

Opinnäytetyö (YAMK)
Terveys ja hyvinvointi
Terveysten edistäminen
2017

Maire Manninen

TERVE-RYHMÄPALVELUN MERKITYKSEN KARTOITTAMINEN PITKÄAIKAISSAIRAAN TERVEYTEEN

– Kyselylomakkeen laatiminen

OPINNÄYTETYÖ (YAMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Terveys ja hyvinvointi/Terveiden edistäminen

2017 | 36+16

Ohjaaja Pia Suvivuo

Maire Manninen

TERVE-RYHMÄPALVELUN MERKITYKSEN KARTOITTAMINEN PITKÄAIKAISSAIRAAN TERVEYTEEN

- Kyselylomakkeen laatiminen

Terveyden edistämällä on merkittävä yhteiskunnallinen tehtävä ja sen ydintehtävä on saada aikaan muutos ihmisen käyttäytymisessä lisäten näin heidän terveyttä. Terveyden edistämisen ja kroonisten tautien ehkäisyssä keskeisin merkitys on elintavoilla, kuten esimerkiksi liikunnalla ja ravintotottumuksilla. Suomessa kehitystä on tapahtunut myönteiseen suuntaan monissa elintavoissa, mm. kasvisten syönti päivittäin ja rasvattoman maidon juonti on lisääntynyt. Myös liikunta vapaa-ajalla on lisääntynyt. Ylipainoisten osuus väestöstä on kuitenkin edelleen suuri. Länsimaissa elintapoihin liittyvät terveysongelmat ovat yleistyneet nopeasti, mikä taas on johtanut palveluiden kysynnän kasvuun ja paineeseen lisätä terveydenhuollon ammattilaisten määrää. Ennaltaehkäisevään työhön olisi hyvä osoittaa kustannuksia korjaavan toiminnan sijasta.

Kehittämiprojektin tavoitteena oli tehdä kyselylomake TERVE-ryhmäläisille. TERVE-ryhmäpalvelu kuuluu Turun kaupungin hyvinvointitoimialaan. TERVE-ryhmä on tarkoitettu pitkäaikaissairaille, joka tarjoaa monipuolisesti aiheita terveellisen elämän kulmakivistä ja elintapojen vaikutuksista pitkäaikaissairauksiin. Kyselylomake on luotu kirjallisuuskatsauksen pohjalta ja sen esitetaus tapahtui TERVE-ryhmässä. Kyselylomakkeen esitetaus oli kehittämiprojektin soveltavan tutkimuksen osio, jossa tutkittiin kyselylomakkeen selkeyttä ja ymmärrettävyyttä. Soveltavan tutkimuksen osio tehtiin neljälle (4) TERVE-ryhmään osallistuneelle. Arviointi kyselylomakkeen käytökelpoisuudesta oli, että lomake oli selkeä ja sopivan mittainen. Kyselylomakkeen tarkoituksena on tulevaisuudessa saada tietoa TERVE-ryhmäpalvelun kokemuksista ja merkityksistä pitkäaikaissairaana terveyteen. Samaa kyselylomaketta voidaan käyttää myös sähköisesti ja tarvittaessa soveltaa kyselylomaketta muihin ryhmäpalveluihin terveydenhuollossa. Valmista kyselylomaketta voidaan käyttää ryhmäohjauksen alussa ja ryhmäohjauksen jälkeen. Kehittämiprojektin kyselykaavakkeella saadulla tiedolla on tarkoitus kehittää elämäntapaohjausta Turun kaupungin hyvinvointitoimialueen TERVE-ryhmäpalvelussa ja mahdollisesti muissa ryhmäpalveluissa.

ASIASANAT:

terveyden edistäminen, pitkäaikaissairas, ryhmäohjaus, elämäntapamuutos, TERVE-ryhmäpalvelu

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Health and Well-being / Health Promotion

2017 | 36+16

Instructor Pia Suvivuo

Maire Manninen

THE MEANING OF TERVE-GROUP SERVICE FOR PERSONS WITH CHRONIC ILLNESS

- Creating a questionnaire

Health promotion has a major role in a society and its main task is to make change in human behavior aiming to promote the health of the people. Healthy life style, such as exercising and healthy nutrition, has a key role in health promotion and prevention of chronic illnesses. In Finland, there has been a positive change in life styles, e.g. an increase in daily consumption of vegetables and non-fat milk. Also, the amount of leisure time exercise has increased. Unfortunately, obesity is still a major problem in population. Health problems, caused by bad lifestyle choices, have become more common in Western countries. Because of this, demand of services in healthcare has grown and there is a pressure to recruit more workforce in healthcare. Therefore, preventive work should a priority instead of corrective work.

The output of the development project was to create a questionnaire for people who have participated in the TERVE-group. TERVE-group service is part of the healthcare sector in The City of Turku. It offers practical advices for a healthy diet and a physical education for people who are suffering from chronic illnesses. A questionnaire is based on a literature review. Preliminary testing of the questionnaire is part of the study. Four (4) TERVE-group participants took part in the preliminary study. The questionnaire was evaluated as clear and of appropriate length. The aim of the questionnaire is to provide information in future about the role of TERVE-group service for people with chronic illnesses. The same questionnaire can be used as an electronic questionnaire, and modified to collect information of other group services in health care. The questionnaire can be used at the initial phase and the final phase of the group service. The aim of the information obtained from the questionnaires is for The Welfare Division of Turku City to develop lifestyle guidance in the TERVE-group service and possibly in other group services.

KEYWORDS:

health promotion, chronic illness, group service, change of lifestyle, TERVE-group service

SISÄLTÖ

| | |
|--|-----------|
| 1 JOHDANTO | 6 |
| 2 KEHITTÄMISPROJEKTIN TAUSTA, TARKOITUS JA TAVOITE | 7 |
| 3 KIRJALLISUUSKATSAUS | 9 |
| 3.1 Kansanterveys sekä siihen liittyvät terveyden edistämisen ohjelmat, hankkeet ja tutkimukset Suomessa | 9 |
| 3.2 Ylipaino ja lihavuus | 11 |
| 3.3 Krooniset sairaudet | 11 |
| 3.3.1 Tyypin 2 diabetes | 12 |
| 3.3.2 Sydän- ja verisuonitaudit sekä kohonnut verenpaine | 14 |
| 3.4 Tupakointi ja alkoholi | 16 |
| 3.5 Liikunta ja liikuntahoito | 17 |
| 3.6 Elämäntapamuutos ja interventiot | 19 |
| 4 KEHITTÄMISPROJEKTIN TOTEUTUMINEN | 21 |
| 4.1 Kehittämiprojektin etenemisvaiheet | 21 |
| 4.2 Projektioorganisaatio, projektiryhmä ja ohjausryhmä | 22 |
| 5 KYSELYLOMAKKEEN LAATIMINEN | 24 |
| 5.1 Tutkimusmenetelmä ja tutkimuskohde | 24 |
| 5.2 Kyselylomakkeen kuvaus | 25 |
| 6 KYSELYLOMAKKEEN ESITESTAUS | 27 |
| 6.1 Esitestaus osana lomakkeen laadintaa | 27 |
| 6.2 Esitestauksen tulokset | 28 |
| 6.3 Eettisyys | 28 |

| | |
|--|-----------|
| 7 ARVIOINTI JA POHDINTA | 30 |
| 7.1 Valmiin kyselylomakkeen arviointi | 30 |
| 7.2 Kehittämiprojektin prosessin arviointi | 32 |

| | |
|----------------|-----------|
| LÄHTEET | 33 |
|----------------|-----------|

LIITTEET

- Liite 1. Tutkimustiedote
- Liite 2. Saatekirje
- Liite 3. Esitestaus kyselylomake
- Liite 4. Kyselylomakkeen kuvaus
- Liite 5. Valmis kyselylomake
- Liite 6. Esitestauksen tulokset

KUVAT

| | |
|---|----|
| Kuva 1. Kehittämiprojektin etenemisvaiheet. | 22 |
|---|----|

1 JOHDANTO

Terveyden edistäminen on osa kansanterveystyötä ja perustuu kansanterveyslakiin. Myös tartuntatautilaissa, tupakkalaissa ja raittiustyölaissa on säädetty terveyden edistämisestä. Ohjaus- ja valvontavastuu terveyden edistämisestä on sosiaali- ja terveysministeriöllä. Ministeriön toimilla vaikutetaan terveyttä edistäviin elintapoihin sekä elinympäristön puhtauteen ja turvallisuuteen. Ministeriön keskeinen tavoite on eri sosiaaliryhmien terveyserojen kaventaminen. Eri puolilla Suomea asuvien ja eri sosiaaliryhmien terveys pitäisi olla yhtä hyvä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017.)

Kuntien mahdollisuuksia puuttua terveyttä vaikuttaviin riskitekijöihin, edistää väestön terveyttä ja kaventaa terveyseroja, vahvistetaan sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisella kehittämisohjelmalla (Kaste). Kun vaikutetaan suoraan kansansairauksien syihin terveyttä ja hyvinvointia edistäväillä toimenpiteillä, hillitään terveydenhuollon palveluiden kustannuksia. Positiivista tutkimustietoa löytyy terveyden edistämisen toimien vaikuttavuudesta ja kustannusvaikuttavuudesta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017.)

Terveyden edistämiseen tarvitaan kaikkia yhteiskunnan sektoreita. Toisin sanoen kaikessa yhteiskunnallisessa päätöksenteossa on otettava huomioon terveyden edistämisen näkökulma. Terveyttä ei voida edistää ainoastaan terveydenhuollon keinoin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2017.)

Sosiaali- ja terveyspalvelut siirtyvät maakunnille sosiaali- ja terveyspalvelujen (Sote) uudistuksen myötä, jolloin useissa kunnissa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen tehtävät tulee organisoida uudestaan. Sote-uudistuksen seurauksena kuntalaisten hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen tulee olemaan kuntien ja sote-alueiden yhteinen tehtävä. Tavoitteena on saada yhdenvertaiset sote-palvelut. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2017.)

2 KEHITTÄMISPROJEKTIN TAUSTA, TARKOITUS JA TAVOITE

Hyvinvointipalvelualan organisaatiot ovat luonteeltaan palveluorganisaatioita, jonka palveluperiaate ohjautuu asiakkaiden tarpeista. Muuttuvassa terveydenhuollossa keskeisenä tehtävänä on parantaa ihmisten hyvinvointia. (Paasivaara, Suhonen & Virtanen 2013, 57-58.) Turun kaupungin hyvinvointitoimialan TERVE-ryhmäpalvelu, jota kehittämisprojekti koskee, keskittyy ihmisten hyvinvoinnin tukemiseen ja laajojen ongelmien ennaltaehkäisyyn sekä terveyden edistämiseen, kuten esimerkiksi liikalihavuuteen ja sydän- ja verenkiertoelinten sairauksien hoitoon. (Turun hyvinvointitoimiala 2016.)

Turun kaupungin TERVE-ryhmä on tarkoitettu mm. diabeetikoille sekä kohonneesta verenpaineesta tai kolesterolista kärsiville sekä ylipainoisille. Ryhmä tarjoaa käytännönläheisiä ohjeita terveyttä edistävään ruokavalioon sekä terveysliikunnan aloittamiseen. Ryhmän tavoitteena on päästä kohti pysyvää elämäntapamuutosta ja ottaa liikunta tavaksi joka päiväiseen arkeen. Ryhmää vetää terveydenhuollon ammattilainen ja ryhmä on maksuton. (Turun kaupunki.)

TERVE-ryhmässä käydään läpi monipuolisesti aiheita terveellisen elämän kulmakivistä ja elintapojen vaikutuksista pitkäaikaissairauksiin. TERVE-ryhmässä käyntejä on kolme viikon välein ja yhden käynnin kesto on kaksi tuntia. Aiheina ovat mm. terveyttä edistävä ruokavalio, lautasmalli, arki- ja hyötyliikkumisen lisääminen sekä terveyttä edistävän painon ylläpito. Ryhmässä puhutaan myös terveysliikunnasta, liikunnan aloittamisesta, aktiivisesta arjesta ja liikunnan lisäämisen vaikutuksista pitkäaikaissairauksiin. Terveysliikunnan tunnuspiirteitä ovat säännöllisyys, kohtuukuormitus ja jatkuvuus. Ryhmässä pohditaan liikunnan positiivisia vaikutuksia ja haetaan sopiva liikuntamuoto. (Turun hyvinvointitoimiala 2016.)

TERVE-ryhmässä käydään läpi elintapojen vaikutuksia kohonneeseen verenpaineeseen. Huomiota kiinnitetään mm. ruokapyramidiin, terveyttä edistävään ruokavalioon sekä suolan käytön vähentämiseen ja suolan laadun muuttamiseen. Ryhmän itsehoidon kulmakiviin kuuluu mm. alkoholin kohtuukäyttö sekä tupakoinnin lopettaminen tai vähentäminen. Muita aiheita ryhmässä on yleinen jaksaminen ja vireystilan parantaminen sekä unen laadun parantaminen, jotka ovat osa painonhallinnan etuja. (Turun hyvinvointitoimiala 2016.)

Kehittämiprojektin tavoitteena oli tehdä kyselylomake TERVE-ryhmäläisille, koska aikaisempaa kyselyä ei ole tehty. Kyselylomakkeen tarkoituksena on saada tietoa TERVE-ryhmäpalvelun kokemuksista ja merkityksistä pitkäaikaissairaana terveyteen. Samaa kyselylomaketta voidaan käyttää myös sähköisesti ja tarvittaessa sitä voidaan soveltaa muihin Turun kaupungin ryhmäpalveluihin terveydenhuollossa.

3 KIRJALLISUUSKATSAUS

3.1 Kansanterveys sekä siihen liittyvät terveyden edistämisen ohjelmat, hankkeet ja tutkimukset Suomessa

Kansansairauksia voidaan ehkäistä vaikuttamalla riski- ja suojatekijöihin. Riski- ja suojatekijät ovat usein samoja eri kansansairauksilla. Esimerkiksi tupakointi on yksi riskitekijä lisäämällä sydän- ja verisuonitauteja, kroonisia keuhkosairauksia, muistisairauksia ja syöpiä, kun taas liikunta on yksi suojatekijä melkein kaikilta kansansairauksilta. Suurin osa työikäisten kroonisista sairauksista on ennaltaehkäistävissä terveellisellä ruokavaliolla, liikunnalla sekä välttämällä tupakointia ja liiallista alkoholin käyttöä. Korkean riskin henkilöillä tärkeäksi asiaksi kroonisten sairauksien hoidossa nousee myös tehokkaasti toteutettu lääkehoito. (THL 2015.)

Maailman terveysjärjestön (WHO) toimenpideohjelman tavoitteena on yhteistyösuhteiden avulla vähentää vuosien 2013-2020 aikana kroonisista sairauksista johtuvia ennenaikaisia kuolemia 25 %:lla niin kansallisesti, alueellisesti kuin maailmanlaajuisesti. Hyvinvointia ja sosioekonomista kehitystä on tavoitteena lisätä mm. kansallisten toimintaohjelmien, kansainvälisesti sovittujen kehitystavoitteiden sekä valvovan kansainvälisen yhteistyön avulla. Tavoitteena on mm. vähentää runsasta alkoholin käyttöä, lisätä terveysliikuntaa, vähentää tupakointia ja estää väestön lihomista. Tavoitteena on myös vahvistaa terveydenhuoltojärjestelmiä sekä luoda terveyttä edistäviä ympäristöjä. Kroonisten sairauksien ehkäisemiseksi tulee edistää myös kansallisia valmiuksia laadukkaaseen tutkimukseen. (WHO 2013, 7-10.)

