

STADIA

HELSINGIN AMMATTIKORKEAKOULU

Kohti muutosta

- työterveyshoitaja elintapamuutoksen tukijana

Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystenhoitaja
Opinnäytetyö
23.4.2007

Taina Jokinen
Anna Jumisko

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE	2
3. TYÖIKÄISTEN ELINTAPAHAASTEET	2
3.1 Ravitseminen	2
3.2 Ylipaino ja lihavuus	4
3.3 Liikunta	5
3.4 Alkoholin käyttö	5
3.5 Tupakointi	6
4 TYÖIKÄISTEN ELINTAPASUOSITUKSET	7
4.1 Painoindeksi ja vyötärönympäryys	7
4.2 Ravitsemussuosituks	7
4.3 Liikuntasuosituks	7
4.4 Alkoholin käyttösuosituks	9
4.5 Tupakointi	10
5 TYÖTERVEYSHUOLTO JATYÖTERVEYSHOITAJAN TYÖ	10
6 TERVEYSNEUVONTA	12
6.1 Terveysneuvonnan toteutuminen	13
6.2 Terveysneuvonnan asiantuntija	14
7 LOMAKKEEN KEHITTÄMISPROSESSI	15
7.1 Transteoreettinen muutosvaihemalli	15
7.2 Muutosvaihemallin käyttö elintapamuutoksen tukena	17
7.3 Muutosvaihemallin käytännön sovelluksia	18
7.4 Voimavara lähtöiset kysymykset elintapaneuvonnassa	19
7.5 Työelämän yhteistyökumppani	21
7.6 Kehittämispöytäselityksen eteneminen	22
8 POHDINTA	23
8.1 Lomakkeen käytön tarkastelu	23
8.2 Lomakkeen jatkokehittäminen	24
8.3 Lopuksi	25

LÄHTEET

LIITTEET Elintapoja kartoittava neuvontalomake



Koulutusohjelma		Suuntautumisvaihtoehto	
Hoitotyön koulutusohjelma		Terveydenhoitotyö	
Tekijä/Tekijät			
Taina Jokinen ja Anna Jumisko			
Työn nimi			
Kohti muutosta -työterveyshoitaja elintapamuutoksen tukijana			
Työn laji	Aika	Sivumäärä	
Opinnäytetyö	Kevät 2007	26 + liite	
<p>TIIVISTELMÄ</p> <p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää elintapoja kartoittava neuvontalomake työterveyshoitajan käyttöön. Tavoitteena oli kehittää elintapaneuvontaa lisäämällä työterveyshoitajan tietoja elintapojen muutosta tukevan terveysneuvonnan rakentumisesta. Opinnäytetyö oli kehittämistyö Diacor terveysterveystyö Oy:n työterveyshuoltoon.</p> <p>Opinnäytetyön aineistona käytettiin ajankohtaista kirjallisuutta ja tutkimuksia terveysneuvonnan toteutumisesta, suomalaisten työikäisten elintavoista ja työterveyshoitajan työstä. Teoreettisena pohjana elintapojen muutokselle toimi transteoreettinen muutosvaihemalli, joka erottaa asiakkaan elintapamuutoksen eri vaiheet.</p> <p>Kerätyn aineiston pohjalta tehtiin elintapoja kartoittava neuvontalomake sekä koottiin elintapaneuvonnan tueksi voimavaralähtöisiä kysymyksiä. Neuvontalomakkeessa yhdistyvät työikäisen terveyden edistämisen kannalta tärkeimmät elintavat, kansalliset elintapasuosittukset sekä elintapamuutoksen vaiheet. Voimavaralähtöiset kysymykset laadittiin koskemaan kutakin elintapamuutoksen vaihetta.</p> <p>Neuvontalomakkeella saadaan esille asiakkaan itsensä ilmoittamat elintapojen muutostarpeet. Yhdessä asiakkaan kanssa työterveyshoitaja voi lomaketta apunaan käyttäen kartoittaa asiakkaan muutosvalmiuden elintapamuutokseen. Muutosvalmiuden kartoittamisen jälkeen elintapaneuvonta voidaan kohdentaa elintapamuutoksiin sitoutuneisiin ja motivoituneisiin asiakkaisiin. Muutokselle asetetaan tavoite ja seurataan tavoitteen saavuttamista. Voimavaralähtöisten kysymykset antavat työterveyshoitajalle apuvälineen tukea eri muutosvaiheissa olevia asiakkaita.</p> <p>Elintapoja kartoittava neuvontalomake soveltuu käytettäväksi työikäisten elintapojen kartoitukseen ja elintapaneuvontaan. Lomaketta voidaan käyttää osana terveystarkastusta, terveyden seurantatarkastusta sekä todettaessa tarve elintapojen muutokseen. Elintapoja kartoittava neuvontalomake tulee pilotoida ennen sen varsinaista käyttöön ottamista.</p>			
Avainsanat			
työterveyshoitaja, elintavat, työikäinen, transteoreettinen muutosvaihemalli			



Degree Programme in Nursing and Health Care		Degree Bachelor of Health Care	
Author/Authors Taina Jokinen and Anna Jumisko			
Title Towards the change – occupational health nurse as support in changing ways of living			
Type of Work Final Project	Date Spring 2007	Pages 26 + appendix	
<p>ABSTRACT</p> <p>The purpose of this final project was to produce a health questionnaire for occupational health nurses who are working with people of working ages. The health questionnaire charts the patients ways of living and his/her motivation to change them. By using this health questionnaire occupational health nurses can develop their counselling skills. They learn to use The Transtheoretical Model as part of counselling. The final project was made in co-operation with Diacor Health Services Ltd.</p> <p>Current literature and studies were material of the final project. The material covered researches on the following topics: ways of living among the finnish working aged people and the work of occupational health nurses. The Transtheoretical Model was the theoretical framework for the ways of living. The model describes the stages of changing the ways of living. The finnish recommendation for living healthy and the stages of changing the ways of living were included into the health questionnaire. Likewise empowerment based questions were included to help counselling.</p> <p>By using the health questionnaire the occupational health nurse is able to sort out the motivation to changes together with the client. After discussing the motivation, the targets for the changes can be set. Reaching the targets must be followed. Empowerment based questions helps the occupational health nurse to support the clients at different phases of change.</p> <p>The target group for this health questionnaire are people of working ages. It can be used as a part of health examination. It must be tested before using it in general.</p>			
Keywords occupational health nurse, ways of living, people of working ages, the transtheoretical model			

1 JOHDANTO

Opinnäytetyö on kehittämistyö Diacor terveystalvot Oy:n työterveyshuoltoon. Kehittämistyön aiheena on työikäisten elintapojen muutosta tukeva terveystalvonta. Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää elintapoja kartoittava neuvontalomake työterveyshoitajan käyttöön. Opinnäytetyön avulla työterveyshoitajat voivat kehittää elintaponeuvontaosaamistaan.

Opinnäytetyön tekeminen aloitettiin tutustumalla ajankohtaiseen ja tutkittuun tietoon työikäisten elintavoista, työterveyshoitajan työstä sekä terveystalvonnasta. Elintapojen muutoksen teoreettiseksi pohjaksi otettiin transteoreettinen muutovaihemalli. Aineiston pohjalta tehtiin elintapoja kartoittava neuvontalomake sekä koottiin terveystalvonnan tueksi voimavaraletöisiä kysymyksiä.

Useimmat tärkeistä terveystalvongelmista liittyvät terveystalvokäyttämiseen. Terveystalvien elintapojen edistäminen on kansanterveyden kohentamisen tärkein menetelmä. Terveystalvien elintapojen edistämällä tarkoitetaan tupakoimattomuuden, kohtuullisen alkoholinikäytön, terveystalvien ravintotottumusten ja liikunnan yleistämistä. Suomalaisten terveyden paranemisen jatkuminen vaatii toteutettujen terveyttä edistävien toimenpiteiden tehostamista sekä uusia ratkaisuja väestön elintalvojen, terveystalvotumusten ja terveystalvotajien parantamiseksi. (Koskinen 2003.) Työterveyshuollon kehittämiskohteena on työikäisten terveystalvotumuksiin liittyvän terveystalvonnan kehittäminen (Sosiaali- ja terveystalvotministeriö 2003: 18, 50).

Terveydenhuoltohenkilöstö on tietoinen terveiden elintapojen edistämisen merkityksestä omassa työssään, mutta neuvonta toteutuu usein rajoitetusti käytännön työelämässä (Poskiparta - Kasila - Kettunen - Kiuru 2004: 14, 91). Terveydenhuollon ammattilaisilla on merkittävä rooli asiakkaiden ohjaamisessa kohti terveempiä elintapoja (Uutela 2002, 6). Tarjolla on niukasti konkreettisia työvälineitä tai ohjeita siitä, miten asiakkaan elintapojen muutosta tulisi tukea terveystalvonnassa (Poskiparta - Kasila - Kettunen - Liimatainen - Vähäsarja 2004: 15). Usein asiakkaille tarjotaan ja annetaan ohjausta elintapojen muuttamiseksi, vaikka hän ei vielä ole valmis muutokseen. Elintalvotajauksesta ei tuolloin ole hyötystä, sillä asiakas ei ole motivoitunut muutokseen. Rajalliset ohjausresurssit kannattaa suunnata niille, jotka ovat halukkaita muuttamaan tottumuksiaan. (Mustajoki 2003: 4235.)

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää elintapoja kartoittava neuvontalomake työterveyshoitajien käyttöön. Tavoitteena on kehittää terveysneuvontaa lisäämällä työterveyshoitajan tietoja elintapojen muutoksen vaiheista sekä muutoksen tukemisesta voimavara- ja tukemisten avulla.

3 TYÖIKÄISTEN ELINTAPAAHAASTEET

Suomalaisten toimintakyky ja terveydentila ovat kohentuneet viimeisten vuosikymmenten aikana. Kohentuneesta terveydentilasta ovat merkkeinä työikäisten sepelvaltimokuolleisuuden vähentyminen, väestön verenpaine- ja kolesterolitasojen kääntyminen laskuun sekä tuki- ja liikuntaelinten sairauksien harvinaistuminen. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005: 9; Aromaa – Koskinen 2002:119.)

Enemmistö suomalaisista pyrkii kohti terveellisempää elämää (Helakorpi – Patja – Prättälä - Uutela 2005: 5). Terveystietoisuutta on lisääntynyt ja koetaan, että terveydestä ja elintavoista ollaan itse vastuussa (Pajari – Jallinoja – Absetz 2006). Myönteisen kehityksen suurimpia vaaroja on terveyttä uhkaavien elintapojen ja sairauksien leviäminen. Lihavuus on yleistynyt, alkoholinkäyttö kasvanut ja allergiat ja diabetes ovat lisääntyneet. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus 2000: 100.)

