

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Terveyden edistämisen koulutusohjelma / Ylempi ammattikorkeakoulututkinto

Tiina Köninki

MUISTITERVEYDEN RISKI- JA SUOJATEKIJÄT SEKÄ AIHEESEEN LIITTY-
VÄ TIEDONSAANTI KESKI-ikäisillä naisilla

Opinnäytetyö 2010

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Terveyden edistämisen koulutusohjelma

KÖNINKI, TIINA

Muistiterveyden riski- ja suojatekijät sekä aiheeseen liittyvä tiedonsaanti keski-ikäisillä naisilla

Opinnäytetyö

91 sivua + 34 liitesivua

Työn ohjaajat

Yliopettaja Marja-Leena Kauronen

Toukokuu 2010

Avainsanat

keski-ikä, muistiterveyden edistäminen, riskitekijä, suojatekijä, transteoreettinen muutosvaihemalli, tiedonsaanti

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata keski-ikäisten naisten muistiterveyden riski- ja suojatekijöitä sekä tiedonsaantia. Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeella ja haastattelemalla (n = 8) 40–44-vuotiaita naisia, joilla ei ollut työterveyshuollon palveluita käytössään. Määrällinen aineisto käsiteltiin Excel-taulukko-ohjelmalla ja laadullinen analysoitiin induktiivis-deduktiivisella sisällönanalyysillä.

Tulosten mukaan riskitekijöiksi muodostuivat kohonnut kolesteroli, kasvisten vähäinen käyttö, perimä sekä ylipaino. Kärsimättömyys, heikko motivaatio ja hitaat tulokset hankaloittivat laihduttamista. Naiset suhtautuivat riskitekijöihinsä vaihtelevasti. Suhtautumiseen vaikutti riskitekijä ja tutkittavan muutosvaiheaste haastatteluhetkellä. Suojatekijöiksi muodostuivat normaali verenpaine, säännöllinen liikunta, suolan vähäinen käyttö, alkoholin kohtuukäyttö, tupakoimattomuus, koulutus, parisuhde sekä ruuan valmistuksessa käytetyt pehmeät rasvat. Naiset suhtautuivat suojatekijöihinsä myönteisesti tai neutraalisti. Naiset olivat tehneet elintapoja koskevia muutoksia, mutta olivat silti kiinnostuneita ohjauksesta. Kuusi vastaajaa kahdeksasta koki tarvetta muuttaa elintapojaan.

Vastaajat olivat hankkineet muistiterveyden edistämisen tietoa useasta eri lähteestä. Viisi vastaajaa koki, että heillä oli riittävästi tietoa edistää muistiterveyttään. Tiedon saannissa sisällönanalyysi tuotti neljä yläkategoriaa, joita olivat terveyden edistäjän toiminta, asiakkaan toiminta, ympäristö sekä asiakkaan ja terveyden edistäjän keskinäinen toiminta. Terveyden edistäjä tarvitsee elämäntapojen muutosprosessin ohjaamiseen tutkitun, hyväksi havaitun ja koetun tiedon lisäksi aktiivista kuuntelutaitoa sekä tunnetaitoja. Emotionaalinen tuki on tärkeä osaamisalue terveyden edistäjän työssä silloin, kun keskustellaan aroista ja vaikeista asioista. Terveyden edistämässä on erityäin tärkeää tunnistaa taustalla olevat dementian riski- ja suojatekijät. Transteoreettinen muutosvaihemalli auttaa terveyden edistäjää ymmärtämään asiakkaan muutosprosessia ja siihen liittyviä muutosvaiheita. Asiakaskeskeisen työskentelyn työkaluina toimivat avoimet kysymykset. Tavoitteena on, että keskustelun ja oman ajattelun kautta asiakas itse päätyy muutokseen, joka on häneen terveytensä kannalta hyvä.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Master Level Programme in Health Promotion

KÖNINKI, TIINA

Risk and Protective Factors of Middle-Aged Women's
Memory Health Promotion and Information Supply

Master's Thesis

91 pages + 34 pages of appendices

Supervisor

Marja-Leena Kauronen, MSCN

May 2010

Keywords

middle-aged, memory health promotion, risk factor, protective factor, transtheoretical model, information supply

The aim of this study was to describe risk and protective factors of middle-aged women's memory health promotion and information supply. The material was gathered from women aged 40 to 44 (n=8) both by questionnaires and interviewing them. The women did not have occupational health care. The quantitative material was analyzed with Excel spreadsheet and the qualitative one by using inductive deductive content analysis.

According to the results raised cholesterol level, minor use of vegetables, genotype and obesity were the risk factors. Impatience, poor motivation and slow results complicated slimming. Women looked at the risk factors variously. The risk factor and the stages of change affected the attitudes. Protective factors were normal blood pressure, regular exercise, slight salt intake, moderate alcohol use, nonsmoking, education, marriage and polyunsaturated fat. Six in eight of the participants needed life style changes. Women had a positive or a neutral attitude towards the protective factors. They had made life style changes earlier, but were still interested in counseling.

Women had received memory health promotion information from many sources. Five in eight answered they had enough information to promote their memory health. The results of the content analysis showed that getting information consisted of the health promoter's activity, the client's own activity, the environment and the client's and the health promoter's mutual activities. For directing a person's lifestyle change process, the health promoter needs evidence-based, good -detected and experienced memory health promotion knowledge, active listening and emotional skills. Emotional support is important when discussing tender or difficult questions. In health promotion, it is extremely important to identify the risk and the protective factors for dementia. The transtheoretical model helps the health promoter to understand the client's readiness of change. The open questions work as client-oriented tools. The goal is to make the client herself end up to the change best for her health by conversation and own thinking.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	JOHDANTO	7
2	KESKI-ikäinen nainen ja muistiterveyden edistäminen	8
2.1	Keski-ikä määritelmä	8
2.2	Tilastotietoja naisten lukumääristä ja siviilisäädystä Kymenlaaksossa	10
2.3	Naisten sairastavuus, kuolleisuus ja elämäntavat	11
2.4	Naisten terveyttä määrittävät tekijät	12
2.5	Naisten terveyden edistämisen näkökulmat	14
2.6	Muistiterveyden edistäminen	15
3	TRANSTEOREETTINEN MUUTOSVAIHEMALLI MUISTITERVEYDEN EDISTÄMISESSÄ	16
4	MUISTITERVEYDEN RISKI- JA SUOJATEKIJÄT	18
4.1	Riski- ja suojatekijät	18
4.2	Kohonnut verenpaine ja kolesteroli	19
4.2.1	Kohonnut verenpaine	19
4.2.2	Kohonnut kolesteroli	20
4.2.3	Kohonneen verenpaineen ja kolesterolin ennaltaehkäisy	21
4.2.4	Dementiariskimittari	23
4.2.5	Aivoverenkiertohäiriöt	24
4.3	Ylipaino	25
4.4	Diabetes	26
4.5	Liikunta	28
4.6	Ravitsemus ja vitamiinit	29
4.7	Kouluttautuminen	31
4.8	Tupakka ja alkoholi	32
5	MUISTIHÄIRIÖIDEN JA DEMENTIAN MÄÄRÄT JA ENNUSTEET	35
6	TUTKIMUSONGELMAT	37
7	TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	37

7.1 Tutkimusaineisto ja otanta	37
7.2 Ryhmäinterventio	38
7.3 Laboratoriokokeet	39
7.4 Kysely tutkimusmenetelmänä	39
7.5 Kysymyslomakkeen laadinta	40
7.6 Haastattelu tutkimusmenetelmänä	40
7.7 Haastatteluteemojen laadinta	41
7.8 Aineiston hankinta ja sisällönanalyysi	42
8 TUTKIMUSTULOKSET	44
8.1 Vastaajien taustatiedot	44
8.2 Vastaajien muistiterveyden riskitekijät ja heidän suhtautumisensa niihin	47
8.3 Vastaajien muistiterveyden suojatekijät ja suhtautuminen niihin	52
8.4 Vastaajien muistiterveyden edistämiseen liittyvä tiedonsaanti	58
8.5 Vastaajien kirjallinen palaute ryhmäinterventiosta	63
8.6 Vastaajien kirjallinen loppupalaute tutkimuksen vaikuttavuudesta omaan muistiterveyteensä	65
9 OHJAUSTYYLIN KEHITTÄMINEN	66
10 JOHTOPÄÄTÖKSET	68
11 POHDINTA	70
12 TUTKIMUKSEN EETTISYYS	73
13 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS	76
13.1 Määrällisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi	76
13.2 Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi	77
14 JATKOTUTKIMUSAIHEITA	79
15 TUTKIMUKSEN JATKOTOIMENPITEITÄ	79
LÄHTEET	81
LIITTEET	
Liite 1. Dementiariskimittari	
Liite 2. Aikaisempia tutkimuksia aiheesta	
Liite 3. Lehtijuttu Aivot arvostavat hyvää hoitoa Kouvolan Sanomissa 21.9.2009	
Liite 4. Lukijalta – palstan kirjoitus Kouvolan Sanomissa 20.9.2009 ja Pohjois-Kymenlaaksossa 23.9.2009	

- Liite 5. Kirjallinen suostumus tutkimusta varten
- Liite 6. Ryhmäintervention kirjallinen palautelomake
- Liite 7. Kyselylomake
- Liite 8. Haastatteluteemat ja -kysymykset
- Liite 9. Sisällönanalyysin toteutus
- Liite 10. Yhteenveto tutkittavien verikoevastauksista
- Liite 11. Sisällönanalyysin toteutus
- Liite 12. Ryhmäintervention sisältö
- Liite 13. Määrällisen tutkimuksen muuttujaluettelo
- Liite 14. Laadullisen tutkimuksen muuttujaluettelo

1 JOHDANTO

Dementian vaaratekijät näkyvät jo keski-iässä (Kivipelto & Viitanen 2006, 4). Alzheimerin tautiin liittyviä aivomuutoksia on havaittavissa oireettomilla henkilöillä jo 20–30 vuotta ennen varsinaisen dementian ilmaantumista (Kivipelto, 2002, 3). Dementian vaaratekijöitä ovat muun muassa korkea kolesteroli, kohonnut verenpaine, lihavuus, diabetes, tupakointi sekä B12-vitamiinin ja folaatin puute. Dementian suoja-tekijöiksi on todettu muun muassa säännöllinen liikunta, sydänystävällinen ruokavalio ja koulutus (liite 2). Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on saada tietoa 40–44 vuotta täyttäneiden kymenlaaksolaisten naisten muistiterveyden riski- ja suojatekijöistä sekä aiheeseen liittyvästä tiedonsaannista.

Vuonna 2009 Suomessa arvioitiin olevan 85000 keskivaikeasti tai vaikeasti ja 35000 lievästi dementoitunutta henkilöä. Vuosittain yli 13000 suomalaista sairastuu johonkin dementoivaan sairauteen. (Suhonen, Alhainen, Eloniemi-Sulkava, Juhela, Juva, Löppönen, Makkonen, Mäkelä, Pirttilä, Pitkälä, Remes, Sulkava, Viramo & Erkinjuntti 2008, 9.) Työikäisiä (65-vuotiaita tai nuorempia) dementiapotilaita on arviolta noin 7000–7500 (Viramo & Sulkava 2006, 23; Juva 2006, 589). Kymenlaaksossa on keskivaikeaa ja vaikeaa dementiaa sairastavia henkilöitä yhteensä noin 4000, lievästi sairastuneita on 6000. Onko mitään tehtävissä dementian ehkäisemiseksi? Dementian hoidon kokonaiskustannukset olivat vuonna 2005 Suomessa neljä miljardia euroa (Viramo & Frey 2006, 45). Ennaltaehkäisevien ja muistisairauksien etenemistä hidastavien hoitojen merkitys on erittäin suuri, sillä mikäli Alzheimerin taudin ilmaantumista voitaisiin myöhentää viidellä vuodella, puolittuisi taudin yhteiskunnallinen rasitus yhdessä sukupolvessa (Erkinjuntti & Koivisto 2006, 58).

Terveyden edistämässä on tärkeää, että puututaan mahdollisimman varhain toimintakyvyn laskuun ja ehkäistään toimintakyvyn vajauksen syntymistä. Varhainen puuttuminen edellyttää erilaisten ehkäisevien toimintamuotojen lisäämistä, kuten esimerkiksi ikäryhmittäisiä terveystarkastuksia. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 69.) Terveyden edistäminen perustuu tutkimukseen ja ammatilliseen osaamiseen. Se on suunnitelmallista toimintaa terveyden lisäämiseksi, sairauksien ehkäisemiseksi ja terveyserojen kaventamiseksi. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 25.) Valtiolta, kunnat ja järjestöt kolmannella sektorilla ovat terveyden edistämisen mahdollistajia.

Aiheen valintaan liittyen käytiin keskustelua terveyden edistämisen yksikön kanssa. Kouvolalaisille neljäkymmentä vuotta täyttäneille miehille tehdään perusteellinen sydän- ja verisuonitautien riskikartoitus. Saman ikäryhmän naisille terveystarkastuksia ei vielä tehdä kaikissa Kymenlaakson kunnissa. Yksityissektori tekee aikuisten terveystarkastuksia muun muassa Kuusankoskella.

Terveystieteen tieteelliset kansainväliset artikkelit haettiin tätä tutkimusta varten OVID- ja EBSCO-tietokannoista sekä kotimaisesta Lindasta ja Medicistä. Tiedonhaku ohjasi tutkijan mielenkiinto löytää uusinta tietoa keski-ikäisten muistiterveyden riski- ja suojatekijöistä sekä ennaltaehkäisykeinoista. Haku kohdistui pääasiassa 2000-luvulle. Hakusanoina käytettiin yksittäin tai yhdistellen sanoja Alzheimerin tauti, BMI, dementia, diabetes, riskitekijät, ylipaino, kolesteroli, liikunta, tupakka, alkoholi, terveyden edistäminen, keski-ikäiset naiset, transteoreettinen muutosvaihemalli, potilaan ohjaus, omega 3. Lisäksi tutkija tutustui Suomen lääkirilehtiin ja etsi lähteitä artikkeleiden ja kirjallisuuskatsausten lähdeluetteloista.

Tutkijan oma suhde tutkittavaan asiaan perustui mielenkiintoon muistisairauksien ennaltaehkäisyä kohtaan. Tämän tutkimuksen keskeiset käsitteet ovat muistiterveyden edistäminen, keski-ikä, muistihäiriöiden riski- ja suojatekijät, transteoreettinen muutosvaihemalli ja tiedonsaanti.

2 KESKI-ikäINEN NAINEN JA MUISTITERVEYDEN EDISTÄMINEN

2.1 Keski-ikäen määritelmä

Keski-ikä on ihmisen elämässä ikäkausi, jolloin ihminen ei enää ole nuori, mutta ei vielä vanhakaan. Keski-ikässä elämästä on eletty jo lähes kaksi kolmasosaa. Keski-ikä ei voida määrittellä tarkasti ikävuosissa, se alkaa 35–40-vuotiaana ja päättyy 65 vuoden iässä. Keski-ikään sisältyvät usein elämän tuotteliaimmat vuodet. (Myyrä 1992, 194, 196.) Kaarina Halmeen (1998) Pro gradu -tutkimuksen *Keski-ikäisen naisen elämäntilanne ja terveys* mukaan keski-ikä on elämänvaiheena merkitykseltään eri ihmisille erilainen. Joillekin se merkitsee myönteistä vaihetta, toisille se voi aiheuttaa ongelmia. (Halme 1998, 41.)

Juhani Myyrä kuvaa keski-ikää elämäntilanteena, joka vaatii uusia psyykkisiä valmiuksia ja sosiaalisia taitoja vanhenemiseen ja luopumiseen liittyvän tuskan kestämi-

seksi. Usein puhutaan keski-iän kriisistä, jolloin kriisi joko johtaa parempaan tai pahempaan päin. Kaikille keski-iän siirtymäkausi ei merkitse tunne-elämän kriisiä. Joillekin siihen liittyy vähäisiä muutoksia, joista he selviytyvät jo käytössään olevilla sopeutumiskeinoilla. Keski-ikä voi merkitä myös luopumista joistakin olettamuksista, kuten esimerkiksi siitä, että maailmassa ei ole mitään pahaa. Naisilla keski-ikään liittyy oman kehon ja sen toimintojen muutoksia, esimerkiksi tulevat vaihdevuodet. Keski-ikäiselle voi tulla myös tarve määrittää suhteensa uudelleen parisuhteeseen, lapsiin tai omiin vanhempiinsa. Keski-iän myönteisenä kehitystuloksena voidaan pitää uutta identiteettiä, jolloin esimerkiksi surutyö voi johtaa suurempaan suvaitsevaisuuteen ja kompromissien hyväksymiseen. (Myyrä 1992, 195–203.)

Psykologi Tony Dunderfelt kuvaa kirjassaan *Elämänkaaripsykologia* keski-ikää elämän tärkeimpänä virstanpylväänä. Hän sijoittaa keski-iän vuosien 40–65 välille. Keski-ikä on yksilöllisen tahdon aikaa. Tähän mennessä ihminen on etsinyt asemaansa elämässä, rakentanut elämään tarvittavat peruselementit ja ennen kaikkea kohdannut omassa sisäisyydessään lapsuudessa ja nuoruudessa sisäistämiään kokemuksia ja niistä muodostuneita psyykkisiä rakenteita. Keski-ikä voi toisaalta olla lamaantumisen aikaa, jolloin voi tuntua, ettei elämästä sittenkään tullut mitään. Uuden aloittaminen voi tuntua ylitsepääsemättömän raskaalta. (Dunderfelt 1992, 139, 142.)

Keski-ässä kohdataan hämmentäviä elämän tosiasioita kuten kuolema, kauneus, rumuus ja materia (emt., 142). Keski-iän kriisissä on mahdollisuus muutokseen, jolloin voi syntyä uutta (emt., 149). Dunderfeltin mukaan on tärkeää ymmärtää, että keski-ässä ihmisellä on mahdollisuus käydä läpi menneisyyden tukkeutumia ajatuksissaan, tunteissaan ja tahdossaan ja löytää yksilöllisyytensä. (Dunderfelt 1991, 152.)

Keski-ikäinen nainen on vuorovaikutuksessa ympäristönsä kanssa. Terveuden kannalta hänellä ei ole erikseen työelämää, kotielämää ja vapaa-aikaa vaan hänellä on kokonainen elämä, jossa yhdistyvät erilaiset osittain elinympäristöstä, elintavoista ja perimästä tulevat tekijät. (Terveuden edistäminen kunnissa ja järjestöissä 2003, 7.)

Keski-ikäisten naisten valinnat ovat keskeisiä terveyden kannalta. Nainen luo valinnoillaan omaa elämäänsä. Autonomiapyrkimys on ihmisen yksi keskeinen ominaisuus, sillä tietoa ja haasteita tarjotaan, mutta lopulliset ratkaisut jokainen tekee itse. Autonomian kunnioittaminen ja sen edellytysten tukeminen on keskeistä terveyden edistämässä. Terveysvalinnalla tarkoitetaan naisten päätöstä, joka liittyy arkielämään ja

terveyteen sekä johtaa mahdollisesti jonkin terveystavan kokeilemiseen tai omaksumiseen. Terveysvalinta on myös osa arvojen, asenteiden, tietojen ja toiminnan kokonaisuutta. Kun naiset tekevät arkielämäänsä koskevia valintoja, he tekevät samalla terveyttään koskevia päätöksiä. (Eskola & Pietilä 2008, 247–248.)

2.2 Tilastotietoja naisten lukumääristä ja siviilisäädystä Kymenlaaksossa

Kymenlaakso on muuttotappiomaakunta. Vuonna 2007 yhteensä 677 henkilöä muutti pois Kymenlaaksosta (Suomen tilastollinen vuosikirja 2008, 75). Kymenlaakson hyvinvointistrategiassa vuosille 2007–2015 on mainittu yhtenä painopistealueena terveyden edistäminen ja ennaltaehkäisevä työ (Dufva & Airola, 2007, 5). Kymenlaakson väestömäärä oli 31.12.2008 yhteensä 178561 (Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet 2009). Kymenlaakson terveyden edistämisen haasteet ovat väestön ikääntyminen, alkoholi, tapaturmat sekä ylipainoisuus. Kymenlaakson sairaanhoitopiirin terveyden edistämisyksikön organisoima Mie ja Sie – terveyteen vie –kampanja pureutuu vuosina 2009–2012 kampanjallaan painonhallintaan, päihteisiin ja mielenterveyden edistämiseen Kymenlaaksossa. Kampanjan erityishuomiona tai –kohteena ovat lapsiperheet, työttömät sekä ammattioppilaitoksissa opiskelevat. (Terveyden edistäminen Kymenlaakson maakunnassa, 2009.)

Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANetin mukaan 31.12.2008 Kouvolassa oli 40–44-vuotiaista henkilöä yhteensä 5978, joista naisia oli 2917 (Tilasto- ja indikaattoripankki 2009). Kouvolassa oli työttömiä työnhakijoita 31.12.2009 yhteensä 410 henkilöä ikäluokissa 40–44-vuotiaat. Näissä ikäluokissa naisia oli yhteensä 209 (Jaatinen 2010), joista naimisissa olevia oli 57,2 %, naimattomia 26,1 %, eronneita 15,7 %, leskiä 0,8 % ja rekisteröidyssä parisuhteessa eläviä 0,1 % (Suomen tilastollinen vuosikirja 2008, 109.)

Tähän työhön tutkittavat naiset valittiin siten, että heillä ei ollut ollenkaan käytössä työterveyshuollon palveluja ja tutkittavat kuuluvat ikäluokkaan 40–44-vuotiaat. Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportin (2008) mukaan työterveyshuollon piiriin kuuluu lähes 88 % palkansaajista ja noin 16 % yrittäjistä. Suomen tilastollisen vuosikirjan (2008, 532) mukaan terveydenhuollon kustannukset jakautuivat vuonna 2006 siten, että erikoissairaanhoidon kustannukset olivat 46 %, perusterveydenhuollon 25 %, yksityisen terveydenhuollon 8 %, vanhusten laitoshoidon ja hammashuollon 7 %, työterveys- ja opiskelukustannukset 5 % ja muun ter-

veydenhuollon 2 %. Työterveyshuollon rooli tämän ikäryhmän sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen riskitekijöiden seulonnassa, sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa on kuitenkin merkittävä. Asiantuntijaryhmän raportti kertoo, että tulevaisuudessakin valtimotautien ehkäisy perustuu riskitekijöiden alentamiseen. Raportin mukaan työikäisen väestön riskitekijöiden seuranta ja riskiyksiöiden ohjaus ovat osa hyvää hoitoa. Asiantuntijaryhmä suosittaa riskitekijöiden mittaamista ja riskitekijöihin vaikuttamista. (Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportti 2008, 4, 37, 38.)

Suomalainen terveydenhuoltojärjestelmä on sosioekonomisesti eriarvoinen. Enemmän koulutetut ja ylempiin tuloluokkiin kuuluvat henkilöt käyvät muita useammin muun muassa terveystarkastuksissa ja seulontatutkimuksissa. Myös lääkäripalveluiden käyttö oli suurituloisia suosivaa. Vähemmän koulutetut ja pienituloiset ilmoittivat muita useammin sairastavansa tautia, johon he eivät saa hoitoa. Lääkärissä aikuisväestö kävi vuoden aikana keskimäärin 2,9 kertaa. Resepti- ja itsehoitolääkkeitä säännöllisesti käyttäneiden osuus väestöstä on kasvanut. Toimiva työterveyshuolto on taannut työsikäyville ilmaisen ja helpon tavan päästä lääkäriin ja terveystarkastuksiin. (Häkkinen & Alha 2006, 90–91.)

2.3 Naisten sairastavuus, kuolleisuus ja elämäntavat

Suomen tilastollisen vuosikirjan 2008 mukaan viimeksi kuluneen vuoden aikana työikäisistä 35–44-vuotiaista naisista oli selkäsairauksia 7,7 %:lla, kohonnut verenpaine 6,6 %:lla, kohonnut veren kolesteroli 5,4 %:lla, vatsasairaus 4,9 %:lla, astma 4,0 %:lla ja masennus 3,7 %:lla. Edellä mainittuja sairauksia ei ollut ollenkaan 70,6 %:lla ikäryhmästä. (Suomen tilastollinen vuosikirja 2008, 520.) Naisia ikäluokassa 35–44-vuotiaita oli yhteensä 342707 vuonna 2007 (emt., 109).

Eliniän odotteella tarkoitetaan vuosien määrää, jonka verran tietyn ikäinen henkilö elää kuolleisuuden pysyessä ennallaan. Neljäkymmenvuotiaan naisen eliniän odote on 43,7 vuotta. (emt., 145.) Naisten kuolinsyitä Suomessa ovat Suomen tilastollisen vuosikirjan 2008 mukaan verenkiertoelinten sairaudet, iskemiset sydänsairaudet, kasvaimet, aivoverisuonien sairaudet, hermoston ja astimien sairaudet, mielenterveyden ja käyttäytymisen häiriöt, tapaturmat ja väkivalta, ruuansulatuselinten sairaudet, sekä muut sydänsairaudet. (emt., 536).

Ikäluokan 35–44-vuotiaiden naisten ruokailutottumuksia tarkasteltaessa voi todeta, että kevytlevitettä tai margariinia käytti 64 % naisista. Puolet (54 %) suomalaisista naisista käytti rasvatonta maitoa tai 1-maitoa. Ruuan valmistuksessa kasviöljyä käytti 51 % naisista ja tuoreita kasviksia 48 % ikäluokasta. (emt., 515.) Vähintään 2-3 kertaa viikossa liikuntaa harrastavia ikäluokasta oli 67 % (emt., 517).

Olutta 2-3 kertaa viikossa käyttäviä naisia oli ikäryhmässä (35–44-vuotiaat) 12 %, viiniä käyttäviä 7,7 % sekä väkevää alkoholia käyttäviä 0,6 % ikäryhmästä. Päivittäin tupakoivia naisia oli ikäryhmästä 15 %. Naisten tupakointi oli vähentynyt 7 %:lla edellisvuodesta 2007. (emt., 518–519.)

Helakorven, Prättälän ja Uutelan suomalaisten aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveysraportin (2007) mukaan tupakointi on yleisintä alimmassa koulutusryhmässä. Korkeammin koulutetut naiset käyttävät edelleen enemmän alkoholia viikoittain kuin vähemmän koulutetut. (Helakorpi, Prättälä & Uutela 2007, 14, 16.)

2.4 Naisten terveyttä määrittävät tekijät

Naisten terveyteen voidaan vaikuttaa terveyttä määrittävien tekijöiden kautta. Tekijät, jotka voivat vahvistaa tai heikentää ihmisten terveyttä, voivat olla yksilöllisiä, sosiaalisia, rakenteellisia tai kulttuurisia. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 16.) Terveyttä määrittävien tekijöiden vaikutusta välittäviä seikkoja ovat esimerkiksi terveyttä tukevat voimavarat, asenteet, arjen sujuminen, terveyskäyttäytyminen, kyky omaksua ja tulkita terveystietoa sekä mahdollisuudet saada tai käyttää palveluja. Tässä työssä tarkastellaan terveyttä määrittävistä tekijöistä yksilöllisiä tekijöitä, sillä terveys vahvistuu tai heikkenee yksilön omien valintojen ja lähiyhteisöjen toiminnan seurauksena (Terveyden edistämisen laatusuositus, 2006, 15).

Terveyttä määrittävien tekijöiden muutokset tulee tunnistaa kunnassa. Erityisesti rakenteelliset ja sosiaaliset toimet sekä terveellisten elintapojen mahdollistaminen ovat niitä keinoja, joilla kunnat voivat pitkällä aikavälillä parantaa väestön terveyttä ja vähentää väestöryhmien välisiä terveyseroja. Vastuu jakautuu kaikille hallinnonaloille ja yhteistyö on välttämätöntä. (Terveyden edistämisen laatusuositus, 2006, 17.)

Poliittiset päätöksentekijät vaikuttavat harvoin suoraan kuntalaisten terveyteen. He tekevät jatkuvasti runsaasti päätöksiä epäsuorasti terveyteen vaikuttavissa asioissa. On

tärkeää, että päätöksentekijät saavat tietoa kunnan ja kuntalaisten terveyden ja hyvinvoinnin tilasta sekä niiden muutoksista. Terveysnäkökohtien huomioon ottaminen suunnittelussa ja päätöksenteossa edellyttää terveyttä määrittävien tekijöiden tunnistamista, tietoa niiden muutoksista ja vaikutuksista. (Terveyden edistämisen suunnitelma vuodelle 2008, 8.)

Ensisijainen vastuu omasta ja lähiympäristön terveydestä ja hyvinvoinnista on naisilla itsellään. (Terveyden edistämisen laatusuositus, 2006, 13–14.) Terveydenhuollon asiantuntijoilla on erityinen vastuu terveyden edistämisestä kansanterveyslain nojalla. Muut toimijat kuten esimerkiksi sairaanhoitopiirit, ammattijärjestöt, kansalaisjärjestöt, seurakunnat, yritykset sekä tiedotusvälineet vaikuttavat omalta osaltaan terveyden edistämiseen kunnassa. (Terveyden edistämisen laatusuositus, 2006, 13–14.) Terveyden edistämisen kokonaisvastuu kuuluu kuntajohdolle. Terveyden edistämisen strategiset kysymykset kuuluvat kunnan johtoryhmälle. (Terveyden edistämisen suunnitelma vuodelle 2008, 11–12.).

Terveyden edistämisestä säädetään perustuslaissa, kuntalaissa, kansanterveyslaissa ja useissa erityislaeissa. Perustuslain 19. §:n mukaan julkisen vallan on turvattava jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistettävä väestön terveyttä. Euroopan unionin perustuslaki sisältää terveyden edistämisen näkökulman. Kuntalain 1. §:n mukaan kunnan tehtävä on edistää asukkaidensa hyvinvointia ja kestäväää kehitystä alueellaan. Kansanterveyslain (2005/928) uudistuksessa säädetään terveyden edistämisestä osana kansanterveystyötä. (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 22–23.) Terveydenhuollon lainsäädäntöä ollaan uudistamassa siten, että kansanterveyslaki ja erikoissairaanhoitolaki yhdistyvät yhdeksi terveydenhuoltolaiksi (Terveyden edistämisen suunnitelma 2008, 6).

Terveyden edistäminen kunnissa ja järjestöissä -selvityksen perusteella yksilötasolla ihmisille tulee jakaa tietoa. Heitä tulee ohjata ja neuvoa vastavuoroisessa prosessissa, jossa itse kutakin tuetaan käyttämään omia edellytyksiään ja voimavarojaan elämänsä hallintaan ja kehittämiseen. Selvityksen mukaan terveyspalveluissa kehitetään toimintatapoja ja -menetelmiä, joiden avulla voidaan yhä enemmän luoda olosuhteita ja edellytyksiä yksilön terveyspääoman kasvamiselle. Tähän tarvitaan avointa tiedon vaihtoa terveydenhuollon sisäisten ja ulkoisten toimijoiden välillä sekä kuntalaisten kanssa (Terveyden edistäminen kunnissa ja järjestöissä 2003, 6.)

Tiedonsaannilla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa tutkittavien kykyä hankkia muistiterveyttä edistävää tietoa eri tietolähteistä sekä hyödyntää sitä oman muistiterveytensä edistämisessä.

2.5 Naisten terveyden edistämisen näkökulmat

Naisten terveyden edistämistä voidaan lähestyä monista eri näkökulmista (Tuominen, Koskinen-Ollonqvist, Rouvinen-Wilenius 2004, 7). Tavoitteita asetettaessa terveyden edistämistä voidaan tarkastella toiminnan *sisältöjen* kautta. Sisältökysymyksiä voivat olla esimerkiksi päihteiden käyttö, ravitsemus, liikunta, tapaturmat, syrjäytyminen, terveellinen ympäristö, turvallisuus tai väestöryhmien väliset terveyserot. Tavoitteiden saavuttamista määriteltäessä sisältökysymyksiä rajataan tarkemmin koskemaan tiettyjä *kohderyhmiä*, esimerkiksi kohdistamalla toiminta koko väestöön tai vain tiettyihin riskiryhmiin, valitsemalla kohderyhmäksi jokin ikäryhmä tai rajaamalla kohderyhmä esimerkiksi sukupuolen tai erityisryhmien mukaan. (Terveyden edistämisen laatusuositus, 2006, 17.)

Kolmas lähestymistapa on *toimintaympäristöllinen*. Tällöin tarkastelun kohteena voivat olla politiikkalohkojen alueet, esimerkiksi kansaterveystyö tai sosiaalipolitiikan terveyttä edistävä toiminta. Toimintaympäristöinä voivat olla työpaikat, koulut tai asuinympäristö. Kun arvioidaan esimerkiksi yhteisöllistä toimintaa, ehkäisevien palvelujen käyttöä tai terveysviestinnän toteutusta, tällöin tarkastellaan terveyden edistämisen *työtapoja ja toimintakäytäntöjä*. (Terveyden edistämisen laatusuositus, 2006, 17.)

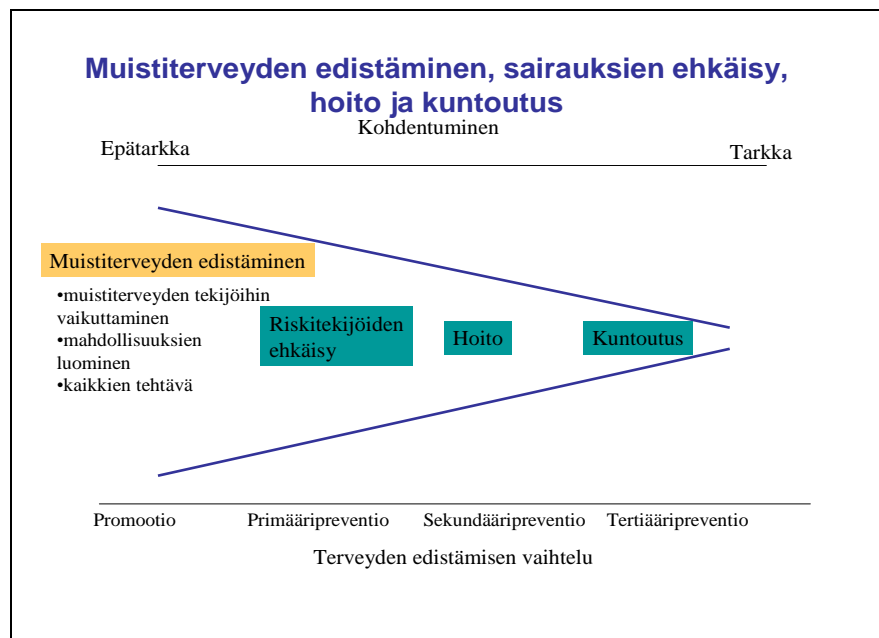
Terveyden edistämisen suunnitelma vuodelle 2008 mukaan terveyden edistämistä ohjaavia arvoja ovat naisen itsenäisyyden ja riippumattomuuden kunnioittaminen, tasa-arvo ja oikeudenmukaisuus, solidaarisuus, osallistuminen ja yhteistyö sekä terveys. Itsenäisyyden ja riippumattomuuden kunnioittaminen tarkoittaa naisen oikeutta asettaa terveys ja hyvän elämän muut osa-alueet valitsemaansa tärkeysjärjestykseen terveyteen vaikuttavia päätöksiä tehdessään. Tasa-arvo ja oikeudenmukaisuus merkitsevät yhtäläisiä edellytyksiä terveyden saavuttamiseksi, suojaamiseksi ja ylläpitämiseksi. Vastuunkantaminen erityisesti heikoimmassa asemassa olevista käsittää solidaarisuuden. Omatoimisuus säilyttää naisen itsemääräämisoikeus ja osallistuminen edesauttavat naisen voimaantumista ja yhteisöllisyyttä. (Terveyden edistämisen suunnitelma

vuodelle 2008, 7.) Terveyden edistämisen toimenpiteet terveyden edistämiseksi ovat osa yhteiskunta- ja terveystaloutta (Tuominen ym. 2004, 11).

Tässä työssä naisten muistiterveyden edistämistä tarkastellaan sekä terveyden edistämisen toiminnan sisältöjen että ikäryhmän kautta. Terveyskäyttäytymisen osa-alueina ovat valtimotautien riskitekijät, tupakointi, ruokailutottumukset, alkoholin käyttö, liikunta ja ylipaino 40–44-vuotiaiden naisten ikäryhmässä.

2.6 Muistiterveyden edistäminen

Tässä työssä muistiterveyden edistämällä tarkoitetaan prosessia, jonka tavoitteena on antaa ihmisille mahdollisuus ottaa vastuuta omasta terveydestään (mukailtu Parviainen, Laari, Malinen, Mikkonen & Saikkonen 2007, 9). Terveyden edistämistä voidaan lähestyä promotiivisesta ja preventiivisestä näkökulmasta (Savola, Peltö-Huikko, Tuominen ja Koskinen-Ollonqvist 2005, 6). Savolan, Peltö-Huikon, Tuomisen ja Koskinen-Ollonqvistin mukaan promotio tarkoittaa vaikuttamista ennen ongelmien ja sairauksien syntyä, preventio sen sijaan on sairauksien ehkäisyyn ja riskitekijöiden vähentämiseen tähtäävää toimintaa (emt., 6) (kuva 1).



Kuva 1. Muistiterveyden edistäminen, sairauksien ehkäisy, hoito ja kuntoutus (mukailtu Varamäki 2008)

3 TRANSTEOREETTIINEN MUUTOSVAIHEMALLI MUISTITERVEYDEN EDISTÄMISESSÄ

Yksilöllisten tarpeiden huomioon ottaminen on tärkeää muistiterveyden edistämisen yksilöohjauksessa. Kullekin yksilölle pitäisi tarjota juuri hänelle sopivaa ohjausta. Yksi oleellinen huomioon otettava seikka siinä on yksilön muutosvalmius. Terveyskäytännön muutos voidaan kuvata Prochaskan ja Norcrossin (2007, 514) kehittämällä näyttöön perustuvalla muutosvaihemallilla eli transteoreettisella mallilla. Heidän mukaansa mukaan elämäntapojen muutos on prosessi, jossa yksilö etenee vaiheesta toiseen.

Mallin perusteella yksilön muutosvalmiudessa voidaan erottaa useita eri asteita. Mallin vaiheita ovat esiharkinta-, harkinta-, valmistautumis-, toiminta- ja ylläpitovaihe. Esiharkintavaiheessa (precontemplation) yksilö ei ole tietoinen muutostarpeestaan. Muutos ei kiinnosta häntä eikä hän harkitse tai hyväksy muutosta ollenkaan. Yksilö ei ole tällöin valmis muutokseen. Harkintavaiheessa (contemplation) yksilö on tietoinen muutostarpeesta ja hän harkitsee vakavasti muutosta tulevaisuudessa. Seuraavaksi yksilö tekee muutospäätöksen ja alkaa miettiä muutossuunnitelmaa sekä siihen sitoutumista. Kun yksilö on valmis muutokseen, käytetään vaiheesta nimitystä valmistautumisvaihe (preparation). Toimintavaiheessa (action) yksilö alkaa toteuttaa muutossuunnitelmaa. Ylläpitovaiheessa (maintenance) yksilö yrittää ylläpitää muutosta ja estää mahdollisia relapsaattia. (Prochaska & Norcross 2007, 515–517.)

Muutosvaiheiden nimeäminen auttaa hahmottamaan yksilön tilannetta. Mallissa eri vaiheiden rajat eivät ole jyrkät. Avoimilla kysymyksillä aloitettu keskustelu antaa käsityksen siitä, missä vaiheessa yksilö yleensä muutosvaiheessaan on. Muutosvaiheajatteluun kuuluu, että eri vaiheiden yli ei voi hypätä, prosessi sisältää taantumavaiheita eli relapseja ja siirtyminen muutosvaiheesta toiseen etenee asteittain. Yksilö alkaa ensin harkita muutosta ja muutoksen edetessä suotuisasti hän valmistautuu muutokseen ja ryhtyy lopulta toimimaan. Relapsit eivät tarkoita epäonnistumista vaan uusien elintapojen oppimista ja ne antavat myös tärkeää tietoa muutoksen esteenä olevista asioista. Relapsin aikana yksilö palaa usein takaisin edelliselle, aikaisemmalle tasolle. (Prochaska & Norcross 2007, 514–529.) Muutosvaihemallia on hyödynnetty käytännössä keski-ikäisten naisten tupakoinnin, lihavuuden ja rintasyövän kuvausten vähäisessä käytössä ja saatu positiivisia tuloksia (Wright, Velicer & Prochaska 2008, 2-

3; Prochaska, Velicer, Redding, Rossi, Goldstein, DePue, Greene, Rossi, Sun, Fava, Laforce, Rakowski & Plummer 2005, 406).

Yksilöä voidaan auttaa siirtymään esiharkintavaiheesta harkintavaiheeseen hänen tietoisuutta (consciousness raising) herättelemällä. Joskus kohtalokkaat, terveyttä koskevat elämäntapahtumat (dramatic relief) perheessä tai lähiympäristössä voivat käynnistää muutoksen. Kun yksilö tulee tietoiseksi muutoksen tarpeestaan, hän arvioi itseään (self-reevaluation) sekä käyttäytymisensä vaikutuksia etenkin lähiympäristöönsä (environmental reevaluation) nähden. Valmistautumisvaiheessa itsenäisyys ja vapaus (self-liberation) sekä autonomia vahvistuvat. Toiminta- ja ylläpitovaiheessa ympäristön negatiivisten tai positiivisten vaikutusten, houkutusten tai ärsykkeiden takia yksilö tarvitsee tukea muutoksessaan. Positiivinen kontrolli ja ympäristön tuki auttavat yksilöä pysymään muutoksen suunnassa. (Prochaska & Norcross 2007, 514–529.)

