

KOLESTEROLI KOHDALLEEN

Opaslehti 65- ja 70-vuotiaiden terveystarkastuksiin Lapin ammatti-
korkeakoulun Hyvinvointipysäkille

Mäkelä Viivi-Sofia
Palosaari Jenni

Opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK), Terveystieteiden koulutusohjelma (AMK)

2025

Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja (AMK) Terveydenhoitaja (AMK)

Tekijät	Viivi-Sofia Mäkelä Jenni Palosaari	Vuosi	2025
Ohjaaja	Jenni Kiiskilä		
Toimeksiantaja	Lapin ammattikorkeakoulu Hyvinvointipysäkki		
Työn nimi	Kolesteroli kohdalleen – Opaslehti 65- ja 70-vuotiaiden terveystarkastuksiin Lapin ammattikorkeakoulun Hyvinvointipysäkillä		
Sivumäärä	42+2		

Opinnäytetyön aiheena oli kolesteroli ja sen elintapa- sekä lääkehoito. Työn tarkoituksena oli laatia opaslehti Lapin ammattikorkeakoulun tiloissa sijaitsevalle Hyvinvointipysäkillä kotiin annettavaksi 65- ja 70-vuotiaille terveystarkastuksien yhteydessä. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä kohderyhmän tietoisuutta kolesterolista ja sen elintapa- sekä lääkehoidosta laatimalla motivoiva, helppolukuisen ja tiivis opaslehti. Opaslehden avulla tuetaan terveydenedistämistä, ennaltaehkäisyä ja hyvää hoitotasapainoa.

Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena opinnäytetyönä suoraviivaisen kehittämisprosessin mallin mukaisesti ja aihe opinnäytetyölle nousi toimeksiantajan tarpeesta. Opinnäytetyön teoriaosuus sisältää tietoa kolesterolista, kolesterolin haitoista, ruokavaliosta, liikunnasta, tupakoinnin haitoista, alkoholista, familiaalisesta hyperkolesterolemiasta, sekä kolesterolin lääkehoidosta. Lisäksi opinnäytetyön teoriaosuus sisältää tietoa terveydenedistämisen ohjaamisesta, motivoivasta keskustelusta, teach back-menetelmästä sekä siitä, millainen on toimiva opaslehti. Tietoperusta on koottu ajantasaisia ja näyttöön perustuvia tietoja hyödyntäen. Opinnäytetyöraportti on koottu perusteellisesti aiheeseen paneutuen ja opaslehden on poimittu raportista keskeisimmät asiat.

Opinnäytetyön toimeksiantajana on Lapin ammattikorkeakoulun Hyvinvointipysäkki. Opaslehti sisältää tiivistetysti tietoa kolesterolista, kolesterolin haitoista, familiaalisesta hyperkolesterolemiasta, elintavoista ja lääkehoidosta. Opaslehteä tullaan käyttämään osana Lapin ammattikorkeakoulun Hyvinvointipysäkin ikätarkastuksia.

Avainsanat	kolesteroli, elintavat, lääkehoito, hyperkolesterolemia, perinnöllinen alttius, ohjaus (neuvonta ja opastus)
Muita tietoja	Opaslehti Lapin ammattikorkeakoulun Hyvinvointipysäkillä

Degree Programme in Nursing and Health care
Bachelor of Health care, Public health Nurse

Authors	Viivi-Sofia Mäkelä Jenni Palosaari	Year	2025
Supervisor	Jenni Kiiskilä		
Commissioned by	Lapland University of Applied Sciences, Hyvinvointipysäkki		
Title	Keeping your cholesterol on track – A guide for health checks in adults aged 65 to 70		
Number of pages	42+2		

The topic of this thesis is cholesterol and the lifestyle and medical treatment related to it. The purpose of this thesis was to produce a guide leaflet for Lapland University of Applied Sciences, Welfare Station to be given home to 65- 70-year-old adults in connection with health checks. The aim of this thesis was to create a motivating, clear, and compact guide leaflet that can be used to increase the target group's awareness of cholesterol and the related lifestyle recommendations and medical treatment. The guide leaflet aims to promote health, support good treatment balance, and prevent the onset of high cholesterol.

The thesis was implemented as a functional thesis and in accordance with a linear model. The topic for the thesis arose from the commissioners' need. The theoretical part of the thesis includes information about cholesterol, harmful effects of cholesterol, diet, harmful effects of smoking, alcohol, familial hypercholesterolemia, lifestyle recommendations and medical treatment. In addition, the theoretical part of the thesis includes information about guiding in health promotion, motivational discussion, the teach-back method, and what a working guide leaflet should be like. The knowledge base has been compiled using up-to-date and evidence-based information. The thesis report has been compiled with research on the topics, and based on the analysis, the most significant points from the report were chosen for the leaflet.

The commissioner of this thesis is the Lapland University of Applied Sciences, Welfare Station. The guide leaflet can potentially be used as part of the age health checkups at the commissioner.

Keywords cholesterol, lifestyle habits, pharmacotherapy, hypercholesterolemia, hereditary predisposition, guidance and counselling

Special remarks The thesis includes a guide leaflet submitted to the commissioner

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	5
2	KOLESTEROLI JA SEN ELINTAPA- JA LÄÄKEHOITO	7
2.1	Kolesteroli.....	7
2.2	Kolesterolin haitat	8
2.3	Kolesteroli ja perinnöllinen alttius.....	8
2.4	Kolesteroliarvojen alentaminen	9
2.4.1	Ruokavalion merkitys kolesteroliin	11
2.4.2	Liikunta korkean kolesterolin hoidossa	16
2.4.3	Tupakointi.....	17
2.4.4	Lääkehoidon merkitys kolesterolin hoidossa.....	19
3	TERVEYDENEDISTÄMISEN OHJAUS	21
3.1	Laadukas asiakasohjaus vastaanotolla.....	21
3.2	Motivoiva haastattelu ja teach back-menetelmä	22
3.3	Toimiva opaslehti.....	24
4	MENETELMÄLLINEN TOTEUTUS.....	26
4.1	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	26
4.2	Toimeksiantajan kuvaus	26
4.3	Toiminnallinen opinnäytetyö	27
4.4	Opinnäytetyön eteneminen vaiheittain	28
4.5	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus	31
4.6	Opinnäytetyön tulos	32
5	POHDINTA.....	34
5.1	Tuotoksen tarkastelu	34
5.2	Oman oppimisen pohdinta	35
	LÄHTEET	37
	LIITTEET	41

1 JOHDANTO

Sepelvaltimotauti on Suomessa yksi tavallisimmista sairauksista ja yhä edelleen yleisin kuolinsyy. 1980-luvulla infarktikuolleisuus ja sepelvaltimotaudin sairastavuus on lähtenyt laskuun ja tätä ennen Suomi oli maa, jossa tapahtui infarktikuolleisuutta ja sepelvaltimotaudin sairastavuutta enemmän, kuin missään muussa maassa. (Holmström ym. 2022, 59–60.)

Korkea kolesteroli on yksi sydäntautiin sairastumisen riskitekijöistä. Suomalaisen kansansairautenakin tunnettu sepelvaltimotauti ja siihen sairastumisen edeltävänä riskitekijänä on usein korkea kolesteroli, tupakointi, diabetes ja/-tai korkea verenpaine. Nämä kaikki edellä mainitut riskitekijät ovat suurilta osin hoidettavissa. (Kettunen 2023a.) Keskimääräisesti suomalaisten kokonaiskolesteroli on 5,3 mmol/l, eli millimoolia litrassa, ja tästä luvusta 70 % sisältää huonoa kolesterolia ja 20–25 % hyvää kolesterolia (Mustajoki 2022a). Korkea ikä on potentiaalinen riski kolesterolin kohoamiselle ja kohonnut kolesteroli on riski ateroskleroosille, eli valtimoiden kovettumataudille (Käypä hoito -suositus, Dyslipidemiat 2022).

Toimeksiantajana Hyvinvointipysäkki toivoi käytännön apua terveystarkastuksien yhteydessä ilmeneviin ongelmiin asiakkaan lääkehoitoon sitoutumisessa. Hyvinvointipysäkin terveystarkastuksien asiakkaat ovat 65- ja 70-vuotiaita. Yleiseksi ongelmaksi on ilmennyt, että asiakkaat luulevat lääkehoidon olevan kuuriluontoinen ja lääkehoidolla saadun vasteen jälkeen lääkehoito saatetaan lopettaa omaloitteisesti, joten tietoisuuden ja hoitoon sitoutumisen tärkeyttä tulee korostaa asiakasohjauksessa. Tuotoksen aiheen rajaus tuli toimeksiantajan toiveesta ja keskeisiä käsitteitä tuotoksessa ovat kolesteroli ja sen elintapa- sekä lääkehoito.

Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tarkoitus oli laatia Lapin ammattikorkeakoulun Kemian kampuksen Hyvinvointipysäkillä opaslehti kolesterolista sekä kolesterolin elintapa- ja lääkehoidosta. Opaslehti annetaan asiakkaalle kotiin viemiseksi terveystarkastuksen suullisen ohjauksen yhteydessä. Näin ollen asiakkaalla on kotonaan kolesteroliin ja sen hoitoon liittyvä tieto helposti saatavilla, eikä kaikkea informaatiota tarvitse jättää muistin varaan.

Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä kohderyhmän tietoisuutta kolesterolista ja sen elintapa- sekä lääkehoidosta opaslehden muodossa korostamalla terveyden edistämisen näkökulmia. Opaslehden avulla tuetaan terveydenedistämistä, ennaltaehkäisyä ja hyvää hoitotasapainoa sen helppolukuisuuden ja motivoivan otteen myötä. Tavoitteena oli laatia helppolukuinen, tiivis ja motivoiva opaslehti, johon asiakas voi palata uudelleen vastaanotto käynnin jälkeen.

2 KOLESTEROLI JA SEN ELINTAPA- JA LÄÄKEHOITO

2.1 Kolesterolin

Kolesterolin on verrattavissa rasvan kaltaiseen aineeseen, joka ei liukene veteen. Verenkierrrossa kolesterolin kulkeutuu pakkautuen lipoproteiinien, eli kuljetusproteiinien sisään. Kolesterolia on kahdenlaista, joita tutummin kutsutaan hyväksi (HDL) ja pahaksi (LDL) kolesteroliksi. LDL-lipoproteiinit kuljettavat kolesterolia verestä kudoksiin ja suurin osa veren kolesterolista kulkeutuu niiden avulla. LDL-kolesterolin pakkautuu suuremmissa määrissä valtimoiden sisäkalvon alle ja tämä on haitallista. Veren HDL-kolesterolipitoisuus on vähäisempää, mutta sillä on tärkeä tehtävä kuljettaa kolesterolia pois kudoksista ja esimerkiksi valtimoiden seinästä. Näin ollen nimitys "paha kolesterolin" määräytyy suuremman LDL-kolesterolin määrän haitallisuudesta ja "hyvä kolesterolin" HDL-kolesterolin hyödyllisyydestä. (Mustajoki 2022a.)

Puhuttaessa kokonaiskolesterolista, jonka tavoitearvo terveillä henkilöillä on alle 5 mmol/l, tarkoitetaan sillä veren kokonaiskolesterolin määrää. Kokonaiskolesterolin määrä ei kerro erikseen HDL-kolesterolin, LDL-kolesterolin tai triglyseridien määrästä veressä, vaan se kertoo nimensä mukaisesti, kuinka paljon kolesterolia kokonaisuudessaan veren plasmassa on. (Tunturi 2024a.)

Triglyseridit ovat veressä kiertäviä rasvoja, joita ihmisen elimistö tarvitsee muun muassa solujen energianlähteeksi. Triglyseridit muodostuvat glyserolista ja siihen liittyneistä kolmesta rasvahaposta. Elimistö saa triglyseridejä ravinnosta sekä valmistamalla niitä itse. Ruoassa oleva rasva on pääasiassa triglyseridirasvaa, se pilkkoutuu ohutsuolessa ja imeytyy verenkiertoon. Elimistön omat solut, eritoten maksasolut, voivat valmistaa triglyseridejä. Normaalisti veriplasmassa on triglyseridejä alle 2,0 mmol/l. (Mustajoki 2022b.) Veren kohonnut triglyseridipitoisuus altistaa veren nopeammalle hyytymiselle ja edes auttaa valtimoiden ahtautumista (Hekkala 2021).

Ihmisen elimistö käyttää kolesterolia solukalvojen rakennusaineena, sekä joidenkin hormonien ja sappihappojen muodostamisessa. Keskimääräinen kokonaiskolesteroliarvo suomalaisilla on 5,3 mmol/l, tästä n. 70 % on LDL-kolesterolia ja

n. 20–25 % HDL-kolesterolia. (Mustajoki 2022a.) Kokonaiskolesterolin tavoitearvot ovat alle 5 mmol/l ja LDL-kolesteroli on viitearvoissa ollessaan alle 3 mmol/l (Hekkala 2021; Mustajoki 2022a). Edellä olevat tavoitearvot koskevat terveitä henkilöitä, joilla ei ole muita valtimotaudin riskitekijöitä, kuten huonot elintavat (tupakointi, alkoholi, liikunnan vähäisyys) tai esimerkiksi diabetes (Mustajoki 2022a). HDL-kolesterolin tavoitearvot ovat hieman erilaiset miehillä ja naisilla ja näin ollen miehillä HDL-tavoitearvo on yli 1 mmol/l ja naisilla yli 1,2 mmol/l (Sigfrids & Jauho 2020, 369). Triglyseridien tavoitearvo on alle 1,7 mmol/l. Henkilöillä, jotka sairastavat valtimotautia LDL-kolesterolin tavoitearvo on alle 1,4 mmol/l ja korkean sairastumisriskin henkilöillä alle 1,8 mmol/l. (Hekkala 2021; Mustajoki 2022a.)

