



METABOLISEN OIREYHTYMÄN ENNALTAEHKÄISY AMMATTIKORKEAKOULUOPIISKELIJOIDEN TERVEYSTARKASTUKSESSA



Rytkönen Merja

2009 Hyvinkää

Laurea-ammattikorkeakoulu
Laurea Hyvinkää

METABOLISEN OIREYHTYMÄN ENNALTAEHKÄISY
AMMATTIKORKEAKOULUOPIKELIJOIDEN
TERVEYSTARKASTUKSESSA

Rytkönen Merja
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Joulukuu 2009

Merja Rytönen

Metabolisen oireyhtymän ennaltaehkäisy ammattikorkeakouluopiskelijoiden terveystarkastuksessa

Vuosi 2009 sivumäärä 56

Tämän toiminnallisen opinnäytetyöni tarkoitus oli ehkäistä metabolisen oireyhtymän kehittymistä Hyvinkään Laurean terveysalan ammattikorkeakouluopiskelijoille terveystarkastuksen avulla. Työn tavoitteena oli auttaa opiskelijoita tunnistamaan terveydentilaansa sekä heidän terveystottumustensa muutostarvetta, -halukuutta ja -valmiutta ja myös käynnistämään terveystottumusten muutosten toteuttamista. Opinnäytetyö toteutettiin opiskelijoiden terveystapaamisessa Hyvinkään Laurean ammattikorkeakoulun Terveystapaamisen keskuksessa (TE-keskus). Terveystapaamiseen osallistui kuusi terveysalan opiskelijaa.

Terveystapaamiseen kuului terveystarkastus. Terveystarkastuksessa terveydentilaa selvitettiin mittaamalla vyötärönympäryys, paino, pituus, verenpaine, kokonaiskolesteroli, hemoglobiini, verensokeri ja keuhkoastuma. Terveystarkastukseen kuului myös terveystapaaminen, joka toteutettiin teemahaastattelulla. Keskustelun sisältöinä olivat oppilaiden taustatiedot, heidän terveydentilansa, terveystottumukset, terveystottumusten muutostarve, -halukkuus ja -valmius sekä lopuksi palaute terveystarkastuksesta. Terveystapaaminen nauhoitettiin.

Terveystapaamisesta saatu aineisto analysoidaan sisällön analyysillä. Analysointi tapahtuu teemahaastattelurunkoon perustuen. Analysointirunkona toimii terveystapaamisen teemahaastattelurunko.

Opinnäytetyön tutkimustulokset osoittivat, että oppilaat kokivat oman terveydentilansa hyväksi. Terveystapaamisella saatujen tulosten mukaan osalla oppilaista oli metabolisen oireyhtymän riskitekijöitä, kuten lievää ylipainoa, normaaliarvosta poikkeava vyötärönympäryys, kohonnut verenpaine ja kohonnut kolesteroli sekä lähisuonitauteja sekä 2. tyypin diabetesta.

Opiskelijat söivät monipuolisesti ja terveellisesti varsinkin kouluruokailussa. Vapaa-ajalla lipsuttiin säännöllisistä ruokailuajoista ja ruuan terveellisyydestä. Opiskelijat harrastivat lihaskuntoa kohentavaa liikuntaa, kuten jumppaa, kuntosalilla käyntiä ja kuntopyöräilyä. Hyötyliikunta oli kaikilla päivittäistä. Alkoholin käyttö oli hallittua, myös tupakointi oli vähäistä. Koulu ei aiheuttanut stressiä liikaa. Suurimmalla osalla opiskelijoista yöuni oli riittävä, mutta opiskelun ohella työssä kävijät toivat esille ajan vähyyden. Opiskelijat nimesivät elintapojensa muutoshalukkuudeksi mm. painon alenemisen, tupakoinnin lopettamisen ja kolesterolin alenemisen. Näitä muutoksia aiottiin toteuttaa liikunnan lisäämisellä, herkuttelun pois jättämisellä, ruoan laadun ja ateriarytmien avulla sekä tupakoinnin lopettamisella. Oppilaat pitivät omaa vahvaa päätöstä tärkeimpänä muutoksen onnistumiselle, mutta myös ystävien ja läheisten tuki ja kannustus on merkittävää. Säännölliset terveydentilaseurannat auttavat motivaation ylläpidossa.

Opiskelijat kokivat terveystapaamisen tarpeelliseksi ja hyödylliseksi.

Opinnäytetyön tulosten pohjalta voidaan suositella 18-45 vuotiaille ammattikorkeakouluopiskelijoille terveystarkastuksia, joissa selvitettäisiin oppilaiden terveydentilaa, terveystottumuksia ja terveystottumusten muutostarvetta, -halukkuus ja -valmiutta. Terveystapaamisessa tulisi ottaa huomioon myös opiskelijoiden tuleva työ ja työolosuhteet. Terveystapaamisen alan asiantuntijan tulisi tuntee muutosvaiheprosessi hyvin, jotta hän voisi tukea opiskelijaa oikein kaikissa terveystottumusten muutosten vaiheissa. Ohjauksen sisällön lisäksi hänen tulisi ottaa jokaisen opiskelijan henkilökohtaiset voimavarat ja sen hetkinen elämäntilanne huomioon.

Avainsanat: metaboolinen oireyhtymä, ennaltaehkäisy, terveysriskit, elintapamuutos, muutosvaiheprosessi, teemahaastattelu, terveystarkastus, terveystalkot

Merja Rytönen

Prevention of Metabolic Syndrome among polytechnic students during Physical Examination

Year 2009 pages 56

The purpose of the thesis was to prevent the development of the metabolic syndrome for students among students Laurea University of Applied Sciences in Hyvinkää. The goal was to examine the health of nursing students, their need for a lifestyle change, and their willingness and readiness make such a change. The study was conducted through a health meeting in the centre for health promotion on the Hyvinkää campus of Laurea.

Six nursing students took part in the health meeting and a physical examination, which included the measurement of the waist circumference, weight, height, blood pressure, and body composition. The physical examination also included a health discussion, which was consisted of a thematic interview. The subjects of the discussions were the students' state of health, health habits, the need of change their health related behaviour and the willingness and readiness to do so, and finally, physical examination feedback. The health discussions were recorded.

The material gathered from the health discussions was analyzed by using content analysis. The point of departure for the analysis was theoretical. The themes of the interview formed the framework of the analysis.

The results showed that the students considered their state of health good. Some risk factors of the metabolic syndrome, such as slight obesity, abnormal waist circumference, high blood pressure and cholesterol levels and the presence of type 2. diabetes and disease in the immediate family were found.

The students enjoyed a balanced diet, especially during school lunches, but during their spare time their meals became less regular and the diet less healthy. Some of the students enjoyed exercise both as part of their everyday activities and as fitness enhancing recreation. Their use of alcohol was controlled, and smoking was also minimal. Studies did not induce too much stress. Sleep was adequate for most of the students, but the students who a worked during the semester, mentioned the shortage of time. The students mentioned weight loss, becoming a non-smoker and lowering their cholesterol levels as changes they were willing to enact. Increasing exercise, eliminating unhealthy snacks, improving food quality and meal regularity, and quitting smoking were seen as ways to realize these changes. The students regarded their own resolution as the most important factor in reaching these goals, but they also needed the support of their friends and family, as well as regular health meetings with a nurse in order to maintain motivation level. The students considered physical examinations necessary and useful.

Health examinations can be recommended for polytechnic students aged 18-45. The health expert should be familiar with the transition phase process, so that the expert could guide the student correctly during all the phases of the process. Life situation and personal resources of each student should be taken into consideration individually.

Keywords: metabolic syndrome, prevention, health risk, lifestyle change, transition phase process, thematic interview, physical examination, health discussion

Sisällys

OPINNÄYTETYÖN TAUSTA, TARVE JA TARKOITUS	6
METABOLISEN OIREYHTYMÄN EHKÄISY ELINTAVOILLA	7
1.1 Metabolisen oireyhtymän määritelmä ja kriteerit	7
1.2 Elintavat ja metabolinen oireyhtymä.....	8
1.2.1 Ravinto	8
1.2.2 Liikunta.....	11
1.2.3 Päihteitten käyttö.....	13
1.2.4 Lepo ja uni.....	13
1.3 Terveyskäyttäytymisen muutoksen tukeminen	15
1.3.1 Terveyden edistäminen	15
1.3.2 Oppiminen	16
1.3.3 Terveystarkastus.....	17
1.3.4 Terveyskeskustelu	18
1.3.5 Terveyskäyttäytymisen muutosvaiheet	20
OPINNÄYTETYÖN TAVOITTEET	23
OPINNÄYTETYÖN TIEDONHANKINTA JA ANALYSOINTIMENETELMÄT	23
1.4 Terveydentilan mittaaminen.....	24
1.5 Terveyskeskustelu.....	24
1.6 Aineiston analysointi.....	26
TERVEYSTARKASTUKSEN TULOKSET	27
1.7 Opiskelijoiden taustatiedot	27
1.8 Opiskelijoiden terveydentila	27
1.9 Opiskelijoiden terveystottumukset	28
1.10 Terveyskäyttäytymisen muutos.....	30
1.11 Terveystarkastuksen arviointi.....	32
POHDINTA	32
1.12 Tulosten tarkastelu	32
1.13 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	34
1.14 Kehittämissuhteet	35
LÄHTEET	36

OPINNÄYTETYÖN TAUSTA, TARVE JA TARKOITUS

Ylipainon ja lihavuuden yleistymisen ja lisääntyminen Suomessa ja muissa korkean elintason maissa viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana on seurausta elintason noususta ja siitä seuranneesta elintapojen ja ympäristön muutoksesta (Fogelholm ym. 2006,29-32;Mustajoki 2007,8-24). Lihavuus lisää sairastumisen riskiä moniin kansantauteihin, kuten aineenvaihduntasairauksiin, sydän- ja verisuonitauteihin sekä tuki- ja liikuntaelinsairauksiin (Mustajoki 2001,14;Uusitupa & Tuomilehto 2006). Nykyään myös nuorten ylipainoisten määrä on lisääntynyt sekä muut haitalliset elämäntapatekijät kuten epäterveellinen ravinto ja vähäinen liikunta, jotka aiheuttavat tulevaisuudessa runsaasti metabolista oireyhtymää komplikaatioineen maailmanlaajuisesti. (Lakka ym.2003;Aro ym.2005; Vehmas 2006; Mustajoki ym.2007,92-100.)

Elintapaohjauksella ja varhaisella puuttumisella on tutkitusti ennaltaehkäisevä merkitys metabolisen oireyhtymän etenemiseen ja sekundaaritautien puhkeamiseen (Ilanne-Parikka ym.2008;Laaksonen ym.2003). Elintapojen muutoksilla voidaan korjata kaikkia metabolisen oireyhtymän perushäiriöitä. Muutosten tärkeimmät tavoitteet ovat painon pudotus, liikunnan lisääminen ja tyydyttyneen rasvan ja suolan käytön vähentäminen, sekä ravintokuidun lisääminen jokapäiväiseen ruokavalioon. (Haglund ym. 2007, 210-211.)

Terveys 2015 kansanterveysohjelman (STM 2001) tavoitteiden mukaan kouluissa kaivataan monipuolista hyvinvoinnin edistämistä ja uusia terveyden edistämistapoja, jotka ovat sisällytetty opetukseen ja nuorten elämän toimintaan (Oikarinen 2006,146).

Opiskelijaterveydenhuollon puuttuminen, tai sen vähäisyys on tuotu esille myös Suomen ammattikorkeakoulu opiskelijayhdistys liiton SAMOK ry taholta (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2005). Opiskelujen aikainen terveyden edistäminen vaikuttaa opiskelijan tulevaan elämään ja terveyteen. Yksilötason toiminnassa painotetaan opiskelijan omaa vastuuta terveydestä, terveellisistä elämäntavoista, hyvästä kunnosta ja mielenterveyden vaalimisesta. Tavoitteena on, että opiskelijat kokevat terveet elämäntavat jokapäiväisen elämän voimavarana. (Haarala.ym.2008,395.)

Tämä toiminnallinen opinnäytetyöni, terveysalan ammattikorkeakouluopiskelijoille tarkoitettu terveystarkastus teemahaastatteluineen, on osa työ- ja toimintakykyä läpi elämän 2006-2009 Hanketta, jonka tarkoituksena on kehittää elämäntapojen eri vaiheissa elävien ihmisten turvallisuutta, työ ja toimintakykyä sekä niiden edistämisen menetelmiä (Rimpilä-Vanninen 2008). Opinnäytetyöni tarkoitus on ehkäistä metabolisen oireyhtymän kehittyminen Hyvinkään Laurea terveydenalan ammattikorkeakoulun opiskelijoille terveystarkastuksen avulla.

Terveystarkastus toteutetaan opiskelijoille siten, että sen sisältö ja menetelmät ehkäisevät metabolisen oireyhtymän syntymistä. terveystarkastuksen tavoitteena on selvittää opiskelijoiden terveydentilaa ja heidän terveystottumuksiaan sekä heidän terveyskäyttäytymisen muutostarvetta, -halukkuutta ja -valmiutta. Tavoitteena on myös ohjata opiskelijaa terveellisten elämäntapojen valintaan ja käynnistää muutokset terveyskäyttäytymisessä.

Itse olen valinnut syventäviksi opinnoikseni yhteisökeskeiset opinnot. Tämä toiminnallinen oppinnytetyöni on minulle myös oppimisprosessi, jota voin hyödyntää tulevassa työssäni.

METABOLISEN OIREYHTYMÄN EHKÄISY ELINTAVOILLA

1.1 Metabolisen oireyhtymän määritelmä ja kriteerit

Metabolinen oireyhtymä (MBO) eli aineenvaihduntaan liittyvä oireyhtymä tarkoittaa tilaa, jossa samalla henkilöllä on useita terveyttä uhkaavia häiriöitä yhtä aikaa. Sen aiheuttaa keskivartalolihavuus perinnöllisesti alttiille henkilöille. Perinnöllinen taipumus on yleistä, sellainen on ainakin kolmasosalla ihmisistä. (Mustajoki 2009.) Tyypillisiä riskitekijöitä ovat keskivartalolihavuus, insuliiniresistenssi, kohonnut triglyseridipitoisuus ja matala HDL-kolesteroli pitoisuus. Metabolinen oireyhtymä johtaa usein diabeteksen tai sydän- ja verisuonitautien puhkeamiseen ja lisää niistä johtuvaa kuolleisuutta. (Iivanainen ym. 2006, 528-530; Uusitupa 2001; Ilanne-Parikka ym. 2006, 20-24.)

Metabolisen oireyhtymän diagnoosissa on käytössä erilaisia määritelmiä, jotka poikkeavat jonkin verran toisistaan. Määritellyillä tiloilla on kuitenkin samaa tasoa oleva ennustearvo. (Vuori 2005, 454.) Suomessa käytettävän WHO:n (World Health Organization, Maailman terveysjärjestö 1999) (Taulukko 1) kriteerien mukaan metabolisen oireyhtymän aiheuttaa glukoosimetabolian häiriöt; heikentynyt insuliiniresistenssi ja lisäksi vähintään kaksi seuraavista kriteereistä: kohonnut verenpaine (vähintään 140/90 mmHg), suurentunut trioglyseridi-pitoisuus (vähintään 1,7 mmol/l) tai pieni HDL-kolesterolipitoisuus (alle 0,9 mmol/l miehillä, alle 1,0 mmol/l naisilla) ja keskivartalolihavuus (vyötärö-lantiosuhde) miehillä 0,90 ja naisilla yli 0,85 tai painoindeksi yli 30 kg/m² ja mikroalbumiuria (virtsan albumiinieritys vähintään 20 µg/min). (Laakso 2005; Mustajoki 2009.) Idf (International Diabetes Federation) määrittämyksen mukaan 2006 korostetaan erityisesti ylipainon ja sen jakautumisen merkitystä, koska lihavuus yleistyy kaikkialla. IDF:n asettaman työryhmän tarkoituksena oli laatia yksinkertainen määritelmä, jota olisi mahdollista soveltaa sekä kliinisesti että tutkimuksessa kaikkialla maailmassa. Vaikka insuliiniresistenssi on tärkeä MBO:n komponentti, sen määrittäminen ei ole niin helppoa jokapäiväisessä työssä kuin

vyötärönympäryksen. Tässä IDF:n määrittelyssä korostuukin vyötärönympäryksen poikkeavat arvot metabolisen oireyhtymän määrittelykselle. (Laaksonen & Niskanen 2006.) NCEP(National Cholesterol Education Program 2002, Kansallinen kolesteroli koulutusohjelma) diagnostisena kriteerinä ovat vähintään kolme metabolista vaaratekijää (esim. vyötärön ympäryys, huonontunut glukoosin sieto ja kohonnut verenpaine) (Vuori 2005,453.)

Keskivartalolihavuus	Miehet	Naiset
Vyötärön ympärysmitta	> 94 cm	> 80 cm
Lisäksi kaksi seuraavista kriteereistä:		
Triglyseridit	> 1.7 mmol/l	> 1.7 mmol/l
HDL-kolesteroli	alle 1.03 mmol/l	alle 1.29 mmol/l
Verensokeri	> 5.6 mmol/l tai tyypin II diabetes	> 5.6 mmol/l tai tyypin II diabetes
Verenpaine	> 130/85 mmHg tai kohonneen verenpaineen lääkehoito	> 130/85 mmHg tai kohonneen verenpaineen lääkehoito

Taulukko 1 WHO:n diagnostinen määritelmä metabolisesta oireyhtymästä (Duodecim ja Käypähoito-johtoryhmän asettama työryhmä 2009).

Metabolisen oireyhtymän perinnöllistä taustaa ei tarkoin tunneta, mutta tiettyjen rasva-aineenvaihdunnan ja energiakulutuksen vaikuttavien geenien rakennemuutokset liittyvät sen syntymiseen. Nämä geenit tehostavat rasvan varastoitumista elimistöön. Metabolisen oireyhtymän kehittymiseen liittyy rasvan kerääntyminen viskeraalisesti vatsan alueelle sekä maksaan että lihaksiin. (Vauhkonen & Holmström 2005,349.)

1.2 Elintavat ja metabolinen oireyhtymä

1.2.1 Ravinto

Metabolisen oireyhtymää potevien henkilöiden ravintosuositukset noudattaa yleisiä ravintosuosituksia. Tyydyttyneiden rasvojen ja transrasvojen, kolesterolin ja yksinkertaisten sokereiden saamista tulisi välttää, kuten taas hedelmien, vihannesten, marjojen ja kokojyvätuotteiden nauttimista suositellaan. (Aro ym. 2005,47-62; Valion ravitsemusneuvottelukunta 2005.) Terveiden kannalta on olennaista mitoittaa päivän ravinto vastaamaan energiankulutusta ja rakentaa ateriat sopivassa suhteessa elimistön tarvitsemista aineosista, huomioiden hyvän rasvan käyttö sekä kasvisten osuus ruokavaliossa (Diabetesliitto 2009).

