



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Terve Elämä -ryhmätoiminnan vaikutukset ryhmäläisen pystyvyyteen

Peltola-An, Elina

2017 Laurea

Laurea-ammattikorkeakoulu

Terve Elämä -ryhmätoiminnan vaikutukset ryhmäläisen
pystyvyyteen

Elina Peltola-An
Terveys- ja hyvinvointipalvelujen
johtaminen ja kehittäminen
Opinnäytetyö
Marraskuu, 2017

Elina Peltola-An

Terve Elämä -ryhmätoiminnan vaikutukset ryhmäläisen pystyvyyteenVuosi 2017 Sivumäärä 76

Opinnäytetyön tarkoituksena oli laadullisen aineiston avulla selvittää Helsingin Kaupungin järjestämän Terve Elämä -ryhmätoiminnan vaikutuksia hyödyntäen osallistujien asiakaskokemusta. Tarkoituksena oli selvittää, miten ryhmätoiminta vaikuttaa ryhmäläisten pystyvyyden tunteeseen, omien tavoitteiden saavuttamiseen sekä heidän terveyteensä (verenpaineeseen, alkoholinkäyttöön, masennukseen, painoindeksiin sekä tupakointiin). Tavoitteena oli myös tuottaa kuvaus Terve Elämä -ryhmätoiminnasta sekä ryhmään osallistuneiden tavoitteista ja taustoista. Opinnäytetyössä hyödynnettiin realistista vaikuttavuuden arviointia, joka ottaa huomioon toiminnan vaikuttavuuteen liittyvät kontekstit, mekanismit ja seuraukset.

Opinnäytetyön aineisto kerättiin kyselylomakkeilla yhdeltätoista Terve Elämä -ryhmätoimintaan osallistuneelta. Aineiston keruu tapahtui kolmessa vaiheessa puolen vuoden ajalla. Ensimmäinen kysely tehtiin ryhmätoiminnan alkaessa syksyllä 2016, toinen kysely kolmen kuukauden päästä toiminnan alkamisesta, vuodenvaihteessa 2016-2017 ja viimeinen kysely kuuden kuukauden päästä toiminnan alkamisesta, keväällä 2017. Opinnäytetyössä tarkasteltiin muutoksia ryhmäläisten pystyvyyden tunteessa sekä tavoitteiden etenemisessä ryhmätoiminnan aikana sekä pyrittiin selvittämään, mitkä tekijät ryhmätoiminnassa ovat vaikuttavia, kellen ja missä olosuhteissa. Tutkimuksesta jäi pois selvitys ryhmätoiminnan vaikutuksista ryhmäläisten terveyteen, koska suunniteltua kuuden kuukauden terveysindikaattoreiden mitausta ei tehty. Aineisto analysoitiin sisällönanalyysin avulla.

Tutkimustulosten mukaan seitsemällä tutkimukseen osallistuneella ryhmäläisellä pystyvyyden tunne nousi kuuden kuukauden seurantajakson aikana ja yhdellä kolmen kuukauden seurantajakson aikana. Tutkimukseen osallistuneiden ryhmäläisten pystyvyyden tunteen nousu oli yhteydessä tavoitteiden etenemiseen. Kun pystyvyyden tunne nousi, myös tavoitteet etenivät. Kuuden kuukauden seurantajakson aikana kahdeksalla ryhmäläisellä ja kolmen kuukauden seurantajakson aikana yhdellä ryhmäläisellä tavoite oli edennyt ryhmätoiminnan aikana. Ryhmäläiset kokivat Terve Elämä -ryhmän menetelmistä tavoitteiden asettamisen, ohjaajan tuen ja kannustuksen sekä ryhmän tuen merkittävimiksi tekijöiksi omien tavoitteidensa etenemisessä. Tutkimustuloksista määrittyi neljä tekijää, jotka edistivät ryhmäläisten elämäntapamuutosta. Nämä tekijät olivat: suotuista elämäntilanne, omat voimavarat, sosiaalinen tuki sekä yleinen tietous. Tavoitteen lähtötasolla tai pystyvyyden tunteen alktasolla ei ollut merkitystä lopputulokseen.

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää Terve Elämä -ryhmän toiminnan kehittämisessä, ryhmätoiminnan kohdentamisessa oikealle asiakaskunnalle sekä toiminnan vaikuttavuuden seurannan kehittämisessä.

Asiasanat: Elämäntapaohjaus, käyttäytymisen muutos, pystyvyyden tunne, vaikuttavuuden arviointi, realistinen arviointi

Elina Peltola-An

The effects of Terve Elämä group counselling for participant's self-efficacy

Year	2017	Pages	76
------	------	-------	----

The purpose of this thesis was to analyse the effects of Terve Elämä group counselling using customer experience. In this thesis, qualitative data was used. The aim was to research how group counselling affects participants' self-efficacy, the goals' progress and their health (blood pressure, alcohol use, depression, body mass index and smoking habits). The aim was also to describe Terve Elämä group counselling and participants' goals and their background. In this thesis, realistic evaluation was used as a methodological approach. Realistic evaluation considers the context, mechanism and outcome behind the effectiveness.

The data was collected from eleven participants of Terve Elämä group counselling using a qualitative questionnaire. The data was collected in three periods during six months. The first period was in autumn 2016 when group counselling started. The second period was after three months, in December 2016 and January 2017. The third period was after six months in spring 2017. The thesis examined the changes in participants' self-efficacy and their goal progress. The aim was also to find out what are the most effective behaviour changing techniques, to whom and in what circumstances. In the end, it was not examined in this thesis how group counselling affects participants' health because health factors were not measured despite the original plan. The data was analysed using content analysis.

The results suggest that self-efficacy was increased in seven participants at the six-month follow-ups and in one participant at the three-month follow-ups. The participants' increasing self-efficacy was related to goal progress. When participants' self-efficacy increased, they made progress in their goals. Eight participants made progress in their goals at the six-month follow-ups and one participant at the three-month follow-ups. The participants felt that the most effective techniques which help them to progress in their goals were goal setting, encouragement and support of the group facilitator and the group. The results suggest that four issues help participants' health behaviour change: a good situation in life, resources, social support and knowledge.

The findings from this thesis can be used to develop and evaluate Terve Elämä group counselling.

Keywords: Lifestyle intervention, Health behaviour change, Self- efficacy, Effectiveness evaluation, Realistic evaluation,

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Elämäntapamuutos	7
	2.1 Elämäntapaohjaus.....	8
	2.2 Käyttäytymisen muutos	9
	2.3 Pystyvyyden tunne	13
3	Terve Elämä- ryhmätoiminta.....	19
	3.1 Ryhmätoiminnan taustaa	19
	3.2 Ryhmään ohjautumisen prosessi.....	21
	3.3 Ryhmätoiminnan kuvaus	21
4	Opinnäytetyön lähtökohdat	23
	4.1 Arviointitutkimus ja vaikuttavuus	23
	4.2 Realistinen arviointi ja tapaustutkimus	25
	4.3 Yhteenveto teoreettisista lähtökohdista	28
5	Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimusongelmat	30
6	Opinnäytetyön toteuttaminen	30
	6.1 Tutkimusmenetelmän valinta	30
	6.1.1 Arviointiasetus.....	32
	6.1.2 Arviointimittarit	33
	6.2 Kuvaus opinnäytetyöhön osallistuneista ryhmistä	34
	6.3 Opinnäytetyön toteutuksen eri vaiheet	35
	6.4 Aineiston analyysi	37
7	Tulokset.....	39
	7.1 Aineiston kuvaus ja ryhmäläisten henkilökohtaiset tavoitteet.....	39
	7.2 Muutokset ryhmäläisten pystyvyydessä	40
	7.3 Muutokset ryhmäläisten tavoitteiden edistämisessä.....	43
	7.3.1 Vaikuttavat tekijät Terve Elämä -ryhmässä	45
	7.3.2 Muut vaikuttavat olosuhteet	47
	7.4 Pystyvyyden tunteen yhteys tavoitteiden etenemiseen.....	48
	7.5 Yhteenveto elämäntapamuutokseen vaikuttavista tekijöistä	49
8	Pohdinta	50
	8.1 Tulosten pohdinta.....	50
	8.2 Tutkimuksen eettisyyden ja luotettavuuden arviointi.....	54
	8.3 Johtopäätökset	56
	Lähteet	58
	Kuviot..	64
	Taulukot	65
	Liitteet.....	66

1 Johdanto

Elintapojen vaikutus yksittäisen ihmisen terveyteen ja sairastumisriskiin on yleisesti tiedossa. Väestötasolla elintavoilla on suuri merkitys kansantautien ehkäisyssä ja sosioekonomisten terveyserojen synnyssä. Suomessa yleisimpiä kansantauteja ovat sydän- ja verisuonitaudit, diabetes, astma ja allergia, krooniset keuhkosairaudet, syöpäsairaudet, muistisairaudet, tuki- ja liikuntaelämistön sairaudet sekä mielenterveysongelmat. Useimpien kansantautien riski- ja suojatekijöihin voidaan vaikuttaa elintavoilla ja siten kansansairauksia voidaan ehkäistä. (THL 2017a; THL 2017b.) Yksittäinen ihminen voi tehdä muutoksia elintapoihinsa ja näin vaikuttaa omaan terveyteensä. Myös julkisen terveydenhuollon palveluissa ollaan kiinnostuneita terveyden edistämisestä ja sairauksien ennaltaehkäisemisestä. Terveellisten elintapojen lisääminen tai terveydelle haitallisista elintavoista luopuminen vaatii muutosta ihmisen käyttäytymisessä. Elämäntapaohjauksen avulla voidaan tukea ihmistä elintapojen muuttamisessa (Absetz & Hankonen 2011).

Pystyvyyden tunteen vahvistaminen on yksi käytetyimpiä menetelmiä elämäntapaohjauksessa (Absetz & Hankonen 2011). Pystyvyyden tunteella (Self-efficacy) tarkoitetaan ihmisen luottamista omaan kykyihinsä saavuttaa tietty lopputulos. Sillä on todettu olevan merkitystä myös ihmisen terveystietoisuudessa ja käyttäytymisen muutoksessa. Vahva pystyvyyden tunne edistää ihmisen saavutuksia ja vahvistaa hänen hyvinvointiaan. (Bandura 1995, 1997.) Self - Efficacy voidaan kääntää suomeksi myös sanalla ”minä-pystyvyys”. Tässä opinnäytetyössä käytetään termiä ”pystyvyys” tai ”pystyvyyden tunne”, koska ne näyttävät olevan yleisemmin käytettyjä termejä terveystietoisuuden ja elämäntapamuutoksen konteksteissa.

Elämäntapaohjausinterventioilta, kuten muiltakin terveyttä edistävilta palveluilta odotetaan vaikutuksia ja vaikuttavuutta. Terveyden edistämisen vaikutus voi näkyä terveydentilassa tapahtuneena muutoksena parempaan, tilanteen pysymisenä ennallaan, negatiivisen kehityksen hidastumisena tai muutoksena huonompaan. Se voi näkyä myös kustannusten muutoksena. Vaikuttavuus voi tarkoittaa terveyden edistämässä eri asioita riippuen yhteydestä. Vaikuttavuuden mittaaminen on vaikeaa, koska on vaikea osoittaa, onko kyseinen palvelu muuttuneen tilanteen takana, vai vaikuttiko muutokseen jokin muu asia. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) mukaan elintapoja muokkaavat toimenpiteet on todettu kuitenkin tehokkaiksi. Niiden avulla voidaan alentaa elintapoihin liittyviä terveysongelmia ja sairastavuutta jopa 20-40%. (THL 2017c; THL 2017d). Absetzin ja Hankosen (2011) mukaan terveydenhuollon ammattilaisten toteuttamissa elämäntapainterventioissa saavutetaan pieniä positiivisia vaikutuksia. Vaikutukset ovat parempia silloin, kun asiakkaalla on jo suurentuneita riskitekijöitä tai sairaus. (Absetz & Hankonen 2011).

Helsingin kaupunki järjestää kaupunkilaisille ryhmämuotoista elämäntapaohjausta terveyskeskuksissa eri puolilla Helsinkiä. Terve Elämä -ryhmätoiminta tukee asiakkaita heidän omista elämäntapamuutostavoitteissaan, ja pyrkii näin edistämään kaupunkilaisten terveitä elintapoja. Ryhmätoiminnan tarkoituksena on asiakkaan pystyvyyden tunteen vahvistaminen ja omien voimavarojen hyödyntäminen. Terve Elämä -ryhmätoiminta on laajentunut vuoden 2016 aikana usealle Helsingin terveysasemalle ja toiminnan vaikutuksista halutaan saada tietoa.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on laadullisen aineiston avulla arvioida Terve Elämä -ryhmätoiminnan vaikutuksia ryhmäläisten oman kokemuksen kautta. Tarkoituksena on selvittää, miten ryhmätoiminta vaikuttaa ryhmäläisten pystyvyyden tunteeseen, heidän omien tavoitteidensa saavuttamiseen sekä heidän terveyteensä (verenpaineeseen, alkoholinkäyttöön, masennukseen, painoindeksiin sekä tupakointiin). Opinnäytetyössä on hyödynnetty realistista vaikuttavuuden arviointia, joka ottaa huomioon toiminnan vaikuttavuuteen liittyvät kontekstit, mekanismit ja seuraukset. Opinnäytetyön tavoitteena on myös tuottaa kuvaus ryhmätoiminnasta sekä ryhmätoimintaan osallistuneiden taustoista ja tavoitteista.

Opinnäytetyöraportin teoriaosassa tarkastellaan elämäntapamuutosta sekä esitellään, mitä elämäntapaohjaus on ja minkälaisia menetelmiä ja tekniikoita käytetään käyttäytymisen muutoksen edistämiseksi. Yhtenä painopisteenä tarkastellaan ihmisen pystyvyyden tunnetta. Tämän jälkeen kuvataan Terve Elämä -ryhmätoimintaa. Lisäksi teoriaosuudessa kuvataan vaikuttavuuden arviointia sekä tarkemmin realistista arviointia yhtenä tutkimuksen lähestymistavoista. Teoreettisen osan jälkeen edetään tutkimuksen tarkoitukseen, tavoitteeseen sekä tutkimusongelmiin. Metodiosassa tarkastellaan tutkimusmenetelmällisiä valintoja, tutkielman toteutusta sekä aineistoa ja sen analysointimenetelmää. Tämän jälkeen esitellään keskeiset tulokset. Pohdinnassa tarkastellaan tutkielman tuloksia sekä tulosten ja menetelmävalintojen eettisyyttä ja luotettavuutta sekä lopuksi esitetään johtopäätökset.

2 Elämäntapamuutos

Elämäntapamuutoksella tarkoitetaan käyttäytymisen muutosta, jolla pyritään lisäämään terveellisiä elintapoja. Se on sekä uusien tapojen omaksumista, että vanhoista tavoista poisoppimista. Elämäntapaohjaus pyrkii tukemaan asiakasta tässä muutoksessa. (Absetz & Hankonen 2011, 2265.)

2.1 Elämäntapaohjaus

Kaikilla elintavoilla on vaikutusta joihinkin terveyden tai toimintakyvyn osa-alueisiin. Yksilötasolla terveelliset elintavat pienentävät monia terveystriskejä, kuten pitkäaikaissairauksia, toiminnanvajauksia ja ennenaikaisen kuoleman riskiä. Väestötasolla vaikutukset ovat jo moninkertaiset. Ilkka Vuoren (2015) mukaan suurin osa elintapojen terveyttä edistävästä mahdollisuudesta on käyttämättä. Hänen mukaansa terveydenhuollon tulisi lisätä näyttöön perustuvaa tietoa elintapojen merkityksestä terveydelle sekä lisätä mahdollisuuksia ja voimavaroja edistää terveitä elintapoja sekä ehkäistä sairauksia. (Vuori 2015.) Elintapoihin vaikuttaminen onkin yksi keskeisistä terveyden edistämisen osa-alueista (Parviainen, Mäkinen, Nyrhinen, Rouvinen-Wilenius & Savolainen 2008). Terveyden edistäminen on suunnitelmallista toimintaa, jolla pyritään edistämään väestön hyvinvointia, tuetaan mahdollisuuksia terveyden ylläpitämiseen ja sen parantamiseen. Suomessa terveyden edistäminen on kunnan tehtävä. (THL 2016). Terveyden edistämässä on kuitenkin suuria eroja eri terveystakeskusten välillä (Rimpelä, Saaristo, Wiss & Ståhl 2009).

Terveydenhuollon näkökulmasta on erityisen tärkeää, että ihmiset pitävät huolta omasta terveydestään. Itsenäinen terveydestä huolehtiminen saattaa olla kuitenkin hyvin vaikeaa, koska se vaatii usein käyttäytymisen muutoksen. Auttamalla ihmisiä muuttamaan käyttäytymistään ja ohjaamalla heitä itsenäiseen terveydestä huolehtimiseen, voidaan edistää ihmisten terveyttä parhaiten. (Lenz & Shortridge-Bagget 2002, 3-6.) Elämäntapaohjaus pyrkii juuri tähän.

Valmentavan elämäntapaohjauksen (VETO) tavoitteena on, että asiakas saa otteen omasta terveydestään. Silloin terveyteen vaikuttavat tekijät ovat ymmärrettävissä ja omaan terveydentilaan on mahdollista vaikuttaa itsehoidolla. Elämäntapaohjauksessa korostetaan ihmisen selviytymisstrategioita riskitekijöiden sijaan, ja huomioidaan stressi- ja mielialatekijöiden vaikutus terveyteen. Ennen kaikkea tavoitteena on asiakkaan voimaantuminen ja elämäntapaohjauksen tukeminen niin, että asiakas muuttuu elämäntapamuutoksen tekijäksi. Kun asiakas on tekijä, hänellä on mahdollisuus muutokseen ja itsenäiseen päätöksentekoon, tarvittavat tiedot ja taidot päätöksen toteuttamiseen sekä motivaatiota pysyvään elämänmuutokseen. (Turku 2007, 24-32.)

Elämäntapaohjausta tarjoavat monet yritykset, mutta myös julkinen terveydenhuolto on alkanut kiinnittää yhä enemmän huomiota ennaltaehkäisevään terveydenhuoltoon. Elämäntapaohjaus voi olla joko yksilöllistä tai ryhmässä tapahtuvaa. Tutkimuksissa ei ole toistaiseksi pystytty osoittamaan selvää eroa yksilö- ja ryhmämuotoisen elämäntapaohjauksen vaikuttavuudessa. Ryhmämuotoinen elämäntapaohjaus on kuitenkin lisääntynyt, koska se nähdään kustannustehokkaana. Lisäksi ohjausta tarvitsevien asiakkaiden määrä on jatkuvasti kasvanut. (Turku 2007, 87-89.) Ryhmämuotoista elämäntapaohjausta on tutkittu Suomessa jonkin verran

(muun muassa Hankonen 2011; Korkiakangas ym. 2011; Kurki, Hemiö, Lindström & Jaakkola 2008; Uutela ym. 2004).

Tyypillisesti elämäntapamuutokseen tähtäävien ryhmien tavoitteena on esimerkiksi painonhallinta, tupakoinnin lopettaminen, 2-tyyppin diabeteksen hoito tai sydäninfarktista toipuminen (Kyngäs ym. 2007, 104). Elämäntapamuutosryhmissä hyödynnetään osallistujien omia kokemuksia ja osaamista sekä annetaan ja saadaan vertaistukea. Ryhmässä voidaan löytää erilaisia näkökulmia ja tapoja ongelmien ratkaisuun sekä oppia muilta ryhmän jäseniltä. Ryhmä vahvistaa myös sitoutumista ja motivoi ryhmäläisiä. Elämäntapamuutosryhmissä tuetaan ryhmän autonomiaa, jolloin ryhmäläiset ovat itse vastuussa elämäntavoistaan ja ryhmän toiminnasta. He etsivät itse aktiivisesti tietoa sekä tekevät omaa elämäänsä koskevat päätökset ja valinnat. (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 92-97.)

Elämäntapamuutokseen tähtäävät ryhmät ovat niin sanottuja tavoitteellisia työryhmiä, joissa jokaisella ryhmäläisellä on oma toiminnallinen tavoite. Ryhmän ohjaajan tehtävänä on usein vahvistaa osallistujien pystyvyyden tunnetta tavoitteen saavuttamisessa, auttaa tavoitteiden määrittelyssä, opastaa toimintatapojen valinnassa ja käytössä sekä toimia ryhmäprosessin vetäjänä. Elämäntapamuutosryhmän sisältöön voi kuulua muun muassa muutosmotivaation vahvistamista, muutosvastarinnan käsittelyä, toimintasuunnitelmien tekemistä sekä muutosten kokeilua ja niiden arviointia. Aluksi ryhmissä keskitytään asioihin jotka ovat ryhmäläisten elämässä hyvin. Hyvien tapojen vahvistaminen lisää motivaatiota ja pystyvyyden tunnetta. Tämän jälkeen lähdetään miettimään, mitä ryhmäläiset haluaisivat lähteä kehittämään. Riittävän pienet ja omaan elämään sopivat tavoitteet ovat tärkeitä. Tavoitteiden sijaan voidaan puhua myös kokeiluista, jolloin ihminen kokeilee eri vaihtoehtoja ja valitsee itselleen sopivimman vaihtoehdon. Kirjalliseen toimintasuunnitelmaan kirjataan konkreettisesti mitä aiotaan tehdä, missä, milloin sekä mitä apua tai keinoja siihen tarvitaan. Muutuskokeilujen arviointi on myös tärkeää, ettei muutokset vähitellen hiivu arjen keskellä. (Vänskä ym. 2011, 88-89, 101- 108.)

2.2 Käyttäytymisen muutos

Elämäntapamuutos vaatii käyttäytymisen muutoksen. Käyttäytymistieteet ovat tuottaneet runsaasti tietoa erilaisista keinoista, joita voidaan käyttää elämäntapaohjauksen taustateorioina. Absetz ja Hankonen (2011) jaottelevat keskeiset käyttäytymisen muuttamisen teoriat seuraavasti: muutos-vaihemalli, kognitiivis-behavioraalinen terapia, sosiaalis-kognitiivinen teoria, tavoitteellisen toiminnan malli sekä motivoiva haastattelu/itsemääräytymisteoria. (Absetz & Hankonen 2011, 2265.) Kun elämäntapaohjausinterventio perustuu johonkin taustateoriaan, sen on todettu olevan vaikuttavampaa kuin sellaisten interventioiden, joissa ei ole käytetty teoriaa (Noar, Benac & Harris 2007). Elämäntapaohjausinterventiossa tulisi myös tarkkaan määritellä mihin käyttäytymisen muutoksen teorioihin ja tekniikoihin se perustuu.

