



**TERVEYDENHOITAJIEN TIEDOLLISET VALMIUDET ANTAA
KÄYTÄNNÖNLÄHEISTÄ RAVITSEMUSSUOSITUSTEN
MUKAISTA RAVITSEMUSNEUVONTAA**

Opinnäytetyö

Elina Eskelinen, Katariina Kinnunen, Eija Vauhkonen

Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystyö

Hyväksytty _____.____._____

SAVONIA- AMMATTIKORKEAKOULU

Terveysala, Kuopio

OPINNÄYTETYÖ

Tiivistelmä

Koulutusohjelma: Hoitotyön koulutusohjelma	
Suuntautumisvaihtoehto: Terveydenhoitotyö	
Työn tekijät: Elina Eskelinen, Katariina Kinnunen, Eija Vauhkonen	
Työn nimi: Terveydenhoitajien tiedolliset valmiudet antaa käytännönläheistä ravitsemussuositusten mukaista ravitsemusneuvontaa	
Päiväys: 8.2.2010	Sivumäärä, liitteet: 51 sivua, 21 liitesivua
Ohjaaja: Sari Aalto	
Yhteistyötahot: Varkauden kaupungin sosiaali- ja terveyskeskus, Iisalmen seudun kansanterveystyön kuntayhtymän terveydenhuolto, Siilinjärvi-Maaningan kuntayhtymän terveystoimi	
<p>Terveellinen ravitseminen on keskeinen terveyttä ylläpitävä tekijä. Terveyden edistämisen asiantuntijana terveydenhoitaja on avainasemassa ravitsemusneuvonnan toteuttajana. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää terveydenhoitajien tiedolliset valmiudet antaa käytännönläheistä ravitsemussuositusten mukaista ravitsemusneuvontaa.</p> <p>Tutkimus oli kvantitatiivinen. Aineisto kerättiin postitettavalla kyselylomakkeella, joka sisälsi pääasiassa suljettuja tosiasiakysymyksiä. Kyselylomake käsitteli suolan käytön vähentämistä, sakkaroosin kohtuullista käyttöä, ruokavalion rasvan laadun parantamista, kasvien, marjojen ja hedelmien riittävää käyttöä sekä ravintokuidun riittävän saannin takaamista. Nämä aiheet ovat Finravinto 2007 -tutkimuksessa todettuja suomalaisen ravitsemuksen kehitystarpeita.</p> <p>Kysely toteutettiin toukokuussa 2009 ja tutkimukseen osallistui 35 terveydenhoitajaa Varkauden kaupungin, Iisalmen seudun kansanterveystyön kuntayhtymän sekä Siilinjärvi-Maaningan kuntayhtymän alueelta. Tutkimukseen osallistui 58 prosenttia terveydenhoitajista, joille kyselylomakkeet lähetettiin, ja osallistuneet terveydenhoitajat edustivat monipuolisesti terveydenhoitajien eri toimintasektoreita. Aineisto analysoitiin SPSS 16.0 for Windows -tilasto-ohjelman ja Microsoft Excel 2007 -taulukkolaskentaohjelman avulla.</p> <p>Tutkimustulokset osoittivat, että tutkimukseen osallistuneiden terveydenhoitajien ravitsemusosaaminen on keskimäärin hyvällä tasolla. Erityisen hyvin hallittiin rasvan laatua sekä kasviksien, marjojen ja hedelmien käyttöä koskeva tieto. Jotkin aihealueet hallittiin kuitenkin selvästi heikommin, ja tällä voi olla asiakkaan saaman ravitsemusneuvonnan kannalta merkitystä. Haastaviksi aiheiksi osoittautuivat muun muassa pakkausmerkintöjen lukeminen sekä suolaan liittyvien suositusten toteuttaminen.</p> <p>Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää jatkotutkimusten perusteena. Tulokset viittaavat siihen, että joillain osa-alueilla terveydenhoitajien ravitsemusosaaminen voi olla riittämätöntä, mutta tulokset eivät otoskoon pienuuden vuoksi ole yleistettävissä. Siksi terveydenhoitajien ravitsemusosaaminen edellyttää jatkossa laajempaa selvitystä.</p>	
Avainsanat: ravitseminen, ravitsemusneuvonta, osaaminen, terveydenhoitaja	
Julkinen <input checked="" type="checkbox"/>	Salainen <input type="checkbox"/>

SAVONIA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Health Professions Kuopio

THESIS

Abstract

Degree Programme: Degree program in Nursing	
Option: Registered Public Health Nurse	
Authors: Elina Eskelinen, Katariina Kinnunen, Eija Vauhkonen	
Title of Thesis: Nutritional knowledge of public health nurses to give practical nutritional counselling applying official Finnish nutrition guidelines	
Date: 8.2.2010	Pages, appendices: 51 pages, 21 appendix pages
Supervisor: Sari Aalto	
Contacts: Public health services of Varkaus, Iisalmi and Siilinjärvi-Maaninka	
<p>Healthy nutrition is a crucial part of maintaining good health. As a health promotion specialist public health nurse has a significant role in giving nutritional counselling to improve community health. Most of the population will see a public health nurse several times during their lives. The purpose of this research was to examine the knowledge of public health nurses to give practical nutritional counselling applying official Finnish nutrition guidelines.</p> <p>This was a quantitative research. The data was collected with questionnaire that contained structured questions, with the answers revealing the nutritional knowledge of public health nurses. The questionnaire was sent by mail. It included questions concerning reducing the amount of salt and sucrose, improving the quality of fats used, increasing the amount of vegetables, fruits and berries and including enough fiber in ones diet. In Finravinto 2007 research these topics were picked to be the ones Finnish people need to improve in their diet.</p> <p>The data was collected in May 2009. Total sample was 35 public health nurses from Varkaus, Iisalmi and Siilinjärvi-Maaninka, which is 58 percent of nurses the questionnaire had been sent to. Total sample included public health nurses from different assignments. The data was analyzed with SPSS 16.0 for Windows and Microsoft Excel 2007.</p> <p>The result of this research indicates that on average the public health nurses who took part on this research have good nutritional knowledge. The best knowledge they had was in using healthy fats and vegetables, fruits and berries in ones diet. Concerning some of the topics, such as reading nutritional information from the products label and reducing the amount of salt in diet, the public health nurses had remarkably weaker knowledge. That can effect to quality of nutritional counselling they give.</p> <p>The results of this research can be used as an indicator for wider research. The results suggest that the nutritional knowledge of public health nurses can be deficient, but the results cannot be generalised because of the limited sampling of this research. Therefore wider research concerning the nutritional knowledge of public health nurses is needed.</p>	
Keywords: nutrition, knowledge, counselling, public health nurse	
Public <input checked="" type="checkbox"/>	Secure <input type="checkbox"/>

SISÄLTÖ

1	TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARVE.....	5
2	AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET TERVEYSALAN AMMATTILAISTEN RAVITSEMUSOSAAMISESTA	6
3	TERVEYDENHOITAJAN TOTEUTTAMAN RAVITSEMUSNEUVONNAN LÄHTÖKOHDAT	8
	3.1 Ravitsemussuositusten mukainen ruokavalio	9
	3.2 Suomalaisen ravitsemuksen kehityskohdat ja niitä koskevat suositukset	11
	3.3 Käytännönläheisyys ravitsemusneuvonnassa	13
	3.4 Terveydenhoitajan ammattitaitovaatimukset ravitsemusneuvonnan näkökulmasta	14
4	TUTKIMUSKYSYMYKSET	15
5	TUTKIMUSPROSESSIN KUVAUS	15
	5.1 Kohderyhmä ja aineiston keruu	16
	5.2 Mittari	17
	5.3 Aineiston analysointi	22
6	TUTKIMUSTULOKSET	25
	6.1 Tutkimukseen osallistuneiden terveydenhoitajien taustatiedot	25
	6.2 Tutkimukseen osallistuneiden terveydenhoitajien ravitsemusosaaminen	26
	6.3 Tutkimukseen osallistuneiden terveydenhoitajien arvio omasta ravitsemusosaamisestaan	35
7	POHDINTA	36
	7.1 Tutkimustulosten pohdintaa ja johtopäätöksiä.....	36
	7.2 Tutkimusprosessin arviointi.....	39
	7.3 Oman ammatillisen kehittymisen arviointi.....	41
	7.4 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	42
	7.5 Tutkimustulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet.....	45
	LÄHTEET	47
	LIITTEET	
	Liite 1. Tutkimuslupa, Varkauden kaupungin sosiaali- ja terveyskeskus.....	52
	Liite 2. Tutkimuslupa, Iisalmen seudun kansanterveystyön kuntayhtymän terveydenhuollon hallinto	55
	Liite 3. Tutkimuslupa, Siilinjärvi-Maaningan kuntayhtymän sosiaali- ja terveystoimi .	57
	Liite 4. Kyselylomake	60
	Liite 5. Saatekirje.....	70
	Liite 6. Oikeiden vastausten määrä aineistossa kysymyksittäin.....	71

1 TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARVE

Terveellinen ravitsemus on keskeinen terveyttä ylläpitävä tekijä (Puumalainen 2004, 20). Se ei kuitenkaan toteudu suomalaisen väestön keskuudessa toivotulla tavalla (Mattinen & Koivuniemi 2007, 32; Pietinen 2008, 146; Piirainen, Isolauri, Huurre, Hoppu & Laitinen 2004, 2047; Uski, Töyry, Manninen & Räsänen 2002, 392). Viime vuosisadan lopulla suomalaisten ravitsemustottumukset ovat kehittyneet terveellisempään suuntaan, mutta 2000-luvun alussa positiivinen kehitys näyttää pysähtyneen ja ylipaino on lisääntynyt (Puumalainen 2004, 20). Lasten ravitsemuksen kehitys näyttää jopa kääntyneen huonompaan suuntaan (Hasunen ym. 2004, 18). Suomalaisten ravitsemuksessa on siis edelleen kehitettävää (Pietinen 2008, 146). Finravinto 2007 -tutkimuksen mukaan suomalaiset käyttävät ruokavaliossaan liikaa suolaa ja sakkaroosia, liian vähän kasviksia, marjoja ja hedelmiä, liikaa tyydyttynyttä rasvaa sekä liian vähän kuitua.

Tämä tutkimus keskittyy selvittämään terveydenhoitajien ravitsemustiedollisia valmiuksia. Ravitsemusneuvontaa ja -ohjausta on tutkittu ja pyritty kehittämään menetelmällisestä näkökulmasta (Absetz & Valve 2004; Mattinen & Koivuniemi 2007; Piirainen ym. 2004; Poskiparta, Kasila, Kettunen, Liimatainen & Vähäsarja 2004), mutta siitä huolimatta suomalaisten ravitsemus ei vielä väestötasolla vastaa annettuja suosituksia (Finravinto 2007 -tutkimus, 2008). Yhteisötasolla hyvän ravitsemustietojen hallinnan ja ravitsemukseen liittyvien valintojen terveellisyyden välillä voidaan todeta yhteys (Ares, Giménez & Gámbaro 2008, 667; Eriksson-Backa 2003, 183), joten on aiheellista selvittää, onko väestöllä mahdollisuus saada ravitsemusneuvonnassa ajantasaista ja ymmärrettävää tietoa. Tällainen neuvonta edellyttää sitä antavilta tahoilta vankkaa ravitsemuksen tiedollista osaamista (Ilmonen, Isolauri & Laitinen 2007, 3661). Tutkimuksemme painottaa käytännönläheistä tietoa siksi, että ravitsemusneuvonta on tehokasta vain, jos tieto voidaan antaa muodossa, jossa asiakas voi vaivatta soveltaa sitä arkeensa. Jotta asiakkaan toiminnassa voisi tapahtua muutos, hänen saamiensa neuvojen tulee olla käytännönläheisiä (Seiber 1997, 749), ja neuvonnan tulee kertoa asiakkaalle esimerkiksi, mitä tuotteita valita kaupassa, miten valmistaa ruokaa ja miten koota ateriansa, jotta terveellinen ruokavalio toteutuisi (Heinonen 1998, 40–41).

Terveydenhoitaja on keskeisessä asemassa terveyttä edistävän ravitsemusneuvonnan toteuttajana, koska hän tavoittaa väestön kattavasti ja toistuvasti elämänkaaren eri vaiheissa (Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon 2006, 85, 88; Terveydenhoitajan työn - - 2001). Silti ravitsemusneuvontaa antavien hoitajien tiedollisia valmiuksia on tutkittu vain vähän. Muutamissa tutkimuksissa, joissa hoitotyöntekijät ovat itse arvioineet ravitsemusosaamisensa tasoa, ravitsemustiedot on todettu puutteellisiksi (Ilmonen ym. 2007; Mowe ym. 2008). Valtion ravitsemusneuvottelukunnan toimintaohjelmassa kansallisten ravitsemussuositusten toteuttamiseksi (2001, 44) todetaan, että usein terveysalan ammattilaisen saama ravitsemuskoulutus ja käytännön asettamat vaatimukset eivät kohtaa. Tämän vuoksi terveydenhoitajien ravitsemusosaamisen tasoa on tärkeää selvittää.

2 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET TERVEYSALAN AMMATTILAISTEN RAVITSEMUSOSAAMISESTA

Tässä tutkimuksessa tehtiin aluksi kirjallisuuskatsaus aiemmista tutkimuksista, jotka ovat selvittäneet terveysalan ammattilaisten ravitsemusosaamista. Aineistohakua toteutettiin Cinahl-, Linda-, Medic-, Medline- sekä Aapeli-tietokannoista. Aineistonhaun yhteydessä selvisi, että aiheesta on ajantasaista tutkimustietoa hyvin vähän. Löydetyt tutkimukset, selvitykset ja kannanotot osoittivat kuitenkin, että hoitoalan työntekijöiden ravitsemustiedollinen osaaminen ei näyttäisi olevan työn asettamia vaatimuksia vastaavalla tasolla. Seuraavassa on lyhyt selostus keskeisimmistä tutkimuksista.

Tutkimus neuvolassa työskentelevien terveydenhoitajien ravitsemuskoulutuksen tarpeesta (2007). Tutkimuksessa selvitettiin äitiys- ja lastenneuvoloissa työskentelevien terveydenhoitajien saamaa ravitsemuskoulutusta, ravitsemuskoulutuksen tarvetta sekä ravitsemusneuvonnan käytäntöjä. Monivalintakysymyksiä, väittämiä sekä avoimia kysymyksiä sisältävä tutkimuslomake lähetettiin 650 hoitajalle, joista 327 (50 %) palautti lomakkeen hyväksytysti täytettynä. (Ilmonen ym. 2007, 3661–3666.)

Lähes kaikki vastaajat olivat kiinnostuneita ravitsemuksesta ja kokivat ravitsemusneuvonnan tärkeäksi neuvolatyön osa-alueeksi. Lähes puolet vastaajista arvioi oman tietämyksensä lisäämisen tärkeimmäksi kehityskohteeksi ravitsemusneuvonnassa. Lähes kaikki vastaajat toivoivat lisää ravitsemuskoulutusta ja erityisesti ravitsemusneuvontataitojen opetusta. (Ilmonen ym. 2007, 3661–3666.)

Pohjoismainen tutkimus hoitajien ja lääkäreiden ravitsemusosaamisesta (2004).

Ravitsemukseen liittyviä asenteita ja käytäntöjä selvittävä kyselylomake lähetettiin 6000 lääkärille ja 6000 hoitajalle Tanskassa, Ruotsissa ja Norjassa. Tutkimukseen valittiin hoitajia ja lääkäreitä, jotka työskentelivät osastoilla, joissa ravitsemukseen liittyvät ongelmat olivat tavallisia. Tällainen osasto on esimerkiksi gastroenterologinen osasto. Kyselylomakkeessa oli väittämiä, jotka käsittelivät ravitsemusongelmia sekä omaa asennetta ravitsemusosaamistaan kohtaan, ja näihin väittämiin vastattiin asteikolla ”täysin samaa mieltä - samaa mieltä - eri mieltä - täysin eri mieltä”. Lisäksi kysyttiin yksityiskohtaista tietoa muutamista ravitsemusongelmista ja niiden hoidosta. Toteutunut otos oli 4515 osallistujaa (36,7 %). Aineisto käsiteltiin SPSS-tilasto-ohjelmalla. (Mowe ym. 2008, 196–202.)

Tutkimuksessa todettiin, että vastaajien mukaan yleisin syy huonosti toteutuneeseen ravitsemushoittoon on työntekijän tiedon puute. Lisäksi hyvien ravitsemushoittoon liittyvien käytäntöjen ja hyvien ravitsemustietojen väliltä löytyi yhteys. Tutkimukseen osallistuneiden maiden välillä oli huomattavia eroja vastauksissa. (Mowe ym. 2008, 196–202.)

Selvitys hoitajien antamasta ravitsemusohjauksesta Turun terveystoimessa (2002).

Tutkimuksessa selvitettiin Turun terveystoimessa työskentelevien sairaanhoitajien, terveydenhoitajien ja lähi- sekä perushoitajien antamaa ravitsemusohjausta. Kysely toteutettiin kyselylomakkeella, jonka osallistujat täyttivät koulutuspäivän yhteydessä siihen varattuna aikana. Lomakkeella kysyttiin, miten usein hoitotyöntekijä kohtaa työssään asiakkaan, jolla on ravitsemusneuvonnan tarve, miten usein hoitaja toteuttaa ravitsemusneuvontaa, mitä ravitsemusneuvonta sisältää, miten neuvonta dokumentoidaan ja miten usein hoitaja tuntee tarvetta lähettää asiakas ravitsemusterapeutille. Hyväksytysti täytettyjä lomakkeita palautettiin 194. (Mattinen 2007, 5–13.)

Tutkimuksen mukaan hoitajat eivät aina vastanneet huomaamaansa ravitsemusneuvonnan tarpeeseen. Neuvonnan toteuttamatta jättämisen syitä tutkimus ei selvittänyt. Lisäkoulutuksen tarve osoittautui olevan riippuvainen siitä, millä toimintasektorilla hoitaja työskenteli. Ravitsemusneuvonnan kirjaaminen todettiin puutteelliseksi. (Mattinen 2007, 13–19.)

Tutkimus brittiläisten kätilöiden koulutuksesta, tietotasosta ja asenteista koskien raskaudenaikaista ravitsemusta (1994). Tutkimuksessa selvitettiin kätilöiden saamaa ravitsemuskoulutusta, ravitsemusosaamisen tasoa sekä asenteita raskaudenaikaista ravitsemusta kohtaan. Tutkimus toteutettiin kyselyhaastatteluna, johon osallistui 77 kätilöä. (Mulliner, Spiby & Fraser 1995, 37.)

Selvästi suurin osa (86 %) kätilöistä oli saanut jonkinlaista ravitsemuskoulutusta. Kaksi kolmasosaa haastatteluun osallistuneista kätilöistä oli saanut vähemmän kuin kaksi luentoa opetusta ravitsemuksesta. Lähes puolet sai huonon tuloksen kyselyn tietotasoa mittaavasta osiosta. Kuitenkin yli kaksi kolmannesta kätilöistä työskenteli työpisteessä, jossa heidän edellytettiin antavan ravitsemusohjausta. (Mulliner ym. 1995, 37–41.)

3 TERVEYDENHOITAJAN TOTEUTTAMAN RAVITSEMUSNEUVONNAN LÄHTÖKOHDAT

Terveydenhoitajan toteuttaman ravitsemusneuvonnan tulee perustua virallisiin ravitsemussuosituksiin. Neuvonnassa tietoa tulee antaa asiakkaalle ymmärrettävässä, helposti arkeen sovellettavassa muodossa. (Opetussuunnitelma 2008, 23.) Toteuttaakseen yksilöllistä, asiakkaan tarpeet huomioivaa ja käytännönläheistä ravitsemusneuvontaa terveydenhoitajan tulee hallita ravitsemussuositusten sisältö hyvin.

3.1 Ravitsemussuositusten mukainen ruokavalio

Ravitsemussuositusten mukaisella ruokavaliolla tarkoitetaan Valtion ravitsemusneuvottelukunnan vuonna 2005 asettamien suomalaisten ravitsemussuositusten mukaista ruokavaliota. Suositusten tavoitteena on parantaa suomalaisten ruokailutottumuksia ja sen myötä edistää väestön terveyttä. Suositukset toimivat ravitsemusneuvonnan peruslähdeaineistona. Suositukset on laadittu väestötasolle, ja yksilötasolla tulee aina huomioida myös asiakkaan yksilölliset, vaihtelevat tarpeet. Suositusten mukainen ruokavalio soveltuu kohtalaisesti liikkuville terveille ihmisille sekä niille, joilla on tyypin 2 diabetes, kohonnut verenpaine tai kohonneet veren rasva-arvot. Ravitsemussuositukset on tarkoitettu toteutettaviksi pitkällä aikavälillä, esimerkiksi kuukausitasolla. Suositukset sisältävät ohjeistuksia energian ja ravintoaineiden saannista, ruokien valinnasta, ravintovalmisteista ja täydennetyistä elintarvikkeista sekä fyysisestä aktiivisuudesta. (Suomalaiset ravitsemussuositukset 2005, 3, 7.)

Energian ja ravintoaineiden saanti. Energian saannin ja kulutuksen tulee olla tasapainossa normaalipainon ylläpitämiseksi ja terveyden edistämiseksi. Energiantarve on yksilöllinen ja siihen vaikuttaa muun muassa sukupuoli, paino ja fyysinen aktiivisuus. Energian saannin ja kulutuksen välillä katsotaan olevan tasapaino, kun henkilön paino pysyy normaalipainon rajoissa eli hänen painoindeksinsä (BMI, body mass index) pysyy välillä 18,5–25. (Suomalaiset ravitsemussuositukset 2005, 10–14.)

