnioittaa potilaan autonomiaa ja osoittaa luottamuksellisuutta, kiinnostusta ja arvostusta potilaan ongelmaa kohtaan. Hoitajan tulee myös ymmärtää ja rohkaista potilasta, ilmaista ajatuksiaan selvästi ja tehdä kysymyksiä, joilla osoittaa kiinnostustaan potilasta kohtaan. Onnistunut vuorovaikutus vaatii molemmilta osapuolilta halua työskennellä yhdessä, samoja tavoitteita ja odotuksia. (Kyngäs ym. 2007, 48.)

Ohjaus on sairaanhoitajan puolelta tiedon antamista mutta myös potilaan sosiaalista tukemista ohjaussuhteen aikana. Sosiaalinen tukeminen tarkoittaa esimerkiksi emotionaalista (arvostamisen osoitus), käytännöllistä (omahoito-tarvikkeiden anto), tiedollista (tarpeellisen tiedon antaminen) ja tulkinnallista tukea (asiakasta autetaan ymmärtämään ja arvioimaan itseään tai omaa tilannettaan). Sairaanhoitajan puolelta aktiivisuus ja tavoitteellisuus vaativat potilaan taustatekijöiden selvittämistä, tavoitteiden asettamista potilaan kanssa ja ohjaussuhteen rakentamista tavoitteiden mukaisesti. Sairaanhoitaja tukee tavoitteellista ongelmanratkaisua, jossa potilasta tuetaan ratkaisemaan itse sairauteen liittyviä ongelmia. (Kyngäs ym. 2007, 42.) Sairaanhoitajan tulee myös tunnistaa niitä tietoja ja taitoja, joita potilas tarvitsee. Potilaan voimavarat ovat yhteydessä mahdolliseen muutoshalukkuuteen ja muutosvalmiuteen. Voimavarojen tunnistamisessa tulisi huomioida muun muassa henkinen tila, sillä se voi estää tai edistää ohjauksen tavoitteiden saavuttamista. Sairaanhoitaja voi tukea potilasta antamalla henkistä tukea esimerkiksi kuuntelemalla. (Kyngäs ym. 2007, 43.)

2.4.3 Ravitsemusohjaus

Ravitsemusohjaus on osa elintapahoitoa ja keskeinen lihavuuden hoitomuoto (Käypä hoito 2013). Pääosin siitä huolehtivat sairaanhoitajat ja ravitsemusterapeutit, joilta edellytetään perehtyneisyyttä ravitsemushoitoon ja ravinnonsaannin arviointiin, tietoa sairauksista ja niiden hoidosta, ohjausmenetelmistä sekä asiakaslähtöisen vuorovaikutuksen taidoista (VRN 2010, 40) Ravitsemusohjauksella pyritään tukemaan potilaan kykyä huolehtia omasta terveydestään ja sairauden hoidostaan sekä antamaan valmiuksia niihin. Lähtökohtana ohjaukselle ovat potilaan tarpeet, toiveet, muutosvalmius, ruokatottumukset ja elämäntilanne. (VRN 2010, 40.)

Ravitsemusohjauksessa pohjan ohjaukselle luo kattava ravintoanamneesi, jonka tarkoitus on kartoittaa potilaan aikaisemmat ravitsemustottumukset, niihin liittyvät taustatekijät ja keskeiset ongelmat ruokavaliossa. Toiseksi yritetään lisätä potilaan itsetietoisuutta omasta syömisikäyttäytymisestään, joka auttaa häntä itseään löytämään parannuskeinoja tilanteeseen. Ruokailuaiheinen keskustelu voi olla potilaalle todella henkilökohtainen, jonka vuoksi ilmapii- rin on oltava mahdollisimman rauhallinen ja luottamusta herättävä. (Schwab 2012, 341 - 342.) Mukana ohjaustilanteessa on hyvä olla ruoanvalmistuksesta vastaava henkilö, esimerkiksi puoliso, koska ruokatottumukset ovat perhekeskeisiä (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 24).

Ravintoanamneesin pohjalta asetetaan tavoitteet yhdessä ohjattavan kanssa keskustellen. Hyvät tavoitteet ovat realistisia ja niiden saavuttamisesta on konkreettista hyötyä potilaalle. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry 2009, 23 - 24.) Tavoitteiden avulla luodaan ratkaisuehdotus ravitsemustottumuksien muuttamiseksi (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 40). Suunniteltaessa ruokavaliomuutoksia on hyvä ottaa huomioon, missä muutosvaiheessa potilas on menossa (Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2009, 24). Eri vaiheiden potilaat hyötyvät erilaisesta ohjauksesta. Muutosvalmiuden tunnistamiseksi voidaan käyttää apuna transteoreettista muutosvaihemallia, joka kuvastaa muutosprosessin tapahtuvan erilaisten vaiheiden kautta. (Marttila 2010.)

Muutosvaiheessa potilas tarvitsee riittävästi tietoa terveellisestä ravitsemuksesta ja sen toteuttamisesta. Ohjeiden tulee olla yksilöllisiä, käytännönläheisiä, havainnollistavia ja toteutettavissa, liian tiukat ja vaativat ohjeet johtavat helposti niiden laiminlyömiseen. (Schwab 2012, 345.) Yksilöllinen ohjaus tarkoittaa ruokavalion suunnittelemista potilaan elämäntilanteen ja mieltymysten mukaan, jolloin sitä on myös potilaan helpompi noudattaa. Ruokaympyrä ja -kolmio ovat hyviä keinoja havainnollistamaan terveellistä ravitsemusta ja ne perustuvat pitkälti valtion ravitsemussuosituksiin. (Ravitsemusterapeuttien yhdistys 2009, 24; Schwab 2012, 345.) Suullisen ohjauksen lisäksi potilaan muistia voidaan tukea kirjallisella materiaalil-

la (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2010, 40). Internetissä on myös erilaisia ohjelmia, joiden avulla voi tarkastella oman ruokavalion laatua ja ravinnonsaantiaan (Schwab 2012, 346).

On tärkeää muistaa antaa myönteistä palautetta potilaille heidän saavutuksistaan, se kannustaa jatkamaan. Outokummun kunnan terveysasemalla työskentelevän Hilikka Tirkkoson mielestä hoitavien ammattilaisten tulisi huomioida pienetkin onnistumiset elintapojen korjaamisessa. Tirkkonen pyrkiikin ohjaamaan potilaan ajatukset siihen, että pienetkin teot ovat tärkeitä. Hän kertoo monen potilaan yllättyvän siitä, ettei terveyshyötyjen tavoittaminen edellytäkään kymmenien kilojen karistamista. (Vehmanen 2014.)

2.5 Työelämän yhteistyökumppani

Osakeyhtiö Mehiläisen toiminnalla on pitkä historia, ensimmäisen sairaalan perustivat Reguel Löfqvist kumppaneineen vuonna 1909 Helsingin Huvikadulle. Yritys sai nimensä Kalevalaisen taruelennon, kukkien kuninkaan Mehiläisen mukaan. Toiminta siirtyi 1930-luvulla nykyiseen Töölön toimipisteeseen. Työterveyshuollon palvelut Mehiläisessä käynnistyivät vuonna 1974 (Mehiläinen 2015a). Kansainvälisillä työterveyshuollon järjestämistä koskevilla suosituksilla oli vaikutus Suomen työpaikkaterveyden kehittymiseen. Vuonna 1979 astui voimaan ensimmäinen työterveyshuoltolaki. (Rissanen 2012, 9, 12.)

Työterveyshuoltolaki (1383/2001) velvoittaa työnantajan järjestämään työntekijöilleen työterveyshuollon, jolla edistetään työhön liittyvien sairauksien ja tapaturmien ehkäisyä, työn ja työympäristön terveellisyyttä ja turvallisuutta, työyhteisön toimintaa sekä työntekijöiden terveyttä ja työ- ja toimintakykyä.

Valtakunnalliseksi toimijaksi Mehiläinen laajeni 2000-luvulla (Mehiläinen 2015a). Tänä päivänä Mehiläinen on yksi suurimmista kotimaisista työnantajista (Mehiläinen 2015c.) Vuoden 2014 lopussa Mehiläinen osti alan kilpailijansa Mediverkon ja nousi Suomen toiseksi suurimmaksi terveysyhtiöksi (Niskakangas 2014). Fuusion myötä yhtiön liikevaihto kasvoi 400 miljoonaan euroon, kasvua vuodesta 2014 oli 45 prosenttia (Mehiläinen 2015b). Konserni työllistää yli 9000 terveys- ja sosiaalipalveluiden ammattilaista. Toimipaikkoja Suomessa on yli sata, jotka tarjoavat muun muassa monipuolisia yksityisesti tuotettuja lääkärikeskus- ja sairaalapalveluita, työterveyshuoltoa, ikääntyneiden tehostettua palveluasumista, lastensuojelua sekä hammashoitoa. Mehiläisen toiminta perustuu vahvaan arvopohjaan, korkeaan ammattitaitoon ja asiakaslähtöisyyteen. (Mehiläinen 2015c.)

Työterveyspalvelujen keskiössä ovat työpaikkaselvitykset, terveystarkastukset ja työterveyspainotteinen sairaanhoito. Palvelut muokataan asiakasorganisaation tarpeen ja yhdessä sovitujen tavoitteiden mukaisiksi solmimalla työterveyshuoltosopimus. (Mehiläinen 2015d.) Työ-

terveyspalveluiden on tarkoitus ylläpitää ja edistää työntekijöiden terveyttä, työkykyä, työympäristön turvallisuutta ja työyhteisön toimintaa sekä ennaltaehkäistä asiakasorganisaatioiden työhön liittyviä terveysriskejä ja sairauksia, jotka voivat vaihdella alasta riippuen (Työterveyshuoltolaki 1383/2001, 1 §).

Opinnäytetyön työelämän yhteistyökumppaniksi saatiin Mehiläinen Oy Työterveyspalvelut, joka mahdollistaa ravitsemusoppaan välityksen työterveyden asiakkaille. Työterveyden kautta tavoitetaan helpoiten opinnäytetyön kohderyhmä eli ammattikuskit, koska työterveyshuollon järjestäminen on jokaiselle työnantajalle pakollista. Yhteistyö Mehiläisen asiantuntijoiden kanssa tuo opinnäytetyölle lisää luotettavuutta ja hyviä kehitysehdotuksia hyvän lopputuloksen aikaansaamiseksi.

3 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoitus on tuottaa ravitsemusoppas ammattikuskeille ja tavoite on edistää ammattikuskiensa terveellistä ravitsemusta metabolisen oireyhtymän ehkäisemiseksi. Oppaan tarkoitus on tarjota tietoa terveellisestä ravitsemuksesta ammattikuskeille.