Näin interventioita voitaisiin tutkia ja vertailla paremmin sekä löytää tehokkaita menetelmiä elämäntapojen muuttamiseen. (Michie & Abraham 2004.)

Elämäntapaohjausinterventioiden vaikuttavuusnäytön määrittely ei kuitenkaan ole yksiselitteistä (Salmela, Kettunen & Poskiparta 2010, 210). Elämäntapamuutosten vaikutukset ihmisen terveyteen voivat näkyä vasta vuosien päästä. Ne voivat vaikuttaa pitkällä aikavälillä ihmisen sairastuvuuteen ja kuolleisuuteen. Usein elämäntapainterventioita tutkitaan välitulostuloksilla eli tutkitaan niitä osatekijöitä, joita lisäämällä parannetaan elämäntapamuutoksen lopputulosta. (Kiiskinen, Vehko, Matikainen, Natunen ja Aromaa 2008, 21.) Tällaisia osatekijöitä voivat olla esimerkiksi ihmisen motivaatio tai pystyvyyden tunne tai toisaalta konkreettiset muutokset terveyskäyttäytymisessä kuten liikunnan lisääminen tai ravintotottumukset (Salmela ym. 2010, 208).

Michie ja kumppanit (2013) ovat tehneet laajan ja tarkan kansainvälisen luokituksen käyttäytymisen muutoksen tekniikoista (behavior change techniques, BCTs), joita käytetään elämäntapamuutoksen interventioissa. Tutkimuksessa syntynyt ”The Behavior Change Technique Taxonomy v1” sisältää 93 hierarkista aihekokonaisuutta, jotka voidaan luokitella 16 eri ryhmään. Ne toimivat metodologisena työkaluna, jonka avulla voidaan määrittellä toiminnan sisältö. Niiden tarkoituksena ei ole niinkään osoittaa yhteyttä teorioihin. Luokitus on välttämätön, jotta eri käyttäytymisen muutoksen tekniikoita voidaan arvioida ja vertailla sekä kehittää tehokkaita ja vaikuttavia elämäntapainterventioita. (Michie ym. 2013.) Useat tutkimukset osoittavat, että eri tekniikoiden yhdistäminen ja usean käyttäytymisen muutoksen teorian hyödyntäminen tuovat parhaat tulokset elämäntapamuutoksissa (muun muassa Abetz & Hankonen 2011; Avery, Flynn, Wersch, Sniehotta & Trenell 2012; Hankonen ym. 2015). Useissa meta-analyysissä käyttäytymisenmuutoksen interventioista on löydetty suurta vaihtelua niiden vaikuttavuudessa ja vain pieniä vaikutuksia (Michie, Abraham, Whittington, McAteer & Gupta 2009). Vaikuttavan elämäntapaintervention suunnittelu ja toteuttaminen ei siis ole aivan yksinkertaista. Seuraavaksi esitellään joitain käyttäytymisen muutoksen tekniikoita, jotka on havaittu tehokkaiksi menetelmiksi elämäntapamuutoksissa.

Tavoitteisiin perustuvien tekniikoiden käyttö on todettu olevan tehokasta painon pudotukseen tähtäävissä interventioissa. Hankosen ja kumppaneiden tutkimuksessa (2015) tavoitteiden asettaminen, tavoitteiden tarkastaminen ja sosiaalinen tuki olivat tärkeimmät tekijät, jotka vaikuttivat painoindeksin vähentämiseen (Hankonen ym. 2015). Tavoitteen asettaminen, toimeenpanoaikomukset ja toimintasuunnitelma olivat tehokkaita menetelmiä myös painon pudotukseen tähtäävässä ryhmäinterventiossa (Benyamini ym. 2013). Toimeenpanoaikomukset, joiden tarkoituksena on tehdä tarkka suunnitelma toimista, jotka edistävät tavoitteiden saavuttamista, on tehokas tekniikka painonpudotuksessa. Se lisää motivaatiota sekä itsesäätelyä

ja näin muokkaa tehokkaasti syömistottumuksia (Obara-Golebiowska & Brycz 2015). Tutkittaessa painon pudotuksen liittyvien suunnitelmien tarkkuutta, painonpudotustavoitteita sekä suunnitelmien sisältöä (ruokavalio tai liikunta) havaittiin, että tehokkain yhdistelmä painonpudotukseen motivoituneilla henkilöillä oli korkea painonpudotustavoite sekä tarkat ruokavalioon liittyvät tavoitteet. (Dombrowski, Endevelt, Steinberg & Benyamini 2016).

Henkilön omiin voimavaroihin, itsetarkkailuun ja itsesääteilyyn liittyvät tekniikat ovat myös havaittu olevan tehokkaita elämäntapamuutoksissa. Michien ja kumppaneiden (2009) tutkimuksessa todettiin tehokkaimmaksi ne interventiot, jotka hyödynsivät oman toiminnan seuranta/itsetarkkailua sekä ainakin yhtä muuta kontrolli-teoriaan perustuvaa tekniikkaa terveellisen ruokavalion ja fyysisen aktiivisuuden muutoksissa. Interventiot, jotka hyödynsivät teoriasta johdettuja käyttäytymisen muutoksen tekniikoita ja tekniikoiden yhdistelmiä sekä tutkimuksissa löytyneitä vaikuttavia tekijöitä, pääsivät onnistuneisiin tuloksiin. (Michie, Abraham, Whittington, McAteer & Gupta 2009.) Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa, joka sisälsi 35 tutkimusta, tutkittiin niitä psykologisia mekanismeja, jotka havaittiin olevan onnistuneen käyttäytymisen muutoksen taustalla ylipainoisilla aikuisilla. Korkea itsenäinen motivaatio, pystyvyys ja itsesääteilyn keinot olivat merkittäviä tekijöitä fyysisen aktiivisuuden lisäämisessä ja painon pudotuksessa. Lisäksi itsehillintä syömisessä ja positiivinen kehonkuva lisäsivät positiivisia vaikutuksia. (Teixeira ym. 2015.)

Toisaalta itsesääteilyyn perustuvat interventiot eivät välttämättä toimi kaikissa tilanteissa. Warnerin ja kumppaneiden (2016) tutkimuksessa ei löydetty itsesääteilyyn perustuvassa interventiossa vaikuttavuutta muihin menetelmiin tai kontrolliryhmään verrattuna. Interventiossa käytettiin HAPA-malliin (kts. s.15) perustuvia käyttäytymisen muutoksen tekniikoita fyysisen aktiivisuuden lisäämiseen vanhemmalla väestöllä. Tutkimuksessa epäiltiin, että itsesääteilyyn liittyvät tekniikat eivät ole vaikuttavia tai vaikuttavat jopa negatiivisesti vanhemmalla väestöllä. Tätä päätelmää tuki havainto osallistujien haluttomuudesta osallistua kyseiseen tutkimukseen. (Warner, Wolff, Ziegelmann, Schwarzer & Wurm 2016.)

Useissa tutkimuksissa on esitetty erilaisia yhdistelmiä käyttäytymisen muutoksen tekniikoista. Esimerkiksi eläkeikäisten terveellistä ruokavaliota tutkineessa systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa ja meta-analyysissä todettiin seuraavien käyttäytymismuutostekniikoiden olevan vaikuttavia vihannesten ja hedelmien lisäämiseen: esteiden tunnistaminen/ongelmien ratkaisu, sosiaalisen tuen suunnitelma, tavoitteiden asettaminen, kehotusten seuraaminen ja palautteen saaminen (Lara ym. 2014). Absetz ja Hankonen (2011) kartoittivat systemoitujen katsausten ja meta-analyysien pohjalta tehokkaimpia keinoja elämäntapamuutoksen aikaansaamiseksi. Heidän mukaansa motivoiva haastattelu, jossa asiakasta ohjataan itseään puhumaan muutoksen tarpeesta ja mahdollisuuksista, on vaikuttava menetelmä. Se ei vaadi suuria

panoksia, ja se sopii useimmille asiakkaille ja kaikkiin elämäntapoihin. Muita vaikuttavia tekniikoita on ohjaaminen käyttäytymisen seurantaan sekä asiakasta koskevien testitulosten käyttö. Testeistä nousevien havaintojen tarkastelu, niistä johdetut konkreettiset tavoitteet ja suunnitelma sekä toiminnan seuranta ja palautteenanto antavat lisää vaikuttavuutta elämäntapainterventioon. (Absetz & Hankonen 2011.)

Erilaisten tekniikoiden lisäksi on löydetty myös muita vaikuttavia menetelmiä, joilla voidaan vaikuttaa terveystyttäytymiseen. Esimerkiksi kuutta terveystyttäytymiseen liittyvää tekijää (terveellinen ruokavalio, liikunta, tupakointi, alkoholinkäyttö, huumeiden käyttö ja seksuaalinen riskikäyttäytyminen) tutkineessa systemaattisia kirjallisuuskatsauksia tutkineessa katsauksessa todettiin lääkärin neuvonannon, yksilöohjauksen sekä työpaikka- ja kouluaktiiviteettien olevan tehokkaimpia keinoja terveystyttäytymisen muutoksessa (Jepson, Harris, Platt & Tannahill 2010).

Uudessa 25 tutkimuksen systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa ja meta-analyysissä tutkittiin käyttäytymisen muutokseen vaikuttavaa aikomusta terveellisessä ruokavaliossa ja fyysisessä aktiivisuudessa sekä käyttäytymisen muutoksen tekniikoita, jotka ovat yhteydessä muutosaikomukseen ja samalla myös käyttäytymisen muutokseen. Tutkimuksessa havaittiin, että yleisen tiedon antamisella käyttäytymisen seurauksista oli selvä yhteys positiiviseen muutokseen aikomuksessa. Tutkimuksessa ei kuitenkaan pystytty löytämään selvää yhteyttä, millä tekniikoilla aikomus saadaan muutettua positiiviseksi muutoksiksi käyttäytymisessä. Tässä tutkimuksessa repshdusten ennaltaehkäisyllä ja selviytymiskeinojen miettimisellä oli negatiivinen yhteys aikomukseen ja palautteen annolla oli puolestaan negatiivinen vaikutus käyttäytymisen muutokseen. (MCDermott, Oliver, Iverson & Sharma 2016.)

Käyttäytymisen muutokseen tähtäävät interventiot ovat hyvä keino tukea yksilöä väliaikaisen muutoksen saavuttamisessa. Käyttäytymisen muutoksen ylläpito on kuitenkin vaikeampaa. Käyttäytymisen muutoksen teorioista on löydetty viisi keskeistä tekijää, joilla on vaikutusta muutoksen ylläpidossa. Pitkäaikaisessa muutoksessa ihmisellä tulee olla ainakin yksi ylläpitävä motiivi. Toisin sanoen he ovat tyytyväisiä tuloksiin ja innostuvat käytöksestä tai käytös vastaa henkilön identiteettiä, uskomuksia tai arvoja. Toinen tekijä muutoksen ylläpidossa on itsesääntely. Ihmiset ylläpitävät käytöstä, jos he pystyvät valvomaan ja hallitsemaan omaksuttua käytöstä, ja heillä on tehokkaita keinoja voittaa vaikeuksia. Kolmanneksi ihmisen psyykkisten ja fyysisten voimavarojen tulisi olla suotuisat, jotta hän pystyy ylläpitämään omaksuttua käytöstä. Neljänneksi ihmiset ylläpitävät käyttäytymisen muutosta, mikäli siitä tulee tapa ja se muuttuu automaattiseksi toiminnaksi. Viides tekijä, joka vaikuttaa käyttäytymisen muutoksen ylläpitämiseen on muutosta tukeva ympäristö ja sosiaalinen tuki. (Kwasnicka, Dombrowski, White & Sniehotta 2016.)

2.3 Pystyvyyden tunne

Pystyvyyden tunteen käsite (self-efficacy) perustuu Albert Banduran sosiaalis-kognitiiviseen teoriaan ja sillä on todettu olevan merkitystä ihmisen käyttäytymisen muutoksessa. Pystyvyyden tunteella tarkoitetaan ihmisen uskoa omiin kykyihinsä saavuttaa toivottu lopputulos. Pystyvyyden tunne ohjaa ihmisen kykyä organisoida ja toteuttaa tulevaa toimintaa. Se vaikuttaa siihen, miten henkilö ajattelee, tuntee, motivoi itseään ja miten hän toimii. Pystyvyyden tunteen vaikutukset ja elämänlaatu riippuvat aina tilanteesta. Vahva pystyvyyden tunne kuitenkin edistää ihmisen saavutuksia ja hyvinvointia. Pystyvyyssodotuksilla tarkoitetaan ihmisen kykyä käyttäytyä siten, että hän saavuttaa toivotut tulokset. Pystyvyyssodotus määrittelee sen, kuinka paljon ihminen ponnistelee ja kuinka pitkään hän jatkaa kohdatessaan vaikeuksia. Mitä vahvempi ihmisen pystyvyyden tunne on, sitä aktiivisemmin hän yrittää. Albert Banduran pystyvyysteoria antaa selkeän kuvan siitä, kuinka pystyvyyttä voidaan kehittää ja parantaa. (Bandura 1995, 1997.)

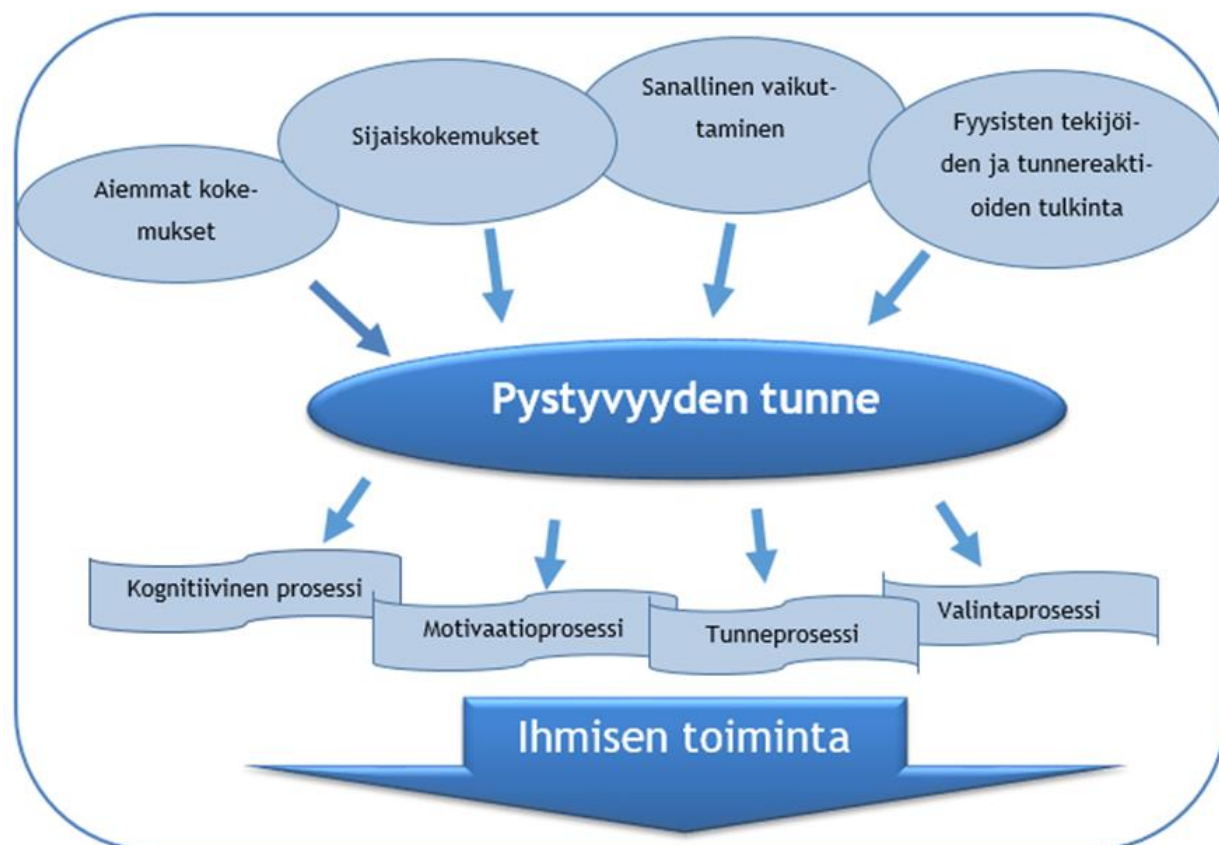
Pystyvyysteorian mukaan ihmisen uskomukseen omasta pystyvyydestä vaikuttaa neljä päätekijää (Kuvio 1). Kaikkein vaikuttavin tekijä pystyvyyden tunteeseen on ihmisen aiemmat kokemukset (enactive mastery experience). Onnistumisen kokemukset lisäävät ihmisen uskoa omaan pystyvyyteen, kun taas epäonnistumiset heikentävät sitä. Onnistumisen kokemukset antavat ihmisen ajatteluun, käyttäytymiseen ja itsesäätelyyn liittyviä työkaluja, joita hän voi hyödyntää eri tilanteissa. Tällöin ihminen myös yrittää sinnikkäästi kohdatessaan esteitä. (Bandura 1995, 1997.)

Toinen pystyvyyden tunteeseen vaikuttava tekijä on sijaiskokemukset (vicarious experience). Sijaiskokemukset pohjautuvat sosiaaliseen malliin. Kun ihminen näkee toisen ihmisen selviytävän esteistä, hän kokee myös itse pystyvänsä siihen. Sijaiskokemuksiin vaikuttaa voimakkaasti mallin samankaltaisuus. Tällöin ihmisen pystyvyyteen vaikuttaa eniten samankaltaisten ihmisten kokemukset. Sosiaalinen tai sanallinen vaikuttaminen (Social/verbal persuasion) on kolmas keino, jolla voidaan vaikuttaa ihmisen pystyvyyden tunteeseen. Sanallisen vaikuttamisen avulla voidaan vahvistaa tai heikentää ihmisen pystyvyyden tunnetta. Sanallisella vaikuttamisella on kuitenkin helpompi vaikuttaa negatiivisesti ihmisen pystyvyyden tunteeseen, kuin lisätä sitä. Positiivinen kannustus voi kuitenkin auttaa ihmistä yrittämään kovemmin ja kehittämään itseään. Tällöin ihmisen pystyvyyden kokemus lisääntyy. Epärealistinen tai negatiivinen palaute sen sijaan saa ihmisen välttämään ponnisteluja ja luovuttamaan herkemmin vaikeuksien edessä. (Bandura 1995, 1997.)

Neljäs tekijä on fysiologiset tekijät ja tunnetekijät (Physiological and emotional states). Ihminen arvioi usein omaa kykyään ja pystyvyyttään tunnereaktioiden ja fyysisten tekijöiden kautta. Esimerkiksi ihminen voi tulkita stressin tai jännityksen oireita heikkoutena. Ihmisen mielentila vaikuttaa myös hänen arvioonsa omasta pystyvyydestä. Positiivinen mielentila lisää

pystyvyyden tunnetta, ja negatiivinen puolestaan heikentää sitä. Albert Banduran mukaan ihminen voi lisätä pystyvyyden tunnettaan muun muassa parantamalla fyysistä kuntoa, vähentämällä stressiä ja negatiivisia tunteita sekä välttämällä tulkitsemasta kehon viestejä väärin. (Bandura 1995, 1997.)

Ihmisen usko omaan pystyvyyteen vaikuttaa monella tapaa hänen toimintaansa (Kuvio 1). Albert Bandura jakaa nämä tekijät neljään prosessiin, joita ovat kognitiivinen-, motivaatio-, tunne- ja valintaprosessit. Kognitiivisen prosessin kautta ihminen ennakoii ja kehittää tapoja vaikuttaa omaan elämäänsä. Kognitiivisten prosessien kautta ihminen muun muassa asettaa tavoitteita, ratkaisee ongelmia ja luo mielikuvia tulevastakin. Mikäli ihmisellä on korkea pystyvyyden tunne, hän luo onnistuneita ja positiivisia mielikuvia. Vastaavasti ihminen, jolla on alhainen pystyvyyden tunne, luo negatiivisia mielikuvia ja miettii valmiiksi, mitkä asiat voivat mennä väärin. Pystyvyyden tunteella on merkittävä tehtävä myös motivaation säätelyssä. Pystyvyyden tunne vaikuttaa osaltaan ihmisen motivaatioon siinä, miten ihminen määrittää tavoitteitaan, miten paljon hän ponnistelee, kuinka pitkään hän yrittää kohdatessaan vaikeuksia ja miten hän sietää epäonnistumista. Tunneprosessin kautta ihmisen usko omaan selviytymiseen määrittelee sen, miten paljon hän tuntee stressiä tai ahdistusta kohdatessaan vaikeuksia. Mikäli ihmisellä on alhainen pystyvyyden tunne, hän kokee vaikeudet uhkina ja se lisää ihmisen stressiä, ahdistusta ja masennusta. Sen sijaan vahva pystyvyyden tunne suojaaa ihmistä näiltä tunnetiloilta. Pystyvyyden tunne voi muokata ihmisen elämänvalintoja valintaprosessien kautta. Ihmiset välttävät sellaisia ympäristöjä ja toimintoja, jotka ylittävät heidän selviytymiskykynsä ja valitsevat puolestaan sellaisia, joissa uskovat pärjäävänsä. (Bandura 1995, 1997.)



