

Aija Korkeakoski

**TYÖTERVEYSHOITAJIEN TERVEYSTARKASTUKSISSA
ASIAKKAILLEEN ANTAMAN ELINTAPAOHJAUKSEN
VAIKUTTAVUUS**

Opinnäytetyö

CENTRIA AMMATTIKORKEAKOULU

Hyvinvoinnin ja kulttuurin yksikkö

Hoitotyön koulutusohjelma

Terveystieteiden yksikkö

Marraskuu 2012

TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ

Yksikkö Hyvinvoinnin ja kulttuurin yksikkö	Aika Marraskuu 2012	Tekijä Aija Korkeakoski
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma, terveydenhoitotyö		
Työn nimi Työterveyshoitajien terveystarkastuksissa asiakkailleen antaman elintapaohjauksen vaikuttavuus		
Työn ohjaaja Lehtori, TtM, Heleena Uusimäki		Sivumäärä 60+5
Työelämäohjaaja Työplus, palveluesimies, työterveyshoitaja, Heidi Rintala		
<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia työterveyshoitajien terveystarkastusten yhteydessä asiakkailleen antaman elintapaohjauksen vaikuttavuutta. Tutkimuksen tavoitteena taas oli, että saatuja tuloksia voitaisiin jatkossa hyödyntää ohjauksen vaikuttavuuden arviointiin työterveyshuollossa. Tavoitteena oli myös lisätä ymmärrystä asiakkaiden elintapamuutosprosessia kohtaan sekä tuoda esille ohjauksen merkitys asiakkaiden elintapamuutoksessa. Tutkimuksella pyrittiin saamaan vastausta kysymyksiin, miten ohjaus vaikuttaa asiakkaiden elintapamuutokseen ja millaiseksi asiakkaat kokevat elintapaohjauksen sekä miten asiakkaat kehittäisivät elintapaohjausta.</p> <p>Tutkimuksessa käytettiin kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää. Aineistonkeruu toteutettiin kyselylomakkeella, joka sisälsi yhteensä 10 kysymystä. Osa kysymyksistä oli avoimia ja osa strukturoituja. Ensimmäiset kysymykset liittyivät vastaajien taustatietoihin, lopuilla kysymyksillä haettiin vastausta tutkimusongelmiin. Aineisto kerättiin tammi-helmikuun vaihteessa 2012. Vastajat olivat työikäisiä asiakkaita, jotka olivat saaneet työterveyshoitajien toteuttamien terveystarkastusten yhteydessä elintapaohjausta. Kyselylomakkeet jaettiin 165:lle, joista 44 osallistui tutkimukseen. Saatu tutkimusaineisto analysoitiin sekä manuaalisesti että sisällönanalyysin avulla.</p> <p>Tutkimustulokset osoittavat, että ohjauksen saatavuus on riittävää ja että ohjauksella on myönteisiä vaikutuksia asiakkaiden elintapojen muutokseen kaikkien elintapojen, kuten ravitsemuksen, liikunnan, tupakoinnin ja alkoholin käytön, osalta. Muutosvaiheiden näkökulmasta katsottuna, ohjauksen vaikutukset kohdistuvat selvimmin esiharkinta- ja harkintavaiheisiin sekä jonkin verran myös valmistautumisvaiheeseen. Ohjaus näyttää lisäävän elintapojen muutoshalukkuutta ja tietoa terveellisistä elintavoista, muuttavan asennoitumista terveyteen sekä auttavan elintapamuutoksessa.</p> <p>Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää elintapaohjauksen vaikuttavuuden arvioimisessa, ja sen myötä ohjauksen vaikuttavuuden parantamisessa.</p>		
Asiasanat Elintavat, elintapamuutos, ohjaaminen, terveystarkastus, transteoreettinen muutosvaihemalli, työterveyshoitaja, työterveyshuolto, vaikuttavuus		

ABSTRACT

CENTRIA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES	Date November 2012	Author Aija Korkeakoski
Degree programme Degree programme of nursing		
Name of thesis The Effectiveness of Lifestyle Counseling on Clients' Lifestyle Changing Process Given by Occupational Health Nurses During a Health Inspection		
Instructor Lecturer, Heleena Uusimäki	Pages 60+5	
Supervisor Työplus, servicer manager, occupational health nurse, Rintala Heidi		
<p>The purpose of the research was to study the effectiveness of lifestyle counseling on clients' lifestyle changing process, given by occupational health nurses during a health inspection. The aim was to use the results in controlling assessment of the impact of lifestyle counseling. The results hopefully increase also the understanding towards client's lifestyle changing process and bring forward how important counseling actually is to clients during their lifestyle changing process. The research problems were: how counseling affects clients' lifestyle changing processes, what clients think about lifestyle counseling and how would they improve it.</p> <p>In this thesis work methods of quantitative research were used. The research material was collected in January-February 2012 by questionnaire, which contained 10 questions. Some of them were open and the rest of them standardized. The first questions related to the respondents' background information, while the rest of the questions answered directly to the research problems. Respondents were working-age clients of occupational health. Questionnaires were distributed to 165 clients but only 44 came back. The results were analyzed manually and by analysis of the content.</p> <p>According to the research results the counseling given by occupational health nurses was sufficient enough and it was also effective. Counseling had positive effects on client's lifestyle changing process and attitude to health, furthermore it increased openness to change and gives more information on healthy lifestyles. Refers to the transtheoretical model of change the effects of counseling focused especially on the phases of precontemplation and contemplation.</p> <p>This study can be used when assessing the effects of lifestyle counseling. And thereby improving its effects.</p>		
Key words Counseling, effectiveness, health inspection, lifestyles, lifestyle change, the transtheoretical model of change, occupational health nurse, occupational health		

**TIIVISTELMÄ
ABSTRACT
SISÄLLYS**

1 JOHDANTO	1
2 TYÖTERVEYSHUOLTO	3
2.1 Työterveyshuolto	3
2.2 Työkäinen työterveyshuollon asiakkaana	4
2.3 Työterveyshoitajan osaaminen yksilöön kohdistuvissa työtehtävissä	5
2.4 Terveystarkastukset	7
3 ELINTAPAMUUTOS JA SIIHEN OHJAAMINEN	9
3.1 Elintavat	9
3.2 Transteoreettinen muutosvaihemalli	12
3.3 Elintapamuutos	14
3.4 Elintapaohjaus	16
3.4.1 Elintapaohjauksen lähtökohdat	17
3.4.2 Elintapaohjauksen vaiheet	19
3.4.3 Ohjaus elintapamuutoksen eri vaiheissa	24
4 ELINTAPOHJAUKSEN VAIKUTTAVUUS	27
4.1 Vaikuttavuus käsitteenä	27
4.2 Vaikuttavuuden arviointi	28
4.3 Elintapaohjauksen vaikuttavuus asiakkaan näkökulmasta	30
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT	32
6 TUTKIMUSAINEISTO JA –MENETELMÄT	33
6.1 Aineiston keruu	33
6.2 Mittarin kuvaus	33
6.3 Aineiston analyysi	35
7 TULOKSET	36
7.1 Vastaajien taustatiedot	36
7.2 Ohjauksen vaikutus asiakkaiden elintapamuutokseen	37
7.3 Asiakkaiden kokemukset elintapaohjauksesta	43
7.4 Asiakkaiden ehdotukset elintapaohjauksen kehittämiseksi	44
8 POHDINTA	47
8.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset	47
8.2 Tutkimuksen luotettavuus	50
8.3 Tutkimuksen eettisyys	52
8.4 Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet	53

LÄHTEET	55
LIITTEET	
KUVIOT	
KUVIO 1. Transteoreettinen muutosvaihemalli	13
KUVIO 2. Vaikuttavuuden muodostumista kuvaava ketju	28
TAULUKOT	
TAULUKKO 1. Vastaajien taustatietoja	36
TAULUKKO 2. Elintapaohjauksen saaminen	36
TAULUKKO 3. Elintapaohjauksen tarve vastaajien kokemana	37
TAULUKKO 4. Yhteenveto miesten muutosvaiheista	38
TAULUKKO 5. Yhteenveto naisten muutosvaiheista	39
TAULUKKO 6. Analyysin eteneminen pelkistetyistä ilmaisusta yläluokkaan. Esimerkkinä ruokavalion muutokset.	40
TAULUKKO 7. Myönteiset muutokset liikuntatottumuksissa	41
TAULUKKO 8. Myönteiset muutokset tupakointitottumuksissa	42
TAULUKKO 9. Myönteiset muutokset alkoholin käyttötottumuksissa	43
TAULUKKO 10. Muutos elintavoissa	43
TAULUKKO 11. Elintapaohjauksen vaikuttavuus	44

1 JOHDANTO

Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa esitetään työikäisten ihmisten terveyttä koskevat tavoitteet, joilla pyritään parantamaan heidän työ- ja toimintakykyään, jotta eläkkeelle jäämistä voitaisiin siirtää tuonemmaksi ja he jaksaisivat olla työelämässä pidempään. Kaste 2012–2015 -ohjelman mukaan julkisen talouden vakiinnuttamisenkin kannalta on keskeistä, että työikäiset ovat työssä. Työikäisten työkykyä voidaan tukea auttamalla heitä omaksumaan terveellisiä elintapoja sekä kiinnittämällä huomiota työn ja työympäristön terveellisyyteen ja turvallisuuteen. (STM 2001.) Terveyden edistämisen laatusuosituksen mukaan terveydenhuollon ammattihenkilöiden antamalla ohjauksella on merkittävä rooli terveyden edistämisen ja sairauksien ehkäisyn kannalta (STM 2006).

Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa, Terveyden edistämisen laatusuosituksessa ja Kaste-ohjelmassa mainitaan terveyden edistämisen menetelmien ja toimien vaikuttavuuden arviointi ja seuranta. Kaste-ohjelman yhtenä tavoitteena on ehkäisevän työn sekä terveydenhuoltopalveluiden laatu ja vaikuttavuus. Mikäli toiminnan vaikuttavuus on epäselvä, ei tiedetä varmasti sen yksilöön kohdistuvia myönteisiä ja kielteisiä vaikutuksia, jolloin myös monia terveydelle edullisia vaihtoehtoja voi jäädä hyödyntämättä. Vaikuttavuuden arvioinnin perusteella kehittämistyö ja päätöksenteko osataan kohdistaa oikeisiin asioihin. (STM 2001; STM 2006; STM 2012.) Näiden edellä mainittujen seikkojen myötä opinnäytetyöni aihe on hyvin ajankohtainen ja merkittävä.

Sain aiheeni Kokkolan työterveysasema Työplussan palvelupäälliköltä ja -esimieheltä. He toivoivat tutkimusta, joka kartoittaisi heillä annetun ohjauksen vaikuttavuutta asiakkaidensa elintapamuutokseen. Aihe rajattiin koskemaan työterveyshoitajien terveystarkastusten yhteydessä asiakkailleen antamaa elintapaohjausta.

Ohjauksella pyritään vaikuttamaan elintapoihin, joilla tässä tutkimuksessa tarkoitettiin liikuntaa, ravitsemusta, tupakointia ja alkoholin käyttöä, ja saamaan aikaan käyttäytymisen muutos niissä. Vaikuttavuus merkitsee tässä tutkimuksessa sitä, miten intervention eli ohjauksen avulla on saatu aikaan muutos elintavoissa.

Vaikuttavuuden arvioinnissa hyödynnettiin transteoreettista muutosvaihemallia, joka kuvaa käyttäytymisen muutosprosessia. Sen avulla todennettiin, miten ohjaus on vaikuttanut asiakkaan elintapamuutosprosessiin sekä asiakkaan valmiuksiin muuttaa elintapojaan.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia työterveyshoitajien terveystarkastusten yhteydessä asiakkailleen antaman elintapaohjauksen vaikuttavuutta. Tutkimuksen tavoitteena taas oli, että saatuja tuloksia käytettäisiin jatkossa ohjauksen vaikuttavuuden arviointiin työterveys-huollossa. Tavoitteena oli myös lisätä ymmärrystä asiakkaan elintapamuutosprosessia kohtaan. Elintapaohjauksen vaikuttavuuden osoittaminen on tärkeää paitsi sen yleisen profiilin ja tietoisuuden nostamiseksi, myös muun muassa ohjaajien oman ohjausmotivaation ylläpitämiseen ja ohjauksen kehittämiseen, ja taas sen myötä vaikuttavuuden parantamiseen.

2 TYÖTERVEYSHUOLTO

2.1 Työterveyshuolto

Työterveyshuollolla tarkoitetaan työnantajan järjestettäväksi säädettyä työterveyshuollon ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden toimintaa, jolla edistetään työhön liittyvien sairauksien ja tapaturmien ehkäisyä, työn ja työympäristön terveellisyyttä ja turvallisuutta, työyhteisön toimintaa sekä työntekijöiden terveyttä ja työ- ja toimintakykyä. Terveystieteiden ja terveydenhuollon lain mukaan kunta on velvollinen järjestämään alueellaan sijaitsevilla työpaikoilla työntekijöille työterveyshuoltopalvelut. (Työterveyshuoltolaki 21.12.2001/1383; Terveystieteiden ja terveydenhuollon laki 30.12.2010/1326.) Hyvän työterveyshuoltokäytännön peruserätyydet ovat lainmukaisuus, näyttöön perustuvan tiedon käyttö, asiakaskeskeisyys, yhteistyö ja yhteistoiminta, suunnitelmallisuus, laatu ja vaikuttavuus, monitieteinen ja moniammatillinen toimintatapa, ammatillinen pätevyys ja riippumattomuus sekä eettisyys ja luottamuksellisuus (Manninen, Laine, Leino, Mukala & Husman 2007, 13–19, 43).

Työterveyshuolto prosessina pitää sisällään seuraavat vaiheet: tiedon hankinta ja tarpeen arviointi, tiedon analysointi ja johtopäätökset, priorisointi ja tavoitteiden asettaminen, toiminnan suunnittelu ja toiminta vaikutusten saavuttamiseksi sekä lopuksi laadun ja vaikuttavuuden arviointi, seuranta ja toiminnan kehittämistä unohtamatta. Tiedon hankinnan taustalla on ajatus työpaikan työterveyshuoltoon kohdistuvan tarpeen selvittämisestä, ja sen lähtökohtana on työpaikkaselvitys, jonka avulla pohditaan työn ja työolosuhteiden terveellisyyttä ja turvallisuutta. Seuraavaksi eri lähteistä ja erilaisin menetelmin kerättyä tietoa vertaillaan, sitä yhdistellään ja käsitellään. Tämän perusteella muodostetaan johtopäätöksiä, jolloin voidaan määrittellä eri tehtävien kiireellisyysasteet ja laatia tavoitteet niiden ja työpaikan tarpeiden mukaisesti. (Husman 2006, 231–232; Manninen ym. 2007, 24–27.)

Tätä seuraa toiminnan suunnitteleminen, jolloin työterveyshuolto laatii yhdessä työpaikan edustajien kanssa toimintasuunnitelman asetettujen tavoitteiden pohjalta. Suunnitelmassa huomioidaan myös kustannusten arviointi ja omat resurssit. Suunnitelman perusteella työterveyshuolto kohdistaa ehkäisevän, edistävän ja korjaavan toimintansa joko työhön ja työntekijöihin tai työyhteisöön ja -ympäristöön. Toiminnot toteutetaan suunnitellusti, laadukkaasti, joustavasti ja eettisesti hyväksyttävästi. Toteutuksen tulee vastata työpaikan tarpeita. Työterveyshuoltoprosessin päättyy toiminnan arviointiin, jota voidaan toteuttaa valtakunnallisella, toimipaikan tai työterveysyksikön tasolla. Jotta työterveyshuollon laatua ja vaikuttavuutta voidaan seurata, on keskeistä, että tavoitteet on määritelty selkeästi, toimintaprosessit on kuvattu ja dokumentoitu sekä mittarit toiminnan seuraamiseksi määritelty. (Husman 2006, 233; Manninen ym. 2007, 28–31.)

2.2 Työikäinen työterveyshuollon asiakkaana

Työterveyshuollon asiakkaana voivat olla työyhteisöt ja yksittäiset työntekijät sekä maksavana asiakkaana työnantaja (Antti-Poika 2006, 232). Tutkimuksessani tarkoitan asiakkaalla yksittäistä työntekijää. Juutilainen (2004) määrittelee työterveyshoitajan asiakkaaksi yksittäisen työntekijän eli henkilön, joka työskentelee jonkin yrityksen tai organisaation palveluksessa ja saa korvaukseksi palkkaa ja jolla on työnantajaan työsuhde, joka on sovittu kirjallisesti tai suullisesti määräaikaiseksi, toistaiseksi tai pysyväksi (Juutilainen 2004, 65, 68).

Terveys 2015 -kansanterveysohjelmassa työikäisiin kohdistuvana tavoitteena on työelämässä jaksamisen pidentäminen ja työstä luopuminen aikaisempaa myöhemmin. Työikäisten terveydenhuollolle luomia haasteita ovat nuorten aikuisten miesten tapaturmainen ja väkivaltainen kuolleisuus, pitkäaikaistyöttömyyteen ja muuhun sosiaaliseen syrjäytymiseen liittyvä sairastavuus, ennenaikaiselle eläkkeelle siirtyminen, muun muassa mielenterveysongelmien, työssä uupumisen ja alhaisen koulutustason vuoksi, sekä työn ja vapaa-ajan yhteensovittamiseen liittyvät hankaluudet. (STM 2001.)

Työikäisten terveyden edistämisen toimintasuunnitelmia ovat tapaturmaisten ja väkivaltaisten kuolemien ja vammautumisen vähentäminen, ihmissuhteisiin ja parisuhteeseen liittyvien ongelmien, perheväkivallan ja yksinäisyyden vähentäminen sekä syrjäytymiskehityksen estäminen tarjoamalla myös työttömille ja erilaisissa epätyypillisissä työsuhteissa tai työpaikoissa oleville mahdollisuus terveystalviin ja terveyden edistämiseen samalla, kun huolehditaan riittävästä työturvallisuudesta ja työterveyshuollon palveluista. Lisäksi toimintasuunnitelmaan kuuluu työelämän vaatimusten sovittaminen yhteen työntekijän iän sekä fyysisen ja psyykkisen toimintakyvyn kanssa. (STM 2001.)

Työntekijän terveyttä voidaan edistää monella eri tavalla. Näitä keinoja ovat yksilön liikunnan lisääminen, tasapainoinen ravitseminen, tupakoimattomuus, alkoholin käytön vähentäminen sekä työn ja vapaa-ajan suhteuttaminen. Työterveyshuollon tehtävänä on edistää työikäisen terveyttä asenteisiin ja terveyttä edistävien valintojen tekemiseen vaikuttamalla. Työterveyshuolto puuttuu osaltaan työympäristöratkaisuihin kiinnittämällä huomiota esimerkiksi työoloihin ja -tiloihin, niiden ergonomisuuteen ja turvallisuuteen. Terveyden edistämiseen kuuluu myös tapaturmien ehkäisy ja työyhteisön tarjoama sosiaalinen tuki. (STM 2006.)

2.3 Työterveyshoitajan osaaminen yksilöön kohdistuvissa työtehtävissä

Laillistetulla työterveyshoitajalla tarkoitetaan terveydenhoitajan pätevyyden omaavaa henkilöä, jolla on myös työterveyshuollon toteuttamiseen tarvittava koulutus. Mikäli terveydenhoitajalla ei ole vaadittavaa lisäkoulutusta, tulee hänen suorittaa vähintään seitsemän opintoviikon laajuinen työterveyshuollon koulutus kahden vuoden kuluessa työterveyshuollon tehtäviin siirtymisestä. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559; Työterveyshuoltolaki 21.12.2001/ 1383; Valtioneuvoston asetus hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista, työterveyshuollon sisällöstä sekä ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutuksesta 27.12.2001/1484.)

Työterveydenhoitajan yksilöön kohdistuvien työtehtävien rungon muodostavat terveystarkastukset, terveysneuvonta ja – ohjaus sekä työterveyspainotteinen sairaanhoito. *Terveystarkastusten* sisältö rakentuu työhön liittyvien riskien ja työkykyä uhkaavien tekijöiden tunnistamisesta, poistamisesta ja seurannasta, mutta myös terveyden ja työkyvyn seuraamisesta, ylläpitämisestä ja parantamisesta. Terveystarkastuksissa tulee huomioida työkäisen koko elämäntilanne, jossa asiakkaan terveyttä ja hyvinvointia tarkastellaan suhteessa työhön, työympäristöön, työyhteisöön ja vapaa-aikaan sekä työoloihin. Tarkastuksiin lukeutuvat haastattelut ja keskustelut, terveydentilan tutkiminen, laboratorionäytteet, kuntotestit ja rokotukset. (Kyrönlahti 2005, 95–96; Rautio 2008, 411–412; Antti-Poika & Martimo 2010, 262–273.)

