

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma

Johanna Hasu
Tiia Rahunen

TERVEYDEN EDISTÄMINEN HARVAAN ASUTULLA ALUEELLA -
”Kurvateehan kylille!”

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2013



OPINNÄYTETYÖ
Maaliskuu 2013
Hoitotyön koulutusohjelma

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
p. (013) 260 600

Tekijät
Johanna Hasu ja Tiia Rahunen

Nimeke
Terveysten edistäminen harvaan asutulla alueella – ”Kurvatkeehan kylille!”

Toimeksiantaja
Pohjois-Karjalan Sydänpiiri ry

Tiivistelmä

Sydän- ja verisuonitaudit sekä diabetes ovat suomalaisten kansantauteja. Terveyspalvelujen keskittäminen vaikeuttaa harvaan asutulla alueella asuvien pääsyä palveluihin. Pohjois- Karjalan Sydänpiiri ry:n hallinnoima Kiertävä pysäkki -hanke on ottanut tehtäväkseen edistää harvaan asuttujen alueiden asukkaiden terveyttä. Kiertävä pysäkki -hanke pyrkii kehittämään ratkaisuja, joilla palvelut saataisiin lähemmäksi asukkaita. Osana hanketta tehtiin toiminnallinen opinnäytetyö sydän- ja verisuonitautien sekä diabeteksen ehkäisyyn. Toiminnallisena osuutena järjestettiin ohjaus- ja neuvontapäivät Tohmajärven kirjastoautossa.

Opinnäytetyön tarkoituksena on edistää terveyttä harvaan asutulla alueella, kannustaa sen asukkaita huolehtimaan omasta terveydestään itsehoidon keinoin ja antaa heille ohjausta itsehoitoon. Tehtävänä oli lähteä Tohmajärven kirjastoauton mukaan kiertämään kuntaa ja herättää keskustelua terveysten saatuudesta ja omasta terveydestä neuvomalla sekä ohjaamalla kuntalaisia sydän- ja verisuonitautien sekä diabeteksen ehkäisyssä. Samalla täysi-ikäisiltä kuntalaisilta mitattiin verenpaine sekä verensokeri- ja kokonaiskolesteroliarvoja. Päivät olivat nimeltään Sydän- ja verisuonitautien sekä diabeteksen ehkäisy – ohjaus- ja neuvontapäivät Tohmajärven kirjastoautossa.

Ohjaus- ja neuvontapäivien asiakaspalautteiden perusteella kiertävillä palveluilla olisi kysyntää. Tulevaisuudessa palveluita viedään mahdollisesti harvaan asuttujen alueiden asukkaiden pariin. Jatkokehittämisideana voisi kirjastoautoon tuoda lisäpalveluita tai pyörillä liikkuvat terveysten.

Kieli
suomi

Sivuja 52
Liitteet 5
Liitesivumäärä 7

Asiasanat
terveyden edistäminen, ohjaus, harvaan asuttu alue, sydän- ja verisuonitaudit, diabetes



THESIS
March 2013
Degree Programme in Nursing
Tikkarinne 9
FIN 80200 JOENSUU
FINLAND
Tel. +358-13-260 600

Authors
Johanna Hasu and Tiia Rahunen

Title
Health Promotion in Sparsely Populated Areas – “Visit the Village!”

Commissioned by
Finnish Heart Association, Regional Association in North Karelia

Abstract

Cardiovascular diseases and diabetes are national diseases in Finland. Centralisation of health services into large population centres complicates the access to health services in sparsely populated areas. The Regional Heart Association in North Karelia manages a project called “Kiertävä pysäkki” and the aim of the project is to promote health of people in sparsely populated areas. The project attempts to develop new solutions to bring services closer to people. As a part of the project, a practice-based thesis was carried out on the prevention of cardiovascular diseases and diabetes, including guidance and counselling days, which took place in the mobile library in the municipality of Tohmajärvi.

The purpose of the thesis was to promote health of people in sparsely populated areas, to encourage them to take control of their health and provide advice on self-care. The assignment was to get on the mobile library and to travel around the municipality and make people talk about the availability of health services and their personal health. At the same, the inhabitants received advice and guidance on self-care of cardiovascular diseases and diabetes. The theme of the days was Prevention of Cardiovascular Diseases and Diabetes – Guidance and Counselling Days on Tohmajärvi Mobile Library

Customer feedback received during the guidance and counselling days revealed that services on wheels are needed. It is possible that in the future, services will be brought to people living in sparsely populated areas. As a follow-up idea, the mobile library could provide other services in addition to library services or there could be health services on wheels.

Language
Finnish

Pages 52
Appendices 5
Pages of Appendices 7

Keywords

health promotion, guidance, sparsely populated area, cardiovascular diseases, diabetes

Sisältö

Tiivistelmä

Abstract

1	Johdanto.....	5
2	Terveysthuolto muutoksessa	6
2.1	Kunta- ja rakenneuudistukset terveydenhuollon näkökulmasta	6
2.2	Maaseutupolitiikka terveydenhuoltopalveluissa harvaan asutulla alueella	7
2.3	Sosiaali- ja terveysthuolto Tohmajärven kunnassa.....	9
3	Terveysthuollon edistäminen.....	11
3.1	Terveysthuollon edistämisen periaatteita	11
3.2	Erilaiset hankkeet ja ohjelmat terveyden edistämisen tukena	13
4	Sydän- ja verisuonitautit sekä diabetes.....	15
4.1	Verenpaine.....	15
4.2	Kolesteroli	18
4.3	Diabetes	20
4.4	Liikunta sydän- ja verisuonitautien sekä diabeteksen ehkäisyssä	22
4.5	Ravitsemus sydän- ja verisuonitautien sekä diabeteksen ehkäisyssä	23
4.6	Alkoholi ja tupakka sydän- ja verisuonitautien sekä diabeteksessä	25
5	Ohjaus hoitotyössä	27
5.1	Hyvä ohjaus	27
5.2	Ohjaukseen vaikuttavat tekijät	28
5.3	Vuorovaikutuksellinen ohjaus	29
6	Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä.....	30
7	Opinnäytetyön toteutus.....	31
7.1	Toiminnallinen opinnäytetyö menetelmänä	31
7.2	Lähtötilanteen kartoitus ja kohderyhmä	32
7.3	Toiminnallinen osuus	33
7.4	Ohjaus- ja neuvontapäivien arviointi.....	36
8	Pohdinta.....	37
8.1	Opinnäytetyöprosessi	37
8.2	Opinnäytetyön luotettavuus.....	39
8.3	Opinnäytetyön eettisyys	39
8.4	Ammatillinen kasvu ja kehitys	Virhe. Kirjanmerkkiä ei ole määritetty.
8.5	Hyödynnettävyys ja jatkokehittämissideat	41
	Lähteet.....	42

Liitteet

Liite 1	Toimeksiantosopimus
Liite 2	Materiaaliluettelo
Liite 3	Mainos ohjaus- ja neuvontapäivistä
Liite 4	Palautelomake
Liite 5	Toimeksiantajan palaute

1 Johdanto

Suomalaisten tavallisimpia kansantauteja ovat sydän- ja verisuonitaudit sekä diabetes (Kustannus Oy Duodecim 2012). Yleisimmät sydän- ja verisuonisairaudet ovat sepelvaltimotauti, sydämen vajaatoiminta, aivoverenkiertohäiriöt, kohonnut verenpaine ja rasva-aineenvaihdintahäiriöt. Diabeteksella tarkoitetaan sairausryhmää, jolle on yhteistä veren liian korkea sokeripitoisuus. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2012a.) Terveyspalvelujen saatavuus on puhuttanut etenkin harvaan asutuilla alueilla kuntauudistusten myötä (Valtiovarainministeriö 2012b). Poliittisesti ajankohtainen aihe palveluiden keskittämisen takia ja halu edistää harvaan asuttujen kuntien asukkaiden terveyttä herätti mielenkiinnon opinnäytetyön tekemiseen.

Opinnäytetyö oli toiminnallinen, ja sen toimeksiantajana toimi Pohjois-Karjalan Sydänpiiri ry. Toimeksiantaja hallinnoi Kiertävä pysäkki -hanketta, jonka alaisuuteen opinnäytetyö kuului. Hankkeen tavoitteiden ja oman mielenkiinnon kautta käsittelyyn otettiin terveystalvelut harvaan asutulla alueella, terveyden edistäminen, ohjaus ja neuvonta hoitotyössä ja sydän- ja verisuonitaudit sekä diabetes. Sydän- ja verisuonitautien sekä diabeteksen osalta keskityttiin verenpaineeseen, kolesteroliin ja verensokeriin. Tarkempaan tarkasteluun otettiin myös liikunnan ja ravitsemuksen sekä alkoholin ja tupakan vaikutus sydän- ja verisuonitauteihin sekä diabetekseen.

Opinnäytetyön tarkoituksena on edistää terveyttä harvaan asutulla alueella, kannustaa sen asukkaita huolehtimaan omasta terveydestään itsehoidon keinoin ja antaa heille ohjausta itsehoitoon. Tehtävänä oli lähteä Tohmajärven kirjastoauton mukaan kiertämään kuntaa ja herättää keskustelua terveystalvelujen saatavuudesta ja omasta terveydestä neuvomalla sekä ohjaamalla kuntalaisia sydän- ja verisuonitautien sekä diabeteksen ehkäisyssä. Samalla täysi-ikäisiltä kuntalaisilta mitattiin verenpaine sekä verensokeri- ja kokonaiskolesteroliarvoja. Päivät olivat nimeltään Sydän- ja verisuonitautien sekä diabeteksen ehkäisy – ohjaus- ja neuvontapäivät Tohmajärven kirjastoautossa.

2 Terveydenhuolto muutoksessa

2.1 Kunta- ja rakenneuudistukset terveydenhuollon näkökulmasta

Vuonna 2005 sai Suomessa alkunsa kunta- ja palvelurakenneuudistus, ja helmikuussa 2007 astui voimaan laki kunta- ja palvelurakenneuudistuksesta. Tavoitteena oli elinvoimainen kuntarakente ja hyvä palvelurakenne, jonka avulla koko Suomessa olisi saatavilla laadukkaita palveluita. (Valtiovarainministeriö 2012a.)

Kunnat toimivat eri tavoin saavuttaakseen tavoitteet. Rakenteellisten uudistusten kautta kuntien yhteistyö on lisääntynyt ja kuntarakente kehittynyt. Kuitenkin kuntien päätöksenteko liittyen lain väestöpohjattaviin sosiaali- ja terveydenhuollon kohdalta eteni hitaasti sekä kunnat ohjasivat yhteistoiminta-alueille sosiaalihuollon palveluita. Näiden seurauksena sosiaali- ja terveydenhuollon palvelut erkaantuivat kahdelle eri hallintotasolle, ja palvelujen saumattomuus vaarantui. (Valtiovarainministeriö 2012a.)

Kunta- ja palvelurakenneuudistuslakiin tehtiin muutos keväällä 2011. Siinä veloitettiin kunnat tekemään päätöksiä koskien sosiaali- ja terveydenhuollon väestöpohjattavuuksia määräaikaan mennessä. Samalla tarkennettiin sosiaalihuollon palveluiden yhteistoimintavelvoitetta. Lain mukaan kaikki sosiaalihuollon palvelut pois lukien lasten päivähoito siirretään yhteistoiminta-alueille vuoden 2015 alkuun mennessä. (Valtiovarainministeriö 2012a.)

Nykyiseen hallitusohjelmaan (2011–2015) kuuluu kuntauudistus, joka koskee koko Suomea. Kuntauudistuksesta tehdään rakennelaki, joka korvaa kunta- ja palvelurakenneuudistuslain. Kuntauudistuksella pyritään kestävään kuntarakenteeseen ja suojaamaan palveluiden yhdenvertainen saatavuus Suomessa. Kuntauudistuksen tavoitteena on vahva peruskunta, joka on kooltaan riittävän kookas ja pystyy itsenäisesti huolehtimaan peruspalveluista pois suljettuna vaativa erikoissairaanhoido ja vaativan sosiaalihuollon palvelut. (Valtiovarainministeriö 2012a.)

Hallituksen tavoitteena on saada voimaan rakennelaki. Uudistuksella rakennetaan elinvoimainen palvelurakenne, jossa yhdellä tarpeeksi suureen asukas- ja osaamis pohjaan

pohjautuvalla taholla on valta ja vastuu palveluiden organisoimisessa. Kuntaudistuksessa tarkastellaan alueiden eroavaisuudet, esimerkiksi harva asutus ja pitkät etäisyydet, pohtimalla jokaiselle alueelle sopivat kunta- ja palvelurakenteet. Harvaan asuttujen alueiden palvelut varmistetaan vastuukuntamallilla, jossa palvelut kerätään tarpeeksi isoiksi kokonaisuuksiksi. (Valtiovarainministeriö 2012b.)

2.2 Maaseutupolitiikka terveydenhuoltopalveluissa harvaan asutulla alueella

Suomalainen maaseutu on moninaista, minkä vuoksi maaseudun kunnat eritellään kolmeen eri maaseututyypin: kaupunkien läheinen maaseutu, ydinmaaseutu ja harvaan asuttu maaseutu. Harvaan asutun maaseudun kuntia esiintyy eniten Itä- ja Pohjois-Suomessa. Niille on tyypillistä palvelujen katoaminen, maatalouden hiipuminen, vanhusväestön kasvu ja se, että kuntien talous on kovalla koetuksella. Elinvoimaa harvaan asuttu maaseutu saa vahvistuvista matkailu- ja kaivospaikkakunnista, osaavista teollisista ja kaupallisista yrityksistä sekä hyvinvoivista kylistä. (Maaseutupolitiikan yhteistyöryhmä 2009, 33.)

Harvaan asutun maaseudun kehittämisessä on tärkeää, että sen tunnusmerkit ymmärretään ja huomioidaan valtio- ja kuntatason suunnittelussa sekä päätöksenteossa. Palvelujen saatavuudessa noudatetaan kansalaisten yhdenvertaisuutta, niin että palvelujen saatavuus vastaa palvelujen kysyntää asuinalueesta huolimatta. Julkisia, vapaaehtoisia ja yksityisiä palveluita sekä osaamista tuotetaan olosuhteita ja tarpeita vastaavaksi. Tarpeen vaatiessa palvelujen saatavuus turvataan lainsäädännön voimin. (Maaseutupolitiikan yhteistyöryhmä 2009, 36.)

Hyvinvointipalveluiden saatavuudella ja riittävyydellä on merkitystä maaseudun elinoloihin ja houkuttavuuteen sekä sen asukkaiden elämän laatuun. Sosiaali- ja terveystalvet kuuluvat hyvinvointipalveluihin. Maaseudun asukkailla tulee olla palvelut lähellä, ja jotta niitä pystytään tarjoamaan, tulisi käyttää uusia toimintatapoja ja hyödyntää teknologiaa sekä yhteistyötä. Kunta- ja valtiotasolla on huomioitava palvelurakenteen muutokset. Kuntien valtionosuuksissa täytyy näkyä maaseudun palvelujen korkeammat kustannukset, jotta palveluja saadaan tuotettua tasa-arvoisesti. Sosiaali- ja terveystalvet kuuluvat hyvinvointipalveluihin. Maaseudun asukkaiden elämän laatuun. Sosiaali- ja terveystalvet kuuluvat hyvinvointipalveluihin. Maaseudun asukkailla tulee olla palvelut lähellä, ja jotta niitä pystytään tarjoamaan, tulisi käyttää uusia toimintatapoja ja hyödyntää teknologiaa sekä yhteistyötä. Kunta- ja valtiotasolla on huomioitava palvelurakenteen muutokset. Kuntien valtionosuuksissa täytyy näkyä maaseudun palvelujen korkeammat kustannukset, jotta palveluja saadaan tuotettua tasa-arvoisesti. Sosiaali- ja terveystalvet kuuluvat hyvinvointipalveluihin. Maaseudun asukkaiden elämän laatuun.

sijaitessa kaukana tai niiden puuttuessa kokonaan avun saaminen hidastuu sekä kynnys päästä palvelujen pariin nousee. Tämän seurauksena sairauksien ja sosiaalisten ongelmien ehkäisy vaikeutuu, eikä niihin pystytä puuttumaan ajoissa. Palvelut, joiden tulisi olla kaikkien ulottuvilla, esimerkiksi terveyskeskuslääkärille pääsy, menevät yhä kauemmaksi arkielämästä. Palvelujen siirtyessä kauemmaksi tulee hoidon saannista vielä suurempi ongelma, sillä julkista liikennettä on supistettu maaseuduilla eikä kaikilla ole omaa autoa käytettävissä. Pitkät välimatkat lisäävät asukkaiden palvelukustannuksia. Asukkaille on tärkeää, että palvelut ovat kohtuullisen matkan päässä ja helposti saatavissa. Asukkaat toivovat, että kunta järjestää kyydin, kun julkinen liikenne tai oma auto ei ole käytettävissä. (Maaseutupolitiikan yhteistyöryhmä 2009, 48–49.)