Transteoreettinen muutosvaihemalli on erittäin käyttökelpoinen yksilön muutosprosessin tunnistamisessa (Wright, Velicer, Prochaska 2008, 3). Vaiheiden tunnistaminen auttaa terveydenedistäjää valitsemaan neuvontakeinoja, ottamaan puheeksi elintapojen muutostarpeita sekä tehostamaan elintapaneuvontatyötä. (Prochaska & Norcross 2007, 514–519). Poskiparta esittää hyödyntämään voimavarakeskeisiä terveysneuvonnan periaatteita muutosta kuvaavassa transteoreettisessa muutosvaihemallissa. Tällaisia periaatteita ovat esimerkiksi kuuntelu, vuoropuhelu, itsearviointi ja toiminnan uudelleensuuntaaminen. (Poskiparta 2002, 24–25.) Mustajoen (2003, 4235) näkemys on, että yksilön oma motivaatio voi herätä asiakaskeskeisellä työskentelyllä johdattaen yksilön itse ajattelemaan asiaa ja tekemään päätöksen elämäntapojen muuttamisesta. Rajalliset ohjausresurssit kannattaa suunnata niille, jotka jo ovat halukkaita muuttamaan elintapojaan. (emt., 4237.)

Saarnio ja Knuutila (2006, 37) ovat havainneet päihdeongelmaisia tutkiessaan, että yksilöllinen motivointi ja yhteistoiminta ovat keskeisiä seikkoja, vaikka asiakas vastaa muutoksestaan itse. Heidän tutkimuksessaan on tullut esille, että muutosvalmiuden profiilieroja olivat pidempi koulutus, naissukupuoli, lasten kanssa eläminen sekä parisuhteessa eläminen. Myös vapaaehtoisesti apua hakemaan tullut asiakas oli muutosvalmiimpi. Naisten parempi muutosvalmius on tullut esille heidän aikaisemmissa tutkimuksissaan. (Saarnio & Knuutila 2006, 37–38.)

Terapeuttinen tuki on tärkeä elementti terveydenedistäjän työssä, jossa keskustellaan aroista ja vaikeista asioista (Bendlin, Carlsson, Gleason, Johnson, Sodhi, Gallagher, Puglielli, Engelman, Ries, Xu, Wharton & Asthana 2009, 1). Pelkkä tieto ja paternalistinen tapa, jossa ylempi auktoriteetti tietää miten tulee toimia, antaa suoran kehoituksen esimerkiksi, toimii huonosti silloin kun asiakkaan tulisi muuttaa elämäntapojaan (Mustajoki 2003, 4235).

Tanskalaiset tutkijat Rubak, Sandbaek, Lauritzen ja Christensen (2005, 305–312) ovat todenneet 72:ssa satunnaisesti kontrolloidun tutkimuksen käsittävässä meta-analyysissään motivoivan haastattelun vaikuttavuuden. Tulosten mukaan kolmessa neljästä tutkimuksesta motivoiva haastattelu johti tavoiteltuun muutokseen paremmin kuin tavanomainen neuvonta. Motivoivan haastattelun taustateorianana toimii Prochaskan ja Norcrossin transteoreettinen muutosvaihemalli (Prochaska & Norcross 2007, 511–519).

4 MUISTITERVEYDEN RISKI- JA SUOJATEKIJÄT

4.1 Riski- ja suojatekijät

Muistisairauksien hyvät hoitokäytännöt -asiantuntijasuosituksen mukaan (2008, 10) laajoissa väestötutkimuksissa on tunnistettu useita muistisairauksien vaara- ja suojatekijöitä. Keskeisiin vaara- ja suojatekijöihin liittyy tärkeä primaari- ja sekundaariehkäisyyn mahdollisuus. Tässä työssä vaaratekijöistä käytetään nimitystä riskitekijät. Riskitekijällä tarkoitetaan tekijää, joka lisää henkilön todennäköisyyttä sairastua. Kaikki henkilöt, joilla on jokin riskitekijä, eivät välttämättä koskaan sairastu. Dementoitumisen riskiä pienentäviä tekijöitä tai ominaisuuksia kutsutaan suojaaviksi tekijöiksi (Virammo & Sulkava 2006, 33, 38.)

Muisti voi heikentyä useista syistä, kuten esimerkiksi väsymyksestä, uupumuksesta, stressistä, kiputiloista, masennuksesta, aistipuutoksista, jännityksestä, lääkityksestä ja elintavoista (Erkinjuntti, Alhainen, Rinne ja Huovinen 2006, 28). Tässä työssä keskitytään elintavoista johtuviin riski- ja suojatekijöihin kuten verenpaineeseen, kolesteroliin, liikuntaan, ravitsemukseen, koulutukseen, ylipainoon sekä alkoholiin ja tupakointiin.

Alzheimerin taudin riskitekijöitä, joihin emme voi itse vaikuttaa ovat korkea ikä, sairauden esiintyminen lähisuvussa, ApoE 4–alleelin kantajuus sekä harvinaiset geenivirheet. ApoE 4–alleelin kantajuus lisää riskiä sairastua sekä Alzheimerin tautiin että verenkiertoperäiseen dementiaan kaikissa väestöissä. (Pirttilä, Strandberg, Vanhanen & Erkinjuntti 2004, 1133–1134). Kahdella kolmesta Alzheimer potilaalla on ApoE 4–alleeli (Soininen 2006, 465). Yli kolmasosalla suomalaisista on ApoE 4–alleeli. Yksi e-alleeli lisää taudin riskin 2-3 kertaiseksi. Aivovammat voivat laukaista Alzheimerin taudille tyypillisen tautiprosessin erityisesti niille, joilla on ApoE 4–alleeli. Naisten lisääntyneen riskin arvellaan liittyvän estrogeenin erittymisen loppumiseen vaihdevuosi-ikässä. (Sulkava 2003, 75.) Soinisen (2006, 464) mukaan vakava kalloamma, alhainen koulutustaso ja aiemmin sairastettu masennus lisäävät todennäköisesti sairastumisriskiä.

4.2 Kohonnut verenpaine ja kolesteroli

4.2.1 Kohonnut verenpaine

Liian korkea verenpainetta kutsutaan hypertensioksi (Kahri 2006, 61). Kohonnut verenpaine (140/90 mmHg) on yleinen kansanterveysongelma kaikkialla maailmassa. Teollistuneiden maiden väestöstä jopa noin 25 %:lla on pysyvästi koholla oleva verenpaine. Suomalaisista miehistä puolella ja kolmasosalla naisista on kohonnut verenpaine. (Majahalme 2008, 203.) Miesten verenpaine nousee huomattavasti 25. ikävuoden jälkeen, ja naisilla 40. ikävuoden jälkeen (Kahri 2006, 61–62). Tavoiteltava verenpainetaso on alle 120/80 mmHg. Verenpaineen osatekijät ovat diastolinen eli alapaine, systolinen eli yläpaine sekä pulssipaine. Matalin verenpainetaso edustaa sydämen lepovaihetta ja korkein verenpainetaso edustaa sydämen pumppauksen tuottamaa työpainetta. (Majahalme 2008, 202.)

Kohonnut verenpaine on aina vakavasti otettava terveystekijä, ja se on pitkällä aikavälillä myös dementian riskitekijä. Käytännössä kohonnut verenpaine on oireeton, päänsärkyä ja muita oireita tulee vasta, kun verenpaine on huomattavasti kohonnut. (Erkinjuntti, Hietanen, Kivipelto, Strandberg & Huovinen 2009, 51.) Kohonnut verenpaine aiheuttaa vakavia muutoksia sydämeen ja verisuoniin (Majahalme 2008, 203).

Kohonnutta verenpainetta hoidettaessa olisi oivallettava, ettei keskitytä hoitamaan verenpainetta tai sen aiheuttamia oireita, vaan mahdollisia kehittymässä olevia sairauk-

sia, jotka saattavat aiheutua tulevaisuudessa esimerkiksi aivoverenkiertosairaudesta. Kohonneella verenpaineella on osuutta sydän- ja aivoinfarkteihin jopa 75 prosentissa tapauksista. (Erkinjuntti ym. 2009, 51.)

Verenpaineen kohoamista säätelevät perinnöllinen alttius ja elintavat. Kohonneen verenpaineen tärkeimpiä muutettavissa olevia vaaratekijöitä ovat ylipaino, natriumin runsas saanti, runsas alkoholin käyttö ja vähäinen liikunta. (Kahri 2006, 62.) Koholla oleva verenpaine saadaan laskemaan elintapamuutoksilla sekä lääkehoidolla (Majahalme 2008, 204). Väestö- ja yksilötason toimenpitein pyritään edistämään elintapamuutoksia, joiden avulla kohonneen verenpaineen ja muiden sydän- ja verisuonitautien vaaratekijöiden tasoja voidaan alentaa (Kohonnut verenpaine Käypä hoito -suositus 2005). Erkinjuntti ym. (2009, 143) suosittavat, että oikea askel kohti muistiterveyttä on mittauttaa verenpaineensa viimeistään + 35 -vuotiaana. Koska verenpaine on hyvin vähäoireinen ja jopa täysin oireeton, se tulisi tarkistuttaa säännöllisesti (Emt., 147). Lähes puoli miljoonaa suomalaista saa erityiskorvausta kohonneen verenpaineen lääkehoitoon (Majahalme 2008, 204).

4.2.2 Kohonnut kolesteroli

Kolesteroli on ihmiselle välttämätön solukalvojen rakenneosa ja hormonien tuotannossa. Kohonnut kolesteroli johtuu joko lisääntyneestä ravinnon kolesterolimäärästä (eläinperäiset rasvat) tai hitaasta kolesterolin poistumisesta verenkierrosta. Kolesterolin haitallisuus ilmenee vuosien kuluessa. Ylimääräinen kolesteroli kertyy valtimoiden seinämiin ateroomiksi eli valtimon kovettumapesäkkeiksi, jotka vuosien kuluessa ahauttavat valtimoita. Valtimokovettumistauti eli ateroskleroosi ilmenee sepelvaltimotautina, sydäninfarktina, aivoverenkiertohäiriöinä, munuaisten toimintahäiriöinä ja jalkojen verenkiertohäiriöinä. (Aalto-Setälä 2008, 221, 223.)

Verestä mitattava kokonaiskolesteroli koostuu LDL-kolesterolista ("huono kolesteroli"), HDL-kolesterolista ("hyvä kolesteroli") ja triglyserideistä ("rasvahapoista"). Kokonaiskolesterolin tulisi olla alle 5 mmol/l, LDL-kolesterolin alle 3 mmol/l, HDL-kolesterolin yli 1 mmol/l sekä triglyseridit alle 2 mmol/l. Kohonnutta kolesterolia hoidetaan ruokavaliolla, liikunnalla ja lääkehoidolla. (Aalto-Setälä 2008, 223, 233- 234; Similä, Taskinen, Männistö, Lahti-Koski, Karvonen, Laatikainen & Valsta 2005, 34; Dyslipidemia Käypä hoito -suositus 2009.) Hyperkolesterolemia tarkoittaa yleensä LDL-kolesterolitason nousua (Erkinjuntti ym. 2009, 153).

Väestötasolla dyslipidemian eli kolesterolihäiriön hoidon pääpaino on elämäntapamuutoksissa. Elämäntapamuutoksilla pyritään vähentämään ruokavaliossa liiallista energiansaantia sekä tyydyttyneiden ja transrasvojen saantia, lisäämään kerta- ja monitydyttymättömien rasvojen saantia ja liukoisia kuituja sekä lisäämään päivittäistä liikuntaa (mieheille vähintään 30 minuuttia päivässä). Elämäntapamuutosten onnistumisen edellytyksenä on potilaan motivaatio. Dyslipidemian Käypä hoito –suositus suosittelee arvioimaan potilaan valmiutta elämäntapamuutoksiin Prochaskan mallin avulla. Primaaripreventio kohdistuu henkilöihin, joilla ei koskaan ole ollut ateroskleroottisen sairauden oireita tai löydöksiä. Lääkehoito kohdistetaan niihin, joiden sydän- ja verisuonitautien kokonaisvaara on suuri elämäntapamuutoksista huolimatta. Sekundaaripreventiolla pyritään estämään jo syntyneen sairauden pahenemista tai uusia sairauksikohtauksia. Tämä yleensä edellyttää lääkehoitoa. Raja primaari- ja sekundaariprevention välillä on kuitenkin liukuva, koska oireettomalla henkilöllä voi olla yhtä suuri tai suurempikin valtimotautitapahtuman vaara kuin jo sairastuneella. Jo ensimmäinen tautikohtaus saattaa olla tappava, jolloin potilas ei koskaan pääse sekundaariprevention piiriin. (Dyslipidemiat Käypä hoito –suositus 2009.)

Keski-ikä kohonnut verenpaine (systolinen verenpaine yli 160 mmHg), korkea kolesterolipitoisuus (yli 6,5 mmol/l) ja lihavuus (BMI yli 30 kg/m²) ovat itsenäisiä ja merkittäviä myöhäsiän Alzheimerin taudin riskitekijöitä (Kivipelto 2002, 117; Pirttilä ym. 2004, 1134; Soininen 2006, 467). Pirjo Komulaisen väitöskirjan mukaan (2008, 91) myös alentunut HDL-kolesterolipitoisuus eli hyvän kolesterolin pitoisuus on yhteydessä muistin heikentymiseen.

Suurentunut seerumin kolesterolipitoisuus voi vaikuttaa haitallisesti henkiseen suorituskykyyn monella eri mekanismilla. (Pirttilä ym. 2004, 1134). Ruotsalaisen Dementia – etiologia ja epidemiologia -kirjallisuuskatsauksen mukaan on olemassa vahva näyttö siitä, että korkea verenpaine ja kolesterolipitoisuus keski-ikässä ovat dementian riskitekijöitä myöhemmässä iässä (Dementia – etiology and epidemiology 2008, 366, 388). Myös Pirjo Komulaisen väitöskirjan mukaan (2008) verisuonisairauksien riskitekijät ovat yhteydessä muistin heikentymiseen (Komulainen 2008, tiivistelmä).

4.2.3 Kohonneen verenpaineen ja kolesterolin ennaltaehkäisy

Miia Kivipelto on selvittänyt väitöskirjatyössään Alzheimerin taudin ehkäistävissä ja hoidettavissa olevia riskitekijöitä, erityisesti verenpaineen ja kolesterolin merkitystä.

Keski-ikä korkea systolinen verenpaine sekä korkea kolesteroli molemmat 2-3-kertaistavat Alzheimerin taudin vaaran myöhemmällä iällä. Keskimääräinen seuranta-aika tutkimuksissa oli 21 vuotta. Keski-ikä korkea kolesteroli ja verenpaine olivat yhteydessä myös dementiaa lievempään muistihäiriöön. (Kivipelto 2002, 117.)

Keski-ikä korkea verenpaine, kolesteroli ja ApoE4-geenimuoto ovat kaikki itsenäisiä riskitekijöitä Alzheimerin taudille. Korkeaan verenpaineeseen ja korkeaan kolesteroliin liittyvä riski on suurempi kuin ApoE4-geenimuotoon liittyvä riski. Henkilöllä, jolla on kaikki kolme riskitekijää, Alzheimerin taudin vaara on noin 8-11-kertainen. Tutkimustulosten mukaan on mahdollista, että tehokkaalla kohonneen verenpaineen ja kolesterolin ehkäisyllä ja hoidolla Alzheimerin taudin riskiä on mahdollista pienentää 8-11-kertaisesta noin kaksinkertaiseen, vaikka henkilö olisikin ApoE4-geenimuodon kantaja. (Kivipelto 2002, 117–118.)

Yhteys korkean verenpaineen ja Alzheimerin taudin välillä oli voimakkaampi miehillä kuin naisilla. Tämä johtuu mahdollisesti siitä, että naiset käyttivät tunnollisemmin verenpainelääkkeitä kuin miehet. Lisäksi havaittiin, että ApoE4-geenimuoto oli merkittävä riski Alzheimerin taudille vain henkilöillä, jotka eivät olleet käyttäneet verenpainelääkitystä keski-ikässä. Tulosten mukaan on mahdollista, että ApoE4-geenimuotoon liittyvää Alzheimerin taudin vaaraa on mahdollista vähentää esimerkiksi verenpainelääkityksen avulla. (Kivipelto 2002, 118.)

Tutkimuksissa havaittu yhteys sekä keski-ikä korkea kolesteroli että verenpaineen ja Alzheimerin taudin välillä avaa uusia näköaloja taudin ehkäisemiselle. Muista Alzheimerin taudin mahdollisista riskitekijöistä poiketen verenpaineeseen ja kolesteroliin on mahdollista vaikuttaa sekä elintavoilla että lääkehoidoin. On mahdollista, että riskitekijöiden ja Alzheimerin taudin ennaltaehkäisy on hyödyllistä aloittaa jo keski-ikässä. (Kivipelto & Viitanen 2006, 1517.) Keski-ikä riskitekijöiden tarkastelua voidaan pitää tärkeänä, koska Alzheimerin tautiin johtavat aivomuutokset alkavat todennäköisesti jo 20–30 vuotta ennen demencian toteamista (Kivipelto & Viitanen 2006, 1517; Pirttilä & Erkinjuntti 2006, 129). Vaikka tutkimuksissa on todettu, että muistiterveyden ennaltaehkäisy tulisi aloittaa varhain, jo keski-ikässä, mielenkiinnoksi nousee se, millä tavoin havahdutetaan keski-ikäiset kiinnostumaan omasta muistiterveydestään. Erkinjuntin ym. (2009, 150) näkemys on, että osa suomalaisista tietää omat kolesteroliarvonsa ja suurin este saavuttaa tuloksia on puuttumaton tai huono hoitomoti-

vaatio, sillä tiedosta ei ole pulaa (emt., 151). Korealaiset tutkijat ovat havainneet tutkimuksessaan, että keski-ikäiset korealaiset naiset eivät tietäneet kolesteroliarvojansa, etenkin maaseudulla. Tutkijat esittävät, että hoitajien tulee lisätä terveyden edistämisen valistusta ja koulutusta (Choi, Jekal, Kim, Yoo, Kim, Oh, Jeon, Jand, Chu, & Kim 2009, tiivistelmä.)

Alzheimer -potilaiden määrän on arveltu nelinkertaistuvan seuraavan 50 vuoden aikana. Jos taudin alkua pystyttäisiin siirtämään eteenpäin viidellä vuodella, Alzheimer-potilaiden arvioitu määrä vähenisi jopa 50 %:lla. Kaikki toimet Alzheimerin taudin ehkäisemiseksi tai oireiden lykkäämiseksi kannattavat. (Kivipelto & Viitanen 2006, 1516–1517.)

Metabolinen oireyhtymä eli verisuonisairauksien riskitekijöiden kasauma, ateroskleroosi eli valtimoiden kovettuminen ja lisääntynyt krooninen matala-asteinen tulehdus (CRP) ovat yhteydessä heikentyneeseen muistiin. Lisäksi alentunut aivoperäinen hermokasvutekijän (BDNF) pitoisuus saattaa ennakoita muistin heikentymistä Pirjo Komulaisen tutkimusten mukaan. Alentuneen BDNF-pitoisuuden on todettu naisilla olevan yhteydessä huonontuneeseen muistiin ja yleiseen kognitiiviseen tasoon. (Komulainen 2008, 91, tiivistelmä.)

4.2.4 Dementiariskimittari

Dementiariskimittari on uudenlainen ja käytännönläheinen tapa arvioida yksilön kokonaisriskiä sairastua dementiaan. Kivipelto, Ngandu, Laatikainen, Winblad, Soininen ja Tuomilehto ovat kehittäneet yksinkertaisen käytännön työkalun, jolla voidaan laskea yksilön dementian todennäköisyys keski-ikäisen riskitekijäprofiilin pohjalta. Riskitehtiin on otettu mukaan seitsemän riskitekijää eli ikä, koulutus, perimä, systolinen verenpaine, painoindeksi, kokonaiskolesteroli ja liikunta (liite 1). Jokaiseen riskitekijään liittyy pistemäärä, joka perustuu riskitekijän yhteydessä olevaan dementiariskin suuruuteen. Riskipisteet lasketaan yhteen. Riskipisteiden määrä vaihtelee 0:n ja 15:n välillä siten, että suurempi riskipistekertymä merkitsee dementian esiintymisen suurempaa todennäköisyyttä myöhäsiässä. (Kivipelto, Ngandu, Laatikainen, Winblad, Soininen & Tuomilehto 2006, 735–741.)

Mittari pohjautuu väestöpohjaiseen Kardiovaskulaariset riskitekijät, ikääntyminen ja dementia –tutkimukseen, johon osallistui yhteensä 1409 henkilöä. Tutkittavat tutkittiin

keskimäärin 50-vuotiaana Pohjois-Karjala-projektin ja FINMONICA-tutkimuksen yhteydessä ja uudelleen 21 vuotta myöhemmin keskimäärin 71-vuotiaana. Riskimittarin kehittäminen jatkuu edelleen. Dementiariskimittari korostaa keski-ikäisen verisuonitautien riskitekijöiden tärkeyttä dementian synnyssä. Se voi olla avuksi niiden ihmisten löytämisessä, jotka saattaisivat hyötyä tehostetusta elämäntapaohjauksesta ja kohonneen verenpaineen ja suurentuneen kolesterolipitoisuuden lääkehoidosta. Riskimittari on tarkoitettu myös motivointikeinoksi. (emt., 735–741.)

4.2.5 Aivoverenkiertohäiriöt

Keskushermosto tarvitsee jatkuvasti happea ja glukoosia toimiakseen, ja ne se saa verenkierron välityksellä. Verenkierron häiriöt johtavat nopeasti keskushermoston pysyviin vaurioihin. Aivoverenkiertohäiriö tarkoittaa joko paikallista aivokudoksen verettömyyttä eli iskemiaa tai paikallista aivovaltimon verenvuotoa eli hemorragiaa. (Kaste, Hermesniemi, Kotila, Lepäntalo, Lindsberg, Palomäki, Roine & Sivenius, 2006, 271.)

Monet tutkimukset ovat yhdenmukaisesti tuoneet esille aivoverenkierron häiriöiden ja niiden merkittävien vaaratekijöiden, kuten kohonneen verenpaineen ja kolesterolitason, yhteyden kognitiiviseen heikentymiseen ja dementoiviin sairauksiin (Pirttilä ym. 2004, 1134). Tehokkaalla verenpaineen alentamisella voidaan vähentää merkittävästi myös aivoverenkierron häiriöiden ilmaantuvuutta ja siten epäsuorasti myös muistihäiriöitä ja henkisen suorituskyvyn laskua. (Pirttilä ym. 2004, 1135).

Aivoverenkierron häiriöt ovat estettävissä oleva muistihäiriöiden syytekijä. Kaikki asiat, jotka vähentävät aivoverenkierron häiriöiden ilmaantuvuutta tai uusiutuvuutta, suojaavat aivoja ja sitä kautta myös henkisen suorituskyvyn säilymistä. Aktiivisen verenpaineen hoidon hyödystä aivojen kannalta on kiistaton näyttö, toteaa Pirttilä. Myös korkean kolesterolin hoito on aivoja suojaava toimenpide. Elintapamuutoksilla on myös merkitystä muistihäiriöiden ja dementian ehkäisyssä. Elintapatekijöiden merkitys korostuu väestötasolla, jos muutokset toteutuvat laajasti. Mahdollisuus henkisen suorituskyvyn säilymiseen saattaa olla tärkeä motivoiva ja hoitomyönteisyyttä lisäävä tekijä monelle potilaalle. Aivoja kannattaa käyttää aktiivisesti. Nykytiedon valossa uskotaan, että muistipulmia voidaan ehkäistä, kirjoittaa Pirttilä. (Pirttilä ym. 2004, 1137.)

4.3 Ylipaino

Aikuisten lihavuus Käypä hoito -suosituksen (2007) mukaan lihavuudella tarkoitetaan rasvakudoksen ylimäärää. Kun syö enemmän kuin kuluttaa, alkaa rasva kertyä elimistöön. Ensin kasvaa ihonalainen rasvakerros, sitten rasvaa alkaa kertyä vatsaonteloon suoliliepeen poimuihin. Keskivaratalolihavuutta pidetään erityisen haitallisena terveydelle. Kun ylimääräinen rasva varastoituu ihon alle, niin viskeraalinen rasva kertyy vatsaonteloon sisäelinten ympärille. Viskeraalinen rasva on kaikista elimistön rasvoista vaarallisin. Se vaikuttaa sokeriaineenvaihduntaan ja huonontaa LDL-kolesterolin ja triglyseridien pitoisuuksia. Vatsan seudulle kertynyt rasvakudos erittää umpirauhasen lailla molekyylejä, jotka vaikuttavat verisuoniin, aineenvaihduntaan, tulehduksiin ja muihin sydän- ja verisuonitauteja aiheuttaviin osatekijöihin. (Erkinjuntti ym. 2009, 215.)

Lihavuus voidaan luokitella muun muassa painoindeksin avulla. Painoindeksi kertoo, onko paino terveellisissä rajoissa. Painoindeksi (body mass index, BMI, paino jaettuna metreinä mitatun pituuden neliöllä, kg/m^2) on käyttökelpoinen suhteellisen painon mittari, jolla on vahva yhteys rasvakudoksen määrään. Aikuisten normaalipainon ylärajaksi on maailmanlaajuisesti valittu painoindeksi $25 \text{ kg}/\text{m}^2$, koska sen ylittyminen lisää monien sairauksien vaaraa. (Aikuisten lihavuus Käypä hoito -suositus 2007.)

Lihavuus voidaan luokitella myös vyötäröympärysmittan mukaan. Miehillä ympärysmittan 100 cm ja naisilla 90 cm ylittyminen merkitsee huomattavasti suurentunutta sairauksien vaaraa. Jo hieman pienemmillä vyötäröympäryksillä (miehet yli 90, naiset yli 80 cm) sairauksien vaara on lievästi suurentunut. (Aikuisten lihavuus Käypä hoito -suositus 2007.) Vuonna 2007 oli Suomessa 40 % naisista ylipainoisia (BMI indeksi yli 25) ikäluokassa 35–44-vuotiaat (Suomen tilastollinen vuosikirja 2008, 516). Kaakkois-Suomessa naisten keskimääräinen BMI on muun maan keskimääräistä painoindeksiä pienempi (Similä, Taskinen, Männistö, Lahti-Koski, Karvonen, Laatikainen & Valsta 2005, 34).

Lihavuus on yleistynyt viime vuosikymmeninä, erityisesti miehillä. Vuosina 1966–1972 (Autoklinikkatutkimus) painoindeksi $30 \text{ kg}/\text{m}^2$ ylittyi 9,1 %:lla miehiä ja 17,8 %:lla naisia. Vuonna 2000 (Terveys 2000 -tutkimus) vastaavat luvut olivat 20,5 % ja 21,5 %. (Suomalaiset ravintosuositukset 2005, 10; Aikuisten lihavuus käypä hoito -suositus 2007.) Alkoholi on tärkeä liikalihavuuden syy keski-ikäisillä suomalaismie-

hillä (Alkoholiongelman hoito käypä hoito suositus 2005). Ylipaino on tärkein syy metaboliselle oireyhtymälle, johon liittyvät epäedulliset veren rasva-arvot ja kohonnut verenpaine sekä kohonnut riski sairastua diabetekseen, sepelvaltimotautiin tai aivohalvaukseen (Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportti 2008, 4). Jo 5-10 prosentin painonpudotus vaikuttaa edullisesti muun muassa triglyseridiarvoihin, HDL-kolesteroliarvoihin ja insuliiniresistenssiin. Yhdeksän sentin vähennys vyötärön ympäryksmitassa vastaa 30 prosentin vähennystä vatsaontelon rasvassa. (Erkinjuntti ym. 2009, 218.)

Lihavuuden hoidon tavoitteena on energiansaannin vähentäminen ja energiankulutuksen lisääminen. Hoito voidaan jakaa laihduttamiseen ja painonhallintaan. Elintapaohjaus kuuluu kaikkiin hoitomenetelmiin. Ohjaus kohdistuu ruokavalioon, fyysiseen aktiivisuuteen ja käyttäytymisen muuttamiseen. Laihduttamisella on edullisia vaikutuksia glukoosiainenvaihduntaan, kohonneeseen verenpaineeseen, rasvaainenvaihduntaan, myös useisiin sairauksiin. (Aikuisten lihavuus Käypä hoito -suositus 2007.)

Keski-ikäen liikapaino lisää riskiä sairastua dementiaan (Donini, Felice & Cannella 2007, 145). Kivipellon tutkimusten mukaan lihavuus (BMI yli 30 kg/m²) keski-ikässä on itsenäinen ja merkittävä riskitekijä myöhäisiän dementialle ja Alzheimerin taudille. Koska dementoitumiseen johtava tautiprosessi alkaa jo varhain, ennaltaehkäisyssä elinikäperspektiivi on keskeistä. (Kivipelto 2007, 19.) Ruotsalaisen Dementia – etiologia ja epidemiologia kirjallisuuskatsauksen mukaan korkealla BMI -indeksillä ja dementialla tai Alzheimerin taudin välillä ei kuitenkaan ole riittävän vahvaa näyttöä (Dementia – etiology and epidemiology 2008, 395).

4.4 Diabetes

Diabetes on joukko sairauksia, joille yhteistä on kohonnut verensokeri. Diabeteksessa joko insuliinin erityös tai vaikutus on puutteellista. (Lahtela 2008, 11.) Diabetes jaetaan kahteen pääryhmään: tyyppin 1 ja tyyppin 2 diabetes (Diabeteksen Käypä hoito -suositus 2007).

Jos suvussa esiintyy diabetesta, on jo nuorella iässä hyvä huolehtia siitä, etteivät painon, verenpaineen, veren rasva-arvojen ja verensokerin suhteen tapahtuisi sellaisia muutoksia, jotka lisäävät todennäköisyyttä sairastua diabetekseen. Ehkäisevät toimen-

piteet ovat erityisen tärkeitä, kun diabeteksen riski on tavallista suurempi. Tällaisessa varassa ovat henkilöt, joiden isällä tai äidillä on tyyppi 2 diabetes, tai naiset, joilla on ollut raskausdiabetes. (Erkinjuntti ym. 2009, 155.)

Diabetesdiagnoosi perustuu oireettomalla henkilöllä joko plasman glukoosipitoisuuden suurentuneeseen paastoarvoon (vähintään 7 mmol/l) tai glukoosirasituskokeen plasman glukoosin suurentuneeseen kahden tunnin arvoon (yli 11 mmol/l). Jos kahden tunnin arvo on 7.8 mmol/l–11 mmol/l, puhutaan heikentyneestä glukoosinsiedosta. (Lahtela 2008; Diabeteksen Käypä hoito -suositus 2007.)

Viramon ja Sulkavan (2006) esittävät, että diabetes, heikentynyt sokerinsieto ja insuliinin liikatuotanto eli hyperinsulinemia ovat yhteydessä sekä heikentyneeseen kognitiiviseen suoriutumiseen että suurentuneeseen dementoitumisen riskiin. Pitkäkestoiseen koholla olevan verensokeripitoisuuden liittyy kognitiivisen suoriutumisen heikkeneminen. On todettu, että hyperinsulinemia on yhteydessä muun muassa pitkäkestoisen muistin heikentymiseen. Kohonneen verensokerin, kohonneen verenpaineen ja heikentyneen sokerinsiedon on todettu lisäävän myös Alzheimerin taudin riskiä noin kaksinkertaiseksi. (Viramo & Sulkava 2006, 35.)

Jos diabetekseen tai hyperinsulinemiaan liittyy Viramon ja Sulkavan mukaan kohonnut verenpaine, kognitiivisen heikentymisen todennäköisyys kasvaa. Myös rasva-aineenvaihdunnan häiriöiden tiedetään heikentävän diabeetikkojen kognitiivista suoriutumista. Diabeteksen pidempi kesto ja insuliinihoito ovat yhteydessä kognitiiviseen heikentymiseen. Myös ei-diabeetikoilla on heikentyneeseen sokerinsietoon ja sokerirasituskokeen jälkeiseen kohonneeseen insuliinitasoon osoitettu liittyvän kognitiivista heikentymistä (Viramo & Sulkava 2006, 35.)

Ruotsalaisen Dementia – etiologia ja epidemiologia -kirjallisuuskatsaus toteaa, että diabeteksen ja dementian välinen yhteys on keskinertainen, kun taas diabeteksen ja Alzheimerin taudin välisestä yhteydestä on riittämätön näyttö (Dementia – etiology and epidemiology 2008, 376). Kirjallisuuskatsauksessa arvioitiin 32 artikkelia aiheesta diabetes ja dementia sekä diabetes ja Alzheimerin tauti. Sen sijaan Profenno, Porsteinsson ja Faraonen vuotta myöhemmin (2009, 6) tekemä tutkimus osoittaa, että lihavuus ja diabetes ovat merkittäviä ja itsenäisiä Alzheimerin taudin riskitekijöitä. Lihavuus ja diabetes ovat myös vaskulaarisen dementian riskitekijöitä (emt., 6).

Diabetes kasvattaa dementiariskiä sokeriaineenvaihdunnan häiriöiden vaikuttaessa aivojen verenkiertoon ja toimintaan (Kivipelto & Granö 2008, 31). Myös Pirttilä ja Erkinjuntti toteavat diabeteksen olevan tutkimusten mukaan Alzheimerin taudin todennäköinen riskitekijä (Pirttilä & Erkinjuntti 2006, 127). Biessels, Deary ja Ryan (2008) pääättelevät, että tarvitaan lisätutkimuksia kognition ja diabeteksen yhteydestä toisiinsa. He korostavat, että diabetes on monimutkainen häiriö, jossa useammat tekijät vaikuttavat aivojen hyvinvointiin. Tällaisia tekijöitä ovat sairaus itsessään tai sen hoito, diabeteksen myöhäiskomplikaatiot sekä monisairastavuus (Biessels, Deary & Ryan 2008, 184, 188.)

4.5 Liikunta

Erkinjuntti (2009, 123) ym. toteavat, että sydänterveys on aivoterveyttä. Liian vähäinen liikunta on sydämelle samanlainen vaaratekijä kuin kohonnut kolesterolipitoisuus, kohonnut verenpaine, tupakointi tai diabetes. Jo vähäinen liikunta tekee hyvää ihmiselle ja se kohottaa myös kuntoa. Liikunta vahvistaa sydäntä ja virittää aivot. (Erkinjuntti ym. 2009, 174.) Liikunta on erityisen tärkeää niille, joilla on vyötärölihavuutta, sillä liikunta vähentää vatsaontelon sisäistä rasvaa. Yhdeksän sentin vähennys vyötärön ympäryksmitassa vastaa 30 prosentin vähennystä vatsaontelon rasvassa (Erkinjuntti ym. 2009, 218). Liikunnan Käypä hoito -suosituksen mukaan liikunta on keskeinen hoitomuoto useissa pitkäaikaissairauksissa joko yksin tai yhdistettynä muihin elämäntapamuutoksiin ja hoitoihin. Suositus ohjeistaa 18–65-vuotiaille kohtuukuormitteista kestävyysliikuntaa vähintään 30 minuuttia päivässä viitenä päivänä viikossa. (Liikunnan Käypä hoito –suositus 2008.)

Säännöllinen fyysinen aktiivisuus vaikuttaa suotuisasti veren kolesteroliin alentamalla LDL-kolesterolin ja triglyseridipitoisuutta sekä nostamalla HDL-kolesterolin pitoisuutta. Kohtuullinen liikunta alentaa myös verenpainetta, ja sillä on suotuisa vaikutus myös insuliiniherkkyyteen. Liikunta lisää energian kulutusta, ja sillä on tärkeä merkitys painon säätelyssä. Liikunnalla on vaikutusta myös itsetuntoon ja henkiseen hyvinvointiin. (Suomalaiset ravitsemussuositukset 2005, 43.)

Muita säännöllisen ja pitkäaikaisen liikunnan terveyshyötyjä ovat muun muassa sepelvaltimosairauksien kehittymisen vaaran aleneminen puoleen. Vastaava vaikutus saavutetaan, kun lopetetaan tupakointi. Ylipainaisuuden vaara ja aikuisiän diabeteksen kehittymisen vaara alenevat puoleen. Korkean verenpaineen kehittymisen vaara ale-

nee noin kolmanneksen ja jos henkilöllä on kohonnut verenpaine, on mahdollista saavuttaa 10/8 mmHg:n suuruinen verenpaineen alenema. Vastaava vaikutus voidaan saavuttaa lääkehoidolla. Aivosairauksien kehittymisen vaara pienenee yhdessä vaaratekijöiden vähenemisen kanssa. Masennus- ja ahdistuneisuusoireet helpottuvat ja liikunta kasvattaa tasapainoa ja koordinaatiota. (Erkinjuntti ym. 2009, 175.)

Aivoterveysten kannalta käveleminen on erinomaista liikuntaa. Kävellessä joutuu käyttämään aivoja monipuolisesti. Kävelyn virkistävä vaikutus johtuu siitä, että aivoissa erittyy liikunnan aikana mielihyvääaineita, jotka kohottavat niiden henkistä toimintatasoa. Terveysliikunnassa sopiva askelmäärä on 10 000 askelta päivässä. (Erkinjuntti ym. 2009, 177.)

CAIDE-tutkimuksen mukaan keski-ikässä harrastettu säännöllinen vapaa-ajan liikunta (vähintään kaksi kertaa viikossa ja vähintään 30 minuuttia kerrallaan) voi pienentää merkittävästi dementian ja Alzheimerin taudin vaaraa myöhäisessä. Yhteys oli selvempi dementialle geneettisesti alttiilla henkilöllä. (Kivipelto 2007, 20.)

4.6 Ravitseminen ja vitamiinit

Terveellinen ja monipuolinen ravinto sisältää runsaasti monitydyttämättömiä rasvahappoja, vitamiineja ja antioksidantteja eli runsaasti kasviksia, hedelmiä ja paljon kalaa. Tällainen ravinto on yhteydessä dementian alhaisempaan esiintyvyyteen. (Pirttilä, Strandberg, Vanhanen & Erkinjuntti 2004, 1133–1134.) Monitydyttämättömillä rasvoilla on tärkeä merkitys muun muassa hermosolukalvon toiminnalle ja aivojen plastiisuudelle. Ravinnon rasvahappokoostumus voi vaikuttaa monin tavoin aivojen hyvinvointiin. Monitydyttämättömien rasvojen käytöllä on todettu olevan yhteys demen-toitumiseen ja Alzheimerin tautiin. Monitydyttämättömien rasvojen käyttäjillä oli selvästi pienempi riski sairastua. Yhteys oli erityisen selvä henkilöillä, joilla oli geneettinen alttius dementialle. (Kivipelto 2007, 19.)

Kolesterolia on pelkästään eläinkunnan tuotteissa. Vaikka lihassa, kalassa, katkarauissa ja kanamunassa on kolesterolia, ne sopivat kohtuullisesti käytettyinä sydämelle ystävälliseen ruokavalioon. Ravinnon kolesterolimäärän ei tulisi ylittää 300 mg päivässä. Elimistö itse tuottaa tarvittavan määrän kolesterolia ja ravinnosta saatava kolesteroli suurentaa usein kolesterolin määrää veressä. Runsaasti kolesterolia on munan-keltuaisessa, maksassa, mädissä, äyriäisissä ja rasvaisissa maitovalmisteissa kuten

voissa ja kermassa. Yksi kananmuna sisältää noin 230 mg kolesterolia eli lähes päivittäisen määrän. Henkilöille, joilla kolesterolia on kohonnut tai on todettu diabetes tai valtimotauti, kolesterolin saannin enimmäismäärän tulisi olla 200 mg päivässä. (Erkinjuntti ym. 2009, 152.)

Tutkimuksissa on osoitettu, että kalaa säännöllisesti vähintään 2-3- kertaa viikossa syöville, on pienempi muistihäiriöiden ja dementiaan vaara. Kala sisältää runsaasti hyödyllisiä rasvahappoja, joiden otaksutaan vahvistavan hermosolujen välistä kommunikointia ja estävän Alzheimerin taudin aivomuutoksia. Lievästä Alzheimerin taudista kärsivät potilaat saattavat saada lisähyötyä omega-3 -rasvahapoista (Kivipelto 2007, 20), jotka voitelevat hermosolun solukalvoja, parantavat synapsien toimintaa, estävät tulehduksia sekä toimivat antioksidanttien tavoin (Erkinjuntti ym. 2009, 167). Omega-3 -rasvahapot hidastavat Alzheimerin taudin kehittymistä ja pienentävät näin sairastumisriskiä. Ne saattavat olla tehokkaampia, jos niiden käyttö aloitetaan ajoissa ja niitä käytetään yhdessä antioksidanttien kanssa. (Cole, Ma & Frautschy 2009, 1.) Mustikka on yksi parhaista kotimaisista antioksidanttien lähteistä, ja se sisältää runsaasti myös C- ja E-vitamiinia sekä kuitua. Mustikka on hyvää sekä sydämelle että aivoille (Erkinjuntti ym. 2009, 168).

