

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma / hoitotyö

Sari Koivuoja & Ritva Laine

ELINTAPOHJAUKSEN VAIKUTTAVUUS MUISTITERVEYTEEN
TERVEYSKESKUSTELUT-PROJEKTIIN OSALLISTUNEIDEN KOKEMANA

Opinnäytetyö 2015

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyö

Koivuojja, Sari & Laine, Ritva	Elintapaohjauksen vaikuttavuus muistiterveyteen Terveyskeskustelut-projektiin osallistuneiden kokemana
Opinnäytetyö	63 sivua + 8 liitesivua
Työn ohjaaja	Yliopettaja Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen
Toimeksiantaja	Kouvolan seudun Muisti ry
Tammikuu 2015	
Avainsanat	aivoterveys, elintapaohjaus, elämäntapaohjaus, muisti, muistisairaus, muistiterveys, terveyden edistäminen

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa muistiterveyttä edistävän projektin, siinä käytettyjen menetelmien sekä henkilökohtaisten taustatekijöiden vaikuttavuudesta elintapamuutoksen toteutumiseen. Tavoitteena oli myös selvittää miten elintapaohjaus on vaikuttanut osallistujan terveydentilaan. Tutkimus liittyi Kouvolan seudun Muisti ry:n Terveyskeskustelut-projektiin, johon osallistui noin 100 iältään 40 - 65-vuotiasta naista. Heistä jokaisella oli vähintään yksi muistisairauden riskitekijä eivätkä he projektin alkaessa kuuluneet työterveydenhuollon piiriin.

Tutkimus toteutettiin puolistrukturoituna teemahaastatteluna yhdelletoista projektiin osallistuneelle naiselle syksyllä 2014. Kouvolan seudun Muisti ry valitsi haastatteluun osallistujat harkinnanvaraisella otannalla. Viisi haastateltavaa sekä koehaastateltu olivat Kouvolaan, viisi Kotkasta. Kerätty aineisto analysoitiin teorialähtöisen sisällönanalyysin keinoin. Haastattelunauhoitukset litteroitiin ja tämän jälkeen taulukoitiin analysoitavaan muotoon Excel-taulukkolaskentaohjelmaan.

Tulosten perusteella taustatekijät toivat elintapamuutokseen niin etuja kuin haasteita. Niiden ei kuitenkaan koettu estävän muutoksen toteutumista. Ohjauskeinoista ryhmätoiminta oli monelle tärkein ja antoisin; sieltä saatiin ennen kaikkea vertaistukea. Tukea saatiin tarvittaessa myös ohjaajalta. Tiedonsaannin kannalta projektia pidettiin monipuolisena ja luentoja arvostettiin korkealle. Terveydentilaan projektilla ei nähty olevan merkittävää vaikutusta. Osallistujista osa saavutti alussa asettamansa tavoitteet, osa ei. Vaikka taustatekijöiden vaikutus on merkittävä ja niiden hallinta monesti ohjaajan ulottumattomissa, on yksilönäkökulmasta tarkasteltuna ohjauksella ollut myönteinen vaikutus. Yhteisönäkökulmasta katsottuna sillä ei ole ollut merkittävää vaikutusta. Kokonaisuutena voimme kuitenkin sanoa, että projekti on edesauttanut muutosta ja näin mahdollisesti myös toiminut muistisairauksia ennaltaehkäisevästi.

Tulosten avulla voidaan arvioida, ovatko ohjauskeinot ja niille annetut painoarvot olleet oikeita ja onko niillä saatu riittävä vaikutus, jotta ne edistäisivät muistiterveyttä. Jatkon kannalta olisi hyvä miettiä, miten osallistujien toivomaa jatkuvuutta voitaisiin tukea ja olisiko heidän tilannettaan mahdollista kartoittaa muutaman vuoden kuluttua.

ABSTRACT

KYMENLAAKSO UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Health Care

Koivuvoja, Sari & Laine, Ritva	Effectiveness of Lifestyle Guidance on Memory Health Promotion
Bachelor's Thesis	63 pages + 8 pages of appendices
Supervisor	Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen, Principal Lecturer
Commissioned by	Kouvola seudun Muisti ry
January 2015	
Keywords	brain health, health promotion, lifestyle guidance, memory, memory health, memory illness

The aim of this study was to gain information on the effectiveness of a health promotion project, the methods used and individual background factors of lifestyle change. The aim was also to find out if lifestyle guidance has affected the participants' health. Approximately 100 women, between ages 40 - 65, took part in the project conducted by Kouvola seudun Muisti ry. Each of them had at least one memory illness risk factor. They did not belong to the occupational health care system.

The study was carried out as half structured theme interview in the fall of 2014. The eleven interviewees were chosen by discretionary sampling by Kouvola seudun Muisti ry. Six of the interviewees were from Kouvola, five from Kotka. The gathered information was analyzed by using a deductive content analysis method. The recorded interviews were transcribed and tabulated to analyzable form by using Excel.

The results indicate that the background factors were not seen as obstacles when changing lifestyle. For many, the group meetings were the most important and rewarding guiding method. They gave, above all, peer support. In addition, support was received from the instructor. The information was versatile and the lectures were highly appreciated. The project was not considered to have significant effect on health. Some reached the goals set in the beginning, some did not. Despite the effectiveness of background factors and the scarce chances to control them, the guidance has been effective on individual level. On societal level it did not have significant effect. Yet, we can conclude that the project has supported the change and therefore, has had a possibility to prevent memory illness development.

The results can be helpful when evaluating the guiding methods and the weight given to them, and if the effect has been sufficient enough to promote memory health. As the participants suggested, the continuity should be taken into consideration in the future. It would also be interesting to see what the participants' situation is considering lifestyle and memory in a few years time.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	TAUSTA JA TARKOITUS	6
2	TYÖN TOIMEKSIANTAJA	7
3	MUISTI JA MUISTISAIRAUDET	8
4	MUISTITERVEYTEEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT	9
5	ELINTAPOHJAUS OSANA TERVEYDEN EDISTÄMISTÄ	14
6	YKSILÖLLISET TAUSTATEKIJÄT ELINTAPOHJAUKSEN HAASTEENA	15
	6.1 Taustatekijöiden vaikutus elintapaohjaukseen	16
	6.2 Voimaantuminen ja motivaatio	18
7	ELINTAPOHJAUKSEN LÄHTÖKOHDAT	19
	7.1 Transteoreettinen muutosvaihemalli ohjauksen perustana	20
	7.2 Ohjaus eri muutosvaiheissa	20
8	ELINTAPOHJAUKSEN KESKEISET KEINOT	23
	8.1 Yksilöohjaus	23
	8.2 Ryhmäohjaus	24
	8.3 Motivaation tukeminen	25
	8.4 Saatu tuki ja tieto	25
	8.5 Vuorovaikutus	26
	8.6 Arviointi ja seuranta	27
9	ELINTAPOHJAUKSEN VAIKUTTAVUUS	27
10	YHTEENVETO TEOREETTISISTA LÄHTÖKOHDISTA	28
11	TUTKIMUSONGELMAT	29
12	TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄ	29
	12.1 Teemahaastattelu tiedonkeruumenetelmänä	30
	12.2 Tutkittavien kuvaus ja otanta	30

12.3 Teemojen muodostuminen	31
12.4 Luotettavuuden varmistaminen	31
12.5 Aineiston keruu	32
12.6 Aineiston käsittely ja sisällön analyysi	33
13 TUTKIMUSTULOKSET	36
13.1 Taustatekijöiden koettu vaikutus elintapamuutoksen toteutumiseen	36
13.2 Ohjauskeinojen koettu vaikutus elintapamuutoksen toteutumiseen	41
13.3 Koetut muutokset terveydentilassa	46
13.4 Kokemukset projektista	47
14 YHTEENVETO TUTKIMUSTULOKSISTA	48
14.1 Taustatekijöiden koettu vaikutus elintapamuutoksen toteutumiseen	48
14.2 Ohjauskeinojen koettu vaikutus elintapamuutoksen toteutumiseen	48
14.3 Koetut muutokset terveydentilassa	49
14.4 Kokemukset projektista	49
15 POHDINTA	50
15.1 Tulosten tarkastelu	50
15.2 Tutkimuksen luotettavuus	55
15.1 Tutkimuksen eettisyys	56
16 KEHITTÄMISEHDOTUKSIA	56
LÄHTEET	58
LIITTEET	
Liite 1. Tutkimustaulukko	
Liite 2. Teemaluettelo	

1 TAUSTA JA TARKOITUS

Sosiaali- ja terveysministeriön laatiman Kansallisen muistiohjelman 2012 - 2020 mukaan muistisairaudet ovat sekä ikäihmisten että työikäisten ongelma. Etenevät muistisairaudet ovat huomattava kansanterveydellinen ja -taloudellinen haaste, joihin voidaan tulevaisuudessa varautua paremmin. Sairastuneiden toimintakykyyn ja elämänlaatuun sekä muistisairauksista johtuvien kustannusten kasvuun voidaan vaikuttaa aikaisella diagnoosilla, hoidolla ja kuntoutuksella. Aivoterveysten edistäminen ja muistisairauksien ennaltaehkäisy on kannattavaa, koska näillä keinoin voidaan vähentää muistisairauksien ilmaantuvuutta. (Kansallinen muistiohjelma 2012 - 2020, 7.)

Vuosittain muistisairauksiin sairastuu noin 13 000 henkilöä, joista työikäisiä on arviolta 5 000 - 7 000. Jopa 120 000 suomalaisella on lievä muistin ja tiedonkäsittelyn heikentyminen, joka altistaa muistisairauden kehittymiselle. Kymenlaaksossa on arviolta 4 000 keskivaikeaa ja vaikeaa dementiaa sairastavaa, sekä noin 6 000 lievää dementiaa sairastavaa. On tärkeä tiedostaa, että omilla valinnoilla on mahdollista vaikuttaa muistisairauksien ilmaantuvuuteen. (Kansallinen muistiohjelma 2012 - 2020, 7 - 8; Köninki 2011, 18.)

Muistisairauksien ja -oireiden ennaltaehkäisystä ei juuri ole saatavilla kontrolloitua tutkimusnäyttöä (Soininen & Kivipelto 2010, 448). Ne harvat kontrolloidut tutkimukset, joita on toteutettu, eivät tue oletusta sairastumisriskin vähentymisestä ennaltaehkäisyn keinoin. On kuitenkin huomioitava, että monet näistä tutkimuksista kohdistuivat vanhempiin ihmisiin ja seurantajaksot olivat suhteellisen lyhyitä. Dementian puhkeaminenhan on vuosikymmeniä jatkuneen hermosolujen rappeutumisen tulosta. (WHO 2012.)

Kohorttitutkimuksissa on kuitenkin osoitettu, että sairastumisriskiä lisäävät mm. korkea verenpaine keski-ikässä, suuri kolesteroliarvo, ylipaino ja poikkeava glukoosimetabolia. On myös ilmeistä, että tupakointi ja liiallinen alkoholin käyttö ovat muistisairauksien riskitekijöitä. Suojaavia tekijöitä taas ovat liikunta, henkinen ja sosiaalinen aktiivisuus sekä terveellinen ja monipuolinen ruokavalio. (Soininen & Kivipelto 2010, 448.) Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos toteuttaa parhaillaan tutkimusta, jonka tavoitteena on ehkäistä muistitoimintojen heikkenemistä elintapaintervention keinoin (THL 2014a). Elintapaohjauksen hyödynnettävyys on siis huomattu muistiterveydenkin edistämiseksi.

Ennaltaehkäisyn merkittävydestä kertovat Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen viimeaikaiset terveystutkimukset, jotka osoittavat muutosta huonompaan joitain muisti-terveyden riskitekijöitä tarkasteltaessa. Veren kolesterolipitoisuus on kääntynyt nousuun ja verenpaine- arvojen aiempi positiivinen kehitys on muuttunut huonompaan suuntaan (Laatikainen & Vartiainen 2012, 1; Varttinen, Helldán & Virtanen 2012, 1). Raittius on vähentynyt ja alkoholinkäyttö on lisääntynyt pitkällä aikavälillä. Kaakkois-suomalaisien naisten vapaa-ajan liikunta on vähentynyt ja he myös tupakoivat enemmän kuin naiset muualla maassa. (Helldán, Helakorpi & Uutela 2012, 1, 26 - 27.) Suomalaisista naisista 46 % on ylipainoisia ja 19 % lihavia (Männistö, Laatikainen & Vartiainen 2012, 1).

Diabeteksella, sekä sydän- ja verisuonisairauksilla on todettu olevan yhteys muistin heikkenemiseen (Soininen & Kivipelto 2010, 448). Molempien sairauksien hoidosta elintapaohjauksen keinoin on olemassa myös tutkimustietoa. Tutkimustuloksissa on osoitettu elintapaohjauksen myönteisiä vaikutuksia niin sepelvaltimotaudin kuin diabeteksenkin ennaltaehkäisyssä (Asikainen 2010, 75; Ikonen 2006, 37, 40). Sanna Salmelan väitöskirjan (2012, 84 - 86) mukaan on tärkeää tunnistaa elintapaohjausta kaipaavat ihmiset ja tarjota heille yksilöllistä ja jatkuvaa ohjausta, joka ylittää sektorien rajat. Hän myös toteaa, että elintapaohjaus ei välttämättä vastaa kaikkien riskiryhmään kuuluvien tarpeita. Tutkimustulosten perusteella voidaan siis olettaa, että oikealla tavalla toteutettuna ja sopiviin henkilöihin kohdistettuna elintapaohjaus on hyödyllistä myös muistisairauksien ennaltaehkäisyssä.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli teemahaastattelua käyttäen tutkia elintapaohjaukseen osallistuneiden näkemyksiä ohjauksen ja siinä käytettyjen keinojen vaikuttavuudesta elintapamuutoksen toteutumiseen. Tarkoituksena oli myös selvittää, miten yksilön taustatekijät ovat vaikuttaneet mahdolliseen muutokseen. Näiden lisäksi selvitimme, miten elintapaohjaus on osallistujan näkökulmasta vaikuttanut hänen terveydentilaansa.

2 TYÖN TOIMEKSIANTAJA

Tämän opinnäytetyön toimeksiantaja on Kouvolan seudun Muisti ry. Sen vuonna 1990 alkaneen toiminnan pääajatuksena on muistisairautta sairastavien henkilöiden ja heidän omaistensa hyväksi sekä aivoterveiden edistämiseksi tähtäävä työ. (Kouvolan seudun Muisti ry; Menossa olevat projektit.)

Kouvolan seudun Muisti ry aloitti vuoden 2011 elokuussa projektin "Voimavaralähtöiset terveystalkot Kymenlaaksoalaisille 40 - 65-vuotiaille naisille 2011 - 2014". Projektin tavoitteena oli muistisairauksien ennaltaehkäisy. Se tarjosi neljän vuoden ajan noin 100 naiselle mahdollisuuden osallistua terveystalkoihin ja elintapaohjaukseen. Kohderyhmän naiset eivät kuuluneet työterveyshuollon piiriin ja heillä oli vähintään yksi muistiterveyden riskitekijä. Projektin rahoittajana toimi RAY. (Voimavaralähtöiset terveystalkot kymenlaaksoalaisille 40 - 65-vuotiaille naisille vuosille 2011 - 2014; Köninki 2011, 18.)

Projektissa elintapaohjauksen keinoina käytettiin pääasiassa yksilökohtaisia, ryhmätoimintaa sekä vertaistukitoimintaa. Ryhmätoiminta oli projektin keskeisin toteutustapa. Ryhmiä oli Kouvolassa ja Kotkassa yhteensä viisi, ja ryhmäkoot vaihtelivat kahdeksasta kahteentoista henkilöön. Toteutuksessa keskeistä oli ohjauksen yksilöllinen räätälöinti ohjattavan voimavarojen ja tarpeiden mukaan. Terveystalkojen menetelmänä käytettiin motivoivaa haastattelua. (Köninki 2011, 19; Saarelainen 6.11.2013; Saarelainen 4.12.2013; Yhdistys.)

3 MUISTI JA MUISTISAIRAUDET

Muistiprosessin tärkeimmät osa-alueet ovat mieleen painaminen, mielessä säilyttäminen ja mieleen palauttaminen. Kapasiteetin ja keston perusteella muisti jaetaan hetken kestävään aistimuistiin, lyhytkestoiseen työmuistiin ja pitkäkestoiseen säilömuistiin. Työmuisti säilyttää tietoa lyhytaikaisesti ja käsittelee sitä. Säilömuisti tallentaa tiedon pitkäaikaisesti. Sisällön perusteella muisti voidaan jakaa tieto-, taito- ja tapahtumamuistiin. (Erkinjuntti, Hietanen, Kivipelto, Strandberg & Huovinen 2009, 71 - 74; Härmä & Dunderfelt-Lövegren 2011, 24 - 25.) Nämä muistamisen eri osa-alueet sijoittuvat aivojen eri osiin, siksi vauriot ei aivoalueilla johtavat erilaisiin muistihäiriöihin (Tanila, Jäkälä, Hänninen & Ylinen 2010, 56 - 72).

Muistisairauksien yhteydessä puhutaan usein dementiasta. Dementia ei ole erillinen sairaus, vaan oiretermi, johon liittyy useamman kuin yhden kognitiivisen toiminnon heikkeneminen aiempaan nähden ja joka vaikeuttaa itsenäistä selviytymistä päivittäisessä elämässä. Kognitiiviset toiminnot tarkoittavat tiedon käsittelyyn liittyviä toimintoja, kuten ajattelemisen, muistaminen, havainnointi, tarkkaavaisuus, päätöksenteko, tietoisuus, oppiminen, ongelmanratkaisu ja kielelliset toiminnot. (Härmä & Dunderfelt-Lövegren 2011, 18.)

Muistihäiriö voi johtua useista eri syistä, jotka voivat olla parannettavissa olevia, ohimeneviä, pysyviä jälkitiloja tai eteneviä. Parannettavissa olevia syitä ovat mm. aineenvaihdunnan häiriöt, kallon sisäiset syyt, psyykkiset tekijät ja puutostilat. Ohimenevä syy voi olla esimerkiksi epileptinen kohtaus, aivoverenkiertohäiriö tai lievä aivovamma. Pysyviä jälkitiloja, jotka voivat aiheuttaa muistihäiriöitä ovat aivotulehdukset, aivovammat, aivoverenkiertosairaudet, leikkauksen ja sädehoidon jälkitila sekä B1-vitamiinin puute. (Erkinjuntti ym. 2009, 82 - 83; Erkinjuntti 2010, 74 - 75.)

Suuri osa muistisairauksista on eteneviä sairauksia, joiden etenemistä ei voida pysäyttää ja jotka johtavat edetessään dementiatasoiseen oireistoon. Eteneviä muistisairauksia ovat aivojen rappeumasairauksista johtuvat eli degeneratiiviset ja aivoverenkiertohäiriöistä johtuvat eli vaskulaariset muistisairaudet. Degeneratiivisia muistisairauksia ovat Alzheimerin tauti, Lewyn-kappaletauti, otsaohimolohko-rappeumat ja Parkinson-dementia. Suurten suonten tauti, eli moni-infarktitauti, pienten suonten tauti ja aivoinfarktin jälkeiset tilat kuuluvat vaskulaarisiin muistisairauksiin (Erkinjuntti & Pirttilä 2010, 142). Näiden lisäksi on harvinaisia usein perinnöllisiä sairauksia. (Juva 2011, 110 - 111.)

Yleisin dementiaan johtava sairaus on Alzheimerin tauti, joka on noin 70 prosentilla eteneviä muistisairauksia sairastavista. Sen tutkitusti varmistettuja riskitekijöitä ovat korkea ikä, perinnölliset tekijät ja Downin syndrooma. Lisäksi monien elintapoihin sekä sydän- ja verisuonitauteihin liittyvien tekijöiden on todettu lisäävän riskiä sairastua Alzheimerin tautiin. (Juva 2011, 121 - 124; Soininen & Erkinjuntti 2010, 449 - 453.) Vaskulaariset muistisairaudet ovat tyypillisimmin seurausta verenkiertohäiriön aiheuttamasta hapenpuutteesta aivoissa, eli sydän- ja verisuonitaudit ja elintavat ovat vahvasti niidenkin taustalla (Juva 2011, 139 - 141).

4 MUISTITERVEYTEEN VAIKUTTAVAT TEKIJÄT

Muistiterveyteen liittyy riskitekijöitä, joihin ei voida vaikuttaa, kuten korkea ikä, dementia lähisuvussa, geenivirheet ja ApoE-ε4-alleeli (ks. Lehtovirta 2010, 434; Soininen & Kivipelto 2010, 449 - 450). Suuri osa muistisairauden riski- ja suojatekijöistä ovat kuitenkin sellaisia, joihin voidaan vaikuttaa elintapavalinnoilla. Tehokkaalla elintaparemontilla saatetaan siirtää muistisairauden ilmaantumista huomattavasti myöhemmäksi tai jopa estää kokonaan. Elintapatekijöiden vaikutus on erityisen suuri niillä, joilta löytyy muistisairauden riskitekijä ApoE-ε4-alleeli. (Erkinjuntti ym. 2009,

220.) Alzheimer's Disease Internationalin julkaiseman raportin (2009) mukaan demen-tian syntyä edistäviä riskitekijöitä, joihin kyetään itse vaikuttamaan, tulisi tutkia enemmän. Sillä välin ennaltaehkäisyssä tulisi keskittyä seikkoihin, joista on jo tutki-musnäyttöä: sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöihin, hypertensio mukaan lukien, tupakointiin, tyyppin II diabetekseen sekä hyperlipidemiaan. (Alzheimer's Disease In-ternational 2009, 16.) Elintapavalinnoilla muokattavia riski- ja suojatekijöitä käsitel-lään tarkemmin seuraavissa kappaleissa.

