

Tero Martimo

Niko Rekola

SYDÄNTERVEYTTÄ EDISTÄVÄ ELÄMÄNTAPAINVENTIO
YHTEISTYÖSSÄ PORIN SEUDUN SYDÄNYHDISTYS RY:N
KANSSA

Fysioterapian koulutusohjelma

2011

SYDÄNTERVEYTTÄ EDISTÄVÄ ELÄMÄNTAPAININTERVENTIO
YHTEISTYÖSSÄ PORIN SEUDUN SYDÄNYHDISTYS RY:N KANSSA

Martimo, Tero; Rekola, Niko
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Fysioterapian koulutusohjelma
Kesäkuu 2011
Ohjaaja: Leppänen, Erja
Sivumäärä: 47
Liitteitä: 3

Asiasanat: sydän- ja verisuonitaudit, terveys, elämäntavat, interventio, muutosvaihemalli

Opinnäytetyön tavoitteena oli kartuttaa tutkimusryhmään kuuluvien henkilöiden tietoa terveellisistä elämäntavoista ja lisätä heidän motivaatiotaan sydänystävällisten elämäntapojen omaksumisessa. Toteutimme tietopainotteisen elämäntapaintervention pitämällä luentoja ravinnosta, terveysliikunnasta ja tupakoinnin vaikutuksista terveyteen. Teimme yhteistyötä Porin Seudun Sydänyhdistys ry:n kanssa, minkä kautta muodostimme 34:stä henkilöstä koostuneen tutkimusryhmän. Suurimmalla osalla tutkimukseen osallistuneista oli todettu sydän- ja verisuonitauti. Interventio toteutettiin kuuden viikon aikana parillisina viikkoina kokoontuvan tiistai-kerhon yhteydessä. Kokoontumiskertoja oli neljä. Mittarina käytimme tutkimushenkilöiden subjektiivisia arvioita, joita mittasimme alku- ja loppukyselyillä. Kyselylomakkeet suunnitelimme vastaamaan opinnäytetyön tarkoitusta.

Tutkimuksesta käy ilmi, että terveellisistä elämäntavoista luennoimalla ei pystytä vaikuttamaan ihmisen motivaatioon elämäntapamuutoksen omaksumisessa kuuden viikon aikavälillä. Tietotaso puolestaan lisääntyi elämäntapaintervention seurauksena lähes jokaisella tutkittavalla. Saamamme palautteen perusteella terveyslennot ovat mielenkiintoista kuultavaa ja ajatuksia herättävää toimintaa, mutta merkittävää vaikutusta ihmisen elintapoihin niillä ei saada aikaan.

CARDIOVASCULAR HEALTH PROMOTING LIFESTYLE INTERVENTION IN ASSOCIATION WITH PORIN SEUDUN SYDÄNYHDISTYS RY

Martimo, Tero; Rekola, Niko

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Degree Programme in Physiotherapy

June 2011

Supervisor: Leppänen, Erja

Number of pages: 47

Appendices: 3

Keywords: cardiovascular diseases, health, lifestyle, intervention, model of change

The purpose of this thesis was to increase knowledge about healthy lifestyle in the study group and increase participants' motivation to take on a healthier lifestyle. We carried out a knowledge-oriented lifestyle intervention by lecturing about nutrition, exercise and the dangers of smoking. We worked in association with Porin Seudun Sydänyhdistys ry and gathered the study group from their members. Most of the 34 participants had a diagnosed cardiovascular disease. The intervention was carried out every other Tuesday in a six-week period. There were four gatherings overall. We used personal questionnaires at the beginning, and in the end of the study as the meters for this thesis. The questionnaires were designed to match the goals of our study.

The study shows that giving lectures in a six-week period about healthy lifestyle does not affect people's motivation towards making lifestyle decisions. However knowledge seemed to increase in almost every participant. From the feedback we got, we came to a conclusion that although it might be interesting to hear about these themes, mere lectures do not have an impact on people's lifestyle.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	PROJEKTIN TAUSTA.....	7
3	SYDÄN- JA VERISUONITAUDIT	8
3.1	Sepelvaltimotauti	8
3.2	Sydämen vajaatoiminta.....	9
3.3	Aivoverenkierron häiriöt.....	9
3.4	Kohonnut verenpaine	10
4	TERVEYDEN EDISTÄMINEN.....	11
4.1	Terveyden määritelmä	11
4.2	Elämäntapamuutos.....	11
4.3	Terveyden edistämisen kategoriat	12
4.4	Transteoreettinen muutosvaihemalli.....	12
4.5	Terveyden edistämisen keinot	15
5	SYDÄNTERVEYTTÄ EDISTÄVÄ RAVINTO.....	16
5.1	Ravitsemustekijöiden saantisuositukset.....	16
5.1.1	Rasva	17
5.1.2	Ravinnon kolesteroli	19
5.1.3	Suola	20
5.1.4	Ravintokuitu.....	21
5.1.5	Kasvikset.....	22
5.1.6	Alkoholi.....	23
5.2	Ravintosuositusten toteuttaminen käytännössä	23
5.2.1	Lautasmalli	24
5.2.2	Pakkausmerkinnät	24
6	SYDÄN- JA VERISUONITAUDEILLE EDULLISESTA LIKUNNASTA.....	25
6.1	Terveysliikunta	25
6.2	Suomalaisten liikuntatottumukset.....	26
6.3	Yksilöllinen liikuntaohjelma.....	27
6.4	Fyysisen aktiivisuuden terveysvaikutukset.....	27
7	TUPAKAN VAIKUTUKSET TERVEYTEEN.....	28
8	PROJEKTI TYÖMUOTONA.....	29
8.1	Projekti menetelmänä	29
8.2	Sydänterveyttä edistävän elämäntapaintervention suunnittelu	30
8.2.1	Intervention idea ja tavoite.....	30
8.2.2	Intervention toteutuksen suunnittelu	31

9 SYDÄNTERVEYTTÄ EDISTÄVÄN ELÄMÄNTAPAININTERVENTION TOTEUTUS	31
9.1 Sydämellinen alkuinfo	32
9.2 Sydämellistä ravintoa –luento.....	32
9.3 Sydämellistä liikuntaa I -luento	33
9.4 Sydämellistä liikuntaa II -luento.....	35
9.5 Sydämellinen yhteenveto -luento.....	36
10 PROJEKTIN TULOKSET	37
10.1 Tarpeen kokeminen muuttaa elintapoja sydänystävällisemmiksi.....	37
10.2 Motivaatio muuttaa elintapoja sydänystävällisemmiksi	38
10.3 Tietämys sydänystävällisemmistä elintavoista	39
10.4 Itsearvio intervention konkreettisista vaikutuksista.....	40
11 JOHTOPÄÄTÖKSET	41
12 POHDINTA.....	42
LÄHTEET.....	46
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Sydän- ja verisuonitaudit aiheuttavat Suomessa vuositasolla tarkasteltuna puolet kaikista kuolemantapauksista (Huovinen & Leino 2000, 70). Näiden sairauksien ennaltaehkäisy on ensiarvoisen tärkeä, mutta myös haastava tehtävä sosiaali- ja terveystieteiden ammattilaisille. Tutkimusten mukaan elämäntavoilla on suuri merkitys sairauksien kehittymiseen. Muuttamalla ruokailu- ja liikuntatottumuksia terveellisempään suuntaan, sekä lopettamalla tupakointi voidaan ehkäistä usean sydän- ja verisuonitaudin puhkeaminen. (Gordon ym. 2009, 260; 334.)

Aloimme toteuttaa opinnäytetyötämme oman kiinnostuksemme pohjalta aihetta kohtaan ja otimme yhteyttä Porin Seudun Sydänyhdistys ry:n puheenjohtajaan. Heidän tiloissaan kokoontuva tiistai-kerho osoittautui hyväksi kohderyhmäksi opinnäytetyöllemme. Kokoonnuimme kyseisen ryhmän kanssa yhteensä viitenä kertana ja pidimme luentoja terveellisistä elämäntavoista. Lisäksi toteutimme kahtena kertana myös lyhyen voimistelutuokion. Tutkimuksemme tarkoituksena oli selvittää kuinka pystymme vaikuttamaan ihmisen asenteisiin ja motivaatioon elämäntapamuutoksen aloittamisessa. Tutkimustulokset johdettiin ryhmään osallistuneiden henkilöiden subjektiivisista arvioista, joita seurattiin suunnittelemiemme kyselylomakkeiden vastausten perusteella. Keskustelujen ja saamamme palautteen perusteella ryhmään osallistuneet kokivat aiheemme mielenkiintoiseksi ja osallistuminen kontaktikerroille oli aktiivista.

2 PROJEKTIN TAUSTA

Projektin toteutus käynnistyi lokakuussa 2010 yhteydenotolla Satakunnan Sydänpiiri ry:hyn, josta meidät ohjattiin keskustelemaan yhteistyön toteuttamisesta Porin Seudun Sydänyhdistys ry:n kanssa. Keskusteluissa Porin Seudun Sydänyhdistys ry:n puheenjohtajan Marjatta Salon kanssa sovimme opinnäytetyömme toteutuksesta yhdistyksen parillisina viikkoina kokoontuvan Tiistai-kerhon yhteydessä, joka vapaamuotoisena kerhona sisältää keskustelua ja tuoreimpien tietojen kuulemista yhdistyksen toiminnasta kahvin juonnin ohella. Kerhoon osallistujat ovat Porin Seudun Sydänyhdistyksen jäseniä. Osallistujamäärä koostui opinnäytetyömme toteutuksen aikana kerrasta riippuen 15–25 kävijästä, kokonaisosallistujamäärän ollessa 34 henkilöä. Opinnäytetyömme toteutuksen aikana Tiistai-kerhoon osallistuneiden keski-ikä oli 73 vuotta.

Tiistai-kerho soveltui hyvin opinnäytetyömme toteutukseen, jonne Porin Seudun Sydänyhdistyksen puolesta toivottiin järjestettäväksi lisää asiayhteyteen liittyvää ohjelmaa. Tätä kautta kehittyi lopullinen versiomme opinnäytetyön toteutuksesta, jossa toteutimme sydänterveyttä edistävän elämäntapaintervention. Interventiossa tavoitteenamme oli tuoda kerholaisille tietoa sydänystävällisemmistä elämäntavoista luennoimalla ja keskustelemalla sekä pitämällä erilaisia jumppia kuuden viikon aikajaksona. Lisäksi halusimme alku- ja loppukyselyllä selvittää mahdollisia tiedon esille tuonnista syntyneitä muutoksia kerholaisten tietämyksessä ja motivaatiossa muokata elämäntapojaan sydänystävällisempään suuntaan.

Jotta suomalaisten sydän- ja verisuoniterveys saadaan paremmalle tasolle, tupakointia tulee vähentää, ravitsemustottumuksia pitää parantaa, liikuntaa tulee lisätä ja alkoholin käyttötottumuksia muuttaa (Sosiaali- ja terveysministeriö 1997, 12). Nämä kolme sydänterveyteen vaikuttavaa aihetta toimivat opinnäytetyössämme sydänterveyttä edistävän elämäntapaintervention kulmakivinä.

3 SYDÄN- JA VERISUONITAUDIT

Suomessa yleisimpiä sydän- ja verisuonitauteja ovat sepelvaltimotauti, sydämen vajaatoiminta, aivoverenkierron häiriöt ja kohonnut verenpaine. Verenkiertoelinten sairaudet aiheuttavat Suomessa lähes puolet kaikista kuolemista. Vaikka kuolleisuus onkin pienentynyt huomattavasti viime vuosina, niin edelleen on tärkeää seurata tilanteen kehittymistä, sillä väestön vanhenemisen takia yhä useampi tarvitsee näiden sairauksien vuoksi hoitoa. (Huovinen & Leino 2000, 70.)

Riski sairastua sydän- ja verisuonitautiin pienenee, kun elintapoja muutetaan terveellisempään suuntaan. Keskeisimmät elintapamuutokset ovat ravintotottumusten muuttaminen, tupakanpolton lopettaminen, liiallisen alkoholinkäytön vähentäminen sekä liikunnan lisääminen. (Huovinen & Leino 2000, 70.) Tällä hetkellä huolta herättää suomalaisten runsas tupakointi sekä kolesteroliarvojen ja verenpaineen nousu. Nämä ovat osin arki- ja työmatkaliikunnan vähenemisen, runsaan alkoholinkäytön ja lihomisen syytä. Väestö syö paljon, muttei kuluta ruoasta saamaansa energiaa, jolloin seuraa lihominen. Lihavuus on lisääntynyt etenkin miehillä. (Ovaskainen 2009.)

3.1 Sepelvaltimotauti

Sepelvaltimot ovat verisuonia, jotka kuljettavat verta sydämen seinämään. Ahtautessaan suonon kyky kuljettaa verta heikkenee, jolloin syntyy sepelvaltimotauti. Yleensä sepelvaltimoiden ahtautumisen syynä on ateroskleroosi. Ateroskleroosissa suoniin keräytyy rasvapaakkuja, joiden ympärille muodostuu myöhemmin sidekudosta. Tästä johtuen sepelvaltimo ahtautuu ja sen seinämä kovettuu sekä haurastuu. (Huovinen & Leino 2000, 70.) Haurastuessaan riski seinämän repeytymisestä kasvaa, ja tällöin puhutaan jo henkeä uhkaavasta valtimosairaudesta (Kovanen 2004, 130).

Huovisen ja Leinon (2000, 70–71) mukaan sepelvaltimotautiin johtavia riskitekijöitä ovat korkea verenpaine, tupakointi, kohonnut veren LDL-kolesterolipitoisuus, liikunnan puute ja psykososiaaliset tekijät. Myös itsestä riippumattomat tekijät saattavat altistaa sairauden kehittymiselle. Tällaisia tekijöitä ovat esimerkiksi suvussa

esiintyvä sepelvaltimotauti, diabetes, miessukupuoli ja naisilla postmenopausaalinen tila.

Sepelvaltimotaudin ehkäisyssä tärkeintä on muuttaa elintapoja terveellisemmäksi. Keskeisimmät toimenpiteet ovat veren kolesterolipitoisuuden alentaminen, kohonneen verenpaineen hoitaminen, tupakoinnin lopettaminen ja liikunnan lisääminen. (Huovinen & Leino 2000, 71.)

3.2 Sydämen vajaatoiminta

Sydämen vajaatoiminta voidaan jakaa kahteen tyyppiin: systoliseen- ja diastoliseen vajaatoimintaan. Systolista vajaatoimintaa on se, kun supistumisvaiheen vireystila huononee. Diastolisella vajaatoiminnalla puolestaan tarkoitetaan sitä, että kammion joustavuus ja relaksaatio ovat heikenneet. (Heliö 2011) Usein syynä on sydänlihasta vaurioittava sairausprosessi, kuten sepelvaltimotauti tai kohonnut verenpaine. Infarktin saaneiden riski sairastua sydämen vajaatoimintaan on 2-3 kertainen muuhun väestöön verrattuna. Miehet sairastavat sydämen vajaatoimintaa useammin kuin naiset, ja iän myötä ilmaantuvuus kasvaa edelleen. (Huovinen & Leino 2000, 75.)

Sydämen vajaatoiminnan ehkäisyssä tärkeimmät asiat väestötasolla ovat Huovisen ja Leinon mukaan (2000, 75) sepelvaltimotaudin vaaratekijöiden ja sepelvaltimotaudin väheneminen sekä kohonneen verenpaineen ennaltaehkäisy ja hoito.

