

## **NAISTEN MUISTITERVEYS JA ELINTAVAT**

Johanna Koskenniemi  
Pro gradu-tutkielma  
Hoitotiede  
Preventiivinen hoitotiede  
Itä-Suomen yliopisto  
Terveystieteiden tiedekunta  
Hoitotieteen laitos  
Kesäkuu 2014

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata keski-ikäisten 40-65 -vuotiaiden naisten muistiterveyteen liittyviä elintapatekijöitä ennen ohjantaa ja ohjannan jälkeen. Lisäksi tarkoituksena oli kuvata voimavaralähtöisen terveystieteen yhteistyä elintapamuutoksiin muistiterveyden edistämiseksi. Tutkimuksessa verrattiin Kouvolan seudun Muisti ry:n toteuttaman Voimavaralähtöiset terveystieteen keskustelut kymenlaaksolaisille 40 – 65 -vuotiaille naisille vuosille 2011 – 2014 -projektiin osallistuneiden naisten arvioita muistiin liittyvistä riskitekijöistä alku- ja loppukartoituksessa vuosina 2011 ja 2013.

Tutkimuksessa käytettiin vuonna 2011 (n=99) ja 2013 (n=76) kyselylomakkeella kerättyjä aineistoja. Aineisto tallennettiin ja käsiteltiin tilastollisin menetelmin SPSS 19.0 for Windows -tilasto-ohjelmalla. Muuttujien välistä yhteyttä tarkasteltiin ristiintaulukoimalla ja käyttäen Fisherin Exact-testiä. Terveystieteen keskustelun yhteyttä elintapamuutoksiin testattiin Wilcoxonin testillä. Tulokset raportoitiin frekvensseinä, prosentteina ja tunnuslukuina (keskiarvo, keskihajonta).

Kokonaisuutena osallistujat arvioivat parhaimmaksi ravintoon ja nautintoaineiden käyttöön liittyvät elintapatekijät molempina vuosina. Eniten muutosta tapahtui sen hetkessä ja vuoden takaisessa terveydentilassa, liikunnan harrastamisen määrässä sekä kasvisten ja marjojen käytön lisäämisessä. Taustamuuttujittain tarkasteltuna ennen ohjantaa nuorimpien ikäryhmään kuuluvat kokivat eniten uniongelman häiritsevän työssä toimimista. Ohjannan jälkeen nuorimpaan ikäryhmään kuuluvat kokivat eniten uniongelman vaikuttavan häiritsevästi kotona toimimista, kokivat eniten yksinäisyyden tunnetta ja kärsivät siitä muita enemmän. Lisäksi nuorimpaan ikäryhmään kuuluvat kokivat eniten yleistä huolestuneisuuden tunnetta sekä onnetonta ja kurjaa oloa. Yksittäisten muistiterveyttä mittaavien muuttujien keskiarvovertailu osoittaa ohjannalla olleen yhteyttä vahvistavasti vuoden takaisessa terveydessä, reippaan liikunnan määrässä, verenpaine- ja verenpaine- ja marjojen käytön lisäämisessä. Uniongelmaan liittyen töissä toimiminen, keskittymiskyky, mieliala, muistiongelmat ja huoli unettomuudesta vähenivät ohjannan aikana. Lisäksi ohjannan aikana vähentymistä tapahtui yksinäisyydestä kärsimisessä, huolestuneisuuden tunteesta, levottomuuden tunteesta, synkässä ja raskasmielisessä olossa sekä onnettomassa ja kurjassa olossa.

Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää hoitotyön menetelmien ja prosessien kehittämisessä, kun halutaan mahdollistaa keski-ikäisten naisten muistiterveyden edistämistä voimavaralähtöisen ohjannan avulla. Tutkimustuloksia voivat hyödyntää muistiterveyden edistämistä toteuttavat yksiköt, organisaatiot ja terveysalan koulutusyksiköt. Tieto auttaa kehittämään voimavaralähtöisen ohjannan käyttämistä muistiterveyden edistämiseksi. Hoitotieteelle tämä tutkimus tuottaa kumulatiivista tietoa voimavaralähtöisen ohjannan käytöstä muistiterveyden edistämiseksi.

Avainsanat: muistiterveys, elintapatekijät, voimavaralähtöinen haastattelu, motivoiva haastattelu

Women's memory health and lifestyle factors  
Master's thesis, 50 pages, five appended tables and one  
appendix (32 pages)

University Lecturer Päivi Kankkunen, PhD and Clinical  
Researcher Tarja Välimäki, PhD

---

The purpose of this study was to describe memory health-related lifestyle factors in middle-aged women aged between 40 and 65 before and after health guidance. In addition, the aim was to describe the connection between resource-oriented health discussions and lifestyle changes in the promotion of memory health. The study compared the evaluations of the 40-65-year-old women in the area of Kymenlaakso participating in resource-oriented health discussions carried out by a Finnish local memory organization, Kouvolan seudun Muisti ry, between 2011 and 2014 regarding memory-associated risk factors during the initial and final surveys in 2011 and 2013.

Questionnaire data collected in 2011 (n=99) and 2013 (n=76) were used in this study. The data were recorded and processed by statistical methods by using the SPSS 19.0 for Windows statistical software. Connections between variables were analyzed by cross-tabulation and used Fisher's Exact Test. The connection between health guidance and lifestyle changes was tested by using the Wilcoxon test. The results were reported using frequencies, percentages and key ratios (mean, standard deviation).

Overall, participants rated most memory health related risk factors in connection with food and stimulants before and after guidance. The most significant change occurred between the former and current health status in the amount of physical activity, and in the increased consumption of vegetables and berries. When examining the data by background variables, the youngest respondents considered that sleep problems most interfered with occupational tasks. After the guidance, the youngest respondents felt that sleep problems interfered most with functioning at home and suffered from loneliness more often than others. The youngest respondents also experienced most general sense of concern and felt unhappy and miserable. Comparison of the averages of the variables measuring memory health confirmed a link between guidance and improvement of the health from one year ago, increasing the amount of physical activity, normalization of blood pressure values, and increasing the intake of berries. Issues related to sleeping, such as functioning at work, ability to concentrate, mood, memory problems, and worrying about insomnia decreased during the guidance. Moreover, there was a reduction in loneliness, feelings of concern and restlessness and in experiences of bleak and melancholic thoughts, and unhappy and miserable emotional states.

The results from this study can be utilized in the development of nursing methods and processes whose aim is to enable the promotion of the memory-related health in middle aged women through resource-based guidance. The research findings can be utilized by units, organizations and health education services promoting memory health. The information will help to develop the use of resource-oriented guidance in memory health promotion. For nursing science, this study provides cumulative information on the use of resource-oriented guidance in the promotion of memory health.

Keywords: memory health, lifestyle factors, resource-oriented, motivational interviews

TIIVISTELMÄ  
ABSTRACT

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	1
2	KIRJALLISUUSKATSAUS .....	4
2.1	Kirjallisuuskatsauksen tiedonhaun kuvaus .....	4
2.2	Muistiterveyteen liittyvät elintapatekijät.....	4
2.3	Voimavaralähtöiseen tai motivoivaan haastatteluun perustuva terveyden edistäminen ja sen vaikuttavuus .....	9
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS.....	14
4	TUTKIMUSAINESTO JA TUTKIMUSMENETELMÄT.....	15
4.1	Tutkimuksen tieteenfilosofiset lähtökohdat .....	15
4.2	Tutkimuksen aineisto ja sen keruu .....	15
4.3	Mittari ja sen luotettavuus .....	16
4.4	Aineiston käsittely ja analyysi.....	17
5	TUTKIMUKSEN TULOKSET.....	19
5.1	Vastaajien taustatiedot .....	19
5.2	Keski-ikäisten 40-65 –vuotiaiden naisten muistiterveyteen liittyvät elintapatekijät ennen ohjantaa vuonna 2011 ja ohjannan lopussa vuonna 2013 .....	20
5.3	Keski-ikäisten 40-65 –vuotiaiden naisten muistiterveyteen liittyvät elintapatekijät taustamuuttujittain ennen ohjantaa 2011 ja ohjannan lopussa 2013 .....	26
5.3.1	Koettu terveys .....	26
5.3.2	Liikunnan harrastaminen.....	26
5.3.3	Nukkuminen ja lepo.....	27
5.3.4	Ravinto.....	28
5.3.5	Sosiaalisuus ja mieliala .....	30
5.3.6	Nautintoaineiden käyttö.....	31
5.4	Keski-ikäisten 40-65 –vuotiaiden naisten voimavaralähtöisten terveyskeskustelujen yhteys muistiterveyteen liittyviin elintapatekijöihin .....	32
5.5	Tutkimustulosten yhteenveto .....	33
6	POHDINTA.....	35
6.1	Tulosten tarkastelua .....	35
6.2	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	40
6.3	Tutkimuksen johtopäätökset ja suositukset.....	42
6.4	Jatkotutkimus- ja kehittämissuositukset .....	43
	LÄHTEET.....	44

## KUVIOT JA TAULUKOT

KUVIO 1. Yhteenvedo muistiterveyteen liittyvistä elintapatekijöistä

TAULUKKO 1. Osallistuneiden taustatiedot vuonna 2013 (N=77, n, %)

TAULUKKO 2. Osallistuneiden arvioinnit muistiterveyteen liittyviin elintapatekijöihin ennen ohjantaa vuonna 2011 (N=99, n, %)

TAULUKKO 3. Osallistuneiden arvioinnit muistiterveyteen liittyviin elintapatekijöihin ohjannan jälkeen vuonna 2013 (N=76, n, %)

TAULUKKO 4. Osallistuneiden arvioinnit muistiterveyteen liittyvissä elintapatekijöissä ohjannan alussa vuonna 2011 (N=99) ja ohjannan lopussa 2013 (N=76)

TAULUKKO 5. Koettu terveys vuosi sitten ohjannan jälkeen vuonna 2013 (N=76)

TAULUKKO 6. Liikunnan tuottama mielihyvä ohjannan jälkeen vuonna 2013 (N=76)

TAULUKKO 7. Uniongelman häiritsevyys töissä toimimisessa ennen ohjantaa vuonna 2011 (N=99)

TAULUKKO 8. Uniongelman häiritsevyys kotona toimimiseen ohjannan jälkeen vuonna 2013 (N=76)

TAULUKKO 9. Vähärasvaisten lihatuotteiden käyttö ruokavaliossa ennen ohjantaa vuonna 2011 (N=99)

TAULUKKO 10. Vähärasvaiset lihatuotteet, erilaiset hedelmät ja erilaiset marjat ohjannan jälkeen vuonna 2013 (N=76)

TAULUKKO 11. Tunne yksinäisyydestä, yksinäisyydestä kärsiminen, huolestuneisuuden tunne sekä onneton ja kurja olo ohjannan jälkeen vuonna 2013 (N=76)

TAULUKKO 12. Tupakointi ennen ohjantaa vuonna 2011 (N=99)

TAULUKKO 13. Ohjannan yhteys muistiterveyteen liittyvissä elintapatekijöissä

## LIITTEET

Liitetaulukko 1. Voimavaralähtöiseen tai motivoivaan haastatteluun liittyvien tutkimusartikkelien tiedonhaku

Liitetaulukko 2. Muistiterveyteen liittyvien elintapatekijöiden tutkimusartikkelien tiedonhaku

Liitetaulukko 3. Kirjallisuuskatsaus voimavaralähtöisistä tai motivoivaan haastatteluun perustuvista tutkimuksista

Liitetaulukko 4. Kirjallisuuskatsaus muistiterveyteen liittyvien elintapatekijöiden tutkimuksista

Liitetaulukko 5. Muuttujaluettelo

Liite 6. Muistiin liittyvien riskitekijöiden alkuperä- ja loppukartoitus –kysely

## 1 JOHDANTO

Muistisairauksiin sairastuu Suomessa vuosittain yli 13000 henkilöä. Väestön ikääntyessä muistisairaiden ihmisten määrä kasvaa tulevaisuudessa, mutta muistisairauksia on myös työikäisellä väestöllä: arviot suomalaisista työikäisistä muistisairaista vaihtelevat 5000 – 7000 välillä. Vuonna 2010 vähintään keskivaikeaa muistisairautta sairasti arvioilta yli 95 000 ja lievää noin 30 000 – 35 000 henkilöä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012.) Euroopan Unionin alueella dementiaa sairastaa 9,9 miljoonaa ihmistä (Europarlamentti 2011). WHO arvioi dementiaa sairastavia olleen vuonna 2012 koko maailmassa 35,6 miljoonaa ja määrän odotetaan yli kolminkertaistuvan vuoteen 2050 mennessä (WHO and Alzheimer’s Disease International 2012).

Vaikka lähivuosina ei ole tiedossa parantavaa lääkehoitoa muistisairauksiin, voidaan muistiterveyden edistämiseksi kuitenkin tehdä paljon. Aivojen terveyden edistäminen ja muistisairauksien ehkäisy on jokaisen tehtävissä. Elintapavalinnoilla on vaikutusta yksilötason lisäksi hyvinvointiin laajemmin sekä nykyhetkessä että tulevaisuudessa. Muistisairauksien ilmaantuvuutta voidaan vähentää ja siksi investointi aivojen terveyden edistämiseen ja ennaltaehkäisyyn kannattaa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012). Jos muistisairauden puhkeamista pystyttäisiin viivästäämään elämäntapavalinnoilla viisi vuotta, Alzheimerin tautia sairastavien määrä puolittuisi viidessäkymmenessä vuodessa (Brookmeyer ym. 1998). Tällä olisi vaikutusta paitsi inhimillisesti myös kansantaloudellisesti ja sen myötä myös yhteiskunnallisesti.

Maaailman terveysjärjestö WHO ja Alzheimer’s Disease International (ADI) ovat ohjeistaneet vuonna 2012 julkaistussa raportissaan kaikkien maiden hallituksia ja päättäjiä asettamaan muistisairauksien hoidon etusijalle terveydenhuollossa (World Health organization and Alzheimer’s Disease International 2012). Euroopan parlamentin vuonna 2008 hyväksymässä kannanotossa nostetaan esiin muistisairauksien kasvava merkitys kansanterveyden ja –talouden kannalta ja kansallisten muistiohjelmien tarve yhtenä varautumisen työväliseenä. Suomessa Kansallinen muistiohjelma 2012 – 2020 on ohjeistus, joka ottaa huomioon edelliset kannanotot. Ohjelma on sovitettu yhteen sosiaali- ja terveyspolitiikan tavoitteiden ja olemassa olevien hoito- ja laatusuositusten kanssa. Muistiohjelma on kytketty meneillään olevien lainsäädäntöhankkeiden ja ohjelmien, kuten Kaste-ohjelmien toimeenpanoon. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012.)

Eteneviä muistisairauksia sairastavat tarvitsevat ja käyttävät runsaasti sosiaali- ja terveyspalveluja. Ympärivuorokautisen hoidon tarpeessa olevista asiakkaista kolme neljästä sairastaa muistisairautta. Muistisairauksien hoidon yhteenlasketuiksi vuosittaisiksi suoriksi kustannuksiksi on Suomessa

arvioitu lähes miljardi euroa eli noin 10 000 euroa yhtä sairastunutta kohden. Omaishoidon kustannukset huomioiden kokonaiskustannusten arvioidaan nousevan 1,5 – 2,5 miljardiin vuodessa. (Martikainen ym. 2010, Härmä ym. 2010.) Vaikuttaminen palvelutarpeen kasvuun edellyttää toimia aivoterveiden edistämiseksi, muistisairauksien ennaltaehkäisemiseksi, muistioireiden tunnistamiseksi mahdollisimman varhain sekä oikea-aikaisen hoidon, kuntoutuksen ja muun tuen hyvin organisoitua turvaamista ja seurantaa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012).

Ohjaus, terveysneuvonta ja terveyden edistäminen ja sairauksien ehkäiseminen huomioidaan merkitykselliseksi toiminnaksi kansallisissa ohjelmissa. Terveyden edistämisen politiikkaohjelma (2007) ohjaa strategiatasolla terveyden edistämisen toimintaa ja sen tavoitteena on väestön terveydentilan parantuminen ja terveyserojen kaventuminen. Ohjauksen avulla aikaansaaduilla elintapamuutoksilla pyritään ehkäisemään yleisiä kansansairauksia ja sairastuvuutta. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE (2012) korostaa myös ennaltaehkäisevää toimintaa ja varhaista puuttumista. Sen tavoitteena on asiakkaan osallisuuden vahvistaminen omaan terveyden edistämiseen ja syrjäytymisen ehkäisy.

Viime vuosina elämäntapatekijät ja ravitsemus ovat nousseet keskeisiksi tekijöiksi muistisairauksien ennaltaehkäisyssä. Muistisairauksien ehkäisy elintavoilla tulisi aloittaa mahdollisimman aikaisin, jotta niiden vaikuttavuus riskitekijöihin olisi paras mahdollinen. Keski-iässä toteutettujen terveellisten elintapojen noudattaminen vähentää sairastumisen riskiä myöhäisiässä. (Soininen ym. 2010). Kirjallisuudessa keski-ikä on määritelty kattaen ikävuodet neljästäkymmenestä kuuteenkymmeneen (Lachman 2004), joskus jopa ikävuodet kolmestakymmenestäviidestä kuuteenkymmeneenviiteen (Kokko 2010).

Voimavaralähtöiset ohjantamenetelmät, esimerkiksi voimavaralähtöinen ja motivoivaan haastatteluun perustuva terveyden edistäminen ja ohjanta ovat potilaskeskeisiä työskentelytapoja, joilla on mahdollisuus saada parempia hoitotuloksia monissa sairauksissa tai niiden ehkäisyssä. Sen avulla pyritään herättämään ohjattavan oma sisäinen motivaatio ja autetaan poistamaan motivaation esteitä (Mustajoki 2003, 2009) välttämällä vastakkainasettelua, suostuttelua ja suoraa konfrontaatiota (Anglé 2010).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata keski-ikäisten 40-65 -vuotiaiden naisten muistiterveyteen liittyviä elintapatekijöitä ennen ohjantaa ja ohjannan jälkeen. Lisäksi tarkoituksena on kuvata voimavaralähtöisen terveyskeskustelun yhteyttä muistiterveyden edistämässä. Tutkimuksessa vertaillaan Kouvolan seudun Muisti ry:n toteuttaman Voimavaralähtöiset terveyskeskustelut kymenlaaksolaisille 40 – 65 -vuotiaille naisille vuosille 2011 – 2014 –projektiin

osallistuneiden naisten kirjallisesta arvioita muistiin liittyvien riskitekijöistä alku- ja loppukartoituksessa vuosina 2011 ja 2013. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää muistiterveyden edistämässä ja muistisairauksien ennaltaehkäisyssä. Hyväksi havaittuja työmenetelmiä käyttämällä voidaan odottaa vaikuttavuutta yksilötason elintapamuutoksissa edistäen kroonisten sairauksien ehkäisyä ja vaikuttaen terveysterojen kaventumiseen.



## 2 KIRJALLISUUSKATSAUS

### 2.1 Kirjallisuuskatsauksen tiedonhaun kuvaus

Tätä tutkimusta varten tehtiin kirjallisuushaku motivoivan haastattelun tai voimavaralähtöisen ohjannan vaikuttavuudesta terveyttä edistävien elintapamuutosten toteutumisessa sekä keski-ikäisten elintapatekijöiden yhteydestä muistiterveyteen kesällä 2013. Tutkimusartikkelit haettiin Cinahl-, Scopus-, Pubmed-, JBI ConNECT- ja Cochrane-tietokannoista. Tiedonhaku on tiivistetty liitetaulukoon 1 ja 2. Haussa käytettiin aikarajauksena vuotta 2008 ja sen jälkeen. Katsaukseen valittiin lisäksi manuaalisella haulla erityisen merkitsevyyden vuoksi yksittäisiä lähteitä, jotka ovat vanhempia kuin viitekantahaussa rajatut. Hakusanojen muotoilussa ja rajauksessa käytettiin informaattikon apua.

Tähän tutkimukseen valikoituneiden artikkelien täyttävät seuraavat sisäänottokriteerit: tutkimukset kohdistuivat aikuisikäisiin asiakkaisiin tai potilaisiin ja heidän omat voimavarat huomioivaan elintapaohjaukseen. Toisen hakulausekkeen hakuun vastaavat artikkelit tai tutkimukset kohdistuivat tutkimustiedon perusteella todettuihin muistiterveyteen vaikuttaviin tekijöihin (Kivipelto ym. 2006) sekä Kouvolan seudun Muisti ry:n työikäisten naisten muistiterveyden edistämisen ryhmään osallistuneiden muistiin liittyvien riskitekijöiden alku- ja loppukartoituksen mittarin muuttujiin. (Liite 5.) Lisäksi hyväksytyjen artikkelien tuli olla empiiriseen tutkimukseen perustuvia ja luettavissa tietokannoissa kokotekstinä. Valintaprosessin jälkeen lopulliseen kirjallisuuskatsaukseen valikoitui 39 tutkimusartikkelia. (Liitetaulukot 3 ja 4.)

### 2.2 Muistiterveyteen liittyvät elintapatekijät

Alzheimerin taudin syntyyn voivat vaikuttaa ikä, perinnöllisyys ja ympäristötekijät. Alzheimerin taudin tärkeimmät riskitekijät ovat korkea ikä sekä taudin esiintyminen lähisuvussa. Yli 65-vuotiailla taudin ilmaantuvuus kaksinkertaistuu viiden vuoden sykleissä (Soininen ym. 2010.) Joka kolmannella Alzheimerin tautia sairastavalla on lähisuvussa myös muita dementiaa sairastavia. Taudin esiintyvyys suvuittain voi johtua sekä geeneistä että samankaltaisista elintavoista. Tauti on vallitsevasti periytyvä 5-10 %:lla. Tällä hetkellä tunnetaan kolme geeniä: amyloidiprekursoriproteiini APP-geeni sekä preseniliini 1 ja 2 –geenit. Vahvin näyttö alttiusgeeneistä on apolipoproteiini ApoE4-alleeli. Noin kahdella kolmesta Alzheimerin tautia sairastavasta on kyseinen geeni. Tutkimustiedon mukaan apolipoproteiini ApoE4-alleelin kantajilla elintapojen merkitys on erityisen vaikuttavaa. ApoE4-alleelin aiheuttama lisääntynyt riski välittyy osin muiden riskitekijöiden kautta, joita ovat

korkea verenpaine, hoitamaton diabetes, korkea kolesteroli, tupakointi, liikkumattomuus ja runsas ylipaino. (Soininen ym. 2010, Eskelinen 2014.)

Alzheimerin taudin aivomuutokset voivat alkaa kehittyä jo 20-30 vuotta ennen taudin diagnoosia. Tämän vuoksi käytetään yhä enemmän elinikäperspektiivistä näkökulmaa kognitiivisten oireiden ja dementian ennaltaehkäisyssä. Riskitekijät keski-iässä tai jo varhaisemmassa elämänvaiheessa ovat nousseet lisääntyvän huomion kohteeksi. Muistisairauksien ehkäisy elintavoilla tulisikin aloittaa jo mahdollisimman aikaisin, jotta niiden vaikuttavuus riskitekijöihin olisi paras mahdollinen. Keski-iässä noudatettu terveellisten elintapojen noudattaminen vähentää sairastumisen riskiä myöhäsiässä. Viime vuosina elämäntapatekijät ja ravitsemus ovat nousseet ensisijaisiksi tekijöiksi muistisairauksien ennaltaehkäisyssä. (Soininen ym. 2010.)

**Liikunnalla** on yleisen terveyttä edistävän vaikuttavuuden vuoksi myös välillistä merkitystä muistin toiminnalle. Keski-iässä harrastettu säännöllinen liikunta vapaa-ajalla, joka tapahtui vähintään kaksi kertaa viikossa ja vähintään 30 minuuttia kerrallaan, pienensi riskiä sairastua myöhemmällä iällä Alzheimerin tautiin sekä dementiaan. (Rovio ym. 2005.) CAIDE-tutkimukseen perustuen kehitetyn riskimittarin mukaan riittäväksi keski-ikäisen liikkumiseksi pienentämään sairastumisen riskiä voidaan pitää vapaa-ajan liikuntaa vähintään kaksi kertaa viikossa 20-30 minuuttia kerrallaan ja sen aiheuttaessa hikoilua ja hengästyntymistä (Kivipelto ym. 2006).

Katsauksessa oli mukana kolme kirjallisuuskatsausta, joissa oli selvitetty liikunnan vaikuttavuutta muistiterveyteen. Aarsland ym. (2010) kirjallisuuskatsauksessa liikunnalla todettiin vaikuttavuutta estää sairastumista vaskulaariseen dementiaan. Lee ym. (2010) kirjallisuuskatsauksessa todettiin kohtalaisenkin liikkumisen osoittavan suojaavaa vaikutusta dementian ehkäisyssä. Munnin ym. (2009) kirjallisuuskatsauksessa tutkittiin myös liikkumisen ehkäisevää vaikuttavuutta nuorena aikuisena tai keski-iässä ehkäisemään dementiaan sairastumista myöhemmällä iällä. Sen tulosten mukaan liikkumisen vaikuttavuus oli ristiriitainen: kahdessa tutkimuksessa ei todettu vaikuttavuutta, kahdessa hyvin vähäistä vaikuttavuutta ja yhdessä tutkimuksessa liikkumisella todettiin positiivinen vaikuttavuus ehkäisemään myöhemmän iän Alzheimerin tautia. Leon-Ortiz ym. (2013) tutkimuksessa liikunnan vähäisyys lisäsi todennäköistä riskiä sairastua dementiaan. Säännöllisellä liikkumisella todettiin erityisesti vaikuttavuutta vähentävää tai viivästyttävää vaikutusta estämään sairastumista henkilöillä, jotka olivat ApoE4-alleelin kantajia. (Rovio ym. 2005).

CAIDE-tutkimuksen mukaan elintapatekijöiden (liikunta, ravinto, alkoholi, tupakka ja stressi) vaikutus on suurempi ApoE4-kantajilla kuin ei-kantajilla (Rovio ym. 2005, Kivipelto ym. 2006, Eskelinen ym. 2008). Säännöllisen liikkumisen tai sen vähäisyydestä johtuvat välilliset terveydelliset

tekijät muistin toimintaan huomioitiin katsauksen neljässä tutkimuksessa sekä yhdessä kirjallisuuskatsauksessa. Vähäisen liikkumisen vuoksi lihavuus, keskivartalolihavuus, hyperkolesterolemia ja kohonnut verenpaine lisää riskiä sairastua myöhemmällä iällä dementiaan. (Kivipelto ym. 2006, Whitmer ym. 2008, Jen-Hau ym. 2009, Solomon ym. 2009.)

Kirjallisuuskatsauksessa mukana olleissa viidessä tutkimuksessa ja kahdessa katsauksessa selvitettiin keski-ikä **ruokavalion** yhteyttä dementiaan ja Alzheimerin tautiin. Runsaalla tyydyttymättömien rasvojen käytöllä todettiin olevan Alzheimerin taudilta tai dementialta suojaava vaikutus. Vastaavasti runsas tyydyttyneiden tai transrasvojen käyttö keski-ikässä lisäsi riskiä sairastavuuteen tai kognitiiviseen heikentymiseen. (Morris ym. 2003, Eskelinen ym. 2008, Lee ym. 2010.) Runsaalla kalan syönnillä oli vaikutusta kognitiivisten toimintojen säilyttämisessä (Eskelinen ym. 2008, Lee ym. 2010). Hughes ym. (2010) tutkimuksessa todettiin keski-ikä runsaalla hedelmien ja vihannesten käytöllä suojaava vaikutus sairastua myöhemmin dementiaan tai Alzheimerin tautiin. Gu ym. (2010) tutkimuksessa todettiin yli 65-vuotiaiden dementiaan sairastumattomien ryhmän ruokavaliossa suurempi käyttö öljypohjaisissa salaattinkastikkeissa, pähkinöissä, kalassa, siipikarjassa, vihanneksissa, hedelmissä, kasviksissa sekä vähäisempi rasvaisten maitotuotteiden, punaisen lihan ja voin käyttö.

**Kohonneet kolesteroli- ja verenpainearvot** ovat etenevän muistisairauden riskitekijöitä, sillä ne vaikuttavat epäedullisesti sydän- ja verisuonielimistön terveyteen ja sitä kautta myös aivojen hyvinvointiin (Härmä ym. 2010). Verenkierto on tärkeää myös myös aivoille niiden saadessa happea ja ravinteita valtimoiden kautta. Valtimoiden ahtautuminen tai tukkeutuminen vaikeuttaa aivojen toimintaa ja pahimmillaan johtaa aivoinfarktiin. Yli 6,5 mmol/l kokonaiskolesterolipitoisuus on myöhäisiä muistisairausten yksi riskitekijä, samoin kuin yli 140 mmHg systolinen verenpainearvo (Kivipelto ym. 2006). Myös diabetes, heikentynyt glukoosinsieto ja insuliiniresistenssi on liitetty kognitiiviseen heikentymiseen (Soininen ym. 2010). Tavoiteltava kolesterolipitoisuuden kokonaisarvo on alle 5 mmol/l ja paastosokerin alle 6 sekä systolisen verenpaineen hyvä arvo on 120 mmHg.