Henkinen aktiivisuus

Aivojen hyvinvointi lisääntyy ja niiden kognitiivinen toimintakyky, kuten työmuistin kapasiteetti säilyy ja kasvaa niitä käytettäessä. Aivoihin syntyy uusia hermosoluja pit-kään, mutta mikäli niitä ei käytetä, ne kuolevat muutaman viikon kuluessa. Uuden op-piminen taas synnyttää uusia hermoverkkoja. Mitä kauemmin opiskelee, sitä pidem-pään se antaa haasteita ja toimintaa aivoille. Opiskelun lisäksi kaikenlainen aivojen aktiivinen käyttäminen on hyväksi aivoterveydelle. Väkisin tekeminen aiheuttaa vä-symystä ja ärtymystä, joten aivoja kannattaakin harjoittaa itselle mielekkäillä tavoilla. (Härmä ym. 2011, 88 - 89.) Musiikin kuuntelu aktivoi aivoja monipuolisesti. Se vai-kuttaa hermoverkkoon, joka säätelee tunteita, vireystilaa, tarkkaavuutta ja muistia. Musiikin kuuntelu vaikuttaa muistiterveyteen myös välillisesti laskemalla verenpai-netta, sydämen sykettä ja stressitasoa sekä vähentämällä ahdistuneisuutta. (Erkinjuntti ym. 2009, 125.)

Sosiaalinen aktiivisuus

Läpi elämän kestävä aktiivinen sosiaalinen toiminta vaikuttaa positiivisesti sekä muis-tihäiriöiden ennaltaehkäisyyn, että hoitoon (Uusitalo 2013, 40). Kun sosiaalista kans-sakäymistä on itselle sopivasti ja siitä nauttii, sillä on hyvää tekevä vaikutus. Parisuh-de lisää aivojen sosiaalista ja älyllistä virikkeellisyyttä. Tutkitusti keski-ikäen parisuhde voi jopa pienentää riskiä sairastua muistisairauteen myöhäisiällä jopa puoleen. (Härmä ym. 2011, 89 - 90.) Yhdessä ystävän kanssa osallistuminen on helpompaa ja muka-vampaa kuin yksin. Hyvän ystävän tuki ja kannustus elintapamuutoksessa voi olla jo-pa tuloksellisempaa kuin lääkärin tai hoitajan valvonta. (Erkinjuntti ym. 2009, 138 - 139.)

Liikunta

Tolppanen, Solomon, Kulmala, Kåreholt, Ngandu, Rusanen, Laatikainen, Soininen ja Kivipelto (2014) toteavat tutkimuksessaan keski-ikäisen liikunnan olevan myöhäsiän dementiaalta suojaava tekijä. Sekä liikunnan tason säilyttäminen että sen lisääminen vähentävät riskiä sairastua dementiaan. Liikunnan dementiaalta suojaava vaikutus korostuu ylipainoisilla ja lihavilla. Liikunnalla on suotuisa vaikutus myös painoon, kolesteroli- ja verenpaine- ja sokeriaineenvaihduntaan (Härmä ym. 2011, 84 - 83). Näiden muistisairausten vaaratekijöiden vähenemisen myötä sairastumisen riski pienenee (Erkinjuntti ym. 2009, 175). Liikunta lisää verenkiertoa, joka edesauttaa aivojen toimintaa. Liikunnan vaikutus näkyy etenkin muistista, mielialasta ja omien tekojen suunnittelukyvyistä vastaavilla aivojen alueilla. Liikunta auttaa myös ylläpitämään fyysistä kuntoa, joka on aivoja suojaava tekijä. (Malmivirta 2013, 29 - 30.)

Ravinto

Terveyttä edistävä monipuolinen kasvispitoinen ravinto luo edellytykset myös virkeälle aivotoiminnalle (Härmä ym. 2011, 87 - 88). Aivoille tärkeitä ravintoaineita ovat, vesi, proteiinit, hiilihydraatit, omega-3-rasvahapot ja antioksidantit, kuten A-, B-, C- ja E-vitamiini sekä foolihappo. Muistiterveyttä edistävä ruokavalio onkin vähäsuolainen, sisältää kohtuullisesti pehmeitä rasvoja, runsaasti kasviksia, marjoja ja kuituja, säännöllisesti kalaa sekä huomioi kolesterolin määrän ja hiilihydraattien laadun. (Erkinjuntti ym. 2009, 158 - 161.) Eskelisen (2014) tutkimus osoittaa, että maitotuotteista ja eläinrasvoista saatavien tyydyttyneiden rasvahappojen runsas saanti keski-ikäisessä, on myöhäsiän muistisairausten riskitekijä. Moni- ja kertatyydyttymättömien rasvahappojen kohtalainen saanti ja kalan käyttö taas vähensivät myöhäsiän dementiaan sairastumisen riskiä. Kahvin juojista 3 - 5 kupillista päivässä juovilla oli pienin myöhäsiällä dementiaan sairastumisen riski.

Sydänterveys

Sydän- ja verisuonitauteja ehkäisemällä ehkäistään myös aivoverenkierron häiriöitä ja sitä kautta aiheutuvia muistisairauksia. Tästä syystä on tärkeää ehkäistä ja hoitaa diabetesta, korkeaa verenpainetta ja suuria kolesteroliarvoja. Ylipaino on riskitekijä näiden kaikkien suhteen ja etenkin keskivartalolle kertynyt rasva lisää muistisairausten riskiä. (Soininen & Kivipelto 2010, 449 - 454.) Korkean verenpaineen hoidossa ensisi-

jaisia ovat terveelliset elintavat: liikunta, terveellinen vähäsuolainen ruokavalio, kohtuullinen alkoholinkäyttö, tupakoimattomuus ja painonhallinta. Mikäli tällä ei saavuteta riittävää tulosta, alennetaan verenpainetta lääkityksellä. (Erkinjuntti ym. 2009, 149.) Samat terveelliset elintavat auttavat kohonneiden kolesteroliarvojen hoidossa. Ravitsemuksessa kovat rasvat vaihdetaan pehmeisiin, maitotuotteissa suositaan rasvattomia tuotteita ja muita kolesterolia sisältäviä ravintoaineita käytetään kohtuudella. Kolesteroliarvoja voidaan alentaa lääkityksellä, elleivät elintavat riitä arvojen laskuun. (Erkinjuntti ym. 2009, 151.) Myös sokeriaineenvaihdunnan häiriöitä voidaan hoitaa ruokavaliolla ja liikunnalla. Näiden ollessa riittämättömiä on turvaututtava lääkehoitoon. Diabetekseen liittyvät korkea verenpaine ja rasva-arvojen häiriö tulee myös hoitaa hyvin, sillä niillä on aivoterveysten kannalta vielä suurempi merkitys, kuin kohonneella verensokerilla. Painonhallinta ja tupakoimattomuus ovat myös tärkeitä tekijöitä diabeteksen hoidossa. (Erkinjuntti ym. 2009, 154 - 155.)

Painonhallinta

Ylipaino keski-ikässä on muistisairauden riskitekijä, joka noin kaksinkertaistaa riskin muistisairauden ilmenemiseen myöhäisellä (Erkinjuntti ym. 2009, 157). Ylipaino on yhteydessä kohonneeseen verenpaineeseen, sepelvaltimotautiin, metaboliseen oireyhtymään ja diabetekseen. Se lisää myös aivoinfarktin ja aivoverenvuodon vaaraa. Eriyisesti keskivartalolihavuus on vaarallista, sillä se yhdistetään viskeraaliseen eli sisäelinten ympärille kertyneeseen rasvaan. Se on rasvoista elimistölle haitallisinta ja siitä on erityisen vaikea päästä eroon. Viskeraalinen rasva huonontaa haitallisen kolesterolin ja triglyseridien pitoisuuksia ja vaikuttaa sokeri- ja muuhun aineenvaihduntaan, tulehduksiin, verisuoniin ja muihin osatekijöihin, jotka aiheuttavat sydän- ja verisuonitautteja. Painoindeksistä selviää, onko paino terveellisissä rajoissa. Se ei kuitenkaan kerro kaikkea, sillä viskeraalista rasvaa voi olla runsaasti myös lievästi ylipainoisella. Vyötärölihavuuden seurannassa painoindeksiä parempi väline onkin mittanauha. Naisilla vyötärön ympärysyys tulisi olla alle 80 cm ja miehillä alle 94 cm. Sydän- ja verisuonitautien sekä diabeteksen vaara alkaa kasvaa, kun nämä mitat ylitetään. Naisilla vyötärön ympärysyys 90 cm ja miehillä 100 cm kertoo jo huomattavasta sairauksien vaarasta. (Erkinjuntti ym. 2009, 214 - 216.) Painonhallinnassa ensisijaiset keinot ovat terveellinen ruokavalio ja liikunta.

Lepo

Aktiviteetin lisäksi aivot tarvitsevat lepoa. Unen aikana aivot täydentävät valveillaolon aikana kulutettuja energiavarastoja (Erkinjuntti ym. 2009, 186). Jos aivot eivät saa riittävästi lepoa, ne ovat herkemmit häiriötekijöille. Levänneet aivot taas ovat toimintakykyiset ja vireät. Tiedon prosessointi ja muistijälkien vahvistaminen tarvitsevat riittävän pitkää ja laadukasta unta. Univaje lisää ylipainon, sydäninfarktin ja tyyppin 2 diabeteksen riskiä, jotka ovat muistisairauksien riskitekijöitä. (Härmä ym. 2011, 86 - 87.) Väsymys, stressi ja masennus laskevat keskittymiskykyä ja heikentävät muistijälkien tallentumista. Masennus heikentää työmuistia, asioiden mieleen painamista sekä niiden palauttamista muistista. Kroonisella masennuksella on todettu olevan myöhäsiän muistisairauteen sairastumisen riskiä lisäävä vaikutus. (Härmä ym. 2011, 90 - 91.)

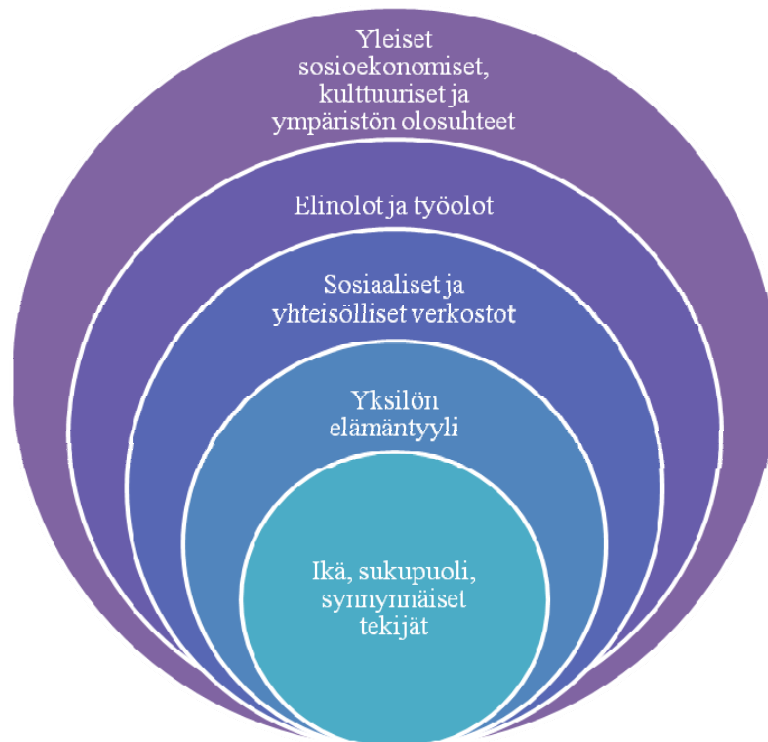
Alkoholi ja tupakka

Soinisen ja Kivipellon (2010, 452) mukaan kohtuullisella alkoholin käytöllä saattaa olla pieni suojaava vaikutus muistiterveyteen, mutta siitä ei ole riittävää näyttöä, jotta alkoholin käyttöä voisi sitä käyttämättömille suositella. Toisaalta alkoholin käyttö aiheuttaa muutoksia aivoihin ja vaikeuttaa asioiden mieleen painamista. Runsaan alkoholin käytön seurauksena REM-uneen pääsy estyy, eivätkä aivot pysty prosessoimaan asioita muistiin. Alkoholin vaikutuksesta aivojen koordinaatiokyky laskee, jolloin aivojen ja lihaksiston yhteistoiminta vaikeutuu ja suorituskky heikkenee. Veren alkoholipitoisuuden noustessa hermoston toiminta alkaa lamaanua. Suurkulutuksen seurauksena voi olla aivokudoksen tuhoutuminen. (Erkinjuntti ym. 2009, 207 - 209.) Alkoholin käyttö vaikuttaa muistiterveyteen myös välillisesti lisäämällä aliravitsemuksen, tapaturmien ja aivoinfarktin riskiä (Härmä ym. 2011, 92).

Tupakointi vaurioittaa verisuonten seinämiä, ahtauttaa verisuonia ja edistää hyytymien muodostumista (Erkinjuntti ym. 2009, 199). Tästä syystä tupakoitsijalla on kohonnut aivoinfarktiriski ja tupakointi onkin etenkin verisuoniperäisten muistisairauksien riskitekijä. Tupakan nikotiini vaikeuttaa aivojen hapensaantia, mikä haittaa aivojen toimintakykyä ja muistia. Tupakointi lisää myös diabetekseen sairastumisen riskiä vaikuttamalla sokeriaineenvaihduntaan. Sekä tupakan että alkoholin aiheuttamat haitat voivat korjautua jonkin verran käytön lopettamisen jälkeen. (Härmä ym. 2011, 93.)

5 ELINTAPOHJAUS OSANA TERVEYDEN EDISTÄMISTÄ

Terveyttä pidetään yhtenä ihmisen tärkeimmistä arvoista ja hyvinvoinnin osatekijöistä (Pietilä 2010, 3). Päivittäisillä ratkaisuilla on osuuteensa terveyden kehitykseen (Turku 2007, 5). Terve ihminen on hyvinvoiva, itseään toteuttava, elämänsä päämääriä tavoitteleva ja yhteisössään omien arvojensa mukaan elävä. Lähtökohtana terveyden edistämässä on käsitys ihmisestä aktiivisesti toimivana subjektina omassa elämässään. Sen pyrkimyksenä on parantaa ihmisten mahdollisuuksia omasta ja ympäristönsä hyvinvoinnista huolehtimiseen. (Pietilä 2010, 11, 16.) Toimenpiteet, jotka edistävät terveyttä ja hyvinvointia, vaikuttavat suoraan juuri keskeisiin kansansairauksien syihin. Esimerkiksi elintapamuutoksilla ja itsehoidolla on tutkitusti merkityksensä kansansairauksien, sydän- ja verisuonisairauksien sekä diabeteksen ehkäisyssä. (Turku 2007, 11.) Terveyttä ja hyvinvointia edistävät toimenpiteet hillitsevät myös terveydenhuollon palveluista, sairauspoissaoloista ja varhaisesta eläköitymisestä johtuvia kustannuksia. (STM 2011.) Yhteiskunnan sektoreista terveyteen ei vaikuta ainoastaan terveydenhuolto, vaan muillakin sektoreilla on vaikutuksensa. Moniammatillisen yhteistyön ansiosta varhaisen puuttumisen ja tukemisen mahdollisuudet kasvavat. (Pietilä 2010, 3, 12.) Terveyden edistämistä toteutetaan yleensä ohjaamalla, neuvomalla tai opettamalla (THL 2014b).



Kuva 1. Terveydentilaa määrittävät tekijät (THL 2014c.)

Ihmisen terveyttä määrittävät yhteiskunnan rakenteet, elin- ja työolot, sosiaaliset ja yhteisölliset verkostot sekä elämäntyyli (kuva 1). Iästä, sukupuolesta ja synnyntäisistä ominaisuuksista riippuen kasaantuvat, suodattuvat ja ketjuuntuvat niiden vaikutukset eri tavoin eri ihmisille. (THL 2014c.) Vaikka yleinen hyvinvoinnin ja terveyden taso on Suomessa kohentunut, jakautuvat ne yhä eriarvoisemmin koko väestöä tarkasteltaessa. Juuri sosioekonomisten ryhmien välillä hyvinvoinnin ja terveyden erot ovat huomattavia. (THL 2014 c.) Elintapoja vahvasti ohjaavia tekijöitä ovat sosioekonomiseen asemaan liittyvät perinteet, arvot, asenteet ja sosiaaliset verkostot. Niiden muotoutuminen alkaa jo lapsuudessa kodin, koulun ja lähiympäristön vaikutuksesta. (Turku 2007, 5.)

Elintapaohjaus on olennainen osa terveyden edistämistä. Salmela (2012, 19) kuvaakin elintapaohjausta tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyn yhteydessä "terveysammattilaisen ja korkeariskisen henkilön väliseksi vuorovaikutusprosessiksi, jonka päämääränä on edistää korkeariskisen henkilön terveyttä ja hyvinvointia tukemalla hänen mahdollisuuksiaan muuttaa omia elintapojaan." Tämä määritelmä kuvaa onnistuneesti myös elintapaohjausta muistiterveyden edistämisessä.

6 YKSILÖLLISET TAUSTATEKIJÄT ELINTAPOHJAUKSEN HAASTEENA

Elintapaohjauksen lähtökohtana on aina jokin tilanne, tunne tai tavoite ja sen päätteeksi saavutetaan jokin toinen, erilainen tilanne. Tilanne joka syntyy, on sidonnainen niin ohjattavan kuin ohjaajankin taustatekijöihin. (Kygäs ym. 2007, 26.) Nämä taustatekijät vaikuttavat sekä elintapaohjaukseen että -muutoksen onnistumiseen. Ne jaetaan fyysisiin-, psyykkisiin-, sosiaalisiin- sekä ympäristötekijöihin (taulukko 1). Niistä muodostuu se todellisuus, jossa ohjattava elää ja toteuttaa muutostaan. Ne ovat myös oleellinen osa elintapaohjauksen suunnittelua. (Kääriäinen & Kygäs 2006.) Tärkeää onkin jo alkuvaiheessa selvittää ohjattavan tilanne ja mahdollisuus sitoutua terveyttä tukevaan toimintaan (Kygäs ym. 2007, 27).

Taulukko 1. Esimerkkejä taustatekijöistä (Kyngäs ym. 2007, 31, 32)

Fyysiset	<ul style="list-style-type: none"> - ikä - sukupuoli - sairauden tyyppi - terveydentila
Psyykkiset	<ul style="list-style-type: none"> - terveysuskomukset - käsitys omasta terveydentilasta - kokemukset - mieltymykset - odotukset - tarpeet - oppimistyyli - oppimisvalmiudet - motivaatio
Sosiaaliset	<ul style="list-style-type: none"> - kulttuuritausta - etninen tausta - sosiaalisuus - uskonnollisuus - eettisyys
Ympäristö	<ul style="list-style-type: none"> - hoitotyön kulttuuri - fyysinen ympäristö - psyykkinen ympäristö - sosiaalinen ympäristö

6.1 Taustatekijöiden vaikutus elintapaohjaukseen

Fyysiset tekijät esim. ikä, sukupuoli, sairauden kesto, laatu ja vaikutus arkielämään vaikuttavat osallistujan ohjaustarpeisiin. Ne vaikuttavat myös kykyyn ottaa vastaan ohjausta, joka voi ilmetä mm. ohjauksen välttelyinä, asioiden unohtamisena tai kieltämisenä. Ohjattavan ikä, koulutus ja sukupuoli vaikuttavat myös siihen millä tavalla häntä ohjataan. (Kääriäinen & Kyngäs 2006.) Ohjattavan ohjaustarpeet on hyvä osata asettaa tärkeysjärjestykseen ja on myös mietittävä asioita, joita hän on missäkin tilanteessa valmis vastaanottamaan. (Kyngäs ym. 2007, 30.)

Psyykkiset ominaisuudet on myös hyvä ottaa huomioon. Yksi niistä on motivaatio, joka merkitsee sitä, haluaako ohjattava sisäistää asioita jotka ohjaukseen liittyvät ja kokeeko hän ohjauksen myötä esiin tulleet asiat itselleen tärkeiksi. (Kääriäinen & Kyngäs 2006.) Aiemmat kokemukset sekä terveystuskomukset vaikuttavat ohjattavan tapaan suhtautua ohjaukseen. Ohjattavalla voi myös olla omia mieltymyksiä, joista hän ei halua luopua. Tällöin ohjaus voi jäädä tehottomaksi (Kyngäs ym. 2007, 33). Ohjattava on todennäköisesti asettanut odotuksia ohjaukseen liittyen, jonka seurauksena hänen ja ohjaajan käsitykset ohjaustarpeesta saattavat erota toisistaan. Toiset tunnistavat ohjaustarpeensa tarkasti, toiset taas eivät lainkaan. Tämän vuoksi ohjauksen sisällöstä keskusteleminen on tärkeää. Tieto ohjattavan oppimistyylistä on myös tärkeää silloin kun ohjausmenetelmää valitaan. Ihminen voi oppia uusia asioita kielellisesti, tekemällä, visuaalisesti, musiikin avulla, ryhmän avulla, yksityiskohtien avulla, asiakokonaisuuksien avulla tai toimimalla yhteistyössä muiden osallistujien kanssa. Ohjaajan onkin hyvä perehtyä ohjattavan taustatekijöihin ja tätä kautta ehdottaa hänelle eri ohjausmenetelmiä. (Kääriäinen & Kyngäs 2006.) Koska voimaantumisen ja motivaatio ovat merkittävä osa elintapamuutoksen toteutumista, käsittelemme niitä tarkemmin oman otsikon alla, tämän kappaleen lopussa.

Jotta ohjattavan käyttäytymistä ymmärrettäisiin ja ohjaustavoitteisiin päästäisiin, on häntä tarkasteltava osana ympäristöään ja maailmankuvaansa (Kyngäs ym. 2007, 35). Ohjausta ajatellen tärkeitä sosiaalisia taustatekijöitä ovat sosiaaliset, kulttuuriset, uskonnolliset ja eettiset tekijät, jotka vaikuttavat ohjattavan tapaan toimia. Tärkeää on selvittää ohjattavan tukiverkosto ja kuinka sen tuki voisi häntä auttaa esim. perhe ja suku voivat olla ohjattavalle hyvin tärkeitä (Kyngäs ym. 2007, 35 - 36.) Niin ohjattavan kuin ohjaajankin arvot vaikuttavat tapaan, jolla lähestytään käsiteltäviä asioita. Kulttuuriin liittyvät traditiot, uskomukset ja tabut tulee myös huomioida ohjauksessa. (Kääriäinen & Kyngäs 2006.)