3.3 Aivoverenkierron häiriöt

TIA on nopeasti ohimenevä iskeeminen aivoverenkierron häiriö, josta ei jää pysyvää haittaa. Toisaalta TIA:n saanut altistuu jatkossa uusille kohtauksille, jotka voivat olla entistä vakavampia. (Huovinen & Leino 2000, 75.) Sairastumiselle altistavia tekijöitä ovat ikä, kohonnut verenpaine, diabetes, tupakointi, hyperlipidemia, eteisvärinä ja muut sydänsairaudet (Kaste 2011).

Aivoinfarkti on pysyvistä aivoverenkiertohäiriöistä yleisin. Tällöin aivovaltimo tukkeutuu pysyvästi, eikä aivon tiettyyn osaan kulje riittävästi happea. Suurimmalle

osalle aivoinfarktin saaneista potilaista jää neurologisia puutosoireita loppuiäksi, mutta jopa 70 % heistä toipuu omatoimiseksi. Sairaudelle altistavat tekijät ovat TIA:n mukaiset. (Kaste 2011.)

Seuraavaksi yleisimpiä pysyviä aivoverenkierron häiriöitä ovat aivoverenvuoto ja subaraknoidaalivuoto (SAV). Aivoverenvuodossa aivovaltimo repeää ja kyseessä on hengenvaarallinen tila. Suurimpana syynä aivoverenvuodon kehittymiseen pidetään hoitamatonta tai huonosti hoidettua verenpainetautiä. Potilaiden aivovaltimoiden seinämät ovat rappeutuneet, ja iän myötä riski saada aivoverenvuoto kasvaa. SAV:ssa puolestaan tyypillisesti aivovaltimoaneurysma repeää ja vuoto tapahtuu lukinkalvon alaisessa tilassa. SAV tulee erottaa tavallisesta aivoverenvuodosta, sillä hoito niiden välillä on täysin erilainen. On myös huomattava, että SAV tapahtuu usein nuoremmille, eikä potilailla ilmene aluksi välttämättä neurologisia oireita, kuten halvauksia tai hypertoniaa. (Kaste 2011.)

3.4 Kohonnut verenpaine

Kohonnut verenpaine on yleisin hoitoa vaativa sydän- ja verisuonitauti. Sen lisäksi se on muiden verenkiertoelinsairauksien keskeinen vaaratekijä. Ongelmallista on se, että kohonnut verenpaine ei aiheuta juurikaan oireita, joten henkilö voi elää vuosia tietämättä asiasta, ja tällöin sydän- ja verenkiertoelimistössä on jo tapahtunut degeneratiivisia muutoksia. Verenpaineeseen pystytään vaikuttamaan tehokkaasti elintapoja muuttamalla, mutta oireettomuutensa takia ihminen ei usein kiinnostu verenpaineensa hoitamisesta asianmukaiselle tasolle. Tärkeää olisi seurata verenpainetta säännöllisesti ja lisätä liikuntaa, vähentää suolan käyttöä, muuttaa ruokailutottumuksia ja laihduttaa. (Huovinen & Leino 2000, 76–79.)

4 TERVEYDEN EDISTÄMINEN

Terveyden edistäminen on kokonaisvaltaista ajattelua, jonka tavoitteena on terveysolojen parantuminen ja ihmisten vaikutusmahdollisuuksien lisääminen koskien omaa ja ympäristönsä terveyttä. (Kettunen, Liimatainen & Poskiparta 1996, 10).

4.1 Terveyden määritelmä

Ennen perehtymistä terveyden edistämiseen, tulee selvittää, mitä terveydellä tarkoitetaan. On myös tärkeää tietää, miten muut saman organisaation työntekijät ja asiakkaat määrittelevät terveyden. Näin vältetään ristiriidoilta hoitosuunnitelmien ja tavoitteiden asettamisen suhteen. (Naidoo & Wills 2009, 3-5.)

Terveys on moniulotteinen käsite, joka pitää sisällään henkisen, emotionaalisen, mentaalisen, fyysisen, sosiaalisen ja seksuaalisen terveyden sekä ympäristön ja ihmissuhteidemme terveyden aina globaalissa mittakaavassakin tarkasteltuna. Arkielämässä terveys saa usein kaksi merkitystä – negatiivisen ja positiivisen. Länsimaisen lääketieteen negatiivinen ajattelumalli on sitä, että terveys on sairauden poissaoloa, kun taas World Health Organization (WHO) pitää terveyttä kokonaisvaltaisena fyysisenä, henkisenä ja sosiaalisena hyvinvointina. WHO:n lauselmä on esimerkki terveyden positiivisesta määritelmästä. (Naidoo & Wills 2009, 3-5.)

4.2 Elämäntapamuutos

Muuttamalla elämäntapoja terveellisempään suuntaan voidaan vaikuttaa merkittävästi ihmisen terveyteen ja hyvinvointiin. Sydän- ja verenkiertoelimistön terveyden kannalta tärkeimpiä keinoja ovat ruokailu- ja liikuntatottumusten muuttaminen ja tupakkoinnin lopettaminen. Elämäntapamuutoksella on suotuisia vaikutuksia keskeisiin riskitekijöihin, eli veren suurentuneeseen kolesterolipitoisuuteen, kohonneeseen verenpaineeseen, sokeri- ja insuliiniaineenvaihdunnan häiriöihin, ylipainoon ja veren hyytymistekijöihin. Suomessa kehitys on tällä hetkellä myönteinen, sillä sydän- ja

verisuonitautikuolleisuus on vähentynyt viidennekseen 30 vuoden takaisiin lukuihin verrattuna. (Suomen Sydänliitto ry 2004, 3.)

4.3 Terveyden edistämisen kategoriat

Naidoo ja Wills (2009, 57) selvittävät, että terveyden edistäminen voidaan jakaa edelleen kolmeen eri alaluokkaan: primaariseen, sekundaariseen ja tertiääriseen ennaltaehkäisyyn. Primaarista ennaltaehkäisyä ovat esimerkiksi rokotukset tiettyä sairautta vastaan, kuin myös terveystasvatus kouluissa ja terveystneuvonta työpaikoilla. Primaarisen ennaltaehkäisyn tarkoituksena on ehkäistä sairauden kehittymistä tunnistamalla korkean riskin ryhmät ja kohdistamalla toiminta heihin.

Sekundaarisella ennaltaehkäisyllä tarkoitetaan sitä, kun pyritään lyhentämään sairausjaksojen kestoja tai hidastamaan sairauden kehittymistä. Keinoja ovat muun muassa opastus lääkkeiden käytössä ja diabeetikon ruokavalioneuvonta. Tertiäärinen ennaltaehkäisy puolestaan on sitä, että parannetaan elämänlaatua ja helpotetaan kroonisesta sairaudesta tai vammasta aiheutuvaa rajoitusta mahdollisimman paljon. Esimerkiksi apuvälineneuvonta ja kuntouttava fysioterapia ovat tertiääristä ennaltaehkäisyä. (Naidoo & Wills 2009, 57.)

4.4 Transteoreettinen muutosvaihemalli

DiClementen ja Prochaskan (1986, 4-5) kehittämä transteoreettinen muutosvaihemalli (TTM) on kolmiulotteinen malli, jossa otetaan huomioon eri tasoja, prosesseja ja muutoksesta aiheutuvia tekijöitä. TTM on terveyden edistämisen työkalu, joka antaa käsityksen siitä kuinka asiakasta voidaan tukea kokonaisvaltaisesti elintapamuutoksen kaikissa eri vaiheissa. Ihmisen valmius muutoksen omaksumiseen voidaan jakaa viiteen eri luokkaan: esiharkinta-, harkinta-, valmistelu-, toiminta- ja ylläpitovaiheeseen. Kaikissa vaiheissa tulee ottaa huomioon eri tekijöitä niin asiakkaan, kuin terveysalan ammattilaisen näkökulmasta. (Kasila, Kettunen, Poskiparta & Vähäsarja 2004, 82-83.) On tärkeää tunnistaa missä vaiheessa asiakas on, sillä jos muutosta aletaan suunnitella väärän vaiheen keinojen ja tavoitteiden kautta ei päästä haluttuihin

tuloksiin. Terveysneuvonnan ei tule edetä liian hitaasti tai liian nopeasti. (DiClemente & Prochaska 1986, 6-7.)

TTM:n käyttö liikuntaneuvonnassa on lisääntynyt viime vuosien aikana, mutta edelleen kaivataan lisää tutkimuksia mallin vaikuttavuudesta. Tulosten analysointia on vaikeuttanut entisestään interventioiden heterogeenisyys. Kuitenkin osa tutkimuksista viittaa siihen suuntaan, että TTM:a hyödyntämällä saadaan aikaan parempia tuloksia terveysneuvonnassa. (Kasila ym. 2004, 82–83.)

Kasilan ym. (2004, 82–83) mukaan elämäntapoihin liittyvä ajattelun ja käyttäytymisen muutos ei tapahdu hetkessä. Useat tutkimukset kuitenkin osoittavat, että ammattitaitoisen liikuntaneuvonnan avulla pystytään vaikuttamaan ihmisen liikuntakäyttämiseen. Kyseessä on haastava tehtävä, joka onnistuu parhaiten, kun ohjaus on intensiivistä sekä muutosprosessia tukevaa ja seuranta jatkuu pitkään muutoksen aloittamisen jälkeen.

Ihmisen tulee TTM:n mukaisesti käydä läpi mallin kaikki kolme perusajatusta, eli muutoksen prosessit, tasot ja vaiheet, jotta neuvonnasta saadaan parhaat tulokset. Henkilön muuttaessa elintapojaan, hän käy läpi kokemuksellisia ja toiminnallisia prosesseja. Muutoksen alkuvaiheessa kokemukselliset prosessit, kuten muutokset ajattelussa tai tuntemuksissa, ovat voimakkaammin esillä. Myöhemmin toiminnalliset prosessit, eli käyttäytymisen ja tekemisen konkreettiset muutokset nousevat merkittävämpään rooliin. Terveysalan ammattilaisen on hyvä tietää missä vaiheessa asiakas kulloinkin on, jotta välttyään väärinkäsityksiltä ja turhautumiselta terveysneuvonnan etenemisen suhteen. Alkuvaiheessa asiakkaan tarvitsee tunnistaa muutoksen tarve. Tällöin terveysalan ammattilaisen tehtävänä on jakaa tietoa, auttaa päätöksenteossa ja miettiä yhdessä asiakkaan kanssa muutoksen seurauksena tulevia hyötyjä ja haittoja. Vasta siinä vaiheessa, kun asiakas itse kokee saavansa enemmän hyötyä elintapojansa muuttamalla, voidaan siirtyä seuraavalle tasolle, jolloin asetetaan konkreettisia tavoitteita ja päämääriä. Yksilöllisen toimintasuunnitelman laatiminen yhdessä asiakkaan kanssa tukee muutosvaiheprosessia. Taantumavaiheita ei tule sen suuremmin säikähtää, sillä ne kuuluvat luonnollisena osana muutosvaiheeseen. Itse asiassa repsahdusvaiheen aikana ihminen oppii itsestään lisää ja uuden toimintatavan omaksuminen helpottuu. (Kasila ym. 2004, 82–83.)

Kun tarkastellaan muutoksen eri vaiheita lähemmin, nähdään kuinka paljon kukin vaihe poikkeaa toisistaan. Esiharkintavaiheessa ihminen ei ole vielä valmis muuttamaan elämäntapojaan terveellisempään suuntaan. Itse asiassa hän ei välttämättä edes tiedosta muutoksen tarvetta tai usko pystyvänsä muutokseen. Tässä vaiheessa asiakkaalle tulee antaa neutraalia tietoa terveellisistä elämäntavoista ja arvioida hänen nykyistä tilannettaan. Tällöin asiakkaan tietoisuus lisääntyy ja hän käy läpi itsensä uudelleenarviointia. (Kasila ym. 2004, 83.)

Harkintavaihe on jo askeleen lähempänä muutoksen onnistumisessa. Ihminen tiedostaa muutoksen tarpeen ja pohtii vakavasti elämäntapojensa parantamista, mutta ei kuitenkaan vielä ole valmis aloittamaan muutosta. Tässä vaiheessa henkilö arvioi omaa ympäristöään uudelleen, ja usein esimerkiksi jonkun läheisen tai tuttavän äkillinen sairauskohtaus saa ihmisen pohtimaan omia elämäntapojaan entistä tarkemmin. Terveysalan ammattilaisen tulee kertoa elämäntapamuutoksen haitoista sekä hyödyistä ja auttaa ratkaisemaan muutokseen vaikuttavia esteitä tai ongelmia. (Kasila ym. 2004, 83.)

Kun ihminen tekee ratkaisun ja on motivoitunut ja valmis aloittamaan elämäntapamuutoksen lähiaikoina, hän on siirtynyt valmisteluvaiheeseen. Tällöin hän alkaa pikkuhiljaa tehdä pieniä konkreettisia muutoksia elämäntavoissaan. Neuvonnassa korostuu erilaisten muutosta tukevien tekijöiden kartoittaminen. Lisäksi terveysalan ammattilainen asettaa yhdessä asiakkaan kanssa konkreettiset tavoitteet ja laatii henkilökohtaisen toimintasuunnitelman. (Kasila ym. 2004, 83.)

Toimintavaiheessa muutos on jo alkanut näkyä ihmisen käyttäytymisessä ja jokapäiväisissä valinnoissa. Hän myös sitoutuu noudattamaan annettuja ohjeita pitemmäksi aikaa. Tässä vaiheessa asiakasta tulee kannustaa ja motivoida jatkamaan terveellisten elämäntapojen noudattamista. Jotta ihminen pysyy mahdollisimman motivoituneena, on hyvä kannustaa häntä myös aika ajoin palkitsemaan itsensä onnistuneista suorituksistaan. Jotta taantumavaiheista ei aiheutuisi isompaa haittaa tai vaaraa muutoksen onnistumiselle, tulee repsahduksien riskit kartoittaa ja minimoida jo etukäteen. (Kasila ym. 2004, 83.)

Terveellisten elämäntapojen ylläpito on erittäin haastava tehtävä. Ylläpitovaiheessa neuvonnassa keskitytään lähinnä kannustamaan ja motivoimaan ihmistä jatkamaan jo hyvin alkaneella tiellä. Tässä vaiheessa terveellisistä elämäntavoista kehittyy elämäntapa. Hyvä sosiaalinen tukiverkko ja avustavat ihmissuhteet tukevat asiakkaan onnistumista. Edelleen on hyvä jatkaa palkitsemista, jolloin motivaatio säilyy paremmin. Määritelmän mukaan ylläpitovaiheesta voidaan puhua vasta, kun muutettuja elämäntapoja on noudatettu aktiivisesti puolen vuoden ajan. (Kasila ym. 2004, 82–83.)

4.5 Terveyden edistämisen keinot

Terveyden edistämisen näkökulmasta parhaat tulokset saadaan aikaan moniammatillisen yhteistyön voimin. Niin yksilöiden kuin terveystieteen yksiköiden ja organisaatioiden tulee toimia saumattomasti yhteistyössä, jolloin rakentuu terveyden edistämisen toimiva kokonaisuus. Parhaimmillaan syntyy ilmapiiri, jossa kunkin tason toimija kehittää oman toimintaympäristönsä osa-alueita ja lisäksi kriittisesti arvioi omaa vastuualuettaan. (Heinonen, Nuutinen, Syväne, Toropainen & Turku 2010, 27.)

Sosiaali- ja terveystieteen työntekijöiden tehtävänä on koota eri lähteistä kerätyt terveyden edistämiseen liittyvät kirjoitukset sekä suositukset ja muodostaa niistä helposti ymmärrettävä kokonaisuus. Tiedon saatavuus ja ymmärrettävyys tulee olla asiakkaalle mahdollisimman helppoa, sillä päättäessään omasta terveydestä ja elämäntavoistaan hän tarvitsee paljon tietoa. (Kettunen ym. 1996, 6.)

