

**METABOLISEN OIREYHTYMÄN  
ELINTAPANEUVONTA JYVÄSKYLÄN  
PERUSTERVEYDENHUOLLON HOITAJIEN  
KUVAAMANA**

Heikka Hanna  
Koskenkorva Johanna  
Jyväskylän yliopisto  
Terveystieteiden laitos  
Terveyskasvatus  
Pro gradu -tutkielma  
Kesäkuu 2004

## TIIVISTELMÄ

Heikka, Hanna  
Koskenkorva, Johanna

### **Metabolisen oireyhtymän elintapaneuvonta Jyväskylän perusterveydenhuollon hoitajien kuvaamana**

Jyväskylän yliopisto  
Terveystieteiden laitos  
Terveyskasvatus  
Pro gradu –tutkielma, 81 sivua, 6 liitettä  
Kesäkuu 2004

---

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, millaista oli hoitajien kuvaama MBO-asiakkaan elintapaneuvonta. Lisäksi tutkimus selvitti hoitajien kuvaamat kirjaamiskäytännöt sekä hoitajien näkemykset MBO-kriteeristöstä ja –koulutuksista.

Tutkimus oli osa Jyväskylän perusterveydenhuollon MBO:n ehkäisy- ja hoito-ohjelman arviointia. Tutkimusjoukkona olivat avoterveydenhuollon terveysasemilla ja työterveyshuollossa työskentelevät sairaan- ja terveydenhoitajat (N=36). Tutkimusjoukkoon eivät kuuluneet päätyönään neuvola- ja päivystystyötä tekevät hoitajat. Tutkimusaineisto kerättiin keväällä 2003 puolistrukturoidulla kyselylomakkeella (n=21) ja teemahaastatteluilla (n=8). Kyselyaineisto analysoitiin tilasto-ohjelmalla ja sen tuloksia täydennettiin haastatteluaineistolla. Haastatteluaineisto ja kyselyn avoimet kysymykset analysoitiin sisällön analyysillä.

Tutkimuksen mukaan hoitajien kuvaamat elintapaneuvonnan sisällöt olivat pääosin lääketieteellisten mittausarvojen käsittelemistä. Elintapaneuvonnan menetelmiä he ilmoittivat käyttävänsä monipuolisesti, lukuun ottamatta ryhmäneuvontaa tai ohjausta muuhun neuvontaan. Hoitajat kuvasivat totettavansa työssään muutosvaihemallin eri vaiheiden tavoitteita laajasti ja asiakaslähtöisesti. Toiminta- ja ylläpitovaiheessa hoitajat ilmaisivat käyttävänsä eniten erilaisia motivoivan keskustelun menetelmiä, joista yleisimmin avoimia kysymyksiä. Kuitenkin muissa vaiheissa he ilmoittivat käyttävänsä motivoivan keskustelun menetelmiä yksipuolisesti. Tutkimuksessa hoitajat kuvasivat kirjaavansa asiakkaan elintapaneuvonnan sisältöjä monipuolisesti, lukuun ottamatta vatsakkuutta, stressiä, ihmissuhteita ja elämäntilannetta. Neuvontaprosessin sisällöistä he ilmaisivat kirjaavansa eniten neuvonnan aihetta ja sisältöä.

Tutkimuksessa hoitajat kuvasivat käyttävänsä MBO-kriteeristöä paljon asiakkaiden neuvonnassa. Kriteeristö oli hoitajien mukaan selkeyttänyt hoitajien ja lääkärin välistä työnjakoa jonkin verran. Kriteeristön osa-alueista he ilmaisivat eniten olevan kehitettävää toimenpiderajoissa sekä seurannassa ja tavoitteissa. Hoitajat ilmoittivat MBO-koulutukset tarpeellisiksi, koska koulutus oli lisännyt heidän motivaatiotaan neuvontatyöhön. Kuitenkin, hoitajien mukaan oli vaikea arvioida yksityiskohtaisesti MBO-koulutusten vaikutuksia työtapoihin, koska he olivat osallistuneet myös muihin koulutuksiin.

Tutkimustulokset auttavat arvioimaan Jyväskylän perusterveydenhuollon MBO:n ehkäisy- ja hoito-ohjelman toteutumista. Lisäksi tulokset luovat edellytyksiä MBO-asiakkaan elintapaneuvonnan ja MBO-kriteeristön kehittämiseksi sekä hoitajien täydennyskoulutuksen suunnittelulle.

## ABSTRACT

Heikka Hanna

Koskenkorva Johanna

### **Health counselling in Jyväskylä's basic health care for patients with metabolic syndrome as described by nurses**

University of Jyväskylä

Department of Health Sciences

Master's thesis, 81 pages, 6 appendices

June 2004

---

The purpose of this study was to examine the health counselling, given by nurses, to patients with metabolic syndrome. In addition the study revealed nurses' documentation methods and general opinions on metabolic syndrome criteria, also their education on the matter.

The research was part of Jyväskylä's basic health care "metabolic syndrome prevention and care programs" evaluation. Nurses that worked in health centres and occupational health centres formed the main study group (N=36). Nurses involved mainly in maternity centres and first aid, were excluded.

The data for the study was collected during the spring of 2003 via a half-structured questionnaire form (n=21) and themed interview (n=8). The data collected from the questionnaire study was analyzed by statistic program and the results were attached with the themed interviews. Open-ended questions and interviews were then analyzed, using content analysis.

According to this study, nurses told that the medical measurements they took formed the main part of their health counselling. Nurses described that they use methods of health counselling broadly, except for group counselling or guidance for specific counselling. They expressed the aims within stage model of behaviour change and its different stages both broadly and based on clients. On an action- and maintenance stage the nurses described to use predominantly open-ended questions. They expressed on the other hand, using only certain motivational interview methods. On the other stages, nurses described that they only use motivational interview methods. In this study nurses informed that they document the main points of health counselling, except abdominal obesity, stress levels, relationships and general live situation. In a counselling process they described to document mainly the purpose and the content of the counselling.

In a study nurses were using a lot of metabolic syndrome criteria for guidance. The criteria has helped to clarify the job description between nurses and doctors slightly. They described that the parts of the criteria needing the most development were patterns as follow-ups and goals to be achieved. The nurses saw metabolic syndrome education as necessary, they also saw it as raising their motivation for health counselling. However, according to the nurses, it was hard to estimate the effects education on metabolic syndrome was having on their working patterns specifically, as they also attended further education.

The study results help to evaluate and bring out metabolic syndrome prevention within the healthcare program of Jyväskylä city's basic health care system. In addition the results help in forming specifics with regards to in health counselling of a patient with metabolic syndrome and for developing metabolic syndrome criteria, also planning the further education of nurses.

## SISÄLLYS

<b>1 JOHDANTO .....</b>	<b>6</b>
<b>2 METABOLINEN OIREYHTYMÄ JA ELINTAPAMUUTOS .....</b>	<b>8</b>
<b>3 TERVEYSNEUVONTA MBO:N ELINTAPAMUUTOKSEN TUKENA.....</b>	<b>10</b>
<b>3.1 Muutosvaihemalli .....</b>	<b>12</b>
3.1.1 Muutosvaiheet .....	12
3.1.2 Muutosprosessit .....	14
<b>3.2 Motivoiva keskustelu.....</b>	<b>17</b>
3.2.1 Motivoivan keskustelun tarkoitus ja periaatteet .....	17
3.2.2 Motivoivan keskustelun vaiheet ja menetelmät .....	18
<b>4 TÄYDENNYSKOULUTUS ELINTAPANEUVONNAN TUKENA .....</b>	<b>21</b>
<b>5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....</b>	<b>26</b>
<b>6 TUTKIMUSAINIESTO JA –AINEISTON ANALYYSI.....</b>	<b>27</b>
<b>6.1 Tutkimusaineisto .....</b>	<b>27</b>
<b>6.2 Tutkimusaineiston analyysi .....</b>	<b>28</b>
<b>7 TULOKSET .....</b>	<b>31</b>
<b>7.1 Hoitajien osallistuminen MBO-koulutuksiin ja arviot kohtaamiensa MBO-asiakkaiden määrästä.....</b>	<b>31</b>
<b>7.2 Hoitajien kuvaamat MBO-asiakkaan elintapaneuvonnan sisällöt .....</b>	<b>32</b>
<b>7.3 Hoitajien kuvaamat MBO-asiakkaan elintapaneuvonnan menetelmät .....</b>	<b>34</b>
<b>7.4 Hoitajien kuvaamat MBO-asiakkaan elintapaneuvonnan tavoitteet ja motivoivan keskustelun menetelmät muutosvaihemallin eri vaiheissa .....</b>	<b>38</b>
7.4.1 Esiharkintavaiheen tavoitteet ja menetelmät .....	38
7.4.2 Harkintavaiheen tavoitteet ja menetelmät .....	41
7.4.3 Päätöksentekovaiheen tavoitteet ja menetelmät .....	44
7.4.4 Toiminta- ja ylläpitovaiheen tavoitteet sekä menetelmät .....	46
7.4.5 Repsahduksen tavoitteet ja menetelmät.....	48
<b>7.5 Hoitajien kuvaamat kirjaamiskäytännöt MBO-asiakkaan elintapaneuvonnassa .</b>	<b>50</b>
<b>7.6 Hoitajien kuvaama MBO-kriteeristön käyttö.....</b>	<b>51</b>
7.6.1 Kriteeristön merkitykset ja käyttötarkoitukset .....	52
7.6.2 Kriteeristön kehittämistarpeet.....	54
<b>7.7 Hoitajien näkemykset MBO-koulutuksista.....</b>	<b>56</b>
7.7.1 Koulutusten vaikutukset elintapaneuvonnan sisältöihin.....	57
7.7.2 Koulutusten vaikutukset elintapaneuvonnan menetelmiin .....	58

<b>8 JOHTOPÄÄTÖKSET TUTKIMUSTULOKSISTA.....</b>	<b>61</b>
<b>8.1 Yhteenveto keskeisistä tuloksista .....</b>	<b>61</b>
8.1.1 Hoitajien kuvaamat MBO-asiakkaan elintapaneuvonnan sisällöt ja menetelmät ...	61
8.1.2 Hoitajien kuvaamat MBO-asiakkaan elintapaneuvonnan tavoitteet ja motivoivan keskustelun menetelmät muutosvaihemallin eri vaiheissa .....	63
8.1.3 Hoitajien kuvaamat kirjaamiskäytännöt MBO-asiakkaan elintapaneuvonnassa.....	64
8.1.4 Hoitajien kuvaama MBO-kriteeristön käyttö .....	64
8.1.5 Hoitajien näkemykset MBO-koulutuksista .....	66
<b>8.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys .....</b>	<b>66</b>
<b>8.3 Johtopäätökset ja kehittämisideat .....</b>	<b>70</b>
<b>LÄHTEET .....</b>	<b>72</b>
<b>LIITTEET</b>	

## 1 JOHDANTO

WHO:n (2002, 4, 7-11) mukaan maailman tämän hetken merkittävimpiä terveysriskejä ovat muun muassa lihavuus, veren korkea kolesteroli ja korkea verenpaine. Nämä terveysriskit liittyvät metaboliseen oireyhtymään (MBO), joka on useiden eri terveysriskien kasauma (Eriksson ja Koivisto 1994). MBO:ssä elimistön insuliinin teho on huonontunut ja näin elimistön aineenvaihdunta on häiriintynyt (Vanhala 1996, 13, Uusitupa 2001). MBO lisää riskiä sairastua muun muassa sydän- ja verisuonisairauksiin sekä tyypin 2 diabetekseen (Uusitupa 1998, 22, Etu-Seppälä ym. 2003, 41, Bonora ym. 2004). Vuonna 2000 Suomessa oli 200 000 tyypin 2 diabeetikkoa ja tämän määrän on arvioitu lisääntyvän 70 %:lla vuoteen 2010 mennessä (Etu-Seppälä ym. 2003, 7).

Metabolista oireyhtymää aiheuttavat ihmisten elintavat, kuten liiallinen syöminen ja vähäinen liikkuminen (Mustajoki 2000, Lakka ym. 2003). Vuonna 1996 oli Suomessa keski-ikäisistä naisista 8 %:lla ja miehistä 17 %:lla MBO. Nykyään MBO on yhä useammalla suomalaisella ja se yleistyy tulevaisuudessa epäterveellisten elintapojen vuoksi. (Vanhala 1996, 13, 97.)

Elintapamuutoksilla voidaan ehkäistä ja hoitaa MBO:ä (Lakka ym. 2003) sekä sen liitännäissairauksia, kuten tyypin 2 diabetesta (Diabetes Prevention Program Research Group 2002) sekä sydän- ja verisuonisairauksia (Galobardes ym. 2003). Elintapaneuvonnalla pystytään ohjaamaan ihmisiä elintapamuutoksiin ja parantamaan heidän terveyttään. Tutkimuksen mukaan tehostetulla ruokavalio- ja liikuntaohjauksella tyypin 2 diabeteksen ilmaantuvuus vähentyi 58 % kolmen vuoden seuranta-aikana (Tuomilehto ym. 2001). Myös muissa tutkimuksissa (Niinikoski 1997, 103, Räsänen 2002, 95-96) on havaittu neuvonnan vaikuttavan edullisesti terveyteen. Neuvonnassa asiakkaan kanssa keskustellaan vaihtoehtoista tehdä elintapamuutos. Kuitenkin muistetaan, että asiakas tekee itsenäisesti ratkaisun mahdollisen elintapamuutoksen aloittamisesta. (STAKES 2001, 22.)

Elintapamuutoksilla pystytään myös vaikuttamaan edullisesti kansantalouteen, sillä esimerkiksi Suomessa lähes 11 % terveydenhuollon kokonaiskustannuksista käytetään tyypin 2 diabeteksen hoitoon (vrt. Etu-Seppälä 2000). Kuitenkaan terveydenhuollossa ei ole riittävästi valmiuksia elintapaneuvonnan toteuttamiseksi, joten henkilöstölle on järjestettävä täydennyskoulutusta neuvonnan kehittämiseksi (vrt. Uusitupa 2001, Etu-Seppälä ym. 2003,

16-19). Näin on toimittu muun muassa Jyväskylän MBO:n ehkäisy- ja hoito-ohjelmaa toteutettaessa (Liite 1).

Tämä tutkimus perustuu perusterveydenhuollon tarpeisiin. Tutkimus on osa Jyväskylän perusterveydenhuollon MBO:n ehkäisy- ja hoito-ohjelman arviointia. Ohjelman tarkoituksena on tehostaa MBO-riskiryhmään kuuluvien asiakkaiden hoitoa ja neuvontaa, muodostamalla hoidon porrastuksen malli perusterveydenhuoltoon. Perustana ohjelmalle on valtakunnallinen Toimenpideohjelma sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi sekä Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma (DEHKO). Ohjelmaa on suunnitellut moniammatillinen työryhmä. Osana ohjelmaa on kehitetty ”MBO:n ehkäisy, toimenpiderajat ja seuranta” –kriteeristö (MBO-kriteeristö), joka on ollut käytössä vuodesta 2001 lähtien (Liite 2). Lisäksi hoitohenkilöstöä on koulutettu (MBO-koulutukset) aiheesta vuosina 2001-2003 (Liite 3).

Tutkimusjoukkona olivat Jyväskylän avoterveydenhuollon terveysasemilla ja työterveyshuollossa työskentelevät sairaan- ja terveydenhoitajat. Tutkimusjoukon ulkopuolelle rajattiin päätyönään neuvola- ja päivystystyötä tekevät hoitajat. Tutkittavat valittiin MBO-asiakkaita kohtaavista hoitajista perusterveydenhuollon tarpeet huomioiden. Tutkimusaineisto muodostui hoitajien vastauksista puolistrukturoituun kyselylomakkeeseen ja teemahaastatteluihin. Aineisto analysoitiin tilasto-ohjelmalla ja sisällön analyysillä.

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää hoitajien kuvaamat MBO-asiakkaan elintapaneuvonnan sisällöt ja menetelmät sekä elintapaneuvonnan tavoitteet ja motivoivan keskustelun menetelmät muutosvaihemallin eri vaiheissa. Lisäksi tutkimuksessa selvitetään hoitajien näkemyksiä heidän kirjaamiskäytännöistään ja MBO-kriteeristön käytöstään, kriteeristön merkityksestä hoitajien ja lääkärin välisessä yhteistyössä sekä kriteeristön kehittämistarpeista. Tutkitaan myös hoitajien näkemyksiä MBO-koulutuksista sekä koulutusten merkittävyyksistä elintapaneuvonnan sisältöihin ja menetelmiin. Tutkimuksessa ei käsitellä MBO-koulutusten sisältöjä eikä vaikuttavuutta. Sisältöjen ja vaikuttavuuden tutkiminen olisi edellyttänyt tutkijoilta aikaisempaa tietoa koulutusten sisällöistä, koulutusmenetelmistä ja tavoitteista sekä tutkittavien hoitajien neuvontamenetelmistä ennen MBO-koulutusten aloittamista (vrt. STAKES 2001, 6). Näitä tietoja ei ollut tutkijoiden saatavilla. Tämän tutkimuksen teoriaosassa keskitytään tarkastelemaan muutosvaihemallia ja motivoivan keskusteluun menetelmiä, koska näistä neuvontamenetelmistä luennoitiin koulutuksessa.

## 2 METABOLINEN OIREYHTYMÄ JA ELINTAPAMUUTOS

Insuliiniresistenssiin liittyvät elimistön poikkeavuudet on koottu yhteen 1980-luvun lopussa ja on ruvettu puhumaan metabolisesta oireyhtymästä (MBO) (Uusitupa 1998, 22). MBO:ssä elimistöön on kehittynyt insuliiniresistenssi ja elimistön aineenvaihdunta on häiriintynyt (Vanhala 1996, 13). Insuliiniresistenssissä elimistön eri kudosten, kuten lihas- ja rasvakudoksen, sekä maksan vaste insuliinille on heikentynyt (Eriksson 2003). Insuliiniresistenssin ja MBO:n riskitekijöitä ovat muun muassa lihavuus, vatsakkuus, kohonnut verenpaine, suurentunut veren triglyseridipitoisuus ja pienentynyt HDL-kolesterolipitoisuus. (Vanhala 1996, 13, Uusitupa 1998, 22-23, Kukkonen-Harjula ja Rauramaa 1999, 251, Arola ja Viikari 2000, 61, Uusitupa 2001.) MBO on kyseessä, jos ihmisellä on useita edellä mainittuja riskitekijöitä (Eriksson ja Koivisto 1994). Kuitenkaan, MBO:n kehittyminen ei edellytä kaikkien riskitekijöiden kasautumista samalle ihmiselle (Eriksson ym. 1997, Uusitupa 1998, 22-23), esimerkiksi kaikilla lihavilla ihmisillä ei ole MBO:ä (Sims 2001).

MBO määritellään eri tavoin riippuen, miten eri riskitekijöitä on huomioitu (Eriksson ym. 1997). Jyväskylän perusterveydenhuollossa riskitekijöiksi on määritetty lihavuus, vatsakkuus, kohonnut verenpaine, sukurasite, poikkeavat veren lipidi- eli rasva-pitoisuudet sekä kohonnut verensokeripitoisuus (Liite 2). MBO:ä on epäiltävä, jos asiakkaalla on yksi ensimmäisestä neljästä riskitekijästä ja lisäksi lipidi- tai verensokeririskitekijä. Tämän määritelmän mukaan on myös huomioitava muut asiakkaan sydän- ja verisuonisairauksiin vaikuttavat tekijät, kuten liikunta, stressi, ruokavalio, nautintoaineet ja sosiaalinen tuki.

MBO:n esiintyvyys vaihtelee riippuen, miten se määritellään (Eriksson ym. 1997, Uusitupa 2001) ja millaista väestöryhmää tarkastellaan (Eriksson ym. 1997). Vanhalan (1996, 13, 97) mukaan vuonna 1996 Suomessa oli keski-ikäisistä naisista 8 %:lla ja miehistä 17 %:lla MBO. Nykyään yhä useammalla suomalaisella on MBO ja se yleistyy tulevaisuudessa epäterveellisten elintapojen vuoksi. MBO:n ja tyypin 2 diabeteksen seulontaan on kehitetty testi, joka sisältää kahdeksan pisteytettyä kysymystä. Yhteenlasketut pisteet kertovat, kuinka todennäköistä on sairastua tyypin 2 diabetekseen seuraavan kymmenen vuoden aikana. Riskitesti on tarkoitettu käytettäväksi etenkin työterveys- ja perusterveydenhuollossa. (Etu-Seppälä ym. 2003, 42)



MBO liitetään usein länsimaiseen elämäntyyliin (Uusitupa 1998, 22-23, Arola ja Viikari 2000, 61, Uusitupa 2001, WHO 2002, 7-11, Galobardes ym. 2003). Sen perimmäiset syyt ovat elintavoissa, kuten liiallisessa syömisessä ja fyysisessä passiivisuudessa (Eriksson ja Koivisto 1994, Forssen ym. 1996, Mustajoki 2000, Lakka ym. 2003). Sekä amerikkalaisen (Chan ym. 1994) että englantilaisen (Wannamethee ja Shaper 1999) tutkimuksen mukaan painon nousu aikuisiässä ja suuri vyötärön ympärys ovat ennusteita tyyppin 2 diabetekselle, joten runsaasti kovaa rasvaa tai vähän kuitua sisältävä ruokavalio altistaa myös MBO:lle (Forsen ym. 1996, Uusitupa 2001). Lisäksi englantilaisen (Hales ym. 1991) tutkimuksen mukaan sikiökauden ja varhaislapsuuden häiriintynyt kasvu ovat yksi MBO:n riskitekijä, joten myös raskauden aikainen ravitsemushäiriö ja pieni syntymäpaino voivat johtaa MBO:n kehittymiselle keski-iällä (Uusitupa 2001). Myös geneettiset tekijät aiheuttavat todennäköisesti insuliiniresistenssiä (Eriksson ja Koivisto 1994, Uusitupa 1998, 22-23). MBO:n riskitekijät lisäävät taas mahdollisuutta sairastua tyyppin 2 diabetekseen (Uusitupa 1998, 22, Isomaa ym. 2001, Etu-Seppälä ym. 2003, 41, Lorenzo ym. 2003, Bonora ym. 2004) sekä sydän- ja verisuonisairauksiin (Uusitupa 1998, 22, Isomaa ym. 2001, Etu-Seppälä ym. 2003, 41, Itoh 2003, Bonora ym. 2004).

Jo pienillä elintapamuutoksilla pystytään vaikuttamaan yksilön terveyteen ja sairastumiseen (vrt. Lappalainen 1994, Tuomilehto ym. 2001, Etu-Seppälä ym. 2003, 75-76, Hill ym. 2003). Esimerkiksi terveelliset elintavat ja tehokas lääkehoito pienentävät puoleen tyyppin 2 diabeetikkojen riskin sairastua esimerkiksi sydän- ja verisuonisairauksiin (Pedersen ja Gaede 2003). Elintapamuutoksilla voidaan myös vähentää sairastumisriskiä MBO:än (Uusitupa 1998, 22-24, Carrol ym. 2000, Rosenfalck ym. 2002, Kaukua 2003, Lakka ym. 2003) ja sen liitännäissairauksiin, kuten sydän- ja verisuonisairauksiin (Uusitupa 1998, 22-24, Shepherd 2002, Hu ja Willet 2002, Appel ym. 2003, Galobardes ym. 2003) sekä tyyppin 2 diabetekseen (Eriksson ja Lindgärde 1991, Pan ym. 1997, Norris ym. 2001, Tuomilehto ym. 2001, Diabetes Prevention Program Research Group 2002). Kuitenkin sekä Eriksonin ja Lindgärden (1991) että Panin ym. (1997) tutkimuksissa käytettyjen menetelmien tieteellisyyttä on kritisoitu (Louheranta ja Uusitupa 2000, Tataranni ja Bogardius 2001), sillä kummassakaan tutkimuksessa koehenkilöitä ei satunnaistettu tutkimusryhmiin.

Terveellisiä elintapamuutoksia MBO:n ehkäisyssä ja hoidossa ovat muun muassa painon pudottaminen, elimistön rasvakudoksen määrän ja suolan käytön vähentäminen (Appel ym. 2003), tupakoimattomuus, riittävä liikkuminen (vrt. Galobardes ym. 2003, Cuff ym. 2003) ja

kohtuullinen alkoholin käyttö (Dukas ym. 2003). Terveelliset elintapamuutokset ovat perustana elintapaneuvonnalle. Elintapaneuvonnalla pyritään ravinnon kokonaisenergian ja rasvan määrän vähentämiseen, rasvan laadun muuttamiseen eläinrasvoista kasvirasvoihin ja öljyihin sekä ruokavalion kuitujen määrän lisäämiseen. Lisäksi elintapaneuvonnalla tavoitellaan arkiliikunnan lisäämistä esimerkiksi työmatkojen yhteydessä. (Etu-Seppälä ym. 2003, 20, 38.) Suositeltavaa on, että liikuntaa harrastetaan vähintään 30 minuuttia kolmena päivänä viikossa (Etu-Seppälä ym. 2003, 38, Eriksson 2003).

### **3 TERVEYSNEUVONTA MBO:N ELINTAPAMUUTOKSEN TUKENA**

Tässä tutkimuksessa elintapaneuvonta on terveysneuvontaa, jolla ohjataan asiakasta muuttamaan elintapojansa. Neuvonta on tällöin tavoitteellista, arvioivaa ja kannustavaa keskustelua (Lankinen ym. 2003). Elintapaneuvonta on keskeistä asiakkaan terveyden edistämisen kannalta (Vanhala 2003). Neuvonta on neuvojan ja asiakkaan välinen vuorovaikutusprosessi, jonka tarkoituksena on edistää asiakkaan terveyttä ja hyvinvointia (Ballou ym. 1992, 16). Neuvonnassa korostetaan asioiden kokonaisvaltaista ymmärtämistä, asiakkaan itseohjautuvuutta ja aktiivisuutta sekä reflektiivisyyttä ohjauksen perustana. Pääajatuksena on tunnistaa ja hyväksyä asiakkaiden erilaisuus, jolloin neuvonta voidaan mukauttaa jokaisen asiakkaan ominaisuuksia ja tarpeita vastaavaksi. (Liimatainen ym. 1996.)

Elintapaneuvonnassa terveysneuvoja kartoittaa asiakkaan elämäntilanteen sekä halukkuuden ja voimavarat muutoksen toteuttamiseksi. Asiakkaan omaan elämäntilanteeseen ja voimavaroihin perustuva ohjaus luo tiiviin ja avoimen yhteistyön edellytykset neuvontatilanteelle. Terveysneuvojalla on hyvin keskeinen merkitys elintapamuutosprosessissa, esimerkiksi muutoksen tarpeellisuuden osoittajana ja tukijana. (Etu-Seppälä ym. 2003, 73.) Pysyvä elintapamuutos on kuitenkin monitahoinen ja –tasoinen asia sekä vaatii aikaa (Heinonen 1998, 6).

MBO-asiakkaiden elintapaneuvonta edellyttää suunnitelmallisuutta, jota tukevat selkeät toiminta- ja hoito-ohjeet sekä kirjaamiskäytännöt (vrt. Harrison ym. 2002, Etu-Seppälä ym. 2003, 14, 48-50, Himanen ja Ilanne-Parikka 2003, 8). Jyväskylän perusterveydenhuollossa on kehitetty MBO-kriteeristö, jonka tarkoituksena on ohjata MBO-asiakkaiden kartoitusta, hoitoa ja neuvontaa (Liite 2). Kuitenkaan toiminta- ja hoito-ohjeet eivät itsessään muuta esimerkiksi

neuvontamenetelmiä, vaan jokaisen työyksikön on muokattava ohjeita toimintaansa sopiviksi (vrt. Ketola 2003). Lisäksi jokaisen hoitajan on oltava halukas kehittämään neuvontaansa.

Kirjaamalla toteutetaan neuvonnan jatkuvuuden, turvallisuuden ja luottamuksellisuuden periaatteita elintapaneuvonnassa. Asianmukainen kirjaaminen edistää myös luottamuksellisen hoitosuhteen syntymistä. Huolellisesti kirjatut tiedot välittävät tietoa asiakkaan terveydentilasta ja elintapaneuvonnan vaiheista myös silloin, kun asiakas siirtyy toiseen terveydenhuollon toimintayksikköön. (Aalto 1998, 34-35.) Kirjaamisessa on huomioitava neuvonnan sisältöjen lisäksi neuvontamenetelmät ja neuvonnassa saavutetut tulokset, jotta neuvontaprosessin arviointi on mahdollista (Kokkonen 1998, 79), esimerkiksi ruokavaliohoidon kirjaamista on tehostettava eri toimintayksiköissä (Lankinen ym. 2003). Kuitenkin, tällä hetkellä pääpaino on asiakkaan ongelmien kirjaamisessa (Kokkonen 1998, 79). Tavoitteena on, että kirjaamisesta laaditaan eri toimintayksiköissä tietyt kirjaamiskäytännöt, joissa on huomioitu myös lakisäädösten vaatimukset (Aalto 1998, 42). Nykyään elintapojen kirjaaminen on osa atk-pohjaista potilastietojärjestelmää (Etu-Seppälä ym. 2003, 14). Kuitenkin, potilastietojärjestelmissä on puutteita ja kirjaamisessa on käytetty apuna erillisiä paperilomakkeita. Potilastietojärjestelmät ovat puutteelliset, koska niissä ei ole huomioitu elintapaneuvonnan laaja-alaisuutta. (Winell 2002, 19.)