Ympäristötekijät (hoitotyön kulttuuri, fyysinen ympäristö ja ihmissuhdeympäristö) voivat joko heikentää tai tukea ohjaustilannetta. Fyysiseen ympäristöön vaikuttavat ensivaikutelma hoitoyksikön ilmapiiristä, siisteydestä, viihtyvyydestä ja myönteisyydestä, jotka pohjustavat ohjattavan odotuksia. Ohjaustilalla on kuitenkin suurin merkitys. Merkittävin psyykkiseen ilmapiiriin vaikuttavista tekijöistä on kiire, joka johtaa ohjausajan vähyyteen, ohjauksen suunnitelmallisuuden puutteeseen ja vuorovaikutuksen laadun huononemiseen. (Kyngäs ym. 2007, 36 - 37.)

6.2 Voimaantuminen ja motivaatio

Ihmisen muutosvalmius on tilanne- ja aikasidonnainen, joka voi muuttua nopeastikin. Tämän vuoksi sitoutuminen elintapamuutokseen edellyttää asenne- ja tunnetason työskentelyä. Kun ohjattava uskoo omiin kykyihinsä ja mahdollisuuksiinsa, voi hänen sisäinen motivaatio syntyä. Keskeisiä seikkoja motivaation synnyssä ovatkin selkeät tavoitteet, osallistujan omat onnistumisodotukset sekä sopiva tunnetila. Ohjaaja voi toiminnallaan tukea ja vahvistaa tai hidastaa muutosprosessia. Kun motivaatiota tuetaan, edistää se osallistujan voimaantumista. (Kyngäs ym. 2007, 32; Turku 2007, 33, 35 - 36, 41.)

On tärkeää, että motivoitumisen annetaan tapahtua mahdollisuuden, ei pakon kautta. Jokainen saa itse tehdä elintapojaan koskevia päätöksiä ja jokaisella on myös mahdollisuus kieltäytyä elintapamuutoksesta. Motivoiva ilmapiiri luodaan vuorovaikutuksen keinoin. Tämä tarkoittaa, että ilmapiiri on turvallinen ja luottamusta herättävä sekä ohjattavan itsenäistä päätöksentekoa ja valinnan vapautta tukeva. Sekä ohjattava että ohjaaja ottavat yhdessä vastuun terveyden ylläpidosta ja muutoksista, jotka sitä tukevat. Elintapamuutos vaatii myös sitoutumista ja kovaa työtä niin osallistujalta kuin ohjaajaltakin. On muistettava, että motivoituminen lähtee jokaisesta itsestään, eikä sitä voi synnyttää toisen puolesta. Kun ohjaus on motivoivaa, on se muutokseen houkuttelevaa sekä valmentavaa. Elämäntilanne on kuitenkin tekijä, joka määrittää muutosvalmiutta eniten. (Turku 2007, 41 - 43.)

Elintapamuutoksen ulkoisena motivaatiotekijänä voi olla muutoksen tekeminen johonkin tiettyyn tavoitteeseen pääsemisen vuoksi tai pyrittäessä välttämään jokin sanktio tai tilanne. Sisäisen motivaation lähtökohtana taas on itse muutoksen merkitys. Ulkoista motivaatiota kuvaavia tekijöitä esiintyy yleensä muutosprosessin alkuvaiheessa. Niillä voi kuitenkin olla tärkeä merkitys sisäisen motivaation synnyssä, joka taas on olennainen pysyvän elintapamuutoksen tehneillä ihmisillä. (Korkiakangas, Alahuhta & Laitinen 2010, 48 - 50.)

Motivaation lisäksi voimaantuminen (empowerment) on keskeinen ihmisestä itsestään lähtevä tekijä, kun puhutaan elintapaohjauksen onnistumisesta. Sitä kuvataan prosessiksi, jossa ihminen tunnistaa kykynsä määrittää omat tarpeensa, ratkaista ongelmiaan ja saada käyttöönsä voimavarat, joita niihin tarvitaan (Turku 2007, 21). Prosessia jäsentävät päämäärät, kykyuskomukset, kontekstiuskomukset ja emootiot sekä niiden

väliset suhteet (Siitonen 2007, 2). "Voimaantunut ihminen on löytänyt omat voimavaransa. Hän on itse itseään määräävä ja ulkoisesta pakosta vapaa" (Siitonen 1999, 93). Voimme siis päätellä, että elintapaohjaukseen osallistuva, voimaantunut ihminen, kykenee itse päättämään, mitkä ovat juuri hänen keinonsa ja voimavaransa pyrkimyksessä kohti muutosta. Voimaantumiseen vaikuttavat toimintaympäristön olosuhteet, jonka vuoksi se voi toteutua helpommin jossain tietyssä ympäristössä kuin toisessa, esim. turvalliseksi koetussa ilmapiirissä (Siitonen 1999, 99).

Käsitteinä voimaantuminen on hyvin lähellä motivaatiota. Merkittävä ero tulee kuitenkin esiin siinä, että voimaantuminen on ihmisestä itsestään lähtevä prosessi, jonka vuoksi toisen voimaannuttaminen ei ole mahdollista, kun taas toisen motivoiminen on. (Siitonen 1999, 99.)

7 ELINTAPAOHJAUKSEN LÄHTÖKOHDAT

Omien tapojen muuttaminen voi olla hyvin vaikeaa, ja tästä syystä myös elintapaohjaus on haastavaa. Elintapaohjauksen tavoitteena on elintapamuutosten tuleminen vähitellen osaksi jokapäiväistä elämää, jolloin ne toteutuvat parhaiten. (Turku 2007, 5.) Yksilön onnistumisen kannalta on tärkeää, että elintapamuutoksen keinot ovat osallistujalle oikeita, muodoltaan konkreettisia sekä niiden käyttö on suunniteltua. Tällöin ne edesauttavat tavoitteisiin pääsemistä parhaiten. (Absetz 2009, 16 - 17.) Elintapaohjauksessa ohjaaja rohkaisee ohjattavaa itsenäiseen ongelmanratkaisuun ja sen myötä ottamaan vastuun terveydestään (Turku 2007, 21). Ohjauksen tavoitteena on konkreettinen toiminta terveyden eteen, ei pelkästään puhuminen siitä, miten suositusten mukaan tulisi tehdä (Turku 2007, 31).

Kun ohjaus on laadukasta, edistää se ohjattavan terveyttä. Se on ollut ohjattavan toimintakykyä, elämänlaatua, hoitoon sitoutumista, itsehoitoa, kotona selviytymistä sekä itsenäistä päätöksentekoa edistävää. Se on vaikuttanut myös mielialaan, jolloin ohjattavan masentuneisuus, ahdistus ja yksinäisyyden tunne ovat vähentyneet. Ohjauksen myötä ohjattavan tiedon määrä on kasvanut ja hän ymmärtää ja muistaa hoitoonsa liittyvät asiat paremmin. (Kynäs ym. 2007, 145.)

7.1 Transteoreettinen muutosvaihemalli ohjauksen perustana

On todettu, että ohjauksen vaiheistaminen auttaa etenemisessä kohti muutosta. Ohjaus onkin monesti rakennettu transteoreettisen muutosvaihemallin pohjalle. Mallissa on kuusi muutosvaiheastetta, joissa jokaiseen liittyy ohjattavalle tyypillinen ajattelu- ja toimintatapa. Malli on koettu ohjaajien keskuudessa käytännönläheiseksi ja todenmukaiseksi. Sen hyödyksi on myös koettu, ettei se patista ohjattavaa nopeisiin muutoksiin ja se, että ohjauksen suunnittelu auttaa ohjaajaa sitoutumaan pitkäaikaiseen projektiin. (Turku 2007, 55, 62.)

Muutosvaiheen määrittäminen vaikuttaa suuresti ohjauksen sisältöön ja ihannetapauksessa ohjaus etenee ohjattavan kehityksen mukaan muutosvaiheesta toiseen (Köninki 2011, 19; Turku 2007, 56). On kuitenkin tiedostettava, että ohjattava ei välttämättä etenekään vaiheesta seuraavaan, vaan saattaa myös siirtyä takaisin edelliseen vaiheeseen. Jokaisen osallistujan etenemisnopeus on myös yksilöllinen. Huomioitava on myös se, että ohjattava voi olla eri elintapojen suhteen eri muutosvaiheessa (Turku 2007, 62 - 63.) Salmela (2012, 87) toteaaakin, että muutosvaihemallipohjaista ohjausta tulee käyttää harkiten, koska yksikään malli itsessään ei pysty selittämään kattavasti ihmisten käyttäytymistä.

7.2 Ohjaus eri muutosvaiheissa

Ohjaajan tärkeä tehtävä on arvioida missä muutosvaiheessa ohjattava kyseisessä tilanteessa on (Köninki 2011, 19). Tällöin hän voi havaita, mitkä tukemisen keinot ovat ohjattavan tilanteeseen sopivia ja samalla arvioida sekä suunnitella omaa ohjaustaan. Muutoksen tukemisen edellytyksenä ovat henkilökohtaisen muutossuunnitelman laatiminen ja ohjaus, tuki motivaation kehittymiseen, tavoitteiden asettamiseen ja toiminnan suunnitteluun, jatkuvaa tukea ja kannustusta muutosten vakiinnuttamiseen sekä ohjausta repсахduksien hallintaan. (Tartu toimeen, ehkäise diabetes 2011, 33.) Oikeiden ohjausmenetelmien lisäksi ohjaussuhteen luottamuksellisuus on onnistumisen kannalta tärkeää. (Kääriäinen & Kyngäs.) Eri muutosvaiheisiin liittyvät ohjauksessa korostuvat seikat ovat esiteltynä kuvassa 2. Koska esiharkintavaiheen ja harkintavaiheen raja on häilyvä, olemme käsitelleet näiden vaiheiden ohjausta yhtenä kokonaisuutena, harkintavaiheena.

Harkintavaiheessa, kun muutosprosessi on vasta alussa, on ohjaajan hyvä suunnitella miten esim. yhteistyö ohjattavan kanssa saadaan toimimaan ja miten hänen motivaationsa saadaan heräämään. Tärkeää on, että ohjattava saa tietää, ettei häntä kohtaan tulla esittämään muutosvaatimuksia ja ettei häntä hoputeta etenemisessä. Tavoitteena tässä vaiheessa on luottamuksellisen ohjaussuhteen luominen ja työskentelyrauhan saavuttaminen. Luottamuksen syntymisessä oleellista on se, että ohjattava tuntee itsensä kuulluksi sekä hyväksytyksi. Harkintavaiheessa tehtävä alkukartoitus pohjautuu ohjattavan omiin arvioihin sekä seikkoihin, jotka häntä terveydessään mietityttävät. Tässä vaiheessa ohjattava monesti pohtii mitä hän tulee hyötymään mahdollisesta muutoksesta. Tällöin onkin hyvä esittää tutkittuun tietoon perustuvia esimerkkejä elintapa muutoksen hyödyistä. (Turku 2007, 65 - 68.)

Suunnitteluvaiheessa tärkeää on, että suunnitelma on mahdollisimman konkreettinen. Monesti sen laatiminen kaipaa lisätietoa ohjattavan lähtötilanteesta, jota saadaan esim. pitämällä ruoka- tai liikuntapäiväkirjaa. Osallistujan lähtökohdat ovat suunnitelman teon tärkein perusta, mutta myös terveyssuosituksilla on merkityksensä. Kun harkintavaiheessa tehtyä alkuarviota tarkennetaan, saattavat avuksi olla myös erilaiset testit esim. rasvan käyttöä mittaava testi. Suunnitelman yhteydessä tehdään yksilöllinen toimintasuunnitelma. Konkreettinen tekeminen muutoksen suhteen tapahtuu ohjauskeskustelujen ulkopuolella, jonka vuoksi toimintatason tavoitteiden laatiminen on hyvin tärkeää. Tavoitteiden tulee olla realistisia, jotta niiden toteuttaminen onnistuu osana muuta arkielämää, sillä liian suuret tavoitteet eivät johda pitkäaikaiseen muutokseen. (Turku 2007, 69 - 71.)

Toimintavaiheen arvioinnissa hyödynnetään prosessin aikana kertyneitä kokemuksia. Tarkoituksena on tarkentaa ja tarvittaessa uudelleen muokata aiemmin laadittuja tavoitteita. Tapaamisissa arvioidaan, onko muutosten toteutus toiminut suunnitellusti vai onko tarpeen vielä uudelleen harkita tavoitteiden realistisuutta, laajuutta ja mahdollisia tukihenkilöitä. Vaihtelevien elämäntilanteiden vuoksi toimintasuunnitelmaa on toisinaan muutettava. Oman motivointisysteemin tai suunnitelmallisen palkkiojärjestelmän käyttöönotto on viimeistään tässä vaiheessa suotavaa. Ne ovat avuksi lyhyen aikavälin tavoitteiden saavuttamisessa. (Turku 2007, 72 - 73.)

Suunnitelmallisen ohjauksen jatkuminen myös *ylläpitovaiheessa*, tukee muutoksen pysyvyyttä. Tällöin tehdään suunnitelma pidemmälle aikavälille jonka tarkoituksena

on säilyttää saavutettu muutos sekä uusien elintapojen ylläpito. Myös tässä vaiheessa maltillisuus etenemisessä ja realistiset suunnitelmat ovat avainasemassa. Aiemmat kokemukset voivat olla hyödyksi myös jatkosuunnitelman laatimisessa. Tärkeää suunnitelman teossa on edelleen aktiivinen itsearviointi sekä motivaatioon vaikuttavien tekijöiden tiedostaminen. Ohjauksen jatkuvuudella ja tuen saamisella tarvittaessa on merkityksensä vielä ylläpitovaiheessakin. Myös näistä asioista on hyvä sopia yksilöllisen tarpeen mukaan. (Turku 2007, 78 - 79.)

Jotta muutoksen jatkuvuus voidaan varmistaa, on jo mahdollisimman varhaisessa vaiheessa huomioitava *repsahduksen* todennäköisyys. On hyvä selvittää, että repsahdus on osa muutosprosessia, jottei sen sattuessa ohjattava ala epäillä kykyään muutoksen tekoon. Ohjauksessa ei siis ole tavoitteena estää repsahdus, vaan auttaa ohjattavaa siitä eteenpäin ja pyrkiä niistä oppimiseen. (Turku 2007, 74.)



Kuva 2. Ohjauksessa huomioitavia seikkoja eri muutosvaiheissa (Turku 2007, 65 - 76)

8 ELINTAPOHJAUKSEN KESKEISET KEINOT

Tässä luvussa käsittelemme syvemmin jo osittain luvussa seitsemän esiin nousseita ohjauksen oleellisia keinoja ja huomioonotettavia seikkoja. Tarkastelemme siis yksilö- ja ryhmäohjausta, saadun tuen ja tiedon merkitystä, vuorovaikutusta, motivaation tukemista sekä arvioinnin ja seurannan tärkeyttä.

8.1 Yksilöohjaus

Oppimisen tukena yksilöohjaus on todettu monesti tehokkaimmaksi ohjausmenetelmäksi. Yksilöohjaus on myös yleisesti arvostettua, koska se mahdollistaa ohjattavan tarpeista lähtevän ohjauksen, aktiivisuuden ja motivaation tukemisen, jatkuvan palautteen antamisen ja vapaamuotoisen ilmapiirin luomisen. Ohjausprosessin alussa selvitetään ohjattavan taustatiedot, sen jälkeen tulevaa toimintaa suunnitellaan asettamalla henkilökohtaiset tavoitteet. Näiden lisäksi ohjauksessa tärkeää on erilaisten hoito- ja elintapaohjeiden antaminen, kysymysten esittäminen sekä hoitajan ja ohjattavan taito aktiiviseen kuunteluun. Ne voivat joko passivoida tai tukea osallistujaa osallistumaan keskusteluun. Tehokkainta ohjaus on silloin, kun se toteutetaan yksilöllisesti, ohjattavan taustatekijät huomioonottaen. (Kynäs ym. 2007, 74, 79, 84 - 85.) Yksilöohjaus noudattaa luvussa 7.2 esitettyjä muutosvaihemallin mukaisia menetelmiä.

Toimintaa suunniteltaessa henkilökohtaisten tavoitteiden tulee sopia ohjattavan senhetkiseen elämäntilanteeseen. Tavoitteiden saavuttaminen motivoi ohjattavaa hoitoon. Liian vaativat tavoitteet taas saattavat heikentää niin fyysistä kuin psyykkistäkin hyvinvointia. Se, miten tavoitteet muotoillaan, vaikuttaa siihen, kuinka hyvin ne lopulta saavutetaan. (Kynäs ym. 2007, 75 - 77.)

Osallistuja on itse vastuussa toiminnastaan, mutta hoitaja on vastuussa siitä, että yhdessä sovitut tavoitteet täyttävät hyvän tavoitteen tunnusmerkit: tavoite on muotoiltu positiiviseksi, se on riittävän yksityiskohtainen, konkreettinen ja realistinen, tavoitteita ei ole liikaa, tavoite on muotoiltu prosessiksi, tavoite kytkeytyy senhetkiseen tilanteeseen, se on aikaan sidottu ja ohjattavan hallinnassa, sen saavuttamista on mahdollista arvioida ja seurata, sekä se on ilmastu ohjattavan ymmärtämin käsittein ja sanoin. (Kynäs ym. 2007, 77 - 78.)

8.2 Ryhmäohjaus

Ominaista elintapaohjausryhmille on ihmisten nopea ryhmäytyminen sekä sitoutuminen ryhmätoimintaan. Vaikka innokkuus ryhmään sitoutumiseen olisikin suuri, ei se välttämättä merkitse sitoutumista omaan muutosprosessiin. Joskus tulos saattaa olla jopa päinvastainen. Siksi onkin tärkeää tuoda heti alussa esiin ryhmän tarkoitus. Ryhmän koolla on selkeä merkitys vuorovaikutuksen kannalta. Kun tavoitteena on kunkin ryhmäläisen motivoituminen omaan työskentelyyn ja vastuunottoon, ei ryhmän tule olla liian suuri. (Turku 2007, 89. 90.)

Kuten yksilölle, myös ryhmälle asetetaan tavoite tai tehtävä, joka vaihtelee ryhmien ja ryhmäläisten mukaan. Tämän lisäksi ryhmälle asetetaan niin fyysiset kuin psyykkisetkin rajat (esim. tila, aikataulu sekä millainen toiminta ryhmässä on sallittua, hyväksyttävää ja ryhmän normien mukaista). Toimivassa ryhmässä vuorovaikutus on avointa, monipuolista sekä rakentavaa. Ryhmän jäsenet kuuntelevat toisiaan, huomaavat toisensa ja rohkaisevat toisiaan osallistumaan. Ryhmään kuuluminen voi olla voimaannuttava kokemus, joka tukee jaksamista ja tavoitteiden saavuttamista. Tavoite, tehtävä ja rajat luovat turvallisuuden tuntua, tukevat luovuutta ja vuorovaikutusta ryhmässä. Luottamuksen ja turvallisuuden kannalta tärkeää on myös se, että osallistujat tutustuvat toisiinsa ja toistensa taustoihin. (Kyngäs ym. 2007, 104 - 107.) Oleellista ryhmässä onkin sen dynamiikka. Se on ryhmässä oleva voima, joka muodostuu keskinäisistä jännitteistä, tunteista ja kiinnostuksista. (Kaukkila & Lehtonen 2007, 27). Ryhmädynamiikka voi lisätä motivaatiota, joka katsotaan elintapaohjauksen suurimmaksi haasteeksi. Parhaimmillaan ryhmä tukee sekä motivaatiota että oppimista. (Turku 2007, 87 - 88.)

Ryhmän hyötynä ovat sen parantavat elementit: toivon herääminen (muutkin ovat selviytyneet ja tulleet toimeen), yleismaailmallisuus (muillakin on samanlaisia ajatuksia ja tunteuksia), minäkeskeisyyden ja avuttomuuden väheneminen (voin auttaa muita), tunteiden purkaminen, itsetuntemuksen lisääntyminen (omien tunteiden ja suhtautumistapojen ymmärtämisen oppiminen), yhteenkuuluvuus, vuorovaikutuksesta oppiminen (muilta saadaan palautetta käyttäytymisestä ja mielipiteistä) sekä elämän tarkoitukseen liittyvät asiat (mahdollisuus lisätä vastuuta omasta elämästä ja keskittyä suuriin asioihin toisarvoisten sijaan). (Kyngäs ym. 2007, 106.)

Ryhmän jäsenet eivät koskaan kaikki ole samalla asteella muutosvalmiuden suhteen. Ohjaajalla tulee olla valmius kohdata jokainen ryhmän jäsen yksilönä muutosvalmiuden asteen mukaisesti. Ryhmän jäsenten on hyvä tulla kuulluiksi myös yksilöinä, joka motivoi henkilökohtaiseen työskentelyyn ja vastuunottoon. Eri vaiheissa olevat ihmiset voivat olla hyödyksi toisilleen, esim. pidemmälle edenneet voivat kertoa kokemuksistaan juuri aloittaneille. (Turku 2007, 92.)

8.3 Motivaation tukeminen

Motivoivaa haastattelua käytettiin lähestymistapana projektin elintapamuutoskeskusteluissa. Neuvontamenetelmänä sen tavoitteena on tutkia ja ratkaista ristiriitaisuuksia ja epävarmuuksia, jotka vahvistavat ohjattavan sisäistä motivaatiota. (Tartu toimeen, ehkäise diabetes 2011, 37.) Tämän lisäksi se tukee dialogia sekä auttaa keskustelun syventämisessä. Sen avulla keskustelu myös etenee. Motivoivia haastattelukeinoja ovat avoimet kysymykset, refleктоiva toisto, positiivinen palaute sekä yhteenvedojen teko. Avoimet kysymykset auttavat ohjattavaa kuvailemaan omaa tilannettaan ja tekemään itsearviointia. Itsearvioinnin avulla ohjaukseen osallistuva voi arvioida omaa toimintaansa sekä kokemuksiaan. Refleктоiva toisto suuntaa ohjattavan pohtimaan asioita eri näkökulmista. Positiivinen palaute taas auttaa luomaan avoimen ja luottamuksellisen ilmapiirin. Yhteenvedossa poimitaan keskustelun pääkohdat, joka kokoaa keskustelun ja tähtää jo seuraavaan tapaamiseen. (Turku 2007, 50 - 53.)