Elintapainterventiot ovat määritelmän mukaan ohjauksellisia väliintuloja, joilla vaikutetaan ihmisen elintapoihin. Interventioita järjestetään yksilö-, ryhmä- ja yhteisötasolla. Tavoitteena on vaikuttaa ihmisten ajatuksiin ja toimintaan esimerkiksi painonhallinnan, tupakoinnin, alkoholinkäytön, liikuntatottumuksien tai ravitsemuksen näkökulmasta. Usein parhaat tulokset saadaan yhdistämällä erilaisia metodeja. Tällä tarkoitetaan, että esimerkiksi painonhallintaryhmässä ryhmäohjauksen lisäksi on hyvä järjestää myös yksilötapaamisia, jolloin interventioista tulee entistä tehokkaampi. Elintapainterventioita laadittaessa tulee muistaa tärkeät yleisperiaatteet: ohjauksen suunnitelmallisuus, tavoitteellisuus sekä vuorovaikutuksellinen prosessiluonne.

Myöskään ei tule unohtaa teoreettista pohjaa, joka toimii intervention perustana. (Heinonen ym. 2010, 26–27.)

Hoitosuhteessa ensiarvoisen tärkeää on molemminpuolinen luottamus. Terveyskasvatus on jatkuvaa vuorovaikutusta ja viestintää asiakkaan ja terveysalan ammattilaisen kanssa. Sanalliseen viestintään ja kehonkieleen tulee kiinnittää erityistä huomiota. Vastuu on terveysalan ammattilaisella, mutta myös asiakkaan on omalta osaltaan toimittava asianmukaisesti, jotta hoitosuhteesta voi kehittyä luottamuksellinen. (Kettunen ym. 1996, 55.)

5 SYDÄNTERVEYTTÄ EDISTÄVÄ RAVINTO

Sydänterveyttä edistävissä elämäntavoissa on tärkeää muistaa yhdistää suosituksia vastaava liikunta sekä ravinto osaksi päivittäisiä rutiineja (Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen [www-sivut](#)). Suurin osa sydän- ja verisuonisairastuvuudessa tapahtuvista muutoksista johtuu kuitenkin ravintotottumusten muutoksista. Tavoitteena ravitsemuksessa ovat edelleen terveellisen ja monipuolisen ravitsemuksen edistäminen, energian kulutuksen, pehmeän rasvan osuuden, kuidun ja vihannesten saannin lisääminen sekä liiallisen energian, kovan rasvan ja suolan saannin vähentäminen. (Suomen Sydänliitto ry 2004, 5.) Pääsääntönä sydänterveyttä edistävästä ravinnosta puhuttaessa voidaankin pitää, että ”monipuolinen ja tasapainoinen ravitsemus edistää sydämen terveyttä”. (Suomen Sydänliitto ry 2004, 5).

5.1 Ravitsemustekijöiden saantisuositukset

Sydänterveyteen keskeisimmin vaikuttavat ravitsemustekijät ovat saadun rasvan (kova ja pehmeä) määrä ja laatu, energian saanti (erityisesti ylipainoon johtava liiallinen energiansaanti), kolesterolin, suolan ja ravintokuidun määrä, alkoholi sekä kasvikset, marjat ja vihannekset. (Suomen Sydänliitto ry 2004, 6-7.)

5.1.1 Rasva

Rasvasta puhuttaessa on hyvä muistaa saatavan rasvamäärän kohtuullisuus sekä rasvan oikeanlaatuisuus (Suomen Sydänliitto ry:n [www-sivut](#)). Rasvan saantisuositus on noin 30 % kokonaisenergian saannista, joka osana suositusten mukaista ruokavaliota pienentää verisuonitukosten vaaraa pienentämällä veren hyytymistekijöiden aktivoitumista (Helsingin yliopiston avoimen yliopiston [www-sivut](#)). Normaalipainoisilla rasvan saanti voi olla 30–35% (jolloin kovan rasvan osuuden on oltava alle 10 % energiasta) ja ylipainoisilla 25–30% energiasta. (Suomen Sydänliitto ry 2004; 7, 11.)

Saatavan kokonaisrasvamäärän vähentäminen on tärkeää kokonaisenergian saannin vähentämisen ja painonhallinnan suhteen. Lisäksi rasvan määrällä on vaikutusta verisuonen ahtautumiseen ja verisuonitukosten muodostumiseen (Helsingin yliopiston avoimen yliopiston [www-sivut](#)). Esimerkiksi suuri ruokavalion kokonaisrasvamäärän vähentäminen yhdistettynä rasvan korvaamiseen hiilihydraateilla pienentää HDL- ja LDL-pitoisuuksia sekä saattaa suurentaa triglyseridipitoisuuksia. Taas kokonaisrasvamäärän kohtuullisella vähentämisellä (25–30% energiasta), jolloin ruokavalion rasvan tulisi koostua 2/3 pehmeästä rasvasta, saadaan LDL-kolesterolipitoisuus vähenemään, samalla HDL-kolesterolipitoisuuden pysyessä muuttumattomana. Lisäksi kokonaisrasvamäärän rajoittamisella voidaan parantaa kivennäis- ja hivenaineiden sekä vitamiinien saantia. (Suomen Sydänliitto ry 2004, 11.)

5.1.1.1 Kova ja pehmeä rasva

Rasvat voidaan jakaa laadun mukaan kahteen ryhmään; koviin sekä pehmeisiin rasvoihin. Päivittäin saatavasta kokonaisrasvamäärästä 2/3 (eli vähintään 20–25% energian saannista) tulisi olla pehmeää ja enintään 1/3 (eli enintään 10 % energian saannista) kovaa rasvaa (Suomen Sydänliitto ry 2004, 8-9).

Suomalaiset saavat keskimäärin ruokavaliostaan suositeltua enemmän kovaa ja vähemmän pehmeää rasvaa (Suomen Sydänliitto ry:n [www-sivut](#)). Ruokavalioon kuuluvan rasvan laadulla on merkittävä vaikutus ihmisen terveyteen. On hyvä muistaa, että kaikki ruoat ja elintarvikkeet sisältävät sekä pehmeää että kovaa rasvaa. (Suo-

men Sydänliitto ry:n [www-sivut](#).) Pehmeän ja kovan rasvan määrä vaihtelee kuitenkin elintarvikkeissa ja ruoissa, jota voidaan tarkastella useimpien elintarvikkeiden tuoteselostuksista. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen [www-sivut](#).)

Tyydyttymätöntä eli pehmeää rasvaa on hyvä saada terveyden kannalta riittävästi, sillä pääsääntöisesti tyydyttymätöntä rasvaa sisältävä ruokavalio edistää sydämen terveyttä, pienentää veren kolesterolipitoisuutta sekä on edullinen painonhallinnan ja muiden elintapasairauksien kannalta. (Helsingin yliopiston avoimen yliopiston [www-sivut](#); Suomen Sydänliitto ry:n [www-sivut](#); Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen [www-sivut](#).) Tyydyttyneen eli kovan rasvan korvaamisella tyydyttymättömään rasvaan, voidaan vähentää ateroskleroosin riskiä ja parantaa insuliiniherkkyyttä sekä pienentää veren kokonaiskolesteroli- ja LDL-kolesterolipitoisuutta. (Helsingin yliopiston avoimen yliopiston [www-sivut](#); Suomen Sydänliitto ry 2004, 9.) Hyvinä tyydyttymättömien rasvojen lähteinä toimivat kasviöljyt, joita ovat muun muassa rypsi-, oliivi-, ja auringonkukkaöljy. Kasviöljyjä sisältäviä elintarvikkeita ovat esimerkiksi kasvimargariinit sekä kasviöljypohjaiset kevytlevitteet, joiden lisäksi myös kalasta ja siipikarjasta saa hyvin tyydyttymätöntä rasvaa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen [www-sivut](#); Suomen Sydänliitto ry 2004, 9-10.)

Kovia rasvoja ovat sekä tyydyttyneet rasvat että trans-rasvat. (Helsingin yliopiston avoimen yliopiston [www-sivut](#).) Ruokavalioista saatavasta rasvasta noin neljäsosa on tyydyttynyttä rasvaa, kun taas keskimäärin vain yksi prosentti ruokavalion energiasta on trans-rasvaa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen [www-sivut](#).) Trans-rasvat ovat tyydyttyneitä rasvoja haitallisempia, mutta näin pienellä trans-rasvan määrällä ei ole merkittävää vaikutusta veren rasva-arvoihin tai muun muassa sepelvaltimotaudin vaaraan väestötasolla. (Helsingin yliopiston avoimen yliopiston [www-sivut](#); Suomen Sydänliitto ry 2004, 8.) Ruokavalion rasvan laadussa keskeisin ongelma onkin tyydyttyneen rasvan saanti, jonka saantia tulisi vähentää edelleen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen [www-sivut](#).) Kovat rasvat lisäävät verisuonten ahtautumisen riskiä eli veren LDL:n määrää ja runsas tyydyttyneen rasvan saanti nostaa olennaisesti veren kolesteroliarvoja. Lisäksi runsaasti kovaa rasvaa sisältävä vähärasvainen ruoka saattaa lisätä verisuonen ahtautumisen vaaraa (varsinkin tyypin 2 diabeetikoilla). (Helsingin yliopiston avoimen yliopiston [www-sivut](#).) Kovia rasvoja saadaan muun muassa maitorasvasta, eläinrasvasta ja kookosrasvasta. Elintarvikkeista ja ruoista

suurimpina kovan rasvan lähteinä toimivat juustot, liha- ja makkararuokat sekä liha-leikkeleet, makeat ja suolaiset leivonnaiset sekä erilaiset maitovalmisteet, kuten jogurtit ja jäätelöt. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut; Suomen Sydänliitto ry:n www-sivut.)

5.1.2 Ravinnon kolesteroli

Kolesteroli on rasva-aine, joka voidaan luokitella ”pahaan” kolesteroliin ja ”hyvään” kolesteroliin eli LDL:ään ja HDL:ään. (Suomen Sydänliitto ry:n www-sivut.) Kolesteroli toimii tärkeänä solujen rakennusaineena, jota elimistömme tuottaa itse tarvitsemansa määrän. Tämän lisäksi kolesterolia saadaan ravinnosta, joka edellä kirjoitettuun viitaten on ihmiselle tarpeetonta. Kolesterolin päivittäissaanniksi suositellaan alle 300 mg:aa, joka sallii ruokavaliossa satunnaisesti syötäviä tavanomaisesti runsaammin kolesterolia sisältäviä ruokia. Kuitenkin suuren veren kolesterolipitoisuuden, todetun diabeteksen tai sydän- ja verisuonitaudin omaavilla henkilöillä saantisuositus on alle 200 mg päivässä. (Suomen Sydänliitto ry:n www-sivut; Suomen Sydänliitto ry 2004, 14.)

Erityisesti henkilöiden, joilla veren kolesterolipitoisuus on koholla, on tärkeää vähentää ruokavaliosta saatavan kolesterolin määrää. Ravinnosta saatavaa kolesterolia on ainoastaan eläinkunnan tuotteissa, joten kyseisiin elintarvikkeisiin huomiota kiinnittämällä voi vaikuttaa kolesterolin saantiin. Esimerkiksi erittäin runsaiden kolesterolin saantilähteiden, kuten munankeltuaisen, maksan, mädin ja äyriäisten kohtuukäytöllä sekä vähärasvaisten maitovalmisteiden valitsemisella voidaan vähentää kolesterolin saantia. Näiden lisäksi normaalissa määrin käytetty liha ja kala sisältävät kolesterolia sydänystävälliseen ruokavalioon sopien. (Suomen Sydänliitto ry:n www-sivut.) Ravinnosta saatavan kolesterolin vaikutus veren kolesterolipitoisuuteen on suurentava, mutta ei kuitenkaan yhtä merkittävä kuin kovalla rasvalla. (Suomen Sydänliitto ry 2004, 13.) Ruokavalion sisältäessä samanaikaisesti sekä kolesterolia että tyydyttynyttä rasvaa, on ravinnosta saatavan kolesterolin vaikutus haitallinen. Näin ollen esimerkiksi kananmunan keltuaisesta ja katkaravuista saatavan kolesterolin vaikutus veren kolesteroliin on vähäisempi verrattaessa tyydyttynyttä rasvaa sisältäviin rasvaisiin maito- ja lihavalmisteisiin. Kolesterolille herkillä ihmisillä, joilla ruoan koleste-

roli imeytyy tehokkaasti veren kokonais- ja LDL-kolesterolia suurentaen, saattaa ravinnosta saatava kolesteroli kuitenkin lisätä ateroskleroosin vaaraa. (Helsingin yliopiston avoimen yliopiston www-sivut.)

5.1.3 Suola

Suola on yhdiste, joka koostuu kloridista ja natriumista. Ihmisellä natriumin tarve on melko vähäinen ja runsaasti saatuna se kohottaa verenpainetta. Kuitenkin se on välttämätön ravintoaine, jonka fysiologinen tarve ihmisellä suolaksi laskettuna on 1,3 grammaa päivän aikana. Kyseinen määrä saadaan elintarvikkeiden, kuten maidon ja lihan, sisältämästä luontaisesta natriumista. (Suomen Sydänliitto ry:n www-sivut; Suomen Sydänliitto ry 2004, 14.)

Suolan saantiin on syytä kiinnittää huomiota (Suomen Sydänliitto ry:n www-sivut). Runsaalla natriumin eli käytännössä suolan saannilla verenpaine kohoaa, kun taas saannin vähentämisellä verenpaine laskee (Suomen Sydänliitto ry 2004, 14). On kuitenkin muistettava, ettei suolan käyttö ole kuitenkaan hoitokeino matalan verenpaineen hoitamisessa. Runsaan suolan käytön voidaankin todeta olevan yhteydessä kohonneeseen verenpaineeseen, joka on sydän- ja verisuonitautien riskitekijä. (Suomen Sydänliitto ry:n www-sivut.) Myös verenpaineesta ja muista vaaratekijöistä riippumatta, sydän- ja verisuonitautien riski kasvaa runsaan suolan saannin kautta. Suolan käyttömäärän vaikutukset korostuvat verenpaineessa ylipainoisten ja iäkkäiden henkilöiden sekä diabeetikoiden kohdalla. (Suomen Sydänliitto ry 2004, 14.)

Päivän aikana kertyvän suolan saantisuositus on aikuisella enintään 5 grammaa ja lapsilla alle 3 grammaa, joiden lisäksi alle vuoden ikäiselle ei suositella lainkaan suolapitoisia elintarvikkeita, mausteita tai lisättyä suolaa sisältävää ruokaa (Suomen Sydänliitto ry:n www-sivut). Suurin osa (noin 80 %) suomalaisten päivittäin saatavasta suolasta saadaan teollisten elintarvikkeiden piilosuolana. Suurimpina suolan lähteinä toimivatkin lämpimät ruoat, leivät ja muut viljavalmisteet, lihavalmisteet kuten makkarat ja leikkeleet, juustot, mausteseokset sekä runsassuolaiset naposteltavat. (Suomen Sydänliitto ry 2004, 14; Suomen Sydänliitto ry:n www-sivut.) Näiden kautta Suomessa suolan saannin määrään vaikuttavatkin useat päivittäiset joukkoruokailut

kouluissa ja työpaikoilla (Suomen Sydänliitto ry 2004, 14). Edellä mainittujen tuotteiden välttämällä, käytön vähentämällä tai valitsemisella vähäsuolaisina vaihtoehtoina sekä suolan mahdollisimman vähäisellä käytöllä ruoanvalmistuksessa pystytään vähentämään suolan saantia ja näin ollen pääsemään suolan päivittäiseen saantisuositukseen. (Suomen Sydänliitto ry:n www-sivut.)