Energiasta noin 55 prosenttia tulee saada hiilihydraatista, noin 15 prosenttia proteiinista ja noin 30 prosenttia rasvasta. Enintään 10 prosenttia kokonais-energiansaannista tulee saada sokerista (sakkaroosista) ja vähintään 2/3 ruokavalion rasvasta tulee olla pehmeää eli tyydyttymätöntä rasvaa. Ruokasuolan saanti aikuisella naisella saa olla enintään kuusi grammaa vuorokaudessa ja miehellä seitsemän grammaa vuorokaudessa. Alle 2-vuotiaiden lasten suolansaanti tulee suhteuttaa energiansaantiin niin, että lapsi saa suolaa alle 0,5 grammaa/MJ. Ravintokuidun saantisuositus aikuisille on 25–35 grammaa päivässä. Alkoholin käytön tulee olla kohtuullista: aikuisen naisen suositeltava enimmäisannos vuorokaudessa on yksi alkoholiannos (10 grammaa puhdasta alkoholia), ja miesten suositeltu enimmäisvuorokausiannos on kaksi alkoholiannosta (20 grammaa puhdasta alkoholia). (Suomalaiset ravitsemussuositukset 2005, 10–21, 32–33, 36.)

Ruokavalion tulee olla monipuolinen ja vaihteleva sekä sisältää runsaasti kasviksia, marjoja ja hedelmiä, jolloin vitamiinien ja kivennäisaineiden saanti D-vitamiinia lukuun ottamatta on riittävää. (Suomalaiset ravitsemussuositukset 2005, 22.)

Ruokien valinta. Käytännössä terveellisen ruokavalion koostaminen tarkoittaa säännöllistä ateriarytmiä ja lautasmallin mukaista ruokailua. Lautasmallin mukaisesta annoksesta puolet on kasviksia, marjoja ja hedelmiä, neljännes lihaa, kalaa, kanaa ja munaa, sekä neljännes viljavalmisteita tai perunaa. Täysjyväviljavalmisteet, kasvikset, hedelmät ja marjat sopivat joka aterialle. Liha- ja maitotuotteiksi valitaan vähärasvaisia vaihtoehtoja ja kalaa on hyvä nauttia 2–3 kertaa viikossa. Leivälle, leivontaan, ruoanlaittoon ja salaatinkastikkeisiin sopii pehmeä rasva eli kasviöljy ja kasviöljypohjaiset levitteet. Sokeria (sakkaroosia) ja suolaa tulee nauttia vain kohtuudella. (Suomalaiset ravitsemussuositukset 2005, 35–39.)

Ravintovalmisteet ja täydennetyt elintarvikkeet. Perusterve aikuinen pystyy tavallisesti monipuolisella ruokavaliolla saamaan kaikkia ravintoaineita suositusten mukaiset määrät. D-vitamiinilisän sisältävät maito- ja rasvavalmisteet ovat kaikille suositeltavia, mutta muutoin vitamiini- ja kivennäisainelisiä sisältäviä tuotteita tulee käyttää harkiten, etteivät saantisuositukset ylity. Jotkin erityisryhmät voivat hyötyä ravintovalmisteista, kuten vitamiinilisistä. Tällaisia erityisryhmiä ovat esimerkiksi vegaanit ja vähäenergisellä dieetillä laihduttavat henkilöt. (Suomalaiset ravitsemussuositukset 2005, 41.) D-vitamiinin nykyisen saantisuosituksen riittävydestä käydään aktiivista keskustelua ja suositusta saatetaan nostaa lähitulevaisuudessa (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2006; Viljakainen 2008, 77–78). Tällöin ravintovalmisteiden käytön tarve tulee harkita uudestaan. Nykyinen D-vitamiinin saantisuositus on 2–60-vuotiaille 7,5 µg sekä alle 2-vuotialle ja yli 60-vuotialle 10 µg vuorokaudessa (Suomalaiset ravitsemussuositukset 2005, 23).

Liikuntasuositus. Kohtuullisesti kuormittavaa liikuntaa, kuten reipasta kävelyä, suositellaan aikuisväestölle vähintään 30 minuuttia ja lapsille ja nuorille vähintään 60 minuuttia päivittäin. Liikunta voidaan jakaa useisiin lyhyempiin liikuntasuorituksiin. Erityisesti lapset ja nuoret hyötyvät liikunnan monipuolisuudesta. (Suomalaiset ravitsemussuositukset 2005, 42.)

3.2 Suomalaisen ravitsemuksen kehityskohdat ja niitä koskevat suositukset

Suomalaisen ravitsemustottumukset ovat viime aikoina kehittyneet pääasiassa positiiviseen suuntaan, mutta kehitettävää löytyy edelleen. Finravinto 2007 -tutkimuksessa, joka selvittää työikäisen väestön ruoankäyttöä ja ravintoaineiden saantia, kehitystarpeiksi nousivat erityisesti liiallinen suolan ja sokerin (sakkaroosin) saanti, ruokavalion rasvojen huono laatu (liikaa tyydyttyynyttä rasvaa), liian vähäinen kasvien, marjojen ja hedelmien käyttö sekä liian niukka ravintokuidun saanti. Valtion ravitsemusneuvottelukunnan asettamat suomalaiset ravitsemussuositukset (2005) sisältävät myös nämä ravitsemuksen osa-alueet, joista annettuja suosituksia eritellään seuraavaksi tarkemmin.

Ruokasuola. Ruokasuolan sisältämä natrium on aineenvaihdunnan kannalta välttämätöntä. Elimistö tarvitsee natriumia kuitenkin suhteellisen vähän, ja suomalaiset saavat natriumia yleensä moninkertaisesti tarpeeseen verrattuna. Liiallisesti saatuna natrium nostaa verenpainetta ja lisää sen myötä sydän- ja verisuonitautien riskiä. Lisäksi se voi osaltaan vaikuttaa munuais kivien ja osteoporoosin syntyyn. (Suomalaiset ravitsemussuositukset 2005, 32.)

Elimistön natriumintarpeen täyttämiseksi riittää arviolta 1,5 grammaa ruokasuolaa vuorokaudessa (Suomalaiset ravitsemussuositukset 2005, 32). Suomalaisten suolansaanti on kuitenkin huomattavasti yli tarpeen, naisilla keskimäärin 6,1 g/vrk ja miehillä 8,1 g/vrk (Paturi, Tapanainen, Reinivuo & Pietinen 2008, 79), joten ravitsemussuositusten tavoitteeksi on asetettu realistinen ja kansanterveyden huomioiva kompromissi: naisille 6 g/vrk ja miehille 7 g/vrk. Vähentämällä suolan saantia 5–6 grammaan vuorokaudessa voidaan kuitenkin saavuttaa terveydellisiä lisähyötyjä. Lasten suolasuositus (0,5 g/MJ) on sovellettu aikuisten suosituksista. Suolankäytön tottumukset syntyvät lapsuuden aikana, joten vähäsuolaisen ruokavalion noudattaminen lapsuudessa helpottaa suositusten toteuttamista myös aikuisiässä. (Suomalaiset ravitsemussuositukset 2005, 32–33.)

Sokeri eli sakkaroosi. Suomalaisten aikuisten, erityisesti naisten, sokerin saanti ylittää suositellun rajan (Pietinen 2008, 146). Sokeri alentaa ruokavalion ravintoainetiheyttä eli ravintoaineiden määrää suhteessa energiaan. Liiallinen sokerin saanti heikentää

ravinnon laatua, ja tämän vuoksi sokerin saantia tulisi rajoittaa niin, että enintään 10 prosenttia kokonaisenergiasta tulee lisätystä sokerista eli sakkaroosista. Lisäksi sokeri on haitallista suun ja hampaiden terveydelle. (Suomalaiset ravitsemussuositukset 2005, 18.)

Rasvan laatu. Rasvan kokonaissaanti tulee pitää liiallisen energiansaannin välttämiseksi kohtuullisena eli noin 30 prosentissa kokonaisenergiansaannista. Rasvan määrän lisäksi keskeistä on kuitenkin myös rasvan laatu. Ruokavalion rasvasta enintään kolmannes saa olla niin kutsuttua kovaa rasvaa eli tyydyttyneitä ja transrasvahappoja, koska ne lisäävät sydän- ja verisuonitautien, tyypin 2 diabeteksen ja sappikivien riskiä. Pehmeän rasvan eli kerta- ja monityydyttymättömien rasvahappojen osuuden lisääminen alentaa kolesteroliarvoja, lisää insuliiniherkkyyttä ja vähentää syöpäriskiä. Ravinnosta tulee saada myös välttämättömiä rasvahappoja, jotka osallistuvat elimistössä muun muassa verenpaineen ja munuaisten toiminnan säätelyyn. Rasvaa tarvitaan myös rasvaliukoisten vitamiinien hyödyntämiseen elimistössä. (Suomalaiset ravitsemussuositukset 2005, 14–16.)

Suomalaisten ruokavalion rasvan määrä on laskenut lähelle tavoiteltavaa keskiarvoa, mutta edelleen sekä miehet että naiset saavat ravinnostaan liikaa tyydyttynyttä rasvaa. Molemmilla tyydyttyneen rasvan osuus ravinnon rasvasta on noin 42 prosenttia. (Paturi ym. 2008, 56, 97.)

Kasvikset, marjat ja hedelmät. Suomalaiset saavan ruokavaliostaan liian niukasti folaattia ja kuitua, mikä olisi korjattavissa kasvien, marjojen ja hedelmien käyttöä lisäämällä (Pietinen 2008, 146). Kasvien, marjojen ja hedelmien käytön tulee olla riittävän runsasta, jotta ruokavaliosta saadaan riittävästi vitamiineja ja kivennäisaineita. Lisäksi kasvien sisältämä kuitu rajoittaa liiallista energiansaantia. Kasviksia, marjoja ja hedelmiä tulee saada päivittäin vähintään 400 grammaa eli viisi annosta, ja osa niistä on hyvä nauttia kypsentämättöminä. Marjat ja hedelmät ovat terveellisimpiä sellaisinaan nautittuina. (Suomalaiset ravitsemussuositukset 2005, 36.)

Kuitu. Kuidulla tarkoitetaan hiilihydraatteja, jotka kulkevat ruoansulatuksen läpi imeytymättä elimistöön (Suomalaiset ravitsemussuositukset 2005, 18). Suomalaisten kuidun saanti jää sekä työikäisillä että ikääntyneillä alle suosituksen. Keskimääräinen

päivittäinen kuidun saanti on miehillä 24 grammaa ja naisilla 21 grammaa. (Paturi ym. 2008, 48.) Kuidut lisäävät ja pehmentävät ulostemassaa ja edistävät sen kulkua suolistossa, mikä edistää suoliston toimintaa ja ehkäisee ummetusta. Riittävä kuidun saanti myös tasaa aterian jälkeistä verensokerin nousua ja laskee veren kokonais- ja LDL-kolesterolia estämällä kolesterolin imeytymistä suolistossa. Suositeltava saanti on 25–35 grammaa kuitua vuorokaudessa, ja tavoitteeseen päästään lisäämällä täysjyväviljavalmisteiden, kasvien, marjojen ja hedelmien käyttöä. (Suomalaiset ravitsemussuositukset 2005, 18.)

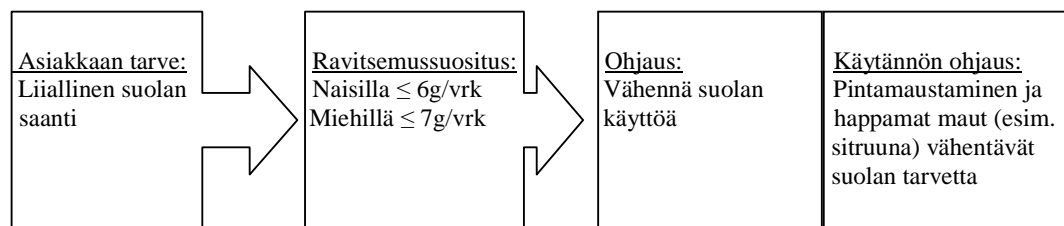
3.3 Käytännönläheisyys ravitsemusneuvonnassa

Ravitsemusneuvonta tai -ohjaus (jatkossa ravitsemusneuvonta) on neuvonnasta vastaavan henkilön ja yksilön tai yhteisön välinen vuorovaikutuksellinen tilanne, jossa käsitellään yksilön tai yhteisön ravitsemukseen liittyviä tarpeita tai ongelmia (Koikkalainen 2001, 31). Ravitsemusneuvonnan tavoitteena on lisätä yksilön tai yhteisön valmiuksia toteuttaa arjessaan terveyttä ylläpitäviä ja edistäviä ravitsemusratkaisuja (Hasunen ym. 2004, 54; Koikkalainen 2001, 31).

Ravitsemusneuvonnan tulee tehokkaasti onnistuakseen olla konkreettista ja käytännönläheistä (Haapa & Pölönen 2002, 49; Hasunen ym. 2004, 65; Piirainen ym. 2004, 2047; Seiber 1997, 749). Käytännönläheisen ravitsemusneuvonnan sisältö määräytyy asiakkaan tarpeiden mukaan. Valtakunnallisesti suomalaisten ravitsemuksen kehityskohdiksi todettiin Finravinto 2007 -tutkimuksessa rasvan laatu, suolan ja sokerin (sakkaroosin) liiallinen saanti, kasvien, hedelmien ja marjojen liian vähäinen käyttö ja ravintokuidun liian vähäinen saanti (Pietinen 2008, 146), joten väestötasolla näitä voidaan pitää keskeisinä aiheina käytännönläheisessä ravitsemusneuvonnassa. Nämä aiheet ovat keskeisiä myös jatkuvasti aikuisväestön keskuudessa lisääntyvien sydän- ja verisuonisairauksien, diabeteksen sekä ylipainon ehkäisyssä ja hoidossa (Sydän- ja verisuonisairauksien - - 2005, 18–28).

Ravitsemusneuvonnassa asiakkaan tulee saada valmiuksia tehdä suositusten mukaisia valintoja omassa arjessaan. Asiakkailta on ravitsemusneuvontaan tullessaan hyvin erilaisia tietoja, taitoja ja tarpeita, ja terveydenhoitajan tulee toteuttaa ohjausta asiakkaan lähtökohdat huomioiden. Ohjauksen perustana ovat asiakkaan nykyinen ruokavalio sekä

voimavarat muutokseen. Tietoa tulee antaa tuotteiden, ruokien, ruokaohjeiden ja ruoanvalmistusvinkkien tasolla (kuvio 1). (Hasunen ym. 2004, 15, 55, 65; Virtanen ym. 2008, 21.) Suositusten mukaisen ruokavalion koostamisessa tarvitaan pakkausmerkintöjen lukutaitoa (Suomalaiset ravitsemussuositukset 2005, 35), ja tuotteiden valitsemisessa apuna voi käyttää myös Sydänmerkkiä, joka kertoo nopeasti mikä hyllyn tuotteista on suolan ja rasvan sekä usein myös sokerin ja kuidun kannalta omassa ryhmässään terveellisempi vaihtoehto (Sydänmerkin myöntämisperusteet 2008). Motivoituakseen muutokseen asiakkaan tulee tietää millaista muutosta tavoitellaan ja mikä merkitys muutoksella on terveydelle (Mustajoki & Kunnamo 2009).



Kuvio 1. Esimerkki käytännönläheisen ravitsemusneuvonnan toteutuksesta

3.4 Terveydenhoitajan ammattitaitovaatimukset ravitsemusneuvonnan näkökulmasta

Terveydenhoitaja on terveydenhoitotyön eli terveyttä edistävän ja ylläpitävän hoitotyön asiantuntija, ja hänen asiakkaitaan ovat kaikenikäisten yksilöiden lisäksi perheet ja yhteisöt. Hän kohtaa yksilöitä ja yhteisöjä toistuvasti elämänkulun eri vaiheissa ja on siksi avainasemassa kokonaisvaltaisen, asiakaslähtöisen elämäntapaohjauksen toteuttajana. Terveydenhoitotyön tavoitteena on tunnistaa, ennaltaehkäistä ja vähentää terveyteen liittyviä riskejä ja sairauksia sekä kehittää ympäristöä väestön terveyden kannalta suotuisaan suuntaan. (Ammattikorkeakoulutusta terveydenhuoltoon 2006, 85–88.) Yksi terveydenhoitotyön keskeinen osa-alue on ravitsemusneuvonta, joka lisää asiakkaan valmiuksia toteuttaa terveyttä edistävää ruokavaliota arjessaan. Terveydenhoitajan tulee osata toteuttaa ravitsemussuosituksia neuvontatyössään, luoda edellytyksiä terveellisen ruokavalion toteutumiseksi sekä muuttaa ravitsemuksen teoretietoa käytännön ohjeiksi, esimerkiksi elintarvikkeiden ja ruokaohjeiden tasolle. (Hasunen ym. 2004, 54–55; Opetussuunnitelma 2008, 21, 23–24.)

4 TUTKIMUSKYSYMYS

Tutkimuksen tavoitteena oli kartoittaa terveydenhoitajien tiedollisia valmiuksia antaa käytännönläheistä ravitsemussuositusten mukaista ravitsemusneuvontaa ammattitaitovaatimusten velvoittamalla tasolla. Tarkoituksena oli huomata mahdollinen lisäkoulutuksen ja koulutusmuutoksen tarve.

Tutkimuskysymys: Millaiset tiedolliset valmiudet terveydenhoitajilla on antaa käytännönläheistä ravitsemussuositusten mukaista ravitsemusneuvontaa?

5 TUTKIMUSPROSESSIN KUVAUS

Tutkimusprosessi kesti lokakuusta 2008 helmikuuhun 2010. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää terveydenhoitajilla olevan tiedon määrää, joten tutkimusmenetelmäksi valittiin kvantitatiivinen eli määrällinen menetelmä. Tutkimustulokset käsiteltiin ja kuvattiin numeerisessa muodossa. Tulokset kuvaavat tosiasiatiedon määrää ja vaihtelua. Tutkimuksen tarkoituksena ei ollut selvittää ilmiön syitä tai merkityksiä.

Tutkimusprosessi aloitettiin tutustumalla aiempiin aihetta käsitteleviin tutkimuksiin ja aiheen teoriaan. Tutkimusluvut (liitteet 1–3) anottiin Varkauden kaupungin sosiaali- ja terveyskeskukselta, Iisalmen seudun kansanterveystyön kuntayhtymän terveydenhuollon hallinnolta sekä Siilinjärvi-Maaningan kuntayhtymän sosiaali- ja terveystoimelta. Teoriapohjan hahmottamisen jälkeen seurasi prosessin keskeisin vaihe: mittarin eli kyselylomakkeen laatiminen, jossa tutkittava ilmiö pilkottiin sitä mittaaviksi, yksiselitteisiksi kysymyksiksi. Aineisto kerättiin postitettavalla kyselylomakkeella ja analysoitiin SPSS for Windows 16.0 -tilasto-ohjelman ja Microsoft Excel 2007 -taulukkolaskentaohjelman avulla. Tutkimustulokset esitetään numeerisessa ja graafisessa muodossa kuvaavia laatusanoja apuna käyttäen.

Tutkimusprosessin kulut muodostuivat kyselylomakkeiden tulostuksesta, lomakkeiden postituksesta, vastauskuorista ja niiden postikuluista sekä raportin tulostuksesta ja kansituksesta. Tutkimuksen toteutukseen ei tarvittu ulkopuolista rahoitusta. Kansitetun tutkimusraportin haluavat yhteistyötahot maksavat oman raporttikappaleensa tulostus- ja kansituskustannukset.

5.1 Kohderyhmä ja aineiston keruu

Tutkimuksen perusjoukko on terveydenhoitajan työtehtävissä työskentelevät terveydenhoitajat. Otos valittiin ryväotantana yhteistyötahojen saatavuuden perusteella, ja yhteistyötahoiksi muodostuivat Varkauden kaupungin sosiaali- ja terveyskeskus, Iisalmen seudun kansanterveystyön kuntayhtymän terveydenhuolto sekä Siilinjärvi-Maaningan kuntayhtymän sosiaali- ja terveystoimi. Kyselylomake (liite 4) lähetettiin yhteensä 60 terveydenhoitajalle, jotka työskentelivät äitiys- ja lastenneuvolassa, kouluterveydenhuollossa, opiskeluterveydenhuollossa, työterveyshuollossa, kotisairanhoidossa ja erikoisalakohtaisessa polikliinisessä asiakastyössä työskentelevälle terveydenhoitajalle, joista Varkauden kaupungin palveluksessa työskenteli 14, Iisalmen kansanterveystyön kuntayhtymän palveluksessa 26 ja Siilinjärvi-Maaningan kuntayhtymän terveystoimissa 20. Otosta ei tarvinnut ryväotannan jälkeen rajata, koska potentiaalisten osallistujien joukko oli valmiiksi melko rajallinen.