Nykyisin kunnalla on merkittävin rooli, kun päätetään palvelujen järjestämisestä. Kuntien välillä on suuria eroja, kun tarkastellaan palvelujen saatavuutta ja laatua sekä palveluvalikoimaa. Tämä johtuu kuntien itsenäisestä päätöksenteosta, jossa voidaan käyttää paikallisia palvelumalleja. Kuntien päätöksenteossa suosituksiin perustuva ohjaus on ollut vapaaehtoista, minkä takia kunnat ovat huomioineet suosituksia eri tavoin. Jotta palveluja saadaan tuotettua maaseudulle, ratkaisuja tulee hakea julkiselta ja yksityiseltä puolelta sekä kolmannelta sektorilta. Teknologian ja kiertävien palveluiden avulla saadaan tuotua palveluita asukkaiden lähelle. Sähköisen asioinnin mahdollistuessa henkilökohtaista kontaktia ei tule unohtaa. Moniammatillisilla työntekijöillä, joiden työtehtävät olisivat laajat, saataisiin palveluiden kustannustehokkuutta ja työntekijöiden rekrytointia lisättyä. (Maaseutupolitiikan yhteistyöryhmä 2009, 49, 53–54.)

Kuntien tulisi paremmin huomioida palveluntuottajien kanssa tehtävät sopimukset, sillä kilpailutus on johtanut siihen, että ostosopimukset ovat nykyisin lyhyitä. Palvelun asiakkaiden kannalta hoidon jatkuvuus kärsii, sillä lyhytaikaiset sopimukset tarkoittavat hoitopaikkojen ja -tapojen sekä hoitajien vaihtuvuutta. Kilpailutus ei ole keskeisin asia, vaan se, että palvelut ovat saatavissa. (Maaseutupolitiikan yhteistyöryhmä 2009, 54–55.)

2.3 Sosiaali- ja terveystoimien yhteistoimintasopimus Tohmajärven kunnassa

Keski-Karjalan kunnat tekivät sosiaali- ja terveystoimien yhteistoimintasopimuksen, joka tuli voimaan 1.1.2009. Sopimuksen osapuolina olivat Kiteen kaupunki sekä Tohmajärven, Rääkkylän ja Kesälahden kunnat. Sopimuksen tarkoituksena oli sopia, kuinka lakisääteiset sosiaali- ja terveystoimien palvelut järjestetään yhteistoiminta-alueella. Yhteistoiminnan pohjimmainen idea oli saada järjestettyä kuntalaisille palveluja yli kuntarajojen ja näin turvata palvelujen saatavuus Keski-Karjalan alueella. Lisäksi Kiteen kaupunki perusti sosiaali- ja terveystoimien palvelukeskuksen Helli-liikelaitoksen, jonka tehtävänä oli tuottaa palveluita. Samalla perustettiin yhteinen toimielin, Keski-Karjalan sosiaali- ja terveystoimien lautakunta. (Keski-Karjalan kuntien sosiaali- ja terveystoimien yhteistoimintasopimus 2012.) Lautakunnan tehtävänä oli hoitaa entisiin sosiaali- ja perusturvalautakuntaan kuuluvat asiat (Helli 2010). Vuoden 2012 alusta lähtien vastuukunnan virka siirtyi Tohmajärveltä Kiteelle. Lisäksi Keski-Karjalan sosiaali- ja terveystoimien lautakunnan toiminta loppui. Sen tilalle tuli Kiteen, Kesälahden ja Tohmajärven yhteinen toimielin Helli-liikelaitoksen johtokunta, joka hoiti Keski-Karjalan sosiaali- ja terveystoimien lautakunnan entiset tehtävät. (Tohmajärven kunta 2011a.)

Tohmajärven terveystoimien palvelujen tuottajana toimi sosiaali- ja terveystoimien palvelukeskus Helli-liikelaitos. Avoterveydenhuollon, sairaalan ja hammashuollon toimialueet kuuluivat perusterveydenhuollon piiriin. Sairaankuljetus- ja päivystyspalvelut virka-ajan ulkopuolella sekä lääkinnällinen kuntoutus olivat osa ostopalveluita. Lääkehuollon hoiti Pohjois-Karjalan keskussairaalan apteekki. HYTKES eli Keski-Karjalan seudullinen lasten ja nuorten hyvinvointikeskus järjesti psykologi-, puheterapia- ja toimintaterapiapalvelut lapsille ja nuorille. (Tohmajärven kunta 2011b.)

Tohmajärven kunnanvaltuusto päätti 26.3.2012 järjestetyssä kokouksessa irtisanoutua Keski-Karjalan sosiaali- ja terveystoimien yhteistoiminnasta. Vuoden 2013 alusta alkaen Tohmajärvi järjestää itse sosiaali- ja terveystoimien palvelut. Tohmajärvi ei ollut tyytyväinen Helli-liikelaitoksen toimintaan, sillä kustannukset kasvoivat kontrolloimattomasti. Helli-liikelaitosta perustettaessa siitä haluttiin taloudellisesti tehokas, mutta tavoitteeseen ei päästy. Kustannuksien lisäksi palvelujen saatavuuteen ollaan tyytymättömiä. (Kunnanhallitus 2012.) Tohmajärvi päätyi ensimmäisenä kuntana Suomessa kilpailuttamaan sosiaali- ja terveystoimien palvelut. Kilpailutuksessa käytettiin kilpailullista neuvottelumene-

telmää. Kilpailutukseen osallistui kahdeksan yritystä tai yritysryhmää. (Tohmajärven kunta 2012a.) Kilpailutuksen on voittamassa Attendo Oy, joka on taloudellisesti kannattavin. Attendon kanssa tehtävä sopimus on vuosille 2013–2016. Jatkosopimus vuosille 2017–2019 on myös mahdollinen. Attendo järjestää tohmajärveläisille kaikki sosiaali- ja terveysterveystoimet sisältäen erikoissairaanhoidon kustannusvastuun. (Tohmajärven kunta 2012b.)

Valtioneuvosto ilmoitti tiedotteellaan kesäkuussa 2012, että Tohmajärven kuntaa voitaisiin pakkotoimilla estää irtautumasta yhteistoiminnasta. Tohmajärvi ja Kitee edellytettiin käymään neuvotteluja vielä yhteistoiminta-alueesta, vaikka Tohmajärvi oli päättänyt irtisanoutua siitä. Liian kiireinen aikataulu ei auttanut neuvotteluissa. (Pöytäkirjan liite n:o8. 2012, 2.) Valtioneuvosto teki joulukuun 20. päivä 2012 päätöksen, jossa se velvoittaa Tohmajärven kunnan jatkamaan perusterveydenhuollon palvelujen järjestämistä yhteistoiminnassa Kiteen kaupungin kanssa 1.1.2013 - 31.12.2014 ajan. Kuitenkin se esitetään pantavaksi täytäntöön vasta lainvoimaisena. Valtio ei patista päätöksen välitöntä noudattamista, koska se tehtiin myöhään huomioiden päätöksen voimaantulo sekä yhteistoiminnan lopettamista on jo kauan valmisteltu kuntien toimesta. (Tohmajärven kunta, 2012c.)

Tohmajärven kunta päätti 21.12.2012, että se aikoo tehdä valituksen valtioneuvoston päätöksestä ja lähteä yhteistoiminta-alueesta 1.1.2013 alkaen. Lisäksi Attendo Oy alkaa tuottaa terveystoimia tohmajärveläisille aiemmin tehdyn hankintasopimuksen mukaan. Valitus käsitellään alkuvuodesta 2013. Kunta toimii päätöksensä mukaisesti siihen asti, kunnes korkein hallinto-oikeus tekee päätöksen valtioneuvoston päätöksen lainmukaisuudesta tai kunnan valitusperusteiden oikeudesta. Ei ole tiedossa, kuinka kauan valituksen käsittely kestää korkeimmassa hallinto-oikeudessa. (Tohmajärven kunta 2012c.)

3 Terveyden edistäminen

3.1 Terveyden edistämisen periaatteita

Terveyden edistämisen tarkoituksena on antaa ihmisille valmiuksia tarkkailla sekä parantaa omaa terveyttään. Maailman terveysjärjestö WHO on määritellyt terveyden edellytykseksi seuraavat asiat: rauha, suoja, koulutus, ruoka, tulot, vakaa ekoympäristelmä, pysyvät voimavarat sekä oikeus ja tasa-arvoisuus kansan parissa. Työn tekemisellä ja vapaa-ajalla on suuri merkitys terveyteen. Yhteiskunnan tulisi luoda puitteet turvalliseen, virikkeitä antavaan, tyydyttävään sekä nautittavaan elämään. (World Health Organization 2009, 1, 3.)

Terveyden edistäminen ei ole pelkästään terveysalan käsissä, vaan onnistuakseen se vaatii yhteistyötä eri tahojen välillä. Terveyden edistämiseen tulisi osallistua sekä valtion edustajiston, terveys- ja sosiaalialan työntekijöiden että kolmannen sektorin henkilöstön, kuten vapaaehtoisjärjestöjen ja median. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta ottaa ”Terveyden edistämisen EETTISET HAASTEET” – julkaisussaan esille myös kyseisen asian. Esimerkiksi elintarviketeollisuuden ja kaupan olisi hyvä kiinnittää huomiota tuotteisiin ja mainontaan ja tätä kautta ottaa osaa kansalaisten terveyden edistämiseen. (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta [ETENE] 2008, 12.)

Jokaiselle alueelle tulisi laatia omat strategiat terveyden edistämiseen alueen mahdollisuuksien mukaan. Näitä strategioita ja terveysohjelmia WHO suunnittelee yhdessä muiden kansainvälisten järjestöjen kanssa. Perusajatuksena on, että terveyspolitiikka olisi kunnossa, ympäristöstä saataisiin tukea, yhteisön toimintaa vahvistettaisiin, henkilökohtaisia taitoja kehitettäisiin sekä terveyspalvelujen tietotaitoa ylläpidettäisiin. On pystytty todistamaan, että terveyden edistämistä strategiat pystyvät muuttamaan elämän laatua ja omaa terveyttä parempaan suuntaan. (World Health Organization 2009, 2, 5, 18).

Terveyden edistämisen keskus on teettänyt ja julkaissut Terveyden edistämisen barometria melkein kahdenkymmenen vuoden ajan. Vuoden 2011 barometrissa haastateltiin tuhat kansalaista, joista puolet oli naisia ja puolet miehiä. Sen teemana oli osallisuus ja

luottamus terveyttä edistävinä tekijöinä. Matalasti koulutetut, työttömät ja eläkeläiset kokivat oman terveytensä keskimääräistä heikommaksi ja olivat myös sitä mieltä, että terveyttä ja hyvinvointia edistävä työ kohdistui lähinnä hyväosaisiin. Vaikka uusia lakiuudistuksia on tullut ja kehittämisohjelmia käynnistynyt, kunta- ja järjestöpäättäjät tuntevat, ettei resursseja ole tarpeeksi hyvien sekä kustannustehokkaiden toimintojen järjestämiseksi. Uudistukset ovat vielä kesken tai hankkeet, esimerkiksi Paras-hanke, vasta päättyneet, joten niiden vaikutuksista ei ole näyttöä. Yhä edelleen perusterveydenhuolto on terveyden edistämisen tärkein tekijä, sillä etenkin pienituloiset käyttävät sen palveluita selvästi muita enemmän. (Haake & Nikula 2011, 3, 38–39.)

Järjestöjen tekemää terveydenedistämistyötä arvostivat lähes kaikki vastaajista, ja nykyisen suuntauksen mukaan terveyden edistämistä tahdotaan siirtää kuntien harteilta enemmän yksityisen ja kolmannen sektorin asiaksi. Se on haasteellista, sillä ei tiedetä, kuinka palvelut voitaisiin tuottaa sitä kautta laadukkaasti ja oikeudenmukaisesti. Myös lähitulevaisuus koettiin pelottavaksi, sillä tuloerot jatkavat kasvuaan erilaisista toimenpiteistä huolimatta. (Haake & Nikula 2011, 38–39.)

Suomessa toteutettu FinRiski-tutkimus osoittaa, että suomalaisten kolesteroliarvot ovat nousseet viimeisen viiden vuoden aikana, vaikka sitä ennen arvot ovat ennemminkin olleet laskusuhdanteessa. Tutkimus on suoritettu seitsemän kertaa viiden vuoden välein eri puolilla Suomea. Tutkimustulos on merkittävä, sillä kolesteroliarvoilla on ollut huomattava merkitys sydän- ja verisuonitauteihin. Jos kolesteroliarvot nousevat, lisääntyy kuolleisuus sydän- ja verisuonitauteihin. (Suomen lääkirilehti 35/2012, 1.)

Tutkimuksessa nostetaan esille, että terveystietoisuudella todellakin on merkitystä terveystottumusten valinnassa, vaikka toisin usein ajatellaan. Kolesteroliarvojen sekä ruokavalion yhteys huomattiin jo 1970-luvulla Pohjois-Karjala-projektia toteutettaessa. Tällöin pystyttiin osoittamaan, että väestön korkeat kolesteroliarvot ovat pitkälti maitorasvan syytä. Ruokavalioon kiinnitettiin enemmän huomiota ja kolesteroliarvot laskivat. Vuonna 1987 teollisuuden ja tutkijoiden välillä käytiin niin kutsuttu rasvasota, jonka seurauksena myös teollisuus alkoi kiinnittää huomiota rasvan laatuun ja kehitti markkinoille parempilaatuisia rasvoja. Kolesteroliarvot alenivat entisestään. Viime aikojen vilkas keskustelu eri viestimissä on aiheuttanut kyseenalaistusta rasvasuosituksille. Väittelyt, yksittäiset mielipiteet sekä erilaiset dieetit ovat saaneet kansan muuttamaan

rasvankäyttöään, vaikka viralliset suositukset ovat pysyneet samoissa. Skeptisyyttä osakseen ovat saaneet myös veren rasva-arvojen häiriöiden hoidossa käytetyt lääkkeet. (Suomen lääkärilehti 35/2012, 4.)

Väestön tulisi saada tietoa tieteellisiin tutkimustuloksiin pohjautuvista suosituksista, jotta kolesteroliarvot saataisiin taas laskemaan ja jotta sydän- sekä verisuonikuolleisuus vähenisi. Täytyy muistaa myös julkisen vallan ja elinkeinoelämän toimenpiteiden tukeminen, jotta saataisiin maksimoitua ravitsemussuositusten sanoma. (Suomen lääkärilehti 35/2012, 5.)

3.2 Erilaiset hankkeet ja ohjelmat terveyden edistämisen tukena

Menossa on paljon hankkeita ja ohjelmia, joiden pyrkimyksenä on edistää suomalaisten terveyttä ja hyvinvointia. Tällaisia hankkeita ovat muun muassa Terveys 2015 - kansanterveysohjelma ja Maailman tervein kansa 2015 -hanke. Terveys 2015 - kansanterveysohjelman on peräisin Maailman terveysjärjestön WHO:n Terveyttä kaikille -ohjelmasta. Yksi sen tavoitteista on lähellä tätä opinnäytetyötä: ”suomalaisten tyytyväisyys terveyspalvelujen saatavuuteen ja toimivuuteen, sekä koettu oma terveydentila ja kokemukset ympäristön vaikutuksesta omaan terveyteen säilyvät vähintään nykyisellä tasolla”. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001.) Maailman tervein kansa 2015 -hanke on huolissaan suomalaisten korkeasta verenpaineesta, kolesterolista, tupakoinnista, alkoholin käytöstä, ylipainosta sekä vähäisestä liikunnasta, sillä nämä ovat yhdessä suurin syy suomalaisilla esiintyviin sydän- ja verisuonitauteihin. Hankkeen tavoitteena on saada suomalaiset edistämään omaa terveyttään jokapäiväisiin valintoihin vaikuttamalla. (Pfizer 2010.)

Joka neljäs vuosi valtioneuvosto nimittää sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämishankkeen sosiaali- ja terveydenhuollon valtioneuvoston asettamassa annetun lain mukaisesti. Vuosille 2008–2011 asetettu ohjelma sai nimekseen Kaste. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 3.) Se on suunniteltu ohjausvälineeksi, jonka avulla kehitetään sosiaali- ja terveyspolitiikkaa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012a).

Kaste 2008–2011 -kehittämishojelman päätavoitteina olivat kuntalaisten osallisuuden lisääminen ja syrjäytymisen vähentäminen, terveyden ja hyvinvoinnin lisääminen, hyvinvointi- ja terveyserojen kaventaminen, palveluiden laadun, vaikuttavuuden ja saataavuuden parantaminen sekä alueellisten erojen vähentäminen. Päätavoitteita lähdettiin toteuttamaan osaohjelmien avulla. Yhdessä osaohjelmassa hyvinvointia ja terveyttä lisättiin vähentämällä tupakointia ja alkoholinkäyttöä. Lisäksi työikäisten ylipainoa haluttiin saada alemmaksi. Näiden toimenpiteiden avulla saatiin myös hyvinvointi- ja terveyseroja pienennettyä. Palvelujen laatua haluttiin parantaa ja asiakastyytyväisyyttä kohottaa. Tavoitteena oli, että terveyspalveluiden saanti tapahtuisi aikarajojen sisällä, alueelliset erot kaventuisivat ja henkilöstövaje saataisiin poistettua. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 24–27.)