Doninin, Felicen & Cannellan tutkimusten mukaan välimerellinen ruokavalio, joka sisältää runsaasti juoksevia öljyjä, suojaisi Alzheimerin taudilta. Suomalainen rypsiöljy on rasvahappokoostumukseltaan oliiviöljyä vastaava tai jopa parempi, ja tätä voidaan suositella kotimaisena vaihtoehtona oliiviöljyn rinnalle. Välimerellinen ruokavalio sisältää myös runsaasti kasviksia, vihanneksia ja hedelmiä ja näin ollen runsaasti antioksidantteja ja vitamiineja. Tutkimusten mukaan runsaasti kasviksia ja antioksidantteja sisältävä ruokavalio voisi suojata muistihäiriöiltä. Erityisesti vitamiinit E ja C olisivat suotuisia muistille ja muille älyllisille toiminnoille. E-vitamiini saattaa myös hidastaa omatoimisuuden heikkenemistä ja laitoshoitoon joutumista keskivaikeassa ja vaikeassa Alzheimerin taudissa. (Donini, Felice & Cannella 2007, 143–153; Kivipelto 2007, 20; Erkinjuntti ym. 2009, 167) Erkinjuntin ym (2009, 167) mukaan aivoille sopii myös rainbow- eli sateenkaariruokavalio, jonka ajatuksena on, että mitä enemmän väriä, sitä enemmän fytokeemikaaleja ja antioksidantteja.

Similä, Taskinen, Männistö, Lahti-Koski, Karvonen, Laatikainen & Valsta (2005) korostavat, että Suomessa tulee edelleen edistää kasvisten, hedelmien, marjojen, täysjy-

väviljatuotteiden ja kalan käyttöä. Myös tyydyttyneen rasvan korvaaminen pehmeillä tyydyttymättömillä rasvoilla ja suolan käytön vähentäminen ovat keskeisiä tekijöitä veren kolesterolitason ja lihavuuden ehkäisyssä. (Similä, Taskinen, Männistö, Lahti-Koski, Karvonen, Laatikainen & Valsta 2005, 34, 37.) Valtion ravitsemusneuvottelukunnan laatimien Suomalaisten ravitsemussuositusten (2005, 13) mukaan kasviksia, hedelmiä ja marjoja tulisi syödä ainakin 5 annosta päivässä, vähintään 400 g per päivä. Kovaa rasvaa on ruuassamme edelleen suositusta enemmän. Suolan käyttö on vähentynyt. Suositeltava kolesteroliarvo (alle 5 mmol/l) on vain 35 %:lla naisista. Lihavuus on yleistynyt, ja vuonna 2002 naisista 49 % on vähintään lievästi lihavia (BMI yli 25). Lihavuuden yleistymisen, liikunnan vähäisyys ja runsaan kovan rasvan saannin myötä tyypin 2 diabetes on Suomessa kasvava ongelma (Suomalaiset ravitsemussuositukset 2005, 8-9.)

B12 -vitamiinin ja folaatin puute on liitetty kognitiiviseen heikentymiseen ja demensian sairastumisen riskiin etenkin ikääntyneillä. Myös kohonnut veren homokysteiniinipitoisuus, joka heijastaa B12 -vitamiinin ja /tai folaatin puutetta, on liitetty kognitiiviseen heikentymiseen. Vitamiinipitoisuudet on helppo määrittää ja jos selvää puutetta ilmenee, voidaan suositella B-vitamiini- tai folaattilisää. (Donini, Felice & Cannella 2007; Kivipelto 2007, 20; Reynolds 2006, 949.) Foolihappo on muun muassa ihmisen punasolumuodostukselle välttämätön, B-vitamiineihin lukeutuva ravinnosta saatava aine (Salonen 2009).

4.7 Kouluttautuminen

On esitetty, että kouluttamattomat tai vain vähän koulutusta saaneet ihmiset olisivat suuremmassa varassa dementoitua. Yksi selitys tähän voisi olla Soinisen (2006) mukaan se, että koulutus lisää synapsien määrää ja kasvattaa niiden reserviä. Tällöin demensioireet eivät tule helposti esiin. Koulutuksen merkitys suojatekijänä on tutkittu EURODEM-tutkimuksessa, jossa vähän koulutusta saaneiden naisten vaara sairastua Alzheimerin tautiin oli 4,3- ja keskivertokoulutuksen saaneiden 2,6 -kertainen korkeasti koulutettuihin verrattuna. (Soininen 2006, 467.)

Ruotsalaisen vanhusten seurantatutkimuksen Kungsholm -projektin tulokset osoittavat, että naimisissa olevat ja toisen henkilön kanssa asuvat sairastuivat dementiaan harvemmin kuin naimattomat ja yksin elävät (Soininen 2006, 467). Myös Håkansson, Rovio, Helkala, Vilksa, Winblad, Soininen, Nissinen, Mohammed & Kivipelto (2009,

1) ovat tulleet samaan loppupäätelmään, että keski-ian parisuhde suojaa dementialta myöhäisemmässä iässä.

On vahvaa näyttöä siitä, että vapaa-ajan aktiivinen kanssakäyminen ja koulutus ovat dementian ja Alzheimerin taudin suojaavia tekijöitä. Aktiivinen elämäntapa myöhäisemmässä iässä näyttää suojaavan Alzheimerin taudilta ja dementialta. (Dementia – etiology and epidemiology 2008, 468, 481; Ngandu, von Strauss, Helkala, Winblad, Nissinen, Tuomilehto, Soininen & Kivipelto 2007, 1; Fratiglioni, Paillard-Borg & Winblad 2004, 351.)

Skotlantilaisten tutkijoiden mukaan niillä henkilöillä, joilla oli lapsuudessa matala älykkyysosamäärä, oli suurempi riski sairastua vaskulaariseen dementiaan myöhäisiällä. Tupakoinnin lopettaminen, korkean kolesterolin ja verenpaineen hoitaminen auttaisi pienentämään sairastumisriskiä. Tutkimustulos vahvistaa myös sosio-ekonomisen aseman ja koulutuksen tärkeyttä. (Richards, Black, Mishra, Gale, Deary & Batty 2008, 1-6.)

Henkinen ja fyysinen aktiivisuus näyttäisivät vähentävän muistihäiriöiden ja dementian ilmaantuvuutta. Geneettisten suojatekijöiden kuten esimerkiksi ApoE2:n lisäksi elintavoilla on merkitystä dementoitumisen suojaavina tekijöinä (Pirttilä, Strandberg, Vanhanen & Erkinjuntti 2004, 1133–1134.)

4.8 Tupakka ja alkoholi

Tupakointi aiheuttaa fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen riippuvuuden (Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot Käypä hoito -suositus 2006). Suomessa on noin miljoona tupakoijaa. Vuonna 2007 päivittäin tupakoi työkäisistä miehistä 26 % ja naisista 17 %. Tupakoinnin sosioekonomisten ryhmien väliset erot ovat suuret. Miesten tupakointi on 1980-luvulta lähtien vähentynyt, ja myös naisten tupakointi näyttäisi aivan viime vuosina kääntyneen laskuun. Nuuskaa Suomessa käyttää päivittäin 1,3 % aikuisista miehistä ja satunnaisesti 2,7 %. (Aikuisten tupakointi 2009.)

Tupakoinnin vaikutuksista muistiterveyteen on saatu ristiriitaisia tutkimustuloksia. Rotterdam-tutkimuksen mukaan tupakointi voisi olla sairastumisriskiä lisäävä tekijä. Tupakoitsijoilla riski sairastua muistisairauksiin oli 2,3 -kertainen verrattuna niihin, jotka eivät olleet koskaan tupakoineet. Niillä henkilöillä, joilla ei ollut ApoE 4 -

alleelia, riski oli 4,6 -kertainen. (Soininen 2006, 466–467.) Tupakointi on Alzheimerin taudin riskitekijä (Dementia – etiology and epidemiology 2008, 353) sekä sillä on yhteys dementian sairastumisriskiin (Juan, Zhou, Li, Wang, Gao & Chen 2003, 277, 281; Tyas, White, Petrovitch, Ross, Foley, Heimovitz ja Launer 2002, 589; Viramo ja Sul-kava 2006, 37).

Alkoholin suurkuluttajia ovat henkilöt, joille alkoholinkäyttö muodostaa terveystarpeen. Suomessa suurkuluttajia on arviolta noin 300 000 – 500 000. Terveystarpeen naispotilaista noin 10 % on alkoholin suurkuluttajia. Suurkuluttaja on nainen, joka nauttii kerralla 5 alkoholiannosta tai enemmän tai vaihtoehtoisesti yli 16 alkoholiannosta viikossa. (Alkoholi 2009.)

Alkoholin suurkulutus voi vaurioittaa lähes jokaista elintä. Alkoholin käytön riskirajalla tarkoitetaan sitä vuorokaudessa nautittua alkoholin enimmäismäärää, joka ei vielä lisää merkittävästi terveyshaittoja. Riskirajaa voidaan käyttää ohjeistuksena alkoholinkäytön vähentämiseen tähtäävässä neuvonnassa. Suomessa riskirajaksi on ehdotettu naisilla 20 g/vrk. (Alkoholi-ongelman Käypä hoito -suositus 2005.) Valtion ravitsemusneuvottelukunta suosittelee alkoholinkäytön riskirajaksi naisilla korkeintaan 10 g/vrk (Suomalaiset ravitsemussuositukset 2005, 33). Haittojen ohella kohtuullisella alkoholinkäytöllä on Alkoholi-ongelman Käypä hoito -suosituksen mukaan eräissä väestöryhmissä havaittu olevan suotuisiakin vaikutuksia, kuten esimerkiksi kohtuullinen alkoholinkäyttö suojaa sepelvaltimotaudilta sekä aikuistyyppin diabetekselta ja dementialta. (Alkoholi-ongelman Käypä hoito -suositus 2005.)

Valtion ravitsemusneuvottelukunta ohjeistaa, että alkoholin kulutus tulisi pitää kohtuullisena. Alkoholi sisältää runsaasti energiaa, ja se lisää lihavuuden riskiä. Alkoholi kohottaa verenpainetta ja seerumin triglyseridipitoisuutta, joka yhdessä kohonneen verenpaineen kanssa altistaa sydän- ja verisuonisairauksille. (Suomalaiset ravitsemussuositukset 2005, 33–34.)

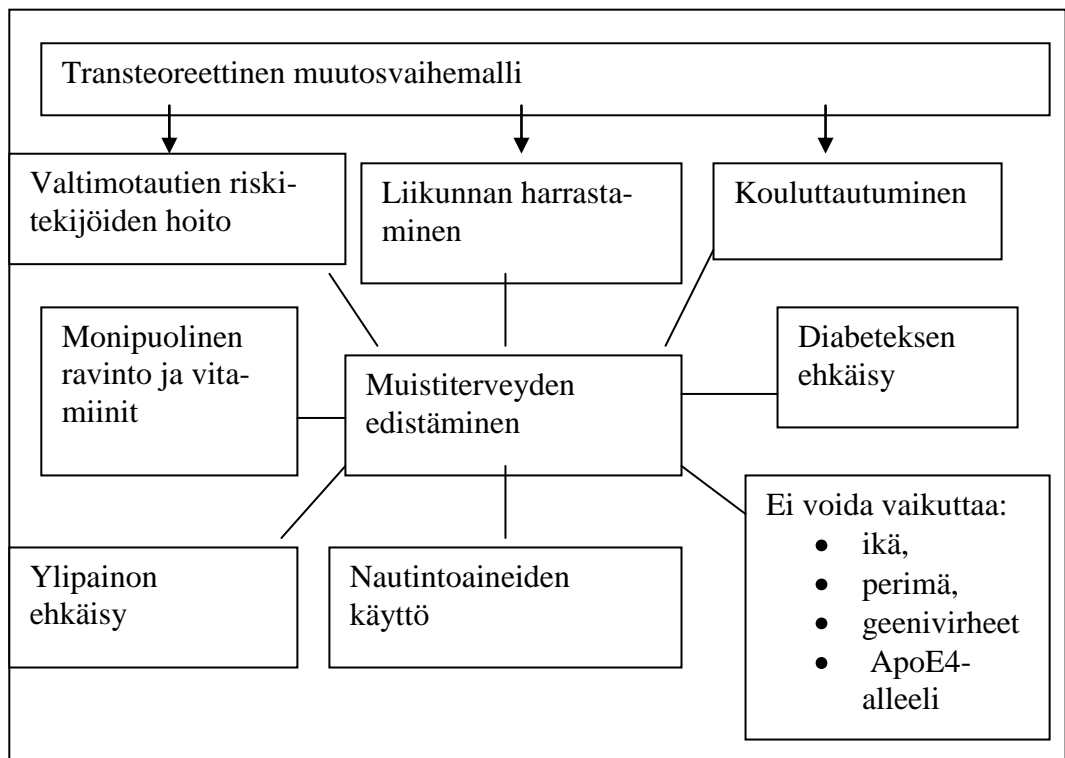
Runsas alkoholin käyttö on dementian riskitekijä (Huang, Qiu, Winblad & Fratiglioni 2002, 959). Kohtuullisen alkoholinkäytön ei ole voitu osoittaa lisäävän dementian tai Alzheimerin taudin vaaraa (Soininen 2006, 466). Huangin, Qiu, Winbladin ja Fratiglioni ovat päätyneet siihen, että ikäihmisten alkoholin kohtuukäyttö saattaisi suojata dementialta ja Alzheimerin taudilta. Tutkimuksen mukaan kohtuukäyttö ei lisännyt kuolleisuutta tutkimusjoukossa. (Huang, Qiu, Winblad & Fratiglioni 2002, 959, 963.)

ApoE 4-alleelin kantajilla alkoholin käyttö lisää dementoitumisen riskiä (Viramo & Sulkava 2006, 38; Kivipelto 2007, 20).

Ruotsalainen Dementia – etiologia ja epidemiologia -kirjallisuuskatsaus esittää alkoholin kohtuukäytön toisaalta pienentävän dementian riskiä. Kirjallisuuskatsauksen yksi tutkimus osoitti, että jatkuva alkoholin käyttö lisää dementian riskiä (Dementia – etiology and epidemiology 2008, 359). On mahdollista, että erilaiset juomatavat vaikuttavat eri maissa tehtyjen tutkimusten vaihteleviin tuloksiin (Kivipelto 2007, 20).

Alkoholin vaikutuksia kognitioon ei tiedetä. On esityksiä, että kohtuukäyttö voisi suojata, mutta runsaampi käyttö lisää kognitiivista heikentymistä ja dementiariskiä. Tulokset ovat ristiriitaisia. Koska alkoholin yhteys kognitioon ei ole vielä selvä, on pidettävä mielessä myös alkoholin käyttöön liittyvät haittavaikutukset. Alkoholin ”suositukseen” on suhtauduttava varoen. (Erkinjuntti 2006, 27; Kivipelto 2007, 20.) Viramon ja Sulkavan mukaan (2006, 38) hyvin runsaaseen alkoholinkäyttöön liittyy kolminkertainen dementoitumisen riski. Erkinjuntin (2006, 27) suositus on, että 12 cl punaviiniä enintään kuutena päivänä viikossa on alkoholin kohtuukäytön raja.

Yleisenä ohjeena väestötasolla voidaan Hilikka Soinisen mukaan (2006, 468) todeta, että monipuolinen aivojen käyttäminen kaikissa ikävaiheissa, aivojen suojaaminen vammoilta, terveellinen monipuolinen ravinto, liikunta sekä sydän- ja verisuonitautien ehkäisy ovat suositeltavia dementian primaaripreventiossa. Aikaisempia tutkimuksia aiheesta on esitetty liitteessä 2. Yhteenveto muistiterveyden edistämisen keinoista ja tutkimuksen taustateoriasta on esitetty kuvassa 2.



Kuva 2. Yhteenveto muistiterveyden edistämisen keinoista ja tutkimuksen taustateoriasta

5 MUISTIHÄIRIÖIDEN JA DEMENTIAN MÄÄRÄT JA ENNUSTEET

Maailmassa on 18 miljoonaa ihmistä, jotka sairastavat dementiaa (Sörensen, Duberstein, Gill & Pinquart 2006, 961). Alzheimer's Disease Internationalin mukaan Euroopan unionissa dementiaa sairastaa 6,1 miljoonaa ihmistä ja vuosittain 1,4 miljoonaa ihmistä sairastuu johonkin dementoivaan sairauteen. Ennusteiden valossa dementoivaa sairautta sairastavien ihmisten määrä kaksinkertaistuu Länsi-Euroopassa ja kolminkertaistuu Itä-Euroopassa vuoteen 2040 mennessä. (Georges 2008, 39.) Myös Chen, Lin ja Chen (2009, 754) arvioivat, että dementiaan sairastuneiden määrät tulevat lisääntymään räjähdysmäisesti maailmassa.

Väestötutkimusten mukaan Suomessa arvioidaan olevan 85 000 keskivaikeasti tai vaikeasti ja 35 000 lievästi dementoitunutta henkilöä. Vuosittain yli 13 000 suomalaista sairastuu johonkin dementoivaan sairauteen. (Suhonen, Alhainen, Eloniemi-Sulkava, Juhela, Juva, Löppönen, Makkonen, Mäkelä, Pirttilä, Pitkälä, Remes, Sulkava, Viramo & Erkinjuntti 2008, 9.) Työikäisiä (65-vuotiaita tai nuorempia) dementiapotilaita on arviolta noin 7000- 7500 (Viramo & Sulkava 2006, 23; Juva 2006, 589). Muistihäiriöiden ja dementian esiintyvyys lisääntyy iän myötä siten, että ikäryhmässä 30–64–

vuotiaat esiintyvyyden prosentti on 0,26 %, 65–74-vuotiaat 4,2 %, 75–84-vuotiaat 10,7 % sekä yli 85-vuotiaat 35 % (Sulkava 2003, 74). Esiintymisprosenttien mukaan laskettiin dementian esiintyvyys myös Kymenlaaksossa ja Kouvolassa. Kymenlaaksossa on arviolta noin 4000 keskivaikeaa ja vaikeaa dementiaa sairastavaa, lieviä tapauksia on noin 6000. Kouvolassa vastaavat luvut ovat noin 1900 ja 2800.

Viramon ja Sulkavan (2006, 29) mukaan ilmaantuvuudella (incidence) tarkoitetaan taudin suhteen terveessä väestössä tietyssä ajassa tautiin sairastuneiden henkilöiden määrää 1000:ta tai 100 000:ta henkilövuotta kohti. Ilmaantuvuus kasvaa huomattavasti iän myötä. Ikäryhmässä 85–89-vuotiaat ilmaantuvuus on 50/1000 henkilövuotta kun taas 60–65-vuotiaiden ryhmässä on noin 1/1000 henkilövuotta. (Viramo & Sulkava 2006, 29–30.)

Vallitsevuudella (prevalence) tarkoitetaan tietyllä hetkellä väestössä tautia sairastavien tai oireesta kärsivien henkilöiden suhteellista osuutta, joka ilmoitetaan yleensä prosenttilukuna (Viramo & Sulkava 2006, 25). Dementoivat sairaudet liittyvät korkeaan ikään. Vallitsevuus yli 85-vuotiaiden ryhmässä on 15-kertainen verrattuna 60-vuotiaiden ryhmään. Yhteys ikään on samanlainen molemmilla sukupuolilla. Hyvin iäkkäillä naisilla vallitsevuuden muutos vanhempaan ikäryhmään siirryttäessä on suurempi kuin vastaavan ikäisillä miehillä. (Viramo & Sulkava 2006, 26.)

Etenevät muistisairaudet ovat merkittävä kansallinen haaste. Seuraavien kymmenen vuoden aikana muistisairauksista johtuvat kustannukset Suomessa nousevat nykyhoitolla ennusteiden mukaan 24 %. Terveystaloustieteelliset analyysit korostavat varhaisesta diagnostiikasta ja hoidon aloittamisen tärkeyttä. Kustannussäästöjä saadaan aikaan, jos panostetaan muistisairauksien ennaltaehkäisyyn ja avohoidon kehittämiseen ja muistisairauksien diagnoosi tehdään mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Muistisairauksien hoidossa lähivuosien trendeinä tulevat olemaan muistisairauksien ennaltaehkäisy ja avohoito. Tällöin otetaan huomioon keski-ikä valtimotautiriskitekijät, diagnostiikan hajauttaminen ammattitaitoisiin perusterveydenhuollon yksiköihin ja muistilääkkeiden varhaisempi aloittaminen. (Suhonen ym. 2008, 19.)

6 TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena on saada tietoa 40–44 vuotta täyttäneiden kymenlaakso-laisten naisten muistiterveyden riski- ja suojatekijöistä ja niihin suhtautumisesta sekä muistiterveyttä koskevasta tiedonsaannista.

Kyselyn ja haastattelun tutkimuskysymykset:

1. Mitä muistiterveyden riskitekijöitä keski-ikäisillä naisilla on?
2. Miten naiset suhtautuvat riskitekijöihinsä?
3. Mitä muistiterveyden suojatekijöitä keski-ikäisillä naisilla on?
4. Miten naiset toimivat suojatekijöiden lisäämiseksi?
5. Millaista tietoa naiset toivoivat muistiterveyden ennaltaehkäisystä?

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

7.1 Tutkimusaineisto ja otanta

Aiheen valintaan liittyen käytiin keskustelua terveyden edistämisen yksikön kanssa. Tutkija tapasi Kouvolan kaupungin terveyden edistämisen yksikön terveyden edistämisen suunnittelijan Kouvolassa 8.9.2009. Kouvolassa 40–vuotiaat miehet, joilla ei ole työterveyshuollon palveluita, kutsutaan terveystapaamiseen tai –tarkastukseen vuosittain. Naisille vastaavanlaisia terveystarkastuksia on järjestetty Miehikkälän terveysasemalla vuodesta 2006 lähtien sekä Virojoen terveysasemalla vuodesta 2008 lähtien.

Käydyn keskustelun pohjalta päädyttiin valita tutkimuksen kohderyhmäksi 40–44 –vuotiaat naiset. Jotta tarvittava tutkimusjoukko saataisiin haastatteluja varten kokoon, valittiin viisi ikäluokkaa. Pelkästään 40-vuotiaat naiset olisivat olleet liian suppea joukko. Toinen tutkimuksenottokriteeri oli työterveyshuollon palveluiden puuttuminen tältä tutkimusjoukolta.

Kouvolan Sanomien toimitukseen otettiin yhteyttä puhelimitse tarkoituksena saada paikallislehti kiinnostumaan tutkimusaiheesta. Toimittaja Johanna Tenovirran tekemä lehtiartikkeli julkaistiin Kouvolan Sanomissa 21.9.2009 otsikolla Aivot arvostavat hyvää hoitoa (liite 3). Lehtijutun tuoman julkisuuden toivottiin edesauttavan tutkimusjoukon saamista ja tutkimuksen onnistumista.

Tutkittavat naiset haettiin Kouvolan Sanomissa 20.9.2009 ja Pohjois-Kymenlaaksossa 23.9.2009 olleen Lukijalta-palstan kirjoituksen perusteella (liite 4). Tutkimukseen ilmoittautumisajaksi määriteltiin vajaan kaksi viikkoa, tarkalleen 11 päivää. Pidempi ilmoittautumisaika ei toisi mukaan enempää tutkittavia henkilöitä, varsinkaan kun ilmoitus oli lehdessä kaksi kertaa. Yhteydenotot tulivat puhelimitse (6 soittajaa) ja sähköpostitse (1 sähköpostiviesti) ja henkilökohtaisella yhteydenotolla (1 tutkittava) ensimmäisen viikon aikana. Puhelinsoittoja saatiin ajalla 20.9.–30.9.2009 yhteensä 8. Kaksi soittajaa eivät päässeet mukaan tutkimukseen, koska he eivät täyttäneet tutkimuskriteereitä. Tutkimusjoukoksi muodostui kahdeksan tutkimuskriteerit täyttäneitä naista. Tutkimuskriteerit olivat 40–44-vuotiaat naiset ja työterveyshuollon palveluiden puuttuminen tutkimusjoukolta.

Ilmoittautumisvaiheessa jokaisen tutkittavan kanssa keskusteltiin tutkimukseen osallistumisesta ja siitä, mikä sai vastaajan osallistumaan mukaan tutkimukseen. Tutkimukseen osallistumisen motivaatiotekijöinä olivat tutkittavien mukaan: ”kerrankin minulle sopiva tutkimusjoukko”, ”kiinnostus aihetta kohtaan”, ”omakohtainen kokemus muistisairauksista”, ”voi auttaa tutkimusta” ja yhden vastaajan aiemmat hyvät kokemukset tutkimukseen osallistumisesta. Myös Kouvolan Sanomissa ollut lehtiarikkeli oli innostanut mukaan.

7.2 Ryhmäinterventio

Ennen haastatteluja tutkittaville järjestettiin ryhmäinterventio aiheesta muistiterveyden riski- ja suojatekijät 19.10.2009 klo 16.30–18.30. Ryhmäinterventiossa tutkittaville jaettiin avoimesti ja rehellisesti tietoa muistiterveyden edistämisen keinoista. Heitä motivoitiin mukaan tuleviin haastatteluihin ja samalla pyrittiin havahduttamaan tutkittavat pohtimaan omia muistiterveyden edistämisen keinoja. Ryhmäinterventiossa tutkittavat allekirjoittivat kirjallisen suostumuksensa (liite 5) tutkimusta varten. Heiltä pyydettiin kirjallinen palaute ryhmäinterventio onnistumisesta (liite 6). Lopuksi he täyttivät kyselylomakkeen, jonka perusteella tulevia haastattelukysymyksiä tarkennettaisiin. Tutkittavia ei manipuloitu tutkimuksen missään vaiheessa. Välitön suullinen palaute kolmelta tutkittavalta ryhmäinterventio jälkeen:

”Yllättävää miten paljon voi itse tehdä”

”Mielenkiintoinen aihe”

”Tuli ajattelemisen aihetta”

7.3 Laboratoriokokeet

Laboratoriokokeet otettiin ennen haastatteluja. Kolesteroli- ja verensokerikokeet otettiin siksi, että jokainen saisi tietää omat rasva- ja sokeriarvonsa ja toisaalta niiden ajateltiin toimivan motivaatiotekijänä tutkimukseen osallistumisesta. Miten voi keskustella tutkittavan omista verikoearvoista, jos niitä ei ole mitattu? Yksityinen lääkärikeskus valittiin yhteistyökumppaniksi, koska laboratoriokokeet voitaisiin ottaa siellä nopeasti ja joustavasti ostopalveluna. Kuusankosken lääkärikeskuksen tarjous laboratoriokustannuksista oli myös tähän tutkimukseen sopiva. Ajanvaraus, ohjaus ja verikokeiden ottaminen hoidettiin lääkärikeskuksen henkilökunnan toimesta. Nimilistan verikokeisiin tulijoista lähetettiin Kuusankosken lääkärikeskukselle postitse 21.10.2009. Verikokeet otettiin 26.10, 28.10. sekä 23.11.2009. Laboratoriovastaukset postitettiin suoraan tutkittaville itselleen.

7.4 Kysely tutkimusmenetelmänä

Määrällinen tutkimusmenetelmä valittiin ensimmäiseksi lähestymistavaksi, koska sen keskeisimmät seikat tukivat tutkimuksen tavoitteita. Ratkaiseva asia oli se, että aineisto voitaisiin nopeasti käsitellä tallennettuun muotoon ja analysoida se tietokoneen avulla (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 195). Kysely sopi myös suunniteltuun tutkimusaikatauluun ja kustannukset olivat pienet. Kyselytutkimuksen aineistoa pidetään usein pinnallisena ja tutkimuksia teoreettisesti vaatimattomana toteaa Hirsjärvi ym. (2009, 195). Kyselytutkimusta tehdessä tutkija ei voi tietää, miten vakavasti tutkittavat suhtautuvat tutkimukseen tai tutkija ei tiedä, miten tutkittavat ovat selvillä aihealueesta, josta kysymykset esitetään (Hirsjärvi ym. 2009, 195). Pyrin minimoimaan Hirsjärven ym. esittämiä kyselyn heikkouksia siten, että tutkittavat saivat kysyä ja tarkentaa kyselylomakkeen kysymyksiä väärinymmärrysten välttämiseksi kyselyn täyttövaiheessa. Kysymystä numero 6 selvensin itse, ja kysymyksestä numero 24 kysyttiin, voiko siihen valita useita vaihtoehtoja. Kaikki tutkittavat täyttivät kyselylomakkeen, joten katoa ei esiintynyt. Pyrin myös motivoimaan kaikkia tutkittavia vastaamaan kyselylomakkeeseen ja täyttämään kaikki kohdat.

Kvantitatiivinen lähestymistapa valittiin tutkimusmenetelmäksi ennen haastatteluja myös siksi, että saataisiin taustatietoja tutkittavien naisten elämäntavoista, tottumuk-

sista sekä niiden mahdollisista muutoksista. Kyselyllä pyrittiin kartoittamaan tutkimusjoukkoa (Hirsjärvi ym. 2009, 181) ja sen profiilia ennen haastatteluja. Kyselylomakkeen tietojen perusteella tarkennettiin myös haastattelukysymyksiä.

7.5 Kysymyslomakkeen laadinta

Monivalintakysymykset ovat Hirsjärven ym. (2009, 199) mukaan tutkijan etukäteen laatimia, numeroituja vastausvaihtoehtoja. Kysymyslomakkeessa oli pelkästään monivalintakysymyksiä siksi, että vastaajan oli helppo vastata kysymyksiin ja tutkijan oli helppo käsitellä ja analysoida vastauksia tietokoneella Excel-ohjelmalla. Vastauksia voitiin myös vertailla, koska kaikki olivat vastanneet kaikkiin kysymyksiin.

Kyselylomakkeen kysymysten (liite 7) laadintaa ohjasi tutkimuksen teoreettinen viitekehys, joka perustuu uusimpaan teoria- ja tutkimustietoon. Tutkimuksen luotettavuuden varmistamiseksi kyselylomaketta esiteltiin kahdella naishenkilöllä. Hirsjärven ym. (2009, 204, 231) mukaan mittarin esitestaus on välttämätöntä ja se lisää tutkimuksen reliabiliutta eli mittaustulosten toistettavuutta. Kysymyslomakkeen esitestauksen tuloksena lisättiin riskimittarin kysymykset kyselylomakkeeseen mukaan, kun alkupe räisenä ajatuksena oli täyttää riskimittari tutkittavilla erikseen. Yhdistäminen osoit tautui hyväksi ratkaisuksi, sillä se vähensi täytettävien lomakkeiden määrää yhdellä.

Määrällisten kysymysten tutkimustulokset esitetään taulukoina ja lukumäärinä aineis ton pienuudesta (8) johtuen. Aineisto käsiteltiin Excel-taulukko-ohjelmalla.

7.6 Haastattelu tutkimusmenetelmänä

Toisena tutkimusmenetelmänä käytettiin kvalitatiivista lähestymistapaa. Haastattelu valittiin neljästä syystä. Ensiksi haluttiin tarkentaa kyselyllä jo saatuja vastauksia, toiseksi haluttiin syventää saatavia tietoja esittämällä tarkentavia lisäkysymyksiä haastattaville (Hirsjärvi ym. 2009, 205). Kolmanneksi haluttiin selvittää, miten mukana olevat tutkittavat itse aiheen kokevat (Hirsjärvi & Hurme 2000, 35; Hirsjärvi ym. 2009, 164) ja päädyttiin puolistrukturoituun haastatteluun (liite 8). Puolistrukturoidusta haastattelusta ei ole yhtä oikeaa määritelmää Hirsjärven ja Hurmeen (2000, 47) mukaan. Puolistrukturoidussa haastattelussa kysymysten muoto on kaikille sama, ja haastattelijat voi vaihdella kysymysten järjestystä tai sanamuotoa. Vastauksia ei ole sidottu

vastausvaihtoehtoihin vaan haastateltavat voivat vapaasti vastata omin sanoin. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 47.)

Neljäs peruste haastattelumenetelmän valinnalle oli se, että haastateltavat voivat itse vastata kysymyksiin omin sanoin. Halusin kuulla naisilta, jotka tutkimukseeni osallistuvat, mahdollisimman monipuolisia kuvauksia tutkittavasta ilmiöstä. Hirsjärvi ja Hurme (2000, 48) kirjoittavat, että haastattelu ottaa huomioon ihmisten tulkinnat asioista ja heidän antamansa merkitykset ovat keskeisiä, koska ne syntyvät vuorovaikutuksessa. Laadullisen tutkimuksen lähestymistapa täydentää tutkimustani lisäten sen validiutta eli pätevyyttä.

Haastatteluihin valmistauduttiin huolella perehtyen edellisenä päivänä vastaajan kyselylomakkeen tietoihin. Nauhurin toimivuus tarkistettiin ennen jokaista haastattelua ja haastattelun aikana sekä haastatteluun tarvittava tila varattiin etukäteen. Haastatteluisa esitettiin kysymys uudella, toisella tavalla, jos haastateltava koki sen vaikeaksi vastata. Hirsjärven ym. (2009, 207) mukaan normivastaisesta käyttäytymisestä vaietaan mielellään. Tässä tutkimuksessa arkaluonteisista asioista, kuten ylipainosta kerrottiin avoimesti. Yksilöhaastattelu edesauttaa haastattelujen luontevuutta (Hirsjärvi ym. 2009, 210).

7.7 Haastatteluteemojen laadinta

Haastattelujen yläteemoiksi kirkastui suhtautuminen riskitekijöihin, toiminta suojaite-
kijöiden lisäämiseksi ja tiedonsaanti. Yläteemat selkenivät tutkimuskysymyksistä. Kyselylomakkeen kysymykset ja vastaukset painottuivat siten, että kysymykset 9-11 sekä 13-14 koskettivat riskitekijöitä, kysymykset 15-16 ja 18-21 suojaitekijöitä sekä kysymykset 25-27 tiedon saantia. Loput kysymykset 1-8 ja 12, 17, 22-24 olivat taustakysymyksiä. Lisäkysymyksillä haastatteluissa pyrittiin saamaan tutkittavan ajatuksia ja kokemuksia esiin. Ennen varsinaisia haastatteluja tehtiin yksi koehaastattelu testaten haastatteluteemojen toimivuutta (Hirsjärvi ym. 2009, 211). Esitestauksen ja ohjaavan opettajan ohjaustilanteen jälkeen tehtiin lisätarkennuksia haastattelukysymyksiin. Esimerkiksi lisättiin kysymykset maitotuotteista, kuiduista ja lisäravinteiden käytöstä. Myös muistiterveyden riski- ja suojaitekijöihin lisättiin, mikä estää tai edistää kysymykset. Koehaastattelun jälkeen tutkija oli kirjannut ylös tuntemuksiaan. Esiin nousivat hienotunteisuus ja arkaluonteisuus.

7.8 Aineiston hankinta ja sisällönanalyysi

Tässä tutkimuksessa yhdistettiin kaksi erilaista tutkimusmetodia, laadullinen ja määrällinen tutkimusmenetelmä. Tällöin puhutaan tutkimuksen triangulaatiosta Hirsjärven ym. (2009, 233) mukaan tai metodien yhdistämisestä (mixing methods). Ensimmäisenä tutkimusmenetelmänä käytettiin informoitua kyselyä. Informoitu kysely tarkoittaa Hirsjärven ym. (2009, 196) mukaan sitä, että tutkija jakaa lomakkeet henkilökohtaisesti. Kyselylomakkeet jaettiin kahdeksalle tutkittavalle 19.10.2009 ryhmäinterventiotilaisuudessa, jossa ne täytettiin saman tien. Kaikki kahdeksan tutkittavaa täytti kyselylomakkeen. Kyselylomakkeen vastaukset analysoitiin Excel-tietokoneohjelmalla.

Toisena tutkimusmenetelmänä käytettiin puolistrukturoitua haastattelua. Haastattelut tehtiin 12.11.–10.12.2009 välisenä aikana kolmessa eri paikassa. Kolme haastattelua tehtiin tutkijan työpaikalla rauhallisessa ja viihtyisässä kokoustilassa. Kokoustilavaraukset tehtiin etukäteen tilan varauskalenteriin ja kokoustilan oveen laitettiin varattu lappu. Kolme haastattelua tehtiin tutkijan kotona, koska tutkija oli vuosilomalla palkkатыöstään. Kaksi haastattelua tehtiin tutkittavien kotona toinen haastateltavan sairausloman ja toinen ajomatkan takia. Häiriötekijät minimoitiin siten, että esimerkiksi puhelin oli äänettömällä haastattelun ajan. Kahdessa haastattelussa haastateltavan puhelin suljettiin kesken haastattelun. Haastattelutilanteet pyrittiin tekemään mahdollisimman mukaviksi ja helpoiksi. Tutkija pyrki kannustamaan haastateltavaa koko haastattelujen ajan. Haastattelujen arkaluonteisuuden johdosta tutkija pyrki olemaan hienotunteinen ja ymmärtäväinen. Virhetulkintoja haastatteluissa oli muutama, niistä selvitettiin siten, että haastattelijä kysyi kysymyksen uudella tavalla tai haastateltava tarkensi kysymystä itse. Arkaluontoinen tutkimusaineisto eli haastattelunauhat hävitetään tutkimuksen valmistuttua.

Jokaisen haastattelujen välissä tarkastettiin, että tallennin toimi moitteettomasti. Tallenteiden kuuluvuus oli erittäin hyvä. Haastatteluihin käytettiin aikaa yhteensä 10 tuntia 39 minuuttia. Haastattelujen kesto vaihteli 48 minuutista 1:een tuntiin ja 53 minuuttiin. Haastattelut nauhoitettiin ja nauhoista tallennettiin varmuuskopiot myös tutkijan tietokoneelle. Haastattelut litteroitiin sitä mukaa kun haastatteluja tehtiin. Litteroitua tekstiä tuli yhteensä 89 sivua. Haastatteluaineistot kirjoitettiin kokonaan sanasta sanaan auki, ja yhden haastattelun kirjoittaminen vei aikaa noin yhden työpäivän verran. Aineiston litterointi toimi samalla myös aineistoon tutustumisena.

Haastattelutilanteet olivat tutkijalle etenkin aluksi jännittäviä mutta opettavaisia. Joidenkin haastattelujen jälkeen haastatteliija joutui pohtimaan sitä, millaisia tarkoituksperiä ja motiiveja haastateltavan ilmaisuihin liittyi (Vilka 2007, 99). Haastateltava saattoi vähätellä itseään. Tutkimustilanteessa ilmeet ja eleet kuten esimerkiksi huokaukset, hiljaa puhuminen tai pitkät tauot tukivat puhetta. Jos tutkijan tutkimusaikataulu olisi ollut pidempi, tutkittavan asian merkityksen ymmärtäminen ja merkityssuhteiden tulkinta olisi ollut vielä syvempää. Tilanteella, ajalla ja paikalla eli kontekstillä on suuri merkitys ilmiön muotoutumiseen ja tutkijan toimintaan (Vilka 2007, 143).

Haastattelun eli laadullisen aineiston analyysimenetelmänä käytettiin sisällönanalyysiiä, jonka avulla voidaan tehdä havaintoja dokumenteista ja analysoida niitä systemaattisesti. Sisällönanalyysillä tarkoitetaan aineiston tiivistämistä siten, että tutkittavaa ilmiötä voidaan kuvata lyhyesti ja yleistävästi. Olennaista on, että aineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. (Janhonen & Nikkonen 2003, 23.) Sisällönanalyysin lopputuloksena tuotetaan tutkittavaa ilmiötä kuvaavia kategorioita, käsitteitä tai käsitejärjestelmiä. Käsitejärjestelmällä, -kartalla ja mallilla tarkoitetaan tutkittavaa ilmiötä kuvailevaa kokonaisuutta, jossa esitetään käsitteet, niiden hierarkia ja mahdolliset suhteet toisiinsa. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4-5.) Tässä tutkimuksessa sisällönanalyysi tehtiin sekä aineistolähtöisesti eli induktiivisesti että teorialähtöisesti deduktiivisesti.