2.2 Kolesterolin haitat

Suurentunut veren kolesterolimäärä on merkittävä ateroskleroosin riskitekijä. Ateroskleroosi on valtimotauti, ja valtimotaudin aiheuttamat verenkiertoelinten sairaudet ovat vallitsevin kuolinsyy Suomessa. Valtimotauti voi aiheuttaa sepelvaltimoiden, kaula- ja aivovaltimoiden tai alaraajojen valtimoiden ahtaumia tai tukoksia. Suurentuneen veren kolesterolimäärän lisäksi suurimpia riskitekijöitä valtimotautiin sairastumisessa ovat tupakointi ja kohonnut verenpaine. (Kettunen 2023b.) Veren kohonneet kolesteroliarvot lisäävät selvästi vaaraa sairastua sydäninfarktiin ja aivohalvaukseen (Sigfrids & Jauho 2020, 364; Mustajoki 2022a). LDL-kolesterolin määrä veressä kertoo paremmin riskistä sairastua valtimotautiin, kuin kokonaiskolesterolin määrä, sillä liiallinen LDL-kolesteroli kertyy kudoksiin. LDL-kolesterolin tavoitearvoja veressä tulkitaan yksilöllisesti henkilön valtimotautiin sairastumisen riskin mukaan. Riski nousee muun muassa erinäisten sairauksien, perimäalttiuden ja elintapojen, kuten tupakoinnin perusteella. Valtimotautiin sairastumisen riskiä voi arvioida vastaanotolla ja itsenäisesti FINRISKI-laskurilla. (Tunturi 2024b.)

2.3 Kolesteroli ja perinnöllinen alttius

Perinnöllistä kolesterolia suurentavaa sairautta, eli FH-tautia (familiaalinen hyperkolesterolemia) on syytä epäillä, jos henkilön kolesteroliarvot ovat yli 8,0 mmol/l ja etenkin, jos suvussa on useammalla henkilöllä yhtä suuria kolesteroliarvoja

(Mustajoki 2022a). Lapsi sukupuolesta riippumatta perii taudin biologiselta äidiltä tai isältä ja periytyminen nousee esiin selvästi vain, mikäli sukulaisia on paljon. FH-tautia ei tule ensisijaisesti epäillä, mikäli kolesteroliarvot ovat aikuisella alle 7 mmol/l, tai lapsella 6,7 mmol/l ja lapsen LDL-kolesteroliarvot on alle 4 mmol/l. (Käypä hoito -suositus, FH-taudin [familiaalisen kolesterolemian] diagnostiikka ja hoito 2020.) Tavallisesti tautia sairastavalla kolesteroliarvot ovat yli 10 mmol/l, mutta osalla arvot voivat olla pienempiä. FH-tautia esiintyy Suomessa noin 10 000 henkilöllä. Perinnöllisyys on vallitsevaa, sillä noin puolet FH-tautia sairastavien lapsista perii taudin ja kohonnut kolesteroli on havaittavissa jo varhaislapsuudessa. (Mustajoki 2022a.)

Korkean kolesterolin perinnöllisyys altistaa samalla tavalla sepelvaltimotautiin sairastumiseen, kuin ei perinnöllinen korkea kolesteroli. Toisin kuin ei perinnölliseen korkeaan kolesteroliin, FH-tautia ei voi pelkästään elintavoilla hoitaa, vaan hoitoon tarvitaan aina statiinilääkehoito ja usein lisäksi täydentävä lääkitys. (Mustajoki 2022a.) Statiinilääkitys tulee aloittaa diagnoosin saamisen jälkeen ja korkean kolesterolin lääkehoito on FH-tautiin sairastuneilla elinikäinen (Käypä hoito -suositus, FH-taudin [familiaalisen kolesterolemian] diagnostiikka ja hoito 2020). Tehokkaan lääkityksen ansiosta kolesteroliarvot voidaan saada lähelle normaaleja arvoja (Mustajoki 2022a). Epidemiologisissa tutkimuksissa saadun tiedon perusteella riski saada sepelvaltimotapahtuma 60 ikävuoteen mennessä kasvaa, mikäli statiinilääkehoitoa ei ole. Ruokavaliohoito kuuluu kuitenkin myös FH-tautia sairastavalle olennaiseksi osaksi sepelvaltimotautiin sairastumisen ehkäisyssä. (Käypä hoito -suositus, FH-taudin [familiaalisen kolesterolemian] diagnostiikka ja hoito 2020.)

2.4 Kolesteroliarvojen alentaminen

Terveellinen ruokavalio, riittävä päivittäinen liikunta ja riittävä uni vähentävät riskiä sairastua moniin kansansairauksiin. Elintapojen merkitys on terveyden kannalta todella suuri, sillä epäterveellinen ruokavalio, tupakointi, alkoholin liiallinen käyttö sekä liikunnan puute vaikuttavat monien sairauksien puhkeamiseen. (Blomqvist, Rummukainen, Sainio, Simola & Tyrisevä-Ryösö 2022, 137.)

Kolesteroliarvoja alennetaan aina ensisijaisesti elintavoilla, pois lukien familiaalista hyperkolesterolemiaa sairastavat, joilla lääkehoito on edellytys kolesteroliarvojen normalisoimiseksi (Mustajoki 2022; Widén & Ripatti 2017, 778). Elintavoilla tarkoitetaan muun muassa ruokailu- ja liikuntatottumuksia, mahdollista tupakointia ja alkoholin käyttöä. Yleisiä periaatteita kolesterolin alentamiseen on tupakoinnin lopettaminen, ylipainoisilla laihduttaminen, liikunnan ja muiden fyysisten aktiiviteettien lisääminen arkeen ja huomion kiinnittäminen ruokavalioon. Ruokavalion vaikutus kolesterolin alentamisessa voi olla joillakin henkilöillä jopa 15 %, mutta keskimääräinen vaikutus on kuitenkin noin 3–6 prosenttia. (Strandberg & Vanhanen 2021.)

Terveillä henkilöillä kohonneen kolesterolin hoidossa veren kolesteroli pitäisi mitata vähintään kahdesti, tällöin hoitoratkaisun katsotaan perustuvan luotettavaan tuloksiin (Mustajoki 2022a). Hoidon valinnassa huomioidaan kolesteroliarvo sekä muut samanaikaiset valtimotaudin riskitekijät, kuten kohonnut verenpaine, diabetes, lihavuus, liikunnan vähäisyys ja tupakointi (Kettunen 2023b). Yleisenä hoidon tavoitteena on kokonaiskolesterolin arvon alentaminen alle 5 mmol/l ja LDL-kolesterolin alle 3,0 mmol/l. Mikäli muuten terveellä henkilöillä ei ole muita verisuonten riskitekijöitä, 5,0 mmol/l:n arvon lievä ylittyminen on haitatonta, varsinkin jos HDL-kolesteroliarvo on hyvä. Muiden riskitekijöiden puuttuessa ja kolesteroliarvojen ollessa 5,0–6,4 mmol/l voidaan aluksi kohonnutta kolesterolia hoitaa ruokavalion muutoksilla ja seurata tilannetta rauhassa. Uusi mittaus tehdään 3–6 kuukauden kuluttua, ja mikäli kolesteroliarvo ei ole ruokavaliohoidolla pienentynyt riittävästi, lääkehoitoa on harkittava. Kolesteroliarvon lisäksi hoitoratkaisuun vaikuttaa valtimotaudin kokonaisriski. (Mustajoki 2022a.)

Suuren riskin henkilöillä kohonneen kolesterolin hoitoon suhtaudutaan tiukemmin, kuin terveen henkilön hoitoon, selkeästi suurentuneen valtimotaudin riskin vuoksi. Suuren riskin ryhmään kuuluvat diabeetikot, sekä oireettomat henkilöt, joilla on FINRISKI-laskurin mukaan yli 10 %:n mahdollisuus sairastua sepelvaltimotautiin tai saada aivohalvaus seuraavan kymmenen vuoden aikana. (Mustajoki 2022a.) FINRISKI-laskuri on Terveyskirjaston nettisivuilla vapaasti käytettävissä oleva laskuri, joka kertoo vastauksien perusteella riskiprosentin sairastua sydän- ja verisuonisairauksiin 10 vuoden sisällä. Laskuri on apuna kokonaisriskin arvioinnissa, mutta sitä ei yksinomaan käytetä hoitopäätöksien teossa (FINRISKI-

laskuri 2021.) Suuren riskin henkilöllä LDL-kolesterolin tavoitearvo on alle 2,5 mmol/l ja riskin omaava henkilö tarvitsee usein lääkettä kolesterolin alentamiseen. (Mustajoki 2022a.)

Hyvin suuren riskin henkilöksi luetaan silloin, jos henkilöllä on todettu valtimosairaus, diabeteksen liitännäissairauksia tai riskilaskurin mukainen riski on yli 15 %. Hyvin suuren riskin henkilöllä lääkehoito on tarpeen ja LDL-kolesterolin tavoitearvo on alle 1,8 mmol/l. (Mustajoki 2022a.)

2.4.1 Ruokavalion merkitys kolesteroliin

Valtimoterveyttä edistävän terveellisen ruokavalion peruseriaatteita on monipuolinen syöminen, huomion kiinnittäminen rasvan laatuun, riittävään kuidun saantiin ja säännölliseen kalan syömiseen (Tarnanen, Strandberg, Syväne & Kukkonen-Harjula 2021). Paistamisen ja grillaamisen sijaan ruoan valmistustavassa suositellaan keittämistä, höyryttämistä ja uunipaistoa, kasviöljyjä- tai margariineja käyttäen (Strandberg & Vanhanen 2021). Elintarvikkeiden pakkauksista löytyvä sydänmerkki ohjaa kaupassa asioidessa tekemään terveyden kannalta parempia valintoja. Ruoan energiamäärän tulee olla suhteutettuna energiankulutukseen. Ylipainoisella henkilöllä alkupainosta tehty 5–10 prosentin painonpudotus voi suurentaa hyvää HDL-kolesterolia. (Tarnanen ym. 2021.) Kolesterolin saanti vähenee samalla, kun vähennetään kovaa rasvaa sisältävien, erityisesti rasvaisten maitovalmisteiden käyttöä (Keskeiset tekijät ruokavalion kolesteroli- toisuuden pienentämiseksi 2020).

Kokonaisuus on pääasiassa terveyttä edistävässä ruokavaliossa. Tärkeää on ylläpitää säännöllistä ateriarytmiä, joka auttaa pysymään virkeänä ja mahdollistaa syömisestä hallinnan. Liian pienet annoskoot ja pitkät ateriavälit voivat altistaa turhalle napostelulle ja liikasyömiselle. Painonhallinnan edistämisen kannalta kohtuulliset annoskoot ja tasainen ateriarytmi ovat avainasemassa. Ruoka-aineet eivät tee ruokavaliosta yksistään epäterveellistä tai terveellistä, vaan tärkeintä on kokonaisuus. Lautasmallin avulla ateria annos on helpompi koota monipuoliseksi ja suosituksien mukaiseksi. (Terveyttä edistävä ruokavalio 2025.)

Ruokakolmiolla (kuvio 1) kuvataan ruoka-aineiden suhteita toisiinsa. Kolmion pohjalla olevia ruoka-aineita tulisi suosia päivittäisissä terveyttä edistävissä ruokavalinnoissa, kun taas kolmion huipulla sijaitsevia ruoka-aineita suositellaan nautittavan kohtuudella. Ruokakolmiota noudattamalla tarpeellisia ravintoaineita saadaan sopivassa suhteessa. (Terveyttä edistävä ruokavalio 2025.)



Kuvio 1: Ruokakolmio terveellisestä ruokavaliosta (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2025)

Pääateriat olisi hyvä koota lautasmallin mukaan. Lautasen täyttäminen aloitetaan kasviksilla, joita suositellaan ottamaan puoli lautasellista. Reilu neljännesosa lautasesta täytetään perunalla, riisillä, viljalisäkkeellä tai pastalla. Vajaa neljännes lautasesta täytetään vielä kala-, liha-, kasviproteiini- tai makkararuualla. Pääruoan lisänä voi olla leipäviipale. Ruokajuomaksi voidaan valita rasvatonta maitoa, rasvatonta piimää tai vettä. Jos energiaa tarvitsee enemmän, suositellaan leivän, perunan tai riisin osuuden isontamista aterialle. (Terveyttä edistävä ruokavalio 2025.)