Terveydenhuoltolaki (HE 90/2010) velvoittaa hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen rakenteiden ja johtamisen kehittämistä. Hyvinvoinnin ja terveyserojen kaventaminen sekä terveyden edistäminen kuuluvat kunnan kaikille toimialoille. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2010, 5.) Päivittäisessä terveyden ja hyvinvoinnin edistämisen johtamisessa ja suunnittelussa tulee hyödyntää reaaliaikaista tietoa kuntalaisten terveydestä ja niihin yhteydessä olevista tekijöistä. Tarvitaan tietoa myös terveyden ja hyvinvoinnin taloudellisesta merkityksestä ja toimenpiteiden vaikuttavuudesta. Tähän tietoon perustuvaan suunnitteluun tarvitaan tietoa myös väestöryhmittäisistä eroista terveydessä ja hyvinvoinnissa sekä peruspalveluiden kyvystä vastata kuntalaisten tarpeisiin. Suunnittelussa on hyvä huomioida paikalliset olosuhteet ja kansalliset poliittiset linjaukset. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen 2013; 9,34.)

Terveyden edistämisenä on merkittävä yhteiskunnallinen tehtävä ja sen ydintehtävä on saada aikaan muutos ihmisen käyttäytymisessä lisäten näin heidän terveyttä. Terveyttä lisätään ja parannetaan nimenomaan kehittämällä terveyspalvelujärjestelmää ja entistä parempia hoitomenetelmiä, lisäämällä hoitohenkilökunnan ja potilaiden tietoa sekä muuttamalla asenteita. (Rautava, Salanterä, Helenius & Tofferi 2009, 6-7.)

Valtimonterveydeksi-hankkeessa esitellään riskinarviointia. Pitkäaikaissairauksien ehkäisyssä tarvitaan väestöstrategiaa ja korkean riskin strategiaa. Väestöstrategialla tarkoitetaan, että pienetkin laajalti toteutuvat muutokset vaikuttavat merkittävästi tautien ilmaantuvuuteen. Korkean riskin strategia tukee väestöstrategiaa, koska riskiyksilöitä etsittäessä löydetään myös pienemmässä vaarassa olevia ja heitä tuetaan pysymään sellaisina. (Heinonen, Syväne, Toropainen, Nuutinen & Turku 2010, 13-14.)

Dehkon 2D-hanketta on hyödynnetty Valtimonterveydeksi-käsikirjan kokoamisessa. Käsikirja käsittelee palvelurakenteita, johtamista, riskinarviointia, hyväksi havaittuja interventioita, toimijoiden ammattitaitoa sekä hoitopolkuja ja palveluketjuja. Projektilla on pyritty luomaan hyvän elämän edellytykset ja hillitsemään terveydenhuollon kustannuksia. Käsikirjan tavoitteena on ollut, että siinä esitettävät ideat leviävät laajalti käyttöön. (Heinonen ym. 2010, 7.)

Terveys 2011 on niin Suomessa kuin kansainvälisestikin tärkeä hyvinvointitutkimus. Tässä seuranta- ja poikittaistutkimuksesta saadaan ajankohtaista tietoa suomalaisen aikuisväestön terveydestä, toimintakyvystä ja hyvinvoinnista. Tutkimuksesta saatua tietoa voidaan käyttää esimerkiksi hyvinvointipolitiikan ja palvelujärjestelmien suunnitteluun, arviointiin ja kehittämiseen. (Puska & Vaarama 2012, 9.)

Terveys 2011-tutkimuksen tulosten mukaan suomalaisten terveys, toimintakyky ja hyvinvointi ovat kohentuneet monelta osin vuodesta 2000. Koettu terveys parani ja pitkäaikaissairaiden osuus pieneni sekä monet kansansairaudet vähenivät. Diabetes sen sijaan yleistyi molemmissa sukupuolissa. Elämänlaatu koheni keski-ikäisessä ja iäkkäässä väestössä. Tuki- ja liikuntaelinten oireet yleistyivät etenkin nuorimmissa ikäryhmissä. (Koskinen, Lundqvist & Ristiluoma 2012, 216.)

Terveys 2011-tutkimuksen mukaan terveyden ja hyvinvoinnin myönteinen kehityksen jatkuminen näyttää kuitenkin epävarmalta. Tätä on selitetty osin sillä, että muutokset ilmenivät selvimmin iäkkäässä ja keski-ikäisessä väestössä, ja nuorimmissa 30-44-vuotiaiden ikäryhmässä myönteiset muutokset olivat usein vähäisempiä tai niitä ei havaittu lainkaan. Toiseksi ilmeni kielteisiä kehityskulkuja terveyteen liittyvissä elintavoissa. Tällaisia

kielteisiä elintapoja oli esimerkiksi, että jotkut ravintotottumukset ovat muuttuneet terveyden kannalta epäedulliseen suuntaan ja liikunnan harrastaminen on vähentynyt. Verenpaineet kohenivat iäkkäillä, mutta alle 45-vuotiailla myönteinen kehitys näyttää hidastuneen tai pysähtyneen. (Koskinen ym. 2012, 217-218.)

3.2 Ylipaino ja lihavuus

Suomessa sekä muualla maailmassa lihavuus lähti nousuun selkeästi 1970 – ja 1980 lukujen jälkeen. Ylipainosta ja lihavuudesta on tullut kansanterveydellinen ongelma. Länsimaiden väestön ylipainoisuuteen ovat vaikuttaneet elintason nousun lisäksi elintapojen ja elinympäristön muuttuminen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013; 9, 13, 16.) Ruumiillisen työn ja arkiliikunnan vähentyminen sekä istumisen lisääntyminen ovat pienentäneet energiankulutusta. Myös ruoka-annokset ovat suurentuneet, syödään sokeria ja rasvaa sisältäviä välipaloja sekä nautitaan alkoholia, joista kerääntyy ylimääräistä energiaa. (Männistö, Laatikainen & Vartiainen 2012, 1.)

Ylipainoisuus lisää sairastavuutta mm. tyypin 2 diabetekseen, sydän- ja verisuonitauteihin, useisiin syöpätauteihin sekä tuki- ja liikuntaelinsairauksiin. Lihavuus on myös kansanterveydellinen ja -taloudellinen ongelma. Ylipainoisten henkilöiden terveystilanteet on arvioitu olevan 25% korkeammat kuin normaalipainoisten. Lihavuus aiheuttaa arviolta 330 miljoonan euron kokonaiskustannukset terveydenhuollossa vuosittain. Kulut muodostuvat mm. vuodeosastohoitoapäivistä, lääkekustannuksista ja työkyvyttömyyseläkkeistä. Huolestuttavaa on, että viimeisen kymmenen vuoden aikana lihavuuden esiintyvyydessä ei ole tapahtunut muutoksia. (Männistö ym. 2012, 1.)

Länsimaissa elintapoihin liittyvät terveysongelmat, erityisesti ylipainon ja tupakoinnin aiheuttamat sairaudet ovat yleistyneet nopeasti, mikä taas on johtanut palveluiden kysynnän kasvuun ja paineeseen lisätä terveydenhuollon ammattilaisten määrää. Ennaltaehkäisevään työhön olisi hyvä osoittaa kustannuksia korjaavan toiminnan sijasta. (Patja, Absetz, Kuronen & Lillrank 2009, 1351.) Tarvitaan koko yhteiskunnan yhteisiä toimia lihavuuden ehkäisemiseksi ja vähentämiseksi (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013, 16).

3.3 Krooniset sairaudet

Suomessa on viime vuosikymmenten aikana ihmisten keskimääräinen elinikä pidentynyt merkittävästi. Ennenaikaisen kuoleman syyksi on nykyajassa noussut krooniset tai pit-

käaikaiset sairaudet ja tapaturmat. Suomessa kroonisiin kansansairauksiin kuuluvat sydän- ja verisuonitaudit, krooniset keuhkosairaudet, astma ja allergia, diabetes, muistisairaudet, tuki- ja liikuntaelinsairaudet, mielenterveysongelmat, muistiongelmät sekä syöpäsairaudet. (THL 2015.) Tässä kirjallisuuskatsauksessa keskitytään tyyppin 2 diabetekseen ja sydän- ja verisuonitauteihin.

Terveyden edistämisen ja kroonisten sairauksien ehkäisyssä keskeisin merkitys on elintavoilla, kuten esimerkiksi liikunnalla ja ravintotottumuksilla (Helldän & Helakorpi 2015, 9). Suomessa kehitystä on tapahtunut myönteiseen suuntaan monissa elintavoissa. Myönteisiä muutoksia on tapahtunut mm. ruokatottumuksissa, kuten esimerkiksi kasvien päivittäinen syönti ja rasvattoman maidon juonti ovat lisääntyneet. Myös liikunnan harrastaminen on lisääntynyt vapaa-ajalla. (THL 2017.)

3.3.1 Tyyppin 2 diabetes

Liikapaino on yleistynyt myös suomalaisten keskuudessa. Suomalaisten terveyttä uhkaa uusi epidemia, tyyppin 2 diabetes. Tyyppin 2 diabetesta kutsutaan myös ”aikuisiän diabetekseksi”. Tyyppin 2 diabeteksessa haima joutuu tuottamaan insuliinia tavallista enemmän, koska insuliinin säätelemä sokerin eli glukoosin siirtyminen verestä soluihin on häiriintynyt. Vähitellen haiman insuliinia valmistavat solut väsyvät, minkä seurauksena verensokeri nousee. Tämän vuoksi diabetes puhkeaa. (Mustajoki 2017.)

Vaikka kolmasosalla suomalaisista on perinnöllinen taipumus sairastua tyyppin 2 diabetekseen, pelkkä perinnöllinen taipumus ei johda diabeteksen puhkeamiseen. (Mustajoki 2017.) Tyyppin 2 diabetes kehittyy vähitellen vuosien aikana, mitä sairastaa noin neljännesmiljoona suomalaista. On arvioitu, että yhtä moni sairastaa tautia tietämättään. Tyyppin 2 diabeteksen keskeisiin elintapariskitekijöihin kuuluvat erityisesti vyötärön seudun rasva, vähäinen liikunta sekä epäterveellinen ruokavalio, joka sisältää runsaasti kovaa rasvaa, valkoista viljaa ja sokeria. Uutena diabeteksen elintapariskitekijänä on tunnistettu epäsäännöllinen uni-valve-rytmi ja unenpuute. (Lindström, Hemiö, Viitasalo, Puttonen, Härmä & Peltonen 2012, 75-77.)

Tyyppin 2 diabeteksen synty on mahdollista estää syntymästä kokonaan tunnistamalla sen esivaiheen oireet. Tätä vaihetta kutsutaan esidiabetekseksi. Esidiabetes on tärkeää tunnistaa sen vuoksi, koska sen tunnistamisen avulla ja siihen vaikuttamalla diabetes jää

puhkeamatta tai sen puhkeaminen siirtyy vuosiksi tai vuosikymmeniksi eteenpäin. Tärkeimmät asiat joilla voi vaikuttaa tyyppin 2 diabeteksen puhkeamiseen sen esivaiheessa on, kohtuullinen laihduttaminen ja liikunnan lisääminen. (Mustajoki 2017.)

Esidiabetes voidaan todeta joko riskitestillä tai verikokeiden avulla. Jotta saadaan paras varmistus diabeteksen vaarasta, on hyvä katsoa verikokeilla niin sokerirasituskoee kuin sokerin pitkäaikaisarvo (HbA1c). Esidiabeteksessa sokerirasituskoeksessa sokerin paastoarvo on kohonnut (sokeriarvo verestä 6,1-6,9) ja kahden tunnin kohdalla todetaan heikentynyt sokerinsieto (sokeriarvo verestä 7,8-11). Jo toisen arvon häiriö kertoo, että sokeriaineenvaihdunta ei ole enää normaali. (Mustajoki 2017.) HbA1c näyttää 2-8 viikon ajalta keskimääräisen verensokerin määrän. Diabeteksen esivaiheessa HbA1c voi olla normaali tai lievästi koholla. Diabeteksen rajana pidetään yli 48 mmol/mol. (Eskelinen 2016.)

Diabetesliiton riskitesti perustuu Kansanterveyslaitoksen kattaviin tutkimuksiin suomalaisten vaaroista sairastua tyyppin 2 diabetekseen. Diabeteksen riskitestiä apuna käyttäen diabeteksen ehkäisytöimiin on syytä ryhtyä, jos pisteitä testissä kertyy yli 12. Testissä kysytään kahdeksan kysymystä mm. taustatiedot (ikä, perimän vaikutus, verenpainelääkitys ja veren sokeriarvot), ylipainoon liittyvät tiedot (BMI, vyötärön ympäryys) sekä elintapoihin liittyvät kysymykset (kasvisten käyttö ja liikunta). (Mustajoki 2017a.)

Suomalainen diabetestutkimus osoitti ensimmäisenä maailmassa vuonna 2001, että diabeteksen syntyä voidaan ehkäistä esidiabetes vaiheessa. Tutkimukseen osallistui yli 500 esidiabetesvaiheessa olevaa henkilöä. Tutkimuksen joukko oli jaettu kahteen ryhmään, joista toinen sai ohjausta liikunta- ja ruokatottumusten muuttamiseksi ja toinen ryhmä oli vertailuryhmä. Esidiabeteksen ohjausryhmällä oli viisi tavoitetta, joista ensimmäisenä oli saada painoa putoamaan 5 %, toisena ruuan rasvan vähentäminen, kolmantena kovan rasvan vähentäminen, neljäntenä kuitujen lisääminen ravinnossa ja viidentenä liikunnan kohtuullinen lisääminen. Tutkimuksen tulokseksi saatiin se, että vertailuryhmästä sairastui diabetekseen yli kaksi kertaa enemmän (kokonaisuudessaan 23% tutkimukseen osallistuneista) kuin ohjausta ja painoa pudottaneen ryhmästä (11% tutkimukseen osallistuneista). Suomalainen tutkimus osoittaa, kuinka paljon on vaikutusta esidiabetesvaiheessa tehdyillä muutamilla elintottumusten muutoksilla diabeteksen puhkeamiseen. (Tuomilehto, Lindström, Eriksson, Valle, Hämäläinen, Ilanne-Parikka, Keinänen-Kiukkaaniemi, Laakso, Louheranta, Rastas, Salminen, Aunola, Cepaitis, Moltchanov, Hakumäki, Mannelin, Martikkala, Sundvall & Uusitupa 2001.)

Satunnaistetuissa kliinisissä kokeissa on osoitettu elintapamuutoksen teho esimerkiksi tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyssä. Tämä edellä kuvattu suomalainen kontrolloitu tutkimus on viety menestyksekkäästi terveydenhuollon arkeen sekä Suomessa että ulkomailla. (Tuomilehto ym. 2001) Myös monet paikalliset hankkeet sekä Dehkon valtakunnallinen diabeteksen hoidon ja ehkäisyn ohjelma osoittavat, että terveydenhuollossa on halu toimia. (Patja ym. 2009, 1351.)