Terveysneuvonta ja -ohjaus ovat työterveyshoitajan tärkeimmät toimintatavat. Ne painottuvat sekä työstä johtuvien että yksilöstä lähtevien riskien hallintaan. Työhön kohdistuvassa neuvonnassa pyritään kiinnittämään huomiota työpaikan vaaroihin, haittoihin tai työkykyä uhkaaviin tekijöihin. Yksilöön kohdistuvassa neuvonnassa painopiste puolestaan on terveellisten valintojen tekemiseen tähtäävässä ohjauksessa. Päämääränä on, että yksilö osaa tehdä oman terveytensä ja turvallisuutensa näkökulmasta oikeanlaisia päätöksiä. Ohjauksessa korostetaan dialogisuutta ja työkäisen omaa vastuuta terveytensä ja hyvinvointinsa edistämisestä. (Kyrönlahti 2005, 95, 97; Rautio 2008, 412–413; Antti-Poika & Martimo 2010, 267–269.)

Terveyspainotteisessa sairaanhoidossa korostuu varhainen asioihin puuttuminen sekä työn aiheuttamien sairauksien diagnostiikka ja hoito. Varhainen puuttuminen tarkoittaa, että työterveyshoitaja tunnistaa ajoissa asiakkaansa sairauksien ja oireiden merkityksen. Työterveydenhoitajat arvioivat akuuteissa tilanteissa lääkärihoidon tarvetta ja antavat ohjeita itsehoitoon. Sairaanhoidollisten tehtävien lisäksi hoidollisiin tehtäviin kuuluvat kriisihoito, kuntoutuspalvelut tai kuntoutukseen ja jatkohoitoon ohjaaminen. Työterveyshoitajat antavat myös sairauslomatodistuksia työkyvyttömyydestä ensimmäisille päiville. (Kyrönlahti 2005, 96; Antti-Poika & Martimo 2010, 270–273.)

2.4 Terveystarkastukset

Terveystarkastuksissa keskitytään työhön liittyvien riskien ja työkykyä uhkaavien tekijöiden tunnistamiseen, niiden poistamiseen ja seurantaan (Antti-Poika 2006, 259). Terveystarkastukset kuuluvat oleellisena osana työterveyshuollon työterveyttä ja – turvallisuutta sekä työ- ja toimintakykyä edistävään ja ylläpitävään toimintaan. Ne pohjautuvat tehtyyn työpaikkaselvitykseen ja riskinarviointiin sekä laadittuun toimintasuunnitelmaan. (Karhula 2005, 474–475; Manninen ym. 2007, 124–125; Rautio 2008, 411.) Terveystarkastusprosessi pitää sisällään seuraavat vaiheet: tietojen hankinta, tietojen analysointi, tavoitteiden asettelu ja priorisointi, terveystarkastusten suunnittelu, varsinainen terveystarkastus, tulosten arviointi, lausuntojen ja suositusten sekä palautteen antaminen työntekijälle ja työpaikalle (Karhula 2005, 17, 20; Manninen ym. 2007, 125–133).

Terveystarkastuksia on olemassa kahdenlaisia: alkutarkastukset työhön tullessa ja määräaikaistarkastukset, jotka ovat seurantaluonteisia. Terveystarkastusten sisältö vaihtelee sen mukaan, onko kyse erityistä sairastumisen vaaraa aiheuttavasta työstä. (Karhula 2005, 22–24, 476–477.) Terveystarkastuksia tehdään, mikäli työntekijä työskentelee tai on sijoitettavana työtehtävään, joka voi olla terveydelle vaarallinen tai johon liittyy suurentunut tapaturmavaara, tai silloin kun työntekijän ikä, sukupuoli, fysiologinen tila sekä työstä johtuvat terveydelliset vaarat ja haitat niitä edellyttävät. Muita indikaatioita ovat normaalista poikkeavat työvuorot ja yötyö, uusien käyttöön otettavien aineiden ja menetelmien terveysvaikutuksia pohdittaessa, työuran eri vaiheissa ja työtehtävien muuttuessa. Tarvittaessa niitä järjestetään altistuksen loputtuakin työntekijän terveydentilan toteamiseksi sekä aina silloin kun työn terveydelliset vaatimukset, työntekijän terveydentila ja työkyky sitä edellyttävät. (Karhula 2005, 14; Antti-Poika 2006, 260–261.)

Terveystarkastusten tavoitteena on tunnistaa työperäisten sairauksien oireet, ja tämän pohjalta ryhtyä tarvittaviin toimenpiteisiin niiden ehkäisemiseksi. Toisena tärkeänä tavoitteena on arvioida, seurata, ylläpitää ja edistää työntekijän terveyttä sekä työ- ja toimintakykyä, ja pyrkiä vaikuttamaan niihin liittyviin tekijöihin. Terveystarkastuksilla hankitaan myös tietoa työstä, työolosuhteista ja työyhteisön toimivuudesta.

Tavoitteisiin kuuluvat myös tiedon antaminen työhön liittyvistä terveysvaaroista ja – haitoista sekä terveellisiin ja turvallisiin työtapoihin ohjaus. Keskeistä on lisäksi selvittää varhainen hoidon ja kuntoutuksen tarve sekä ohjata asiakas tarvittaessa hoitoon tai kuntoutukseen. (Karhula 2005, 21; Antti-Poika 2006, 260–261; Manninen ym. 2007, 124, 131–132; Rautio 2008, 411–412.)

3 ELINTAPAMUUTOS JA SIIHEN OHJAAMINEN

3.1 Elintavat

Ravitsemus

Suomalaiset ravitsemussuositukset korostavat tasapainoista ja riittävää ravintoaineiden saantia sekä energiansaannin- ja kulutuksen tasapainottamista. Ravintokuitupitoisten hiilihydraattien, kuten täysjyvävilja, kasvikset, hedelmät ja marjat, määrän lisäämistä suositellaan ja toisaalta puhdistettujen sokereiden saannin vähentämiseen kannustetaan. Kovan rasvan käyttöä tulee vähentää ja korvata se pehmeillä rasvoilla, kuten kasvisrasvalievitteellä ja kasviöljyllä. Suolan käyttöä tulee vähentää ja alkoholin kohtuukäyttöön kiinnittää huomiota. Suositusten mukaan rasvatonta maitoa tai piimää kannattaa nauttia päivittäin ja janoon juoda vettä. Kalaa tulee syödä ainakin kahdesti viikossa. Myös riittävä vitamiinien ja hivenaineiden saanti on turvattava. Työikäisillä korostuu D-vitamiinin ja kalsiumin riittävä saanti. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005; Haglund, Huupponen, Ventola & Hakala-Lahtinen 2007, 11, 21; Kiiskinen, Vehko, Matikainen, Natunen & Aromaa 2008, 32–33; Ovaskainen & Paturi 2010, 33.)

Suomalaisten ruokailutottumukset ovat muuttuneet vuosien saatossa terveellisemmiksi ja ravitsemus lähentynyt koko ajan kohti suosituksia, mutta edelleenkin suomalaiset saavat liikaa tyydyttynyttä rasvaa ja suolaa. Myös kuidun saanti jää alle suositusten. Ongelmia tuottaa edelleen myös epäsäännöllinen ateriarytmi, napostelu ja herkuttelu, pika- ja valmisruokien käyttö sekä runsaasti energiaa sisältävien ravitsemustrendien lisääntyminen. (Kiiskinen ym. 2008, 33; Roiha, Hyytinen, Kontinen & Poskiparta 2009, 37.)

Tutkimusten mukaan naiset ja korkeammin kouluttautuneet syövät terveellisemmin ja ravitsemussuosituksia mukaillen. Miehet puolestaan syövät pika- ja valmisruokia naisia useammin. Iäkkäämmät ja akateemisesti kouluttautuneet välttelevät pika- ja valmisruokia sekä herkuttelevat ja napostelevat harvemmin. He myös syövät vähärasvaisempia maitotuotteita ja kalaa useammin kuin muut ikä- ja koulutusryhmät.

Paljon ruumiillista ja henkisesti kuormittavaa työtä tekevät sortuvat muita enemmän napsoteluun. Ravitsemussuosituksista poikkeavat useammin yksin asuvat miehet, työttömät miehet, vähän koulutusta saaneet miehet sekä yksinhuoltajaäidit ja vähän koulutusta saaneet naiset. (Roos, Prättälä & Paalanen 2007, 28–34; Hyytinen & Roiha 2009, 27–30.)

Liikunta

Liikuntasuositusten mukaan aikuisväestön liikunnan tavoitteena tulee olla niin luiden kuin lihaskunnonkin vahvistaminen. Jotta nämä tavoitteet toteutuisivat, tulee liikunnan sisältää luuston painokuormitusta ja luuärsykyttä, lihasvoimaharjoituksia ja tasapainoa kehittäviä harjoitteita. Liikunnan säännöllisyyteen ja monipuolisuuteen tulee myös kiinnittää huomiota. Suositusten mukaan kohtuullisesti kuormittavaa liikuntaa tulee harrastaa vähintään 30 minuuttia päivässä, fyysinen aktiivisuus voidaan jakaa 10 minuutin jaksoiksi päivän mittaan. Tämän lisäksi tulee harrastaa kolme kertaa viikossa 20–60 minuuttia kerrallaan kuntoliikuntaa. Kestävyyskunto paranee, mikäli reipasta liikuntaa harrastetaan 2 tuntia ja 30 minuuttia viikossa tai vaihtoehtoisesti rasittavaa liikuntaa tunti ja 15 minuuttia viikossa. Lihaskuntaa ja liikehallintaa tulee kehittää ainakin kaksi kertaa viikossa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005; Kiiskinen ym. 2008, 30–31; UKK-instituutti 2009.)

Tutkimusten mukaan työ- ja arkiliikunta ovat vähentyneet, mutta toisaalta vapaa-ajan liikunta lisääntynyt (Kiiskinen ym. 2008, 31). Eniten liikkuvat vastikään eläkkeelle siirtyneet ja vähiten nuoret aikuiset, 30–54-vuotiaat sekä keski-ikäiset miehet. Työmatkaliikuntaa suosivat huomattavasti enemmän naiset kuin miehet. Sukupuolten väliset erot korostuvat 45–54-vuotiailla. Yksinhuoltajanaiset ja yksinasuvat naiset harrastavat liikuntaa useammin kuin perheelliset ja parisuhteessa elävät. Kaupungissa ja taajamassa asuvat liikkuvat Terveys 2000-tutkimuksen mukaan enemmän kuin maaseudulla asuvat. Korkeasti koulutuneet miehet sekä perus- ja keskiasteen naiset harrastavat ahkerimmin liikuntaa. (Fogelholm 2007, 45–50.)

Tupakointi

Terveys 2000 -tutkimus paljastaa, että 29 % miehistä ja 17 % naisista tupakoi päivittäin. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytymistä ja terveyttä selvittäneen tutkimuksen tulosten mukaan vuonna 2010 23 % työikäisistä miehistä tupakoi päivittäin, kun vastaava luku naisilla oli 16 %. Yleisintä tupakointi on 30–44-vuotiailla miehillä. Tupakointi vähenee tutkimuksen mukaan molemmilla sukupuolilla iän myötä. Korkeammin koulutuneet tupakoivat vähemmän ja aloittavat tupakoinnin myöhemmällä iällä kuin perusasteen koulutuksen saaneet. Työssäkävien ja parisuhteessa elävien tupakointi on vähäisempää kuin yksin asuvilla, yksinhuoltajilla ja työttömällä. (Patja, Paalanen & Prättälä 2007, 70–73; Helakorpi, Pajunen, Jallinoja, Virtanen & Uutela 2011, 12.)

Tupakoinnin yleisyys on hitaasti laskenut, mutta samalla väestöryhmien erot tupakoinnissa ovat kasvaneet. Lisäksi siinä, missä miesten tupakointi on vähentynyt, on naisten lisääntynyt. Tupakoinnin ehkäisyyn tulee panostaa ja samalla tulee myös tukea tupakoinnin lopettamista. Tupakoinnin haluaisi lopettaa tutkimusten mukaan jopa seitsemän kymmenestä tupakoitsijasta ja lopettamista on yrittänyt miehistä joka viides, naisista joka neljäs. Vuonna 2010 tehdyn tutkimuksen mukaan 79 %, niin miehistä kuin naisistakin, ilmaisi huolensa tupakoinnin vaikutuksista omaan terveyteensä. Tupakoinnin lopettamisessa tulee kiinnittää huomiota uudelleen aloittamisen vaaratekijöihin, joita ovat voimakas nikotiiniriippuvuus, motivaatiotekijät, painonhallinnan ongelmat sekä alkoholinkäyttö ja kahvinjuonti. (Patja ym. 2007, 70–73; Kiiskinen ym. 2008, 36; Helakorpi ym. 2011, 14.)

Alkoholin käyttö

Suomalaisten alkoholijuomien kulutus on pysynyt edelleen suurena, ja on jopa hieman lisääntynytkin. Alkoholia käyttävien ja raittiiden osuudet ovat pysyneet suunnilleen samoina vuosien mittaan, mutta juomatavat ovat muuttuneet niin, että nykyään suositaan miehempia juomia. Suomalaisten juominen on humalahakuista. Alkoholin käyttöön vaikuttavat ikä, sukupuoli, koulutusaste ja siviilisääty. (Poikolainen & Paalanen 2007, 79–80; Kiiskinen ym. 2008, 37; Helakorpi ym. 2011, 17.)

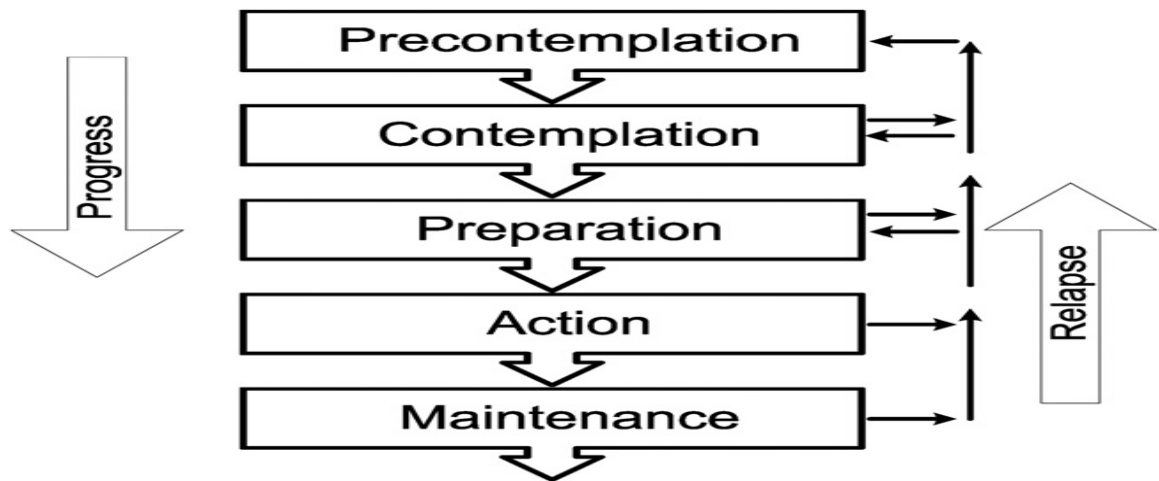
Vähiten koulutusta saaneet muodostavat suurimman raittiiden joukon. Myös vanhemmat ihmiset käyttävät vähemmän alkoholia tai ovat raittiita useammin kuin muut ikäluokat. Alkoholin käyttö on yleisintä työikäisillä.

Suurkulutus on yleisempää keski-ikäisillä miehillä ja työttömillä. Perheelliset ja parisuh- teessa elävät taas käyttävät harvemmin alkoholia kuin yksin asuvat. (Poikolainen & Paala- nen 2007, 79–80.)

Naisilla alkoholin käytön riskirajoina pidetään 20 g absoluuttista alkoholia vuorokaudessa, viittä kerta-annosta, kahta annosta säännöllisesti päivittäin nautittuna tai 16 viikkoannosta. Miehillä vastaavat rajat ovat 40 g vuorokaudessa, seitsemän kerta-annosta, neljä päivittäis- tä annosta ja 24 annosta viikossa. Näiden riskirajojen ylittyminen lisää alkoholista aiheutu- via terveyshaittoja. Alkoholilla on todettu olevan useita haitallisia vaikutuksia terveydelle. Se altistaa muun muassa onnettomuuksille ja erilaisille tapaturmille sekä myrkytyksille. Alkoholi lisää riskiä sairastua sepelvaltimotautiin ja saada aivoinfarkti tai aivohalvaus sekä äkillinen sydänkuolema. Se aiheuttaa myös verenpaineen kohoamista, kardiomyopatiaa ja eteisvärinää. Muita vaikutuksia ovat ylipaino, metaboliset vaikutukset, haimatulehdus, maksasairaudet, ripuli, alkoholiepilepsia, dementia, hormoni- ja unihäiriöt, iho-ongelmat sekä mielenterveysongelmat. (Kiiskinen ym. 2008, 38; Suomalaisen Lääkäriseuran Duode- cimin ja Suomen Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä 2011.)

3.2 Transteoreettinen muutosvaihemalli

Transteoreettista muutosvaihemallia käytetään tavallisesti käyttäytymismuutoksien yhtey- dessä. Malli muodostuu viidestä muutosvalmiuden astetta kuvaavasta vaiheesta (KUVIO 1). Jokaisessa vaiheessa on sille ominainen ajattelu- ja toimintatapa. (Turku 2007, 55.) Muutos alkaa *esiharkintavaiheella* (precontemplation), jolloin asiakkaalla ei vielä ole ai- komustakaan muuttaa käyttäytymistään. Hän ei myöskään tiedosta muutoksen tarpeelli- suutta, ei välitä tai usko omiin kykyihinsä. (Prochaska, DiClemente & Norcross 1992; Prochaska & Velicer 1997; Poskiparta 2006, 14.) Asiakas saattaa tietoisesti välttää muu- tokseen liittyvistä tiedoista ja asioista puhumista tai lukemista, mukaan lukien oman riski- käyttäytymisensä ajattelemista (Honkanen & Mellin 2008, 158–159).



KUVIO 1. Transteoreettinen muutosvaihemalli (McDevitt, Wade, Smith & Worsowicz 2012, 142)

Terveysongelman omakohtainen myöntäminen liitetään *harkintavaiheen* (contemplation) käynnistymiseen. Mikäli asiakas saadaan harkitsemaan elintapamuutosta, kertoo se, että hän on tiedostanut ongelman, mutta ei ole vielä halukas toimimaan. Harkintavaiheelle on ominaista, että ohjattava myöntää muutoksen tarpeellisuuden jostakin itselleen tärkeäksi kokemastaan syystä. Muutos lähteekin aina ohjattavan omasta arviosta ja niistä tekijöistä, jotka häntä itseään omassa terveydentilassaan mietityttävät. Asiakas saattaa ajatella tekevänsä muutoksen lähitulevaisuudessa, noin puolen vuoden sisällä, mutta todellisuudessa konkreettinen muutossuunnitelma ja sitoutuminen puuttuvat. Hän myös tasapainottelee muutoksen tuomien hyvien ja huonojen puolien kanssa sekä suhtautuu myönteisesti terveystottumuksiin liittyvään tietoon. (Prochaska ym. 1992; Prochaska & Velicer 1997; Poskiparta 2006, 14–15; Turku 2007, 56, 66; Honkanen & Mellin 2008, 159.)

Harkintavaihetta seuraa elintapamuutoksen *suunnittelu-* eli *valmistautumisvaihe* (preparation), jolloin asiakas alkaa nähdä muutoksen mukanaan tuomat hyödyt sen haittoja suurempina. Hän on myös sitä mieltä, että muutos on tarpeellinen, pohtii muutoksen eri vaihtoehtoja, ja niiden soveltuvuutta itselleen sekä alkaa tehdä muutosyrityksiä, mutta todellisuudessa muutokseen ollaan valmiita vasta lähiviikkoina. (Prochaska ym. 1992; Prochaska & Velicer 1997; Poskiparta 2006, 15; Turku 2007, 57.) Hän on aktiivinen etsiessään erilaisia mahdollisuuksia muuttaa tottumuksiaan, hän hakee asiantuntija-apua ja on valmis osallistumaan terveyttä edistävään toimintaan (Honkanen & Mellin 2008, 160).

Transteoreettisen muutosvaihemallin seuraavassa vaiheessa asiakas toteuttaa muutosta, jolloin kyseessä on *toimintavaihe* (action). Toiminnan taustalla on etukäteen laadittu suunnitelma. Tämä vaihe vaatii asiakkaalta eniten työtä, aikaa ja voimavaroja, koska hän työskentelee aktiivisesti muutoksen eteen, muuttaa toimintatapojaan tai lähiympäristöään. (Prochaska ym. 1992; Prochaska & Velicer 1997; Poskiparta 2006, 15.) Muutoksesta alkaa tulla yksilölle kokemuksia, niin positiivisia kuin negatiivisiakin. Myös riski taantumaan eli vanhaan paluuseen kasvaa. (Turku 2007, 58.) Toimintavaiheelle hyvin tyypillisiä ovatkin juuri repsahdukset (Honkanen & Mellin 2008, 160).