Kaste-ohjelma sai jatkoa, kun valtioneuvosto nimitti uuden kehittämissohjelman Kaste 2012–2015. Sen päätavoitteina on vähentää eriarvoisuutta ja organisoida asiakaslähtöisiä sekä taloudellisesti kannattavia sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita ja rakenteita. Osaohjelmissa tarkennetaan keinoja, joiden avulla pyritään päätavoitteisiin. Niissä huomioidaan riskiryhmien mahdollisuus terveyteen, koulutukseen, työhön, asuntoon ja sosiaaliseen piiriin. Riskiryhmiin lasketaan asunnottomat ja pitkäaikaistyöttömät, maahanmuuttajat ja etniset vähemmistöt, päihde- ja mielenterveyskuntoutujat sekä vapautuvat vangit. Heidän selviytymistään halutaan tukea helpottamalla terveyspalveluihin pääsyä ja kohdistamalla heihin terveyden edistämisen malleja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b, 3–4, 20–31.)

Lasten, nuorten ja lapsiperheiden hyvinvointia tahdotaan tukea ja ongelmia ennaltaehkäistä synnyttämällä palveluita, jotka tukevat perheitä, joiden jäsenellä on fyysisiä vammoja, päihde- tai mielenterveysongelmia. Lastensuojelua ja kotiin vietäviä palveluita parannetaan, nuorten syrjäytymistä koulutus- ja työelämästä ehkäistään sekä oppilas- ja opiskelijahuoltoa viedään eteenpäin. Iäkkäille suunnattuja palveluita halutaan parantaa luomalla lisää kotiin tuotavia palveluita ja kehittää eri ammattiryhmien välistä yhteistyötä, jotta palveluketjut eivät katkeaisi. Lisäksi havainnoidaan lähemmin iäkkäiden yksinäisyyttä, ravitsemus- ja monilääkitysongelmia sekä mielenterveys- ja päihdeongelmia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b, 20–31).

Palvelurakennetta uudistetaan niin, että hyödynnetään asiakkaiden näkökulmia ja tehdään kustannustehokkaita ratkaisuja. Etäpalvelumuotojen käyttö aloitetaan, jotta palvelut saadaan ulotettua kaikkien käyttöön, sekä hyödynnetään omahoitoa vahvistavia menetelmiä. Tietojärjestelmiä pyritään kehittämään, jotta ammattilaiset saisivat ajankohtaisia asiakastietoja, ja jotta asiakkaiden olisi helppo saada ja hallita omia tietoja. Suomen väestörakenne luo haasteita palvelurakenteelle, joten sosiaali- ja terveysalan, sen johtamisen houkuttavuuteen sekä työntekijöiden työhyvinvointiin panostetaan ja moniammatillista työtä sekä työtehtäviä kehitetään. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012b, 20–31.)

4 Sydän- ja verisuonitaudit sekä diabetes

4.1 Verenpaine

Sydän- ja verisuonitaudit ovat suomalaisten kansantauteja. Vaikka tilanne näiden tautien osalta on parantunut suomalaisten keskuudessa, ovat sydän- ja verisuonitaudit yleisempiä Suomessa kuin muualla Euroopassa (Duodecim 2002, 14). Yleisimpiä sydän- ja verisuonisairauksia ovat sepelvaltimotauti, kohonnut verenpaine ja rasva-aineenvaihduntahäiriöt. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012a.)

Verenpaineella kuvataan valtimoissa vallitsevaa painetta, jonka aiheuttaa sydämen pumppaama veri. Verenkierron perifeerinen vastus yrittää hidastaa verenkiertoa. Siksi sydämeen tulevissa verisuonissa paine on matala. Verenkiertoa pitää toiminnassa paineero. Painovoiman vuoksi veri hakeutuu alaspäin. Sen takia verenpaineen tulee olla tarpeeksi suuri voittaakseen painovoiman ja pystyäkseen virtaamaan ylöspäin. Kaikkialle kehoon syntyvän verenkierron mahdollistaa suonivastuksen ylittävä verenpaine. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2008, 264.)

Systolinen verenpaine eli yläpaine kuvaa sydämen työpainetta, kun taas diastolinen verenpaine eli alapaine kertoo sydämen lepopaineen (Iivanainen & Syväoja 2008, 577). Verenpaine on korkeimmillaan sydämen supistuessa ja alimmillaan hetkeä ennen sydämen supistusvaihetta (Holmia ym. 2008, 264).

Verenpainetta ilmoitettaessa yksikkönä käytetään elohopeamillimetrejä (mmHg). Ylä- ja alapaine ilmoitetaan erottamalla ne toisistaan kauttaviivalla. (Bjälle, Haug, Sand, Sjaastad & Toverud 1999, 243.) Normaalina verenpaineen arvona pidetään alle 130/85 mmHg. Ihanteellisen verenpaineen arvo on alle 120/80 mmHg, ja kohonneen verenpaineen raja on 140/90 mmHg tai sen ylittävä arvo. (Mustajoki 2011a.)

Monet eri tekijät vaikuttavat verenpaineeseen. Sydämen minuuttitilavuuden suurentuminen sekä myös verisuonien heikko kimmoisuus nostavat verenpainetta. Kimmoisuus kuvaa verisuonien seinämien venyvyyttä. Verenpaineen nousu saa verisuonien seinämät venymään. Kimmoisuuden ollessa heikko verenpaine nousee korkeaksi sydämen supistumishetkellä. Iän karttuessa kimmoisuus vähenee. Kehon lisääntynyt verimäärä kohottaa verenpainetta. Vuorokauden aikana verenpaine vaihtelee. Vaihteluun vaikuttavat psyykkiset tekijät, fyysinen aktiivisuus ja ruoansulatus. (Bjälle ym. 1999, 243.)

Verenpaineen mittausta tulee aina tehdä samalla kaavalla, jotta satunnaiset muutokset eivät pääsisi vaikuttamaan tulokseen. Raskasta liikuntaa ja kofeiinipitoisia juomia tulee välttää puoli tuntia ennen mittausta. Yleensä mittausta tehtäessä asiakas istuu, ja mittauskäsi on rentona pöydällä. Käsivarren ympärille kiedotaan mittarin kumiosa, jota kutsutaan mansetiksi. Mansetin on oltava tarpeeksi suuri, jotta se ylettyy olkavarren ympäri. Asiakas istuu rauhassa vielä viisi minuuttia ennen mittausta. Verenpaineen mittauksia tulee tehdä kaksi kappaletta, ja niiden keskiarvo on lopullinen tulos. (Mustajoki 2011a.)

Hypertensio eli kohonnut verenpaine tarkoittaa, että verenpaine on jatkuvasti normaalia painetta korkeampi (Holmia ym. 2008, 265). Siitä käytetään myös nimitystä verenpaine-tauti. Kohonneen verenpaineen rajana pidetään 140 mmHg yläpainetta, 90 mmHg alapainetta tai niiden ylittäviä arvoja (Mustajoki 2011). Suurimmalla osalla verenpaine nousee iän myötä. Diastolinen paine nousee keskimäärin 55-vuotiaaksi asti, kun taas systolinen paine jopa yli 80 vuoteen asti. Suomalaisista 35–64-vuotiaista miehistä puolet kärsii kohonneesta verenpaineesta ja naisista kolmasosa. (Käypä hoito -suositus 2011a.) Yleensä kohonnut verenpaine ei aiheuta oireita, mutta hyvin paljon kohonneen verenpaineen takia voi ilmaantua päänsärkyä tai huimausta. Kohonnut verenpaine voidaan todeta vain mittaamalla. (Mustajoki 2011a.)

Kohonnut verenpaine rasittaa valtimoita ja sydäntä. Kohonnutta verenpainetta sairastavalla on suurentunut riski sairastua valtimotautiin, jonka seurauksena voi olla sydäninfarkti tai aivohalvaus. Sen vuoksi kohonnutta verenpainetta hoidetaan. Riski sairastua valtimotautiin riippuu myös muista tekijöistä. Tupakointi, korkeat veren kolesteroliarvot, diabetes tai muu sokeriaineenvaihdunnan häiriö ovat muita vaaratekijöitä. Kohonneen verenpaineen takia sydäntä rasittaa jatkuva normaalia suurempi työskentely, jonka seurauksena sydänlihas paksunee ja lopulta väsyy. Tämä johtaa sydämen vajaatoimintaan. Kohonnut verenpaine voi olla perinnöllistä, mutta elintavat ovat suurimmat tekijät, jotka johtavat siihen sairastumiseen. Tupakointi, ylipaino ja etenkin keskivartalolle kertyneet liikakilot ovat haitallisia. Vähäinen liikunta, stressi, hormonien käyttö sekä lakritsituotteiden, tulehduskipulääkkeiden, alkoholin ja ruokasuolan runsas käyttö nostavat riskiä kohonneeseen verenpaineeseen. Pieni osa kohonneista verenpaineista on sekundaarisia verenpaineen kohoamisia. Se tarkoittaa, että kohonnut verenpaine on seurausta jostakin muusta taudista, kuten munuaissairaudesta. (Mustajoki 2011a.)

Kohonnutta verenpainetta ei voida diagnosoida yhdestä mittauksesta. Diagnoosia varten tarvitaan ainakin neljänä eri päivänä tehdyt mittaukset. Kun lääkäri on todennut verenpaineen pysyvästi kohonneeksi, hän selvittää ensin, ettei kyseessä ole sekundaarinen verenpaine. Jos kyseessä on sekundaarinen verenpaine, se normalisoituu yleensä hoitamalla taustalla oleva sairaus. Diagnoosin jälkeen lääkärin tulee selvittää tutkimuksien avulla, ettei kohonnut verenpaine ole saanut aikaiseksi valtimotautia tai sydämen lihaksen vaurioita. (Mustajoki 2011a.)

Verenpaineen hoito aloitetaan elintapojen muutoksilla. Tavoitteena on saada verenpaine alle 140/85 mmHg. Jos elintapamuutoksista ei ole apua, aloitetaan lääkehoito. On olemassa monia erilaisia verenpainelääkkeitä. Potilaan ikä ja muut sairaudet vaikuttavat lääkityksen valintaan. Verenpainelääkkeitä joudutaan käyttämään useita vuosia tai koko elämän ajan. (Mustajoki 2011a.)

Kohonneen verenpaineen itsehoidossa huomio kiinnitetään suurimpiin riskitekijöihin. Itsehoito on myös osa mahdollista lääkkeellistä verenpaineen hoitoa, sillä lääkehoito tehoaa paremmin elintapamuutoksen yhteydessä. Ylipainoisilla painon 4-8 prosentin pudottaminen laskee ylä- ja alapainetta jopa 3–4 mmHg:ä. Tupakoinnin lopettaminen vähentää tupakoivilla valtimotaudin riskiä. Jos suolaa vähentää viiteen grammaan päi-

vässä, yläpaine vähenee keskimäärin 6 mmHg ja alapaine 4 mmHg. Suomalaiset miehet saavat päivässä lähes 8,5 grammaa suolaa ja naiset 6,1 grammaa. Siirtyminen puhdistetuista valkoisista jauhoista ja niistä tehdyistä tuotteista runsaskuituisiin valmisteisiin laskee myös verenpainetta 3–6 mmHg. Kaliumilla ja magnesiumilla on verenpainetta laskeva vaikutus. Kaliumia saa, kun ruokavalio sisältää runsaasti kasviksia, hedelmiä ja vihanneksia. (Mustajoki 2011a.) Magnesiumia vuorostaan on runsaasti viljavalmistetuissa, kasviksissa ja maitotuotteista (Mustajoki 2011b). Liikunnalla on suotuisia vaikutuksia verenpaineeseen. Liikunnan vähimmäistavoitteena on harrastaa reipasta kävelyä 30 minuutin ajan useampana päivänä viikossa. Lisäksi lakritsituotteita tulisi välttää ja alkoholin runsasta kulutusta vähentää. (Mustajoki 2011a.)

4.2 Kolesterolit

Sydän- ja verisuonitautien, erityisesti sepelvaltimotaudin, yksi merkittävimmistä vaaratekijöistä on elimistön suuri kolesterolipitoisuus. Kolesterolit ovat yksi elimistön rasvoista ja yksi solun rakennusaine. Näin ollen se on välttämätön ihmiselle. Kolesterolia saadaan ruuan mukana, mutta myös oma elimistö tuottaa sitä. Kolesterolista tunnetaan kaksi, vastakkaisesti toimivaa hiukkasta, elimistölle hyvä HDL- ja paha LDL-kolesterolit. HDL tulee englannin kielen sanoista ”high-density lipoprotein” ja vastaavasti LDL sanoista ”low-density lipoprotein”. (Duodecim 2002, 15.)

Sydän- ja verisuonitautien kaksi pääsyytä ovat verisuonenseinämän ahtautuminen eli ateroskleroosi sekä ahtautuneen verisuonen verisuonitukos. Verisuonen ahtautuminen syntyy esimerkiksi tulehduksen, veren lisääntyneen tai muuntuneen LDL-kolesterolipitoisuuden, kohonneen verenpaineen tai suurentuneen veren sokeripitoisuuden takia. Vaurioitumisen seurauksena verisuoniin alkaa kertyä kolesterolia ja muita rasva-aineita, jotka ahtaavat verisuonia. Nämä ahtautuneet kohdat aiheuttavat paikallista, puristavaa kipua sydänlihaksessa tai alaraajojen lihaksissa. (Voutilainen 2009, 3–4.)

HDL-kolesterolit ehkäisee verisuonten ahtautumista kuljettamalla kolesterolia pois suonien seinästä, kun taas LDL-kolesterolit pakkautuu kudoksiin ja verisuoniin aiheuttaen tukoksia. Kun verisuoneen syntyy tukos, happi ei pääse kulkemaan vapaasti verisuonis-

sa, ja esimerkiksi sydänlihakseen happi kulkeutuu sepelvaltimoita pitkin. Sepelvaltimon tukkeutuessa hapen pääsy sydämeen heikentyy, ja pahimmassa tapauksessa kehkeytyy infarkti ja sen seurauksena kuolio. (Duodecim 2002, 16.)

Sepelvaltimotautikohtauksiin sairastuu joka vuosi Suomessa 44 000 henkilöä ja menehtyy noin 13 000 henkilöä. Sepelvaltimotautikohtaus aiheutuu sepelvaltimon ahtautumisesta. Kohtaus käsittää sydäninfarktin ilman ST-nousuja, ST-nousuinfarktin sekä epästabiliin angina pectoriksen. Jos sydänlihassolut tuhoutuvat tukoksen aiheuttaman verenpuutteen vuoksi, on kyseessä infarkti. Jos solutuhoa ei synny, on kohtaus epästabiliin angina pectoris. Tällainen tilanne syntyy, jos suoni ei ole kokonaan ahtautunut ja tukos liukenee nopeasti. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2008, 197.)

Kolesterolille on säädetty viitearvot. Kolesteroliarvot selvitetään verikokeen avulla ja yksikkönä käytetään millimoolia litrassa. Verestä voidaan erottaa kokonaiskolesteroli, HDL-kolesteroli sekä LDL-kolesteroli. Kokonaiskolesterolin tulisi olla alle 5,0 mmol/l, HDL-kolesterolin yli 1,0 mmol/l ja LDL-kolesterolin alle 3,0mmol/l. (Vauhkonen & Holmström 2012, 410.)

Suuri HDL-kolesterolipitoisuus suojaa sydän- ja verisuonitaudeilta, ja vastaavasti liian pieni HDL-kolesterolipitoisuus lisää riskiä sairastua sydän- ja verisuonitauteihin. Tekijöitä, jotka vähentävät veren HDL-pitoisuutta, ovat muun muassa ylipaino, tupakointi, diabetes sekä vähäinen fyysinen aktiivisuus. Naishormoni lisää HDL-pitoisuutta ja näin ollen suojaa naisia sydän- ja verisuonitaudeilta ennen vaihdevuosisia. (Voutilainen 2009, 4.)

Jos henkilö on ylipainoinen ja kärsii huonosta kolesterolitasapainosta, yksi merkittävä kolesteroliarvojen korjaaja on painon alentaminen. Painon pudotus nostaa HDL- ja laskee LDL-kolesteroliarvoa. Laihduttamisajatus tulisi kääntää painonhallinta-ajatukseen, hitaasti hyvä tulee. On todisteita, että maltillinen laihdutus tuo pysyvämpiä tuloksia kuin nopeatahtinen painonalentaminen. Erilaisia dieettejä tulisi välttää, sillä ne ovat usein yksipuolisia ja niistä saattaa uupua terveydelle elintärkeitä vitamiineja. (Suomen Sydänliitto ry 2013a.) Eläinkunnan tuotteet sisältävät kolesterolia. Kohtuudella tulisi käyttää kananmunankeltuaisia, maksaa, mätää sekä äyriäisiä, sillä niissä on suuri kolesterolipitoisuus. Maitovalmisteista kannattaa valita rasvattomia tai vähärasvaisia tuotteita. Run-

saasti maitorasvaa sisältävissä tuotteissa kolesterolipitoisuus on suuri. (Suomen Sydänliitto ry 2013b.)

4.3 Diabetes

Sydän- ja verisuonitautien lisäksi diabetes luokitellaan suomalaisten kansantaudiksi. Diabeteksella tarkoitetaan sairausryhmää, jolle on yhteistä veren liian korkea sokeripitoisuus. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012a.) Diabetes lisääntyy kovaa vauhtia niin Suomessa kuin muualla maailmassa. Jopa 500 000 suomalaista sairastaa diabetesta, ja terveydenhuoltoresursseista diabeteksen hoitoon menee 15 prosenttia. Ennusteet osoittavat, että sairastuneiden määrä voi jopa kaksinkertaistua tulevien 10–15 vuoden aikana. (Käypä hoito -suositus 2011b.)