Kysely toteutettiin toukokuussa 2009. Kyselylomakkeiden jakelusta terveydenhoitajille huolehtivat yhteistyöorganisaatioiden yhteyshenkilöt. Lomakkeen mukana lähetettiin saatekirje (liite 5) sekä vastauskuori, jonka postimaksu oli maksettu. Saatekirjeessä painotettiin, että osallistujien on tärkeää vastata kyselyyn omien tietojensa pohjalta. Mahdollisimman korkean vastausprosentin saavuttamiseksi tutkittaviin otettiin yhteyttä sähköpostitse muutamaa päivää ennen kuin he saivat kyselylomakkeet sekä kahdesti kyselylomakkeiden lähettämisen jälkeen (noin viikon ja kolmen viikon kuluttua lomakkeiden lähettamisestä). Yhteydenottojen tavoitteena oli tutkimukseen osallistumiseen motivointi. Saatekirjeessä ja sähköpostiviesteissä huomioitiin neutraali ja kunnioittava puhuttelu sekä osallistumiseen kannustava ilmaisutapa. Lisäksi kaikissa yhteydenotoissa korostettiin saadun tutkimustiedon hyödyntämismahdollisuuksia, osallistumisen vapaaehtoisuutta sekä aineiston käsittelyä. Viimeisen sähköpostiviestin

yhteydessä lähetettiin liitteenä kyselylomake siltä varalta, että joku ei ollut saanut lomaketta tai lomake oli kadonnut.

5.2 Mittari

Onnistuneen mittarin laatiminen edellyttää sitä, että tutkija määrittelee tarkasti, mitä mittarin halutaan mittaavan sekä tutustuu aiheen teoriaan ja aiempaan tutkimustietoon. Kysymysten muotoilussa on tärkeää varmistaa kysymyksen tarpeellisuus, osuvuus (mittaako kysymys haluttua asiaa) sekä yksiselitteisyys ja selkeys. (Vilka 2007, 65.)

Mittarin laatiminen. Tutkimuksen mittarina päädyttiin käyttämään kyselylomaketta (liite 4). Kyselylomakkeen laadinta aloitettiin tutustumalla teoriaan, jonka pääkohtia on esitelty luvussa 4 ”Terveystieteiden toteuttaman ravitsemusneuvonnan lähtökohdat”. Kyselylomakkeen rakenne suunniteltiin käsittelemään kattavasti teorian pohjalta valittuja ravitsemuksen aihealueita ja käytännönläheisyyden teemoja. Jotta kyselylomakkeen kysymykset selvittäisivät juuri käytännönläheisen ravitsemustiedon määrää, ne laadittiin vastaamaan Finravinto 2007 -tutkimuksessa todettuja suomalaisen ravitsemuksen kehityskohtia (jatkossa ”ravitsemuksen aihealueet”) sekä kirjallisuudesta (Hasunen ym. 2004, Mustajoki & Kunnamo 2009, Suomalaiset ravitsemussuositukset 2005, Sydänmerkin myöntämisperusteet 2008, Virtanen ym. 2008) löydettyjä käytännönläheisen tiedon teemoja (jatkossa ”teemat”). Teemoiksi kirjallisuudesta nousivat ravintotekijän merkitys terveydelle, saantilähteet, sopiva määrä, ruoanvalmistus ja leivonta, päivittäinen annostelu ja aterian koostaminen, tuotteiden valitseminen, pakkausmerkintöjen lukeminen ja Sydänmerkin käyttö valintojen tukena. Kysymykset muotoutuivat ravitsemuksen aihealueiden ja käytännönläheisyyden teemojen yhdistelmistä (taulukko 1). Koska kyselylomakkeen tavoitteena oli selvittää todellista terveydenhoitajien ravitsemustiedon määrää, valittiin kysymystyypiksi tosiasiakysymykset, jotka kysyvät ravitsemuksen faktatietoja.

Taulukko 1. Kyselylomakkeen rakenne: kysymysten muodostuminen ravitsemuksen aihealueen ja teeman yhdistelmästä (numerot taulukossa kyselylomakkeen kysymysnumeroita)

<i>Ravitsemuksen aihealue</i> <i>Teema</i>	Suolan käytön vähentäminen	Sokerin kohtuullinen käyttö	Rasvan laadun parantaminen	Kasvisten, marjojen, hedelmien käytön lisääminen	Ravinto-kuidun riittävän saannin takaaminen
Merkitys terveydelle	40 (a-d)*	41 (a-d)*	42 (a-d)*	44 (a-d)*	43 (a-d)*
Saantilähteet	5 45	39 (a-d)* 46	38 (a-d)* 48	37 (a-d)* 49	6 47
Sopiva määrä	34 (a-d)* 62	8 50	35 (a-d)* 52	14 (a-d)* 53	10 51
Ruoanvalmistus ja leivonta	27 (a-d)* 58 61 64	29 (a-d)* 54 70 84	31 (a-d)* 56 65 78	32 (a-d)* 57 60 66	30 (a-d)* 55 59 63
Päivittäinen annostelu, aterian koostaminen	23 (a-d)* 67 73 80	24 (a-d)* 68 74 81	11 71 76 83	26 (a-d)* 72 77 86	25 (a-d)* 69 75 82
Tuotteiden valitseminen	21 (a-d)* 87 93 99	13 88 94 100	7 90 97 102	22 (a-d)* 98 101 103	19 (a-d)* 89 92 96
Pakkausmerkintöjen lukeminen	9 95	15 (a-d)* 79	16 (a-d)* 104	17 (a-d)* 85	12 91
Sydänmerkin käyttö valintojen tukena	18 (a-d)*	20 (a-d)*	28 (a-d)*	36 (a-d)*	33 (a-d)*

*) vastausvaihtoehdot käsitellään erillisinä kysymyksinä

Ravitsemustietojen tasoa selvittävän osion kysymystyypiksi valittiin laatueroasteikolliset monivalintakysymykset, koska niillä oikean tiedon määrä tulee väittämiä paremmin esiin (oikein arvaaminen on epätodennäköisempää). Osassa monivalintakysymyksiä ohjataan valitsemaan yksi ja osassa yksi tai useampi vastausvaihtoehto. ”Valitse yksi” -kysymyksissä vastausvaihtoehdot ovat toisensa poissulkevia. ”Valitse yksi tai useampi” -kysymyksissä oikein vastaaminen edellyttää terveydenhoitajilta vankempaa tietoperustaa, koska oikeiden vastausten määrä ei ole tiedossa. Monivalintakysymysten lisäksi kyselylomakkeeseen sisällytettiin väittämiä, koska aihealueiden ja teemojen yhdistelmistä syntyi niin paljon kysymyksiä, että osan esittäminen väittäminä nopeutti kyselyyn vastaamista.

Kysymyksiä laadittaessa kiinnitettiin huomiota siihen, että kysymykset ja vastausvaihtoehdot ovat yksiselitteisiä, sisällöllisesti ja kielellisesti helppotajuisia, selvittävät ravitsemusneuvonnan kannalta keskeisiä asioita ja ovat vaikeustasoltaan

sopivia kohderyhmälle. Kyselylomake ja saatekirje pyrittiin laatimaan myös ulkoasultaan selkeiksi ja helppolukuisiksi. Kysymyslomakkeen laatimisessa saatiin ohjausta ravitsemustieteen lehtori Sari Aallolta.

Ravitsemusosaamista selvittävän osion lisäksi kyselylomakkeeseen laadittiin taustamuuttujia kartoittavia kysymyksiä sekä osio, jossa tutkimukseen osallistuvat terveydenhoitajat arvioivat itse ravitsemusosaamisensa tasoa. Taustatietoina kysyttiin, minä vuonna tutkimukseen osallistuva terveydenhoitaja on valmistunut terveydenhoitajan ammattiin, montako vuotta hän on työskennellyt terveydenhoitajana, millä toimintasektorilla hän työskentelee tällä hetkellä ja onko hän saanut ravitsemukseen liittyvää lisäkoulutusta. Valmistumisvuotta ja työvuosia kysyttiin avoimella kysymyksellä, koska vastauksen vaihtoehtoja ei tunnettu. Terveydenhoitajan senhetkistä toimintasektoria kysyttiin sekamuotoisella kysymyksellä: tavallisimmat toimintasektorit esitettiin strukturoituina eli suljettuina vaihtoehtoina, mutta koska vastausvaihtoehtojen kattavuudesta ei voitu olla varmoja, lisättiin avoin vaihtoehto ”Muu, mikä?”. Lisäkoulutuksen saantia selvitettiin kyllä/ei-kysymyksellä ja lisäkoulutusta saaneilta kysyttiin avoimilla kysymyksillä koulutusvuotta, koulutuksen kestoa, koulutustapaa ja koulutuksen sisältöä. Kyselyyn osallistuvien terveydenhoitajien taustatietoja kysyttiin taustamuuttujien ja terveydenhoitajan ravitsemusosaamisen tason välisen mahdollisen yhteyden selvittämiseksi.

Viimeisenä kyselylomakkeessa kysyttiin terveydenhoitajan omaa arviota tietojensa tasosta kyselylomakkeen ravitsemuksen aihealueilla. Kunkin aihealueen kohdalta tutkimukseen osallistuvan terveydenhoitajan tuli määrittää tietojensa taso asteikolla heikko - melko heikko - melko hyvä - hyvä. Lisäksi asteikolla annettiin vaihtoehto ”en osaa sanoa”, joka sijoitettiin tietoisesti viimeiseksi, koska keskimmäisenä sen valitseminen olisi liian houkuttelevaa. Taustatietoja ja omaa arviota ravitsemustietojen tasosta kysyttiin mahdollisten selkeiden korrelaatioiden huomaamiseksi.

Kyselylomake esitettiin kolmannen vuoden terveydenhoitajaopiskelijoilla. Esitestauksen tavoitteena oli selvittää saatekirjeen ja kyselylomakkeen selkeys ja yksiselitteisyys sekä lomakkeen täyttämiseen keskimäärin kuluva aika. Esitestaukseen osallistui kaksitoista terveydenhoitajaopiskelijaa, jotka olivat suorittaneet opintoihin kuuluvan ravitsemuksen opintojakson. Esitestauksen perusteella kahden kysymyksen

kielellistä ilmaisua selkeytettiin ja saatekirjeen ulkoasuun tehtiin viimeiset korjaukset. Saatekirjeeseen lisättiin myös viitteellinen vastausaika. Esitestauksen yhteydessä kävi ilmi, että kyselylomake koettiin melko työlääksi täyttää. Lomaketta ei kuitenkaan ollut mahdollista lyhentää, koska lyhennettynä se ei olisi kattanut kaikkia haluttuja ravitsemuksen aihealueita ja teemoja toivotulla tavalla. Tästä johtuen tutkimuksen kohderyhmän motivointiin panostettiin erityisesti.

Mittarin laatimisessa käytetyt lähteet. Lähteinä kyselylomakkeen kysymysten muodostamiseen käytettiin Finravinto 2007 -tutkimuksen raporttia, Valtioneuvoston julkaisemia suomalaisia ravitsemussuosituksia 2005, Fineli-elintarvikkeiden koostumustietopankkia, Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen verkkosivuja, liittojen ja yhdistysten (esimerkiksi Sydänliiton) ylläpitämiä yleisesti luotettavina pidettyjä verkkosivuja sekä tuotekohtaisesti valmistajien verkkosivuja. Ravitsemussuositukset sekä Finravinto 2007 -tutkimuksesta valitut pääkohdat on esitelty luvussa 4.1 ”Ravitsemussuositusten mukainen ruokavalio”. Taulukossa 2 on mainittu lähteet kysymyskohtaisesti.

Taulukko 2. Kyselylomakkeen laatimisessa käytetyt lähteet kysymyskohtaisesti

Lähde	Kysymykset
Elintarviketurvallisuusviraston internetsivut	15, 76
Fineli-elintarvikekoostumustietopankki	7, 11, 13, 38, 47, 79, 81, 87, 88, 92, 93, 94, 96, 98, 99, 101, 102
Finravinto 2007 -tutkimuksen raportti	5, 23, 34, 45, 46, 68, 74
Kansaneläkelaitoksen internetsivut	49, 50
Kotimaiset kasvikset ry:n internetsivut	14, 26, 32, 37, 44, 53, 57, 66, 72, 77, 85, 103
Kuluttajaliiton internetsivut	95
Leipätiedotus ry:n internetsivut	6, 12, 25, 43, 51, 55, 61, 69, 75
Pieni päätös päivässä -internetsivut	24, 31, 39, 40, 42, 62, 64, 82
Ruokatieto.fi-verkkopalvelu	29
Suomalaiset ravitsemussuositukset	8, 10, 25, 34, 86, 104
Suomen Sydänliitto ry:n internetsivut	9, 16, 21, 27, 35, 41, 48, 52, 86
Sydänmerkki-internetsivut	18, 19, 20, 28, 30, 33, 36, 65
Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen internetsivut (ravitusosio)	67
Tuotteiden valmistajien internetsivut ja tuotepakkaukset	17, 22, 32, 54, 56, 59, 60, 63, 70, 71, 78, 79, 80, 83, 84, 89, 90, 91, 97, 100
Muut	58, 73

Elintarviketurvallisuusviraston internetsivujen Elintarvike-osio sisältää yksityiskohtaista tietoa pakkausmerkintöjä koskevasta lainsäädännöstä ja ohjeistuksista sekä erilaisista elintarvikkeiden käytön suosituksista. <http://www.evira.fi/portal/fi/elintarvikkeet/>

Fineli-elintarvikkeiden koostumustietopankki on Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen ylläpitämä tietokanta, jossa on yksityiskohtaista tietoa Suomessa käytettävien elintarvikkeiden ravintoainekoostumuksesta. <http://www.fineli.fi>

Finravinto 2007 –tutkimus on osa Kansanterveyslaitoksen Kansallista FINRISKI-terveystutkimusta. Finravinto 2007 –tutkimus selvitti suomalaisten ruoankäyttöä. http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b23.pdf

Kansaneläkelaitoksen internetsivujen Ravintokulman Juttuarkistossa on luotettavia ravitsemuksen ajankohtaisiin aiheisiin liittyviä artikkeleita. <http://kela.fi/in/internet/suomi.nsf/NET/271103160610PN?OpenDocument>

Kotimaiset kasvikset ry:n internetsivut on maa- ja metsätalousministeriön tuella ylläpidetty sivusto, jonka tavoitteena on lisätä kotimaisten kasvien, marjojen ja hedelmien käyttöä. Sivustolta löytyy käytännön vinkkejä ja ruokaohjeita, tietoa ravitsemussuosituksista sekä kasvikunnan tuotteiden terveysvaikutuksista. <http://www.kotimaisetkasvikset.fi>

Kuluttajaliiton internetsivuilla Elintarvikkeet ja ravitsemusteeman alla on runsaasti tietoa muun muassa pakkausmerkintöjen lukemisesta ja terveellisten elintarvikevalintojen tekemisestä. <http://www.kuluttajaliitto.fi/index.phtml?s=6>

Leipätiedotus ry:n internetsivustolla on kattavasti tietoa viljatuotteista ja erityisesti leivästä, muun muassa leivän ravintosisällöistä, viljatuotteita koskevasta lainsäädännöstä ja suosituksista. <http://www.leipätiedotus.fi>

Pieni päätös päivässä -internetsivusto on Sydänliiton ja Diabetesliiton yhteistyössä ylläpitämä tietopaketti pysyvien elintapamuutosten tueksi. Sivustolla on tietoa muun muassa päihteiden, ravitsemuksen, liikunnan ja stressinhallinnan terveysvaikutuksista

sekä ohjeita ja vinkkejä pienten elämäntapamuutosten tekemiseen. <http://www.pienipaatospaivassa.fi>

Ruokatieto.fi-verkkopalvelu on Suomen Ruokatieto ry:n ylläpitämä internetsivusto jossa on runsaasti terveellisen ravitsemuksen toteuttamisesta suomalaisia ravitsemussuosituksia myötäillen. Aineiston tuottamisessa on saatu maa- ja metsätalousministeriön tukea. <http://opetus.ruokatieto.fi>

Suomalaiset ravitsemussuosituks on esitelty opinnäytetyöraportin teoriaosassa. <http://www.evira.fi/attachments/vrn/ravitsemussuositus2005.fin.pdf>

Suomen Sydänliitto ry:n internetsivuilla on puolueetonta tietoa kuluttajille sydän- ja verisuonisairauksista sekä niiden ehkäisystä ja hoidosta. Sivulla on runsaasti käytännönläheistä tietoa muun muassa terveyttä edistävästä elintavoista. <http://www.sydanliitto.fi>

Sydänmerkki-internetsivusto on Suomen Sydänliitto ry:n ylläpitämä sivusto, joka sisältää tietoa Sydänmerkin myöntämiskriteereistä ja käyttömahdollisuuksista sekä kuluttajille että yrityksille. <http://www.sydanmerkki.fi>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen internetsivuston Ravitsemus-osiossa on tietoa väestön ruoankäytöstä, ravitsemustarpeista, ravinnonsaannista ja huonoon ravitsemukseen liittyvistä terveysriskeistä. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aihealueet/ravitsemus

Tuotteiden valmistajien internetsivuilta on tarkistettu yksittäisten tuotteiden ravintosisältöjä ja ainesosaluetteita.

5.3 Aineiston analysointi

Tutkimukseen osallistui 35 terveydenhoitajaa, jotka edustivat monipuolisesti tyypillisimpiä terveydenhoitajan toimintasektoreita. Toteutunut otos oli 58 prosenttia. Kaikki palautuneista lomakkeista olivat hyväksytysti täytettyjä. Aineiston käsittelyn yhteydessä jouduttiin hylkäämään kaksi kyselylomakkeen kysymystä. Kysymys 13

hylättiin, koska yksikään annetuista vastausvaihtoehdoista ei ollut täysin oikein, ja kysymys 36, koska kysymys oli monitulkintainen. Lisäksi kysymyksestä 28 hyväksyttiin suunniteltua useampi vastausvaihtoehto monitulkintaisuuden vuoksi.

Aineiston vastauksille annettiin arvot ja annetut arvot tarkastettiin kahdesti virheettömyyden varmistamiseksi. Monivalintakysymyksissä, joissa ohjattiin valitsemaan vain yksi vastausvaihtoehto (kysymykset 5–13) sekä väittämissä (kysymykset 45–104) vastaus sai arvon 1 = vastattu oikein, 2 = vastattu väärin tai 3 = jätetty vastaamatta. Monivalintakysymyksissä, joissa ohjattiin valitsemaan yksi tai useampi vastausvaihtoehto, jokainen vaihtoehtoista A, B, C tai D käsiteltiin omana kysymyksenään ja sai arvon 1 = valittu / jätetty valitsematta oikein tai 2 = valittu / jätetty valitsematta väärin. Mikäli kysymyksestä ei valittu yhtään vaihtoehtoa, kaikki neljä vaihtoehtoa saivat arvon 3 = jätetty vastaamatta. Kysymystyyppit ja vastauksia edustavat arvot on eritelty taulukossa 3. Tällöin oikeiden vastausten maksimimääräksi muodostuu 185, vaikka kyselylomakkeessa kysymyksiä on 98 (poistetut kysymykset huomioitu). Havaintomatriisi eli tutkimusaineisto koodatussa muodossa syötettiin Microsoft Excel 2007 -taulukkolaskentaohjelmaan ja siirrettiin SPSS for Windows 16.0 -tilasto-ohjelmaan yhden tutkimusryhmän jäsenen valvoessa. Aineiston oikeellisuus tarkastettiin kahdesti vertaamalla havaintomatriisia kyselylomakkeisiin.

Taulukko 3. Kyselylomakkeen kysymystyyppit ja vastauksia edustavat arvot

Kysymys	Kysymystyyppi	Kuvaus	Arvot
5.–13.	strukturoitu	monivalintakysymys: valitse vain yksi vaihtoehto	1 = vastattu oikein 2 = vastattu väärin 3 = jätetty vastaamatta
14.–44.	strukturoitu	monivalintakysymys: valitse yksi tai useampi vaihtoehto, jokainen vaihtoehto a-d käsitellään omana kysymyksenään	1 = vastattu oikein 2 = vastattu väärin 3 = jätetty vastaamatta eli ei valittu yhtään vaihtoehtoa
45.–104.	strukturoitu	väittäjä: oikein / väärin	1 = vastattu oikein 2 = vastattu väärin 3 = jätetty vastaamatta

Terveydenhoitajien tiedon määrää selvittävät kysymykset (5–104) ovat laatueroasteikollisia, ja niistä laskettiin oikeiden vastausten esiintyvyyttä, prosentteja ja vaihteluvälejä. Oikeiden vastausten prosentuaalista määrää kuvataan tutkimustuloksia esiteltäessä tasoilla heikko (alle 50 % vastauksista oikein), melko heikko (50–69 %

vastauksista oikein), melko hyvä (70–89 % vastauksista oikein) ja hyvä (vähintään 90 % vastauksista oikein). Aineistoa tarkasteltiin lomakkeittain, teemoittain sekä ravitsemuksen aihealueittain. Erityyppisiä monivalintakysymyksiä ei esiinny ravitsemuksen aihealueittain tai teemoittain yhtä monta, joten oikeiden vastausten lukumäärät eivät ole keskenään verrannollisia.