Repsahdukset (relapse) voivat olla joko väliaikaisia tai pysyviä. Ne ajoittuvat yleensä alku-, keski- tai ylläpitovaiheeseen. Ne eivät automaattisesti tarkoita epäonnistumista, vaan ovat normaali osa prosessin kehitystä kohti pysyvämpää muutosta. (Turku 2007, 60.) Repsahduksissa asiakas palaa entisiin toimintatapoihinsa. Repsahduksiin johtavia syitä voivat olla tiettyihin oireisiin tai tilannesidonnaisiin ongelmiin, virheellisiin tai haitallisiin ajattelumalleihin, sosiaalisiin tilanteisiin tai ihmissuhteiden konflikteihin ja psyyken sisäisiin konflikteihin liittyvät tekijät. Paluu entisiin tapoihin saa asiakkaan tuntemaan syyllisyyttä, huonoa omatuntoa ja häpeää. (Poskiparta 2006, 15.)

Muutosvaihemallin viimeinen vaihe on *ylläpitovaihe* (maintenance), jolloin muutos on kestänyt puoli vuotta tai kauemminkin. Tällöin muutoksesta on tullut asiakkaalle pysyvä elintapa, eikä asiakas palaa enää helposti aiempiin toimintatapoihinsa. Elintapamuutosprosessi jatkuu vielä ylläpitovaiheen jälkeenkin, koska vastaan saattaa tulla ongelmia yllättävissä ja houkuttelevissa tilanteissa. Kaikki muutoksen tekijät eivät saavuta tätä vaihetta eli he eivät pääse muutokseen saakka. Jotkut tarvitsevat useampia yrityksiä tai enemmän aikaa muutokselle, ennen kuin voidaan puhua pysyvästä tai kestävästä muutoksesta. (Prochaska ym. 1992; Prochaska & Velicer 1997; Poskiparta 2006, 15; Turku 2007, 58–59.)

3.3 Elintapamuutos

Elintapamuutoksella tarkoitetaan käyttäytymisen muutosta, johon sisällytetään toisaalta uuden omaksuminen, ja toisaalta vanhoista tavoista poisoppiminen. Elintapamuutoksesta hyötyvät Absetz'n ja Hankosen (2011) mukaan eniten kansansairauksiin sairastumassa olevat, tai jo niihin sairastuneet henkilöt. (Absetz & Hankonen 2011, 2265.)

Elintapamuutoksen tukemisessa, ja samalla myös sen vaikuttavuuden parantamisessa voidaan hyödyntää erilaisia keinoja. Absetz ja Hankonen (2011) tuovat esille käyttäytymisen muuttamisen keskeisimmät teoriat ja teoriaan perustuvat mallit. Näitä ovat *muutosvaihemalli*, jossa vaiheesta toiseen siirrytään erilaisten kognitiivisten ja käyttäytymisprosessien kautta, *kognitiivisbehavioraalinen terapia*, jossa opetellaan tutkimaan, tunnistamaan ja analysoimaan omia haitallisia ajattelu- ja toimintatapoja, ja tämän myötä hallitsemaan ja muuttamaan niitä. *Sosiaaliskognitiivisessa teoriassa* painotetaan mallioppimista ja pystyvyyden tunnetta. Muita ohjauksellisia keinoja vaikuttavuuden lisäämiseksi ovat *tavoitteellisen toiminnan malli* ja *motivoivan haastattelun* hyödyntäminen. (Absetz & Hankonen 2011, 2267–2270.)

Transteoreettisen muutosvaihemallin mukainen elintapamuutosprosessi ei ole staattinen, vaan jatkuva prosessi. Aiemmin opittujen käyttäytymismallien muuttaminen vaatii asiakkaalta tietoa, oppimista, motivaatiota, toimintaa ja voimakasta tahtoa. Tällöin painotuvat asiakkaan elämänarvot, käyttäytymisen päämäärät, ja niiden saavuttamiseen tähtäävät keinot. (Poskiparta 2006, 14.) Elintapamuutoksessa on pääsääntöisesti kysymys asennemuutoksesta. Vaikka asiakkaalla olisikin muutostarve, se ei aina kerro halukkuudesta tehdä asialle mitään. (Eloranta, Huomo, Virkki & Frilander-Paavilainen 2007.) Asiakkaan oma vastuu korostuu, koska elintapojen muutoksen jälkeen hänen täytyy itse pystyä tukemaan aikaansaattua muutosta. Tämän vuoksi asiakkaalla täytyy jo muutoksen alussa olla halu muuttaa elintapojaan. (Korkiakangas, Alahuhta & Laitinen 2010, 50.)

Elintapamuutosten hyötyjen ja haittojen pohtimisella on merkitystä elintapojen muutosprosessin kannalta, ja etenkin siihen motivoitumisessa. Samalla se auttaa hahmottamaan asioiden merkityksen ja syventymään miettimään omaa tekemistään. Hyötyjä ovat muun muassa terveyden ja toimintakyvyn paraneminen, mahdollisen lääkityksen tarpeen väheneminen tai jopa siitä luopuminen, eliniän pidentyminen, vireystilan paraneminen, itsetunnon ja minäkuvan koheneminen. Mahdollisia elintapamuutoksen haittoja ovat esimerkiksi voimavarojen väheneminen muutosprosessin edetessä, epäonnistumisen kokemukset, jotka heikentävät itsetuntoa, luopuminen nautinnoista ja itsensä palkitsemisesta syömisellä, taloudelliset seikat ja muiden suhtautuminen muutokseen. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 92; Alahuhta, Korkiakangas, Kyngäs & Laitinen 2009, 261–263; Korkiakangas ym. 2010, 49–50.)

Elintapamuutokseen yhdistettävät hyödyt ja haitat korostuvat erilailla muutosprosessin eri vaiheissa. Eniten ne ovat pinnalla harkinta- ja valmistautumisvaiheissa, mutta hyötyjen ja haittojen pohtimisen hyödyntäminen soveltuu hyvin myös muihin muutosprosessin vaiheisiin. Esiharkintavaiheessa oleva henkilö ei välttämättä ole kovinkaan innostunut pohtimaan elintapamuutoksen hyötyjä ja haittoja. Tämä johtuu siitä, että hän ei joko tunnista tai ei koe muutostarvetta tai ei yksinkertaisesti halua muuttaa elintapojaan. Harkintavaiheessa hyötyjen ja haittojen pohtiminen puolestaan saattaa johdattaa muutosta kohti valmistautumisvaihetta. Tässä vaiheessa elintapamuutoksen hyödyt korostuvat ja alkavat tuntua haittoja merkityksellisimpinä, myös kiinnostus uutta elintapatottumusta kohtaan lisääntyy. (Korhonen ym. 2010, 50.)

Elintapamuutos ei aina suju ongelmitta, vaan vastaan saattaa tulla useita erilaisia esteitä. Näitä esteitä ovat esimerkiksi liian lyhyessä ajassa toteutettu ohjaus, jossa ei ole ehditty käsitellä riittävän laajasti ja monisyisesti elintapa-aihetta, muutoksen tekijän aiemmat, mutta epäonnistuneet muutosyritykset, tai asiakkaan haluttomuus muuttaa elintapojaan, mikä voi johtua ristiriidasta terveen elämän ja nautintojen välillä. Tekosyitä epäterveellisille elintavoille ovat muun muassa nautinnonhalu, jännityksen etsiminen, tottumus, riippuvuus ja sosiaalisiin tilanteisiin liittyvät syyt. Lisäksi asiakas voi tuntea esimerkiksi, ettei elintapamuutoksesta ole mitään hyötyä, vaan että se vaikeuttaa ja rajoittaa arkielämää sekä heikentää elämänlaatua. (Jallinoja 2007, 7; Absetz 2010, 9.)

3.4 Elintapaohjaus

Ohjauksella tarkoitetaan aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, johon vaikuttavat niin ohjaajan kuin ohjattavankin kontekstit ja jossa ohjaaja ja ohjattava ovat vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa. Ohjauksella tavoitellaan ohjattavan tietojen ja taitojen oppimista sekä psykososiaalista tukemista. (Kääriäinen & Kyngäs 2005a, 253; Kääriäinen, Lahdenperä & Kyngäs 2005, 27.) Elintapaohjaus eroaa niin sanotusta tavallisesta ohjauksesta siten, että siinä käsitellään asiakkaan elintapoja, kuten tässä tutkimuksessa ravitsemus-, liikunta-, tupakointi- ja alkoholin käyttötottumuksia. Ohjauksella pyritään vaikuttamaan elintapoihin ja saamaan aikaan käyttäytymisen muutos niissä. (Absetz & Hankonen 2011, 2270.)

Ohjauksella on monia lähikäsitteitä, joihin se helposti sekoitetaan. Näistä yleisimmät ovat opetus, neuvonta ja tiedonantaminen. Opetus on systeemi suunniteltuja toimintoja, joilla pyritään vaikuttamaan ohjattavan käyttäytymiseen, ja siinä käytetään itseohjautuvuutta tukevia menetelmiä. Neuvonnassa taas autetaan ohjattavaa tekemään omaan elämäänsä vaikuttavia valintoja antamalla hänelle suoria neuvoja. Tiedonantamisessa painottuu ohjattavan asian sisältö, jolloin siitä puuttuu ohjattavan yksilöllisten tarpeiden huomiointi ja vuorovaikutus. (Kääriäinen & Kyngäs 2005a, 253.)

3.4.1 Elintapaohjauksen lähtökohdat

Asiakkaan taustatekijät

Ohjauksellisina lähtökohtina, ja täten myös ohjausprosessin suunnittelun perustana, toimivat asiakkaan taustatekijät, jotka jaetaan fyysisiin ja psyykkisiin ominaisuuksiin sekä sosiiaalisiin ja ympäristöön liittyviin tekijöihin. *Fyysiset* ominaisuudet muodostavat esimerkiksi ikä, sukupuoli, koulutus ja terveys. *Psyykkisiä* ominaisuuksia ovat motivaatio, terveysuskomukset ja kokemukset, mieltymykset, odotukset ja tarpeet sekä oppimistyyli- ja -valmiudet, mutta myös kognitiot, tiedot ja taidot. (Kääriäinen & Kyngäs 2005a, 254; Kääriäinen & Kyngäs 2006; Kyngäs ym. 2007, 29–35; Kääriäinen & Kaakinen 2008.)

Asiakkaan taustatekijöihin luetaan myös *sosiaaliset tekijät*, joihin kuuluvat kulttuuri, sosiialisuus ja eettisyys. Sosiaaliset tekijät ovat riippuvaisia äidinkielestä ja kulttuuriin kuuluvista tabuista, uskomuksista ja traditioista sekä uskonnosta. Ohjaustilanteessa ovat aina läsnä myös asiakkaan arvot ja maailmankatsomus. *Ympäristötekijöihin* luetaan kuuluviksi ohjaustilanne siihen kuuluvine esteineen ja häiriötekijöineen. Ohjaustilanteen fyysinen ympäristö olisi muodostettava siten, että se olisi mahdollisimman häiriötön ja turvallinen, ei herättäisi asiakkaassa negatiivisia tunteita ja sisältäisi ohjauksessa käytettävää materiaalia. (Kääriäinen & Kyngäs 2005a, 254; Kääriäinen & Kyngäs 2006; Kyngäs ym. 2007, 35–38; Kääriäinen & Kaakinen 2008.)

Vuorovaikutus ja ohjaussuhde

Onnistuneen elintapaohjauksen perusedellytys on toimiva ja hyvä ohjaussuhde. Hoitajan ja asiakkaan väliseltä ohjausvuorovaikutukselta vaaditaan kaksisuuntaisuutta, vastavuoroisuutta ja tasa-arvoisuutta sekä yhteistä vastuunkantoa elintapaohjauksen etenemisestä ja onnistumisesta. Tärkeää on myös, että molemmat kunnioittavat toistensa asiantuntijuutta - asiakas on nimittäin oman elämänsä asiantuntija ja hoitaja puolestaan ohjausprosessin ja vuorovaikutuksen asiantuntija. (Kääriäinen & Kyngäs 2006; Eloranta ym. 2007; Kyngäs ym. 2007, 39; Kääriäinen & Kaakinen 2008.)

Yksilön elintapoihin puuttuminen vaatii hienovaraista lähestymistapaa, jolloin on vältettävä syyllistämistä, moralisoimista tai itse aiheutetuista sairauksista puhumista (Eloranta ym. 2007). Halkoaho, Kavilo ja Pietilä (2009) korostavat sitä, että ohjauksen täytyy mahdollistaa avoimen ja rehellisen mielipiteiden vaihdon, eikä ohjattava saa kokea rajoittavia vaatimuksia tai painetta muuttua tiettyyn suuntaan (Halkoaho, Kavilo & Pietilä 2009).

Hoitajan ja asiakkaan väliseen vuorovaikutukseen vaikuttavat fyysiset ja kielelliset sekä ajatteluun ja tunteisiin liittyvät seikat. Vuorovaikutus, joka sisältää kohtelun, ymmärtämisen, tukemisen ja yhteistyön, luo pohjan koko ohjaussuhteen rakentumiselle. *Kohtelu* on välittämistä, avoimuutta, aitoutta, iloisuutta, inhimillisyyttä, ystävällisyyttä ja hyväksymistä. *Ymmärtämiseen* kuuluvat empatia, kuunteleminen ja kysyminen. *Tukemiseen* puolestaan liitetään käsitteet auttaminen, rohkaiseminen ja vahvistaminen. *Yhteistyö*-käsitteessä korostuu neuvotteleminen. (Kääriäinen & Kyngäs 2005a, 254; Kääriäinen & Kyngäs 2006.)

Ohjattavan ja ohjaajan välinen vuorovaikutus vaikuttaa suoraan *ohjaussuhteeseen*. Lisäksi siihen vaikuttavat vahvasti myös ohjaajan ja ohjattavan välinen statusero, erot elämyksissä ja kognitioissa. Ohjaussuhteelle ominaista on tavoitteellisuus. Mikäli hoitaja ja asiakas voivat yhdessä suunnitella ohjauksen sisältöä ja prosessia tavoitteiden saavuttamiseksi sekä tekevät ohjausprosessin päättyessä arviointia, voidaan ohjaussuhdetta pitää toimivana. (Kääriäinen & Kyngäs 2005a, 255; Kääriäinen & Kyngäs 2006; Kyngäs ym. 2007, 39.)

3.4.2 Elintapaohjauksen vaiheet

Elintapaohjauksen sisältö suunnitellaan asiakkaan tarpeiden mukaan. On merkityksellistä, että ohjaus on yksilöllistä ja sovellettavissa asiakkaan omaan elämään. Tämä parantaa asiakkaan motivaatiota ja muutokseen sitoutumista sekä toimintamahdollisuuksia omassa elinympäristössä työskennellessään, eikä muutos rajoitu vain esimerkiksi työterveyshoitajan vastaanotolle. (Kettunen, Liimatainen, Villberg & Perko 2006; Eloranta ym. 2007; Kääriäinen & Kaakinen 2008.)

Asiakkaalla saattaa esiintyä muutoshaluttomuutta, joka asettaa haasteita ohjaukselle, muun muassa vaikeuttamalla tiedon antamista ja vastaanottamista. Asiakkaalla voi olla takanaan esimerkiksi aiempia epäonnistuneita yrityksiä, hänestä voi tuntua, ettei elintapamuutoksesta ole mitään hyötyä, se vaikeuttaa ja rajoittaa arkielämää sekä heikentää elämänlaatua. Näiden negatiivisten asioiden käsittelyn jälkeen, potilas näkee usein elintapamuutoksen hyödyt ja on vastaanottavaisempi ohjauksen suhteen. (Absetz 2010, 9.)

Elintapaohjauksen vaiheet ovat suunnittelu, toteutus ja arviointi. Vaikka ohjauksella onkin oma rakenne, sen taipuu kuitenkin kunkin asiakkaan yksilöllisten piirteiden ja aihepiirien mukaisesti. Ohjauksen perusrakenne helpottaa ohjaustyötä ja mahdollistaa optimaalisen ohjauksen toteutumisen, muun muassa siten, että olennaisimmat asiat tulevat käsitellyiksi ja oikeassa järjestyksessä. Ohjauksessa tärkeää on asiakkaan aktiivisuuden ja tavoitteellisuuden tukeminen. Tämä toteutuu, kun asiakas osallistuu ohjausprosessin joka vaiheeseen. Samalla hänen tietoisuutensa omasta toiminnastaan ja sitoutuminen elintapamuutokseen paranevat. (Kääriäinen ym. 2005, 28; Kääriäinen & Kyngäs 2006; Absetz 2010, 8, 10–11.)

Ohjauksen alussa suoritetaan esittelyt ja samalla sovitaan tapaamisen tarkoituksesta ja sen kestosta. Elintapaohjaus alkaa *tiedon keruusta*, jolloin työterveyshoitaja selvittää asiakkaansa terveydentilaa, terveystottumuksia ja elintapoja, kognitiivis-emotionaalisia tekijöitä, kuten tunteet, tiedot, taidot, asenteet ja kokemukset, aiempia muutosyrityksiä sekä ympäristötekijöitä, niin aineellisia (elinympäristö ja ympäristön toimintamahdollisuudet) kuin sosiaalisia (tuki ja verkosto). Lisäksi *tilannearvion ja tilanteen määrittämisen* yhteydessä kartoitetaan asiakkaan terveys- ja tottumusongelmat sekä riskit, mahdolliset eteen tulevat esteet ja haasteet, ja toisaalta myös asiakkaan vahvuudet ja voimavarat. (Pirinen 2007, 48–56, 86; Absetz 2010, 8-10.)

Suunnittelu

Seuraavaksi elintapaohjauksessa siirrytään pohtimaan ratkaisukeinoja asiakkaan tilanteeseen eli *suunnitellaan muutosta, tavoitteita ja keinoja* niiden saavuttamiseksi. Asiakkaalle tulee antaa mahdollisuus itse määrittää muutos, jota hän tavoittelee. On myös muistettava, että mikäli tarvittavia muutoksia on useampia, ne muutettaisiin mielellään yksi kerrallaan ja osa-alueisiin jaettuna. Asiakkaalla ei välttämättä nimittäin ole halua tai kykyä muuttaa useaa elintapaa kerralla. Asiakkaan kanssa asetetaan muutokselle päätavoite ja välitavoitteita sekä sovitaan tavoitteiden aikataulusta, ja pohditaan niiden toteutettavuutta. Lisäksi tehdään elintapamuutosehdotuksia ja kartoitetaan keinoja muutoksen käytännön toteuttamiselle. (Poskiparta 2006, 14; Kyngäs ym. 2007, 75–76; Pirinen 2007, 56–61, 86.)

Suunnitteluvaiheessa on tärkeää pohtia muutoksen etenemistä ja onnistumista sekä kartoittaa, millaisia taitoja ja voimavaroja muutos asiakkaalta kaiken kaikkiaan vaatii. Näiden asioiden pohjalta laaditaan toimintasuunnitelma. Suunnitelmassa sovitaan sen käytännön toteuttamisesta, eli milloin ja missä se toteutetaan ja esimerkiksi, millaista tukea ja apua asiakas suunnitelman toteuttamisessa tarvitsee. (Absetz 2010, 10–11.)

Koko muutosprosessin perustana ovat asetetut tavoitteet, jotka määräävät sekä ohjauksen että varsinaisen työskentelyn tarkemman sisällön (Kääriäinen & Kyngäs 2005a, 255). Kääriäinen, Lahdenperä ja Kyngäs (2005) jakavat tavoitteet kognitiivisiin, affektiivisiin ja psykomotorisiin. *Kognitiiviset* tavoitteet pitävät sisällään uuden tiedon, *affektiiviset* uudet arvot ja asenteet, ja *psykomotoriset* uusien taitojen omaksumisen. Tavoitteet on hyvä sijoittaa sekä lyhyelle että pidemmälle aikavälille. Ne on myös kirjattava ja päivitettävä säännöllisesti. (Kääriäinen ym. 2005, 28.)

Tavoitteet muodostetaan aina asiakkaan tarpeet, näkemykset, taustatekijät ja elämäntilanne huomioon ottaen eli niiden tulee sopia olemassa olevaan kontekstiin. Tämä parantaa asiakkaan sitoutumista tavoitteisiinsa. Tavoitteiden tulee olla riittävän realistisia ja konkreettisia, muuttuvia, saavutettavissa ja mitattavissa olevia sekä aikaan sidottuja, eteenpäin vieviä ja asiakkaan itsensä valitsemia ja päättämiä. Tavoitteissa korostuu eritoten asiakkaan vastuu omasta elämästään ja valinnoistaan. (Kääriäinen ym. 2005, 28; Kääriäinen & Kyngäs 2005a, 255; Kääriäinen & Kyngäs 2006; Kyngäs ym. 2007, 75; Turku 2007, 70; Kääriäinen & Kaakinen 2008; Absetz 2010, 10–11.)