8.4 Saatu tuki ja tieto

Tukemisen päämääränä on ohjattavan tuen tarpeen väheneminen ohjauksen edetessä tapahtuvan voimaantumisen myötä (Pekkari 2009, 165). Ohjauksen tulee tarjota ohjattavalle sosiaalista tukea eli emotionaalista (esim. pitämisen, välittämisen ja arvostamisen osoittaminen), käytännöllistä (esim. mahdolliset palvelut, joita ohjattava tarvitsee), tiedollista (tarpeellisen tiedon tarjoaminen) ja tulkintatukea (auttaminen itsensä, oman tilanteen tai muiden ihmisten ymmärtämisessä ja arvioinnissa). (Kynge ym. 2007, 42.) Ohjattavaa tuetaan kohti tavoitettaan kun hänet kohdataan yksilönä, hänen tarpeensa kartoitetaan, motivaatio ja tahto herätetään ja niitä ylläpidetään, voimaantumista ylläpidetään, metataitoja harjoitetaan (esim. suunnittelua ja päätöksentekokykyä) ja persoonallisuutta kehitetään (tukemalla ohjattavan itsetuntemuksen kehittymistä) (Pekkari 2009, 165 - 179).

Ohjauksessa on hyvä käyttää useita toteutustapoja muokkaamalla niitä ohjattavan omaksumistavan mukaisesti. Yleensä ohjausta annetaan suullisesti, jolloin ohjattavalla on mahdollista esittää kysymyksiä, saada tukea hoitajalta ja mahdolliset väärinkäsitykset voidaan selvittää. (Kyngäs ym. 2007, 73 - 74.) Ohjauksen tukena voidaan käyttää, esim. kirjallista materiaalia, videoita, äänitteitä, tietokoneohjelmia, internetiä, sähköpostia ja puhelinta. Audiovisuaalisella ohjauksella voidaan täydentää ryhmäkeskustelujen ja luentojen antia. Sähköisten menetelmien avulla taas mahdollistuu niin yksilöiden, ryhmien kuin laajempienkin väestöryhmien ohjaus. Jos suullisen ohjauksen toteutusaika on vähentynyt, saa kirjallinen materiaali suuremman merkityksen. Tärkeää on, että materiaalin sisältö on helposti ymmärrettävää sekä ohjattavan tietojen ja tarpeiden mukaista. (Kyngäs ym. 2007, 116 - 124.)

8.5 Vuorovaikutus

Luottamuksellisen ohjaussuhteen perustana on vuorovaikutus, jossa ohjattavalta kysytään, häntä kuunnellaan ja rohkaistaan kertomaan omista taustatekijöistään sekä hänelle annetaan palautetta (Kääriäinen & Kyngäs 2006). Vuorovaikutus välittyy niin sanallisten kuin sanattomienkin viestien kautta (Kaukkila & Lehtonen 2007, 31).

Vuorovaikutukseen kuuluu oleellisena osana dialogi eli vuoropuhelu. Näkyvää dialogissa ovat mielipiteet ja väitteet, joiden taustalla ovat tiedolliset perustelut. Syvemmillä näihin vaikuttavat asenteet ja tunteet sekä arvot, vakaumukset ja moraali. Kuuntelemisen taidolla on merkittävä osa dialogin onnistumisessa. (Kaukkila & Lehtonen 2007, 33, 37 - 38.) Elintapaohjauksessa oppiminen tapahtuu dialogin kautta. Muuttuviin olosuhteisiin sopeudutaan paremmin, kun ihminen pystyy dialogin ja itsearvioinnin kautta arvioimaan omaa toimintaansa ja kokemuksiaan. (Turku 2007, 17.)

Hyytiäinen (2010, 2) on pro gradu -tutkielmassaan tarkastellut terveyttä edistävää ohjausta ja siinä käytettyä dialogia. Potilaiden näkökulmasta tärkeää vuorovaikutuksessa on rehellisyys, luottamus ja toisen kunnioittaminen. Muutosprosessin etenemistä taas ehkäisivät ohjaajan asiantuntijakeskeisyys sekä jännittynyt ja kiireinen ilmapiiri. Määttä (1999, 95) mukaan hoitajan puheessa ilmenevät asiantuntijavallan rakenteet vaikuttavat kielteisesti ohjaukseen, sillä ne aiheuttavat riippuvuuden ammattiauttajista sekä avuttomuutta. Tämä taas voi hävittää ihmisen henkilökohtaiset kyvyt selviytyä elämän erityistilanteista. (Kettunen 2001, 92 - 95.) Ohjattavan aktiivisella keskusteluun osallistumisella on todettu olevan yhteys terveyden ylläpitämiseen, koska osallis-

tumattomuuden on nähty vähentävän hallinnan tunnetta, joka liittyy terveyteen. Koska tietoa on helpsti saatavilla, esim. internetin välityksellä ja väestön tiedon taso on noussut, kaipaavat ohjattavat asiantuntijan apua eritoten tiedon soveltamisessa omaan elämään. (Kettunen 2001, 11 - 13.)

8.6 Arviointi ja seuranta

Kun ohjattava arvioi prosessin aikana itseään, on ohjaajan tehtävänä yhdessä ohjattavan kanssa eri toiminta- ja ratkaisumallien arvioiminen (Turku 2007, 17). On tärkeää, että ohjaaja ja ohjattava arvioivat yhdessä onko ohjaukselle asetetut tavoitteet saavutettu ja sitä millaista ohjaus on ollut. Niin onnistumisten kuin epäonnistumistenkin arviointi on tärkeää, koska se lisää ohjattavan tietoisuutta itsestään toimijana ja tarpeen tullen hän voi muuttaa toimintaansa. (Kyngäs ym. 2007, 45.) Pienetkin hyvät muutokset tulisi huomioida ja niitä tulisi tukea. Arviointi on avuksi elintapamuutosten ylläpidossa, sillä muutokset useasti hiipuvat juuri arvioinnin puutteeseen. (Absetz 2009, 17.)

Ohjauksen yhteydessä on tärkeä opettaa miten omaseurantaa ja sen välineitä voi hyödyntää muutosprosessin eri vaiheissa. Oman todellisen tilanteen hahmottamisessa, muutostarpeen pohtimisessa, tavoitteiden asettamisessa, muutossuunnitelmien tekemisessä ja muutoksen edistymisen arvioinnissa avuksi voi olla esim. ruoka- ja liikunta-päiväkirjan pitäminen tai askelmittarin käyttö. Omaseurannan vastuu on osallistujalla itsellään ja sen menetelmä valitaan yksilöllisesti. Omaseurannalla on jatkuvuuden kannalta suuri merkitys myös elintapaohjauksen päätyttyä. (Korkiakangas, Alahuhta & Laitinen 2011, 52 - 54.)

9 ELINTAPAOHJAUKSEN VAIKUTTAVUUS

Vaikuttavuutta voidaan tarkastella eri näkökulmista, koska itse ohjaustakin voidaan toteuttaa eri tavoin. Yksilönäkökulmasta tarkasteltaessa, ensisijaisena on yksilön kokemus ohjauksen avulla saadusta tuesta ja tiedosta. (Kyngäs ym. 2007, 145.) Vaikka riittävä tiedonsaanti on hyvin merkittävää ohjauksen aikana, on ainoastaan siihen tukeutuminen ohjauksen alkuvaiheessa lähestulkoon tuloksetonta motivaation kannalta. Monet osallistujat kokevat jo lähtökohtaisesti tietävänsä liikaakin käsitellystä aiheesta, eivätkä odotakaan saavansa ylenpalttista tiedon tulvaa. Yleensä ohjattavat kysyvät kun tarvitsevat tietoa. (Turku 2007, 36.) Kun vaikuttavuutta tutkitaan yhteisönäkökulmasta, voidaan sitä tarkastella kansanterveydellisten, -taloudellisten ja yhteiskunnallisten

hyötyjen näkökulmasta, esim. ohjauksen kautta sairauteen liittyvät toistuvat oireet, lisäsairaudet, hoitokäynnit, sairauspäivät ja lääkkeiden käyttö ovat vähentyneet sekä hoidonseuranta on tehostunut. (Kynngäs ym. 2007, 145.)

Lähtökohtana vaikuttavuustutkimuksessa on vaikuttavuus suhteessa asetettujen tavoitteiden toteutumiseen. Sitä ohjaa oletus siitä, että toteutettujen toimenpiteiden seurauksena on toivotut vaikutukset. Yleensä kuitenkin toteutuneet vaikutukset eroavat huomattavasti asetetuista tavoitteista. Vaikutukset ovat tulosta useiden tietoisten ja tahattomien tekijöiden yhteenkietoutumisesta, joille on mahdotonta määrittää tiettyä syytä. (Engeström, Kerosuo, & Kajamaa, 2008, 21.)

10 YHTEENVETO TEOREETTISISTA LÄHTÖKOHDISTA

Etenevät muistisairaudet ovat kansanterveydellinen ja -taloudellinen haaste, joiden ilmaantuvuuteen voidaan vaikuttaa ennaltaehkäisyn keinoin (Kansallinen muistiohjelma 2012 - 2020, 7). Muun muassa sydän- ja verisuonisairaudet, ylipaino, poikkeava glukosimetabolia, tupakointi ja liiallinen alkoholin käyttö lisäävät sairastumisriskiä. Liikunta, henkinen ja sosiaalinen aktiivisuus sekä terveellinen ja monipuolinen ruokavalio ovat taas muistisairauksilta suojaavia tekijöitä. (Soininen & Kivipelto 2010, 448.)

Tutkitusti on todistettu, että elintapamuutosten ja itsehoidon avulla voidaan vaikuttaa mm. sydän- ja verisuonisairauksien sekä diabeteksen syntyyn (Turku 2007, 11). Toimenpiteet, jotka edistävät terveyttä ja hyvinvointia hillitsevät myös terveydenhuollon palveluista, sairauspoissaoloista ja varhaisesta eläköitymisestä johtuvia kustannuksia (STM 2011). Vaikka elintapamuutosten ja itsehoidon vaikuttavuudesta muistisairauksiin on niukasti tietoa, vahvistavat edellä mainittujen alojen tutkimukset oletusta siitä, että molemmilla on vaikutusta myös muistisairauksien ennaltaehkäisyssä.

Henkilökohtaiset taustatekijät (fyysiset-, psyykkiset-, sosiaaliset- sekä ympäristötekijät) vaikuttavat niin elintapamuutoksen kuin -ohjauksenkin onnistumiseen, sillä niiden muodostamassa todellisuudessa osallistuja toteuttaa muutostaan. Ne ovat myös elintapaohjauksen suunnittelun perustana. (Kääriäinen & Kynngäs 2006.) Voimaantuminen ja motivaatio ovat keskeisessä asemassa elintapamuutoksen toteutumisen kannalta. Motivaatiota tukemalla edistetään osallistujan voimaantumista.

Elintapaohjaus on monesti rakennettu kuusiasteisen transteoreettisen muutosvaihemallin pohjalle. Jokaiseen vaiheeseen kuuluu ohjattavalle tyypillinen ajattelu- ja toimintatapa joiden perusteella suunniteltu ohjaus auttaa pyrkimyksessä kohti muutosta. (Turku 2007, 55.) Elintapaohjauksen toteutuskeinoista keskeisessä asemassa ovat yksilöohjaus, ryhmäohjaus, tavoitteiden asettaminen, toiminnan suunnittelu, tukeminen ja tiedonsaanti, motivaation tukeminen, vuorovaikutus sekä arviointi ja seuranta.

Lähtökohtana vaikuttavuustutkimuksessa on vaikuttavuus suhteessa asetettujen tavoitteiden toteutumiseen, joskaan ne eivät todellisuudessa useasti vastaa toisiaan (Engeström, Kerosuo, & Kajamaa, 2008, 21). Vaikuttavuutta voidaan tutkia sekä yksilö- että yhteisönäkökulmasta (Kyngäs ym. 2007, 145).

11 TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia elintapaohjaukseen osallistuneiden näkökulmasta sitä, miten elintapaohjauksen keinot ovat vaikuttaneet elintapamuutoksen toteutumiseen. Tarkastelimme myös taustatekijöiden vaikutusta muutokseen. Näiden lisäksi selvitimme, miten elintapaohjaus on vaikuttanut osallistujan terveydentilaan sekä osallistujien kokemuksia projektista.

Opinnäytetyön tutkimusongelmat olivat:

- 1) Miten taustatekijöiden koettiin vaikuttaneen elintapamuutoksen toteutumiseen?
- 2) Miten elintapaohjauksen keinojen koettiin vaikuttaneen elintapamuutoksen toteutumiseen?
- 3) Miten elintapaohjauksen koettiin muuttaneen terveydentilaa?
- 4) Miten osallistajat kokivat projektin?

12 TUTKIMUSAINEISTO JA MENETELMÄ

Tutkimuksen tiedot kerättiin puolistrukturoituna teemahaastatteluna. Kaikkien haastattelujen pohjana toimi sama teemarunko, mutta kysymysten järjestys ja muotoilu vaihteli. Aineiston tulkinta suoritettiin teorialähtöisen sisällönanalyysin keinoin.

12.1 Teemahaastattelu tiedonkeruumenetelmänä

Tähän työhön valittiin tiedonkeruumenetelmäksi teemahaastattelu, koska se mahdollistaa aiheen syvemmän tarkastelun ja tiedonkeruun säätelyn tilanteen vaatimalla tavalla. Sen avulla saatiin monipuolista ja syvällistä tietoa haastateltavien kokemuksista. Teemahaastattelu soveltui hyvin tähän tutkimukseen, jonka haastateltavilla on yksilölliset muistisairauden riskitekijät, sillä se tekee haastateltavasta aktiivisen osapuolen ja hän voi tuoda oman näkemyksensä esiin mahdollisimman vapaasti. Haastattelijalle se antaa mahdollisuuden vastauksen selventämiseen tai kysymyksen syventämiseen. Tiedonkeruumenetelmänä haastattelu erottuu edukseen muista menetelmistä juuri joustavuudellaan. Haastateltavat on myös helppo tavoittaa tarvittaessa myöhemminkin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 205 - 206.)

Teemahaastattelu on tyypillisesti puolistrukturoitu haastattelu. Teemarungolla ja kysymyshahmotelmilla varmistettiin, että haastattelusta saatiin vastaukset kaikkeen, mitä oli tarkoituskin selvittää. Haastattelu muodostettiin tiettyjen teemojen varaan, jättäen kuitenkin tilaa haastattelun kululle ja vuorovaikutukselle. Teemojen sisällä käytettiin apukysymyksiä, joiden avulla haastattelua voitiin ohjata niin, että saatiin juuri se tieto, mitä haluttiin. Teema-alueet ja niihin liittyvät kysymykset otettiin käsittelyyn siinä järjestyksessä, kuin ne luontevasti haastattelutilanteeseen sopivat. Teemahaastattelu muistuttaakin enemmän keskustelua kuin kyselyä, haastattelijan tulee aktiivisesti kuunnella vastauksia, reagoida niihin ja tarvittaessa kysymyksillä ohjata tilannetta. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 102 - 104.)

12.2 Tutkittavien kuvaus ja otanta

"Voimavaralähtöiset terveyst keskustelut Kymenlaaksoalaisille 40 - 65-vuotiaille naisille 2011 - 2014" -projektiin osallistui noin 100 iältään 40 - 65-vuotiasta naista, joista jokaisella oli vähintään yksi muistisairaouden riskitekijä. He eivät myöskään projektin alkaessa kuuluneet työterveyshuollon piiriin. Kouvolan seudun Muisti ry valitsi heistä yhden esihaastateltavan ja 10 haastateltavaa harkinnanvaraisella otannalla (ks. Vilkkä 2007, 58). Yhtenä valintaperusteena oli osallistujan aktiivisuus projektiin osallistumisessa. Jotta tutkimustulokset antaisivat mahdollisimman todenmukaisen ja kattavan tuloksen, valittiin haastatteluun sekä aktiivisia että vähemmän aktiivisia osallistujia. Haastateltavat valittiin niiden joukosta, jotka eivät aiemmin olleet osallistuneet projektiin liittyviin haastatteluihin. (Menossa olevat projektit; Saarelainen 26.11.2013.)

Heistä viisi oli Kouvolasta ja viisi Kotkasta, esihaastateltava oli kouvolaalainen. Haastateltavat olivat iältään 52 - 67-vuotiaita. Haastatelluista osa totesi, ettei heillä itsellään ole muistisairauden riskitekijää, mutta keskustelun edetessä sellainen kuitenkin useimmilta löytyi. Suurella osalla toinen tai molemmat vanhemmista oli sairastunut alzheimerintautiin.

12.3 Teemojen muodostuminen

Teemat muodostettiin opinnäytetyön teoriaan ja Terveyskeskustelut -projektin sisältöön perustuen. Teoriaosuus ja tutkimuskysymykset vastaavat toisiaan. Teemat nousivat tutkimuskysymyksistä, teemat ja alateemat rakennettiin vastaamaan näihin kysymyksiin. Niiden perusteella muodostettiin haastattelurunko. (Ks. liite 2.)

12.4 Luotettavuuden varmistaminen

Kuten Hirsjärvi ja Hurme (2011, 184 - 185.) kuvaavat, on teemahaastattelun luotettavuuden lähtökohtana laadukas haastatteluaineiston keruu. Tämän mahdollistaa huolellinen haastattelurungon laatiminen, haastattelijan hyvä valmistautuminen tilanteeseen ja nauhoitusvälineistön toimivuuden ja kuuluvuuden varmistaminen. Tämän tutkimuksen haastatteluja varten luotiin haastattelurunko, jonka teemat nousivat tutkimusongelmittain sitä käsittelevästä teoreettisesta viitekehystä. Ennen varsinaisten tutkimushaastattelujen aloittamista testattiin haastattelurunkoa suorittamalla yksi koehaastattelu. Tällöin varmistettiin myös nauhurin toimivuus ja kuuluvuus haastatteluympäristössä. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 66, 72 - 75.)

Koehaastattelu tehtiin 26.9.2014 Kouvolan seudun Muisti ry:n tiloissa Kouvolassa. Haastattelutila oli pieni toimistohuone, jossa oli kolme tuolia sijoitettuna pöydän ympärille. Nauhurin toimivuuden varmistamiseksi, siihen vaihdettiin uudet paristot ennen haastattelua ja testattiin kuuluvuus. Haastattelutilanteessa nauhuri asetettiin keskelle pöytää, jotta jokaisen ääni tallentuisi laitteeseen yhtä hyvin. Haastattelun aluksi haastateltavalle selitettiin haastattelun tarkoitus, sen nauhoitus sekä haastatteluaineiston käsittely, säilytys ja tuhoaminen. Haastattelussa edettiin täsmällisistä taustatekijöitä koskevista kysymyksistä vapaamuotoisempaan keskusteluun, edelleen teemoissa pysyen. Haastattelun ilmapiiri oli avoin ja luottamuksellinen. Koska Kouvolan seudun Muisti ry:n henkilökunta oli järjestänyt pöytään pienen tarjoilun, pidettiin so-

pivassa kohden haastattelua ruokailutauko. Haastattelun jälkeen haastateltavalle selvitettiin vielä, milloin ja miten hän saa tietää haastattelun tuloksista.

Nauhoitusta läpikäydessä huomattiin haastattelijoiden haastattelutaidoissa joitakin hiomisen kohteita. Kysymysten muotoon tulisi kiinnittää huomiota tarkemmin, jottei haastateltavaa johdateltaisi liikaa. Suljettuja kysymyksiä tulisi myös välttää, koska se mahdollistaa suppean vastauksen. Haastateltavaa olisi myös tullut paremmin ohjata pysymään aihealueen sisällä. Itse haastattelurunkoon ei tarvinnut tehdä muutoksia, mutta sen sisältöön oli vielä syytä perehtyä paremmin, jotta keskustelu olisi sujuvampaa haastattelurungon ohjaavuudesta huolimatta. Haastattelussa tuli esiin ajatuksia, kokemuksia ja kehitysehdotuksia, jollaisia ei myöhemmissä haastatteluissa esiinny. Tästä syystä koehaastattelu on otettu mukaan tutkimusaineistoon.

12.5 Aineiston keruu

Työn toimeksiantaja kutsui haastateltavat puhelimitse Kouvolan seudun Muisti ry:n Kouvolan tai Kotkan toimistoon, jossa haastattelut tehtiin yksilöhaastatteluina. Kahden haastateltavan kanssa tutkijat sopivat puhelimitse haastattelupaikaksi Kouvolan kirjaston ryhmätyötilan. Näin toimittiin, koska Kouvolan seudun Muisti ry:n tilojen suhteen aikataulut eivät sopineet kaikille osapuolille. Kouvolalaiset haastateltiin Kouvolassa ja Kotkalaiset Kotkassa (Hirsjärvi & Hurme 2010, 83 - 84). Haastateltaville selvitettiin osallistumisen luottamuksellisuus ja vapaaehtoisuus sekä mahdollisuus lopettaa missä vaiheessa tahansa. Heille myös kerrottiin, että haastattelun avulla pyritään selvittämään, miten taustatekijät ja elintapaohjauksen keinot ovat vaikuttaneet elintapamuutoksen toteutumiseen sekä elintapaohjauksen vaikutusta osallistujan terveydentilaan. Heiltä kysyttiin lupa haastattelun nauhoittamiseen ja kerrottiin kerätyn haastattelumateriaalin käsittelemisestä, huolellisesta säilyttämisestä ja tuhoamisesta tutkimuksen valmistuttua. (Mäkinen 2006, 92 - 95.)