Terveysneuvontamalleja ja –menetelmiä on erilaisia, riippuen muun muassa neuvonnan tavoitteista ja odotettavissa olevista vaikutuksista sekä vuorovaikutuksen luonteesta (Ballou ym. 1992, 39). Neuvontatilanteiden tulkinta ja toteutus yhden ainoan mallin tai menetelmän pohjalta lienee nykyään harvinaista (vrt. Skinner ja Lawrence 2002). Esimerkiksi ryhmäohjausta käytetään yksilöllisen elintapaneuvonnan tukena (John ym. 2003, Lankinen ym. 2003). Tehokas ja käytetty malli elintapaneuvonnassa on muutosvaihemalli (Daugherty ym. 2000). Myös motivoiva keskustelu on todettu tehokkaaksi menetelmäksi (Tappin ym. 2000) ja sitä käytetään yhdessä muutosvaihemallin kanssa neuvonnassa (DiClemente 1991, 191, Priest ja Speller 1991, 11, Daugherty ym. 2000, Shinitzky ja Kub 2001). Jyväskylän MBO:n ehkäisy- ja hoito-ohjelman koulutuksissa on luennoitu muun muassa muutosvaihemallista ja motivoivan keskustelun menetelmistä (Liite 3).

### 3.1 Muutosvaihemalli

Muutosvaihemallia (Transtheoretical model of behaviour change) on käytetty elintapaneuvonnassa, kuten lihavuuden hoidossa (Greene ym. 1994, Prochaska ym. 1994 b, Prochaska ym. 1997, 60, Poskiparta 2002, 25.) Mallissa elintapamuutoksen ajatellaan tapahtuvan syklisesti eri muutosvaiheiden kautta. On kuitenkin huomioitava, että elintapojen muuttaminen vie aikaa ja muutosprosessin eteneminen on yksilöllistä. Muutos ei etene kaavamaisesti vaiheesta toiseen vaan asiakas liikkuu vaiheiden välillä edestakaisin, kunnes mahdollinen elintapamuutos on pysyvä. Asiakkaan motivaatiotaso vaihtelee muutosprosessin aikana ja yleensä myös repsahdukset kuuluvat muutokseen. Ymmärtämällä asiakkaan muutosvaiheen, voi terveysneuvoja käyttää erilaisia neuvontamenetelmiä herätelläkseen asiakasta ymmärtämään terveysviestin. (Prochaska ym. 1994 a, Poskiparta 2002, 25-26.) Terveysneuvojan tehtävänä ei suinkaan ole asiakkaan elintapojen muuttaminen. Neuvoja auttaa asiakasta siirtymään seuraavaan muutosvaiheeseen, mikäli asiakas näin haluaa. (Daugherty ym. 2000, 285.)

#### 3.1.1 Muutosvaiheet

Muutosvaihemalli muodostuu esiharkinta-, harkinta-, päätöksenteko-, toiminta- ja ylläpitovaiheesta. Malliin kuuluu myös muutosyrityksessä epäonnistumisen vaihe, repsahdus. Toisinaan muutosvaihemalliin kuvataan myös erikseen päätösvaihe, jossa elintapamuutoksesta on tullut pysyvä. (Prochaska ym. 1997, 63)

*Esiharkintavaiheessa* oleva asiakas ei tiedosta, että hänen terveyskäyttäytyminen on ongelmallista. Näin hän ei myöskään koe elintapamuutosta tarpeelliseksi. Asiakas ei koe tarvitsevansa neuvoa tai tukea ja asettuu helposti puolustuskannalle, jos häntä painostaa elintapamuutokseen. Terveysneuvojan tehtävänä on herättää asiakkaan tietoisuus terveysriskeistä, koska muutosprosessin käynnistyminen edellyttää asiakkaan tietoisuuden lisäämistä. (Prochaska ym. 1994 a, Prochaska ym. 1997, 61.) Asiakas tarvitsee tällöin neutraalisti esitettyä tietoa terveysriskeistä. Tiedon antaminen edellyttää sitä, että asiakas itse haluaa lisää tietoa. Esiharkintavaiheessa terveysneuvojan tavoitteena ei ole pyrkiä vaikuttamaan asiakkaan ongelmaan, vaan herätellä asiakas arvioimaan ja tunnistamaan omia epäterveellisiä elintapojaan. (Poskiparta 2002, 26.) DiClementen (1991, 194) mukaan

terveysneuvoja voi käyttää harkiten erilaisia motivoivan keskustelun menetelmiä auttaakseen asiakkaan seuraavaan muutosvaiheeseen, harkintavaiheeseen.

*Harkintavaiheessa* oleva asiakas tiedostaa, että hänellä on elintavoissaan ongelma, joka pitäisi muuttaa. Tällöin asiakas hakeutuu terveysneuvojan luo hakemaan vahvistusta muutosajatukselleen. Hän suunnittelee muuttavansa elintapaansa lähitulevaisuudessa, mutta ei ole varsinaisesti sitoutunut muutoksen tekemiseen, eikä ole tehnyt konkreettista suunnitelmaa sen toteuttamiseksi. (Prochaska ym. 1994 a, Prochaska ym. 1997, 61.) Asiakas saattaa jäädä elintapamuutoksessaan harkintavaiheeseen. Niinpä terveysneuvojan tehtävänä on antaa asiakkaalle neutraalia tietoa ja auttaa näin asiakasta ratkaisemaan ristiriidat muutoksen hyvien ja huonojen puolien välillä. Tarkoituksena on, että asiakas itse oivaltaa elintapamuutoksen tärkeyden. (Poskiparta 2002, 26-27, Prochaska ym. 1994 a.) DiClemente (1991, 195) korostaa, että motivoivan keskustelun menetelmin terveysneuvoja voi auttaa asiakasta tekemään päätöksen elintapamuutoksen aloittamiseksi. Myös median kautta välittyvät terveysviestit auttavat esiharkinta- ja harkintavaiheessa olevien asiakkaiden päätöksentekoa ja asenteiden muuttumista (Egger ym. 1993, 75).

*Päätöksentekovaiheessa* oleva asiakas kokee elintapamuutoksen tarpeelliseksi ja päättää, että jotain on tehtävä. Asiakas voi olla epä tietoinen siitä, mitä tehdä ja miten toimia. Hänellä voi olla takana muutaman vuoden sisällä epäonnistuneita muutosyrityksiä. (Prochaska ym. 1994 a, Prochaska 1997, 61.) Muutosyrityksistä on saattanut jäädä syyllisyyden tunteita, mutta tunnistamalla ja hyväksymällä nämä tunteet asiakas pystyy etsimään keinoja muuttaakseen elintapojaan (Poskiparta 2002, 27). Asiakas tarvitsee terveysneuvojan apua löytääkseen realistisen elintapamuutosstrategian. Asiakas kaipaa tietoa, vaihtoehtoja ja keinoja elintapamuutoksesta. Lopullisen ratkaisun elintapamuutoksen aloittamisesta tekee asiakas itse. (Prochaska ym. 1994 a, Samuelson 1998.) Terveysneuvoja ei voi päättää elintapamuutoksen aloittamisesta asiakkaan puolesta vaan neuvojan tehtävänä on tukea asiakasta. Päätöksentekovaiheessa asiakas liittyy mielellään mukaan erilaisiin ohjausryhmiin ja hoito-ohjelmiin. (Poskiparta 2002, 27.)

*Toimintavaiheessa* asiakas muuttaa käyttäytymistään elintapojaan muuttaakseen, joten toimintavaihe sisältää muutoksen tekemisen (Prochaska ym. 1994 a). Tällöin elintapamuutoksen tavoitteet on oltava selvästi määriteltynä asiakkaalla, jotta elintapamuutos on mahdollinen (Poskiparta 2002, 27). Asiakas tarvitsee terveysneuvojalta motivointia ja

tunnetukea, ja terveysneuvojan tehtävänä onkin lisätä asiakkaan pystyvyyden tunnetta (DiClemente 1991, 199). Näin terveysneuvoja auttaa asiakasta muutoksen pysyvyyden saavuttamisessa.

*Ylläpitovaiheessa* asiakas on tehnyt elintapamuutoksen ja ylläpitänyt muutosta jonkin aikaa. Asiakas tekee kuitenkin yhä työtä ylläpitääkseen elintapamuutostaan. Asiakas on lähes varma siitä, että hän pystyy ylläpitämään uutta elintapaansa. Kuitenkin asiakas tarvitsee edelleen terveysneuvojalta tukea repsahdusten ehkäisemiseksi. (Prochaska ym. 1994 a, Poskiparta 2002, 28.) Näin terveysneuvojan tehtävänä on seurata ja tukea asiakkaan muutosprosessia (Prochaska ym. 1994 a, Poskiparta 2002, 28).

*Repsahdus* on osa muutosvaihemallia ja elintapamuutosta. Muutosprosessi ei siis aina etene suoraviivaisesti vaiheesta toiseen, vaan asiakas saattaa palata aikaisempaan vaiheeseen eli repsahtaa tavoitteestaan. Terveysneuvojan tehtävänä on tukea asiakasta käynnistämään muutosprosessi uudelleen. (Etu-Seppälä ym. 2003, 72.) Neuvojan on muistettava, että asiakkaan elintapamuutoksen omaksuminen vie aikaa, eivätkä vaikutukset välttämättä ilmene heti neuvontatilanteen jälkeen.

Muutosvaihemalli korostaa pitkäaikaista, yksilöllistä ja asiakkaan tarpeet huomioivaa elintapaneuvontaa. Elintapamuutoksen pysyvyyden turvaamiseksi asiakkaan on ennakoitava mahdolliset hankaluudet ja varauduttava niihin. Muutos voi pysähtyä tai kääntyä takaisin entiseen elintapaan, jos asiakas yrittää suurta tai useita muutoksia yhtä aikaa. (Prochaska ym. 1994 a.) Muutokseen pyrkivä asiakas tarvitsee tukea joko omaiselta, ystävältä, vertaisryhmältä tai terveysneuvojalta. Neuvonnassa on kuitenkin huomioitava, että elinympäristöllä voi olla myöskin mahdollinen negatiivinen vaikutus muutokseen. Välitavoitteiden kautta terveysneuvoja voi ohjata asiakasta lopulliseen muutokseen, koska välitavoitteiden saavuttaminen tuo asiakkaalle onnistumisen tunteita ja motivoi häntä jatkamaan elintapamuutostaan. (Poskiparta 2002, 27-28.)

### **3.1.2 Muutosprosessit**

Muutosprosessit ovat tiedostettuja tai tiedostamattomia keinoja, joita asiakas käyttää edetessään muutosvaiheiden läpi (Kuvio1). Prosesseja on kymmenen ja asiakas tarvitsee näitä siirtyäkseen muutosvaiheesta toiseen. (Prochaska ym. 1997, 62-65.)

## MUUTOSVAIHEET, JOISSA MUUTOSPROSESSIT KOROSTUVAT

Muutosvaiheet				
Esiharkinta	Harkinta	Päätöksenteko	Toiminta	Ylläpito
<b>Prosessit</b>				
	Tietoisuuden lisääntyminen Helpottuneisuuden tunne Ympäristön uudelleen arviointi			
		Itsensä uudelleen arviointi		
			Omiin mahdollisuuksiin uskominen	
				Seurausten hallinta Sosiaaliset suhteet Vastaehdollistaminen Vaihtoehtojen kontrolli

### **Kuvio 1.** Muutosvaiheet ja muutosprosessit

(mukaillen: Prochaska ja DiClemente 1983, Prochaska ym. 1994 a, Prochaska ym. 1997, 69, Samuelson 1998, Shinitzky ja Kub 2001.)

Viisi ensimmäistä muutosprosessia liittyvät asiakkaan tiedon, tunteiden ja arvojen muuttumiseen (Prochaska ym. 1997, 68, Shinitzky ja Kub 2001). Näissä prosesseissa asiakkaan tieto lisääntyy haitallisen terveyskäyttäytymisen suhteen. Asiakas arvioi omaa haitallista terveyskäyttäytymistään ja sen vaikutusta lähiympäristöön suhteessa uuteen tietoon. Terveysneuvoja voi auttaa asiakasta selkeyttämään arvomaailmaansa ja auttaa näin asiakasta aloittamaan elintapamuutosprosessi. Yleensä epäterveellisten elintapojen muuttuessa terveellisemmäksi asiakas tuntee olonsa helpottuneeksi. (Prochaska ja DiClemente 1983, Prochaska ym. 1994 a, Prochaska ym. 1997, 62-64, Samuelson 1998, Shinitzky ja Kub 2001.) Terveysneuvoja voi esimerkiksi lisätä asiakkaan tietoa siitä, miten vältetään piilorasvaa tai miten lisätään arkiliikuntaa. Näin asiakas saa uusia mahdollisuuksia ruokaostosten tekemiseen ja painonhallinnan kehittämiseen. Prosesseihin kuuluva sosiaalisen tietoisuuden lisääntyminen edellyttää mahdollisuuksien ja vaihtoehtojen lisäämistä

yhteiskunnallisella tasolla epäterveellisen terveyskäyttäytymisen muuttamiseksi. Eli terveellisiä elintapoja voidaan tukea myös esimerkiksi edistämällä liikuntapalvelujen saatavuutta.

Toiset viisi muutosprosessia liittyvät käyttäytymiseen (Shinitzky ja Kub 2001). Näissä prosesseissa korostuu asiakkaan tahdonvoima, jolla hän uskoo voivansa muuttaa elintapojaan. Lisäksi asiakas pyrkii hallitsemaan joko positiivisia tai negatiivisia elintapamuutoksen seurauksia. Niitä hallitsemalla asiakas saa tukea ympäristöstä valitessaan terveelliset vaihtoehdot. Näin asiakas pyrkii epäterveellisten tapojen poistamiseen. Terveellisten elintapojen omaksuminen vaatii kuitenkin asiakkaalta vastaehdollistamista eli epäterveellisen elintavan korvaamista terveellisellä. Muutosta tukevat sosiaaliset suhteet merkitsevät hyväksyntää ja tukea muutokseen. (Prochaska ja DiClemente 1983, Prochaska ym. 1994 a, Prochaska ym. 1997, 62-64, Samuelson 1998, Shinitzky ja Kub 2001.) Esimerkiksi asiakkaan laihduttaessa, hän tarvitsee usein tukea lähimmäisiltään.

Muutosvaihemallia on kritisoitu muun muassa siitä, että malli on suunnattu yksilölle, eikä esimerkiksi ryhmälle (vrt. DiClemente 1991, 200, Priest ja Speller 1991, 11, Prochaska ym. 1997, 65-66, 80, Daugherty ym. 2000). Lisäksi muutosvaihemalli kuvaa elintapamuutosta yksinkertaistettuna tapahtumana todelliseen muutosprosessiin verrattuna (vrt. Sutton 1996, Povey ym. 1999, Kasila ym. 2003). Muutosvaihemallin tuloksellista toteuttamista pidetään vaikeana, koska asiakkaan muutosvaiheen määrittäminen ei ole yksiselitteistä (Kasila ym. 2003).

Elintapamuutokset ovat niin monimutkaisia asioita, ettei terveysneuvoja voi toimia vain yhden mallin perusteella. Niinpä on yhdisteltävä erilaisia malleja ja menetelmiä. (vrt. DiClemente 1991, 200, Priest ja Speller 1991, 11, Prochaska ym. 1997, 65-66, 80, Daugherty ym. 2000.) Esimerkiksi Shinitzky ja Kubin (2001) mukaan muutosvaihemalli ja motivoivan keskustelun menetelmät yhdessä muodostavat optimaalisen mallin asiakkaan elintapaneuvontaan.



### 3.2 Motivoiva keskustelu

Motivaatio vaikuttaa asiakkaan elintapamuutoksen omaksumiseen ja sen ylläpitämisen (Carter ja Kulbok 2002). Motivaatiolla tarkoitetaan tässä motiivien eli halujen ja tarpeiden aikaansaamaa tilaa, jossa asiakas toimii jonkin päämäärän saavuttamiseksi (Ruohotie 1998, 36). Terveysneuvojan motivoivien neuvontamenetelmien tavoitteena on herättää asiakkaan oma halu muutokseen (Mustajoki 1998) ja auttaa asiakas itse arvioimaan, miten hänen olisi toimittava pystyäkseen toimimaan tarkoituksenmukaisesti elintapamuutoksessa.

Terveysneuvojan rooli on kuunnella, ohjata ja tukea. Näin asiakas ja terveysneuvoja muodostavat työparin, jossa molemmat ovat oman alueensa asiantuntijoita. Neuvontamenetelmät ratkaisevat usein, motivoituuko asiakas muuttamaan elintapojaan vai suhtautuuko hän muutokseen passiivisesti. Suorat käskyt saattavat herättää asiakkaassa muutosvastarinnan ja ovat näin tehottomia motivointimenetelmiä. Kuitenkin asiakkaan aktiivisen motiivoinnin menetelmät ovat terveysneuvojalla vähäiset, vaikka useat asiakkaat haluavat huolehtia terveydestään ja pyrkiä parempaan. (Mustajoki 1998.) Terveysneuvojan on annettava tälle asiakkaan halulle tilaa ja aikaa kehittyä elintapamuutoksen aloittamiseksi. Lappalainen ja Rissanen (1998, 131-132) ovat asiaa sivuten todenneet, että konkreettiset ohjeet sekä palautteet asiakkaan käyttäytymisestä motivoivat häntä.

Tässä tutkimuksessa motivoiva haastattelu (Motivational interviewing) on suomennettu motivoivaksi keskusteluksi, koska keskustelu kuvaa kokonaisvaltaisemmin menetelmien tarkoitusta. Myös Mustajoki (1998) on puhunut motivoivan keskustelun menetelmistä.

#### 3.2.1 Motivoivan keskustelun tarkoitus ja periaatteet

Miller ja Rollnick ovat kehittäneet motivoivan keskustelun neuvontamenetelmäksi elintapamuutosprosesseihin (Miller 1995, 92, 95). Tarkoituksena keskustelulla on, että asiakkaan sisäinen motivaatio muutosta kohtaan lisääntyy. Keskustelun avulla terveysneuvoja auttaa asiakasta tunnistamaan ja ratkaisemaan nykyisiä sekä tulevia ristiriitoja sekä ylläpitämään muutosprosessia. (Miller ja Rollnick 1991, 52, 62-63, Miller 1995, 92, 95.) Motivoiva keskustelu ei ole vain joukko neuvontamenetelmiä, vaan se on tapa keskustella ja olla asiakkaan kanssa. Tällöin vastuu elintapamuutoksesta on asiakkaalla (Miller ja Rollnick

1991, 52, 62). Terveysneuvojan tarkoituksena on tukea ja vahvistaa asiakasta muutoksessa (Miller ja Rollnick 1991, 52, Priest ja Speller 1991, 11, 20-21, Shinitzky ja Kub 2001).

Motivoivan keskustelun perustana on viisi toimintaperiaatetta: empaattisuus keskustelussa, ristiriidan muodostuminen asiakkaan nykyisen ja toivotun käyttäytymisen välille, väittelevien neuvontamenetelmien välttäminen, asiakkaan ilmaiseman muutosvistarinnan huomioiminen sekä asiakkaan pystyvyyden ja itseluottamuksen tukeminen (Miller ja Rollnick 1991, 55-62, Miller 1995, 96-97, Shinitzky ja Kub 2001). Motivoivan keskustelun perustana on myös tasapuolisen vuorovaikutussuhteen muodostuminen asiakkaan ja terveysneuvojan välille.

Neuvontatilanteessa asiakas saattaa ilmaista vastarintaa elintapamuutosta kohtaan. Tällöin terveysneuvoja voi keskustellen auttaa asiakasta ajattelemaan elintapansa hyötyjä ja haittoja. Neuvonnassa asiakas saattaa oivaltaa ristiriitaisuuksia nykyisen ja toivotun elintapansa välillä sekä kyseenalaistaa nykyisen elintapansa. Tällöin terveysneuvojan tehtävänä on tukea asiakkaan oivallusta ja auttaa asiakasta, mikäli hän päättää muuttaa elintapaansa. Neuvojan empaattinen suhtautuminen asiakkaaseen tukee asiakasta hänen muutosprosessissaan. Neuvojan on vältettävä väittelevää neuvontatyylä, koska se lisää asiakkaan vastustusta muutosprosessille. Sitä vastoin terveysneuvojan on pyrittävä lisäämään asiallista keskustelua asiakkaan kanssa. Keskusteleva neuvontatapa tukee parhaiten asiakkaan yksilöllisiä tarpeita ja elintapamuutosta.

Muodostamalla tasapuolisen vuorovaikutussuhteen neuvontakeskusteluun, terveysneuvoja pystyy huomioimaan ja tukemaan asiakasta yksilöllisesti. Tukemalla asiakkaan pystyvyyttä ja itseluottamusta terveysneuvoja pyrkii vahvistamaan asiakkaan käsitystä siitä, että elintapamuutos on mahdollinen. Lisäksi terveysneuvoja pyrkii ohjaamaan asiakasta edellytysten kartoittamiseen tehdyn elintapamuutoksen ylläpitämiseksi. (vrt. Miller ja Rollnick 1991, 55-62, Miller 1995, 96-97, Shinitzky ja Kub 2001.) Motivoivan keskustelu on jaettu kahteen vaiheeseen, jotka sisältävät motivoivia neuvontamenetelmiä.

### **3.2.2 Motivoivan keskustelun vaiheet ja menetelmät**

Motivoiva keskustelu jaetaan kahteen vaiheeseen. Ensimmäinen vaihe on motivaation rakentaminen, toinen on muutokseen sitoutuminen ja sen vahvistaminen. Ensimmäisessä vaiheessa asiakas on epävarma muutostarpeistaan ja terveysneuvojan tehtävänä on herätellä ja

auttaa asiakasta motivoitumaan omaan muutokseen. Toisessa vaiheessa asiakas on valmis muutokseen, mutta ei ole vielä sitoutunut siihen. Terveysneuvojan tehtävänä on tukea asiakasta muutoksen aloittamisessa asiakkaan ehdoilla. Motivoivan keskustelun vaiheissa terveysneuvoja voi käyttää erilaisia motivoivan keskustelun menetelmiä (Taulukko 1). (Miller ja Rollnick 1991, 62-124.)

**Taulukko 1.** Motivoivan keskustelun vaiheet ja menetelmät

Motivoivan keskustelun vaiheet	Motivoivan keskustelun menetelmät
Motivaation rakentaminen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• avointen kysymysten esittäminen</li> <li>• reflektiivinen kuuntelu</li> <li>• positiivisen palautteen antaminen</li> <li>• yhteenvedon tekeminen</li> <li>• motivoivien lausumien esittäminen</li> </ul>
Muutokseen sitoutuminen ja sen vahvistaminen	<ul style="list-style-type: none"> <li>• yhteenveto ja kertaus</li> <li>• avainkysymykset</li> <li>• tiedon antaminen ja neuvot</li> <li>• suunnitelman tekeminen</li> <li>• sitoumuksen esittäminen</li> </ul>

Avointen kysymysten avulla terveysneuvoja rohkaisee asiakasta laaja-alaisiin vastauksiin (Miller ja Rollnick 1991, 71-72, Priest ja Speller 1991, 14-15). Kysymykset auttavat asiakasta ajattelemaan elintapamuutoksen keskeisiä alueita ja pohtimaan tilannetta uudella tavalla (Miller 1995, 96, Mustajoki 1998). Toisin kuin avoimet kysymykset, niin sanotut suljetut kysymykset eivät taas yleensä herätä asiakkaan motivaatiota. Suljetut kysymykset ovat sellaisia, että asiakas pystyy vastaamaan niihin lyhyesti, esimerkiksi kyllä- tai ei-vastauksin. (Priest ja Speller 1991, 15.) Kyseiset vastaukset eivät näin kuvaa asiakkaan tietoja tai taitoja, eivätkä tue neuvonnan tarpeen arviointia tai toteutusta.

Reflektiiviset neuvontatilanteet ovat aktiivisia, problemaattisia ja jatkuvasti muuttuvia vuorovaikutussuhteita asiakkaan ja terveysneuvojan välillä (Poskiparta 1997, 126-127). Reflektiivisen kuuntelun avulla terveysneuvoja pyrkii hahmottamaan asiakkaan ajatuksia

elintapamuutoksesta. Keskustelussa reflektio on selkeä sanallinen toisto asiakkaan puheesta tai tuntemuksista. Reflektion tarkoituksena on auttaa asiakasta vahvistamaan harkintakykyänsä (Miller ja Rollnick 1991, 73-77, Priest ja Speller 1991, 15-16) sekä esittää uusia näkökulmia asiakkaan ajatuksille (Miller ja Rollnick 1991, 77). Näin terveysneuvoja pyrkii tukemaan asiakkaan tietoisuuden ja aktiivisuuden lisääntymistä (Liimatainen ym. 1996). Asiakkaan vastuu muutoksesta ja vapaus muutoksen valinnoista korostuvat reflektiossa (Miller 1995, 96). Terveysneuvojan reflektiivisen kuuntelun avulla asiakkaan on mahdollista kehittyä terveyttä tukevien elintapojen ymmärtäjäksi ja kehittäjäksi, reflektiiviseksi toimijaksi (Poskiparta 1997, 126-127).

Positiivista palautetta antamalla terveysneuvoja pyrkii vakuuttamaan ja tukemaan asiakasta elintapamuutosprosessin aikana (Miller ja Rollnick 1991, 77). Tarkoituksena on näin pyrkiä kohottamaan asiakkaan itseluottamusta, uskoa omiin kykyihin ja taitoihin (Priest ja Speller 1991, 17-18, Miller 1995, 97) sekä luottamusta haitallisten elintapojen muuttamisen onnistumiseksi (Kettunen ym. 2001).

Tekemällä yhteenvedon keskustelusta terveysneuvoja kokoaa yhteen ja vahvistaa keskustelussa esiin tulleet asiat, osoittaa asiakkaalle, että häntä kuunneltiin sekä ohjaa asiakasta jatkamaan muutosprosessiaan (Miller ja Rollnick 1991, 78). Lisäksi terveysneuvoja varmistaa, että hän on ymmärtänyt asiakasta oikein (Priest ja Speller 1991, 16) ja ilmaisee olevansa kiinnostunut asiakkaan elintapamuutosprosessista (Shinitzky ja Kub 2001). Tekemällä yhteenvedon asiakkaan puheesta terveysneuvoja pyrkii löytämään asioita, joista hän voi tunnistaa asiakkaan motivoitumisen elintapamuutokseen. Motivaation heräämisen voi tunnistaa esimerkiksi siitä että, asiakas tunnistaa omat terveysongelmansa, huolestuu omasta terveyskäyttäytymisestä tai osoittaa elintapamuutokseen liittyvää optimismia. Esittämällä motivoivia lausumia terveysneuvoja pyrkii edesauttamaan asiakkaan muutoshalukkuutta. (Miller ja Rollnick 1991, 80-81.)

”Muutokseen sitoutuminen ja sen vahvistaminen” –vaiheessa yhteenvedoa tekemällä terveysneuvoja kokoaa yhteen asiakkaalta mahdollisimman monta perustetta elintapamuutoksen ylläpitämiseksi, auttaakseen asiakasta sitoutumaan muutokseen. Avainkysymykset ovat avoimia kysymyksiä ja niillä terveysneuvoja selvittää, miten asiakas haluaa toimia muutoksessa. Kysymysten tarkoituksena on virittää asiakas ajattelemaan ja puhumaan muutoksesta. Asiakas haluaa usein terveysneuvojalta tietoa ja neuvoja. Oleellista

on, että terveysneuvoja antaa ohjeita vain, jos asiakas pyytää. Näin terveysneuvoja toimii asiakaslähtöisesti. Lisäksi tarkoituksena on, että terveysneuvoja ja asiakas tekevät yhdessä elintapamuutossuunnitelman asiakkaalle. Kehottamalla asiakasta esittämään sitoumuksensa elintapamuutokselle esimerkiksi kirjallisesti, terveysneuvoja auttaa asiakasta vahvistamaan motivaatiotaan muutosta kohtaan. (Miller ja Rollnick 1991, 116-124.) Esimerkiksi neuvontatilanteessa asiakas voi kirjoittaa elintapamuutostavoitteensa paperille ja allekirjoittaa sen.

Terveysneuvojan mahdollisuudet ohjata asiakasta muutosvaihemallin eri vaiheissa motivoivan keskustelun menetelmin, edellyttävät konkreettista tietoa mallista ja menetelmien käytöstä. On ymmärrettävä motivoivan keskustelun periaatteet ja sovellettava menetelmiä asiakkaan tarpeen mukaan, jotta neuvonta olisi asiakasta motivoivaa, eikä vain motivoivan keskustelun menetelmien pinnallista toteuttamista. (vrt. Emmons ja Rollnick 2001.) Neuvojan on valittava neuvontamenetelmät huomioiden asiakkaan persoonalliset ominaisuudet, elämäntilanne ja elinympäristö. Terveysneuvoja voi kehittää ja ylläpitää neuvontataitojaan esimerkiksi osallistumalla täydennyskoulutukseen.