Toteutus

Ohjaus lähtee Kääriäisen, Lahdenperän ja Kynkään (2005) mukaan siitä, mitä asiakas jo tietää, mitä hänen täytyy tai mitä hän haluaa tietää ja mikä on juuri hänelle paras tapa omaksua asia. Ohjauksen optimaaliseen toteutukseen vaikuttavia tekijöitä ovat ohjaajan riittävät tiedot ohjattavista asioista, oppimisen periaatteista sekä ohjausmenetelmistä ja –tyyleistä. Muita keskeisiä tekijöitä ovat käytettävissä olevat asianmukaiset tilat ja ohjaustilanteen rauhallisuus. Ohjauksessa korostuu ajantasainen näyttöön perustuva tieto sekä asiakkaan näkemysten ja elämäntilanteen huomioiminen. (Kääriäinen ym. 2005, 28).

Asiakkaalle ei saa antaa liikaa tietoa kerralla, ja sen on myös oltava ymmärrettävää ja sovellettavissa hänen tilanteeseensa. Potilas tarvitsee tiedon lisäksi riittäviä taitoja, joita systemaattisesti kartoitetaan, opetellaan ja harjoitellaan. (Absetz 2010, 9.) Asiakkaan *oppimistyylin* selvittäminen on keskeistä. Näin asiakkaan kanssa voidaan neuvotella siitä, mikä tuntuu asiakkaasta parhaalta tavalta omaksua asiat, ja tämän perusteella valita hänelle sopivin oppimismenetelmä. Asiakkaan omaksumistavan mukaan ohjaus voi olla enemmän esimerkiksi auditiivista, visuaalista, käytännöllistä, kokonaisuuksista yksityiskohtiin päin eteneviä tai päinvastoin. Useiden erilaisten ja eri aistien kautta vaikuttavien menetelmien käyttö parantaa ohjauksen vaikuttavuutta. (Kääriäinen ym. 2005, 28; Kääriäinen & Kyngäs 2006; Kääriäinen & Kaakinen 2008.)

Ohjausmenetelmistä käytetyin on suullinen ohjaus. *Suullisessa ohjauksessa* korostuu hoitajan ja asiakkaan välinen kaksisuuntainen vuorovaikutus. Suullisesti toteutettu ohjaus mahdollistaa potilaan kysymysten esittämisen, väärinkäsitysten välittömän oikaisemisen ja tuen saamisen hoitajalta. Lisäksi se mahdollistaa sen, että ohjaus lähtee potilaan tarpeista, tukee asiakkaan aktiivisuutta ja motivaatiota sekä mahdollistaa jatkuvan palautteen antamisen ja vapaamuotoisen ilmapiirin. Suullista ohjausta tukemaan voidaan käyttää demonstraatioita ja harjoittelua. (Kääriäinen & Kyngäs 2005b, 211.)

Suullisen ohjauksen ohella voidaan hyödyntää myös *kirjallisia ohjausmateriaaleja*. Ne nimittäin usein selkeyttävät suullisesti annettua ohjausta, mahdollistavat tiedon lisäämisen, tiedon säilyttämisen ja asian mieleen palauttamisen sekä mahdollisten väärinkäsitysten selvittämisen.

Audiovisuaalinen ohjaus pitää sisällään muun muassa erilaisten teknisten laitteiden, kuten videoiden ja äänikasettien, tietokoneen ja puhelimen käytön. Sitä voidaan käyttää sekä suullista että kirjallista ohjausta täydentävänä tai tukevana ohjausmuotona. (Kääriäinen & Kyngäs 2005b, 211–212.)

Hoitaja voi hyödyntää ohjauksessa erilaisia *ohjaustyylejä*, jotka tukevat asiakaslähtöisyyttä sekä auttavat asiakasta päätöksenteossa ja toiminnassa. Näitä ovat hyväksyvä, konfrontoiva ja katalysoiva tyyli. *Hyväksyvässä tyylissä* hoitaja kuuntelee, hyväksyy, tukee ja nyökyttelee, muttei osallistu muuten kuin pyytämällä tarkentamaan jotakin asiaa. *Konfortoivassa tyylissä* hoitaja auttaa asiakasta tunnistamaan puheen ja tekojen välistä ristiriitaisuutta. *Katalysoivassa tyylissä* avoimilla kysymyksillä kartoitetaan ja selkeytetään asiakkaan tilannetta, jolloin asiakas saataisiin punnitsemaan muutoksen hyötyjä ja haittoja sekä miettimään, millaisia voimavaroja muutos häneltä vaatii. Ohjaustyylit vaihtelevat tilanteen mukaan. Ohjauksessa on huomioitava, että ohjauskieli on asiakkaan ymmärtämää. (Kääriäinen ym. 2005, 29; Kyngäs ym. 2007, 43.)

Elintapamuutosohjaus päättyy *muutoksen tukemiseen*, johon Pirinen (2007) sisällyttää neuvot, seurannan, motivoinnin, sitoutumisen tukemisen ja huolen käsittelyn. Neuvonnassa käydään läpi tottumuksiin, kognitiivis-emotionaalisiin ja ympäristöön liittyviä asioita. Siinä huomioidaan myös oheisaineiston antaminen ja tarvittaessa ohjataan muualle neuvontaan. Ohjauksen päätteeksi voidaan sopia myös seuraavasta tapaamisesta ja sen sisällöstä tai tapaamisten sarjoista sekä sovitaan, mitä asiaa tarkkaillaan ja miten. Motivaatiota työterveyshoitaja voi tukea ja vahvistaa vetoamalla muutoksen mukanaan tuomiin hyötyihin, mutta toisaalta muistuttamalla mahdollisista terveysuhkista, mikäli muutokseen ei ryhdytä. Asiakkaan sitoutumista voidaan tukea antamalla hänelle sopivia kotitehtäviä, ne voivat olla päiväkirjoja, testejä, muutosprosessiin liittyviä tehtäviä tai tietotaitotehtäviä, mutta myös ohjeiden kokeilemistä. Huolen käsittelyllä voidaan tarkoittaa sitä, että asiakasta ohjataan muissa kuin käsiteltävänä olevassa asiassa. Näitä asioita ovat tavallisimmin muut terveyteen ja elämäntilanteeseen liittyvät asiat. (Pirinen 2007, 66–78, 86.)

Arviointi

Elintapaohjauksen arviointi kohdistetaan muutoksen etenemiseen ja toimeenpanoon sekä hoitajan toimintaan. Arvioinnissa huomioidaan mitattavat terveydenosoittimet, kuten paino, tottumusmuutokset esimerkiksi ravitsemuksessa, ja kognitiivis-emotionaaliset muutokset vaikkapa asenteissa ja tietotaidoissa. Toimenpanoa arvioitaessa nostetaan käsiteltäviksi asioita, jotka liittyvät keinojen kokeiluun, ja niiden toimivuuteen, sosiaaliseen tukeen tai ympäristön suomiin toimintamahdollisuuksiin sekä mahdollisiin terveystesteisiin. Samalla arvioidaan tapahtunutta muutosta aikaisempiin käyntitilanteisiin verrattuna. Hoitaja arvioi ohjausprosessia kokonaisuudessaan, sen rakennetekijöitä ja vaikutuksia. (Pirinen 2007, 61–66, 86.)

Väliarviointien yhteydessä on mahdollista seurata asiakkaan elintapamuutoksen edistymistä - sekä onnistumisia että epäonnistumisia, tehdä korjauksia ja varasuunnitelmia sekä palata onnistumisista. Ohjaustapaamisten lopuksi tehdään yhteenveto siitä, mitä ohjauksessa sovittiin ja samalla sovitaan myös, miten seuranta toteutetaan, kuten omaseuranta tai tapaamiset, ja mitä seurataan. (Kääriäinen & Kaakinen 2008; Absetz 2010, 10–11.) Viimeisessä ohjaustapaamisessa arvioinnin painopiste on prosessin alussa asetettujen tavoitteiden saavuttamisen sekä ohjauksen vaikuttavuuteen tai vaikuttamattomuuteen johtaneiden syiden pohtimisessa (Kääriäinen ym. 2005, 29).

Arviointia tehdään sekä lyhyellä että pidemmällä aikavälillä tavoitteista riippuen. Lyhyen aikavälin tavoitteiden positiivisia vaikutuksia painotettaessa saavutetaan usein parempia tuloksia ja parempaa toiminnan hallintaa myös pidemmällä tähtäimellä. Lisäksi lyhyen aikavälin tavoitteiden arviointi lisää asiakkaan tietoisuutta omasta toiminnastaan ja mahdollistaa sen muuttamisen. Positiivisten asioiden korostamisen lisäksi on hyvä keskittyä mahdollisten taantumien arviointiin, koska näin asiakas voi tehdä suunnitelmia toimintansa muuttamiseksi ja pyrkiä kohti muutoksen säilyttämistä. (Kääriäinen ym. 2005, 29; Kyngäs ym. 2007, 45; Kääriäinen & Kaakinen 2008.)

3.4.3 Ohjaus elintapamuutoksen eri vaiheissa

Ohjaus edellyttää Turun (2007) mukaan tarkkaa ja perusteellista alkukartoitusta eri terveystottumusten suhteen. Elintapojen kokonaisuudet on hyvä osata pilkkoa pienemmiksi teki-
jöiksi, koska ohjattava voi olla niiden suhteen hyvinkin eri vaiheissa. Muutosvaihemallin avulla on helpompi hahmottaa, missä elintapamuutoksen vaiheessa asiakas kulloinkin on menossa ja mikä häntä tukisi parhaiten tekemään terveyttä edistäviä päätöksiä. Ohjauksen kulmakivenä on ohjauksen muokkaaminen siten, että se vastaisi asiakkaan muutosprosessin vaihetta ja tukisi muutosta parhaalla mahdollisella tavalla. Mikäli elintapaohjaus on yksilöllisesti räätälöity, sitä voidaan pitää tehokkaana ja vaikuttavana. (Kyngäs ym. 2007, 92; Turku 2007, 55, 62–63.)

Esiharkinta- ja harkintavaihe

Esiharkintavaiheelle on tyypillistä, että ohjaaja keskustelee ja kyselee asiakkaalta erinäisistä asioista, ja näin herättelee hänen tietoisuuttaan omasta terveyskäyttäytymisestään. Harkintavaiheessa, jossa asiakas tasapainottelee muutoksen hyötyjen ja haittojen välillä, ohjaaja tarjoaa asiakkaalleen apua tämän ristiriidan ratkaisussa, mutta välttää samalla moralisointia ja painostusta. (Poskiparta 2006, 14–15.) Harkintavaiheen ohjauskeskusteluissa on varottava esittämästä muutosvaatimuksia ohjattavalle tai hoputtamasta häntä. Erityisesti on varottava valmiiden arvioiden antamista ja ratkaisuehdotusten tekemistä. (Turku 2007, 65–66.) Asiakkaan täytyy itse saada määritellä tavoittelevansa muutos (Kyngäs ym. 2007, 92).

Suunnittelu- eli valmiusvaihe

Suunnitteluvaiheessa työskentely aloitetaan alkuvaiheen tilannearvioin tarkentamisesta – erityisesti työstettävän avaintekijän suhteen. Suunnittelun alussa kerätään lisätietoa lähtötilanteesta esimerkiksi testien ja erilaisten päiväkirjojen avulla. Asiakkaalle annetaan tietoja yksilölliseen tavoitteenasetteluun perustuvien toimintatapojen etsimisessä ja tarjotaan vaihtoehtoja sekä tuetaan asiakkaan itsearviointia ja ratkaisuja. Luonteenomaista tälle vaiheelle on myös elintapamuutoksen tavoitteiden määrittelemine, suunnitelman laatiminen tavoitteiden saavuttamiseksi ja suunnitelman realistisuuden arvioiminen. (Poskiparta 2006, 15; Kyngäs ym. 2007, 92; Turku 2007, 69–70.)

Toiminta- ja ylläpitovaihe

Toimintavaiheen ohjauksessa painopisteenä on asiakkaan tukeminen muutostekijöiden hiomisessa ja tavoitteiden mukaisen toiminnan saavuttamisessa. Tässä vaiheessa on usein tarpeen tarkentaa tavoitteita ja toimintasuunnitelmaa, ja muokata niitä saatujen kokemusten perusteella vastaamaan uutta muuttunutta tilannetta. Toimintavaiheessa suoritetaan myös arviointia, jolloin arvioidaan, onko muutos toteutunut aiemman suunnitelman mukaisesti ja onko tarvetta puuttua uudelleen muun muassa tavoitteiden realistisuuteen ja mitattavuuteen sekä pohtia muutoksen tekijän tuen tarvetta. (Turku 2007, 72–73.)

Ylläpitovaiheen ohjauksessa tarkoituksena on tukea muutoksen jatkuvuutta ja pysyvyyttä vielä jatkossakin. Tällöin ohjauksessa lähtökohtana on pitkän aikavälin suunnitelmien ja tavoitteiden laatiminen. Jatkosuunnitelmassa otetaan huomioon aiempien vaiheiden kokemuksia siitä, mikä toimii ja mihin kaivataan lisätukea. Asiakasta kannustetaan aktiiviseen itsearviointiin ja jatkomotivaatioon vaikuttavien tekijöiden pohdintaan. Jatkosuunnitelmas-
sa sovitaan myös jatko-ohjaustarpeesta ja määritellään, missä tilanteissa ohjattavan on syytä ottaa yhteyttä ohjaajaan ohjauksen tehostamiseksi. (Turku 2007, 78–79.)

Taantumien eli repsahdusten huomioiminen ohjauksessa

Ohjauskeskusteluissa pyritään ennakoimaan repsahdukset ja käsittelemään tilanteita, jotka mahdollisesti estäisivät käyttäytymisen muuttamista. Ohjauksessa painotetaan, miten repsahdusten jälkeen päästään jälleen eteenpäin ja miten niistä voi oppia, sen sijaan, että mietittäisiin pelkästään, miten niitä voi ennaltaehkäistä. Eli toisin sanoen ohjauksella pyritään vahvistamaan asiakkaan uskoa ja luottamusta omiin kykyihinsä. Taantumisten selviämisessä olennaista on hallinnan tunteen palauttaminen ja repsahduksien uudelleentulkinta. Tällöin ajatuksena on, että hetkellinen hallinnan menetys ja epäonnistuminen tulkitaan sekä normaaliksi muutosprosessiin kuuluvaksi asiaksi että myös merkiksi sen etenemisestä. (Poskiparta 2006, 15; Kyngäs ym. 2007, 93; Turku 2007, 74–75.)

Muutosprosessissa vastaantulevia repsahduksille alttiita riskitilanteita voidaan ennakoida, kun pyydetään ohjattavaa muistelemaan aiempia repsahduskokemuksiaan ja määrittelemään itselleen todennäköisimmät riskitilanteet, jolloin houkutus on suurimmillaan. Toimintasuunnitelmaan voidaan laatia toimintaohjeet ja -tavat riskitilanteiden varalle sekä harjoitella näiden tilanteiden hallintaa. Ohjaaja ja ohjattava voivat jopa sopia sallituista repsahduksista, jolloin suunnitelmassa määritellään ajankohdan lisäksi, mitä repsahdus sisältää ja miten se toteutetaan ilman syyllisyyden tai häpeän tunteita. (Poskiparta 2006, 15; Kyngäs ym. 2007, 93; Turku 2007, 75–76.)

4 ELINTAPAOHJAUKSEN VAIKUTTAVUUS

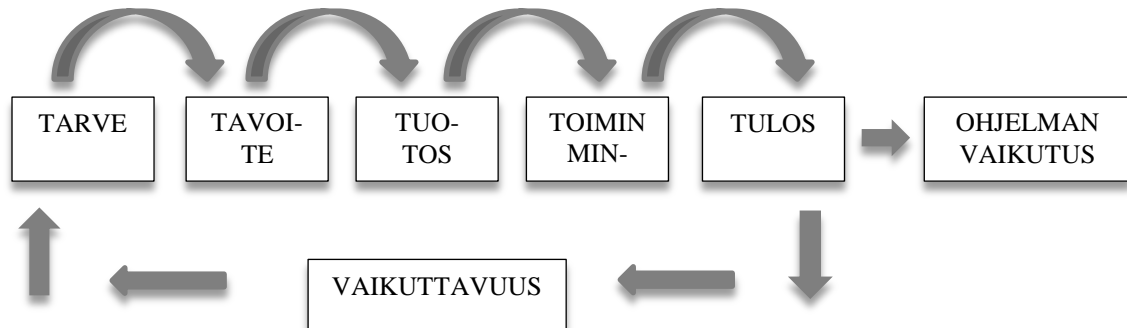
4.1 Vaikuttavuus käsitteenä

Vaikuttavuus voidaan määritellä toiminnalla aikaansaaduksi tavoitteiden suuntaiseksi muutokseksi. Intervention vaikuttavuus saadaan selville, kun suhteutetaan aikaansaatu vaikutus alun tarpeeseen. Arvioitava interventio perustuu olettamukseen: ”jos a, niin siitä seuraa b”. Näin ollen voidaan ajatella, että interventio johtaa tiettyihin tuloksiin. Voidaan myös ajatella, että vaikuttavuus määräytyy tavoitteiden saavuttamisasteen mukaan. *Vaikuttavuus siis perustuu siihen, miten tulokset ja vaikutukset vastaavat asetettuja tavoitteita.* (Pietilä, Hakulinen, Hirvonen, Koponen, Salminen & Sirola 2002, 284; Koskinen-Ollonqvist, Pelto-Huikko & Rouvinen-Wilenius 2005, 6; Haarala & Honkanen 2008, 447–448; Hakulinen-Viitanen & Pelkonen 2008, 339.)

Vaikuttavuuden lähikäsitteitä ovat relevanssi, tehokkuus, hyöty ja hyödyllisyys sekä hyväksyttävyys, mutta niihin lukeutuvat myös tulos ja merkityksellisyys. Käsitettä *hyödyllisyys* pidetään vaikuttavuuden synonyymina, ja sitä tarkastellaan suhteessa siihen, miten hyvin vaikutukset vastaavat toimenpiteiden kohteena olevia tarpeita. *Tehokkuus* puolestaan merkitsee aikaansaadun muutoksen ja käytettyjen panosten välistä suhdetta. Termi *tulos* tarkoittaa muutosta, joka tapahtuu esimerkiksi asiakkaan terveydentilassa, toimintakyvyssä, käyttäytymisessä, tiedoissa, taidoissa tai asenteissa. Toiminnan *merkityksellisyys* yksilön kannalta taas merkitsee hänen tarpeisiinsa ja tavoitteisiinsa vastaamista. *Relevanssi* kertoo siitä, vastaavatko ohjelman tavoitteet tarpeisiin. *Hyöty* määrittelee, miten jonkin ohjelman tulokset ovat suhteessa tarpeisiin, kun taas *hyväksyttävyys* kertoo, kuinka kauan positiivisten tulosten odotetaan kestävän ohjelman loppumisen jälkeen. (Pietilä ym. 2002, 285; Koskinen-Ollonqvist ym. 2005, 7; Hakulinen-Viitanen & Pelkonen 2008, 339–340.)

Koskinen-Ollonqvist, Pelto-Huikko ja Rouvinen-Wilenius (2005) määrittelevät vaikuttavuuden muodostumista kuvaavan ketjun seuraavasti: tarve, tavoite, tuotos, toiminnot ja tulos (KUVIO 2). *Tarve* kuvaa lähtötilannetta eli syytä, mikä vuoksi asiaa on alun perin lähdetty käsittelemään. Tarpeen pohjalta muodostetaan *tavoite*, jolla pyritään vastaamaan tarpeeseen. *Tuotos* kuvaa keinoja, joilla tavoite pyritään saavuttamaan.

Toiminnoissa tapahtuu tuotoksen varsinainen toteuttaminen. *Tulos eli vaikutus* puolestaan kertoo tehtyjen toimintojen onnistumisesta ja asioihin tulleista muutoksista, jotka voivat olla sekä positiivisia että negatiivisia. (Koskinen-Ollonqvist ym. 2005, 7.)