Väestöön kohdistetut terveyttä edistävät toimenpiteet ovat sekä inhimillisesti että taloudellisesti kannattavia. Sairauksille altistavia perintötekijöitä on kolmasosalla väestöstä ja sairautta voidaan tehokkaasti ehkäistä elämäntapamuutoksilla. (Martikainen 2006: 45.)

3.1 Ravitsemus

Ravitsemuksella on merkitystä sepelvaltimotautien, kohonneen verenpaineen ja syövän synnylle sekä diabeteksen ja luun haurastumisen kehittymiselle. Ravinto vaikuttaa myös tuki- ja liikuntaelinten sairauksiin ylipainon välityksellä. Taudit, jotka johtuvat yksittäisten ravintoaineiden puutteista ovat nykyisin Suomessa harvinaisia. (Pietinen

2005: 73.) Lisäksi ruokatottumukset ovat keskeinen tekijä hammaskarieksen ehkäisyssä (Martikainen 2006: 45).

Suomalaisten ruokatottumukset ovat viime vuosien aikana muuttuneet ravintosuositusten mukaiseen suuntaan. Ruokatottumukset ovat kehittyneet myönteiseen suuntaan kaikissa koulutusryhmissä. Koulutusryhmien väliset erot ovat edelleen selkeitä, mutta ne ovat supistuneet. (Helakorpi ym. 2005: 8-13; Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2006: 99 -101.)

Ruokatottumusten paranemisen osoituksena ovat suolan käytön väheneminen, kasvien ja hedelmien käytön lisääntyminen sekä ruisleivän kulutuksen lisääntyminen. Vähärasvaisten ja rasvattomien maitovalmisteiden, kasviöljyjen sekä pehmeiden kasvirasvavalttien käyttö kuuluu useimpien suomalaisten ruokavalioon. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005: 8.)

Suomalaisten suurin ongelma ravitsemuksessa on energian liian suuri määrä suhteessa kulutukseen (Helakorpi ym. 2005: 8- 13; Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 2006: 99 - 101). Suomalaiset saavat kovaa rasvaa ruokavaliosta yli suositusten (Männistö- Ovaskainen – Valsta 2003: 111 - 112; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005: 8). Makeisia sekä sokeroituja mehuja ja virvoitusjuomia käytetään entistä enemmän. Kuidun saanti on suositusta alhaisempaa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005: 8.)

Terveystieteiden edistämisen kannalta ruokavalion tulee olla nykyistä kasvisvoittoisempi, rasvakoostumukseltaan pehmeämpi, runsaskuituisempi, vähäsuolaisempi ja vähäsokerisempi (Martikainen 2006: 45). Miesten tulee lisätä omaan ruokavalioonsa täysjyväviljan, kasvien, hedelmien ja marjojen määrää. Naisten tulee kiinnittää huomiota hiilihydraattien laatuun. Viljavalmisteiden ja erityisesti täysjyväviljan suosiminen ja sokeripitoisten elintarvikkeiden kulutuksen vähentäminen kohentaisivat ennen kaikkea nuorimpien ikäryhmien naisten ruokavaliota. Keski-ikäisten ja sitä vanhempien naisten ruokavalio on edelleen ravitsemuksellisesti laadukkaita Suomessa. (Männistö ym. 2003: 111 - 112.)

3.2 Ylipaino ja lihavuus

Kulutusta suurempi energiansaanti johtaa ylimääräisen rasvan kertymiseen elimistöön eli lihomiseen. Painoindeksi on menetelmä arvioida painon sopivuutta. Painoindeksi lasketaan jakamalla paino (kg) pituuden (cm) neliöllä. Ihminen on ylipainoinen, kun painoindeksi eli BMI on ≥ 25 kg/m². Merkittävän lihavuuden ollessa kyseessä painoindeksi on ≥ 30 kg/m². (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005: 9, 12.)

Ylipaino ja lihavuus lisäävät useiden pitkäaikaissairauksien vaaraa. Lihavuuteen liittyviä sairauksia ovat sepelvaltimotauti, aikuisiän diabetes, kantavien nivelten nivelrikko sekä uniapnea. Verenpaineen kohoaminen sekä veren rasva-aineenvaihdunnan häiriöt ovat yleisempiä lihavilla kuin normaalipainoisilla. (Lahti-Koski 2005: 95.)

Ylipainoisten osuus on kasvanut Suomessa viime vuosina ja sen yleistymisen uhkaa suomalaisten terveyttä ehkä eniten. Ylipainoisuus on yleisintä alimmassa koulutusryhmässä. Naisilla koulutusryhmien väliset erot ovat selkeämmät kuin miehillä. (Helakorpi ym. 2005: 11 - 15; Sosiaali- ja terveystietokeskus 2006: 101.) Arkiliikunnan ja työn kuormittavuuden vähentyminen ovat suurimmat syyt ylipainon lisääntymiseen (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 9).

Ylipainoisten osuus on kasvanut miesten keskuudessa, kun se aikaisemmin oli naisten ongelma. Viidennes työkäisistä on nykyisin lihava ja yli 40 % on luokiteltu ylipainoiseksi. Vuonna 2005 60 % miehistä ja 40 % naisista oli ylipainoisia. (Helakorpi ym. 2005: 11 - 15; Sosiaali- ja terveystietokeskus 2006: 101.)

Lahti- Kosken (2001: 84) tutkimustuloksissa ilmenee, että suomalaisten 25 - 64-vuotiaiden terveydelle haitallinen vyötärölihavuus on yleistynyt. Työkäisillä naisilla suuri vyötärön ympärysmitta on yleisempi kuin miehillä (Reunanen 2002: 34). Keskimääräinen vyötärön ympärysmitta on kasvanut sekä miehillä että naisilla. Vyötärön seudulle ja erityisesti vatsa-onteloon sisäelinten ympärille kertyvä rasva on haitallisempaa kuin lantiolle kertyvä rasva ja on tunnusomaista metaboliselle oireyhtymälle. (Lahti- Koski 2001: 84 - 86.)

3.3 Liikunta

Liikunta on henkisen ja fyysisen terveyden osatekijä. (Sosiaali- ja terveystieteen tutkimus 2006: 100 - 102; Vuori 2005: 11). Liikunta säilyttää toimintakykyä ikääntyessä sekä ylläpitää fyysistä kuntoa. Liikunta pienentää osteoporoosin, lihavuuden, korkean verenpaineen, aikuistyyppin diabeteksen, sepelvaltimotaudin, aivohalvauksen ja paksusuolisyövän vaaraa sekä vähentää näin ennenaikaista kuolleisuutta. (Vuori 2005: 11.)

Fyysisen aktiivisuuden uskotaan olevan vahvemmin yhteydessä lihavuuden yleistymiseen kuin lisääntyneen syömisen (Fogelholm 2005: 86). Viime vuosien aikana vapaa-ajan liikunta on lisääntynyt ja työmatkaliikunta vähentynyt. Vapaa-ajan liikunta on lisääntynyt kaikissa koulutusryhmissä. Miesten koulutusryhmäerot vapaa-ajanliikunnassa ovat hiukan kasvaneet, naisilla eroa ei ole lainkaan. (Helakorpi ym. 2005: 15.)

Suomalaisista aikuisista 2,1 miljoonaa eli 64 % liikkuu riittämättömästi. Vain reilu kolmannes eli 36 % aikuisväestöstä liikkuu terveyden kannalta riittävästi. Naisista suurempi osa kuin miehistä liikkuu terveyden kannalta riittävästi. Iän mukaan erottuvat 19 - 25-vuotiaat ja yli 50-vuotiaat, joista keskimäärää useampi harrastaa kuntoilua riittävästi. Eniten riittämättömästi liikkuvia on keski-ikäisten 35 - 49 -vuotiaiden parissa. (Kansallinen liikuntatutkimus 2006: 6-10.)

3.4 Alkoholin käyttö

Alkoholin käyttö saattaa kohtuullisesti käytettynä ehkäistä eräitä sairauksia, mutta alkoholin käyttöön liittyvät vakavat terveyshaitat ylittävät selvästi alkoholin myönteiset terveysvaikutukset (Mustonen – Simpura 2005: 105). Runsaasti alkoholia käyttävillä on sairaspäivien määrä noin kaksin- tai kolminkertainen verrattuna raittiisiin ja alkoholia kohtuullisesti käyttäviin henkilöihin. Kuoleman vaara on noin kaksin- tai kolminkertainen. Alkoholistien elinikä on 6-18 vuotta keskimääräistä lyhyempi. (Poikolainen 2006.)

Alkoholi aiheuttaa sosiaalisia ja terveydellisiä haittoja. Alkoholi on toiseksi yleisin kuolinsyy työikäisillä naisilla ja miehillä. Alkoholisairauksien hoitajaksot ja alkoholin vuoksi myönnettävien sairaseläkkeiden määrät ovat lisääntyneet merkittävästi.

Vanhempien tai huoltajien päihteiden käyttö on lisännyt lasten huostaanottoja. (Sosiaali- ja terveystietomus 2006: 123 - 124.)

Raittiuden osuus Suomessa on vähentynyt viimeisen kahdenkymmenen vuoden aikana. Alkoholinkulutus on lisääntynyt kaikissa koulutusryhmissä. Erityisesti naisten alkoholinkäyttö on viime vuosikymmenen aikana Suomessa voimakkaasti lisääntynyt. Alkoholien humalakäyttö on miehillä yleisempää kuin naisilla. Suomalaisten alkoholinkäytön erityispiirre on suuri kertakulutus sekä näihin piirteisiin liittyvät sosiaaliset ja terveysongelmat. (Uutela 2005: 28; Helakorpi ym. 2005: 9-14.)

Alkoholinkulutus on kasvanut Suomessa 2000 -luvulla. Vuonna 2005 väkevien alkoholijuomien kulutus 100 % alkoholina oli lähes viidennes korkeampi kuin vuonna 2004. Myös miedompien alkoholien kulutus kasvoi jonkin verran vuodesta 2004 vuoteen 2005. (Alkoholien kulutus 2005.)

3.5 Tupakointi

Tupakointi lyhentää elinajanodotetta usealla vuodella, aiheuttaa verenkierto- ja hengityselimien sairauksia sekä syöpää. Tupakoinnin lopettamisen seurauksena sepelvaltimotaudin ja keuhkosyövän vaara pienenee nopeasti. (Vartiainen 2005: 99.)

Suomalaisten päivittäistupakointi on hieman vähentynyt edellisiin vuosiin verrattuna (Helakorpi - Patja - Prättälä - Uutela 2006: 4). Tupakoinnin koulutusryhmäerot ovat kasvaneet. Tupakointi on yleisintä alimmassa koulutusryhmässä, toiseksi yleisintä keskimmaisessa koulutusryhmässä ja vähiten tupakoidaan ylimmässä koulutusryhmässä. (Helakorpi ym. 2005: 12.)