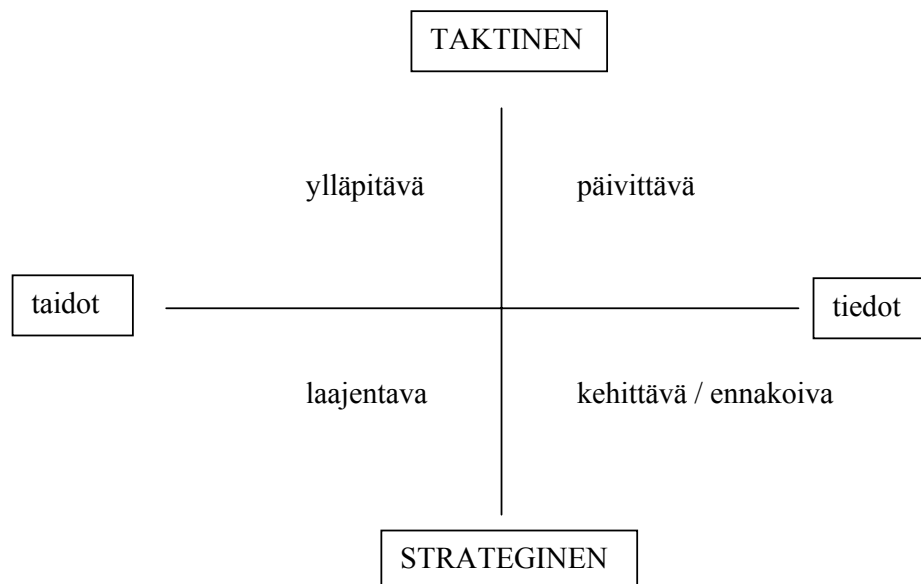
#### **4 TÄYDENNYSKOULUTUS ELINTAPANEUVONNAN TUKENA**

Terveydenhuollon täydennyskoulutuksella tarkoitetaan ammatillisen perustutkinnon jälkeistä suunnitelmallista koulutusta, joka liittyy läheisesti työtehtävien kehittämiseen kansanterveyden ylläpitämiseksi ja sairauksien hoitamiseksi (STM:n asetus 2003). Täydennyskoulutus mahdollistaa hoitajien neuvontavalmiuksien ylläpitämisen ja kehittämisen. Lisäksi täydennyskoulutus tukee hoitajien työskentelyä. (vrt. Korkeakoski 1999, 108-114, Raivola 2000, 224-225, Harju ja Risikko 2003, 23.)

Kansanterveydessä ja väestörakenteessa tapahtuvat muutokset edellyttävät jatkuvaa perusterveydenhuollon toiminnan ja hoitajien taitojen kehittymistä (vrt. Harju ja Risikko 2003, 80-82, Veräjänkorva 2003 a, 10). Juuri ilmestyneen selvityksen (Uotila 2004, 56) mukaan terveydenhuollon koulutusjärjestelmää ja osaamista on kehitettävä vastaamaan kokoajan muuttuviin tarpeisiin, jotta terveyskeskusten toiminta pystytään järjestämään tarkoituksenmukaisesti. Neuvontataitoja ja tietoja kehittämällä henkilöstö pystyy vastaamaan asiakkaiden, työyhteisön ja koko perusterveydenhuollon muuttuviin tarpeisiin (vrt. Kantanen

1996, 4-5, Tolvanen 1998, 70, Korkeakoski 1999, 108-114, Poikela 1999, 277, Naumanen-Tuomela 2001, Olm-Shipman ym. 2003, Poirier ym. 2004). Valtioneuvoston periaatepäätöksessä velvoitetaan, että terveydenhuoltohenkilöstölle on ammattitaidon ylläpitämiseksi ja kehittämiseksi järjestettävä täydennyskoulutusta vähintään kolmena päivänä vuodessa (Halila ja Turunen 2003, Himanen ja Ilanne-Parikka 2003, 9, STM 2004, 25). Lisäksi jokaisella työntekijällä on eettinen velvollisuus huolehtia ammattitaitonsa ylläpitämisestä ja kehittämisestä osallistumalla koulutuksiin (STM 2004, 34).

Tuloksellinen täydennyskoulutus on jatkuvaa (Price ym. 2004, STM 2004, 35), henkilöstölähtöistä (Mustajoki 2003, Salonen ja Välimäki 2003) ja sen sisällöt käytäntöön sovellettavissa (Kivinen ja Silvennoinen 2000, 64-65, Uotila 2004, 56). Koulutus voi olla henkilöstön tietoja ja taitoja ylläpitävää, päivittävää, laajentavaa tai kehittävää (Kuvio 2). Ylläpitävän ja päivittävän koulutuksen tarkoituksena on vastata henkilöstön ajankohtaisiin koulutustarpeisiin. Laajentava ja kehittävä koulutus taas pyrkii laajentamaan henkilöstön tietoja useasta eri näkökulmasta sekä ennakoimaan tulevia koulutustarpeita, kuten väestörakenteen muuttumisen seurauksia.



**Kuvio 2.** Täydennyskoulutuksen merkitys hoitohenkilöstölle (mukailten Raivola 2000, 217)

Täydenniskoulutuksella pystytään kehittämään terveysneuvojen ammattitaitoa. Tutkimuksen (Cajan ym. 1994) mukaan koulutus lisää valmiuksia toimia hoitotyön asiantuntijana sekä kykyä arvioida toiminnan sisältöjä ja kehittymistä. Neuvontamenetelmien, kuten motivoivan keskustelun, koulutuksilla pystytään kehittämään terveysneuvojen taitoja ohjata asiakasta elintapamuutoksessa (Poirier ym. 2004). Lisäksi tutkimuksen (Christie 1993) mukaan koulutus parantaa kirjaamisen laatua ja sisältöä sekä lisää tietojärjestelmien käyttöä (Immonen ym. 2003). Koulutus kehittää myös neuvojen yhteistyötaitoja niin erilaisten ihmisten (Bowles ym. 2001) kuin organisaatioiden (Kivelä ym. 2001) kanssa. Hoitajien ja lääkärien välistä työnjakoa kehitettäessä koulutuksella pyritään turvaamaan eri ammattiryhmien riittävä osaaminen. (Harju ja Risikko 2003, 80-82, Uotila 2004, 64.) Koulutukset lisäävät henkilöstön motivaatiota ja näin työn tuloksellisuus lisääntyy.

Täydenniskoulutus on suunniteltava ja toteutettava siten, että siinä huomioitaisiin hoitajien, työyhteisön ja koko perusterveydenhuollon koulutustarpeet (vrt. Halila ja Turunen 2003, Poikela 1999, 20, 207, STM 2004, 32-39). Suunnittelussa oleellinen osa on koulutuksen seuranta. Seuranta on tärkeää niin yksittäisen työntekijän osaamisen kannalta kuin ammattiryhmien ja toimintayksiköiden koulutusten kehittämiseksi. (STM 2004, 37.)

Henkilöstö tarvitsee täydenniskoulutusta neuvonta- ja yhteistyötaidoista (vrt. Ruggiero ym. 1999, Wellard ja Bethune 2000, Himanen ja Ilanne-Parikka 2003, 19-20, Tuomi 2003, 27, Vallis ym. 2003, Price ym. 2004). Täydenniskoulutuksella onkin pyrittävä tukemaan hoitajia neuvonnan sisältöihin sekä menetelmiin liittyvien taitojen ja tietojen kehittymisessä, kuten ravitsemusneuvonnassa, muutosvaihemallissa ja motivoivissa neuvontamenetelmissä (Kasila ym. 2003, Mustajoki 2004), painonhallintaryhmien toteuttamisesta (vrt. Etu-Seppälä ym. 2003, 39) sekä hoito-ohjeiden käyttämisessä ja kirjaamisessa. Lisäksi hoitajien tietoteknilliset valmiudet vaihtelevat suuresti, täydenniskoulutuksella onkin pyrittävä antamaan hoitajille riittävästi valmiuksia tietotekniikan hyödyntämiseksi (vrt. Harju ja Risikko 2003, 80-82, Saranto ym. 2003). Tietoteknistä osaamista tarvitaan nykyään päivittäisessä työssä, sillä potilastietojärjestelmät ovat sähköisessä muodossa ja esimerkiksi potilaan hoitoon sekä neuvontaan liittyvät asiat kirjataan tietokoneelle.

Täydenniskoulutuksen suunnittelun ja toteutuksen lisäksi koulutuksen onnistumisen kartoittamiseksi sekä sen vaikutusten selvittämiseksi koulutuksen toteuttamisprosessia ja sen tuloksia on arvioitava. (vrt. Poikela 1999, 20, 207, Halila ja Turunen 2003, STM 2004, 32-

39.) Koulutuksen vaikuttavuuden arvioiminen edellyttää tutkijoilta tietoa arvioitavasta asiasta, kuten tutkittavien tiedoista ja taidoista, sekä ennen koulutusta että koulutuksen jälkeen (STAKES 2001, 6). Arvioinnin tehtävä on antaa tietoa sekä koulutuksen suunnittelijoilla että toteuttajille. Arvioinnin tarkoituksena on näin kehittää koulutuksen tavoitteiden asettamista ja toteutusmenetelmien valintaa, kuvaamalla esimerkiksi toteutetun koulutuksen vahvuuksia ja heikkouksia. (Leino-Kilpi ym. 1995, 11.) Arvioinnin hyödyllisyys riippuu siitä, mitä koulutuksesta arvioidaan. Koulutuksen tuloksellisuuden arviointi on oleellista. Arvioimalla selvitetään, kuinka pitkälle on päästy tavoitteiden saavuttamisessa ja oliko tulos sellainen, johon koulutuksella pyrittiin. Kuitenkaan pelkkä koulutuksen tulosten arviointi ei kuvaa koulutuksen onnistumisen tai epäonnistumisen syitä. (vrt. Tolvanen 1998, 73-74.)

Täydennyskoulutuksen arvioinnin tavoitteena on myös selvittää koulutuksen vaikutuksia ja vaikutusten arviointia. Vaikuttavuutta tutkimalla selvitetään, millaisia tuloksia koulutus tuotti hoitajien neuvontatyölle ja miksi koulutus tuotti kyseiset tulokset. Lisäksi selvitetään, miten koulutuksen tieto on hyödynnettävissä hoitajien neuvontatyössä, asiakkaan elintapojen muutoksessa ja työyhteisössä. (vrt. Raivola 1997, 55, Poikela 1999, 34, STM 2004, 38-39.) Vaikutusten arvioinnin tuloksia kuvataan muun muassa tilastojen ja arviointitutkimuksen avulla. Tällöin tilastot kuvaavat määrällisiä tuloksia koulutuksesta ja arviointitutkimus kuvaa vaikutuksia mahdollisimman tarkasti erilaisten arviointimallien avulla. (Poikela 1999, 34-35.) Koulutusten arvioinnin keskeinen kriteeri perusterveydenhuollossa on asiakkaiden hoidon ja neuvonnan laadun parantuminen (STM 2004, 39).

Täydennyskoulutuksen vaikutuksia voidaan tarkastella eri näkökulmista. Tarkasteltavana voi olla yksittäinen työntekijä, työryhmä, organisaatioyksikkö, koko organisaatio tai koulutus itsessään. Tarkasteltaessa koulutuksen vaikuttavuutta jostain näkökulmasta, on huomioitava, että vaikutuksia on yleensä syntynyt myös muista näkökulmista tarkasteltuna. Vaikutuksia pystytään kuitenkin tarkastelemaan yhdestä näkökulmasta, kuten yksittäisen hoitajan kannalta. Tällöin ajatellaan muut näkökulmat vakioituiksi ja vaikutuksen ulkopuolelle rajautuneiksi. Esimerkiksi koulutuksen vaikutuksia yksittäisen hoitajan näkökulmasta tarkasteltaessa vaikutuksen ulkopuolelle jäävät tekijät vaikuttavat siten, että arvioinnin virheet kumoavat toisiaan. Näin saadaan arvioinnista riittävän tarkkoja tuloksia, vaikkei tiedetä tulokseen johtavan prosessin jokaista vaihetta, eikä jokaisen näkökulman vaikutusta tulokseen. (Kantanen 1996, 4-5.)



Terveydenhuollon täydennyskoulutusten vaikuttavuutta ei ole kuitenkaan arvioitu riittävästi (Mustajoki 2003, 37). Koulutuksissa on vaikuttavuuden arvioinnin vähäisyyden lisäksi muitakin ongelmia. Toisaalta ongelmana on henkilöstön haluttomuus osallistua koulutuksiin, toisaalta kaikkien halukkaiden koulutuksiin osallistumisen on mahdotonta. Koulutuksen toteutus ja seuranta ovat usein suunnittelemattomia (Arvio ym. 2003), esimerkiksi henkilöstö pääsee harvoin vaikuttamaan koulutuksen sisältöön tai sen toteutustapaan. Niukoin resurssien toteutetut koulutukset laskevat usein henkilöstön koulutusmotivaatiota (STM 2004, 35). Varmuutta ei ole myöskään siitä, kuinka paljon täydennyskoulutuksen tietoja käytetään käytännön työssä (Valtonen 1997, 44). Hoitajilla ei ole mahdollisesti koulutusten jälkeen riittävästi aikaa omaksua koulutusten sisältöä (Emmons ja Rollnick 2001).

Jyväskylän perusterveydenhuollon hoitajille järjestettiin täydennyskoulutusta MBO:stä ja siihen liittyvästä elintapaneuvonnasta vuosina 2001-2003 (Liite 3). Täydennyskoulutukset olivat osa MBO:n ehkäisy- ja hoito-ohjelman toteuttamista. Koulutusten tavoitteena oli ylläpitää ja kehittää hoitajien tietoja sekä taitoja MBO:stä ja siihen liittyvästä elintapaneuvonnasta. Lisäksi tavoitteena oli muun muassa yhtenäistää ja selkeyttää MBO-asiakkaiden riskitekijöiden kartoitusta, hoitoa ja siihen liittyvää elintapaneuvontaa eri työyksiköissä ja koko perusterveydenhuollossa. Koulutusten aiheita olivat muutosvaihemalli ja motivoiva haastattelu, liikunta ja ravitsemus, MBO-kriteeristö ja diabetes-riskipistetaulukon käyttö sekä painonhallinta ja ryhmädynamiikka. Koulutukset toteutettiin luentotilaisuuksina.

## 5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, millaista on hoitajien kuvaamana MBO-asiakkaan elintapaneuvonta. Tarkoituksena on myös selvittää hoitajien kuvaamat elintapaneuvonnan kirjaamiskäytännöt sekä hoitajien näkemykset MBO-kriteeristöstä ja –koulutuksista. Tutkimustehtävät ovat:

1. Millaisia ovat hoitajien kuvaamat MBO-asiakkaan elintapaneuvonnan sisällöt?
2. Millaisia ovat hoitajien kuvaamat MBO-asiakkaan elintapaneuvonnan menetelmät?
  - 2.1 Millaisia ovat hoitajien kuvaamat asiakkaan elintapaneuvonnan tavoitteet ja menetelmät muutosvaihemallin eri vaiheissa?
3. Millaisia ovat hoitajien kuvaamat kirjaamiskäytännöt?
4. Miten hoitajat kuvaavat käyttävänsä MBO-kriteeristöä?
  - 4.1 Millaiset ovat hoitajien näkemykset kriteeristön merkityksestä hoitajien ja lääkärien välisessä yhteistyössä?
  - 4.2 Miten hoitajat kehittäisivät kriteeristöä?
5. Mitkä ovat hoitajien näkemykset MBO-koulutuksista?
  - 5.1 Miten hoitajat kuvaavat koulutusten vaikuttaneen MBO-asiakkaan elintapaneuvonnan sisältöihin?
  - 5.2 Miten hoitajat kuvaavat koulutusten vaikuttaneen MBO-asiakkaan elintapaneuvonnan menetelmiin?

## 6 TUTKIMUSAINEISTO JA –AINEISTON ANALYYSI

Tutkimusjoukkona olivat Jyväskylän avoterveydenhuollon terveysasemilla ja työterveyshuollossa työskentelevät sairaan- ja terveydenhoitajat (N=36). Tutkimusjoukon ulkopuolelle rajattiin päätyönään neuvola- ja päivystystyötä tekevät hoitajat. Tutkimuksen tilaajan tarve vaikutti tutkimusjoukon kokoon.

### 6.1 Tutkimusaineisto

Tutkimusaineisto muodostui kysely- (n=21) ja haastatteluaineistoista (n=8). Aineistot kerättiin keväällä 2003. Kyselyaineisto kerättiin puolistrukturoidulla kyselylomakkeella (Liite 4). Kyselylomake lähetettiin 36 hoitajalle kaupungin sisäisellä postituksella. Vastausaikaa oli aluksi kaksi ja puoli viikkoa, tällöin kyselyn palautti 17 hoitajaa. Vastausaikaa pidennettiin viikolla, lopuksi 21 hoitajaa palautti kyselylomakkeen. Vastausprosentti oli 58. Yhdeltä terveysasemalta vastasivat kaikki hoitajat, muilta terveysasemilta vain osa hoitajista. Osalta kyselyyn vastanneista hoitajista ei saatu vastauksia kaikkiin lomakkeen kysymyksiin, näin kyselyyn vastanneiden hoitajien määrä vaihteli eri kysymyksissä 16-21.

Kyselylomake laadittiin siten, että kysymykset olivat mahdollisimman selkeitä. Kyselylomake testattiin kahdella terveydenhoitajalla ja saadun palautteen perusteella osaa kysymyksistä täsmennettiin. Kyselyyn vastattiin nimettömänä.

Haastatteluaineisto kerättiin teemahaastatteluilla. Kahdeksaa hoitajaa haastateltiin. Otos oli yli kolmasosa kyselyyn vastanneiden hoitajien määrästä ja noin viidesosa koko tutkimusjoukosta. Haastateltavia hoitajia ei poimittu kyselylomakkeeseen vastanneista, vaan hoitajat arvottiin viidestä eri työyksiköstä. Isommista työyksiköistä haastateltiin kahta ja pienemmistä yhtä hoitajaa. Haastatelluista hoitajista seitsemän oli vastannut kyselyyn. Otoksessa huomioitiin, että haastateltavat olivat osallistuneet ainakin yhteen MBO-koulutukseen, jotta haastattelut olivat tutkimustehtävien kannalta mielekkäitä. Haastateltujen hoitajien työkokemus vaihteli suuresti, vähimmillään työkokemusta oli 6 vuotta ja enimmillään yli 20 vuotta. Myös työkokemus neuvontatyön tekemisestä vaihteli 1,5 vuodesta 15 vuoteen. Haastateltavista kaksi oli terveydenhoitajia ja kuusi sairaanhoitajia.

Haastattelut suoritettiin kyselyaineiston keräämisen jälkeen kolmen viikon aikana. Yhtenä päivänä haastatteluita oli kolme, muutoin pääasiassa yksi päivässä. Haastattelupaikkoina olivat hoitajien omat työhuoneet, lukuun ottamatta kahta hoitajaa. Keskimäärin haastattelut kestivät 50 minuuttia. Haastattelutilanteessa toinen tutkijoista keskittyi vuorovaikutukseen, toinen huolehti nauhoituksesta ja teki tarvittaessa selventäviä kysymyksiä. Kaikkien haastatteluiden jälkeen nauhoitukset litteroitiin sanatarkasti.

Kyselylomakkeen sisällön pohjalta muodostettiin teemahaastattelurunko (Liite 5). Haastatteluiden teemat olivat MBO-koulutus ja MBO-kriteeristö. Teemahaastattelu ei määrännyt etukäteen yksityiskohtaisesti haastatteluiden kulkua, vaan tilanteissa esitettiin väljiä kysymyksiä, joita täsmennettiin tarvittaessa. Teema-alueiden kysymyksiä tarkennettiin yhden hoitajan koehaastattelun perusteella. Tällöin muutamaa kysymystä kohdennettiin koskettamaan tutkittavien henkilökohtaisia ajatuksia MBO-asiakkaan elintapaneuvonnasta. Näin pyrittiin saamaan tutkittavat hoitajat kertomaan omista näkemyksistään. Koehaastattelun perusteella tehtiin tutkittaville myös teema-alueita täsmentävä aiherunko, jonka sisältö pohjautui kyselylomakkeen kohtiin kolme ja viisi.

## **6.2 Tutkimusaineiston analyysi**

Tutkimusaineisto analysoitiin kvantitatiivisesti ja kvalitatiivisesti. Kyselyn strukturoidut kysymykset analysoitiin SPSS –tilasto-ohjelmalla tarkastelemalla suoria jakaumia (vrt. Metsämuuronen 2003, 407-496). Haastatteluja ja kyselyn avoimia kysymyksiä tarkasteltiin sisällön analyysillä. Sisällön analyysillä saatiin käytäntöön sovellettavaa tietoa muun muassa hoitajien kuvaamasta MBO-asiakkaan elintapaneuvonnasta.

Sisällön analyysi oli deduktiivista ja induktiivista. Tutkimustehtäviin etsittiin ensin vastauksia deduktiivisesti, vastauksia syvennettiin ja tarkennettiin induktiivisesti. Tutkimustehtävää neljä, jolla selvitettiin hoitajien kuvaamia MBO-kriteeristön kehitysideoita, tarkasteltiin ainoastaan induktiivisesti. (vrt. Cavanagh 1997, Kyngäs ja Vanhanen 1999, Latvala ja Vanhanen-Nuutinen 2001, 36-37.) Deduktiivista analyysia ohjanneet teoreettiset lähtökohdat on esitetty tämän tutkimusraportin teoriaosassa.

Sisällön analyysia aloitettaessa määritettiin analyysiyksiköt. Analyysiyksikkönä olivat hoitajien esittämät ajatuskokonaisuudet. Alussa litteroitua haastatteluaineistoa tarkasteltiin

teemahaastattelurungon mukaan. Jatkossa analyysiä tarkennettiin huomioimalla aineistossa selvästi esille tulevat asiat hoitajien kuvaamista elintapaneuvonnan sisällöistä ja menetelmistä, menetelmistä muutosvaihemallin eri vaiheissa, kirjaamisesta sekä MBO-kriteeristöä ja –koulutuksista (Taulukko 2).

**Taulukko 2.** Esimerkkejä haastatteluaineiston sisällön analyysistä.

Alkuperäinen ilmaus	Pelkistetty ilmaus	Aihe
”Minulla on sellainen tapa...potilas tulee verenpaineen mittaukseen, lasken aina BMI:n...mittaan vyötärönypäryksen...kysyn tupakoinnit ja tällaset.” (h4)	Verenpaine MBO Vyötärönypäryys Tupakointi (h4)	Elintapaneuvonnan sisällöt
”...Positiivista palautetta ne saa minulta kovasti silloin, kun ne on muutamankin kilon saanut painostaa pois tai vaikkei saisi painostaan pois, jos se ei ole noussut...kyllä mää niitä aina kannustan ja innostan hirveästi ja yritän motivoida.” (h3)	Positiivisen palautteen antaminen Kannustaminen Innostaminen Motivoiminen (h3)	Elintapaneuvonnan menetelmät
(Harkintavaihe) ”Ihmisellä, kun ne tulee...visio, miksi he ovat tulossa...moni tietääkin mitä tehdä...kaipaavat motivointia, sysäystä eteenpäin.” (h7)	Motivointi harkintavaiheessa (h7)	Elintapaneuvonnan menetelmät muutosvaihemallin harkintavaiheessa
(Kirjaaminen) ”Vatsakkuus...vyötärönypärystä...meillä ei ole kaavakkeitakaan...Efficalla, mihinkä laittais.” (h1)	Vyötärönypäryksen kirjaamiseksi Efficalle ei ole selkeää kohtaa (h1)	Elintapaneuvonnan kirjaaminen
”Tää on mulla ohjaustilanteessa (MBO-kriteeristö), niin siinä se on mulla pöytäkaluna.” (h3)	Ohjaustilanteen runko	MBO-kriteeristö
”Nää (MBO-koulutukset) on kaikki käytännön läheisiä...” (h3)	Koulutuksen käytäntöön sovellettavissa (h3)	MBO-koulutukset

Lisäksi haastatteluiden sisällön analyysiä tarkennettiin huomioimalla esimerkiksi hoitajien ilmaiset elintapaneuvonnan ”arkaluonteiset” sisällöt sekä erot mies- ja naisasiakkaiden välillä (Taulukko 3). Näin tutkimustehtäviin pyrittiin saamaan mahdollisimman syvälliset kuvaukset.

**Taulukko 3.** Esimerkkejä haastatteluaineiston sisällön analyysistä.

<b>Alkuperäinen ilmaus</b>	<b>Pelkistetty ilmaus</b>	<b>Aihe</b>
”Mä olisin aina unohtanut kysyä ihmisen tupakoinnin ja alkoholin ...ehkä jotenkin mä olen kokenut sen niin henkilökohtaiseksi asiaksi” (h3)	Tupakoinnin ja alkoholinkäytön huomioiminen vaikeahkoa elintapaneuvonnassa (h3)	Elintapaneuvonnan arkaluonteiset sisällöt
”Naiset miettii seikkaperäisemmin yleensä...kiinnostuneempia terveysasioista, ne osaa itekin analysoida...niillä on tietoaakin aika paljon ...miehet suhtautuu...hällä väliä, ei kiinnosta ja kosketa mua...ei voi yleistää...miehiltä puuttuu...perustietoakin” (h5)	Elintapaneuvonnassa naisilla on enemmän kiinnostusta ja tietoa kuin miehillä, miesten suhtautuminen elintapamuutokseen on välinpitämätöntä (h5)	Mies- ja naisasiakkaiden erot elintapaneuvonnassa

## 7 TULOKSET

Tässä luvussa esitetään hoitajien osallistujamäärä MBO-koulutuksiin sekä arviot MBO-asiakkaiden määrästä kysely- ja haastatteluaineiston perusteella. Tutkimustulokset esitetään tutkimustehtävittäin siten, että jokaisen tutkimustehtävän kohdalla kuvataan ensin kyselyn ja sitten haastatteluiden tulokset. Näin tutkimustuloksista muodostetaan yksi kokonaisuus. Pelkästään haastatteluaineistolla kuvataan muutosvaihemallin repsahduksen tavoitteet ja motivoivan keskustelun menetelmät sekä MBO-kriteeristön kehittämistarpeet.

### 7.1 Hoitajien osallistuminen MBO-koulutuksiin ja arviot kohtaamiensa MBO-asiakkaiden määrästä

Hoitajien osallistujamäärät MBO-koulutuksiin olivat samansuuntaisia kysely- ja haastatteluaineiston perusteella (Taulukko 4). Kyselyyn vastanneista hoitajista 17 oli osallistunut ainakin yhteen MBO-koulutukseen. Eniten osallistuneita oli muutosvaihemalli ja motivoiva haastattelu –koulutukseen, vähiten taas diabeteksen riskipistetaulukko –koulutukseen. Kysely- ja haastatteluaineiston mukaan hoitajien arviot MBO-asiakkaiden määrästä vaihtelivat suuresti. Hoitajien arviot on esitetty taulukossa 5.

**Taulukko 4.** Hoitajien osallistujamäärät MBO-koulutuksiin.

<b>MBO-koulutukset</b>	<b>Kyselyyn osallistuneet hoitajat (n=21)</b>	<b>Haastatteluun osallistuneet hoitajat (n=8)</b>
Muutosvaihemalli, motivoiva haastattelu	14	5
Liikunta ja ravitsemus	12	5
MBO-kriteeristö	13	3
Painonhallinta ja ryhmädynamiikka	6	4
Diabeteksen riskipistetaulukko	4	3

**Taulukko 5.** Hoitajien arviot kohtaamiensa MBO-asiakkaiden määrästä viikossa.

<b>MBO-asiakkaiden määrä viikossa</b>	<b>Kyselyyn osallistuneet hoitajat (n=20)</b>	<b>Haastatteluihin osallistuneet hoitajat (n=8)</b>
alle 5	5	2
5-10	7	1
10-20	4	2
yli 20	4	3

## 7.2 Hoitajien kuvaamat MBO-asiakkaan elintapaneuvonnan sisällöt

Lähes kaikki hoitajat ilmoittivat huomioivansa kyselyssä kartoitetut MBO-asiakkaan elintapaneuvonnan sisällöt (Taulukko 6). Eniten he kertoivat huomioivansa asiakkaan verenpainetta, ravitsemustottumuksia ja sukurasitetta, vähiten asiakkaan stressiä ja ihmissuhteita.



**Taulukko 6.** Kyselyyn vastanneiden hoitajien kuvaamat MBO-asiakkaan elintapaneuvonnan sisällöt ja sisältöjen käsittelymäärät.

Elintapaneuvonnan sisällöt	Sisältöjen käsittelymäärät elintapaneuvonnassa			
	Lähes aina	Toisinaan	Ei koskaan	Yht.
Lihavuus	19	2	0	21
Vatsakkuus	17	4	0	21
Veren rasva-arvot	20	1	0	21
Verenpaine	21	0	0	21
Verensokeri	20	1	0	21
Liikuntatottumukset	20	1	0	21
Ravitsemustottumukset	21	0	0	21
Tupakointi	17	4	0	21
Alkoholin käyttö	17	4	0	21
Sukurasite	21	0	0	21
Stressi	9	11	0	20
Ihmissuhteet	6	15	0	21
Elämäntilanne	15	6	0	21

Haastatellut hoitajat kuvasivat, että riippuu MBO-asiakkaan elintapamuutoksen tarpeista, kuinka usein ja miten he käsittelevät elintapaneuvonnan eri sisältöjä. Esimerkiksi he kertoivat

määrittävänsä asiakkaan vatsakkuuden mittaamalla vyötärön ympäryksen tai tekemällä silmämääräisen arvion. Jotkut hoitajat kuvasivat, että tupakointi, alkoholinkäyttö ja ihmissuhteet ovat arkaluonteisia elintapaneuvonnan sisältöjä. Sisällöt olivat hoitajien mielestä niin henkilökohtaisia asioita asiakkaille, että niiden puheeksi ottaminen vastaanotolla on vaikeahkoa. Yksi hoitaja (h7) kertoi seuraavaa: *”Tupakointi varsinkin tuntuu olevan, sen takia mä arastelen tätä alkoholiastiankin puheeksi ottamista, tai jos otan puheeksi, niin kauheesti rupea siitä kuitenkin moittimaan, taikka ihmiset ei ehkä kerrokaan”*.