Kirjallisuuskatsauksen mukaan riskiä sairastua dementiaan lisäsi merkittävästi keski-ikässä todettu kohonnut verenpaine tai verenpainetauti, hyperkolesterolemia ja lihavuus (Kivipelto ym. 2006, Solomon ym. 2009, Sharp ym. 2011). Tutkittaessa keski-ikä metabolista oireyhtymää sairastavien yhteyttä sairastua dementiaan 30 vuotta myöhemmin todettiin, että puolet tyyppin kaksi diabetesta sairastavista olevan erityisen suuressa riskiä sairastua dementiaan (Whitmer ym. 2008). Jen-Hau ym. (2009) kirjallisuuskatsauksen mukaan keski-ikä lihavuus ja siihen liittyvät liitännäissairaudet ovat selkeä riskitekijä dementiaan sairastumisessa.

Aivojen monipuolinen käyttö lisää niiden hyvinvointia sekä pitää yllä ja vahvistaa kognitiivista toimintakykyä (Härmä ym. 2010). On arvioitu, että kouluttamattomat tai vain vähän vähän koulutusta saaneet ihmiset olisivat suuremmassa vaarassa dementoitua. Soininen (2010) arvioi syyksi koulutuksen lisäävän vaikutuksen synapsien määrään ja reservin kasvuun, jolloin dementiaoireet eivät tule helposti esiin. Kaikenlainen aivojen käyttäminen arjessa ja työssä tekee aivoille hyvää: aivojen monipuolinen käyttäminen lisää hermosolujen määrää ja käyttämättä jätettäessä ne kuihtuvat. (Härmä ym. 2010, Soininen ym. 2010.) Myös **henkinen aktiivisuus** ja riittävä **sosiaalinen verkosto** voi suojata dementiaoireelta (Soininen ym. 2010). Sosiaalisella kanssakäymisellä on todettu laajoja vaikutuksia aivojen terveyteen ja sen määrän tarve on yksilöllistä (Härmä ym. 2010).

**Masennus** heikentää toimintakykyä, tarkkaavaisuutta ja työmuistia sekä mieleenpainamista ja mieleenpalauttamista. Sillä on kognitiivista joustavuutta sekä kapasiteettia pitää samanaikaisesti monia asioita mielessään vähentävä vaikutus. Tämän vuoksi masentuneella ongelmanratkaisu vaikeutuu. (Härmä ym. 2010.) Vakavaan masennustilaan liittyy nykykäsityksen mukaan negatiivisen ajatusmallin sekä lisääntyneen väsymyksen lisäksi aivojen tiedonkäsittelytoimintojen heikentymistä (Härmä ym. 2010, Kuikka ym. 2011). **Krooninen masennus** lisää kognitiivista heikentymistä ja Alzheimerin taudin riskiä (Lu ym. 2009). Saczynski ym. (2010) tutkimuksen mukaan masentuneilla on yli 50 %:n riski sairastua dementiaan ja Alzheimerin tautiin ja tutkimukseen osallistuneista 21,6 prosentille masentuneista oli kehittynyt myöhemmin dementia. Katsauksen mukaan riskiä sairastua dementiaan lisäsi matala koulutustaso (Kivipelto ym. 2006, Jen-Hau ym. 2009, Leon-Ortiz ym. 2013) sekä vähäinen kognitiivinen toiminta (Leon-Ortiz ym. 2013).

**Uni** on välttämätöntä aivojen toiminnalle. Levänneet aivot ovat vireät ja toimintakykyiset, kun taas väsyneenä aivot ovat herkät häiriötekijöille ja virheille. Yksittäiset huonosti nukutut yöunet vaikuttavat suorituskykyyn tilapäisesti. Pitkään jatkuessa unettomuus heikentää tiedonkäsittelykykyä, sen joustavuutta ja nopeutta sekä psykomotorisia taitoja. (Kuikka ym. 2011.) Unettomuus vaikuttaa myös mielialaa laskevasti lisäten ärsyyntyneisyyttä, ahdistuneisuutta ja jännittyneisyyttä. Huonounisuus lisää myös lihomista sekä lisää riskiä sydäninfarktiin ja tyyppin 2 diabetekseen (López-Gacía ym. 2008). Katsauksessa Kronholm ym. (2009) todettiin liian lyhyeksi jääneen kevyen ja syvän unen lisäävän uupumusta ja väsymystä. **Stressin** todettiin aiheuttavan unettomuutta ja uupumusta. Työperäisen stressin, työntekijöiden ja toimihenkilöiden työn liittyvän sosiaalisen tuen heikkouden todettiin lisäävän dementian riskiä. (Andel ym. 2012.)

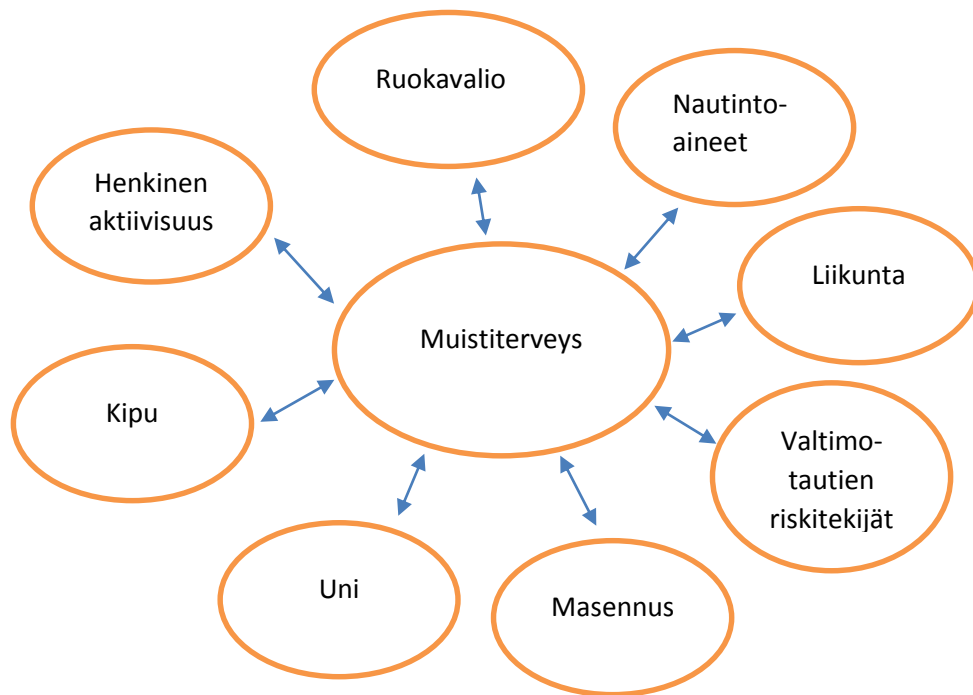
Runsas **alkoholin käyttö** aiheuttaa muutoksia aivoissa. Joka toisella alkoholin suurkuluttajista on kognitiivisia muutoksia ja joka kymmenellä dementiatasoisia oireita. Alkoholi ei ole yksin syynä sen aiheuttamiin haittoihin. Kaatumisista, lyönneistä ja kolhuista johtuvat aivovammat ja runsaan

alkoholin käytöstä johtuva puutteellinen ravitsemus lisää kognitiivisen toimintakyvyn heikkenemistä. (Härmä ym. 2010.) Soininen ym. (2010) mukaan alkoholin kohtuukäytöllä on Alzheimerin tautia pienentävä vaikutus. Alkoholin terveysvaikutuksista kiistellään, eikä kenenkään kannata aloittaa sen käyttöä terveyshyötyjen toivossa (Härmä ym. 2010). Kirjallisuuskatsauksen tulosten mukaan kolmessa kirjallisuuskatsauksessa **runsas alkoholin käyttö** oli yksi tärkeä Alzheimerin tautiin ja dementiaan sairastumisen riskitekijä. Toisaalta samat kolme kirjallisuuskatsausta huomioivat kohtuullisen alkoholinkäytön suojaavaksi tekijäksi. (Jen-Hau ym. 2009, Lee ym. 2010, Panza ym. 2012.) Epäselvyyttä lisääväksi tekijäksi arvioitiin tutkimukseen osallistuneiden alkoholiannosten määrä, vahvuus ja seuranta-aika sekä osallistuneiden ikä ja sukupuoli. Katsauksen mukaan epäselvyyttä saattoivat lisätä mahdolliset elämäntapoihin liittyvän muut vaikuttavat tekijät, kuten esimerkiksi tupakointi tai geneettiset tekijät. (Panza ym. 2012.)

Nikotiini on myrkyllinen aine aivoille tehden pysyviä muutoksia hermosoluihin. **Tupakointi** hidastaa verenkiertoa vaikeuttaen aivojen hapensaantia. Tällä on vaikutusta aivojen toimintakykyyn ja muun muassa muistin toimintaan. Tupakointi lisää LDL-kolesterolin pitoisuutta ja lisää riskiä saada infarkti esimerkiksi aivoihin. (Härmä ym. 2010.) Kirjallisuuskatsauksen tutkimustulosten mukaan tupakoimattomuus tai tupakoinnin lopettaminen keski-ikässä voi lykätä kognitiivisten toimintojen heikkenemistä. Lisäksi tupakoitsijoilla todettiin keski-ikässä lähes kaksi kertaa suurempi kognitiivisten toimintojen alenema kuin tupakoimattomilla. (Nooyens ym. 2008.) Jen-Hau ym. (2009), Lee ym. (2010) sekä Panza ym. (2012) kirjallisuuskatsauksissa tupakointi huomioitiin riskitekijäksi Alzheimerin tautiin ja dementiaan. 40 tupakkaa tai enemmän päivässä keski-ikäisenä polttavien sairastumisen riski dementiaan arvioitiin 100 % suuremmaksi kuin tupakoimattomien (Rusanen ym. 2010).

**Kipu** on voimakas tunne varoittaen uhkasta. Kipu aktivoi aivojen hermoverkkoa laaja-alaisesti, koska sen tuntemuksessa yhdistyvät kivun paikan ja voimakkuuden aistiminen sekä siihen liittyvien tunteiden käsittely. Kivun prosessointiin osallistuvat aivoalueet säätelevät myös kognition kannalta keskeisiä tarkkaavaisuuden ja työmuistin toimintoja. Kognitiivisena toimintona kipu kilpailee kullakin hetkellä muiden tiedonkäsittelytoimintojen kanssa ja vaikuttaa älylliseen suoriutumiseen. Krooninen kipu aiheuttaa jonkinasteista henkisen toimintakyvyn heikentymistä. Muutoksia tapahtuu erityisesti tarkkaavaisuutta ja toiminnanohjausta vaativissa toiminnoissa. (Pirttilä ym. 2004, Kuikka ym. 2011.) Pitkäkestoinen ja vaikeaoireiden kipu huonontaa elämänlaatua ja aiheuttaa toimintakyvyn heikkenemistä. Toimintarajoitteisuuden syyksi on todettu kivun aiheuttama uupumus, mentaaliset ja psyykkiset vaikeudet. (Cathey ym. 1988, Hawley ym. 1991, Burchardt ym. 1993 & Hidding ym. 1994, viitattu lähteessä Pakkala 2008.)

Yhteenvedona voidaan todeta, että aivojen käyttäminen kaikissa ikävaiheissa, pään suojaaminen vammoilta, monipuolinen terveellinen ravinto, liikunta, sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisy, liiallisen alkoholinkäytön välttäminen ja toimiva sosiaalinen verkosto vaikuttavat suotuisasti muistisairauksien ehkäisyssä väestötasolla (Soininen 2010.) Kirjallisuushaun muuttujaluettelo on esitetty liitteenä 6. Yhteenvedo muistiterveyteen liittyvistä elintapatekijöistä on esitetty kuviossa 1.



Kuvio 1. Yhteenvedo muistiterveyteen liittyvistä elintapatekijöistä

### 2.3 Voimavaralähtöiseen tai motivoivaan haastatteluun perustuva terveyden edistäminen ja sen vaikuttavuus

Voimavaralähtöiset menetelmät, esimerkiksi motivoiva haastattelu tai pystyvyyttä vahvistava terveyden edistäminen ovat potilaskeskeisiä työskentelytapoja, joilla on mahdollisuus saada parempia hoitotuloksia monissa sairauksissa tai niiden ehkäisyssä (Mustajoki 2003, 2009). Motivoivan haastattelun tavoitteena on saada asiakas huomioimaan omien arvojensa ja toimintansa välinen ristiriita välttämällä vastakkainasettelua, suostuttelua ja suoraa konfrontaatiota (Anglé 2010). Sen avulla pyritään herättämään ohjattavan oma sisäinen motivaatio ja autetaan poistamaan motivaation esteitä (Mustajoki 2003, 2009). Asiakkaan usko muutoksen mahdollisuuteen on tärkeä motivaatiotekijä ja luottamus omaan kykyihin auttaa elämäntapamuutoksessa (Koski-Jännes 2008, Hankonen 2011). Terveystenhoitohenkilöstö ei asiantuntijana suoraan anna toimintaohjeita, vaan auttaa keskustelun

ja ohjattavan oman ajattelun kautta ohjattavaa itse tekemään ratkaisuja, jotka ovat hänen terveytensä kannalta hyviä. (Mustajoki 2003, 2009).

Voimavaralähtöisissä menetelmissä toimitaan ohjattavan ehdoilla ja sen avulla pyritään vaikuttamaan ohjattavaa hahmottamaan elintapoihinsa liittyvät muutostaasteet. Tiedostaessaan voimavaroja antavia ja kuormittavia tekijöitä ohjattava voi aktiivisesti lähteä vahvistamaan omia voimavarojaan. Voimavaralähtöiset menetelmät korostavat ohjattavan vahvuuksia ja itsemääräämistä pikemmin kuin rajoituksia. Ohjattavan voimavaraisuus riippuu siitä, miten voimavaroja antavat ja kuormittavat tekijät koetaan ja millainen on voimavaroja antavien tekijöiden määrä suhteessa kuormittaviin tekijöihin. Mahdollisuus vaikuttaa omiin voimavaroihin tapahtuu tiedostamalla antavat sekä kuormittavat tekijät ja pyrkimällä aktiivisesti tekemään asioille jotain. (Pelkonen ym. 2002.) Voimavaralähtöinen menetelmä siirtää painopistettä asiakkaisiin, jolloin vastuunotto omista päätöksistä ja aktiivinen muutoksen tekeminen ovat tärkeitä tekijöitä (Koski-Jännes 2008).

Motivoivaa haastattelua tai voimavaralähtöistä ohjantaa elintapamuutosten ohjannassa on käytetty liikuntaan, terveyttä edistävän ravitsemukseen, hedelmien ja vihannesten käytön lisäämiseen, tupakoinnin lopettamiseen, painonhallintaan, lääkemyöntyvyyden vahvistamiseen, yleisen pystyvyyden tunteen vahvistamiseen terveyttä edistävien elintapamuutosten toteuttamisessa sekä ehkäisemään sairastumista tyypin 2 diabetekseen sekä sydän- ja verisuonitauteihin (Van Keulen 2008, Campbell M ym. 2009, Penn ym. 2009, Whitemore ym. 2009, Ashford ym. 2010, Douglas ym. 2010, Okuyemi ym., 2010, Corsino ym., 2012, Kim ym. 2012, Reinhardt ym. 2012, Hardcastle ym. 2013, Lakerveld ym. 2013). Lisäksi katsauksen tutkimuksissa kyseisiä ohjantakeinoja on käytetty tyypin 2 diabetesta sairastavien elintapamuutosten toteuttamisessa (Leyva-Moral 2008, Tang ym., 2010).

Tämän tutkimuksen kirjallisuuskatsauksessa motivoivalla haastattelulla tai voimavaralähtöisellä ohjantaa käytettiin 16 tutkimuksessa. Näistä yhdeksän tutkimusta oli satunnaistettuja koe- ja kontrolliryhmiä (Van Keulen ym. 2008, Campbell ym. 2009, Penn ym. 2009, Whitemore ym. 2009, Okuyemi ym. 2010, Tang ym. 2010, Kim ym. 2012, Reinhardt ym. 2012, Hardcastle ym. 2013, Lakerweld ym. 2013), kaksi tutkimusta yhteen ryhmään perustuvia (Kehler ym. 2008, Corsino ym. 2012) ja neljä kirjallisuuskatsausta (Leyva-Moral 2008, Ashford ym. 2010, Douglas ym. 2010, Jeanette ym. 2010). Näissä ohjanta oli toteutettu ryhmäohjantana, yksilöohjantana henkilökohtaisin tapaamisin, tietokoneen välityksellä sekä puhelimitse toteutettuna.

Motivoivaa haastattelua tai vastaavan ohjannan käyttöä tutkittiin koe- ja kontrolliryhmittäin yhdeksässä tutkimuksessa. Näissä koeryhmissä saatiin kontrolliryhmiin verrattuna enemmän

vaikuttavuutta elintapamuutoksiin lisäämällä liikkumista ja terveellisiä ruokavaliomuutoksia (Leyva-Moral 2008, Hardcastle ym. 2013), kasvien ja hedelmien käyttöä (Campbell ym. 2009), rasvojen ja hiilihydraattien käytön vähentämisessä (Reinhardt ym. 2012), onnistuneemman tupakoinnin lopetuksessa (Douglas ym. 2010) hyödyntäen nikotiinivalmisteen käyttöä (Okuyemi ym. 2010). Konkreettisia muutoksia koeryhmissä verraten kontrolliryhmään osallistuneisiin oli suurempi painonpudotus (Whittlemore ym. 2009, Corsino ym. 2012, Hardcastle ym. 2013), verenpaineen lasku (Corsino ym. 2012, Hardcastle ym. 2013) ja kolesteroliarvojen normalisoituminen (Hardcastle ym. 2013). Koeryhmään osallistuneet kokivat saaneen enemmän voimavaroja ja tietämystä muuttaa elintapojaan ruokavalio- ja liikuntatottumuksissaan (Whittlemore ym. 2009, Kim ym. 2012). Koeryhmään osallistuneet pystyivät ohjannan avulla tapahtuneilla elintapamuutoksilla Pennin ja kollegojen (2009) tutkimuksessa vähentämään riskiä sairastua tyyppin kaksi diabetekseen 55 % verrattuna kontrolliryhmään.

Eri interventiomuotojen yhdistelmällä oli eniten vaikuttavuutta elintapamuutoksiin. Tutkittaessa motivoivan haastattelun vaikuttavuutta liikuntaan ja ravitsemukseen liittyvässä elintapaohjannassa tietokone- ja puhelinvälitteisen ohjannan yhdistelmä tuotti eniten vaikuttavuutta (Van Keulen ym. 2008). Campbell ym. (2009) tutkimuksessa interventio hedelmien ja kasvien syönnin sekä liikunnan lisäämiseen oli vaikuttavinta ja kustannustehokkainta koeryhmässä, jossa interventio tapahtui yksilöllisenä ohjantana sekä henkilökohtaisin tapaamisoin että puhelinohjantana.

Ohjannan vaikuttavuutta lisääviksi tekijöiksi havaittiin Ashford ym. (2010) kirjallisuuskatsauksen mukaan vertaistuki, osallistujien vastuuttaminen elintapamuutosten suunnitteluun ja toteutukseen, kannustava ohjaustapa sekä aiemmin saadun palautteen hyödyntäminen. Vaikuttavuutta lisäävänä tekijänä havaittiin myös ohjannan yksilöllisyys. Jeanette ym. (2010) kirjallisuuskatsauksessa motivoivan haastattelun tai vastaavan elintapaohjannan vaikuttavuutta lisäsi osallistujien osallistaminen tavoitteiden asettamiseen sekä terveydenhuollon ammattilaisten yhteistyö.

Ashford ym. (2010) katsauksessa ohjannan vaikuttavuutta heikentävinä tekijöinä huomioitiin suostutteleva ohjantatapa elintapamuutoksiin, asteittaisen hallinnan tekniikka (vähittäinen kohdekäyttäytymisen vaikeusasteen lisääminen). Lisäksi heikentävänä tekijänä todettiin motivoivan haastattelun tai vastaavan teorian huomioimattomuus. Whittlemore ym. (2009) tutkimuksessa ohjantaa toteuttaneet sairaanhoitajat kokivat motivoivaan haastatteluun perustuvan ohjannan haastelliseksi, vaikka olivatkin saaneet siihen koulutuksen.

Ohjantaan osallistuneilla oli ristiriitaisia tunteita elintapamuutosten aloittamiseen liittyen. Näitä tuntemuksia esiintyi harkintavaiheessa, suunnittelussa sekä toteuttamisen aloittamisvaiheessa.



Ristiriitaisten tunteiden merkitys tulee ottaa huomioon intervention toteutuksessa, jotta ohjannan vaikuttavuus olisi syvällisempää ja pitkäkestoisempaa. (Kehler ym. 2008). Motivoivan haastattelun tai vastaavan teorian todettiin Douglas ym. (2010) kirjallisuuskatsauksessa auttavan osallistuneita ratkaisemaan epävarmuustekijöitä, joita liittyy elintapojen muutosprosessiin. Kim ym. (2012) ja Reinhardt ym. (2012) tutkimuksessa pystyvyyttä vahvistavan ohjannan elintapojen muutosprosessi eteni harkinta- tai muutosvaiheeseen kontrolliryhmää nopeammin. Ohjannan vaikuttavuutta lisäsi, kun ohjantaa toteutti terveydenhuollon ammattilainen (Douglas ym. 2010). Yksittäisessä tutkimuksessa huomioitiin korkealla koulutustasolla olevan vaikuttavuutta ristiriitaisten tunteiden nopeammassa käsittelyssä (Van Keulen 2008). Samaisessa tutkimuksessa koulutustaustalla todettiin olevan vaikuttavuutta tietokoneavusteisen ohjannan vaikuttavuudessa. Van Keulenin (2008) tutkimuksessa korkeasti koulutetut osallistujat hyötyivät eniten tietokoneavusteisesta motivoivasta ohjannasta. Kyseisessä ryhmässä liikuntaan ja ravitsemukseen liittyvät elintapamuutokset olivat vaikuttavimpia.

Hardcastle ym. (2013) kirjallisuuskatsauksessa selvitettiin motivoivan haastattelun vaikutusta elintapaohjauksissa intervention aikana sekä vuoden kuluttua ohjannan toteutumisesta. Tulosten mukaan motivoivalla haastattelulla oli vaikuttavuutta ohjannan aikana, mutta ei kuitenkaan merkittävää vaikuttavuutta pysyvien elintapamuutosten saavuttamisessa. Lakerveld ym. (2013) tutkimuksessa motivoivaan haastatteluun osallistuneilla elintapamuutosten toteutuminen ei ollut tehokkaampaa kuin kontrolliryhmälläkään. Ryhmien välillä ei ollut tapahtunut merkittäviä eroavaisuuksia terveyttä lisäävissä elintapamuutoksissa myöskään kuuden tai kahdentoista kuukauden kuluttua tapahtuneessa seurannassa.

Katsauksessa mukana olleessa yhdessä kirjallisuuskatsauksessa (Leyva-Moral 2008) motivoivalla haastattelulla saatiin jonkin verran lisää vaikuttavuutta lisäämään sitoutumista liikuntaan ja ruokavalion muutoksiin tyypin 2 diabeetikoilla. Kyseisen kirjallisuuskatsauksen mukaan motivoivaa haastattelua pidettiin käyttökelpoisena apuvälineenä ohjannassa, mutta ei kuitenkaan poissulkevana muita käyttäytymisen tekniikan huomioivia ohjantamalleja. Tangin ja työryhmän (2010) tutkimuksessa voimavarakeskeisellä ohjannalla todettiin tutkimustuloksiin viitaten lupaava vaikutus elintapojen parantamisessa tai terveyden ylläpitämisessä.

Yhteenvedon voidaan todeta, että motivoiva haastattelu tai voimavaroja vahvistava ohjanta on tavanomaiseen ohjantaan verrattuna vaikuttavampaa. Kyseisillä ohjausmuodoilla todettiin vaikuttavuutta elintapamuutosten toteutumisessa, käytetyissä laboratorio- ja muissa mittaustuloksissa sekä osallistujien voimavarojen vahvistumisena elintapamuutosten toteuttamiseen. Erilaisten interventiomuotojen yhdistämisellä todettiin vaikutuksen lisäävyyttä. Motivoivan haastattelun tai

voimavaroja vahvistavan ohjannan parempaan vaikuttavuuteen yhdistettiin osallistujien vertaistuki, osallistujien vastuuttaminen elintapamuutosten suunnitteluun ja toteutukseen, kannustava ohjaustapa, luottamuksellinen ja tasavertainen ohjantasuhde, ohjannan riittävä yksilöllisyys sekä terveydenhuollon ammattilaisten yhteistyö.

### 3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata keski-ikäisten 40-65 –vuotiaiden naisten muistiterveyteen liittyviä elintapatekijöitä ennen ohjantaa ja ohjannan jälkeen. Lisäksi tarkoituksena on kuvata voimavaralähtöisen terveyst keskustelun yhteyttä elintapamuutoksiin muistiterveyden edistämässä. Tutkimuksessa vertaillaan Kouvolan seudun Muisti ry:n toteuttaman Voimavaralähtöiset terveyst keskustelut kymenlaaksolaisille 40 – 65 -vuotiaille naisille vuosille 2011 – 2014 –projektiin osallistuneiden naisten arvioita muistiin liittyvistä riskitekijöistä alku –ja loppukartoituksessa vuosina 2011 ja 2013.

Tutkimuskysymyksenä ovat

- Minkälaisia ovat keski-ikäisten 40-65 –vuotiaiden naisten muistiterveyteen liittyvät elintapatekijät ennen ohjantaa vuonna 2011 ja ohjannan lopussa 2013?
- Miten keski-ikäisten 40-65 –vuotiaiden naisten muistiterveyteen liittyvät elintapatekijät ovat muuttuneet ohjannan alussa 2011 ja lopussa 2013?

## 4 TUTKIMUSAINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄT

### 4.1 Tutkimuksen tieteenfilosofiset lähtökohdat

Tutkimuksen tieteenfilosofinen lähtökohta esittää kysymyksiä todellisuuden luonteesta. Ontologisessa tarkastelussa selvitetään millaiseksi tutkimuskohde syvemmin käsitetään. Ihmisen ollessa tutkimuskohteena ontologisen erittelyn tuloksena on ihmiskäsitys. Ontologisen käsityksen mukaisesti todellisuutta koskevat väitteet ja tutkimuksen perusratkaisut on perusteltava tarkoin. On osoitettava niiden kohdentuminen haluttuun tutkimuskohteeseen ja perusteltava käytetty menetelmä. (Hirsjärvi ym. 2000.) Tutkimuksen aineisto on kerätty tähän projektiin suunnitellulla mittarilla. Mittarin on todettu mittaavan luotettavasti edellä esitettyjä muistiterveyden riskitekijöiden käsitteitä. (Kivipelto ym. 2006.) Tutkimuksen avulla saatu tieto on kerätty ja analysoitu tieteenalaan perustuvien paradigmojen mukaisesti. Käytetyn menetelmän avulla saadaan tietoa, millainen on voimavaralähtöisen terveystieteellisen yhteys muistiterveyden edistämässä osallistujien näkemyksen mukaan. Lisäksi kyseistä tietoa vertaillaan olemassa oleviin eroavaisuuksiin potilaiden välillä.

Tämän tutkimuksen tiedon perusteena ovat hoitamiseen liittyvät ontologiset kysymykset. Tutkimuksessa keskeisenä käsitteenä on hoitaminen. Tutkimuksessa mitataan hoitamiseen olennaisesti kuuluvan ohjannan yhteyttä elintapamuutoksissa. Hoitaminen nähdään tässä tutkimuksessa toimintona, johon liittyy ihmisten välinen vuorovaikutus ja sitä ohjaavana hoitotyön periaatteet (mm. itsemääräämisoikeus, yksilöllisyys) ja arvot (mm. kunnioitus, arvostus, luottamus). (Sairaanhoitajaliitto 1996).

### 4.2 Tutkimuksen aineisto ja sen keruu

Tutkimus on kvantitatiivinen interventio-tutkimus. Tutkimuksen aineiston keruussa käytetty kyselylomake on suunniteltu tätä projektia varten. Tässä tutkimuksessa verrataan vuonna 2011 ja 2013 projektiin osallistuneiden naisten omakohtaisia arvioita ”Muistiin liittyvistä riskitekijöistä alku- ja loppukartoitus-mittarilla” saaduista tutkimustuloksista. Tutkimusaineisto koostuu Kouvolan seudun Muisti ry:n Voimavaralähtöiset terveystieteelliset kymenlaaksolaisille 40 – 65 -vuotiaille naisille vuosille 2011 – 2014 –projektiin Kotkan ja Kouvolan ryhmän osallistujista. Projekti on suunnattu ilman työterveyshuoltoa oleville keski-ikäisille naisille. Sen kohderyhmään kuuluvat esimerkiksi pien- ja maatalousyrittäjät, eläkeläiset sekä työttömät ja kotiäidit, joilla on vähintään yksi muistiterveyden riskitekijä. Projektin tavoitteena on antaa tietoa aivoterveystietä, lisätä omaehtoista terveydenhoitoa ja itseohjautuvuutta sekä tukea muistiterveyttä edistävässä elintapamuutoksessa.