5.1.4 Ravintokuitu

Ravintokuidut ovat kasvikunnan tuotteista tulevia, suolistossa hajoamattomia ja siksi imeytymättömiä hiilihydraatteja (Aro 2008). Imeytymättömyydestään huolimatta kuidulla on monia terveellisiä vaikutuksia elimistön toimintaan (Finelin www-sivut). Kuitu edistää vatsan toimintaa lisäämällä ulostemassaa, tasapainottaa verensokeria, lisää kylläisyyden tunnetta sekä hidastaa mahalaukun tyhjenemistä ja näin ollen auttaa painonhallinnassa. Lisäksi kuitu alentaa veren kolesterolipitoisuutta sitomalla elimistön tuottamia, kolesterolin valmistumiseen tarvittavia sappihappoja sekä kolesterolia itseään, joka kuituun sitoutuneena kulkeutuu ulos elimistöstä ulosteen mukana. Runsaalla kuitumäärällä voidaan myös vähentää sekä tyyppin 2 diabeteksen ilmaantumavuutta että sepeltaudin vaaraa. On hyvä muistaa, että kuitupitoinen ravinto sisältää myös runsaasti vitamiineja, kivennäisaineita ja antioksidanteja. (Suomen Sydänliitto ry: www-sivut; Fineli:n www-sivut.)

Kuidut jaetaan joko liukoiseen tai liukenemattomaan kuituun, joista molempia saadaan kaikista kasvikunnan tuotteista, vaikkakin eri suhteessa. Kuidunsaannin lähteitä ovatkin ainoastaan kasvikunnan tuotteet. Ruokavaliossa kannattaa suosia luontaisesti runsaskuituisia elintarvikkeita, joista hyvinä esimerkkeinä toimivat täysjyväleivät ja -puurot, täysjyväriisi ja -pasta, mysli, marjat, hedelmät, juurekset, kasvikset, pavut, linssit, herneet, leseet ja siemenet. Monipuolisella ruokavaliolla, eli kasviksien ja täysjyvätuotteiden sisällyttämisellä päivittäisiin annoksiin, turvataan riittävän kuitupitoinen ravinto. Aikuisten päivittäinen kuidun saantisuositus on miehillä vähintään 35 grammaa ja naisilla vähintään 25 grammaa, joihin tulee pyrkiä kasvattamalla kuidun saantia pikku hiljaa leikki-ikästä lähtien. Suositukseen verrattuna suomalaisten kuidunsaanti on vähäistä, keskimäärin 21 grammaa päivässä. (Suomen Sydänliitto ry:n www-sivut.)

5.1.5 Kasvikset

Kasviksia ovat vihannekset, juurekset ja palkokasvit, marjat sekä hedelmät (Aro 2010). Ne kuuluvat terveellisen ruokavalion kulmakiviin ja ovat tärkeitä elimistön toiminnalle sisältäen runsaasti ihmisen vastustuskykyä parantavia sekä normaalille kasvulle ja kehitykselle välttämättömiä suojaravintoaineita eli vitamiineja, kivennäisaineita ja antioksidantteja. (Suomen Sydänliitto ry:n [www-sivut](#).) ”Runsaasti kasviksia sisältävän ruokavalion on lukuisissa väestötutkimuksissa todettu pienentävän riskiä sairastua sekä sydän- ja verisuonitauteihin että syöpiin. Se, mistä kasvisvoittoisen ruuan tekijöistä edulliset vaikutukset johtuvat, on jäänyt yksityiskohtaisesti todistamatta. Kasvisruuassa on monia tekijöitä, joiden vaikutukset joko yksinään tai yhdistelminä voivat olla terveydelle edullisia.” (Aro 2010.) Lisäksi kasvisten käyttö osana päivittäistä terveellistä ruokavaliota ja muita terveellisiä elintapoja, pienentää riskiä sairastua aikuistyyppin diabetekseen sekä auttaa hallitsemaan ja alentamaan verenpainetta että kolesterolitasoa. Vähäisen energian ja merkityksettömän rasvan sisältämisensä johdosta kasvikset ovat apuväline myös painonhallintaan. Lisäksi ne sisältävät vatsaa täyttäviä kuituja ja vettä, mutta eivät ollenkaan suolaa tai kolesterolia. (Suomen Sydänliitto ry:n [www-sivut](#).) Kasviksia syövien on helpompaa pitää paino ja kolesteroliarvot kurissa runsaasti ravintoaineita suhteessa energian määrään sisältävien kasviksien korvattaessa runsaasti energiaa ja kovaa rasvaa sisältävät tuotteet (Aro 2010).

Suomessa kasviksia syödään monipuolisesti, mutta kuitenkin suosituksiin verrattuna kasvisten käyttö on liian vähäistä. Sisällyttämällä kasvikset osaksi jokaista ateriaa, saadaan tarpeellisten kasvisten käyttö kasvamaan. Suosituksena päivittäisessä kasvisten käytössä on vähintään puoli kiloa, johon ei sisällytetä perunaa eikä mehua. Konkreettisena mittausapuna toimivat omat kämmenet, sillä kuudesta oman kämmen kokoisesta annoksesta muodostuu noin puolen kilon annos. (Suomen Sydänliitto ry:n [www-sivut](#).) Tutkimusten mukaan ei yksittäisellä ravintoaineen saannilla ole osoitettu olevan merkitystä sairastumisiin. Tällöin ei ole voitu nostaa myöskään esiin mitään tiettyä muotielintarviketta tai kemiallisia yhdisteitä, vaan kasvisten monipuolisella käytöllä saadaan varmimmin kaikkia kasvisten sisältämiä aineita. On myös hyvä muistaa puolen kilon päiväkohtaista kasvismäärää tavoiteltaessa, että lisäämällä

nautittavien kasvien joukkoon painavampia juureksia ja hedelmiä saadaan puolen kilon tavoite täyttymään hieman pienemmällä urakalla. (Aro 2010.)

5.1.6 Alkoholi

Alkoholia on syytä käyttää vain kohtuudella tai pidättäytyttävä siitä kokonaan, sillä sen haittavaikutukset ovat mittavat verrattaessa mahdollisiin hyötyihin. (Suomen Sydänliitto ry:n www-sivut.) Alkoholin saanti on hyvä rajoittaa viiteen prosenttiin saatavasta kokonaisenergiasta. Tällöin miesten päiväkohtainen alkoholin saantisuositus on enintään 20 grammaa eli kaksi ravintola-annosta ja naisilla enintään 15 grammaa eli yksi ravintola-annos. (Lahti-Koski 2009; Suomen Sydänliitto ry:n www-sivut.) Näitäkään määriä ei suositella käytettäväksi joka päivä. Lisäksi alkoholia ei suositella käytettäväksi ollenkaan raskaana olevilla, imettävillä, lapsilla tai nuorilla. (Suomen Sydänliitto ry:n www-sivut.)

Runsas tai säännöllinen ja suositusmäärät ylittävä alkoholin käyttö johtaa suurempaan riskiin koskien maksa- ja aivosairauksien lisääntymistä, syöpään sairastumista, verenpaineen kohoamista, veren triglyseridipitoisuuden eli rasvapitoisuuden suurenemista sekä aivoverenvuodon ja -infarktin saamista (Lahti-Koski 2009; Suomen Sydänliitto ry:n www-sivut). Sydänsairauksien ehkäisemiseksi ei siis suositella alkoholin käyttöä, vaikkakin kohtuullisella alkoholin käytöllä saatetaan vähentää sydän- ja verisuonitautien vaaraa. Alkoholissa on lisäksi paljon energiaa sekä sokeria, joka johtaa helposti lisäenergian kertymiseen ja aiheuttaa näin painonhallintaongelmia sekä lihomista. (Lahti-Koski 2009; Suomen Sydänliitto ry:n www-sivut.)

5.2 Ravintosuositusten toteuttaminen käytännössä

Päivittäisten ravintotottumusten muuttamisessa sydänystävällisen ohjeistuksen mukaiseksi on olemassa apuna muutamia käytännön ohjeita. Käytännön apuna toimivat muun muassa aterioiden koostamista helpottava lautasmalli sekä kauppojen elintarvikkeiden tärkeät pakkausmerkinnät, jotka auttavat selvittämään tuotteen sisältämät ravintoarvot. Näitä apuna käyttäen on päivittäisistä aterioista mahdollista saada entis-

tä sydänystävällisempiä. (Lahti-Koski 2009; Suomen Sydänliitto ry 2004, 23; Suomen Sydänliitto ry:n www-sivut).

5.2.1 Lautasmalli

Lautasmalli on apu hyvän aterian koostamiseen, jossa puolet lautasesta peittyy joko tuoreista tai keitetyistä kasviksista, yksi neljännes perunasta, tummasta pastasta tai riisistä sekä toinen neljännes vähärasvaisesta ja -suolaisesta kalasta, kanasta, lihasta, palkokasveista tai munaruoasta. Lisänä ateriaan kuuluvat pala vähäsuolaista täysjyväleipää, jolle on levitetty kasvimargariinia, mahdolliset jälkiruokana nautitut marjat ja hedelmät sekä lasillinen rasvatonta maitoa, piimää tai vettä. (Lahti-Koski 2009; Suomen Sydänliitto ry:n www-sivut). Lautasmallin noudattamista voidaan soveltaa jättämällä maitovalmiste sekä jälkiruoka nautittavaksi välipalana (Lahti-Koski 2009). Jos kyseessä on laatikkoruoka, täytetään puolet lautasesta kasviksilla ja toinen puolisko laatikkoruoalla. Lisäksi keittoaterian yhteydessä on hyvä muistaa nauttia kasviksia. Lautasmallin toteuttamisella saadaan ruokamäärät säilytettyä kohtuullisina, jonka lisäksi terveellisen ruokavalion noudattaminen on mahdollista iästä riippumatta. Lautasmalli sopii myös lapsen aterian koostamiseen, jossa lapsen annosko on otettava huomioon, ravintoaineiden suhdemäärien säilyessä ennallaan. (Suomen Sydänliitto ry:n www-sivut.)

5.2.2 Pakkausmerkinnät

Ruokavalion pitäminen sydänystävällisenä on helpompaa, kun hankkii kaupasta ruokavalioon sopivia tuotteita. Tätä ajatellen pakkausmerkinnät ovat merkittävässä roolissa, sillä niiden avulla kuluttaja saa tarpeellista tietoa ruokavalioon sopivista ravintoarvoista. (Suomen Sydänliitto ry:n www-sivut.)

Pakkausmerkintöjä ovat muun muassa ravintoainemerkinnot sekä ainesosaluettelo, joka sisältää elintarvikkeen valmistusaineiden tiedot (Lahti-Koski 2009; Suomen Sydänliitto ry:n www-sivut). Ravintoainemerkinnoista selviävät sydänystävälliselle ravinnolle tärkeimpinä tietoina elintarvikkeen sisältämä rasvan, tyydyttyneen rasvan, suolan, kuidun sekä sokerin määrä (Suomen Sydänliitto ry:n www-sivut). Lisäksi

elintarvikkeen pakkausmerkinnöistä voi löytyä Sydänmerkki, joka tarkoittaa, että kyseinen tuote on tuoteryhmässään sydänystävällisempi vaihtoehto suolan, sokerin ja kuidun määrän sekä rasvan laadun ja määrän suhteen (Lahti-Koski 2009; Suomen Sydänliitto ry:n www-sivut). Sydänmerkki, jonka myöntämisen Sydänliiton ja Diabetesliiton nimeämä asiantuntijatyöryhmä on tarkastanut, opastaa näin helppoon ja nopeampaan terveellisten ruoka-ainevalintojen tekemiseen (Lahti-Koski 2009).

6 SYDÄN- JA VERISUONITAUDEILLE EDULLISESTA LIKUNNASTA

Liikunta on kehomme yleisin fysiologinen stressitila ja se aiheuttaa mittavia vaatimuksia hengitys- ja verenkiertoelimistöllemme (Froelicher, Myers 2000, 1). Fyysisesti aktiivisella elämäntavalla on osoitettu olevan lukuisia suotuisia vaikutuksia terveyteen ja fyysinen aktiivisuus onkin hyväksytty maailmanlaajuisesti tärkeänä terveyden edistäjänä. Esimerkiksi riski sairastua sydän- ja verisuonitautiin pienenee merkittävästi fyysisen aktiivisuuden myötä. Lisäksi vaara diabeteksen, useiden eri syöpien, masennuksen ja lihavuuden kehittymiseen pienenee. (Bauman, Shirley & van der Ploeg 2010, 1312.) Fogelholmin ja Vuoren (2005, 11) mukaan on osoitettu, että säännöllisesti liikkuvilla ihmisillä on fyysisesti passiivisiin nähden pienempi vaara sairastua yli 20 sairauteen tai sairauden esiasteeseen.

6.1 Terveysliikunta

UKK-instituutin kehittämä Liikuntapiirakka (Liite 1.) uudistettiin viimeksi vuonna 2009. Liikuntapiirakka sisältää tämän hetkiseen tietoon perustuvan terveystuotuksen 16-64-vuotiaille. (UKK-instituutin www-sivut 2011.) Tätä iäkkäimmille on entistä vaikeampaa määrittää yleisiä terveystuotuksia, sillä iäkkäillä henkilöillä yksilöllisten erojen merkitys korostuu. Heitä varten pyritään määrittelemään pikemminkin suuntaviivat ottaen huomioon vanhenemiseen liittyvät yleisimmät haittoja tuottavat muutokset. Tällaisia muutoksia ovat hengitys- ja verenkierto-

toelimistön toiminnan heikkeneminen, lihaskato, luun haurastuminen, liikkuvuuden rajoittuminen sekä asennonhallinnan ja tasapainon heikkeneminen. (Fogelholm ym. 2005, 182.)

Vuonna 2008 Yhdysvaltain terveystieteiden tutkimuskeskus päivitti terveystieteiden tutkimuskeskuksensa laajaan tieteelliseen kirjallisuuskatsaukseen pohjaten (UKK-instituutin www-sivut 2011). Pohjoisamerikkalaiset terveystieteiden tutkimuskeskukset ovat pitkälti samanlaiset suomalaisiin suosituksiin nähden. Kumminkin suositukset kehottavat ihmistä liikkumaan kohtuullisen rasittavasti 2 tuntia 30 minuuttia viikossa mieluiten usealle päivälle jaettuna. Sen lisäksi lihaskuntoa, voimaa, tasapainoa ja nivelliikkuvuuksia tulee kehittää ja ylläpitää vähintään kahtena päivänä viikossa. (UKK-instituutin www-sivut 2011; Yhdysvaltain terveystieteiden tutkimuskeskus 2008, 22.)

Lenkkeily, reipas kävely, uinti, tanssi ja koripallo ovat esimerkkejä aerobista kuntoa kehittävistä liikunnista. Edellä mainituissa lajeissa hengitys- ja verenkiertoelimistö joutuvat vastaamaan liikunnan aiheuttamiin kasvaneisiin vaatimuksiin. Terveystieteiden tutkimuskeskusten kannalta ei tosin ole merkitystä täyttyvätkö suositukset harrastamalla jotain tiettyä urheilulajia, vai esimerkiksi työmatkapyöräilyn seurauksena. Tärkeintä on tarkastella fyysisen aktiivisuuden kokonaistehokkuutta ja kestoja. Liikuntapiirakan mukaan yhden liikuntakerran tulee olla vähintään kohtuullisesti kuormittava ja kestää vähintään kymmenen minuuttia (UKK-instituutin www-sivut 2011). Täytyy kuitenkin huomioda, että lihasvoimaharjoitteluun käytettyä aikaa ei lasketa terveystieteiden tutkimuskeskusten aerobisen liikunnan osuuden täyttymiseen. (Yhdysvaltain terveystieteiden tutkimuskeskus 2008, 21–22.)