Kolmen tai neljän tunnin välein toistuvat säännölliset, kasvipainotteiset ateriat ovat terveellisen ruokavallion ydin. Säännöllisen ruokailurytmin avulla nälkä pysyy hallinnassa ja vähentää turhaa napostelua ja pitää verensokerin tasaisena, auttaen siten myös painonhallintaa. Jokainen syömiskerta, myös välipalat lasketaan aterioiksi. (Diabetesliitto 2009; Ilander 2006,20-22.)

Monitydyttömättömien rasvahappojen osuuden lisääminen ravinnossa voi olla eduksi metabolisen oireyhtymän ehkäisyssä ja hoidossa (Aro ym.2005,434-436). Rasva sisältää elimistölle välttämättömiä rasvahappoja ja vitamiineja, joten elimistä tarvitsee niitä. Rasvat voidaan jakaa hyvä- että huonolaatuisiin. Hyvälaatuisia rasvoja ovat pääsääntöisesti kasvirasvat ja kalan rasva. Erityisesti kalan ja rypsiöljyn sisältämä omega-3 rasva on hyväksi verenkierrolle. (Haglund2007,210-211) Kalan rasvat sisältävät pitkäketjuisia, monitydyttymättömiä n-3-rasvahappoja (EPA=eikosapetaeenihappo, DHA=dokosaheksa-eenihappo). Kalan syöminen on suositeltavampaa kuin kalaöljyn käyttö, koska kala korvaa usein muita kovaa rasvaa sisältäviä ruokia. (Valtion ravitsemusneuvottelulautakunta 2005.)

Monitydyttymättömien rasvahappojen saannin lisäämiseksi on hyvä käyttää levitteinä kohtuullisesti kasvimargariineja ja kasviöljypohjaisia kevytlevitteitä. Salaatissa ja leivonnassa kannattaa suosia auringonkukka-, maissi-, rypsi- tai soijaöljyä. Lisätehoksi voidaan ottaa käyttöön kasvisteroli- ja kasvistanolierityisvalmisteet. (Haglund 2007,211.)

Verisuonille ja sydämelle haitallinen kova rasva on usein eläinperäistä. Ruoassa se esiintyy usein piilorasvana, jonka vähentäminen on painonhallinnan kannaltakin tärkeää. Rasvaiset maitotuotteet, kuten kerma ja juustot sekä rasvainen liha ja lihajalosteet sekä leivonnaiset sisältävät paljon piilorasvaa. Kasvirasvoista kookosrasva kuuluu haitallisiin, koviin rasvoihin. Rasvaa tulee helposti syötyä liikaa, sillä pienikin annos sisältää runsaasti energiaa. Kaiken lisäksi nälkä tulee helposti uudestaan. On erittäin tärkeää tunnistaa piilorasva ja oppia tiedostamalla välttämään sitä. (Diabetesliitto 2009.)

Kuidun määrä nousee suositeltuun 25-35 grammaa päivässä, kun kasviksia, marjoja ja hedelmiä nautitaan runsaasti, vähintään puoli kiloa päivässä, ja viljatuotteeksi valitaan täysjyvävalmisteita. Erityisesti veteen liukeneva eli geelilytyvä hyytelökuitu alentaa veren kolesterolipitoisuutta. Hyytelökuitu sitoo ruoan mukana tulevaa kolesterolia, jolloin kolesterolia poistuu elimistöstä ulosteiden mukana. Hyytelökuidun lähteitä ovat marjat, hedelmät ja kasvikset sekä kaura, ruis ja ohra. Kuidulla on myös vaikutus laihtuttamisessa ja painonhallinnassa. Lisäksi kasvikset, marjat ja hedelmät sisältävät kaliumia, millä on suotuisa vaikutus verenpaineeseen. (Louheranta ym. 2004,107.)

Lautasmallin ajatus on yksinkertainen, sillä puolet lautasesta täytetään kasviksilla. Jäljellä oleva puolisko jaetaan perunan, riisin tai pastan ja liha-, kala- tai kananruoan kesken - kummallekin neljäsosa lautasesta. Kasvissyöjä voi korvata lihaneljänneksen esimerkiksi palkokasveilla. Ateriaa voi täydentää täysjyväleivällä (1-2 palaa) ja käyttää ruokajuomaksi vettä, rasvatonta maitoa tai rasvatonta piimää. Salaattiin voit lisätä teelusikallisen öljypohjaista kastiketta, ja leivälle sipaisun pehmeää rasiamargariinia, jälkiruuaksi hedelmä tai annos marjoja. Aterioita voi vaihdella energiamääräisesti kevyempään lisäämällä lautasen kasvispuolta tai vaihtamalla lautasen pienenpään. (Diabetesliitto 2009; Valion ravitsemusneuvottelukunta 2005.)



Kuva 1 Ruokakolmio (Valtion ravitsemusneuvottelulautakunta 2005).

Ruokakolmio kuvaa, missä suhteissa eri ruoka-aineita olisi hyvä syödä. Kolmion alaosa muodostaa ruokavalion perustan, joten siinä esitettyjä ruokia syödään eniten, noin puolet energiatarpeesta (viljavalmenteet). Kolmion keskiosan (hedelmät, marjat ja kasvikset) ja kärjen ruoka-aineet (maitovalmenteet, liha ja lihavalmenteet, kala, kananmuna ja

ravintorasvat) ovat täydennysruokaa ja niitä syödään vähemmän. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005.)

Elimistö noudattaa noin 24 tunnin vuorokausirytmää. Tähän sisältyy yön verkkaisempi lepovaihe ja päivän aktiivisempi vaihe. Päiväsaikaan elintoiminnot ovat vilkkaampia, öisin keho lepää ja kerää voimia. Yötyö asettaa haasteen elimistölle, koska lepovaiheessa tulisikin olla vireä ja tehokas. Ravitsemuksella voidaan vaikuttaa yötyötä tekevän vireyteen ja työkykyyn. Pidemmällä tähtäimellä ravitsemusvalintojen vaikutukset ulottuvat terveyteen ns. aktiivivuosien määrään. Ruokavaliolla ja ateriarytmillä voidaan, muiden elintapavalintojen ohessa, vaikuttaa painonhallintaan sekä ehkäistä muun muassa sydän- ja verisuonitautien ja tyypin 2 diabeteksen syntyä. Säännöllinen ateriarytmi on yötyötä tekeväälle tärkeää. Syöminen 3 - 4 tunnin välein edesauttaa virkeänä pysymistä ja pitää verensokerin tasaisena, jolloin nälkää ei pääse yllättämään. Säännölliset tauot ovat tärkeitä jo työvireydenkin kannalta. Epäsäännölliset ateriarytmit yhdistettynä väsymykseen lisäävät ruokahalua ja aiheuttavat äkkinäisiä nälkäpiikkejä. Tällöin syöminen helposti riistyy käsistä ja nälkää tyydytetään esimerkiksi makeilla leivonnaisilla. (Diabetesliitto 2009; Hakola ym. 2007, 18-19.)

Säännöllisen ateriarytmin lisäksi tulisi suosia pieniä ja kevyitä aterioita. Kevyet, kuitupitoiset ateriat ja välipalat helpottavat virkeänä pysymistä. Ne sulavat raskasta, runsasrasvaista ruokaa tasaisemmin. Rasvaiset ruoat ovat huonoa yösyötävää, sillä ne sisältävät paljon energiaa, mutta eivät pidä kylläisenä kuitupitoisten ruokien tavoin. Suuret ateriakoot taas aiheuttavat kylläisyyttä, laskien vireystilaa ja aiheuttaen väsymystä. Koska ruoansulatus toimii yöllä verkkaisemmin, raskaat ja suuret ruoka-annokset aiheuttavat myös herkästi närästystä. Lautasmalli on hyvä apuväline yksittäisen aterian koostamiseen, nautitaan ateria sitten päivällä tai yöllä. Yövuorossa työskentelevän suositellaan nauttivan päivän pääateria illalla ennen työvuoroa ja kevyempi ateria ennen klo 01.00. Pääaterioiden väleissä tulisi nauttia välipaloja. Esimerkiksi kirkasliemiset keitot, puurot, täysjyväleivät, viilit, jogurtit, hedelmät ja vihannekset ovat hyviä välipaloja. Viileät ruoat ja juotavat saattavat edesauttaa virkeänä pysymistä. (Diabetesliitto 2009.)

1.2.2 Liikunta

Perinnöllisyyden lisäksi metabolisen oireyhtymän kehittymiseen vaikuttavat elämäntapatekijät, kuten vähäinen liikunta ja liiallinen energian saanti. Suomalaisen tutkimuksen (Diabetes Prevention Study, DPS) mukaan säännöllinen liikunta ja jo 5 - 10 prosentin painonpudotus vähentävät huomattavasti vaaraa sairastua tyypin 2 diabetekseen. Jo kohtuullisesti kuormittava, säännöllinen arkiliikunta tuo tullessaan merkittäviä muutoksia. (Diabetesliitto 2009; Fogelholm 2008.) Liikunnalla voidaan vaikuttaa edullisesti metabolisen oireyhtymän kahteen keskeiseen patofysiologiseen tekijään, rasvan kertymiseen ja

jakautumiseen ja insuliiniresistenssiin, sekä sympaattisen hermoston aktiivisuuteen. Liikunta vähentänee myös tulehdusta joko suoraan tai rasva- ja lihaskudokseen kohdistuvien vaikutusten välityksellä. (Vuori 2005,452-456.) Liikunnalla voidaan paitsi ehkäistä ja hoitaa lihavuutta, myös vaikuttaa edullisesti unen pituuteen ja laatuun sekä univajeeseen liittyviin haitallisiin hormonaalisiin ja aineenvaihdunnallisiin muutoksiin. Kohtuutehoinen liikunta parantaa insuliiniherkkyyttä ja glukoosinsietoa, mikä unihäiriöissä voi ehkäistä tai lievittää lihavuuden ja metabolisen oireyhtymän kehittymistä. (Fogelholm 2008.) Päivittäisiin toimintoihin sisältyvän arkiliikunnan tehoavuudesta metabolisen syndrooman ehkäisyssä tai hoidossa ei ole tutkimustuloksia, mutta yksinään arkiliikunnan määrä ja kuormittavuus eivät todennäköisesti ole riittäviä. Liikunta joka on kuormittavuudeltaan kohtalaista tai rasittavaa ja jonka määrä muodostuu suureksi ja on aerobista, on todettu olevan tehokkainta metabolisen oireyhtymän ehkäisemiseen. Liikunta yksin ei riitä varsinkaan ylipainoisten ja lihaviiden kohdalla, vaan liikunta tulisi yhdistää oikeaoppiseen ruokavalioon. On myös suositeltavaa, että aerobisen liikunnan rinnalla tulisi myös täydentää harjoittelemalla lihaskestävyyttä 2-3 kertaa viikossa insuliini- ja glukoosiaineenvaihdunnan paranemiseksi. (Vuori 2005,452-455.)



Kuva 2 Terveysliikunnan suositus Liikuntapiirakka (Ukk-instituutti 2004).

UKK-instituutissa kehitetty liikuntapiirakka on kehitetty havainnollistamaan liikunnan määrällisiä ja laadullisia ominaisuuksia ja niiden toteuttamisen käytännöllisiä vaihtoehtoja. (Kuva 2. Liikuntapiirakka) (Vuori ym. 2005,679;Fogelholm 2008). Uudet terveysliikuntasuositukset aikuisille ja iäkkäille korostavat aikaisempaa enemmän myös tuki- ja liikuntaelimistön harjoittamista. Lihaville suositukset sopivat periaatteessa sellaisinaan, tosin aikuisten suosituksissa todetaan, että lihaviiden voisi olla hyvä liikkua jopa enemmän kuin mitä perussuositus osoittaa. Terveydelle riittävä fyysisen aktiivisuuden minimimäärä on

vähintään 30 minuuttia reipasta kävelyä vastaavalla teholla (syke n.100 tai enemmän) tai vähintään 3 kertaa viikossa 20 minuuttia raskasta "hikiliikuntaa". Kohtuullisen kuormittavan ja raskaan liikunnan voi myös yhdistää, esimerkiksi 2 kertaa 30 minuuttia juoksua viikossa. Kohtuullisen kuormittavan liikunnan voi jakaa lyhempiin, kuitenkin vähintään 10 minuutin jaksoihin. (Fogelholm 2008.)

1.2.3 Päihteitten käyttö

Alkoholin kulutus on kääntynyt uudelleen kasvuun 1990 tapahtuneen notkahduksen jälkeen, mutta kulutus on kasvanut miedoimmista juomissa. Epäedullisten ravitsemusvaikutusten lisäksi alkoholilla on runsaasti muitakin haittavaikutuksia. Alkoholi vaikuttaa kaikkiin elimiin ja akuutit ja krooniset myrkytysoireet lisäävät sairastavuutta ja kuolleisuutta. Jo 25 g:n alkoholiannos päivässä jatkuvasti nautittuna voi kohottaa verenpainetta. (Yhdessä annoksessa on n.12 g puhdasta alkoholia). Yli 70 g alkoholia päivässä johtaa selviin terveyshaittoihin (maksakirroosi, haimatulehdus, keskushermostomuutokset ja sydämen toiminnanvaja). Runsas alkoholin käyttö kohottaa myös seerumin triglyseridipitoisuutta, joka yhdessä kohonneen verenpaineen kanssa altistaa sydän- ja verisuonisairauksille. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005.)

Alkoholin suurkulutus voi vaurioittaa lähes jokaista elintä. Toistaiseksi ei tiedetä, miksi joku saa alkoholin aiheuttaman elinvaurion ja miksi joku toinen välttyy siltä. Alkoholin kulutus on Suomessa eurooppalaista keskitasoa, mutta keskeinen ongelma on runsas kertakulutus eli humalajuominen. On arvioitu, että alkoholin suurkuluttajia (henkilöitä, joille alkoholinkäyttö muodostaa terveysriskin) on Suomessa 300 000 - 500 000, heistä naispotilaita on noin 10 % ja miespotilaita lähes 20 %. (Duodecim 2009.)

Tupakointi aiheuttaa monia sairauksia ja oireita. Se lisää todennäköisyyttä sairastua mm. moniin syöpäsairauksiin sekä sydän- ja verisuonisairauksiin, mm. kovettamalla valtimoita eli lisäämällä ateroskleroosia. Tupakoinnin terveysvaikutuksiin liittyvä tutkimustieto on lisääntynyt neljän viime vuosikymmenen aikana nopeasti. (Duodecim 2009.) Tupakoinnin suosio on kääntynyt laskuun ja tupakointikokeilut sekä päivittäinen tupakointi on vähentynyt 2000-luvulla. Kuitenkin positiivisesta kehityksestä huolimatta tupakoinnin yleisyys vaihtelee esimerkiksi eri opiskeluympäristössä. Tupakoinnin vähentämiseen tähtäävää toimintaa tuleekin kohdentaa kaikkiin ympäristöihin tasa-arvoisesti, jotta kaikki nuoret olisi mahdollista tavoittaa. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2008.)

1.2.4 Lepo ja uni

Uni tukee fyysistä terveyttä, se on hormonaalisesti anabolinen tila, joka edistää paranemista (Kukkola-Harju.2008). Vuorokautinen unen tarve vaihtelee yleensä yksilöllisesti 6 ja 9 tunnin välillä. Keskimääräinen vuorokautinen nukkumisaika aikuisväestössä on 7,5 tuntia ja unen tarve 8 tuntia. Iäkkäämmät ihmiset arvioivat tarvitsevansa jonkin verran vähemmän unta kuin nuoret. Työaikoihin liittyvät kuormitustekijät vaikuttavat monella tavalla työterveyteen sekä työn ja muun elämän yhteensovittamiseen. Työntekijän yksilölliset ominaisuudet ja tarpeet sekä mahdollisuudet vaikuttavat työaikoihin ja säätelevät sitä, miten yksilö kokee työajat. (Hakola ym. 2007,18-19.)

Väestötutkimuksissa lyhyt uni on yhteydessä runsaampaan lihavuuden esiintymiseen. Tätä tilastollista yhteyttä ei voida selittää muilla elintapatekijöillä kuin fyysisellä inaktiivisuudella. Unen ja lihavuuden välisestä yhteydestä on eniten näyttöä lapsilla, nuorilla aikuisilla ja naisilla. Riittämätön uni vaikuttaa myös tyypin 2 diabeteksen ja verenkiertoelimistön sairauksien vaaratekijöiden lisääntymiseen. (Kukkola-Harju 2008)

Univaje lisää sairastavuutta mm. keskivartalolihavuutta. Keskivartalolihavuus taas on itsenäinen riskitekijä sydän- ja verisuonitaudeille. Univaje saattaa myös laskea glukoosin sietoa ja huonontaa insuliiniresistenssiä. Se aiheuttaa epäedullisia muutoksia myös autonomisen hermoston ja hormonien toiminnassa. Ihminen pystyy satunnaisesti venymään vaikuttaviinkin suorituksiin valveillaoloajan suhteen. Joskus pitkät valveillaoloajat ovat käytännön sanelema pakko. Univaje on kuitenkin stressitila, missä elimistö joutuu kovalle koetukselle. Vaikka tätä stressitilaa voidaan lievittää esimerkiksi oikealla ruokailulla, pidemmän päälle lepo ei ole korvattavissa millään ruoalla tai ravintoaineella. (Sydänliitto 2009;Kukkola-Harju 2008.)

Lyhyen yöunen ja päiväaikaisen väsymyksen haitalliset vaikutukset elämänlaatuun, työn tuottavuuteen ja turvallisuuteen, työssä jaksamiseen sekä terveyteen ovat ilmeiset. Siksi nykyisen fyysisesti inaktiivisen (myöhäinen television katselu, tietokoneen ääressä istuminen työssä ja vapaa-aikana) ja kiireisen elämäntyylin epäedulliset vaikutukset unen pituuteen ovat vakava kansanterveydellinen ja taloudellinen uhka. Riittävän nukkumisen pitäisi päästä hyvän syömisen ja säännöllisen fyysisen aktiivisuuden rinnalle keskeisenä elintapana. Terveystieteiden tutkimuksissa on hyvä keskustella asiakkaan kanssa. Lihavuuteen liittyvien unihäiriöiden kierteen katkaiseminen voi olla vaikeaa. Toisaalta joskus pienetkin muutokset elintavoissa auttavat: esimerkiksi kohtuullinen liikunnan lisäys (puoli tuntia päivässä reipasta kävelyä vastaavalla teholla) saattaa vähentää unihäiriöitä muutamassa kuukaudessa. (Sydänliitto 2009.)

Epäsäännöllisyys ja sekavat vuorokausirytmit koettelevat kehoa ja voimia normaalia työaikaa poikkeavammin. Lepo saattaa jäädä vähäiseksi ja univajetta kertyä huomaamattomasti liikaa. (Diabetesliitto 2009.) Vuorokausirytmien sopeutuminen riippuu ympäristön valo- ja pimeärytmistä, joka ei muutu työvuorojen mukaan. Sopeutumiskyvyssä on yksilöllisiä eroja.

Kykyyiin vaikuttavat perinnölliset ominaisuudet sekä nukkumiskyky ja se, onko aamu- vai iltaihminen. (Härmä & Sallinen, 2004,74-75.)