Osallistuneet ovat hakeutuneet ryhmään vapaaehtoisesti työvoimapalvelun kautta, Kouvolan seudun Muisti ry:n Kouvolan ja Kotkan toimipisteiden avoimien ovien tapahtumassa sekä Kouvolan ja Kymen Sanomissa olleen lehti-ilmoituksen perusteella.

Projekti koostui yksilökäynneistä, luennoista ja ryhmätapaamisista. Ohjannan alkuvaiheessa kahden henkilökohtaisen tapaamisen tavoitteena oli voimavarojen ja pystyvyyden tunteen tunnistaminen sekä ohjannan aikaisen henkilökohtaisen tavoitteen asettaminen voimavaralähtöisen ohjannan mallia hyödyntäen. Ryhmätapaamiset tapahtuivat 8-12 hengen ryhmissä ja niitä oli yhteensä 12 kertaa. Ryhmätapaamisten aiheena oli monipuolisesti valittuja muistiterveyteen liittyviä tekijöitä ja lähes jokaisella kerralla mukana oli aihealueen asiantuntija. Ohjantaan kuului myös viisi erillistä muistiterveyden edistämiseen liittyvää luentoa, joissa mukana oli vieraileva asiantuntija. Lisäksi lopussa toteutettiin kertaalleen yksilökäynti, jolloin osallistujat arvioivat henkilökohtaisen tavoitteen toteutumista ja tuntemuksiaan liittyen muistiterveyteen.

Ryhmään osallistuneiden lukumäärä oli vuonna 2011 Kotkassa 42 ja Kouvolassa 57. Yhteensä ryhmään osallistui alkutilanteessa 99 keski-ikäistä naista. Vuonna 2013 loppukartoitukseen osallistui yhteensä 76 naista. Ryhmän keskeyttäneitä oli yhteensä 23 ja keskeyttämisprosentti oli 23 %. Vuonna 2013 osallistujista 32 oli Kotkassa ja 44 Kouvolassa. Sekä alku- että loppukartoituksessa kaikki interventoryhmään osallistuneet naiset täyttivät kyselylomakkeen yksilötapaamisessa ohjaajan läsnäollessa.

#### 4.3 Mittari ja sen luotettavuus

Terveyskeskustelun alku- ja loppukartoituksessa käytetty Muistiin liittyvien riskitekijöiden kartoitus -kysely perustuu kirjallisuuden perusteella muistiterveyteen vaikuttaviin riskitekijöihin. Mitä laajempi ja kattavampi mittarin kehittäminen on, sen parempi on sisältövaliditeetti (Burns & Grove, 2009, 378). Mittarissa käytettyjen muuttujien teoreettiset käsitteet on operationalisoitu tieteelliseen kirjallisuuden perustuen. Mittarin sisältövaliditeettia heikentävänä tekijänä voidaan pitää mittarin tuoreutta ja esitestaamattomuutta (Kankkunen ym. 2009, 154).

Tutkimustulosten luotettavuuden kannalta mittarin luotettavuus on tärkeää (Metsämuuronen 2005, 86). Luotettavuuden tarkastelussa tulee huomiota kiinnittää rakennevaliditeettiin. Mittarin rakennevaliditeetin avulla huomioidaan mittarin käsitteellisiä yhteyksiä teoreettiseen taustaan. (Burns & Grove, 2009, 82.) Käsitteelliset yhteydet tulee olla teoriaan soveltuvat, oikein operationalisoitu ja riittävän laajat kyseiseen ilmiöön (Metsämuuronen 2005, 87). Tässä interventiossa käytetyn mittarin lähtökohtana on muistiterveyteen liittyvät tekijät.

Tässä tutkimuksessa mittarin reliabiliteettia on tarkasteltu mittarin sisäisellä johdonmukaisuudella. Sisäinen johdonmukaisuus tarkoittaa, että kunkin osamittarin muuttujat mittaavat samaa asiaa. (Burns & Grove 2009, 379, Kankkunen ym, 2009, 156-157, Metsämuuronen 2005, 86.) Mittarin sisäistä johdonmukaisuutta on arvioitu Cronbachin alfa-kertoimella. Kertoimen arvon tulisi uudella mittarilla olla vähintään 0.7 (Burns & Grove, 2009, 379, Kankkunen ym. 2009, 118). Tässä tutkimuksessa koko mittarin arvo vuonna 2011 oli 0,847 ja vuonna 2013 se oli 0,693. Cronbachin alfa on reliabiliteetin eli toistettavuuden mitta. Korkea reliabiliteetti kertoo mittarin osioiden mittaavan samantyyppistä asiaa. Lisäksi sen avulla voidaan arvioida, että samat osallistujat vastaisivat samalla mittarilla samalla tavoin usealla eri mittauskerralla. (Metsämuuronen 2009, 86-87).

Tässä tutkimuksessa tutkitaan Muistiin liittyvien riskitekijöiden kartoitus -kyselystä koostuvaa aineistoa. Mittari muodostuu kahdeksasta eri osa-alueesta. Kysely on tehty Likert-asteikollisella mittarilla, joka muodostuu kolmestakymmenestä viidestä väittämästä välillä ei lainkaan - erittäin paljon. Kyselylomakkeessa oli Likert-asteikolliset väittämät, joissa 5=erittäin hyvä, erittäin paljon tai erittäin usein, 4=melko hyvä, melko paljon tai melko usein, 3=ei huono eikä hyvä, kohtalainen tai jonkin verran, 2=melko huono, vähän tai harvoin ja 1=erittäin huono, erittäin vähän tai ei lainkaan. Lisäksi kyselyssä on viisi avointa kysymystä, johon vastaaja on voinut merkitä vastauksensa. Tässä tutkimuksessa käytettävässä mittarissa on yksi taustamuuttuja, jossa kysyttiin interventoryhmän paikkakuntaa. Tämän lisäksi tutkimukseen on saatu käyttöön asiakasnumeroittain osallistuneiden ikä, ammattiasema ja ohjanta-ajan henkilökohtainen tavoite. Kaavake on Kouvolan seudun Muisti ry:n tuottama ja sen on laatinut Kymenlaakson ammattikorkeakoulun yliopettaja.

#### 4.4 Aineiston käsittely ja analyysi

Aineisto tallennettiin ja käsiteltiin tilastollisin menetelmin SPSS 19.0 for Windows -tilasto-ohjelmalla. Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedon kuvaamisessa käytettiin frekvenssejä ja prosenttiosuutta. Ristiintaulukointia käytettiin, jotta nähtiin mahdolliset yhteydet muuttujien ja vuosien välillä. Muuttujien välisiä tilastollisia eroja tutkittiin Khiin neliötestillä ja ristiintaulukoinnilla (Metsämuuronen 2009, 358) sekä käyttäen Fisherin Exact-testiä. Tilastollinen vertailu tehtiin iän ja ammattiaseman sekä muistiterveyteen vaikuttavien muuttujien että vuosien välillä. Tutkimustuloksista raportoidaan ja taulukoidaan vain tilastollisesti merkitsevät yhteydet. Voimavaralähtöisten terveyskeskustelujen yhteyttä muistiterveyttä edistävässä tekijöissä testattiin Wilcoxonin testillä. Muuttujien välisen tilastollisen merkitsevyyden arvioinnissa käytettiin p-arvoa  $\leq 0.05$ , joka on yleisimmin käytetty hoitotieteellisissä tutkimuksissa (Kankkunen ym. 2009, 105).

Osa muuttujista luokiteltiin uudelleen jatkoanalyysia varten. Ikä luokiteltiin seuraaviin luokkiin: 40 - 49-vuotiaat, 50 – 59-vuotiaat ja yli 60-vuotiaat. Ammattiasema luokiteltiin kolmeen eri ryhmään, jotka olivat työssä, eläkkeellä ja työtön. Tämän luokittelun vuoksi eläkkeellä ja sairaseläkkeellä olevat yhdistettiin eläkkeellä oleviksi ja työntekijät, osa-aikatyötä tekevät sekä yrittäjät luokiteltiin työssä oleviksi. Osallistujien verenpaine-arvot jaoteltiin neljään luokkaan: ei tietoa, hyvä, lievästi koholla ja hyvä lääkityksen avulla. (Jula ym. 2010). Alkoholin kerta-annosmäärä luokiteltiin viiteen eri luokkaan: ei lainkaan, 1-2 annosta, 3-4 annosta, 4-5 annosta ja 6 annosta tai enemmän. Likert-asteikko muutettiin käänteiseksi kysymyksessä neljä ravintoon liittyvät rasvainen ruoka, suolan käyttö sekä kysymyksessä kuusi sosiaalisuuteen ja mielialaan liittyvät levollisen odotuksen tunne ja rentoutunut olo. Muistiterveyteen liittyvien elintapatekijöiden mittarin viisiluokkainen mitta-asteikko muutettiin kolmiluokkaiseksi: ei lainkaan, jossain määrin ja suuressa määrin. Kysymyksessä neljä kysyttyä osallistujien pituutta, painoa ja painoindeksiä ei ole voitu hyödyntää vastausten puuttumisten vuoksi.

## 5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

### 5.1 Vastaajien taustatiedot

Osallistujista 43 % osallistui Kotkan ja 57 % Kouvolan ryhmään. Ammattiasemaltaan reilu kolmannes osallistuneista oli työttömiä (35 %) ja hieman pienempi osuus oli eläkkeellä (34 %). Osallistuneista kolmannes (30 %) oli työelämässä. Iältään osallistujat olivat väliltä 44 – 68 –vuotiaita. Alle 50 –vuotiaita heistä oli kuusi %, 50 – 59 –vuotiaita oli 31 % ja yli 60 –vuotiaita 61 %. Osallistuneiden keski-ikä oli 59 vuotta. Osallistuneiden ohjannalle asettamat henkilökohtaiset tavoitteet jakautuivat painonhallintaan (34 %), sosiaaliseen aktivoitumiseen (15 %), liikunnan lisäämiseen (22 %), alkoholin käytön vähentämiseen (3 %), tupakoinnin lopettamiseen (3 %), aktiiviseen elämään ja itsensä kehittämiseen (9%), yleiseen elämänhallintaan (12 %) ja terveellisiin ruokavaliomuutoksiin (1 %). (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Osallistuneiden taustatiedot ohjannan jälkeen vuonna 2013 (N=77, n, %)

<b>Taustamuuttajat</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<b>Ikä vuosina</b>		
Alle 50 v	5	6
50-59 v	23	31
Yli 60 v	48	62
Ei tietoa	1	1
<b>Ammattiasema</b>		
Työtön	27	35
Eläke	26	34
Työssä	23	30
Ei tietoa	1	1
<b>Ohjannan henkilökohtainen tavoite</b>		
Painonhallinta	26	34
Liikunnan lisäys	17	22
Sosiaalinen aktivoituminen	12	15
Elämänhallinta	9	12
Aktiivinen elämä, itsensä kehittäminen	7	9
Alkoholin käytön vähentäminen	2	3
Tupakoinnin lopetus	2	3
Terveelliset ruokavaliomuutokset	1	1
Ei tietoa	1	1



## 5.2 Keski-ikäisten 40-65 –vuotiaiden naisten muistiterveyteen liittyvät elintapatekijät ennen ohjantaa vuonna 2011 ja ohjannan lopussa vuonna 2013

Ennen ohjantaa vuonna 2011 muistiterveyteen liittyviä elintapatekijöitä mittaavat yksittäiset muuttujat osoittavat, että osallistujien elintavat ja mieliala olivat pääsääntöisesti melko hyviä tai erittäin hyviä. Yli 60 % osallistuneista arvioi sen hetkisen terveydentilansa *melko hyväksi tai erittäin hyväksi*, mutta toisaalta yli kymmenesosa (13 %) *melko huonoksi tai erittäin huonoksi*. Lähes puolet (49 %) harrasti liikuntaa *melko tai erittäin usein* ja yli 80 % osallistuneista koki liikunnan tuottavan mielihyvää *melko paljon tai erittäin paljon*. Lähes 60 % osallistuneista oli *melko tai erittäin tyytyväisiä* nukkumiseensa. Kuitenkin 27 % koki uniongelmaa *melko tai erittäin paljon* ja siihen liittyvää häiritsevää päiväaikaiseen toimintaan vaikuttavaa oireilua *melko tai erittäin paljon* 12 – 26 %. Ennen ohjantaa osallistujien ravintotottumukset olivat pääsääntöisesti (59 – 90 %) *melko hyviä tai erittäin hyviä*. Erityisen paljon osallistujat arvioivat käyttävän runsaskuituisia viljatuotteita (90 %), erilaisia kasviksia (85 %) ja hedelmiä (82 %). Ainoana poikkeuksena oli suolan käyttö: osallistuneista 22 % arvioi käyttävän vähäsuolaisia ruoka-aineita *erittäin tai melko harvoin*. Terveistä ruokavalinnoista huolimatta 36 % osallistuneista olivat *melko tai erittäin tyytyväisiä* painoonsa ja 54 % *melko tai erittäin tyytymättömiä*. Ennen ohjantaa 64 % osallistuneista ei kokenut yksinäisyyden tunnetta *lainkaan tai erittäin harvoin*. Toisaalta 12 % osallistuneista koki yksinäisyyttä *melko usein tai erittäin usein*. 15 – 17 % osallistuneista oli huolissaan alakuloon, huolestuneisuuteen ja haluttomuuteen liittyvistä tuntemuksistaan *melko tai erittäin usein*. Mielialaan liittyviä negatiivisia tuntemuksia koki 13 – 31 % osallistuneista *melko tai erittäin usein*. Vastaavasti 28 – 70 % osallistujista arvioi, ettei kokenut kyseisiä tuntemuksia *koskaan tai erittäin harvoin*. Ennen ohjantaa 74 % osallistujista arvioi alkoholin käytön *erittäin vähäiseksi tai vähäiseksi*. Osallistujista 94 % ei tupakoinut *lainkaan tai erittäin harvoin*. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Osallistuneiden arvioinnit muistiterveyteen liittyviin elintapatekijöihin ennen ohjantaa vuonna 2011 (N=99, n, %).

	Erittäin huono tai melko huono, erittäin vähän tai vähän, ei lainkaan tai harvoin n (%)	Ei huono eikä hyvä, kohtalainen tai jonkin verran n (%)	Melko hyvä tai erittäin hyvä, melko paljon tai erittäin paljon, melko usein tai erittäin usein n (%)
<b>Koettu terveys</b>			
Terveys nyt	13 (13 %)	24 (25 %)	61 (62 %)
Terveys vuosi sitten	20 (20 %)	23 (24 %)	54 (56 %)
<b>Liikunnan harrastaminen</b>			
Aika liikunnalle	2 (2 %)	15 (16 %)	79 (82 %)
Reipas liikunta	25 (26 %)	24 (25 %)	48 (49 %)
Mielihyvä liikunnasta	5 (5 %)	14 (14 %)	78 (81 %)

<b>Nukkuminen ja lepo</b>			
Tyytyväisyys uneen	26 (27 %)	15 (15 %)	57 (58 %)
Töissä toimiminen	39 (67 %)	12 (21 %)	7 (12 %)
Päiväaikainen uupumus	50 (56 %)	21 (24 %)	18 (20 %)
Kotona toimiminen	45 (55 %)	25 (30 %)	12 (15 %)
Muisti	40 (48 %)	33 (39 %)	11 (13 %)
Huoli unesta	38 (46 %)	39 (37 %)	14 (17 %)
Keskittymiskyky	36 (44 %)	25 (30 %)	21 (26 %)
Mieliala	37 (44 %)	28 (33 %)	19 (23 %)
<b>Ravinto</b>			
Runsaskuituiset viljat	2 (2 %)	8 (8%)	89 (90 %)
Erilaiset kasvikset	2 (2 %)	13 (13 %)	84 (85 %)
Erilaiset hedelmät	2 (2 %)	16 (16 %)	81 (82 %)
Vähärasvaiset maitotuotteet	8 (8 %)	17 (17 %)	73 (75 %)
Vähärasvaiset lihavalmisteet	10 (10 %)	16 (16 %)	72 (74 %)
Erilaiset marjat	8 (%)	33 (33 %)	58 (59 %)
Vähäsuolainen ruoka	20 (22 %)	22 (22 %)	57 (58 %)
Rasvaton ruoka	6 (6 %)	48 (50 %)	42 (44 %)
Tyytyväisyys painoon	36 (54 %)	7 (10 %)	24 (36 %)
<b>Sosiaalisuus ja mieliala</b>			
Onneton ja kurja olo	68 (70 %)	16 (17 %)	13 (13 %)
Yksinäisyydestä kärsiminen	68 (69 %)	22 (22 %)	9 (9 %)
Synkkä ja raskasmielinen olo	67 (68 %)	13 (13 %)	17 (18 %)
Tunne yksinäisyydestä	63 (64 %)	24 (24 %)	12 (12 %)
Huoli alakulosta, masentuneisuudesta tai toivottomuudesta	62 (63 %)	22 (22 %)	15 (15 %)
Huoli mielenkiinnon puutteesta tai haluttomuudesta	58 (59 %)	24 (24 %)	17 (17 %)
Kireä ja jännittynyt olo	47 (48 %)	32 (33 %)	19 (19 %)
Rentoutumaton olo	45 (46 %)	37 (38 %)	15 (16 %)
Ei-levollisen odotuksen tunne	37 (39 %)	33 (35 %)	25 (26 %)
Levottomuuden tunne	37 (39 %)	39 (41 %)	19 (20 %)
Huolestuneisuuden tunne	27 (28 %)	39 (41 %)	29 (31 %)
<b>Nautintoaineiden käyttö</b>			
Tupakka	78 (94 %)	1 (1 %)	4 (5 %)
Alkoholi	70 (74 %)	17 (18 %)	8 (8 %)
<b>Koettu kipu</b>			
Fyysinen kipu	27 (27 %)	31 (31 %)	41 (42 %)

Ohjannan lopussa vuonna 2013 muistiterveyteen liittyviä elintapatekijöitä mittaavat yksittäiset muuttajat osoittavat, että osallistujien elintavat ja mieliala olivat pääsääntöisesti melko hyviä tai erittäin hyviä. Lähes 80 % osallistuneista arvioi sen hetkisen terveydentilansa *melko hyväksi tai*

*erittäin hyväksi* ja vastaavasti kymmenesosa *melko huonoksi tai erittäin huonoksi*. Yli puolet (56 %) harrasti liikuntaa *melko tai erittäin usein* ja yli 80 % osallistuneista koki liikunnan tuottavan mielihyvää *melko paljon tai erittäin paljon*. Yli puolet (54 %) osallistuneista oli *melko tai erittäin tyytyväisiä* nukkumiseensa. Toisaalta reilu kolmannes osallistujista koki uniongelmaa *melko tai erittäin paljon* ja siihen liittyvää häiritsevää päiväaikaiseen toimintaan vaikuttavaa oireilua koki 7 – 14 % osallistujista *melko tai erittäin paljon*. Ohjannan lopussa osallistujien ravintotottumukset olivat pääsääntöisesti (75 – 95 %) *melko hyviä tai erittäin hyviä*. Erityisen paljon osallistujat arvioivat käyttävän runsaskuituisia viljatuotteita (95 %), erilaisia kasviksia (89 %) ja hedelmiä (87 %). Terveisiin ruokailutapoihin poikkeuksena ohjannan jälkeenkin oli suolan käyttö: osallistuneista 19 % arvioi käyttävän vähäsuolaisia ruoka-aineita *erittäin tai melko harvoin*. 40 % osallistuneista arvioi painonhallinnan *melko tai erittäin hyväksi* ja vastaavasti 34 % *melko tai erittäin huonoksi*. Ohjannan jälkeen 65 % osallistuneista ei kokenut *lainkaan tai erittäin harvoin* yksinäisyyden tunnetta ja vastaavasti 8 % koki yksinäisyyttä *melko usein tai erittäin usein*. 9 % osallistuneista oli huolissaan alakuloon, huolestuneisuuteen ja haluttomuuteen liittyvistä tuntemuksistaan *melko tai erittäin usein*. 7 – 21 % osallistuneista koki mielialaan liittyviä negatiivisia tuntemuksia *melko tai erittäin usein*. Vastaavasti 36 – 78 % osallistujista arvioi, ettei kokenut kyseisiä tuntemuksia *koskaan tai erittäin harvoin*. Ohjannan jälkeen 71 % osallistujista arvioi alkoholin käytön *erittäin vähäiseksi tai vähäiseksi*. Osallistujista 91 % ei tupakoinut *lainkaan tai erittäin harvoin*. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Osallistuneiden arvioinnit muistiterveyteen liittyviin elintapatekijöihin ohjannan jälkeen vuonna 2013 (N=76, n, %).

	Erittäin huono tai melko huono, erittäin vähän tai vähän, ei lainkaan tai harvoin n (%)	Ei huono eikä hyvä, kohtalainen tai jonkin verran n (%)	Melko hyvä tai erittäin hyvä, melko paljon tai erittäin paljon, melko usein tai erittäin usein n (%)
<b>Koettu terveys</b>			
Terveys nyt	6 (8 %)	11 (14 %)	60 (78 %)
Terveys vuosi sitten	6 (8 %)	20 (27 %)	49 (65 %)
<b>Liikunnan harrastaminen</b>			
Aika liikunnalle	2 (3 %)	8 (11 %)	62 (87 %)
Mielihyvä liikunnasta	3 (4 %)	10 (13 %)	62 (83 %)
Reipas liikunta	6 (8 %)	28 (36 %)	43 (56 %)
<b>Nukkuminen ja lepo</b>			
Tyytyväisyys uneen	25 (33 %)	10 (13 %)	42 (54 %)
Töissä toimiminen	43 (78 %)	8 (15 %)	4 (7 %)
Kotona toimiminen	48 (72 %)	14 (21 %)	5 (7 %)
Huoli unesta	49 (64 %)	17 (22 %)	11 (14 %)
Päiväaikainen uupumus	42 (63 %)	16 (24 %)	9 (13 %)
Keskittymiskyky	42 (62 %)	16 (24 %)	10 (14 %)
Muisti	43 (62 %)	20 (29 %)	6 (9 %)

Mieliala	42 (61 %)	20 (29 %)	7 (10 %)
<b>Ravinto</b>			
Runsaskuituiset viljat	1 (1 %)	3 (4 %)	73 (95 %)
Erilaiset kasvikset	1 (1 %)	7 (9 %)	69 (89 %)
Erilaiset hedelmät	0 (0 %)	10 (13 %)	67 (87 %)
Vähärasvaiset	7 (9 %)	9 (12 %)	60 (79 %)
lihavalmisteet			
Vähärasvaiset	9 (12 %)	10 (13 %)	58 (75 %)
maitotuotteet			
Erilaiset marjat	0 (0 %)	19 (25 %)	57 (75 %)
Rasvaton ruoka	4 (5 %)	27 (37 %)	42 (58 %)
Vähäsuolainen ruoka	14 (19 %)	15 (20 %)	46 (61 %)
Tyytyväisyys painoon	26 (34 %)	20 (26 %)	31 (40 %)
<b>Sosiaalisuus ja mieliala</b>			
Yksinäisyydestä	63 (82 %)	10 (13 %)	4 (5 %)
kärsiminen			
Onneton ja kurja olo	57 (78 %)	12 (16 %)	6 (8 %)
Synkkä ja	58 (77 %)	12 (16 %)	5 (7 %)
raskasmielinen olo			
Huoli mielenkiinnon	51 (66 %)	19 (25 %)	7 (9 %)
puutteesta tai			
haluttomuudesta			
Tunne yksinäisyydestä	50 (65 %)	21 (27 %)	6 (8 %)
Huoli alakulosta,	51 (60 %)	19 (25 %)	7 (9 %)
masentuneisuudesta tai			
toivottomuudesta			
Kireä ja jännittynyt olo	45 (60 %)	20 (27 %)	10 (13 %)
Levottomuuden tunne	43 (57 %)	24 (57 %)	8 (11 %)
Rentoutumaton olo	37 (51 %)	24 (33 %)	12 (16 %)
Huolestuneisuuden	28 (39 %)	29 (40 %)	15 (21 %)
tunne			
Ei-levollisen odotuksen	27 (36 %)	32 (43 %)	16 (21 %)
tunne			
<b>Nautintoaineiden</b>			
<b>käyttö</b>			
Tupakka	70 (91 %)	1 (1 %)	6 (8 %)
Alkoholi	55 (71 %)	15 (20 %)	7 (9 %)
<b>Koettu kipu</b>			
Fyysinen kipu	27 (36 %)	29 (38 %)	20 (26 %)

Yksittäisten muistiterveyteen liittyvien elintapatekijöitä mittaavien muuttujien vertailu osoittaa osallistuneiden elintapatekijöiden tilastollisesti merkitsevästi parantuneen vuodesta 2011 vuoteen 2013 kysymyksissä terveys nyt, terveys vuosi sitten, liikunnan harrastamisessa, kasvien ja marjojen käytössä. Alkoholin käytössä sekä fyysisen kivun kokemisessa oli tapahtunut vähentymistä. Lisäksi osallistujat olivat arvioineet yksinäisyydestä kärsimisen, kireän ja jännittyneen olon, huolestuneisuuden ja levottomuuden tunteen, synkän ja raskasmielisen sekä onnettoman ja kurjan olon vähentyneen. Tilastollisesti merkitsevää muutosta elintapatekijöissä oli tapahtunut nukkumiseen ja lepoon liittyvissä kysymyksissä, joissa osallistujat arvioivat uniongelman vaikuttavan työssä

toimimiseen, muistiin, mielialaan tai ylipäättään uniongelmaan liittyvään huoleen. Näiden muutosten tilastollinen merkitsevyytaso oli selkeä p-arvon ollessa välillä 0.001-0.05.

Ryhmään osallistuneista vuonna 2011 osallistujista 92 % *ei* tupakoinut *lainkaan* ja vuonna 2013 samoin vastasi 91 %. Lisäksi vuonna 2011 osallistujista 69-70 % arvioi, ettei kärsinyt *lainkaan tai erittäin harvoin* yksinäisyydestä tai onnettomasta ja kurjasta olost. Ohjannan lopussa 2013 osallistujista 86 % arvioi mahdollisuuden liikuntaan *erittäin hyväksi* tai *melko hyväksi* ja 83 % arvioi liikkumisen tuottavan mielihyvää *erittäin paljon* tai *melko paljon*. Lisäksi ohjannan lopussa osallistujat arvioivat käyttävän ruokavaliossa *erittäin paljon* tai *melko paljon* runsaskuituisia viljavalmisteita (95 %), erilaisia kasviksia (90 %) ja hedelmiä (87 %). Osallistujista 82 % arvioi, *ettei* kärsinyt *lainkaan* tai *erittäin harvoin* yksinäisyydestä ohjannan jälkeen. Ohjannan aikana vähiten muutosta oli tapahtunut vähärasvaisten maitotuotteiden käytössä. Heikoiten oli koettu molempina vuosina tyytyväisyys uneen, ei-levollisen odotuksen tunne sekä suolan käyttö. Ei-levollisen odotuksen tunnetta koki 25 % osallistujista ennen ohjantaa *erittäin usein* tai *melko usein* ja ohjannan jälkeen 21 % prosenttia. Ennen ohjantaa 27 % osallistujista arvioi tyytyväisyyden uneen *erittäin huonoksi* tai *melko huonoksi* ja ohjannan jälkeen 2013 vastaava arvo oli 32 prosenttia. Ennen ohjantaa suolan käytön arvioi 58 % *melko runsaaksi* tai *erittäin runsaaksi* ja vastaavaan ryhmään ohjannan jälkeen 61 %. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Osallistuneiden arvioinnit muistiterveyteen liittyvissä elintapatekijöissä ohjannan alussa vuonna 2011 (N=99) ja ohjannan lopussa 2013 (N=76).