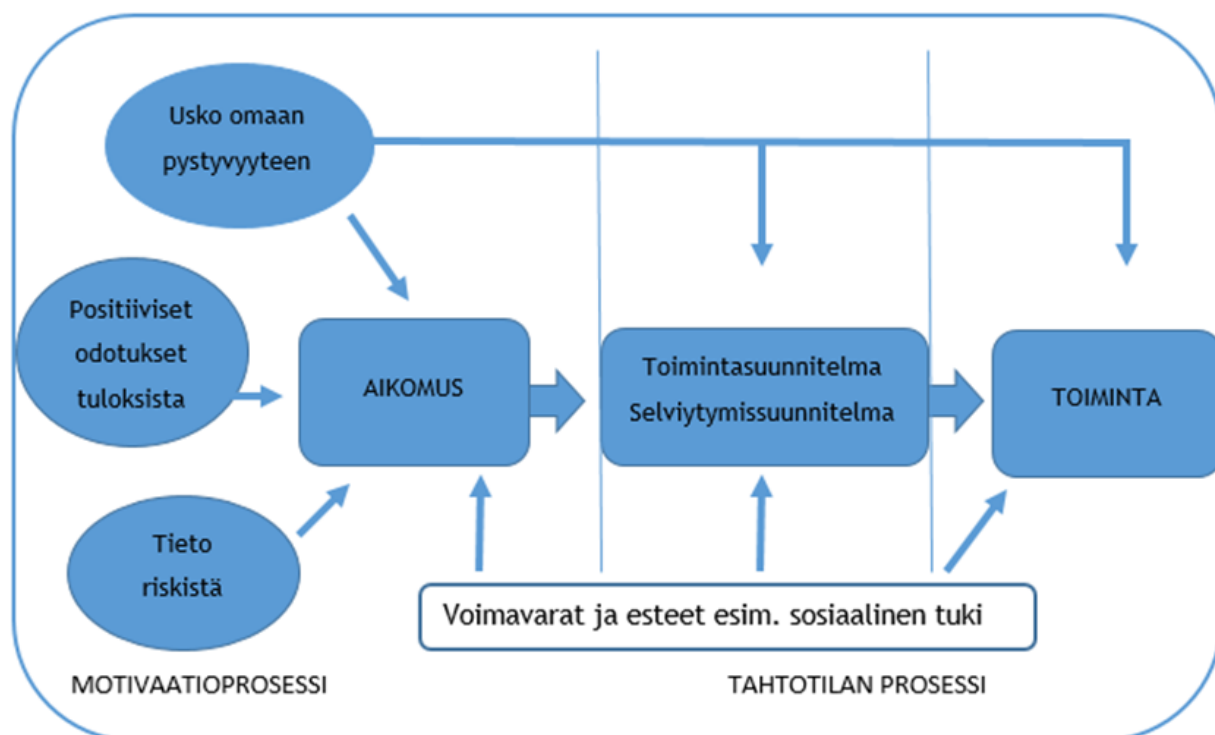
Kuvio 1: Pystyvyyden tunteeseen vaikuttavat tekijät sekä pystyvyyden tunteen vaikutus ihmisen toimintaan (mukailtu tekstistä) (Bandura 1995)

Pystyvyyden tunteella on merkittävä rooli ihmisen terveystoiminnassa, kuten tupakoinnin lopettamisessa, liikunnan lisäämisessä ja ylipainon pudottamisessa. Pystyvyyden tunne vaikuttaa ihmisen terveyteen kahdella tasolla. Ensinnäkin ihmisen usko omaan pystyvyyteen vaikuttaa ihmisen biologiseen systeemiin terveydestä ja sairauksista. Toiseksi pystyvyyden tunne liittyy ihmisen terveyteen liittyvään käyttäytymiseen. (Bandura 1995, 25- 33).

Pystyvyyden tunteen yhteys terveystoiminnan muutoksessa on kuvattu The Health Action Process Approach (HAPA) -mallissa (Schwarzer, Lippke & Luszczynska 2011). HAPA-malli on yksi monista terveystoiminnan teoreettisista malleista. Malli esittää tekijöitä, jotka vaikuttavat ihmisen aikomukseen toteuttaa tietty terveystoiminta sekä tekijöitä, jotka parantavat muutoksen onnistumista. (Hankonen 2012.) Suomessa on tutkittu muun muassa HAPA-malliin perustuvaa ryhmämuotoista ikihyvä-elämäntapaohjausta tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä. Tutkimus on osa Ikihyvä Päijät-Häme tutkimus- ja kehittämishanketta. (Uutela ym. 2004.) HAPA-mallissa pystyvyyden tunteella on merkittävä rooli ja siksi seuraavassa käsitellään mallia tarkemmin.

HAPA-malli (Kuvio 2) erottaa kaksi eri vaihetta terveystyöskäytännön muutosprosessissa 1) motivaatioprosessi, joka johtaa aikomukseen muuttaa käyttäytymistä sekä 2) tahtotilan prosessi, joka johtaa lopulta terveystyöskäytännön muuttamiseen. Ensimmäisessä vaiheessa ihminen kehittää aikomuksen toiminnalleen ja asettaa tavoitteen. Aikomuksen muodostuminen edellyttää tietoa riskistä eli siitä, että nykyinen käyttäytyminen voi johtaa sairastumiseen. Lisäksi ihmisellä tulee olla positiivisia odotuksia tuloksista eli hän uskoo, että voi vaikuttaa riskiin muuttamalla käyttäytymistään. Aikomuksen muodostumiseen tarvitaan myös uskoa omaan pystyvyyteen. (Schwarzer, Lippke & Luszczynska 2011.)

Toisessa vaiheessa ihminen siirtyy toteuttamaan tavoitettaan eli terveystyöskäytännön muuttamista. HAPA-mallissa erotetaan eri tekijöitä, joilla on vaikutusta tavoitteen toteuttamisessa. Nämä voivat olla tavoitteen toteuttamisen esteitä tai voimavaroja. Näitä ovat esimerkiksi suunnittelu, toiminnan kontrolli, sosiaalinen tuki ja pystyvyyden palauttaminen. Esimerkiksi jos ihminen saa monipuolista sosiaalista tukea, hän onnistuu paremmin ylläpitämään käyttäytymisen muutosta. Jos ihmiseltä puolestaan puuttuu sosiaalinen tuki, se vaikeuttaa käyttäytymisen muutosta. Toisessa vaiheessa olevat ihmiset ovat motivoituneita muutokseen, mutta eivät välttämättä toimi, koska heiltä puuttuu taitoa tai kykyä muuttaa aikomus toiminnaksi. Tässä vaiheessa suunnittelu on erityisen tärkeää. Toimintasuunnitelma sisältää milloin, missä ja kuinka tulisi toimia. Selviytymissuunnitelmaa puolestaan tarvitaan silloin, kun henkilö kohtaa esteitä. Se sisältää vaihtoehtoisia toimintatapoja hankaliin tilanteisiin. Ihmisen usko omaan pystyvyyteen kulkee läpi koko prosessin. (Schwarzer, Lippke & Luszczynska 2011.)



Kuvio 2: Health Action Process Approach, HAPA-malli (mukaillen Schwarzer, Lippke & Luszczynska 2011)

Terveyskäyttäytymiseen liittyvästä pystyvyyden tunteesta käytetään käsitettä terveysterveystyyvyys (health-related self-efficacy). Pystyvyyden tunteen yhteyttä terveysterveystymisessä on tutkittu maailmalla paljon. Myös Suomessa tutkimusta on tehty jonkin verran. Suomalaisessa väestötutkimuksessa (2015), jossa käytettiin HAPA-malliin perustuvaa mittaria, havaittiin yhteys ylipainon ja terveysterveystyyden välillä. Matala terveysterveystyyvyys oli yhteydessä korkeaan painoindeksiin (BMI). Havaittu terveysterveystyyvyys sen sijaan lisäsi ihmisen motivaatiota, itsehillintää ja voimaantumista. (Ovaskainen ym. 2015.)

Tutkimusten mukaan ihmisen pystyvyyden tunteella on yhteys tupakointiin. Suomessa tehdystä tutkimuksesta selvitettiin, mitkä tupakointiin johtavat tekijät ovat yhteydessä alhaiseen koulumenestykseen nuorilla. Tutkimuksen mukaan erot koulumenestyksessä voivat vaikuttaa nuoren pystyvyyden tunteeseen ja aikomukseen tupakoida tulevaisuudessa. Nuoret, joilla oli alhaisempi koulumenestys, oli myös alhaisempi pystyvyys vastustaa tupakointia tutkimuksen alussa sekä pystyvyys heikkeni 24 kuukauden seurantajakson aikana. (Pennanen, Haukkala, De Vries & Vartiainen 2011). Niin ikään Suomessa tehdystä väestötutkimukseen perustuvassa tutkimuksessa havaittiin, että päivittäin tupakoivilla aikuisilla, joilla oli paino-ongelmia, oli myös alhaisempi pystyvyys tupakoinnin lopettamiseen. Myös nikotiiniriippuvuus oli yhteydessä alhaiseen pystyvyyteen. (Tuovinen ym. 2015.) Alhaisella pystyvyydellä on todettu olevan yhteys myös repsahduksiin tupakoinnin lopettamisyrityksen jälkeen (Elfeddali, Bolman, Candel, Wiers & De Vries 2012).

Pystyvyyden tunteella on yhteys omahoidon toteutumiseen sekä mielialahäiriöihin kuten masennukseen. Wun ja kumppaneiden tutkimuksessa (2011) interventio, jolla pyrittiin lisäämään 2-tyyppin diabetesta sairastavien pystyvyyttä, lisäsi osallistujien pystyvyyssodotuksia, tulosodotuksia ja itsehoitoa. Heillä oli myös vähemmän hoitokäyntejä kuin kontrolliryhmässä. (Wu ym. 2011). Korkea pystyvyys 2-tyyppin diabetespotilailla oli positiivisesti yhteydessä sairauden keskeisiin, hoitoon ja itsehoidon onnistumiseen. Sen sijaan matala pystyvyys oli yhteydessä ahdistukseen ja masennukseen. Tutkimuksen mukaan pystyvyyttä vahvistamalla voidaan mahdollisesti vähentää ahdistusta ja masennusta. (Wu ym. 2013).

Pystyvyyden lisääntymisellä on yhteys elintapojen muuttamiseen myös pitkällä aikavälillä. Hankosen (2011) tutkimuksessa pystyvyyden lisääntyminen intervention aikana ennusti liikunnan lisääntymistä vielä vuoden ajalla sekä laihtumista vielä kolmen vuoden kohdalla. Hankosen tutkimuksessa vain pystyvyyden vahvistamisella oli merkitystä laihtumiseen, eikä esimerkiksi persoonallisuustekijöillä ollut vaikutusta. (Hankonen 2011). Ylimäen (2015) väitöskirjassa pystyvyys osoittautui yhdeksi keskeisimmäksi sitoutumiseen vaikuttavaksi tekijäksi elintapamuutoksessa. Hänen tutkimuksessaan pystyvyys kuitenkin laski 12 kk seurantamittauksen aikana. Ylimäki arvioi, että tähän tulokseen saattoi vaikuttaa muun muassa liian suuret alkutavoitteet. (Ylimäki 2015).

Pystyvyyden lisääminen on elämäntapainterventioiden keskeisiä keinoja, joilla pyritään asiakkaan käyttäytymisen muutokseen (Absetz & Hankonen 2011, 2267). Yhä useammat tutkimukset pyrkivät selvittämään niitä käyttäytymisen muutoksen tekniikoita, jotka ovat yhteydessä pystyvyyden lisäämiseen. Tutkimusten avulla pyritään löytämään vaikuttavia ja tehokkaita keinoja terveyskäyttäytymisen muutokseen, ja huomioimaan nämä uusia terveystalvijoita suunniteltaessa. Millä tekniikoilla ihmisen pystyvyyttä voidaan sitten lisätä?

Ashfordin ym. (2010) systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa ja meta-analyysissa löydettiin pieni, mutta merkittävä yhteys interventioiden ja fyysiseen aktiivisuuteen liittyvän pystyvyyden muutoksen välillä. Erityisesti interventioissa, joissa käytettiin sijaiskokemuksia, palautteen antoa tai toisten suoritusten esittämistä, esiintyi huomattavasti korkeampaa pystyvyyttä fyysisessä aktiivisuudessa, kuin interventioissa joissa näitä menetelmiä ei ollut käytetty. Interventiot, joissa käytettiin muun muassa suostuttelua tai esteiden tunnistamista, esiintyi matalampaa pystyvyyttä, kuin interventioissa joissa näitä menetelmiä ei käytetty. (Ashford, Edmunds & French 2010). Warner ja kumppanit (2014) puolestaan havaitsivat aiemmilla tutkimuksilla, itsesuostuttelulla ja negatiivisen tunnetilan vähentämisellä olevan merkitystä pystyvyyden fyysisessä aktiivisuudessa vanhemmalla väestöllä, joilla ei ollut saatavilla roolimalleja. (Warner ym. 2014).

Williams ja French (2011) tutkivat, mitkä käyttäytymisen muutoksen tekniikat vaikuttavat pystyvyyteen fyysisessä aktiivisuudessa ja mitkä tekniikat vaikuttavat varsinaiseen käytökseen. He havaitsivat, että toimintasuunnitelma, ohjeiden antaminen ja yrityksen vahvistaminen olivat yhteydessä sekä pystyvyyteen että fyysiseen aktiivisuuteen. Sen sijaan repsahdusten ehkäiseminen oli yhteydessä matalampaan pystyvyyteen ja heikompaan fyysiseen aktiivisuuteen. (Williams & French 2011.) Henkilöt, joilla on korkea pystyvyys hyötyvät interventiosta, joissa käytetään tavoitteen asettelua fyysisen aktiivisuuden lisäämiseksi. Sen sijaan henkilöillä, joilla on matala pystyvyys, suunnittelu ja tavoitteen asettaminen eivät välttämättä lisää fyysistä aktiivisuutta. (Luszczynska, Schwarzer, Lippke & Mazurkiewicz 2011). Pystyvyyden lisääminen ei kuitenkaan ole helppoa. Olanderin ja kumppaneiden (2013) systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa ja meta-analyysissä ei havaittu merkittävää yhteyttä pystyvyyden ja fyysisen aktiivisuuden muutoksilla, vaan useat tekniikat lisäsivät fyysistä aktiivisuutta vaikuttamatta kuitenkaan pystyvyyteen. (Olander ym. 2013).

Meta-analyysissä, jossa selvitettiin käyttäytymisen muutoksen tekniikoiden yhteyttä pystyvyyden terveellisessä ruokavaliossa, havaittiin stressinhallinnalla olevan suuri merkitys henkilöiden pystyvyyteen. Myös muilla tekniikoilla, kuten oman toiminnan seurannalla, palautteen antolla, tavoitteiden tarkastelulla, palkitsemalla onnistumisesta ja sosiaalisen tuen suunnitelmalla oli vaikutusta henkilöiden pystyvyyteen. (Prestwich ym. 2014.) Toisessa pienemmässä tutkimuksessa pyrittiin lisäämään osallistujien pystyvyyttä ryhmätoiminnalla, jossa kannustettiin esteiden tunnistamiseen ja harjoitteluun sekä antamalla ohjausta ja rohkaisua. Näillä menetelmillä ei ollut merkittävää vaikutusta terveellisen ruokavalion noudattamisessa. Tehokkaammaksi menetelmäksi havaittiin aikomuksen toteuttamiseen liittyvät tekniikat (kuten tavoitteen asettaminen, esteiden tunnistaminen ja konkreettiset keinot niiden ylittämiseksi) sekä aikomuksen toteuttamiseen liittyvät tekniikat yhdessä pystyvyyden lisäämiseen liittyvien tekniikoiden kanssa. (Guillaumie, Godin, Manderscheid, Spitz & Muller 2012.)

3 Terve Elämä- ryhmätoiminta

3.1 Ryhmätoiminnan taustaa

Terve Elämä -ryhmätoiminnan kehittämisen taustalla on sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma, Kaste-hanke. Hankkeen tavoitteena on kaventaa hyvinvointi- ja terveyseroja sekä järjestää sosiaali- ja terveydenhuollon rakenteet ja palvelut asiakasta kuunnellen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2016.) Hyvä potku -hanke on kansallinen käyttöönottohanke, joka toimi vuonna 2014- 2015. Hyvä Potku -hanke jatkaa edellisten Kaste-hankkeiden menetelmien levittämistä perusterveydenhuollon työyksiköiden käyttöön. Tavoitteena on parantaa palveluiden saatavuutta ja jalkauttaa terveyshyötymallin (Cronic care model, CCM) mukaista toimintaa. (Hyvä Potku -esite.)

Terveyshyötymalli on Edward H. Wagnerin ja kumppaneiden kehittämä näyttöön perustuva viitekehys ja ajatusmalli, joka antaa perusterveydenhuollolle puitteet parantaa kroonista sairautta sairastavien potilaiden hoidon vaikuttavuutta. Malli antaa joustavan, mutta laajan mahdollisuuden rakentaa tai uudelleen kehittää terveydenhuoltoa paikalliset voimavarat ja linjaukset huomioiden. Terveyshyötymalli tukee aktiivisen ja voimaantuneen potilaan sekä valmistautuneen, proaktiivisen hoitotiimin välistä yhteistyötä, joka tuottaa potilaalle merkittävää terveyshyötyä. Terveyshyötymalli perustuu neljään osa-alueeseen: omahoidon tukeen, palveluvalikoimaan, päätöksentukseen ja kliinisiin tietojärjestelmiin. Hoitohenkilökunta tarjoaa tietoa ja tukea, jotta potilailla on mahdollisuus huolehtia sairaudestaan paremmin. Hoitohenkilökunnan tavoitteena on vahvistaa potilaan itseohjautuvuutta ja siten mahdollistaa potilaan omahoidon onnistuminen. Hoitoa tulisi tarjota potilaiden tarpeiden mukaan. Hoitohenkilöllä tulee olla tarvittava tuki päätöksenteossa ja yhteys erikoislääkäreihin ja asiantuntijoihin. Kliinisten tietojärjestelmien tarkoitus on antaa oikea-aikaista tietoa yksittäisistä potilaista ja potilasryhmistä. Tietokanta sisältää tietoa hoitoprosessista ja hoidon tuloksista. Tällöin hoitohenkilökunta pystyy huomioimaan potilaan erityistarpeet, suunnittelemaan hoitoa ja vastaanottamaan palautetta. (Epping-Jordan, Pruitt, Bengoa & Wagner 2004.)

Helsingin Kaupungin perusterveydenhuoltoa ollaan kehittämässä Nelimaali-mallin avulla, jossa huomioidaan palvelun tuottavuus, saatavuus, vaikuttavuus sekä asiakaskokemus. Kaupunki on luonut Asiakkaaksi tulon polku -mallin, jotta asiakkaille pystytään kohdentamaan niitä palveluita, joita kukin asiakas tarvitsee. Asiakkaat on jaettu satunnaisesti palvelua tarvitseviin sekä paljon palvelua tarvitseviin. Helsingin terveysasemalla kehitetty vastuuhenkilömalli sekä Terve Elämä -ryhmätoiminnan malli on suunnattu paljon palvelua tarvitseville asiakkaille, joilla on useita terveyskeskuskäyntejä vuodessa, ja jotka tarvitsevat paljon hoitohenkilökunnan tukea terveyteen liittyvissä asioissa. Terve Elämä -ryhmätoiminnan kriteereiksi on määritetty yli 18 vuoden ikä ja tarve pitkäaikaiseen tukeen. Terve Elämä -ryhmän kehittämisen taustalla on tarve parantaa palvelun saatavuutta, vaikuttavuutta ja tuottavuutta korvaamalla vastaanottokäynti ryhmämuotoisella toiminnalla. Toiminnan taustalla on myös asiakaslähtöisen palvelun kehittäminen, jossa asiakas nähdään aktiivisena ja voimaantuvana oman elämänsä asiantuntijana. Toiminnan taustalla on purkaa perinteisiä diagnoosikeskeisiä palveluita, ja luoda geneerinen ryhmä, jossa tavoitteena on tukea asiakasta henkilökohtaisen suunnitelman toteuttamisessa. (Ahlblad-Mäkinen 2016, 2017.)

Helsingissä, Vuosaaren terveysasemalla aloitettiin ensimmäiset Terve Elämä -ryhmät tammi-kuussa 2016. Vuoden 2016 aikana Terve Elämä -ryhmiä alkoi eripuolilla Helsinkiä. Vuosaaren terveysaseman lisäksi ryhmiä järjestettiin muun muassa Kalliossa, Herttoniemessä, Töölössä ja Vallilassa. Terve Elämä -ryhmien toimintaa on kehitetty toiminnan edetessä muun muassa asiakkailta saadun palautteen perusteella. (Linna 2017.)

3.2 Ryhmään ohjautumisen prosessi

Helsingin Kaupungissa on otettu käyttöön vastuuhenkilömalli, jossa terveysaseman työntekijät kartoittavat omasta asiakaskunnastaan paljon tukea tarvitsevia asiakkaita. Paljon palvelua tarvitsevat asiakkaat ilmoitetaan työryhmälle, joka käy läpi uudet asiakkaat päivittäin, tarkistaa kriteerit ja päättää vastuuhenkilön. Vastuuhenkilö saa tiedon uusista asiakkaista, ja on heihin yhteydessä. Vastuuhenkilö kartoittaa asiakkaan tilanteen ja palvelutarpeet yhdessä asiakkaan kanssa. Vastuuhenkilö ja asiakas tekevät hoitosuunnitelman ja yksilöllisen seurantasuunnitelman. Hoitosuunnitelmaan kirjataan asiakkaan hoidon tarve, tavoite, keinot tavoitteeseen pääsemiseksi sekä toimet omahoidon tueksi (Hoitosuunnitelma). Yhdessä ammattilaisen kanssa kartoitetaan, mikä palvelu tai toimintatapa auttaa ja tukee asiakasta parhaiten. Asiakkaalle voidaan tarjota ryhmätoimintaa, yksilöllisiä tapaamisia/valmennuksia tai hän voi saada palvelua muun verkoston kautta. Työskentelylle sovitaan seuranta, jonka tarkoituksena on oman hoitosuunnitelman mukaisten tavoitteiden seuraaminen ja omahoidon vahvistuminen. Tarkoituksena on määräaikainen asiakkuus, ja asiakkaan siirtyminen mahdollisesti toiseen asiakassegmenttiin. (Hoitosuunnitelma; THK Vastuuhenkilö-mallin prosessi 1.2.2016.)

Terve Elämä -ryhmä on yksi vastuuhenkilön tarjoamista palveluista. Vastuuhenkilö arvioi vastaako ryhmä keinona asiakkaan tarpeeseen, ja hyötyykö asiakas ryhmästä. Vastuuhenkilö ja asiakas kirjaavat asiakkaan tavoitteet ja ryhmään osallistumisen tavoitteet. Asiakas osallistuu ryhmätoimintaan, ja vastuuhenkilö toimii sparraajana, kannustajana ja yhteydenpitäjänä. Vastuuhenkilö kirjaa, seuraa ja arvioi asiakkaan terveysindikaattoreita. Ryhmätoiminnan loputtua asiakas arvioi, miten saavutti asettamansa tavoitteet, ja vastuuhenkilö päivittää asiakkaan hoitosuunnitelman. (THK Vastuuhenkilömallin prosessi 1.2.2016.)

