

TERVEYSTARKASTUKSET YRITYKSEN TYÖTERVEYSHUOLLOSSA

Pro gradu-tutkielma

Terveystieteiden yksikkö

Tampereen yliopisto

Terhi Räisänen

TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO

Terveystieteiden yksikkö

TERHI RÄISÄNEN Terveystarkastukset yrityksen työterveyshuollossa

Pro gradu-tutkielma 63 sivua, 3 liitettä

Ohjaajat: TtT, professori Eija Paavilainen, TtT, lehtori Anja Rantanen

Hoitotiede

Toukokuu 2011

Terveyttä tai sairautta koskevaa neuvontaa nimitetään terveysneuvonnaksi tai elintapaohjaukseksi. Länsimaissa elintapoihin liittyvät terveysongelmat ja erityisesti ylipainon ja metabolisen oireyhtymän aiheuttamat sairaudet ovat yleistyneet nopeasti. Useissa tutkimuksissa on osoitettu elintapamuutosten teho esimerkiksi aikuistyyppin diabeteksen ehkäisyssä.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata T2D- ehkäisy tutkimukseen lentoyhtiön työterveyshuollossa osallistuneiden, pienen diabetesriskin omaavien henkilöiden (N=1036) mittaustuloksia (BMI, vyötärönympäryys, verenpaine) ja näiden muutosta tutkimuksen ensimmäisen ja toisen vaiheen välillä. Tutkimuksen tarkoituksena on myös kuvata, millaisia kokemuksia henkilöillä on terveystarkastuksista.

Mittaustulosten kuvailu ja vertailu tehtiin kvantitatiivisena SPSS-ohjelmalla. Tutkimushenkilöiden kokemuksia elintapaohjauksesta tutkittiin haastattelemalla 10 henkilöä. Haastateltavat valittiin aineistosta satunnaistamalla. Haastattelu toteutettiin teemahaastatteluna. Haastatteluaineisto litteroitiin ja analysoitiin sisällönanalyysimenetelmällä.

Pääasiallisiksi tuloksiksi mittausten osalta saatiin, että normaalipainoisten osuus pieneni, lievästi ylipainoisten osuus lisääntyi jonkin verran ja lihaviin osuus kasvoi merkittävästi. Naisten vyötärönympäryysmitat kasvoivat ja optimaalisten vyötärönympäryysmittojen osuus väheni. Miesten vyötärönympäryysmitat sen sijaan pysyivät suunnilleen samoissa lukemissa seurantajakson aikana. Systoliset ja diastoliset verenpainearvot paranivat jonkin verran kohonneissa luokissa, sen sijaan normaaliin systolisten ja diastolisten verenpainoiden osuus väheni hiukan seurantavaiheen aikana.

Haastateltavat kuvasivat terveystarkastuksia seuraavina luokkina: elintapamuutosten tarve, asiakkaan tarpeiden huomioiminen tai huomioimatta jättäminen, elintapaohjauksen toteuttaminen, terveystietoisuuden lisääntyminen ja elintapamuutosten säilyttämisen vaikeus.

Tutkimuksessa korostui työntekijöiden myönteiset kokemukset terveystarkastuksista. Terveystarkastuksissa tulisi huomioida nykyistä paremmin henkilöiden yksilölliset tilanteet ja tarpeet.

Avainsanat: elintapaohjaus, ehkäisy, metabolinen oireyhtymä

ABSTRACT

UNIVERSITY OF TAMPERE

School of Health Sciences,

TERHI RÄISÄNEN: Health Examinations in Company's Occupational Healthcare

Master's Thesis, 63 pages, 3 appendices

Supervisors: PhD, Professor Eija Paavilainen, PhD senior lecturer Anja Rantanen

Nursing Science

May 2011

Counseling that considers health or illness is called life style intervention. In Western countries problems in healthy life style and especially diseases that are caused by overweight and metabolic syndrome have been increased rapidly. The effectiveness in life style change for example in preventing type 2 diabetes, has been proven in many studies.

The meaning of this study is to describe the results of the measurements (BMI, waist circuit, blood pressure) and changes of the measurements during the follow up of the research in persons who had low risk in getting type 2 diabetes (N=1036) and who took part in health examinations in airline company's occupational health care. The meaning of this study is also to describe person's experiences about the health examinations.

Description and comparison of the measurement results was made quantitatively with SPSS-program. The experiences of the examinees were studied by interviewing 10 persons. The examinees were chosen casually from the whole material. The interview was carried out as theme interview. The material of the interviews was transcribed and analyzed with content analysis method.

The main results of the measurements were that the amount of normal weighted was decreased, the amount of slightly over weighted was increased a little and the amount of obesity was increased significantly. The amount of women's waist circuits was increased and the amount of optimal waist circuits was decreased during the follow up. Men's waist circuits stayed about the same during the follow up. Systolic and diastolic blood pressures were decreased slightly in medium or significantly and remarkably arisen categories. The amount of arisen systolic and diastolic blood pressures got better. The amount of normal systolic and diastolic blood pressures was decreased slightly during the follow up.

The categories that came out of the descriptions of the persons who were interviewed about the health examinations were: the need of change in life style, noticing or ignoring clients needs, giving life style intervention, increasing consciousness about health, difficulty in keeping life style changes.

Positive experiences of employees were emphasized in this study. Persons' individual situations and needs should be considered better in health examinations.

Key words: life style intervention, prevent, metabolic syndrome

SISÄLLYS

1. Tutkimuksen tausta	5
2. Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat	6
2.1. Elintapoihin liittyvät terveysongelmat	6
2.2. Terveysneuvonta ja elintapaohjaus	9
2.3. Elintapaohjauksen merkitys metabolisen oireyhtymän ehkäisyssä ja terveyden edistämisessä	10
2.4. Erilaisia elintapaohjausmalleja ja niistä saatu terveydellinen hyöty	11
2.5. Yhteenveto tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista	14
3. Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset	15
4. Tutkimuksen toteuttaminen	16
4.1. Tutkimusaineisto	16
4.2. Tutkimuksen eteneminen	20
4.3. Aineiston analyysi	23
5. Tulokset	25
5.1. Tutkimukseen osallistuneet	25
5.2. Metabolisen oireyhtymän ilmeneminen	25
5.3. Kokemukset terveystarkastuksesta	30
6. Pohdinta	41
6.1. Tulosten tarkastelu	41
6.2. Tutkimuksen luotettavuus	46
6.3. Eettiset kysymykset	49
6.4. Johtopäätökset ja jatkotutkimushaasteet	52

LÄHTEET

LIITTEET

1. Tutkimuksen tausta

Terveysteen vaikuttavat ihmisen arkiympäristö, osa arkisista valinnoista ja myös yhteiskunnallinen päätöksenteko. Terveystenhuollon ammattilaisten tehtävänä on osaltaan tukea terveysttä edistäviä valintoja ja toimintoja. Terveysten edistämisen menetelmät terveystenhuollossa voidaan jakaa primaari-, sekundaari- ja tertiaaripreventiivisiin ja niiden tulisi perustua tutkimusnäyttöön. Tietoa menetelmien vaikuttavuudesta pitäisi hyödyntää paremmin arkipäivän työssä. (Mustajoki 2004)

Primaariprevention avulla ihmisiä pyritään estämään joutumasta tekemisiin terveystdelle haitalliseksi tiedettyjen käyttäytymiseen tai ympäristöön liittyvien tekijöiden kanssa. Primaariprevention toimenpiteet pyrkivät estämään riskitekijöiden vaikutuksia jo ennen kuin ne ovat ehtineet synnyttää sairauteen johtavia muutoksia. (Koskenvuo & Mattila 2003, Tuominen ym. 2005)

Terveysttä tai sairautta koskevaa neuvontaa nimitetään usein terveystneuvonnaksi, vaikka se kansanterveystlaissa määritetäänkin hieman toisin. Neuvontaan sisältyy yksilöllisen ohjaus- ja ongelmanratkaisuprosessin lisäksi muun muassa vuorovaikutus ja psykososiaalisen tuen välittyminen. Terveystneuvontaa voidaan kutsua myös elintapaohjaukseksi. Neuvonta voi kohdistua ihmisen terveystentilan edistämiseen ja ylläpitämiseen tai suoranaisesti sairauksien ehkäisyyn tai hoitoon. Kyseessä on aina vuorovaikutustilanne ihmisen ja ammattilaisen välillä. Neuvontaa ei siis "anneta", vaan se toteutuu kummankin osapuolen ehdoilla. (Vertio 2003)

Neuvonnan yhtenä tarkoituksena on, että asiakas tai potilas saa tietyn kysymyksensä tai ongelmansa ratkeamaan. Lähtökohta on tässä asetelmassa asiakaslähtöinen, mutta työntekijä on vastuussa vuorovaikutuksen kehittämisestä, neuvonnan etenemisestä ja sen asiasisällöstä. Neuvonta alkaa neuvonnan tarpeesta ja sen tunnistamisesta. Ihmiset saattavat oma-aloitteisesti hakea neuvoja tai neuvonnan tarve syntyy vaikkapa potilaskäynnillä. Neuvonnasta vastaavien ammattiosaamista on arvioida neuvonnan tarvetta ja kartoittaa sitä keskustelun yhteydessä. Tunnistamisen jälkeen tarpeet asetetaan tärkeysjärjestykseen ja tehdään tietoisia valintoja neuvonnan sisällöstä ja määrästä. Lisäksi on otettava huomioon tilannetekijät ja vuorovaikutusroolit. Parhaimmillaan terveystneuvonta on terveystteen liittyvän ongelman ratkaisemista yhteisesti kahden ihmisen

vuorovaikutustilanteessa. Terveystieteiden työntekijä tuo tilanteeseen osaamista, mutta neuvonta ei loukkaa ihmisen itsemääräämisoikeutta. (Vertio 2003)

2. Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat

2.1. Elintapoihin liittyvät terveysongelmat

Länsimaissa elintapoihin liittyvät terveysongelmat ja erityisesti ylipainon aiheuttamat sairaudet ovat yleistyneet nopeasti. Terveystieteiden tutkimuksissa kansansairaudet nähdään keskeiseksi toiminnan kohteeksi. Satunnaistetuissa kliinisissä kokeissa on osoitettu elintapamuutosten teho esimerkiksi aikuistyyppin diabeteksen ehkäisyssä. (Patja ym. 2009). Yksittäisten elintapatekijöiden, kuten ylipainon, ravitsemuksen, alkoholin käytön ja liikunta-aktiivisuuden vaikutuksista moniin sairauksiin on olemassa vakuuttavaa näyttöä. Yksinkertaisella elintapaohjauksella voidaan saada aikaan monipuolisia tuloksia. (Mattila 2009). Liikkumaton elämäntapa on muodostunut laajaksi ja lisääntyväksi terveysongelmaksi modernissa yhteiskunnassa. On todettu, että jo pieni ja lyhytkestoinen mutta intensiivinen liikunnan lisääminen lisää sydän- ja verisuoniterveyttä, sokerinsietokykyä ja alentaa verenpainetta. Pitkäkestoinen, säännöllinen liikunta alentaa lisäksi hyperlipidemiaa ja painoa. (Nybo ym. 2010). Ylipaino ja lihavuus yleistyvät nopeasti ja lihavuuden liitännäissairaudet aiheuttavat huomattavia haittoja yksilöille ja suuria kustannuksia yhteiskunnalle (Savolainen 2007). Noin 60 prosenttia suomalaisista 24- 65- vuotiaista on ylipainoisia (Multanen 2007). Yhdysvaltalaisista noin 65 prosenttia on ylipainoisia ja heistä noin 30 prosenttia on lihavia (Jakicic & Otto 2006). Maailman aikuisväestöstä noin 1.6 miljardia on ylipainoisia ja noin 400 miljoonaa on lihavia (Lemmens ym. 2008). Lihavuuden yleistyminen on huolestuttavaa, koska ylipaino lisää monien sairauksien, kuten sydänsairauksien, tyyppin 2 diabeteksen ja monien syöpäsairauksien riskiä (Jakicic & Otto 2006). Diabetes ja sen liitännäissairaudet kuormittavat kansantaloutta. Diabeetikkoja arvioidaan olevan Suomessa jo puoli miljoonaa, heistä puolet tunnistamattomia (Puska ym. 2008). Diabeteksen tärkeimmät riskitekijät ovat liikapaino, vähäinen fyysinen aktiivisuus sekä runsaasti ns. kovaa rasvaa (tyydyttyneitä ja trans-rasvahappoja), raffinoituja hiilihydraatteja ja niukasti luonnollista ravintokuitua sisältävä ruokavalio. Lihavuuden yleistymistä ehkäisee parhaiten väestötasoinen ehkäisytyö. (Viitasalo ym. 2010).

Keskivartalolihavuus ja samanaikaisesti häiriintynyt veren kolesteroliarvo (suurentunut triglyseridipitoisuus ja/tai alentunut HDL-pitoisuus), kohonnut verenpaine ja häiriintynyt sokeriaineenvaihdunta aiheuttavat metabolisen oireyhtymän, joka tällä hetkellä tutkimusten mukaan on yli kolmasosalla suomalaisista aikuisista miehistä ja naisista yli neljäsosalla. Metaboliseen oireyhtymään liittyy selvästi suurentunut valtimotaudin riski. Henkilöillä, joilla on todettu metabolinen oireyhtymä, keskimääräinen sydän- ja verisuonisairauksien vaara on 2-3 kertaa suurempi kuin terveillä. Laihuttamalla on mahdollista vaikuttaa kaikkiin häiriöihin; lihavuus, rasvahäiriöt, kohonnut verenpaine ja diabetes. Näitä häiriöitä voidaan hoitaa myös lääkkeillä, mutta niistä jokaista varten tarvitaan eri lääke. Laihuttaminen poistaa liikarasvaa vatsaontelosta suhteellisesti enemmän kuin ihon alta. Siksi jo muutaman kilon laihtuminen lieventää metabolista oireyhtymää. (www.terveyskirjasto.fi).

Metabolinen oireyhtymä lisää useita sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen riskitekijöitä. International Diabetes Federation on julkaissut viimeisimmän määritelmän vuonna 2005. Siinä keskivartalolihavuus on nostettu metabolisen oireyhtymän tärkeimmäksi tekijäksi. Euroopassa metabolisen oireyhtymän yleisyys oli vuonna 2004 noin 15 prosenttia. Liikapainon ja lihavuuden yleistymisen sekä liian vähäinen liikunnan harrastaminen vaikuttavat metabolisen oireyhtymän jatkuvaan lisääntymiseen. Metabolisen oireyhtymän toteamiseen vaaditaan keskivartalolihavuus (vyötärön ympärys miehillä yli 94 cm ja naisilla yli 80 cm) tai painoindeksi yli 30 ja kaksi seuraavista: kohonnut seerumin triglyseridipitoisuus, matala seerumin HDL-pitoisuus, kohonnut systolinen ja/tai diastolinen verenpaine, kohonnut plasman paastoglukoosiarvo. (Kurki ym. 2008.)

Aikuisten lihavuuden käypähoitosuosituksen mukaan lihavuus aiheuttaa runsaasti sairauksia, joita voidaan tehokkaasti ehkäistä ja hoitaa laihtuttamalla. Lihavuuden hoidon tavoitteena on metaboliseen oireyhtymään liittyvien sairauksien, kuten tyypin 2 diabetes ja kohonnut verenpaine ehkäisy, mihin riittää painon pysyvä aleneminen 5-10 prosentilla. Tavallisin hoitomuoto on lihavuuden ”perushoito”, jolla tarkoitetaan elintapaohjausta ja neuvontaa. Lihavuuden luokitus painoindeksin (BMI) avulla on esitetty taulukossa 1.

Taulukko 1. Lihavuuden luokitus painoindeksin (BMI) perusteella

Painoindeksi	Painoluokka
18.5-24.9	Normaali paino
25 tai yli	Liikapaino (ylipaino)
25.0-29.9	Lievä lihavuus
30.0-34.9	Merkittävä lihavuus
35.0-39.9	Vaikea lihavuus
40 tai yli	Sairaalloinen lihavuus

Käypähoitosuosituksen mukaan (www.kaypahoito.fi, luettu 2.1.2011) miehillä vyötärön ympärysmittan 100 cm ja naisilla 90 cm ylittyminen, merkitsee huomattavasti suurentunutta sairauksien vaaraa. Jo hieman pienemmillä vyötärön ympäryksillä (miehet yli 90, naiset yli 80 cm) sairauksien vaara on lievästi suurentunut.

Kohonneen verenpaineen käypähoitosuosituksen mukaan olennaista on sydän- ja verisuonitautivaaran kokonaisvaltainen pienentäminen. Väestöön ja yksilöihin kohdentuvien toimenpiteiden avulla edistämään elintapamuutoksia, joiden avulla kohonneen verenpaineen ja muiden sydän- ja verisuonitautien vaaratekijöiden tasoja voidaan alentaa. Käypähoitosuosituksen mukainen verenpaineen luokitus on esitetty taulukossa 2.

Taulukko 2. Verenpainetason luokitus

Luokka	SVP mmHg		DVP mmHg
Optimaalinen	<120	ja	<80
”Normaali”	<130	ja	<85
”Tyydyttävä” (korkea normaali)	130-139	ja	85-89
Lievästi kohonnut	140-159	tai	90-99
Kohtalaisesti kohonnut	160-179	tai	100-109
Huomattavasti kohonnut	≥180	tai	≥110
Hypertensiivinen kriisi	≥200	tai	≥130

2.2. Terveysneuvonta ja elintapaohjaus

Terveysneuvonta on ohjauksen ja neuvonnan antamista tietyssä rajatussa kysymyksessä tai ongelmassa, jossa asiakas tietää mitä pitäisi tehdä, mutta hän ei tiedä, miten. Terveysneuvonta on terveydenhuollon ammattihenkilön toimintaa, jossa suunnitelmallisella terveyslähteisellä vuorovaikutuksella tuetaan hyvinvointia ja terveyttä yksilö-, ryhmä- ja väestötasolla. Terveysneuvonnan tavoitteena on asiakkaan käyttäytymisen tai toimintatavan muutos. Terveysneuvontaa annetaan useimmiten useilla tapaamiskerroilla ja se etenee vaiheittain. Keskeistä terveysneuvonnassa on, että se on suunnitelmallista, se toteutetaan yksilöllisen tarpeen mukaisesti, sen pitää tukea tiedon sovellettavuutta käytäntöön ja yksilön oman vastuun ottamista ja sen on perustuttava tutkittuun tietoon. (Pelkonen & Kolimaa 2009.)