	Erittäin huono tai melko huono, erittäin vähän tai vähän, ei lainkaan tai harvoin %		Ei huono eikä hyvä, kohtalainen tai jonkin verran %		Melko hyvä tai erittäin hyvä, melko paljon tai erittäin paljon, melko usein tai erittäin usein %	
Muuttujat (p-arvo)	2011	2013	2011	2013	2011	2013
<b>Koettu terveys</b>						
Terveys nyt p=0.018	13	8	25	14	62	78
Terveys vuosi sitten p=0.021	21	8	24	27	55	65
<b>Liikunnan harrastaminen</b>						
Liikunnan määrä p=0.027	26	8	25	36	49	56
Aikaa liikunnalle p=0.453	2	3	16	11	82	86
Mielihyvä liikkumisesta p=0.335	5	4	14	13	80	83
<b>Nukkuminen ja lepo</b>						

Tyytyväisyys uneen p=0.456	27	20	15	13	58	55
Uniongelmien vaikutus töissä toimimiseen p=0.050	67	78	21	15	12	7
Uniongelmien vaikutus muistiin p=0.009	48	62	39	29	13	9
Uniongelmien vaikutus mielialaan p=0.015	44	61	33	29	23	10
Uniongelmaan liittyvä huoli p=0.031	46	64	37	22	17	14
<b>Ravinto</b>						
Vähärasvaisten maitovalmisteiden käyttö p=0.504	8	12	17	13	75	75
Runsaskuituisten viljavalmisteiden käyttö p=0.153	2	1	8	4	90	95
Kasvisten käyttö p=0.044	2	1	13	9	85	90
Hedelmien käyttö p=0.402	2	0	16	13	82	87
Marjojen käyttö p=0.000	8	0	33	25	59	75
Suolan käyttö p=0.118	20	19	22	20	58	61
Painonhallinta p=0.141	54	34	17	10	36	40
<b>Sosiaalisuus ja mieliala</b>						
Yksinäisyydestä kärsiminen p=0.019	69	82	22	13	9	5
Kireä ja jännittynyt olo p=0.036	48	60	33	27	19	13
Ei-levollisen odotuksen tunne p=0.131	40	36	35	43	25	21
Huolestuneisuuden tunne p=0.003	29	39	41	40	30	21
Levottomuuden tunne p=0.001	39	57	41	32	20	11
Synkkä ja raskasmielinen olo p=0.002	69	77	14	16	17	7
Onneton ja kurja olo p=0.009	70	76	17	16	13	8
<b>Nautintoaineiden käyttö</b>						

---

Alkoholin käyttö p=0.0403	74	72	18	19	8	9
Tupakointi p=0.125	94	91	1	1	5	8
<b>Koettu kipu</b>						
Fyysinen kipu p=0.023	27	35	32	38	41	27

### 5.3 Keski-ikäisten 40-65 –vuotiaiden naisten muistiterveyteen liittyvät elintapatekijät taustamuuttujittain ennen ohjantaa 2011 ja ohjannan lopussa 2013

#### 5.3.1 Koettu terveys

Ohjannan jälkeen vuonna 2013 koetun terveyden vuoden takaisessa arvioissa ammattiasemalla oli tilastollisesti merkitsevää eroa. Vuoden takaisen terveyden arvioi *melko huonoksi* tai *erittäin huonoksi* eläkkeellä olevista 14 % ja työssä sekä työttömistä olevista 4 %. *Erittäin hyväksi* tai *melko hyväksi* vuoden takaisen terveyden arvioi yli 90 % työssä olevista ja reilut puolet eläkkeellä ja työttömistä olevista. (Taulukko 5).

Taulukko 5. Koettu terveys vuosi sitten ohjannan jälkeen vuonna 2013 (N=76).

Koettu terveys	Erittäin huono tai melko huono n (%)	Ei huono eikä hyvä n (%)	melko hyvä tai erittäin hyvä n (%)	p-arvo
<b>Koettu terveys vuosi sitten</b>				
<i>Ammattiasema</i>				0.033
Työssä	1 (4 %)	1 (4 %)	21 (92 %)	
Eläkkeellä	4 (14 %)	8 (29 %)	16 (57 %)	
Työtön	1 (4 %)	1 (41 %)	12 (55 %)	

ristiintaulukointi, Khiin neliötesti, käytetty menetelmä Fisherin Exact-testi

#### 5.3.2 Liikunnan harrastaminen

Ohjannan jälkeen vuonna 2013 liikunnan tuottamaa mielihyvää arvioiden ikäryhmällä oli tilastollisesti merkitsevää eroa (p=0.013). Alle 50-vuotiaiden ikäryhmään kuuluvista 80 % arvioi liikunnan tuottavan mielihyvää *ei lainkaan*, *hieman* tai *kohtalaisesti*. Samalla tavoin arvioi 10 prosenttia 50 - 59-vuotiaista ja 12 prosenttia yli 60-vuotiaista. *Melko paljon* tai *erittäin paljon* mielihyvää liikkumisesta arvioi saavan 50 - 59-vuotiaista 90 % ja yli 60-vuotiaista 88 %, kun nuorimpien ikäryhmässä vain 20 % arvioi samoin. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Liikunnan tuottama mielihyvä ohjannan jälkeen vuonna 2013 (N=76).

Liikunnan harrastaminen	Ei lainkaan tai hieman n (%)	Kohtalaisesti n (%)	Melko paljon tai erittäin paljon n (%)	p-arvo
<b>Liikunnan tuottama mielihyvä</b>				
<i>Ikä</i>				0.013
40 – 49-vuotiaat	1 (20 %)	3 (60 %)	1 (20 %)	
50 – 59-vuotiaat	0 (0 %)	2 (10 %)	19 (90 %)	
yli 60-vuotiaat	2 (4 %)	4 (8%)	41 (88%)	

ristiintaulukointi, Khiin neliötesti, käytetty menetelmä Fisherin Exact-testi

### 5.3.3 Nukkuminen ja lepo

Ennen ohjantaa vuonna 2011 osallistujien arvioissa uniongelman häiritsevyydestä työssä toimimisessa iällä oli tilastollisesti merkitsevää eroa. Alle 50-vuotiaista 40 % ja 50-59 –vuotiaista 21 % arvioi uniongelman häiritsevän *melko paljon tai erittäin paljon* tai toimimista työssä. Vastaavasti kukaan (0 %) yli 60-vuotiaista ei kokenut uniongelmaa olevan *melko paljon tai erittäin paljon* vaikuttavuutta työssä toimimiseen. (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Uniongelman häiritsevyys töissä toimimiseen ennen ohjantaa vuonna 2011 (N=99).

Uniongelman häiritsevyys päiväaikaiseen toimintaan	Ei lainkaan tai erittäin vähän n (%)	Jonkin verran n (%)	Melko paljon tai erittäin paljon n (%)	p-arvo
<b>Töissä toimiminen</b>				
<i>Ikä</i>				0.039
40 – 49-vuotiaat	3 (60 %)	0 (0 %)	2 (40 %)	
50 – 59-vuotiaat	8 (58 %)	3 (21 %)	3 (21 %)	
yli 60-vuotiaat	20 (77 %)	6 (23 %)	0 (0 %)	

ristiintaulukointi, Khiin neliötesti, käytetty menetelmä Fisherin Exact-testi

Ohjannan jälkeen 2013 osallistujien arvioissa uniongelmaa oli tilastollisesti merkitsevää yhteyttä ikäryhmän perusteella kotona toimimisessa. Alle 50-vuotiaista 40 % koki unettomuuden haittaavan *melko paljon tai erittäin paljon* kotona, kun taas yli 60-vuotiaiden ikäryhmässä kukaan (0%) ei kokenut samaa. Heistä 74 % arvioi, ettei uniongelman vaikutus kotona toimimiseen häirinnyt *lainkaan tai erittäin vähän*. (Taulukko 8.)



Taulukko 8. Uniongelman häiritsevyys kotona toimimiseen ohjannan jälkeen vuonna 2013 (N=76).

Uniongelman häiritsevyys päiväaikaiseen toimintaan	Ei lainkaan tai erittäin vähän n (%)	Jonkin verran n (%)	Melko paljon tai erittäin paljon n (%)	p-arvo
<b>Kotona toimiminen</b>				
<i>Ikä</i>				0.014
40 – 49-vuotiaat	2 (40 %)	1 (20 %)	2 (40 %)	
50 – 59-vuotiaat	16 (73 %)	3 (14 %)	3 (14 %)	
yli 60-vuotiaat	28 (74 %)	10 (26 %)	0 (0%)	

ristiintaulukointi, Khiin neliötesti, käytetty menetelmä Fisherin Exact-testi

#### 5.3.4 Ravinto

Ennen ohjantaa 2011 osallistujien arvioissa vähärasvaisten lihatuotteiden käytössä oli tilastollisesti merkitsevää eroavaisuutta ikäryhmän ja ammattiaseman perusteella. Alle 50-vuotiaista 80 % käyttivät vähärasvaisia lihatuotteita *melko usein tai erittäin usein*. Vastaavalla tavalla arvioi käyttävän vähärasvaista lihaa 55 prosenttia 50-59 –vuotiaista ja 86 prosenttia yli 60-vuotiaista. Kaikissa ammattiasemissa kolme neljäsosaa osallistuneista arvioi käyttävän vähärasvaisia lihatuotteita *melko usein tai erittäin usein*. Silloin tällöin vähärasvaisia lihatuotteita käytti työttömistä osallistujista neljännes (25 %) ja työssäkäyvistä vain vajaa viidennes (4 %). *Ei koskaan tai erittäin harvoin* vähärasvaisia lihatuotteita käytti työssäkäyvistä reilu viidennes (22 %) ja työttömistä ei kukaan (0 %). (Taulukko 9.)

Taulukko 9. Vähärasvaisten lihatuotteiden käyttö ruokavaliossa ennen ohjantaa vuonna 2011 (N=99).

Ruokavaliossa yleensä käytössä	Ei koskaan tai erittäin harvoin n (%)	Silloin tällöin n (%)	Melko usein tai erittäin usein n (%)	p-arvo
<b>Vähärasvaiset lihatuotteet</b>				
<i>Ikä</i>				0.025
40 – 49-vuotiaat	0 (0%)	1 (20 %)	4 (80 %)	
50 – 59-vuotiaat	3 (14 %)	7 (32 %)	12 (55 %)	
yli 60-vuotiaat	5 (10 %)	2 (4 %)	42 (86%)	
<i>Ammattiasema</i>				0.030
Työssä	5 (22 %)	1 (4 %)	17 (74 %)	
Eläkkeellä	2 (7 %)	3 (11 %)	23 (82 %)	
Työtön	0 (0 %)	6 (25 %)	18 (75 %)	

ristiintaulukointi, Khiin neliötesti, käytetty menetelmä Fisherin Exact-testi

Ohjannan jälkeen 2013 osallistujien arviossa taustamuuttujittain tilastollista merkitsevyyttä oli vähärasvaisten lihatuotteiden, hedelmien ja marjojen käytössä ikäryhmän ja ammattiaseman perusteella. Alle 50-vuotiaat käyttivät vähärasvaisia lihatuotteita muita ryhmiä enemmän: 20 % kyseiseen ikäryhmään osallistuneista käytti vähärasvaisia lihatuotteita *ei koskaan tai erittäin harvoin*.

Muissa ikäryhmissä vastaavasti arvioi alle 10 % osallistuneista. 50 – 59-vuotiaan käyttivät vähävastaisia lihatuotteita *silloin tällöin*, kun taas muiden ryhmien vastaava arvio oli välillä nolla – neljä %. Eniten vähärasvaisia lihatuotteita käyttivät yli 60-vuotiaat, joista yli 90 % arvioi tekevän niin *melko usein tai erittäin usein*. Arvioitaessa hedelmien käyttöä ikäryhmän perusteella mihinkään ikäryhmään osallistuneet eivät arvioineet käyttöä *ei koskaan tai erittäin harvoin*. Yli 60-vuotiaista 92 % ja 50 – 59 –vuotiaista 86 % arvioi hedelmien nauttimisen *melko usein tai erittäin usein*, kun taas 40 % alle 50-vuotiaista vastaavasti arvioi käyttävän hedelmiä vastaavalla tavalla. Ikäryhmittäin tarkastellen 73 % keskimmäiseen ikäryhmään ja 81 % vanhimpaan ikäryhmään kuuluvista arvioi marjojen käytön tapahtuvan *melko usein tai erittäin usein*. Vastaavasti arvioi marjojen käytön vain 20 % alle 50-vuotiaiden ryhmään kuuluvista. Heistä 80 % arvioi marjojen käyttöä tapahtuvan *silloin tällöin*. Kaikissa ikäryhmissä ja ammattiasemissa syötiin marjoja: kukaan ei arvioinut käytön tapahtuvan *ei koskaan tai erittäin harvoin*. Ammattiaseman perusteella liki 90 % eläkkeellä olevista osallistujista käytti marjoja *melko usein tai erittäin usein*, kun vastaavalla tavalla marjoja arvioi käyttävän 71 % työttömistä ja 60 % työssäkäyvistä. *Jonkin verran* marjoja käytti työssä käyvistä 41 % ja eläkeläisistä noin kymmenesosa. (Taulukko 10.)

Taulukko 10. Vähärasvaiset lihatuotteet, erilaiset hedelmät ja erilaiset marjat ohjannan jälkeen vuonna 2013 (N=76).

Ruokavaliiossa yleensä käytössä	Ei koskaan tai erittäin harvoin n (%)	Silloin tällöin n (%)	Melko usein tai erittäin usein n (%)	p-arvo
<b>Vähärasvaiset lihatuotteet</b>				
<i>Ikä</i>				0.023
40 – 49-vuotiaat	1 (20 %)	0 (0 %)	4 (80 %)	
50 – 59-vuotiaat	2 (9 %)	7 (32 %)	13 (59 %)	
yli 60-vuotiaat	4 (8%)	2 (4 %)	41 (88 %)	
<b>Erilaiset hedelmät</b>				
<i>Ikä</i>				0.011
40 – 49-vuotiaat	0 (0 %)	3 (60 %)	2 (40 %)	
50 – 59-vuotiaat	0 (0 %)	3 (14 %)	19 (86 %)	
yli 60-vuotiaat	0 (0 %)	4 (8 %)	44 (92 %)	
<b>Erilaiset marjat</b>				
<i>Ikä</i>				0.013
40 – 49-vuotiaat	0 (0 %)	4 (80 %)	1 (20 %)	
50 – 59-vuotiaat	0 (0 %)	6 (27 %)	16 (73 %)	
yli 60-vuotiaat	0 (0 %)	9 (19 %)	38 (81%)	
<b>Ammattiasema</b>				
<i>Työssä</i>				0.047
Työssä	0 (0 %)	9 (41 %)	13 (59 %)	
Eläkkeellä	0 (0 %)	3 (11 %)	25 (89 %)	
Työtön	0 (0 %)	7 (29 %)	17 (71 %)	

ristiintaulukointi, Khiin neliötesti, käytetty menetelmä Fisherin Exact-testi

### 5.3.5 Sosiaalisuus ja mieliala

Ohjannan jälkeen 2013 iällä oli tilastollisesti merkitsevää eroavaisuutta yksinäisyyden tunteen kokemisessa, yksinäisyydestä kärsimisessä, onnettomassa olossa sekä huolestuneisuudessa. Alle 50-vuotiaista osallistujista 20 % koki yksinäisyyttä *melko usein tai erittäin usein*, kun taas ikäryhmässä 50-59 –vuotiaat vastaavasti ei kokenut kukaan (0%) ja yli 60-vuotiaista kahdeksan prosenttia. 80 % alle 50-vuotiaista koki yksinäisyyttä *silloin tällöin* ja samalla tavoin arvioi 36 prosenttia keskimmäiseen ikäryhmään ja 19 % iäkkäimpään ikäryhmään kuuluneista. Yksinäisyydestä kärsi enemmän alle 50-vuotiaat, joista *ei koskaan tai erittäin harvoin* koki kärsimystä 40 %, kun taas vastaaviin kysymyksiin vastasi 50 – 59-vuotiaista ja yli 60-vuotiaista reilut 85 %. Alle 50-vuotiaat arvioivat kärsivän yksinäisyydestä *silloin tällöin* myös muita ikäryhmiä enemmän. Alle 50-vuotiaat kokivat huolestuneisuuden tunnetta selkeästi muita ikäryhmiä enemmän: 80 % vastaajista koki huolestuneisuutta *erittäin usein tai melko usein*, kun muissa ikäryhmissä vastaavasti koettiin välillä 10 – 18 %. Nuorin ikäryhmä koki onnettoman ja kurjan olon tuntemuksia myös muita ikäryhmiä enemmän: 20 % heistä arvioi kyseistä tuntemusta *melko tai erittäin usein*. Vastaavasti onnetonta ja kurjaa oloa arvioivat kokeneen *ei koskaan tai erittäin harvoin* 80 % keskimmäiseen ikäryhmään ja vanhimpien ikäryhmään kuuluneista, kun nuorimpien ikäryhmässä tuntemusta oli 20 %:lla vastaajista. (Taulukko 11.)

Taulukko 11. Tunne yksinäisyydestä, yksinäisyydestä kärsiminen, huolestuneisuuden tunne sekä onneton ja kurja olo ohjannan jälkeen vuonna 2013 (N=76).

Sosiaalisuus ja mieliala	Ei koskaan tai erittäin harvoin n (%)	Silloin tällöin n (%)	Melko usein tai erittäin usein n (%)	p-arvo
<b>Tunne yksinäisyydestä</b>				
<i>Ikä</i>				0.012
40 – 49-vuotiaat	0 (0 %)	4 (80 %)	1 (20 %)	
50 – 59-vuotiaat	0 (0 %)	8 (36 %)	0 (0 %)	
yli 60-vuotiaat	35 (73 %)	9 (19 %)	4 (8 %)	
<b>Yksinäisyydestä kärsiminen</b>				
<i>Ikä</i>				0.042
40 – 49-vuotiaat	2 (20 %)	3 (60 %)	0 (0 %)	
50 – 59-vuotiaat	19 (86 %)	2 (9 %)	1 (5 %)	
yli 60-vuotiaat	41 (85 %)	5 (11 %)	2 (4 %)	
<b>Huolestuneisuuden tunne</b>				
<i>Ikä</i>				0.006
40 – 49-vuotiaat	0 (0 %)	1 (20 %)	4 (80 %)	
50 – 59-vuotiaat	8 (38 %)	11 (52 %)	2 (10 %)	
yli 60-vuotiaat	20 (46 %)	16 (36 %)	8 (18 %)	
<b>Onneton ja kurja olo</b>				
<i>Ikä</i>				0.010
40 – 49-vuotiaat	1 (20 %)	3 (60 %)	1 (20 %)	
50 – 59-vuotiaat	18 (82 %)	4 (18 %)	0 (0 %)	
yli 60-vuotiaat	37 (80 %)	4 (9 %)	5 (11 %)	

ristiintaulukointi, Khiin neliötesti, käytetty menetelmä Fisherin Exact-testi

### 5.3.6 Nautintoaineiden käyttö

Ennen ohjantaa 2011 ammattiryhmällä oli tilastollisesti merkitsevää eroavaisuutta tupakoinnissa. Työttömistä 80 % ja työssä käyvistä sekä eläkeläisistä kukaan (100 %) *ei* tupakoinut *lainkaan tai erittäin harvoin*. Työttömistä viidesosa tupakoi päivittäin tai lähes päivittäin. (Taulukko 12.)

Taulukko 12. Tupakointi ennen ohjantaa vuonna 2011 (N=99).

Nautintoaineiden käyttö	Ei lainkaan tai harvoin	1-2 kertaa viikossa	Päivittäin tai lähes päivittäin	p-arvo
<b>Tupakointi</b>				
<i>Ammattiasema</i>				0.031
Työssä	19 (100 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	
Eläkkeellä	20 (100 %)	0 (0 %)	0 (0 %)	
Työtön	18 (80 %)	0 (0 %)	4 (20 %)	

ristiintaulukointi, Khiin neliötesti, käytetty menetelmä Fisherin Exact-testi

#### 5.4 Keski-ikäisten 40-65 –vuotiaiden naisten voimavaralähtöisten terveystietokeskustelujen yhteys muistiterveyteen liittyviin elintapatekijöihin

Yksittäisten muistiterveyteen liittyviä elintapatekijöitä mittaavien muuttujien keskiarvojen vertailu osoittaa, että ohjannalla oli tilastollisesti merkitsevää eroa. Ohjannan jälkeen muistiterveyteen liittyvissä elintapatekijöissä oli tapahtunut muutosta verrattuna ennen ohjantaa. Muutosta huomioitiin osallistujien arvioinnissa vuoden takaisessa terveydentilassa ( $Z=2.390$ ,  $p=0.017$ ), reippaan liikunnan määrässä ( $Z=2.337$ ,  $p=0.019$ ) ja marjojen käytössä ( $Z=3.411$ ,  $p=0.001$ ). Tilastollisesti merkitsevää eroa oli myös verenpaine- ja verenpaine- ja uniongelman häiritsevyydessä kotona toimimiseen ( $Z=-2.276$ ,  $p=0.023$ ), keskittymiskykyyn ( $Z=-2.162$ ,  $p=0.031$ ), muistiin ( $Z=-2.200$ ,  $p=0.028$ ), mielialaan ( $Z=-2.078$ ,  $p=0.038$ ) sekä uniongelmaan liittyvään huoleen ( $Z=-1.812$ ,  $p=0.070$ ). Sosiaalisuuteen ja mielialaan liittyvissä tekijöissä merkitsevää eroa oli yksinäisyydestä kärsimisessä ( $Z=-2.985$ ,  $p=0.003$ ), huolestuneisuudessa ( $Z=-2.224$ ,  $p=0.026$ ), levottomuudessa ( $Z=-2.527$ ,  $p=0.011$ ), synkässä olossa ( $Z=-2.551$ ,  $p=0.011$ ) ja onnettoman olon tunteessa ( $Z=-2.034$ ,  $p=0.042$ ). (Taulukko 13.)

Taulukko 13. Ohjannan yhteys muistiterveyteen liittyviin elintapatekijöihin (ka, kh).

Muuttuja	Ennen ohjantaa 2011 ka (kh)	Ohjannan jälkeen 2013 ka (kh)	P-arvo (Wilcoxonin testi)
Terveys vuosi sitten	2.35 (0.804)	2.57 (0.640)	0.032
Reipas liikunta määrä	2.24 (0.839)	2.48 (0.641)	0.019
Uniongelman vaikutus kotona toimimiseen	1.60 (0.735)	1.36 (0.620)	0.023
Uniongelman vaikutus keskittymiseen	1.82 (0.818)	1.53 (0.743)	0.031
Uniongelman vaikutus muistiin	1.65 (0.703)	1.46 (0.655)	0.028
Uniongelman vaikutus mielialaan	1.79 (0.793)	1.49 (0.678)	0.038
Huoli uniongelmosta	1.71 (0.745)	1.51 (0.737)	0.070
Marjojen käyttö	2.51 (0.645)	2.75 (0.436)	0.001
Verenpaine- ja verenpaine- arvo	1.79 (0.750)	2.29 (0.930)	0.000
Yksinäisyydestä kärsiminen	1.40 (0.653)	1.23 (0.535)	0.003
Huolestuneisuuden tunne	2.02 (0.772)	1.82 (0.757)	0.026
Levottomuuden tunne	1.81 (0.748)	1.53 (0.684)	0.011
Synkkä olo	1.48 (0.779)	1.29 (0.588)	0.011
Onneton olo	1.43 (0.720)	1.32 (0.650)	0.042

keskiarvo, keskihajonta, vaihteluväli 1-3, verenpaineessa vaihteluväli 1-4, p-arvo (Wilcoxonin testi)

## 5.5 Tutkimustulosten yhteenveto

Tässä tutkimuksessa sekä ennen ohjantaa vuonna 2011 ja ohjannan jälkeen vuonna 2013 osallistujat olivat arvioineet parhaiten toteutuneiksi ravintoon ja nautintoaineiden käyttöön liittyvät muistiterveyttä vahvistavat elintapatekijät. Heikoimmin osallistujat arvioivat molemmilla mittauskerroilla yleisen tyytyväisyyden uneen ja nukkumiseen sekä sosiaalisuuteen ja mielialaan liittyvän ei-levollisen ja huolestuneisuuden tunteen. Osallistujat arvioivat eniten muutosta tapahtuneen sen hetkessä ja vuoden taikaisessa terveydentilassaan, liikunnan harrastamisen määrässä sekä kasvisten ja marjojen käytön lisäämisessä. Ohjannan aikana alkoholin käyttö ja fyysinen kipu väheni. Sosiaalisuuteen ja mielialaan liittyvissä tekijöissä, kuten yksinäisyydestä kärsimisestä, kireästä ja jännittyneestä olossa, huolestuneisuudesta ja levottomuudesta, synkässä ja raskasmielisessä olossa sekä onnettomassa ja kurjassa olossa oli tapahtunut vähentymistä. Lisäksi osallistuneet arvioivat uniongelman vaikutuksen vähentyneen ohjannan aikana työhön, muistiin, mielialaan ja yleisen huoleen uniongelmaan liittyen.

Tässä tutkimuksessa taustamuuttujittain tarkasteltuna tilastollista merkitsevyyttä oli osallistujien arvioissa muistiterveyteen liittyvissä elintapa- ja mielialatekijöissä. Ennen ohjantaa vuonna 2011 nuorimpien ikäryhmään kuuluvat kokivat eniten uniongelman häiritsevän työssä toimimista. Vanhimpaan ikäryhmään kuuluvat käyttivät muita ikäryhmiä enemmän vähärasvaisia lihatuotteita. Ennen ohjantaa eläkkeellä olevat ja työttömät käyttivät vähärasvaisia lihatuotteita työssä olevia enemmän. Ennen ohjantaa työttömien ikäryhmään kuuluvista tupakoi neljännes, kun taas kukaan työssä käyvistä tai eläkeläisistä ei tupakoinut säännöllisesti. Ohjannan jälkeen vuonna 2013 nuorimpien ikäryhmään kuuluneet kokivat eniten liikunnan tuottamaa mielihyvää. Ohjannan jälkeen iäkkäimpien ikäryhmään kuuluvat arvioivat käyttävän muita ikäryhmiä enemmän vähärasvaisia lihatuotteita, hedelmiä ja marjoja. Nuorimpien ikäryhmään kuuluneet söivät vähiten marjoja ja hedelmiä. Ohjannan jälkeen nuorimpaan ikäryhmään kuuluvat kokivat eniten uniongelman vaikuttavan häiritsevästi kotona toimimiseen. Nuorimpaan ikäryhmään kuuluneet kokivat eniten yksinäisyyden tunnetta ja kärsivät siitä muita ryhmiä enemmän. Lisäksi nuorimpaan ikäryhmään kuuluvat kokivat eniten yleistä huolestuneisuuden tunnetta sekä onnetonta ja kurjaa oloa. Ammattiasemittain vertailtuna ohjannan jälkeen työssä olevat kokivat parhaiten vuoden takaisen terveyden. Ohjannan jälkeen eläkkeellä olevat käyttivät marjoja muita ammattiryhmiä enemmän.

Tässä tutkimuksessa yksittäisten muistiterveyttä mittaavien muuttujien keskiarvovertailu osoittaa, että ohjannalla oli yhteyttä osallistujien arvioissa vuoden takaisessa terveydessä, reippaan liikunnan määrässä, verenpainearvojen normalisoitumisessa ja marjojen käytön lisäämisessä. Uniongelmaan

liittyen töissä toimiminen, keskittymiskyky, mieliala, muisti ja huoli unettomuudesta väheni ohjannan aikana. Lisäksi ohjannan aikana yksinäisyydestä kärsiminen, huolestuneisuuden tunne, levottomuuden tunne, synkkä ja raskasmielinen olo sekä onneton ja kurja olo vähenivät.

## 6 POHDINTA

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata keski-ikäisten 40-65 –vuotiaiden naisten muistiterveyteen liittyviä elintapatekijöitä ennen ohjantaa 2011 ja ohjannan lopussa 2013. Tarkoituksena oli myös selvittää osallistujien taustatietojen vaikutusta muistiterveyteen liittyvissä elintapatekijöissä. Lisäksi tarkoituksena oli selvittää millainen yhteys voimavara- ja lähtöisillä terveyskeskusteluilla oli muistiterveyteen liittyvissä elintapatekijöissä. Aiempien tutkimusten mukaan tarkastelussa on otettu huomioon muun muassa ohjintaan osallistuneiden ikä, sukupuoli, sairaus tai riski siihen, etninen tausta ja ammatillinen asema (Kehler ym. 2008, Van Keulen ym. 2008, Penn ym. 2009, Whittlemore ym. 2009, Ashford ym. 2010, Okuyemi ym. 2010, Corsino ym. 2012, Kim ym. 2012, Reinhardt ym. 2012, Lakerveld ym. 2013) sekä voimavara- ja lähtöisen tai vastaavan ohjannan vertailu tavanomaiseen interventoryhmään (Van Keulen 2008, Campbell ym. 2009, Penn ym. 2009, Whittlemore ym. 2009, Okueymi ym. 2010, Tang ym. 2010, Kim ym. 2012, Reinhardt ym. 2012, Hardcastle ym. 2013, Lakerveld ym. 2013).