3.3 Ryhmätoiminnan kuvaus

Terve Elämä -ryhmätoiminnan tavoitteena on asiakkaan pystyvyyden tunteen vahvistuminen ja omien voimavarojen hyödyntäminen. Ryhmätoiminta tukee asiakasta henkilökohtaisen suunnitelman toteuttamisessa. Ryhmätoiminnassa asiakas nähdään aktiivisena toimijana, joka päättää omat tarpeet ja tavoitteet. Asiakas tekee ryhmän aikana ”Oma projekti työkirjaa”, jossa on asiakkaan henkilökohtainen suunnitelma, tarve, tavoite, keinot, voimavarat sekä terveysindikaattoreiden mittaustulokset. Asiakas kirjaa työkirjaan havaintojaan omasta prosessista ryhmätoiminnan aikana. Ryhmätoiminnan vertaistuen ja ammattihenkilön kannustuksen avulla asiakas löytää itselleen sopivat keinot omien tavoitteidensa toteuttamiseksi. Ryhmän vetäjä, ryhmäkoordinaattori seuraa asiakkaan henkilökohtaisen prosessin etenemistä, kannustaa ja valmentaa. Koordinaattori ohjaa asiakasta tunnistamaan myönteiset kokemuksensa, tavoitteensa ja voimavaransa. Lisäksi koordinaattori kirjaa ylös terveysindikaattoreissa tapahtu-

neet muutokset sekä päivittää asiakkaiden tavoitteita ja suunnitelmia asiakastietojärjestelmään. Ryhmäkoordinaattorina toimii terveydenhoitaja. (Terve Elämä -ryhmän kuvaus; Huolenpito- ja terveyshyötyasiakkaiden prosessikaari Terve elämä -ryhmässä 2.2.2016.)

Ryhmätoiminta pohjautuu vertaistukeen. Ryhmätoiminnan aikana ryhmäläiset jakavat kokemuksiaan omasta prosessista sekä tukevat ja kannustavat toisiaan. Ryhmäläiset voivat myös antaa toisilleen vihjeitä tai jakaa omia onnistumisen kokemuksiaan, joista voi olla hyötyä toisille ryhmäläisille. Ryhmätoiminnan aikana jokaisen ryhmäläisen on tarkoitus pohtia omia hyviä kokemuksia, pystyvyyttä ja voimavaroja, oman muutosprosessin tiedostamista sekä rakentaa konkreettinen toimintasuunnitelma omien tavoitteiden pohjalta. Ryhmäläiset saavat koti tehtäviä, joissa pohditaan omia tavoitteita ja keinoja. Ryhmän tarkoitus on antaa tukea ja eväitä elämäntapamuutokseen sekä lisätä asiakkaiden pystyvyyttä. Mahdollinen elämäntapamuutos tulee tapahtumaan asiakkaan omassa arjessa. (Linna 2016.)

Terve Elämä -ryhmätoimintaan kuuluu ryhmäläisten terveysindikaattoreiden mittaus. Terveysindikaattorit ovat osa terveystarkastuksen rutiinitutkimusta ja ne mitataan ryhmätoiminnan alussa sekä ryhmätoiminnan lopussa. Ryhmäläiset lähettävät ammattilaisille tiedot verenpaineestaan (RR) ja alkoholinkäytöstään (Audit) sähköisen asiointipalvelun kautta. Terveysseaman henkilökunta mittaa ja kirjaa sähköiseen potilastietojärjestelmään asiakkaan painoindeksin (BMI), masennustestin (BDI) pistemäärän sekä tiedot tupakoinnista. Lisäksi ryhmäläisiltä mitataan ryhmän alussa ja lopussa pitkäaikaista verensokeritasoa kuvaava sokerihemoglobiini HbA1c ja huonon kolesterolin LDL -arvo, mikäli niitä ei ole otettu vuoden aikana. (Linna 2016.)

Terve Elämä -ryhmä on suljettu ryhmä, jossa osallistujia on 10-12. Ryhmätoiminta sisältää kahdeksan ryhmätapaamista vuoden aikana. Ryhmäläisten osallistuminen ja terveysindikaattorit kirjataan terveysseaman tietokantaan vaikuttavuuden seurantaan. Ryhmätoiminnan lopuksi asiakkaat tekevät ryhmän vaikuttavuuden loppuarvioinnin. Ryhmätoiminnan arviointia on kuvattu kuviossa 3. (Terve Elämä -ryhmän kuvaus; Huolenpito- ja terveyshyötyasiakkaiden prosessikaari Terve elämä-ryhmässä 2.2.2016.)

Asiakas	Vastuuhenkilö	Ryhmäkoordinaattori
<ul style="list-style-type: none"> • arvio ryhmän hyödyllisyydestä • asiakaspalaute 	<ul style="list-style-type: none"> • asiakkaan terveysindikaattorit • asiakkaan tavoitteiden saavuttamisen prosessi • arvioinnit ennen ryhmätoimintaa, ryhmätoiminnan aikana ja sen jälkeen 	<ul style="list-style-type: none"> • palaute ryhmän jälkeen • kirjaa ylös osallistuneet / poisjääntiseuranta • "Oma projekti työkirjan" tuotos

Kuvio 3: Ryhmätoiminnan arviointi

4 Opinnäytetyön lähtökohdat

4.1 Arviointitutkimus ja vaikuttavuus

Arviointi tuottaa havaintoja, johtopäätöksiä ja kehittämissuosituksia arvioitavan kohteen vahvuuksista ja haasteista (Virtanen 2007, 25). Kananojan mukaan arviointi on osa nykypäivän palveluiden ja organisaatioiden kehittämistä. Palveluiden ja interventioiden tavoitteiden toteutumisesta, toiminnan laadusta ja vaikuttavuudesta halutaan saada tietoa. Myös taloudelliset intressit ovat usein arvioinnin taustalla. Arvioinnin avulla voidaan varmistaa, että yhteiskunnan varoilla toteutetulla toiminnalla vastataan kansalaisten tarpeisiin, ja toiminta on tuloksellista. (Robson 2001, 5-6.) Arviointia voidaan tarkastella erilaisten lähestymistapojen avulla. Robson (2001) tiivistää arvioinnin lähestymistapoja käytännönläheisesti sen mukaan, mihin kysymyksiin arvioinnilla haetaan vastausta. Arvioinnilla voidaan selvittää, vastaako palvelu asiakkaiden tarpeisiin, kuinka palvelua voisi parantaa tai onko palvelu vaikuttavaa tai tehokasta. Sen avulla voidaan myös selvittää, toimiiko palvelu ja kuinka se toimii. Arvioinnin tarkoitus määrittelee sen, millä lähestymistavoilla arviointia lähdetään tekemään. (Robson 2001, 26- 28, 77- 80.)

Arvioinnilla on epäselvä asema tutkimuksen ja tieteen kentässä, eikä sillä ole selvää akateemista profiilia (Virtanen 2007, 33). Robson (2001) määrittelee tutkimuksen ja arvioinnin selkeäksi eroksi sen, että arviointi pitää sisällään ajatuksen arvon määrittämisestä. Tutkimuksen katsotaan puolestaan olevan enemmän kuvaamista, selittämistä ja ymmärtämistä. Myös arvioinnin ja arviointitutkimuksen välille voidaan tehdä eroa. Arviointipiireissä käydään keskustelua siitä, onko arviointi erotettavissa tutkimuksesta, onko se tietyyntyyppistä soveltavaa tutkimusta vai onko se joskus tutkimusta ja joskus ei. Robson (2001) kuitenkin muistuttaa, että korkealaatuinen arviointi vaatii harkittua tutkimusasetelmaa, aineiston keräämistä, analyysiä ja tulkintaa. Arvioinnin ja tutkimuksen välillä voidaankin siis nähdä myös hyödyllistä päällekkäisyyttä. (Robson 2001, 25- 26.)

Vaikuttavuuden arvioinnin lähtökohtana ovat tarkat käsitykset sitä, miksi ja miten jokin interventio vaikuttaa. Vaikuttavuuden arvioinnilla halutaan selvittää, miten jokin interventio tuottaa prosessin kautta tuloksen, ja missä määrin saavutetut tulokset ovat juuri toteutetun intervention tuottamia. (Dahler-Larsen 2005, 7, 23.) Palvelujen vaikutusten arviointi on yleinen arviointitehtävä, koska sen avulla selvitetään, onko palvelun tuloksena tapahtunut muutoksia. Vaikuttavuuden arvioinnin haasteena on kuitenkin osoittaa, että muutokset voidaan katsoa johtuvan itse palvelusta eikä jostain muusta syystä. (Robson 2001, 85- 87.)

Arvioinnit voidaan luokitella joko prosesseihin tai vaikutuksiin tai molempiin. Formatiivinen arviointi kohdistuu prosessien arviointiin, ja sen pääasiallinen tehtävä on selvittää, mitä projektissa todellisuudessa tapahtuu. Formatiivista arviointia käytetään silloin, kun halutaan kehittää toimintaa. Summatiivinen arviointi puolestaan tähtää vaikutusten arviointiin ja sen avulla halutaan selvittää, mitä projektilla on saavutettu. (Robson 2001, 80- 85.) Vaikuttavuuden arviointi pitää sisällään sekä prosessin että prosessin seurauksen eli vaikutuksen (Dahler-Larsen 2005, 23).

Vaikuttavuuden arviointia käsitteleviä suomalaisia terveydenhuollon tutkimuksia on tutkittu systemaattisessa katsauksessa vuonna 2009. Sen mukaan vaikuttavuus-sanaa käytettiin laajasti, mutta vaikuttavuus oli kuitenkin harvoin määritelty, ja vaikuttavuuden arvioinnin mittarit olivat usein epämääräisiä tai niitä ei ollut ollenkaan. (Konu, Rissanen, Ihantola & Sund 2009, 292). Koskinen-Ollonqvist ja tutkijat (2005) määrittelevät vaikuttavuuden syntyvän siitä, kun suhteutetaan aikaansaatu tulos/vaikutus alun tarpeeseen (Koskinen-Ollonqvist ym. 2005, 6-7). Lumijärvi (1994) esittää, että laadun ja vaikuttavuuden ero on ajallinen. Hyvä ja laadukas tulos ei välttämättä tuo vaikuttavuutta. Terveyden edistämässä vaikuttavuus voidaan nähdä vasta myöhemmin esimerkiksi toipumisena tai kuntoutumisena. Vaikuttavuus voidaan nähdä myös mahdollisina sivuvaikutuksina. (Konu ym. 2009, 286.) Dahler-Larsen (2005) käyttää sanaa ”vaikuttavuus”, koska se kuvaa sekä tulosta, vaikutusta että vaikuttamisen prosessia (Dahler-Larsen 2005, 7). Pekka Sulkusen (2005) mukaan tavallisin tapa puhua vaikuttavuudesta tarkoittaa itse asiassa vaikutuksia. Sulkunen tuo esille, että yksittäisen terveyden edistämisen intervention vaikutuksien syy-seuraus -suhdetta ei ole käytännössä mahdollista osoittaa. Vaikuttavuudesta halutaan tietoa, mutta se mitä sillä tarkoitetaan jää usein epäselväksi. Vaikuttavuuden arvioinnin pääasialliset ongelmat ovat käsitteellisiä ja koskevat mahdollisen syyn, että vaikutuksen määrittelyä. (Sulkunen 2005, 46- 47, 107.)

Arvioinnin tekijä joutuu pohtimaan kausaalisuhdetta ja sitä, mikä aiheuttaa tietyn vaikutuksen arvioitavassa kohteessa. Arviointiasemalla tarkoitetaan tapaa ratkaista arviointitehtävä. (Virtanen 2007, 113- 114). Perinteinen vaikuttavuustutkimuksen tutkimusasetelma on kokeel-

linen tai kvasikokeellinen. Yksinkertaisimmillaan siihen sisältyy vertailu koeryhmän ja kontrolliryhmän välillä. Koeryhmä osallistuu arvioitavaan interventioon ja kontrolliryhmä ei. (Robson 2001, 89.) Kokeelliseen arviointiasetelmaan liittyy ehto satunnaisotoksesta, mittaukset ennen interventiota ja sen jälkeen sekä koe- ja kontrolliryhmä. Kokeellisen tutkimuksen ongelmana on virheitä lisäävien, vaihtelevien ulkoisten tekijöiden olemassaolo ja kontrolloimattomuus. (Virtanen 2007, 115- 120.) Monissa käytännön arvioinneissa onkin epätodennäköistä, että kokeellinen lähestymistapa olisi käyttökelpoinen (Robson 2001, 94). Kvasikokeellisesta asetelmasta on kyse silloin, jos vähintään yksi kokeellisen asetelman neljästä ehdosta ei toteudu. Usein arvioija joutuu tilanteeseen, jossa vain muutama perusehto toteutuu. Tällöin arviointiin joudutaan soveltamaan mahdollisimman hyvä arviointiasetelma. (Virtanen 2007, 120.)

Eri aloilla vaikuttavuuden arviointia pitäisi lähestyä eri tavoin. Anneli Pohjola (2012) tuo esille, että vaikuttavuuden osoittaminen ymmärrettynä kausaalisenä syy-seuraus -ajatteluna tai teknisenä numeraalisena mittaamisena on esimerkiksi sosiaalityön ymmärrykselle vierasta. Tällainen ajattelu on vieraannuttanut sosiaalityötä vaikuttavuusajattelusta, eikä alalla ole pyritty löytämään omaan toimintaan soveltuvia lähestymistapoja. (Pohjola, Kemppainen & Väyrynen 2012, 28.) Juha Koiviston (2006) mukaan eri sektoreilla tarvitaan moninaisempaa tietoa, kuin pelkän satunnaistetun koeasetelman kautta saatua tietoa. (Koivisto 2006, 56.)

4.2 Realistinen arviointi ja tapaustutkimus

Realistisessa arvioinnissa halutaan selvittää ja ymmärtää, miten jokin interventio toimii. Realistisen arvioinnin kautta haetaan vastausta siihen, ”mikä toimii, kenelle, missä olosuhteissa ja miten?” (Pawson & Tilley 1997.) Realistinen arviointi ei siis kohdistu vain tulosten eli vaikutusten tarkasteluun, vaan tarkastelee myös niitä toimintoja ja mekanismeja, joilla tuloksia saadaan aikaan. Lisäksi realistinen arviointi ottaa huomioon ne kontekstit, joissa toiminnot tapahtuvat sekä interventioiden sisällöt. Realistisessa arvioinnissa puhutaan konteksti-toiminto-tulos -yhtälöstä (Context Mechanism Outcome Configurations eli CMOC). (Kuvio 4)

Realistisessa arvioinnissa kontekstilla tarkoitetaan niitä olosuhteita, joita tarvitaan toiminnan toteuttamiseksi, jotta saadaan aikaan toivottuja tuloksia (Anttila 2007, 68-69). Konteksti voi pitää sisällään sekä ympäristön olosuhteet, että asiakkaan henkilökohtaiset ominaisuudet ja hänen historiansa (Korteniemi 2005, 20). Toiminnot tai mekanismit ovat toimenpiteitä, joiden tarkoituksena on tuottaa tiettyjä tuloksia (Anttila 2007, 69). Mekanismit saavat aikaan muutoksen, mutta ovat aina riippuvaisia siitä kontekstista, missä ne toimivat. Siten joissakin tilanteissa toimenpide saattaa toimia hyvin, mutta toisessa kontekstissa se ei toimikaan toivotusti. (Korteniemi 2005, 20.) Tuloksilla tarkoitetaan niitä käytännöllisiä tuloksia ja niiden vaikutuksia, jotka ovat tulosta tietyistä toimenpiteistä ja vallitsevasta kontekstista. Nämä kolme tekijää (konteksti, toiminto, tulos) muodostavat yhtälön, jonka avulla etsitään monia toisiinsa

kytkeytyviä syy-seuraus -suhteita. Tämän avulla hahmottuu kokonaisuus. (Anttila 2007, 69-72.)



Kuvio 4: Realistinen arviointisykli (mukaillen Pawson & Tilley 1997, 85)

Realistisen arvioinnin käsitys kausaalisuudesta poikkeaa suuresti empiirisesti suuntautuneen yhteiskuntatutkimuksen kanssa (Korteniemi 2005, 19). Realistisessa arvioinnissa kausaalisuus nähdään todennäköisenä. Kausaalisuutta selitetään sosiaalisen rakenteen luonteen ja siitä seuraavien mekanismien avulla. Näillä nähdään olevan välttämätön yhteys. Sen sijaan mekanismien ja niiden aiheuttamien tapahtumien välinen yhteys on ainoastaan todennäköinen ja riippuvainen esimerkiksi siitä kontekstista, missä mekanismit toimivat. (Korteniemi 2005, 25, Danermarkin ym. 2001, 55 mukaan) Realistinen arviointi ymmärtää todellisuuden monikerroksisuuden ja sen, että ohjelmat ja palvelut toimivat muuttuvassa maailmassa. Tällöin vaikuttavuus voi parantua tai huonontua uudessa kontekstissa tai uusien vaikuttavien voimien vallitessa. (Pawson & Tilley 1997, 218-219). Realistisen arvioinnin kausaalisuus olisi hyvä ymmärtää kausaalisten ryppäiden sekä riittävien ja välttämättömien ehtojen avulla (Korteniemi 2005, 25).

Realistinen arviointi tähtää intervention vaikuttavuuden sekä ratkaisujen paremmuuden, tehokkuuden, sovellettavuuden ja hyödynnettävyyden arviointiin. Se huomioi, että kaikki asiat, jotka jollain tapaa vaikuttavat, kuuluvat todellisuuteen. (Anttila 2007, 71-72.) Luultavasti tästä syystä realistinen arviointi soveltuu hyvin sosiaali- ja terveysalan tutkimuksiin, missä asi-

akkaille suunnitellut palvelut ja interventiot toteutetaan vallitsevassa ympäristössä ja tiettyjen olosuhteiden vallitessa. Asiakkaat toimivat omassa ympäristössään, ja tekevät päätöksiä ja valintoja omien voimavarojensa ja kokemustensa pohjalta. Realistista arviointia onkin käytetty paljon sosiaali- ja terveystieteiden hankkeissa ja Stakes julkaisee näitä kokemuksia FinSoc julkaisusarjassaan (Anttila 2007, 87). Kortenien (2005) mukaan sosiaalisten palveluiden ja interventioiden vaikutukset voidaan parhaiten ymmärtää suhteessa olemassa oleviin sosiaalisiin rakenteisiin ja niiden vuorovaikutukseen sosiaalisen todellisuuden eri kerrostumien kanssa. Ihmisiin suuntautuvassa arvioinnissa pitää muistaa, että sosiaaliset mekanismit ovat myös ihmisen valintoja ja mahdollisuuksia. (Korteniemi 2005, 25.)

Kun asiakkaille suunnattuja palveluita ja niiden vaikuttavuutta tutkitaan käytännön elämässä, useinkaan ei ole mahdollisuutta koe- ja kontrolliryhmien vertailuun (Robson 2001, 94; Virtanen 2005, 120). Tapauskohtaisessa arvioinnissa vertailu toteutetaan sisäisesti siten, että yksittäinen asiakas toimii itsensä kontrolliryhmänä (Robson 2001, 95). Tapauskohtaisen arvioinnin tutkimusasetelmat selvittävät siis yksittäisten tapausten kehitystä. Tutkimusasetelmia voi olla erilaisia muun muassa ennen interventiota suoritettu lähtötilanteen mittausta sekä toiminnan aikana tehty mittausta (tällaista asetelmaa kutsutaan AB-asetelmaksi). Mittausta voidaan jatkaa vielä intervention päätyttyä (tällöin asetelma on ABA-asetelma). Tapauskohtaisesta tutkimusasetelmasta voidaan etsiä vastausta siihen, ovatko intervention kohteena olevat ongelmat muuttuneet tai vaikuttiko interventio muutokseen. (Rostila & Mäntysaari 1997, 4-5.)

Realistista, tapauskohtaista arviointia voidaan käyttää, kun halutaan seurata systemaattisesti asiakkaan tai asiakasryhmän edistymistä tai arvioida tehtyjen interventioiden vaikuttavuutta. Arvioinnin avulla voidaan seurata, onko asiakas edistynyt suhteessa niihin tavoitteisiin, jotka hän on työntekijän kanssa yhdessä asettanut työskentelylle. Realistinen, tapauskohtainen arviointi pyrkii ymmärtämään ja selittämään asiakkaan tilanteesta tapahtunutta muutosta, ei vain mittaamaan sitä. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että selvitetään, mikä työkäytännössä ja toiminnassa (= intervention sisältö) saa aikaan toivottua kehitystä (= toivotut tulokset) ja missä olosuhteissa tämä tapahtuu (= konteksti). Interventiot vaikuttavat asiakkaiden elämän muutoksiin mekanismien välityksellä. Realistisen, tapauskohtaisen arvioinnin avulla saadaan tietoa, miten työkäytäntöjä ja interventioita voidaan kehittää, jotta ne ovat vaikuttavampia. Tällainen arviointi voidaan sijoittaa myös osaksi asiakastyön työkäytäntöjä. (Korteniemi 2005, 30.)

4.3 Yhteenveto teoreettisista lähtökohdista

Tiedetään, että terveelliset elintavat lisäävät ihmisen terveyttä ja hyvinvointia sekä ehkäisevät monien sairauksien puhkeamista. Helsingin Kaupungin järjestämä Terve Elämä -ryhmätoiminta on elämäntapaohjausryhmä, jossa pyritään auttamaan ja tukemaan ihmisiä lisäämään terveellisiä elintapoja sekä poistamaan terveydelle haitallisia tapoja sekä lisäämään itsestä terveydestä huolehtimista. Ryhmätoiminnan tavoitteena on asiakkaan pystyvyyden tunteen lisääminen. Pystyvyyden tunne on yksi ihmisen psykologisista mekanismeista, jolla on vaikutusta ihmisen terveystyötyymiseen. Pystyvyyden tunteella tarkoitetaan ihmisen uskoamiin kykyihinsä saavuttaa toivottu lopputulos. (Bandura 1995, 1997.)

Elämäntapaohjausinterventioita tutkittaessa on tarkkaan määriteltävä mihin käyttäytymisen muutoksen tekniikoihin ja teorioihin se perustuu (Michie & Abraham 2004). Tutkimukset ovat antaneet paljon tietoa erilaisista käyttäytymisen muutoksen tekniikoista, joilla voidaan vaikuttaa ihmisten terveystyötyymiseen. Terve Elämä -ryhmässä pystyvyyden tunnetta pyritään lisäämään seuraavien tekniikoiden avulla: tavoitteen asettaminen, toimintasuunnitelman teko, ohjaajan tuki ja kannustus, vertaistuki, oman käyttäytymisen seuranta, testitulokset omaan terveyteen liittyen sekä sähköinen yhteydenpito.