Vuorotyö vaikeuttaa nukahtamista ennen aamuvuoroa ja lisää uneliaisuutta vuorojen aikana. Lisäksi lyhytaikaista unettomuutta esiintyy ajoittain lähes kaikilla vuorotyöläisillä. Myös unen rakenne muuttuu ja kolmasosalla on vaikeuksia nukahtaa ja yli puolen uni on päivällä katkonaista. Puolet myös kokevat itsensä herättyään huonosti levänneeksi. Neljännes vuorotyöläisistä kokee itsensä jatkuvasti väsyneeksi tai uneliaaksi. Yövuorojen aikana lähes kaikki tuntevat itsensä väsyneiksi ja yksitoikkisissa tehtävissä on vaikeuksia pysyä hereillä. Puolet yövuorossa työskentelevistä torkahtelevatkin tahtomattaan tai tahallisesti. Väsymys vaikuttaa kykyyn vastaanottaa, käsitellä ja tuottaa tietoa. Kynnys ottaa riskejä alenee ja mieliala laskee, mikä saattaa näkyä ärtyisyytenä. Aamulla kello seitsemän aikaan vuorokauden valvominen heikentää suorituskykyä yhtä paljon kuin promillen humala. (Härmä & Sallinen 2004, 74-76.)

1.3 Terveyskäyttäytymisen muutoksen tukeminen

1.3.1 Terveyden edistäminen

Nykyinen terveyden edistäminen on rakentunut Ottawan asiakirjan (1986) WHO:n (Maailman terveysjärjestön) asettamalle perustalle, jossa terveyden edistäminen mielletään toiminnaksi, joka lisää ihmisten mahdollisuuksia niin terveytensä hallintaan kuin sen parantamiseen. Jotta täydellinen fyysinen, henkinen ja sosiaalinen hyvinvointi voitaisiin saavuttaa, on yksilöiden ja ryhmän kyettävä toteuttamaan toiveensa, tyydyttämään tarpeensa ja muuttamaan ympäristöä tai opittava tulemaan toimeen sen kanssa. (Vertio 2003,30.)

Terveys koetaan positiivisena käsitteenä, joka painottaa yhteiskunnallisia ja henkilökohtaisia voimavaroja samoin kuin fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia toimintamahdollisuuksia (Mäntyranta ym. 2004,197). Se on osa jokapäiväistä hyvinvointia ja jokaisella kansalaisella on sama oikeus ja mahdollisuus edistää omaa terveyttään. Terveyden määrittäminen eri tieteenalojen näkökulmasta voivat olla kuitenkin hyvinkin erilaisia, myös hyvin sairaat ihmiset voivat kokea itsensä terveeksi. (Vertio 2003,15-30;Koivisto ym.2003.) Häggman-Laitilan 1999 tutkimuksen mukaan yksilön terveyskuva perustui itsetuntemukseen ja normaaliuteen, tai se oli hahmottomaton.

Terveyden edistämistä voidaan tarkastella promootion ja prevention näkökulmasta sekä yksilön, yhteisön ja yhteiskunnan tasoilla. Promootio tarkoittaa mahdollisuuksien luomista ihmisten elinehtojen ja elämänlaadun parantamiseksi ja preventio sairauksien kehittymisen ehkäisyä. (Terveyden edistämiskeskus ry.2005.) Terveyden edistämistarpeen arvioinnin

käynnistää usein todettu sairaus tai sen suureksi arvioitu riski. Tällöin arvioinnissa keskitytään juuri kyseisen sairauden tuottamaan tarpeeseen. Erityisen olennaista on suhteuttaa arviointi ihmisen omaan arkeen, jotta muutokset olisivat ihmisen itsensä kannalta mahdollisia. Viimeaikaisissa ohjelmissa on kiinnitetty juuri terveysneuvonnan räätälöintiin kullekin mahdollisimman osuvaksi. (Mäntyranta ym.2004,198-199.) Terveyden edistämisen yhtenä osa-alueena terveystieteillä on tärkeä tehtävä tarjota yhteiskunnallisia toimenpiteitä ja oppimismahdollisuuksia, jotka antavat paremmat mahdollisuudet saada hallintaansa omaan ja muiden terveyteen vaikuttavat tekijät, terveyskäyttäytyminen ja elinolosuhteet (Oikarinen 2006,147).

Terveyden edistämässä painottuu terveyttä ja hyvinvointia suojaavien tekijöiden vahvistaminen sekä niitä uhkaavien riskitekijöiden vähentäminen ja omasta terveydestä vastuunottamiseen (Löfstedt 2003). Myös varhaisen puuttumisen menetelmiä, esimerkiksi opiskelijoiden huoliin ja terveysongelmiin, tulisi edelleen kehittää (Haarala ym.2008,396).

Terveyden edistämisen ymmärtämisessä on kuvattu hieman työmenetelmien näkökulmaa. Kuitenkin juuri työmenetelmät ovat merkittävä kehittämiskohde esim. Varjorannan 1997 tutkimuksessa sekä Pelkonen ja Lötman-Kilpeläinen 2000, jotka tuovat toimintamallien kehittämis-tarpeet esille. (Pietilä ym.2002,153; Koivisto ym.2003,25-34.)

1.3.2 Oppiminen

Oppimisen psykologiassa ja kasvatustieteissä korostetaan tällä hetkellä konstruktivistista oppimiskäsitystä, jonka mukaan ohjaajan rooli on muuttunut tiedon jakajasta oppimisen mahdollistajaksi eli oppimista tukevan tilanteen järjestäjäksi. Oppiminen määritellään oppijan aktiiviseksi toiminnaksi, jossa jatkuvasti rakennetaan ja päivitetään uusia toimintatapoja. Faktat opitaan parhaiten kytkeällä ne aitoihin arkitilanteisiin ja elämäkokemuksiin. Vain ymmärretty tieto on mielekästä. Ohjaajan tehtävä on pysäyttää oppija tilanteeseen ja arvioida yhdessä tämän kanssa erilaisia toiminta- ja ratkaisumalleja. Ohjaus tapahtuu ajatuksen ja oivalluksen tasolla sekä keskustelun avulla, jossa molemmat osapuolet vuorollaan kysyvät ja vastaavat, käyvät avointa dialogia. Tavoitteena on tuottaa koettuun ongelmaan uusia näkökulmia ja sitoutumista uuteen toimintatapaan.

Ihminen, joka pystyy dialogin ja jatkuvan itsearviointin kautta arvioimaan omaa toimintansa ja kokemuksiensa, onnistuu sopeutumaan muuttuviin olosuhteisiin muita paremmin. Uudistavassa oppimisessä korostuu muuttuvan maailman tietokäsitys. Konstruktivistista oppimiskäsitystä seuraten on hyväksyttävä informaation jatkuva kehittyminen, jolloin tietoja ei voi tarjota absoluuttisina totuuksina. Elämäntapaohjauksessakin täytyy huomioida tutkimustiedon muuttuminen lyhyelläkin aikavälillä. Yhtä ja oikeaa tapaa elää ja vaalia terveyttään on yhä vaikeampi osoittaa. Uudistavan oppimisen näkökulmasta

elämäntapaohjaukseen ei voi olla etukäteen määriteltyjen ”hyvän elämän mallin” tarjoamista, vaan se on ohjaajan ja ohjattavan yhteinen tutkimus- ja oppimisprosessi, jossa tuotetaan myös kokonaan uutta tietoa molemmille osapuolille. (Turku 2007,17-18.)

Valmentavan ohjaustyylin taustaideologia on lähellä voimaantumisen (empowerment-käsitettä), joka on 1980-luvulta lähtien liitetty erilaisia hyvinvointia edistäviin hankkeisiin.

Voimaautuminen voidaan määritellä prosessiksi, jossa tunnustetaan ihmisen kyky määritellä omat tarpeensa, ratkaista ongelmiaan ja saada käyttöönsä tähän liittyviä voimavaroja.

Voimaantumisen näkökulmasta ohjattava kokee parhaassa tapauksessa elämäntapamuutokset mahdollisuutena vaikuttaa terveydentilaansa, ja motivoitumiseen tähdätään mahdollisuuden, ei pakon kautta. (Turku 2007,21.)

Ohjauksessa pyritään varustamaan ohjattava kaikella sillä tiedolla, taidolla, tunteella ja ennen kaikkea asenteella. Itsehoidon soveltaminen kunkin elämäntilanteessa edellyttää, että ohjattavista tehdään ikään kuin omia ohjaajiaan ja hoitajiaan. Toisen puolesta kun ei voi elämäntapoja muokata. (Turku 2007,23.)

Sopivien ohjausmenetelmien valinta ohjaustilanteessa vaatii ohjaajalta tietämystä siitä, miten asiakas omaksuu asioita ja mikä on ohjauksen päämäärä. On tutkimuksellisesti todistettu, että asiakkaat muistavat 75 prosenttia siitä mitä näkevät, ja vain 10 prosenttia siitä mitä kuulevat. Sen sijaan he muistavat 90 prosenttia siitä, mitä heidän kanssaan on läpikäyty sekä näkö- että kuuloaistia käyttämällä. Tämä selittää, ettei ole yksiselitteistä ohjaustapaa, vaan ohjauksen varmistamiseksi tulisi käyttää useita ohjausmenetelmiä, kunkin asiakkaan omaksumistavan mukaan. (Kyngäs ym.2007,10-18.)

1.3.3 Terveystarkastus

Terveystarkastus prosessiin kuuluu suunnitelma, toteutus ja arviointi. Tarkastukset toteutetaan suunnitellusti, yleisesti hyväksytyjen, tieteellisen tietoon perustuvia ja käytännössä hyväksi todettuja menetelmiä käyttäen siten, että lähtökohtana tarkastukselle on siihen osallistuvan ihmisen tarpeet. Terveystarkastuksen laajuus ja tarkastusväli suhteutetaan tavoitteeseen nähden realistiseksi. (Manninen ym.2007,126-138.)

Terveystarkastuksissa pystytään arvioimaan terveyden edistämisen tarvetta, joka on aina lähtöisin siihen osallistuvan ihmisen tarpeesta. Arvio edellyttää aina vuorovaikutusta. Ihminen tarvitsee näkemyksen siitä, mitkä tekijät hänen terveyteensä vaikuttavat sekä niiden merkitys arkielämässä ja mihin tekijöihin hän voi vaikuttaa ja mihin tekijöihin hän tarvitsee tukea. (Mäntyranta ym.2004,198.) Vuorovaikutus hoitajan kanssa terveystarkastuksessa edellyttää molemmilta todellista läsnäoloa ja toistensa kuuntelua. Hoitajan tulee tunnustaa, miten asiakas antaa merkityksiä, miten hän pysähtyy muutostilanteessa ja miten hän lähtee muutoksessa liikkeelle. (Oikarinen 2006,51.)

1.3.4 Terveyskeskustelu

Terveyskeskustelu on terveysalan ammattilaisen työväline, jonka avulla asiakassuhteessa toteutuu ammatillinen ja tasa-arvoinen lähestymistapa. Keskustelun ydin perustuu kysymyksille, mutta samalla siinä annetaan vapautta ja tilaa keskustelulle (Haarala ym.2009, 132). Erilaiset kysymykset auttavat asiakasta selkiyttämään elämäntilannettaan ja taitojaan, tai terveyteen liittyviä tekijöitä (Pietilä ym.2001,221-222).

Hyvään haastatteluun kuuluu asiakasta kunnioittava keskustelutapa, taitavasti muotoillut kysymykset ja vastausvaltuuden antaminen asiakkaalle. Asiakkaat tarvitsevat myös ymmärrystä, rohkaisua ja tukea, joten keskustelussa on tärkeää tulla esiin haastattelijan rohkaiseva asenne ja kannustavat sanat. Terveyskeskusteluissa voidaan edistää asiakaslähtöisyyttä javoimavaralähtöisyyttä asiakasta motivoivan haastattelun (Miller ja Rollnick 2002), interventiivisen haastattelun (Tomm 1988) ja voimavarakeskeisen neuvontakeskustelun (Kettunen 2001) menetelmällä. (Haarala ym.2008,134.)

Interventiivinen haastattelu viittaa lähestymistapaan, jossa interventiota on kaikki, mitä haastattelija tekee ja sanoo tai mitä hän ei tee tai sano (Hirvonen & Pietilä 2001,222). Tällä haastattelulla tarkoitetaan myös strukturoitua lomakepohjaista haastattelukaavaketta, joka perustuu asiakkaan kuuntelemiseen (Oikarinen 2006,112). Kaikella voi olla siis hyödyllisiä sekä haitallisia vaikutuksia asiakkaaseen. Haastattelumenetelmän kehittäjän, psykiatrian professori Karl Tommin mukaan interventiivinen haastattelu ohjaa haastattelijaa kiinnittämään huomiota siihen, mitä asiakkaalle sanotaan. Interventiivisten haastattelun kysymysten tarkoituksenmukainen hyödyntäminen suuntaa keskustelua asiakaslähtöiseen vuorovaikutukseen. Keskustelun tavoitteena on saada asiakas itse oivaltamaan elämäntilanteensa, tarpeensa ja voimavaransa. Vaikka haastattelijan kysymykset ovat hiottuja, niiden todelliset vaikutukset ovat ennustamattomia. Kysymysten vaikutus riippuu aina myös asiakkaasta ja hänen ainutkertaisuudestaan kunakin hetkenä. Myös haastattelijan emotionaalinen asennoituminen ja nonverbaalinen viestintä vaikuttavat siihen, miten asiakas kokee kysymykset. (Haarala ym.2008,140-141.) Interventiivisellä haastattelulla saadaan keskustelusta asiakaskeskeinen (Hirvonen ym.2001,222).

Tomm (1988) jaottelee interventiivisen haastattelun kysymykset neljään pääluokkaan: lineaariset kysymykset, sirkulaaliset kysymykset, strategiset kysymykset ja refleksiiviset kysymykset. Jaottelu sopii viitekehyykseksi käytännön terveyden edistämiseen ja tutkimukseen. Oikarinen ym. 1997 ja Liimatainen 2004 ovat soveltaneet interventiivistä haastattelua mm. kouluterveydenhuollossa ja Hirvonen 2000 perhehoitotyössä ja äitiysneuvolatyössä.

(Haarala ym.2008,135-136.)

Haastattelut alkavat usein lineaarisilla kysymyksillä. Ne ovat tietoa hakevia, lyhyitä, selkeitä ja ytimekkäitä kysymyksiä. Näillä kysymyksillä muodostetaan käsitystä asiakkaan tarpeista ja ongelmista. Näitä kysymyksiä tarvitaan myös asiakkaan taustatietojen ja tilanteen kartoittamiseksi. Ne kuitenkin korostavat haastattelijan roolia kysyjänä ja asiantuntijana, jolloin asiakkaan rooli on passiivinen. Lineaariset kysymykset eivät anna asiakkaalle mahdollisuutta kertoa voinnistaan omin sanoin ja asiakkaan mahdollisuus keskustella tunteista jää vähäiseksi. (Haarala ym.2008,137.)

Sirkulaariset kysymykset auttavat asiakasta tiedostamaan omaa toimintaansa ja mahdollistavat tilanteen tarkastelun uudesta näkökulmasta. Kysymysten onnistunut käyttö edellyttää kuitenkin yhteistyösuhdetta, jossa asiakas lähtee mukaan keskusteluun. Ne edellyttävät tilannetta, että haastattelija tuntee kiinnostusta ja tietynlaista uteliaisuutta asiakkaan tilanteeseen ja haluaa selvittää sen lähtökohtia. Näiden kysymysten vaarana on, että tutkiva kysely johtaa liian kauaksi aiheesta. Asiakas voi kokea, että terveystieteiden keskustelun asiat eivät liity hänen tilanteensa, jolloin motivaatio tilanteen selvittämiseksi heikkenee. (Hirvonen, Pietilä & Eirola 2001,221-232.)

Tommin (1988)mukaan strategisia kysymyksiä esittävä haastattelija muistuttaa opettajaa tai tuomaria, joka pyrkii ohjaamaan asiakasta muuttumaan, ajattelemaan ja käyttäytymään tavoilla, joita pitää oikeina. Niiden vaarana on asiantuntijavallan korostaminen ja asiakkaan alistaminen. Haastattelija kertoo asiakkaalle epäsuorasti kysymyksillä, miten asiakas on erehtynyt, toiminut väärin ja miten hänen tulisi käyttäytyä. Asiakas voi silloin tuntea tuulleensa loukatuksi ja ei halua jatkaa yhteistyötä. Toisaalta strategiset kysymykset voivat olla myös hyödyllisiä, koska ne kyseenalaistavat asiakkaan ongelmallista ajattelua ja käyttäytymistä. Ne voivat myös ohjata asiakasta ottamaan vastaan jonkin selkeän ratkaisun. (Hirvonen ym.2001,223.)

Asiakaskeskeinen ja dialoginen vuorovaikutus edellyttää refleksiivisiä kysymyksiä. Refleksiiviset kysymykset mahdollistavat asiakkaan ja haastattelijan tasavertaiseen osallistumiseen, vuorovaikutukseen ja tunteista keskusteluun. Ne tukevat asiakkaan omaa ajattelua, omien voimavarojen tunnistamista ja ratkaisujen etsimistä. Refleksiiviset kysymykset voivat auttaa asiakasta tiedostamaan ja jäsentämään omaa elämäntilannettaan ja siinä mahdollisesti tarvittavia muutoksia. Niiden tarkoitus on aktivoida asiakasta itse tuottamaan uusia ajattelutapoja ja käyttäytymismalleja. Refleksiiviset kysymykset ovat melko neutraaleja ja ei-syyllistäviä. Lähtökohtana on asiakkaan autonomian kunnioittaminen ja oletus, ettei asiakkaaseen voi vaikuttaa suorilla kysymyksillä. Refleksiiviset kysymykset auttavat asiakasta pohtimaan havaintojensa ja tekojensa vaikutuksia eri näkökulmista ja

harkitsemaan uusia näkemyksiä ja valinnanmahdollisuuksia. Kysymykset mahdollistavat asiakkaan kertoa asiasta omin sanoin ja käyttää hänelle tuttuja ilmaisuja. Haastattelija voi tukea refleksiivisillä kysymyksillä asiakkaan kykyä itsehavainnointiin ja lisätä asiakkaan itsetietoisuutta. (Hirvonen, Pietilä & Eirola 2001.) Refleksiivisten kysymysten vaarana on, että monien uusien mahdollisuuksien ottaminen esiin aiheuttaa asiakkaassa epävarmuutta ja hämmennystä. Hämmennys voi olla myös vapauttavaa. (Haarala, ym.2008,132-140.)

1.3.5 Terveyskäyttäytymisen muutosvaiheet

Asiakkaan valmius vaiheittain eteneviin muutoksiin on riippuvainen monista tekijöistä. Esiharkintavaiheessa hän ei välttämättä tiedosta muutostarvetta, elämäntilanne on hetkellisesti tukala tai tiedostamisestaan huolimatta asiakas ei ole halukas muutokseen. Henkilö ei välttämättä kykene tai halua muuttaa elintapoja yhtä aikaa. Muutokset onnistuvat parhaiten yksi kerrallaan ja osa-alueisiin jaettuina. (Poskiparta 2007,2.)

