

Hanna Hotakainen

ROKKA-RYHMÄ

Miesten ruokailutottumukset ja kokemukset ravitsemusinterventiosta

Opinnäytetyö
Terveiden edistäminen

Toukokuu 2016



KYAMK
University of Applied Sciences

Tekijä	Tutkinto	Aika
Hanna Hotakainen	Terveiden edistämisen ylempi AMK	Toukokuu 2016
Opinnäytetyön nimi		71 sivua
ROKKA-RYHMÄ		5 liitesivua
Miesten ruokailutottumukset ja kokemukset ravitsemusinterventiosta		
Toimeksiantaja		
Sotek-säätiö sr		
Ohjaaja		
Yliopettaja Sari Ranta		
Tiivistelmä		
<p>Tämä opinnäytetyö on osa ”Yhteisölliset menetelmät miesten terveyden edistämässä”-hanketta. Hankkeen suunnittelema Rokka-ryhmä-interventio toteutettiin kymenlaaksoisessa sosiaalisessa yrityksessä, Sotek-säätiöllä. Kymmenen viikkoa kestäneessä interventiossa ryhmä työikäisiä, yrityksessä työskenteleviä miehiä, kokoontui kerran viikossa ja valmisti terveellistä ruokaa sekä ruokaili sen jälkeen yhdessä. Ryhmä ei ollut tietyllä, valmiilla mallilla toimiva elämäntapamuutosryhmä. Ryhmätoiminnassa keskityttiin ruoan yhdessä valmistamiseen. Terveiden edistämiseen liittyvistä teemoista keskusteltiin miesten esille nostamien aiheiden kautta, ei suunnitellusti. Rokka-ryhmää veti ja koordinoi Sotekilla työskentelevä terveydenhoitaja.</p> <p>Osana interventiota miehet täyttivät ruokapäiväkirjoja. Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli kartoittaa tietoa interventioon osallistuneiden miesten ruokailutottumuksista ja niiden muutoksista intervention myötä, ostoskäyttäytymiseen vaikuttavista tekijöistä ruokaostoksilla sekä miesten kokemuksia ryhmätoiminnasta.</p> <p>Tässä opinnäytetyössä tarkasteltiin terveyttä ja hyvinvointia sekä niiden edistämistä erityisesti ravitsemuksen ja elämäntapamuutoksen näkökulmasta. Opinnäytetyössä analysoitiin Rokka-ryhmäläisten kirjoittamia ruokapäiväkirjoja sisällön analyysin sekä sisällön erittelyn avulla. Ryhmäläisten kanssa käytyjä yksilökeskusteluja analysoitiin sisällön analyysin avulla ja ryhmän havainnointia osallistuvan havainnoinnin menetelmällä.</p> <p>Miesten ruokailutottumuksissa nähtiin yksittäisiä positiivisia sekä negatiivisia muutoksia. Tulokset myötäilevät erilaisten suomalaisten ravitsemustutkimusten tuloksia, esimerkiksi kasvisten syönnissä. Ruokaostoksiin suurin vaikuttava tekijä tämän tutkimuksen mukaan on taloudellinen tilanne, tulos vastaa myös aiempia tutkimuksia. Miehet pitivät ryhmätoiminnasta ja kokivat ryhmän hyväksi, jatkoryhmääkin jo toivottiin. Otoskoon pienuuden takia tuloksia ei voi yleistää, mutta tuloksia voidaan käyttää esimerkiksi elämäntapamuutosryhmän suunnittelussa hyödyksi.</p>		
Asiasanat		
mies, terveys, ravitsemus, elämäntavat, ruokapäiväkirja		

Author Hanna Hotakainen	Degree Master of Health Promotion	Time May 2016
Thesis Title ROKKA GROUP Men´s Eating Habits and Experiences of Nutrition Intervention		71 pages 5 pages of appendices
Commissioned by Sotek-säätiö sr		
Supervisor Sari Ranta, Principal Lecturer		
Abstract <p>This thesis is a part of the project Regional Division and Commuality Methods of Promoting Men´s Health. Rokka group intervention planned by this program was executed in a social business, Sotek-säätiö, in Kymenlaakso. The intervention lasted for 10 weeks and during this time a group of work-aged men working in this company met once in a week, prepared healthy food and ate it together. Rokka group was not working with a certain ready life change model. In the group action they concentrated on cooking together. The topics of health promotion were discussed using the topics the men chose, without planning. Rokka group was coordinated by a public health nurse working for Sotek-säätiö.</p> <p>As a part of this intervention the men wrote food diaries. The aim of this thesis was to find out what kind of eating habits the participants had and how these habits changed during this intervention, of the things that influenced shopping behavior when grocery shopping, and what kind of experiences the men participating had of group activities.</p> <p>In this thesis health and well-being and their promotion were reviewed particularly from the perspectives of nutrition and life style change. The food diaries were analyzed using content analysis. The one-on-one discussions/interviews were analyzed using content analysis and observing the group using participant observation method.</p> <p>There were single positive and negative changes in the eating habits. The results follow the results of different Finnish nutrition studies, e.g. about eating vegetables. The biggest influence on grocery shopping was economical situation and this also follows the studies made earlier. The men liked group activities and experienced this group as a positive thing, they even wished for continuance. Because of the size of the group the results of this study cannot be generalized, but they may be used e.g. in planning of life style changing groups.</p>		
Keywords man, health, nutrition, life style, food diaries		

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TERVEYDEN EDISTÄMISEN LÄHTÖKOHDAT	8
2.1	Terveys.....	8
2.2	Hyvinvointi	12
2.3	Suomalaisten terveys	14
3	TERVEYDEN EDISTÄMINEN	17
3.1	Terveyden edistämisen malleja	21
3.2	Elämäntapamuutos.....	23
3.2.1	Ravitsemus osana elämäntapamuutosta	26
3.2.2	Ohjattava elämäntapamuutoksessa	27
3.2.3	Ohjaaja elämäntapamuutoksessa	28
4	AIEMPIA RAVITSEMUSINTERVENTIOITA	31
5	TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	33
6	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	33
6.1	Kohderyhmä	33
6.2	Aineistonkeruumenetelmät ja analyysimenetelmät	34
6.2.1	Ruokapäiväkirjat.....	35
6.2.2	Arviointikeskustelut	38
6.2.3	Havainnointi	39
7	TULOKSET.....	40
7.1	Syömisen ajoittuminen ja paikka.....	40
7.2	Aterioiden sisällöt ja kylläisyys.....	44
7.3	Havainnot ryhmän toiminnasta	50
7.4	Ryhmäläisten ruokaostosten tekeminen, ruoan valmistaminen ja niihin vaikuttavat tekijät.....	52
7.5	Ryhmäläisten kokemukset.....	54
8	JOHTOPÄÄTÖKSET	55
9	POHDINTA.....	56
9.1	Tutkimustulosten tarkastelu	56

9.2	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	59
9.3	Tulosten jatkohyödynnettävyys.....	61
LÄHTEET.....		64

LIITTEET

- Liite 1. Ruokapäiväkirjan pohja
- Liite 2. Ruokapäiväkirjan kirjoitusohje
- Liite 3. Esitieto- ja haastattelulomake
- Liite 4. Kuvaus Rokka-ryhmän toiminnasta
- Liite 5. Kirjallinen suostumus tutkimukseen

1 JOHDANTO

Suomalaisten ateriointitottumukset ovat muuttuneet vuosisadan aikana kotiympäristössä tapahtuneesta työskentelystä ja ruokailusta kaupunkikotien kahteen ateriaan ja kahviaamiaiseen. Viimeisten vuosikymmenten aikana on lisääntynyt yhden lämpimän aterian käytäntö. Viime vuosina on keskusteltu välipalaistumisesta, eli yhteisten ruokailuhetkien katoamisesta ja omaan tahtiin ruokailuista. Matkustelu ja elintason nousu ovat vaikuttaneet ruoankin kulutustottumuksiin. Yhteiskunnalliset muutokset ovat tuoneet markkinoille teolliset, helpot ja vaivattomat, ruokavalmisteet. Toisille tärkeää on ruoan luonnollisuus, terveellisyys ja lisäaineiden välttäminen, toisille ruokatottumusten ympäristövaikutukset. Ruokatottumuksiin vaikuttavat myös uskontoon liittyvät säädökset ja sairauksiin liittyvät erityisruokavaliot. (Lahti-Koski & Rautavirta 2015, 253–255.)

Terveellisellä ruokavaliolla on monia terveyttä edistäviä vaikutuksia. Sillä voidaan myös osaltaan edistää jo puhjenneiden sairauksien hoitoa. Jo 30–40 vuoden ajan Suomessa on ravitsemussuosituksen päätavoitteena ollut kansansairauksien ehkäisy. (Uusitupa 2004, 4963.) Väestön terveyden edistämiseksi on työskennelty jo kauan, mutta yhä edelleen terveyseroja esiintyy. Niiden kaventaminen on ollut jo pitkään Suomessa tavoitteena. Sosiaali- ja terveysministeriön Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa yhtenä tavoitteena on ollut eriarvoisuuden väheneminen, jolloin heikoimmassakin asemassa olevien väestöryhmien hyvinvointi ja suhteellinen asema paranisi (Sosiaali- ja terveysministeriö 2015).

Eriarvoisuus ilmenee sosioekonomisten ryhmien välillä useilla terveyden ja hyvinvoinnin eri alueilla (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2015a). Sarlio-Lähteenkorvan ja Prättälän (2012, 186) mukaan on tärkeää puuttua yhteiskunnalliseen eriarvoisuuteen, koska väestön ravitsemuserojen syntyyn vaikuttavat samat tekijät kuin muidenkin terveyserojen syntyyn. Sosioekonominen asema näkyy ruokailutottumuksissa niin, että ylemmissä koulutusryhmissä ruokailutottumukset ovat yleensä suositusten mukaisia, ja alimmissa eivät (Lahti-Koski & Rautavirta 2015, 255).

Kansanterveyden kannalta parhaiten onnistutaan silloin, jos niiden väestöryhmien terveys kohenee, joille terveysongelmat kasautuvat eniten. Yhteiskunnan taloudellinen tilanne ja epävakaus vaikuttavat työelämään sekä työ-

ikäisten terveyteen ja hyvinvointiin. Yksilötasolla omien terveyttä ja hyvinvointia kohentavien valintojen tekeminen on tärkeää. (Rautio & Husman 2013, 185, 187.)

2000-luvulla yksilön oma rooli terveyden edistämässä on autonomisempi ja aktiivisempi kuin aiemmin. Muutoksena aiempaan on myös, että terveyttä on alettu edistää taas yhteisöllisin keinoin yksilön terveyden edistämisen lisäksi. Terveyskasvatuksesta on siirrytty yksilöiden ja yhteisöjen voimaannuttamiseen, jolloin luodaan sopivat olosuhteet, edellytykset ja motivaatio yksilön tai ryhmän terveyttä tukevien ratkaisujen onnistumiseksi. (Kauhanen, Erkkilä, Korhonen, Myllykangas & Pekkanen 2013, 103–104.) Kansalaiset ymmärtävätkin ennaltaehkäisevän työn tärkeyden, ja yksilön mahdollisuudet sekä vastuun. Mutta samanaikaisesti väestö odottaa yhteiskunnan ja kunnan luovan edellytykset terveytensä edistämiseksi. (Melkas 2010, 45.) Terveyden edistämisen kannalta sellainen yhteiskunta, joka huolehtii väestöstään ja luo mahdollisuudet terveellisiin elämäntapoihin, sekä on inhimillinen, yksilöitä kunnioitava ja tasa-arvoinen, on paras (Pietilä, Länsimies-Antikainen, Vähäkangas & Pirttilä 2010, 28). Yksilön terveys voi vaihdella eri aikoina, mutta terveyden edistämisen menetelmillä voidaan lisätä yksilön positiivista terveysvarantoa. Laaja-alaiseen terveystieteeseen liittyvät niin lääketieteelliset, kulttuuriset, ympäristö- ja elinolot, yhteiskunnallinen tilanne kuin ihmisten käyttäytymiseen liittyvät tekijät. (Kauhanen ym. 2013, 102.)

Tässä opinnäytetyössä kuvataan Rokka-ryhmä-interventiota, joka oli osa ”Alueellinen eriytyminen ja yhteisölliset menetelmät miesten terveyden edistämässä” -hanketta. Hanke toteuttaa miesryhmiin kohdistuvia interventioita ja *päämääränä on väestöryhmien välisten terveyserojen kaventaminen kehittämällä yhteisöllistä tukea miesten terveystietoisuudessa Kymenlaakson alueella* (Innokylä 2014). Kymenlaaksolaisten miesten tiedetään voivan huommin verrattuna muualla Suomessa asuviin miehiin. Kaikissa koulutusryhmissä koettu terveys on miehillä huonompi, kuin muualla Suomessa. Kymenlaaksolaisilla miehillä itse ilmoitettu kolesteroli on enemmän koholla kuin muualla Suomessa asuvilla miehillä. Itse ilmoitettu verenpaine tai kohonnut verenpaine ovat samalla tasolla kymenlaaksolaisilla miehillä verrattuna muualla Suomessa asuviin miehiin. (Kaikkonen, Murto, Pentala, Koskela, Virtala, Härkänen, Koskenniemi, Ahonen, Vartiainen & Koskinen 2010–2015.) Alueella on myös paljon työttömyyttä. Maaliskuussa 2016 Kaakkois-Suomen ELY–

keskuksen alueella oli 22 845 työtöntä työnhakijaa, joista 2128 oli lomautettu. Työttömien työnhakijoiden osuus työvoimasta oli 16,1 %, kun koko maassa osuus oli 13,3 %. (Työ- ja elinkeinoministeriö 2016.)

Opinnäytetyön teoriaosa koostuu terveyden edistämisen lähtökohdista ja terveyden edistämisestä. Yksilön terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavat monet tekijät, ja niiden huomiointi terveyttä edistävässä työssä on tärkeää. Elämäntapamuutosta käsitellään tässä opinnäytetyössä pitkälti ravitsemuksen näkökulmasta, koska interventio kohdistui miesten ravitsemukseen. Liikunta on rajattu tästä syystä tästä opinnäytetyöstä pois, vaikka se merkittävä tekijä onkin yksilön terveyden ja hyvinvoinnin kannalta. Opinnäytetyön tutkimuksellinen osa kohdentuu Rokka-ryhmä-interventioon osallistuneiden miesten ruokailutottumuksiin ja niiden mahdollisiin muutoksiin sekä ostoskäyttäytymiseen ruokaostoksilla. Lisäksi käsitellään miesten kokemuksia ryhmätoiminnasta.

2 TERVEYDEN EDISTÄMISEN LÄHTÖKOHDAT

2.1 Terveys

Terveys on monitahoinen ja laaja käsite, johon liittyy yksilöllinen, mutta myös yhteiskunnallinen näkökulma (Pietilä, Länsimies-Antikainen, Vähäkangas & Pirttilä 2010, 16–17). Kukaan ei pysty takaamaan yksilön oikeutta olla terve, mutta mahdollisuuksien mukaan terveyttä voidaan edistää. Terveiden edistämässä tarvitaan myös yksilön omaa toimintaa ja vastuuta itsestään julkisen vallan vastuun lisäksi. (Nieminen 2015, 91.)

WHO (World Health Organization) määrittää terveyttä täydelliseksi fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tilaksi. Toisaalta tällainen tila on mahdotonta saavuttaa, jonka takia määritelmää on kritisoitu. Määritelmään on liitetty edellisten ulottuvuuksien lisäksi myös emotionaalinen ja hengellinen hyvinvointi. WHO:n Ottawan asiakirjassa terveyttä on pidetty jokaisen oikeutena, ja se näyttäytyy jokapäiväisessä elämässä voimavarana, ei elämän päämääränä. Perusedellytyksiä terveydelle ovat rauha, riittävät taloudelliset edellytykset, turvallisuus, tasapainossa oleva ekosysteemi, ihmisoikeuksien kunnioittaminen, tasa-arvo ja sosiaalinen oikeudenmukaisuus. Näistä muodostuvat terveyden voimavaratekijät, esimerkiksi tulot, ravinto, koulutus ja ihmissuhteet.

(Vertio 2003, 26–27; Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 10–11; Koskenvuo & Mattila 2009; WHO 2016.)

Terveyttä voidaan kuvata yksilön ominaisuutena, toimintakykynä, voimavarana, tasapainona tai kykynä sopeutua ja selviytyä. Terveys on yksilön alati muuttuva tila, johon vaikuttavat sairaudet, sekä fyysinen ja sosiaalinen elinympäristö. Suuri merkitys terveyteen on myös ihmisen omilla kokemuksilla, arvoilla ja asenteilla. Yksilön oma kokemus ja määritelmä terveydestään ovat tärkeitä. Toisen silmissä hyvinkin sairas ihminen voi kokea itsensä terveeksi. (Häggman-Laitila 1999, 56; Vertio 2003, 15, 23; Pietilä ym. 2010, 16; Huttunen 2012.) Terveyteen vaikuttavat edellä mainittujen lisäksi perintötekijät eli geenit, elintavat, hoito- ja ehkäisytoimet, mutta myös sattuma. Myönteiset tunnetilat vaikuttavat terveyttä edistävästi. (Huttunen 2015.) Terveiden lukutaito on alhaisempi miehillä, jotka esimerkiksi tupakoivat tai joilla on epäterveelliset ruokatottumukset. Koettuun alhaiseen terveyteen voi liittyä myös terveystiedon välttely. Miehet, jotka kykenevät löytämään, arvioimaan ja käyttämään tietoa terveydestä, ovat todennäköisemmin paremmassa fyysisessä kunnossa. (Hirvonen 2015, 118–119, 129.)

Terveyden riskitekijöitä ovat muun muassa vähäinen koulutus, heikot työolosuhteet, työn epävarmuus, työttömyys, köyhyys, sosiaalisen tuen puute, epäterveelliset elämäntavat. Riskitekijät usein kasautuvat alimpiin sosiaaliryhmiin, ja voivat siirtyä sukupolvien yli. Sosioekonomiset terveyserot ovat kasvaneet Suomessa, vaikka suomalaisten terveys on muuten kohentunut. (Tarkiainen, Martikainen, Laaksonen & Valkonen 2012.) Työttömien koetun terveyden ja toimeentulon on todettu olevan heikompi verrattuna työssä käyviin. Työttömien terveyden kohentuminen onkin yksi keskeisiä sosiaali- ja terveyspolitiikan kysymyksiä Suomessa. Ne toimenpiteet, jotka tähtäävät pitkään työttöminä olleiden työllistymiseen, esimerkiksi kuntouttavan työtoiminnan tai työttömien terveyspalvelujen avulla, ovat tärkeitä. Jos halutaan vaikuttaa pidempään työttöminä olleiden voimavaroihin, tarvitaan sektorit ylittävää yhteistyötä sekä edellytyksiä ja halua kunnilta toimintaan. (Airio & Niemelä 2013, 58–59.) Jos yksilön terveys ja työkyky heikkenevät työttömyyden myötä, voi se johtaa työttömyyden kierteeseen (Heponiemi, Wahlström, Elovainio, Sinerovo, Aalto & Keskimäki 2008, 65).

Terveyden ylläpitämiseen ja sairauksien ennaltaehkäisyyn ravitsemuksella on keskeinen merkitys. Elimistö ei osaa tuottaa välttämättömiä ravintoaineita itse, ja ne tarvitaan ruoasta. Välttämättömiä ravintoaineita on noin 50. Ravintoaineiden saamista tutkitaan ravitsemustutkimuksissa, joiden tulosten pohjalta luodaan ravitsemussuosituksia. (Väisänen & Tiainen 2009, 62–63.)

Suomessa on tehty ravitsemustutkimusta ravinnon merkityksen selvittämiseksi sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijänä, sekä ravintorasvojen vaikutuksesta valtimonkovettumistaudissa. 1950-luvulla Suomi osallistui kansainväliseen tutkimukseen, jossa yleisimmät sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijät (kohonnut kolesteroli, kohonnut verenpaine ja tupakointi) tunnistettiin. 1950-luvun lopulla huomattiin suuria eroja Itä- ja Länsi-Suomen välillä sydän- ja verisuonitautisairastavuudessa sekä kuolleisuudessa. Kasviterolien positiivinen vaikutus kolesteroliarvoihin on myös tunnettu jo 1950-luvulta. Maailmallakin 1980-luvulta alkaen yleistyneen tyypin 2 diabeteksen ehkäisemiseksi Suomessa alkoi vuonna 1993 maailman ensimmäinen, kansallinen diabeteksen ehkäisy tutkimus (DPS). Tutkittavilla oli jo heikentynyt glukoosinsieto. Tuloksissa todettiin elämäntapaintervention pienentäneen diabetesriskiä jopa 58 %:lla. (Uusitupa 2015, 1865–1868.)

Suomessa, sekä kansainvälisestikin, keskeinen ravitsemusongelma nykyisin on energian saannin ja kulutuksen epätasapaino. Ylipainoisten ja lihavien määrä on lisääntynyt. (Sarlio-Lähteenkorva 2013, 218.) Viime aikoina Suomessa tyydyttyneen rasvan käyttö on lähtenyt taas nousuun, ja sitä käytetään suosituksia enemmän. Tällä taas voi tulevaisuudessa olla vaikutusta sydän- ja verisuonisairauksien esiintyvyyteen. Suolan saanti on myös lähtenyt nousuun vuosikymmeniä kestäneen laskun jälkeen. Kuitenkin Suomessa kasvisten, hedelmien ja marjojen syönti on nelinkertaistunut, mutta lihojen syönti on kaksinkertaistunut sitten 1950-luvun. Osa väestöstä ei kuitenkaan syö tarpeeksi kasviksia. Pitkällä aikavälillä viljojen kulutus on vähentynyt, mikä on vaikuttanut kuidun saantiin. Aikuisilla sokerin saanti on myös suositusten ylärajoilla. Keskeisinä ongelmina suomalaisten ruokavaliossa nähdään hiilihydraattien ja rasvojen huono laatu sekä yksittäisten ravintoaineiden puutteellinen saanti. (VRN 2014, 13.)

Valtion ravitsemusneuvottelukunta (VRN) on laatinut suositukset terveyttä edistäviksi muutoksiksi ruokavalioon. Ruoan energiatiheiden vähentämistä,

ravintoainetiheyden lisäämistä ja hiilihydraattien laadun parantamista suositellaan. Makeiset, suklaa, leivonnaiset ja muut napostelutuotteet alkoholin ohella sisältävät runsaasti energiaa. Esimerkiksi edellä mainittuja tuotteita vähentämällä voidaan energiatiheyttä vähentää. Suurin energiatiheys on rasvaisilla tuotteilla. Ravintoainetiheydellä tarkoitetaan elintarvikkeiden tai ruokavalion sisältämien ravintoaineiden määrää energiayksikköä kohden (esimerkiksi mg/1000 kcal). Hiilihydraattien laatua voi parantaa esimerkiksi täysjyväviljatuotteilla. Rasvan laadun parantamiseksi suositellaan tyydyttymättömän rasvan lisäämistä ja tyydyttyneen rasvan vähentämistä. Lisäksi suositellaan lihavalmisteiden sekä punaisen lihan käytön vähentämistä, sekä suolan käytön vähentämistä ruoan valmistuksessa. Terveyttä edistävää ruokavaliota on havainnollistettu ruokakolmion sekä lautasmallin avulla. Säännöllinen ateriarytmi on tärkeä, muun muassa napostelun välttämiseksi. Päivittäin suositellaan syötäväksi aamupala, lounas, päivällinen ja 1–2 välipalaa. (VRN 2014, 7, 17–20, 24.)

VRN suosittelee kasviksia, marjoja, hedelmiä ja sieniä vähintään 500 g päivässä, joka on noin 5–6 annosta. Puolet olisi hyvä olla marjoja ja hedelmiä, ja loput juureksia ja vihanneksia. Näitä tulisi nauttia myös kypsentämättöminä. Viljavalmisteita suositellaan miehille 9 annosta päivässä. Yksi annos on esimerkiksi 1 dl keitettyä täysjyväpastaa tai riisiä tai leipäviipale. Lautasellinen puuroa on kaksi annosta. Perunaa suositellaan, se sisältää kohtuullisesti hiilihydraatteja, kivennäisaineita ja C-vitamiinia. Tutkimuksissa ei ole osoitettu perunalla olevan erityistä terveyttä edistäviä tai heikentäviä vaikutuksia. Maitovalmisteita suositellaan päivässä 5–6 dl nestemäisenä ja 2–3 viipaleta juustoa. Tällä määrällä elimistö saa tarpeeksi kalsiumia. Maitotuotteissa tulisi suosia rasvattomia tai enimmillään 1 % rasvaa sisältäviä tuotteita, ja juustoissa maksimissaan 17 % rasvaa sisältäviä tuotteita. Kalaa suositellaan 2–3 kertaa viikossa. Lihavalmisteita suositellaan (kypsänä) maksimissaan 500 g viikossa. Kananmunia voi syödä 2–3 kpl viikossa. Ravintorasvojen osalta leivän päälle suositellaan vähintään 60 % rasvaa sisältävää kasviöljypohjaista rasvaveitettä. Ruoan valmistuksessa voi käyttää samaa, tai kasviöljyä tai juoksevaa kasviöljyvalmistetta. Janojuomaksi suositellaan vettä. Nesteen tarve vaihtelee yksilöittäin, ohjeellinen määrä on 1–1,5 litraa päivässä. Alkoholia miesten tulisi nauttia korkeintaan 2 annosta päivässä, yhdeksi annokseksi lasketaan esi-

merkiksi 0,33 litran tölkki olutta. Yli 5–6 kerta-annoksen juomista olisi hyvä välttää. (VRN 2014, 21–23.)

2.2 Hyvinvointi

Terveys ja hyvinvointi liittyvät läheisesti toisiinsa. Myös hyvinvointia on määriteltä eri näkökulmista eri vuosikymmenillä. 2000-luvulla kiinnostuksen kohteena on ollut koettu hyvinvointi. (Saari 2011, 34.) Suomen hallitusohjelmissa on vuodesta 2003 alkaen kannustettu yksilöitä vastuunkantoon omasta hyvinvoinnistaan, vedoten yhteisöllisyyden ja välittämisen käsitteisiin. Valtion rooli on muuttunut resurssien jakamisesta henkiseksi valmentajaksi, joka kannustaa kansalaisiaan vastuullisten ja hyvien valintojen tekemiseen. (Saarinen, Salmenniemi & Keränen 2014, 615–616.)