6.2 Suomalaisien liikuntatottumukset

Vaikka liikuntaa harrastetaan nykyään yhä enemmän, niin edelleen vain kolmannes suomalaisista liikkuu terveyden kannalta riittävästi. Suosituimpia liikuntamuotoja ovat kävely, pyöräily, hiihto, uinti ja juoksu. Myös kuntosaliharjoittelu on suosittua ja erilaiset voimistelut sekä pallopelit ovat suosiossa. Suomalaisien tulisi kiinnittää huomiota myös muuhun arki- ja hyötyliikuntaan, kuten työmatkoihin ja muihin arjen toimintoihin. (Huovinen & Leino 2000, 395.) Arkiliikuntaa tulee toteuttaa pitkin päi-

vää lyhyinä jaksoina esimerkiksi kävelemällä kauppaan, nousemalla portaat, pesemällä auton tai kolaamalla pihan lumesta. Parhaassa tilanteessa arjen valinnoista tulee tapa ja henkilö omaksuu liikunnallisen elämäntavan. (Fogelholm, Kukkonen-Harjula, Nupponen, Pokki & Rinne 1999, 27).

6.3 Yksilöllinen liikuntaohjelma

Huovinen ja Leino (2000, 395–396) toteavat, että terveysterveyshuolto on laadittu niin, että se sopii kaikille ja edistävää terveyttä sekä fyysistä toimintakykyä. Terveystalon ammattilaisen tulee kuitenkin huomioida, että jokainen ihminen on yksilö, joka vaatii omanlaisensa liikuntaohjelman. Lisäksi liikunnan harrastaminen on vahvasti sidottu ikään ja elämäntilanteeseen. Sama henkilö voi tarvita täysin erilaisen liikuntaohjelman vuoden jälkeen liikunnan aloittamisesta.

Suunnittelu alkaa yhdessä asiakkaan kanssa, jolloin selvitetään yksilön oma motivaatio, tavoitteet ja mahdollisuudet. Liikunnan aloittamisen jälkeen asiakasta tulee konsultoida säännöllisesti ja motivoida jatkamaan aloitettua liikuntaharrastusta. Terveystalon ammattilaisen tulee seurata tarkoin liikuntaohjelman toteutumista ja muokata suunnitelmaa tarvittaessa, sillä väärin annosteltuna liikunnasta saattaa aiheutua haittoja. Esimerkiksi tapaturmien riski kasvaa jos kokematon liikkuja aloittaa äkillisesti kontaktilajin, tai rasitusvammojen vaara kasvaa jos kuormitetaan jatkuvasti samaa pientä aluetta. Helpoimmin omaksuttavat ja toteutettavat liikuntamuodot, kuten kävely, mahdollistavat positiivisten terveysvaikutusten aikaansaamisen. Tällaiset matalan kynnyksen lajit eivät ole aikaan, paikkaan tai seuraan sidonnaisia, joten henkilö voi itsenäisesti lähteä harrastamaan kyseistä lajia milloin tahansa. (Huovinen & Leino 2000, 395–396.)

6.4 Fyysisen aktiivisuuden terveysvaikutukset

Liikunnalla on todistettusti lukuisia terveysvaikutuksia niin fyysiseen kuin henkiseen hyvinvointiin. Verrattuna vähemmän liikkuviin henkilöihin riski sairastua sepelvaltimotautiin on puolet pienempi, ja kohonneen verenpaineen kehittymisen riski on noin kolmasosan pienempi. Lisäksi säännöllisen fyysisen aktiivisuuden katsotaan

vähentävän kokonaiskuolleisuutta, sydän- ja verisuonitautikuolleisuutta, lihavuutta, tyyppin 2 diabetesta ja osteoporoosia. Iäkkäät ihmiset kokevat liikunnan myönteisiä vaikutuksia erityisesti toimintakyvyn paranemisena. Tasapaino kehittyy ja koordinaatiokyky paranee, mistä johtuen myös kaatumistapaturmat vähenevät. Mitä aktiivisemmin liikuntaa harrastaa, sen paremmin ihminen pysyy toimintakykyisenä ja oma-toimisena. Omatoimisuuden huononemiseen vaikuttaa erityisesti heikentynyt lihasvoima. (Suomen Sydänliitto ry 2004, 35–39.)

Tarkemmin katsottuna fyysinen aktiivisuus vaikuttaa suotuisasti triglyserideihin, veren HDL- ja LDL-kolesteroliin, insuliiniherkkyyteen, lepoverenpaineeseen, veren hyytymiseen ja sydämen autonomiseen säätelyyn. Jotta merkittäviä positiivisia tuloksia saadaan aikaan, tulee viikoittaisen fyysisen aktiivisuuden energiankulutuksen olla vähintään 1500 kcal. Erityisesti kestävyysliikunnan määrää pitää lisätä. Liikunta täytyy jakaa tasaisesti usealle päivälle ja sykkeen tulee olla 50–70 %:a maksimisykkeestä. (Suomen Sydänliitto ry 2004, 36–46.)

7 TUPAKAN VAIKUTUKSET TERVEYTEEN

Tupakoinnin katsotaan olevan Suomessa yleisin terveyshaitta, ja siihen liittyviä kuolemantapauksia aiheutuu vuosittain noin 5000. Tupakointi aiheuttaa todistetusti muun muassa hengitys- ja verenkiertoelimistön sairauksia ja syöpää. Lopettamisaikeissa oleva henkilö voi kuitenkin turvautua siihen ajatukseen, että sairastumisvaara erilaisiin kansantauteihin putoaa tutkimusten mukaan lähes samalle tasolle tupakoimattomien kanssa jo vuoden kuluttua tupakoinnin lopettamisesta. (Huovinen & Leino 2000, 369–371.)

Tupakointi vaikuttaa välittömästi verenkiertoelimistön toimintaan. Sydän rasittuu, pulssi nopeutuu ja pintaverenkierto heikkenee. Lisäksi sillä on lukuisia muita negatiivisia vaikutuksia muun muassa hampaiden kuntoon ja hengityselimistön toimintaan. Pidemmällä aikavälillä tupakointi kiihdyttää ateroskleroosia, heikentää veren hapenkuljetuskykyä, lisää sydäninfarktin ja aivohalvauksen vaaraa ja lopulta myös

äkkikuoleman riski kasvaa. Tupakoimattomien tulee myös välttää tupakansavussa oleskelua, eli passiivista tupakointia. Tupakansavussa on yli 4000 erilaista ainetta, joista 50 katsotaan olevan syöpää aiheuttavia. Lisäksi hiilimonoksidi, tupakkaterva ja typpioksidi ovat myrkyllisiä ja terveydelle haitallisia aineita. Passiivisesta tupakoinnista aiheutuu silmien, kurkun ja hengityselimistön ärsytystä sekä tulehdussairauksia. (Huovinen & Leino 2000, 370–372.)

8 PROJEKTI TYÖMUOTONA

Toteutimme opinnäytetyön projekti-muodossa Porin Seudun Sydänyhdistys ry:lle. Projekti alkoi tarpeen kartoittamisesta ja eteni suunnittelun kautta työn käytännön toteutukseen. Projektin onnistumista arvioimme tulosten tulkinnan ja yleisen pohdinnan avulla.

8.1 Projekti menetelmänä

“Projekti on kertaluonteinen, tavoitteellinen, varta vasten muodostetun organisaation tehtäväksi annettu työkokonaisuus, jonka kesto ja resurssit on ennalta määritelty” (Anttila 2001, 12). Projekti toteutetaan tietyn aikataulun mukaisesti, eikä sitä ainutkertaisena kokonaisuutena voida toistaa enää täysin samanlaisena uudestaan (Anttila 2001, 12–13). Lopputuloksena projektille voi olla niin konkreettisen tuotteen syntyminen kuin myös tietyn ongelman ratkaiseminen, jotka syntyvät projektin lukuisten vaiheiden kautta. Projektin elinkaaren aikana vaiheet tapahtuvat keskenään limittäin, muodostaen projektin vaiheistukselle tietyn perusrungon, johon kuuluvat projektin perustaminen, suunnittelu, toteutus ja päättäminen. (Ruuska 2001, 11–13.)

Projekti voidaan käynnistää kehitysidean tai vision johdosta, vanhentuneen järjestelmän päivittämiseksi tai merkittävien uudistusten tekemiseksi. Tämän jälkeen projektille määritellään tavoiteltava lopputulos. (Ruuska 2001, 20.) Projektille määritellyt tavoitteet ovat realistisempia saavuttaa, kun projektin alueet, projektin laajuudesta riippuen, jaetaan paremmin hallittaviksi osaprojekteiksi (Ruuska 2001, 24). Suunnit-

teluvaihe on tärkeä ja sen avulla mahdollistetaan projektin toteuttaminen luomalla pohja tuleville projektivaiheille. Ennen suunnitteluvaihetta on laadittava projektisuunnitelma, joka on apuna projektin läpiviennissä. Projektisuunnitelmassa käsitellään sitä, mitä tehdään, kuka tekee ja mihin mennessä, mutta se vaikuttaa myös projektin lopputulokseen siinä määriteltyjen tavoitteiden johdosta. (Ruuska 2001, 115–117.) Prosessissa toteutetaan suunnitteluvaiheessa laadittua järjestelmää (Ruuska 2001, 23). Prosessin toteutuksen aikana pyritään kaikella tapahtuvalla toiminnalla vaikuttamaan projektin lopputulokseen (Ruuska 2001, 18). Määriteltyjen tehtävien suorittamisen ja asetettujen tavoitteiden saavuttamisen eli lopputuotteen valmistumisen jälkeen projekti päätetään (Ruuska 2001, 179–181).

8.2 Sydänterveyttä edistävän elämäntapaintervention suunnittelu

8.2.1 Intervention idea ja tavoite

Projekti lähti liikkeelle, koska ”maailman terveysjärjestön, WHO:n, mukaan 80 prosenttia sepelvaltimotaudista ja 90 prosenttia tyyppin 2 diabeteksestä olisi ehkäistävissä terveellisillä elintavoilla: tupakattomuudella, terveellisellä ruokavaliolla, riittävällä liikunnalla ja painonhallinnalla” (Suomen Sydänliitto ry 2011, Tilastotietoja sydän- ja verenkiertoelinten sairauksista). Halusimme selvittää, onko spesifin tiedon tuomisella ihmisten tietoisuuteen vaikutusta tämän tilaston kohentamiseen.

Projektin tavoitteena oli selvittää, mitä vaikutuksia elämäntapamuutoksella on sydän- ja verisuonitauteihin. Projektissa testattiin alku- ja loppukyselyn avulla mahdollisia tiedon esille tuonnista syntyneitä muutoksia Porin Seudun Sydänyhdistys ry:n Tiis-tai-kerhon kokoontumisiin osallistuneiden henkilöiden tietämyksessä ja motivaatiossa muokata elämäntapojaan sydänystävällisempään suuntaan. Tiedon tuonnin keinoina projektissa käytimme luennointia, materiaalin jakamista, keskustelua sekä erilais-ten jumppien pitämistä kuuden viikon aikajaksona.

8.2.2 Intervention toteutuksen suunnittelu

Sydänterveyttä edistävän elämäntapaintervention toteutuksen suunnittelu pohjautui aiheeseen liittyvän kirjallisuuden hankintaan ja siihen tutustumiseen, toteutusaikataulun selvittämiseen, intervention aiheen rajaamiseen ja määrittämiseen, projektin läpiviennin käsittelyyn sekä konkreettisten tavoitteiden määrittämiseen. Suunnittelimme aikataulutuksen intervention pitämiseen yhteistyökumppanimme toiveiden sekä valmiina olevan ryhmän kokoontumisaikojen pohjalta. Toteutetussa elämäntapaintervention käsittävät aiheet valittiin kirjallisuuden kautta määriteltyihin tavoitteisiin pohjautuen, jolloin kohderyhmälle määritettiin aiheiksi tärkeimmät sydänterveyteen vaikuttavat tekijät. Lisäksi kontaktikertojen toteutuksen suunnittelemisessa otettiin huomioon yhteistyökumppanin toiveet suunnittelemalla kontaktikerroille suoritettaviksi kohderyhmälle soveltuvat esimerkit tuolijumpasta sekä kotikuntopiiristä.

Projektin toteutuksen aikana kontaktikertojen sisällön tarkempi suunnitteleminen tapahtui aina aiemman kontaktikerran jälkeen, jolloin pyrimme luomaan tulevasta kontaktikerrasta kohderyhmälle mahdollisimman yksilöllisen ja hyödyllisen. Huomioon otettavia asioita kontaktikertoja suunniteltaessa olivat ryhmän ikäjakauma sekä ryhmäläisillä esiintyvät sydän- ja verisuonitaudit. Lisäksi seuraavan kontaktikerran suunnittelemista varten kuuntelimme kohderyhmän antamaa suullista palautetta, jonka avulla oli helpompaa suunnitella seuraavan kontaktikerran sisältöä. Alku- ja loppukyselyn suunnittelemiseen ei löytynyt valmiita pohjia, joten kysymykset laadittiin halutun tiedon saamisen pohjalta. Kyselylomakkeiden kysymykset muodostivat analysoitavaksi tiedon-, motivaation- ja koetun tarpeen muuttumisen – osa-alueet.

9 SYDÄNTERVEYTTÄ EDISTÄVÄN ELÄMÄNTAPAININTERVENTION TOTEUTUS

Projekti toteutettiin yhteistyössä Porin Seudun Sydänyhdistys Ry:n kanssa. Heidän tiloissaan kokoontuu parillisina viikkoina tiistai-kerho, johon kaikilla jäsenillä on vapaa pääsy. Pidimme kyseiselle ryhmälle luentoja terveellisistä elämäntavoista neljänä kertana. Lisäksi järjestimme alku- ja loppukyselyn. Ennen ensimmäistä virallista

kokoontumiskertaa kävimme esittäytymässä kerholaisille ja kerroimme tulevasta suunnitelmistamme ja opinnäytetyöstämme.

9.1 Sydämellinen alkuinfo

Ensimmäisen kerran tapasimme tiistai-kerhon jäsenet 22.2.2011 puolen tunnin ajan, jolloin esittelimme itsemme ja mitä olimme tulleet tekemään. Kerroimme tekevämme opinnäytetyötä sydänystävällisistä elämäntavoista ja jaoimme kaikille kevään aikataulut opinnäytetyötämme koskien. Selitimme lyhyesti, että tulemme pitämään heille alku- ja loppukyselyn, joihin vastaamalla saamme opinnäytetyöhömmme konkreettisia tutkimustuloksia. Pyrimme motivoimaan kerhon jäseniä käymään aktiivisesti kontaktikerroilla, jolloin tutkimuksemme olisi luotettavampi ja lisäksi tällöin he saisivat itse enemmän irti opinnäytetyömme toteutuksesta. Emme kuitenkaan kieltäneet osallistumasta tapaamisiin, vaikka joku olisikin tiennyt, ettei pysty osallistumaan kaikille kerroille. Kyseessä on ympärivuotisesti kokoontuva tiistai-kerho, johon kaikilla osallistujilla on oikeus tulla koska tahansa.

Tällä kerralla emme vielä laskeneet osallistujia, mutta heitä oli silmämääräisesti arvioiden noin 18. Miehiä oli vähemmän kuin naisia. Ilmapiiri oli positiivinen ja meidät otettiin hyvin vastaan. Saimme sellaisen käsityksen, että aiheemme kiinnosti kerholaisia ja että suunnitelmamme kuulosti varsin hyvältä. Porin Seudun Sydänyhdistys Ry:n puheenjohtaja Marjatta Salo oli omien sanojensa mukaan kaivannut uutta sisältöä tiistai-kerhoihin, joissa jäsenet pääasiassa kokoontuvat kuulemaan yhdistyksen viimeisimpiä uutisia ja keskustelemaan muiden jäsenten kanssa kahvin ja teen merkeissä. Keskustelimme Marjatta Salon kanssa vielä tarkemmin infomme jälkeen ja saimme lisää materiaalia opinnäytetyötämme varten.