### 6.1 Tulosten tarkastelua

*Keski-ikäisten 40-65 –vuotiaiden naisten muistiterveyteen liittyvät elintapatekijät ennen ohjantaa vuonna 2011 ja ohjannan lopussa vuonna 2013*

Osallistuneet arvioivat muistiterveyteen liittyviä elintapoja ja mielialatekijöitä pääsääntöisesti melko hyväksi tai erittäin hyväksi ennen ohjantaa 2011 ja ohjannan lopussa 2013. Sekä ennen ohjantaa että ohjannan jälkeen osallistujat olivat arvioineet parhaiten toteutuneiksi ravintoon ja nautintoaineiden käyttöön liittyvät muistiterveyttä vahvistavat elintapatekijät. Heikoimmin osallistujat arvioivat molemmilla mittauskerroilla yleisen tyytyväisyyden uneen ja nukkumiseen sekä sosiaalisuuteen ja mielialaan liittyvän ei-levollisen ja huolestuneisuuden tunteen. Ohjannan aikana osallistuneiden muistiterveyteen liittyvissä elintapatekijöissä oli tapahtunut paranemista seitsemän osamittarin alueella kahdeksasta. Näitä **olivat koettu terveys, liikunnan harrastaminen, ravinto, nautintoaineiden käyttö, fyysinen kipu, sosiaalisuus ja mieliala sekä nukkuminen ja lepo**. Tässä tutkimuksessa osallistujat arvioivat muutosta eniten tapahtuneen sen hetkessä ja vuoden takaisessa terveydentilassaan, liikunnan harrastamisessa sekä kasvien ja marjojen käytön lisäämisessä. Ohjannan aikana alkoholin käyttö ja fyysinen kipu väheni. Mielialaan liittyvissä elintapatekijöissä oli tapahtunut paranemista. Näitä olivat yksinäisyydestä kärsiminen, kireä ja jännittynyt olo, huolestuneisuus ja levottomuus, synkkä ja raskasmielinen olo sekä onneton ja kurja olo. Ohjannan alusta 2011 sen loppuun 2013 osallistujat arvioivat uniohjelmaan liittyvän huolen vähentyneen ja sen vaikuttaneen kohentavasti työssä toimimiseen, muistiin ja mielialaan.



Vähäisiä tai ei ollenkaan muutosta ohjannan aikana oli tapahtunut liikuntaan käytetyn ajassa ja liikkumisen tuomassa mielihyvässä. Vähäisiä muutoksia ruokavalioon liittyvissä tekijöissä oli ohjannan aikana tapahtunut vähärasvaisten maitovalmisteiden, runsaskuituisten viljojen, hedelmien ja suolan käytössä. Sosiaalisuuteen ja mielialaan liittyvissä tekijöissä vähäisiä tai ei ollenkaan muutoksia oli tapahtunut yksinäisyyden tunteessa, rentoutumattomassa olossa ja ei-levollisen odotuksen tunteessa.

Vajaa kymmenesosa osallistuneista tupakoi ennen ohjantaa sekä ohjannan jälkeen. Huumeita osallistuneista ei käyttänyt kukaan. Tässä tutkimuksessa osallistuneiden alkoholin käyttö jäi sekä ennen ohjantaa 2011 ja ohjannan jälkeen 2013 terveyttä tai sosiaalisia ongelmia aiheuttavan rajan alapuolelle (Babor ym. 2001).

Ohjannan aikana heikoimmin koettuja muistiterveyteen liittyviä elintapatekijöitä molempina vuosina oli yleinen tyytyväisyys uneen ja nukkumiseen. Sekä ennen että jälkeen ohjannan peräti kolmasosa osallistuneista arvioi olevansa erittäin tai melko tyytymättömiä siihen. Osallistujien sosiaalisuuteen ja mielialaan liittyvien tuntemusten arvioissa ennen ohjantaa ja ohjannan jälkeen oli tapahtunut paranemista. Silti keskimäärin kymmenesosalla osallistuneista kokivat jokaisessa tämän aihealueen liittyvässä kysymyksessä ohjannan jälkeen oireilua vähintään melko usein vielä ohjannan jälkeenkin.

*Keski-ikäisten 40-65 –vuotiaiden naisten muistiterveyteen liittyvät elintapatekijät taustamuuttujittain ennen ohjantaa vuonna 2011 ja ohjannan lopussa vuonna 2013*

Ohjantaan osallistuneiden taustatekijöillä muistiterveyteen liittyvissä elintapatekijöissä oli yhteyttä viiden osamittarin alueella kahdeksasta. Näitä olivat **koettu terveys, liikunnan harrastaminen, nukkuminen ja lepo, ravinto, nautintoaineiden käyttö** sekä **sosiaalisuus ja mieliala**.

Ennen ohjantaa vuonna 2011 **ikäryhmällä** oli yhteyttä nukkumiseen ja lepoon sekä sosiaalisuuteen liittyvissä osa-alueen vastauksissa. Nuorimpien ikäryhmään kuuluvat kokivat eniten uniongelman häiritsevän vaikutuksen työssä toimimisessa. Tätä tulosta selittänee osaltaan kyseisen ikäryhmän suhteellisesti suurempi osallisuus työelämässä. Työelämä tietoyhteiskunnassa on tuonut uusia riskejä työntekijän hyvinvoinnille ja terveydelle. Työ kuormittaa ihmistä psyykkisesti aiempaa enemmän. (Kuikka ym. 2011.) Kyseistä oireilua voidaan pitää merkityksellisenä: työikäisten muistin ja keskittymiskyvyn heikkenemistä on todettu 14-17 %:lla miehistä ja 16-22 %:lla naisista vuosina 2006–2012 (Perkiö-Mäkelä ym. 2012, viitattu lähteessä Ahveninen ym. 2014). Tutkimustiedon mukaan vakavan työstressin tiedetään lisäävät alttiutta sairastua myöhäisiin dementialle (Andel ym. 2012).

Ohjannan jälkeen vuonna 2013 sosiaalisuuteen ja mielialaan liittyvissä tuntemuksissa nuorimpaan ikäryhmään kuuluneet kokivat muita ikäryhmiä enemmän yksinäisyyden tunnetta ja kärsivät myös siitä muita ikäryhmiä enemmän. Lisäksi nuorimpaan ikäryhmään kuuluvat kokivat muita ikäryhmiä enemmän yleistä huolestuneisuuden tunnetta sekä onnetonta ja kurjaa oloa sekä kokivat muita enemmän uniongelman häiritsevää vaikutusta kotona toimimisessa. Aiemman tutkimustiedon psykososiaaliset tekijät lisäävät riskiä sairastua muistisairauteen (Lu ym. 2009, Saczynski ym. 2010). Lisäksi unettomuudella on todettu yhteys muistitoimintoja heikentäväksi (Kuikka ym. 2011), mielialaa laskevaksi lisäten ärsyyntyneisyyttä, ahdistuneisuutta ja jännittyneisyyttä (Lopez-Cacía ym. 2008).

Ohjannan jälkeen vuonna 2013 ikäryhmällä oli yhteyttä liikunnan harrastamisessa. Nuorimpien ikäryhmään kuuluvat kokivat liikunnan tuottavan mielihyvää muita ikäryhmiä enemmän. Liikkumisesta tuleva mielihyvä edistää sisäistä motivaatiota jatkaa sitä. Sillä on terveyttä ja toimintakykyä säilyttävä ja parantava vaikutus ehkäisten myös lukuisia sairauksia. (Vuori 2013.) Liikuntaa harrastavien muistitoiminnoissa on havaittu vähemmän iän tuomia kognitiivisia muutoksia ja lisäksi heillä esiintyy vähemmän dementiaa yli 65-vuotiaina kuin liikuntaa harrastamattomien (Middleton ym. 2010, Erickson ym. 2010, viitattu lähteessä Härmä ym. 2010).

Tämän tutkimuksen ohjannassa käytettiin voimavaralähtöistä ohjantaa. Tällöin ohjanta nähdään ohjaajan ja ohjattavan välisenä neuvotteluna, jossa keskustelun keinoin pyritään edistämään ohjattavan kykyä parantaa elämäänsä haluamallaan tavalla. Ohjauksessa on korostettu monia toimintamahdollisuuksia, joilla voidaan vahvistaa ohjattavan toimintakykyä. Ohjauksessa on pyritty välttämään valmiiden ratkaisujen antamista antamalla ohjattavalle välineet pohtia omia ratkaisuja tavoitteisiin pääsemiseksi. (Onnismaa 2011.) Onnistunut ohjanta huomioi osallistujien tarpeet, motivaation ja nykyisen elintavan. Siihen kuuluu myös elintapamuutoksia edistävien ja ehkäisevien tekijöiden selvittäminen ja niiden perusteella annettu yksilöllinen neuvonta ja ohjaus. (Vuori 2013.) Ohjantaan voi merkityksellisesti vaikuttaa etnisen taustan huomioiminen (Okyemi ym. 2010, Tang ym. 2010, Corsino ym. 2012), ammattiryhmä (Kim ym. 2012) tai sukupuoli (Reinhardt ym. 2012).

Parhaat ohjantaan liittyvät tulokset saadaan antamalla neuvontaa ensisijaisesti suuren riskin henkilöille ja sairaille, joilla on henkilökohtaisia ja ympäristöön liittyviä edellytyksiä noudattaa niitä (Vuori 2013). Elintapamuutos on mahdollista, kun interventioon osallistuja arvioi elintapamuutoksen tuottavan vakavan terveystarpeen ehkäisyn lisäksi arvokkaan ja halutun lopputuloksen (Hankonen 2012). Samojen terveysongelmien kanssa kärsivien toisilleen antama vertaistuki on merkityksellistä (Asford ym. 2010). Haettaessa vaikuttavuutta ryhmäohjannalle taustamuuttujien huomioiminen on merkityksellistä. Esimerkiksi sydän- ja verisuonitautien havaittu riski ei lisännyt liikuntaharrastuksen

aloittamista nuorilla, mutta vanhemmat osallistujat kokivat sen terveysriskiä vähentävän tekijän motivoivaksi. (Renner ym. 2007.)

Tässä tutkimuksessa taustamuuttujilla pyrittiin selittämään hyväksi arvioituja muistiterveyttä vahvistavia elintapa- ja mielialatekijöitä. Ikäryhmä tai ammattiasema selittivät yksittäisiä muuttujia, eikä niistä voida päätellä selittävää tekijää hyviin elintapa- ja mielialatekijöihin. Tähän tutkimukseen osallistuneista 35 % oli työttömiä. Valtakunnalliseen työttömyysasteeseen verraten heidän osuutensa oli suhteellisen suuri. Elokuussa 2013 yleinen työttömyysaste Suomessa oli 7,6 %, joista naisten osuus 45 % ([www.findikaattori.fi](http://www.findikaattori.fi), 2014). Kouvolan seudulla syyskuussa 2013 työttömyysaste oli 12,3 %, joista naisten osuus 41,1 % ([www.ely-keskus.fi](http://www.ely-keskus.fi), 2014). Tämän tutkimuksen tuloksissa työttömien arviot eivät poikenneet tilastollisesti merkitsevästi muiden osallistujien arvioista. Voidaan kuitenkin pohtia, miksi niin suuri osa osallistuneista oli työttömiä.

*Keski-ikäisten 40-65 –vuotiaiden naisten voimavaralähtöisten terveyskeskustelujen yhteys muistiterveyteen liittyvissä elintapatekijöissä*

Tässä tutkimuksessa yksittäisten muistiterveyteen liittyvien elintapatekijöitä mittaavien muuttujien keskiarvojen vertailu osoittaa, että ohjannalla oli yhteyttä osaan muistiterveyteen liittyvissä elintapatekijöissä kuudessa osamittarissa kahdeksasta. Elintapatekijät paranivat osallistujien arvioinnissa **vuoden takaisesta terveydestä, reippaan liikunnan määrässä, verenpainearvojen normalisoitumisessa ja marjojen käytön lisäämisessä. Uniongelmosta johtuva töissä toimiminen, keskittymiskyky, mieliala, muisti ja huoli unettomuudesta** paranivat ohjannan aikana. Tässä tutkimuksessa todettiin myös ohjannan merkitsevä yhteys sosiaalisuuteen ja mielialaan liittyvään **yksinäisyydestä kärsimiseen, huolestuneisuuden tunteeseen, levottomuuden tunteeseen, synkkään ja raskasmieliseen oloon sekä onnettomaan ja kurjan oloon.**

Tämän tutkimuksen interventiossa käytettiin voimavaralähtöistä ohjantaa. Ohjannassa käytetyt voimavaralähtöiset interventio-ohjelmat onnistuvat paremmin kuin ei-teoriapohjaiset interventiot (Peters ym. 2009, Webb ym. 2010, viitattu lähteessä Hankonen 2012). Psykologisten tekijöiden on osoitettu olevan yhteydessä terveyskäyttäytymiseen ja sen muutokseen. Pelkän tiedon välittäminen ohjannassa vaikuttaa vähän käyttäytymisen muutoksen aikaansaamiseksi. (Hankonen 2012.) Motivoivan haastattelun tai muun vastaavan voimavaralähtöisen ohjannan on todettu olleen vaikuttavampaa verrattuna tavanomaiseen ohjantaan. (Van Keulen 2008, Campbell ym. 2009, Penn ym. 2009, Whittlemore ym. 2009, Okueymi ym. 2010, Tang ym. 2010, Kim ym. 2012, Reinhardt ym. 2012, Hardcastle ym. 2013, Lakerveld ym. 2013).

Tässä tutkimuksessa ohjanta muodostui henkilökohtaisista tapaamisista, ohjantaryhmän tapaamisista sekä muistiterveyttä edistävästä vierailuista. Ohjannan vaikuttavuuden on osoitettu parantuvan, kun haettuja elintapamuutoksia tuetaan samanaikaisesti eri tavoin (Vuori 2013). Motivoivan tai muun vastaavan ohjannan vaikuttavuutta on lisännyt tietokone- ja puhelinvälitteisen ohjannan yhdistäminen (Van Keulen ym. 2008) ja yksilöllisten tarpeiden huomioiminen (Campbell ym. 2009).

Terveyskäyttäytymisen muutos normaalissa elinympäristössä on todettu vaikeaksi (Hankonen 2012). Omitu elämäntavat ovat juurtuneet vuosien aikana, joten niiden muutoksellekin on annettava aikaa. Elämäntapojen muuttaminen on pitkäkestoinen prosessi, jonka lähtökohtana on ongelman ja sen merkityksen tiedostaminen. Elämäntapojen muuttaminen vaatii tiedon sisäistämistä, muutoksia ajattelussa sekä suhtautumisessa omiin tottumuksiinsa. (Etu-Seppälä ym. 2003.) Pieneltäkin tuntuvat muutokset interventiossa ovat kuitenkin merkittäviä ja niistäkin on lupa olla tyytyväinen.

Ohjantaan osallistuneet olivat keski-ikäisiä. Suomalaisten naisten elinikäennuste vuonna 2012 oli 83,4 vuotta ([www.tilastokeskus.fi](http://www.tilastokeskus.fi), 2013). Ohjantaan osallistuneiden ennustettua elinikää on jäljellä vielä vuosikymmeniä. Kaikilla osallistuneilla oli vähintään yksi muistiterveyden riskitekijä. Keski-ikä voi olla siirtymävaihe naisen elämässä. Osallistujien suojatekijät voivat toimia terveyttä edistävinä tekijöinä tuottaen tietoa positiivisesta ilmiöstä. Terveysalan ammattilaisen on merkityksellistä huomioida tämän ohjaustyylin valinnassa ja sen kehittämisessä. Keski-ikäisten naisten voimavarojen tunnistaminen ohjannassa kehittää sen asiakaslähtöisyyttä. Ohjannan kehittämistä suositellaan myös valtakunnallisesti terveyden edistämisen laatusuosituksessa (2006).

Tämän tutkimuksen ohjantaan osallistui määrällisesti pieni ryhmä. Vaikka jokaisella osallistujalla oli jokin riski muistisairauksiin, voidaan pohtia onko osallistujien vähäisellä määrällä ja heterogeenisyydellä vaikutusta tutkimustuloksiin. Lisäksi tutkimustulosten tilastolliseen merkityksevyteen voi vaikuttaa mittarissa muistiterveyteen liittyvien elintapojen, sosiaalisuuteen ja mielialaan liittyvien riskitekijöiden runsas lukumäärä. Tämä näkyy tutkimuksen mittarissa useana eri kysymyksenä kyseisessä aihealueessa. Tämän tutkimuksen mittari oli jaoteltu riskitekijöiden mukaan kahdeksaan eri osamittariin. Jokaiseen osamittariin liittyi kysymyksiä yhdestä seitsemään.

Tässä tutkimuksessa on vertailtu ohjantaan osallistuneiden keski-ikäisten naisten arvioita muistiterveyden riskitekijöistä alku- ja loppukartoituksessa vuosina 2011 ja 2013. Tutkimustulosten mukaan voidaan todeta, että ohjantaan osallistuneiden muistiterveyteen liittyvät elintapatekijät ovat monelta osin muuttuneet. Voidaan kuitenkin pohtia, ovatko kaikki toteutuneet positiiviset muutokset yhteydessä tämän tutkimuksen ohjantaan. Osallistujien elintapamuutoksiin on voinut vaikuttaa myös muut tekijät, esimerkiksi yleinen terveystietoisuuden lisääntyminen, osallistujien henkilökohtaisessa

elämässä tapahtuneet muutokset, lehtiartikkelit, sosiaalinen media sekä erilaiset kampanjat. Yli viidesosa ohjantaan osallistuneista keskeytti ohjannan, jolla voi myös olla vaikutusta tutkimustuloksiin.

Muistioireiden ja –sairauksien ehkäisyn interventiotutkimuksia on toistaiseksi tehty vähän. Tämän vuoksi kontrolloitu tutkimusnäyttö on puutteellista ja käytettävissä oleva tieto pohjautuu pääasiassa epidemiologisiin tutkimuksiin. Tällä hetkellä voidaan kuitenkin todeta, että aivojen monipuolinen käyttäminen, liikunta, monipuolinen ravinto sekä sydän- ja verisuonitautien ehkäisy ovat suositeltavia muistioireiden ehkäisyssä. (Soininen ym. 2010.)

## 6.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tässä tutkimuksessa on otettu huomioon eettisiä kysymyksiä koskien sekä tiedonhankintaa että tutkittavien suojaamista koskeviin normeihin sekä tutkijan vastuuta tulosten soveltamisesta koskeviin normeihin (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997). Tutkimuksen eettiset kysymykset ovat erityisen tärkeitä, kun tutkitaan inhimillistä toimintaa. Tutkimukseen on saatu kirjallinen lupa Kouvolan seudun Muisti ry:ltä. Voimavaralähtöisten terveyskeskustelujen ohjantaan ja siten myös tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Osallistumisen on voinut keskeyttää tutkimuksen missä vaiheessa tahansa. Vastaajien anonyymiteetti varmistettiin asiakasnumeroa käyttäen niin, että osallistuneiden tiedot pysyivät tutkijalle salaisina. Aineiston käsittelyvaiheessa yksittäisen osallistujan tietoja ei voinut tunnistaa. Tutkijan vastuulla on tulosten raportointi avoimesti ja rehellisesti (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997). Tässä raportissa on kuvattu avoimesti ja rehellisesti se, mitä tutkimusaineistossa on tullut esille. Ainoastaan kyselylomakkeen pituus, paino ja painoindeksi-kysymystä (kysymys 4i) ei ole raportoitu erikseen puutteellisten vastausten vuoksi.

Kvantiitatiivisessa tutkimuksessa luotettavuutta arvioidaan tarkastelemalla tutkimuksen mittarin ja tulosten validiteettia ja reliabiliteettia (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152). Vaikka kaikki ohjantaan osallistuneet ovat osallistuneet tähän tutkimukseen, otoskoko on silti pieni. Vaikka kaksi osallistujista oli yli 65-vuotiaita, kaikilla tutkimukseen osallistuneilla on ollut muistiin liittyviä riskitekijöitä. Näin ollen tulosten voidaan olettaa antavan luotettavaa tietoa. Tutkimuksen luotettavuutta voi heikentää se, ettei osallistuneiden koulutustaso ole ollut tiedossa. Kirjallisuuden perusteella tämä on merkityksellinen muistiterveyden riskitekijä.

**Tutkimuksen ulkoiseen validiteettiin** kuuluu tutkimustulosten yleistettävyyden (Burns & Grove 2009) ja sitä voidaan arvioida suhteessa otoksen riittävyyteen ja edustavuuteen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 156). Tässä tutkimuksessa ovat mukana kaikki interventioon osallistuneet.

Osallistuneiden taustatiedot vastaavat perusjoukkoa. Tässä tutkimuksessa saadut tulokset ovat luotettavia vain tutkimusjoukossa, joten niitä ei voi yleistää. Tutkittaessa laajemmalti keski-ikäisten naisten muistiterveyden elintapatekijöitä ja voimavaralähtöisen ohjannan yhteyttä tämän tutkimuksen tulokset ovat ainoastaan suuntaa antavia. Tässä tutkimuksessa uhkana on saattanut olla myös valikoituminen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 158), sillä osallistuneet osallistuivat tutkimukseen vapaaehtoisesti. Voidaan siis vain arvailla onko osallistuneiden joukossa muistiin liittyviä riskitekijöitä enemmän vai vähemmän omaavia osallistujia. Tulokset ovat kuitenkin tässä tutkimuksessa kliinisesti merkitseviä ja niitä voidaan soveltaa hoitotyön käytäntöön. Niiden avulla voidaan kehittää motivoivaa elintapaohjantaa.

**Tutkimuksen sisäinen validiteetti** tarkoittaa mittarin kykyä mitata sitä asiaa, mitä sillä on tarkoituskin mitata (Hirsjärvi ym. 2000). Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata keski-ikäisten 40-65 –vuotiaiden naisten muistiterveyteen liittyviä elintapatekijöitä ohjannan alussa 2011 ja ohjannan lopussa 2013, selvittää millainen yhteys voimavaralähtöisillä terveyskeskusteluilla oli muistiterveyteen liittyvissä elintapatekijöissä ja mitkä taustamuuttajat olivat yhteydessä muistiterveyteen liittyvissä elintapatekijöissä.

Sisäisesti validin tutkimuksen tuloksiin eivät vaikuta ulkoiset tekijät, vaan tulokset johtuvat vain tutkimuksen asetelmasta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 158). Tässä tutkimuksessa validiteetin uhkana voivat olla aineistosta tapahtuvat poistumat (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 210), tilannetekijät ja osallistujalähtöiset tekijät (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 2006). Tähän tutkimuksen pohjana oleva interventoryhmään osallistuneiden naisten lukumäärä oli vuonna 2011 alussa 99 ja vuonna 2013 ohjannan lopussa 77. Keskeyttäneiden osuus oli 23 (23 %). Koska tutkijalla ei ollut käytössä ohjannan keskeyttäneiden taustatietoja, tarkempaa katoanalyysiä ei ole pystytty tekemään ja selvittämään millaiset osallistujat keskeyttivät ohjannan. Pienehkö osallistujamäärä heikentää tulosten luotettavuutta. Validiteettia heikentää myös se, että osallistujat vastasivat kyselyyn ohjaajan läsnäollessa (Burns & Grove 2009, 402).

Tulosten sisäiseen validiteettiin on voinut vaikuttaa joitakin sekoittavia tekijöitä (Kankkunen & Vehviläinen & Julkunen 2009, 158). Ohjantaan osallistuneet ovat voineet seuloutua niin sanotusti hyvinä vastaajina, koska osallistuneet ovat hakeutuneet vapaaehtoisesti ryhmään. Tutkimuksen ollessa pitkittäistutkimus, osa (23 %) osallistuneista on jäänyt ohjannasta pois kesken tutkimuksen. Tämä huomioiden ei voida tietää olisivatko kyseiset tekijät muuttaneet tuloksia merkittävästi. Lisäksi voidaan pohtia, onko osallistujien vastauksiin ennen ohjantaa ja ohjannan jälkeen vaikuttanut ohjantaan liittymättömiä tekijöitä, joilla on ollut vaikutusta osallistujien arvioihin.

Validiteettiin liittyy tutkimuksen tuottamien mittaustulosten perusteella tehtyjen päätelmien soveltuvuus, tarkoituksenmukaisuus ja käytettävyys, jonka avulla tarkastellaan tutkimuksen laatua (Burns & Grove 2009, 376). Tulosten hyvään analyysiin vaikuttaa tutkijan kyky tulkita tuloksia ja tehdä niistä päätelmiä (Hirsjärvi ym. 2000, Burns & Grove 2009). Tämän tutkimuksen tulosten luotettavuuteen vaikuttaa heikentävästi pieni otoskoko. Tilastollisten analyysien ja testien perusteella tehtyjen päätelmien luotettavuutta lisää analyysiprosessin aikana tutkijan käyttämä kokeneiden tutkijoiden konsultaatio. Lisäksi tutkija on saanut apua tilastotieteilijältä.

Tutkimusaineisto täytti kohtuullisesti vaatimukset, joita valittujen tilastollisten menetelmien käyttö edellyttää. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta olisi ollut parempi, jos aineisto olisi ollut suurempi (Nummenmaa ym. 2009). Tutkimuksen luotettavuutta heikentää mittarin esitestaamattomuus. Tämän tutkimuksen kyselylomakkeessa on käytetty viitekehuksesta nousevia käsitteitä ja niiden perusteellista operationalisointia.

### 6.3 Tutkimuksen johtopäätökset ja suositukset

Tutkimustulosten perusteella voidaan esittää seuraavat johtopäätökset ja suositukset:

- 1) Yleinen tyytyväisyys uneen ja nukkumiseen, ei-levollinen odotus ja huolestuneisuuden tunne olivat heikoimmin koettuja muistiin liittyviä riskitekijöitä ennen ohjantaa ja ohjannan jälkeen.
- 2) Ei-levollisen odotuksen tunteessa oli tapahtunut vähiten muutosta ohjannan aikana.
- 3) Alle 50-vuotiaiden naisten uniongelma ja sen häiritsevä vaikutus työssä ja kotona sekä tunne yksinäisyydestä, huolestuneisuuden tunne ja onneton sekä kurja olo tulee huomioida ennaltaehkäisevissä toimenpiteissä.
- 4) Keski-ikäisten naisten muistiterveyden elintapamuutokset ovat muuttuneet voimavaralähtöisen ohjannan aikana.

Tämän tutkimuksen tuloksia voivat hyödyntää muistiterveyden edistämisen kanssa työskentelevät hoitotyön ammattilaiset. Tuloksia voivat hyödyntää myös hoitoalan oppilaitokset kehittäessään opetussisältöjään. Voimavaralähtöistä ohjantaa muistiterveyteen liittyvien elintapatekijöiden edistämässä voidaan kehittää myös eri organisaatioissa ja toimintaan liittyviä epäkohtia voidaan parantaa. Hoitotieteelle tämä tutkimus tuottaa kumulatiivista tietoa voimavaralähtöisen ohjannan vaikuttavuudesta muistiterveyteen liittyen. Tämä tutkimus on avuksi hoitotyön menetelmien ja prosessien kehittämisessä, kun halutaan mahdollistaa keski-ikäisten naisten muistiterveyden edistämistä voimavaralähtöisen ohjannan avulla. Tämän tutkimuksen avulla hyväksi havaittuja

työmenetelmiä käyttämällä voidaan odottaa vaikuttavuutta yksilötason elintapamuutoksissa edistäen kroonisten sairauksien ehkäisyä ja vaikuttaen terveyserojen kaventumiseen. Tämän tutkimuksen tulokset ovat suuntaa antavia myös muissa muistiterveyttä edistävissä ohjantaryhmissä.

#### 6.4 Jatkotutkimus- ja kehittämis ehdotukset

Tämän tutkimusten tuloksien perusteella esitän seuraavat jatkotutkimusehdotukset:

1. Jatkossa tulisi tutkia keski-ikäisten naisten muistiterveyteen liittyviä elintapatekijöitä nukkumiseen ja ei-levollisen odotuksen tunteeseen, koska nämä osa-alueet olivat toteutuneet heikoimmin tässä tutkimuksessa.
2. Elintapojensa vuoksi muistisairauksien riskiryhmään kuuluvia tulisi jatkossa erityisesti tutkia edelleen, jotta saataisiin yksityiskohtaisempaa tietoa ohjannan kannalta merkityksellisistä tekijöistä. Esimerkiksi laadullinen tutkimus voisi tuottaa laajempaa ja yksityiskohtaisempaa tietoa muistiterveyden edistämisen parantamiseksi.
3. Ohjantaan osallistuneiden odotuksia ja ohjannan toteuttaneiden arviointeja muistiterveyttä edistävästä interventiosta tulisi tutkia jatkossa. Tällä tavoin saataisiin luotettavaa tietoa osallistujien tarvitsemasta ohjannasta.

