

KARELIA-AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma

Eveliina Martikainen

ELINTAPOHJAUSTA TYÖTTÖMILLE, VÄHÄVARAISILLE JA
SYRJÄYTYNEILLE

Opinnäytetyö
Syyskuu 2018



Karelia
AMMATTIKORKEAKOULU

OPINNÄYTETYÖ
Syyskuu 2018
Hoitotyön koulutusohjelma

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
+358 13 260 600

Tekijä
Eveliina Martikainen

Nimeke
Elintapaohjausta työttömille, vähävaraisille ja syrjäytyneille

Toimeksiantaja
Siun sote, Sosiaali- ja terveystieteiden keskus

Tiivistelmä

Vuonna 2014 Suomessa eli köyhyys- tai syrjäytymisriskissä noin 904 000 henkilöä, joka on koko väestöstä 16,8 %. Virallinen köyhyysraja on 60 % keskituloista. Vuonna 2016 Suomessa työttömiä kotitalouksia oli 172 000. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen mukaan kunnan on järjestettävä terveyspalvelut työttömille sekä nuorille, jotka ovat jääneet opiskelun tai terveydenhuollon ulkopuolelle. Eriarvoisuuden vaikuttavia tekijöitä ovat myös sukupolvi, sukupuoli ja etnisyys. Sosioekonomisia voimavaroja ovat esimerkiksi asumisen taso, varallisuus ja tulot. Kansalaisten asemaa ohjaavat sosiaaliset verkostot, arvot ja perinteet, jotka voivat myös altistaa terveyttä vaarantaville tekijöille.

Toiminnallisessa opinnäytetyössä aiheena oli elintapaohjaus työttömille, vähävaraisille ja syrjäytyneille. Opinnäytetyön tarkoituksena oli saada kohderyhmän henkilöt kiinnostumaan oman terveyden ylläpidosta. Tavoitteena oli edistää heidän terveyttään ja hyvinvointiaan. Tehtävä oli pitää yksilöllisiä elintapaohjaustuokioita.

Elintapaohjausten aiheet olivat, liikunta, painonhallinta ja ravinto. Lisäksi aiheisiin kuuluivat tupakoinnin ja alkoholin haitat sekä ohjausta lopettamisen mahdollisuuksista. Elintapaohjausten yhteyteen kuului verenpaineen mittaus.

Ohjaus koettiin lähtökohtaisesti myönteisenä ja tarpeellisenä, josta muun muassa oli halu ryhmäkeskusteluihin ja sairaanhoitajan luentoihin. Jatkotutkimuksena opinnäytetyölle voisi olla esimerkiksi paperittomien ja maahanmuuttajien terveyspalvelut Suomessa.

Kieli
Suomi

Sivuja 42
Liitteet 4
Liitesivumäärä 4

Asiasanat
elintapaohjaus, eriarvoisuus, työttömien terveystarkastus ja verenpaine



THESIS
September 2018
Degree Programme in Nursing
Tikkarinne 9
80200 JOENSUU, FINLAND
+358 13 260 600

Author
Eveliina Martikainen

Title
Lifestyle Guidance for the Unemployed, the Deprived and Socially Excluded

Commissioned by
Siun sote, Social and health center

Abstract

In 2014, there were about 904 000 people living in poverty or risk of exclusion in Finland, which is 16.8 percent of the total population. The official poverty line is 60 percent of the median income. In 2016, there were 172 000 unemployed households in Finland. According to the Health Care Act 1326/2010 municipalities must provide health services for people of working age and for young people who are excluded from studying or healthcare. Other factors affecting inequality are also generation, gender, and ethnicity. Socio-economic resources are for example the level of housing, wealth and income. Citizens' standing is governed by social networks, values and traditions which can also expose to health-threatening factors.

The topic of the thesis was a practice-based lifestyle guidance for unemployed, the poor and the excluded. The aim was to get people in the target group interested in maintaining their own health. The goal was to promote their health and well-being. The task was to arrange individual life guidance sessions.

The subjects in the guidance sessions were exercise, weight management and nutrition. In addition, the topics included the disadvantages of smoking and alcohol, as well as guidance on the possibilities of cessation. Blood pressure measurement was included in the lifestyle guidance.

The guidance was generally welcomed and experienced necessary, of which was the desire for group discussions and lectures held by nurses. Further research regarding the thesis topic could be for example the health services for the paperless and immigrants in Finland.

Language
Finnish

Pages 42
Appendices 4
Pages of Appendices 4

Keywords
lifestyle guidance, inequality, health check and blood pressure for the unemployed

Sisältö

Tiivistelmä

Abstract

1	Johdanto	6
2	Verenpaine ja eri elintapatottumusten vaikutus verenpaineeseen	7
2.1	Verenpaine, lääkehoito ja verenpaineen mittaus	7
2.2	Liikunta	10
2.3	Ravinto	11
2.4	Paino	13
2.5	Alkoholi ja tupakointi.....	15
3	Vähävaraisten ja syrjäytyneiden terveyden edistäminen	17
3.1	Eriarvoisuus	17
3.2	Vähävaraiset ja syrjäytyneet.....	18
3.3	Työttömien terveystarkastus.....	19
3.4	Terveyden edistäminen ja eriarvoisuuden vähentäminen	20
4	Elintapaohjaus.....	22
4.1	Ohjausprosessi.....	22
4.2	Ohjaus liikkumiseen	24
4.3	Ohjaus painonhallintaan	26
4.4	Ravitsemuksen ohjaus	27
4.5	Tupakoinnin lopettamisen ohjaus.....	29
4.6	Alkoholi- ja päihderiippuvaisen ohjaus kuntoutukseen	29
5	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tehtävä	30
6	Toiminnallinen opinnäytetyö.....	30
6.1	Lähtökohta.....	30
6.2	Toimeksiantaja ja asiakaskunta	30
6.3	Tiedonhaku	31
6.4	Elintapaohjausten suunnittelu ja toteutus	32
6.5	Elintapaohjausten arviointi.....	33
7	Pohdinta	34
7.1	Tulosten tarkastelu	34
7.2	Luotettavuus ja eettisyys	36
7.3	Ammatillinen kasvu	38
7.4	Tutkimus- ja kehittämisideat	39
	Lähteet.....	40

Liite 1	Toimeksiantosopimus
Liite 2	Ruokapäiväkirjan tarkistuslista
Liite 3	Semppi-pisteitä
Liite 4	Kysely elintapaohjauksesta

1 Johdanto

Eriarvoisuutta käsittelevän ISPP-tutkimuksen tulosten mukaan eriarvoisuutta hallitsee yhteiskuntaluokkien varallisuus- ja tuloerot. Eriarvoisuutta perinteisesti analysoidaan yhteiskuntaluokkien avulla. Suomi on viimeisen 50 vuoden aikana keskiluokkaistunut ja työväenluokka vähentynyt. Nykyaikana tiedetään, että eriarvoisuuteen vaikuttavia tekijöitä ovat myös sukupolvi, sukupuoli ja etnisyys. (Blom, Kankainen & Melin 2012, 24, 29.) Ihmisoikeussäännöksiä tavoitteena on edistää hyvinvointia, yhdenvertaisuutta, tarvittavan informaation saantia ja väestön terveyttä ryhmien sekä yksilöiden välillä. Edistäviä tekijöitä ovat muun muassa toimeentulot, asumisolot, ravitsemus ja koulutusmahdollisuus. (Nykänen 2016, 58.)

Terveydenhuollon osa-alueissa tapahtuu jatkuvaa muutosta. Muutokset tuovat terveydenhuollolle uusia haasteita, elintapaohjaukset yleistyvät ja elintapoihin kiinnitetään enemmän huomiota. Viimeisen 20 vuoden aikana lihavuus on yleistynyt, naisilla 34 % ja miehillä 75 %. Uusilla elintapamuutoksilla arvioidaan pystyvän ehkäisemään esimerkiksi kakkostyyppin diabetes sekä sydän- ja verisuonisairaudet. (Turku 2007, 13 - 14.)

Elintapaohjausta voidaan kuvailla ohjaajan ja ohjattavan yhteiseksi oppimis- ja tutkimusprosessiksi. Hyvä vuorovaikutus luo turvallisuutta, kunnioitusta, hyväksytyksi tulemistä ja luottamusta. Elintapaohjauksessa ohjattava oppii ottamaan vastuun omasta terveydestään ja elintavoistaan. Ohjaajan on annettava ohjattavalle mahdollisuus ratkaista ongelmiaan itsenäisesti. Elintapaohjauksen tarkoituksena ei ole etsiä syyllistä vanhoista elintavoista, jotka ovat johtaneet sen hetkiseen tilanteeseen. Ohjauksessa kartoitetaan kokonaistilanne ja tehdään yhteinen suunnitelma muutosprosessiin. (Turku 2007, 18, 21, 30.) Opinnäytetyön tarkoituksena oli saada kohderyhmän henkilöt kiinnostumaan oman terveyden ylläpidosta. Tavoitteena oli edistää heidän terveyttään ja hyvinvointiaan. Tehtävä oli pitää yksilöllisiä elintapaohjaustuokioita.

Toimeksiantajana oli Siun sote / Sosiaali- ja terveystieteiden keskus (liite 1). Siun soten projektivastaavalta oli tullut pyyntö järjestää terveyttä edistävät elintapaohjaustuokiot Utran puukoululla. Elintapaohjauksen aiheet olivat liikunta, painonhallinta ja ravinto. Lisäksi aiheisiin kuuluivat tupakoinnin ja alkoholin haitat sekä ohjausta lopettamisen

mahdollisuuksista. Elintapaohjausten yhteyteen kuului verenpaineen mittaus. Opinnäytetyössä käsiteltiin lisäksi, kuinka elintapamuutokset vaikuttavat verenpaineeseen ja mitkä tekijät nostattavat tai laskevat verenpainetta.

2 Verenpaine ja eri elintapatottumusten vaikutus verenpaineeseen

2.1 Verenpaine, lääkehoito ja verenpaineen mittaus

Systolinen verenpaine kertoo sydämen pumppausvaiheesta ja diastolinen verenpaine sydämen lepotilanteesta (Kukkonen-Harjula 2011, 131). Tärkeimmät tekijät verenpaineen säätelyyn ovat valtimot, sydän, munuaiset, aivot ja hormonien sekä entsyymien järjestelmä. Tutkijoiden mukaan verenpaine kohoaa talvella ja laskee kesällä. Vaihtelun on todettu liittyvän enemmän päivän pituuteen kuin lämpötilojen vaihteluun. Verenpaineiden vuorokausivaihtelut ovat normaaleja eivätkä yleensä aiheuta ongelmia. Tilapäisesti kohottavia verenpainetekijöitä ovat esimerkiksi alkoholin käyttö, syöminen sekä tunnekuohut, kuten pelko- ja vihatilat. Aamuisin heti herättyä verenpaine on korkeimmillaan, koska valtimot ovat jäykimmillään ja aivot tarvitsevat enemmän happea. Illalla verenpaine laskee, ja syvän unen aikana verenpaineet ovat alhaisimmillaan. Sydämen toiminta kohottaa ja laskee verenpainetta, riippuen minkälaista on sydämen työskentely sekä rasitus. Verenpaineeseen vaikuttaa myös valtimoiden läpimitta. Valtimoiden ollessa joustavia ja avoimia veri virtaa helpommin, minkä vuoksi matalampi paine kohdistuu valtimoiden seinämiin. Jäykissä valtimoissa verenvirtaus on työläämpää ja pumpatessaan verta valtimoiden läpi sydän joutuu suuremmalle rasitukselle. Elimistön nestemäärä vaikuttaa myös sydämen pumppaustehoon. Mitä enemmän nestettä on, sitä enemmän sydän pumpaa verta elimistöön, ja valtimoiden seinämien paine kasvaa. Munuaisten tehtävä on säädellä verenpainetta sekä elimistön natriumpitoisuutta ja veden määrää. (Perry 2007, 27, 38 - 40.)

Aivot sekä hormonien ja entsyymien järjestelmä osallistuvat verenpaineen säätelyyn. Verenpainetta sääteleviä hormoneja ovat reniini, angiotensiini ja aldosteroni. Verenpainetta nostattavia hormoneja ovat stressihormonit adrenaliini ja noradrenaliini. Valtimon seinämissä, sydämessä ja keuhkoissa olevien solmukkeiden sekä sensorien kautta aivot seuraavat verenpainetta.

Elimistössä tapahtuvista muutoksista lähtee tieto aivoihin. Aivoihin tullut tieto vapauttaa hormoneja kiihdyttämällä tai hidastamalla sydämen toimintaa sekä laajentamalla tai supistamalla valtimoja. (Perry 2007, 27, 38 - 40.)

Normaali verenpaine on alle 130 / 85 mmHg, tyydyttävä arvo 130 - 139 / 85 - 89 mmHg, lievästi koholla 140 - 150 / 90 - 99 mmHg ja kohonnut 160 - 179 / 100 - 109 mmHg. (Duodecim 2015a). Naisilla verenpaine on miehiä useammin matalalla. Oireettomalla keski-ikäisellä tai terveellä nuorella systolinen verenpaine voi olla 100 mmHg tai alhaisempi. Ikääntyvällä matalan verenpaineen voi aiheuttaa jokin sydän- tai verisuonisairaus. Jos verenpaine laskee paljon seisomaan noustessa ja siihen liittyy lisäksi äkillistä hui- mausta, kyseessä voi olla ortostaattinen hypotensio eli pystyasentoon liittyvä verenpai- neen lasku. Ortostaattisessa hypotensiossa jäykistyneet valtimot eivät kerkeä reagoimaan nopeaan asennon muutokseen. Seisomaan noustessa verenpaineen putoaminen voi johtua esimerkiksi verenpainelääkkeistä. (Duodecim 2016.)

Kohonneessa verenpaineessa valtimon sisäinen paine verenkiertoelimistössä on suuren- tunut. Sydämen pumppaustyön lisääntyminen voi aiheuttaa sydänlihaksen vasemman kammion suurentumista, jota sanotaan hypertrofiaksi. Yleisimpiä elintapatekijöitä, jotka kohottavat verenpainetta, ovat ylipaino, vähäinen liikunta, psyykinen stressi ja runsas suolan tai alkoholin käyttö. (Kukkonen-Harjula 2011, 131.) Lääkärit kutsuvat korkeaa verenpainetta hiljaiseksi kuolemaksi, koska se on yleensä oireeton. Koko maailman vä- estöstä noin 500 miljoonasta miljardiin ihmistä kärsii korkeasta verenpaineesta. (Perry 2007, 12.)

Suomalaisissa väitöskirjatutkimuksissa kerrotaan, kuinka lääkehoidetuista viidenneksellä miehistä ja neljänneksellä naisista verenpaine on normaali. Tutkimukset ovat osoittaneet, kuinka tärkeässä asemassa ruokavalion ja elintapojen muutos on verenpaineen alentumi- seen. (Harju 2007, 91.) Kohonneesta verenpaineesta 5 % aiheutuu jonkin elimistön häiri- östä, joista useimmat häiriöt ovat hoidettavissa. Lääkäri tutkii potilaalta mahdollisia ko- honneen verenpaineen aiheuttamia kohde-elinvaurioita. Vaurioita voi ilmaantua esimer- kiksi munuaisiin ja sydämeen. Mahdolliset syyt verenpaineen kohoamiseen tulee selvit- tää. Oireina voivat olla lihaskouristukset, liihakivohu, sydämentykytys ja tihentynyt virt- saamisen tarve sekä päänsärky. Tutkimuksissa selvitetään aikaisempi terveydentila, lii- kunta, tupakointi, suolan ja alkoholin käyttö sekä mahdollinen stressitila. Suvussa

esiintyvät sairaudet, kuten diabetes, rasva-ainevaihdunnan häiriöt ja sydänsairaudet sekä aivoverenkiertohäiriöt tulee selvittää. Käytössä olevat käsikauppa- ja reseptilääkkeet, luontaistuotteet, vitamiinit, lisäravinteet sekä hivenaineet tulee kertoa lääkärille. (Perry 2007, 60 - 62.)