Työikäisistä miehistä 26 % ja naisista 18 % tupakoi päivittäin. Suurin osa päivittäin tupakoivista naisista sekä miehistä ovat huolissaan tupakoinnin vaikutuksista omaan terveyteensä. Miehistä ja naisista hieman yli puolet haluaisi lopettaa tupakoinnin. Tupakoinnin vähentymisestä huolimatta Suomessa on edelleen noin miljoona tupakoivaa. Tupakoimattomuus on tärkeimpiä väestön terveyttä edistäviä tekijöitä. (Uutela 2002: 26; Helakorpi ym. 2006: 4 - 7.)

4 TYÖIKÄISTEN ELINTAPASUOSITUKSET

Elintapoihin liittyviä suosituksia on runsaasti. Eri instanssit laativat säännöllisesti suosituksia muun muassa ravinnosta, liikunnasta sekä alkoholinkäytöstä. Suositukset perustuvat ajankohtaiseen tutkimustietoon. Instanssista riippuen näkökulma suositukseen vaihtelee. Esimerkiksi Suomen sydänliitto tähtää ravitsemussuosituksissaan sydän- ja verisuonisairauksien ennaltaehkäisyyn, kun taas Valtion ravitsemusneuvottelukunnan suositukset tähtäävät yksilön kokonaisvaltaisen terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen.

4.1 Painoindeksi sekä vyötärön ympärysmittaus

Lihavuutta voidaan kuvata painoindeksillä tai vyötärön ympärysmittauksella. Terveyden kannalta hyvä vyötärön ympärysmittaus on miehillä alle 90cm ja naisilla alle 80cm. (Heinonen 2006: 141.) Suositeltava painoindeksi aikuisilla miehillä ja naisilla 18,5 - 25kg/m² (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 12).

Lihavilla ihmisillä rasvan saannin vähentäminen alle 25 % päivittäisestä energiansaannista on suotavaa. Kuitupitoinen ruokavalio, jossa rasvojen, hiilihydraattien sekä proteiinien osuudet ovat tasapainossa vähentää lihavuuden ja siihen liittyvien sairauksien vaaraa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005: 7,17.)

Lihavuuden ehkäisyssä ja hoidossa suositeltava liikunnan määrä on 45 - 60 minuuttia päivässä. Päivän liikuntasuositus tulee toteuttaa reipasta kävelyä vastaavalla kuormittavuudella. Koska lihavuuteen liittyy heikentynyt lihaskunto, suositellaan lihaskuntoa parantavaa harjoittelua 1 - 2 päivänä viikossa. (Fogelholm 2005, 90.)

4.2 Ravitsemussuositukset

Ravitsemussuosituksilla halutaan edistää ja tukea ravitsemuksen sekä terveyden myönteistä kehitystä. Suositukset luovat elintarvike- ja ravitsemuspolitiikan perustan (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005: 7.)

Valtion ravitsemusneuvottelukunnan (2005: 7) ravitsemussuositukset antavat suositukset tärkeimpien ravintoaineiden, kuten rasvojen, proteiinien, vitamiinien ja kivennäisaineiden saannille. Suositukset vastaavat koko terveen, kohtalaisesti

liikkuvan väestön tarvetta ja soveltuvat sellaisenaan tyyppin 2 diabetesta sairastaville tai henkilöille, joilla verenpaine tai veren rasva-arvot ovat koholla.

Suomalaisten ruokavalion ja terveyden parantamiseksi energian saantia ja kulutusta tulee tasapainottaa, ravintoaineita tulee saada tasapainoisesti ja riittävästi, kuitupitoisten hiilihydraattien saantia tulee lisätä, puhdistettujen sokereiden ja kovan rasvan saantia vähentää, kovia rasvoja tulee osin korvata pehmeillä rasvoilla, alkoholin kulutus on pidettävä kohtuullisena, suolan saantia tulee vähentää. Lisäksi ateriarytmin tulee olla säännöllinen. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005: 7.)

Rasvan osuuden päivittäisestä energiansaannista tulee olla 25 – 30 %. Hiilihydraattien osuudeksi suositellaan 50 - 60 % päivittäisestä energiansaannista. Proteiinien suositeltava saanti päivittäin on 10 – 20 % kokonaisenergiämäärästä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005: 14 - 20.)

Lautasmallia suositellaan käytettäväksi apuna hyvän aterian koostamisessa. Lautasmallissa puolet lautasesta täytetään kasviksilla, ¼ lautasesta täytetään perunalla, riisillä tai pastalla ja ¼ lautasesta täytetään kala- liha tai munaruoalla. Ruokajuomaksi suositellaan rasvatonta maitoa tai vettä. Leipä kuuluu aterian lisäkkeeksi kasvirasvaveviteellä voideltuna. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005: 35.)

Ravitsemussuosituksen mukaan ravintokuitua tulee saada 25 - 35g päivässä. Kasviksia ja hedelmiä tulee syödä vähintään 400g päivässä. Rasvan kokonaissaantia tulee vähentää. Erityisesti kovan eli eläinrasvan saantia tulee vähentää ja korvata sitä kerta- ja monityydyttymättömillä rasvahapoilla. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005: 17 - 18.)

4.3 Liikuntasuositukset

UKK–instituutissa on kehitetty liikuntapiirakka, jonka tarkoituksena on hahmottaa terveysliikunnan suosituksia. Suosituksessa esitetään riittävä perustaso, jolla vältetään fyysiseen passiivisuuteen liittyvät suurimmat terveysriskit. Liikuntapiirakassa esitettyjen suosituksen tavoitteena on terveysliikunnan tasapainoinen kehitys. Terveysliikuntasuositukset alentavat kynnystä liikkumisen lisäämiseksi erityisesti niillä, joita perinteinen kuntoliikunta ei kiinnosta tai se on esimerkiksi terveydellisistä syistä

liian rasittavaa. Ihanteena on liikkua enemmän kuin tavoitteessa suositellaan. (Fogelholm – Oja 2005: 72.)

Terveysliikunnaksi lasketaan kaikki sellainen fyysinen aktiivisuus, joka parantaa terveyskuntoa tai ylläpitää jo valmiiksi hyvää terveyskuntoa. Hyvä terveyskunto pitää sisällään hyvän kestävyuden, liikkeiden hallinnan ja tasapainon, lihasvoiman ja lihaskestävyyden, nivelten liikkuvuuden ja luun vahvuuden sekä sopivan painon ja vyötärön ympäryksen. (Fogelholm – Oja 2005: 78.)

UKK-instituutin liikuntapiirakka havainnollistaa terveysliikuntasuosituksia ja se on kehitetty erityisesti liikuntaneuvontaa varten. Liikuntapiirakassa on otettu huomioon yleinen terveysliikuntasuositus sekä muut tunnetut liikunnan ja terveyden väliset annosvastasuhteet sekä kohtalaisen kuormittavan ja raskaan liikunnan toisiaan täydentävät hyötyvaikutukset. (Fogelholm – Oja 2005: 78.)

Liikuntapiirakan havainnollistamaan suositusten mukaiseen fyysiseen aktiivisuuteen päästään joko viikossa 3 - 4 tunnin perusliikunnalla tai viikossa 2 - 3 tunnin täsmäliikunnalla. Ihanteena olisi sisällyttää viikottaiseen fyysiseen aktiivisuuteen liikuntapiirakan molemmat puolet. (Fogelholm – Oja 2005: 72.)

Perusliikunta on arki- hyöty- ja työmatkaliikuntaa, jota tulee harjoittaa 30 minuuttia päivässä, vähintään kymmenen minuutin jaksoissa. Perusliikuntaa tulee harrastaa 5 - 7 päivänä viikossa. Täsmäliikunta sisältää kestävyysliikunnan sekä liikehallinnan ja lihaskunnon. Kestävyysliikuntaa tai liikehallintaa ja lihaskuntaa tulee harjoittaa 2 - 3 tuntia viikossa, joka toinen päivä ja 20 - 60 minuuttia kerrallaan. (Fogelholm – Oja 2005: 79; Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005: 45 - 46.)

4.4 Alkoholin käyttösuositukset

Alkoholin kohtuukäytöstä ei ole haittaa. Kohtuu- ja liikakäytön välistä rajaa on vaikea määrittää. Riskirajat ovat ohjeellisia, haitat ja niiden suuruus yksilöllisiä. (Käypähoito 2005.) Suosituksissa puhutaan alkoholiannoksista. Yksi annos sisältää 12g alkoholia, joka vastaa yhtä lasia (12cl) viiniä tai yhtä pulloa (33cl) keskiolutta tai 4cl annosta väkevää alkoholijuomaa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 33.)

Alkoholin käytölle on asetettu seuraavat suositukset. Alkoholin suositeltava saanti puhtaaksi alkoholiksi laskettuna naisilla on korkeintaan 10g/vrk. Tämä tarkoittaa naisilla yhtä alkoholiannosta päivässä. Alkoholin suositeltava saanti puhtaaksi alkoholiksi laskettuna miehillä on korkeintaan 20g/vrk. Tämä tarkoittaa miehillä kahta alkoholiannosta päivässä. Suositeltava alkoholin osuus kokonaisenergian saannista on korkeintaan 5 %. Raskaana olevien ja imettävien naisten ei tule käyttää alkoholia lainkaan. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005; 33.)

Alkoholin suurkuluttajaksi määritellään mies, joka nauttii kerralla 7 annosta alkoholia tai enemmän tai nauttii yli 24 alkoholiannosta viikossa. Nainen on alkoholin suurkuluttaja, jos hän nauttii kerralla 5 alkoholiannosta tai enemmän tai nauttii yli 16 alkoholiannosta viikossa. Alkoholin suurkulutus ei ole pysyvä ominaisuus vaan se vaihtelee ajan mittaan. (Lindroos 2006.)

4.5 Tupakointi

Suomen tupakkalainsäädäntö asettaa keskeiseksi tavoitteeksi tupakoinnin ja sen aiheuttamien terveystahojen vähentämisen. Tupakkalain tavoitteena on suojella uusia sukupolvia tupakalta ja taata jokaisen suomalaisen perusoikeus savuttomaan hengitysilmaan. (Joronen – Patja - Pennanen 2006: 12.)

Tupakointi on yksi merkittävimmistä kansanterveyden uhkista. Tupakointiin ei ole olemassa turvalliseksi todettua kohtuukäytön rajaa. Terveiden edistämisen näkökulmasta suosituksena voidaan pitää tupakoimattomuutta. (Joronen ym. 2006: 12.)

5 TYÖTERVEYSHUOLTO JA TYÖTERVEYSHOITAJAN TYÖ

Työterveyshuoltolaki velvoittaa työterveyshuoltoa antamaan neuvontaa ja ohjausta työn terveellisyttä ja turvallisuutta sekä työntekijän terveyttä koskeissa asioissa. Työterveyshuolto antaa tietoa, ehdottaa, motivoi ja tukee terveyttä edistäviä valintoja. (Antti-Poika – Husman – Martimo 2006: 255 - 257.)