4 Oppaan tuottaminen

4.1 Toteutustapana toiminnallinen opinnäytetyö

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena, jossa yhdistyivät käytännön toteutus eli ravitsemusoppas ammattikuskeille ja sen raportointi. Toiminnallisen opinnäytetyön tavoite on käytännön toiminnan ohjeistaminen, opastaminen, toiminnan järjeistäminen tai järjestäminen. (Vilkka & Airaksinen 2003, 9.) Lopputuloksena syntyy aina konkreettinen tuotos, kuten ohjeistus, opas, kansio, tapahtuma tai näyttely (Vilkka & Airaksinen 2003, 51). Toiminnallisessa opinnäytetyössä on oltava kohderyhmä, jonka käyttöön fyysinen tuotos tehdään (Vilkka & Airaksinen 2003, 38). Tässä opinnäytetyössä kohderyhmää edustavat ammattikuskit, joille oppaan on tarkoitus tarjota tietoa terveellisestä ravitsemuksesta. Sen lisäksi toteutusta varten on suositeltavaa etsiä työelämästä toimeksiantaja, jonka avulla on mahdollista harjoitella työelämän kehittämistaitoja sekä omaa innovatiivisuutta (Vilkka & Airaksinen 2003, 16).

Opinnäytetyöryhmän muodostumiseen vaikutti ryhmäläisten kiinnostus tehdä toiminnallinen opinnäytetyö. Jo alusta alkaen ajatuksena oli tuottaa opas, jonka aihe liittyisi jollakin tavalla elintapoihin ja diabetekseen. Kiinnostus aihetta kohtaan on erittäin tärkeää aihepiiriä valitessa. Sen lisäksi on varmistettava, että aiheesta löytyy riittävästi lähdekirjallisuutta (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 77, 79). Usean pohdinnan jälkeen aiheeksi muodostui alustavasti tyypin 2 diabeteksen ehkäiseminen terveellisen ravitsemuksen avulla. Tiedonhaku aiheesta

aloitettiin lokakuussa 2015, jolloin huomattiin, ettei aiheen valinta aiheuttaisi ongelmia tiedon löytämisessä vaan enemmänkin sen rajaamisessa.

Opinnäytetyön kohderyhmään päädyttiin osittain sattumalta, kun opinnäytetyöryhmän yksi jäsenistä kävi keskustelua suunnitteilla olevasta aiheesta Kuljetusliike J. Koivujärvi nimisessä yrityksessä työskentelevän sukulaisensa kanssa, jota erityisesti ravitseminen kiinnosti. Myös muut yrityksen kuskit osoittivat mielenkiintoaan terveellistä ravitsemusta kohtaan, jonka jälkeen alkoi pohdinta kohderyhmälle sopivasta toteutustavasta. Toimintatapaa valitessa päädyttiin ratkaisuun, jonka avulla tavoitteeseen päästään parhaiten (Ewles & Simnett 1995, 90). Päädyttiin ratkaisuun, jossa parhaiten tietoa terveellisestä ravitsemuksesta ammattikuseille tarjoaisi matkakokoinen ravitsemusopas. Sen seurauksena lähdettiin etsimään sopivaa hanketta, joka löytyi nopeasti. Opinnäytetyön idea esitettiin marraskuun 2015 hankekokouksessa, joka käsitteli ohjausta hoitotyössä.

Hoitotyön ohjauksen hankekokouksessa rajattiin opinnäytetyön aihe käsittelemään terveellistä ravitsemusta metabolisen oireyhtymän ehkäisemiseksi. Oireyhtymän käsittely oli hyvä valinta opinnäytetyölle, koska metabolinen oireyhtymä voi johtaa tyyppin 2 diabetekseen (Välimäki ym. 2009, 722). Kokouksessa sovittiin opinnäytetyöstä vastaavat opettajat, opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite sekä oppaan tavoite. Tavoitteet edustavat haluttua lopputulosta, jotka pyritään saavuttamaan sovitussa ajassa (Ewles & Simnett 1995, 87). Opinnäytetyön valmistuminen sovittiin viimeistään joulukuuhun 2016 mennessä, joka oli opinnäytetyöryhmälle realistinen tavoiteaika.

Marraskuun hankekokouksen jälkeen alkoi suunnitelman tekeminen. Aikataulu tehtiin sen mukaisesti, että valmis suunnitelma esitettäisiin seuraavassa, joulukuun hankekokouksessa. Tiedonhaku oli jo hyvää vauhtia käynnissä. Aiheen rajaus auttoi paljon tiedonhakuja, joka täsmeytyi ja nopeutui. Suunnitelman runko muodostettiin yhdessä ja aiheet jaettiin tasaisesti kolmelle. Yhden tehtävä oli lisäksi ottaa yhteyttä työelämän yhteistyökumppaniin, Mehiläiseen. Sama henkilö toimi koko opinnäytetyöprosessin ajan eräänlaisena yhteyshenkilönä Mehiläisen ja muun opinnäytetyöryhmän välillä ja välittäisi viestejä eteenpäin. Idea ottaa yhteyttä Mehiläiseen syntyi, kun kävi ilmi, että Kuljetusliike J. Koivujärven työterveyshuollosta vastaa Mehiläisen Oulun toimipiste. Marraskuussa saatiin sähköpostitse yhteys toimipisteen palvelupäällikköön, joka ohjasi edelleen työterveyshoitajalle. Hänen kanssa sovittiin yhteistyöstä, allekirjoittamalla sähköinen opinnäytetyösopimus.

Joulukuussa 2015 esitettiin opinnäytetyön suunnitelma, johon tehtiin korjauksia vielä vuoden 2016 puolella. Opinnäytetyön tekeminen pysähtyi hetkeksi helmikuusta maaliskuun loppuun syventävien harjoittelujaksojen vuoksi. Harjoittelujen jälkeen palattiin opinnäytetyön pariin ja laadittiin tarkka viikkoaikataulu oppaan suunnitelmaan ja toteutukseen. Huhtikuun ajan pää-

tettiin tehdä tiivistä töitä, jotta valmis työ voitaisiin esittää suunniteltua aikaisemmin. Päätös aikaistamisesta tehtiin ryhmän yhteispäätöksellä, koska nähtiin, että opinnäytetyö on mahdollista saada päätökseen aikaisemmin. Osaltaan aikaistamiseen vaikutti yhden ryhmäläisen päätös lähteä vaihtoon syksyllä 2016.

Huhtikuun 2016 aikana saatiin kasaan ravitsemusopas ammattikuskeille. Viimeiset tarkistukset tehtiin toukokuun alussa ennen varsinaista esitystä. Aikataulun mukaisesti valmis työ esitettiin kevään 2016 viimeisessä hankekokouksessa 13.5.

4.2 Hyvän oppaan tunnuspiirteitä

Potilasohjeiden tarkoitus on antaa ohjausta ja neuvontaa ohjeen vastaanottajille. Potilaan saadessa enemmän tietoa hoitoonsa liittyen, hän pystyy sitä itsenäisemmin hoitamaan ja huolehtimaan itsestään. Oppaan kirjoittamisen lähtökohdat ovat yleensä käytännön hoitotyön tarpeet tai pulmat. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002, 35.) Opinnäytetyön oppaan tarkoitus on tarjota tietoa terveellisestä ravitsemuksesta ammattikuskeille. Hyvän oppaan yleisiä tunnuspiirteitä ovat oppaan hyvä sisältö, hyvä kieliasu sekä miellyttävä ulkoasu (Torkkola ym. 2002, 34).

Oppaan kirjoittamisen lähtökohtia on kahden tyyppisiä: hoitopaikan tarpeet ohjata potilasta toimimaan oikein tai potilaiden tarpeet, jolloin he saavat oleellista tietoa (Torkkola ym. 2002, 35). Opinnäytetyön oppaan kirjoittamisen lähtökohta on kohderyhmän ammattikuskiensa toive saada oleellista tietoa oikeanlaisesta ravitsemuksesta.

Oppaan sisällöstä tulee käydä ilmi kenelle opas on tarkoitettu. Hyvä opas puhuttelee potilasta tai lukijaansa. Opasta lukevan tulee heti ymmärtää, että teksti on tarkoitettu hänelle. Oppaan sisältöä tulee kuvata hyvä otsikko ja oppaan tarkoitus on tultava esille ensimmäisestä virkkeestä. Lukijaa voidaan puhutella teitittelemällä tai sinuttelemalla. (Torkkola ym. 2002, 36-37.) Oppaan sisällön tärkeyttä voidaan korostaa suorilla määräyksillä, mutta suositeltavampaa on edistää tekstin ymmärrettävyyttä perustelemalla menettely- ja toimintatapoja. Tällöin lukija tietää itsekin miksi näin täytyy tehdä. (Torkkola ym. 2002, 38.) Oppaan lukija noudattaa neuvoja parhaiten, kun oppaan ohjeiden mukainen toiminta ei haittaa lukijan tavallista elämää. Parhaiten asia perustellaan toiminnasta seuraavien hyötyjen avulla. Perustelut voi tarjota lukijalle oppaan alussa ajatuksella ”tärkein ensin”. (Hyvärinen 2005, 1770.)

Oleellisimpia asioita, mitä oppaan sisällössä tulee olla, ovat itse teksti, otsikot, kuvat ja täydentävät tiedot. Tekstiä kirjoittaessa on tärkeää ottaa huomioon miten tekstin sujuvuutta ja ymmärrettävyyttä voidaan parantaa. Oppaan alussa tärkein asia tulee mainita ensin. Hyvä kirjoitustapa on esittää asiat tärkeysjärjestyksessä, jolloin pelkän oppaan alun lukeneet saa-

vat tietoonsa kaikista oleellisimmat asiat. Sen lisäksi lukijalle saadaan aikaan tunne, että teksti on tarkoitettu juuri hänelle, jolloin saattaa herätä kiinnostus lukea enemmän. (Torkkola ym. 2002 39-40.)

Helpon luettavuuden kannalta tärkeimpiä ovat otsikot ja väliotsikot. Hyvä opas alkaa hyvällä otsikolla, joka kertoo oppaan aiheen. Pääotsikon jälkeen tärkeää on kiinnittää huomiota väliotsikkoihin, jotka jakavat tekstiä sopiviin palasiin. Väliotsikon tulee kertoa kohdan oleellisimmat asian. (Torkkola ym. 2002, 39-40.) Hyvä teksti oppaassa on havainnollinen yleiskieli. Tällöin teksti on ymmärrettävää. Tekstissä ei saa esiintyä esimerkiksi sairaalalangia tai monimutkaisia virkkeitä. Loogisen asioiden esitysjärjestyksen lisäksi on hyvä asettaa asiat selkeisiin kappalejakoihin eli yksi asia yhdessä kappaleessa. (Torkkola ym. 2002, 42-43.)