Ravinnossa käytettävistä rasvoista kasviöljyt ja kasvirasvavalevitteet ovat terveyden edistämisen kannalta parempia vaihtoehtoja. Näissä tuotteissa on runsaasti tyydyttämättömiä rasvahappoja, joita ihmisen elimistö tarvitsee sydämen- ja verenkiertoelimistön normaaliin toimintaan, sekä ylläpitääkseen vastustuskyvyn toi-

mintaa. Leipärasvaksi suositellaan vähintään 60 % rasvaa sisältäviä sydänmerkituotteiksi merkittyjä margariineja tai kasvirasvavevitteitä ja ruoanvalmistuksessa kannattaa suosia kasviöljyjä tai pullomargariinia. Tyydyttämätöntä rasvaa saa riittävästi käyttämällä päivittäin salaattinkastikkeena 1–2 ruokalusikallista öljypohjaista vaihtoehtoa, leivän kanssa 5–6 teelusikallista rasvaista kasvirasvavevitettä ja ruoan valmistuksessa kasviöljyjä, juoksevaa margariinia tai kasvirasvavevitettä. Kasvisteroleita- tai stanoleita sisältävien margariinien käyttöä suositellaan, sillä näillä on suotuisia vaikutuksia veren LDL-kolesterolipitoisuuksiin. Säännöllisesti käytettynä 2–3 gramman vuorokausiannoksena kasvisteroli- ja kasvistanolimar-gariinit voivat alentaa LDL-kolesterolia jopa 10 % ja lievissä hyperkolesterolemia tapauksissa se voi riittää ainoaksi hoidoksi tasapainoisen ruokavalion ohessa. HDL-kolesteroli- ja triglyseridiarvoihin kasvisteroleilla- ja stanoleilla ei ole vaikutusta. (Strandberg & Vanhanen 2021.) Pehmeitä rasvoja saa myös pähkinöistä, manteleista ja siemenistä. Elimistö tarvitsee rasvaa solujen rakennusaineeksi, hormonien muodostamiseen ja energianlähteeksi. Tyydyttyneet rasvat suurentavat veren kolesterolipitoisuutta, mutta tyydyttyneen rasvan korvaaminen tyydyttämättömillä rasvoilla pienentää veren kolesterolipitoisuutta. (Terveyttä edistävä ruokavalio 2025.)

Ruokavalion perustana, ruokakolmion alimmalla tasolla ovat kasvikset, hedelmät ja marjat, joita suositellaan nauttimaan vähintään 500–800 grammaa, eli 5–9 annosta päivittäin (Terveyttä edistävä ruokavalio 2025). Määrä on toteutettavissa nauttimalla jokaisella aterialla kasviksia, hedelmiä tai marjoja kypsänä tai kypsentämättömänä. Ne sisältävät runsaasti elimistölle välttämättömiä vitamiineja, kivennäisaineita sekä kuituja. Kuidulla on suotuisia vaikutuksia kylläisyyden tunteeseen, aterian jälkeisen verensokerin nousun tasaamiseen ja vatsantoiminnan edistämiseen. (Terveyttä edistävä ruokavalio 2025.)

Ruokakolmiossa seuraavalla tasolla kasvien jälkeen ovat täysjyväviljavalmisteet, näitä ovat esimerkiksi täysjyväleipä, -hiutaleet, -suurimot, -mysli, -riisi, -pasta sekä peruna. Täysjyvävalmisteet ovat runsaskuituisia ja sisältävät vitamiineja sekä kivennäisaineita. Viljavalmisteiden suositeltu päivittäinen annos määrä on naisille noin kuusi annosta ja miehille noin 9 annosta. (Terveyttä edistävä ruokavalio 2025.) Täysjyväviljojen tärkeys korostuu, sillä kuidun päivittäistä saantisuositusta on lähes mahdoton saavuttaa ilman täysjyväviljatuotteiden

nauttimista (Schwab 2023). Perunasta saa hiilihydraatteja, C-vitamiinia ja monia kivennäisaineita, mutta sen käytöllä ei tutkimuksien mukaan ole terveyttä edistäviä, eikä heikentäviä vaikutuksia. Perunaa suositellaan sen kestävyysnäkökulman mukaan monipuoliseen ruokavalioon keitettynä, sekä uunissa- tai airfryerissa paistettuna. (Terveyttä edistävä ruokavalio 2025.)

Ruokakolmiossa täysviljavalmisteen jälkeen seuraavalla tasolla on maitovalmisteet ja kasvipäriset tuotteet. Maitovalmisteet sisältävät proteiinia, kalsiumia ja D-vitamiinia, mutta ovat lisäksi oivia jodin, B-12-vitamiinin, B2-vitamiinin ja sinkin lähteitä. Rasvaiset maitovalmisteet sisältä runsaasti tyydyttyntä rasvaa, joten niissä tulisi suosia rasvattomia ja vähärasvaisia vaihtoehtoja. Maitovalmisteilla on kasvipärisiä korvaavia tuotteita, joita ovat esimerkiksi soija-, kaura- ja riisivalmisteet, joihin on lisätty d-vitamiinia, kalsiumia ja jodia. (Terveyttä edistävä ruokavalio 2025.)

Seuraavana ruokakolmiossa tulee liha, kala, palkokasvit ja kananmuna. Nämä toimivat erinomaisina proteiinin lähteinä, mutta punaisen lihan käyttöä suositellaan harkitsemaan. Kypsennetyn punaisen lihan ja lihavalmisteen nauttimisen suositeltu määrä viikossa on 350 grammaa. Punaisen lihan rasva on pääosin tyydyttyntä rasvaa ja näin ollen siitä olisi hyvä suosia vähärasvaisia vaihtoehtoja. Nahaton siipikarjan liha on paremman laatuista ja sisältää vähemmän rasvaa, joten on suositeltava terveellisempi vaihtoehto punaisen lihan sijaan. (Ruokavirasto 2025; Terveyttä edistävä ruokavalio 2025.) Kala on hyvä proteiinin, tyydyttämättömän rasvan, D-vitamiinin ja jodin lähde. Kalaa suositellaan nautittavaksi vähintään 2–3 kertaa viikoittain. (Terveyttä edistävä ruokavalio 2025.)

Kananmuna on hyvä proteiinin lähde, mutta sen keltuainen sisältää reilusti kolesterolia, joka imeytyy tehokkaasti osalle suomalaisista (Terveyttä edistävä ruokavalio 2025). Veren suurentuneiden rasva-arvojen Käypä hoito -suosituksen mukaan kolesterolin päiväkohtainen saantisuositus on korkeintaan 300 mg ja keski-kokoisen kananmunan keltuaisen kolesterolipitoisuus on noin 200 mg (Schwab 2024). Mikäli veren kolesterolipitoisuus on suurentunut tai suurentuneita kolesteroliarvoja esiintyy suvussa, kananmunan käyttöä tulisi vähentää 3–4 kappaleeseen viikossa. Palkokasveja suositellaan käytettäväksi pääaterioilla viikoittain,

näitä ovat esimerkiksi soija, pavut, linssit ja herneet. (Terveyttä edistävä ruokavaliio 2025.)

Proteiinia tarvitaan energiatuotantoon, kudosten uusiutumiseen ja vastustuskyvyn normaalin toiminnan ylläpitämiseen. Ikääntyessä proteiinin tarve yleensä kohoostuu, koska syödyn ruoan määrällä on tapana pienentyä. Proteiinin tarve voi lisääntyä myös erilaisten sairauksien vuoksi. Proteiinin saantisuositus ikääntyneille on 1,2–1,4 grammaa painokiloa kohti. Riittävä proteiini lisää kylläisyyden tunnetta ja tämä helpottaa painon hallintaa, mutta liiallinen proteiinin saanti yksipuolistaa ruokavaliota ja kuormittaa munuaisia kuormittaa munuaisia. (Terveyttä edistävä ruokavaliio 2025.)

Kohtuullisella alkoholin käytöllä ei ole katsottu olevan merkittävää vaikutusta terveysriskeihin. Tervettä työikäistä miestä koskeva kohtuullisen käytön raja, jolloin on katsottu, ettei merkittäviä terveysriskejä synny on 0–2 alkoholiannosta ja naisilla 0–1 annosta päivässä. Kohtuus ja riskit ovat yksilöllisiä ja turvarajana ei voida pitää vähäisenkään riskin alkoholin käyttöä. Riskeihin voi vaikuttaa muun muassa henkilön perimä ja paino. Esimerkiksi merkittävästi ylipainoisen, vyötärölihavan henkilön yksi nautittu alkoholiannos voi olla yhtä kuormittava maksalle, kuin laihalla henkilöllä, joka on nauttinut alkoholia neljä annosta. (Mäkelä & Niemelä 2022.) Maksan kuormitus lisääntyy pitempiaikaisella alkoholin käytöllä, esimerkiksi työikäisten miesten alkoholiannoksien ollessa viikoittain 14- tai naisilla 7 annosta (Mäkelä & Niemelä 2022), joten alkoholia ei suositella nautittavaksi päivittäin. Kerta-annoksena riskirajaa pidetään miehillä 5 annoksessa ja naisilla 4 annoksessa. On tärkeä tiedostaa, että yksi alkoholiannos vastaa 0,33 litraa keskiolutta, 12 cl viiniä, 8 cl väkevää viiniä tai 4 cl väkevää alkoholia. (Pusa 2023.)

Alkoholilla on vaikutusta veren rasva-arvoihin, sillä se nostaa triglyseridipitoisuutta ja jopa hieman HDL-kolesterolipitoisuutta veressä. HDL-kolesterolin noususta ei ole mahdollisesti hyötyjä, joten kohtuullisenkaan alkoholin käytön ei voida sanoa edistävän sydänterveyttä eikä myöskään sen olevan suositeltavaa tämän osalta. (Pusa 2023.)

2.4.2 Liikunta korkean kolesterolin hoidossa

Liikunta on tärkeässä osassa korkean kolesterolin, eli hyperkolesterolemian hoidossa. Kohtuukuormitteinen kestävyysliikunta suurentaa HDL-kolesterolin pitoisuutta veressä, sekä pienentää kokonaiskolesterolia, - LDL- ja triglyseridipitoisuuksia. On tärkeää huomioida, että kevyelläkin liikunnalla voi olla suotuisia vaikutuksia veren rasva-arvoihin. (Alapappila 2024.)

Kohtuukuormitteisesta kestävyysliikunnasta puhuttaessa tarkoitetaan liikuntaa, jossa hengästyy, mutta pystyy puhumaan vaivatta liikkumisen aikana. Kestävyysliikuntalajeja ovat muun muassa kävely, juoksu, pyöräily, tanssi ja uinti. Liikunnan kuormittavuus on yksilöllistä, sillä terveellä henkilöllä reipas kävely voidaan luokitella kevyempään liikuntaan, mutta heikompi kuntoiselle henkilölle samalla vauhdilla tehty kävely voi olla jo kuormittavaa. Liikuntatausta, terveyden tila ja fyysinen kunto ovat keskeisessä osassa yksilön kokemassa kuormittavuudessa. (THL 2024.)

Ihmisen elämänvaiheiden aikana liikunnan tarve on vaihtelevaa ja tämän vuoksi eri ikäryhmillä on omat liikuntasuositukset. Aikuisten (18–65-vuotiaiden) liikuntasuosituksessa Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) mukaan vähimmäismääräksi suositellaan reipasta kohtuukuormitteista liikuntaa 2,5 tuntia viikossa tai vaihtoehtoisesti raskaampaa kestävyysliikuntaa 1 tunti ja 15 minuuttia viikossa, sekä lihaskuntoharjoittelua kaksi kertaa viikossa. Tärkeää on suosia lisäksi hyötyliikuntaa, joita ovat esimerkiksi fyysiset kodin askareet ja taukojummat. (THL 2024.)

Ikäihmisillä on omat liikuntasuositukset, joissa painotetaan enemmän lihasvoimaan ja tasapainoon, jotka vaikuttavat ikääntyvän arjessa selviytymiseen, kykyyn liikkua ja esimerkiksi kaatumisen ehkäisyyn. Tavoitteena on parantava liikunta ja toimintakyvyn ylläpitäminen. Ikääntyneiden liikuntasuosituksessa esille nousee enemmän kevyet liikkumishetket, joissa jo lyhyt muutaman minuutin pituinen liikkuskelu riittää. Kevyen liikkumisen tutkimusnäyttö on osoittanut terveyshyötyjä erityisesti vähän liikkuvilla ja on osoitettu, että vähäisenkin liikkuminen voi alentaa veren rasva-arvoja. (UKK-instituutti 2025.)

Liikkumisen suosituksessa yli 65-vuotiaille suositellaan sydämen sykettä nostavaa kohtuukuormitteista liikuntaa vähintään 2 tuntia ja 30 minuuttia viikossa. Rasittavaa liikuntaa voi harrastaa vaihtoehtoisesti vähintään 1 tunti ja 15 minuuttia viikossa, jossa kohtuukuormitteiseen liikuntaan lisätään tehoja niin, että puhuminen on hankalaa hengästyminen vuoksi. Liikuntasuositukset ovat ajallisesti samanlaiset, kuin aikuisilla, mutta heikompi kuntoisella ikääntyneellä kuormitus voi olla raskaampaa. Rasittavasta liikunnasta saa samat terveyshyödyt kuin reippaasta liikunnasta. Lihasvoimaa, tasapainoa ja notkeutta suositellaan harjoittamaan vähintään kaksi kertaa viikossa. Lihasvoiman harjoittelussa tarkoitus on kuormittaa suuria lihasryhmiä ja haastaa tasapainoa ja lisäksi liikkumiseen suositellaan yhdistettävän venyttelyä. (UKK-instituutti 2025.)