### **7.3 Hoitajien kuvaamat MBO-asiakkaan elintapaneuvonnan menetelmät**

Kyselyyn vastanneet hoitajat kuvasivat käyttävänsä eniten MBO-asiakkaan elintapaneuvonnan menetelmistä lyhyen kehoituksen ja neuvon antamista (Taulukko 7). Vähiten he ilmoittivat ohjaavansa asiakkaita ryhmäohjaukseen tai muuhun neuvontaan, kuten ravitsemusterapeutille. Kyselyn avoimena vastauksena yksi hoitaja kuvasi käyttävänsä neuvontamenetelminään video-opetusta, elintarvikkeiden pakkausmerkintöjen analysointia sekä asiakkaan ruoka- ja liikuntapäiväkirjojen seuranta. Lisäksi toinen hoitaja kuvasi kehoittavansa asiakasta tutustumaan elintapoja käsitteleviin lehtiartikkeleihin ja televisio-ohjelmiin.

**Taulukko 7.** Kyselyyn vastanneiden hoitajien kuvaamat MBO-asiakkaan elintapaneuvonnan menetelmät ja menetelmien käyttömäärät.

Elintapaneuvonnan menetelmät	Menetelmien käyttömäärät elintapaneuvonnassa				Yht.
	Päivittäin tai lähes päivittäin	Ainakin kerran viikossa	Harvoin	Ei koskaan	
Lyhyt kehoitus tai neuvo	18	1	1	0	20
Perusteellinen terveysterveystuoni	3	14	4	0	21
Asiakkaan aloittama keskustelu	11	8	1	0	20
Hoitajan aloittama keskustelu	12	8	0	0	20
Rohkaisu elintapojen hyötyjen ja haittojen arviointiin	12	8	0	0	20
Rohkaisu tavoitteiden laatimiseen ja suunnitelman tekemiseen	4	11	5	0	20
Elintapamuutosohjelman laatiminen yhdessä asiakkaan kanssa	3	13	3	1	20
Taidon harjoittelu	4	7	4	2	17
Tukiaineiston jakaminen	14	6	0	0	20
Tukiaineiston sisällön selittäminen	11	9	0	0	20
Ryhmäneuvonta	0	0	9	11	20
Ohjaus ryhmään	0	2	18	0	20
Ohjaus muuhun neuvontaan, kuten ravitsemusterapeutille	0	5	15	0	20

Haastatteluun osallittuneet hoitajat selvensivät ja täydensivät kyselyssä kartoitettuja MBO-asiakkaan elintapaneuvonnan menetelmiä (Taulukko 8). He kuvasivat, että elintapaneuvonta oli ajoittain erilaista mies- ja naisasiakkaiden välillä. Hoitajat kertoivat, että naisten elintapojen kartoittaminen on helpompaa kuin miesten, koska naiset keskustelevat avoimesti elintavoistaan. Yksi hoitaja (h5) kertoi seuraavaa: *”Naiset mun mielestä mieltii paljon seikkaperäisemmin ja ne on yleensä paljon kiinnostuneempia näistä terveysasioista...ne jo itekin melkein ensirykyksellä osaa sanoa, mitkä hänen ne ongelmapaikat elintavoissa...miehiltä joutuu paljon enemmän sitä tietoa sitten lypsämään.”* Kuitenkin, hoitajat ilmoittivat myös päinvastaisen eron miesten ja naisten elintapaneuvonnan välillä. Esimerkiksi yksi hoitaja (h4) mainitsi: *”Miehet vastaa rehellisesti, naiset ei sano suoraan, että syön makkaran ja laitan voita...ja montako pulloa kaljaa.”*

**Taulukko 8.** Haastateltujen hoitajien (n=8) kuvaukset kyselyssä kartoitetuista MBO-asiakkaan elintapaneuvonnan menetelmistä.

<b>Kyselyssä kartoitetut elintapaneuvonnan menetelmät</b>	<b>Elintapaneuvonnan menetelmät haastateltujen hoitajien kuvaamana</b>
Lyhyt kehottus ja neuvo	Käytetään jokaisella neuvontakerralla, mutta korostuu etenkin lyhyillä neuvontakerroilla
Perusteellinen terveysneuvonta	Kerrataan asiakkaan tietoperusta  Annetaan asiakkaalle konkreettisia elintapamuutosohjeita  Ohjataan asiakasta pienten elintapamuutosten tekemiseen
Asiakkaan aloittama keskustelu	Kuunnellaan asiakasta
Hoitajan aloittama keskustelu	Esitetään asiakkaalle avoimia kysymyksiä
Rohkaisu elintapojen hyötyjen ja haittojen arviointiin	Ohjataan asiakasta elintapojen pohdintaan
Rohkaisu tavoitteiden laatimiseen ja suunnitelman tekemiseen	Kartoitetaan asiakkaan tarpeita, elintapoja ja voimavaroja  Rohkaistaan ja tuetaan asiakasta antamalla positiivista palautetta asiakkaan toiminnasta
Elintapamuutosohjelman laatiminen yhdessä asiakkaan kanssa	Kunnioitetaan asiakkaan valintoja  Tehdään yhteenveto elintapamuutosohjelmasta  Seurataan elintapamuutosohjelman toteutumista
Taidon harjoittelu	Asiakkaan tarpeen mukaan harjoitellaan esimerkiksi verensokerin kotiseurantamittausta
Tukiaineiston jakaminen ja sisällön selittäminen	Käytetään tukiaineistoa elintapaneuvonnan tukena ja asiakkaan motivointikeinona
Ryhmäneuvonta ja ohjaus ryhmään	Hoitajat kuvasivat, ettei ryhmäneuvontaa käytetä, koska hoitajilla ei ole resursseja tai valmiuksia pitää ryhmiä.  Hoitajat kuvasivat, ettei asiakkaita ohjata ryhmiin, koska alkavista ryhmistä ei tiedoteta riittävästi, eikä ole tarpeeksi ryhmästä kiinnostuneita asiakkaita.
Ohjaus muuhun neuvontaan, kuten ravitsemusterapeutille	Yksi hoitaja kertoi, että hän ohjaa nykyään yhä vähemmän asiakkaita esimerkiksi ravitsemusterapeutille, koska hänen elintapaneuvontavalmiutensa ovat kehittyneet.

## **7.4 Hoitajien kuvaamat MBO-asiakkaan elintapaneuvonnan tavoitteet ja motivoivan keskustelun menetelmät muutosvaihemallin eri vaiheissa**

Tässä kappaleessa esitetään kyselyssä ja haastatteluissa hoitajien kuvaamat muutosvaihemallin eri vaiheiden tavoitteet sekä heidän ilmoittamansa motivoivan keskustelun menetelmät MBO-asiakkaan elintapaneuvonnassa. Muutosvaihemallin repsahdusta kuvataan haastatteluaineistolla.

### **7.4.1 Esiharkintavaiheen tavoitteet ja menetelmät**

MBO-asiakkaan ollessa muutosvaihemallin esiharkintavaiheessa suurin osa kyselyyn vastanneista hoitajista kuvasi pyrkivänsä lähes aina havahduttamaan asiakasta elintapojen terveysvaikutuksista. He ilmaisivat käyttävänsä lähes aina elintapaneuvonnassa seuraavia kyselyssä kartoitettuja motivoivan keskustelun menetelmiä: terveyteen liittyvän tiedon jakaminen ja avointen kysymysten käyttäminen keskustelussa (Taulukko 9). Yli puolet hoitajista kuvasi kehottavansa asiakasta elintapamuutokseen harvoin. Kyselyn avoimessa vastauksessa yksi hoitaja (H4) kertoi neuvontamenetelmistään seuraavasti: *"Pyrin kertomaan rehellisesti terveysriskeistä, mutta en painosta mihinkään. Kerron, että olen käytettävissä, jos asiakas kokee tarvitsevansa tukea, neuvoa ja tietoa"*.

**Taulukko 9.** Kyselyyn vastanneiden hoitajien kuvaamat esiharkintavaiheessa olevan MBO-asiakkaan elintapaneuvonnan menetelmät ja menetelmien käyttömäärät.

Elintapaneuvonnan menetelmät	Menetelmien käyttömäärät elintapaneuvonnassa			
	Lähes aina	Toisinaan	Ei koskaan	Yht.
Terveysteen liittyvän tiedon jakaminen	19	2	0	21
Avointen kysymysten käyttäminen keskustelussa	18	2	1	21
Asiakkaan kehottaminen elintapamuutokseen	9	11	1	21

Haastatteluissa hoitajat täydensivät kyselyssä kartoitettuja elintapaneuvonnan tavoitteita ja menetelmiä. He kertoivat pyrkivänsä havahduttamaan asiakasta elintapojen terveysvaikutuksista. Lisäksi hoitajat kuvasivat elintapaneuvonnan tavoitteiksi asiakkaan elintapamuutokseen liittyvän tiedon lisäämisen ja asiakkaan tukemisen elintapamuutoksen aloittamispäätöksen tekemisessä. Taulukossa 10 esitetään hoitajien kuvaamat elintapaneuvonnan tavoitteet ja motivoivan keskustelun menetelmät.

**Taulukko 10.** Haastateltujen hoitajien kuvaamat esiharkintavaiheessa olevan MBO-asiakkaan elintapaneuvonnan tavoitteet ja motivoivan keskustelun menetelmät.

<b>Esiharkintavaiheen tavoitteet</b>	<b>Motivoivan keskustelun menetelmät</b>	<b>Tavoitteita ja menetelmiä kuvaavat esimerkit haastatteluaineistossa</b>
Asiakkaan havahtuminen elintapojen terveysvaikutuksista	<p>Elintapamuutokseen liittyvän keskustelun herättelevä avointen kysymysten avulla</p> <p>Elintapamuutokseen liittyvän oivalluksen herättelevä asiakaslähtöisesti toimimalla</p> <p>Asiakkaan riskitekijöiden kartoittaminen reflektiivisen kuuntelun avulla</p> <p>Asiakkaan ohjaaminen yhteenvedon tekemiseen riskitekijöistä</p> <p>Asiakkaan havahtuminen neuvojan huolestumisesta</p> <p>Asiakkaan havahtuminen laboratoriokokeista saatujen numeroarvojen perusteella</p> <p>Asiakkaan havahtuminen neuvojan provosoivan toteamuksen kautta</p>	<p>”Pohtii asiakkaan kanssa, mikä sun mielestä vaikuttaa sokereihin...sillain asetan kysymyksiä...en mä valmiita vastauksia antamaan.” (h1)</p> <p>”Mää lähen asiakaslähtöisesti liikkeelle... pyrkii siihen, että asiakas itse oivaltaa... mistä siinä on kysymys, ettei anna semmosia valmiita esimerkkejä...näin toimitaan. ...asiakas lähtis pohtimaan.. mikä elintavoissa pielessä...” (h5)</p> <p>”Löydetään, miten hän syö, liikkuu... käyttäkö alkoholia, onko stressiä...kun ne sanoo ääneen, hänkin sanoo ne ääneen, niin se hahmottuu hänellekin paremmin siinä”(h8)</p> <p>Riskitekijäjutut käydään eka kerralla...jos suvussa, miten hän on mieltänyt, voiko se jossain vaiheessa koskettaa häntä...niitten kautta...sillain herättelen niitä.” (h3)</p> <p>”Käydään läpi, uudelleen ja uudelleen, asiakas näkee...hoitaja huolestunutkin tilanteesta, joskus kolahtaa ” (h1)</p> <p>”Nuo arvot pysäyttää monet, numeraaliset arvot, kolesteroli ja verensokeriarvot ...selkeesti huolestuu” (h6)</p> <p>”Jääräpäitä...haaste...sanon, ei sinusta muuhun ole, siten asiakas...että vai ei oo!” (h1)</p>
Asiakkaan elintapamuutokseen liittyvän tiedon lisääminen	<p>Asiakkaan tarpeisiin liittyvän tiedon jakaminen</p> <p>Ohjelehtisen, jonka sisältö käydään yhdessä läpi, antaminen asiakkaalle</p>	<p>”Oikeanlaisen tiedon jakamista...siinä alkuvaiheessa.” (h1)</p> <p>”Materiaalia naftisti, en monta samalla kerralla...se käydään läpi.” (h2)</p>
Asiakkaan tukeminen elintapamuutokseen liittyvän aloittamispäätöksen tekemisessä	<p>Muutokseen liittyvien voimavarojen kartoittaminen avoimin kysymyksin</p>	<p>”Laihduttaminen esimerkiksi...lähdetään elämäntilanteesta...onko ihmisellä voimia...palataan asiaan, kun on voimia...ota yhteyttä.” (h1)</p>



Haastatteluisissa hoitajat kuvasivat esiharkintavaiheessa olevan MBO-asiakkaan elintapaneuvontaa vaikeaksi ja haasteelliseksi, koska asiakkaat olivat usein elintapamuutosta vastaan. He kuvasivat asiakkaita ”jääräpäiksi”. Kuitenkin hoitajat kertoivat, että välinpitämätön asiakas saattaa olla halukas elintapamuutokselle. Heidän mielestä asiakkaan muutoshalukkuus näkyy tällöin ”rivien välistä”. Esimerkiksi miehillä saattaa olla elintapaneuvonnassa ympärillään ”kuori”, joka osoittaa välinpitämättömyyttä ja peittää näin alleen todellisen muutoshalukkuuden. Eräs hoitaja kuvasikin elintapaneuvonnan vaativan hoitajalta vankkaa asiantuntemusta ja kärsivällisyyttä, koska asiakkaiden elintapojen muutoshalukkuus syntyy toisinaan vasta vuosien päästä.

#### **7.4.2 Harkintavaiheen tavoitteet ja menetelmät**

Muutosvaihemallin harkintavaiheessa olevan MBO-asiakkaan elintapaneuvonnan tavoitteita ei kartoitettu kyselyaineistossa. Motivoivan keskustelun menetelmänä suurin osa hoitajista kuvasi ohjaavansa lähes aina asiakasta arvioimaan elintapojen hyötyjä ja haittoja (Taulukko 11). Lisäksi kaksi kolmasosaa hoitajista esitti ohjaavansa asiakasta lähes aina selvittämään elintapojen ja tavoiteltavan terveyden välistä ristiriitaa. Heidän mielestään vähiten käytetyin neuvontamenetelmä oli omien näkemysten kertominen asiakkaan elintapojen vaikutuksista hänen terveyteensä. Kyselyn avoimessa vastauksessa yksi hoitaja (H4) kuvasi neuvontamenetelmiään seuraavasti: *"Koetan ymmärtää asiakkaan elämäntilannetta. Korostan, että asiakas tekee itse päätöksensä, en minä."*

**Taulukko 11.** Kyselyyn vastanneiden hoitajien kuvaamat harkintavaiheessa olevan MBO-asiakkaan elintapaneuvonnan menetelmät ja menetelmien käyttömäärät.

Elintapaneuvonnan menetelmät	Menetelmien käyttömäärät elintapaneuvonnassa			
	Lähes aina	Toisinaan	Ei koskaan	Yht.
Asiakkaan ohjaus arvioimaan elintapojen hyötyjä ja haittoja	20	1	0	21
Asiakkaan ohjaus selvittämään elintapojen ja tavoiteltavan terveyden välistä ristiriitaa	15	5	1	21
Omien näkemysten kertominen asiakkaan elintapojen vaikutuksista hänen terveyteensä	10	10	1	21

Haastatellut hoitajat kuvasivat elintapaneuvonnan tavoitteiksi MBO-asiakkaan ohjaamisen oivaltamaan elintapamuutoksen tärkeyden ja tekemään elintapamuutoksen aloittamispäätöksen (Taulukko 12). Lisäksi he esittivät tavoitteeksi asiakkaan rohkaisemisen elintapamuutoksen aloittamiseen. Haastatteluissa hoitajat täydensivät kyselyssä kartoitettuja harkintavaiheen elintapaneuvonnan menetelmiä.

**Taulukko 12.** Haastateltujen hoitajien kuvaamat harkintavaiheessa olevan MBO-asiakkaan elintapaneuvonnan tavoitteet ja motivoivan keskustelun menetelmät.

<b>Harkintavaiheen tavoitteet</b>	<b>Motivoivan keskustelun menetelmät</b>	<b>Tavoitteita ja menetelmiä kuvaavat esimerkit haastatteluaineistossa</b>
Asiakkaan ohjaaminen oivaltamaan elintapamuutoksen tärkeys ja tekemään elintapamuutoksen aloittamispäätöksen	<p>Asiakkaan ohjaus arvioimaan elintapojen hyötyjä ja haittoja reflektiivisen kuuntelun avulla</p> <p>Asiakkaan ohjaus selvittämään elintapojen ja tavoiteltavan terveyden välistä ristiriitaa avoimin kysymyksin</p> <p>Neutraalin tiedon tarjoaminen ja asiakkaan muutokseen liittyvien voimavarojen kartoittaminen keskustelemalla yhdessä asiakkaan kanssa</p>	<p>”Käyn asioita läpi...hahmotan et hän hahmottaa ite elintapansa...saan tietoa... kysyn...hän kertoo... löydetään, miten hän syö, liikkuu, käyttääkö alkoholia, onko stressiä. Kun ne sanoo ääneen...hahmottuu hänellekin paremmin siinä.” (h8)</p> <p>”Konkreettisesti verenpainelukemat, mikä hänellä on ja mikä pitäisi olla suositusten mukaan...mikä eniten huolestuttaa, mistähän johtuu.” (h7)</p> <p>”Keskustelu...asiakas itse kertoo oman elämäntilanteensa...saatan antaa ruokapäiväkirjan mukaan...materiaalia annan,mut aika näftisti, en monta samalla kertaa...se käydään läpi, mistä löytyy mitäkin.” (h2)</p>
Asiakkaan rohkaiseminen elintapamuutoksen aloittamiseen	<p>Konkreettisten elintapamuutosten miettiminen yhdessä asiakkaan kanssa</p> <p>Elintapamuutossuunnitelman tekeminen yhdessä asiakkaan kanssa, tekemällä yhteenvedon elintapaneuvonnasta</p>	<p>”Yhdessä mietitään, että mitä vois tehdä, suositella vaikka kuntoneuvola-aikaa...hänen kuntoselle ihmiselle...tietysti omien mahdollisuuksien mukaan.” (h6)</p> <p>”Terveysuunnitelma tehdään... osatavoitteita asiakkaan kanssa... laaditaan mihin pyritään...seurataan toteutumista.” (h5)</p>

Haastatteluissa hoitajat kuvasivat, että harkintavaiheessa olevaa MBO-asiakasta on inhanteellista ohjata, jos asiakas kertoo rehellisesti elintavoistaan ja niiden terveysriskeistä. Heidän mielestä asiakkaan kiinnostuksen herääminen elintapamuutokseen ilmeni esimerkiksi siten, että asiakas alkoi käydä hoitajan luona seurannassa.

### 7.4.3 Päätöksentekovaiheen tavoitteet ja menetelmät

Muutosvaihemallin päätöksentekovaiheessa olevan MBO-asiakkaan elintapaneuvonnan tavoitteita ei kartoitettu kyselyaineistossa. Elintapaneuvonnan menetelminä hoitajat kuvasivat käyttävänsä motivoivan keskustelun menetelmiä ja ilmaisivat ohjaavansa lähes aina asiakasta asettamaan realistiset tavoitteet elintapamuutokselle (Taulukko 13). Lisäksi suurin osa heistä esitti tarjoavansa lähes aina asiakkaalle mahdollisuuden pohtia ratkaisuvaihtoehtoja elintapamuutukseen. Sitä vastoin vain muutama hoitaja kertoi antavansa asiakkaalle selkeän toimintamallin elintapojen muuttamiseksi. Kyselyn avoimessa vastauksessa yksi hoitaja (H4) kuvasi neuvontamenetelmiään seuraavasti: *"Pyrin löytämään aina jonkun positiivisen asian asiakkaan näkökulmasta katsottuna, joka motivoisi häntä yrittämään."*

**Taulukko 13.** Kyselyyn vastanneiden hoitajien kuvaamat päätöksentekovaiheessa olevan MBO-asiakkaan elintapaneuvonnan menetelmät ja menetelmien käyttömäärät.

Elintapaneuvonnan menetelmät	Menetelmien käyttömäärät elintapaneuvonnassa			
	Lähes aina	Toisinaan	Ei koskaan	Yht.
Asiakkaan ohjaus asettamaan realistiset tavoitteet elintapamuutokselle	21	0	0	21
Asiakkaan mahdollisuus pohtia ratkaisuvaihtoehtoja elintapamuutukseen	17	4	0	21
Selkeän toimintamallin antaminen asiakkaalle elintapamuutukseen	2	14	5	21

Haastatteluissa hoitajat kertoivat MBO-asiakkaan elintapaneuvonnan tavoitteiksi asiakkaan ohjaamisen muodostamaan itselleen realistinen elintapamuutosohjelma sekä asiakkaan

tukemisen elintapamuutospäätöksessä (Taulukko 14). Hoitajat täydensivät kyselyssä kartoitettuja elintapaneuvonnan menetelmiä.

**Taulukko 14.** Haastateltujen hoitajien kuvaamat päätöksentekovaiheessa olevan MBO-asiakkaan elintapaneuvonnan tavoitteet ja motivoivan keskustelun menetelmät.

Päätöksentekovaiheen tavoitteet	Motivoivan keskustelun menetelmät	Tavoitteita ja menetelmiä kuvaavat esimerkit haastatteluaineistossa
Asiakkaan ohjaaminen muodostamaan realistinen elintapamuutossuunnitelma	<p>Elintapamuutossuunnitelman tekeminen yhdessä asiakkaan kanssa</p> <p>Asiakkaan ohjaaminen asettamaan realistiset tavoitteet elintapojen muuttamiseksi, ohjaamalla pienten muutosten tekemiseen</p> <p>Asiakkaan ohjaaminen asettamaan realistiset tavoitteet avoimin kysymyksin</p> <p>Ratkaisuvaihtoehtojen antaminen asiakkaalle tietoa antamalla</p> <p>Ratkaisuvaihtoehtojen antaminen asiakkaalle hänen mahdollisuudet huomioiden</p>	<p>”Tulee tehtyä terveyssuunnitelma elikä tehdään osatavoitteita asiakkaan kanssa...mihin pyritään... seurataan niiden toteutumista.” (h5)</p> <p>”Etteivät panis tavoitteitaan liian korkealle...pieniä muutoksia vaikka kevyempiin tuotteisiin.” (h2)</p> <p>”Asiakkaan...pohtimaan, että se laittaa painotavoitteen itse... pohtimaan, onko realistinen sinun mielestä...luuletko, että pystyt pitämään.” (h1)</p> <p>”Ohjaan, millä lailla niitä muutoksia voi tehdä...käytännön esimerkkejä...konkreettista ohjantaa.” (h5)</p> <p>”Toinen on oikein kiinnostunut... haluaisi muuttaa niitä elämäntapojaan paremmaksi omien mahdollisuuksien mukaan...yrittää tietysti auttaa häntä ja keksiä.” (h6)</p>
Asiakkaan tukeminen elintapamuutospäätöksessä	<p>Asiakkaan elintapamuutokseen sitoutumisen vahvistaminen</p> <p>Uuden ohjausajan sopiminen yhdessä asiakkaan kanssa</p> <p>Tiedon antaminen asiakkaalle kirjallisena</p> <p>Asiakkaan ohjaaminen asiantuntevaan neuvontaan</p>	<p>”Voi niitä muutoksia syntyä, jos asiakas sitoutuu, musta hirveän tärkeitä kyllä.” (h5)</p> <p>”Sovittiin, että hän tulee käymään kuukauden päästä tässä uudestaan.” (h8)</p> <p>”Annoin hänelle sit vähän materiaalia.” (h8)</p> <p>”Tuntuu, että minulta keinot loppuu...kuntoneuvolaahan me on käytetty...annetaan nille puhelinnumero, jonne voi itse soittaa ja varata aikaa...saada asiantuntevaa neuvoa.” (h3)</p>

#### 7.4.4 Toiminta- ja ylläpitovaiheen tavoitteet sekä menetelmät

Muutosvaihemallin toiminta- ja ylläpitovaiheessa olevan MBO-asiakkaan elintapaneuvonnan tavoitteita ei kartoitettu kyselyaineistossa. Elintapaneuvonnan menetelminä suurin osa hoitajista ilmaisi käyttävänsä lähes aina seuraavia motivoivan keskustelun menetelmiä: ohjata asiakasta pohtimaan elintapamuutoksen pysyvyyteen liittyviä asioita ja keinoja välttää repsahduksia entisiin elintapoihin (Taulukko 15).

**Taulukko 15.** Kyselyyn vastanneiden hoitajien kuvaamat toiminta- ja ylläpitovaiheessa olevan MBO-asiakkaan elintapaneuvonnan menetelmät ja menetelmien käyttömäärät.

Elintapaneuvonnan menetelmät	Menetelmien käyttömäärät elintapaneuvonnassa			
	Lähes aina	Toisinaan	Ei koskaan	Yht.
Asiakkaan ohjaaminen pohtimaan elintapamuutoksen pysyvyyteen liittyviä asioita	18	2	0	20
Asiakkaan ohjaaminen pohtimaan keinoja välttää repsahduksia entisiin elintapoihin	20	1	0	21

Haastatteluissa hoitajat kuvasivat MBO-asiakkaan elintapaneuvonnan tavoitteiksi asiakkaan elintapamuutukseen liittyvän pystyvyyden tukemisen ja asiakkaan motivoinnin elintapamuutoksessa sekä tunnetuen antamisen (Taulukko 16). Kyselyssä kartoitettuja elintapaneuvonnan menetelmiä hoitajat täydensivät haastatteluissa.

**Taulukko 16.** Haastateltujen hoitajien kuvaamat toiminta- ja ylläpitovaiheessa olevan MBO-asiakkaan elintapaneuvonnan tavoitteet ja motivoivan keskustelun menetelmät.

Toiminta- ja ylläpitovaiheen tavoitteet	Motivoivan keskustelun menetelmät	Tavoitteita ja menetelmiä kuvaavat esimerkit haastatteluaineistossa
Asiakkaan elintapamuutoksen liittyvän pystyvyyden tukeminen	<p>Asiakkaan ohjaaminen pohtimaan elintapamuutoksen pysyvyyteen liittyviä asioita</p> <p>Asiakkaan ohjaaminen pohtimaan keinoja välttää repsahdukset entisiin elintapoihin</p> <p>Seuranta-aikojen järjestäminen elintapamuutoksen ylläpitämiseksi ja positiivisen palautteen antamiseksi</p> <p>Asiakkaan muutosinnokkuuden realistisoiminen</p>	<p>”Jutellaan, vieläkö olet jaksanut liikkuu yhtä paljon kuin ennen...jos ei ole jaksanut, niin mietitään tarkemmin niitä syömissä.” (h7)</p> <p>”Yritän tehdä sallituksi sen repsahtamisen, mutta...samassa muistuttaa...pitää yrittää jatkaa entisellä linjalla elikä ettei se saa jäädä päälle.” (h7)</p> <p>”Ku ihminen tekee muutoksia... seurattas, että vaikuttaaks ne mitään ...sittenhän voi antaa palautetta, että miten nää elämänmuutokset tätä sun tilannetta on parantanut, että semmosta uskon vanvistusta jatkamaan sillä samalla linjalla.” (h6)</p> <p>”Jarruna, ettei menisi niin äkkiä alas...liian kovalla kuurilla...se ei ole pysyvää, siinä ei jaksa asiakaskaan pysyä mukana, se väsähtää siihen.” (h3)</p>
Asiakkaan motivointi elintapamuutoksessa ja tunnetuen antaminen	<p>Positiivisen palautteen antaminen asiakkaalle pientenkin elintapamuutosten onnistumisesta</p> <p>Asiakkaan kannustaminen konkreettista tietoa antamalla</p> <p>Asiakkaan motivointi avainkysymyksiä esittämällä ja asiakaslähtöisesti toimimalla</p> <p>Asiakkaan motivointi seuranta-aikoja järjestämällä</p>	<p>”Hirveesti yritetään niitä kehua, sitten kun ne vähänkin saa tulosta aikaiseksi ja innostuvat asiasta.” (h3)</p> <p>”Se puntari, ne semmoset konkreettiset lukemat tavallaan... konkreettiset ohjeet... joku konkreettinen kannustin se minusta pitää olla.” (h7)</p> <p>”Motivointikeino...lähtee kuuntelemaan asiakasta...mikä olisi tapa jutella hänen kanssaan, että hän ymmärtäs...mikä vaikutus niillä omilla elintavoilla on terveyteen... tulee kysytyäkin, että miten me tästä edettäs .” (h5)</p> <p>”Heille olisi ne ajat...antaa puhtia asiakkaalle, on se aika, niin minun täytyy nyt varmaan tehdä jotakin...tämä motivointikeino.” (h4)</p>

Haastatellut hoitajat kuvasivat, että asiakkaiden elintapamuutukseen liittyvän pystyvyyden tukemista ja tunnetuen antamista oli käytännössä vaikea toteuttaa. He esittivät muun muassa, ettei heidän ole mahdollista antaa riittävän usein asiakkaille neuvonta-aikoja. Tämän vuoksi hoitajien mielestä asiakkaat palaavat usein entisiin elintapoihin.