Erik Allardtin (1980) mukaan pohjoismaista hyvinvointitutkimusta suunniteltaessa hyvinvointia määriteltiin arvoluokissa having (elintaso), loving (yhteisyys-suhteet) ja being (itsensä toteuttamisen muodot). Näihin luokkiin kuuluu osatekijöitä, joita havainnoitiin Allardtin ym. tutkimuksessa. Elintasaan kuuluvat tulot, asumistaso, työllisyys, koulutus ja terveys. Yhteisyys-suhteisiin kuuluu paikallisyhteisyys, perheyhteisyys ja ystävyys-suhteet. Itsensä toteuttamisen muodot ovat arvonanto (status), korvaamattomuus, poliittiset resurssit ja mielenkiintoinen vapaa-ajan toiminta eli tekeminen. Osatekijät nähdään sekä arvoina että resursseina, ja ne ovat tärkeitä sekä tuotoksina (outputs) että panoksina (inputs). Osatekijät ovat jo yksinään arvokkaita, ja niitä voidaan kutsua hyvinvointiarvoiksi, mutta ne eivät kuitenkaan ole yksinään kaikenkattavia. Ne korreloivat ja täydentävät ja selittävät toisiaan, mutta joillakin osatekijöillä ei välttämättä ole mitään yhteyttä. (Allardt 1980, 9, 50–51, 262.)

Hyvinvoinnistakin on vaikea antaa yksiselitteistä määritelmää. Siihen liittyy monia käsitteitä, joilla on useita merkityksiä. On tärkeää kiinnittää huomio merkitysten kokonaisuuteen yhden merkityksen sijasta. Pyykkösen (2012, 76) mukaan hyvinvointi-käsitteeseen on neljä erilaista lähestymistapaa: *elinolot*, *elämänlaatu*, *subjektiivinen hyvinvointi* ja *kestävä (taloudellinen) hyvinvointi*. Elinoloihin sisältyvät kokemus, terveys, sosiaaliset suhteet ja aineellinen tai materiaallinen hyvinvointi. Elämänlaatuun liittyy useita merkityksiä, jotka yhdistyvät eri tavoilla hyvinvointiin. Esimerkkinä käsite tyytyväisyys, jolla on tiivis

yhteys elämänlaatuun, mutta hyvinvointi käsitteenä ymmärretään myös ilman käsitettä tyytyväisyys. Fysiologian ja terveystutkimuksessa Pyykkönen toteaa elämänlaatu-käsitettä käytettävän enemmän kuin hyvinvointi-käsitettä. Subjekttiivisen hyvinvoinnin käsitettä määritellessään Pyykkönen käyttää tyytyväisyyden ja onnellisuuden käsitteitä. Kestävä taloudellinen hyvinvointi tarkoittaa hyvinvoinnin määrittelemistä kestävän kehityksen ja taloudellisen hyvinvoinnin kautta. Ero aiemmin mainittuihin muihin käsitteisiin on suuri, tämän käsitteen merkitys koskee myös ympäristöä ja ajallisuutta. Kaikki käsitteet kuitenkin kytkeytyvät jollakin lailla toisiinsa. (Pyykkönen 2012, 75–78.)

Arjessa tarvitaan resursseja ja hyödykkeitä hyvinvoinnin saavuttamiseen ja tarpeiden tyydyttämiseen. Ympäristö, jossa ihminen elää, vaikuttaa hänen hyvinvointiinsa. Alhainen sosioekonominen asema vaikuttaa alentavasti ihmisen mahdollisuuksiin toteuttaa itseään, ja tämä vaikuttaa koettuun hyvinvointiin. Tulojen noustessa onnellisuus kasvaa, mutta tietyn tulotason saavutuksen jälkeen onnellisuus ei lisääny. Hyvätuloinen ei välttämättä ole hyvin voiva. Kuitenkin tulot ja varallisuus, aika, terveys, tiedot ja taidot sekä sosiaalinen pääoma ovat ihmisen henkilökohtaisia, arjessa hyödynnettäviä resursseja. Se, miten eri resurssit jakautuvat eri ajankohtina tai määrällisesti, vaikuttaa koettuun hyvinvointiin. Useamman hengen taloudessa resursseja on mahdollisuus jakaa, jolla taas on merkitystä yksilön koettuun hyvinvointiin. Resurssien määrä antaa mahdollisuuden tehdä valintoja, mutta toisaalta myös arjessa toimimisella on vaikutusta yksilön hyvinvointiin. Yksilöiden ajankäyttö jakautuu työhön, kotitöihin ja vapaa-aikaan, näiden suhteen tulisi vallita tasapaino, muutoin ne häiritsevät toisiaan. Arjen hyvinvointi koostuukin erilaisten toimintojen yhteensovittamisesta, tyytymättömyyttä aiheuttaa tavoitteiden ja todellisuuden välinen ristiriita. (Raijas 2011, 247–251, 262.)

Hyvinvoinnin ongelmat, esimerkiksi vanhempien toimeentulo-ongelmat ja työttömyys, näyttäytyvät eri tavalla ja saavat eri muodon seuraavassa sukupolvessa (Kataja, Ristikari, Paananen, Heino & Gissler 2014, 50). Syrjäytymisriskin juuret voivatkin olla jo yksilön varhaislapsuudessa (Ilmakunnas, Kauppinen & Kestilä 2015, 259–260; Rintanen 2000, 197–201). Huono-osaisuuden kasautuminen tai yksittäiset huono-osaisuustekijät ovat yhteydessä kuolleisuuteen (Berg, Huurre, Kiviruusu & Aro 2011, 176–178). Huono-osaisuuteen viittaamalla tarkoitetaan usein objektiivisesti mitattavissa olevia hyvinvointivajeita (pienet tulot, ahdas asunto, työttömyys, sairaudet), jotka poikkeavat väestön

valtavirrasta. Yksilö ei välttämättä itse koe itseään huono-osaiseksi. (Kainulainen & Saari 2013, 22.) Mitä vaikeampi yksilön elämäntilanne on, sitä enemmän yksilöltä vaatii ponnisteluja positiivisten muutosten aikaansaamiseksi. Tämän takia syrjäytymisen uhkaan tulisi puuttua jo ajoissa. Syrjäytymisen uhan riskiryhmiä ovat esimerkiksi pitkäaikais- tai toistuvasti työttömät. Asiakastasolla toiminnan arvo tai ansio ei ehkä näy suurina muutoksina vaan pieninä siirtyminä. (Piirainen 2010, 319–320.) Tärkeää onkin pohtia, mitä hyvinvointia ylläpitäviä ja vahvistavia tekijöitä yksilöllä on. Jos elämään tyytyväisyyttä saadaan kohotettua pienellä tuella ja palveluilla, voi yhteiskuntapolitiikkaa pitää onnistuneena. (Kainulainen & Saari 2013, 40.) Terveiden voimavarana voidaan pitää myös väestön tyytyväisyyttä ja onnellisuutta (Kinnunen, Virtanen & Valtonen 2011, 395).

2.3 Suomalaisen terveys

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos (THL) toteuttaa noin joka neljäs vuosi Suomalaisen hyvinvointi ja palvelut (HYPA) -tutkimuksen, joista viimeisin on vuodelta 2013. Miesten elinajanodote Suomessa on pidentynyt vuosien 1992–2012 välillä lähes kuudella vuodella, ollen nyt 77,5 vuotta. Toimintakyvyssä on kohentunut sekä osa kansansairauksista ei ole enää niin yleisiä. Vaikka positiivista kehitystä onkin tapahtunut, on diabetes yleistynyt sekä kuolemat, joihin liittyy alkoholi. (Martelin, Murto, Pentala & Linnanmäki 2014, 63.)

HYPA-aineistossa on käytetty kolmea terveystietoa: koettu terveys, pitkäaikaissairaus ja stressikokemukset. HYPA-aineiston mukaan viimeisen kymmenen vuoden (2004–2013) aikana alle 65-vuotiaiden suomalaisten naisten sekä miesten koettu terveys on parantunut. Mitä vähemmän koulutettu tai pienituloisempi henkilö oli kyseessä, sitä huonompi oli koettu terveys. Koulutusryhmien väliset erot koetussa terveydessä ovatkin kasvaneet tällä tarkastelujaksolla. Pitkäaikaissairastamisen osalta myönteistä kehitystä on ollut koko tarkastelujakson ajan, eli koulutusryhmien väliset erot ovat kavenneet. Mutta pienituloisilla oli pitkäaikaissairauksia enemmän. Stressikokemukset ovat tarkastelujakson aikana lisääntyneet nuorilla työikäisillä aikuisilla (18–29-vuotiailla), erityisesti naisilla. Stressiä ilmenee enemmän korkeasti koulutettujen ryhmässä. Tuloryhmittäinen tarkastelu toisaalta osoittaa, että mitä pienemmät tulot henkilöllä on, sitä enemmän on stressiä kokeneita. Sosioeko-

nomisen aseman perusteella terveyserot ovat kuitenkin edelleen suuria, vaikka terveystieteissä on jo pitkään tavoiteltu eriarvoisuuden vähentämistä.

(Martelin ym. 2014, 65, 67, 69–70, 72.)

Myös Terveys 2000- ja Terveys 2011 -väestötutkimusten mukaan väestön terveydessä ja hyvinvoinnissa on tapahtunut kohentumista. Koulutusryhmien väliset erot ovat suuria terveyden ja hyvinvoinnin eri osa-alueilla tämänkin aineiston perusteella. Valtakunnan tasolla erot miesten koetussa terveydessä ovat kaventuneet vuodesta 2001 vuoteen 2011. Korkeamman koulutuksen saaneilla on vähemmän pitkäaikaissairauksia, kuin matalamman koulutuksen saaneilla. Samalla aikavälillä koulutusryhmittäiset erot ovat pysyneet lähes samoina, jos verrataan fyysistä toimintakykyä, työkykyä, riittämätöntä toimeentuloa ja työttömyyttä. Ravitsemuksessa koulutusryhmittäiset erot ilmenevät kasvisten ja juuresten käytössä. (Talala, Härkänen, Martelin, Karvonen, Mäki-Opas, Manderbacka, Suvisaari, Sainio, Rissanen, Ruokolainen, Heloma & Koskinen 2014, 2185, 2190.)

Suomalaisen aikuisväestön terveystietoisuus ja terveys, eli AVTK-kysely, on postitse lähetettävä kysely, jota on tehty vuosittain Suomessa vuodesta 1978 alkaen. Ruokailutottumuksia on AVTK-tutkimuksessa kartoitettu eri koulutusryhmissä kolmella indeksillä, eli tuoreiden kasvisten päivittäisellä käytöllä, rasvattoman maidon juomisella ja leivän päälle kasvivasvaveitteen tai margariinin käyttämisellä. Nämä ruokailutottumukset ovat tutkimusjakson ajan muuttuneet positiiviseen suuntaan vuosiin 2005–2009 asti. Sen jälkeen kehitys on kääntynyt laskuun. Miesten alemmassa koulutusryhmässä 33 %:lla oli käytössä kaksi suositusten mukaista ruokailutottumusta. Koulutusryhmistä keskimääräisessä 40 %:a ja ylemmässä 46 %:a käytti kahta suositusten mukaista ruokailutottumusta. (Helldán, Helakorpi, Virtanen & Uutela 2013, 23.)

Vuoden 2014 AVTK-tilastojen mukaan miehistä 39 % joi rasvatonta maitoa ja 27 % miehistä söi vähintään kuusi viipaletta leipää päivässä. Niiden, jotka käyttivät leivän päällä kasvivasvaveitettä tai margariinia osuus on vähentynyt, miesten osuus oli 51 %, verrattuna vuoteen 2011, jolloin sama luku oli 60 %. Enimmäkseen voita leivällä käyttävien miesten osuus on 5 %. Voikasviöljyseosta käyttää 34 % miehistä. Päivittäin tuoreita kasviksia käyttävien miesten osuus on 34 %. Ruokailujen ajankohtia verratessa miehet jättävät naisia useammin aamupalan syömättä. Eniten tätä tapahtuu 25–34-vuotiaiden

miesten ikäluokassa, jossa ei aamupalaa syövien osuus on 24,9 %. Miehet nauttivat lounaan tavallisimmin työpaikka- tai oppilaitosruokalassa tai syövät eväitä työpaikalla. Työpaikkaruokailuun on mahdollisuus yli 50 %:lla työssä käyvistä miehistä, ja mitä nuorempi työntekijä, sitä parempi mahdollisuus työpaikka- tai oppilaitosruokailuun on. Naiset syövät miehiä enemmän eväitä työpaikalla. Miesten tavallisin päivällisen syöntipaikka on koti. (Helldán & Helakorpi 2015, 16, 85–88.)

Finravinto 2002- ja 2007 -aineistoista tulojen ja koulutuksen näkökulmasta ravitsemusta vertaillaessa vahvistuu näkemys sosiaalisen taustan merkityksestä ravitsemukseen. Toimeentulon ollessa epävarmaa, keskitytään hankkimaan peruselintarvikkeet ja ruoan terveellisyys on toissijaista. Pidemmän koulutuksen saaneet söivät enemmän suositeltuja ruokia (esimerkiksi rasvatonta maitoa, kasviksia, juureksia, hedelmiä), kuten myös Talala ym. (2014), ovat todenneet. Vähemmän koulutetut käyttivät enemmän sokeria, makeisia, sokerisia juomia ja leipärasvaa. Tulotason merkitys korostuu niinä vuosina, jolloin työllisyys on heikko. Suomessa on myös laaja järjestöjen ja yhteisöjen verkosto, jotka tarjoavat apuaan hyvinvoinnin turvaamiseksi kaikkein huono-osaisimmille. (Ovaskainen, Kosola & Männistö 2013, 199–205.)

Vuosittain toteutettavassa nuorisobarometri-kyselytutkimuksessa todetaan vuoden 2015 aineiston perusteella, että nuorista aikuisista (15–29-vuotiaat) miehillä on enemmän vaikeuksia selvitä arkitoiminnoista. Yleisin ongelma on vuorokausirytmien säilyttäminen. Sukupuolieroja on myös ruoanlaitossa, siivouksessa, pyykinpesussa ja terveydenhuollon asioinnista selviytymisessä, joissa miehet kokevat enemmän vaikeuksia. Pankki- ja veroasioiden hoidossa ei ilmennyt sukupuolieroja. Pelkästään ikäryhmiä vertailemalla, 18–24-vuotiaat kokevat arjessa selviytymisen hankalampana kuin 25–29-vuotiaat. Koulutusryhmittäin tarkasteltuna arjen ongelmia on enemmän perusasteen tutkinnon suorittaneilla kuin korkeamman koulutuksen opiskelleilla. Merkityksellisin enustava tekijä nuoren aikuisen arjen hallinnan kannalta oli aineiston perusteella vanhemman alkoholiongelma. (Kestilä, Kauppinen & Karvonen 2016, 122, 125, 128, 130.)

Yksi terveyteen vaikuttava tekijä on alkoholin käyttö. Vuonna 2015 sataprosenttisen alkoholin kokonaiskulutus Suomessa oli 10,8 litraa 15 vuotta täyttänyttä asukasta kohti. Tästä tilastoidun kulutuksen osuus oli 8,5 litraa ja tilas-

toimattoman kulutuksen osuus 2,3 litraa. Tilastoimattomalla kulutuksella tarkoitetaan esimerkiksi salakuljetusta, kotivalmistusta ja matkustajien tuomaa alkoholia. Vuoteen 2014 verrattuna alkoholin kokonaiskulutus väheni Suomessa 3,6 %. Myös kaikissa maakunnissa alkoholijuomien myynti väheni verrattuna vuoteen 2014. Kymenlaaksossa tilastoidun alkoholin myynti, 100 prosenttiseksi alkoholiksi muunnettuna, oli 8,66 %, kun koko maassa se oli 8,52 %. Maakuntien alkoholin myyntiluvut eivät kuvaa suoraan alueiden väestön alkoholin käyttöä, pelkästään alueella myytyä alkoholia. Viime vuosina mietojen viinien ja oluen osuus kulutuksesta on noussut ja väkevien alkoholien osuus vähentynyt. Vähittäiskulutuksessa mietojen viinien sekä väkevien alkoholijuomien osuus on suurempi kuin anniskelukulutuksessa. Vähittäiskulutukseen painottuvat myös väkevät viinit. Anniskelukulutuksessa oluiden, siiderien ja long drink -juomien osuus on suurempi kuin vähittäiskulutuksessa. (Varis & Virtanen 2016, 1–2, 4, 7.)

3 TERVEYDEN EDISTÄMINEN

Terveyden edistäminen on terveyden tapaan laaja käsite, jota on määritelty eri tavoin. Terveyden edistäminen on yksi keino saavuttaa terveys ja hyvinvointi. Terveyden edistämisen tarkastelun tasoja ovat yksilö-, yhteisö- ja yhteiskuntataso. Terveyden edistämisestä ja sairauksien ehkäisystä puhutaan usein sanaparina, joilla ei ole selkeää eroa. Terveyden edistämisyssä onkin kyse eri tieteenalojen tietojen yhdistämisestä ja näiden tietojen käytöstä eri sektoreilla. Terveyden edistämistä voi tarkastella monitieteisyyden lisäksi muun muassa arvojen, tavoitteiden, toiminnan, menetelmien tai tulosten kautta. Terveyden edistäminen on prosessi, joka etenee tavoitteista toimintaan, siitä tuloksiin ja vaikutuksiin. Arvot ovat terveyden edistämisen perusta. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 24, 36.)

Sosiaali- ja terveysministeriöllä on terveyden edistämisestä yleinen ohjaus- ja valvontavastuu. Terveyden edistämiseen liittyy paljon eri osa-alueita, joihin ministeriö pyrkii vaikuttamaan. Näitä osa-alueita ovat elintavat ja elinympäristö, liikunta ja terveellinen ruoka, tapaturmat ja niiden ehkäisy, tartuntatautien torjunta ja seksuaaliterveyden edistäminen. Keskeisimpinä tavoitteina on terveyserojen kaventaminen. Tällä tarkoitetaan sitä, että eri sosiaaliryhmien ja eri puolilla Suomea asuvien yksilöiden terveyden tulisi olla yhtä hyvä. Sydän- ja

verisuonitautien osuus on vähentynyt, mutta terveys- ja kuolleisuuseroissa on edelleen suuria eroja. Toimenpiteet, jotka kohdistuvat terveyteen ja hyvinvointiin, vaikuttavat suoraan kansansairauksien syntyyn ja sekä kustannuksiin, joi- ta tulee terveydenhuollon palveluista, sairauspoissaoloista ja varhaisesta elä- köitymisestä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016a.) Väestöryhmien välisten terveys- ja hyvinvointierojen kaventaminen vähentää sairastavuutta ja ennen- aikaisia kuolemia, parantaa väestön työ- ja toimintakykyä sekä vähentää sosi- aali- ja terveyspalveluiden kysyntää (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016b).

Nykyisen hallituksen hallituskauden tavoitteena on muun muassa *Terveyden edistäminen ja varhainen tuki ovat vahvistuneet poikkihallinnollisesti päätök- senteossa, palveluissa ja työelämässä lainsäädäntömuutoksilla sekä parem- malla toimeenpanolla. Terveys- ja hyvinvointierot ovat kaventuneet*, lisäksi yk- si hallituksen kärkihankkeista on *Edistetään terveyttä ja hyvinvointia sekä vä- hennetään eriarvoisuutta* (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016c, 15, 17.) Sosi- aali- ja terveysministeriö (STM) on julkaissut toimeenpanosuunnitelman omal- le hallinnonalalleen vuosille 2016–2019 hallituksen strategisten tavoitteiden pohjalta. Edellä mainituille kärkihankkeelle STM:n toimenpiteenä on arkiympä- ristöjen muuttaminen hyvinvointia ja terveyttä tukevia elämäntapoja mahdolls- taviksi. Alatoimenpiteinä ovat muun muassa terveiden elintapojen lisääminen ja kansansairauksien ehkäiseminen, mielenterveyden edistäminen ja yksinäi- syyden ehkäiseminen, sekä uuden, poikkihallinnollisen yhteistyömallin luomi- nen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016c, 17.)

Terveyden edistämisestä säädetään useissa laeissa, esimerkiksi terveyden- huoltolaissa 1326/2010 (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016a). Perustuslaissa 731/1999 väestön terveyden edistäminen määritellään julkisen vallan tehtä- väksi. Terveyden edistäminen onkin osa valtion sekä kuntien kansanterveys- työtä. Valtio ohjaa ja kunnat toimeenpaneavat ja järjestävät palvelut laeissa säädettyjen veloitteiden mukaan. Valtiolla on omiakin tehtäviä terveyden edistämisessä, koska se toteuttaa terveyttä edistäviä toimenpiteitä, esimerkik- si alkoholipolitiikassa. (Melkas 2010, 45–46.)

Valtion ravitsemuspolitiikka jakautuu tavoitteisiin ja toimenpiteisiin. Haasteena on ollut ravitsemuspolitiikan hajautuminen useisiin eri ministeriöihin, esimer- kiksi sosiaali- ja terveysministeriö, maa- ja metsätalousministeriö, työ- ja elin- keinoministeriö, valtiovarainministeriö, opetus- ja kulttuuriministeriö. Tavoitteet

ovat useimmiten tervettä väestöä koskevia ravitsemussuosituksia. Toimenpide-ehdotukset esitetään ravitsemussuositusten yhteydessä tai erillisinä ehdotuksinaan. (Sarlio-Lähteenkorva 2013, 217, 221.) Ravitsemussuositusten tarkoitus on koko väestön ravitsemustottumusten parantaminen sekä terveyden edistäminen. Tavoitteena ravitsemussuosituksissa on tasapainossa oleva energian ja ravintoaineiden saanti. Suositusten mukaan ruokailemalla pystytään vaikuttamaan terveyteen, ja samalla ehkäisemään kansansairauksia. Saantisuosituksiset perustuvat aina väestön keskimääräisiin tarpeisiin. (Väisänen & Tiainen 2009, 63.) Sosiaali- ja terveysministeriön alaisen valtion ravitsemusneuvottelukunnan (VRN) tekemä viimeisin päivitys suomalaisiin ravitsemussuosituksiin on vuodelta 2014. Suosituksia voidaan käyttää seurannassa, poliittisessa ohjauksessa, suunnittelussa ja viestinnässä. (VRN 2014, 8.)

Valtio ohjaa kuntia terveyden edistämistyössä. Kunnan terveyden edistämistyön muotoutumiseen vaikuttavat valtion ohjauksen lisäksi oma koulutettu henkilöstö ja henkilöstön arkikokemus työstä, paikalliset tilastot ilmiöineen ja paikallisväestön tarpeet. (Melkas 2010, 46.) Tärkeää onkin asiakkaiden ja heidän elinolosuhteidensa tuntemus, jolloin syrjäytymisvaarassa olevat tunnustetaan helpommin. Asiakkaiden mukaanotto suunnittelutyöhön on yksi näkökulma terveydenedistämistyöhön, näin paikalliset ja kulttuuriset erot voidaan huomioida työssä. (Wiens & Pietilä 2012, 30.) Kunnat ovat erilaisia, ja päättäjiille tarvitaankin tietoa oman alueensa väestön terveyseroista, jotta terveyserojen kaventamiseen pyrkiviin toimiin saataisiin resursseja kohdennettua. Poikkihallinnollisen yhteistyön tehokkuus sekä yhteistyö ammattilaisten, päätöksentekijöiden ja asiantuntijoiden välillä edistää terveyserojen kaventamiseen pyrkiviä toimia. Kunnan sisällä tapahtuvan yhteistyön lisäksi myös alueellinen yhteistyö lisää terveyden edistämisen vaikuttavuutta. (Rotko, Hannikainen-Ingman, Murto, Kauppinen & Mustonen 2014, 98.)

Kunnan sisällä, työntekijätasolla, terveyden edistämistyötä voi vaikeuttaa riittämättömät resurssit, vaikka työntekijällä halua kehitystyöhön olisikin. Tämä voi heijastua myös työntekijän työssä jaksamiseen. Lisäksi toimenkuvan puutteellinen määrittäminen voi aiheuttaa työntekijässä riittämättömyyden tunnetta. Sitoutumattomuutta terveyden edistämiseen voivat lisätä epäselvät työnjaot tai ongelmat poikkihallinnollisessa yhteistyössä. Nämä seikat tulisi johdonkin huomioida. Välimatka voi myös olla terveyden edistämistoiminnan haaste tai este. (Wiens & Pietilä 2012, 29–30.) Toisaalta, terveyden ja hyvinvoinnin kä-

sitteiden moniulotteisuus tuo haastetta sosiaali- ja terveystyön johtamiseen. Johtamisen kohteena voi olla ehkäisevä työ tai korjaava työ, tai molemmat. Erilaiset näkemykset tuovat esiin erilaisia kohteita ja tavoitteita. (Rissanen & Lammintakanen 2015, 18–19.) Työn kehittämiseksi tärkeää on verkostoituminen ja kouluttautuminen sekä tutkimustiedon käyttäminen toimintamallien ja työmenetelmien kehittämiseen (Wiens & Pietilä 2012, 30–31).

Suomessa on pyritty erilaisten kansallisten ohjelmien avulla terveys- ja hyvinvointierojen kaventamiseen. Yhtenä esimerkkinä tästä on sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma Kaste. Ohjelman tavoitteena on ollut hyvinvointi- ja terveyserojen kaventuminen ja sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteiden ja palveluiden järjestäminen asiakaslähtöisesti. Tavoitteena onkin väestön terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen toimintatapoja uudistamalla, siirtämällä painopistettä ongelmien hoidosta fyysisen, henkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin edistämiseen ja ongelmien ehkäisemiseen. Kaste-ohjelmassa on ollut kuusi (6) eri osaohjelmaa, jotka ovat pureutuneet normi-, voimavara- ja vuorovaikutusohjauksen koordinointiin sekä sosiaali- ja terveysalan keskeisten toimijoiden ja hankerahoittajien väliseen yhteistyöhön. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2012, 8.)