Oppaan houkuttelevuutta ja kiinnostusta lukemiseen herättävät omalta osaltaan kuvat. Kuvat myös auttavat ymmärtämään oppaan asiaa. Hyvin valitut, tekstiä täydentävät ja selittävät kuvat tai piirroksot lisäävät oppaan luotettavuutta. Kuvatekstit ohjaavat kuvien luentaa. Suositeltavaa on, että kuvien alle kirjoitetaan kuvaa ilmaiseva teksti tai kuvan tarkoitus. Kuvien käytössä tulee huomioida tekijänoikeudet. Kuvien käytölle, jos ne eivät ole omia, tulee kysyä lupa kuvan tekijältä. Omia piirroksia ja kuvia voi käyttää vapaasti. (Torkkola ym. 2002, 41-42.) Täydentävät tiedot tarkoittavat esimerkiksi yhteystietoja, tietoja ohjeen tekijöistä ja viitteitä lisätietoihin. Tekijän tiedot ovat tärkeitä palautetta varten, sillä hyvät ohjeet elävät ja muuttuvat käytössä. (Torkkola ym. 2002, 45-46.)

Hyvä kieliasu ja hyvä, ymmärrettävä suomen kieli edesauttaa oppaan tekstin ymmärrettävyyttä. Turhia ja vaikeita sanoja ei kannata käyttää. Asian suora ilmaiseminen on suositeltavaa. Sanonnat esimerkiksi ”toteuttaa hoito” voi ilmaista sanalla hoitaa. Virkkeet on hyvä pitää lyhyinä, koska pitkiä virkkeitä on uuvuttavaa lukea ne vaikeuttavat tekstin ymmärrettävyyttä. Virkkeen suositeltava pituus olisi noin 15 sanaa. Virkkeet eivät kuitenkaan saa olla liian lyhyitä, silloin tekstistä tulee liian hakkaavaa ja tekstin idea katoaa lukijalta. Oudot sanat tai käsitteet tulee avata, mutta asioiden turhaa yksinkertaistamista tulee välttää. (Torkkola ym. 2002, 46-52.)

Oppaan hyvä ulkoasu palvelee sen sisältöä. Tekstin ja kuvien asettelu on yksi hyvän oppaan lähtökohdista. Hyvässä oppaassa saa olla tyhjää tilaa, sillä se lisää ymmärrettävyyttä. Ulkoasu tulee olla helppo silmäillä ja nähdä otsikoiden avulla selkeimmät asiat. Oppaan voi tehdä pysty- tai vaakamallin mukaisesti. (Torkkola ym. 2002, 53-59.)

4.3 Oppaan suunnittelu ja toteutus

Ennen terveysaineiston suunnittelua on järkevää selvittää, minkälaista aineistoa tarvitaan (Terveyden edistämisen keskus 2001, 7). Se edellyttää kohderyhmän selkeää rajausta, sillä liian laajalle suunnatulla aineistoilla on vaikea tavoittaa ketään (Terveyden edistämisen keskus 2001, 19). Parhaaseen lopputulokseen päästään kun kysytään kohderyhmältä, mitä he haluavat (Ewles & Simnett 1995, 235). Tutkimuksissa on osoitettu, että terveysaineiston on oltava vastaanottajalle sopiva, jotta se voi jollain tavalla vaikuttaa (Terveyden edistämisen keskus 2001, 18). Osana oppaan suunnittelua ammattikuskeille lähetettiin kysely (Liite 1), jossa kysyttiin, mitä toiveita, ajatuksia ja ehdotuksia heillä on oppaan sisällön ja ulkoasun suhteen. Tarkoitus oli kartoittaa heidän tarpeitaan ja toiveitaan, johon oppaan haluttiin vastaavan. Ammattikuskiensa toiveet olivat hyvin samankaltaisia kuin mitä oppaan sisällöksi oltiin suunniteltu. Erityisesti ruoan vaikutukset virkeyteen ja työssä jaksamiseen kiinnostivat heitä. Erilaisia välipalavaihtoehtoja kaivattiin myös.

Osana oppaan suunnittelua tutkittiin myös aikaisempien opinnäytetöiden tuotoksia. Positiivista oli huomata, ettei samanaiheista opinnäytetyötä oltu vielä tehty. Ravitsemusoppaita oli tehty paljon erilaisia, joista otettiin mallia oman oppaan tuottamiseen. Tutkimalla muita ravitsemusoppaita varmistettiin, ettei oppaasta tule aikaisempien kopio. Tutkiskelu innoitti myös keksimään jotain aivan uutta.

Oppaan suunnittelussa käytettiin apuna terveysaineiston laatukriteerejä (Taulukko 3), joiden mukaan selkeä terveystavoite on merkki hyvästä aineistosta. Terveystavoite on apuna sisällön muodostumisessa ja sen tarkentumisessa. (Terveyden edistämisen keskus 2001, 11.) Oppaan asiasisältö rakennettiin opinnäytetyön teoreettisen viitekehyksen avulla valitsemalla oppaaseen tärkeimmät lähteet, kuten Valtion Ravitsemusneuvottelukunnan ravitsemussuositukset vuodelta 2014. Hoitotyön lähteiden avulla tieto terveellisestä ravitsemuksesta saatiin muotoiltua niin, että siitä oli kohderyhmälle hyötyä. Erityisen arvokkaita olivat hoitotieteelliset lähteet potilasohjauksesta. Erilaiset tutkimukset vahvistivat tiedon luotettavuutta ja toivat faktoja hyvin esille. Valitut lähteet tukivat parhaiten tavoitetta terveellisen ravitsemuksen tarjoamisesta.

Oppaan asiajärjestys suunniteltiin etenemään tärkeysjärjestyksessä, jolloin läpikäytyt asiat liittyvät luontevasti toisiinsa (Hyvärinen 2005, 1769). Määrittelemällä terveellinen ravitsemus johdateltiin lukija aiheeseen, jonka jälkeen käsiteltiin sen tärkeimpiä osatekijöitä, kuten säännöllistä ateriarytmiä, päivittäistä energiantarvetta ja -saantia havainnollistavien kuvien avulla. Tieto esitettiin tiiviisti ja ytimekkäästi kohderyhmälle ymmärrettävässä muodossa (Terveyden edistämisen keskus 2001, 12, 14). Tekstissä vältettiin vaikeita ammattisanoja tai vaihtoehtoisesti ne avattiin lukijalle (Ewles & Simnett 1995, 235). Sisällön selkiyttämiseksi

hyödynnettiin tekstin väljää sijoittelua, joka toi oppaan pääkohdat esille (Terveyden edistämisen keskus 2001, 16).

Tuotteen aikaansaamat ajatukset ja mielikuvat vaikuttavat siihen, kuinka hyvin tuote erottuu (Terveyden edistämisen keskus, 2001, 20). Oppaan haluttiin herättävän huomiota vastaanottajassa värikkäällä ulkoasullaan. Vihreä väri on pirteä, mutta samalla rauhallinen ja sopii yhteen terveellisen ravitsemuksen kanssa. Tunteisiin on mahdollista vaikuttaa myös kuvituksen avulla. Opasta varten käytettiin itse otettuja kuvia, mutta suurin osa oli internetistä ladattuja, tekijänoikeudettomia kuvia. Tärkeintä kuvituksessa on, että se tukee tekstiä. Oppaaseen valitut kuvat ovat aina jollain tavalla yhteydessä käsiteltyyn aiheeseen. Yhdessä teksti ja kuvat vahvistavat asian säilymistä lukijan muistissa. (Terveyden edistämisen keskus 2001, 17.)

Tarkoitus oli tehdä oppaasta pienikokoinen, jotta ammattikuskit voivat kantaa sitä mukanaan. Pieni koko viestii vastaanottajalleen nopeasta ja helposta tiedonvälityksestä (Terveyden edistämisen keskus, 2001, 21). Opas on helppo ottaa esille esimerkiksi ruokailun yhteydessä. Pienestä koosta huolimatta otettiin huomioon oppaan helppolukuisuus. Näkövammaisten keskusliitto suosittelee tekstin kooksi vähintään 12, jonka lisäksi oppaassa on käytetty kokoja 14 ja 16. Suositeltavin fontti on selkeä ja yksinkertainen, kuten esimerkiksi oppaassa käytetty Verdana. (Terveyden edistämisen keskus 2001, 15-16.)

Toteutusvaiheessa oppaan sisältö jaettiin aihealueittain kolmelle. Aikaa oppaan ensimmäisen version kokoamiseksi oli viikko ja valmis sen tuli olla toukokuun alussa. Jokainen teki omasta aihealueestaan sivutarkan luonnoksen Word tekstinkäsittelyohjelmalla ja lähetti sen muille ryhmäläisille. Luonnokset käytiin läpi ryhmäkokouksessa, jossa niistä annettiin palautetta. Vasta kun jokainen sivu oli hyvin suunniteltu, alettiin kokoamaan varsinaista opasta.

Valmis opas toteutettiin Microsoft Publisher 2013-ohjelmaa käyttäen. Wordilla suunnitellut luonnokset koottiin ohjelmalla yhdeksi oppaaksi, jonka ensimmäinen versio oli viikon aktiivisen suunnittelun ja toteutuksen jälkeen valmis arvioitavaksi. Aikaa oppaan arviointiin vastaanottajille annettiin viikko. Yhden vastaanottajan kanssa sovittiin palaute toukokuun alkuun, jolloin tehtiin myös viimeiset muutokset ja palautteessa ilmenneet korjausehdotukset. Aktiivisesti opasta tehtiin noin kaksi viikkoa. Työtä tehtiin pääosin omilla koneilla, mutta myös koulun koneet olivat tarvittaessa apuna. Kokemusta Publisher-ohjelman käytöstä opinäytetyryhmällä ei juurikaan ollut. Siihen liittyvissä ongelmissa kysyimme apua Laurean Comms. -viestintäpisteestä.

4.4 Arviointi

Kirjallinen materiaali on aina oltava testattu kohderyhmän toimesta, jotta tuotos vastaa hei-

dän tarpeitaan ja toiveitaan (Ewles & Simnett 1995, 235). Oppaan ensimmäinen versio arvioitiin kahden eri A4-kokoisen arviointilomakkeen avulla, joista toinen (Liite 3) lähetettiin sähköpostitse oppaan mukana kohderyhmän kolmelle ammattikuskille. Toinen arviointilomake (Liite 4) oli tarkoitus lähettää Oulun Mehiläisen työterveyshoitajalle, johon olimme olleet yhteydessä opinnäytetyöprosessin alusta lähtien. Aikataulullisista syistä valmiin oppaan arvioi Itäkeskuksen toimipisteen kaksi työterveyshoitajaa. Arvioinnissa vastaanottajia pyydettiin perehtymään oppaan sisältöön ja ulkoasuun, johon arvio perustui. Työterveyshoitajilta kysyttiin lisäksi mielipidettä oppaan hyödynnettävyydestä ammattikuskien ohjauksessa.