Terveysneuvonta on prosessi, joka on tarvelähtöistä. Se alkaa tarpeen tunnistamisesta, jatkuu elintapaohjaukseen, seurantaan ja arviointiin. (Patja ym. 2009.) Terveysneuvonta voi kohdistua ihmisen terveydentilan edistämiseen ja

ylläpitämiseen tai suoranaisesti sairauksien ehkäisyyn tai hoitoon. Kyseessä on aina vuorovaikutustilanne ihmisen ja ammattilaisen välillä. Neuvontaa toteutuu kummankin osapuolen ehdoilla. (Vertio 2003.)

Elintapaohjaus on ennaltaehkäisevää terveysneuvontaa, jolla tarkoitetaan keinoja, joilla ylläpidetään terveyttä vaikuttamalla tautien puhkeamiseen ja pyrkimällä minimoimaan sairauksista aiheutuvat haitat. Ennaltaehkäisyyn tarkoituksena on yksilön ja yhteisön ylläpitävien voimien kasvattaminen ja sairauksien, tapaturmien ja kuolemien vähentäminen. Terveysneuvonta on eräs preventiivisen toiminnan keinoista. Sen tarkoituksena voidaan pitää tiedon jakamista ja tätä kautta yksilöiden terveyskäyttäytymisen muuttamista optimaaliseksi, kuitenkin ihmisen omilla ehdoilla (Koskenvuo & Mattila 2003.) Neuvonta voi kohdistua ihmisen terveydentilan edistämiseen ja ylläpitämiseen tai sairauksien ehkäisyyn ja hoitoon, ja se voi tapahtua erilaisissa tilanteissa: sairaanhoidon yhteydessä, terveystarkastuksissa, seulontatutkimuksissa ja neuvoloissa (Vertio 2003).

2.3. Elintapaohjauksen merkitys metabolisen oireyhtymän ehkäisyssä ja terveyden edistämisessä

Terveyden edistäminen perustuu kansanterveyslakiin ja on osa kansanterveystyötä. Terveyden edistämisestä säädetään myös tartuntatautilaissa, tupakkalaissa ja raittiustyölaissa. (STM 2008.) Terveyden edistämisen tavoitteena on vahvistaa yksilön voimavaroja ja parantaa kansanterveyttä. Terveyden edistäminen on keino terveyden aikaansaamiseksi ja ylläpitämiseksi. Terveys on nähtävissä ominaisuutena, toimintakyknä, voimavarana, tasapainona tai kyknä selviytyä ja suoriutua. Terveyden edistämisen erityisyys perustuu taustalla oleviin arvoihin ja monitieteiseen lähestymistapaan. Keskeisimpiä terveyden edistämisen arvoja ovat muun muassa ihmisarvon ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, tasa-arvo, voimaannuttaminen (empowerment) sekä osallistuminen ja osallistaminen (participation). (Koskinen-Ollonqvist ym. 2005.)

Terveellisten elämäntapojen ohjaus on ylipainon ja lihavuuden hoidon perusta. Lähes kaksi kolmasosaa tyyppin kaksi diabetestapauksista jäisi puhkeamatta, jos suuressa riskissä olevat henkilöt noudattaisivat saamaansa ruokavalio-ohjausta ja

liikuntasuosituksia. Viime vuosien elämäntapaohjauksesta on saatu uutta tietoa ja painonhallintaan tähtäävä ohjaus on kehittynyt. On oivallettu, että pelkästään tiedon jakaminen terveellisistä elämäntavoista ei riitä, vaan tärkeämpää on motivoida asiakasta muutokseen. (Savolainen 2007.) Onnistuneilla ja pysyvillä elintapamuutoksilla saadaan aikaan merkittäviä terveysvaikutuksia, ehkäistään sairauksia tai lykätään niiden puhkeamista sekä vähennetään pysyvän lääkityksen tarvetta. Elintapamuutos edellyttää asiakkaalta hyvää motivaatiota. Interventioiden kohdentaminen riskiryhmiin ja jo sairastuneisiin parantaa niiden vaikuttavuutta. (Mustajoki 2004). Suomalainen Diabeteksen ehkäisy tutkimus (Diabetes Prevention Study, DPS, Tuomilehto ym. 2001) osoitti ensimmäisenä maailmassa, että diabetesta voidaan ehkäistä tehokkaasti antamalla suuren riskin henkilöille elintapaohjausta, kuten ruokavalio-ohjausta ja liikuntaohjausta.

Painon pudotuksen vaikutus on keskeinen diabeteksen ehkäisyssä. Tuomilehdon 2001 DPS-tutkimus (Diabetes Prevention Study) osoitti, että 2-3 kilon painonnousu kaksinkertaistaa ylipainoisen henkilön vaaran sairastua tyypin 2 diabetekseen. Toisaalta ylipainoisen henkilön diabetesriski alenee 80 prosentilla, mikäli hän onnistuu pienentämään painoaan 10 kilolla. (Tuomilehto ym. 2001). Tuomilehdon ym. (2001) mukaan tehostettu elintapaneuvonta auttoi tutkittavia laihduttamisessa: tutkittavien paino aleni keskimäärin 4,2 kg ensimmäisen vuoden kuluessa, kahden vuoden kohdalla saavutettu painon pudotus oli 3,8kg. Annettu neuvonta vaikutti sekä ravinto- että liikuntatottumuksiin. Tutkimustulokset osoittivat, että omaehtoinen toiminta elintapamuutosten aikaansaamiseksi on mahdollista, kun asiantuntijat ovat antaneet siihen tarvittavan ohjauksen. (Tuomilehto ym. 2001).

2.4. Erilaisia elintapaohjausmalleja ja niistä saatu terveydellinen hyöty

Tyypillisimpiä elintapaohjaustapoja ovat ryhmässä tapahtuva elintapaohjaus tai yksilöelintapaohjaus. Elintapaohjausta voidaan antaa myös johonkin tiettyyn ideologiaan tai menetelmään perustuen tai etäohjauksena. (Astrup 2003, Forman ym. 2009, Lemmens ym. 2008, Tuomilehto ym. 2001).

Kuuluisassa suomalaisessa DPS-tutkimuksessa, johon osallistui 522 keski-ikäistä henkilöä viidellä suomalaisella paikkakunnalla, kaikilla oli ylipainoa, BMI > 25kg/m², lievästi kohonnut verensokeri tai heikentynyt sokerinsieto, tutkittavat jaettiin

satunnaisesti tehostettuun tai tavanomaiseen neuvontaryhmään. Tehostetun elintapaohjauksen ryhmässä annettiin säännöllistä yksilöllistä, henkilökohtaisiin mittauksiin perustuvaa neuvontaa ravitsemuksesta sekä ryhmäliikuntaohjausta. Seuranta kesti osalla kolme vuotta, osalla kuusi vuotta. Tutkimus osoitti ensimmäisenä maailmassa, että tyypin 2 diabetes on ehkäistävissä ravinto- ja liikuntatottumuksia muuttamalla. Tutkittavien diabetesriski aleni 58 prosentilla tehostetun ruokavalio- ja liikuntaohjauksen myötä tapahtuneella elintapojen korjaamisella. (Tuomilehto ym. 2001). Ravitsemusterapeutin ja/tai fysioterapeutin antama tehostettu ohjaus voi olla ryhmämuotoista ohjausta, joka toteutetaan tietyin seurantaväleillä (Lindström 2006).

Yksilöelintapaohjausta voi antaa ravitsemusterapeutti tai fysioterapeutti, lääkäri tai terveydenhoitaja. Se voidaan toteuttaa ruokavalio-ohjauksena, johon voidaan liittää yksilöllistä liikuntaohjausta. Yksilöelintapaohjaus voi sisältää joko pelkästään ravitsemusohjausta tai sekä ravitsemusohjausta että liikunnan ohjausta. (Astrup 2003, Aucott 2009, Volek ym. 2005)

Käyttäytymisterapiaan perustuvassa elintapaohjauksessa tuetaan muun muassa käyttäytymismuutoksiin, annetaan tukea, motivoidaan, annetaan ruoanvalmistusohjeita ja liikunnanohjausta. (Forman ym. 2009, Lemmes ym. 2008). Ongelmanratkaisuun perustuva elintapaohjaus pyrkii tavoitteen asettamiseen ja itseohjaukseen tukeutuen esimerkiksi sosiaaliseen kognitionaaliseen teoriaan tai transteoreettiseen malliin. (Donnelly ym. 2009)

Elintapaohjauksessa on myös käytetty etäohjausta. Ohjaukseen osallistuville annetaan tällöin pelkästään kirjallista ohjausmateriaalia, tai ryhmälle voidaan antaa esimerkiksi yhden kerran ryhmäohjaus, jonka jälkeen ohjausta jatketaan sähköpostilla. (Lemmens ym. 2008) Etäohjausta voidaan toteuttaa myös puhelimitse. (Saquib ym. 2009)

Useissa tutkimuksissa on osoitettu (Astrup 2003, Fontana. 2009, McTigue ym. 2003, Tuomilehto ym. 2001), että tyypin 2 diabetes on ehkäistävissä ravinto- ja liikuntatottumuksia muuttamalla. Elintapamuutokset, kuten painon lasku, alentaa myös verenpainetta, kolesterolitasoa ja glukoosimetaboliaa. (McTigue ym. 2003).

Elintapamuutokset pysyvät, kun elintapaohjaus on intensiivistä ja se yhdistetään käyttäytymisterapiaan. (McTigue ym. 2003). Tehostetun ohjaukseen ryhmään kuuluneet henkilöt Lindströmin (2006) väitöskirjatutkimuksessa saavuttivat verrokkeja useammin asetetut elintapatavoitteet ja pysyivät niissä pidempään. Yksilöön kohdistuvat, perheen huomioon ottavat ja ongelmanratkaisumetodeita toteuttavat elämäntapainterventiot tuottivat parhaat ja pitkäkestoisimmat tulokset Seon ja San (2007) tutkimuksessa. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, jonka tarkoituksena oli selvittää aikuisten lihavuuden ehkäisyinterventioiden tehokkuutta ja interventioiden sisältöä osoitti, että intensiiviset ryhmäinterventiot, joita jatketaan pitkään, tuottavat parhaat tulokset. (Lemmens ym. 2008)

Pirinen (2007) on kuvannut tutkimuksessaan, miten työterveyshoitaja toteuttaa terveysneuvontaa ja miten terveysneuvonta rakentuu ja kehittyy. Tutkimuksen mukaan työterveyshoitajat keräsivät paljon tietoa ja neuvoja ja ohjausta annettiin runsaasti. Terveysneuvonta oli perinteistä kyselevää, arvioivaa ja ehdottavaa. Tutkimuksen mukaan terveysneuvonta oli asiantuntijalähtöistä, jolloin asiakkaan arvomaailma, ajatukset ja omat ratkaisut jäivät vähemmälle huomiolle. Myös tavoitteista keskusteltiin vähemmän. Elintapaohjauksissa käytettiin eniten yksilöllistä suullista ohjausta ja kirjallista materiaalia. (Pirinen 2007)

Terveysterveystilanteen vaikuttavuus voidaan osoittaa positiivisina muutoksina terveydentilassa. Elintapaohjauksen vaikuttavuus ilmenee jonkinlaisena muutoksena asiakkaan tilanteessa, vaikutus voi olla myös asiakkaan tilan vakaana pitämistä. Vaikuttavuudella tarkoitetaan jonkin toiminnan tuloksena saatuja havaittuja (positiivisia) muutoksia. (Uitti ym. 2007). Vaikuttavuutta voidaan mitata myös taloudellisilla mittareilla. Myönteisiä taloudellisia vaikutuksia on laskettu koituvan isojen yritysten terveydenedistämishjelmista. Taloudellista arviointia vaikeuttaa epäselvyys, miten kustannukset kohdentuvat intervention kohteena oleviin sairauksiin ja mihin tulosta verrataan. (Uitti ym. 2007).

Terveysneuvonnan tuloksellisuutta arvioitaessa on tutkimuksissa tavallisimmin mitattu riskitekijöiden tai käyttäytymisen muutoksia intervention jälkeen. Hyvinkin vähäisen neuvonnan on todettu vaikuttavan ihmisten käyttäytymiseen. Jo 1970-luvulla tehdyissä tutkimuksissa osoitettiin, että lääkärin kehoitus tupakoinnin

lopettamisesta tuotti tuloksia noin 3 %:lla. Jos kehotukseen lisättiin oheisaineistoa, lopettajien osuus kasvoi 5 %:iin. Nykykäsityksen mukaan tässä oli kyseessä varsin yksisuuntainen neuvonta. Tuloksellisuutta mitattiin vain lopettaneiden osuudella. Vaiheteorian mukaan vaikutuksia on saattanut syntyä jopa enemmän niissä tupakoivien ryhmissä, jotka eivät vielä lopettaneet tupakointia vaan ehkä siirtyivät prosessissa eteenpäin. (Vertio 2003)

Interventioiden vaikuttavuutta tulee arvioida sekä tehokkuuden että kustannusten näkökulmasta. Usein toiminnan muuttaminen johtaa muutokseen, joka vaikuttaa vain välillisesti lopulliseen haluttuun kohteeseen. Esimerkiksi tupakoinnin lopettamiskilpailujen tai verkkopalveluiden kautta on pyritty vähentämään väestön tupakointia, mutta alentuneesta sairastavuudesta ja kuolleisuudesta syntyvät säästöt saavutetaan viiveellä, ja niihin vaikuttavat monet muutkin tekijät. (Patja & Absetz 2007).

2.5. Yhteenveto tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista

Elintapoihin liittyvät terveysongelmat ja ylipainon aiheuttamat sairaudet yleistyvät. Useissa tutkimuksissa on osoitettu elintapamuutosten teho monien sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa. Vaikuttavaa näyttöä on olemassa yksittäisten elintapatekijöiden, kuten ylipainon, ravitsemuksen ja liikunnan vaikutuksista moniin sairauksiin, kuten tyypin 2 diabetekseen ja verenpainetautiin. Yksinkertaisella elintapaohjauksella voidaan saada aikaan merkittäviä tuloksia. (Mattila 2009, Patja ym. 2009.)

Ylipainon ja lihavuuden liitännäissairaudet aiheuttavat huomattavia haittoja yksilölle ja merkittäviä kustannuksia yhteiskunnalle. Lihavuuden hoidon tavoitteena on metaboliseen oireyhtymään liittyvien sairauksien ehkäisy, kuten tyypin 2 diabetes ja kohonnut verenpaine. Tavallisin hoitomuoto lihavuudessa on elintapaohjaus ja terveysneuvonta. (www.kaypahoito.fi.)

Metabolinen oireyhtymä (MBO) on useiden sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöiden, kuten tyypin 2 diabeteksen, keskivartalolihavuuden, verenpainetaudin ja epäedullisten kolesteroliarvojen rypäs, jossa niiden aiheuttama riski terveydelle on suurempi kuin yksittäisten sairauksien yhteissumma. Hoidossa pyritään

ensisijaisesti vaikuttamaan elämäntapoihin, koska metabolisesta oireyhtymästä kärsivistä potilaista puolet on ylipainoisia. (Peltonen ym. 2006.)

Terveysneuvonnan tavoitteena on aikaansaada henkilön käyttäytymisen ja toiminnan muutos optimaaliseksi henkilön omilla ehdoilla. Elintapaohjaus on ennaltaehkäisevää terveysneuvontaa, jonka avulla kasvatetaan henkilön omia voimavaroja, jotta hän voisi ylläpitää terveyttään, ehkäistä sairauksien puhkeamista ja minimoida sairauksien aiheuttamat haitat. (Koskenvuo & Mattila 2003, Pelkonen & Kolimaa 2009.)

Elintapaohjausta voidaan antaa ryhmässä tai yksilöllisesti. Se voi perustua johonkin tiettyyn ideologiaan tai menetelmään, elintapaohjausta voidaan antaa myös etäohjauksena. Useissa tutkimuksissa on osoitettu, että tyypin 2 diabetes on ehkäistävissä ravinto- ja liikuntatottumuksia muuttamalla. Painon lasku alentaa tutkitusti myös verenpainetta, kolesterolitasoa ja glukoosimetaboliaa. (Astrup 2003, Fontana 2009, McTigue ym. 2003, Tuomilehto ym. 2001.)

3. Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata T2D- ehkäisy tutkimukseen lentoyhtiön työterveyshuollossa osallistuneiden, pienen diabetesriskin (<10 riskipistettä diabetesriskipistekyselyssä) henkilöiden mittaustuloksia (BMI, vyötärönympäryys, verenpaine; metabolinen oireyhtymä) ja näiden muutosta tutkimuksen ensimmäisen ja toisen vaiheen välillä. Tutkimuksen tarkoituksena on myös kuvata, millaisia kokemuksia henkilöillä on terveystarkastuksesta.

Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää terveystarkastusten yhteydessä annetun elintapaohjauskäytännön kehittämisessä.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaisia mittaustulokset ovat ja mitä muutoksia niiden välillä on havaittavissa ensimmäisen ja toisen tutkimusvaiheen välillä?
2. Millaisia kokemuksia henkilöillä on työterveyshoitajan tai työterveyslääkärin terveystarkastuksesta?

4. Tutkimuksen toteuttaminen

4.1. Tutkimusaineisto

Suomalaisessa siviililentoyhtiössä toteutettiin laaja tutkimus, jossa kehitettiin konsernin työterveyshuollon terveystarkastuksia kattamaan tyypin 2 diabeteksen (T2D) suurentuneen riskin ja valtimotaudin riskitekijöiden seulontaa konsernin henkilöstöltä. Lisäksi tarjottiin elintapaohjausta henkilöille, joiden riski sairastua diabetekseen oli suurentunut. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää konsernin henkilöstön riski sairastua tyypin 2 diabetekseen, arvioida työterveyshuollon terveysohjausmenetelmien vaikuttavuutta T2D:n riskiin ja valtimotaudin riskitekijöihin, arvioida vuorotyön, epätyypillisten työaikojen ja unihäiriöiden yhteyttä T2D:n riskiin sekä arvioida työterveyshuollon terveysohjausmenetelmien taloudellisia vaikutuksia seuraamalla T2D:n hoitokustannuksia. Tutkimus tehtiin Työsuojelurahaston, Suomen Akatemian, Keskinäisen vakuutusyhtiö Ilmarisen ja yhtiön sairauskassan tukemana. Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa uusittuun terveystarkastukseen kutsuttiin vuosina 2006-2008 yhteensä 4140 työntekijää. Heistä 2320 osallistui tutkimukseen. Terveystarkastus sisälsi verikokeita, mittauksia ja kyselyitä. T2D:n riski arvioitiin diabeteksen riskitestin, paastoverengluukoosiarvon ja tarvittaessa kahden tunnin glukoosirasituskokeen avulla. Työntekijät, joilla oli kohtalaisen suuri riski sairastua diabetekseen, ohjattiin diabeteshoitajan ja/tai ravitsemusasiantuntijan ohjaukseen (Viitasalo ym. 2010). Työntekijät, joilla oli pieni riski sairastua diabetekseen, ohjattiin työterveyshoitajan tai työterveyslääkärin vastaanotolle, jossa he saivat elintapaohjausta, muun muassa terveelliseen ruokailuun ja liikunnan lisäämiseen. Tutkimushenkilöiltä mitattiin tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa paino, pituus, painoindeksi, vyötärönympäryys sekä verenpaine. Laboratoriotutkimuksissa mitattiin ensimmäisessä vaiheessa fb-glukoosi, fs-Kol, fs-Kol-HDL, fs-Kol-LDL ja fs-Trigly. Terveyskyselyn yhteydessä he täyttivät diabetesliiton riskipistekyselyn. Heiltä kysyttiin lisäksi tupakoinnista (kyllä/ei) ja alkoholinkäytöstä (annosta/vko) sekä liikuntatottumuksista (tuntia/vko).