Haastattelut tehtiin Kouvolan seudun Muisti ry:n tiloissa kahta haastattelua lukuun ottamatta. Nämä kaksi haastattelua tehtiin Kouvolan kirjaston ryhmätyötilassa, jossa haastattelut voitiin tehdä omassa rauhassa ilman häiriöitä. Kouvolan seudun Muisti ry:n tila oli kaikille osallistujille tuttu, ja siellä pystyttiin järjestämään häiriöttömät, kaikille samanlaiset olosuhteet haastattelulle. Istumajärjestys suunniteltiin niin, että se tuki tilanteen keskustelunomaisuutta, eikä korostanut haastateltavan asemaa vastaajana. Jokaista haastattelua varten varattiin aikaa kaksi tuntia. Haastattelutilanne aloitettiin

tiin vapaamuotoisella keskustelulla, jonka aikana haastattelijat ja haastateltava saivat käsityksen toisistaan ja jossa luotiin luottamuksen ilmapiiri haastattelua varten. Sen aikana voitiin jo selvittää osallistujan taustatietoja, ja sen jälkeen haastattelussa edettiin teemojen aiheita noudattaen. Haastattelutilanteen pitämiseksi keskustelunomaisena ja vuorovaikutteisena, molemmat tutkijat esittivät haastattelukysymyksiä ja kommentoivat sekä tekivät muistiinpanoja. Muistiinpanoja voitiin hyödyntää aineistoa analysoitaessa. Kaikki haastattelut myös nauhoitettiin, jotta kaikki niiden elementit tallentuisivat ja niihin voitaisiin palata uudelleen. Ennen haastattelutilannetta nauhurin toimivuus ja kuuluvuus testattiin. (Hirsjärvi & Hurme 2010, 90 - 92.)

12.6 Aineiston käsittely ja sisällön analyysi

Tutkimuksen aineisto analysoitiin teorialähtöisen eli deduktiivisen sisällönanalyysin keinoin. Menetelmän mukaisesti aineiston analyysi luokiteltiin aikaisempaan teoreettiseen viitekehykseen perustuen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 113.) Käytännössä tämä tarkoitti sitä, että analyysissä käytetyt yläluokat sekä osa alaluokista oli teoriaan perustuen jo ennalta määrättyjä. Näiden perusteella haastatteluista poimittiin teemojen kannalta olennaiset seikat.

Sisällön analysointi aloitettiin kerätyn haastatteluaineiston kuuntelulla ja litteroinnilla eli tekstimuotoon siirtämisellä. Haastatteluja ei litteroitu sanasta sanaan, vaan niistä poimittiin ainoastaan sovittuihin teemoihin kuuluvat asiat. Tämän jälkeen kerätty aineisto taulukoitiin teemojen mukaisesti seuraavalla tavalla (Hirsjärvi & Hurme 2010, 138). Litteroinneista poimittiin kunkin teeman ja alateeman alle kuuluvat alkuperäisilmaukset, joista johdettiin pelkistetyt ilmaukset. Aineisto ryhmiteltiin suoraan teoriasta johdettujen alaluokkien alle. Ennalta määriteltyihin alateemoihin sopimattomat, kuitenkin yläluokkiin liittyvät seikat sijoitettiin alaluokkaan "muut". (Tuomi & Sarajärvi 2009, 109 - 110.)

Esimerkiksi taustatekijöissä yläluokkina olivat teorian mukaisesti fyysiset ja psyykkiset taustatekijät, motivaatio, voimaantumisen, sosiaaliset taustatekijät ja ympäristötekijät. Yläluokat jaettiin vielä alaluokkiin, josta esimerkkinä taulukossa 2. näkyvät fyysisten taustatekijöiden alaluokista ikä ja terveydentila.

Taulukko 2. Alkuperäisten ilmausten luokittelu teemojen ylä- ja alaluokkien mukaisesti

Luokka	Alkuperäinen ilmaus
TAUSTATEKIJÖIDEN VAIKUTUS ELINTAPAMUUTOKSEEN	
Fyysiset taustatekijät	
Ikä	Nyt huomaa kun, ikää tulee, niin ei jaksakaan. Ei jaksa lähteä. Stressaantuu liialla menemisellä.
	Mietitytti, miten nuori luennoitsija osaa ajatella vanhemman ihmisen kohdalla asioita, kun iän tuoma kokemus puuttuu, ei sen kummemmin kritiikkiä.
	Ikä on auttanut minua hyväksymään itseni sellaisena kuin olen.
	Ikä motivoi elintapamuutokseen.
	Mitä, jos kaikki tämä olisi jäänyt tietämättä, mitä projektissa on tullut. Jos päästäisi nyt itsensä repsahamaan, olisi tosi vaikeaa sitten seitsemänkymppisenä alkaa korjata tilannetta.
	Halusin enemmän tietoa muistihäiriöistä, onko minulle tulossa ja mikä kuuluu normaaliin vanhenemiseen.
	Asiat henkilökohtaistuivat projektin myötä, ikään-tymisen myötä ei voi enää elää kuin elopellossa.
Terveystila	Jalat ovat kipeät, välillä ei voinut kävellä kuin kantapäillä. Nyt voi käydä lenkilläkin.
	Kädet ovat välillä hirveän kipeät.
	Hermostäryt, kivut ja lääkitys hankaloittaa kaikessa. Tuuli ja pakkanen pahentavat kipuja.
	Tein ennen pitkiä kävelylenkkejä, nyt olen huomannut, että voin tehdä lyhyempiäkin lenkkejä, teen niitä useammin, niin liikkuminen ei esty kipujen takia
	Polvet välillä reistaavat, se haittaa liikkumista.
	Haluaisin liikkua enemmän, mutta polvet ovat huonot, kulumat vaikeuttaa liikkumista.
	Olen ollut perusterve tähän kesään saakka. Tänä kesänä menin niin heikkoon kuntoon, etten jaksanut tehdä mitään. En jaksanut kävellä, enkä mitään.
	Olen välillä masentunut, se rajoittaa välillä. Projektin tapaamisiin lähteminen on auttanut.
	Valtava väsymys haittaa kaikessa.
	Olen ikäisekseni fyysisesti hyväkuntoinen
	Minulla ei ole ollut ongelmia muistin kanssa.

Seuraavassa vaiheessa luokitellut alkuperäisilmaukset muutettiin pelkistettyyn muotoon, jonka jälkeen niitä pystyttiin vertailemaan ja niistä pystyttiin etsimään samankal-

taisuuksia ja eroavaisuuksia. Taulukossa 3 näkyy esimerkki alkuperäisten ilmausten pelkistämisestä. Esimerkki käsittää samat alaluokat kuin taulukossa 2

Taulukko 3. Alkuperäisilmausten pelkistäminen

Luokka	Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus
TAUSTATEKIJÖIDEN VAIKUTUS ELINTAPAMUUTOKSEEN		
Fyysiset taustatekijät		
Ikä	Nyt huomaaan kun, ikää tulee, niin ei jaksakaan. Ei jaksa lähteä. Stressaantuu liialla menemisellä.	Iän vaikutus jaksamiseen.
	Mietitytti, miten nuori luennoitsija osaa ajatella vanhemman ihmisen kohdalla asioita, kun iän tuoma kokemus puuttuu, ei sen kummemmin kritiikkiä.	Iän tuoma kokemus ja kriittisyys.
	Ikä on auttanut minua hyväksymään itseni sellaisena kuin olen.	Iän vaikutus itsetuntemukseen.
	Ikä motivoi elintapamuutokseen.	Iän vaikutus motivaatioon.
	Mitä, jos kaikki tämä olisi jäänyt tietämättä, mitä projektissa on tullut. Jos päästäisi nyt itsensä repsahtamaan, olisi tosi vaikeaa sitten seitsemänkymppisenä alkaa korjata tilannetta.	Iän vaikutus motivaatioon.
	Halusin enemmän tietoa muistihäiriöistä, onko minulle tulossa ja mikä kuuluu normaaliin vanhenemiseen.	Iän vaikutus motivaatioon.
	Asiat henkilökohtaistuivat projektin myötä, ikääntymisen myötä ei voi enää elää kuin elopellossa.	Iän vaikutus motivaatioon.
Terveystila	Jalat ovat kipeät, välillä ei voinut kävellä kuin kantapäillä. Nyt voi käydä lenkilläkin.	Jalkakipu
	Kädet ovat välillä hirveän kipeät.	Käsikipu
	Hermostäryt, kivut ja lääkitys hankaloittaa kaikessa. Tuuli ja pakkanen pahentavat kipuja.	Hermostäry
	Tein ennen pitkiä kävelylenkkejä, nyt olen huomannut, että voin tehdä lyhyempiäkin lenkkejä, teen niitä useammin, niin liikkuminen ei esty kipujen takia	Kipu, sopivan liikuntamuodon löytäminen
	Polvet välillä reistaavat, se haittaa liikumista.	Nivelten huonokunto
	Haluaisin liikkua enemmän, mutta polvet ovat huonot, kulumat vaikeuttaa liikumista.	Nivelten huonokunto

	Olen ollut perusterve tähän kesään saakka. Tänä kesänä menin niin heikkoon kuntoon, etten jaksanut tehdä mitään. En jaksanut kävellä, enkä mitään.	Yleiskunnon heikkeneminen
	Olen välillä masentunut, se rajoittaa välillä. Projektin tapaamisiin lähteminen on auttanut.	Masennus, tapaamisista saatu apu.
	Valtava väsymys haittaa kaikessa.	Väsymys
	Olen ikäisekseni fyysisesti hyväkuntoinen	Hyvä fyysinen kunto
	Minulla ei ole ollut ongelmia muistin kanssa.	Ei muistiongelmia

13 TUTKIMUSTULOKSET

13.1 Taustatekijöiden koettu vaikutus elintapamuutoksen toteutumiseen

Fyysiset tekijät

Osallistujien keskuudessa iän koettiin henkilökohtaistavan asioita, projektissa käsitellyt asiat tulivat näin omakohtaisiksi. Se siis toimi myös elintapamuutokseen motivoivana tekijänä. Toisaalta ikä vaikutti negatiivisesti jaksamiseen. Ikä toi muassaan kokemusta, joka sai suhtautumaan kriittisesti nuorten luennoitsijoiden jakamaan tietoon:

”Asiat henkilökohtaistuivat projektin myötä, ikääntymisen myötä ei voi enää elää kuin elopellossa.”

”Halusin enemmän tietoa muistihäiriöistä, onko minulle tulossa ja mikä kuuluu normaaliin vanhenemiseen.”

Koulutuksesta koettiin olevan apua tiedon vastaanottoa ja käsittelyä ajatellen. Osalla osallistujista oli koulutuksen ansiosta runsaasti tietoa käsitellyistä asioista jo entuudestaan. Se toi muassaan myös kriittisen suhtautumisen uuteen tietoon:

”Koulutuksella on ollut paljon vaikutusta elintapamuutoksen toteutumiseen.”

”Kun tuli uutta tietoa, vähän puntaroin, onkohan tuo nyt noin, vai olenko tästä eri mieltä.”

Terveydentila aiheutti monelle vaikeuksia elintapamuutoksen toteuttamiselle. Ongelmina olivat erilaiset kivut, nivelten kunto ja väsymys. Positiivisiksi tekijöiksi koettiin hyvä fyysinen kunto ja terveydentilaan sopivan liikuntamuodon löytyminen. Se, ettei itsellä ole muistiongelmia, koettiin myös positiiviseksi tekijäksi:

”Valtava väsymys haittaa kaikessa.”

”Olen ikäisekseni fyysisesti hyväkuntoinen.”

”Tein ennen pitkiä kävelylenkkejä, nyt olen huomannut, että voin tehdä lyhyempiäkin lenkkejä, teen niitä useammin, niin liikkuminen ei esty kipujen takia.”

Osallistujien perussairauksilla oli suoranaista vaikutusta elintapamuutoksen toteutumiseen. Elintapamuutosta rajoittavina tekijöinä koettiin mm. astma, reuma, masennus ja nivelrikko. Toisaalta elintapamuutos koettiin sairauden oireita lievittävänä tekijänä ja jo projektin tapaamisiin lähtemisestä koettiin olevan apua:

”Astma katkaisee välillä unen ja vaikeuttaa liikunnan harrastamista.”

”Nivelrikko on estänyt liikkumista.”

”Mitä enemmän liikkuu, sitä vähemmän nivelrikko vaivaa.”

Lisäksi elintapamuutokseen edullisesti vaikuttaviksi fyysisiksi taustatekijöiksi koettiin liikunnan kuuluminen omaan elintapaan entuudestaan, arkiliikunnasta saatava liikunnan osuus ja liikunnan onnistuminen kotona. Uniongelmat ja väsymys koettiin elintapamuutosta hankaloittaviksi tekijöiksi. Jollekin myös sääolosuhteet aiheuttivat vaikeuksia elintapamuutoksen toteuttamisessa:

”Olen kova liikkumaan, se auttaa.”

”Teen kaikki pihatyöt kotona ja teen paljon sisällä.”

”Liian tekemisen jälkeen olen liian väsynyt, en saa sitten nukuttua.”

Psyykkiset tekijät

Omien terveysuskomusten ei ajateltu olevan elintapamuutoksen esteenä. Elintapamuutoksen ymmärrettiin vievän aikaa ja vaativan säännöllisyyttä onnistuakseen:

”Omat terveysuskomukset eivät ole olleet ristiriidassa projektin asioiden kanssa.”

”Muutokset eivät tapahdu hetkessä.”

”Elintapamuutoksessa pitää muistaa, että säännöllisyys auttaa, tekee toistoja, jotta se auttaa.”

Osallistujien omista mielentilastoista koettiin sekä elintapamuutosta tukevia että sitä haittaavia tekijöitä. Edistäviksi tekijöiksi mainittiin liikunnan miellyttävyys ja kiinnostus ravintoasioita kohtaan. Haittaaviksi tekijöiksi koettiin tunnesyöminen, mielentilastoista suklaaseen ja urheilun epämiellyttävyys:

”Omat mielentilastoni tukevat elintapamuutosta. Muistiterveyttä edistävää ruokaa syön mielelläni, joka on vahvistunut projektin myötä. Projekti motivoi tässä.”

”Periaatteessa tykkään liikunnasta.”

”Omat mielentilastot (suklaa) vaikeutti muutoksen toteutumista.”

Osalla osallistujista ei ollut ennako-odotuksia ohjauksen suhteen, monilla kuitenkin oli. Ohjaukselta odotettiin eniten tiedon saamista. Projektilta haettiin myös lisämotivaatiota ja apua muutoksen toteuttamiseen. Lisäksi sosiaalinen kanssakäyminen, asioiden jakaminen ja vertaistuen saaminen mainittiin odotuksissa. Odotusten koettiin täyttyneen:

”Hain projektista vertaistukea ja ihmisiä ympärille ja asioiden jakamista. Ne ovat kaikki toteutuneet.”

”Muistan ajatelleeni, että minkäänlainen tieto ei ole pahasta, haluan lisää tietoa asioista, jotka vaikuttaa muistiterveyteen ja mitkä ovat ne asiat, mitä voi itse tehdä.”

Projektiin osallistuneille tehtiin oppimistyylytesti ja oma oppimistyyli- tai tyyli tunnistettiin. Käsiteltävän asian herättämien tunteiden ja mielenkiinnon koettiin helpottavan oppimista:

”Käytän tilanteen mukaan eri oppimistyyliä.”

”Oppiminen tapahtuu silloin kun siinä on tunne mukana. Kun siihen liittyy joku tunne, niin sen muistaa. Jotkut asiat kiinnostavat, toiset ei.”

Muista psyykkisistä tekijöistä elintapamuutosta tukevina mainittiin helposti kiinnostuva ja uudesta innostuva luonne. Vaikeuttavaksi tekijäksi mainittiin suorittajuus:

”Tykkään heittäytyä, on aina niin ihanaa, että on jotain uutta.”

”Se on haitannut, että olen suorittaja.”

Sosiaaliset tekijät

Sosiaalinen avoimuus ja aktiivisuus koettiin tärkeäksi elintapamuutosta edistäväksi tekijäksi ja mahdollisuus sosiaaliseen kanssakäymiseen motivoi osallistumaan projektiin. Toisaalta vähäisemmän sosiaalisen aktiivisuuden ei koettu vähentävän projektin antia:

”Se on auttanut, että olen sosiaalinen, on helppo puhua, ei ole sellaista asiaa, mistä ei voisi puhua.”

”Sosiaaliset tapahtumat kiinnostavat, olen itse enemmän syrjässä ja kuuntelen, useimmiten saan irti jotain toisten seuraamisesta.”

Monet osallistujista saivat läheisiltä tukea elintapamuutokselle, toiset taas kokivat saaneensa tukea ryhmältä. Vertaistuellalla koettiin olevan tärkeä merkitys elintapamuutoksen toteutumisessa. Jotkut kuitenkin kokivat, etteivät saaneet tukea ja joku koki, ettei sitä olisi tarvinnutkaan:

”Mieheni kannustaa kovasti.”

”Olen pitänyt tämän jutun itselläni, en ole tarvinnut kuin omaa tsemppiä.”

Osallistujien kesken on ollut ryhmän ulkopuolistakin kanssakäymistä, sieltä on saatu uusia ystäviä ja ryhmää kaivataan sen päätyttyä:

”Olen saanut ystäviä projektin myötä, joihinkin vanhoihin tuttaviin on löytynyt taas yhteys.”

Ympäristötekijät

Useimmat kokivat projektiin liittyvät tapaamisympäristöt viihtyisiksi, epäviihtyisyyteen viitaten tuli vain pari mainintaa. Myös tapaamisten ilmapiiri koettiin hyväksi:

”Tapaamiset olivat aina positiivisia ja lämminhenkisiä.”

”Tapaamispaikka oli hieman toimistomainen.”

Tapaamisten koettiin olleen myös ajallisesti sopivia sekä kestoltaan, että tiheydeltään. Myös ryhmäkoko koettiin sopivaksi:

”Luennot olivat ajallisesti sopivia. Jos olisi ollut tiheämmin, ei olisi ehkä aina ehtinyt mukaan.”

Projektiin osallistuminen koettiin helpoksi, liikuntamahdollisuudet olivat lähellä ja niihin oli helppo lähteä. Elintapamuutoksen toteuttamista vaikeuttaviksi koettiin elämäntilanne ja taloudelliset seikat. Mikäli tapaamisiin ei päästy, koettiin se harmilliseksi. Jotkut osallistujat kokivat toteuttamisen olevan täysin omasta tahdosta ja halusta kiinni:

”Ei mitään esteitä tapaamisissa käynneille, täysin itsestä kiinni.”

”En aina päässyt tapaamisiin, harmitti, jos ei päässyt.”

Voimaantuminen ja motivaatio

Osallistujat kokivat projektin voimaannuttavana. Moni kertoi löytäneensä sen kautta omat keinot ja voimavarat pyrkimyksessä kohti elintapamuutosta. Ryhmätoiminta oli usealle voimaantumisen lähde:

"Sain voimaantumista, en olisi laihtunut, jos en olisi ollut ryhmässä."

Usealla osallistujalla elämäntilanne oli otollinen projektiin osallistumiseen ja toimi näin myös motivoivana tekijänä. Monen elämäntilanteeseen kuului esimerkiksi muistisairautta sairastava omainen. Ikä ja sen kautta kasvanut sairastumisriski motivoivat myös muutokseen. Yksi haastateltavista koki iän olevan joskus esteenä osallistumiselle. Toisilla vaikea elämäntilanne motivoi osallistumaan toisilla se taas haittasi motivaatiota:

"Tämä oli minulle kuin lottovoitto elämäntilanteeseen osuen."

"Omassa ympäristössä oli esteitä tapaamiseen, ajan järjestäminen oli joskus vaikeaa, enemmän kuitenkin vaikutusta oli sillä, miten huvittaa ja jaksaa."

Itse ohjauksessa osallistujat pitivät motivaation lähteinä jo aiemmin esiin tulleen ryhmätoiminnan lisäksi tiedonsaantia, sisällön omakohtaisuutta, luentoja, positiivista palautetta ja ohjaajaa. Ryhmätapaamisten ilmapiiri koettiin motivoivaksi. Henkilökohdittaiset motivaatiotekijät olivat luonteeltaan niin ulkoisia kuin sisäisiäkin. Ulkoisia motivaatiotekijöitä olivat mm. tavoite, palkinto ja puoliso. Sisäisiä motivaatiotekijöitä oli mm. käsiteltyjen asioiden omakohtaiseksi kokeminen ja ajatus siitä, että muutosta tehdään itselle. Osa koki motivaation pysyneen samana koko projektin ajan, osalla se taas vaihteli. Yhden osallistujan motivaatio väheni toiminnan muututtua erilaiseksi, toisen motivaatiota vähensi taas pitkä tauko järjestetyssä toiminnassa. Motivaatiota haittasivat myös laiskuus, jaksaminen ja kiinnostuksen hiipuminen:

"Aiheen mielenkiintoisuus ja omakohtaisuus motivoi."

"Olen aina tykännyt toimia ryhmässä, aina tulee uutta tietoa, tehtiin harjoituksia muistin tiimoilta, oppii huoltamaan muistia, se motivoi."

13.2 Ohjauskeinojen koettu vaikutus elintapamuutoksen toteutumiseen

Yksilöohjaus

Osallistujien näkökulmasta yksilöohjaus perustuu heidän omiin tarpeisiinsa. He kokivat saaneensa itse pitää päätösvallan omista keinoistaan muutoksen toteuttamisessa. Taustatekijät kartoitettiin ja yksilöllinen muutossuunnitelma laadittiin projektin alussa.

Toisille muutossuunnitelman laatiminen ei tuottanut hyötyä, kun taas toisille se toimi muistutuksena alussa sovituista seikoista:

"Henkilökohtaiset taustatekijät kartoitettiin projektin alussa ja tehtiin henkilökohtainen suunnitelma."

"Ohjaaja ohjasi löytämään itse omia keinoja muutokseen."

Elintapamuutoksen tavoitteet asetettiin ja ne koettiin hyödyllisiksi muutoksen onnistumisen kannalta. Haastatteluissa kävi ilmi, että asetetut tavoitteet olivat osallistujien mielestä realistisia sekä omakohtaisia. Tavoitteet muistuttivat alussa sovituista asioista ja kannustivat pitämään niistä kiinni:

"Tavoitteita asetettiin, oli omakohtaisia ja realistisia."

"Tavoitteiden asettaminen auttoi muistamaan, että näin on luvattu, siitä pitäisi pitää kiinni."

Tapaamisissa saadut hoito- ja elintapaohjeet herättivät toiset huomaamaan oman hyvinvoinnin merkityksen, toisille ne taas toimivat muistutuksena jo aiemmin opituista asioista. Ne myös auttoivat sitoutumaan elintapamuutokseen sekä löytämään omat keinot muutoksen toteuttamiseen. Tämän lisäksi ne herättivät kiinnostuksen seurata terveyteen liittyviä asioita myös projektin ulkopuolella. Kaikki eivät kuitenkaan kokeneet saaneensa ohjeista merkittävää hyötyä:

"Elintapaohjeet oli aika paljon vanhan kertausta, sitten niitä alkoi taas mieltää."