9.2 Sydämellistä ravintoa –luento

Valmistelimme 8.3.2011 pidettävää puolentoista tunnin toteutusta varten kattavan luennon terveellisistä ravintotottumuksista ja tupakoinnin terveysvaikutuksista. Lisäksi pidimme alkukyselyn (Liite 2.) ennen luennon aloittamista. Paikalla oli 15 jäsentä, joista naisia oli 13 ja miehiä 2. Alkukyselyn tarkoituksena oli kartoittaa osal-

listujien asenteita, motivaatiota ja tietämystä. Kysymyksiin vastattiin asteikolla 1-5 ja lisäksi mukana oli muutama avokysymys. Kyselyssä selvitimme myös kuinka moni halusi antaa tietonsa käsiteltäväksi nimettömänä opinnäytetyötämme varten. Kaikki osallistujat suostuivat luovuttamaan tietonsa meille.

Ravitsemuksen osuus luennostamme oli reilusti suurin. Käsitelimme aluksi Suomalaisen ruokailutottumuksia ja siirryimme seuraavaksi yleisesti hyväksytyihin terveellisen ruokavalion malleihin ja suosituksiin. Kerroimme valtion ravitsemusneuvottelukunnan vuonna 2004 päivittämästä lautasmallista ja perehdyimme tarkemmin moniin eri ruoka-aineisiin ja niiden terveyshyötyihin ja haittoihin. Kävimme läpi kasvien, rasvan, suolan, kuidun, ruoan kolesterolin ja nautintoaineiden vaikutuksia terveyteen. Suomen Sydänliitto ry on määritellyt kyseiset ruoka-aineet keskeisiksi sydän- ja verisuonitauteihin vaikuttaviksi tekijöiksi. (Suomen Sydänliitto ry 2004, 4-31)

Jaoin tekemämme diaesityksen kaikille osallistujille, jotta he voisivat kotonaan kerrata luennolla läpikäytyjä asioita. Keskustelu oli vähäistä, mutta osallistujat vaikuttivat kiinnostuneilta asiaa kohtaan. Seuraavaa kertaa varten he toivoivat luennon lisäksi jonkinlaista jumppaa. Kerroimme sen onnistuvan, sillä lyhyt voimisteluohjelma sopi liikuntaluennon teemaan erinomaisesti.

9.3 Sydämellistä liikuntaa I -luento

Kolmannella kokoontumiskerralla 22.3.2011 aiheenamme oli terveysliikunta. Luento kesti noin puolitoista tuntia. Paikalla oli yhteensä 25 henkilöä, joista 22 oli naisia ja 3 miehiä. Luentotila oli täynnä jokaista istumapaikkaa myöten. Ihmiset vaikuttivat kiinnostuneilta aihettamme kohtaan ja luentomme alkoi kahvin jälkeen positiivisissa merkeissä. Perehdyimme erityisesti aerobiseen kestävyysliikuntaan, sillä hyvän hengitys- ja verenkiertoelimistön kunnon on osoitettu vaikuttavan merkittävästi terveyteen (Fogelholm, Vasankari & Vuori 2011, 69). Seuraava kokoontumiskerta oli varattu lihaskuntoharjoittelua ja tuki- ja liikuntaelimistön ominaisuuksien kehittämistä varten.

Edellisen luennon tapaan aloitimme kertomalla suomalaisten liikuntatottumuksista ja niiden kehityksestä viime vuosikymmenien aikana. Seuraavaksi kerroimme tämänhetkisistä terveysterveysliikuntasuosituksista ja esittelimme UKK-instituutin laatiman liikuntapiirakan. UKK-instituutin suositusten mukaan ihmisen tulisi jakaa kestävyysliikunta usealle viikonpäivälle niin, että viikon kokonaisliikuntamäärä on vähintään 2 tuntia 30 minuuttia. Tämän lisäksi lihahuoltoa, eli lihasten kuntoa ja liikehallintaa, tulee tehdä ainakin kaksi kertaa viikossa. (Fogelholm ym. 2011, 75.) Liikunnan lisäämisen suosittelu etenkin iäkkäille on perusteltua, koska liikunta-aktiivisuuden on todettu vähentyvän iän myötä (Gordon, Harrar & Ojanen 2009, 254). Kerroimme kattavasti liikunnan terveysterveysvaikutuksista ihmisen mieleen ja kehoon. Määrittelimme minkä tyyppistä liikuntaa on hyvä harrastaa ja painotimme myös hyötyliikunnan roolia terveyden edistämässä. Liikuntapiirakan mukaan ei ole terveyden kannalta merkittävää minkälaista liikuntaa harrastamalla suositus täyttyy, kunhan kyseessä on kohtuukuormitteista liikuntaa vähintään 10 minuutin jaksoissa kerrallaan. (Fogelholm ym. 2011, 75.) Monelle tuottaa vaikeuksia arvioida mikä milloinkin on kohtuukuormitteista liikuntaa, joten opetimme luennollamme kaksi keinoa, jolla kuormittavuutta arvioidaan. Neljän P:n sääntö (pitää pystyä puhumaan puuskuttamatta) on yksinkertainen tapa arvioida fyysisen aktiivisuuden tehoa, joskaan kyseessä ei ole kovin tarkka arvio. Spesifimpi tapa on käyttää sykemittaria, jolloin sykkeen tulee olla 40–60%:a maksimisykkeestä. Sykemittarin käytössä on se huono puoli, että vain harva tietää oman maksimisykkeensä. Laskennallista maksimisykettä käyttämällä saadaan kuitenkin usein varsin tarkka arvo, jota pystytään hyödyntämään kuntoharjoittelussa. (Suomen Sydänliitto ry 2004, 36–37.)

Lopuksi pidimme 15 minuutin voimistelutuokion. Tarkoituksemme oli lähinnä virkistää ryhmäläisten mieltä ja antaa heille jonkinlainen käsitys siitä, minkä tyylistä liikuntaa voi tehdä kotona yksin tai minkä tyylistä ryhmäliikuntaa Porissakin on tarjolla. Voimistelu toteutettiin pääasiassa tuoleilla istuen lukuun ottamatta muutamia seisomaan nousuja, joita voimistelun aikana suoritettiin. Voimistelun aikana pidimme vain muutaman lyhyen tauon, koska halusimme tehdä tehokkaan harjoituksen, joka kuormittaisi myös hengitys- ja verenkiertoelimistöä (Aalto, Antikainen & Tanskanen 2007, 53). Yhtä henkilöä lukuun ottamatta kaikki osallistuivat voimisteluun, ja keskustelun perusteella monelle tuli liikkeitä tehdessä lämmin.

Keskustelimme myös seuraavan tapaamiskerran temasta ja tiedustelimme mistä eri lajeista mukana olijat haluaisivat saada enemmän tietoa. Vain muutama ryhmän jäsen kertoi haluavansa saavan lisätietoa jostain tietystä Porin seudulla järjestettävästä liikuntatoiminnasta. Tällaisia lajeja olivat tanssi, itämainen tanssi ja vesiliikunta.

9.4 Sydämellistä liikuntaa II -luento

5.4.2011 toteutetun puolitoista tuntia kestäneen kokoontumiskerran temana oli jälleen liikunta, mutta hieman eri näkökulmasta edelliseen luentoan verrattuna. Osallistujia oli yhteensä 20 joista naisia oli 17 ja miehiä 3. Yleinen vireystila vaikutti hyvältä ja luento oli mukava pitää, kun tunsimme jo useita kasvoja ja ryhmän jäsenet puolestaan tunsivat meidät.

Luentomme oli selvästi kaksiosainen, ja puolivälissä oli jälleen voimistelutuokio. Ensimmäisellä puoliskolla syvennyimme terveysliikuntasuosituksen mukaiseen lihashuolto-osioon. Vuonna 2009 laaditun liikuntapiirakan sisäosa on omistettu lihas-kunnolle ja liikehallinnalle. Viikoittaisen kestävyyskuntoharjoittelun lisäksi lihashuoltoa tulisi tehdä kaksi kertaa viikossa. Muun muassa kuntosaliharjoittelu, jum-pat, venyttely, tanssi ja pallopelit ovat erinomaisia esimerkkejä liikunnasta, jossa keskitytään lihaskunnan ja liikehallinnan kehittämiseen. (Fogelholm ym. 2011, 75.) Jaoin luentomme ensimmäisen puoliskon edelleen kolmeen tärkeään osa-alueeseen: lihasvoimaan, liikkuvuuteen ja tasapainoon. Näihin kolmeen ominaisuuteen on tärkeää keskittyä etenkin iän karttuessa. Lihasvoimaharjoittelulla ihminen voi lisätä lihastensa voimaa, kehittää tasapainoa ja ehkäistä myös tuki- ja liikuntaelinsairauksien kehittymistä. Liikkuvuusharjoittelulla puolestaan ylläpidetään ja lisätään nivelliikkuvuutta. Esimerkiksi venyttelemällä vaikutetaan päivittäiseen toimintakykyyn, joka heikkenee iän myötä liikeratojen pienentyessä. Huonon tasapainon seurauksena tapahtuu kaatumisia. Kerroimme ryhmälle erilaisista lajeista, joilla voidaan kehittää tasapaino-ominaisuuksia. Jooga ja tanssi ovat mainioita esimerkkejä liikehallintaa kehittävästä liikunnasta. Ryhmän keski-ikä oli noin 73 vuotta, joten koimme tärkeäksi painottaa tasapainoharjoittelun tärkeyttä. (Gordon ym. 2009, 256–257.)

Kävimme läpi lihasvoima ja – kestävyysharjoittelun pääperiaatteet, kuten toistomäärät ja kuorman valitsemisen. Kertauksen vuoksi teimme luennon puolivälissä lihasvoimaharjoituksen, joka noudatti lihasvoimaharjoittelun ohjeita. Näin asia tuli myös käytännössä tutuksi ryhmän jäsenille. Olimme valinneet kuusi eri liikettä, jotka harjoittivat toimintakyvyn kannalta tärkeitä lihasryhmiä. Harjoittelumme noudatti tyyppillisen kestovoimaharjoittelun periaatteita. Jokaista liikettä tehtiin 10–15 kertaa pienellä vastuksella ja tauot olivat hyvin lyhyitä. Jokainen sarja toistettiin kaksi kertaa. (Fogelholm ym. 2011, 210). Jaoimme kyseisen harjoituksen ohjeet kirjallisena kaikille osallistujille ja suosittelimme tekemään lihaskuntopiiriä ohjeiden mukaisesti myös kotona. Keskustelun perusteella ryhmän jäsenet ymmärsivät lihasvoima ja – kestävyysharjoittelun pääperiaatteet oikein hyvin.

Voimistelun jälkeen jatkoimme luennon toisella osalla. Fogelholmin ym. (2011, 101) mukaan yksi tärkeä keino iäkkäiden liikunnan edistämiseksi on liikuntapaikkojen ja palvelujen perusteellinen läpikäyminen yhdessä asiakkaan kanssa. Edellisellä luennolla kysyimme ryhmältä mistä liikuntamuodoista he haluaisivat saada enemmän tietoa ja esiin nousivat tanssi, itämainen tanssi sekä vesiliikunta. Selvitimme muun muassa näiden palvelujen kustannukset, aikataulut, sisällön ja yhteystiedot Porin seudulta. Lisäksi haimme tietoa lenkkeilymahdollisuuksista, bocciaista, kuntosaliharjoittelusta, joogasta ja tuolijumpasta. Jaoimme kyseisten liikuntalajien tietolehtisen kaikille osallistujille, jotta he voisivat itse ottaa yhteyttä haluamaansa palveluun heti kiinnostuksen herätessä.

9.5 Sydämellinen yhteenveto -luento

Viimeisellä kerralla 12.4.2011 teimme lyhyen yhteenvedon terveyttä edistävästä ravitsemus- ja liikuntatottumuksista. Lisäksi suoritimme loppukyselyn (Liite 3.), joka oli lähes identtinen alkukyselyyn verrattuna. Lisäsimme loppukyselyyn kolme kysymystä, joista kahteen ryhmän jäsenillä oli mahdollisuus vastata numeerisen arvion lisäksi myös sanallisesti. Olimme varanneet myös keskustelulle ja kysymyksille aikaa, mutta keskustelu oli hyvin niukkaa. Yksi osallistuja olisi kovasti halunnut, että muuttaisimme juuston määrän syöntisuositusta, koska juusto on hänen intohimonsa. Jonkin verran keskustelua herätti lääkäri Antti Heikkilän julkisuudessa antamat lau-

sunnot ravintosuosituksista. Kaiken kaikkiaan saamamme palaute oli positiivista ja saimme kiitosta niin tutkimusryhmältä kuin puheenjohtajaltakin.

10 PROJEKTIN TULOKSET

Jokaiseen intervention aikana järjestettyyn kontaktikertaan sekä alku- ja loppukyselyyn osallistuneita ryhmäläisiä oli yhteensä seitsemän henkilöä. Projektin tulokset laskettiin heidän vastauksiensa pohjalta. Tulosten tarkastelusta jätettiin näin ollen pois 15 ryhmäläistä, jotka olivat osallistuneet 1-3:en kontaktikertaan sisältäen vähintään loppu- tai alkukyselyyn vastaamisen. Myöskään 12:n tutkimukseen osallistuneen ryhmäläisen tuloksia ei voitu tulkita, koska he eivät osallistuneet kontaktikerroille, jolloin alku- ja loppukyselyt järjestettiin.

Tuloksia tarkasteltiin kyseisten seitsemän ryhmäläisen eri osa-alueille annettujen vastauksien keskiarvoina, joiden avulla selvitettiin mahdollisia intervention aiheuttamia muutoksia. Interventiossa tarkasteltavat osa-alueet olivat tietämys sydänystävällisistä elintavoista, motivaatio muuttaa omia elintapojaan sydänystävällisemmiksi, tarpeen kokeminen muuttaa omia elintapojaan sydänystävällisemmiksi sekä itsearvio intervention konkreettisista vaikutuksista tutkimuksen loppukyselyssä. Kyselyssä vastauksissa käytettiin numerointia asteikolla 1-5, jossa: 5=erittäin paljon, 4=paljon, 3=jonkin verran, 2=vähän ja 1=erittäin vähän. Tulosten lasketut keskiarvot pyöristettiin kahden desimaalin tarkkuudella.

10.1 Tarpeen kokeminen muuttaa elintapoja sydänystävällisemmiksi

Kyselylomakkeen elintapojen muuttamisen tarvetta mittaavat kysymykset antoivat mielenkiintoiset tulokset (Taulukko 1). Kohdissa Q4-Q6 tarpeen kokeminen laski intervention aikana keskiarvoisesti kaikissa vastauksissa. Muutokset eivät olleet suuria, ja yksilötasolla koettiin jopa muutostarpeen nousua. Kohdissa Q4 ja Q5 elintapojen muuttaminen koettiin intervention alussa ja lopussa pyöristettynä *jonkin verran*

tarpeelliseksi. Q6:ssa puolestaan ravintotottumusten muuttaminen koettiin pyöristettynä aluksi *jonkin verran tarpeelliseksi* ja lopuksi *vähän tarpeelliseksi*. Q4:ssä keskiarvo laski sen ollessa ennen interventiota 3,17 ja intervention jälkeen 2,71. Huomioon otettavaa on, että tutkimushenkilö 1 ei vastannut kysymykseen. Q5:ssä keskiarvo laski sen ollessa ennen interventiota 3,14 ja intervention jälkeen 3,00. Q6:ssa keskiarvo laski sen ollessa ennen interventiota 2,86 ja intervention jälkeen 2,29. Kysymys numero 7 jäi analysoimatta, koska kukaan tutkimushenkilöistä ei tupakoinut.