Terveyden edistämisen toimijoiden kenttä voidaan nähdä laajana. Julkisen ja yksityisen sektorin lisäksi toimijoita on kolmannella sektorilla, esimerkiksi järjestöjä. Osa näistä tekee yhteistyötä julkisen sektorin kanssa, osa toimii itsenäisesti. (Vertio 2003, 171.) Esimerkiksi seurakunnissa diakoniatyöntekijät kohtaavat työssään ihmisiä, joilla omat voimavarat terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseksi voivat olla vähäiset. Diakoniatyöntekijöiden työssä ei kuitenkaan nouse terveys tai terveyden edistäminen suoraan esille. Diakoniatyössä tulisi kiinnittää huomiota myös asiakkaiden terveystarpeisiin. Terveyden- tai sairaanhoitoa ei välttämättä nähdä diakoniatyöntekijöiden tehtäväksi tai kirkon roolia terveyden edistämässä ei nähdä. Perusterveydenhuollon työntekijäkään eivät välttämättä tunne diakoniatyön sisältöä tai diakonisojen osaamiseen ei luoteta. Diakonisen yksilötyön periaatteet, menetelmät ja tukimuodot ovat osaltaan ennaltaehkäisevää työtä, joka sopii myös kansallisen kehittämisohjelma Kasteen linjauksiin. (Räty 2009, 133, 137–138.)

3.1 Terveyden edistämisen malleja

Terveyden edistämisen malleja on lukuisia. Tässä työssä tarkastellaan salutogeneesiä terveyden edistämässä, sekä perinteisempiä elämäntapamuutokseen liittyviä terveyden edistämisen malleja, transteoreettista muutosvaihemallia ja motivoivaa keskustelua.

Prohascan ja Diclementen kehittämä **transteoreettinen muutosvaihemalli** on yleisesti käytetty terveyden edistämisen malli kuvaamaan elämäntapamuutosta. Malli kuvaa elämäntapamuutoksen toteutumista prosessimaisesti; yksilön kykyä tehdä muutoksia tietyssä elämänvaiheessa, eikä kaikkea kerralla. Elämäntapamuutosten toteuttaminen edellyttää yksilöltä tavoitteita ja suunnitelmallisuutta. Yksilö saattaa olla myös eri vaiheissa elämäntapamuutosprosessissaan, esimerkiksi hän voi olla valmis lisäämään liikuntaa, muttei halua vähentää alkoholin käyttöä. Muutokset toteutuvat, jos yksilöllä on halukkuutta, valmiutta ja kykeneväisyyttä muutokseen. Yksilön muutosvalmiuden ja -vaiheen tunnistaminen edesauttavat yksilöä muutokseen pääsemisessä, sillä silloin häntä pystytään tukemaan ja ohjaamaan sopivilla keinoilla ja menetelmillä. Muutosvaihemallin vaiheet ovat esiharkinta, harkinta, valmistelu/aloitteelu, toiminta ja ylläpito. Vaiheiden välillä voi tulla repsahduksia. Vaiheita kuvataan usein ympyrän muodossa. Yksilö saattaa myös liikkua eri vaiheiden välillä, eikä välttämättä liiku suoraan seuraavaan vaiheeseen. Kyse ei välttämättä ole silloin repsahduksesta, vaan yksilö hakee itselleen toimivampaa mallia toteuttaa muutos. Kannustava palaute edistymisestä motivoi yksilöä jatkamaan muutostaan. (Corcoran 2010, 17–19; Marttila 2010.)

Motivoiva keskustelu on asiakkaan ja hoitajan tai lääkärin välistä vuoropuhelua, jossa kumpikin toimii asiantuntijana. Asiakas tuntee oman elämänsä ja tietää, minkälaiset ratkaisut omassa elämässä toimivat, mutta tarvitsee hoitohenkilökunnan asiantuntemusta ratkaisujen tekoon. Hoitaja tai lääkäri ei kuitenkaan tee päätöksiä asiakkaan puolesta, ellei asiakas niin toivo. Motivoivan keskustelun tavoitteena ja tarkoituksena onkin saada asiakkaan mielenkiinto heräämään aiheeseen ja ajattelemaan asiaa, tarkastelemaan omia näkökulmiaan, jolloin hän aktivoituu keskustelemaan. Hoitaja tai lääkäri ohjailee keskustelua, joka etenee avoimin kysymyksin. Tärkeää on asiakkaan oma tahto muutoksesta. Asiakas itse päättää keskustelun lopulla, minkälaisen menettelytavan hän valitsee tai jää pohtimaan asiaa. Motivoivaa haastattelua voidaan

pitää onnistuneena, jos keskustelun lopulla asiakas itse kehittää keinon tai suunnitelman, miten ryhtyy muutoksen toteuttamiseen. (Mustajoki & Kunnamo 2009.)

Antonovsky kehitti **teorian salutogeneesistä**, eli ihmisten voimavarojen esille nostamisen. Antonovsky halusi teoriallaan selittää sitä, miksi ihmiset pysyvät terveenä, vaikeissakin olosuhteissa. Hän näki terveyden positiivisena ilmiönä ja pyrki selittämään sen lähdettä, mikä selittää sairauden puuttumisen? Antonovskyn selitys oli *Sense of Coherence (SOC)*, yhtenäisyyden- tai kohe-renssin tunne, vastustuskyky. Tämä perustuu siihen, että yksilö kokee oman elinympäristönsä ymmärrettäväksi, mielekkääksi ja hallittavaksi. Jos kohe-renssin tunne on vahva, yksilöllä on uskomus siihen, että hän selviää vaikeis-takin tilanteista. Terveys-sairaus-jatkumolle määrittyvä yksilön paikka on siis riippuvainen yksilön vastustusvoimavaroista. Vaikka kaikki altistuvatkin stres-sitekijöille ja kuormittuvat, osa ihmisistä ei siltikään sairastu. Kahden yksilön kohdatessa saman stressitekijän, esimerkiksi köyhyyden, voi toisella olla pa-remmat valmiudet selviytyä tilanteesta. Yksilön hyvinvointia tukee luottamus itseensä ja optimistinen asenne elämään. Luottamus on myös stressiä vähen-tävä tekijä, jolla on vaikutusta yksilön kuormittuneisuuteen ja terveyshaittojen syntymiseen. Salutogeneesi täsmentääkin fyysisen terveyden edellytyksiä. (Aaltio 2013, 65–67; Lindström & Eriksson 2010, 32–34; Virtanen 2010, 148, 151.)

Salutogeneesi toimii monen tasoisena, niin yhteiskunnassa, ryhmissä kuin yksilötasollakin. Yksilötasolla kaikissa ihmisten välisissä kohtaamisissa on mah-dollista toteuttaa salutogeeninen näkökulma. (Lindström & Eriksson 2010, 45–46.) Yksilön laaja terveyden tarkastelu pitää sisällään myös elämänhallinnan. Elämänhallinta ennakoi myös yksilön terveyden säilymistä. Yksilön voimava-roilla on merkitystä myös hänen muutosvalmiuteensa. (Pietilä, Eirola & Vehvi-läinen-Julkunen 2002, 156–158.)

Pasasen (2015, 32–33, 47) mukaan terveyden edistämisen asiantuntijat nä-kevät salutogeenisuuden terveyden edistämisessä yksilö-, yhteisö-, yhteiskun-ta- ja globaalitasoilla. Salutogeneesi edustaakin terveyttä elämän pituisena prosessina. Salutogeneesia kuvaavat osallisuus, voimavaralähtöisyys, sosiaa-linen pääoma ja terveyden tasa-arvo. Olennainen voimavaralähtöisyyttä edis-tävä tekijä on asennemuutos ja arvokeskustelu. Sekä yksilö- että yhteisötasol-

la vaaditaan yhteistä motivaatiota, että asioita opittaisiin katsomaan positiivisesta näkökulmasta. Asioiden tarkastelu laajemmasta näkökulmasta onkin tarpeen, esimerkiksi terveyden edistämisen hankkeissa lähtökohta voi olla sairauslähtöinen. Yksilön tilanteen kokonaisuuden näkeminen ja voimavarojen tukeminen ovat tärkeitä, sen sijaan, että keskityttäisiin vain esimerkiksi ylipainoon ja sen oireisiin. Voimavaroja tukemalla yksilö voimaantuu ja hänen itsetuottamuksensa kasvaa. Yksilön oma oivallus ja ratkaisun löytäminen ongelmiin on olennaista, ympäristön ollessa vain tukena.

3.2 Elämäntapamuutos

Elämäntavoilla on merkitystä terveyteen. Yksilön suhde terveyteen ja terveisiin elämäntapoihin muotoutuu jo varhain. Jo teini-ikäisten käyttäytymisestä on voitu ennustaa yksilön tulevaa ”terveysuraa”. (Huttunen 2015.) Useissa tutkimuksissa on näyttöä elämäntapojen yhteydestä kansansairauksiin tai niiden riskitekijöihin. Suurimpia riskejä terveydelle ovat tupakointi, epäterveellinen ravitsemus, liikunnan puute tai sen vähäisyys ja alkoholin liikakäyttö. Nämä neljä tekijää yhdessä nelinkertaistavat ennen aikaisen kuoleman riskiä. Elämäntapojen muuttamisesta, eli yksilön käyttäytymisen muutoksella, on hyötyä sekä sairastuneille sekä sairastumisriskissä oleville. Perusterveydenhuollossa tapahtuvalla neuvonnalla ja ohjauksella on mahdollisuus vaikuttaa useimpiin elintapoihin. Melko vähäisilläkin toimilla ja käytännöillä voidaan saada merkittäviä tuloksia aikaan. Vaikuttavuus lisääntyy, jos yksilön elämäntaparemonttia seurataan rutiinikäynneillä. (Absetz & Hankonen 2011, 2265, 2270.) Esimerkiksi pienet toimenpiteet, kuten painon, pituuden ja vyötärön ympäryksen mittaaminen sekä näiden kirjaaminen ja seuranta ovat tärkeitä. Säännölliset mitaukset auttavat muutosten huomaamisessa ja voivat itsessään olla tehokkaita interventioita. (Alahuhta & Laitinen 2011.)

Ylimäki (2015, 62) on tutkinut ohjausinterventioiden vaikuttavuutta elintapoihin ja elintapamuutokseen sitoutumiseen. Hänen tutkimuksessaan todettiin, että kuuden (6) kuukauden kuluttua interventiosta, näkyi seurannassa positiivisia muutoksia. 12 kuukauden kuluttua seurannassa ei enää näkynyt positiivisia muutoksia. Pysyviin muutoksiin pääsemiseksi olisi tarpeen lisätä seurantaa ja tukea myös 6–12 kuukauden välillä interventiosta. Myös 12 kuukauden jäl-

keen tarvitaan vielä keinoja muutoksen seurantaan. Pitkän aikavälin interventioita olisi hyvä kehittää.

Alahuhta (2010, 57–58) on tutkinut tyypin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluvi- en työkäisten henkilöiden painonhallinnan ja elintapamuutoksen tunnuspiirtei- tä. Ohjausprosessin aikana (0–6 kuukauden ajalla) ryhmäläisten painot ja BMI:t (Body Mass Index) olivat laskeneet hieman. Muutosvaihemallin mukaan harkintavaihe voi olla puolen vuoden mittainen, joka selittää vähäistä painon- laskua. Seurantakäynti oli 1½ vuoden kuluttua, jolloin paino- ja BMI-arvot oli- vat keskimäärin korkeammat kuin 0 kk ja 6 kk mittauksissa. Ruokamäärän ra- joittaminen koettiin eniten repсахduksia aiheuttavaksi. Pitkäaikaistulokset ei- vät ole hyviä, vaikka ohjausprosessin aikana laihtumista tapahtuisikin.

Elämäntapamuutokseen sitoutumiseen vaikuttaa moni tekijä, niin sitä ohjaa- van työntekijän, kuin muutoksen tekijän näkökulmasta. Muutoksen tekijän on elämäntapamuutokseen ryhtyessään käsiteltävä asiaa mielessään muutoin- kin, kuin vain noudattamalla annettuja ohjeita. Alussa työntekijän on hyvä kar- toittaa ja vahvistaa muutoksen tekijän pystyvyyttä. Mahdollisten esteiden tun- nistaminen ja niiden käsittely lisää sitoutumista. Muutoksen tekijältä tarvitaan muutosvalmiutta, eli ymmärrystä nykyisistä elintavoista ja muutoksen tuomista hyödyistä. (Ylimäki, Kanste, Heikkinen, Bloigu & Kyngäs 2014, 35.)

Liiallinen työmäärä, jatkuvat muutokset, kiireisyys ja työn ennakoimattomuus sekä työstä johtuva väsymys on koettu esteiksi elämäntapamuutokselle. Elä- mäntilanne, esimerkiksi työttömyys, saattaa vaikuttaa niin, että yksilölle tarjou- tuu mahdollisuus syödä kotona jatkuvasti, jolloin elämäntapamuutoksen teke- minen vaikeutuu ja painonhallinta epäonnistuu. (Alahuhta & Laitinen 2011.)

Unen puute ja väsymys sekä masennus voivat vaikuttaa niin, ettei yksilö jaksa liikkua tarpeeksi tai syö enemmän. Voimavarat eivät riitä terveyden hoitami- seen. (Huttunen 2015.)

Tärkeää on, että yksilö ymmärtää elämäntaparemontin olevan elämänikäinen muutos, eikä vain joidenkin viikkojen mittainen kuuri. Elämäntapamuutoksen onnistumiseksi tarvitaan sitoutumista ja tavoitteita. Elämäntapamuutoksessa etenevä yksilö on esimerkiksi rajoittanut syömisiään. Elämäntapamuutoksessa voi olla kyse useammastakin muutoskohteesta. Näitä voivat olla ruokamäärän vähentäminen, ateriarytmin säännöllistäminen, liikunnan lisääminen, kuidun

tai pehmeän rasvan lisääminen tai alkoholin käytön vähentäminen. (Alahuhta 2010, 52.)

Yksilön tarvitsee ottaa vastuu omasta muutoksestaan, luottaa itseensä ja ongelmatilanteen tullessa keksiä ratkaisun siihen. Motivaatio on tärkeä tekijä muutoksen onnistumiseksi. Epäonnistumiseen voivat johtaa arkiselitykset, elämäntilannetekijät sekä negatiivinen mieliala. Elämäntapojen muutoksen onnistumista auttaa, mikäli lähellä on muutosta tukevia ihmisiä, esimerkiksi perhe tai terveydenhuollon työntekijä. Elämänmuutoksen ajoittamisella sopivaan elämäntilanteeseen on merkitystä onnistumisen kannalta. Jos elämäntilanne on kovin haastava, muutoksen tekijä todennäköisesti hyötyy siitä, että muut elämän osa-alueet saadaan ensin kuntoon, esimerkiksi työuupumus, jonka jälkeen keskitytään vasta elämäntapojen muutokseen. Yksilön oma vastuu ja motivaatio muutosvalmiuteen ovat tärkeitä. (Nevanperä & Laitinen 2012, 139–140; Alahuhta & Laitinen 2011; Tuomarla & Sarlio-Lähteenkorva 2009, 32.) Ohjaajan näkökulmasta motivaation rakentumista voi edistää elämäntapamuutoksen hyötyjen ja haittojen pohtimisella (Alahuhta, Korkiakangas, Kyngäs & Laitinen 2009, 263).

Näitä hyötyjä ja haittoja voi pohdiskella esimerkiksi ryhmämuotoisena toteutuksessa elämäntapamuutosryhmässä, jossa on vertaistukea saatavilla. Keskeisiä puheenaiheita ryhmissä ovat arjen kokemukset ja toimintamallit. Yleisiä puheenaiheita ryhmissä ovat esimerkiksi ruoan energia- ja rasvasisältö sekä ruokavalion koostaminen. Niin sanotut muotidieetit, ravintoainevalmisteet ja luontaistuotteet keskusteluttavat ja herättävät myös kysymyksiä. Kiinnostus oman sekä perheen terveyden edistämiseen ilmenee keskusteluissa esimerkiksi tavoitteena lisätä kasvisten syöntiä tai koko perheen ruokailutottumusten muuttamisena. Ryhmätoiminnan edetessä kokemuksellinen tieto elämäntapamuutoksesta lisääntyy. Painon pudotuksessa syömisen ongelmatilanteista selviytymiseen tarvitaan keinoja, joihin toimintamallien luominen auttaa. Väärän toimintamallin jatkaminen voi johtaa painon takaisin nousuun. Tietoisuus mahdollisesta epäonnistumisesta auttaa käsittelemään pettymyksen tunnetta ja yrittämään uudelleen. Erilaisten oppimistehtävien ja esitystapojen käyttö edistää oppimista, ja mallien siirtoa omaan elämään. Toimintamallin valintaa voi myös pohtia tarinan kautta, toisten kokemusten avulla. (Tuomarla & Sarlio-Lähteenkorva 2009, 25, 27–28, 30, 32.)

3.2.1 Ravitseminen osana elämäntapamuutosta

Yksilön ruokailutottumuksiin vaikuttavat useat eri tekijät, esimerkiksi opitut tavat, jotka voivat olla perintöä jo lapsuudesta. Kiinnostuksella ruoanlaittoon tai sen terveellisyyteen on myös merkitystä ruokailutottumuksiin. Työssä käyvän ruokailutottumuksiin vaikuttavaa muun muassa se, miten ruokailu on mahdollistettu työpäivän aikana ja miten ruokailuun kuluva aika arvotetaan. Omat haasteensa ruokailutottumuksiin tuovat vuorotyö tai yötyö sekä matkatyö. Myös stressi, elämää kuormittavat tekijät ja unen puute vaikuttavat ruokailutottumuksiin. Univaje lisää ruokahalua ja nälän tunnetta. Jos yksilö on kovin väsynyt, hän ei todennäköisesti jaksa myöskään keskittyä niin paljon elintapojen muuttamiseen. Stressi voi lisätä joillakin syömistä, oloa yritetään helpottaa esimerkiksi herkkuja syömällä. Elämän rytmin ollessa kiivas ei välttämättä ehditä syödä säännöllisesti tai ei kiireen takia valmisteta esimerkiksi salaattia. Työpaikoilla tulisi olla myös asianmukaiset säilytys- ja lämmityslaitteet eväsruoille. (Nevanperä & Laitinen 2012, 131–132, 137–138.)

Suomalaisista työikäisistä reilu kolmasosa syö lounaan työpaikkaravintolassa työpäivänsä aikana. Naisten ja miesten välillä ei juurikaan ole eroja. Sosioekonomisella asemalla on todettu olevan merkitystä myös yksilön ruokailuun ja ruokailutottumuksiin. Vähemmän koulutetut ja tietyissä ammateissa, esimerkiksi kuljetus-, rakennus- ja teollisuusaloilla työskentelevät, käyttävät työpaikkaruokaloita harvemmin. Pienellä työpaikalla, liikkuvassa tai vuorotyössä työskentely voi korostaa työpaikkaruokailun järjestämisen ongelmaa. Raskaata työtä tekevät miehet syövät useimmiten eväitä työpäivänsä aikana. Ruokatauon pitämiseksi ja eväiden syömiseksi tulisi olosuhteiden olla kunnossa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2010, 27–28, 31.) Työpaikkaruokalassa aterioivat syövät enemmän kasviksia ja kalaa verrattuna muilla tavoin ruokaileviin (Lahti-Koski & Rautavirta 2015, 253).

Ruoan hinta on yksi tekijä, joka vaikuttaa ostopäätökseen kaupassa, ja täten ruokailutottumuksiin. Ruoan hinta voi muodostua pääasialliseksi tavaksi toimia ostopäätöstä tehdessä. Ostopäätökseen vaikuttavat olosuhteelliset tekijät, mutta myös yksilön omat arvot, jotka liittyvät ruokaan ja syömiseen. Yksilö saattaa pohtia tuotteen eettisyyttä tai turvallisuutta, tai hinta-laatu -suhdetta. Hinta voi kuitenkin olla tekijä, joka ohjaa niin paljon ostopäätöstä, että muut tekijät jäävät sen varjoon. (Järvelä & Mäkelä 2005, 130–131.)

Euroopan Unionin (EU) alueella vuonna 2012 toteutetun ruoan ja alkoholitoimien juomien hintavertailun mukaan Suomessa kuluttajahinnat olivat 19 % korkeammat kuin EU:ssa keskimäärin (Suomen virallinen tilasto 2012). Vuonna 2014 Suomi lukeutui edelleen EU:n kalleimpiin maihin. Hintataso oli 23 % korkeampi, kuin EU:ssa keskimäärin. (Suomen virallinen tilasto 2014; Eurostat 2015.) Terveystieteiden tutkimuskeskus (THL) ym. on tehnyt laskelmia kotitalouksien tulojen kehityksestä ja riittävydestä vuosien 2011–2015 ajalta. Yksinasuvan työttömän (ansio- tai perusturvalla) olevan, tulot ovat nousseet 9 % vuodesta 2011 vuoteen 2015. Pienipalkkaisen yksinasuvan reaalitytulot ovat nousseet 10 % samalla aikajaksolla. Perusturva ei kuitenkaan riitä kattamaan kohtuullista minimikulutusta. Ilman asumismenoja laskettuna ruoka vie suurimman osan kulutuksesta. Kulutustottumukset ovat muuttuneet vuosien saatossa. (THL 2015b, 3, 75–76, 85, 87.)

3.2.2 Ohjattava elämäntapamuutoksessa

Vänskä (2012, 67) jakaa elämäntapamuutoksessa ohjattavat viiteen erilaiseen ryhmään heidän orientaationsa perusteella. Omakohtaisen merkityksen löytänyt ohjattava on aktiivinen ja sitoutunut, hän on asiantuntija omassa elämässään ja ohjaaja toimii hänelle tukena muutoksessa. Asiantuntijuuteen sitoutunut ohjattava odottaa ohjaajalta ohjeita ja pyrkii muistamaan ja toistamaan ne. Itsensä ulkoistava ohjattava ei ole tullut vapaaehtoisesti ohjaustilanteeseen, hän saattaa olla puolustuskannalla. Omistautumatonta ohjattavaa ei ohjaustilanne kohtaa, ohjauksen sisällölläkään ei ole merkitystä. Viimeisenä ryhmänä ovat ohjauspelin pelaajat, jotka haluavat säilyttää kasvonsa ja miellyttää asiantuntijaa, olemalla hyviä asiakkaita.

Elämäntapamuutoksen tuomia hyötyjä on paljon. Sekä naiset että miehet ovat kokeneet terveyden ja toimintakyvyn paranemista elämäntapojen muutoksesta. Elämäntapamuutokseen kannustavat myös tietoisuus lääkityksen mahdollisesta vähentämisestä ja eliniän piteneminen. Toimintakykyyn liittyvät tekijät: yleisen jaksamisen tunne, kunnon ja vireystilan koheneminen, sekä liikkumisen helpottuminen edistävät elämäntapamuutosajattelua. Pystyvyyden tunne nostaa itsetuntoa, sekä mielialaan liittyvät tekijät; lisääntynyt kärsivällisyys ja onnistumisen ilo. Naiset ovat kokeneet miehiä enemmän edellä mainitut asiat elämäntapamuutoksen positiivisiksi tekijöiksi. Naisille myös ulkonäkö (esimer-

kiksi uudet vaatteet, lisääntynyt viehätysvoima, uskallus katsoa peiliin) ja sosiaaliset tekijät (esimerkiksi muiden seurassa esiintyminen) ovat tärkeämpiä kuin miehille. Naiset kokevat myös tärkeämmäksi esimerkkinä olemisen lapsilleen. (Alahuhta ym. 2009, 261–263.)

Miehet ovat naisia enemmän sitä mieltä, ettei elämäntapamuutokseen liity mitään haittoja. Kummankin sukupuolen mielestä elämäntapamuutokseen vaaditaan voimavaroja. Jos pysyvään muutokseen ei pääsekään, voi yksilö kokea epäonnistumista ja itsetunnon romahtamisen, muutos voi olla vastenmielinenkin tai pelottaa. Nautinnoista luopuminen ja syömällä itsensä palkitseminen ovat sekä miesten että naisten keskuudessa yhtä yleisenä koettuja elämäntapamuutoksen haittoja. Miehet ajattelevat naisia useammin painonhallintaan ja laihduttamiseen menneen vaivan menevän hukkaan, jos ei onnistukaan muutoksessa. Miehet pohtivat myös laihduttamisen turvallisuutta naisia enemmän. Naiset kokevat taloudellisten tekijöiden merkityksen suurempana haittana elämäntapamuutoksessa kuin miehet, liittyen esimerkiksi uusien vaatteiden ostoon tai terveellisen ruoan kalleuteen. Naisille on myös merkityksellisempää läheisten suhtautuminen muutokseen. (Alahuhta ym. 2009, 262–263.)

Vaikka sekä naisilla että miehillä on riski sairastua tyyppin II diabetekseen, naiset osallistuvat miehiä enemmän elämäntapainterventioihin. Jotakin olisi siis tehtävä, että miehet saataisiin osallistumaan enemmän interventioihin, koska perinteiset miehiset kulttuuriset arvot ja terveyteen liittyvät arvot eivät välttämättä kohtaa. Työpaikoille viedyt interventiot voisivat tavoittaa enemmän miehiä. (Hankonen 2011, 91–92.)

3.2.3 Ohjaaja elämäntapamuutoksessa

Yksilön elämänhallinnan kokemuksella ja terveyskuvalla on vaikutusta oma-toimisen terveydenhoidon motiiveihin, terveystietoisuuteen ja tapoihin hoitaa terveyttä. Yksilöiden kokemusten vaihtelevuus on huomioitava ohjauksessa. Samanlainen sisältö ja toteutustapa eivät sovi kaikille, joten monipuolisella toiminnalla tavoitetaan paremmin erilaisia yksilöitä. (Häggman-Laitila 1999, 55.) Ylimäen (2015, 64) mukaan salutogeeninen lähestymistapa luo intervention ohjaukseen positiivisen lähtökohdan, riippumatta käytettävästä mallista tai teoriasta, tai riskitekijöiden määrästä.