Arviointilomakkeen yhteydessä lähetettiin saatekirje (Liite 2), jossa vastaanottajia ohjeistettiin arviointilomakkeen täytöstä ja palautuksesta, joka oli täysin vapaaehtoista. Saatekirjeessä korostettiin, että palautteita käsiteltäisiin opinnäytetyöraportissa anonyymisti. Lähetys tapahtui 15.4, jonka jälkeen vastaanottajilla oli viikko aikaa perehtyä ja arvioida opas. Arviointilomake ohjeistettiin palauttamaan viimeistään 22.4 mennessä. Vastaanottajilta saadun palautteen perusteella tehtiin tarvittavat muutokset oppaan viimeiseen versioon.

Arviointilomakkeessa suositettiin avoimia kysymyksiä, joiden avulla saatiin helpoiten palautetta oppaan sisällöstä, ulkonäöstä ja kommentteja siitä mitä voisi vielä kehittää (Ewles & Simnett 1995, 137). Arviointilomakkeet tehtiin Terveiden edistämisen keskuksen laatimien terveysaineiston laatuksien pohjalta (Taulukko 3), jotta palaute olisi mahdollisimman johdonmukaista (Terveiden edistämisen keskus 2001, 9).

Palautteet saapuivat määräaikaan mennessä. Yksi palaute saapui sovitusti eri aikaan. Työterveyshoitajien palautteissa oli arvioitu oppaan sisältävän sopivasti tietoa. Asiasisältö koostui oleellisista asioista, jotka olivat esitetty tiiviissä muodossa. Ammattikuskit olivat palautteen mukaan myös otettu hyvin oppaassa huomioon. Opas koettiin hyödylliseksi muistilistaksi ammattikuskien ohjauksessa. Lähestymistapa tärkeään aiheeseen nähtiin rentona, joka on hyvä lähtökohta motivaation kannalta. Opas oli helppo lukea ja kokonaisuus oli työterveyshoitajien mukaan erittäin pätevä.

Työterveyshoitajien palautteesta kävi ilmi, että oppaassa toivottiin puhuttavan riittävän energiansaannin lisäksi myös sopivasta energiansaannista. Kasvisrasvojen lisäksi tärkeää on mainita myös kalanrasvat ja, että viljatuotteista tärkeimpiä ovat nimenomaan täysjyväviljatuotteet.

Sisältö:

- Terveystavoite on selkeä
- Terveysaineisto sisältää sopivasti oikeaa ja virheetöntä tietoa

Kieliasu:

- Teksti on sujuvaa

Ulkoasu:

- Sisältö on selkeästi esillä
- Terveysaineisto on helposti hahmoteltavissa
- Kuvitus havainnollistaa käsiteltävää aihetta

Kokonaisuus:

- Kohderyhmä on määritelty selkeästi
- Kohderyhmän kulttuuria kunnioitetaan
- Terveysaineisto herättää huomiota ja luo hyvän tunnelman

Taulukko 3: Terveysaineiston laatuksien (Terveiden edistämisen keskus 2001, 10)

Kuvitukseen toivottiin lisäksi ”omppumahaa”, joka havainnollistaa hyvin metabolista oireyhtymää. Ehdotettiin myös Sydänmerkin lisäämistä viitattaessa siihen. Merkin käyttö on kuitenkin hyvin tarkkaa ja maksaa erikseen, jonka takia merkkiä ei oppaassa voitu hyödyntää.

Ammattikuski palautteessa oltiin työterveyshoitajien kanssa yhtä mieltä siitä, että opasta oli helppo lukea ja sisältö oli kattava. Tekstin kokoon, joka pääosin oli kokoa 12, oltiin tyytyväisiä kuin myös tekstin asetteluun. Oppaan ulkoasua kommentoitiin hyvin onnistuneeksi, mukavana lisänä pidettiin ajatuskuplan muotoisia tietoisuuksia. Kokonaisuutena oppaan toteutus oli palautteen perusteella onnistunut ja oppaan tavoite tarjota tietoa terveellisestä ravitsemuksesta täyttyi.

5 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyön aiheen valinta oli jo itsessään eettinen ratkaisu. Aiheen eettisen oikeutuksen pohdinnassa on huomioitava aiheen pohjana olevat arvot sekä ravitsemusoppaan sisällön merkitys oman tieteenalan ja yhteiskunnan kannalta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 21.) Opinnäytetyöllä vaikutetaan terveyden edistämisen näkökulmasta, jolloin eettisesti kyseessä oli tehtävä sekä ihmisvastuu. Tarkoituksena oli välittää riittävän perusteltua tietoa terveellisestä ravitsemuksesta ja päästä vaikuttamaan toisen ihmisen terveyttä koskevaan primaari-prosessiin. (Leino-Kilpi 2012, 186.)

Opinnäytetyön aiheen valinta ja sen käsittely toi laaja-alaista vastuuta työn eettisistä periaatteista ja työn luotettavuudesta. Etiikan näkökulmasta terveyden edistämisessä mietitään, millä oikeudella voidaan pyrkiä vaikuttamaan toisen ihmisen terveystietämiseen. (Kylmä & Juvakka 2012, 143 - 144.)

Opinnäytetyössä kohderyhmää lähestytään arvojen ja normien kautta, jotka perustavat eettisen tavan toimia hoitotyössä. Näitä ensisijaisia arvoja ovat elämä, terveys, turvallisuus, henkilökohtainen loukkaamattomuus ja oikeudenmukaisuus. Ammattikuski kunnioitus on kulkenut opinnäytetyössä mukana alusta alkaen. (Poikkimäki 2004, 4 - 5.) Työssä ei olla syyllistetty ammattikuskeja, vaikka he kuuluvat metabolisen oireyhtymän riskiryhmään. Päinvastoin, opinnäytetyö haluttiin kohdistaa ammattiryhmälle, josta voidaan samalla oppia jotain uutta. Ammattikuski kiinnostus opinnäytetyötä kohtaan on vaikuttanut osaltaan myös aiheen valintaan.

Tiedonhaku on perustunut luotettaviin lähteisiin, jotka vakuuttavat opinnäytetyössä käytetyn tiedon olevan asiallista (Hirsjärvi ym. 2013, 18). Tietoa hankittaessa on pyritty käyttämään mahdollisimman uutta tietoa. Pääasiallisesti sovittiin, että 2000-lukua vanhempia lähteitä ei käytetä. Tiedonhaussa käytettiin apuna muun muassa kirjastojen aineistohakua, Laurea-

ammattikorkeakoulun omaa tietokantaa, NELLI -portaalia, EBSCO:a ja Google Scholaria. Opin-
näytetyön kannalta oleellisimpia lähteitä ovat hoitotyön lähteet ja hoitotieteelliset artikkelit,
jotka lisäävät työn luotettavuutta.

Eettisesti oikein työssä toimittiin noudattamalla tieteelliselle tutkimustyölle asetettuja vaa-
timuksia (Hirsjärvi ym. 2013, 23 - 24). Aiheen valinnassa tutkittiin kohderyhmän ammattikus-
kien taustoja ja tehtiin selvitystä ammattikuskiensa yleisistä työn periaatteista ja laeista. Työ-
terveyslaitoksen Virkeänä ratissa -ruoasta terveyttä tien päälle -hankkeesta saatiin perustel-
tua tutkimustietoa ammattikuskiensa työaikaisesta ruokailusta. Ravitsemusopasta tuotettaessa
huomioitiin ammattikuskiensa työnkuva ja mahdollisuudet ruokataukojen pitämiseen. Arviointiin
vastaaminen ja palautteen antaminen esitettiin vastaanottajille niin, että saadun palautteen
kautta heitä ei voida tunnistaa missään vaiheessa työtä. Arvioinnissa vastaajille korostettiin,
että vastaaminen kyselyyn on täysin vapaaehtoista.

Tärkeä vaatimus ja eettinen periaate oli välttää epärehellisyttä kaikissa työn osavaiheissa.
Rehellisyys opinnäytetyössä tarkoittaa, että toisten tekstejä ei kopioida ja muiden julkaisuja
kunnioitetaan. (Hirsjärvi ym. 2013, 27 - 28.) Missään vaiheessa opinnäytetyötä ei tuotu esille
harhaanjohtavaa tai puutteellista tietoa.

6 Pohdinta

Opinnäytetyössä kerättiin yhteen tietoa terveellisestä ravitsemuksesta, metabolisesta oireyhtymästä ja ammattikuskiensa työaikaisesta ruokailusta, joista lopputuloksena muodostui toimiva opas, joka tarjoaa tietoa terveellisestä ravitsemuksesta ammattikuskiensa päivittäisten valintojen tueksi työaikana sekä vapaa-ajalla. Voutilainen (2010, 66) korostaa tutkimuksessaan tiedollisen tukemisen tärkeyttä potilaan voimaantumisprosessissa ja kuinka tieto auttaa tekemään asiaan liittyviä päätöksiä. Opas on hyvä lähtökohta terveellisten elämäntapojen pohditskelulle ja kannustus pysyvään muutokseen.

Oppaan toteutuksessa onnistuttiin vastaamaan kohderyhmän toiveisiin ja saatiin hyvää palautetta myös alan ammattilaisilta, jotka kokivat oppaan hyödyksi ammattikuskiensa ohjauksessa. Onnistunut lopputulos on merkki ammatillisesta kasvusta ja erityisesti ohjaustaitojen kehittymisestä opinnäytetyöprosessin aikana. Kirjallisten ohjaustaitojen harjoittelu on myös tärkeää, ottaen huomioon, että niiden merkitys kasvaa koko ajan sairaalassaoloaikojen lyhentyessä, jolloin aika suulliseen ohjaukseen vastaavasti vähenee (Kyngäs ym. 2007, 124). Sen lisäksi olemme luoneet itsellemme arvokasta tietopohjaa tulevaisuutta varten. Terveellinen ravitsemus on tärkeä osa kokonaisvaltaista hyvinvointia ja terveyden edistämistä, joka sairaanhoitajan kuuluu terveydenhuollon ammattilaisena ymmärtää.

On ollut ilo tutustua ammattikusien työhön. Opinnäytetyöprosessin aikana murrettiin ennakkokäsityksiä ammattikuskeista ja huomattiin kuinka positiivinen suhtautuminen heillä on terveellistä ravitsemusta kohtaan. Työterveyslaitoksen Virkeänä Ratissa -hankkeen kyselyssä 776 kuskista 80-90 prosenttia haluaisi syödä terveellisesti työaikana (Ruokatieto 2009). Kuskin oma motivaatio ja päivittäiset valinnat ovat tärkeitä terveellisen ravitsemuksen toteutumiseksi työaikana. Toiseksi työnantaja voi tukea monella eri tapaa kuskien terveellistä ravitsemusta. Yksinään kuski ei voi vaikuttaa työtä sääteleviin lakeihin tai tienvarsien ruokailupaikkoihin, puhumattakaan niiden tarjonnasta. Terveellisen ravitsemuksen edistämiseksi ammattikusien on saatava tukea monelta eri taholta.