Taulukko 1: Tarpeen kokeminen muuttaa elintapoja sydänystävällisemmiksi

Q4=Kuinka tarpeelliseksi koet muutoksen yleisesti elämäntavoissasi?

Q5=Kuinka tarpeelliseksi koet muutoksen liikuntatottumuksissasi?

Q6=Kuinka tarpeelliseksi koet muutoksen ravintotottumuksissasi?

Tutkimushenkilö	Q4 ennen	Q4 jälkeen	Q5 ennen	Q5 jälkeen	Q6 ennen	Q6 jälkeen
1		3	2	3	4	3
2	3	4	3	4	2	3
3	3	2	4	2	3	2
4	4	4	5	5	2	2
5	2	1	2	2	2	1
6	4	4	3	4	4	3
7	3	1	3	1	3	2

10.2 Motivaatio muuttaa elintapoja sydänystävällisemmiksi

Motivaatiota elämäntapojen muuttamiseksi sydänystävällisempään suuntaan mittaavat kysymykset antoivat huolestuttavan tuloksen (Taulukko 2). Motivaatio oli laskeutunut intervention aikana kaikissa kohdissa Q8-Q10. Muutokset tosin olivat jälleen hyvin pieniä ja kaikki vastaukset olivat pyöristettynä *jonkin verran motivoitunut* -tasolla. Yksilötasolla motivaatio kuitenkin kasvoi osalla tutkimushenkilöistä. Q8:ssa keskiarvo laski sen ollessa ennen interventiota 3,29 ja intervention jälkeen 2,71. Q9:ssä keskiarvo laski sen ollessa ennen interventiota 3,00 ja intervention jälkeen 2,86. Q10:ssä keskiarvo laski sen ollessa ennen interventiota 3,00 ja intervention jälkeen 2,86. Huomioon otettavaa on, että tutkimushenkilö 6 ei vastannut kysymykseen. Kysymys numero 11 jäi analysoimatta, koska kukaan tutkimushenkilöistä ei tupakoinut.

Taulukko 2: Motivaatio muuttaa elintapoja sydänystävällisemmiksi

Q8=Oletko motivoitunut muuttamaan elämäntapojasi yleisesti terveellisempään suuntaan?

Q9=Kuinka motivoitunut olet muuttamaan liikuntatottumuksiasi?

Q10=Kuinka motivoitunut olet muuttamaan ravintotottumuksiasi?

Tutkimushenkilö	Q8 ennen	Q8 jälkeen	Q9 ennen	Q9 jälkeen	Q10 ennen	Q10 jälkeen
1	4	3	2	3	3	3
2	2	3	2	3	3	4
3	3	2	3	2	3	2
4	4	5	4	5	2	3
5	3	2	3	2	3	2
6	3	3	3	3		4
7	4	1	4	2	4	2

10.3 Tietämys sydänystävällisemmistä elintavoista

Kyselymme osoittaa, että intervention aikana tutkimushenkilöiden tietotaso terveellisistä elämäntavoista kasvoi (Taulukko 3). Muutos oli terveellisten ruokailutottumusten kohdalla suurempi verrattuna tietotason kasvuun terveellisistä liikuntatottumuksista. Keskiarvoisesti intervention lopussa tutkimushenkilöt kokivat tietävänsä terveellisistä elämäntavoista pyöristettynä *paljon*. Myös kokemus omien elintapojen terveellisyydestä kasvoi intervention aikana. Q12:ssa keskiarvo nousi sen ollessa ennen interventiota 4,00 ja intervention jälkeen 4,43. Q13:ssa keskiarvo nousi sen ollessa ennen interventiota 3,57 ja intervention jälkeen 4,00. Q14:ssä keskiarvo nousi sen ollessa ennen interventiota 4,00 ja intervention jälkeen 4,14. Q15:ssä keskiarvo nousi sen ollessa ennen interventiota 2,43 ja intervention jälkeen 2,71.

Taulukko 3: Tietämys sydänystävällisemmistä elintavoista

Q12= Kuinka paljon tiedät terveellisistä ruokailutottumuksista?

Q13=Koetko ruokavaliosi terveelliseksi?

Q14=Kuinka paljon tiedät terveellisistä liikuntatottumuksista?

Q15=Koetko liikuntatottumuksesi riittäviksi?

Tutkimushenkilö	Q12 ennen	Q12 jälkeen	Q13 ennen	Q13 jälkeen	Q14 ennen	Q14 jälkeen	Q15 ennen	Q15 jälkeen
1	3	4	3	4	3	3	2	2
2	3	4	4	4	3	3	1	2
3	3	3	3	3	4	4	4	3
4	5	5	5	4	5	5	1	1
5	5	5	4	4	5	4	4	4
6	4	5	3	4	3	5	2	2
7	5	5	3	5	5	5	3	5

10.4 Itsearvio intervention konkreettisista vaikutuksista

Kohdat Q16-Q18 olivat ainoastaan tutkimuksen loppukyselyssä (Taulukko 4). Kohdattiin Q17 ja Q18 sai vastata myös sanallisesti. Kyselyn tämän osion tarkoituksena oli mitata, mitä konkreettisia muutoksia intervention aikana tapahtui tutkimushenkilöiden elämässä. Lisäksi halusimme tietää kuinka paljon tutkimushenkilöt lukivat jakamiamme tietolehtisiä kotonaan. Tulosten perusteella jakamaamme materiaaliin perehdyttiin kotona pyöristettynä *jonkin verran*. Q16:ssa keskiarvo oli 3,33, kun kuusi tutkimushenkilöä vastasi kysymykseen. Vastauksista käy ilmi, että liikuntatottumuksia muutettiin intervention aikana pyöristettynä *jonkin verran*, kun taas ruokailutottumuksia muutettiin intervention aikana pyöristettynä *vähän*. Q17:ssä keskiarvo oli 3,17, kun kuusi tutkimushenkilöä vastasi kysymykseen. Q18:ssä keskiarvo oli 2,20, kun viisi tutkimushenkilöä vastasi kysymykseen.

Avoimiin kysymyksiin tutkimushenkilöt vastasivat muun muassa seuraavanlaisesti:

”Aloitin kuntosalilla käynnin jonka kuitenkin katkaisi hartiakipu josta ei vielä selvyttä. Menen tänään röntgeniin. Mahd. mukaan aion jatkaa kuntosalilla.”

”Olen jumpannut vähän enemmän.”

”Jätän makeat pois.”

”Olen syönyt terveellisesti jo kauan.”

Taulukko 4: Itsearvio intervention konkreettisista vaikutuksista
 Q16=Tutustuitko luennoilla jaettuihin materiaaleihin kotona?
 Q17=Muititko liikuntatottumuksiasi terveellisempään suuntaan?
 Q18=Muititko ruokailutottumuksiasi terveellisempään suuntaan?

Tutkimushenkilö	Q16	Q17	Q18
1	3	3	
2	3	2	3
3	4	3	1
4	4	4	2
5			
6	3	2	4
7	3	1	1

11 JOHTOPÄÄTÖKSET

Opinnäytetyömme tavoitteena ei ollut saada aikaan merkittävää terveyshyötyä kuusi viikkoa kestäväen intervention aikana. Tarkoituksena oli herättää tutkimushenkilöiden kiinnostus sydänystävällisiä elämäntapoja kohtaan, mikä jatkuisi intervention jälkeenkin ja johtaisi lopulta konkreettisiin elämäntapojen muutoksiin. Pyrimme poistamaan ennakkoluuloja liikuntaan liittyen ja annoimme käytännön vinkkejä terveellisten ruokailutottumusten omaksumiseen. Vastuu elämäntapojen muuttamisesta jäi lopulta tutkimushenkilölle itselleen.

Tutkimuksesta saamamme tulokset ovat erittäin mielenkiintoisia. Intervention vaikutus on ensisilmäyksellä jopa negatiivinen tutkimushenkilöiden motivaatioon ja tarpeen kokemiseen sydänystävällisessä elintapamuutoksessa. Tietotaso puolestaan kasvoi intervention aikana. Jo neljällä terveyslennolla voidaan siis vaikuttaa positiivisesti tiedon määrään. Tutkimuksen negatiivisia tuloksia voi selittää se, että tutkimushenkilöt kokivat elintapansa terveellisemmiksi intervention lopussa, eivätkä siksi enää kokeneet niin suurta tarvetta elintapamuutokselle.

Vaikuttaa siltä, että tutkimushenkilöt pitivät omia elämäntapojaan intervention alussa huonompina, kuin ne todellisuudessa olivat. Intervention lopussa nimittäin, tiedon lisääntyttyä, tutkimushenkilöt kokivat elintapansa aikaisempaa terveellisemmiksi. Tästä seurauksena voi olla negatiivinen vaikutus myös koettuun motivaatioon muuttaa omia elintapojaan, kun tutkimushenkilö huomasi elintapojensa olevankin jo tarpeeksi hyvällä mallilla. Se, että tutkimushenkilöistä viidellä on todettu sydän- ja verisuonitauti voi vaikuttaa siihen, että heidän elintapansa ovat jo seurannassa ja sitä kautta melko sydänystävällisiä. Esimerkiksi yhdessä vastauslomakkeessa oli seuraava kommentti ruokailutottumuksiin liittyen: *”2010 todettu 2-tyyppin diabetes vaatii vielä tarkempaa kontrollia.”*

Tutkimus osoittaa, että ryhmässä, jossa on muutosvaihemalliin nähden eri prosesseja läpikäyviä henkilöitä, ei saada aikaan positiivisia tuloksia motivaatioon elintapamuutoksen omaksumisessa. Yksilötasolla saadaan aikaan onnistumisia, kun kyseinen henkilö on sellaisessa elämäntilanteessa, jossa hän on valmis vastaanottamaan tietoa.

Elintapainterventiosta saataisiin todennäköisesti paremmat tulokset, kun toimintatapoihin lisättäisiin yksilöohjausta sekä yhteisiä liikuntakertoja ja tutkittavan kanssa suunniteltu henkilökohtainen kunto-ohjelma. Intervention jälkeen tulisi järjestää seuranta ja taantumavaiheiden aikana terveysalan ammattilaisen tulisi olla helposti tavoitettavissa.

12 POHDINTA

Sydän- ja verisuonitaudit ovat suurimpia tautiluokittaisia syitä Suomessa kuolleisuuden niin miesten kuin naistenkin keskuudessa. Painopiste kuolleisuudessa on havaittavissa erityisesti vanhemmissa ikäluokissa. Terveellisellä ruokavaliolla, riittäväällä liikunnan harrastamisella sekä tupakoimattomuudella ja painonhallinnalla on keskeinen vaikutus kaikkien valtimosairauksien ehkäisyssä. Kyseisiin tekijöihin laadittuja suosituksia noudattamalla on mahdollista ehkäistä myös muita sairauksia sekä edistää terveyttä, toimintakyvyn ylläpitämistä ja tervettä ikääntymistä. (Suomen Sydänliitto ry 2005, 3.)

Nykyään suomalaisten sydänterveys on jo huomattavasti parempi verrattaessa tilastoja esimerkiksi aiempien vuosikymmenten sepelvaltimokuolleisuuksiin. Myönteisen kehityksen turvaamiseksi on kuitenkin muistettava tehdä töitä jatkuvan sydänterveyden edistämisen puolesta. Tämän tavoitteen toteutumisen eteen oman osansa tekevät erilaiset järjestöt, joissa tavallisen kansalaisen on mahdollista saada tietoa muun muassa sydän- ja verisuonitauteihin vaikuttavista tekijöistä. (Suomen Sydänliitto ry 2005, 6.)

Toteutimme opinnäytetyömme Sydänterveyttä edistävän intervention Porin Seudun Sydänyhdistys ry:n Tiistai-ryhmäläisille. Tavoitteenamme oli kyselyn avulla selvittää mahdolliset muutokset ryhmäläisten motivaatiossa ja tietämyksessä, kun heille on pidetty luennot tärkeimmistä sydänterveyteen vaikuttavista elämäntavoista sekä ohjattu toteutettavia kotijumppia.

Pääsimme hyödyntämään kontaktikertojen toteutuksessa Porin Seudun Sydänyhdistyksen alaisuudessa toimivaa valmista ryhmää. Valmiina toimivan ryhmän vakiintuneet alkamisajat loivat kontaktikerroille hyvän rungon, jonka avulla ryhmäläisillä saattoi olla pienempi kynnys osallistua opinnäytetyöemme toteutukseen. Lisäksi tutut tilat ja ihmiset sekä aikaisemmat kokemukset kyseisestä ryhmästä mahdollisesti matalasivat kynnystä osallistua kontaktikerroille. Toisaalta uusi ohjelmasisältö sekä uudet ohjaajat saattoivat kiinnostaa ryhmäläisiä ja näin ollen he osallistuivat projektiin, mutta kyseiset asiat saattoivat olla myös esteenä joillekin ryhmän jäsenille. Projektia suunniteltaessa on hyvä ottaa huomioon osallistujaryhmän ikäjakauma ja muut menot sekä mahdolliset unohtamiset. Siksi onkin hyvä varmistaa ennen ensimmäistä projektin kontaktikertaa osallistujamäärä ja osallistujien vaihtuvuus. Projektin aikataulun esittelyn ja läpikäynnin avulla pyrimme sitouttamaan osallistujat osaksi projektia sekä varmistamaan mahdollisimman pieni ryhmävaihtuvuus ja mahdollisimman suuri osallistujamäärä jokaiselle kontaktikerralle.

Positiivisia muutoksia kaikille kontaktikerroille osallistuneiden ryhmäläisten kohdalla tapahtui sydänystävällisten elintapojen tietämyksen kasvussa, kun taas motivaatiossa ja tarpeen kokemisessa muuttua elintapoja sydänystävällisemmiksi tapahtui laskua. Tuloksia analysoitaessa voidaan todeta, että intervention toteutusaika olisi saanut olla pidempi. Tällöin ryhmäläisillä olisi ollut mahdollisuus edetä muutosvaihe-mallissa pidemmälle, jonka johdosta kyselyn tulokset motivaation ja tarpeen kokemisen kohdalla olisivat voineet olla positiivisempia. Lisäksi jokaiselle kontaktitunnille osallistuvien henkilöiden lukumäärän tulisi olla suurempi, jolloin tuloksista saadaan luotettavampia. Myös ryhmäläisille kontaktikerroilla jaettujen materiaalien hyödyntämisestä kotiloissa olisi ollut hyvä tiedustella heti seuraavalla kontaktikerralla, jolloin ryhmäläisten motivaatiota olisi voinut olla mahdollista lisätä. Yleisesti ottaen intervention toteutuksessa yksilöllisemmällä ohjauksella olisi voinut olla mahdollista luoda enemmän motivaatiota ja sitoutumisen tunnetta ryhmäläisiin. Projekti osoitti, että tietämyksen taso saadaan nousemaan kuudessa viikossa. Kuitenkin ihmisellä motivaation ja tarpeen kokemisessa muuttua elintapojaan vaikuttaa tulosten perusteella kuuden viikon ajanjakso olevan liian lyhyt, vaikka tietämys sydänterveellisistä elintavoista onkin lisääntynyt tuona aikana. Projektin toteuttamista varten on siis hyvä varata riittävästi aikaa, jotta parempia tuloksia olisi mahdollista saada aikaiseksi. Riittävän pitkä intervention toteutusaika loisi jatkuvuutta elämäntapamuutokseen liit-

tyvien kehitysprosessien tukemiseksi. Lisäksi interventioon valittavien ryhmäläisten tulisi projektin alkaessa olla mahdollisimman samalla tasolla transteoreettisessa muutosvaihemallissa.