Diabetes eli sokeritauti aiheutuu elimistön energia-aineenvaihdunnan häiriöstä, jossa insuliinihormonin tuotantoa ei ole tai sen tuotanto on heikentynyt. Insuliinihormonin häiriöt johtavat korkeaan verensokeripitoisuuteen ja aiheuttavat poikkeavuuksia hiilihydraatti-, rasva- sekä valkuaisaineenvaihduntaan. Insuliinin perustehtävä on siirtää ravinnosta saatavaa sokeria verestä kudoksiin. (Holmia ym. 2008, 538.)

Diabeteksen klassisia oireita ovat jano, suuret virtsamäärät sekä selittämätön laihtuminen. Lisäksi henkilöltä tulisi mitata plasman glukoosipitoisuus. Jos henkilön paastoarvo on 7 mmol/l tai enemmän tai jos glukoosirasituskokeen plasman glukoosi on kahden tunnin kuluttua yli 11 mmol/l, täyttyvät diabeteksen diagnostiset kriteerit. Lisäksi diagnoosin tueksi verestä voidaan ottaa sokerihemoglobiini. Tämän ollessa yli 6,5 prosenttia on diabetes mahdollinen. (Käypä hoito -suositus 2011b.)

Diabeteksestä tunnetaan eri tyyppejä: tyypin 1 diabetes, LADA, tyypin 2 diabetes, MODY, sekundaaridiabetes, raskausdiabetes, mitokondriaalinen diabetes sekä neonaatalidiabetes. Tarkempaan käsittelyyn otettiin tyypin 2 diabetes, koska se on yleisin diabetesmuoto Suomessa ja sitä sairastaa 75 prosenttia Suomen diabeetikoista. (Käypä hoito -suositus 2011b.)

Tyypin 2 diabetes kuuluu epäyhtenäiseen sairausryhmään, jossa taudilla ei ole selkeitä diagnostisia kriteereitä. Se alkaa aikuisiässä ja molemmilla, sekä perintö- että ympäristökijöillä, on vaikutusta taudin kehittymiseen. Insuliinin tuotanto sekä vaikutus ovat heikentyneet. Vaikka tyypin 2 diabetekselle ei olekaan tarkkoja diagnostisia kriteereitä, tiedetään seikat, jotka lisäävät riskiä sairastua diabetekseen. Ylipaino ja erityisesti keskivartalolihavuus on selkein yksittäinen tekijä. Muita taudin kehittymiseen yhdistettyjä tekijöitä ovat korkea ikä, sukurasite, vähäinen fyysinen aktiivisuus, kohonnut verenpaine, valtimosairaus tai aiemmin todettu glukoosiaineenvaihdunnan häiriö, esimerkiksi raskausdiabetes. (Käypä hoito -suositus 2011b.)

Diabeetikolla on kaksi kertaa suurempi riski sairastua sepelvaltimotautiin, sillä diabeetikoiden sydänlihassolujen energia-aineenvaihdunta sekä pumppaustoiminta ovat poikkeavat verrattuna ei-diabeetikoihin. Tällainen tila tunnetaan nimellä diabeettinen sydänsairaus. Sydämen vajaatoiminta on etenevä sairaus, sillä potilaat ovat usein oireettomia. Vajaatoiminta huomataan usein vasta akuutissa vaiheessa, jolloin tauti on jo päässyt etenemään. (Holmia ym. 2008, 198.)

Lihavuus ja erityisesti keskivartalolihavuus on tyypillisin tyypin 2 diabeteksen aiheuttaja. Jo pienikin painonpudotus, 5–10 prosenttia, vähentää sairastumisriskiä, sillä se alentaa veren glukoosiarvoja. (Suomen Diabetesliitto 2008, 22.) Tyypin 2 diabeteksen itsehoitossa liikunnalla on suuri merkitys. Vähintään 30 minuuttia liikuntaa päivässä voi vähentää tyypin 2 diabetekseen sairastumisriskiä 60 prosentilla. Paras liikuntamuoto tyypin 2 diabeteksen hoitoon sekä torjuntaan on kestävyysliikunta yhdistettynä voimaharjoitteluun. Tällainen liikuntamuoto parantaa hapenottokykyä, vaikuttaa edullisesti kehon koostumukseen ja sokeritasapainoon. Voimaharjoitteluna käy hyvin joko kuntosaliharjoittelu tai kotiharjoittelu. Voi hankkia kotiin pienet painot ja urheilukuminauhut. Tärkeää on lisätä vastusta sitä mukaa, kun kunto kasvaa. Näin harjoittelun tehokkuus säilyy. Hyviä kestävyyslajeja ovat muun muassa kävely, hiihto ja uinti. (Erikson 2012.)

Toinen merkittävä tekijä tyypin 2 diabeteksen itsehoitossa on ruokavalio. Ateria koostuu ravitsemussuositusten mukaan (ks. s. 23). Kun syö säännöllisesti, verensokeri ja paino pysyvät hallinnassa sekä mahdollisten lääkkeiden käyttö helpottuu. Esimerkiksi jos lääkkeet suositellaan ottamaan aterian yhteydessä, on parempi, että ne tulevat otettua

aina samaan aikaan. (Leiras 2012.) Tyypin 2 diabetesta sairastavan tulee välttää tupakointia, sillä insuliinin vaikutus elimistössä heikentyy tupakoinnin seurauksena (Suomen Diabetesliitto 2008, 22).

4.4 Liikunta sydän- ja verisuonitautien sekä diabeteksen ehkäisyssä

UKK-instituutti on kehittänyt liikuntapiirakan, jolla havainnollistetaan, kuinka tulisi liikkua viikoittain. Liikuntapiirakkaa noudattamalla kestävyyskunto kohenee, lihaskunto paranee ja liikehallinta kehittyy. Liikunta on tärkeää diabeteksen, korkean verenpaineen ja kolesterolin ehkäisyssä, koska kestävyysliikunta parantaa hengitys- ja verenkiertoelimistöä, kehittää sydämen, verisuonten ja keuhkojen terveyttä. Lisäksi liikunta auttaa veren rasva- ja sokeritasapainojen kohentumista, ja siitä on apua painonhallinnassa. (UKK-instituutti 2012.)

Kestävyyskunto paranee, kun liikkuu eri päivinä viikossa vähintään kaksi ja puoli tuntia reippaasti tai tunnin ja viisitoista minuuttia rasittavasti. Lihaskuntoa ja liikehallintaa tulisi kehittää ainakin kahdesti viikossa. Liikuntamuoto ja sen kuormittavuus valitaan oman peruskunnan mukaisesti. Aloittelijalle sopivat esimerkiksi kävely, pyöräily ja raskaat koti- ja pihatyöt. Parempikuntoisen keho vaatii rasittavampaa liikuntaa kunnan kohottamiseen, mutta ajallisesti puolet vähemmän riittää. Hyviä liikuntamuotoja ovat muun muassa juoksu, kuntouinti ja maastohiihto sekä ryhmäliikuntalajeista juoksupallopelit ja aerobicjumppa. Parasta on, että liikunnan jakaa useammalle päivällä viikossa, vähintään kolmelle, ja sen minimikesto on kymmenen minuuttia. (UKK-instituutti 2012.)

Suurien lihasryhmien lihaskuntoa kehitetään parhaiten, kun harjoitus tehdään kaksi kertaa viikossa. Erilaisia liikkeitä tulee tehdä kahdeksasta kymmeneen ja kutakin liikettä kahdeksasta kahteentoista toistoa. Kuntosaliharjoittelu ja kuntopiiri ovat hyvää liikuntaa suurien lihasryhmien lihaskunnan kehitystä varten. Liikehallintaa ja tasapainoa saa kehitettyä esimerkiksi pallopelien ja luistelun avulla. Säännöllistä venyttelyä ei saa unohtaa, sillä se pitää yllä liikkuvuutta. (UKK-instituutti 2012.)

4.5 Ravitseminen sydän- ja verisuonitautien sekä diabeteksen ehkäisyssä

Suomalaiset ravitsemussuositukset perustuvat tieteellisiin tutkimuksiin. Suositusten tavoitteena on ehkäistä ja hoitaa kansanterveydellisiä ongelmia, sillä ravitsemuksella on todettu olevan suuri merkitys näihin. Jotta suosituksiin päästäisiin, tulisi seuraavat seikat ottaa huomioon: ”energian saannin ja kulutuksen tasapainottaminen, tasapainoinen ja riittävä ravintoaineiden saanti, kuitupitoisten hiilihydraattien saannin lisääminen, puhdistettujen sokereiden saannin vähentäminen, kovan rasvan saannin vähentäminen ja osittainen korvaaminen pehmeillä rasvoilla, suolan (natriumin) saannin vähentäminen sekä alkoholin kulutuksen pitäminen kohtuullisena.” Suomalaisten ravitsemussuositusten kohderyhmänä ovat terveet ja kohtalaisesti liikkuvat ihmiset. Suositukset sopivat myös henkilöille, joilla on verenpaine tai veren rasva-arvojen häiriöitä tai tyyppin 2 diabetes. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 6–7.)

Ravitsemuksessa normaalipainon sekä terveyden ylläpitämisen edellytyksenä on energian saannin ja kulutuksen tasapaino. Energiaa tarvitaan kehon painon sekä koostumuksen hyvään ylläpitoon ja fyysiseen aktiivisuuteen, jaksamiseen. Energiansaannin laskemiseksi tulisi selvittää henkilön perusaineenvaihdunta eli elintoimintojen välttämätön energian saanti levossa sekä fyysinen aktiivisuus. Perusaineenvaihdunnan suuruuteen vaikuttavat lihasmassa, ikä, sukupuoli, geenit, hormonitoiminta sekä fyysinen kunto. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 10.)

Tyyppin 2 diabeteksen, kohonneen verenpaineen sekä sepelvaltimotaudin yksi suuri tekijä on lihavuus. Kun energian saanti on kulutukseen nähden liian suurta, elimistöön kertyy tarpeetonta rasvaa, ja ihminen lihoo. Painoa tarkasteltaessa otetaan käyttöön muun muassa body mass index (BMI), jossa paino (kg) jaetaan pituuden neliöllä (m²). Ihanteellinen painoindeksi on 18,5–24,9 kg/m². Painoa arvioitaessa on hyvä mittaustaa vyötärön ympäryys. Oikea mittauskohta on alimman kylkiluun sekä suoliluun harjanteen puoliväli. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 12–13.) Vyötärön ympäryys kertoo vatsaonteloon kerääntyneestä rasvasta. Sillä on havaittu olevan yhteys sydän- ja verisuonitauteihin sekä tyyppin 2 diabetekseen. Miehillä vyötärön ympäryksen tavoite on alle 94 cm ja naisilla alle 80 cm. Jos vyötärön ympäryys on miehillä 94–101 cm tai naisilla 80–87 cm, aiheuttaa se lievää terveysthaintaa. (Suomen Sydänliitto ry 2012.)

Rasvan sisältämä energiamäärä on suuri, joten sen käyttömäärä tulee pitää kohtuullisena. Suositusten mukaan rasvojen osuus ruokavaliosta tulisi olla 25–35 prosenttia. Rasvat voidaan karkeasti jakaa tyydyttyneisiin ja transrasvahappohin sekä kerta- ja monityydyttymättömiin. Ruokavaliosta tulisi suosia kerta- ja monityydyttymättömiä rasvoja, sillä tyydyttyneet ja transrasvahapot nostavat haitallista seerumin LDL-kolesterolipitoisuutta. Vastaavasti kerta- ja monityydyttymättömät rasvahapot madaltavat seerumin LDL-pitoisuutta. Tyydyttyneen sekä transrasvahappojen osuus ei saisi olla enempää kuin 10 prosenttia rasvan kokonaissaannista. Kala on hyvä rasvanlähde, sillä se sisältää pitkäketjuisia, monityydyttymättömiä n-3-rasvahappoja, jotka muun muassa madaltavat verenpainetta sekä veren hyytymistäipumusta. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 14–16.)

Kokonaisenergiansaannista tulisi 50–60 prosenttia olla hiilihydraatteja. Kuitupitoisia hiilihydraatteja tulisi suosia puhdistettujen sokereiden sijaan, sillä kuitupitoiset hiilihydraatit edesauttavat elimistön sokeri- ja rasva-aineenvaihdunnan toimintaa. Ravintokuitua tulisi saada 25–35 grammaa päivässä ja puhdistettuja sokereita enintään 10 prosenttia kokonaisenergiansaannista. Hyviä hiilihydraatin sekä kuidun lähteitä ovat ruisleipä, juurekset, vihannekset, hedelmät sekä marjat. Elintarvikkeita, jotka sisältävät runsaasti sokereita, tulisi välttää. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 17–18.) Kuitupitoisen ravinto laskee kolesteroliarvoa sitomalla sekä ruuan mukana tullutta että kehon tuottamaa kolesterolia itseensä ja poistuu ulosteen mukana. Kuitu lisää kylläisyydentunnetta, joten se on hyvä apu painonhallinnassa. (Suomen Sydänliitto 2013c.)

Proteiinin saantisuositus on 10–20 prosenttia kokonaisenergiansaannista. Proteiinit voidaan jakaa eläin- ja kasviproteiiniin. Laadultaan kasviproteiinista puuttuu ainakin yksi elimistölle välttämätön aminohappo, joten kasviruokavaliosta täytyy ottaa huomioon monipuolinen kasviksien saanti. Jos kasviksia syö monipuolisesti, kasviproteiinit täydentävät toinen toisiaan ja aminohappopuutosta ei synny. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 20.)

4.6 Alkoholi ja tupakka sydän- ja verisuonitaudeissa sekä diabeteksessä

Alkoholin riskikäyttöä on runsas kertajuominen tai runsas ja pitkäaikainen käyttö. Säännöllinen alkoholin käyttökään ei ole riskitöntä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012a.) Alkoholin riskikäyttöön liittyy tärkeimpinä terveysongelmina alentunut verensokeri paaston yhteydessä, veren korkea triglyseridien määrä ja kohonnut verenpaine. Alkoholin riskikäytöllä pystytään selittämään viidestä kymmeneen prosenttia länsimaisten miesten verenpainetaudeista. (Käypä hoito -suositus 2011c.)

Yhdessä ravintola-annoksessa on 12 grammaa alkoholia. Se vastaa viinilasillista (12 cl), pullollista olutta (33 cl) tai 4 cl:n annosta väkevää alkoholijuomaa. Naisilla alkoholin saanti vuorokaudessa saisi olla korkeintaan 10 grammaa ja miehillä 20 grammaa. Verenpainetta voi nostaa jo päivittäinen 25 gramman alkoholiannos, ja yli 70 gramman annoksesta vuorokaudessa seuraa terveyshaittoja. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 33–34.)

Viisi tutkijaa teki meta-analyysin, jossa selvitettiin sydän- ja verisuonitautien, sepelvaltimotaudin sekä aivohalvauksen esiintyvyyttä ja kuolleisuutta. Meta-analyysissä vertailtiin alkoholinkäyttäjiä ja ei-alkoholinkäyttäjiä. Meta-analyysissä 84 tutkimusta osoittivat, että vähäinen alkoholin käyttö päivässä, eli enintään yksi ravintola-annos naisilla ja kaksi annosta miehillä, vähentää riskiä sairastua sydän- ja verisuonitauhteihin 14–25 prosenttia verrattuna ei-alkoholinkäyttäjiin. Alkoholin vähäinen käyttö vähentää myös riskiä sairastua ja kuolla aivohalvaukseen, kun taas sen runsas käyttö lisää niiden riskiä. Runsas alkoholin käyttö nostaa verenpainetta. Vaikka alkoholin käyttö olisi loppunut runsaan käytön jälkeen, on siitäkin huolimatta suuri riski kuolla sydän- ja verisuonitauhteihin tai sepelvaltimotautiin. Riski saada aivohalvaus on pienempi kuin kuolleisuus sydän- ja verisuonitauhteihin. (Brien, Ghali, Mukamal, Ronksley & Turner 2011.)

Tupakasta on eri käyttömuotoja, jotka ovat polttaminen, nuuska tai purutupakka. Tupakka aiheuttaa riippuvuuksia, jotka luokitellaan fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen ja emotionaaliseen riippuvuuteen. Tupakan sisältämä nikotiini aiheuttaa fyysistä riippuvuutta. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012b.) Tupakka aiheuttaa joka viidennen sairastumisen sydän- ja verisuonitauhteihin ja nostaa riskiä sairastua tyypin kaksi diabetekseen (Patja 2012). Siksi näiden tautien merkittävin ennaltaehkäistävässä oleva riski-

tekijä on tupakointi. Suomalaisissa on miljoona tupakoitsijaa, joista eniten polttavat nuoret ja vähiten koulutetut. (Miettinen 2011.) Tupakasta on haittaa koko keholle, ja sen aiheuttamiin sairauksiin kuolee keskimäärin 5 000 suomalaista vuosittain (Patja 2012). Tupakointi vaikuttaa verenkiertoelimistöön monin eri tavoin. Tupakansavussa oleva häkä kiinnittyy veren punasoluihin, mistä aiheutuu punasolujen huonontunut kyky kuljettaa happea. Häkä ja nikotiini ovat mukana aiheuttamassa valtimonkovettumista huonontamalla verisuonen sisäkalvon toimintakykyä. (Miettinen 2011.)