Työterveyshuollon tehtävänä on antaa yleistä terveysneuvontaa kuten muunkin terveydenhuollon. Työterveyshuollolla on hyvät mahdollisuudet tavoittaa myös ne

henkilöt, jotka eivät muuten hakeudu aktiivisesti terveyspalveluiden piiriin. Terveysneuvontaa voidaan antaa yksilöllisesti tai henkilöstöryhmille tarpeen mukaan. Yksilöllistä terveysneuvontaa voidaan antaa muun muassa terveystarkastusten ja sairaanhoidon yhteydessä. Terveystarkastusten yhteydessä tehtävä terveystarkastus on yksi tapa opastaa asiakasta asettamaan itselleen tavoitteita. (Antti-Poika ym. 2006: 258.)

Työterveyshuollolla on tärkeä asiantuntijan ja aktivaattorin rooli edistettäessä työkykyä ylläpitävää toimintaa sekä terveyttä työpaikoilla. Jokaisen vastaanottokäynnin yhteydessä tulee arvioida asiakkaan terveyden edistämisen tarve. Vastaanotolla selvitetään asiakkaan saaman neuvonnan ja hoidon riittävyys sekä asiakkaan omat voimavarat, koulutustarpeet ja elämäntilanne. (Vertio 2003: 121.)

Sosiaali- ja terveysministeriön mukaan työterveyshuollon kehittämiskohteita ovat työikäisten terveystottumuksiin liittyvä terveysneuvonta, terveyttä uhkaavien riskitekijöiden tunnistaminen ja ehkäisy (Sosiaali- ja terveysministeriö 2003: 18, 50). Terveys 2015–kansanterveysohjelmassa on nostettu työikäisten kohdalla tavoitteeksi työ- ja toimintakyvyn kehittyminen siten, että ne mahdollistavat osaltaan työelämässä jaksamisen pidempään (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001: 12).

Työterveyshoitaja on työterveyshuollon hoitotyön asiantuntija ja samalla työterveyshuollon ammattihenkilö. Työterveyshoitajan työ on ensisijaisesti ennaltaehkäisevää terveydenhoitoa, jossa toimitaan työterveyshuoltosopimusten mukaan lait, asetukset ja muut ohjeet huomioon ottaen. Työterveyshuoltolaki määrittelee työterveyshoitajan perustehtäväksi työntekijöiden ja työyhteisöjen terveyden sekä työ- ja toimintakyvyn ylläpitämisen ja edistämisen. (Juutilainen 2004: 12 - 13, 56.)

Työterveyshoitajan työn keskeinen ja tärkeä tehtävä on työntekijöiden terveyden ja hyvinvoinnin tukeminen. Aikuisen, työikäisen ihmisen oletetaan huolehtivan itse itsestään ja olevan vastuussa elämäntapavalinnoistaan. Työterveyshoitaja on keskeisessä roolissa työikäisen elämäntapoihin liittyvissä kysymyksissä ja ongelmissa. (Juutilainen 2004: 19.)

Työterveyshuollon toiminta on monipuolista ja moniammatillista toimintaa, joka on kehittynyt yksilöön keskittyvästä toiminnasta enemmän työyhteisöihin ja -ympäristöihin

kohdistuvaksi. Työterveyshoitajan työtä tehdään useimmiten yksin ja työterveyshoitajalta edellytetään laaja-alaista elinkeino- ja työelämän tuntemusta sekä sen muutosten ja kehityksen seuraamista. (Juutilainen 2004: 11 - 12; Kanerva – Pasanen – Riekkinen - Tuhkanen 1998: 7.)

Työntekijään kohdistuvaan ennaltaehkäisevään ja terveyttä edistävään toimintaan kuuluvat perinteisesti terveystarkastukset, joista säädetään laissa ja asetuksessa, mutta tarkastus voidaan sopia tehtävän lisäksi työpaikan tarpeet huomioiden. Terveystarkastuksiin kuuluvat tietojen antaminen sekä ohjaus. Työterveystarkastuksen yhteydessä on luontevaa keskustella ja neuvotella asiakkaan kanssa sekä ohjata häntä yksilöllisesti ja tilannekohtaisesti. Työterveyshoitajalla on mahdollisuus käyttää erilaisia terveyden edistämisen taustamalleja, jotka liittyvät terveyden edistämiseen, auttamiseen, ohjaamiseen ja työ- ja toimintakyvyn edistämiseen tai ylläpitämiseen. Työterveyshoitaja ottaa omalla persoonallisella tavallaan käyttöön työntekijän yksilölliseen tilanteeseen sopivan mallin. Terveystarkastusten tulokset arvioidaan ja niistä tehdään päätelmät työterveyshuollon sisäisenä yhteistyönä. (Juutilainen 2004: 113 - 117.)

6 TERVEYSNEUVONTA

Terveysneuvonta on yksi terveyden edistämisen toimintamuoto, sillä pyritään sellaisten tietojen ja taitojen, arvojen ja asenteiden sekä käyttäytymistottumusten omaksumiseen, joilla on merkitystä ihmisen terveyteen (Poskiparta 1997: 125). Terveysneuvontaa voidaan lähestyä monesta eri näkökulmasta, jolloin toiminta ja ohjaamisen sisällöt vaihtelevat voivat vaihdella suuresti (Vänskä 2000: 4).

Terveysneuvonta on vuorovaikutussuhde. Asiantuntijan tehtävänä on ohjauksellisilla interventioilla, esimerkiksi reflektiivisillä kysymyksillä, saada aikaan asiakkaan reflektiivistä pohdiskelua asiakkaan omasta toiminnasta ja sen merkityksestä. Vuorovaikutussuhteessa asiakas tarkastelee omaa toimintaa kriittisesti tai tulee tietoiseksi omasta toiminnasta. Tämä mahdollistaa uusien toimintavaihtoehtojen synnyn ja omien voimavarojen mobilisoimisen auttaa asiakasta. (Poskiparta 1997: 125; Vänskä 2000: 114.)

Neuvonnan tavoite tarkentuu vuorovaikutussuhteen aikana. Terveysneuvonnan yhtenä tavoitteena voidaan pitää terveyden kannalta toivottavien käyttäytymismuutosten aikaansaamista. Neuvontatilanteessa on tärkeää, että asiantuntija ja asiakas selventävät muutoksen tavoitteen ja jakavat sen ennen neuvonnan alkua. Tämä auttaa yhteisen tavoitteen saavuttamisessa. (Kettunen – Liimatainen – Poskiparta 1996: 21.)

Ratkaisukeskeisyyttä voidaan soveltaa terveysneuvontaan. Ratkaisukeskeisyydessä painopiste siirtyy ongelmien syistä ratkaisujen etsintään ja siihen, mikä toimii tällä hetkellä, mikä taas on kehittymässä parempaan suuntaan. Ajattelutavan omaksunut asiantuntija näkee negatiivisetkin asiat joltakin osin myös voimavaroina lisäävinä ja positiivisina. Avainasemaan nousevat asiakkaan omat tavoitteet ja arkipäivän ratkaisut. Lähestymistapa auttaa myös potilasta sitoutumaan, koska hän joutuu miettimään omaa edistymistään. (Kettunen ym. 1996: 60.)

Asiakkaan mahdollisuudet oman terveytensä edistämiseen ovat riippuvaisia hänen elämänoloistaan, koulutuksestaan, tavastaan suhtautua terveysuhkiin sekä kokemuksistaan terveydestä ja sairaudesta. Tiedon lisäksi tulee tarjota keinoja, joita asiakas voi soveltaa oppimaansa, omaan tilanteeseensa sekä tehdä elintapojaan koskevia ratkaisuja. (Antti-Poika ym. 2006: 224.)

6.1 Terveysneuvonnan toteutuminen

Tutkimuksia terveydenhuoltohenkilöstön taidoista tukea asiakkaiden terveyskäyttäytymisen muutoksia on vähän. Suomalaisissa tutkimuksissa terveydenhuoltohenkilöstön elintapakeskustelut on todettu pinnallisiksi ja epätarkoiksi kuvauksiksi, joissa vallitsee autoritaarinen lähestymistapa. Asiakkaiden mahdollisuus keskustella omasta epävarmuudestaan terveyskäyttäytymisen muutoksissa ja arvioida omaa terveyskäyttäytymistään sekä vaihtoehtojaan ei usein sisälly käynteihin. (Poskiparta 1997: 46; Sorjonen – Peräkylä – Eskola 2001: 10.)

Poskiparran (1997: 11, 27, 63) tutkimuksessa ilmeni, että terveysneuvontatilanteissa hoitajien puheissa painottuivat fyysisen terveyden ulottuvuudet, psyykkisen ja emotionaalisen terveyden ulottuvuudet jäivät vähemmälle huomiolle. Neuvontakeskustelut olivat pääsääntöisesti tiedonjakotilanteita neutraalissa ilmapiirissä. Hoitajilla esiintyi epävarmuutta tiedollisessa asiantuntijuudessa. Neuvontatilanteissa

hoitajat eivät riittävästi selvittäneet tai hyödyntäneet potilaiden tietämystä. Hoitajat kokivat, että vuorovaikutustaidot tarvitsevat jatkuvaa harjoittelua. Oman tiedollisen osaamisen siirtäminen käytännön toimintaa koettiin vaikeaksi.

Suomessa on tutkittu liikuntaneuvonnan toteutumista perusterveydenhuollon hoitajien ja lääkäreiden vastaanotoilla tyypin 2 diabetesneuvonnassa. Tutkimuksen tulokset osoittavat, että lääkärit ja hoitajat käyttävät vähän aikaa liikuntaneuvontaan. Keskustelut avattiin kartoittamalla liikunnan määrää. Potilaat toivat esille liikuntaa rajoittavia tekijöitä, mutta niiden käsittely jäi vähäiseksi. (Poskiparta ym. 2004: 1491.)

Elfvingin (2004: 42) ammattikuljettajille tekemässä haastattelututkimuksessa ilmeni, että työterveyshoitajan antama terveysneuvonta koettiin kiusalliseksi ja osa ilmoitti, että terveystottumuksiin liittyviä asioita ei käyty läpi terveystarkastuksessa ollenkaan.

Kettunen (2001: 96) on tutkimuksessaan tarkastellut sairaalassa tapahtuvaa hoitajien ja potilaan välistä terveysneuvontakeskustelua. Tutkimus osoittaa, että hoitajilla on puutteellinen kyky havaita potilaiden kielellisiä vihjeitä. Potilaan kanssa neuvottelu ja hänen tarpeistaan lähtevä neuvontatyö toteutuu myös hyvin harvoin. Hoitajien huomio suuntautui liikaa organisaation taholta asetettuun tehtävään eikä vuorovaikutuksessa onnistumiseen.