Elämäntapaohjausinterventioita tutkitaan paljon, koska halutaan saada tietoa tehokkaista ja vaikuttavista menetelmistä. Myös uuden palvelun tai toiminnan vaikutuksista halutaan usein saada tietoa. Tässä opinnäytetyössä halutaan selvittää Terve Elämä -ryhmätoiminnan vaikutuksia ryhmäläisten pystyvyyteen. Tutkimusmenetelmällisenä lähestymistapana hyödynnetään realistista arviointia. Realistisen arvioinnin kautta halutaan ymmärtää ”mikä toimii, kenelle, missä olosuhteissa ja miten?” Realistisessa arvioinnissa huomioidaan toiminnot, jotka aiheuttavat muutoksen sekä sen missä kontekstissa muutos on mahdollista. (Pawson & Tilley 1997.)

Tässä opinnäytetyössä Terve Elämä -ryhmätoiminta on interventio, jolla pyritään lisäämään asiakkaiden terveitä elintapoja ja ehkäisemään sairauksia. Terve Elämä -ryhmätoiminta sisältää erilaisia menetelmiä ja tekniikoita, joilla pyritään lisäämään asiakkaan pystyvyyttä omasta terveydestä huolehtimisessa. Asiakkaan pystyvyyden lisääntyminen on se mekanismi, joka saa aikaan muutoksen ja johtaa terveellisempiin elämäntapoihin ja itsenäiseen terveydestä huolehtimiseen. Interventio tapahtuu tietyssä kontekstissa eli erilaiset tekijät, kuten ympäristön olosuhteet tai asiakkaan omat ominaisuudet vaikuttavat lopputulokseen. Intervention lopputulos on seurausta ryhmätoiminnassa käytetyistä menetelmistä ja vallitsevasta kontekstista. Ryhmätoiminnan onnistunut lopputulos tuottaa voimaantuneen asiakkaan, joka huolehtii terveydestään ja hyvinvoinnistaan omahoidon avulla. Opinnäytetyön teoreettinen mallinnus on kuvattu taulukossa 1.

Vaikuttavuussyklin komponentit	Käsitelmä	Sisältö opinnäytetyössä
Toiminto (mechanism)	Mekanismi on se muutosvoima, joka saa aikaan muutoksen.	Asiakkaan pystyvyyden lisääminen omasta terveydestä huolehtimisessa.
Asiakkaan tilanne (contex)	Ympäristön olosuhteet sekä asiakkaan ominaisuudet ja historia	Asiakkaan tavoite, Elintavat (AUDIT, tupakka), Terveys (BDI, BMI, RR), Sosiodemografiset tekijät (sukupuoli, ikä, siviilisääty, työllisyystilanne, koulutus)
Menetelmä (intervention)	Interventiot ovat toimenpiteitä, toimintoja tai menetelmiä, joita käytetään asiakastyössä	Terve Elämä -ryhmätoiminta, joka pitää sisällään: <ul style="list-style-type: none"> • Tavoitteen asettaminen • Toimintasuunnitelman teko • Ohjaajan tuki/kannustus • Oman käyttäytymisen seuranta/ työkirja • Testitulokset omaan terveyteen liittyen (esim. verenpaineen mittaus) • Ryhmäläisten tuki/esimerkki/kokemukset • Sähköinen yhteydenpito
Lopputulos (outcome)	Tulokset ovat asiakkaan terveydessä ja terveyskäyttäytymisessä tapahtuneita muutoksia.	Asiakkaat tekevät muutoksia elämäntapoihinsa edetessään kohti tavoitteitaan. Asiakkaat ovat voimaantuneita ja hyödyntävät omia voimavarojaan. Asiakas pystyy huolehtimaan terveydestään ja hyvinvoinnistaan omahoidon avulla.
Toiminnan teoreettinen asetelma (configurations)	On oletusten sarja mekanismien, olosuhteiden, interventioiden ja lopputulosten yhteydestä.	Terve Elämä -ryhmätoiminnan tavoitteena on asiakkaan pystyvyyden tunteen lisääminen. Kun pystyvyys lisääntyy, asiakas etenee tavoitteessaan ja tekee muutoksia elintapoihinsa. Asiakkaan elämänhallinta paranee ja hän pystyy itsenäiseen terveydestä huolehtimiseen. Asiakkaan terveys paranee. Pystyvyyden lisäämisen edellytyksenä on tieto aikaisemmista kokemuksista, sijaikokemukset, sanallinen vaikuttaminen sekä fysiologinen tila ja omien tunnereaktioiden tulkitseminen. (Bandura 1995, 1997) Asiakkaan aikomukseen toteuttaa elämäntapamuutos tarvitaan usko omaan pystyvyyteen, arvio, että toiminnan muutos aiheuttaa toivottua hyötyä ja usko mahdollisuudesta estää vakava terveysriski (pohjautuu HAPA-malliin) (Schwartz 2011)

Taulukko 1: Arviointisyklin komponentit (mukailen Kaisla, Kilponen, Männistö 2005,68)

5 Opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimusongelmat

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia Helsingin terveysasemalla aloitettua uudenlaista ryhmätoiminnan mallia, Terve Elämä -ryhmää. Tarkoituksena on tutkia Terve Elämä -ryhmän vaikuttavuutta asiakkaiden kokemuksen kautta. Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää, miten ryhmätoiminta on vaikuttanut asiakkaiden pystyvyyden kokemukseen ja omien tavoitteiden saavuttamiseen.

Vaikuttavuuden arvioinnissa arviointikohteelle esitetään kysymys, joka koskee sitä, miten interventio on mahdollisesti vaikuttanut (Dahler-Larsen 2005, 25). Tämän opinnäytetyön tutkimusongelmat ovat arviointikysymyksiä.

Tässä opinnäytetyössä halutaan selvittää seuraavaa:

1. Miten osallistuminen Terve Elämä -ryhmätoimintaan vaikuttaa asiakkaiden kokemaan pystyvyyteen omasta terveydestä huolehtimisessa?
 - Mitkä asiat ryhmätoiminnassa ovat vaikuttavia, kenelle ja missä olosuhteissa?
2. Miten osallistuminen Terve Elämä -ryhmätoimintaan tukee asiakasta omien tavoitteiden saavuttamisessa?
 - Mitkä asiat ryhmätoiminnassa ovat vaikuttavia, kenelle ja missä olosuhteissa?

Alkuperäisestä suunnitelmasta poiketen, yksi tutkimuskysymys jäi pois opinnäytetyöstä:

3. Miten osallistuminen Terve Elämä -ryhmätoimintaan vaikuttaa asiakkaiden terveysindikaattoreihin?

6 Opinnäytetyön toteuttaminen

6.1 Tutkimusmenetelmän valinta

Tämän opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä sovelletaan realistisen, tapauskohtaisen vaikuttavuuden arviointia. Realistinen arviointi sopii käytännön elämässä tehtävään arviointiin silloin, kun halutaan selvittää vaikuttavuuden syitä ja olosuhteita. Tarve Terve Elämä -ryhmätoiminnan vaikuttavuuden arvioinnista tuli Helsingin kaupungilta. Palvelun vaikutusten arvioinnissa ollaan kiinnostuneita muun muassa siitä, onko uusi toimintamalli vaikuttavaa eli saavutetaanko toimintamallin avulla suunnitellut tavoitteet, mitä asiakkaalle tapahtuu tuloksena palveluun osallistumisesta sekä onko palvelu jatkamisen tai laajentamisen arvoinen (Robson

2001, 27). Nämä kysymykset ovat myös lähtökohtana tarpeelle tutkia Terve Elämä -ryhmätoimintaa.

Käsitteiden vaikuttavuus ja vaikutukset osalta tämä opinnäytetyö arvioi ryhmätoiminnan vaikutuksia, koska palvelun vaikuttavuus voi näkyä vasta vuosien päästä. Tämän tutkimiseen ei ole aikataulullisesti mahdollista opinnäytetyöprosessin aikana. Ryhmätoiminnan aikana tapahtuneita muutoksia asiakkaan pystyvyydessä sekä tavoitteiden etenemisessä pidetään ryhmätoiminnan vaikutuksina. Näitä vaikutuksia suhteuttamalla alun tavoitteisiin ja tarpeeseen voidaan puhua vaikuttavuudesta asiakkaan kokemana. Tässä opinnäytetyössä vaikuttavuuden arviointi pitää sisällään sekä vaikuttamisen prosessin, että lopputuloksen eli vaikutuksen. Lopputulosta selvitetään kysymällä, onko ryhmätoiminnan aikana tapahtunut muutoksia asiakkaan pystyvyydessä ja tavoitteiden edistämässä. Prosessia selvitetään kysymällä, mitkä asiat ryhmätoiminnassa ovat vaikuttavia, kenelle ja missä olosuhteissa. Mahdollinen muutos asiakkaan tilanteessa ymmärretään siis ehdollisena ja riippuvaisena kontekstista.

Tässä opinnäytetyössä tutkitaan Terve Elämä -ryhmätoiminnan vaikutuksia pääosin laadullisin eli kvalitatiivisin menetelmin. Robsonin (2001) mukaan vaikutusten arviointi on yleensä kvantitatiivista, koska numeerisessa muodossa olevaa arviointia pidetään kaikkein hyväksytyimpänä. (Robson 2001, 86.) Pirkko Anttilan (2007) mukaan uusimmat arviointisuuntaukset kuitenkin tarkastelevat vaikuttavuutta ensisijaisesti kvalitatiivisesti. Menetelmällisesti realistinen arviointi ei ole sen kummempin määrällistä kuin laadullistakaan, vaan asettuu omaksi prosesseja analysoivaksi menetelmälliseksi strategiakseen. (Anttila 2007, 54, 73). Mickwitz (2005) tuo esille, että vaikuttavuusarvioinnin haasteena on usein tavoitteiden ympäröisyys, eikä niistä silloin voida johtaa arvioinnissa tarvittavia onnistumisen mittareita. Tällöin ratkaisuna voi olla arvioinnin laadullinen luonne. (Mickwitz 2005, 59.) Kivipellon (2008) mukaan laadullisessa vaikuttavuudessa tulee luottaa siihen, mitä koetaan ja tunnetaan, koska ulkopuolinen ei välttämättä pysty huomaamaan sitä (Kivipelto 2008, 35).

Dahler-Larsen (2005) perustelee asiakkaiden mukaan ottamista vaikuttavuuden arviointiin sillä, että yksittäisellä asiakkaalla on ensi käden tietoa siitä, miten julkinen interventio vaikuttaa hänen elämäänsä. Hän kuitenkin muistuttaa, että asiakkaiden mukaan ottamisessa painopiste ei ole asiakkaiden tyytyväisyydessä tai näkemyksissä interventiosta vaan siinä, miten asiakas osaltaan auttaa ymmärtämään syy-seuraus -suhdetta. (Dahler-Larsen 2005, 27.) Tässä opinnäytetyössä on perusteltua tutkia laadullisin menetelmin ryhmätoiminnan vaikuttavuutta asiakkaiden näkökulmasta, toiminnan taustan ja luonteen takia. Pystyvyys liittyy asiakkaan omaan kokemukseen voimavaroistaan, joten sen tutkiminen laadullisesti antaa syvällisempää tietoa ryhmätoiminnan vaikutuksista asiakkaiden tilanteeseen. Tutkimalla ryhmätoiminnan vaikutuksia kvalitatiivisesti, vahvistetaan toimintamallin tarkoitusta ja tavoitteita.

6.1.1 Arviointiasetuselma

Tässä opinnäytetyössä hyödynnetään tapauskohtaisen arvioinnin tutkimusasetelmaa. Tapauskohtainen arviointi soveltuu opinnäytetyöhön, koska asiakkaan elämäntapamuutosprosessi on aina henkilökohtainen ja siihen vaikuttavat tietyt kontekstit esimerkiksi asiakkaan aiemmat onnistumiset ja epäonnistumiset. Tapauskohtaisen arvioinnin avulla halutaan selvittää ja ymmärtää ryhmään osallistuneiden asiakkaiden tilanteissa mahdollisesti tapahtuneita muutoksia.

Vaikuttavuutta selvitetään kyselylomakkeen avulla ryhmätoimintaan osallistuvilta asiakkailta ennen ryhmätoiminnan alkamista sekä kolme ja kuusi kuukautta ryhmätoiminnan aloittamisen jälkeen. Alkuperäisen suunnitelman mukaan kyselylomakkeen lisäksi oli tarkoitus selvittää asiakkaiden terveysindikaattorit (RR= verenpaine, Audit= alkoholinkäyttö, BDI= masennus, BMI= painoindeksi sekä tupakointi) ennen ryhmätoimintaa sekä kuuden kuukauden jälkeen. Terveysindikaattoreiden mittaus kuitenkin jäi kokonaan pois opinnäytetyöstä, koska ryhmätoiminnan sisältöön kuuluneet terveysindikaattoreiden mittaukset päätettiin toteuttaa vain ryhmätoiminnan alussa sekä ryhmätoiminnan lopussa eli vuoden päästä ryhmän alkamisesta. Terveysindikaattoreiden mittaus kuuden kuukauden kohdalla ei siis ollut mahdollista.

Opinnäytetyössä käytetty arviointiasetuselma noudattaa tapauskohtaisen arvioinnin ABB-asetelma, jossa selvitetään lähtötilanne sekä tilanne intervention aikana (kahteen kertaan). Tässä opinnäytetyössä ei ole mahdollisuutta intervention ennen ja jälkeen mittaamiseen, koska ryhmätoiminta jatkuu vielä kuuden kuukauden jälkeen. Opinnäytetyö selvittää siis ryhmätoiminnan vaikutuksia toiminnan aikana. Tutkimusta voidaan jatkaa tekemällä kysely samoille henkilöille vielä ryhmätoiminnan päättymisen jälkeen, sekä mahdollisesti vielä jonkin ajan kuluttua ryhmätoiminnan päättymisestä. Tällöin saadaan tietoa, miten ryhmätoiminnan vaikutukset jatkuvat asiakkaiden elämässä. Opinnäytetyön arviointiasetuselma on kuvattu kuviossa 5. Kuviossa interventiolla tarkoitetaan ryhmätoimintaa.



Kuvio 5: Opinnäytetyön arviointiasetuselma (ABB-asetelma)

6.1.2 Arviointimittarit

Vaikuttavuuden arvioinnissa ei valita etukäteen mitään tiettyä tiedonkeruumenetelmää, vaan siinä voidaan käyttää erilaisia menetelmiä sen mukaan, millaiseksi malli käytännössä muotoutuu (Dahler-Larsen 2005, 23). Tässä opinnäytetyössä arviointimittarina käytetään asiakkaan itsetäytettävää kyselylomaketta (Liite 3). Kyselylomakkeen avulla asiakas arvioi pystyvyyttään terveytensä ylläpitämisessä sekä tavoitteidensa edistämässä. Kyselylomake toimii asiakkaan itsearviointin välineenä. Kyselylomake valikoitui arviointimittariksi, koska se voidaan toistaa samanlaisena useamman kerran. Kyselylomake on suhteellisen luotettava tiedonkeruumenetelmä, koska siinä ei vaikuta arvioijan mahdolliset johdattelevat kysymykset tai asiakkaan miellyttämisenhalu. Kysely voidaan myös toteuttaa anonyymisti.

Kyselylomakkeen rakentamisessa tulee huomioida useita seikkoja, koska kysymykset luovat perustan tutkimuksen onnistumiselle. Kyselylomaketta suunniteltaessa tulee huomioida muun muassa kysymysten selkeä, yksiselitteinen luonne ja helppo kieliasu. Kysymykset eivät saa myöskään olla johdattelevia. Kyselylomakkeen eteneminen tulisi suunnitella siten, että vastaajan on helppo siihen vastata. Taustakysymykset sijoitetaan lomakkeen alkuun ja vasta sen jälkeen kysytään mahdollisia arkaluonteisia kysymyksiä. Kyselylomakkeen pituus tulee suunnitella kohderyhmän mukaan, jotta vastaajien motivaatio säilyy koko vastaamisen ajan. Kyselylomake on hyvä esiteltävä ennen varsinaista tutkimustilannetta. (Valli 2015, 84-90.) Pitkittäis- eli seurantatutkimuksessa tulee lisäksi huomioida se, miten vastaajien eri mittauspisteissä annatut vastaukset saadaan yhdistettyä. (Vastamäki 2015, 123-124).

Tutkittaessa vaikuttavuuden arviointia olisi suositeltavaa, että yleisiä ja tunnettuja terveyteen liittyvän elämänlaadun mittareita käytettäisiin silloin, kun ne soveltuvat kyseiseen tutkimusaiheeseen (Konu ym. 2009, 290-292). Tässä opinnäytetyössä hyödynnetään Pilvikki Absetzin ja Arja Aron kehittämää mittaria, jolla mitataan terveellisten elintapojen noudattamiseen liittyvää pystyvyyden tunnetta (Taulukko 2). Mittaria on käytetty osana FINRISKI 2002-tutkimusta ja se pohjautuu Schwarzerin Health Action Process Approach -malliin (Schwarzer 2011). Absetzin ja Aron laatima mittari sisältää 11 väittämää, joihin sisältyy terveyteen liittyvät odotukset sekä pystyvyyden tunne. Vastaaja valitsee omaa henkilökohtaista mielipidettään parhaiten vastaavan vaihtoehdon siitä, miten väittämät pitävät paikkaansa hänen kohdallaan (1= hyvin epävarma, 2= melko epävarma, 3= melko varma, 4= täysin varma).

KYSELYLOMAKE
TERVEYTEEN LIITTYVÄT ODOTUKSET
A. Terveellisillä elintavoilla voi ehkäistä sairauksia
B. Sairastuneen elintapojen muuttaminen
PYSTYVYYDEN TUNNE
C. pystyy vaikuttamaan riskitekijöihin
D. terveysnäkökohtien huomioiminen päätöksissä
E. päätösten noudattaminen
F. terveellisten elintapojen noudattaminen, vaikka muut eivät
G. pystyy vastustamaan houkutuksia
H. elintapojen huomioiminen paineen alla
I. terveyden huomioiminen, vaikka olisi epämurkavaa
J. tupakoimattomuus, vaikka muut tupakoivat
K. käynti terveystarkastuksissa, vaikka siitä olisi vaivaa

Taulukko 2 : Kyselylomakkeen aihealueet: TerveYTEEN liittyvät odotukset ja pystyvyyden tunne (mukaillen Mäki-Opas 2009)

Tässä opinnäytetyössä valmista pystyvyyden mittaria on täydennetty taustatekijöillä ja avoimilla kysymyksillä. Avoimet kysymykset koskevat asiakkaan tavoitteita, tavoitteiden saavuttamista ja saavuttamiseen vaikuttavia tekijöitä. Lisäksi avoimien kysymysten avulla selvitetään, mitkä ryhmätoiminnan menetelmät tukevat asiakasta eniten. Näiden kysymysten kautta haetaan vastausta, mitkä tekijät ryhmätoiminnassa ovat vaikuttavia ja miten ne vaikuttavat. Taustatekijöillä (kuten ikä, sukupuoli, koulutus) selvitetään niitä olosuhteita, joissa mahdollinen muutos tapahtuu. Kyselylomakkeen rakentamisessa on huomioitu kysymysten sijoittelu. Taustakysymykset on sijoitettu kyselylomakkeen alkuun ja tämän jälkeen Likertin asteikolla vastattava pystyvyyden-mittari. Näiden jälkeen kyselylomakkeessa kysytään vastaajan henkilökohtaisia tavoitteita, niiden toteutumista ja tavoitteiden edistämiseen vaikuttavia tekijöitä. Kyselylomake sisältää useita avoimia kysymyksiä ja siksi lomake on pyritty pitämään lyhyenä. Kyselylomakkeeseen merkitään vastaajan koodi sekä päivämäärän, jotta vastaajan eri ajankohtina antamat vastaukset voidaan yhdistää.

6.2 Kuvaus opinnäytetyöhön osallistuneista ryhmistä

Tähän opinnäytetyöhön osallistui kaksi Terve Elämä -ryhmää Helsingin Vuosaaren terveysasemalta. Ryhmät kokoontuivat terveysaseman ryhmätilassa arkipäivisin keskipäivällä. Ryhmätöinti kesti yhden tunnin. Ryhmää veti ryhmäkoordinaattori ja vaihtelevasti mukana oli myös

toinen työntekijä. Ryhmissä oli eri ryhmäkoordinaattorit. Ryhmäläisiä oli paikalla ryhmissä 4-10 henkilöä.

Molemmat ryhmät alkoivat syksyllä 2016 ja ne sisälsivät kahdeksan ryhmätapaamista vuoden aikana. Molemmissa ryhmissä ryhmätapaamisia oli aluksi tiiviimmin, jonka jälkeen ne harvenivat. Ryhmässä A kolme ensimmäistä tapaamista järjestettiin viikon välein. Neljäs tapaaminen oli kolmen viikon päästä edellisestä. Viides tapaaminen järjestettiin kahden kuukauden päästä edellisestä ja loput kolme tapaamista järjestettiin kolmen kuukauden välein. Myös ryhmässä B kolme ensimmäistä tapaamista järjestettiin viikon välein. Kolme seuraavaa tapaamista oli kuukauden välein. Seitsemäs tapaaminen oli kolmen kuukauden päästä edellisestä ja viimeinen tapaaminen viiden kuukauden päästä edellisestä.

Ryhmään A ilmoittautui alun perin yksitoista henkilöä. Heistä neljä lopetti ryhmän alkuvaiheessa, joten ryhmään jäi seitsemän osallistujaa. He kaikki osallistuivat kyselyyn ensimmäisellä mittauskerralla. Toisella mittauskerralla paikalla oli viisi ryhmäläistä. Kolmannella mittauskerralla paikalla oli neljä ryhmäläistä, joista kolme oli vastannut kahteen edelliseen kyselyyn ja yksi ryhmäläinen oli vastannut vain ensimmäiseen kyselyyn. Kolmelle puuttuvalle ryhmäläiselle lähetettiin kyselylomakkeet postitse. Tutkimukseen osallistuneet ryhmäläiset olivat ohjautuneet ryhmään vastuuhenkilömallin kautta, terveysaseman henkilökunnan ohjaamana sekä osa oli ottanut itse yhteyttä terveysasemalle lehdessä olleen mainoksen johdosta.