Voimavarat ja muutosprosessi ovat kiinteässä yhteydessä muuttuviin elämäntilanteisiin, elämäntilanteeseen ja terveyteen. Antonovskyn (1987) mukaan vahvan elämäntilanteen omaavalla ihmisellä on käytössään tarkoituksenmukaisia sisäisiä ja ulkoisia voimavaroja, joita käyttämällä hän pyrkii etenemään tavoitteidensa suuntaisesti. (K. Oikarinen 2006,103.)

James Prochaska ja Carlo DiClement ovat kehittäneet käyttäytymisen muutosvaihemallin (Transtheoretical model of change), joka kuvaa käyttäytymisen muutosprosessia. Transteoreettisen muutosvaihemallin mukaan elintapojen muuttuminen on vaiheittain etenevä pitkäkestoinen prosessi. (Poskiparta 2007;Mustajoki & Lappalainen 2001,14.) Muutosvaihemalli käsittää viisi muutosvaihetta: esiharkintavaiheen, harkintavaiheen, valmistautumisvaiheen, toimintavaiheen ja ylläpitovaiheen (Prochaska ja Norcross 2003) Muutosprosessi ei aina etene suoraviivaisesti vaiheesta toiseen, eikä muutos onnistu yhdellä kerralla. Repsahdukset ovat osa muutosprosessia. (Haarala ym. 2008.)

Muutosvaihemallin käyttö edellyttää hoitajalta muutosvaiheiden ymmärtämistä ja tunnistamista sekä kykyä tukea muutosprosessia. Kukin muutosvaihe käsittää tehtäviä, jotka vaaditaan muutoksen seuraavalle tasolle siirtymiseen. Muutosvaihe, asiakkaan henkilökohtaiset ominaisuudet ja neuvon toiminta korostuvat eri tavoin muutoksen eri vaiheissa. Hyvä neuvonta edellyttää asiakkaan itsearviointia, hoitajan ja asiakkaanyhteistä tavoitteenasettelua, ratkaisuvaihtoehtojen etsimistä, toistuvia tapaamisia ja onnistumisen seuranta. (Haarala ym. 2008.)Voidaan ajatella, että muutosprosessi käynnistyy yksittäisen ihmisen elämässä silloin, kun hän irtautuu totutuista ajattelu- ja toimintatavoista sekä suuntautuu uusiin haasteisiin. (Oikarinen 2006,103;Poskiparta 2007.)

Harkintavaihetta edeltää mallin mukaan esiharkintavaihe (precontemplation), jolloin muutostarvetta ei joko havaita tai haluta myöntää itselle (Turku 2007,56). Muutosprosessin esiharkintavaiheessa asiakkaalla ei ole aikomusta muuttaa käyttäytymistään lähitulevaisuudessa. Lähitulevaisuus määritellään usein seuraaviksi kuudeksi kuukaudeksi. Asiakas voi olla esiharkintavaiheessa, koska ei tiedä tarpeeksi käyttäytymisensä terveysvaikutuksista, ei tiedosta muutoksen tarpeellisuutta tai vastustaa ongelman tunnistamista. Tässä vaiheessa asiakas voi välttää muutoksen liittyvää tietoa, siitä puhumista, lukemista ja oman riskikäyttäytymisen ajattelemista. Toisaalta ja toivoo sitä, mutta ei luota omiin kykyihinsä, hän voi myös kokea terveystottumusten muutoksen hänen yksityisyyttään ja vapauttaan loukkaavana. Asiakas on saattanut aiemmin yrittää muuttaa käyttäytymistään, mutta se on epäonnistunut ja kokenut tulleeensa moralisoiduksi. Vaarana on, että hoitaja määrittelee asiakkaan motivoitumattomaksi eikä usko hänen kykyihinsä edistää terveyttään. Terveiden edistämässä ei välttämättä huomioida esiharkintavaiheessa olevien asiakkaiden tarpeita, eivätkä käytetyt työmenetelmät motivoi heitä. Esiharkintavaiheessa tavoitteena on herätellä asiakasta ajattelemaan terveystottumistään. (Haarala ym.2008,159.) Muutosvaihemallissa vastaava terveysongelman omakohtainen myöntäminen kuuluu olennaisena osana harkintavaiheen (contemplation) käynnistymiseen (Turku, 2007,56). Harkintavaiheessa asiakas on tietoinen muutoksen tarpeellisuudesta ja aikoo muuttaa käyttäytymistään lähitulevaisuudessa, mutta ei ole vielä ryhtynyt toimimaan. Hän suhtautuu myönteisesti terveystottumuksiin liittyvään tietoon ja tarkastelee mahdollisen muutoksen etuja ja haittoja. Asiakas haluaa muuttaa terveystottumuksiaan, mutta todellinen muutosmotivaatio on vähäinen. Harkintavaihe voi kestää pitkään. Tässä vaiheessa asiakas ei ole valmis sitoutumaan perinteiseen toimintaorientoituneeseen terveyden edistämiseen. Hän tiedostaa muutostarpeen, mutta ei ole vielä sitoutunut muutokseen. Tässä vaiheessa työntekijä voi auttaa asiakasta ratkaisemaan vallitsevan ristiriidan rohkaisemalla häntä arvioimaan muutoksen etuja ja haittoja. Muutoksesta koituvien omakohtaisten hyötyjen tiedostaminen on tärkeää. Asiantuntijan rohkaiseva palaute ja käytännön esimerkit motivoivat asiakasta. (Haarala ym.2008,160.)

Valmistautumisvaiheessa (preparation) ollaan askel lähempänä muutoksen toteutumista. Ajallisesti arvioiden muutoksen ollaan valmiita lähiviikkoina ja uutta toimintatapaa on ehkä jo kokeiltukin. Vielä kuitenkin pohditaan eri vaihtoehtoja ja niiden sopivuutta itselle sekä tehdään tarvittavia valmisteluja. Mielikuvissa eletään jo muuttunutta elämää eli sitten-kun vaihetta. (R. Turku 2007,57.)Valmistautumisvaiheessa yhdistyy aikomus ja käyttäytyminen. Asiakas näkee muutosten edut suurempina kuin haitat, ja hänellä on suunnitelma toiminnasta. Tämä vaihe vaatii lujaa keskittymistä ja lujaa päättäväisyyttä sekä luottamusta omaan muutoskykyynsä. Asiakas tarvitsee myös selkeitä tavoitteita ja asioiden priorisointia. Hänelle on tärkeää, että muutos on hyvin suunniteltu ja omaehtoinen. Itsensä palkitseminen sekä ympäristön ja läheisten tuki koetaan tärkeänä. Työntekijän on hyvä tukea asiakasta tässä

vaiheessa sitoutumaan tavoitteeseen ja vahvistaa uskoa sen toteuttamiseen. Asiakasta kannustetaan elämäntapoihin liittyvissä itsearvioinnissa ja ratkaisuissa sekä autetaan tavoitteiden asettamisessa. Etsitään yhdessä tavoitteiden saavuttamista tukevia toimintatapoja ja tarjotaan erilaisia vaihtoehtoja. (Haarala ym. 2008,160.)

Toimintavaiheessa(action)asiakas ryhtyy käytännön toimiin. Hän työskentelee aktiivisesti muutoksen eteen ja kokeilee uusia toimintatapoja. Hän muuttaa käyttäytymistään sekä ympäristöään, ja toiminta on ulkopuolisen havaittavissa(Haarala 2008,160.)Muutoksesta alkaen tulla kokemuksia, positiivisia tai negatiivisia, ja mallin mukaan riski taantumaan eli vanhaan paluuseen kasvaa. Muutos ei ehkä tuokaan mukanaan nopeasti kaikkia niitä hyötyjä, joiden varaan on laskettu. Toimintavaihe vaatii aikaa ja voimavaroja. Siinä voi tulla myös repsahduksia, mikä voi herättää itesyytöksiä, huonoa omaatuntoa, häpeää. (Turku 2007,58.) Tässä vaiheessa asiakas tarvitsee rohkaisua, sosiaalista tukea ärsykkeiden kontrollointia ja käyttäytymisen seurausten kontrollointia. Onnistumista, epäonnistumista ja muutoksesta keskusteleminen on tärkeää. Tällöin voidaan tunnistaa muutoksen toteuttamisen vaikeat hetket, valmistaa niihin ja etsiä uusia toimintavaihtoehtoja. Myös muutoksen tavoitteiden tarkastelu, muutossuunnitelma ja sen realistisuuden arviointi kuuluvat toimintavaiheeseen. (Haarala ym.2008,160-161.)

Ylläpitovaiheessa (maintenance) asiakas tekee töitä, jotta muutos vakiintuu ja vahvistuu eikä repsahduksia tulisi. Asiakas ei ole yhtä helposti houkuteltavissa entiseen epäterveelliseen käyttäytymismalliin kuin aiemmin ja hän on luottavaisempi siihen, että pystyy jatkamaan terveyttä edistävää muutosta. Ylläpitovaihe ei kuitenkaan ole vakaa vaihe, vaan edelleen muutosprosessia. Repsahduksia ehkäistään riskitilanteita ennakoimalla ja tarkastelemalla niitä oppimistilanteina. (Haarala ym.2008,161.) Ylläpitovaiheessa asiakasta rohkaistaan itsearviointiin. Hoitaja auttaa asiakasta arvioimaan muutoksen ylläpitämistä ja siihen sitoutumista. Asiakasta tuetaan käytännön taitojen harjoittelussa sekä korvaavien toimintojen ja vaihtoehtojen pohdinnassa. Pysyvän muutoksen vaiheessa asiakkaalla ei ole enää kiusausta palata enää epäterveelliseen käyttäytymistapaan eikä hänen tarvitse tehdä työtä repsahduksien välttämiseksi. Hän luottaa siihen, ettei pala epäterveelliseen käyttäytymismalliin, vaikka olisi masentunut, ahdistunut, kyllästynyt, yksinäinen tai stressaantunut. Pysyvän muutoksen tukemisesta voi työntekijä auttaa huomioimalla asiakkaan aktiivisuutta ja voimavaroja sekä seuraten asiakkaan terveystottumuksia. Käyttäytymismuutoksen tukemisessa keskeisintä on koko prosessin ajan on asiakkaan sisäisen hallinnan tunteen tukeminen ja asiakkaan omavaltaistaminen. Ammattilaisen tehtävä on auttaa asiakasta oivaltamaan oma vastuunottaminen muutoksesta ja auttaa siten häntä kohti pysyvää muutosta. (Haarala ym. 2008,161-162.)

Elämäntapojen muokkaus voidaankin nähdä elämänpituisena prosessina. Selvää on silti, etteivät läheskään kaikki muutoksen tekijät pääse pysyvään muutokseen asti. Tarvitaan ehkä useampi yritys ja melko pitkäkin ajanjakso, ennekuin voidaan puhua pysyvyydestä tai kestävästä muutoksesta. Jos elämäntapojen muutosyritys perustuu ainoastaan käsitykseen siitä, miten pitäisi elää ja on jatkuvassa ristiriidassa sen kanssa, miten oikeasti haluaisi elää, se on tuomittu epäonnistumaan pitkällä aikavälillä. Toisin sanoen, kun siitä miten pitäisi elää, tulee se mitä haluaa, muutoksen pysyvyydellä on parempi ennuste eli muutoksen aiheuttaa sisäsyntyinen motivaatio. (Turku 2007,59.)

OPINÄYTETYÖN TAVOITTEET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on ehkäistä metabolisen oireyhtymän kehittyminen tarkastukseen osallistuvilla opiskelijoilla terveystarkastuksen avulla. Terveystarkastuksen päätavoitteena on tukea opiskelijaa terveyskäyttäytymisen muutoksen käynnistyksessä.

Terveys

käyttäytymisen tukena käytetään terveydentilan mittaamista ja interventiivista haastattelua.

Terveystarkastuksen tavoitteena on selvittää Hyvinkään Laurean ammattikorkeakoulun terveydenalan opiskelijoiden terveydentilaa sekä heidän terveystottumustensa muutostarvetta, -halukkuutta ja -valmiutta ja käynnistää mahdollinen muutos jokaisen opiskelijan voimavarojen mukaan.

OPINNÄYTETYÖN TIEDONHANKINTA JA ANALYSOINTIMENETELMÄT

Terveystarkastuksen suunnittelu alkoi syksyllä-08,jolloin otin yhteyttä Hyvinkään Laurean ammattikorkeakoulun terveydenalan oppilaisiin. Koin heidät otolliseksi ryhmäksi, koska olin suunnannut opinnäytetyöntutkimuksen terveystarkastukseen juuri heidän ikäisilleen. Myös varhainen puuttuminen terveyskäyttäytymisen riskitekijöihin on parasta.

Tein tälle ryhmälle kutsun ilmaiseen terveystarkastukseen, johon olin kirjannut niitä asioita mitä siellä tulisin heille tekemään. (Liite1) Pyysin heitä ottamaan yhteyttä minuun sähköpostitse mahdollisimman pian. Kerroin tulevasta opinnäytetyöstäni ja työni tarkoituksesta ja toivoin heidän antavan suostumuksensa terveystarkastuksesta tutkimusaineistooni opinnäytetyötäni varten. Toin heille myös eettiset näkökohdat ja vaitiolovelvollisuuteni huomioon, kukaan ei tulisi henkilöidyksi. (Liite 2)

Sähköpostitse minuun otti yhteyttä 7 hoitoalan opiskelijaa, jotka halusivat tulla tarkastukseen. Sovin näitten 7 henkilön kanssa sähköpostitse terveystarkastuspäivä ajankohdan kunkin oppilaan oman aikataulun mukaan. Ajat onnistuttiin sopia ongelmitta.

Lähetin heille myös allekirjoitettavaksi haastattelulupasopimuksen (Liite3), jonka pyysin tuomaan itse haastatteluun. Kerroin heille myös, että haastattelutilanne tallennetaan nauhurille.

Terveystarkastuspäiviksi sovimme 9.12.2008 ja 10.12.2008 Hyvinkään Laurean Terveyden edistämiskeskuksessa (Te-luokassa). Tässä luokassa oli mahdollista suorittaa terveydentilamittaukset, haastattelut, ja varasin sinne myös tietoa metabolisen oireyhtymää liittyen. Jokaisen henkilön käyttöön varattiin 1,5 h aikaa, jotta mittaukset sekä terveystarkastelu ehdittäisiin kunnolla toteuttaa. Terveystarkastukseen ilmoittautuneita oli alussa 7, mutta yksi perui työharjoittelunsa vuoksi.

Teoreettisen aineistoni keräsin metaboliseen oireyhtymään kuuluvista aiheista, juuri ne asiat, jotka vaikuttavat oireyhtymän syntyyn, ja joiden syntyyn voidaan omalla elintavoilla vaikuttaa. Koska terveystarkastus terveystarkastuksineen ja teemahaastatteluineen on toiminnallisen opintäytetyöni pääsisältö, ja siinä ilmenevien elintapojen muutostarpeet yhtenä teemana, käsittelin ne myös teoriassani tarkemmin. Myös epäsäännöllisen työaikojen merkitys metabolisen oireyhtymän kehittymiselle on huomioitu.

1.4 Terveydentilan mittaaminen

Terveystarkastus aloitettiin terveyden tilan mittaamisella. Jokaiselta osallistujalta mitattiin verenpaine, painoindeksi, vatsanympäryys, hemoglobiini, kokonaiskolesteroli, verensokeri ja kehonkoostumus. Juuri näillä mittauksilla pystytään kartoittamaan metabolisen oireyhtymän riskitekijöitä. Tuloksia verrattiin normaaliarvoihin, ottaen huomioon myös paastoarvot mm. verensokeri- ja kolesteroliarvoissa. (Liite 5) Kehonkoostumusmittauksessa saatiin tietoa osallistujien sisäelinrasvapitoisuudesta, lepopaineenvaihdunnasta, kehon rasvaprosentista sekä painoindeksi. (Liite 6)

1.5 Terveystarkastelu

Terveystarkastuksessa terveystarkastelu toteutettiin interventiivisellä haastattelulla paljon refleksiivisiä kysymyksiä käyttäen. Interventiivisillä kysymyksillä tarkennin teemaa ja samalla keskustelu pysyi aiheessa. Tommin (1988) mukaan interventiivisellä kysymyksillä haetaan asiakaskeskeistä vuorovaikutteisuutta, joka siten auttaa asiakasta oivaltamaan omaa terveystarkastustietämistään. Kokemattomana haastattelijana oli myös hyvä laatia itselleen teema-aiheiset kysymykset. Sillä varmistaa keskustelun sujuvuuden, kaikki olennaiset asiat tulevat esille ja tietty runko haastattelussa pitää myös keskustelun ajallisesti hallinnassa.

Terveystarkastelussa käytettiin teemahaastattelurunkoa (Liite 4). Teemahaastattelussa on oleellista edetä yksityiskohtaisten kysymysten sijaan tiettyjen keskeisten teemojen mukaan.

Haastattelurunkona toimii teema-alue luettelo, jonka alueita voi tarkentaa lisäkysymyksillä. (Hirsijärvi & Hurme, 2008.) Teemahaastattelurunkona voi olla puolistrukturoitu lomake, kuten tässä haastattelussa oli (Hirsijärvi 2008; Vilkkä & Airaksinen 2003, 9-20). Samassa muodossa olevat avoimet kysymykset kysyttiin kaikilta oppilailta suunnilleen samassa järjestyksessä. Näillä kysymyksillä haettiin sellaista tietoa, joilla saatiin vastauksia tutkimustyöhön. Teemahaastattelussa on myös keskeistä haastateltavien kokemus ja niille antama merkitys, joka selkiytyy vuorovaikutustilanteessa (Hirsijärvi & Hurme 2008; Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 217).

Terveyskeskustelun teemoina olivat 1. Oppilaiden taustatiedot 2. Oppilaiden nykyinen terveyden tila 3. Terveystottumukset. 4. Terveyskäyttäytymisen muutostarve-halukkuus ja -valmius muutokseen. 5. Palaute terveystarkastuksesta. Teema-aiheilla kysymyksillä kartoitettiin opiskelijoiden omaa kokemaa terveydentilaa sekä opiskelijoiden tämänpäiväisiä terveystottumuksia sekä terveyskäyttäytymisen muutostarvetta, -halukkuutta ja -valmiutta.

Ensimmäisenä teemana oli oppilaiden taustatiedot. Haastattelussa kartoitettiin haastateltavien ikää, työkokemusta, aikaisempaa koulutusta, työssäkäyntiä opiskelun ohella ja perheen ja opiskelun yhteensovittamista.

Toisena teemana oli oppilaiden nykyinen terveydentila. Kysymyksillä kartoitettiin oppilaitten omaa subjektiivisesti kokemaa terveydentilaa ja pitkäaikaissairauksien esiintymistä joko itsellä tai lähisuvussa. Jokainen haastateltava täytti Diabetesliiton t2d-testin, (tyyppi 2 diabetesriskilomake) (liite 7). Pisteet laskettiin ja jokainen sai kuulla pisteensä ja asiasta keskusteltiin. Tällä kaavakkeella ja mittauksilla saa olennaista tietoa terveyskäyttäytymisestä ja terveystriskeistä juuri metabolisen oireyhtymän tunnistamiselle ja diabetesriskille.