Kauronen (2016, 127–128) suosittelee elämäntapamuutosryhmiin osallistujien muutosvalmiuden, iän, aiemmin saadun ohjauksen ja tiedontason kartoittamista ennen ryhmiin jakamista ja näiden tietojen käyttämistä perusteina ryhmiin jakamisessa. Jo ryhmätoiminnan suunnitteluvaiheessa on hyvä pohtia toimintaan valittavia sisältöjä ja menetelmiä. Jos toteutusvaiheessa vaikuttaa siltä, ettei kyseinen tapa toimikaan kyseisessä ryhmässä, voi menetelmää vaihtaa, jotta ryhmä hyötyisi mahdollisimman paljon ohjauksesta. Ryhmäkoon ollessa pieni ryhmäläisille jää enemmän aikaa itsearviointiin ja kokemusten jakamiseen. Toisaalta, silloin ohjaajalle jää myös enemmän aikaa ryhmäläisten kannustamiseen ja tukemiseen omien tavoitteidensa saavuttamisessa.

Yksilöllä voi olla erilaisia ruokailutottumuksia, joista osa on terveellisiä ja osa epäterveellisiä. Huonoilla ruokailutottumuksilla saattaa kumoutua yksi hyvä muutos. (Absetz & Hankonen 2011, 2270.) Ravitsemusohjauskeskustelun tavoitteena onkin pyrkiä ruokavalion pysyviin muutoksiin. Keskustelu voidaan toteuttaa yksilölle tai ryhmälle, ja sitä voidaan kutsua neuvotteluksi, jossa keskustelijat ovat tasavertaisia keskenään. Vapautuneessa ilmapiirissä keskustelu sujuu helpommin. Ohjaajan tulee käyttää sellaista kieltä ja termistöä, että ohjattava ymmärtää mistä on kyse. (Aapro, Kupiainen & Leander 2008, 19.) Neuvottelua helpottaa, jos ohjaaja ymmärtää ohjattavan taustaa, ja hänen aikaisempia kokemuksiaan. Ohjaajalta edellytetään myös aktiivista kuuntelua. (Kyngäs & Hentinen 2008, 222.) Yksilön sisäisten motivaatiotekijöiden (esimerkiksi terveellisiin elämäntapoihin liittyvä mielihyvä, pätevyys tunne) vahvistaminen ohjauksessa voi edistää pääsyä pysyvään elämäntapamuutokseen (Alahuhta, Korkiakangas, Kyngäs & Laitinen 2009, 266–267).

Häggman-Laitila (1999, 55–57) on tunnistanut terveystunteiden kolme perustyyliä. Terveystunteiden kokonaisvaltaisena ja sisältäpäin määrittävällä yksilöllä olemassa olevien voimavarojen käytön huomiointi on tärkeää. Yksilön tukemisen lisäksi tarvitaan myös yksilölle tärkeän yhteisön tukemista. Henkilö, joka kokee terveystunteensa osittuneena ja ulkoapäin määrittävänä, saattaa kokea terveystunteiden tärkeäksi ja elämää tukevaksi, mutta myös elämää rajoittavaksi tai ahdistavaksi. Yksilölle, jolle oma terveys on jäsentymätön, ovat terveys ja omatoiminen terveydenhoito merkityksettömiä. Hoitotyössä tällaisen yksilön kohtaaminen saattaa olla vaikeaa.

Ravitsemusohjausta tekevältä työntekijältä edellytetään laajaa osaamista ja tietoa. Ravitsemuksen perustietojen lisäksi tarvitaan tietoa ravitsemussuosituksista, ja niiden vaikutuksesta yksilön terveyteen ja hyvinvointiin. Ohjaustyössä tarvitaan myös ymmärrystä siitä, minkälaiset ovat yleiset ruokatottumukset ja ruoankäyttö väestö- ja yksilötasolla. Oma ruoanvalmistustaito on hyödyksi, samoin kuin elintarvikevalikoiman tuntemus. Ryhmän sekä yksilön ohjaustaidot ovat tarpeen. Ohjaustilanteissa on osattava soveltaa tietämystä ja osaamista yksilön ruokatottumusten mukaisesti. (Mattinen 2007, 20.) Onnistuneeseen ohjaukseen vaikuttaa ohjaajan terveyttä edistävä ajattelutapa (Kyngäs & Hentinen 2008, 222). Terveydenhoidossa onkin useimmiten kyse analyttisestä päätöksenteosta. Ongelmien ratkomiseen tarvitaan laaja-alaista tietoa ja yhteistyötä asiakkaan kanssa, tavoitteellisen suunnittelun ja toteuttamisen sekä jatkuvan arvioinnin lisäksi. Tähän vaaditaan myös työntekijältä työaikaa. (Pirinen 2007, 99.)

Vänskä (2012, 109) on määritellyt osaavan ohjaajan muotokuvaa. Ohjauksen elementit muodostuvat ohjauksäsitteistä, ohjattavasta ja hänen kontekstistaan, omasta ohjauksäsitteestä ja oman ohjausosaamisensa tunnistamisesta. Substanssiosaamisella tarkoitetaan perus- ja erikoistietämystä omalta alalta. Kontekstiosaamisella tarkoitetaan ohjattavan oman maailman ymmärtämystä. Ohjaus on nähtävä prosessin lailla etenevänä, ja osaava ohjaaja osaa myös reflektoida omaa toimintaansa. Situationaalisella ohjausosaamisella tarkoitetaan edellä mainittujen ohjauksen elementtien suhdetta ohjausosaamiseen.

Henkilöstön käsityksiä potilasohjauksen toimintaedellytyksistä tutkineet Lipponen, Kanste, Kyngäs & Ukkola (2008, 130–133) toteavat laadukkaan ohjauksen edellyttävän asianmukaisia toimintaedellytyksiä sekä hyvää ohjauksen toteutusta. Henkilökunnan tiedoilla, taidoilla ja asenteella on merkitystä työn laatuun. Ohjausmenetelmien monipuolisuudessa sekä ohjauksen ajoittamisessa hoitoprosessin jokaiseen vaiheeseen olisi kehitettävää. Ohjaukseen käytettävissä oleva vähäinen aika, epäasialliset tilat ja puutteellinen välineistö sekä tutkimustiedon puute ovat ohjaustoimintaa heikentäviä tekijöitä. Työntekijän oma asennekin vaikuttaa ohjaukseen. Joku voi kokea ohjauksen ajan haaskausena tai vievän aikaa muilta potilailta, jopa turhauttavana työnä. Tutkimuksessa havaittiin ohjaukseen liittyviä asenne-eroja työtehtävän, sukupuolen ja työkokemuksen perusteella. Henkilökunnan iällä, työkokemuksella ja ohjauk-

seen käytetyllä ajalla oli vaikutusta ohjauksen potilaslähtöisyyden toteutumiseen.

Pirisen (2007, 100–101) mukaan hoitajien terveysneuvonnan menetelmällistä osaamista tulee laajentaa. Asiakasta tulee osallistaa ja aktivoida sekä vahvistaa oman hallinnan tunnetta ja voimavaroja toiminnallisilla, elämyksellisillä ja audiovisuaalisilla menetelmillä. Terveysneuvonnan tietoperustaa tulee laajentaa ja ottaa terveyden edistämisen malleja laajemmin käyttöön muokkaamalla niitä käytännön työhön. Työpaikalla tulisi säännöllisesti tutkailla terveysneuvonnan sisältöjä; tarkastella, arvioida, korjata ja kehittää menetelmiä.

4 AIEMPIA RAVITSEMUSINTERVENTIOITA

Tolonen (2011) on tutkinut pro gradu -tutkimuksessaan 20–35 -vuotiaita masennuksesta toipuvia mielenterveyskuntoutujia ja heille toteutettua ratkaisukeskeistä ryhmäohjausta ravitsemusohjauksessa. Tarkoituksena oli selvittää voiko lyhyellä, ryhmämuotoisella, ratkaisukeskeisellä ravitsemusohjauksella auttaa tutkittavia arvioimaan ruokavaliotaan ja tarvittaessa muuttamaan sitä terveellisempään suuntaan. Tavoitteena oli myös asiakaslähtöisten ja voimaannuttavien, mielenterveyskuntoutujille sopivien, ravitsemuskuntoutuksen toimintatapojen kehittäminen. Ryhmätoiminta kesti 5 viikkoa, jonka aikana oli 6 tapaamista. Tutkimuksessa keskityttiin tutkittavien syömiskäyttäytymisessä tapahtuvien muutosten tarkasteluun, sekä kiinnostukseen ja suhtautumiseen terveyttä edistävään syömiseen sekä itsestään huolehtimiseen. Syömiskäyttäytymistä selvitettiin ryhmätoiminnan alussa sekä lopussa täytätetyillä kyselyillä. Tutkimuksessa oli loppuun asti 4 kuntoutujaa. Osallistujia ei punnittu ryhmätoiminnan aikana. Tulosten mukaan tutkittavien ruokailutottumusten itsearvioinnissa oli yksilöllistä vaihtelua; joku oli tehnyt paljon positiivisia muutoksia, jollakin muutokset olivat negatiivisia tutkijan näkökulmasta, jollakin oli sekä positiivisia, että negatiivisia muutoksia. Itsearvioinnin perusteella tutkittavilta oli eniten vähentynyt napostelu, alkoholin käytön vaikutus ruokavalintoihin, näläntunteesta huolimatta syömisen rajoittaminen sekä vaikeus lopettaa syömistä sen jo alettua. Annoskoot olivat myös pienentyneet. Tutkimuksen mukaan masentuneille mielenterveyskuntoutujille on mahdollista kehittää asiakaslähtöinen ravitsemusohjelma. Ohjelman avulla voidaan esimerkiksi tukea kuntoutujan oman arvon tunnetta, lisätä aktiivisuutta ja ymmärretyksi tu-

lemista. Yksilöllisten onnistumisten huomiointi ja kuntoutujan tukeminen pysyvyydessä, terveyttä edistävien elämäntapojen ylläpitämisessä sekä tiedon ja kiinnostuksen lisääminen onnistuivat ohjelman avulla. Tuloksiin on voinut vaikuttaa pieni otoskoko ja seuranta-ajan lyhyys. (Tolonen 2011, 38–39, 43, 75–76, 80–81.)

Turun ammattikorkeakoulun *Ota koppi!*-hanke oli suunnattu ilman työ- ja opiskelupaikkaa oleville 16–29-vuotiaille nuorille ja nuorille aikuisille. Hankkeessa toteutettiin muun muassa hankkeen verkkosivuille ruoan valmistusohjeita videoineen ja resepteineen. Nuoret olivat toivoneet edullisista raaka-aineista valmistettavia ruokia. Yksi video oli ruokaostosten tekemisestä kaupassa. Kaupassa käynti tai ruoka-aineiden hankinta saattoivat olla nuorille stressaavia tilanteita, rahaa oli myös vähän käytettävissä. Videoilla ruoan valmistuksesta vastaa ammattilainen (ravintolayrittäjä, keittiömestari), valmistus tapahtuu kotikeittiössä ja moni ruoista valmistuu liedellä. Ruokaohjeet ovat monipuolisia, huomioiden raaka-aineiden edullisuus, mutta kuitenkin helppoja ohjeita. Näin kokemattomammankin ruoanlaittajan aloituskynnystä oli madallettu. Ruoanvalmistusvideoilla oli myös huomioitu nuorten kotikeittiöiden mahdollinen keittiötyövälineiden suppeus. Videoilla valmistettavaan ruokiin tarvittiin vain leikkuulauta ja -veitsi, paistinpannu, kattila, siivilä, kauha ja uunin kestävä vuoka. (Mattinen 2015, 80–81.)

Meri-Lapin alueella on käynnissä *Miehin juttu* -hanke vuosina 2015–2016. Hankkeen tarkoituksena on 16–29-vuotiaiden ja yli 60-vuotiaiden miesten osallisuuden edistäminen oman hyvinvointinsa lisäämiseksi sekä syrjäytymisen ehkäiseminen. Hankkeen kehittämistyössä painopiste on yksilön hyvinvoinnin edistämisessä. (Innokylä 2015.) Hankkeen tavoitteena on miesten keskusteluryhmien, teemapäivien, tietoisuuksien, miesten huoltopäivien ja asiantuntijapalveluiden järjestäminen alueella. Teemoina ovat muun muassa miesten arjenhallinta ja mielenterveyden ylläpito. (Yle 2016.)

Suomessa kolmannella sektorilla toimivat järjestöt ovat arvokkaita yhteistyökumppaneita niin terveydenhuollossa kuin muissakin kuntapalveluissa (Leppo 2010, 81). Maanlaajuisesti toimivat Martat ovat esimerkiksi järjestäneet miehille suunnattuja kokkauskursseja useiden vuosien ajan. Martoilla on vuonna 2016 Kauha & Kukkaro -tapahtumia ympäri Suomea. Muun muassa Tampe-

reella on järjestetty miehille Kauha & Kukkaro -teemainen kurssi. (Martat 2016.)

5 TUTKIMUKSEN TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on kerätä tietoa miesten ruokailutottumuksista ja niiden muutoksista intervention myötä, sekä miesten kokemuksia ryhmätoiminnasta. Tietoa saadaan miesten kirjoittamista ruokapäiväkirjoista, miehiä haastatteleamalla sekä ryhmätoimintaa havainnoimalla.

Tutkimuskysymykset:

1. Minkälaiset miesten ruokailutottumukset ovat?
2. Mitkä tekijät vaikuttavat ostoskäyttäytymiseen ruokaostoksilla?
3. Millaisia muutoksia miesten ruokailutottumuksissa ilmenee intervention aikana?
4. Minkälaiseksi miehet kokivat ryhmätoiminnan?

6 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

6.1 Kohderyhmä

Rokka-ryhmä-interventio kohdistui miesten ruokailutottumuksiin. Intervention toteutti Kymenlaakson alueella toimiva sosiaalinen yritys, Sotek-säätiö sr (myöhemmin Sotek). Ryhmä yrityksen työntekijöinä olevia miehiä kokoontui kerran viikossa kymmenen (10) viikon ajan valmistamaan ruokaa ja syömään yhdessä. Ryhmän vetäjänä toimi Sotekin terveydenhoitaja. Yksityiskohtaisempi kuvaus Rokka-ryhmän kokoontumisista ja valmistetuista ruoista on esitetty liitteessä 4.

Rokka-ryhmän kokosi Sotekin terveydenhoitaja, muun muassa kiertelemällä eri yksiköissä ja kertomalla ryhmästä, sekä pyytämällä miehiä mukaan. Ryhmään valikoitui alun perin 8 miestä, mutta 1 miehistä jäi pois jo ennen ryhmän alkua. Ryhmäläisten valintaan vaikuttivat muun muassa yksinäisyys, yksipuolinen ravitsemus sekä miesten oma halukkuus ja sitoutuminen ryhmään. Myös Sotekin ohjaajat antoivat vinkkejä terveydenhoitajalle mahdollisista sopivista ehdokkaista ryhmään. Kaikki halukkaat eivät mahtuneet ryhmään.

Rokka-ryhmäläiset olivat iältään 28–51-vuotiaita. Ryhmäläisten työsuhteet vaihtelivat palkkatuetusta työstä kuntouttavaan työtoimintaan. Työsuhteiden pituudet vaihtelivat 9kk:sta reiluun 1,5 vuoteen. Lähes kaikki ryhmäläisistä asuivat yksin. Yksi asui toisen vanhempansa kanssa ja yksi seurusteli, kukaan ryhmäläisistä ei asunut avoliitossa. Ryhmäläisistä kaikki olivat osallistuneet johonkin muuhun ryhmätoimintaan jo aiemmin Sotekilla työskentelyn aikana.

6.2 Aineistonkeruumenetelmät ja analyysimenetelmät

Tässä opinnäytetyössä aineistonkeruun menetelminä ovat Rokka-ryhmäläisten täyttämät ruokapäiväkirjat, ryhmäläisten kanssa käydyt arviointikeskustelut (haastattelut) sekä ryhmän havainnointi. Opinnäytetyön tekijän päätehtävä Rokka-ryhmässä oli ruokapäiväkirjojen täyttttäminen ja ruokapäiväkirjojen analysointi. Tämän lisäksi opinnäytetyön tekijä osallistui ryhmän tapaamisiin neljä (4) kertaa ja samalla havainnoi ja seurasi ryhmän toimintaa osallistumalla myös itse toimintaan ja tarvittaessa auttaen miehiä. Havainnoinnin menetelmänä on osallistuva havainnointi. Opinnäytetyön tekijä teki muistiinpanoja havainnoistaan ryhmätapaamisten jälkeen. Toiseksi viimeisellä kokoontumiskerralla opinnäytetyön tekijä haastatteli ryhmäläisiä, tarkoituksena oli kerätä taustatietoja miehistä sekä samalla kerätä heidän kokemuksiaan Rokka-ryhmän toiminnasta.

Ruokapäiväkirjat ja havainnointi, sekä haastattelut osittain, analysoitiin sisällönanalyysiä käyttäen. Ruokapäiväkirjojen analysoinnissa käytettiin menetelmänä myös sisällön erittelyä. Menetelmänä sisällönanalyysi tarkoittaa sitä, että analysoidaan sekä kirjoitettua, että suullista kommunikaatiota systemaattisesti ja objektiivisesti. Näin tutkitaan ja tarkastellaan asioiden ja tapahtumien merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. Kerätty aineisto tiivistetään, jotta tutkittavaa ilmiötä voidaan käsitellä ja kuvailla lyhyesti ja yleistäen. Tarkoituksena on saada tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet näkyville. Sisällönanalyysillä tehdään havaintoja ja analysoidaan niitä systemaattisesti. Tärkeää on, että erotellaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Sisällönanalyysillä saadaan aineistosta esille merkityksiä, tarkoituksia ja aikomuksia, seurauksia ja yhteyksiä. (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 21, 23; Tuomi & Sarajärvi 2013, 103.) Sisällönanalyysin tavoitteena onkin tuottaa tietoa tutkittavana olleesta ilmiöstä kerätyn aineiston avulla selkeässä, sanallisessa muodossa (Kylmä & Juvakka 2007,

112–113; Tuomi & Sarajärvi 2013, 108). Sisällönanalyysin vaiheet ovat analyysiyksikön valinta, aineistoon tutustuminen, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta, sekä luotettavuuden arviointi (Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 24). Sisällön erittelyllä tarkoitetaan aineistotekstin sisällön kvantitatiivista kuvaamista, kun sisällön analyysillä kuvataan aineistoa sanallisesti (Tuomi & Sarajärvi 2013, 106).

6.2.1 Ruokapäiväkirjat

Ruokapäiväkirjan avulla saa kerättyä tietoa yksilön ruokailutottumuksista sekä ravitsemuksellisesta tilasta. Sitä voidaan käyttää myös itsensä tarkkailun välineenä, esimerkiksi ylipainon hoitomenetelmänä. Ruokapäiväkirjan tavoite on saada selville, mitä yksilö syö ja juo, ja kuinka paljon. Tarkoituksena on kirjoittaa ylös kaikki syödyt ruoat ja juodut juomat tietyinä ajanjaksona. Ajanjakson pituus määritetään kulloinkin olevan käyttötarkoituksen mukaan. Yksilön syömis- ja juomistottumukset vaihtelevat eri päivinä (esimerkiksi vapaapäivä tai työpäivä) ja vuoden aikoina. Ruokapäiväkirjan pituudeksi riittää yleensä kolme vuorokautta, joista kaksi on arkipäiviä ja yksi päivä on viikonlopun päivä. Jotta saatava tieto yksilön ravitsemuksesta olisi luotettavaa ja ravintoaineiden saanti pystyttäisiin laskemaan tarkemmin, olisi ruokapäiväkirjaa hyvä täyttää vähintään viikon ajalta. Yksityiskohtaisemmassa ruokavalion tarkastelussa pyydetään ruokapäiväkirjaan kirjaamaan muun muassa rasvaprosentit, suolan määrä, viljojen laatu sekä ruoan valmistustapa. Ruoka- ja juoma-annokset voi merkitä ruokapäiväkirjaan talousmitoilla (lasi tai desilitra) tai kappaleina tai punnitsemalla annos. (Männistö 2015, 257; Aapro ym. 2008, 13–15; Heinonen 2008.)

Ruokapäiväkirja voi olla hyvinkin erinäköinen käyttäjistä tai tilanteesta riippuen. Se voi olla tavallinen ruutuvihko, tai valmis avoin kaavake. Käytössä on myös niin sanottuja esikoodattuja ruokapäiväkirjoja, jossa täyttäjä valitsee valmiilta listoilta syömänsä ja juomansa elintarvikkeet. Yleisimmin ruokapäiväkirja on avoin lomake, johon kirjataan päivä, ruokailun aika ja paikka, syödyt ja juodut elintarvikkeet ja annoksen koko. Lisäksi voidaan käyttää saraketta, jossa täyttäjä arvioi olotilaansa ruokailun jälkeen (kylläinen, nälkäinen). Ruokapäiväkirjassa voi myös olla tila, johon kirjataan ruokailupaikka ylös. (Männistö 2015, 258; Aapro ym. 2008, 15; Heinonen 2008.)

Ruokapäiväkirjoista on nykyisin olemassa myös sähköisiä versioita. Esimerkiksi Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö (YTTHS) toteuttaa opiskelijoille virtuaalipainonhallintaryhmiä Meal Logger -sovelluksen avulla (YTTHS 2016). Internetissä on myös useita erilaisia virtuaalisia painonhallintaryhmiä, joilla on käytössään erilaisia ruokapäiväkirjoja. Esimerkiksi kiloklubi.fi -sivustolla kirjautuneen käyttäjän on mahdollista seurata omaa painonpudotustaan verkossa, apuvälineenä on muun muassa ruokapäiväkirja (Kiloklubi.fi 2016). Terveyden ja hyvinvoinnin laitos on myös julkaissut annoskuvakirjan ruokapäiväkirjan täyttämisen ja syötyjen ruokamäärien arvioimisen tueksi. Annoskuvakirjassa on ruokien, esimerkiksi leipäviipaleiden kuvia, joissa on paino grammoina. (Lehtisalo, Lindström, Nieminen & Paturi 2014.)

Ruokapäiväkirjaa täytetään heti ruokailun jälkeen, etteivät nautitut annokset ehtisi unohtua. Kirjaamisen ongelmana voi olla, että täyttäjät kaunistelee syömistään jättämällä jotakin kirjaamatta tai kirjaa liian pienen määrän. Annoksen koon arviointi voi myös olla hankalaa, ja yksi kirjaamiseen vaikuttava tekijä. Pienet välipalat tai vesilasilliset saattavat unohtua. Ruokapäiväkirjan kirjoittaminen voi myös vaikuttaa ruokavalioon, eli täyttäjät voi tietoisesti vältellä epäterveellisiä vaihtoehtoja, esimerkiksi alkoholia tai rasvaisia ruokia. (Männistö 2015, 258; Aapro ym. 2008, 15.)

Ruoankäyttöä koskevissa tutkimuksissa ollaan oltu viime vuosina yhä enemmän huolestuneista aliraportoinnista. Sitä esiintyy erityisesti ylipainoisilla ja naisilla. Terveystietämyksen lisääntyessä voi yksilö kokea syyllisyyttä omista ruokailutottumuksistaan. Niiden kaunistelu voi olla tiedostettua tai tiedostamattomaa. Yliraportointi on harvinaisempaa. (Männistö 2015, 261.)

Ylimäki (2015, 33) on listannut yksilön elintapojen omaan arviointiin ja raportointiin liittyviä tekijöitä. Virheelliseen raportointiin vaikuttavat tutkimusten mukaan kehonkuva, ylikorostunut ruokahalu, masennus ja ahdistus. Terveys- ja kauneushanteilla sekä yleisesti hyväksytyllä mielipiteellä on vaikutusta yksilöön, tähän liittyvät myös itsetunto ja moraalikäsitelmä. Raportointiin vaikuttavat myös kognitiiviset seikat, esimerkiksi muisti, ymmärrys (siitä mitä piti tehdä) ja tunnetila. Tilannekohtaisilla tekijöillä on myös merkitystä, esimerkiksi nälällä, janolla tai väsymyksellä. Kansallisuudenkin on todettu vaikuttavan raportointiin.

Rokka-ryhmälle valittiin perinteinen ruokapäiväkirja, eli paperimuodossa oleva, itse kynällä kirjoittaen täytettävä malli. Hanke ei ollut varautunut esimerkiksi tablettitietokoneiden hankintaan, minkä takia sähköisen ruokapäiväkirjan täyttö ei olisi ollut mahdollista.

Opinnäytetyön tekijä työsti ruokapäiväkirjojen pohjan mallin kirjallisuuden ja internetistä löytyneiden mallipohjien perusteella. (liite 1) Mallia pystyttiin kokeuttamaan opinnäytetyön tekijän ohjaamassa toisessa elämäntapamuutosryhmässä. Muutostarpeita siihen ei havaittu. Ruokapäiväkirja haluttiin pitää mahdollisimman selkeänä ja yksinkertaisena täyttää. Koska opinnäytetyön tarkoituksena ei ollut laskea tarkkoja kalorimääriä tai muuta sellaista, ei ryhmäläisiä pyydetty kirjaamaan esimerkiksi juuston rasvaprosenttia tai voileipiä grammoina. Liian yksityiskohtainen kirjaamispyyntö olisi voinut myös vaikuttaa palautettujen ruokapäiväkirjojen määrään, tai ollut este sen täyttämiseen.

Ruokapäiväkirjassa yhtä päivää kohden oli yksi sivu, tarvittaessa olisi voinut jatkaa kirjaamista kääntöpuolelle. Päiväkohtaisella sivulla oli neljä saraketta. Ensimmäiseen kirjattiin kellonaika. Toiseen sarakkeeseen kirjattiin paikka, jossa söi. Kolmas ja levein sarake oli varattu varsinaisen ruoan kirjaamiselle. Sarakkeessa oli kysymys: ”Mitä söit? Kirjoita ruoka sekä juoma, sekä määrä.” Neljäs sarake oli varattu ruokailun jälkeisen olon kirjaamiselle; ”Tunne ruokailun jälkeen”. Tuntemusten kuvaamisen helpottamiseksi lisättiin sarakkeeseen apusanoja; kylläinen / vatsa täynnä, ähky, jäi vielä nälkä tai muuta sellaista. Ruokapäiväkirjan täyttöä ohjattiin suullisesti ja täyttöön oli tehty myös kirjallinen ohje. (liite 2) Ruokapäiväkirjan pituudeksi päätettiin 7 päivää, alkaen ennalta sovitusta maanantaista. Sotekin terveydenhoitaja tulosti ja jakoi ruokapäiväkirjapohjat ryhmäläisille. Ruokapäiväkirjojen palautus sovittiin myös terveydenhoitajalle.