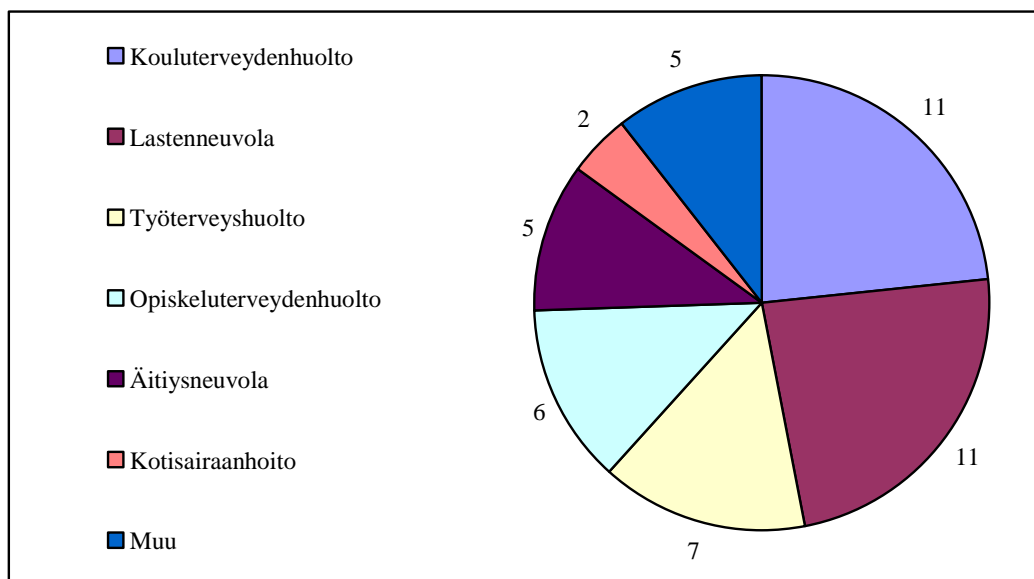
Terveydenhoitajan valmistumisvuodesta (kysymys 1) laskettiin, montako vuotta terveydenhoitajan ammattiin valmistumisesta oli kulunut. Lisäksi aineistotaulukkoon syötettiin, montako vuotta tutkimukseen osallistunut terveydenhoitaja oli työskennellyt nimenomaan terveydenhoitajan työtehtävissä (kysymys 2). Nämä kaksi muuttujaa ovat suhteasteikollisia, joten niistä selvitettiin vaihteluväli sekä keskiarvo. Aineistosta laskettiin, miten tutkimukseen osallistuneet terveydenhoitajat sijoittuivat terveydenhoitajan eri toimintasektoreille. Jokainen vastausvaihtoehtona tarjottu terveydenhoitajan toimintasektori sai arvon 1 = työskentelee tällä toimintasektorilla tai 2 = ei työskentele tällä toimintasektorilla (kysymys 3). Saadusta lisäkoulutuksesta (kysymys 4) kysyttiin suljetulla dikotomisella kyllä/ei-kysymyksellä, jossa arvo 1 = on saanut lisäkoulutusta ja arvo 2 = ei ole saanut lisäkoulutusta, ja tästä laskettiin lisäkoulutuksen saaneiden terveydenhoitajien osuus. Terveydenhoitajien arvio omien tietojensa tasosta (kysymykset 105–109) arvoitettiin seuraavasti: 1 = heikot tiedot, 2 = melko heikot tiedot, 3 = melko hyvät tiedot, 4 = hyvät tiedot ja 5 = en osaa sanoa. Terveydenhoitajien oma arvio tietojensa tasosta on järjestysasteikollinen muuttuja, joten vastauksista laskettiin lukumääriä ja prosentteja.

Suhteellisen pienen otoskoon vuoksi ei voida luotettavasti selvittää korrelaatioita taustatietojen, ravitsemustietojen tason ja oman tietotasoarvion väliltä. Tutkimustulokset esitetään numeerisessa ja graafisessa muodossa kuvaavia laatusanoja apuna käyttäen.

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Tutkimukseen osallistuneiden terveydenhoitajien taustatiedot

Kyselylomake lähetettiin 60 terveydenhoitajalle, joista 35 eli 58 prosenttia osallistui tutkimukseen. Tutkimukseen osallistuneet terveydenhoitajat olivat valmistuneet terveydenhoitajan ammattiin keskimäärin 16 vuotta sitten ja toimineet terveydenhoitajan työtehtävissä keskimäärin 14 vuotta. Sekä valmistumisesta kuluneiden vuosien että terveydenhoitajan tehtävissä toimittujen vuosien vaihteluväli oli 1–34 vuotta. Tutkimukseen osallistuneet terveydenhoitajat edustivat terveydenhoitajan toimintasektoreita seuraavasti: vastaajista yksitoista työskenteli kouluterveydenhuollossa, yksitoista lastenneuvolassa, seitsemän työterveyshuollossa, kuusi opiskeluterveydenhuollossa, viisi äitiysneuvolassa, kaksi kotisairaanhoidossa ja viisi muilla toimintasektoreilla terveydenhoitajan työtehtävissä. Osa terveydenhoitajista työskenteli useammalla toimintasektorilla. Terveydenhoitajien sijoittuminen eri toimintasektoreille on havainnollistettu kuviossa 2.



Kuvio 2. Tutkimukseen osallistuneiden terveydenhoitajien toimintasektorit (n=35, osa terveydenhoitajista työskenteli useammalla toimintasektorilla)

Tutkimukseen osallistuneista terveydenhoitajista 23 (66 %) ilmoitti saaneensa uransa aikana jonkinlaista ravitsemukseen liittyvää lisäkoulutusta. Saadun koulutuksen ajankohta, määrä, sisällöt ja toteutustapa vaihtelivat huomattavasti esimerkiksi muutaman tunnin luennoista useamman päivän ryhmätyöskentelyluonteisiin kursseihin. Yleisimpiä olivat diabetekseen ja lihavuuden ravitsemushoitoa koskevat luennot. Tutkimukseen osallistuneiden terveydenhoitajien taustatiedot on eritelty tarkemmin taulukossa 4.

Taulukko 4. Taustamuuttajat tutkimusaineistossa (n=35)

Kysymys	Muuttajat						
Valmistumisvuosi	1975–1979	1980–1984	1985–1989	1990–1994	1995–1999	2000–2004	2005–
f	3	5	4	5	7	6	5
f(%)	9	14	11	14	20	17	14
Työvuodet terveydenhoitajana	0–4	5–9	10–14	15–19	20–24	25–29	30–34
f	9	6	3	7	4	4	2
f(%)	26	17	9	20	11	11	6
Toimintasektori	Äitiysneuvola	Lastenneuvola	Koulu-terveydenhuolto	Opiskelu-terveydenhuolto	Työ-terveys- huolto	Koti-sairaanhoito	Muu
f	5	11	11	6	7	2	5
f(%)	14	31	31	17	20	6	14
Lisäkoulutus	on saanut ravitsemukseen liittyvää lisäkoulutusta			ei ole saanut ravitsemukseen liittyvää lisäkoulutusta			
f	23			12			
f(%)	66			34			

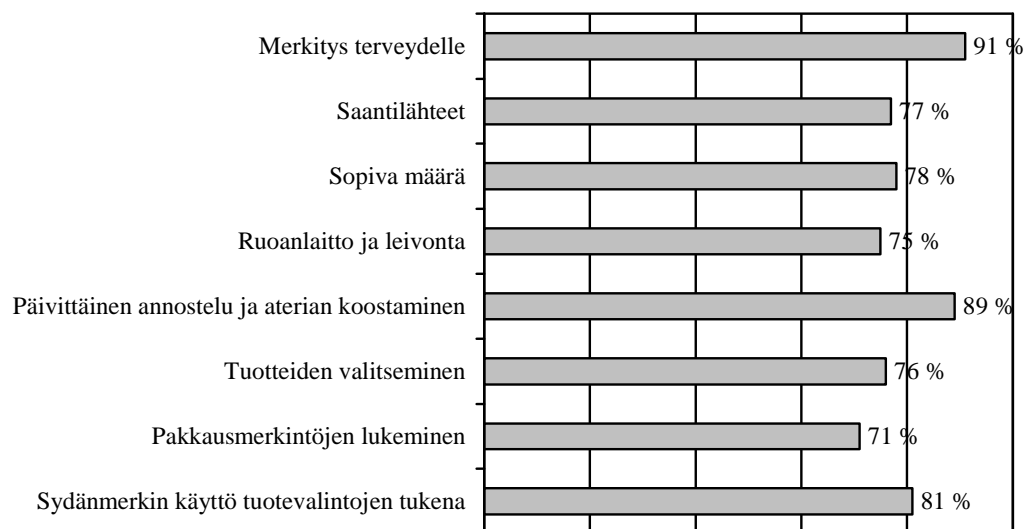
Otoskoon rajallisuuden vuoksi tutkimukseen osallistuneiden terveydenhoitajien taustamuuttujien ja ravitsemusosaamisen välisiä korrelaatioita ei voitu luotettavasti selvittää tilastollisin menetelmin. Mahdollisten selkeiden korrelaatioiden huomaimiseksi kyselylomakkeita tarkasteltiin kuitenkin aineistoa käsiteltäessä tästäkin näkökulmasta. Selkeitä korrelaatioita taustamuuttujien ja ravitsemustietojen osaamisen välillä ei todettu.

6.2 Tutkimukseen osallistuneiden terveydenhoitajien ravitsemusosaaminen

Korkein kyselylomakkeessa saavutettava oikeiden vastausten lukumäärä oli 185. Tutkimukseen osallistuneiden terveydenhoitajien saavuttama oikeiden vastausten

lukumäärä oli keskimäärin 147 (80 %) ja vaihteluväli 129–161 (77–87%). Osaaminen luokiteltiin asteikolla heikko (alle 50 % vastauksista oikein), melko heikko (50–69 % vastauksista oikein), melko hyvä (70–89 % vastauksista oikein) ja hyvä (vähintään 90 % vastauksista oikein). Kaikkien tutkimukseen osallistuneiden terveydenhoitajien ravitsemustietojen taso asettui keskimäärin tasolle melko hyvä. Oikeiden vastausten määrä aineistossa on eritelty kysymyskohtaisesti liitteessä 6. Tekstissä kyselylomakkeen (liite 4) kysymyksiin on viitattu [hakasulkeissa] olevalla kysymyksen numerolla.

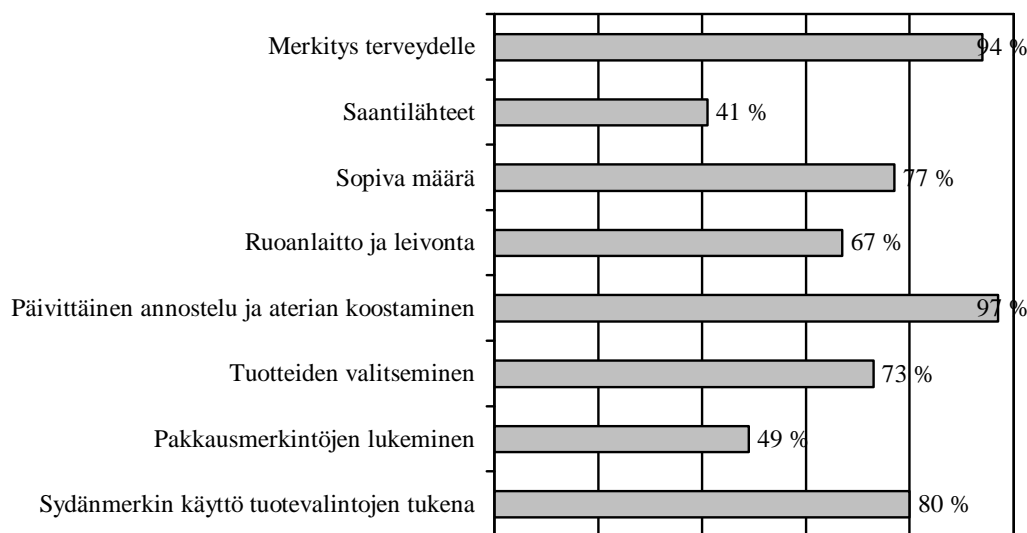
Ravitsemusosaamisen taso osoittautui ravitsemusaihe- ja teemakohtaisesti myös keskimäärin melko hyväksi. Koko aineistoa teemoittain tarkasteltuna oikeiden vastausten määrä saavutti vähintään melko hyvän tason joka teeman kohdalla. Ravitsemuksen aihealueiden merkitys terveydelle tiedettiin hyvin. Saantilähteitä, sopivaa määrää, ruoanvalmistusta ja leivontaa, päivittäistä annostelua ja aterian koostamista, tuotteiden valintaa, pakkausmerkintöjen lukemista sekä Sydänmerkin käyttöä koskevissa kysymyksissä oikeiden vastausten määrä saavutti keskimäärin melko hyvän tason. Oikeiden vastausten määrä on eritelty teemoittain kuviossa 3. Ravitsemusaihealueittain osaamista on tarkasteltu yksityiskohtaisemmin jäljempänä tässä luvussa.



Kuvio 3. Oikeiden vastausten määrä koko aineistossa teemoittain (n=35)

Tutkimukseen osallistuneiden terveydenhoitajien osaamisen tasossa todettiin eroja yksittäisissä kysymyksissä ja ravitsemuksen aihealueen ja teeman muodostamisissa kysymysryhmissä (esimerkiksi suolaan ja pakkausmerkintöihin käsittelevissä kysymyksissä). Vahvimpia osaamisalueita tutkimusaineiston mukaan olivat rasvan laadun merkitys terveydelle sekä suolan päivittäinen annostelu ja vähäsuolaisen aterian koostaminen. Yleisesti ottaen eniten oikein vastattiin päivittäistä annostelua ja ravitsemuksen aihealueen terveydellistä merkitystä koskeviin kysymyksiin. Suurimmat puutteet olivat suolan saantilähteiden tunnistamisessa sekä suolaan liittyvien pakkausmerkintöjen lukemisessa.

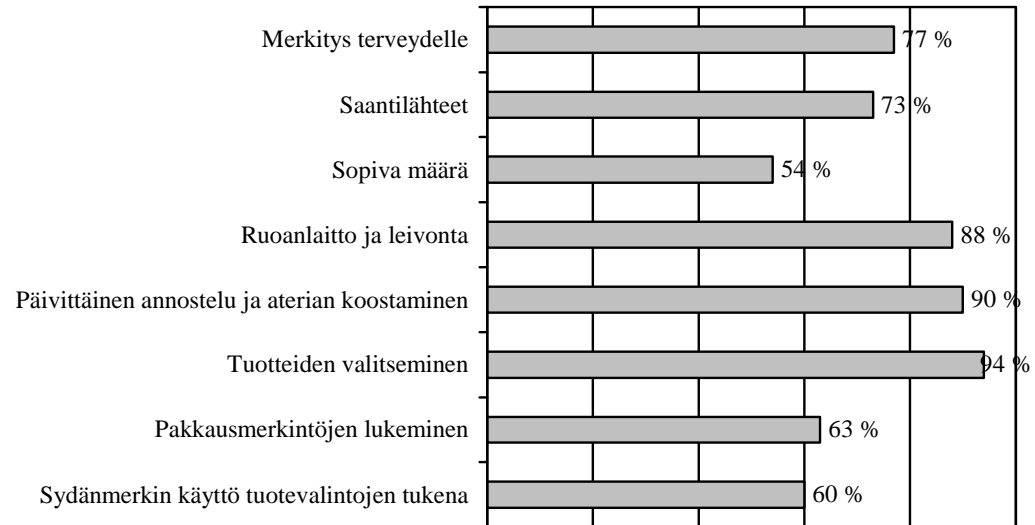
Suolaa koskevissa kysymyksissä tutkimukseen osallistuneet terveydenhoitajat vastasivat oikein keskimäärin 77 prosenttiin kysymyksistä, ja oikeiden vastausten määrän vaihteluväli oli 63–97 prosenttia eli melko heikosta tasosta hyvään tasoon. Noin joka kuudennella vastaajista oikeiden vastausten määrä jäi melko heikolle tasolle. Suolan merkitys terveydelle sekä suolan kohtuullisen käytön huomiointi päivittäisessä annostelussa ja aterian koostamisessa tiedettiin hyvin. Sopivaa suolan määrää, tuotteiden valitsemista ja Sydänmerkkiä koskeviin kysymyksiin vastattiin keskimäärin melko hyvin. Ruoanvalmistusta ja leivontaa käsittelevissä kysymyksissä oikeiden vastausten määrä jäi melko heikolle tasolle, ja suolan saantilähteiden tunnistamisessa ja pakkausmerkintöjen lukemisessa tutkimukseen osallistuneilla terveydenhoitajilla oli heikot tiedot. Suolaa koskevien kysymysten oikeiden vastausten määrä on eritelty teemoittain kuviossa 4.



Kuvio 4. Suolaa koskevien kysymysten oikeiden vastausten määrä teemoittain (n=35)

Useimmat (86 %) tutkimukseen osallistuneet terveydenhoitajat tiesivät, että Sydänmerkki-tuotteet ovat omassa ryhmässään suolan kannalta parempia vaihtoehtoja, mutta lähes puolet (43 %) luuli virheellisesti Sydänmerkin osoittavan tuotteen olevan vähäsuolainen [18]. Kaksi 35:stä tutkimukseen osallistuneesta terveydenhoitajasta osasi nimetä leipä- ja viljatuotteet suomalaisten ruokavalion suurimmaksi suolan saantilähteeksi [5], mutta lähes kaikki (97 %) kuitenkin tiesivät leivän olevan suolan saannin kannalta tärkeässä asemassa [23]. Suurin osa tiesi myös, että happamat mausteet kuten sitruunamehu vähentävät suolan tarvetta ruoanlaitossa ja leivonnassa (94 %) [64], ja että ketsuppi ja sinappi sisältävät merkittävän määrän suolaa (97 %) [87]. Alle puolet (46 %) tutkimukseen osallistuneista terveydenhoitajista osasi muuttaa tuoteselosteen natriummäärän suolan määräksi [9], ja yhtä moni tiesi, että leipä, jossa on suolaa 0,9 prosenttia, on suolan kannalta hyvä vaihtoehto [21]. ”Vähäsuolainen” ja ”vähennetty suolaa” -merkintöjen kriteerit olivat lähes puolelle (44 %) vastaajista epäselviä [21, 95].

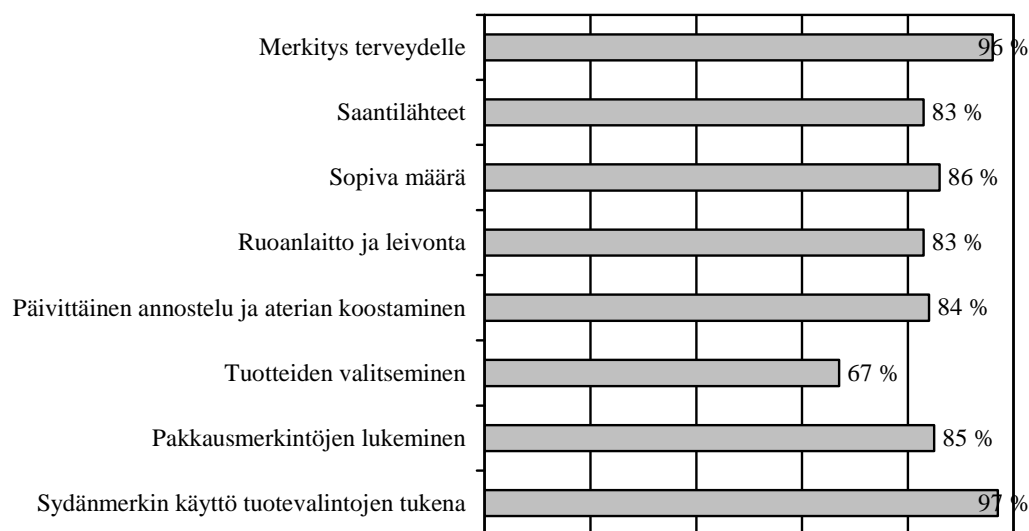
Sokeria koskevissa kysymyksissä tutkimukseen osallistuneet terveydenhoitajat vastasivat oikein keskimäärin 77 prosenttiin kysymyksistä, ja oikeiden vastausten määrän vaihteluväli oli 59–92 prosenttia eli melko heikosta tasosta hyvään tasoon. Selkeästi suurin osa tutkimukseen osallistuneista terveydenhoitajista saavutti tason melko hyvä ja kolmella oikeiden vastausten määrä jäi melko heikolle tasolle. Sokerin kohtuullisen käytön huomiointi päivittäisessä annostelussa, aterian koostamisessa sekä tuotteiden valitsemisessa tiedettiin hyvin. Sokerin merkitys terveydelle, saantilähteet sekä ruoanvalmistukseen ja leivontaan liittyvä tieto osattiin melko hyvin. Sen sijaan sokerin sopivaan määrään, pakkausmerkintöjen lukemiseen sekä Sydänmerkin käyttöön liittyvä tieto jäi melko heikolle tasolle. Sokeria koskevien kysymysten oikeiden vastausten määrä on eritelty teemoittain kuviossa 5.