Liikunnan säännöllisyys on ratkaisevassa asemassa. Säännöllinen liikunta auttaa pysyviin muutoksiin ja muutokset voivat olla havaittavissa muutaman kuukauden päästä säännöllisen liikunnan aloittamisesta. Nyrkkisääntönä säännölliseen liikuntaan on liikkua vähintään 30 minuuttia päivässä ja 5 kertaa viikossa. Kestävyysliikunnan hyödyt näkyvät HDL-kolesterolin nousuna ja kokonaiskolesterolin, LDL-kolesterolin ja triglyseridiarvojen laskuna. (Alapappila 2024.) Tutkimuksien mukaan kestävyysliikunnan vaikutuksesta HDL-kolesteroliarvojen nousuun ja triglyseridipitoisuuksien laskuun on vahvaa näyttöä (Kukkonen-Harjula 2020). Lihasvoimaharjoittelusta saa samat hyödyt, mutta tällä ei ole vaikutusta HDL-kolesteroliin (Alapappila 2024).

Liikuntaneuvonta rakennetaan nousujohteisesti ja yksilöllisesti. Vähän liikkuvalla asiakkaalle ensimmäinen konkreettinen tavoite voi esimerkiksi olla mielenkiinnon herättäminen liikkumista kohtaan. Arkiliikunnan lisääminen ja yhdessä asiakkaan kanssa voidaan miettiä mieluisia liikuntamuotoja. Pysyvämpiin tuloksiin motivoi liikuntaneuvonnan seuranta, tottumattomalle liikkujalle tiiviimpi seuranta voi olla tärkeä tuki. (Saari 2023.)

2.4.3 Tupakointi

Noin kolmannes ennen aikaisista tupakan aiheuttamista kuolemista johtuu sydän- ja verisuonisairauksista. Tupakointi aiheuttaa noin puolet 30–45-vuotiaiden

miesten valtimosairauskuolemista ja tupakoivien naisten riski sairastua valtimosairauksiin nousee tätäkin enemmän. (Hekkala 2022.) Odotettavissa olevaa elinikää tupakointi voi laskea jopa kymmenellä vuodella ja noin joka toinen tupakoitsija kuolee tupakoinnin aiheuttamiin sairauksiin ennenaikaisesti (Tupakoinnin lopettaminen [tupakasta vieroitus] 2021).

Nikotiini käyttäytyy elimistössä nostamalla verenpainetta, sykettä ja lisäämällä sydänlihaksen supistumista ja näin ollen yhteisvaikutuksesta sydän altistuu hapenpuutteelle. Tupakasta tuleva häkä, eli hiilimonoksidi syrjäyttää elimistössä happea punasolujen hemoglobiinista, minkä vuoksi hapensaanti vähenee ja elimistö kompensoi tilannetta valmistamalla lisää punasoluja. Tämän seurauksena hemoglobiini nousee, veri muuttuu paksummaksi ja sen liikkuminen pienissä suonissa on jähmeää. Tupakassa on myös muita hapettavia kaasuja, kuten typen oksideja, jonka vuoksi lisääntyy veren hyytymistäipumus, veren rasva-arvot ja elimistön tulehdustila. Näiden yhteisvaikutuksesta ateroskleroosi, eli valtimotauti kiihtyy ja valtimoverisuonet ahtautuvat. Veritulppien, sekä hapensaannin ja kuluksen epäsuhtaan vuoksi äkillisien sydän- ja aivoinfarktien vaara kasvaa. (Hekkala 2022.)

On hyvä tiedostaa riskit myös passiivisessa tupakoinnissa, jossa tupakoimaton henkilö altistuu tupakansavun myrkyille toisten henkilöiden tupakoinnin vuoksi. Passiivinen tupakointi lisää riskiä sairastua sydän- ja verisuonitauteihin noin 25–30 % (Hekkala 2022.)

Tupakoinnin lopetus on kannattavaa, mutta se ei ole aina helppoa. Tupakoinnin lopetuksesta kahden vuoden kuluessa sepelvaltimotaudin riski puolittuu, mutta on hyvä huomioida, että jo puolessa vuodessa riski vähenee. (Hekkala 2022.) Lopettamisen jälkeen nikotiinista johtuva korkea verenpaine ja sydämen syke normalisoituvat hyvinkin nopeasti ja häkäkaasun ja nikotiinin vaikutuksesta johtuva keuhkoputkien supistustila alkaa laueta muutaman päivän kuluttua (Tupakoinnin lopettaminen [tupakasta vieroitus] 2021).

2.4.4 Lääkehoidon merkitys kolesterolin hoidossa

Mikäli ruokavaliohoito ei laske kolesteroliarvoa riittävästi, harkitaan lääkehoitoa. Kaikki hoitoratkaisut tehdään yksilöllisesti, ja huomioon otetaan myös valtimotaudin kokonaisriski. Lääkehoitona käytetään statiinilääkkeitä, joiden vaikutuksesta LDL-kolesteroli pienenee 30–40 % ja HDL-kolesteroli suurenee 5–10 %. Mikäli statiinilääkityksen teho ei ole riittävä, voidaan lisäksi aloittaa etsetimibi-lääke, jonka vaikutuksesta kolesterolin imeytyminen suolesta vähenee. Nikotiinihappo on Etsetimibin lisäksi toinen vaihtoehto, jota voidaan harkita, mikäli Statiinilääkitys ei riitä tai sovi. Lääkitykselle ei ole olemassa ikärajaa, myös yli 75-vuotiaille toteutettu kolesterolilääkitys vähentää LDL-kolesterolia ja näin ollen vähentää myös sydänkuolemia ja sydämeen kohdistuvaa hoidon tarvetta. (Mustajoki 2022a.) Henkilölle, joka sairastaa periytyvää dyslipidemiaa, statiinilääkitys on usein välttämätön (Tarnanen ym. 2021).

Haittavaikutuksia voi ilmetä, vaikka statiinien käyttö onkin turvallista. Haittavaikutuksia voivat olla muun muassa lihasoireet, kuten lihaskivut, lihasheikkous, lihaskrampit tai tumma virtsa, joka on merkki lihasvauriosta. Haittavaikutusten ilmetessä pitää olla yhteydessä hoitavaan lääkäriin. Tällöin nykyisen statiinilääkkeen käyttö lopetetaan ja tilalle voidaan kokeilla toista statiinivalmistetta. (Mustajoki 2022a.) Muita haittavaikutuksia voi olla maksa-arvojen suureneminen tai verensokerin lievä nousu (Tarnanen, ym. 2021).

Hoidon aloituksen jälkeen veren rasva-arvoja ja mahdollisia haittavaikutuksia seurataan säännöllisesti, ensimmäisen kerran tarkastus tapahtuu 1–3 kuukauden kuluttua hoidon aloituksesta. Erityisen suuren sekä suuren riskin potilaille jatkossa seuranta toteutetaan yleensä kerran vuodessa ja pienen riskin potilaille, joilla ei ole lääkitystä käytössä, kontrolliseuranta on viiden vuoden välein. (Tarnanen, ym. 2021.)

Lääkehoitoon sitoutumiseen vaikuttavina tekijöinä ovat esimerkiksi lääkehoidon kesto, mahdolliset sivuvaikutukset, lääkkeen toivottu ja koettu vaikutus, lääkkeenottoon liittyvät asiat, unohtaminen, uskomukset, lääkkeen tarpeettomuus, kokemusten vaihto ja suhtautuminen lääkehoitoon. Näihin asioihin voidaan vaikuttaa huolellisella terveydenhuollon ammattilaisen toteuttamalla ohjauksella.

(Kyngäs & Hentinen 2009, 198.) Lääkehoitoa aloittaessa on hyvä kiinnittää huomiota asiakkaan kokemukseen lääkehoidosta tai ilmi käyneisiin taloudellisiin haasteisiin lääkkeen hankinnassa. On olennaista varmistaa, että asiakkaalla on oikeat ja riittävät tiedot lääkehoidosta, asiakas ymmärtää lääkehoidon merkityksen hyvinvoinnilleen, ja asiakas ymmärtää myös seuraamukset lääkehoidon laiminlyönnistä. Ohjauksessa on tärkeää kysellä aktiivisesti asiakkaan kokemuksista lääkehoidosta, sen mahdollisista haitoista ja puuttua niihin. (Huupponen & Strandbreg 2020.) On hyvä muistuttaa, että lääkäri on vastuussa lääkityksen muuttamisesta ja lopettamisesta (Kyngäs & Hentinen 2009, 198).

Lääkehoitoon sitoutumattoman asiakkaan kannalta ongelmaksi muodostuu se, että hyöty todetusti tarpeellisesta lääkehoidosta menetetään, jos asiakasta- tai potilasta ei saa sitoutumaan lääkehoitoon ja lääke jätetään käyttämättä osittain- tai kokonaan. Lääkehoidolla hoidettavan sairauden ehkäistävässä olevat komplikaatiot lisääntyvät ja tämä vaikuttaa itse sairastuneen elämään, mutta myös terveydenhuollon resurssien tarkoituksettomaan käyttöön. (Huupponen & Strandberg 2020.)

3 TERVEYDENEDISTÄMISEN OHJAUS

3.1 Laadukas asiakasohjaus vastaanotolla

Hyvässä asiakasohjauksessa on tärkeä tunnistaa, mitkä asiat ovat asiakkaalle oleellisia. Täytyy ottaa huomioon mitä asiakas tietää jo sairaudestaan ja sen hoidosta, mitä asiakas jo tietää ja haluaa tietää, sekä mikä olisi hänelle paras tapa tiedon omaksumiseen. Asiakkaan tyytyväisyys ja hoitoon sitoutuminen on todennäköisempää ohjauksen perustuessa hoitajan ja asiakkaan yhteiseen näkemykseen hoidosta. (Kyngäs ym. 2007, 47.)

Ohjaaja on elintapamuutoksessa merkittävässä roolissa asiakkaan sitoutumisen kannalta. Onnistuneen ohjaamisen taustalla on terveyttä edistävä ajattelutapa. Ohjaajan esittämät kysymykset, neuvot ja ohjeet tukevat asiakkaan päätöksentekoa ja auttavat muutoksen käytännön toteutuksessa. Ohjaustaito sisältää tietojen antamisen, kannustuksen ja tukemisen lisäksi intuitiota, luovuutta ja ilmaisukykyä. Ohjaaja toimii asiakkaan voimavaroja vahvistavana kumppanina, tämä on olennaista varsinkin muutoksen alkuvaiheessa. Ohjaaja voi kannustaa esimerkiksi erilaisten liikuntamuotojen kokeilua sekä ruoanlaittoon liittyvissä asioissa. Tärkein osapuoli muutoksessa on kuitenkin asiakas itse ja hän on oman terveytensä paras edistäjä. (Kyngäs & Hentinen 2009, 222–223.)

Ohjaajan täytyy tuntea asiakkaan taustoja, esimerkiksi ruokailutottumuksia ja elämäntapoja, jotta voi saada käsityksen alkutilanteesta ja siitä, minkälaisiin asioihin asiakas tarvitsee ohjausta ja tukea. Asiakasta pyydetään kuvailemaan elintapojaan pitkällä aikavälillä, esimerkiksi minkälainen ruokavalio on ollut viime vuosien ajan. Ohjauksessa on hyvä tehdä tarkentavia kysymyksiä ja pyytää asiakasta kuvailemaan esimerkiksi syömiensä kasvien määriä, liikuntatottumuksia, unen määrää ja laatua. Elintapa ohjauksessa on tärkeää korostaa nykyisten ruokailu- ja elintapatottumusten hyviä puolia ja antaa asiakkaan itse määritellä minkälaisiin asioihin elintavoissaan on motivoitunut tekemään muutoksia. (Saari 2023.)

Pienten askeleiden ottaminen elintapamuutoksissa on tärkeää ja näiden merkitystä on korostettava ohjaustilanteessa. Realistinen tavoite on, että kaikkia muutoksia ei tehdä kerralla, vaan opetellaan ensin 1–2 elintapamuutosta ja seuraavat

muutokset tehdään, kun edelliset on saatu vakiinnutettua asiakkaan tapoihin. Pitkemmällä aikavälillä pienetkin pysyvät muutokset alkavat tuottamaan hyötyjä. (Saari 2023.)

Elintapaohjauksessa suunnitellaan yksilöllisesti asiakkaan tilanteeseen sopivat ja vaikuttavat elintapamuutokset. Ohjauksessa huomioidaan ja korostetaan hyviä asioita asiakkaan nykyisissä elintavoissa, sekä annetaan asiakkaan määrittämiä itsellensä kohteita, joihin hän on motivoitunut tekemään muutoksia. Realistista on asettaa 1–2 elintapamuutosta kerrallaan. Muutokset määritellään asiakkaan kanssa konkreettisesti, esimerkiksi päivän ruokailuissa ruokailukerrat ja ruoan määrä lautasella, montako kertaa viikossa liikutaan ja päivän liikunnat ajallisesti. Ohjauksessa on tärkeää korostaa pienienkin muutosten tärkeyttä asiakkaalle. (Saari 2023.)

Ohjauksen jälkeen kirjataan potilastietojärjestelmään toimenpiteet ja tavoitteet, jotka asiakas on itse itselleen nimennyt, sekä sovitaan jatkoseurannasta. Kolesteroliarvojen seurannan lisäksi elintapaohjauksen tuloksia tarkastellaan yhdessä asiakkaan kanssa ja tarvittaessa vahvistetaan elintapahoitoa, mietitään seuraavia elintapahoidon tavoitteita tai siirrytään lääkehoitoon. (Saari 2023.)