Tutkimuksen toisessa vaiheessa, vuosina 2009 -2010, tutkimukseen osallistuneet kutsuttiin seurantatutkimukseen. Seurantavaiheeseen osallistui 1485 henkilöä.

Seurantavaiheessa henkilöiltä mitattiin paino, painoindeksi, vyötärönympäryys ja verenpaine. Laboratoriokokeet ja terveystarkastukset olivat samat kuin ensimmäisessä vaiheessa. Seurantavaiheessa pienen riskin henkilöitä oli 1036.

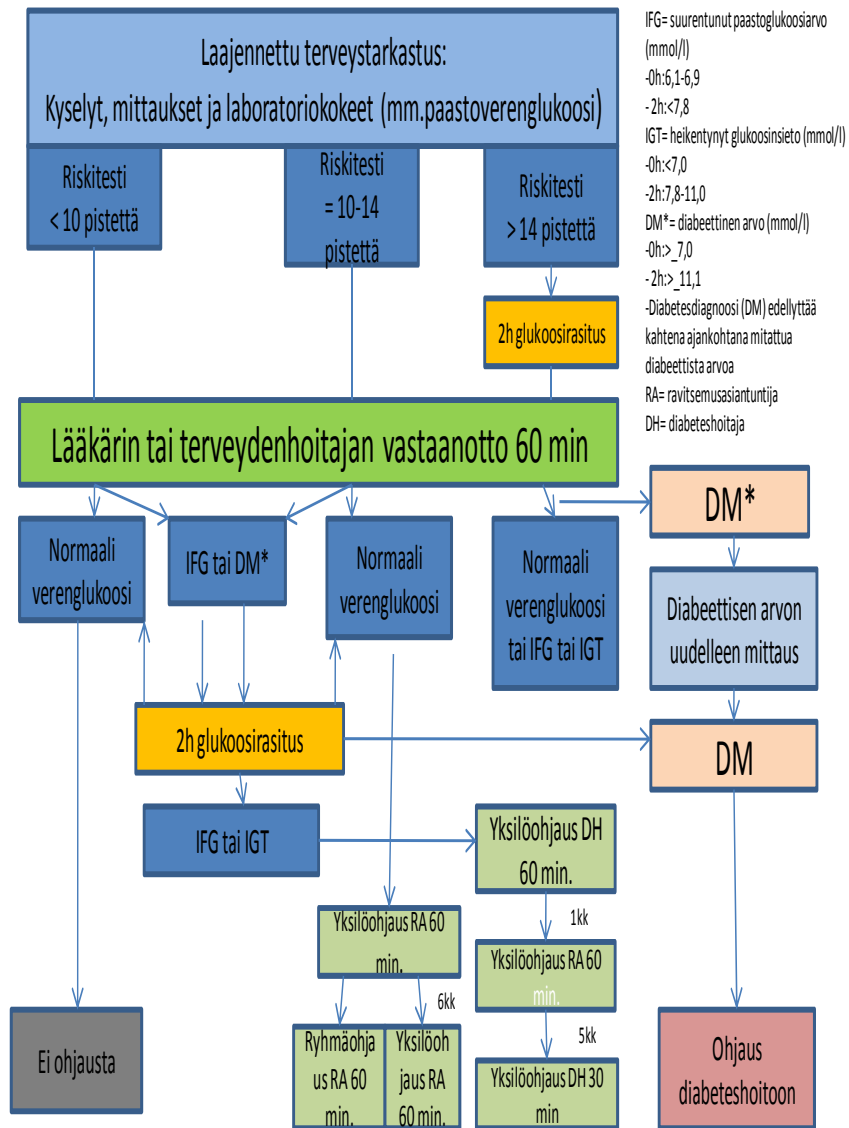
Tässä tutkimuksessa tutkimusaineistona oli alkuperäistutkimuksen ensimmäiseen ja toiseen vaiheeseen vastanneet pienen diabetesriskin riskipistekyselyssä (< 10 riskipistettä) saaneet henkilöt (N=1036). Tutkimushenkilöt ovat lentoyhtiön työterveyshuollon asiakkaita ja tulevat yhtiön kaikista liiketoimintayksiköistä. Noin 70 prosenttia tutkimushenkilöistä tekee epäsäännöllistä vuorotyötä, osalla vuorotyöhön liittyy aikaerorasitusta. Tutkimushenkilöiden ikä vaihteli 25-vuodesta 65-vuoteen. Tutkimushenkilöt työskentelevät toimihenkilöinä, ylempinä toimihenkilöinä, lentotyössä, mekaanikkoina tai erilaisissa asiakaspalvelutyössä lentokentällä, esimerkiksi matkustajaselvitysvirkailijana tai taxfreemyymälässä.

Tutkimushenkilöiden kokemuksia elintapaohjauksesta tutkittiin haastattelemalla 10 pienen riskin henkilöä. Haastateltavat valittiin aineistosta satunnaistamalla. Haastattelu toteutettiin teemahaastatteluna. Teemahaastattelussa tutkimuksen tekijä valitsi avainkysymyksiä tai – aihepiirejä, joiden ympärille haastattelu rakentui (Kylmä & Juvakka 2007). Avainkysymykset perustuivat henkilöiden työtehtävään, kokemukseen saadusta elintapaohjauksesta, yleisvaikutelmaan terveystarkastuksesta ja henkilökohtaisiin tarpeisiin ja toivomuksiin terveystarkastuksen ja elintapaohjauksen sisällöstä (teemahaastattelurunko liitteenä nro 1). Yhtiön potilasjärjestelmästä tarkistettiin, keneltä haastateltava oli saanut elintapaohjausta. Mikäli ohjauksen antaja oli ollut tämän tutkielman tekijä, valittiin järjestyksessä seuraava tutkimushenkilö, jotta tutkimushenkilöiden valinnan eettisyys säilyi. Haastateltavat pyydettiin haastatteluun puhelimitse.

Elintapaohjauksen sisältö

Kuviossa 1 esitetyn tutkimuskuvauksen mukaisesti henkilöt, joiden riskipisteet diabetesliiton riskipistekyselyssä olivat alle 10, tulivat joko työterveyslääkärin tai työterveyshoitajan vastaanotolle. Vastaanotto kesti kummallakin noin yhden tunnin

(60 min.) ja vastaanoton aikana keskusteltiin muun muassa ruokavaliosta ja liikuntatottumuksista. Lääkäreillä tai terveydenhoitajilla ei ole yhteisesti sovittua kaavaa tai skeemaa, jonka mukaan elintapaohjausta annetaan. Lentoyhtiön työterveyshuollossa on kuitenkin sovittu tietyistä yhteisistä periaatteista, joita noudatetaan elintapaohjauksen antamisessa: kaikki annettu tieto perustuu tieteellisesti tutkittuun tietoon, evidence based-tietoon ja ohjaus lähtee asiakkaan tarpeista.

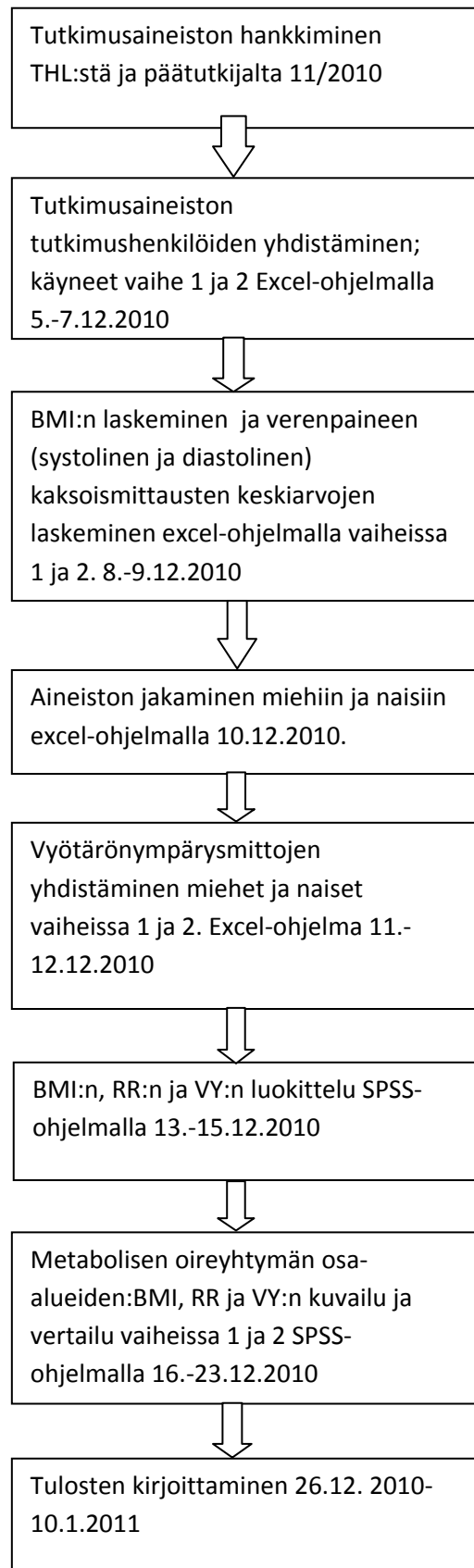


Kuvio 1. Diabeteksen riskitestin pisteiden ja verengluukoosiarvon mukainen elintapaohjaus ilmailualan työterveyshuollossa (Viitasalo 2010)

Työterveyshoitajat keskittyvät usein enemmän terveyden edistämiseen ja elintapaohjaukseen, työterveyslääkärit taas lääketieteellisiin asioihin. Tutkimusasetelma ei ollut satunnaistettu, tarkastettava sai valita, haluaako hän tulla työterveyslääkäriin vai työterveyshoitajan vastaanotolle. Joidenkin henkilöiden kohdalla erityisesti lääkärin tekemä terveystarkastus on saattanut painottaa enemmän sairausasioiden käsittelyyn ja vienyt ajankäyttöä elintapaohjaukselta. Usein asiakkailta, jotka halusivat lääkärin vastaanotolle, oli jo valmiiksi jokin lääketieteellinen ongelma tai sairaus, josta he halusivat keskustella lääkärin kanssa. Asiakkaat, jotka halusivat terveydenhoitajan vastaanotolle, toivoivat usein jo lähtökohtaisesti esimerkiksi ruokavalio-ohjausta. Vastaanottotilanteet saattoivat jo siis lähtökohtaisesti muodostua asiakkaan näkökulmasta hiukan erilaisiksi. Jokaisessa lääkärin tai terveydenhoitajan vastaanottotilanteessa annettiin kuitenkin joko ruokavalio- ja/tai liikuntaohjausta, kuitenkin useimmiten siten, että elintapaohjauksen osuus saattoi työterveyshoitajan vastaanotolla painottaa jonkin verran enemmän kuin työterveyslääkäriin vastaanotolla.

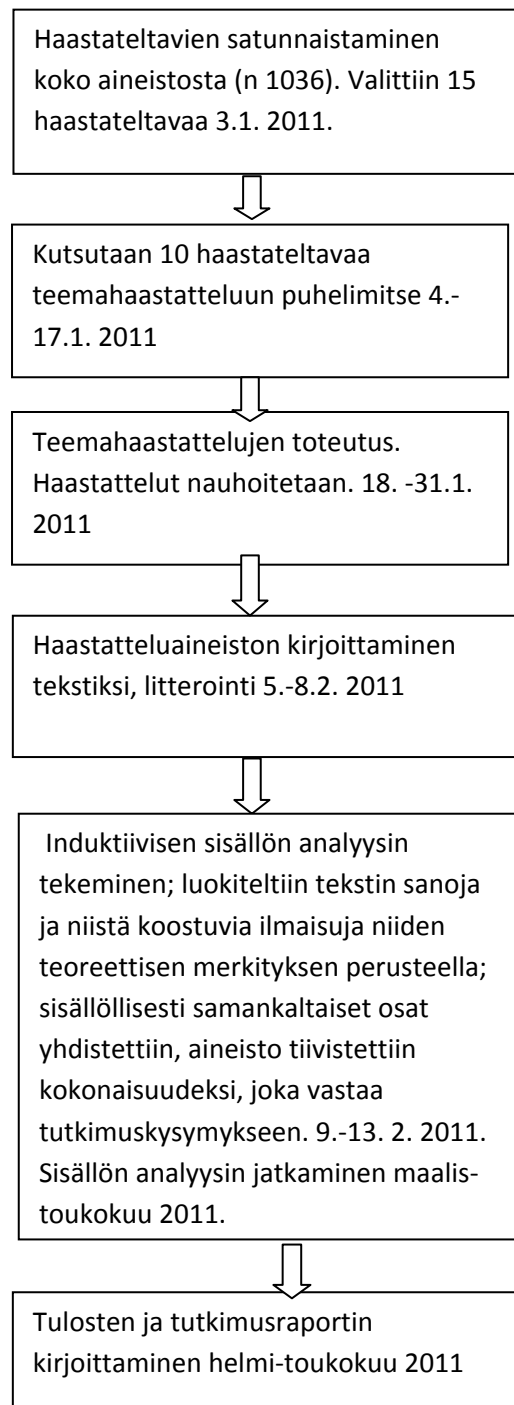
4.2. Tutkimuksen eteneminen

Tutkimus toteutettiin kaksivaiheisena. Ensimmäisessä vaiheessa kuvailtiin ja vertailtiin mittaustuloksia SPSS-ohjelmalla. Tutkimuksen määrällisen osan eteneminen on esitetty kuviossa 2.



Kuvio 2. Tutkimusprosessin määrällisen osan eteneminen

Tutkimuksen laadullisen osan aineiston kerääminen teemahaastatteluilla alkoi 18.1.2011. Teemahaastattelut nauhoitettiin ja 10 haastattelua oli tehty 31.1.2011. Haastatteluaineisto litteroitiin 5.-8.2.2011 sanasta sanaan ja sisällön analyysi tehtiin 9.-13.2.2011, lopputarkennus sisällönanalyysiin tehtiin vielä maaliskuussa 2011. Sisällön analyysissä litteroidulle haastatteluaineistolle esitettiin tutkimuskysymystä; minkälaisia kokemuksia henkilöillä oli työterveyshoitajan tai työterveyslääkärin terveystarkastuksista ja niiden yhteydessä annetusta elintapaohjauksesta. Induktiivisessa sisällön analyysissä sisältöä kuvaavien luokkien annetaan ohjautua aineistosta käsin. Induktiivisessa sisällön analyysissä luokitellaan siis tekstin sanoja ja niistä koostuvia ilmaisuja analyysin teoreettisen merkityksen perusteella. (Kylmä & Juvakka 2007.) Aineisto purettiin osiin ja sisällöllisesti samankaltaiset osat yhdistettiin. Seuraavaksi aineisto tiivistettiin kokonaisuudeksi, joka vastaa tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtävään. Analyysin avulla pyrittiin kuvaamaan tutkittavaa ilmiötä tiivistetyssä muodossa. Aineistolähtöisyydessä on olennaista se, että aineiston annetaan kertoa oma tarinansa tutkittavasta ilmiöstä. (Kylmä & Juvakka 2007). Aineisto pelkistettiin ja ilmaisut luokiteltiin alakategorioihin sisällön mukaan, jonka jälkeen ne yhdistettiin sisällön mukaan yläkategorioihin. Tutkimuksen laadullisen osan eteneminen on esitetty kuviossa 3.



Kuvio 3. Tutkimusprosessin laadullisen osan eteneminen

4.3. Aineiston analysointi

Mittaustulosten (BMI, vyötärön ympäryys ja verenpaine) kuvailu ja vertailu tehtiin kvantitatiivisena SPSS-ohjelmalla (SPSS for Windows, versio 19.0, SPSS Inc.,

Chicago, USA). Aineisto kuvattiin frekvensseinä, prosentteina, vaihteluväleinä, keskiarvoina ja keskihajontoina.

Aineiston kuvailemisen helpottamiseksi painoindeksi luokiteltiin kolmeen luokkaan: ≤ 25 , 26-30 ja > 30 . Lihavuuden luokitus on esitetty taulukossa 1. (www.kaypahoito.fi, luettu 1.1.2011). Systolinen verenpaine luokiteltiin neljään luokkaan aineiston kuvailemisen helpottamiseksi: alle 120, 121-139, 140-179 ja yli 180 mmHg, diastolinen verenpaine luokiteltiin neljään luokkaan: alle 80, 81-89, 90-109 ja yli 110 mmHg ja vyötärönympärysmitta luokiteltiin kolmeen luokkaan: miehet ≤ 90 cm, 91-100cm ja > 101 cm, naiset: ≤ 80 cm, 81-90 cm ja > 91 cm.

Teemahaastatteluissa saatu aineisto analysoitiin sisällön analyysimenetelmällä. Sisällönanalyysi mahdollistaa kirjoitetun ja suullisen kommunikaation analysoimisen sekä asioiden ja tapahtumien merkityksen, seurauksien ja yhteyksien tarkastelun. Aineistosta tehdään havaintoja ja analysoidaan sitä systemaattisesti kuvaten ja selittäen sisältöä sellaisenaan. Sisällönanalyysin avulla tutkimusaineistosta pyritään erottamaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Analyysin myötä syntyneiden luokkien tulee olla yksiselitteisiä. Sisällönanalyysissä erotetaan eri vaiheita, analyysi on usein monivaiheinen ja eri vaiheet esiintyvät osin samanaikaisesti. Vaiheet ovat aineistoon tutustuminen, analyysiyksikön valinta, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä sisällönanalyysin luotettavuuden arviointi. Aineistosta lähtevä sisällönanalyysi voidaan kuvata aineiston pelkistämisenä, ryhmittelynä ja abstrahointina (Korkiakangas ym. 2009). Prosessin vaiheet on myös nimetty niin, että ensimmäinen vaihe on analyysivaihe ja toinen vaihe on tulkintavaihe. Analyysi tarkoittaa tässä tapauksessa aineiston purkamista osioihin ja tulkinta on uuden synteesin tekemistä näistä osioista.