"Mikään saatu hoito- ja elintapaohje ei ole ratkaisevasti vaikuttanut elintapamuutoksen toteutumiseen. Öljyä olen alkanut käyttämään ruoanlaitossa."

Ohjaussuhteen luottamuksellisuus kävi laajalti ilmi haastatteluissa. Luottamuksellisuutta kuvastivat myös monen kokemus avautumisen helppoudesta ja kuulluksi tulemisen tunteesta. Myös vastavuoroisuus ja välittäminen, avun saatavuus sekä henkilökohtaisen tuen saaminen nousivat esille keskusteluissa:

"Ohjaussuhde oli luottamuksellinen, pystyi puhumaan kaikesta."

"Yksilötapaamisissa avoimesti pystyttiin juttelemaan, ne olivat oikein hyviä, ne menivät oikein jouhevasti."

Vaikka yksilötapaamisia ei ollut paljon, pidettiin niitä tärkeinä. Myös ohjaajista pidettiin. Lisäksi esiin nousi erinäisiä yksittäisiä huomioita, joita osallistujat yksilötapaamisissa arvostivat:

"Yksilötapaamisten asiat olivat tosi tärkeitä itselle, ne olivat erilaisia kuin ryhmätapaamisissa."

"Ohjaaja on tosi loistava, aina iloinen ja hyväntuulinen. Ihan omalla alallaan on."

Ryhmäohjaus

Haastatteluissa nousi selkeästi esiin ryhmätapaamisten hyvä ja avoin ilmapiiri, kokemus huomioiduksi tulemisesta sekä tunne tapaamisten luottamuksellisuudesta. Monessa keskustelussa kävi ilmi vankka yhteenkuuluvuuden tunne sekä tunne yleismaailmallisuudesta, minäkeskeisyyden ja avuttomuuden vähenemisestä ja mahdollisuudesta purkaa tunteita. Eriäviä mielipiteitäkin oli: eräs haastateltava koki, että henkilökohtaisten asioiden läpikäyminen vei liikaa tilaa itse muistiterveyteen liittyviltä asioilta. Vaikka monet kokivatkin tullessa kuulluiksi ryhmätapaamisissa, muutama pohti, josko hiljaisempia osallistujia olisi voitu ottaa paremmin huomioon. Ryhmässä tutustuttiin ja osa ystäväystyikin. Yhteisiä tapaamisia järjestettiin myös projektin ulkopuolella. Moni sai ryhmästä voimaantumista, motivaatiota sekä vertaistukea:

"Ryhmätapaamiset olivat kivoja ja antoisia. Ryhmässä oli mukavia ihmisiä, kaikki samalla aaltopituudella. Meillä oli tosi mukavaa, välillä itkettiin, välillä naurettiin, oli oikeinkin kivaa, vuorovaikutus toimi."

Saatu tieto

Suullisesta ohjauksesta keskusteltaessa, projektin tiimoilta järjestettyjä luentoja arvostettiin korkealle. Aiheita pidettiin monipuolisina ja luennoitsijoita hyvinä. Luennoilta saatiin uutta tietoa, kertausta jo tutuista asioista sekä uusia näkökulmia. Niin luentojen kuin ryhmätapaamistenkin aiheet liikunnasta, ravinnosta, unesta ja voimaannuttavasta valokuvauksesta nousivat esiin keskusteluissa ja ne koettiin merkityksellisiksi. Luen-

tojen ja tapaamisten kautta opittiin ymmärtämään muistisairauksia sekä oivaltamaan elintapojen tärkeys. Myös projektin kautta saatua kirjallista materiaalia pidettiin tärkeänä ja moni kertoikin palanneensa saatuun materiaaliin jälkeensä:

"Luennot olivat hyviä ja kaikissa oli hyvät vetäjät, niitä jaksoi kuunnella mielenkiinnolla."

"Tiesin ennestään, mitä pitäisi tehdä, mutta on ihan erilaista, kun joku toinen sanoo sen, perustelujen saaminen hyvälle elintavoille auttoi."

Tiedonsaannin kannalta projektia pidettiin kokonaisuutena hyvänä ja sisällöltään monipuolisena. Sen kautta moni oppi ymmärtämään elintapamuutoksen ja muistisairauksien ennaltaehkäisyn tärkeyden. Sisällössä merkityksellisiksi koetut asiat olivat moninaisia ja yksilöllisiä:

"Mitä, jos kaikki tämä olisi jäänyt tietämättä, mitä projektissa on tullut. Jos päästäisi nyt itsensä repsahtamaan, olisi tosi vaikeaa sitten seitsemänkymppisenä alkaa korjata tilannetta."

Saatu tuki

Tuensaannista keskusteltaessa merkitykselliseksi koettiin niin ohjaajalta saatu tuki kuin vertaistukikin. Ohjaajalta saatua tukea pidettiin riittävänä ja sitä saatiin esim. henkilökohtaisten keskustelujen kautta. Tukea saatiin muun muassa motivaatioon, aktiivisuuteen ja osallistumiseen. Kaksi haastatelluista ei kokenut juurikaan saaneensa henkilökohtaista tukea, mutta he eivät sitä odottaneetkaan:

"Ohjaajalta sai tukea henkilökohtaisissa keskusteluissa. Häneltä sai motivaatiota, paitsi tutkimuksiin."

"En odottanutkaan saavani varsinaista tukea ohjaajilta. Ei voi kuvitellakaan, että pelkästään ohjaaja voisi tukea."

Vertaistuen merkitys kävi laajalti ilmi keskusteluissa. Elämäntilanne sekä kokemusten jakamisen mahdollisuus yhdisti osallistujia:

"Vaikeassakin elämäntilanteessa menin mielelläni ryhmään, koska tiesi, että muilla oli ihan samanlaisia kokemuksia."

Vuorovaikutus

Niin ohjaussuhteessa kuin ryhmässäkin vallitsi luottamuksellisuus. Ilmapiiri oli hyvä ja osallistujat kokivat tulleen kuulluiksi. Arkoja ja henkilökohtaisiakin asioita rohjettiin puhua. Keskusteluun osallistuminen oli aktiivista, esteetöntä ja helppoa. Ohjaaja antoi palautetta muutosprosessiin liittyen projektin edetessä. Asiantuntijakeskeisyyden piirteitä ei haastatteluissa tullut esille:

"Ryhmässä oli yllättävän avoimia ja tuttavallisia ihmisiä."

"Samanhenkisten energialla on myönteinen vaikutus."

Arviointi ja seuranta

Tavoitteiden saavuttamista ja senhetkistä tilannetta käytiin läpi ohjaajan kanssa. Osa haastateltavista totesi tavoitteiden arvioinnilla ja seurannalla olleen hyötyä elintapa muutoksen toteutumiseen. Arviointi koettiin hyväksi tavoitteiden saavuttamisen kannalta. Yksi vastaajista totesi, ettei varsinaista arviointia tai palautetta ollut projektin aikana. Itse ohjausta arvioitiin täyttämällä palautelomake joka tapaamisen jälkeen:

"Tavoitteet asetettiin ja niiden saavuttamista käytiin läpi, tällä oli merkitystä elintapamuutoksen toteutumisen kannalta."

Suurin osa haastatelluista oli ainakin jossain vaiheessa projektia tehnyt omaseurantaa liikuntapäiväkirjan muodossa. Myös ruokapäiväkirjaa oli pidetty. Omaseurantaa pidettiin motivoivana. Yksi haastatelluista kertoi, ettei omaseurannalla ollut kannustavaa vaikutusta, se ennemminkin masensi:

"Omaseuranta motivoi hirveästi, kun näki edistymisen."

13.3 Koetut muutokset terveydentilassa

Koettu terveydentila

Jotkut osallistujista kokivat terveydentilansa pysyneen samana kuin ennenkin, mutta myös parantumissa terveydentilassa ja jaksamisessa koettiin. Vaikkei terveydentilassa välttämättä koettu muutosta, koettiin suhtautumisen vaivoihin muuttuneen positiivisemmaksi:

”Projektilla ei ollut vaikutusta kipuihin ja huimaukseen, huima vaikutus siihen, miten asennoidun niihin.”

”Terveydentila ennen projektia oli sama kuin nytkin, mutta lääkäri sanoi, että kaikkia asiat vaikuttaa ihmisen terveyteen, positiiviset ja hyvät asiat positiivisesti, nämä on minulle positiivisia.”

Saavutettu muutos ei aina vastannut tavoitteita, mutta siihen oltiin tyytyväisiä. Pääasiassa kuitenkin koettiin, että asetetut tavoitteet saavutettiin:

”Kaikki muutokset eivät vastaa tavoitteita, mutta olen ollut ihan tyytyväinen näihin muutoksiin, mitä on tullut.”

”Tavoitteet asetettiin, niihin palattiin, ja tavoitteisiin päästiin.”

Elintapamuutoksen vaikutukseksi koettiin kunnon paraneminen, sen tuoma parempi olo ja se, ettei kunto ole päässyt huononemaan. Projektin vaikutukseksi mainittiin myös positiivisuus ja asioiden tiedostaminen. Muut esiin nousseet seikat ovat liitteessä 5:

”Voi olla, että en olisi ihan näin hyvässä kunnossa, jos en olisi ollut mukana projektissa.”

”Olen tasapainoisempi ja iloisempi. Syksy ei vaikuta yhtään masentavalta, päinvastoin.”

Terveyspalvelujen käyttö

Terveyspalvelujen käyttö haastatteluun osallistuneiden keskuudessa oli vähäistä, eikä siinä koettu tapahtuneen muutosta projektin aikana, lukuun ottamatta yhtä, joka koki käytön vähentyneen:

”Minulla on aina ollut säännölliset käynnit, niissä ei ole muutosta. Säännölliset käynnit ennen ja nyt.”

”Terveyspalvelujen käyttö on vähentynyt.”

Eräs haastateltava koki nivelrikkonsa helpottuneen ja tämän vähentäneen kipulääkkeiden tarvetta, muutoin elintapaohjauksella ei koettu olevan vaikutusta terveyspalvelujen käyttöön:

”Nivelrikko on helpottanut, olen jättänyt kipulääkkeet pois. Saan nukuttua yöt ilman kipulääkettä.”

13.4 Kokemukset projektista

Projekti koettiin positiiviseksi, monipuoliseksi ja tarpeelliseksi. Sitä pidettiin kokonaisuudessaan hyvänä ja antoisana, eikä siitä haluttu sanoa mitään negatiivista:

”Projekti on ollut täydellinen, en osaa sanoa mitään negatiivista.”

Kokemusten lisäksi ryhmästä haastatteluissa nousi esiin kehittämisehdotuksia. Entistä houkuttelevampaa markkinointia ja ohjaajien lahjojen laajempaa hyödyntämistä suositeltiin. Eläkeläisille mahdollisuutta erilaisiin mittauksiin ja miesten ryhmää ehdotettiin. Kaikkein eniten projektilta toivottiin jatkuvuutta. Lisää kehitysehdotuksia on nähtävissä liitteessä 6:

”Toivoisin vielä jatkuvuutta omalla ryhmällä.”

14 YHTEENVETO TUTKIMUSTULOKSISTA

14.1 Taustatekijöiden koettu vaikutus elintapamuutoksen toteutumiseen

Fyysisistä taustatekijöistä löytyi sekä elintapamuutosta tukevia, että sitä hankaloittavia tekijöitä. Ikä toi käsiteltävät asiat itselle tärkeiksi ja ajankohtaisiksi, toisaalta se vaikutti negatiivisesti jaksamiseen, kuten myös uniongelmat ja väsymys. Osallistujan koulutus vaikutti tiedon vastaanotto- ja käsittelykykyyn. Hyvä fyysinen kunto oli elintapamuutosta helpottava tekijä, kun taas huono terveydentila hankaloitti elintapamuutosta. Sairauksista oli haittaa elintapamuutosta toteutettaessa, mutta vastapainoksi muutoksen koettiin helpottavan sairauksien oireita. Muutoksen toteutumista helpotti, jos liikkuminen ja hyötyliikunta kuuluivat tapoihin entuudestaan.

Myös psyykkisissä taustatekijöissä oli muutokselle sekä hyödyllisiä, että haitallisia seikkoja. Omista mieltymyksistä oli haittaa tunnesyömisen muodossa, kun taas muuten kiinnostus ravintoasioihin helpotti muutosta. Liikunnan kokeminen positiiviseksi tai negatiiviseksi vaikutti samalla tavoin elintapamuutokseen. Luonteenpiirteistä helposti innostuva ja uudesta kiinnostuva tukivat elintapamuutosta. Elintapamuutoksen kuitenkin todettiin vaativan aikaa ja säännöllisyyttä toteutuakseen.

Vaikka elintapamuutosta edisti sosiaalinen avoimuus ja aktiivisuus, tarjosi projekti muillekin sopivan tilaisuuden sosiaaliseen kanssakäymiseen ja oli heille antoisa. Projektiin osallistuminen koettiin enimmäkseen helpoksi ja muutoksen toteutuminen riippui omasta tahdosta. Elämäntilanne ja taloudelliset seikat vaikeuttivat joidenkin osallistumista.

Projektista löydettiin keinoja ja voimavaroja elintapamuutoksen toteuttamiseksi. Voimaantumista saatiin etenkin ryhmästä. Motivaation lähteinä toimivat muun muassa elämäntilanne, käsiteltyjen asioiden omakohtaisuus ja projektin sisältö yleensä. Ryhmän lisäksi ohjaajalla oli suurta vaikutusta motivaatioon.

14.2 Ohjauskeinojen koettu vaikutus elintapamuutoksen toteutumiseen

Ohjauksen koettiin lähtevän omista tarpeista ja päätösvalta elämäntapamuutoksesta koettiin olevan itsellä. Osalle haastateltavista muutossuunnitelman laatimisella ei ollut merkitystä elintapamuutoksen toteutumisen kannalta. Toiset kokivat sen ja tavoittei-

den asettamisen hyvänä muistutuksena sovitusta. Tavoitteet koettiin realistisiksi ja omakohtaisiksi. Osa koki myös tavoitteiden arvioinnin ja seurannan merkityksellisiksi tavoitteiden saavuttamisen kannalta. Omaseuranta kannusti joitakin tavoitteisiin pääsyssä.

Saadut elintapa- ja hoito-ohjeet auttoivat ymmärtämään itsestä huolehtimisen tärkeyden, sitoutumaan muutokseen ja löytämään keinot siihen. Joillekin ne olivat entisen tiedon kertausta, osa ei kokenut niillä olevan suurta merkitystä. Ohjaussuhteessa oli läsnä luottamuksellisuus, välittäminen ja vastavuoroisuus. Ohjaajista pidettiin ja ohjaajan tuki ja tapaamiset koettiin tärkeiksi. Myös ryhmätapaamiset koettiin tärkeiksi elintapamuutoksen kannalta, niiden ilmapiiri oli luottamuksellinen ja avoin. Ryhmästä saatiin etenkin vertaistukea, motivaatiota ja voimaantumista. Vertaistuen merkitys tulee ilmi useasti haastattelujen kuluessa.

Projektin luento- ja tapaamisten asiasisältöä pidettiin merkityksellisenä elintapamuutoksen kannalta. Luennoitsijoita pidettiin asiantuntevina ja aiheita kiinnostavina. Ne auttoivat muistisairauden ja -saraan ymmärtämisessä ja elintapojen vaikutuksen ymmärtämisessä. Projekti koettiin kokonaisuudessaan hyväksi.

14.3 Koetut muutokset terveydentilassa

Monet kokivat, ettei elintapamuutoksen myötä terveydentilassa ollut tapahtunut muutoksia, mutta asenteissa koettiin positiivinen muutos. Jollakin sairauden oireet olivat selkeästi helpottaneet ja lääkityksen tarve vähentynyt. Enimmäkseen asetetut tavoitteet saavutettiin ja muutokseen oltiin tyytyväisiä, vaikkei tavoitteisiin oltu päästykään. Elintapamuutoksen vaikutuksiksi koettiin kunnon paraneminen tai säilyminen, positiivisuus, asioiden selkiintyminen ja tiedostaminen. Terveyspalvelujen käytössä ei haastateltavilla juurikaan ollut tapahtunut muutoksia, eikä näin ollen elintapamuutoksella ollut suurta vaikutusta siihen.

14.4 Kokemukset projektista

Kokonaisuutena projekti koettiin hyväksi. Sitä pidettiin tarpeellisena, monipuolisena ja positiivisena, eikä siitä haluttu sanoa mitään negatiivista. Kehitysehdotuksissa useita mainintoja sai toive jatkuvuudesta.

15 POHDINTA

15.1 Tulosten tarkastelu

Taustatekijöiden koettu vaikutus elintapamuutoksen toteutumiseen

Elintapamuutoksen taustalla vaikuttavat jokaisen osallistujan omakohtaiset taustatekijät. Onnistuneessa elintapaohjauksessa ja -muutoksessa nämä tekijät on otettu huomioon. (Kääriäinen & Kyngäs 2006.) Kuten olettaa saattaa, olivat myös Terveyskeskustelut-projektiin osallistuneiden taustatekijät moninaisia. Osallistujien taustalta löytyi niin fyysisiä-, psyykkisiä-, sosiaalisia- kuin ympäristötekijöitäkin, jotka vaikuttivat elintapamuutoksen ohjaukseen ja onnistumiseen joko myönteisesti tai kielteisesti.

Opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi, että fyysisistä taustatekijöistä pääasiallisesti ikä, koulutus ja terveydentila toivat elintapamuutokseen sekä haasteita että etuja. Vaikka fyysiset taustatekijät vaikuttavat niin kykyyn vastaanottaa ohjausta kuin itse ohjauksen sisältöönkin, ei niiden varsinaisesti mainittu estäneen ohjauksen vastaanottamista (Kääriäinen & Kyngäs 2006). Usealla haastateltavalla oli terveydentilassaan tekijöitä, jotka toisinaan tai jatkuvasti vaikuttivat ohjauksen vastaanottamiseen. Moni kuitenkin toteutti muutostaan omien keinojensa löydyttyä iästä, kivuista, uniongelmistä ja perussairauksista huolimatta.

Psyykkisillä taustatekijöillä on vaikutuksensa siihen, miten ohjaukseen suhtaudutaan sekä siihen miten ohjaus tehoaa ohjattavaan. Omia terveysuskomuksia ei koettu ristiriitaisiksi projektin sisällön kanssa, joten ohjaukseen suhtautumisen voi olettaa olleen avointa. Kaikki osallistujat eivät pyrkimyksistään huolimatta pystyneet hillitsemään mieltymyksiään, joka hankaloitti elintapamuutoksen onnistumista vähentämällä annettun ohjauksen tehoa. Toisten mieltymykset liikunnan ja ravinnon parista taas lisäsivät sitä. (Kyngäs ym. 2007, 33.) Projektille asetettujen ennako-odotusten koettiin täyttyneen. Tästä syystä voimmekin olettaa, että osallistujan sekä ohjaajan käsitykset ohjaustarpeesta eivät olleet ristiriidassa keskenään, joka omalta osaltaan edesauttoi muutoksen toteutumista. Osallistuneille tehtiin oppimistyylytisesti, joka elintapaohjauksessa on tarkoitettu tukemaan oikeiden ohjausmenetelmien valintaa. (Kääriäinen & Kyngäs 2006.) Tämä viittaa siihen, että psyykkiset tekijät huomioitiin asianmukaisesti ohjausta suunniteltaessa.

Kyngäksen ym. (2007, 35 - 36) mukaan sosiaaliset taustatekijät vaikuttavat osallistujan toimintatapaan. Käyttäytymisen ymmärtämiseksi ja ohjaustavoitteisiin pääsemiseksi tulisi myös ne ottaa huomioon. Moni osallistujista koki olevansa sosiaalisesti avoin ja avautui ryhmässä henkilökohtaisistakin asioista. Ryhmä antoikin kanavan purkaa mieltä painavia asioita. Sosiaalisen avoimuuden koettiin myös edesauttavan elintapamuutosta. Vaikka kaikki eivät itseään erityisen sosiaalisina pitäneetkään, ei sen koettu olevan esteenä elintapamuutoksen toteuttamiselle. Tukea saatiin tarvittaessa niin perheeltä kuin ystäviltäkin. Erkinjuntin ym. (2009) mukaan läheisiltä saatu tuki onkin hyvin merkittävää elintapamuutoksen onnistumisen kannalta. Haastatteluista saadun tiedon perusteella, sosiaaliset tekijät edesauttoivat elintapamuutoksen toteuttamista.

Kyngäs ym. (2007, 36 - 37) korostavat myös ympäristötekijöiden merkitystä ohjaustilanteen tukena. Vaikka tapaamisympäristöissä hieman parantamisen varaa osan mielestä olikin, ei sitä koettu liian häiritseväksi tekijäksi. Suurin osa piti tapaamisympäristöjä sekä tapaamisten ilmapiiriä viihtyisinä, joka viittaa siihen, että myös ympäristötekijät ovat tukeneet ohjaustilannetta ja tätä kautta osallistujien onnistumista. Omassa henkilökohtaisessa, projektin ulkopuolisessa ympäristössä osallistujilla oli kokemuksensa mukaan mahdollisuus vaivatta toteuttaa elintapamuutostaan.