Kuvio 5. Sokeria koskevien kysymysten oikeiden vastausten määrä teemoittain (n=35)

Kaikki kyselyyn osallistuneet tiesivät liiallisen sokerin saannin vaikeuttavan painonhallintaa, mutta alle kolmannes (29 %) tiesi sen vaikuttavan myös veren triglyseridiarvoihin [41]. Keskimäärin yksi kuudesta (17 %) terveydenhoitajasta osasi laskea yksilöllisen sokerin saantisuosituksen asiakkaan kokonaisenergiantarpeen perusteella [8]. Runsassokeristen juomien ja herkkujen käyttöön osattiin antaa hyviä käytännön vinkkejä [24, 39], mutta keinomakeutettuja tuotteita kehoitettiin edelleen välttämään makeutusaineiden liikasaannin riskien vuoksi (51 %) [39], vaikka tutkimuksissa on todettu, että Suomessa myynnissä olevien makeutusaineiden kohtuullinen käyttö on täysin turvallista. Lähes kaikki (91 %) terveydenhoitajat tiesivät, että sokerin käyttöön voi olla aiheellista kiinnittää huomiota, vaikka asiakas ei käyttäisikään virvoitusjuomia tai makeisia [68], mutta noin puolet (51 %) luuli virheellisesti makeisten olevan suurin sakkaroosin lähde ikään ja sukupuoleen katsomatta [46]. Lähes kaikki (91 %) tutkimukseen osallistuneet terveydenhoitajat tiesivät, että päivittäinen pieni makea herkku ei välttämättä tarkoita sokerin saantisuosituksen ylittämistä [74]. Jogurttien tiedettiin usein sisältävän runsaasti sokeria (100 %) [88]. Lähes kaksi kolmesta (63 %) terveydenhoitajasta uskoi ”light”-merkinnän tuotteessa tarkoittavan, että siinä ei ole lisättyä sokeria [79], vaikka ”light”-merkintä kertoo vain tuotteessa olevan vähintään 30 prosenttia vähemmän energiaa kuin vastaavassa tavanomaisessa tuotteessa.

Rasvan laatua koskevissa kysymyksissä tutkimukseen osallistuneet terveydenhoitajat vastasivat oikein keskimäärin 85 prosenttiin kysymyksistä, ja oikeiden vastausten määrän vaihteluväli oli 68–97 prosenttia eli melko heikosta tasosta hyvään tasoon. Kahdeksalla 35:stä tutkimukseen osallistuneesta terveydenhoitajasta rasvan laatua koskevissa kysymyksissä oikeiden vastausten määrä saavutti hyvän tason, ja yhdellä vastaajista oikeiden vastausten määrä jäi melko heikolle tasolle. Rasvan laadun merkitys terveydelle sekä Sydänmerkin käyttö tuotevalintojen apuna hallittiin hyvin. Saantilähteitä, sopivaa määrää, ruoanvalmistusta ja leivontaa, päivittäistä annostelua ja aterioiden koostamista sekä pakkausmerkintöjen lukemista koskevissa kysymyksissä oikeiden vastausten määrä oli melko hyvällä tasolla. Tuotteiden valitsemista koskevissa kysymyksissä oikeiden vastausten määrä jäi melko heikolle tasolle. Rasvan laatua koskevien kysymysten oikeiden vastausten määrä on eritelty teemoittain kuviossa 6.

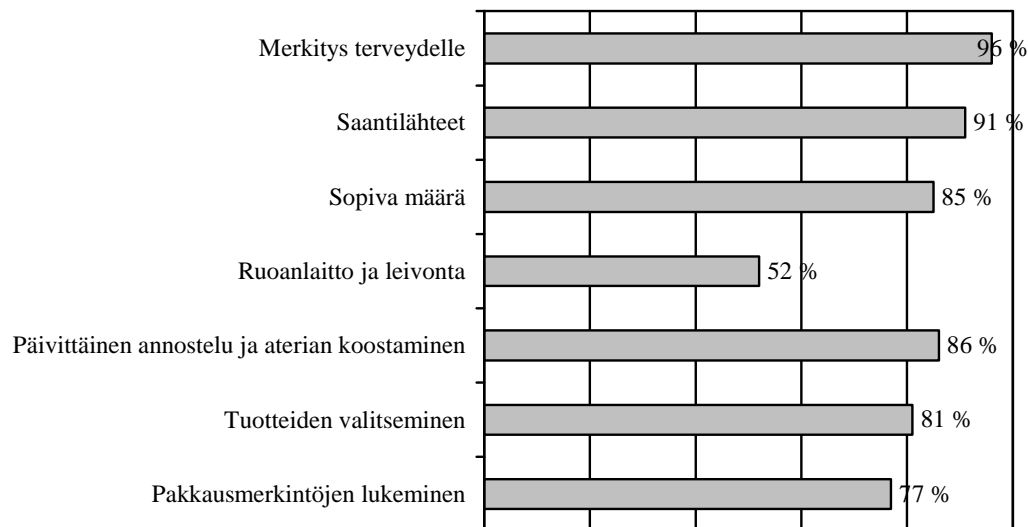


Kuvio 6. Rasvan laatua koskevien kysymysten oikeiden vastausten määrä teemoittain (n=35)

Kyselyyn osallistuneet terveydenhoitajat tiesivät hyvin, että kasviöljyt ovat hyvä pehmeän rasvan lähde (91 %) [38] ja että Sydänmerkkiä voi hyödyntää rasvan laadun kannalta terveellisten tuotteiden valinnassa (94 %) [28]. Rypsiöljyn (91 %) ja pullomargariinin (97 %) tiedettiin soveltuvan hyvin ruoanlaittoon, mutta leivonnassa rypsiöljyn käyttäminen oli tutkimukseen osallistuneille terveydenhoitajille vieraampaa (69 % oikein) [31, 56]. Vain kaksi kolmesta (66 %) terveydenhoitajista osaisi neuvoa, millä määrällä rypsiöljyä voidaan korvata voi tai margariini ruoanvalmistuksessa ja

leivonnassa [31]. Suurin osa (91 %) tutkimukseen osallistuneista terveydenhoitajista osaisi kuitenkin suositella rasiamargariinia leivontaan [78]. Lähes kaikki tutkimukseen osallistuneet terveydenhoitajat tiesivät, että myös mikroaterioista löytyy rasvan laadun kannalta hyviä vaihtoehtoja (94 %) [83], ja että tyydyttymättömät rasvat pakkausmerkinnöissä tarkoittavat pehmeää rasvaa (91 %) [104]. Joka kolmas (34 %) terveydenhoitajista ei tiennyt, että rasvan laadun kannalta hyvässä tuotteessa tyydytynyttä rasvaa tulisi olla vähintään 2/3 rasvan kokonaismäärästä [16]. Joka viides (20 %) valitsi tarjotuista leivänpäällikevaihtoehtoista muun kuin rasvan laadun kannalta parhaan vaihtoehdon [11]. Lähes puolet (46 %) tutkimukseen osallistuneista terveydenhoitajista luuli virheellisesti, että veren kolesteroliarvoihin vaikuttaa eniten ravinnon kolesterolimäärä, vaikka todellisuudessa ravinnon rasvan laadulla on suurempi merkitys [42].

Kasvisten, marjojen ja hedelmien käyttöä koskevilla kysymyksillä tutkimukseen osallistuneet terveydenhoitajat vastasivat oikein keskimäärin 79 prosenttiin kysymyksistä, ja oikeiden vastausten määrän vaihteluväli oli 65–90 prosenttia eli melko heikosta tasosta hyvään tasoon. Suurimmalla osalla terveydenhoitajista oikeiden vastausten määrä saavutti melko hyvän tason, kahdella vastausten taso jäi melko heikolle tasolle ja kaksi terveydenhoitajista saavutti hyvän tason. Kasvisten, marjojen ja hedelmien merkitys terveydelle tiedettiin hyvin. Sopivaa määrää, päivittäistä annostelua ja aterian koostamista, tuotteiden valitsemista ja Sydänmerkin käyttöä koskevilla kysymyksillä saavutettiin melko hyvä taso. Ravitsemusneuvontaa ja leivontaa koskevilla kysymyksillä oikeiden vastausten määrä jäi melko heikolle tasolle. Kasvisten, marjojen ja hedelmien käyttöä koskevien kysymysten oikeiden vastausten määrä on eritelty teemoittain kuviossa 7.

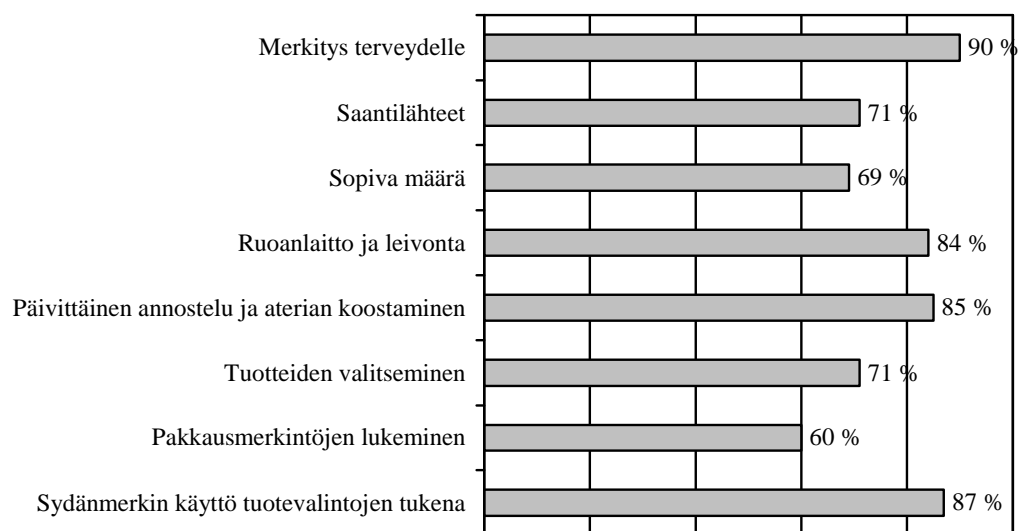


Kuvio 7. Kasvien, marjojen ja hedelmien käyttöä koskevien kysymysten oikeiden vastausten määrä teemoittain (n=35)

Lähes kaikki (97 %) tutkimukseen osallistuneista terveydenhoitajista tiesivät, että vitamiini- ja kivennäisainevalmisteilla ei saavuteta samoja hyötyjä kuin vaihtelevalla ja runsaasti kasviksia sisältävällä ruokavaliolla [49]. Useimmat (83 %) nimesivät oikein päivittäisen tavoiteltavan kasvis-, marja- ja hedelmämäärän [14]. Lähes kaikki (91 %) tunnistivat puolen kilon päivittäisen kasvis-, marja- ja hedelmämäärän annetusta esimerkistä [53]. Melkein joka kuudes (17 %) terveydenhoitaja hyväksyi kuitenkin virheellisesti perunan päivittäiseen kasvis-, marja- ja hedelmätavoitteeseen [37]. Kaikki tutkimukseen osallistuneet terveydenhoitajat tiesivät lautasmallin käytön olevan hyvä keino varmistaa riittävä kasvien, marjojen ja hedelmien saanti [86]. Lisäksi kaikki vastaajat tiesivät marjojen olevan erityisen ravintoainerikkaita ja terveellisiä [103]. Yli puolet (54 %) tutkimukseen osallistuneista terveydenhoitajista ei tiennyt, että käsitellyistä kasviksista, marjoista ja hedelmistä kannattaa tarkistaa, onko tuotteeseen lisätty rasvaa [17].

Kuitua koskevilla kysymyksillä tutkimukseen osallistuneet terveydenhoitajat vastasivat oikein keskimäärin 80 prosenttiin kysymyksistä, ja oikeiden vastausten määrän vaihteluväli oli 60–97 prosenttia eli melko heikosta tasosta hyvään tasoon. Suurimmalla osalla vastaajista (89 %) oikeiden vastausten määrä saavutti melko hyvän tason, kolmella vastaajalla taso jäi melko heikolle tasolle ja yksi vastaajista saavutti

hyvän tason. Kuidun merkitys terveydelle tiedettiin hyvin. Saantilähteitä, ruoanvalmistusta ja leivontaa, päivittäistä annostelua ja aterian koostamista, tuotteiden valitsemista sekä Sydänmerkin käyttöä koskevissa kysymyksissä oikeiden vastausten määrä oli melko hyvällä tasolla. Sopivaa määrää ja pakkausmerkintöjen lukemista koskevissa kysymyksissä oikeiden vastausten määrä jäi melko heikolle tasolle. Ravintokuitua koskevien kysymysten oikeiden vastausten määrä on eritelty teemoittain kuviossa 8.



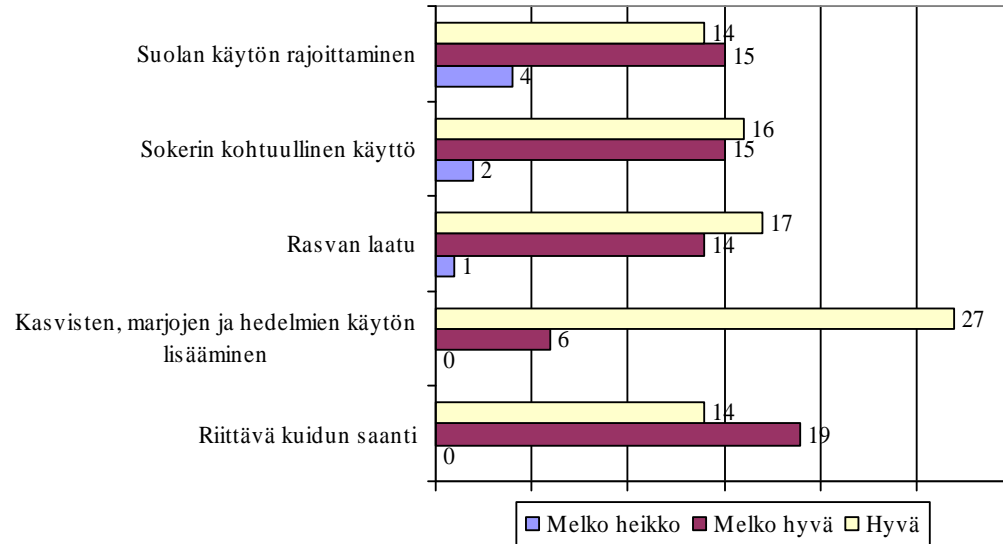
Kuvio 8. Kuitua koskevien kysymysten oikeiden vastausten määrä teemoittain (n=35)

Tutkimukseen osallistuneet terveydenhoitajat tiesivät, että päivittäinen riittävä kuidunsaanti turvataan nauttimalla monipuolisesti runsaskuituisia viljatuotteita ja kasviksia [25]. Yli neljännes (29 %) tutkimukseen osallistuneista terveydenhoitajista ei kuitenkaan osannut nimetä viljatuotteiden käyttöä ruokavalion keskeisimmäksi tekijäksi riittävän kuidun saannin kannalta [6]. Vastaustensa perusteella kaksi kolmesta (63 %) terveydenhoitajasta suosittelisi virheellisesti pastan ja riisin korvaamista kasviksilla ruoan ja leivonnaisten kuitupitoisuuden lisäämiseksi [30], ja kolmannes tutkimukseen osallistuneista terveydenhoitajista oli virheellisesti sitä mieltä, että pelkillä kasviksilla on helppo saada riittävästi kuitua [75]. Vastaajista 40 prosenttia ei tiennyt terveän aikuisen päivittäisen kuidunsaannin suositusta [10]. Lähes kaikki (91 %) vastaajista tiesivät, että vaaleista leivistä löytyy myös runsaskuituisia vaihtoehtoja [89], mutta yli puolet vastaajista väitti virheellisesti, että kaikki puurot ovat hyviä kuidun lähteitä (57

%) [92] ja että runsaskuituisia muroja on tarjolla vain vähän (51 %) [19]. Useimmilla tutkimukseen osallistuneista terveydenhoitajista leivontaan liittyvät käsitykset sallisivat leivosohjeiden muokkaamisen runsaskuituisempaan suuntaan, esimerkiksi käyttämällä ruisjauhoja myös makeiden leivonnaisten valmistuksessa (94 %) [59]. Terveydenhoitajat tiesivät, että Sydänmerkkiä käytetään myös viljatuotteissa (97 %) ja suurin osa (89 %) tiesi myös Sydänmerkin huomioivan myös tuotteen kuitumäärän [33]. Kuidun terveyshyödyt sekä vaikutus kylläisyydentunteeseen tiedettiin hyvin (97 %) [43]. Yli kolmannes vastaajista ei tiennyt runsaskuituisen viljatuotteen kriteerejä (37 %) [12] ja luuli virheellisesti, että merkintä ”tumma” tai ”täysjyvä” takaa tuotteen runsaskuituisuuden (43 %) [91].

6.3 Tutkimukseen osallistuneiden terveydenhoitajien arvio omasta ravitsemusosaamisestaan

Tutkimukseen osallistuneet terveydenhoitajat arvioivat ravitsemustiedon osaamisensa keskimäärin melko hyväksi tai hyväksi jokaisen teeman kohdalla. Vahvimmaksi osaaminen arvioitiin kasvien, marjojen ja hedelmien käytön osalta, jossa yli kaksi kolmesta vastaajasta koki tietonsa hyväksi ja loput melko hyväksi. Kukaan vastaajista ei määritellyt tietojensa tasoa minkään teeman osalta heikoksi, mutta kuusi vastaajista arvioi tietonsa melko heikoiksi vähintään yhden teeman alueella. Eniten epävarmuutta vastaajat kokivat suolan käytön rajoittamista koskevaa tietotasoaan arvioidessaan. Kaksi vastaajista ei osannut määrittää osaamisensa tasoa minkään teeman alueelta. Vastaajien arviot omasta osaamisestaan ravitsemuksen aihealueittain on eritelty kuviossa 9.



Kuvio 9. Terveydenhoitajien oma arvio tietojensa tasosta ravitsemuksen aihealueittain (n=35)

7 POHDINTA

7.1 Tutkimustulosten pohdintaa ja johtopäätöksiä

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää terveydenhoitajien käytännönläheisen ravitsemustiedon määrää. Tutkimukseen osallistuneet terveydenhoitajat vastasivat oikein keskimäärin 80 prosenttiin kyselylomakkeen kysymyksistä. Tätä oikeiden vastausten määrää voidaan pitää melko hyvänä. On kuitenkin huomioitava, että tällöin 20 prosenttia eli joka viides vastauksista perustui puutteelliseen tai virheelliseen tietoon. Puuttuva tai virheellinen tieto voi olla keskeisessä asemassa yksittäisen asiakkaan ravitsemusneuvonnan onnistuneessa toteutuksessa. Esimerkiksi vaikka suolaa ja pakkausmerkintöjen lukemista koskevat kysymykset ovat vain pieni osa tutkimusaineistoa, näiden kysymysten selvittämällä tiedolla voi olla suolan vähentämiseen pyrkivän asiakkaan ravitsemusneuvonnassa suuri merkitys.

Pakkausmerkintöjen lukeminen osoittautui tutkimukseen osallistuneille terveydenhoitajille teemoista haastavimmaksi. Sekä sokeria että kuitua koskevissa pakkaus-

merkintäkysymyksissä osaaminen jäi melko heikolle tasolle ja suolaa koskevissa pakkausmerkintäkysymyksissä heikolle tasolle. Kuluttajat kokevat pakkausmerkintöjen lukemisen haasteelliseksi (Kuluttajaliitto 2009), joten terveydenhoitajalta saatu ohjaus on avainasemassa terveellisten tuotteiden valinnassa. Tämä on merkittävää, koska valitut tuotteet ovat kotona tehtävien päivittäisten valintojen ja ruoanvalmistuksen perusta. Ilman riittävää pakkausmerkintöjen lukutaitoa terveellisen ruokavalion toteuttaminen on käytännössä hyvin vaikeaa. Tutkimukseen osallistuneet terveydenhoitajat osasivat kuitenkin vastata hyvin Sydänmerkkiä koskeviin kysymyksiin muutoin paitsi sokerin osalta. Sokerin osalta Sydänmerkkiä koskevien kysymysten vastaukset jäivät melko heikolle tasolle, mutta tämä on ymmärrettävää, koska Sydänmerkki huomioi sokerimäärän vain muutamissa tuoteryhmissä. Sydänmerkin käyttö korvaa osittain pakkausmerkintöjen lukutaitoa. Sydänmerkin käyttöoikeus on kuitenkin ostettava, joten Sydänmerkki tuotevalintojen perusteena rajaa tuotevalikoiman niihin tuotteisiin, joille valmistaja on halunnut Sydänmerkin ostaa (Sydänmerkin myöntämisperusteet 2008). Myös tuotteet, joilla ei ole Sydänmerkkiä, voivat siis olla ravitsemuksellisesti yhtä hyviä.

Vahvimmiksi tutkimukseen osallistuneet terveydenhoitajien tiedot osoittautuivat rasvan laatua sekä kasviksia, marjoja ja hedelmiä koskevissa kysymyksissä. Nämä aiheet ovat eniten viime aikoina mediassa näkyvyyttä saaneita ravitsemuksen aihealueita. Tutkimusaineiston analysoinnissa huomattiin keskimääräistä enemmän tiedon puutteita kysymyksissä, jotka koskivat viime aikoina muuttunutta tietoa. Esimerkiksi muuttunut vähäsuolaisuuden raja ja laajentunut runsaskuituisten murojen valikoima olivat osalle tutkimukseen osallistuneista terveydenhoitajista vielä vieraita. Tämä herättää kysymyksen siitä, mitkä mahdollisuudet terveydenhoitajalla on päivittää ravitsemusosaamistaan muuttuvan tiedon osalta. Tähän vaikuttaa terveydenhoitajan koulutuksessa saamat tiedonhaun taidot ja asenteet, tarjottu lisäkoulutus ja mahdollisuus osallistua koulutuksiin sekä työelämän ajalliset resurssit.