3.2 Motivoiva haastattelu ja teach back-menetelmä

Motivoiva haastattelu on yksi vuorovaikutusmenetelmistä, joka perustuu asiakkaan ja terveydenhuollon ammattilaisen väliseen yhteistyöhön. Haastattelun avulla pyritään löytämään motivaatio asiakkaan elämäntapamuutokseen ja vahvistamaan sitä. Kun asiakas tunnistaa muutoksen tarpeen itse ja miettii keinoja muutoksen toteuttamiseen, todennäköisyys muutoksen tekoon kasvaa. Suorat kehotukset elämäntapojen muuttamiseksi aiheuttavat yleensä vastareaktion, suostuttelu ja väittely pahentavat tilannetta. Olennaista on selvittää asiakkaan omat arvot, tavoitteet, tavoitellun muutoksen merkitys asiakkaalle sekä käytettävissä olevat resurssit. (Käypä hoito -suositus, Motivoiva haastattelu 2025..) Motivoivassa haastattelussa perustana on tasaveroisen yhteistyösuhteen luominen ja se on kehitetty terveysriskejä korostavan valistuksen tilalle (Käypä hoito -suositus, Motivoiva haastattelu ja ratkaisukeskeinen työskentelytapa 2020).

Keskeisiä periaatteita motivoivassa haastattelussa ovat empatia, uskon vahvistaminen muutoskykyyn, ristiriitojen tunnistaminen nykyisen ja tavoiteltavan tilanteen välillä ja väittelyn välttäminen. Empatialla tarkoitetaan aktiivista pyrkimystä ymmärtää asiakkaan ajatuksia, arvoja, tunteita sekä käyttäytymistä. Muutokseen uskomisen on asiakkaalle tärkeä motivaatiotekijä, terveydenhuollon ammattilaisen usko voi siirtyä näin asiakkaaseen. Tunnistamalla ristiriidan nykyisen ja tavoitellun tilanteen välillä, autetaan potilasta tuomaan epäsuhta esiin ja itse puhumaan muutoksen puolesta. Vältetään väittelyä ja myötäilläään asiakkaan vastarintaa, asiakkaalla voi olla eri käsitys asioista ja todistelulla ei ole parantavaa vaikutusta asiaan. Asiakasta ei tule kritisoida, vaan osoitetaan ymmärrystä ja asiakkaan tunteille annetaan oikeus. (Käypä hoito -suositus, Motivoiva haastattelu 2025..)

Motivoiva haastattelu on prosessi, jonka neljä kohtaa ovat sitoutuminen, fokusointi, herättely sekä suunnitelma. Sitoutumisessa mietitään, tekeekö asiakas ja terveydenhuollon ammattilainen yhdessä muutosta. Fokusoinnissa pohditaan muutoksen kohdetta, eli mitä tehdään. Herättelyssä taas pohditaan syitä, miksi muutosta tehdään. Suunnitelmassa laaditaan konkreettinen suunnitelma yhdessä asiakkaan kanssa, että mitä tehdään ja milloin. (Järvinen 2025.) Haastattelun menetelmistä keskeisiä ovat avoimien kysymysten esittäminen, muutospuheen huomaaminen, heijastava kuuntelu sekä yhteenvetojen tekeminen. Heijastava kuuntelu tarkoittaa käytännössä asiakkaan kertoman toistamista tai toteamista. (Käypä hoito -suositus, Motivoiva haastattelu ja ratkaisukeskeinen työskentelytapa 2020.)

Teach back-menetelmä on toinen ohjauksessa käytettävä vuorovaikutusmenetelmä, jossa asiakasta pyydetään toistamaan ohjauskeskustelun aikana käydyt keskeiset asiat omin sanoin. Menetelmää voidaan käyttää osana muita ohjausmenetelmiä tai sellaisenaan. Teach back-menetelmän avulla ohjauksen molemmat osapuolet varmistuvat, että annettua tietoa ymmärretään ja tunnistavat mahdolliset lisätiedon- tai kertauksen tarpeet. Ohjauskeskustelua on tarpeen jatkaa niin pitkään, että asiakas tuntee hallitsevansa tilanteeseensa ja hoitoonsa liittyvät asiat. (Virtanen, Palonen & Eskolin 2024.)

Teach back-menetelmää voidaan hyödyntää osana pitkäaikaista terveysongelmaa sairastavan omahoidon ohjausta. Menetelmä soveltuu myös asiakkaille, joilla on heikko terveydenlukutaito, kognitiivisten kykyjen alenemaa tai ikään liittyvää muistamattomuutta. Omahoidon ohjauksen on tarkoitus olla positiivista ja vuorovaikutuksellista sekä sen täytyy perustua asiakkaan yksilöllisiin kysymyksiin, odotuksiin ja toiveisiin. Menetelmän avulla on mahdollista vahvistaa muun muassa asiakkaan onnellisuutta, elämänlaatua, pystyvyyden tunnetta, tietoa omasta terveysongelmastaan ja muista terveyteensä liittyvistä asioista, terveydenlukutaitoa, kehittymistä omahoitotaidoissa, oman hoidon toteuttamista ja siinä toimimista ja tyytyväisyyttä hoitoon. (Virtanen ym. 2024.)

3.3 Toimiva opaslehti

Toimivan potilas- tai asiakasohjeen tekeminen voi olla haastavaa ja potilasohjeita kehittävien terveydenhuollon ammattilaisten mukaan liian selkeää opaslehteä ei voi tehdä (Nummi & Järvi 2012). Opaslehden looginen eteneminen, vaivaton luettavuus ja helppo tekstin ymmärrettävyys esimerkiksi yleiskielen käytön ja otsikoinnin avulla ovat tärkeitä huomioon otettavia asioita, jotta asiakkaalla on myös helppo noudattaa oppaassa annettuja ohjeistuksia (Hyvärinen 2005, 1769–1772).

Opaslehden koottujen ohjeiden perustelu on tärkeää etenkin siinä tapauksessa, jos asiakas joutuu tekemään ponnisteluja ohjeiden noudattamiseksi. Asiakkaan arkeen sulautuvat ohjeistukset on helpompia omaksua ja näiden ohjeiden kanssa toimiminen on asiakkaalle helpompaa. Asiakkaalle tärkeää voi olla oman hyödyn saaminen ohjeistuksia noudattamalla ja näitä asioita on tärkeää ottaa esille opaslehteä laatiessa. (Hyvärinen 2005, 1770.)

Opaslehden sisällön on oltava kieliopillisesti oikein kirjoitettua, sillä kirjoitusvirheet voivat helposti luoda lukijalle kuvaa jopa tekijän ammattitaidottomuudesta. Mikäli opaslehdessä löytyy liian paljon yksityiskohtaista tietoa, se voi luoda lukijalle, eli asiakkaalle ahdistusta ja jopa sekoittaa asioita. Lyhyet tekstit ovat mieluisampia luettavia ja aiheen lisätiedoista voi antaa vinkkejä, esimerkiksi internet-osoitteista, jotta aiheesta enemmän kiinnostuneet ja innokkaimmat lukijat voivat

lukea tarkempia tietoja. Ohjeisiin ahdetaan helposti liikaa asiaa ja näin ollen asiakas voi väsyä lukemiseen. (Nummi & Järvi 2012.)

Kielen tulee olla maallikolle helposti ymmärrettävää, on siis tärkeää unohtaa lääketieteelliset termit opaslehteä laatiessa. Mikäli termejä joutuu käyttämään, ne pitää selventää niin, että asiakas ymmärtää tekstin. Opaslehden tekstejä voi selkeyttää muun muassa kuvia käyttämällä. (Hyvärinen 2005, 1771.)

Kirjalliset ohjeistukset, kuten opaslehdet olisi hyvä antaa jo laatimisvaiheessa luettavaksi henkilöille, joilla ei ole terveydenhuoltoalan koulutusta. Näin saadaan tarkennusta vaativia asioita muokattua helpommin ymmärrettäviksi ja opaslehdestä tulee selkeä jokaiselle asiakkaalle. (Nummi & Järvi 2012.)

4 MENETELMÄLLINEN TOTEUTUS

4.1 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet

Opinnäytetyön tarkoituksena oli laatia Lapin ammattikorkeakoulun Kemin kampuksen Hyvinvointipysäkillä opaslehti kolesterolista sekä kolesterolin elintapa- ja lääkehoidosta. Opaslehti annetaan asiakkaalle kotiin viemiseksi 65- ja 70-vuotiaiden terveystarkastuksissa suullisen ohjauksen yhteydessä. Näin ollen asiakkaalla on kotonaan kolesteroliin ja sen hoitoon liittyvä tieto helposti saatavilla, eikä kaikkea informaatiota tarvitse jättää muistin varaan.

Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä kohderyhmän tietoisuutta kolesterolista ja sen elintapa- sekä lääkehoidosta opaslehden muodossa korostamalla terveydenedistämisen näkökulmia. Opaslehden avulla tuetaan terveydenedistämistä, ennaltaehkäisyä ja hyvää hoitotasapainoa sen helppolukuisuuden ja motivoivan otteen myötä. Tavoitteena oli laatia helppolukuinen, tiivis ja motivoiva opaslehti, johon asiakas voi palata aina uudelleen.

4.2 Toimeksiantajan kuvaus

Toimeksiantajana tässä opinnäytetyössä on Lapin ammattikorkeakoululla Kemissä sijaitseva Hyvinvointipysäkki. Hyvinvointipysäkki on oppimis- ja harjoitteluympäristö, jossa opettajien ja asiantuntijoiden ohjaamana fysioterapia-, sosionomi-, geronomi- ja hoitotyönopiskelijat tarjoavat palveluita yksityisille henkilöille, sekä yrityksille ja yhteisöille. (Lapin AMK 2024b.)

Hyvinvointipysäkin palveluihin kuuluu yksityisille henkilöille terveystarkastukset, laboratorio näytteidenotto ilman lähetettä ja tulosten analysointi, erilaiset ryhmätoiminnot, hyvinvointianalyysit, palveluohjaus ja ikääntyvien toimintakykyarvio. Yrityksille ja yhteisöille on tarjolla räätälöityjä palveluita, kuten terveyden- ja hyvinvoinnin seurantaa, ryhmien ohjauksia ja toimintakykymittauksia. Tarjolla on myös kotiin annettavia palveluita, kuten asiointiapua. (Lapin AMK 2024b.)

Opaslehteä hyödynnetään osana Lapin Ammattikorkeakoulun tiloissa sijaitsevan Hyvinvointipysäkin terveystarkastuksia. Opaslehdellä voidaan saavuttaa parempi

korkean kolesterolin- ja siihen liittyvien sairauksien ennaltaehkäisy, antamalla tarvittavaa tietoa asiakkaalle ohjaustilanteessa. Asiakas saa opaslehden mukaansa kotiin ja näin ollen saa palata asiaan aina tarvittaessa tai halutessaan. Lisäksi opaslehdellä voidaan parantaa korkean kolesterolin tai siihen liittyvän sairauden hoitotasapainoa ja turvata asiakkaan sitoutumista hoitoon, koska tieto on helposti saatavilla. Opaslehti auttaa asiakasta ymmärtämään kolesterolia ja sen hoitoa kokonaisuutena ja sitä voidaan käyttää ohjeena tai havainnollistavana oppaana terveystarkastuksen yhteydessä.

4.3 Toiminnallinen opinnäytetyö

Opinnäytetyöprosessin tulisi vastata työelämän kehittämistarpeisiin, samalla tuottaen onnistumisen ja oppimisen kokemuksia. Työstäminen alkaa aiheen valinnasta ja tämän jälkeen opinnäytetyössä on kolme työstämisvaihetta, jotka ovat suunnittelu-, toteutus- ja viimeistelyvaihe. (Turunen, Pekonen & Elo 2025, 11.) Ammattikorkeakoulun opinnäytetyö on laajuudeltaan 15 opintopistettä. Tämä opinnäytetyö tehtiin toiminnallisena ja työelämälähtöisenä kehittämistyönä, koska toimeksiantajan toiveena oli tuotos, joka tässä työssä oli opaslehti.

Toiminnallisen opinnäytetyön kehittämisprosessin malliksi valittiin suoraviivaisen kehittämisprosessin malli. Prosessissa vaiheet seuraavat ajallisesti toisiaan, prosessi etenee suunnittelusta toteutukseen ja siitä arviointiin. Arvioinnin kautta prosessi etenee lopulliseen toteutukseen ja tuloksiin. (Turunen ym. 2025, 31.)

Toiminnallisessa opinnäytetyössä tuloksena on aina jokin kohderyhmää palveleva konkreettinen tuotos, kuten opas, kirja, tietopaketti- tai ohjeistus (Kostamo, Vilkkä & Airaksinen 2022, 9). Suositeltavaa on, että toiminnalliselle opinnäytetyölle on toimeksiantaja, koska toimeksi annetun opinnäytetyön avulla voi osoittaa osaamista laajemmin ja herättää kiinnostusta työelämässä (Vilkkä & Airaksinen 2003, 16). Lisäksi Vilkkä ja Airaksinen (2003, 16–17) toteavat, että ohjauskokemus on osoittanut toimeksi annetun työn vastuullistavan ja opettavan projektinhallintaa, joka tukee ammatillista kasvua.