Nikotiini saa aikaan verisuonien supistumisen, jonka seurauksena verenpaine kohoaa. Samalla se supistaa myös sepelvaltimoita. Tupakoinnista seuraa hapenpuutetta, joka suurentaa iskemian eli sydänlihaksen hapenpuutteen vaaraa. Sydämen syke kasvaa, kun tupakka saa stressihormonitason kohoamaan ja sen seurauksena sympaattinen hermosto aktivoituu. (Miettinen 2011.)

Kolesteroliaineenvaihduntaan ei säästy tupakan haittavaikutuksilta. Tupakointi pahentaa LDL- ja HDL-kolesterolin suhdetta. LDL-kolesteroli nousee ja HDL-laskee. Tämän seurauksena tulehdusriski valtimonseinissä kasvaa. Nämä tekijät vahingoittavat valtimon seinämää ja näin kiihdyttävät valtimokovettumistaudin kehittymistä. Tupakointi on erittäin haitallista, jos tupakoitsijalla on jo ennestään kohonnut verenpaine ja korkea kolesterolipitoisuus. (Miettinen 2011.)

Tupakointi vaikuttaa merkittävästi sydän- ja verisuonitautien syntyyn. Sepelvaltimotautiin sairastumisen riski on 2–4-kertainen ja alaraajojen valtimotauteihin yli kaksinkertainen tupakoimattomiin verrattuna. Tupakansavu on vaarallista kaikille. Passiivinen tupakointi eli altistuminen tupakansavulle nostaa merkittävästi riskiä sairastua sydän- ja verisuonitauteihin melkein yhtä paljon kuin aktiivinen tupakointi. (Miettinen 2011.)

5 Ohjaus hoitotyössä

5.1 Hyvä ohjaus

Ohjausprosessi koostuu ohjauksen tarpeen määrittämisestä, ohjauksen kulun suunnittelusta, ohjauksen toteuttamisesta ja ohjauksen onnistumisen sekä vaikuttavuuden arvioinnista. Tarpeiden määrittäminen on tärkein osa ohjausta, sillä asiakkaan tarpeet ovat ohjauksen lähtökohtana. (Iso-Kivijärvi, Keskitalo, Kukkola, Ojala, Olsbo, Pohjola & Väänänen 2006, 10.)

Ohjauksen tarkoituksena on auttaa asiakasta aloitteellisuuteen ja parantaa hänen kykyään ohjata elämää haluamaansa suuntaan. Hoitajan tehtävä on tukea häntä päätöksissä, sillä asiakas itse ratkaisee ongelmansa aktiivisesti. Ohjaus on suunnitelmallista, ja siinä välitetään tietoa. Yksittäinen ohjaukset ei välttämättä anna tulosta, vaan ohjauksen on tapahduttava useasti, jotta päästään miellyttävään lopputulokseen. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 25.)

Ohjaustilanteessa on läsnä kaksi asiantuntijaa: hoitaja on ohjauksen ja asiakas oman itsensä asiantuntija. Ohjauksen tarve lähtee asiakkaasta. Tarpeen syyt voivat olla moninaiset, esimerkiksi terveysongelma tai elämäntilanne. Tarpeen määrittäminen ja arvioiminen on hoitajan työtä, mutta hän tekee sitä yhdessä asiakkaan kanssa. Ohjaus alkaa aina jonkinlaisesta tilanteesta, tunteesta tai tavoitteesta, ja se päättyy muuhun tilanteeseen kuin mistä lähdettiin. Alkutilanteessa tulisi aina arvioida asiakkaan tieto- ja taitopohja, jotta ohjaus pystytään suunnittelemaan asiakkaan tarpeiden mukaan. (Kyngäs ym. 2007, 26–27.)

Hyvä ohjaus koostuu monesta eri asiasta. Hoitajan täytyy tunnistaa asiakkaan tietämyspohja, mitä hän haluaa tietää ja mistä hänen pitää saada lisää tietoa sekä mikä on hänen oppimistapansa. Asiakas sitoutuu paremmin hoitoon ja on tyytyväinen, kun hän on samaa mieltä hoitajan kanssa omasta hoidostaan. (Kyngäs ym. 2007, 47.)

Tavoitteet määritellään taustatietojen hankinnan jälkeen. Hyvät tavoitteet asetetaan yhdessä asiakkaan kanssa. Ne ovat saavutettavissa olevia, realistisia, konkreettisia ja mi-

tattavia. Itsehoidon onnistumisen kannalta tavoitteet ovat merkittävässä asemassa, ja niiden tulee olla henkilökohtaisia. Asiakkaan elämäntilanteen kanssa epätasapainossa olevat sekä liian vaativat tavoitteet heikentävät hänen hyvinvointiaan. (Kyngäs ym. 2007, 75.)

Ohjauksen on todettu muuttavan asiakkaan terveystyöskäytymistä tehokkaasti, kun ohjaus on yksilöllistä, asiakkaan tarpeet ja voimavarat huomioonottavaa. Kun asiakas ottaa aktiivisesti kantaa oman terveytensä hoitoon, hän oppii kriittisen ajattelun kautta omat voimavaransa ja erilaisia vaihtoehtoja itsensä hoitamiseen ja elintapojen muutokseen. (Torkkola 2002, 24–25.)

5.2 Ohjaukseen vaikuttavat tekijät

Hoitajan ohjaustyön haastavuus vaihtelee asiakkaasta riippuen. Asiakkaat ovat erilaisia, ja heillä on erilaiset tieto- ja taitopohjat. Asiakkaan motivaatio tai sen puute on myös yksi ohjaukseen positiivisesti tai negatiivisesti vaikuttava tekijä. (Kyngäs ym. 2007, 26.)

Asiakkaan fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset taustatekijät vaikuttavat ohjaukseen. Fyysiset tekijät koostuvat muun muassa iästä, sukupuolesta, terveydentilasta ja fyysisistä rajoitteista, kuten rajallisesta näkökyvystä. Fyysiset taustatekijät kertovat siitä, kuinka hyvin asiakas pystyy ottamaan ohjauksen vastaan. Asiakkaan kokemus omasta terveydentilastaan, terveysuskomukset, kokemukset, mieltymykset, odotukset, tarpeet, motivaatio sekä oppimistavat ja -valmiudet ovat psyykkisiä taustatekijöitä. Selkeä tavoite parantaa asiakkaan motivaatiokykyä, ja kannustava hoitaja saa hänet luottamaan omiin kykyihinsä. Aloitteellinen ja herkästi tietoa ja neuvoja antava hoitaja auttaa asiakasta päätöksenteossa. Sosiaaliset taustatekijät vaikuttavat asiakkaan käyttäytymiseen ja maailmankuvaan. Niitä ovat sosiaaliset, kulttuuriperustaiset, etniset, uskonnolliset ja eettiset tekijät. Sosiaaliset taustatekijät auttavat ymmärtämään asiakkaan käyttäytymistä, ja silloin hoitaja voi tukea hänen yksilöllisyyttään. (Kyngäs ym. 2007, 29–36.)

Ympäristöön, jossa ohjausta tehdään, tulisi kiinnittää huomiota. Parhaimmillaan ohjaus tapahtuu ilman häiriöitä. Ohjausta varten varatun tilan tulisi olla valoisa ja äänieristetty

sekä tarvittava materiaali olisi lähellä. Hoitaja ja asiakas istuvat samalla tasolla, jotta asiakas ei tunne itseään alempiarvoiseksi. (Kyngäs ym. 2007, 36–37.)

5.3 Vuorovaikutuksellinen ohjaus

Asiakastyön lähtökohta on vuorovaikutus. Se on keino, jolla asiakasta voidaan auttaa. Tavoitteena on vuorovaikutuksen kautta muodostaa ohjaussuhde hoitajan ja asiakkaan välille. Asiakkaan sitoutumista hoitoon halutaan auttaa vuorovaikutuksella. Onnistuneen vuorovaikutuksen reseptiin kuuluvat osallistuvien henkilöiden molemminpuolinen kunnioitus, pyyteetön kiinnostus toista ja hänen asiaansa kohtaan, asianmukaisuus, ajatusten selkeä ilmaisu sekä taito tehdä kysymyksiä. Vuorovaikutusta voi parantaa vielä havainnointikyvyllä sekä kuuntelutaidolla. Hoitajalla ja asiakkaalla on mahdollisuus oppia toisistaan ja samalla myös itsestään vuorovaikutustilanteessa. Hoitaja valitsee tavan, jolla hän viestii asiakkaan kanssa. Valintaan vaikuttaa asiakkaan kyky sisäistää asioita, ja tätä kykyä hoitajan tulee arvioida. Vuorovaikutustilanteessa on molemminpuolinen riski tulla väärinymmärretyksi. Avoimuuskaan ei ole helppoa tai riskitöntä, sillä silloin on mahdollista joutua hylätyksi, naurunalaiseksi, torjutuksi tai arvostelluksi. (Hankonen, Kaarlela, Palosaari, Pinola, Säkkinen, Tolonen & Virola 2006, 24–25.)

Ohjaussuhteessa korostuvat asiakkaan näkemykset itsestään ja elämästään, minkä lisäksi avainasemassa on asiakkaan toive siitä, mitä hän tahtois muuttaa. Hoitajan on mahdollista auttaa asiakasta omien voimavarojen löytämisessä, itsetuntemuksen lisäämisessä ja omien mahdollisuuksien näkemisessä. Hoitaja välittää tietoa ja taitoa ongelmatilanteisiin. (Hankonen ym. 2006, 24.)

Ohjaussuhteen perustana ovat luottamus, empatia ja välittäminen. Siihen liitetään myös autonomisuus ja vastavuoroisuus. Jotta luottamus voi syntyä, tarvitaan rehellisyyttä, johdonmukaisuutta ja luotettavaa hoitajaa. Asiakas arvostaa vapautunutta vuorovaikutusta ja hoitajaa, jolla on aikaa paneutua häneen. Turvalliseksi asiakas tuntee tilanteen, jossa voi ilmasta tunteitaan vapaasti. Ohjaustilanteessa hoitajan tulee kiinnittää huomiota ymmärrettävään ja selkeään kielenkäyttöön. Turhat erikoissanat ja sairaalalangi tulee jättää pois. Hoitajan on myös otettava huomioon asiakkaan ikä ja vastaanottokyky. Hoitaja osoittaa kiinnostusta asiakasta kohtaan katsekontaktilla sekä mietityillä ilmeillä ja

eleillä. Asennoilla ja olemuksella voi viestiä olevansa paikalla vain asiakasta varten. Ohjaustilannetta varten varataan tarpeeksi aikaa, jotta vuorovaikutus on rauhallista ja vastavuoroista. Se viestii myös kiireettömästä ja yksilöllisestä ohjauksesta. Asioiden johdonmukainen kertominen on osa hyvää viestintää. (Hankonen ym. 2006, 25–26.)

Voimavarainen ohjaus on vuorovaikutuksellista, kun hoitaja kuuntelee asiakasta aktiivisesti, ilmapiiri on myönteinen ja ohjaus koostuu asiakkaan tarpeista. Hoitajan kuuntelutaidot ovat merkittävässä osassa, sillä hänen täytyy osata ottaa kuulemansa huomioon. Hoitajan rooliin ei kuulu yksisuuntainen viestintä ja kontrolloiva vuorovaikutuksen eteneminen. Asiakas ei koe saavansa apua tällaisessa vuorovaikutustilanteessa. Aktiivinen kuuntelija pystyy kuuntelun keinoin löytämään puhujan ajatukset, tunteet ja syyt niiden takaa. Aktiiviseen kuunteluun kuuluu osana välittää asiakkaalle hyväksyntää, avustaa häntä selventämään ajatuksiaan kysymysten avulla, ohjata miettimään asioita eri näkökulmista ja viestiä positiivista suhtautumista asiakkaaseen. (Torkkola 2002, 29.)

Eettiset periaatteet antavat pohjan hoitajalle ohjaustilanteisiin ja määrittävät oikean tavan toimia niissä. Periaatteet ohjaavat hoitajaa työskentelemään asiakkaan parhaaksi ja sitä kautta edistämään hänen hyvinvointiaan. Hoitotyötä koskevat lait ja asetukset ohjaavat hoitajan eettisiä periaatteita ohjaustilanteissa. Ne mahdollistavat ohjauksen, mutta antavat hoitajan työskentelylle minimivaatimuksen. Näiden lisäksi asiakkaan omat eettiset arvot ja terveydenhuollon eettiset periaatteet ovat läsnä ohjauksessa. Eettisiä periaatteita ovat potilaan oikeus hyvään hoitoon, ihmisarvon kunnioitus, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, hyvä ammattitaito, hyvinvointia edistävä ilmapiiri, yhteistyö ja keskinäinen arvonto. (Lahtinen 2006, 6–7.)

6 Opinnäytetyön tarkoitus ja tehtävä

Opinnäytetyön tarkoituksena on edistää terveyttä harvaan asutulla alueella, kannustaa sen asukkaita huolehtimaan omasta terveydestään itsehoidon keinoin ja antaa heille ohjausta itsehoitoon. Tehtävänä oli lähteä Tohmajärven kirjastoauton mukaan kiertämään kuntaa ja herättää keskustelua terveyspalvelujen saatavuudesta ja omasta terveydestä neuvomalla sekä ohjaamalla kuntalaisia sydän- ja verisuonitautien sekä diabeteksen

ehkäisyssä. Samalla täysi-ikäisiltä kuntalaisilta mitattiin verenpaine sekä verensokeri- ja kokonaiskolesteroliarvoja. Päivät olivat nimeltään Sydän- ja verisuonitautien sekä diabeteksen ehkäisy – ohjaus- ja neuvontapäivät Tohmajärven kirjastoautossa.

7 Opinnäytetyön toteutus

7.1 Toiminnallinen opinnäytetyö menetelmänä

Toiminnallisella opinnäytetyöllä olisi hyvä olla toimeksiantaja (liite 1), koska silloin pystytään osoittamaan omaa osaamista laajemmin opinnäytetyön ja -prosessin osalta. Toiminnallinen opinnäytetyö koostuu kirjallisesta raportista sekä jostakin konkreettisesti tuotoksesta. Ensin tehdään toimintasuunnitelma, josta selviävät opinnäytetyön harkitut ja perustellut ideat, tavoitteet sekä lupaus tulevasta. Raporttiosuus vastaa kysymyksiin mitä, miksi ja miten on tehty. Lisäksi siitä käy ilmi työprosessin kulku sekä tulosten ja johtopäätösten tarkastelu. Oman tuotoksen arviointi on myös tärkeää, sillä se auttaa hahmottamaan omaa ammatillista kasvua. (Vilkka & Airaksinen 2004, 16, 26–27, 51, 65.)

Toteutustapa kannattaa valita kysymyksen ”Mikä muoto palvelee kohderyhmää parhaiten?” pohjalta (Vilkka & Airaksinen 2003, 51). Opinnäytetyössä mielenkiinto suuntautui ohjaus- ja neuvontapäivien järjestämiseen enemmän kuin esimerkiksi kirjallisen tuotoksen tekemiseen. Idea siitä tuli suoraan toimeksiantajalta. Ohjaus- ja neuvontapäivien sisältö valittiin oman mielenkiinnon sekä toimeksiantajan toiveiden pohjalta. Myös aikataulut, kustannukset ja kirjastoauton tilojen koko olivat rajaamassa toiminnan laajuutta. Ohjausmateriaalina käytettiin jo valmiiksi painettua materiaalia (liite 2). Materiaali saatiin toimeksiantajalta, Pohjois-Karjalan Sydänpiiri ry:ltä. Toiminnallisen opinnäytetyön raportin tulisi sisältää tietoa tapahtumasta, sen tiedottamisesta, ilmoittautumisista ja mahdollisista osallistumismaksuista (Vilkka & Airaksinen 2004, 55). Ohjaus- ja neuvontapäivissä ilmoittautumisia tai osallistumismaksuja ei ollut. Jokainen halukas pystyi tulemaan kirjastoautoon mittauttamaan verenpainetta, verensokeria tai kolesterolia sekä halutessaan keskustelemaan terveyteen liittyvistä seikoista. Toiminnalliset opinnäytetyöt ovat usein laajoja ja monisyisiä. Tämän takia ne kannattaakin tehdä pari-

tai ryhmätyönä. Tämä antaa valmiuksia työelämän ryhmätyöskentelylle. (Vilka & Airaksinen 2004, 55–56.)