Elintapamuutokseen motivoivien tekijöiden kirjo oli laaja. Esimerkiksi monen elämäntilanne oli projektiin osallistumiselle sopiva ja tästä syystä antoi motivaatiota. Juuri muutosvalmiuden tilanne- ja aikasidonaisuudesta johtuen voi motivaatio muuttua nopeastikin (Kyngäs ym. 2007, 32). Haastatteluissa kävi ilmi, että osan motivaatiossa oli tapahtunut vaihtelua tai se oli hiipunut. Syyt löytyivät elämäntilanteesta tai projektin toteutuksessa tapahtuneista muutoksista. Turku (2007, 87 - 88) onkin todennut motivaation olevan elintapamuutoksen suurin haaste. Haastatteluissa esiin nousi niin sisäisiä kuin ulkoisiakin motivaatiotekijöitä. Usealla tekijät olivat ulkoisia, joita yleensä esiintyy muutosprosessin alkuvaiheessa. Näiden merkitys on kuitenkin tärkeä, sillä ne ovat merkittävä osa sisäisen motivaation syntyä, joka on yleensä henkilöillä, joilla elintapamuutos on jo pysyvää. (Korkiakangas ym. 2010, 48 - 50.) Koska päätösvalta omista keinoista säilyi jokaisella itsellään, luotiin projektin tiimoilta otollinen ilmapiiri motivaation synnylle. Motivoivaa ilmapiiriä tuki myös kokemus vallitsevasta luottamuksellisuudesta. (Turku 2007, 41 - 43.) Ryhmätapaamiset olivat merkittävä motivaation ja voimaantumisen lähde. Kyngäksen ym. (2007, 104 - 107) mukaan

ryhmän voimaannuttava vaikutus voi tukea jaksamista sekä tavoitteiden saavuttamista. Osa haastatelluista kuitenkin koki juuri jaksamisen haastavaksi onnistumisen kannalta.

Ohjauskeinojen koettu vaikutus elintapamuutoksen toteutumiseen

Kyngäksen ym. (2007, 74, 79, 84 - 85) mukaan ohjaus on tehokkainta silloin kun se toteutetaan yksilöllisesti, osallistujan taustatekijät huomioonottaen. Onnistumista tukevatkin osallistujien kokemukset siitä, että ohjauksen lähtökohdat olivat juuri heidän omissa tarpeissaan sekä se, että heillä oli päätösvalta omista keinoista muutoksen toteuttamisessa. Muutoksen tukemiseksi taustatekijät kartoitettiin ja henkilökohtainen muutossuunnitelma laadittiin (ks. Tartu toimeen, ehkäise diabetes 2011, 33). Vaikka henkilökohtaisen muutossuunnitelman laatiminen on mitä yksilöllisintä ohjausta, kaikki eivät kokeneet sitä hyödylliseksi. Tämä muistuttaakin taustatekijöiden vaikutuksesta ohjauksen onnistumiseen. Tavoitteet elintapamuutokselle asetettiin ja niissä näkyi Kyngäksen ym. (2007, 77 - 78) asettamia hyvien tavoitteiden tunnusmerkkejä kuten realistisuus ja omakohtaisuus. Absetz (2009, 16 - 17) toteaaakin, että yksilön onnistumisen kannalta on tärkeää, että elintapamuutoksen keinot ovat osallistujalle oikeita, muodoltaan konkreettisia sekä niiden käyttö on suunniteltua. Ohjaussuhde koettiin luottamukselliseksi, jonka syntyä vahvisti kokemus kuulluksi tulemisesta (ks. Turku 2007, 65). Edellä mainitut seikat osoittavat sen, että yksilöllistä muutosta on projektissa tuettu onnistuneesti tarjoamalla oikeat välineet elintapamuutoksen onnistumiseen. Taustatekijöiden hallinta on kuitenkin ohjaajan ulottumattomissa.

On yleistä, että elintapaohjausryhmissä ryhmäytyminen ja sitoutuminen tapahtuu nopeasti, kuten myös tutkimuksemme kohteena olevassa projektissakin kävi. Innokkuus ryhmätoimintaan ei kuitenkaan merkitse sitä, että itse muutokseen olisi sitouduttu. (Turku 2007, 89 - 90.) Vaikka moni viihtyi ryhmässä, sai ystäviä ja koki ilmapiirin hyväksi, emme siis voi pelkästään näillä perusteilla pitää varmana heidän sitoutumistaan itse elintapamuutokseen. Esimerkiksi haastatteluissa esiin noussut kokemus siitä, että henkilökohtaisten asioiden läpikäyminen vei tilaa muistiterveyteen liittyviltä aisoilta, kuvastaa juuri sitä, että ryhmässä käsitellään myös asioita, jotka eivät välttämättä edesauta elintapamuutoksen toteutumista. Tässä tilanteessa ohjaajan tehtävä onkin pitää keskustelu aisoissa, jota tukeekin Turun (2007, 89 - 90) mainitsema ajatus siitä, että ryhmän tarkoitus on hyvä tuoda esiin jo toiminnan alussa. Ryhmien toimivuudesta kertoo se, että osallistujat kokivat tullessaan kuulluiksi yksilöinä sekä pitivät tapaami-

sia luottamuksellisina (ks. Kyngäs ym. 2007, 104 - 107). Ryhmätoiminnan voi olettaa olleen hyödyllistä, sillä Kyngäksen ym. (2007,106) esiin nostamat ryhmän parantavat elementit (mm. yleismaailmallisuus, yhteenkuuluvuus sekä minäkeskeisyyden ja avuttomuuden väheneminen) tulivat selkeästi esille vastauksissa. Ryhmän koolla on todettu olevan merkittävä vaikutus vuorovaikutukseen. Projektissa ryhmäkoko vaihteli 8 - 12 hengen välillä, joka kokonsa puolesta tuki jokaisen osallistujan motivoitumista ja vastuunottoa. Pieni ryhmäkoko edesauttoi myös ryhmän jäsenten huomioimista yksilöinä, joka taas motivoi henkilökohtaiseen työskentelyyn ja vastuunottoon. (Turku 2007, 89 - 90.) Ryhmistä saatiin motivaation lisäksi myös voimaantumista ja vertaistukea.

Kokemukset saadusta tiedosta ja tuesta ovat merkittävässä asemassa, kun vaikuttavuutta tutkitaan yksilönäkökulmasta (Engeström ym. 2008, 21). Projektin kautta saatua, niin suullista kuin kirjallistakin tietoa pidettiin merkityksellisenä elintapamuutoksen kannalta. Etenkin luentoja arvostettiin korkealle juuri asiantuntevien luennoitsijoiden sekä sisällön vuoksi. Tukea saatiin ohjaajalta, vertaistukea ryhmästä. Haastateltavia tuettiin kohti tavoitteitaan huomioimalla heidät yksilöinä, kartoittamalla heidän tarpeensa ja motivoimalla heitä (ks. Pekkari 2009, 165 - 179).

Koska osallistujat kokivat niin ohjaussuhteessa kuin ryhmässäkin vallitsevan ilmapiirin luottamukselliseksi, he kokivat tullessa kuulluiksi ja he saivat projektin aikana palautetta, vahvistaa se käsitystä siitä, että vuorovaikutus oli projektin aikana toimivaa (Kääriäinen & Kyngäs 2006). Edellä mainitut seikat puhuvat myös sen puolesta, ettei vuorovaikutus ollut asiantuntijakeskeistä, vaan ohjaajan ja osallistujien väliseen dialogiin perustuvaa. Koska myös ilmapiiri tapaamisissa oli hyvä sekä keskusteluun osallistuminen aktiivista, voidaan todeta, että projektissa ei ilmennyt muutosprosessia estäviä vuorovaikutustekijöitä. (Määttä 1999, 95.)

Arviointi on tärkeää, koska muutokset monesti hiipuvat juuri sen puutteeseen (Absetz 2009,17). Elintapamuutoksen ylläpitoa tuettiin seuraamalla tavoitteiden saavuttamista sekä arvioimalla ohjausta (Kyngäs ym. 2007, 45). Vaikuttavuustutkimuksen lähtökohtana pidetään sitä, vastaako lopullinen vaikuttavuus asetettuja tavoitteita (Engeström ym. 2008, 21). Osa osallistujista koki saavuttaneensa tavoitteet, osa ei. Engeströmin ym. (2008, 21) mukaan toteutuneet vaikutukset eroavat kuitenkin todellisuudessa huomattavasti asetetuista tavoitteista. Tässäkin tapauksessa taustatekijät vaikut-

tavat prosessin kulkuun. Voimme siis todeta, että vaikka ohjauskeinoja olisikin käytetty kaikkien sääntöjen mukaisesti, se ei ainoastaan takaa tavoitteisiin pääsyä. Tästä syystä emme voi pelkästään tavoitteisiin pääsemisellä tai pääsemättömyydellä mitata ohjauskeinojen vaikuttavuutta elintapamuutoksen toteutumiseen.

Koetut muutokset terveydentilassa

Koska osallistujat kokivat terveydentilansa joko pysyneen samana tai parantuneen voimme olettaa, että projektilla on ollut myös yhteisönäkökulman kannalta enemmän positiivinen kuin negatiivinen vaikutus. Terveyspalvelujen käyttö oli vähäistä jo ennen projektia, eikä siinä tapahtunut muutosta. Täten vaikutusmahdollisuudet tällä saralla olivat jo lähtökohtaisesti hyvin pienet.

Yhteenveto

Yhteenvetona voimme todeta, että elintapamuutokseen voidaan vaikuttaa tietyin ennalta suunnitelluin ohjauskeinoin. Henkilökohtaisten taustatekijöiden vaikutus muutoksen toteutumiseen on kuitenkin suuri ja näiden hallinta monesti ohjaajan ulottumattomissa. Ohjauskeinoin voidaan kuitenkin herätellä ja säilyttää ohjattavan motivaatio käsiteltyyn aiheeseen ja muutoksen toteuttamiseen. Sitä, onko projekti varsinaisesti ehkäissyt muistisairauksien syntyä tai siirtänyt niiden puhkeamista myöhempään, on vaikea sanoa, koska tulokset näkyvät vasta pitkällä aikavälillä. Jokainen kuitenkin toteuttaa muutostaan omassa arjessa niin tapaamisten ulkopuolella kuin projektin jälkeenkin. Olennaista onkin se, miten muutokset elintavoissa saadaan säilymään myös projektin loputtua. Tulosten perusteella voimme kuitenkin olettaa, että projektin myötä jokaiselle osallistujalle on tarjottu hyvät lähtökohdat sille, että näin tulee tapahtumaan. Toiminnan voidaan siis todeta olleen muistiterveyttä edistävää.

Vaikuttavuustutkimuksessa oleellisia seikkoja ovat yksilönäkökulmasta kokemus asetettuihin tavoitteisiin pääsemisestä sekä saadusta tiedosta ja tuesta. Tavoitteisiin kaikki eivät päässeet, mutta kuten Engeström ym. (2008, 21) toteavatkin on yleistä, että toteutuneet vaikutukset eroavat huomattavasti asetetuista tavoitteista. Näin ollen, pelkästään tavoitteisiin pääsemisellä tai pääsemättömyydellä emme voi päätellä, onko ohjauksella ollut vaikutusta elintapamuutokseen vai ei. Projektin kautta saatu tieto oli osallistujien mielestä monipuolista, ja sen koettiin olleen merkittävää myös elintapamuutoksen kannalta. Ohjaajalta saatua tukea arvostettiin ja sitä saatiin aina tarvittaes-

sa. Myös projektin kautta saatu vertaistuki oli monelle tärkeää. Kokemukset tiedon- saannista ja tuesta siis tukevat käsitystä projektin vaikuttavuudesta osallistujien elinta- pamuutokseen. Yhteisönäkökulmasta tarkasteltuna osalla terveydentila koheni, osalla se pysyi samana. Terveyspalvelujen käyttö oli jo lähtökohtaisesti vähäistä ja se ei li- sääntynyt yhdelläkään projektin aikana. Yhteisönäkökulmasta projektin vaikutus elin- tapamuutokseen on siis ollut enemmän positiivinen kuin negatiivinen.

15.2 Tutkimuksen luotettavuus

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa on tarkat mittarit, joilla sen luotettavuutta eli relia- biliteettia voidaan tutkia. Laadullisessa tutkimuksessa näiden sijasta korostuu tutki- musprosessin tarkka kuvaaminen ja systemaattisuus. (Ruusuvaori, Nikander & Hyvä- rinen 2010, 27.)

Teemahaastattelun luotettavuuden lähtökohtana on laadukas haastatteluaineiston ke- ruu. Tämän mahdollistaa huolellinen haastattelurungon laatiminen, haastattelijan hyvä valmistautuminen tilanteeseen ja nauhoitusvälineistön toimivuuden ja kuuluvuuden varmistaminen. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 184 - 185.)

Tutkimuksen toteutuksen tarkka kuvaus lisää laadullisen tutkimuksen luotettavuutta. Haastattelun olosuhteet, joissa aineisto on kerätty, tulee kertoa tarkasti ja totuudenmu- kaisesti, samoin kuin aineiston luokittelun perusteet. Tulosten tulkinta tulee olla perus- teltua ja lukijan auttamiseksi mielellään suorin haastatteluottein tai muin autenttein do- kumentein höystettyä. (Hirsjärvi ym. 2010, 232 - 233.)

Haastattelussa ongelmaksi voi muodostua haastateltavan vastausten laajuus. Koska halutaan informaatiota rajatuista aiheista, voi haastattelijä lisäkysymysten avulla ohja- ta haastattelua pysymään sovitussa teemoissa. Haastateltavalla on kuitenkin vapaus valita, mitä hän kertoo, mitä ei. (Mäkinen 2006, 96.) Tässä haastattelussa haastatelta- via kuunneltiin sallivasti ja he puhuivat avoimesti. Haastatteluissa tuli esiin asioita, joita ei olisi tutkimuksen kannalta tarvittu, mutta koska näiden asioiden kertominen oli haastateltaville tärkeää, kuunneltiin heitä sallivasti. Haastatteluissa kului näin hieman enemmän aikaa, mutta koska haastattelujen ilmapiiri oli salliva, voidaan vastausten olettaa olevan avoimia ja rehellisiä. Lisäkysymyksillä kuitenkin varmistettiin, että saa- tiin vastaus kaikkeen, mitä haluttiin tietää. Haastattelujen kulusta on kerrottu tarkem- min kohdassa 12.5 haastatteluaineiston keruu.

Aineiston litterointi ja luokittelu tulee myös tehdä tarkkuudella. Koska haastatteluaineiston käsittely oli jaettu tutkijoiden kesken, molemmat tutkijat kuuntelivat ensin saman aineiston ja poimivat siitä teemoihin kuuluvan materiaalin. Näin saatuja aineistoja vertailtiin, jotta nähtiin, että molemmat poimivat haastatteluista samoja asioita. Aineiston poimimisen jälkeen se tarkastettiin vielä kuuntelemalla nauhat uudelleen. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 184 - 185.) Aineiston ryhmittely ja pelkistäminen tehtiin yhteistyönä.

15.1 Tutkimuksen eettisyys

Eettiset kysymykset kulkevat mukana koko tutkimusprosessin ajan. Ne tulee huomioida mietittäessä tutkimuksen tarkoitusta, suunniteltaessa tutkimusta, tutkimustilanteessa sekä tutkimuksen tuloksia purettaessa, analysoitaessa ja raportoitaessa. Tärkeitä eettisiä periaatteita ihmisiin kohdistuvissa tutkimuksissa ovat informointiin perustuva suostumus, yksityisyys, luottamuksellisuus ja seuraukset. (Hirsjärvi & Hurme 2011, 19 - 20.)

Haastatteluun osallistuminen oli vapaaehtoista ja siitä oli mahdollisuus kieltäytyä tai lupa keskeyttää, vaikka olisi alun perin suostunutkin haastateltavaksi. Haastattelun nauhoittamiseen pyydettiin lupa haastateltavilta ja heille selitettiin nauhoituksen syy, käyttö, säilytys ja hävittäminen. Heille selvitettiin, kuinka heidän anonymiteettinsä säilytetään. (ks. Mäkinen 2006, 94 - 95.) Haastateltaville kerrottiin myös, milloin tutkimuksen tuloksia on odotettavissa ja miten heillä on mahdollisuus tutustua niihin.

Tutkimus on toteutettu noudattaen Tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimaa ohjeistusta hyvästä tieteellisestä käytännöstä. Tähän kuuluu muun muassa tiedeyhteisön tunnustamien toimintatapojen noudattaminen, eli yleinen huolellisuus ja tarkkuus sekä rehellisyys tutkimusta tehtäessä, tuloksia tallennettaessa ja esitettäessä. (ks. Mäkinen 2006, 172 - 174.)

16 KEHITTÄMISEHDOTUKSIA

Useat haastateltavat mainitsivat toivovansa jatkoa projektille. Joillekin tapaamiset olivat ainoa mahdollisuus sosiaaliseen kanssakäymiseen. Olisikin hienoa, jos ryhmäläisille tarjottaisiin mahdollisuus jatkaa tapaamisia.

Myös miehille voisi suunnata vastaavanlaisen projektin. Se olisi varmasti tarpeellinen, etenkin jos se mahdollistaisi erilaisiin terveydentilasta kertoviin seurantoihin, kuten verenpaineen ja verensokerin mittaukseen.

Jatkotutkimuksena olisi kiinnostavaa selvittää, mikä on projektiin osallistuneiden tilanne viiden vuoden kuluttua. Onko elintapamuutos edistynyt tai jäänyt pysyväksi ja millaisia pidempiaikaisia vaikutuksia sillä on? Kiintoisaa olisi myös tutkia, onko projektilla vaikutusta varsinaisesti muistisairauteen sairastumiseen.

LÄHTEET

Absetz, P. 2009. Elämäntapaohjausta voi tehostaa tavoitteellisella toimintamallilla. Tesso. Sosiaali- ja terveystieteiden aikakauslehti, 2/ 2009, s. 16 - 17.

Alzheimer's Disease International. 2009. World Alzheimer Report. Executive Summary. Saatavissa: <http://www.alz.co.uk/research/files/WorldAlzheimerReport-ExecutiveSummary.pdf> [viitattu 14.11.2014].

Asikainen, J. 2010. Varhaisen puuttumisen toteutuminen elintapaohjauksessa: Työmenetelmän arviointia ehkäistäessä tyypin 2 diabetesta. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto.

Engeström, Y., Kerosuo, H. & Kajamaa, A. 2008. Vaikuttavuuden arvioinnista seuraamusten tutkimukseen. Teoksessa: Mäkitalo, J., Turunen, J. & Vilkkumaa, I. (toim.) Vaikuttavuus muutoksessa. 1. painos. Verve: Oulu, s. 19 - 35.

Erkinjuntti, T. 2010. Muistioireiden ja -sairauksien mekanismit ja syyt. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. 1. painos. Helsinki: Duodecim, s. 73 - 75.

Erkinjuntti, T. & Pirttilä, T. 2010. Vaskulaarinen kognitiivinen heikentyminen. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. 1. painos. Helsinki: Duodecim, s. 142.

Eskelinen, M. 2014. The Effects of Midlife Diet on Late-Life Cognition: An Epidemiological Approach. Väitöskirja. Terveystieteiden tiedekunta. Itä-Suomen yliopisto.

Helldán, A., Helakorpi, S. & Uutela, A. 2013. Suomalaisen aikuisväestön terveystietoisuus ja terveys (AVTK -tutkimus), Kevät 2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavissa: www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110537/URN_ISBN_978-952-245-931-2.pdf?sequence=1 [viitattu 22.11.2013].

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2011. Tutkimushaastattelu - teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. 15.-16. painos. Helsinki: Tammi.

Hyytiäinen, S. 2010. Terveyttä edistäviä dialogi potilasohjauksessa. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto.

Härmä, H. & Dunderfelt- Lövegren, E. 2011. Työkäisen muisti. Teoksessa: Härmä, H. & Granö, S. (toim.) Työkäisen muisti ja muistisairaudet. 1. painos. Helsinki: WSOY, s. 16 - 51.

Härmä, H., Hänninen R. & Suhonen, J. 2011. Muisti kuormittuu ja kaipaa huoltoa. Teoksessa: Härmä, H. & Granö, S. (toim.) Työkäisen muisti ja muistisairaudet. 1. painos. Helsinki: WSOY, s. 52 - 107.

Ikonen, T. 2006. Tulppa-ohjelman prosessi ja tuloksellisuus. Sepelvaltimotautia sairastavien ja sepelvaltimotaudin riskissä olevien potilaiden ryhmäkuntoutusohjelma. Pro gradu -tutkielma. Saatavissa:

http://www.sydanliitto.fi/c/document_library/get_file?folderId=14457&name=DLFE-1299.pdf [viitattu 2.2.2014].

Juva, K. 2011. Työkäisten muistihäiriöt ja muistisairaudet. Teoksessa: Härmä, H. & Granö, S. (toim.) Työkäisen muisti ja muistisairaudet. 1. painos. Helsinki: WSOY, s. 108 - 155.

Kaukkila, V. & Lehtonen, E. 2007. Ryhmästä enemmän. Käsikirja ryhmänohjaajan taitoja tarvitsevalle. SMS-Tuotanto Oy.

Kettunen, T. 2001. Neuvontakeskustelu. Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysneuvonnassa. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Jyväskylän yliopisto.

Korkiakangas, E., Alahuhta, M. & Laitinen, J. 2010. Hyödyt ja haitat elintapamuutoksen puntarissa. Sairaanhoidaja -lehti, 5/2010, s. 48 - 50.

Korkiakangas, E., Alahuhta M. & Laitinen, J. 2011. Omaseuranta motivoi elintapamuutokseen. Sairaanhoidaja-lehti, 1/2011, s. 52 - 54.

Kouvolan seudun Muisti ry. Saatavissa: <http://kouvolanseudunmuisti.fi/index.php/etusivu> [viitattu 6.2.2014].

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K. Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY Oppimateriaalit Oy.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. Ohjaus - tuttu, mutta epäselvä käsite. Sairaanhoidajaliitto. Saatavissa: http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidajalehti/10_2006/muut_artikkelit/ohjaus-tuttu_mutta_epaselva_ka/. [viitattu 11.5.2014]

Köninki, T. 2011. Terveyskeskustelut edistävät keski-ikäisen naisen muistiterveyttä. Sairaanhoidaja -lehti, 2/2011, s. 18 - 19.

Laatikainen, T., Jula, A. & Salomaa, V. 2012. Verenpaine Suomessa - FINRISK - tutkimuksen tuloksia. Tutkimuksesta tiiviisti 2, marraskuu 2012. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Saatavissa: http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90883/TutkimuksestaTiiviisti2_verenpaine.pdf?sequence=1 [viitattu 2.2.2014].

Latvala, E. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2003. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: Sisällönanalyysi. Teoksessa: Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2., uudistettu painos. Helsinki WSOY. s. 21 - 43.

Lehtovirta, M. 2010. Perinnöllisyys ja geenitestit. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. 1. painos. Helsinki: Duodecim, s. 432 - 437.