Tutkimukseen osallistuneiden terveydenhoitajien omat arviot tietojensa tasosta olivat realistisia. Yleisimmin tietojen taso koettiin melko hyväksi tai hyväksi. Tutkimukseen osallistuneista terveydenhoitajista kuusi (17 %) koki tietonsa yhden tai useamman ravitsemuksen aihealueen osalta melko heikoiksi. Ravitsemusneuvonta on keskeinen osa terveydenhoitajan toteuttamaa terveydenedistämistyötä, joten on tärkeää, että

terveydenhoitajilla, jotka kokevat osaamisensa riittämättömäksi, olisi mahdollisuus kehittää osaamistaan. Kokemus oman ammattitaidon tai osaamisen riittämättömyydestä voi vaikuttaa niin, että terveydenhoitaja vähentää ravitsemusneuvonnan osuutta työssään.

Terveydenhoitajan ravitsemusosaamisen ja ammattiin valmistumisesta kuluneen ajan välillä ei ollut huomattavissa selkeää yhteyttä aineistossa. Tämä merkitsee, että vasta ammattiin valmistuneiden tuoreessa muistissa olevat ravitsemuksen tiedot ovat jo lähtökohtaisesti joillain osa-alueilla riittämättömät, eikä pitkänkään uran tuoma kokemustieto riitä täysin paikkaamaan näitä puutteita. Tämä kyseenalaistaa terveydenhoitajien ammattiin valmistavan koulutuksen ravitsemusopintojen riittävyden.

Kohderyhmän halukkuuteen osallistua tutkimukseen saattoi vaikuttaa se, miten vahvasti tutkittavat kokivat tutkittavan aiheen koskevan itseään sekä miten he kokivat selviytyvänsä kyselylomakkeen kysymyksistä. Vahvan ravitsemusosaamisen omaavalle terveydenhoitajalle kyselylomakkeen täyttäminen voi olla mielekäs ja suhteellisen vaivaton kokemus, mutta heikomman ravitsemusosaamisen omaava terveydenhoitaja voi kokea kyselylomakkeen suhteettoman työlääksi ja kritisoivaksi, jolloin tutkimukseen osallistuvien joukkoon saattoi valikoitua vahvempia osajia. Koska kyselyä ei toteutettu valvotuissa olosuhteissa, on myös huomioitava, että tutkimukseen osallistuneilla henkilöillä on ollut mahdollisuus käyttää erilaisia tietolähteitä kyselyyn osallistuessaan. Tällöin tutkimusaineisto ei välttämättä edusta perusjoukon todellista osaamista ja voi antaa osaamisen tasosta perusteettoman positiivisen vaikutelman.

Tutkimustuloksia ei otoskoon vuoksi voi yleistää, mutta tulokset viittaavat ravitsemusosaamisen puutteisiin joillain osa-alueilla. Tältä osin tulokset ovat samansuuntaisia aikaisempien tutkimusten mukaan, joissa on tutkittu terveydenhuoltohenkilöstön omaa kokemusta osaamisensa riittävydestä (Ilmonen ym. 2007, 3661–3666) sekä hoitohenkilökunnan kykyä vastata ravitsemusneuvonnan tarpeeseen (Mattinen 2007, 13–19). Myös näissä tutkimuksissa on kyseenalaistettu terveydenhuoltohenkilöstön ravitsemusosaamisen riittävyys.

7.2 Tutkimusprosessin arviointi

Tutkimusprosessin toteutuksen pohjana hyödynnettiin erilaisia kvantitatiivisen tutkimusprosessin vaihemalleja muun muassa teoksista Tilastollinen tutkimus (Heikkilä 2001, 24–29) ja Tutki ja kirjoita (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 63–65). Tutkimuksen toteutus eteni järjestelmällisesti vaihemalleja soveltaen. Tutkimusryhmän koulutusohjelmavalinta sekä henkilökohtainen mielenkiinto ravitsemusta ja ravitsemusneuvontaa kohtaan ohjasivat tutkimusaiheen valintaa. Tutkimusaihetta muotoillessamme konsultoimme ravitsemustieteen lehtori Sari Aaltoa, jolla oli ajantasainen tieto työelämän tarpeesta. Näistä lähtökohdista muotoutui alustava tema (terveydenhoitajien antama ravitsemusneuvonta) sekä tutkimuskysymys, jota tarkennettiin kirjallisuuteen tutustumisen myötä. Aihevalinta oli perusteltu ja hyvin rajattu.

Tutkimuskysymyksen muotoilun ja lähdekirjallisuuteen tutustumisen jälkeen valittiin tutkimusmenetelmä ja laadittiin tutkimussuunnitelma. Tutkimusmenetelmäksi valittiin kvantitatiivinen tutkimus, koska tavoitteena oli saada mahdollisimman objektiivista tietoa terveydenhoitajien ravitsemusosaamisesta. Tutkimussuunnitelma tehtiin huolella ja siinä pyrittiin ennakoimaan ja huomioimaan mahdollisesti tutkimuksen luotettavuutta heikentäviä tekijöitä. Tutkimuksen otokseen tutkimusryhmä ei pystynyt vaikuttamaan, vaan yhteistyötahot saatiin oppilaitoksen välityksellä. Otoksen pieni koko tiedettiin jo suunnitteluvaiheessa, mutta tutkimuksen aihe koettiin niin tärkeäksi, että tutkimus päätettiin toteuttaa siitä huolimatta. Vaikka tutkimustulosten yleistettävyyttä kärsii pienestä otoskosta, tutkimus voi kuitenkin osoittaa lisätutkimusten tarpeen ja nostaa aiheen keskusteltavaksi.

Tutkimusprosessin työläin vaihe oli mittarin eli kyselylomakkeen laatiminen. Tutkittava aihe pilkottiin teemoiksi ja ravitsemuksen aihealueiksi luotettavan lähdekirjallisuuden avulla, minkä vuoksi kyselylomake mittaa juuri haluttua asiaa. Kysymyksiä työstettiin pitkäjänteisesti, ja niiden validiutta ja yksiselitteisyyttä tarkasteltiin useita kertoja mittarin laatimisen aikana. Siitä huolimatta kysymyslomakkeeseen jäi muutama kysymys, joiden merkityksellisyydestä ei aineiston analysoinnin vaiheessa päästy yksimielisyyteen (kysymykset 52, 101). Kokonaisuutena kyselylomaketta voidaan kuitenkin pitää hyvänä: se on selkeä, looginen ja neutraali, kysymykset ovat

helppotajuisia ja lukijaystävällisiä, ja kysymyksiä voidaan pitää huolellisen strukturoinnin ja operationalisoinnin ansiosta muutamaa analysointivaiheessa huomioitua poikkeusta lukuun ottamatta valideina.

Tutkimukseen osallistuneista terveydenhoitajista 22 antoi sanallista palautetta. Näistä kahdeksan koki tutkimuksen ja kyselylomakkeen täyttämisen mielekkääksi, hyödylliseksi, opettavaiseksi tai tarpeelliseksi. Kaksitoista tutkimukseen osallistunutta terveydenhoitajaa koki kyselylomakkeen kysymykset oman ammatillisen osaamisensa kannalta epäolennaisiksi tai liian vaikeiksi. Neljän mukaan kyselylomakkeen selvittämä tieto oli liian yksityiskohtaista ja kuului ravitsemusterapeutin osaamisalueeseen. Kyselylomakkeen terveydenhoitajien pyynnöstä tarkastaneen ravitsemusterapeutti Marja-Leena Blinnikan (2009) mukaan kysymykset kuitenkin käsittelivät ravitsemusta tavalla, joka terveydenhoitajan tulisi hallita. Muu saatu sanallinen palaute koski yksittäisiä kysymyksiä (muun muassa epäselväksi havaittua kysymystä 36) ja kyselylomakkeen pituutta. Kyselylomakkeen selkeyteen ja tutkimukseen liittyvään tiedotukseen oltiin pääsääntöisesti tyytyväisiä (29 vastaajaa, 83 %).

Kyselylomakkeen työstämisen vaiheessa tutkimusryhmällä oli selkeä suunnitelma tutkimustulosten analysoimiseksi. Koska kyselylomaketta ei ollut vakioitu, suunniteltua pisteytysjärjestelmää ei kuitenkaan voitu käyttää analysoinnissa. Tämä virhe olisi voitu välttää konsultoimalla asiaan perehtynyttä opettajaa jo kyselylomakkeen laatimisen vaiheessa. Tutkimustulosten muuttaminen havaintomatriisiksi vaatikin suunniteltua enemmän työtä ja useamman yrityksen. Lopulta aineisto saatiin muotoon, jossa sen käsittelystä ei aiheutunut tilastollisia virheitä, kuten että osa kysymyksistä olisi saanut tarpeettoman suuren painoarvon aineistossa. Jälkikäteen ajateltuna aineiston käsittelyä sekä tutkimukseen osallistumista olisi helpottanut, jos kyselylomake olisi koostunut vain oikein/väärin-väittämistä tai ”valitse vain yksi vaihtoehto” -muotoisista kysymyksistä, mutta kyselylomakkeen työstövaiheessa koimme ”valitse yksi tai useampi” -muotoisten kysymysten mittaavan terveydenhoitajien todellista osaamista paremmin.

Kyselylomakkeen pituus aiheutti päänvaivaa sekä tutkimusryhmälle että tutkimukseen osallistuville. Kyselylomaketta yritettiin lyhentää ja muuttaa nopeammin vastattavaksi, mutta tutkittavaa aihetta ei ollut mahdollista käsitellä kattavasti pienemmällä kysymysmäärällä. Tästä johtuen tutkimukseen osallistuvien motivointiin kiinnitettiin

erityistä huomiota. Rajallisen otoskoon vuoksi jo lomakkeen laatimisen vaiheessa oli tiedossa, että taustamuuttujien ja ravitsemusosaamisen välisiä yhteyksiä ei voida kovin tarkasti tai luotettavasti selvittää. Taustatekijöitä selvittävät kysymykset päätettiin sisällyttää kuitenkin lomakkeeseen selkeimpien korrelaatioiden huomaamiseksi.

Tutkimusraportin laatimisessa hyödynnettiin lähdekirjallisuudessa (Vilka 2007, 157–166; Hirsjärvi ym. 2007, 243–259; Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, 234–253) esitettyjä hyvän tutkimusraportin kriteerejä. Raporttia työstettiin koko tutkimusprosessin ajan. Raportointi toteutettiin johdonmukaisesti ja kattavasti hyvää tutkimusetiikkaa noudattaen.

7.3 Oman ammatillisen kehittymisen arviointi

Tutkimuksen toteutus oli monipuolinen oppimisprosessi. Prosessin aikana kehitettiin muun muassa tiedonhakuun, tutkimuksen toteutukseen, kvantitatiiviseen tutkimukseen, ryhmätyöskentelyyn, ajankäytön hallintaan ja pitkäjänteiseen työskentelyyn sekä ravitsemukseen liittyviä tietoja ja taitoja.

Tutkimusprosessin alkuvaiheessa suoritettu tiedonhaku edellytti tutustumista erilaisiin tietokantoihin ja tietolähteisiin. Tutkimusryhmä haki aktiivisesti ohjausta tiedonhakuun muun muassa oppilaitoksen informaatioilta. Kyky arvioida ja vertailla lähteitä kriittisesti kehittyi prosessin aikana. Tutkimuksen toteutuksen aikana opittiin tutkimuksen toteutuksen prosessimalli, prosessimallin eri vaiheiden merkityksellisyys, tutkimuksen luotettavuuteen, eettisyyteen ja hyödynnettävyyteen vaikuttavia tekijöitä sekä kvantitatiivisen tutkimuksen käsitteistöä ja mittarin laatimista.

Vuorovaikutustaidot ja ammatillinen itseilmaisu kehittyivät tiiviissä ryhmätyöskentelyssä sekä kontakteissa yhteistyötahoihin. Työskentely vahvisti kykyä sekä ottaa että jakaa vastuuta. Aikataulujen yhteensovittaminen ja prosessin edellyttämä pitkäjänteinen suunnittelu antoivat valmiuksia vastata työelämän vastaaviin vaatimuksiin.

Kyselylomaketta laadittaessa tutkimusryhmän ravitsemustiedollinen osaaminen vahvistui ja käytännönläheisen ravitsemusneuvonnan tärkeys ja sisältö konkretisoitui tutkimusryhmän jäsenille.

7.4 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Määrällisen tutkimuksen luotettavuutta lisääviä keskeisiä piirteitä ovat objektiivisuus, anonymiteetti, reliabiliteetti ja validiteetti (Vilka 2007, 13–16, 149–152). Lisäksi tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttaa otoksen edustavuus. Tutkimuksen eettisyyden kannalta merkittävää on osallistumisen vapaaehtoisuus, kohderyhmän vahingoittamattomuus ja loukkaamattomuus, aineiston käsittelyn luottamuksellisuus sekä raportoinnin rehellisyys ja avoimuus (Vilka 2007, 90–91; Vehviläinen-Julkunen 1997, 26–32). Nämä periaatteet on huomioitu tutkimuksen toteutuksessa.

Tutkimusprosessin alussa tutkimusryhmä pohti tuloksiin liittyviä oletuksiaan. Oletusten tiedostamisen vuoksi niiden vaikutus tutkimusprosessin toteutukseen sekä tulosten raportointiin ja tulkintaan voitiin minimoida. Tutkimusaiheen teoriaan tutustuttaessa lähdeaineisto valittiin ja tulkittiin huolellisesti sekä esiteltiin tutkimusraportissa puolueettomasti. Tutkimus toteutettiin postitettavana kyselynä ja motivointiyhteydenotot sähköpostitse, jolloin tutkijoiden ja tutkittavien välinen suhde säilyi etäisenä koko tutkimusprosessin ajan. Sen vuoksi tutkijoiden vaikutus kyselyn vastauksiin jäi mahdollisimman vähäiseksi. Kyselylomakkeen laatimisessa kiinnitettiin erityistä huomiota siihen, että kysymykset tai vastausvaihtoehdot eivät johdattele vastaajaa. Tutkimustulokset raportoitiin kattavasti ja avoimesti.

Kyselylomake suunniteltiin niin, että vastaaja tiesi lomakkeen palauttaessaan, että sitä ei voitaisi yhdistää suoraan häneen. Lomakkeella ei kysytty mitään vastaajan henkilötietoja, ja kaikki mahdollisesti tunnistamiseen johtava tieto (esimerkiksi harvinaisempi toimintasektori) käsiteltiin vastaajan anonymiteettiä kunnioittaen. Tutkimuksen tekijöillä oli tiedossa otantaan kuuluvien terveydenhoitajien nimet motivointiviestien lähettämiseksi, mutta vain vastaajat itse tiesivät, kuka oli päättänyt osallistua tutkimukseen. Tutkimusaineiston analysoinnin ja raportoinnin jälkeen tutkimusaineisto tuhottiin asianmukaisesti.

Tutkimuksen reliabiliteetti tarkoittaa tutkimuksen toistettavuutta ja tarkkuutta. Toistettavuus ja tarkkuus ovat sitä, että toistettaessa tutkimuksesta saadaan samanlaisia tuloksia ja tutkimustuloksiin ei sisälly satunnaisvirheitä (Vilka 2007, 150). Tutkimuksen reliabiliteetti on kuitenkin sidonnainen aikaan ja paikkaan (Hirsjärvi 2005,

Vilkan 2007, 149 mukaan). Tämän tutkimuksen toistettavuutta ja tarkkuutta lisääviä tekijöitä ovat terveydenhoitajien eri toimintasektoreiden todellisuutta vastaava edustus, huolellinen aineiston käsittely ja tarkastus sekä melko hyvä vastausprosentti. Tutkimusaineiston muuntamisessa arvoiksi kiinnitettiin erityistä huomiota siihen, ettei kysymysten muuntaminen arvoiksi aiheuta tilastollista virhettä. Monivalintakysymyksissä, jossa vastaajan tuli valita yksi tai useampi vastausvaihtoehto, jokaiselle vastausvaihtoehdolle annettiin oma arvo, ja tämän ansiosta havaintomatriisista ilmenee oikean tiedon määrä tarkasti. Tutkimuksen toistettavuutta ja tarkkuutta rajoitti se, että otos jäi yhteistyökumppaneiden saatavuuden vuoksi suhteellisen pieneksi, tutkimukseen osallistuvilla terveydenhoitajilla oli mahdollisuus käyttää erilaisia tietolähteitä kyselylomakkeen täyttämisen apuna sekä tutkimukseen osallistujiksi saattoivat valikoitua henkilöt, jotka kokivat kyselylomakkeen täyttämisen muita helpommaksi. Tietolähteiden käyttöön ja osallistujien valikoitumiseen pyrittiin kuitenkin vaikuttamaan hyvällä, motivoivalla ohjeistuksella sekä perustelemalla tutkimustulosten hyödynnettävyys saatekirjeessä ja motivointiyhteydenotoissa.

Tutkimuksen validiteetti tarkoittaa, että tutkimus todella mittaa sitä, mitä sen on tarkoitus mitata. Tämän edellytyksenä on onnistunut operationalisointi ja strukturointi eli tutkimuskysymyksen ja sen taustalla olevan teorian muuntaminen arkikielellä ymmärrettäväksi, yksiselitteiseksi mittariksi, joka antaa vastauksen haluttuun tutkimuskysymykseen. (Vilka 2007, 150.) Kyselylomakkeen rakenteen pohjana hyödynnettiin monipuolista, ajantasaista teorian tietoa, jonka perusteella valittiin kyselylomakkeen ravitsemuksen aihealueet ja teemat vastaamaan tutkimuskysymyksen sisältöä. Tämän jälkeen ravitsemuksen aihealueiden ja teemojen yhdistelmistä (esimerkiksi suolan saannin vähentäminen ja pakkausmerkintöjen lukeminen) muodostettiin arkikielisiä, helppotajuisia monivalintakysymyksiä ja väittämiä. Tällä järjestelmällisellä prosessilla varmistettiin, että kyselylomakkeen sisältö vastaa kattavasti lähtökohtana ollutta tutkimuskysymystä. Kysymysten yksitulkintaisuus varmistettiin esitestauksen avulla. Kyselylomakkeen validiteettia heikensi se, että eri ravitsemuksen aihealueita ja teemoja edustavien kysymysten välistä vaikeustason vaihtelua oli mahdotonta arvioida ja kaksi virheellistä kysymystä jouduttiin hylkäämään aineiston keräämisen jälkeen.

Tutkimukseen osallistui 35 terveydenhoitajaa niistä 60:stä, joille kyselylomake lähetettiin. Vastausprosentti oli 58. Tutkimuksen otoskoko on määrällisen tutkimuksen kriteereillä arvioituna pieni, mikä heikentää tutkimuksen luotettavuutta ja yleistettävyyttä. On todennäköistä, että katoon kuuluivat ne henkilöt, joiden ravitsemusosaaminen on keskiarvoa heikompaa, koska heille kyselylomakkeen täyttäminen olisi ollut työläämpää. Osa tutkimukseen osallistuneista terveydenhoitajista (12 vastaajaa, 34 %) ilmoitti kokeneensa kyselyn vaikeaksi, ja on mahdollista, että he hyödynsivät erilaisia lähteitä kyselylomakkeen täyttämisen apuna. Perustelemalla tutkimuksen tarpeellisuus saatekirjeessä sekä lähettämällä useita motivointiviestejä sähköpostitse pyrittiin minimoimaan näiden luotettavuutta heikentävien tekijöiden vaikutus tutkimustuloksiin. Saatekirjeessä mainittiin myös, että osallistujien on tärkeää vastata kyselyyn juuri omien tietojensa pohjalta. Tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että tutkimukseen osallistuneet terveydenhoitajat edustivat kuitenkin kattavasti terveydenhoitajien eri toimintasektoreita, ja kyselylomakkeen laadinnassa panostettiin erityisesti kysymysten yksiselitteisyyteen ja helppoon vastaamiseen.

Tutkimusprosessin aikana noudatettiin hyvää tutkimusetiikkaa. Tutkimusluvut anottiin asianmukaisesti (liitteet 1–3) ja niihin sisällytettiin riittävät tiedot tutkimuksen aikataulusta, kyselyn toteutustavasta, kerätyn aineiston käsittelystä sekä tulosten hyödyntämisestä ja julkistamisesta. Myös saatekirjeessä annettiin osallistujille heidän tarvitsemansa tieto aineiston käsittelystä, vastaajien anonymiteetistä sekä vastaamisen vapaaehtoisuudesta. Vapaaehtoisuuden lisäksi korostettiin jokaisen osallistujan panoksen merkitystä. Kaikki tutkimusprosessiin liittyvät asiakirjat ja yhteydenotot laadittiin kunnioittavaan sävyyn. Tutkittaville annettiin myös tutkimusryhmän yhteystiedot sekä rohkaistiin ottamaan yhteyttä kaikissa mieltä askarruttavissa asioissa. Tutkimukseen osallistuminen ei millään tavalla vahingoittanut vastaajia, vaikkakin osalla vastaajista kyselylomakkeen täyttämiseen oli kulunut saatekirjeessä annettua arviota pidempään. Lisäksi jotkut vastaajista kokivat kyselylomakkeen harmittavan vaikeaksi.

Tutkimuksen raportoinnissa kunnioitettiin vastaajien anonymiteettiä ja kyselylomakkeet säilytettiin ja hävitettiin asianmukaisesti. Tutkimusprosessi ja tulokset raportoitiin avoimesti, rehellisesti ja tarkasti sekä tutkimusraportin ilmaisut valittiin kaikkia

osapuolia kunnioittaen. Lähteet merkittiin sekä tekstiviitteisiin että lähdeluetteloon huolellisesti Savonia-ammattikorkeakoulun kirjallisten ohjeiden mukaan.

