

Terveysalan ammattilaisten elintavat ja niiden merkitys elämäntapaohjauksessa

Arto Kettunen

Opinnäytetyö
Marraskuu 2018
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala
Hoitotyön koulutusohjelma

Tekijä(t) Kettunen, Arto	Julkaisun laji Opinnäytetyö, AMK	Päivämäärä Marraskuu 2018
	Sivumäärä 56	Julkaisun kieli Suomi
		Verkojulkaisulupa myönnetty: x
Työn nimi Terveysalan ammattilaisten elintavat ja niiden merkitys elämäntapaohjauksessa		
Tutkinto-ohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) Anu Jalonen, Riikka Sinivuo		
Toimeksiantaja(t)		
Tiivistelmä <p>Elintapasairaudet ovat maailmanlaajuisesti merkittävä terveysongelma. Elintapasairauksiin sairastuu vuosittain miljoonia ihmisiä, ja kyseisten sairauksien määrän on ennakoitu kasvavan tulevaisuudessa. Terveysalan ammattilaisten asiakkailleen antama elämäntapaohjaus on kriittinen osa taistelussa näitä sairauksia vastaan. Preventiivinen työskentely on olennaista terveysalan ammattilaisten toiminnassa.</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää aiempaa tutkimustietoa hyödyntäen, millainen merkitys terveysalan ammattilaisten omilla elintavoilla on heidän asiakkaille antamassaan elämäntapaohjauksessa. Tutkimuksia kerättiin maailmanlaajuisesti ilmiön laajemman ymmärryksen mahdollistamiseksi. Opinnäytetyön tavoitteena oli koota tietoa terveysalan ammattilaisten elintapojen merkityksestä elämäntapaohjauksessa, jota terveysalan ammattilaiset ja opiskelijat voivat hyödyntää. Opinnäytetyön toinen tavoite oli herättää aiheesta avointa keskustelua terveysalan ammattilaisten parissa.</p> <p>Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena. Mukaan valikoitunut aineisto sisälsi tutkimuksia, joissa käsiteltiin terveysalan ammattilaisten elintapoja ja/tai niiden merkitystä tai vaikutusta elämäntapaohjaukseen. Tutkimukset ovat hoito- tai lääketieteellisiä tai kuuluvat lähitieteisiin. Sisänotokriteerien ja manuaalisen haun perusteella aineistoon valikoitui 32 tutkimusartikkelia.</p> <p>Kirjallisuuskatsauksen tuloksena todettiin, että terveysalan ammattilaisten elintavoilla on merkitystä heidän asiakkaille antamassaan elämäntapaohjauksessa. Terveysalan ammattilaisten hyvät elintavat kasvattavat laadukkaan elämäntapaohjauksen toteutumisen todennäköisyyttä. Ammattilaisten elintavat vaikuttavat myös asiakkaan hoitoon sitoutumiseen ja asiakkaan kokemukseen ammattilaisen osaamisen laadusta.</p>		
Avainsanat (asiasanat) terveys, terveysala, elintavat, elämäntapaohjaus		
Muut tiedot		

Author(s) Kettunen, Arto	Type of publication Bachelor's thesis	Date November 2018
	Number of pages 56	Language of publication Finnish
		Permission for web publication: x
Title of publication The meaning of lifestyle behaviours of healthcare professionals in health counseling practices		
Degree programme Degree programme in Nursing		
Supervisor(s) Anu Jalonen, Riikka Sinivuo		
Assigned by		
Abstract <p>Lifestyle diseases are globally a significant health problem. Each year millions of people succumb to lifestyle diseases, and the prevalence is predicted to increase. Lifestyle counseling practices of healthcare professionals serve a critical role in the fight against these diseases. Preventive work is essential in the field of healthcare.</p> <p>The purpose of the thesis was to find previous research data on the meaning of lifestyle behaviours of healthcare professionals in health counseling practices. The material consisted of research articles worldwide, to enhance the comprehension of the phenomenon. The objective of the thesis was to collect data about the meaning of lifestyle behaviours of healthcare professionals in their health counseling practices, that could be utilized for healthcare professionals and students. The other objective of the thesis was to provoke an open discussion about the topic amidst healthcare professionals.</p> <p>A literature review was used as a research method for achieving the goal. The material consisted of studies that dealt with the lifestyle behaviours of healthcare professionals and/or their meaning or effect on health counseling practices. The thesis focused on studies that were classified as nursing science, medicine or their related sciences. Thirty-two research articles were selected for the study based on the selection criteria.</p> <p>According to the results, the lifestyle behaviours of healthcare professionals do have a meaning in their health counseling practices. Good lifestyle behaviours of healthcare professionals increase the probability of actualization of quality health counseling. The lifestyle behaviours of healthcare professionals also have an effect on patient adherence and trust.</p>		
Keywords health, healthcare, lifestyle, health counseling		
Miscellaneous		

Sisältö

1	Johdanto	3
2	Terveys.....	4
	2.1 Elintapasairaudet.....	5
	2.2 Terveelliset elintavat	5
	2.3 Kansanterveystyö	13
	2.3.1 Elämäntapaohjaus	13
3	Tarkoitus ja tavoite.....	14
4	Kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen	15
	4.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus	15
	4.2 Aineiston haku.....	16
	4.3 Aineiston analysointi	18
5	Terveysalan ammattilaisten elintapojen merkitys	19
	5.1 Terveyden edistäminen ja ylläpito	20
	5.2 Elintapojen vaikutus kliiniseen työhön.....	24
6	Pohdinta.....	27
	6.1 Tuloksien tarkastelu ja johtopäätökset.....	27
	6.1.1 Elämäntapamuutoksen haasteet.....	27
	6.1.2 Terveysalan ammattilaisten hyvinvointi.....	32
	6.2 Eettisyys ja luotettavuus	32
	Lähteet	34

Liitteet	44
Liite 1. Valittu aineisto.....	44

Taulukot & kaaviot

Taulukko 1. Lihavuuden luokitus painoindeksin perusteella.....	10
Taulukko 2. Aineiston sisäänottokriteerit	16
Taulukko 3. Terveysalan ammattilaisten elintavat ja elämäntapaohjaus.....	20
Kaavio 1. Elintapasuosituksen toteutuminen	21
Kaavio 2. Lihavuuden prevalenssi	22
Kaavio 3. Preventiivisen käyttäytymisen vaikutus	25

Kuviot

Kuvio 1. Aineiston haku ja valinta.	18
--	----

1 Johdanto

Elintapojen vaikutus erilaisten sairauksien kehittymiselle on merkittävä. Yksilön terveydelle vahingolliset elintavat, kuten tupakointi, fyysinen inaktiivisuus, epäterveelliset ruokailutottumukset ja alkoholin liikakäyttö lisäävät kaikki sairastumisriskiä. Elintapasairaudet ovat nykypäivänä suurin yksittäinen kuolleisuuden aiheuttaja. Kyseisten sairauksien esiintyvyyden arvioidaan kasvavan tulevaisuudessa. (World Health Organization 2018b.)

Suurin osa elintapasairauksien aiheuttamista ennenaikaisista kuolemista olisi mahdollista estää. Terveyskäyttäytymisen heikkouksista johtuvat riskitekijät on mahdollista poistaa elintapoja muuttamalla. (World Health Organization 2014.) Terveysalan ammattilaisilla on huomattava vaikutusmahdollisuus ihmisten terveyskäyttäytymisen korjaamiseen. Kyselytietojen mukaan ammattilaisten antamiin terveysneuvoihin suhtaudutaan myönteisesti. Varsinainen terveysalan ammattilaisten asiakkailleen antama elämäntapaohjaus jää käytännössä kuitenkin määrällisesti hyvin vähäiseksi. (Vuori, Taimela & Kujala 2016, 646.)

Terveysalan ammattilaiset saavat koulutuksensa aikana huomattavan paljon tietoa terveellisistä elintavoista ja niiden vaikutuksista. Terveysalan koulutuksessa kansanterveydellisiin aiheisiin tutustuminen altistaa väistämättä myös epäterveellisten elintapojen kausaliteeteille ja niistä johtuvien elintapasairauksien ymmärrykselle. Kansansairauksille altistavat tekijät ja niitä leimaavat tunnusmerkit tulevat tutuiksi. (Eriksson, Korhonen, Merasto & Moisio 2015; Litmanen, Ruskoaho, Vänskä & Patja 2011.) Terveysalan koulutus ei kuitenkaan ole tae terveysalan ammattilaisten hyvinvoinnille. Tutkimusten mukaan terveysalan ammattilaiset omaavat samoja muille väestöryhmille yleisiä terveyskäyttäytymisen riskitekijöitä. (Benjamin, Helfand, Kenneth & Mukamal 2012; Dayoub & Jena 2015.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää kirjallisuuskatsauksen avulla, millainen merkitys terveysalan ammattilaisten elintavoilla on heidän asiakkaille antamassaan elämäntapaohjauksessa. Terveysalan ammattilaisella tarkoitetaan tässä opin-

näytetyössä lääkäriä, sairaanhoitajaa tai lähihoitajaa; henkilöä, jonka vaikuttamismahdollisuudet asiakkaan/potilaan elintapoihin ovat tavallista kansalaista suuremmat. Opinnäytetyö toimii apuna terveysalan ammattilaisille ja opiskelijoille ymmärtämään elintapojen ja esimerkin tärkeyttä elämäntapaohjauksessa. Opinnäytetyön on myös tarkoitus saada sitä lukevia miettimään omia elintapojaan ja sitä kautta herättää aiheesta avointa keskustelua.

2 Terveys

Terveys on täydellisen fyysisen, henkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila, eikä se merkitse ainoastaan sairauden tai heikkouden puuttumista (World Health Organization 1946). Maailman terveysjärjestön määritelmä täydellisestä terveydestä on ihanne, johon on hyvä pyrkiä, vaikkakin mahdotonta saavuttaa. Huttunen (2018) puolestaan kuvailee terveyden koko ajan muuttuvaksi tilaksi, johon vaikuttavat niin sairaudet kuin fyysinen ja sosiaalinen elinympäristö, mutta ensisijaisesti henkilön subjektiivinen kokemus, arvot ja asenne.

Terveyden määritelmä syntyy jokaiselta ihmiseltä yksilöllisesti. Oma hyväksi koettu terveydentila voi poiketa paljonkin lääketieteen ja ympäristön vastaavasta käsityksestä. Tähän arvioon vaikuttavat huomattavasti yksilön omat tavoitteet ja hänen elinympäristönsä kokonaisuudessaan. (Huttunen 2018.)

Huttusen (2018) mukaan terveyden suhteellisuus on selvää. Esimerkiksi historianopettajan elämään pieni sormivamma ei kovasti vaikuta, mutta konserttiviulistille se on katastrofi. Haastavan liikuntavamman kanssa elävä yksilö voi kokea terveytensä hyväksi, jos hänen ympäristönsä ei aiheuta ylitsepääsemättömiä haasteita liikkumiselle ja hänellä on ympärillään vahva sosiaalinen tukiverkosto. Yksilön autonomian määrällä on suhde koetun terveydentilan vahvuuden kanssa. (Huttunen 2018.)

Ihmisten ominaisuudet eroavat toisistaan joskus yllättävänkin paljon, josta johtuen yksi lääketieteen suurimmista haasteista on ”normaalin” ja ”epänormaalin” erottelu. Joskus onkin kuultu sanottavan, että terveitä ovat vain ne, joita ei ole riittävästi tutkittu. (Huttunen 2018.)

2.1 Elintapasairaudet

Kansantaudit ovat sairauksia jotka ovat tietyssä väestöryhmässä yleisiä ja usein kuolleisuutta aiheuttavia. Kyseisillä sairauksilla on myös suuri vaikutus kansantaloudelle. Suomessa kansantaudeiksi määritellään sydän- ja verisuonitaudit, diabetes, astma ja allergia, krooniset keuhkosairaudet, syöpäsairaudet, muistisairaudet, tuki- ja liikuntaelimistön sairaudet ja mielenterveyden ongelmat. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015.) Kuvaus perustuu WHO:n maailmanlaajuiseen kansantautien määrittelyyn (World Health Organization 2018b). Länsimaiset kansantaudit ovat suurimmaksi osaksi elintapasairauksia (World Health Organization 2013).

Kansantaudit tappavat maailmanlaajuisesti 41 miljoonaa henkilöä vuosittain, joka vastaa 71% kokonaiskuolleisuudesta. Sydän- ja verisuonisairaudet aiheuttavat suurimman osan kuolemista, seuraavat huomattavat tekijät listalla ovat syövät, keuhkosairaudet ja diabetes. (World Health Organization 2018b.) Näillä yleisillä sairauksilla on usein samoja riski- ja suojatekijöitä. Huomattava osa kansantaudeista on ehkäistävissä terveellisellä ruokavaliolla, liikunnalla, tupakoinnin ja alkoholin käytön välttämisellä sekä lihavuuden ehkäisemisellä. (World Health Organization 2013; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2015.)

Maailman terveysjärjestön tekemässä suunnitelmassa (2013) kansantautien estämiseksi ja kontrolloimiseksi todetaan, että inaktiivisuuden kustannukset ylittävät suunnitelman toteuttamisen kulut. Vanhoilla toimintamalleilla jatkaminen johtaisi laskelmien mukaan yleisesti tuottavuuden heikentymiseen ja terveydenhuoltokulujen kasvuun maailmanlaajuisesti. (World Health Organization 2013.)

2.2 Terveelliset elintavat

Elintavat ovat käyttäytymisen alue, joka liittyy erityisesti terveyteen. Suurin osa terveyskäyttäytymisestä tapahtuu tietoisesti ihmisen aivojen ohjaamana. Terveellisen käyttäytymisen käynnistämiseen vaaditaan psyykkisiä valmiuksia hyödyntää resursseja kyseisiin tarkoituksiin. Valmiudet ja motivaatio kyseiseen käynnistämiseen voivat olla tietoisia tai tiedostamattomia. Motivaation voimakkuuteen vaikuttavat yksilön elämän historia ja nykyhetki. Vaikuttavia tekijöitä elintapoihin voivat olla myös persoonallisuuden piirteet, uskomukset, asenteet, arvot, tiedot ja kokemukset, lähipiirin

mielipiteet sekä käsitys omista voimavaroista toiminnan toteuttamiseen. (Vuori 2018, 230.)

Elintapojen toteutumista saatetaan pystyä edistämään lisäämällä tietoa aiheesta. Yksilöllisten ja ympäristöön kuuluvien helpottavien ja vaikeuttavien tekijöiden ymmärtäminen voi olla erityisen hyödyllistä. Pelkkä tieto ei kuitenkaan usein riitä elintapojen muuttamiseen, mutta elintapojen noudattamisen vaikutusten ja seurausten oppiminen voi luoda pohjaa muutosvalmiudelle. Tämä oppiminen luo epäluulojen ja uskomusten torjumisen ohella realistisemmat odotukset muutoksen mahdollisuuksille. (Vuori 2018, 245.) Vaikka tietäisimmekin miten meidän pitäisi syödä ja liikkua säilyttääksemme terveytemme ja hyvinvointimme, on yksilöllisten tekijöiden tunnistaminen tärkeää. Samat liikunta- tai ravitsemusohjeet eivät ole hyödyllisiä täysin vastakkaisissa elämäntilanteissa. (Kangasniemi 2017, 34-35.)

Elintapojen lisäksi osittain sairauksien kehittymiseen vaikuttaa myös perimä. Liikunta- ja ruokailutottumuksilla voidaankin perimän voimasuhdetta muuttaa huomponpaan tai parempaan suuntaan (Voutilainen, Fogelholm & Mutanen 2015). Vanhemmilta saadun genetiikan lisäksi kasvatuksella on suuri merkitys elintapojen muodostumisessa, ja nuorena opitut terveystottumukset säilyvätkin usein läpi elämän (Poobalan, Aucott, Clarke & Smith 2012).

Ravinto

Terveellisellä ravinnolla on monia tunnusmerkkejä. Se sisältää useita ajan kuluessa vaihtelevia ravintoaineita, jotka ovat riittäviä elimistön tarpeisiin ylittämättä niitä. Terveellisyyden ratkaisee ruoan laadun kokonaisuus kuukausien kuluessa, ei yksittäiset ja satunnaiset ruoka-aineet. (Vuori 2018, 23.) Ravitsemuksen laatu ja määrä alkavat vaikuttamaan yksilön kehitykseen jo kohdussa. Sikiöaika ja muutamat ensimmäiset elinvuodet ovat kriittistä aikaa aivojen kehitykselle. Ei ole täten yhdentekevää, millaista ravintoa odottava ja imettävä äiti syö. (Voutilainen ym. 2015.)