KUVIO 2. Vaikuttavuuden muodostumista kuvaava ketju (mukaillen Koskinen-Ollonqvist, Pelto-Huikko & Rouvinen-Wilenius 2005, 6)

4.2 Vaikuttavuuden arviointi

Vaikuttavuuden arvioinnin taustalla ja lähtökohtana ovat erilaiset ohjelmateoriat, jotka selittävät, miten interventio muutetaan vaikutuksiksi. Arviointi siis perustuu teoriaan, selviin ja tarkkoihin käsityksiin siitä, miksi ja miten tietty interventio vaikuttaa. Arviointia tuleekin, Koskinen-Ollonqvistin, Pelto-Huikon ja Rouvinen-Wileniuksen (2005) mukaan, tehdä riittävän monesta eri näkökulmasta, kuten muutoksen, mahdollistamisen ja ylläpidon tuottaman vaikuttavuuden kannalta. Vaikuttavuuden arviointia voidaan lähestyä seuraavista näkökulmista: kuvaileva, normatiivinen ja syy-seuraus. *Kuvailevassa* tavassa kuvaillaan ohjelman prosessia, *normatiivisessa* pohditaan, toimiiko ohjelma niin kuin pitäisi ja *syy-seuraustapa* paljastaa, tuottiko ohjelma halutut tulokset. Näillä arvioinnin lähestymistavoilla vastataan kysymyksiin, jotka koskevat ilmiön tai ongelman luonnetta, toiminnan tavoitteita ja toteutumista sekä havaittuja muutoksia, eli niiden avulla todennetaan, onko ohjelma muutoksen syy. (Koskinen-Ollonqvist ym. 2005, 7-8.)

Vaikuttavuuden arviointi vaihtelee sen mukaan, kuinka laajasti tai mistä näkökulmasta se tehdään. Konu, Rissanen, Ihantola ja Sund (2009) ovat koonneet vaikuttavuuden arvioinnista mallin, jossa toimien tai toimenpiteiden vaikutukset ovat arvioinnin keskiössä.

Arviointia voidaan tehdä joko *yhteiskunnan*, eli terveysintervention tai palvelun tuottajan, tai *yksilön* näkökulmista. Vaikutuksia arvioitaessa arvioidaan niin prosesseja eli tuotoksia kuin lopputuloksiakin, eli sekä hyötyjä että haittoja. *Kustannus-vaikuttavuusanalyysissä* käytetään hyväksi vaikuttavuuden arviointia selvitetessä toimien tai toimenpiteiden kustannuksia, eli niiden määrää ja laatua. (Konu, Rissanen, Ihantola & Sund 2009, 286–287.)

Vaikuttavuutta arvioitaessa nostetaan esiin tekijöitä, jotka kertovat, onko palveluilla ja toimenpiteillä todellisuudessa vaikutuksia ja vaikuttavuutta, joita niillä on tavoiteltukin. Vaikuttavuutta voidaan arvioida, kun verrataan aikaan saatua tuotosta lähtökohtana olleeseen tarpeeseen, mutta sitä voidaan arvioida myös suhteessa toimenpiteisiin ja tavoitteisiin. Vaikuttavuuden arvioinnissa päälähtökohtana on varmistaa, tehdäänkö työtä tavoitteiden kannalta oikeilla tavoilla ja menetelmillä, ja onko tarvetta muuttaa toimintaperiaatteita, -tapoja ja -kulttuuria. (Konu ym. 2009, 286; Silvennoinen-Nuora 2010, 180, 185.)

Arvioinnin tulee olla jatkuvaa, mikä mahdollistaa, että terveydentilassa tapahtuneita muutoksia voidaan vertailla ajallisesti keskenään ja varmistaa, että tavoitteita voidaan tarkistaa ja tarpeen vaatiessa muuttaa. Arviointituloksen kirjaaminen ja sen vertaaminen aikaisempiin tuloksiin parantaa vaikutusarvioinnin seurantaan sekä kertoo asiakkaan terveydentilan kehityksestä ja toimintojen vaikutuksista. On huomattava, että asiakkaaseen kohdistuneilla toiminnoilla voi olla sekä positiivisia että negatiivisia vaikutuksia hänen terveydentilaansa ja kokonaiselämäntilanteeseensa. Tämän vuoksi arvioinnissa on erityisen tärkeää ottaa huomioon asiakkaan oma näkökulma. (Silvennoinen-Nuora 2010, 183–184.)

Koskinen-Ollonqvistin, Pelto-Huikon ja Rouvinen-Wileniuksen (2005) mukaan vaikuttavuuden arvioinnin tehtävänä on määritellä terveyden edistämisen politiikan, ohjelmien, käytännön, intervention tai palvelujen arvo tai vaikutus ja tarjota muutossuosituksia. Arvioinnin tavoitteina puolestaan on tehostaa ohjelmien laatua ja sitä kautta myös vaikuttavuutta, parantaa terveyden edistäjien suorituskykyä ja lisätä ohjelmien tuottavuutta. (Koskinen-Ollonqvist ym. 2005, 7-8.)

Vaikuttavuuden arvioinnin haasteina voidaan pitää epätasällisiä tavoitteita, intervention määrittelemättömyyttä, toiminnan teorian puutetta, vertailujen vaikeuksia ja niiden poliittisia ulottuvuuksia. Myös monitieteellisyys vaatimukset, monimenetelmällisyys sekä tulokinnan ja johtopäätösten kontekstisidonnaisuus asettavat omat haasteensa arvioinnille. (Koskinen-Ollonqvist ym. 2005, 7-8.)

4.3 Elintapaohjauksen vaikuttavuus asiakkaan näkökulmasta

Lähtökohdan vaikuttavalle ohjaukselle muodostavat riittävän perusteellinen asiakkaan ohjauksen tarpeen määrittäminen sekä perehtyminen asiakkaan taustatekijöihin, ja hänen sen hetkiin terveydentilaansa, elämäntyyliinsä ja elintapoihinsa. Ennen ohjausta selvitetään, miten asiakas suhtautuu omaan terveyteensä, miten hän tiedostaa terveyskäyttäytymisensä ja sen muutostarpeet. (Kyngäs ym. 2007, 146.)

Vaikuttava ohjaus kannustaa asiakasta itsearviointiin, tukee häntä tunnistamaan muutoksen tarpeensa ja mahdollisuutensa sekä ohjaa häntä oman käyttäytymisensä seurantaan. Ohjauksen tavoitteet määritellään yhdessä ohjaajan kanssa, samalla määritellään keinoja tavoitteiden saavuttamiseksi ja etsitään ratkaisuvaihtoehtoja. Vaikuttaviksi on todettu erilaisten ohjausmenetelmien ja -tekniikoiden yhdisteleminen, samoin kuin tarvittaessa intervention asiantuntijoiden ja muiden ulkopuolisten jäsenten tarjoaman sosiaalisen tuen käyttäminen. Ohjauksessa on usein tarpeen myös vaikuttavuuden parantamiseksi hyödyntää erilaisia asiakasta koskevia testituloksia, ja niistä nousevia havaintoja. Lisäksi ohjauksen vaikuttavuuteen voidaan vaikuttaa myönteisesti toiminnan seurannan ja palautteenannon myötä, unohtamatta kuitenkaan asiakkaan tukemista muutosprosessin aikana. (Kettunen ym. 2006; Poskiparta 2006, 15; Kyngäs ym. 2007, 146–147; Absetz & Hankonen 2011, 2265, 2271.)

Vaikuttavaan ohjaukseen kuuluu luonnollisena osana myös arviointi, jossa seurataan ohjauksen onnistumisen lisäksi tavoitteiden toteutumista (Kyngäs ym. 2007, 147). Ohjauksen vaikuttavuutta voidaan arvioida välittömien, välivaiheen, keskivaiheen ja pitkän aikavälin tulosten näkökulmista. *Välittömän* tuloksen kohdalla ohjauksen arvioinnin kohteina ovat oppiminen ja voimaantuminen, *välivaiheessa* arvioinnin kohde on elintapamuutos, *keskivaiheessa* kliininen muutos ja viimeisessä, *pitkän aikavälin* tuloksen arvioinnissa kohteina ovat elämänlaatu ja terveyden edistäminen. (Turku 2007, 116.)

Arviointi on hyvä perustaa muihinkin tekijöihin, kuin vain muutosprosessin lopussa mitattaviin terveystuottajiin, kuten painoon. Ohjauksen vaikutusten kannalta on keskeistä se, millaiseksi ohjaussuhde rakentuu ja miten hyvin siinä tuetaan asiakasta aktiivisuuteen ja tavoitteellisuuteen. Ohjauksen vaikutusten arviointia voidaan helpottaa sen säännöllisellä arvioinnilla ja kirjaamisella. On kehitetty erilaisia seuranta- ja tiedonkeruujärjestelmiä, joiden avulla voidaan arvioida ohjauksen vaikuttavuutta eri tekijöiden suhteen. (Kääriäinen & Kyngäs 2006; Turku 2007, 115–116.)

Ohjauksen asiakkaaseen kohdistuvia vaikutuksia ovat hyvinvoinnin ja terveyden edistyminen. Lisäksi ohjaus edistää hänen toimintakykyään, mielialaansa ja elämänlaatuaan sekä hoitoon sitoutumista ja itsehoitoa, mutta myös itsenäistä päätöksentekoa ja tietoa esimerkiksi sairautensa hoidosta. Ohjauksen seurauksena ohjattava omaksuu uusia näkökulmia tehdä havaintoja, toimia, tuntea ja ajatella. Onnistunut ohjaus siis tukee asiakkaan voimaantumisen ja itseohjautuvuuden kasvua. Lisäksi ohjauksen on todettu vähentävän sairauteen liittyviä hoitokäyntejä, sairauspoissaoloja ja lääkkeiden käyttöä. (Kääriäinen & Kyngäs 2005a, 256; Kääriäinen & Kyngäs 2005b, 213; Kyngäs ym. 2007, 145; Eloranta, Vähätalo & Johansson 2009.)

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön *tarkoituksena* on tutkia työterveyshoitajien terveystarkastusten yhteydessä asiakkailleen antaman elintapaohjauksen vaikuttavuutta. Kyseessä on sekä selittävä että ennustava tutkimus. Tutkimuksella siis etsitään asioiden välisiä syy-seuraussuhteita sekä selvitetään intervention – tässä tapauksessa ohjauksen, vaikutusta ja mahdollisuutta muuttaa ilmiötä, elintapoja. (Vilka 2007, 19, 22; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 138–139; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 42, 74.)

Tavoitteena on, että tutkimuksessa saatuja tuloksia käytettäisiin jatkossa ohjauksen vaikuttavuuden arviointiin työterveyshuollossa. Tavoitteena on myös lisätä ymmärrystä asiakkaiden elintapamuutosprosessia kohtaan. Elintapaohjauksen vaikuttavuuden osoittaminen on tärkeää sen yleisen profiilin ja tietoisuuden nostamiseksi. Tällä on merkitystä muun muassa ohjaajien oman ohjausmotivaation ylläpitämiseen ja ohjauksen kehittämiseen, ja taas sen myötä vaikuttavuuden parantamiseen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 74–75.)

Tutkimuksen tarkoituksen ja tavoitteen pohjalta muotoiltiin tutkimusongelmat, jotka esitettiin kysymysmuodossa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 75).

1. Miten ohjaus vaikuttaa asiakkaiden elintapamuutokseen?
2. Millaiseksi asiakkaat kokevat elintapaohjauksen?
3. Miten asiakkaat kehittäisivät elintapaohjausta?

6 TUTKIMUSAINEISTO JA –MENETELMÄT

6.1 Aineiston keruu

Tutkimusaineisto kerättiin kyselylomakkeella tammikuun ja helmikuun vaihteessa vuonna 2012. Tutkimuksen perusjoukkona oli Kokkolan työterveysaseman Työplussan elokuun 2011 aikana työterveyshoitajien luona terveystarkastuksessa käyneet asiakkaat. Kyseessä oli kokonaistutkimus ja -otanta, joten tutkittaviksi valikoitui koko perusjoukko eli kaikki asiakkaat (N=165), jotka olivat tuona kyseisenä aikana käyneet työterveyshoitajan vastaanotolla. Kokonaisotantaa käytettiin tutkimusaineiston pienuuden vuoksi. (Vilka 2007, 52; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 79.) Tutkimukseen osallistui 44 asiakasta. Vastausprosentti oli 27 %.

Kyselylomakkeet postitettiin tutkittaville saatekirjeen kanssa (LIITE 2). Saatekirjeessä annettiin tutkittaville tietoa tutkimuksesta, ja siihen vastaamisen merkityksestä. Tutkittavilla oli noin kaksi viikkoa aikaa vastata kyselyyn. Tutkittavien tuli palauttaa täytetty kyselylomake valmiiksi maksetussa kirjekuoressa takaisin ennalta määrättyyn päivämäärään mennessä. Kyselomakkeiden postituksesta huolehti Työplus, jonne myös kyselylomakkeet ohjattiin palauttamaan. Kysely oli kertaluonteinen, joten uusintakyselyä ei tehty. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 1997, 196; Vilka 2007, 65–66.)

6.2 Mittarin kuvaus

Tiedonkeruu toteutettiin strukturoidulla kyselylomakkeella, jossa tutkittavat asiat vakioitiin kysymyksiksi ja vaihtoehdoiksi siten, että ne olivat kaikille tutkittaville samat, ja ne kysyttiin samassa järjestyksessä. Mittarin muodostamisessa teoreettiset ja käsitteelliset asiat operationalisoitiin, eli muutettiin sellaiseen muotoon, että tutkittavat ymmärsivät ne. Mittari laadittiin siten, että se antoi mahdollisimman kattavasti vastauksen tutkimusongelmiin ja oli riittävän täsmällinen.

Tutkimuksessa käytettiin mitta-asteikkona luokittelu-, laatuero- eli nominaaliasteikkoa, eli sillä havaintoyksikön laadulliset ominaisuudet jaettiin ryhmiin tai luokkiin, kuten sukupuoli. (Hirsjärvi ym. 1997, 193; Vilkka 2007, 14–15, 28, 48; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 87–88, 101.)

Mittarin muodostamisessa hyödynnettiin samasta aiheesta tehtyjä aikaisempia tutkimuksia ja mallia kyselylomakkeeseen otettiin valmiista mittareista (Kääriäinen 2007; Hyytinen & Roiha 2009; Kuoppala 2009). Mittarin kehittämisessä oli työelämä mukana, eli se muodostettiin työelämän tarpeet huomioiden. Kyselylomake esitettiin kaksi kertaa perusjoukkoon kuuluvilla työkäisillä ja muilla perusjoukkoa vastaavilla henkilöillä. Testaamisella arvioitiin mittarin toimivuutta suhteessa tutkimusongelmiin, kysymysten ja vastausvaihtoehtojen selkeyttä ja toimivuutta, kysymysten kykyä mitata sitä, mitä niiden on tarkoitus mitata sekä lomakkeen pituutta ja vastaamiseen käytettävän ajan pituutta. Esitestausten jälkeen mittaria kehiteltiin edelleen. (Vilkka 2007, 78.)

Kyselylomakkeessa oli yhteensä 10 kysymystä (LIITE 3). Näistä seitsemän oli strukturoituja eli suljettuja ja kolme avoimia kysymyksiä. Avoimet kysymykset olivat laadullisia kysymyksiä ilman vastausvaihtoehtoja, jolloin tutkittaville esitettiin vain kysymys ja jätettiin vastausta varten tyhjä tila. Kysymyksissä 1, 3, 4, 7 ja 9 vastaaja antoi vastauksensa laittamalla rastin ruutuun häntä parhaiten kuvaavan vaihtoehdon tai kuvaavien vaihtoehtojen kohdalle. Kysymyksissä 5 ja 6 vastaaja ympyröi oikeat vastaukset ja kysymyksissä 2, 8 ja 10 kirjoitti vastauksensa niille varatuille tyhjille riveille. (Hirsjärvi ym. 1997, 198–199; Vilkka 2007, 62, 67; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 89).

Neljällä ensimmäisellä kysymyksellä selvitettiin vastaajien taustatietoja. Näihin taustatietoihin lukeutuivat sukupuolen ja iän lisäksi vastaajien kokemus ohjauksen saatavuudesta, ja sen riittävydestä. Viidennellä ja kuudennella sekä kahdeksannella kysymyksellä etsittiin vastausta ensimmäiseen tutkimusongelmaan, eli siihen, miten ohjaus on vaikuttanut asiakkaiden elintapamuutokseen. Viidennessä ja kuudennessa kysymyksessä vastaajaa pyydettiin arvioimaan omaa valmiuttaan muuttaa elintapojaan, ja jotta ohjauksen vaikutus asiakkaan muutosvalmiuteen olisi tullut selvemmin esille, pyydettiin vastaajaa muistelemaan muutosvalmiuttaan ennen ohjausta, ja vertaamaan sitä sitten ohjauksen jälkeiseen tilanteeseen.

Kahdeksas kysymys kartoitti, miten elintavat olivat konkreettisesti muuttuneet ohjauksen jälkeen. Siinä vastaaja sai kirjoittaa vastauksensa ravitsemuksesta, liikunnasta, tupakoinnista ja alkoholin käytöstä vastauksille varatuille tyhjille riveille.

Toiseen tutkimusongelmaan eli siihen, millaiseksi asiakkaat kokivat elintapaohjauksen, haettiin vastausta seitsemännen ja yhdeksännen kysymyksen avulla. Seitsemännessä kysymyksessä kysyttiin suoraan, olivatko vastaajan elintavat muuttuneet ohjauksen jälkeen vai eivät. Vastata sai myös kohtaan ”en tarvinnut muutosta”. Yhdeksäs kysymys kartoitti ohjauksen laajempia vaikutuksia yleisellä tasolla. Kymmenennessä eli viimeisessä kysymyksessä vastaaja sai antaa ehdotuksia elintapaohjauksen kehittämiseksi jatkossa. Tämä kysymys vastasi kolmanteen tutkimusongelmaan.

6.3 Aineiston analyysi

Monivalintakysymyksistä muodostunut aineisto analysoitiin Microsoft Excel 2010 - taulukko-ohjelmalla ja manuaalisesti. Aineiston kuvailuun käytettiin muuttujia ja prosenttilukuja. Tuloksia esitettiin numeerisesti taulukkoina. (Vilka 2007, 136, 139; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 103, 129–131.)

Avoimien vastausten analysoimiseen käytettiin sisällön analyysiä. Päättely oli deduktiivista, eli lähtökohtana oli teoria, jonka ilmenemistä tarkasteltiin käytännössä. Sisällön analyysi aloitettiin aineistoon tutustumisella ja valmisteluvaiheella, johon sisältyi myös analyysiyksiön valinta: esimerkiksi ravitsemus, liikunta, tupakointi ja alkoholin käyttö. Jokaisen elintavan kohdalla olevat avovastaukset kirjoitettiin numeroidussa järjestyksessä allekkain siinä muodossa, kuin vastaaja oli ne ilmaissut. Seuraavaksi aineisto pelkistettiin ja luokiteltiin. Luokittelussa yhdistettiin samaa merkitsevät lausumat. Ryhmittelyn pohjalta muodostettiin alaluokkia, jotka taas toimivat yläkategorioiden muodostumisen lähtökohtana. Sisällön analyysin tulokset havainnollistettiin taulukkomuotoisina ja tekstiä elävöittämään käytettiin vastaajien suoria lainauksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 103, 134–137.)

7 TULOKSET

7.1 Vastaajien taustatiedot

Tutkimukseen osallistuneiden määrä oli 44 ja vastausprosentti 27 % (TAULUKKO 1). Tutkimukseen osallistui yhteensä 11 miestä ja loput (33) vastaajista olivat naisia. Vastaajien keskimääräinen ikä oli 50 vuotta; miesten keski-ikä 53 ja naisten 49 vuotta. Suurin osa vastaajista oli 50–59-vuotiaita (57 %). Alle 30-vuotiaita vastaajia oli vähiten (2).

TAULUKKO 1. Vastaajien taustatietoja (N=44).

Luokka	n	%
Sukupuoli		
Mies	11	25
Nainen	33	75
Ikä		
<30	1	2
30-39	6	14
40-49	8	18
50-59	25	57
≥60	4	9

Ohjausta saaneet

Suurin osa vastaajista oli saanut elintapaohjausta (TAULUKKO 2). *Ohjausta oli saatu joko yhdestä tai useammasta elintavasta.* Eniten ohjausta oli saatu liikunnasta ja vähiten tupakoinnista. Vain yhdeksän (9) tutkimukseen osallistuneista ei ollut saanut ohjausta mistään edellä mainituista elintavoista.

TAULUKKO 2. Elintapaohjauksen saaminen (N=43).

Luokka	n
Saanut ohjausta	
Liikunta	29
Ravitsemus	28
Alkoholin käyttö	15
Tupakointi	13
Ei saanut ohjausta	9

Ohjausta halunneet

Selvästi suurin osa kysymykseen vastaajista ilmoitti, ettei olisi tarvinnut elintapaohjausta (TAULUKKO 3). Eniten ohjausta olisi haluttu ravitsemuksesta, toiseksi eniten liikunnasta ja vain yksi vastaajista olisi halunnut ohjausta tupakoinnista. Alkoholin käyttöön liittyvää ohjausta ei kukaan vastaajista ilmoittanut halunneensa. *Osa vastaajista oli halunnut ohjausta useammasta kuin yhdestä elintavasta.*

TAULUKKO 3. Elintapaohjauksen tarve vastaajien kokemana (N=29).