Kolmantena teemana oli oppilaiden terveystottumukset. Haastattelussa kartoitettiin oppilaiden liikuntatottumuksia ja liikuntamäärää ja liikuntamuotoa Ukk:n tyhjän liikuntapiirakan avulla. Ravintotottumuksia arvioitiin ruokakolmion avulla. Haastattelussa selvitettiin oppilaiden päivittäistä ruokailurytmiä, kuidun saantia (marjat, hedelmät, vihannekset, kasvikset), viljatuotteiden-, maitotaloustuotteiden-, kalan- sekä rasvan käyttöä. Myös lautasmallin käyttö kysyttiin. (liite 9) Tupakanpolto kysyttiin tupakoiko vai ei ja jos tupakoi, oliko kokeillut lopettamista. Alkoholinkäyttö kartoitettiin Audit-C kaavaketta päihdekäyttäytymisen tarkistamiseksi (WHO:n 1980-luvulla kehittämä testi) (liite 8). Kaikilta haastateltavilta kysyttiin lomakkeen 3 ensimmäistä kysymystä. Jos pisteet ylittyivät yli 4, käytiin läpi myös koko Audit C kaavake läpi kaikkiin kysymyksiin vastaten. Unen määrää ja laatua kartoitettiin kysymällä unen määrää tunneissa, oliko nukahtamisvaikeuksia, heräilikö yöllä ja oliko keinoja millä parantaa unta. Jaksamista koulutyössä tai kotona kysyttiin yleisesti, ei tarkemmin määriteltynä. Koska kukaan vastaajista ei kokenut opiskelua tai

elämäntilannettaan ainakaan tällä hetkellä stressaavaksi, tätä asiaa ei sen tarkemmin käsitelty.

Neljäntenä teemana kartoitettiin opiskelijoiden terveystietoisuuden muutostarvehalukkuus ja muutosvalmius. Transteoteettisen muutosvaihemallin avulla pyrittiin kartoittamaan missä vaiheessa itse kukin opiskelijoista on muutosvaiheessa. Muutosvaihe on kuitenkin pitkäaikainen prosessi (Poskiparta 2007), joten se vaatii myös seurantaa, jota tässä työssä ei ollut mahdollista tehdä. Teemahaastattelun kysymyksillä selvitettiin sitä muutostarvetta, mikä oppilaille nousi heti mieleen. Haastattelussa pyydettiin nimeämään 1-2 tärkeintä muutostarvetta sekä oliko heillä aikaisempaa kokemusta muutoksen toteuttamisesta. Sen jälkeen kartoitettiin muutosvalmiutta, mahdollisia esteitä muutokseen tai muutosta tukevia asioita. Lopuksi selvitettiin muutokseen sitoutumista ja keinoja, joilla opiskelijat aikoivat toteuttaa mahdollista muutosta omassa elämässään.

Viidentenä teemana käsiteltiin loppupalautte. Jokainen oppilas sai antaa palautteen omasta näkökulmastaan, vapaasti muotoiltuna, ilman erityisiä kysymyksiä.

1.6 Aineiston analysointi

Tutkimuksen aineisto analysoitiin sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysi on perustyöväline kaikissa laadullisen aineiston analyyseissä (Bryman 2004). Sen tavoitteena on tuottaa tietoa tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä kerätyn aineiston avulla eli teorialähtöisesti (Hsieh & Shannon 2005). Sisällönanalyysillä on keskeistä tunnistaa sisällöllisiä väittämiä, jotka ilmaisevat jotakin tutkittavasta ilmiöstä, jossa keskeistä on aineistolähtöisyys. (Kylmä & Juvakka 2007, 113; Hirsijärvi 2008, 136.)

Aineiston litterointi voidaan tehdä joko suoraan puhtaaksikirjoittamalla haastatteludialogista tai se voidaan tehdä vain teema-aiheista tai vain haastateltavan puheesta. (Hirsijärvi 2008, 138.) Tässä työssä litteroin puhtaaksikirjoittamalla teemahaastattelun opiskelijoiden puheesta, ja vastaukset purin teema-alueisiin käyttäen hyväksi teemahaastattelurunkoa. Tämä on toimiva menetelmä silloin kun haastattelija itse purkaa haastattelun ja tuntee aineistonsa niin hyvin, että pystyy tunnistamaan helposti teema-alueet. Tämä sopii myös silloin, kun haastateltava joukko on pieni, kuten tässä tutkimuksessa oli. (Hirsijärvi 2008, 141.) Litteroinnin jälkeen käytin hyväkseni Excel-taulukkoa terveydentilanmittaustulosten purkamisessa. Jokaisen oppilaan mittausrivot laitettiin taulukkoon eri väreillä mm. poikkeavat punaisella ja normaalit vihreällä. Näin tulosten luettavuus oli helppoa. Tulokset kerrottiin työssä tekstimuodossa, ei kaavioina. Teemahaastattelukaavakkeeseen ollut valinnut paljon kysymyksiä, mutta täydentävillä kysymyksillä tarkensin vielä vastauksia tiedon saamiseksi. Teemahaastattelurungon käyttäminen vastausten luokittelussa eli

analysointirunkona osoittautui toimivaksi menetelmäksi. Olin tutustunut oppilaiden vastauksiin lukemalla ne huolellisesti useita kertoja saadakseni aineistosta kokonaiskuvan. Sen jälkeen pyrin erottamaan ja tunnistamaan vastaukset kunkin teemakysymysten alle jokaisen oppilaan arkikielestä. Lopuksi tiivistin vastaukset jokaisen teema-aiheen alle tekstimuotoon, siten että ne kuvaavat tutkimuksen osallistuneiden kokemuksia. Suoria lainauksia on käytetty elävöittämään tekstiä ja osoittamaan lukijalle haastattelun alkuperäisyyttä.

TERVEYSTARKASTUKSEN TULOKSET

1.7 Opiskelijoiden taustatiedot

Haastateltavat opiskelijat olivat naisia, iältään 21-42 vuotta. Puolella haastateltavista oli hoitoalan koulutus, toisella puolella palvelualan koulutus. Kaikki asuivat parisuhteessa, yhdellä oli lapsia. Kaikilla heistä oli työkokemusta aikaisemmissa ammateissa ennen nykyisen opiskelun alkamista. Suurin osa haastatelluista oli opiskelun ohella töissä, ja heille työn ja opiskelun yhteensovittaminen ei tuottanut ongelmia. Muutama opiskelija toi kuitenkin vuorotyön raskauden ja ajan riittämättömyyden harrastuksiin esille. Vain muutama oli päätoimisesti opiskelija.

1.8 Opiskelijoiden terveydentila

Jokainen haastateltava koki oman terveydentilansa hyväksi tällä hetkellä. Painonnoususta ja liikunnan vähyydestä oltiin jossain määrin huolissaan.

”ihan hyvä” oli yleinen vastaus terveydentilasta.

” painoa vaan liikaa, ollut jo pienestä asti.”

” harmittaa vaan, kun aikaisemmin olen liikkunut enemmän.”

” painonpudotukseen vois satsata, kun löytäs motivaation.”

Kahden vuoden kuluttua opiskelijat olettivat terveydentilansa pysyvän ennallaan, kukaan ei arvioinut sen paranevan. Iän myötä arveltiin aineenvaihdunnan hidastuvan.

” paino nousee, kun aineenvaihdunta hidastuu.”

” samanlainen kuin nytkin”

” ihan hyvä silloinkin”

Mittauksilla saadut tulokset kertoivat, että puolella oppilaista oli ylipainoa (painoindeksi 25-30). Vyötärönympäryys ylitti hälytysrajan kolmella oppilaista. Yhdestä kohderyhmästä oli

koholla oleva verenpaine ja kahdella kolesteroliarvo kohonneen puolella. Hemoglobiiniarvot olivat kaikilla normaalin rajoissa, samoin verensokeriarvot.

Lähisuvussa esiintyi 2. tyyppin diabetesta kolmella vastaajalla, korkeaa verenpainetta kolmella vastaajalla. Sydän infarktiin oli kuollut lähisuvussa kolmen vastaajan lähisukulaisia, yhden lähiomainen oli ollut sydämen ohitusleikkauksessa. Yhdellä vastaajalla ei suvussa ollut mitään pitkäaikaissairauksia, migreeniä kuitenkin esiintyi suvussa.

"on kaikenlaista, isä kuoli infarktiin, tädillä on verenpainetauti, mummolla sydänohitusleikkaus"

"diabetesta on mummolla ja ukilla, vanhemmalla iällä, äidillä verenpainetauti"

"meidän suku on pitkäikäistä, ukki syö Nitroja nyt 85 vuotiaana, ei diabetesta "

"isovanhemmilla on diabetesta ja verenpainettakin"

"migreeniä on suvussa, ei diabetesta"

"isovanhemmilla on 2.-tyypin diabetes"

Omiksi sairauksiksi nimettiin migreeni, rytmihäiriöt, seurannassa oleva verenpaine.

Tuki- ja liikuntaelinsairauksia suvussa kukaan ei nimennyt esiintyvän eikä myös itsellään.

Kehonkoostumuksessa jokainen sai tietoonsa lepoindeksivaihtuntansa. Tieto kehonkoostumusmittauksista oli uutta sekä ohjattaville ja ohjaajalle, joten tuloksia käytiin yhdessä läpi haastattelutilanteessa, ja lähetin vielä koosteen normaaliarvoista oppilaille sähköpostina. Luustolihasprosentti oli viidellä normaalia keskiarvoa. Yhdellä se oli poikkeava. Kehon rasvaprosentti oli poikkeava neljällä normaaliarvoihin verrattuna, kahdella se oli normaali. Sisäelinrasvapitoisuus eli sisäelintenrasvan pinta-alan jakautuminen oli kaikilla nolla tasoa eli hyvä.

"Kiva saada näitäkin tuloksia, ennen en ole ollut tällaisissa mittauksissa"

"onkohan nämä kuinka luotettavia, vai toimiiko lääkefirmojen hyödyksi"

1.9 Opiskelijoiden terveystottumukset

Haastateltavien liikuntatottumukset olivat hyvät. Liikkuminen oli päivittäistä kaikilla. Pääpaino tyhjän liikuntapiirakan täyttämisen perusteella oli hyötyliikunnan puolella, mutta suurin osa joukosta harrasti myös lihaskuntoa kohottavaa ja kestävyys liikuntaa, kuten jumppaa, kuntosalia tai kuntonyrkkeilyä. Hyötyliikunta koostui pääosin työ- ja koulumatkoista, sekä koirien ulkoilutuksesta sekä kotitöistä.

"olen hyötyliikunnan puolestapuhuja, kesällä ihanaa puutarhatyöt"

"kotoa asemalle ja asemalta kouluun kävellen ja koiralenkkit päälle päivittäin"

”Keppijumppa ainakin kerran viikossa, reilu tunnin lenkki koirien kanssa”

”harrastan kyllä hikiliikuntaakin, käyn jumpassa”

Haastateltavat toivat myös esille, että aika ei riittänyt liikunnan lisäämiseen, vaikka halua siihen olisi ollut.

”liikkumista vois lisätä, kun aikaa jäis”

” kun löytäis sopivan liikuntamuodon ja kun ei tiedä paikkojakaan uudessa kaupungissa”

”urheilulle ei jää tarpeeksi aikaa”

Ruokailutottumukset olivat melkoisen hyvät kaikilla. Useimmat haastatelluista olivat omaksuneet ns. lautasmallin käyttöönsä, ja erikoisesti kouluruokailun yhteydessä pystyivät myös noudattamaan sitä. Säännöllistä ruokailurytmiä useimmat pystyivät toteuttamaan arkisin, mutta viikonloppuisin tai vapaapäiväisin tuli poikkeamia ja epäsäännöllisyyksiä rytmitykseen. Aamupala, lounas tai päivällinen nimettiin tärkeimmiksi säännöllisiksi aterioiksi, illalla ei yleensä syöty tukevaa ruokaa. Viikolla jokainen sanoi syövänsä ainakin yhden lämpimän aterian. Yötyössä oleva vältti raskaita aterioita yövuorossa, kaupanalalla osanaikatöissä olevat kertoivat syövänsä lyhyillä tauoilla pikaruokaa. Kasviksia, vihanneksia ja hedelmiä käyttivät kaikki jossakin muodossa päivittäin. Marjojen syönti oli vähäistä useimpien osalta, mutta jotka olivat niitä itse keränneet ja pakastaneet, niin he myös söivät niitä enemmän. Viljatuotteista suosittiin kuitupitoista leipää ja aamupuuroa, jotka kuuluivat enemmistön ruokavalioon. Maitotuotteista käytettiin pääsääntöisesti rasvatonta maitoa, jogurttia, kevytjuustoja ja vähärasvaisia levitemargariineja. Kalaa syötiin vähintään kerran viikossa yhtä haastateltavaa lukuun ottamatta, jolla oli allergia. Kalaa valmisti itse ruuaksi hyvin harva haastatelluista, mutta esim. kouluruokana sitä syötiin mielellään. Kanan käyttö oli yleisempää kuin muun lihan käyttö. Makeisten ja suklaan nauttiminen oli kaikilla yleistä, muttei päivittäistä, vaan herkuteltiin erikoisesti viikonloppuisin. Kahvileivän ja sokerin käyttö oli suhteellisen vähäistä. Öljyn käyttäminen oli paistamisessa yleisintä, ja opiskelijat halusivat tietoisesti välttää kolesterolia nostavien rasvojen käyttöä.

”Syön kyllä päivittäin vihanneksia, hedelmiä, kaudesta riippuen, mandariineja nyt. Marjoja mitä sattuu pakastimessa olemaan

”syön monipuolisesti, kasviksia ja salaatteja päivittäin”

”aamupuuron syön kyllä joka aamu”

”Tummaa leipää tai kuitupitoista leipää syön päivittäin”

”tykkään näkkäristä ja vaaleasta leivästä”

”kalaa syön ainakin koulussa”

”rasvatonta maitoa juon muutaman lasin päivässä, jogurttia ja juustoa joka päivä myös”

”maidosta saan vatsavaivoja, mutta jogurttia ja juustoa kyllä käytän”

"pääsääntöisesti paistorasvana öljy, joskus margariini"

"käytän teflonpannua ja lisään hyvin vähän mitään rasvaa"

"iltapäiväkahvipulla on paheeni, olen sellainen herkuttelija"

"karkit ja suklaa ovat herkkuja lähinnä viikonloppuisin, mutta lipsuuhan se välillä viikollakin."

Tupakoitsijoita kohderyhmässä oli ainoastaan yksi ja hänkin toi esille halun lopettamiseen. Alkoholin käytön suhteen ei kenelläkään ollut riskikäyttäytymistä. Jokainen vastaaja käytti alkoholia vapaa-ajan vietossa maltillisesti, ei humalahakuisesti. Enemmistö haastatelluista nukkui riittävästi eli noin kahdeksan tuntia vuorokaudessa. Yhdellä jäi uni arkisin melko vähäiseksi työn ja läksyjen johdosta, mutta hän yritti viikonloppuisin maksaa univelkaansa takaisin. Unen laatu kaikilla oli suhteellisen hyvä.

"8 h ainakin nukun, vois varmaan nukkua pitempäänkin ja nukun hyvin"

"5-6 h ehdin nukkua, viikonloppuna sitten yli 12 h, univelat on maksettava"

Stressi, yliväsymys ja erilaiset huolet saattoivat ajoittain vaikuttaa muutamilla haastatelluista siihen, että uni oli joskus katkonaista, tai oli vaikeaa saada unta. Keinoja unen parantamiseen ei kuitenkaan tarvinnut suuremmin miettiä, koska ohimenevät heräilyt eivät aiheuttaneet ongelmia. Oman jaksamisen suhteen kaikki olivat tyytyväisiä ja optimistisia. Vähäisen stressin ajan käytön suhteen ei todettu ainakaan vielä aiheuttavan ongelmia.

"vähän stressiä jostakin oppiaineista, tentit, onneksi joulukuusi on tulossa"

"ihan hyvin jaksan, ollaan niin alussa tässä opiskelussa"

"töitä nyt liikaa, kaipaan vapaapäiviä"

"positiivinen asia tää koulunkäynti, kiinnostaa kovasti ja on saanut uusia kavereita, koulu antaa haastetta elämään, osaan kyllä rentoutuakin."

Koulunkäynti ei vielä näin alkuvaiheessa tuottanut ongelmia myöskään rasittavuuden suhteen. Vuorotyössä oleva henkilö toi esille vuorotyön raskauden opiskelun ohella sekä fyysisesti, että psyykkisesti, ja oli siksi lopettamassa sen työn. Hän toi esille epäsäännöllisen työn haittoja varsinkin yövuoroissa.

T2D-kaavakkeen riskipisteet ylittivät kahdella kohderyhmän jäsenellä 7 pisteen rajan, joten heidän sairastumismahdollisuus diabetekseen on jonkin verran lisääntynyt. Kahdella ei riskipisteitä esiintynyt lainkaan.

1.10 Terveyskäyttäytymisen muutos

Jokainen haastatelluista osasi nimetä muutostarpeensa. Useimmat kokivat ensisijaiseksi painonhallinnan ja liikunnan lisäämisen.

”herkuttelu pois, että paino alenis. Tiedän kyllä tasan tarkkaan mistä se johtuu.”

”haluaisin harrastaa liikuntaa säännöllisesti, poen huonoa omaatuntoa sen vuoksi”

”kolesteroliarvot alemmas, täytyy katsoa rasvat, mitä syö. Lääkäri sanoi, että älä syö meetvurstia.”

Tupakanpoltosta eroon pääseminen oli tavoitteena yhdellä. Yksi haastateltavista toi esille huolensa kolesteroliarvoistaan.

”Kesällä olis helpompi lopettaa tupakanpoltto, se onnistus varmaan paremmin. Toisaalta kaverien kanssa on mukavaa polttaa yhdessä.”

” nyt katson mitä rasvaa käytän, ennen en välittänyt.”

Muutosta aiottiin toteuttaa liikunnan lisäämisellä, lautasmallin ottamista jokapäiväiseksi ruokailutavaksi ,ja vähentämällä herkuttelua ja napostelua sekä kiinnittämällä ruuan rasvan laatuun enemmän huomiota. Mielekkään liikunnan harrastuksen löytyminen koettiin myös yhdeksi keinoksi muutoksen toteuttamisessa. Kohderyhmän jäsenet kaipaivat stressitöntä elämäntilannetta muutoksen toteuttamiseen. Oppilaiden mielestä terveyskäyttäytymisenmuutosta edistää aina oma vahva päätös, hyvä elämäntilanne, läheisten ja ystävien tuki ja säännöllinen terveydentilaseuranta terveystapaamisissa.

”kyllä mä siihen omalla päätöksellä pystyisin, eka päivä on pahin”

”ihan omin keinoin onnistuu, ei ongelmia”

”jos vaan tosissani yritän onnistun kyllä, olen ennenkin onnistunut”

”perheen tuki ja ystävät tietysti auttavat, päiväkirjaseurantakin voi antaa ryhtiä”

”nyt on huono ajankohta, joulua tulossa, stressiä kokeista”

Muutoksen seurantaan koettiin yhdeksi keinoksi päiväkirjamerkintöjen tekeminen ja seurantakäynnit esim. kouluterveydenhoitajalla. Onnistumisen kannalta oma vahva motivaatio koettiin kaikkein tärkeimmäksi. Haastattelijan näkökulmasta katsottuna arvioisin jokaisen oppilaan olevan uudessa muutoksetekoprosessissaan harkintavaiheessa.