Sisällönanalyysiprosessi eteni seuraavasti: 1) Ensin määriteltiin analyysiyksikön valinta (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5; Janhonen & Nikkonen 2003, 25). Valintaa ohjasivat aineisto ja tutkimustehtävä, esimerkiksi: ”Millaista tietoa naiset toivoivat muistiterveyden ennalta ehkäisystä?”. Analyysiyksiköksi valittiin lausuma, joka oli lause tai lauseen osa (Janhonen & Nikkanen 2003, 26), esimerkiksi: ”Sellaisesta neuvoa antavasta on useampi vuosi”. 2) Aineistoa luettiin useita kertoja läpi. 3) Koska aineiston keruuta ohjasi puolistrukturoitu haastattelu, haastattelun struktuuri toimi analyysirunkona (Kyngäs & Vanhanen 1999, 9). Analyysirungon muodostivat suhtautuminen, toiminta ja tiedonsaanti. Kun analyysiiä ohjaa aikaisempaan tietoon perustuva luokittelurunko (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3), kutsutaan sitä deduktiiviseksi tutkimusotteeksi tai päättelyksi. 4) Haastatteluaineiston analyysi tehtiin aineistosta lähtien eli induktiivisesti (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3) pyrkien saamaan kuvaus tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4). 5) Aineistosta etsittiin ilmaisuja, jotka liittyivät tutkimustehtäviin. Ilmaisut kirjattiin tarkasti sanasta sa-

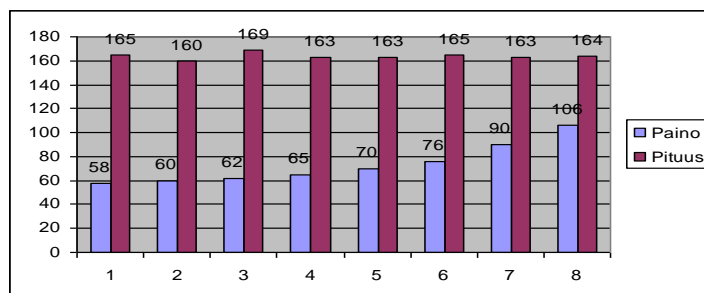
naan allekkain tietokoneelle. 6) Aineisto pelkistettiin siten, että pelkistämistä ohjasi tutkimuskysymys, esimerkiksi: ”Millaista tietoa naiset toivoivat muistiterveyden ennaltaehkäisystä?” Pelkistetyt ilmaisut tummennettiin seuraavaksi aineistosta esiin. 7) Tummennetut ilmaisut kopioitiin seuraavaksi uudelle tekstinkäsittelysivulle allekkain. 8) Aineisto ryhmiteltiin yhdistäen pelkistetyistä ilmaisuista ne asiat, jotka kuuluivat yhteen. 9) Ryhmittelyn jälkeen muodostettiin ilmaisuista kuvaus yhdellä sanalla eli muodostettiin kategoriat. 10) Alakategorioiden muodostamisen jälkeen yhdistettiin samansisältöiset kategoriat toisiinsa jolloin niistä muodostui yläkategorioita. Tätä kutsutaan aineiston abstrahoinniksi (Janhonen & Nikkonen 2003, 29). Yläkategorioille annettiin nimi, joka kuvasi hyvin sen sisältöä. Nimeämisessä käytettiin deduktiivista päättelyä eli kategorialle annettiin nimi, joka on teoriasta jo aiemmin tuttu sanapari. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 7.)

8 TUTKIMUSTULOKSET

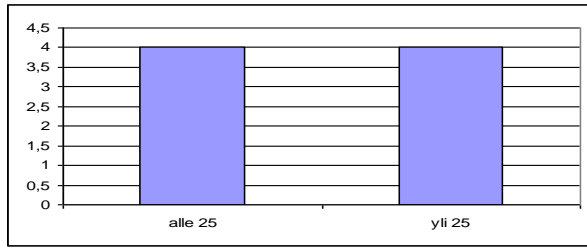
8.1 Vastaajien taustatiedot

Tutkimustulokset käsiteltiin tutkimuskysymyksittäin. Kyselyn perusteella käsiteltiin ensin vastaajien taustatietoja. Kahdeksasta vastaajasta kaksi oli 40–vuotiaita, yksi vastaaja 41–vuotias, kaksi vastaajaa 43–vuotiaita ja kolme vastaajaa 44–vuotiaita.

Vastaajilta kysyttiin pituus ja paino (kuva 3), jotta voitiin laskea vastaajien BMI-indeksi (kuva 4). Neljän vastaajan BMI-indeksi oli alle 25, neljän vastaajan yli 25.

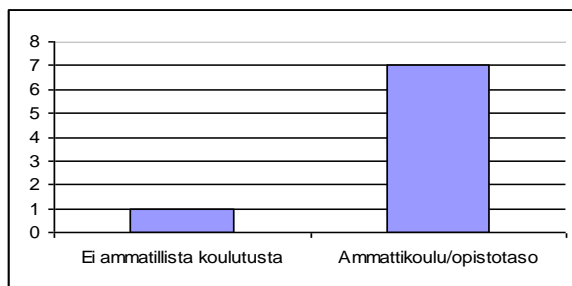


Kuva 3. Vastaajien pituus ja paino (n=8)



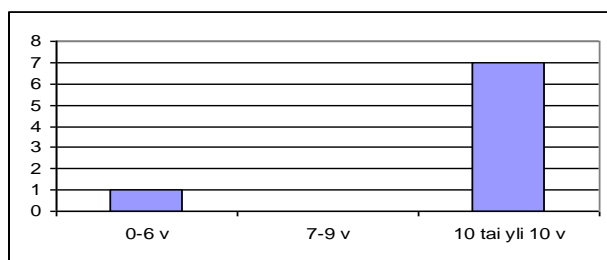
Kuva 4. Vastaajien BMI-indeksit (n=8)

Kaikki kahdeksan vastaajaa oli naimisissa tai avoliitossa (kysymys 4). Vastaajien koulutustausta jakautui siten, että yhdellä vastaajalla ei ollut ammatillista koulutusta lainkaan, seitsemän vastaajaa oli suorittanut ammattikoulun tai opistotasaisen tutkinnon (kuva 5).



Kuva 5. Vastaajien koulutustausta (n=8)

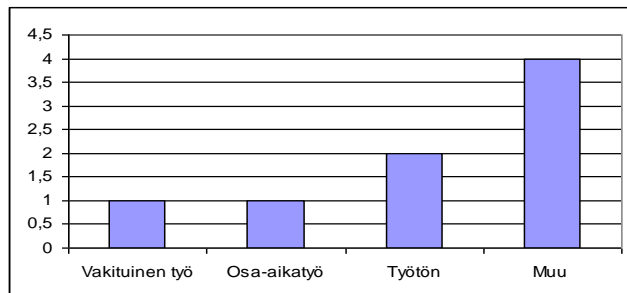
Koulutukseen ja kursseihin käytetty aika jakautui siten, että yksi vastaaja oli käyttänyt aikaa yhteensä 0-6 vuotta, seitsemän vastaajaa 10 vuotta tai yli (kuva 6).



Kuva 6. Koulutukseen ja kursseihin käytetty aika yhteensä (n=8)

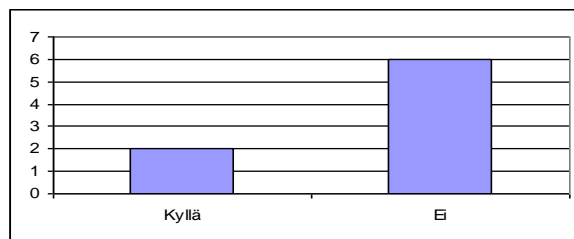
Haastatteluissa tarkennettiin vastaajien koulutushalukkuutta tulevaisuudessa. Kaksi vastaajaa kertoi suunnittelevansa mahdollisia jatko-opintoja joko työllistymisen tai uuden ammatin takia. Neljälle vastaajalle ei ollut poissuljettu ajatus kouluttautua vielä tulevaisuudessa mahdollisesti lisää. Kaksi vastaajaa koki, että ei enää opiskele.

Vastaajien työsuhdetta kysyttiin kysymyksessä 7. Yhdellä vastaajalla oli vakituinen työ, yhdellä osa-aikatyö, kaksi vastaajaa oli työttömänä sekä neljä vastaajaa vastasi kohtaan muu, mikä. Vastaukset kohtaan *muu mikä* olivat opiskelija, kotiäiti ja keikka-työtä tekevä (kuva 7).



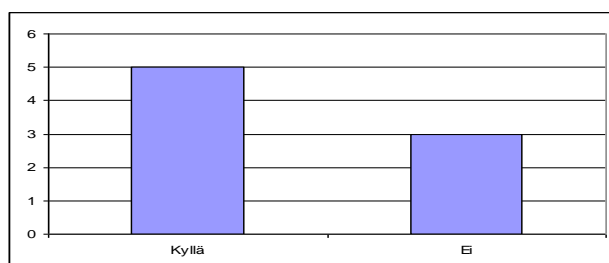
Kuva 7. Vastaajien työsuhde (n=8)

Kysymyksessä 8 kysyttiin ”Onko vanhemmillasi tai sisaruksillasi todettu muistisairaus?” Kahdella vastaajalla oli todettu suvussa muistisairaus ja kuudella ei (kuva 8).



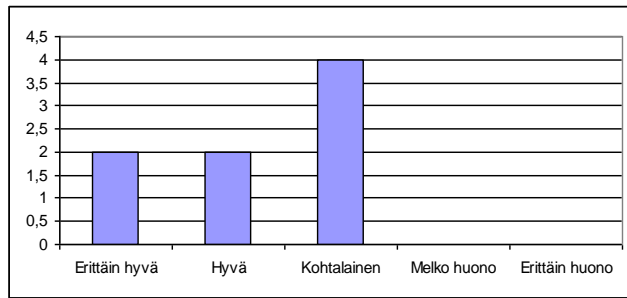
Kuva 8. Vanhemmilla tai sisaruksilla muistisairaus (n=8)

”Käytätkö säännöllisesti lääkkeitä” -kysymykseen (kysymys 12) vastasi viisi vastaajaa kyllä ja kolme ei (kuva 9). Käytetyt lääkkeet olivat astmalääke, verenpaine- ja rytmihäiriölääke, hormonilääke, hermosärkylääke ja mieliala- ja nukahtamislääke.



Kuva 9. Vastaajien säännöllinen lääkkeiden käyttö (n=8)

Kun kysyttiin terveydentilaa (kysymys 17), erittäin tai melko hyväksi terveydentilansa koki neljä vastaajaa ja neljä vastaajaa koki terveydentilansa kohtalaiseksi (kuva 10).



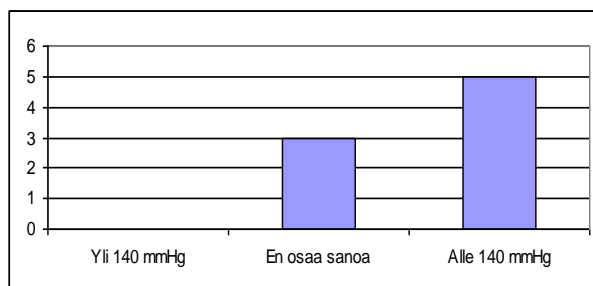
Kuva 10. Vastaajien arviot omasta terveydentilastaan (n=8)

Lääkärin vastaanotolla viimeksi kuluneen vuoden aikana vastaajat olivat käyneet keskimäärin 1,5 kertaa (kysymys 22), ja sairauden takia pois töistä (kysymys 23) vastaajat eivät olleet yhtään viimeksi kuluneen vuoden aikana.

8.2 Vastaajien muistiterveyden riskitekijät ja heidän suhtautumisensa niihin

Ensimmäinen tutkimuskysymys käsitteli keski-ikäisten naisten muistiterveyden riskitekijöitä ja toinen suhteutumista niihin. Riskitekijöihin suhtautumista kuvataan myös transteoreettisen muutosvaihemallin avulla taulukoissa 1-4.

Kysymyksessä 9 tiedusteltiin, oliko vastaajalla todettu kohonnut kolesteroli tai verenpaine tai aikuistyyppin diabetes. Yhdessä vastauksessa oli mainittu sekä kohonnut verenpaine että kolesteroli. Vastaajista kolme ei osannut sanoa verenpainetasoaan, viisi mainitsi, että heidän systolinen eli yläverenpaine oli alle 140 mmHg (kuva 11).

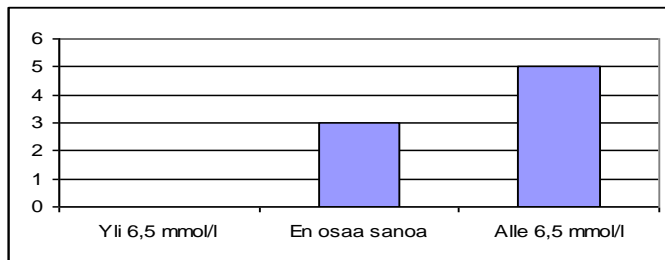


Kuva 11. Vastaajien systolinen eli yläverenpaine (n=8)

Haastatteluihin tullessa tutkittavat olivat käyneet mittaauttamassa verenpaineensa joko terveysasemalla tai olivat mitanneet verenpaineensa itse kotimittarilla. Verenpaine-arvot vaihtelivat siten, että matalimman arvon lukema oli 103/67, korkein arvo oli 138/77. Yhdellä tutkittavalla oli käytössään säännöllinen verenpainelääkitys. Tutkittavat suhtautuivat verenpaine-arvoihinsa neutraalisti, koska kaikkien verenpaine-arvot

olivat hyvät tutkimushetkellä (liite 9). Verensokeriarvoihin suhtautuminen jakautui siten, että puolet tutkittavista ei kokenut huolta verensokeristaan, kun taas puolet tutkittavista suhtautui verensokeriarvon kohoamiseen terveydellisten haittojen takia huolestuen (liite 9).

Kokonaiskolesteroliarvoa kysyttäessä (kysymys 11) kolme ei osannut sanoa kolesteroliarvoaan ja viisi vastaajaa vastasi kolesteroliarvonsa olevan alle 6,5 mmHg ja (kuva 12).



Kuva 12. Vastaajien kokonaiskolesteroliarvot (n=8)

Haastatteluissa ilmeni neljän vastaajan kolesteroliarvojen ylittävän suosituksen mukaiset arvot. Kolme heistä ei haastattelutilanteessa ollut juurikaan huolestunut kohonneista kolesteroliarvoistaan (liite 9). Kohonnut kolesteroliarvo toimi yhden vastaajan motivaation herättäjänä. Motivaation herääminen tapahtui järkytyksen, suuttumuksen ja huolestumisen tunteiden kautta. Taulukoissa 1 ja 2 on kuvattu yhden vastaajan tietoisuuden herääminen ja muutoksen harkitseminen.

Taulukko 1. Vastaajan motivaation herääminen transteoreettisen muutosvaihemallin mukaan ja asiakkaan ohjaustyyli (Prochaska & Norcross 2007, 515)

Vastaajan numero	Transteoreettinen muutosvaihe	Alkuperäisilmaisu	Ohjaustyyli
4	Esiharkinta (tietoisuuden herääminen)	”Se (kolesteroli) on ihan kauhea, mä ihan järkytyin, se on noussut. Vuosi sitten se oli 4,7 ja nyt 5,9. Mä oikein suutuin, että ei käy. Miten tää voi olla täällä lailla? En olisi kuvitellut, että se pomppaa johonkin tollaiseen lukemaan. ”Mä oon siis aika hämmentynyt, että miten toi voi olla tommonen. Mä oon todella yllättynyt. Lukema huolestuttaa mua oman terveydenkin kannalta jo muutenkin.”	Ohjaustyyli neutraali Tiedon antaminen Reflektioiva kuuntelu Tilan antaminen Tunnetuki

Taulukko 2. Vastaajan motivaation herääminen transteoreettisen muutosvaihemallin mukaan ja asiakkaan ohjaustyyli (Prochaska & Norcross 2007, 515)

Vastaajan numero	Transteoreettinen muutosvaihe	Alkuperäisilmaisu	Ohjaustyyli
4	<p>Harkinta (harkitsee muutosta, ympäristön ja itsensä uudelleen arviointia)</p> <p>Harkintavaihe (valmis muutokseen, itsensä uudelleen arviointia)</p> <p>Harkintavaihe (valmis muutokseen, itsensä uudelleen arviointia)</p>	<p>”Se uhkaa minun terveyttäni. Koen sen merkittäväksi asiaksi. Rasva kertyy sinne suoniin ja seinämiin että se jää sinne aikapommiksi kertymään sinne niin. Että kyllä mä koen sen silleen vakavaksi asiaksi että, kun on nää sukurasitteet.”</p> <p>”Mun täytyy varmaan ruveta liikkuman enemmän, saada säännöllistä, tarkoituksenmukaista liikuntaa...”. ”Kasvisten syöntiä voisi selkeästi lisätä ja että niitä olisi aina saatavilla, koska teen meidän perheen ruuan. Jos menee kauppaan, kirjastoon tai asioille, niin voihan sitä oikeesti lähteä jalkaisin”... ”Ja mietin enemmän (ruokapöydässä) tyyliin otanko vaiko en ota.”</p>	<p>Ohjaavatyyli</p> <p>Avoimien kysymysten tekeminen, aktivoi asiakasta kuvailuun ja itsearviointiin.</p> <p>Yksilölliset neuvot</p> <p>Rohkaise pohtimaan ja auta arvioimaan.</p> <p>Tiedollinen tuki</p> <p>Motivoiva keskustelu</p> <p>Asiakas päättää</p> <p>Refleктоiva kuuntelu</p> <p>Kysyminen</p> <p>Positiivinen palaute: tue itsearviointia ja omaa päätöksentekoa.</p> <p>Yhteenvedon tekeminen</p>

Haastatteluissa ylipainon terveydellisiä riskejä tunnistettiin hyvin. Terveydellisistä riskeistä mainittiin muun muassa diabetesriski, sydän- ja verisuonisairaudet, tuki- ja liikuntaelinsairaudet, nivelten kuluminen, liikkumisen raskaus, häpeän kokeminen, vetämättömyys ja hengästyminen. Vastaajat toivat esiin, että lihavuus aiheuttaa veren kolesterolin nousua ja esimerkiksi epäsäännölliset ruokailuajat tai niiden puuttuminen ja yösyöminen lisäävät kertyvän painon määrää. Kärsimättömyys, heikko motivaatio ja hitaat tulokset hankaloittivat laihduttamista vastaajien mielestä. Kuusi kahdeksasta tutkittavasta suhtautui ylipainoon vakavasti tai huolestuen terveydellisten- tai sosiaalisten syiden takia (liite 9). Vastaajien mielestä liikunta ja ravitsemus koettiin kaikkien tärkeimmiksi tekijöiksi muistiterveyden edistämisen kannalta, sekä myös painon hallinnan kannalta (liite 9). Epäterveellinen ravitsemus koettiin uhkaksi muistiterveydelle sekä painon hallinnalle (liite 9). Taulukossa 3 ja 4 on kuvattu kahden vastaajan harkintavaiheen kuvaus transteoreettisen muutosvaihemallin mukaan.

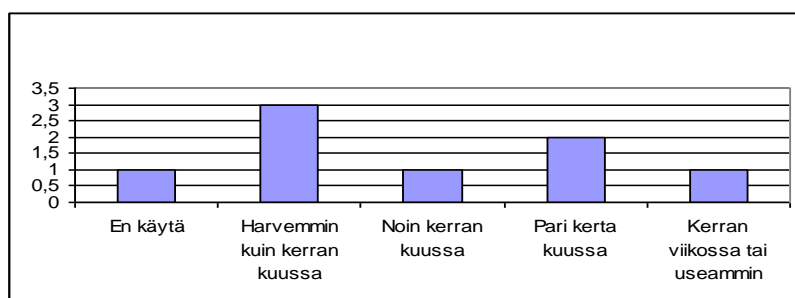
Taulukko 3. Transteoreettisen muutosvaihemallin harkintavaihe ja ohjaustyyli (Mukaeltu Prochaska & Norcross 2007, 515–516)

Vastaajan numero	Transteoreettinen muutosvaihe	Alkuperäisilmaisu	Ohjaustyyli
3	<p>Harkinta (vastaaja on tietoinen muutostarpeesta, itsensä uudelleen arviointia)</p> <p>Muutosvaihemalliin sisältyy luonnollisena vaiheena repsahduksia.</p> <p>Muutoksen esteenä ovat motivaation puute, kärsimättömyys ja hitaat tulokset.</p> <p>Vastaajaa mietti ylipainon terveydellisiä ja sosiaalisia syitä.</p>	<p>”Joo, mä kävin painonhallintakurssilla, join niitä Nurtilettejä, kokeilin vähähiilihydraatista diettiä ja viimeksi sitä Allia, mut sit sekin jäi.”</p> <p>”Kai mulla pitäisi sit olla joku vahti paikalla”. ”Ja sitten, että se lähtis vaikkei 10 kiloo, niin sit se innostaisi. Sit kun se jää johonkin 5 kiloon niin aattelee, että voi siinä se sitten taas oli...Sit se motivoisi enemmän, kun huomaisi, että olisi jotain hyötyä..se ehkä se kärsivällisyys puuttuu”... ”Se (painon pudotus) pitäisi tapahtua hetkessä, mutta kun se ei tapahdu. Onhan siinä näitä terveydellisiä syitä kuten diabetesriski, sydänsairaudet ja, metabolinen oireyhtymä ja onhan näitä sosiaalisiaakin puolia esimerkiksi työnhaku tilanteessa kyllä ne varmaan kattoo että mikä tuokin on.”</p>	<p>Luottamuksen ja yhteistyön korostaminen</p> <p>Motivoiva keskustelu</p> <p>Rohkaise arviomaan omien tottumusten hyviä ja huonoja puolia tai rohkaise selkeyttämään ajatuksiaan.</p> <p>Keskustelu tunnekokemuksista, arvoista ja tulkintoista.</p> <p>Kysy avoimia kysymyksiä.</p> <p>Anna palautetta terveyteen vaikuttavasta käyttäytymisestä.</p> <p>Tiedollinen ja tunnetuki.</p>

Taulukko 4. Transteoreettisen muutosvaihemallin harkintavaihe ja ohjaustyyli (Muokailtu Prochaska & Norcross 2007, 515–516)

Vastaajan numero	Transteoreettinen muutosvaihe	Alkuperäisilmaisu	Ohjaustyyli
7	<p>Harkinta (vastaaja on tietoinen muutostarpeesta)</p> <p>Harkinta (harkitsee muutosta, ympäristön ja itsensä uudelleen arviointia)</p> <p>Harkitsee, mutta ei toimi.</p>	<p>”Kyllä se semmoinen huomaamaton mussuttaminen, epäsäännöllisyys ja kun ei ole sitä rytmiä tai mullahan on myös tät, että voin olla koko päivän syömättä ja sitten kun tulee ilta, alkaa se syöminen”. ”Sitten on ollut sitä yösyömistä, kun ei ole saanut nukuttua. Osaksi tässä on myös stressiläskiä. Et kyllä se on ollut sellaista syömistä. Kolesterolin kohoaminen kertoo selkeästi mun ylipainosta.” ”Syön kermajuustoja.”</p> <p>”Semmoinen hiilaripitoinen ruokavalio, joka riistyy käsistä eli syö oikein paljon, se tekee sellaisen lössö olon”. ”Se antaa hetkellisen hyvän olon piikin ja sen jälkeen on veto pois. Olen monta kertaa laihduttanut (hiilari-, vissy- ja kaalisoppadietti), että olen kyllästynyt noihin kuureihin ja tällaisiin pikastartteihin.”</p>	<p>Yhteenvedon tekeminen</p> <p>Motivoiva keskustelu</p> <p>Rohkaise vastaajaa arviomaan omien tottumusten hyviä ja huonoja puolia.</p> <p>Keskustelu tunnekokemuksista, arvoista ja tulkinnoista.</p> <p>Kysy avoimia kysymyksiä.</p> <p>Anna palautetta terveyteen vaikuttavasta käyttäytymisestä.</p> <p>Refleктоiva kuuntelu: vahvista kuulluksi tulemisen tunnetta.</p>

Vastaajista kukaan ei tupakoinut, kaksi vastaajaa oli lopettanut tupakanpolton aiemmin. Alkoholia käytti vastaajista kaikki muut paitsi yksi vastaaja (kuva 13). Harvemmin kuin kerran kuussa käytti kolme vastaajaa, kerran kuussa käytti yksi vastaaja, pari kertaa kuussa käytti kaksi vastaajaa ja kerran viikossa käytti yksi vastaaja.



Kuva 13. Vastaajien alkoholin käyttö (n=8)

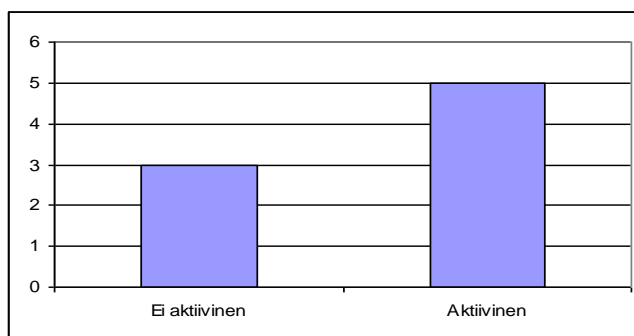
Kaikki vastaajat olivat alkoholin kohtuukäyttäjiä. Haastatteluissa vastaajilta kysyttiin myös heidän alkoholin käyttönsä määriä. Kolme vastaajaa oli sitä mieltä, että heidän riskirajansa menevät joskus rikki, eivät kuitenkaan säännöllisesti. Muilla riskirajat eivät menneet rikki. Muutoin määrät vaihtelivat 0-5 annosta viikossa.

Tutkimusaineistossa keski-ikäisten naisten muistiterveyden riskitekijöiksi muodostuivat kolesteroli, ylipaino, kasvien vähäinen käyttö sekä perimä. Naisten suhtautuminen riskitekijöihin vaihteli riskitekijän ja tutkittavan muutosvaiheen mukaan. Esimerkiksi yksi esiharkintavaiheessa ollut tutkittava ei kokenut huolta kohonneesta kolesterolistaan, kun taas toisen harkintavaiheessa olleen tutkittavan motivaatio oli herännyt tutkimuksen aikana kolesteroliarvon kohoamisen vuoksi. Ylipainon osalta neljä tutkittavaa olivat harkintavaiheessa. Ylipainosta koettiin huolta, sitä pidettiin rasittavana tai se todettiin vähäiseksi pulmaksi. Kasvien vähäisen käytön kuusi tutkittavaa kertoi olevan helpointa korjata ja perimä aiheutti huolta ja pelkoa kahdelle tutkittavalle.

8.3 Vastaajien muistiterveyden suojatekijät ja suhtautuminen niihin

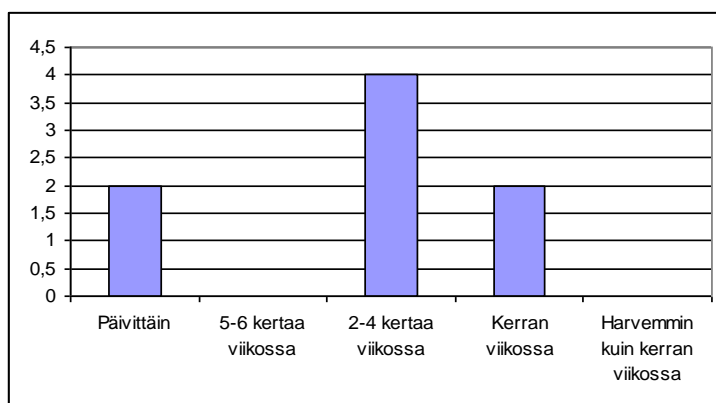
Kolmas tutkimuskysymys käsitteli vastaajien muistiterveyden suojatekijöitä ja neljäs suhtautumista niihin. Suojatekijöihin suhtautumista on kuvattu myös transteoreettisen muutosvaihemallin avulla taulukoissa 5-7.

Vastaajista viisi ilmoitti, että on aktiivinen liikunnanharrastaja. Kolme vastaajaa ilmoitti olevansa ei-aktiivinen liikkuja (kuva 14).



Kuva 14. Vastaajien liikunnan aktiivisuus (n=8)

Päivittäin harrasti jotakin liikuntaa vähintään puoli tuntia kerrallaan kaksi vastaajaa. Neljä vastaajaa ilmoitti liikkuvansa 2-4 kertaa viikossa ja kerran viikossa kaksi vastaajaa (kuva 15).



Kuva 15. Liikunnan harrastaminen vähintään puoli tuntia kerrallaan (n=8)

Haastatteluissa vastaajia pyydettiin arvioimaan oma fyysinen kuntonsa tällä hetkellä asteikolla 1-5, jossa 5 on paras ja 1 huonoin kunto. Lisäksi kysyttiin asteikolla 1-5, missä vastaaja haluaisi olla ja miten hän pääsee esittämäänsä tavoitteeseen. Yksi vastaaja kahdeksasta koki olevansa erittäin hyvässä fyysisessä kunnossa ja antoi itselleen arvosanan 5. Taulukossa 5 on kuvattu kyseessä olevan vastaajan transteoreettisen muutosvaihemallin ylläpitovaihe.

Taulukko 5. Transteoreettisen muutosvaihemallin ylläpitovaiheen kuvaus ja ohjaustyyli (Prochaska & Norcross 2007, 517)

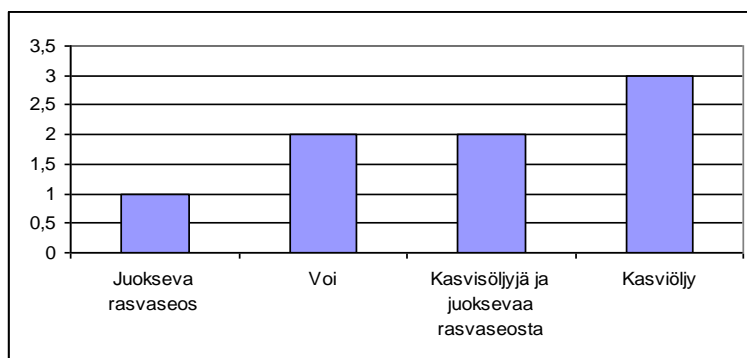
Vastaajan numero	Transteoreettinen muutosvaihe	Alkuperäisilmaisu	Ohjaustyyli
2	Ylläpitovaihe, toteuttaa muutosta. Liikunnan terveydeliset vaikutukset motivoivat vastaajaa liikkumaan päivittäin.	”Se (liikunta) on ehdoton ykkönen. Siitä ei voi luopua ellei pakko ole”. ”Se on henki ja elämä”. ”Se motivoi, se on niin luontaista, sitä on lapsesta asti tottunut liikkumaan.” ”Se on elämäntapa.”	Elintapamuutos tullut osaksi arkielämää ja vastaaja ei tarvitse aktiivisesti tukea. Vastaajan omia voimavaroja ja aktiivisuutta korostetaan.

Kolme vastaajaa arvioi omaa kuntoaan antamalla itselleen arvosanan välillä 1-2, ja he kaikki toivoivat olevansa erittäin hyvässä fyysisessä kunnossa antamalla tavoitearvoon 5. Tavoitteeseen pääsemiseksi he esittivät seuraavia keinoja: ”Ylipainosta päästävänä ensiksi eroon”, ”liikunnan lisäämistä”, ”aikaa jostakin lisää”, ”hyötyliikunta osaksi päivittäisiä toimintoja” sekä ”kaveri lenkille mukaan olisi kannustava asia”. Loput neljä vastaajaa arvioivat kuntonsa numerolla 3, ja tavoitearvoksi muodostui 4-5. He esittivät keinoksi myös liikuntakertojen lisäämistä. Yksi vastaaja kommentoi tottumuksensa muutoksen vaikeutta näin: ”Se on varmaan sellainen tottumisjuttukin”. ”Se on jäänyt vähän päälle....Suurin este on ihan omassa päässä ja asenteissa”...”Joku 3-4 kerta viikossa olisi periaatteessa mahdollista, kun saa itsestään irti sen lähtemisen, että

ottaa ja lähtee” (h 4). Liikunnalla koettiin olevan suuri merkitys niin fyysiseen kuin henkiseen terveyteen (liite 9).

Pehmeiden rasvojen osuus korostuu ruokavaliossa muistiterveyden suojatekijänä. Kysyttäessä leipärasvojen käyttöä, ilmoitti yksi vastaaja käyttävänsä sellaista levitettä, jossa on rasvaa 35 %. Yksi vastaajaa ilmoitti, ettei käytä mitään näkyvää rasvaa leivän päällä. Kuusi vastaajaa ilmoitti käyttävänsä yli 65-prosenttista rasvaa leivällään.

Rasvan käyttö ruuan valmistuksessa -kysymykseen yksi vastaaja ilmoitti käyttävänsä juoksevaa rasvaseosta, kaksi voita, kaksi vastaajaa käytti sekä kasviöljyä että juoksevaa rasvaseosta ja kolme vastaajaa ilmoitti käyttävänsä ruuan valmistuksessa kasviöljyä (kuva 16).



Kuva 16. Rasvan käyttö ruuan valmistuksessa (n=8)

Vastaajista seitsemän ilmoitti käyttävänsä kasviksia, hedelmiä ja marjoja yhdellä tai kahdella aterialla, yksi vastaaja 3-5 aterialla päivässä.

Haastatteluissa tarkennettiin vastaajien kasvisten saantia ja käyttöä. Haastatteluissa kaksi vastaajaa kertoi saavansa suosituksen mukaisen määrän kasviksia päivittäin. Viisi vastaajaa arvioi saavansa puolet suositusten määrästä, ja yksi vastaaja kertoi ruokavalionsa olevan yksipuolista ja kasvisten saantisuositus ei toteudu hänen kohdallaan. Kuusi vastaajaa oli samaa mieltä siitä, että kasvisten, hedelmien ja marjojen osuutta heidän ruokavaliossaan tulisi selkeästi lisätä. Yksi vastaaja toi esille sen, että kasviksista saadaan runsaasti vitamiineja ja kivennäisaineita. Oikealla ravitsemuksella uskottiin olevan merkitystä jo siltäkin kannalta, että sillä voi itse mahdollisesti vaikuttaa terveyteensä (liite 9). Taulukossa 6 on esitetty yhden vastaajan kasvisten käytön lisäämisen suunnittelua transteoreettisen muutosvaihemallin valmiusvaiheessa.

Taulukko 6. Kasvien käytön lisäämisen suunnittelua transteoreettisen muutosvaihemallin valmiusvaiheessa ja ohjaustyö (Prochaska & Norcross 2007, 516)

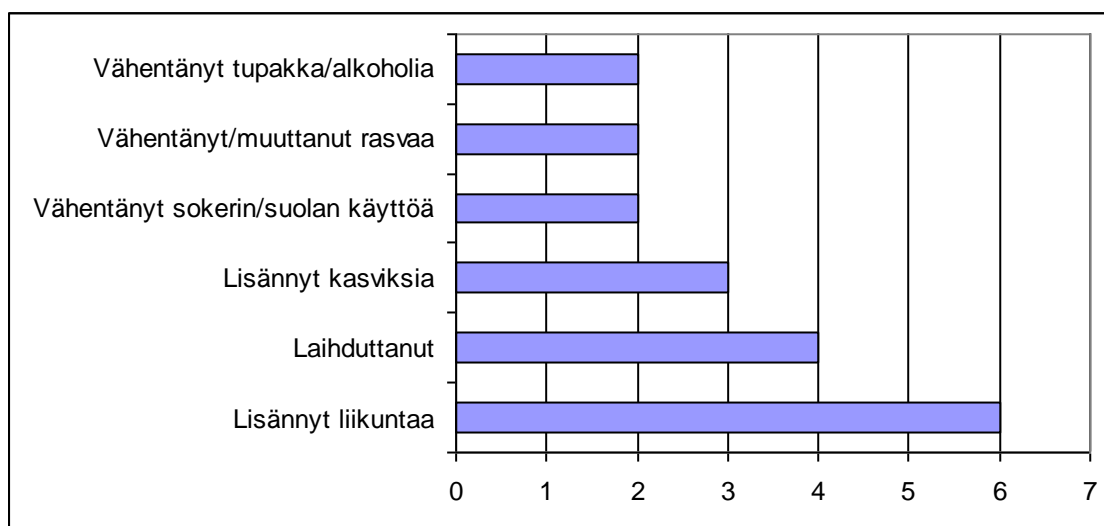
Vastaajan numero	Transteoreettinen muutosvaihe	Alkuperäisilmaisu	Ohjaustyö
4	Valmiusvaihe (vastaaja alkaa miettiä muutossuunnitelmaa ja siihen sitoutumista, valmis kokeilemaan ja valmis muutokseen)	”Se olisikin ihan kätevä ajatella noin, että 5- 6 kourallista päivässä”. ”Siitä tulisi sellainen mittahäärä, jota ajatella ja siitä saisi hahmotuksen, mitä kasviksia ja marjoja mä olen oikeasti syönyt päivän aikana”. ”Voisi laskea, että nyt on menossa vasta 4. koura tänään.”	Ohjaava tyyli Reflektioiva kuuntelu Tue emotionaalisia prosesseja, auta etsimään uusia keinoja ongelman ratkaisuun. Tilan antaminen, yksilölliset neuvot, asiakas päättää. Varmistaminen Yhteenvedon tekeminen

Ravintolisiä käytti kuusi vastaajaa ruokavalionsa tukena, kaksi vastaajaa ei ollenkaan. Viisi vastaajaa käytti kalsiumvalmistetta. Kahdella heistä oli myös D-vitamiini kalsiumvalmisteen mukana. Kaksi vastaajaa käytti monivitamiinivalmisteita. Yksi vastaajaa käytti talvisin D-vitamiinia sekä yksi vastaajaa käytti omega-3 -valmistetta säännöllisesti. Yksi vastaajaa aikoi kokeilla kalaöljykapseleita.

Vähäsuolainen ruokavalio on muistiterveyden suojatekijä. Suolan käytöstä kysyttäessä yksi vastaajaa käytti vähäsuolaisia tuotteita. Yksi vastaajista ilmoitti lisäävänsä valmiiseen ruokaan suolaa, ja kuusi ei lisännyt valmiiseen ruokaan suolaa.

Kaikki tutkittavat kokivat, että monipuolisella ravitsemuksella on positiivinen vaikutus terveyteen. Ravinnon positiivisiksi vaikutuksiksi kuvattiin vitamiinien ja kivennäisaineita saanti, sairauksien ennaltaehkäisy, painonhallinta sekä verensokerin alentaminen. Ruuan epäsäännöllisyys tai epäterveellisyys, makean liikasyönti, hiilihydraattipitoisen ruokavalion aiheuttama hetkellinen hyvän olon piikki tai liian isojen annosten syöminen koettiin ravitsemuksen uhkatekijöiksi (liite 9).

Kaikki vastaajat olivat muuttaneet elintapojaan viimeksi kuluneen vuoden aikana terveellisempään suuntaan (kuva 17). Vastaajista kaksi oli vähentänyt sokerin tai suolan käyttöä, kaksi ilmoitti vähentäneensä rasvan käyttöä, ja kaksi ilmoitti vähentäneensä alkoholin tai tupakan käyttöä. Kolme oli lisännyt kasvisten käyttöä ja neljä vastaajaa ilmoitti laihduttaneensa. Kuusi ilmoitti lisänneensä liikuntaa viimeksi kuluneen vuoden aikana.



Kuva 17. Elintapojen muuttaminen viimeksi kuluneen vuoden aikana (n=8)

Haastatteluissa tarkennettiin elintapojen muutoksia. Liikunnan lisääminen oli onnistunut lasten hoidon järjestämisen avulla, ottamalla itseä niskasta kiinni ja ulos lähtemällä. Myös lemmikkieläimen ottaminen sekä hyötyliikunnan lisääminen olivat lisänneet liikuntakertojen määrää. Sokerin vähentäminen oli onnistunut pitämällä karkkipäivää ja laihduttamisessa oli kokeiltu useita eri dieettejä tuloksetta. Liikuntaa lisäämällä ja ruokavaliota saneeraamalla oli myös kokeiltu painonpudotusta ja kolesteroliarvojen laskua hyvin tuloksin. Muutoksen tekeminen oli vaatinut naisilta ”päätäväisyyttä”, ”itsekuritusta”, ”aivotyöskentelyä ennen muutoksen tekoa”, ”vertaistukea”, ”hiljaa hyvää tulee –asennetta”, ”halua saada sellaisesta langan päästä kiinni, että kyllä tämä lähtee tästä kelaantumaa –ajattelua”, ”itsekkyyttä”, ”henkistä pahoinvointia”, ”kansustusta ja tukea”, ”tietoa työkaluista kuinka voi vaikuttaa riskitekijöihin”. Muutoksen tekemiseen ovat vaikuttaneet myös lähipiirissä tapahtuneet huonot tai ikävät esimerkit. Tässä lähipiirissä tapahtuneet ikävät esimerkit kuvaavat transteoreettisessa muutosvaihemallin esiharkinta- tai harkintavaiheen tasoa, josta mallissa käytetään nimitystä dramatic relief. Elämäntapahtumat voivat muuttaa esiharkintavaiheessa olevaa henkisesti (Prochaska & Norcross 2007, 522). Kuusi vastaajaa kahdeksasta koki tarvetta

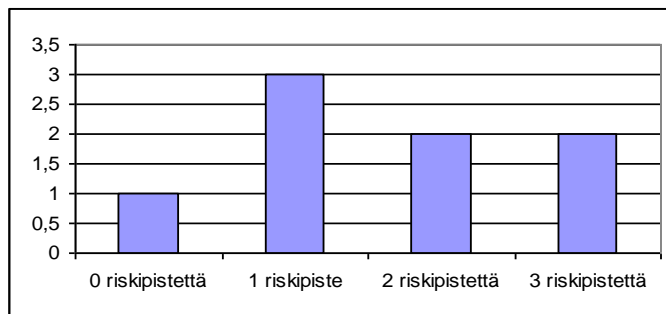
muuttaa elintapojaan. Taulukossa 7 on kuvattu yhden vastaajan esiharkinta- ja harkintavaiheeseen sisältyvät muutosprosessit.