#### **7.4.5 Repsahduksen tavoitteet ja menetelmät**

Haastatellut hoitajat kuvasivat, että tavoitteissaan repsahtaneen MBO-asiakkaan neuvonnan tavoitteena on ohjata asiakasta eteenpäin elintapamuutoksessa (Taulukko 17). Lisäksi he kertoivat tavoitteiksi asiakkaan sitoutumisen selvittäminen elintapamuutoksen jatkamiselle ja asiakkaan ohjaamisen varautumaan repсахduksiin myös tulevaisuudessa. He kuvasivat tärkeimmäksi tehtäväkseen asiakkaan motivoinnin ja rohkaisun motivoivan keskustelun menetelmin. Hoitajat kertoivat, että asiakkaan elintapamuutoksen uudelleen käynnistäminen on nopeaa, koska asiakkaalla on perustieto asiasta. Kuitenkin elintapamuutoksen uudelleen käynnistäminen edellyttää hoitajien mukaan muutoksen mahdollistavaa elämäntilannetta. He kertoivat auttavansa asiakasta ehkäisemään ja ennakoimaan muutokseen liittyviä repсахduksia elintapaneuvontaa aloitettaessa. Yksi hoitaja (h7) kertoi seuraavaa: *”Se on hämmästyttävää, että heillä niin kova motivaatio, että kaikki muuttuu nyt terveelliseksi, elämä remonttiin kerralla...olen oppinut, että joskus pitää jarrutella, eihän se ole mahdollista tehdä kauhean monta isoa muutosta kerralla...olen monesti sanonut, onko sinulla nyt voimavaroja, että jaksatko sinä?”*



**Taulukko 17.** Haastateltujen hoitajien kuvaamat repsahdaneen MBO-asiakkaan elintapaneuvonnan tavoitteet ja motivoivan keskustelun menetelmät.

Repsahduksen tavoitteet	Motivoivan keskustelun menetelmät	Tavoitteita ja menetelmiä kuvaavat esimerkit haastatteluaineistossa
Asiakkaan ohjaaminen eteenpäin elintapamuutoksessa	<p>Repsahdusten syiden kartoittaminen avainkysymyksin</p> <p>Repsahdusten tapahtumisen realiteetin kuvaaminen tietoa antamalla</p> <p>”Sallituista repsahduksista” puhuminen tietoa antamalla</p> <p>Jatkosuunnitelman tekeminen</p>	<p>”Kuunnella ensin, miks repsahdaa, tulee olla ymmärtäväinen” (h2)</p> <p>”Todeta, että repsahdaneita tulee kaikille...neuvonkin varautumaan juhliin.” (h2)</p> <p>”Kun repsahdaa, ei mitätöi monen päivän, koko viikon saavutettua etua... yritän tehdä sallituksi sen repsahdaneen, ettei siitä tulisi liian isoa möykkyä.” (h7)</p> <p>”Täytyy lähteä uudestaan miettimään sitä, kun... tulee niitä repsahdaneita... ei ne muutokset tapahdu kauhean äkkiä.” (h5)</p>
Asiakkaan elintapamuutokseen sitoutumisen selvittäminen	<p>Muutoksen jatkumiseen liittyvän sitoutumisen selvittäminen asiakaslähtöisesti, avainkysymyksin</p> <p>Muutosinnokkuuden kartoittaminen</p>	<p>”Lähtee hänen ehdoillaan miettimään ... asiakaslähtöisesti... vaikka pieniä muutoksia ... asiakas sitoutuu, on hirveän tärkeää... tulee kysyttyäkin, miten me tästä nyt edettäs?” (h5)</p> <p>”Yritetään kysellä, että oisko intoa aloittaa uudestaan.” (h3)</p>
Asiakkaan ohjaaminen varautumaan uusiin repsahduksiin	<p>Voimavarojen kartoittaminen avainkysymyksin</p> <p>Asiakkaan kannustaminen ja motivointi tekemällä yhteenvedon elintapamuutokseen liittyneistä asioista</p> <p>Asiakkaan tietoperustan vahvistaminen kertaamalla asiakkaan tietämystä</p> <p>Asiakkaan tukeminen, elintapamuutoksia seuraamalla</p>	<p>”Mikä se ihmisen muu elämäntilanne on, että onko siinä sellasia asioita, että...samantekevä se terveysasia.”(h6)</p> <p>”Jatketaan eteenpäin... päivä kerrallaan ...käyvään kuopassa, myö noustaan ylös...yritetään uudestaan.” (h4)</p> <p>”Ei tarvinnut aloittaa ihan alusta, kun ne perusasiat oli tiedossa ja taitoa...seuranta vaan.” (h3)</p> <p>”Jos rupee sortumaan... ei saa jäädä kotiin...siinä vaiheessa ollaan erityisesti olemassa.” (h1)</p>

### 7.5 Hoitajien kuvaamat kirjaamiskäytännöt MBO-asiakkaan elintapaneuvonnassa

Lähes kaikki hoitajat ilmoittivat kirjaavansa kyselyssä kartoitetut MBO-asiakkaan elintapaneuvonnan sisällöt atk-pohjaiseen potilastietojärjestelmään (Taulukko 18). Eniten he ilmoittivat kirjaavansa asiakkaan verenpainetta ja sukurasitetta, vähiten taas vatsakkuutta, stressiä, ihmissuhteita ja elämäntilannetta.

**Taulukko 18.** Kyselyssä kartoitettujen MBO-asiakkaan elintapaneuvonnan sisältöjen kirjaaminen potilastietojärjestelmään hoitajien kuvaamana.

Elintapaneuvonnan sisällöt	Elintapaneuvonnan sisältöjen kirjaamismäärät			
	Lähes aina	Toisinaan	Ei koskaan	Yht.
Lihavuus	19	2	0	21
Vatsakkuus	11	9	0	20
Veren rasva-arvot	16	4	0	20
Verenpaine	21	0	0	21
Verensokeri	20	1	0	21
Liikuntatottumukset	19	2	0	21
Ravitsemustottumukset	20	1	0	21
Tupakointi	18	3	0	21
Alkoholin käyttö	17	4	0	21
Sukurasite	21	0	0	21
Stressi	11	10	0	21
Ihmissuhteet	6	15	0	21
Elämäntilanne	10	11	0	21

Lisäksi lähes kaikki hoitajat ilmaisivat kirjaavansa atk-pohjaiseen potilastietojärjestelmään kyselyssä kartoitetut elintapaneuvontaprosessin sisällöt (Taulukko 19). He ilmoittivat kirjaavansa lähes aina elintapaneuvonnan aiheen ja sisällön potilastietojärjestelmään.

Elintapaneuvonnan suunnitelmaa, menetelmiä ja johtopäätöksiä he kuvasivat kirjaavansa vähemmän.

**Taulukko 19.** Kyselyssä kartoitettujen MBO-asiakkaan elintapaneuvontaprosessin sisältöjen kirjaaminen potilastietojärjestelmään hoitajien kuvaamana.

Neuvontaprosessin sisällöt	Neuvontaprosessin sisältöjen kirjaamismäärät			
	Lähes aina	Toisinaan	Ei koskaan	Yht.
Aihe ja sisältö	20	0	0	20
Suunnitelma	18	2	0	20
Menetelmät	14	5	1	20
Johtopäätökset	14	6	0	20

Haastatellut hoitajat kuvasivat kirjaamisen puutteellisuuden syyksi atk-pohjaisen potilastietojärjestelmän rajallisuuden. Esimerkiksi, hoitajien mukaan potilastietojärjestelmässä ei ollut selkeää kohtaa vatsakkuuden kirjaamiselle. Lisäksi osa hoitajista kertoi kirjaamisen olevan puutteellista, koska perusterveydenhuollossa ei ollut yhtenäistä kirjaamiskäytäntöä. He kuvasivatkin kirjaamisen yhtenäistämisen perusterveydenhuollossa tärkeäksi, koska kirjaaminen auttaa MBO-asiakkaiden hoitoa ja neuvontaa sekä niiden suunnittelua. Lisäksi heidän mukaansa yhtenäinen kirjaamiskäytäntö takaa asiakkaan hoidon ja neuvonnan jatkuvuuden myös silloin, kun asiakas käy useamman hoitajan vastaanotolla.

## 7.6 Hoitajien kuvaama MBO-kriteeristön käyttö

Tässä luvussa esitetään hoitajien kuvaukset MBO-kriteeristön merkityksistä ja käyttötarkoituksista MBO-asiakkaan kohdalla. Lisäksi esitetään hoitajien kuvaamat kriteeristön kehittämistarpeet.

### 7.6.1 Kriteeristön merkitykset ja käyttötarkoitukset

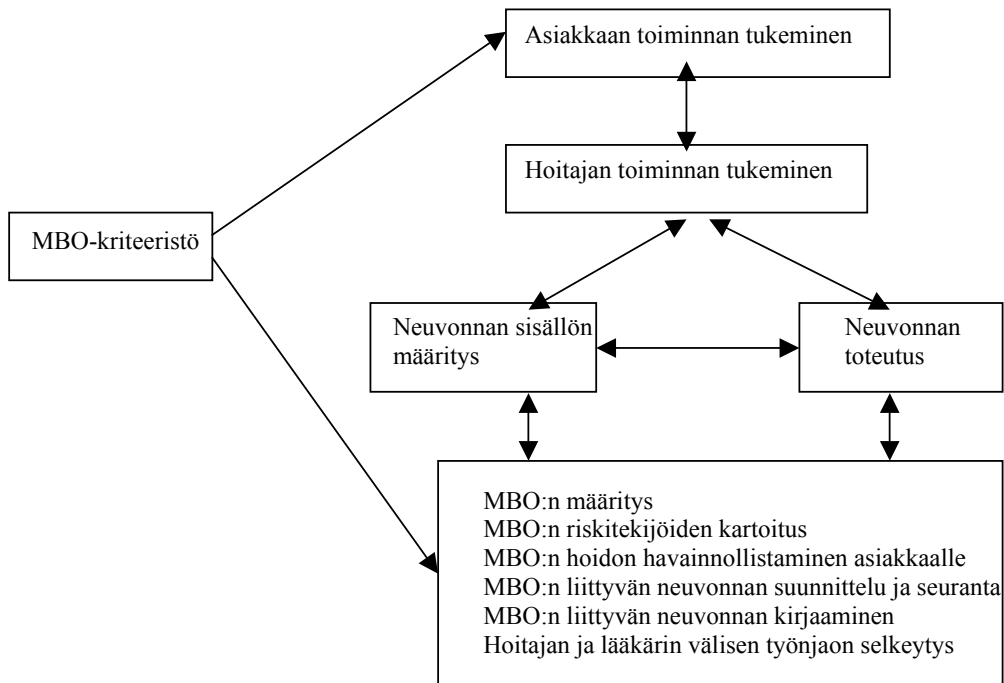
Lähes kaikki kyselyyn osallistuneet hoitajat käyttivät MBO-kriteeristöä riskitekijöiden kartoituksessa melkein päivittäin (Taulukko 20). He kertoivat kriteeristön olevan tarpeellinen ja omaksuneensa kriteeristön käytön hyvin. Hoitajien ja lääkärien välistä yhteistyötä kriteeristö oli selkeyttänyt hoitajien mielestä kohtuullisesti.

**Taulukko 20.** Kyselyssä kartoitetut MBO-kriteeristön merkityksiä ja käyttötarkoituksia neuvonnassa kuvaavat asiat hoitajien ilmaisemana. (n=19-21)

Kriteeristön merkitykset ja käyttötarkoitukset	Kriteeristön merkitysten ja käyttötarkoitusten kuvaukset	Vastanneet hoitajat
Käyttömäärä	Päivittäin	11
	Viikoittain	8
	Harvoin / Ei koskaan	1
	Ei osaa sanoa	1
Tarpeellisuus	Tarpeellinen	15
	Melko tarpeellinen	4
	Lähes tarpeeton / Tarpeeton	1
	Ei osaa sanoa	1
Käyttötarkoituksen omaksuminen	Erittäin hyvin	7
	Hyvin	11
	Huonosti / Ei ollenkaan	0
	Ei osaa sanoa	1
Hoitajien ja lääkärien välisen yhteistyön selkeyttäminen	Paljon	4
	Kohtalaisesti	11
	Vähän / Ei ollenkaan	3
	Ei osaa sanoa	3

Haastattelut hoitajat kuvasivat MBO-kriteeristön merkityksiä ja käyttötarkoituksia MBO-asiakkaan neuvonnassa ja hoidossa (Kuvio 3). Kuviossa on nuolilla kuvattu hoitajien esittämien merkitysten ja käyttötarkoitusten vuorovaikutteisuutta. Suurin osa hoitajista kertoi kriteeristön tukevan heitä asiakkaan neuvonnan sisällön määrittämisessä ja toteuttamisessa. Tällöin he kuvasivat käyttävänsä kriteeristöä MBO:n määrittämisessä ja riskitekijöiden kartoituksessa. Esimerkiksi yksi hoitaja (h5) kertoi seuraavaa: ”*Lähetettiin kartottaa näitä riskitekijöitä asiakkaan kanssa, katottiin yhdessä, että miten nämä kriteerit menee, siitä on helppo havainnollistaa asiakkaallekin.*” Kuitenkin yksi hoitaja kertoi, että kriteeristön puutteellisuuden vuoksi MBO:n riskitekijöiden kartoittaminen ei sillä ole mahdollista. Hoitajan mielestä riskitekijöiden kartoittaminen on mahdollista DEHKO:n diabeteksen riskipistelomakkeen avulla.

Lähes kaikkien haastateltujen hoitajien mukaan kriteeristö auttoi MBO-asiakkaan neuvonnan suunnittelussa, seurannassa ja kirjaamisessa. He kertoivat kriteeristön selkeyttäneen hoitajien ja lääkärin välistä yhteistyötä jonkin verran. Nykyään hoitajat kuvasivat tekevänsä asiakkaille laboratoriolähetteitä, aikaisemmin lähetteitä oli tehnyt vain lääkäri. Lisäksi osa hoitajista kertoi, että kriteeristö tuki myös asiakkaan toimintaa, herättämällä asiakkaan luottamuksen hoitoon ja neuvontaan. Hoitajien mukaan asiakkaan luottamus syntyi, kun hänelle oli havainnollistettu hoito-ohjeet näyttämällä konkreettisesti kriteeristöä.



**Kuvio 3.** Haastateltujen hoitajien kuvaamat MBO-kriteeristön merkitykset ja käyttötarkoitukset.

### 7.6.2 Kriteeristön kehittämistarpeet

Haastatteluissa hoitajat kuvasivat MBO-kriteeristön osa-alueiden kehittämistarpeet (Taulukko 21). Toteaminen ja mittaus -osa-alueita lukuun ottamatta kriteeristössä oli kehittämistarpeita. Eniten kehitettävää oli hoitajien mielestä toimenpiderajoissa sekä seurannassa ja tavoitteissa. Esimerkiksi, suurin osa hoitajista kuvasi vatsakuuden määrityksen sekä verenpaine- ja veren rasva-arvojen poikkeavan valtakunnallisten DEHKO:n ja Käypä hoito –suositusten ohjeista. He kertoivat myös kriteeristön rakenteen kehittämistarpeesta, jotta puuttuvat tarpeelliset tiedot mahtuisivat kriteeristöön. Esimerkiksi yksi hoitaja (h5) kertoi kriteeristöstä seuraavaa: ”Kyllähän nää fyysiset jutut tää tosiaan sisältää mutta...kokonaiselämäntilanteesta...joka varmaan kyllä paljon säätelee ihmisen käyttäytymistä, et miks se tekee tällein, minkälaiset voimavarat sillä on”. Hoitajat kuvasivat tarvitsevansa kriteeristöön yhteistä ohjetta asiakkaalle jaettavasta terveysneuvontamateriaalista. Lisäksi hoitajien mukaan ravitsemussuositusten pääperiaatteet, terveysliikunnan suositus ja alkoholin käytön annossuositus olisivat tarpeelliset kriteeristössä.

**Taulukko 21.** Haastateltujen hoitajien kuvaamat MBO-kriteeristön osa-alueiden kehittämistarpeet. (n=8)

<b>MBO-kriteeristön osa-alueet</b>	<b>MBO-kriteeristön kehittämistarpeet</b>
Riskitekijä	MBO:n riskitekijöiden määrittäminen eroaa DEHKO:sta
Toimenpiderajat	<p>Erot toimenpiderajoissa DEHKO:an ja Käypä hoito –suositukseen seuraavien riskitekijöiden kohdalla:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• vatsakkuus</li> <li>• verenpaine</li> <li>• veren rasva-arvot</li> </ul> <p>Toimenpiderajat ovat samanlaiset kaiken ikäisille asiakkaille, esimerkiksi vanhukselle tarvitsisivat erilaiset toimenpiderajat</p>
Toteaminen ja mittaus	Ei mainintoja
Seuranta ja tavoitteet	<p>Tavoite ei ole usein realistinen lihavuus-riskitekijän kohdalla, koska vyötärönympärysrajat ovat liian pienet.</p> <p>Verensokerin kohdalla mainittu kahden viikon lääkkeetön hoito on liian lyhyt tavoiteltujen tulosten saavuttamiseksi.</p> <p>Seuranta-ajat eivät ole kaikilta osin käytännössä toteutettavissa, sillä niitä ei pystytä järjestämään riittävän usein.</p> <p>Tarkat seuranta- ja tavoiteohjeet puuttuvat seuraavista elintapoihin liittyvistä asioista:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• ravitsemussuositukset (pääperiaatteet)</li> <li>• terveysliikunnan suositus</li> <li>• alkoholin käytön annossuositus</li> <li>• tupakointiin liittyvä suositus</li> <li>• asiakkaan voimavarojen kartoitusperiaatteet</li> </ul> <p>Muut puuttuvat toiminta- ja seurantaohjeet:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• yhteystiedot mahdollisesta jatko-ohjauksesta</li> <li>• suositus mukaan jaettavaa terveysneuvontamateriaalista</li> </ul>

## 7.7 Hoitajien näkemykset MBO-koulutuksista

Niin kyselyssä kuin haastatteluissa hoitajat kuvasivat MBO-koulutukset tarpeellisiksi ja niiden vaikuttaneen MBO-asiakkaan elintapaneuvonnan menetelmiin melko paljon (Taulukko 22). Kukaan kyselyyn vastanneista hoitajista ei määrittänyt koulutuksia tarpeettomiksi.

**Taulukko 22.** Kyselyyn vastanneiden hoitajien mielipiteet MBO-koulutusten tarpeellisuudesta ja vaikutuksesta neuvontatapoihin. (n =17)

Koulutusten tarpeellisuus ja vaikuttavuus neuvontatapoihin	Koulutusten tarpeellisuuden ja vaikuttavuuden kuvaukset	Vastanneet hoitajat
Tarpeellisuus	Tarpeellinen	15
	Melko tarpeellinen	1
	Vähemmän tarpeellinen	1
	Tarpeeton	0
Vaikutus neuvontatapoihin	Suuri	7
	Kohtalainen	8
	Vähäinen	2
	Ei vaikutusta	0

Haastatellut hoitajat kuvasivat MBO-koulutusten selkeyttäneen neuvontatyötä. Suurin osa hoitajista esitti, että koulutusten aiheet olivat konkreettisia ja käytäntöön soveltuvia. He kuvasivat koulutusten antaneen ”uutta puhtia” neuvontatyöhön, olleen ”virittäjä”. Yksi hoitajista (h4) kertoi seuraavasti: *”Se oli mulle ainakin ihan konkreettinen, että ei ryöpytetä tietoa täältä näin, vaan kuunneltaisiin ihmistä, se mulle jäi ihan päällimmäisenä, oikein havahduin siellä.”* Kuitenkin suurin osa hoitajista kertoi olevan vaikea arvioida, oliko juuri MBO-koulutukset muuttaneet heidän neuvontaansa. Osa hoitajista kertoi kouluttautuneensa MBO:än liittyen myös Sydäntauti- ja Diabetesliiton koulutuksissa. Lisäksi he kuvasivat saaneensa tietoa MBO:stä lehdistä, televisiosta ja internetistä. Yksi hoitajista (h1) kertoi: *”Koko ajan imuroi sitä tietoa, tää on semmonen työ, että aina mun täytyy lukea, yölukemisena on Diabetes-lehti”.*



### 7.7.1 Koulutusten vaikutukset elintapaneuvonnan sisältöihin

Lähes kaikkien kyselyyn vastanneiden hoitajien mielestä MBO-koulutukset olivat lisänneet heidän valmiuksiaan huomioida kartoitettuja MBO-asiakkaan elintapaneuvonnan sisältöjä (Taulukko 23). Hoitajat kuvasivat koulutusten lisänsen heidän valmiuksiaan melko paljon lähes kaikkien sisältöalueiden kohdalla. Kuitenkin, stressiin, ihmissuhteisiin ja elämäntilanteeseen liittyviä valmiuksia koulutus oli heidän mielestään lisännyt vain vähän.

**Taulukko 23.** Kyselyyn vastanneiden hoitajien mielipiteet MBO-koulutusten vaikutuksista elintapaneuvonnan sisältöihin.

Elintapaneuvonnan sisällöt	Koulutusten vaikutukset elintapaneuvonnan sisältöihin			
	Melko paljon	Vähän	Ei ollenkaan	Yht.
Lihavuus	13	2	2	17
Vatsakkuus	14	1	2	17
Veren rasva-arvot	13	2	2	17
Verenpaine	12	3	2	17
Verensokeri	13	2	2	17
Liikuntatottumukset	14	1	2	17
Ravitsemustottumukset	14	1	2	17
Tupakointi	12	4	1	17
Alkoholin käyttö	13	3	1	17
Sukurasite	12	3	2	17
Stressi	7	9	1	17
Ihmissuhteet	7	9	1	17
Elämäntilanne	9	7	1	17

Haastatellut hoitajat kuvasivat, että MBO-koulutuksen jälkeen he olivat alkaneet muodostaa monipuolisempaa kokonaiskäsitystä asiakkaan elintapaneuvonnan sisällöstä ja riskitekijöistä. Esimerkiksi osa hoitajista kertoi koulutusten myötä omaksuneensa vatsakkuuden MBO:n riskitekijäksi ja alkaneensa käyttää mittanauhaa asiakkaan vatsakkuuden määrittämiseen. Lisäksi osa hoitajista kertoi sukurasitteen, ihmissuhteiden, elämäntilanteen ja stressin huomioimisen MBO-asiakkaan neuvonnassa lisääntyneen.

### **7.7.2 Koulutusten vaikutukset elintapaneuvonnan menetelmiin**

Kyselyyn vastanneiden hoitajien mielestä MBO-koulutus oli lisännyt heidän valmiuksiaan huomioida kaikkia kartoitettuja MBO-asiakkaan elintapaneuvonnan menetelmiä (Taulukko 24). Eniten koulutus oli lisännyt hoitajien mielestä heidän valmiuksiaan rohkaista asiakasta elintapojen hyötyjen ja haittojen arviointiin. Ryhmäneuvonnan kohdalla he kuvasivat valmiuksien lisääntyneen vain vähän. Kyselyn avoimessa vastauksessa yksi hoitaja (H7) ilmoitti koulutusten muuttaneen hänen neuvontamenetelmiään seuraavasti: *"Asiakas tekee nykyisin työtä enemmän, pohtii ja valitsee omat ratkaisut."*

**Taulukko 24.** Kyselyyn vastanneiden hoitajien mielipiteet MBO-koulutusten vaikutuksista elintapaneuvonnan menetelmiin.

Elintapaneuvonnan menetelmät	Koulutusten vaikutukset elintapaneuvonnan menetelmiin			
	Melko paljon	Vähän	Ei ollenkaan	Yht.
Lyhyt kehoitus tai neuvo	14	2	2	18
Perusteellinen terveysneuvonta	12	4	2	18
Asiakkaan aloittama keskustelu	11	5	2	18
Hoitajan aloittama keskustelu	14	2	2	18
Rohkaisu elintapojen hyötyjen ja haittojen arviointiin	16	2	0	18
Rohkaisu tavoitteiden laatimiseen ja suunnitelman tekemiseen	13	5	0	18
Elintapamuutosohjelman laatiminen yhdessä asiakkaan kanssa	13	4	1	18
Taidon harjoittelu	8	7	1	16
Tukiaineiston jakaminen	10	7	1	18
Tukiaineiston sisällön selittäminen	11	6	1	18
Ryhmäneuvonta	3	6	9	18
Ohjaus ryhmään	9	6	3	18
Ohjaus muuhun neuvontaan, kuten ravitsemusterapeutille	7	9	2	18

Haastatteluissa hoitajat kuvasivat, että MBO-koulutus oli vahvistanut elintapaneuvonnan menetelmien käyttämistä. Yksi hoitaja (h4) kuvasi varmuuden ja järjestelmällisyyden elintapaneuvonnassa lisääntyneen seuraavasti: *”Onhan se paljon antanut myöskin semmosta tiettyä varmuuttakin...runko, jonka pohjalta teen...tämmönen järjestelmällisyys siihen.”* Toinen hoitaja (h3) kuvasi, että hän siirtää nyt tietoisemmin vastuuta asiakkaalle ja laittaa asiakkaan pohtimaan omia terveystriskejään seuraavasti: *”Kun näkee, että sitä massaa ois, pitäisi itsekkin tehdä jotain...kyllä mä laitan ne itse pohtimaan ihan erillä tavalla, tietosemmin tekee sen nykyisin kuin ennen”* Lisäksi osa hoitajista mainitsi koulutusten myötä uusina menetelminä avointen kysymysten käyttämisen ja positiivisen palautteen antamisen.

Kolme hoitajista esitti muutosvaihemallin ja motivoivan keskustelun menetelmien käyttämisen neuvontatyössä haasteelliseksi. Yksi hoitajista (h3) kertoi: *”Tää muutosvaiheen oivaltaminen...teoriana vieraampi, mutta sehän se on kuitenkin sen kaiken takana, vaikei siitä teoriasta aikasemmin tiennyt, sitähan myö yritetään aistia sen asiakkaan kanssa, että onko se valmis tekemään, eihän se auta että me kerrotaan näin ja näin pitäisi toimia...kyllä se pitää siitä asiakkaasta lähteä.”* Hoitajat mainitsivat, että uusien neuvontamallien ja –menetelmien käyttäminen edellyttää niiden periaatteiden sisäistämistä. Yksi hoitaja (h2) kuvasi: *”Muutosvaihemalli on uutta ja se varmaan käy päässä vieläkin...motivoiva haastattelu, se on työmenetelmän opetteleminen joka ei käy tässä ja nyt.”*

## **8 JOHTOPÄÄTÖKSET TUTKIMUSTULOKSISTA**

Tässä luvussa kuvataan tutkimuksen päätulokset sekä tutkimuksen luotettavuuden ja eettisyyden näkökohdat. Lopuksi esitetään tutkimuksen johtopäätökset ja kehittämisehdotukset.

### **8.1 Yhteenveto keskeisistä tuloksista**

Tutkimuksen mukaan MBO-koulutuksiin osallistuneiden hoitajien määrä vaihteli suuresti. Eniten osallistujia oli ensimmäisenä järjestettyyn muutosvaihemalli ja motivoiva haastattelu –koulutukseen. Vähiten osallistujia oli viimeisenä järjestettyyn diabeteksen riskipistetaulukko –koulutukseen, vaikka riskipistetaulukko on oleellinen osa diabeteksen ja MBO:n riskitekijöiden kartoitusta (Etu-Seppälä ym. 2003, 42). Voi olla, että riskipistetaulukon käytön tärkeyttä ei ole korostettu riittävästi esimerkiksi MBO-kriteeristö –koulutuksen yhteydessä. Lisäksi STM:n terveydenhuollon täydennyskoulutussuosituksen (2004, 35) mukaan henkilöstön koulutusmotivaatiota saattavat laskea niukoin resurssein toteutetut koulutukset.

Hoitajien arviot kohtaamiensa MBO-asiakkaiden määrästä vaihtelivat suuresti. Kenties hoitajien työnkuvat eri terveysasemilla olivat erilaiset, jolloin he kohtasivat todellisuudessa eri määrän asiakkaita. Mahdollisesti hoitajat eivät määritelleet MBO-asiakasta samoin kriteerein, esimerkiksi Eriksson ym. (1997) mukaan MBO:n määrittely ei ole yksiselitteistä. Kuitenkin MBO-kriteeristön mukaan hoitajien olisi määriteltävä MBO-asiakas samalla tavoin.

#### **8.1.1 Hoitajien kuvaamat MBO-asiakkaan elintapaneuvonnan sisällöt ja menetelmät**

Tässä tutkimuksessa hoitajien kuvaamat MBO-asiakkaan elintapaneuvonnan sisällöt olivat suureksi osaksi lääketieteellisten mittausten, kuten numeraalisesti mitattavien riskitekijäarvojen, kartoittamista. Asiakkaan voimavarojen, kuten stressin, ihmissuhteiden ja elämäntilanteen, huomioiminen oli hoitajien mukaan vähäistä. Samansuuntaisia päätelmiä ovat tehneet esimerkiksi Johansson ym. (1995) ja Kaukua (2003). Lisäksi haastatteluissa osa hoitajista kuvasi, että alkoholin käyttöä ja tupakointia oli vaikea ottaa puheeksi elintapaneuvonnassa, koska kyseiset asiat olivat henkilökohtaisia ja arkaluonteisia asiakkaalle. Myös Raevaara (2003) oli saanut lääkärin ja asiakkaan välistä keskustelua

tarkastellessaan vastaavia tuloksia. Hoitajien vastausten perusteella voidaan sanoa, että heidän kuvaama neuvonta ja hoito ei ollut kokonaisvaltaisesti asiakkaan tarpeet huomioivaa.