Pelkän opaslehden teko ei yksinään riitä opinnäytetyöksi, vaan toiminnallisessa opinnäytetyössä on yhdistettävä ammatillinen tutkittu teoretieto käytäntöön (Kostamo ym. 2022, 9). Tässä työssä käytettiin uusinta hoitotieteellistä teoretietoa ja

lähitieteidenalojen, kuten lääketieteen teoriaa, sekä ohjauksen ja toimivan oppaan koontiin liittyvää teoriaa. Opinnäytetyön edetessä työprosessista kirjoitettiin opinnäytetyöraporttia, josta ilmenee mitä työ pitää sisällään ja miksi, sekä miten työ etenee alusta loppuun ja millainen työprosessi on ollut. Opinnäytetyön tulee olla asiantuntevasti perusteltu, harkittu, järjestelmällinen ja tarkasti dokumentoitu (Kostamo ym. 2022, 9). Tässä opinnäytetyössä seurattiin näitä periaatteita ja näin ollen työstä tuli luotettava, uskottava, vastuullinen ja eettisesti oikein tuotettu. Opinnäytetyöraportin lisäksi toiminnalliseen työhön kuuluu produktio, eli useimmiten kirjallinen tuotos (Vilka & Airaksinen 2003, 65), joka tässä opinnäytetyössä on opaslehti. Toimivassa opaslehdessä tekstit pitää suunnitella kohderyhmää palveleviksi (Vilka & Airaksinen 2003, 52–53). Kohderyhmänä oli ikäänntyneet, joten tekstit suunniteltiin selkeiksi ja mahdollisimman suurella tekstikoolla.

4.4 Opinnäytetyön eteneminen vaiheittain

Kehittämisen prosessin suoraviivaisessa mallissa ensimmäiseksi tehdään tavoitteen määrittely ja tämä on prosessin perusta (Toikko & Rantanen 2009, 64). Opinnäytetyöprosessin ensimmäinen vaihe oli aiheen valinta. Vuoden 2024 heinäkuussa alettiin pohtimaan aihetta sekä mahdollisia toimeksiantajia. 15.7.2024 laitettiin Hyvinvointipysäkin yhteyshenkilölle sähköpostia ja kysyttiin, että onko heillä aihetta, joka soveltuisi toiminnallisen opinnäytetyön aiheeksi. 29.7.2024 toimeksiantaja vastasi, että tarpeellinen aihe olisi opaslehti kolesterolista jaettavaksi terveystarkastuksiin. 13.8.2024 kysyttiin sähköpostitse lisätietoja, mitä toimeksiantaja toivoisi opaslehden sisällöltä ja hän vastasi, että toivoisi tietoa lääkityksen aloittamisesta ja miksei sitä saisi itse lopettaa. Opaslehti sisältää keskeisinä käsitteinä kolesterolin elintapa- sekä lääkehoidon ja hoitoon sitoutumisen. Elokuussa 2024 päätettiin, että opaslehden teko toteutetaan Canva-ohjelmalla.

Seuraavaksi toteutettiin prosessin suoraviivaisen mallin mukaan suunnitteluvaihe. Suunnitteluvaiheen seurauksena on projektisuunnitelma opinnäytetyön toteuttamisesta (Toikko & Rantanen 2009, 64). Syksyllä 2024 syys-marraskuussa opinnäytetyön suunnitelmaa työstettiin, jolloin tehtiin aiheen rajausta ja etsittiin tietoperustaa valmiiksi opinnäytetyötä varten. Tietoperustan laatimisessa käytettiin apuna koulun tiedonhankinnan oppitunteja ja sieltä ammennettuja tietoja tiedonhakuun. Tietoperusta alkoi muodostua monipuolisesti kirjaston valikoimaa,

Käypä hoitosuosituksia sekä Duodecim tietokantoja hyödyntäen. Marraskuussa 2024 oli opinnäytetyön suunnitelmaseminaari, jossa esitettiin suunnitelma muille opiskelijoille, sekä ohjaajille ja seminaarin jälkeen suunnitelma hyväksyttiin.

Suunnitteluvaiheen jälkeen prosessin suoraviivaisessa mallissa on toteutusvaihe. Toteutusvaiheessa valmistetaan suunnitelman ja palautteen perusteella tuote toimeksiantajalle. (Toikko & Rantanen 2009, 65.) Suunnitelman hyväksynnän jälkeen kirjoitettiin tammikuussa 2025 opinnäytetyösopimus ohjaajan, osamispäällikön ja toimeksiantajan kanssa. Tämän jälkeen alettiin työstämään toteutusvaihetta ja laatimaan opinnäytetyöraporttia. Tietoperustaa laajennettiin entisestään ja suoritettiin aineiston keruuta sekä arviointia opinnäytetyötä varten. Tietoperustan laatimisessa hyödynnettiin kirjallisuutta, mahdollisimman tuoreita hoitotieteellisiä tutkimuksia, lähitieteenalojen, kuten lääketieteen tietoa sekä hoitosuosituksia. Teorian haun aikana käytiin ohjaajan kanssa keskustelua, jotta varmistuttiin teorian laajuudesta ja opaslehden suunnitellun sisällön kattavuudesta. Opaslehden suunnitellusta sisällöstä laitettiin raakaversio Word-tiedostona toimeksiantajalle. Raakaversiossa kerrottiin opaslehden sisältö ja toimeksiantaja toivoi lisää teoriatietoa familiaalisesta hyperkolesterolemiasta sekä lääkyksestä.

Alkuperäinen tarkoitus oli, että helmikuussa 2025 aletaan työstämään Canva-ohjelmalla opaslehteä. Tietoperusta oli vielä keskeneräinen, joten päätettiin jatkaa vielä tiedon hankintaa ja työstettiin opinnäytetyöraporttiin teoriatietoa kolesterolistaa, laadukkaasta asiakasohjaamisesta ja toimivan opaslehden laatimisesta. Tietoperustaan paneuduttiin huolellisesti ennen siirtymistä opaslehden tekoon.

Opaslehteä alettiin työstämään maaliskuussa 2025 ja tehtiin alustava yksityiskohtaisempi suunnitelma opaslehden sisällöstä, jäsentelystä ja tärkeistä esiin nostettavista huomioista. Canva-ohjelman käyttöä oli tarpeen harjoitella ennen opaslehden visualisoinnin ja kirjoittamisen aloittamista. Opaslehti valmistui melko nopeasti yhdessä viikossa ja se luetettiin useammalle henkilölle, joilla ei ole terveydenhuoltoalan koulutusta. Heiltä saatiin kommentteja luettavuudesta, selkeydestä ja palautteen myötä tehtiin vielä pieniä tarkennuksia ja visualisointia sel-

keytettiin. Seuraavaksi opaslehti lähetettiin toimeksiantajalle arvioon. Samaan aikaan käytiin ohjaajan kanssa tilannekatsausta raportin etenemisestä ja tultiin siihen lopputulemaan, että raportti on edistynyt hyvin ja teoriatietoa on kattavasti.

Opaslehteen koottiin kannet mukaan lukien 17-sivuinen tietopaketti kolesterolistasta. Sisällöstä löytyi tietoa kolesterolista, triglyserideistä, kolesterolin haitoista ja alentamisesta, perinnöllisestä kolesterolista, ravitsemuksesta, liikunnasta, alkoholista, tupakasta ja lääkehoidosta. Näiden lisäksi opaslehdestä löytyi taulukko kolesteroliarvojen seurannasta ja sivu muistiinpanoille. Toimeksiantajan arvion perusteella opaslehti oli hyvä, mutta liian pitkä ja kävi ilmi, että ravitsemuksesta ja liikunnasta oli jo valmiit oppaat, jotka jaetaan terveystarkastuksessa. Sovittiin palaveri, jossa toimeksiantaja kertoi tarkemmin toiveistaan opaslehteä kohtaan. Toiveena oli A4 kokoinen opaslehti, joka sai olla kaksipuolinen. Opaslehti muokattiin toimeksiantajan toiveiden mukaan ja lopputuloksena oli A4 kokoinen kaksipuoleinen opaslehti. Opaslehden sisältö muodostui kolesterolista, triglyserideistä, kolesterolin haitoista, familiaalisesta hyperkolesterolemiasta, kolesterolin alentamisesta, sekä kolesterolin lääkehoidosta. Uusi versio opaslehdestä lähetettiin toimeksiantajalle ja se sai hyväksynnän. Toimeksiantaja kertoi palautteessaan, että tuotos on hyvä ja selkeä, siitä löytyy kaikki oleelliset asiat ja kuvituskuvat ovat hyvät.

Viimeiseksi suoraviivaisessa mallissa on projektin päättäminen ja arviointi (Toikko & Rantanen 2009, 65). Keväällä 2025 huhtikuussa opinnäytetyössä on viimeistelyvaihe ja opinnäytetyö edistyi vaiheeseen tavoitellussa aikataulussa. Toteutusvaiheen alkumetreillä työskentely oli vähäisempää ja viimeistelyvaihetta kohti vauhti kiihtyi, jotta työ ehti ajoissa esitarkastukseen. Opaslehdestä kerättiin palautetta maallikoilta, ohjaajalta ja toimeksiantajalta ja näiden perusteella opaslehti muotoutui tiiviiksi ja kohderyhmälle helposti ymmärrettäväksi. Opinnäytetyö on mennyt näin ollen ajallisesti ja lopputuloksen perusteella suunnitelmien mukaan ja siirtynyt esitarkastukseen aikataulullisesti ajallaan.

Esitarkastuksen jälkeen tehtiin tarvittavat korjauskehotukset, jonka jälkeen työ palautettiin plagioinnin tarkastukseen. Viimeisenä vaiheena kirjoitettiin kypsyysnäyte ja toukokuussa opinnäytetyö esiteltiin koulutuksen ohjeiden mukaisesti. Seuraavaksi raportti viimeisteltiin ja jätettiin arvioitavaksi Wihissä, jonka jälkeen

tehtiin itsearviointi ja pyydettiin toimeksiantajalta palautetta ja tarvittaessa vertaisarvioijalta. Opinnäytetyö menee Wihistä Dynastyyn arkistointiin ja julkaistaan Theseuksessa.

4.5 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Ammattikorkeakoulu on sitoutunut noudattamaan TENK:n, eli tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjetta; Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely Suomessa. Ohjeen peruseriaatteita on neljä ja ne ovat rehellisyys, luotettavuus, vastuunkanto ja arvostus (Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2023, 12). Lisäksi ammattikorkeakoulu on sitoutunut TENK:n laatimiin eettisiin ohjeisiin humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen osalta, sekä Arenen opinnäytetyötä koskeviin eettisiin suosituksiin. (Lapin AMK 2024a.)

Opinnäytetyön tekeminen vaatii taitoa lähdekriittisyyteen ja lähteet tulee valita harkintaa käyttäen. Oman alan tietokirjallisuus ja tunnetuksi tulleen asiantuntijan ajantasainen lähde on luotettavaa ja laadukasta tietoa, mutta hyvästä lähteestä kertoo myös sen tuoreus. Julkaisujen lähdeviitteet- ja luettelot on hyvä arvioida ja sen perusteella harkita lähteen käyttöä. Oikein käytettynä lähdetieto perustelee lukijalle, että olet perehtynyt, tunnet asian ja tieto on opinnäytetyön tekohetkellä tuoretta. (Vilka & Airaksinen 2003, 72.) Opinnäytetyötä tehdessä sitouduttiin käyttämään ajantasaista- ja näyttöön perustuvaa laadukasta tietoa, joka lisää työn luotettavuutta. Tutkimustietoa tulee alati lisätä ja on tärkeää alkuperäisiä julkaisuja käytettäessä tarkastaa niiden olevan ajantasaisia (Vilka & Airaksinen 2003, 73).

Opinnäytetyössä sitouduttiin noudattamaan näitä suosituksia ja käytäntöjä. Tämä on tarkoittanut sitä, että suunnitelmavaiheessa aiheeseen on perehdytty hyvin, tutkimuseettiset ohjeistukset on käyty läpi, käytetty tieto on näyttöön perustuvaa ja lähteet- sekä tekstiviitteet on merkitty asianmukaisesti. Opinnäytetyö on toiminnallinen ja yhteisymmärryksessä ohjaajan kanssa todettiin, ettei eettistä ennakkoarviota tai tutkimuslupia ollut tarpeen tehdä. Ohjaajan ja toimeksiantajan kanssa on allekirjoitettu opinnäytetyösopimus ja ymmärretty, että opinnäytetyö

on julkinen asiakirja. Henkilötietoja tai muita lain mukaan salassa pidettäviä tietoja ei ole käsitelty. Opinnäytetyö käy valmistuessaan läpi plagioinnin tarkastuksen (Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset 2018, 8–14), mutta hyvän käytännön mukaisesti ja plagioinnin estämiseksi raportti on käytetty tunnistuksessa useaan otteeseen eri työvaiheissa.

Ennen opinnäytetyön työstämisen aloittamista, opinnoissa suoritettiin valmiuksia edistäviä opintojaksoja opinnäytetyön aiheeseen- ja opinnäytetyön tekemiseen liittyen. Erityisesti tietopohjaa kolesteroli aiheeseen on kartuttanut terveyden edistämisen hoitotyö- sekä sisätautien hoitotyö. Käytännön työssä on päästy oppimaan potilas- ja asiakasohjausta ja kartuttamaan tietoa sydän- ja verisuonisairauksista. Luottamusta työlle lisää harjoitteluista ja töistä ansaittu tieto ja taito, koulun puolelta opinnäytetyön ohjaajan tuki, sekä yhteistyö toimeksiantajan kanssa.

Opinnäytetyön työstämiseen valmiuksia saatiin tutkimus-, -kehittämisen- ja innovaatio-osaamisen opintojaksolta, jossa opiskeltiin erilaisia opinnäytetyön menetelmiä, informaatiolukutaitoa ja kirjallista viestintää. Jokaisella opiskelijalla Kemian Lapin ammattikorkeakoulun terveydenhoitaja- ja sairaanhoitajaopinnoissa täytyy olla tutkimus-, -kehittämisen- ja innovaatio-osaaminen-opintojakso tehtynä ennen opinnäytetyön aloittamista.