7.2 Lähtötilanteen kartoitus ja kohderyhmä

Keväällä 2011 mielenkiinnon herätti Kiertävä pysäkki –hanke, ja hankkeen hallinnoijaan Pohjois-Karjalan Sydänpiiri ry:hyn otettiin yhteyttä. Aikataulutuksesta tehtiin väljä, sillä opinnäytetyöntekijät lähtivät harjoitteluvaihtoon Englantiin syksyllä 2011 kolmeksi kuukaudeksi. Ennen vaihtoon lähtöä aiheen mahdollisuuksia kartoitettiin yhdessä Pohjois-Karjalan Sydänpiiri ry:n edustajan kanssa. Suullinen toimeksiantosopimus tehtiin heti alussa ja kirjallinen keväällä 2012 (liite 1). Tohmajärven torilla oli järjestetty toukokuussa 2011 Hyvinvointitori, jossa kirjastoautossa oli ollut verenpaineenmittauspiste. Tätä ideaa oli toivonut Tohmajärven kulttuuritoimenjohtaja kehitettävän eteenpäin. Pohjois-Karjalan Sydänpiiri ry:n edustajan lisäksi oltiin yhteydessä Tohmajärven kulttuuritoimenjohtajaan sähköpostitse. Yhteistyön tuloksena päätettiin järjestää Sydän- ja verisuonitautien sekä diabeteksen ehkäisy – ohjaus- ja neuvontapäivät Tohmajärven kirjastoautossa. Pohjois-Karjalan Sydänpiiri ry toimii Suomen Sydänliitto ry:n alaisuudessa (Suomen Sydänliitto ry 2013d). Suomen Sydänliitto ry:n keskeisenä tavoitteena on sydänterveyden edistäminen sekä ihmisten voimavarojen sekä hyvinvoinnin lisääminen. (Suomen Sydänliitto ry 2013e). Tästä syystä päivien teemaksi valittiin luonnollisesti sydän- ja verisuonitaudit sekä diabetes. Tohmajärvellä kiertää kirjastoauto kaksi kertaa viikossa, ja se kulkee kahta eri reittiä (Kiteen kaupunki 2012). Kirjastoauton tarkoitus on tuoda kirjaston palvelut asukkaiden luo. Kirjastoauton toiminta uhkasi loppua sekä Kiteellä että Tohmajärvellä vuoden 2012 loppuun mennessä (Sivistyslautakunta 2011). Opinnäytetyöllä haluttiin tukea kirjastoautotoiminnan jatkumista eli haluttiin katsoa olisiko kirjastoauton lisäpalveluilla vaikutusta toiminnan jatkumiseen. Kunnat päättivät, että kirjastoauton toiminta jatkuu Tohmajärvellä, mutta loppuu Kiteellä (Kiteen kaupunki 2013).

Kiertävä pysäkki on kolmivuotinen (2011–2014) Pohjois-Karjalassa toteutettava hanke, jonka tavoitteena on parantaa maaseudun elinvoimaisuutta eri tavoin. Hanke kiertää harvaan asutulla alueella, kylissä ja kylätapahtumissa järjestäen tapahtumia tai ollen osa niitä. Kiertävä pysäkki tarjoaa tietoa ja valmiuksia terveyteen, asumiseen, turvallisuus-

teen, hyvinvointiin sekä esteettömyyteen liittyvissä asioissa. Ihmisten kohtaaminen ja kuunteleminen ovat hankkeen keskiössä. Tapahtumissa on esimerkiksi tarjolla terveystmittauksia, alkusammutus- ja elvytyskoulutuksia, näyttelyitä sekä näytöksiä. (Pohjois-Karjalan Sydänpiiri ry 2012a, 1–2.)

Hankkeen keskeisenä tavoitteena on lisätä maaseudun asukkaiden yhteisöllisyyttä, turvallista ja esteetöntä asumista sekä mielekkään arkielämän mahdollisuuksia, edistää väestön terveyttä ja toimintakykyä, lisätä kohderyhmän valmiuksia itsehoitoon, edistää maaseudun elinvoimaisuutta, kartuttaa toimijoiden osaamista ja taitoja kaikissa olosuhteissa, maaseudulla toimivien yritysten osaamisen vahvistuminen ja aktivoituminen esteettömyyteen liittyvässä palvelutuotannossa (Pohjois-Karjalan Sydänpiiri ry 2012b).

Alkuperäinen idea oli tehdä itsehoitopiste kirjastoautoon. Keskustelujen jälkeen nousi paljon kysymyksiä itsehoitopisteen päivittämisestä ja huolehtimisesta. Kuka vaihtaisi ja toisi lisää materiaalia sekä kuka varmistaisi säännöllisesti mittareiden toimivuuden. Tohmajärven kunta ei ollut halukas kustantamaan itsehoitovälineitä, joten päädyttiin järjestämään pelkästään ohjaus- ja neuvontapäivät. Päivien avulla haluttiin selvittää ja saada kokemusta uusista terveystalvupalvelumalleista: kuinka kuntalaiset ottaisivat vastaan kiertävät terveystalvupalvelut ja kuinka niitä voitaisiin kehittää. Ohjaus- ja neuvontapäivien lisäksi mietittiin myös kirjallisen materiaalin tuottamista tapahtumaan. Jo alussa kuitenkin kävi ilmi, ettei aika riitä kirjallisen materiaalin tekoon.

7.3 Toiminnallinen osuus

Toiminnallisen osuuden valmisteleminen alkoi teorian tiedon haulla. Tietoa etsittiin kuntarakenteen muutoksesta, maaseutupolitiikasta, Tohmajärven kunnan terveystalvupalveluista, terveyttä edistävästä hankkeista ja ohjauksesta, sydän- ja verisuonitautista sekä diabeteksestä, liikunta- ja ravitsemusneuvonnasta sekä alkoholista ja tupakasta.

Materiaaliin perehdyttiin tarkasti, erityisesti itsehoidon osalta. Tarkoituksena oli ohjata ja neuvoa kuntalaisia sydän- ja verisuonitautien sekä diabeteksen ehkäisyssä. Materiaalia oli paljon, ja kriittisen tarkastelun kautta valittiin luotettavimmat lähteet. Toimeksiantajan kanssa tehtiin tiivistä yhteistyötä ja sopivat materiaalit tuleviin päiviin valittiin yhdessä. Sydänpiiriltä löytyy runsaasti hyödyllistä tietoa niin sydän- ja verisuonitautista kuin diabeteksestäkin. Sydänliiton laatimat testit ja esitteet (liite 2) olivat hyvä

lisä työvälineeksi. Testit sai täyttää joko paikan päällä tai ottaa kotiin mukaan, sillä monisteen toisella puolella on helposti itse tulkittavat tulokset. Ohjauksessa ja neuvonnassa keskityttiin liikuntaan ja ravitsemukseen, erityisesti rasvojen käyttöön. Alkoholin ja tupakan vaaroista kertominen on olennainen osa sydän- ja verisuonitautien sekä diabeteksen ehkäisyä. Kysymykseksi nousi, onko eettisesti oikein kysyä asiakkaalta alkoholin käytöstä sekä tupakoinnista tilassa, jossa ei ole yksityisyydensuojaa. Yksityisyydensuojaa kirjastoautossa ei pystytty järjestämään, ja näin ollen haluttiin välttää joillekin mahdollisesti arkoja aiheita. Alkoholin ja tupakan käytöstä ei kysytty. Tietenkin, jos asiakkaan puolelta nousi kysymyksiä alkoholiin ja tupakkaan liittyen, kysymyksiin vastattiin ja aiheesta keskusteltiin.

Opinnäytetyöntekijät laativat päivistä mainoksen (liite 3), jonka Tohmajärven kulttuuri-toimenjohtaja lähetti eteenpäin kirjastoautoon ja maakunnalliseen sekä paikalliseen sanomalehteen. Opinnäytetyön toimeksiantaja ilmoitti päivistä paikallisradiossa. Näkyvyyttä saatiin myös, kun paikallislehden toimittaja haastatteli opinnäytetyöntekijöitä ja teki artikkelin ohjaus- ja neuvontapäivistä. Sydänpiiri antoi käyttöön verenpaine-, verenokeri- ja kolesterolimittarit, riskijäteastian, näytteenottovälineet sekä käsidesiä aseptiikan toteuttamiseksi ja järjesti kolesterolikoneenkäytön opetuksen ennen ohjaus- ja neuvontapäiviä. Vaatetuksiksi valittiin omat vaatteet, jotta asiakkaiden olisi helpompi lähestyä opinnäytetyöntekijöitä. Nimineulojen avulla erotuttiin joukosta.

Kirjastoauton kuljettaja oli varannut tilaa auton takaosasta mittauspaikaksi. Kirjastoauto kulki normaalia reittiä, normaalein pysähdyksin. Mukaan olivat tervetulleita kaikki täysi-ikäiset kuntalaiset. Asiakkaiksi valittiin täysi-ikäiset, koska opinnäytetyössä keskityttiin vain täysi-ikäisten viitearvoihin ja itsehoitoon. Lapsilla olisi pitänyt olla vanhempien suostumus etenkin mittauksia tehdessä, eikä sitä olisi pystytty varmistamaan kirjastoautossa yksinasioivien lapsien kohdalla.

Ohjaus- ja neuvontapäivät järjestettiin torstaina 24.5.2012 klo 9.30–16.40 ja keskiviikkona 30.5.2012 klo 9.15–15.40. Reitteinä olivat torstaina Tohmajärven ja Kiteen reitit: Kemie–Uusi–Värtsilä–Värtsilä–Lahdenperä–Onkamo–Säkäniemi–Ertonniemi–Haso–Särkijärvi ja keskiviikkona Tohmajärven reitti: Kemie–Onkamo–Tikkala–Kotkanpesä–Akkala–Riikola–Jouhkola–Järventaus. Kävijöitä oli yhteensä 36, ensimmäisenä päivänä 21 ja toisena 15. Naisia kävi 25 ja miehiä 11. Usealle asiakkaalle toimintapäivä tuli iloi-

sena yllätyksenä, ja he ottivat mielellään vastaan tarjolla olevat palvelut. Toista päivää markkinoitiin näkyvämmiin, jolloin kävijöitä tuli kirjastoauton kuljettajan mukaan myös kirjastoauton vakiokävijäjoukon ulkopuolelta. Suurin osa asiakkaista oli iäkkäämpiä, mutta joukossa oli myös nuoria aikuisia. Toinen päivä oli hiljaisempi asiakasmäärän osalta, mutta silloin oli enemmän aikaa keskustella asiakkaan kanssa.

Kirjastoauton mukana oltiin kahdella eri reitillä, jotta tavoitettaisiin mahdollisimman paljon eri ihmisiä. Molemmilla reiteillä suoritettiin samat mittaukset: verensokeri, verenpaine sekä kokonaiskolesteroli. Kun asiakas tuli kirjastoautoon, hänelle tarjottiin terveystilauksia ja asiakas sai itse valita, mitä palveluita otti vastaan. Ensimmäisenä asiakkaalta mitattiin kokonaiskolesteroli, sillä kolesterolikone analysoi näytettä noin viisi minuuttia. Tulosta odotellessa mitattiin verensokeri ja viimeisenä verenpaine, jotta asiakas ehti istua hetken aloillaan. Ohjasimme asiakasta olemaan puhumatta verenpaineenmittauksen ajan. Mittausten avulla heräteltiin keskustelua terveystilauksista Tohmajärvellä ja samalla keskusteltiin asiakkaiden kanssa heidän terveydestään. Täytyi ottaa huomioon, että kirjastoautossa oli muita, ja tämän vuoksi arkoja aiheita tuli välttää. Keskustelu eteni asiakkaan toiveiden pohjalta.

Suosituimmaksi puheenaiheeksi nousivat rasvan käyttöön liittyvät asiat. Monella rasvan käyttö mietitytti kohonneen kolesteroliarvon takia. Ohjausta annettiin kolesteroliarvon laskemiseksi elintapamuutosten kautta. Monilla oli uskomus, että rasvaa ei saisi käyttää. Neuvonnassa korostettiin, että rasvaa tulisi käyttää, mutta huomio tulisi kiinnittää sen laatuun ja määrään. Asiakkaiksi tuli myös verenpainetautia ja diabetesta sairastavia, jotka halusivat keskustella tilanteestaan ja saada mahdollisia uusia vinkkejä. Kävi ilmi, että tietotaitoa heillä oli jo paljon ja he olivat erittäin tyytyväisiä keskusteluihin sekä jaettuihin esitteisiin (liite 2). Heitä kannustettiin jatkamaan hyvää itsehoitoa. Asiakkaat toivat esille heikentyneen liikuntakyvyn ja kaipasivat neuvoja liikkumiseen. Yhdessä asiakkaiden kanssa pohdittiin mahdollisuuksia ja pyrittiin onnistuneesti löytämään mielekäs vaihtoehto. Asiakkaat olivat hyvin puheliaita ja kertoivat mielellään omasta elämästään.

Kaikki mittaustulokset kirjattiin ilman henkilötietoja toimeksiantajan tilastoja varten. Tuloksista ilmenee vain sukupuoli ja mittausravot. Opinnäytetyön raportista jätettiin ulkopuolelle mittaustulokset, sillä tavoitteena ei ollut tutkia arvoja, vaan keskittyä ter-

veyden edistämiseen ohjauksen ja neuvonnan kautta. Mittaustulokset olivat viitearvojen sisällä, joten suurempia jatkotoimenpiteitä ei tarvittu.

7.4 Ohjaus- ja neuvontapäivien arviointi

Ohjaus- ja neuvontapäivät sujuivat ongelmitta ja asiakasmäärässä päästiin tavoitteisiin. Asiakkaat olivat tyytyväisiä saamaansa palveluun ja toivoivat, että tulevaisuudessa olisi vastaavanlaista toimintaa. Osa oli hyvin kiinnostunut omasta terveydestään ja otti esitteitä mukaan. Moni koki palvelut hyödyllisiksi, koska heidän mukaansa omaan terveyskeskukseen on pitkät jonot ja sinne pääsy on vaikeaa.

Ohjaus- ja neuvontapäiviä markkinoitiin tehokkaasti, mutta varmasti on kuntalaisia, joita mainokset eivät tavoittaneet. Olisiko esimerkiksi Facebook-mainonta tuonut lisää nuoria aikuisia asiakkaaksi? Kirjastoautossa mainos oli kaksi viikkoa ennen ohjaus- ja neuvontapäiviä, lehdissä samalla viikolla ja radiossa samana päivänä. Pidempiaikainen markkinointi olisi todennäköisesti lisännyt asiakasmäärää.

Vaikka ohjaus- ja neuvontapäivät sujuivat hyvin, vielä on kehitettävää. Kirjastoauton tilat ovat rajalliset, ja jos autossa on useampi asiakas kerrallaan, yksityisyydensuojaa ei juuri ole. Sermi toisi näkösuojaa ja rajaisi terveystielle oman selkeän tilan. Sermi ei kuitenkaan takaa äänieristystä. Optimaalista olisi, jos kirjastoautossa olisi vain asiakas ja terveydenhuollon ammattilainen kahden kesken. Terveystieteen alueelta tulisi siirtää kirjat pois, jotta ei oltaisi kirjaston asiakkaiden tiellä ja jotta he eivät häiritse terveystieteessä työskentelyä. Aikataulusta oli toisinaan vaikea pitää kiinni, sillä joidenkin asiakkaiden kanssa aikaa kului odotettua enemmän. Tämän takia olisi syytä miettiä aikataulutusta ja reittivalintoja uudestaan erikoispäivien osalta, esimerkiksi linja-auto voisi olla jollakin pysäkillä pidempään. Terveystieteen palveluita voisi laajentaa, esimerkiksi rasvaprosentin mittausta tai apteekkipalveluita.

On tärkeää kerätä palautetta omasta toiminnastaan. Se tukee omaa arviointia ja kertoo tavoitteisiin pääsystä. Mielenpitoita kannattaa pyytää käytännön onnistumisesta ja toimivuudesta. (Vilkkä & Airaksinen 2004, 157.) Asiakkaita pyydettiin satunnaisesti täyttämään palautelomake (liite 4). Kaikki pyydettyt asiakkaat eivät halunneet täyttää loma-

ketta ja lopulta saatiin yhteensä yhdeksän kirjallista palautetta. Palautelomakkeella ha-
luttiin selvittää, mitä mieltä asiakkaat olivat saamastaan palvelusta kirjastoautossa ja
yleisesti Tohmajärven terveydenhuoltopalveluista. Asiakkailta kysyttiin, kuinka palve-
luita voitaisiin kehittää. Moni valitti, ettei lääkäreitä ole tarpeeksi eikä terveyskeskuk-
seen pääse hoitoon. Lähi- ja kiertäviä palveluita toivottiin lisää ja niitä pitäisi kehittää,
esimerkiksi apteekkipalvelut voitaisiin tuoda kotiovelle. Yksi asiakas toivoi kunnanlää-
kärijärjestelmää takaisin, ja Hellistä haluttiin luopua. Terveydenhoitajan palveluita ke-
huttiin, toisin kuin lääkärin palveluita. Terveyspisteestä saatiin paljon kiitosta, ja asiak-
kaat kokivat sen hyödylliseksi, koska terveyskeskukseen on vaikea päästä. Erityiskiitos-
ta saatiin hyvästä neuvonnasta ja kannustamisesta oman terveyden seurantaan. Asiak-
kailta saatiin myös sanallista palautetta suoraan paikanpäällä. Eräs asiakas oli tullut
Tohmajärven keskustaan pieneltä kylältä, ja hänen tokaisu pääsi opinnäytetyön otsikok-
si ”Kurvatkeehan kylille!”.