Taulukko 7. Esiharkinta- ja harkintavaiheen muutosprosessit ja ohjaustyyli (Prochaska & Norcross 2007, 515)

Vastaajan numero	Transteoreettinen muutosvaihe	Alkuperäisilmaisu	Ohjaustyyli
3	<p>Esiharkintavaihe (tietoisuus lisäänty)</p> <p>Harkintavaihe (vastaaja alkaa olla tietoinen muutostarpeesta, itsensä uudelleen arviointia)</p> <p>Vastaaja pohtii ruokailu- ja liikuntatottumuksiaan ja niiden vaikutuksia terveyteensä. Pohtii muutostarvetta, tiedostaa muutostarpeen, ei tee päätöstä vielä.</p> <p>Vastaaja on tietoinen muutostarpeesta ja ajattelee vakavasti muutosta tulevaisuudessa.</p> <p>Vastaaja tunnistaa muutoksen esteet ja päätöksenteko horjuu.</p> <p>Vastaaja tiedostaa muutostarpeen, suunnittelee, ei tee päätöstä vielä.</p>	<p>”Mä jouduin molempien raskauksien aikana rampaamaan diabeteshoitajalla. Ei se (verensokeri) mun mielestä mikään kauhea ollut, jotain pientä kohoamista. Sain (ohjausta) ruokavaliosta, ettei paino nouse lisää. Kyllä se vähän huolestuttaa enkä mä haluaisi, että se nousisi yhtään enempää. Kasviksia ja hedelmiä ei tule hirveesti käytettyä. Mua on aina tökännyt kasvikset. Mua ei ole vissiin pakotettu syömään niitä, maistanut olen. Tällä hetkellä liikunta on vähän alakantissa. Mun pitäisi saada lisättyä kuntosaliharjoittelua, siitä (liikunta) tulee niin hyvä olo.”</p> <p>” No se on se piittaamattomuus”. ”Mä tiijän, että painoa pitäisi pudottaa, ettei tule sitä 2 tyyppin diabetestä. Kyllähän ne on varottanut, mut mä en oo saanut sitä putoamaan. Mun täytyy monipuolistaa mun ruokailua täysjyvä pastoilla ja – riisillä, kasviksilla ja hedelmillä ja karkkipäivä 1 x viikossa.”</p>	<p>Ohjaustyyli neutraali</p> <p>Tiedon antaminen, jos asiakas haluaa.</p> <p>Refleктоiva kuuntelu</p> <p>Tunnetason työskentelyä</p> <p>Ohjaava tyyli</p> <p>Rohkaise vastaajaa arviomaan omien tottumusten hyviä ja huonoja puolia.</p> <p>Tunnetuki</p> <p>Motivoi, tiedollinen tuki</p> <p>Keskustele tunnekokemuksista, arvoista ja tulkinnoista.</p> <p>Kysy avoimia kysymyksiä, kuljeta keskustelua.</p> <p>Tilan antaminen</p> <p>Yhteenvedon tekeminen kokoaa ja suuntaa tulevaisuuteen: Mitä seuraavaksi?</p>

Liikunnalla todettiin olevan monia yhteisvaikutuksia naisten niin fyysiseen kuin psyykkiseen hyvinvointiin. Liikunnan fyysisiä vaikutuksia olivat muun muassa iän pidentyminen, kunnon kohottaminen, painon alentaminen, terveyden hoitaminen sekä suojan antaminen sairauksia vastaan. Psyykkisiä vaikutuksia olivat hyvä olo, virkistys, kotoa pois pääsy, rentoutus, hengähdystauko, työtehon ja mielialan pysyminen balanssissa, pirteys, tasapainottaa elämää sekä rauhoittaa (liite 9).

Kyselylomakkeen tietojen perustella voitiin laskea jokaisen vastaajan dementiariskipisteet (Kivipelto ym. 2006, 735–741). Riskimittarissa vaikuttaviksi tekijöiksi on tutkimustiedon perusteella valikoitunut ikä, koulutus, perimä, verenpaine, kolesteroli, painoindeksi ja liikunta. Riskimittarissa 0-5 pistettä tarkoittaa prosentin sairastumisriskiä myöhäisiässä johonkin dementoivaan sairauteen. Kaikki vastaajat kuuluivat riskitestitulosten mukaan luokkaan 0-5 pistettä. Yhdellä vastaajalla ei ollut yhtään riskipistettä, kolmella vastaajalla oli 1 riskipiste, kahdella vastaajalla oli 2 riskipistettä ja kahdella vastaajalla oli 3 riskipistettä (kuva 17).

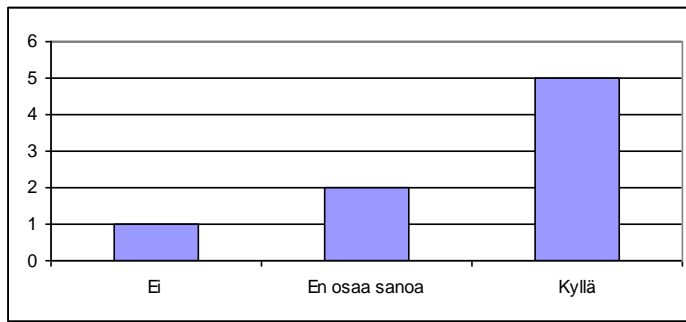


Kuva 17. Vastaajien dementiariskipisteet (n=8)

Yhteenveto naisten verikoe- ja verenpainetuloksista on esitetty liitteessä 10. Naisten muistiterveyden suojatekijöiksi muodostuivat normaali verenpaine, säännöllinen liikunta, suolan vähäinen käyttö, alkoholin kohtuukäyttö, tupakoimattomuus, koulutus, parisuhde sekä ruuan valmistuksessa käytetyt pehmeät rasvat. Naiset suhtautuivat suojatekijöihinsä positiivisesti tai neutraalisti.

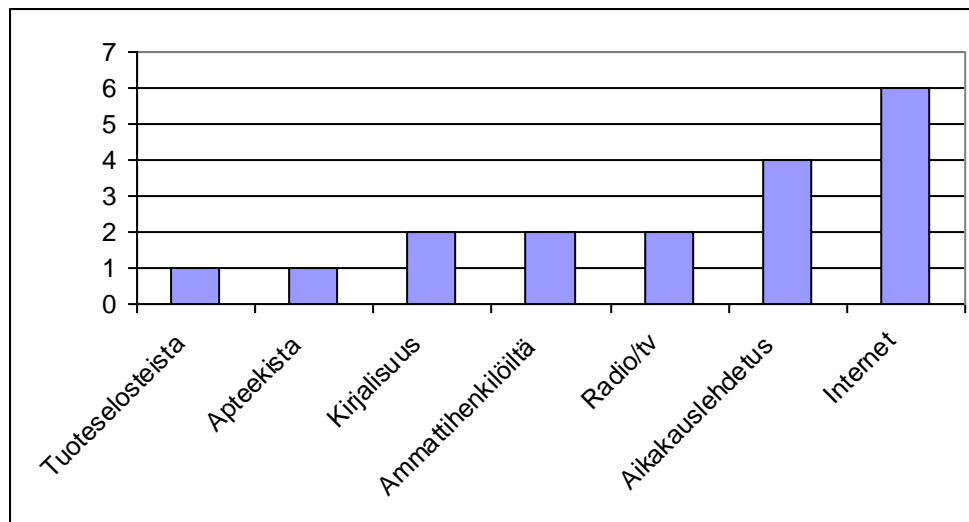
8.4 Vastaajien muistiterveyden edistämiseen liittyvä tiedonsaanti

Viides tutkimuskysymys käsitteli vastaajien tiedonsaantia. Kysymyksissä 25–27 kysyttiin vastaajien tiedonsaantia muistiterveydestä ja sairauksien ehkäisystä. Yksi vastaaja ilmoitti, että hänellä ei ole riittävästi tietoa ja kaksi vastaajaa ei osannut sanoa. Viisi vastaajaa ilmoitti, että heillä on riittävästi tietoa edistää omaa muistiterveyttä. (kuva 18).



Kuva 18. Vastaajien muistiterveyden edistämisen tiedon riittävyys (n=8)

Vastaajat olivat hankkineet yleensä terveyden edistämistä koskevaa tietoa useista eri lähteistä (kuva 19) ja he ilmoittivat käyttävänsä useita tiedonhakupälineitä. Tuoteselosteita tutki yksi vastaaja ja apteekin asiantuntijuutta hyödynsi vastaavasti yksi vastaaja. Terveydenhuollon ammattihenkilöitä tiedon lähteenä oli käyttänyt kaksi vastaajaa, radiota tai televisiota sekä kirjallisuutta kaksi vastaajaa. Aikakauslehdet mainitsi neljä vastaajaa. Internet oli suosituin, sillä kuusi vastaajaa ilmoitti sen yhdeksi tiedonhakupälineeksi.



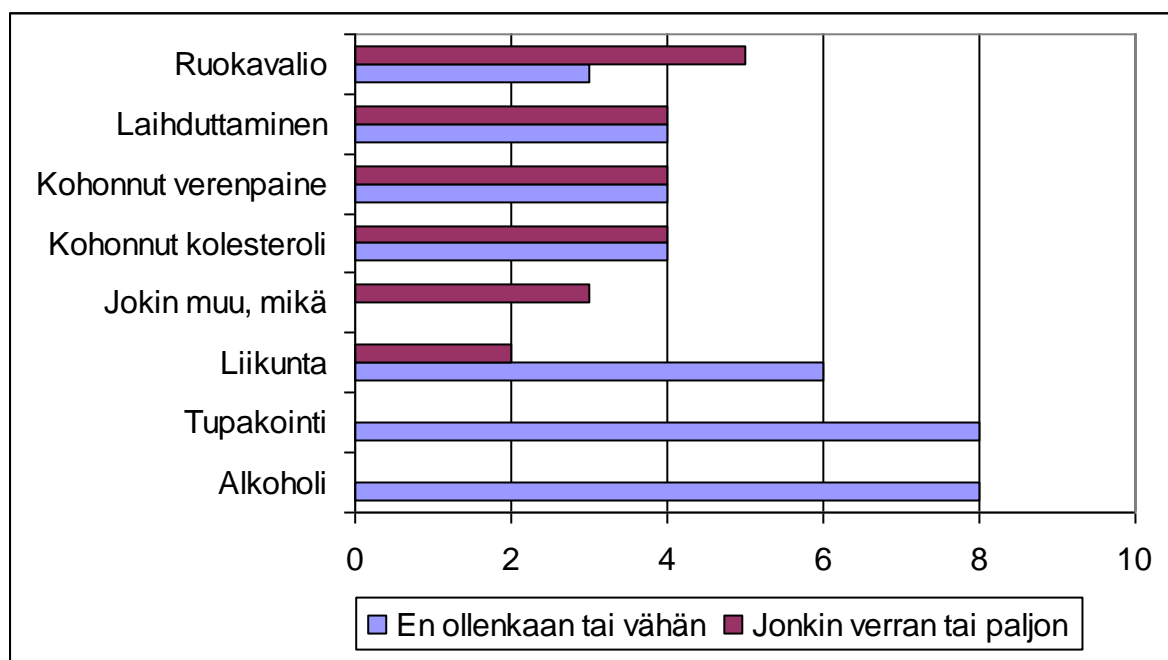
Kuva 19. Terveyden edistämisen tiedonhakupälineet ja -paikat (n=8)

Haastatteluissa vastaajat antoivat kehittämissideoita muistiterveyden edistämisen tiedon jakamisen keinoista. Perinteisten esitteiden, yleisöluentojen ja tietoisukujen lisäksi esitettiin vaihtoehto myös niin sanotusta etsivästä työstä:

”Naistenmessut tai terveystmessut voisivat toimia ja miksi ei se voi olla työpaikoille suuntautuvaa?” ”Mennä jonnekin, missä on naisvaltainen työ”. ”Lähetää kutsut jollekin tietylle ryhmälle ja pitäisi tällaisen info-

illan että tää koskee myös naisia ja se että tämän päivän valinnoilla pystyt vaikuttamaan siihen että missä oot 20–30 vuoden päästä”. ”Semmoinen herättäminen” (h 7).

Kysyttäessä vastaajilta, mitä tietoa he kokevat tarvitsevansa lisää edistääkseen omaa muistiterveyttään (kysymys 27), viisi vastaajaa ilmoitti tarvitsevansa lisätietoa ruokavalion merkityksestä terveydelleen. Vastaavasti kolme vastaajaa koki, etteivät he tarvitse lisätietoa ruokavalion merkityksestä. Puolet vastaajista ilmoitti tarvitsevansa lisätietoa laihduttamisesta, verenpaineesta ja kolesterolista ja puolet vastaajista ilmoitti etteivät he tarvitse lisätietoa laihduttamisesta, verenpaineesta ja kolesterolista. Kuusi vastaajaa ei kokenut tarvitsevansa lisätietoa liikunnan merkityksestä, kun taas kaksi koki tarvitsevansa siitä lisätietoa. Tupakasta ja alkoholista ei koettu tarvittavan lisätietoa olleenkaan (kuva 20). Jokin muu -kohtaan oli kirjoitettu: koulutus, stressin merkitys ja elämänasenteen merkitys.



Kuva 20. Muistiterveyden edistämisen riski- ja suojatekijöiden lisätiedon tarve (n=8)

Haastatteluissa vastaajilta kysyttiin, millaista tietoa naiset toivoivat muistiterveyden ennaltaehkäisystä (liite 11). Sisällönanalyysin mukaan yläkategorioiksi muodostuivat terveyden edistäjän toiminta, asiakkaan toiminta, ympäristö sekä asiakkaan ja terveyden edistäjän keskinäinen toiminta. Alakategoriat olivat selkokieli, tutkittua ja asiallista, neuvoa antava terveystarkastus, kohtaaminen, verikokeet, tiedon jaon keinot, asiantuntijuus, asiantuntijan peräänkatsojan rooli, oma aktiivisuus, pelko tai huoli taustalla.

Vastaajat kaipasivat tutkittua ja asiallista tietoa muistiterveyden edistämisestä. Tieto pitäisi esittää lyhyesti selkokielellä.

...” on tehty joku tutkimus tai väitöskirja, niin sen rekisteröi että tää on jo tutkittu juttu” (h 6)...tai ”perustuu tutkimustuloksiin niin sit kiinnosta enemmän. ettei se ole mikään hihasta vedetty juttu” (h 8).

..”jotkut voivat olla taas sellaisii hankala selkosii, jotkut on sellasiin et ne vois lyhyesti ja ytimekkäästi ilmaista” (h 1).

Vastaajat kaipasivat neuvoa antavaa terveystarkastusta, kuten yksi vastaaja asian tiivistä.

”Kyllä tässä iässä (40 -vuotias) alkaa viimeistään huolestua terveydestään”. ”Ja just sellainen kun oli se miesten 40-vuotiaiden terveystarkastus”. ”Tehtäisi kokeetkin ja kysyttäisiin missä mennään ja mikä just huolestuttaa ja sitten alkaa puhumaan kaikenlaisista riskitekijöistä”... ”Mutta sellaisesta neuvoa antavasta on useampi vuosi” (h 3).

Vastaajat korostivat, että tiedon jakamisen tulisi tapahtua asiantuntijan ohjauksessa. Ohjauksessa otettaisiin puheeksi muistiterveys ja puhuttaisiin kaikista riskitekijöistä ja käsiteltäisiin asioita rakentavassa hengessä. Ohjauksessa tapahtuisi herättelyä ja kerrottaisiin työkaluja terveyden edistämiseksi.

”Varattaisiin samalla tavalla aika kuin lapselle neuvolaan ja siellä käydään erikseen ne tällaiset näkökohdat / asiat läpi, että mikä vaikuttaa mihiinkin ja miten kannattaa toimia ja millaisia valintoja tehdä”. ”Että se olisi oma osio ihan kokonaan...kaikille asiat eivät aukene samalla tavalla esimerkiksi lukemalla...voisi olla hirveen hyvä, että se olisi ihminen, joka selittää sen asian ja selittäisi, että nyt tää juttu on tällä tavalla, että tiedätkö, että on näin ja näin ja ymmärrätkö, että näin ja näin, että se sanotaan ääneen”. ”Mä kokisin, että se olisi järkevä ja tarpeellinen tapa” (h 4).

Neuvoa antavan terveystarkastuksen tekijällä ja ohjaajalla eli asiantuntijalla tulee olla asiantuntijuutta eli tietoja ja taitoja muistiterveyden edistämisestä. Vastaajat toivoivat

asiantuntijalta myös peräänkatsojan roolia, jossa asiantuntija antaa sysäyksen tai tyrkkää vastaajaa eteenpäin elämässään.

...”siellä olisi tätä asiantuntijuutta mukana”(h 6).

”Kyllä meitä olisi varmaan paljon meitäkin, jotka tarvitsevat sitä pientä sysäystä kuten tämä juttu on ollut”. ”Jollain lailla on väliinputoaja, kun ei tarvitse käydä missään neuvolassakaan”...”Tai sit, jos muuten on työttömänä kotona tai kotiäitinä tai lapset ovat jo niin isoja, ettei ole koulu-terveydenhoidon kanssa tekemisissä”. ”Kuka niiden perään kattoo?” (h 5).

Ilman omaa aktiivisuutta ja itsestä välittämistä ei muistiterveyden edistämisen muu-
tosta tapahdu kuten kolme vastaajaa asian osuvasti ilmaisevat:

”...kyllä se on itsestään kiinni loppujen lopuksi ja ihmisen omasta aktiivisuudesta kiinni” (h 5)...sekä ”itsestä välittämisestä kiinni” (h 7).

”Kun on tota elänyt itsensä unohtaen”...”On omat ja lähipiirin terveysongelmat, on lähipiirissä tapahtuvia asioita ja tullut tällainen ikäkriisi, oman itsensä etsiminen ja mutta itse olet kuitenkin se, joka ne ratkaisut, suunnat ja valinnat teet”. ”Olen itsellekin monesta syystä muistuttanut, että se olen ihan minä itse, joka elämäni linjan tässä valitsen”. ”Ei siinä auta viime kädessä muita ruveta syyttämään” (h 4).

Sukupelote ja huolestuneisuus sairastua itse kevenevät hieman tutkitun tiedon avulla. Viidellä vastaajalla oli suvussa joko verensokerin tai muistisairauksien perimää. Kaksi vastaajaa mainitsi muistisairauksien sukupelotteen ja ”Kyllä mulla siellä takaraivossa on se perimän osuus, että miten iso se on tässä meidän tapauksessa”. ”Miten se pomp-paa sieltä se on se peikko siellä”(h 6) oli kommentti sukupelotteesta. Haastattelun loppuksi vastaaja totesi:

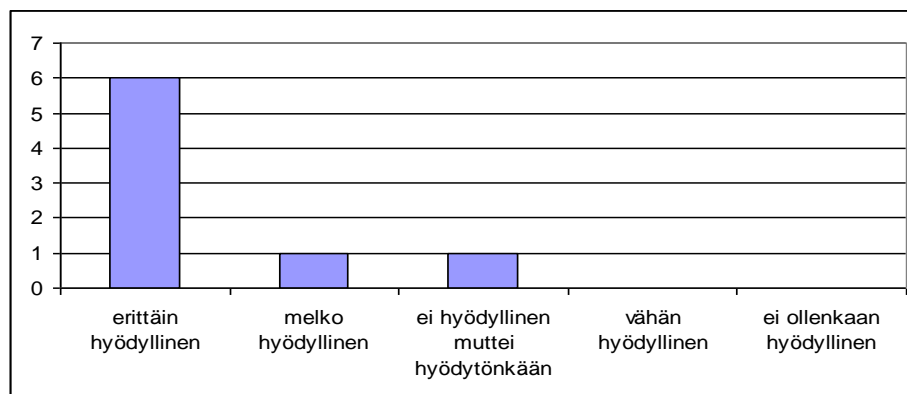
”Joo kiva huomata itsekkin”...”Sillä lailla hyvillä mielin olen kyllä”.

”Vähän pieneni se möykky siellä ja näillä tekijöillä voi vielä vaikuttaa siihen omaan riskiinsä” (h 6).

8.5 Vastaajien kirjallinen palaute ryhmäinterventiosta

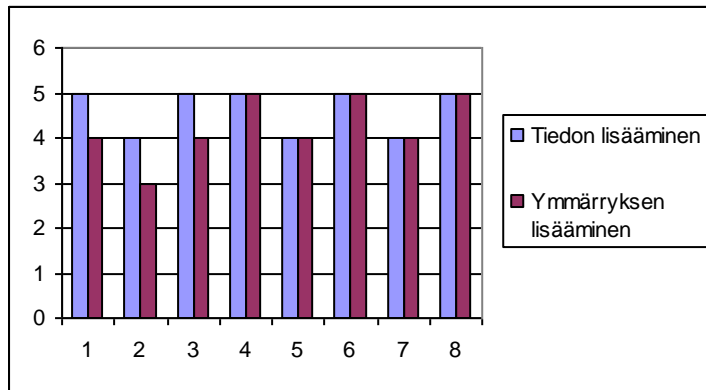
Ryhmäintervention tavoitteena oli jakaa tutkittaville avoimesti ja rehellisesti tietoa muistiterveyden edistämisen keinoista, motivoida heidät mukaan haastatteluihin sekä pyrkiä havahduttamaan tutkittavat pohtimaan omia muistiterveyden edistämisen keinoja. Liitteessä 12 on esitetty ryhmäintervention sisältö.

Ryhmäintervention kirjallinen palaute pyydettiin nimettömänä. Ryhmäintervention kirjallisen palautteen mukaan ryhmäinterventio koettiin erittäin tai melko hyödylliseksi (kuva 21). Ryhmäintervention kirjallisen palautteen arviointiasteikkona käytettiin asteikkoa 1-5, jossa 5 erittäin hyödyllinen, 1 ei ollenkaan hyödyllinen. Vastaajat myös perustelivat vastauksensa ja niiden mukaan omien valintojen merkitys korostuu muistiterveyden edistämisessä, omilla valinnoilla voi vaikuttaa sairastumiseen, yhdelle vastaajalle tuli ilmi ihan uusia muistiin vaikuttavia asioita ja yhdelle vastaajalle muistisairaudet olivat jo aiemmin tuttuja.



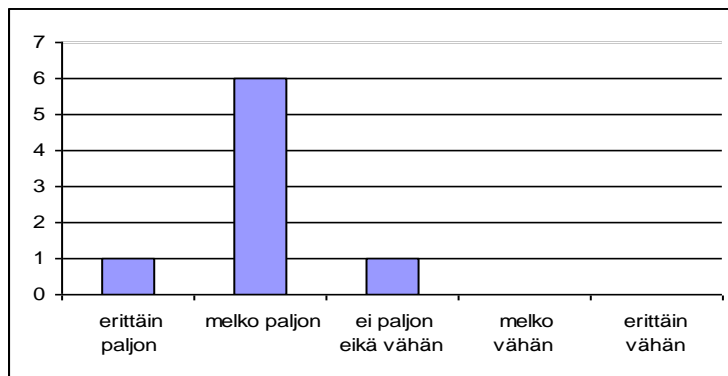
Kuva 21. Ryhmäintervention hyödyllisyys oman muistiterveyden edistämisen kannalta (n= 8)

Ryhmäintervention tavoitteena oli muistiterveyden edistämisen tietojen ja ymmärryksen lisääminen. Viisi vastaajaa arvioi tiedon lisääntyneen erittäin paljon, kolmella melko paljon. Kolme vastaajaa kertoi ymmärryksen lisääntyneen erittäin paljon, neljällä vastaajalla melko paljon. Yksi vastaaja koki ymmärryksen lisääntyneen, ei paljon eikä vähän (kuva 22).



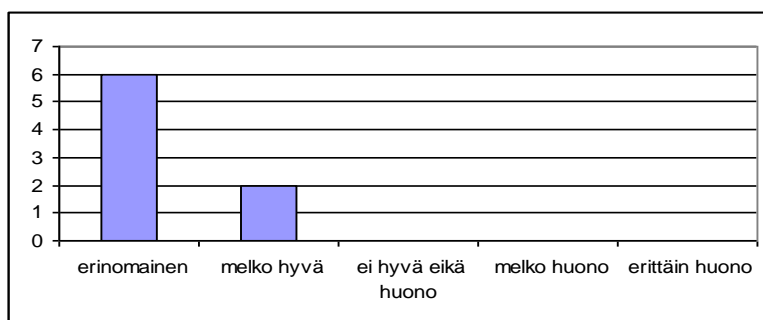
Kuva 22. Muistiterveyden edistämisen tietojen ja ymmärryksen lisääminen vastaajien kokemana (n= 8)

Kysymykseen ”Antoiko ryhmätapaaminen sinulle välineitä edistää omaa muistiterveyttäsi”, seitsemän vastaajaa vastasi, että erittäin tai melko paljon (kuva 23).



Kuva 23. Oman muistiterveyden edistämisen välineiden saaminen (n= 8)

Ryhmäinterventtion onnistumista arvioitiin myös kokonaisuutena. Kuusi vastaajaa oli sitä mieltä, että tilaisuus oli erinomainen, ja kaksi vastaajaa sitä mieltä, että melko hyvä (kuva 24).



Kuva 24. Ryhmäinterventtion onnistuminen kokonaisuutena (n= 8)

Avoimessa kysymyksessä viisi kysyttiin, mikä ryhmäinterventiossa oli keskeisintä. Vastausten mukaan keskeisimmäksi koettiin se, että sai tiivistä ja selkeää tietoa pelotteleematta, jolloin tietoisuus lisääntyi muistiasioissa. Yksi vastaaja koki, että oli mukava nähdä tutkimukseen osallistujat ja kaksi vastaajaa koki, että tutkimusohjelma ja –prosessi esiteltiin ja aikataulut selvisivät.

”Mitä ryhmäinterventiosta jäi puuttumaan?” (kysymys 6) kysyttiin avoimessa kysymyksessä. Siihen tuli yksi kommentti. Vastaaja olisi kaivannut jonkinlaiset esimerkit muistisairauksien luonteesta käytännössä.

Mitä muuta haluat sanoa -kysymykseen (kysymys 7) tuli neljä kommenttia. Kommentit olivat: ”Kiitos, hienoa, että tällainen järjestetään”. ”Kiva olla mukana”. ”Ylipainon vaikutus myös muistiin kiinnostaa”. ”Mielenkiintoinen juttu”. Ryhmäintervention toteutus onnistui hyvin ja sille asetetut tavoitteet saavutettiin.

8.6 Vastaajien kirjallinen loppupalaute tutkimuksen vaikuttavuudesta omaan muistiterveyteensä

Tutkittavilta kysyttiin tutkimusprosessin loppupalaute sähköpostilla, vastausaikaa annettiin viikko. Kaikki tutkittavat vastasivat loppupalautteeseen ja kokivat tutkimukseen osallistumisen positiiviseksi kokemukseksi. Tutkimus oli vastannut tutkittavien odotuksia ja tarpeita. Tutkimus oli lisännyt tutkittavien tietoja ja käsityksiä muistiterveyden edistämisestä ja vaikutti siten tutkittavien arjen käytänteisiin. Tutkimus antoi kahdelle tutkittavalle vahvistusta terveyteen vaikuttavista tekijöistä siten, että tutkittavien levon määrä ja ulkoilu oli lisääntynyt. Heräteostoksia tapahtui nykyään vähemmän yhdellä tutkittavalla ja yksi tutkittava vaivasi aivojaan esimerkiksi pelaamalla. Yksi tutkittavista koki saaneensa työstettyä takaraivossa vaivannutta asiaa eteenpäin. Yksi tutkittavista koki hyvänä sen, että sai analysoida omia elintapojaan ja omaa elämänsä muutenkin. Yhden tutkittavan ymmärrys oli lisääntynyt siitä, että omilla valinnoillaan on vaikutusta omaan muistiterveyteen. Tutkittava kertoi syövänsä terveellisemmin ja liikkuvansa enemmän. Haastattelu eli puhuminen oli auttanut yhden tutkittavan oman osuuden merkityksen ymmärtämisen lisääntyneen. Yksi tutkittavista oli alkanut kiinnittämään aiempaa enemmän huomiota mediassa oleviin uutisiin aivo- ja muistisairauksista. Ryhmäinterventiossa jaettu kirjallinen materiaali oli myös herättänyt yhden tutkittavan mielenkiinnon tutkia lisää muistiterveyden edistämistä. Kaksi tutkittavaa olisi toivonut kuitenkin tutkittavien vielä laajempaa tutkimista sekä käytännön neuvoja muistiterveyden edistämiseksi.

Yhden tutkittavan yhteenveto tutkimusprosessin vaikuttavuudesta hänen arjen käyttäntöihinsä.

”Olen todellakin pyrkinyt muuttamaan arkikäyttäytymistäni kokonaisvaltaisesti paremmaksi niin syömisen, juomisen, ulkoilun ja levon huomioiden. Olen saanut miehenikin innostumaan asiasta. On ollut positiivinen vaikutus parisuhteelle, tuki on tärkeää ponnistelujen onnistumiseksi. Vanhoista paheista on vaikea päästä eroon, olen hyväksynyt myös sen, että välillä repsahtaa. Sitten vaan uutta matoa koukkuun, tärkeintä on edes yrittää. Johan siinäkin aivot toimii, kun pähkäilee näitä mielessään (h 5)”.

Toisen tutkittavan arviointi tutkimuksen vastaavuudesta hänen odotuksiinsa ja tarpeisiinsa.

”Tutkimus vastasi tarpeitani ja odotuksiani. Sain monipuolista tietoa asiasta ja tilannekatsauksen omaan elämään. Sitä tulee jotenkin sokeaksi omille elintavoilleen. Oli kiva huomata, että moni asia on hyvin. Ja että sitä unen määrää, joka välillä jää selvästi vajaaksi, lisäämällä voin edistää muistiterveyttä. Se motivoi huolehtimaan riittävästä yöunesta. Ja olen myös huomannut, että pidän entistä tiukemmin kiinni omasta ajasta, esimerkiksi liikkua tai tehdä jotain muuta mistä saan hyvän mielen (h 6)”.

9 OHJAUSTYYLIN KEHITTÄMINEN

Ohjaustyylin kehittäminen perustuu tässä tutkimuksessa tutkittavien kokemuksiin ja haastattelulausumiin. Lausumat saatiin tutkittavilta kysyttäessä suhtautumista riski- ja suojatekijöihin sekä tiedonsaantia oman muistiterveyden edistämiseksi. Lausumia ei kuitenkaan voitu luokitella varsinaiseen haastatteluteemaan, mutta ne päätettiin hyödyntää, koska lausumien aihe oli lähellä tiedonsaantia koskevaa tutkimusongelmaa ja niiden avulla saatiin arvokasta tietoa keski-ikäistä naista koskevan elintapaohjauksen kehittämistä varten.

Tutkittavat toivat esille oman suhtautumisensa terveyden edistämiseen sekä erilaisia tunteita. Saadut terveystulokset olivat vaikuttaneet joidenkin tutkittavien käyttäytymi-

seen. He toivat esiin omaa elämäntyyliään, elintapojaan ja arvojaan. Tutkittavat pitivät tärkeänä elintapojensa muuttamista ja tiedostivat muutostarpeensa, mutta muutostarpeen tunnistaminen ei vielä tarkoittanut muutosvalmiutta. He pohtivat tekemiensä valintojensa vaikutuksia, tunnistivat muutoksen esteitä sekä arvioivat itseään uudelleen tai ympäristöään. Myös motivaation puute, laihdutuskokeilut sekä repsahdukset tuotiin esiin. Tutkittavilla oli valmiuksia kokeilla uusia tapoja toimia tulevaisuudessa. Riikka Turun (2007) mukaan ohjaustyylin kehittämisen tavoitteena on se, että ohjattava on muutoksen tekijä, ei ohjauskohde. Motivoituminen muutokseen tapahtuu mahdollisuuden, ei pakon kautta. (Turku 2007, 31, 41.)

Tässä tutkimuksessa motivoivan haastattelutaitojen käyttö keski-ikäisten naisten joukossa toimi hyvin. Tutkimustulosten perusteella motivoivassa haastattelussa on kaksi asiantuntijaa, nainen itse ja terveyden edistäjä. Nainen ja terveyden edistäjä tuovat keskusteluun asiantuntemuksensa, jota nainen tarvitsee omien ratkaisujen tekemiseen. Nainen on oman elämänsä asiantuntija. Vain hän tietää, millä tavalla erilaiset ratkaisut toimivat hänen elämässään. Motivoivan haastattelun keskeinen tavoite on saada nainen itse ajattelemaan muutosta. Jos terveyden edistäjä pelkästään antaa ohjeita, nainen kuuntelee passiivisena. Nainen pitää itse saada aktiivisesti käsittelemään muutosta ajatuksissaan, jolloin hän päätyy johonkin ratkaisuun. Neuvoja ja ohjeita annetaan vasta silloin, kun nainen kysyy neuvoa terveyden edistäjältä. Pelkkä tieto ei ole riittävä tuki muutoksen aikaansaamiseen. Motivoivan haastattelun tärkeimmät työkalut ovat avoimet kysymykset, jotka alkavat sanoilla mitä, miten, milloin tai miksi. Motivoivassa haastattelussa nainen puhuu enemmän kuin terveyden edistäjä. Naisen muutosvaihe vaikuttaa oleellisesti keskustelun sisältöön. Naisen muutosvalmiuden arviointi on tärkeä osa muutosohjausta. Tässä tutkimuksessa on tuotu esiin motivoivan haastattelun taustateorianä olevaa transteoreettista muutosvaihemallia aikaisemman teorian avulla. Transteoreettisen muutosvaihemallin vaiheiden tunnistamisen ja haastatteluaineiston perusteella on tässä tutkimuksessa kehitetty terveyden edistämisen ohjaustyyliä (taulukot 1-7) käytännön työhön soveltuvaksi. Esiharkintavaiheessa ohjaustyyli on neutraali (taulukot 1 & 2), harkinta- ja valmiusvaiheessa (taulukot 2-4 & 6-7) ohjaustyylinä käytetään ohjaavaa tyyliä. Ohjaavan tyyliin sovelletaan avoimia kysymyksiä (taulukot 2-3, & 7), reflektointia kuuntelua (taulukot 1-2, 4 & 6-7), positiivista palautetta (taulukot 2-4), yhteenvetojen tekemistä (taulukot 2, 4 & 6-7) sekä tuetaan emotionaalisia prosesseja (taulukot 1-7).

Emotionaaliset prosessit tulivat esiin haastattelutilanteissa. Huolimatta tiedon saatavilla olosta, naiset toivoivat tietoa perimän vaikutuksesta muistiterveyteen. He toivoivat avoimia kysymyksiä valtimotautien riskitekijöiden vaikutuksesta kokonaisterveyteen. He toivoivat sen selittämistä, miksi liikuntaa kannattaa lisätä. Naiset toivoivat avoimia kysymyksiä kasvien ja hedelmien käytöstä. He toivoivat puututtavan avoimilla kysymyksillä myös painon hallintaan. Terveiden edistäjä ei voi omalla toiminnallaan nopeuttaa keski-ikäisen naisen elämäntapamuutosprosessin kulkua. Sen sijaan hän voi muutosvalmiuden vastaisella ohjauksella hidastaa ohjattavan elämäntapamuutosprosessia. Elintapaohjaukseen liittyvä informaatio terveysriskeistä voi sisällöltään olla jo riittävän uhkaavaa. Sen vuoksi ohjaukseen on hyvä lisätä positiivista palautetta tasapainottamaan (taulukot 2-4) informaation vähemmän positiivisia tosiasioita. Näin tuetaan keski-ikäisen naisen oman elämän hallinnan tunnetta (taulukot 1-7) sekä itsemääräämisoikeutta. (Turku 2007, 33–43.)

Emotionaaliseen tukeen liittyen toivottiin kuuntelua ja keskustelua. Naiset korostivat asioiden kertomista selkokielellä. He toivoivat konkreettisia työkaluja, miten edistää omaa muistiterveyttään, ja pitivät tärkeänä sitä, että asiantuntija sanoo asioita ääneen ja selittää asiat. Naiset toivoivat myös riski- ja suojatekijöiden käsittelyä rakentavassa hengessä sekä keskustelua niistä. Myös voinnin kysymistä tuotiin esiin. Tuputtamista ja asioiden heittämistä ohimennen pidettiin erittäin huonoina keinoina. Naisten kokemus oli, että keski-ikäisten naisten muistista ei juurikaan puhuta. Taitava terveyden edistäjä säätää ohjaustilanteen optimaaliseksi ja sitoutuu myös itse pitkäjänteiseen elämäntapaohjaukseen. Avaintekijöitä ovat luottamuksen ja yhteistyön korostaminen.

10 JOHTOPÄÄTÖKSET

Tutkimuksessa puolet vastaajista koki terveydentilansa kohtalaiseksi. Kasvien käyttö oli vähäistä, ravintolisiä käytettiin ruokavalion tukena. Kuusi vastaajaa kahdeksasta koki tarvetta muuttaa elintapojaan. Tutkittavilla oli vähän dementiariskipisteitä. Tutkimustulosten mukaan keski-ikäisten naisten muistiterveyden riskit kohdistuivat kotihonneeseen kolesteroliin, ylipainoon, kasvien vähäiseen käyttöön sekä perimään. Naiset suhtautuivat riskitekijöihinsä vaihtelevasti. Suhtautumiseen vaikutti se, mistä riskitekijästä oli kyse ja missä muutosvaiheessa kukin tutkittava oli haastatteluhetkellä. Naisten muistiterveyden suojatekijöiksi muodostuivat normaali verenpaine, säännöllinen liikunta, suolan vähäinen käyttö, alkoholin kohtuukäyttö, tupakoimattomuus,

koulutus, parisuhde sekä ruuan valmistuksessa käytetyt pehmeät rasvat. Naiset suhtautuivat suojatekijöihinsä myönteisesti tai neutraalisti. Naiset olivat hankkineet yleensä terveyden edistämistä koskevaa tietoa useista eri lähteistä ja he käyttivät useita tiedonhakuvälineitä. Naiset olivat tehneet elintapoja koskevia muutoksia, mutta olivat silti kiinnostuneita ohjauksesta.

Tutkimuksen johtopäätökset ovat:

Tässä työssä tiedonsaannin yläkategorioiksi muodostuivat terveyden edistäjän toiminta (asiantuntijan selkokieli), asiakkaan toiminta (oma aktiivisuus), ympäristö (neuvoa antava terveystarkastus) sekä asiakkaan ja terveyden edistäjän keskinäinen toiminta (kohtaaminen, jossa keskustellaan ja sanotaan ääneen).

Terveyden edistäjä tarvitsee elämäntapojen muutosprosessin ohjaamiseen tutkitun, hyväksi havaitun ja koetun tiedon lisäksi aktiivista kuuntelutaitoa sekä tunnetaitoja. Emotionaalinen tuki on tärkeä osaamisalue terveyden edistäjän työssä silloin kun keskustellaan aroista ja vaikeista asioista.

Terveyden edistämisessä on erittäin tärkeää tunnistaa taustalla olevat muistiterveyden riski- ja suojatekijät, jotta voidaan ennaltaehkäistä niitä ajoissa. Ennaltaehkäisevän neuvonnan merkitys tulee yksilön ja yhteiskunnan kannalta ymmärtää ja asiakkaan omaa vastuuta lisätä. Terveyden edistäjillä on oikeus ja velvollisuus puuttua asiakkaan tilanteeseen.

Verisuonia vaurioittavien riskitekijöiden hoito on aloitettava jo keski-ikässä ja kokonaisriski ratkaisee. Muistiterveyden suojatekijät ovat hyviä valintoja aivojen terveydeksi, ne kertovat terveydestä positiivisena ilmiönä.

Transteoreettinen muutosvaihemalli auttaa terveyden edistäjää ymmärtämään asiakkaan elintapojen muutosprosessia ja siihen liittyviä muutosvaiheita. Asiakaskeskeisen työskentelyn työkaluina toimivat avoimet kysymykset, refleктоiva kuuntelu, positiivinen palaute sekä yhteenvetöjen tekeminen. Mallin tavoitteena on, että keskustelun ja oman ajattelun kautta asiakas itse päätyy muutokseen joka on hänen terveytensä kannalta hyvä. Asiakkaan ohjauksessa tulee huomioida se, missä muutosvaiheessa elämässään asiakas on. Asiakkaan muutosvaihe ohjaa, mistä hänen kanssaan keskustel-

laan. Mallia tulisi levittää teoriatasolta terveyden edistäjien työkaluksi ohjaus- ja neuvontatyöhön.

11 POHDINTA

Tässä tutkimuksessa sisällönanalyysiä käytettiin haastatteluaineiston analyysimenetelmänä. Analyysimenetelmällä pyrittiin analysoimaan haastatteluaineistoa objektiivisesti ja systemaattisesti (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4). Sisällönanalyysi tulokset vastasivat hyvin tutkimusongelmiin. Erityisen hyvin sisällönanalyysi toimi muistiterveyden edistämisen tiedonsaannissa, sillä lopputuloksena kehittyi malli, jota voidaan hyödyntää muistiterveyden tiedon edistämässä (liite 11). Sisällönanalyysi oli aikaa vievä ja vaativa prosessi. Sisällönanalyysin käyttäminen vaati perehtymistä sekä itse menetelmään että aineistoon.

Motivoiva haastattelu on aikaisemmissa tutkimuksissa todettu olevan näyttöön perustuva ja tehokkaampi lähestymistapa kuin perinteinen ohjaus (Rubak, Sandbaek, Lauritzen & Christensen 2005, 305–312). Transteoreettisen muutosvaihemallin eri vaiheiden ymmärtäminen (Prochaska & Norcross 2007, 514–520) ohjaa motivoivan haastattelun käyttöä käytännössä (Grace-Cleveland 2007, 87–88).