Luokka	n
Olisi halunnut ohjausta	
Ravitsemus	5
Liikunta	4
Tupakointi	1
Alkoholin käyttö	0
Ei ohjaustarvetta	22

7.2 Ohjauksen vaikutus asiakkaiden elintapamuutokseen

Miesten muutosvaiheet

Kaikki kyselyyn vastanneet miehet olivat miettineet muutosvaiheitaan ravitsemuksen ja liikunnan näkökulmista, kun taas tupakoinnin ja alkoholin käytön osilta muutosvaiheitaan oli jättänyt pohtimatta kaksi vastaajaa (TAULUKKO 4). Kun tarkastellaan miesten elintapojen muutosvaiheita ennen ja jälkeen ohjauksen, huomataan, että ohjauksella on ollut vaikutusta selvimmin esiharkintavaiheeseen eli vaiheeseen, jossa muutostarpeen tunnistaminen tapahtuu. Vaikutus on kohdistunut kaikista elintavoista merkittävimmin ravitsemukseen ja liikuntaan.

TAULUKKO 4. Yhteenvedo miesten muutosvaiheista (N=11).

Muutosvaihe						n
Miehet						
Ohjausta ennen						
	1.vaihe	2.vaihe	3.vaihe	4.vaihe	5.vaihe	
ravitsemus	4	2	1	3	1	11
liikunta	4	2	2	2	1	11
tupakointi	8	2	0	0	0	10
alkoholin käyttö	6	2	0	1	1	10
Ohjauksen jälkeen						
	1.vaihe	2.vaihe	3.vaihe	4.vaihe	5.vaihe	
ravitsemus	6	3	1	1	0	11
liikunta	6	2	2	1	0	11
tupakointi	8	1	1	0	0	10
alkoholin käyttö	6	2	0	1	1	10

Toisessa muutosvaiheessa eli muutoksen harkintavaiheessa ei ollut havaittavissa suurta muutosta verratessa ohjausta edeltävää ja ohjauksen jälkeistä tilannetta keskenään. Ohjaus oli lisännyt ravitsemustottumuksien muutosta harkitsevien määrää yhdellä, toisaalta ohjauksen jälkeen yksi oli luopunut tupakointitottumuksien muutoksen harkinnasta. Ohjauksella ei ollut suurta vaikutusta vastaajien muutosvaiheeseen myöskään kolmannessa eli muutoksen suunnitteluvaiheessa. Vaikutusta oli tapahtunut ainoastaan tupakoinnin osalta: yksi vastaajista oli siirtynyt tähän vaiheeseen.

Viimeiset kaksi muutosvaihetta ovat hyvin monitulkintaiset. Muutoksen tehneiden määrä vähentyi ohjauksen jälkeen. Esimerkiksi ravitsemustottumuksissa muutoksen oli tehnyt kolme henkilöä ennen ohjausta, kun ohjauksen jälkeen muutoksen oli tehnyt yksi vastaaja. Viidennessä eli viimeisessä muutosvaiheessa tilanne oli tulosten puolesta lähes yhtä mielenkiintoinen. Kun esimerkiksi liikuntatottumuksissa muutoksen oli pitänyt ennen ohjausta yksi henkilö, enää kukaan ei ohjauksen jälkeen ollut yltänyt tähän vaiheeseen.

Naisten muutosvaiheet

Muutosvaiheita kartoittavaan kysymykseen jätti vastaamatta kuusi naista (TAULUKKO 5). Ahkerimmin vastaajat olivat pohtineet muutosvaiheitaan ravitsemuksen ja liikunnan kannalta, aivan kuten miehetkin. Vähiten naiset olivat pohtineet muutosvaiheitaan tupakoinnin osalta. Naisilla ohjauksen vaikutus muutosvaiheeseen näkyi laajemmalti.

Ohjauksen jälkeen muutostarve lisääntyi ravitsemuksen, tupakoinnin ja alkoholin käytön osilta. Ohjauksen jälkeen muutosta harkitsevien määrä väheni ravitsemuksessa ja liikunnassa ohjausta edeltäneeltä tasolta. Liikuntatottumuksien muutosta suunnittelevien määrä lisääntyi ohjauksen vaikutuksesta muutosvaiheen kolmannessa vaiheessa, kun taas tupakoinnin ja alkoholin käytön osilta tilanne oli toisinpäin.

TAULUKKO 5. Yhteenveto naisten muutosvaiheista (N=27).

Muutosvaihe						n
Naiset						
Ohjausta ennen						
	1.vaihe	2.vaihe	3.vaihe	4.vaihe	5.vaihe	
ravitsemus	10	6	2	5	3	26
liikunta	6	10	2	5	3	26
tupakointi	18	4	1	0	0	23
alkoholin käyttö	22	1	1	0	1	25
Ohjauksen jälkeen						
	1.vaihe	2.vaihe	3.vaihe	4.vaihe	5.vaihe	
ravitsemus	9	5	2	5	3	24
liikunta	6	8	4	6	3	27
tupakointi	17	4	0	1	0	22
alkoholin käyttö	21	1	0	1	0	23

Neljännessä eli muutoksen tekovaiheessa muutos näkyy liikunnassa, tupakoinnissa ja alkoholin käytössä. Viimeisessä vaiheessa ohjauksen jälkeinen tilanne jäljittelee pitkälti ohjausta edeltävää, joskin muutoksen pysyvyydestä alkoholin käyttötottumusten suhteen on luopunut yksi vastaajista.

Myönteiset muutokset ravitsemustottumuksissa

Sisällön analyysin tuloksena syntyi ravitsemuksen osalta neljä alaluokkaa: terveellisen ruokavalion noudattaminen, epäterveellisten ruokien välttäminen, ruokailun säännöllisyys ja suunnitelmallisuus sekä iltasyönnin vähentäminen (TAULUKKO 6). Alaluokkien perusteella muodostettiin yläluokka: *myönteiset muutokset ravitsemustottumuksissa*. Kysymykseen vastasi 15 tutkittavaa. Taulukossa 6 on esimerkki analyysin kulusta ruokavaliomuutoksessa.

TAULUKKO 6. Analyysin eteneminen pelkistetystä ilmauksesta yläluokkaan. Esimerkkinä ruokavalion muutokset.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
terveellinen syöti monipuolinen ja terveellinen ruoka runsaskuituinen ruoka kevyempi ruokavalio kasviksia enemmän kasviksien käytön lisääminen enemmän kasviksia Keijun käyttöön siirtyminen kevyempi ruoka ja liikunta karppaaminen	Terveellisen ruokavalion noudattaminen	Myönteiset muutokset ravitsemustottumuksissa
sokerin ja rasvan vähentäminen makeiden välttäminen sokerin käytön vähentäminen sokeria vähemmän vähemmän hiilihydraatteja ja kahvia rasvaisten ruokien vähentäminen makeiden vähentäminen	Epäterveellisten ruokien välttäminen	
lämmin ruoka kerran päivässä säännöllinen syöti ilman pitkiä välejä harkitsee tarkemmin, mitä syö ja mitä ostaa kaupasta seuraa tarkemmin, mitä syö	Ruokailun säännöllisyys ja suunnitelmallisuus	
ei illalla syöntiä iltasyöntien välttäminen illalla syömisen vähentäminen	Iltasyönnin vähentäminen	

Terveelliseen ruokavalioon vastaajat mielsivät muun muassa monipuolisen, terveellisen, runsaskuituisen ja kevyemmän ruoan sekä kasvisten käytön. Eräs vastaajista oli turvautunut dieettiin, kuten karppaamiseen. *Epäterveellisten ruokien välttäminen* piti sisällään muun muassa rasvaisten ja sokeristen ruokien välttämisen. *Ruokailun säännöllisyyttä ja suunnitelmallisuutta* korostettiin. Säännöllisyys toteutui vastaajien mielestä välttämällä liian pitkiä ateriavälejä ja suunnitelmallisuus puolestaan niin, että huomiota kiinnitettiin enemmän siihen, mitä syötiin ja mitä kaupasta ostettiin. Myös *iltasyömiseen* ja sen vähentämisen merkitykseen ravitsemuksen kannalta oli puututtu.

Myönteiset muutokset liikuntatottumuksissa

Sisällön analyysin perusteella muodostettiin kolme alaluokkaa: liikunnan määrän lisääminen, liikunnan säännöllisyys sekä hyöty- ja työmatkaliikunta (TAULUKKO 7). Näiden alaluokkien pohjalta syntyi yläluokka: *myönteiset muutokset liikuntatottumuksissa*. Kysymykseen vastasi 13 tutkittavaa.

TAULUKKO 7. Myönteiset muutokset liikuntatottumuksissa.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
<p>liikunnan lisääminen yritys lisätä liikunnan määrää sauvakävelyn, vesijuoksun ja – jumpan sekä kuntosalilla käynnin lisääminen liikuntaa enemmän liikunnan lisääminen muiden harrastusten salliessa liikkumista enemmän kuin ennen jumppaa kävelyä ohjattu liikunta lenkkeily salilla käyntiä</p> <p>tunnin jumppa kerran viikossa viikoittainen liikunta sauvakävely kaksi kertaa viikossa kävelyä 5-6 km joka toinen päivä liikkuminen annettujen ohjeiden mukaan</p> <p>työmatkat kävelen kesällä pyörän käyttäminen liik- kumiseen</p>	<p>Liikunnan monipuolisuus ja määrän lisääminen</p> <p>Liikunnan säännöllisyys</p> <p>Hyöty- ja työmatkaliikunta</p>	<p>Myönteiset muutokset liikuntatottumuksissa</p>

Liikunnan monipuolisuus ja määrän lisääminen ilmeni pääsääntöisesti liikuntakertojen lisäämisellä ja erilaisten liikuntamuotojen harrastamisena. *Liikunnan säännöllisyyteen* vastaajat lukivat kuuluvaksi muun muassa säännöllisesti toistuvan viikoittaisen liikunnan ja esimerkiksi kerran viikossa toteutuvan jumpan. Eräs vastaajista toi esille myös *hyöty- ja työmatkaliikunnan* merkityksen.

Myönteiset muutokset tupakointitottumuksissa

Sisällön analyysin tuloksena syntyi tupakoinnin osalta kolme alaluokkaa, jotka kuvaavat aineistoa: tupakoinnin lopettaminen, vähentäminen ja rajoittaminen (TAULUKKO 8). Alaluokkien pohjalta muodostettiin yläluokka: *myönteiset muutokset tupakointitottumuksissa*. Kysymykseen vastasi 8 tutkittavaa.

TAULUKKO 8. Myönteiset muutokset tupakointitottumuksissa.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
lopettanut tupakoinnin ei tupakoi enää ei polta	Tupakoinnin lopettaminen	Myönteiset muutokset tupakointitottumuksissa
vähentänyt tupakointia taukojen pitäminen sähkötupakan käyttö	Tupakoinnin vähentäminen	
tupakoi vain alkoholin yhteydessä, ei muulloin rajoittanut tupakointia n.15–20 tupakkaan vuorokaudessa ei tupakoi talvella	Tupakoinnin rajoittaminen	

Tupakoinnin lopettamisella vastaajat tarkoittivat konkreettista luopumista tupakan poltosta. *Tupakoinnin vähentäminen* ilmeni vastaajilla esimerkiksi ajoittaisten taukojen pitämisenä ja tupakan korvaamista sähkötupakalla. Osa vastaajista *rajoitti tupakoinnin* tiettyihin tilanteisiin, esimerkiksi tupakoi vain alkoholin käytön yhteydessä.

Myönteiset muutokset alkoholin käyttötottumuksissa

Sisällön analyysissä muodostui kolme alkoholin käyttöä kuvaavaa alaluokkaa: alkoholin käytön lopettaminen, alkoholin käytön rajoittaminen ja vähentäminen sekä alkoholin kulutuksen seuranta (TAULUKKO 9). Alaluokkien perusteella muodostettiin yläluokka: *myönteiset muutokset alkoholitottumuksissa*. Kysymykseen vastasi 9 tutkittavaa.

TAULUKKO 9. Myönteiset muutokset alkoholin käyttötottumuksissa.

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
alkoholin käyttö ei ole enää ongelma ei käytä lainkaan alkoholia ei käytä enää alkoholia ei pitäisi olla enää ongelma	Alkoholin käytön lopettaminen	Myönteiset muutokset alkoholin käyttötottumuksissa
alkoholin käytön vähentäminen ja lähes kokonaan lopettaminen alkoholin käyttö kerran viikossa viikkomäärien vähentäminen alkoholin käytön vähentäminen, erityisesti viikonloppuisin alkoholin käyttö 1-2 kertaa vuodessa	Alkoholin käytön rajoittaminen ja vähentäminen	
alkoholin käytön tarkkailu	Alkoholin kulutuksen seuranta	

Vastaajille *alkoholin käytön lopettaminen* merkitsi täydellistä luopumista alkoholista. Suurin osa vastaajista oli *rajoittanut tai vähentänyt alkoholin käyttöä*, esimerkiksi käytti sitä vain kerran viikossa tai pari kertaa vuodessa. Vastaajista osa myös *seurasi alkoholin kulutusta*, sen käyttöä tarkkailemalla.

7.3 Asiakkaiden kokemukset elintapaohjauksesta

Muutos elintavoissa

Suurin osa vastaajista (46 %) koki ohjauksen vaikuttaneen heidän elintapamuutukseensa (TAULUKKO 10). Vastaajista 28 % puolestaan ilmoitti, ettei elintapaohjauksella ollut vaikutusta. Vastaajista 26 % taasen ilmaisi, ettei tarvinnut muutosta lainkaan.

TAULUKKO 10. Muutos elintavoissa (N=39).

Luokka	n	%
muutos elintavoissa	18	46
ei muutosta elintavoissa	11	28
ei tarvinnut muutosta	10	26

Elintapaohjauksen vaikuttavuus

Vastaajat arvioivat ohjauksen vaikuttavuutta seuraavien väittämien kautta: A= ohjaus on lisännyt tietoa terveellisistä elintavoista, B= ohjaus on muuttanut asennoitumista terveyteen, C= ohjaus on lisännyt elintapojen muutoshalukkuutta, D= ohjaus on auttanut elintapamuutoksessa, E= ohjaus on johtanut muutokseen elintavoissa ja F= ohjaus ei ole vaikuttanut millään tavalla (TAULUKKO 11). *Vastata sai yhteen tai useampaan vaihtoehtoon.*

TAULUKKO 11. Elintapaohjauksen vaikuttavuus (N=37).

Luokka	n	%
A ohjaus on lisännyt tietoa terveellisistä elintavoista	15	21
B ohjaus on muuttanut asennoitumista terveyteen	14	19
C ohjaus on lisännyt elintapojen muutoshalukkuutta	12	17
D ohjaus on auttanut elintapamuutoksessa	14	19
E ohjaus on johtanut muutokseen elintavoissa	10	14
F ohjaus ei ole vaikuttanut millään tavalla	7	10

Ohjaus oli lisännyt eniten tietoa terveellisistä elintavoista (21 %), toiseksi eniten vaikutusta ohjauksella oli ollut terveyteen asennoitumiseen (19 %) ja elintapamuutokseen (19 %). Ohjaus oli lisännyt elintapojen muutoshalukkuutta 17-prosentilla vastaajista, ja 14-prosentilla sen oli johtanut muutokseen elintavoissa. Vain 10 % vastaajista valitsi viimeisen vaihtoehdon, eli ei kokenut ohjauksen vaikuttaneen millään tavalla.

7.4 Asiakkaiden ehdotukset elintapaohjauksen kehittämiseksi

Viimeisessä kysymyksessä tutkittavia pyydettiin pohtimaan, miten heidän mielestään elintapaohjausta tulisi jatkossa kehittää. Vastauksista nousivat selkeimmin esille seuraavat teemat: *tyytyväisyys ohjaukseen, ohjauksen saatavuus ja riittävyys, ohjaukselliset lähtökohdat, yksilöllisyys, tarpeet ja tavoitteiden muodostaminen sekä sosiaalinen tuki, tukeminen elintapamuutoksessa ja moniammatillinen yhteistyö.* Seuraavaksi tarkastellaan näitä teemoja tarkemmin.

Vastauksista kävi ilmi, että suurin osa tutkimukseen osallistujista oli tyytyväisiä ohjauksen nykyiseen tilaan, ja se oli heidän mielestään riittävää. Vastaajat korostivat, kuinka tärkeää on, että ohjausta on aina silloin saatavilla, kun sitä haluaa. Ohjausta toivottiin saatavan kaikista elintavoista tasaisesti, jottei ohjauksessa keskityttäisi vain yhteen elintapaan kerrallaan. Tiedon tuputtamista vastaajat toivoivat kuitenkin vältettävän.

Olen tyytyväinen tämän hetken tilanteeseen.
 Voi hakea ja pyytää ohjausta, jolloin sitä varmasti saa.
 Sain ohjausta sen verran kuin tarvin.
 Tulisi puhua tarkemmin kaikista elintavoista...
 Ei liikaa tuputtamista.

Ohjaukselliseksi lähtökohdaksi vastaajat toivoivat asioiden rohkeampaa puheeksi ottamista työterveyshoitajan suunnalta sekä kaikenlaisia testejä ja interventioita. Erään vastaajan mielestä asioiden puheeksi ottaminen ei välttämättä saa heti aikaan muutosta elintavoissa, vaan puhuttu saattaa jäädä ikään kuin mieleen kypsyymään, jolloin vaikutus näkyy myöhemmin. Erilasten mittaustulosten ajateltiin toimivan hyvinä havahduttajina. Tärkeänä koettiin ohjauksen tarpeen tunnistaminen, ja sen kohdentaminen oikeille – juuri sitä tarvitseville, henkilöille. Henkilökohtaista ohjaustakin peräänkuulutettiin.

Oleellista on asioiden esille ottaminen... Mittaukset hyviä havahduttajia...
 Testit ja interventiot tärkeitä... On osoitettava huonojen elintapojen ja sairauksien syy-yhteys.
 En tupakoi enkä juo joten en tarvinnut ohjausta niistä...
 Enemmän henkilökohtaista ohjausta...

Merkittävä osa vastaajista ilmaisi halunsa keskustella elintapoihin liittyvistä asioista työterveyshoitajan kanssa nykyistä useammin. Lisäksi ilmaistiin toive seurantakäynneistä, jolloin tarkastettaisiin esimerkiksi elintapamuutoksessa edistyminen.

Säännöllinen seuranta tuottaa paremmin tulosta kun yksittäiset käynnit.
 Käyntejä viikottain tai kuukausittain, missä tarkistetaan arvoja...
 ...olisi myöskin aiheellista päästä keskustelemaan useammin terveydestä (omasta) työterveyshoitajan kanssa.

Moni vastaajista toi esille sosiaalisen tuen, eli vertaistuen ja ryhmän tuen, merkityksen elintapojen muutoksessa. Samalla toivottiin tavoitteiden asettamista yhdessä. Työterveyshoitajalta toivottiin psyykkistä tukea ja kannustamista elintapamuutoksessa.

Esim. perustaa ohjausryhmiä, joissa saa lisäinfoa ja vertaistukea ajankohtaisesta, yhteisestä aiheesta. Tsemptata yhdessä koko ryhmä voimin kohti parempia elintapoja.

Onnistumisen kannustaminen tärkeää.

Myös moniammatillisen yhteistyön merkitys elintapamuutoksessa ja siihen ohjaamisessa otettiin esille. Erään vastaajan mielestä työterveyshoitajan tulisi lähettää asiakas jatko-ohjaukseen, asiakkaan tarpeet huomioiden, esimerkiksi ravitsemusterapeutille tai kunto-ohjaajalle.

Yhteistyö muiden vastaavien tahojen kanssa, jos katsotaan tarpeelliseksi

8 POHDINTA

8.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Tulosten mukaan työterveyshoitajat antoivat terveystarkastusten yhteydessä hyvin elintapaohjausta, jolloin ohjausta saaneiden määrä ylitti reilusti ilman ohjausta jääneiden lukumäärän. Eniten ohjattiin liikunnassa ja ravitsemuksessa, vähiten alkoholin käytössä ja tupakoinnissa. Ohjaus oli enemmistö vastaajien mielestä nykyisellään riittävää, mutta sitä haluttiin lisää ravitsemuksesta ja liikunnasta.