Kohonnut verenpaine lisää sepelvaltimotaudin ja aivohalvauksen riskiä. Verenpaineen ollessa pitkään koholla muutoksia tapahtuu myös munuaisissa ja silmän verkkokalvoilla. (Kukkonen-Harjula 2011, 131.) Jokaista 20 elohopeamillimetrin systolisen verenpaineen nousua kohti sydän- ja verisuonisairauksien riski kaksinkertaistuu. Perinnöllisten tekijöiden osuuden on arvioitu olevan 20 - 40 %. (Harju 2007, 90.) Verenpaine voi äkillisesti nousta hengenvaarallisen korkeaksi. Tällöin tilaa kutsutaan verenpaine kriisiksi. Verenpaine kriisi jaetaan kahteen ryhmään, kiireellistä hoitoa vaativaan tilaan ja hypertensitiiviseen hätätilaan. Yleisempänä lääkehoitona tähän käytetään keskushermoston kautta vaikuttavaa lääkettä tai kalsiumkanavan salpaajaa. Verenpaine kriisin toteamisesta potilas voi kuolla 6 - 12 kuukauden kuluessa, jos tilannetta ei hoideta oikein, tai siihen ei puututa välittömästi. Nykyisin verenpaineen kriisitila on harvinainen, johtuen nykyisestä lääkähoidosta. Verenpaineen nousu voi kehittyä, jos potilas äkillisesti lopettaa lääkähoidon. (Perry 2007, 63.)

Suomessa verenpainelääkkeiden käyttäjiä on noin puoli miljoonaa. 16 % potilaista turvautuu pelkästään lääkähoidon eivätkä halua muuttaa elämäntapojaan. Lääkehoidon alkaessa on tärkeää, että potilas lääkähoidon ohella noudattaisi ruokavaliota, harrastaisi liikuntaa ja hallitsisi omaa stressitilaa. Hyvä lääkehoito on pelastanut miljoonien potilaiden hengen sekä vähentänyt sydäninfarktin ja aivoverenvuodon riskiä. Lääkehoidon lopettamisesta tai muuttamisesta on aina keskusteltava oman lääkärin kanssa. Tarvittaessa lääkäri määrää ACE-estäjää, kalsiumkanavan salpaajaa tai angiotensiinireseptorin salpaajaa. Tässä tapauksessa lääkäri voi myös määrätä yhdistelmähoitoa 2 - 3:lla lääkkeellä. Eri lääkeryhmien lääkkeet tehostavat toiseen lääkeryhmään kuuluvien lääkkeiden vaikutusta. Lääkkeiden haittavaikutukset ovat vähäisempiä, kun annosta voidaan pitää mahdollisimman pitkään normaalina. (Perry 2007, 12, 27, 190 - 191, 209.)

Lääkehoidon aloittamisesta lääkärin vastaanotolle tulisi mennä kuukauden, viimeistään kahden kuukauden kuluttua. Tässä ajassa nähdään lääkkeen teho ja mahdollisten haittavaikutusten seuraukset. Lääkehoidon aikana tulevista haittavaikutuksista tai muista

huolestuttavista oireista tulee aina ilmoittaa omalle lääkärille. Seurantakäynneillä tehdään lääkärintarkastus, mitataan verenpaine ja otetaan laboratoriokokeet. Potilaiden tulisi rehellisesti kertoa myös elintavoista tai muista yksityisasioista, jotka voivat vaikuttaa verenpaineen kohoamiseen. Verenpaineen ollessa hyvällä tasolla seurantakäyntejä tulisi olla 3 - 6 kuukauden välein. Lääkkeiden ottamisessa on hyvä olla täsmällinen ja säännöllinen. Yleisimpiä verenpainelääkkeitä ovat diureetit ja beetasalpaajat. Näitä lääkkeitä on käytetty kauimmin ja vaikutukset tiedetään parhaiten. Verenpainelääkkeillä on erilaisia vaikutusmekanismeja, kuten laajentavat verisuonia, säätelevät elimistön nestemäärää sekä helpottavat sydämen pumppaustyötä. Jokaisella lääkkeellä on myös omat haittavaikutukset. (Perry 2007, 190 - 215.)

Saadakseen luotettavimman mittaustuloksen verenpaine tulee mitata vähintään kaksi kertaa. Yksi mittauskerta ei aina anna luotettavaa tulosta. Mittaushetken tulokseen vaikuttaa moni tekijä, esimerkiksi ruokailu, lääkkeet, kahvi, tupakointi, jännittäminen sekä puhuminen. Verenpainetta mitattaessa on huomioitava tiettyjä asioita. Paidan hihan ei tule kiristää ja käsivarsi tulee saada helposti paljaaksi. Kofeiinipitoisia juomia ei tulisi nauttia ennen mittausta ja tupakointia tulee välttää vähintään 30 minuuttia ennen mittausta. Verenpaineen mittausta ennen olisi hyvä istua vähintään 5 minuuttia. Verenpainetta mitattaessa istutaan selkä suorana ja jalat lattialla vierekkäin. Mansetti valitaan olkavarren koon mukaan. Mitattaessa käsivarsi on sydämen korkeudella ja käsi rentona. Välissä voi pitää pienen tauon ennen mittauksen toistamista. (Perry 2007, 54 - 55.)

2.2 Liikunta

Verenpainetta käsittelevässä tutkimuksessa on käynyt ilmi, että liikunnalla ja ravinnolla on yhteisvaikutus verenpaineeseen. Tutkimukseen osallistui 133 ylipainoista ihmistä, joilla liikunta oli vähäistä. Kuukauden mittaisen intervention aikana koehenkilöillä aerobinen liikunta alensi verenpainetta 4 / 4 mmHg. Liikunnan lisääminen ja vähäkalorinen ruokavalio laskivat verenpainetta 7 / 5 mmHg. Sydämen vasemman kammion hypertrofia eli liikakasvu vähentyi tutkitusti myös liikunnan ja vähäkalorisen ruokavalion avulla. (Kujala, Taimela & Vuori 2005, 67.)

Yleisesti kaikilla kestävyysliikunta alentaa lepo- ja kuormitusverenpainetta, myös lihasvoimaharjoittelu alentaa kohonnutta verenpainetta. Vuonna 2006 tehdyssä suomalaisessa meta-analyysissä tutkittiin, kuinka kestävyysliikunta vaikuttaa verenpaineen laskuun. Tutkimukseen osallistujilla oli korkea verenpaine. Kestävyysliikuntaharjoitukseen osallistui 1 518 koehenkilöä ja tutkimuksia oli 21. Tutkimus kesti keskimäärin 12 viikkoa. Alussa koehenkilöiden lepoverenpaine oli keskimäärin 141 / 90 mmHg, ja tutkimuksen jälkeen verenpaine aleni 5 / 2 mmHg. Keskimäärin kahdeksannen viikon kohdalla lepoverenpaine oli selkeästi laskenut. Kestävyysliikuntana oli reipasta kävelyä eikä liikunnan määrää testien aikana lisätty. Kohtuullisen kuormittava liikunta lievästi kohonneessa verenpaineessa voi tehostaa lääkehoidon vaikutusta, ja tarvittava lääkeannos vähenee. Kestävyysliikuntatyypistä harjoittelua esimerkiksi reipasta kävelyä, suositellaan 30 minuuttia päivittäin. Lihasvoimaharjoittelua suositellaan kahdesti viikossa kuntopiirityyppisesti, pienet vastukset ja paljon toistoja. On todettu, että kuntopiirityyppisessä harjoittelussa verenpaine ei kohoakaan liian suureksi. (Kukkonen-Harjula 2011, 133 - 135.)

Stressi, psyykkiset syyt tai kotiasiat voivat myös nostattaa verenpainetta. Verenpainetta alentaviin tekijöihin on todettu hyvinä harjoitteina erilaiset rentoutumistekniikat kuten autogeeninen harjoittelu, lihasrentoutus, biofeedback-tekniikka sekä jooga. Autogeenisessä harjoittelussa rentoutuneisuus saadaan itse aikaiseksi. Biofeedbackissa henkilöille annetaan tietoa heidän terveydentilastaan. Biofeedback-menetelmässä käytetään monitointia, jonka avulla voi oppia ohjaamaan ajatteluaan ja hallitsemaan tahdosta riippumattomia kehontoimintoja. Tämänkaltaisilla rentoutusmenetelmillä on saatu systolista verenpainetta alentumaan 10 mmHg ja diastolista verenpainetta 5 mmHg. (Harju 2007, 107.)

2.3 Ravinto

Vähäkalorinen ruokavalio ja suolan käytön rajoittaminen alentavat verenpainetta. Keskimääräinen ruokasuolan annos päivässä naisilla on 7 grammaa ja miehillä 10 grammaa. Tavallisen suolan sisältämällä natriumilla on verenpainetta kohottava vaikutus. Suolan käytön vähentämisellä suola kannattaisi korvata mineraalisuolalla. Mineraalisuola sisältää natriumin lisäksi magnesiumia ja kaliumia. Japanilaisessa tutkimuksessa mineraalisuolan käyttäjillä systolinen verenpaine aleni keskimäärin 134,7:stä 127,3:en ja diastolinen verenpaine keskimäärin 77,2:sta 73,5:en. Hollantilaisessa tutkimuksessa mineraalisuolan käyttäjillä verenpaine alensi systolista verenpainetta 7,6 / 3,3 mmHg. 30 - 40 % ihmisistä on

todettu olevan suolaherkkiä eli heillä suolan käyttö nostaa verenpainetta. Tähän ryhmään kuuluvat ylipainoiset, joilla diastolinen verenpaine on koholla. Normaalipainoisten, joilla diastolinen verenpaine on koholla, tulisi tarkistaa ruokavaliosta saadun kalsiumin, kaliumin ja magnesiumin määrä. Ruokavalioon tulisi lisätä esimerkiksi täysjyväviljaa, vihanneksia, hedelmiä, marjoja, siemeniä, pähkinöitä ja kalaa sekä vähärasvaisia maitotuotteita. (Harju 2007, 96, 97.)

DASH-dieetti (Dietary Approaches to Stop Hypertension) on ruokavalio, jonka avulla tavoitteena on saada verenpaine hallintaan. Vuonna 1997 amerikkalaiset DASH-tutkijat havaitsivat, kuinka dieetillä saadaan samanlaisia tuloksia aikaan kuin verenpaineenlääkehoidolla. Ruokavalioon kuuluu runsaasti hedelmiä, vihanneksia, täysjyväviljaa ja vähärasvaisia ruoka-aineita sekä pieni määrä lihaa. (Perry 2007, 86 - 96.)

DASH-dieetti sisältää runsaasti kalsiumia, kaliumia ja magnesiumia. Ravintorasvoja suositellaan 2 - 3 annosta päivässä, esimerkiksi 1 tl kevytlevitettä, 1 tl rypsiöljyä ja 2 rkl kevyttä salaattikastiketta. Leivän päällä on hyvä käyttää rypsi- tai oliiviöljypohjaisia levitteitä, joissa rasvapitoisuus on 25 - 35 %. Viljatuotteita suositellaan 7 - 8 annosta päivässä. Viljatuotteista suositellaan muun muassa, kaurapuuroa, täysjyväleipää, ruisleipää, täysjyväriisiä ja -pastaa. Hedelmiä ja vihanneksia suositellaan 8 - 10 annosta päivässä, esimerkiksi keskikokoinen banaani, 2 dl täyshedelmämehua, noin 1 dl keitettyä vihanneksia, 1 dl rusinoita ja 1 dl viinirypäleitä. Hedelmissä ja vihanneksissa on A-, C- ja B-vitamiineja, kaliumia ja magnesiumia. Kasviksissa, marjoissa ja hedelmissä on elimistöä suojaavia aineita. Elimistöä suojaavia aineita sanotaan fytokeemikaaleiksi. Kasviksissa, marjoissa ja hedelmissä on flavonoideja sekä karotenoideja. Flavonoidit ja karotenoidit ehkäisevät syöpää sekä sydän- ja verisuonisairauksia. Vähärasvaisia tai rasvattomia maitotuotteita suositellaan 2 - 3 annosta päivässä. Maito-, hapanmaito- ja juustotuotteissa on runsaasti proteiineja, kalsiumia ja D-vitamiinia. Rasvattomiin maitotuotteisiin D-vitamiini on lisätty. Normaalirasvaisissa tuotteissa on suuri määrä tyydyttyntä rasvaa, minkä takia suositellaan rasvatonta tai vähärasvaisia tuotteita. (Perry 2007, 86 - 96.)

Siipikarjaa, kalaa tai punaista lihaa suositellaan 1 - 2 annosta päivässä. Vuorokauden annos on noin 85 grammaa. Lihatuotteet sisältävät proteiinia ja magnesiumia. Liha voi olla runsasrasvaista. Punaisesta lihasta vähärasvaisempia ovat ulko- ja sisäfileet.

Broilerin ja kalkkunan liha kuuluu vähärasvaisiin lihatuotteisiin. Kalan rasva sisältää Omega-3-rasvahappoja. Omega-3-rasvahapot alentavat verenpainetta sekä verenhyytymien kehittyminen alentuu. (Perry 2007, 86 - 96.)

Siemenien, pähkinöiden ja palkokasvien suositusmäärä on 4 - 6 annosta viikossa. Yksi annos esimerkiksi pähkinöitä on noin 50 grammaa. Pähkinät, siemenet ja palkokasvit sisältävät kasvisproteiinia ja ravintokuitua. Pähkinät, siemenet sekä palkokasvit sisältävät kivennäisaineita, kuten magnesiumia ja kaliumia. Suurin osa siemenien ja pähkinöiden rasvasta on kertatydyttämätöntä tai monitydyttämätöntä. Nämä rasvat eivät ole verenpainetta kohottavia rasvoja. (Perry 2007, 86 - 96.)

DASH-ruokavaliossa sallitaan jälkiruoka tai makea välipala 5 kertaa viikossa. Sokeroidut virvoitusjuomat suositellaan vaihtamaan täyshedelmämehuun tai lasilliseen vettä. Maustetut jogurtit olisi hyvä vaihtaa maustamattomiin jogurttiin sekä lisätä jogurttiannokseen tuoreita marjoja tai hedelmiä. (Perry 2007, 86 - 96.)

2.4 Paino

Tilastojen mukaan kaikista verenpainepotilaista 40 % on ylipainoisia. Kohonnutta verenpainetta sairastavista ylipainoisia on 2 - 6 kertaa enemmän kuin normaalipainoisia. (Perry 2007, 76.) Ylipainoisella noin 4 %:n painonpudotus alkupainosta alentaa kohonnutta verenpainetta keskimäärin 6 / 3 mmHg. Painonpudotus myös vähentää lääkehoidon tarvetta. (Kukkonen-Harjula 2011, 132.) Ravitsemusasiantuntijat kehottavat painon pudotukseen otettavaksi jonkin tavoitteen, esimerkiksi ylipainoisilla puolen vuoden aikana painon pudotus 10 % lähtöpainosta. Vartalonmalleista puhuttaessa puhutaan omena- ja päärynävar- taloista. Päärynävar- taloissa ylimääräinen rasva kertyy lantioon ja reisiin. Päärynävar- talo- set sairastuvat vähemmän sydän- ja verisuonisairauksiin. Omenavartalossa rasva kertyy vyötärölle ja vatsanalueelle. Omenavartalolihavuus kohottaa verenpainetta päärynäliha- vuutta herkemmin. Omenavartalolihavuudessa vatsaontelon rasva lähtee verenkierron mukana herkemmin liikkeelle ja kertyy valtimoihin plakiksi. Vaikka päärynävar- taloliha- vuus ei ole niin haitallista kuin omenavartalolihavuus, on kummassakin vartalotyypissä paino hyvä pitää normaalina. (Perry 2007, 77 - 84.)