Sosiaaliset taidot ja vuorovaikutustaidot ovat osa sairaanhoitajan asiantuntijuutta, joita käytetään kommunikoidessa potilaiden, omaisten ja monimmatillisen työryhmän kanssa (Eloranta & Virkki, 2012, 15). Ryhmätyöskentely on vahvistanut näitä taitoja ja tuonut haastetta opinnäytetyöprosessiin. Haasteet onnistuttiin kääntämään voimavaroiksi hyvällä yhteistyöllä. Eri paikkakunnilla työskentely ratkaistiin esimerkiksi kommunikoimalla Skype:n välityksellä. WhatsApp -sovelluksesta on ollut myös suuri apu silloin, kun kasvotusten tapaaminen ei ole ollut mahdollista. Kolme henkilöä on tuonut mukanaan erilaisia mielipiteitä ja näkökulmia asioihin, jonka avulla työ on kehittynyt koko ajan eteenpäin ja paremmaksi. Ryhmätyöskentelyä on edistänyt aikaisempi tuttavuus ja hyvä yhteishenki tekijöiden kesken.

Opinnäytetyön kirjoitusprosessissa haastavinta oli ravitsemuksen ja metabolisen oireyhtymän rajaaminen, koska niistä löytyi eniten tietoa. Ammattikuskeista puolestaan oli huomattavasti vähemmän luotettavaa tietoa saatavilla. Työterveyslaitos ja Trafi olivat keränneet eniten tietoa ammattikuskeista erilaisten hankkeiden ja tutkimusten avulla, joita hyödynnettiin opinnäytetyössä. Hoitotyön lähteitä ja hoitotieteellisiä artikkeleita etsittiin tukemaan hoitotyön näkökulmaa. Hoitotiede on sairaanhoitajan työn perusta ja edellytys laadukkaan hoitotyön toteuttamiseksi (Eloranta & Virkki, 2012, 13) Tiedonhakuprosessi oli hyvin opettavainen vaihe opinnäytetyössä, jonka myötä kehityttiin lähdekriittisemmiksi ja opittiin hyödyntämään monipuolisemmin eri tiedonhakukanavia. Sairaanhoitajan työ on näyttöön perustuvaa, josta on myös tarvittaessa osattava etsiä tietoa.

Ammattikuskeille on tehty hyviin elämäntapoihin liittyviä käsikirjoja ja informaatio-sivuja edellä mainittujen järjestöjen puolesta. Aikaisempaa tietoa hyödynnettiin oppaan tuottamiseen ja lopputuloksena syntyi jotain aivan uutta. Oppaan tuottamisessa haasteena oli se, miten tieto saavuttaisi kohderyhmän parhaiten niin, että tiedosta olisi mahdollisimman paljon hyötyä. Ratkaisuna kohderyhmää haastateltiin, josta selvisi aito tarve saada tietoa terveellisestä ravitsemuksesta.

Opinnäytetyön yhteys työelämään on ollut mielenkiintoista ja muokannut lopputulosta luotettavammaksi. Yhteistyö Mehiläisen kanssa on ollut loistava tilaisuus tavoittaa osa työterveyden

piiriin kuuluvista ammattikuskeista ja saada opas hyötykäyttöön. Laajemmin opasta voidaan hyödyntää koko yhteiskunnassa, kuten julkisessa terveydenhuollossa ohjauksen apuna tai julkaisemalla opas esimerkiksi työterveyslaitoksen tai Suomen kuljetus ja logistiikka (SKAL) ry:n nettisivuilla. Sisällön puolesta opas tarjoaa ammattikuskiensa lisäksi hyvää tietoa myös muille ammattiryhmille, jotka esimerkiksi tekevät vuorotyötä.

Jatkokehittämisideana voidaan tehdä tutkimusta oppaan hyödynnettävyydestä ammattikuskiensa työaikaisen ruokailun tukena. Opasta on myös mahdollista kehittää vastaamaan paremmin ammattikuskiensa ravitsemuksellisiin pääongelmiin. Tämä vaatii jatkotutkimuksia ammattikuskiensa työaikaisen ruokailun toteutumisesta ja tiiviimpää yhteistyötä kohderyhmän kanssa. Asiantuntijoiden ja vastaanottajien käsitykset aineiston laadusta eroavat toisistaan, jonka vuoksi esitestausta tulee hyödyntää tuotantoprosessissa enemmän (Terveiden edistämisen keskus 2001, 21). Siten kohderyhmä pääsee vaikuttamaan heille tuotetun aineiston tuottamisprosessiin, jolloin lopputulos on kohderyhmälle paras mahdollinen.

Lähteet

Painetut lähteet:

- Ae Kyung, C., Fritschi, C. & Mi Ja, K. 2012. Nurse-led empowerment strategies for hypertensive patients with metabolic syndrome. *Contemporary nurse* 42(1), 118-128.
- Aro, A., Mutanen, M., Uusitupa, M. & Voutilainen, E. 1999. Ravitsemustiede. Helsinki: Duodecim.
- Aro, A. 2003. 100 kysymystä ravinnosta. Helsinki: Duodecim.
- Aro, A., Mutanen, M. & Uusitupa, M. 2012. Ravitsemustiede. 4. painos. Helsinki: Duodecim.
- Blaaha, M. J. & Tota-Maharaj, R. 2012. *Metabolic Syndrome: From Risk Factors to Management*. Torino, Italy: SEEd Srl.
- Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Tammi.
- Eloranta, S., Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. 2013. Toteutuuko potilaslähtöinen ohjaus hoitotyöntekijöiden näkökulmasta. *Hoitotiede* 26/2014, 63 - 73.
- Ewles, L. & Simnett, I. 1995. *Terveyden edistämisen opas*. Helsinki : Sairaanhoidajien koulutussäätiö.
- Fagelholm, M., Mustajoki, P., Rissanen, A. & Uusitupa, M. 1998. Lihavuus, ongelma ja hoito. 2. Uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.
- Freese, R. & Voutilainen E. 2012. Vitamiinit ja kivennäisaineet sekä muut ravinnon yhdisteet. Ravitsemustiede. 4. painos. Helsinki: Duodecim.
- Gibney, M.J., Margetts, B.M., Kearney, J.M. & Arab, L. 2004. *Public Health Nutrition*. Wiley-Blackwell.
- Haglund, B., Huupponen, T., Ventola & A-L. Hakala-Lahtinen, P. 2010. Ihmisen ravitsemus. 10. Uudistettu painos. Helsinki: WSOY.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. 15-17.painos. Tutki ja kirjoita Helsinki: Tammi.
- Harju, J. 2007. Ravintoa sydämelle. Helsinki: WSOY.
- Jaatinen, T. & Raudasoja, J. 2013. *Suomalaisten sairaudet*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Kuokkanen, L. 2005. Sairaanhoidajan tehtävät ja osaaminen. *Tutkiva Hoitotyö* 4/2004, 18-24.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. *Laadullinen terveystutkimus*. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2012. *Etiikka hoitotyössä*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Lahti-Koski, M. & Rautavirta, K. 2012. Ravitsemus kansansairauksien ehkäisyssä. Ravitsemustiede. 4. painos. Helsinki: Duodecim.
- Mustajoki, P. 2002. *Kolesteroli*. Helsinki: Duodecim.
- Mustajoki, P. 2011. *Terveydeksi!: hyvinvoinnin ABC*. Helsinki Duodecim.
- Mutanen M. & Voutilainen, E. 2012. *Energia-aineenvaihdunta*. Ravitsemustiede. 4. painos. Helsinki: Duodecim.

- Niskanen, L., Koski, A. & Lappalainen, R. 2008. Metabolinen oireyhtymä- miksi hoidan, miten hoidan. Klaukkala: Recallmed Oy.
- Peltosaari, L., Raukola, H. & Partanen, R. 2002. Ravitsemustieto. Keuruu: Otava.
- Pietiläinen, K., Mustajoki, P. & Borg, P. 2015. Lihavuus. Helsinki: Duodecim.
- Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry. 2009. Erityisruokavaliot - opas ammattilaisille. 7. painos. Helsinki:Dieettimedia Oy.
- Schwab, U. 2012. Potilaan ruokailutottumusten selvittäminen ja ravitsemusneuvonta. Ravitsemustiede. 4. painos. Helsinki: Duodecim.
- Terveyden edistämisen keskus. 2001. Terveysaineiston suunnittelun ja arvioinnin opas. Helsinki: Trio-offset.
- Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäväksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Tammi.
- Turku, R. 2007. Muutosta tukemassa: valmentaja elämäntapaohjaus. Helsinki: Edita Prima.
- Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: Tammi.
- Voutilainen, A. 2010. Voimavara- lähtöinen potilasohjaus- kuvauksia terveysneuvonnan toteutumisesta perusterveydenhuollossa. Itä-Suomen yliopisto, Terveystieteiden tiedekunta.
- Välimäki, M., Sane, T. & Dunkel, Leo. 2009. Endokrinologia. 2.painos. Helsinki:Duodecim.

Sähköiset lähteet:

- Alexander, C., Landsman, P., Teutsch, S., & Haffner, S. 2003. NCEP-Defined Metabolic Syndrome, Diabetes, and Prevalence of Coronary Heart Disease Among NHANES III Participants Age 50 Years and Older. Viitattu 26.1.2016.
http://hpe4.anamai.moph.go.th/hpe/data/ms/ncep_ms.pdf
- Eloranta, T. & Virkki, S. 2012. Sairaanhoidajan tulevaisuuden taitoprofiili. Viitattu 12.5.2016.
<http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/83557/gradu05902.pdf?sequence=1>
- Findikaattori. 2015. Työkyvyttömyyseläkettä saaneet. Viitattu 11.2.2016.
<http://www.findikaattori.fi/fi/76>
- Gami, A., Witt, B., Howard, D., Erwin, P., Gami, L., Somers, V. & Montori, V. 2007. Metabolic Syndrome and Risk of Incident Cardiovascular Events and Death. Viitattu 8.4.2016.
<http://content.onlinejacc.org/article.aspx?articleid=1188655#tab1>
- Huttunen J. 2015. Alkoholi ja terveys. Viitattu 26.11.2015.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01120
- Hu, F. & Walter, W. 2002. Optimal Diets for Prevention of Coronary Heart Disease. Viitattu 15.4.2016. http://isites.harvard.edu/fs/docs/icb.topic982606.files/Hu_Willett-_JAMA-_Optimal_Diets_Prevention_CHD.pdf
- Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Viitattu 7.4.2016.
<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo95167.pdf>