7.5 Tutkimustulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet

Tutkimustulosten yleistettävyyttä rajoittaa otoksen pieni koko. Tutkimus kuitenkin osoitti selkeitä puutteita ravitsemusosaamisessa joillain osa-alueilla, minkä vuoksi terveydenhoitajien ravitsemusosaamista olisi hyvä selvittää laajemmalla tutkimusaineistolla. Kyselylomakkeen pohjana käytetty teemoista ja ravitsemuksen aihealueista koostuva rakenne on hyvä pohja terveydenhoitajien ravitsemusosaamisen selvittämiseksi, mutta yksittäisten kysymysten osalta kyselylomake kaipaa muutoksia. Muutoksia edellyttävät kysymykset on esitelty taulukossa 5. Lisäksi ”valitse yksi tai useampi vaihtoehto” -kysymysten muuntaminen ”valitse vain yksi vaihtoehto” -kysymyksiksi tekisi aineiston analysoinnista yksinkertaisempaa (koko kysymys on selkeästi oikein tai väärin) sekä mahdollistaisi ravitsemuksen aihealueiden mukaisten kysymysryhmien välisen vertailun.

Taulukko 5. Kyselylomakkeessa todetut muokkaustarpeet sekä ehdotetut muutokset

Kysymys-numero	Puute tai virhe kysymyksessä tai vastausvaihtoehdoissa	Ehdotettu muutos
13	Mikään vastausvaihtoehdoista ei ole selkeästi oikein.	Muutettava vastausvaihtoehdot niin, että joku vaihtoehdoista on selkeästi oikea.
28	Vastausvaihtoehdot a) ja b) ovat yhdessä sisällöltään sama kuin c), jolloin valinnat a) ja b) tai pelkkä c) ovat molemmat oikein.	Vastausvaihtoehtoja selkiytettävä.
36	Kysymys on muotoiltu epäselvästi: myös vaihtoehdoissa a) ja d) esitetyt tuotteet <i>voivat</i> saada Sydänmerkin, vaikka niissä mainitut ominaisuudet eivät ole Sydänmerkin kriteerejä.	Kysymys on muotoiltava uudestaan.

Mikäli terveydenhoitajien käytännönläheinen ravitsemusosaaminen todetaan laajemmissa tutkimuksissa riittäväksi, on tarpeen selvittää, miten terveydenhoitajien hallitsema tieto siirtyy asiakkaille. Tiedon siirtymistä häiritseviä tekijöitä voivat olla esimerkiksi asiakkaan tai terveydenhoitajan motivaation puute, ajallisten resurssien puute tai puutteelliset ohjaustaidot. Mikäli laajemmat tutkimukset osoittavat puutteita käytännönläheisen ravitsemusneuvonnan edellyttämän tietoperustan hallinnassa, olisi seuraava luonteva toiminnallisen tutkimuksen aihe selvittää, miten terveydenhoitajien ravitsemusosaamista voidaan parantaa.

Kyselylomakkeiden yhteydessä saadun palautteen mukaan tutkimus muistutti useita kyselylomakkeen saaneita terveydenhoitajia käytännönläheisen ravitsemusneuvonnan tärkeydestä ja oman ravitsemusosaamisen ylläpitämisestä.

LÄHTEET

- Absetz, P. & Valve, R.** 2004. Elintapaneuvonta tavoitteelliseksi toiminnaksi – terveydenhoitajan roolinmuutos neuvojasta tukijaksi ja mahdollistajaksi. *Terveydenhoitaja* 37 (7), 12–14.
- Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon.** 2006. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopistemäärät. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. Helsinki: Opetusministeriö.
- Ares, G., Giménez, A. & Gámbaro, A.** 2008. Influence of nutritional knowledge on perceived healthiness and willingness to try functional foods. *Appetite* (51), 663–668.
- Blinnikka, M.-L.** 2009. Ravitsemusterapeutti. Iisalmen seudun kansanterveystyön kuntayhtymä. Henkilökohtainen tiedonanto. katariina.s.kinnunen@student.savonia.fi 22.9.2009.
- Eriksson-Backa, K.** 2003. In sickness and in health. How information and knowledge are related to health behaviour. Åbo Akademi University. Faculty of Economics and Social Sciences. Information Studies. Väitöskirja. Turku: Åbo Akademi University Press.
- Finravinto 2007 –tutkimus.** 2008. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B23/2008. Terveyden edistämisen ja kroonisten tautien ehkäisy osasto. Ravitsemusyksikkö. Helsinki: KTL.
- Haapa, E. & Pölonen, A.** 2002. Ravitsemushoito kehittyvässä palvelujärjestelmässä. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2001:14. Helsinki: STM.

- Hasunen, K., Kalavainen, M., Keinonen, H., Lagström, H., Lyytikäinen, A., Nurttila, A., Peltola, T. & Talvia, S.** 2004. Lapsi, perhe ja ruoka. Imeväis- ja leikki-ikäisten lasten, odottavien ja imettävien äitien ravitsemussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2004:11. Helsinki: Edita.
- Heikkilä, T.** 2001. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.
- Heinonen, R.** 1998. Ratkaisuja ravitsemukseen. Helsinki: Diabetesliitto.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P.** 2007. Tutki ja kirjoita. 13. painos. Helsinki: Tammi.
- Ilmonen, J., Isolauri, E. & Laitinen, K.** 2007. Ravitsemusneuvonta koetaan tärkeäksi neuvolatyössä. Suomen Lääkärilehti 62 (40), 3661–3666.
- Koikkalainen, M.** 2001. Ruokailutottumusten muuttamisen esteet sydänpotilailla. Kuopion yliopisto. Kliinisen ravitsemustieteen laitos. Väitöskirja.
- Kuluttajaliitto.** 2009. Kuluttaja elintarvikeviidakossa -hanke. Elintarvikkeet ja ravitsemus. Teemat. Helsinki: Suomen kuluttajaliitto ry. Viitattu 14.12.2009. Saatavilla verkkojulkaisuna.
<http://www.kuluttajaliitto.fi/index.phtml?s=110>
- Mattinen, A.** 2007. Ravitsemusohjaus hoitotyössä. Ammattikorkeakoulun rooli terveydenhoitajien ja sairaanhoitajien ravitsemushoidon osaamisessa. Turun ammattikorkeakoulun puheenvuoroja 9.
- Mattinen, A. & Koivuniemi, S.** 2007. Terveysneuvontaan tarvitaan asiakaslähtöisiä ratkaisuja. Sairaanhoitaja 80 (10), 32–35.
- Mowe, M., Bosaeus, I., Rasmussen, H. H., Kondrup, J., Unosson, M., Rothenberg, E., Irtun, Ø. & The Scandinavian Nutrition Group.** 2008. Insufficient nutritional knowledge among health care workers? Clinical Nutrition 2 (27), 196–202.

- Mulliner, C. M., Spiby, H. & Fraser, R. B.** 1995. A study exploring midwives' education in, knowledge of and attitudes to nutrition in pregnancy. *Midwifery* (11), 37–41.
- Mustajoki, P. & Kunnamo, I.** 2009. Motivoiva potilashaastattelu, vaikuttava terveysneuvonta. Sairauksien ehkäisy. *Terveyskirjasto*. Helsinki: Duodecim. Päivitetty 19.1.2009. Viitattu 31.3.2009. Saatavilla verkkojulkaisuna. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00147&p_haku=motivoiva%20potilashaastattelu
- Paturi, M., Tapanainen, H., Reinivuo, H. & Pietinen, P.** 2008. Finravinto 2007 - tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B23/2008. Terveyden edistämisen ja kroonisten tautien ehkäisyn osasto. Ravitsemusyksikkö. Helsinki: KTL.
- Pietinen, P.** 2008. Finravinto 2007 -tutkimus. Yhteenveto. Teoksessa M. Paturi, H. Tapanainen, H. Reinivuo & P. Pietinen (toim.) Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B23/2008. Terveyden edistämisen ja kroonisten tautien ehkäisyn osasto. Ravitsemusyksikkö. Helsinki: KTL, 145–146.
- Piirainen, T., Isolauri, E., Huurre, A., Hoppu, U. & Laitinen, K.** 2004. Ravitsemus ja terveysneuvonta äitiys- ja lastenneuvoloissa. *Suomen Lääkärilehti* 59 (19), 2047–2053.
- Poskiparta, M., Kasila, K., Kettunen, T., Liimatainen, L. & Vähäsarja, K.** 2004. Uusi työväline elintapojen muutosta tukevaan terveysneuvontaan. *Terveydenhoitaja* 37 (8), 15–17.
- Puumalainen, R.** 2004. Työikäisten ravitsemuskasvatus. *Työterveyslääkäri* 22 (1), 20–25.
- Seiber, J. S.** 1997. Nutrition education: Changing eating behavior requires concrete advice. *Journal of the American Dietetic Association* 97 (7), 749.

Suomalaiset ravitsemussuositukset. 2005. Ravinto ja liikunta tasapainoon. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Helsinki: Edita.

Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportti. 2005. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B10/2005. Epidemiologian ja terveyden edistämisen osasto. Helsinki: KTL.

Sydänmerkin myöntämisperusteet. 2008. Sydänmerkki-tuotteet. Helsinki: Suomen Sydänliitto Ry. Päivitetty 26.6.2008. Viitattu 21.3.2009. Saatavilla verkkojulkaisuna.

http://www.sydanmerkki.fi/sydanmerkki_tuotteet/tietoa/perusteet/fi_FI/perusteita/

Opetussuunnitelma. 2008. Terveystoimittaja AMK. Savonia-ammattikorkeakoulu. Terveysala. Kuopio.

Terveydenhoitajan työn edellyttämä osaaminen. 2001. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 2000:15. Saatavilla verkkojulkaisuna. Viitattu 4.9.2009.

http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/mon20_15/moniste.htm#5_6

Valtion ravitsemusneuvottelukunnan toimintaohjelma kansallisten ravitsemussuosituksen toteuttamiseksi. 2003. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Helsinki: Edita.

Uski, V., Töyry, S., Manninen, P. & Räsänen, K. 2002. Lisää ravitsemusneuvontaa työterveyshuoltoon? Työterveyslääkäri 20 (3), 392–396.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2006. D-vitamiinin lisäys maitoihin ja ravintorasvoihin paransi saantia. Tiedote. Helsinki: KTL.

Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Tutkimusraportti ja sen arviointi. Teoksessa M. Paunonen & K. Vehviläinen-Julkunen (toim). 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY, 26–34.

- Vehviläinen-Julkunen, K. & Paunonen, M.** 1997. Tutkimusraportti ja sen arviointi. Teoksessa M. Paunonen & K. Vehviläinen-Julkunen (toim). 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY, 234–254.
- Viljakainen, H.** 2008. Defining adequate vitamin D intake. Cross-sectional and intervention studies. Väitöskirja. Soveltavan kemian ja mikrobiologian laitos. Ravitsemustiede. Helsingin yliopisto.
- Vilkka, H.** 2007. Tutki ja mittaa. Helsinki: Tammi.
- Virtanen, S., Aro, E., Keskinen, P., Lindström, J., Rautavirta, M., Ventola, A.-L. & Virtanen, L.** 2008. Diabeetikon ruokavaliosuositus 2008. Tampere: Suomen diabetesliitto ry. Viitattu 18.12.2008. Saatavilla verkkojulkaisuna.
http://www.diabetes.fi/tiedoston_katsominen.php?dok_id=1219

Liite 1. Tutkimuslupa, Varkauden kaupungin sosiaali- ja terveyskeskus

Liite 1. Tutkimuslupa, Varkauden kaupungin sosiaali- ja terveyskeskus, jatkuu

Liite 1. Tutkimuslupa, Varkauden kaupungin sosiaali- ja terveyskeskus, jatkuu

Liite 2. Tutkimuslupa, Iisalmen seudun kansanterveystyön kuntayhtymän terveydenhuollon hallinto

Liite 2. Tutkimuslupa, Iisalmen seudun kansanterveystyön kuntayhtymän terveydenhuollon hallinto, jatkuu

Liite 3. Tutkimuslupa, Siilinjärvi-Maaningan kuntayhtymän sosiaali- ja terveystoimi

Liite 3. Tutkimuslupa, Siilinjärvi-Maaningan kuntayhtymän sosiaali- ja terveystoimi, jatkuu

Liite 3. Tutkimuslupa, Siilinjärvi-Maaningan kuntayhtymän sosiaali- ja terveystoimi, jatkuu

Liite 4. Kyselylomake (oikeat vastaukset lihavoituna)

NRO:

(Tutkija täyttää)

1. Minä vuonna valmistuit terveydenhoitajaksi? _____

2. Montako vuotta olet toiminut terveydenhoitajan ammatissa? _____

3. Missä työskentelet (ympyröi sopiva vaihtoehto tai sopivat vaihtoehdot)
 - a) äitiysneuvolassa
 - b) lastenneuvolassa
 - c) kouluterveydenhuollossa
 - d) opiskelijaterveydenhuollossa
 - e) työterveyshuollossa
 - f) kotisairaanhoidossa
 - g) muualla, missä? _____

4. Oletko saanut ravitsemukseen liittyvää lisäkoulutusta valmistumisesi jälkeen?
 - a) en ole
 - b) kyllä olen, vastaa seuraaviin:

Minä vuonna koulutus oli? _____

Miten pitkä koulutus oli (tunteja, päiviä)? _____

Millainen koulutus oli (toiminnallinen, luento, ryhmätyömuotoinen tms.)?

Kuvaus koulutuksen sisällöstä:

*Mikäli olet osallistunut useampaan ravitsemukseen liittyvään koulutukseen, jatka
kääntöpuolelle ja vastaa jokaisen koulutuksen osalta kaikkiin yllä oleviin lisäkysymyksiin!*

Liite 4. Kyselylomake, jatkuu

Ympyröi seuraavista kysymyksistä mielestäsi oikea vaihtoehto. Valitse vain **YKSI** vastausvaihtoehto!

5. Suomalaisten suurimmat suolan saantilähteet ovat
 - a) liharuoat
 - b) makkara ja leikkele
 - c) **leipä ja muut viljavalmistet**
 - d) maitotuotteet

6. Ravintokuidun riittävän saannin kannalta keskeisintä ruokavaliossa on
 - a) kasvien määrä
 - b) kasvien laatu
 - c) **viljatuotteiden käyttö**
 - d) päivittäinen hedelmien ja marjojen nauttiminen

7. Rasvan laadun kannalta paras vaihtoehto ruoanvalmistus- ja leivontarasvaksi on:
 - a) tavalliset rasiamargariinit (esim. Keiju, Flora, Pirkka)
 - b) paperikääreiset leivontamargariinit (esim. Sunnuntai, Pirkka)
 - c) juoksevat leivontarasvaseokset (esim. Oivariini)
 - d) **rypsiöljy**

8. Kuinka paljon henkilö, jonka energian tarve on 2000 kcal / vrk, saa saada ravitsemussuosituksen mukaan sokeria eli sakkaroosia vuorokaudessa?
 - a) 20 grammaa
 - b) 40 grammaa
 - c) **50 grammaa**
 - d) 100 grammaa

9. Tuotteen ravintoainetaulukossa lukee natrium 0,4g/100g. Suolan määräksi se saadaan muutettua...
 - a) ei tarvitse muuttaa, se on sama kuin suolan määrä
 - b) **kertomalla 2,5:lla**
 - c) jakamalla kahdella
 - d) kertomalla neljällä

10. Päivittäinen kuidunsaantisuositus terveelle aikuiselle on
 - a) 15 grammaa
 - b) 20 grammaa
 - c) **25 grammaa**
 - d) 40 grammaa

11. Rasvan laadun kannalta paras vaihtoehto leivän päälle on
 - a) kaksi siivua Edam 9% -juustoa, kasviksia
 - b) **sipaisu margariinia (60% rasvaa), kaksi siivua Polar 5% -juustoa, kalkkunaleikkele, kasviksia**
 - c) vähärasvainen tuorejuusto, naudan kokolihaleikkele, kasviksia
 - d) sulatejuusto, kalkkunaleikkele, kasviksia

Liite 4. Kyselylomake, jatkuu

Valitse edelleen vain **YKSI** vaihtoehto.

12. Paljonko viljatuotteessa on oltava vähintään kuitua, jotta se täyttää ”runsaskuituisuuden” kriteerit?
- a) 3 %
 - b) **6 %**
 - c) 10 %
 - d) 12 %
13. Paljonko sokeria on 200 gramman karkkipussissa? *[jätetty analysoimatta]*
- a) 12 grammaa
 - b) 50 grammaa
 - c) **75 grammaa**
 - d) 125 grammaa

Ympyröi seuraavista kysymyksistä mielestäsi oikea tai oikeat vaihtoehdot. Valitse **YKSI TAI USEAMPI** vaihtoehto!

14. Sopiva määrä kasviksia päivässä on
- a) **kuusi oman kouran kokoista annosta**
 - b) kuusi aikuisen kouran kokoista annosta
 - c) aikuiselle kuusi kourallista, lapsille ja vanhuksille kolme kourallista
 - d) **noin puolet annoksesta joka aterialla ja välipalalla**
15. Pakkausmerkintä ”ei lisättyä sokeria” tarkoittaa, että tuotteessa
- a) ei ole lainkaan sokeria
 - b) **ei ole lainkaan sakkaroosia**
 - c) **voi olla makeutusainetta**
 - d) on matala energiapitoisuus
16. Rasvan laadun kannalta hyvässä tuotteessa
- a) tyydyttynyttä rasvaa on enemmän kuin tyydyttymätöntä rasvaa
 - b) **tyyydyttymättömiä rasvoja on vähintään 2/3 rasvan kokonaismäärästä**
 - c) lukee ”vähärasvainen” tai ”kevyt”
 - d) **voi olla Sydänmerkki**
17. Käsiteltyjen kasvien, marjojen ja hedelmien tuoteselosteesta kannattaa tarkistaa, onko tuotteessa
- a) **lisättyä suolaa tai sokeria**
 - b) **lisättyä rasvaa**
 - c) sen verran korkea kuitupitoisuus sitä kannattaa syödä
 - d) kaikki vitamiinit tallella
18. Sydänmerkki tuotteessa
- a) ei kerro sen suolapitoisuudesta mitään
 - b) **kertoo, että tuote on ryhmässään suolan kannalta parempi vaihtoehto**
 - c) osoittaa tuotteen olevan vähäsuolainen
 - d) kertoo tuotteen natriumin olevan laadultaan sydänystävällisempää

Liite 4. Kyselylomake, jatkuu

Valitse edelleen **YKSI TAI USEAMPI** vaihtoehto.

19. Murot
 - a) muroissa runsaskuituisuuden raja on 3 %
 - b) runsaskuituisia muroja on vaikea löytää
 - c) **runsaskuituisia muroja löytyy isommista marketeista useita eri vaihtoehtoja**
 - d) muroissa runsaskuituisuus on ainoa huomioitava seikka, kun etsitään terveellistä vaihtoehtoa

20. Sydänmerkki
 - a) ei kerro mitään tuotteen sokeripitoisuudesta
 - b) on huomionut sokeripitoisuuden kaikissa tuoteryhmissä
 - c) **huomioi sokeripitoisuuden joissain tuoteryhmissä**
 - d) kertoo, että tuotteessa ei ole lainkaan lisättyä sokeria

21. Jos leivässä on suolaa 0,9%
 - a) leipä on vähäsuolainen
 - b) **leivässä voi käyttää merkintää ”vähennetty suolaa”**
 - c) leipä on runsassuolainen
 - d) **leipä on hyvä vaihtoehto suolan kannalta**

22. Valmiita kasvispakasteita
 - a) ei kannata käyttää lainkaan
 - b) **voi hyvin käyttää tuoreiden lisänä arkea helpottamassa**
 - c) **kannattaa valita harkiten, koska joissain on lisättyä suolaa ja/tai rasvaa**
 - d) kannattaa käyttää mahdollisimman usein tuoreiden sijaan pakastuksessa hyvinsäilyneiden ravintoaineiden vuoksi

23. Suolan saantia rajoittaessa
 - a) **leipä on melko ratkaisevassa roolissa**
 - b) lihatuotteiden käytöstä kannattaa mieluiten luopua kokonaan
 - c) kasvien kanssa ei kannata käyttää mitään salaattinkastiketta
 - d) kannattaa jättää margariini pois leivältä

24. Jotta makeiden herkkujen syönti pysyisi hallinnassa, kannattaa
 - a) käyttää paljon keinomakeutettuja tuotteita makeanhimon kurissa pitämiseksi
 - b) **sallia itselleen kohtuullinen annos makeaa herkkua esimerkiksi pari kertaa viikossa**
 - c) pitää oikein kunnan ”mässäilypäivä” kerran viikossa
 - d) **huolehtia säännöllisestä monipuolisesta ruokailusta**

25. Päivittäisen kuitusuosituksen täyttymiseksi suositellaan nautittavan päivittäin
 - a) pari banaania päivässä
 - b) **runsaskuituisia viljatuotteita ja kasviksia monipuolisesti**
 - c) aina puuroaamiainen
 - d) 2-3 palaa ruis- tai muuta runsaskuituista leipää päivässä

Liite 4. Kyselylomake, jatkuu

Valitse edelleen **YKSI TAI USEAMPI** vaihtoehto.