6.2 Terveysneuvonnan asiantuntija

Terveysneuvonnassa tulee huomioida asiakkaan yksilöllisyys ja terveystieto sekä tunnistaa hänen yksilölliset tarpeet. Asiantuntijan on hyvä muistaa, että ihmisillä on oma sosiaalinen ympäristö, he ovat oppineet erilaisia asioita ja heille on kehittynyt erilaisia asenteita ja uskomuksia. Asiakas on oman elämänkontekstin asiantuntija. Asiakkaan terveystieto koostuu hyvin erilaisista hänelle merkittävistä tiedon lähteistä. Lähtökohdan huomioiminen on alku potilaan kohtaamiselle tasavertaisena kumppanina, jolloin terveysneuvonnasta muodostuu molempien oppimisprosessi, josta molemmat oppivat jotain uutta. (Kettunen ym. 1996: 99, 104; Mustajoki 2003: 4236; Vänskä 2000: 47, 103.)

Terveysneuvonnassa myös asiantuntijan tulee selvittää omat tausta-ajatukset. Taustanäkemykset näkyvät esimerkiksi siten, mille tasolle huomio suunnataan. Tämä

edellyttää oman työn äärelle pysähtymistä. Mitkä ovat omat ja työyhteisön neuvontatyön perusteet ja miten ne ilmenevät neuvontatilanteissa? (Kettunen 2001: 97.)

Neuvontatilanteessa asiantuntijan tulisi löytää oma persoonallisuuteen ja temperamenttiin sopiva tapa tehdä työtä. Tärkein asiantuntijan ominaisuus on viestintätaito. Rehellisyys ja aitous välittyvät tavasta kuunnella ja olla kuuntelijana. Neuvontatilanteessa asiantuntijan tulee olla varovainen tulkinnoissaan. Sanaton viestintä voi olla hyvinkin erilaista eri ihmisten välillä. Asiakkaan kokemus neuvontatilanteesta määrää osittain sen, minkälaisia merkityksiä hän antaa sairaudelle, ohjeille ja koko neuvonalle. Tämä puolestaan ohjaa hänen toimintaansa jatkossa. (Kettunen ym. 1996: 100 - 104.)

Terveysneuvonnan vaikuttavuutta ja tuloksellisuutta parantavat neuvontamenetelmät, joilla tunnistetaan asiakkaiden tiedon puutteet. Potilaita aktivoidaan arvioimaan omaa tietämystään ja toimintaansa terveyden edistäjänä ja ylläpitäjänä, jotta heidän elintavoissaan tapahtuisi muutosta. (Poskiparta 1997: 45; Vänskä 2000: 102 - 103.)

Terveysneuvonta edellyttää jatkuvaa ja monipuolista tiedon hankkimista sekä sen soveltamista omaan työhön. Terveysneuvonta voidaan nähdä sekä potilaan, että hoitajan mahdollisuutena oppimiseen matkalla kohti terveellisempää elämää. (Kettunen ym. 1996: 104.) Koulutus, joka toteutetaan todellisessa toimintaympäristössä ja jossa videointi on osa koulutusta, kehittäisi hoitajien herkkyyttä asiakkaiden viestien vihjeille ja vuorovaikutuksessa tapahtuville muutoksille (Kettunen 2001: 96).

7 LOMAKKEEN KEHITTÄMISPROSESSI

Elintapoja kartoittavassa neuvontalomakkeessa elintapamuutoksen teoreettiseksi lähtökohdaksi otettiin transteoreettinen muutosvaihemalli ja voimavaralähtöisiä kysymyksiä koottiin elintapaneuvonnan tueksi. Tässä opinnäytetyössä kehitetty elintapoja kartoittava neuvontalomake toimii esimerkkinä, josta voidaan myöhemmin kehittää vastaava lomake Diacor terveyspalvelut Oy:n käyttöön.

7.1 Transteoreettinen muutosvaihemalli

Prochaska ja Norcross (1999: 60) kuvaavat elämäntapojen muutosta prosessina, jossa yksilö etenee vaiheesta toiseen. Transteoreettisen muutosvaihemallin perusteella asiakkaan muutosvalmiudessa voidaan erottaa eri vaiheita. Muutosvaiheiden nimeäminen auttaa hahmottamaan asiakkaan tilannetta, mutta eri vaiheita rajat eivät ole jyrkät. Muutosvaiheajatteluun kuuluu, että eri vaiheiden yli ei yleensä voida loikata. Siirtyminen muutosvaiheesta toiseen etenee asteittain. Asiakas alkaa ensin harkita muutosta. Muutoksen edetessä suotuisasti asiakas valmistautuu muutokseen ja lopulta ryhtyy toimimaan. (Mustajoki 2003: 4236 - 4237.)

Esiharkintavaiheessa (Precontemplation) yksilö ei aio muuttaa käyttäytymistään lähitulevaisuudessa eli seuraavan kuuden kuukauden sisällä. Yksilö voi olla tällä tasolla, koska ei tiedä käytöksensä seuraamuksia tai on yrittänyt muutosta useaan kertaan ja huomannut, että hänellä ei ole kykyä muutoksen aikaansaamiseen. Tällä tasolla olevat yksilöt välttävät lukemasta, puhumasta ja miettimästä riskikäyttäytymistään. Yksilö ei esiharkintavaiheessa ole valmis muutokseen. (Prochaska – Norcross 1999: 61.)

Harkintavaiheessa (Contemplation) on yksilö, joka harkitsee muutosta seuraavan kuuden kuukauden aikana. Yksilö on tietoinen muutostarpeesta. Yksilö ei ole vielä tietoinen muutosprosessista, mutta on tietoinen muutoksen seurauksista. Yksilö tasapainottelee hyötyjen ja haittojen välillä ja voi siksi pysyä pitkäänkin tällä muutoksen tasolla. (Prochaska – Norcross 1999: 61.)

Valmistautumisvaiheessa (Preparation) oleva yksilö aikoo ryhtyä muutokseen heti, mikä yleensä tarkoittaa seuraavan kuukauden kuluessa. Tällä tasolla yksilöt ovat jo yleensä yrittäneet muuttaa käytöstään kuluneen vuoden aikana. Valmistautumisvaiheessa yksilöllä on yleensä suunnitelma siitä, miten hän aikoo muutoksen toteuttaa. Valmistautumisvaiheessa yksilö on valmis muutokseen. (Prochaska – Norcross 1999: 61.)

Toimintavaiheessa (Action) oleva yksilö on tehnyt tietyn muutoksen käyttäytymisessään kuluneen puolen vuoden aikana ja hän toteuttaa muutosta. (Prochaska – Norcross 1999: 63.)

Ylläpitovaiheessa (Maintenance) yksilö jatkaa muutoksen toteuttamista ja tekee työtä välttääkseen repsahduksia. Yksilö on vähemmän altis repsahduksille ja varmempi siitä, että voi jatkaa muutosta. (Prochaska – Norcross 1999: 63.)

Päätösvaiheessa (Termination) yksilöllä ei ole enää houkutusja ja vaikka yksilö olisi masentunut, turhautunut tai yksinäinen hän ei palaa selviytymiskeinonaan aikaisempaan käytökseen (Prochaska- Norcross 1999: 63).

Muutosprosessiin liittyy taantuma eli relapsi. Relapsissa tehdyt elämäntapamuutokset eivät pysy ja taannutaan aikaisempaan. Relapsi on muutosprosessin luonnollinen osa, joka ilmenee useimmilla elämäntapojaan muuttavilla ihmisillä. (Mustajoki 2003: 4237.)

7.2 Muutosvaihemallin käyttö elintapamuutokseen tukemisessa

Muutosta tukevassa terveysneuvonnassa kuvastuvat asiakkaan aktiivinen kuuntelu, terveysneuvonnan myönteinen ilmapiiri sekä neuvonnan rakentuminen asiakkaan omista tarpeista ja näkökulmista käsin. Voimavarakeskeisessä neuvontatilanteessa asiakas on itse osallistuja. Terveyskäyttäytymisen muutoksessa keskeisintä on asiakkaan itse arvioinnin käynnistäminen. (Mustajoki 2003: 4235; Vänskä 2000: 114; Poskiparta 2002: 25 - 29.)

Asiakaskeskeisen työskentelyn tavoitteena on herättää asiakkaan oma motivaatio, joka johdattaa asiakkaan itse ajattelemaan asiaa ja tekemään päätöksen elämäntapojen muuttamisesta. Sisäistä motivaatiota voidaan tukea tasa-arvoisella keskustelulla, syölistämättömällä informaatiolla sekä vastuun antamisella. (Mustajoki 2003: 4235.)

Muutosvastarinta syntyy jonkun muun sanoessa mitä pitää tehdä. Muutosvastarintaa aiheuttavat suorat ohjeet, taivuttelu, autoritaarisuus ja valvonta, samalla tuhoutuu sisäinen motivaatio. Vastaanotolla asiakkaat eivät välttämättä ole valmiita lähtemään elintapamuutoksiin, jolloin asiantuntijan suora kehoitus elintapojen muuttamiseen saattaa johtaa muutosvastarintaan. (Mustajoki 2003: 4235.)

Terveyskäyttäytymisen muutosvaiheiden tukeminen sekä asiakkaan muutosprosessin käynnistyminen ja eteneminen vaatii aikaa. Muutosvaiheen määrittelyä voidaan kartoittaa avoimilla kysymyksillä aloitetulla keskustelulla tai kysymällä suoraan

muutoshalukkuutta. Kysyttäessä asiakkaalta mitä mieltä hän on esimerkiksi tupakoinnistaan ja alkoholinkäytöstään vastaus kuvastaa asiakkaan halukkuutta muutokseen. Suoraan kysyttäessä voidaan käyttää asteikkoa, jonka puitteissa asiakas määrittää itse halukkuuden kysytyyn elämäntapamuutokseen. Keskustelua voidaan jatkaa kysymällä perusteluita päätökselle. (Mustajoki 2003: 4237.)

Esiharkintavaiheessa sekä harkintavaiheessa annetaan neutraalisti tietoa kyseessä olevasta elämäntavasta, jos asiakas haluaa siitä tietää. Huumori on sallittua. Asiakasta pyydetään arvioimaan nykyisen tilan hyötyjä sekä haittoja. Arvioinnin pohjalta tehdään yhteenveto josta keskustellaan ja asiakas päättää toimintansa. (Poskiparta ym. 2004: 15; Mustajoki 2003: 4236.)