Ruokapäiväkirjoja palautui kaikkiaan 6 ryhmäläiseltä, yhteensä 13 ruokapäiväkirjaa, joissa oli yhteensä 77 sivua täytettynä. Analyysit alkoivat päiväkirjojen lukemisella. Yhtään sivua tai ruokapäiväkirjaa ei hylätty tutkimuksen ulkopuolelle, vaikka osa oli vajaasti täytetty, eli sivuja oli täyttämättä. Ensimmäisenä ruokapäiväkirjoihin merkattiin ruokapäiväkirjan järjestysnumeroa kuvaava luku. Seuraavaksi arvottiin täysin sattumanvaraisesti ryhmäläisille kirjaintunnukset (A–G), joiden perusteella oikeilla nimillä palautetut ruokapäiväkirjat nimettiin

uudestaan. Tutkimuseettisistä syistä ryhmäläisen ikää ei kerrota kirjaimen yhteydessä pienen otoskoon ja siitä johtuvan tunnistettavuuden takia.

Yksi ryhmäläisistä ei palauttanut lainkaan ruokapäiväkirjoja. Ensimmäisen ruokapäiväkirjan täyttö alkoi 23.3.2015 ja niitä palautui 6 kpl. Toisen ruokapäiväkirjan täyttö alkoi 1.6.2015 ja niitä palautui 3 kpl. Kolmannen ruokapäiväkirjan täyttö alkoi 7.9.2015 ja niitä palautui 4 kpl. Ruokapäiväkirjat täytettiin siis viikko ennen ryhmän alkua, ryhmän viimeisellä toimintaviikolla ja kolme kuukautta ryhmän loppumisen jälkeen. Ensimmäisen ruokapäiväkirjan viimeinen päivä, sunnuntai 29.3.2015, oli palmusunnuntai. Muita juhlapyyhiä ei osunut ruokapäiväkirjojen kirjoittamisen ajankohtiin. Yksilökohtaista ruokapäiväkirjojen palautusta on kuvattu taulukossa 1.

Taulukko 1. Ryhmäläisten palauttamat ruokapäiväkirjat.

Ryhmäläinen	Ruokapäiväkirja I 23.–29.3.2015	Ruokapäiväkirja II 1.–7.6.2015	Ruokapäiväkirja III 7.–13.9.2015
A	x	x *	–
B	x	x	x
C	x	–	x
D	x	x	x
E	x *	–	–
F	x **	–	x
G	–	–	–
YHTEENSÄ	6	3	4

x = palautti, – = ei palautusta, *Täytetty ruokapäiväkirjasta vain 1. sivu. **Täytetty ruokapäiväkirjasta 5 ensimmäistä sivua.

Ryhmäläinen A sanoi toisen ruokapäiväkirjan täyttämisestä, *ettei hän viitsi enempää täyttää, koska näillä tuloilla eivät ruokailutottumukset muutu*. Kolmatta ruokapäiväkirjaa hän ei enää palauttanut ollenkaan. Ryhmäläiset B ja D palauttivat kaikki kolme ruokapäiväkirjaa. Ryhmäläiset C ja F palauttivat kaksi ruokapäiväkirjaa, ensimmäisen ja kolmannen. Ryhmäläinen E palautti yhden ruokapäiväkirjan, jossa oli 1. sivu täytettynä. Syitä palauttamatta jääneille ruokapäiväkirjoille ei ole tiedossa.

6.2.2 Arviointikeskustelut

Puolistrukturoidussa haastattelussa käytetään ennalta rajattua ja suunniteltua kysymyspohjaa, jossa ei ole valmiita vastausvaihtoehtoja (Eskola & Suoranta 2008, 86). Näin toteutettu haastattelu vastaa kyselyä, erona kyselyyn on vain,

että haastattelija kirjaa vastaukset (Krause & Kiikkala 1997, 108). Haastattelu voidaan toteuttaa yksilölle tai ryhmälle, ja se voi kestää viidestä (5) minuutista päiviin (Metsämuuronen 2006, 111–112). Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Haastattelun toteutukseen voivat vaikuttaa esimerkiksi ympäristön häilyisyys, tai paikan valinta, sekä vuorovaikutukselliset tekijät haastateltavan ja haastateltavan välillä. (Eskola & Suoranta 2008, 91–93.)

Opinnäytetyön tekijä keräsi haastattelemalla ryhmäläisistä taustatietoa puoli-strukturoidun lomakkeen (liite 3) avulla. Haastattelu toteutettiin Rokka-ryhmän toiseksi viimeisellä kokoontumiskerralla, ryhmän kokoontumisen lomassa. Samassa yhteydessä keskusteltiin myös kokemuksista ryhmästä, koska ryhmätoiminta oli jo päättymässä. Alun perin oli tarkoitus, että ryhmäläiset täyttävät itse lomakkeen ryhmätoiminnan lomassa. Haastatteluun päädyttiin kuitenkin sen takia, että opinnäytetyön tekijällä oli samalla mahdollisuus tarkentaa kysymystä tai vastausta, jos siinä olisi ollut epäselvää. Tämä järjestely sopi myös ryhmäläisille. Haastattelun ajankohtaa ei ollut sovittu etukäteen ryhmäläisten kanssa muuttuneen suunnitelman takia. Osallistuminen oli vapaaehtoista. Keskusteluihin osallistui 6/7 ryhmäläistä, eli yksi ryhmäläinen ei osallistunut keskusteluun, vaikka osallistui sinä päivänä ryhmän toimintaan. Kyselylomakkeet täytettiin kahden kesken keskustellen ryhmäläisen kanssa, erillisessä huoneessa, eli yksilöhaastatteluna.

Haastattelutilanne eteni laaditun kyselylomakkeen mukaan, ja se kesti noin 5–10 minuuttia. Haastattelukeskusteluja ei nauhoitettu, koska se olisi mahdollisesti vaikuttanut siihen, että osallistuminen olisi ollut vähäisempää tai keskustelu ei olisi ollut niin luontevaa. Opinnäytetyön tekijä kirjoitti välittömästi ryhmätapaamisen päättymisen jälkeen haastattelujen muistiinpanot puhtaaksi. Haastatteluissa ryhmätoiminnasta kertovat ilmaisut koottiin raportointia varten sisällönanalyysin avulla.

6.2.3 Havainnointi

Havainnoinnin tarkoituksena on kerätä havaintoja tutkimuskohteesta. Menetelmänä se sopii esimerkiksi yksittäisten ihmisten toiminnan tai vuorovaikutuksen tutkimiseen. Osallistuva havainnointi tarkoittaa tutkijan osallistumista tutkimuksen kohteena olevaan toimintaan, sen luonnollisessa ympäristössä, en-

nalta sovitun ajankohdan verran, yhdessä toimien ja tutkimuskohteen ehdoilla. Tutkimuksen onnistuminen edellyttää, että tutkija on päässyt tutkittavan yhteisön sisälle. Tässä apuna voi olla ns. avainhenkilö, jolla on yhteys tutkittavaan yhteisöön. Avainhenkilö voi auttaa myös tutkittavien ja tutkijan välisten suhteiden luomisessa. (Vilkkä 2007, 37–38, 44–45.)

Jollei suorien havaintojen kirjaaminen heti onnistu, on ne tehtävä mahdollisimman nopeasti havainnointitilanteen jälkeen. Useista havainnoinnin lajeista yksi muodostuu tulkinnoista ja vaikutelmista, joka usein liittyy ihmisten väliseen vuorovaikutukseen ja ihmisten välisiin suhteisiin. (Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Yläne & Paavilainen 2011, 115.) Havainnoimalla saadaan välitöntä ja suoraa tietoa siitä, miten yksilöt, ryhmät ja organisaatiot toimivat ja käyttäytyvät (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 213).

Opinnäytetyön tekijä osallistui Rokka-ryhmän tapaamisiin neljä (4) kertaa. Opinnäytetyön tekijä teki lyhyitä muistiinpanoja ryhmän toiminnasta tapaamiskertojen päätyttyä. Havainnointi kohdistui sekä yksilöihin että ryhmän toimintaan. Myös havainnoinnissa ryhmän toiminnasta kertoneet ilmaisut koottiin raportointia varten sisällönanalyysin avulla.

7 TULOKSET

7.1 Syömisen ajoittuminen ja paikka

Ruokapäiväkirjan ensimmäinen sarake oli *Kellonaika*, johon oli pyydetty laittamaan ruokailun kellonaika ylös. Kellonajan merkitseminen on tärkeää, koska sen avulla pystytään selvittämään ateria- sekä päivärytmiä. Ruokapäiväkirjat käytiin yksitellen läpi. Jokainen ryhmäläinen oli merkinnyt jokaiselle ruokailulle (syöminen tai juominen) kellonajan, se ei puuttunut yhdestäkään ruokapäiväkirjasta. Miesten työvuorojen erilaisuudesta (aamu- tai iltavuoro tai työpäivän pituus tunteina) johtuen heidän syömisen rytmensä olivat erilaiset.

Kellonaikojen perusteella opinnäytetyön tekijä alkoi ensin ryhmitellä syömisen ajankohtia (taulukko 2). Aikaisin merkintä oli klo 4:00. Viimeisin merkintä ruokailulle oli 24:00. Ruokailut ajoittuivat pääsääntöisesti klo 8–21 väliselle ajalle. Pelkästään syömisen rytmiä tutkimalla nähdään, että osalla ryhmäläisistä on hyvinkin säännöllinen ruokailurytmi. Arkipäivisin, jotka pääsääntöisesti olivat

työpäiviä, oli havaittavissa, että ruokailutkin alkoivat aikaisemmin. Viikonloppuisin ensimmäisen aterian ajankohta oli arkipäivään verrattuna myöhemmin. Viimeisen ateriamerkinnän osalta ei ollut nähtävissä samanlaista vaihtelua, eli iltapalaa syötiin arkena ja viikonloppuna samoihin aikoihin. Viikonloppuisin alkoholin juontia oli merkitty kellonaika-sarakkeeseen esimerkiksi 11–21. Tämä selittää sen, miksi joidenkin ryhmäläisten ruokapäiväkirja näyttää viikonloppuisin siltä, että jokaisen tunnin aikana on syöty tai juotu. Työssäoloaikana taukojen ajankohta on yksi ruokailurytmin säännöllisyyttä lisäävä tai määrittävä tekijä.

Koko intervention aikana ryhmäläisellä F ruokailurytmi oli muuttunut toisenlaiseksi kellonaikojen perusteella. Raportoidun ruokailupaikkatiedon perusteella voidaan päätellä ryhmäläisen olleen joko lomalla, sairaslomalla tai työtön ruokapäiväkirja III täyttämisen aikaan. Tämä voi olla ruokailurytmin muutoksen selityksenä.

Ryhmäläisten päivittäiset ruokailukertoja koskevat merkinnät vaihtelivat 3–8 merkinnän välillä (taulukko 2). Suurta vaihteluväliä päivien välillä selittää esimerkiksi alkoholin juonti viikonloppuisin, mitä on nautittu usean tunnin sisällä, mutta merkitty vain kerran. Ruokapäiväkirjoista päivittäisiä ruokailukertoja vertailemalla nähtiin ruokailukertojen määrien muutokset (taulukko 2). Ryhmäläisellä C ruokailukertojen määrä oli lisääntynyt intervention aikana. Ensimmäisessä ruokapäiväkirjassa oli 3–8 ruokailukertaa, kolmannessa oli 6–7 ruokailukertaa päivää kohti. Ryhmäläisellä D ruokailukertojen määrä vähentyi intervention aikana. Ensimmäisessä ruokapäiväkirjassa oli 3–7 ja toisessa 3–6 merkintää ruokailukerroista. Kolmannessa ruokapäiväkirjassa ruokailukertoja oli raportoitu 3–4. Ryhmäläisellä F ruokailukertojen määrä oli myös vähentynyt ensimmäisen ruokapäiväkirjan 5–7 ruokailukerrasta kolmannen ruokapäiväkirjan 4–5 ruokailukertaan päivässä. Ryhmäläinen B:llä ruokailukertojen määrä pysyi lähes samana.

RYHMÄLÄINEN	A			B			C			D			E			F		
	ruokapäiväkirjat			ruokapäiväkirjat			ruokapäiväkirjat			ruokapäiväkirjat			ruokapäiväkirjat			ruokapäiväkirjat		
KELLONAIKA	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III	I	II	III
4:00				xxxxx	xxxxx	xx												
5:00																		
6:00							xxxxx		xxxo	x								
7:00	x	x		o						xxx	xxxx	x	x			xx		
8:00	xxxo				oo						xxoo	xxxx						
9:00	o			xxxxxo	xxxxxoo	xxxxxoo	xxxxx		xxxxx	xxo			x			xxxxx		
10:00	xx	x		oo		xxoo			o	x	xx	oo						
11:00	o			xxxxx	xxxxxoo	xxx	xxxxx		xxxo	xxxo	xxxo	xxxxx						xxxxoo
12:00	xxxx	x			x	xxoo	o		xo	o	xoo	o				xxxxx		x
13:00	x			xxxx	xxx	xx	x		oo	xxxo	xxxo	oo	x					xxoo
14:00	o			oo	xxoo	xxxoo	xxxxoo		xxx	xxo	xo	o				xxxxx		xx
15:00	xxx	x		x			xx		xxxoo	o	o	o	x					xxxo
16:00	xxo						o		x	xxo	xxo	o	x			xxxxx		x
17:00	xxo			xxxxxoo	xxxxxoo	xxxxxoo	xxxxxo		xxo	xxo	xoo	xxxo						xxoo
18:00	x	x			o				xxxoo	xxoo	xxooo	xxo				xxxx		x
19:00	x					x	xxxoo		xxoo	xxoo	xxo	oo	x			x		xo
20:00	xxxxo			xxxxxoo	xxxxxoo	xxxxoo	xxo		o	o	xo	xxxoo	x					xxo
21:00	x						xxxo		xxxo	xxo	o	o				xxx		xxxo
22:00							xxxo		xxo				x					
23:00							xo		o									
24:00							xo		oo									
RUOKAILUKERTOJEN MÄÄRÄ PÄIVÄSSÄ	3-6	5		5-6	6-7	5-6	3-8		6-7	3-7	3-6	3-4	8			5-7		4-5

Taulukko 2. Miesten ruokailun ajankohta.

x= arkipäivä, o= viikonlopun päivä

Ruokapäiväkirjassa olleeseen toiseen sarakkeeseen *Missä paikassa söit?* ryhmäläiset olivat lähes aina vastanneet. Yhteensä kuudelta (6) ruokapäiväkirjan sivulta puuttui joko yksittäisen aterian tai koko päivän osalta merkintä ruokailupaikasta. Vastausten perusteella ruokailupaikat ryhmiteltiin kolmeen osaan; koti, työpaikka ja kodin tai työpaikan ulkopuolella tapahtuva ruokailu. Tarkemmin ruokailupaikkoja on kuvailtu taulukossa 3.

Taulukko 3. Ruokailupaikkojen ryhmittely.

Ruokapäiväkirjoihin kirjattuja ruokailupaikkoja	Muodostetut ruokailupaikat
<i>kotona, koti keittiö, keittiö ja piha, piha ruokapöydässä, ruokapöytä tietokoneen ääres, tietokoneen luona, tietokone tv ääres sauna</i>	KOTI
<i>Sotek töissä, työssä, työpaikka, työpaikalla työpiste, työpisteessä työpöytä ruokala pukuhuoneessa</i>	TYÖPAIKKA
<i>kaverilla kylässä vanhemmilla siskolla mökillä ulkona (=puisto*) tori kauppa ravintola uimala Varissaari Rokka-ryhmä</i>	KODIN TAI TYÖPAIKAN ULKOPUOLELLA TAPAHTUVA RUOKAILU

* Rokka-ryhmän viimeinen tapaamiskerta puistossa

Kellonaika sekä ruokailupaikka-tieto yhdistämällä havaittiin esimerkiksi, että jokainen ryhmäläinen syö tai juo jotakin ennen töihin lähtöä. Vähintään oli merkitty kahvin juominen ennen töihin lähtöä. Ruokapäiväkirjoissa kellonaika ja ruokailupaikka-tiedon yhdistäminen kertoivat myös siitä, onko kyseessä ollut työpäivä vai ei.

Ruokailupaikkoja tutkimalla selvisi, että eniten aterioita on syöty kotona, eli yhteensä 234 kertaa. Seuraavaksi eniten aterioita oli syöty työpaikalla, eli 86 kertaa. Kodin ulkopuolella aterioita oli syöty 33 kertaa. Kotona syömisen määrään vaikuttaa, että osa ryhmäläisistä oli ollut joko lomalla tai sairaslomalla tai

ei enää työsuhteessa Sotekiin ruokapäiväkirjojen täyttöviikoilla, koska arkipäivillekin oli raportoitu pelkästään kotona syömistä.

7.2 Aterioiden sisällöt ja kylläisyys

Ateriakokonaisuuksia alettiin aluksi ryhmitellä kellon ajan mukaan. Ateriakokonaisuudet olivat alkuvaiheessa nimettynä aamupala, lounas, välipala, päivällinen, iltapala, kahvitauko töissä, aamukahvi, päiväkahvi, ulkolounas, tuhti välipala, herkuttelu, aterian korvike sekä kasvikset, marjat ja hedelmät. Ryhmäläisten ruokailutottumusten erilaisuuden takia ateriakokonaisuuksien ryhmittelyä jatkettiin niin, että lopulliset ryhmät olivat lämmin ateria, voileipäateria, välipala, herkuttelu, alkoholi sekä yhtenä kokonaisuutena kasvikset, hedelmät ja juurekset. Pelkästään aamupala, lounas, välipala, päivällinen ja iltapala - tyyppinen ryhmittely ruokapäiväkirjoissa olleiden kellonaikojen mukaan ei olisi ollut opinnäytetyön tekijän mielestä riittävän kuvaava tapa selittämään ryhmäläisten ruokailua, jonka takia päädyttiin edellä mainittuihin ateriakokonaisuuksien nimeämiseen.

Lämpimään ateriaan laskettiin niin puuro, kuin lounas ja päivällinenkin. Puuro korvasi joissakin ruokapäiväkirjoissa lounasta tai päivällistä, minkä takia se luettiin myös lämpimäksi ateriaksi. Voileipäateriaan, joka monella ryhmäläisellä korvasi päivän toisen lämpimän aterian, määriteltiin leipää sisältävä aamupala, iltapala ja välipala, sekä tuhdimpi välipala, jossa oli leivän lisäksi esimerkiksi jogurttia. Välipalaksi määriteltiin pelkkä kahvin tai muiden sellaisten juominen ja ilman leipää olevat ateriat. Kasvikset, hedelmät ja juurekset -ryhmään kerättiin kaikki ruokapäiväkirjoissa esiintyneet, tähän ryhmään kuuluvat merkinnät. Herkutteluksi ryhmiteltiin pullan tai muiden leivosten syönti, makeiset, jäätelö tai limsat. Erityisesti viikonlopun päivinä oli kirjattu myös alkoholin käyttöä joihinkin ruokapäiväkirjoihin, ja se näkyi aterian korvikkeena. Nautittu alkoholimäärä oli kirjattu useamman tunnin aikana tapahtuneeksi. Ateriakokonaisuuksien ryhmittelyä on kuvattu taulukossa numero 4.

Taulukko 4. Ateriakokonaisuuksien ryhmittely

Esimerkkejä aterioiden sisällöstä ruokapäiväkirjoista	Ruokailuaikojen perusteella ensin nimetyt ateriat	Muodostetut ateriakokonaisuudet
<ul style="list-style-type: none"> • lasi maitoa, kuppi teetä, lautasellinen kaurapuuroa, 2 palaa näkkileipää + juusto, kinkku • ranskalaisii, nugettei, lasi maitoo • 200g maksalaatikkoa, 3 perunaa, kauraleipä, margariinia, meetvurstia • lihakasvispasta, 2 lasii kevytmaitoa • jauhelihapitsa • valkosipuli perunat ja uunilenkki maito 	<ul style="list-style-type: none"> • aamupala (joka sisälsi puuroa) • lounas • ulkolounas (kodin tai työpaikan ulkopuolella syöty ateria) • päivällinen 	LÄMMIN ATERIA
<ul style="list-style-type: none"> • riisipiirakka 4.kpl ja jugurtti • 2x ruisleipä + rahka • 2 vaaleeta leipää, 1 kuppi kahvia • 1 muki kahvia, kauraleipä, 2 siivua juustoa, 2 siivua maksamakkaraa • 4 palaa leipää iso las tuoremehuu • 2 palaa näkkileipää+juusto kinkku tomaattia 5kpl pieniä, porkkanaa 1 kpl, 1 omena 	<ul style="list-style-type: none"> • aamupala (joka sisälsi leipää) • välipala (joka sisälsi leipää) • tuhti välipala (leivän lisäksi jogurttia tms. tai hedelmiä) • iltapala (joka sisälsi leipää) 	VOILEIPÄATERIA
<ul style="list-style-type: none"> • 1 muki kahvia • lasi vettä, 2 kuppia kahvia, lasi tuoremehua 2dl jukurttia • rahka • vettä • 2 lasii maitoa • vesilasi kuppi kahvia • iltatee 	<ul style="list-style-type: none"> • aamukahvi (pelkkä kahvi) • aamupala (joka sisälsi esim. rahkaa tai jogurttia, ilman leipää) • kahvitauko töissä • välipala (pelkkä kahvi, tee , kaakao tai esim. kahvi ja rahka, ilman leipää) • päiväkahvi (pelkkä kahvi) 	VÄLIPALA
<ul style="list-style-type: none"> • muutama kourallinen marjoi • hedelmiä • 2 porkkanaa • 1 appelsiini 	<ul style="list-style-type: none"> • kasvikset (ml. salaatit) • hedelmät • juurekset 	KASVIKSET, HEDELMIÄ JA JUUREKSET
<ul style="list-style-type: none"> • 2 kpl keksejä, 30g suklaata • lautasellinen jäätelö • iso lasi limsaa • 5 karkkia, 4 palaa suklaata • kakkua, leivoksia tms • 1 voipulla 	<ul style="list-style-type: none"> • herkut (pullat yms. leivonnaiset, karamellit, jäätelö, limsa) 	HERKUTTELU
<ul style="list-style-type: none"> • n: 10 keskiolutta • 6L siiderii 	<ul style="list-style-type: none"> • aterian korvike (tietyn tuntimäärän sisällä juotu alkoholimäärä) 	ALKOHOLI

Aterioiden sisällöt vaihtelivat ryhmäläisittäin. Toisilla ryhmäläisillä ateriarhythmi oli hyvinkin säännöllinen ja saman sisältöinen päivästä toiseen, eroja oli lähinnä viikonlopun päivissä. Ruokapäiväkirjojen aterioiden merkintöjen määriä on

kuvattu ryhmäläisittäin taulukoissa 5–10. Lämpimiä aterioita oli kirjattu ruokapäiväkirjoihin kaikkiaan 147 kpl (taulukko 5).

Taulukko 5. Lämmin ateria -kirjaukset ryhmäläisittäin.

LÄMMIN ATERIA			
ryhmäläinen	ruokapäiväkirja I	ruokapäiväkirja II	ruokapäiväkirja III
A	18	2 *	-
B	9	8	12
C	20	-	22
D	7	11	7
E	1 *	-	-
F	11 *	-	19

- = ei ruokapäiväkirjan palautusta, 0 = ei merkintää ruokapäiväkirjassa, * = ruokapäiväkirja osittain täytetty

Voileipäaterioita oli kirjattu yhteensä 113 kpl (taulukko 6).

Taulukko 6. Voileipäateriakirjaukset ryhmäläisittäin.

VOILEIPÄATERIA			
ryhmäläinen	ruokapäiväkirja I	ruokapäiväkirja II	ruokapäiväkirja III
A	8	2 *	-
B	12	11	11
C	13	-	9
D	9	4	10
E	3 *	-	-
F	11 *	-	10

- = ei ruokapäiväkirjan palautusta, 0 = ei merkintää ruokapäiväkirjassa, * = ruokapäiväkirja osittain täytetty

Jokaisessa ruokapäiväkirjassa oli kirjattuna sekä lämpimiä aterioita, että voileipäaterioita. Tuloksissa onkin nähtävissä, että jos ryhmäläinen söi lämpimiä aterioita, oli voileipäaterioiden määrä pienempi, ja toisinpäin, (vrt. taulukot 5 ja 6). Esimerkiksi ryhmäläinen A söi päivittäin puuroa ja voileipää ja 1–2 muuta lämmintä ateriaa. Hänellä voileipäaterioiden syöminen oli vähäisempää, kuin ryhmäläisellä B, jolla oli vähemmän lämpimiä aterioita. Ryhmäläinen B:llä on hyvin tasainen ateriarytmi, jossa ei juurikaan muutoksia ole, (vrt. taulukot 3, 5 ja 6). Toisaalta hänen lämpimien aterioiden määrä on kasvanut hieman intervention loppua kohden, voileipäaterioiden määrän pysyessä samana. Ryhmäläinen D on syönyt lämpimiä aterioita enemmän ruokapäiväkirja II:n aikaan, jonka jälkeen tilanne on palautunut lähtötasoon. Ryhmäläinen D:n ruokapäiväkirjoista nähdään myös, että ruokapäiväkirja II on sisältänyt enemmän voi-

leipäaterioita, joka on vaikuttanut myös lämpimien ruokien määrään. Ryhmäläinen F:llä lämpimien aterioiden määrä on kasvanut intervention loppua kohden, toisaalta lukuun vaikuttaa myös se, että ruokapäiväkirjasta I hän oli täyttänyt viisi (5) ensimmäistä sivua.

Välipaloja oli kirjattu 114 kertaa (taulukko 7). Ryhmäläisistä ne, joilla on eniten välipalatyypistä syömistä, syövät vähiten lämpimiä aterioita. Ryhmäläinen F:n kohdalla nähdään myös se, että lämpimien aterioiden lisääntyessä välipala-tyyppinen ruokailu on vähentynyt. Ryhmäläinen D:n kohdalla välipalat ovat vähentyneet, lämpimät ateriat pysyneet samalla tasolla, mutta voileipäateriat lisääntyneet.

Taulukko 7. Välipalakirjaukset ryhmäläisittäin.