Aineiston analyysissä etsittiin vastausta kysymykseen, ”millaisia kokemuksia henkilöillä on työterveyshoitajan tai työterveyslääkärin terveystarkastuksesta?” Aineisto ryhmiteltiin viiteen kategoriaan: alkuperäisilmaisut, pelkistetyt ilmaisut, alakategoriat, kategoriat ja yläkategoriat. Esimerkki aineiston ryhmittelystä on esitetty liitteenä taulukossa 13. (Liitteet, taulukko 13.)

5. Tulokset

5.1. Tutkimukseen osallistuneet

Tutkimukseen osallistujia oli yhteensä 1036. Henkilöistä miehiä oli 51 prosenttia (n=531) ja naisia 48 prosenttia (n=504). Tutkimukseen osallistujien keski-ikä oli 42,9 vuotta. Nuorin tutkimukseen osallistuja oli 25-vuotias, vanhin 65-vuotias. Tutkimukseen osallistujat työskentelivät yhtiön kaikissa liiketoimintayksiköissä; mukana oli lentävää henkilöstöä (lentäjiä ja lentoemäntiä sekä stueretteja), raskaan fyysisen työn tekijöitä (kuormaajia), lähtöselvitysvirkailijoita, toimistotyöntekijöitä, mekaanikkoja ja asentajia, ylempiä toimihenkilöitä ja esimiehiä. Tutkimukseen osallistujista suuri osa (noin 70 prosenttia) tekee epäsäännöllistä vuorotyötä, osalla epäsäännölliseen vuorotyöhön liittyy aikaerorasiitusta. Osa tekee säännöllistä päivätyötä.

Haastatteluun osallistui 10 henkilöä. Heidät valittiin kokonaisaineistosta (n=1036) satunnaistamalla. Viisi haastateltavista oli naisia, viisi oli miehiä. Haastateltavien keski-ikä oli 44,5 vuotta. Nuorin haastateltavista oli 28-vuotias, vanhin 61-vuotias. Haastatteluun osallistujat olivat ylempiä toimihenkilöitä, toimihenkilöitä, mekaanikkoja ja lentävää henkilöstöä.

5.2. Metabolisen oireyhtymän ilmeneminen

Painoindeksi

Pienin aineistossa esiintynyt painoindeksi oli 16,9 ja suurin 40,8. Normaalipainoisia (BMI<25kg/m²) oli tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa 72 prosenttia henkilöistä, ylipainoisia (BMI 26-30kg/m²) oli 28 prosenttia ja lihavia (BMI >30kg/m²) oli 0,2 prosenttia. Painoindeksien keskiarvo oli ensimmäisessä vaiheessa 24.3 kg/m².

Tutkimuksen toisessa vaiheessa normaalipainoisia oli (BMI≤25kg/m²) noin 66 prosenttia henkilöistä, ylipainoisia (BMI 26-30kg/m²) oli 29 prosenttia ja lihavia (BMI>30kg/m²) oli 5 prosenttia. Painoindeksien keskiarvo oli toisessa vaiheessa 24.5 kg/m².

Normaalipainoisten määrä siis laski jonkin verran seurantavaiheessa, ylipainoisten määrä nousi myös hiukan ja lihavien määrä nousi selkeästi. Painoindeksit on esitetty taulukossa 3.

Taulukko 3. Painoindeksit tutkimuksen ensimmäisessä (n=1034) ja toisessa (n=883) vaiheessa

Painoindeksi (BMI)	I vaihe n(%)	II vaihe n(%)
BMI ≤ 25	620(72)	579(66)
BMI 26-30	236(28)	256(29)
BMI >30	2(0,2)	48(5)

Verenpaine

Tutkimuksessa mitattiin henkilöiltä verenpaine kaksi kertaa peräkkäin sekä ensimmäisessä että toisessa vaiheessa. Tässä tutkimuksessa on laskettu kaksoismittausten keskiarvot.

Alin tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa mitattu systolinen verenpaine oli 90 mmHg ja ylin 213,5 mmHg. Ykkösvaiheen systolisten verenpaineiden keskiarvo oli 127 mmHg. Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa optimaalinen systolinen verenpaine (<120 mmHg) oli 20 prosentilla henkilöistä. Normaali tai tyydyttävä systolinen verenpaine (121-139 mmHg) oli 45 prosentilla henkilöistä, lievästi tai kohtalaisesti kohonnut systolinen verenpaine (140-179 mmHg) oli 33 prosentilla henkilöistä ja huomattavasti kohonnut systolinen verenpaine (≥180) oli yhdellä prosentilla henkilöistä.

Tutkimuksen toisessa vaiheessa alin mitattu systolinen verenpaine oli 92 mmHg ja ylin 189,5 mmHg. Toisen vaiheen systolisten verenpaineiden keskiarvo oli 123 mmHg. Optimaalinen systolinen verenpaine (<120mmHg) oli 41 prosentilla henkilöistä, normaali tai tyydyttävä systolinen verenpaine (121-139 mmHg) oli 41 prosentilla, lievästi tai kohtalaisesti kohonnut systolinen verenpaine (140-179 mmHg) oli 18 prosentilla ja huomattavasti kohonnut systolinen verenpaine (≥180) oli 0,3 prosentilla henkilöistä. Optimaalisten systolisten verenpaineiden osuus siis kasvoi merkittävästi, normaalien tai tyydyttävien systolisten verenpaineiden osuus

laski hiukan, lievästi tai kohtalaisesti kohonneiden systolisten verenpaineiden osuus laski merkittävästi ja huomattavasti kohonneiden systolisten verenpaineiden osuus laski hiukan.

Tutkimuksen ensimmäisen ja toisen vaiheen systoliset verenpaine-arvot on esitetty taulukossa 4.

Taulukko 4. Systoliset verenpaineet tutkimuksen ensimmäisessä (n=1028)

ja toisessa (n= 1035) vaiheessa

Systolinen (mmHg)	I vaihe n(%)	II vaihe n(%)
≤120	205(20)	413(41)
121-139	452(45)	141(41)
140-179	334(33)	187(18)
≥180	13(1)	3(0,3)

Alin tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa mitattu diastolinen verenpaine oli 55,5 mmHg ja ylin 117,5 mmHg. Ensimmäisessä vaiheessa diastolisten verenpaineiden keskiarvo oli 82 mmHg. Optimaalinen diastolinen verenpaine (<80 mmHg) tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa oli 40 prosentilla henkilöistä. Normaali tai tyydyttävä diastolinen verenpaine (81-89 mmHg) oli 31 prosentilla henkilöistä, lievästi tai kohtalaisesti kohonnut diastolinen verenpaine (90-109 mmHg) oli 28 prosentilla henkilöistä ja huomattavasti kohonnut diastolinen verenpaine (>110 mmHg) oli yhdellä prosentilla henkilöistä.

Alin mitattu diastolinen verenpaine tutkimuksen toisessa vaiheessa oli 58 mmHg ja ylin 113 mmHg. Toisen vaiheen diastolisten verenpaineiden keskiarvo oli 81 mmHg. Optimaalinen diastolinen verenpaine tutkimuksen toisessa vaiheessa (<80 mmHg) oli 48 prosentilla henkilöistä, normaali tai tyydyttävä diastolinen verenpaine (81-89 mmHg) oli 30 prosentilla, lievästi tai kohtalaisesti kohonnut diastolinen verenpaine (90-109 mmHg) oli 21 prosentilla ja huomattavasti kohonnut diastolinen verenpaine

(>110 mmHg) oli 0,6 prosentilla henkilöistä. Henkilöiden diastolinen verenpaine parani seurantavaiheessa kaikissa luokissa.

Tutkimuksen ensimmäisen ja toisen vaiheen diastoliset verenpainearvot on esitetty taulukossa 5.

Taulukko 5. Diastoliset verenpaineet tutkimuksen ensimmäisessä (n=1028) ja toisessa (n=1035) vaiheessa.

Diastolinen (mmHg)	I vaihe n(%)	II vaihe n(%)
≤80	401(40)	482(48)
81-89	308(31)	301(30)
90-109	275(28)	209(21)
≥110	10(1)	6(0,6)

Vyötärönympäryys

Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa miesten pienin mitattu vyötärönympäryys oli 63 cm ja suurin 132 cm. Ensimmäisen vaiheen miesten vyötärönympäryysmittojen keskiarvo oli 89 cm. Optimaalinen vyötärönympäryys (<90 cm) oli tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa 55 prosentilla, lievästi kohonnut ympäryys (91-100 cm) oli 33 prosentilla ja huomattavasti kohonnut ympäryys (>101 cm) 12 prosentilla miehistä.

Tutkimuksen toisessa vaiheessa pienin mitattu vyötärönympäryys miehillä oli 62,5 cm ja suurin 137,5 cm. Toisessa vaiheessa miesten vyötärönympäryysmittojen keskiarvo oli 90 cm. Optimaalinen vyötärönympäryys oli 54 prosentilla, lievästi kohonnut vyötärön ympäryys oli 34 prosentilla ja huomattavasti kohonnut vyötärön ympäryys oli 12 prosentilla miehistä. Miesten vyötärönympäryysmitoissa ei tapahtunut merkittäviä muutoksia seurantavaiheen aikana.

Miesten vyötärönympäryysmitat tutkimuksen ensimmäisessä ja toisessa vaiheessa on esitetty taulukossa 6.

Taulukko 6. Miesten vyötärönympärysmittat tutkimuksen ensimmäisessä (n=525) ja toisessa (n=531) vaiheessa

Vyötärönympäryys (cm)	I vaihe n(%)	II vaihe n(%)
≤90	289(55)	276(54)
91-100	173(33)	175(34)
>101	63(12)	62(12)

Tutkimuksen ensimmäisessä vaiheessa pienin mitattu naisten vyötärönympärysmitta oli 61 cm, toisessa vaiheessa 61,5 cm, suurin ympäryys ensimmäisessä vaiheessa oli 114cm ja toisessa vaiheessa 124,5 cm. Ensimmäisessä vaiheessa naisten vyötärönympärysmittojen keskiarvo oli 78 cm, toisessa vaiheessa 79 cm. Ensimmäisessä vaiheessa optimaalinen vyötärönympärysmitta (< 80cm) naisilla oli 62 prosentilla, toisessa vaiheessa 56 prosentilla, lievästi koholla oleva vyötärönympäryys (81-90cm) oli ensimmäisessä vaiheessa 24 prosentilla, toisessa vaiheessa 28 prosentilla. Huomattavasti koholla oleva ympärysmitta oli ensimmäisessä vaiheessa 14, toisessa vaiheessa noin 16 prosentilla henkilöistä. Naisten optimaaliset vyötärönympärysmittat vähenivät seurantavaiheessa. Lievästi ja huomattavasti koholla olevat vyötärönympärysmittat kasvoivat jonkin verran seurantavaiheessa.

Naisten vyötärönympärysmittat tutkimuksen ensimmäisessä ja toisessa vaiheessa on esitetty taulukossa 7.

Taulukko 7. Naisten vyötärönympärysmittat tutkimuksen ensimmäisessä (n=525) ja toisessa (n=531) vaiheessa

Vyötärönympäryys (cm)	I vaihe n(%)	II vaihe n(%)
≤80	312(62)	277(56)
81-90	119(24)	137(28)
>91	70(14)	80(16)

5.3. Kokemukset terveystarkastuksesta

Kokemuksiksi työterveyshoitajan ja työterveyslääkärin terveystarkastuksista sisällön analyysin perusteella tulivat: elintapamuutosten tarve, asiakkaan tarpeiden huomioiminen tai huomioimatta jättäminen, elintapaohjauksen toteuttaminen, terveystietoisuuden lisääntyminen ja elintapamuutosten säilyttämisen vaikeus.

Elintapamuutosten tarve

Osa haastateltavista koki, että heillä ei ollut tarvetta muuttaa elintapojaan, koska heidän elintapansa olivat terveelliset. Osalla taas tarve elintapamuutoksiin oli selkeä tai se tuli esiin terveystarkastuksen aikana. Esimerkki ryhmittelystä yläkategoria elintapamuutosten tarve on esitetty taulukossa 8.

Taulukko 8. Yläkategoria elintapamuutosten tarve

Kategoria	Yläkategoria
ei tarvetta muuttaa elintapoja	elintapamuutosten tarve
tarve elintapojen muutokseen	

Elintapamuutosten tarvetta ei ollut kaikilla haastateltavista. He olivat normaalipainoisia, laboratorioarvot olivat normaalit, he eivät tupakoineet ja he harrastivat aktiivisesti liikuntaa. Useat heistä kokivat myös työssä jaksamisensa hyväksi. Monet haastateltavista harrastivat hyvin aktiivisesti urheilua, joukossa oli myös kilpaurheilua harrastavia henkilöitä. Heidän ruokailutottumuksensa olivat yleensä myös hyvin terveelliset, heillä ei ollut painonhallintaongelmia ja usein heidän laboratorioarvonsa olivat myös normaalit. He olivat osallistuneet terveystarkastukseen esimerkiksi siitä syystä, että halusivat tietää laboratoriotuloksensa tai siksi, että terveystarkastukseen oli tullut kutsu postissa.

” Ei mulla ollut tarvetta elintapamuutoksiin, liikuin silloin liikaakin.”

Osalla haastateltavista **oli** selkeästi **tarvetta elintapamuutoksiin** yhdellä tai useammalla osa-alueella, esimerkiksi painohallinnassa, liikunnan lisäämisessä tai tupakoinnin lopettamisessa. He olivat saattaneet tehdä jo aiemmin useampiakin yrityksiä elintapamuutoksiin ja toivoivat nyt saavansa uudelleen tukea esimerkiksi

painonhallintaan tai tupakoinnin lopettamiseen. Useimmilla elintapamuutoksen tarve liittyi painonhallintaan ja liikunnan lisäämiseen. Monilla työ on staattista istumista toimistossa, työpäivät saattavat venyä pitkiksi, eikä aikaa tai voimia riitä työpäivän jälkeen liikkumiseen. Vuorotyössä olevilla epäsäännölliset työajat tekevät painonhallinnan ja säännöllisen liikuntaharrastuksen haasteelliseksi. Osa oli havahtunut elintapamuutosten tarpeeseen esimerkiksi täytettyään 40- vuotta ja huomattuaan, että työssä jaksaminen oli alentunut tai vapaa-ajan liikkuminen oli vuosien varrella jäänyt. Tarve elintapamuutokseen, kuten ruokavaliomuutokseen, saattoi syntyä myös terveystarkastuksen aikana, esimerkiksi laboratoriotulosten perusteella, (kohonnut kolesteroli- tai veren paastokeriarvo).

”Joo, olihan mulla se kolesteroli koholla, että niitä rasvoja pitäisi vähentää.”

” Mulla oli ollu itse asiassa koko 2000-luku sellanen elämäntapamuutos, että mä oon yrittänyt tota tupakkaa ja sitten toinen on niinkun tää paino, että sen kanssahan mä oon taistellu vuosikausia.”

Osalla elintapamuutosten tarve liittyi selkeästi työssä jaksamiseen tai ajanhallintaan. Työ on yhä vaativampaa, vaaditaan tulosta ja jatkuvaa osaamisen kehittämistä. Työelämässä tapahtuu myös jatkuvasti muutoksia; organisaatiot, työtehtävät ja työympäristöt muuttuvat, joka vaikuttaa työyhteisöjen ilmapiiriin ja työssä jaksamiseen. Monet kaipasivat ohjausta ja neuvoja työn ja vapaa-ajan rajaamiseen ja yleiseen ajanhallintaan. Monilla haasteltavista oli uni- ja vireystilan hallinnassa muutostarvetta; yhtiössä noin 70 prosenttia henkilöstöstä tekee epäsäännöllistä vuorotyötä ja suurella osalla työhön kuuluu matkustamista ja aikaerorasitusta. Uni- ja vireystilaongelmiin toivottiin neuvontaa ja ohjausta.

” Keskusteltiin aika paljon aikaerolennoista.”

” Tuli siinä ohjausta stressinhallintaan ja tämmöseen.”

Asiakkaan tarpeiden huomioiminen tai huomioimatta jättäminen

Osa haastateltavista koki, että heidän tarpeensa tulivat huomioitua kokonaisvaltaisesti terveystarkastuksessa. He kokivat, että terveydenhoitajalla tai lääkärillä oli varattu riittävästi aikaa terveystarkastukseen, kokemuksena oli myös, että heitä oli kuunneltu terveystarkastuksessa. Monet haastateltavat kokivat olevansa tyytyväisiä terveystarkastukseen. Joidenkin haastateltavien kokemuksena oli, että heidän tarpeitaan ei oltu huomioitu terveystarkastuksessa. Joidenkin kokemuksena oli pettymys terveystarkastuksen toteutustapaan ja sisältöön. Osalla haastateltavista kokemus terveystarkastuksesta oli neutraali; heillä ei ollut ennako-odotuksia terveystarkastuksen sisällöstä. Esimerkki ryhmittelystä yläkategoria asiakkaan tarpeiden huomioiminen tai huomioimatta jättäminen on esitetty taulukossa 9.

Taulukko 9. Yläkategoria asiakkaan tarpeiden huomioiminen tai huomioimatta jättäminen

Kategoria	Yläkategoria
asiakkaan kokonaisvaltainen huomioiminen tarpeiden	Asiakkaan huomioiminen tai huomioimatta jättäminen tarpeiden
asiakkaalle on aikaa	
asiakasta kuunnellaan	
asiakkaan tyytyväisyys	
asiakkaan huomioimatta jättäminen tarpeiden	
asiakkaan pettyminen	
asiakkaan neutraali suhtautuminen terveystarkastukseen	

Osa haastateltavista koki, että heidän **tarpeensa oli huomioitu terveystarkastuksessa kokonaisvaltaisesti**. He olivat saaneet ohjausta esimerkiksi painonhallintaan, liikuntaan ja tupakoinnin vähentämiseen tai

lopettamiseen. Terveystenhoitaja tai lääkäri oli myös huomionut esimerkiksi asiakkaan jaksamiseen, vapaa-aikaan, uni- ja vireystilaan, mielialaan tai perhetilanteeseen liittyviä ongelmia tai tarpeita kuuntelemalla, keskustelemalla, tukemalla, ohjauksella ja neuvonnalla. Osa haastateltavista oli ohjattu yksilölliseen kuntoutukseen, kuten painonhallintakuntoutukseen tai ryhmämuotoiseen ASLAK-kuntoutukseen (ammattillisesti syvennetty lääkinnällinen varhaiskuntoutus). Osa oli lähetetty ravitsemusterapeutin ohjaukseen esimerkiksi korkean kolesterolin takia. Joillekin oli kirjoitettu lähete tyofysioterapeutin yksilölliseen ohjaukseen ja neuvontaan esimerkiksi hankalien ergonomisten työasentojen aiheuttamien niskahartiavaivojen takia. Osalle haastateltavista oli terveystarkastuksessa aloitettu esimerkiksi kolesteroli- tai verenpainelääkitys.