Suomalaisista aikuisista yli puolet on ylipainoisia ja viidesosa on reilusti toistakymmentä kiloa ylipainoisia. Usein laihduttamista ajatellaan lyhytkestoisena kuurina, jonka seurauksena moni palaa takaisin entisiin tapoihinsa. Energian kokonaiskulutus painonlaskussa vähenee ja on osattava laskea energian saanti muuttuvan kulutuksen mukaan, jolloin painonlaskun pysähtymistä ei tapahtuisi. Esimerkiksi puolen kilon pudotus viikossa tarkoittaa 10 kilon pudotusta puolessa vuodessa. (Duodecim 2015c.)

Finravinto-tutkimusten mukaan nykyisin energiansaanti ja kulutus olisivat vähentyneet. Väestön lisääntyneeseen lihavuuteen vaikuttavat muuttuneet elintavat, kuten esimerkiksi vähentynyt levon ja unen määrä, stressi sekä lisääntynyt istumatyö. Ihmiseltä energiaa kuluu perusaineenvaihduntaan ja fyysiseen aktiivisuuteen. Perusaineenvaihduntaan kuuluvat lämmöntasapaino, verenkiertoelimistö ja sydän. Päivän kokonaisenergiakulutuksesta 80 % voi kuluu perusaineenvaihduntaan. Perusaineenvaihduntaan vaikuttavat muun muassa ravitsemuksen tila, sukupuoli, ikä, geeniperimä ja lihaskudosten määrä. Fyysiseen aktiivisuuteen kuuluu liikkuminen arkiaskareissa ja työssä käymisessä sekä fyysiset liikuntasuoritukset. Energian kulutus lepotilaan nähden voi olla 20 % suurempi. Rasittavan liikuntasuorituksen jälkeen energiaa kuluu normaalia enemmän vielä muutaman tunnin ajan. Fyysisen aktiivisuuden osuus energiankulutuksen määrästä kuntoilijalla voi olla 15 - 30 %, mutta yleisellä väestötasolla se on vain noin 5 %. Urheilijoilla fyysisen aktiivisuuden kulutuksen määrä voi olla muuta kulutusta suurempi. Ravinnosta johtuvaan energiakulutukseen kuuluvat elimistössä ravintoaineiden kuljetus, ruoansulatus ja imeytyminen. Kokonaiskulutuksesta ravinnon aiheuttama lämmöntuotto kuluttaa noin 10 %. Yhdessä kilossa rasvakudosta on noin 7 000 - 8 000 kilokaloria. Yhden painokilon pudotukseen tarvitaan vähintään 7 000 kilokalorin energiavaje. (Rinta 2015, 15 - 16, 137.)

Painoindeksi lasketaan paino jaettuna pituus kertaa pituus. Jos henkilö painaa 95 kg ja on 186 cm pitkä, lasketaan painoindeksi seuraavasti:

$$95 \text{ kg} / 1,86 \text{ cm} \times 1,86 \text{ cm} = 95 / 3,4596 = 27,45.$$

Painoindeksi on 27,45. Normaali painoindeksi on 18,5 - 25, lievä lihavuus 25 - 30, merkittävä lihavuus 30 - 35 ja vaikea lihavuus 35 - 40.

Painoindeksin ollessa yli 40 sitä kutsutaan sairaanloiseksi lihavuudeksi. Sairauksien riski suurenee painoindeksin ollessa alle 18,5 tai yli 25. Laskelman mukaan esimerkkitapauksen henkilöllä olisi lievä lihavuus. (Duodecim 2015b.)

2.5 Alkoholi ja tupakointi

Vuonna 2014 alkoholimyrkytykseen ja alkoholiperäisiin tauteihin kuoli 1 800 ihmistä. Heistä naisia oli 400 ja miehiä 1 400. Naisten keski-ikä oli 62 vuotta ja miesten 59 vuotta. (Tilastokeskus 2015a.) Alkoholin säännöllinen käyttö suurentaa riskiä sairastua krooniseen haimatulehdukseen, maksakirroosiin, ylähengitysteiden, ruoansulatuskanava sekä maksa- ja paksusuolisyöpään. Naisilla myös rintasyövän riski suurenee. Alkoholin korkea riskiraja naisilla on 12 - 16 annosta viikossa ja miehillä korkea riskiraja on 23 - 24 annosta viikossa. Kohtalainen riskiraja naisilla on 7 annosta viikossa ja miehillä 14 annosta viikossa. (Käypä hoito 2015.)

Verenpainepotilaista 5 - 11 %:lla alkoholi on syynä verenpaineen kohoamiseen. Keskimäärin yli kolme alkoholi päiväannosta kohottaa systolista verenpainetta 3 - 4 mmHg ja diastolista painetta 1 - 2 mmHg. Yli viidessä päiväannoksessa systolinen verenpaine kohoaa 5 - 6 mmHg ja diastolinen verenpaine 2 - 4 mmHg. 1 - 2 annosta alkoholia päivässä ei yleensä kohota verenpainetta, vaan kyseinen annosmäärä voi jopa alentaa verenpainetta. (Perry 2007, 78 - 77, 81, 178 - 179.) Vähentäessä runsasta alkoholin käyttöä kolmella tai neljällä annoksella päivässä verenpaine alenee keskimäärin 3 / 2 mmHg (Kukkonen-Harjula 2011, 132).

Pääosin alkoholi palaa maksassa. Muuttumattomana alkoholi poistuu hien, virtsan ja hengityksen kautta. Alkoholin poistumisnopeus pysyy aina samana: tunnissa poistuu yksi gramma puhdasta alkoholia kymmentä painokiloa kohden. Juodessa pullollisen punaviiniä sen poistumiseen menee yli 8 tuntia, ja yhteen ravintola-annoksen poistumiseen elimistöstä menee keskimäärin 2 tuntia. (Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö 2013.)

Tupakoinnilla on lukuisia terveyshaittoja. Se voi altistaa sydän- ja verisuonisairauksiin sekä keuhkosairauksille. Tupakointi altistaa myös erilaisille syöville, kuten keuhko-, kurkunpään-, haima-, maksa- ja vatsasyöväälle. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2016.) Tupakointi nostaa verenpainetta tilapäisesti. Tämä ei kuitenkaan tarkoita tupakoinnin olevan

hyväksi. Kohonnutta verenpainetta sairastavista tupakoitsija kuolee sydäninfarktiin 3 - 5 kertaa todennäköisemmin kuin tupakoimaton henkilö. Aivoinfarktiin kuolleisuus tupakoitsijalla on kaksi kertaa suurempi. Kahden peräkkäisen savukkeen polttaminen voi nostaa systolista ja diastolista painetta 10 mmHg. Ketjupolttajilla verenpaine voi olla koko valveillaolo ajan koholla. Joissakin tapauksissa on todettu tupakoinnin alentavan verenpainetta. Esimerkkitapauksessa kun nainen on polttanut 1 - 9 savuketta päivässä, hänen verenpaineensa voi olla matalampi kuin tupakoimattomalla tai ketjupolttajalla. Tähän syy on ollut naisen alhainen elopaino. (Perry 2007, 168 - 170.)

Tupakoinnin lopettaminen on yleensä hankalaa. Tupakoinnin lopettamiseen tarvitaan lujaa itsekuria, henkistä ja fyysistä tahtoa lopettamiseen sekä läheisten tuki on todettu hyväksi. Yleisimpiä vieroitusoireita ovat univaikkeudet, levottomuus, tupakanhimo, ärtyneisyys ja lisääntynyt ruokahalu sekä päänsärky. Vieroitusoireisiin käytettäviä nikotiinivalmisteita ovat purukumit, laastarit, suihkeet, imeskelytabletit ja sähköiset nikotiiniannostelijat. (Duodecim 2015d.)

Terveyden kohentuminen alkaa jo ensimmäisen päivän aikana, mutta vieroitusoireet voivat olla voimakkaita, jolloin olo voi tuntua huonolta. Vuorokauden kuluttua viimeisestä tupakasta elimistöstä häviää hiilimonoksidi ja kahden vuorokauden jälkeen nikotiini. Liman erityys voi lisääntyä silloin, kun keuhkot alkavat puhdistua sekä keuhkojen toiminta kohenee huomattavasti 2 - 3 kuukaudessa. Parin viikon kuluttua unen laatu ja määrä sekä stressin sieto muuttuvat paremmiksi. Ensimmäisen vuoden aikana riski sairastua sepelvaltimotautiin puolittuu. 5 vuodessa sydänkohtauksen riski puolittuu ja 10 vuodessa keuhkosyövän riski puolittuu. 5 - 15 vuoden kuluessa aivoinfarktin riski on sama kuin tupakoimattomilla. (Duodecim 2009.)

3 Vähävaraisten ja syrjäytyneiden terveyden edistäminen

3.1 Eriarvoisuus

Vuonna 2009 ISSP – international social survey programme teki eriarvoisuutta kartoittavan vertailututkimuksen, jossa vastaajat jaettiin viiteen eri ryhmään kuukausiansioiden mukaan. Alimman ryhmän tulot olivat 1 000 euroa kuukaudessa, ja ylimmän tuloryhmän kuukausiansiot olivat 3 200 euroa. Alimpaan tuloryhmään kuului naisista 26 % ja miehistä 15 %. Ylimpään tuloryhmään kuului naisista 11 % ja miehistä 29 %. Tutkimuksen mukaan nuoret alle 25-vuotiaat tienasivat vähiten ja parhaimmin tienasivat 46 - 55-vuotiaat. Akateemisesti koulutetuista 50 % kuului ylimpään tuloryhmään ja alimpaan tuloryhmään 10 %. Ei ammattikoulutetuista ylimpään tuloryhmään kuului 4 %, alimpaan tuloryhmään 45 %. Johtajista ylimpään tuloryhmään kuului 50 %, ammattitaitoiset työntekijät ylsivät kahteen ylimpään tuloryhmään, ja ammattitaidottomista työntekijöistä ylimpään tuloryhmään kuului 7 %. Vertailututkimuksen mukaan ammattitaidottomista työntekijöistä kuului kahteen alimpaan tuloryhmään lähes 50 %. Eriarvoisuus vaikuttaa elämään eri tavoin: esimerkiksi huonoimmassa asemassa olevat kokevat itsetunnon heikentymistä, sosiaalista arvostelua, ja usko statusarvon nousuun pienenee. (Blom, Kankainen & Melin 2012, 25 - 26, 29.)

Vaikka suomalaisten hyvinvoinnin taso ja terveys on kohentunut, silti väestön jakautuminen on eriarvoisempaa. Sosioekonomisten ryhmässä eriarvoisuus näkyy useassa terveyden ja hyvinvoinnin palveluissa. Sosioekonomisiin voimavaroihin kuuluvat esimerkiksi asumisentaso, varallisuus ja tulot. Heidän asemaansa ohjaavat sosiaaliset verkostot, arvot ja perinteet, jotka voivat altistaa terveyttä vaarantaville tekijöille. Ihmisten terveyteen vaikuttavat sosiaali- ja terveystalvelujen lisäksi elintavat, elinympäristöt, asumis- ja työolot. Suomessa terveydenhuollon järjestelmä ei ole tasavertainen. Parhaiten terveydenhuollon palveluista hyötyvät hyvässä sosioekonomisessa asemassa olevat. Eriarvoisuutta ja sosiaalisia terveyseroja pyritään kaventamaan terveellisillä elintavoilla, koulutuksilla, työllisyysmahdollisuuksilla ja palvelujen laadun yhdenvertaisuudella. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015.)

Koulutus- ja ammattiryhmien sosioekonomiset erot ravintoaineiden saannin, ravintovalintojen ja ravinnon kulutuksen välillä vaihtelevat huomattavasti. Varakkaampaan

talouteen nähden köyhempi talous joutuu ostamaan ruoat halvemmalla ja niitä ravintotuotteita, mihin heillä on varaa. Taloudellisesta arvosta huolimatta ravintoaineiden saanti on hyvin pieni. Vuonna 2002 tehdyssä Finravinto-tutkimuksessa havaittiin, että alimpaan koulutusryhmään kuuluvilla naisilla tyydyttyneen rasvan saanti oli suurempaa ja C-vitamiinin sekä kuidun saanti pienempää. Alimpaan koulutusryhmään kuuluvilla miehillä K-vitamiinin saanti oli huomattavasti pienempää. Ylempään koulutusryhmään kuuluvilla miehillä alkoholinkulutus oli muita koulutusryhmiä runsaampaa. Tutkimuksessa havaittiin alempien sosiaaliluokkien ruokavalion olevan muita perinteisempää. Perinteiseen ruokavalioon kuuluvat muun muassa keitot, kana-, kala- ja liharuoat. Perinteiseen ruokavalioon kuuluvat lisäksi peruna, voi, maito ja leipä. Ylemmän sosiaaliluokan ruokavalioon lisäksi kuuluvat muun muassa makeiset, juusto, kasvikset, hedelmät ja marjat. (Lahti-Koski 2005, 35 - 36.)

3.2 Vähävaraiset ja syrjäytyneet

Vuonna 2014 Suomessa eli köyhyys- tai syrjäytymisriskissä noin 904 000 henkilöä, mikä on koko väestöstä 16,8 %. Korkeimmillaan syrjäytymis- tai köyhyysriski oli vuonna 2010, jolloin riskissä oli 949 000 henkilöä. Vuonna 2014 tehdyn tutkimuksen mukaan toimeentulo-ongelmia oli 76 %:lla väestöstä ja vakavia toimeentulo-ongelmia 7 %:lla. Pienituloisiksi luokiteltiin ne, joiden rahantulo on alle 60 % suomalaisten keskitulosta. (Tilastokeskus 2015b.) Suomessa virallinen köyhyysraja on 60 % keskituloista. Vuonna 2008 60 %:n köyhyysrajan mukaan siihen kuuluivat opiskelijat, työttömät ja eläkeläiset. (Tilastokeskus 2010.)

Nykyisin kotitalouden määrä on keskimäärin 2,2 henkilöä. Vuonna 2016 Suomessa kotitalouksia oli 2 677 000, ja niistä palkansaajatalouksia oli 1,7 miljoonaa. Vuonna 2016 Suomessa työttömiä kotitalouksia oli 172 000, mikä on vuoteen 2015 verrattuna 5 000 työtöntä kotitaloutta vähemmän. Työttömyys oli vuonna 1994 suurimmillaan. Silloin työttömiä kotitalouksia oli 220 000. (Tilastokeskus 2018c.)

Köyhyyden tekijöitä ovat suurelta osin asumisen kalleus ja työttömyys. Talouskriisin vuoksi nykyisin on köyhyys lisääntynyt. Syksyllä 2008 alkaneen talouskriisin vuoksi toimeentulon vaikeudet syvenivät. Hiilamon ja Karjalaisen kirjoittaman artikkelin mukaan

köyhiksi määriteltiin ne ihmiset, jotka saavat Kelan asumistukea, toimeentulotukea tai hakevat kirkosta taloudellista apua. Kirjoittajat analysoivat absoluuttisen köyhyyden niihin, jotka eivät taloudellisesti pysty maksamaan omia asumiskustannuksia tai perustarpeita. Köyhyyden selkeitä tunnusmerkkejä ovat pitkäaikaistyöttömyys ja perusturvan riittämättömyys. (Hiilamo & Karjalainen 2010, 90 - 92.)