VÄLIPALA			
ryhmäläinen	ruokapäiväkirja I	ruokapäiväkirja II	ruokapäiväkirja III
A	1	0 *	-
B	19	24	17
C	6	-	2
D	11	14	6
E	4 *	-	-
F	9 *	-	1

- = ei ruokapäiväkirjan palautusta, 0 = ei merkintää ruokapäiväkirjassa, * = ruokapäiväkirja osittain täytetty

Kasviksia, juureksi ja hedelmiä esiintyi ruokapäiväkirjoissa yhteensä 60 merkinnän verran (taulukko 8). Huomattavaa on kuitenkin, että ryhmäläisten välillä oli suuria eroja kasvisten käytössä. Yhteensä kuudessa (6) ruokapäiväkirjassa ei ollut lainkaan merkintää kasvisten syömisestä.

Kasvisten, hedelmien ja juuresten käytössä ryhmäläisillä oli eniten eroja. Esimerkiksi ryhmäläinen B:n ruokapäiväkirjoissa ei ollut yhtään merkintää kasviksista. Ryhmäläinen E ei ollut myöskään syönyt yhtään kasvista sinä päivänä, kun ruokapäiväkirjaa täytti. Vähäinen tai lähes olematon määrä kasviksia oli myös ryhmäläisillä D ja F, sekä intervention alussa ryhmäläisellä C. Ryhmäläinen C yli kaksinkertaisti kasvisten käyttönsä intervention lopussa. Ryhmäläinen A:lla kasvikset olivat päivittäisessä käytössä. Hänen kohdallaan ruokapäiväkirja II kohdalla oleva muutos johtuu siitä, että ruokapäiväkirjasta II oli täytetty vain yksi (1) sivu.

Taulukko 8. Kasvisten, hedelmien ja juuresten kirjaukset ryhmäläisittäin.

KASVIKSET, HE- DELMÄT, JUUREK- SET			
ryhmäläinen	ruokapäiväkirja I	ruokapäiväkirja II	ruokapäiväkirja III
A	32	4 *	-
B	0	0	0
C	5	-	13
D	0	3	0
E	0 *	-	-
F	1 *	-	2

- = ei ruokapäiväkirjan palautusta, 0 = ei merkintää ruokapäiväkirjassa, * = ruokapäiväkirja osittain täytetty

Herkuttelusta oli yhteensä 49 merkintää (taulukko 9). Neljässä (4) ruokapäiväkirjassa ei ollut herkuttelusta mitään merkintää. Herkuttelun suhteen on havaittavissa sama ilmiö, kuin kasvisten kohdalla. Joukossa oli ruokapäiväkirjoja, joissa ei ollut yhtään makeisia, leivonnaisia, jäätelöä tai muuta sellaista mainittu. Yhteensä neljässä (4) ruokapäiväkirjassa ei ollut herkuttelusta merkintää. Ryhmäläinen C:n ruokapäiväkirjoista ilmenee, että herkuttelun määrä on lisääntynyt intervention loppua kohti. Ryhmäläinen A:n tulokseen vaikuttaa jälleen ruokapäiväkirja II:n vajaa täyttö.

Taulukko 9. Herkuttelun kirjaukset ryhmäläisittäin.

HERKUTTELU			
ryhmäläinen	ruokapäiväkirja I	ruokapäiväkirja II	ruokapäiväkirja III
A	19	3 *	-
B	0	0	2
C	5	-	12
D	3	0	2
E	1 *	-	-
F	0 *	-	2

- = ei ruokapäiväkirjan palautusta, 0 = ei merkintää ruokapäiväkirjassa, * = ruokapäiväkirja osittain täytetty

Alkoholista oli 9 merkintää (taulukko 10). Kuudessa (6) ruokapäiväkirjassa ei ollut ollenkaan merkintöjä alkoholista. Niillä ryhmäläisillä, jotka alkoholin ruokapäiväkirjoihinsa olivat kirjanneet, alkoholin käyttö pysyi samanlaisena. Alko-

holin käyttöä oli kirjattu viikonloppuisin. Käyttö ajoittui monen tunnin ajalle, jolloin alkoholista saatava energia voidaan ajatella aterian korvikkeena.

Taulukko 10. Alkoholin kirjaukset ryhmäläisittäin.

ALKOHOLI			
ryhmäläinen	ruokapäiväkirja I	ruokapäivä II	ruokapäiväkirja III
A	0	0 *	-
B	0	1	1
C	2	-	2
D	1	1	1
E	0 *	-	-
F	0 *	-	0

- = ei ruokapäiväkirjan palautusta, 0 = ei merkintää ruokapäiväkirjassa, * = ruokapäiväkirja osittain täytetty

Ruokapäiväkirjoista selvisi myös, ettei kukaan ryhmäläisistä käyttänyt työpaikan ruokalaa lounasaikaan minkään ruokapäiväkirjajakson aikana. Aamupalalla (puurolla) ruokalassa oli käynyt yksi ryhmäläinen. Ryhmäläisillä oli töissä eväänä sekä lämmitettäviä einesruokia (esimerkiksi valmiskeittoja, pitsaa, hampurilainen), voileipäaterioita tai välipaloja. Ruokapäiväkirjojen perusteella yleisin eväsruoka töissä ryhmäläisillä oli voileipäateria. Kaksi (2) ryhmäläistä, A ja F, olivat raportoineet lämpimiä ruokia eväinä, joista toisella oli vaihtelevasti myös leipäeväät. Vain yksi (1) ryhmäläinen raportoi eväänä olleen myös kasviksia (esimerkiksi porkkanaa, tomaattia, omenaa). Osa miehistä söi reilun aamupalan ennen töihin lähtöä, osa joi vain kahvia. Ennen iltavuoroon lähtöä kotona oli raportoitu syödyksi vain voileipä- tai välipala-aterioita. Aamu- tai päivävuoron jälkeen kotona syötiin lämmin ateria.

Niin kuin ateriarytmi, myös aterioiden sisältö saattoi olla hyvin samanlainen, erityisesti paljon voileipää syöville ryhmäläisillä. Osalla ryhmäläisistä (A, B, C, D) jokaisessa palautetussa ruokapäiväkirjassa havaittiin suunnitelmallisuutta ruoan laitossa, eli oli valmistettu isompi annos ruokaa, josta riitti kahdelle päivälle.

Tunne ruokailun jälkeen, eli kylläisyys, oli tässä tutkimuksessa vähiten raportoitua, 10/13 ruokapäiväkirjassa oli raportoitu viimeiseen sarakkeeseen jotakin. Näissä 10 ruokapäiväkirjassa ei ollut kaikilla sivuilla merkintöjä kylläisyydestä, merkintöjä oli 52/77 ruokapäiväkirjan sivulla, muttei välttämättä kaikkien

aterioiden kohdalla. Kylläisyysmerkintöjä oli yhteensä 143, kun kaikkiaan ruokapäiväkirjoissa oli 343 ateriamerkintää, eli alle puolessa ateriamerkinnöistä oli raportoitu kylläisyys. Lähes kaikki kylläisyyttä koskevista merkinnöistä koski kylläistä oloa. Vain 11 merkintää raportoitiin *jäi vielä nälkä, jäi nälkä* -merkinnöillä.

Ruokapäiväkirjoissa havaittiin kuusi (6) erilaista tapaa merkata kylläisyyttä. Joko merkintä oli tehty vain silloin, kun oli kylläinen, vain lämpimän aterian syömisen jälkeen, vain joillekin päiville ruokapäiväkirjassa, vain kerran päivässä, vain joihinkin ruokapäiväkirjoihin intervention aikana tai kaikkien aterioiden kohdalle. Merkkaamistapa ei ollut mieskohtainen, vaan ryhmäläiset merkitsivät intervention aikana eri tavoin kylläisyyttä eri ruokapäiväkirjoihin.

7.3 Havainnot ryhmän toiminnasta

Ryhmän toimintaa havainnoitiin osallistuvan havainnoinnin menetelmällä, ja havainnot kirjattiin heti ryhmäkokoontumisten jälkeen. Mitä enemmän ryhmällä oli ollut kokoontumisia, sen sujuvampaa yhteistyötä ryhmäläisten välillä oli. Ensimmäisillä kerroilla terveydenhoitaja jakoi ryhmäläiset pareiksi ja antoi heille ohjeet, mitä kukakin pari valmistaa. Työparit vakiintuivat nopeasti ja parien yhteistyö oli sujuvaa. Toista autettiin sen jälkeen, kun oma tehtävä oli saatu valmiiksi. Terveydenhoitaja vaihtoi työpareja välillä muun muassa ryhmäläisten tutustumisen edistämiseksi. Ryhmäytymistä oli selkeästi havaittavissa. Kukaan ryhmäläisistä ei vetäytynyt syrjään, eikä jäänyt syrjään, kaikki osallistuivat. Ilmapiiri kokoontumisissa oli myös varsin leppoisa ja huumorin täyttämä.

Ryhmäläisten omatoimisuus ja aloitteellisuus lisääntyi myös kerta kerralta. Esimerkiksi yhdellä kokkauskerralla miehet saivat idean pullan leipomisesta. Koska ainekset pullataikinaan löytyivät, miehet leipoivat myös pullaa, vaikkei sitä ollut ennalta suunniteltu. Jokaisella kerralla tarvittiin kuitenkin myös ohjasta ruokien valmistamisessa. Esimerkiksi sämpylöitä leipoessa kysyttiin *ote-taanko hanasta kuumaa vettä?* (taikinaan). Opinnäytetyön tekijältä pyydettiin apua tapaamisten aikana muun muassa oikean kokoisen talousmitan löytämiseksi tai mitatun määrän varmistamiseksi, reseptien ohjeiden varmistamiseksi

tai sopivien työvälineiden löytymiseksi. Opinnäytetyön tekijä tulkitse tätä luottamuksen osoituksena ryhmäläisiltä.

Varsinaisen ryhmätapaamisen aikana ei ollut vetäjän eikä opinnäytetyön tekijän etukäteen järjestämää tai suunnittelemaa ohjausta terveellisistä ruokavalinnoista tai muista terveyteen liittyvistä aiheista, elleivät ryhmäläiset itse ottaneet asiaa puheeksi. Oman terveyden ja hyvinvoinnin lisäämiseen liittyvistä aiheista keskustelua syntyi yleensä ruokailun yhteydessä, kun kaikki olivat pöydän ääressä. Näissä pöytäkeskusteluissa aiheena olivat muun muassa tupakointi, alkoholi, vitamiinit, kasviksien syömisen tärkeys, säännölliset ruokailuajat ja miten elämän säännöllisyys kaikilla osa-alueilla (esimerkiksi unen merkitys, valvomisen vaikutus) auttaa voimaan paremmin. Koska terveydenhoitaja oli ryhmäläisille tuttu, keskustelu sujui helposti. Jotkut miehet kertoivat myös henkilökohtaisista asioistaan pöydässä. Joillakin kerroilla keskustelu venyi niin pitkäksi, että terveydenhoitajan oli huomautettava ajan kulusta: oli alettava jo siivoamaan. Joskus miehet eivät olisi malttaneet lähteä kotiin, vaan jatkoivat keskustelua, vaikka työpäivä oli jo päättynyt.

Ryhmälle oli myös tärkeää, että ohjaajana toimi nimenomaan Sotekin oma terveydenhoitaja. Hänen mahdollisiin poissaoloihinsa ei haluttu ketään muuta ohjaajaa, joten terveydenhoitaja sovitteli ryhmän aikataulua myös tästä näkökulmasta.

Rokka-ryhmän toimintaa havainnoimalla pystyttiin jakamaan havainnot neljäksi (4) ryhmän toimintaa kuvaavaksi ilmiöksi. Nämä ilmiöt olivat ryhmäytyminen, sosiaalisten suhteiden lisääntyminen, vertaistuki ja onnistunut ryhmän ohjaus. Ilmiöitä on kuvattu taulukossa 11.

Taulukko 11. Rokka-ryhmän toimintaa kuvaavat ilmiöt.

Muistiinpanoista nousseita merkintöjä	Rokka-ryhmän toimintaa kuvaavia ilmiöitä
<ul style="list-style-type: none"> yhteistyön sujuminen ryhmäläisten välillä, toisen auttaminen parien välisen yhteistyön sujuminen kaikki osallistuivat, kukaan ei jäänyt syrjään lisääntynyt omatoimisuus lisääntynyt aloitteellisuus henkilökohtaisista asioista kertominen 	RYHMÄYTYMINEN
<ul style="list-style-type: none"> keskustelun syntyminen keskustelun sujuminen helposti keskustelun venyminen, ei malteta lähteä kotiin 	SOSIAALISTEN SUHTEIDEN LISÄÄNTYMINEN
<ul style="list-style-type: none"> keskusteluaiheita ruokapöydässä: tupakointi, alkoholi, vitamiinit, kasvisien syönnin tärkeys, säännölliset ruokailuajat, elämän säännöllisyyden merkitys (unen / valvomisen merkitys) 	YKSILÖN TERVEYDEN EDISTÄMINEN RYHMÄN TUELLA = VERTAISTUKI
<ul style="list-style-type: none"> oman terveydenhoitajan paikalla olon tärkeys keskustelun avoimuus positiivinen ilmapiiri, huumori opinnäytetyön tekijän hyväksyntä osaksi ryhmää 	ONNISTUNUT RYHMÄN OHJAUS

7.4 Ryhmäläisten ruokaostosten tekeminen, ruoan valmistaminen ja niihin vaikuttavat tekijät

Rokka-ryhmäläisten ruokaostosten tekemistä, ruoan valmistamista ja niihin vaikuttavia tekijöitä kartoitettiin haastattelemalla. Ryhmäläisistä kaikki hoitivat itse talouden ruokaostokset. Yksi ryhmäläisistä kertoi saavansa ohjeita tai kauppalapun. Kaupassa käytiin 2–4 kertaa viikossa. Yksi ryhmäläisistä kävi joka työpäivä kaupassa ostamassa eväät ennen töihin tuloa. Ruokaostoksiin ryhmäläiset arvioivat käyttävänsä viikossa vähimmillään 20–30 euroa ja enimmillään 100 euroa rahaa. Eräs ryhmäläinen arvioi, että viikossa noin 50 euroa menee ruokiin ja 50 euroa viikonlopun herkkuihin (alkoholiin, pitsaan ja jäätelöön). Yksi ryhmäläisistä kertoi ostavansa myös lemmikkieläimelle ruokaa, mikä nostaa viikoittaista ruokakaupan laskua. Yksi ryhmäläisistä käyttää vähälaktoosisia tuotteita, mikä korottaa hänen ostoskorinsa loppuhintaan hie-man.

Keskusteluissa käytiin myös läpi sitä, mitkä tekijät vaikuttavat ruoan ostopäätökseen kaupassa. Esimerkkeinä opinnäytetyön tekijä antoi ruoan terveelli-

syyden, hinnan, tarjoukset tai mieliteon. Yksi ryhmäläisistä teki kotona ostolistan valmiiksi ja eteni sen mukaan kaupassa. Kaikki muut mainitsivat hinnan tai tarjoukset, ja sen hetkisen rahatilanteen vaikuttavuuden. Yhdellä ryhmäläisellä sen hetkiset mieliteot vaikuttivat ostopäätöksiin. Kaksi ryhmäläisistä puhui siitä, että ruoan terveellisyyskin on alkanut vähän kiinnostaa, mutta ensisijainen vaikutin ostopäätökseen on kuitenkin ruoan hinta.

Ryhmäläiset valmistivat talouksissaan ruoan yleensä itse. Vastuuta oli jaettu myös niin, että toinen käy kaupassa ja toinen valmistaa ruokaa. Näillä vastajilla tehtiin osittain ruokaa myös yhdessä. Yksi ryhmäläisistä kertoi, ettei valmista kotona lainkaan ruokaa, koska *keittiö on niin ahdas ja ruoanteko siellä ei huvita, uunia ei ole*. Hän lämmitti einesruokaa mikrossa tai söi jogurttia ja voileipää kotona. Ne ryhmäläisistä, jotka kertoivat valmistavansa kotona ruokaa, tekivät lähinnä keittoja ja uuniruokia. Yksi kertoi tekevänsä lisäksi pata- ja laattikoruokia. Yksi ryhmäläinen sanoi *tekevänsä kotona sitä ruokaa mitä viitsii*. Hänen ruoanlaittoonsa vaikutti myös pienikokoinen uuni, joka hankaloitti ruoan valmistusta. Moni ryhmäläisistä teki ruokaa yleensä parin päivän annoksen. Yksi ryhmäläisistä kertoi tehneensä Rokka-ryhmän aikana enemmän salaatteja.

Haastattelujen perusteella jaoteltiin ruoan ostoon ja valmistamiseen vaikuttavat tekijät viiteen (5) ryhmään, joita on kuvattu taulukossa 12. Nämä ovat hinta, suunnitelmallisuus, terveellisyys, mieliteot sekä ruoan laittamisen ongelmat ja esteet. Eniten ryhmäläisillä ruoan ostopäätöksiin vaikutti hinta. Osa ryhmäläisistä oli suunnitelmallinen ostostensa suhteen, mutta oli myös päivittäin kaupassa kävijöitä. Suunnitelmallisuus ilmenee myös niin, että valmistetaan ruokaa kerralla isompi annos.

Taulukko 12. Ruoan ostoon ja valmistamiseen vaikuttavat tekijät.

Esimerkkejä haastatteluissa ilmenneistä asioista	Ruoan ostoon ja valmistamiseen vaikuttavia tekijöitä
<ul style="list-style-type: none"> • <i>tarjoukset</i> • <i>rahatilanne</i> • <i>vähälaktooiset tuotteet</i> 	HINTA
<ul style="list-style-type: none"> • <i>ostoslista</i> • <i>ruoan valmistaminen pariksi päiväksi kaupassa käynti 2-4 kertaa viikossa</i> 	SUUNNITELMALLISUUS
<ul style="list-style-type: none"> • <i>ruoan terveellisyys alkanut kiinnostaa</i> 	TERVEELLISYYS
<ul style="list-style-type: none"> • <i>teen sitä ruokaa mitä viitsii</i> • <i>sen hetkiset mieliteot (ostoksilla)</i> • <i>ei huvita tehdä ruokaa</i> 	MIELITEOT
<ul style="list-style-type: none"> • <i>ahdas keittiö</i> • <i>pienikokoinen uuni</i> • <i>ei uunia</i> • <i>ei huvita tehdä ruokaa</i> 	RUOAN LAITTAMISEN ONGELMAT TAI ESTEET

7.5 Ryhmäläisten kokemukset

Kaikki ryhmäläiset pitivät ryhmän toimintaa hyvänä, ja se koettiin tärkeäksi. Osa ryhmäläisistä oli osallistunut aiemminkin Sotekilla järjestettyihin ryhmiin. Yksi ryhmäläinen totesi: *On tullut vähän uusia ruokalajeja ruokakarttaan.* Hän oli myös jo selaillut Valion internetsivuja (kyseisiltä sivuilta ryhmä on valinnut jokaisen kokkauskerran reseptit), muttei ollut vielä kokeillut mitään. Joku *koki oppineensa jotakin pientä uutta.* Eräs ryhmäläinen kertoi olleensa aiemmin aktiivinen ruoanlaittaja ja koki, että ehkä ryhmä nyt *antaa pientä kipinää taas aloittaa* (aktiivisempi ruoanlaitto). Kolme ryhmäläistä kertoi *toiminnasta olleen hyötyä*, eräs kommentoi *oppineensa ihan perusasioita.* Yksi ryhmäläinen koki, *ettei niinkään uutta ollut oppinut, mutta joitakin asioita oli joutunut muistelemaan.*

Ryhmäläiset pitivät ryhmästä. Yksi ryhmäläinen sanoi ryhmää *mukavaksi ja fiksuksi.* Toinen taas kommentoi, että on ollut *erittäin positiivinen kokemus osallistua ryhmään.* Useampi mainitsi myös, että *ryhmätoiminta toi vaihtelua työpäivään.* Eräs osallistujista piti myös tärkeänä, että *ryhmätoiminta laskettiin työajaksi ja esimiehet olivat mahdollistaneet pääsyn ryhmään.* Miesten sitoutumista ryhmätoimintaan kuvaa sekin, että toiseksi viimeisellä kerralla oli paikalla 2 miestä, jotka olivat parhaillaan lomalla, mutta halusivat silti tulla mukaan ryhmään. Ryhmäläiset myös kommentoivat terveydenhoitajalle ryhmän

olleen *paras ryhmä ikinä*. Terveystenhoitajalta oli myös kysytty, *milloin tulee jatkokurssi*, kurssille olisi ollut jo halukkaita mukaan. Jatkokurssin toivottiin olevan myös 10 kerran mittainen.

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tässä opinnäytetyössä tavoitteena oli kerätä tietoa miesten ruokailutottumuksista ja niiden mahdollisista muutoksista intervention aikana. Tietoa myös kerättiin ostoskäyttäytymisestä ruokaostoksilla, erityisesti ostopäätökseen vaikuttavista tekijöistä. Koska Rokka-ryhmä-interventio toteutettiin ryhmämuotoisena, tietoa kerättiin myös miesten kokemuksista ryhmätoiminnasta.

Ruokapäiväkirjojen perusteella havaittiin Rokka-ryhmäläisten ruokailutottumuksissa yksilöllisiä eroja, osalla ryhmäläisistä oli epäterveellisiä ruokailutottumuksia. Osalla ryhmäläisistä oli säännöllinen ateriaritmi, toisilla epäsäännöllisempi. Toki vuorotyöllä, jota osa ryhmäläisistä teki, on myös vaikutusta ruokailurytmiin (ks. Nevanperä & Laitinen 2012). Osa ryhmäläisistä söi päivittäin lämpimän aterian, osa söi korvaavina aterioina voileipäaterioita. Kasvisten käyttö oli vähäistä (ks. Helldán ym. 2013; Helldán & Helakorpi 2015), ryhmäläisistä osa ei ollut kirjannut yhtään kasvista ruokapäiväkirjaansa. Osalla ryhmäläisistä tapahtui positiivisia muutoksia, esimerkiksi kasvisten käyttö lisääntyi intervention aikana, mutta se kumoutui esimerkiksi lisääntyneen herkuttelun takia (ks. Absetz & Hankonen 2011).

Ryhmäläisillä ruoan ostopäätöksiin vaikutti eniten hinta ja sen hetkinen rahatilanne (ks. Järvelä & Mäkelä 2005; THL 2015b). Ruoanlaiton suunnitelmallisuutta tuli myös esille sekä ruokapäiväkirjoissa että haastatteluissa. Ruokapäiväkirjoista oli nähtävissä, että ruokaa oli valmistettu isompi erä, josta riitti useammalle päivälle ruokaa.

Rokka-ryhmäläiset pitivät ryhmästä, osa kyseli jo jatkoryhmääkin. Oma terveydenhoitaja ohjaajana osoittautui tärkeäksi, sekä se, että ryhmän toimintaan sai osallistua työaikana. Ryhmässä syntyi myös yhteishenkeä ja ryhmäläiset toistensa kanssa keskustellessaan toimivat myös vertaistukena toisilleen (ks. Tuomarila & Sarlio-Lähteenkorva 2009). Osa miehistä koki oppineensa myös jotakin uutta.

9 POHDINTA

Opinnäytetyön tekijä sai opinnäytetyön aiheen tammikuussa 2015. Hankkeen ohjausryhmä oli jo suunnitellut Rokka-ryhmä-intervention ajankohdan, eli ryhmätoiminta alkaisi huhtikuussa 2015. Opinnäytetyön tekijän näkökulmasta Rokka-ryhmän toiminta alkoi hyvin nopeasti opinnäytetyön aiheen vahvistamisen jälkeen. Tästä syystä perehtyminen kirjallisuuteen jäi vajavaiseksi ennen ryhmätoiminnan alkua. Esimerkiksi Rokka-ryhmäläisillä olisi voinut teetättää intervention alussa ja lopussa ruokavalion laadun mittarilla (Index of Diet Quality) alku- ja lopputestin, jos opinnäytetyön tekijä olisi ehtinyt perehtyä mittariin aiemmin. Rokka-ryhmän toiminta oli jo käynnistynyt huhtikuussa 2015, kun opinnäytetöiden suunnitelmaseminaarit olivat vasta toukokuussa 2015.

Yhteistyö Sotekin terveydenhoitajan kanssa alkoi pian opinnäytetyön aiheen vahvistamisen jälkeen, ja on jatkunut opinnäytetyön kirjoittamisen loppumetreille asti. Tapasimme ennen ryhmän aloittamista ja sovimme käytännön asioista. Opinnäytetyön tekijän ei tarvinnut osallistua Rokka-ryhmäläisten rekrytointiin, tilojen varaamiseen eikä ruoan valmistusvälineiden eikä raaka-aineiden hankintaan. Mukana toiminnassa olemalla opinnäytetyön tekijä tuli ryhmäläisille tutummaksi, ja tällä tavoin nivoutui ruokapäiväkirjojenkin täyttö paremmin ryhmän toimintaan.

9.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Ruokapäiväkirjoja oli alkuperäisen suunnitelman mukaan tarkoitus täyttää ryhmäläisillä kolme kertaa ryhmätoiminnan aikana; sen alussa, keskellä ja lopussa. Ryhmän toiminta kesti 10 viikkoa. Ryhmän edetessä ruokapäiväkirjojen täytön suunnitelmaa muutettiin kuitenkin niin, että kolmas ruokapäiväkirja täytettiin vasta ryhmätoiminnan päätyttyä. Kirjallisuuden (ks. Ylimäki 2015; Männistö 2015; Alahuhta 2010; Aapro ym. 2008; Heinonen 2008) mukaan pidemmän ajanjakson seuranta kertoo paremmin mahdollisista ruokavalion tai elämäntapojen muutoksista tai niissä pysymisessä. Riskinä tässä ratkaisussa oli, ettei ryhmäläisiä enää tavoiteta, jos työsuhde Sotekilla päättyy. Asiasta keskusteltiin miesten kanssa yhden ryhmätapaamisen aikana. Miehet suostuivat siihen, että viimeinen ruokapäiväkirja täytetään syyskuussa 2015. Kol-

mannen ruokapäiväkirjan palautustavaksi sovittiin postitus Sotekin terveydenhoitajalle. Terveydenhoitaja lähetti postitse tyhjät ruokapäiväkirjat niille ryhmäläisille, jotka eivät enää olleet työsuhteessa yrityksessä, ja kirjeissä oli valmiiksi myös palautuskuori osoitteineen ja postimerkki. Kolmansien ruokapäiväkirjojen palautus- ja täyttöaktiivisuuteen saattoi vaikuttaa se, että samanaikaisesti, samassa kirjekuoressa, ryhmäläiset saivat myös hankkeen puolelta kyselykaavakkeen vastattavaksi.