”Sain joo (ravitsemusohjausta), olikohan se joku ravintoterapeutti”

”Pääsin tämmöseen yksilölliseen Aslakiin läskinsulatusleirille, se oli tosi hyvä!”

Hyvin merkityksellisenä haastateltavat kokivat sen, jos heille oli **varattu riittävästi aikaa ja heitä oli kuunneltu** terveystarkastuksessa. Osa koki positiivisena yllätyksenä sen, että varsinkin lääkäriellä oli ollut aikaa kuunnella heidän asioitaan. Monilla oli esimerkiksi aikaisempien terveystarkastuskäyntien perusteella sellainen kokemus, että lääkärit ovat yleensä kiireisiä, eikä heillä ole aikaa kuin laboratoriotulosten läpikäymiseen, verenpaineen mittaamiseen ja reseptien kirjoittamiseen. Osa haastateltavista koki saaneensa tukea terveystarkastuksessa terveydenhoitajalta tai lääkäriltä esimerkiksi mielenterveysasioissa, työssä jaksamisessa ja työyhteisön ongelmatilanteissa siten, että terveydenhoitajalla tai lääkäriellä oli ollut riittävästi aikaa kuunnella heitä.

”No ainakin lääkäriellä oli tosi paljon aikaa, tuli tunne, että se oikeasti välittää.”

Suuri osa haastateltavista oli **tyytyväisiä** terveystarkastuksen sisältöön. Osa koki, että yhtiön terveystarkastuskäytäntö osoittaa, että työnantaja on kiinnostunut heidän terveydestään ja hyvinvoinnistaan. Terveystarkastus koettiin mahdollisuutena saada tietoa omasta terveydentilasta ja jopa eräänlaisena työpaikkaetuna, jollaista kaikilla työpaikoilla ei välttämättä ole. Monet haastateltavista toivat esiin, että he eivät itse

olisi välttämättä hakeutuneet terveystarkastukseen, joten kutsu yhtiön kustantamaan kattavaan ikäryhmäterveystarkastukseen koettiin erittäin hyväksi ja merkitykselliseksi työssä jaksamisen, hyvinvoinnin ja terveyden edistämisessä.

” Tää on ollu tosi hieno prosessi, hienoa, et on tällanen mahdollisuus, kaikilla ei oo.”

Joidenkin haastateltavien kokemuksena oli, että heidän esiin tuomansa terveysongelma tai **elintapamuutostarve ei tullut huomioitua terveystarkastuksessa**. Asiakkaan tarpeeseen ei vastattu, vaan terveystarkastus toteutettiin ennalta sovitun kaavan mukaan. Eräs haastateltava esimerkiksi toi esiin terveystarkastuksessa tuki- ja liikuntaelinongelmiaan, mutta hänen kokemuksensa mukaan se sivuutettiin ja terveystarkastuksessa puhuttiin vain tyypin 2 diabeteksestä ja sen riskitekijöistä, vaikka ne eivät koskettaneet asiakasta lainkaan. Asiakas jäi tyytymättömäksi ja hän oli suorastaan ärtynyt, koska koki, että hänen esiin tuomansa terveysongelma sivuutettiin. Osa haastateltavista koki, että sellaiset terveyteen liittyvät asiat, jotka he kokivat sillä hetkellä akuuteiksi ja tärkeiksi ja joista he olisivat halunneet keskustella, tai johon he olisivat toivoneet ohjausta, eivät tulleet terveystarkastuksen aikana lainkaan esiin. Eräs haastateltavista kertoi, että hänellä oli vuosien varrella jäänyt säännöllinen liikunta lähes kokonaan pois ja hän olisi toivonut motivointia ja ohjausta liikunnan aloittamiseen uudelleen, mutta aihetta ei käsitelty terveystarkastuksessa hänen kokemuksensa mukaan juuri lainkaan. Tämä aiheutti asiakkaalle pettymyksen tunteen. Jotkut **kokivat pettymystä** ja tyytymättömyyttä myös siitä, että esimerkiksi laboratoriotulokset tai ravitsemusohjauksen sisältö, jäivät epäselväksi. Eräs haastateltava kertoi, että hän oli saanut terveystarkastuksen jälkeen postissa pelkän laboratoriovedoksen ja laboratoriotulokset jäivät hänelle epäselviksi.

” Mä olin hirveen ärsyyntynyt, koska se koko tarkastus käsitteli sitä diabetesta, olin siitä äärimmäisen ärsyyntynyt. Yritin kyllä sitä selkääsiaa tuoda esiin, mutta ei siihen hirveesti haluttu puuttua.”

” Oikeestaan en saanut ohjausta siinä.”

Osalla terveystarkastukseen osallistuneista ei ollut ennako-odotuksia terveystarkastuksen sisällöstä tai kulusta, koska he eivät olleet käyneet aiemmin vastaavanlaisessa terveystarkastuksessa tai, koska heillä ei oman kokemuksensa mukaan ollut tarvetta elintapamuutoksiin tai terveyteen tai hyvinvointiin liittyviä ongelmia. Joillakin oli ennako-odotuksena aikaisempien kokemusten perusteella, että terveystarkastuksen sisältö ja terveydenhoitajan tai lääkärin toimintatapa noudattavat aina tiettyä rutiininomaista kaavaa, esimerkiksi, että laboratoriotulokset käydään läpi, mitataan verenpaine, paino ja vyötärön ympäryys, annetaan mahdollisesti ruokavalio-ohjausta, eikä vastaanotolla ole tarkoitukseen keskustella esimerkiksi työssä jaksamiseen liittyvistä asioista. Suuri osa haastateltavista **suhtautui terveystarkastukseen neutraalisti.**

”Se oli ihan sellanen rutiinikäynti”

”Se oli ihan sellanen tavallinen käynti, ei jäänyt erityistä mieleen”

Elintapaohjauksen toteuttaminen

Elintapaohjausta toteutettiin terveystarkastuksissa eri tavoin. Elintapaohjausta annettiin yksilöohjauksena, etäohjauksena tai kirjallisena ohjauksena. Elintapaohjauksessa käytettiin myös ulkopuolisia asiantuntijoita. Joidenkin haastateltavien kokemuksena elintapaohjauksen toteuttamisesta oli, että he tulivat kuulluksi terveystarkastuksessa. Osa oli kokenut terveystarkastustilanteen kiireiseksi, tuolloin kokemus oli usein ollut, että asiakas ei ollut tullut kuulluksi terveystarkastuksessa. Terveysneuvonnan sisältö ja terveysneuvonnan antotapa vaikuttivat monen haastateltavan kokemukseen terveysneuvonnan ymmärrettävyydestä ja vaikuttavuudesta. Esimerkki ryhmittelystä yläkategoria elintapaohjauksen toteuttaminen on esitetty taulukossa 10.

Taulukko 10. Yläkategoria elintapaohjauksen toteuttaminen

Kategoria	Yläkategoria
yksilöohjaus	elintapaohjauksen toteuttaminen
etäohjaus	
kirjallinen ohjaus	
ulkopuolinen asiantuntija	
kuulluksi tuleminen	
kiireen tunne	
tunne, että ei tullut kuulluksi	
terveysneuvonnan ymmärrettävyys	
terveysneuvonnan vaikuttavuus	

Terveystarkastuksissa elintapaohjaus toteutettiin useimmiten **yksilöohjauksena**. Ohjausta annettiin yksilöllisesti ravitsemus-, painonhallinta- ja liikunnan ohjauksena. Myös ajanhallintaan, työhyvinvointiin, stressinhallintaan, uni- ja vireystilan ongelmiin liittyvää ohjausta annettiin yksilöllisesti. Ohjausta annettiin myös niin sanottuna **etäohjauksena**. Esimerkiksi laboratoriovastauksia käytiin läpi varsinaisen terveystarkastuksen jälkeen puhelimessa, jos vastaukset eivät olleet käytettävissä vielä terveystarkastuksessa. Puhelimessa annettiin muun muassa ravitsemusohjausta esimerkiksi vähäkolesteroliseen ruokavalioon. Myös kirjallisten ohjeiden, kuten ravitsemusohjeiden, unipäiväkirjan, stressinhallintaoppaan tai tenniskyynärpään ehkäisy- ja hoito-oppaan lähettäminen asiakkaalle postissa terveystarkastuksen jälkeen on etäohjausta, samoin kuin sähköpostitse annettu ohjaus ja neuvonta. **Kirjallisia ohjeita** annettiin terveystarkastuksen yhteydessä ja seurantakäynneillä tukemaan suullista yksilöohjausta. Elintapaohjausta toteutettiin myös lähettämällä asiakas **ulkopuolisen asiantuntijan**, kuten työfysioterapeutin, ravitsemusasiantuntijan tai työpsykologin ohjaukseen.

” Keskusteltiin aika paljon aikaerolentoista ja sain sit sellasia lappuja (unipäiväkirja), että voin seurata omaa unirytmää.”

” Joo, sain ravitsemusohjausta ravitsemusohjaajlta”

Useat haastateltavat kokivat tärkeänä sen, että he **olivat tulleet kuulluksi** ja kohdatuksi terveystarkastuksessa. Jotkut haastateltavat kertoivat, että he olivat keskustelleet terveystarkastuksessa lääkärin tai terveydenhoitajan kanssa esimerkiksi jaksamisesta, työyhteisön tilanteesta, työn kuormittavuudesta, perhetilanteesta tai ihmissuhteista. Joidenkin haastateltavien kokemuksena oli, että terveystarkastustilanne oli ollut **kiireinen**, eikä terveystarkastukseen oltu varattu riittävästi aikaa. Kiireen tunne oli ilmennyt esimerkiksi siten, että terveydenhoitaja tai lääkäri oli puhunut puhelimesta terveystarkastuksen aikana tai ohittanut haastateltavan esiin ottaman asian, esimerkiksi yhtiön sopeuttamistoimiin liittyvän pelon työpaikan menettämisestä lyhyellä kommentilla, jolloin haastateltavalle oli jäänyt tunne, että hän **ei ollut tullut kuulluksi terveystarkastuksessa**.

” Ei voi toisen asiaa ohittaa vain sen takia, että on kiire.”

Osa haastateltavista koki, että terveysneuvonta ei ollut riittävän **ymmärrettävää**, elintapaohjauksen sisältö koettiin liian vaikeaselkoiseksi. Eräs haastateltavista kertoi, että hän oli kyllä saanut ravitsemusohjausta, mutta ohjaus sisälsi vaikeita lääketieteellisiä termejä, joita hän ei ymmärtänyt. Hän olisi toivonut, että ohjauksessa olisi käytetty maallikoille tuttuja termejä ja käytännön esimerkkejä, jolloin ohjaus olisi ollut tehokkaampaa.

”Mä oon tuntenut ongelmaks ravintoasiat, kun puhutaan hiilihydraateista ja proteiineist. En oo koskaan voinut ostaa pussillista hiilihydraatteja kaupasta, et puhutaan liian monimutkaisesti.”

” Tulee semmonen tunne, et nyt mennään taas liian kovaa ja korkealta. Sen pitäisi olla yksinkertaista (ravitsemusohjauksen). Jos sanotaan, et syö kaurapuuroa aamulla, sen mä ymmärrän.”

Osa haastateltavista koki, että terveysneuvonnan pitäisi olla määrätietoisempaa varsinkin liikunnan ohjauksen osalta. Monilla varsinkin säännöllinen liikunta jää työkiireiden, perhetilanteen tai muun syyn takia kokonaan, vaikka he olisivat harrastaneet aiemmin liikuntaa. Monet tiedostavat tilanteen, mutta eivät saa itseään liikkeelle työpäivän jälkeen. Haastateltavien kokemuksen mukaan liikunnan loppuminen on saattanut aiheuttaa heille erilaisia tuki- ja liikuntaelinvaivoja sekä ylipainoa. Jotkut haastateltavista toivoivat terveydenhoitajalta tai lääkäriltä määrätietoisempaa ohjausta liikuntaan. Useat haastateltavista kokivat tärkeänä, että varsinkin painonhallinnan, ravitsemusohjauksen ja liikunnan ohjauksessa olisi tarjolla tuki- ja seurantaryhmiä, jolloin elintapaohjauksella olisi myös pidempiaikaista **vaikuttavuutta**.

” Ehkä just, et vois aika määrätietoisesti ohjata (liikkumaan), siitä (liikunnasta) vois puhua enemmänkin, ettei se ihan jäis.”

” Mä olisin kyllä kaivannu, et olis joku, jonka kans jutella vielä tai jokin tukiryhmä.”

Terveystietoisuuden lisääntyminen

Terveystietoisuuden koettiin lisääntyneen terveystarkastuksissa. Tieto terveyteen vaikuttavista tekijöistä, kuten ravitsemus, liikunta, päihteet ja sukurasitteen merkitys riskitekijänä lisääntyivät ja täsmentyivät. Myös tietoisuus positiivisten elintapamuutosten, kuten painon alenemisen, tupakoinnin lopettamisen tai liikunnan lisäämisen vaikutuksesta esimerkiksi tyypin 2 diabeteksen esiintyvyyden vähenemiseen lisääntyi. Esimerkki ryhmittelystä yläkategoria terveystietoisuuden lisääntyminen on esitetty taulukossa 11.

Taulukko 11. Yläkategoria terveystietoisuuden lisääntyminen

Kategoria	Yläkategoria
tieto terveyteen vaikuttavista tekijöistä	terveystietoisuuden lisääntyminen
elintapamuutosten vaikutus terveyteen	

Useat haastateltavista kokivat, että saivat paljon **tietoa terveyteensä vaikuttavista tekijöistä** terveystarkastuksessa. Esimerkiksi kolesteroli-, maksa- tai verensokeriarvojen ollessa koholla haastateltavat saivat tietoa kohonneiden arvojen vaikutuksesta terveyteen, kuten rasvojen laadun ja määrän vaikutuksesta kolesteroliarvoihin, alkoholinkäytön vaikutuksesta maksa-arvoihin tai tyypin 2 diabeteksen riskitekijöistä. Terveystarkastuksen yhteydessä täytettävän terveystietoisuuden tulosten perusteella käydyissä terveystietoisuuskeskusteluissa haastateltavat olivat saaneet tietoa muun muassa sukurasitteen, ylipainon, sekä elintapojen, kuten liikunnan ja tupakoinnin vaikutuksesta terveyteen ja monien kroonisten sairauksien kuten esimerkiksi tyypin 2 diabetes, esiintyvyyteen. Terveystarkastuksessa käytyjen keskustelujen pohjalta tiedostettiin paremmin myös henkisen hyvinvoinnin, unen ja vapaa-ajan merkitys omaan terveyteen ja jaksamiseen. **Tietoisuus elintapamuutosten vaikutuksesta terveyteen**, esimerkiksi painonhallinta, liikunnan lisääminen, tupakoinnin lopettaminen ja alkoholinkäytön vähentäminen, sekä monien kroonisten sairauksien esiintyvyyteen ja terveyden ja hyvinvoinnin lisäämiseen lisääntyi haastateltavien mukaan terveystarkastuksissa. Useat haastateltavista kokivat terveystietoisuuden lisääntymisen positiivisena. He kokivat, että tietojen antaminen ja ohjaus oli riittävää ja ammattitaitoista. Useat kokivat, että ennen terveystarkastusta heillä ei ollut selkeää käsitystä omista riskitekijöistään esimerkiksi tyypin 2 diabeteksen suhteen.

” Oon mä mieltänyt tän (terveystarkastus) jälkeen näitä asioita, et voi olla tämmöstä sukurasitettakin.”

Elintapamuutosten säilyttämisen vaikeus

Saavutettujen elintapamuutosten säilyttäminen, esimerkiksi alentunut paino, tupakoimatta oleminen ja säännöllisen liikunnan ylläpitäminen koettiin vaikeaksi. Esimerkki ryhmittelystä yläkategoria elintapamuutosten säilyttämisen vaikeus on esitetty taulukossa 12.

Taulukko 12. Yläkategoria elintapamuutosten säilyttämisen vaikeus.

Kategoria	Yläkategoria
painon takaisin nouseminen	elintapamuutosten säilyttämisen vaikeus
tupakoimatta oleminen	
säännöllisen liikunnan loppuminen	

Osa haastateltavista oli onnistunut pudottamaan painoaan, mutta heidän **painonsa oli noussut takaisin** seurantavaiheen aikana. Osalla paino oli noussut jopa yli aloituspainon. Eräs haastateltavista oli pudottanut painoaan omaehtoisesti 10 kiloa, kun terveystarkastuksessa oli todettu, että hänen riskinsä sairastua tyypin 2 diabetekseen oli noussut merkittävästi ja saatuaan yksilöllistä ja kirjallista painonhallintaohjausta. Seurantavaiheen (noin 3 vuotta) aikana paino oli kuitenkin tullut takaisin. Toinen haastateltava oli päässyt yksilölliseen painonhallintakuntoutukseen. Kuntoutusprosessin aikana hän oli saanut pudotettua painoaan myös noin 10 kiloa, mutta seurantavaiheen aikana myös hänen painonsa oli noussut jopa hiukan yli aloituspainon. He kokivat, että ruokailutottumusten pysyvä muutos on vaikea säilyttää.

”Kaikki 10 kiloa tuli takaisin.”

Haastateltavista tupakoi vain kolme prosenttia. Eräs haastateltavista oli **ollut tupakoimatta** lähes puolen vuoden ajan, mutta oli aloittanut tupakoinnin vähitellen uudelleen ja tupakoi nyt säännöllisesti. Kaikki tupakoitsijat kokivat tupakoinnin pysyvän lopettamisen erittäin haasteellisena. Monet heistä olivat kokeilleet useita

apukeinoja tupakoinnin lopettamiseen, kuten tupakoinnin vieroituslääkkeitä, laastareita ja purukumia, tuloksetta. Eräs haastateltavista oli kokeillut jopa hypnoosia tupakoinnin lopettamiseen, mutta siitä ei ollut pysyvää apua. Osa haastateltavista oli lopettanut tupakoinnin jo aiemmin, useita vuosia sitten ja olivat edelleen tupakoimatta. Osa haastateltavista ei ollut koskaan tupakoinut.