Pohjois-Karjalan sosiaaliturvayhdistys Jelli tarjoaa keskusteluapua, neuvontaa ja ryhmätoimintaa erilaisiin elämäntilanteisiin. Yhdistykseltä saa neuvonta-apua ja tukea esimerkiksi lainsäädännöissä, neuvontaa viranomaisasioissa, sosiaaliturvasta ja perusoikeuksista. Eri yhdistykset tarjoavat vapaaehtoistyönä ammattimaista vertaistukea ja keskusteluapua. Tuki- ja toimintaryhmät tarjoavat samankaltaisissa elämäntilanteissa oleville tukitoimintaa ryhmätoimintana. Ryhmätoiminta on mukavaa yhteistä ajanvietettä, ja tarvittaessa on mahdollista saada keskusteluapua. (Pohjois-Karjalan sosiaaliturvayhdistys ry 2018.)

Pohjois-Karjalassa seurakunta järjestää työttömille ja vähävaraisille hartaushetken sekä ilmaisen ruokailun. Tapahtuma järjestetään vuonna 2017 - 2018 Hammaslahden kerho- huoneella joka pariton keskiviikko. (Pohjois-Karjalan sosiaaliturvayhdistys ry 2018.)

3.3 Työttömien terveystarkastus

Terveydenhuoltolain (1326/2010) mukaan kunnan on järjestettävä terveystarkastukset työttömille sekä nuorille, jotka ovat jääneet opiskelun tai terveydenhuollon ulkopuolelle. Kunnan järjestämiin terveystarkastuksiin kuuluvat esimerkiksi terveystarkastus sekä ehkäisy- ja terveysneuvontaa. (Terveydenhuoltolaki 1326/2010.) Perusterveydenhuollossa tarkastetaan työttömien työ- ja toimintakykyä sekä edistetään työ- ja toimintakyvyn ylläpitämistä. Tarvittaessa ohjataan erikoissairaanhoidon tai lääketieteelliseen ja sosiaaliseen kuntoutukseen. Uudistuneessa mielenterveys- ja päihdesuunnitelmassa terveystarkastukset sisältävät päihde- sekä mielenterveysarvion. Uudistuneen suunnitelman tavoitteena on tunnistaa syrjäytymisriskissä olevat työttömät ja ohjata heidät tarvitsemiensa terveystarkastusten piiriin. Työtön voi itse hakeutua terveystarkastukseen. Pyyntö työ- ja toimintakyvyn arvioon voi tulla myös jonkin viranomaistahon puolelta. Terveystarkastuksen tekee terveydenhoitaja, joka tarvittaessa lähettää lääkärinvastaanotolle. Lääkärin tehtäviin

kuuluvat terveystarkastus, sairaudenhoito, työ- ja toimintakyvyn arviointi sekä lausuntojen teko. TE-toimisto ja Kela ovat osa moniammatillista tiimiä työ- ja toimintakyvyn arviossa sekä ylläpitämisessä. Kelan kautta voidaan hakea kuntoutustutkimusta tai kuntoutusselvitystä. TE-toimiston kautta voi saada työ- ja toimintakyvyn arvion kuntoutukseen tai suunniteltuun haettavaan ammattiin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013.)

Työttömien työnhakijoiden toiminta- ja työkyvyn arvioinnista organisoivat Työ- ja elinkeinotoimisto. TE-toimiston tehtäviin kuuluu tukea työttömien työllistymistä sekä auttaa työtöntä työnhakijaa löytämään työkykyään vastaavaa työtä tai koulutusta. Lisäksi TE-toimiston tehtäviin kuuluu työttömän työnhakijan terveystalvelujen ja kuntoutuksen jatko-ohjauksen toteutumisen varmistus. TE-toimisto varmistaa kuntoutuksen ja työkyvyn arviointiprosessin jatkuvuuden tarpeet. Terveystarkastuksessa löytyneiden työ- tai toimintakykyä alentavien tekijöiden vuoksi TE-toimisto järjestää yhteisen palaverin, johon osallistuvat työtön työnhakija, lääkäri tai terveydenhoitaja ja TE-toimiston edustaja. Palaveriin voi tarpeen mukaan osallistua Kelan edustaja tai sosiaalihuollon edustaja. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2013.)

3.4 Terveyden edistäminen ja eriarvoisuuden vähentäminen

Pääministeri Juha Sipilän tavoite on terveyden edistäminen ja eriarvoisuuden vähentäminen kärkihankesuunnitelmalla vuosille 2016 - 2018. Kärkihanke on osa hallituksen toimintasuunnitelmaa, jonka avulla edistetään hyvinvointia, vastuunottoa omasta elämästä. Toimintasuunnitelmassa lisäksi tavoitteena on edistää kansalaisten liikkumista, terveyttä ja mielenterveyttä sekä ehkäistä yksinäisyyttä. Tavoitteena on käyttää näyttöön perustuvia toimintamalleja, joilla edistetään heikoimmassa asemassa olevien vastuunottokykyä, hyvinvointia ja terveyttä. Tavoitteisiin kuuluvat myös kohderyhmän työllistyminen, työuran pidentyminen, työkyvyn kohentuminen sekä fyysinen ja psyykinen hyvinvointi. Yhteistyökumppaneita ovat muun muassa sairaanhoitopiirit, kunnat, järjestöt ja verkostot. Muita hallituksen kärkihankkeita ovat esimerkiksi osatyökykyisille väyliä työhön, palvelut asiakaslähtöisiksi, kehitetään ikäihmisten kotihoitoa ja vahvistetaan kaikenikäisten omaishoitoa. Hyvinvointi- ja terveystalveluinen analyysi tehdään vuoden 2018 lopussa, jossa tarkastetaan hankkeiden vaikutuksen kansan terveyteen ja hyvinvointiin. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016.)

Toimeentulotuki lain (1412/1997) mukaan jokaisella on velvollisuus omien kykyjen mukaan huolehtia itsestään ja olla oikeus toimeentulotukeen. Toimeentulotuen tarkoitus on turvata henkilön tai perheen taloudellisuus. (Laki toimeentulotuesta 1412/1997.) Toimeentulotuki kattaa muun muassa peruselinkustannukset, terveydenhuollon kulut, sähkön ja asumiskustannukset. Toimeentulotukea saadaan silloin, kun muita tuloja ei ole. (Hiilamo & Karjalainen 2010, 93 - 95.) Asumistukilain (93/2014) mukaan tuella avustetaan ruokakunnan asumismenoja. Tukea voi hakea Suomessa asuva henkilö. (Laki asumistuesta 93/2014.)

Vuonna 2018 Joensuun kaupungilla on meneillään alle 30-vuotiaille työllistymistä edistävää toimintaa ja hyvinvointia. Toimintaan kuuluvat lisäksi pitkään työttömänä oleville palvelujen ja toimeentulon mahdollistaminen sekä pitkäaikaistyöttömyyden ehkäisy. (Joensuu 2018b.)

Pohjois-Karjalan Sosiaaliturvayhdistyksen hallinnoima Kathy-toiminta eli Kansalaisten ja järjestöjen tietoyhteiskunnan kehittäminen ja toiminta-aika on 2001 - 2025. RAY rahoittaa toimintaa. Kathy-toimii Joensuussa Kansalaistalolla. Kathy toimintaan kuuluu muun muassa, nettikahvila, matalankynnyksen atk-neuvontaa. (Pohjois-Karjalan sosiaaliturvayhdistys ry 2018.)

Kaiku-hanke kehittää ja järjestää yhdessä Siun Soten, TE-toimiston sekä eri yhdistysten kanssa kuntouttavaa työtoimintaa. Hanke toimii vuosina 2015 - 2018. Toimintaa järjestetään Joensuun ja Kontiolahden kunnan alueilla. Kaiku-hanke tarjoaa yksilöllistä työhönvalmennusta heille, jotka siirtyvät kuntouttavasta työtoiminnasta työelämään tai opiskelemaan. Maahanmuuttajille tai suomalaisesta työelämästä kiinnostuneille, turvapaikanhajiolle tarjotaan tukea työllistymisessä. (Pohjois-Karjalan sosiaaliturvayhdistys ry 2018.)

Sosiaalisen osallisuuden edistämisen koordinaatiohankeessa eli Sokrassa torjutaan köyhyyttä ja edistetään sosiaalista osallisuutta. Hanke on Euroopan sosiaalirahaston rahoittama. Pää toteuttaja on Terveyden ja Hyvinvoinnin laitos. Osatoteuttajana toimii Diakonian Ammattikorkeakoulu. Hanke toimii vuosina 2014 - 2020. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2014.) Vuosina 2014 - 2017 on ollut lähes 200 hanketta, joihin osallistunut yli 2 000 henkilöä työelämän ulkopuolelta ja 4 000 pitkäaikaistyötöntä. Kohderyhmiin

kuuluvat muun muassa pitkäaikaistyöttömät, asunnottomat, vapautuvat vangit, nuoret, osatyökykyiset, päihde- ja mielenterveys kuntoutujat sekä ikääntyneet työttömät. Yhteistyönä hankkeista vastaa kansalaisjärjestöt ja kolmannen sektorin toimijat, oppilaitokset, yritykset, tutkimuslaitokset, seurakunnat ja kunnat sekä kuntayhtymät. (Terveys- ja hyvinvoinnin laitos 2018.)

4 Elintapaohjaus

4.1 Ohjausprosessi

Ohjaajan tehtävänä on porrastaa elintapamuutosprosessi eri vaiheisiin. Prosessin vaiheistaminen on ohjaajalle tärkeä työväline, mikä kuvastaa ammattitaitoista ohjaajaa ja ohjaus-tyyliä. Elintapamuutoksen aloittaneista noin 20 % onnistuu muutoksessa. Elintapamuutoksen eri vaiheita ovat harkinta-, suunnittelu-, toiminta-, ylläpito- ja repsahdusvaihe sekä muutosvaiheen soveltaminen. (Turku 2007, 55.)

Harkintavaiheessa muutosprosessia miettivä myöntää itselleen omat terveysongelmat ja elintapamuutoksen tarpeellisuuden. Muutoksen myöntäminen tulee yleensä jostain itselleen tärkeästä asiasta, ei toisten painostuksesta. Harkintavaiheen aikana ohjattava on miettinyt muutosta jo kauemman aikaa. Elintapamuutokseen ryhtyvä tässä vaiheessa on miettinyt, onko valmis muutosprosessiin ja miten tulee hyötymään muutoksesta. (Turku 2007, 56.)

Suunnitteluvaiheessa pohditaan eri vaihtoehtoja ja räätälöidään suunnitelmat sopivaksi muutokseen ryhtyvälle. Ohjaajan kanssa sovitaan aloittamisajankohta, tässä vaiheessa se sijoittuu yleensä lähiviikoille. Toimintavaiheessa elintapamuutoksesta on jo tullut kokemuksia, tässä vaiheessa myös negatiiviset kokemukset voivat tulla. Negatiiviset kokemukset yleensä johtuvat liikunnan aiheuttamista rasitusvammoista tai malttamattomuudesta. Negatiivisuus voi johtua esimerkiksi, jos paino ei putoa suunnitelmien mukaan. Ylläpitovaiheessa elintapamuutos kestänyt vähintään 6 kuukautta. Muutokset aletaan hyväksyä osaksi pysyvää elintapaa ja nähdään pysyvänä elintapa prosessina. Yleensä kestävään ja pysyvään muutokseen tarvitaan useampi yrityskerta sekä pitkä ajanjakso.

Ylläpitovaiheessa sovitaan mahdolliset jatko-ohjaukset, määritellään tilanteet ja milloin ohjattava ottaa yhteyttä ohjaajaan. Esimerkiksi jos tulee tilanne, milloin ohjattava ei tunne yksin pärjäävänsä ja tarvitsee ohjaajan tukea. (Turku 2007, 57 - 59, 78 - 79.)

Muutosprosessin jatkuessa kohti pysyvää ja kestäväää elintapamuutosta, on yhtenä osana repsahdusvaihe. Repsahdaminen voi olla pysyvää tai väliaikaista sekä repsahdaminen voi tulla missä vaiheessa hyvänsä. Repsahdamisen on tutkittu olevan normaalia prosessin aikana, eikä sitä pidä tulkita epäonnistumiseksi. Ohjauksessa tavoitteena ei ole estää repsahdusten tuleamista, vaan auttaa ohjattavaa selvitä niistä eteenpäin. Ohjaajan hyvänä apuvälineenä on muutosvaiheenmalli, joka tehdään jokaiselle ohjattavalle henkilökohtaisesti. Ohjausmalli on käytännönläheinen ja auttaa ohjaajaa näkemään todellisuuden kuvan sen hetkisestä tilanteesta. Muutosvaihemallissa ohjaus ei aina mene asteittain vaihe vaiheelta eteenpäin. Ohjaajan on tulkittava ohjattavan tilannetta sekä edistymistä ja sen mukaan ohjausmallissa edetä eteenpäin tai taaksepäin. Muutosmallissa alkukartoitus on tärkeä käydä tarkoin läpi. Alkukartoituksessa käsitellään elintapamuutoksen osa-alueet asteittain läpi, koska muutokset joka alueella ei kulje samaan tahtiin. Elintapamuutos alueita ovat esimerkiksi liikunta, ravinto, painonpudotus sekä tupakointi ja alkoholi. (Turku 2007, 60 - 63, 74.)

Ohjausprosessi aloitetaan alkukartoituksella, missä selvitetään taustatiedot ja kokonaiskuva sen hetkisestä tilanteesta. Selvitetään ohjaajan ja asiakkaan kanssa elintapaohjauksen pituus ja ohjaukseen sitoutuminen. Alkukartoituksen jälkeen sovitaan asiakkaan yksilötapaamisten tavoitteista, selvitetään mieltä painavat asiat, koetut ongelmat ja niiden aiheuttajat. Elintapaohjauksessa tärkeänä tekijänä ovat myös omaiset ja läheiset ihmiset sekä heidän tuki koko prosessin ajan. Ohjauksen pituus sovitaan yhdessä asiakkaan kanssa. Jokaiselle ohjauskerralle sovitaan sisältö, joka auttaa asiakasta työstämään prosessia eteenpäin ja motivoi kehittymään kohti hänen tavoitettaan. Ohjaajan tulee löytää toimivat harjoitteet, työkalut, menetelmät ja soveltaa ne jokaiselle asiakkaalle sopiviksi. Ohjaajan tehtävänä on kulkea rinnalla, mahdollistaa ja kannustaa kehittymistä koko prosessin ajan. Kehittymisen ja työn tekee pääosin asiakas itse. Elintapaohjauksissa opetellaan taitoja sosiaaliseen elämään ja terveystyötytymiseen sekä opetellaan uusia liikunta tottumuksia. Sosiaalisen elämän lisääntymisen on havaittu lisäävän halua muuttaa terveystyötytymistä ja liikunnallisuutta. Ohjauksessa seurantamenetelminä voidaan käyttää esimerkiksi painonseurantataulukkoa sekä liikunta- ja ravitsemuspäiväkirjaa.