Terveystalo on kehittänyt Etydi-työkalun, jolla voidaan seurata diabetesriskissä olevia ja diabetekseen jo sairastuneiden hoidon toteutumista sekä heidän sairauspoissaolojaan. Vuonna 2016 terveystalon rekisterissä oli yli 10 000 diabeetikkoa ja lähes 33 000 diabetesriskissä olevaa henkilöä. Tämä terveystalon aineisto diabetesriskissä olevista on Suomessa ainutlaatuinen. Aineisto mahdollistaa diabeteksen ennaltaehkäisyn ja kansantaloudellisten vaikutusten laskemisen. Vaasan yliopiston tutkimuksessa selvitettiin terveystalon aineiston ja koko väestön tasolla millaiset taloudelliset vaikutukset ovat diabeteksen ennaltaehkäisyllä ja diabetekseen liittyvillä sairauspoissaolojen vähentymisellä. Tuloksissa kävi ilmi, että mikäli 58% diabetesriskissä olevaa säästyy diabetekselta, niin vaikutus on positiivinen BKT:n molemmissa tapauksissa. Koko väestön vaikutus BKT:n on yli prosentin ja terveystalon rekisterin aineistolla 0,16%. Vastaavat lukemat rahassa tarkoittaa yli 2 miljardia euroa ja 320 miljoonaa euroa, puhumattakaan positiivisista vaikutuksista henkilötyövuosiin. (Reini & Honkatukia 2016, 17-24.)

Yhdysvalloissa tutkittiin diabeteksen ennaltaehkäisyä, johon osallistui 27 keskussairaala ympäri Yhdysvaltoja. Keskussairaalat oli jaettu kolmeen tutkimusryhmään. Ensimmäiseen ryhmään kuuluivat ne, jotka saivat ns. elämäntapaohjausta. Toiseen ryhmään kuuluivat ne, jotka saivat Metforminia eli verensokeria alentavaa lääkettä ja kolmas ryhmä sai lumelääkettä. Tutkimukseen osallistui yli kolmetuhatta ylipainoista henkilöä. Tulokset osoittivat, että tyyppin 2 diabetesta voi ehkäistä painonpudotuksella, säännöllisellä liikunnalla sekä vähärasvaisella ja vähäkalorisella ruokavaliolla. Myös Metforminia syöneiden ryhmässä laski paino, mutta ei niin hyvin kuin elämäntapaohjausta saaneiden ryhmässä. (U.S. Department of Health and Human Services 2008, 1-5.)

3.3.2 Sydän- ja verisuonitaudit sekä kohonnut verenpaine

Yleisimpiä sydän- ja verisuonitauteja ovat sepelvaltimotauti, sydämen vajaatoiminta ja aivoverenkiertohäiriöt. Sepelvaltimotaudin yleisin syy on valtimoseinämien kalkkeutumisi-

nen, joka aiheuttaa sepelvaltimoiden verenkierron heikkenemistä. Sepelvaltimotaudin ilmenemismuotoja ovat sydänkuolio, sydäninfarkti ja rasisrintakipu. Sydämen vajaatoiminnassa sydämen pumppausteho on heikentynyt ja aivoverenkierron häiriössä aivovaltimoiden verenkierto on heikentynyt pysyvästi tai tilapäisesti sekä voi olla aivoverenvuotoa. Riski näihin sydän- ja verisuonitauteihin on suurentunut, jos on korkea veren kolesterolipitoisuus, ravinto on rasvapitoista ja rasvan laatu on huonoa sekä, jos tupakoi tai on korkea verenpaine. (THL 2015a.)

Kohonnut verenpaine on maailmanlaajuisesti merkittävin terveitä elinvuosia vähentävä tekijä ja aiheuttaa ennen aikaista kuolemaa. Suomessa noin kahdella miljoonalla aikuisella on kohonnut verenpaine. Käypä hoito-suositusten tavoitteena on tehostaa ja yhdenmukaistaa kohonneen verenpaineen ehkäisy, diagnostiikka ja hoito. Riskitekijöitä, jotka vaikuttavat kohonneeseen verenpaineeseen, ovat suolan liiallinen saanti, runsas alkoholin käyttö, vähäinen fyysinen liikunta ja ylipaino. (Duodecim 2014.)

Yhdysvaltalaisessa tutkimuksessa oli tutkittu sydän- ja verisuonitaudin riskin vähentymistä, kun ohjauksen painopiste oli aikuisilla elämäntapamuutoksessa, edistämällä liikunnallisuutta ja ruokavaliota. Tutkimustiedot tukivat sitä tietoa, että fyysinen aktiivisuus ja ruokavalion muutokset kohti terveellisempää ravitsemusta vähensivät kuolleisuutta sekä sairastumista sydän- ja verisuonitauteihin. (Artinian, Fletcher, Mozaffarian, Kris-Etherton & Van Horn 2010; 406-407, 424.) Borodulinin (2006, 46-53) väitöskirjassa tutkittiin myös eri vapaa-ajan liikuntamuotojen ja arvioidun aerobisen kunnan yhteyttä sydän- ja verisuonitautien vaaratekijöihin. Tutkimus antoi samanlaisia tuloksia kuin yhdysvaltalainen tutkimus edellä, että fyysinen aktiivisuus ja ruokavalion muutokset vähensivät kuolleisuutta sekä sairastumista sydän- ja verisuonitauteihin aikuisilla.

Yhteiskunnalle aiheutuu huomattavia kustannuksia sydän- ja verisuonitaukeista. Sydän- ja verisuonitautien hoito on kustannusvaikuttavaa, jonka vuoksi olisi hyvä tukea tutkimustyötä ja hoitoa. Kansallisia suomalaisia hankkeita on esimerkiksi FINRISKI-tutkimus, jonka laajaa aineistoa käytetään suomalaisen väestön terveyden seurantaan ja moniin tutkimusprojekteihin. Muita hankkeita liittyen sydän- ja verisuonitauteihin ovat mm. Lihavuus laskuun-ohjelma ja Terveys 2011-tutkimus. (THL 2015a.)

THL:n toteuttaman FINRISKI-tutkimuksen mukaan suomalaisten verenpainetasot ovat edelleen koholla kansainvälisiin tuloksiin verrattuna. Kohonneita verenpainearvoja mitattiin miehistä 41 %:lla ja naisista 22%:lla vuonna 2012. Systolisen verenpaineen (yläpaine kuvastaa sydämen pumppauksen tuottamaa työpainetta) arvojen lasku on hidastunut ja

diastolisen verenpaineen (alapaine edustaa sydämen lepovaihetta) arvot ovat lähteneet nousuun. Miehillä koulutusryhmien välillä todettiin olevan eroavaisuuksia verenpaineta-
soissa. (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2012, 1-4.) (Majahalme 2014.)

3.4 Tupakointi ja alkoholi

Tupakointi lisää selvästi ennen aikaista kuolleisuutta ja tämä koskee etenkin työikäistä väestöä. Tupakointi lisää jopa 10- 20-kertaisesti keuhkosyövän riskiä ja myötävaikuttaa myös muidenkin syöpien synnyssä. Tupakointi on yksi sydän- ja verisuonitautien tärkein yksittäinen riskitekijä. Verenpainepotilaalla tupakoinnin lopettamisesta koituva hyöty verisuonisairauksien riskin kannalta lienee yhtä suuri kuin verenpainelääkityksen teho yksinään. (Kauhanen, Myllykangas, Salonen & Nissinen 2007, 172.)

THL:n tutkimuksen mukaan viimeisten kymmenen vuoden aikana sekä miesten ja naisten tupakointi on vähentynyt. Tupakoinnin vähentämisessä tulisi panostaa niin tupakoinnin aloittamisen ehkäisyyn kuin tupakoinnin lopettamisen edistämiseen. Tupakoijista 80 % kertoo olevansa huolissaan tupakoinnin aiheuttamista haitoista. Harva onnistuu lopettamaan tupakoinnin ilman tukea. Kunnilla on terveydenhuoltolain mukaan velvoite taata tupakasta vieroituspalveluiden saatavuus. (Sandström, Ollila, Heloma & Paavola 2012, 121-128.) Ollilan (2011) tekemässä meta-analyysissä saatiin tulokseksi, että ryhmäterapia tupakasta vieroitukseksi liitettynä muuhun hoitoon, kuten esimerkiksi terveydenhuollon asiantuntijoidenneuvontaan ja nikotiinikorvaushoitoon, parantaa tulosta tupakasta vieroitukseen.

Tupakaton Suomi on Savuton Suomi 2030-verkoston tavoite. Jotta tavoitteeseen päästään, yhä useamman on onnistuttava tupakoinnin lopettamisessa tai yhä harvemman ei tulisi aloittaa tupakointia. Keskeisiä keinoja tähän ovat savuttomien ja nikotiinittomien ratkaisuehdotusten esille tuominen, yleiseen mielipiteeseen vaikuttaminen sekä lainsäädäntöön vaikuttaminen ja sen kehittäminen. Savuton Suomi 2030-verkostossa on monia toimijoita, kuten esim. Allergia- ja astmaliitto, Terveiden ja hyvinvoinnin laitos ja Savuton kuntahanke. (Savuton Suomi 2030 2017.)

Alkoholinkäytössä suomalaisilla on ongelmana runsas kertakulutus eli humalajuominen, vaikka alkoholinkulutus on Suomessa eurooppalaista keskitasoa. Alkoholinkokonaiskulutus on pysynyt melko tasaisena viimeisen kymmenen vuoden aikana tai jopa hieman

vähentynyt. Alkoholin käyttöön liittyy monia terveysriskejä. Ongelmakäytön varhaisvaiheessa potilaan tuo terveydenhuoltoon usein fyysinen syy esimerkiksi sydämen rytmihäiriöt, epämääräiset vatsaoireet tai jokin infektio. Alkoholin haitat lisääntyvät suorassa suhteessa käyttömäärään. Suomessa on arvioitu olevan 500 000 henkilöä alkoholin riskikäyttäjää. Terveydenhuollon miespotilaista 20 % on alkoholin ongelmakäyttäjiä ja naisista noin 10 %. (Duodecim 2015.)

Vuosittain Suomessa alkoholin arvellaan aiheuttavan 2500-3000 ennen aikaista kuolemaa. Alkoholin kulutus nostaa verenpainetta ja aiheuttaa sydänlihassairautta, sydämen rytmihäiriöistä johtuvia äkkikuolemia sekä aivoverenkierron häiriöitä. Koko väestöön kohdistettu ehkäisevä päihdetyö on tärkeää, koska se pienentää haittoja niin pienemmän riskin ryhmässä kuin erityisen riskialttiissa suurkuluttajien ryhmässä. (Kauhanen ym. 2007, 177-180.)

Alkoholin ja terveyden maailmanlaajuinen tietojärjestelmä (GISAH) tarjoaa monenlaista tietoutta alkoholin terveysriskeihin liittyen. Tietojärjestelmän avulla voidaan seurata ja arvioida alkoholinkäyttöä sekä alkoholiin liittyviä haittoja. Nämä tiedot auttavat kansainvälisissä poliittisissa päätöksissä. Tietolähteinä toimivat mm. hallitusten asiakirjat, kansalliset tilastot, teollisuustiedot ja tieteelliset artikkelit. Näillä tiedoilla palvellaan WHO:n jäsenvaltioita analysoimaan alkoholin aiheuttamia terveysriskejä tietyissä maissa, WHO:n alueella tai maailmassa. (WHO 2017.)

3.4 Liikunta ja liikuntahoito

Säännöllisellä liikunnalla on terveyttä ja hyvinvointia edistävä vaikutus. On saatu vahvaa tieteellistä näyttöä, että liikunnalla on monia terveyshyötyjä mm. painonhallinnassa, sydän- ja verisuoniterveydessä ja tyypin 2 diabeteksessa. Fyysistä aktiivisuutta on kaikki liikunta ja liikkuminen, joka lisää energiankulutusta. Liikunnaksi lasketaan vapaa-ajan liikunta, matka- ja hyötyliikunta sekä työhön liittyvä liikunta. Aikuinen tarvitsee kohtuukuormitteista kestävyysliikuntaa vähintään 2 tuntia 30 minuuttia tai vaihtoehtoisesti raskasta fyysistä aktiivisuutta vähintään 1 tunti 15 minuuttia viikossa. (THL 2014.)

Säännöllisellä liikunnalla ja fyysisellä aktiivisuudella on tärkeä rooli sairauksien ennaltaehkäisyssä. Satunnaistetuissa kontrolloiduissa tutkimuksissa meta-analyysit osoittavat, että liikunnalla on positiivinen vaikutus kroonisten sairauksien hoidossa. Käyttöön on vaikiintumassa termi liikuntahoito. Liikuntahoito vaikuttaa fyysisen kunnan paranemiseen,

kipujen vähenemiseen tuki- ja liikuntaelinsairauksissa, sairauksien etenemisen hidastamiseen erityisesti valtimosairauksissa, masennuksen vähenemiseen ja yleisen hyvinvoinnin paranemiseen. (Kujala 2014, 1877.)

Vähäisellä liikunnalla, huonolla aerobisella kunnolla ja keskivartalolihavuudella on suora ja välillinen yhteys sydän- ja verisuonitauteihin vaikuttaviin vaaratekijöihin (Kujala 2014, 1877). Borodulinin (2006; 36, 46-54) väitöskirja tutki eri vapaa-ajan liikuntamuotojen ja arvioidun aerobisen kunnan yhteyttä sydän- ja verisuonitautien vaaratekijöihin suomalaisessa väestössä. Väitöskirjan tavoitteena oli myös tutkia uuden aerobista kuntoa mittaavan menetelmän soveltuvuutta väestötutkimukseen, aerobisen kunnan jakautumista miehillä, naisilla ja eri ikäryhmissä sekä aerobisen kunnan ja keskivartalolihavuuden yhdysvaikutuksia sydän- ja verisuonitautien vaaratekijöihin. Väitöskirja oli osa kansallista FINRISKI 2002-tutkimusta. Väitöskirjan perusteella arvioidulla aerobisella kunnolla ja säännöllisellä vapaa-ajan liikunnalla on yhteys suotuisasti sydän- ja verisuonitautien vaaratekijöiden tasoihin. Arvioitu kunto laskee iän myötä ja oli matalampi naisilla kuin miehillä. Tutkimuksessa todettiin, että jo pieni määrä liikuntaa ja kohtuullinen kunto parantavat vaaratekijöiden tasoja, mutta suuremmalla liikuntamäärällä ja paremmalla kunnolla vaikutus on vieläkin tehokkaampi.

Muissakin maissa on tehty tutkimuksia liittyen liikkumattomuuteen ja saatu samantapaisia tuloksia. Esimerkiksi kiinalainen tutkimus oli tutkinut fyysisen passiivisuuden eli liikkumattomuuden kokonaiskustannuksia. Liikkumattomuus aiheuttaa vuosittain huomattavan taloudellisen rasitteen Kiinalle. Tulokset kertoivat, että liikkumattomuus lisää 12-19 %:lla riskiä sairastua sydän- ja verisuonitauteihin, syöpiin ja tyypin 2 diabetekseen. (Zhang & Chaaban 2012, 75-77.)

Vuoren (2013) artikkelin mukaan liikunnan edistämiseen terveydenhuollossa on panostettava, jos keinojen vaikuttavuudesta, kustannusvaikuttavuudesta ja toteutettavuudesta on vaikuttavaa näyttöä. Vaikka liikuntaneuvonta- ja ohjaus ovat perusteltuja, terveydenhuollon voimavaroja käytetään vähän. Liikuntaneuvonnan laatua voi parantaa valitsemalla neuvonnan toteutus yksilöllisesti potilaan tietojen perusteella. Parhaat tulokset saadaan antamalla ensisijaisesti neuvontaa sairaille ja suuren riskin henkilöille. Liikunnan lisääntyminen näyttää Kujalan (2006, 1878) tutkimuksen mukaan myös vähentävän riskiä sairastua tyypin 2 diabetekseen.