Haastatteluajankohta oli lähellä joulua, joten se ajankohta todettiin huonoksi esim.

painonpudotukselle ja liikunnan lisäämiselle. Kuitenkin opiskelijat halusivat noudattaa jo olemassa olevia terveitä elintapoja, ja haluttiin tehdä työtä sen eteen, ettei terveydentila ainakaan huononisi. Ohjaajana pyrin rohkaisemaan heitä tavoitteissaan, ja pyysin heitä miettimään, mitä todellisia esteitä muutokselle olisi. Toin myös hyviä puolia esille tämän hetkisellemuutoksen alkamiselle.

1.11 Terveystarkastuksen arviointi

Palautteiden perusteella oppilaat kokivat terveystarkastuksen hyväksi ja tarpeelliseksi. He kokivat saaneensa tarpeellista tietoa omasta terveydestä, sekä terveydentilan mittauksilla, että haastattelun perusteella.

”hyvä kun sai lisää tietoa omasta terveydestä”

”tästä oli hyötyä varmasti kummallekin osapuolelle. Hyvin sai kannustusta ja ohjausta elämäntapamuutokseen sekä tärkeää terveystietoa”

”oli kiva, kun sai tällöisen mahdollisuuden tietoa ja uusia näkemyksiä asioista. Kiitos.”

”Nyt yritän ottaa itsestäni niskasta kiinni. Laitteiden käytössä oli pientä takelmaa, mutta saatiinhan lopulta tulokset. Olisin kaivannut vielä enemmän tietoa asioista, oliko aikaa sittenkin liian vähän.”

”teemahaastattelu oli luontevaa kommunikointia, vaikka piti edetä käyttäen sitä varten rakennettua kaavaketta.

”sai hyödyllistä tietoa ja tulokset heti mukaan ja niistä oikea tieto”

Positiiviseksi koettiin myös uuden näkemyksen saamisen oman terveytensä edistämiseen. Haastattelutilanne koettiin luontevaksi, vaikka kaavakkeen käyttö jonkun mielestä hieman häiritsi tilannetta, myös tekniikan käytössä oli pieniä puutteita. Ohjaustilanne nähtiin molemmille osapuolille hyödyksi. Opiskelijat kokivat saaneensa kannustusta elämäntapamuutoksiin. Heistä oli myös tärkeää, että tiedot terveydentilamittauksista sai itselleen, siten tieto tuloksista pysyy mielessä.

POHDINTA

1.12 Tulosten tarkastelu

Tämän tutkimuksen tarkoitus oli ehkäistä Hyvinkään ammattikorkeakoulun hoitoalan opiskelijoille metabolisen oireyhtymän kehittymistä terveystarkastuksen avulla. Heidän terveydentilaansa kartoitettiin terveystarkastuksessa terveyden tilan mittaamisella, ja heidän terveystottumuksiaan teemahaastatteluna. Terveystarkastuksen tavoitteena oli ohjata opiskelijoita terveellisten elämäntapojen valintaan ja käynnistää terveyskäyttäytymisen muutos. Arvioin tavoitteiden onnistumista saatujen tulosten ja oppilaiden arvioinnin ja oman havainnointini ja arvioni perusteella. Mielestäni tämä työ osoitti erittäin tarpeelliseksi ennaltaehkäisyä tärkeyden metaboliseen oireyhtymään tähän työhön osallistuvien kohdalta, koska pienestäkin ryhmästä löytyi elämäntapamuutoksella korjattavia terveystarpeita, ja jo olemassa olevia terveyshaittoja. Koska tälle työlle ei ole jatko seuranta, oppilaiden

suunniteltu muutosprosessin seuranta ja terveydentilan seuraaminen pitemmällä aikavälillä jää toteutumatta. On myös tärkeää huomioida, että vaikka ihmisillä on tietoa terveydestään ja terveellisistä elintavoista, muutoksen toteuttaminen vaatii aikaa, siksi elintapamuutosten seuranta on suotavaa, jopa nuorimmillakin työikäisillä.

Koin opinnäytetyöni myös erittäin hyödylliseksi oppimisprosessina. Sain itselleni paljon työhöni hyödynnettävää tutkimustietoa. Muutosvaiheprosessin sisäistäminen terveyskasvatukseen vaatii myös ohjaajan koulutusta ja innovaatiota sisäistää se toimintamallikseen. Käytännön työssä tämä ei vielä toteudu mielestäni parhaalla mahdollisella tavalla, vaan vaatii lisää koulutusta. Uusien toiminta- ja lähestymistapojen omaksuminen on hidasta myös terveydenalan asiantuntijoille.

Metabolisesta oireyhtymästä tehtyjä tutkimuksia löytyy enemmän muille ikäryhmille kuin nuorille aikuisille tehtyjä tutkimuksia. Opinnäytetöistä ja pro gradu töistä löytyy erilaisia aiheita, joissa tätä asiaa käsitellään (mm. Rantanen 2007, Kiviaho 2004, Rautiainen ym. 2006, Kauppinen ym. 2005). Näissä tutkimuksissa käsitellään metabolista oireyhtymää mm. ohjauksen, laihdutuksen, diabeteksen ennaltaehkäisyn näkökulmasta. Tutkimalla näitä töitä löysin myös samankaltaisuutta omasta opinnäytetyöstäni.

WHO:n koululaistutkimuksessa löytyy tutkimustietoa nuorten terveydentilan seurannasta 20 vuoden aikana (Terveyden edistämisen tutkimuskeskus 2004). Näissä tutkimuksissa nuoret ovat iältään 9-18. Tutkimusten myötä on kuitenkin korostunut, että lapsena omaksutut tavat periytyvät yleensä myös aikuiselle esim. lihava lapsi on usein myös lihava aikuinen.

Tämän työn tutkimustuloksissa oli paljon yhteneväisyyksiä aikaisempien ammattikorkeakouluopiskelijoille tehtyjen tutkimusten kanssa. Työterveyslaitoksen 2007 tutkimuksen mukaan, (vrt. Heistaro 1997, Rimpelä ym. 1998, Raikkola 2000) ammatti-korkeakouluopiskelijat kuvailivat itse koettua terveydentilaansa hyväksi tai melko hyväksi, kuten tässäkin työssä todettiin. Koska kaikki haastateltavani olivat naisia, tukee tutkimusvastaukset myös naisten terveellisempiä elämäntapoja liikunnan, ravinnon, levon, ja alkoholin suhteen kuin miehillä. Esim. naisten humalahakuisuus verrattuna samanikäisiin miehiin on huomattavasti vähäisempää koulu-asteesta riippumatta nuorella aikuisiällä. Helakorven ym. 2001, 2003 tutkimusten mukaan nuorten aikuisten vihannesten, marjojen, kasvien käyttö ei täytä tämän päivän suosituksia. Tässä tutkimuksessa niitten käyttö oli päivittäistä, mutta esim. lautasmalli toteutui parhaiten kouluruokailussa ei välttämättä kotiruokailussa. Myös tupakoinnin yleisyys ammattikorkeakouluopiskelijoiden keskuudessa tukee omassa tutkimuksessani Työterveyslaitoksen 2007 vastaavaa tulosta.

Kuntun 2004 ja Kunttu & Huttunen 2005 tutkimusten mukaan opiskelijoiden terveydessä on tapahtunut positiivisia muutoksia tupakoinnin, alkoholinkäytön ja liikunnan osalta, kuten tässäkin haastattelussa ilmeni siten, että pienessäkin haastattelujoukossa hyvät elämäntavat korostuivat huonoja enemmän. Tosin tulos oli jossakin määrin ristiriidassa terveydentilan mittauksilla saatuihin tuloksiin, parantamisen varaa oli monella oppilaalla.

Useat unitutkimukset (Välimaa 2000, Tynjälä 2002) osoittavat, että länsimaissa nuorten ja aikuisten nukkumistottumukset ovat muuttuneet viime vuosikymmenellä. Nukkumiseen käytetyn ajan vähentyminen kertoo väestön muuttuneesta elämäntyylistä ja ajankäyttötavoista. (WHO:n koululaistutkimus 2004.) Tässä työssä sama asia tuli esille siten, että ne jotka nimesivät univaikeuksia tai liian lyhyen unen määrää ajoittain esiintyvän toivat esille myös ajankäytön ongelmia, jotka olivat unenlaatuun syynä.

Tässä työssä teoriaosuudessa on jo perusteltu metabolisesta oireyhtymästä saatuja sairastavuusriskiä tutkimustuloksia, ja ne yhtenevät myös tämän ryhmän sairastavuusriskin suuntaisesti. Omaksutuilla väärillä elintavoilla ja perimällä on yhteys riskiin sairastua metaboliseen oireyhtymään, ja sitä kautta myöhemmin 2. tyypin diabetekseen. Muutosprosessin pitkäjänteisyydestä tuli tässä työssä myös todisteita. Kun jokainen oppilas oli vasta harkintavaiheessa uuden muutoksen suhteen, jää kysymykseksi, milloin löytyy se sopiva elämäntilanne, joka luo tarpeeksi vahvan motivaation suunnitelman toteuttamiseen. Seurantakäynnit ja mittarit vaikuttavuuden arviointiin olisi erittäin tarpeellisia toteuttaa jatkossa, koska asiakkaan terveysvalintojen muutokset ovat pitkäaikainen ja hidas prosessi, joka vaatii myös arvojen ja asenteiden muutosta. (Hakulinen ym. 2001, 294.)

1.13 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tässä tutkimuksessa on otettu huomioon hyvät tutkimuseettiset käytännöt, joihin kuuluu Hirsijärven ym. 2008 ja Erikssonin ym. 2007 mukaan mm. ihmisarvon kunnioittaminen ja opiskelijoiden itsemääräämisoikeus. Tässä työssä tämä toteutui opiskelijoiden vapaaehtoisuutena osallistumisena oppinäytetyöhöni. Pyydetty tutkimusluvut esitettiin haastettaville ja tuotiin esille myös vaitiolovelvollisuus, kenenkään tulematta henkilöidäksi. Pienessä haastattelujoukossa tämä osoittautui erityisen hankalaksi, koska kuitenkin rehellisellä tulosten tulkinnalla halusin tuoda olennaista tietoa oppinäytetyöhöni. Paunosen & Vehviläisen 2006 mukaan eettinen ratkaisu perustuu tutkijan sisäiseen moraaliin, jota olen halunnut työssäni noudattaa. Myös kaikki työhön liittyvät yksityiskohtaiset haastattelut ja terveydentilamittaukset tuhoataan työn loppuun saatettua.

Oppinäytetyöni tutkimustulokset olen raportoinut avoimesti ja rehellisesti pitämällä opiskelijoiden tietosuojan mielessäni koko ajan. Tutkimuksen luotettavuus kertoo myös työn

laadukkuudesta. Jos työhön on sovellettu työn alkuvaiheessa hyvän tutkimuksen metodiikkaa, auttaa se myös tutkimuksen loppuvaiheessa sen luotettavuudessa. (Hirsijärvi & Hurme 2008.) Tätä olen noudattanut tässä opinnäytetyössäni mm. teemahaastattelukysymyksen suunnittelulla puolistrukturoiduksi lomakkeeksi tutkimuksenvastauksien saamiseksi ja luotettavuuden takaamiseksi. Suunnittelin ja harjoittelin myös haastattelutilannetta ja terveydentilan mittauksia etukäteen. Oikein tehdyt mittaukset takaavat luotettavat vastaukset, vaikka pikamittarilla otetut verinäytteet eivät ole luotettavuudeltaan laboratoriokokeiden vertaisia. Luotettavuutta haavoittaa myös tutkimuksen osallistuva pieni henkilömäärä, koska se ei tue tutkimuksen yleisyyttä, on vai suuntaa antava.

1.14 Kehittämisehdotukset

Tässä opinnäytetyössä tuli mielestäni tämän päivän opiskelijatutkimusten suuntainen idea-ajatus esille, eli ihmisen terveydentilan edistäminen ei ole vaan hänen mahdollisiin oireisiinsa ja elintapamuutoksien valintoihin puuttumista, vaan on myös otettava hänen hyvinvointiinsa vaikuttavat tekijät huomioon (Työterveyslaitos 2007). Terveys on sinällään tärkeä edellytys, mutta parhaisiin tuloksiin päästään ottamalla ihminen huomioon kokonaisvaltaisesti. Terveyskäyttäytymisen muutoksessa, ennaltaehkäisyssä on otettava huomioon asiakkaan elämäntilanne, hänen sen hetkinen kykynsä muuttaa terveyskäyttäytymistään omaksi edukseen. Elintapaohjauksessa ei ole yksiselitteistä ohjaamistapaa, vaan tilanne lähtee aina asiakkaan tarpeista ja hänen vastaanottokyvystään.

Terveystarkastuksia, joissa kartoitettaisiin opiskelijoiden terveydentilaa ja terveystottumuksia sekä terveyskäyttäytymisen muutostarve, -halukkuus ja -valmiutta, olisi hyvä suunnata jo 18-45 vuotaiille oleville ammattikorkeakouluopiskelijoille mahdollistaen siten varhaisen metabolisen oireyhtymän ennaltaehkäisyn tai muitten terveusriskien synnyn. Tarkastuksessa tulisi ottaa huomioon heidän tuleva työnsä ja työolosuhteet. Tämä olisi yksi keino puuttua mm. ylipainon torjumiseen, joka on suuri riskitekijä monelle sairaudelle. Terveystarkastuksen henkilöstön tulisi olla asiantuntijoita muutosprosessin tuntemisessa, jolloin asiakkaan tukeminen terveyskäyttäytymisen muutoksen eri vaiheissa onnistuisi. Se, miten saada jo oikeaa terveystietoa omaava henkilö motivoitua terveyskäyttäytymisen muutokseen, on suurempi haaste terveyden alan asiantuntijoille, kuin se, millaista terveystietoa annetaan elintapamuutokseen vaikuttavista tekijöistä. Olisi myös mielenkiintoista tehdä terveystarkastus tälle opiskelijaryhmälle vuoden seuranta-ajan jälkeen. Se antaisi tietoa siitä onko tällainen terveystarkastus/toimiva malli ennaltaehkäisyssä ja muutoksentukemisessa. Palautteessa tulisi myös selvittää, kuinka monen henkilön kohdalla terveydentila seurannat olivat säännöllisiä, ja miten ja missä seuranta toteutui.

LÄHTEET

- Aapro, S., Kupiainen, H. & Leander, M. 2008. Ravitsemushoito käytännössä. WSOY Oppimateriaalit. Helsinki: WSOY.
- Aho, T. & Salaspuro, M. 2005. [www.dokumentti] Alkoholi-ongelman hoito. <http://www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=khp00049>
- Aro, A., Mutanen, M. & Uusitupa, M. (toim.) 2005. Ravitsemustiede. Kustannus Oy. Duodecim, Jyväskylä:Gummerus.
- Aunola, S., Eriksson, J.G., Hämäläinen, H., Ilanne-Parikka, P., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Laakso, M., Lahtela, J., Lindström, J., Peltonen, M., Uusitupa, M., Tuomilehto, J. & Valle, T.T. 2008. Effect of lifestyle Intervention on the Occurrence of Metabolic Syndrome and its Components in the Finnish Diabetes Prevention Study. *Diabetes care* 2008; 31:805-807. Luettu 5.10.2009.
- Diabetesliitto. 2009. Dehko 2D-hankkeen projektisuunnitelma. [www-dokumentti] http://www.diabetes.fi/sivu.php?artikkeli_id=29. Luettu 14.4.2009.
- Diabetesliitto. 2009. Dehkon julkaisut. [www-dokumentti] http://www.diabetes.fi/sivu.php?artikkeli_id=77. Luettu 25.4.2009.
- Eloheimo, O., Mattila, J., Mäntyranta, T. & Viitala, J. (toim.) 2004. Terveyspalveluiden suunnittelu. Kustannus Oy Duodecim. Jyväskylä:Gummerus.
- Eriksson, K., Isola, A., Kyngäs, H., Leino-Kilpi, H., Lindström, U., Paavilainen, E., Pietilä, A-M., Salanterä, S., Vehviläinen-Julkunen, K. & Åstedt-Kurki, P. 2007. Hoitotiede. WSOY oppimateriaalit Oy. Porvoo: WSOY.
- Fogelholm, M., Mustajoki, P., Uusitupa, M. & Rissanen, A. 2006. Lihavuus-ongelma ja hoito. Kustannus Oy Duodecim. Hämeenlinna:Karisto.
- Fogelholm, M. 2001. Ratkaisuja ravitsemukseen. Ravitsemuskasvatus ja elämänkaari. Helsingin yliopiston Tutkimus- ja koulutuskeskus. Palmenia-kustannus. Helsinki: Palmenia.
- Fogelholm, M. Terveysliikunnan tutkimusuutiset 2008. Terveiden tutkimus. Suomen Akatemia. [www-dokumentti] <http://www.ukkinstituutti.fi/> <http://www.ukkinstituutti.fi/fi/197>
- Haarala, P., Honkanen, H., Mellin, O-K., Tervaskanto-Mäentausta, T. 2008. Terveystieteiden laitoksen osaaminen. Edita Publishing Oy. Helsinki:Edita Prima.
- Haglund, B., Huupponen, T., Hakala-Lahtinen, P., Ventola, A-L. 2007. Koskua, L. (toim.) Ihmisen ravitsemus. Oppimateriaalit Oy. Helsinki: WSOY
- Hakola, T., Hublin, C., Härmä, M., Kandolin, I., Laitinen, J. & Sallinen, M. 2007. Toimivat ja terveet työntekijät. Työterveyslaitos. Vammala:Vammalan kirjapaino.
- Hakulinen, T., Hirvonen, E., Karhu, A-L., Koponen, P., Pietilä, A-M., Salminen, E-M, Sirola, K. (toim.) 2001. Terveiden edistäminen. Uusiutuvat työmenetelmät. Helsinki: WSOY.
- Heikka, H. & Koskenkorva, J. 2004. Metabolisen oireyhtymän elintapaneuvonta perusterveydenhuollon kuvaamana. Pro-gradu tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Terveyskasvatus. [pdf-dokumentti] Tulostettu 14.9.2009.
- Hirvonen, E., Johansson, K., Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Poskiparta, M & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Oppimateriaalit. Helsinki: WSOY

Hirsijärvi, S. & Hurme, H.2008. Tutkimushaastattelu-teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Oy Yliopistokustannus, HYY yhtymä. Yliopistopaino: Helsinki.

Hirsijärvi, S., Remes, P.& Saajavaara, P.2007. Tutki ja kirjoita.13., osin uudistettu painos. Kirjayhtymä Oy. Keuruu: Otava.

Husman, K., Laine, V., Leino, T., Manninen, P. & Mukala, K.(toim).2007. Hyvä työterveyshuoltokäytäntö. Työterveyslaitos. Vammalan kirjapaino Oy: Vammala.