Malmivirta, H. 2013. Muistin menestykseksi. Teoksessa: Virjonen, K. (toim.) Muistin ongelmat. Jyväskylä: PS-kustannus, s. 15 - 36.

Menossa olevat projektit. Kouvolan seudun Muisti ry. Saatavissa: <http://www.kouvolanseudunmuisti.fi/index.php/projekti/menossa-olevat-projektit> [viitattu 6.2.2014].

- Männistö, S., Laatikainen, T. & Vartiainen, E. 2012. Suomalaisten lihavuus ennen ja nyt. FINRISK. Tutkimuksesta tiiviisti 4, marraskuu 2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Saatavissa:
http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90885/TutkimuksestaTiiviisti4_lihavuus.pdf?sequence=1 [viitattu 3.2.2014].
- Pekkari, M. 2009. Tavoitteellinen ohjauskeskustelu. Helsinki: Tammi.
- Pietilä, A-M. 2010. Terveyden edistäminen. Teorioista toimintaan. Helsinki: WSOY Pro.
- Ruusuvuori, J., Nikander, P. & Hyvärinen, M. 2010. Haastattelun analyysin vaiheet. Teoksessa Ruusuvuori, J., Nikander, P. & Hyvärinen, M. (toim.) Haastattelun analyysi. Tampere: Vastapaino, s. 9 - 38.
- STM. 2011. Terveyden edistäminen. Saatavissa:
<http://www.stm.fi/hyvinvointi/terveydenedistaminen>. [viitattu 15.5.2014].
- Saarelainen, N. Sähköpostitiedoksianto 4.12.2013. Kotka: Kouvolan seudun Muisti ry.
- Saarelainen, N. Sähköpostitiedoksianto 6.11.2013. Kotka: Kouvolan seudun Muisti ry.
- Salmela, S. 2012. Elintapaohjauksen lähtökohtia korkeassa diabetesriskissä olevilla henkilöillä Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyn toimeenpanohankkeessa (D2D): Elintapaohjaus ennen D2D -hanketta, koettu ohjaustarve ja sovitut interventiomuodot. Väitöskirja. Liikuntatieteellinen tiedekunta. Jyväskylän yliopisto.
- Siitonen, J. 1999. Voimaantumisteorian perusteiden hahmottelua. Käsikirjoitus. Opettajankoulutuslaitos. Oulun yliopisto.
- Siitonen, J, 2007. Voimaantumisen viitekehys. Taustatueksi voimaantumisen mahdollistavan yhteisön kehittämiseen ja voimaantumisen prosessointiin omassa elämässä. Tiivistelmä. Saatavissa: <http://www.tyhjoverkosto.fi/materiaalit/seminaarit/siitonen.pdf> [viitattu 11.2.2014].

Soininen, H. & Kivipelto M. 2010. Muistisairauksien ennaltaehkäisy. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. 1. painos. Helsinki: Duodecim, s. 448 - 456.

Tanila, H., Jäkälä, P., Hänninen, T. & Ylinen, A. 2010. Kognitiivisten toimintojen neurobiologinen tausta. Teoksessa: Erkinjuntti, T., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistisairaudet. 1. painos. Helsinki: Duodecim, s. 56 - 72.

THL. 2014a. FINGER-tutkimushanke. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/hankkeet/finger [viitattu 2.2.2014].

THL. 2014b. Terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/kasvunkumppanitfi/tyon/periaatteet/terveyden_ja_hyvinvoinnin_edistaminen. [viitattu 15.5.14].

THL. 2014c. Mitä on eriarvoisuus. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavissa: http://www.thl.fi/fi_FI/web/kaventaja-fi/eriarvoisuus. [viitattu 15.5.2014].

Tolppanen, A.-M., Solomon, A., Kulmala, J., Kåreholt, I., Ngandu, T., Rusanen, M., Laatikainen, T., Soininen, H. & Kivipelto, M. 2014. Leisure-time physical activity from mid-to late life, body mass index, and risk of dementia. *Alzheimer's & Dementia* -lehti 1-10/2014.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 6., uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Turku, R. 2007. Muutosta tukemassa - valmentava elämäntapaohjaus. Helsinki: Edita.

Uusitalo, T. 2013. Muistisairauksien ennaltaehkäisy ja varhainen toteaminen. Teoksessa: Virjonen, K. (toim.) Muistin ongelmat. Jyväskylä: PS-kustannus, s. 37 - 56.

Varttinen, E., Helldán, A., & Virtanen, S. 2012. Kolesterolitaso ja tyydyttyneen rasvan saanti ovat nousseet. Tutkimuksesta tiiviisti 1, marraskuu 2012. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki. Saatavissa:

http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90882/TutkimuksestaTiiviisti1_Kolesteroli.pdf?sequence=1 [viitattu 2.2.2014].

Vilkka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

Voimavaralähtöiset terveyst keskustelut kymenlaaksolaisille 40 - 65-vuotiaille naisille vuosille 2011 - 2014. Esite. Kouvolan seudun Muisti ry. Saatavissa:

<http://kouvolanseudunmuisti.fi/linkkisivut/Esite%20verkkoon%2026.8.2011.pdf> [viitattu 6.2.2014].

WHO. 2012. Dementia: a public health priority. World Health Organization. Saatavissa:

http://www.alzheimer.ca/~media/Files/national/External/WHO_ADI_dementia_report_final.pdf [viitattu 14.11.2014].

Yhdistys. Kouvolan seudun Muisti ry. Saatavissa:

<http://kouvolanseudunmuisti.fi/index.php/yhdistys> [viitattu 6.2.2014].

Tekijä(t), lähde	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto / Otos	Menetelmä	Päätulokset
<p>Asikainen, J. 2010.</p> <p>Varhaisen puuttumisen toteutuminen elintapaohjauksessa: Työmenetelmän arviointia ehkäistäessä tyypin 2 diabetesta.</p> <p>Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto.</p>	<p>Hoitajien näkemysten ja kokemusten kuvaaminen varhaisesta puuttumisesta ehkäistäessä tyypin 2 diabetesta. Miten hoitajat kokevat diabetekseen tarkoitetun työmenetelmän (D2D -hoitopolku) käytettävyyttä omassa työssään.</p>	<p>11 Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueella olevan kuntayhtymän eri yksiköiden omahoitajaa.</p>	<p>Focus group -ryhmähaastattelu</p>	<p>Varhainen puuttuminen mahdollistaa diabeteksen ennaltaehkäisyyn, kun tunnistetaan varhaisen puuttumisen kehittämisen tarpeet sekä koulutus- että terveydenhuollon sektoreilla.</p>
<p>Eskelinen, M. 2014.</p> <p>The Effects of Midlife Diet on Late-Life Cognition: An Epidemiological Approach. Väitöskirja.</p> <p>Terveystieteiden tiedekunta. Itä-Suomen yliopisto.</p>	<p>Tavoitteena oli selvittää ruokavalion vaikutusta kognitiivisen heikentymisen ja dementiaan kehittämisessä.</p>	<p>CAIDE-tutkimukseen osallistujat olivat peräisin neljästä itsenäisestä väestöpohjaisesta satunnaisotoksesta; henkilöt oli tutkittu osana Pohjois-Karjala projektia ja FINMONICA-tutkimusta vuosina 1972, 1977, 1982 tai 1987, kun he olivat keskimäärin 50-vuotiaita (ikäjakauma 39-64 vuotta). Ruoankäyttötiedot kerättiin keski-ian käynnillä. CAIDE-tutkimuksen seurantakäynnille vuonna 1998 kutsuttiin 2000 henkilön satunnaisotos 65-79-vuotiaita Kuopion ja Joensuun alueella asuvia</p>	<p>Seurantatutkimus</p>	<p>Runsas tyydyttyneiden rasvahappojen saanti keski-ikässä lisää muistihäiriön riskiä myöhemmällä iällä. Terveellinen ruokavalio keski-ikässä on yhteydessä pienentyneeseen myöhäisiän dementiariskiin.</p>

		henkilöitä, ja yhteensä 1449 (73 %) heistä osallistui.		
<p>Helldán, A., Helakorpi, S., Uutela, A. 2013.</p> <p>Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys (AVTK - tutkimus), Kevät 2012.</p> <p>Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.</p>	<p>Työikäisten terveyskäyttäytymisen nykytilan sekä pitkän ja lyhyen aikavälin muutosten kartoittaminen. Tutkimuksessa keskitytään tupakointiin, ruokatottumuksiin, alkoholinkäyttöön ja liikuntaan.</p>	<p>Tutkimus on toteutettu vuosittain vuodesta 1978 alkaen. Kysely lähetettiin 5 000 henkilön satunnaisotokselle 15-64 -vuotiaita. Kyselyyn vastasi 2601 henkilöä (52%).</p>	<p>Kotiin lähetetty kyselylomake.</p>	<p>Tupakoinnin ja joidenkin ruokailutottumusten kehitys on ollut pitkällä aikavälillä myönteinen. Alkoholin ja ylipainon kehitykset taas eivät ole olleet myönteisiä. vAparian ajan liikunta on yleistynyt, mutta työmatkaliikunta on vähentynyt.</p>
<p>Hyytiäinen, S. 2010.</p> <p>Terveyttä edistäviä dialogi potilasohjauksessa. Pro gradu-tutkielma.</p> <p>Hoitotieteen laitos. Itä-Suomen yliopisto.</p>	<p>Terveyttä edistävän ohjauksen kuvaaminen.</p>	<p>Kymmenen hoitajaa sekä kymmenen potilasta terveyskeskuksen vastaanotolta, poliklinikalta, neuvoloista ja kouluterveydenhuollosta (neljä miestä, kuusi naista).</p>	<p>Ohjaustilanteen videointi ja potilaiden haastattelu (puolistrukturoitu teemahaastattelu).</p>	<p>Potilaiden mielestä muutosprosessia edistää potilaslähtöinen vuorovaikutus. Myös rehellisyys, luottamus ja toisen kunnioittaminen on koettu tärkeiksi. Muutosprosessia vaikeuttaa ohjaajan asiantuntijakeskeisyys sekä jännittänyt ja kiireinen ilmapiiri. Tutkimuksen perusteella potilaan omien voimavarojen tukeminen jäi vähäiseksi.</p>
<p>Ikonen T. 2006.</p> <p>Tulppa-ohjelman prosessi ja tuloksellisuus. Sepelvaltimotautia sairastavien ja sepelvaltimotaudin riskissä olevien potilaiden ryhmäkuntoutusohjelma. Pro gradu -tutkielma.</p> <p>Kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen</p>	<p>Tutkimus tukee ajatusta siitä, että perusterveydenhuollossa toteutettavalla, tehostetulla ja sekundaaripreventiota painottavalla ryhmäneuvonnalla voidaan saavuttaa muutoksia sepelvaltimotautipotilaiden riskitekijätasoissa.</p>	<p>543 kuntoutujaa, joista 88% sairasti sepelvaltimotautia. 54,8% osallistujista miehiä, 45,2% naisia. Keski-ikä 64 vuotta.</p>	<p>Seurantatutkimus</p>	<p>Tulppa-koulutuksella saavutettiin tilastollisesti ja sekundaaripreventiivisesti merkittäviä riskitekijämuutoksia sepelvaltimotautia sairastavien ja riskiryhmään kuuluvien verenpaineessa ja veren rasva-arvoissa.</p>

laitos. Kuopion yliopisto.				
Kettunen T. 2001. Neuvontakeskustelu. Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysneuvonnassa. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Jyväskylän yliopisto.	Sairaalassa tapahtuvan hoitajan ja potilaan välisen terveysneuvontakeskustelun kuvaaminen. Keskitytään potilaan osallistumisen kuvaamiseen, josta johdettujen johtopäätösten perusteella terveysneuvontaa voidaan kehittää.	38 potilasta sairaalan seitsemältä eri osastolta (24 naista ja 14 miestä).	38 videoitua ja litteroitua terveysneuvontatilannetta. Potilaiden ja hoitajien haastattelu.	Tutkimustulokset vahvistavat osittain jo aiempien tutkimusten tuloksia potilaan alistaiseen asemaan myöntymistä keskustelutilanteissa. Hoitajan ja potilaan yhteisen näkemyksen muodostaminen on hankalaa, sillä potilaan osallistumista edistävät vastavuoroiset keskustelut ovat suurimmaksi osaksi ainoastaan hetkittäisiä. Hoitajien kyvyssä havaita potilaiden kielellisiä vihjeitä löydettiin puutteita.
Laatikainen, T., Jula, A. & Salomaa, V. 2012. Verenpaine Suomessa - FINRISK -tutkimuksen tuloksia. Tutkimuksesta tiiviisti 2, marraskuu 2012. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.	Sydän- ja verisuonitautien ja muiden yleisimpien kansantautien riskitekijätasojen ja niiden muutosten seuraaminen.	FINRISK 2012 tutkimukseen otos oli 9905 henkilöä, joista 6424 (65%) osallistui tutkimukseen. Osallistujat olivat 25-64-vuotiaita.	Kotiin lähetetty kyselylomake. Terveystarkastus läheisessä terveyskeskuksessa.	Systolisen verenpaineen lasku on hidastunut ja diastolisen kääntynyt nousuun. Verenpaineen laskun hidastumisen osasyinä katsotaan olevan ylipainon lisääntyminen ja runsas alkoholin käyttö. Myös suolan saanti on hieman lisääntynyt, joka osaltaan vaikuttaa verenpaineen nousuun.
Männistö, S., Laatikainen, T. & Vartiainen, E. 2012. Suomalaisten lihavuus ennen ja nyt. FINRISK. Tutkimuksesta tiiviisti 4, marraskuu 2012. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.	Sydän- ja verisuonitautien ja muiden yleisimpien kansantautien riskitekijätasojen ja niiden muutosten seuraaminen.	FINRISK 2012 tutkimukseen otos oli 9905 henkilöä, joista 6424 (65%) osallistui tutkimukseen. Osallistujat olivat 25-64-vuotiaita.	Kotiin lähetetty kyselylomake. Terveystarkastus läheisessä terveyskeskuksessa.	Lihavuus on kansanterveydellinen ja taloudellinen ongelma. 2/3 miehistä ja 1/2 naisista on ylipainoisia. 30% suomalaisista on vyötärölihavioita. Muutoksia lihavuuden esiintymisessä ei ole tapahtunut viimeisen vuosikymmenen sisällä.

<p>Salmela, S. 2012.</p> <p>Elintapaohjauksen lähtökohtia korkeassa diabetesriskissä olevilla henkilöillä Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyn toimeenpanohankkeessa (D2D): Elintapaohjaus ennen D2D-hanketta, koettu ohjaustarve ja sovitut interventiomuodot.</p> <p>Väitöskirja. Liikuntatieteellinen tiedekunta. Jyväskylän yliopisto.</p>	<p>Tarkoitus oli D2D -hankkeen elintapaohjauksen lähtökohtien selvittäminen. Toisin sanoen selvitettiin tilannetta ennen elintapaohjausinterventioiden alkua. Korkeariskiset henkilöt raportoivat aiemmasta mahdollisesta elintapaohjauksesta ennen D2D-hanketta. He raportoivat myös kokemastaan tarpeesta elintapaohjaukseen sekä heidän ja terveysammattilaisen keskenään sopimasta interventiomuodosta.</p>	<p>Henkilöt, joilla on korkea tyypin 2 diabetesriski N= 10 149.</p>	<p>Neljä osatutkimusta: Lomakkeet osissa 1-3. - Interventiokäynti-lomakkeet - Esitieto- ja tiedonkeruulomakkeet</p> <p>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus osassa 4.</p>	<p>Jos osallistuja on jo aiemmin osallistunut ohjaukseen, uusi ohjaus voidaan rakentaa olemassa olevan tiedon päälle. (tarkista vielä s. 84). Sekundaaripreventiivisen näkökulman korostumista terveydenhuollossa osoittaa mahdollisesti se, että henkilöt, jotka jo sairastivat diabetesta tai dyslipidemiaa, raportoivat muita useammin jo saaneensa ohjausta. Juuri korkean riskin henkilöihin, jotka kokevat tarvitsevansa ohjausta, tukea ja lisätietoa, tulisi kohdistaa ohjattuja ja omatoimisia interventioita. Kaikki korkean riskin henkilöt eivät kaipaa ohjausta. Korkeariskisistä osa suosii omatoimista elintapainterventiota. Korkean riskin henkilöistä jotkut saattavat jäädä niin omatoimisen kuin ohjatunkin intervention ulkopuolelle. Sosiaalinen paine saattaa ajaa korkean riskin henkilön osallistumaan ohjattuun tai omatoimiseen interventioon.</p>
<p>Tolppanen, A-M., Solomon, A., Kulmala, J., Kåreholt, I., Ngandu, T., Rusanen, M., Laatikainen, T., Soininen, H. & Kivipelto, M. 2014.</p> <p>Leisure-time physical activity from mid-to late life, body mass index, and</p>	<p>Selvittää keski- ja myöhäisiän vapaa-ajan liikunnan ja dementian yhteyttä ja painoindeksiin, sukupuolen ja ApoE-ε4-alleelin vaikutusta.</p>	<p>CAIDE-tutkimuksen osallistujat poimittiin satunnaisesti Pohjois-Karjala projektin ja FINMONICA-tutkimuksen väestöotoksiin vuosina 1972, 1977, 1982 tai 1987 osallistuneista, tuolloin noin 50-vuotiaista henkilöistä. Tässä liikuntatutkimuksessa oli mukana 1432 Kuopion ja Joensuun alueella asuvaa</p>	<p>Seurantatutkimus.</p>	<p>Keski-iässä vähän liikuntaa harrastavat sairastuivat todennäköisemmin dementiaan kuin ne, jotka lisäsivät tai ylläpitivät liikuntaa ikääntyessään. Tämä korostui ylipainoisten kohdalla.</p>

<p>risk of dementia.</p> <p>Neurologian yksikkö. Itä-Suomen yliopisto.</p>		<p>henkilöä, jotka osallistuivat tutkimuksen seurantakäynneille vuosina 1998 ja 2005-2008. Eloönjäämis- ja osallistumisharhan korjaamiseksi tutkimus toteutettiin myös siinä 3242 kuopiolaisen ja joensuulaisen henkilön joukossa joka oli mukana Pohjois-Karjala projektin ja FINMONICA-tutkimuksen väestötöksissä.</p>		
<p>Varttinen, E., Helldán, A., & Virtanen, S. 2012.</p> <p>Kolesterolitase ja tyydyttyneen rasvan saanti ovat nousseet. Tutkimuksesta tiiviisti 1, marraskuu 2012. Osa FINRISK -2012 tutkimusta.</p> <p>Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.</p>	<p>Sydän- ja verisuonitautien ja muiden yleisimpien kansantautien riskitekijätasojen ja niiden muutosten seuraaminen.</p>	<p>FINRISK 2012 tutkimukseen otos oli 9905 henkilöä, joista 6424 (65%) osallistui tutkimukseen. Osallistujat olivat 25-64-vuotiaita.</p>	<p>Kotiin lähetetty kyselylomake. Terveystarkastus läheisessä terveyskeskuksessa.</p>	<p>Kolesterolitase on laskenut vuoteen 2007 saakka, jonka jälkeen se on kääntynyt nousuun ja on tutkimuksen mukaan sekä miehillä että naisilla yli viitearvon. Tyydyttyneen rasvan saannin lisääntyminen vuodesta 2007 vuoteen 2012 selittää kolesterolitasen nousua.</p>

TEEMALUETTELO

TAUSTATEKIJÖIDEN VAIKUTUS ELINTAPAMUUTOKSEEN

Fyysiset tekijät

- ikä
- koulutus
- terveydentila
- sairauden tyyppi (kesto, laatu ja vaikutus)
- muu? mikä?

Psyykkiset tekijät

- terveysuskomukset
- mieltymykset
- odotukset ja tarpeet ohjaukseen liittyen
- oppimistyylit
- muu? mikä?

Motivaatio

- elämäntilanteen vaikutus
- ohjauksen sisällön / ohjaajan vaikutus
- motivoiva ilmapiiri
- ulkoiset ja sisäiset motivaatiotekijät
- mikä muu motivoi?

Voimaantuminen

- omien keinojen ja voimavarojen tunnistaminen pyrkimyksessä kohti muutosta

Sosiaaliset tekijät

- sosiaalisuus
- tukiverkosto
- muu? mikä?

Ympäristötekijät

- fyysinen ympäristö

- psyykkinen ympäristö
- sosiaalinen ympäristö
- ympäristötekijät omassa arjessa
- muu? mikä?

OHJAUSKEINOJEN VAIKUTUS ELINTAPAMUUTOKSEEN

Yksilöohjaus ja toiminnan suunnittelu

- asiakkaan tarpeista lähtevä ohjaus
- taustatekijöiden kartoitus
- yksilöllinen muutossuunnitelma
- tavoitteiden asettaminen
- päätösvalta omista keinoista
- hoito- ja elintapaohjeiden saaminen
- luottamuksellinen ohjaussuhde
- muu? mikä?

Ryhmäohjaus

- vuorovaikutus, ryhmädynamiikka, ryhmän parantavat elementit
- voimaantuminen ja motivaatio
- yksilönä kuulluksi tuleminen
- muu? mikä?

Saatu tieto

- suullinen ohjaus
- kirjallinen materiaali
- muu? mikä?

Saatu tuki

- ohjaus
- tuki motivaatioon, aktiivisuuteen ja osallistumiseen
- vertaistuki
- muu? mikä?

Vuorovaikutus

- kuulluksi tuleminen
- palautteen saaminen
- aktiivinen keskusteluun osallistuminen
- rehellisyys, luottamus ja toisen kunnioittaminen
- ilmapiiri

Arviointi ja seuranta

- asetetut tavoitteet
- omaseuranta
- ohjauksen arviointi

OHJAUKSEN VAIKUTUKSET TERVEYDENTILAAN

Koettu terveydentila

- ennen projektia ja projektin jälkeen
- muutoksen vastaavuus asetettuihin tavoitteisiin
- elintapaohjauksen koettu vaikutus

Terveyspalvelujen käyttö

- ennen projektia ja projektin jälkeen
- elintapaohjauksen koettu vaikutus

KOKEMUKSET PROJEKTISTA