Sosiaali- ja terveysministeriö julkaisi vuonna 2013 valtakunnalliset yhteiset linjaukset terveyttä ja hyvinvointia edistävään liikuntaan 2020. Linjausten visiona on, että vuoteen

2020 suomalaiset liikkuvat enemmän ja istuvat vähemmän koko elämänkulun aikana. Tässä poikkihallinnollisessa yhteistyössä on pyritty syvempään ja konkreettisempaan otteeseen valtakunnallisessa terveystiikunnan edistämistyössä. Julkaisussa kävi ilmi, että terveyttä edistävän liikunnan periaatepäätökset (2002 ja 2008) ovat toimineet hyvänä pohjana valtakunnalliselle terveystiikunnan edistämistyölle. (Sosiaali- ja terveystministeriö 2013.)

3.6 Elämäntapamuutos ja interventiot

Käyttäytymisen muutokseen tähtäävien interventioiden tarve on nykyisin suurempi kuin ehkä koskaan aiemmin, koska elintapoihin liittyvät riskitekijät ovat yleistyneet suomalaisessa väestössä. Suomalaisessa artikkelissa elintapaohjaus on käsitelty kahdesta näkökulmasta: teoriaan perustuvan ja elintapaintervention suunnittelemisen näkökulmasta. Terveysten edistäminen tarvitsee molempia näkökulmia. (Salmela, Kettunen & Poskiparta 2010, 208-209.)

Elintapaohjauksen osalta on vielä vaikeaa toteuttaa vaatimus teoriaan ja näyttöön perustuvista menetelmistä. Yhtenä edistysaskeleena voidaan pitää sitä, että elintapaohjauksen tekniikoiden alustavaa listaamista ja niiden linkittämistä käyttäytymisen osatekijöihin. Artikkelissa todetaan, että terveysten edistämisyssä kehitettyjen uusien työkäytäntöjen ja menetelmien levittäminen sekä juurruttaminen palvelujärjestelmiin on turvattu, jotta panostukset eivät menisi hukkaan. Olisi hyvä olla yhteiset määritelmät, jotta voitaisiin arvioida yksittäisten tekniikoiden vaikutuksia osatekijöihin ja käyttäytymiseen. (Salmela ym. 2010, 216-217.)

Elintapaintervention tutkimuksessa on todettu, että laihtumistulos jää valitettavasti usein väliaikaiseksi. Tutkimuksen tavoitteena oli tutkia tehostetun ohjauksen vaikutusta laihtumistulokseen. Ohjaus perustui Käypä hoito-suositukseen. Tutkimuksessa todettiin, että syömiskäyttäytymisen ohjaus pitäisi olla keskeinen osa laihtumisohtausta. Tehostetun ohjauksen ryhmässä henkilöt laihtuivat ensimmäisen kuuden kuukauden aikana enemmän kuin lyhytohtausryhmässä, mutta laihtumistulos ei ollut pysyvä. Syömiskäyttäytymisyssä tapahtui pysyvä muutos kummassakin tutkimusryhmässä. Tietoinen hillintä syömisessä lisääntyi. Tutkimuksessa todettiin myös, että keskustelu realistisesta painoavoitteesta ja elämäntilanteen kuormittavuudesta voisivat tehostaa laihtumisen onnistumista. (Keränen 2011, 5.)

Suomalaisessa tutkimuksessa on kuvattu ohjausintervention vaikuttavuutta elintapoihin ja elintapamuutokseen sitoutumiseen. Tutkimukseen osallistui 53 lappilaista vuosina 2007-2009 ja tutkittavat olivat ylipainoisia ja liikunta sekä kasvisten ja kuidun saanti oli vähäistä. Ohjausinterventio toteutettiin videopuhelinvälitteisesti Skypellä. Kuuden kuukauden seuranta tutkimuksessa havaittiin positiivisia muutoksia. Kolesteroliarvot olivat parantuneet ja diabetesriski pienentynyt, koska vyötärönympärysmitta ja ylipainoisten määrä (BMI > 30) oli vähentynyt. 12 kuukauden kohdalla todettiin, että ruokailutottumuksissa oli tapahtunut takaisinpaluuta huonoihin tapoihin. Tutkimuksessa todettiin, että osallistujat hyötyivät ohjausinterventiosta, koska elintavoissa tapahtui pieniä muutoksia terveelliseen suuntaan. (Ylimäki 2015, 5.)

Ryhmäohjaus on keino tavoittaa enemmän ihmisiä ohjauksen piiriin. Ryhmäohjaus on sen vuoksi kustannustehokasta. Kaikkosen (2012, 3.) kehittämistyön avulla luotiin moniammatillinen ryhmäohjausmalli tyypin 2 diabeetikoille. Moniammatillinen ryhmäohjaus koettiin tärkeäksi, tarpeelliseksi ja toimivaksi malliksi. Ryhmäohjauksiin osallistuneet saivat ryhmässä tietoa ja vertaistukea sekä omahoidon keinoja. Kaikkonen toteaa, että asiakaslähtöisyyden kehittämiseksi tulisi järjestää systemaattista koulutusta oppimisesta, ohjaamisesta ja ohjaamisen menetelmistä. Myös Halt-Kupiaisen ja Schütthin (2013, 3.) kehittämishanke toi samankaltaisia tuloksia ryhmäohjauksesta.

4 KEHITTÄMISPROJEKTIN TOTEUTTAMINEN

4.1 Kehittämiprojektin etenemisen vaiheet

Kehittämiprojekti käynnistyi vuoden 2016 alussa aiheen valinnalla. Alkukevällä 2016 kartoitettiin kehittämiprojektin avainsanat niin suomeksi kuin englanniksi. Avainsanojen pohjalta projektipäällikkö teki alustavan tiedonhaun ja aikataulun kehittämiprojektiin.

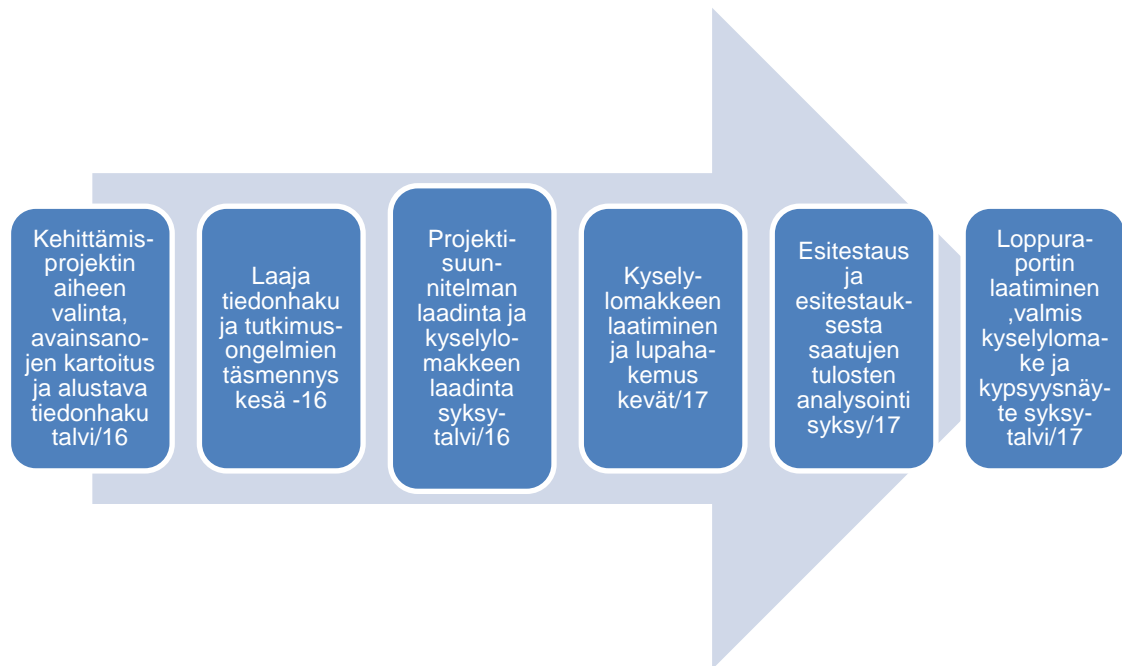
Alustavaa tiedonhakuja seurasi laajempi tiedonhaku kesällä 2016. Laajempi tiedonhaku sisälsi, mitä kehittämiprojektin aiheesta jo tiedettiin aikaisempien tutkimusten mukaan. Samalla täsmennettiin tutkimusongelmat ja asetettiin tavoitteet projektipäällikkyydestä ja asiantuntijuudesta.

Marraskuussa 2016 tehtiin työsuunnitelma aikatauluineen ja osatavoitteineen. Lisäksi laadittiin tutkimussuunnitelma, johon oli kirjattu sopimus toteutettavasta tutkimuksesta ja tutkimuskäytännöistä. Tutkimussuunnitelmassa selostettiin tekeillä olevan projektin tutkimusongelma, tutkimuskysymykset sekä projektin tavoite ja tarkoitus. Samalla tehtiin lupahakemus ja tutkimustiedote (Liite 1.) Työsuunnitelmassa kuvattiin myös teoreettinen viitekehys ja määriteltiin keskeiset käsitteet.

Kehittämiprojektin tutkimuksellisen osuuden valmistuttua alkoi hahmottua kyselylomakkeen aihealueet. Kyselylomakkeen esitestausta tapahtui syksyllä 2017. Alkuperäisessä kehittämiprojektin suunnitelmassa oli tarkoitus, että kyselylomake olisi valmis jo alkuvuodesta 2017. Uudessa kehittämiprojektin aikataulusuunnitelmassa oli tarkoitus, että kyselylomake on valmis keväällä 2017, jotta esitestausta päästäisiin tekemään ennen kesää 2017. Kyselylomake valmistui ja hyväksyttiin keväällä ja esitestausta toteutui syksyllä 2017. Valmis kyselylomake esitestausta varten esitettiin keväällä 2017. Kehittämiprojekti saatettiin päätökseen ja tehtiin aiheesta kypsyysnäyte syksyllä 2017. Kuvassa 1. on selvennetty kehittämiprojektin etenemistä.

Kyselylomake on luotu kirjallisuuskatsauksen pohjalta ja sen testaus tapahtui TERVE-ryhmään. Kyselylomake testattiin ensin pienellä testiryhmällä ennen käyttöönottoa ja siihen tehtiin tarvittavat muutokset. Tämä kyselylomakkeen esitestausta oli kehittämiprojektin soveltava tutkimus. Lopputulemana kyselylomakkeesta syntyi sellainen, että lomaketta voidaan käyttää ryhmäohjauksen alkuvaiheessa ja ryhmän loputtua. Kyselylomak-

keen laatimisessa käytettiin tietolähteenä TERVE-ryhmäpalvelun käytössä olevaa materiaalia ja taustatyönä hankittua tutkimustietoa, kirjallisuutta, valmiita mittareita ja käypähoitosuosituksia (Liite 4.).



Kuva 1. Kehittämishankkeen etenemisvaiheet.

4.2 Projektioorganisaatio, projektiryhmä ja ohjausryhmä

Tässä kehittämissuunnitelmassa johtaminen liittyi asioiden käytännön toteuttamiseen, sen suunnitteluun, seurantaan ja raportointiin. Kehittämissuunnitelman laatija toimi projektipäällikkönä. Projektipäällikkö hallitsi kehittämissuunnitelman kokonaisuutta ja varmisti, että toimintatavat olivat juuri kyseiseen projektiin soveltuvat. Projektipäällikkön tulee ymmärtää kehittämissuunnitelma kokonaisuutena. Tämä edellytti kehittämissuunnitelman tuntemusta. Hyvä taustatyö, esimerkiksi aiheeseen liittyvään kirjallisuuteen tutustuminen, auttoi kehittämissuunnitelman alkuun saamisessa. Projektipäällikkö arvioi hanketta itsearvioiden ja muutti toimintaansa tai suunnitelmaansa tarvittaessa. (ks. Paasivaara 2013 ym., 95-99.)

Projekti on organisoitu siten, että organisaatoratkaisut ovat tavoite- ja tehtävälähtöisiä. Kehittämiprojektin onnistuminen oli kiinni projektipäällikön johtamistaidoista sekä ihmisten kyvyistä viestiä. Kehittämiprojektin viestintäreitteinä toimivat sähköposti ja yhteiset tapaamiset muiden kuuden ylemmän ammattikorkeakouluopiskelijan, työelämän mentorin, terveyden edistämisen asiantuntijan ja Turun ammattikorkeakoulun yliopettajan kanssa. Lisäksi oli järjestetty tapaamisia samaisen ryhmän kanssa tarvittaessa. Projektissa viestintä oli väline ja voimavara. Projektia johdettiin viestinnän avulla. (ks. Ruuska 2006; 144-145, 235-236.)

Projektiryhmää veti vuorollaan projektipäällikkö eli kehittämiprojektin laatija. Projektiryhmään kuului projektipäällikön lisäksi työelämän mentori Turun kaupungilta avopalvelun hallinnosta ja terveyden edistämisen asiantuntija. Ohjausryhmä ohjasi kehittämissuunnittelua, toteutusta ja raportointia. Ohjausryhmään kuului projektipäällikön lisäksi yliopettaja Turun ammattikorkeakoulusta, työelämämentori ja terveyden edistämisen asiantuntija Turun kaupungin avopalvelun hallinnosta.

5 KYSELYLOMAKKEEN LAATIMINEN

5.1 Tutkimusmenetelmä ja tutkimuskohde

Kyselytutkimuksella voidaan kerätä ja tarkastella tietoa mm. ihmisten toiminnasta, mielipiteistä, asenteista ja arvoista sekä erilaisista yhteiskunnan ilmiöistä. Kyselytutkimuksessa kehittämissuunnitelman laatija esittää vastaajalle kysymyksiä kyselylomakkeen välityksellä. Kyselylomake toimii mittausvälineenä esimerkiksi eri alojen tutkimuksissa, mielipidetiedusteluissa ja palautemittauksissa. (Vehkalahti 2008, 11.)

Kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusta kutsutaan myös tilastolliseksi tutkimukseksi. Kvantitatiivisen tutkimuksen avulla selvitetään lukumääriä tai prosenttiosuuksia näihin liittyvillä kysymyksillä. Tutkimuslomaketta, missä on valmiit vastausvaihtoehdot, käytetään aineiston keruussa. Tällaisessa tutkimuksessa selvitetään usein esimerkiksi numeraalisilla myös eri asioiden välisiä riippuvuuksia tai tutkittavassa ilmiössä tapahtuvia muutoksia. Asioita kuvataan mm. numeroin, taulukoin tai kuvioin. Kvantitatiivisen tutkimuksen avulla ei pystytä selvittämään asioiden syytä, vaan kartoittamaan olemassa oleva tilanne. Tuloksia, joita saadaan aineistosta, pyritään yleistämään laajempaan joukkoon tilastollisen päättelyn keinoin. (Heikkilä 2008, 16.)

Kvalitatiivisessa eli laadullisessa kyselytutkimuksessa käytetään avoimia kysymyksiä, jolloin vastaajien valintamahdollisuudet eivät rajoitu. Avoimia kysymyksiä voidaan myös käyttää kyselytutkimuksissa. Kun vastausvaihtoehtoja ei tarkkaan tunneta etukäteen, on silloin hyvä käyttää avoimia kysymyksiä. Avoimille kysymyksille on ominaista se, että ne ovat helppoja laatia, mutta vaativia käsitellä. Avoimet kysymykset jäävät usein vastaamatta. (Heikkilä 2008, 49.)