Ryhmään B ilmoittautui kaksitoista henkilöä, joista kaksi lopetti ryhmän alkuvaiheessa. Ryhmässä jatkoi kymmenen osallistujaa, joista kuusi osallistui kyselyyn ensimmäisellä mittauskerralla. Toisella mittauskerralla oli paikalla viisi tutkimukseen osallistujaa. Kolmannella mittauskerralla paikalla oli kolme tutkimukseen osallistujaa ja kolmelle poissaolleelle ryhmäläiselle lähetettiin kyselyt postitse. Kaikki ryhmässä B tutkimukseen osallistuneet osallistuivat ryhmään terveysaseman henkilökunnan ohjaamana.

6.3 Opinnäytetyön toteutuksen eri vaiheet

Opinnäytetyö tehtiin Laurea-Ammattikorkeakoulun ja Helsingin Kaupungin yhteistyöprojektissa. Toive Terve Elämä -ryhmien vaikuttavuuden tutkimisesta tuli Helsingin kaupungilta. Opinnäytetyön tutkimusmenetelmiä ja toteutusta valmisteltiin keväällä 2016. Tässä vaiheessa tehtiin yhteistyötä sosiaali- ja terveysviraston yhteyshenkilön ylihoitaja Nina Ahlblad-Mäkisen ja ryhmätoiminnan koordinaattorin Agatha Linnan kanssa. Tutkimussuunnitelma valmistui keuhakuussa 2016 ja Helsingin Kaupunki myönsi tutkimukselle tutkimusluvan 2.9.2016.

Aineistonkeruu aloitettiin syksyllä 2016. Opinnäytetyöhön osallistuneet kaksi Terve Elämä -ryhmää valikoituivat sattumanvaraisesti syksyllä 2016 alkavista ryhmistä. Aineistonkeruu toteutettiin molemmissa ryhmissä kolmessa vaiheessa: alkumittaus syys-lokakuussa 2016, toinen

mittaus joulu-tammikuussa 2016-2017 ja kolmas mittaus maaliskuussa 2017. Ennen aineiston keruun aloittamista kyselylomakkeet esitettiin kahdella ulkopuolisella henkilöllä. Lisäksi sosiaali- ja terveystieteiden yhteyshenkilö ja ryhmäkoordinaattori antoivat kyselylomakkeen ja saatekirjeen muotoiluun ja kieliasuun liittyviä vinkkejä. Opinnäytetyön tekijä suoritti kyselylomakkeiden jaon ryhmätapaamisten aikana. Kun kysely suoritetaan samanaikaisesti isolle ryhmälle, on siitä Vallin (2015) mukaan käytännön hyötyä. Tutkija voi tällöin kontrolloida vastaajien käyttäytymistä muun muassa kannustamalla kyselylomakkeen huolelliseen vastaamiseen sekä tarkentamalla kysymyksiä. Myös vastaajat voivat kysyä, mikäli eivät ymmärrä kysymystä tai vastausvaihtoehtoja. Tällaisessa aineistonkeruussa vastausprosentti on usein suuri. (Valli 2015, 89-90.)

Kyselytutkimuksen ensimmäinen vaihe aloitettiin ryhmätoiminnan toisella tapaamiskerralla. Ryhmätapaamisten ensimmäisellä kerralla ryhmäläisille kerrottiin yleisiä asioita ryhmästä ja ryhmäläiset alkoivat miettiä omia tavoitteitaan vuodelle. Tällöin ryhmäläisille kerrottiin myös ryhmässä tehtävästä opinnäytetyöstä. Kyselytutkimus oli perusteltua aloittaa vasta toisella tapaamiskerralla, jotta ryhmäläiset saivat aikaa miettiä kyselyyn osallistumisestaan sekä pohtia omia tavoitteitaan vuodelle. Opinnäytetyön tekijä vieraili ryhmätapaamisella, kertoi opinnäytetyöstä ja esitteli kyselylomakkeen pääpiirteittäin. Ryhmäläisillä oli mahdollisuus kysyä opinnäytetyöstä sen tekijältä. Tämän jälkeen ryhmäläisille jaettiin saatekirje ja suostumuslomake (Liite 2). Kyselyyn osallistuneet ryhmäläiset valikoituivat vapaaehtoisuuden perusteella. Kirjallinen suostumuslomake palautettiin ryhmäkoordinaattorille ja halukkaille osallistujille jaettiin kyselylomake. Kyselylomakkeisiin merkittiin koodiksi numero, jotta osallistujan kaikki kolme kyselylomaketta ovat myöhemmin yhdistettävissä nimettömästi. Ryhmäkoordinaattorilla oli lista osallistujista ja heidän koodeistaan. Kyselylomakkeen täyttämiseen oli varattu aikaa viisitoista minuuttia. Tämä kuitenkin osoittautui molemmissa ryhmässä liian lyhyeksi ajaksi, ja monet vastaajat kokivat täyttäneensä kyselyn kiireellä.

Aineistonkeruun toinen vaihe tapahtui ryhmän A kohdalla joulukuussa 2016 ja ryhmän B kohdalla tammikuussa 2017. Molemmat ryhmät olivat nyt toimineet kolme kuukautta. Ryhmä A oli tavannut neljä kertaa ja ryhmä B viisi kertaa ennen aineistonkeruun toista vaihetta. Molemmissa ryhmässä paikalla oli vähemmän osallistujia kuin aloituskerralla. Ryhmäläiset eivät pääsääntöisesti ilmoita peruuntumisista etukäteen, joten opinnäytetyön tekijällä ei ollut tiedossa osallistujien määrää. Kyselyyn osallistujille jaettiin koodatut kyselylomakkeet ja pyydettiin arvioimaan edistymistään tavoitteissaan kolmen kuukauden aikana. Osallistujia myös kannustettiin vastaamaan avoimiin kysymyksiin ja niiden tärkeyttä korostettiin.

Aineistonkeruun viimeinen vaihe tapahtui ryhmän A kohdalla maaliskuussa 2017 ja ryhmän B kohdalla huhtikuussa 2017. Molemmat ryhmät olivat toimineet kuusi kuukautta. Ryhmässä ei ollut yhtään ryhmätapaamista 3 kk ja 6 kk mittausvaiheiden välillä. Ryhmässä A oli paikalla

neljä ryhmäläistä. Kolme heistä oli ollut mukana aineistonkeruun kaikilla kolmella kerralla ja yksi ryhmäläinen oli mukana alkutapaamisella ja nyt 6 kk tapaamisella. Kolmelle puuttuvalle ryhmäläiselle lähetettiin kyselylomakkeet saatekirjeen ja vastauskuoren kera postitse. Kyselylomakkeiden lähetyksessä tehtiin yhteistyötä terveysaseman kanssa ja kyselylomakkeet lähetettiin terveysaseman kautta. Näin ryhmäläisten anonymiteetti säilyi. Postitse lähetetyistä kyselyistä palautui yksi. Viimeisellä mittauskerralla ryhmässä B oli paikalla kolme kyselyyn osallistujaa. Kolmelle ryhmästä poissaolleelle ryhmäläiselle lähetettiin kyselylomakkeet postitse. Näistä kaksi kyselylomaketta palautui täytettynä.

6.4 Aineiston analyysi

Tässä opinnäytetyössä aineistoa lähdettiin analysoimaan tapauskohtaisesti. Jokaiselle tutkielman osallistuneelle tehtiin taulukko (Taulukko 3), johon koottiin vastaukset kaikista hänen vastaamistaan kyselylomakkeista sellaisenaan. Tällöin aineistoon pystyi perehtymään tapauskohtaisesti ja luomaan yleiskuvan yksittäisen vastaajan prosessista. Esimerkiksi ryhmäläisen eteneminen tavoitteissaan ja siihen vaikuttaneet asiat tulivat hyvin esille jo käsittelemättömästä aineistosta. Valmiista pystyvyydenmittarista laskettiin pistemäärä pystyvyyden tunnetta mittaavien kysymysten C-K pohjalta. Tupakoimiseen liittyvä kysymys J jätettiin pois analysointivaiheesta. Tämä kysymys oli suunnattu vain tupakoiville henkilöille ja siihen ei pääsääntöisesti vastattu tai ei oltu huomattu, että kysymys oli tarkoitettu vain tupakoiville. Terveysteen liittyviä odotuksia käsittelevien kysymysten pisteet pidettiin erillisenä. Tästä käsittelemättömästä aineistosta pystyttiin suoraan näkemään pystyvyyden tunteen ja tavoitteiden eteneminen ryhmätoiminnan aikana sekä mitkä tekijät ryhmätoiminnassa auttoivat tavoitteiden etenemisessä.

koodi:	Alku	3 kk	6 kk
Taustatiedot:	sukupuoli, ikä, siviilisääty, työllisyystilanne, koulutus		
Terveysteen liittyvät odotukset	Kysymykset A, B,		
Pystyvyys	Kysymykset C-K (max 32 pistettä, kun kysymys J jätetään pois)		
Tavoitteet	sanallinen vastaus		
Tavoitteiden vaihe	0-100		
Mikä auttaa ryhmässä?	vaihtoehdot (1-9)		
Miksi?	sanallinen vastaus		
Mitä tarvitsisi?	sanallinen vastaus		
Mitkä muut tekijät auttaa?	sanallinen vastaus		
Terveysindikaattorit	Otettu	ei	ei

Taulukko 3: Aineiston kokoaminen tapauskohtaisesti

Aineiston avoimet kysymykset analysoitiin laadullisen sisällönanalyysin avulla. Laadullinen analyysi voidaan jaotella aineistolähtöiseen analyysiin, teoriasidonnaiseen ja teorialähtöiseen analyysiin. Jaottelu perustuu teorian merkitykseen laadullisessa tutkimuksessa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91-113.) Tässä opinnäytetyössä käytetään aineistolähtöistä analyysia, jonka avulla aineistosta pyritään luomaan teoreettinen kokonaisuus. Aineistolähtöinen sisällönanalyysi etenee seuraavasti: a) aineistoon perehtyminen, b) aineiston pelkistäminen, c) aineiston ryhmittely sekä d) teoreettisten käsitteiden luominen. Pelkistetyt ilmaukset listataan ja niistä etsitään samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia. Näiden pohjalta ilmauksia yhdistetään ja muodostetaan alaluokkia. Alaluokkia yhdistämällä muodostetaan yläluokkia ja kokoavia käsitteitä. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 91-113.) Aineiston avointen kysymysten vastauksien pelkistäminen, ryhmittely alakategorioihin sekä aineiston abstrahointi eli yläkategorioiden muodostaminen on esitetty liitteessä 4.

Tapauskohtaisia aineistoja katsottiin myös kokonaisuutena ja etsittiin koko aineistosta yhdistäviä ja erottavia tekijöitä. Näitä tekijöitä etsittiin tutkimuskysymysten avulla:

Tutkimuskysymys 1: Pystyvyyden-mittarilla saatujen pistemäärien avulla etsittiin tietoa siitä, onko ryhmäläisten terveellisten elintapojen noudattamiseen liittyvä pystyvyyden tunne muutunut ryhmätoiminnan aikana (lisääntynyt, pysynyt ennallaan tai laskenut) sekä oliko pystyvyyden tunne matala tai korkea. Vastauksia joissa oli samankaltaisuuksia, alettiin tutkia tarkemmin muiden tekijöiden kuten esimerkiksi tavoitteiden, tavoitteiden etenemisen tai taustatekijöiden valossa. Näin etsittiin tietoa siitä, mitkä tekijät ja olosuhteet siihen vaikuttivat.

Tutkimuskysymys 2: Ryhmäläisen omien tavoitteiden saavuttamista selvitettiin vertailemalla tuloksia tavoitteiden etenemisen mukaan sekä selvittämällä, mitkä tekijät yhdistivät tavoitteissa edenneitä, tavoitteissa ennallaan pysyneitä ja tavoitteissa taaksepäin menneitä. Tavoitteiden etenemistä katsottiin myös tapauskohtaisesti, jotta saatiin selville mitkä asiat ryhmätoiminnassa tukevat omien tavoitteiden saavuttamista.

Koska tutkimusaineisto oli pieni ja ryhmäläiset eivät osallistuneet jokaiselle ryhmäkäynnille, päätettiin tutkimusaineistoon ottaa mukaan myös kaksi ryhmäläistä, jotka olivat vastanneet vain kahteen kyselylomakkeeseen. Toinen ryhmäläinen oli vastannut alkukyselyyn sekä 6 kk arviointiin ja toinen kahden lomakkeen täyttäneistä oli vastannut alkukyselyyn sekä 3 kk väliarviointiin. Kaikkiin kolmeen kyselylomakkeeseen vastasi yhdeksän ryhmäläistä. Kaiken kaikkiaan analysoitavaksi saatiin yhdentoista (11) ryhmäläisen vastaukset, yhteensä kolmekymmentäyksi (31) kyselylomaketta.

7 Tulokset

7.1 Aineiston kuvaus ja ryhmäläisten henkilökohtaiset tavoitteet

Opinnäytetyöhön osallistui yhteensä yksitoista ryhmäläistä kahdesta Terve Elämä -ryhmästä. Opinnäytetyöhön osallistuneista ryhmäläisistä suurin osa oli naisia, kahdeksan henkilöä. Miehiä oli kaksi. Vastaajista suurin osa oli yli 61 vuotiaita. Heitä oli kahdeksan henkilöä. Eläkkeellä heistä oli yhdeksän. Avio- tai avoliitossa asui kuusi vastaajaa ja neljä vastaajaa oli eronnut tai jäänyt leskeksi. Koulutukseltaan neljä vastaajaa oli suorittanut perusasteen tutkinnon, kaksi keskiasteen tutkinnon ja viisi vastaajaa korkea-asteen tutkinnon. (Taulukko 4)

Sosiodemografiset tiedot	N
Sukupuoli	
nainen	8
mies	2
ei vastausta	1
Ikä	
41-50	1
51-60	2
61-70	5
yli 70	3
Siviilisääty	
avio tai avoliitto	6
naimaton	0
eronnut tai leski	4
Työllisyystilanne	
työtön	1
eläkeläinen	9
yrittäjä	1
Koulutus	
perusaste	4
keskiaste	2
korkea-aste	5

Taulukko 4: Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot

Terve Elämä -ryhmissä esiintyi useita elämäntapojen muuttamiseen liittyviä tavoitteita. Jokaisella ryhmäläisellä oli useita tavoitteita ja ne pysyivät pitkälti samoina ryhmätoiminnan aikana. Suurin osa tavoitteista liittyi painon pudotukseen ja liikunnan lisäämiseen. Pääsääntöi-

sesti tavoitteet oli kirjoitettu hyvin yleisellä tasolla esimerkiksi terveellinen ruokavalio tai liikunnan lisääminen. Muutamissa kyselylomakkeissa tavoitteet olivat hieman konkreettisempia esimerkiksi päivittäiset lenkit, sokerin tai valkoisten jauhojen vähentäminen, hedelmien ja marjojen lisääminen tai tietty kilogrammatavoite painon pudotuksessa. Taulukossa 5 on esitetty tutkimukseen osallistuneiden ryhmäläisten tavoitteet Terve Elämä-ryhmissä. Yhdellä ryhmäläisellä voi olla useita tavoitteita.

Tavoitteet	Osallistuja
Painonpudotus	8
Liikunnan lisääminen	8
Terveellinen ruokavalio	5
Sokeritasapaino/ Tyyppin 2- diabeteksen ennaltaehkäisy ja hoito	5
Verenpaine tai kolesteroliarvot	2
Tupakoinnin lopettaminen	1
Raittius	1
Unettomuuden hoito	1
Nivelrikon hoito	1

Taulukko 5: Tutkimukseen osallistuneiden tavoitteet Terve Elämä -ryhmässä

7.2 Muutokset ryhmäläisten pystyvyydessä

Ryhmäläisten pystyvyyden tunnetta Terve Elämä -ryhmätoiminnan aikana selvitettiin Likertin-asteikolla (1 Hyvin epävarma - 5 Täysin varma). Pystyvyyden tunnetta kuvaava luku saatiin laskemalla henkilön vastaukset yhteen. Maksimipistemäärä oli 32.

Kuudenkuukauden seurannan aikana seitsemällä ryhmäläisellä pystyvyyden tunne nousi. Yhdellä ryhmäläisellä pystyvyyden tunne nousi tasaisesti ryhmätoiminnan edetessä, mutta muilla pystyvyyden tunteessa oli vaihtelua. Kolmella ryhmäläisellä pystyvyyden tunne oli kolmen kuukauden mittauksen kohdalla alhaisempi kuin alkumittauksessa, mutta kuuden kuukauden kohdalla pystyvyyden tunne oli noussut paremmaksi kuin alkumittauksessa. Kahdella ryhmäläisellä sen sijaan pystyvyyden tunne nousi kolmen kuukauden välimittauksessa korkeaksi, mutta laski kuuden kuukauden mittauksessa, ollen kuitenkin korkeampi kuin alkumittauksessa. Yhdellä ryhmäläisellä pystyvyyden tunne nousi hieman kolmen kuukauden mittauksessa ja pysyi

samana kuuden kuukauden mittauksessa. Yhden ryhmäläisen osalta pystyvyyden tunteen nousua voitiin arvioida vain kolmen kuukauden seurantajakson aikana. (Taulukko 6)

Koodi	Pystyvyyden tunteen nousu (0kk - 3kk - 6kk)
2B	26 - 29 - 30
6A	30 - 28 - 32
11B	27 - 21 - 29
4B	25 - 24 - 27
1B	25 - 31 - 29
3A	18 - 27 - 25
5A	23 - 24 - 24
9A	27 - 29 - ?

Taulukko 6: Pystyvyyden tunteen nousu tutkimukseen osallistuneilla

Kahdella ryhmäläisellä pystyvyyden tunne oli pysynyt ennallaan kuuden kuukauden mittausjakson aikana. Molemmilla heistä alkumittauksessa ja kuuden kuukauden mittauksessa pystyvyyttä mittaava pistemäärä oli pysynyt samana. Toisen kohdalla ei ole otettu kolmen kuukauden väliarviota. Toisen ryhmäläisen kohdalla pystyvyyden tunne oli kolmen kuukauden mittauksessa hieman laskenut, mutta kuuden kuukauden mittauksessa pysynyt samana alkutilanteen kanssa. (Taulukko 7)

Koodi	Pystyvyyden tunne pysyy ennallaan (0kk - 3kk - 6kk)
8A	24 - ? - 24
10B	22 - 21 - 22

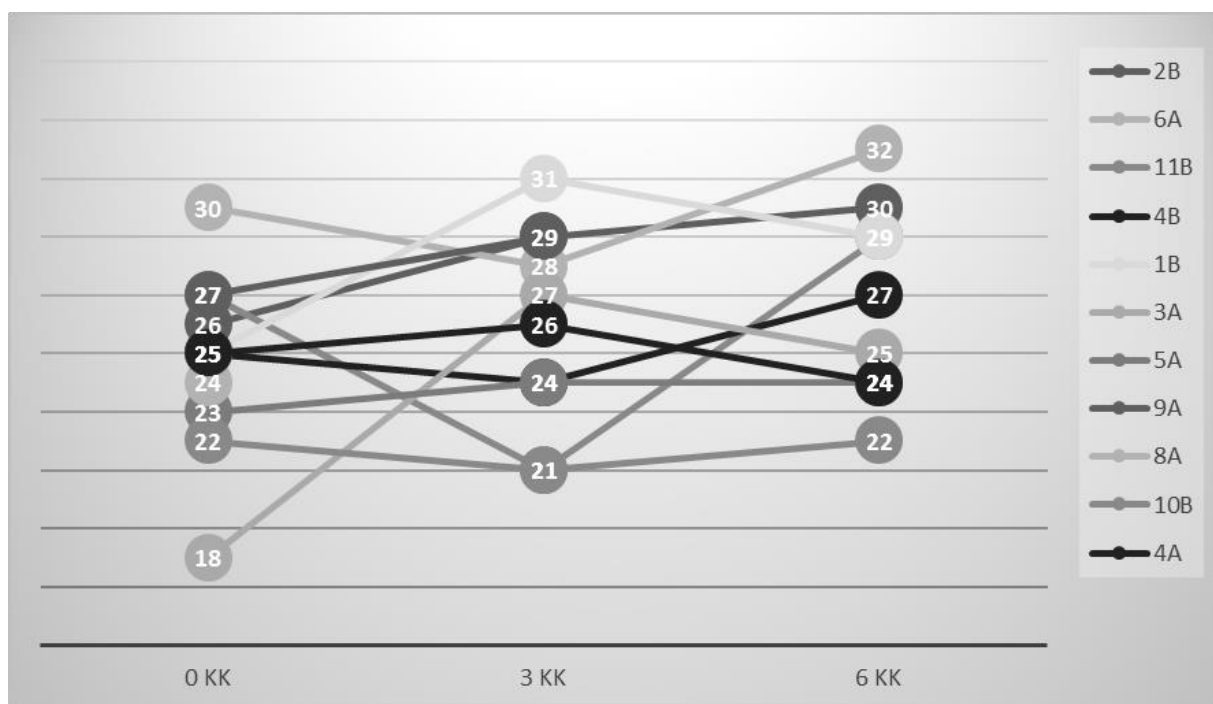
Taulukko 7: Pystyvyyden tunteen ennallaan pysyminen tutkimukseen osallistuneilla

Yhden ryhmäläisen pystyvyys nousi hieman kolmen kuukauden mittauksessa, mutta laski kuuden kuukauden mittauksessa, ollen silloin hieman alhaisempi kuin ryhmän alussa. Tämä ryhmäläinen ei kokenut saavansa ryhmästä tukea, vaan koki tarvitsevänsä ryhmän sijasta henkilökohtaista tukea. (Taulukko 8)

Koodi	Pystyvyyden tunteen lasku (0kk - 3kk - 6kk)
4A	25 - 26 - 24

Taulukko 8: Pystyvyyden tunteen lasku tutkimukseen osallistuneilla

Pääsääntöisesti pystyvyyden tunteessa tapahtuneet muutokset olivat hyvin pieniä, yhden tai kahden pisteen eroja. Suurimmat muutokset pystyvyyden tunteessa olivat yhdeksän ja kahdeksan pisteen erot. Kuuden kuukauden seurantajakson aikana muutokset kuitenkin tasoittuivat ja suurin muutos kuuden kuukauden seurantajakson aikana oli seitsemän pisteen ero alku ja lopputilanteessa. Koko aineistossa pystyvyyden tunteen alkutaso vaihteli, eikä sillä ollut merkitystä siihen nousiko ryhmäläisen pystyvyys ryhmätoiminnan aikana vai ei. Kaikkien tutkimukseen osallistuneiden ryhmäläisten pystyvyyden tunteen kehitys Terve Elämä -ryhmätoiminnan aikana (0kk-6kk) on esitetty kuviossa 6.