MBO-asiakkaan neuvontamenetelmänä hoitajat kuvasivat käyttävänsä eniten lyhyen kehotuksen ja neuvon antamista. Tämän menetelmän käyttö korostui heidän mukaansa etenkin lyhyissä neuvontatilanteissa. Vastaavanlaisia tuloksia on saanut myös Poskiparta (1997, 37-38) tutkiessaan hoitajien ja potilaiden välistä terveysneuvontaa. Tässä tutkimuksessa hoitajat ilmaisivat käyttävänsä myös melko paljon muita kyselyssä kartoitettuja menetelmiä, lukuun ottamatta ryhmäneuvontaa sekä ohjausta ryhmään ja esimerkiksi ravitsemusterapeutin neuvontaan. Heidän mukaan ryhmäneuvonta oli vähäistä, koska perusterveydenhuollossa oli puutetta resursseista, tiedotuksesta ja ryhmäneuvonnasta kiinnostuneista asiakkaista. Kuitenkin Etu-Seppälä ym. (2003, 13) ovat todenneet, että ryhmäneuvonnan olisi kuuluttava pysyvästi sekä terveyskeskusten että työterveyshuollon toimintaan. Tällöin pystyttäisiin kohdentamaan elintapaneuvontaan käytettäviä resursseja tehokkaasti, ohjaamalla osittain yksilöohjaukseen käytettävät voimavarat ryhmäohjaukseen (Lankinen ym. 2003).

Osa hoitajista kuvasi, että mies- ja naisasiakkaiden elintapaneuvonta on erilaista. Neuvonnan eroista mainitsevat myös Kettunen ym. (2002). Miers (2002) korostaakin, että sukupuolten väliset erot olisi huomioitava asiakkaiden neuvonnassa. Kuitenkin tässä tutkimuksessa hoitajat kuvasivat eroja ristiriitaisesti, sekä miehiä että naisia he kuvasivat osin avoimiksi osin pidättyneiksi neuvontatilanteissa. Todennäköistä onkin, että neuvontatilanteessa on huomioitava asiakkaan yksilölliset tarpeet, sukupuolesta riippumatta.

Hoitajat kertoivat jakavansa MBO-asiakkaalle elintapaneuvonnan tukimateriaalia, kuten ohjelehtisiä, melko paljon. Heidän mielestä materiaalia oli paljon, mutta sitä ei ollut yksinkertaista soveltaa asiakkaan neuvontaan. Hoitajat ilmaisivat tarvitsevansa yhtenäistä ohjeistusta perusterveydenhuoltoon MBO-asiakkaan neuvontamateriaalin käytöstä, samansuuntaisia tuloksia ovat saaneet myös Lock ym. (2002).

### **8.1.2 Hoitajien kuvaamat MBO-asiakkaan elintapaneuvonnan tavoitteet ja motivoivan keskustelun menetelmät muutosvaihemallin eri vaiheissa**

Hoitajat kuvasivat monipuolisesti MBO-asiakkaan elintapaneuvonnan tavoitteita muutosvaihemallin eri vaiheiden mukaiseksi. He ilmaisivat toimivansa asiakaslähtöisesti, asiakkaiden yksilölliset voimavarat huomioiden. Prochaska ym. (1994 a), Daugherty ym. (2000, 185) ja Poskiparta (2002, 26-28) ovat todenneet, että asiakaslähtöisyys on keskeistä neuvonnan onnistumiseksi. Asiakaslähtöisesti toimimalla hoitajat huomioivat myös elintapaneuvonnan eettiset näkökohdat (Kylmä ym. 2002, 65-70).

Hoitajien vastausten perusteella voidaan tulkita, että hoitajat käyttivät MBO-asiakkaan elintapaneuvonnassa motivoivan keskustelun menetelmiä yksipuolisesti eri muutosvaiheessa olevan asiakkaan kohdalla (vrt. Miller ja Rollnick 1991, 71-87, 116-124). Motivoivan keskustelun menetelmistä hoitajat kuvasivat käyttävänsä eniten avoimia kysymyksiä. Reflektiivistä kuuntelua ja yhteenvedon tekemistä neuvontatilanteesta he käyttivät jonkin verran. Positiivista palautetta asiakkaan toiminnasta hoitajat ilmaisivat antavansa vain asiakkaan ollessa toiminta- ja ylläpitovaiheessa. Motivoivia lausumia osa hoitajista kertoi käyttävänsä vain asiakkaan ollessa esiharkintavaiheessa.

Asiakkaan tukeminen oli osa muutosvaihemallin mukaista neuvontaa. Hoitajat kertoivat tukevansa ja kannustavansa asiakasta antamalla positiivista palautetta pientenkin elintapamuutosten onnistumisesta ja antamalla konkreettista tietoa elintapamuutoksesta. Lisäksi hoitajat ilmaisivat tukevansa asiakasta toimimalla asiakaslähtöisesti, esittämällä avainkysymyksiä ja järjestämällä neuvonta-aikoja. Tavoitteistaan repsahtanutta asiakasta hoitajat kuvasivat tukevansa eri tavoin, esimerkiksi hoitajat kertoivat kartoittavansa asiakkaan repсахdusten syitä avainkysymyksin. Lisäksi hoitajat kuvasivat keskustelevansa asiakkaan kanssa sallituista repсахduksista ja repсахdusten tapahtumisen realiteetista. Hoitajat kuvasivat tukevansa asiakasta myös tekemällä yhteenvedon ja jatkosuunnitelman asiakkaan elintapamuutoksesta.

Tutkimus tuki muutosvaihemallin mukaista teoriaa ja ajatusta, että motivoivan keskustelun menetelmiä voidaan elintapaneuvonnassa käyttää muutosvaihemallin rinnalla (DiClemente 1991, 191, Daugherty ym. 2000). Hoitajat kuvasivat tunnistavansa muutosvaihemallin ja

motivoivan haastattelun asiat ja niiden pääperiaatteet. Kuitenkin hoitajien mukaan asioiden sisäistäminen edellyttää aikaa perehtyä asioihin ja myös kertaavaa koulutusta..

### **8.1.3 Hoitajien kuvaamat kirjaamiskäytännöt MBO-asiakkaan elintapaneuvonnassa**

Hoitajat kuvasivat kirjaavansa lähes aina potilastietojärjestelmään suurimman osan kyselyssä kartoitetuista MBO-asiakkaan elintapaneuvonnan sisällöistä. Ne neuvonnan sisällöt, jotka hoitajat ilmoittivat huomioivansa, he myös kirjasivat potilastietojärjestelmään. Asiakkaan vatsakkuuden, stressin, ihmissuhteiden ja elämäntilanteen kirjaaminen olikin vähäistä. Hoitajien kertoman perusteella vatsakkuuden kirjaaminen oli puutteellista, koska atk-pohjaisessa potilastietojärjestelmässä ei ollut paikkaa sille. Jokelan (1998, 64) mukaan hyvin suunniteltu atk-järjestelmä voi lyhentää tarvittavaa kirjaamisaikaa, lisätä kirjaamisen selkeyttä ja jopa parantaa neuvonnan laatua.

Stressin, ihmissuhteiden ja elämäntilanteen kirjaaminen oli puutteellista ja vaikeaa, koska perusterveydenhuollossa ei ollut yhtenäisiä kirjaamishojeita. Vastaavanlaisia päätelmiä on tehnyt esimerkiksi Thompson ym. (2002). Kuitenkin olisi oleellista, että hoitajat kirjaisivat asiakkaan muutosprosessin voimavarat, koska näin hoitajat pystyisivät varmistamaan elintapaneuvonnan jatkuvuuden (vrt. Etu-Seppälä 2003, 73, Thompson ym. 2002). Yksikään hoitaja ei esittänyt kirjaamisen puutteellisuuden syyksi ajanpuutetta (vrt. Laitinen 1998, 148).

MBO-asiakkaan elintapaneuvontaprosessin sisällöistä hoitajat kuvasivat kirjaavansa potilastietojärjestelmään lähes aina neuvonnan aiheen ja sisällön. Neuvonnan menetelmiä ja johtopäätöksiä hoitajat ilmoittivat taas kirjaavansa vähiten. Kuitenkin, asiakkaan muutosprosessin jatkuvuuden turvaamiseksi kaikki elintapaneuvontaprosessin sisällöt olisi kirjattava aina potilastietojärjestelmään. Kokkosen (1998, 79-81) mukaan etenkin elintapaneuvontaprosessin arvioinnin kirjaamiseen olisi panostettava, jotta pystyttäisiin kartoittamaan neuvonnan tuloksellisuutta.

### **8.1.4 Hoitajien kuvaama MBO-kriteeristön käyttö**

Tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että hoitajat käyttivät MBO-kriteeristöä paljon MBO-asiakkaiden neuvonnassa. Hoitajat kertoivat kriteeristön selkeyttävän ja tukevan näin asiakkaan neuvontaa. Harrison ym. (2002), Partanen ym. (2003, 8) ja Veräjänkorva (2003 b, 126) ovat todenneet, että selkeät ohjeet helpottavat hoitajan työskentelyä. Tutkimuksessa



hoitajat mainitsivat kriteeristön antavan myös asiakkaille turvaa ja varmuutta MBO:n ennaltaehkäisyyn ja hoitoon. Suurin osa hoitajista kuvasi kriteeristön auttavan MBO:n ja sen riskitekijöiden määrittämisessä, neuvonnan suunnittelussa ja seurannassa sekä kirjaamisessa. Kuitenkaan yksikään hoitaja ei kuvannut käyttävänsä MBO-kriteeristöä asiakkaan neuvonnan ja hoidon arvioinnissa.

Haastattelujen perusteella voidaan todeta, että kriteeristö ei ole riittävän monipuolinen riskitekijöiden kartoitukseen, ennaltaehkäisyssä ja hoidossa. Kriteeristön puutteeksi mainittiin, ettei siinä oltu huomioitu asiakkaan liikunta- ja ravitsemustottumuksia, eikä voimavaroja. Voidaankin päätellä, että kriteeristö tukee MBO-asiakkaan hoitoa ja neuvontaa osittain, kokonaisvaltaiseen elintapaneuvontaan siitä ei ole apua.

Kriteeristö oli selkeyttänyt hoitajien mukaan lähinnä hoitajien ja lääkärin työnjakoa. Kuitenkin kriteeristö olisi hoitajien mielestä voinut selkeyttää yhteistyötä enemmän kuin mitä oli se oli selkeyttänyt. Harrison ym. (2002) mukaan erilaiset hoito-ohjeet selkeyttävät yhteistyötä yleensä paljon. Kriteeristössä on ohjeita asiakkaan neuvonnasta sekä hoitajille että lääkäreille, joten olisikin tarpeellista kouluttaa heitä yhdessä kriteeristön käytöstä. Yhteistyön lisäämiseksi on pohdittava terveysasemakohtaisesti kriteeristön käyttöä sekä asiakkaiden elintapaneuvonnan ja hoidon toteuttamista.

Hoitajien vastausten perusteella voidaan tulkita, että eniten kehitettävää oli kriteeristön toimenpiderajoissa sekä seurannassa ja tavoitteissa. Kriteeristön toimenpiderajat olivat hoitajien mukaan vatsakuuden sekä verenpaine- ja rasva-arvojen kohdalla ristiriitaisia DEHKO:n ja Käypä hoito –suositusten ohjeisiin verrattuna. Heidän mielestä kriteeristön rakennetta olisi kehitettävä, jotta siihen pystyttäisiin sujuvasti lisäämään puuttuvaa tietoa. Kriteeristöön olisi lisättävä tietoa asiakkaille jaettavasta terveysneuvontamateriaalista, ravitsemus- ja terveystoimintasuosituksista sekä alkoholin käytöstä. Lisäksi kriteeristössä olisi hoitajien mukaan oltava selkeä pisteytysjärjestelmä asiakkaiden riskitekijöistä, myös Etu-Seppälä ym. (2003, 78) on todennut vastaavaa.

Hoitajien mukaan kriteeristössä ei ollut selkeästi määritelty elintapoja MBO:n riskitekijöinä, vaikka elintavat ovat MBO:n ennaltaehkäisyssä ja hoidossa hyvin keskeisessä asemassa (vrt. Kaukua 2003). Edellä esitettyjen tulosten mukaan jää epäselväksi, pystytäänkö MBO-kriteeristöä todellisuudessa käyttämään MBO:n riskitekijöiden kartoituksessa ja ohjaamassa

elintapaneuvontaa. Lisäksi jää epäselväksi, onko MBO:n epäily toimenpiderajat ja seuranta – kriteeristö, todenmukainen nimi MBO:n määrittystä ja elintapaneuvontaa ajatellen.

### **8.1.5 Hoitajien näkemykset MBO-koulutuksista**

Hoitajat kuvasivat MBO-koulutukset tarpeellisiksi ja kertoivat koulutusten vaikuttaneen neuvontamenetelmiin. Koulutusten kuvattiin ylläpitäneen ja lisänneen tietoja (vrt. Veräjänkorva 2003 a, 45, 2003 b, 132). MBO-koulutukset olivat hoitajien näkemysten mukaan selkeyttäneet ja syventäneet neuvontaa, antamalla konkreettisia hoito- ja neuvontaohjeita. Lisäksi hoitajat kuvasivat koulutusten lisänneen motivaatiota neuvontatyöhön. Harju ja Risikko (2003, 32) ovat myös todenneet koulutusten lisäävän hoitajien motivaatiota. Koulutus oli hoitajien mielestä lisännyt vain vähän stressiin, ihmissuhteiden ja elämäntilanteen huomioimiseen liittyviä valmiuksia. Näitä sisältöjä hoitajat kuvasivat huomioivansa ja kirjaavansa neuvonnassa harvoin. Tutkimuksessa hoitajat toivoivat MBO-koulutusaiheiden kertausta määräajoin (vrt. Veräjänkorva 2003a, 57, Price ym. 2004). Harju ja Risikko (2003, 85) esittävätkin, että hoitajien koulutusten tulisi ylläpitää ja kehittää hoitajien taitoja. Näin koulutukset eivät voi olla vain yksittäisiä päiviä vaan tulisi panostaa pitkäkestoiseen koulutukseen. Tulevaisuudessa koulutusten olisi pystyttävä vastaamaan paremmin kuin nykyään hoitajien tarpeisiin elintapaneuvonnasta.

### **8.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys**

Tutkimuksen alussa tutkimustehtävät asetettiin väljästi, jotta ne eivät rajoittaneet tutkimuksen etenemistä. Kuitenkin tutkimustehtävien tarkoituksena oli rajata tutkimusaluetta ja mahdollistaa tutkimuksen looginen eteneminen. Tutkimustehtävät täsmentyivät tutkimuksen aikana sisällön analyysin perusteella. (vrt. Liimatainen 2002, 40, Kylmä ym. 2003.) Tutkimuksen aihe oli laaja. Aihe käsitteli hoitajien kuvauksia ja näkemyksiä MBO-asiakkaan elintapaneuvonnasta ja kirjaamisesta sekä MBO-kriteeristöä ja –koulutuksista. Keskittymällä tutkimuksessa yhteen aihealueeseen, olisi tutkimuksesta saatu todennäköisesti syvällisempi ja laaja-alaisempi kuin nyt toteutetusta tutkimuksesta. Kuitenkin tässä tutkimuksessa todettiin aihealueiden täydentävän toisiaan ja näin lisäävän tutkimuksen laaja-alaisuutta. Aineiston koko tässä tutkimuksessa oli pieni. Näin tulosten tulkinta on viitteellistä ja niitä ei voida yleistää.

Tutkimuksen syvällisyyttä, luotettavuutta ja pätevyyttä lisättiin tutkija-, aineisto- ja menetelmätriangulaatioiden avulla (vrt. Corner 1991, Cowman 1993, Begley 1996, Janhonen ja Nikkonen 2001, 7, Foss ja Ellefsen 2002). Tutkimuksen toteuttivat kaksi tutkijaa yhdessä tekemällä tutkimussuunnitelman sekä keräämällä ja analysoimalla aineiston. Tutkimusmenetelmät valittiin tutkimusjoukon, tutkimuksen tarkoituksen ja terveydenhuollossa tehtyjen tutkimusten perusteella. Tutkimusaineisto kerättiin puolistrukturoidulla kyselylomakkeella (vrt. Corner 1991, Hirsjärvi ym. 2002, 180-181, Thompson ym. 2002) ja teemahaastatteluilla (vrt. Latvala 1998, 40-43, Hirsjärvi ja Hurme 2000, 48, Harrison ym. 2002, Lahdenperä 2002, 36-45, Lock ym. 2002). Kvalitatiivisella haastatteluaineistolla täydennettiin kvantitatiivista kyselyaineistoa. Näin pyrittiin saamaan tutkimusaineistosta mahdollisimman perusteellinen, moniulotteinen ja luotettava näkemys (vrt. Corner 1991, Cowman 1993, Begley 1996, Barbour 1999, Benzes ja Allen 2001, Foss ja Ellefsen 2002).

Triangulaatioita on kuitenkin kritisoitu. Triangulaatiot eivät välttämättä lisää tutkimuksen luotettavuutta, jos valitut tutkimus- ja analysointimenetelmät eivät sovellu tutkimukseen. (Begley 1996.) Kuitenkin, tässä tutkimuksessa triangulaatiot lisäsivät tutkimuksen luotettavuutta, koska tutkimusaineisto ja –menetelmät valittiin perustellusti tutkimustehtäviin sopiviksi.

Tutkimuksessa kerättiin ensin kyselyaineisto. Vastaamisaikaa kyselyyn oli aluksi kaksi ja puoli viikkoa. Tällöin kyselyyn vastasi 17 hoitajaa. Vastausaikaa pidennettiin viikolla. Lisäksi hoitajia kannustettiin vastaamaan lähettämällä sähköpostiviesti ja soittamalla niiden työyksiköiden osastonhoitajille, joista kyselylomakkeet olivat palautuneet vain osittain. Tällöin osastonhoitajia kehoitettiin kannustamaan yksikkönsä hoitajia vastaamaan kyselyyn. Lopuksi kyselyn vastausprosentti oli 58, joka on tyypillinen kyselytutkimuksille (vrt. Hirsjärvi ym. 2002, 183). Ennen kyselylomakkeiden lähettämistä, työyksiköille tiedotettiin tulevasta tutkimuksesta. Lisäksi kyselyn saatekirjeessä motivoitiin hoitajia vastaamaan, korostamalla kyselyn merkitystä heidän työnsä kehittämiseksi. Motivointikeinona saatekirjeessä oli myös elokuva-lippujen arvonta vastanneiden kesken. Mahdollisesti lopulliseen hoitajien vastaushalukkuuteen vaikutti kiire työssä. Kuitenkin, verrattuna valtakunnalliseen kyselytutkimukseen (Himanen ja Ilanne-Parikka 2003, 13-15) hoitohenkilökunnan täydennyskoulutuksesta, jossa 80 hoitajasta 29 palautti kyselyn, tämän tutkimuksen vastausprosentti oli hyvä.

Kyselylomake esitettiin ja sen kysymyksiä tarkennettiin. Näin lisättiin kysymysten pätevyyttä (vrt. Thompson ym. 2002). Kyselyssä oli suljettujen kysymysten lisäksi myös avoimia kysymyksiä (Hirsjärvi ym. 2002, 182). Avoimilla kysymyksillä pyrittiin saamaan mahdollisimman monipuolisia vastauksia hoitajilta. Avoimista kysymyksistä huolimatta, kyselyaineisto ei ollut täysin pätevä, koska osa kysymyksistä oli joidenkin hoitajien mielestä epätarkkoja. Esimerkiksi elintapaneuvontamenetelmiin liittyvät kysymykset olisivat voineet olla kattavammat. Kuitenkin kyselyaineiston luotettavuutta sekä pätevyyttä lisättiin selventämällä ja täydentämällä aineistoa haastatteluilla.

Kyselyaineiston jälkeen kerättiin haastatteluaineisto. Toinen tutkijoista haastatteli, toinen teki tarvittaessa selventäviä kysymyksiä tutkittavalle. Kahdeksaa hoitajaa haastateltiin. Tutkittavien määrää pidettiin riittävänä, koska se oli noin kolmasosa kyselylomakkeeseen vastanneiden hoitajien määrästä (vrt. Tolvanen 1998) ja yli viidesosa koko tutkimusjoukosta. Haastateltavat arvottiin viidestä eri työyksiköstä siten, että isoista työyksiköistä haastateltiin kahta ja pienistä yhtä hoitajaa. Yleensä haastattelututkimuksiin osallistuvien henkilöiden määrä on pieni (vrt. Eskola ja Suoranta 2000, 61, Kylmä ym. 2003).

Haastatteluissa pyrittiin muodostamaan mahdollisimman luottamuksellinen suhde haastattelijan ja haastateltavan välille, perehtymällä tutkittaviin asioihin ja niihin liittyviin taustatekijöihin. Koehaastattelun avulla selkeytettiin ja ennakoitiin haastattelutilanteita. Haastattelutilanteessa esitettiin teema-alueita kuvaavia kysymyksiä ja niitä täsmennettiin tarvittaessa (vrt. Kylmä ym. 2003). Tutkittavaa pyrittiin kuuntelemaan aktiivisesti, näin haastattelutilanne oli enemmän keskustelua kuin kyselemistä ja vastaamista. Haastattelut tapahtuivat hoitajien työajalla häiriöttömässä tilassa. Suurin osa haastatteluista tapahtui hoitajien omissa työhuoneissa ja heidän oli näin helppo palauttaa mieleen MBO-asiakkaan neuvontatilanteita.

Tutkimusaineistot analysoitiin heti aineistojen keräämisen jälkeen. Kyselyaineisto analysoitiin tilasto-ohjelmalla. Sanatarkasti litteroidun haastatteluaineiston sisällön analyysin perusta muodostettiin valitsemalla tutkimustehtäviin sopivat analyysiyksikkö ja -tapa. Tutkimustulosten luotettavuuden ja pätevyyden saavuttamiseksi aineistosta poimittiin mahdollisimman tarkasti tutkimustehtäviä kuvaavat asiat, jonka jälkeen ne pelkistettiin. Näin pyrittiin osoittamaan selkeä yhteys tutkimusaineiston ja -tulosten välillä. (vrt. Cavanagh 1997, Kyngäs ja Vanhanen 1999, Latvala ja Vanhanen-Nuutinen 2001, 36-37.) Analyysin

tueksi esitettiin alkuperäishavaintoja eli suoria lainauksia kyselylomakkeen avoimista kysymyksistä ja haastattelujen litteraatioista. Tarkoituksena oli näin auttaa lukijaa arvioimaan luokittelun onnistuneisuutta. (vrt. Nieminen 1997, 215-221.) Aineistoja analysoitaessa molemmat tutkijat tarkastelivat aineistoa ja muodostivat päätelmiä. Lopuksi tutkijat keskustelivat päätelmistään ja päätyivät tutkimuksessa esitettyihin tuloksiin.

Tutkijoilla oli aikaisempaa kokemusta terveydenhuollon työstä, asiakkaiden hoidosta ja neuvonnasta. Tutkijat pyrkivät tiedostamaan tutkimuksen ajan kokemuksensa vaikutukset tutkimukseen (vrt. Tuomi ja Sarajärvi 2002, 131-133, 135). Aikaisemmat kokemukset antoivat laaja-alaisen näkemyksen tutkimukseen, mutta kokemukset saattoivat myös rajoittaa tutkijoiden näkökulmia esimerkiksi terveysneuvontakäsityksistä. Lisäksi haastattelutilanne oli tutkijoille uusi ja haastattelutaidot kehittyivätkin tutkimuksen kuluessa.

Tutkimuksen suunnittelussa, toteutuksessa ja raportoinnissa huomioitiin luotettavuuden ja pätevyyden lisäksi tutkimuksen eettiset näkemykset. Tutkimusta suunniteltaessa pohdittiin eettisesti tutkimusaiheen valintaa, tutkimusmenetelmiä, tutkimuksen toteutusta ja analysointia. (Kylmä ym. 2002, 71.) Elintapaneuvonta on ajankohtaista kansanterveyden ylläpitämiseksi ja parantamiseksi, joten tutkittua tietoa neuvonnasta tarvitaan terveydenhuollon toiminnan kehittämiseksi.

Tutkimuksen toteuttamiseksi anottiin tutkimuslupa (Liite 6). Tutkimuslupa anottiin perusterveydenhuollon vastaavalta lääkäriltä, koska tutkimusjoukkona olivat työterveys- ja perusterveydenhuollon hoitajat. Kyselyaineistoa kerätessä tutkittavien henkilöllisyys ei paljastunut, koska hoitajat vastasivat nimettöminä. Kyselyn saatekirjeessä oli maininta, että tutkittavien henkilöllisyys pysyy salassa tutkimuksen ajan. Myös haastatteluissa korostettiin anonymiteetin säilymistä. (vrt. Hirsjärvi ym. 2002, 26-27.) Kyselytutkimukseen liittyvän arvontaan osallistuivat koko tutkimusjoukko, näin ei kyselyyn vastanneiden hoitajien henkilöllisyys paljastunut. Sekä haastatteluaineiston äänityskasetit ja litteroinnit että kyselylomakeaineisto hävitettiin analysoinnin jälkeen. Aineistot olivat koko tutkimusprosessin ajan vain tutkijoiden hallussa.

### 8.3 Johtopäätökset ja kehittämisasiat

Tämän tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että hoitajat kuvasivat MBO-asiakkaan elintapaneuvonnan sisältöjä määrällisesti paljon, mutta yksipuolisesti. Esimerkiksi asiakkaan ihmissuhteita, stressiä ja elämäntilannetta hoitajat ilmaisivat kartoittavansa vain harvoin. Hoitajat kuvasivat käyttävänsä elintapaneuvonnan menetelmiä monipuolisesti, lukuun ottamatta ryhmäneuvontaa. Elintapaneuvonnan kirjaamista hoitajat kuvasivat puutteellisesti, neuvonnan ja neuvontaprosessin sisältöjen kirjaaminen ei ollut kokonaisvaltaista.

Hoitajien mukaan MBO-kriteeristö tuki MBO-asiakkaan neuvontaa. Kuitenkin tutkimuksen mukaan kriteeristö oli liian suppea tukeakseen kokonaisvaltaisesti elintapaneuvontaa. Hoitajien mukaan myös MBO-koulutukset tukivat asiakkaan neuvontaa. Kuitenkaan koulutusten todellista antia neuvontaan eivät hoitajat pystyneet kuvaamaan, eikä sitä pystytty tutkimuksen avulla selvittämään. Ennen koulutuksia hoitajien elintapaneuvontaa oli kartoitettu kyselytutkimuksella (Karinkanta ja Leskelä 2001, 11), joka ei kuvannut yksityiskohtaisesti hoitajien neuvontaa. Tällöin ei myöskään määritelty tarkkaan, ketkä hoitajat vastasivat tutkimukseen. Jyväskylän perusterveydenhuollon ehkäisy- ja hoito-ohjelman MBO-koulutusten vaikuttavuuden arvioimiseksi olisikin jatkossa suoritettava lisätutkimuksia. Mikäli koulutusten vaikuttavuuteen ja sen osoittamiseen halutaan jatkossa panostaa, tulee tämä huomioida jo koulutusten suunnitteluvaiheessa. Suunnittelussa olisi alussa kartoitettava, mitkä ovat koulutusten tarkoitukset ja sisällöt. Tämän jälkeen kartoitettaisiin koulutettavien hoitajien osaamista ennen koulutuksia. Valitsemalla sopiva arviointitapa, olisi koulutusten jälkeen mahdollista kartoittaa hoitajien osaamisen muuttumista ja määrittää näin koulutusten vaikuttavuutta. (vrt. STAKES 2001, 6.)

Tämä tutkimus oli osa perusterveydenhuollon ehkäisy- ja hoito-ohjelman arviointia. Ohjelman tarkoituksena on ollut tehostaa MBO-riskiryhmään kuuluvien asiakkaiden hoitoa ja neuvontaa. Tutkimuksen mukaan hoitajien kuvaukset ohjelmaan liittyvistä MBO-koulutuksista ja -kriteeristöä olivat kokonaisuudessaan myönteisiä. Kuitenkin hoitajat kuvasivat tarvitsevansa jatkossa lisäkoulutusta ohjelman puitteissa ja esittivät myös kehittämisehdotuksia kriteeristölle.

Tämä tutkimus oli ajankohtainen, sillä MBO on keskeinen ongelma kansanterveydelle ja sen on ennakoitu yleistyvän epäterveellisten elintapojen vuoksi. Kansanterveydellistä vaikutusta

lisäävät MBO:n liitännäissairaudet, kuten sydän- ja verisuonisairaudet sekä tyypin 2 diabetes. Lisäksi MBO on kansantaloudellinen ongelma, koska sen ja liitännäissairauksien hoitaminen on yhteiskunnalle kallista (vrt. Arola ja Viikari 2000, 70, Pekurinen ym. 2000, Uusitupa 2001). Esimerkiksi lihavuus, MBO:n merkittävä riskitekijä, aiheuttaa vuosittain 0.9-3.2 miljardin markan kustannukset terveydenhuollolle (Pekurinen ym. 2000, Uusitupa 2001). Elintapamuutoksilla pystytään vähentämään kustannuksia sekä ehkäisemään ja hoitamaan MBO:ä (Tuomilehto ym. 2001, Lakka ym. 2003). Valtakunnalliset ohjelmat, Terveys 2015 – kansanterveysohjelma, Käypä hoito –suositukset ja DEHKO, ovat perustana elintapasairauksien ennaltaehkäisylle ja hoidolle. Ohjelmat edellyttävät tuloksellisen ja asiakaslähtöisen elintapaneuvonnan soveltamista ja toteuttamista eri alueiden perusterveydenhuolloissa.

Tutkimuksen johtopäätösten perusteella ehdotetaan joitakin jatkotutkimusaiheita ja kehittämisideoita. Jatkossa voitaisiin tutkia elintapaneuvontaa asiakkaiden kokemana, jotta saataisiin asiakaslähtöistä tietoa elintapamuutoksiin motivoivista asioista. Myös seuraamalla asiakkaiden terveydentilan muutoksia, saataisiin välillistä tietoa elintapaneuvonnan tuloksellisuudesta. Kehittämällä elintapaneuvonnan sisältöjen ja neuvotaprosessin kirjaamista, selkeytettäisiin elintapaneuvonnan toteuttamista. Elintapaneuvontaa tuettaisiin myös MBO-kriteeristöä kehittämällä. Kriteeristön olisi, MBO-asiakkaita kartoittaakseen ja elintapaneuvontaa ohjataakseen, sisällettävä asioita elintavoista ja elämäntilanteesta.