Käytännössä näitä kahta lähestymistapaa (kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen tutkimus) on vaikea selvästi erottaa toisistaan. Ne voidaan kuvailla toisiaan täydentäviksi lähestymistavoiksi, eikä asettaa lähestymistapoja toistensa vastakohdiksi. Kvalitatiivista tutkimusta voidaan käyttää myös kvantitatiivisen tutkimuksen esikokeena, kun esimerkiksi selvitetään mitattavien seikkojen tarkoituksenmukaisuutta tutkimuksen ongelmien kannalta ja kysymysten mielekkyyttä vastaajille. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2015, 135-137.)

Kun tutkimusmenetelmä on valittu, päätetään aineiston keräämisen tapa. Vasta tämän jälkeen päätetään, minkä kokoinen tutkimusaineisto tarvitaan vastaamaan tutkimusongelmaa kattavaksi. (Vilkkä 2015, 98.) Tutkimuksen kohdejoukosta eli perusjoukosta ote-

taan edustava pienoiskuva eli otos esitutkimusta varten. Jotta otos olisi edustettava, täytyy siinä olla samoja ominaisuuksia ja samassa suhteessa kuin koko perusjoukossa. (Heikkilä 2004, 31.)

Kehittämiprojektin kyselylomake sisälsi sekä kvantitatiivisia että kvalitatiivisia osioita (Liite 5.). Monivalintakysymyksissä voidaan muuttujat jakaa kvantitatiivisiin ja kvalitatiivisiin muuttujiin. Kvantitatiivisia kysymyksiä monivalintakysymyksistä ovat kysymykset 1, 7,9-13 ja 16. Näissä kysymyksissä voidaan käyttää mittayksikköä. Kvalitatiivisten monivalintakysymysten (kysymykset 2-6, 15 ja 19-20) muuttujat voidaan asettaa keskinäiseen järjestykseen niiden muuttujien arvojen perusteella. Muuttuvat arvot muodostavat keskenään erilaisia, toistensa pois sulkevia luokkia. Kvalitatiivisia ominaisuuksia ei voida mitata mittayksiköllä. Kvalitatiivisen tutkimuksen osioon kuuluvat myös kyselylomakkeen avoimet kysymykset 9 ja 22. (Heikkilä 2008, 49; Hirsjärvi ym. 2015, 135-137.)

Kyselylomakkeen tavoitteena on tuottaa tietoa TERVE-ryhmäpalvelun merkityksestä pitkäaikaissairaana terveyteen. Kyselylomakkeen tutkimusongelmat ovat:

- 1) Mikä on TERVE-ryhmäpalveluun osallistuvan terveydentilanne ja elintavat?
- 2) Mikä merkitys TERVE-ryhmäpalvelulla on ollut elämäntapamuutoksessa ryhmään osallistuneelle?

5.2 Kyselylomakkeen kuvaus

Kyselylomake luotiin webropol-ohjelman avulla, koska lopullinen kyselylomake tulee mahdollisesti myös webropol-ohjelmaan käyttöön. Vastaajat vastasivat esitestauksessa paperisiin versioihin kyselyssä. Kyselylomakkeeseen valikoitui tutkimuskirjallisuuden pohjalta viisi TERVE-ryhmään kuuluvien taustatietoja kartoittavaa kysymystä (Liite 3.) Nämä taustatietoja käsittelevät kysymykset ovat havaintoyksikköjä eli tilastoyksikköjä määrällisessä tutkimuksessa. Havaintoyksikköön liittyvällä ominaisuudella tarkoitetaan muuttujaa. Muuttujan tulee olla luotettavasti mitattavissa. Muuttujia, joille ei voi laskea keskiarvoa, sanotaan nominaalimuuttujiksi. Kyselylomakkeessa tällaisia nominaalimuuttujia ovat sukupuoli, työllisyystilanne ja koulutustausta. (Vilka 2005, 84.) Kyselylomakkeen taustatekijöiksi valittiin ne, joilla katsottiin olevan vaikutusta tutkittaviin asioihin (Heikkilä 2008, 47). Kyselylomakkeeseen muotoiltiin taustatietoja kartoittavat kysymykset monivalintakysymyksinä. Monivalintakysymyksissä asetettiin vastaajille valmiit vastausvaihtoehdot. (Vilka 2005, 85-86.)

Terveydentilaa ja terveyskäyttäytymistä kartoittavissa kysymyksissä runkona käytettiin TERVE-ryhmän luentomateriaalin aiheita, kehittämisprojektiin valittua viitekehystä, tutkimuksen tavoitteita, käypähoitosuosituksia sekä valmiiden mittareiden aihealueita (Liite 4.). Valmiita mittareita, joita käytettiin kyselylomakkeen laatimisessa, olivat WHOQOL-mittarista lyhennetty EUROHIS-QOL-8 elämänlaatuasteikko ja ”RAND 36-Item Health Survey 1.0” (RAND-36) terveyteen liittyvän elämänlaadun mittari. EUROHIS:n elämänlaatuasteikoissa on kahdeksan osa-aluetta mm. fyysinen terveys, elämänlaatu ja krooniset fyysiset sairaudet. RAND-36 kartoittaa terveydentilaa ja hyvinvointia kahdeksalla ulottuvuudella, jotka ovat koettu terveydentila, fyysinen toimintakyky, psyykinen hyvinvointi, sosiaalinen toimintakyky, tarmokkuus, kivuttomuus, fyysisistä syistä johtuvat ongelmat ja psyykkisistä syistä johtuvat ongelmat. (Koskinen-Ollonqvist, Pelto-Huikko & Rouvinen-Wilenius 2012, 217-218; Aalto, Aro & Teperi 1999, 5-6.)

Terveydentilannetta ja terveyskäyttäytymistä pyydettiin arvioimaan rajattuna aikana (4 viimeisintä viikkoa), jotta arvio olisi kaikilla vastaajilla samalta ajalta. Koettua terveyttä pyydettiin arvioimaan monivalintakysymyksellä, jossa oli viisi valmista vastausvaihtoehtoa. Unenlaatua pyydettiin kuvaamaan neljästä valmiista vastausvaihtoehdosta.

Terveelliseen ruokavalioon liittyviä kysymyksiä oli kyselylomakkeessa seitsemän. Kuusi terveelliseen ruokavalioon liittyvistä kysymyksistä oli monivalintakysymyksiä ja yksi avoin kysymys. Monivalintakysymyksillä haettiin vastauksia mm. monipuolisen ruuan valmistukseen, päivittäisten aterioiden määrään, rasvan käyttöön sekä kasvisten, marjojen ja hedelmien syöntiin. Avoimella kysymyksellä kartoitettiin haasteita terveellisen ruuan valmistuksessa. Liikuntaan liittyvissä kysymyksissä käytettiin niin ikään valmiita vastausvaihtoehtoja. Lopuksi kyselylomakkeessa kysyttiin TERVE-ryhmän merkityksestä elämäntapamuutoksessa.

6 KYSELYLOMAKKEEN ESITESTAUS

6.1 Esitestaus osana lomakkeen laadintaa

Kehittämiprojekti koskee Turun kaupungin TERVE-ryhmäpalvelua. TERVE-ryhmä tarjoaa käytännönläheisiä ohjeita terveyttä edistävään ruokavalioon sekä terveysliikunnan aloittamiseen pitkäaikaissairaille. Kehittämiprojektin tuotoksena valmistui kyselylomake TERVE-ryhmään osallistuneille. Valmiin kyselyn tavoitteena on kartoittaa TERVE-ryhmäpalvelun merkitystä pitkäaikaissairaana terveyteen. Soveltavan tutkimuksen osa oli tässä kehittämiprojektissa kyselykaavakkeen esitestaus.

Esitestausta varten laadittiin omat kysymykset kyselylomakkeeseen. Testaamisen avulla arvioitiin kyselylomakkeen toimivuutta suhteessa tutkimusongelmaan. Testaajina oli tässä tapauksessa perusjoukkoon kuuluvat henkilöt, TERVE-ryhmään osallistuneet. Testaamalla kartoitettiin kyselylomakkeen kysymysten ja vastausvaihtoehtojen selkeyttä sekä toimivuutta. Testaamalla saatiin vastaus myös siihen, että mittaako kysymykset juuri sitä asiaa, jota on tarkoitus mitata. Arvioinnin kohteena on myös lomakkeen pituus ja vastaamiseen käytetty aika. (ks. Vilka 2007, 78-79.) Avoin kysymys ja valmiit vaihtoehtokysymykset kyselylomakkeessa antoivat vastauksia kyselylomakkeen toimivuudesta. Tarkempi kuvaus kysymysten taustalähteistä löytyy liitteestä 4.

Esitestauksen tutkimuskysymys on:

- 1) Miten TERVE-ryhmäpalvelun kyselykaavaketta voidaan mahdollisesti parantaa?

Kehittämiprojektin soveltavan tutkimuksen osuus oli kyselylomakkeen esitestaus. Kyselylomakkeen esitestaus tehtiin TERVE-ryhmään osallistuneille (n=4), mikä oli yksi ryhmä, yhdellä ajanjaksolla ryhmään osallistuneita. Kaikilta kyselyyn vastanneilta kysyttiin sama asiasisältö. (Vilka 2015, 94-95.) Kyselylomakkeen vastaaja luki itse kirjallisesti esitetyt kysymykset ja vastasi siihen kirjallisesti. Ryhmän vetäjä toimi kyselylomakkeiden jakajana ja kerääjänä.

Kyselylomakkeen testaus ei tarkoita ainoastaan sitä, että tutkija arvioi, kuinka vastaaminen kyselyyn on onnistunut. Testaaminen tarkoittaa pikemminkin sitä, että vastaajat arvioivat kriittisesti kyselylomaketta, mm. sen selkeyttä ja pituutta. (Heikkilä 2004, 61.) Tämä esiselvityksen otanta oli tarkoituksen mukainen eli valikoiva otos. Tiedonantajilla on tässä tapauksessa paljon kokemusta esimerkiksi omasta sairaudesta. (Kankkunen &

Vehviläinen-Julkunen 2013, 112.) Tutkimukseen osallistuneet eivät kuitenkaan olleet täysin samanlaisia taustaltaan, vaan kaikilla oli omat taustasairautensa. Otos ei ole siis kovin homogeeninen tämän vuoksi. Aineisto on heterogeeninen, koska siinä on paljon vaihtelua tutkittavien ominaisuuksien suhteen. Tässä projektissa ei lähdetä tekemään systemaattista otantaa, vaan tehdään yksinkertainen satunnaisotos. (Heikkilä 2004, 34-35.)

6.2 Esitestauksen tulokset

Kaikki neljä vastaajaa koki kyselylomakkeen olleen selkeä ja sopivanmittainen. Kaksi vastaajaa oli vastannut kyselylomakkeen viimeiseen kysymykseen. Toinen vastaajista kiitti TERVE-ryhmästä ja toinen vastaaja kirjoittaa seuraavasti: *"Hyvä saada muistutus näistä asioista, pitäisi tietää, mutta aina pakkaa unohtumaan."* Kommentteja itse kyselylomakkeesta ei ollut avoimeen kysymykseen kirjoitettu.

Esitestauksessa kävi ilmi, että kysymys 15 on mahdollisesti ymmärretty väärin. Monivalintakysymyksen ohjeistuksesta puuttui se, että vastaaja voi valita useamman vaihtoehdon. Kysymykseen 15 lisättiin selventämään teksti: "voit valita useamman vaihtoehdon".

6.3 Eettisyys

Eettinen ratkaisu on jo se, kun valitaan tutkimusaihe (Kankkunen ym. 2013, 218). Eettisesti hyvässä tutkimuksessa on noudatettu hyvää tieteellistä käytäntöä, mikä tarkoittaa mm. huolellista ja tarkkaa tutkimustyötä, tieteellisen tutkimuksen kriteereiden mukaisia tutkimusmenetelmiä sekä yksityiskohtaista raportointia. (Hirsjärvi ym. 2015, 23-24.)

Tärkeää on pohtia, mikä on aiheen merkitys tutkimukseen osallistuville. Kuten tässä kehittämissuorituksessa hyöty ei kohdistu tutkittavana olevaan henkilöön, vaan kehittämissuorituksen tuloksia voidaan hyödyntää tulevaisuudessa uusiin asiakkaisiin. Kehittämissuorituksesta tuotettava tieto voidaan hyödyntää laadun kehittämiseksi. (ks. Kankkunen ym. 2013, 218-219.)

Itsemääräämisoikeus on yksi lähtökohta projektiin osallistumisessa. Kehittämissuoritukseen osallistuminen oli aidosti vapaaehtoista ja projektin kyselystä kieltäytyminen oli turvattu, mikä ilmeni vastaajille saatekirjeestä. Kehittämissuorituksen saatekirje oli neutraali ja asiallinen. Saatekirjeessä kerrottiin, että kyselyyn vastaaminen oli vapaaehtoista. (Liite 2.) (ks. Kankkunen ym. 2013, 218-219.)

Kehittämiprojektin ei tule aiheuttaa haittaa vastaajille kyselyn kuluessa tai myöhemässä vaiheessa (ks. Hirsjärvi ym. 2015, 25). Kehittämiprojektin kyselyn anonymiteetti turvattiin. Tämä tarkoittaa sitä, että kyselyn tietoja ei luovuteta kenellekään kehittämiprojektin prosessin ulkopuoliselle. Aineisto säilytettiin ja hävitettiin suojattuna ulkopuolisilta. (ks. Kankkunen ym. 2007, 221.) Kyselylomakkeen etu on, että vastaaja jää aina tuntemattomaksi (Vilka 2015, 95).

Kaikissa tutkimuksissa arvioidaan tehdyn tutkimuksen luotettavuutta. Mittarin tai tutkimuksen tulisi antaa sattumanvaraisesti samoja tuloksia, joka kertoo tutkimuksen reliabiliteetin. Toiseksi tutkimuksesta arvioidaan sen validiutta eli onko mittari tai tutkimusmenetelmä mitannut sitä, mitä oli tarkoituskin mitata. Esimerkiksi kyselylomakkeiden kysymyksiin on saatu vastaukset, mutta vastaajat ovat ymmärtäneet kysymykset erillä tavalla kuin tutkija on ajatellut. (Hirsjärvi ym. 2015, 231-232.) Kehittämiprojektin validiutta tarkasteltiin projektin aikana, kun operationalisoitiin käsitteitä ja suunniteltiin kyselylomaketta (ks. Heikkilä 2004, 186). Kehittämiprojektin kyselyn tulokset on esitetty totuuden mukaisesti. Pohdintaluvussa tutkija on arvioinut ja tulkinnut tuloksia.

Kyselylomakkeella suoritettuun tutkimukseen kehittämiprojektin päällikkö ei pystynyt vaikuttamaan olemuksellaan eikä läsnäolollaan vastauksiin. TERVE-ryhmän vetäjä jakoi paperiset kyselyt ryhmäläisille suoraan. Kehittämiprojektin kyselyn luotettavuutta paransi se, että kyselylomakkeella kysymykset esitettiin jokaiselle samassa muodossa. (ks. Valli 2015, 44.)