Tässä tutkimuksessa naiset korostivat, että muistiterveyden edistämisen tiedon jakamisen tulisi tapahtua asiantuntijan ohjauksessa. He toivoivat, että keski-ikäisten ohjauksessa otettaisiin puheeksi muistiterveys ja sen riskitekijät. Edelleen he esittivät, että asioita tulisi käsitellä rakentavassa hengessä selkokielellä. Naiset pitivät tärkeänä, että ohjaus perustuu tutkittuun ja asialliseen tietoon. He toivoivat, että ohjauksessa myös heräteltäisiin ja kerrottaisiin työkaluja muistiterveyden edistämiseksi. Myös neuvoa antavaa terveystarkastusta pidettiin tärkeänä. Neuvoa antavan terveystarkastuksen tekijältä toivottiin asiantuntijuutta sekä peräänkatsojan roolia. Muistiterveyden edistämässä tarvitaan myös omaa aktiivisuutta ja itsestä välittämistä. Sukupelote ja huolestuneisuus sairastua itse kevenevät tutkitun tiedon avulla. Kohderyhmän ohjauksessa tulee huomioida se, missä muutosvaiheessa elämässään asiakas on. Asiakkaan muutosvaihe ohjaa, mistä hänen kanssaan keskustellaan.

Keski-ikäinen nainen on neljäkymmentä vuotiaana elämänsä puolella välissä. Tässä tutkimuksessa keski-ikäisillä naisilla on yksittäisiä muistiterveyden riskitekijöitä. Muistiterveys rakentuu arjen valinnoista, ja se on elämänmittainen projekti. Verisuo-

nia vaurioittavien vaaratekijöiden hoito on aloitettava jo keski-ikässä, ja kokonaisriski ratkaisee. Muistiterveyden suojatekijät ovat hyviä valintoja aivojen terveydeksi. Yhden tutkittavan kommentti ”En ole koskaan miettinyt näin syvällisesti” (h 5) tukee riski- ja suojatekijöiden tunnistamisen tärkeyttä myös yksilötasolla ja kannustaa terveyden edistäjää kokeilemaan uusia ohjaus- ja neuvontakeinoja.

Dementiaan sairastuneiden määrät tulevat lisääntymään räjähdysmäisesti maailmassa, ja siksi on perusteltua tunnistaa ja ennaltaehkäistä dementian riski- ja suojatekijöitä (Chen, Lin & Chen 2009, 754). Chen, Lin ja Chen artikkeli antaa tukea ja vahvistusta sille ajatukselle, että terveyden edistäjillä on oikeus ja eettinen velvollisuus puuttua asiakkaan tilanteeseen. Mikään terveydenhuoltojärjestelmä ei tule kestäämään lisääntyvää sairastuneiden määrää. Ennaltaehkäisyn merkitys yksilön ja yhteiskunnan kannalta tulee kaikkien toimijoiden ymmärtää ja asiakkaan omaan vastuuta terveydestään tulee lisätä. Näin jokainen antaa arvokkaan panoksen terveytensä edistämiseksi. Muistiterveyden ennaltaehkäisy on ajankohtaista myös siksi, että uudet tutkimustulokset elintapojen merkityksestä muistihäiriöiden ja dementian synnylle luovat toivoa. Koskaan ei ole liian myöhäistä vaikuttaa aivojensa terveyteen ja hyvinvointiin.

Vaikka tutkittavat olivat hankkineet terveyden edistämistä koskevaa tietoa useista eri lähteistä ja tietoa on paljon saatavilla, tutkijalle heräsi kuitenkin aineiston perusteella kysymys: ”Johtaako tieto käytännön tasolle ja toimenpiteisiin”? Sisällönanalyysissä tuli esille, että tutkittavat kokivat hyväksi sen, että terveyden edistäjä selittää, herättelee, keskustelee, kertoo, sanoo ääneen sekä ottaa puheeksi. Miten voi ottaa puheeksi, jos ei vastavuoroisuutta eli keskustelua ole asiakkaan ja hoitajan välillä? Tutkittavilla ei ollut työterveyshuollon palveluita käytössään, joten missä vastavuoroinen voimaannuttava tietopohjainen tuki on keski-ikäisellä naisella saatavissa elämäntapamuutosprosessissa Kymenlaaksossa? Jotta tiedonsaannin yläkategorioiden asiat toteutuvat kaikille kuntalaisille tasavertaisesti, tulee terveydenhuollon henkilöstö kouluttaa havaitsemaan muistiterveyden riski- ja suojatekijöitä sekä puuttumaan niihin.

Transteoreettista muutosvaihemallia tulisi myös levittää teoriatasolta muistiterveyden edistäjien työkaluksi ohjaus- ja neuvontatyöhön. Dyslipidemian Käypä hoito –suositus suosittaa arvioimaan potilaan valmiutta elämäntapamuutoksiin Prochaskan mallin avulla. Malli tarjoaa esimerkkejä transteoreettiseen muutosvaihemallin esiharkinta-, harkinta- ja valmiusvaiheen tunnistamiseen käytännön työntekijöille ja koulutukseen

käytettäväksi. Myös naisten antamia toiveita ja niistä johdettuja ohjaustyyliä voidaan hyödyntää opetuksessa ja käytännössä. Ohjaustyyliä voidaan hyödyntää myös ohjausta antavan terveydenhuollon henkilöstön työhön perehdyttämisessä. Tiedonsaantia koskevia tuloksia voidaan hyödyntää myös terveyden edistämisen median käytössä.

Henkilöstötasolla transteoreettinen muutosvaihemalli tulisi ottaa rohkeasti käyttöön ja kouluttaa ne hoitajat, jotka tarvitsevat lisäkoulutusta. Työpaikkatasolla tulisi yhdessä sopia, että edistetään elintapojen selvittämisen tärkeyttä kaikissa pysyvissä asiakas-kontakteissa. Sovitaan yhteiset päätökset tekemisen tasosta, järjestetään yhteistä koulutusta ja nimetään vastuuhenkilöt. Päättäjätasolla tulisi huomioida preventiivisen työn tärkeys panostamalla ennaltaehkäisytyöhön. Terveyden edistäminen tulisi nostaa kaikkein tärkeimmäksi strategiseksi painopistealueeksi kunnassa. Myös lainsäädännöllä voidaan vahvistaa terveyden edistämistä.

Tutkittavien esiin tuomat toiveet ohjaustyylin kehittämiseksi ovat tärkeitä siksi, että ne viestivät terveyden edistäjille, miten tulisi suhtautua ja motivoida asiakkaita elintapamuutoksen toteutuksessa. Ohjaustyylin kehittäminen perustuu tutkimustietoon ja se korostaa dialogisuutta. Terveyden edistämisen näkökulma ja uudet menetelmät tulisi ottaa käyttöön jokaisella terveystyössä ammattilaisen luona. Yksilötasolla on olennaista elämänlaadun edistäminen. Keski-ikä voi olla tärkeä siirtymävaihe naisen elämässä ja terveyden edistäjän velvollisuus on auttaa häntä siirtymään siinä eteenpäin mahdollisimman hyvin. Ohjaustyylin kehittäminen on myös uusi terveyden edistämisen toimintatapa. Terveyden edistämisen toimintatapojen tai –työmenetelmien kehittäminen on välttämätöntä, koska naisten odotukset ja tieto terveyteen vaikuttavista tekijöistä muuttuvat koko ajan. Terveyden edistäminen toimintana on jatkuvasti uudistuvaa ja muuttuvaa. Jatkuva uudistuminen edellyttää tiedon välitystä, koulutusta, oppimista ja uudenlaisten menetelmien käyttöönto. Tutkittavien suojatekijät toimivat terveyttä edistävinä tekijöinä ja kertovat terveydestä positiivisena ilmiönä. Keski-ikäisen naisen voimavarojen tunnistaminen esimerkiksi terveystyöskeskustelujen avulla kehittäisi lisää asiakaslähtöisyyttä ja moniammatillisuutta terveydenhuollossa. Myös terveyden edistämisen laatusuositus (2006, 69) suosittaa kehittämään uusia ehkäisevän toiminnan muotoja. Terveyden edistäminen on merkityksellistä naisen kannalta silloin, kun sillä vastataan hänen tarpeisiinsa ja tavoitteisiinsa. Emotionaalinen ennaltaehkäisevä tuki merkitsee keski-ikäiselle naiselle parhaimmillaan negatiivisen elintapakettien katkaisua ja terveyden edistymistä.

Terveyden edistäjien ammattiosaaminen tulee ottaa hyötykäyttöön kaikissa terveydenhuollon organisaatioissa. Muistiterveyden edistämisen tehostamiseksi tulisi perustaa ennaltaehkäisytyöhön muistiasiantuntijan toimia, jotka huolehtisivat alueen muistiterveyden edistämisen kehittämisestä. Muistiasiantuntijoille keskitettäisiin esimerkiksi niiden keski-ikäisten ohjaus, joilla ei ole työterveyshuollon palveluita käytössään. Tällöin puututtaisiin myös terveyserojen kaventamiseen kunnassa. Ennakkoluuloton yhteistyö eri alueita hoitavien kesken luo mahdollisuuksia onnistua terveyden edistämisen toteuttamisessa. Alueen asiakkaat eli palveluita käyttävät kuntalaiset ovat yhteisiä, ovatko nykyiset palveluketjut yhtenevät? Yhtenä tavoitteena voisi olla julkisen palvelujärjestelmän ja kolmannen sektorin yhteistyön tehostaminen muistiterveyden edistämiseksi koulutuksen, tutkimus- ja kehittämistoiminnan sekä potilasohjauksen varmistamiseksi Kymenlaaksossa.

Tämä tutkimustyö on laadullinen kehittämistyö, jolla tarkoitetaan toimintaa, jonka tavoitteena on tutkimustulosten avulla luoda uusia tai entistä parempia työmenetelmiä. Ammattikorkeakoulun tutkimustoiminnalta edellytetään soveltamista ja käytännölläheisyyttä. Tässä tutkimustyössä on ollut keskeisenä ajatuksena tutkiva kehittäminen.

”Onko mitään tehtävissä dementian ehkäisemiseksi”? Aivot ovat elimistön tärkein säätelykeskus, mutta myös muistojen, luovuuden ja tunteiden koti. Keski-ikäinen nainen voi omilla valinnoilla merkittävästi vaikuttaa aivojensa hyvinvointiin ja siirtää tai estää aivosairauksien puhkeaminen. Koskaan ei ole liian myöhäistä muuttaa elintapojaan. Paljon on tehtävissä.

12 TUTKIMUKSEN EETTISYYS

Lainsäädäntö on ensisijainen tutkimusta ohjaava tekijä suhteessa eettisiin ohjeisiin. Terveystutkimusta Suomessa säätelevät lait ja asetukset, joita ovat Suomen perustuslaki (731/1999), henkilötietolaki (1999/523), laki lääketieteellisestä tutkimuksesta (488/1999), asetus lääketieteellisestä tutkimuksesta (986/1999) ja laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992). Moniulotteisen säätelyn lähtökohtana on tutkimukseen osallistuvan ihmisen koskemattomuuden ja yksityisyyden turvaaminen (Kylmä & Juvakka 2007, 139.) Myös sairaanhoitajan eettiset ohjeet ja taustaorganisaation arvot, asiantuntijuus ja eettisyys ovat ohjanneet tutkimustyötäni.

Eettiset tekijät ovat monitahoisia tässä työssä. Tutkimuksen tekijällä on eettisesti ollut laaja-alainen vastuu, sillä tutkimuksen vaikutukset voivat ulottua tutkittavien tulevaisuuteen (haitta vai hyöty). Tutkija on pohtinut tutkimuksen vaikutuksia tutkittavien elämään. Jokainen vastaaja on ollut aktiivisena osallisena tässä tutkimustyössä. Tutkija toivoi, että jokaisen vastaajan tietoisuus itsestä olisi lisääntynyt. Joillekin vastaajista esimerkiksi verikoetulosten saaminen oli aluksi jopa ahdistavaa, ja se vähensi vastaajan sen hetkistä hyvinvointia. Toisaalta tulosten saaminen on herätellyt tutkittavia harkitsemaan elintapojaan. Jokainen on voinut kertoa omasta elämästään pienen tarinan, jonka tutkija on koonnut yhteen tulosten muodossa. (vrt. Kylmä & Juvakka 2007, 143–144.)

Tutkijaa koskee vaitiolovelvollisuus, ja haastatteluissa tutkija pitäytyi esittämästä liiallisesti omia kommenttejaan. Jos vastaaja esitti tutkijalle haastattelun aikana jonkun kysymyksen, tutkija vastasi siihen haastattelun jälkeen. Tutkija pyrki motivoimaan jokaista haastateltavaa. Tutkija myös muotoili kysymyksen uudelleen, jos esitettyyn kysymykseen oli vaikea vastata. Tutkija pyri olemaan aktiivinen kuuntelija. Jos haastateltava esitti jonkun mielenkiintoisen näkökohdan, tutkija teki tarkentavan kysymyksen: ”Kerro lisää, tuo kuulostaa mielenkiintoiselta” tai ”Voitko valaista asiaa lisää”? (Hirsjärvi & Hurme 2000, 101–103.)

Aiheen valinta ja tutkimuskysymykset ovat merkittäviä eettisiä valintoja Kylmän ja Juvakan (2007, 144) mukaan. Aiheen valinnassa tutkija pohti aiheen oikeutusta sekä myös omaa oikeuttaan tunkeutua ihmisten intiimeihin yksityisasioihin. Tutkija pyrki vastaamaan tähän siten, että tutkija oli ollut koko tutkimusprosessin ajan mahdollisimman avoin sekä kiinnostunut haastateltavien kertomuksista. Haastateltavat haettiin tutkimukseen mukaan julkisen lehden välityksellä. Kaikkia mukaan lähteneitä haastateltavia koskivat samat arvot eli itsemääräämisoikeus, yksityisyys, oikeudenmukaisuus, rehellisyys, luottamus, kunnioitus, vapaaehtoisuus, luottamuksellisuus ja henkilöllisyyden suojaaminen. Kirjallinen suostumus tutkimukseen osallistumisesta käytiin tarkasti läpi. Haastattelun tietoja on käytetty vain tätä tutkimusta varten, ja tulokset julkaistaan teoreettiseen tietoon pohjautuen. Tutkimusaiheen eettisen oikeutuksen pohdintaan kuuluu arvojen lisäksi myös tuotettavan tiedon merkityksen arvioiminen oman tieteenalan ja yhteiskunnan kannalta. Koska tutkimusaineisto oli pieni, tutkimustuloksista ei voi tehdä yleistettäviä johtopäätöksiä. Myös tutkimuksen hyöty tutkittaville on eettinen tekijä tässä työssä. (emt., 147.)

Opinnäytetyön tekeminen eettisesti oikein edellyttää sekä tiedollisia että taidollisia valmiuksia (emt., 146). Tutkija on lisännyt omia valmiuksiaan siten, että tutkija on suorittanut opinnoistaan noin puolet eli 45 opintopistettä ennen haastattelujen tekoa. Tutkimuksessa käytetyt tutkimusmenetelmät, kuten kysely, haastattelu, verikokeet ja palautteet ovat tutkijan mielestä eettisesti oikeutettuja. Tutkimustulosten raportointi on myös eettinen velvoite (emt., 156) ja oikeudenmukaisuus toteutuu, kun tutkimustulokset julkaistaan (emt., 154).

Tutkittavien anonymiteetti pienessä aineistossa oli varmistettu siten, että ääninauhoissa haastateltavista ei käytetty nimeä vaan numeroa (haastattelujen koodaus). Kaikki tunnistettavuuteen liittyvät tiedot on poistettu raportista. Tutkija kantoi haastattelulaitetta mukanaan kassissaan koko haastatteluprosessin keston eli noin kuukauden ajan. Tutkija tallensi tietokoneelle varmuuskopiot haastattelunauhoista. Tutkijan tietokone vaatii salasanan ennen käynnistämistä, ja salasana on vain tutkijan tiedossa. Tutkijan kirjalliset yhteystiedot oli mainittu suostumuslomakkeessa mahdollista yhteydenottoa varten.

Tutkimuksesta tiedottaminen oli avointa koko tutkimusprosessin ajan. Tutkittavien osallistuminen tutkimukseen oli vapaaehtoista. Tutkittavat olisivat voineet milloin tahansa vetäytyä pois tutkimuksesta, jolloin heitä koskeva aineisto olisi hävitetty. Tutkittaville kerrottiin ryhmäinterventiossa tutkittuun ja näyttöön perustuvaan tietoon pohjautuvaa teoriaa. Tutkittavia ei manipuloitu missään tutkimuksen vaiheessa.

Tutkijan oma suhde tutkittavaan asiaan perustui mielenkiintoon muistisairauksien ennaltaehkäisyä kohtaan. Tutkija työskentelee projektityössä kolmannella sektorilla ja työlle ei ole ollut toimeksiantajaa. Työ oli opintoihin kuuluva opinnäytetyö. Ammatti- korkeakouluopintoja määrittelevässä asetuksessa (352/2003) sanotaan:

Ylemmän ammattikorkeatutkintoon johtavan opintojen opinnäytetyön tavoitteena on kehittää ja osoittaa kykyä soveltaa tutkimustietoa ja käyttää valittuja menetelmiä työelämän ongelmien erittelyyn ja ratkaisemiseen sekä valmiutta itsenäiseen vaativaan asiantuntijatyöhön.

Tutkija sitoutui tutkimukseen itse vahvasti ja kantoi vastuun tutkimuksesta koko prosessin keston ajan. Tutkija piti huolta omasta hyvinvoinnistaan ja jaksamisesta koko tutkimuksen teon ajan. Tarvittaessa tutkija haki ja sai ohjausta ja tukea ohjaavalta

opettajalta. Tutkimukselta tutkija sai itselleen oivaltamisen ja ymmärtämisen iloa, ja sitä samaa tutkija toivoi tutkittavillekin (vrt. Kylmä & Juvakka 2007, 155). Laadullisen tutkimuksen yksi tärkeä tehtävä on, että se vaikuttaa myönteisesti tutkittavien tutkittavaa asiaa koskeviin ajattelu- ja toimintamalleihin (Vilkkä 2007, 103).

13 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS

13.1 Määrällisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi

Tutkimuksen pätevyys eli validius tarkoittaa kysymyslomakkeen kykyä mitata sitä, mitä tutkimuksessa on tarkoituskin mitata, eikä tutkimuksessa saa olla systemaattista virhettä (Vilkkä 2007, 161). Systemaattisella virheellä Vilkkä tarkoittaa muun muassa sitä, millä tavalla tutkittavat ovat ymmärtäneet kyselylomakkeen kysymykset. Tämän tutkimuksen pätevyyttä lisää se, että kaikkiin kyselylomakkeen kysymyksiin oli vastattu. Keskeisten käsitteiden ja muuttujaluettelon määrittely (liite 13) sekä mittarin kysymykset, jotka kattavat koko tutkimusongelmat, lisäävät tämän tutkimuksen pätevyyttä.

Tutkimuksen luotettavuus eli reliabelius tarkoittaa tulosten tarkkuutta eli mittauksen kykyä antaa ei-sattumanvarainen tulos ja mittaustulosten toistettavuutta Vilkan (2007, 161) mukaan. Tällä Vilkkä tarkoittaa, että toistettaessa mittaus samalle henkilölle, saadaan täsmälleen sama tulos riippumatta tutkijasta. Tämän tutkimuksen tuloksia ei voida yleistää pienen otoksen koon vuoksi. Saadut tutkimustulokset eivät poikkea muista aiemmista tuloksista.

Pätevyys ja luotettavuus muodostavat yhdessä mittarin eli kyselylomakkeen kokonaisluotettavuuden. Tutkimuksen satunnaisvirheitä pyrittiin minimoimaan tutkijan osalta siten, että tutkija tarkisti tallentaessaan tulokset kahteen kertaan. Vastaajasta aiheutuvia satunnaisvirheitä pyrittiin minimoimaan siten, että vastaajat pystyivät tarkentamaan kysymyslomakkeen täyttövaiheessa tutkijalta kysymystä. Kysymystä 6 tutkija selvensi itse siten, että koulutukseen käytetty aika tarkoitti koulutusaikaa ala-asteelta alkaen, ja kysymyksestä 24 yksi vastaaja kysyi, voiko valita useita vaihtoehtoja.

13.2 Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskysymykset liittyvät Janhosen ja Nikkosen (2003, 36) mukaan muun muassa tutkijaan, aineiston laatuun, aineiston analyysiin ja tulosten esittämiseen. Hirsjärvi ja Hurme (2000) esittävät, että haastattelijan roolissa on kaksi pääasiallista näkökulmaa, informaation saaminen ja kommunikaation helpottaminen. Haastattelijana tutkija on pyrkinyt olemaan puolueeton eikä esimerkiksi ker- taakaan väitellyt vastaajan kanssa. Tutkija pyrki keskustelemaan luontevasti ja ole- maan ymmärtäväinen, koska keskusteltiin myös vaikeista asioista. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 97–98.) Janhonen ja Nikkonen (2003, 36) lisäävät, että se miten tutkija on ta- voittanut tutkittavan ilmiön, on riippuvainen aineiston keruussa saadusta tiedosta.

Tutkimus on pätevä eli yleistettävä, kun tutkija on osannut kuvata, että jokin asia on tietyllä tavalla jollekin henkilölle jossakin tilanteessa, ajassa tai paikassa (Vilka 2007, 157–158). Tutkimuksen yleistäminen tehdään tulkinnasta ja yleistettävyyden ehto on tulkintojen kestävyys ja syvyys (emt. 157). Tutkijan on osoitettava yleistettä- vyyden taitojaan tarkastellen tutkittavaa asiaa yleisemmällä tasolla sekä osoitettava taitoa yhdistää eri havaintoja toisiinsa (emt. 157). Tutkimuksen tekeminen on aina keskustelua aiempien kirjoittajien kanssa, ja tutkimuksen lukija voi arvioida tutkijan tekemien ratkaisujen osuvuutta (Eskola 2007, 163, 183). Tutkimusraporttia voidaan luonnehtia laadullisen tutkimuksen tutkimustyön kulmakiveksi (Kiviniemi 2007, 83). Tutkija pyrki peilaamaan saamiensa tutkimustuloksia aikaisempiin tutkimustuloksiin. Tutkija pyrki avoimuuteen koko tutkimusprosessin ajan. Lukijalle tarjoutuu mahdolli- suus raportin lukiessa arvioida itse, onko tutkijalle muodostunut tutkittavasta asiasta uskottava käsitys (Kiviniemi 2007, 83).

Aineistonkeruuseen liittyi vaihtelua jonkun verran. Ensimmäisen ja viimeisen haastat- telun välissä tutkijassa tapahtui oppimista ja kehittymistä tutkijan omasta mielestä. Kiviniemen (2007, 81) mukaan vaihtelua ei voida pitää puutteena vaan tutkimuksen kehitysprosessiin luontaisesti liittyvänä elementtinä. Laadullisen tutkimuksen luotet- tavuutta tutkija pyrki lisäämään sillä, että tutkija kirjasi tutkimusprosessin toteutumi- sen tarkasti ja totuudenmukaisesti.

Pätevyys eli validius tarkoittaa Hirsjärven (2009, 231) ym. mukaan tutkimusmenetel- män tai mittarin kykyä mitata juuri sitä, mitä oli tarkoituskin mitata. Tämän tutkimuk- sen validiteettia lisäävät keski-ikäisten naisten antamien haastatteluiden kirjoittaminen

sanasta sanaan tekstiksi, sisällön analyysin tarkka selittäminen, sisällön analyysin tarkka noudattaminen sekä aineiston lukuisat lukukerrat. Tämä tutkimus lisäsi tutkijan ymmärrystä tutkittavasta asiasta. Sisällön analyysi tulokset vastasivat hyvin tutkimusongelmiin ja tutkija on pyrkinyt osoittamaan yhteyden aineiston ja tulosten välillä (Janhonen & Nikkanen 2003, 37).

Vilka (2007, 181) kirjoittaa muuttujan olevan havaintoyksikköön perustuva ominaisuus, joka on luontevasti mitattavissa. Muuttujaluettelo on lista, jossa on kuvattu aineiston muuttujat, niille annetut nimet sekä niiden sijainti. Luettelosta on helppo tarkistaa, mitä muuttujia on käytettävissä ja miten ne on nimetty (Laine 2009). Tämän tutkimuksen muuttujaluettelo on esitetty liitteessä 14.

Yksi tapa ymmärtää reliabelius eli luotettavuus on Hirsjärven ja Hurmeen (2000, 186) mukaan on se, että kahdella rinnakkaisella tutkimusmenetelmällä saadaan sama tulos. Vilka (2007, 159) kirjoittaa, että tutkimusta käytännössä ei voi toistaa koskaan sellaisenaan, koska jokainen laadullisella tutkimusmenetelmällä tehty tutkimus on ainutkertainen. Kun ihmisen käyttäytyminen riippuu kontekstista ja siis vaihtelee ajan ja paikan mukaan, on epätodennäköistä, että kahdella menetelmällä saadaan sama tulos. Kahden tutkimuskerran eroja ei kuitenkaan tarvitse pitää menetelmän heikkoutena vaan muuttuneiden tilanteiden seurauksena. (Hirsjärvi & Hurme 2000, 186.)

Tässä tutkimuksessa käytettiin kahta eri tutkimusmetodia. Laadullisen ja määrällisen tutkimusmenetelmän tavoitteena oli lisätä tutkimuksen kattavuutta ja siten vähentää tutkimuksen luotettavuusvirheitä (Vilka 2007, 53–55). Hirsjärven ym. (2009, 233) mukaan tutkimuksen validiutta voidaan tarkentaa käyttämällä tutkimuksessa useita menetelmiä, jolloin puhutaan tutkimuksen triangulaatiosta. Vilka (2007, 55) käyttää monimetodisesta lähestymistavasta nimitystä menetelmätriangulaatio.

Tutkija esitesti kyselylomakkeen ja haastatteluteemat ennen haastatteluja. Tarvittavat korjaukset tehtiin mittareihin esitestauksien jälkeen. Haastattelun tulokset kertoivat tutkittavien sen hetkisestä todellisuudesta. Haastattelun aikana tutkittavilla oli mahdollisuus tehdä tarkentavia kysymyksiä väärinymmärrysten pienentämiseksi.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereitä ovat Kylmän ja Juvakan (2007, 127) mukaan muun muassa uskottavuus ja siirrettävyys. Tässä tutkimuksessa saadut tiedot ovat uskottavia. Tiedonantajien valinta osui oikeaan (lehti-ilmoitus, tutkimuskriteerien

täyttyminen), osallistuminen oli vapaaehtoista, haastateltavat saivat vapaasti tuoda esille asioitaan, joita halusivat, ja tutkija on kertonut tarkasti tutkimuksen eri vaiheet. Tutkimus suoritettiin sellaisten ihmisten joukossa, jotka voisivat olla terveyden edistäjien asiakkaina. Kehitettyä menetelmää, motivoivaa haastattelua, voidaan toteuttaa missä yksikössä ja missä asiakasryhmässä vain niin Suomessa kuin muuallakin. Tutkimustulokset ovat siirrettävissä käytäntöön julkiseen ja yksityiseen terveydenhuoltoon sekä järjestötyöhön. Tuloksia voidaan hyödyntää asiakastyön lisäksi myös terveyden edistämisen suunnittelussa.

Tutkija pyrki noudattamaan rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyöhönsään, tutkimustulosten esittämisessä sekä lähdeviitteisiin viittaamisessa. Tutkija valitsi opinnäytetyöhön näyttöön perustuvia, tieteellisesti päteviä lähteitä, koska muistisairauksista ja niiden ennaltaehkäisystä kirjoitetaan myös ei-tieteellisissä lehdissä ja Internetissä.

Tutkittavien subjektiiviset ajatukset, käsitykset, kokemukset ja kehitysideat olivat tärkeitä tutkimustuloksia ja rikastuttivat tutkijan aineistoa. Laadullinen menetelmä auttoi tutkijaa asian ymmärtämisessä.

14 JATKOTUTKIMUSAIHEITA

Jatkotutkimuksena voisi toteuttaa tutkimuksen keski-ikäisten miesten muistiterveyden riski- ja suojatekijöistä. Lisäksi olisi mielenkiintoista vertailla keski-ikäisten naisten ja miesten muistiterveyden riski- ja suojatekijöitä. Myös keski-ikäisten naisten sosiaalisten verkostojen merkitystä muistiterveyden edistämässä olisi kiinnostavaa tutkia. Seurantatutkimus transteoreettisen muutosvaihemallin käytöstä ja vaikuttavuudesta muistiterveyden edistämässä olisi myös antoisaa. Asiakkaiden ja hoitajien kokemuksia motivoivasta haastattelusta olisi myös erittäin mielenkiintoista tutkia.

15 TUTKIMUKSEN JATKOTOIMENPITEITÄ

Tutkimuksesta tehdään terveyden edistämisen neljävuotinen rahoitushakemus *Voimavarakeskeiset terveystalkoot 40–65-vuotiaille kymenlaaksolaisille keski-ikäisille maaseudun naisille* RAY:lle kevään aikana. Terveystalkooten tavoitteena on tuottaa taustatietoa maaseudun eri alueiden asukkaiden muistiterveyden tilanteesta alueel-

lisille päättäjille, alan asiantuntijoille sekä tutkijoille. Terveyskeskustelut ovat primaari-preventiivistä terveyden edistämistä ja ne rakentuvat henkilökohtaisista tapaamisista.

Tutkimusta tullaan ehdottamaan Muistiliitto ry:n julkaisusarjaan.

Tutkija järjestää opinnäytetyön aiheesta muistiterveyden edistämisen luentoja ja koulutustilaisuuksia kaikille aiheesta kiinnostuneille yhteistyössä muiden toimijoiden kanssa. Tuloksia hyödynnetään geriatrisessa täydennyskoulutuksessa Kouvolan seudulla.

Tutkimuksesta tehdään kirjallinen esite keski-ikäisten naisten muistiterveyden edistämisestä.

Ohjaustyylin kehittämisestä kirjoitetaan artikkeli Sairaanhoidaja lehteen.

LÄHTEET

Aalto-Setälä, K. 2008. Kohonnut kolesteroli ja muut rasva-aineenvaihdunnan häiriöt. Teoksessa Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) Sydänsairaudet, s. 221–237.

Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) 2007. Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. 2. korjattu ja täydennetty painos. Helsinki: PS-kustannus.

Aikuisten lihavuus. Käypä hoito -suositus 22.1.2007. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi>. [Viitattu 6.9.2009].

Aikuisten tupakointi. 2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavissa: http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/elintavat/tupakka/aikuisten_tupakointi/ [6.9.2009].

Alkoholi. 2009. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Saatavissa: http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/elintavat/alkoholi/suurkulutus_ja_kohtuukaytto/ [6.9.2009].

Alkoholiongelman hoito. Käypä hoito -suositus 24.3.2005. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi> [Viitattu 6.9.2009].

Asetus 352.2003. Valtioneuvoston asetus ammattikorkeakouluista. 15.5.2003/352.

Bendlin, B., Carlsson, C., Gleason, C., Johnson, S., Sodhi, A., Gallagher, C., Puglielli, L., Engelman, C, Ries, M. Xu, G., Wharton, W. & Asthana, S. 2009. Midlife predictors of Alzheimer's disease. *Maturitas*. 7/2009, s. 1-7.

Biessels, G., Deary, I. & Ryan, C. 2008. Cognition and diabetes: a lifespan perspective. *Lancet Neurol* 2008; 7: 184–90. Saatavissa: <http://neurology.thelancet.com>. [viitattu 12.10.2009]

Chen, J-H., Lin, K-P. & Chen, Y-C. 2009. Risk factors for Dementia. *Journal Formos Med Association*. 10/2009, s. 754-764.

Choi, E., Jekal, Y., Kim, S., Yoo, J., Kim, H., Oh, E-G., Jeon, J., Jand, Y., Chu, S. & Kim, M. 2009. Middle-aged women's awareness of cholesterol as a risk factor: Results from a national survey of Korean Middle-aged Women's Health Awareness (KomWHA) study. *International Journal of Nursing Studies*. 2009, s. 1-9.

Cole, G., Ma, Q-L. & Frautschy S. 2009. Omega -3 fatty acids and dementia. *Prostaglandins, Leukotrienes and Essential Fatty Acids*. 8/2009, s.213-221.

Dementia – Etiology and Epidemiology. 2008. A systematic Review. Volume 1. The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care. Saatavissa: www.sbu.se [viitattu 13.1.2009]

Diabeteksen käypä hoito -suositus 29.10.2007. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi> [8.9.2009].

Donini, L., Felice, M. & Cannella, C. 2007. Nutritional status determinants and cognition in the elderly. *Arch. Gerontol. Geriatr. Suppl.* 1/2007, s. 143–153.

Dufva, H. & Airola, A. 2007. Kymenlaakson hyvinvointistrategia 2007–2015. Tutkimuksia ja raportteja sarja B. Nro 37. Kotka: Kymenlaakson ammattikorkeakoulun julkaisuja.

Dunderfelt, T. 1992. *Elämäkaaripsykologia*. Neljäs painos. Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö.

Dyslipidemia Käypä hoito – suositus. 2.4.2009. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/pls/kh/kaypahoito?suositus=H50025>

Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) 2006. *Muistihäiriöt ja dementia*. 2., uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Erkinjuntti, T., Hietanen, M., Kivipelto, M., Strandberg, T. & Huovinen, M. 2009. *Pi-dä aivosi kunnossa*. Helsinki: WSOY.

Erkinjuntti, T. & Koivisto, K. 2006. Varhaisen taudinmäärityksen merkitys. Teoksessa Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia, s. 53–59.

Eskola, J. 2007. Laadullisen tutkimuksen juhannustaiat. Laadullisen aineiston analyysi vaihe vaiheelta. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin, s. 159–183.

Eskola, J. & Pietilä, A-M. 2008. Eläytymismenetelmä ja terveystalvinta: Ekskursio eläytymismenetelmän käyttöön nuoren terveystalvinnassa. Teoksessa Pietilä, A-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen E-M & Sirola, K. (toim.) Terveystden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät, s. 243–261.

Fratiglioni, L., Paillard-Borg, S. & Winblad, B. 2004. An active and socially integrated lifestyle in late life might protect against dementia. *The Lancet Neurology* 2004; 3, s. 343–353.

Gance-Cleveland, B. 2007. Motivational Interviewing: Improving Patient Education. *Journal of Pediatric Health Care*. March/April 2007, s. 81-88.

Georges, J. A new vision for dementia. Saatavissa: Muisti. Alzheimer-keskusliiton julkaisu. 21. vuosikerta. Juhlanumero 2008. Helsinki: Alzheimer-keskusliitto.

Halme, K. 1998. Keski-ikäisen naisen elämäntilanne ja terveys. Pro gradu – tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Helakorpi, S., Laitalainen, E., Absetz, P., Torppa, J., Uutela, A. & Puska, P. 2007. Aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys maakunnissa 1978–2005. Helsinki: kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 15/2007. Saatavissa: http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2007/2007b15.pdf. [viitattu 5.10.2009]

Helakorpi, S., Prättälä, R. & Uutela, A. 2007. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2007. Helsinki: kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 6/2008. Saatavissa

http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b06.pdf [viitattu 13.9.2009]

Huang, W., Qiu, C., Winblad, B. & Fratiglioni, L. 2002. Alcohol consumption and incidence of dementia in a community sample aged 75 years and older. *Journal of Clinical Epidemiology* 55 (2002), s. 959–964.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

Håkansson, K., Rovio, S., Helkala, E-L., Vilska, A-R., Winblad, B., Soininen, H., Nissinen, A., Mohammed, A. & Kivipelto, M. 2009. Association between mid-life marital status and cognitive function in later life: population based cohort study. *BMJ* 2009; 339:b2462. Saatavissa:

http://www.bmj.com/cgi/content/full/339/jul02_2/b2462. [viitattu 21.8.2009]

Häkkinen, U. & Alha, P. (toim.) 2006. Terveyspalvelujen käyttö ja sen väestöryhmittäiset erot. *Terveys 2000 – tutkimus*. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 10/2006. Saatavissa:

http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2006/2006b10.pdf [viitattu 4.10.2009]

Jaatinen, M. 2010. Sähköpostiviesti 4.2.2010. Kouvolan työ- ja elinkeinotoimisto.

Janhonen, S. & Nikkonen, M. (toim.) 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2., uudistettu painos. Helsinki: WSOY.

Juan, D., Zhou, H., Li, J., Wang, Y., Gao, C. & Chen, M. 2003. A 2-year follow-up study of cigarette smoking and risk of dementia. *European Journal of Neurology* 2003, 11. Sivut 277–282.

Juva, K. 2006. Työikäisen dementia. Teoksessa Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) *Muistihäiriöt ja dementia*, s. 589–595.

Kahri, J. 2006. Sydän- ja verisuonisairaudet. Teoksessa Kauppinen, R. (toim.) Sisätautien ytimessä, s. 16–84.

Kaste, M., Hermesniemi, J., Kotila, M., Lepäntalo, M., Lindsberg, P., Palomäki, H., Roine, R. & Sivenius, J. 2006. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa Soynila, S., Kaste, M. & Somer, H. (toim.) Neurologia, s. 271–331.

Kauppinen, R. (toim.) 2006. Sisätautien ytimessä. 1. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kiviniemi, K. 2007. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittelevalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin, s. 70–85.

Kivipelto, M. 2002. Vascular Risk Factors in Alzheimer's Disease and Mild Cognitive Impairment. A longitudinal, Population-Based Study. Department of Neurology series of reports no 62. Kuopio: University of Kuopio.

Kivipelto, M. 2002. Vascular risk factors in Alzheimer's disease and mild cognitive impairment. A longitudinal, population-based study. Saatavissa: <http://www.uku.fi/vaitokset/2002/ISBN951-781-754-1mkivipelto.htm> [viitattu 3.4.2009]

Kivipelto, M., Ngandu, T., Laatikainen, T., Winblad, B., Soininen, H. & Tuomilehto, J. 2006. Risk score for the prediction of dementia risk in 20 years among middle aged people: a longitudinal, population-based study. *Lancet Neurology* 2006; 5: 735–741.

Kivipelto, M. & Viitanen, M. 2006. Vanhus ja muisti. Vanhudenhöpöryyttä vai orastavaa Alzheimeria? *Duodecim* 2006; 122: 1513–20. [viitattu 9.1.2009]

Kivipelto, M. 2007. Ravinnon yhteys dementiaan. *Bolus* 1/2007.

Kivipelto, M. & Granö, S. 2008. Alzheimerin taudin ennalta ehkäisytyön tavoitteena on sairauden puhkeamisen viivästyttäminen. *Muistiliitto. Muisti* 3/2008, s. 30–31.

Kohonnut verenpaine. Käypä hoito suositus 26.9.2005. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi> [viitattu 6.9.2009].

Komulainen, P. 2008. The Association of Vascular and Neuroprotective Status Indicators with Cognitive Functioning. Population-Based Studies. Kuopio: University of Kuopio.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede*. 1/99, s. 3-12.

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

Lahtela, J. 2008. Diabetes sairautena. Teoksessa Rintala, T-M., Kotisaari, S., Olli, S. & Simonen, S. (toim.) *Diabeetikon hoidonohjaus*, s. 11–25.

Laine, M. 2009. BMDP ohjelmisto. Helsingin yliopiston ATK-keskus. Saatavissa: <http://www.helsinki.fi/atk/tilasto/bmdpopas/luku1.html>. [viitattu 10.1.2010]

Liikunta. Käypä hoito -suositus. 2008. Saatavissa: http://www.kaypahoito.fi/kh/kh_julkaisu.NaytaArtikkeli?p_artikkeli=kht00080. [viitattu 21.8.2009]

Martins, R. & McNeil, D. 2009. Review of Motivational Interviewing in promoting health behaviors. *Clinical Psychology Review*. 29/2009, s. 283–293.

Majahalme, S. 2008. Kohonnut verenpaine. Teoksessa Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) *Sydänsairaudet*, s. 201–219.

Mustajoki, P. 2003. Miten potilas motivoituu hoitonsa aktiiviseksi osapuoleksi? *Suomen lääkärilehti* 2008; 58: 4235–4237.

Myyrä, J. 1992. Keski-ikä kehitysvaiheet. Teoksessa Niemelä, P. & Ruth, J-E. (toim.) *Ihmisen elämänkaari*, s. 194–205.

Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) 2008. *Sydänsairaudet*. Helsinki: Duodecim

Ngandu, T., von Strauss, E., Helkala, E., Winblad, B., Nissinen, A., Tuomilehto, J., Soininen, H. & Kivipelto, M. 2007. Education and dementia: What lies behind the association? *Neurology* 2007. 69 (14), s. 1442-1450.

Niemelä, P. & Ruth, J-E. (toim.) 1992. Ihmisen elämänkaari. 4. painos. Helsinki: Ota-va.

Parviainen, H., Laari, L., Malinen, L., Mikkonen, N. & Saikkonen, P. 2007. Terveyden edistämisen barometri 2007. Ajankohtaiskatsaus kuntien ja järjestöjen terveyden edistämiseen. Helsinki: Terveyden edistämisen keskus Tekry. Saatavissa: <http://www.health.fi/timage.php?i=100607&f=1&name=TEbarometri2007.pdf> [viitattu 9.6.2009]

Pietilä, A-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen E-M & Sirola, K. (toim.) 2008. Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: WSOY.

Pirttilä, T. & Erkinjuntti, T. 2006. Alzheimerin taudin kliininen kuva ja diagnoosi. Teoksessa Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia, s. 126–145.