” Olin mä 5 kuukautta polttamatta.”

Suurin osa haastateltavista toi esiin liikunnan vähäisyyden ja vaikeuden ylläpitää säännöllistä tehokasta liikuntaharrastusta. Monet haastateltavista olivat lisänneet liikuntaa terveystarkastuksen jälkeen, mutta innostus **säännölliseen liikuntaan oli loppunut** vähitellen. Osa haastateltavista kertoi, että esimerkiksi vuorotyön ja perheen yhteensovittaminen vie niin paljon aikaa ja voimavaroja, että liikunnalle ei jää aikaa. Joillakin liikuntaharrastuksen lopettamisen syynä saattoi olla jokin tuki- ja liikuntaelin vaiva, esimerkiksi polvivamma. Haastatteluissa ilmeni myös, että henkilöt, jotka eivät olleet liikkuneet aiemmin, esimerkiksi lapsena tai nuorena säännöllisesti, eivät liikkuneet myöskään aikuisena. Monille kipinä liikunnan aloittamiseen oli tullut noin 40-vuoden iässä, kun he olivat huomanneet, että esimerkiksi rappujen nouseminen tai bussipysäkillä juokseminen vaati kovempaa fyysistä ponnistusta kuin aiemmin. Haastateltavien joukossa oli myös henkilöitä, jotka olivat koko ikänsä harrastaneet paljon liikuntaa ja liikkuivat edelleen aktiivisesti useita kertoja viikossa.

” En mä sen polven takia sitten enää pystynyt lenkkeilemään.”

6. Pohdinta

6.1. Tulosten tarkastelu

Tutkimuksen päätulokset olivat kvantitatiivisen osuuden perusteella, että painoindeksit kehittyivät epäedulliseen suuntaan, normaalipainoisten osuus pieneni, lievästi ylipainoisten osuus lisääntyi jonkin verran ja lihavien osuus kasvoi merkittävästi. Vyötärön ympärysmittojen muutos oli naisilla samansuuntainen painoindeksien muutoksen kanssa. Optimaalisten vyötärön ympärysmittojen osuus naisilla väheni, lievästi ja huomattavasti kohonneiden vyötärön ympärysmittojen osuus kasvoi jonkin verran seurantajakson aikana. Miesten vyötärön ympärysmittat

sen sijaan pysyivät suunnilleen samoissa lukemissa seurantajakson aikana. Tässä tutkimuksessa todettu painon ja vyötärönympärysten kasvaminen ovat yhdensuuntaiset muun muassa Terveyden ja Hyvinvoinnin laitoksessa tehdyn väitöstutkimuksen kanssa, jonka mukaan suomalaisten työikäisten terveydelle haitallinen vyötärölihavuus sekä ylipainoisten ja lihavien osuus on lisääntynyt. Tutkimusaineisto perustuu viiden vuoden välein tehtyihin FINRISKI-väestötutkimuksiin, joissa selvitetään työikäisten sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöitä. FINRISKI-väestötutkimusten mukaan paino näyttää nousevan ja lihavuus yleistyvän ikävuosien karttuessa. Myös nuorilla alle 35-vuotiailla aikuisilla painoindeksin keskiarvo on noussut viimeisen 15 vuoden aikana huolestuttavasti. Muun muassa Tuomilehto ym. (2001) mukaan 60 prosenttia suomalaisesta aikuisväestöstä on ylipainoisia tai lihavia. Maailman aikuisväestöstä noin 1.6 miljardia on ylipainoisia ja noin 400 miljoonaa on lihavia. (Lemmens ym. 2008). Taustalla tähän on suuri joukko yhteiskunnallisia muutoksia, jotka ovat muuttaneet ihmisten toimintatapoja, romahduttaneet ihmisten energiankulutuksen ja muuttaneet ruokailutottumuksia siten, että energiaa saadaan ravinnosta kulutukseen nähden liikaa. Myös muutokset ihmisten arvoissa ja koko kulttuurissamme vaikuttavat siihen, että ylipainoisuus lisääntyy. (Tuomilehto ym. 2001, Mustajoki 2007). Ylipainon yleistyminen on huolestuttavaa, koska ylipaino lisää monien sairauksien, kuten sydänsairauksien, tyypin 2 diabeteksen ja monien syöpäsairauksien riskiä. (Jakicic & Otto 2006).

Systoliset verenpaineet alenivat kohtalaisesti tai merkittävästi ja huomattavasti kohonneissa luokissa jonkin verran, optimaalisten systolisten verenpaineiden osuus lisääntyi seurantavaiheessa. Diastolisten verenpaineiden osalta muutos oli vastaava. Normaaliin tai lievästi kohonneiden systolisten ja diastolisten verenpaineiden osuus väheni hiukan seurantavaiheen aikana. pääosin verenpaine-earvot siis paranivat. Verenpaineiden osalta tämän tutkimuksen tulokset poikkeavat siis jonkin verran muusta tutkimustiedosta. Käypähoitosuosituksen mukaan Suomessa noin puolella 35-64-vuotiaista miehistä ja kolmanneksella naisista on kohonnut verenpaine. Suomalaisten verenpaine-earvo on laskenut merkittävästi 1970-luvun alusta, mutta 2000-luvulla edullinen kehitys on pysähtynyt. Kansainvälisessä vertailussa suomalaisten aikuisten verenpaine-earvo on korkea ja

sairastuvuus ja kuolleisuus aivohalvaukseen ja sepelvaltimotautiin on runsasta. (www.kaypahoito.fi). Aucott ym. 2009 on todenut laajassa systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa, että elintapamuutoksilla, kuten painonhallinnalla ja liikunnan lisäämisellä on merkitystä verenpaineen alentamisessa. Pelkkä painohallinta ei kuitenkaan riittänyt pitämään verenpainetasoa alhaalla 2-3 vuoden seurannassa, vaan liikunnan lisääminen, täsmennetty ruokavalio-ohjaus ja seuranta antoivat pysyvämmät tulokset.

Muutokset seurantavaiheen aikana eivät siis pääosin olleet toivottavia, henkilöt lihoivat, vyötärönympärykset kasvoivat, mutta toisaalta verenpaine-arvot laskivat. Syytä tämän suuntaiseen muutokseen on vaikea arvioida tämän tutkimusaineiston perusteella. Ehkäpä terveys ei ole kuitenkaan riittävän suuri motivaatio terveellisten elintapojen ylläpitämiseen, ainakaan ennen kuin se on uhattuna tai jo menetetty.

Sisällönanalyysin perusteella henkilöiden kokemuksiksi terveystarkastusta saatiin elintapamuutosten tarve, asiakkaan tarpeiden huomioiminen tai huomioimatta jättäminen, elintapaohjauksen sisältö, terveystietoisuuden lisääntyminen ja elintapamuutosten säilyttäminen vaikeus.

Tässä tutkimuksessa osalla henkilöistä ei ollut tarvetta elintapamuutokseen; heidän elintapansa olivat terveelliset, heillä ei ollut painonhallintaongelmia ja he liikkuivat säännöllisesti. Elintapamuutos on aina tarvelähtöistä. Käyttäytymisen muuttaminen ei ole pelkkä yksittäinen päätös, eikä se aina perustu rationaaliseen harkintaan. Hyvää tarkoittava ohje ei ole riittävä pohja muutokselle. Käyttäytymisen tietoisien muuttamisen ensimmäinen edellytys on, että tunnistamme käyttäytyvämme tietyllä tavalla ja muutoksen tarve on olemassa. (Marttila. 2007.) Marttilan (2007) mukaan painonhallinta, syömisen muuttaminen tai fyysisen aktiivisuuden lisääminen eivät ole yksinkertaisia, yksittäisiä käyttäytymismuotoja. Interventioon osallistuvat henkilöt ovat taustaltaan ja aiemmilta kokemuksiltaan erilaisia. Heillä on toisistaan poikkeavia tavoitteita, asenteita, odotuksia ja käsityksiä omasta pysyvyydestään ja muutoksen mahdollisuudesta. Toisaalta Kurki ym. (2008) tutkimuksen mukaan näyttää siltä, että elintapamuutoksiin tähtäävä interventio on tehokasta riippumatta osallistujien taustatekijöistä. Terveiden edistämisen toimintaa ohjaavat keskeiset periaatteet ovat tasa-arvo, oikeudenmukaisuus, voimaannuttaminen,

mahdollistaminen, osallistaminen ja tarvelähtöisyys. Tarvelähtöisyys terveyden edistämässä tarkoittaa toiminnan perustumista muun muassa asiakkaan olemassa oleviin tarpeisiin, saatuun palautteeseen ja väestön, yhteisöjen hyvinvoinnin tilaan. (Tuominen ym. 2005). Pelkkä myönteinen asenne tai halu elämäntapamuutokseen ei riitä. Käyttäytymisen tietoisin muuttaminen ensimmäinen edellytys on, että tunnistamme käyttäytymisemme ja muutoksen tarve on olemassa. (Marttila 2007). Ihminen toteuttaa elintapamuutosprosessia omassa elämässään. Terveystarkastus voi herätellä muutoksen tarpeeseen ja hyötyihin, antaa työvälineitä muutoksen suunnitteluun, tukea toteutusta ja arvioida seurauksia. (Absetz 2007)

Joidenkin haastateltavien kokemuksena oli, että heidän terveyteensä liittyvät tarpeet tulivat huomioitua terveystarkastuksessa riittävästi. Joidenkin kokemus oli, että heidän terveydelliset tarpeensa huomioitiin niin hyvin, että se ylitti heidän ennakkoodotuksensa. Osa kokemukset olivat toisen suuntaiset; he kokivat että heidän tarpeitaan ei huomioitu, vaikka he yrittivät tuoda niitä terveystarkastuksen aikana esiin. Osa koki jopa melko voimakasta pettymystä, koska eivät olleet tulleet kuulluksi. Marttilan (2007) mukaan asiakkaan tarve täytyy osata tunnistaa ja huomioida yksilöllisesti. Hietava (2010) on todennut, että asiakkaan aito kohtaaminen on oleellista terveystarkastuksen onnistumisen kannalta. Tärkeää on se, että asiakas tuntee tulevansa kuulluksi. Kannustava ja voimavaralähtöinen ajattelu sekä rakentava terveystarkastukseen puuttuminen tuottavat parhaan tuloksen.

Terveystarkastuksessa saadun kokemuksen mukaan elintapaohjausta annettiin eri tavoin; yksilöllisesti, kirjallisesti, etäohjauksena ja käytettiin ulkopuolisia asiantuntijoita. Yksilöelintapaohjausta toteutetaan ruokavalio-ohjauksena, jossa kehoitetaan vähentämään ravintorasvojen määrää sekä lisäämään kuidun määrää, yksilöllistä ruokavalio-ohjausta annetaan myös yhdistettynä yksilölliseen liikuntaohjaukseen. (Astrup 2003). Lemmens VEPP ym. 2008 tutkimuksessa käytettiin etäohjausta. Osa sai pelkästään kirjallista ohjausmateriaalia, osa sai elintapaohjausta sähköpostilla. Osa tutkittavista sai kuukausittain ohjauskirjeen postitse. Saquib ym. 2009 antoivat ylipainoisille naisille ravitsemusohjeita puhelimitse. Elintapaohjausta voidaan toteuttaa monella eri tavalla. Kurki ym. (2008) toteaa, että samaan terveydelle edulliseen tavoitteeseen voidaan päästä usealla eri

tavalla. Jotkut haastateltavista olivat kokeneet elintapaohjauksen sisällön vaikeasti ymmärrettäväksi, kun ohjauksessa oli käytetty lääketieteellisiä termejä ja ilmaisuja. Elintapaohjauksessa olisi hyvä huomioida ohjausta saavan sosiaaliset ja koulutukselliset erot. Kumanyikan ym. (2008) systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa todetaan, että on vaikea tunnistaa, millainen elintapaohjaus on tehokkainta, kun seulotaan metabolista oireyhtymää väestöstä. Katsauksen mukaan sosiaaliset eroavaisuudet ja ympäristön vaikutus ovat erittäin merkityksellisiä metabolisen oireyhtymän ehkäisyssä, joten elintapaohjauksen sisällössä tulisi myös huomioida ohjausta tarvitsevien sosiaalinen tausta ja elinympäristö. Absetz (2007) toteaa, että terveydenhuollon asiantuntijoiden työvälineiden elintapaohjauksessa tulee olla asiakkaan omaa vastuunottoa tukevia, näyttöön ja suositukseen perustuvia, teoreettisesti ja eettisesti perusteltuja, käytännössä testattuja ja käytäntöön soveltuvia.

Suurin osa haastateltavista koki, että he saivat terveystarkastuksessa tietoa omasta terveydestään, terveyttä uhkaavista riskitekijöistä sekä keinoista edistää omaa terveyttä, hyvinvointia ja jaksamista. Terveystarkastuksessa saadulla tiedolla koettiin olevan merkitystä omaan terveyteen ja hyvinvointiin. Elintapamuutosten tietoisuuden muuttamisen ehtona on, että tunnistamme käyttäytyvämmä tietyllä tavalla. Tiedon ei tarvitse olla välttämättä kovinkaan täsmällistä, usein ymmärrys jonkin toiminnan lisäämisen tai vähentämisen mahdollisuudesta ja merkityksestä on riittävä lähtökohta oman käyttäytymisen muuttamiselle. Tarvitaan myös tekijä, joka kiinnittää huomion muutoksen tarpeellisuuteen. Herättävänä tekijänä voi olla sairaus tai sen oire, tieto käyttäytymisen vaikutuksesta sairastumisen mahdollisuuteen tai vaikkapa elämäntilanteen muutos. (Marttila 2007)

Terveystietoisuuden lisääntyminen, ohjaus ja neuvonta auttoivat monia tekemään elintapamuutoksia; useilla henkilöillä paino aleni merkittävästi, yksi henkilöistä lopetti tupakoinnin ja osalla ruokailutottumukset muuttuivat. Lähes kaikkien kohdalla seurantavaiheen aikana paino nousi takaisin, osalla jopa yli lähtöpainon ja tupakoinnin lopettanut oli aloittanut tupakoinnin uudelleen. Mustajoen (2004) mukaan elintapojen muutos edellyttää potilaalta hyvää motivaatiota, ammattilaiselta psykologisia ja pedagogisia taitoja sekä pitkäkestoisia ja intensiivisiä interventioita. Silti epäonnistuminen on tavallista, varsinkin pitkäaikaistulosten osalta. Marttila

(2007) sanoo, että tuloksellisen intervention täytyy pystyä tukemaan ihmistä tavoitteiden, keinojen ja resurssien tunnistamisessa ja löytämisessä ja altistaa heidät pohtimaan omaa suhtautumistaan elintapojen muuttamiseen. Pysyviä elintapamuutoksia tulee tehokkaasti, kun elintapaohjaus on intensiivistä ja se yhdistetään käyttäytymisterapiaan. (Mc Tighe ym. 2003). Lemmens VEPP ym. 2008 ovat todenneet systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessaan, jonka tarkoituksena oli selvittää aikuisten lihavuuden ehkäisyinterventioiden tehokkuutta ja interventioiden sisältöä tuottivat tulokseksi, että intensiiviset ryhmäinterventiot, joita jatketaan pitkään, tuottavat parhaat tulokset.

Absetzin (2007) mukaan motivaation herättäminen asiakkaassa on keskeistä. Yhtä ainoaa ja oikeaa teoriaa käyttäytymisen muuttamiseen ei ole olemassa. Ihmisen itsemääräämisoikeutta tukeva ohjaus kuitenkin lisää motivaatiota ja edistää onnistumista elintapamuutoksessa ja muutosten pysyvyyttä. Absetz (2007) tuo esiin yksilön itsesäätelyn merkityksen elintapamuutosten pysyvyydessä. Hänen mukaansa elintapamuutosten pysyvyyden vaikeuteen voi vaikuttaa epäonnistuminen itsesäätelyssä, mikä voi johtua esimerkiksi tavoitteiden puuttumisesta, liian tiukoista tai epärealistisista tavoitteista. Terveys ja nautinto voivat olla yksilön kilpailevia arvoja, jolloin saavutettu elintapamuutos ei ole pysyvä. Terveys ja nautinto voivat muodostaa ihannetapauksessa myös yhtenevän arvon terveysnautinto, jolloin saavutettu elintapamuutos säilyy paremmin.

6.2. Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen keskeisiä kysymyksiä on luotettavuus. Tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella mittaamisen ja aineistojen keruun suhteen sekä tulosten luotettavuutena. Kvantitatiivisen tutkimuksen tärkeimpiä asioita on mittarin luotettavuus. Tutkimuksen tulokset ovat juuri niin luotettavia kuin siinä käytetyt mittarit. Mittarin tulee olla niin tarkka, että se rajaa tutkittavan käsitteen, sen tulee olla myös herkkä, eli erotella käsitteistä eri tasoja. Mittarin tulee olla myös täsmällinen, eli sen pitää kuvata tutkittavaa käsitettä oikein. On tärkeää saada tietoa juuri tutkittavasta asiasta eli tutkimusongelmasta. Mittarin tulee olla validi, eli sen täytyy mitata sitä, mitä sen kuuluu mitata. Mittarin tulee olla myös reliaabeli, eli sen on annettava tuloksia, jotka eivät ole sattumanvaraisia. Mittarin tulee olla pysyvä; se

ei saa olla altis ulkopuolisten tekijöiden vaikutuksille, vastaava eli ekvivalentti; sen on ilmoitettava mittaustuloksen samanlaisuuden asteen ja sen on oltava sisäisesti johdonmukainen; mittarin eri osioiden tulee kyetä mittaamaan samaa asiaa. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997).

Tässä tutkimuksessa on käytetty Diabetesliiton diabetesriskitestiä, joka löysi hyvin henkilöt, joiden riski sairastua tyypin 2 diabetekseen on pieni (alle 10 pistettä riskipistetestissä). Paino mitattiin tutkimushenkilöiltä ilman kenkiä samanlaista henkilövakaa käyttäen ja pituus mitattiin samalla mittarilla kaikilta terveystarkastukseen osallistujilta yhtenäisiä, ennalta sovittuja ohjeita noudattaen. Vyötärön ympäryys mitattiin kaikilta myös yhteisesti sovituin säännöin alimman kylkiluun ja navan puolivälistä samanlaisia mittanauhoja käyttäen. Verenpaine mitattiin jokaiselta tutkimushenkilöltä sekä ensimmäisessä että toisessa tutkimusvaiheessa käypähoitosuosituksen ohjeiden mukaisesti kaksi kertaa, kun henkilö oli levännyt istuen ennen mittausta noin 10- 15 minuuttia.