7 ARVIOINTI JA POHDINTA

7.1 Valmiin kyselylomakkeen arviointi

Kyselylomakkeesta tuli tarkoituksen mukaisesti sopivan mittainen sekä kysymysten olivat selkeitä ja helposti ymmärrettävissä. Vastaajan mielenkiinto säilyi lomakkeen alusta loppuun saakka. Jos lomake on pitkä, vastaukset voivat jäädä helposti vastaamatta kokonaan tai vastaukset voivat olla huolimattomia. Kysymysten laadinta tapahtui huolellisesti. Huolellisesti luodut kysymykset ovat perusta tutkimuksen onnistumiselle. Kysymykset olivat yksiselitteisiä ja niistä poistettiin väärinymmärryksen mahdollisuus. (ks. Valli 2015, 42-43.) Kysymyksistä rajattiin pois ne, jotka eivät vastanneet TERVE-ryhmässä käytyjä aiheita. Kysymysten aiheiden valintaa sekä kysymysten muotoilua helpotti se, että ryhmään pääsi tutustumaan käytännössä. Kyselylomakkeen kysymykset kattoivat tutkimusongelmat.

Kyselyssä aloitettiin helpoilla kysymyksillä, jossa haettiin vastaajien taustatietoja. Kysymykset pyrittiin järjestämään siten, että kyselylomake olisi johdonmukainen. Samaa asiasisältöä koskevat kysymykset ryhmiteltiin omiksi kokonaisuuksiksi. Kyselylomakkeessa oli tunnistettavissa jonkinlainen juoni. Hankaluuksia ilmaantui siinä, kun täytyi määrittellä, mitä tietyllä kysymyksellä halutaan mitata. Kyselylomakkeessa ei ollut sattumanvaraisia kysymyksiä. Kysymyksiksi valittiin sellaiset, jotka olivat tutkimusongelmien ratkaisemisen kannalta olennaisia kysymyksiä. Turhat kysymykset karsittiin pois. Tätä kysymysten valintaprosessia silmällä pitäen olisi ollut hyvä pitää vieressä koko ajan tutkimussuunnitelmaa. (ks. Vilkkä 2005, 87.)

Kehittämiprojektin tutkimuskysymykset ovat erityyppiset. Tarkoituksena oli siis hakea vastauksia sille, onko aiotut mitattavat seikat tarkoituksen mukaisia tutkimuksen ongelmien kannalta ja mielekkäitä tutkimushenkilöille. (ks. Hirsjärvi ym. 2015, 136.) Kyselylomaketta koskevat kysymykset antoivat vastaukseksi, että kyselylomaketta pidettiin selkeänä ja sopivan mittaisena.

Etuna avoimen kysymysten muodossa oli se, että vastaaja sai vapaamuotoisesti muotoilla vastauksensa. Avoimiin kysymyksiin jätettiin myös vastaamatta. Avointen kysymysten luokittelu ja tulosten laskemiseen menee enemmän aikaa kuin valmiiden vaihtoehtojen tulkitsemiseen. (ks. Valli 2015, 70-71.)

TERVE-ryhmän ollessa pieni jäi esitestausjoukko hyvin pieneksi. Esitestauksen olisi voinut tämän vuoksi tehdä useampaan ryhmään. Tämä oli kuitenkin ajankäytön vuoksi mahdollisuus toteuttaa. Pieni esitestausjoukko helpotti avointen vastausten läpikäyntiä. Tässä kyselyssä kaikki eivät olleet vastanneet avoimiin kysymyksiin. Pohdittavaksi jäi se, olisiko avoimia kysymyksiä voitu muotoilla monivalintakysymyksiksi. Pelkillä monivalintakysymyksillä olisi kuitenkin voinut jäädä saamatta spontaanit ja henkilökohtaiset vastaukset. Kaipaamaan jäätiin mahdollisia ryhmäpalvelun kehittämisehdotuksia.

Avoimet kysymykset sopivat hyvin esitestaukseen, kuten kehittämisprojektin kyselylomakkeessa oli käytetty. Tutkittavan asian voi helpommin koota monivalintakysymykseksi esitestauksen jälkeen. Avoimet kysymykset voi käsitellä numeraalisesti, joka edellyttää vastausten analysointia ja luokittelemista ryhmiin. Tässä kyselylomakkeen esitestauksessa ei tarvinnut tehdä luokittelua pienen esitestausjoukon vuoksi. Avoimen kysymysten käsittely ja analysointi oli tämän vuoksi helpompaa kuin asioiden luokittelu monivalintakysymykseksi. (ks. Vilkkä 2005, 87.)

Valmiista kyselylomakkeesta poistettiin unen laatua koskeva kysymys, koska TERVE-ryhmäpalvelu ei varsinaisesti anna työkaluja siihen. Yksi TERVE-ryhmäpalvelun itsehoiton kulmakiviksi mainittiin tupakoinnin lopettaminen. Tupakointi-kysymys olisi hyvä lisätä varsinaiseen kyselylomakkeeseen tulevaisuudessa esimerkiksi, jos kyselylomaketta käytetään muiden ryhmäpalvelujen vaikuttavuutta kartoitettaessa.

Kehittämisprojektin tuotoksella (kyselylomake) on mahdollisuus parantaa TERVE-ryhmäohjauksen sisältöä ja tuottavuuden näkyvyyttä. Kyselylomaketta voidaan myös laajentaa muihin ryhmäohjauksiin tulevaisuudessa. Valmis kyselylomake tulee käyttöön mahdollisesti myös webropol-muodossa. Valmiista kyselylomakkeesta puuttuvat itse kyselylomaketta koskevat kysymykset. (Liite 5.)

Kehittämisprojekti oli tärkeä, jotta voidaan tulevaisuudessa arvioida TERVE-ryhmäpalvelun merkitystä pitkäaikaissairaana terveyteen. TERVE-ryhmäpalvelun ydintehtävä on siis saada aikaan muutos ihmisen käyttäytymisessä lisäten näin heidän terveyttä. Terveyden edistämisenä on yhteiskunnallisesti merkittävä tehtävä. Terveyttä lisätään ja parannetaan nimenomaan kehittämällä terveystalouden järjestelmää ja entistä parempia hoitomenetelmiä, lisäämällä potilaiden tietoa sekä muuttamalla asenteita. (Rautava ym. 2009, 6-7.)

Terveyden edistämisen työn arvoa määrittää vaikuttavuus tai sen puute. Terveyden edistämisen vaikuttavuus on vaativa käsitteenä, koska se sisältää syysseurausvaatimuksen.

Vaikuttavuuden perusajatuksena on, että terveyden edistämisen interventio johtaa tiettyihin tuloksiin. (Koskinen-Ollonqvist ym. 2005, 4.) Kehittämiskohtien mittarilla voidaan kartoittaa ryhmäpalvelun terveyden edistämisen intervention tuloksia. Terveydenhuollon vaikuttavuuden arvioinnissa keskeisessä roolissa ovat nimenomaan mittarit (Konu, Rissanen, Ihanola & Sund 2009, 287). Terveydenhuollon palveluilla tulisi saada aikaan myönteistä vaikuttavuutta niin palvelujen käyttäjille kuin yhteiskunnallekin (Silvennoinen-Nuora 2010, 5). Terveyden edistämisen taloudellinen arviointi ei ole yksinkertaista, koska muutokset kohdeväestön terveydentilassa syntyvät tyypillisesti pitkällä aikavälillä. Haasteeksi arvioinnissa muodostuu vaikutusten ja hyötyjen uskottava vahvistaminen. (Kiiskinen, Vehko, Matikainen, Natunen & Aromaa 2008, 20.)

7.2 Kehittämiskohtien prosessin arviointi

Projektipäällikkö kartoitti asiakokonaisuuden ennen mittarin rakentamista ja tarkensi keskeisiä käsitteitä tutkimusongelmien mukaan. Keskeisiä käsitteitä on kuvattu kirjallisuuskatsauksessa. Projektipäällikkö eteni yksi asiakokonaisuus kerrallaan. Jotta asiakokonaisuus tuli kattavasti käsiteltyä, jokaiseen asiakokonaisuuteen valittiin tarkasti, mitkä kysymykset tarvittiin. (ks. Vilka 2015, 71.)

Kehittämiskohtien vahvuuksia oli sen tarvelähtöisyys ja selkeä ydintehtävä. Projektipäällikkö oli motivoitunut projektiinsä. Ohjausryhmän ja projektiryhmän tuki oli tärkeää kehittämiskohtien edetessä. Tutkimussuunnitelmassa luotiin realistinen aikataulu kehittämiskohtien loppuraportin kirjoitusvaiheessa oli haasteita ajankäytössä, jota oli vaikea arvioida projektin alkuvaiheessa. Kehittämiskohtien työ määrä projektin loppuvaiheessa arvioitiin väärin. Kehittämiskohtien loppuvaiheessa jouduttiin muuttamaan projektin alussa tehtyjä ratkaisuja. Kyselylomakkeen esitestaus oli alkuvaiheen projektisuunnitelmassa suunniteltu keväälle -17, mutta esitestaus päätettiin toteuttamaan vasta syksyllä -17. Tämä osaltaan vaikutti kehittämiskohtien loppuvaiheen ajankäytön haasteisiin.

Haasteita loi myös kehittämiskohtien loppuvaiheen epävarmuuden sietäminen. Epävarmuus kohdistui uuden luomiseen. Tässä tapauksessa kyselylomakkeen luominen alusta loppuun asti. Haasteelliseksi tehtäväksi kyselylomakkeen luomisessa osoittautui mm. terveyden operationalisointi. Haasteeksi osoittautui myös se, että luova prosessi hidastui kesä-syyskuu 2017 aikana. Luovan prosessin hidastuttua aikataulun pitämisessä oli haasteita. Ohjausryhmän tuella loppuvaihe saatiin päätökseen aikataulun mukaan.

LÄHTEET

Aalto, A.-M., Aro, A. & Teperi J. 1999. RAND-36 terveyteen liittyvän elämänlaadun mittarina. Mittarin luotettavuus ja suomalaiset väestöarvot. Saarijärvi. Gummerus Kirjapaino Oy.

Artinian, N.T., Fletcher, G.F., Mozaffarian, D., Kris-Etherton & Van Horn L. 2010. Interventions to Promote Physical Activity and Dietary Lifestyle Changes for Cardiovascular Risk Factor Reduction in Adults: A Scientific Statement from the American Heart Association. Nursing Vaculty Research Publication. Wayne State University. Luettavissa: <http://digitalcommons.wayne.edu/cgi/viewcontent.cgi?article=1002&context=nursingfrp>

Borodulin, K. 2006. Physical Activity, Fitness, Abdominal Obesity, and Cardiovascular Risk Factors in Finnish Men and Women. The National FINRISK 2002 Study. Helsinki. Edita Prima Oy. Luettavissa: <http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.531.6497&rep=rep1&type=pdf>

Diabetesliitto. Yksilöllinen hoito ja elintavat kuntoon. Tyypin 2 diabetes. Viitattu 25.10.2017 https://www.diabetes.fi/diabetes/tyypin_2_diabetes

Duodecim. 2014. Kohonnut verenpaine. Viitattu 19.8.2016 <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi04010>

Duodecim. 2015. Alkoholiongelmaisen hoito. Viitattu 21.8.2016 <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50028>

Eskelinen, S. 2016. Hemoglobiini HbA1c (B-HbA1c). Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 19.8.2016 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=snk03092

Halt-Kupiainen, A. & Schütt, M. 2013. Ryhmäohjaus hoitotyön menetelmänä kirjallisuuskatsaus. Laurea-ammattikorkeakoulu. Laurea Lohja. Hoitotyön koulutusohjelma. Viitattu 19.8.2016 https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/63311/Halt%20Kupiainen_Schutt.pdf?sequence=1

Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. 5. uudistettu painos. Helsinki. Edita

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. 7. uudistettu painos. Helsinki. Edita Prima Oy.

Heinonen, K., Syväne, M., Toropainen, E., Nuutinen, H. & Turku, R. 2010. Valtimon terveydeksi! Terveiden edistämisen käsikirja. Tampere. Kirjapaino Hermes.

Helldän A. & Helakorpi S. 2015. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2014. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 6/2015. Tampere. Juvenes Print - Suomen Yliopistopaino Oy.

Hirsjärvi S., Remes P. & Sajavaara P. 2015. Tutki ja kirjoita. 20. painos. Porvoo. Bookwell Oy.

Johtaminen tukee hyvinvoivaa ja tervettä kuntaa. 2010. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Yliopistopaino. Luettavissa: <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79999/b719dda6-d5dc-4133-86ef-ebfd4d1ae05.pdf?sequence=1>

Kaikkonen, R. 2012. Tietoa, taitoa, tukea ryhmässä-projekti. Moniammatillisen ohjausmallin tuottaminen tyypin 2 diabeetikoille ja sen kehittäminen asiakaslähtöiseksi Kainuun maakunta-kuntayhtymässä seutu III:n kansanterveystyössä. Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Ylempi ammattikorkeakoulututkinto, Kliininen asiantuntija. Viitattu 19.8.2016 https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/46731/Kaikkonen_Raija.pdf?sequence=1

- Kankkunen P. & Vehviläinen-Julkunen K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. uudistettu painos. Helsinki. Sanoma Pro Oy.
- Kauhanen, J., Myllykangas, M., Salonen, JT. & Nissinen A. 2007. Kansanterveystiede. 2-3. painos. Helsinki. Werner Söderström Osakeyhtiö.
- Keränen, A-M. 2011. Lifestyle Interventions in Treatment of Obese Adult. Tampere. Juvenes Print.
- Kiiskinen U., Vehko T., Matikainen K., Natunen S. & Aromaa A. 2008. Terveiden edistämisen mahdollisuudet – Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 1. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki.
- Konu A., Rissanen P., Ihantola M. & Sund R. 2009. ”Vaikuttavuus” suomalaisissa terveydenhuollon tutkimuksissa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 46.
- Koskinen, S., Lundqvist, A. & Ristiluoma, N. 2012. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Tampere. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.
- Koskinen-Ollonqvist P., Pelto-Huikko A. & Rouvinen-Wilenius P. (toim) 2005. Näkökulmia vaikuttavuuteen - Vaikuttavuuden arvioinnin mahdollisuudet terveyden edistämässä. Terveiden edistämisen keskus. Helsinki
- Kujala, U. 2014. Liikunta kroonisten sairauksien hoidossa. Suomen lääkirilehti 25-32/2014. Viitattu 19.8.2016 <http://docplayer.fi/7258047-Liikunta-kroonisten-sairauksien-hoidossa.html>
- Lindström, J., Hemiö, K., Viitasalo, K., Puttonen, S., Härmä, M & Peltonen, M. 2012. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisy – tutkimuksesta käytäntöön. Teoksessa J. Reivinen & L. Vähäkylä (toim.) Kansan terveys, yksilön hyvinvointi. Tallinna. Raamatutrükikoda.
- Majahalme, S. 2014. Mitä tarkoitetaan kohonneella verenpaineella? Duodecim. Kustannus Oy. Viitattu 27.11.2017 http://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p_artikkeli=syd00167
- Mustajoki, P. 2017. Diabetes (”sokeritauti”). Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 26.11.2017 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00011
- Mustajoki, P. 2017a. Tyypin 2 diabetes – Riskitesti. Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 27.11.2017 http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01037
- Männistö, S., Laatikainen, T. & Vartiainen, E. 2012. Suomalaisten lihavuus ennen ja nyt. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 25.11.2017 http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90885/TutkimuksestaTiiviisti4_lihavuus.pdf?sequence=1
- Ollila H. 2011. Ryhmäohjaus on tupakasta vieroituksessa tehokkaampi kuin opasmateriaali. Viitattu 19.8.2016 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nak03961>
- Paasivaara, L., Suhonen M. & Virtanen P. 2013. Projektijohtaminen hyvinvointipalveluissa. Helsinki. Tietosanoma Oy.
- Patja, K., Absetz, P., Kuronen, R. & Lillrank, P. 2009. Miten kroonisten tautien ennaltaehkäisy saadaan kuntoon? Suomen lääkirilehti 64 (14).
- Puska, P. & Vaarama, M. 2012. Esipuhe. Teoksessa S. Koskinen, A. Lundqvist & N. Ristiluoma (toim.) Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Tampere. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy.