- Jaakonsaari, M., 2009. Potilasohjauksen opetus hoitotyön koulutusohjelmassa. Viitattu 26.1.2016. <http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/45236/gradu2009jaakonsaari.pdf?sequence>
- Salmi, A., Sallinen, J., Rahkonen, F., Korhonen, E., Kemppainen, S., Nevanperä, N., Laitinen, J. Virkeänä ratisa-käsikirja. 2011. Työterveyslaitos. Viitattu 15.11.2016. http://www.ttl.fi/partner/virkeana_ratissa/materiaalit/Documents/Virke%C3%A4n%C3%A4%20ratissa%20k%C3%A4sikirja-low.pdf
- Kemppainen, S. 2011. Nuorten ammattikulttuurin näkemyksiä ruokailutottumuksistaan- onko äijäruokakulttuuria enää olemassa. Viitattu 3.4.2016. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20110131/urn_nbn_fi_uef-20110131.pdf
- Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2014. Ohjaus- tuttu, mutta epäselvä käsite. Viitattu 25.1.2016. <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/ohjaus-tuttu-mutta-epaselva-kasite/>
- Käypä hoito. 2012. Liikunta. Viitattu 4.12.2015. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50075>
- Käypä hoito. 2013. Lihavuus (aikuiset). Viitattu 17.11.2015. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi24010>
- Käypä hoito 2014. Kohonnut verenpaine. Viitattu 27.1.2016. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi04010>
- Laakso, M. 2005. Metabolisen oireyhtymän uudet kriteerit ja hoito. Viitattu 26.1.2016. http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku;jsessionid=7296B8B6126E8AFBC80C523CF2D5BC42?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=uusinumero&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo95114
- Laaksonen, D. & Niskanen Leo. 2006. Metabolinen oireyhtymä ja diabetes - lihavuuden hoidon ykköskohteet. Viitattu 25.1.2016. <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo95740.pdf>
- Lahti-Koski, M. 2009. Terveellinen ravinto. Viitattu 27.10.2015. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00150
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 785/1992 Viitattu 11.2.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%255Btype%255D=pika&search%255Bpika%255D=laki%20potilaan%20asemasta>
- Lindström, J., Louheranta, A., Manneli, M., Rastas, M., Salminen, V., Eriksson, J., Uusitupa, M. & Tuomilehto, J. 2003. The Finnish Diabetes prevention Study (DPS). Viitattu 5.2.2016. <http://care.diabetesjournals.org/content/26/12/3230.full.pdf+html>
- Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen M. 2006. Potilasohjauksen haasteet- käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Viitattu 13.2.2016. https://www.ppsph.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf

- Lorenzo, C., Okoloise, M., Williams, K., Stern, M. & Haffner, S. 2003. The Metabolic Syndrome as Predictor of Type 2 Diabetes. Viitattu 26.1.2016.
<http://care.diabetesjournals.org/content/26/11/3153.full.pdf+html>
- Marttila, J. 2010. Muutosvalmius. Viitattu 13.2.2016.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01668#R1>
- Mehiläinen. 2015a. Mehiläisen historia. Viitattu 3.2.2016
<https://www.mehilainen.fi/yritysinfo/mehiläinen-lyhyesti/historia>
- Mehiläinen. 2015b. Mehiläisen avainluvut. Viitattu 3.2.2016.
<https://www.mehilainen.fi/yritysinfo/avainluvut>
- Mehiläinen. 2015c. Mehiläinen lyhyesti. Viitattu 3.2.2016
<https://www.mehilainen.fi/yritysinfo/mehil%C3%A4inen-lyhyesti>
- Mehiläinen. 2015. Tietoa yrityksestä. Viitattu 3.2.2016. <https://www.mehilainen.fi/tietoa-yrityksesta>
- Mehiläinen. 2015d. Työterveyspalveluiden ABC. Viitattu 4.5.2016.
<https://www.mehilainen.fi/tyoterveyspalveluiden-sanasto>
- Mustajoki, P. 2015a. Alhainen verensokeri (hypoglykemia). Viitattu 14.4.2016.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00886
- Mustajoki, P. 2015b. Kolesteroli. Viitattu 20.11.2015.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00035
- Mustajoki, P. 2015c. Kohonnut verenpaine (verenpainetauti). Viitattu 29.11.2015.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00034
- National Health And Medical Research Council. Dietary Energy. 2006. Viitattu 23.10.2015
https://www.nrv.gov.au/sites/default/files/page_pdf/n35-dietaryenergy_0.pdf
- Niskakangas, T. 2015. Terveysyhtiö Mehiläinen ostaa Mediverkon- uusi yhtiö kamppailee suurimman lääkäriyhtiön tittelistä. Viitattu 3.2.2015. <http://www.hs.fi/talous/a1416280934485>
- Poikkimäki, I. 2004. Ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus ja yksityisyys potilaan hoidossa. Viitattu 22.4.2016
<http://uta32-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/92002/gradu00420.pdf?sequence=1>
- Rissanen, T. 2012. Työterveyshuollon toiminta ja kehtiys työterveyshoitajan näkökulmasta Suomessa 1980-, 1990 ja 2000-luvuilla. Viitattu 3.5.2016.
http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20120164/urn_nbn_fi_uef-20120164.pdf
- Ruokatieto. 2009. Ammattikuljettavat haluavat muutakin kuin raskasta äijäruokaa. Viitattu 14.4.2016.
<http://www.ruokatieto.fi/uutiset/ammattikuljettajat-haluavat-muutakin-kuin-raskasta-aijaruokaa>
- Sairaanhoitajat. 2014. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. Viitattu 10.2.2016
<https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>
- Salanne, I., Rönkkö, S., Tikkanen, M. & Perttula, P. 2013. Ajo- ja lepoaikasäädösten vaikutukset. Viitattu 14.4.2016..

Salanne, I., Jaakkola, E., Seppä, I-M. & Tikkanen M. 2015. Raskaan liikenteen taukopaikkatutkimus. Viitattu 14.4.2016..

http://www2.liikennevirasto.fi/julkaisut/pdf8/lts_2015-36_raskaan_liikenteen_web.pdf

<http://www.trafi.fi/filebank/a/1388410753/ea7ed86abe9beb74a4773eb2c3783f67/13903->

[Trafin_julkaisu_22-2013_-_Ajo-ja_lepoaikasaadosten_vaikutukset.pdf](http://www.trafi.fi/filebank/a/1388410753/ea7ed86abe9beb74a4773eb2c3783f67/13903-Trafin_julkaisu_22-2013_-_Ajo-ja_lepoaikasaadosten_vaikutukset.pdf)

Suomen sydänliitto. 2015. Energian-tarve laskuri (WHO). Viitattu 11.4.2016

<http://www.sydan.fi/energiatarve>

Sydänmerkki. 2016. Sydänmerkki. Viitattu 14.4.2016.

<http://www.sydanmerkki.fi/sydanmerkki>

THL. 2012. Suomalaisten lihavuus ennen. Viitattu 14.4.2016.

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90885/TutkimuksestaTiiviisti4_lihavuus.pdf?sequence=1

THL. 2014. Ravitsemus, terveellinen ruokavalio. Viitattu 14.4.2016.

<https://www.thl.fi/fi/web/elintavat-ja-ravitsemus/ravitsemus/ravitsemus-ja-terveys/terveellinen-ruokavalio>

THL. 2015a. Diabeteksen yleisyys. Viitattu 25.1.2016.

<https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/diabetes/diabeteksen-yleisyys>

THL. 2015b. Laatusuosituksset. Viitattu 12.2.2016

<https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja->

[potilasturvallisuus/etusivu/laadunhallinta/laatusuosituksset](https://www.thl.fi/fi/web/laatu-ja-potilasturvallisuus/etusivu/laadunhallinta/laatusuosituksset)

THL. 2015c. Sydän- ja verisuonitaudit. Viitattu

30.1.2016.<https://www.thl.fi/web/kansantaudit/sydan-ja-verisuonitaudit>

THL. 2016. Kansallinen lihavuusohjelma 2012-2018. Viitattu 11.2.2016.

<https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/kansallinen-lihavuusohjelma-20122015>

Tuomilehto, J., Lindström, J., Eriksson, J., G., Valle, T., T., Hämäläinen, H., Ilanne-Parikka, P., Keinänen- Kiukaanniemi, S., Laakso, M., Louheranta, A., Rastas, M., Salminen, V. & Uusitupa, M. 2001. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. Viitattu 25.1.2016.

<http://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJM200105033441801>

Työaikalaki. 605/1996 Viitattu 13.11.2015.

<https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1996/19960605?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=ty%C3%B6aikalaki#L3P8>

Työsuojeluhallinto. 2014. Autonkuljettajan ajo- ja lepoajat. Viitattu 14.4.2016.

http://tyosuojelujulkaisut.wshop.fi/documents/2014/03/Autonkuljettajan_ajo_ja_lepoajat_TSO27_netti.pdf

Työterveyshuoltolaki. 1383/2001. Viitattu 3.2.2016.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20011383>

Työterveyslaitos. 2013. Näin työnantaja voi tukea terveellistä ruokailua. Viitattu 14.4.2016..

http://www.ttl.fi/partner/virkeana_ratissa/nain_tyonantaja_voi_tukea_terveellista_ruokailua/sivut/default.aspx

Työterveyslaitos. 2015a. Työaikainen ruokailu. Viitattu 14.4.2016.

http://www.ttl.fi/fi/tyohyvinvointi/elintavat_ja_tyokyky/tyoaikainen_ruokailu/sivut/default.aspx

Työterveyslaitos. 2015b. Voi hyvin kuljettaja. Viitattu 14.4.2016.

http://www.ttl.fi/fi/toimialat/liikenne/voi_hyvin_kuljettaja/sivut/default.aspx

UKK-instituutti. 2011. Liikkumattomuus haasteena. Viitattu 5.4.2016.

<http://www.ukkinstituutti.fi/filebank/621-terveysliikuntautiset2011.pdf>

UKK-instituutti. 2014. Kaukoliikenteen kuljettajien elintapaohjauksesta hyviä tuloksia. Viitattu 5.4.2016. <http://www.ukkinstituutti.fi/tiedotteet/2014-tiedotteet/kaukoliikenteen-kuljettajien-elintapaohjauksesta-hyvia-tuloksia>

UKK-instituutti. 2015. Liikuntapiirakka. Viitattu 7.4.2016.

<http://www.ukkinstituutti.fi/liikuntapiirakka>

Uusitupa, M. 2001. Liikunta ja ruokavalio ovat metabolisen oireyhtymän täsmähoitoa. Viitattu 27.1.2016

<http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo92156.pdf>

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). 2001. Terveystieteiden yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Viitattu 26.1.2016.

<http://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENEjulkaisu+1+Terveystieteiden+yhteinen+arvopohja,+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf/4de20e99-c65a-4002-9e98-79a4941b4468>

VRN. 2010. Ravitsemushoito. Viitattu 14.4.2016.

http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/attachments/fi/vrn/ravitsemushoito_nettil_2_painos.pdf

VRN. 2014a. Väestön ravitsemuksen edistäjä ja seuraaja. Viitattu 14.4.2016.