Häggman-Laitila, A.1999. Terveys ja omatoiminen terveydenhoito. Kuvaileva teoria yksilöllisistä kokemuksista. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Vammala:Vammalan kirjapaino.

Hämäläinen, H.2005. Mittanauha halpa riskin arvioinnin työväline metabolisessa oireyhtymässä. [www-dokumentti] Duodecim 2005;23(4):464-466.Tulostettu 12.3.2009.

Härmä, M. & Sallinen, M.2004. Hyvä uni-hyvä työ. Kustannus Oy Duodecim. Helsinki: Työterveyslaitos.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M., Pikkarainen, P.2006. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Keuruu:Otava.

Ilander, O.2006. Liikuntaravitsemus. Uk-kustannus. Jyväskylä:Gummerus.

Ilanne-Parikka, P., Kangas, T., Kaprio, E.A. & Rönnemaa, T.(toim)2006. Diabetes.20-24.Kustannus Oy Duodecim. Hämeenlinna:Karisto.

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

Kannas, L.(toim.)2004. Koululaisten terveys ja terveystyötyminen muutoksessa. WHO-koululais-tutkimus 20 vuotta. Jyväskylän yliopisto. Terveystyö tutkimuskeskus. Jyväskylä:Domus - Offset.

Kauppinen, E. & Larjovuori, M., Lehto, H.2005."Itsestään se lähtee."Valtaistavan laihdutus-ja painonhallintaryhmän kehittämishanke aikuisterveysneuvonnan asiakkaille. Opinnäytetyö. Diakonia ammattikorkeakoulu. Lahden yksikkö.[pdf-dokumentti] Tulostettu 14.6.2009.

Kiviaho, I. 2004. Fyysinen aktiivisuus ja metabolinen oireyhtymä 55-74-vuotiailla miehillä ja naisilla. Liikuntafysiologian pro-gradu tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Liikuntabiologian laitos. [pdf-dokumentti]Tulostettu 16.9.2009.

Koivisto, T., Muurinen, S., Peiponen, A., Rajalahti, E.(toimituskunta) 2002. Hoitotyön vuosikirja 2003. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Tampere:Tammer-Paino.

Kujala, U., Taimela, S. & Vuori, I.(toim)2005. Liikuntalääketiede. Kustannus Oy Duodecim. Hämeenlinna:Karisto Oy kirjapaino.

Kukkola-Harju,K.2008. Uni, lihavuus ja liikunta-unen terveydelliset vaikutukset.[pdf-tiedosto]Terveystyö tutkimuskeskus 2008. <http://www.ukkinstituutti.fi/upload/it81slbo.pdf>.

Kunttu, K. & Huttunen, T.2001. Korkeakouluopiskelijoiden terveystutkimus 2000. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M. & Lipponen, K.2007. Potilasohjauksen haasteet-käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulun yliopistollinen sairaala. Oulun-yliopiston hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos:Oulun yliopistopaino.

Laakso, M.2005. Metabolisen oireyhtymän uudet kriteerit ja hoito. Duodecim 2005;121(14): 1521-30.Luettu 1.10.2008

Laaksonen, D.E., Lakka, H-M., Lakka, T.A., Kumpusalo, E., Niskanen, L., Tuomilehto, J., & Salonen, J.T.2003. Metabolinen oireyhtymä lisää sydän-ja verisuonitautien aiheuttamaa ja kokonaiskuolleisuutta. Duodecim 2003;119:1165-7. Luettu 15.9.2009.

Laitinen, J.2004. Ravitsemus ja työkyky sekä hyvinvointi työssä.[www-dokumentti] <http://terveysportti.fi/terveysportti/ekirjat>. Nayta artikkeli?p_artikkeli=tt100109 & p. Luettu 1.10.2009.

Louheranta, A.(toim.)2006. Ravitsemus ja ruokavaliot. Dieettimedia. Vammala:Vammalan kirjapaino.

Löfstedt J.2005. Artikkelii. Omasta terveydestään pitäisi ottaa vastuuta. Helsingin Sanomat.1.2.2005.

Miller, WR. & Moyers TB, 2007.Eige stages in learning motivational interviewing. Teach Addict 5 (1).3-17.

Mustajoki, P. & Lappalainen, R.2001. Painonhallinta-ohjaajan opas. Kustannus Oy Duodecim. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Mustajoki, P.2007. Ylipaino. Tietoa lihavuudesta ja painonhallinnasta. Kustannus Oy Duodecim. Hämeenlinna: Karisto Oy.

Mustajoki, P.2009. Lääkärikirja Duodecim. Metabolinen oireyhtymä.http://www.terveyskirjasto.fi/tk_koti?_artikkeli=dlk_00045p_haku=m. Luettu 8.8.2009.

Oikarinen, K.2006. Terveysmuotokuvamittari kouluterveydenhoitajan työhön-mittarin kehittäminen ja arviointi. Lapin yliopiston kasvatustieteiden tiedekunta. Rovaniemi:Lapin yliopistopaino.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Werner Söderström. Helsinki: WSOY.

Pietinen, P.2005. Ruoankäyttö ja ravinnonsaanti. Suomalaisen terveys.[www.dokumentti] http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo00013 & p_teos=suo. Luettu 12.10.2009.

Poskiparta, M.2007. Neuvonnan keinoin kohti terveyskäyttäytymisen muutosta. Virkaan astujaisesityelmä.17.10.2007 luonnos ja tulostettu versio.[www-dokumentti] <http://www.search?hl=hl=f & g=neuvonnan +keinoin +kohti muutosta & btnG>. Luettu 12.10.2009.

Raikkola, A.2000. Opinnäytetutkielma. Terveys ja elämänhallinnan tunne. Kyselytutkimus Etelä-Karjalan ammattikorkeakouluopiskelijoille. Preventiivisen hoitotieteen koulutus. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.Luettu 5.5.2009.

Rantanen, H.2007. Laihdutuskurssin vaikuttavuus tyyppin 2.diabeteksen ehkäisyssä ja hoidossa. Opinnäytetyö. Etelä-Karjalan ammattikorkeakoulujen julkaisuja. Sarja C. Opinnäytteitä 9. ISBN 978-952-5155-95-1(Pdf ISSN 1795-956X) Luettu 12.5.2009.

Rollnick S., Masson P. & Butler C.2002.Health behavior change. A guide for practioners. Churchill Livingstone.Lontoo.

Romppainen, V. & Sulander, J. 2007. Hyvinvointi koulutyössä ja opiskeluosa-opiskelijoiden hyvinvointia kartoittavan työkalun kehittäminen. Työympäristötutkimuksen raportointisarja 26. Työterveyslaitos. Helsinki: Yliopistopaino.

Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistioita 2005:6. Opiskelija terveydenhuollon tavoitteiden ja sisällön kehittämistyöryhmän muistio. Sosiaali- ja terveysministeriö 2005. (pdf-dokumentti]
[http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707 & name=DLFE-3617.pdf & title=Opiskelijaterveydenhuollon_tavoitteiden_ja_sisallon_kehittamistyoryhman_muistio_fi.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-3617.pdf&title=Opiskelijaterveydenhuollon_tavoitteiden_ja_sisallon_kehittamistyoryhman_muistio_fi.pdf)
 f. Luettu 12.09.09.

Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito-johtoryhmän asettama työryhmä 2009.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50025#s7>
 Liikunta. Tupakka. [www-dokumentti]
<http://www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=hoi50075#s5>
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi40020>
 Luettu.13.10.2008

Sydänliitto.fi. [www-dokumentti] <http://www.pienipaatospaivassa.fi>.
 ((<http://www.pienipaatospaivassa.fi/syo.php?s=6-12>)
 (<http://www.pienipaatospaivassa.fi/ela.php?s=7>.
http://www.sydanliitto.fi/kaikki_sydamesta/ravinto/fi_FI/ruokamaara/_files/79268062677108814/default/Lautasmalli.gif &
 imgrefurl=[http://www.sydanliitto.fi/kaikki_sydamesta/ravinto/fi_FI/ruokamaara/&h=351 & w=490 & sz=97 & tbnid=V_VP7D_eZbpDfM: & tbnh=93 & tbnw=130 & prev=/images % 3Fq % 3Dlautasmalli & hl=fi & usg=__opV3xrgeeVO9ro-7IFKNxTof4_s= & ei=oSnbSreTEI6G_Ab9383VDA & sa=X & oi=image_result & resnum=3 & ct=image & ved=0CA0Q9QEwAg](http://www.sydanliitto.fi/kaikki_sydamesta/ravinto/fi_FI/ruokamaara/&h=351&w=490&sz=97&tbnid=V_VP7D_eZbpDfM:&tbnh=93&tbnw=130&prev=/images%3Fq%3Dlautasmalli&hl=fi&usg=__opV3xrgeeVO9ro-7IFKNxTof4_s=&ei=oSnbSreTEI6G_Ab9383VDA&sa=X&oi=image_result&resnum=3&ct=image&ved=0CA0Q9QEwAg)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.2009. [www-dokumentti]
http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/elintavat/ravitsemus/suomalaisten_ravitsemus/ Luettu.16.9.2009.
http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/elintavat/tupakka. Luettu 11.9.2009

Terveydenedistämiskeskus ry.2005. [www.dokumentti] <http://www.health.fi/>. Luettu 12.12.2009.

Turku, R. Muutosta tukemassa- Valmentava elämäntapaohjus.2007. Edita Publishing Oy. Otavan kirjapaino Oy: Keuruu.

Uusitupa, M. & Tuomilehto, J. Tyypin 2 diabetes on ehkäistävissä ja niksit tiedossa.2006. Duodecim 2006;122:2675-6. Luettu 1.8.2009.

Uusitupa, M.2001. Liikunta ja ruokavalio ovat metabolisen oireyhtymän täsmähoitoa. Duodecim 2001;117:621-30. Luettu 15.2.2009

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005. [pdf-dokumentti]
<http://wwwb.mmm.fi/ravitsemusneuvottelukunta/FIN11112005.pdf>
http://wwwb.mmm.fi/ravitsemusneuvottelukunta/Kuvat_SU.htm. Luettu 12.10.2009.

Vanhala, M.2007. Metabolinen oireyhtymä. Lääkärin käsikirja. [www-dokumentti]
[http://www.terveysportti.fi/ltk.naytaartikkeli?p=_ykt00565 & p_haku=metabo](http://www.terveysportti.fi/ltk.naytaartikkeli?p=_ykt00565&p_haku=metabo). Luettu 11.11.2008.

Vauhkonen, I., Holmström, P.2005. Sisätaudit. Helsinki: WSOY.

Vehmas, T.2006. Metabolinen oireyhtymä ja oireettomat valtimomuutokset radiologisina haasteina. Duodecim 2006;122:2733-8. Luettu 12.12.2008.

- Vertio, H.2003. Terveyden edistäminen. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Jyväskylä:Gummerus.
- Vilka, H & Airaksinen T.2003. Toiminallinen opinäytetyö. Helsinki:Tammi.

LIITE 1: Kutsu terveystarkastukseen.....	43
LIITE 2: Tutkimuslupa	44
LIITE 3: Opiskelijoiden lupa tietojen käyttöön	45
LIITE 4: Teemahaastattelurunko:	46
LIITE 5: WHO:n määritellyt normaalit viitearvot (b-gluc, kol, rr, hb).....	48
LIITE 6: KEHONKOOSTUMUSTIEDOTE (OMRON).....	51
LIITE 7: Diabetesriskitesti	53
LIITE 8: Alkoholinkäytön riskit (Audit-C).....	56
LIITE 9: Lautasmalli.....	59

LIITE 1: Kutsu terveystarkastukseen

Tervetuloa ilmaiseen terveystarkastukseen!

Olen 3.vuoden sairaanhoitajaopiskelija. Teen vapaaehtoisille terveydenalan opiskelijoille ilmaisen terveystarkastuksen

9.12.2008 ja 10.12.2008 klo 9-15 välisenä aikana

Hyvinkään Laurean Te-tilassa R 3-12

Varaa aikasi minulta sähköpostitse klo 9-15 väliselle ajalle noille kyseisille päiville. Tarkastuksen kesto on n.1,5 tuntia. Mukaan mahtuu ainakin 8 ensimmäistä.

Terveystarkastukset kuuluvat turvallisuutta, työ- ja toimintakykyä läpi elämän hankkeeseen, josta teen opinnäytetyötäni, painottuen metabolisen oireyhtymän tunnistamiseen ja ennaltaehkäisyyn elintapaohjauksen myötä. Terveystarkastuksen tavoitteena on, että terveydenhoitoalan opiskelija tunnistaa ja tiedostaa metabolisen oireyhtymän kehittymisen riskinä omalle terveydelleen. Tapaamisen aikana kartoitamme näitä riskejä (mm. liikunta, vuorotyö, ravinto, uni) Mittaan sinulta mm. kolesterolin, verensokerin, verenpaineen, painoindeksin ja kehon koostumuksen(rasvaprosentti)sekä vyötärön ympäryys.

Tarkastuksesta tehdään kirjallinen raportti, mutta tarkastuksen tulokset julkaistaan niin, että ketään yksittäistä opiskelijaa ei voida tunnistaa. Tarkastuksessa käsitellyt terveystiedot jäävät vain sinulle.

Terveystarkastuksen voit sisällyttää opintoihisi. Näihin liittyen yhteys lehtori Pirkko Rimpilä-Vanniseen.

Ajanvaraus:

Merja Rytönen

Sairaanhoitajaopiskelija

Laurea ammattikorkeakoulu

Uudenmaankatu 22 05800 Hyvinkää

email merja.rytkonen@laurea.fi

p.041-5061787

LIITE 2: Tutkimuslupa

LUPA-ANOMUS TERVEYSTAPAAMISEEN JA SEN HAASTATTELUUN ja TUTKIMUKSIIN OSALLISTUMISEEN

Pyydän Teidän lupaanne terveystapaamiseen ja sen haastatteluun osallistumista varten Laurean TE-Tilassa (luokka 312). Olen Laurea ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelija ja teen toiminnallisen opinnäytetyön metabolisen oireyhtymän ennaltaehkäisystä terveystarkastuksessa, Opinnäytetyöhön kuuluu terveystapaaminen Laurean ammattikorkeakoulun terveydenalan opiskelijoiden kanssa. Terveystapaaminen on joulukuussa 2008. Tapaamiseen voi osallistua kahdeksan opiskelijaa. Tapaamiseen kuuluu teemahaastattelu, elämäntapaohjausta oman työkyvyn edistämiseen metabolisen oireyhtymän ja sen ehkäisyn näkökulmasta. Terveystapaamiseen kuuluu myös metabolisen oireyhtymän varhainen tunnistaminen erilaisin mittauksin (veren sokeri ja kolesteroli, verenpaine, painoindeksi, vyötärön ympäryys ja kehon koostumus). Opinnäytetyöhön voidaan liittää myös Teidän oman terveyden edistämistä koskeva työkykyä edistävä päiväkirja niin halutessanne. Työkykyä edistävän päiväkirjan voi suorittaa vapaasti valittavina opintoina, joista voi tiedustella lehtori Pirkko Rimpilä-Vanniselta.

Terveystapaamisessa turvataan opiskelijan oikeus yksityisyyteen. Terveystapaamisen tulokset julkaistaan loppuraportissa siten, että kenenkään henkilöllisyyttä ei tunnisteta. Opiskelijan haastatteluista saatuja tietoja ei käsitellä yksitellen vaan aineisto käsitellään kaikkia opiskelijoita koskevana. Haastattelun tuloksia käytetään vain tässä opinnäytetyössä. Opiskelijat saavat terveyttään koskevat tiedot itselleen. Laurea hävittää haastatteluaineiston ja terveystiedot tammikuun 2009 loppuun mennessä. Hankkeen loppuraportti on nähtävissä 12/2009 lähtien Laureassa ja se toimitetaan sähköisenä vastaavalle opettajalle. Terveystapaamiseen ja haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista. Teillä on oikeus kieltäytyä osallistumisesta terveystapaamiseen sekä haastattelussa antamienne tietojen käytöstä milloin tahansa.

Kunnioittavasti Merja Rytönen

Lisätietoja voi kysyä seuraavilta henkilöiltä:

Merja Rytönen
Sairanhoitajaopiskelija
Laurea ammattikorkeakoulu
Uudenmaankatu 22 05800 Hyvinkää
email. merja.rytkonen@laurea.fi

Pirkko Rimpilä-Vanninen
Lehtori
Laurea ammattikorkeakoulu
Uudenmaankatu 22 05800 Hyvinkää
puh. 09 88687722
email pirkko.rimpila-vanninen@laurea.fi

LIITE 3: Opiskelijoiden lupa tietojen käyttöön

SUOSTUMUSLOMAKE TERVEYSTAPAAMISEEN JA SEN HAASTATTELUUN

Suostun terveystapaamiseen ja sen haastatteluun, joka kuuluu Turvallisuutta, työ- ja toimintakykyä läpi elämän hankkeen toimintaan.

Allekirjoitus _____

Nimenselvennys _____

Hyvinkäällä 2008

SUOSTUMUSLOMAKE TERVEYSTIETOJEN KÄYTTÄMISEEN LOPPURAPORTISSA

Suostun siihen, että minua koskevia terveystietoja (verensokeri, veren kolesteroli, verenpaine, painoindeksi, vyötärönympäryys) voidaan julkaista loppuraportissa siten, että minua ei voi tunnistaa.

Allekirjoitus _____

Nimenselvennys _____

Hyvinkäällä _____ 2008

LIITE 4: Teemahaastattelurunko:

1. Taustatiedot

Minkä ikäinen olet?

Mikä on työkokemuksesi/opiskelusi ennen tämän koulun aloittamista?
Minkä verran käyt töissä opiskelun ohella?

Miten työn/opiskelun, perheen ja vapaa-ajan yhteensovittaminen on järjestetty?

2. Terveystila

Millaisena koet terveytesi tällä hetkellä?

Minkälainen se on kahden vuoden kuluttua?

Minkälaisia sairauksia sinun lähisukulaisillasi on?

- diabetes?
- korkea verenpaine
- infarkti, minkä ikäisenä
- tuki- ja liikuntaelimestön sairaus?

3. Terveystottumukset

Minkälaiset ovat liikuntatottumuksesi? Arvio liikuntatottumuksesi tähän tyhjään liikuntapiirakkaan.

Mitä kuuluu päivittäiseen ruokavalioosi? Arvioi ruokavaliosi tämän ravintopyramidin avulla.

- Minkä verran syöt kasviksia, vihanneksia, hedelmiä ja marjoja päivittäin?
- Kuinka paljon käytät viljatuotteita päivittäin? Minkälaista leipää syöt?
- Mitä maataloustuotteita käytät (rasvamäärä) ja kuinka paljon päivässä?
- Minkä verran syöt kalaa viikossa?
- Mikä paistorasva sinulla on käytössä?
- Kuinka paljon syöt makeisia, leivonnaisia viikossa?

Millainen on päivittäinen ateriarytmisi?

- Mikä on eri aterioiden sisältö (aamupala, lounas, päivällinen, iltapala)? Arvioi esim. lounas tämän lautasmallin avulla?

Minkälainen on sinun alkoholin käyttösi? Arvioi se tällä Audit lomakkeella

Tupakoitko?