Valmistautumisvaiheessa sekä toimintavaiheessa asiakasta autetaan arvioimaan elämäntapamuutoksia, pohtimaan tämän hetken ja tulevaisuuden tilanteita, tukemaan asiakkaan sosiaalisia ja emotionaalisia prosesseja, autetaan asiakasta luomaan mielikuva erilaisesta tilanteesta kuin aikaisemmin ja rohkaistaan etsimään uusia keinoja ongelman ratkaisuun, autetaan asiakasta muutospäätöksen tekemisessä, tavoitteiden asettamisessa sekä toimintasuunnitelman laatimisessa. (Poskiparta ym. 2004:15; Mustajoki 2003: 4236.)

Toimintavaiheessa ja ylläpitovaiheessa asiakasta autetaan pohtimaan vaihtoehtoja sekä korvaavia toimintatapoja, autetaan asiakasta harjoittamaan käytännön taitoja, rohkaistaan arvioimaan muutoksen ylläpitämistä ja siihen sitoutumista sekä tehdään yhteenveto keskustelusta. (Poskiparta ym. 2004: 15.)

Tarkoitus on saada asiakas etenemään muutosvaiheesta toiseen ja ymmärtää, että relapsi ei merkitse lopullista epäonnistumista. Tietämys muutosten eri vaiheista ja muutosprosessiin kuuluvista taantumista auttaa suhtautumaan elämäntapojen muuttamiseen realistisesti ja suvaitsevasti. (Mustajoki 2003:4236.)

7.3 Muutosvaihemallin käytännön sovelluksia

Kansainvälisesti muutosvaihemallia on käytännössä sovellettu alkoholin ja tupakan käytön lopettamisessa, syömishäiriöiden ja lihavuuden hoidossa sekä HIV:n ehkäisyssä (Prochaska - Norcross 1999: 60 - 84).

Poskiparta ym. (2004: 15 - 17) ovat kehittäneet perusterveydenhuoltoon elintapojen muutoksen kartoitus- ja seurantalomakkeen. Lomakkeessa elintapamuutoksen taustalla on transteoreettinen muutosvaihemalli. Lomake on kehitetty neuvontakeskustelun apuvälineeksi asiakkaalle ja terveydenhuollon asiantuntijalle helpottamaan elintapojen muutoksen puheeksi ottamista. Se luo mahdollisuuden jäsentyneesti ohjata neuvontakeskustelua ja samalla se mahdollistaa asiakkaan osallistumisen keskusteluun. Asiakkaan ja asiantuntijan on tarkoitus täyttää lomake yhteistyössä, joten asiakas voi samalla omakohtaisesti arvioida elintapojaan ja ymmärtää elämäntapojen muutosprosessia.

7.4 Voimavara- ja lähtöiset kysymykset elintapaneuvonnassa

Asiakkaan ollessa **esiharkintavaiheessa** tulee varmistaa, että asiakas on tietoinen muutostarpeesta. Voi olla, että asiakas ei hyväksy sitä. Asiakas ei tällöin ole valmis muutokseen. Terveysneuvonta esiharkintavaiheessa on tiedon tarjoamista. (Poskiparta ym. 2004: 16.) Työterveyshoitaja antaa neutraalisti tietoa elintavasta, jos asiakas sitä haluaa.

Kysymyksiä, joita asiakkaalle voi esiharkintavaiheessa esittää: Millaisista asioista haluat tietoa? Haluaisitko keskustella jostain lomakkeessa mainitusta asiasta? Millaista tietoa olette aikaisemmin saaneet kyseisistä elintavoista? Haluatteko tietää enemmän näistä asioista? (Poskiparta ym. 2004: 16.)

Harkintavaiheessa asiakas on tietoinen muutostarpeesta ja ajattelee vakavasti muutosta tulevaisuudessa. Asiakas siis harkitsee muutosta. Harkintavaiheessa asiakasta rohkaistaan arvioimaan omien tottumusten hyviä ja huonoja puolia. Asiakkaan kanssa keskustellaan tunnekokemuksista, tulkinnoista ja arvoista. Avoimet kysymykset ovat sallittuja ja palautteen antaminen on tärkeää. (Poskiparta ym. 2004: 16.) Työterveyshoitaja voi kertoa käytännön esimerkkejä.

Kysymyksiä, joita asiakkaalle voi esittää harkintavaiheessa: Mitä konkreettista tarkoittatte säännöllisellä ateriaritmilla? Miten suhtaudutte omaan tupakointiinne? Millaisia terveydellisiä haittoja teillä on tupakoinnista johtuen? Mitä hyviä/huonoja puolia näette liikunnallisessa aktiivisuudessanne? Osaisitteko arvioida syitä painonne

nousuun? Mitkä tekijät tukevat tai hankaloittavat muutokseen ryhtymistä? (Poskiparta ym. 2004, 16.)

Asiakas tekee muutospäätöksen ja alkaa miettiä muutossuunnitelmaa ja siihen sitoutumista **valmistautumisvaiheessa**. Tällöin asiakas on valmis muutokseen. Terveysneuvonnan tavoitteena valmistautumisvaiheessa on muutosvalmiuden vahvistaminen. (Poskiparta ym. 2004: 16.) Työterveyshoitajan tehtävänä on auttaa asiakasta arvioimaan elintapamuutoksia, auttaa pohtimaan tämän hetken ja tulevaisuuden tilanteita, tukea asiakkaan sosiaalisia ja emotionaalisia prosesseja, etsimään uusia keinoja ongelmien ratkaisuun ja auttaa asiakasta muutospäätöksen tekemisessä, tavoitteiden asettamisessa ja toimintasuunnitelman laatimisessa. Tässä vaiheessa työterveyshoitajan kannattaa suositella erilaisiin ryhmiin osallistumista.

Kysymyksiä, joita asiakkaalle voi valmistautumisvaiheessa esittää: Miten voisitte lisätä liikunnallista aktiivisuuttanne? Mitä olette jo tehneet liikunnallisen aktiivisuuden lisäämiseksi? Miten saisitte muutosta aikaan käyttäytymisessänne? Mikä motivoisi teitä muuttamaan käyttäytymistänne? Olisiko teillä toisenlaisia käyttäytymisvaihtoehtoja? Uskotko muutoksen mahdollisuuteen kohdallanne? Mihin elintapamuutokseen olisitte valmis sitoutumaan? (Poskiparta ym. 2004: 16.)

Toimintavaiheessa asiakas alkaa toteuttaa muutossuunnitelmaa. Hän on yleensä tehnyt jo merkittävän muutoksen elintavoissaan. Toimintavaiheessa muutoksen tavoitteet tulee määrittellä selvästi. Asiakas tarvitsee tukea muutoksessa joko omaiselta, ystävältä, vertaisryhmältä tai ammattilaiselta. Terveysneuvonnassa tulee keskustella ympäristön positiivinen vaikutus muutokseen tai mahdollinen negatiivinen vaikutus. Asiakkaan kanssa tulee keskustella hänen omista tuntemuksistaan sillä vain jos asiakas tuntee omat heikkoutensa ja vahvuutensa, pystytään häntä motivoimaan. (Poskiparta ym. 2004: 16.)

Kysymyksiä, joita asiakkaalle voi esittää toimintavaiheessa: Mitkä ovat keskeiset tavoitteet elintapojenne muuttamiselle? Millaista tukea muutokseen saatte läheisiltänne? Millaista tukea koette tarvitsevanne muutoksen aikana? Onko jokin tekijä mahdollisesti esteenä tavoitteen saavuttamiselle? Mikä teitä motivoi muutokseen? Mikä on vahvuutenne/heikkoutenne muutoksessa? (Poskiparta ym. 2004, 16.)

Ylläpitovaiheessa asiakas yrittää ylläpitää muutosta ja estää repsahduksia. Terveysneuvonnassa tällöin korostuu keskustelu. Asiakas tekee edelleen työtä ylläpitääkseen uusia tottumuksiaan, mutta on yhä varmempi siitä, että hän pystyy ylläpitämään uutta terveystapaansa. (Poskiparta ym. 2004: 16.) Työterveyshuollossa seurantaa jatketaan ja asiakkaan omia voimavaroja ja aktiivisuutta korostetaan.

Kysymyksiä, joita asiakkaalle voi esittää ylläpitovaiheessa: Miten olette onnistuneet säännöllistämään ateriarytminne? Millaisia vaikutuksia olette havainneet tekemillänne muutoksilla olevan? Motivoivatko huomaamanne positiiviset vaikutukset jatkamaan muutosta? Uskotteko saavuttavanne asetetun tavoitteen? (Poskiparta ym. 2004: 16.)

Päätösvaiheessa asiakas on saavuttanut tavoitteen. Hän ei tunne houkutusta toistaa vanhaa terveysriskiä ja hän on varma päätöksensä pysyvyydestä. Tunnetilat, stressi tai elämäntilanteet muutokset eivät saa häntä muuttamaan käyttäytymistään entiseen suuntaan. (Poskiparta ym. 2004: 16.) Tässä vaiheessa asiakas ei tarvitse enää työterveyshuollon palveluita tämän asian tiimoilta.

7.5 Työelämän yhteistyökumppani

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä Diacor terveystalvelut Oy:n kanssa. Diacor terveystalvelut Oy on pääkaupunkiseudulla toimiva lääkäriasemaketju. Työterveyshuolto on kattavin osa sen toimintaa. Työterveyshuollon kehittäminen niin asiakasyritysten kuin niiden henkilöstönkin tarpeet huomioiden on Diacor terveystalvelut Oy:lle ensiarvoisen tärkeää. (Vuorela 2006.)

Diacor terveystalvelut Oy:n työterveyshuollon tavoitteena on asiakkaan henkilöstön terveyden edistäminen, työ- ja toimintakyvyn ylläpitäminen, sairauksien ennaltaehkäisy sekä nopea ja laadukas hoito. Työterveyshuollon onnistumisen edellytyksenä on saumaton yhteistyö asiakkaan ja työterveyshuoltohenkilöstön välillä. Parhaimmillaan työterveyshuolto tukee asiakasyritystä henkilöstön työ- ja toimintakyvyn ylläpidossa ja työhyvinvoinnissa. (Vuorela 2006.)

Toimintaa ohjaavat lait ja asetukset. Laadukkaan toiminnan perustana on työterveyshuoltohenkilöstön hyvä ammattitaito. Työterveyshuolto perustuu

luottamukseen. Muussa tapauksessa se jää asiakkaan, niin työnantajan kuin työntekijänkin näkökulmasta, ulkopuoliseksi. (Vuorela 2006.)

7.6 Kehittämisprosessin eteneminen

Keväällä 2006 Diacor terveysterveyspalvelut Oy:n työterveyspalveluissa todettiin tarve kehittää asiakkaan elintapojen kartoittamiseen lomake. Lomakkeen kehittämistä tarjottiin opinnäytetyön aiheeksi. Asiaan perehdyttiin tutustumalla ajankohtaiseen kirjallisuuteen opinnäytetyön aiheeseen liittyen. Kirjallisuudesta nousivat esiin suomalaisten elintapojen sekä terveysneuvonnan haasteet ja transteoreettinen muutosvaihemalli elintapamuutoksen tukemisessa.