Muistiterveyden edistämiseen tarvitaan lisää voimavaroja. Näitä ovat esimerkiksi henkilökunnan ammattitaidon ylläpitämiseen sekä kehittämiseen liittyvä koulutus. Keski-ikäisille kohdennetuissa terveystarkastuksissa tulisi rutiininomaisesti ottaa puheeksi muistiterveyteen liittyvät tekijät. Näiden tekijöiden huomiointi ohjannassa on tarpeen, vaikka asiakkaalla ei olisi nähtävissä erityistä muistisairauksiin viittaavaa oireilua. Ennaltaehkäisevää toimintaa tarvitaan, jotta kohderyhmään kuuluvat saisivat riittävän tiedon lisäksi ohjantaa ja kannustusta elintapamuutoksiin sekä huomioimaan muistia kuormittavien suojaavien tekijöiden merkityksen. Vuorovaikutuksen kehittämisen lisäksi esimerkiksi tietojärjestelmien hyödyntäminen luovat pohjaa ohjannalle. Jotta muistiterveyden edistämisen ohjantaa voidaan kehittää, on sitä tarpeen arvioida säännöllisesti. Kaikkia muistiterveyden osa-alueita on huomioita entistä paremmin ja ymmärrettävä niiden osuus vaikuttavassa ohjannassa.



## LÄHTEET

- Aarsland D, Sardahaee FS, Anderssen S & Ballard C. 2010. Is physical activity a potential preventive factor for vascular dementia? A systematic review. *Aging & Mental Health* 14(4), 386-395.
- Ahveninen N, Rintala J, Ollikainen J, Suhonen J & Arola H. 2014. Työ-Optimi kysely auttaa tunnistamaan työssäkäyvän kognitiivisia ja muistioireita. *Suomen Lääkärilehti* 69(4), 207-214.
- Andel R, Crowe M, Hahn E, Mortimer J, Pedersen N, Fratiglioni L, Johansson B & Gatz M. 2012. Work-Related Stress May Increase the Risk of Vascular Dementia. *Journal of the American Geriatrics Society* 60(1), 60-67.
- Anglé S. 2010. Piilevän motivaation jäljillä – Ratkaisukeskeinen elämäntapojen ja painonhallinnan ohjaus. *Suomen Lääkärilehti* 65 (34), 2691-2696.
- Ashford S, Edmunds J & French D. 2010. What is the best way to change self-efficacy to promote lifestyle and recreational physical activity? A systematic review with meta-analysis. *British Journal of Health Psychology* 3 (15-2), 265-288.
- Babor T, Higgins-Biddle J, Saunders J & Monteiro M. 2001. World Health Organization AUDIT. The Alcohol Use Disorders Identification Test. Guidelines for Use in Primary Care. [http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who\\_msd\\_msb\\_01.6a.pdf](http://whqlibdoc.who.int/hq/2001/who_msd_msb_01.6a.pdf). Luettu 12.1.14.
- Brookmeyer R, Gray S & Kawas C. 1998. Projections of Alzheimer's disease in the United States and the public health impact of dealyinf disease onset. *American Journal of Public Health* 88(9), 1337-1342.
- Burns N & Grove SK. 2009. *The practice of Nursing Research. Appraisal, Synthesis and Generation of Evidence. Sixth Edition.* St. Louis: Elsevier Saunders, 378-379.
- Campbell MK, Carr C, Devellis B, Switzer B, Biddle A, Amamoo MA, Walsh J, Zhou B & Sandler R. 2009. A randomized trial of tailoring and motivational interviewing to promote fruit and vegetable consumption for cancer prevention and control. *Annals of Behavioral Medicine: a Publication of the Society of Behavioral Medicine* 38(2), 71-85.
- Corsino L, Rocha-Goldberg MP, Batch BC, Ortiz-Melo DI, Bosworth HB & Svetkey LP. 2012. The Latino Health Project: pilot testing a culturally adapted behavioral weight loss intervention in obese and overweight Latino adults. *Ethnicity & Disease* 22(1), 51-7.
- Defina LF, Willis BL, Radford NB, Gao A, Leonard D, Haskell WL, Weiner MF, Berry JD. 2013. The association between midlife cardiorespiratory fitness levels and later-life dementia: a cohort study. *Annals of Internal Medicine* 158(3), 162-168.
- Douglas L, Cahill K, Qin Y & Tang L. 2010. Motivational interviewing for smoking cessation. Review. *The Cochrane Library*, 10.
- Duodecim terveyskirjasto. 13.8.2010. Muistisairaudet. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=khp00094&p\\_haku=muisti](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00094&p_haku=muisti). Luettu 4.6.13.
- Eriksson K, Isola A, Kyngäs H, Leino-Kilpi H, Lindström U, Paavilainen E, Pietilä A-M, Salanterä S, Vehviläinen-Julkunen K & Åstedt-Kurki P. 2007. *Hoitotiede.* WSOY Helsinki 110-111.

- Eskelinen MH, Ngandu T, Helkala EL, Tuomilehto J, Nissinen A, Soininen H & Kivipelto M. 2008. Fat intake at midlife and cognitive impairment later in life: a population-based CAIDE study. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 23(7), 741-747.
- Eskelinen M. 2014. The Effects of Midlife Diet on Late-Life Cognition: An Epidemiological Approach. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja. Numero 220. [http://epublications.uef.fi/pub/urn\\_isbn\\_978-952-61-1394-4/urn\\_isbn\\_978-952-61-1394-4.pdf](http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-1394-4/urn_isbn_978-952-61-1394-4.pdf) Luettu 12.3.2014.
- Etu-Seppälä L, Ilanne-Parikka P, Haapa E, Marttila J, Korkee S & Sampo T. 2003. DEHKO - Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämissuunnitelma 2000-2010. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma 2003-2010. Suomen diabetesliitto.
- Elinkeino-, liikenne- ja ympäristökeskus. Kaakkois-Suomen työllisyyskatsaus syyskuu 2013. [http://www.ely-keskus.fi/documents/10191/143329/tyollisyyskatsaus+9\\_13.pdf/c1f0923b-31ae-4cbc-bc29-0acb12e176ce](http://www.ely-keskus.fi/documents/10191/143329/tyollisyyskatsaus+9_13.pdf/c1f0923b-31ae-4cbc-bc29-0acb12e176ce). Luettu 5.4.2014.
- Euroopan parlamentti. Täysistunto raportti 17 – 20.1.2011. <http://www.europarl.europa.eu/fi/headlines/content/20110110FCS11408/007/html/Alzheimer> – ja -muut – muistisairaudet etusijalle – Eun - terveystavoitteissa . 26.8.2011. Luettu 4.6.2013.
- Falk-Rafael A. 2001. Empowerment as a Process of Evolving Consciousness: A Model of Empowered Caring. *Advances in Nursing Science* 24(1), 1-16.
- Findikaattori. 2014. Työttömyysaste. <http://www.findikaattori.fi/fi/34>. Luettu 13.3.2014.
- Gu Y, Nieves JW, Stern Y, Luchsinger JA & Scarmeas N. 2010. Food combination and Alzheimer disease risk: a protective diet. *Archives of Neurology* 67(6), 699-706.
- Hankonen N. 2011. Psychosocial processes of health behavior change in a lifestyle intervention: Influences of gender, socioeconomic status and personality. Helsingin yliopisto. Valtiotieteellinen tiedekunta. Väitöskirja numero 51/2011. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/24850/psychoso.pdf?sequence=3>. Luettu 7.8.2013.
- Hankonen N. 2012. Millaiset psykososiaaliset prosessit johtavat elämäntapamuutoksen onnistumiseen? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 49, 75-78.
- Hardcastle S, Taylor A, Bailey M, Harley, R & Hagger M. 2013. Effectiveness of a motivational interviewing intervention on weight loss, physical activity and cardiovascular disease risk factors: A randomised controlled trial with a 12-month post-intervention follow-up. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 3(10), article 40.
- Hirsjärvi S, Remes P, Sajavaara P. 2008. Tutki ja kirjoita. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki, 164-165, 223.
- Hughes TF, Andel R, Small BJ, Borenstein AR, Mortimer JA, Wolk A, Johansson B, Fratiglioni L, Pedersen NL & Gatz M. 2010. Midlife fruit and vegetable consumption and risk of dementia in later life in Swedish twins. *The American Journal of Geriatric Psychiatry* 18(5), 413-420.
- Härmä H, Hänninen R & Suhonen J. 2010. Muisti kuormittuu ja kaipaa huoltoa. Teoksessa Härmä H & Granö S. (toim.) Työikäisen muisti ja muistisairaudet. WSOYpro Oy, Helsinki, 98-99.
- Jeanette M & Bonnie J. 2010. Health coaching to improve healthy lifestyle behaviors: An integrative review. *American Journal of Health Promotion* 25(1), 13-24.
- Jen-Hau C, Kun-Pei L & Yen-Ching C. 2009. Risk Factors for Dementia. *Journal of the Formosan Medical Association* 108(10), 754-764.

- Jula A, Kukkonen-Harjula K, Tala T, Riikola T & Aho T. 2010. Kohonnut verenpaine. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/khp00016>. Luettu 7.3.2014.
- Kankkunen P & Vehviläinen-Julkunen K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. WSOYPro Oy, Helsinki, 153.
- Kehler D, Christensen B, Lauritzen T, Christensen M, Edwards A & Risør M. 2008. Ambivalence related to potential lifestyle changes following preventive cardiovascular consultations in general practice: A qualitative study. *BMC Family Practice* 9:50.
- Van Keulen H. 2008. Vitalum study design: RCT evaluating the efficacy of tailored print communication and telephone motivational interviewing on multiple health behaviors. *BMC Public Health* 8, 216-233.
- Kim E & Hwang Y. 2012. Development and evaluation of a small group-based cardiocerebrovascular disease prevention education program for male bus drivers. *Journal of Korean Academical Nursing* 42(3), 322-332.
- Kivipelto M, Ngandu T, Laatikainen T, Winblad B, Soininen H & Tuomilehto J. 2006. Risk score for the prediction of dementia risk in 20 years among middle aged people: a longitudinal, population-based study. *Lancet Neurology* 5(9), 735-741.
- Kokko K. 2010. Keski-ikä ja siihen liittyvät odotukset. Teoksessa Pulkkinen L & Kokko K. (toim.) Keski-ikä elämänvaiheena. Jyväskylän yliopiston psykologian laitoksen julkaisuja 352. Jyväskylän yliopistopaino, 1.
- Koski-Jännes A. 2008. Motivoiva haastattelu. [http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f275002594/tup\\_luento030408.pdf](http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f275002594/tup_luento030408.pdf). Luettu 9.8.2013.
- Koski-Jännes A. 2008. Motivoivan haastattelun periaatteet ja menetelmät. Teoksessa Koski-Jännes A, Riittinen L & Saarnio P (toim.) Kohti muutosta Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Kustannusosakeyhtiö Tammi, Jyväskylä, 46-49.
- Kronholm E, Sallinen M, Suutama T, Sulkava R, Era P & Partonen T. 2009. Self-reported sleep duration and cognitive functioning in the general population. *Journal of Sleep Research*. 18(4), 436-446.
- Kuikka P, Akila R, Pulliainen V & Salo J. 2011. Miksi muisti pätkii? Tammerprint Oy, Helsinki, 50-68.
- Lachman, M. E. (2004). Development in midlife. *Annual Review of Psychology* 55, 305.
- Lakerweld J, Bot S, Chinapaw M, Kostense P, Dekker J & Nijpels F. 2013. Motivational interviewing and problem solving treatment to reduce type 2 diabetes and cardiovascular disease risk in real life: a randomized controlled trial. *Lakerveld et al. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 10(47).
- Lee Y, Back JH, Kim J, Kim SH, Na DL, Cheong HK, Hong CH & Kim Yg. systematic review of health behavioral risks and cognitive health in older adults. *International Psychogeriatric* 22(2), 174-187.
- Leon-Ortiz P, Ruiz-Flores ML, Ramirez-Bermudez J & Sosa-Ortiz AL. 2013. Lifestyle in older adults and its association with dementia. *Gaceta Medica de Mexico* 149(1), 36-45.
- Leyva-Moral JM. 2008. Motivational interviewing as an instrument to promote physical activity and dietary adherence among people with diabetes: literature review. *Foundation for Nursery Development, (FUDEN)* 29-4.

- López-Carcía E, Faubel R, León-Munoz L, Zuluaga M, Banegas J & Rodríguez-Artalejo R. 2008. Sleep-duration, general and abdominal obesity, and weight change among the older adult population of Spain. *American Journal of Clinical Nutrition* 87, 310-316.
- Lu PH, Edland SD, Teng E, Tingus K, Petersen RC & Cummings JL. 2009. Donepezil delays progression to AD in MCI subjects with depressive symptoms. *Neurology* 72 (24), 2115-2121.
- Martikainen J, Viramo P & Frey H. 2010. Muistisairauksien terveystaloudellinen merkitys. Teoksessa Erkinjuntti T, Rinne J & Soininen H. (toim.) *Muistisairaudet*. WS Bookwell Oy, Porvoo, 37.
- Metsämuuronen J. 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Gummerus kirjapaino Oy, Jyväskylä, 86-87.
- Morris MC, Evans DA, Bienias JL, Tangney CC, Bennett DA, Aggarwal N, Schneider J & Wilson RS. 2003. Dietary fats and the risk of incident Alzheimer disease. *Archives of Neurology* 60(2), 194-200.
- Munn Z. 2009. Physical leisure activities and their role in preventing dementia: a systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 65(12), 2508–2513.
- Mustajoki P. 2003. Miten potilas motivoituu hoitonsa aktiiviseksi osapuoleksi? *Suomen Lääkärilehti* 58 (42), 4235-4237.
- Mustajoki P & Kunnamo I. 2009. Motivoiva potilashaastattelu, vaikuttava terveysterveystietä. Duodecim terveystietokirjasto. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveysportti/tk.koti?p\\_artikkeli=seh00147](http://www.terveyskirjasto.fi/terveysportti/tk.koti?p_artikkeli=seh00147) Luettu 8.8.2013.
- Nooyens AC, van Gelder BM, Verschuren WM. 2008. Smoking and cognitive decline among middle-aged men and women: the Doetinchem Cohort Study. *American Journal of Public Health* 98(12), 2244-2250.
- Nummenmaa L. 2009. Käyttäytymistieteiden tilastolliset menetelmät. Otavan kirjapaino Oy, Keuruu, 207.
- Nurmela T. 2002. Ajattelun taito ja lupa ilmaista. Teoreettis-käsitteellinen tutkimus hoitotyön edellyttämästä kriittisen ajattelun taidosta ja sen edellytyksistä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. <http://urn.fi/urn:isbn:951-44-5321-2>. Luettu 23.8.2013.
- Okuyemi KS, Zheng H, Guo H & Ahluwalia JS. 2010. Predictor of adherence to nicotine gum and counseling among African-American light smokers. *Journal of General Internal Medicine* 25(9), 969-976.
- Onnismaa J. 2011. Ohjaus- ja neuvontatyö. Aikaa, huomiota ja kunnioitusta. Gaudeamus, Helsinki, 28.
- Panza F, Frisardi V, Seripa D, Logroscino G, Santamato A, Imbimbo BP, Scafato E, Pilotto A & Solfrizzi V. 2012. Alcohol consumption in mild cognitive impairment and dementia: Harmful or neuroprotective (Review). *International Journal of Geriatric Psychiatry* 27(12), 1218-1238.
- Paunonen M & Vehviläinen-Julkunen K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1.-4. painos, 2006. WSOY Oppimateriaalit, Helsinki, 36-42.
- Pelkonen M, Hakulinen T. 2002. Voimavaroja vahvistava malli perhehoitotyöhön. *Hoitotiede* 14 (5), 202-212.

- Penn L, White M, Oldroyd J, Walker M, Alberti KG & Mathers JC. 2009. Prevention of type 2 diabetes in adults with impaired glucose tolerance: the European Diabetes Prevention RCT in Newcastle upon Tyne, UK. *BMC Public Health* 16(9), 342-355.
- Pirttilä T & Nybo T. 2004. Kipu ja kognitio. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim*. 120(2), 199-205. [http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=duo94053&p\\_haku=kipu%20ja%20kognitio](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo94053&p_haku=kipu%20ja%20kognitio). Luettu 2.8.2013
- Pakkala I. 2008. Krooninen kipu. <http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f757188385/krooninenkipu.pdf>. Luettu 14.5.2014.
- Polit DF & Beck CT. 2008. *Nursing Research: Generating and Assessing Evidence for Nursing Practice*. 8th Ed. Philadelphia. Lippincott Williams & Wilkins.
- Reinhardt J, Van Der Ploeg H, Grzegorzulka R & Timperley J. 2012. Implementing lifestyle change through phone-based motivational interviewing in rural-based women with previous gestational diabetes mellitus. *Health Promotion Journal of Australia* 23(1), 5-9.
- Renner B, Spivak Y, Kwon S & Schwarzer R. 2007. Does age make a difference? Predicting physical activity of South Koreans. *Psychology and Aging* 22(3), 482-493.
- Rovio S, Kareholt I, Helkala EL, Viitanen M, Winblad B, Tuomilehto J, Soininen H, Nissinen A & Kivipelto M. 2005. Leisure-time physical activity at midlife and the risk of dementia and Alzheimer's disease. *Lancet Neurology* 4, 705-711.
- Rusanen M, Kivipelto M, Quesenberry CP Jr, Zhou J & Whitmer RA. 2010. Heavy smoking in midlife and long-term risk of Alzheimer disease and vascular dementia. *Archives of Internal Medicine* 28;171(4), 333-339.
- Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Sairaanhoitajaliitto 2006. [http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan\\_työ\\_ja\\_hoitotyön/sairaanhoitajan\\_työ/sairaanhoitajan\\_eettiset\\_ohjeet](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_työ_ja_hoitotyön/sairaanhoitajan_työ/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet). Luettu 13.11.2013.
- Saczynski JS, Beiser A, Seshadri S, Auerbach S, Wolf PA & Au R. 2010. Depressive symptoms and risk of dementia: the Framingham Heart Study. *Neurology* 75(1), 35-41.
- Sharp S, Aarsland D, Day S, Sonnesyn H & Ballard C. 2011 Hypertension is a potential risk factor for vascular dementia: systematic review. *International Journal of Geriatric Psychiatry* 26(7), 661-669.
- Soininen H & Kivipelto M. 2010. Muistisairauksien ennaltaehkäisy. Teoksessa Erkinjuntti T, Rinne J & Soininen H. (toim.) *Muistisairaudet*. WS Bookwell Oy, Porvoo, 448-449, 453.
- Solomon A, Kivipelto M, Wolozin B, Zhou J & Whitmer RA. 2009. Midlife serum cholesterol and increased risk of Alzheimer's and vascular dementia three decades later. *Dementia and Geriatric Cognitive Disorders* 28(1), 75-80.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. Kansallinen muistiohjelma 2012–2020 Tavoitteena muistiystävällinen Suomi. Helsinki 2012. [http://www.stm.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=5065240&name=DLFE-20011.pdf](http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5065240&name=DLFE-20011.pdf). Luettu 3.6.2013.
- Tang TS, Funnell MM, Brown MB & Kurlander JE. 2010. Self-management support in “real-world” setting: an empowerment-based intervention. *Patient Education Counseling* 79 (2), 178-184.
- Terveystieteiden tutkimuskeskus. 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisu 2006:19. Helsinki. <http://pre20090115.stm.fi/pr1158139777250/passthru.pdf>. Luettu 16.5.2014.

THL. 2013. Tupakkatilasto. [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/paihteet/tupakka](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/aiheittain/paihteet/tupakka).  
Luettu 19.1.2014.

Tilastokeskus. 2013. Elinajanodote. <http://www.tilastokeskus.fi/org/historia/elinajanodote.html>.  
Luettu 21.6.2014.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. [http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/\\_julkaisu/1833881](http://www.stm.fi/julkaisut/nayta/-/_julkaisu/1833881). Luettu 28.6.2013.

Vuori I. 2013. Liikuntaan ohjaaminen kuuluu terveydenhuollon tehtäviin. Suomen lääkärilehti 23, 1755-1756.

Whittemore R, Melkus G, Wagner J, Dziura J, Northrup V, Grey M. 2009. Translating the Diabetes Prevention Program to Primary Care: A Pilot Study. Nursing Research 58(1), 2-12.

Whitmer RA, Gustafsson DR, Barret-Connor E, Haan MN, Gunferson EP & Yaffe K. 2008. Central obesity and increased risk of dementia more than three decades later. Neurology 30;71(14), 1057-1064.

WHO and Alzheimer's Disease International (ADI) 11.04.2012 [Dementia: A Public Health Priority. Http://www.who.int/mental\\_health/publications/dementia\\_report\\_2012/en/index.html](http://www.who.int/mental_health/publications/dementia_report_2012/en/index.html). Luettu 3.6.2013.

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Hakutulos	Valitut
Cinahl	("motivational interviewing*" OR "resource oriented" OR "solution focused therap*") AND adult* AND prevention NOT mental* NOT drug* NOT infection* NOT child* NOT (adolesc* OR young)	English language, Published date from 20080101-20130613, free full text	36	2
Pubmed	("motivational interviewing*" OR "resource oriented" OR "solution focused therap*") AND adult* AND prevention NOT mental* NOT drug* NOT infection* NOT child* NOT (adolesc* OR young)	English language, Published date from 20080101-20130613, free full text	189	9
Cochrane	("motivational interviewing*" OR "resource oriented" OR "solution focused therap*") AND adult* AND prevention NOT mental* NOT drug* NOT infection* NOT child* NOT (adolesc* OR young)	English language, Published date from 20080101-20130613, free full text	18	1
Scopus	("motivational interviewing" OR "resource oriented" OR "solution focused" AND prevention* OR) AND promotion* AND adult* ("English"))	PUBYEAR > 2008 –and (LIMIT-TO (LANGUAGE, "English"))	162	3
JBICconnect	(((((("motivational interviewing" or "resource oriented" or "solution focused") and prevention*) or promotion*) and adult*) not child* not mental no infection*))	full text, limir 1 to yr="2008-2013"	81	-
Cinahl	empowerment* AND adult* AND prevention NOT mental* NOT drug* NOT infection*	English Language, 12 abstract Available; Published Date: 20080101-20130631; Linked Full Text		-
Pubmed	empowerment* AND adult* AND prevention NOT mental* NOT drug* NOT infection*	English Language, 25 abstract Available; Published Date: 20080101-20130631; Linked Full Text		1

<b>Tietokanta</b>	<b>Hakusanat</b>	<b>Rajaukset</b>	<b>Hakutulos</b>	<b>Valitut</b>
Pubmed	(life-style*) AND dement* OR alzheimer* AND adult* AND prevention*	Limiters - English Language; Published Date from: 20080101-20130631; Linked Full Text Search modes - Boolean/Phrase	6	1
Cinahl	(physical activit*) AND dement* OR alzheimer* AND adult* AND prevention*	Filters: Free full text available; published in the last 5 years	55	3
Pubmed	(physical activit*) AND dement* OR alzheimer* AND adult* AND prevention*	Limiters - English Language; Published Date from: 20080101-20130631; Linked Full Text Search modes - Boolean/Phrase	11	2
Cinahl	stress* AND dement* OR Alzheimer* AND adult* AND prevention*	Filters: Free full text available; published in the last 5 years	133	1
Cinahl	sleep* AND dement* OR alzheimer* AND adult* AND prevention*	Filters: Free full text available; published in the last 5 years	87	2
Pubmed	food* AND dement* OR alzheimer* AND adult* AND prevention*	English Language; Published Date from: 20080101-20130631; Linked Full Text Search modes - Boolean/Phrase	84	2
Pubmed	manuaalinen haku			3
Cinahl		Filters: Free full text available;	50	1



	hypertension* AND dement* OR alzheimer* AND adult* AND prevention*	published in the last 5 years		
Cinahl	obesit* OR diabetes* AND dement* OR alzheimer* AND adult* AND prevention*	Filters: Free full text available; published in the last 5 years	102	1
Pubmed	cholesterol* AND dement* OR alzheimer* AND adult* AND prevention*	Limiters - English Language; Published Date from: 20080101- 20130631; Linked Full Text Search modes - Boolean/Phrase	86	1
Scopus	TITLE-ABS-KEY(depress* AND dement* OR alzheimer* AND adult* AND prevention*)	DOCTYPE(re) AND PUBYEAR > 2007 AND PUBYEAR < 2014 AND (LIMIT- TO(LANGUAGE, "English"))	35	1
Pubmed	(depress* AND dement* OR alzheimer* AND adult* AND prevention*)	Free full text available; published in the last 5 years	104	1
Scopus	TITLE-ABS-KEY(depress* AND dement* OR alzheimer* AND adult* AND prevention*)	DOCTYPE(re) AND PUBYEAR > 2007 AND PUBYEAR < 2014 AND (LIMIT- TO(LANGUAGE, "English"))	13	1
Pubmed	Smoking* AND dement* OR alzheimer* AND adult* AND prevention*	Limiters - English Language; Published Date from: 20080101- 20130631; Linked Full Text	74	2

		Search modes - Boolean/Phrase		
Scopus	TITLE-ABS-KEY-AUTH(alcohol* AND dement* OR alzheimer* AND adult* AND prevention*)	(LIMIT-TO(PUBYEAR, 2013) OR LIMIT-TO(PUBYEAR, 2012) OR LIMIT-TO(PUBYEAR, 2011) OR LIMIT-TO(PUBYEAR, 2010) OR LIMIT-TO(PUBYEAR, 2009)) AND (LIMIT-TO(DOCTYPE, "re")) AND (LIMIT-TO(LANGUAGE, "English"))	13	1

Liitetaulukko 3. Kirjallisuuskatsauksessa käytetyt tutkimukset (1/10)

Tekijä(t), lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto/otos	Menetelmä	Päätulokset
Kehler D, Christensen B, Lauritzen T, Christensen M, Edwards A & Risør M. 2008. Ambivalence related to potential lifestyle changes following preventive cardiovascular consultations in general practice: A qualitative study. <i>BMC Family Practice</i> . 9:50. (Tanska)	selvittää motivoivan haastattelun vaikuttavuutta ja kuvata motivaatioon liittyviä tekijöitä elintapamuutosten toteuttamisessa.	12 aikuista, joilla suurentunut riski sydän- ja verisuonitauteihin.	haastattelututkimus kahden viikon kuluttua interventioista, grounded-teoria.	kaikilla tutkimukseen osallistuneilla ristiriitaiset tunteet elintapamuutoksiin harkintavaiheessa, suunnittelussa ja toteuttamisen aloittamisvaiheessa. Ristiriitaiset tunteet jaoteltiin viiteen eri ryhmään: käsityksiin, kysyntään, tietoon, prioriteettiin sekä hoitoon. Ristiriitaisten tunteiden huomiointi intervention toteutuksessa , jotta motivoivalla haastattelulla voidaan syvällisemmin tukea elintapamuutoksia ja niiden ylläpitoa.
Van Keulen H. 2008. Vitalum study design: RCT evaluating the efficacy of tailored print communication and telephone motivational interviewing on multiple health behaviors. <i>BMC Public Health</i> . 8:216-233. (Alankomaat)	selvittää motivoivan haastattelun vaikuttavuutta liikunta- ja ravitsemukseen liittyvässä terveystyöskäytymistä tukevassa ohjannassa.	23 eri yleisen lääkäriaseman kautta henkilökohtaisesti tai sähköpostitse rekrytoituihin 45-70 –vuotiaat aikuiset (n=1600).	satunnaistetut neljä ryhmää: yksilöllisen tarpeen huomioinut tietokoneen välityksellä annettu ohjanta, puhelimitse annettu motivoivaan haastatteluun perustuva ohjanta, edellisten yhdistelmä sekä kontrolliryhmä. Seurantahaastattelut 25, 47 ja 73 aloituksesta.	yhdistelmä yksilön tarpeet huomioivasta tietokoneavusteisella ja puhelimitse annetulla motivoivaan haastatteluun perustuvalla ohjannalla eniten vaikuttavuutta jokaisessa kolmessa seurannassa. Koulutustasolla vaikutusta tietokoneavusteisessa ohjannassa (korkeammin koulutetut helpommin tavoitettavissa tietokoneen

				<p>välityksellä). Lisäksi koulutustasolla vaikutusta motivoivan haastattelun vaiheissa (korkeammin koulutetuilla ohjannalla nopeammin etenevä vaikuttavuus). Tulosten hyödyntäminen esimerkiksi poliittisessa päätännässä edistäen näyttöön perustuvaa vaikuttavuutta kroonisten sairauksien ennaltaehkäisyssä.</p>
<p>Leyva-Moral JM. 2008. Motivational interviewing as an instrument to promote physical activity and dietary adherence among people with diabetes: literature review. <i>Foundation for Nursery Development, (FUDEN)</i>. 29-4. (Spain)</p>	<p>selvittää kirjallisuuskatsauksen avulla motivoivan haastattelun vaikuttavuutta ja tehokkuutta lisäämään sitoutumista liikunnan ja ruokavalion muutosohjelmaan tyypin 2 diabeetikoilla.</p>	<p>yksitoista tutkimusta</p>	<p>kirjallisuuskatsaus elektronisista tietokannoista PsychoINFO, PubMed, OVIDIUS Full Text, CINAHL, CUIDEN, IBECs, CompluDoc y ENFISPO vuosilta 1995-2005. Kvalitatiiviset ja kvantitatiiviset tutkimukset</p>	<p>motivoiva haastattelu käyttökelpoinen tekniikka lisäämään sitoutumista liikuntaan ja ruokavaliomuutoksiin tutkimuksiin osallistuneiden tyypin 2 diabetesta sairastavilla. Kirjallisuuskatsauksen mukaan motivoivalla haastattelulla jonkin verran lisäävää vaikuttavuutta ja käyttökelpoinen tekniikka ohjannassa, mutta ei kuitenkaan poissulje muidenkin käyttäytymisen tekniikan käyttöä ohjannassa. Katsauksen mukaan tarvitaan lisää tieteellistä näyttöä</p>

				motivoivan haastattelun käytöstä diabeteksen ehkäisyssä.
Campbell MK, Carr C, Devellis B, Switzer B, Biddle A, Amamoo MA, Walsh J, Zhou B & Sandler R. 2009. A randomized trial of tailoring and motivational interviewing to promote fruit and vegetable consumption for cancer prevention and control. <i>Annals of behavioral medicine: a publication of the society of behavioral medicine</i> . 38(2):71-85. (Yhdysvallat)	selvittää kahden eri intervention vaikuttavuutta hedelmien ja vihannesten käytössä sekä liikunnan lisäämisessä peräsuolen syövän sairastaneiden sekä sairastamattomien osallistujien keskuudessa.	otos n=735 keski-ikänsä 66-vuotiasta aikuista.	satunnaistetut neljä ryhmää koe- ja kontrolliryhmineen kontrolliryhmineen käyttäen yksilöllistä terveysohjantaa tai puhelimitse annettua motivoivaa haastattelua tai molempien yhdistelmää. seuranta-aika yksi vuosi.	yhdistetyllä ohjannalla kasvien ja hedelmien kulutuksen lisäämisen eniten vaikuttavuutta syöpää sairastamattomien osallistujien keskuudessa. Yhdistetty interventio myös kustannustehokkaampi vaihtoehto kuin puhelimitse annettu motivoiva haastattelu. Liikkumisen lisääntymisessä ei tapahtunut tilastollisesti merkitsevää muutosta kummassakaan interventiomuodossa.
Penn L, White M, Oldroyd J, Walker M, Alberti KG & Mathers JC. 2009. Prevention of type 2 diabetes in adults with impaired glucose tolerance: the European Diabetes Prevention RCT in Newcastle upon Tyne, UK. <i>BMC Public Health</i>	selvittää t2d:n sairastumista ehkäisyn vaikuttavuutta elämäntapainterventiolla. Tarkoituksena testata Suomen Diabetesliiton diabeteksen ehkäisyohjelman tutkimustulosten osoittamaa hypoteesia, voidaanko t2d ehkäistä elämäntapainterventiolla.	otos n=102, joilla riski sairastua aikuisiän sokeritautiin.	satunnaistetut koe- ja kontrolliryhmät. Koeryhmässä interventio yksilöllisellä motivoivalla haastattelulla sekä kontrolliryhmässä tavanomainen hoito. Seuranta-aika kolme vuotta.	interventioyhmään kuuluneiden diabeteksen riskiä vähentävät elintapamuutokset vähensivät sairastumisriskiä 55 % verrattuna tavanomaiseen hoitoon.