Rautava P., Salanterä S., Helenius H. & Tofferi H. 2008. Vaikuttavuuden mittaaminen ja palvelujärjestelmätutkimus. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. Viitattu 18.4.2017 http://www.turkucrc.fi/files/163/vaikuttavuus_20090810.pdf

Reini, K. & Honkatukia, J. 2016. Hyvä hoito kannattaa. Diabeteksen ennaltaehkäisy ja tehostetun hoidon kansantaloudellinen vaikuttavuus. Vaasan yliopiston julkaisuja, selvityksiä ja raportteja 206. Vaasa. Vaasan yliopisto. Luettavissa: https://www.researchgate.net/profile/Kaarina_Reini/publication/311671275_Hyva_hoito_kannattaa_Diabeteksen_ennaltaehkaisy_ja_tehostetun_hoidon_kansantaloudellinen_vaikuttavuus/links/585398e108aef7d030a52ade.pdf

Ruuska, K. 2006. Terveystieteiden projektihallinta. Helsinki. Tammerpaino Oy.

Sandström, P., Ollilla, H., Heloma, A. & Paavola, M. 2012. Tupakoinnin lopettamisen tukea pitää vahvistaa. Teoksessa A. Heloma, H. Ollilla, P. Danielsson, P. Sandström & J. Vakkuri (toim.) Kohti savutonta Suomea. Tupakoinnin ja tupakkapolitiikan muutokset. Tampere. Juvenes Print – Tampereen Yliopistopaino Oy.

Salmela, S.M., Kettunen, T. & Poskiparta M. 2010. Vaikuttavan elintapaintervention suunnittelu – helpommin sanottu kuin tehty? Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti. Viitattu 19.8.2016 <http://ojs.tsv.fi/index.php/SA/article/viewFile/3627/4174>

Savuton Suomi 2030. 2017. Viitattu 26.10.2017 <http://savutonsuomi.fi/>

Silvennoinen-Nuora L. 2010. Vaikuttavuuden arviointi hoitoketjussa. Mikä mahdollistaa vaikuttavuuden ja vaikuttavuuden arvioinnin? Akateeminen väitöskirja. Acta Universitatis Tamperensis 1558. Tampere: Juvenes Print – Tampereen yliopistopaino Oy.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Muutosta liikkeellä! Valtakunnalliset yhteiset linjaukset terveyttä ja hyvinvointia edistävään liikuntaan 2020. Tampere. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. Luettavissa: https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110504/URN_ISBN_978-952-00-3412-2_korj.pdf?sequence=3

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2017. Terveysten edistäminen. Viitattu 6.11.2017 <http://stm.fi/terveyden-edistaminen>

Terveystieteiden laitos. 30.12.2010/1326. 2010. Viitattu 4.12.2017 <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Terveystieteiden laitos. 2010. Johtaminen tukee hyvinvoivaa ja tervettä kuntaa – Tukiaineistoa kuntajohtajalle. Helsinki. Yliopistopaino. Luettavissa: <http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/79999/b719dda6-d5dc-4133-86ef-ebfbd4d1ae05.pdf?sequence=1>

Terveystieteiden laitos. 2012. Verenpaine Suomessa – FINRISKI-tutkimuksen tuloksia. Viitattu 27.11.2017 https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90883/TutkimuksestaTii-viisti2_verenpaine.pdf?sequence=1

Terveystieteiden laitos. 2013. Lihavuus laskuun – Hyvinvointia ravinnosta ja liikunnasta. Kansallinen lihavuusohjelma 2012-2018. Tampere. Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy. Luettavissa: <https://www.thl.fi/fi/tutkimus-ja-asiantuntijatyo/hankkeet-ja-ohjelmat/kansallinen-lihavuusohjelma-20122015>

Terveystieteiden laitos. 2017. Sote ja terveyden edistäminen. Viitattu 6.11.2017 <https://www.thl.fi/fi/web/terveyden-edistaminen/toimijat/aluetason-toimijat/sote-ja-terveyden-edistaminen>

THL. 2014. Liikunta. Viitattu 26.10.2017 <https://www.thl.fi/fi/web/elintavat-ja-ravitsemus/liikunta>

THL. 2015. Yleistietoa kansantaudeista. Viitattu 24.10.2017 <https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/yleistietoa-kansantaudeista>

THL. 2015a. Sydän- ja verisuonitaudit. Viitattu 26.10.2017 <https://www.thl.fi/fi/web/kansantautit/sydan-ja-verisuonitaudit>

THL. 2017. Elintavat. Viitattu 25.10.2017 <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/elintavat>

Tuomilehto, J., Lindström, J., Eriksson, JG., Valle, TT., Hämäläinen, H., Ilanne-Parikka, P., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Laakso, M., Louheranta, A., Rastas, M., Salminen, V., Aunola S., Cepaitis, Z., Moltchanov, V., Hakumäki, M., Mannelin, M., Martikkala, V., Sundvall, V. & Uusitupa, M. 2001. Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance. Viitattu 19.8.2016
<http://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJM200105033441801#t=article>

Turun hyvinvointitoimiala. 2016. Liikkumalla hyvinvointia. Tulostettu 16.2.2016

Turun kaupunki. 2016. TERVE-ryhmä. Viitattu 19.8.2016 <https://www.turku.fi/sosiaali-ja-terveyspalvelut/terveyspalvelut/terveysasemien-palvelut/ryhmatoiminnasta-tukea-7>

U.S Department of Health and Human Services. 2008. Diabetes Prevention Programme (DPP). NIH Publication No. 09–5099. Luettavissa: https://www.niddk.nih.gov/about-niddk/research-areas/diabetes/diabetes-prevention-program-dpp/Documents/DPP_508.pdf

Valli R. 2015. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. 2. uudistettu painos. Juva. Bookwell Oy.

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Vammala. Vammalan kirjapaino Oy.

Vilkka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu. Otavan Kirjapaino Oy.

Vilkka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uudistettu painos. Juva. Bookwell Oy.

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. 2007. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Vuori, I. 2013. Liikuntaa ohjaaminen kuuluu terveydenhuollon tehtäviin. Potilaan lääkärilehti 23/2013. Viitattu 19.8.2016 <http://www.potilaanlaakarilehti.fi/artikkelit/liikuntaan-ohjaaminen-kuuluu-terveydenhuollon-tehtaviin/>

WHO. 2013. Global Action Plan for The Prevention and Control of Noncommunicable Diseases 2013-2020. Sixty-Sixth World Health Assembly. Luettavissa: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA66/A66_R10-en.pdf?ua=1

WHO. 2017. Global Information System on Alcohol and Health (GISAH). Viitattu 26.10.2017 http://www.who.int/substance_abuse/activities/gisah/en/

Ylimäki, E-L. 2015. Ohjausintervention vaikuttavuus elintapoihin ja elintapamuutokseen sitoutumiseen. Oulun yliopisto. Acta Universitatis Ouluensis D Medica 1285. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. Viitattu 19.8.2016 <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526207520.pdf>

Zhang, J. & Chaaban, J. 2013. The economic cost of physical inactivity in China. Preventive Medicine 56. Viitattu 26.10.2017 <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0091743512005877>

Liite 1. Tutkimustiedote

TUTKIMUSTIEDOTE

Tutkimus Turun kaupungin TERVE-ryhmäpalvelun merkitys pitkäaikaissairaanhoidon terveyteen on osa Turun ammattikorkeakoulun ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyötä. Tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa TERVE-ryhmäpalvelun merkityksistä pitkäaikaissairaanhoidon terveyteen. Opinnäytetyön tuotoksena tehdään kyselylomake TERVE-ryhmään osallistujille. Lupa aineiston keruuseen on saatu Katariina Korkeila, Turun Palvelualan johtaja, 4/2017.

Tutkimusaineistoa kerätään esitestaamalla kyselykaavake yhteen TERVE-ryhmään osallistuneille. Aineiston keruu tapahtuu kyselykaavakkeella, jotka ryhmän ohjaaja ryhmän loputtua kerää. Kyselyistä saatua aineistoa hyödynnetään opinnäytetyönä toteutettavan kehittämisprojektin tuotokseen, joka on valmis kyselykaavake TERVE-ryhmään osallistujille. Tutkimuksesta saa lisätietoja

Maire Manninen

Sairaanhoitaja/Terveystenhoitaja, yamk-opiskelija

Turun ammattikorkeakoulu/Terhy

maire.manninen@edu.turkuamk.fi

Liite 2. Saatekirje

SAATEKIRJE

Opinnäytetyön nimi: TERVE-ryhmäpalvelun merkitys pitkäaikaissairaana terveyteen, kyselylomakkeen laatiminen

11.4.2017

Hyvä vastaaja!

Kohteliaimmin pyydän Teitä vastaamaan liitteenä olevaan kyselyyn, jonka tavoitteena on saada tietoa TERVE-ryhmäpalvelun vaikutuksista pitkäaikaissairaana terveyteen. Opinnäytetyön tuotoksena on tarkoitus tehdä kyselylomake TERVE-ryhmäläisille. Lupa aineiston keruuseen on saatu Katariina Korkeila, Palvelualueen johtaja ja Päivi-Leena Honkinen, Perusterveydenhuollon ylilääkäri, Turun hyvinvointitoimiala, 4/2017.

Teidän vastauksenne ovat arvokasta tietoa hyvän ja kattavan kyselylomakkeen laatimiseen. Vastaaminen on luonnollisesti vapaaehtoista. Kyselyn tulokset tullaan raportoimaan niin, ettei yksittäinen vastaaja ole tunnistettavissa tuloksista. Olkaa ystävällinen ja vastatkaa ryhmän päätyttyä ja jätä vastauksesi TERVE-ryhmän ohjaajalle.

Tämä kysely liittyy osana Turun ammattikorkeakoulussa suorittamaani ylempään ammattikorkeakoulututkintoon kuuluvaan opinnäytteeseen. Opinnäytetyöni ohjaaja on Pia Suvivuo, yliopettaja, Turun amk/Terveys- ja hyvinvointi.

Vastauksistanne kiittäen

Maire Manninen

Sairaanhoitaja/Terveystenhoitaja/Turun yamk-opiskelija

Yhteystiedot: mair.manninen@edu.turkuamk.fi

Liite 3. Esitestaust kyselylomake

Hyvä TERVE-ryhmään osallistuja!

Tässä kyselylomakkeella pyydämme Teitä ystävällisesti arvioimaan terveydentilanne ja terveystäyttämistänne. Kysely on jokaiselle vapaaehtoinen. Lomakkeen loppuun pyydämme mielipidettänne itse kyselylomakkeesta, oliko kysymykset selkeitä ja oliko lomake sopivan mittainen. Vastatkaa kaikkiin kysymyksiin. Valitkaa vastausvaihtoehdoista mielestänne sopivin ja laittakaa siihen kohtaan rasti (x). Kyselyn vastauksia käytetään YAMK-opiskeluun liittyvän kehittämistyön tekemiseen. Vastaukset käsitellään nimettöminä ja luottamuksellisesti.

1. Ikä *

- 18-29
- 30-49
- 50-69
- 70-89
- 90-->

2. Sukupuoli *

- Nainen
- Mies
- Muu

3. Siviilisäätö *

- Naimaton/Leski
- Avo-/Avioliitto
- Muu, mikä

4. Koulutus *

- Kansakoulu/
Peruskoulu Ammattitutkinto/
Ylioppilastutkinto Korkeakoulututkinto

5. Tämänhetkinen työtilanne *

- Opiskelija
 Työssä
 Työtön
 Sairaslomalla
 Eläkkeellä

Arvioikaa terveydentilanteenne viimeisen neljän (4) viikon aikana.

6. Koen tämänhetkisen terveyteni *

- Erittäin hyväksi
 Hyväksi
 Kohtalaiseksi
 Huonoksi
 Erittäin huonoksi

7. Unenlaatuni on (miten saan unen päästä kiinni, heräilenkö, uni jää lyhyeksi) *

- Hyvä Kohtalainen Huono Erittäin huono

Arvioikaa seuraavaksi terveystyöskäyttyymistänne viimeisen neljän (4) viikon aikana.

8. Koen haasteita valmistaa terveellistä ja tasapainoista ruokaa, kiinnittäen huomiota mm. ruuan rasvan ja suolan määrään, kuitujen saantiin, kolesterolia sisältävien ruokien määrään sekä marjojen, hedelmien ja kasvien määrään *

- Päivittäin tai lähes päivittäin 2-5 kertaa viikossa 1-6 kertaa kuukaudessa En koskaan

9. Kertokaa tähän omin sanoin, millaisia haasteita koette terveellisen ja tasapainoisen ruuan valmistuksessa? *

10. Syön aamupalan *

- Joka aamu tai lähes joka aamu 2-5 kertaa viikossa 1-6 kertaa kuukaudessa En koskaan

11. Syön vihanneksia, kasviksia, marjoja ja hedelmiä *

- Päivittäin tai lähes päivittäin
 2-5 kertaa viikossa
 1-6 kertaa kuukaudessa
 En koskaan

12. Syön eineksiä (valmisruokia) *

- Päivittäin tai lähes päivittäin
 2-5 kertaa viikossa
 1-6 kertaa kuukaudessa
 En koskaan

13. Käytän rasvaisia maitotuotteita (voi, kermajuusto, kerma, täys/kevytmaito) *

- Päivittäin tai lähes päivittäin
 2-5 kertaa viikossa
 1-6 kertaa kuukaudessa
 En koskaan

14. Juon alkoholia *

- Päivittäin tai lähes päivittäin
 2-5 viikossa
 1-6 kertaa kuukaudessa
 En koskaan

15. Syön seuraavista aterioista useimmiten päivittäin

- Aamupala
 Välipala
 Lounas
 Päivällinen
 Iltapala
 Naposteltavat (karkit, sipsit)

16. Painoni on (viimeisen 4 viikon aikana) *

Laskenut Noussut Pysynyt samassa En tiedä

17. Harrastan kohtuukuormitteista liikuntaa (reipas kävely, sauvakävely, raskaat koti- ja pihatyöt, työmatkaliikunta) vähintään 150 minuuttia viikossa (2 tuntia 30 minuuttia) tai raskasta liikuntaa (juoksu, uinti, hiihto) vähintään 75 minuuttia viikossa (1 tunti 15 minuuttia) *

Enemmän Vähemmän Saman verran En harrasta liikuntaa

18. Harrastan lihasvoimaa, tasapainoa ja notkeutta ylläpitävää/kehittävää liikuntaa (voimistelu/jumppa, kuntosali, luonnossa liikkuminen, tanssi) *

Päivittäin tai lähes päivittäin 2-5 kertaa viikossa 1-6 kertaa kuukaudessa En koskaan

Lopuksi

19. Sain apua TERVE-ryhmän ohjauksesta elämäntapamuutokseen *

Kyllä, sain apua Jonkin verran apua En saanut apua En osaa sanoa

20. Koen TERVE-ryhmän ohjauksen tarpeelliseksi elämäntapamuutoksesi

Erittäin tarpeelliseksi Tarpeelliseksi Tarpeettomaksi En osaa sanoa

21. Tämä kyselylomake oli *

Selkeä Sopivan mittainen Liian pitkä Epäselvä

22. Lopuksi voitte omin sanoin kirjoittaa tähän alle mielipiteenne kyselylomakkeesta ja/tai TERVE-ryhmästä

Kiitos vastauksistanne!