Pirttilä, T., Strandberg, T., Vanhanen, H. & Erkinjuntti, T. 2004. Voidaanko muistin heikentymistä ehkäistä? *Suomen lääkäri* 11/2004, s. 1133–1138.

Poskiparta, M. 2002. Neuvonnan keinoin kohti terveystyötymisen muutosta. Teoksessa Torkkola, S. (toim.) *Terveysviestintä*, s.24–35.

Prochaska, J. & Norcross, J. 2007. *Systems of Psychotherapy. A transtheoretical Analysis. Sixth Edition.* Thomson. Brooks/Cole.

Prochaska, J., Velicer, W., Redding, C., Rossi, J., Goldstein, M., DePue, J., Greene, G., Rossi, S., Sun, X., Fava, J., Laforge, R., Rakowski, W. & Plummer, B. 2005. Stage-based expert systems to guide a population of primary care patients to quit smoking, eat healthier, prevent skin cancer, and receive regular mammograms. *Preventive Medicine*. 41/2005, s. 406-416.

- Profenno, L., Porsteinsson, A. & Faraone, S. 2009. Meta-Analysis of Alzheimer's Disease Risk with Obesity, Diabetes, and Related Disorders. *Biological Psychiatry*. 2 / 2009, s. 1-8.
- Reynolds, E. 2006. Vitamin B12, folic acid, and the nervous systems. *Lancet neurology* 2006;5:949–60.
- Richards, M., Black, S., Mishra, G., Gale, C., Deary, I. & Batty, D. 2008. IQ in childhood and the metabolic syndrome in middle age: Extended follow-up of the 1946 British Cohort Study. *Intelligence* 2008. 09.004. Sivut 1-6.
- Rintala, T-M., Kotisaari, S., Olli, S. & Simonen, R. (toim.) 2008. Diabeetikon hoitohäiriö. Helsinki: Tammi.
- Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T. & Christensen, B. 2005. Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis. *British Journal of General Practice*. 55/2005, s. 305–312.
- Saarnio, P. & Knuutila, V. 2006. Tutkimus päihdeongelmaisten muutosvalmiusprofiileista. *Yhteiskuntapolitiikka* 71 (2006): 1. Saatavissa: <http://yp.stakes.fi/NR/rdonlyres/DA939585-06F4-41CD-9602-253620090C91/0/061saarnio.pdf> [viitattu 4.2.2010]
- Salonen, J. 2009. B12 -vitamiinin tai foolihapon puutos. Saatavissa [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=&p_teos=dlk&p_artikkeli=dlk00788#s5](http://www terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=&p_teos=dlk&p_artikkeli=dlk00788#s5) [viitattu 9.4.2010]
- Savola, E. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2005. Terveyden edistäminen esimerkein. Käsitteitä ja selityksiä. Helsinki: Terveyden edistämisen keskus ry.
- Savola, E., Peltö-Huikko, A., Tuominen, P. & Koskinen-Ollonqvist, P. 2005. Sata tapaa arvioida terveyden edistämistä. Katsaus terveyden edistämisen arviointitutkimuksiin. Helsinki: Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 6/05. Saatavissa <http://www.health.fi/timage.php?i=100296&f=1&name=satatapaa.pdf>. [viitattu 20.9.2009]

Similä, M., Taskinen, O., Männistö, S., Lahti-Koski, M., Karvonen, M., Laatikainen, T. & Valsta, L. 2005. Terveyttä edistävä ruokavalio, lihavuus ja seerumin kolesteroli kartoina. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 20/2005. Saatavissa http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2005/2005b20.pdf. [viitattu 13.9.2009]

Soininen, H. 2006. Muistihäiriöiden ja dementian ennaltaehkäisy. Teoksessa Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia, s. 464–471.

Suhonen, J., Alhainen, K., Eloniemi-Sulkava, U., Juhela, P., Juva, K., Löppönen, M., Makkonen, M., Mäkelä, M., Pirttilä, T., Pitkälä, K., Remes, A., Sulkava, R., Viramo P. & Erkinjuntti, T. 2008. Muistisairauksien hyvät hoitokäytännöt. Suomalainen asiantuntijasuositus. Suomen lääkärilehti. 10/2008, s. 9, 19.

Sulkava, R. 2003. Neurologiset sairaudet. Kirjassa: Geriatria. (Toim.) Tilvis, R., Hervonen, A., Jäntti, P., Lehtonen, A. & Sulkava, R. Helsinki: Duodecim.

Suomalaiset ravitsemussuositukset. Ravinto ja liikunta tasapainoon. 2005. Valtion ravitsemusneuvottelukunta. Helsinki: Edita Prima Oy. Saatavissa: <http://www.mmm.fi/ravitsemusneuvottelukunta/FIN11112005.pdf>. [viitattu 8.10.2009]

Suomen tilastollinen vuosikirja 2008. 103. vuosikerta. Helsinki: Tilastokeskus.

Soinila, S., Kaste, M & Somer, H. (toim.) 2006. Neurologia. Helsinki: Duodecim.

Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportti. 2008. Helsinki: kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 2/2008. Saatavissa http://www.ktl.fi/attachments/suomi/julkaisut/julkaisusarja_b/2008/2008b02_2.pdf. [viitattu 13.9.2009].

Sörensen, S., Duberstein, P., Gill, D. & Pinquart, M. 2006. Dementia care: mental health effects, intervention strategies and clinical implications. *Lancet Neurology* 2006; 5: 961–73.

Terveyden edistäminen kunnissa ja järjestöissä. Selvitys terveysbarometrin kehittämisiksi. 2003. Terveyden edistämisen keskus. Arviointipalvelu. Helsinki: Terveyden edistämisen yksikkö.

Terveyden edistäminen Kymenlaakson maakunnassa. 2009. Saatavissa: http://www.kymshp.fi/alueellinen_te_tiihonen_24.3.2009.pdf [viitattu 15.5.2009]

Terveyden edistämisen suunnitelma vuodelle 2008. Valtion vuoden 2008 talousarvion momentin 33.70.50 terveyden edistämisen määrärahan käyttösuunnitelma. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/documet_library/get_file?folderId=42735&name=DLFE-5312.pdf [viitattu 11.6.2009]

Terveyden edistämisen laatusuositus. 2006. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19. Saatavissa: <http://pre20090115.stm.fi/pr1158139777250/passthru.pdf> [viitattu 9.6.2009]

Tilasto- ja indikaattoripankki SOTKANet. 2009. Saatavissa <http://www.uusi.sotkanet.fi/portal/page/portal/etusivu>. [Viitattu 9.9.2009]

Tilvis, R., Hervonen, A., Jäntti, P., Lehtonen, A. & Sulkava, R. (toim.) 2003. Geriatria. 1. painoksen muuttumaton jatkopainos. Helsinki: Duodecim.

Torkkola, S. (toim.) 2002. Terveysviestintä. Helsinki: Tammi.

Tuominen, P., Koskinen-Ollonqvist, P. & Rouvinen-Wilenius, P. 2004. Terveyden edistämisen hyvät käytännöt. Hyvät käytännöt kirjallisuuteen ja käytännön hankkeisiin perustuvan tarkastelun kohteena. Saatavissa: http://www.health.fi/content/files/Hyvät_kaytannot.pdf [viitattu 10.6.2009]

Tupakointi, nikotiiniriippuvuus ja vieroitushoidot. Käypä hoito -suositus 1.12.2006. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/>. [Viitattu 6.9.2009].

Turku, R. 2007. Muutosta tukemassa. Valmentava elämäntapaohjaus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Tyas, S., White, L., Petrovitch, H., Ross, W., Foley, D., Heimovitz, H. & Launer, L. 2002. Mid-life smoking and late-life dementia: the Honolulu-Asia Aging Study. *Neurobiology of Aging* 24 (2003). Sivut 589–596.

Varamäki, R. 2008. Terveyden edistäminen ja järjestöt. Luentotiivistelmä 6.11.2008 Kouvola.

Vilkkä, H. 2007. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

Viramo, P. & Frey, H. 2006. Dementia terveystaloustieteellinen merkitys. Teoksessa *Teoksessa Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia*, s. 40–52.

Viramo, P. & Sulkava, R. 2006. Muistihäiriöiden ja dementia epidemiologia. Teoksessa *Erkinjuntti, T., Alhainen, K., Rinne, J. & Soininen, H. (toim.) Muistihäiriöt ja dementia*, s. 23–39.

Wright, J., Velicer, W. & Prochaska, J. 2008. Testing the predictive power of the transtheoretical model of behaviour change applied to dietary fat intake. *Health Education Research Access*. 4/2008, s. 1-13.

Riskitekijä		Pisteet
Ikä	< 47 vuotta	0
	47-53	3
	>53	4
Koulutus	>10 vuotta	0
	7-9	2
	0-6	3
Vanhemmilla/sisaruksilla muistisairaus	Ei	0
	Kyllä	1
Systolinen verenpaine	<140 mmHg	0
	>140 mmHg	2
Painoindeksi	<30 kg/m ²	0
	>30 kg/m ²	2
Kokonaiskolesteroli	<6,5 mmol/l	0
	>6,5 mmol/l	2
Liikunta*	Aktiivinen	0
	Ei-aktiivinen	1

*Henkilö on aktiivinen, mikäli hän harrastaa vapaa-ajan liikuntaa vähintään kahdesti viikossa, siten että liikunta kestää vähintään 20–30 minuuttia kerrallaan ja aiheuttaa hikoilua ja hengästymistä.

Myöhäsiän dementian todennäköisyys riskimittarituloksen mukaan

Riskitestitulos	Muistisairauden riski %
0-5	1,0
6-7	1,9
8-9	4,2
10–11	7,4
12–15	16,4

Lähde: Kivipelto ym. 2006. Lancet Neurology, 2006; 5: 735-41

Aikaisemmat tutkimukset

Liite 2/1

Tutkimuksen nimi, tekijä ja julkaisuvuosi	Tutkimuksen tavoite ja tarkoitus	Tutkimusmenetelmä	Tutkimustulokset
<p>Eun Jin Choi, Yoonsuk Jekal, Sue Kim, Ji Soo Yoo, Hee Soon Kim, Eui-Geum Oh, Justin Y. Jeon, Yangsoo Jang, Sang Hui Chu, Mi Ja Kim.</p> <p>Middle-aged women's awareness of cholesterol as a risk factor: Results from a national survey of Korean Middle-aged Women's Health Awareness (KOM-WHA) study 2009.</p> <p>Artikkeli. International Journal of nursing Studies 2009.</p>	<p>arvioida korealaisten naisten kolesteroliarvojensa tietämystä, arvioida heidän riskikäyttäytymistään sekä tutkia alueiden eroavaisuuksia.</p>	<p>Satunnaisesti kontrolloitu kyselytutkimus 1304:lle korealaiselle naiselle iältään 40–64-vuotiaat, kolmella maantieteellisellä alueella.</p>	<p>Vastaajista 95,4 % eivät tiedäneet kolesteroliarvojaan, alueellisia eroja ei ollut.</p> <p>Tupakoimattomuus, vähäsuolainen ruokavalio sekä painonhallinta olivat vallitsevia riskiä vähentäviä tekijöitä.</p> <p>Maaseudun naisilla esiintyi vähemmän riskiä alentavia tekijöitä kuin kaupunkilaisilla.</p> <p>Hoitajien tarvitsee lisätä riskitekijöiden, etenkin kolesterolin ja terveystilastuksen määrää keski-ikäisille korealaisille naisille etenkin maaseudulla.</p> <p>Myös terveystilastuksen keinoja tarvitaan väestön terveyden edistämiseksi.</p>
<p>Helakorpi, S., Laitalainen, E., Absetz, P., Torppa, J. Uutela, A & Puska, P. 2007.</p> <p>Aikuisväestön terveystilastus ja terveys maakunnissa 1978–2005.</p> <p>Kansanterveyslaitoksen julkaisu B 15/2007.</p>	<p>Tulokset perustuvat Kansanterveyslaitoksen vuodesta 1978 alkaen toteuttamaan ”Suomalaisten aikuisväestön terveystilastus ja terveys (AVTK)” postikyselytutkimukseen.</p>	<p>AVTK – tutkimukseen on poimittu väestökisteristä vuosittain valtakunnallisesti edustava noin 5000 henkilön satunnaisotos 15–64-vuotiaista suomalaisista.</p> <p>Vastausprosentti on ollut tarkasteltavina vuosina 1978–2005 keskimäärin 74 %.</p>	<p>Suomalaisten terveystilastus ja terveydessä on tapahtunut myönteistä kehitystä vuosina 1978–2005. Terveelliset ruokailutottumukset ovat yleistyneet ja miesten tupakointi on vähentynyt. Naisten tupakointi on lisääntynyt useissa maakunnissa, mutta vähentynyt pääkaupunkiseudulla. Ylipainoisten osuus on lisääntynyt ja alkoholin kulutus on kasvanut.</p>
<p>Helakorpi, S., Prättälä, R. & Uutela, A. 2007. Suomalaisten aikuisväestön terveystilastus ja terveys, kevät 2007.</p> <p>Kansanterveyslaitoksen julkaisu B 6/2008. Helsinki 2008</p>	<p>Suomalaisen aikuisväestön terveystilastusta ja terveyttä (AVTK) tutkitaan vuosittain 5000 ihmisen satunnaisotoksena 15–64-vuotiaille kuuteen eri maantieteelliseen alueeseen jaoteltuna.</p> <p>Tavoitteena on mm. kartoittaa työikäisten terveystilastuksen nykytilanne sekä sen pitkän ja lyhyen aikavälin muutokset.</p> <p>Tutkimuksen tärkeimmät terveystilastuksen osat ovat tupakointi, ruokailutottumukset, alkoholin käyttö ja liikunta.</p>	<p>Kvantitatiivinen kyselytutkimus, yhteensä 3245 henkilöä vastasi kyselyyn. Vastausprosentti oli 65.</p>	<p>Vuonna 2007 vastanneista naisista tupakoi päivittäin 17 %. Vuonna 2007 naisista 47 % kertoi syövänsä tuoreita kasviksia päivittäin. Naisista 52 % kertoi juovansa rasvatonta tai ykkösmaitoa. Ruokailutottumukset ovat muuttuneet ravintosuositusten mukaiseen suuntaan.</p> <p>Vuonna 2007 alkoholin kulutus oli vuoden 2006 tasolla. Vuonna 2007 naisista 55 % kertoi harrastavansa vähintään puoli tuntia kestävästä vapaa-ajan liikuntaa ainakin kolme kertaa viikossa.</p>

Tutkimuksen nimi, tekijä ja julkaisu vuosi	Tutkimuksen tavoite ja tarkoitus	Tutkimusmenetelmä	Tutkimustulokset
<p>Jen-Hau Chen, Kun-Pei Lin, Yen-Ching Chen Review Article. Elsevier & Formosan Medical Association 2009, vol 108 (10), 754-764.</p> <p>Risk Factors for Dementia</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus, jossa keskityttiin tutkimuksiin, joilla oli yhteys Alzheimerin tautiin ja dementiaan.</p>	<p>Artikkeleita haettiin käyttäen MEDLINE, PubMed (vuosina 1966–2009 julkaistut artikkelit) ja EMBASE (1991–2009 julkaistut artikkelit) tietokantoja.</p> <p>Avainsanoja olivat Alzheimerin tauti, dementia, riskitekijä, vaskulaarinen dementia.</p> <p>Lähteisiin oli merkitty 126 tutkimusta, tutkimusten määrää ei ilmoitettu artikkelissa.</p>	<p>Dementian esiintyvyys lisääntyy räjähdysmäisesti maailmanlaajuisesti ikääntyneen väestön keskuudessa. On tärkeää tunnistaa Alzheimerin taudin ja dementian suoja- ja riskitekijät ajoissa.</p> <p>Riskitekijöitä olivat ikä, sukupuoli, tulehdukset, geneettinen perimä, monisairastavuus, tupakointi, huumeiden käyttö, ympäristötekijät ja elämäntavat.</p> <p>Suojaavia tekijöitä olivat korkea koulutustaso, alkoholin kohtuukäyttö, hormonikorvaushoito naisilla, tulehduskipulääkkeiden käyttö, ruokavalio, liikunta, BMI.</p>
<p>Juan, Zhou, Li, Wang, Gao & Chen 2003</p> <p>A 2-year follow-up study of cigarette smoking and risk of dementia</p> <p>Artikkeli. European Journal of Neurology 2004, 11: 277–282</p>	<p>Tutkia onko ikääntyneiden tupakoinnilla ja dementialla yhteyttä toisiinsa.</p>	<p>2 vuoden ikääntyneiden seurantalutkimus, johon osallistui 2820 iältään 60-vuotiasta 60 kunnasta. Dementia diagnosoitiin käyttäen mittareina MMSE ja DSM-III-R.</p> <p>Osallistujat jaoteltiin ryhmiin ei koskaan, menneisydessä tupakoineet ja nykyiset tupakoitsijat.</p> <p>Tupakoinnin ja dementian yhteyttä tutkittiin käyttämällä regressioanalyysiä.</p>	<p>Tupakointi oli yhteydessä dementian sairastumisen riskiin.</p>

Tutkimuksen nimi, tekijä ja julkaisuvuosi	Tutkimuksen tavoite ja tarkoitus	Tutkimusmenetelmä	Tutkimustulokset
<p>Kivipelto, Miia 2002</p> <p>Vascular Risk Factors in Alzheimer's Disease and Mild Cognitive Impairment. A Longitudinal Population-Based Study</p> <p>Väitöskirja. Kuopion yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta</p>	<p>Selvittää Alzheimerin taudin ehkäistävissä ja hoidettavissa olevia riskitekijöitä, erityisesti verenpaineen ja kolesterolin merkitystä, ja näiden suhdetta geneettiseen riskitekijään, ApoE4-geenimuotoon.</p> <p>Väitöskirja on osa laajempaa tutkimushanketta, jonka tarkoitus on selvittää väestöpohjaisessa seurantatutkimuksessa kuinka keski-ikä sydän- ja verisuonitautien riskitekijät ovat yhteydessä muistin heikentymiseen, dementoitumiseen ja näihin liittyviin aivomuutoksiin. Tutkimus on yhteistyöhanke Kuopion yliopiston Neurologian klinikan ja Kansanterveystieteen- ja yleislääketieteen laitoksen sekä Kansanterveyslaitoksen välillä.</p>	<p>Tutkimusaineisto perustuu Pohjois-Karjala – projektin ja FINMONICA – tutkimuksen yhteydessä vuosina 1972–1987 1982 ja 1987 tutkittuihin laajoihin väestöpohjaisiin otoksiin.</p> <p>Kaikkiaan 1409 iältään 65–79 –vuotiasta Kuopion ja Joensuun alueella asuvaa henkilöä osallistui seurantakäynnille vuonna 1998.</p> <p>Verenpaine, seerumin kolesteroli, pituus ja paino mitattiin kaikilta tutkittavilta, ja lisäksi henkilöiden terveystietäytymistä, sairauksia ja lääkkeiden käyttöä kartoitettiin kyselylomakkeen avulla.</p>	<p>Keski-ikä korkea systolinen verenpaine samoin kuin korkea kolesteroli molemmat 2-3-kertaistavat Alzheimerin taudin vaaran myöhemmällä iällä (keskimääräinen seuranta-aika 21 vuotta). Keski-ikä korkea kolesteroli ja verenpaine olivat yhteydessä myös dementiaa lievempään muistihäiriöön.</p> <p>Keski-ikä kohonnut verenpaine ja korkea kolesteroli ja Alzheimerin taudin tärkein geneettinen riskitekijä, ApoE4-geenimuoto, ovat kaikki itsenäisiä riskitekijöitä Alzheimerin taudille. Korkeaan verenpaineeseen ja kolesteroliin liittyvä riski on lisäksi suurempi kuin ApoE4-geenimuotoon liittyvä riski. Henkilöllä, jolla on kaikki nämä 3 riskitekijää, Alzheimerin taudin vaara on noin 8-11 –kertainen.</p> <p>Tulosten perusteella näyttää mahdolliselta, että tehokkaalla kohonneen verenpaineen ja kolesterolin ehkäisyllä ja lääkehoidolla Alzheimerin taudin riskiä on mahdollista pienentää 8-11 –kertaisesta vain noin kaksikertaiseen, vaikka henkilöllä olisikin ApoE4-geenimuodon kantaja.</p>

Tutkimuksen nimi, tekijä ja julkaisu vuosi	Tutkimuksen tavoite ja tarkoitus	Tutkimusmenetelmä	Tutkimustulokset
<p>Kivipelto, Ngandu, Laatikainen, Soininen & Tuomilehto 2006</p> <p>Risk score for the prediction of dementia risk in 20 years among middle aged people: a longitudinal, population based study</p> <p>Lancet Neurology 2006; 5: 735–41</p>	<p>Oli kehittää yksinkertainen mittari, jolla voitaisiin ennustaa dementiaan sairastumisen riskiä myöhemmällä iällä</p>	<p>Dementia riskimittari pohjautuu väestöpohjaiseen Kardiovaskulaariset riskitekijät, ikääntyminen ja dementia (Cardiovascular Risk Factors, Aging and Dementia CAIDE) - tutkimukseen. Kyseiseen tutkimukseen osallistui 1409 henkilöä, jotka tutkittiin keskimäärin 50 – vuotiaina Pohjois-Karjala-projektin ja FINMONICA –tutkimuksen yhteydessä ja uudelleen 21 vuotta myöhemmin keskimäärin 70-vuotiaina, jolloin heidän kognitiivinen suorituskykynsä arviointiin.</p>	<p>Dementian esiintyminen 20 vuoden seurannassa oli 4 %.</p> <p>Riskipisteiden lopullinen määrä vaihteli 0:n ja 15:n välillä siten, että suurempi riskipistekertymä merkitsi dementian esiintymisen suurempaa todennäköisyyttä myöhäsiässä. Riskimittari ennusti dementiaan sairastumisen hyvin.</p> <p>Sairastumisriski vaihteli merkittävästi riskipisteiden määrän mukaan. Vain 1 % henkilöistä, joilla riskipistemäärä oli erittäin pieni (0-5), sairastui dementiaan. Erittäin suuren (12–15) pistemäärän saaneista peräti 16,4 % sairastui. Riskimittari tulee vielä validoida muissa väestöissä ja sen ennustearvoa voidaan edelleen parantaa lisäämällä siihen uusia riskitekijöitä.</p>

Tutkimuksen nimi, tekijä ja julkaisu vuosi	Tutkimuksen tavoite ja tarkoitus	Tutkimusmenetelmä	Tutkimustulokset
<p>Komulainen, Pirjo 2008</p> <p>The Association of vascular and neuroprotective status indicators with cognitive functioning. Population-based studies.</p> <p>Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta, liikuntalääketiede.</p>	<p>Tutkia metabolisen oireyhtymän, ateroskleroosin ja kroonisen matalasteisen tulehduksen yhteyttä muistitoimintoihin.</p>	<p>Väestöpohjainen tutkimus tehtiin ikääntyneillä itäsuomalaisilla naisilla 12 vuotta kestäneessä seurannassa. Otosten koot: vuosi 1982 n=299, vuosi 1992 n= 202, vuosi 2003 n=113. Lisäksi tutkittiin aivoperäisen hermokasvutekijän yhteyttä muistitoimintoihin.</p> <p>Muistitoimintoja tutkittiin yksityiskohtaisilla neuropsykologisilla testeillä sekä yleistä kognitiivista tasoa mittavalla tutkimuksella.</p> <p>Metabolinen oireyhtymä määriteltiin kansainvälisten kriteerien mukaan.</p> <p>Ateroskleroosi mitattiin ultraäänellä kaulavaltimon seinämän paksutena.</p> <p>Paastoverinäytteistä tutkittiin sokeri, ja rasva-arvot, kroonista matalasteista tulehdusta kuvaava herkkä C-reaktiivinen proteiini sekä BDNF-pitoisuus.</p>	<p>Metabolisten riskitekijöiden määrä lähtötilanteessa oli suorassa yhteydessä heikentyneeseen muistiin 12 vuotta myöhemmin.</p> <p>Yksittäisistä riskitekijöistä alentunut HDL-kolesterolin pitoisuus oli yhteydessä muistin heikentymiseen.</p> <p>Lisääntynyt kaulavaltimon seinämän paksuus oli yhteydessä heikentyneisiin muisti-toimintoihin.</p> <p>Krooninen matalasteinen tulehdus oli yhteydessä heikentyneeseen muistiin.</p> <p>Alentunut BDNF-pitoisuus oli yhteydessä huonontuneeseen muistiin ja yleiseen kognitiiviseen tasoon naisilla, mutta ei miehillä.</p>
<p>Martins, R. & McNeil, D. 2009.</p> <p>Review of Motivational Interviewing in promoting health behaviours.</p> <p>Artikkeli. Clinical Psychology Review 29, 283-293.</p>	<p>arvioida kriittisesti motivoivan haastattelun käyttöä ruokavalion, liikunnan, diabeteksen ja suun terveydenhoidon alalta.</p>	<p>Yhteensä 37 artikkelia arvioitiin, joista 24 artikkelia oli ruokavalion ja liikunnan alueelta, 9 diabeteksen ja 4 suun hoidon alueelta.</p>	<p>Tutkijat esittävät, että motivoiva haastattelu on tehokas kaikilla valituilla alueilla. Suun terveydenhoidon alalta kaivataan lisätutkimuksia. Ruokavalion ja liikunnan osalta tulisi selvittää motivoivan haastattelun kliinistä hyötyä terveyden edistäjien näkökulmasta, ja diabeteksen osalta tulisi jatkaa tutkimusta motivoivan haastattelun pitkänaikavälin vaikutuksia sokerikontrollissa. Myös asiakkaiden välillisiä vaikutuksia, kuten asiakkaan muuttanutta puhetta ja käyttäytymisen muutosta, tulisi tutkia.</p>

Tutkimuksen nimi, tekijä ja julkaisuvuosi	Tutkimuksen tavoite ja tarkoitus	Tutkimusmenetelmä	Tutkimustulokset
<p>Ngandu, von Strauss, Helkala, Winblad, Nissinen, Tuomilehto, Soininen & Kivipelto 2007</p> <p>Education and dementia: What lies behind the association?</p> <p>Artikkeli. Neurology. 69(14): 1442–1450.</p>	<p>Selvittää matalan koulutustason yhteyttä dementiaan ja Alzheimerin tautiin.</p>	<p>Cardiovascular Risk Factors, Aging and Dementia (CAIDE) tutkimusaineisto perustuu vuosina 1972, 1977, 1982 ja 1987 tutkittuihin laajoihin satunnaisiin väestöpohjaisiin otoksiin.</p> <p>Kaikkiaan 1409 iältään 65–79 –vuotiasta Kuopiolaista ja Joensuulaista henkilöä osallistui tutkimukseen. Seurantakäynnille vuonna 1998 kutsuttiin yhteensä 2000 ihmistä.</p>	<p>Koulutuksen pituudella on vaikutusta dementiaan suojaavana tekijänä. Korkeammin koulutetuilla ihmisillä Alzheimerin tauti näyttäisi puhkeavan myöhemmin.</p>
<p>Profenno, L., Porsteinsson, A. & Faraone, S. 2009.</p> <p>Meta-Analysis of Alzheimer's Disease Risk with Obesity, Diabetes, and Related Disorders</p> <p>Artikkeli. Elsevier Inc on behalf of Society of Biological Psychiatry</p>	<p>tarkastella uudelleen kirjallisuudesta Alzheimerin taudin riskitekijöitä, ilmaista määrällisesti yhteys Alzheimerin tautiin ja tutkia mekanismeja millä tavalla riskitekijät saattavat lisätä Alzheimerin taudin riskiä</p>	<p>Tutkijat tarkastelivat pitkittäisiä väestöpohjaisia tutkimuksia BMI:stä, diabeteksestä, metaboliasta oireyhtymästä ja glukoosi- ja insuliinitasoista.</p>	<p>Lihavuus ja diabetes ovat merkittäviä ja itsenäisiä Alzheimerin taudin riskitekijöitä ja ne lisäävät tulevaisuudessa Alzheimerin taudin esiintyvyyttä.</p>
<p>Rubak, S., Sandbaek, A., Lauritzen, T. & Chirstensen, B. 2005.</p> <p>Motivational interviewing: a systematic review and meta-analysis.</p> <p>Artikkeli. British Journal of General Practice 55, 305-312.</p>	<p>arvioida motivoivan haastattelun tehokkuutta eri sairauksien yhteydessä.</p>	<p>72 satunnaistettua tutkimusta mukana.</p> <p>Systemaattinen katsaus ja meta-analyysi tutkimuksista, joissa oli käytetty motivoivaa haastattelua interventiona.</p>	<p>Motivoivalla haastattelulla oli merkittävä vaikutus kolmessa neljästä tutkimuksesta. Motivoiva haastattelu oli tehokas 80 %:ssa tutkimuksissa, kun tavanomaisen neuvonnan tehokkuus oli 46 %. Meta-analyysin mukaan vahvin näyttö vaikuttavuudesta saatiin painon hallinnassa, kolesterolipitoisuuden alenemisessa ja alkoholin käytön vähenemisessä. Motivoiva haastattelu oli tehokas 64 %:ssa tutkimuksista, vaikka tapaaminen kesti vain 15 minuuttia (lyhythaastattelu).</p>

Tutkimuksen nimi, tekijä ja julkaisuvuosi	Tutkimuksen tavoite ja tarkoitus	Tutkimusmenetelmä	Tutkimustulokset
<p>Rovio, S., Kåreholt, I., Helkala, E-L., Viitanen, M., Winblad, B., Tuomilehto, J., Soininen, H., Nissinen, A., & Kivipelto, M. 2005.</p> <p>Leisure-time physical activity at midlife and the risk of dementia and Alzheimer's disease.</p> <p>Artikkeli Lancet Neurology 2005; 4: 705-11.</p>	<p>tutkia keski-ään vapaa-ajan liikunnan harrastamisen ja Alzheimerin taudin yhteyttä.</p>	<p>Tutkimukseen osallistui yhteensä 1449 iältään 65–79-vuotiasta suomalaista. Heidän elintapojaan ja liikuntatottumuksiaan on selvitetty vuosina 1972, 1977, 1982 ja 1987.</p>	<p>Säännöllinen vapaa-ajan fyysinen aktiivisuus keski-ässä vähintään kaksi kertaa viikossa oli yhteydessä pienentyneeseen Alzheimerin taudin ja dementian riskiin myöhäisemmällä iällä. Yhteys oli erityisen selkeä niillä, jotka olivat APOE 4-alleelin kantajia.</p>
<p>Similä, M., Taskinen, O., Männistö, S., Lahti-Koski, M., Karvonen, M., Laatikainen, T. & Valsta, L. 2005.</p> <p>Terveyttä edistävä ruokavalio, lihavuus ja seerumin kolesteroli karttoina. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 20/2005.</p>	<p>tavoitteena on tuottaa taustatietoa eri alueiden asukkaiden ravitsemustilanteesta alueellisille päättäjille, ravitsemuksen asiantuntijoille sekä tutkijoille. Aineistot perustuvat KTL:n Terveys 2000, FINRISKI 1997 ja FINRISKI 2002 – väestötutkimuksiin.</p>	<p>Ravinto-osio: yhteensä 6647 (18 + v.) FINRISKI 1997 ja 2002, yhteensä: 14 634 (25–64 v.)</p> <p>Painoindeksi, vyötärön ympäry ja seerumin kolesteroli osio: Terveys 2000, yhteensä 4512 (30–64 v.) FINRISKI 1997 ja 2002, yhteensä 13304 (30–64 v.)</p>	<p>Kaupungeissa käytetään enemmän kasviksia, hedelmiä ja täysmehuja kuin muualla. Marjoja käytetään muuhun maahan verrattuna runsaammin Itä-Suomessa ja täysmehuja Etelä-Suomessa.</p> <p>Naiset käyttävät enemmän kasviksia, hedelmiä ja marjoja ja täysmehuja kuin miehet.</p> <p>Ravitsemussuosittelun mukainen 400 g kasviksia päivässä, saavutetaan parhaimmin Keski- ja Etelä-Suomessa, heikommin Lapin läänissä ja Oulun läänin itäosissa.</p> <p>Keskimääräinen suolan saanti ylittää kaikilla alueilla suositukset.</p> <p>Sekä naisten että miesten keskimääräinen painoindeksi ylittää normaalipainon ylärajana pidetyn 25 kg/m² kaikkialla Suomessa.</p> <p>Keskimääräinen seerumin kolesterolipitoisuus ylittää asetetun tavoitteen alle 5 mmol/l kaikilla alueilla ja on korkeampi Pohjois-Suomessa muuhun maahan verrattuna.</p>

Tutkimuksen nimi, tekijä ja julkaisuvuosi	Tutkimuksen tavoite ja tarkoitus	Tutkimusmenetelmä	Tutkimustulokset
The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care , SBU, Dementia – Etiology and Epidemiology, volume 1, June 2008	Kirjallisuuskatsaus kolesterolin yhteydestä dementiaan tai Alzheimerin taudin riskiin	Artikkelien hakusanoina oli käytetty kolesterolia ja dementia/Alzheimerin tauti. Yhteensä 502 artikkelia löytyi, joista 8 hyväksyttiin mukaan lopulliseen arviointiin.	On vahva näyttö, että korkea kolesterolitaso keski-ikäisillä on Alzheimerin taudin riskitekijä myöhäisessä iässä.
The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care , SBU, Dementia – Etiology and Epidemiology, volume 1, June 2008	Kirjallisuuskatsaus verenpaineen yhteydestä dementiaan tai Alzheimerin taudin riskiin.	Artikkelien hakusanoina oli käytetty dementia tai Alzheimerin tauti ja verenpaine, riskitekijät, ikä +65 vuotta. Yhteensä 126 artikkelia löytyi, joista 19 hyväksyttiin mukaan lopulliseen arviointiin.	Useista laajoista väestöpohjaisista tutkimuksista on vahva näyttö, että korkea verenpaine keski-ikäisillä on dementiaan ja vaskulaarisen dementiaan riskitekijä ja luultavasti riskitekijä myös Alzheimer tyyppiseen dementiaan (Näyttöluokka II).
The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care , SBU, Dementia – Etiology and Epidemiology, volume 1, June 2008	Kirjallisuuskatsaus koulutuksen yhteydestä dementiaan tai Alzheimerin taudin riskiin.	Artikkelien hakusanoina oli käytetty dementia tai Alzheimerin tauti ja koulutus ja riskitekijä. Yhteensä 262 artikkelia löytyi, joista 16 hyväksyttiin mukaan lopulliseen arviointiin.	On vahva näyttö siitä, että matala koulutustaso on dementiaan ja Alzheimerin taudin riskitekijä (Näyttöluokka II).
The Swedish Council on Technology Assessment in Health Care , SBU, Dementia – Etiology and Epidemiology, volume 1, June 2008	Kirjallisuuskatsaus B12-vitamiinin ja folaatin vaikutuksesta dementiaan ja Alzheimerin tautiin	Artikkelin hakusanoina käytettiin B12-vitamiini/folaatti ja dementia/Alzheimerin tauti. Yhteensä 20 B12-vitamiinia käsittelevää artikkelia ja 15 folaattia käsittelevää artikkelia arvioitiin, ja lopulta 3 (molemmista) hyväksyttiin lopulliseen arviointiin.	B12-vitamiinin ja folaatin puute ovat Alzheimerin taudin ja dementiaan riskitekijöitä.

Dementian vaaratekijät voi nähdä jo keski-iässä. Riskiä sairastua muistisairauteen lisäävät epäterveelliset elämäntavat.

Riski sairastua muistisairauteen kasvaa, mitä epäterveellisemmin elää. Aivojen ja sitä kautta muistin hyvinvointiin on hyvä työikäistenkin kiinnittää huomiota, sillä dementian vaaratekijät ovat nähtävissä jo keski-iässä.

Kouvolan seudun Muistin Muistiluotsi-hankkeen kehittämispäällikkö Tiina Köninki vie työkseen eteenpäin sanomaa muistiterveyden edistämiseksi yhdessä Jenni Arolan kanssa. Tutkimukset osoittavat, että elämäntavoilla on merkitystä muistisairauksien puhkeamisessa. Vain murto-osa muistisairauksista on perinnöllisiä.

Köninki opiskelee parhaillaan ylempää AMK-tutkintoa. Siihen liittyvänä opinnäytetyönä hän valmistelee muistitutkimusta, johon hän etsii kymmentä vapaaehtoista, 40–44-vuotiasta naista. Heille Köninki tekee muun muassa muistiin liittyvän riskikartoituksen.

– Tarkoitus on havahduttaa ja jakaa tietoa siitä, että edessä on vielä paljon onnellisia vuosia, koska keskimäärin keski-ikäisellä naisella on vielä toinen mokoma elettäviä vuosia. Ikään tai perimään emme voi vaikuttaa, mutta verenpaineeseen, painoon, kolesteroliin ja liikuntaan sekä aivojen sopivaan rasitukseen voimme jokainen vaikuttaa, Köninki luettelee.

Tutkimukseensa Köninki etsii naisia, jotka eivät kuulu työterveyshuollon piiriin. Hänen mukaan 40 -vuotiaat miehet tutkitaan julkisen sektorin puolesta naisia perusteellisemmin terveystarkastuksessa.

– Jos naiset eivät kuulu työterveyshuollon piiriin, mistä he voivat tietää, että heidän tulisi lähteä elämäntapoja muuttamaan. Se on tietysti totta, ettei julkisella sektorilla ole rahaa ole, mutta naisten kohdalla ennaltaehkäisyyn pitäisi panostaa nykyistä enemmän, Köninki esittää.

Mikäli riskikartoituksessa kerää runsaasti pisteitä, riski sairastua muistisairauteen kasvaa noin 20 prosentilla myöhäisiässä. On muistettava, että kaikki eivät sairastu riskitekijöistä huolimatta. Köninki muistuttaa, että huomiota kannattaa kiinnittää yhteen asiaan kerrallaan. Samanaikaisesti jokaiseen pulmaan ratkaisun hakeminen vain tuo tullessaan ylimääräistä stressiä.

Muistisairaus voi puhjeta jo työikäisenä. Sairastumista edesauttavat stressi ja kiire.

– Työikäisellä alkava dementia voi peittyä helposti stressin ja työuupumuksen alle. Uusien, vaativien tilanteiden kohtaamisen vaikeus, alavire, vieraan kielen hallitsemisen vaikeus ja uusien asioiden oppimisen vaikeus voivat olla työikäisellä merkkejä muistin heikkenemisestä.

Köninki kannustaa huolehtimaan aivoista hyvin liikunnan ja terveellisten elämäntapojen avulla. Aivojen rasittaminen sopivasti esimerkiksi uusien asioita opiskelemalla on yksi keino pitää huolta muistista. Myös ruokavaliolla on merkitystä. Kolesterolia ja verenpainetta kohottavat kovat rasvat eivät ole hyväksi muistille. Aivot sen sijaan pitävät esimerkiksi välimerellisestä ruokavaliosta.

Valtakunnallista muistiviikkoa vietetään viikolla 39.

FAKTABOKSIIN:

Pidä huoli muististasi!

Ylös, ulos ja lenkille

Kypärä päähän – kallovammat altistavat dementialle

Liika viina ja tupakka pois

Kalaa kaksi kertaa viikossa

Marjoja, hedelmiä, kasviksia ja rypsiöljyä ruokavalioon

Nuku tarpeeksi

Pidä yllä ystävyysuhteitasi

Vältä liikaa huolehtimista

Aktivoi aivojasi

Lähde: www.muistiliitto.fi, www.kouvolanseudunmuisti.fi

Oletko keski-ikäinen nainen? Haen juuri sinua mukaan tutkimukseen, mikäli olet 40–44-vuotias kouvolaalainen nainen, etkä kuulu työterveyshuollon piiriin. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää ikäluokkasi muistiterveyden riski- ja suojatekijöitä sekä muistiterveyden edistämisen tiedon saantia. Työskentelen Kouvolan seudun Muisti ry:n Muistiluotsi– projektissa ja opiskelen Kymenlaakson ammattikorkeakoulussa ylempää ammattikorkeakoulututkintoa. Teen aiheesta opinnäytetyötä. Jos kiinnostuit, ilmoittaudu mukaan tutkimusryhmään ke 30.9.09 mennessä.

Muistihäiriöiden ennaltaehkäisystä on saatavilla uusia tutkimustuloksia niin Suomesta kuin ulkomailtakin. Muistihäiriöiden ennaltaehkäisy on ajankohtainen siksi, että uudet tutkimustulokset elintapojen merkityksestä muistihäiriöiden ja dementian synnylle luovat toivoa. Voimme jokainen itse vaikuttaa tulevaisuuteemme ja ikääntyä rauhassa.

Tutkimukseen ilmoittautumiset ja lisätiedot:

Tiina Köninki, puh. 040 523 9697 tai sähköpostilla:

tiina.koninki@kouvolanseudunmuisti.fi.

Kirjallinen suostumus Keski-ikäisten naisten muistiterveyden riski- ja suojatekijät sekä muistiterveyden edistämisen tiedonsaanti tutkimukseen osallistumisesta.

Tietoisena Tiina Königin toteuttaman Keski-ikäisten naisten muistiterveyden riski- ja suojatekijät sekä muistiterveyden edistämisen tiedonsaanti tutkimuksen tarkoituksesta, suostun vapaaehtoisesti osallistumaan tutkimuksen aineiston keruuvaiheen haastatteluun.