Seurantamenetelmien myötä asiakas pystyy havainnoimaan muutoksia elintavoissa ja tarkoituksena muutosten myötä motivoida prosessissa eteenpäin. Lopuksi keskustellaan ja arvioidaan prosessin onnistuminen sekä mitä on saavutettu, ja kuinka asiakas jatkaa elintapamuutostaan ilman ohjaajaa. (Kangasniemi & Kauravaara 2016, 102 - 107.)

Elintapaohjauksen tukena on käytettävissä Ota-ohjauskartta. Ota-ohjauskartta sisältää aineistoa muun muassa liikunnasta, unihuollosta, ruokatottumuksista ja stressinhallinnasta. Ota-ohjauskartassa on myös tietoa aineistosta tupakoinnin ja alkoholin terveyshaitoista sekä niiden lopettamisen mahdollisuuksista. Ohjauskartan sisältö ja muutossuunnitelmat käydään läpi yhdessä terveydenhuollon ammattilaisen kanssa. Ohjauksen tukena käytetään esimerkiksi stressi-, liikunta- ja ravintolomakkeita. Ohjauksessa käytettäviä testejä ovat suolan, sokerin ja kuidun saanti sekä liikuntatottumusten testaaminen. Verkossa tehtävät Fagerströmmen-testit kertovat tupakoitsijoiden nikotiiniriippuvuuden. Finriski-laskuri näyttää jopa 10 vuoden päähän onko riski sairastua aivoverenkiertohäiriöön tai sydäninfarktiin. Liikkumisen osiossa läpi käydään liikunnan tuomat terveyshyödyt ja haitat. (Ammattilaisnetti 2018.)

4.2 Ohjaus liikkumiseen

Aloittelijan virheitä yksin urheillessa, ovat esimerkiksi liian kova rasitus kuntotaso nähdessä ja yksipuolinen harjoittelu sekä vääränlainen lajitekniikka. On huomattu, että ohjaajan tuki ja ohjatut harjoittelut nopeuttavat tavoitteeseen pääsyä sekä motivaatio liikkumiseen kasvaa. Liikunta harrastuksen alkuvaiheessa suositellaan ohjaajan ottamista. Ohjaajalta saa tukea ja ohjausta kohti omia tavoitteita. Ohjaajina toimivat esimerkiksi liikunnanohjaajat, fysioterapeutit ja personal trainerit. Ohjaajan työnkuvaan kuuluvat ohjauslajeihin esimerkiksi kävely- ja kuntosaliharjoitteluun. Asiakkaalle tehdään henkilökohtainen liikuntaohjelma. Ohjaukseen varataan aikaa ja ohjauskertoja sovitaan useampi. Liikunnan aloittaneille tai painonpudottajille ohjauskertoja on aluksi hyvä olla jopa viikoittain. Ohjauksessa käydään ensin läpi tavoitteet ja määritetään välitavoitteet. Ohjaajan kanssa käydään yhdessä myös läpi arjen ja elämäntilanteen tuomat haasteet sekä esteet. Ohjauksessa on tärkeää rakentaa keskeinen luottamus. Lisäksi käydään läpi aikaisemmat liikuntakokemukset. Apuvälineitä ohjauksen tukena ovat esimerkiksi liikuntapäiväkirja ja askelmittari.

Liikuntatilanteen arvioon on kyselylomakkeita sekä kuntotaso voidaan kartoittaa kuntos-testillä. Kuntotestejä on esimerkiksi UKK-instituutin kävelytesti, polkupyöraergometri-testi ja lihaskuntotesti. (Hakkarainen 2015, 186 - 187.)

Ohjaajan tehtäviin kuuluvat esimerkiksi valvoa suoritusta, motivoida ja neuvoa lajien oikeanlaiseen tekniikkaan sekä pitää liikuntasuorituksen rasitus kuntoutujan kuntotasoon nähden sopivana. Liikuntaohjelma perustuu kuntoutujan tavoitteisiin ja se aloitetaan mielekkäillä urheilulajeilla. Aluksi suositeltavia lajeja ovat esimerkiksi kävely, vesiliikunta, pyöräily ja talvella hiihtäminen. Liikuntasuoritukset kestävät kerrallaan noin 20 - 40 minuuttia ja 1 - 2 kertaa viikossa. Kunnan kohentuessa ja kehittyessä liikunnan määräkin nousee. Askelmittarilla on hyvä ja helppo seurata liikunta tavoitetta. Askeltavoitteet voivat aluksi olla 10 000 askelta päivittäin. Päivittäiseen askelmäärään lisänä tulee kuntoliikunta päivien askeleet, jolloin vuorokauden askelmääräksi voi tulla lähes 15 000 askelta. Henkilökohtaista liikuntaohjelmaa on helppo kirjata esimerkiksi ruutuvihkoon tai seuranta ylläpitää päiväkirja tyypisesti. Ohjaajan kanssa käydään läpi liikuntaohjelman toteutus ja seuranta merkinnät. (Hakkarainen 2015, 190 - 191.)

UKK-instituutin kävelytesti voidaan tehdä ryhmässä tai yksin. Ennen testiä arvioidaan testin sopivuus osallistujalle ja täytetään terveystarkastus. Kävelytesti sisältää 2 kilometrin kävelymatkan tasaisella alustalla sisällä tai ulkona esimerkiksi yleisurheilukentän juoksuradalla. Kävelytahti on reipasta. Testitulokset tulevat käytetystä ajasta, sydämen lyöntitiheydestä, joka mitataan heti kävelyn loputtua sekä sukupuolesta ja painoindeksistä. UKK-instituutin laatima tietokoneohjelma laskee kuntoindeksin. (Hakkarainen 2015, 189.)

Polkupyöraergometrillä mitataan verenkiertoelimistön ja sydämen kuntoa. Testillä saadaan hyvä näkemys fyysisestä yleiskunnosta. Testin aikana testattavan sykettä ja räsitusta seuraa testintekijä. Ergometria poljetaan 12 minuutin ajan, kuormitusta nostetaan 3 - 4 minuutin välein. Maksimi kuormitus pyöraergometritestissä on 85 % mitatusta maksimisykkeestä tai ikää vastaavasta maksimisykkeestä. Testillä saadaan arvio maksimaalisesta hapenotto-kyvystä. (Hakkarainen 2015, 189 - 190.)

Lihaskuntotesti on helppo tehdä ja siinä näkee kehityksen ja edistymisen helposti. Yleisimmin lihaskuntotesteillä kartoitetaan suurten lihasryhmien kapasiteettia ja pystytään havainnoimaan kuntotestin tekijän arkiliikkumisen suorituskykyä. (Hakkarainen 2015, 190.)

4.3 Ohjaus painonhallintaan

Painonhallintaryhmiä järjestävät perus- ja työterveyshuollon koulutetut painonhallinta ohjaajat. (Turku 2015, 116). Painonhallintaryhmissä opetellaan uusia elintapoja ja saadaan ohjausta laihtumiseen. Ryhmätapaamiset sisältävät myös yksilöohjausta. Painonhallintaryhmän etuja on esimerkiksi vertaistuki, yhteenkuuluvuus ja uudet ystävyysuhteet. Ryhmäohjauksen lisäksi ohjaajalle kuuluu tiedon jakaminen, tavoitteiden, sovitun ohjelman ja työskentelyn sujuminen. Ryhmätapaamisia on yleensä 5 - 10 tapaamiskertaa sekä tavoitteena on järjestää sama ohjaaja jokaiselle kerralle. Tapaamiskerroilla luentoja pitävät muun muassa liikunnanohjaajat, ravitsemusterapeutit, lääkärit tai psykologit. Ryhmätapaamisen pituus on 75 - 90 minuuttia ja tietoisuuskäytännöt kestävät noin 15 - 20 minuuttia. Teorian jälkeen on ryhmäkeskustelua, tehtäviä, harjoitteita ja pohdintaa käydystä aiheesta. Tapaamisissa keskustellaan esimerkiksi lihavuuteen liittyvistä käyttäytymisistä, tilannetekijöistä, keinoja hallita ja ohjata käyttäytymistä. (Lappalainen & Lappalainen 2015, 213 - 234.)

Tilanteissa milloin ryhmätoiminta ei esimerkiksi ujouden takia onnistu tai ryhmäohjausta ei ole mahdollista järjestää, on asiakkaan kannalta parasta järjestää painonhallinta yksilöohjauksena. Yksilöohjaus ei sisällöltään poikkea ryhmäohjauksesta. Ohjaustilanteet voivat olla henkilökohtaisempia ja ohjaus on yksilöllisempää. Yksilöohjaukseen kuuluvat alkutilannekartoitus, säännöllinen punnitus, tavoitteiden asettaminen ja muutosten hahmottaminen sekä elintapamuutoksen toteutus. Yksilöohjauksen apuvälineinä ovat erilaiset harjoitteet ja tehtävät, joita voidaan käyttää itsenäisesti laihtumisen ohella. Ohjaajan rooli on toimia henkilökohtaisena valmentajana ja neuvonantajana. (Lappalainen & Lappalainen 2015, 208 - 209.)

Elintapamuutoksen alussa on arvioitava oma jaksaminen ja elämäntilanteen kuormittavuus. Sisäinen motivaatio kehittyy ja kasvaa ammattitaitoisen ohjauksen sekä oman

aktiivisuuden myötä. Toimiva painonhallinta on pysäyttää painonnousu hallitsemalla omaa syömistä. Ohjauksessa on syytä arvioida stressitasoa ja sen perusteella tehdä siihen sopiva muutostavoite. Koti- ja työelämän ollessa tasapainossa tavoitteeksi voi laittaa isomman painonpudotuksen. Suunnitelmaa tehdessä on järkevintä aloittaa siitä, mitkä tuntuvat helpoimmilta esimerkiksi kasvisten lisäämisestä tai ateriarhythmin muutoksesta. (Turku 2015, 112 - 116.)

Motivaatio yleisesti vaihtelee muutosprosessin aikana. Motivaation ollessa alhaalla voi repsahduksia tulla ja painonhallinnassa tulla takapakkia. Motivaation puutteen vuoksi on tärkeä säilyttää ruokailun säännöllisyys. Ruokailun säännöllisyys on kestävä tapa saada oman painonhallinta kuriin. Repsahdustilanteiden varasuunnitelmat on hyvä tehdä etukäteen, mitä useampi varasuunnitelma, sitä todennäköisempää on onnistuminen. On opittava tunnistamaan repsahduksen riskitilanteet ja kuinka saada tilanne hallintaan ilman repsahdusta. Repsahduksiin varautumisessa on kaksi erilaista strategiaa: toiminnallinen- ja kognitiivinen strategia. Toiminnallisessa strategiassa pyritään ennakoitua tunnistamaan riskitilanteet ja hallitsemaan riskitilanteet opittujen toimintatapojen avulla. Kognitiivisen strategian avulla saadaan etukäteen katkaistua repsahdusten noidankehäilmiö. Painonhallinnassa on tärkeä osata tulkita takapakit osaksi prosessia ja oppia niistä mihin tilanteisiin kannattaa kiinnittää vielä huomiota. Itsensä palkitseminen on osa painonhallintaprosessia ja motivaation ylläpitoa. (Turku 2015, 112 - 116.)

4.4 Ravitsemuksen ohjaus

Ruokavalinnat ja syöminen on osa elintapojen kokonaisuutta. Elintapoja muuttaessa on myös opeteltava uusia syömistottumuksia, joka voi olla aikaa vievää ja aluksi raskasta. Muutokset yleensä aloitetaan asioiden tärkeysjärjestykseen asettelulla, kartoitetaan syömiseen liittyvät ajatukset ja oma jaksaminen sekä mieliala elintapamuutosta kohtaan. Uuden syömistottumuksen tavoitteena on terveellinen ja kevyempi syöminen. Kaikkea ei tarvitse muuttaa. On havaittu, että 2 - 3 ravitsemus muutosta riittää ja 4 - 5 muutosta varmistaa painonpudotuksen pysyvyyden. (Borg 2015a, 128 - 129.) Päivittäinen energiasaannin tarve naisilla on noin 2 000 - 2 500 kilokaloria ja miehillä noin 2 500 - 3 000 kilokaloria. Terveellisen ruokavalion 3 peruselementtiä ovat ruoan sisältämät ravintoaineet, energia ja neste. (Nummenmaa & Seppänen 2014, 15.) Aloittaessa

elintapamuutoksen ravitsemusmuutosten tottumiseen voi mennä viikoista kuukausiin. Tottumiseen helpottaa säännölliset ateriarytmit. Säännöllisellä ateriarytmillä kovat nälän tunteet pysyvät kurissa ja verensokerit tasaisempina sekä illan mieliteot vähenevät. (Borg 2015b, 152.)

Sopivan ateriarytmin löytäminen on tärkeä osatekijä painonhallinnassa ja painonpudotuksessa. Aterioiden tulee olla monipuolisia ja energialtaan riittävän isoja. Kuidun ja proteiinin saanti on aterioilla tärkeää. Aterioista aamupala ja lounas ovat kooltaan muita aterioita isompia. Tavoitteena on parempi syömisenhallinta loppupäivästä. (Rinta 2015, 138.) Kasvisten käyttöä voi lisätä esimerkiksi seuraavilla tavoilla: hedelmä osana aamupalaa, lounaalla salaattia lautasmallin mukaan, välipalaksi vihannesannos tai hedelmä, päivällisellä lisänä vihanneksia ja iltapalaksi marjoja. Päivittäinen kokonaisnestemäärä on 2 000 - 3 000 millilitraa. 1 000 - 1 500 millilitralla nestettä saadaan säilytettyä päivittäinen nestetasapaino. (Borg 2015b, 152.)

Ruokapäiväkirja on hyvä apuväline syömistottumusten ja ruokavalintojen tarkkailussa. Ruokapäiväkirjaan merkitään esimerkiksi ateria kellonaika, paikka, syöty ruoka, nälänkokemus, tunteet ja ajatukset. Tarkka kirjaaminen edesauttaa löytämään sopivat elintapamuutokset. Ruokapäiväkirjaa täytetään yleensä 3 - 5 vuorokautta, kirjaa voi pitää vaihtelevasti painonhallintaprosessin aikana. Kirjaaminen on tarkkaa ja aikaa vievää sekä voimavaroja kuluttavaa. Päiväkirjaa suositellaan pitämään silloin, kun on itselleen rehellinen. Ohjaajalle ruokapäiväkirja antaa kokonaiskuvan syömisestä ja syömistottumuksista. Päiväkirjasta voi havainnoida asioita omasta ravitsemuksesta, joita ei ole aikaisemmin välttämättä ole tiedostanut. Ruokapäiväkirjaa voidaan arvioida tarkistuslistan avulla (liite 2). Ruokapäiväkirja tarkistuslistaa voidaan käyttää esimerkiksi kyselyn omaisesti kyllä tai ei vastauksilla tai numeraalisesti 0 - 5 vastauksilla. Listan avulla arvioidaan syömiseen vaikuttavat elintapatekijät ja ravitsemusohjeiden toteutuminen. Tarkistuslistan avulla nähdään mahdolliset ongelma-alueet ja voidaan paneutua tarkemmin niihin ongelmakohtiin. (Borg 2015a, 140 - 142.)