Elintapaohjaus näyttäisi tulosten perusteella vaikuttavan selvimmin muutoksen ensimmäiseen vaiheeseen, eli esiharkintavaiheeseen, jolloin muutostarpeen tunnistaminen tapahtuu. Ohjaus lisäsi muutoksen tarvetta miehillä ravitsemuksen ja liikunnan osilta, naisilla ravitsemuksen lisäksi tupakoinnissa ja alkoholin käytössä. Hyytisen ja Roihan (2009) tutkimuksen tulosten mukaan naiset olivat miehiä halukkaampia muuttamaan ravitsemustottumuksiin, tutkimuksessani ravitsemustottumusten muutoshalukkuus ei ollut yhtä selvästi sukupuolisidonnainen.

Kuoppala (2009) toi tutkimuksessaan esille, että naiset ovat miehiä halukkaampia muuttamaan liikuntatottumuksiaan. Tutkimuksessani tämä näkyi siten, että ennen ohjausta suurin osa miesvastaajista oli liikunnan osalta vasta esiharkintavaiheessa, kun taas suurin osa naisista jo harkintavaiheessa. Myös Kuoppalan (2009) tutkimus tukee tätä: siinä, missä miehet olivat harkintavaiheessa, naiset olivat edenneet jo muutoksen toteuttamiseen.

Tutkimuksessani elintapaohjauksen vaikutukset näkyivät esiharkintavaiheen lisäksi harkinta- ja suunnitteluvaiheissa, joskin näissä vaiheissa muutokset ohjausta edeltävän ja ohjauksen jälkeisen tilanteen välillä olivat huomattavasti vähäisemmät. Miehillä muutosta ohjausta edeltäneeseen tilanteeseen oli tapahtunut muutosvaiheen toisessa ja kolmannessa vaiheessa, kun taas naisilla kolmannessa ja neljännessä vaiheessa. Naiset siis pääsivät yleisesti ottaen muutoksessaan harkinnan ja suunnittelun kautta toteutukseen, siinä missä miehillä muutosvaihe painottui muutoksen tarpeen tunnistamiseen ja muutoksen harkintaan. (Hyytinen & Roiha 2009.)

Tulosten valossa näyttäisi siis siltä, että elintapaohjauksella on ollut vaikutusta lähinnä muutostarpeen tunnistamiseen, sekä hieman muutoksen harkitsemiseen ja sen suunnitteluun, ei niinkään muutoksen toteuttamiseen ja muutoksen pysyvyyteen. Toisin kuin Alahuhtan (2010) tutkimuksessa, ohjauksella ei ole ollut selkeää vaikutusta tutkittavien muutosvaiheisiin. Alahuhtan (2010) tutkimuksesta kävi ilmi, että puoli vuotta ohjauksen jälkeen esiharkinta- ja harkintavaiheessa olevien määrä oli vähentynyt siinä, missä valmistautumis- ja toimintavaiheessa olevien lisääntynyt. Tutkimuksessani tämä ei näkynyt yhtä selvästi.

Vastaajilla muutokset *ravitsemustottumuksissa* näkyivät terveellisen ruokavalion noudattamisena ja vastaavasti epäterveellisten ruokien välttämisenä, ruokailun säännöllisyytenä ja suunnitelmallisuutena sekä iltasyönnin vähentämisenä. Terveellinen ruoka piti sisällään muun muassa kasvien käytön lisäämisen. Epäterveelliseksi ruuaksi luokiteltiin rasvaiset ja sokeriset syötävät. Tutkimusten kannalta tarkasteltuna vaikuttaa siltä, että ravitsemusinterventiot vähentävät tyydyttyneen rasvan käyttöä ja toisaalta lisäävät hedelmien ja kasvien käyttöä. Myös ohjauksen intensiivisyys eli kuinka useita ohjaustapaamisia on, vahvistaa muutosta edelleen. (Kiiskinen ym. 2008; Alahuhta 2010; Alahuhta ym. 2010.)

Liikuntatottumusten muutosten seurauksena vastaajat lisäsivät liikunnan määrää, kiinnittivät huomiota sen säännöllisyyteen ja panostivat hyöty- ja työmatkaliikuntaan. Ohjausinterventoiden on todettu vaikuttavan liikuntatottumusten muutokseen. Seurantakäynnit ja kirjallinen materiaali suullisen ohjauksen tukena sekä henkilökohtaiset liikuntaohjelmat vahvistavat muutosta entisestään. (Kiiskinen ym. 2008; Alahuhta 2010; Alahuhta ym. 2010.)

Tupakointitottumusten suhteen muutosta oli tapahtunut siten, että osa vastaajista oli lopettanut tupakoinnin, ja loput joko vähentäneet tai rajoittaneet sen polttoa. Ohjaus selkeästi lisää tietoisuutta tupakointiin liittyvistä terveysvaaroista ja lisää lopettamisyrityksiä, muttei välttämättä johda täydelliseen luopumiseen tupakasta. Tupakointitottumusten muutoksen tukena toimivat lisäksi henkilökohtainen ohjaus ja kirjalliset materiaalit. Ohjauksen intensiivisyydellä on tässäkin yhteydessä merkittävä vaikutus.

Muutokset *alkoholin käyttötottumuksissa* sisälsivät alkoholin käytön lopettamisen lisäksi sen käytön rajoittamisen ja vähentämisen sekä kulutuksen seurannan. Mini-interventioilla seurantakäynteineen on todettu olevan vaikutusta alkoholin käyttötottumusten muutokseen. (Kiiskinen ym. 2008; Alahuhta 2010; Alahuhta ym. 2010.)

Kun tutkittavilta kysyttiin, onko ohjauksella ollut vaikutusta heidän elintapamuutukseensa, 46 % vastaajista oli sitä mieltä, että oli. Myös Hyytisen ja Roihan (2009) tutkimuksessa suurin osa vastaajista ilmoitti elintapaohjauksesta olleen hyötyä terveytensä kannalta. Kysymykseen vastaajista 18 % oli kuitenkin sitä mieltä, että ohjauksella ei ollut vaikutusta. Loput 26 % ilmaisivat, etteivät he tarvinneet muutosta. Elintapaohjauksen koettiin lisänneen eniten tietoa terveellisistä elintavoista, muuttaneen asennoitumista omaan terveyteen ja auttaneen elintapamuutoksessa. Tulokset olivat samansuuntaisia Hyytisen ja Roihan (2009) tutkimuksen kanssa. Vain 10 % vastaajista ilmaisi, ettei ohjauksella ollut vaikutusta millään tavalla.

Tutkimuksessa vastaajat saivat esittää ehdotuksia elintapaohjauksen kehittämiseksi. Pääsääntöisesti tutkittavat olivat tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen. Vastaajat toivoivat vain, että elintapaohjauksessa käsiteltäisiin tasapuolisesti kaikkia elintapoja, eikä keskityttäisi vain esimerkiksi yhteen elintapaan kerrallaan.

Vastauksista nousivat esille ohjaukselliset lähtökohdat, jotka tutkimukseeni osallistujien mielestä tarkoittivat asioiden puheeksi ottamista sekä erilaisten mittaustulosten hyödyntämistä. Vastauksissa korostuivat myös ohjauksen tarpeen arviointi, joka tarkoitti ohjauksen parempaa kohdentamista sitä tarvitseville henkilöille, ja sitä, ettei keskityttäisi niiden elintapojen käsittelemiseen, jotka ohjattavilla olivat jo kunnossa. Tavoitteiden asettaminen yhdessä koettiin tärkeäksi tekijäksi.

Ohjauksen saatavuutta ja riittävyttä peräänkuulutettiin useaan otteeseen. Vastaajien mielestä ohjausta tulisi saada silloin, kun sitä toivoo ja ohjauskontakteja tulisi olla nykyistä enemmän, jotta voitaisiin esimerkiksi seurata, eteneekö elintapamuutos asetettujen tavoitteiden mukaisesti. Samalla tiheämmät tapaamiset työterveyshoitajan kanssa tarjoaisivat tutkittavien mukaan tukea muutosprosessin kuluessa.

Tuki muutoksentekevaiheessa nousi esille myös silloin, kun vastaajat toivat pohdinnoissaan esille ryhmän ja vertaistuen muodostaman sosiaalisen tuen. Vastaajien mielestä on tärkeää, että asioita voi jakaa vertaistensa kanssa ja tavoitteet muodostetaan yhdessä. Tämä lisäisi muun muassa elintapojen muutokseen sitoutumista. Moniammatillinen yhteistyö merkitsi tutkimukseni yhteydessä sitä, että työterveyshoitajat lähettäisivät nykyistä herkemmin asiakkaan jatko-ohjaukseen muille terveydenhuollon ammattilaisille.

Tutkimuksen tuloksista voidaan tehdä seuraavat johtopäätökset:

1. Ohjauksella on vaikutusta elintapamuutokseen, koska sen koetaan lisäävän tietoa terveellisistä elintavoista, muuttavan terveyteen asennoitumista ja auttavan elintapamuutosprosessissa.
2. Elintapaohjauksella on myönteisiä vaikutuksia ravitsemus-, liikunta, tupakointi- ja alkoholin käyttötottumuksiin.
3. Elintapaohjauksen vaikutus kohdistuu etenkin esiharkintavaiheeseen eli muutostarpeen tunnistamiseen ja sitä seuraavaan harkintavaiheeseen.
4. Elintapaohjauksen saatavuus on hyvä, ja se on riittävää.
5. Elintapaohjausta tulee jatkossakin kehittää asiakkaiden tarpeita vastaavaksi.

8.2 Tutkimuksen luotettavuus

Kyselylomake kehitettiin tutkimusta varten aikaisemman kirjallisuuden perusteella ja jo käytössä olevia, testattuja ja standardoituja, mittareita hyväksi käyttämällä. Mittarin laatimiseen osallistui yhteistyöorganisaationa toiminut Työplus. Kyselylomake esitettiin kaksi kertaa varsinaista tutkimusotosta vastaavalla pienemmällä vastaajajoukolla, noin kymmenellä työikäisellä, jotka eivät olleet Työplussan asiakkaita, ja näin ollen kuuluneet otokseen. Esitestausten perusteella lomakkeeseen tehtiin muutoksia, ja sitä kehitettiin edelleen. Työelämäyhteyshenkilö esitti parannusehdotuksia kyselylomakkeen sisältöön liittyen ja hyväksyi lopulta valmiin lomakkeen. (Vilka 2007, 75–76, 78; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 153–154.)

Luotettavuutta pyrittiin parantamaan laatimalla kyselylomake vastaamaan houkuttelevaksi ja vastaajaystävälliseksi. Lomakkeen lyhyteen, selkeyteen ja ymmärrettävyyteen, kysymysten loogisuuteen ja johdonmukaisuuteen, sekä niiden spesifisyyteen kiinnitettiin erityistä huomiota. Näin ollen mittarista saatiin sisäisesti johdonmukainen. Kyselylomake muodostettiin siten, että se oli riittävän kattava ja mittasi kaikkia tutkimusongelmien osalualueita mahdollisimman tarkoituksenmukaisesti sekä antoi vastauksen tutkimusongelmiin. Tutkimusmenetelmä siis mittaa sitä, mitä sen on tarkoituskin mitata. Mittari on myös pysyvä, eli se tuottaa jatkossakin saman tuloksen eri mittauskerroilla. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, 207, 209; Hirsjärvi ym. 1997, 231–232; Vilkkä 2007, 64, 66, 147, 150; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152–153, 156–157.)

Kyseessä oli kokonaisotanta. Otoksen koko (N=165) oli riittävä ja edusti perusjoukkoa. Vastausprosentti jäi silti pieneksi (27 %). Vaikka kato oli suuri, ei uusintakyselyä haluttu suorittaa. Heikko vastausprosentti heikentää tulosten luotettavuutta ja johtaa siihen, ettei tutkimuksen tuloksia voida suoraan yleistää. Tuloksia voidaan kuitenkin käyttää suuntaa antavina terveydenhuollon eri osa-alueilla, joilla annetaan elintapaohjausta – siis myös työterveyshuollon ulkopuolella. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, 211; Hirsjärvi ym. 1997, 179; Vilkkä 2007, 150; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 79, 82–83, 156.)

Yhtenä katoa aiheuttavana tekijänä oli luultavasti kyselyn kieli, joka oli suomi. Koska alue, jolla tutkimus suoritettiin, on kaksikielistä aluetta, on hyvin todennäköistä, että ne, joiden äidinkielenä on ruotsi, ovat jättäneet vastaamatta kyselyyn. Huonoon vastausprosenttiin saattoi vaikuttaa myös se, etteivät vastaamatta jättäneet ajatelleet tutkimuksen koskettavan heitä, eivät ymmärtäneet kysymyksiä tai jättivät muista syistä vastaamatta. Reliabiliteetin parantamiseksi pyrittiin minimoimaan tutkimuskohteesta johtuvat virhetekijät. Katoa pyrittiin ehkäisemään valitsemalla tarpeeksi suuri vastaajajoukko ja harkitsemalla tarkkaan kyselyn ajankohta. Lisäksi vastausprosenttia pyrittiin parantamaan niin, että Työplus lähetti tutkittaville kyselylomakkeet ja saatekirjeet postissa suoraan heidän koteihinsa. Myös palautuskirjeet oli valmiiksi maksettu. Kyselyyn vastaamisaikakin mietittiin tarkasti, ja se oli kaksi viikkoa. Todettiin, että liian pitkä vastausaika saattaa johtaa tutkittavilla kyselyyn vastaamisen unohtamiseen, ja siten osaltaan heikentävän vastausprosenttia. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, 210; Hirsjärvi ym. 1997, 195; Vilkkä 2007, 28, 66, 76.)

Aineistonkeruumenetelmän vuoksi tutkimuksen laatua saattaa heikentää se, ettei pystytä varmistamaan, kuinka vakavasti vastaajat ovat suhtautuneet tutkimukseen ja kyselyyn vastaamiseen, eli ovatko he varmasti vastanneet huolellisesti ja rehellisesti. Myös väärinymmärrysten riski on olemassa, eli vastaajat ovat ymmärtäneet kysymykset toisin, kuin ne oli tarkoitettu. Vastaajat saattoivat myös valita kyselylomakkeen vaihtoehdoista sen, jonka he arvelivat olevan suotavin vastaus. Systemaattiset virheet saattoivat aiheutua siitä, että vastaajat valehtelivat, kaunistelivat tai vähättelivät asioita. Toisaalta vastausten luotettavuutta parantaa se, että kyselyyn vastattiin nimettömästi. Tämä parantaa myös tutkimuksen objektiivisuutta. (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, 211–212; Vilka 2007, 16, 72, 153; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 158.)

Analyysi toteutettiin laskemalla aineistosta frekvenssit ja prosenttiosuudet Excel-tilukko-ohjelmalla ja manuaalisesti. Sisällön analyysiä hyödynnettiin avovastausten analysoimisessa. Kadon lisäksi aineiston analyysiä ja tulosten tulkintaa vaikeutti se, etteivät vastaajat olleen vastanneet kaikkiin kysymyksiin. Vastaamattomuus aiheutti ongelmia etenkin kuudennen ja viidennen kysymyksen kohdalla, jolloin vaikuttavuutta pyrittiin näyttämään toteen muutosvaiheiden avulla. Koska kysymyksen kaikkiin osakohtiin ei ollut vastattu, vaikeutti se merkittävästi muutosten polun seuraamista. Noudatin huolellisuutta jokaisessa tutkimuksen teon vaiheessa.

8.3 Tutkimuksen eettisyys

Tutkittavien itsemääräämisoikeutta kunnioitettiin antamalla heille mahdollisuus itse päättää tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimus oli heille siis aidosti vapaaehtoista, eikä kieltäytymisestä seurannut sanktioita. Koska kokonaistutkimus otantamenetelmänä toimii tutkittavien anonymiteettiä heikentävänä tekijänä, kiinnitettiin erityistä huomiota kyselylomakkeen laatimiseen yksityisyyden turvaamiseksi. Anonymiteetin suojaamiseksi kyselylomakkeessa ei ollut taustamuuttujia koskevia suoria tunnistetietoja, vaan pelkästään epäsuoria, joita olivat vain sukupuoli ja ikä. Tulokset kuvattiin niin, ettei yksittäisiä vastaajia voida tunnistaa esimerkiksi avovastauksista. (Vehviläinen-Julkunen 1997, 27; Hirsjärvi ym. 1997, 25; Vilka 2007, 91, 96; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177, 179.)

Tutkittavat saivat itse määrittää yksityisyytensä rajat ja tehdä päätöksiä, mitä he halusivat itsestään kertoa. Salassapito- ja vaitiolovelvollisuutta noudatettiin tutkimusaineiston käsittelyssä ja säilyttämisessä. Tutkimusaineisto hävitettiin asianmukaisesti tietosuojaa kunnioittaen tutkimuksen päätyttyä. Näin toimien taattiin tutkittaville, ettei tutkimuksen aikana esiin tulleita henkilökohtaisia asioita pääse tutkimuksen ulkopuolisten tietoon. (Vilka 2007, 91.)

Saatekirjeen laatimisen ja kyselylomakkeiden postituksen huolehti Työplus. Tämän vuoksi en missään tutkimuksen teon vaiheessa saanut tietooni tutkittavien henkilötietoja. Ennen tutkimuksen aloittamista selvitin organisaationi lupakäytännön ja hankin sen toteuttamiseen tarvittavat luvat. Vältin epärehellisyttä kaikissa tutkimustyöni osavaiheissa: en plagioinut toisten tekstejä, en yleistänyt tuloksia ilman kritiikkiä ja en raportoinut harhaanjohtavasti tai puutteellisesti. Kiinnitin huomiota myös lähdekritiikkiin. (Vehviläinen-Julkunen 1997, 28; Hirsjärvi ym. 1997, 113–114, 26; Vilka 2007, 34, 91; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 180–183.)

8.4 Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet

Tutkimusta tehdessä kävi ilmi, kuinka vaikeaa ohjauksen – eritoten elintapaohjauksen – vaikuttavuuden arvioiminen käytännössä on. Suomessa on tehty verraten vähän tutkimuksia vaikuttavuuteen liittyen. Nekin, joista tutkimusta on tehty, on tehty muiden alojen kuin sosiaali- ja terveydenhuollon näkökulmasta. Tämä johtuu luultavasti siitä, että terveyden edistäminen on niin sanotusti näkymätöntä työtä, jolloin mahdolliset vaikutukset, esimerkiksi juuri ohjauksen vaikutukset asiakkaan elintapamuutokseen, näkyvät vasta kuukausia tai jopa vuosia myöhemmin.

Erityisen haastavaa juuri elintapaohjauksen vaikutusten arvioimisesta asiakkaan elintapamuutokseen tekee se, että muutokseen vaikuttaa ohjauksen lisäksi moni muukin tekijä. Näistä tekijöistä ehkä huomionarvoisin on asiakkaan oma motivaatio. Juuri siihen – pelkäänsään ohjauksellisin menetelmin – on vaikea puuttua. On siis vaikea näyttää toteen, kuinka paljon ohjaus todella on edistänyt asiakkaan muutosprosessia ja mikä taas on muutoksen tekijän omien sisäisten ja ulkoisten tekijöiden osuus.

Tutkimukseni puhuu elintapaohjauksen vaikuttavuuden puolesta ja toivottavasti saa aikaan keskustelua aiheesta. Vaikuttavuusnäkökulma on hyvä pitää mielessä, kun pohditaan esimerkiksi terveydenhuollon kustannuksia. Samalla se tuo materiaalia näyttöön perustuvaan hoitotyön käyttöön ja auttaa muun muassa hoidon tehokkuuden ja laadun arvioimisessa. Vaikuttavuustutkimus tuo myös ennaltaehkäisevän työn näkyvämmäksi, ja lisää sen arvostusta. Samalla se todistaa, kuinka merkittävää työ on yksilön terveyden ja hyvinvoinnin kannalta.

Jatkossa olisi hyvä tutkia vaikuttavuutta laajemmalti terveydenhuollon saralla. Vaikuttavuuden arviointi tulisi erityisesti kohdistaa ennaltaehkäisevään terveydenhuoltoon. Näin siihen osattaisiin ehkä jatkossa kohdistaa riittävästi resursseja ja voimavaroja. Vaikuttavuutta tulisi tarkastella niin yksilön kuin yhteiskunnankin näkökulmista. Yhteiskunnan näkökulmasta katsottuna hyödyt tulevat näkyviin esimerkiksi kansanterveydellisistä ja –taloudellisista lähtökohdista. Ohjauksen on todettu useaan otteeseen ja eri yhteyksissä muun muassa edistävän terveyttä, ennaltaehkäisevän sairauksien puhkeamista, vähentävän sairauteen liittyviä oireita, viivästyttävän tai jopa kokonaan estävän lisäsairauksien puhkeamista, vähentävän sairauspäivien määrää ja lääkkeiden käyttöä ja niin edelleen.