Kuvio 6: Pystyvyyden tunteen kehitys ryhmätoiminnan aikana

Positiivisia odotuksia elämäntapojen muuttamisesta mitattiin kyselyssä kahdella kysymyksellä. Ensiksi selvitettiin sitä, voiko terveellisillä elintavoilla ehkäistä vakavien sairauksien syntymistä. Kaikki kyselyyn vastanneet olivat kuuden kuukauden aikana asiasta joko melko varmoja tai täysin varmoja. Poikkeuksena oli yksi vastaaja, joka oli alkumittauksessa ja kolmen kuukauden mittauksessa täysin varma asiasta, mutta kuuden kuukauden mittauksessa hyvin epävarma. Tämän vastaajan pystyvyyden tunne kuitenkin nousi ryhmätoiminnan aikana eikä avointen vastausten pohjalta saatu selitystä muuttuneeseen mielipiteeseen.

Toiseksi selvitettiin sitä, mikäli ihminen on jo sairastunut, kannattaako elintapojen muuttaminen vai ei. Poiketen muihin väittämiin, tämä väittäjä oli esitetty negatiivisessa muodossa (...elintapojen muuttaminen ei enää kannata). Seitsemän vastaajaa oli melko tai hyvin epävarma väittämästä eli he olivat sitä mieltä, että elintapojen muuttaminen kannattaa. Kolme

vastaajaa oli alku ja kolmen kuukauden mittauksessa väittämästä melko tai täysin varmoja, mutta kuuden kuukauden mittauksessa hyvin epävarmoja. Tämä siis tarkoittaa sitä, että he kokivat ryhmän alussa, että elintapojen muuttaminen ei ole kannattavaa, mikäli on jo sairas-tunut. Ryhmätoiminnan edetessä he olivat kuitenkin muuttaneet näkemystään ja kuuden kuu-kauden kohdalla olivat sitä mieltä, että elintapojen muuttaminen kannattaa. Näillä kaikilla kolmella vastaajalla pystyvyyden tunne nousi ryhmätoiminnan aikana. Yksi vastaaja sen sijaan oli alku ja kolmen kuukauden mittauksessa väittämästä melko ja hyvin epävarma, mutta kuu-uden kuukauden kohdalla täysin varma, että elintapojen muuttaminen ei enää kannata. Myös tämän vastaajan pystyvyyden tunne nousi ryhmätoiminnan aikana, eikä avointen kysymysten kautta saatu selvyyttä muuttuneeseen näkemukseen. Tämä väittämä saattoi aiheuttaa häm-mennystä vastaajissa, koska väittämä oli eri muodossa muiden väittämien kanssa. Tämä saat-toi johtaa siihen, että saman ryhmäläisen vastaukset olivat äärilaidoilla eri mittausajankoh-tina. Tämä tulee huomioida tulosta tarkasteltaessa.

Pystyvyyden tunteen nousuun tai laskuun ei vaikuttanut se, mitä elämäntapamuutosta ryhmä-läisen tavoite koski tai mitkä olivat hänen taustatekijänsä. Terveysindikaattoreiden mittauk-sen jäätyä pois, aineistosta ei voitu selvittää, mikä vaikutus pystyvyyden tunteen nousulla tai laskulla oli ryhmäläisen terveydessä mahdollisesti tapahtuneisiin muutoksiin.

7.3 Muutokset ryhmäläisten tavoitteiden edistämässä

Ryhmäläisten tavoitteiden etenemistä Terve Elämä -ryhmän aikana selvitettiin janan avulla. Ryhmäläinen merkitsi janalle luvun, missä vaiheessa hän kokee olevansa tavoitteidensa saa-vuttamista. Janan luku 0 tarkoittaa, että henkilö ei ole vielä tehnyt mitään edistääkseen ta-voitteitaan ja luku 100 puolestaan tarkoittaa, että henkilö on saavuttanut tavoitteensa. (Ku-vio 7).

<p>1. Missä vaiheessa koette olevanne tällä hetkellä tavoitteidenne saavuttamista? (Ympyröikää sopiva luku janalta)</p> <p>0= En ole vielä tehnyt mitään edistääkseni tavoitteitani 100= Olen saavuttanut tavoitteeni</p> <p>0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100</p>										
---	--	--	--	--	--	--	--	--	--	--

Kuvio 7: Tavoitteiden etenemistä kuvaavat luvut

Ryhmätoiminnan alkaessa ryhmäläiset olivat eri vaiheissa tavoitteidensa saavuttamisessa. Osa ryhmäläisistä ei ollut tehnyt vielä mitään edistääkseen tavoitteitaan, osa puolestaan oli jo varsin pitkällä tavoitteiden etenemisessä. Terveysindikaattoreiden jäätyä pois, aineistosta ei

voitu selvittää, miten tavoitteen eteneminen näkyi ryhmäläisten terveysindikaattoreissa, esimerkiksi painossa. Osa ryhmäläisistä kuitenkin kertoi avoimissa kohdissa tavoitteen etenemisestä. Ryhmäläisten tavoitteiden etenemisen kehitys on kuvattu taulukossa 9 sekä kuviossa 8.

Koodi	Tavoitteen eteneminen (0kk - 3kk - 6kk)
2B	50 - 70 - 80
11B	60 - 80 - 100
1B	10 - 40 - 80
4B	0 - 50 - 60
8A	10 - ? - 50
5A	10 - 80 - 80
6A	40 - 30 - 90
3A	10 - 70 - 50
9A	0 - 80 - ?
10B	70 - 50 - 40
4A	60 - 0 - 10

Taulukko 9: Tavoitteiden etenemisen kehitys Terve Elämä -ryhmässä

Kuuden kuukauden seurannassa kahdeksan ryhmäläistä koki edenneensä tavoitteissaan Terve Elämä -ryhmätoiminnan aikana. Heistä viidellä tavoitteet etenivät tasaisesti. Joskin yhdeltä ryhmäläiseltä puuttui kolmen kuukauden väliarviointi. Kuuden kuukauden kohdalla yksi ryhmäläinen koki jo saavuttaneensa tavoitteensa ja kertoi jatkotavoitteen olevan:

” Pysyä hyvin alkaneessa ruoka ja liikunnan tavoitteissa”.

Yksi ryhmäläinen, jonka tavoite eteni tasaisesti, kertoi tavoitteen etenemisestä:

”...painon pudotus, verenpaineen lääkkeen puolitus, diabeteksen verensokeri on vähän laskeutunut”.

Yhdellä ryhmäläisellä tavoite eteni nopeasti kolmen kuukauden kohdalla ja pysyi kuuden kuukauden mittauksessa samana. Sekä kolmen että kuuden kuukauden kohdalla hän oli jo lähellä tavoitteensa saavuttamista (80/100). Tämän ryhmäläisen kohdalla tavoite tupakoinnin lopettamisesta muuttui ja kuuden kuukauden kohdalla tavoite oli:

”Pitää tupakoimattomuuden pysyvästi”.

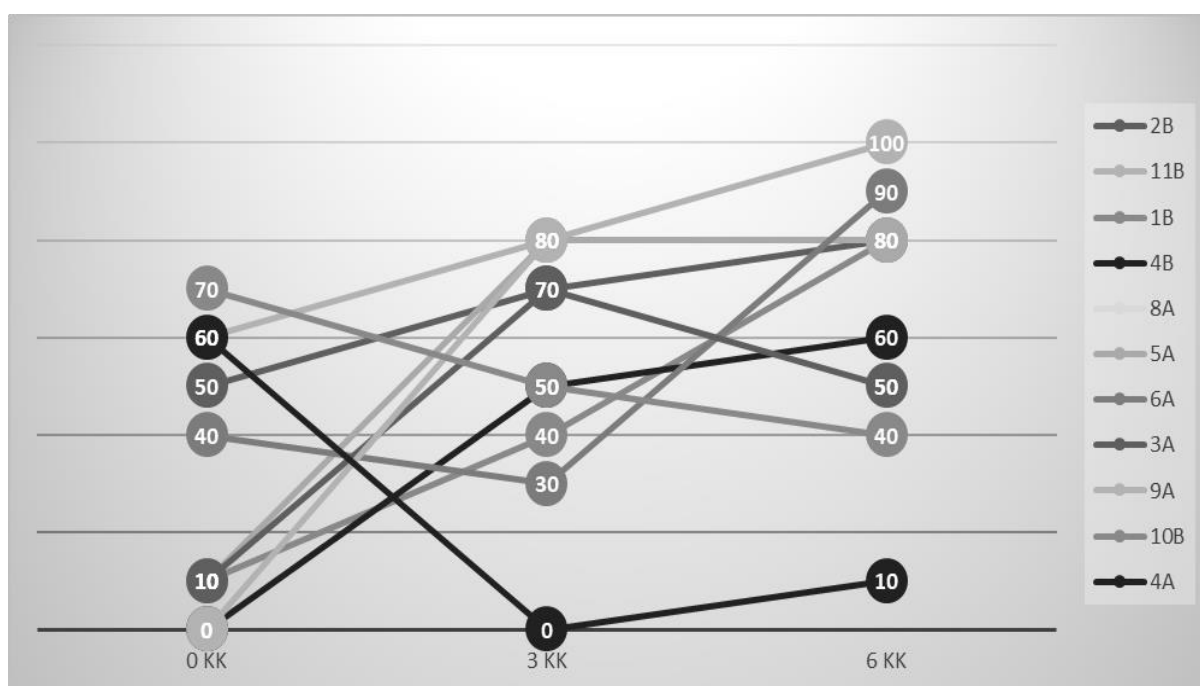
Yhdellä tavoitteen etenemisessä oli pieni notkahdus kolmen kuukauden mittauksen kohdalla, mutta kuuden kuukauden kohdalla hän oli jo lähellä tavoitteensa saavuttamista (90/100).

Kuuden kuukauden kohdalla hän kuvaili tavoitteen saavuttamista näin:

” Tavoite painon lasku - on toteutunut (-7,5 kg). Lonkkaleikkaus- tavoite on toteutunut”.

Yhdellä ryhmäläisellä tavoite eteni nopeasti ensimmäisen kolmen kuukauden aikana, mutta kuudenkuukauden mittauksessa tavoitteen taso oli alhaisempi kuin kolmen kuukauden mittauksessa. Tämä ryhmäläinen oli kuitenkin kokonaisuudessaan edennyt tavoitteessaan. Yhden ryhmäläisen tavoitteen etenemistä voitiin arvioida vain kolmen kuukauden seurantajaksossa. Myös hänen tavoitteensa oli mennyt eteenpäin.

Kuudenkuukauden seurannassa kaksi ryhmäläistä kokivat tavoitteidensa menneen taaksepäin. Toinen heistä kuitenkin kertoi avoimissa vastauksissa kuuden kuukauden kohdalla tavoitteeksi: ”Painonpudotusta 10-15 kg (7 on jo pudotettu)”. Tämä ryhmäläinen oli siis kuitenkin edennyt painonpudotustavoitteessaan. Toinen ryhmäläinen puolestaan kertoi, että ei ollut saanut apua ryhmästä, vaan tarvitsi toisenlaista apua tavoitteeseensa.



Kuvio 8: Tavoitteiden etenemisen kehitys ryhmätoiminnan aikana

7.3.1 Vaikuttavat tekijät Terve Elämä -ryhmässä

Opinnäytetyössä selvitettiin niitä vaikuttavia tekijöitä, jotka tukevat ryhmäläisiä Terve Elämä -ryhmässä. Kyselylomakkeessa Terve Elämä -ryhmän sisältö avattiin seitsemän ryhmätoiminnassa käytetyn menetelmän avulla. Ryhmäläisiä pyydettiin merkitsemään kolme tärkeintä menetelmää, jotka olivat auttaneet heitä edistämään tavoitteitaan. Suurin osa ryhmäläisistä valitsi ohjeen mukaan kolme menetelmää, muutama vastaaja merkitsi vain yhden tai kaksi menetelmää, yksi vastaaja merkitsi kuusi vaihtoehtoa.

Tärkeimmät menetelmät, jotka tukivat ryhmäläisten tavoitteiden etenemistä Terve Elämä -ryhmässä olivat tavoitteiden asettaminen, ohjaajan tuki ja kannustus sekä ryhmäläisten tuki, esimerkit ja kokemukset (Taulukko 11).

MENETELMÄ	Vastausten lkm/hlö
Tavoitteen asettaminen	11
Toimintasuunnitelman teko	4
Ohjaajan tuki/kannustus	9
Oman käyttäytymisen seuranta/työkirja	4
Testitulokset omaan terveyteen liittyen (esim. verenpaineen mittaus)	6
Ryhmäläisten tuki/esimerkki/kokemukset	8
Sähköinen yhteydenpito	0
En ole saanut ryhmästä apua tavoitteissani	1

Taulukko 10: Tavoitteita tukevat menetelmät Terve Elämä -ryhmässä

Jokainen kyselyyn vastannut merkitsi yhdeksi tärkeimmäksi tavoitteidensa etenemiseen vaikuttaneeksi tekijäksi Terve Elämä -ryhmässä tavoitteen asettamisen. Tavoitteen asettaminen koettiin tärkeäksi kaikissa ryhmätoiminnan vaiheissa (alussa, 3 kk ja 6 kk). Tavoitteen asettaminen koettiin antavan suunnan mitä kohti edetä ja näin helpottavan elämäntapamuutosta. Tavoitteen asettamisen koettiin myös lisäävän motivaatiota. Terve Elämä -ryhmätoiminta oli myös jossain tapauksessa selkeyttänyt ryhmäläisen omaa tavoitetta. Tavoitteen asettamisen tärkeyttä kuvattiin muun muassa näin:

” Tavoitteen asettaminen on tärkeä, jotta on suunta mitä kohti mennä”

”Tavoitteenasettelu on tärkeitä ja motivoi”

” Se on selkeyttänyt tavoitetta”

” On helppo seurata, että pysyy tavoitteissa”

Ohjaajan tuki ja kannustus koettiin myös yleisesti yhdeksi tärkeimmäksi tekijäksi Terve Elämä -ryhmässä, joka on auttanut ryhmäläisiä tavoitteidensa edistämässä. Erityisesti ohjaajien kannustus koettiin tärkeänä ja auttavan motivoitumaan. Myös ohjaajien asiantuntemus auttoi oman tavoitteen edistämässä. Ohjaajilta saatu tuki ja kannustus koettiin erityisen suurena

kolmen kuukauden mittauksessa, jolloin se koettiin yhtä tärkeänä kuin tavoitteen asettaminen. Ensimmäisen kolmen kuukauden aikana ryhmät olivat tavanneet tiiviisti, toinen ryhmä neljä kertaa ja toinen viisi kertaa.

Ryhmän tuki oli kolmanneksi tärkein tekijä omien tavoitteiden edistämiseksi. Myös ryhmän tuki näyttöä erityisen tärkeänä kolmen kuukauden mittauksessa, jolloin ryhmät olivat tavanneet tiiviisti. Ryhmän tuki tai vertaistuki mainittiin myös useissa avoimissa vastauksissa. Osa koki tärkeänä säännöllisen ryhmässä käymisen. Ryhmästä oltiin saatu tukea, kannustusta, positiivista palautetta sekä vinkkejä. Ryhmästä saatua tukea kuvailtiin muun muassa seuraavasti:

”Päätösten noudattaminen on ryhmässä helpompaa”

”Olen pysynyt ruokarytmissä ja liikuntasuunnitelmassa paljolti ryhmän tuella”

”Myös ryhmäläisten kokemuksista on apua (+vinkeistä)”

”Kun lupaa ryhmässä jotakin... niin on itselleni tärkeää, että pystyy pysymään lupauksessaan.”

”Tuntuu, että on mukana jossain”

”Ryhmä on mielessä usein, kun tekee päivittäisiä valintoja”

Noin puolet vastaajista piti tärkeänä omaan terveyteen liittyviä testituloksia. Yksi vastaaja koki mittaustulosten suotuisella suunnalla olevan vaikutusta tavoitteen etenemiseen. Sekä toimintasuunnitelmaa että oman käyttäytymisen seuranta piti tärkeänä neljä vastaajaa.

Kun ryhmäläisiltä kysyttiin, minkälaista tukea tai palvelua he olisivat tarvinneet ryhmästä enemmän, liittyivät ne ryhmän toimintaan ja tukeen. Vertaistukea, keskustelua ja vinkkejä toivottiin enemmän. Yksi ryhmäläinen toivoi ryhmistä enemmän konkretiaa. Yksi ryhmäläinen toivoi vinkkejä edullisen ja terveellisen ruoan valmistukseen. Ryhmäläiset toivoivat enemmän aikaa omaan puheenvuoroon sekä tasapuolisuutta. Osa ryhmäläisistä koki, että kaikki eivät saaneet ääntään kuuluviin ryhmässä. Joku toivoi ryhmiä useammin ja joku toinen olisi tarvinnut ryhmän sijasta henkilökohtaista tukea. Yksi ryhmäläinen toivoi painon tarkastusta ryhmässä ja yksi oli kiinnostunut alku- ja loppu laboratorio-arvoista. Pääosin tähän kysymykseen kuitenkin jätettiin vastaamatta tai vastattiin ”en osaa sanoa” tai ”kaikki hyvin”.

7.3.2 Muut vaikuttavat olosuhteet

Terve Elämä -ryhmätoiminnan tarkoituksena on tukea ryhmäläisten omia tavoitteita ja elämäntapamuutosta. Varsinainen elämäntapamuutos kuitenkin tapahtuu jokaisen omassa arjessa ja siksi opinnäytetyössä selvitettiin myös muita tekijöitä, jotka ovat auttaneet ryhmäläisiä omien tavoitteidensa edistämiseksi. Kyselylomakkeessa kysyttiin, mitkä muut tekijät elämässänne ovat auttaneet teitä edistämään tavoitteitanne. Tämän kysymyksen vastausten sekä

myös muiden avointen vastausten pohjalta määrittyi neljä tekijää, joilla on ollut vaikutusta ryhmäläisten elämäntapamuutostavoitteiden edistämässä.

Sopiva elämäntilanne oli yksi tavoitteiden edistämistä auttava tekijä, joka toistui useassa kyselylomakkeessa. Sopiva elämäntilanne tarkoitti vakaata elämäntilannetta, jossa ei ollut stressiä tai huolia. Myös muun perheen hyvinvointi vaikutti siihen, että henkilö pystyi keskittymään omaan elämäntapamuutokseensa. Elämäntapamuutosta auttoi se, että henkilöllä oli enemmän aikaa itselleen. Myös uudet harrastukset tai harrastukset liikunnan ohella tukivat tavoitteiden saavuttamista.

Ryhmäläisen omilla henkilökohtaisilla voimavaroilla oli merkitystä elämäntapamuutostavoitteiden edistämässä. Positiivinen elämänasenne tai ajatusten muuttaminen positiivisemmiksi tuki tavoitteiden edistämistä. Päätäväisyys ja omien lupausten pitäminen, edisti myös tavoitetta. Yhdellä ryhmäläisellä oli aikaisempi onnistunut kokemus painonpudotuksesta, ja henkilö koki siitä olevan hyötyä nykyisessäkin elämäntapamuutoksessa. Motivaatio elämäntapamuutokseen sekä yleinen kiinnostus terveydestä mainittiin myös tukevan tavoitteiden edistämistä. Terveellisten elämäntapojen noudattaminen, kuten terveellinen ruokavalio ja liikunnan säännöllisyys tukivat tavoitteiden edistämistä.

Kolmas tekijä, joka edisti ryhmäläisten elämäntapamuutostavoitteita, oli sosiaalinen tuki perheeltä ja ystäviltä. Yksi ryhmäläinen oli saanut lisäksi vertaistukea netistä ja yksi AA-ryhmistä. Tietous oli neljäs tekijä, jolla oli merkitystä ryhmäläisten tavoitteiden edistämässä. Huomion kiinnittäminen omiin vaivoihin ja niiden yhteys elintapoihin oli yksi tavoitteita edistävä tekijä. Myös sairastuminen saattoi olla elämäntapamuutoksen alulle paneva tekijä. Yleisestä tiedosta koettiin olevan myös hyötyä tavoitteiden edistämässä.

7.4 Pystyvyyden tunteen yhteys tavoitteiden etenemiseen

Kaikilla kyselyyn osallistuneilla ryhmäläisillä, joilla pystyvyyden tunne nousi ryhmätoiminnan aikana, myös oma tavoite oli mennyt huomattavasti eteenpäin ja tavoite oli varsin pitkällä kuuden kuukauden kohdalla. Yksi ryhmäläinen koki saavuttaneensa tavoitteensa kokonaan ja neljä ryhmäläistä oli jo varsin lähellä tavoitteensa saavuttamista (80/100 tai 90/100). Myös kolmen kuukauden seurannassa ollut ryhmäläinen oli varsin pitkällä tavoitteessaan jo kolmen kuukauden jälkeen (80/100). Kahdella ryhmäläisellä oma tavoite oli noin puolessa välissä (50/100 ja 60/100). He eivät olleet ryhmän alkaessa tehneet vielä paljoakaan tavoitteensa saavuttamisen eteen ja tavoite eteni ryhmätoiminnan aikana. Ryhmäläisten pystyvyyden tunteen nousun yhteys tavoitteiden etenemiseen on kuvattu taulukossa 10.

Pystyvyyden tunteen vaihteluilla ja tavoitteiden etenemisellä oli myös joidenkin ryhmäläisten kohdalla yhteys. Yhdellä ryhmäläisellä, jolla pystyvyyden tunne oli kolmen kuukauden kohdalla alhaisempi kuin muina ajankohtina, myös tavoitteen etenemisen vaihe oli alhaisempi kuin muina ajankohtina. Toisella ryhmäläisellä, jolla puolestaan pystyvyyden tunne oli korkeimmillaan kolmen kuukauden kohdalla, myös tavoitteen saavuttamisen taso oli korkeimmillaan tuolloin. (Taulukko 10.)