4.5 Tupakoinnin lopettamisen ohjaus

Tupakoinnin lopettamisen ohjausta voidaan tehdä yksilöllisesti ja ryhmissä. Ohjaajan on oltava ymmärtäväinen, motivoiva, empaattinen ja rohkaiseva sekä tukea antava. Ohjauksessa käydään läpi syitä muun muassa, miksi ohjattava haluaa lopettaa. Minkälaisia tuntemuksia tupakoinnin lopettaminen aiheuttaa ja pelkoja tupakoinninlopettamisesta sekä onnistumisia muutosprosessin aikana. Ohjauksen tavoitteena on auttaa ohjattavaa tunnistamaan repsahtamiseen liittyviä oireita, kehittämään ratkaisuja ja harjoitteita ongelmatilanteissa. Harjoitteissa opitaan esimerkiksi välttämään houkutusia sekä opitaan elintapamuutoksia, joilla stressi lievenee. Muutoksen edellytykset ovat luopua vanhoista tavoista, taito oppia ja omaksua uudet elintavat sekä omaksua uusi minäkuva. Ohjattavan kanssa kehitellään yksityiskohtainen toiminta- ja varasuunnitelma tavoitteelliseen itsesääätelyyn. Ohjauksessa kehitellään keinoja, kuinka kieltäytyä muiden aiheuttamista ärsykkeistä. Mitä voisi tehdä, kun kaveri pyytää tupakalle ja kuinka kieltäytyä siitä? Mitä voi tehdä, jos ystävä kieltäytymisestä huolimatta jatkaa houkutusta? Mitä jatkossa tehdä se aika, kun ennen on pitänyt tupakkataukoja? (Käypä hoito 2011.)

4.6 Alkoholi- ja päihderiippuvaisen ohjaus kuntoutukseen

Päihdeongelmainen tulee terveydenhuollon palveluun yleensä jonkin fyysisen tai psyykkisen syyn takia. Esimerkki syitä ovat tapaturma, rytmihäiriöt, kohonnut verenpaine, masennus ja unettomuus sekä ahdistuneisuus. Keskusteluissa on oltava kannustava ja ilmapiin avoin. Aluksi kysymykset ovat valintakysymyksiä, joihin voi vastata kyllä tai ei. Näin saadaan luotua hoitosuhde, eikä päihdeongelmainen ahdistu liiallisista kysymyksistä. Haastattelussa tulisi myös kysyä lääkkeistä, huumeista ja alkoholin sekakäytöstä. Käytössä olevia kyselyjä on Audit, alkoholipäiväkirja ja SADD. Päihdehuollon erityispalveluihin kuuluu A-klinikat, A-klinikkasäätiön päihdesairaala, kuntoutuslaitokset ja katkaisuhoidot sekä nuorisoasemat. Näiden palvelut tarjoavat psykososiaalisia palveluja, katkaisu- ja vieroitushoitoja. Kunnan tehtävä on järjestää riittävä hoito päihdeongelmaiselle ja hänen omaisille. Hoito perustuu päihdehuoltolakiin (41/1986). Hoito aloitetaan yksikössä, jossa ongelma tulee ilmi. Päähtyneen henkilön päihdehuollon tarve arvioidaan akuuttihoitoon yhteydessä. Katkaisu- ja vieroitushoitoja annetaan terveyskeskuksissa ja erikoissairaanhoidon päihdepsykiatrian yksiköissä. (Käypä hoito 2015.)

5 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tehtävä

Opinnäytetyön tarkoituksena on saada kohderyhmän henkilöt kiinnostumaan oman terveyden ylläpidosta. Tavoitteena on edistää heidän terveyttään ja hyvinvointiaan. Tehtävä oli pitää yksilöllisiä elintapaohjaustuokioita.

6 Toiminnallinen opinnäytetyö

6.1 Lähtökohta

Toiminnallinen opinnäytetyö on usein työelämälähtöinen produktio. Usein työn pohjana on toimeksiantajalta saatu lähtökohta ja tilaus työn toteuttamiseksi. Työn toiminnallinen osuus toteutetaan laaditun suunnitelman mukaisesti. Työ tulee raportoida ja siinä tulee esittää työn tietoperusta sekä kuvaus työn suorittamisesta suhteessa tietoperustaan. (Karelia-ammattikorkeakoulu 2018, 7 - 8.)

Toiminnallisella opinnäytetyöllä haluttiin varmistaa terveydenhuoltopalveluiden ulkopuolelle jääneiden, syrjäytyneiden tai syrjäytymisuhan alla olevien henkilöiden riittävät tiedolliset ja taidolliset lähtökohdat peruselintapojen ylläpidosta. Ennakkotutkimusta kohderyhmän tiedoista ja taidosta ei järjestetty. SPR:n ruoka-apujakelun järjestäjillä oli omaan kokemukseen perustuva tuntuma kohderyhmän tietojen puutteellisuudesta toiminnallisen opinnäytetyön aihealueista. Lopullisen aihealueen valinnan ohjattavat yksilöt päättivät itse ohjaustilanteessa oman kiinnostuksen ja tarpeen mukaan.

6.2 Toimeksiantaja ja asiakaskunta

Toimeksiantaja oli Siun sote, Joensuun kaupunki, Sosiaali- ja terveyskeskus, Joensuun kuntapilotin projektipäällikkö / kehittäjäsaaraanhoitaja. Toimeksiantajan työpiste sijaistaa Joensuussa, Torikadulla. Toimeksiantaja on mukana Omahoito ja digitaaliset arvopalvelut ODA-kärkihankkeessa. Palvelut sisältävät pitkäaikaistyöttömille suunnitellut

hyvinvointivalmennuksen ja hyvinvointitarkastuksen. Hankkeen toiminta-aika on 1.1.2016 - 31.10.2018. ODA-kärkihanke on toiminnassa muun muassa Espoossa, Joensuussa, Kuopiossa, Sodankylässä ja Lahdessa sekä Oulussa. (Joensuu 2018a.)

Ruokajakelu puolen vastuhenkilö toimi tukihenkilönä toteutuskertojen aikana. Vastuhenkilö työskentelee Pohjois-Karjalan sosiaaliturvayhdistyksessä järjestön kehittäjänä, ja työpisteensä on Rantakylän Hyvinvointiasema.

Elintapaohjaukseen osallistui työttömiä, vähävaraisia, syrjäytyneitä ja opiskelijoita. Kohderyhmään kuuluvat ovat SPR:n ruoka-apupalvelun asiakkaita. Utran puukoulun ilmoitustaululla tiedotettiin ohjauksen järjestämisestä ja siihen osallistumisesta. Puukoulun tiloissa SPR:n ruoka-apujakelu järjestetään säännöllisesti kolme kertaa viikossa, maanantaisin, keskiviikkoisin ja perjantaisin. Ohjaukseen osallistumiseen oli vapaa mahdollisuus kaikilla ruokapalveluiden asiakkailla. Utran puukoulu on vanha kansakoulu 1860-luvulta (Joensuu 2015). Tiloja ylläpitää ja vuokraa tällä hetkellä Utran asukasyhdistys ry. Puukoulun tiloissa voi käydä kahvilla lukemassa lehtiä tai seurustella muiden kävijöiden kanssa. Puukoulun tiloja voi vuokrata Utran asukasyhdistyksen kautta. (Kylätieto Pohjois-Karjala 2016.)

6.3 Tiedonhaku

Toiminnallisen työn keskeinen vaihe oli suunnitella ohjaustilanteiden kulku ja sisältö. Ohjaustilanteissa ohjattavat valitsivat aiheen oman kiinnostuksen ja tarpeen mukaan. Toimeksiantajalla oli käsitys keskeisistä tarpeista asiakaskunnan elintapaohjaukseen. Toimeksiantajan kanssa pidettiin yhteinen suunnittelupalaveri, jossa kartoitettiin keskeiset vaatimukset ohjaustilanteille. Yhteisen suunnittelupalaverin perusteella laadittiin ohjaussuunnitelmat eri aihealueisiin. Keskeistä oli varmistaa riittävä tietopohja tilanteissa, valmius kuunnella asiakasta sekä edetä asiakkaan tilanteen ja valmiuksien mukaan. Keskeiset teokset elintapaohjauksen tietopohjaksi valikoituivat oman kokemuksen ja yhteisen suunnittelun kautta. Valikoidut aiheet olivat ravinto, liikunta, painonhallinta ja alkoholi sekä tupakointi.

Tietokantoja, joita teoria tiedon tiedonhaussa käytettiin, olivat Terveysportti, Duodecim, Käypä hoito -suositukset, sosiaali- ja terveysministeriö sekä Tilastokeskus. Yleisimmät sanat, joita tiedonhaussa käytettiin, olivat työttömien terveystarkastus, eriarvoisuus, verenpaine, liikunta, painonhallinta, ravitsemus, tupakointi ja alkoholi.

6.4 Elintapaohjausten suunnittelu ja toteutus

Motivoivan ohjauksen periaatteina voidaan pitää seuraavia keskeisiä osa-alueita. Panostetaan luottamuksen ja turvallisuuden tunteeseen. Myös ohjaajana on oltava valmis muutokseen. Pelkkä tiedon tarjoilu ohjattavalle ei ole riittävä tuki. Ohjattavan tulee itse haluta muutosta. Määrääminen ja painostaminen eivät luo motivaatiota. Ohjattavaa houkutellessaan muutokseen. Ohjaajan tulee olla valmentajana ohjattavalleen. Vallitsevalla tilanteella on merkittävä vaikutus myös motivaation syntyyn. (Turku 2007, 41 - 43.)

Toimeksiantajan kanssa sovittiin pidettäväksi elintapaohjaustuokiot syksyllä 2016. Toimipiste sijaitsi Utran puukoulun sivurakennuksessa sijaitsevassa Semppi-pisteen tiloissa. Huone oli toimeksiantajan puolesta varattu sekä ilmoitukset elintapaohjauksista puukoulun ilmoitustaululle oli ennakkoon laitettu. Kuukausi etukäteen tilat tarkistettiin ja hyväksyttiin suunnitelmiin sopiviksi. Tila oli avara, pöytä ja tuolit olivat valmiina sekä odotusaulana pystyi käyttämään toista huonetta. Verenpainemittari oli Semppi-pisteessä valmiina (liite 3). Ensimmäiselle toteutuskerralle tehtiin valmiiksi elintapaohjaukset ravinnosta, liikunnasta, painosta, verenpaineen mittauksesta, tupakoinnista ja alkoholista. SPR:n ruoka-apujakeluiden työntekijät, ja tilaisuudesta vastaava vastuhenkilö lupautuivat ennakkoon ilmoittamaan elintapaohjaustuokiosta. SPR:n ruoka-apujakelun vastuhenkilö laittoi puukoulun ilmoitustauluille ilmoitukset elintapaohjaustuokion toteutuspäivistä ja kellonajoista. Ohjausten ajankohdat, paikka ja ohjauksen menetelmät sovittiin yhdessä toimeksiantajan kanssa. Toimeksiantajan kanssa todettiin, että luottamus ja ”matala kynnyksen” osallistumiseen toteutuvat yksilöohjauksessa.

Elintapaohjauksessa ja verenpaineen mittauksessa kävijöitä oli opiskelijoista eläkeläisiin ja kaikilla yhteinen tekijä oli vähävaraisuus. Useat ohjattavat halusivat kuulla ravinnosta, suolan käytöstä ja kuinka ne vaikuttavat verenpaineeseen. Erään henkilön kanssa keskusteltiin köyhyydestä ja ruoka-apupalveluista. Ohjattava oli juuri todettu köyhäksi ja asia

vaivasi häntä sekä hän halusi keskustella kyseiseen asiaan liittyvistä huolista. Ohjattavaa kehoitettiin ottamaan yhteyttä Pohjois-Karjalan sosiaaliturvayhdistyksen järjestönkehittäjään, jotta he voivat yhdessä käydä läpi tukiasioita ja erilaisia vertaistukiryhmiä. Diabeetikoiden kanssa juteltiin ruokavaliosta, liikunnasta, ja osaa oli muistutettava myös päivittäisestä nesteen tarpeesta. Muutama oli lopettanut tupakoinnin jokin aika sitten. Tupakoinnin lopettaneet olivat kiinnostuneet tietämään, kuinka lopettaminen vaikuttaa elimistön terveyteen.

Toinen mittaus ja elintapaohjauspäivä oli hyvin paljon samanlainen kuin ensimmäinen. Samoja asiakkaita ei käynyt, vaan kaikki olivat uusia asiakkaita. Diabeetikoiden kanssa puhuttiin liikunnan merkityksestä sairauteen ja myös verenpaineeseen. Yksi ohjattavista oli tehnyt elintaparemontin, pudottanut painoa jo 15 kilogrammaa, ja tavoitteena vielä noin 10 kilogrammaa. Ohjattavan kanssa puhuttiin hyvin laajasti vähän kaikista osa-alueista. Ohjattavasta havaittiin, kuinka paljon painon pudotus on vaikuttanut vireystasoon ja kokonaiseen hyvinvointiin. Verenpainelääkityksestä puhuttiin heidän kanssaan, joilla lääkitys oli jo alkanut. Elintapaohjauksissa käyneet kertoivat lähtiessä olevansa kiitollisia saamastaan elintapaohjauksesta.

Kolmantena kertana elintapaohjausten lisäksi, verenpaineen mittauksessa kävi asiakkaita, jotka eivät halunneet elintapaohjausta. Tälläkin kerralla kaikki olivat uusia kasvoja. Osa kävijöistä oli nähnyt ilmoitukset aikaisemmin, mutta pääsivät tulemaan vatsa viimeiselle kerralle. Liikunta ja ravinto olivat suosituimmat aiheet. Keskusteltiin myös omaisten menetyksestä ja surutyöstä. Heille kerrottiin erilaisista vertaistukiryhmistä ja ryhmätilaisuuksista mitä, Pohjois-Karjalan sosiaaliturvayhdistys järjestää. Ohjauksessa kävi myös säännöllisesti liikuntaa harrastavia. He olivat kiinnostuneita tietämään oman painoindeksin. Heidän kanssaan puhuttiin myös ravinnosta ja tupakoinnin vaikutuksesta elimistöön.

6.5 Elintapaohjausten arviointi

Järjestettyä toimintaa arvioitiin ohjaustilanteiden omien kokemusten ja havaintojen avulla. Elintapaohjaustuokiot arvioitiin myös asiakkaiden antamien palautteiden, osallistumisen ja toimeksiantajalta saamani palautteen perusteella. Toimeksiantaja oli

tyytyväinen elintapaohjaustuokioihin. Toimeksiantaja olisi tyytynyt yhteen suorituskertaan, mutta oman oppimisen kannalta halusin järjestää kolme erillistä elintapaohjaustuokio kertaa.

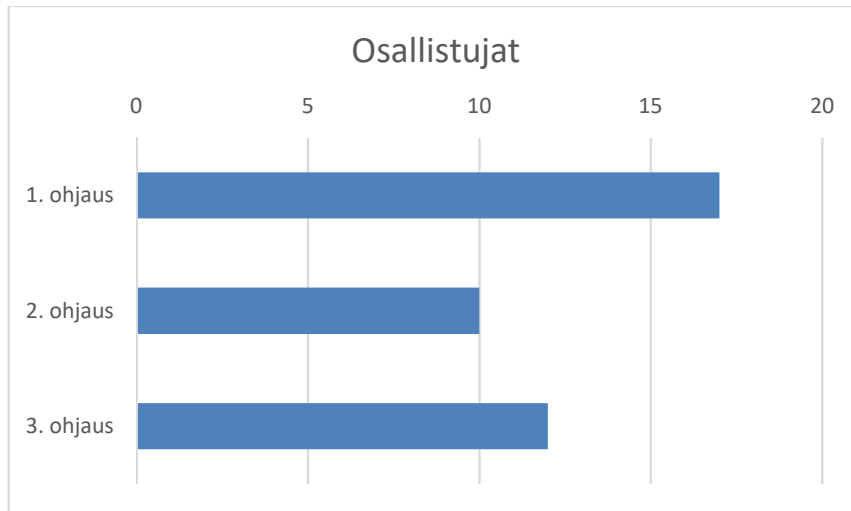
Jokaiseen ohjauspäivään osallistui useita asiakkaita. Yhteensä kävijöitä oli 39, joista ohjauksessa kävi 27. Vastauslomakkeita palautui 20, ja 7:ltä saatiin suullinen palaute. 12 kävi pelkästään verenpaineen mittauksessa. Osallistujia saatiin opinnäytetyön kannalta riittävästi. Jokainen kävijä sai vapaaehtoisesti täyttää kyselylomakkeen ohjauksesta (liite 4). Vastaaminen oli vapaaehtoista ja anonyymisti. Annettu palaute oli positiivista. Asiakkaat myös antoivat kehittämideoita ja ajatuksia, mistä he hyötyisivät ohjauksessa. Tämän tulkitsen siten, että ohjaus koettiin hyödylliseksi ja siihen haluttaisiin osallistua myös uudestaan. Palautetta olisi pitänyt kerätä kattavammin ja palautelomakkeiden palautumista olisi pitänyt yrittää parantaa. Osa ohjattavista kävi vain verenpaineen mittauksessa, mikä sinänsä oli ohjaustyön kannalta valitettavaa. Toisaalta heidän kohtaamisensa antoi myös paljon kokemusta. Useat heistä olivat alkoholisoituneita tai muussa elämän kriisivaiheessa.