Ainoastaan yksi (1) ryhmäläinen ei palauttanut yhtään ruokapäiväkirjaa, ja yksi (1) palautti vain yhden sivun verran. Olisi mielenkiintoista tietää, miten miehet kokivat ruokapäiväkirjojen täyttämisen. Syitä palauttamatta jääneille ruokapäiväkirjoille ei tiedetä. Tutkittavien kirjalliset kyvyt saattavat muodostua tutkimuksen kannalta kynnyskysymyksiksi (ks. Tuomi & Sarajärvi 2013, 84). Yhtään merkintää ei kuitenkaan hylätty, ei senkään takia, ettei käsialasta olisi saanut selvää. Mielenkiintoista olisi ollut myös päästä kokeilemaan Rokka-ryhmäläisten kanssa teknistä ruokapäiväkirja-sovellusta, esimerkiksi yhteistyössä Kymenlaakson ammattikorkeakoulun GAHWA-hankkeen (Games and Apps for Health and Wellbeing) kanssa. Olisi mielenkiintoista tietää, että olisi-ko teknisempi ruokapäiväkirja houkuttanut miehiä vielä enemmän kirjaamaan aterioita. Toisaalta se olisi voinut olla myös este ruokapäiväkirjan pitämiseen. Opinnäytetyön tekijäkään ei tiennyt GAHWA-hankkeesta ennen kuin Rokka-ryhmän toiminta oli jo päättynyt.

Rokka-ryhmäläisten ruokailutottumukset eivät kaikilta osin täytä Valtion ravitsemusneuvottelukunnan (VRN) suosituksia. Ruokapäiväkirjojen tulkinnessa on tietenkin otettava huomioon aliraportoinnin mahdollisuus (ks. Männistö 2015), esimerkiksi alkoholia on voinut jäädä kirjaamatta tai kokonaisia aterioita. Ruokapäiväkirjoja analysoitiin yleisellä tasolla, ei laskettu esimerkiksi yksilöittäin kalorien osuutta. Rokka-ryhmä ei ollut suoraan painonhallintaan tähtäävä elämäntapamuutosryhmä, vaan toiminnassa keskityttiin terveelliseen ruoan valmistamiseen.

Ruokapäiväkirjojen perusteella vain yksi (1) ryhmäläisistä joi vettä päivän aikana aterioiden välillä, joten tässäkin voi olla aliraportoinnista kysymys. VRN suosittelee viittä (5) ateriaa päivässä, ja se ei kyllä kaikkien ryhmäläisten kohdalla toteutunut. Vaikka pääateriat olisikin syöty, saattoivat ns. välipalat jäädä väliin. Moni söi yhden lämpimän ruoan päivässä, ja korvasi voileivillä toisen

aterian. Viikonloppuisin aterian korvikkeena oli raportoitu alkoholia. Varsinaisten arterioiden välissä joillakin ryhmäläisillä oli makeisten, limsojen, leivonnais-ten napostelua.

Kasviksien käytössä vain yhdellä ryhmäläisellä täyttyi VRN:n ohjeistama 500 g päivässä kasviksia, hedelmiä ja juureksia päivittäin. Muilla ryhmäläisillä kasvisten syönti oli satunnaista. Kalan syöntiä suositellaan 2–3 kertaa viikossa, se ei toteudu Rokka-ryhmäläisillä ruokapäiväkirjojen mukaan. Kalan syöntiä oli raportoitu eri ryhmäläisten ruokapäiväkirjoissa yhteensä 12 kertaa, enimmäkseen kalakeittoa. Tämän lisäksi oli raportoitu graavilohta, savulohta ja kalapuiikkoja. Lihan syöntiä oli raportoitu lihakeiton, grillatun lihapihvin, pippuripihvin tai porsaanpaistina, sekä jauhelihana; lihapullissa, jauhelihakastikkeena, jauhelihapihveinä. Perunaa oli raportoitu esimerkiksi perunamuussina, perunalaatikkona, kiusauksena, lohoperunoina. Viljatuotteista miehet ovat yleisimmin syöneet leipää, näkkileipää, puuroa, myslää, riisiä ja spagettia. Maitotuotteiden osalta oli raportoitu maitoa, rahkaa, jogurttia ja juustoa sekä jäätelöä, mutta niitäkään ei ollut riittävästi VRN:n suositusten mukaan. Pääsääntöisesti yöllä syömistä tai napostelua ei ollut raportoitu, yksi ryhmäläinen söi klo 24 asti.

Ruokapäiväkirjoissa tarkimmin oli kirjattu kellonaikaa, se ei puuttunut yhdestäkään merkinnästä. Opinnäytetyön tekijä jäikin miettimään, oliko se ehkä helppoin kirjattava asia, minkä takia se oli aina kirjattu. Viimeisen sarakkeen kylläisyys-arviota pidettiin ehkä vaikeana kirjata, tai arvioida, koska se puuttui usein.

Rokka-ryhmän miesten ruokailutottumuksissa on nähtävissä yhtäläisyyksiä suomalaisiin väestön ravitsemustutkimuksiin, esimerkiksi (ks. Talala ym. 2014; Helldán ym. 2013). Jotta tarkastelu onnistuisi paremmin, olisi jatkossa hyödyllistä tietää myös ryhmäläisten koulutustausta.

Sotekilla on tiloissaan ruokala, jossa työntekijöiden on mahdollista käydä ruokailemassa aamupuurolla sekä lounaalla. Aamupuuro on maksuton. Lounas maksaa kuntouttavassa työtoiminnassa, palkkatuetussa työssä sekä työkokeilussa oleville 5,90 €. Kukaan Rokka-ryhmäläisistä ei käynyt ruokapäiväkirjojen perusteella syömässä lounasta ruokalassa. Tähän voi vaikuttaa aterian hinta.

Tutkimuksissa (ks. Sosiaali- ja terveysministeriö 2010) on todettu sosioekonominen aseman vaikuttavan myös työpaikkaruokailuun.

Rokka-ryhmäläiset pitivät ryhmästä ja ryhmän toiminnasta. Ryhmän ohjaajalla onkin tärkeä rooli, miten saa ryhmän toimimaan yhdessä. Rokka-ryhmässä miehet olivat kiinnostuneita ruoan laitosta, ja kerta kerralta ryhmä toimi paremmin. Ohjaajaankin turvauduttiin välillä, joka kertoo hyvästä ohjaussuhteesta ohjaajan ja ohjattavien välillä. Terveysten edistämisen teemoista ja aiheista saatiin hienosti keskustelua ruokailun lomassa ruokapöydässä. Ohjaajalta edellytetäänkin erilaisia menetelmiä ja ryhmän ohjauksen taitoja, erityisesti Rokka-ryhmän kaltaisen sensitiivisen ryhmän ohjaamisessa. Motivointi ja kannustus ovat tärkeitä. Salutogeneesi ajattelu sopii myös Rokka-ryhmän kaltaiseen, sensitiiviseen ryhmään.

Tolosen (2011) mielenterveyskuntoutujia koskeva interventio erosi Rokka-ryhmästä osallistujamäärällään, Rokka-ryhmässä oli 7 ja Tolosen ryhmässä 4. Ryhmätoiminnan pituus oli erilainen, Rokka-ryhmä 10 viikkoa ja Tolosen ryhmä 5 viikkoa. Tolosen ryhmässä ei valmistettu ruokaa, ryhmän toiminta painottui ravitsemuskuntoutuksen toimintatapojen kehittämiseen. Kummassakin ryhmässä ryhmäläisten ruokailutottumuksissa havaittiin sekä positiivisia että negatiivisia muutoksia. Samoin kuin Rokka-ryhmä onnistui, Tolosen ryhmäkin onnistui saavuttamaan oman tavoitteensa.

Turun ammattikorkeakoulun *Ota Koppi* -hankkeessa on ollut hieman nuorempia osallistujia, kuin Rokka-hankkeessa, mutta idea on ollut hyvin samankaltainen. Nuorille toteutettujen videoiden avulla on pystytty kotona valmistamaan ruokaa, helposti ja edullisista, mutta monipuolisista aineksista. Hankkeessa oli mietitty myös sitä, ettei nuorella välttämättä ole kovin laajaa välineistöä keittiössä. Rokka-ryhmän ruokapäiväkirjoja analysoidessa opinnäytetyön tekijä pohtikin, onko ryhmäläisten talouksissa ruokapöytää, jonka ääressä syödä.

9.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tässä opinnäytetyössä eettistä pohdintaa on tarvittu työn alusta asti. Rokka-ryhmä -interventioon osallistuneet miehet ovat sensitiivinen kohderyhmä. Tutkija on velvollinen kertomaan tutkittaville heidän suojastaan, muun muassa

työn tavoitteista, osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja tutkittavien oikeuksista sekä luottamuksellisuudesta (ks. Tuomi & Sarajärvi 2013, 131). Ryhmäläisille järjestettiin tiedotustilaisuus ennen ryhmätoiminnan alkua, jossa kerrottiin Rokka-ryhmästä ja otettiin vastaan miesten toiveita siitä, mitä ruokaa ryhmässä valmistettaisi. Samassa tilaisuudessa opinnäytetyön tekijä esittäytyi, ja kertoi Rokka-ryhmään liittyvästä opinnäytetyöstä ja opinnäytetyöhön liittyvistä seikoista, muun muassa vaitiolovelvollisuudesta ja vapaaehtoisuudesta. Ryhmään osallistuneet miehet ovat allekirjoittaneet kirjalliset suostumukset tutkimukseen (liite 5).

Terveyden edistämistyöllä pyritään hyvän elämän lisäämiseen. Yleensä terveyden edistämistyössä on kyse toisen ihmisen elämään puuttumisesta, jolloin eettiset näkökulmat on huomioitava. (ks. Pietilä, Länsimies-Antikainen, Vähäkangas & Pirttilä 2010, 16.) Rokka-ryhmäläisiltä on kerätty tietoa heidän ruokailutottumuksistaan sekä ostoskäyttäytymisestään. Tutkimuksen toteutuksessa pitää huomioida yksilön turvallisuus, arvokkuus ja oikeudet (ks. Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 80). Terveydenhuollon tutkimus- ja kehittämistyössä on erittäin tärkeää henkilön yksityisyyden suojaaminen, koska tutkijalla saattaa olla käsissään henkilöiden tunnistetietoja (ks. Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 48). Opinnäytetyöhön liittyneet ruokapäiväkirjat ja haastattelulomakkeet ovat palautusvaiheessa olleet nimikoitu Rokka-ryhmäläisten omilla nimillä. Analyysien alkuvaiheessa ryhmäläisille arvottiin sattumanvaraisesti kirjaimet, joiden perusteella ruokapäiväkirjat nimettiin uudestaan, vastaava kirjain laitettiin myös haastattelulomakkeeseen. Tutkimukseen osallistuneiden ikä on tiedossa, mutta se on jätetty tutkimuseettisistä syistä kertomatta, koska otoskoko oli niin pieni. Raporttia on pyritty kaiken aikaa kirjoittamaan niin, etteivät tutkittavien henkilöllisyydet paljastu. Opinnäytetyön valmistuttua ruokapäiväkirjat, haastattelulomakkeet, ryhmän toimintaa koskevat muistiinpanot hävitetään asiaan kuuluvalla tavalla.

Leino-Kilpi (2014, 188–189) määrittelee terveyden edistämisen etiikan peruskysymyksen olevan: ”*Millä oikeudella voidaan pyrkiä vaikuttamaan toisen ihmisen terveysnäkemyskseen ja siten myös hänen terveyttään koskevaan primääriprosessiinsa?*” Työntekijän on välitettävä perusteltua, näyttöön perustavaa tietoa asiakkaalleen, unohtamatta asiakkaan kunnioitusta ja kuuntelemalla myös hänen käsityksiään asiasta. Terveysriski itsessään ei ole eettinen on-

gelma. Eettiseksi ongelmaksi voi muodostua esimerkiksi painon perusteella tehtävät luokitukset (lievä tai vaikea ylipaino), joka taas voi vaikuttaa asiakkaan saamaan ohjaukseen ja neuvontaan tai siihen miten häntä kohdellaan. Elämäntapojen muutokseen tähtäävissä ryhmissä ollaan jatkuvasti eettisten asioiden äärellä ja tämä seikka on Rokka-ryhmässäkin pyritty ottamaan huomioon. Kenellekään ei tuputettu tietoa esimerkiksi painon hallinnasta, ainoastaan silloin asiasta keskusteltiin, kun ryhmäläiset itse ottivat asian puheeksi.

Laadullisessa tutkimuksessa tutkimusetiikkaan on suhtauduttu kahdella tavalla (ks. Tuomi & Sarajärvi 2013), joko teknisluontoisina normeina, jolloin eettisiä ongelmia ovat lähinnä tutkimukseen liittyvät asiat (esimerkiksi aineiston keruun luotettavuus) tai metodologisina seikkoina, jolloin kaikki tutkimukseen liittyvät valinnat ovat moraalisia valintoja. Tutkijalla on myös eettinen vastuu aiheensa valinnasta. Tutkimuskohteen määrittely on laaja kysymys, sitä ohjaavat tieteenalan arvolähtökohdat, ihmiskäsitykset ja toiminnan tavoitteet. Opinnäytetyöntekijä pääsi siinä mielessä helpolla tulemalla Rokka-ryhmä interventioon mukaan, ettei tutkittavia tarvinnut lähteä etsimään. Aiheen valintaan vaikutti myös henkilökohtainen mielenkiinto elämäntapamuutosryhmiin ja niiden ohjaustoimintaan.

Rokka-ryhmän otoskoko oli pieni, mutta aineistoa kertyi paljon. Opinnäytetyö on kuvaileva tutkimus Rokka-ryhmä interventioista. Tiedon keruun menetelmiä oli paljon. Käytetyt analyysimenetelmät olivat monipuolisia ja riittäviä, niillä saatiin tutkimuskysymyksiin vastaukset. Opinnäytetyön tekijä pohti suhtautumista vajaisiin ruokapäiväkirjoihin. Tutkimus aloitettiin laadullisena sisällönanalyysimenetelmällä, mutta tutkimuksen edetessä mukaan tuli määrällisen tutkimuksenkin piirteitä. Tutkimuksessa käytettiin myös sisällön erittelyä analyysimenetelmänä. Tässä opinnäytetyössä tulokset ovat opinnäytetyön tekijän omia päätelmiä havaintojen ja tulkintojen pohjalta. Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuus liittyy tutkijaan, aineiston laatuun, aineiston analyysiin ja tulosten esittämiseen (ks. Latvala & Vanhanen-Nuutinen 2001, 36).

9.3 Tulosten jatkohyödynnettävyys

Miesten elinikä on lyhyempi kuin naisilla (ks. Martelin ym. 2014, 63) ja paikallisesti Kymenlaaksossa miehet voivat huonommin kuin muualla Suomessa mo-

nella eri indikaattorilla tarkasteltuna (ks. Kaikkonen ym. 2010–2015). Miesten terveyden edistämiseen onkin tarpeen kehittää erilaisia menetelmiä. Rokka-ryhmän miehet olivat sensitiivinen ryhmä, joilla voi olla eritasoisia sosioekonomisia haasteita elämässään.

Työttömyys ja sen vaikutus tulotasoon vaikuttavat välillisesti myös terveyteen. Tämä olisikin tärkeää huomioida myös poikkihallinnollisessa yhteistyössä. Hyvinvointi ja terveys liittyvät läheisesti myös toisiinsa. Työpaikoilla terveyden edistämiseen suhtaudutaan eri tavoin. Työpaikan kulttuurilla on merkitystä sille, minkälaisia toimintaprosesseja työpaikalla on. Tähän on johdolla myös hyvin paljon merkitystä, eli esimiesten ja johdon ymmärryksellä ennaltaehkäisevän työn tärkeydestä. Usein sairaanhoitopainotteisuus vie resurssia terveydenhoidolta. Pitäisi kuitenkin muistaa, että terveydenhoidon puute näkyy sairaanhoidon puolella, esimerkiksi ylipainon lisääntymisenä ja siihen liittyvinä sairauksina. Myös poikkihallinnollisen yhteistyön lisääminen voisi olla hedelmällistä, koska usein samat asiakkaat ”kiertävät luukulta toiselle”. Yhteistyöllä pystyttäisiin mahdollisesti lisäämään ja kohentamaan asiakkaiden terveyttä ja hyvinvointia.

Yksi vaihtoehto poikkihallinnolliseen yhteistyöhön kunnassa voisi olla esimerkiksi työttömille miehille oma elämäntapamuutosryhmän suunnittelu ja järjestäminen, esimerkiksi liikuntatoimen kanssa yhdessä. Työttömien terveystarkastuksien kautta voisi esimerkiksi koota sopivan ryhmän. Toteutuksessa voisi käsitellä niin arjen hallintaa kuin terveellisiä elämäntapojakin. Pelkästään työttömille, sensitiiviselle ryhmälle, suunnatussa elämäntaparyhmässä, jo suunnitteluvaiheessa voitaisiin ottaa ryhmän erityistarpeet huomioon ja rakentaa toteutus ryhmälle sopivaksi. Erityisen tärkeää olisi saada nuoret työttömät miehet huolehtimaan terveydestään. Tämänmuotoinen toiminta saattaisi sopia myös niille nuorille miehille, joille kutsunnoissa määräytyy E-luokka.

Rokka-ryhmän kaltainen intervention malli voisi sopia myös työterveyshuoltoon, jossa voisi kohdennetusti kerätä miesporukan esimerkiksi työpaikan tiloihin, työnantajan kanssa yhteistyössä sopimalla käytännön järjestelyistä. Edellyttäen tietysti, että ryhmälle järjestyy sopiva tila, jossa ruokaa voi valmistaa. Terveysasematyöhön ja terveystiloihin malli ei välttämättä ole suoraan siirrettävissä, jo puutteellisten tilojenkin kannalta, koska harvalla terveystilalla olisi tarvittava, tarpeeksi keittiötila ruoan valmistukseen. Ryhmän ve-

täjältä toki tarvitaan innovatiivista asennetta ja luovuutta erilaisen elämäntapamuutosryhmän järjestämiseen. Jotta työntekijä voisi työaikaan tämänmuotoiseen ryhmätoimintaan käyttää, tarvitaan myös esimiehen tuki ja johdon ymmärrys, mutta myös työyhteisön tuki ja hyväksyntä, uuden muotoisen ryhmäohjauksen toteuttamiseksi.

LÄHTEET

- Aaltio, E. 2013. Hyvinvoinnin uusi järjestys. Gaudeamus Oy. Helsinki: Hakapaino.
- Aapro, S., Kupiainen, H. & Leander, M. 2008. Ravitsemushoito käytännössä. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy.
- Absezt, P. & Hankonen, N. 2011. Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa: vaikuttavuus ja keinot. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2011: 127. 2265–2272.
- Airio, I. & Niemelä, M. 2013. Työmarkkinatuen saajien koettu terveys ja toimeentulo. Teoksessa Huono-osaisten hyvinvointi Suomessa, toim. Niemelä, M. & Saari, J., 44–60.
- Alahuhta, M., Korkiakangas, E., Kyngäs, H. & Laitinen, J. 2009. Tyypin 2 diabeteksen korkean riskin henkilöiden elintapamuutoksen hyödyt ja haitat. Hoitotiede 21, 4, 259–268.
- Alahuhta, M. 2010. Tyypin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluvien työkäisten henkilöiden painonhallinnan ja elintapamuutoksen tunnuspiirteitä. Acta Universitatis Ouluensis D Medica 1081. Väitöskirja. Tampere: Juvenes Print.
- Alahuhta, M. & Laitinen, J. 2011. Kuka onnistuu painonhallinnassa? Työterveyslääkäri 29, 2, 59–61.
- Allardt, E. 1980. Hyvinvoinnin ulottuvuuksia. Ensimmäisen painoksen muuttamaton lisäpainos. Juva: WSOY:n graafiset laitokset.
- Berg, N., Huurre, T., Kiviruusu, O. & Aro, H. 2011. Nuoruusiän huono-osaisuus ja sen kasautumisen yhteys kuolleisuuteen. Seurantatutkimus 16–vuotiaista nuorista. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 48, 168–181.
- Corcoran, N. 2010. Theories and models in communicating health messages. Teoksessa Communicating health, strategies for health promotion, toim. Corcoran, N., 17–19.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1999. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 3. painos. Vastapaino.
- Eurostat. 2015. Comparative price levels of consumer goods and services. Saatavissa: http://ec.europa.eu/eurostat/statistics-explained/index.php/Comparative_price_levels_of_consumer_goods_and_services [viitattu 28.3.2016].
- Hankonen, N. 2011. Psychosocial Processes of Health Behaviour Change in a Lifestyle Intervention. Influences of Gender, Socioeconomic Status and Personality. Research 51. National Institute for Health and Welfare. Academic dissertation. Helsinki: University Print.
- Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Avaimia tutkimus- ja kehittämishankkeisiin terveysalalla. Helsinki: WSOY Oppimateriaali Oy.

Heinonen, L. 2008. Ruokapäiväkirja auttaa syömisen hallinnassa. *Diabetes* 4/2008. Saatavissa: http://www.diabetes.fi/diabetesliitto/lehdet/diabetes-lehden_juttuarkisto/ruokavalio_liikunta_laihdutus/ruokapaivakirja_auttaa_syomisen_hallinnassa.661.news?printer=1 [viitattu 9.3.2016].

Helldán, A. & Helakorpi, S. 2015. Suomalaisen aikuisväestön terveystietämyksen ja terveys, kevät 2014. Terveystietämyksen ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 6/2015. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/126023/URN_ISBN_978-952-302-447-2.pdf?sequence=1 [viitattu 29.4.2016].

Helldán, A., Helakorpi, S., Virtanen, S. & Uutela A. 2013. Suomalaisen aikuisväestön terveystietämyksen ja terveys, kevät 2013. Terveystietämyksen ja hyvinvoinnin laitos. Raportti 21/2013. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110841/URN_ISBN_978-952-302-051-1.pdf?sequence=1 [viitattu 26.4.2015].

Heponiemi, T., Wahlström, M., Elovainio, M., Sinervo, T., Aalto, A.-M. & Keskimäki, I. 2008. Katsaus työttömyyden ja terveyden välisiin yhteyksiin. *Työ- ja elinkeinoministeriön julkaisuja. Työ ja yrittäjyys.* 14/2008.

Hirvonen, N. 2015. Health information matters. Everyday health information literacy and behaviour in relation to health behaviour and physical health among young men. *Acta Universitatis Ouluensis B Humaniora* 133. Academic dissertation. Tampere: Juvenes Print.

Huttunen, J. 2012. Mitä terveys on? *Lääkärikirja Duodecim.* Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00903 [viitattu 22.4.2015].

Huttunen, J. 2015. Mistä terveys syntyy? *Lääkärikirja Duodecim.* Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00928&p_haku=Mist%C3%A4%20terveys%20syntyy [viitattu 1.3.2016].

Häggman-Laitila, A. 1999. Terveystietämyksen ja omatoiminen terveydenhoito. Kuvallinen teoria yksilöllisistä kokemuksista. *Acta Universitatis Tamperensis* 648. Väitöskirja. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Innokylä. 2014. Alueellinen eriytyminen ja yhteisölliset menetelmät miesten terveyden edistämiseksi. Saatavissa: https://www.innokyla.fi/web/hanke966513/etusivu?p_p_id=projects_WAR_projectsportlet&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1&p_p_col_count=1&_projects_WAR_projectsportlet_projectId=1925187&_projects_WAR_projectsportlet_action=viewGoals [viitattu 18.5.2016].

Innokylä. 2015. Miehin juttu. Nuorten miesten ja aikamiesten terveyden edistäminen Meri-Lapissa. Saatavissa: https://www.innokyla.fi/web/hanke1256114/etusivu?p_p_id=projects_WAR_projectsportlet&p_p_lifecycle=0&p_p_state=normal&p_p_mode=view&p_p_col_id=column-1

1&p_p_col_count=1&_projects_WAR_projectsportlet_projectId=1904296&_projects_WAR_projectsportlet_action=viewGeneral [viitattu 1.3.2016].

Ilmakunnas, I., Kauppinen, T. M. & Kestilä, L. 2015. Sosioekonomisten syrjäytymisriskien kasautuminen vuonna 1977 syntyneillä nuorilla aikuisilla. *Yhteiskuntapolitiikka* 80, 3, 247–262.

Järvelä, K. & Mäkelä, J. 2005. ”Kovin periaatteellista tämä ei ole.” Kuluttajien ruoan valinta ja arkiset toimintatavat. Teoksessa *Vox consumptoris – Kuluttajan ääni* Kuluttajatutkimuskeskuksen vuosikirja 2005, toim. Leskinen, J., Hallman, H., Isoniemi, M., Perälä, L., Pohjoisaho, T. & Pylvänäinen, E. 121–140. Kuluttajatutkimuskeskus. Saatavissa: https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/152244/Vox_consumptoris.pdf?sequence=1%20-%20page=127 [viitattu 26.4.2015].

Kaikkonen, R., Murto, J., Pentala, O., Koskela, T., Virtala, E., Härkänen, T., Koskenniemi, T., Ahonen, J., Vartiainen, E. & Koskinen, S. Alueellisen terveys- ja hyvinvointitutkimuksen perustulokset 2010–2015. Verkkójulkaisu: www.thl.fi/ath. [viitattu 29.4.2016].

Kainulainen, S. & Saari, J. 2013. Koettu huono-osaisuus Suomessa. Teoksessa *Huono-osaisten hyvinvointi Suomessa*, toim. Niemelä, M. & Saari, J., 22–42. Kelan tutkimusosasto. Teemakirja 10. Tampere: Juvenes Print.

Kataja, K., Ristikari, T., Paananen, R., Heino T. & Gissler, M. 2014. Hyvinvointiongelmien ylisukupolviset jatkumot kodin ulkopuolelle sijoitettujen lasten elämässä. *Yhteiskuntapolitiikka* 79, 1, 38–54.