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arviointikriteereitä ei ole luotu yhtä selkeästi kuin kvantitatiivisen tutkimuksen arviointikriteerit. Laadullisessa tutkimuksessa valideettiongelma saattaa syntyä siitä, että tutkimusaineisto ei anna vastausta tutkimuskysymykseen, että aineiston keräämisessä on puutteita tai tutkimusaineisto ei ole edustava. Reliabiliteettiongelmat voivat syntyä aineiston analyysin aikana tehdyistä koodausvirheistä, epäyhdenmukaisesta koodauksesta ja virhetulkinnoista. Laadullisessa tutkimuksessa tuotettu tulkinta on aina tutkijan persoonallinen näkemys, joten tulkinta ei ole toistettavissa eikä siirrettävissä toiseen kontekstiin. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997).

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta (trustworthiness) voidaan arvioida esimerkiksi seuraavilla kriteereillä: uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys. Uskottavuus (credibility) tarkoittaa tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta sekä sen osoittamista tutkimuksessa. Tutkimuksen tekijän on siis varmistettava, että tutkimustulokset vastaavat tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden käsitystä tutkimuskohteesta. Tutkimuksen uskottavuutta voidaan vahvistaa keskustelemalla tutkimukseen osallistuvien kanssa tutkimuksen tuloksista eri vaiheissa. Toinen mahdollisuus on keskustella tutkimusprosessista ja sen

tuloksista toisten samaa aihetta tutkivien ihmisten kanssa. Tutkimuksen uskottavuutta vahvistaa myös se, että tutkimuksen tekijä on riittävän pitkän ajan tekemisissä tutkittavan ilmiön kanssa. Uskottavuutta vahvistaa myös tutkimuksen tekijän pitämä tutkimuspäiväkirja, jossa hän kuvaa kokemuksiaan ja pohtii valintojaan. Tutkimuksen uskottavuuden vahvistamiseksi voidaan käyttää myös triangulaatiota, jolloin tutkimuksen kohteena olevaa ilmiötä hahmotetaan eri näkökulmista. Koska laadullisessa tutkimuksessa lähtökohtana on oletus todellisuuden moninaisuudesta, eri näkökulmia yhdistämällä tavoitetaan mahdollisimman kattavasti moninainen todellisuus. (Kylmä & Juvakka 2007).

Tässä tutkimuksessa on keskusteltu tutkimukseen osallistuneiden kanssa tutkimuksen tuloksista sekä tutkimusprosessista samantapaista aihetta tutkivan opiskelijatoverin sekä päätutkijan kanssa. Tutkimuksen tekijä on työskennellyt työterveyshoitajana, eli tutkittavan ilmiön parissa noin 10 vuoden ajan, mikä lisää tutkimuksen uskottavuutta. Ilmiötä on lähestytty tässä tutkimuksessa eri näkökulmista; sekä määrällisesti että laadullisesti. Tutkimuksen tekijä on pitänyt tutkimuspäiväkirjaa koko tutkimusprosessin ajan, joka on auttanut tutkimuksen tekijää refleктоimaan tutkimusprosessin aikana esiin tulleita ongelmia ja kysymyksiä.

Vahvistettavuus (dependability, auditability) liittyy koko tutkimusprosessiin ja edellyttää tutkimusprosessin kirjaamista niin, että toinen tutkija voi seurata prosessin kulkua pääpiirteissään. Raporttia kirjoittaessaan tutkimuksen tekijä hyödyntää muistiinpanojaan tutkimusprosessin eri vaiheista, esimerkiksi haastattelutilanteista, menetelmällisistä ratkaisuksista ja analyttisistä oivalluksistaan. Tutkimuspäiväkirjan merkitys korostuu laadullisessa terveystutkimuksessa, koska laadullinen tutkimus pohjautuu usein avoimeen suunnitelmaan, joka tarkentuu tutkimuksen edetessä. Vahvistettavuus on osin ongelmallinen kriteeri, koska toinen tutkija ei välttämättä laadullisessa tutkimuksessa päädy samankaan aineiston perusteella samaan tulkintaan. Laadullisessa tutkimuksessa on hyväksyttävä se, että on monia todellisuuksia. Erilaiset tulkinnat tutkimuskohteesta eivät välttämättä merkitse luotettavuusongelmaa vaan ne lisäävät ymmärrystä tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. (Kylmä & Juvakka 2007). Tässä tutkimuksessa tutkimusprosessit on kirjattu kuvioihin 2 ja 3. Lisäksi tutkimuksen tekijä on tehnyt muistiinpanoja tutkimusprosessista tutkimuspäiväkirjaan koko prosessin ajan. Pyrin kirjaamaan

tutkimusprosessin mahdollisimman tarkasti. Siitä huolimatta toinen tutkija, tehdessään samanlaista analyysiä samasta aineistosta ei välttämättä päädy samanlaisiin tuloksiin, koska hänen todellisuutensa voi olla erilainen kuin omani. Tämä ei kuitenkaan välttämättä vähennä tulosten luotettavuutta, vaan lisää ymmärrystä ilmiöstä. (Holloway & Wheeler. 2002).

Reflektiivisyys edellyttää sitä, että tutkimuksen tekijän on oltava tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä. Tutkimuksen tekijän on arvioitava, kuinka hän vaikuttaa aineistoonsa ja tutkimusprosessiinsa. Hänen on kuvattava lähtökohdat tutkimusraportissa. (Kylmä & Juvakka 2007). Tässä tutkimuksessa tutkimuksen tekijä mietti prosessin aina useaan otteeseen omia lähtökohtiaan ja ennakoasenteitaan sekä –oletuksiaan tutkittavasta ilmiöstä ja pyrki koko tutkimusprosessin ajan rehellisyyteen ja objektiivisuuteen.

Siirrettävyys (transferability) tarkoittaa tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin. Tutkimuksen tekijän on annettava esimerkiksi riittävästi kuvailevaa tietoa tutkimukseen osallistujista ja ympäristöstä, jotta lukija voi arvioida tulosten siirrettävyyttä. (Kylmä & Juvakka 2007). Tässä tutkimuksessa tulosten siirrettävyyden luotettavuutta lisää tutkimusraportissa esittämäni kuvaus tutkimushenkilöiden työympäristöstä, työstä ja työhön liittyvistä riskitekijöistä. Ne auttavat tutkimusraportin lukijaa arvioimaan tulosten siirrettävyyttä toiseen kontekstiin.

Tässä tutkimuksessa on arvioitu luotettavuutta kaikissa tutkimusprosessin vaiheissa tutkimusaiheen valinnasta tulosten raportointiin ja siihen, kuinka totuudenmukaista tietoa tutkimuksella on kyetty tuottamaan tutkittavasta ilmiöstä. (Hirsjärvi ym. 2005).

6.3. Eettiset kysymykset

Tieteen etiikka käsittelee tieteen suhdetta tutkimuksen kohteeseen, tavoitteeseen, tutkimuksen tekemiseen ja yhteiskuntaan (Eriksson ym. 2007). Tutkimusetiikkaa säätelevät useat kansainväliset normit ja julistukset. Suomessa tutkimusetiikan laadun turvaamiseksi on perustettu vuonna 1991 Etene (Tutkimuseettinen neuvottelukunta). Tutkimusetiikkaa ohjaa myös lainsäädäntö. Hyvä tieteellinen käytäntö noudattaa tieteellisiä toimintatapoja; rehellisyyttä, huolellisuutta ja

tarkkuutta, käyttää tieteellisesti ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus-, raportointi- ja arviointimenetelmiä, noudattaa avoimuutta tulosten julkaisemisessa, ottaa huomioon muiden tutkijoiden työt ja antaa niille kuuluvan arvon. Lisäksi hyvässä tieteellisessä käytännössä tutkijoiden asema, oikeudet, vastuut ja velvollisuudet sekä koskevat kysymykset on määritelty ja rahoituslähteet ja muut sidonnaisuudet on ilmoitettu. (Leino-Kilpi & Välimäki 2006). Tämä tutkimus on toteutettu rehellisesti noudattaen tieteellisesti ja eettisesti kestäviä menetelmiä sekä ottaen huomioon ja antaen arvon muiden tutkijoiden tekemälle työlle.

Tutkimuksen tekemisessä eettiset kysymykset ovat merkittäviä. Epäonnistuminen eettisissä kysymyksissä saattaa viedä pohjan koko tutkimukselta. Tutkimusetiikassa on kyse lukuisista valinta- ja päätöksentekotilanteista, joita tutkimuksen tekijän on ratkaistava tutkimusprosessin eri vaiheissa. (Kylmä & Juvakka 2007). Tutkimusetiikan pohdinnassa on kyse siitä, miten tehdään eettisesti hyvää ja luotettavaa tutkimusta. (Leino-Kilpi 2003). Tässä tutkimuksessa ei valittu haastateltaviksi henkilöitä, joille tutkimuksen tekijä oli itse tehnyt terveystarkastuksen, mikä paransi tutkijan objektiivisuutta ja tulosten luotettavuutta. Tutkijan roolini haastattelutilanteessa oli merkittävä luottamuksellisen ja turvallisen ilmapiirin aikaansaamiseksi. Jouduin pohtimaan rooliani työterveyshoitajana ja tutkijana. Haastattelututkimuksen aikana roolini muuttui työterveyshoitajasta tutkijaksi, mikä oli tietoisien valintaprosessin tulos. Haastattelun aluksi kerroin haastateltaville tutkijan roolistani samalla kun annoin heille luettavaksi tutkimuksen saatekirjeen.

Tutkimuksen tekijällä on laaja-alainen vastuu, koska tutkimuksen vaikutukset voivat ulottua hyvinkin kauas tulevaisuuteen tai koskettaa lukuisia ihmisiä. Tutkimuksen alkuvaiheessa täytyy pohtia tutkimuksen seurauksia. Laadullisessa tutkimuksessa haasteet syntyvät esimerkiksi vaikutuksista, joita tutkimuksella voi olla siihen osallistuvien henkilöiden elämään. Aiheen valinnassa on tärkeää pohtia sen oikeutuksia. Tämä edellyttää aihealueen aikaisemman tutkimuksen analyysiä ja synteisiä. Tutkimusaiheen eettisen oikeutuksen pohdintaan kuuluu lisäksi tutkimusongelmien pohjana olevien arvojen pohtiminen sekä tutkimuksella tuotettavan tiedon merkityksen arvioiminen oman tieteenalan ja yhteiskunnan kannalta. (Kylmä & Juvakka 2007). Tässä tutkimuksessa aiheen valinnan oikeutusta

pohdittiin yhtiön terveystarkastusprosessin kehittämisen näkökulmasta. Tutkimustuloksilla saattaa olla vaikutusta terveystarkastuskäytäntöihin ja terveystarkastusten sisältöön yhtiön työterveyshuollossa.

Myös tutkimuksen menetelmällisiä ratkaisuja on arvioitava tutkimusetiikan näkökulmasta. Tutkimusetiikassa periaatteita ovat: haitan välttäminen, ihmisoikeuksien kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus, rehellisyys, luottamus ja kunnioitus. Nämä seikat on huomioitava tutkimuskysymystä muodostettaessa ja aineiston hankinnassa sekä koko tutkimuksen ajan tutkimuksen toimijoiden asemassa. Tietoon perustuvalla suostumuksella pyritään välttämään haitan aiheuttamista tutkimukseen osallistujille. Tutkimukseen osallistujaa on informoitava muun muassa siitä, että kyseessä on tutkimus, tutkimuksen tarkoituksesta, kestosta ja menettelytavoista. Tutkimukseen osallistujille on selvitettävä, kuka on tutkimuksen vastuhenkilö, on myös huolehdittava siitä, miten tutkimukseen osallistuja saa tietoa mahdollisista ennustettavista haitoista ja hyödyistä. Lisäksi tutkimukseen osallistujien nimettömyys, luottamuksellisuus ja yksityisyys tulee varmistaa. Tutkimukseen osallistujalla tulee olla mahdollisuus vetäytyä tutkimuksesta missä vaiheessa tahansa. (Kylmä & Juvakka 2007). Tässä tutkimuksessa haastateltaville kerrottiin tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta sekä muistutettiin ennen haastattelun alkua tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Haastateltaville myös kerrottiin, että tutkimusraportti kirjoitetaan siten, että tutkimushenkilöitä ei ole mahdollista tunnistaa raportista. Haastateltaville annettiin lisäksi tutkimuksesta kertova saatekirje.

Tutkimuksen eettisyyttä tulee siis pohtia jokaisessa tutkimusvaiheessa tutkimussuunnitelmasta tulosten julkaisuun. Tähän tutkimukseen on ollut lupa yhtiön henkilöstöjohtajalta ja tutkimus on liitetty alkuperäistutkimuksen tutkimuslupaun, joka on pyydetty HUS Koordinoivalta eettiseltä toimikunnalta. Tutkimushenkilöiltä on pyydetty kirjallinen suostumus päätutkimukseen jo tutkimuksen alkuvaiheessa, joten kirjallista suostumusta ei pyydetty uudelleen tässä tutkimuksessa. Lisäksi haastattelun yhteydessä tutkimukseen osallistujille on annettu kirjallinen selvitys tutkimuksen sisällöstä, aikataulusta ja vastuuhenkilöistä. Tässä tutkimusprosessissa on työskennelty rehellisesti ja tarkasti sekä huomioitu eettisesti kestävä

tutkimusmenetelmät ja avoimuus tulosten julkistamisessa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002).

6.4. Tulosten hyödyntäminen ja jatkotutkimushaasteet

Työterveyshuollon rooli työikäisen väestön terveyden edistämisessä on merkittävä. Perinteisesti työterveyshuollossa toteutetuissa terveystarkastuksissa on ollut tavoitteena ehkäistä työhön liittyviä sairauksia, seurata työssä olevien altistusperusteista terveyttä ja tunnistaa työkyvyttömyyden uhkaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Viime aikoina on työterveyshuollon terveystarkastuksissa pyritty myös kartoittamaan elintapoihin ja yksilöllisiin ominaisuuksiin liittyviä riskitekijöitä ja arvioimaan niiden vaikutusta työkykyyn, terveyteen ja hyvinvointiin. Sosiaali- ja terveysministeriö on myös suositellut työterveyshuoltoja suuntamaan toimiaan aikuistyyppin diabeteksen ehkäisyyn.

Nykyinen terveystarkastuskäytäntö on ollut käytössä yhtiön työterveyshuollossa hiukan yli kuusi vuotta. Terveystarkastuksen sisältöä, terveystarkastuksia ja toimintatapoja on kehitetty ja muokattu koko prosessin ajan. Tässä tutkimuksessa nousi esiin vielä joitakin tärkeitä kehittämistarpeita terveystarkastuksen toteuttamisen suhteen.

Tutkimuksen kvantitatiivisen osion perusteella voidaan todeta, että henkilöstön painoindeksit ovat nousseet ja vyötärön ympärykset ovat kasvaneet kolmen vuoden seurannan aikana. Verenpaine- ja sokeriarvot ovat sen sijaan parantuneet jonkin verran seurannan aikana. On vaikeaa tehdä johtopäätöksiä tämän pääosin ei-toivotun kehityksen yhteydestä terveystarkastusten sisältöön. Voidaan kysyä, liittyykö se annetun terveysneuvonnan laatuun, vai johtuuko se yleisestä yhteiskunnassa tapahtuneesta muutoksesta; yleistyneestä liikkumattomuudesta ja energian saannin lisääntymisestä. Haastatteluissa ilmeni kuitenkin tarvetta tehokkaammalle ja intensiivisemmälle ohjaukselle muun muassa liikuntaan, lisäksi toivottiin erilaisia seurantaryhmiä painonhallinnan säilyttämiseen ja liikunnan ylläpitämiseen.

Olisi tärkeää rauhoittaa terveystarkastustilanne asiakasta varten ja varata siihen riittävästi aikaa. Yksilön esiin tuomat asiat ovat hänelle tärkeitä ja terveystarkastuksessa pitäisi osata kuunnella asiakasta huolimatta siitä, että hänen

ongelmansa ei liittyisi suoranaisesti esimerkiksi terveystarkastuksessa esiin tulleisiin asioihin. Terveystarkastuksessa voi olla innovatiivinen ja luova. Asiakkaan tarve tulisi olla terveystarkastuksen sisällön määrittäjä, ei ennalta sovittu kaava tai skeema. Jos terveystarkastukseen olennaisesti kuuluvat osiot jäävät sillä kertaa toteuttamatta, voi asiakkaan kanssa sopia uuden tapaamisen. On tärkeää, että asiakkaan kokemukseksi tulisi jokaisella tapaamisella, että häntä on kuunneltu ja että hänen tarpeisiinsa on vastattu.

Elintapaohjauksen sisältöä ja ohjaustapaa voisi myös kehittää siten, että ohjaus annettaisiin aina ymmärrettävästi, kansantajuisesti, yhdenmukaisesti ja näyttöön perustuen. Terveystapaamisen aikana tulisi varmistaa asiakkaalta, että hän on ymmärtänyt ohjauksen sisällön. Jos henkilö ei ymmärrä ohjauksen sisältöä, ei ohjaus voi myöskään olla vaikuttavaa. Ohjauksen antamisessa tulisi myös huomioida henkilön koulutus ja sosiaalinen asema. Tuloksellisen elintapaohjauksen tulisi voida tukea ihmistä tavoitteiden, keinojen ja resurssien tunnistamisessa ja löytämisessä ja motivoida häntä pohtimaan omaa suhtautumistaan elintapoihin. Olisi hyvä tuntee paremmin ihmiseen käyttäytymiseen vaikuttavia tekijöitä. Elintapojen muuttaminen ei ole helppoa, saavutettujen tulosten säilyttäminen on vielä vaikeampaa. Myöskään hyvän, asiakkaan yksilölliset tarpeet, arvot, käyttäytymismekanismit ja päätöksentekomallit huomioivan elintapaohjauksen antaminen ei ole helppoa. Kuten Marttila (2007) Diabetes ja lääkäri-lehdessä toteaa, tiukka tutkimusasetelma ei sovi yhteen joustavan käytännön intervention kanssa, eikä hyvä interventio välttämättä täytä kausaaliteetin todistamisen perusteltuja ehtoja. kakkua ei voi sekä syödä että säästää. Elintapamuutosten tekeminen ei ole yksinkertaista käyttäytymistä. Elintapaohjaukseen osallistujat ovat taustoiltaan ja aiemmilta kokemuksiltaan erilaisia. Heillä on toisistaan poikkeavia tavoitteita, asenteita ja käsityksiä omasta terveydestään ja muutoksen mahdollisuudesta. On myös kunnioitettava ihmisen itsemääräämisoikeutta. Yksilöllä on oikeus valita elämäntapansa huolimatta siitä, mikä yleisen tutkimustiedon tai ohjauksen antajan mukaan olisi hänelle parasta.