7 Pohdinta

7.1 Tulosten tarkastelu

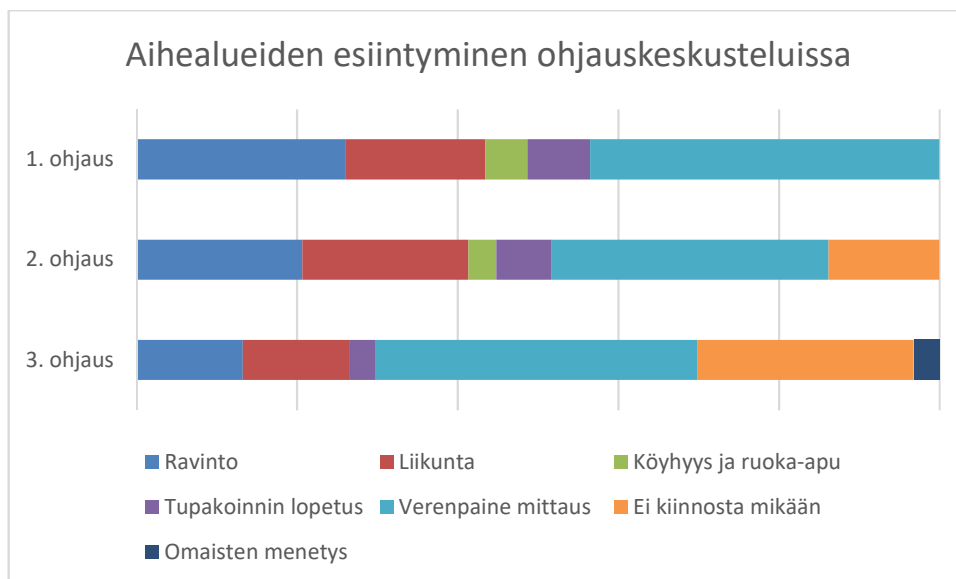
Opinnäytetyön tarkoituksena oli saada kohderyhmän henkilöt kiinnostumaan oman terveyden ylläpidosta. Tavoitteena oli edistää heidän terveyttään ja hyvinvointiaan. Tehtävä oli pitää yksilöllisiä elintapaohjaustuokioita.

Vastauslomakkeiden perusteella ohjattavat olivat tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen ja toivoivat samankaltaisia tuokioita lisää. Suullisen palautteen antaneet kokivat ohjaukset hyödyllisiksi ja kokivat saamansa tiedon hyödylliseksi. Kaikille tieto ei ollut uutta, ja osa ei halunnut elintapaohjausta mistään alueesta. Ohjauksetoihin osallistujien määrä oli kohtalaisen tasaista. Toiseen ohjaukseen ohjattavien määrä väheni jonkin verran (kuvio 1).



Kuvio 1. Osallistujien lukumäärä ohjauskerroittain

Kuviossa 2 esitellään käsiteltävien aihealueiden yleisyys keskusteluissa. Verenpaine mitattiin kaikilta. Ravinto ja liikunta oli yleinen keskusteltava aihe. Ohjauskerrat olivat käsiteltävien aiheiden kannalta hyvin toistensa kaltaisia. Merkittävin ero tuli ainoastaan niiden osuudessa, joita ei itse elintapaohjaus kiinnostanut laisinkaan.



Kuvio 2. Eri aihealueiden yleisyys keskusteluissa

Toiminnallisten päivien aikana palaute asiakkailta oli positiivista ja jokainen koki hyötyvänsä saamastaan ohjauksesta. Tupakoitsijoiden kanssa käytiin läpi tupakoinnin aiheuttamia terveyshaittoja ja kuinka lopettaminen onnistuisi. Asiakkaat kokivat saavansa hyvää tietoa ja kannustusta elintapamuutoksiin. Keskityttiin niihin alueisiin, jotka koskivat asiakasta, millä tiedolla hän sai apua ja ohjausta omaan elämään.

Ohjaajan kokemukset ohjaustilanteista olivat valtaosin myönteiset. Substanssitiedon osalta ohjaaja koki hallitsevansa ohjaustilanteet. Ohjaustilanteet etenivät suunnitellusti. Ohjauksessa painottuivat asiakaslähtöisyys ja asiakkaiden mukaan asioissa edettiin selkeästi. Toisaalta tämä toi haasteita, kun piti varmistaa työskentelyn etenemin, ja se myös antoi vapauden edetä juuri tilanteen mukaan. Ohjauksista saadun palautteen perusteella niin asiakkaat kuin toimeksiantaja kokivat hyötывänsä antamastani ohjauksesta. Tila, jossa ohjaus järjestettiin, oli tarkoitukseen soveltuva. Tilaan olisi kaivattu enemmän rauhallisuutta: viereisessä huoneessa olivat puukoulun tietokoneet, jotka ovat kaikille käytössä. Rauhattomuus johtui sieltä tulevista äänistä. Moni toivoi ryhmätapahtumia. Ohjausten aikana mietin olisiko ryhmätapahtuma voinut olla kohderyhmälle mieleisempi kuin yksilöohjaus. Ryhmäohjauksessa he olisivat saaneet toisiltaan vertaistukea ja uusia ystäviä.

7.2 Luotettavuus ja eettisyys

Opinnäytetyö toteutettiin noudattaen tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeita hyvistä tieteellisistä käytänteistä. Tutkimustyössä noudatettiin tieteellisiä menetelmiä, huolellisuutta ja avoimuutta sekä luottamusta. Työn pohjana olevan teorian luotettavuus arvioitiin. Niihin viitataan kunnioittaen teosten ja teorioiden laatijoita hyvien käytänteiden mukaisesti. Käytännön toiminta suunniteltiin huolella, laadittiin asianmukaiset toimintasuunnitelmat ja toiminta toteutettiin suunnitelmien mukaisesti tasavertaisuuden varmistamiseksi. Toiminnan tiedottaminen ja osallistuminen itse toimintaan toteutettiin noudattaen periaatteita. Nämä mahdollistavat tasavertaisuuden osallistumisessa, luottamuksen säilymisen ja tallennetun tiedon oikeellisuuden. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012, 6.)

Laadullisen opinnäytetyön kriteereihin kuuluvat muun muassa vahvistettavuus, uskottavuus, sovellettavuus ja neutraalius (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160). Opinnäytetyössä käytettävän aineiston arvioin huolella ja hyödynnettävän tiedon ikärajana pyrin pitämään 10 vuotta. 10 vuoden ikäraja toteutui muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta, mutta raportoinnin viivästyessä oli osa lähdekirjoista tämän periaatteen mukaan vanhentunut. Kuitenkin tietoa sovellettaessa aineisto oli tämän kriteerin mukaista. Raportin laatimishetkellä aineisto oli yleisesti arvioiden tutkimukselle laadulliset kriteerit

täyttävää. Ohjaustilanteet suunniteltiin huolella. Niistä laadittiin ohjaussuunnitelma toiminnan sovellettavuuden varmistamiseksi. Ohjaustilanteensuunnitelman mukaan ohjaustilanteet toteutettiin jokaisen ohjattavan kohdalla, mikä tukee työn uskottavuutta. Ohjaustilanteissa kunnioitettiin yksilöiden omia näkemyksiä, annettiin niille tilaa ja ohjattavia kuunneltiin säilyttäen samalla neutraalius.

Ohjaustilanteisiin kuului ohjattavien omista lähtökohdista ja tarpeista yksilöllinen ohjaus ja ohjattavien tilanteen huolellinen kuuleminen: mikä on keskeinen eettinen kysymys hoitotyön tekijän ja käyttäjän välillä. Ihmisten omat arvo perusteet sisältävät omat terveystottumukset. Nämä terveystottumukset ovat osa jokaisen elämää, minkä vuoksi terveyttä koskevat muutokset voivat tapahtua hitaasti. (Leino-Kilpi 2008, 188 - 190.) Antamalla tilaa ohjattaville rakennettiin luottamus ohjattavien ja ohjaajan välille.

Asiakkaan omien näkemysten kuunteleminen ja heillä olevan tiedon oikeellisuuden varmistaminen on yksi keskeisiä kysymyksiä hoitotyön eettisyydessä (Leino-Kilpi 2008, 188). Ohjaussuunnitelmassa otettiin huomioon yksilölliset lähtökohdat ja ohjattavien oma kiinnostus. Heidän omaa käsitystään ja tietoaan hyvinvoinnin edistämisestä kuunneltiin. Ohjaustilanteessa varmistettiin, että heillä on oikeaa tietoa omasta hyvinvoinnista. Ohjaustilanteessa kerättyihin tietoihin ei liitetty sellaisia yksilöön liittyviä tietoja, joilla heidät oltaisiin voitu tunnistaa.

Ohjaustilanteista laadittiin muistiinpanot mahdollisimman tarkasti. Tiedot tallennettiin siten, että yksilön suoja toteutuisi ja ohjaukseen osallistuvien tunnistaminen olisi mahdollista. Keskeinen osa raportoinnista laadittiin välittömästi ohjaustilanteiden jälkeen, mutta raportin viimeistely siirtyi kevääseen 2018.

Sairaanhoitajan eettisten periaatteiden mukaan sairaanhoitajan tulee työssään ehkäistä sairauksia, lievittää kärsimystä, ylläpitää ja edistää ihmisten terveyttä. Asiakkaan kertomat tiedot ovat luottamuksellisia ja sairaanhoitajan on pidettävä tiedot salassa. Sairaanhoitaja harkitsee tarkoin, milloin kertoo tiedoista muille asiakkaan hoitoon osallistuville. (Sairaanhoitajaliitto 2014.) Lähtökohtana jokainen sai tulla elintapaohjaukseen ilman mitään velvoitetta, ja osallistuminen oli vapaaehtoisesti. Osallistuminen oli maksuton, eikä velvoittanut tai vaatinut sitoutumista muille elintapaohjauskerroille. Kohderyhmä edusti kuvaa ruokapalveluiden asiakaskunnasta. Ohjattavat tulivat erilaisista lähtökohdista ja

kansallisuuksista. Kaikkia ohjaukseen valittuja aihealueita käsiteltiin. Ohjattavien taustoja ei ennen ohjaustilannetta tiedetty. Ohjaustilanteissa annettiin asiakkaille mahdollisuus kertoa omista taustoista. Ohjaus sovitettiin kaikilla heidän omiin lähtökohtiinsa ja taustoihinsa.

7.3 Ammatillinen kasvu

Hoitotyön koulutusohjelmassa merkityksellistä itselleni oli terveyden ja hyvinvoinnin edistäminen käytännön ohjaustilanteissa. Opinnäytetyöni aiheen valinnassa tämä myös näkyi. Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää valmiuksiani sairaanhoitajana ja soveltaa koulutuksessa hankittuja tietoja sekä taitoja. Erityisesti kohderyhmä, syrjäytyneet tai syrjäytymisuhan alla olevat, olivat haastava ryhmä ohjattavaksi. Osa heistä nautti huomiosta, ajasta sekä heidän kuuntelemisestaan. Pientä osaa ohjattavista ei ohjaus kiinnostanut lainkaan. Jokaiseen kohtaamiseen piti valmistautua huolella. Oli tiedettävä, miten erilaisissa elämän kriiseissä olevat kohtaa. Heille oli myös pystyttävä tarjoamaan heidän tilanteessa hyvinvointia edistävää tai tukevaa tietoa. Tuttuihin teemoihin oli syvennyttävä entisestään. Täytyi ottaa haluttuun elintapaohjauksen käytänteitä, samoin kentän toiminnan tuntemus oli olennaista. Jokaisessa yksilökohtamisessa saattoi nousta esille aiheita, joihin en ollut valmistautunut. Näistä asioista oli kyettävä keskustelemaan ja olemaan valmis jatko-ohjaamaan ohjattava oikeiden palveluiden piiriin. Ohjaustilanteissa oli osattava olla läsnä.

Opinnäytetyön suunnittelu, tiedon kerääminen ja ohjaustilanteiden toteutus ajoittui loppuvuoteen 2016. Kirjallinen raportointi ja opinnäytetyön viimeistely sekä seminaari toteutui keväällä 2018. Ilman kunnollista suunnittelutyön tietopohjaa ja ohjaustilanteiden muistiinpanoja olisi työn viimeistely ollut haastavaa. Kokonaisuuden kannalta pitkä aikajänne mahdollisti ja myös vaati kokonaisuuden hyvää hallintaa. Yksityiskohtien muistaminen ja käsittely oli selkeästi haastavaa. Lopullisen raportoinnin tehtyä kaikki muistiinpanot ja kerätty tieto hävitettiin.

Kokonaisuudessaan yksilöllinen elintapaohjaus toi koulutuksen useita eri osa-alueita hyvin yhteen: ennakoivasta hyvinvoinnin edistämisestä jo kriisivaiheen tilanteiden käsitteilyyn. Substanssitiedon laaja-alaisuus, yksilöiden kohtaaminen sekä konkreettinen

toiminta hyvinvointipalveluiden järjestämisestä muodostivat kokonaisuuden. Tämän kattavan kokonaisuuden koen merkitykselliseksi oman ammatillisen kehittymisen näkökulmasta.

7.4 Tutkimus- ja kehittämisideat

Palautteessa asiakkaat toivoivat jatkossa yhteistä ryhmätoimintaa, ulkoiluretkiä, luentoja, esimerkiksi sairaanhoitajan luento diabeteksestä kiinnosti monia. Asiakkaiden toiveet on ilmoitettu toimeksiantajalle. Jatkotutkimuksena voisi olla esimerkiksi paperittomien ja maahanmuuttajien terveyspalvelut Suomessa.

Elintapaohjaus on pitkäjänteistä työtä, johon toiminnallisella opinnäytetyöllä saatiin suppea katsaus. Keskeistä olisikin ohjauksen ja elintapojen pitkäaikainen seuranta. Palautteen saamisen merkitys on suuri toiminnan jatkuvan kehityksen kannalta.