Neuvonnan laadun ylläpitämiseksi ja kehittämiseksi voitaisiin selvittää, millaista on yhteistyö eri työyksiköissä hoitajien ja lääkärin välillä. Näin pystyttäisiin kehittämään työyksikkökohtaiset toimintatavat MBO-asiakkaiden hoitoon ja neuvontaan. Hoitajien osaamista sekä työmotivaatiota tuettaisiin ja ylläpidettäisiin järjestämällä täydennyskoulutuksia säännöllisesti. Koulutusten kehittämiseksi olisi arvioitava koulutusten sisältöjä ja koulutusmenetelmiä sekä niiden vaikuttavuutta hoitajien neuvontatapoihin. Koulutusten vaikuttavuuden tutkiminen edellyttäisi hoitajien neuvontatyön kartoittamista ennen ja jälkeen koulutusten. (vrt. STAKES 2001, 6, Halila ja Turunen 2003, STM 2004, 32-39.)

## LÄHTEET

Aalto P. 1998. Hoitotyön dokumentointia ohjaavat säädökset. teoksessa: Munnukka T. (päätoim.) Hoitotyön vuosikirja 1999. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Appel LJ. Champagne CM. Harska DW. Cooper LS. Obarzanek E. Elmer PJ. Stevens VJ. Vollmer WM. Lin PH. Svetkey LP. Stedman SW. Young DR. 2003. Effects of Comprehensive Lifestyle Modification on Blood Pressure Control: Main Results of the Premier Clinical Trial. *JAMA* 289, 2131-2132.

Arola O. Viikari J. 2000. Metabolinen oireyhtymä ja koronaarit. Teoksessa Harjula (toim.) Koronaaritautilien ehkäisy ja hoito. Jyväskylä: Gummerus.

Arvio P. Kiimalainen A. Erhola M. 2003. Voiko pieni pärjätä – kokemuksia järjestelmällisestä terveydenhuollon kehittämisestä. *Suomen lääkärilehti* 1, 63-69.

Ballou M. Fetter M. Saleh K. Litwack L. 1992. *Health Counselling*. Indiana: Tichenor Publishing.

Barbour RS. 1999. The Case for Combining Qualitative and Quantitative Approach in Health Services Research. *Journal of Health Services Research & Policy* 4, 39-43.

Begley CM. 1996. Using Triangulation in Nursing Research. *Journal of Advanced Nursing* 24, 122-128.

Benzies KM. Allen MN. 2001. Symbolic Interactionism as a Theoretical Perspective for Multiple Method Research. *Journal of Advanced Nursing* 33, 541-547.

Bonora E. Targher G. Formentini G. Calcaterra F. Lombardi S. Marini F. Zenari L. Saggiani F. Poli M. Perbellini S. Raffaelli A. Gemma L. Santi L. Bonadonna RC. Muggeo M. 2004. The Metabolic Syndrome Is an Independent Predictor of Cardiovascular Disease in Type 2 Diabetic Subjects. Prospective Data from the Verona Diabetes Complications Study. *Diabetic Medicine* 1, 52-58.

Bowles N. Mackintosh C. Torn A. 2001. Nurses' Communication Skills: an Evaluation of the Impact of Solution-focused Communication Training. *Journal of Advanced Nursing* 36, 3, 347-354.

Cajan O. Pönkkö M-L. Nikkonen M. 1994. Hoitotyön johtajien täydennyskoulutus Pohjois-Suomessa 1991-1993. ”...enää ei tarvitse niin usein sanoa – minusta tuntuu”. *Ylihoitajalehti* 22, 3-4, 4-8.

Carrol S. Cooke C. B. Butterly R. J. 2000. Metabolic Clustering, Physical Activity and Fitness in Non-smoking, Middle-aged Men. *Official Journal of the American College of Sports Medicine*, March, 2079-2086.

Carter KF. Kulbok PA. 2002. Motivation for Health Behaviours: a Systematic Review of Nursing Literature. *Journal of Advanced Nursing* 40, 316-330.



- Cavanagh S. 1997. Content analysis: concepts, methods and applications. *Nurse researcher* 4, 5-16.
- Chan J. Rimm E. Colditz G. Stampper M. Willet W. 1994. Obesity, Fat Distribution, and Weight Gain as Risk Factors for Clinical Diabetes in Men. *Diabetes Care*, 9, 961-969.
- Christie J. 1993. Does the Use of an Assessment Tool in the Accident and Emergency Department Improve the Quality of Care. *Journal of Advanced Nursing* 18, 1758-1771.
- Corner J. 1991. In Search of More Complete Answers to Research Questions. Quantitative versus Qualitative Research Methods: Is There a Way Forward? *Journal of Advanced Nursing* 16, 718-727.
- Cowman S. 1993. Triangulation: a Means of Reconciliation in Nursing Research. *Journal of Advanced Nursing* 18, 788-792.
- Cuff DJ. Meneilly GS. Martin A. Ignaszewski A. Tildesley HD. Frohlich JJ. 2003. Effective Exercise Modality to Reduce Insulin Resistance in Women With Type 2 Diabetes. *Diabetes Care* 11, 2977-2982.
- Daugherty J. Saarmann L. Riegel B. 2000. Patient Teaching to Promote Behavioural Change. *Nursing Outlook* 48, 281-287.
- Diabetes Prevention Program Research Group. 2002. Reduction in the Type 2 Diabetes with Lifestyle Intervention or Metformin. *The New England Journal of Medicine* 346, 7, 393-403.
- DiClemente C. 1991. Motivational Interviewing and Stages of Change. Teoksessa Miller W. ja Rollnick S. *Motivational Interviewing, Preparing People to Change Addictive Behaviour*. New York: The Guilford press.
- Dukas L. Willett WC. Giovannucci EL. 2003. Association Between Physical Activity, Fiber Intake, and Other Lifestyle Variables and Constipation in a Study of Women. *The American Journal of Gastroenterology* 98, 8, 1790-1796.
- Egger G. Donovan R. Spark R. 1993. *Health and the Media – Principles and Practices for Health Promotion*. Australia: McPherson's Printing Pty.
- Emmons KM. Rollnick S. 2001. Motivational Interviewing in Health Care Settings. Opportunities and Limitations. Review and Special Article. *American Journal of Preventive Medicine* 20, 1, 68-74.
- Eriksson J. Koivisto V. 1994. Liikunta metabolisen oireyhtymän ehkäisyssä ja hoidossa. *Duodecim* 110, 1193-1199.
- Eriksson J. Taimela S. Koivisto V. 1997. Exercise and the Metabolic Syndrome. *Diabetologia* 40, 125-135.
- Eriksson J. 2003. Insuliiniresistenssi ja liikunta. *Suomen lääkärilehti* 30-32, 3097-3098.

Eriksson K-F. Lindgärde F. 1991. Prevention of Type 2 (non-insulin-dependent) Diabetes Mellitus by Diet and Physical Exercise: the 6-year Malmö Feasibility Study. *Diabetologia* 39, 891-898.

Eskola J. Suoranta J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Vastapaino.

Etu-Seppälä L. 2000. Dehko innostaa diabeteksen ehkäisyyn ja hoitoon. *Kansanterveys* 9, 3-4.

Etu-Seppälä L. Ilanne-Parikka P. Haapa E. Marttila J. Korkee S. Sampo T. (toim.kunta) 2003. DEHKO – Diabeteksen ehkäisyyn ja hoidon kehittämissuunnitelma 2000-2010. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma 2003-2010. Suomen Diabetesliitto.

Forsen T. Teramo K. Tuomilehto J. Erikson J. 1996. Sikiökauden ja varhaislapsuuden aliravitseminen – sairauksien uusi riskitekijä? *Duodecim* 112, 173-176.

Foss C. Ellefsen B. 2002. The Value of Combining Qualitative and Quantitative Approaches in Nursing Research by Means of Method Triangulation. *Journal of Advanced Nursing* 40, 242-248.

Galobardes B. Costanza MC. Bernstein MS. Delhumeau CH. Morabia A. 2003. Trends in Risk Factors for the Major “Lifestyle-related Diseases” in Geneva, Switzerland, 1993-2000. *Annals of Epidemiology* 13, 537-540.

Greene GW, Rossi SR. Reed GR. Willey C. Prohaska JO. 1994. Stages of Change for Reducing Dietary Fat to 30 % of Energy or Less. *Journal of the American Dietetic Association* 10, 1105-1110.

Halila H. Turunen J. 2003. Laadukas täydennyskoulutus edellyttää voimavaroja. *Suomen lääkäri* 21, 2279.

Hales C. Barker D. Clark P. 1991. Fetal and Infant Growth and Impaired Glucose Tolerance at Age 64. *British Medical Journal* 303, 1019-1022.

Harju A. Risikko. P. 2003. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksen nykytila ja parhaat käytännöt. Loppuraportti. Sosiaali- ja terveysministeriön työryhmämuistio 2002:23.

Harrison S. Dowswell G. Wright J. 2002. Practise Nurses and Clinical Guidelines in a Changing Primary Care Context: an Empirical Study. *Journal of Advanced Nursing* 39, 299-307.

Heinonen L. 1998. Ratkaisuja ravitsemusneuvontaan – ongelmista onnistumisiin syömisen hallinnassa. Tampere: Hermes.

Hill JO. Wyatt HR. Reed GW. Peters JC. *Science* 299, 853.

Himanen O. Ilanne-Parikka P. Täydennyskoulutuksen lisääminen ja kehittäminen – vastaus Dehkon haasteisiin? DEHKO-raportti 2003:1. Tampere, Suomen Diabetesliitto ry.

- Hirsjärvi S. Hurme H. 2000. Tutkimushaastattelu, Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.
- Hirsjärvi S. Remes P. Sajavaara P. 2002. Tutki ja kirjoita. 6-8.painos. Vantaa: Tummavuoren kirjapaino.
- Hu F. Willet W. 2002. Optimal Diets for Prevention of Coronary Heart Disease. JAMA 20, 2569-2578.
- Immonen A. Ruotsalainen P. Saranto K. Turunen P. 2003. Terveystieteiden ammattilaisten tietotekniikka- ja tietoturva-alueet. Suomen lääkäri-lehti 2, 195-197.
- Isomaa B. Henricsson M. Almgren P. Tuomi T. Taskinen M-R. Groop L. 2001. The Metabolic Syndrome Influences the Risk of Chronic Complications in Patients with Type II Diabetes. Diabetologia 44, 1148-1154.
- Itoh H. 2003. What Is "Metabolic Domino Effect"? – New Concept in Lifestyle-related Diseases. Nippon Rinsho 61, 1837-1843.
- Janhonen S. Nikkonen M. 2001. Johdanto: Laadullinen tutkimusmetodologia hoitotieteellisen tiedon tuottamisessa. Teoksessa Janhonen S. Nikkonen M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY.
- Johansson M. Sätterlund Larsson U. Säljö R. Svärdsudd K. 1995. Lifestyle in Primary Health Care Discourse. Social Science & Medicine 40, 3, 339-348.
- John U. Veltrup C. Driessen M. Wetterling T. Dilling H. 2003. Motivational Intervention: an Individual Counseling vs a Group Treatment Approach for Alcohol-dependent In-patients. Alcohol Alcoholism 38, 3, 263-269.
- Jokela V. 1998. Tietotekniikka hoitotyössä. Teoksessa Munnukka T. (päätoim.) Hoitotyön vuosikirja 1999. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Kantanen U. 1996. Henkilöstökoulutus, sen vaikutukset ja tuloksellisuus yrityksen näkökulmasta. Tampereen yliopisto ser A 508. Väitöskirja.
- Karinkanta S. Leskelä J. 2001. Metabolisen oireyhtymän varhaistoteaminen sekä terveysneuvontakäytännöt avoterveydenhuollossa – Selvitys Jyväskylän kaupungin terveydenhuoltohenkilökunnan toimintakäytännöistä. Jyväskylän yliopisto. Terveyskasvatuksen kandidaatin tutkielma.
- Kasila K. Poskiparta M. Karhila P. Kettunen T. 2003. Patients' readiness for dietary change at the beginning of counseling: a transtheoretical model-based assessment. Journal of Human Nutrition & Dietetics 16, 159-166.
- Kaukia J. 2003. Lihavuus on muutakin kuin ylipainoa. Suomen lääkäri-lehti 30-32, 3099-3100.
- Ketola E. 2003. Elämäntapamuutosten edistäminen perusterveydenhuollossa. Potilaskeskisempi ote preventioon. Duodecim 1999, 1501-1502.

- Kettunen T. Poskiparta M. Gerlander M. 2002. Nurse-patient power relationship: preliminary evidence of patients' power messages. *Patient Education & Counseling* 47, 101-113.
- Kettunen T. Poskiparta M. Liimatainen L. Sjögrèn A. Karhila P. 2001. Taciturn Patients in Health Counseling at Hospital: Passive Recipients or Active Participators? *Qualitative Health Research* 11, 399-422.
- Kivelä S-L. Mäkäraäinen H. Luukinen H. Koski K. Nuutinen L. 1999. Terveyskeskuslääkärien kliininen täydennyskoulutus – Kokemuksia Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä. *Suomen Lääkärilehti* 54, 1-2, 95-97.
- Kivinen O. Silvennoinen H. 2000. Koulutushyvän jakautuminen: koulutuksen vaikuttavuusmekanismit. Teoksessa Raivola R (toim.) *Vaikuttavuutta koulutukseen*. Suomen Akatemian koulutuksen vaikuttavuusohjelman tutkimuksia. Helsinki: Edita.
- Kokkonen P. 1998. Hoitotyön ydin esiin dokumentointia parantamalla. teoksessa: Munnukka T. (päätoim.) *Hoitotyön vuosikirja 1999*. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Korkeakoski E. (toim.) 1999. Opettajien täydennyskoulutuksen tuloksellisuus. Opetushallituksen rahoittama, pitkäkestoinen koulutus. Opetushallitus, arviointi 3/1999.
- Kukkonen-Harjula K. Rauramaa R. 1999. Kohonnut verenpaine. Teoksessa Vuori I. ja Taimela S. (toim.) *Liikuntalääketiede*. Vammalan kirjapaino.
- Kylmä J. Pietilä A-M. Vehviläinen-Julkunen K. 2002. Terveystutkimuksen lähtökohtia. kirjassa: Pietilä A-M. Hakulinen T. Hirvonen E. Koponen P. Salminen E-M. Sirola K. (toim.) Juva: WS Bookwell Oy.
- Kylmä J. Vehviläinen-Julkunen K. Lähdevirta J. 2003. Laadullinen terveystutkimus – mitä, miten ja miksi? *Duodecim* 119, 609-615.
- Kyngäs H. Vanhanen L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11, 3-12.
- Lahdenperä T. 2002. Verenpainepotilaiden hoitoon sitoutumisen arviointi ja edistäminen multimediaohjelman avulla. Oulun yliopisto D 683. *Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen väitöskirja*.
- Laitinen H. 1998. Näkökulmia potilaslähtöiseen kirjaamiseen. Teoksessa Munnukka T. (päätoim.) *Hoitotyön vuosikirja 1999*. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Lakka TA. Laaksonen DE. Lakka H-M. Männikkö N. Niskanen LK. Rauramaa R. Salonen JT. 2003. Sedentary Lifestyle, Poor Cardiorespiratory Fitness, and the Metabolic Syndrome. *Medicine & Science in Sports & Exercise* 35, 1279-1286.
- Lankinen P. Nuutinen O. Pietilä A-M. Louheranta A. 2003. Aikuistyypin ruokavalio-ohjauksessa on kehittämisen varaa. *Diabetes ja lääkäri* 1, 24-30.
- Lappalainen R. 1994. Ravitsemuspsykologiasta apu lihavuuden hoitoon? *Suomen Lääkärilehti* 49, 26, 2566-2567.

- Lappalainen R. Rissanen A. 1998. Lihavuuden ja syömisen psykologiaa. Teoksessa Fogelholm M. Mustajoki P. Rissanen A. Uusitupa M. (toim.) Lihavuus – ongelma ja hoito. Jyväskylä: Gummerus.
- Latvala E. 1998. Potilaslähtöinen psykiatrinen hoitotyö laitospäristössä. Oulun yliopisto D 490. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Väitöskirja.
- Latvala E. Vanhanen-Nuutinen L. 2001. Laadullisen hoitotieteellisen tutkimuksen perusprosessi: sisällönanalyysi. Teoksessa Janhonen S. Nikkonen M. (toim.) Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WSOY.
- Leino-Kilpi H. Hupli M. Räisänen A. (toim.) 1995. Terveydenhuollon koulutuksen tuloksellisuus ja laatu. Helsinki: Yliopistopaino Oy.
- Liimatainen L. Kettunen T. Poskiparta M. 1996. Hoitajan ja potilaan välinen terveysneuvonta sairaalassa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 33, 81-89.
- Liimatainen L. 2002. Kokemuksellisen oppimisen kautta kohti terveyden edistämisen asiantuntijuutta. Hoitotyön ammattikorkeakouluopiskelijoiden terveyden edistämisen oppiminen hoitotyön harjoittelussa. Jyväskylän yliopisto 90. Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja.
- Lock CA. Kaner E. Lamont S. Bond S. 2002. A Qualitative Study of Nurses' Attitudes and Practices Regarding Brief Alcohol Intervention in Primary Health Care. *Journal of Advanced Nursing* 39, 333-342.
- Lorenzo C. Okoloise M. Williams K. Stern M.P. Haffner S.M. 2003. The Metabolic Syndrome as Predictor of Type 2 Diabetes. *Diabetes Care* 26, 3153-3159.
- Louheranta A. Uusitupa M. 2000. Aikuistyyppin diabeteksen ehkäisy. *Suomen lääkirilehti* 39, 3919-3921.
- Metsämuuronen J. 2003. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 2. painos. Jyväskylä: Gummerus.
- Miers M. 2002. Developing an Understanding of Gender Sensitive Care: Exploring Concepts and Knowledge. *Journal of Advanced Nursing* 40, 1, 69-77.
- Miller W. Rollnick S. 1991. *Motivational Interviewing, Preparing People to Change Addictive Behaviour*. New York: The Guilford press.
- Miller W. 1995. Increasing Motivation for Change. Teoksessa Hester R. Miller W. (eds.) *Handbook of Alcoholism Treatment Approaches, Effective Alternatives*. USA: Allyn & Bacon.
- Mustajoki P. 1998. Elämäntapojen muuttaminen terveellisemmäksi – miten autan potilasta. *Duodecim* 114, 531-538.
- Mustajoki P. 2000. Lihavuuden ehkäisy terveydenhuollossa. *Suomen Lääkirilehti* 34, 3354-3355.

- Mustajoki M. 2003. Terveysthuoltohenkilöstön täydennyskoulutus Suomessa ja eräissä muissa maissa. Kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Terveysthuollon täydennyskoulutus –osahanke. Sosiaali- ja terveystministeriön monisteita 2003:11.
- Mustajoki P. 2004. Ravitsemusneuvonta lääkärin työkaluna. Miten potilaiden kanssa kommunikoidaan siten, että he motivoituvat muutokseen? *Duodecim* 120, 116-118.
- Naumanen-Tuomela P. 2001. Occupational health nurses' work and expertise in Finland: occupational health nurses' perspective. *Public Health Nursing* 18, 2, 108-115.
- Nieminen H. 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen M. Vehviläinen-Julkunen K. (toim.) *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Juva: WSOY.
- Niinikoski H. 1997. Safety and cholesterol-lowering effect of low-saturated-fat, low-cholesterol diet during the first three years of life. Turun yliopisto. Lääketieteen tiedekunta. Väitöskirja.
- Norris SL, Engelgau MM, Venkat Narayan KM. 2001. Effectiveness of Self-Management Training in Type 2 Diabetes. *Diabetes Care* 24, 3, 561-587.
- Olm-Shipman C, Reed V, Christian JG. Teaching Children about Health, Part II: the Effect of an Academic-community Partnership on Medical Students' Communication Skills. *Education for Health* 3, 339-347.
- Pan X, Li G, Hu Y, Wang J, Yang W, An Z, Hu Z, Lin J, Xiao J, Cao H, Liu P, Jiang X, Jiang Y, Wang J, Zheng H, Zhang H, Bennet P, Howard B. 1997. Effects of Diet in Exercise in Preventing NIDDM in People With Impaired Glucose Tolerance. *Diabetes Care* 4, 537-544.
- Partanen T-M, Dhawan L, Halonen A, Keinänen-Kiukaanniemi S, Lyytikäinen A, Marttila J, Poskiparta M, Tulokas S. (työryhmä) 2003. Diabeetikoiden hoidonohjauksen laatuksiteerit Suomen DESG ry:n laatuksiteerityöryhmä. DEHKO-raportti 2003:3. Tampere, Suomen Diabetesliitto ry.
- Pedersen O, Gaede P. 2003. Intensified Multifactorial Intervention and Cardiovascular Outcome in Type 2 Diabetes: The Steno-2 study. *Metabolism* 52, 19-23.
- Pekurinen M, Pokka-Vuento M, Salo H, Idänpää-Heikkilä U. 2000. Lihavuus ja terveystmenot Suomessa 1997. *Suomen Lääkärilehti* 1-2, 11-16.
- Poikela, E. 1999. Kontekstuaalinen oppiminen. Oppimisen organisoituminen ja vaikuttava koulutus. Tampereen yliopisto 675. Väitöskirja.
- Poirier MK, Clark MM, Cerhan JH, Pruthi S, Geda YE, Dale LC. 2004. Teaching Motivational Interviewing to First-year Medical Students to Improve Counseling Skills in Health Behaviour Change. *Mayo Clinic Proceedings* 79, 3, 327-331.
- Poskiparta M. 1997. Terveystneuvonta, oppimaan oppimista. Videotallenteet hoitajien terveystneuvonnan ilmentäjinä ja vuorovaikutustaitojen kehittämismenetelmänä. Jyväskylän yliopisto 46. Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja.

- Poskiparta M. 2002. Neuvonnan keinoin kohti muutosta. Teoksessa: Torkkola S (toim) Terveysviestintä. Vammalan kirjapaino.
- Povey R. Conner M. Sparks P. James R. Shepherd R. 1999. A Critical Examination of the Application of the Transtheoretical Model's Stages of Change to Dietary Behaviours. *Health Education Research* 14, 5, 641-651.
- Price JH. Akpanudo S. Dake JA. Telljohann SK. 2004. Continuing-education Needs of Public Health Educators: Their Perspectives. *Journal of Public Health Management & Practise* 2, 156-163.
- Priest V. Speller V. 1991. *The Risk Factor Management Manual*. Oxford: Radcliffe Medical Press.
- Prochaska J. DiClemente C. 1983. Stages and Processes of Self-Change of Smoking: Toward An Integrative Model of Change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 3, 390- 395.
- Prochaska J. Redding C. Harlow L. Rossi J. Velicer W. 1994 a. The Transtheoretical Model of Change and HIV Prevention: a Review. *Health Education Quarterly* 21, 4, 471-486.
- Prochaska J. Velicer W. Rossi J. Goldstein M. Marcus B. Rakowski W. Fiore C. Harrow L. Redding C. Rosenbloom D. Rossi S. 1994 b. Stages of Change and Decisional Balance for 12 Problem Behaviors. *Health Psychology* 1, 39-46.
- Prochaska J. Redding C. Evers K. 1997. *The Transtheoretical Model and Stages of Change*. Teoksessa: Glanz K. Lewis F. Rimer B. (eds.) *Health Behavior and Health Education, Theory, Research and Practice*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Raevaara L. 2003. Potilaan alkoholinkäyttö – ongelmallinen puheenaihe terveyskeskuslääkärin vastaanotolla. *Duodecim* 119, 313-320.
- Raivola R. 1997. Vaikuttavuustutkimuksen ulkoiset ja sisäiset determinantit. Teoksessa Raivola R. Valtonen P. Vuorensyrjä M. (toim.) *Suomen Akatemian koulutuksen vaikuttavuusohjelman tutkimuksia*. Helsinki: Edita.
- Raivola R. 2000. *Tehoa vai laatua koulutukseen?* Juva: Bookwell.
- Rosenfalck AM. Hendel H. Rasmussen MH. Almdal T. Andersen T. Hilsted J. Madsbad S. 2002. Minor Long-term Changes in Weight Have Beneficial Effects on Insulin Sensitivity and  $\beta$ -cell Function in Obese Subjects. *Diabetes, Obesity and Metabolism* 4, 19-28.
- Ruohotie P. 1998. *Motivaatio, tahto ja oppiminen*. Helsinki: Oy Edita Ab.
- Ruggiero L. Rossi JS. Prochaska JO. Glasgow RE. De Groot M. Dryfoos JM. Reed GR. Orleans CT. Prokhorov AV. Kelly K. 1999. Smoking and Diabetes: Readiness for Change and Provider Advice. *Addictive Behaviour* 24, 4, 573-578.
- Räsänen M. 2002. Nutrition Knowledge and Diet of Children and their Parents: The Impact of Child-targeted Nutrition Counseling. Turun yliopisto D518. *Lääketieteen tiedekunta. Väitöskirja*.

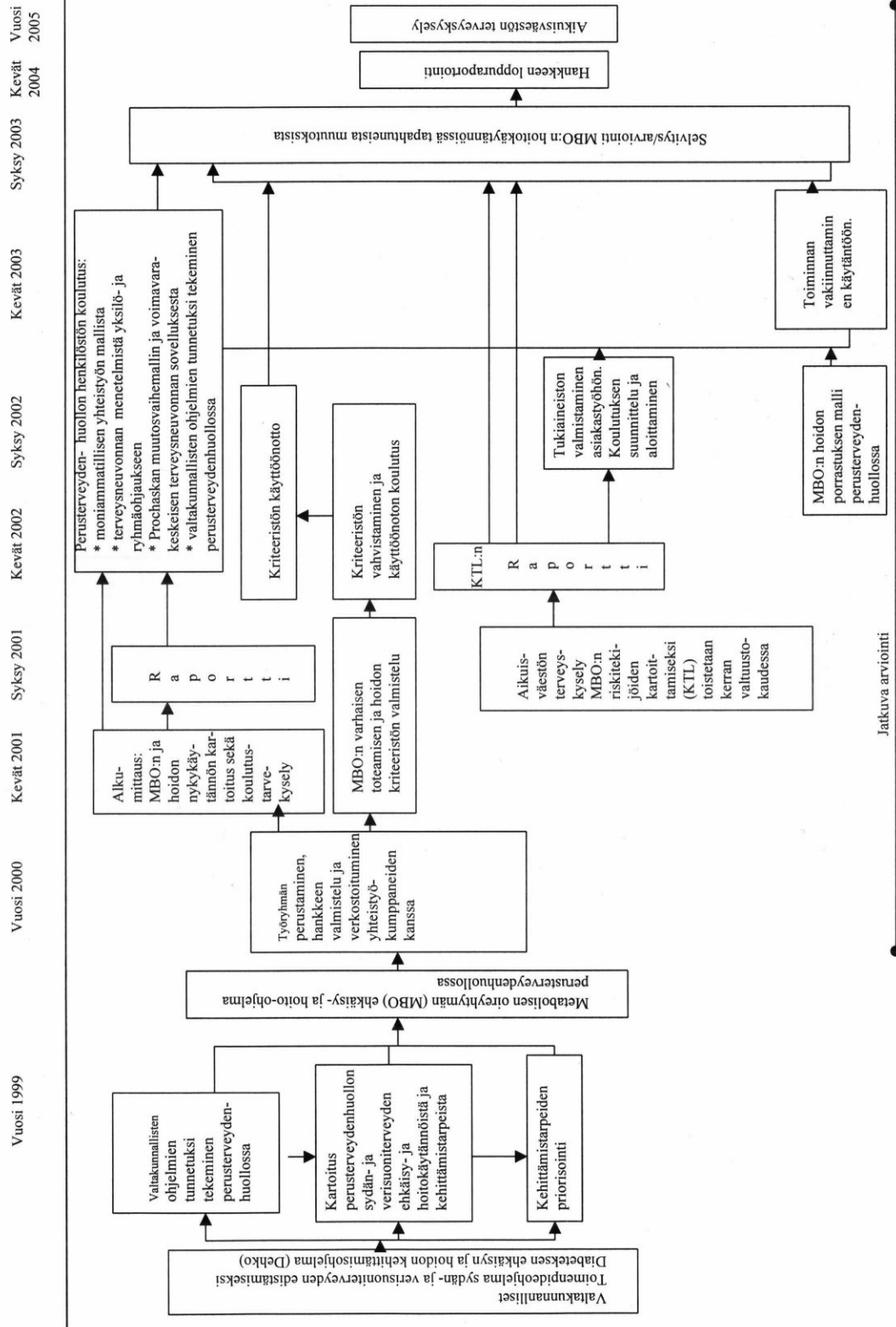
- Salminen V. Lindstöm J. Louheranta A. Rastas M. ja 2002. Ruokavalio- ja liikuntaneuvonta ehkäisevät diabeteksen puhkeamista. Suomen lääkirilehti. 12, 1379-1381.
- Salonen P. Välimäki M. 2003. Täydennyskoulutus hoitohenkilöstön osaamisen kehittämisessä. Ylihoitajalehti 31, 5, 4-8.
- Samuelson M. 1998. Stages of Change: from Theory to Practice. American Journal Health Promotion Supplement 5, 1-8.
- Saranto K. Eriksson E. Kärkkäinen H. Rouvala C. 2003. Hoitohenkilökunnan näkemyksiä tietoteknisestä osaamisestaan. Tutkiva Hoitotyö 1, 3, 4-9.
- Shepherd J. 2002. Diabetes in Tomorrow's World: Dark Clouds Do Have Silver Linings. Diabetes, Obesity and Metabolism 4, 351-355.
- Shinitzky H. Kub J. 2001. The Art of Motivating Behavior Change: The Use of Motivational Interviewing to Promote Health. Public Health Nursing 18, 178-185.
- Sims E. 2001. Are There Persons Who are Obese, but Metabolically Healthy? Metabolism 12, 1499-1504.
- Skinner TC. Lawrence IG. 2002. Lifestyle Modification in Type 2 Diabetes. Diabetic Medicine 19, 1-14.
- STAKES. 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 –kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4.
- STM:n asetus. 2003. Asetus terveydenhuollon henkilöstön täydennyskoulutuksesta 1194/2003.
- STM. 2004. Terveydenhuollon täydennyskoulutussuositus. Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2004:3.
- Sutton S. Back to the Drawing Board? A Review of Applications of the Transtheoretical Model to Substance Use. Addiction 96, 1, 175-186.
- Tappin DM. Lumsden MA. McIntyre D. McKay C. Gilmour WH. Webber R. Cowan S. Crawford F. Currie F. 2000. A Pilot Study to Establish a Randomized Trial Methodology to the Efficacy of Behavioural Intervention. Health Education Research 15, 4, 491-502.
- Tataranni A. Bogardus C. 2001. Changing Habits to Delay Diabetes. Nursing England Journal of Medicine 18, 1390-1391.
- Thompson KA. Coates VE. McConnell CJ. Moles K. 2002. Documenting Diabetes Care: The Diabetes Nurse Specialists' Perspective. Journal of Clinical Nursing 11, 763-772.
- Tolvanen, K. 1998. Terveyttä edistävän organisaation kehittäminen oppivaksi organisaatioksi. Kehitysnäytökset ja kehittämistehtävät terveyskeskuksen muutoksen virittäjänä. Jyväskylän yliopisto 52. Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja.