Elintapoihin liittyvistä haasteista valikoituivat terveyden edistämisen kannalta keskeiset elintavat. Valikoituneisiin elintapoihin etsittiin kansalliset suositukset. Transteoreettiseen muutosvaihemalliin perehdyttiin kirjallisuuden avulla. Työikäisten terveyden kannalta keskeiset elintavat, suositukset sekä muutosvaiheet yhdistettiin elintapoja kartoittavaksi neuvontalomakkeeksi (liite 1). Elintapoja kartoittava neuvontalomake tehtiin mukailen Poskiparta ym. (2004) esittämää elintapojen muutosten kartoitus- ja seurantalomaketta.

Tutkitun tiedon perusteella elintapojen terveysneuvonnassa todettiin olevan kehittämistä. Tämän vuoksi koottiin osaksi opinnäytetyötä voimavaralähtöisiä kysymyksiä, joita voidaan käyttää elintapaneuvonnan tukena. Voimavaralähtöiset kysymykset tehtiin mukailen Poskiparta ym. (2004) esittämää mallia elintapojen muutosta tukevan terveysneuvonnan rakentumisesta.

Opinnäytetyön aihe on ajankohtainen ja työelämälähtöinen. Opinnäytetyön luonteesta johtuen työhön ei tarvita tutkimuslupaa. Opinnäytetyössä käytetään asianmukaisia lähdeviitteitä. Raportointi toteutettiin niin, että se ei ole harhaanjohtavaa tai puutteellista. Työelämän edustajan kanssa keskusteltiin yritystä koskevista salassapitokäytännöistä, joita opinnäytetyössä noudatettiin.

Opinnäytetyö julkaistaan keväällä 2007 Diacor terveysterveyspalvelut Oy:n työterveyshoitajille järjestettävässä aamutapaamisessa. Aamutapaamisia järjestetään kerran kuukaudessa ja kohderyhmänä ovat kaikki Diacor terveysterveyspalvelut Oy:ssä

työskentelevät työterveyshoitajat. Tapaamisissa käsitellään ajankohtaisia, työterveyshuoltoon liittyviä teemoja. Aamutapaamisessa opinnäytetyö käydään läpi kokonaisuudessaan. Esityksessä painotetaan terveysneuvonnan haasteita sekä muutosvaihemallin käyttöä elintapaneuvonnan tukena.

8 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää elintapoja kartoittava neuvontalomake työterveyshoitajien käyttöön. Tavoitteena oli kehittää terveysneuvontaa lisäämällä työterveyshoitajan tietoja elintapojen muutoksen vaiheista sekä muutoksen tukemisesta voimavara- ja lähtöisten kysymysten avulla.

Opinnäytetyö esitellään Diacor terveysterveystoimistossa Oy:n työterveyshoitajien aamutapaamisessa, jolloin he voivat suorassa kontaktissa työn tekijöiden kanssa esittää kysymyksiä aiheeseen liittyen. Lisäksi opinnäytetyö annetaan kirjallisena yhteistyökumppanin käyttöön, jolloin heillä on mahdollisuus tutustua aiheen teoreettiseen osuuteen paremmin.

8.1 Lomakkeen käytön tarkastelu

Opinnäytetyössä nostettiin esiin työikäisten keskeiset elintapahaasteet sekä terveysneuvonnan haasteet. Näiden haasteiden ja kansallisten elintapasuosittelujen pohjalta tehtiin työterveyshoitajille elintapoja kartoittava neuvontalomake. Lisäksi koottiin voimavara- ja lähtöisiä kysymyksiä elintapaneuvonnan tueksi. Teoreettisena pohjana elintapojen muutokselle toimii transteoreettinen muutosvaihemalli. (Vrt. Prochaska: - Norcross 1999; Poskiparta ym. 2004.)

Opinnäytetyössä kehitetty elintapoja kartoittava neuvontalomake on suunniteltu käytettäväksi osana työikäisen terveysneuvontaa, koska lomakkeen suunnittelussa käytetty aineisto koostuu työikäisten terveyshaasteista sekä työikäisille suunnatuista elintapasuosituksista. Diacor terveysterveystoimisto Oy:n käyttämä mainostoimisto muokkaa lomakkeesta yrityksen imagoon sopivan kokonaisuuden. Opinnäytetyön puitteissa tehty elintapoja kartoittava neuvontalomake toimii esimerkkinä, josta voidaan myöhemmin kehittää vastaava lomake Diacor terveysterveystoimistossa Oy:n käyttöön.

Lomakkeen tarkoitus on saada esille asiakkaan itsensä ilmoittamat elintapojensa muutostarpeet. Asiakas ja työterveyshoitaja keskustelevat yhdessä asiakkaan muutosvalmiudesta. Asiakkaalle annetaan elintapaneuvontaa hänen muutosvaiheensa mukaisesti ja tarvittaessa asetetaan tavoitteet muutokselle. Tavoitteen toteutumista seurataan säännöllisin väliajoin työterveyshoitajan vastaanotolla.

Lomakkeella saadun tiedon perusteella elintapaneuvonta voidaan kohdentaa elintapamuutoksiin sitoutuneisiin ja motivoituneisiin asiakkaisiin. Voimavaralähtöisten kysymykset antavat työterveyshoitajalle apuvälineen tukea eri muutosvaiheissa olevia asiakkaita. (Vrt. Poskiparta ym. 2004, Mustajoki: 2003.)

Lopullinen lomake tulee olemaan sähköisessä muodossa. Työterveyshoitaja voi lähettää sähköisesti lomakkeen asiakkaalle ennen vastaanottoa. Asiakasta tulee informoida selkeästi lomakkeen tarkoituksesta ja ohjata sen täyttämässä. Asiakas voi arvioida oman muutostarpeensa annettujen suositusten pohjalta ja esitäyttää tämän osion lomakkeesta. Esitäytettävä osio lomakkeesta tulee tuoda selkeästi esiin esimerkiksi käyttämällä eri väriä kuin muussa lomakkeessa.

Työterveyshoitajan vastaanotolla käydään läpi asiakkaan täyttämä osa lomakkeesta ja tarvittaessa arvioidaan yhdessä muutosvalmius sekä asetetaan tarvittaessa tavoitteet. Vastaanotolla asiakkaalle tulostetaan kopio lomakkeesta, jotta hän saa laaditut tavoitteet kirjallisessa muodossa mukaansa. Lomakkeen sähköinen muoto mahdollistaa muutostarpeen, muutosvalmiuden ja tavoitteiden muokkaamisen muutoksen edetessä.

Lomaketta voidaan käyttää osana terveystarkastusta, terveyden seurantatarkastusta sekä todettaessa tarve elintapojen muutokseen. Diacor terveyspalvelut Oy:n työterveyshuollossa terveyden seurantatarkastukset toteutetaan alle 50-vuotiaille viiden vuoden välein ja sitä iäkkäämmille kolmen vuoden välein tai erikseen sovitulla frekvenssillä. Seurantatarkastukset sisältävät työterveyshoitajan haastattelun ja yksilön terveysriskien kartoittamisen.

8.2 Lomakkeen jatkokehittäminen

Tehtyä elintapoja kartoittavaa neuvontalomaketta ei ole vielä testattu käytännön työssä, joten lomakkeen testaus tulee tehdä ennen lomakkeen laajempaa käyttöön ottamista. Testauksessa esille nousseiden kehittämisideoiden pohjalta lomaketta voidaan kehittää toimivammaksi.

Opinnäytetyön molemmat tekijät ovat työn edetessä sijoittuneet Diacor terveystalvet Oy:n työterveyshoitajiksi. Työterveyshoitajaksi pätevytyminen vaatii työterveyshuollon erikoistumisopinnot kahden vuoden kuluessa työterveyshoitajan työn aloittamisesta. Työn tekijät suunnittelevat aloittavansa erikoistumisopinnot syksyllä 2007 ja tämä mahdollistaa elintapojen kartoitus- ja neuvontalomakkeen kehittämisen osana opintoihin kuuluvaa kehittämistyötä.

Opinnäytetyön ja elintapoja kartoittavan neuvontalomakkeen asiasisältöä voidaan integroida Diacor terveystalvet Oy:ssä jo olemassa olevaan terveystalvetmateriaaliin. Diacor terveystalvet Oy:llä on käytössä Diacorilainen hyvä hoitokäytäntö, joka perustuu Suomalaisen lääkärisseura Duodecimin Käypä hoitosuositukseen. Hyvässä hoitokäytännössä on myös huomioitu uusimpia kansainvälisiä tutkimus- ja hoitosuosituksia. Diacorilainen hyvä hoitokäytäntö on luotu tarjoamaan ohjeita erityisesti työterveyshoitajille terveystarkastuksessa tulevien laboratorioarvojen tulkintaan ja toimenpiteisiin. Hyvän hoitokäytännön kriteerejä voidaan käyttää osana asiakkaan elintapojen alkukartoitusta, jonka pohjalta lähdetään toteuttamaan elintalvetneuvontaa (Hyvä hoitokäytäntö 2006).

8.3 Lopuksi

Opinnäytetyön tavoitteen ja tarkoituksen mukaisesti työ on ollut toteutettavissa ja olemme saavuttaneet työn tavoitteen ja tarkoituksen. Työn tekeminen kahdestaan on mahdollistanut monipuolisen näkökulman aiheiden tarkasteluun mikä on ollut mielestämme työmme kannalta välttämätöntä. Yhteistyö on sujunut moitteettomasti koko opinnäytetyöprosessin ajan.

Koko opinnäytetyöprosessin ajan molemmat työn tekijöistä ovat työskennelleet kokoaikaisesti. Tämä on ollut ajoittain raskasta ja aiheuttanut hankaluuksia suunnitella

yhteisiä tapaamisia työn tekijöiden, ohjaajan sekä työelämän edustajan kanssa. Työ on kuitenkin edennyt suunnitelmien ja aikataulun mukaisesti ja olemme pitäneet säännöllisesti yhteyttä työelämän edustajaan.

Yhteistyö Diacor terveysterveystoiminta Oy:n kanssa on sujunut erittäin hyvin. Työelämän edustaja on tukenut monipuolisesti molempien kouluttautumista. Lisäksi työn edetessä olemme saaneet mahdollisuuden siirtyä työskentelemään työterveyslaitajina Diacor terveysterveystoiminta Oy:n palvelukseen.

Koko opinnäytetyöprosessi on ollut meille erittäin antoisa kokemus. Olemme oppineet paljon uutta ja kehittyneet tiedonhaussa sekä tekstinkäsittelyssä. Työterveyslaitajan työssä voimme hyödyntää suuresti opinnäytetyöstä saamiamme oppeja. Olemme opinnäytetyön kautta saaneet ajankohtaisimmat tiedot työikäisten elintavoista, terveysneuvonnan haasteista sekä haasteisiin vastaamisesta.