Voutilainen ja muut (2015) ovat todenneet, että ravinto on avainasemassa myös syöpätaudin kehittymisessä. Syöpien ehkäisyyn toimivat siten liikkilojen välttäminen, alkoholin liikkikäytön ja punaisen ja prosessoidun lihan syönnin rajoittaminen sekä kasvisruokavalion suosiminen. Syöpä saa alkunsa yhdestä vahingoittuneesta solusta.

Tätä vahingoittumista vastaan elimistön puolustuskyky toimii sitä tehokkaammin, mitä parempi ravitsemustila yksilöllä on. (Voutilainen ym. 2015.)

Ravitsemussuosituksiin kiteytyy tutkittu tieto siitä, kuinka ravinnontarve tyydyttyy eri elämänvaiheissa. Suosituksia päivitetään säännöllisin väliajoin. Työhön kuuluu teellisten tutkimusten laadullinen luokittelu, tasokkaiden tutkimusten arviointi ja tulkinta, ja johtopäätösten teko valittujen tutkimusten perusteella. Suositukset ovat neuvoja siitä, millaiset valinnat ruoan suhteen ovat riittäviä ravinnontarpeeseen samalla edistäen terveyttä. (Voutilainen ym. 2015.)

Terveellinen ruokavalio sisältää reilusti kasvikunnan tuotteita eli kasviksia, marjoja, hedelmiä, palkokasveja ja täysjyväviljaa. Terveyttä edistävät myös kala, kasviöljyt ja kasviöljypohjaiset levitteet, pähkinät ja siemenet sekä rasvattomat ja vähärasvaiset maitovalmisteet. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014.) Ravitsemussuosituksellinen ohje energiaravintoaineiden jakaumasta on seuraava; hiilihydraatit 45-60% energiasta, rasvat 25-40% ja proteiinit 10-20%. Ravintoaineiden laatu on myös suhdelukujen ohessa tärkeää. (Voutilainen ym. 2015.)

Suosituksen mukaisen ruokavalion terveyttä edistävästä vaikutuksesta on vakuuttava tutkimusnäyttö. Kyseinen ruokavalio vähentää riskiä sairastua esimerkiksi tyypin 2 diabetekseen, sydän- ja verisuonisairauksiin, kohonneeseen verenpaineeseen ja tietynlaisiin syöpätauteihin. Mainitun ruokavalion energiatiheys ei ole suuri, mikä ehkäisee liikkiloja. Vähärasvaisten maitovalmisteiden käyttö on yhteydessä pienempään riskiin liittyen kohonneeseen verenpaineeseen, aivohalvaukseen ja tyypin 2 diabetekseen. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014.)

Sairastuvuutta lisäävään ruokavalioon kuuluu paljon lihavalmisteita ja punaista lihaa sekä heikkolaatuisia elintarvikkeita; sisältäen vähän vitamiineja, kivennäisaineita ja kuitua, mutta runsaasti sokeria, tyydyttynyttä rasvaa ja suolaa. Kuvatun ruokavalion omaavilla yksilöillä sairastuvuus lisääntyy. Väestötutkimusten mukaan etenkin runsaasti lihaa käytävillä esiintyy suhteessa enemmän paksu- ja peräsuolisyöpää, tyypin 2 diabetesta, ylipainoa sekä sepelvaltimotautia. Runsas sokerin käyttö on yhteydessä tyypin 2 diabeteksen riskiin ja lihavuuteen, kuin myös hammasterveyden heikkou-

teen. Suolan liikakäyttö puolestaan lisää kohonneen verenpaineen riskiä sekä aivo-
halvaus- ja sepelvaltimotautikuolleisuutta. Suola voi myös pahentaa astman oireita ja
altistaa osteoporoosille. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014.)

Parhaimmillaan vuosien aikana toteutettu suositusten mukainen ruokavalio voisi
suojata kansakuntaamme sitä rasittavilta hiljaisesti eteneviltä kansantaudeilta; tyyppin
2 diabetekselta ja sydän- ja verisuonitaudeilta. Vaikka elintapasairauksiin kuolleiden
määrä on vuosien varrella kasvanut, on terveysvalistus Suomessa kuitenkin vähitellen
kohentanut väestön ruokailutottumuksia. (Voutilainen ym. 2015.)

Liikunta

Liikuntaa eli lihastyötä tarvitsemme päivittäisiin kehollisiin toimintoihin. Hyvä lii-
kunta- ja toimintakyky ovat siten paremman elämänlaadun edellytyksiä. Vaikka lihas-
ten toiminta on yhtä lailla tarpeellista kuin uni tai ravinto, toimintakyvyn puutteet
koetaan heikommin ja myöhemmin kuin unen ja ravinnon vajavuudet. Jos tarkastel-
laan liikunnan toteutumisen ja vaikutusten ilmentymiä yhteiskunnassamme, nousee
liikunnan merkitys moninkertaiseksi. (Vuori 2018, 29.)

Ihmisille liikunta on luontaista. Elinjärjestelmien laadukas toiminta edellyttää niiden
säännöllistä käyttöä. Liikunnalla ei ole ainoastaan ylläpitävä vaikutus elimistön raken-
teisiin ja toimintoihin, vaan se lisäksi vahvistaa ja parantaa fyysisiä ominaisuuksia ja
suorituskykyä. Harjoittelun vaikutus motorisiin taitoihin, luiden ja jänteiden lujusas-
teeseen, lihasvoimaan sekä kestävyteen on selkeä. Liikunnan säännöllisyys kasvat-
taa myös energiankulutusta, joka näkyy positiivisesti elinten toiminnoissa ja tervey-
dessä. (Vuori, Taimela & Kujala 2016.)

Vähäinen liikunta ja erityisesti täysi liikkumattomuus heikentävät ihmisen aineen-
vaihuntaa. Liikkumattomuus ja heikko energiankulutus johtavat usein lipidi- ja soke-
riaineenvaihduksen häiriöihin ja sekundaarisesti elin- ja kudosaivuriöihin sekä muihin
sairauksiin. Mekaanisen kuormituksen ja hermoston aktiivisuuden puutteet heikentä-
vät elimistön rakenteita ja elinjärjestelmien toimintoja. Myös aiemmin hankitut omi-
naisuudet, kuten kyky liikkua, alkavat vähitellen kadota. Jo muutaman päivän inaktii-
visuus aloittaa muutokset negatiiviseen suuntaan. Riippuen toimettomuuden as-
teesta ja mahdollisen hankitun reservikapasiteetin määrästä, muutosten ilmenemi-
nen toimintakyvyn ja terveyden heikkenemisenä tapahtuu kuitenkin vasta viikkojen,

kuukausien tai jopa vuosien kuluttua. (Vuori ym. 2016.) Liikkumattomuudesta johtuvien haittojen tutkiminen on vasta aluillaan. Tutkimusnäytön suunta kuitenkin jo osoittaa, että haitat ovat yleisiä ja moninaisia, sekä vaarallisia terveydelle ja toimintakyvyille. (Vuori 2018, 30.)

Suosituksen noudattaminen kirjaimellisesti ei kuitenkaan ole tarkoituksenmukainen tapa edistää yksilön liikuntatottumuksia. Liikuntasuositukset ovat nimensä mukaisesti suosituksia ja yleistettyjä ohjeistuksia. Kaikille on hyötyä myös suosituksia vähemmästä liikuntamäärästä, ja lisähyötyä puolestaan saa liikkumalla suosituksia enemmän. Yksilölle räätälöity liikuntaohjelma on lopulta sopivin ja tehokkain. (Vuori 2018, 39.)

Lepo

Viimeaikaisten tutkimusten valossa univajeeseen ja krooniseen stressiin liittyvät tulehdukselliset tekijät ovat nousemassa varteenotettaviksi patofysiologisiksi mekanismeiksi monien lisääntyvien kansantautien taustalla. (Kajaste & Markkula 2011 9, 42.) Useiden kansantautiemme, kuten masennuksen, sydän- ja verisuonitautien, ylipainon ja diabeteksen eräs huomattava taustasy on krooninen unettomuus. Myös immuunijärjestelmän toiminta heikkenee univajeen seurauksena. Univaje voi aiheuttaa huomattavan riskin työkyvyttömyysdiagnoosille. Pitkäaikaisista univaikeuksista kärsii noin yksi kymmenestä suomalaisesta, joten kansanterveydellisesti ongelma on merkittävä. (Kajaste & Markkula 2011 9, 42.) Tutkimusten mukaan yksi valvottu yö heikentää toimintakykyä yhtä paljon kuin yhden promillen humala (Kajaste & Markkula 2011, 39).

Kaksisuuntaiset yhteydet psyykkisten sairauksien ja unen välillä ovat selkeitä; masennus ja masennusoireet heikentävät unta, unen huono laatu lisää masennusoireita. Sama yhteys vallitsee unen ja lihavuuden välillä; unettomuus ja heikko uni lisäävät vuosien kuluessa painonnousun ja lihavuuden kehittymisen todennäköisyyttä. Lihavuus puolestaan heikentää unen laatua. Lihavuus häiritsee unta tehden siitä katkonaista ja kevyttä, saattaen johtaa unenaikaisiin hengityshäiriöihin, kuten uniapneaan. Kaksisuuntaiset vaikutukset voivat tehdä huonon unen ja lihavuuden välille kumpakin ylläpitävän tai lisäävän kierteen. (Vuori 2018, 51.) Valvominen heikentää immuunivastetta ja lisää elimistössä tulehdusreaktioita välittävien aineiden määrää (Kajaste & Markkula 2011, 17).

Lihavuus

Lihavuuden esiintyvyys on Suomessa kasvussa. Muuhun Eurooppaan verrattuna suomalaisten lihavuus on hieman keskitasoa tavallisempaa, Pohjoismaisella tasolla aikuisten lihavuudessa olemme kärjessä. Miesten paino on noussut 1970-luvulta, ja naisten 1980-luvulta lähtien. Yleensä paino nousee tasaisesti iän karttuessa. Paikallisia poikkeamia esiintyvyydessä kuitenkin löytyy. Matala sosioekonominen asema korreloi ylipainon kanssa, ja heikomman koulutustason omaavien vanhempien lapsilla lihavuus on myös yleisempää. Suomalaisista miehistä kolme neljäsosaa ja naisista kaksi kolmasosaa olivat vuonna 2017 ylipainoisia (Koponen, Borodulin, Lundqvist, Sääksjärvi & Koskinen 2018).

Lihavuuden terveydellinen merkitys on suuri, ja sillä on huomattava vaikutus sairauksien aiheuttajana. Useat siihen liittyvät sairaudet ovat kansantauteja, joiden kansanterveydellinen vaikutus on merkittävä. Jos lihavuus saataisiin poistettua Suomesta, laskelmien mukaan noin 300 000 ihmistä säästyisi sairastumiselta kansantauteihin. Lihavuuden liitännäissairauksien hoitoon on arvioitu kuluvan noin 5-7% terveydenhuollon vuosittaisista kokonaismenoista. (Vuori ym. 2016, 426.)

Taulukko 1. Lihavuuden luokitus painoindeksin perusteella. (Käypä Hoito 2013.)

Lihavuuden luokitus painoindeksin (BMI) perusteella.				
Normaalipaino	Liikapaino (yli-paino)	Lihavuus	Vaikea lihavuus	Sairaalloinen lihavuus
18.5–24.9	25.0–29.9	30.0–34.9	35.0–39.9	40 tai yli

Lihavuuden prevalenssi ilmenee erityisesti kahdella tavalla; verenpaine kohoaa ja sokeri- ja lipidiaineenvaihdunta heikkenee, johtaen sairastumiseen. Itsenäisenä riskitekijänä lihavuus on myös esimerkiksi sepelvaltimotaudille. (Vuori ym. 2016, 426-427.)

Lihavuuden aste määrittää sairastumisvaaran voimakkuutta. Lievällä lihavuudella (BMI 25,0-29,9) ei ole vielä kovin huomattavaa sairastumisriskiä, mutta merkittävä lihavuus nostaa vaaraa jyrkästi. Rasvakudoksen määrän lisäksi sairastumiseen vaikut-

taa kyseisen kudoksen jakautuminen ja sijainti kehossa. Varsinkin keskivartalolihavuus korreloi erityisesti kohonneen verenpaineen, diabeteksen ja lipidiaineenvaihdunnan häiriöiden esiintyvyyden kanssa. Mainitut oireet esiintyvät usein samaan aikaan, jolloin on kyseessä metabolinen oireyhtymä. (Vuori ym. 2016, 427.)

Ainoastaan BMI:n käyttäminen terveyden mittarina ei kuitenkaan toimi. Iso joukko BMI:n mukaan ylipainoisista ovat somaattisesti terveitä ja toisaalta BMI:n paremmalta puolelta löytyy elintapasairauksia omaavia yksilöitä. BMI voi silti toimia hyödyllisenä terveyden tienviittana, prosentuaalisesti korkea BMI on kuitenkin mahdollisten lihavuuden liitännäissairauksien riskitekijä. (Tomiyaama, Hunger, Nguyen-Cuu & Wells 2016.)

Kehoon kertynyt liikarasva voi aiheuttaa elimistöön lievän tulehdustilan, joka vähitellen heikentää terveyttä. Lihavuus voi johtaa tyyppin 2 diabeteksen, sydän- ja verisuonitaudin tai jonkin syöpäsairauden puhkeamiseen. Lihavuus aiheuttaa myös paljon muita terveyteen liittyviä komplikaatioita. (Voutilainen ym. 2015.)

Lasten ja nuorten elintapatottumuksia ei tulisi väheksyä. Ylipainoisen lapsen alttius mahdolliselle lihomiselle tulevaisuudessa verrattuna normaalipainoiseen lapseen on kuusinkertainen. (Voutilainen ym. 2015.) Ympäristösyistä turhaa kulutusta on myös syytä välttää. Painonnousuun yhdistyy aina energian liikasaanti ja ylipainoisilla energian tarve on myös normaalipainoisia suurempi. Siksi painonhallintaa edistävät toimet tukevat myös kestävän kehityksen näkökulmaa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014.)

Lihavuuteen liittyy paljon stereotypioita ja ennakkoluuloja. Yhdysvaltalaisen tutkimusanalyysin mukaan lihavia ihmisiä syrjitään ja stigmatisoidaan heidän painonsa vuoksi. Syrjintä ja syyllistäminen aiheuttavat haittoja yksilöiden somaattiselle ja psyykkiselle terveydelle. Painoon liittyvän syrjinnän prevalenssi on kasvanut Yhdysvalloissa 66% viime vuosikymmenen aikana, ja on etenkin naisten kohdalla verrattavissa rodullisen syrjinnän asteisiin. Painoon liittyvät ennakoasenteet vaikuttavat lihaviiden ihmisten tasa-arvoon työelämässä, terveydenhuollossa ja koulutuksessa, usein liittyen negatiivisiin stereotypioihin laiskuudesta, motivoimattomuudesta, itsehillinnän puutteesta, epäammattimaisuudesta ja huolimattomuudesta. (Puhl & Heuer 2012.)

Ylipainon ja lihavuuden asteen aliarviointi on prosentuaalisesti kasvanut viime vuosina. Ylipainon ja lihavuuden normalisointi voi myös osaltaan vaikuttaa BMI-statuksen aliarviointiin. Yksilöillä, jotka kokevat itsensä lihaviksi on toisaalta suurempi riski lihoa tulevaisuudessa. Itsensä ylipainoiseksi tunnistamisen ja stressisyömisen välillä on löydetty myös yhteys. (Robinson, Hunger & Daly 2015.)

Alkoholi

Maailmanlaajuisesti 3,3 miljoonaa kuolemaa vuosittain johtuu välillisesti alkoholin liiallisesta käytöstä. Kyseinen määrä on 5,9% kokonaiskuolleisuudesta. Alkoholi on vaikuttajana yli 200:n eri sairauden ja haitan kehittymiseen. 20-39 vuotiaiden kuolemista arviolta 25% ovat alkoholiin liittyviä. Alkoholin ja mielenterveysongelmien, käyttäytymishäiriöiden, somaattisten loukkaantumisien ja kansantautien välillä on vahva korrelaatio. (World Health Organization 2018a.)