<i>Health</i> . 16(9), 342-355. (Englanti)	Päätulosmuuttujana oli diagnoosin t2d ehkäisy, lisäksi intervention tavoitteena painonpudotus, fyysisen aktiivisuuden lisääntyminen, kuidun, hiilihydraattien ja rasvan saanti.			
Whittemore R, Melkus G, Wagner J, Dziura J, Northrup V, Grey M. 2009. Translating the Diabetes Prevention Program to Primary Care: A Pilot Study. <i>Nursing Research</i> . 58(1), 2-12. (Yhdysvallat).	selvittää sairaanhoitajien toteuttaman elintapaohjannan vaikuttavuutta t2d-riskin omaaville aikuisille.	otos n=58, joilla riski sairastua aikuisiän sokeritautiin.	satunnaistetut koe- ja kontrolliryhmät, seuranta 6 kk. Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus. Koeryhmässä motivoivaan haastatteluun perustuva ohjanta elintapamuutoksista ja kuusi erillistä ryhmätapaamiskertaa. Kontrolliryhmässä hieman parannettu tavanomainen hoidon ohjelma, jossa kaksi ryhmätapaamiskertaa luontotyypillisesti liittyen elintapoihin ja ruokavalio muutoksiin.	koeryhmään osallistuneet kokivat saaneen enemmän voimavaroja muuttaa elintapojaan ruokavalio- ja liikuntakäyttäytymiseen. Lisäksi koeryhmässä hieman enemmän laihtumista verraten kontrolliryhmään osallistuneisiin. Koeryhmää ohjaavat sairaanhoitajat kokivat motivoivan haastattelun haastelliseksi, vaikka olivatkin saaneet siihen koulutusta.

<p>Ashford S, Edmunds J &amp; French D. 2010. What is the best way to change self-efficacy to promote lifestyle and recreational physical activity? A systematic review with meta-analysis. <i>British Journal of Health Psychology</i>. 3 (15-2), 265-288. (Englanti)</p>	<p>selvittää kirjallisuuskatsauksen avulla intervention vaikuttavuutta lisäämään pystyvyyden tunnetta liikuntaa lisääviin elämäntapamuutoksiin.</p>	<p>27 tutkimusta, joissa yhteensä 5501 aikuista osallistujaa.</p>	<p>haku elektronisista viikekannoista tutkimuksista, joissa tutkittu interventiossa huomioidun osallistuneiden omien kykyjen kannustaminen. ohjannasskvalitatiiviset ja kvantitatiiviset tutkimukset, satunnaistetut tutkimukset. Systemaattinen katsaus ja meta-analyysi tutkimuksista, joissa käytetty motivoivaa haastattelua liikuntaa lisäävässä elämäntapamuutoksessa</p>	<p>vertaistuen hyödyntäminen, aiemmin saadun palautteen huomioiminen, vastuuttaminen omaseurantaan sekä ohjannan aikana pystyvyyden kannustaminen lisäsi ohjannan vaikuttavuutta. Vaikuttavuutta lisäsi myös ohjannan yksilöllisyys. Sanallisella suostuttelulla, asteittaisen hallinnan tekniikka (vähittäinen kohdekäyttäytymisen vaikeusasteen lisääminen) sekä motivoivan haastattelun tai muun vastaavan teorian huomioimattomuus vaikuttivat ohjannan vaikuttavuuteen heikentävästi.</p>
<p>Douglas L, Cahill K , Qin Y &amp; Tang L. 2010. Motivational interviewing for smoking cessation. Review. <i>TheCochrane Library</i>. 10. (Englanti-Kiina)</p>	<p>selvittää kirjallisuuskatsauksen avulla motivoivan haastattelun vaikuttavuutta tupakoinnin lopettamisessa.</p>	<p>14 koko-tekstinä Cochranessa julkaistua tutkimusta vuosilta 1997-2008. Katsauksien tutkimuksissa yli 10000 tupakoitsijaa.</p>	<p>systemaattinen katsaus tutkimuksista, joissa käytetty motivoivaa haastattelua tai vastaavaa teoriaa lopettamisen ohjannassa Satunnaistetut, kontrolloidut, kvalitatiiviset</p>	<p>motivoiva haastattelu tai vastaava teoria auttoi osallistuneita ratkaisemaan epävarmuustekijöitä elintapojen muutosprosessissa. Vaikuttavuutta lisäsi, kun ohjannan toteutti</p>

			ja kvantitatiiviset tutkimukset.	hoitohenkilöstö tai lääkäri. Yli 20 minuuttia kerrallaan kestänyt sekä tapaamisten toteutuessa useammin kuin kahdesti lisäsivät tehokkuutta. Puhelimitse annetulla ohjannan vaikuttavuus jäi epäselväksi. Motivoivaan haastatteluun osallistuneet onnistuivat tupakoinnin lopettamisessa tavanomaiseen ohjantaan verrattuna.
Jeanette M & Bonnie J. 2010. Health coaching to improve healthy lifestyle behaviors: An integrative review. (2010) <i>American Journal of Health Promotion</i> . 25(1), 13-24.	selvittää kirjallisuuskatsauksen avulla systemaattisesti analysoiden motivoivan haastattelun tai vastaavan elintapaohjannan vaikuttavuutta määritellen ohjelmien keskeiset ominaisuudet.	15 tutkimusta vuosilta 1999-2008.	elektroniset viitekantahaut, määrälliset ja laadulliset tutkimukset, joista seitsemässä satunnaistetut koe- ja kontrolliryhmät.	kuudessa tutkimuksessa elintapaohjannalla vaikuttavuutta ravitsemuksessa, liikunnassa, painonhallinnassa tai lääkemyöntyvyydessä. Yhteisiä piirteitä vaikuttavissa tutkimuksissa olivat tavoitteiden asettaminen, motivoiva haastattelu ja yhteistyö terveydenhuollon tarjoajien kesken.



Liitetaulukko 3. Kirjallisuuskatsauksessa käytetyt tutkimukset (7/10)

<p>Okuyemi KS, Zheng H, Guo H &amp; Ahluwalia JS. 2010. Predictor of adherence to nicotine gum and counseling among African-American light smokers. <i>Journal Gen Intern Med.</i> 25(9), 969-976. (Yhdysvallat).</p>	<p>selvittää intervention sekä nikotiinipurukumin käytön vaikuttavuutta tupakoinnin lopettamisessa.</p>	<p>Yhdysvalloissa asuvat etniseltä alkuperältään Afrikkalaiset yli 10 savuketta päivässä tupakoivat, otos n=750</p>	<p>satunnaistetut koe- ja kontrolliryhmät, edelleen ryhmät jaoteltu neljään eri ryhmään: nikotiinipurukumi ja placebo sekä neuvonta (motivoiva haastattelu ja terveyskasvatus).</p>	<p>nikotiinipurukumilla tilastollisesti merkittävää vaikuttavuutta tupakoinnin lopettamisessa. Motivoivan haastattelun ohjantaan kuuluneilla tilastollisesti enemmän tupakoinnin lopetusta ohjannan aikana. Psykologisten interventioiden hyödyntäminen ohjannassa edistää sitoutuneisuutta tupakoinnin lopettamisessa.</p>
<p>Tang TS, Funnell MM, Brown MB &amp; Kurlander JE. 2010. Self-management supporti in "real-world" setting: an empowerment-based intervention. <i>Patient Education Couns.</i> 79 (2), 178-184.</p>	<p>selvittää diabeteksen omahoitoa vahvistavan voimavarakeskeisen ohjannan vaikuttavuutta</p>	<p>otos n=77 Amerikan afrikkalaiset, joilla t2d.</p>	<p>satunnaistetut koe- ja kontrolliryhmät. Kohorttitutkimus, elintapainterventio 6 kk:n ajan, seuranta lähtötilanteessa, 6 ja 12 kk:n kuluttua kliinisissä tuloksissa, itsehoidon muutoksissa ja elämänlaadun muutoksissa.</p>	<p>koeryhmässä intervention aikana sekä viimeisessä seurannassa merkittäviä parannuksia diastolisessa verenpaineessa, terveellisissä ruokavaliomuutoksissa sekä verensokeritasossa laskua. Voimavarakeskeisellä ohjannalla lupaava vaikutus elintapojen parantamisessa tai terveyden ylläpitämisessä.</p>
<p>Corsino L, Rocha-Goldberg MP, Batch BC, Ortiz-Melo DI,</p>	<p>selvittää kulttuurin huomioivaa motivoivaa</p>	<p>vapaaehtoisesti tutkimukseen halukkuuden</p>	<p>kvantitatiivinen, kokeellinen tutkimus. Painon, bmi:n,</p>	<p>keskimääräinen painonpudotus 5,1 kg,</p>

Liitetaulukko 3. Kirjallisuuskatsauksessa käytetyt tutkimukset (8/10)

<p>Bosworth HB &amp; Svetkey LP. 2012. The Latino Health Project: pilot testing a culturally adapted behavioral weight loss intervention in obese and overweight Latino adults. <i>Ethnicity &amp; Disease</i>. 22(1), 51-7. (Yhdysvallat)</p>	<p>ohjantaa painonpudotukseen elintapamuutoksilla ylipainoisilla latino-aikuisilla.</p>	<p>osoittaneet, ylipainoiset Yhdysvalloissa asuvat, etniseltä alkuperältään latinot, n=56, joista naisia n=47 ja miehiä n=9.</p>	<p>verenpaineen, ruokailutottumusten ja liikunnan määrän mittaaminen lähtötilanteessa ja ohjannan lopussa 20 viikon kuluttua. Interventio koostui 20 viikon aikana toteutetuista ryhmäistunnoista, jonka ohjannassa käytettiin motivoivaa haastattelua. Tavoitteena vaikuttaa osallistuneiden elintapamuutoksiin lisääntyneellä liikkumisella ja ruokailuun liittyvin muutoksin etninen kulttuuri huomioiden.</p>	<p>keskimääräinen verenpaineen lasku 2,6 mmHg.</p>
<p>Kim E &amp; Hwang Y. 2012. Development and evaluation of a small group-based cardiocerebrovascular disease prevention education program for male bus drivers. <i>Journal of Korean Academical Nursing</i>. 42(3), 322-332. (Korea)</p>	<p>selvittää pienryhmäpohjaisen ohjannan vaikuttavuutta terveystietoisuudessa sydän- ja verisuonitautien ennaltaehkäisyssä riskiryhmään kuuluvien miespuolisten linja-autonkuljettajien keskuudessa.</p>	<p>satunnaistet koe- ja kontrolliryhmät, n=68. Koeryhmä (n=35) motivoivaan haastatteluun pohjautuva ohjanta kahdeksan kertaa kuuden viikon aikana sekä kolme kertaa puhelimitse.</p>	<p>yksilöhaastattelut 6 viikon ja 12 viikon kuluttua.</p>	<p>koeryhmällä tilastollisesti merkittävämmät tiedot sydän- ja verisuoniperäisten sairauksien ehkäisyyn. Lisäksi koeryhmään osallistuneilla elintapamuutokset edenneet vähintään harkintavaiheeseen, osalla jo toiminnallisia muutoksia</p>

Liitetaulukko 3. Kirjallisuuskatsauksessa käytetyt tutkimukset (9/10)

<p>Reinhardt J, Van Der Ploeg H, Grzegezulka R &amp; Timperley J. 2012. Implementing lifestyle change through phone-based motivational interviewing in rural-based women with previous gestational diabetes mellitus. <i>Health Promotion Journal of Australia</i>. 23 (1), 5-9. (Australia)</p>	<p>selvittää raskausdiabetesta sairastaneiden naisten elintapanohjauksen vaikuttavuutta puhelimitse annetulla motivoivaan haastatteluun perustuen.</p>	<p>38 Australian maaseudella raskausdiabetes-diagnoosin saanutta naista</p>	<p>satunnaistetut koe- ja kontrolliryhmät. Koeryhmään kuuluneilla 6 kk motivoivaan haastatteluun perustuva interventio-ohjanta. Kontrolliryhmään kuuluvilla tavanomainen hoito. Lähtötilanteessa sekä 6 kuukauden kuluttua arviointi, jossa painoindeksi, ruokavalio- ja liikuntatapojen arviointi.</p>	<p>koeryhmässä myönteistä muutosta elintavoissa verrattuna kontrolliryhmään. koeryhmässä elintapamuutoksia merkittävästi enemmän verraten kontrolliryhmään rasvojen ja hiilihydraattien käytön vähentämisessä. Liikunnan lisääntymisessä ei kummassakaan ryhmässä merkittävää muutosta.</p>
<p>Hardcastle S, Taylor A, Bailey M, Harley, R &amp; Hagger M. 2013. Effectiveness of a motivational interviewing intervention on weight loss, physical activity and cardiovascular disease risk factors: A randomised controlled trial with a 12-month post-intervention follow-up. <i>International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity</i>. 3(10), article 40. (Englanti)</p>	<p>selvittää motivoivan haastattelun vaikuttavuutta elintapamuutoksissa vähentämään sairastavuutta sydän- ja verisuonitaudeissa interventioon aikana sekä vuoden kuluttua ohjannasta.</p>	<p>Englantilaiset aikuisikäiset, joilla elintavoista johtuva riski sydän- ja verisuonitaukeihin, otos n=334.</p>	<p>satunnaistetut koe- ja kontrolliryhmät. Koeryhmässä n=203 perusohjanta ja ravitsemusneuvonta sekä viisi motivoivaan haastatteluun perustuvaa ryhmäohjantaa kuuden kuukauden aikana, kontrolliryhmässä n=131 perusohjanta kertaalleen. Elintapamuutosten ja fyysisten tulosten seuranta heti ohjannan jälkeen sekä 12 kuukauden kuluttua.</p>	<p>koe- ja kontrolliryhmän välillä merkittävää eroa kävelyssä ja kolesteroliarvoissa koeryhmän eduksi. Koeryhmään kuuluneilla ylipainoisilla ja hyperkolesterolemiaa sairastavilla lähtötilanteeseen verrattuna merkittävää eroa tuloksissa. 12 kuukauden seurannan jälkeen koe- ja kontrolliryhmän välillä ei merkittäviä parannuksia</p>

				<p>verenpaineeseen, painoon ja painoindeksiin liittyen. motivoivalla haastattelulla vaikuttavuutta lyhyellä aikavälillä, kun kohonnut riski sydän- ja verisuonitautien lähtötilanteessa. Motivoivalla haastattelulla ei kuitenkaan merkittävää vaikuttavuutta elintapamuutosten aikaansaamisessa pitkällä aikavälillä.</p>
<p>Lakerveld J, Bot S, Chinapaw M, Kostense P, Dekker J &amp; Nijpels G. 2013. Motivational interviewing and problem solving treatment to reduce type 2 diabetes and cardiovascular disease risk in real life: a randomized controlled trial. <i>Lakerveld et al. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity</i>. 10(47). (Alankomaat)</p>	<p>selvittää motivoivan elintapaintervention vaikuttavuutta elintapamuutosten toteuttamisessa tyypin 2 diabetesta sekä sydän- ja verisuonitauteja riskin omaavien keskuudessa sekä intervention tehokkuutta vähentää arvioitua riskiä sairastua tyypin 2 diabetekseen ja sydän- ja verisuonitautien kuolleisuuteen.</p>	<p>Alankomaalaiset riskiryhmään kuuluvat aikuiset (n=622), satunnaistetut koe- (n=314) ja kontrolliryhmät (n=308).</p>	<p>koeryhmä motivoivaan haastatteluun perustuva interventio, kontrolliryhmä terveysesitteet. Ensisijaiset tulokset arvioitu diabetesriskiä arvioivalla Atherosclerosis Risk-mittarilla sekä sydän- ja verisuonitautien riskin aleneman arviointi SCORE-mittarilla. Elämäntavan muutokset haastatellen käyttäytymismuutoksia (ruokavalio, liikunta ja tupakointi). Seurannat 6 ja 12 kuukauden kohdalla.</p>	<p>Motivoivaan haastatteluun perustuva elintapainterventio ei ollut tehokkaampi kuin esitteiden avulla toteutettu ohjanta mittareiden tuottamalla tuloksella. Ryhmien välillä ei merkittävää eroa myöskään elämäntapojen muutoksissa 6 tai 12 kuukauden seurannassa.</p>

## Liitetaulukko 4. Kirjallisuuskatsaus elintavoista (1/11)

Tekijä(t), lähde ja maa	Tutkimuksen tarkoitus	Aineisto/otos	Menetelmä	Päätulokset
Morris MC, Evans DA, Bienieas JL, Tangney CC, Bennett DA, Aggarwal N, Schneider J & Wilson RS. 2003. Dietary fats and the risk of incident Alzheimer disease. <i>Archives of Neurology</i> . 60(2), 194-200. (Yhdysvallat).	selvittää ruokavalion rasvojen yhteyttä Alzheimerin tautiin.	satunnaistettu otos n= 815 vähintään 65-vuotiaille, joilla ei tutkimuksen aloitustilanteessa Alzheimerin tautia.	käytössä olleiden elintarvikkeiden seuranta 2,3 vuoden ajan ennen kliinistä arviointia, jonka jälkeen seuranta keskimäärin 3,9 vuotta ennen arviointia.	runsaalla tyydyttymättömien rasvojen käytöllä suojaava vaikutus Alzheimerin tautiin. Tyydyttyneet tai transrasvat lisäsivät riskiä sairastavuuteen.
Rovio S, Kareholt I, Helkala EL, Viitanen M, Winblad B, Tuomilehto J, Soininen H, Nissinen A & Kivipelto M. 2005. Leisure-time physical activity at midlife and the risk of dementia and Alzheimer's disease. <i>Lancet Neurol</i> . 4:705-11. (Sweden).	selvittää keski-ikänsä vapaa-ajan liikkumisen ja dementian sekä Alzheimerin taudin yhteyttä.	satunnaistettu otos n=1449 suomalaista 65-79- vuotiasta henkilöä	aiemmin elintapojen ja liikuntatottumusten haastatteluarviointi vuosina 1972, 1977, 1982 ja 1987. Tutkimuksessa loppuarviointi vuonna 1998. Tutkimukseen osallistuneilla vuoden 1998 arvioinnissa 117 henkilöllä todettu dementia ja 76 henkilöllä Alzheimerin tauti.	tutkimukseen osallistuneilla vuoden 1998 arvioinnissa 117 henkilöllä todettu dementia ja 76 henkilöllä Alzheimerin tauti. Vähintään kaksi kertaa viikossa säännöllisesti vapaa-aikana liikuntaa harrastaneilla pienempi riski sairastua dementiaan ja Alzheimerin tautiin. Säännöllisellä liikkumisella erityisesti APOE 4 -alleelin geneettisillä kantajiin vähentävä tai viivästyttävä vaikutus estämään sairastumista.
Kivipelto M, Ngandu T, Laatikainen T, Winblad B,	tarkoituksena kehittää mittari, jonka avulla	satunnaistestetut keski-ikäiset henkilöt, otos n=1409	kyselylomake sekä haastattelu. Osa laajaa	tutkimusryhmään osallistuneilla dementiaa

Liitetaulukko 4. Kirjallisuuskatsaus elintavoista (2/11)

<p>Soininen H &amp; Tuomilehto J. 2006. Risk score for the prediction of dementia risk in 20 years among middle aged people: a longitudinal, population-based study. <i>Lancet Neurology</i>. 5(9), 735-41. (Ruotsi)</p>	<p>mahdollisuus arvioida keski- iän terveydentilan perusteella riskiä sairastua dementiaan.</p>		<p>CAIDE-tutkimusta. Alkukartoitus keski-iässä ja loppukartoitus 20 vuoden kuluttua keskimäärin 70- vuotiaina. Loppukartoituksen yhteydessä kognitiivinen arvio.</p>	<p>loppukartoituksessa 4 % osallistuneista. Mittarin riskipisteet välillä 0-15. Riskipisteet 0-5 saaneista 1 % sairastui dementiaan. Riskipisteitä 12-15 saaneet yli 16 % sairastui dementiaan. Riskipisteita lisäsi korkea ikä, alhainen koulutustaso, verenpainetauti, hyperkolesterolemia ja lihavuus. Tutkimuksen mukaan keski-iässä huomioituja riskitekijöitä tulisi huomioida elintapainterventioiden ja lääkityksen aloittamisen kohdentamisessa.</p>
<p>Eskelinen MH, Ngandu T, Helkala EL, Tuomilehto J, Nissinen A, Soininen H &amp; Kivipelto M. 2008. Fat intake at midlife and cognitive impairment later in life: a population-based CAIDE study. <i>International Journal of Geriatric Psychiatry</i>. 23(7), 741-747. (Suomi).</p>	<p>selvittää keski-iän ruokavalion yhteyttä lievään kognitiiviseen heikentymiseen.</p>	<p>satunnaistetusti valitut n=1449 keski-ikäiset henkilöt</p>	<p>kyselylomake sekä haastattelu. Seuranta 21 vuoden ajan.</p>	<p>seurannan aikana 82 henkilöllä (5,7 %) todettiin lievä kognitiivinen heikentyminen. Runsas kovan rasvan käyttö keski- iässä vaikuttaa kognitiivisen suorituskyvyn ja muistihäiriöiden lisääntymiseen myöhemmin. Tyydyttyneiden rasvojen käyttö keski-iässä lisäsi muistihäiriöitä. Runsaalla kalan syönnillä oli vaikutusta</p>

<p>Nooyens AC, van Gelder BM, Verschuren WM. 2008. Smoking and cognitive decline among middle-aged men and women: the Doetinchem Cohort Study. <i>American Journal of Public Health</i>. 98(12), 2244-2250. (Alankomaat)</p>	<p>selvittää tupakoinnin vaikuttavuutta kognitiiviseen heikkenemiseen keski-iässä yli viiden vuoden aikana.</p>	<p>satunnaisesti valitut alankomaalaiset 43-70 -vuotiaat miehet ja naiset, otos n=1964</p>	<p>seurantatutkimus viiden vuoden ajan. Lähtötilanteessa ja loppuarvioinnissa kognitiivisten toimintojen arviointi.</p>	<p>kognitiivisten toimintojen säilyttämisessä.</p> <p>lähtötilanteessa tupakoitsijat saivat matalammat tulokset kognitiivisten toimintojen tuloksista verrattuna tupakoimattomiin. Viiden vuoden seurannan jälkeen tupakoitsijoilla lähes 2 kertaa suurempi alenema kognitiivisissa toiminnoissa verrattuna tupakoimattomiin. Tutkimustulosten mukaan tupakoinnin ehkäisy tai tupakoinnin lopetus voi lykätä kognitiivisten toimintojen heikkenemistä keski-iässä.</p>
<p>Whitmer RA, Gustafsson DR, Barret-Connor E, Haan MN, Gunferson EP &amp; Yaffe K. 2008. Central obesity and increased risk of dementia more than three decades later. <i>Neurology</i>. 30;71(14), 1057-1064. (Yhdysvallat)</p>	<p>selvittää keski-iän keskivartalolihavuuden ja dementiaan sairastumisen riskiä 30 vuoden kuluttua.</p>	<p>satunnaistetusti valitut Pohjois-Kaliforniassa asuvat keski-ikäiset aikuiset, otos n=6583.</p>	<p>pitkittäisanalyysi, ensimmäinen vyötärön mittaus ja neurologinen arvio aikavälillä 1964-1973, toinen seuranta 36 vuoden kuluttua vuosina 1994-2006.</p>	<p>toisessa seurantavaiheessa tutkimukseen osallistuneilla 1049 diagnostisoitu dementia. Viisikymmentä prosenttia keskivartalolihavista aikuisista, joilla diagnosoitu diabetes ovat suuremmissa riskissä sairastua dementiaan.</p>

Liitetaulukko 4. Kirjallisuuskatsaus elintavoista (4/11)

<p>Jen-Hau C, Kun-Pei L &amp; Yen-Ching C. 2009. Risk Factors for Dementia. <i>Journal of the Formosan Medical Association</i>. 108 (10), 754-764. (Taiwan).</p>	<p>selvittää elintapatekijöiden vaikuttavuutta Alzheimerin tautiin ja dementiaan.</p>	<p>kirjallisuuskatsaus tutkimuksista, joilla oli yhteys Alzheimerin tautiin ja dementiaan. Tutkimusten määrää ei ilmoitettu artikkelissa, lähteisiin merkitty 126 tutkimusta.</p>	<p>haku elektronisista viitekannoista MEDLINE ja Pubmed vuosilta 1996-2009 sekä EMBASE-artikkelit vuosilta 1991-2009.</p>	<p>riskitekijöitä sairastua Alzheimerin tautiin ja dementiaan katsauksen mukaan olivat ikä, sukupuoli, etninen tausta, sukupuoli, geneettiset tekijät, liikunta, tupakointi, huumeiden käyttö, koulutustaso, alkoholin käyttö, lihavuus ja siihen liittyvät liitännäissairaudet ja ympäristötekijät. Riskiä pienentävinä tekijöinä katsauksen mukaan olivat korkea koulutustaso, kohtuullinen alkoholin käyttö, hormonikorvaushoito naisilla, tulehduskipulääkkeiden käyttö, ruokavalio, liikunta ja normaali painoindeksi. Katsauksen mukaan on tärkeää tunnistaa riski- ja suojatekijöitä, joilla on vaikuttavuutta pienentämään sairastumisen riskiä jo varhaisvaiheessa.</p>
<p>Kronholm E, Sallinen M, Suutama T, Sulkava R, Era P &amp; Partonen T. 2009. Self-reported sleep duration and cognitive functioning in the</p>	<p>selvittää omakohtaisia kokemuksia uniongelmiin ja kognitiivisten toimintojen yhteydestä.</p>	<p>yli 30-vuotiaat suomalaiset, n=5177.</p>	<p>kognitiivisen toiminnan testaaminen testein. Mielialan, alkoholin sekä lääkityksen käytön kartoitus testein. Lisäksi</p>	<p>lyhyen ja pitkän unen kesto havaittiin olevan yhteydessä väsymykseen ja uupumukseen. Asiantuntijan arvio sekä omakohtainen</p>