Projektia varten laaditut kyselylomakkeet sisälsivät kysymykset, joiden avulla pyrittiin selvittämään muutoksia ryhmäläisten motivaatiossa ja tarpeen kokemisessa muuttaa elintapojaan sydänystävällisemmiksi. Lisäksi kyselyssä tutkittiin sydänystävällisiin elintapoihin liittyvän tietoisuuden määrän muutosta. Kysymykset oli laadittu toisiinsa nähden hyvin samankaltaisiksi, vaikka silti eri asiaa selvittäviksi kysymyksiksi. Tällä tavoin pyrimme saamaan kyselyistä esille juuri itseämme kiinnostavan tiedon. Kysymykset saattoivat olla kuitenkin liian samankaltaisia toisiinsa nähden, jolloin kysymyksiin vastaaminen muodostui liian vaikeaksi, eikä tällöin kyselyn vastauksista saatu tarkkaa tulosta. Lisäksi kysymykset ja niihin vastaaminen on hyvä muistaa käydä riittävän kattavasti läpi ennen kyselyn aloittamista.

Tämän intervention yhteydessä tehdyt havainnot ja kehitystarpeet luovat mielestämme pohjan, jota voidaan hyödyntää muiden interventioiden suunnittelussa. Liikuntaa sekä ravinto- ja liikuntaopastusta sisältävä elämäntapainterventio on mielekäs, mutta haastava vaihtoehto sydän- ja verisuonitautien ehkäisemiseen. Elämäntapoja koskeva muutosprosessi on pitkäkestoinen, läpi elämän tarkkailua ja tukea vaativa projekti. Tätä varten ammattilaisen ohjauksessa tapahtuvat säännölliset tapaamiset ja ohjaukset esimerkiksi Sydänyhdistysten ylläpitämissä ryhmissä ovat hyvä keino saada muutosprosessia läpikäyvälle riittävästi vertaistukea ja terveysalan ammattilaisen ohjausta.

Opinnäytetyön toteuttaminen oli mielekäs ja kasvattava projekti. Prosessin aikana omat vahvuutemme ja heikkoutemme tulivat tutummiksi, joka auttaa itsemme kehittämisessä ammattitaitoisemmiksi fysioterapeuteiksi. Aiheen kiinnostavuudesta johtuen projektia oli helppo työstää kirjalliseen muotoon, jonka lisäksi mutkaton yhteistyö Porin Seudun Sydänyhdistys ry:n kanssa sekä innostavat ryhmäläiset loivat projektin toteutukseen motivoituneen ja kannustavan ilmapiirin. Koemme myös saaneemme opinnäytetyön toteuttamisesta hyötyä ja vinkkejä omien päivittäisten ravitsemus- ja liikuntatottumusten muokkaamiseen sydänystävällisempään suuntaan. Projektin to-

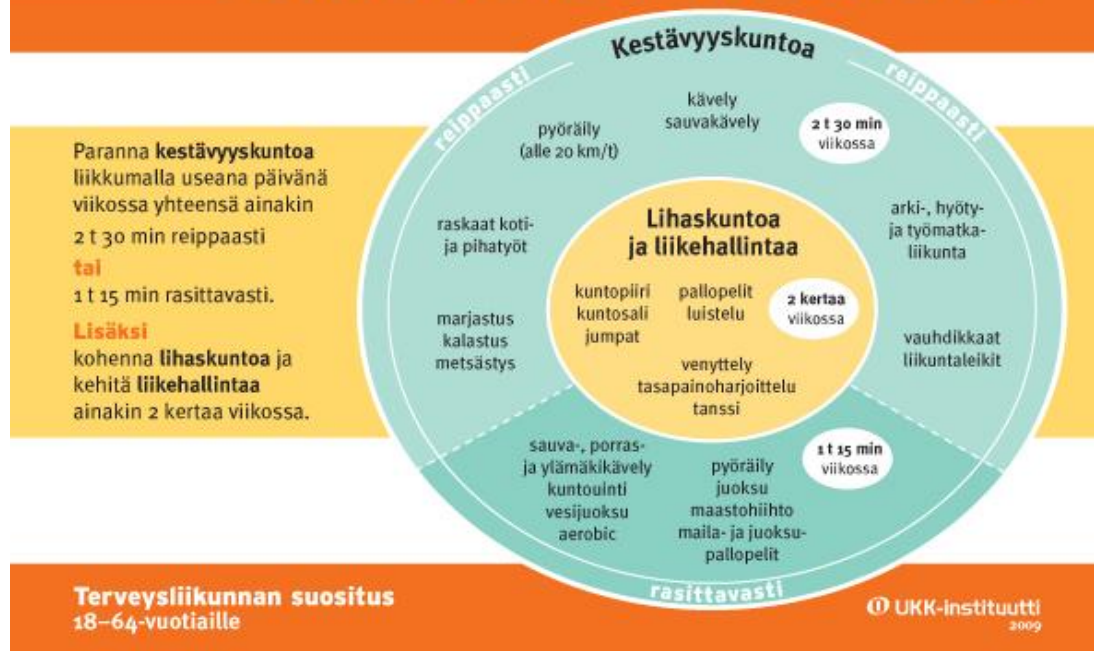
teuttaminen loi tulevaisuutta varten pohjan, jota on hyvä hyödyntää omassa ammatillisessa osaamisessamme.

LÄHTEET

- Aalto, R., Antikainen, S. & Tanskanen, R. 2007. Kunto-ohjaajan opas. Jyväskylä: WSOY.
- Anttila, P. 2001. Se on projekti – vai onko?. Hamina: Akatiimi.
- Aro, A. 2008. Ravintokuitu. Viitattu 21.4.2011.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=skr00013
- Aro, A. 2010. Kasvikset, marjat ja hedelmät – miksi ne ovat terveellisiä? Viitattu 22.4.2011.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_haku=kasvikset&p_artikkeli=dlk00474
- Bauman, A., Shirley, D. & van der Ploeg, H. 2010. Physical Therapy 9, 1312.
- DiClemente, C. & Prochaska, O. 1986. Towards a comprehensive model of change. Viitattu 25.4.2011.
https://hypercontent.hull.ac.uk/short_loan_collection/Social_Work/46046/Prochaska_46046_557.pdf
- Finelin www-sivut. Viitattu 21.4.2011.
<http://www.fineli.fi/component.php?compid=2168&lang=fi>Helsingin yliopiston avoin yliopisto. 2011. Ravinto ja sydän- ja verisuonitaudit. Viitattu 31.3.2011.
http://www.avoin.helsinki.fi/oppimateriaalit/ravitsemustieteen_perusteet/03_sv_ravinto.shtml#2_1
- Fogelholm, M., Kukkonen-Harjula, K., Nupponen, R., Pokki, T. & Rinne, M. 1999. Kilot kuntoon. Tampere: UKK-instituutti.
- Fogelholm, M., Vasankari, T. & Vuori, I. 2009. Terveysliikunta. Helsinki: Duodecim: UKK-instituutti.
- Fogelholm, M. & Vuori, I. 2005. Terveysliikunta. Helsinki: Duodecim: UKK-instituutti.
- Froelicher, F., Myers, N. 2000. Exercise and the heart. Philadelphia: W.B. Saunders.
- Gordon, D., Harrar, S. & Ojanen, M. 2009. Terveenä kaiken ikää. Helsinki: Oy Valitut palat.
- Heliö, T. 2011. Sydämen kroonisen vajaatoiminnan diagnostiikka ja hoito. Viitattu 12.4.2011.
http://www.therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Syd%C3%A4men_kroonisen_vajaatoiminnan_diagnostiikka_ja_hoito
- Helsingin yliopiston avoimen yliopiston www-sivut. Viitattu 20.4.2011.
<http://www.avoin.helsinki.fi/>
- Huovinen, M. & Leino, U. 2000. Suomen terveellisin kirja. Porvoo: WSOY.

- Kasila, K., Kettunen, T., Poskiparta, M., & Vähäsarja, K. 2004. Transteoreettinen muutosvaihemalli perusterveydenhuollon liikuntaneuvonnassa. *Liikunta & Tiede* 6/2004. Viitattu 27.4.2011. http://www.lts.fi/filearc/189_s81-88_Vahasarja.pdf
- Kaste, M. 2011. Aivoverenkierron häiriöt. Viitattu 16.4.2011. http://www.therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Aivoverenkierron_h%C3%A4iri%C3%B6t
- Kettunen, T., Liimatainen, L. & Poskiparta, M. 1996. Terveyskasvatus arjen neuvontatyössä. Tampere: Kirjayhtymä Oy.
- Kovanen, P. 2004. Sepelvaltimoiden syöttösolu – allergiasolu väärässä osoitteessa?. Viitattu 12.4.2011. <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo94033.pdf>
- Lahti-Koski, M. 2009. Terveellinen ravinto. Viitattu 22.4.2011. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00150&p_haku=kasvikset#s10
- Naidoo, J. & Wills, J. 2009. Foundations for Health Promotion. Amsterdam: Elsevier Limited.
- Ovaskainen, M. 2009. Sydäntautien riskitekijät muuttuneet. Viitattu 9.4.2011. <http://www.ktl.fi/portal/16826>
- Ruuska, K. 2001. Projekti hallintaan. Asiantuntija-sarja. Gummerus.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 1997. Toimenpideohjelma suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Suomen Sydänliitto ry. 2004. Ravinto ja liikunta sydänterveyden edistämisessä. Helsinki: Suomen Sydänliitto ry.
- Suomen Sydänliitto ry. 2005. Toimenpideohjelma suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi vuosille 2005–2011. Viitattu 11.4.2011. http://arkisto.sydanliitto.fi/sydanliitto/toimenpideohjelma/fi_FI/toimenpideohjelma_1/_files/73284184286626289/default/Topinetti.pdf
- Suomen Sydänliitto ry:n www-sivut. Viitattu 22.4.2011. <http://www.sydanliitto.fi/etusivu>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen www-sivut. Viitattu 20.4.2011. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/
- UKK-instituutin www-sivut. Viitattu 10.4.2011. <http://www.ukkinstituutti.fi/>
- Yhdysvaltain terveysvirasto. 2008. Physical Activity Guidelines for Americans. Viitattu 1.4.2011. <http://www.health.gov/paguidelines/pdf/paguide.pdf>

Viikoittainen

LIIKUNTAPIIRAKKA

KYSELY 8.3.2011

Nimi: _____

Syntymäaika: _____

Olen mukana tutkimuksessa vapaaehtoisesti ja suostun luovuttamaan tietoni käytettäviksi nimettöminä tutkimuksen analysoimisessa sekä tutkimuksen tulosten esittämisessä.

Allekirjoitus _____

Perussairaudet: _____

Ole hyvä ja ympyröi tämän hetkistä tilannettasi parhaiten kuvaava vaihtoehto

1. Onko sinulla todettu sydän- ja verisuonitauti? Kyllä Ei

Mikä? _____

2. Tupakoitko? Kyllä Ei

Kuinka monta tupakkaa poltat päiväs-
sä? _____

**Ole hyvä ja ympyröi alla olevista kysymyksistä tämän hetkistä tilannettasi
parhaiten kuvaava numero**

Asteikko: 5 = Erittäin paljon
 4 = Paljon
 3 = Jonkin verran
 2 = Vähän
 1 = Erittäin vähän

3. Oletko harkinnut elämäntapojesi muuttamista terveellisempään
suuntaan viimeisen vuoden aikana?

5 4 3 2 1

4. Kuinka tarpeelliseksi koet muutoksen yleisesti elämäntavoissasi?

5 4 3 2 1

5. Kuinka tarpeelliseksi koet muutoksen liikuntatottumuksissasi?

5 4 3 2 1

6. Kuinka tarpeelliseksi koet muutoksen ravintotottumuksissasi?

5 4 3 2 1

7. Kuinka tarpeelliseksi koet muutoksen tupakointitottumuksissasi?
(Älä vastaa tähän mikäli et tupakoi)

5 4 3 2 1

8. Oletko motivoitunut muuttamaan elämäntapojasi yleisesti terveellisempään suuntaan?

5 4 3 2 1

9. Kuinka motivoitunut olet muuttamaan liikuntatottumuksiasi?

5 4 3 2 1

10. Kuinka motivoitunut olet muuttamaan ravintotottumuksiasi?

5 4 3 2 1

11. Kuinka motivoitunut olet muuttamaan tupakointitottumuksiasi?
(Älä vastaa tähän mikäli et tupakoi)

5 4 3 2 1

12. Kuinka paljon tiedät terveellisistä ruokailutottumuksista?

5 4 3 2 1

13. Koetko ruokavaliosi terveelliseksi?

5 4 3 2 1

14. Kuinka paljon tiedät terveellisistä liikuntatottumuksista?

5 4 3 2 1

15. Koetko liikuntatottumuksesi riittäviksi?

5 4 3 2 1

KYSELY 12.4.2011

Nimi: _____

Syntymäaika: _____

Olen mukana tutkimuksessa vapaaehtoisesti ja suostun luovuttamaan tietoni käytettäviksi nimettöminä tutkimuksen analysoimisessa sekä tutkimuksen tulosten esittämisessä.

Allekirjoitus _____

Perussairaudet: _____

Ole hyvä ja ympyröi tämän hetkistä tilannettasi parhaiten kuvaava vaihtoehto

1. Onko sinulla todettu sydän- ja verisuonitauti?

Kyllä

Ei

Mikä? _____

2. Tupakoitko?

Kyllä

Ei

Kuinka monta tupakkaa poltat päiväs-
sä? _____

**Ole hyvä ja ympyröi alla olevista kysymyksistä tämän hetkistä tilannettasi
parhaiten kuvaava numero**

Asteikko: 5 = Erittäin paljon
 4 = Paljon
 3 = Jonkin verran
 2 = Vähän
 1 = Erittäin vähän

3. Oletko harkinnut elämäntapojesi muuttamista terveellisempään
suuntaan viimeisen vuoden aikana?

5 4 3 2 1

4. Kuinka tarpeelliseksi koet muutoksen yleisesti elämäntavoissasi?

5 4 3 2 1

5. Kuinka tarpeelliseksi koet muutoksen liikuntatottumuksissasi?

5 4 3 2 1

6. Kuinka tarpeelliseksi koet muutoksen ravintotottumuksissasi?

5 4 3 2 1

7. Kuinka tarpeelliseksi koet muutoksen tupakointitottumuksissasi?
(Älä vastaa tähän mikäli et tupakoi)

5 4 3 2 1

8. Oletko motivoitunut muuttamaan elämäntapojasi yleisesti terveellisempään suuntaan?

5 4 3 2 1

9. Kuinka motivoitunut olet muuttamaan liikuntatottumuksiasi?

5 4 3 2 1

10. Kuinka motivoitunut olet muuttamaan ravintotottumuksiasi?

5 4 3 2 1

11. Kuinka motivoitunut olet muuttamaan tupakointitottumuksiasi?
(Älä vastaa tähän mikäli et tupakoi)

5 4 3 2 1

12. Kuinka paljon tiedät terveellisistä ruokailutottumuksista?

5 4 3 2 1

13. Koetko ruokavaliosi terveelliseksi?

5 4 3 2 1

14. Kuinka paljon tiedät terveellisistä liikuntatottumuksista?

5 4 3 2 1

15. Koetko liikuntatottumuksesi riittäviksi?

5 4 3 2 1

16. Tutustuitko luennoilla jaettuihin materiaaleihin kotona?

5 4 3 2 1

17. Muutitko liikuntatottumuksiasi terveellisempään suuntaan?

5 4 3 2 1

Miten?

18. Muutitko ruokailutottumuksiasi terveellisempään suuntaan?

5 4 3 2 1

Miten?