<http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/portal/fi/valtioravitsemusneuvottelukunta/>

VRN. 2014b. Terveystietä ruoasta! Suomalaiset ravitsemussuosituksukset 2014. Viitattu 26.4.2016.

https://docs.google.com/viewer?url=http%3A%2F%2Fwww.ravitsemusneuvottelukunta.fi%2Ffiles%2Fattachments%2Ffi%2Fvrn%2Favitsemussuosituksukset_2014_fi_web.3_es.pdf

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2014c. Lautasmalli. Viitattu 3.5.2016.

Vanhala, M. 2010. Metabolinen oireyhtymä. Viitattu 25.1.2016.

http://duodecimlehti.fi/web/guest/haku;jsessionid=6E271C7731E9B119747E48A318C49D52?_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=uusinnumero&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo98842

Vehmanen, M. 2014. Vaaka ja lautasmalli riittävät pitkälle. Viitattu 13.2.2016.

<http://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/vaaka-ja-lautasmalli-riittavat-pitkalle-11649/>

World Health Organization. 2015. Healthy Diet. Viitattu 23.10.2015.
<http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs394/en/>

Kuviot

Kuvio 1:Lautasmalli (VRN 2014c)	11
---------------------------------------	----

Taulukot

Taulukko 1: Energiantarve-laskuri (Suomen Sydänliitto 2015)	12
Taulukko 2: IDF:n MBO -määritelmä länsimaiselle väestölle (Niskanen ym. 2008, 5)	14
Taulukko 3: Terveysaineiston laatuksiteerit (Terveiden edistämisen keskus 2001, 10)	34

Liitteet

Liite 1: Saatekirje 1.....	49
Liite 2: Saatekirje 2.....	50
Liite 3: Oppaan arviointilomake ammattikuskille.....	51
Liite 4: Oppaan arviointilomake työterveyshoitajalle.....	52
Liite 5: Ammattikuskin ravitsemusopas.....	53

Liite 1: Saatekirje 1

Hei ammattikuski!

Olemme viimeisen vuoden hoitotyönopiskelijoita Laurea Otaniemestä. Opin-
näytetyönämme toteutamme ravitsemusoppaan ammattikuskeille. Työelämän
yhteistyökumppani opinnäytetyössä on Mehiläinen Oy Työterveyspalvelut, jon-
ka käyttöön opas tuotetaan.

Olemme tutustuneet ammattikuskin työhön lähdekirjallisuuden avulla ja ha-
vainneet, että esimerkiksi syöminen työaikana on joskus haastavaa ja terveys
kärsii heikon ravinnonlaadun myötä pitkän ajan kuluessa. Haluamme työlläm-
me tukea ja ohjata ammattikuskeja paremman ruoan ja terveellisten elämän-
tapojen äärelle.

Toivoisimme Sinulta, ammattikuski, ehdotuksia tai toiveita tulevaa ravitse-
musopasta varten. Opas tehdään juuri Teille, joten ottaisimme ilo mielin vas-
taan toiveita ja ehdotuksia oppaan sisällöstä ja ulkoasusta. Vastaaminen on
täysin vapaaehtoista ja ehdotuksia käsitellään opinnäytetyössä anonyymisti.

**Pyydämme palauttamaan ehdotukset sähköpostitse viestin lähettäneeseen
osoitteeseen 10.4 mennessä.**

Kiittäen,

Hoitotyönopiskelijat

Annamari Laitinen, Milla Dahl & Pauliina Torkki

Liite 2: Saatekirje 2

Hyvä vastaanottaja,

olemme hoitotyön opiskelijoita Laurea-ammattikorkeakolusta ja teemme opinnäytetyönämme ravitsemusoppaan ammattikuskeille. Oppaan tavoitteena on tarjota tietoa terveellisestä ravitsemuksesta ammattikuskeille.

Viestin liitteenä on ensimmäinen versio suunnittelemastamme ravitsemusoppaasta sekä arviointilomake. Toivoisimme Teidän vastaavan arviointiin, jossa tarkoitus on arvioida oppaan ulkoasua, sisältöä ja sen kattavuutta. Antamanne tiedot käsitellään luottamuksellisesti ja arviointilomakkeen vastauksia hyödynnetään opinnäytetyön raportissa anonymisti. Vastaaminen on täysin vapaaehtoista.

Toivomme teidän palauttavan arviointilomakkeen 22.4 mennessä viestin lähettäneeseen sähköpostiosoitteeseen.

Yhteistyöstä kiittäen,

Hoitotyönopiskelijat

Annamari Laitinen, Milla Dahl & Pauliina Torkki

Liite 3: Oppaan arviointilomake ammattikuskille

Oppaan arviointilomake ammattikuskille

Palautteen voit kirjoittaa kommenteille varattuun tilaan.

1. Oliko opasta helppo lukea ja ymmärtää? Oliko oppaassa epäselviä sanoja tai asioita?

2. Oliko oppaassa kattavasti tietoa terveellisestä ravitsemuksesta? Olisitko kaivannut enemmän tai vähemmän tietoa jostain aihealueesta?

3. Mitä mieltä olet oppaan ulkoasusta? Onko kuvitus mielestäsi onnistunut? Tukeeko kuvitus tekstiä?

4. Onko oppaassa käytetty sopivaa tekstin kokoa ja asettelua?

5. Muuta palautetta oppaasta

Kiitos palautteestanne!

Arviointilomakkeen palautus 22.4 mennessä viestin lähettäneeseen sähköpostiosoitteeseen.

Liite 4: Oppaan arviointilomake työterveyshoitajalle

Oppaan arviointilomake työterveyshoitajalle

Palautteen voit kirjoittaa kommenteille varattuun tilaan.

1. Oliko oppaassa kattavasti tietoa terveellisestä ravitsemuksesta?

2. Oliko kohderyhmän ammattikuskit mielestäsi hyvin huomioitu oppaassa? Jos ei, niin mitä toivoisit lisää?

3. Koetko, että opasta voisi hyödyntää ammattikuskien ohjauksessa?

4. Mitä mieltä olit oppaasta kokonaisuutena (sisältö + ulkoasu)?

5. Muuta palautetta oppaasta

Kiitos palautteestanne!

Arviointilomakkeen palautus 22.4 mennessä viestin lähettäneeseen sähköpostiosoitteeseen.

Liite 5: Ammattikuskin ravitsemusopas



Sisällys

- Alkusanat
- Mitä on terveellinen ravitsemus?
- Säännöllinen ateriarytmi
- Sopiva ateriakoko
 - Lautasmalli
- Päivittäinen energiantarve
- Päivittäinen energiansaanti
- Laske energiantarpeesi
- Vertaa energiansaantia
- Terveellisen ravitsemuksen hyödyt
- Lisätietoa
- Lähteet



Alkusanat

Arvoisa ammattikuski!

Kädessäsi on Laurea-ammattikorkeakoulun hoitotyön opiskelijoiden opinnäytetyönä tuotettu ravitsemusopas, johon on koottu tietoa terveellisestä ravitsemuksesta. Ammattikuskin työ on ajoittain haaste terveellisen ravitsemuksen ylläpitämiselle. Pienikokoinen opas kulkee helposti mukanasasi ja on tukena työaikaiselle ruokailullesi.

Hyviä lukuhetkiä!

Mitä on terveellinen ravitsemus?

- Terveellinen ravitsemus on tasapainoinen kokonaisuus, jossa päivittäiset valinnat ratkaisevat pitkällä aikavälillä
- Terveellisellä ravitsemuksella ylläpidetään terveyttä ja ehkäistään sairauksia sekä niiden riskitekijöitä
- **Terveyttä edistävässä ruokavaliassa tärkeää on ruokailujen säännöllisyys, ruoan monipuolisuus ja laatu sekä sopiva energiansaanti suhteessa kulutukseen**
- Tietämys terveellisestä ravitsemuksesta on edellytys terveellisten ruokailutottumusten ja ruokavalintojen omaksumiselle
- Terveellisen ravitsemuksen ohjeistuksesta vastaa Valtion ravitsemusneuvottelukunta, jonka julkaisemien ravitsemussuosituksen tavoitteena on parantaa Suomen väestön terveyttä

Säännöllinen ateriarytmi

- Säännöllinen ateriarytmi tarkoittaa ruokailua tasaisin väliajoin, sopiva ruokailuväli on noin 3-4 tuntia
- Päivän aikana tulee syödä yhteensä 4-5 ateriaa, jotka koostuvat aamupalasta, lounaasta, päivällisestä ja 1-2 välipalasta
 - Hyviä välipaloja ovat mm. smoothiet, hedelmät ja Sydänliiton Sydänmerkillä varustetut rahkat, välipalapatukat sekä puurot

+ Mitä etua on syödä säännöllisesti?

- Kylläisyyden tunteen ylläpitäminen ehkäisee kovaa nälän tunnetta ja siitä aiheutuvia epäterveellisiä mielitekoja (makeiset, virvoitusjuomat, grilliruuat)
- Vireystila pysyy yllä ja virtaa riittävästi paremmin koko työpäivän ajan
- Verensokeri pysyy tasaisena ja olo hyvänä!

TIESITKÖ?