Lähteet

- Ammattilaisnetti. 2018. Elintapaohjaus. Ota-ohjauskartta. <https://sydanliitto.fi/ammattilaisnetti/elintapaohjaus/ota-ohjauskartta>. 12.5.2018.
- Blom, R., Kankainen, T. & Melin, H. 2012. Jakaantunut Suomi. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto.
- Borg, P. 2015a. Syömistottumukset. Teoksessa Pietiläinen, K., Mustajoki, P. & Borg, P. (toim.). Lihavuus. Helsinki: Duodecim, 127-144.
- Borg, P. 2015b. Ruokavalinnat. Teoksessa Pietiläinen, K., Mustajoki, P. & Borg, P. (toim.). Lihavuus. Helsinki: Duodecim, 145-160.
- Duodecim Terveyskirjasto. 2009. Tärkein päätös – tupakka pois. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00110. 25.11.2016.
- Duodecim Terveyskirjasto. 2015a. Kohonnut verenpaine. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00034. 21.10.2016.
- Duodecim Terveyskirjasto 2015b. Painoindeksi. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01001. 24.11.2016.
- Duodecim Terveyskirjasto. 2015c. Sata kysymystä ravinnosta. Laihduttaminen ja painonhallinta. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=skr00055&p_teos=skr. 24.11.2016.
- Duodecim Terveyskirjasto. 2015d. Tupakoinnin lopettaminen. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00337. 2.11.2016.
- Duodecim Terveyskirjasto. 2016. Matala verenpaine. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00300. 22.10.2016.
- Hakkarainen, T. 2015. Liikunta. Teoksessa Pietiläinen, K., Mustajoki, P. & Borg, P. (toim.). Lihavuus. Helsinki: Duodecim, 167-192.
- Harju, J., 2007. Ravintoa sydämelle. Helsinki: WS Bookwell Oy.
- Hiilamo, H. & Karjalainen, J. 2010. Teoksessa Taimio, H. (toim.). Hyvinvointivaltion suunta – nousu vai lasku. Helsinki: Työväen sivistysliitto TSL ry, 90-107.
- Joensuu. 2015. Palvelut. Liikunta. Ulkoilu ja retkeily. Kulttuurikävelyreitit. Utra. <http://www.joensuu.fi/kulkurit/utra>. 8.9.2018.
- Joensuu. 2018a. Palvelut. Hankkeet. Käynnissä olevat hankkeet. Omahoito ja digitaaliset arvopalvelut. <http://www.joensuu.fi/kaynnissa-olevat-hankkeet>. 12.9.2018.
- Joensuu. 2018b. Palvelut. Työllisyyspalvelut. <http://www.joensuu.fi/en/tyollisyyspalvelut>. 27.7.2018.
- Kangasniemi, A. & Kauravaara, K. 2016. Kohti muutosta. Vantaa: Liikunta- ja hyvinvointiakatemia oy.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Karelia-ammattikorkeakoulu. 2018. Opinnäytetyön ohjeet. https://student.karelia.fi/fi/opinnot/oppari/opinnaytetyo_asiakirjakirjasto/Karelia_opinnaytetyon_ohje.pdf#search=opinn%C3%A4ytety%C3%B6n%20ohje. 9.9.2018.
- Kujala, U., Taimela, S. & Vuori, I. 2005. Liikuntalääketie. Perintötekijät ja liikunta. Hämeenlinna: Karisto Oy.
- Kukkonen-Harjula, K. 2011. Kohonnut verenpaine. Teoksessa Fogelholm, M., Vasankari, T. & Vuori, I. (toim.). Terveysliikunta. Keuruu: Otava. 131-135.
- Kylätieto Pohjois-Karjala. 2016. Kylät. Joensuu. Joensuun Utra. <https://kylat.fi/kylatalo/42/joensuun-utra>. 8.9.2018.
- Käypä hoito. 2011. Etusivu. Suositukset. Tupakka riippuvuus ja tupakasta vieroitus. Elämäntapamuutoksen ohjaus tupakasta vieroituksessa.

- <http://www.kaypahoito.fi/tietopalvelu.karelia.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01827>. 10.5.2018.
- Käypä hoito. 2015. Etusivu. Suositukset. Alkoholiongelmaisenhoito. <http://www.kaypahoito.fi/tietopalvelu.karelia.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50028>. 10.5.2018.
- Lahti-Koski, M. 2005. Suomalainen ravinto. Teoksessa Aro, A., Mutanen, M. & Uusi-tupa, M. (toim.). Ravitsemustiede. Helsinki: Duodecim. 35-36.
- Laki toimeentulotuesta 1412/1997.
- Laki asumistuesta 938/2014.
- Lappalainen, P. & Lappalainen, R. 2015d. Laihduttamisen yksilöohjaus ja keinoja oman toiminnan muuttamiseen. Teoksessa Pietiläinen, K., Mustajoki, P. & Borg, P. (toim.). Lihavuus. Helsinki: Duodecim, 207-226.
- Leino-Kilpi, H. 2008. Terveiden edistämisen etiikka. Teoksessa Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. (toim.). Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOYpro Oy, 188-190.
- Nummenmaa, M. & Seppänen, L. 2014. Kestävä muutos. Helsinki: Saarijärven offset oy.
- Nykänen, E. 2016. Oikeus terveyteen ja terveyden edistämiseen. Teoksessa Sihto, M. & Karvonen, S. (toim.). Terveiden edistäminen ja eriarvoisuus. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos, 58-70.
- Pohjois-Karjalan Sosiaaliturvayhdistys ry. 2018. Etusivu. Yhdistyshakemisto. Yhdistysten hankkeet. Kathy – toiminta. <https://www.pksotu.fi/toiminta/jarjestot/kathy-toiminta/>. 27.7.2018.
- Perry, S. 2007. Korkea verenpaine kuriin. Helsinki: Valitut palat Oy.
- Pohjois-Karjalan Sosiaaliturvayhdistys ry. 2018. Etusivu. Toiminta. Työllisyys. <https://www.pksotu.fi/tietoa-kaiku-hankkeesta/>. 27.7.2018.
- Pohjois-Karjalan sosiaaliturvayhdistys ry. Jelli. 2018. Etusivu. Tukea ja toimintaa. Neuvonta, keskusteluapu ja ryhmätoiminnat. Seurakunnan hartaushetki ja ruokailu työttömille ja vähävaraisille. <https://www.jelli.fi/toiminta/seurakunnan-hartaushetki-ja-ruokailu-tyottomille-ja-vahavaraisille/>. 27.7.2018.
- Rinta, M. 2015. Syö, liiku ja kehity. Helsinki: Saarijärven offset Oy.
- Sairaanhoitajaliitto. 2014. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. <https://sairaanhoitajat.fi/ja-senpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>. 11.8.2018.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Vastuualueet. Sosiaali- ja terveystalot. Terveystalot. Työttömien terveystalot. <https://stm.fi/documents/1271139/1365032/Ty%C3%B6tt%C3%B6mien+terveydenhuollon+j%C3%A4rjest%C3%A4minen/3b1979ea-c36c-4114-9399-6c45e49b40b1/Ty%C3%B6tt%C3%B6mien+terveydenhuollon+j%C3%A4rjest%C3%A4minen.pdf>. 26.7.2018.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2016. Julkaisut. Kärkihanke. Hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen ja eriarvoisuuden vähentäminen – hankesuunnitelma. http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/75362/Rap_ ja _m ui _2 _2016.pdf?sequence=1. 9.5.2018.
- Terveystalotlaki 1326/2010.
- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2014. Tutkimus ja kehittäminen. Tutkimukset ja hankkeet. Käynnissä olevat tutkimukset ja hankkeet. Sosiaalisen osallisuuden edistämisen koordinaatiohanke. <https://thl.fi/fi/tutkimus-ja-kehittaminen/tutkimukset-ja-hankkeet/sokra>. 8.5.2018.
- Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Aiheet. Hyvinvointi- ja Terveysterot. Eriarvoisuus. <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus>. 10.5.2018.

- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2016. Aiheet. Alkoholi, tupakka ja riippuvuudet. Tupakka. Tupakka ja terveys. Terveyshaitat. <https://www.thl.fi/fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/tupakka/tupakka-ja-terveys/terveyshaitat>. 2.11.2016.
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2018. Aiheet. Hyvinvoinnin ja terveyden edistämisen johtaminen. Osallisuuden edistäminen. Heikommassa asemassa olevien osallisuus. 8.5.2018.
- Tilastokeskus. 2010. Etusivu. Artikkelit. Pienituloisten väliset tuloerot suurentuvat. https://www.stat.fi/artikkelit/2010/art_2010-03-15_004.html. 29.7.2018.
- Tilastokeskus. 2018a. Etusivu. Tilastot. Terveys. Kuolemansyyt. 2014. 4. Alkoholikuolleisuus väheni edelleen. http://www.stat.fi/til/ksyyt/2014/ksyyt_2014_2015-12-30_kat_004_fi.html. 15.11.2016.
- Tilastokeskus. 2018b. Etusivu. Tilastot. Tulot ja kulutus. Tulonjakotilastot. 2015. Tulot, asuminen ja asumismenot. Köyhyys- tai syrjäytymisriski sekä kotitalouksien. https://tilastokeskus.fi/til/tjt/2015/04/tjt_2015_04_2017-05-26_kat_001_fi.html. 28.7.2018.
- Tilastokeskus. 2018c. Etusivu. Tilastot. Tulot ja kulutus. Tulonjakolista. 2016. Työttömien kotitalouksien lukumäärä vähenee, työntekijätalouksien. https://www.stat.fi/til/tjt/2016/02/tjt_2016_02_2018-03-23_kat_001_fi.html. 28.7.2018.
- Turku, R. 2007. Muutosta tukemassa. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Turku, R. 2015. Motivaatio ja painonhallinta. Teoksessa Pietiläinen, K., Mustajoki, P., Borg, P. (toim.). Lihavuus. Helsinki: Duodecim, 111-116.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf. 10.8.2018.
- Ylioppilaiden terveydenhoitosäätiö. 2013. Terveystieto ja tutkimus. Terveystietopankki. Alkoholi - humala, krapula ja alkoholimyrkytys. http://www.yths.fi/terveystieto_ja_tutkimus/terveystietopankki/200/alkoholi_-_humala_krapula_ja_alkoholimyrkytys. 25.11.2016.

Toimeksiantosopimus



OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

Toimeksiantaja	
Organisaation nimi:	Siun sote/ Sosiaali- ja terveyskeskus/ Joensuun kaupunki
Toimeksiantajan edustaja:	Jaana Kurki
Osoite:	Tikkamäentie 16, Talo M 3 krs., 80210 Joensuu
Puhelinnumero:	050-3132184
Sähköposti:	jaana.kurki@jns.fi

Opiskelijan/opiskelijoiden tiedot	
Koulutusohjelma:	Horityön koulutusohjelma
Opiskelijanumero ja nimi:	1400138 Paajanen Eveliina
Puhelinnumero:	050-3258962
Sähköposti:	eveliina.paajanen@edu.karelia.fi

Toimeksiannon kuvaus	
Aihe	Verenpaineen mittaus ja elintapohjaus utran puukoululla
Toteutusmuoto	Toiminnallinen. kohderyhmä: Vähävaraiset ja syrjäytyneet, opiskelijat, työttömät, eläkeläiset
Aikataulu	Syysy 2016
Kustannusarvio ja kustannusvastuu	Ei kustannuksia. Verenpainemittarin lainaan koululta mittauspäiviksi.

Toimeksiantajan sitoumukset	
Kustannuksia ei toimeksiantajalle tule. Antaa tukea työnteossa ja rakentavaa näkökantaa työhön.	

Opiskelijan sitoumukset	
Tehdä työ opinnäytetyön ohjeiden ja eettisten periaatteiden mukaisesti. Haar tarvittavat tutkimusluvut ennen aineiston hankintaa. Teenyhteistyötä toimeksiantajan ja Utran puukouluntyöntekijöiden kanssa.	

Opinnäytetyön ohjaus Karelia-ammassa	
Ohjaaja(t):	Merja Nuutinen Tuulia Sunikka

Opinnäytetyön julkisuus	
Opinnäytetyö on julkinen asiakirja ja se voidaan julkaista Theseus-verkkokirjastossa.	

Allekirjoitukset	
Päiväys 2.12.2016	Opiskelijan allekirjoitus ja nimenselvennys: EVELIINA PAAJANEN
Päiväys 2.12.2016	Toimeksiantajan edustajan allekirjoitus ja nimenselvennys: Jaana Kurki
Päiväys 3.12.2016	Opinnäytetyön ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys: Tuulia Sunikka Merja Nuutinen

Ruokapäiväkirjan tarkistuslista

Kriteeri	Määrittely
Ruokailun asenne	Onko syödessä hyvä omatunto? Kaduttaako syöminen? Tuleeko syömisestä stressiä? Jääkö syömisestä hyväomatunto?
Ateriarytmi	Onko ruokailu säännöllistä, aamupala, lounas, välipala, päivällinen, iltapala Säännöstellyt vuorokauden ateriat annokset. Napostelut aterioiden välillä.
Ateriat	Onko aterioilla puolet kasviksia Syötkö kaksi lämmintä ateriaa päivässä?
Proteiini	Sisältävätkö ateriat tai välipalat esimerkiksi maitotuotteita, lihaa, kalaa tai kanaa? Syötkö kalaa vähintään kaksi kertaa viikossa?
Viljatuotteet	Ovatko viljatuotteet kuitupitoisia? Sisältävätkö viljatuotteet kuitua sataa grammaa kohden vähintään kuusi grammaa?
Kasvikset ja hedelmät	Syötkö hedelmiä, vihanneksia ja marjoja päivittäin? Alle 500 grammaa päivässä? Vähintään 500 grammaa päivässä?
Suolaiset ja makeat	Herkuttelu on sopivaa tai hallitsematonta. Suolisen himo tai makean himo.
Nesteet	Juotko nesteitä vuorokaudessa alle litran, yli litran tai 1,5 – 2 litraa vuorokaudessa. Mitä juomia juo, energia-, sokeripitoiset tai sokerittomat juomat.
Alkoholi	Juotko alkoholi annoksen päivittäin tai viikoittain. Pystytkö pitämään juomisen kurissa?
Kasvisöljyt	Syötkö pähkinöitä? Käytäkö kasvisöljyä ja salaattikastikkeita?

Semppi pisteitä

Terveysasemat

Pohjois-Karjalan keskussairaala, pääaula

Siilaisen terveysasema

Rantakylän terveysasema

Tuupovaaran terveysasema

Kiihtelysvaaran terveysasema

Liperin pääterveysasema

Lehmon terveysasema

Hammaslahden terveysasema

Enon terveysasema

Viinijärven terveysasema

Polvijärven terveyskeskus

Uimaharjun terveysasema

Ilomantsin terveyskeskus

Kirjastot

Kiihtelysvaaran kirjasto

Kontiolahden kirjasto

Liperin kirjasto

Ilomantsin kirjasto

Muita paikkoja Pohjois-Karjalassa

Joensuun Kansalaistalo

Joensuun Työterveys

Honkalampi-keskus, Päivätoiminta

Utran puukoulu

Pyhäselän palvelupiste

Suvituulen palvelukeskus

Koivupihan palvelukeskus

Ylämyllyn yrittäjäseura

Kysely elintapaohjauksesta

1. Kuinka sinut otettiin vastaan?

2. Käytiinkö mittaustulokset selkeästi läpi?

Kyllä	Ei

3. Olitko tyytyväinen elintapaohjaukseen?

Kyllä	Ei

4. Koetko hyötyväsi elintapaohjauksesta?

Kyllä	Ei

5. Mitä jäit ohjauksessa kaipaamaan?

6. Mistä haluaisit lisätietoa?

Ravinto	
Liikunta	
Korkean verenpaineen liitännäissairaudet	
Tupakoinnin lopetta- minen	
Alkoholi vaikutukset	
Paino	
Jokin muu, mikä	

Kiitos vastauksista!