Alkoholin käyttö lisää riskiä toimintakyvyn heikkenemiselle ja monille sairauksille, kuten useat syövät, maksakirroosi, sydän- ja verisuonitaudit ja epilepsia. Alkoholin liika- käyttö altistaa korkealle verenpaineelle, ruoansulatuskanavan verenvuodoille, uniongelmiille ja masennukselle. Lisäksi alkoholin käytöllä on negatiivinen yhteys sosiaaliseen hyvinvointiin, josta voi olla seurauksena esimerkiksi parisuhdeongelmia, traumoja, väkivaltaa, lasten laiminlyöntiä ja työpoissaoloja. Alkoholin liikakäyttö tuo sosiaalisia ja ekonomisia haittoja yksilön lisäksi myös yhteiskunnalle. (World Health Organization 2018a.) Suomessa raittiudesta on kuitenkin tullut yleisempää vuosien 2011 ja 2017 välillä. Työikäisten humalahakuinen juominen on myös vähentynyt. Vuodesta 2007 lähtien alkoholinkulutus on laskenut noin 15 prosenttia. (Koponen ym. 2018.)

Tupakointi

Tupakka tappaa puolet käyttäjistään ennenaikaisesti, maailmanlaajuisesti yli 7 miljoonaa ihmistä vuosittain. Näistä kuolemista yli 6 miljoonaa johtuvat suoraan tupakan haitoista tuotteen käyttäjille. Noin 890 000 ennenaikaisesti kuolleista ovat ei-tupakoivia, jotka ovat altistuneet epäsuorasti tupakansavulle. Tupakan aiheuttaman kuolleisuuden osuus on 12% aikuisten kokonaiskuolleisuudesta. Epäsuoran tupakoinnin, eli passiivisen tupakoinnin uhreista vuonna 2004 oli 28% lapsia. Noin 80% maailman 1,1 miljardista tupakoivista ihmisistä asuvat matalan- tai keskitulotason valtioissa. (World Health Organization 2018c.)

Tupakointi aiheuttaa 90% kaikista kuolemaan johtavista keuhkosityövistä ja 80% kuolemaan johtavista keuhkohtaumataudeista. Tupakointi lisää kuoleman riskiä myös kaikissa siihen mahdollisesti johtavissa sairauksissa. Tupakoivilla kasvavat myös sepelvaltimotaudin riskit 2-4 kertaiseksi, halvauksen riskit 2-4 kertaiseksi ja keuhkosityövän kehittymisen riskit 25 kertaiseksi. Tupakointi heikentää terveyttä kokonaisvaltaisesti kaikilla osa-alueilla. (Centers for Disease Control and Prevention 2017.)

Suomalaisilla työikäisillä tupakointi on vähentynyt välillä 2011-2017. Alle 65-vuotiaiden tupakoivien miesten määrä on laskenut 22 prosentista 19 prosenttiin, naisten osuus 18 prosentista ja 13 prosenttiin. Tupakkalain tavoitteesta (alle 5% väestöstä tupakoi) olemme vielä kuitenkin kaukana. (Koponen ym. 2018.)

2.3 Kansanterveystyö

Kansanterveislain (L 66/1972 1§) ja terveydenhuoltolain (L 1326/2010 3§) mukaan kansanterveystyön tehtäviä ovat väestön terveydentilan ja siihen vaikuttavien tekijöiden seuranta, huolehtiminen terveysnäkökohtien huomioon ottamisesta kunnan kaikissa toiminnoissa ja yhteistyö terveyden edistämiseksi muiden kunnassa toimivien julkisten ja yksityisten toimijoiden kanssa. Ensijainen vastuu omasta hyvinvoinnista on yksilöllä itsellään, mutta yksilön elintapoihin ja valintoihin vaikuttavat voimakkaasti tiedolliset ja muut voimavarat, elinolosuhteet ja ympäristön ja kulttuurin antamat virikkeet. Terveysalan ammattilaisilla on erityinen vastuu terveyden edistämisestä jo kansanterveislain nojalla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006.)

2.3.1 Elämäntapaohjaus

Termillä elämäntapaohjaus tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä erilaisia terveyden edistämisen ohjauksellisia keinoja, jotka ovat yleisesti terveysalan ammattilaisten käytettävissä asiakastyössä, kuten; terveysneuvonta, terveystieteiden ja valistus ja terveysvaikutusten ennakoarviointi.

Elintapamuutosta mahdollistavaa elämäntapaohjausta tukee potilaskeskeinen työskentelytapa, jossa terveysalan ammattilainen on tiedon, mutta potilas oman elämänsä asiantuntija. Ammattilaisen ei tulisi suoraan käskää potilasta tekemään asioita, vaan keskustelun jälkeen potilas saa itse asettaa mahdolliset tavoitteensa ja

itse päättää toimintatavoista. Tavoitteena on saada keskustelun lomassa potilaalle viesti, joka saa hänet itse ajattelemaan kyseistä asiaa ja siten tekemään itse siitä päätöksiä. Muutoksen suhteen potilaat ovat myös eri vaiheissa, mikä tulee ottaa huomioon asioiden esitystavassa. Suorat kehotukset ja neuvot herättävät usein muutosvastarinnan. (Mustajoki 1998.)

Mustajoki toteaa, että liian autoritaarisella toimintatavalla saatamme tukahduttaa yksilön nukkuvan motivaation. Suurin osa ihmisistä haluaa huolehtia itsestään ja terveydestään. Ammattilaisen tavoitteena tulisikin olla antaa tälle halulle mahdollisuus kehittyä toiminnaksi. (Mustajoki 1998.)

Tutkimukset osoittavat elämäntapainterventioiden laskevan verenpainetta ja vähentävän metabolisen oireyhtymän riskejä (Stuckey, Gill & Petrella 2015), toimivan 2 tyyppin diabeteksen hoidossa (Gamiochipi, Cruz, Kumate & Wachter 2016; Saaristo, Moilanen, Korpi-Hyövälti, Vanhala, Saltevo, Niskanen, Jokelainen, Peltonen, Oksa, Tuomilehto, Uusitupa, & Keinänen-Kiukaanniemi 2010) ja olevan tehokkaita lihavuuden ehkäisyyn (DeBar, Stevens, Perrin, Wu, Pearson, Yarborough, Dickerson & Lynch 2012; Brown, Geiszler, Lewis & Arbesman 2018). Elämäntapaohjauksen on havaittu olevan metformiinia tehokkaampi hoitomuoto 2 tyyppin diabeteksen hoidossa (Knowler, Barrett-Connor, Fowler, Hamman, Lachin, Walker & Nathan 2002). Elintapasairauksien riskiryhmiin kuuluville suoritettavat elämäntapaohjaukselliset interventiot säästävät myös yhteiskunnan varoja (Lindgren, Lindström, Tuomilehto, Uusitupa, Peltonen, Jönsson, de Faire & Hellénus 2007).

3 Tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena on aiempaa tutkimustietoa hyödyntäen kuvata, millainen merkitys terveysalan ammattilaisten omilla elintavoilla on asiakkaiden elämäntapaohjauksessa. Tavoitteena on tuottaa tietoa siitä, millä tavoin ohjaavan ammattilaisen omat elintavat mahdollisesti vaikuttavat ohjaustilanteeseen ja asiakkaaseen.

Tuotettua tietoa terveysalan ammattilaiset voivat hyödyntää omassa ammatillisessa toiminnassaan ja sen tarkastelussa. Tavoitteena on myös herättää aiheesta keskustella terveysalan ammattilaisten ja opiskelijoiden keskuudessa

Tutkimuskysymys:

1. Millainen merkitys terveysalan ammattilaisten omilla elintavoilla on heidän asiakkaille antamassaan elämäntapaohjauksessa?

4 Kirjallisuuskatsauksen toteuttaminen

4.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Kyseinen opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Se on metodi ja tutkimustekniikka, jossa tutkitaan jo tehtyä tutkimusta. Kirjallisuuskatsaus on systemaattinen, täsmällinen ja toistettavissa oleva menetelmä, jolla tunnistetaan, tiivistetään ja arvioidaan valmiina olevaa ja julkaistua tutkimusaineistoa. Kuvailevaa kirjallisuuskatsausta voi luonnehtia yleiskatsaukseksi; tutkittava ilmiö kuvataan laaja-alaisesti ja tarvittaessa tehdään luokitus ilmiön ominaisuuksista. (Salminen 2011.)

Tämän opinnäytetyön tavoitteiden saavuttamiseksi kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä mahdollisti terveyteen, elintapoihin ja elämäntapaohjaukseen liittyvän kansainvälisen tutkimustiedon kokoamisen ja tiivistämisen. Menetelmän avulla suodatettiin valittuja tutkimuksia, poimien tekstiin niiden pääkohdat; samalla pohtien aiheeseen liittyvän tiedon lisääntymistä tai muuttumista ajan kuluessa (Hirsjärvi, Remes & Sahivaara 2009).

Kirjallisuuskatsauksessa on tarkoitus selvittää käsiteltävän aiheen erilaiset näkökulmat ja miten tutkimusten tulokset korreloivat ajankohtaiseen tietoon, verraten sitä myös aiempiin tutkimuksiin. Lähdeviitteiden käyttö kirjallisuuskatsauksessa on oleellista; niiden avulla voidaan alkuperäisen tiedon aineistoa ja luotettavuutta arvioida. Lähteet mahdollistavat myös kirjallisuuskatsauksen tekstin rakentumisen tarkastelun. (Hirsjärvi ym. 2009, 121.)

Lähdekriittisyys on oleellinen osa kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta ja puolueettomuutta. Mahdolliset keskenään ristiriitaiset tutkimustulokset tulee havaita ja tuoda esiin opinnäytetyössä. Tieteellisen kirjoitustyylin on oltava kokonaisuutena objektiivinen, asiakaskeinen ja alkuperäisille teksteille uskollinen. (Hirsjärvi ym. 2009, 260.)

4.2 Aineiston haku

Aineiston valinnassa hyödynnettiin sisäänotto- ja poissulkukriteereitä (ks. Taulukko 2). Julkaisun oli oltava suomen- tai englanninkielinen ja julkaisun aineiston tuli olla hoito-, tai lääketieteellinen tai kuulua lähitieteisiin. Julkaisujen tuli käsitellä terveysalan ammattilaisten elintapoja ja/tai elämäntapaohjausta.

Taulukko 2. Aineiston sisäänottokriteerit

Sisäänottokriteerit:

- Julkaisu on suomen- tai englanninkielinen
- Julkaisu on hoito- tai lääketieteellinen tai kuuluu lähitieteisiin
- Julkaisu käsittelee terveysalan ammattilaisten elintapoja ja/tai elämäntapaohjausta

Tutkimukset valittiin opinnäytetyöhön otsikon sekä tiivistelmän perusteella, ja lopulliset valinnat tehtiin koko julkaisun aineiston perusteella. Tärkeänä kriteerinä toimi myös artikkelien tieteellisyys, tarkoittaen että julkaisut olivat vertaisarvioituja tai kirjallisuuskatsaukset systemaattisia. Tämä ei kuitenkaan ollut ehdoton kriteeri, sillä useat hakujen avulla löytyneistä käsiteltävien aiheiden kannalta olennaisista julkaisuista olivat yksittäisiä kyselytutkimuksia.

Julkaisuvuotta ei määritelty sisäänottokriteeriksi aiheen laajuuden vuoksi. Suurin osa tutkimuksista sijoittuu kuitenkin 2000-luvulle. Yhteensä yli kolmen vuosikymmenen ajalta saadut tutkimukset antavatkin elintapojen ja elämäntapaohjauksen merkitystä tarkastellessa hyvän kuvan aiheen mahdollisista muutoksista ajan kuluessa. Aineistot ovat kansainvälisiä, lopulliseen valintaan otettiin tarkoituksenmukaisesti mukaan tutkimuksia maailmanlaajuisesti.

Opinnäytetyössä käsiteltyjä tutkimuksia (29kpl) on löydetty käyttäen Pubmed- sekä Cinahl-tietokantoja. Kyseisistä tietokannoista aineistoa on etsitty usein eri hakusanayhdistelmin laajojen tulostamien välttämiseksi ja tehokkaamman rajauksen mahdollistamiseksi. Lisäksi manuaalisen haun ja aineiston alkuperäislähteiden viitteitä tutkimalla ns. ”snowballing” -metodin avulla on löydetty kolme tutkimusta (Greenhalgh & Peacock 2005).

Pubmed

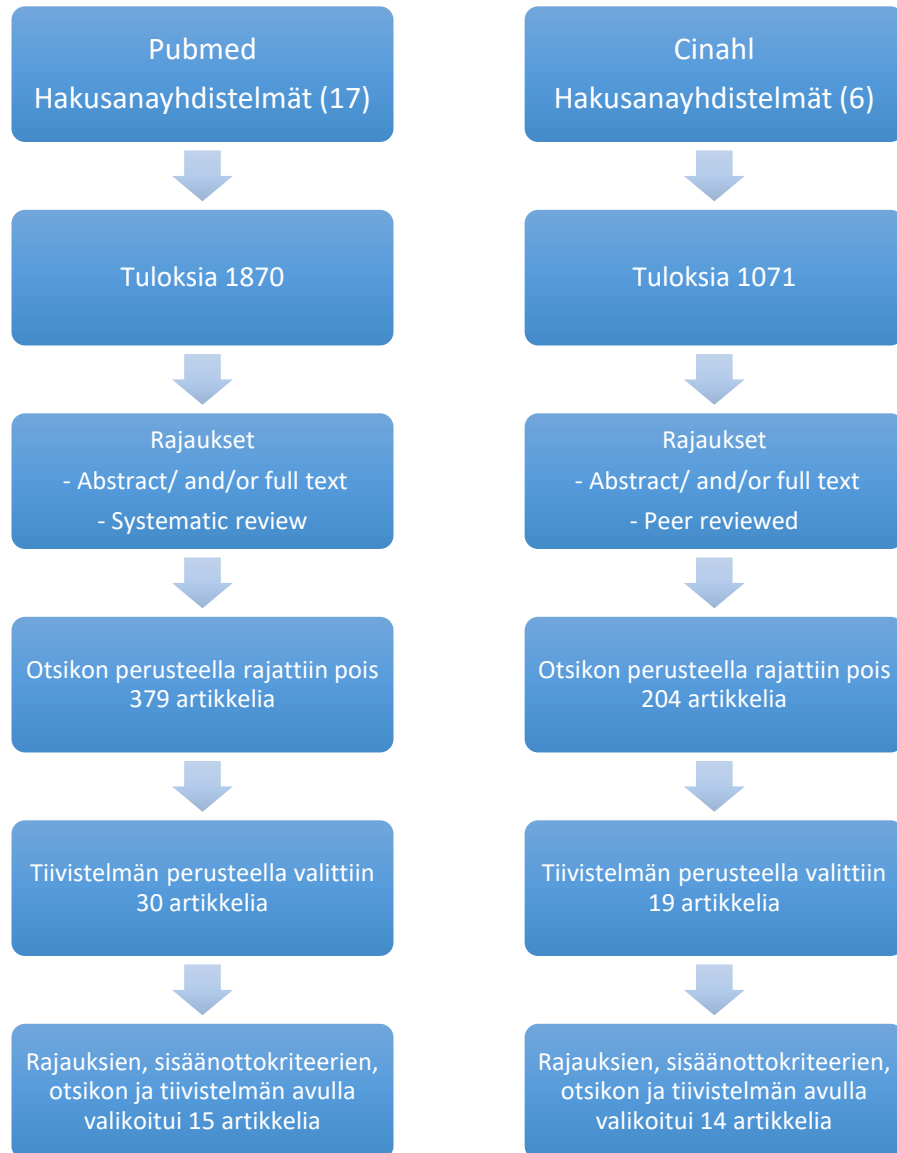
Pubmed-tietokannan hauissa käytettiin seuraavia hakusanoja ja hakusanayhdistelmiä (hakusana(t); mahdollinen rajaus, tulosten määrä); ”health practices”; 392, ”counseling skills”; 52, ”exercise habits”; 93, ”counseling practices”; 94, ”lifestyle AND nurse”; (otsikko) 40, ”nurse* AND health behaviour*” (otsikko); 19, ”patient counsel”; 143, ”health habits”; 186, ”habits AND practices”; 57, ”prevention AND practices AND physician” (otsikko); 19, ”physician AND weight”; 68, ”health AND behavior AND physician”; 33, ”healthcare AND lifestyle”; 49, ”lifestyle AND counseling”; 116, ”healthcare AND worker”; 243, ”role model”; 238 ja ”nurse health”; 28. Tuloksia yhteensä 1870.