Liite 4. Kyselylomakkeen kuvaus

| Esitestaus kysymyslomakkeen sisältö | Kysymykset | Lähde |
|--|--|---|
| Taustatiedot, kysymykset 1-5 | 1. Ikä 2. Sukupuoli 3. Siviilisääty 4. Koulutus 5. Tämänhetkinen työtilanne | Vilkkä 2005, 84-89; Heikkilä 2008, 51 & Vehkalahti 2008, 25. |
| Terveydentilanne, kysymykset 6-7 | 6. Koen tämänhetkisen terveyteni 7. Unenlaatuni on (ainoastaan esitestaus kyselylomake) | Vilkkä 2005, 81; Koskinen, Lundqvist & Ristiluoma 2012, 217-218; Aalto, Aro & Teperi 1999, 5-6; Lindström, Hemiö, Viitasalo, Puttonen, Härmä & Peltonen 2012, 75-77 & Turun hyvinvointitoimiala 2016. |
| Terveyskäyttäytyminen, kysymykset 8 | 8. Koen haasteita valmistaa terveellistä ja monipuolista ruokaa 9. Kertokaa omin sanoin, min-kälaisia haasteita koette terveellisen ja monipuolisen ruuan valmistuksessa 10. Syön aamupalan 11. Syön vihanneksia, kasviksia, marjoja ja hedelmiä 12. Syön eineksiä 13. Käytän rasvaisia maitotuotteita 14. Juon alkoholia 15. Syön seuraavista aterioista useimmiten päivittäin 16. Painoni on | Diabetesliitto, Duodecim 2014-2015; Heinonen, Syväne, Toropainen, Nuutinen & Turku 2016, 13-14; Koskinen, Lundqvist & Ristiluoma 216-218; Männistö, Laatikainen & Vartiainen 2012, 1; Reini & Honkatukia 2016 17-24; Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2013, 9-24 & Turun hyvinvointitoimiala 2016. |
| Liikunta Kysymykset 17-18 | 17. Harrastan kohtuukuormitteista liikuntaa 18. Harrastan lihasvoimaa, tasapainoa ja notkeutta ylläpitävää/kehittävää liikuntaa | Borodulin 2006, 54; Heinonen, Syväne, Toropainen, Nuutinen & Turku 2016, 13-14; Kujala 2014, 1877-1878; Sosiaali- ja terveysministeriö 2013; Turun hyvinvointitoimiala 2016, Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013, 9-16 & THL 2014. |
| Lopuksi Kysymykset 19-22 | 19. Sain apua TERVE-ryhmän ohjauksesta elämäntapamuutokseen 20. Koen TERVE-ryhmän ohjauksen tarpeelliseksi elämäntapamuutoksessa 21. Tämä kyselylomake oli 22. Lopuksi voitte omin sanoin kirjoittaa tähän alle mielipiteenne | Heikkilä 2008, 16-51; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2015; Salmela, Kettunen & Poskiparta 2010, 208-217, Turun hyvinvointitoimiala 2016 & Vilkkä 2015, 71-95. |

Liite 5. Valmis kyselylomake

Hyvä TERVE-ryhmään osallistuja!

Tällä kyselylomakkeella pyydämme Teitä ystävällisesti arvioimaan terveydentilannettanne ja terveyskäyttäytymistänne. Kysely on jokaiselle vapaaehtoinen. Vastatkaa kaikkiin kysymyksiin. Valitkaa vastausvaihtoehdoista mielestänne sopivin ja laittakaa siihen kohtaan rasti (x). Kyselyn vastauksia käytetään TERVE-ryhmän kehittämisessä. Vastaukset käsitellään nimettöminä ja luottamuksellisesti.

1. Ikä *

- 18-29
 30-49
 50-69
 70-89
 90-->

2. Sukupuoli *

- Nainen Mies Muu

3. Siviilisääty *

- Naimaton/Leski Avo-/Avoliitto Muu, mikä

4. Koulutus *

Kansakoulu/Peruskoulu

Ammattitutkinto/Ylioppilastutkinto

Korkeakoulututkinto

5. Tämänhetkinen työtilanne *

Opiskelija

Työssä

Työtön

Sairaslomalla

Eläkkeellä

Arvioikaa terveydentilanteenne viimeisen neljän (4) viikon aikana.

6. Koen tämänhetkisen terveyteni *

Erittäin hyväksi

Hyväksi

Kohtalaiseksi

Huonoksi

Erittäin huonoksi

Arvioikaa seuraavaksi terveystyöskäytymistänne viimeisen neljän (4) viikon aikana.

7. Koen haasteita valmistaa terveellistä ja monipuolista ruokaa, kiinnittäen huomiota mm. ruuan rasvan ja suolan määrään, kuitujen saantiin, kolesterolia sisältävien ruokien määrään sekä marjojen, hedelmien ja kasvien määrään *

Päivittäin tai lähes päivittäin 2-5 kertaa viikossa 1-6 kertaa kuukaudessa En koskaan

8. Kertokaa tähän omin sanoin, minkälaisia haasteita koette terveellisen ja monipuolisen ruuan valmistuksessa? *

9. Syön aamupalan *

Joka aamu tai lähes joka aamu 2-5 kertaa viikossa 1-6 kertaa kuukaudessa En koskaan

10. Syön vihanneksia, kasviksia, marjoja ja hedelmiä *

Päivittäin tai lähes päivittäin 2-5 kertaa viikossa 1-4 kertaa kuukaudessa En koskaan

11. Syön eineksiä (valmisruokia) *

Päivittäin tai lähes päivittäin 2-5 kertaa viikossa 1-6 kertaa kuukaudessa En koskaan

12. Käytän rasvaisia maitotuotteita (voi, kermajuusto, kerma, täys/kevytmaito) *

Päivittäin tai lähes päivittäin 2-5 kertaa viikossa 1-6 kertaa kuukaudessa En koskaan

13. Juon alkoholia *

Päivittäin tai lähes päivittäin 2-5 kertaa viikossa 1-6 kertaa kuukaudessa En koskaan

14. Syön seuraavista aterioista useimmiten päivittäin (voit valita useamman vaihtoehdon) *

- Aamupala
- Välipala
- Lounas
- Päivällinen
- Iltapala
- Naposteltavat (karkit, sipsit)

15. Painoni on (viimeisen 4 viikon aikana) *

Laskenut Noussut Pysynyt samassa En tiedä

16. Harrastan kohtuukuormitteista liikuntaa (reipas kävely, sauvakävely, raskaat koti- ja pihatyöt, työmatkaliikunta) vähintään 150 minuuttia viikossa (2 tuntia 30 minuuttia) *

Enemmän Vähemmän Saman verran En harrasta kohtuukuormitteista liikuntaa

17. Harrastan raskasta liikuntaa (juoksu, uinti, hiihto)

vähintään 75 minuuttia viikossa (1 tunti 15 minuuttia) *

Enemmän Vähemmän Saman verran En harrasta raskasta liikuntaa

18. Harrastan lihasvoimaa, tasapainoa ja notkeutta ylläpitävää/kehittävää liikuntaa

(voimistelu/jumppa, kuntosali, luonnossa liikkuminen, tanssi) *

Päivittäin tai lähes päivittäin 2-5 kertaa viikossa 1-6 kertaa kuukaudessa En koskaan

Lopuksi

19. Koen TERVE-ryhmän ohjauksen elämäntapamuutoksesta *

Erittäin tarpeelliseksi Tarpeelliseksi Tarpeettomaksi En osaa sanoa

20. Sain apua TERVE-ryhmän ohjauksesta elämäntapamuutokseen *

Kyllä, sain apua Jonkin verran apua En saanut apua En osaa sanoa

21. Lopuksi voitte omin sanoin kirjoittaa mielipiteenne TERVE-ryhmästä

Kiitos vastauksistanne!

Liite 6. Tulokset

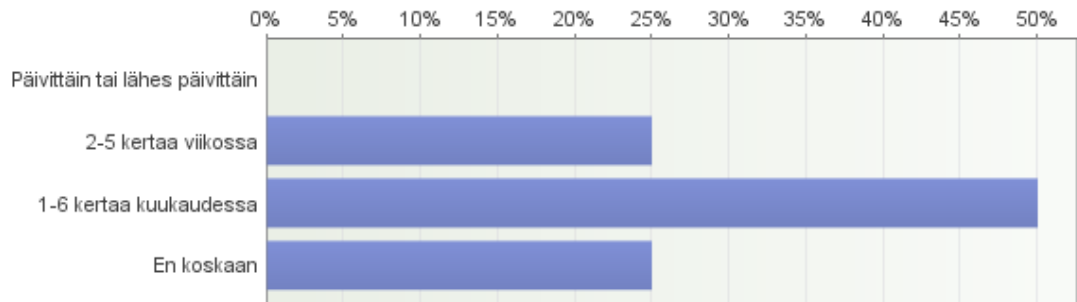
Taustatiedot

Tulokset analysoitiin webropolin avulla. Paperiset kyselylomakkeet kirjoitettiin webropolin analysoinnin helpottamiseksi. Tutkimukseen osallistui neljä kuudesta TERVE-ryhmään osallistuneesta. Heistä kolme oli naisia ja yksi oli mies. Kolme oli iältään 70-89-vuotiaita ja yksi 30-49-vuotias. Kaikki neljä elivät avo-/avioliitossa. Kolmella 70-89-vuotiaalla oli kansakoulu/peruskoulu koulutustausta. Yhdellä 30-49-vuotiaalla oli korkeakoulututkinto. Kolme vastanneesta oli eläkkeellä ja yksi työelämässä.

Terveydentila ja terveystyötyminen

Vastaajat arvioivat terveydentilaansa viimeisen neljän viikon aikana. Kolme koki terveydentilan hyväksi ja yksi kohtalaiseksi. Kaikkien neljän unenlaatu oli kohtalaista. Yksi koki lähes päivittäin tai päivittäin haasteita terveellisen ruuan laitossa, yksi 1-6 kertaa kuukaudessa, yksi 2-5 kertaa viikossa ja yksi oli jättänyt vastaamatta kysymykseen. Seuraavaksi kysyttiin avoimella kysymyksellä, että minkälaisia haasteita vastaajat olivat kokeneet terveellisen ja monipuolisen ruuan valmistuksessa. Kaksi oli jättänyt vastaamatta, yksi kertoi ajan puutteen vaikuttavan terveellisen ruuan valmistukseen ja yksi kertoi: *”En koe ruuan valmistuksessa haasteita, vaan ongelmani ovat kahvileivät ja makeat, varsinkin talvisin on vaikeaa.”*

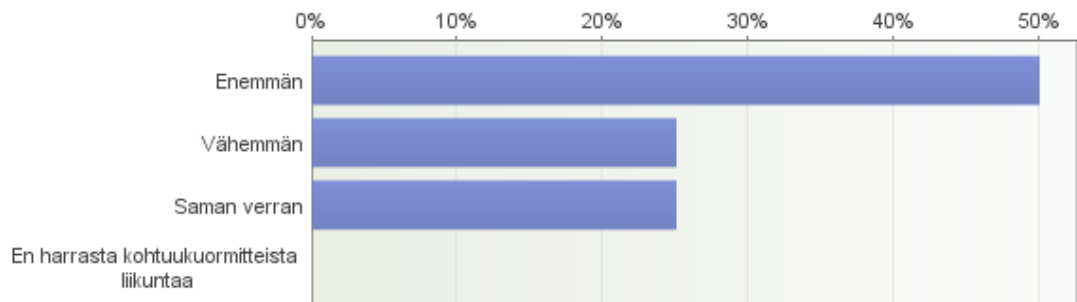
Jokainen vastaaja kertoi syövänsä aamupalan joka aamu tai lähes joka aamu. Kolme vastaajista söi kasviksia, vihanneksia, marjoja ja hedelmiä päivittäin tai lähes päivittäin, yksi vastaaja 1-6 kertaa kuukaudessa. Eineksiä söi kaksi 1-6 kertaa kuukaudessa, yksi 2-5 kertaa viikossa ja yksi ei koskaan. (Kaavio 1.) Kolme vastaajaa käytti rasvaisia maitotuotteita (voi, kermajuusto, kerma, täys/kevytmaito) päivittäin ja yksi 1-6 kertaa kuukaudessa. Alkoholia nautti kolme vastaajaa 1-6 kertaa kuukaudessa ja yksi ei koskaan.



Kaavio 1. Einesten käyttö TERVE-ryhmään osallistuneilla.

Kaksi vastaajaa söi aamupalan, välipalan, päivällisen ja iltapalan päivittäin. Yksi vastaajista söi aamupalan, välipalan, lounaan ja iltapalan päivittäin sekä yksi vastasi ainoastaan syövänsä välipalan päivittäin. Kysymyksessä oli useampi vaihtoehto, mistä valita, mitä syö päivittäin. (Liite 3.)

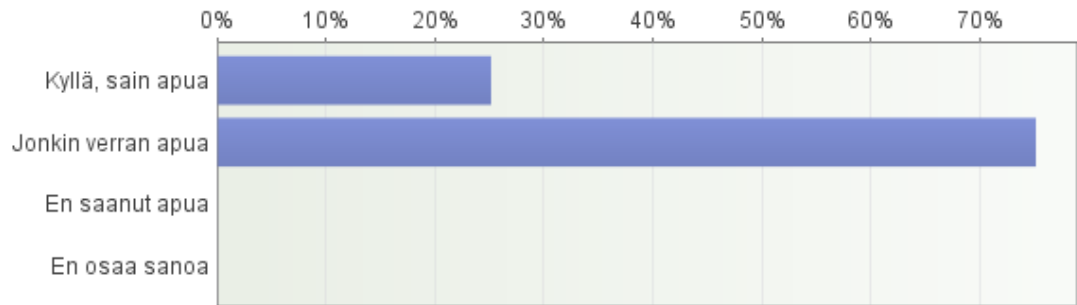
Kaikkien neljän (4) vastanneen paino oli pysynyt samana viimeisen neljän viikon aikana. Yksi vastanneista harrasti kohtuukuormitteista liikuntaa vähemmän kuin 2 tuntia ja 30 minuuttia, kaksi harrasti kohtuukuormitteista liikuntaa enemmän kuin 2 tuntia ja 30 minuuttia viikossa ja yksi saman verran. (Kaavio 2.) Yksi vastaajista ei harrastanut raskasta liikuntaa (juoksu, uinti, hiihto) ollenkaan, yksi harrasti enemmän kuin 75 minuuttia, yksi vähemmän ja yksi saman verran kuin 75 minuuttia viikossa.



Kaavio 2. Kohtuukuormitteisen liikunnan harrastaminen TERVE-ryhmään osallistuneilla.

Elämäntapamuutos

Lopuksi kysyttiin elämäntapamuutoksesta. Yksi vastaajista koki TERVE-ryhmän ohjauksen elämäntapamuutoksesta erittäin tärkeäksi ja kolme vastaajista tärkeäksi. Yksi koki TERVE-ryhmän ohjauksen auttaneen elämäntapamuutoksessa ja kolme vastaajaa koki jonkin verran olleen apua. (Kaavio 3.)



Kaavio 3. TERVE-ryhmään osallistuneiden kokemus, oliko ryhmästä apua elämäntapamuutoksessa.