26. Yksi annos kasviksia on
- kaksi omenaa
 - puoli desilitraa marjoja
 - kaksi desilitraa raastetta**
 - yksi porkkana**
27. Leivonnassa suola voi vaikuttaa merkittävästi leivonnaisen
- koostumukseen**
 - makuun**
 - säilyvyyteen
 - muiden ravintoaineiden imeytymiseen
28. Sydänmerkki tuotteessa kertoo *[HUOM: jos valittu a) JA b) TAI c),
havaintomatriisissa a), b), ja c) oikein]*
- rasvan määrästä
 - rasvan laadusta
 - sekä rasvan laadusta että määrästä**
 - että tuotteessa ei ole lainkaan transrasvoja
29. Leivonnassa voi yleensä
- jättää sokerin kokonaan pois korvaamatta sitä millään
 - käyttää sokeria vähemmän kuin ohjeessa neuvotaan**
 - korvata sokerin makeutusaineella niin halutessaan**
 - vähentää merkittävästi leivonnaisen kalorimäärää käyttämällä ruskeaa sokeria valkoisen sokerin sijaan
30. Ruokiin ja leivonnaisiin saat kätevästi enemmän kuitua
- valitsemalla raaka-aineiksi Sydänmerkin saaneita viljatuotteita**
 - vähentämällä liha- ja maitotuotteiden käyttöä
 - käyttämällä pastan ja riisin tilalla kasviksia
 - et mitenkään
31. Ruoanvalmistuksessa ja leivonnassa
- sulatetun voin voi korvata leivonnassa rypsiöljyllä niin, että 100g voita tai margariinia korvataan reilulla 1 dl:lla rypsiöljyä
 - rypsiöljy sopii ruoanvalmistukseen mutta ei yleensä leivontaan
 - rypsiöljy soveltuu useimmiten myös leivontaan**
 - 3/4 dl öljyä vastaa 100 g margariinia tai voita sulatettuna**
32. Kasvikset ovat hyvä lisä aterialle kun ne on kypsennetty
- höyryttämällä**
 - uunissa kypsentämällä**
 - keittämällä**
 - pannalla paahtamalla**

Liite 4. Kyselylomake, jatkuu

Valitse edelleen **YKSI TAI USEAMPI** vaihtoehto.

33. Sydänmerkki viljatuotteessa
- a) **on merkki hyvästä kuitumäärästä**
 - b) ei huomioi kuitumäärää
 - c) kertoo, että kuitua on vähintään 8g/100g tuotetta
 - d) Sydänmerkkiä ei käytetä viljatuotteissa.
34. Mikä on aikuiselle terveyden kannalta sopiva määrä suolaa päivässä?
- a) **yleensä mitä vähemmän, sen parempi**
 - b) **5 grammaa on hyvä tavoite**
 - c) naisille tavoite on 5 grammaa, miehille 8 grammaa
 - d) suolan määrään ei tarvitse kiinnittää huomiota jos on terve ja nuori
35. Pehmeän rasvan saannin on oltava
- a) mahdollisimman vähäistä
 - b) noin kolmannes kokonaisrasvansaannista
 - c) **vähintään kaksi kolmannesta kokonaisrasvansaannista**
 - d) riittävää, jotta HDL-kolesteroli pysyisi riittävän matalalla
36. Sydänmerkin voi saada kasvikset, marjat ja hedelmät *[jätetty analysoimatta]*
- a) joiden kuitupitoisuus on erityisen korkea
 - b) **joissa ei ole lisättyä sokeria, rasvaa tai suolaa**
 - c) joihin lisätty rasva on koostumukseltaan hyvälaatuista
 - d) jotka ovat kotimaisia
37. Kasviksiin, marjoihin ja hedelmiin puolen kilon suosituksessa ei lueta
- a) kaaleja
 - b) yrttejä
 - c) palkokasveja
 - d) **perunaa**
38. Mikä tai mitkä ovat hyviä pehmeän rasvan lähteitä?
- a) **kasviöljyt**
 - b) kookosrasva
 - c) **rasvaiset kalat**
 - d) vähärasvaiset juustot
39. Sokerinsaantia tarkkaillessa tulee kiinnittää huomiota erityisesti
- a) **runsassokeristen juomien käyttöön**
 - b) suuremmissa juhlissa nautittuihin herkkuihin
 - c) sokerin kera pakastettujen marjojen käyttämiseen
 - d) myös light-tuotteiden välttämiseen makeutusaineiden liikasaannin riskin vuoksi

Liite 4. Kyselylomake, jatkuu

Valitse edelleen **YKSI TAI USEAMPI** vaihtoehto.

40. Runsas natriuminsaanti
 a) nostaa LDL-kolesterolia
 b) laskee HDL-kolesterolia
 c) **nostaa verenpainetta**
 d) lihottaa
41. Liiallinen sokerin (sakkaroosin) saanti
 a) **vaikuttaa veren rasva-arvoihin**
 b) lisää riskiä sairastua 1-tyyppin diabetekseen
 c) on harmitonta jos energiansaanti on muutoin kohtuullista
 d) **vaikeuttaa painonhallintaa**
42. Runsas kovan rasvan saanti
 a) **nostaa LDL-kolesterolia**
 b) laskee triglyseridiarvoja
 c) hidastaa suolen toimintaa
 d) **on keskeinen sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijä**
43. Riittävä ravintokuidun saanti
 a) **lisää kylläisyyden tunnetta**
 b) hidastaa suolen toimintaa
 c) **on yleensä osoitus muutenkin ravintoainerikkaasta ruokavaliosta**
 d) on mahdotonta ilman ruisleipää
44. Kasvisten runsas käyttö
 a) **auttaa sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisemisessä ja hoidossa**
 b) lisää turvotuksia
 c) takaa riittävän kuidunsaannin
 d) auttaa suoliston toimintaa pysymään hyvänä

Onko väittämä mielestäsi OIKEIN (=O) vai VÄÄRIN (=V). Ympyröi vastauksesi!

45. Margariini on yksi merkittävä suolanlähde. O V
46. Suurin sakkaroosin lähde ruokavaliossa on makeiset ikään ja sukupuoleen katsomatta. O V
47. **Pavut ja linssit ovat hyviä kuidunlähteitä.** O V
48. Veren kolesteroliarvoihin vaikuttaa eniten ravinnon kolesterolimäärä. O V
49. Tutkimuksissa on todettu että vitamiini- ja kivennäisainevalmisteilla on samat hyödyt kuin vaihtelevalla ja runsaasti kasviksia sisältävällä ruokavaliolla. O V
50. Sakkaroosin käyttöä tulee rajoittaa kohtuudella, koska aivot tarvitsevat sakkaroosia. O V
51. Noin 4 palaa runsaskuituista ruisleipää riittää saamaan päivän kuiduntarpeen täyteen. O V

LIITE 4. Kyselylomake, jatkuu

-
- | | | | |
|-----|--|---|---|
| 52. | Kovaa rasvaa ei voi koskaan saada suhteessa liian vähän. | O | V |
| 53. | Puoli kiloa kasviksia, marjoja ja hedelmiä on esimerkiksi iso appelsiini, 2 dl porkkanaraastetta, tomaatti, 2dl marjoja ja 10 viipaletta kurkkua. | O | V |
| 54. | Sokerin lisääminen marjoihin on säilyvyyden kannalta välttämätöntä. | O | V |
| 55. | Taikinassa on pakko olla edes osa jauhoista valkoisia vehnäjauhoja, jotta taikina kohoaa. | O | V |
| 56. | Pullomargariini on hyvä vaihtoehto ruoanvalmistukseen. | O | V |
| 57. | Kaikki kasvikset säilyvät pidempään jääkaappilämpötilassa. | O | V |
| 58. | Marinoidun tuotteen keittäminen runsaassa vedessä vähentää sen suolapitoisuutta. | O | V |
| 59. | Ruisjauhoja voi käyttää myös makeassa leivonnassa, esimerkiksi marjapiirakassa. | O | V |
| 60. | Pakastevihanneksia voi käsitellä ruoanvalmistuksessa aivan samoin kuin tuoreita. | O | V |
| 61. | Ruisleipää voi tehdä kokonaan ilman suolaa. | O | V |
| 62. | Elimistö saa tarvitsemansa natriumin täysin suolattomasta sekaruokavaliosta, joten lisättyä suolaa tai sitä sisältäviä elintarvikkeita ei ole pakko käyttää lainkaan. | O | V |
| 63. | Leseiden lisääminen leivonnassa tekee sämpylöistä kovia. | O | V |
| 64. | Happamia mausteet (esim. sitruunamehu) lisäävät suolan tarvetta ruoanlaitossa, joten niitä kannattaa välttää. | O | V |
| 65. | Lihan voi kypsentää kokonaan ilman rasvaa. | O | V |
| 66. | Joidenkin kasvien ravintoaineiden imeytyminen paranee kypsennettäessä. | O | V |
| 67. | Jotain suolapitoista kannattaa nauttia joka aterialla, ettei suolatasapaino pääse heittelemään. | O | V |
| 68. | Jos ei syö karkkia eikä juo limpparia, sokerinsaantia ei tarvitse tarkkailla. | O | V |
| 69. | Kuidun tarvetta on lähes mahdotonta saavuttaa, ellei syö päivittäin täysjyväleipää. | O | V |
| 70. | Osa makeutusaineista sopii kuumennettavaksi. | O | V |
| 71. | Salaatinkastikkeista rasvan laadun kannalta paras vaihtoehto kermaviilipohjainen kastike. | O | V |
| 72. | Jos aterialla on perunaa, muiden kasvien määrän voi jättää vähemmäksi. | O | V |
| 73. | Jos juo riittävästi aina suolaisen ruoan yhteydessä, se kumoaa suolan vaikutukset. | O | V |
| 74. | Päivittäinen makea herkku tarkoittaa automaattisesti sokerisuositusrajojen ylittämistä. | O | V |
| 75. | Pelkillä kasviksilla on helppo saada päivän kuiduntarve täytettyä. | O | V |
| 76. | Sisävesien petokaloja, esimerkiksi haukea, voi syödä turvallisesti rajoituksetta. | O | V |
| 77. | Kasviksia, marjoja tai hedelmiä tulisi olla joka lautasella 1/3. | O | V |
| 78. | Rasiamargariini sopii voin tilalle muroaikinaan. | O | V |
| 79. | Light-merkityissä tuotteissa ei ole lisättyä sokeria. | O | V |

Liite 4. Kyselylomake, jatkuu

- | | | |
|--|---|---|
| 80. Yksi runsasuolaisempi ruoka (esim. hampurilaisateria) päivässä ei merkitse mitään päivittäisen kokonaissuolansaannin kannalta. | O | V |
| 81. Sokeroiduista mehuista ja limppareista tulee helposti paljon sokeria, joten ne kannattaa säästää juhliin. | O | V |
| 82. Kylläisyyden tunteen säilyttämiseksi olisi hyvä nauttia joka aterialla jotain kuitupitoista. | O | V |
| 83. Mikroaterioista löytyy myös rasvan laadun suhteen hyviä vaihtoehtoja. | O | V |
| 84. Kaikkia makeutusaineita käytetään sokerin tilalla suhteessa 1tl = 1tl. | O | V |
| 85. Tuoreita kasviksia voi yleensä käyttää huolelta ilman tarkempia ravintosisältötietoja. | O | V |
| 86. Lautasmallin mukainen ruokailu on tehokas tapa huolehtia riittävästä kasvien, marjojen ja hedelmien saannista. | O | V |
| 87. Ketsupissa ja sinapissa on suolaa vain hyvin vähän. | O | V |
| 88. Jogurteissa on usein runsaasti sokeria. | O | V |
| 89. Vaaleista leivistä ei ole juurikaan runsaskuituisia vaihtoehtoja. | O | V |
| 90. Kasvirasvapohjaiset kerman kaltaiset valmisteet ovat hyvä pehmeän rasvan lähde. | O | V |
| 91. ”Tumma” ja ”täysjyvä” -merkintä tuotteessa tarkoittaa että tuote on runsaskuituinen. | O | V |
| 92. Kaikki puurot ovat hyviä kuidunlähteitä. | O | V |
| 93. Soijakastike ei sisällä verenpaineelle haitallista natriumia. | O | V |
| 94. Isossa limulasillisessa (3,3 dl) on noin 10 sokeripalan verran sokeria. | O | V |
| 95. Vähäsuolaisuuden raja on 0,3%. | O | V |
| 96. Ruis- ja kaurapuurot ovat kuidun kannalta hyviä aamiaisvaihtoehtoja. | O | V |
| 97. Kasvirasvapohjaiset tuotteet kuten kasvirasvajäätelöt ovat rasvakoostumukseltaan suositusten mukaisia. | O | V |
| 98. Kasvien ja marjojen ravintoainerikkaudesta kertoo aina parhaiten kotimaisuus. | O | V |
| 99. Mineraalisuolassa on selvästi tavallista ruokasuolaa vähemmän natriumia. | O | V |
| 100. Muromysli on vähäsokerinen murovaihtoehto. | O | V |
| 101. Peruna on erinomainen kuidun lähde. | O | V |
| 102. Ruoanvalmistuksessa kannattaa käyttää oliiviöljyä, koska sen rasvahappokoostumus on rypsiöljyä parempi. | O | V |
| 103. Marjat ovat erityisen ravintoainerikkaita ja terveellisiä. | O | V |
| 104. Monitydyttymättömät rasvat ovat ns. hyvää rasvaa. | O | V |

Liite 4. Kyselylomake, jatkuu

OMA ARVIO

Kuvittele asiakastilanne, jossa sinun tulisi antaa asiakkaalle käytännönläheistä helposti arkeen sovellettavaa tietoa seuraavista ravitsemuksen teemoista: rasvan laatu, riittävä ravintokuidun saanti, kasvien, marjojen ja hedelmien käytön lisääminen, suolan käytön rajoittaminen sekä sokerin kohtuullinen käyttö.

Arvioi omien tietojesi tasoa näihin ravitsemuksen teemoihin liittyen. Rastita vaihtoehto.

	Heikko	Melko heikko	Melko hyvä	Hyvä	En osaa sanoa
105. Rasvan laatu	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
106. Riittävä kuidun saanti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
107. Kasvien, marjojen ja hedelmien käytön lisääminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
108. Suolan käytön rajoittaminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sokerin kohtuullinen käyttö	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

PALAUTETTA opinnäytetyön tekijöille: toivomme Sinulta palautetta tutkimuslomakkeesta, saatekirjeestä ja tutkimukseen liittyvistä yhteydenotoista. Risuja ja ruusuja! Myös paperin kääntöpuolta saa käyttää hyväkseen.

Oliko tutkimuslomake selkeä? Kyllä Ei En osaa sanoa

Koitko saaneesi riittävästi tietoa tutkimuksesta ja esimerkiksi tietojesi käsittelystä? Kyllä Ei En osaa sanoa

Hyvä vastaanottaja!

Olemme Savonia-ammattikorkeakoulun Terveysalan Kuopion yksikön terveydenhoitajaopiskelijoita. Teemme opinnäytetyönämme tutkimusta, jonka tavoitteena on kartoittaa **millaisia tiedollisia valmiuksia terveydenhoitajilla on käytännönläheistä ravitsemusneuvontaa varten**. Käytännönläheisyys tässä yhteydessä tarkoittaa esimerkiksi elintarvikkeiden, tuotteiden ja ruoanvalmistusvinkkien tasolla annettavaa ohjausta. **Kartoituksen tuloksia voidaan hyödyntää koulutuksen ja lisäkoulutus-tarpeen arvioinnissa**.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Toivomme kuitenkin, että osallistut kyselyyn, koska **jokainen vastaus on tutkimuksen luotettavuuden ja hyödynnettävyyden kannalta arvokas, ja osallistumisesi on meille hyvin tärkeää!** Kysymykset ovat nopeasti vastattavia monivalintakysymyksiä sekä oikein/väärin -väittämiä, ja vastaamiseen menee aikaa vain noin 20 minuuttia. Luethan ohjeet ja kysymykset huolella: monivalintakysymyksistä osassa halutaan vain yksi vastausvaihtoehto, osassa saat valita useamman vastausvaihtoehdon. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta on tärkeää, että vastaat kysymyksiin harkiten, rehellisesti ja omien tietojesi pohjalta.

Tutkimukseen vastataan nimettömänä, eikä tutkimuksessa saatuja tietoja yhdistetä missään vaiheessa vastaajiin. Kyselylomakkeita käsittelevät vain allekirjoittaneet opinnäytetyöryhmän jäsenet, ja lomakkeet tuhotaan aineiston analyysin valmistuttua. Opinnäytetyön esitystilaisuus sekä kirjallinen raportti ovat julkisia, mutta kummassakaan ei esiinny tietoja jotka voitaisiin yhdistää yksittäiseen vastaajaan.

Palautathan täytetyn kyselyn mukana olevassa vastauskuoressa (postimaksu maksettu) toukokuun loppuun mennessä. Kiitos!

Annamme mielellämme lisätietoja.

Elina Eskelinen
terveydenhoitajaopiskelija

Katariina Kinnunen
terveydenhoitajaopiskelija

Eija Vauhkonen
terveydenhoitajaopiskelija

Oppilaitos:
Savonia-ammattikorkeakoulu
Terveysala, Kuopio

Liite 6. Oikeiden vastausten määrä aineistossa kysymyksittäin

Taulukko 6. Monivalintakysymysten oikeiden vastausten lukumäärä ja prosenttiosuus aineistossa (n=35)

Kysymys- nro	Oikeiden vastausten lukumäärä (n=35)	Oikeiden vastausten määrä %	Kysymys- nro	Oikeiden vastausten lukumäärä (n=35)	Oikeiden vastausten määrä %	Kysymys- nro	Oikeiden vastausten lukumäärä (n=35)	Oikeiden vastausten määrä %
5	2	6	23 A	34	97	34 A	22	63
6	25	71	23 B	35	100	34 B	21	60
7	29	83	23 C	33	94	34 C	81	89
8	6	17	23 D	35	100	34 D	35	100
9	16	46	24 A	35	100	35 A	34	97
10	21	60	24 B	24	69	35 B	31	89
11	28	80	24 C	30	86	35 C	31	89
12	22	63	24 D	33	94	35 D	29	83
13	kysymys poistettu		25 A	35	100	36 A	kysymys poistettu	
14 A	29	83	25 B	35	100	36 B	kysymys poistettu	
14 B	32	91	25 C	31	89	36 C	kysymys poistettu	
14 C	35	100	25 D	25	71	36 D	kysymys poistettu	
14 D	20	57	26 A	29	83	37 A	35	100
15 A	33	94	26 B	31	89	37 B	25	74
15 B	12	34	26 C	26	74	37 C	35	100
15 C	22	63	26 D	26	74	37 D	29	83
15 D	30	86	27 A	4	11	38 A	32	91
16 A	33	94	27 B	30	86	38 B	34	97
16 B	23	66	27 C	13	37	38 C	29	83
16 C	28	80	27 D	32	91	38 D	32	91
16 D	33	94	28 A	34	97	39 A	34	97
17 A	33	94	28 B	35	100	39 B	33	94
17 B	16	46	28 C	34	97	39 C	27	77
17 C	29	83	28 D	33	94	39 D	17	49
17 D	24	69	29 A	33	94	40 A	34	97
18 A	35	100	29 B	32	91	40 B	35	100
18 B	30	86	29 C	25	71	40 C	35	100
18 C	20	57	29 D	31	89	40 D	28	80
18 D	27	77	30 A	29	83	41 A	10	29
19 A	29	83	30 B	32	91	41 B	29	83
19 B	24	69	30 C	13	37	41 C	34	97
19 C	17	49	30 D	34	97	41 D	35	100
19 D	23	66	31 A	23	66	42 A	31	89
20 A	22	63	31 B	32	91	42 B	34	97
20 B	21	60	31 C	24	69	42 C	35	100
20 C	8	23	31 D	23	66	42 D	35	100
20 D	33	94	32 A	35	100	43 A	35	100
21 A	24	69	32 B	24	69	43 B	34	97
21 B	15	43	32 C	16	46	43 C	23	66
21 C	28	80	32 D	8	23	43 D	34	97
21 D	16	46	33 A	31	89	44 A	34	97
22 A	35	100	33 B	31	89	44 B	35	100
22 B	33	94	33 C	26	74	44 C	33	94
22 C	12	34	33 D	34	97	44 D	33	94
22 D	35	100						

Liite 6. Oikeiden vastausten määrä aineistossa kysymyksittäin, jatkuu

Taulukko 7. Väittämien oikeiden vastausten lukumäärä ja prosenttiosuus aineistossa (n=35)

Kysymys- nro	Oikeiden vastausten lukumäärä (n=35)	Oikeiden vastausten määrä %	Kysymys- nro	Oikeiden vastausten lukumäärä (n=35)	Oikeiden vastausten määrä %	Kysymys- nro	Oikeiden vastausten lukumäärä (n=35)	Oikeiden vastausten määrä %
45	27	77	65	35	100	85	32	91
46	17	49	66	9	26	86	35	100
47	25	71	67	32	91	87	34	97
48	19	54	68	32	91	88	35	100
49	34	97	69	22	63	89	32	91
50	32	91	70	30	86	90	10	29
51	27	77	71	28	80	91	20	57
52	26	74	72	34	97	92	15	43
53	32	91	73	35	100	93	32	91
54	35	100	74	32	91	94	33	94
55	32	91	75	25	71	95	18	51
56	34	97	76	29	83	96	34	97
57	23	66	77	29	83	97	23	66
58	20	57	78	32	91	98	18	51
59	33	94	79	13	37	99	29	83
60	12	34	80	34	97	100	31	89
61	32	91	81	35	100	101	30	86
62	26	74	82	35	100	102	32	91
63	34	97	83	33	94	103	35	100
64	33	94	84	29	83	104	32	91