Cinahl

Cinahl-tietokannan hauissa käytettiin seuraavia hakusanoja ja hakusanayhdistelmiä (hakusana(t); mahdollinen rajaus, tulosten määrä); ”health habits AND lifestyle counseling”; 4, ”lifestyle change AND healthcare professional”; 24, ”lifestyle counseling”; 177, ”Health practices” (otsikko); 363, ”role model” (otsikko); 277 ja ”medical advice” (otsikko); 226. Tuloksia yhteensä 1071. Tutkimuksista vertaisarvioituja oli 677.

Aineistojen valinnassa käytettiin erilaisia rajoituksia (ks. Kuvio 1). Pubmed-tietokannan rajoituksina toimivat tiivistelmän tai kokonaisen artikkelin saatavuus. Cinahl-tietokannan rajoituksina käytettiin kokonaisen artikkelin tai tiivistelmän saatavuutta ja aineistojen tuli olla vertaisarvioituja. Osaa hakusanoista rajattiin löytymään myös pelkästään aineistojen otsikoista. Kyseisten rajoitusten jälkeen valittiin aineistosta jatkoon ne, joiden otsikko käsitteli selkeästi opinnäytetyön aihetta. Lopullinen valinta tapahtui tiivistelmän ja aineistoin kokonaisuuden asiaankuuluvuuden perusteella. Kirjallisuuskatsaukseen valikoitui lopulta yhteensä 32 tutkimusta/artikkelia; Cinahl 14, Pubmed 15 ja manuaalisen haun avulla kolme. Sisäänottokriteerit ja lopullisen valinnan läpäissyt aineisto löytyy liitetystä taulukosta (ks. Liite 1).

Valikoitunut aineisto koostuu terveysalan tutkimusartikkeleista liittyen terveysalan ammattilaisten elintapoihin ja elämäntapaohjaukseen. Aineistot ovat kirjallisuuskatsauksia, yleiskatsauksia, meta-analyyseja, artikkeleja ja kyselytutkimusten tuloksia.



Kuvio 1. Aineiston haku ja valinta.

4.3 Aineiston analysointi

Aineiston analyysin lähtökohtia ovat: tutkimuskysymykseen saatavat vastaukset, aineiston olennaisuuden erottaminen, aineiston sisältöön tutustuminen; mihin tarkoitukseen aineisto on alun perin kerätty, ilmiön syvälinen ymmärtäminen, tutkimuksen

luotettavuuden varmistaminen, aineiston erilaisuuksien ja poikkeavuuksien huomioiminen. (Tuomi & Sarajärvi 2009.)

Aineistolähtöistä sisällönanalyysia ohjaavat tutkimuksen tarkoitus ja kysymystenasettelu induktiiviseen päättelyyn perustuen. Aineistoa tutkitaan avointen kysymysten avulla, prosessinomaisesti ja avoimesti. Induktiivinen analyysiprosessi aloitetaan analyysiyksikön määrittämisestä, joka tässä tapauksessa muotoutuu tutkimuskysymyksenä lauseeksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009.)

Sisällönanalyysin avulla voitiin tutkia tämän kirjallisuuskatsauksen aiheiden ja ilmiöiden merkitystä tiivistäen löydetyt tulokset. Sisällönanalyysillä tarkoitetaan aineiston erittelyä, sen johdonmukaisuuden tutkimista ja sen tiivistämistä. Menetelmä on tekstianalyysiä, joka tarkoittaa tarkasteltavan aineiston olevan jo alkuperäiseltä muodoltaan tekstiä. Analyysin avulla luotava tiivistelmä kattaa käsitellyn aineiston tulokset laajemmassa kontekstissa. (Tuomi & Sarajärvi 2009.)

Aineiston analyysi aloitettiin tutkimusten käsittelyn jälkeen luomalla itse terveysalan ammattilaisten elintapoihin ja elämäntapaohjaukseen liittyvät kategoriat. Samankaltaiset ja toisiinsa liittyvät tutkimustulokset järjestettiin erillisiksi kappaleiksi. Lopuksi aineistoista kerätyt tulokset tiivistettiin yhtenäisiksi kokonaisuuksiksi.

5 Terveysalan ammattilaisten elintapojen merkitys

Tämän kirjallisuuskatsauksen käsittelemät tutkimukset terveysalan ammattilaisten elintapojen merkityksestä elämäntapaohjauksessa näyttävät yhtenäistä suuntaa; ammattilaisten elintavoilla on tieteellisesti todistettava merkitys asiakkaan elämäntapaohjauksessa ja sen vaikuttavuudessa. Tuloksista nousi myös esiin terveysalan ammattilaisten elintapojen samankaltaisuus kantaväestöön verrattuna. Opinnäytetyön tulokset on jaoteltu seuraavan taulukon (ks. Taulukko 3.) mukaisesti.

Valtaosa tässä opinnäytetyössä käsitellyistä elintapoja kuvaavista tutkimuksista osoittavat, että lääkärin, hoitajien ja muiden terveysalan ammattilaisten elintavat eivät eroa merkittävästi kantaväestön elintavoista. Pientä variaatiota tuloksissa edustaa

kanadalainen tutkimus (Frank & Segura 2009.), johon osallistuneiden lääkäreiden elintavat olivat keskimäärin kantaväestöä paremmalla tasolla. Lääkäreiden terveystyötytymisen eroista muihin terveysalan ammattilaisiin kertoo myös toinen tutkimus (Karvinen, Balneaves, Courtney, Perry, Truant & Vallance 2017.), jonka mukaan lääkärit noudattivat nykyaikaisia liikuntasuosituksia 45-90% todennäköisyydellä, hoitohenkilökunta puolestaan 39-70% todennäköisyydellä. Tupakointia terveysalan ammattilaisilla esiintyi kantaväestöä vähemmän (Dabrh, Gorty, Jenkins, Murad & Hensrud 2016.). Kokonaiskuva on kuitenkin selkeä; terveysalan ammattilaisten terveys ja somaattisten sekä psyykkisten sairauksien prevalenssit eivät eronneet merkittävästi kantaväestön vastaavista tuloksista muutamaa poikkeusta lukuun ottamatta.

Taulukko 3. Terveysalan ammattilaisten elintavat ja elämäntapaohjaus

Terveysalan ammattilaisten elintavat ja elämäntapaohjaus

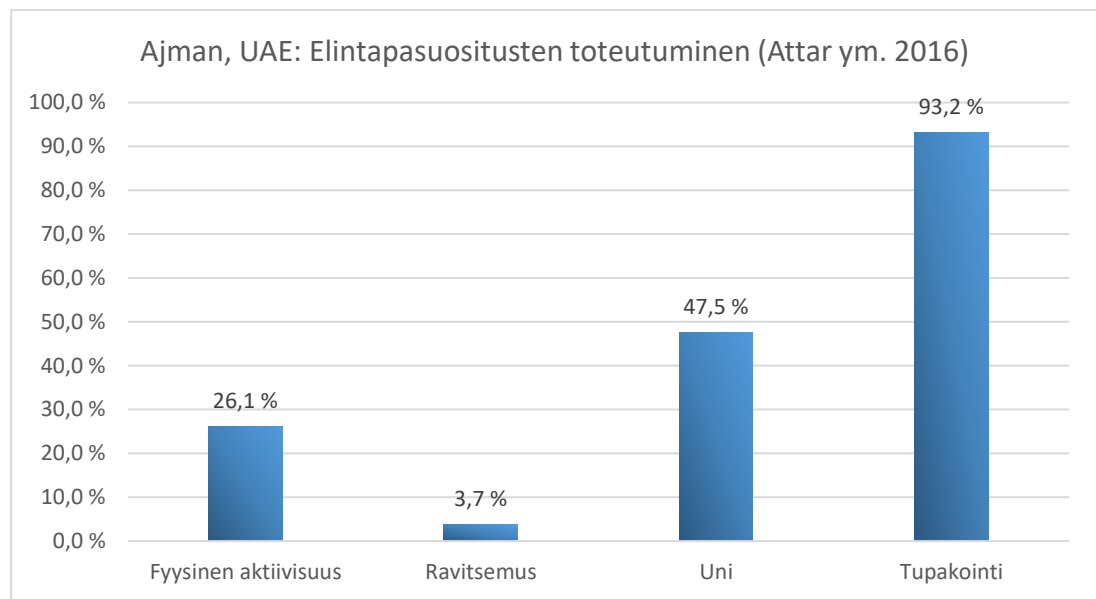
- Terveyden edistäminen ja ylläpito
 - Asiakkaan näkökulma
- Elintapojen vaikutus kliiniseen työhön
 - Liikunta
 - Paino
 - Tupakointi

5.1 Terveyden edistäminen ja ylläpito

Suurimmalla osalla Arabiemiirikunnissa terveysalan ammattilaisille tehdyn kyselyn osallistujista (73,3% osallistujista sairaanhoitajia) oli haitallisia terveystyötytymisen malleja siitäkin huolimatta, että he kuvasivat elintapojaan terveellisiksi. Prosentuaalisesti terveysalan ammattilaiset pääsivät suositusten tasolle heikosti; fyysinen aktiivisuus 26,1%, ravitsemus 3,7%, uni 47,5%, tupakointi 92,3%. Puolestaan suurin osa heistä, jotka määrittivät elintapansa haitallisiksi, olivat siinä oikeassa. Tulos on hyvä esimerkki koetun terveyden subjektiivisuudesta. (Attar, Konchwalla, Ibirogba, Salam, Abdalla & Sharbatti 2016.) Brasilialaisen tutkimuksen tulokset osoittivat, että terveystyö-

alan ammattilaiset kokivat terveytensä paremmaksi, mitä se todellisuudessa oli. (Hidalgo, Mielke, Parra, Lobelo, Simões, Gomes, Florindo, Bracco, Moura, Brownson, Pratt, Ramos & Hallal 2016.) Verrattava tulos löytyi terveysalan ammattilaisille tehdyssä elintapakyselyssä, jonka mukaan kolmasosa vastanneista aliarvioi oman BMI-statuksensa. (Zhu, Norman & While 2014.)

Kaavio 1. Elintapasuosituksen toteutuminen



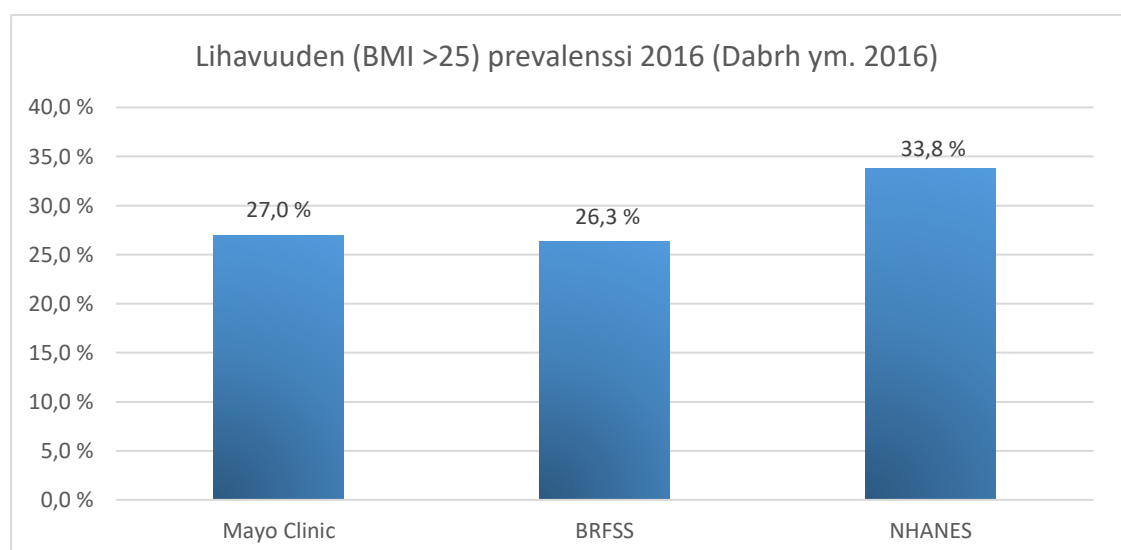
Japanissa 30-vuoden aikana tehty tutkimus yli 3000 lääkärin elintavoista koostui vastaavista tuloksista; lääkärin liikuntatottumukset eivät yltäneet WHO:n viikoittaisten liikuntasuosituksen tasolle. Yli 50% näistä lääkäreistä harrasti liikuntaa maksimissaan vain kerran viikossa. (Morishita, Miki, Okada, Tsuboi, Ishibashi, Ando & Kusano 2013).

Ruotsalaisessa julkisen terveydenhuollon kyselytutkimuksessa (2011) ilmeni, etteivät terveysalan ammattilaiset osallistu toimintakykyä ja terveyttä ylläpitäviin työnantajan mahdollistamiin aktiviteetteihin kantaväestöä enempää. Osallistujien osuus oli noin 20%, mikä ei eroa vastaavista tuloksista muissa väestöryhmissä. Samankaltaisia tutkimustuloksia on saatu myös muista kyselyistä, joiden aiheena oli työyhteisöjen terveyttä edistävät aktiviteetit. Tutkimus osoitti naispuolisten terveysalan ammattilaisten osallistuvan kyseisiin toimintoihin ja aktiviteetteihin miehiä todennäköisemmin. (Jonsdottir, Börjesson & Ahlborg 2011.)

Tutkimus tarkasteli ammattilaisten aktiivisuutta 3,5 vuoden ajalta. Tutkimuksessa seurattiin neljään alueeseen liittyviä toimintoja; liikunta, ravitsemus, uni ja henkinen hyvinvointi. Suosituin aktiviteetti osallistujamäärältään oli liikunta. Osallistujista he, jotka olivat jo kyselyn alussa minimaalisesti aktiivisia, osallistuivat liikunta-aktiviteetteihin muita epätodennäköisemmin. Myös muita haitallisia terveyskäyttäytymisen muotoja, kuten ravitsemuksen heikkolaatuista toteutumista ja uniongelmia omaavat henkilöt osallistuivat vähemmän liikunnallisiin aktiviteetteihin. Unihäiriöt tai korkea BMI-tulos eivät myöskään motivoineet henkilöitä osallistumaan uneen ja ravitsemukseen liittyviin elintapamuutosohjelmiin. Tutkimuksessa todetaan, että terveysalan ammattilaisten kantaväestöä parempi ymmärrys terveydestä ja elintavoista ei tunnu vaikuttavan heidän omaan terveyskäyttäytymiseensä. (Jonsdottir ym. 2011.)

Tutkimuksessa verrattiin Ruotsin kansalaisten elintapoja terveysalan ammattilaisten vastaaviin; yllättävänä tuloksena 15% ammattilaisista ilmoitti elintapojensa olevan haitallisia verrattuna kantaväestölle tehdystä vastaavasta kyselystä saatuun 12,9% tulokseen. Tutkimusten kyselykaavakkeet olivat lähes identtiset. Tulos noudattaa samaa linjaa; terveysalan ammattilaisten ja kantaväestön elintavoissa ei ole merkittäviä eroja. (Jonsdottir ym. 2011.) Myös Yhdysvalloissa tehty tutkimus osoitti, että terveysalan ammattilaisten elintavat eivät eroa muun väestön elintavoista. (Kulkarni, Jackson, Kim & Cooper 2017.)

Kaavio 2. Lihavuuden prevalenssi



Yhdysvaltalaiset CDC:n (Centers for Disease Control and Prevention) valvomat BRFSS (Behavioral Risk Factor Surveillance System) ja NHANES (the National Health and Nutrition Examination Survey) ovat kantaväestölle tehtyjä terveystutkimuksia. Verraten näitä tutkimuksia Mayo Clinic- sairaalassa terveysalan ammattilaisille tehtyyn tutkimukseen lihavuuden esiintyvyydessä ei ole merkittäviä eroja kantaväestöön verrattuna. (Dabrh ym. 2016.)