Opinnäytetyön kulkuun kuuluvat ohjauskeskustelut ohjaajan ja toimeksiantajan kanssa. Ohjaajan kanssa käydyissä keskusteluissa tarkasteltiin työn edistymistä ja saatiin asiantuntijan näkökulmia, ohjeistuksia ja vinkkejä työn tekoon, sekä varmuutta työn laadukkuuteen ja luotettavuuteen. Toimeksiantajan kanssa työskentely keskittyi tiiviisti yhteistyökumppanuuteen, jolla varmistettiin työn tarkoituksenmukaisuus. Tarkan kirjallisen raportin laatiminen opinnäytetyön etenemisestä vaihe vaiheelta, sekä opinnäytetyösopimuksen allekirjoittaminen tukee työn luotettavuutta ja eettisyyttä.

4.6 Opinnäytetyön tulos

Opinnäytetyön tuloksena syntyi kuvitettu, selkeälukuinen ja motivoiva opaslehti kolesterolista 65- ja 70-vuotiaiden terveystarkastuksiin. Opaslehden kirjallinen

osuus perustuu laaditun opinnäytetyöraportin teoriaosuuteen kolesterolista ja sen elintapa- ja lääkehoidosta.

Alkuperäisenä ajatuksena oli, että opaslehti on taitettava A5-kokoinen. Erityisesti fontin koon vuoksi opaslehden selkeys mietitytti, koska kohderyhmänä ovat ikääntyneet. Toimeksiantajan kanssa käydyn keskustelun ja palautteen pohjalta opaslehdestä tuli loppujen lopuksi A4-paperiarkin kokoinen, kaksipuolinen opaslehti. Aiheina opaslehdessä ovat kolesteroli, triglyseridit, kolesterolin haitat, perinnöllinen hyperkolesterolemia, kolesterolin alentaminen sekä kolesterolin lääkehoito. Uusi versio lähetettiin toimeksiantajalle tarkastettavaksi ja tämä versio hyväksyttiin lopulliseksi opaslehdiksi. Opaslehti toimitetaan toimeksiantajalle sähköisenä versiona ja toimeksiantajalle jää muokkausoikeus, mikäli teoriatieto oppaassa muuttuu.

Toimeksiantajan palautteen mukaan tuotos on hyvä ja selkeä ja siitä löytyy kaikki oleelliset asiat sekä kuvituskuvat olivat hyviä. Ohjaavan opettajan palaute tuotoksesta oli myös positiivista, hänen mielestään tuotos oli hyvä mutta ei enempää kommentoinut, koska eniten painaa toimeksiantajan mielipide. Alkuperäinen opaslehti oli toimeksiantajan mukaan painatuskelpoinen, mutta painatuksen suhteen ei edetty eteenpäin opinnäytetyön tekovaiheessa.

5 POHDINTA

5.1 Tuotoksen tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli laatia Lapin ammattikorkeakoulun Kemin kampuksen Hyvinvointipysäkillä opaslehti kolesterolista sekä kolesterolin elintapa- ja lääkehoidosta. Opaslehden tavoitteena oli lisätä kohderyhmän tietoisuutta kolesterolista ja sen elintapa- sekä lääkehoidosta opaslehden muodossa korostamalla terveydenedistämisen näkökulmia. Tavoitteena oli laatia helppolukuinen, tiivis ja motivoiva opaslehti, johon asiakas voi palata aina uudelleen.

Ensimmäinen versio opaslehdestä oli A5-kokoinen 17-sivuinen taitettava lehti. Hyvinvointipysäkillä ei ollut tarvetta kaikelle opaslehdessä olleelle tiedolle, koska heillä oli olemassa opaslehdet jaettavaksi ravitsemuksesta ja liikunnasta. Näin ollen päädyttiin yhteisymmärryksessä poimimaan alkuperäisestä opaslehdestä vain tarpeellinen tieto A4-kokoiselle kaksipuoleiselle opaslehdelle. Opinnäytetyön lopputuloksena on A4-paperiarkin kokoinen ja kaksipuolinen opaslehti, joka sisältää tietoa yleisesti kolesterolista, kolesterolin haitoista, perinnöllisestä hyperkolesterolemiaasta, elintavoista ja lääkityksestä. Toimeksiantajan palautteen perusteella opaslehdestä tuli hyvä ja selkeä, sisältäen oleelliset asiat.

5.2 Jatkokehittämisasiheet

Toimeksiantajan mielestä ensimmäinen versio opaslehdestä oli painatuskelpoinen. Jatkokehittämisasiheena opaslehdestä voitaisiin tehdä opasvihko, jossa käsiteltäisiin laajemmin elintapojen vaikutuksia kolesteroliin. Opasvihkoa voitaisiin hyödyntää Lapin ammattikorkeakoulun opetuksessa, Hyvinvointipysäkin asiakkaiden eri ikäryhmillä, sekä sitä voitaisiin hyödyntää myös koulun ulkopuolella työelämässä. Opasvihkoon voisi lisätä QR-koodeja esimerkiksi FINRISKI-sivustolle ja terveyskirjaston sivuille. Opasvihkosta voitaisiin luoda myös sähköinen versio, joka olisi saavutettavissa myös muillakin kuin terveydenhuollon ammattilaisilla.

Hyvinvointipysäkillä on toimeksiantajan mukaan erilliset opaslehdet ravitsemuksesta, liikunnasta ja verenpaineesta, joten näin ollen asiakas saa

vastaanotolta useamman oppaan kotiin vietäväksi. Asiakasta voisi palvella paremmin opasvihko, jossa hyödynnetään opinnäytetyönä tehdyn alkuperäisen oppaan tietoa ravitsemuksesta ja liikunnasta laajemmassa mittakaavassa. Opasvihkoon voisi näiden asioiden lisäksi lisätä tietoa verenpaineesta ja sen hoidosta. Näin ollen vastaanotolta ei tarvitsisi antaa useita erillisiä oppaita, vaan asiat olisivat saman opasvihkon sisällä. Opasvihkon kompastuskivenä voisi mahdollisesti olla, että kirjallista tietoa tulee liian paljon. Erilaisten kuvioden ja taulukoiden käyttö voisi tehdä opasvihkosta asiakkaalle kevyempää ja mielenkiintoisempaa luettavaa.

5.2 Oman oppimisen pohdinta

Ennen opinnäytetyöprosessin aloittamista molemmilla oli paljon ennakkoluuloja työmäärää kohtaan. Opinnäytetyöprosessin suunnitelmavaiheessa aikatauluttaminen oli hieman haastavaa muiden koulutehtävien, työharjoitteluiden ja vapaaajan menojen vuoksi. Saimme kuitenkin suunnitelmavaiheen ajoissa valmiiksi ja suunnitelmasta oli hyötyä toteuttamisvaiheessa. Ohjaaja painotti suunnitelmavaiheessa, että hyvä suunnitelma helpottaa työskentelyä toteutusvaiheessa ja tämä osoittautui todeksi. Koimme, että aiheena kolesterolista löytyi todella paljon tietoa ja monesta lähteestä löytyi myös samaa tietoa. Teoriatiedon määrän rajaamista helpotti suunnitelmavaiheessa tehty pohja, joka ohjasi tiedonhakuja.

Toteutusvaiheessa aikatauluttaminen helpottui, koska huomasimme että voimme jakaa Googlen kalenterisovelluksen, johon pystyimme laittamaan omat aikataulumme. Välillä toteutusvaiheen alussa oli kuitenkin haastavaa alkaa tekemään raporttia, samalla kun piti tehdä opinnäytetyösopimusta. Teoriatiedon etsiminen tuntui helpolta ja koemme, että löysimme tarpeeksi teoriatietoa opinnäytetyön pohjalle.

Toteutusvaiheen alussa teimme raporttia yhdessä yhtä aikaa, mutta huomasimme että oli helpompaa työstää raporttipohjaa yksin. Yksin tehdessä keskittyminen oli helpompaa, emmekä voineet vaihdella kuulumisia raportin teon sijasta. Välillä jouduimme motivoimaan toisiamme. Välillä jouduimme tukemaan toisiamme tekemiseen, mutta yhteistyö sujui hyvin. Työnjaon koimme tasavertaisena,

työnjaossa hyödynsimme toistemme vahvuuksia ja tuimme toisiamme myös aikataulullisesti. Ajatusmallimme muuttui opinnäytetyöprosessin suhteen siihen, että opinnäytetyö on vain yksi koulutehtävä muiden joukossa, joka tehdään pidemmällä aikavälillä. Opinnäytetyön ohjaajalla oli iso merkitys myös motivaatiomme suhteen, saimme kannustavaa palautetta ohjauksissa.

Koemme, että opimme paljon kolesterolista ja sen eri osa-alueista. Ennen opinnäytetyötä toisella opinnäytetyön tekijöistä ei ollut paljoa tarkkaa tietoa kolesterolista, mutta molempien teoriatieto aiheesta on syventynyt paljon. Opimme tieteellisen tekstin kirjoittamisesta sekä opinnäytetyöprosessista. Lisäksi koemme, että opinnäytetyöprosessissa tehdyt tiedonhaut ovat opettaneet meille millainen teoriatieto on luotettavaa ja mistä sitä voi etsiä. Tästä on hyötyä tulevaisuuden työelämässä, jolloin mahdollisesti joudumme tekemään tiedonhakua erilaisiin aiheisiin liittyen.

Opinnäytetyömme aiheesta on hyötyä meille myös tulevaan työelämään terveydenhuollon ammattilaisina esimerkiksi asiakasohjauksen yhteydessä. Olemme opinnäytetyön myötä tutustuneet syvemmin motivoivan haastattelun ja teach-back-menetelmän käyttöön, jotka antoivat meille tärkeitä oivalluksia asiakas- ja potilaskohtaamisiin. Kohonnut kolesteroli on merkittävä riskitekijä sydän- ja verisuonisairauksille, joten koemme syvemmästä kolesterolitietämyksestä olevan paljon hyötyä tulevaisuudessa toimiessamme potilas- ja asiakastyössä. Osaamme opittujen haastattelumenetelmien avulla kartoittaa asiakkaiden ja potilaiden riskiä sairastua sydän- ja verisuonitauteihin ja toimia ennaltaehkäisevästi terveyden edistämisen näkökulmat huomioiden.

LÄHTEET

Alapappila, A. 2021. Sydänliitto. Liikunta rasva-aineenvaihdunnan häiriön hoidossa. Liikunnan vaikutus. Viitattu 18.2.2025
<https://sydan.fi/ammattilaispalvelu/artikkeli/liikunta-rasva-aineenvaihdunnan-hairion-hoidossa/>.

Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset 2018. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto Arene ry. Viitattu 18.3.2025
https://arene.fi/wp-content/uploads/Raportit/2025/AMMATTIKORKEAKOULUJEN%20OPINN%C3%84YTET%C3%96IDEN%20EETTISET%20SUOSITUKSET%202025.pdf?_t=1739803988.

Blomqvist, M., Rummukainen, T., Sainio, T., Simola, T. & Tyrisevä-Ryösö, M. 2022. Hoitotyön perusosaaminen. 1. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

FINRISKI-laskuri 2021. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Duodecim terveyskirjasto. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 8.4.2025
<https://www.terveyskirjasto.fi/pgt00013>.

Hekkala, A.-M. 2021. Kolesterolit. Sydänliitto. Viitattu 10.2.2025
<https://sydan.fi/fakta/kolesterolit-kohdalleen/#ldl-hdl>.

Hekkala, A.-M. 2022. Tupakka ja sydän. Sydänliitto. Viitattu 25.2.2025
<https://sydan.fi/fakta/tupakka-ja-sydän-ja-verisuoniterveys/>.

Holmström, P., Korhonen, L., Kuusisto, M., Lätti, A., Rintamäki, R. & Tauriainen, M.-L. 2022. Sisätaudit. 8. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Huupponen, R. & Strandberg, T. 2020. Miten auttaa potilasta sitoutumaan lääkehoitoonsa? Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 10.3.2025
<https://www.duodecimlehti.fi/duo15345>.

Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje. Duodecim 2005; 121:1769–73. Katsaus. Helsinki. Viitattu 10.3.2025
<https://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo95167.pdf>.

Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2023. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 1. painos. Helsinki: Tutkimuseettisen neuvottelukunnan julkaisuja 2/2023. Viitattu 17.3.2025
https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf.

Keskeiset tekijät ruokavalion kolesterolipitoisuuden pienentämiseksi 2020. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 19.2.2025
<https://www.kaypahoito.fi/nix02536>.

Kettunen, R. 2023a. Sepelvaltimotauti. Sepelvaltimotaudin syyt. Lääkärilehti Duodecim. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 10.2.2025
<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00077>.

Kettunen, R. 2023b. Valtimotauti (ateroskleroosi). Lääkärikirja Duodecim. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 19.2.2025. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00095/valtimotauti-ateroskleroosi>.

Kostamo, P., Airaksinen, T. & Vilkka, H. 2022. Kirjoita itsesi asiantuntijaksi. 2. painos. Art House Oy. E-kirja.

Kukkonen-Harjula, K. 2020. Kestävyyssiikuntaharjoittelu ja plasman lipidit. Näytönastekatsaus. Helsinki: Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Viitattu 11.4.2025 <https://www.kaypahoito.fi/nak07212>.