Miten nukut?

Mikä on keskimääräinen unen määrä tunneissa?

Minkälainen on sinun unenlaatusi?(yhtämittaisuus, heräilyn syyt)
Minkälaisia nukkumiseen liittyviä vaikeuksia sinulla on tai on ollut?(nukahtamisvaikeudet, herääminen)
Millä keinoin parannat untasi?

Miten jaksamisesi on tällä hetkellä?
Miten jaksat opiskella?
Millä keinoilla jaksat?

Mikä on diabetesriskisi? Arvioi se tällä lomakkeella (d2.riskitestilomake)

4. Terveyskäyttäytymisen muutos

Muutoksen haasteet ja halukkuus

Mitä terveyskäyttäytymisen muutosta tulisi tapahtua?

Minkä muutoksen haluaisit tehdä?

Mistä aiot aloittaa?1-2 tärkeintä asiaa:

Mitä tavoitteita sinulla on tämän muutoksen suhteen

Muutosvalmius

Miten olet jo toiminut aikaisemmin tämän muutoksen suhteen?

Oletko jo harkinnut/yrittänyt/toteuttanut muutosta?

jos olet yrittänyt/epäonnistunut/onnistunut, niin miten se on tapahtunut

Miten kykenet sitoutumaan muutokseen tällä hetkellä?

Mitkä tekijät tukevat muutoksen aloitusta?

Mitkä tekijät estävät muutoksen aloitusta

Mitä tukea tarvitset muutoksessa?

Miten aiot toteuttaa mahdollista muutosta?

LIITE 5: WHO:n määritellyt normaalit viitearvot (b-gluc, kol, rr, hb)

Diagnosikriteerit laskimoveren plasman glukoosipitoisuuden perusteella

WHO = Maailman terveysjärjestö

ADA = American Diabetes Association

IGT = heikentynyt glukoosinsieto

IFG = suurentunut paastoarvo

WHO:

Mitattava suure	Normaali	IGT IFG	Diabetes
Paastoarvo (mmol/l)	<6	6.1-6.9	≥7

ADA	<5.5	5.6-6.9	≥7
-----	------	---------	----

Paastosokeri (mmol/l) 4-6 omamittauksissa

Aterian jälkeinen glukoosi (2 h aterian jälkeen) alle 8 omamittauksissa

Dyslipidemioiden hoidon tavoitteet aikuisilla:

KOKONAISKOLESTEROLI	alle 5.0
LDL-KOLESTEROLI	alle 3.0
TRIGLYSERIDIT	alle 2.0
HDL-KOLESTEROLI	yli 1.0

Toistettuihin verenpainemittauksiin perustuva verenpainetason luokitus:

Vähintään neljän eri päivinä tehdyn kaksoismittauksen keskiarvo.				
Optimaalinen	<120	ja	<80	Tarkistusmittaus 5 vuoden välein
Normaali	<130	ja	<85	Tarkistusmittaus 2 vuoden välein
Tyydyttävä	130 - 139	ja	85 - 89	Tarkistusmittaus 1 vuoden välein, elintapaohjeet
Kohonnut verenpaine				
Lievästi kohonnut	140 - 159	tai	90 - 99	Verenpainetason arviointi 2 kuukauden aikana, elintapaohjeet
Kohtalaisesti kohonnut	160 - 179	tai	100 - 109	Verenpainetason arviointi kuukauden aikana, elintapaohjeet
Huomattavasti kohonnut	=>180	tai	=>110	Verenpainetason arviointi 1 - 2 viikon aikana, elintapaohjeet
Hypertensiivinen kriisi	=> 180 - 200	tai	=> 120 - 130	Välitön hoito
Isoloitu systolinen hypertensio	=> 140	ja	< 90	Verenpainetason arviointi kuten yllä

Hemoglobiini (B-Hb)

- Viitearvot
 - Miehet 134-167 g/l
 - Naiset 117-155 g/l
 - Vastasyntyneet 160-200 g/l

LIITE 6: KEHONKOOSTUMUSTIEDOTE (OMRON)

Mahdollistaa sisäelimissä olevan rasvan helpon mittaamisen

LUUSTOLIHASPROSENTTI

Laitte mittaa luustolihasosuuden ts. luuhun liittyvän lihaksen, joka liikuttaa kehoa. Se ei sisällä sisäelimistössä olevaa sileää lihaskudosta.

LUUSTOLIHASPROSENTTI:

Keskiarvo kaikille ikäluokille:

NAISET: n.28 %

MIEHET: n 38 %

(Mittatulokset voi vaihdella esim. syömisen, saunomisen, voimakkaan liikunnan jälkeen)

PAINOINDEKSIIN JA LEPOAINEENVAIHDUNNAN NÄYTTÖ

Huomioi ruumiinrakenteen/painoindeksin

Se arvioi lepoaineenvaihdunnan käyttämällä henkilötietoja ja mitattua ruumiinlämpöä.

BMI =painoindeksi =ruumiinpaino kg: pituus(m²)

Kehonkoostumuksen määrittämistä varten mittari käyttää sähköistä impedanssia sekä pituus, paino, ikä- ja sukupuolitietoja tulosten tuottamiseen Omronin mittarin kehonkoostumustietojen pohjalta

Normaalit tulosarvot Bmi (WHO luokituksen mukaan)

BMI	BMI
Alle 18,5	alipainoinen
18,5-25	normaali
25-30	ylipainoinen
30 tai yli	liikalihava

KEHON RASVAPROSENTTI:

Kehon rasvamassa(kg)/ruumiinpaino(kg)

Erilainen miehillä ja naisilla

Kehon rasvaprosentin tulkinta:

NAISET

Ikä	alhainen	normaali	korkea	eritt.korkea
20-39	<21.0	21.0-32.9	33.0-39.9	> 39
40-59	<23.0	23.0-33.9	34.0-39.9	>40
60-79	<24.0	24.0-35.9	36.0-42.9	>42.0

Sisäelinten rasvan pinta-alan jakautuminen:

0 = 1-9 tasoa

+ = 10-30 tasoa

LEPOAINEENVAIHDUNTA:

Aktiivisuustasosta riippumatta kehon päivittäisten toimintojen ylläpitämiseen tarvitaan vähimmäismäärä energiaa. Lepoaineenvaihdunta, kalorimäärä, joka tarvitaan antamaan keholle tämä vähimmäismäärä energiaa, vaihtelee eri ihmisten välillä riippuen esim. iästä, painosta, kehon koostumuksesta ja energiankulutuksesta.

Kehon tyypillisten päivän aikaan kuluttama kokonaisenergiamäärä on seuraava:

Lepoaineenvaihdunta	Elintoimintojen ylläpitoon tarvittava energia
Päivittäisen aktiviteetinaineenvaihdunta	Päivittäisten toimintojen kuten työmatkojen, kotitöiden, harrastusten jne. tekemiseen käytettävä energia
Ruokavalion synnyttämä lämmön kehitys	Aterian syömisestä jälkeä vapautuva energia

Näiden suhde on 60-70 % lepoaineenvaihduntaan ja 20-30% ruokavalion synnyttämän lämmön kehitykseen.

Lepoaineenvaihdunta kattaa siis suurimman osan päivittäisestä energian kulutuksesta. Jos päivittäinen ravinnonsaanti ylittää näihin toimintoihin tarvittavan energiamäärän, ylimääräinen energia varastoituu rasvana elimistöön.

Lepoaineenvaihdunta vähenee vanhetessamme. Lepoaineenvaihdunnan taso on korkeimmillaan myöhäisessä teini-iässä ja vähenee sitten vähitellen vuosien mittaan.

Lihasmäärän vähentyessä myös poltetun energian määrä vähenee. Jos ihmiset syövät yhtä paljon kuin nuorempina heille kehittyy yhä suurempi vatsanympäryys. Tämän välttämiseksi on tärkeää tietää oma lepoaineenvaihduntansa ja ylläpitää lihaksia liikunnan avulla.

Lähde: Koskinen, K. 2005. Fyysinen kunto ja sen testaaminen. Liikuntalääketiede. sekä Omron kehonkoostumusmittarin ohjekirja.

Hyvä linkki, jossa paljon hyödyllistä tietoa ja testejä:

<http://ffp.uku.fi/kuntoneuvola/testi.htm>

LIITE 7: Diabetesriskitesti



Tuijota omaan napaasi

Testaa riskisi sairastua tyypin 2 diabetekseen

Tyypin 2 (aikuistyyppin) diabetes on vakava ja perinnöllinen sairaus, jonka puhkeamiseen elintavat vaikuttavat merkittävästi. Liikapaino, etenkin vyötärölihavuus, vähäinen liikunta, väärät ruokatottumukset ja tupakointi lisäävät sairastumisriskiä.

Oman sairastumisriskisi voit arvioida helposti riskitestillä.

Lomakkeen yläreuna

1. I k ä

- Alle 45 v. (0 p.)
- 45 – 54 v. (2 p.)
- 55 – 64 v. (3 p.)
- Yli 64 v. (4 p.)

2. Painoindeksi

- Alle 25 kg/m² (0 p.)
- 25 - 30 kg/m² (1 p.)
- Yli 30 kg/m² (3 p.)

3. Vyötärön ympärys mitattuna kylkiluiden alapuolelta (yleensä navan kohdalta)

MIEHET NAISET

- Alle 94 cm Alle 80 cm (0 p.)
- 94 – 102 cm 80 – 88 cm (3 p.)
- Yli 102 cm Yli 88 cm (4 p.)

4. Sisältyykö jokaiseen päivääsi yleensä vähintään puoli tuntia liikuntaa työssä ja/tai vapaa-ajalla ns. arkiliikunta mukaan lukien?

- Kyllä (0 p.)

Ei (2 p.)

5. Kuinka usein syöt kasviksia, hedelmiä tai marjoja?

Päivittäin (0 p.)

Harvemmin kuin joka päivä (1 p.)

6. Oletko koskaan käyttänyt säännöllisesti verenpainelääkkeitä?

En (0 p.)

Kyllä (2 p.)

7. Onko verensokerisi joskus todettu olevan koholla (esim. terveystarkastuksessa, jonkin sairauden yhteydessä, raskauden aikana)?

Ei (0 p.)

Kyllä (5 p.)

8. Onko perheenjäsenilläsi tai sukulaisillasi todettu diabetesta (tyypin 1 tai 2 diabetesta)?

Ei (0 p.)

Kyllä: isovanhemmilla, vanhempien sisaruksilla tai serkuilla (mutta ei omilla vanhemmilla, sisaruksilla tai lapsilla) (3 p.)

Kyllä: vanhemmilla, sisaruksilla tai omilla lapsilla (5 p.)

Riskipisteitä yhteensä

Riski sairastua tyypin 2 diabetekseen kymmenen vuoden kuluessa on

alle 7 Pieni: arviolta yksi sadasta sairastuu

7 – 11 Jonkin verran lisääntynyt:
arviolta yksi 25:stä sairastuu

12 – 14 Kohtalainen: arviolta joka kuudes sairastuu

15 – 20 Suuri: arviolta joka kolmas sairastuu

yli 20 Hyvin suuri: arviolta puolet sairastuu

Lomakkeen alareuna

MITÄ VOIT TEHDÄ SAIRASTUMISRISKIN PIENENTÄMISEKSI?

Et voi vaikuttaa ikääsi, etkä perinnölliseen alttiuteen. Sen sijaan muut diabetekselle altistavat tekijät: liikapaino, vatsakkuus, vähäinen liikunta, ruokatottumukset ja tupakointi ovat omia valintojasi. Elämäntapoihisi liittyvillä valinnoilla voit joko kokonaan ehkäistä tai ainakin siirtää tyyppin 2 diabetesta mahdollisimman myöhäisiin vuosiin.

Jos suvussasi on diabetesta, ole erityisen tarkka siinä, että painosi ei pääse vuosien mittaan nousemaan. Erityisesti vyötärönmitan kasvaminen merkitsee riskin lisääntymistä. Kohtuullinen ja säännöllinen liikunta laskee diabetesriskiä. Kiinnitä huomiota myös ruokavalioosi: nauti päivittäin

runsaasti kuitupitoisia viljatuotteita ja kasviksia. Jätä pois ylimääräiset kovat rasvat ja suosi pehmeitä kasvirasvoja.

Tyyppin 2 diabetes ei alkuvaiheessa yleensä aiheuta mitään oireita.

Jos sait testissä 7-14 pistettä

Sinun kannattaa pohtia liikunta- ja ruokatottumuksiasi ja kiinnittää huomiota painoosi estääksesi diabeteksen kehittymistä.

Ota yhteyttä terveyskeskukseen tai työterveyshuoltoon saadaksesi lisäneuvoja.

Jos sait testissä 15-20 pistettä

Hakeudu terveyden- tai sairaanhoitajan tai työterveyshoitajan vastaanotolle sairastumisriskisi tarkempaan arviointiin.

Jos sait testissä yli 20 pistettä

Hakeudu ensi tilassa terveyden- tai sairaanhoitajan tai työterveyshoitajan vastaanotolle verensokerin mittaukseen (sekä paastoarvo että sokerirasituksen tai aterian jälkeinen arvo) mahdollisen oireettoman diabeteksen toteamiseksi.

Tyyppin 2 diabeteksen riskitesti on Diabetesliiton julkaisema (10/2001) ja sen ovat suunnitelleet professori Jaakko Tuomilehto Helsingin yliopiston kansanterveystieteen laitokselta ja ETM Jaana Lindström Kansanterveyslaitokselta. Testi perustuu laajaan tutkimusaineistoon.

PAINOINDEKSI

Normaalipainon arvioinnissa käytetään painoindeksiä, joka lasketaan siten, että paino jaetaan pituuden neliöllä. Esimerkki: jos pituutta on 165 cm ja painoa 70 kg, on painoindeksi 25,7 ($70 / (1,65 \times 1,65) = 25,7$).

Kun painoindeksi on 25-30, laihduttamisesta on hyötyä, ja erityisesti kannattaa huolehtia, ettei paino ainakaan nouse. Kun painoindeksi on yli 30, lihavuuden terveydelliset haitat alkavat selvästi lisääntyä ja laihduttaminen on tärkeää.

LIITE 8: Alkoholinkäytön riskit (Audit-C)

Kolme ensimmäistä kysymystä mittaa juomisen määriä, sitä kuinka usein juo ja kuinka usein juo runsaasti eli kuusi tai useampia annoksia kerralla. Jos sinulla on kiire, voit käyttää testin kolmea ensimmäistä kysymystä. ([Audit-C](#)) Myös pelkän kolmannen kysymyksen esittämisen (AUDIT 3) on todettu olevan kiireessä toimiva ratkaisu. Käytätkö alkoholia kohtuullisesti, sopivasti vai liikaa? Onko alkoholin käytöstä sinulle enemmän iloa vai haittaa? Oletko joskus halunnut vähentää juomistasi? Voit itse testata ja arvioida omaa juomistasi.

PALJONKO JUOT?

1. Kuinka usein juot olutta, viiniä tai muita alkoholijuomia? Koeta ottaa mukaan myös ne kerrat, jolloin nautit vain pieniä määriä, esim. pullon keskialutusta tai tilkan viiniä.

- ei koskaan
- noin kerran kuussa tai harvemmin
- 2-4 kertaa kuussa
- 2-3 kertaa viikossa
- 4 kertaa viikossa tai useammin

2. Kuinka monta annosta alkoholia yleensä olet ottanut niinä päivinä, jolloin käytit alkoholia?

- 1-2 annosta
- 3-4 annosta
- 5-6 annosta
- 7-9 annosta
- 10 tai enemmän

3. Kuinka usein olet juonut kerralla kuusi tai useampia annoksia?

- en koskaan
- harvemmin kuin kerran kuussa
- kerran kuussa
- kerran viikossa
- päivittäin tai lähes päivittäin

Menikö pitkäksi?

4. Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et pystynyt lopettamaan alkoholinkäyttöä, kun aloit ottaa?

- ei koskaan
- harvemmin kuin kerran kuussa
- kerran kuussa
- kerran viikossa
- päivittäin tai lähes päivittäin

Jäikö jotain tekemättä?

5. Kuinka usein viime vuoden aikana et ole juomisesi vuoksi saanut tehtyä jotain, mikä tavallisesti kuuluu tehtäviisi?

- en koskaan
- harvemmin kuin kerran kuussa
- kerran kuussa
- kerran viikossa
- päivittäin tai lähes päivittäin

6. Kuinka usein viime vuoden aikana runsaan juomisen jälkeen tarvitsit aamulla olutta tai muuta alkoholia päästäksesi paremmin liikkeelle?

- en koskaan
- harvemmin kuin kerran kuussa
- kerran kuussa
- kerran viikossa
- päivittäin tai lähes päivittäin

7. Kuinka usein viime vuoden aikana tunsit syyllisyyttä tai katumusta juomisen jälkeen?

- en koskaan
- harvemmin kuin kerran kuussa
- kerran kuussa
- kerran viikossa
- päivittäin tai lähes päivittäin

8. Kuinka usein viime vuoden aikana sinulle kävi niin, että et juomisen vuoksi pystynyt muistamaan edellisen illan tapahtumia?

- en koskaan
- harvemmin kuin kerran kuussa
- kerran kuussa
- kerran viikossa
- päivittäin tai lähes päivittäin

9. Oletko itse tai onko joku muu satuttanut tai loukannut itseään sinun alkoholinkäyttösi seurauksena?

- ei

- on, mutta ei viimeisen vuoden aikana
- kyllä, viimeisen vuoden aikana

10. Onko joku läheisesi tai ystäväsi, lääkäri tai joku muu ollut huolissaan alkoholinkäytöstäsi tai ehdottanut että vähentäisit juomista?

- ei koskaan
- on, mutta ei viimeisen vuoden aikana
- kyllä, viimeisen vuoden aikana

11. Vastaajan sukupuoli

- Mies
- Nainen

12. Ikä

- 15 tai alle
- 16 - 17
- 18 - 24
- 25 - 30
- 31 - 40
- 41 - 50
- 51 - 64
- 65 tai enemmän

Lähde: Maailman terveysjärjestö WHO (AUDIT-testi).

LIITE 9: Lautasmalli

Sopivan kokoinen ateria

Terveellisen aterian koostamisen periaatteet ovat: runsaasti kasviksia, kohtuudella rasvaa, vain vähän suolaa ja riittävästi kuitua. Lautasmallin avulla ruokamäärät säilyvät kohtuullisina ja terveellisen ravitsemuksen periaatteet toteutuvat.

Lautasmalli

Puolet lautasesta täytetään ensin kasviksilla, tuoreilla tai keitetyillä

Neljännes perunalla, tummalla pastalla tai riisillä

Viimeinen neljännes vähärasvaisella ja -suolaisella lihalla, kanalla, kalalla tai palkokasveilla.

Lisänä pala vähäsuolaista täysjyväleipää, jolla kasvimargariinia, ja lasillinen rasvatonta maitoa tai piiimää. Öljypohjainen salaatinkastike sopii salaatin maustajaksi.

Laatikkoruoissa puolet lautasesta on varattu kasviksille ja puolet laatikkoruoalle. Keittoateriallakin kannattaa nauttia lautasellinen salaattia.



(Sydänliitto 2009)