Terveysalan ammattilaisten oma paino vaikuttaa heidän painonhallintaan liittyviin asenteisiin ja myös heidän omiin käytännön painonhallintakeinoihin. Normaali-painoiset terveysalan ammattilaiset olivat todennäköisemmin luottavaisia omiin painonhallintakykyihinsä, kokivat vähemmän esteitä painonhallintaan liittyen ja olivat painonhallintaan liittyvien tulosten suhteen positiivisempia. Verrattuna heidän ylipainoisiin kollegoihinsa, normaalipainoisilla ammattilaisilla oli vahvempi käsitys omasta roolistaan asiantuntijoina, mutta toisaalta yleisesti negatiivisempi suhtautuminen ylipainoisiin ja lihaviin ihmisiin. (Zhu, Norman & While 2011.)

Asiakkaan näkökulma

Terveysalan ammattilaisiin luotetaan. Iso-Britanniassa tehdyn laajan kyselytutkimuksen (2009) mukaan 94% vastanneista luottaa lääkäreiltä ja hoitajilta saamaansa tietoon. Vertailukohtina mainittakoon opettajat 88%, tuomarit 82% ja poliisit 77%. Kyselyn mukaan kansalaiset eivät kuitenkaan kokisi epäterveellisiä elintapoja omaavien terveysalan ammattilaisten terveysneuvoja mieluisiksi. Toisaalta vain 23% vastanneista uskoo terveysalan ammattilaisten elävän keskimääräistä terveellisempää elämää. (Ipsos Mori 2009.)

Terveysalan ammattilaisen epäterveelliset elintavat ja niiden fysiologinen ilmeneminen luo asiakkaille epäuskoa hänen pätevyystään (While 2015). Sama pätee myös toisinpäin; hyvillä elintavoilla varustettu ammattilainen on potilaan silmissä uskottavampi ja motivoivampi (Leske, Strodl & Hou 2012; Smith & Leggat 2007; Hull, DiLalla & Dorsey 2008). Lihavien lääkärin terveysneuvoihin ei luoteta samalla vahvuudella kuin heidän normaalipainoisten kollegoidensa ohjeistuksiin (Hash, Munna, Vogel & Bason 2003). Terveysneuvoja potilaat kuuntelevat paremmin lääkäreiltä, joiden elintavat ovat terveellisiä (Oberg & Frank 2011).

Royal College of Physicians (2015) kertoo julkaisussaan potilastyytyväisyyden ja henkilökunnan hyvinvoinnin välisestä vahvasta suhteesta. Asiakaskokemukset ja potilastyytyväisyys olivat sitä korkeampia, mitä paremmalla tasolla henkilökunnan terveydentila ja hyvinvointi olivat. Puolestaan terveysalan yksiköt, joissa henkilökunta voi huonommin, olivat sijoitettuna keskimäärin alimpaan 25% lohkon asiakastyytyväisyyden suhteen. Saman julkaisun mukaan henkilökunnasta 80% kokivat, että heidän oma terveytensä ja hyvinvointinsa vaikuttaa suoritettun kliinisen työn laatuun. (Royal College of Physicians 2015.)

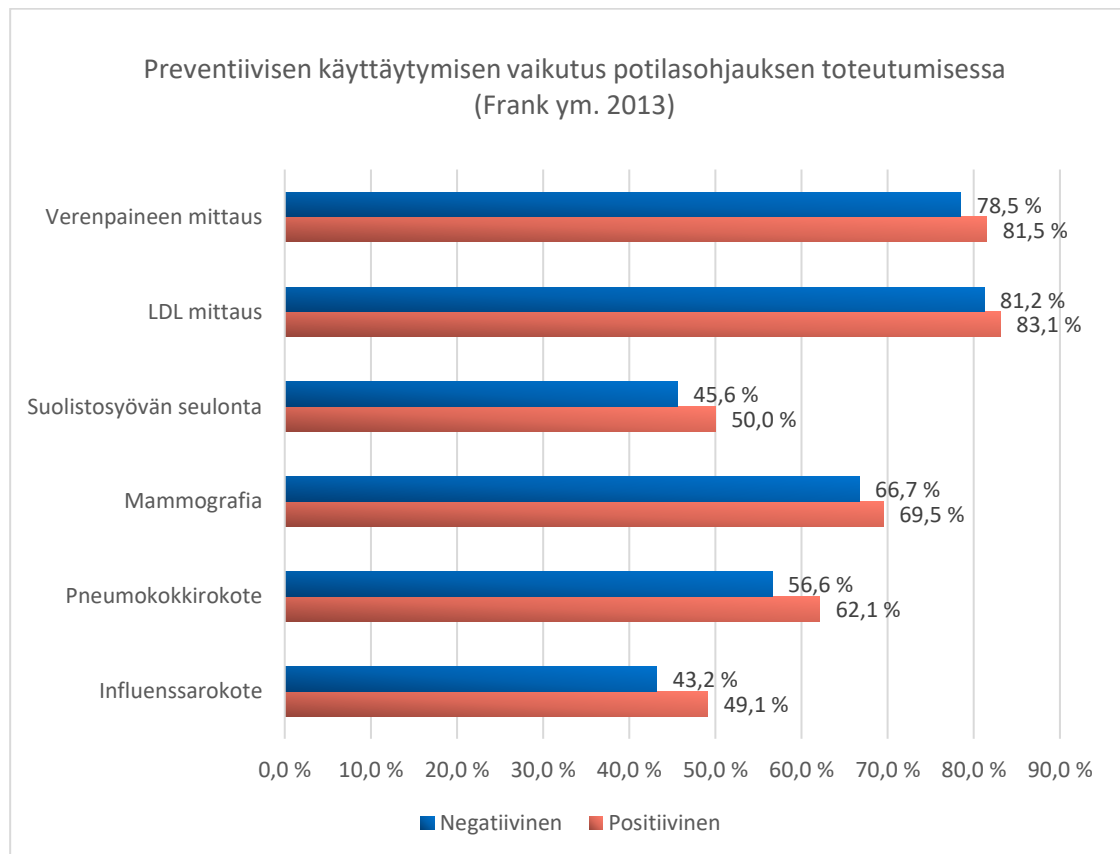
5.2 Elintapojen vaikutus kliiniseen työhön

Tutkimusnäytön suunta on vahva; terveysalan ammattilaisten elintavat vaikuttavat heidän potilaille/asiakkaille antaman elämäntapaohjauksen laatuun ja määrään.

Tässä kirjallisuuskatsauksessa elintapoja ja elämäntapaohjausta käsittelevät tutkimukset näyttävät samaa suuntaa kahta julkaisua lukuun ottamatta, joista toisessa ei löydetty suoraa yhteyttä elintapojen ja elämäntapaohjauksen laadun välillä (Karvonen, Bruner & Truant 2015), ja toisessa ainoa selkeästi elämäntapaohjaukseen vaikuttava tekijä oli terveysalan ammattilaisten tupakointi (Kelly, Wills & Sykes 2017).

Vuosien 1979-2012 välillä tehdyistä tutkimuksista kootussa meta-analyysissä terveysalan ammattilaisten elintapojen ja liikunnanohjauksen suhteesta, valtaosa (19/24) osoitti merkittävän positiivisen yhteyden ammattilaisten elintapojen ja elämäntapaohjauksen tiheyden ja taajuuden välillä. Tutkimukset näyttävät johdonmukaisesti, että fyysisesti aktiiviset terveysalan ammattilaiset tuottavat potilailleen todennäköisemmin liikuntaneuvonnallista ohjausta. (Lobelo & de Quevedo 2016.) Preventioon liittyvässä ohjauksessa merkittävä korreloiva tekijä oli ammattilaisten omat terveelliset elintavat (Frank, Rothenberg, Lewis & Belodoff 2000).

Kaavio 3. Preventiivisen käyttäytymisen vaikutus



Terveysalan ammattilaisten muiden omien preventiivisten toimien, kuten terveystoimien osallistumisen ja rokotteiden ottamisen todettiin korreloivan positiivisesti laadukkaaseen elämäntapaohjauksen toteutumiseen potilastyössä. Esimerkiksi influenssarokotteen ottaneiden ("Positiivinen", ks. Kaavio 3) ammattilaisten potilaat ottivat myös itse kyseisen rokotteen 5,9% todennäköisemmin verrattuna ei rokotettaneiden ("Negatiivinen", ks. Kaavio 3) ammattilaisten potilaisiin. (Frank, Dresner, Shani & Vinker 2013.) Myös ammattilaisen omien elintapojen esiintuonti potilaalle keskustelun lomassa voi saada aikaan positiivista suhdetta mahdolliseen elämäntapamuutokseen ja ammattilaisen luotettavuuteen (Frank 2004).

Liikunta

Yhdysvaltalaisen tutkimuksen mukaan lääkäreistä he, jotka harrastivat aerobista liikuntaa säännöllisesti, ohjasivat potilaitaan todennäköisemmin liikunnallisesti verrattuna heidän liikuntaa harrastamattomiin kollegoihinsa. Voimaharjoitteluun liittyvä korrelaatio ohjauksen ja lääkäreiden omien terveyskäyttäytymismallien suhteen oli samanlainen. (Abramson, Stein, Schaufele, Frates & Rogan 2000.) Fyysisen aktiivisuuden ja liikunnan promootio välinen positiivinen korrelaatio löytyi myös seuraavista

Yhdysvaltalaisista tutkimuksista (While 2015; Lewis, Clancy, Leake & Schwartz 1991). Myös liikunnallisesti aktiiviset hoitajat suosittelivat potilailleen liikunnallisia harjoitteita fyysisesti inaktiivisia kollegojaan todennäköisemmin. (Bakhshi, Sun, Murrels & While 2015.) Lääkärrien matalan leposykkeen ja liikuntaohjauksen todennäköisemmän toteutumisen välille löydettiin myös myönteinen suhde. (Rogers, Gutin, Humphries, Lemmon, Waller, Baranowski & Saunders 2005.)

Paino

Ylipainoiset ihmiset kohtaavat enemmän negatiivisia asenteita verrattuna normaali-painoisiin ihmisiin. Sama pätee myös ylipainoisiin terveysalan ammattilaisiin Tästä johtuen ylipainoisten ammattilaisten omien potilaiden luottamus ammattilaisen osaavuuteen voi olla heikompaa ja lääketieteellisten neuvojen noudattaminen puutteellista. (Puhl, Gold, Luedicke & DePierre 2013.)

Ammattilaisten korkea painoindeksi (BMI) korreloi laadullisesti heikomman painonhallintaohjauksen kanssa potilastyössä (While 2015; Bleich, Bennett, Gudzone & Cooper 2013). Normaalipainoiset hoitajat ja lääkärit puolestaan ohjasivat ylipainoisia ja/tai lihavia potilaita painonhallinnollisten keinojen pariin ylipainoisia ammattilaisia todennäköisemmin (Zhu, Norman & While 2011). Lihavuuden diagnosointi tai painon liittyvän keskustelun aloittaminen oli sitä todennäköisempää, mitä enemmän lääkäri koki potilaan painon vastaavan, tai ylittävän hänen oman painonsa (Bleich, Bennett, Gudzone & Cooper 2013).

Tupakointi

Tupakkatuotteita käyttävät hoitajat puuttuvat potilaan tupakointiin epätodennäköisemmin kuin heidän tupakoimattomat kollegansa (Kelly, Wills & Sykes 2017). Samaa suuntaa näyttää 20 tutkimuksen meta-analyysi lääkärien tupakoinnista ja heidän potilastyöstään; tupakkaa käyttävät tai joskus käyttäneet lääkärit eivät puhuneet potilailleen tupakoinnin lopettamisesta yhtä suurella todennäköisyydellä kuin tupakoimattomat lääkärit (Duaso, McDermott, Mujika, Purssell & While 2014; Lewis, Clancy, Leake & Schwartz 1991; Pipe, Sorensen & Reid 2009). Tupakoivat lääkärit kokivat myös tupakoinnin lievempänä terveydellisenä uhkana, eivätkä kokeneet lopettamisen tärkeyttä yhtä vahvasti kuin heidän tupakoimattomat kollegansa (Pipe ym. 2009).

6 Pohdinta

6.1 Tuloksien tarkastelu ja johtopäätökset

Tutkimustulosten suunta näyttäytyy yhtenäisenä. Terveysalan ammattilaisten elintavat eivät eroa merkittävästi muiden väestöryhmien elintavoista ja ammattilaisten omilla elintavoilla on merkitystä asiakkaan elämäntapaohjauksessa. Terveysalan ammattilaisten elintapojen samankaltaisuus muihin kansalaisiin verrattuna on moniulotteinen ja mielenkiintoinen ilmiö. Elintapojen selkeä vaikuttavuus kliiniseen työhön tulisi ottaa enemmän huomioon jo terveysalan ammattilaisia koulutettaessa. Terveysalan ammattilaiset voivat vaikuttaa omaan ammatillisuuteensa lisäkouluttautumalla ja/tai parantamalla omia elintapojaan, ja täten muuttaa suorittamansa elämäntapaohjauksen prosentuaalista onnistumista ja toteutumista kliinisessä potilastyössä. Tutkimukset osoittavat vahvasti, että terveelliset elintavat omaava terveysalan ammattilainen kykenee tarjoamaan asiakkailleen todennäköisesti laadullisesti parempaa elämäntapaohjausta verrattuna epäterveellisiä elintapoja omaaviin kollegoihin.

6.1.1 Elämäntapamuutoksen haasteet

Obesogeeninen ympäristö

Kulttuurinen evoluutio on muokannut viime vuosisatojen aikana ympäristöämme voimakkaasti. Tässä nopeassa sykäyksessä luonnonvalinta ei ole kyennyt muuttamaan biologisia ja psyykkisiä rakenteitamme vastaamaan niille esitettyihin uusiin vaatimuksiin. Tällä hetkellä hyödynnämmekin lajillemme ominaista ja voimakasta sopeutumiskykyä hyvinkin korkealla tasolla pärjätäksemme luomassamme ympäristössä. (Kajaste & Markkula 2011, 20.)

Lihavuus ei ole aina tietoinen valinta; yhteiskunnassamme lihomisesta ei ole tehty vaikeaa. Yksilön vastuun lisäksi toimintamalleja kuormittaa ympäristön suuri vaikutus; esimerkiksi elintarviketeollisuuden mainonta voi vaikuttaa terveyskäyttäytymiseen. Wongin ym. (2015) tekemissä simulaatioissa jo kaupoissa epäterveellisten juomien sijoittelu kauemmas pääkulkuväyliltä voisi vaikuttaa positiivisesti ihmisten ruokailutottumuksiin. (Wong, Nau, Kharmats, Vedovato, Cheskin, Gittelsohn & Lee 2015.)

Ihmisten kylläisyyden tunne on makuaistiin kytkeytyvä. Makukylläisyys on historian saatossa turvannut ihmisten monipuolisen ravintoaineiden saannin. Länsimaisen yltäkylläisyyden keskellä kyseinen ominaisuus on kuitenkin haitaksi ja liiallinen energiansaanti on usein päivittäistä. Esimerkiksi makeisteollisuus hyödyntää makukylläisyyttä, karkkipusseissa olevat eri maut eivät tuota kylläisyyden tunnetta nopeasti. (Voutilainen ym. 2015.) Osa ihmisistä on myös neurologisesti alttiimpia ruoan vaikutuksille aivojen mesolimbiseen dopamiinirataan, aiheuttamalla haasteita syömisen rajoittamiselle (Appelhans, Whited, Schneider & Pagoto 2011).

Lihavuuden etiologia

Lihavuuden etiologia on monimuotoista. Ylensyönnin ja liikkumattomuuden lisäksi psyykinen terveys, unirytmä, unen määrä ja muut elämäntapaan liittyvät asiat voivat mahdollisesti horjuttaa energiatasapainoa huonoon suuntaan. (Pietiläinen 2014.) Lihavuusepidemia ei kuitenkaan selity pelkästään energiansaannin ja kulutuksen erotuksena. Ihmiselimestön ravinnon käsittelykoneisto on huomattavasti jäljessä nykyisen ruokavaliomme ja ravinnon tarjonnan luomaa tarvetta. Liiallisen energiansaannin lisäksi myös tietynlainen elimistön mikrobisto kasvattaa määrätietoisen hitaasti ja varmasti elimistöön varastoituvaa energiaa toisenlaiseen mikrobistoon verrattuna. Täten sen lisäksi että olemme mitä syömme, olemme myös sitä mitä mikrobistomme syö. (Isolauri 2016.)