LÄHTEET

- Alkoholijuomien kulutus 2005. Sosiaali- ja terveydenhuollon tuotevalvontakeskus ja stakes.Verkkodokumentti.Päivitetty 2.6.2006 <<http://www.stakes.info/files/pdf/Raportit/Alkoh2005kulutus.pdf>> Luettu 10.1.2007.
- Antti-Poika, Mari – Martimo, Kari-Pekka – Husman, Kaj (toim.) 2006: Työterveyshuolto. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Aromaa, Arpo – Koskinen, Seppo (toim.) 2002: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 – tutkimuksen perustulokset. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisut.
- Aromaa, Arpo – Huttunen, Jussi – Koskinen, Seppo – Teperi, Juha (toim.) 2005: Suomalaisen terveys. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Elfving, Anneli 2004: Terveysvalinnat ja työterveysneuvonta – haastattelututkimus ammattikuljettajille. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Fogelholm, Mikael 2005: Lihavuus ja kehon koostumus. Teoksessa Fogelholm, Mikael – Vuori, Ilkka 2005 (toim.): Terveysliikunta: fyysinen aktiivisuus terveyden edistämässä. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy. 82-103.
- Fogelholm, Mikael 2005: Liikunta ja kansanterveys. Teoksessa Fogelholm, Mikael – Vuori, Ilkka 2005 (toim.): Terveysliikunta: fyysinen aktiivisuus terveyden edistämässä. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy. 82-195.
- Fogelholm, Mikael – Vuori, Ilkka 2005 (toim.): Terveysliikunta: fyysinen aktiivisuus terveyden edistämässä. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Heinonen, Liisa 2006: Laihduttamisen tarpeellisuus. Teoksessa: Ilanne-Parikka, Pirjo – Kangas, Tero – Kaprio, Eero A. – Rönnemaa, Tapani (toim.): Diabetes. Hämeenlinna: Karisto Oy. 140-141.
- Helakorpi, Satu - Patja, Kristiina - Prättälä, Ritva - Uutela, Antti 2005: Suomalaisen aikuisväestön terveystietäminen ja terveys, kevät 2005. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisut.
- Ilanne-Parikka, Pirjo – Kangas, Tero – Kaprio, Eero A. – Rönnemaa, Tapani 2006 (toim.): Diabetes. Hämeenlinna: Karisto Oy.
- Joronen, Karja – Patja, Kristiina – Pennanen, Marjaana 2006: Tupakkakertomus 2006, oikeus savuttomaan elämään. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 3/ 2006.
- Juutilainen, Inkeri 2004: Työterveyshoitajan käsikirja. Helsinki: Edita Prima Oy

- Kanerva, Satu – Pasanen, Arja – Riekkinen, Seija – Tuhkanen, Taina 1998: Hyvä työterveyshoitajan työ. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Kansallinen liikuntatutkimus 2005-2006- aikuiset 19 – 65- vuotiaat. SLU:n julkaisusarja 4/2006. Suomen kuntourheiluliitto, Kunto ry.
- Kettunen, Tarja 2001: Neuvontakeskustelu. Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysneuvonnassa. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.
- Kettunen, Tarja – Liimatainen, Leena – Poskiparta, Marita 1996: Terveyskasvatus arjen neuvontatyössä. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Koskinen, Seppo 2003: Sairauksien ehkäisy. Verkkodokumentti. Päivitetty 21.8.2006. <http://www.terveysportti.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=sae02020> Luettu 30.7.2006. 4235-4237.
- Lahti-Koski, Marjaana 2001: Body mass index among adults in Finland: Trends and determinants. Publications of the National Public Health Institute A12/2001.
- Lahti-Koski, Marjaana 2005: Lihavuus. Teoksessa Aromaa, Arpo – Huttunen, Jussi – Koskinen, Seppo – Teperi, Juha (toim.): Suomalaisten terveys. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Lindroos, Lolan 2006: A-klinikkasäätiö. Verkkodokumentti. <<http://www.paihdelinkki.fi/Tietoiskut/224-miten-alkoholia-kannattaa-kayttaa>< Luettu 30.2.2007.
- Martikainen, Jaana 2006: Ravitsemus. Teoksessa Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja: Terveiden edistämisen laatusuositus. Helsinki: Yliopistopaino.
- Mustajoki, Pertti 2003: Miten potilas motivoituu hoitonsa aktiiviseksi osapuoleksi? Suomen lääkirlehti 42/2003.
- Mustonen, Heli – Simpura, Jussi 2005: Alkoholin käyttö. Teoksessa Aromaa, Arpo – Huttunen, Jussi – Koskinen, Seppo – Teperi, Juha (toim.): Suomalaisten terveys. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Männistö, Satu – Ovaskainen, Marja-Leena – Valsta Liisa 2003. Finravinto 2002 - tutkimus. The National FINDIET 2002 Study. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2003. Kansanterveyslaitos, Ravitsemusyksikkö. Helsinki 2003.
- Pajari – Jallinoja – Absetz 2006: Kansanterveyslaitos. Verkkodokumentti. <http://www.ktl.fi/portal/suomi/julkaisut/kansanterveyslehti/lehdet_2006/nro_2_2006/puhutaan_elintavoista_-_terveellisyys_ihanteena_kohtuus_kaytantona /<. Luettu 12.12.2006.
- Pietinen, Pirjo 2005: Ruoankäyttö ja ravinnonsaanti. Teoksessa Aromaa, Arpo – Huttunen, Jussi – Koskinen, Seppo – Teperi, Juha (toim.): Suomalaisten terveys. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

- Poskiparta, Marita 1997: Terveysneuvonta, oppimaan oppimista: Videotallenteet hoitajien terveysneuvonnan ilmentäjinä ja vuorovaikutustaitojen kehittämismenetelmänä. Jyväskylä.
- Poskiparta, Marita 2002: Neuvonnan keinoin kohti terveyskäyttäytymisen muutosta. Teoksessa Torkkola, Sinikka (toim.): Terveysviestintä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Poskiparta, Marita - Kasila, Kirsti – Kettunen, Tarja – Liimatainen, Leena – Vähäsarja, Kati 2004: Uusi työväline elintapojen muutosta tukevaan terveysneuvontaan. *Terveydenhoitaja* 7. 15-17.
- Poskiparta, Marita - Kasila, Kirsti - Kettunen, Tarja, Kiuru, Päivi 2004: Tyypin 2 diabeetikkojen liikuntaneuvonta. *Suomen lääkirilehti* 14. 1491-1495.
- Prochaska, James O – Norcross, John C 1999: Systems of psychotherapy: a transtheoretical analysis. Pacific Grove, CA. Brooks/Cole Publishing.
- Reunanen, Antti 2002: Verenkiertoelinten sairaudet ja diabetes. Teoksessa Aromaa, Arpo – Koskinen, Seppo (toim.): Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 –tutkimuksen perustulokset. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisut. 31-43.
- Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2006: Hyvä ja paha alkoholi. Verkkodokumentti. Päivitetty 13.05.2005.
<http://www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=khp00049>>. Luettu 29.9.2006.
- Sosiaali- ja terveystietokirja 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön- julkaisuja 2006:4. Helsinki: Yliopistopaino.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2003: Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:18. Helsinki: Yliopistopaino.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2001: Terveys 2015–kansanterveysohjelma. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015–kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4. Helsinki: Yliopistopaino.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2006: Terveyden edistämisen laatusuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006: 19. Helsinki: Yliopistopaino.
- Sorjonen, Marja-Leena – Peräkylä, Anssi – Eskola, Kari (toim.) 2001: Keskustelu lääkärin vastaanotolla. Tampere: Vastapaino.
- Uutela, Antti 2002: Elintavat. Teoksessa Aromaa, Arpo – Koskinen, Seppo (toim.): Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B3/2002. Terveys ja toimintakyky Suomessa. Terveys 2000 –tutkimuksen perustulokset. Helsinki: Kansanterveyslaitoksen julkaisut. 25-30.
- Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005: Suomalaiset ravitsemussuositukset: ravinto ja liikunta tasapainoon. Helsinki: Edita Prima Oy.

Vartiainen, Erkki 2005: Tupakointi. Teoksessa Aromaa, Arpo – Huttunen, Jussi – Koskinen, Seppo – Teperi, Juha (toim.): Suomalaisten terveys. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Vertio, Harri 2003: Terveyden edistäminen. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vuorela, Tanja 2006: Työterveyshuolto. Verkkodokumentti. Päivitetty 6.6.2006. <http://www.diacor.fi/index.php?option=com_content&task=view&id=15&Itemid=47>. Luettu 1.7.2006.

Vuori, Ilkka 2005: Liikunnan vaikutustapa. Teoksessa Fogelholm, Mikael – Vuori, Ilkka (toim.): Terveysliikunta: fyysinen aktiivisuus terveyden edistämässä. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Vänskä, Kirsti 2000: Jaettu asiantuntijuus – näkökulmia terveysneuvonnan ohjauskeskusteluun. Jyväskylän yliopisto. Terveystieteiden laitos.

ELINTAPOJA KARTOITTAVA NEUVONTALOMAKE

Ohje: Täytä lomakkeesta ennen terveystarkastusta kohta muutostarve.

Peilaa omia elintapojaasi voimassa oleviin suosituksiin ja arvioi oma tarve muuttaa elintapojaasi.

Asiakkaan nimi: _____

Työterveyshoitaja: _____

Päivämäärä: _____._____._____

ELINTAPA SUOSITUKSET	Muutostarve		Muutosvalmius			Tavoite			Repsahdus
	Kyllä	Ei	En ole valmis	Harkitsen	Olen valmis	Asetettu PVM	Toteutus PVM	Saavutettu PVM	
PAINOINDEKSI (kg/m ²)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Alipaino: alle 18,5									
Normaalipaino: 18,5-25									
Ylipaino: yli 25									
VYÖTÄRÖNYMPÄRYYS	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Nainen: alle 80cm									
Mies: alle 90cm									
LIIKUNTA	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Perusliikuntaa vähintään 30min/pv 5-7 pv/vko									
ALKOHOLI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Nainen: max. 7 annosta*/vko /max. 5 annosta*/kerta									
Mies: max. 14 annosta*/vko /max. 7 annosta*/kerta									
TUPAKOINTI	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Tupakointiin ei ole turvalliseksi todettua kohtuukäytön rajaa									
RAVITSEMUS (päivittäin)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Säännöllinen ateriarhythmi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Vähäsuolainen ruoka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Kuitupitoinen ruoka	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Kasvisrasvojen käyttö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>
Kasviksia ja hedelmiä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="checkbox"/>

TAVOITTEEN ASETTELU

*) **1 annos =**



33 cl
keski-
olutta

tai



12 cl
mieto-
viiniä

tai



4 cl
väkeviä