Sanallista palautetta saatiin kulttuuritoimenjohtajalta sekä kirjastoautonkuljettajalta.
Yhteistyö sujui hyvin, ja heidän mielestään ohjaus- ja neuvontapäivät olivat mukavaa
vaihtelua. Molemmat olivat innostuneita päivistä. He auttoivat terveyspisteen rakenta-
misessa ja teemakirjallisuuden etsinnässä. Teemakirjallisuutta siirrettiin pääkirjastosta
ohjaus- ja neuvontapäivien ajaksi kirjastoautoon näkyvälle paikalle, josta asiakkaiden
oli helppo löytää ne. Kulttuuritoimenjohtaja sekä kirjastoautonkuljettaja pitivät mahdol-
lisena, että toiminta voisi jatkua tulevaisuudessa ja sitä voisi kehittää eteenpäin. Toi-
meksiantaja antoi kirjallista palautetta (liite 5). Palautteesta käy ilmi hyvä yhteistyö, ja
se kannustaa jatkamaan terveyden edistämistä.

8 Pohdinta

8.1 Opinnäytetyöprosessi

Opinnäytetyöprosessi alkoi keväällä 2011, jolloin pohdimme yhdessä toimeksiantajan
kanssa aiheen mahdollisuuksia. Terveyden edistäminen harvaan asutulla alueella kiin-
nosti erityisesti, sillä molemmat olemme kotoisin harvaan asutulta alueelta. Idea kirjas-
toauton mukaan lähtemisestä tuli toimeksiantajalta, saimme itse suunnitella loput. Läh-

dimme harjoitteluvaihtoon Englantiin syksyllä 2011, minkä takia opinnäytetyöprosessin alku viivästyi. Palattuamme Englannista opinnäytetyöprosessi pääsi kunnolla vauhtiin talvella 2012. Olimme tiiviisti sähköpostiyhteydessä toimeksiantajan kanssa ja järjestimme muutaman tapaamisenkin. Etsittyämme ja kirjoitettuamme teoriatietoa järjestimme ohjaus- ja neuvontapäivät toukokuussa 2012. Ennen kesälomaa kirjoitimme päivien annista, minkä jälkeen jätimme sen hautumaan kesäksi. Syksyllä jatkoimme innokkaina opinnäytetyön kokoamista. Opinnäytetyöprosessi päättyi talvella 2013.

Opinnäytetyöprosessi on ollut haastava, mutta antoisa. Molemmat teimme ensimmäistä kertaa opinnäytetyötä. Alussa emme osanneet kuvitella, kuinka hyödyllisiä ovat pienryhmäohjaukset sekä aiemmin käydyt suomen kielen tunnit. Niiden merkitys korostui kirjallista raporttia laatiessa. Prosessi on ollut pitkä ja uuvuttava. Jotta olemme jaksaneet käydä läpi tämän prosessin, meidän on pitänyt huolehtia omasta hyvinvoinnistamme. On tärkeää, että opinnäytetyöprosessin pystyy välillä unohtamaan ja keskittymään toisiin asioihin. Ei pidä unohtaa harrastuksia ja läheisiä ihmisiä, eikä liikuntaa ja terveellistä ruokavaliota.

Opinnäytetyöprosessi on vahvistanut ammatillista kasvua ja kehitystä. Työssä olemme syventyneet ohjaukseen ja neuvontaan. Meille on kehittynyt hyvät valmiudet ohjata asiakasta sydän- ja verisuonitautien sekä diabeteksen ehkäisyssä.

Pitkän prosessin kautta olemme kehittyneet parityöskentelyssä. Työskentely on sujunut erittäin hyvin koko prosessin ajan, ja olemme kunnioittaneet toinen toisiamme sekä ottaneet toistemme mielipiteet huomioon. Olemme oppineet paljon itsestämme ja toisistamme. Tiimityöskentelytaito on välttämätöntä sairaanhoitajan ammatissa.

Olemme saaneet Kiertävä pysäkki -hankkeen kautta kokemusta projektityöskentelystä, joka oli uutta meille molemmille. Moniammatillinen yhteistyö Sydänpiirin toimijoiden sekä kirjastotyöntekijöiden kanssa on vahvistanut kommunikaatiotaitoja eri ammattiryhmien välillä.

8.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Lähdekriittisyyttä tarvitaan lähdekirjallisuutta valitessa. Kirjallisuuden luotettavuudesta kertovat sen tunnettavuus, ikä, alkuperäisyys ja uskottavuus. Kirjoittajanimen toistuvuus sekä muiden arvostettujen kirjoittajien kunnioitus häntä kohtaan kuvaavat kirjoittajan arvovaltaa. Kirjallisuuden tulee olla mahdollisimman uutta, sillä iäkkäämmät lähteet voivat sisältää jo vanhentunutta tietoa. Alkuperäisiä lähteitä on aina paras käyttää, sillä lainaustekstissä saattaa tieto olla vääristynyt. Arvostetut julkaisijat julkaisevat uskottavaa tekstiä. Ne varmistavat tekstin uskottavuuden asiataarkastuksella. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 113–114.)

Opinnäytetyössä käytimme tunnettuja lähteitä, kuten koulutuksessamme käytettyä kirjallisuutta. Pyrimme välttämään sekundaarilähteitä, etteivät tiedot olisi muuttuneet prosessin varrella. Käytimme Käypä hoito -suosituksia, vaikka ne ovat sekundaarilähteitä. Ne pohjautuvat kuitenkin kansainvälisiin, arvostettuihin tutkimuksiin. Melkein kaikki lähdemateriaali on iältään alle kymmenen vuotta, vuosilta 2002–2012. Poikkeuksena ovat kaksi lähdetä vuosilta 1999 ja 2001, mutta käytimme omaa lähdekriittisyyttä ja sallimme nämä poikkeukset. Toinen lähteistä käsitteli hankkeen tavoitteita ja tuoreempaa lähdetä emme löytäneet. Toisessa näistä lähteistä oli verenpaineen vaihtelu kuvattu selkeästi, joten päätimme käyttää sitä. Lähteistä löytyy sekä suomalaisia että ulkomaisia tutkimuksia.

Opinnäytetyön luotettavuutta olisi lisännyt opintopäiväkirjan pito. Merkitsimme joitain tietoja ylös, mutta varsinaista järjestelmällistä opintopäiväkirjaa emme prosessista pitäneet. Teimme suullisen toimeksiantosopimuksen jo opinnäytetyöprosessin alussa, ja myöhemmin sopimus virallistettiin kirjalliseen muotoon. Teimme tiivistä yhteistyötä toimeksiantajamme kanssa ja pidimme hänet ajan tasalla opinnäytetyöprosessin kulusta.

8.3 Opinnäytetyön eettisyys

Terveyden edistäminen ja sairauksien ennaltaehkäisy korostuvat tulevaisuudessa entistä enemmän. Pyrkimyksenä on yksilön hyvinvointi. Tulevina terveydenhuollon ammattilaisina meillä on oikeus ja velvollisuus olla kehittämässä terveyden edistämisen sekä

sairauksien ennaltaehkäisyn menetelmiä. Millä keinoin ihmiset saataisiin kiinnostumaan omasta terveydestään? Kuinka ihmiset saataisiin motivoitua oman terveytensä hoitoon? Toiminnassa noudatimme sairaanhoitajien eettisiä ohjeita. Kohtelimme asiakkaitamme oikeudenmukaisesti ja kunnioittavasti. Jokainen sai vuorollaan kertoa omat mielipiteensä ja mittauttaa verenpaine-, verensokeri- ja kolesteroliarvot. Itsemääräämisoikeus näkyi asiakkaiden toiveissa, mitä he halusivat mittauttaa ja mitä eivät. Mittaustuloksissa emme havainneet mitään hälyttävää, joten jatkotoimenpiteitä ei tarvittu. Jos mittaustulokset olisivat olleet hälyttäviä, olisimme ohjanneet asiakkaan ottamaan yhteyttä omaan terveyskeskukseensa jatkoselvittelyjä varten. Loimme myönteistä ja avointa ilmapiiriä kirjastoautoon olemalla ystävällisiä sekä hyväntuulisia. Kuuntelimme asiakkaita ja annoimme ohjausta sekä neuvontaa omien tietotaitojemme puitteissa. Matkamme ammattilaisiksi on vielä käynnissä.

Opinnäytetyömme toimeksiantaja halusi mittaustulokset tilastointia varten. He eivät saaneet tietää asiakkaidemme henkilötietoja, ainoastaan mittaustulokset ja sukupuolen. Emme ole maininneet työssä asiakkaiden nimiä, mittaustuloksia tai heidän kanssaan käymiämme keskusteluja. Opinnäytetyössä on kuitenkin nostettu esille aihealueita, joista kävimme keskustelua asiakkaiden kanssa. Asiakaspalautteet annettiin nimettömänä ja vapaaehtoisesti.

Terveydenhuoltolain 1326/2010 10. §:ssä määritellään, että terveyspalveluja on saatava kaikille kuntalaisille tai sairaanhoitopiirin jäsenille tasapuolisesti ympäri Suomea. Huolenaiheenamme ovat harvaan asutut alueet palveluiden keskittämisen takia. Kuinka mahdollistaa tasa-arvoiset palvelut kaikille?

Pohdimme, onko eettisesti oikein käydä asiakkaan kanssa läpi hänen terveytensä liittyviä asioita kirjastoautossa, sillä siellä saattaa olla muita asiakkaita. Toisaalta asiakas tiedostaa itsekin muiden läsnäolon ja näin ollen voi itse rajoittaa, mitä haluaa kertoa. Ohjaus- ja neuvontapäivänä huomasimme, että asiakkaat olivat hyvin avoimia, eivät heitä haitanneet ympärillä olevat ihmiset. Ihanteellista tietenkin olisi keskustella asiakkaan kanssa kahden kesken ilman häiriöitä.

Aseptiikan sekä työturvallisuuden noudattaminen ovat kaksi ammattitaitoisen sairaanhoitajan perusedellytystä. Mittauksia tehdessä käytimme asiakkaiden välillä käsidesiä

bakteerien leviämisen ehkäisemiseksi. Käytössämme oli riskijäteastia, johon laitoimme terävät ja veriset välineet tapaturmien välttämiseksi.

Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu ottaa huomioon muiden tutkijoiden työ ja saavutukset. Tärkeää on kunnioittaa ja antaa arvoa näille omassa työssään. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2011.) Opinnäytetyössä olemme merkinneet näkyviin lähdeviitteet, ja lähdeluettelosta löytyvät tarkemmat tiedot lähteistä. Suorat lainaukset on merkitty lainausmerkein, alkuperäiseen tekstiin viitaten.

8.4 Hyödynnettävyys ja jatkokehittämisideat

Kansan pariin ”jalkautuminen” on hyvä keino terveyden edistämisessä. Se madaltaa ihmisten kynnystä hakea terveystalveluita ja kannustaa itsehoitoon. Taloudellisessa mielessä on kustannustehokkaampaa edistää kuntalaisten terveyttä kuin hoitaa heidän sairauksiaan. Siksi mielestämme liikkuvat terveystalvelut hyödyntävät kaikkia, etenkin harvaan asutulla alueella asuvia ja huonokuntoisia.

Toimintapäivät olivat kokeilu palvelujen viemisestä lähemmäksi asiakkaita. Positiivinen palaute mahdollistaneen toiminnan jatkuvuuden. Jatkokehittämisideoita aiheesta riittää. Esimerkiksi kunnissa voisi kiertää linja-auto, jossa on pelkästään terveydenhuollon palveluita tai kirjastoauton mukana olisi viikoittain vaihtuva, terveydenhuollollinen teema, esimerkiksi kausi-influenssarokotukset tai raskaudenehkäisy.

Jatkamme opinnäytetyötä Kiertävä pysäkki -hankkeelle kehittämistyön kautta. Tulemme tekemään aiheeseen liittyvän puuhalehtisen aikuisille. Tarkoituksena on jatkaa sydän- ja verisuonitautien sekä diabeteksen ehkäisyä mielekkään puuhalehtisen avulla, joka on suunnattu aikuisille.

Lähteet

- Bjälje, J., Haug, E., Sand, O., Sjaastad, Ø. & Toverud, K. 1999. Ihminen – Fysiologia ja anatomia. Helsinki. Werner Söderström Osakeyhtiö.
- Brien, S., Ghali, W., Mukamal, K., Ronksley, P. & Turner, B. 2011. Association of alcohol consumption with selected cardiovascular disease outcomes: a systematic review and meta-analysis. US National Library of Medicine. National Institutes of Health. <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21343207>. 16.10.2012.
- Duodecim 2002. Kolesteroli. Helsinki. Kustannus Oy Duodecim.
- Erikson, J. 2012. Liikunta ja tyyppin 2 (aikuistyyppin) diabetes. Lääkärikirja Duodecim. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00930. 29.10.2012.
- Haake, N. & Nikula, T. 2011. Osallisuus, luottamus ja elinympäristö, terveyden edistämisen kansalaiskysely 2011. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 1/2011. Helsinki: Trio-Offset. http://www.tekry.fi/web/pdf/bulletins/2011/tekry_049.pdf. 7.3.2012.
- Hankonen, A., Kaarlela, E., Palosaari, T., Pinola, K., Säkkinen, M., Tolonen, A. & Virola, M. 2006. Vuorovaikutus ohjaussuhteessa. Teoksessa Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) Potilasohjauksen haasteet, käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin julkaisuja 4/2006. Oulu. Oulun yliopisto. 24–26.
- Helli. Sosiaali- ja terveystalvakeskus. 2010. Keski-Karjalan sosiaali- ja terveystalvakeskus. <http://www.pohjois-karjala.fi/Resource.phx/sivut/sivut-helli/lautakunta.htx>. 27.2.2012.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2008. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Helsinki. Werner Söderström Osakeyhtiö.
- Iivanainen, A & Syväoja, P. 2008. Hoida ja kirjaa. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Iso-Kivijärvi, M., Keskitalo, O., Kukkola, K., Ojala, P., Olsbo, A., Pohjola, M. & Väänänen, H. 2006. Hyvä potilasohjaus prosessina. Teoksessa Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) Potilasohjauksen haasteet, käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin julkaisuja 4/2006. Oulu. Oulun yliopisto. 10.
- Keski-Karjalan kuntien sosiaali- ja terveystoimien yhteistoimintasopimus. 2012. <http://mv-dynasty.pohjoiskarjala.net/Dynasty/Kitee/kokous/KOKOUS-127-11-Liite-1.PDF>. 27.2.2012.
- Kiteen kaupunki. 2012. Kirjastoauto reitit. <http://www.kitee.fi/Resource.phx/sivut/sivut-kitee-kirjasto/reitit/index.htx>. 16.5.2012.
- Kiteen kaupunki. 2013. Kirjastoauto. http://www.kitee.fi/Resource.phx/sivut/sivut-kitee-kirjasto/kirjastoauto.htx?locale=fi_FI. 14.1.2013.
- Kunnanhallitus. 2012. Sosiaali- ja terveystalvakeskusten järjestäminen Tohmajärven kunnassa 1.1.2013 lukien. <http://webdynasty.pohjoiskarjala.net/Dynasty/Tohmajarvi/kokous/2012602-3.PDF>. 29.9.2012.

- Kustannus Oy Duodecim. 2012. Suomalaisten terveys.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_teos=suo&p_selaus=4598&p_osio=#4598. 11.9.2012.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki. Werner Söderström Osakeyhtiö.
- Käypä hoito -suositus. 2011a. Kohonnut verenpaine. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Verenpaine yhdistys ry:n asettama työryhmä.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/.../hoi04010>.
 26.2.2012.
- Käypä hoito -suositus. 2011b. Diabetes. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin, Suomen Sisätautilääkäreiden yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä. 2011.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50056>. 11.4.2012.
- Käypä hoito –suositus. 2011c. Alkoholi-ongelmaisen hoito. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50028?hakusana=alkoholi>. 5.10.2012.
- Lahtinen, M. 2006. Potilasohjauksen eettiset lähtökohdat. Teoksessa Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.) Potilasohjauksen haasteet, käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Oulu. Oulun yliopisto. 6–7.
- Leiras. 2012. Itsehoito-opas. <http://www.leiras.fi/esitteet/esitteet-ja-oppaat/diabeteksen-itsehoito-opas/Itsehoito-opas.pdf>. 29.10.2012.
- Maaseutupolitiikan yhteistyöryhmä. 2009. Maaseutu ja hyvinvoiva Suomi, maaseutupoliittinen kokonaisohjelma 2009-2013. Maaseutupolitiikan yhteistyöryhmän julkaisuja 5/2009. Helsinki. Maaseutupolitiikan yhteistyöryhmä.
- Miettinen, M. 2011. Tupakointi ja sydänsairaudet. Kustannus Oy Duodecim.
http://www.ebm-guidelines.com/dtk/syd/avaa?p_artikkeli=syd00047.
 10.10.2012.
- Mustajoki, P. 2011a. Kohonnut verenpaine (verenpaine tauti). Lääkärikirja Duodecim.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00034.
 24.2.2012.
- Mustajoki, P. 2011b. Magnesium. Lääkärikirja Duodecim.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00818.
 14.1.2013.
- Patja, K. 2012. Tupakka ja sairaudet. Lääkärikirja Duodecim.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01066.
 7.10.2012.
- Pfizer Oy. 2010. Maailman tervein kansa 2015. <http://www.terveinkansa.fi/maailman-tervein-kansa-2015.html>. 7.8.2012.
- Pohjois-Karjalan Sydänpiiri ry. 2012a. Kiertävä pysäkki. Hankesuunnitelma.
- Pohjois-Karjalan Sydänpiiri ry. 2012b. Kiertävä pysäkki.
<http://www.sydanliitto.fi/web/pohjois-karjalan-sydanpiiri/kiertava-pysakki>.
 11.9.2012.
- Pöytäkirjan liite n:o8. 2012. Tohmajärven kunnan vastaus valtiovarainministeriölle sosiaali- ja terveystoiminnan yhteistoiminnan jatkamista koskevassa asiassa.
<http://webdynasty.pohjoiskarjala.net/dynasty/tohmajarvi/kokous/2012642-3-1.PDF>. 11.1.2013.