Normaalipainoisten ja lihaviiden ihmisten suolistojen mikrobistot eroavat toisistaan. Poikkeavuudet edeltävät lihavuutta ja korjaantuvat painonpudotuksen seurauksena. Poikkeavuus eli dysbioosi käynnistää kroonisen tulehdusvasteen, josta seuraava alttius glukoosin imeytymiselle, triglyseridien synteesille ja varastoitumiselle on siirrettävissä normaalipainoiselle yksilölle mikrobiston siirrolla. Esimerkiksi suolistotulehdukseen saatu ulosteensiirto lihavalta ihmiseltä on siirtänyt lihomistaipumuksen normaalipainoiselle henkilölle. Mikrobiteorian tutkiminen on kuitenkin vielä kesken, eikä voida varmasti sanoa onko mikrobiston epätasapaino lihavuuden syy, seuraus vai mekanismi. (Isolauri 2016.)

Lihavuuden hoidossa preventiivinen työ on olennaista. Elämäntapaohjauksen merkitys lihavuuteen liittyvien elintapasairauksien ennaltaehkäisyssä on todistetusti selkeä. Terveystieteiden rakenteita ja asenteita tulisi korjata siten, että lihavuuden

hoitoon osoitetaan enemmän resursseja. Muutoin lihavuuden liitännäissairauksien aiheuttamat kustannukset käyvät ajan kuluessa sietämättömiksi (Pietiläinen 2014).

Muutosta vastaan

Elämäntapamuutoksen- tai muuttumattomuuden syyt ovat moniulotteisia. Muutokseen vaaditaan useita erilaisia tekijöitä, joiden toteutuminen on tärkeää muutosvalmiuden mahdollisuudelle. Muutoksen subjektiivisuus ei tee siitä helppoa. Tämän vuoksi asian eri perspektiivien hyväksyminen on olennaista ja siihen liittyvien ilmiöiden kokonaisvaltainen ymmärtäminen korostuu.

Muutosta vastaan taisteleva suurin tekijä ei ole tiedon puute, vaan yksilön haluttomuus muuttaa tapojaan. Ongelmaksi muodostuu myös hoitajien ja lääkärien osaaminen elämäntapaohjaukseen liittyen; ainoastaan hieman yli puolet hoitajista ja lääkäreistä kokevat omaavansa tarvittavat kyvyt elämäntapaohjauksen toteuttamiseen. (Jallinoja, Absetz, Kuronen, Nissinen, Talja, Uutela & Patja 2007.) Terveysalalla myös kommunikaatiostategioissa voi olla vajavuuksia; tutkimuksen mukaan hoitajien potilastyössä käyttämä kommunikaatiotyöliien valikoima oli suppea (Kiuru, Poskiparta, Kettunen, Saltevo & Liimatainen 2004). Esteitä elämäntapaohjauksen toteutumiselle ovat mm. ajan puute, heikko luottamus ohjaustaitoihin, ohjausmateriaalien ja tiedon puutteet ja monisairaiden potilaiden hoidon haasteellisuus (Lobelo, de Quevedo 2016).

Keskustelutyylillä on suuri vaikutus potilaan muutoshalukkuuteen; kukaan ei ole täysin motivaation löytymisen mahdollisuuden ulottumattomissa. Hyvä kommunikaatio terveyteen liittyen on enemmän ohjaamista kuin neuvomista, enemmän tanssia kuin painia, ja kuuntelemista vähintään yhtä paljon kuin kertomista. Se on yhteistyötä, mielikuvien luontia ja potilaan autonomian kunnioittamista. Se on potilaan omien arvojen ja toiveiden kuuntelua, jonka avulla terveyskäyttäytyminen voidaan yhdistää potilaan omiin tavoitteisiin elämässä. Ihmiset eivät halua, että heille kerrotaan kuinka heidän tulisi elää. (Rollnick, Miller & Butler 2008.)

Ironisesti joskus sen tiedostaminen ja ääneen sanominen, että ihmisellä on täysi oikeus olla ottamatta vastuuta terveydestään voi käynnistää muutoksen. Pelkästään ammattilaisen esittämät syyt muutokseen eivät usein saa aikaan muutosta ja potilaan onkin itse luotava omat syynsä muutokselle yhteistyössä ammattilaisen kanssa.

Ammattilainen voikin esittää kysymyksiä, kuten; *Miksi haluaisit muuttua? Millä tavoin se voisi onnistua?* Potilaan on itse sanoitettava argumentit muutoksen puolesta. Terveysalan ammattilaisella halu suorien ohjeiden ja neuvojen antamiseen saattaa olla suuri, ja tätä pitäisikin osata välttää. (Rollnick ym. 2008.)

Vahvistusharha

Vahvistusharha, tuo kaikkien kognitiivisten vinoumien äiti, aiheuttaa omat haasteensa tiedonhankintaan. Kognitiivinen vinouma tarkoittaa ihmisen taipumusta luoda oma subjektiivinen sosiaalinen todellisuutensa vastaanotetusta informaatiosta, jolloin tiedon tulkinta vääristyy. Se on ihmisten taipumusta etsiä ja löytää omia uskomuksia puoltavaa tietoa ja sivuuttaa tai uudelleen tulkita uskomuksia kyseenalaistavat todisteet. Lajina me suhtaudumme automaattisesti meille esitettyyn ristiriitaiseen tietoon tunteella. fMRI (functional Magnetic Resonance Imaging) tutkimukset paljastavatkin seuraavaa; tutkimushenkilöille esitettäessä ristiriitaisia argumentteja, päätöksentekoon osallistuvat osat aivoista ovat inaktiivisia ja puolestaan tunteisiin osallistuvat aktiivisia. Kun tutkittavat olivat saapuneet päätelmään, joka teki heidät emotionaalisesti turvalliseksi, aivojen palkitsemisosio syttyi. Toisin sanoen, sen sijaan että arvioisimme rationaalisesti omia uskomusiamme kyseenalaistavaa tietoa, meillä on emotionaalinen reaktio ristiriitaiseen tietoon. Me järkeilemme esitetyn tiedon ristiriitaiset osat pois liittyen uskomukseemme, jonka jälkeen saamme palkinnon neurokemiallisena reaktiona, luultavasti dopamiinina. Vahvistusharhaan liittyy voimakkaasti myös jälkiviisuus, joka osaltaan lujittaa omien uskomusten turvallisuutta. (Shermer 2011.)

Tiedon tulkinnan haasteellisuus

Terveystiedon ja ravitsemuksesta nykypäivänä julkaistavaa tietoa on hyvä tarkastella kriittisesti. Informaatioteknologian räjähdysmäisen kehityksen ja kasvun myötä tietoa on yksilön oppimiskapasiteettia ajatellen saatavilla äärettömästi. Tiedon saatavuuden helppous 24/7 vaikeuttaa laadukkaan tiedon hankintaa. Lähdekriittisyys ja muut tiedonhankintataidot ovatkin laadukkaan modernin tiedonhankinnan edellytyksiä. Mustajoen (2018) mukaan ennen laadukkaisiin kriteereihin pohjanneiden meta-analyysoijien asema on viime vuosina ryvettynyt. Heikkotasoisia tutkimuksia ei suljeta enää pois samalla kriittisyydellä. Esimerkiksi ihmisen ravitsemukseen liittyvät tutkimukset ovat pääosin havainnoivia väestötutkimuksia, joista uupuu selkeä koeasetelma. Tästä

johtuen kausaliteettia, syy-seuraussuhdetta, ei voi aina päätellä. Mustajoki luettelee kirjoituksessaan myös muita ravitsemustutkimusten haasteita. (Mustajoki 2018.)

Meta-analyysien määrä on kasvanut viime aikoina paljon, mistä johtuen analyysien seassa on joukko heikkolaatuisia ja keskenään ei niin koherentteja julkaisuja. Laajinta haittaa tutkimusten virheellisyys ja väärinkäyttö aiheuttavat hämärtämällä kansalaisten käsityksiä terveellisestä ravinnosta. Ravitsemustiedon koulutetut asiantuntijat jäävät myös usein alakynteen ”kokemusasiantuntijoiden” rinnalla. Tieteelliseen argumentointiin tottuneet tutkijat eivät välttämättä osaa kommunikoida tietoa suurelle yleisölle yhtä vaikuttavalla tavalla. Tieteestä tulisikin puhua entistä enemmän, eikä oikeiden asiantuntijoiden pitäisi välttää julkisuutta. (Mustajoki 2018.)

Ristiriitaisia tuloksia tuottavat tutkimukset voivat olla haasteellisia tulkita oikein ja niiden luotettavuutta voi olla vaikea tarkastella. Tieteellisten tulosten mahdollisimman näkyvälle julkistamiselle on tullut tarve yhä kiristyvässä rahoituskilpailussa. Ilmiön rinnalla kulkee median taistelu provosoivista otsikoista, minkä seurauksena ihmisille välittyvä tieto ei aina ole kovinkaan objektiivista ja neutraalia. Tieteelle on keskeistä väärässä olemisen periaate; et ole oppinut mitään uutta, jos et huomaa olleesi eilen väärässä, ja historian saatossa lopulliset totuudet ovatkin osoittautuneet säännönmukaisesti virheellisiksi. Täten tieto onkin hyvä suhteuttaa kokonaisuuteen ja alistaa terveen järjen ja pragmatiikan testiin ennen totuuksien julistamista. (Kajaste & Markkula 2011, s44-45.)

Jos virheellisen tiedon tunnistaminen olisi helppoa, ei olisi olemassa markkinoita pelkästään subjektiiviseen kokemukseen perustuville hoidoille. Edes koulutus ei välttämättä estä väärän tiedon omaksumisen alttiutta. Kriittinen ajattelu on taito, ja sen voi oppia. Mitä painavampi väite, sitä raskaampaa todistusaineistoa se vaatii. Laadukkaaksi tieteellisen tiedon omaksumistaitoa voi vasta kutsua, jos sitä on opetellut yliopistotasolla vuosia. (Ohukainen 2017.)

6.1.2 Terveysalan ammattilaisten hyvinvointi

Terveysalan henkilökunnan hyvinvoinnin lujittamista tulisi korostaa resursseja määriteltäessä. Hoito- ja lääketieteen parissa alleviivataan paljon profylaksian ja primaari-prevention tärkeyttä, mutta näiden ihanteiden toteutumisen henkilökunnan terveyteen liittyen voi kyseenalaistaa. Potilastyössä ammattilaisen hyvinvointi heijastuu hoidon laatuun. Tehokas työnantajan toiminta ja osallisuus työyhteisöissä kytkeytyy positiiviseen työntekijöiden tuottavuuteen ja negatiiviseen poissaolojen määrään (Chartered Institute of Personnel and Development 2012). Työvoiman hyvinvoinnin parantaminen lisää täten hyötyjä myös työnantajalle (Black 2008). Henkilökunnan hyvinvointiin sijoittaminen ei siten ole valinnainen lisäoptio, vaan kriittinen vaatimus potilaiden laadukkaan hoidon toteutumiseksi.

Terveysalan ammattilaisten elintapoihin ja hyvinvointiin vaikuttaviksi tekijöiksi mainittiin alalle tyypilliset rasitteet; vuorotyö, henkinen ja fyysinen kuluttavuus, työn kiireellisyys ja terveellisten ruokailutottumusten toteutumisen haasteet. (Jonsdottir ym. 2011.)

6.2 Eettisyys ja luotettavuus

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on tuottaa luotettavaa ja johdonmukaista tietoa käsitellyistä aiheista. Tutkimusten julkaisuajankohtaa ei rajoitettu ainoastaan 2000-luvulle, jotta ilmiön kehitystä ja mahdollisia muuttujia voitiin myös tarkkailla. Terveysalan ammattilaisten elintavat ja niiden merkitys elämäntapaohjauksessa ovat kansantautien kiihtyvän prevalenssin myötä ajankohtaisia ja tärkeitä huomioonotettavia aiheita. Opinnäytetyön tiivistämää tietoa voidaan käyttää hyödyksi myös lähitulevaisuudessa.

Suuntaa eettisyydelle näyttävät tiedeyhteisön tunnustamat toimintatavat eli rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus tutkimustyössä, tulosten tallentaminen ja esittäminen sekä tutkimusten ja niiden tulosten arviointi. Kirjallisuuskatsauksessa sovelletaan tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Katsauksessa toteutetaan tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvaa avoimuutta. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Lähdemateriaaleina on käytetty vain luotettavista lähteistä saatuja tietoja. Lähteiden tarkka ja selkeä merkitseminen edesauttaa luotettavaa ja transparenttia työskentelytapaa; tieteellisen käytännön mukaan toimiminen on kaiken työn perustana. Myös työn vaiheiden selkeä kuvaus ja yksityiskohtainen dokumentointi vahvistavat opinäytetyön eettistä pohjaa.

Jatkotutkimusaiheet

Vaikka korrelaatioita terveysalan ammattilaisten elintapojen ja heidän potilaille toteuttamansa elämäntapaohjauksen välille selkeästi löytyy, usean tässä kirjallisuuskatsauksessa käsitellyn julkaisun pohdintaosiossa tuotiin esiin lisätutkimusten tarve. Laadukkaan elämäntapaohjauksen toteutumisen mahdollistavia ja estäviä tekijöitä tulisi tutkia tarkemmin ja ymmärtää paremmin. Tähän mennessä suoritettujen kyselytutkimusten näyttö on vahva, mutta ei aukoton. Saadut tulokset ohjaavat oikeaan suuntaan, mutta ilmiöiden syvemmät syyt, kuten terveysalan ammattilaisten elintapojen samankaltaisuus muihin väestöryhmiin verrattuna ja esimerkiksi lihavuuden vaikutus potilaiden kohtaamisessa ja ohjaustyössä, jäävät vielä epäselviksi. Myös terveydenhuollon rakenteiden ja koulutuksen muutosmahdollisuuksia tuli tutkia lisää.