Yhteistyöorganisaationi Työplus voi jatkossa hyödyntää tutkimuksestani saatuja tuloksia työterveyshoitajiensa työn kehittämiseen sekä käytössä olevien ohjauksellisten työmenetelmien laadun ja vaikuttavuuden arvioimiseen. Elintapaohjauksen vaikuttavuuden työstämistä on tarkoitus jatkaa terveydenhoitajatutkintoon kuuluvassa kehittämistehtävässä. Tuolloin aihetta on tarkoitus tarkastella elintapaohjauksen vaikuttavuuden parantamiseen tähtäävän toiminnan näkökulmasta. Kehittämistehtävän tarkoituksena on tuottaa uusi työmenetelmä tai toimintatapa työterveyshoitajien työn tueksi, jolla pyritään nimenomaan parantamaan elintapaohjauksen vaikuttavuutta.

LÄHTEET

- Absetz, P. & Hankonen, N. 2011. Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa: vaikuttavuus ja keinot. Katsaus. Duodecim. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo99873.pdf> Luettu 13.5.2012.
- Absetz, P. 2010. Miten ohjaan ja motivoin elintapamuutokseen? Terveystieteiden laitoksen julkaisu 1.
- Alahuhta, M. 2010. Tyypin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluvien työkäisten henkilöiden painonhallinnan ja elintapamuutoksen tunnuspiirteitä. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos. Hoitotiede. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://herkules oulu.fi/isbn9789514263552/isbn9789514263552.pdf> Luettu 13.5.2012.
- Alahuhta, M., Ukkola, T., Korkiakangas, E., Jokelainen, T., Keränen, A-M., Kyngäs, H & Laitinen, J. 2010. Elintapamuutosvaihe sekä painonhallinnan onnistumisen edellytykset ja riskitekijät tyypin 2 diabeteksen riskihenkilöillä. Tutkiva Hoitotyö 2.
- Alahuhta, M., Korkiakangas, E., Kyngäs, H. & Laitinen, J. 2009. Tyypin 2 diabeteksen korkean riskin henkilöiden elintapamuutoksen hyödyt ja haitat. Hoitotiede 4.
- Antti-Poika, M. & Martimo, K-P. 2010. Yksilöllisten riskien kartoitus ja hallinta. Teoksessa Martimo, K-P., Antti-Poika, M. & Uitti, J. (toim.) Työstä terveyttä. Helsinki: Duodecim.
- Antti-Poika, M. 2006. Terveystarkastukset työterveyshuollossa. Teoksessa Antti-Poika, M., Martimo, K-P. & Husman, Kaj. (toim.) Työterveyshuolto. 2.painos. Helsinki: Duodecim.
- Eloranta, T., Huomo, M., Virkki, S. & Frilander-Paavilainen, E-L. 2007. TERVEYDEKSI!- onnistuneeseen elintapamuutokseen. Sairaanhoidaja 3. Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/3_2007/muut_artikkelit/terveydeksi_onnistuneeseen_elint/ Luettu 13.5.2012.
- Eloranta, S., Vähätalo, S. & Johansson, K. 2009. Voimavaraistumista tukeva avannepotilaan ohjaus. Sairaanhoidaja 8. Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/8_2009/asiantuntija-artikkelit/voimavaraistumista_tukeva_avanne/ Luettu 13.5.2012.
- Fogelholm, M. 2007. Liikunta ja fyysinen aktiivisuus. Teoksessa Prättälä, R. & Paalanen, L. (toim.) Elintavat ja niiden väestöryhmäerot Suomessa. Terveys 2000-tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B2. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.terveys2000.fi/julkaisut/2007b02.pdf> Luettu 13.5.2012.
- Haarala, P. & Honkanen, H. 2008. Terveystieteiden laitoksen julkaisu 1. Teoksessa Haarala, P., Honkanen, H., Mellin, O-K. & Tervaskanto-Mäentausta, T. (toim.) Terveystieteiden laitoksen julkaisu 1. Helsinki: Edita.
- Haglund, B., Huupponen, T., Ventola, A-L. & Hakala-Lahtinen, P. 2007. Ihmisen ravitsemus. 9. Helsinki: WSOY.

- Hakulinen-Viitanen, T. & Pelkonen, M. 2008. Terveydenhoitajan työn vaikuttavuuden lisääminen neuvolatyössä. Teoksessa Haarala, P., Honkanen, H., Mellin, O-K. & Tervaskanto-Mäentausta, T. (toim.) Terveydenhoitajan osaaminen. Helsinki: Edita.
- Halkoaho, A., Kavilo, M. & Pietilä, A-M. 2009. Voimavaroja tukeva hoidonohjaus. Sairaanhoidaja 10. Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/10_2009/asiantuntija-artikkeli/voimavaroja_tukeva_hoidonohjaus/ Luettu 13.5.2012.
- Helakorpi, S., Pajunen, T., Jallinoja, P., Virtanen, S. & Uutela, A. 2011. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2010. Raportti 15. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/4582dc7b-0e9c-43db-b5eb-68589239b9a3> Luettu 13.5.2012.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 1997. Tutki ja kirjoita. 2.-3. painos. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. painos. Helsinki: Tammi.
- Honkanen, H. & Mellin, O-K. 2008. Terveyden edistämisen työmenetelmiä terveydenhoitajan työssä. Teoksessa Haarala, P., Honkanen, H., Mellin, O-K. & Tervaskanto-Mäentausta, T. (toim.) Terveydenhoitajan osaaminen. Helsinki: Edita.
- Husman, K. 2006. Työterveyshuolto prosessina. Teoksessa Antti-Poika, M., Martimo, K-P. & Husman, K. (toim.) Työterveyshuolto. Helsinki: Duodecim.
- Hyytinen, L. & Roiha, M. 2009. Keskisuomalaisten työikäisten ravitsemustottumusten varhaistunnistaminen ja tyyppin 2 diabetesriskin kartoittaminen – Mini-intervention ja trans-teoreettisen muutosvaihemallin soveltaminen. Pro gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Terveyskasvatus. Www-dokumentti. Saatavissa: https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/19658/URN_NBN_fi_jyu-200903021082.pdf?sequence=1 Luettu 13.5.2012.
- Jallinoja, P. 2007. Elintapaneuvonta ja elintapasairauksien hoidon esteet – päijäthämäläisten hoitajien näkemyksiä. Terveydenhoitaja 1.
- Juutilainen, I. 2004. Työterveyshoitajan käsikirja. Helsinki: Edita.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro.
- Karhula, A-L. (toim.) 2005. Terveystarkastukset työterveyshuollossa. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.
- Kettunen, T., Liimatainen, L., Villberg, J. & Perko, U. 2006. Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu sairaalassa. Sairaanhoidaja 1. Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/1_2006/muut_artikkelit/voimavarakeskeinen_neuvontakesku/ Luettu 13.5.2012.

- Kiiskinen, U., Vehko, T., Matikainen, K., Natunen, S. & Aromaa, A. 2008. Terveyden edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://pre20090115.stm.fi/pr1202902258197/passthru.pdf> Luettu 13.5.2012.
- Koskinen-Ollonqvist, P., Peltö-Huikko, A ja Rouvinen-Wilenius, P. (toim.) 2005. Näkökulmia vaikuttavuuteen. Vaikuttavuuden arvioinnin mahdollisuudet terveyden edistämässä. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 4. Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.tekry.fi/web/pdf/publications/2005/2005_002.pdf Luettu 13.5.2012.
- Konu, A., Rissanen, P., Ihantola, M. & Sund, R. 2009. ”Vaikuttavuus” suomalaisissa terveydenhuollon tutkimuksissa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 4.
- Korkiakangas, E., Alahuhta, M. & Laitinen, J. 2010. Hyödyt ja haitat elintapamuutoksen puntarissa. Sairaanhoitaja 5.
- Kuoppala, M. 2009. Keskisuomalaisten EVI-hankkeeseen osallistuneiden työikäisten liikunta-aktiivisuus vuonna 2007. Pro gradu-tutkimus. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos. Terveyskasvatus. Www-dokumentti. Saatavissa: https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/21266/URN_NBN_fi_jyu-200906281754.pdf?sequence=1 Luettu 13.5.2012.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Kyrönlahti, E. 2005. Työterveyshuollossa työskentelevän terveydenhoitajan ammatillinen osaaminen. Itsesäätelyvalmiuksien kehittäminen ammattikorkeakoulussa. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Kasvatustieteiden laitos.
- Kääriäinen, M. & Kaakinen, P. 2008. Potilasohjauksen rakenteinen kirjaaminen. Sairaanhoitaja 1. Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/1_2008/muut_artikkelit/potilasohjauksen_rakenteinen_kir/ Luettu 13.5.2012.
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. Ohjaus - tuttu, mutta epäselvä käsite. Sairaanhoitaja 10. Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/10_2006/muut_artikkelit/ohjaus-tuttu_mutta_epaselva_ka/ Luettu 13.5.2012.
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005a. Käsiteanalyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. Hoitotiede 5.
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005b. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995–2002. Hoitotiede 4.
- Kääriäinen, M., Lahdenperä, T. & Kyngäs, H. 2005. Kirjallisuuskatsaus: Asiakaslähtöinen ohjausprosessi. Tutkiva Hoitotyö 3.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559> Luettu 3.7.2012.

Manninen, P., Laine, V., Leino, T., Mukala, K. & Husman, Kaj. (toim.) 2007. Hyvä työterveyshuoltokäytäntö. 2.painos. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

McDeavitt, J.T., Wade, K.E., Smith, R.E. & Worsowicz, G. 2012. Understanding Change Management. The American Academy of Physical Medicine and Rehabilitation 2. Www-dokumentti. Saatavissa:

http://ac.els-cdn.com/S1934148211014249/1-s2.0-S1934148211014249-main.pdf?_tid=46d6261e-009c-11e2-8d58-00000aacb360&acdnat=1347868378_6e357492b3d20526bab77380db949d5b

Luettu 17.9.2012.

Ovaskainen, M-L. & Paturi, M. 2010. Ruokavalinnoilla hyvinvointia. Terveystoimittaja 8.

Patja, K., Paalanen, L. & Prättälä, R. 2007. Tupakointi. Teoksessa Prättälä, R. & Paalanen, L. (toim.) Elintavat ja niiden väestöryhmäerot Suomessa. Terveys 2000-tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B2. Www-dokumentti. Saatavissa:

<http://www.terveys2000.fi/julkaisut/2007b02.pdf> Luettu 13.5.2012.

Pietilä, A-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E-M. & Sirola, K. (toim.) 2002. Terveystoimittajan edistäminen: uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: WSOY.

Pirinen, Liisa. 2007. Työterveyshoitajan terveysneuvonta ja sen kehittyminen – esimerkkinä painonhallinta. Väitöskirja. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Turku: Painosalama Oy.

Poikolainen, K. & Paalanen, L. 2007. Alkoholinkäyttö. Teoksessa Prättälä, R. & Paalanen, L. (toim.) Elintavat ja niiden väestöryhmäerot Suomessa. Terveys 2000-tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B2. Www-dokumentti. Saatavissa:

<http://www.terveys2000.fi/julkaisut/2007b02.pdf> Luettu 13.5.2012.

Poskiparta, M. 2006. Muutosvaihemallin soveltaminen elintapaneuvonnassa. Terveystoimittaja 6.

Prochaska, J.O., DiClemente, C.C & Norcross, J.C. 1992. In Search of How People Change. Applications to Addictive Behaviors. American Psychologist 9. Www-dokumentti. Saatavissa:

<http://www.uri.edu/research/cprc/Publications/PDFs/ByTitle/In%20Search%20of%20How%20People%20Change%20Applications%20to%20Additive%20Behaviors.pdf>

Luettu 17.9.2012.

Prochaska, J.O. & Velicer, W.F. 1997. The Transtheoretical Model of Health Behavior Change. American Journal of Health 1. Www-dokumentti. Saatavissa:

<http://www.uri.edu/research/cprc/Publications/PDFs/ByTitle/The%20Transtheoretical%20model%20of%20Health%20behavior%20change.pdf> Luettu 17.9.2012.

Rautio, M. 2008. Työikäinen terveydenhuollon asiakkaana. Teoksessa Haarala, P., Honkanen, H., Mellin, O-K. & Tervaskanto-Mäentausta, T. (toim.) Terveystoimittajan osaaminen. Helsinki: Edita.

- Roiha, M., Hyytinen, L., Kontinen, H. & Poskiparta, M. 2009. Työikäisten terveyden edistäminen mini-intervention mukaisella ravitsemusneuvonnalla. *Terveydenhoitaja* 7.
- Roos, E., Prättälä, R. & Paalanen, L. 2007. Ruokatottumukset. Kasvikset, leipärasva ja juusto. Teoksessa Prättälä, R. & Paalanen, L. (toim.) *Elintavat ja niiden väestöryhmäerot Suomessa. Terveys 2000-tutkimus. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B2*. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.terveys2000.fi/julkaisut/2007b02.pdf> Luettu 13.5.2012.
- Silvennoinen-Nuora, L. 2010. Vaikuttavuuden arviointia hoitoketjussa. Mikä mahdollistaa vaikuttavuuden ja vaikuttavuuden arvioinnin. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Johtamistieteiden laitos. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-8251-9.pdf> Luettu 13.5.2012.
- STM 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012–2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 1. Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf Luettu 27.10.2012.
- STM. 2006. Terveiden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 19. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://pre20090115.stm.fi/pr1158139777250/passthru.pdf> Luettu 13.5.2012.
- STM. 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 –kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 4. Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.hyvinvointioklusteri.fi/tiedostot/File/STM_terveys2015.pdf Luettu 13.5.2012.
- Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. 2011. Alkoholiongelmaisen hoito. Käypä Hoito-suositus. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50028> Luettu 13.5.2012.
- Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326/> Luettu 3.7.2012.
- Turku, R. 2007. Muutosta tukemassa. Valmentava elämäntapaohjaus. Helsinki: Edita.
- Työterveyshuoltolaki 21.12.2001. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2001/20011383> Luettu 3.7.2012.
- UKK-instituutti. 2009. Liikuntapiirakka. Terveysliikunnan suositus 18–64-vuotiaille. Www-dokumentti. Saatavissa: http://www.ukkinstituutti.fi/filebank/61-uusi_liikuntapiirakka.pdf Luettu 13.5.2012.
- Valtioneuvoston asetus hyvän työterveyshuoltokäytännön periaatteista, työterveyshuollon sisällöstä sekä ammattihenkilöiden ja asiantuntijoiden koulutuksesta 27.12.2001/1484. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2001/20011484> Luettu 3.7.2012.

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2005. Suomalaiset ravitsemussuositukset – ravinto ja liikunta tasapainoon. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.ravitsemusneuvottelukunta.fi/attachments/vrn/ravitsemussuositus2005.fin.pdf> Luettu 13.5.2012.

Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Vehviläinen-Julkunen, K. & Paunonen, M. 1997. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

 Organisaatio, jolle anomus osoitetaan KOKKOLAN TYÖPLUS

 Vastuuhenkilö organisaatiossa RINTALA HEIDI

 Tutkimusluvan anoja(t) KORKEAKOSKI AIJA

 Osoite MEIJERIKATU 22 B 303 67100 KOKKOLA

 Puhelli 040 830 6712

 Sähköpostiosoite aija.kerkeakoski@cop.fi

 Tutkimuksen nimi TYÖTURVUUSOHITAJAN TERVUUSSTARKEKUTUSSA

 Tutkimuksen tarkoitus ASIAKKAALUEN ANTAHAN ELINTAPOOHJUKSEN VAIKUTAVUUS
SELVITTÄÄ, ONKO TYÖTURVUUSOHITAJAN TERVUUSSTARKEK-
TUKUSSA AAMMILLA OHJUKSILLA VAIKUTUSTA ASIAKKAAN
ELINTAPAMUUTOKSEEN

 Tutkimuksen kohderyhmä ELOKUSSA 2011 TYÖTURVUUSOHITAJAN LUONA
TERVUUSSTARKEKUTUSSA KÄYNNUT ASIAKKAAT

 Aineiston keruun arvioitu ajankohta TAMMI-HELVIKUU VUOT 5-6


 Tutkimusmenetelmä KYSELYLOMAKE

 Tutkimussuunnitelma hyväksytty 26 / 5 20 11

 Tutkimuksen ohjaaja UOSIMÄKI HELEENA

Lupa myönnetään

 paikka Työplus aika 23 / 1 20 12
 anomuksen mukaisesti muutosehdotuksin hylätty

 Luvanmyöntäjän allekirjoitus Tuula Kinnunen

 TUULA KINNUNEN
 Työterveyshuollon erikoissuunnittelija

 LIITTEET Tutkimussuunnitelma
 Kysely/haastattelulomake
 Muut liitteet, mikä



Hyvä Työplussan asiakas!

Työhyvinvointi ja terveys ovat riippuvaisia hyvin moninaisista seikoista. Terveystarkastuksissamme pyrimme kartoittamaan näitä osatekijöitä hyvin monipuolisesti. Vaikka työssä jaksamisen haasteita nykyään ovat monet työn sujumiseen ja yhteisöllisyyteen liittyvät tekijät, on yksilön oma terveydentila keskeinen oman jaksamisen kannalta.

Keski-Pohjanmaan Ammattikorkeakoulun terveydenhoitajaopiskelija Aija Korkeakoski toteuttaa opinnäytetyöhönsä liittyen kyselyn kokemuksistanne työterveyshoitajan terveystarkastuksessa annetun elintapaohjauksen vaikuttavuudesta.

Kysymyslomakkeet lähetetään Työplussan toimesta kaikille terveystarkastuksessa elokuussa 2011 aikana käyneille asiakkaille. Vastauslomakkeet palautetaan nimettöminä palautuskuoressa ja käsitellään luottamuksellisesti.

Pyydämme Teitä ystävällisesti täyttämään oheinen kyselylomake ja palauttamaan se vastauskuoressa **13.2.2012 mennessä**.

Ystävällisesti

Heidi Rintala
Palveluesimies

Aija Korkeakoski
Terveystarkastaja opiskelija (AMK)

ASIAKASKYSELY tammi-helmikuu 2012

Kysely on suunnattu niille, jotka ovat käyneet työterveyshoitajan luona terveystarkastuksessa. Kyselyn avulla selvitetään terveystarkastuksen yhteydessä annetun ohjauksen vaikutusta asiakkaiden elintapamuutokseen.

Kyselylomakkeessa on sekä avoimia että monivalintakysymyksiä. Kysymyksiä on 10 ja aikaa vastaamiseen menee noin 5 minuuttia.

Laittakaa rasti ruutuun Teitä parhaiten kuvaavan/kuvaavien vaihtoehdon/vaihtoehtojen kohdalle tai kirjoittakaa vastaus sille varattuun tyhjään tilaan.

1. sukupuoli

- mies
- nainen

2. ikä _____ vuotta

3. Oletteko saaneet ohjausta seuraavien elintapojen vaikutuksista terveyteenne?

- ravitseminen
- liikunta
- tupakointi
- alkoholin käyttö
- en ole saanut ohjausta edellä mainituista asioista (vastatkaa vielä kysymyksiin 4 ja 10.)

4. Mistä olisitte halunneet saada ohjausta?

- ravitseminen
- liikunta
- tupakointi
- alkoholin käyttö
- en tarvinnut ohjausta edellä mainituista asioista

5. Miten arvioisitte valmiuttanne muuttaa elintapojanne ennen ohjausta? (Ympyröikää Teitä parhaiten kuvaavat vaihtoehdot.)

vastausvaihtoehtojen selitykset:

1=ei muutostarvetta omalla kohdallani

2=harkitsen muutosta tulevaisuudessa

3=suunnittelen muutosta lähiviikkoina

4=olen jo tehnyt muutoksen viimeaikoina

5=olen pitänyt muutoksen jo lähes puoli vuotta

ravitsemus	1	2	3	4	5
liikunta	1	2	3	4	5
tupakointi	1	2	3	4	5
alkoholin käyttö	1	2	3	4	5

6. Miten arvioisitte tämän hetkistä muutosvalmiuttanne, nyt noin puolivuotta ohjauksen jälkeen?

ravitsemus	1	2	3	4	5
liikunta	1	2	3	4	5
tupakointi	1	2	3	4	5
alkoholin käyttö	1	2	3	4	5

7. Ovatko elintapanne muuttuneet ohjauksen jälkeen?

kyllä

ei (siirtykää kysymykseen 9.)

en tarvinnut muutosta (siirtykää kysymykseen 9.)

8. Miten elintapanne ovat muuttuneet ohjauksen jälkeen?

ravitsemus

liikunta

tupakointi

alkoholin käyttö

9. Koen, että ohjaus

- on lisännyt tietoani terveellisistä elintavoista
- on lisännyt elintapojen muutoshalukkuuttani
- on auttanut minua elintapamuutoksessani
- on johtanut muutokseen elintavoissani
- on muuttanut asennoitumista omaan terveyteeni
- ei ole vaikuttanut minuun millään tavalla

10. Miten mielestänne elintapaohjausta tulisi jatkossa kehittää?

Lämpimät kiitokset vastauksistanne!