Minulle on selvitetty tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus sekä mahdollisuus vetäytyä tutkimuksesta, jos sitä haluan. Jos vetäydyn pois tutkimuksesta, minua koskeva aineisto poistetaan tutkimusaineistosta. Tiedän, että haastattelut nauhoitetaan ja tutkimusraportissa saattaa olla lainauksia omasta haastattelustani, mutta kuitenkin niin kirjoitettuna, että minua ei voida tunnistaa tekstistä. Minulle on myös selvitetty, että haastattelunauhut ja niiden pohjalta kirjoitetut haastattelukertomukset eivät joudu kenenkään ulkopuolisen käsiin. Haastattelunauhoilla tai haastattelukertomuksissa ei myöskään mainita minun nimeäni.

Olen myös tietoinen mahdollisuudestani ottaa tarvittaessa myöhemminkin yhteyttä Tiina Köninkiin tutkimuksen tiimoilta ja olen saanut tarvittavat yhteystiedot häneltä.

Tätä suostumuslomaketta on tehty kaksi samankaltaista kappaletta, joista toinen jää minulle itselleni ja toinen Tiina Köningille.

Kouvolassa _____._____2009

Tutkimukseen osallistuja

Nimen selvennys

Tutkimuksen tekijän yhteystiedot:

Tiina Köninki
Kouvolan seudun Muisti ry/Muistiluotsi -projekti
Hallituskatu 7 B
45100 Kouvola
Puh. 040 523 9697
tiina.koninki@kouvolanseudunmuisti.fi

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

Arvioi seuraavia kysymyksiä asteikolla 1-5, kun 5 on paras ja 1 on huonoin. Rengasta vaihtoehto.

- 1) Miten hyödyllisenä koit tilaisuuden oman muistiterveyden edistämisen kannalta?

5 erittäin hyödyllinen
4 melko hyödyllinen
3 ei hyödyllinen muttei hyödytönkään
2 vähän hyödyllinen
1 ei ollenkaan hyödyllinen

Perustelut: _____

- 2) Ryhmätapaamisen tavoitteena oli muistiterveyden edistämisen tietojen ja ymmärryksen lisääminen. Miten arvioit tavoitteiden onnistumista tilaisuudessa?

Muistiterveyden edistämisen tiedon lisääntyminen	5	4	3	2	1
Muistiterveyden edistämisen ymmärryksen lisääntyminen	5	4	3	2	1

- 3) Antoiko ryhmätapaaminen sinulle välineitä edistää omaa muistiterveyttäsi?

5 erittäin paljon
4 melko paljon
3 ei paljon eikä vähän
2 melko vähän
1 erittäin vähän

- 4) Arvioi ryhmätapaamisen ohjelmaa kokonaisuutena

5 erinomainen
4 melko hyvä
3 ei hyvä eikä huono
2 melko huono
1 erittäin huono

- 5) Mikä ryhmätapaamisessa oli keskeisintä?

- 6) Mitä mielestäsi jäi puuttumaan?

- 7) Mitä muuta haluat sanoa? _____

Pyydän sinua vastaamaan jokaiseen kysymykseen.

1. Syntymävuosi _____

2. Pituus _____

3. Paino _____

Ympyröi oikea vaihtoehto.

4. Siviilisäätö

1. Naimisissa/avoliitossa
2. Naimaton
3. Eronnut
4. Leski

5. Koulutus

1. Ei ammatillista koulutusta
2. Ammattikoulu/opistotasoinen tutkinto
3. Korkeakoulu-/yliopistotutkinto

6. Koulutukseen ja kursseihin käytetty aika yhteensä

1. 0-6 vuotta
2. 7-9 vuotta
3. 10 vuotta tai yli 10 vuotta

7. Työ

1. Vakituinen työ
2. Osa-aikatyö
3. Työtön
4. Eläkkeellä
5. Muu mikä? _____

8. Onko vanhemmillasi tai sisaruksillasi todettu muistisairaus?

1. Ei
2. Kyllä
3. En osaa sanoa

9. Onko sinulla todettu?

1. Kohonnut kolesteroli
2. Kohonnut verenpaine
3. Aikuistyyppin diabetes

10. Systolinen eli yläverenpaineesi?

1. Alle 140 mmHg
2. Yli 140 mmHg
3. En osaa sanoa

11. Kokonaiskolesterolisi?

1. Alle 6,5 mmol/l
2. Yli 6,5 mmol/l
3. En osaa sanoa

12. Käytätkö säännöllisesti lääkkeitä? 1. Kyllä Mitä? _____
2. En

13. Tupakoitko? 1. Kyllä Kuinka paljon? _____ savuketta / päivä
2. En
3. Olen lopettanut tupakoinnin

14. Kuinka usein käytät alkoholia? 1. En käytä alkoholia
2. Harvemmin kuin kerran kuukaudessa
3. Noin kerran kuukaudessa
4. Pari kertaa kuukaudessa
5. Kerran viikossa tai useammin

15. Liikunta 1. Aktiivinen *
2. Ei aktiivinen

*Henkilö on aktiivinen, mikäli hän harrastaa vapaa-ajan liikuntaa vähintään kahdesti viikossa, siten että liikunta kestää vähintään 20–30 minuuttia kerrallaan ja aiheuttaa hikoilua ja hengästymistä.

16. Kuinka usein harrastat jotakin liikuntaa vähintään puoli tuntia kerrallaan?
1. Päivittäin
2. 2-4 kertaa viikossa
3. 5-6 kertaa viikossa
4. Kerran viikossa
5. Harvemmin kuin kerran viikossa

17. Terveystilani on mielestäni 1. Erittäin hyvä
2. Hyvä
3. Kohtalainen
4. Melko huono
5. Erittäin huono

18. Mitä rasvaa käytät **enimmäkseen** leivällä?
1. Levitettä, jossa on 65 % rasvaa (esim. kevyt Flora)
2. Kasvistanolilevitettä (esim. Benecol)
3. Kasvisterolilevitettä (esim. Benecol pro activ)
4. Levitettä, jossa on 70–80 % rasvaa (esim. Keiju)
5. Voi-kasviöljyseosta (esim. Voimariini)
6. Voita
7. En mitään

19. Monellako aterialla tai välipalalla syöt päivittäin kasviksia, hedelmiä tai marjoja?
1. En yhdelläkään
2. 1-2 aterialla tai välipalalla
3. 3-5 aterialla tai välipalalla
4. 6 tai useammalla aterialla tai välipalalla

20. Mikä seuraavista vaihtoehtoista kuvaa tapaasi käyttää suolaa?

1. Lisään valmiiseen ruokaan suolaa
2. En lisää valmiiseen ruokaan suolaa
3. Vältän suolaisia elintarvikkeita
4. Käytän vähäsuolaisia tuotteita
5. Syön harvoin suolaisia tuotteita
6. Jokin muu, mikä _____

21. Mitä rasvaa käytät **enimmäkseen** ruuan valmistuksessa?

1. Kasviöljyä
2. Juoksevaa rasvaseosta (esim. Flora Culinesse)
3. Levitettä, jossa on 60 % rasvaa (esim. Becel 60)
4. Levitettä, jossa 70–80 % rasvaa (esim. Keiju, Flora)
5. Talousmargariinia (esim. Sunnuntai)
6. Rasvaseosta (esim. Oivariini)
7. Voita
8. En mitään rasvaa

22. Kuinka monta kertaa viimeksi kuluneen vuoden aikana olet käynyt lääkärin vastaanotolla?
_____kertaa

23. Kuinka monta päivää olet ollut viimeksi kuluneen vuoden aikana sairauden takia pois töistä tai hoitamatta tavallisia tehtäviä? _____päivää

24. Oletko viimeksi kuluneen vuoden aikana muuttanut tottumuksiasi terveydellisten näkökohtien perusteella? Kyllä

Vähentänyt rasvan määrää	1
Muuttanut rasvan laatua	1
Lisännyt kasvisten käyttöä	1
Vähentänyt sokerin käyttöä	1
Vähentänyt suolan käyttöä	1
Laihduttanut	1
Lisännyt liikuntaa	1
Vähentänyt alkoholin käyttöä	1
Vähentänyt tupakointia	1

25. Onko sinulla riittävästi tietoa siitä, miten voit edistää omaa muistiterveyttä ja ehkäistä sairauksia?

1. Kyllä
2. Ei
3. En osaa sanoa

26. Olen hankkinut terveyden edistämistä koskevaa tietoa itse

1. Internet
2. Kirjallisuudesta
3. Aikakauslehdistä
4. Terveydenhuollon ammattihenkilöiltä
5. Kolmannelta sektorilta, esim. järjestöiltä
6. Apteekista
7. Radiosta /televisiosta
8. Tuoteselosteista
9. Palvelupuhelimesta
10. En ole hankkinut tietoa mistään

27. Koen tarvitsevani lisää tietoa muistiterveyden edistämisen ennalta ehkäisystä seuraavista asioista:

	en ollenkaan	vähän	jonkin verran	paljon
a. ruokavalion merkitys	1	2	3	4
b. kohonneen kolesterolin merkitys	1	2	3	4
c. kohonneen verenpaineen merkitys	1	2	3	4
d. laihduttamisen merkitys	1	2	3	4
e. tupakoinnin merkitys	1	2	3	4
f. alkoholin merkitys	1	2	3	4
g. liikunnan merkitys	1	2	3	4
h. jotain muuta joka edistää muistiterveyttäni, mitä: _____	1	2	3	4

28. Haluan keskustella haastattelussa seuraavista asioista: _____

Kiitos vastauksistasi!

I) Suhtautuminen muistiterveyden riski- ja suojatekijöihin

kolesteroli?
verenpaine?
verensokeri?
tupakointi?
alkoholin käyttö?
liikunta?
ravitseminen?
paino?

II) Toiminta muistiterveyden riskitekijöiden vähentämiseksi ja suojatekijöiden lisäämiseksi

kolesteroli?
verenpaine?
verensokeri?
tupakointi?
alkoholin käyttö?
liikunta?
ravitseminen?
paino?

III) Muistiterveyden edistämisen tiedonsaanti

Muistiterveyden edistäminen ja tiedonsaanti

Mistä hankkinut tietoa?
Miten arvioi hankkimaansa tietoa?
Miten kehittäisi ikäryhmän tiedon saantia?

Voisitko kertoa

1) omasta koulutuksestasi?

Tutkinto/koulutustausta

Koulutukseen ja kursseihin käytetty kaikki aika yhteensä?

Onko sinulla aikomusta kouluttautua vielä edelleen?

2) Perimä/sukurasitus?

3) Muistiterveyden riski- ja suojatekijät

3.1 Kolesterolin

Mitä ajattelet lukemasta?

Kolesterolin haastattelu hetkellä? Kolesteroliarvo aikaisemmin?

Milloin kolesterolisi on mitattu edellisen kerran?

Onko lääkäri todennut kolesterolin kohonneeksi?

Jos on, onko saanut ohjausta ja neuvontaa?

Miten suhtaudut omaan kolesteroliarvoosi? Millaisena pidät kolesteroliarvoasi?

Lääkehoito?

Millaisia terveydellisiä haittoja ajattelet kohonneesta kolesterolista olevan?

Osaatko arvioida mikä nostaa kolesterolia?

Osaatko arvioida mikä laskee kolesterolia?

Mitkä tekijät hankaloittavat kolesterolin alentamista?

Mitkä tekijät edistävät kolesterolin alentamista?

Mitä itse voi tehdä kolesterolin alentamiseksi?

3.2 Verenpaine

Mitattu verenpaine arvo? Arvo aikaisemmin?

Mitä ajattelet lukemasta?

Milloin verenpaine on mitattu edellisen kerran?

Onko lääkäri todennut verenpaineen kohonneeksi?

Jos on, onko saanut ohjausta ja neuvontaa?

Miten suhtaudut verenpaineeseesi? Millaisena pidät verenpainettasi?

Lääkehoito?

Millaisia terveydellisiä haittoja ajattelet kohonneesta verenpaineesta olevan?

Osaatko arvioida mikä nostaa verenpainetta?

Osaatko arvioida mikä laskee verenpainetta?

Mitkä tekijät hankaloittavat verenpaineen alentamista?

Mitkä tekijät edistävät verenpaineen alentamista?

Mitä itse voi tehdä verenpaineen alentamiseksi?

3.3 Verensokeri

Verensokeri haastattelu hetkellä? Arvo aikaisemmin?

Mitä ajattelet lukemasta?

Milloin verensokeri on mitattu edellisen kerran?

Onko lääkäri todennut sokerin kohonneeksi?

Jos on, onko saanut ohjausta ja neuvontaa?

Miten suhtaudut verensokeriisi? Millaisena pidät verensokeriasi?

Lääkehoito?

Millaisia terveydellisiä haittoja ajattelet kohonneesta sokerista olevan?

Osaatko arvioida mikä nostaa sokeria?

Osaatko arvioida mikä laskee sokeria

Mitkä tekijät hankaloittavat sokerin alentamista?

Mitkä tekijät edistävät sokerin alentamista?

Mitä itse voi tehdä sokerin alentamiseksi?

3.4 Alkoholi

Alkoholin käytön määrä tällä hetkellä/vko?

Alkoholin käyttö aikaisemmin?

Millaisena pidät alkoholin käyttöäsi?

Millaisia terveydellisiä haittoja alkoholista mielestäsi on?

Mitä huonoja puolia näet alkoholin lisääntyneessä käytössä?

Mitä hyviä puolia näet alkoholin vähentyneessä käytössä?

Miten läheisesi on suhtautunut alkoholin käyttöösi?

Mitkä tekijät tukevat alkoholin käytön vähentämiseen eli muutokseen ryhtymistä

Miten olet onnistunut vähentämään alkoholin käyttöäsi?

Millaisia vaikutuksia alkoholin käytön vähentämisellä on ollut?

Kuinka usein käytät alkoholia yli riskirajan?

3.5 Liikunta

Liikunta työssä, arjessa ja vapaa-ajalla?

Liikuntakerrat/vko, määrät, kesto?

Millaisena pidät liikuntatottumuksiasi?

Mitä huonoja puolia näet liikunnan vähyydestä?

Mitä hyviä puolia näet liikunnan lisäämisestä?

Miten läheisesi on suhtautunut sinun liikunta-harrastukseesi?

Miten olet onnistunut lisäämään liikuntaa?

Millaisia vaikutuksia liikunnan lisäämisellä on ollut?

Millainen on fyysinen kunto asteikolla 1-5?

Liikunnan merkitys tutkittavan terveydelle?

Esteet liikunnan lisäämiselle?

3.6 Ravitsemus

Monta aterialla syö/päivä?

Rasvat leivällä/ruuanlaitossa?

Kasvisten, vihannesten ja hedelmien käyttö?

½ kiloa/pvä? tai 6 kourallista/päivä?

Maitotuotteiden ja juustojen laatu?

Viljatuotteet ja kuidut?

Ravitsemuslisien käyttö/vitamiinien käyttö?

Millaisena pidät omaa ravitsemustasi?

Miten olet onnistunut vähentämään rasvan tai sokerin käyttöäsi?

Miten olet onnistunut lisäämään kasvisten käyttöäsi?

3.7 Ylipaino

Liite 8/ 5

BMI – indeksi nyt ja ennen?

Mittaatko säännöllisesti omaa painoasi?

Millaisena pidät painoasi?

Millaisia terveydellisiä haittoja koet ylipainosta olevan?

Mitä huonoja puolia näet ylipainosta olevan?

Osaatko arvioida ylipainon syitä?

Miten olet onnistunut laihduttamaan?

Mitkä tekijät hankaloittavat (esteet) painon alentamista?

Mitkä tekijät tukevat (edistävät) painon alentamista?

Mitä olet tehnyt painon alentamiseksi?

4. Tiedonsaanti

Millaista tietoa haluaisit muistiterveyden riski- ja suojatekijöistä?

Millaista tietoa olet aikaisemmin saanut tai hankkinut muistiterveyden riski- ja suojatekijöistä?

Mistä olet hankkinut muistiterveyttä edistävää tietoa?

Miten arvioit hankkimasi tietoa?

Millaista tiedon tulisi olla?

Miten sinä kehittäisit ikäryhmäsi tiedonsaantia?

Haluaisitko tietää enemmän muistiterveyteen vaikuttavista riski- ja suojatekijöistä?

Esimerkkejä alkuperäisestä tekstistä	Pelkistettyjä ilmaisuja	Alakategoria
Kolesteroli		
<p>”Ei huolestuta” (1)</p> <p>”En näe kolesterolilla olevan suurtakaan merkitystä omalle terveydelle”(h 2)</p> <p>”Mie en olisi huolissani pätäkääkään”(h 7)</p> <p>”Tällä hetkellä en koe sen merkitystä isoksi, mutta tulevaisuutta ajatellen sen merkitys kasvaa” (h 6)</p> <p>”Ei se nyt hirveesti herätä mitään tällä hetkellä”(h 3)</p> <p>”Se on vaan toisilla on, tosilla sitten ei”(h 8)</p> <p>”Kyllä sitä tulee alitajuisesti mietittyä, muttei hirveesti”(h 5)</p> <p>”Se uhkaa minun terveyttäni, se on merkittävä asia”...”Se rasva kertyy sinne suoniin ja jää sinne aikapommiksi kertymään, että kyllä mä koen sen vakavaksi asiaksi”(h 4)</p>	<p>Ei huolestuta</p> <p>Ei suurtakaan merkitystä</p> <p>Ei huolissaan pätäkääkään</p> <p>Merkitys ei iso tällä hetkellä</p> <p>Ei hirveesti herätä mitään tällä hetkellä</p> <p>Ei voi vaikuttaa itse</p> <p>Tulee mietittyä alitajuisesti</p> <p>Uhkaa terveyttä, merkittävä ja vakava asia</p>	<p>Ei merkitystä tällä hetkellä (5)</p> <p>Ei voi itse vaikuttaa (1)</p> <p>Tulee jonkun verran mietittyä (1)</p> <p>Merkittävä asia (1)</p>
Verensokeri		
<p>”Sekään ei mieltä paina” (h 6)</p> <p>”En olisi huolissani”(h 1)</p> <p>”Verensokeri pitäisi pitää silleen ettei se nouse..”(h 2)</p> <p>”Se on ihan hyvä” (h 7)</p> <p>”Kyllä se vähän huolestuttaa..”(h 3)</p> <p>Korkea verensokeri vaikuttaa terveyteeni haitallisesti”(h 5)</p> <p>”Se diabetes on rankka juttu...”(h 8)</p> <p>”Se on tärkeä ja olen...”(h 4)</p>	<p>Ei ole painanut mieltä</p> <p>Ei huolta</p> <p>Ei huolta</p> <p>Ei huolta</p> <p>Vähän huolestuttaa</p> <p>Vaikuttaa terveyteen haitallisesti</p> <p>Merkitys on korostunut</p> <p>Tärkeä merkitys</p>	<p>Ei huolta (4)</p> <p>Huolestunut (1)</p> <p>Merkitys korostunut (2)</p> <p>Tärkeä merkitys (1)</p>
Verenpaine		
<p>”En koe verenpaineen merkityksen korostuvan terveydelleni haitallisesti”(h 7)</p> <p>”Verenpaineella en ole ajatellut olevan suurtakaan merkitystä terveydelleni (h 2)</p> <p>”Se on ok” (h 1)</p> <p>”Kannattaa pyrkiä säilyttämään hyvällä tasolla...”(h 5)</p> <p>”Ei huolestuta” (h 3)</p> <p>”Minusta nää on ihan hyvät”(h 6)</p> <p>”Onhan sillä isokin merkitys..” (h 8)</p> <p>”Lähinnä aiheuttaa merkittäviä terveyshaittoja..”(h 4)</p>	<p>Merkitys ei korostu</p> <p>Ei suurta merkitystä</p> <p>Se on hyvä</p> <p>Hyvällä tasolla</p> <p>Ei huolestuta</p> <p>Hyvät arvot</p> <p>Iso merkitys</p> <p>Merkittävä merkitys</p>	<p>Merkitys ei korostu (6)</p> <p>Iso tai merkittävä merkitys (2)</p>

Ylipaino	Pelkistettyjä ilmaisuja	Alakategoria
<p>”Noudatan normaalia ruokavaliota ja liikun, paino pysyy hallinnassa”(h 1) ”En ole huolissani, voisihan se olla jonkun verran alempi..”(h 4)</p> <p>”Painolla näen olevan suurenkin merkityksen terveyteen”(h 2) ”Se on iso, Suomessa pitäisi olla läskivero..”(h 8) ”Sillä on iso merkitys jo tuki- ja liikuntaelinten takia...”(h 6) ”Ei se terveellistä ole...”(h 5) ”Kun sitä painoa kertyy, kuten verikokeetkin sen kertoo, niin ei hyvä.”(h 7) ”Paino huolestuttaa onhan siinä nää terveydelliset ja on siinä näitä sosiaalisiakin puolia..”(h 3)</p>	<p>Ei suurta merkitystä, koska paino pysyy hallinnassa En ole huolissani</p> <p>Suuri merkitys Iso merkitys Iso merkitys Ei ole terveellistä Ei ole hyvä asia Huolestuttaa terveyden ja sosiaalisten syiden takia</p>	<p>Merkitys ei korostu, koska paino sopiva (2)</p> <p>Suuri merkitys terveyden kannalta (6)</p>
Liikunta	Pelkistettyjä ilmaisuja	Alakategoria
<p>”...antaa suojan yleisiä pitkäaikaissairauksia vastaan...(h 1) ”..liikunnalla on näistä kaikkein suurin merkitys omaan terveyteen”(h 2) ..”liikunnalla voi pelastaa paljon omaa terveyttään...(h 5) ”Onhan se iso..”(h 8) ”Se on iso, sekä fyysiseen että henkiseen terveyteen (h 7) ”Liikkuminen on hirveen tärkeitä ruumiillisesti ja henkisesti yhtä tärkeitä”(h 4) ”Liikunta on erittäin tärkeä terveyden kannalta (h 3) ”Tuo pirteyttä,..se rauhoittaa kaiken puolin...”(h 6)</p>	<p>Antaa suojan sairauksia vastaan Kaikkein suurin merkitys Pelastaa terveyttä Erittäin tärkeä terveyden kannalta Iso merkitys Iso merkitys sekä fyysiseen että henkiseen terveyteen (2) Tuo pirteyttä, rauhoittaa</p>	<p>Erittäin tärkeä merkitys terveyden kannalta (8)</p>

Liite 9/3

Liikunnan fyysinen merkitys	Pelkistetyt ilmaisut	Alakategoria	Yläkategoria
<p>”Se pidentää ikää, antaa suojan yleisiä pitkäaikaissairauksia vastaan..se saa painon pysymään kurissa.....ja pysyy paremmassa kunnossa jos liikkuu” (h 1)</p> <p>”Liikunta on helpoin ja halvin tapa vaikuttaa omaan terveyteen”(h 2)</p> <p>..nivelet pysyy notkeana...hyvässä kunnossa oleva lihaksisto tukee selkärankaa ja kehoa” (h 5)</p>	<p>Pidentää ikää</p> <p>Antaa suojan sairauksia vastaan</p> <p>Helppo ja halpa tapa</p> <p>Kohottaa kuntoa</p> <p>Alentaa painoa, pitää yllä normaalia painoa</p> <p>Hoitaa terveyttä</p> <p>Pitää nivelet notkeina</p> <p>Tukee selkärankaa ja kehoa</p>	<p>Vaikutus fyysiseen terveyteen ja hyvinvointiin.</p>	<p>Liikunta edistää muistiterveyttä</p>
Liikunnan psyykinen merkitys	Pelkistetyt ilmaisut	Alakategoria	Yläkategoria
<p>...”työteho ja mieliala pysyy pysyy balanssissa (h 1)</p> <p>...tuulettaa päänuppia, antaa vireyttä, parantaa yöunta, nostaa sykettä”(h 5)</p> <p>”Sitä jaksaa paremmin”(h 7)</p> <p>”Mä nautin lenkkipolulla suunnattomasti..”(h 4)</p> <p>”Tuo pirteyttä, hyvää oloa, rentoutta, nukkuu paremmin, rauhoittaa kaikin puolin, tuo tasapainoa työlle ja kaikelle muulle elämälle.”(h 6)</p> <p>”Siitä tulee hyvä olo, pääsee pois kotoakin, se on rentoutus- ja hengähdys hetki hoitaa omaa terveyttään ja kuntoaan..”(h 3)</p> <p>”Kunto nousee, paino vähenee, tuo virkeyttä”(h 3)</p>	<p>Virkistää</p> <p>Tekee hyvän olon</p> <p>Pääsee pois kotoa</p> <p>Rentouttaa</p> <p>Hengähdystauko</p> <p>Hoitaa terveyttä ja kuntoa</p> <p>Pitää työtehon ja mielialan balanssissa</p> <p>Tuo pirteyttä</p> <p>Tuo tasapainoa elämään</p> <p>Rauhoittaa</p> <p>Tuulettaa päänuppia</p> <p>Parantaa yöunta</p> <p>Tuo henkistä nautintoa</p> <p>Tuo virkeyttä</p>	<p>Vaikutus psyykkiseen terveyteen ja hyvinvointiin</p>	<p>Liikunta edistää muistiterveyttä</p>

Liite 9/4

Ravitsemus	Pelkistetyt ilmaisut	Alakategoria	Yläkategoria
<p>”Saan siitä runsaasti vitamiineja ja kivennäisaineita”(h 1)</p> <p>”Näen ravinnolla olevan suurenkin merkityksen terveyteen..”(h 2)</p> <p>”On se varmaan iso..”(h 8)</p> <p>”On se tosi tärkeä..”(h 5)</p> <p>”Mie luulen, että sillä on suurempi merkitys kun mie ymmärränpään..”(h 7)</p> <p>”Kyllä se on tärkeä..”(h 6)</p> <p>”Ravinto on erittäin tärkeä..”(h 3)</p> <p>”Oikealla ravitsemuksella uskon olevan merkitystä jo siltäkin kannalta, että sillä voi itse mahdollisesti vaikuttaa terveyteensä” (h 4).</p>	<p>Saan vitamiineja ja kivennäisaineita</p> <p>Suuri merkitys</p> <p>Iso merkitys</p> <p>Iso merkitys</p> <p>Isompi merkitys kuin mie ymmärränpään</p> <p>Tärkeä merkitys</p> <p>Erittäin tärkeä</p> <p>Tärkeä merkitys</p>	<p>Erittäin tärkeä merkitys (8)</p>	<p>Oikealla ravitsemuksella voi itse vaikuttaa muistiterveyteensä.</p>
Ravitsemuksen positiiviset vaikutukset	Pelkistetyt ilmaisut	Alakategoria	Yläkategoria
<p>”Saan runsaasti vitamiineja ja kivennäisaineita”(h 1)</p> <p>”Syön monipuolisesti ja marjoja, vihanneksia ja hedelmiä käytän runsaasti. Juuri marjoilla voi keventää aterioita.” (h 2)</p> <p>..ravinnolla on suuri merkitys omaan terveyteen (h 2)</p> <p>”..olen pyrkinyt vaikuttamaan siihen omalla kohdallani...”(h 6)</p> <p>..”Oikealla ruokavaliolla voi vähentää sairauksia”(h 3)</p> <p>..”sillä voi itse mahdollisesti vaikuttaa terveyteensä” (h 4)</p> <p>”tietenkin ravitsemuksen merkitys siinä, että saan nämä kilot kohdalleen..”(h 7)</p>	<p>Vitamiinit ja kivennäisaineet</p> <p>Marjat, vihannekset, kasvikset, hedelmät</p> <p>Vaikutus terveyteen</p> <p>Ennaltaehkäisy</p> <p>Painon hallinta</p>	<p>Positiivinen vaikutus fyysiseen ja psyykkiseen terveyteen.</p>	<p>Terveellinen ravinto edistää muistiterveyttä.</p>

Ravitsemuksen negatiiviset vaikutukset	Pelkistetyt ilmaisut	Alakategoria	Yläkategoria
<p>”Se on epäsäännöllistä ja epäterveellistä, en syö aamupaloja.” Teen ruuat punaiseen maitoon tai kermaan ja sit leipomisiin ja ruokaan käytän voita” (h 8)</p> <p>”Eipä tule hirveesti käytettyä (kasviksia ja hedelmiä), mä oon ollut vaaleen leivän ystävä”” (h 3)</p> <p>..”menee useampi suklaapatukka päivässä. Piparia ja pullaa menee monta palaa.”(h 8)</p> <p>..”suklaata voisi vähentää..(h 6)</p> <p>”Semmoinen hiilaripitoinen ruokavalio, joka riistäytyy käsistä eli syö oikein paljon, se tekee sellaisen lössö olon. Se antaa hetkellisen hyvän olon piikin ja sen jälkeen on veto pois...syön kermajuustoja”(h 7)</p> <p>”Olen niin mukavuudenhaluinen, on kiva mussuttaa ja mun pahe on...”(h 5)</p> <p>”Se on semmoinen huomaamaton mussuttaminen, epäsäännöllisyys ja kun ei ole sitä rytmiä. Voin olla koko päivän syömättä ja sit kun ilta alkaa, alkaa se syöminen..sitten on sitä yösyömistä kun ei saa nukuttua”.”Mie oon mussuttanut ja osaksi tää on myös stressiläskiä”(h 7)</p>	<p>Epäsäännöllisyys</p> <p>Epäterveellisyys</p> <p>Makean liika syönti</p> <p>Hiilihydraattipitoinen ruokavalio</p> <p>Riistäytyy käsistä</p> <p>Syö kerralla paljon</p> <p>Lössö olo</p> <p>Hetkellinen hyvän olon piikki</p> <p>Veto pois</p> <p>Mukavuudenhalu</p> <p>Mussuttaminen</p> <p>Pahe</p> <p>Yösyöminen</p> <p>Ei säännöllisiä ruokailuaikoja</p> <p>Stressiläskiä</p> <p>Puutteellinen ruokailurytmi</p>	<p>Virheravitseminen muistiterveyden riskitekijänä.</p>	<p>Epäterveellinen ravitseminen on uhka muistiterveydelle.</p>

Suluissa olevat viitearvot ovat Käypä hoito – suosituksista.

Osallistuja numero	RR (alle 130/85 normaali)	Kol (alle 5 mmol/l)	HDL (yli 1 mol/l)	LDL (alle 3 mmol/l)	Trigl. (alle 2 mmol/l)	f(s) gluc (norm.yläraj a 6 mmol/l)
1	106/71	5,9	2	3,4	1,2	5,3
2	134/78	4,8	1,6	2,9	0,6	4,4
3	126/82	4,2	1,1	2,3	1,7	6,4
4	130/80	5,9	1,5	3,9	1,2	4,9
5	103/67	5,1	2,4	2,3	0,9	5,8
6	124/78	5,7	1,8	3,6	0,6	4,7
7	138/77	5,9	1,6	3,5	1,8	5,1
8	135/90	3,7	1,7	1,8	0,5	5,4

Esimerkkejä alkuperäisestä tekstistä	Pelkistettyjä ilmaisuja	Alakategoria	Yläkategoria
<p>”Jotkut on sellaisii et ne vois lyhyesti ja ytimekkäästi ilmaista et sen heti tajuaisi” (h 1) H: Ymmärsinkö oikein, sä kaipaisit selkokieltä? ”Just sellasta (h 1) ”Lyhyesti selitetty asiat” (h 2) ”Jollain lyhyellä tietoiskulla voisi kertoa miten nää vaikuttaa” (h 2)</p>	<p>lyhyesti ja ytimekkäästi ilmastu selkokieltä lyhyesti selitetty lyhyellä tietoiskulla lyhyesti ja selkokielellä</p>	<p>Selkokieli</p>	<p>Terveiden edistäjän toiminta</p>
<p>”Se on faktatietoa... sitten on sen on oltava soveltavaa” (h 5) ”Jos se perustuu tutkittuun tietoon, niin...(h 8) Tieto on yhteneväistä...(h 7) ”Se on tutkittua ja asiallista” (h 2)</p>	<p>tutkittua ja asiallista faktatietoa terve maalaisjärki mukana tieto yhteneväistä perustuu tutkimustietoon</p>	<p>Tutkimustietoon perustuvaa</p>	<p>Terveiden edistäjän toiminta</p>
<p>”Tää on kauhean hyvä tällainen henkilökohtainen tapaaminen” (h 2) ”Sellaisesta neuvoo antavasta on useampi vuosi...pitää olla konkreettinen...sellainen kun se miesten 40-vuotistarkastus on” (h 3) ”Varattaisiin aika neuvolaan...oma osio ihan kokonaan..”(h 4) ”Tulisi kutsu ja tietty päivämäärä...joku tarkastus tai vastaava”(h 5)</p>	<p>henkilökohtainen tapaaminen 40-vuotiaiden terveystarkastus konkreettinen konkreettinen varattaisiin aika neuvolaan oma osio kokonaan varaa täältä itsellesi aika kutsu ja päivämäärä tarkastus tai vastaava</p>	<p>Neuvoo antava terveystarkastus</p>	<p>Ympäristö</p>

Liite 11/2

Esimerkkejä alkuperäisestä tekstistä	Pelkistettyjä ilmaisuja	Alakategoria	Yläkategoria
<p>”Työkaluja vielä kerrotaan, että mitä sä voisit tehdä (h 3) ...”nekin tilanteet ovat sellaisia, että potilas ja asiantuntija eivät kohtaa (h 4) ”Että olisi ihminen, joka selittää asian... ja sanotaan ääneen” (h 4) ”Tehtäisiin kokeet ja kysyttäisiin missä mennään? Ja sitten puhuttaisiin kaikenlaisista riskitekijöistä..(h 3) ”Ehkä aloittamalla puheeksi ottamalla”...”Semmoinen herättäminen (h 7) ”Olisi hyvä käsitellä näitä rakentavassa hengessä, ei tuputtamalla” (h 5)</p>	<p>kerrotaan työkaluja kohtaaminen kysyttäisiin missä mennään? neuvolassa kysytään vointia puhumaan kaikenlaisista riskitekijöistä sanotaan ääneen selittää asian käsitellä rakentavassa hengessä ei tuputtamalla puheeksi ottamalla herättelyä mene keskustelemaan</p>	<p>Kohtaaminen Asiakkaan tilanne ”avattaisiin riskitekijöiden kautta auki Asiakas tietoiseksi ”Esille otto”</p>	<p>Terveyden edistäjän toiminta ja asiakkaan yhteinen toiminta</p>
<p>”Tehtäisiin kokeet” (h 3)</p>	<p>Verikokeet</p>	<p>Verikokeet</p>	<p>Terveyden edistäjän toiminta</p>
<p>”Pelkkä esite ei varmaan riitä” (h 6) ”Näillä luentotilaisuuksilla on... (h 6) ..”naisten messuilla tai terveystilaisuuksilla tai sitten lähettäisi kutsun naisvaltaisille aloille ja pitäisi tällaisen infoillan” (h 7) ”Jollain lyhyellä tietoiskulla voisi kertoa... (h 2)</p>	<p>annetaan esite tietoiskut yleisöluennot infoillat messut luennot jalkautuminen työpaikoille</p>	<p>Terveyden edistämisen tiedon jaon keinoja</p>	<p>Terveyden edistäjän toiminta</p>
<p>..”Soitankin jollekin asiantuntijalle, jos... (h 1) ”Että olisi ihminen, joka selittää asian... (h 4) ”Ihan koulutetut ihmiset tekemässä työtä” (h 8) ”Siellä olisi tätä asiantuntijuutta mukana (h 6)</p>	<p>asiantuntijalle soitto ihminen ihminen joka selittää asian asiantuntijat koulutetut ihmiset asiantuntijuus omakohtainen kokemus</p>	<p>Asiantuntija/asiantuntijuus</p>	<p>Terveyden edistäjän ja asiakkaan yhteinen toiminta</p>

Liite 11/3

Esimerkkejä alkuperäisestä tekstistä	Pelkistettyjä ilmaisuja	Alakategoria	Yläkategoria
<p>”Meitä olisi varmaan paljon meitäkin jotka tarvitsevat pientä sysäystä...(h 5) ..kukaan ei ole tökkimässä eteenpäin...(h 5) ”Kuka niiden perään kattoo?” (h 5)</p>	<p>tarvitaan sysäystä tyrkää eteenpäin peräänkatsoja motivointia</p>	<p>Asiantuntijalla myös peräänkatsojan rooli, motivaattori</p>	<p>Terveiden edistäjän toiminta</p>
<p>”Oman aktiivisuuden varassa se on” (h 5) ...itsestä välittäminen...(h 7) ..jotka on kovia lukemaan...(h 2) Toki sitä itsekin ymmärtää, mutta...(h 3)</p>	<p>oma lukeminen oma kiinnostus oma aktiivisuus itsestä välittäminen</p>	<p>Oma aktiivisuus</p>	<p>Asiakkaan toiminta</p>
<p>...siellä se on takaraiivossa se perimän osuus...se peikko siellä (h 6) ..se sukupelote...(h 8) ..suoraan sanoen pelkään, mitä mahdollisesti joskus voi tulla...(h 4) ..kyllä se vähän huolestuttaa...(h 3)</p>	<p>pelko taustalla sukupelote huolestuminen</p>	<p>Puuttuminen pelon ja huolen aiheuttajaan</p>	<p>Asiakkaan ja terveyden edistäjän yhteinen toiminta</p>

Kahvitarjoilu ja tervetuloa, tutkittavien esittelykierros

1) Tutkijan oma esittely

2) Tutkimussuunnitelman esittely lyhyesti

tausta ja tarkoitus, tavoite, aineisto ja menetelmät, keskeiset käsitteet, teoreettinen viitekehys, tutkimuskysymykset, raportointi, kirjallinen suostumus

3) Kymenlaakson tilastoja

4) Muistiterveyden ennaltaehkäisy aikaisemman tutkitun tiedon perusteella

riski- ja suojatekijät

keinoja muistiterveyden edistämiseksi

5) Muistisairaudet lyhyesti ja tutkimukseen hakeutuminen työikäisenä

6) Keskustelua aiheesta

7) Tutkimuksen jatkuminen: suostumus, kyselylomake, verikokeet, verenpaine, haastattelut

8) Jatkosuunnitelmasta sopiminen: seuraava yhteinen ryhmätapaaminen työn valmistuttua keväällä 2010, tutkija kutsuu tutkimusryhmän koolle työn valmistuttua

9) Tutkittaville jaettiin kirjallista materiaalia muistiterveyden edistämisestä mukaan

Muuttujaryhmät	Teoriaosa sivunumero	Kyselylomake kysymyksen numero
----------------	-------------------------	-----------------------------------

TAUSTATIEDOT

Pituus	25	2
Paino	25	3
Ikä	8-9, 18, 22–23, 35–36,	1
Koulutus	18-19, 23, 31–32, 35	5,6
Aviosääty	10-11, 31	4
Perimä	18, 21–22, 23, 35	8
Työ	9	7
Terveydentila	11, 12	17
Käynnit lääkärissä	11	22
Sairaslomat	-	23
Elintapojen muutos	11	24

MUISTITERVEYDEN RISKITEKIJÄT

Kolesteroli	18, 20–22, 23–24, 35	9, 11
Verenpaine	18, 19–20, 21–22, 24, 35	9, 10
Diabetes	26-28, 35,	9
Ylipaino	23, 24–26, 35	3
Tupakka	18, 32, 35,	13
Alkoholi	18, 33–34, 35,	14
Dementian riskimittari	23-24	1,2,3,6,8,10,11,15

MUISTITERVEYDEN SUOJATEKIJÄT

Liikunta	18, 23, 28–29, 35,	15, 16
Ravitsemus ja vitamiinit	18, 29–31, 35,	18, 19, 20, 21
Ylipaino	18, 24–26, 35	3

MUISTITERVEYDEN EDISTÄMINEN JA TIEDONSAANTI

Tiedonsaanti	13	25, 26, 27
--------------	----	------------

Muuttujaryhmät	Teoriaosa sivunumero	Lisäkysymykset 1-4 Teemat (I-III)
----------------	----------------------	-----------------------------------

TAUSTATIEDOT

Koulutus	18, 19, 23, 31–32, 35	1
Perimä	18, 21–22, 23, 35	2

SUHTAUTUMINEN MUISTITERVEYDEN RISKI- JA SUOJATEKIJÖIHIN

Kolesteroli	18, 20–22, 23–24, 35	3.1, I
Verenpaine	18, 19–20, 21–22, 24, 35	3.2, I
Diabetes	26-28, 35	3.3, I
Tupakointi	32, 35	I
Alkoholin käyttö	18, 33–34, 35	3.4, I
Liikunta	18, 23, 28–29, 35	3.5, I
Ravitsemus ja vitamiinit	18, 29–31, 35	3.6, I
Ylipaino	24-26, 35	3.7, I

TOIMINTA MUISTITERVEYDEN RISKITEKIJÖIDEN VÄHENTÄMISEKSI JA SUOJATEKIJÖIDEN LISÄÄMISEKSI

Kolesteroli	20-22, 23–24, 35	3.1, II
Verenpaine	19-20, 21–22, 24, 35	3.2, II
Diabetes	26-28, 35	3.3, II
Tupakointi	32, 35	II
Alkoholin käyttö	33-34, 35	3.4, II
Liikunta	23, 28–29, 35	3.5, II
Ravitsemus ja vitamiinit	29-31, 35	3.6, II
Ylipaino	18, 24–26, 35	3.7, II

MUISTITERVEYDEN EDISTÄMINEN JA TIEDONSAANTI

Tiedonsaanti	13	4., III
--------------	----	---------