Lähteet

- Abramson, S., Stein, J., Schaufele, M., Frates, E. & Rogan, S. 2000. Personal exercise habits and counseling practices of primary care physicians: a national survey. *Clinical Journal of Sport Medicine*. Canadian Academy of Sport Medicine. Viitattu 5.10.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/10695849>
- Appelhans, B., Whited M., Schneider, K. & Pagoto, S. 2011. Time to abandon the notion of personal choice in dietary counseling for obesity? *American Dietetic Association*. Viitattu 13.10.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3148487/>
- Attar, KA., Konchwalla, A., Ibiroga ER., Salam, J., Abdalla, K. & Sharbatti SA. 2016. Prevalence of healthy lifestyles in health science students and healthcare professionals in Ajman, UAE. *Gulf Medical Journal*. Viitattu 24.9.2018. https://www.gulfmedicaljournal.com/download/2016/oral_proceedings/11.pdf
- Bakhshi, S., Sun, F., Murrels, T. & While, A. 2015. Nurses' health behaviours and physical activity-related health-promotion practices. *British Journal of Community Nursing*. Viitattu 22.8.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26043015>
- Benjamin, K., Helfand, M., Kenneth, J. & Mukamal, M. 2012. Healthcare and Lifestyle Practices of Healthcare Workers: Do Healthcare Workers Practice What They Preach? *MPH. Arch Intern Med*. Viitattu 3.8.2018. <http://jamanetwork.com/journals/jamainternalmedicine/fullarticle/1483956>
- Black, CM. 2008. *Working for a healthier tomorrow*. TSO, London. Viitattu 5.11.2018. https://www.rnib.org.uk/sites/default/files/Working_for_a_healthier_tomorrow.pdf
- Bleich, SN., Bennett, WL., Gudzone, KA. & Cooper, LA. 2013. *Impact of Physician BMI on Obesity Care and Beliefs*. Obesity, Silver Spring. Viitattu 6.11.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3645927/>
- Brown, C., Geiszler, LC., Lewis, KJ. & Arbesman, M. 2018. Effectiveness of Interventions for Weight Loss for People With Serious Mental Illness: A Systematic Review and Meta-Analysis. *The American Journal of Occupational Therapy*. Viitattu 6.11.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30157007>

- Centers for Disease Control and Prevention, CDC. 2017. Health Effects of Cigarette Smoking. Viitattu 5.9.2018. https://www.cdc.gov/tobacco/data_statistics/fact_sheets/health_effects/effects_cig_smoking/index.htm
- Chartered Institute of Personnel and Development, CIPD. 2012. Managing for sustainable employee engagement. Guidance for employers and managers. Viitattu 6.9.2018. https://www.cipd.co.uk/Images/managing-for-sustainable-employee-engagement-guidance-for-employers-and-managers_2012_tcm18-10753.pdf
- Dabrh, AMA., Gorty, A., Jenkins, SM., Murad, MH. & Hensrud, DD. 2016. Health Habits of Employees in a Large Medical Center: Time Trends and Impact of a Worksite Wellness Facility. Scientific Reports. Viitattu 19.8.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4749948/>
- Dayoub, E. & Jena, AB. 2015. Chronic Disease Prevalence and Healthy Lifestyle Behaviors Among US Health Care Professionals. Mayo Clinic Proceedings. Viitattu 23.9.2018. [https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196\(15\)00622-9/abstract?cc=y](https://www.mayoclinicproceedings.org/article/S0025-6196(15)00622-9/abstract?cc=y)
- DeBar, LL., Stevens, VJ., Perrin, N., Wu, P., Pearson, J., Yarborough, BJ., Dickerson, J. & Lynch, F. 2012. A primary care-based, multicomponent lifestyle intervention for overweight adolescent females. Pediatrics – Official Journal of the American Academy of Pediatrics. Viitattu 4.10.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22331335>
- Duaso, MJ., McDermott, MS., Mujika, A., Purssell, E. & While A. 2014. Do doctors' smoking habits influence their smoking cessation practices? A systematic review and meta-analysis. Addiction (Abingdon, England). Viitattu 1.10.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25041084>
- Eriksson, E., Korhonen, T., Merasto, M. & Moisio, EL. 2015. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen. Ammattikorkeakoulujen terveysalan verkosto ja Suomen sairaanhoidajaliitto ry. Viitattu 5.9.2018. <https://sairaanhoitajat.fi/wp-content/uploads/2015/09/Sairaanhoitajan-ammattillinen-osaaminen.pdf>
- Frank, E. 2004. Physician Health and Patient Care. JAMA. Viitattu 26.9.2018. <https://jamanetwork.com/journals/jama/article-abstract/198135>

Frank, E., Dresner, Y., Shani, M. & Vinker, S. 2013. The association between physicians' and patients' preventive health practices. CMAJ. Viitattu 3.9.2018.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3652935/>

Frank, E., Rothenberg, R., Lewis, C. & Belodoff, BF. 2000. Correlates of physicians' prevention-related practices. Findings from the Women Physicians' Health Study. Archives of Family Medicine. Viitattu 11.11.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/10776365>

Frank, E. & Segura, C. 2009. Health practices of Canadian physicians. Canadian Family Physician. Viitattu 8.9.2018. <http://www.cfp.ca/content/55/8/810.long>

Gamiochipi, M., Cruz, M., Kumate, J. & Wachter. 2016. Effect of an intensive metabolic control lifestyle intervention in type-2 diabetes patients. Patient Education & Counseling Journal. Viitattu 9.9.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/26947102>

Greenhalgh, T. & Peacock, R. 2005. Effectiveness and efficiency of search methods in systematic reviews of complex evidence: audit of primary sources. BMJ. Viitattu 10.11.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/16230312>

Hash, RB., Munna, RK., Vogel, RL. & Bason, JJ. 2003. Does physician weight affect perception of health advice? Preventive Medicine. Viitattu 11.10.2018.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12473423>

Hidalgo, KD., Mielke, GI., Parra, DC., Lobelo, F., Simões EJ., Gomes, GO., Florindo AA., Bracco, M., Moura, L., Brownson, RC., Pratt, M., Ramos, LR. & Hallal PC. 2016. Health promoting practices and personal lifestyle behaviors of Brazilian health professionals. BMC Public Health. Viitattu 10.11.2018. <https://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-016-3778-2>

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

Hull, SK., DiLalla, LF. & Dorsey, JK. 2008. Prevalence of health-related behaviors among physicians and medical trainees. Academic Psychiatry – the journal of the American Association of Directors of Psychiatric Residency Training and the Association for Academic Psychiatry. Viitattu 5.11.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pub-med/18270278>

- Huttunen, J. 2018. Mitä terveys on? Lääkärikirja Duodecim. Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 21.5.2018. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00903
- Ipsos Mori. 2009. Fitness to Practise. The Health of Healthcare Professionals. Viitattu 8.9.2018. http://webarchive.nationalarchives.gov.uk/+www.dh.gov.uk/prod_consum_dh/groups/dh_digitalassets/@dh/@en/@ps/documents/digitalasset/dh_113549.pdf
- Isolauri, E. 2016. Voiko lihavuus olla infektio tauti? Duodecim. Viitattu 23.8.2018. <https://www.duodecimlehti.fi/api/pdf/duo13309>
- Jallinoja, P., Absetz, P., Kuronen, R., Nissinen, A., Talja, M., Uutela, A. & Patja, K. 2007. The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: perceptions among primary care physicians and nurses. Scandinavian Journal of Primary Health Care. Viitattu 11.11.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3379767/>
- Jonsdottir, IH., Börjesson, M. & Ahlborg, G Jr. 2011. Healthcare workers' participation in a healthy-lifestyle-promotion project in western Sweden. BMC Public Health. Viitattu 6.8.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3118251/>
- Kajaste, S. & Markkula, J. 2011. Hyvää yötä – Apua univaikeuksiin. Kustannus-Osakeyhtiö Kotimaa, Kirjapaja.
- Kangasniemi, A. 2017. Tavoitteesta tavaksi. Tietoisesti kohti terveyttä ja hyvinvointia. Kirjapaja.
- Karvinen, KH., Balneaves, LG., Courneya, KS., Perry, B., Truant, T. & Vallance, J. 2017. Evaluation of Online Learning Modules for Improving Physical Activity Counseling Skills, Practices, and Knowledge of Oncology Nurses. Oncology Nursing Forum. Viitattu 15.9.2018. <https://onf.ons.org/onf/44/6/evaluation-online-learning-modules-improving-physical-activity-counseling-skills-practices>
- Karvinen, KH., Bruner, B. & Truant, T. 2015. Lifestyle Counseling Practices of Oncology Nurses in the United States and Canada. Clinical Journal of Oncology Nursing. Viitattu 17.9.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26583633>

Kelly, M., Wills, J. & Sykes, S. 2017. Do nurses' personal health behaviours impact on their health promotion practice? A systematic review. *International Journal of Nursing Studies*. Viitattu 1.10.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28938104>

Kiuru, P., Poskiparta, M., Kettunen, T., Saltevo, J. & Liimatainen, L. 2004. Advice-giving styles by Finnish nurses in dietary counseling concerning type 2 diabetes care. *Journal of Health Communication*. Viitattu 3.9.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15371086>

Knowler, WC., Barrett-Connor, E., Fowler, SE., Hamman, RF., Lachin, JM., Walker, EA. & Nathan DM. 2002. Reduction in the Incidence of Type 2 Diabetes with Lifestyle Intervention or Metformin. Diabetes Prevention Program Research Group. *The New England Journal of Medicine*. Viitattu 3.9.2018. <https://www.nejm.org/doi/full/10.1056/NEJMoa012512>

Koponen, P., Borodulin, K., Lundqvist, A., Sääksjärvi, K. & Koskinen, S. 2018. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa. FinTerveys 2017 -tutkimus. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 6.8.2018. <http://www.julkari.fi/handle/10024/136223>

Kulkarni, M., Jackson, TL., Kim, H. & Cooper, T. 2017. Health profile of Rhode Island healthcare workers. Rhode Island Department of Health. *Rhode Island Medical Journal*. Viitattu 28.8.2018. <http://www.rimed.org/rimedicaljournal/2017/12/2017-12-35-health-kulkarni.pdf>

Käypä Hoito. 2013. Lihavuus (aikuiset). Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 14.8.2018. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi24010>

Leske, S., Strodl, E. & Hou, XY. 2012. Patient-practitioner relationships desired by overweight/obese adults. *Patient Education and Counseling*. International Association for Communication in Healthcare. Viitattu 7.6.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22840635>

Lewis, CE., Clancy, C., Leake, B. & Schwartz JS. 1991. The counseling practices of internists. *Annals of Internal Medicine*. Viitattu 13.9.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/1983933>

Lindgren, P., Lindström, J., Tuomilehto, J., Uusitupa, M., Peltonen, M., Jönsson, B., de Faire, U. & Hellénus, ML. 2007. Lifestyle intervention to prevent diabetes in men and women with impaired glucose tolerance is cost-effective. *International Journal of Technology Assessment in Health Care*. Viitattu 7.8.2018.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17493303>

Litmanen, T., Ruskoaho, J., Vänskä, J. & Patja, K. 2011. Osaamistarpeet ja täydennyskoulutus lääkärin työssä. *Suomen Lääkärilehti*. Viitattu 5.9.2018. https://www.laakariliitto.fi/site/assets/files/1267/osaamistarpeet_ja_t_ydennyskoulutus_l_k_rin_ty_ss.pdf

Lobelo, F. & de Quevedo, IG. 2016. The Evidence in Support of Physicians and Health Care Providers as Physical Activity Role Models. *American Journal of Lifestyle Medicine*. Viitattu 5.7.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4511730/>

Morishita, Y., Miki, A., Okada, M., Tsuboi, S., Ishibashi, K., Ando, Y. & Kusano, E. 2013. Association of primary care physicians' exercise habits and their age, specialty, and workplace. *Journal of Multidisciplinary Healthcare*. Viitattu 3.6.2018. <https://pdfs.semanticscholar.org/a2a5/f015bc0fe8b8a3bbbeb4934fe611230b90536.pdf>

Mustajoki, P. 1998. Elämäntapojen muuttaminen terveellisemmiksi – miten autan potilasta? *Duodecim*. Viitattu 19.8.2018. <http://www.ebm-guidelines.com/xmedia/duo/duo80126.pdf>

Mustajoki, P. 2018. Meta-analyysit eivät ratkaise ravitsemuksessa. *Potilaan lääkäri-lehti*. *Suomen Lääkäriliitto*. Viitattu 30.4.2018. <http://www.potilaanlaakarilehti.fi/uutiset/meta-analyysit-eivat-ratkaise-ravitsemuksessa/>

Oberg, EB. & Frank, E. 2011. Physicians' health practices strongly influence patient health practices. *The Journal of the Royal College of Physicians of Edinburgh*. Viitattu 8.11.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3058599/>

Ohukainen, P. 2017. Tervettä skeptisyyttä – Eväitä kriittiseen ajatteluun terveystiedon maailmassa. *Huuhaan tunnistusopas*. Viitattu 6.10.2018. <http://www.tervettaskeptisyytta.net/huuhaan-tunnistusopas/>

Pietiläinen, K. 2014. Yhden koon lihavuudesta yksilöllisiin ratkaisuihin. Potilaan Lääkäri-lehti. Viitattu 5.11.2018. <http://www.potilaanlaakarilehti.fi/kommentit/yhden-koon-lihavuudesta-yksilollisiin-ratkaisuihin/>

Pipe, A., Sorensen, M. & Reid, R. 2009. Physician smoking status, attitudes toward smoking, and cessation advice to patients: an international survey. Patient Education and Counseling. International Association for Communication in Healthcare. Viitattu 23.10.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/18774670>

Poobalan, AS., Aucott, LS., Clarke, A. & Smith WC. 2012. Physical activity attitudes, intentions and behaviour among 18-25 year olds: a mixed method study. BMC Public Health. Viitattu 5.8.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22892291>

Puhl, RM., Gold, JA., Luedicke, J. & DePierre, JA. 2013. The effect of physicians' body weight on patient attitudes: implications for physician selection, trust and adherence to medical advice. International Journal of Obesity. Viitattu 17.6.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23507996>

Puhl, RM. & Heuer, CA. 2012. The Stigma of Obesity: A Review and Update. Obesity magazine. Viitattu 1.9.2018. <https://onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1038/oby.2008.636>

Robinson, E. Hunger, JM. & Daly, M. 2015. Perceived weight status and risk of weight gain across life in US and UK adults. International Journal of Obesity. London. Viitattu 24.6.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26248659>

Rogers, LQ., Gutin, B., Humphries, MC., Lemmon, CR., Waller, JL., Baranowski, T. & Saunders, R. 2005. A physician fitness program: enhancing the physician as an "exercise" role model for patients. Teaching and Learning in Medicine. Viitattu 7.8.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/15691811>

Rollnick, S., Miller, WR. & Butler CC. 2008. Motivational Interviewing in Health Care – Helping Patients Change Behavior. The Guilford Press. Viitattu 2.9.2018. <http://www.monarchsystem.com/wp-content/uploads/2012/06/Motivational-Interviewing-in-Health-Care-Resource-Book.pdf>

Royal College of Physicians. 2015. Work and wellbeing in the NHS: why staff health matters to patient care. Viitattu 26.9.2018. <https://www.rcpsych.ac.uk/pdf/RCP-%20WorkWellbeingNHS.pdf>

Saaristo, T., Moilanen, L., Korpi-Hyövälti, E., Vanhala, M., Saltevo, J., Niskanen, L., Jokelainen, J., Peltonen, M., Oksa, H., Tuomilehto, J., Uusitupa, M. & Keinänen-Kiukkaaniemi, S. 2010. Lifestyle intervention for prevention of type 2 diabetes in primary health care: one-year follow-up of the Finnish National Diabetes Prevention Program (FIN-D2D). Diabetes Care – American Diabetes Association. Viitattu 3.11.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2945150/>

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopisto. Viitattu 5.8.2018. http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf

Shermer, M. 2011. The Believing Brain. From Spiritual Faiths to Political Convictions – How We Construct Beliefs and Reinforce Them as Truths. Robinson, 304-307.

Smith, DR. & Leggat, PA. 2007. An international review of tobacco smoking in the medical profession: 1974-2004. BMC Public Health. Viitattu 6.11.2018. <https://bmc-publichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-7-115>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2018. Kansanterveyslaki. L 66/1972 1§. Viitattu 1.11.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1972/19720066>

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Terveyden edistämisen laatusuositus. Viitattu 5.9.2018. http://stm.fi/documents/1271139/1359643/terveydenlaatusuositus_1.pdf/adbcba5-7cad-4e36-86bc-77fac9769466

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2008. Terveyden edistämisen mahdollisuudet – Vaikutavuus ja kustannusvaikutavuus. Viitattu 5.9.2018. http://stm.fi/documents/1271139/1359643/Terveiden_edistamisen_mahdollisuudet___vaikutavuus_ja_kustannusvaikutavuus_fi.pdf/7790b7b1-4432-421a-ad3d-e2472d0e9ddd

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2011. Terveydenhuoltolaki. L 1326/2010 3§. Viitattu 27.10.2018. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>

Stuckey, MI., Gill, DP. & Petrella RJ. 2015. Does Systolic Blood Pressure Response to Lifestyle Intervention Indicate Metabolic Risk and Health-Related Quality-of-Life Improvement Over 1 Year? *Journal of Clinical Hypertension*. Viitattu 8.11.2018.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25757039>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2015. Yleistietoa kansantaudeista. Viitattu 28.4.2018. <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/yleistietoa-kansantaudeista>

Tomiyama, AJ., Hunger, JM., Nguyen-Cuu, j. & Wells, C. 2016. Misclassification of cardiometabolic health when using body mass index categories in NHANES 2005-2012. *International Journal of Obesity*. Viitattu 3.10.2018.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26841729?dopt=Abstract>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Gummerus Kirjapaino Oy.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Opetus- ja kulttuuriministeriö. Viitattu 29.10.2018. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2014. (s11-12). Terveyttä ruoasta – Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014. Elintarviketurvallisuusvirasto Evira. Viitattu 9.10.2018.

https://www.evira.fi/globalassets/vrn/pdf/ravitsemussuositukset_2014_fi_web.3_es-1.pdf

Voutilainen, E., Fogelholm, M. & Mutanen, M. 2015. Ravitsemustaito. Sanoma Pro.

Vuori, I. 2018. Pysy liikkuvana. Tuki- ja liikuntaelämistön itsehoito-opas. Docendo Oy.

Vuori, I., Taimela, S. & Kujala, U. 2016. Liikuntalääketiede. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki.