Haastatteluissa toivottiin systemaattisempaa joko yksilö- tai ryhmämuotoista seuranta elintapamuutosten säilyttämisen tueksi. Pitkä seuranta tukee elintapamuutosten säilymistä pidempään. Työterveyshenkilöstön syvä tietämys

ravitsemuksesta esimerkiksi erityisruokavalioiden suhteen ei ole aina riittävää. Lisäksi aikoja useille seurantakäynneille on joskus vaikea löytää niukkojen resurssien takia, mistä syystä asiantuntijoiden, kuten ravitsemusneuvojan ja fysioterapeutin tehokkaampi ja aktiivisempi käyttö terveysneuvonnassa ja elintapamuutosten seurannassa olisi hyödyllistä.

Tässä tutkimuksessa korostui työntekijöiden myönteiset kokemukset terveystarkastuksista. Henkilöiden kokemuksena oli, että he saivat hyvää tietoa terveystarkastuksessa omasta terveydestään, terveyttä uhkaavista tekijöistä ja terveyttä edistävästä keinoista. He kokivat myös, että terveystarkastusprosessi on mahdollisuus ja työpaikkaetu, jollaista kaikilla työpaikoilla ei ole. Tarve liikunnan osuuden lisääminen terveysneuvonnassa nousi esiin haastatteluissa. Lisäksi terveystarkastuksissa tulisi huomioida nykyistä paremmin henkilöiden yksilölliset tilanteet ja tarpeet, sekä huolehtia siitä, että terveystarkastukseen on varattu riittävästi aikaa. Tärkeää on myös kuunnella asiakasta ja huomioida terveystarkastuksessa asiakkaan esiin tuomat tarpeet ja ongelmat.

Yhtiön terveystarkastuksissa on kerääntynyt merkittävä määrä luotettavaa tietoa työntekijöiden painon, vyötärön ympäröityksen, verenpaineen sekä muun muassa liikuntatottumusten, alkoholin käytön, tupakoinnin, kolesteroliarvojen ja veren sokeriarvojen muutoksista seurantajakson aikana. Jatkotutkimushaasteena olisi mielenkiintoista nähdä, ovatko näiden osa-alueiden muutokset tilastollisesti merkitseviä ja mitkä tekijät vaikuttavat muutokseen. Olisi myös mielenkiintoista nähdä, muuttuisiko esimerkiksi painon ja vyötärön ympärysmittojen kehittyminen positiiviseen suuntaan, jos terveystarkastusten sisältöä yhdenmukaistetaan ja tehostetaan ja jos henkilöstölle tarjotaan mahdollisuutta systemaattiseen ryhmä- tai yksilömuotoista seurantaan.

Lähteet

- Absetz P. 2007. *Korkean riskin potilaan tukeminen elintapamuutoksessa.* Kansanterveyslaitos.
http://www.conmedic.fi/verkokokous/absetz_laatuverkokokous_hand_ut_8.6_2007.pdf
- Astrup A. 2003. *Dietary fat and obesity: still an important issue.* Scandinavian journal of Nutrition 47:50-57
- Aucott L, Rothnie H, McIntyre L, Thapa M, Waweru C, Gray D. 2009. *Long-Term Weight Loss From Lifestyle Intervention Benefits Blood Pressure ? A systematic Review.* Hypertension 54: 756-762
- Bo S, Ciccone G, Baldi C, Benini L, Dusio F, Forastiere G, Lucia C, Nuti C, Durazzo M, Cassader M, Gentile L, Pagano G. 2007. *Effectiveness of a Lifestyle Intervention on Metabolic Syndrome. A Randomized Controlled Trial.* J Gen. Intern Med. 22: 1695-1703
- Donnelly JE, Blair SN, Jakicic JM, Manore MM, Rankin JW, Smith BK. 2009. *Appropriate Physical Activity Intervention Strategies for Weight Loss and Prevention of weight Regain for Adults.* Official Journal of the American College of Sports Medicine 10: 459-471
- Eriksson K, Isola A, Kyngäs H, Leino-Kilpi H, Lindström UÅ, Paavilainen E, Pietilä A, Salanterä S, Vehviläinen-Julkunen K & Åstedt-Kurki P. 2007. *Hoitotiede.* WSOY. Helsinki. 30
- Fontana L. 2009. *The scientific basis of caloric restriction leading to longer life.* Gastroenterology 25: 144-150
- Forman EM, Butryn ML, Hoffman KL, Herbert JD. 2009. *An Open Trial of an Acceptance-Based behavioral Intervention for Weight Loss.* Cognitive and Behavioral Practice 16: 223-235
- Harden A, Peersman G, Oliver S, Mauthner M, Oakley A. 1999. *A systematic review of the effectiveness of health promotion interventions in the workplace.* Occupational Medicine, 49: 540-548
- Heikkilä T. 2008. *Tilastollinen tutkimus.* Edita. Helsinki
- Hietava H. 2010. *Pitkään terveenä Sastamalassa. Loppuraportti 1.9. 2007-31.10.2010.* Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
http://www.stakes.fi/ptt/pdf/ptt_sastamala_loppuraportti.pdf
- Hirsjärvi S, Remes P & Sajavaara P. 2005. *Tutki ja kirjoita.* Helsinki. Tammi.

- Holloway I & Wheeler S. 2002. *Qualitative Research in Nursing*. 2:nd Edition
Blackwell Publishing Company
- Hätinen M & Kinnunen U. 2001. *Työstressi ja uupumus interventtioiden näkökulmasta: katsaus viimeaikaisiin interventiotutkimuksiin*. Työ ja ihminen 1: 1-15
- Ilanne-Parikka P, Eriksson JG, Lindström J, Peltonen M, Aunola S, Hämäläinen H, Keinänen-Kiukaanniemi S, Laakso M, Valle TT, Lahtela J, Uusitupa M, Tuomilehto J. 2008. *Effect of Lifestyle Intervention on the Occurrence of Metabolic Syndrome and its Components in the Finnish Diabetes Prevention Study*. Diabetes Care 31:805-807
- Jakicic JM & Otto A. 2006. *Treatment and Prevention of Obesity: What is the Role of Exercise?* Nutrition Reviews 64:57-61
- Korkiakangas E, Luoma P, Alahuhta M, Taanila A, Laitinen J. 2009. *Nvivo apuvälineenä aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä*. Hoitotiede 3: 216-226
- Koskenvuo M & Mattila K. 2003 *Terveyden edistämisen ja sairauksien ehkäisy periaatteet*. Teoksessa, Koskenvuo K & Vertio H (toim.) 2003. *Sairauksien ehkäisy*. Helsinki. Duodecim.
- Koskinen- Ollonqvist P, Pelto-Huikko A, Rouvinen-Wilenius P. (toim.) 2005. *Näkökulmia vaikuttavuuteen: vaikuttavuuden arvioinnin mahdollisuudet terveyden edistämässä*. Terveyden edistämisen keskus. Julkaiuja No 4. Helsinki.
- Kumanyika SK, Obarzanek E, Stettler N, Bell R, Field AE, Fortmann SP, Franklin BA, Gillman MW, Lewis CE, Poston WC, Stevens J, Hong Y. 2008. *Population- Based Prevention of Obesity. The Need for Comprehensive Promotion of Healthful Eating, Physical Activity and Energy Balance. A Scientific Statement From American Heart Association Council on Epidemiology and Prevention, Interdisciplinary Committee for Prevention (Formerly yhe Expert Panel on Population and Prevention Science.)* Circulation 118:428-464
- Kurki M, Hemiö K, Lindström J, Jaakkola L. 2008. *Ryhmämuotoinen elintapaohjaus metabolisen oireyhtymän hoidossa*. Miina Sillanpään Säätiön julkaisuja A:7
- Kylmä J & Juvakka T. 2007. *Laadullinen terveystutkimus*. Edita Prima Oy. Helsinki.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi24010#s3>

luettu13.10.2010

<http://www.mv.helsinki.fi/home/palojoki/OPETUS/Syventava%20rav%20kasv/lihavuus,%20kaypa%20hoito,%20duodecim.pdf>, luettu 11.12.2010

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi04010>, luettu 1.1.2011

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi24010#s3>, luettu 2.1.2011

Leino-Kilpi H & Välimäki M. 2006. *Etiikka hoitotyössä*. WSOY. Helsinki. 284-296

Lemmens VEPP, Oenema A, Klepp KI, Henriksen HB, Brug J. 2008. *A Systematic review of the evidence regarding efficacy of obesity prevention interventions among adults. Journal compilation. international Association for the Study of Obesity. Obesity reviews* 9: 446-455

Lindström J. 2006. *Elintapaohjaus tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä-ruokavalion koostumuksen merkitys sekä suuririskisten henkilöiden tunnistaminen. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja A18: 42-65*

Marttila J. 2007. *Käyttäytyminen ei muutu käskystä. Diabetes ja lääkäri* 9:18-22

Mattila R. 2009. *Effectiveness of a multidisciplinary lifestyle intervention on hypertension, cardiovascular risk factors and musculoskeletal symptoms. Väitöskirja. Kuopion yliopisto.*

McTigue KM, Harris R, Hemphill B, Lux L, Sutton S, Bunton AJ, Lohr KN. 2003. *Screening and Interventions for Obesity in Adults: Summary of the Evidence for the U.S. Preventive Services Task Force. Annals of Internal Medicine* 139, 933-945

Multanen K. 2007. *Ryhmä kannustaa kilojen karistamisessa. Onnistumisen kokemuksia PPP-painonhallintaryhmässä. Diabetes ja Lääkäri syyskuu: 27-30*

Mustajoki P. 2004. *Mitä tiedämme terveyden edistämisen interventioiden vaikuttavuudesta? Kunnallislääkäri* 4B, 19: 19-21

Mustajoki P. 2007. *Lihavuuden ehkäisy työpaikoilla. Työterveyslääkäri* 25, 58-60

Nybo L, Sundstrup E, Jakobsen MD, Mohr M, Hornstrup T, Simonsen L, Bülow J, Randers MB, Nielsen JJ, Aagaard P, Krstrup P. 2010. *High-Intensity training versus Traditional Exercise Interventions for Promoting Health. Medicine & Science in Sports & Exercise* 10: 1951-1958

Patja K & Absetz P. 2007. *Miten saisin tämänkin muuttumaan? Interventiomenetelmien kehittäminen osana strategista osaamista. Kansanterveys* 7, 4

- Patja K, Absetz P, Kuronen R, Lillrank P. 2009. *Miten kroonisten tautien ennaltaehkäisy saadaan kuntoon?* Suomen lääkärilehti 14, 1351-1356
- Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K. 1997. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY. Juva
- Pelkonen M & Kolimaa M. 2009. *Terveysneuvonta- periaatteet ja sisältö*. [http://www.poliisi.fi/lh/etela/bulletin.nsf/files/AC359EB1C5474163C22576380035F25B/\\$file/Terveysneuvonta_Pelkonen_Kolimaa.pdf](http://www.poliisi.fi/lh/etela/bulletin.nsf/files/AC359EB1C5474163C22576380035F25B/$file/Terveysneuvonta_Pelkonen_Kolimaa.pdf), luettu 7.1.2011.
- Peltonen M, Korpi-Hyövälti E, Oksa H, Puolijoki H, Saltevo J, Vanhala M, Saaristo T, Saarikoski L, Sundvall J & Tuomilehto J. 2006. *Lihavuuden, diabeteksen ja muiden glukoosiaineenvaihdunnan häiriöiden esiintyvyys suomalaisessa aikuisväestössä Dehkon 2D-hanke (D2)*. Suomen lääkärilehti 3: 163-170
- Pirinen L. 2007. *Työterveyshoitajien terveysneuvonta ja sen kehittyminen-esimerkinä painonhallinta*. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.
- Puska P, Peltonen M, Reunanen A. 2008. *Kakkostyyppin diabetes-ajankohtainen kansanterveysuhkamme*. Yleislääkärilehti 11, 3
- Rautava P, Salanterä S, Helenius H, Tofferi H. 2009. *Vaikuttavuuden mittaaminen ja palvelujärjestelmätutkimus*. Turun kliininen tutkimuskeskus. http://www.turkucrc.fi/files/163/vaikuttavuus_20090810.pdf. Luettu 17.11.2010.
- Saquib N, Rock CL, Natarajan L, Flatt SW, Newman VA, Thomson CA, Caan BJ, Pierce JP. 2009. *Health education & Behavior. Does a Healthy Diet Help Weight Management Among Overweight and Obese people?* Health Education & Behavior 36: 518-531
- Savolainen M. 2007. *Uutta toivoa lihavuuden hoitoon*. Suomen Lääkärilehti 6:503
- Seo DC & Sa J. 2007. *A meta-analysis of psycho-beavioral obesity interventions among US multiethnic minority adults*. Preventive Medicine 47: 573-582
- Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja. 2008. *Terveystiedon edistämisen mahdollisuudet, vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus*
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001. *Valtioneuvoston periaatepäätös Terveystiedon 2015-kansanterveysohjelmasta*. Sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki

Tuomilehto J, Lindström J, Eriksson JG ym. 2001. *Prevention of type 2 diabetes mellitus by changes in lifestyle among subjects with impaired glucose tolerance*. N Engl J M 344: 1343-1350

Tuominen P, Savola E, Koskinen-Ollonqvist P. 2005. *Terveysten edistämisen avainsisällöt kansalaisjärjestöjen terveyden edistämisen koulutuksen tukemiseen*.
<http://www.tekry.fi/timage.php?i=100290&f=1&name=Avainsis%20E4ll%20F6t.pdf>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2002. *Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsittelyminen*. Edita Prima Oy. Helsinki

Uitti J, Sauni R, Leino T. 2007. *Työterveyshuollon vaikuttavuus asiakkaiden näkökulmasta*. Duodecim 123:723-30

Valle TT, Lindström J, Eriksson JG, Uusitupa M, Tuomilehto J. 2001. *Tyypin 2 diabetes on ehkäistävissä elämäntapamuutoksilla*. Duodecim 117(15):1517-18

Vertio H. 2003. *Terveysneuvonnan periaatteet*. Teoksessa, Koskenvuo K & Vertio H. 2003. (toim.) *Sairauksien ehkäisy*. Helsinki. Duodecim

Viitasalo K, Lindström J, Hemiö K, Puttonen S, Koho A, Härmä M, Peltonen M. 2010. *Työterveyshuolto tunnistaa diabetesriskin*. Suomen Lääkärilehti 1-2, 33-42

Volek JS, VanHeest JL, Forsythe CE. 2005. *Diet and Exercise for Weight Loss. A review of Current issues*. Sports Med 35: 1-9

LIITTEET

1. Saatekirje haastateltaville
2. Teemahaastattelun runko
3. Taulukko 13. Esimerkki aineiston ryhmittelystä.

Saatekirje haastateltaville

Hyvä haastattelututkimukseen osallistuja,

Opiskelen Tampereen yliopistossa hoitotiedettä. Teen Pro gradu tutkimusta, joka liittyy yhtiömme terveystarkastusten yhteydessä toteutettuun laajaan tyypin 2 diabeteksen ehkäisy tutkimukseen. (Viitasalo K). Tutkimukseni tarkoitus on kuvata T2D- ehkäisy tutkimukseen osallistuneiden, pienen diabetesriskin (< 10 riskipistettä diabetesriskipistekyselyssä) henkilöiden mittaustuloksia ja niiden muutoksia tutkimuksen ensimmäisen ja toisen vaiheen välillä. Tutkimuksen tarkoituksena on myös kuvata, millaisia kokemuksia henkilöillä on saadusta elintapaohjauksesta.

Tutkimuksen tavoite on saada tietoa terveydenhoitajan ja lääkärin antamasta elintapaohjauksesta, sen mahdollisesta vaikutuksesta henkilöiden elintapoihin. Tutkimustuloksia voidaan hyödyntää esimerkiksi lentoyhtiön terveystarkastusten yhteydessä annetun elintapaohjauskäytännön kehittämiseen.

Haastattelen 15:sta pienen riskin henkilöä. Tutkimushenkilöt on valittu satunnaistamalla pienen riskin kokonaisotoksesta.

Haastatteluun tulisi varata noin 45 minuuttia aikaa. Haastattelu toteutetaan työaikana Terveyspalveluissa. Mikäli Teillä on tutkimukseen liittyviä kysymyksiä, voitte ottaa milloin tahansa yhteyttä allekirjoittaneeseen.

Kaikki vastaukset käsitellään luottamuksellisesti siten, että haastateltavat eivät ole tunnistettavissa. Tutkimus valmistuu keväällä 2011.

Ystävällisin terveisin,

Terhi Räisänen TtK

Puh. xxx xxxx xxx

sähköpostiosoite

Eija Paavilainen

Professori, TtT

Hoitotieteen laitos

33014 Tampereen yliopisto

eija.paavilainen@uta.fi

Anja Rantanen

TtT, vs. lehtori

Hoitotieteen laitos

33014 Tampereen yliopisto

anja.rantanen@uta.fi

Teemahaastattelun runko

Taustatiedot:

- Tehtävä
 - kuinka pitkään toiminut nykyisessä työssä
 - työaikamuoto
 - ikä
 - milloin ollut terveystarkastuksessa, tekikö tarkastuksen työterveyslääkäri vai työterveyshoitaja

Haastattelurunko:

- Oliko tarvetta elintapamuutoksiin?
- Saiko ohjausta?
- Millainen yleiskuva ohjauksesta jäi?
- Onko tehnyt elintapamuutoksia?
 - mitä?
 - oliko ohjauksella vaikutusta elintapamuutosten tekemiseen? miten?
- Jos ei ole tehnyt elintapamuutoksia, mikä vaikuttanut tähän?
- Mitä olisi toivonut elintapaohjaukselta?
 - olisiko pitänyt painottaa joitakin asioita enemmän?
 - mistä olisi toivonut keskusteltavan?
 - jäikö jokin asia epäselväksi
 - oliko jotain, jonka olisi toivonut toteutuneen toisin elintapapohjauksessa? /kehittämisehdotuksia?

Taulukko 13. Yläkategoria asiakkaan tarpeiden huomioiminen tai huomioimatta jättäminen