- Tuomi J. Sarajarvi A. 2002. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.
- Tuomi J. 2003. Diabeteshoitajien koulutus – esiselvitys. Diabetesliitto. DEHKO-raportti 2003:2.
- Tuomilehto J. Lindstöm J. Erikson J. Valle T. Hämäläinen H. Ilanne-Parikka P. Keinänen-Kiukaanniemi S. Laakso M. Louheranta A. Rastas M. Salminen V. Uusitupa M. 2001. Prevention of Type 2 Diabetes Mellitus by Changes in Lifestyle Among Subjects with Impaired Glucose Tolerance. *The New England Journal of Medicine*, 18, 1343-1350.
- Uusitupa M. 1998. Lihavuus ja terveys. Teoksessa Fogelholm M. Mustajoki P. Rissanen A. & Uusitupa M. (toim.) Lihavuus – ongelma ja hoito. Jyväskylä: Gummerus.
- Uusitupa M. 2001. Liikunta ja ruokavalio ovat metabolisen oireyhtymän täsmähoitoa. *Duodecim* 117, 621-630.
- Valle T. Lindstöm J. Erikson J. Hämäläinen H. Ilanne-Parikka P. Keinänen-Kiukaanniemi S. Louheranta A. Laakso M. Martikkala V. Rastas M. Salminen V. Aunola S. Hakumäki M. Mannelin M. Sundvall J. Uusitupa M. Tuomilehto J. 2002. Elämäntapamuutokset tehokkaita tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyssä. *Suomen lääkärilehti* 12, 1369- 1377.
- Vallis M. Ruggiero L. Greene G. Jones H. Zinman B. Rossi S. Edwards L. Rossi JS. Prochaska JO. 2003. Stages of Change for Healthy Eating in Diabetes: Relation to Demographic, Eating-related, Health Care Utilization, and Psychosocial Factors. *Diabetes Care* 26, 5, 1468-1474.
- Valtonen P. 1997. Koulutuksen vaikuttavuustutkimuksen tila Suomessa. Teoksessa Raivola R. Valtonen P. Vuorensyrjä M. (toim.) Koulutus, yhteiskunta, menestys. Suomen Akatemian Koulutuksen vaikuttavuusohjelman tutkimuksia. Helsinki: Edita.
- Vanhala M. 1996. Metabolinen oireyhtymä Suomessa. Kuopion yliopisto D 112. Lääketieteen tiedekunta. Väitöskirja.
- Vanhala M. 2003. Metabolinen oireyhtymä. Päivitetty 22.05.2003. Saatavana www-muodossa: <http://195.236.0.10/ltk-root/fi/html/ykt/ykt00565.htm>. Viitattu 19.11.2003.
- Veräjänkorva O. 2003 a. Projektityöskentely hoitotyöntekijöiden lääkehoidon osaamisen kehittämisessä. Turku: Turun kaupungin painatuskeskus.
- Veräjänkorva O. 2003 b. Sairaanhoidtajien lääkehoitotaidot Lääkehoitotaitojen arviointimittarin ja täydennyskoulutusmallin kehittäminen. Turun yliopisto C200. Hoitotieteen tiedekunta. Väitöskirja.
- Wannamethee G. Shaper G. 1999. Weight Change and Duration of Overweight and Obesity in the Incidence of Type 2 Diabetes. *Diabetes Care* 8, 1266-1272.
- Wellard S. Bethune E. 2000. Learning Issues for Nurses in Renal Satellite Centres. *Australian Journal of Rural Health* 8, 322-326.
- WHO. 2002. The World Health Report. Reducing Risks, Promoting Healthy Life. France.

Winell K. 2002. Diabeteksen hoidon laatu ja seurantajärjestelmät. DEHKO-raportti 2002:2. Tampere, Suomen Diabetesliitto ry.

METABOLISEN OIREYHTYMÄN (MBO) EHKÄISY- JA HOITO-OHJELMA PERUSTERVEYDENHUOLLOSSA





Jyväskylän kaupunki • Sosiaali- ja terveyspalvelukeskus • Terveydenedistämisyksikkö ja MBO-työryhmä • kevät 2002  
**METABOLISEN OIREYHTYMÄN EPÄILY, TOIMENPIDERAJAT JA SEURANTA**

RISKITEKIJÄ	TOTEAMINEN/MITTAUS	TOIMENPIDERAJAT	SEURANTA JA TAVOITTEET
<b>1. LIHAVUUS</b>	Painoindeksi (BMI) laskeminen Paino/pituus <sup>2</sup> (kg/m <sup>2</sup> )	BMI ≥ 30 kg/m <sup>2</sup>	Painokontrolli tarvittaessa kuukausittain. Yksittäinen laihdutusavoite esim. – 5% / puoli vuotta Tavoitteena normaalipaino BMI ≤ 25 kg/m <sup>2</sup>
<b>2. VATSAKKUUS</b>	Vyötärönympäryys	Mies > 100 cm Nainen > 90 cm	Vyötärönympäryys Mies < 94 cm Nainen < 80 cm
<b>3. VERENPAINE</b> (ei verenpainelääkitystä)	4 eri mittaukselta 1-4 viikon välein verenpaineen pysyvän tason määrittämiseksi (Kullakin mittauksella 2-3. mittausta 5 minuutin välein) Matalin RR-arvo kirjataan	RR > 140 ja/tai 90 mmHg	<b>RR &lt; 140/ &lt; 85 mmHg</b> • Verenpaineen tavoitearvo • Seuranta 5 vuoden välein, jollei muita riskitekijöitä (alkoholin liikkäytö, liikkumattomuus, tupakointi) Diabeetikoilla verenpaineen tavoitearvo on < 140/ < 80 mmHg Vanhuksilla joudutaan joskus tyytymään korkeampaan veren painetasoon ortostatisiin vuoksi (esim. < 160/ < 90) <b>RR 140/85-89 mmHg</b> • seuranta 1 vuoden välein • riskitekijöiden kartoitus, elämäntapaohjeet
<b>SEURANTA JA TAVOITTEET</b>			
<b>Diastolinen verenpaine</b>			
<b>90-99 mmHg</b>	• seurataan 3-6 kuukautta, mittaukset kerran kuukaudessa, jonka jälkeen lääkärin vastaanotolle		<b>140-159 mmHg</b> • seurataan 6 kuukautta, mittaukset kerran kuukaudessa, jonka jälkeen lääkärin vastaanotolle
<b>100-109 mmHg</b>	• seurataan 2-3 kuukautta, mittaukset kaksi kertaa kuukaudessa, jonka jälkeen lääkärin vastaanotolle		<b>160-179 mmHg</b> • seurataan 3-6 kuukautta, mittaukset 1-2 kertaa kuukaudessa, jonka jälkeen lääkärin vastaanotolle
<b>110-119 mmHg</b>	• seurataan kuukauden ajan, mittaukset kerran viikossa, jonka jälkeen lääkärin vastaanotolle		<b>180-199 mmHg</b> • seurataan 1-3 kuukautta, mittaukset 2 kertaa kuukaudessa, jonka jälkeen lääkärin vastaanotolle
<b>≥ 120 mmHg</b>	• lääkärin vastaanotolle		<b>≥ 200 mmHg</b> • lääkärin vastaanotolle

RISKITEKIJÄ	TOTEAMINEN/ MITTAUS	TOIMENPIDERAJAT	SEURANTA JA TAVOITTEET
<b>4. SUKURASITE</b>	I-asteen sukulaisilla on aikuistyyppin diabetes (DM tyyppi 2) tai ateroskleroosin ilmentymä nuorella iällä: Mies < 55 vuotta Nainen < 65 vuotta		Asiakas tiedostaa sukurasituksen merkityksen
<b>5. LIPIDIT</b> (ei kolesterolilääkitystä)	Verikoe	Kol Trigly HDL LDL > 5 mmol/l ≥ 2 mmol/l < 1 mmol/l > 3 mmol/l	<ul style="list-style-type: none"> <li>Riskitekijöiden kartoitus, elämäntapaohjeet</li> <li>4 kuukauden kuluttua kontrollikokeet</li> <li>→ jos lipidiarvot normalisoituvat eikä ole muita riskitekijöitä, kontrollit vuosittain</li> <li>→ jos lipidiarvot eivät normalisoidu, ohjataan lääkäriin vastaantololle ja arvioidaan ravitsemusterapiaa lähettämisen tarvetta</li> </ul>
<b>6. VERENSOKERI</b> (ei sokerritautilääkitystä)	Verikoe	FP-gluk ≥ 6.1 mmol/l	<ul style="list-style-type: none"> <li>Riskitekijöiden kartoitus, elämäntapaohjeet</li> <li><b>FP-gluk 6.1-6.9 mmol/l</b></li> <li>seurataan 3-6 kuukautta, mittaukset kerran kuukaudessa, jonka jälkeen ohjataan lääkäriin vastaantololle, sokerrituskoe ennen lääkäriin vastaantottoa</li> <li><b>FP-gluk 7.0-10.0 mmol/l</b></li> <li>seurataan kuukauden ajan, mittaukset 2 viikon välein, jonka jälkeen lääkäriin vastaantololle</li> <li><b>FP-gluk 10.0-15.0 mmol/l tai asiakkaalla oireita</b></li> <li>lääkkeetön hoito 2 viikkoa, jonka jälkeen paastoverensokeri</li> <li>Jos paastoverensokeri edelleen &gt; 10mmol/l → lääkäriin vastaantololle</li> <li><b>FP-gluk ≥ 15 mmol/l</b></li> <li>otetaan plv-näyte</li> <li>jos todetaan virisan ketohapot → välittömästi lääkäriin vastaantololle</li> <li>muuten lääkäriin vastaantololle 3 vrk:n sisällä</li> </ul> <p><b>asiakas ketoasidoosissa</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>välittömästi lääkäriin vastaantololle</li> </ul>

Kriteeristö perustuu seuraaviin lähteisiin:

- Toimintajohjelma suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi, Sosiaali- ja terveysministeriö, Julkaisuja 1997:27

- DEHKO - Diabeetin ehkäisy ja hoitoon kehittämishjelma 2000-2010, Suomen Diabeettiliitto ry, 2000

- Kohonneen verenpaineen hoito, 2001; Duodecim 2002, 118(1):110-126; <http://www.duodecim.fi/ftv/>

- Aikuisen lihavuuden hoito, 2002, Käypähoitosuositus, lausunnoilla

- Eurooppalainen sepelvaltimotaudin ehkäisy-suositus 1998; <http://www.sydantiito.fi/terveyspaino/index.htm>

- Vanhala, Manno 1998; Metabolinen oireyhtymä ja sen merkitys, Suomen Lääkärilehti 28/1998, s. 3087

- Vanhala, Manno 1996; Metabolinen oireyhtymä Suomessa, Väitöskirja, Kurpion yliopisto

#### EPÄILE METABOLISTA OIREYHTYMÄÄ, JOS

- KRITEREISTÄ 1-4 VÄHINTÄÄN YKSI KOHTA TOTEUTUU JA SEN LISÄKSI KOHTA 5 TAI 6

#### MBO-KRITEERIT TÄYTTÄVÄT ASIAKKAAT OHJATAAN PUOLEN VUODEN SISÄLLÄ LÄÄKÄRIIN VASTAANTOLLE HOITOARVIOON

Kartoita myös muut sydän- ja verisuonisairauksiin vaikuttavat tekijät: liikunta, stressi, ruokavalio, nautintoaineet, sosiaalinen tuki. Mikäli potilaalla on lääkitys, seuranta arvioidaan yksilöllisesti.

# MBO:n ehkäisy- ja hoito-ohjelma

## Koulutukset 2001-2002

Koulutuksen nimi	Ajankohta	Asiasällöt	Kohderyhmä	Osallistujat
Avaimia tulokselliseen terveysneuvontaan	19.9.2001 ja 11.10.2001	Muutosvaihemalli, Motivoiva haastattelu	Vastaanottojen ja terveysneuvonnana henkilöstö	40 30
Painonhallintaa/ MBO:n ennaltaehkäisyä	16.11.2001 5.2.2002	Liikunta ja ravitseminen	Vastaanottojen ja terveysneuvonnana henkilöstö	40 20
Syventävää tietoa ravitsemusohjaukseen	13.2.2002 21.2.2002 19.11.2002	Ravitseminen	Vastaanottojen ja terveysneuvonnana henkilöstö	22 26 13
Ennaltaehkäisevän toiminnan koulutusiltapäivä	19.9.2002 10.1.2003 (tulossa)	MBO-kriteeristö, Diabetes-riskipistetaulukon käyttö	Vastaanottojen ja terveysneuvonnana henkilöstö	70
Painonhallinnan ryhmäohjaajakoulutus	7.-9.10.2002 ja 4.-5.10.2002	Painonhallinnasta lääketieteen, ravitsemuksen ja liikunnan näkökulm., ryhmädynamiikasta	Sosiaali- ja terveyspalvelukeskusten henkilöstö	22 (8 jyväskylälän kaupungin henkilöstöä, 14 ulkopuolista)

(Tiedonanto 21.11.2002 Paula Käyhkö)



### Hyvä terveydenhuollon ammattilainen,

Olet työssäsi tutustunut **metabolisen oireyhtymän** epäily, toimenpiderajat ja seurantakriteeristöön sekä sinulla on ollut mahdollisuus osallistua MBO:ää käsitteleviin koulutustilaisuuksiin. Tämän kyselylomakkeen tarkoituksena on tutkia, ovatko MBO-koulutus ja -kriteeristö vaikuttaneet hoitajien neuvontakäytäntöihin ja taitoihin kartoittaa asiakkaiden MBO-riskitekijöitä. Vastauksesi ovat tärkeitä, sillä osallistumalla kyselyyn pystyt vaikuttamaan työsi kehittämiseen. Kysely on myös osa Jyväskylän yliopistossa tehtävää terveystieteiden pro gradu -tutkimusta.

Tämä kysely lähetetään kaikille perusterveydenhuollon vastaanotolla ja työterveyshuollossa työskenteleville sairaan- ja terveydenhoitajille. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti, kenenkään henkilöllisyys ei tule esille tuloksissa. Kyselylomakkeet hävitetään tulosten analysoinnin jälkeen. Tulokset esitellään loppuvuodesta 2003.

Vaivannäöstäsi voit voittaa arvonnassa elokuvalipun!

Pyydämme ystävällisesti palauttamaan kyselylomakkeen viimeistään **17.3.2003** mennessä sisäpostilla osoitteeseen:

Terveydenedistämisyksikkö  
Hanna Heikka  
Hannikaisenkatu 11-13

Tarvittaessa lisätietoja antavat:

Hanna Heikka (p. 040 555 0501) ja Johanna Koskenkorva (p. 050 541 8248).

### Kiitos vastauksestasi.

*Hanna Heikka*

Hanna Heikka  
terveydenhoitaja

*Johanna Koskenkorva*

Johanna Koskenkorva  
sairaanhoitaja

*Paula Käyhkö*

Paula Käyhkö  
terveyssuunnittelija

*Jarmo J Koski*

Jarmo J Koski  
vastaava ylilääkäri

## KYSELY metabolisen oireyhtymän (MBO) terveysneuvonnasta.

### Vastaamisohjeet:

Lue koko kysymys ennen vastaamista. **Rastita** sopivimmaksi katsomasi vaihtoehto tai **kirjoita** vastaus sille varatuille riveille. Niissä kysymyksissä, joissa on useita vaihtoehtoja, rastita kultakin vaakariviltä oikeaksi katsomasi vaihtoehto. Jos joudut korjaamaan vastaustasi, merkitse selkeästi oikea vastauksesi, esimerkiksi tummennetulla rastilla.

1. Työyksikkösi
- |                          |                                     |
|--------------------------|-------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> | Huhtasuon terveysasema              |
| <input type="checkbox"/> | Keskustan terveysasema              |
| <input type="checkbox"/> | Kuokkalan terveysasema              |
| <input type="checkbox"/> | Kyllön ja Säynätsalon terveysasemat |
| <input type="checkbox"/> | Työterveyshuolto                    |

2. Kuinka monta MBO-riskiryhmään kuuluvaa asiakasta hoidat keskimäärin viikossa?

\_\_\_\_\_

3. Kuinka usein otat esille seuraavia asioita MBO-riskiryhmään kuuluvan asiakkaan kohdalla hoitoprosessin aikana?

	Aina	Melkein aina	Toisinaan	En koskaan
Lihavuus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vatsakkuus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veren rasva-arvot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verenpaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verensokeri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liikuntatottumukset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ravitsemustottumukset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tupakointi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkoholin käyttö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sukurasite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stressi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihmissuhteet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elämäntilanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**4. Kuinka usein kirjaat seuraavia asioita potilastietojärjestelmään MBO-riskiryhmään kuuluvan asiakkaan kohdalla?**

	Aina	Melkein aina	Toisinaan	En koskaan
Lihavuus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vatsakkuus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veren rasva-arvot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verenpaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verensokeri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liikuntatottumukset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ravitsemustottumukset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tupakointi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkoholin käyttö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sukurasite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stressi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihmissuhteet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elämäntilanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terveysneuvonnan aihe/sisältö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terveysneuvonnan menetelmät	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Terveysneuvonnan johtopäätökset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoitosuunnitelma	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**5. Miten usein käytät seuraavia menetelmiä neuvoessasi MBO-riskiryhmään kuuluvia asiakkaita?**

	Päivittäin tai lähes päivittäin	Ainakin kerran viikossa	Harvemmin	En koskaan
Lyhyt kehoitus tai neuvo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perusteellinen terveysneuvonta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asiakkaan aloittama keskustelu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoitajan aloittama keskustelu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rohkaisu oma-aloitteiseen arviointiin nykyisten elämäntapojen hyödyistä ja haitoista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rohkaisu oma-aloitteeseen tavoitteiden laatimiseen ja suunnitelman tekemiseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Henkilökohtaisen elämäntapa- muutosohjelman laatiminen yhdessä asiakkaan kanssa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taidon harjoittelu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tukiaineiston jakaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tukiaineiston sisällön selittäminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ryhmäneuvonta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohjaus ryhmään	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohjaus muuhun neuvontaan, esim. ravitsemusterapeutille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muita neuvontatapoja Millaisia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

## 6. Miten ohjaat asiakasta vastaanottotilanteessa?

### A. Kun asiakas ei harkitse terveystietämisenään

muutosta	Aina	Melkein aina	Toisinaan	En koskaan
Pyrin havahduttamaan asiakasta ajattelevaan nykyisten elämäntapojensa terveystietämisenään	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan yleistä tietoa terveydestä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kehoitin asiakasta muuttamaan terveystietämisiään	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Käytän keskustelussa avoimia kysymyksiä esim. miten valmistat ruokasi?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muita ohjaustapoja Millaisia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

### B. Kun asiakas harkitsee terveystietämisenään

muutosta, mutta ei vielä toimi	Aina	Melkein aina	Toisinaan	En koskaan
Ohjaan asiakasta arvioimaan nykyisten elämäntapojensa hyötyjä ja haittoja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohjaan asiakasta selvittämään nykyisten elämäntapojensa ja tavoitettavan terveyden välistä ristiriitaa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kerron omat näkemykseni asiakkaan nykyisten elämäntapojen vaikutuksista hänen terveyteensä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muita neuvontatapoja Millaisia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

### C. Kun asiakas suunnittelee terveystietämisenään

muutosta	Aina	Melkein aina	Toisinaan	En koskaan
Annan asiakkaalle selkeän toimintamallin elämäntapojensa muuttamiseksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Annan asiakkaalle ratkaisuvaihtoehtoja elämäntapojensa muuttamiseksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohjaan asiakasta asettamaan realistiset tavoitteet elämäntapojensa muuttamiseksi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muita neuvontatapoja Millaisia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

---

#### D. Kun asiakas kokeilee terveystyöskäytännönsä

muutosta, joka ei ole vielä pysyvä	Aina	Melkein aina	Toisinaan	En koskaan
Ohjaan asiakasta pohtimaan muutoksen pysyvyyteen liittyviä asioita	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohjaan asiakasta pohtimaan keinoja välttää repsahdukset entisiin elämäntapoihin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Muita neuvontatapoja Millaisia?	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

#### 7. Mihin seuraavista MBO:n ehkäisy- ja hoito-ohjelman koulutuksista olet osallistunut?

- Muutosvaihemalli, motivoiva haastattelu  
 Liikunta ja ravitsemus  
 MBO-kriteeristö  
 Painonhallinta ja ryhmdynamiikka  
 Diabeteksen riskipistetaulukko  
 En ole osallistunut

Koulutuksiin osallistuneet vastaavat kysymyksiin 8-11.

#### 8. Onko koulutus ollut mielestäsi tarpeellinen?

- Tarpeellinen  
 Melko tarpeellinen  
 Vähemmän tarpeellinen  
 Tarpeeton

Perustelusi

---



---

#### 9. Onko koulutus vaikuttanut työskentelytapoihisi?

- Paljon  
 Kohtalaisesti  
 Vähän  
 Ei ollenkaan

Perustelusi

---



---

#### 10. Onko koulutus lisännyt valmiuksiasi ottaa esille seuraavia asioita MBO-riskiryhmään kuuluvan asiakkaan kohdalla hoitoprosessin aikana?

	Paljon	Kohtalaisesti	Vähän	Ei ollenkaan
Lihavuus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Vatsakkuus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Veren rasva-arvot	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verenpaine	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Verensokeri	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Liikuntatottumukset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ravitsemustottumukset	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tupakointi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Alkoholin käyttö	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Sukurasite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Stressi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ihmisseuhteet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Elämäntilanne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**11. Onko koulutus lisännyt valmiuksiasi käyttää seuraavia menetelmiä neuvossasi MBO-riskiryhmään kuuluvia asiakkaita?**

	Paljon	Kohtalaisesti	Vähän	Ei ollenkaan
Lyhyt kehoitus tai neuvo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Perusteellinen terveysneuvonta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Asiakkaan aloittama keskustelu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Hoitajan aloittama keskustelu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rohkaisu oma-aloitteiseen arviointiin nykyisten elämäntapojen hyödyistä ja haitoista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Rohkaisu oma-aloitteeseen tavoitteiden laatimiseen ja suunnitelman tekemiseen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Henkilökohtaisen elämäntapamuutosohjelman laatiminen yhdessä asiakkaan kanssa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Taidon harjoittelu	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tukiaineiston jakaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Tukiaineiston sisällön selittäminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ryhmäneuvonta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohjaus ryhmään	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Ohjaus muuhun neuvontaan, esim. ravitsemusterapeutille	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**12. Kuinka usein käytät MBO:n epäily, toimenpiderajat ja seurantakriteeristöä?**

- Päivittäin  
 Viikottain  
 Harvemmin  
 En koskaan

**13. Miten olet mielestäsi omaksunut MBO:n epäily, toimenpiderajat ja seurantakriteeristön käytön?**

- Erittäin hyvin  
 Hyvin  
 Huonosti  
 En ole omaksunut

**14. Kuinka tarpeellisenä pidät MBO:n epäily, toimenpiderajat ja seurantakriteeristöä?**

- Tarpeellisenä  
 Melko tarpeellisenä  
 Vähemmän tarpeellisenä  
 Tarpeettomana

**15. Onko MBO:n epäily, toimenpiderajat ja seurantakriteeristö mielestäsi selkeyttänyt hoitajien ja lääkäreiden välistä yhteistyötä?**

- Paljon  
 Kohtalaisesti  
 Vähän  
 Ei ollenkaan

Tämän vielä haluaisin sanoa.. (esim. jatkokoulutustarpeeni MBO:ään liittyen)

---



---

Kiitos vastauksestasi!

## TEEMAHAASTATTELURUNKO

- kaikki vastaukset ovat tärkeitä + luottamuksellisuus

### Työkokemuksesi?

Kuinka monta MBO riskiryhmään kuuluvaa asiakasta hoidat keskimäärin viikossa?

### MBO- KOULUTUS

Mihin seuraavista MBO:n ehkäisy- ja hoito-ohjelman koulutuksista olet osallistunut?

Mitä mieltä olet MBO koulutuksesta?

- Onko ollut mielestäsi tarpeellinen? Miksi?
- Onko koulutuksissa käsitellyjä aiheita ollut mielestäsi mahdollisuus soveltaa käytännön työhön? (osat vai kokonaisuus?)
- Onko muuttanut neuvontasi sisältöä MBO-asiakkaan kohdalla?
- Onko muuttanut ohjaustapojasi? (lomake)
  - Kertoisitko **esimerkin** MBO-asiakkaan neuvontatilanteesta?
  - Miten ohjaat asiakasta, kun hän ei harkitse muutosta
    - on harkinnut muutosta – mutta ei ole vielä muuttanut elämäntapojaan
    - autat asiakasta ylläpitämään terveysmuutosta
    - repsahtaa
- Mitä odotit koulutukselta?
- Kehitysideasi? Lisäkoulutustarpeesi?

### MBO- KRITEERISTÖ

Mitä mieltä olet MBO kriteeristöstä?

- Miten usein käytät kriteeristöä?
- Miten olet oppinut käytön?
- Minkälaisissa tilanteissa käytät kriteeristöä? **esimerkki**
- Palveleeko jokapäiväisessä työssäsi?
  - Helpottaako MBO-riskitekijöiden kartoitusta ja kirjaamista?
  - Auttaako terveysneuvonnassa (suunnittelussa)?
  - Auttaako asiakkaan tilanteen seurannassa?
- Onko mielestäsi selkiyttänyt hoitajien ja lääkärin välistä yhteistyötä?
- Miten kehittäisit? Sisältääkö mielestäsi oleelliset asiat?

Haluaisitko sanoa vielä jotain?

## TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

Haemme tutkimuslupaa Jyväskylän kaupungin terveydenedistämisyksikköä ja perusterveydenhuoltoa varten tehtävälle pro gradu -tutkimukselle. Opiskelemme Jyväskylän yliopistossa, terveystieteiden laitoksella. Pro gradu -tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, onko Jyväskylän kaupungin metaboliseen oireyhtymään (MBO) liittyvä koulutus ja MBO:n epäily, toimenpiderajat ja seurantakriteeristön käyttöönotto vaikuttaneet hoitajien terveysneuvontavalmiuksiin sekä taitoihin kartoittaa asiakkaiden MBO-riskitekijöitä.

Kohderyhmänä on Jyväskylän kaupungin perusterveydenhuollon ja työterveyshuollon sairaan- ja terveydenhoitajat (n=36).

Aineiston keruumenetelmänä ovat puolistrukturoitu kyselylomake, joka lähetetään kaikille Jyväskylän kaupungin perusterveydenhuollossa ja työterveyshuollossa työskenteville sairaan- ja terveydenhoitajille (n=36). Tästä joukosta osa (n=6) poimitaan teemahaastatteluun. Aineisto kerätään maaliskuussa 2003.

Gradun arvioitu valmistumisaika on lokakuu 2003.

Gradun ohjaaja on Jyväskylän yliopiston, terveystieteiden laitoksen lehtori Marita Poskiparta.

Liitteenä on tutkimussuunnitelma.

Tutkimusluvan hakijat:

Hanna Heikka  
Schaumanin puistotie 7B23  
40100 Jyväskylä  
p. 040 555 0501

Johanna Koskenkorva  
Kisakatu 10A3  
40720 Jyväskylä  
p. 050 541 8248


Sitoudumme käyttämään kokoamaamme aineistoa vain pro gradu -tutkimuksen tekemiseen siten, että tutkimuksen kohteena olevien hoitajien henkilöllisyys pysyy salassa.

Jyväskylässä 20.2.2003

## PÄÄTÖS:

Tutkimuslupa myönnetään.

Jyväskylässä 21.2 2003

  
Jarmo J Koski  
Johtava ylilääkäri