While, AE. 2015. Promoting healthy behaviours – do we need to practice what we preach? *London Journal of Primary Care*. Viitattu 2.10.2018.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4706031/>

Wong, MS., Nau, C., Kharmats, AY., Vedovato, GM., Cheskin, LJ., Gittelsohn, J. & Lee, BY. 2015. Using a computational model to quantify the potential impact of changing

the placement of healthy beverages in stores as an intervention to “Nudge” adolescent behavior choice. BMC Public Health. Viitattu 7.9.2018.

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4690297/>

World Health Organization, WHO. 2018a. Alcohol fact sheet. Viitattu 7.11.2018.

<http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/alcohol>

World Health Organization, WHO. 1946. Constitution of WHO: Principles. Viitattu

10.5.2018. <http://www.who.int/about/mission/en/>

World Health Organization, WHO. 2013. Global Action Plan for the Prevention and Control of NCDs 2013-2020. Viitattu 28.4.2018.

http://www.who.int/nmh/events/ncd_action_plan/en/

World Health Organization, WHO. 2014. Global status report on noncommunicable disease 2014. Viitattu 20.10.2018. <http://www.who.int/nmh/publications/ncd-status-report-2014/en/>

World Health Organization, WHO. 2018b. Noncommunicable diseases. Viitattu

28.8.2018. [http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/noncommu-](http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases)

[nicable-diseases](http://www.who.int/en/news-room/fact-sheets/detail/noncommunicable-diseases)

World Health Organization, WHO. 2018c. Tobacco fact sheet. Viitattu 7.11.2018.

<http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/tobacco>

Zhu, D., Norman, IJ. & While, AE. 2014. Nurses’ misperceptions of weight status associated with their body weight, demographics and health status. Public Health Nutrition. Viitattu 13.10.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23425863>

Zhu, D., Norman, IJ. & While, AE. 2011. The relationship between health professionals’ weight status and attitudes towards weight management: a systematic review. Obesity Reviews: An official Journal of the International Association for the Study of

Obesity. Viitattu 8.10.2018. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21366836>

Liitteet

Liite 1. Valittu aineisto.

	Tekijät & julkaisu vuosi	Otsikko	Tarkoitus & tavoite	Menetelmä	Tiivistelmä tuloksista
1.	Abramson, S., Stein, J., Schaufele, M., Frates, E. & Rogan, S. 2000.	Personal exercise habits and counseling practices of primary care physicians: a national survey	Saada tietoa lääkäreiden elintapojen ja elämäntapaohjauksen suhteesta.	Satunnaisesti kyseily tutkimus Yhdysvaltojen alueella. 298 lääkäriä.	Liikuntaa harrastavat lääkärit ohjaavat potilaitaan todennäköisemmin liikumaan.
2.	Attar, KA., Konchwalla, A., Ibirogba ER., Salam, J., Abdalla, K. & Sharbatti SA. 2016.	Prevalence of healthy lifestyles in health science students and healthcare professionals in Ajman, UAE	Selvittää terveystilan ammattilaisten ja opiskelijoiden terveellisten elintapojen prevalenssiä.	Kysely tutkimus. 670 osallistujaa.	Terveystilan ammattilaisten ja opiskelijoiden elintavat eivät yltäneet suositusten tasolle.
3.	Bakhshi, S., Sun, F., Murrels, T. & While, A. 2015.	Nurses' health behaviours and physical activity-related health-promotion practices	Saada tietoa hoitajien elintavoista ja heidän toteuttamistaan elämäntapaohjauksesta.	Kysely tutkimus. 623 hoitajaa.	Hoitajien elintavat eivät yllä suositusten tasolle. Hoitajien terveelliset elintavat korreloivat laadukkaamman

					elämäntapaohjauksen kanssa.
4.	Bleich, SN., Bennett, WL., Gudzune, KA. & Cooper, LA. 2013.	Impact of Physician BMI on Obesity Care and Beliefs	Saada tietoa lääkäreiden BMI:n vaikutuksesta kliniseen työhön.	Kyselytutkimus. 500 lääkäriä.	Lääkärin BMI vaikuttaa useilla eri tavoilla potilastyöhön.
5.	Dabrh, AMA., Gorty, A., Jenkins, SM., Murad, MH. & Hensrud, DD. 2016.	Health Habits of Employees in a Large Medical Center: Time Trends and Impact of a Worksite Wellness Facility	Selvittää terveystalon ammattilaisten elintavot verraten niitä kantaväestöön.	Kyselytutkimus (5 vuoden ajalta). 680 osallistujaa.	Terveystalon ammattilaiset tupakoivat kantaväestöä vähemmän. Ammattilaisien lihavuus vastaa kansallisia tilastoja.
6.	Duaso, MJ., McDermott, MS., Mujika, A., Purssell, E. & While A. 2014.	Do doctors' smoking habits influence their smoking cessation practices? A systematic review and meta-analysis	Tutkia lääkäreiden tupakointitauksen vaikutusta elämäntapaohjaustyössä.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus.	Tupakoimattomat lääkärit toteuttivat todennäköisemmin elämäntapaohjausta liittyen tupakointiin.
7.	Frank, E. 2004.	Physician Health and Patient Care	Katsaus lääkäreiden elintapoihin ja hoitotyöhön.	Tutkimusartikkeli.	Lääkäreiden elintavat ovat keskitasoa parempia. Lääk-

					reiden elintavat vaikuttavat potilastyössä.
8.	Frank, E., Dresner, Y., Shani, M. & Vinker, S. 2013.	The association between physicians' and patients' preventive health practices	Selvittää lääkäreiden elintapojen vaikuttavuutta potilastyöhön.	Valikoitujen indikaattorien vaikutus hoitotyön laatuun.	Ammattilaisien terveellisten elintapojen ja elämäntapaohjauksen toteutumisen välillä positiivinen korrelaatio.
9.	Frank, E., Rothenberg, R., Lewis, C. & Belodoff, BF. 2000.	Correlates of physicians' prevention-related practices. Findings from the Women Physicians' Health Study	Tutkia eri muuttujien vaikutusta liittyen potilasohjaukseen.	Kyselytutkimus. 4501 osallistujaa.	Terveellisten elintapojen ja preventiivisen elämäntapaohjauksen välillä positiivinen korrelaatio.
10.	Frank, E. & Segura, C. 2009.	Health practices of Canadian physicians	Tutkia lääkäreiden elintapoja.	Satunnaisesti kyselytutkimus. 3213 osallistujaa.	Verrattuna kantaväestöön, lääkärit omasivat terveellisempiä elintapoja.
11.	Hash, RB., Munna, RK., Vogel, RL. &	Does physician weight affect perception of health advice?	Tutkia lääkäreiden	Kyselytutkimus. 226 osallistujaa (potilaita).	Normaalipainoisten lääkäreiden potilaat

	Bason, JJ. 2003.		painon vaikutusta potilastyöhön.		kokivat ohjauksen luottavampana.
12.	Hidalgo, KD., Mielke, Gl., Parra, DC., Lobelo, F., Simões EJ., Gomes, GO., Florindo AA., Bracco, M., Moura, L., Brownson, RC., Pratt, M., Ramos, LR. & Hallal PC. 2016.	Health promoting practices and personal lifestyle behaviors of Brazilian health professionals	Tutkia terveysalan ammattilaisten elintapoja ja elämäntapaohjauksellisia toimintamalleja.	Satunnaisesti kyselytutkimus. 798 osallistujaa.	Kohtalaisen suuri osa terveysalan ammattilaisista ei omannut laadukkaita terveyskäyttäytymisen malleja.
13.	Hull, SK., DiLalla, LF. & Dorsey, JK. 2008.	Prevalence of health-related behaviors among physicians and medical trainees	Tutkia lääkäreiden elintapoja ja kliinistä elämäntapaohjausta.	Kyselytutkimus (4 vuoden ajalta). 963 osallistujaa.	Liikuntaa harastamattomat lääkärit mahdollisesti ohjaavat potilaitaan epätoiminnallisemmin liikunnan pariin.
14.	Ipsos Mori. 2009.	Fitness to Practise. The Health of Healthcare Professionals	Tutkia terveydenhuollon henkilöstön hyvinvointia.	Tutkimusraportti. Kyselytutkimusten tulosten analyysi.	Terveydenhuollon henkilökunnan hyvinvointi ei eroa kantavä-

				600 osallistujaa.	estön hyvinvoinnin tasoista.
15.	Jonsdottir, IH., Börjesson, M. & Ahlborg, G Jr. 2011.	Healthcare workers' participation in a healthy-lifestyle-promotion project in western Sweden	Selvittää terveystalouden ammattilaisten osallistuvuus elintapoihin liittyviin ohjauksiin.	Kyselytutkimus. 1859 osallistujaa.	Terveystalouden ammattilaisten osallistuvuus ei eronnut kantaväestön vastaavista tuloksista.
16.	Karvinen, KH., Balneaves, LG., Courneya, KS., Perry, B., Truant, T. & Vallance, J. 2017.	Evaluation of Online Learning Modules for Improving Physical Activity Counseling Skills, Practices, and Knowledge of Oncology Nurses	Tutkia verkko-opetuksen tehokkuutta liikunnallisten ohjauskeinojen opetuksessa hoitajille.	Satunnaisesti vertailukoe. 54 osallistujaa.	Liikunnallisten ohjauskeinojen lisäkoulutuksesta on hyötyä hoitajille; potilasohjauksesta tuli laadukkaampaa.
17.	Karvinen, KH., Bruner, B. & Truant, T. 2015.	Lifestyle Counseling Practices of Oncology Nurses in the United States and Canada	Tutkia hoitajien elämäntapaohjauksellisia metodeja ja hoitajien elintapoja.	Kyselytutkimus. 314 osallistujaa.	Suhdetta hoitajien elintavoille ja elämäntapaohjauksen laadulle ei löydetty.
18.	Kelly, M., Wills, J. &	Do nurses' personal	Tutkia, onko hoita-	Systemaattinen kirjall-	Yhtenäisiä tuloksia hoita-

	Sykes, S. 2017.	health behaviours impact on their health promotion practice? A systematic review	jien elintavoilla merkitystä potilaiden elämäntapaohjauksessa.	lisuuskat- saus. 31 tut- kimuksen narratiivi- nen syn- teesi.	jien elintapo- jen ja elämän- tapaohjauksen välillä ei löy- detty, lukuun ottamatta tu- pakoimatto- mien hoitajien laadukkaam- paa preventio- työtä.
19.	Kulkarni, M., Jackson, TL., Kim, H. & Cooper, T. 2017.	Health profile of Rhode Island healthcare workers	Tutkia ter- veysalan ammatti- laisten elin- tapoja ja niiden mer- kitystä elä- mäntapaoh- jauksessa.	Tutki- musana- lyysi. 2941 osallistujaa (15,4% ter- veysala, 84,6% kan- taväestö).	Lukuun otta- matta ammat- tilaisten suu- rempaa to- dennäköi- syyttä käyttää terveyspalve- luja, terveys- käyttäytymi- sessä ei löy- detty merkit- täviä eroja.
20.	Leske, S., Strodl, E. & Hou, XY. 2012.	Patient-practitioner relationships desired by overweight/obese adults	Tutkia yli- painoisten potilaiden elämänta- paohjauk- seen vaikut- tavia teki- jöitä.	Kyselytutki- musana- lyysi.	Lääkärien ter- veelliset elin- tavat edistävät potilaiden luottamusta.

21.	Lewis, CE., Clancy, C., Leake, B. & Schwartz JS. 1991.	The counseling practices of in- ternists	Selvittää lääkäreiden elintapojen yhteyksiä elämänta- paohjauk- seen.	Kyselytutki- mus. 1349 osallistujaa (vastan- neita 75%).	Henkilökoh- taisten ter- veyskäyttäyty- mismallien ja elämäntapa- ohjauksen vä- lillä positiivi- nen yhteys. Ohjaukselli- selle lisäkoulu- tukselle tar- vetta.
22.	Lobelo, F. & de Quevedo, IG. 2016.	The Evidence in Support of Physicians and Health Care Providers as Physical Activ- ity Role Mod- els	Tutkia yh- teyksiä ter- veysalan ammattis- ten elinta- pojen ja elä- mäntapaoh- jauksen vä- lillä.	Tutki- musana- lyysi. 47 tut- kimusta.	Terveysalan ammattilais- ten elintavoilla ja elämänta- paohjauksen todennäköi- sellä toteutu- misella on po- siitiivinen yh- teys.
23.	Morishita, Y., Miki, A., Okada, M., Tsuboi, S., Is- hibashi, K., Ando, Y. & Kusano, E. 2013.	Association of primary care physicians' ex- ercise habits and their age, specialty, and workplace	Tutkia lääkäreiden elintapoja.	Kyselytutki- mus (1978- 2012). 896 osallistujaa.	Lääkäreiden elintapojen ja elämäntapa- ohjauksen to- teutuvuuden välillä löydet- tiin positiivi- nen yhteys.

24.	Oberg, EB. & Frank, E. 2011.	Physicians' health practices strongly influence patient health practices	Ei mainittu.	Tutkimusartikkeli.	Lääkäreiden elintavoilla selkeä yhteys elämäntapaohjauksen laatuun.
25.	Pipe, A., Sorensen, M. & Reid, R. 2009.	Physician smoking status, attitudes toward smoking, and cessation advice to patients: an international survey.	Tutkia, onko lääkäreiden tupakointitavoilla vaikutus potilasohjaukseen.	Kyselytutkimus & haastattelu. 2836 osallistujaa.	Tupakoivat lääkärit ohjaavat epätodennäköisemmin potilaitaan lopettamaan tupakoinnin.
26.	Puhl, RM., Gold, JA., Luedicke, J. & DePierre, JA. 2013.	The effect of physicians' body weight on patient attitudes: implications for physician selection, trust and adherence to medical advice	Tutkia, vaikuttaako lääkärin paino potilaan luottamukseen ja lääketieteellisten neuvojen noudattamiseen.	Kyselytutkimus & vertailukoe. 358 osallistujaa.	Lääkärin paino voi vaikuttaa negatiivisesti potilaan luottamukseen ja lääketieteellisten neuvojen noudattamiseen.
27.	Rogers, LQ., Gutin, B., Humphries, MC., Lemmon, CR., Waller, JL.,	A physician fitness program: enhancing the physician as an "exercise" role	Selvittää kunto-ohjelman vaikutus lääkäreiden tervey-	Interventiotutkimus.	Asenteet potilasohjausta kohtaan kohtautuivat.

	Baranowski, T. & Saunders, R. 2005.	model for patients	teen ja toteutuvaan elämäntapaohjaukseen.		
28.	Royal College of Physicians. 2015.	Work and wellbeing in the NHS: why staff health matters to patient care	Selvittää terveysalan ammattilaisten hyvinvoinnin vaikutus potilastyön laatuun.	Tutkimusraportti.	Terveysalan ammattilaisten hyvinvointi vaikuttaa kliiniseen potilastyöhön.
29.	Smith, DR. & Leggat, PA. 2007.	An international review of tobacco smoking in the medical profession: 1974-2004	Vertailla ja kuvata lääkäreiden tupakointitottumuksia.	Kirjallisuuskatsaus. 81 tutkimusta.	Potilaat kokevat tupakointimattomien lääkäreiden elämäntapaohjauksen luotettavampana, kuin tupakoivien kollegoiden.
30.	While, AE. 2015.	Promoting healthy behaviours – do we need to practice what we preach?	Tutkia, onko terveysalan ammattilaisten elintavoilla merkitystä.	Tutkimusartikkeli.	Terveysalan ammattilaisten elintavat eivät eroa kantaväestön elintavoista.

31.	Zhu, D., Norman, IJ. & While, AE. 2011.	The relationship between health professionals' weight status and attitudes towards weight management: a systematic review	Selvittää, vaikuttaako terveysalan ammattilaisen painonhallintaan liittyviin asenteisiin.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus.	Ammattilaisen painolla on merkitystä painonhallintaan liittyvissä asenteissa.
32.	Zhu, D., Norman, IJ. & While, AE. 2014.	Nurses' misperceptions of weight status associated with their body weight, demographics and health status	Selvittää hoitajien itse tulkitseman (BMI) ja heidän varsinaisen painon yhteneväisyyden suhde.	Kyselytutkimus. 764 osallistujaa.	Suuri osa hoitajista arvioi painoluokansa virheellisesti.