Kustannus Oy Duodecim, Terveyskirjasto 2023. Terveyttä edistävä ruokavalio. Lääkärikirja Duodecim. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 13.2.2025 <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00935>. Artikkelin tarkistuspäivä 20.4.2023

Kyngäs, H. Kääriäinen, M. Poskiparta, M. Johansson, K. Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1. painos. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy.

Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. 1. painos. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy.

Käypä hoito -suositus, Dyslipidemiat 2022. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Sisätautilääkärien Yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 10.2.2025 <https://www.kaypahoito.fi/hoi50025#s7>.

Käypä hoito -suositus, FH-taudin (familiaalisen kolesterolemian) diagnostiikka ja hoito 2020. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 13.2.2025 <https://www.kaypahoito.fi/nix00310#R26>.

Käypä hoito -suositus, Motivoiva haastattelu 2025. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 26.2.2025 <https://www.kaypahoito.fi/nix02109>.

Käypä hoito -suositus, Motivoiva haastattelu ja ratkaisukeskeinen työskentelytapa 2020. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 26.2.2025 <https://www.kaypahoito.fi/nix02726>.

Lapin AMK, 2024a. Opinnäytetyö. Ennen opinnäytetyön aloittamista. Viitattu 17.3.2025 <https://lapinamk.fi/opiskelijalle/opintojen-sisalto/opinnaytetyo-2/>.

Lapin AMK, 2024b. Palvelut. Hyvinvointipysäkki. Viitattu 17.3.2025 <https://lapinamk.fi/palvelut/kehittamisymparistot/hyvinvointipysakki/>.

Mustajoki, P. 2022a. Kolesteroli. Lääkärikirja Duodecim. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 10.2.2025 <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00035>.

Mustajoki, P. 2022b. Veren triglyseridit (rasvat). Lääkärikirja Duodecim. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 10.2.2025 <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00820>.

Mäkelä, P. & Niemelä, S. 2022. Alkoholi ja terveys. Lääkärikirja Duodecim. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 25.2.2025
<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01120/alkoholi-ja-terveys?q=alkoholi>.

Nummi, V. & Järvi, U. 2012. Hyvä potilasohje on osa toipumista. Lääkärilehti; 1–2/2012 Vsk 67, 14–16. Viitattu 10.3.2025
<https://www.laakarilehti.fi/ajassa/ajankohtaista/hyva-potilasohje-on-osa-toipumista/>.

Pusa, T. 2023. Alkoholia enintään kohtuullisesti. Sydänliitto. Viitattu 25.2.2025
<https://sydan.fi/fakta/alkoholia-enintaan-kohtuullisesti/>.

Ruokavirasto 2025. Terveyttä edistävä ruokavalio. Liha, lihavalmisteet ja kananmuna. Viitattu 8.4.2025
<https://www.ruokavirasto.fi/elintarvikkeet/terveytta-edistava-ruokavalio/ruokaaineet/liha-lihavalmisteet-ja-kananmuna/>.

Saari, S. 2023. Dyslipidemioiden lääkkeetön hoito aikuisilla. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen. Hoitotyön tietokanta. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 26.2.2025
<https://www.terveysportti.fi/apps/dtk/shk/article/hte00010/search/kolesteroli>.

Schwab, U. 2023. Viljavalmisteet ja terveys. Lääkärikirja Duodecim. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 10.4.2025
<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01354>.

Schwab, U. 2024. Kananmuna ja terveys. Lääkärikirja Duodecim. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 10.4.2025
<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01292>.

Sigfrids, A. & Jauho, M. 2020. Hoitosuositukset ja kolesterolihäiriöiden hoidon lääkkeellistyminen Suomessa 1986–2017. Sosiologia Nro 4 (2020), 363–385. Viitattu 21.3.2025
<https://journal.fi/sosiologia/article/view/124577/74734>.

Strandberg, T. & Vanhanen, H. 2021. Dyslipidemioiden hoito. Ajankohtaista lääkärin käsikirjasta. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 17.2.2025
<https://www.duodecimlehti.fi/xmedia/duo/duo16519.pdf>.

Tarnanen, K., Strandberg, T., Syväne, M. & Kukkonen-Harjula, K. 2021. Dyslipidemiat eli veren poikkeavat rasva-arvot. Käypä hoito -suosituksen Dyslipidemiat potilasversio. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 13.2.2025
<https://www.kaypahoito.fi/khp00047>.

THL 2024. Elintavat ja ravitsemus. Liikuntasuositukset. Viitattu 19.2.2025
<https://thl.fi/aiheet/elintavat-ja-ravitsemus/liikunta/liikuntasuositukset>.

Toikko, T & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta: näkökulmia kehittämisprosessiin, osallistamiseen ja tiedontuotantoon. 3. painos. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print. Viitattu 21.3.2025
<https://urn.fi/URN:ISBN:978-951-44-7732-4>.

Tunturi, S. 2024a. Kolesteroli (P-Kolesteroli, P-Kol). Duodecim terveyskirjasto. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 11.2.2025
<https://www.terveyskirjasto.fi/snk03081/kolesteroli-p-kolesteroli-p-kol>.

Tunturi, S. 2024b. LDL-kolesteroli eli ”paha kolesteroli” (P-Kol-LDL). Duodecim terveyskirjasto. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 11.2.2025
<https://www.terveyskirjasto.fi/snk03082>.

Tupakoinnin lopettaminen (tupakasta vierotus) 2021. Duodecim lääkärikirja. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 25.2.2025
<https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00337>.

Turunen, E., Pekonen, E. & Elo, S. 2025. Opinnäytetyön menestystarina. Opinnäytetyöopas sosiaali- ja terveysalan opiskelijoille ja ohjaajille. Savonian julkaisusarja 1/2025. Kuopio: Savonia-ammattikorkeakoulu.

UKK-instituutti 2025. Vireyttä liikkumalla. Viikoittainen liikkumisen suositus yli 65-vuotiaille. Viitattu 26.2.2025 <https://ukkinstituutti.fi/liikkuminen/liikkumisen-suositukset/liikkumisen-suositus-yli-65-vuotiaille/>.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2025. Ruokavirasto. Kuluttaja- ja ammattilaismateriaali. Kuva-arkisto ja muu materiaali. Ruokapyramidi. Viitattu 14.2.2025 <https://www.ruokavirasto.fi/elintarvikkeet/terveytta-edistava-ruokavalio/kuluttaja--ja-ammattilaismateriaali/kuva-arkisto/>.

Vilka, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. 1.–2. painos. Jyväskylä: Tammi.

Virtanen, H., Palonen, M. & Eskolin, S. 2024. Millaiseen ohjaukseen teach-back-menetelmä soveltuu terveydenhuollossa ja mitä toteutuksessa on tärkeää huomioida? Hotus näyttövinkki. Viitattu 26.2.2025 <https://hotus.fi/wp-content/uploads/2024/05/nayttovinkki-6-2024.pdf>.

Widén, E. & Ripatti, S. 2017. Sepelvaltimotautiriskin arviointi genomitietoa hyödyntämällä. Genomitieto katsaus. Duodecim 2017 133;776–781. Viitattu 21.3.2025 <https://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo13682.pdf>.

LIITTEET

Liite 1. Opaslehti terveystarkastuksiin Lapin ammattikorkeakoulun Hyvinvointipysäkin terveystarkastuksiin.

Mitä on kolesteroli?

Elimistö hyödyntää sitä solujen rakennusaineena ja joidenkin hormonien ja sappihappojen muodostamisessa.



Verrattavissa rasvankaltaiseen aineeseen. Kulkeutuu veressä kuljetusproteiinien avulla.

Kahdenlaista:
HDL- "hyvä kolesteroli"
LDL- "paha kolesteroli"

Kokonaiskolesteroli kertoo kokonaiskolesterolin määrän veressä, mutta ei sisällä HDL- ja LDL-kolesterolien erittelyä.

Veren LDL-kolesteroli pakkautuu suuremmissa määrin valtimoiden seinille ja HDL-kolesteroli kuljettaa kolesterolia pois valtimoiden seiniltä.



KOLESTEROLIN TAVOTEARVOT TERVEILLÄ

Kokonaiskolesteroli (Verikokeessa P -Kol) = alle 5 mmol/l

LDL "paha kolesteroli" (P - Kol-LDL) = alle 3 mmol/l

HDL "hyvä kolesteroli" (P - Kol-HDL) = miehillä yli 1 mmol/l ja naisilla yli 1,2 mmol/l

Triglyseridit (P -Trigly) = alle 2 mmol

Veren kolesterolilla on viitearvojen sijaan tavoitearvot, jotka eroavat yksilöllisesti riskitekijöiden mukaan!

Mitä triglyseridit ovat?

Triglyseridit on veressä kiertäviä rasvoja, jotka suuremmissa määrin altistaa veren nopeammalle hyytymiselle ja näin ollen lisää sydän- ja verisuonitautien riskiä. Ruoasta saatava rasva (voi, maitotuotteet, eläinten liha) on pääasiassa triglyseridirasvaa, jota elimistö käyttää energianlähteenä.



Kolesterolin haitat

Merkittävä ateroskleroosin, eli valtimotaudin riskitekijä

LDL-kolesterin arvo kertoo enemmän riskistä sairastua valtimotautiin

Valtimotauti ahtauttaa verisuonia ja näin ollen lisää vaaraa sairastua sydäninfarktiin ja aivohalvaukseen.

FH-tauti (familiaalinen hyperkolesterolemia)

FH-tauti on perinnöllinen kolesterolin kohoamista aiheuttava sairaus. Tautia esiintyy Suomessa noin 10 000 henkilöllä.



Lääkehoito on usein välttämätön ja elinikäinen

Ei ole hoidettavissa ainoastaan elintavoilla

Vallitseva perinnöllisyys, noin puolet tautia sairastavien lapsista perii taudin

Altistaa sepelvaltimotaudille samoin, kuin ei perinnöllinen kohonnut kolesteroli



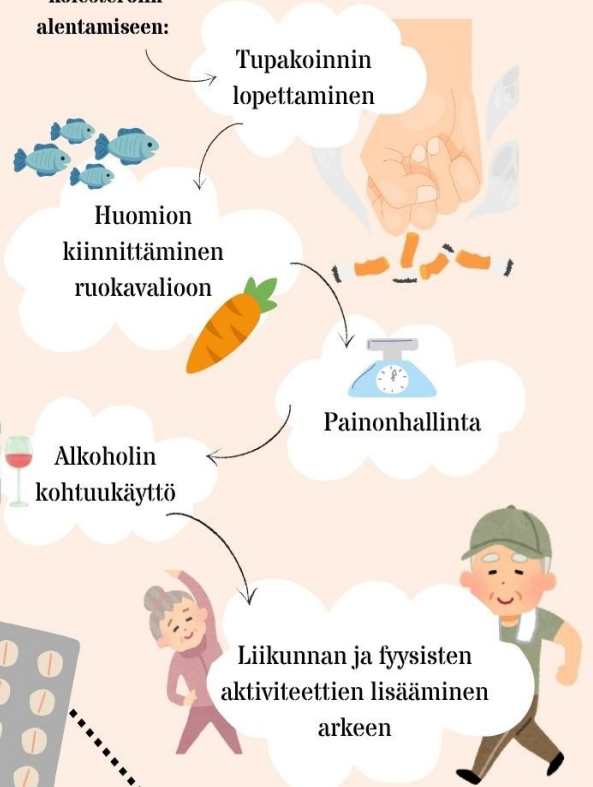
Kolesterolin alentaminen

Hoidon valinnassa huomioidaan kolesteroliarvo sekä muut samanaikaiset valtimotaudin riskitekijät (**tupakointi, kohonnut verenpaine, diabetes, lihavuus ja liikunnan vähäisyys**). Kolesteroliarvojen alentamista suositellaan hoitamaan ensisijassa elintapojen muutoksilla. Aina elintapahoito ei kuitenkaan riitä kolesteroliarvojen alentamiseen ja näin ollen harkitaan lääkehoidon aloitusta. Muistathan, että **hoitoratkaisut tehdään aina yksilöllisesti ja valtimotaudin kokonaisriski huomioon ottaen.**

Muistathan arvostaa myös pieniä tekoja hyvinvointisi eteen!



Yleisiä periaatteita kolesterolin alentamiseen:



Kolesterolin lääkehoito

Lääkehoitoa harkitaan, mikäli ruokavaliohoito ei riitä alentamaan kolesterolia. FH-tautia sairastavilla kolesterolilääkitys on usein välttämätön. Hoitoratkaisut tehdään aina yksilöllisesti.

Jos koet haittavaikutuksia lääkityksestä, olethan yhteydessä hoitavaan lääkäriin!



Lääkitykselle ei ole yläikärajaa

Myös yli 75-vuotiaille toteutettu kolesterolilääkitys vähentää LDL-kolesterolia

Vähentää näin myös sydänkuolemia ja sydämeen kohdistuvaa hoidon tarvetta.



Lääkäri on vastuussa lääkityksen muuttamisesta tai lopettamisesta, **ethän lopeta tai muuta lääkitystä itsenäisesti keskustelematta lääkärin kanssa!**

Hyvinvointipysäkki

puhelinnumero: +358407412908

Sähköposti:

hyvinvointipysakki@lapinamk.fi

Lähteet:

Terveyskirjasto
Duodecim terveysportti
finriski-laskuri