Kauhanen, J., Erkkilä, A., Korhonen, M., Myllykangas, M. & Pekkanen, J. 2013. *Kansanterveystiede*. 4. uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kauronen, M.-L. 2016. Ohjaajien toiminta elintapamuutosten tukemisessa tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyn ryhmäohjauksessa. *Studies in sport, physical education and health* 236. University of Jyväskylä. Väitöskirja. Jyväskylä: Jyväskylä University Printing House.

Kestilä, L., Kauppinen, T. M. & Karvonen, S. 2016. Lapsuuden elinolojen yhteys arjenhallintaan nuorilla aikuisilla. Teoksessa *Arjen jäljillä, Nuorisobarometri 2015* (toim.) Myllyniemi, S. Opetus- ja kulttuuriministeriö, Nuorisoasiain neuvottelukunta, Nuorisotutkimusverkosto, 117–133.

Kilokubi.fi. 2016. Saatavissa: <http://kilokubi.fi/> [viitattu 13.5.2016].

Kinnunen, K., Virtanen, P. & Valtonen, H. 2011. Koettu onnellisuus ja koettu terveys. *Sairaus ei tee onnettomaksi, mutta onneton ei pysy terveenkään*. *Yhteiskuntapolitiikka* 76, 387–396.

Koskenvuori, M. & Mattila, K. 2009. Terveystieteiden edistämisen ja sairauksien ehkäisyn periaatteet. *Duodecim*. Terveyskirjasto.

Krause, K. & Kiikkala, I. 1997. *Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä*. 1.–2. painos. Kirjayhtymä Oy. Tampere: Tammer–Paino Oy.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. *Laadullinen terveystutkimus*. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Kyngäs, H. & Hentinen, M. 2008. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY oppimateriaalit Oy.

Lahti-Koski, M & Rautavirta, K. 2015. Suomalainen ravitseminen ja sen kehitys. Teoksessa Ravitsemustiede, toim. Aro, A., Mutanen, M. & Uusitupa, M. 4.-5. painos, 236–255. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.), 21–43.

Lehtisalo, J., Lindström, J., Nieminen, R. & Paturi, M. (toim.) 2014. Annoskuvakirja Ruokapäiväkirjan täyttämisen tueksi. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 3. painos. Tampere: Juvenes Print Oy–Suomen Yliopistopaino Oy.

Leino-Kilpi, H. 2014. Terveyden edistämisen etiikka. Teoksessa Etiikka hoitotyössä, Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 8., uudistettu painos, 184–199.

Leppo, K. 2010. Kansan terveys on tahdon asia, terveyspolitiikka ja -palvelut 2010–luvulle. Kalevi Sorsa Säätiön julkaisu 3/2010.

Lindström, B. & Eriksson, M. 2010. Salutogeeninen lähestymistapa terveyteen – teoria terveyden resursseista. Teoksessa Terveyden edistäminen, teorioista toimintaan, toim. Pietilä, A-M., 32–52.

Lipponen, K., Kanste, O., Kyngäs, H. & Ukkola, L. 2008. Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2008:45, 121–135.

Martat. 2016. www.martat.fi [viitattu 26.3.2016].

Martelin, T., Murto, J., Pentala, O. & Linnanmäki, E. 2014. Terveys, terveyserot ja niiden kehitys. Teoksessa Suomalaisten hyvinvointi 2014, toim. Vaarama, M., Karvonen, S., Kestilä, L., Moisio, P. & Muuri, A., 62–79.

Marttila, J. 2010. Muutosvalmius. Käypä hoito. Duodecim. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus;jsessionid=566C1577FA8B156195652360EB792B83?id=nix01668> [viitattu 28.4.2016].

Mattinen, A. 2007. Ravitsemusohjaus hoitotyössä – ammattikorkeakoulun rooli terveydenhoitajien ja sairaanhoitajien ravitsemushoidon osaamisessa. Turun ammattikorkeakoulun puheenvuoroja 9.

Mattinen, A. 2015. Ohjausta terveelliseen ravitsemukseen ja hyvään suuhygieniaan verkossa. Teoksessa Keinoja nuorten työttömien omaehtoiseen terveyden edistämiseen, toim. Mattinen, A. & Javanainen–Levonen, T. Turun ammattikorkeakoulun raportteja 217. Saatavissa: <http://julkaisut.turkuamk.fi/isbn9789522165886.pdf> [viitattu 14.3.2016].

Melkas, T. 2010. Kunnat terveyden edistäjinä – informaatio-ohjausta vai normeja? Teoksessa Terveyden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon kohteena, toim. Ståhl, T. & Rimpelä, A. 45–53.

Metsämuuronen, J. 2006. Aineiston hankinnan menetelmät. Teoksessa Laadullisen tutkimuksen käsikirja, toim. Metsämuuronen, J. 111–130. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Mustajoki, P. & Kunnamo, I. 2009. Motivoiva potilashaastattelu, vaikuttava terveysneuvonta. Sairauksien ehkäisy. Terveyskirjasto. Saatavissa: http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00147&p_haku=motivoiva [viitattu 13.2.2016].

Männistö, S. 2015. Ruoankäytön tutkimusmenetelmät. Teoksessa Ravitsemustiede, toim. Aro, A., Mutanen, M. & Uusitupa, M. 4.-5.painos, 256–263. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Nevanperä, N. & Laitinen, J. 2012. Elintapamuutoksen avaimia. Teoksessa Kansan terveys, yksilön hyvinvointi, toim. Reivinen, J. & Vähäkylä, L., 127–140. Gaudeamus Helsinki University Press.

Nieminen, L. 2015. Terveys ihmisoikeuskysymyksenä. Suomalaisen lakimiesyhdistyksen julkaisuja, E-sarja N:o 28.

Ovaskainen, M.-L., Kosola, M. & Männistö, S. 2013. Koulutus ja tulot ruokavalioiden laadun selittäjinä Finravinto-tutkimuksissa 2002 ja 2007. Yhteiskuntapolitiikka 78, 197–206.

Pasanen, S. 2015. Salutogeneesi terveyden edistämässä: Haastattelu asi-
antuntijoille. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Saatavissa:
http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20150646/urn_nbn_fi_uef-20150646.pdf [viitattu 13.5.2016].

Pietilä, A.-M., Eirola, R. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2002. Työmenetelmiä terveyttä edistävässä asiakastyössä. Teoksessa Terveyden edistäminen, uudistuvat työmenetelmät, toim. Pietilä, A.-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E.-M. & Sirola, K., 148–171.

Pietilä, A.-M., Länsimies-Antikainen, H., Vähäkangas, K. & Pirttilä, T. 2010. Terveyden edistämisen eettinen perusta. Teoksessa Terveyden edistäminen, teorioista toimintaan, toim. Pietilä, A.-M. 15–31.

Piirainen, K. 2010. Syrjäytymisen vastaisen toiminnan vaikuttavuus. Teoksessa Syrjäytymistä vastaan sosiaali- ja terveysalalla, toim. Laine, T., Hyväri, S. & Vuokila-Oikkonen, P., 303–323.

Pirinen, L. 2007. Työterveyshoitajan terveysneuvonta ja sen kehittyminen – esimerkkinä painonhallinta. Turun yliopiston julkaisuja, sarja C264. Väitöskirja.

Pyykkönen, T. 2012. Yksi käsite, monta merkitystä, käsitetutkimus 2000-luvun hyvinvointitutkimuksesta. Pro gradu -tutkielma. Saatavissa: <http://lauda.ulapland.fi/bitstream/handle/10024/61570/Pyykk%C3%B6nen.Topias.pdf?sequence=1> [viitattu 14.2.2016].

Raijas, A. 2011. Arjen hyvinvointi. Teoksessa Hyvinvointi, suomalaisen yhteiskunnan perusta, toim. Saari, J., 243–263.

Rautio, M. & Husman, P. 2010. Työikäisen terveyden edistäminen – esimerkkejä työmenetelmistä ja toimintamalleista. Teoksessa Terveyden edistäminen, teorioista toimintaan, toim. Pietilä, A.-M., 165–190.

Rintanen, H. 2000. Terveys ja koulutuksellinen syrjäytyminen nuoren miehen elämänselityksessä. Väitöskirja. Tampereen yliopisto.

- Rissanen, S. & Lammintakanen, J. 2015. Sosiaali- ja terveydenhuolto johtamisympäristönä. Teoksessa Sosiaali- ja terveysjohtaminen (toim.) Rissanen, S. & Lammintakanen, J. 2., uudistettu painos, 15–38.
- Ronkainen, S., Pehkonen, L., Lindblom-Ylänne, S. & Paavilainen, E. 2011. Tutkimuksen voimasanat. 1. painos. WSOYpro Oy.
- Rotko, T., Hannikainen-Ingman, K., Murto, J., Kauppinen, T. & Mustonen, N. 2014. Terveyserojen kaventaminen käytännössä – alueellinen yhteistyö avuksi. Yhteiskuntapolitiikka 79 (2014):1, 92–99.
- Rättyä, L. 2009. Diakoniatyö yksilöllisenä ja yhteisöllisenä auttamisena yhteiskunnallisessa muutoksessa. Väitöskirja. Kuopion yliopisto.
- Saari, J. 2011. Hyvinvoinnin kentät. Teoksessa Hyvinvointi, suomalaisen yhteiskunnan perusta, toim. Saari, J., 33–78.
- Saarinen, A., Salmenniemi, S. & Keränen, H. 2014. Hyvinvointivaltiota hyvinvoivaan valtioon. Hyvinvointi ja kansalaisuus suomalaisessa poliittisessä diskurssissa. Yhteiskuntapolitiikka 79 (2014):6, 605–618.
- Savola, E. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2005. Terveiden edistäminen esimerkein, käsitteitä ja selityksiä. Terveiden edistämisen keskuksen julkaisuja -sarja 3/2005.
- Sarlio-Lähteenkorva, S. 2013. Ravitsemuspolitiikka. Teoksessa Terveyspolitiikan perusta ja käytännöt, toim. Sihto, M., Palosuo, H., Topo, P., Vuorenkoski, L. & Leppo, K., 217–222.
- Sarlio-Lähteenkorva, S. & Prättälä, R. 2012. Voidaanko ravitsemuspolitiikalla kaventaa väestön ravitsemuksen sosioekonomisia eroja? Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2012: 49, 180–188.
- Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 2009. Hoitotyön etiikka. Helsinki: Edita Prima.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2010. Sosiaali- ja terveysministeriö. Joukkoruokailun kehittäminen Suomessa. Joukkoruokailun seuranta- ja kehittämistyöryhmän toimenpidesuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2010:11.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma (Kaste) 2012–2015 toimeenpanosuunnitelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:20. Saatavissa: <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/74065/URN%3aNBN%3afi-fe201504224670.pdf?sequence=1> [viitattu 29.4.2016].
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2015. Terveys 2015 -kansanterveysohjelma. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42733&name=DLFE-6215.pdf [viitattu 22.4.2015].
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2016a. Terveiden edistäminen. Saatavissa: <http://stm.fi/terveyden-edistaminen> [viitattu 1.3.2016].

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2016b. Terveyserojen kaventaminen. Saatavissa: <http://stm.fi/terveyserot> [viitattu 1.3.2016].

Sosiaali- ja terveysministeriö 2016c. Hallitusohjelman toimeenpanosuunnitelma STM:n hallinnonalalle 2016–2019. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2016:2. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/129750/RAP%202016_2.pdf?sequence=4 [viitattu 3.3.2016].

Suomen virallinen tilasto (SVT): Kansainvälinen hintavertailu [verkkajulkaisu]. ISSN=1799-8379. 2012. Helsinki: Tilastokeskus. Saatavissa: http://www.stat.fi/til/kvhv/2012/kvhv_2012_2013-06-24_tie_001_fi.html [viitattu: 28.3.2016].

Suomen virallinen tilasto (SVT): Kansainvälinen hintavertailu [verkkajulkaisu]. ISSN=1799-8379. 2014. Helsinki: Tilastokeskus. Saatavissa: http://www.stat.fi/til/kvhv/2014/kvhv_2014_2015-06-22_tie_001_fi.html [viitattu 28.3.2016].

Talala, K., Härkänen, T., Martelin, T., Karvonen, S., Mäki-Opas, T., Manderbacka, K., Suvisaari, J., Sainio, P., Rissanen, H., Ruokolainen, O., Heloma, A. & Koskinen, S. 2014. Koulutusryhmien väliset terveys- ja hyvinvointierot ovat edelleen suuria. Suomen Lääkärilehti 36/2014, 2185–2192.

Tarkiainen, L., Martikainen, P., Laaksonen, M. & Valkonen, T. 2012. Trends in life expectancy by income from 1988 to 2007: decomposition by age and cause of death. *Journal of Epidemiology & Community Health* 66 (2012):7, 573–578.

THL. 2015a. Eriarvoisuus. Saatavissa <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus> [viitattu 22.4.2015].

THL. 2015b. Perusturvan riittävyyden arviointiraportti 2011–2015. Työpaperi 1/2015. Perusturvan riittävyyden II arviointiryhmä. 2. korjattu painos.

Tolonen, U. 2011. Ruokaa mielelle – ratkaisukeskeinen ryhmäohjelma masennuksesta toipuvien mielenterveyskuntoutujien ravitsemusohjaukseen. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto. Saatavissa: http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20110054/urn_nbn_fi_uef-20110054.pdf [viitattu 8.3.2016].

Tuomarla, H. & Sarlio-Lähteenkorva, S. 2009. Ravintoa ja syömistä käsittelevä puhe laihdutusryhmissä. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 46, 23–36.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 10. uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Työ- ja elinkeinoministeriö. 2016. Työllisyyskatsaus. Maaliskuu 2016. Saatavissa: https://www.tem.fi/files/45126/TKAT_Maalis_2016.pdf [viitattu 20.5.2016].

Uusitupa, M. 2004. Ravitsemus- ja liikuntasuosituksen linjaavat terveytemme perustan. *Lääkärilehti* 51–52/2004 vsk 59, 4963.

Uusitupa, M. 2015. Suomalaisen ravitsemustutkimuksen tähtihetkiä. *Duodecim* 2015; 131, 1865–1871.

Varis, T. & Virtanen, S. 2016. Alkoholijuomien kulutus 2015. Tilastoraportti 5/2016. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Suomen virallinen tilasto. Terveys 2016.

Vertio, H. 2003. Terveyden edistäminen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilkka, H. 2007. Tutki ja havainnoi. 1.-2. painos. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

Virtanen, P. 2010. Aaron Antonovsky, sittenkin terveystieteologi? Teoksessa Yhteiskunta ja terveys, klassisia teoreettisia näkökulmia, toim. Ashorn, U., Henriksson, L., Lehto, J. & Nieminen, P. 148–156.

VRN. 2014. Terveyttä ruoasta. Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014. 2. korjattu painos. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Saatavissa: http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/files/attachments/fi/vrn/ravitsemussuosituks_2014_fi_web.3.pdf [viitattu 20.4.2015].

Väisänen, M. & Tiainen, A-M. 2009. Ravitsemussuositukset. Teoksessa Ravitsemus hoitotyössä, 1.painos, toim. Arffman, S., Partanen, R., Peltonen, H. & Sinisalo, L. 62–75.

Vänskä, K. 2012. Ohjauksen osaajat – miten he sen tekevät? Terveysalan ohjaajien käsityksiä ohjausosaamisesta. Väitöskirja. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 132.

WHO. 2016. Health promotion. The Ottawa Charter for Health Promotion. Saatavissa: <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/> [viitattu 4.4.2016].

Wiens, V. & Pietilä, A.-M. 2012. Terveyden edistäminen pohjoisessa toimintaympäristössä: terveyden edistämisen yhdyshenkilöiden näkemyksiä. Tutkiva Hoitotyö vol. 10 (2), 25–32.

Yle. 2016. Miehin juttu on väline oman terveyden ylläpitoon. Saatavissa: http://yle.fi/uutiset/miehin_juttu_on_valine_oman_terveyden_yllapitoon/7830990 [viitattu 1.3.2016].

Ylimäki, E.-L., Kanste, O., Heikkinen, H., Bloigu, R. & Kyngäs, H. 2014. Työikäisten lappilaisten verisuoniterveys ja sitoutuminen elintapamuutokseen. Hoitotiede 2014, 26 (1), 25–37.

Ylimäki, E.-L. 2015 Ohjausintervention vaikuttavuus elintapoihin ja elintapamuutokseen sitoutumiseen. Väitöskirja. Oulun yliopisto.

YTHS. Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö. 2016. Virtuaalipainonhallinta. Saatavissa: <http://www.yths.fi/hevi> [viitattu 13.5.2016].

RUOKAPÄIVÄKIRJA / ROKKA-RYHMÄ

NIMI: _____

PÄIVÄ: _____

Kellonaika	Missä paikassa söit?	Mitä söit? Kirjoita ruoka sekä juoma, sekä määrä.	Tunne ruokailun jälkeen: kylläinen / vatsa täynnä, ähky, jäi vielä nälkä, tms.

Hei!

Ruokapäiväkirjaa täytetään viikon ajan. Jokaiselle päivälle on oma sivunsa. Aloita seuraavana päivänä uusi sivu, vaikka edellisen päivän sivulle vielä mahtuisi. Kellonaika pyydetään myös merkitsemään.

Merkitsethän myös missä ruokailet (kotona, työpaikalla, ravintolassa, kylässä jne).

Aloita aterioiden kirjaaminen heti aamusta ja kirjaa kaikki ylös, mitä päivän aikana syöt. (vesilasilliset, karkit, jne.) Muista kirjata myös määrät, esimerkiksi 2 tummaa voileipää tai 2 lasillista kevytmaitoa.

Viimeisessä sarakkeessa on tilaa merkinnälle, tuliko vatsa täyteen tai tuliko ähky, vai jäikö vielä nälkä.

terveisin

Hanna Hotakainen

ESITieto- JA HAASTATTELULOMAKE / ROKKA-RYHMÄ

ETUNIMI: _____

IKÄ: _____

KUINKA MONTA HENKEÄ ASUU SAMASSA TALOUDESSA KANSSASI? _____

KUKA TALOUDESSANNE VALMISTAA RUOAT? _____

KUKA TALOUDESSANNE TEKEE RUOKAOSTOKSET JA KUINKA MONTA KERTAA
VIIKOSSA KAUPASSA KÄYDÄÄN? _____

KUINKA PALJON VIIKOSSA TALOUDESSANNE KULUU RAHAA RUOKAAN? _____

ONKO SINULLA JOKIN ERITYISRUOKAVALIO, MIKÄ PITÄÄ HUOMIOIDA RUOKAOS-
TOKSIA TEHDESSÄ? JOS ON, MIKÄ? _____

MILLÄ PERUSTEELLA TEET OSTOPÄÄTÖKSEN RUOASTA KAUPASSA? (esim. ter-
veellisyys / hinta / tarjoukset / mieliteko)

MINKÄLAISET EVÄÄT OTAT TÖIHIN? _____

MITEN KAUAN OLET TYÖSKENNELLYT SOTEKILLA? _____

OLETKO AIKAISEMMIN OSALLISTUNUT RYHMÄTOIMINTAAN SOTEKILLA? JOS
OLET, MINKÄLAISEEN? _____

MINKÄLAISENA OLET KOKENUT ROKKA-RYHMÄN TOIMINNAN? _____

KUVAUS ROKKA-RYHMÄN TOIMINNASTA

Maaliskuussa 2015 järjestettiin Sotekin tiloissa tuleville Rokka-ryhmäläisille tiedotustilaisuus, jossa ryhmän toimintaa esiteltiin tarkemmin ja ryhmäläiset tapasivat toisensa ensi kertaa. Vain muutama heistä tunsivat toisensa etukäteen. Paikalla oli terveydenhoitajan lisäksi myös opinnäytetyön tekijä. Tuleville ryhmäläisille kerrottiin opinnäytetyöstä, ja erityisesti siitä, miten se kytkeytyy Rokka-ryhmään. Eli ryhmäläisten toivottiin osallistuvan ruokapäiväkirjojen täyttöön kolme kertaa ryhmätoiminnan aikana, ja opinnäytetyössä analysoidisiin ruokapäiväkirjojen sisältöä. Tilaisuudessa käytiin läpi myös opinnäytetyöprosessiin liittyviä asioita, muun muassa suostumusta ja opinnäytetyöntekijän vaitiolovelvollisuutta. Tilaisuudessa kysyttiin ja kartoitettiin myös miesten toiveita siitä, minkälaisia ruokia he haluaisivat valmistaa. Miehet esittivätkin toiveita, esimerkiksi *sämpylöiden leipominen ja vähän kolesterolia sisältävien ruokien valmistaminen*.

Rokka-ryhmän varsinainen toiminta ajoittui huhti-kesäkuulle 2015. Lopullisessa ryhmässä oli 7 miestä. Tapaamisiin osallistuminen vaihteli 5–7 miehen välillä, yleensä syy poissaololle oli sairaus tai työeste. Tapaamisia oli yhteensä kymmenen. Tapaamiset olivat kerran viikossa ja niiden kesto oli 3–3,5 tuntia. Ryhmän tapaamispaikkana oli Sotekin ruokala, jossa ruoanvalmistus oli mahdollista. Ruokalassa oli tavallinen sähköhella ja -uuni, niin kuin kodeissakin. Lisäksi siellä oli tarpeeksi työskentelytilaa tyhjien ruokapöytien ääressä.

Ryhmätapaamisten aikana valmistettiin yhdessä ruokaa ja ruokailtiin yhdessä. Myös terveydenhoitaja osallistui ruokailuun, samoin opinnäytetyön tekijä, silloin kun oli paikalla. Lopuksi hoidettiin tiskaus ja tilojen siivous. Rokka-ryhmän kokoontumiset järjestettiin miesten työaikana, tästä oli sovittu etukäteen ryhmäläisten esimiesten kanssa. Viimeinen tapaaminen ja ryhmän päätöstilaisuus oli eräässä kaupungin puistossa, jossa oli muun muassa grillauspaikka. Grillauksen jälkeen käytiin vielä kävelylenkillä puistossa.

Tavoitteena jokaisella tapaamiskerralla oli valmistaa pääruoka, jonka lisukkeena oli salaatti tai jotakin kasvista, esimerkiksi uunissa valmistettuna. Jälkiruokana oli esimerkiksi rahkaa tai jokin leivonnainen. Ryhmäläisten valmistamat pääruoat ovat esiteltynä taulukossa 13, samassa taulukossa on myös ryhmään osallistuneiden miesten määrä tapaamiskerroittain.

Taulukko 13. Rokka-ryhmäläisten valmistamat pääruoat ja ryhmäläisten osallistuminen tapaamisittain.

Päivämäärä	Valmistettu pääruoka (lisänä aina kasviksia/salaattia+jälkiruoka)	Osallistujamäärä
2.4.2015	Maissikana	7
9.4.2015	Kalakeitto	6
16.4.2015	Jauhelihapirakka	7
23.4.2015	Täytetyt paprikat	6
30.4.2015	Voileipäkakku	5
7.5.2015	Pinaattilasagne	6
15.5.2015	Täytetty broilerin rintafile	6
21.5.2015	Kalkkunakasvispannu + lämpimät leivät	7
28.5.2015	Nachos supreme	6
4.6.2015	Makkaran paisto+salaatteja (tapaaminen puistossa)	5

Valmistettavien ruokien reseptit etsittiin Valion nettisivuilta, ja valinnoissa käytettiin reseptipalvelun vähärasvaisempia vaihtoehtoja. Ensimmäiselle kerralle valmistettavat ruoat valitsi terveydenhoitaja. Heti seuraavasta kerrasta lähtien ryhmäläiset, jokainen vuorollaan, valitsivat ja ehdottivat valmistettavia ruokia. Lopullinen valinta ja reseptin etsintä tehtiin yhdessä terveydenhoitajan kanssa. Valion nettisivujen käyttö omaksuttiin nopeasti, ja reseptien haku onnistui osalta ryhmäläisistä omilta kännyköiltä. Osa valituista ruoista herätti ensin epäilyjä ja ennakkoluuloja. Näin kävi esimerkiksi pinaattilasagnen kohdalla. Sitä ei kuitenkaan jäänyt yhtään jäljelle, ruoka maistui ja eräs ryhmäläinen totesikin ruoasta *ei voi olla näin hyvää*.

Ruokien valmistelu ja valmistaminen tehtiin yleensä pareittain tai kolmen miehen ryhmässä. Ensimmäisellä kerralla ohjattiin myös käsien pesu ja käsidesin käyttö, sekä kertakäyttöhansikkaiden käyttö. Nämä asiat miehet omaksuivat nopeasti. Ruokaostokset hoidettiin ennen tapaamista, päävastuussa niistä oli terveydenhoitaja. Ruokaostokset maksoi Sotek. Ryhmäläiset kävivät vuorotellen kaupassa terveydenhoitajan kanssa. Näin pystyttiin varmistamaan myös henkilökohtainen ohjaus ostosten teossa, esimerkiksi vähärasvaisempien tuotteiden valinnan suhteen.

KIRJALLINEN SUOSTUMUS TUTKIMUKSEEN

Suostun osallistumaan haastatteluun sekä täyttämieni ruokapäiväkirjojen tietojen käyttämiseen, joilla kerätään aineistoa terveydenhoitaja YAMK -opiskelija Hanna Hotakaisen opinnäytetyötä varten. Opinnäytetyön alustava nimi on Rokka-ryhmä: Miesten ruokailutottumusten selvittämistä ruokapäiväkirjojen avulla. Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää, tapahtuuko Rokka-ryhmäläisten ruokailutottumuksissa muutoksia ryhmän toiminnan aikana tai sen vaikutuksesta, sekä ruokailutottumuksiin vaikuttavia tekijöitä. Ruokapäiväkirjojen sekä haastattelun sisältämiä tietoja käsitellään ja säilytetään luottamuksellisesti, eikä niitä käytetä muuhun tarkoitukseen. Opinnäytetyön valmistumisen jälkeen sekä haastattelulomakkeet että ruokapäiväkirjat tuhoataan.

Aika ja paikka

Opinnäytetyöhön osallistuvan ja haastateltavan allekirjoitus ja nimenselvennys

Haastattelijan allekirjoitus ja nimenselvennys