<p>general population. <i>Journal of Sleep Research</i>. 18(4), 436-446. (Suomi)</p>			<p>omakohtainen arviointi edellä mainituista tekijöistä haastattelulla.</p>	<p>kokemus huomioi saman vaikuttavuuden. Väsymyksen ja kognitiivisen toiminnan yhteys koettiin omakohtaisesti arvioiden jonkin verran suuremmaksi kuin kognitiivisin testein suoritettuna.</p>
<p>Lu PH, Edland SD, Teng E, Tingus K, Petersen RC &amp; Cummmings JL. 2009. Donepezil delays progression to AD in MCI subjects with depressive symptoms. <i>Neurology</i>. 72 (24), 2115-2121. (Yhdysvallat)</p>	<p>selvittää masennuksen ja Alzheimerin taudin yhteyttä sekä donepetsiilin vaikuttavuutta ehkäistä mahdollista sairastumisen riskiä.</p>	<p>satunnaistetut osallistujat, joilla todettu lievä kognitiivinen heikentyminen, otos n=756.</p>	<p>satunnaistettu kaksois-sokkotutkimus koe- ja kontrolliryhmineen. Kolmen vuoden seuranta, masennusoireiden sekä kognitiivisen tilan arvio tutkimuksen alussa ja lopussa. Käytetty lääkitys joko donetpetsiili tai E-vitamiini.</p>	<p>krooninen masennus lisää kognitiivista heikentymistä ja Alzheimerin taudin riskiä.</p>
<p>Munn Z. 2009. Physical leisure activities and their role in preventing dementia: a systematic review. <i>Journal of Advanced Nursing</i>. 65(12), 2508–2513. (Englanti)</p>	<p>selvittää liikkumisen ehkäisevää vaikuttavuutta dementiaan sairastumisessa.</p>	<p>kirjallisuuskatsaus, jossa 17 pitkittäistutkimusta, joissa kohteena 60 vuotta täyttäneet dementiaa sairastavat tai sairastamattomat aikuiset.</p>	<p>katsauksessa 15 kohorttitutkimusta ja kaksi koe- ja kontrolliryhmä - tutkimusta. Tulokset analysoitu narratiivisella yhteenvedolla, jossa ikäryhmittäin jaottelu alku-,</p>	<p>yhdessä tutkimuksessa vaikuttavuutta 20-30 -vuotiaiden keskuudessa liikunnan suojaavalla vaikutuksella Alzheimerin tautia suojaavasti. Katsauksen viidessä</p>

			keski- sekä myöhäiseen aikuisikään.	tutkimuksessa tutkittiin keski-iässä tapahtuvan liikkumisen vaikuttavuutta ehkäistä Alzheimerin tautia. Näistä kahdessa ei todettu liikkumisella vaikuttavuutta, kahdessa minimaalista vaikuttavuutta ja yhdessä tutkimuksessa liikkumisella positiivinen vaikuttavuus ehkäistä Alzheimerin tautia.
Solomon A, Kivipelto M, Wolozin B, Zhou J & Whitmer RA. 2009. Midlife serum cholesterol and increased risk of Alzheimer's and vascular dementia three decades later. <i>Dementia and Geriatric Cognitive Disorders</i> . 28(1), 75-80. (Suomi)	selvittää keski-ikänsä kolesteroliarvojen yhteyttä sairastua Alzheimerin tautiin ja vaskulaariseen dementiaan myöhemmällä iällä.	satunnaistetusti valitut keski-ikäiset miehet ja naiset, otos n=9844	monikansallinen kohorttitutkimus. Seuranta keski-iässä 40-45 vuoden iässä sekä 30 vuoden kuluttua.	keski-iässä koholla ollut kokonaiskolesteroli lisäsi riskiä sairastua myöhemmällä iällä Alzheimerin tautiin sekä vaskulaariseen dementiaan. Tähän dementiaan riskitekijään tulisi puuttua jo keski-iässä ennen perussairauden tai oireiden näkymistä.
Aarsland D, Sardaheae FS, Anderssen S & Ballard C. 2010. Is physical activity a potential preventive factor for vascular dementia? A systematic review. <i>Aging &amp; Mental Health</i> . 14(4), 386-395. (Englanti)	selvittää liikunnan vaikuttavuutta ehkäisemään riskiä sairastua Alzheimerin tautiin.	kirjallisuuskatsaus, jossa 24 pitkittäistutkimusta	katsaukseen osallistuneista viisi tutkimusta meta-analyyseja.	tulosten perusteella meta-analyysit osoittivat liikunnalla olevan vaikuttavuutta estämään sairastumista vaskulaarisen dementiaan.

Liitetaulukko 4. Kirjallisuuskatsaus elintavoista (7/11)

<p>Gu Y, Nieves JW, Stern Y, Luchsinger JA &amp; Scarmeas N. 2010. Food combination and Alzheimer disease risk: a protective diet. <i>Archives of Neurology</i>. 67(6), 699-706. (Yhdysvallat).</p>	<p>selvittää ruokavalion yhteyttä dementiaan.</p>	<p>satunnaistetusti valitut, New Yorkissa asuvat yli 65-vuotiaat, joilla ei tutkimuksen alussa dementiaa, otos n=2148.</p>	<p>neurologinen seuranta edeltävästi 1,5 vuoden ajan ja takautuvasti 3,9 vuotta, ruokavalion seuranta kirjallisesti.</p>	<p>tutkimusryhmään kuuluneista 253 sairastui dementiaan takautuvan seurannan aikaan dementiaan. Dementiaan sairastumattomien ryhmässä suurempi saanti öljypohjaiseen salaattinkastikkeeseen, pähkinöihin, kalaan, tomaattiin, siipikarjaan, vihanneksiin, hedelmiin, kasviksiin sekä pienempi rasvaisten maitotuotteiden, punaisen lihan, lihan ja voin käyttö.</p>
<p>Hughes TF, Andel R, Small BJ, Borenstein AR, Mortimer JA, Wolk A, Johansson B, Fratiglioni L, Pedersen NL &amp; Gatz M. 2010. Midlife fruit and vegetable consumption and risk of dementia in later life in Swedish twins. <i>Am J Geriatr Psychiatry</i>. 18(5):413-20. (Ruotsi)</p>	<p>selvittää hedelmien ja vihannesten keski-iän käytöllä yhteyttä sairastua dementiaan tai Alzheimerin tautiin.</p>	<p>ruotsalaiset kaksoiset, joilla 355 diagnostisoitu dementia. Osallistujat mukana 30 vuotta kestäneessä tutkimuksessa, jonka yksi osa ruokavaliokysely. Otos n=3779.</p>	<p>kohortti suunnittelututkimus. Kognitiivisen seulonnan jälkeä tulosten analysointi.</p>	<p>hedelmiä ja vihanneksia runsaasti käyttävillä vähemmän dementiaa tai Alzheimerin tautia. Erityisesti yhteys todettiin naisilla, jotka sairastuneet keski-iässä angina pectoris-oireisiin.</p>

Liitetaulukko 4. Kirjallisuuskatsaus elintavoista (8/11)

<p>Lee Y, Back JH, Kim J, Kim SH, Na DL, Cheong HK, Hong CH &amp; Kim Yg. systematic review of health behavioral risks and cognitive health in older adults. <i>International Psychogeriatric</i>. 22(2), 174-187. (Etelä-Korea)</p>	<p>selvittää terveystyytymisen (liikunta, tupakointi, alkoholi, painoindeksi ja ruokavalio) vaikuttavuuden yhteyttä edistämään kognitiivista terveyttä.</p>	<p>kirjallisuuskatsaus, jossa 37 tutkimusta, tutkittavat yli 65-vuotiaita.</p>	<p>haku elektronisista Pubmed-EMBASE- ja PsycINFO-viitekannoista, suunnitelmalliset kohorttitutkimukset.</p>	<p>kohtalainenkin liikkuminen vapaa-aikana osoitti suojaavaa vaikutusta dementian ehkäisyssä. Ruokavaliossa vihannesten ja kalan käyttö osoitti myös suojaavaa vaikutusta, kun taas runsaasti tyydyttyneitä rasvoja käytettäessä riski dementiaan suureni. Alkoholin kohtuukäyttö osoittautui suojaavaksi tekijäksi. Juomattomuus sekä runsas alkoholin käyttö lisäsi riskiä sairastua dementiaan. Keski-ikäen lihavuudella oli haitallinen vaikutus kognitiiviseen toimintaan myöhemmällä iällä. tutkia terveystyytymisen (liikunta, tupakointi, alkoholi, painoindeksi ja ruokavalio) vaikuttavuuden yhteyttä edistämään kognitiivista terveyttä.</p>
<p>Rusanen M, Kivipelto M, Quesenberry CP Jr, Zhou J &amp; Whitmer RA. 2010. Heavy smoking in midlife and long-term risk of Alzheimer disease and vascular dementia. <i>Archives of</i></p>	<p>selvittää pitkäaikaisen tupakoinnin vaikuttavuuden yhteyttä lisätä riskiä sairastua dementiaan, Alzheimerin tautiin tai vaskulaariseen dementiaan.</p>	<p>kansainvälinen tutkimus, jossa 21123 osallistujaa eri maista.</p>	<p>osallistujien seuranta vuodesta 1978 vuoteen 1985 hyödyntäen terveydenhuollon rekistereitä.</p>	<p>40 tupakkaa tai enemmän päivässä keski-ikäisinä polttavien riski sairastua dementiaan 100 % enemmän verraten tupakoimattomiin.</p>

<i>Internal Medicines.</i> 28;171(4),333-339. (Suomi)				
Saczynski JS, Beiser A, Seshadri S, Auerbach S, Wolf PA & Au R. 2010. Depressive symptoms and risk of dementia: the Framingham Heart Study. <i>Neurology.</i> 75(1),35-41. (Yhdysvallat)	selvittää masennuksen ja dementian sairastumisen yhteyttä.	satunnaistetusti valitut framinghamilaiset, keski-ikältään 79-vuotiaat miehet ja naiset, otos n=949	satunnaistettu kohortti-tutkimus. Lähtötilanteessa vuosina 1990-1994 sekä 17 vuoden seurannan jälkeen masennusoireiden ja kognitiivisen tilan arvio.	loppumittauksessa 164 tutkimukseen osallistuneelle kehittynyt dementia, joista 136 diagnosoitu Alzheimerin taudiksi. 21,6 prosentilla osallistujista, jotka olivat masentuneita lähtötilanteessa oli kehittynyt dementia. Masentuneilla osallistujilla yli 50 % suurempi riski sairastua dementiaan ja Alzheimerin tautiin.
Sharp S, Aarsland D, Day S, Sonnesyn H & Ballard C. 2011Hypertension is a potential risk factor for vascular dementia: systematic review. <i>International Journal of Geriatric Psychiatry.</i> 26(7), 661-669. Englanti	selvittää verenpainetaudin yhteyttä dementiaa lisäävänä tekijänä.	meta-analyysi, jossa mukana yksitoista tutkimusta.	elektroniset haut Cochrane - Library-, EMBASE-, Medline- ja PsycINFO -tietokannoista.	kohonnut verenpaine lisää merkittävästi riskiä sairastua dementiaan. Meta-analyysin mukaan hyvä verenpainetaudin hoito on yksi keskeinen tekijä estää dementiaan sairastumista.
Andel R, Crowe M, Hahn E, Mortimer J, Pedersen N, Fratiglioni L, Johansson B & Gatz M. 2012. Work-	selvittää työn hallinnan, vaativuuden, työhön liittyvällä sosiaalisen tuen tai koetun työstressin yhteyttä	ruotsalaiset kaksoiset, joista 257 dementiaa sairastavaa ja 9849 tervettä.	suunniteltu kohorttitutkimus.	työperäinen stressi, työntekijöiden ja toimihenkilöiden työhön liittyvä sosiaalisen tuen

Liitetaulukko 4. Kirjallisuuskatsaus elintavoista (10/11)

<p>Related Stress May Increase the Risk of Vascular Dementia. <i>Journal of the American Geriatrics Society</i>. 60(1), 60-67. (Ruotsi)</p>	<p>dementiaan tai Alzheimerin tautiin.</p>			<p>heikkous voi lisätä dementian riskiä. Työntekijän huomioiva, sosiaalista tukea tarjoava työyhteisö auttaa edistämään kognitiivista terveyttä.</p>
<p>Panza F, Frisardi V, Seripa D, Logroscino G, Santamato A, Imbimbo BP, Scafato E, Pilotto A &amp; Solfrizzi V. 2012. Alcohol consumption in mild cognitive impairment and dementia: Harmful or neuroprotective (Review). <i>International Journal of Geriatric Psychiatry</i>. 27(12), 1218-1238. (Italy)</p>	<p>selvittää alkoholin käytön ja kognitiivisten toimintojen heikkenemisen yhteyttä.</p>	<p>kirjallisuuskatsaus englanninkielisistä tutkimuksista.</p>	<p>kvalitatiiviset ja kvantitatiiviset tutkimukset.</p>	<p>alkoholin kohtuukäyttö voi pienentää riskiä sairastua Alzheimerin tautiin tai dementiaan. Suojaavat tekijät eivät ole kuitenkaan selviä. Epäselvyyttä lisääviä tekijöitä ovat katsauksen mukaan tutkimuksiin osallistuneiden ikä, sukupuoli, alkoholiannosten määrä ja vahvuus ja seuranta-aika. Katsauksen mukaan myös muilla mahdollisilla elämäntapoihin liittyvillä tekijöillä voi olla vaikutusta, esimerkiksi tupakointi tai geneettiset tekijät (esim. apolipoproteiini E-geeni).</p>

Liitetaulukko 4. Kirjallisuuskatsaus elintavoista (11/11)

<p>Defina LF, Willis BL, Radford NB, Gao A, Leonard D, Haskell WL, Weiner MF, Berry JD. 2013. The association between midlife cardiorespiratory fitness levels and later-life dementia: a cohort study. <i>Annals of Internal Medicine</i>. 158(3), 162-8. (Yhdysvallat)</p>	<p>selvittää keski-ikäisen verenkiertoelimistön terveydellistä tasoa ja sen yhteyttä dementiaan myöhemmällä iällä.</p>	<p>keski-ikäiset aikuiset, otos n=19458.</p>	<p>prospektiivinen seurantatutkimus. Lähtötilanteessa kunnon arviointi ja seuranta ajalla 1971 ja 2009, lisäksi dementiaan liittyvät tutkimukset.</p>	<p>keski-ikäisessä paremmassa fyysisessä kunnossa olleilla pienempi riski sairastua dementiaan ikääntyessään. Keski-ikäisen hyvä fyysinen kunto alentaa myöhempää riskiä sairastua aivoverenkierron sairauteen.</p>
<p>Leon-Ortiz P, Ruiz-Flores ML, Ramirez-Bermudez J&amp; Sosa-Ortiz AL. 2013. Lifestyle in older adults and its association with dementia. <i>Gaceta Medica de Mexico</i>. 149(1), 36-45 (Meksiko).</p>	<p>selvittää fyysisen ja kognitiivisen toiminnan yhteyttä dementiaan.</p>	<p>satunnaistetusti valitut kaupungissa tai maaseudulla asuvaa 65 vuotta täyttänyttä meksikolaista, otos n=2003</p>	<p>satunnaistettu poikkileikkaus-kysely. Osallistuneille kognitiivinen arvio sekä kirjallinen kysely liikunnasta ja kognitiivisesta toiminnasta</p>	<p>180 osallistuneella edeltävästi todettu dementia. Dementiaan sairastuneet jonkin verran vanhempia, lyhyempi koulutus ja muihin osallistujiin verraten enemmän kroonisia sairauksia. Vähäinen osallistuminen kognitiiviseen toimintaan sekä liikunnan vähäisyys lisäsi todennäköisyyttä sairastua dementiaan.</p>

Voimavaralähtöiset terveyst keskustelut kymenlaaksoalaisille 40 – 65-vuotiaille naisille vuosina 2011-2013. Muistiin liittyvien riskitekijöiden alku- ja loppukartoituksessa –kyselyn muuttujaluettelo

Muuttujien nimet	Kysymys	Lähteet
<b>Koettu terveys</b>		
Terveys juuri nyt	1 a	Jen-Hau ym. 2009, Härmä ym. 2010, Panza ym. 2012
Terveys vuosi sitten	1 b	Jen-Hau ym. 2009, Härmä ym. 2010, Panza ym. 2012
<b>Liikunnan harrastaminen</b>		
Liikunnan määrä	2 a	Rovio ym. 2005, Kivipelto ym. 2006, Jen-Hau ym. 2009, Munn ym. 2009, Aarsland ym. 2010, Lee ym. 2010, Defina ym. 2013, Leon-Ortiz ym. 2013
Aikaa liikunnalle	2 b	Rovio ym. 2005, Kivipelto ym. 2006, Jen-Hau ym. 2009, Munn ym. 2009, Aarsland ym. 2010, Lee ym. 2010, Defina ym. 2013, Leon-Ortiz ym. 2013
Liikkumisen mielihyvä	2 c	Rovio ym. 2005, Kivipelto ym. 2006, Jen-Hau ym. 2009, Munn ym. 2009, Aarsland ym. 2010, Lee ym. 2010, Defina ym. 2013, Leon-Ortiz ym. 2013
<b>Nukkuminen ja lepo</b>		
Tyytyväisyys uneen	3 a	Kronholm ym. 2009, Saczynski ym. 2010, Kuikka ym. 2011, Andel ym. 2012, Jyväkorpi ym. 2013
Uniongelmiin vaikutus päiväaikaiseen uupumukseen	3 b	Kronholm ym. 2009, Saczynski ym. 2010, Kuikka ym. 2011, Andel ym. 2012
Uniongelmiin vaikutus töissä toimimiseen	3 c	Kronholm ym. 2009, Saczynski ym. 2010, Kuikka ym. 2011, Andel ym. 2012
Uniongelmiin vaikutus kotona toimimiseen	3 d	Kronholm ym. 2009, Saczynski ym. 2010, Kuikka ym. 2011
Uniongelmiin vaikutus keskittymiseen	3 e	Kronholm ym. 2009, Saczynski ym. 2010, Kuikka ym. 2011, Andel ym. 2012
Uniongelmiin vaikutus muistiin	3 f	Kronholm ym. 2009, Saczynski ym. 2010, Kuikka ym. 2011, Andel ym. 2012
Uniongelmiin vaikutus mielialaan	3 g	Kronholm ym. 2009, Saczynski ym. 2010, Kuikka ym. 2011, Andel ym. 2012
Uniongelmiin liittyvä huoli	3 h	Kronholm ym. 2009, Saczynski ym. 2010, Kuikka ym. 2011, Andel ym. 2012



**Ravinto**

Vähärasvaiset maitovalmisteet	4 a	Morris ym. 2003, Eskelinen ym. 2008, Jen-Hau ym. 2009, Gu ym. 2010, Lee ym. 2010, Jyväkorpi ym. 2013
Vähärasvaiset lihavalmisteet	4 b	Morris ym. 2003, Eskelinen ym. 2008, Jen-Hau ym. 2009, Gu ym. 2010, Lee ym. 2010, Jyväkorpi ym. 2013
Runsaskuituiset viljat	4 c	Jen-Hau ym. 2009, Gu ym. 2010, Jyväkorpi ym. 2013
Rasvattomat ruoat	4 d	Morris ym. 2003, Eskelinen ym., 2008, Jen-Hau ym. 2009, Gu ym. 2010, Lee ym. 2010, Jyväkorpi ym. 2013
Erilaiset kasvikset	4 e	Jen-Hau ym. 2009, Gu ym. 2010, Hughes ym. 2010, Lee ym. 2010, Jyväkorpi ym. 2013
Erilaiset hedelmät	4 f	Jen-Hau ym. 2009, Gu ym. 2010, Hughes ym. 2010, Lee ym. 2010, Jyväkorpi ym. 2013
Erilaiset marjat	4 g	Jen-Hau ym. 2009, Gu ym. 2010, Hughes ym. 2010, Lee ym. 2010, Jyväkorpi ym. 2013
Vähäsuolainen ruoka	4 h	Jen-Hau ym. 2009, Gu ym. 2010, Hughes ym. 2010, Lee ym. 2010, Jyväkorpi ym. 2013
Tyytyväisyys painoon	4 i	Kivipelto ym. 2006, Whitmer ym. 2008, Jen-Hau ym. 2009, Gu ym. 2010, Lee ym. 2010, Soininen ym. 2010

**Laboratorioarvot**

Kolesteroli	5 a	Kivipelto ym. 2006, Jen-Hau ym. 2009, Solomon ym. 2009, Härmä ym. 2010
Verenpaine	5 b	Kivipelto ym. 2006, Jen-Hau ym. 2009, Härmä ym. 2010, Sharp ym. 2011

**Sosiaalisuus ja mieliala**

Yksinäisyyden tunne	6 a	Lu ym. 2009, Saczynski ym. 2010, Soininen ym. 2010, Andel ym. 2012
Yksinäisyydestä kärsiminen	6 b	Lu ym. 2009, Saczynski ym. 2010, Soininen ym. 2010, Andel ym. 2012
Alakulo, masentuneisuus tai toivottomuus	6 c	Lu ym. 2009, Härmä ym. 2010, Saczynski ym. 2010, Andel ym. 2012
Mielenkiinnon puute tai haluttomuus	6 d	Lu ym. 2009, Härmä ym. 2010, Saczynski ym. 2010, Soininen ym. 2010, Andel ym. 2012

Kireä ja jännittynyt olo	6 e	Lu ym. 2009, Härmä ym. 2010, Saczynski ym. 2010, Andel ym. 2012
Ei-levollisen odotuksen tunne	6 f	Lu ym. 2009, Härmä ym. 2010, Saczynski ym. 2010, Soininen ym. 2010, Andel ym. 2012
Huolestuneisuuden tunne	6 g	Lu ym. 2009, Saczynski ym. 2010, Andel ym. 2012
Levottomuuden tunne	6 h	Lu ym. 2009, Härmä ym. 2010, Saczynski ym. 2010, Andel ym. 2012
Rentoutumaton olo	6 i	Lu ym. 2009, Härmä ym. 2010, Saczynski ym. 2010, Soininen ym. 2010, Andel ym. 2012
Synkkä ja raskasmielinen olo	6 j	Lu ym. 2009, Härmä ym. 2010, Saczynski ym. 2010, Soininen ym. 2010, Andel ym. 2012
Onneton ja kurja olo	6 k	Lu ym. 2009, Härmä ym. 2010, Saczynski ym. 2010, Soininen ym. 2010, Andel ym. 2012
<b>Nautintoaineiden käyttö</b>		
Alkoholin käyttö	7 a	Jen-Hau ym. 2009, Härmä ym. 2010, Lee ym. 2010, Soininen ym. 2010, Panza ym. 2012
Tupakointi	7 b	Nooyens ym. 2008, Jen-Hau ym. 2009, Lee ym. 2010, Rusanen ym. 2010, Panza ym. 2012
Huumeiden käyttö	7 c	Jen-Hau ym. 2009
<b>Koettu kipu</b>		
Fyysinen kipu	8 e	Pirttilä ym. 2004, Kuikka ym. 2011

Asiakasnumero:

Päiväys:

**TERVEYSKESKUSTELUT****Muistiin liittyvien riskitekijöiden alku- ja loppukartoitus**

(valitse jokaisesta kohdasta yksi vaihtoehto)

**1. KOETTU TERVEYS**

	erittäin hyvä	melko hyvä	ei huono eikä hyvä	melko huono	erittäin huono
Millainen on terveytesi juuri nyt	5	4	3	2	1
Millainen oli terveytesi vuosi sitten	5	4	3	2	1

**2. LIIKUNNAN HARRASTAMINEN**

	6-7 x vko	3-5 x vko	1-2 x vko	1-2 x kk	ei koskaan
Harrastan liikuntaa esim. reipasta kävelyä	5	4	3	2	1
Halutessani voin järjestää aikaa liikunnalle	5	4	3	2	1

	erittäin paljon	melko paljon	kohta- laisesti	hieman	ei lainkaan
Liikkuminen tuottaa minulle mielihyvää	5	4	3	2	1

**3. NUKKUMINEN JA LEPO**

Miten tyytymätön tai tyytyväinen olet nukkumiseesi?

- 1 Erittäin tyytymätön
- 2 Melko tyytymätön
- 3 En tyytyväinen enkä tyytymätön
- 4 Melko tyytyväinen
- 5 Erittäin tyytyväinen

Miksi olet tyytymätön ? \_\_\_\_\_

	ei lainkaan	erittäin vähän	jonkin verran	melko paljon	erittäin paljon
Missä määrin uniongelmasi mielestäsi häiritsee päiväaikaista toimintaasi mm.					
- päiväaikainen uupumus	1	2	3	4	5
- toimiminen töissä	1	2	3	4	5
- keskittymiskyky	1	2	3	4	5
- muisti	1	2	3	4	5
- mieliala	1	2	3	4	5

## Liite 6. Muistiin liittyvien tekijöiden alku- ja loppukartoitus -kysely (2/3)

	ei lainkaan	erittäin vähän	jonkin verran	melko paljon	erittäin paljon
Minkä verran olet huolissasi nykyisestä uniongelmastasi?	1	2	3	4	5

### 4. RAVINTO

Ruokavalioni sisältää yleensä:

	erittäin usein	melko usein	silloin tällöin	erittäin harvoin	en koskaan
Vähärasvaisia maitovalmisteita	5	4	3	2	1
Vähärasvaisia lihavalmisteita	5	4	3	2	1
Runsaskuituisia viljatuotteita	5	4	3	2	1
Rasvaisia ruokia	5	4	3	2	1
Erilaisia kasviksia	5	4	3	2	1
Erilaisia hedelmiä	5	4	3	2	1
Erilaisia marjoja	5	4	3	2	1
Käytän suolaa ruokailun yhteydessä	5	4	3	2	1

	täysin tyytyväinen	melko tyytyväinen	en osaa sanoa	vähän tyytyväinen	en ollenkaan tyytyväinen
Oletko tyytyväinen painonhallintaasi?	5	4	3	2	1

Pituus \_\_\_\_\_ cm Paino \_\_\_\_\_ kg BMI \_\_\_\_\_

### 5. LABORATORIOARVONI

Kolesteroli kolesteroliarvoni on \_\_\_\_\_

Verenpaine verenpainearvoni on \_\_\_\_\_

Sokeriaineenvaihdunta sokeriaineenvaihduntahäiriö:

### 6. SOSIAALISUUS JA MIELIALA

	erittäin usein	melko usein	silloin tällöin	erittäin harvoin	en koskaan
Tunnetko itsesi yksinäiseksi?	5	4	3	2	1
Kärsitkö yksinäisyydestä?	5	4	3	2	1
Oletko viimeisen kuukauden aikana ollut huolissasi tuntemastasi alakulosta, masentuneisuudesta tai toivottomuudesta?	5	4	3	2	1

	erittäin usein	melko usein	silloin tällöin	erittäin harvoin	en koskaan
--	-------------------	----------------	--------------------	---------------------	---------------

Liite 6. Muistiin liittyvien tekijöiden alku- ja loppukartoitus -kysely (3/3)

Oletko viimeisen kuukauden aikana ollut huolissasi kokemastasi mielenkiinnon puutteesta tai haluttomuudesta?	5	4	3	2	1
--	---	---	---	---	---

**Koetko seuraavia tuntemuksia**

Kireä ja jännittynyt olo	5	4	3	2	1
Levollisen odotuksen tunne	5	4	3	2	1
Huolestuneisuuden tunne	5	4	3	2	1
Levottomuuden tunne	5	4	3	2	1
Rentoutunut olo	5	4	3	2	1
Synkkä ja raskasmielinen olo	5	4	3	2	1
Onneton ja kurja olo	5	4	3	2	1

**7. NAUTINTOAINEIDEN KÄYTTÖ**

	päivittäin	3-4 x vko	1-2 x vko	1-2 x kk tai harvemmin	en lainkaan
Käytätkö alkoholia (olutta, viiniä, siideriä, väkeviä)	5	4	3	2	1
Poltatko tupakkaa?	5	4	3	2	1
Montako poltat km. päivässä: _____ tupakkaa					
Käytätkö huumeita	Kyllä _____	En _____			

**8. KOETTU KIPU**

	erittäin usein	melko usein	silloin tällöin	erittäin harvoin	ei koskaan
Onko sinulla fyysisiä kipuja	5	4	3	2	1

**Kiitos vastauksistasi!**