- Sivistyslautakunta. 2011. Kirjastoautoyhteistyösopimuksen irtisanominen.
http://webdynasty.pohjoiskarjala.net/Dynasty/Kitee/cgi/DREQUEST.PHP?page=meeting_frames. 14.1.2013.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. Terveys 2015 -kansanterveysohjelma. Esitteitä 2001:8.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42733&name=DLFE-6215.pdf. 7.8.2012.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma. Kaste 2008-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:6. <http://pre20090115.stm.fi/hl1212563842632/passthru.pdf>. 29.5.2012.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012a. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma (Kaste).
http://www.stm.fi/vireilla/kehittamissuunnitelmat_ja_hankkeet/kaste. 9.9.2012.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012b. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma Kaste 2012-2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf. 9.9.2012.
- Suomen Diabetesliitto ry. 2008. Diabeetikon ruokavaliosuositus.
<http://www.diabetes.fi/files/308/Ruokavaliosuositus.pdf>. 29.10.2012.
- Suomen Lääkärilehti. 35/2012. FINRISKI-tutkimus: Väestön kolesterolitaso on vuosikymmenien laskun jälkeen kääntynyt nousuun.
<http://www.laakarilehti.fi/pdf/SLL352012-2364.pdf>. 28.9.2012.
- Suomen Sydänliitto ry. 2012. Painoindeksi ja vyötärön ympärys.
<http://www.sydanliitto.fi/painoindeksi-ja-vyotaronymparys1>. 31.1.2013.
- Suomen Sydänliitto ry. 2013a. Ylipainosta tasapainoon.
<http://www.sydanliitto.fi/ylipainosta-tasapainoon>. 13.01.2013.
- Suomen Sydänliitto ry. 2013b. Vähennä kolesterolin saantia.
<http://www.sydanliitto.fi/vahenna-kolesterolin-saantia>. 13.01.2013.
- Suomen Sydänliitto ry 2013c. Riittävästi kuitua. <http://www.sydanliitto.fi/kuitu>. 13.01.2013.
- Suomen Sydänliitto ry. 2013d. Sydänpiirit ja yhdistykset.
<http://www.sydanliitto.fi/jarjestosivut/sydanpiirit-ja-yhdistykset>. 20.1.2013.
- Suomen Sydänliitto ry. 2013e. Sydänliitto. <http://www.sydanliitto.fi/sydanliitto>. 20.1.2013.
- Terveydenhuoltolaki 1326/2010.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2012a. Kansanterveydet.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/kansantaudit. 10.4.2012.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2012b. Alkoholi.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/aikalisa/materiaalit/paihteet/alkoholi. 7.10.2012.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2012c. Tupakka.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/aikalisa/materiaalit/paihteet/tupakka. 7.10.2012.
- Tohmajärven kunta. 2011a. Keski-Karjalan sosiaali- ja terveyslautakunta.
<http://www.tohmajarvi.fi/Resource.phx/sivut/sivut-tohmajarvi/sotelautakunta/index.htm>. 27.2.2012.
- Tohmajärven kunta. 2011b. Perusterveydenhuolto.
<http://www.tohmajarvi.fi/Resource.phx/sivut/sivut-tohmajarvi/palvelut/terveys/index.htm>. 27.2.2012.

- Tohmajärven kunta. 2012a. Tohmajärven sosiaali- ja terveystalvuuista kilpailee kahdeksan osallistujaa. <http://www.tohmajarvi.fi/Resource.phx/sivut/sivut-tohmajarvi/ajankohtaista/kunta/sote-palvelut.htx>. 29.9.2012.
- Tohmajärven kunta. 2012b. Tohmajärven sosiaali- ja terveystalvuujuen tuottajaksi Attendo. <http://www.tohmajarvi.fi/dman/Document.phx/~kunta-tohmajarvi/Julkinen/ajankohtaiset/tiedote-kilpailutuksesta?folderId=~kunta-tohmajarvi%2FJulkinen%2Fajankohtaiset&cmd=download>. 29.9.2012.
- Tohmajärven kunta. 2012c. Tohmajärvi valittaa, Attendo aloittaa. <http://www.tohmajarvi.fi/Resource.phx/sivut/sivut-tohmajarvi/ajankohtaista/kunta/attendo.htx>. 4.1.2013.
- Torkkola, S. 2002. Terveystalvuuviestintä. Helsinki. Kustannusosaakeyhtiö Tammi.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2011. Hyvä hoitotieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanto/kaytanto.html. 17.10.2012.
- UKK-instituutti. 2011. Liikuntapiirakka. <http://www.ukkinstituutti.fi/liikuntapiirakka>. 11.4.2012.
- Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta [ETENE]. 2008. Terveystalvuu- den edistämisen EETTISET HAASTEET. Sosiaali- ja terveystalvuuministeriö. http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17135&name=D LFE-526.pdf. 12.10.2012
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2005. Suomalaiset ravitsemussuosituksu- set – ravinto ja liikunta tasapainoon. <http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/attachments/vrn/ravitsemussuositu s2005.fin.pdf>. 15.10.2012.
- Valtiovarainministeriö. 2012a. Kunta- ja palvelurakennuudistus. http://www.vm.fi/vm/fi/05_hankkeet/025_uusi_paras/index.jsp. 29.5.2012.
- Valtiovarainministeriö. 2012b. Kuntauudistus. http://www.vm.fi/vm/fi/05_hankkeet/0107_kuntauudistus/index.jsp. 29.5.2012.
- Vauhkonen, I. & Holmström, P. 2012. Sisätaudit. Helsinki. Sanoma Pro Oy.
- Vilkka, H. & Airaksinen, T. 2004. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki. Kustannus- osakeyhtiö Tammi.
- Voutilainen, E. 2009. Ravitsemus ja terveystalvuu. Helsingin yliopiston avoin yliopisto. http://www.avoin.helsinki.fi/oppimateriaalit/ravitsemustalvuu- teen_perusteet/R av_Ravitsemus_terveys_0909.pdf. 11.4.2012.
- World Health Organization. 2009. Milestones in health Health Promotion. Statements from Global Conferences. http://www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_0502 2010.pdf. 9.10.2012.

Toimeksiantosopimus



POHJOIS-KARJALAN
AMMATTIKORKEAKOULU

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTO

SOPIJAOSAPUOLET:

TOIMEKSIANTAJA:

Pohjois-Karjalan Sydänpiiri ry

Yhteystiedot:

Eeva Kröger
Kiertävä pysäkki – hanke, projektipäällikkö
Pohjois-Karjalan Sydänpiiri ry
Siltakatu 10 A 16
80100 Joensuu
p 0400 607 359

Sähköpostiosoite:

eeva.kroger@kansanterveys.info

OPISKELIJAT

Johanna Hasu, Tiia Rahunen

Yhteystiedot:

johanna.hasu@edu.pkamk.fi, tiia.rahunen@edu.pkamk.fi

TOIMEKSIANTOSOPIMUS:

Opiskelijat perehtyvät terveyden edistämiseen harvaan asutulla alueella ja suunnittelevat itsehoitopisteen kirjastoautoon. He ovat myös itse mukana kirjastoautossa kertaa mittaamassa verenpainetta, verensokeria, kolesterolia sekä keskustelemassa terveyteen liittyvistä asioista.

Osapuolet ovat tänään sopineet toimeksiannosta seuraavaa: (esim. rahoitus, aikarajat, tekijänoikeudet)

Toimeksiantaja

Toimeksiantaja on lupautunut antamaan aiheeseen liittyvää materiaalia sekä kolesterolia-, verenpaine ja verensokerimittarit käyttöömmme. Toimeksiantaja kustantaa matkoista Joensuu-Tohmajärvi-Joensuu aiheutuneet polttoainekustannukset.

Toimeksiantosopimus

Opiskelija(t)

Opiskelijat aloittavat opinnäytetyöprosessin tammikuussa 2012, päivät järjestettäisiin keväällä 2012 toukokuussa ja kirjallinen tuotos olisi valmis syksyllä 2012.

Opiskelijat pitävät tekijänoikeudet kirjalliseen tuotokseen.

Opinnäytetyön ohjaajana PKAMK:ssa toimii

Merja Nuutinen

Päiväys ja allekirjoitukset

JOUKOSUU 22.5.12

Reino Kivijärvi

Toimeksiantajan edustaja

Maia Rahunen

Opiskelija

Johanna Harju

Materiaaliluettelo

1. Suomen Sydänliitto ry. 2008/1.painos. Kolesteroli kohdalleen.
2. Suomen Sydänliitto ry. 2010/1.uudistettu painos. Sauvoilla vaihtelua ver-ryttelyyn ja venyttelyyn.
3. Suomen Sydänliitto ry. 2011. Testaa liikuntatottumuksesi.
4. Suomen Sydänliitto ry. 2011. Testaa rasvan laatu.
5. Suomen Sydänliitto ry. Testaa suolan saantisi.
6. Suomen Sydänliitto ry. 2012. Testaa syömistottumuksesi.
7. Suomen Diabetesliitto ry. 2006. Tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointilomake.
8. Suomen Sydänliitto ry. 2010/3.painos. Valinnat kohdalleen.
9. Suomen Sydänliitto ry. 2011/4.painos. Verenpaine kohdalleen.

Mainos ohjaus- ja neuvontapäivistä

Terveyden edistäminen harvaan asutulla alueella – sydän- ja verisuonitautien sekä diabeteksen ehkäisy – ohjaus- ja neuvontapäivät Tohmajärven kirjastoautossa

Olemme kaksi terveydenhoitajaopiskelijaa Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä Kiertävä pysäkki -hankkeelle ja toimeksiantajanamme toimii Pohjois-Karjalan Sydänpiiri Ry. Opinnäytetyömme tarkoitus on edistää terveyttä harvaan asutulla alueella kannustamalla asukkaista itsehoitoon sydän- ja verisuonitautien sekä diabeteksen osalta. Sen tiimoilta mittaamme täysi-ikäisiltä verenpaine-, verensokeri- ja kolesteroliarvoja (Kolesterolin mittausta vain pidemmällä pysäkeillä 15min-30min). Tule mukaan keskustelemaan omasta terveydestäsi ja kuinka palveluja voisi kehittää harvaan asutulla alueella.

Meidät tavoittaa kirjastoautosta

Torstaina 24.5.2012 (Kemie-Uusi-Värtsilä-Värtsilä-Lahdenperä-Onkamo-Säkäniemi-Ertonniemi-Haso-Särkijärvi)

sekä

Keskiviikkona 30.5.2012 (Kemie-Onkamo-Tikkala-Kotkanpesä-Akkala-Riikola-Jouhkola-Järventaus)

Tapaamisiin,

Terveydenhoitajaopiskelijat

Johanna Hasu & Tiia Rahunen



Palautelomake

**Terveyden edistäminen harvaan asutulla alueella – sydän- ja verisuonitautien
sekä diabeteksen ehkäisy – ohjaus- ja neuvontapäivät Tohmajärven
kirjastoautossa**

Palautelomake

Mitä mieltä olitte saamastanne palvelusta?

Mitä toivoisitte lisää? Kuinka toimintaa voisi parantaa/kehittää mielestänne?

Oliko tästä hyötyä teille? Miksi/miksi ei?

Haluaisitteko sanoa jotain muuta? Risuja ja ruusuja:

Kiitos palautteesta! ☺

Toimeksiantajan palaute

KIERTÄVÄ PYSÄKKI 2011 – 2014



Pohjois-Karjalan
Sydänpiiri ry



maaseuturahasto



Pohjois-Karjalan
MAAKUNTALIITTO



POHJOIS-KARJALAN
AMMATTIKORKEAKOULU

Hankkeen hallinnoija: Pohjois-Karjalan Sydänpiiri ry
Siltakatu 10 A 16, 80100 Joensuu

Hankkeen osatoteuttaja: Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu – liikelaitos
Muotoilun ja kansainvälisen kaupan keskus /ISAK
Sirkkalantie 12 A, 80100 Joensuu

Hankkeen toteutusaika 2011 – 2014

Kiertävä pysäkki on Pohjois-Karjalan maakunnan alueella toteutettava hanke, jonka aikana luodaan eri toimijoiden yhteinen verkosto ja tietopakki, joka kiertää erityisesti harvaan asutuilla alueilla, kylillä ja kylätapahtumissa. Hankkeen hallinnoija on Pohjois-Karjalan Sydänpiiri ry ja osatoteuttajana hankkeessa on Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu/ Muotoilun ja kansainvälisen kaupan keskus / ISAK. Se vastaa osion ”Esteettömyystietoa kylille, kynnykset mataliksi” toteutuksesta suunnitelman ja toimijoiden välisen sopimuksen mukaisesti.

1 Hankkeen tavoitteet

Hankkeen keskeisenä tavoitteena on:

- edistää väestön terveyttä ja toimintakykyä
- lisätä maaseudun asukkaiden yhteisöllisyyttä, turvallista asumista ja mielekkään arkielämän mahdollisuuksia
- lisätä kohderyhmän valmiuksia itsehoitoon ja toimintaan poikkeusoloissa
- edistää maaseudun elinvoimaisuutta
- kartuttaa toimijoiden osaamista ja taitoja kaikissa olosuhteissa

Koulutusten ja innostavien tapahtumien kautta hanke kannustaa asukkaita hoitamaan itseään ja ympäristöään terveyden, toimintakyvyn ja turvallisuuden lisäämiseksi. Hankkeen avulla pyritään kasvattamaan sekä yhteisöllistä että yksilöllistä osaamista. Sosiaalisen vahvistamisen kautta vähennetään sosiaali- ja terveyseroja sekä edistetään alueellista tasa-arvoa.

2.1 Hankkeen tavoitteet; Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun osatoteutusosio

- maaseudulla asuvien, ikääntyvien asukkaiden asumisolosuhteiden turvallisuuden ja esteettömyyden kehittyminen

Toimeksiantajan palaute

- esteettömyyteen liittyvän, kansantajuuden tiedonsaannin ja hyödyntämisen edistäminen
- maaseudulla toimivien asiakasjärjestöjen ja organisaatioiden vakiintuneen toiminnan ja yhteistyömallien tehostaminen
- maaseudulla toimivien yritysten osaamisen vahvistaminen ja aktivoiminen esteettömyyteen liittyvässä palvelutuotannossa
- esteettömyysneuvontaan ja valmennukseen liittyvän toimintamallin työstäminen

Terveysmittaukset kirjastoautossa

Kiertävä pysäkki – hanke osallistui keväällä 2011 Hyvinvointitori-tapahtumakokonaisuuteen. Eri paikkakunnilla toteutettiin erilaisia hyvinvointitapahtumia. Tohmajärven tapahtumassa oli yhtenä toimijana kunnan sivistystoimi ja Kirjastoauto. Yhteisenä huolenaiheena oli toiminnan lakkauttaminen Kiteen sanouduttua irti toiminnasta: kirjastoauto on ollut Kiteen ja Tohmajärven yhteinen toimintamuoto.

Kirjastoautossa järjestettiin terveystarkastuksia tapahtuman aikana ja samalla tehtiin kävijöiden kesken kyselyä, mitä sisältöä Kirjastoautossa voisi olla että se palvelisi ns syrjäkylien asukkaita. Terveystarkastukset olivat yksi iso toive.

Opiskelijat tarttuivat haasteeseen kiitettävän rohkeasti kysellessään aiheita opinnäytetyöhön Pohjois-Karjalan Sydänpiiriltä. Toteutukseen lähteminen oli mielestäni osoitus aidosta halusta sekä tehdä jotain merkityksellistä käytännön työtä yksilön terveydenedistämiseksi että olla omalta osaltaan mukana yhteiskunnallisessa toiminnassa. Terveyden edistäminen, terveyserojen kaventaminen sekä palveluiden saamisen edistäminen ovat merkityksellisiä asioita. Ne edellyttävät myös terveydenhuollon ammattilaisilta uutta asennoitumista, halua jalkautua ihmisten pariin ja olla vuorovaikutuksessa ihmisten kanssa arjen tilanteissa.

Prosessi toimeksiannosta toteutukseen oli mielekäs ja hyvin sujuva. Opiskelijat paneutuivat taustatyöhön monipuolisesti ja laajasti, mikä osoitti motivaatiota tällaiseen uudentyypiseen toimintaan. Työote oli itsenäinen ja kaikki tapaamiset ja toteutukseen liittyvät asiat opiskelijat hoitivat itse. Yhteydenpito minuun oli säännöllistä ja riittävää.

Käytännön työelämäharjoittelu antaa opiskelijoille valmiuksia siirtyä työelämään ja olla innovatiivisia terveydenhuollon ammattilaisia alusta alkaen. Sote-palveluiden järjestämiseen tarvitaan uusia ratkaisuja ja niiden kehittämisessä voimme yhdessä tehdä enemmän.

Eeva Kröger