Alhaisen verensokerin tunnustat näistä oireista nälän tunne, ärtyneisyys, hikoilu, sydämen tykytys ja päänsärky

Säännöllinen ateriarytmi	Sopiva ateriakoko
<p>- Mitä seurauksia on epäsäännöllisestä ateriarytmistä?</p> <ul style="list-style-type: none"> Väsymys, joka lisää esimerkiksi liikenneonnettomuuksia Hallitsemattomampi syöminen ja suuremmat kertaannokset, joissa paljon ylimääräistä rasvaa, suolaa ja sokeria Pidemmillä aikavälillä mielitekojen ja isojen annosten seurauksena paino voi nousta <p>Keinoja noudattaa säännöllistä ateriarytmiä työaikana:</p> <ul style="list-style-type: none"> 4,5h yhtäjaksoisen ajon jälkeen ruokatauko Kokeile asettaa puhelimeesi muistutus tukemaan ruokailujen säännöllisyyttä Huom! Suunnittele ruokailuja mahdollisuuksien mukaan jo etukäteen <ul style="list-style-type: none"> Eväiden varaaminen mukaan kylmälaukkuun tai jääkaappiin Välipaloja kuivasäilytykseen pahan päivän varalle Yövuoron aikana suositellaan kevyitä aterioida ja välipaloja tasaisin väliajoin, kahvi suositellaan jättämään yövuoron alkuun 	<ul style="list-style-type: none"> On hyvä tiedostaa, että ihminen usein syö enemmän kuin mitä tarvitsee Sopiva ateriakoko mahtuu yhdelle normaali kokoiselle lautaselle salaatin kera Lautasen täyttämässä ja terveellisen aterian kokoamisessa auttaa lautasmalli Jos epäilet syöväsi liian suuria annoksia, valitse seuraavaksi pienempi lautanen ruokailuun <div data-bbox="885 896 1244 1153" style="border: 1px solid black; border-radius: 50%; padding: 10px; text-align: center;"> <p>TIESITKÖ?</p> <p>Vuonna 2011 joka viidennessä kuolemaan johtaneessa kolarissa kuljettajan väsymys oli taustatekijänä</p> </div>

LAUTASMALLI
HYVÄN ATERIAN AINEKSIA

Marjat on hyvä vaihtoehto jälkiruualle

Ruokajuomana vähärasvainen/ rasvaton maito, piimä tai vesi

Salaatinkastikkeena voit käyttää esimerkiksi rypsiöljyä

Puolet lautasesta on varattu kasviksille

Täysjyväviljatuotteet estävät veren-sokerin heittelyä

Leivän päälle kasvisrasvalevitettä

1/4 kala, liha, muna tai kasvisvaihtoehto

1/4 peruna, riisi, tai pasta

© Valtion ravitsemusneuvottelukunta

Päivittäinen energiantarve

- Ihminen tarvitsee päivittäin riittävästi energiaa peruselintoimintojen kuten sydämen sykkeen ylläpitämiseen, tästä käytetään nimeä päivittäinen energiantarve
 - Energiantarve on yksilöllistä ja siihen vaikuttavat mm. ikä, sukupuoli ja fyysinen aktiivisuus
 - Työikäisten miesten energiantarve on noin 2 200 kilokaloria / vuorokaudessa ja naisten 1 600 kilokaloria/ vuorokaudessa**
- + **Miksi tasapaino energian saanti ja kulutuksen välillä on tärkeää?**
- Se ylläpitää normaalia painoa
- **Onko epätasapaino vakavaa?**
- Pitkään jatkunut epätasapaino energian saannin ja kulutuksen välillä lisää rasvakudoksen määrää kehossa ja altistaa siten ylipainolle

Päivittäinen energiansaanti

- Energiansaanti puolestaan kertoo päivän aikana ruoasta saadun energian kokonaismäärän, joka pääosin koostuu...
Hiilihydraateista (50-60%) elimistö saa nopeasti ja edullisesti energiaa. Täysjyväviljavalmisteet sisältävät terveyden kannalta hyödyllisiä hiilihydraatteja.
- Rasvat (25-35%)** varastoivat energiaa ja niiden mukana saadaan välttämättömät rasvaliukoiset vitamiinit. Rasvoista tulee suosia pehmeitä kasvisrasvoja ja kalarasvoja kovan eläinrasvan sijaan
- Proteiinit (10-20%)** ovat tärkeitä kudosten rakennusaineita ja elintoimintoja säätelevien entsyymien rakenteita. Kala, liha, kananmuna ja palkokasvit ovat hyviä proteiininlähteitä.

TIESITKÖ?

Syömällä kuituja ja proteiineja pidät yllä kylläisyyden tunnetta!

Laske energiantarpeesi

- Hyvä keino tarkkailla energian saantia on tiedostaa oma päivittäinen energiantarve
- Alla olevan taulukon avulla voit laskea suuntaa antavan päivittäisen energiantarpeesi (kcal/vrk)
 - ⇒ Ensimmäiseksi sinun tulee tietää painosi
 - ⇒ Etsi taulukosta miehen tai naisen kohdalta oma ikäkerosi ja käytä sen viereistä kaavaa laskeaksesi energiantarpeesi
 - ⇒ Kirjoita tulos muistiin
 - ⇒ Laske suurin piirtein päivän aikana syödystä ruoasta saatu energiamäärä (kcal/vrk) ja vertaa lukua energiantarpeeseesi

SUKU-PUOLI	IKÄ	YHTÄLÖ (kcal/vrk)
MIEHET	18-30	(15,3 x paino)+ 679
	31-60	(11,6 x paino)+ 879
	>60	(13,5 x paino)+ 487
NAISET	18-30	(14,7 x paino)+ 496
	31-60	(8,7 x paino)+ 829
	>60	(10,5 x paino)+ 596

Vertaa energiansaantia

- Kuvissa on esitelty kahden aterian energiasisältö, **kumman sinä valitsisit?**

- Kerroshampurilainen, isot ranskalaiset ja 0,4l limu
= **1 229 kcal**



Hiilihydraatit: 139,6g
Rasvat: 118,8g
Proteiinit: 32,8g

- Kanaa ja riisiä currykastikkeessa, salaatti, hedelmä ja maitolasi
= **467 kcal**



Hiilihydraatit: 81g
Rasvat: 4,2g
Proteiinit: 24g

Terveellisen ravitsemuksen hyödyt

- Terveellisen ravitsemuksen avulla ehkäistään yleisiä työkyvyn ja -vireyden uhkia, kuten keskivartalolihavuutta ja metabolista oireyhtymää (MBO)



- Tutkimuksissa on osoitettu ravitsemussuositusten mukaisen ruokavalion vähentävän riskiä sairastua tyypin 2 diabetekseen ja sydän- ja verisuonisairauksiin
- Syömällä terveellisesti autat torjumaan yhtä maamme merkittävästä kansanterveydellisistä ongelmasta!

Terveellisen ravitsemuksen hyödyt

Pienillä valinnoilla voi saada aikaan suuria muutoksia!



Tarkkaile vyötärönympäristäsi, suurentunut vyötärönympäryys voi olla hengenvaarallista!

Lisätieto

Työterveyslaitoksen sivuilta löydät paljon erilaista tietoa ammattikuskien ruokailuun liittyen

- www.ttl.fi > materiaalit > Virkeänä ratissa-käsikirja

Valtion ravitsemusneuvottelukunnan uusimmat ravitsemussuositukset vuodelta 2014 löydät osoitteesta:

- www.vrn.fi > Ravitsemussuositukset > Suomalaiset ravitsemussuositukset > Terveyttä ruoasta! Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014

Terveellisiä ruokavinkkejä löydät täältä:

- www.sydanmerkki.fi

Liikuntapiirakka ohjeistaa liikunnan suosituksista:

- www.ukkinstituutti.fi > Tietoa terveystieteistä > Terveystieteiden tutkimuskeskus > Liikuntapiirakka

Kiitos!

Toivomme, että oppaasta on sinulle apua päivittäisissä ruokailuissa.



Ammattikuskeja tukemassa,
Sairaanhoitajaopiskelijat

Dahl Milla Laitinen Annamari Torkki Pauliina

LÄHTEET:

Aro, Mutanen & Uusitupa 2012. Ravitsemustiede. 4. Uudistettu painos. Helsinki: Duodecim. Viitattu 14.4.2016

Haglund, B. Huupponen, T. Ventola, A-L. Hakala-Lahtinen, P. 2010. Ihmisen ravitus. 10. Uudistettu painos. Helsinki: WSOY pro Oy. Viitattu 15.4.2016

Hesburger. 2016. Ravintoarvotaulukko. Viitattu 11.4.2016.<https://www.hesburger.fi/ravintoarvotaulukko>

Hu, F. & Walter, W. 2002. Optimal Diets for Prevention of Coronary Heart Disease. Viitattu 15.4.2016. http://isites.harvard.edu/fs/docs/icb.topic982606.files/Hu_Willet-JAMA-Optimal_Diets_Prevention_CHD.pdf

Kemppainen, N., Korkiakangas, E., Laitinen, J., Nevanperä, S., Rahkonen, F., Sallinen J. & Salmi, A. 2011. Virkeänä ratissa- käsikirja. Viitattu 14.4.2016. http://www.ttl.fi/partner/virkeana_ratissa/materiaalit/Documents/Virke%C3%A4n%C3%A4%20ratissa%20k%C3%A4sikirja-low.pdf

Mustajoki, P. 2015. Alhainen verensokeri (hypoglykemia). Terveyskirjasto. Viitattu 14.4.2016. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00886

Mustajoki, P. 2011. Terveystietä: hyvinvoinnin ABC. Helsinki Duodecim. Viitattu 7.4.2016.

Peltosaari, L. Raukola, H. Partanen, R. 2002. Ravitsemustieto. 1. Painos. Keuruu: Otava. Viitattu 14.4.2016

Pietiläinen, K. Mustajoki, P. & Borg, P. 2015. Lihavuus. Helsinki: Duodecim. Viitattu 23.10.2015 Ravitsemusterapeuttien yhdistys ry. 2009. Erityisruokavaliot- opas ammattilaisille. 7. uudistettu painos. Helsinki:Dieettimedia Oy. Viitattu 4.4.2016.

Ravintosisältö. Kalorilaskuri. Viitattu 11.4.2016 <http://kalorilaskuri.fi/ravintosisalto>

Terveys- ja hyvinvoinnintietokeskus. 2012. Suomalaisten lihavuus ennen. Viitattu 14.4.2016.http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90885/TutkimuksestaTiivistä4_lihavuus.pdf?sequence=1

Terveys- ja hyvinvoinnintietokeskus. 2014. Ravitus, terveellinen ruokavalio. Viitattu 14.4.2016.<https://www.thl.fi/web/elintavat-ja-ravitsemus/ravitsemus/ravitsemus-ja-terveys/terveellinen-ruokavalio>

Työterveyslaitos. 2013. Näin työnantaja voi tukea terveellistä ruokailua. Viitattu 14.4.2016. http://www.ttl.fi/partner/virkeana_ratissa/nain_tyonantaja_voi_tukea_terveellista_ruokailua/sivut/default.aspx

Työterveyslaitos. 2015. Voi hyvin kuljettaja. Viitattu 14.4.2016. http://www.ttl.fi/toimialat/liikenne/voi_hyvin_kuljettaja/sivut/default.aspx

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2010. Ravitsemushoito. Viitattu 14.4.2016. http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/attachments/fi/vrn/ravitsemushoito_net_2_painos.pdf

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2014. Terveystietä ruoasta! Suomalaiset ravitsemussuosituksien 2014. https://docs.google.com/viewer?url=http%3A%2F%2Fwww.ravitsemusneuvottelukunta.fi%2Ffiles%2Fattachments%2Ffi%2Fvrn%2Fraitsemussuosituksien_2014_fi_web_3_es.pdf

Välimäki, M., Sane, T. & Dunkel, L. 2009. Endokrinologia. 2.painos. Helsinki: Duodecim. Viitattu 7.4.2016.

Kuva 1: https://www.flickr.com/search/?text=apple&color_codes=6

Kuva 2: <http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/portal/fi/julkaisut/kuva-arkisto/>

Kuva 3: <https://www.flickr.com/search/?text=hesburger>

Kuva 4: <https://www.flickr.com/search/?text=riisi%20ja%20kana>