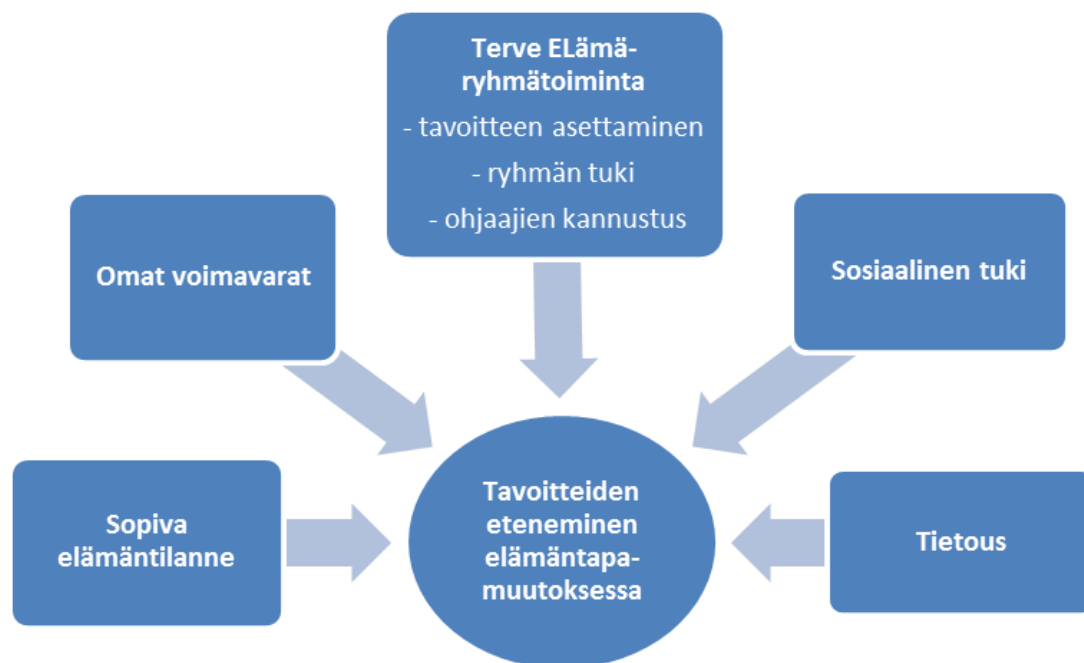
Kahdella ryhmäläisellä pystyvyyden tunne oli pysynyt samana ryhmätoiminnan aikana. Toisella heistä tavoitteet olivat edenneet ja toisella laskeneet. Ryhmäläinen, joka oli merkinnyt tavoitteensa laskeneen, oli kuitenkin avoimien vastausten perusteella edistynyt painonpudotustavoitteessaan. Yhdellä ryhmäläisellä, jolla pystyvyyden tunne laski hieman ryhmätoiminnan aikana, myös oma tavoite oli mennyt taaksepäin. (Taulukko 10.)

Koodi	Pystyvyyden tunteen nousu (0kk - 3kk - 6kk)	Alkutavoite	6 kk välitavoite (*3 kk tilanne)
2B	26 - 29 - 30	50	80
6A	30 - 28 - 32	40	90
11B	27 - 21 - 29	60	100
4B	25 - 24 - 27	0	60
1B	25 - 31 - 29	10	80
3A	18 - 27 - 25	10	50
5A	23 - 24 - 24	10	80
9A	27 - 29 - ?	0	80*
8A	24 - ? - 24	10	50
10B	22 - 21 - 22	70	40
4A	25 - 26 - 24	60	10

Taulukko 11: Pystyvyyden tunteen yhteys tavoitteiden etenemiseen

7.5 Yhteenveto elämäntapamuutokseen vaikuttavista tekijöistä

Kuviossa 9 on esitetty yhteenvetona tässä opinnäytetyössä esille tulleet tekijät, jotka vaikuttivat Terve Elämä -ryhmätoiminnassa käyneiden ja kyselyyn osallistuneiden ryhmäläisten elämäntapamuutokseen. Elämäntapamuutoksen etenemiseen vaikuttivat Terve Elämä -ryhmätoiminnassa käytetty tavoitteen asettamisen -menetelmä, ryhmän tuki sekä ohjaajien tuki ja kannustus. Muita elämäntapamuutokseen vaikuttavia tekijöitä ryhmäläisillä oli sopiva elämäntilanne, henkilökohtaiset voimavarat, sosiaalinen tuki sekä tietous.



Kuvio 9: Tekijät, jotka tukevat ryhmäläisten elämäntapamuutostavoitteiden edistämistä

8 Pohdinta

8.1 Tulosten pohdinta

Terve Elämä -ryhmätoiminnan tavoitteena on lisätä ryhmäläisten pystyvyyttä, jotta he pystyivät tekemään muutoksia elintapoihinsa ja huolehtimaan omasta terveydestään paremmin. Seitsemällä tutkimukseen osallistuneella ryhmäläisellä pystyvyyden tunne nousi kuuden kuukauden seurantajakson aikana ja yhdellä kolmen kuukauden seurantajakson aikana. Tutkimukseen osallistuneiden ryhmäläisten pystyvyyden tunne nousi yhteydessä tavoitteiden etenemiseen. Kun pystyvyyden tunne nousi, myös tavoitteissa mentiin eteenpäin. Toisaalta onnistuminen omien tavoitteiden edistämässä, saattoi myös lisätä pystyvyyden tunnetta.

Tutkimuksessa pystyvyyttä mitattiin valmiilla pystyvyyden tunnetta mittaavalla kyselyllä, joka perustui HAPA-malliin. Mittari valittiin tutkimukseen, koska sitä oli käytetty myös aiemmin suomalaisissa pystyvyyden tunnetta mittaavissa tutkimuksissa muun muassa FINRISKI-tutkimuksissa. Tässä opinnäytetyössä kyselyä arvioitiin kuitenkin laadullisin menetelmin. Pystyvyyden tunne muutoksia arvioitiin ryhmäläisen vastausten perusteella lasketuilla pistemäärillä. Pistemäärien ero eri mittausajankohtina oli kuitenkin pääsääntöisesti melko pientä. Pystyvyyden tunne nousuksi tai laskuksi luettiin yhdenkin pisteen ero. Pienet erot pystyvyyden tunteessa voivat kuitenkin johtua monista asioista esimerkiksi vastaajan senhetkisestä mielentilasta. Negatiivinen mielentila laskee pystyvyyttä ja positiivinen puolestaan nostaa sitä (Ban-

dura 1995, 1997). Muutamalla ryhmäläisellä pystyvyyden tunteessa oli suuriakin eroja eri mitausajankohtina. Yhdellä vastaajalla pystyvyys oli noussut korkeimmillaan yhdeksän pistettä. Kuuden kuukauden ajanjaksolla tarkasteltuna nousua oli seitsemän pistettä. Tämä on kahdeksaan pystyvyyttä selvittäneeseen kysymykseen nähden jo selkeä muutos. Tämä henkilö kertoi muuttaneensa asenteitaan positiivisemmiksi, aloittaneensa liikunnan ja saavansa vertaistukea ja positiivista palautetta. Banduran mukaan ihminen voi lisätä omaa pystyvyyden tunnetta parantamalla fyysistä kuntoaan, vähentämällä stressiä ja negatiivisia tunteita sekä välttämällä tulkitsemaista kehon viestejä väärin (Bandura 1995, 1997).

Ryhmäläiset arvioivat oman tavoitteensa etenemistä asteikolla 0-100. Kuuden kuukauden seurantaajakson aikana kahdeksalla ryhmäläisellä ja kolmen kuukauden seurantaajakson aikana yhdellä ryhmäläisellä tavoite oli edennyt ryhmätoiminnan aikana. Tavoitteen eteneminen voi kertoa ryhmäläisten motivaatiosta ja sitoutumisesta elämäntapamuutokseen.

Kahdella ryhmäläisellä tavoite oli mennyt taaksepäin. Elämäntapamuutos on monitahoinen prosessi, johon kuuluu vaihtelua. Tavoitteiden lasku voi kertoa epäonnistumisesta tavoitteiden etenemisessä, mutta se voi kertoa myös oman tilanteen uudelleen arvioimisesta. Yhden ryhmäläisen kohdalla tavoitteen saavuttamisen taso oli laskenut tasaisesti ryhmätoiminnan aikana. Tästä huolimatta hän kertoi painonpudotustavoitteensa edenneen, sillä hän kertoi pudottaneensa painoa 7 kg puolen vuoden aikana. Tavoitteen lasku saattaa kertoa siitä, että henkilö joutuu arvioimaan omaa tavoitettaan ja sen saavuttamista uudelleen ryhmätoiminnan aikana. Vaikka tavoitteet ovat pysyneet samana, niiden eteen tehtävän työn määrä voi yllättää. Elämäntapamuutos ei tapahdukaan niin nopeasti tai helposti, kuin ehkä aluksi oli ajatellut.

Yhdellä tutkimukseen osallistuneella ryhmäläisellä pystyvyyden tunne oli hieman laskenut ryhmätoiminnan aikana ja oma tavoite oli mennyt myös alaspäin. Hän ilmoitti, ettei ollut saanut ryhmätoiminnasta apua, ja kertoi avoimessa vastauksessa tarvitsevänsä henkilökohtaista apua. Ryhmätoiminta ei ollut oikea palvelu tämän ryhmäläisen kohdalla, vaan hän olisi tarvinnut toisenlaista tukea. On tärkeää, että Terve Elämä -ryhmätoiminta löytää oikean kohderyhmänsä eli asiakkaat, jotka hyötyvät palvelusta. Myös ryhmätoiminnan alkuvaiheessa keskeyttäneitä tutkimalla voitaisiin selvittää, kenelle ryhmätoiminta sopii parhaiten ja missä tilanteissa asiakas tarvitsee mahdollisesti toisenlaista palvelua.

Ryhmäläiset kokivat Terve Elämä -ryhmän menetelmistä tavoitteiden asettamisen, ohjaajan tuen ja kannustuksen sekä ryhmän tuen merkittävimiksi tekijöiksi omien tavoitteidensa etenemisessä. Tavoitteiden asettaminen on todettu myös muissa tutkimuksissa tehokkaaksi menetelmäksi elämäntapamuutoksissa, erityisesti painonpudotuksessa (muun muassa Hankonen

ym. 2015; Benyamini ym. 2013). Tavoitteen asettaminen auttaa jäsentämään omaa tilannetta, ja sitä muutosta mihin halutaan edetä. Tavoite kulkee myös ryhmäläisen mukana arjessa silloinkin, kun ryhmätapaamisia ei ole.

Ryhmän ohjaajien tuki ja kannustus sekä muiden ryhmäläisten tuki koettiin myös merkittäväksi tekijäksi, joka on auttanut omien tavoitteiden saavuttamista. Banduran mukaan positiivinen kannustus lisää ihmisen pystyvyyden tunnetta, ja sosiaalisen mallin avulla oma pystyvyys voi lisääntyä (Bandura 1995, 1997). Selkeästi kuitenkin ohjaajien ja ryhmän tuen koettiin olevan tärkeitä kolmen kuukauden kohdalla, jolloin ryhmätapaamisia oli tiheämmin. Ryhmätapaamisten on kuitenkin tarkoitus harveta ryhmätoiminnan edetessä niin, että kuuden kuukauden ja vuoden välillä tapaamisia ei ole kuin yksi tai kaksi. Tällöin ryhmäläisen on löydettävä muita keinoja, jotka tukevat häntä tavoitteidensa etenemisessä tai hyödynnettävä esimerkiksi sähköisiä mahdollisuuksia vertaistuen saantiin. Kukaan ryhmäläisistä ei ensimmäisen kuuden kuukauden aikana vastannut sähköisen yhteydenpidon tukevan heidän tavoitteidensa etenemistä. Terve Elämä -ryhmän suunnittelussa olisikin hyvä ottaa huomioon se, mitä eväitä ryhmätoiminta voi antaa ryhmäläisille, jotta heillä on riittävästi tukea tavoitteiden edistämiseen myös silloin, kun ohjaajan tukea ja kannustusta tai ryhmän tukea ei ole saatavilla.

Ryhmätoiminnan lisäksi myös ryhmäläisten omassa elämässä on tekijöitä, jotka tukevat heitä elämäntapamuutoksen toteuttamisessa. Ryhmäläisten avointen vastausten perusteella määrittyi neljä tekijää. Sopiva elämäntilanne oli yksi tekijä, joka tuki tavoitteiden saavuttamista. Tähän liittyi se, että henkilöllä oli aikaa ja mahdollisuuksia keskittyä elämäntapamuutokseensa. Toinen tekijä oli henkilökohtaiset voimavarat. Tällaisia voimavaroja olivat positiivisuus, päättäväisyys, motivaatio, kiinnostus terveydestä ja terveelliset elämäntavat. Kwasnickan ym. mukaan henkilön itsesäätelyllä sekä psyykkisillä ja fyysisillä voimavaroilla oli merkitystä siihen, miten henkilö pystyy pitämään yllä muutosta (Kwasnicka ym. 2016). Ryhmän tuen lisäksi muu sosiaalinen tuki perheeltä ja ystäviltä koettiin tärkeäksi tekijäksi tavoitteiden etenemisessä. Myös Kwasnickan mukaan muutoksen onnistumiseen tarvitaan muutosta tukeva ympäristö ja sosiaalista tukea (Kwasnicka ym. 2016). Myös lukuisat muut tutkimukset ovat osoittaneet sosiaalisella tuella olevan merkitystä elämäntapamuutoksessa (muun muassa Hankonen ym. 2015; Lara ym. 2014). Tietous oli neljäs tekijä, joka tuli ilmi omaa tavoitetta edistävänä tekijänä.

Opinnäytetyössä ei saatu vastausta yhteen tutkimuskysymykseen: Miten osallistuminen Terve Elämä -ryhmätoimintaan vaikuttaa ryhmäläisten terveystieteiden indikaattoreihin? Tämä jäi pois opinnäytetyöstä, koska terveystieteiden indikaattoreita ei otettu ryhmässä kuuden kuukauden kohdalla. Mikäli opinnäytetyössä olisi saatu tietoa ryhmäläisten terveystieteiden indikaattoreista, olisi sen avulla pystytty tarkastelemaan vielä pystyvyyden tunteen nousun ja tavoitteen etenemisen vaikutuk-

sia mahdollisesti terveystieteissä tapahtuneisiin muutoksiin esimerkiksi painoon tai sokeuteen. Voidaan kuitenkin olettaa, että mikäli ihminen kokee edenneensä elämäntapamuutostavoitteissaan, se näkyy hänen elintavoissaan ja sitä kautta pidemmän päälle myös hänen elämänlaadussaan ja terveydessään. Ratkaisevaksi asiaksi nousee elämäntapamuutoksen ylläpitäminen.

Tulosten lisäksi tämä opinnäytetyö tuotti kuvauksen Terve Elämä -ryhmätoiminnasta, ryhmään osallistuneiden elämäntapamuutostavoitteista sekä ryhmäläisten taustatiedoista. Realistisen arviointitutkimuksen mukaan ryhmätoiminta tapahtuu tietyssä kontekstissa eli erilaiset tekijät, kuten ympäristön olosuhteet tai ryhmäläisten omat ominaisuudet ja tausta vaikuttavat lopputulokseen. Tässä opinnäytetyössä ei pystytty osoittamaan tiettyjen taustatekijöiden tai elämäntapamuutostavoitteen yhteyttä pystyvyyden tunteen muutokseen tai tavoitteiden etenemiseen. Tieto ryhmäläisten tavoitteista ja taustatiedoista kuitenkin antaa kuvan opinnäytetyön kontekstista eli siitä millaisissa olosuhteissa ryhmätoiminta on tapahtunut ja ketkä ovat siihen osallistuneet.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Terve Elämä -ryhmätoiminnan vaikuttavuutta asiakkaiden kokemuksen kautta. Tavoitteena oli selvittää, miten ryhmätoiminta on vaikuttanut asiakkaiden pystyvyyden kokemukseen ja omien tavoitteiden saavuttamiseen. Realistisen arvioinnin periaatteiden mukaan opinnäytetyössä oltiin kiinnostuneita siitä, mitkä tekijät ryhmätoiminnassa ovat vaikuttavia, miten ne vaikuttavat, kenelle ja missä olosuhteissa.

Tämän opinnäytetyön tulosten pohjalta kahdeksan ryhmäläisen pystyvyyden tunne nousi sekä yhdeksän ryhmäläisen tavoitteet etenivät ryhmätoiminnan aikana. Tavoitteiden asettaminen, ohjaajien tuki ja kannustus sekä ryhmän tuki olivat Terve Elämä -ryhmässä vaikuttavia tekijöitä. Nämä tekijät auttoivat ryhmäläisten tavoitteiden etenemisessä. Ryhmäläisten elämäntapamuutosta tuki suotuisa elämäntilanne, henkilökohtaiset ominaisuudet ja voimavarat muutoksen toteuttamiseen, sosiaalinen tuki ja terveyteen liittyvä tietous.

Tämän opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää Terve Elämä -ryhmätoiminnan kehittämisessä, toiminnan raportoinnissa sekä suunnitellussa toiminnan vaikuttavuuden arviointia jatkossa. Tulokset antavat uutta tietoa siitä, miten ryhmäläisten pystyvyyden tunne sekä elämäntapamuutostavoitteet ovat muuttuneet ryhmätoiminnan aikana, mitkä menetelmät ovat ryhmäläisten mielestä olleet vaikuttavia sekä mitkä muut tekijät ovat edistäneet ryhmäläisten elämäntapamuutosta. Tulosten lisäksi opinnäytetyö tuotti kuvauksen Terve Elämä -ryhmätoiminnasta sekä ryhmään osallistuvista ja heidän tavoitteistaan. Uutta toimintaa kehitettäessä on tärkeää saada tietoa ja ymmärrystä asiakaskunnasta sekä siitä ketkä hyötyvät palvelusta eniten.

8.2 Tutkimuksen eettisyyden ja luotettavuuden arviointi

Tässä opinnäytetyössä noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä. Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) on määritellyt hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluvaksi muun muassa rehellisyyden, huolellisuuden ja tarkkuuden, tieteellisen tutkimuksen kriteerien mukaisten tiedonhankinta- tutkimus- ja arviointimenetelmien käytön, muiden tutkijoiden työn kunnioittamisen ja tutkimustyön asianmukaisen suunnittelun, toteutuksen ja raportoinnin (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2013, 6.) Opinnäytetyön toteuttamista varten Helsingin Kaupungilta haettiin tutkimuslupaa ja tutkimus aloitettiin vasta tutkimusluvan saatua. Pystyvyyden-mittarin osalta on oltu sähköpostitse yhteydessä mittarin kehittäjään Pilvikki Abzetsiin, joka on antanut luvan mittarin käyttöön.

Opinnäytetyön tiedonkeruu suoritettiin niin, ettei se aiheuttanut asiakkaille suurta vaivannäköä. Tiedonkeruu suoritettiin terveysasemalla ryhmätoiminnan yhteydessä. Kyselylomakkeen täyttäminen oli osa asiakkaan suunnitelmallista hoitoa, eikä se siten rasittanut asiakasta normaalia enempää. Ryhmäläisille annettiin aluksi tietoa opinnäytetyöstä ja sen tarkoituksesta sekä suullisesti että saatekirjeen muodossa ennen kuin he antoivat kirjallisen suostumuksensa kyselyyn osallistumiseen. Heillä oli myös mahdollisuus kysyä opinnäytetyöhön liittyviä asioita opinnäytetyön tekijältä. Kyselyyn osallistuminen oli vapaaehtoista.

Terve Elämä -ryhmässä käyneiden ja kyselyyn osallistuneiden ryhmäläisten anonymiteetista huolehdittiin. Tähän tarvittiin terveysaseman henkilökunnan apua. Allekirjoitetut suostumuslomakkeet kerättiin ja säilytettiin terveysasemalla. Kyselylomakkeet koodattiin terveysasemalla, jotta opinnäytetyön tekijä pystyi yhdistämään saman ryhmäläisen kaikki kolme kyselylomaketta nimettöminä. Tämä oli erityisen tärkeää aineiston luotettavan käsittelyn kannalta. Terveysaseman henkilökunta lähetti viimeisestä ryhmätapaamisesta poissaolleille kyselylomakkeet postitse opinnäytetyön tekijän pyynnöstä. Opinnäytetyön tekijä ei missään vaiheessa ole saanut tietää ryhmäläisten kokonimiä tai muitakaan tietoja heistä. Opinnäytetyön tekijää sitoo vaitiolovelvollisuus ryhmässä mahdollisesti kuulluista asioista. Kyselylomakkeet hävitettiin tutkimuksen päätyttyä.

Opinnäytetyön tulokset on pyritty esittämään niin, ettei yksittäiset ryhmäläiset ole tunnistettavissa. Koska opinnäytetyössä hyödynnettiin tapauskohtaista tutkimusta, joitain asioista jouduttiin yhdistämään kokonaiskuvan luomisen johdosta. Tämä ei kuitenkaan vaaranna henkilön tunnistettavuutta.

Aineiston analysoinnissa käytettiin huolellisuutta ja tarkkuutta. Kyselylomakkeet merkittiin tarkasti niin, että opinnäytetyön tekijä erotti, mikä kyselylomake kuului mihinkin ryhmään, minä ajankohtana se oli täytetty ja kuka (koodi) sen oli täyttänyt. Aineistoa käsiteltiin ta-

pauskohtaisesti ja kyselylomakkeen tiedot kirjattiin tarkasti taulukoihin. Pystyvyyteen liittyvät pistemäärät laskettiin useaan kertaan ja ne vielä tarkastettiin myöhemmin alkuperäisistä lomakkeista. Jotta tutkimukseen saatiin mukaan kaikki mahdollinen tieto, opinnäytetyön tekijä keräsi tietoa kaikista kyselylomakkeen kohdista. Tästä esimerkkinä, opinnäytetyön tekijän analysoidessa tuloksia muista ryhmäläisen elämässä vaikuttavista asioista, hän otti mukaan myös asiaa koskevat tiedot, jotka oltiin kirjattu muualle kyselylomakkeelle.

Tämän arviointitehtävän luotettavuutta saattaa heikentää se, että arvioinnin kohteena on uusi toiminta, joka muokkautuu käytännön toiminnan aikana. Terve Elämä -ryhmän toiminta muuttui myös opinnäytetyön tekemisen aikana, kun puolen vuoden väliarviointi terveysindikaattoreiden osalta jätettiin pois. Tämä vaikutti opinnäytetyön kokonaisuuteen. Jotta vaikutavuuden arviointi olisi luotettavaa, arvioitavan kohteen tulisi olla tarkoin määritelty, kuvattu, ja toiminnan tulisi olla vakaassa tilassa.

Opinnäytetyön tulosten luotettavuutta saattaa heikentää muutamat kyselylomakkeeseen liittyvät asiat. Joltain osin kyselylomake olisi voinut olla selkeämpi. Esimerkiksi pystyvyyden tunnetta mittavassa mittarissa yksi kysymys, joka mittasi positiivisia odotuksia, oli eri muodossa kuin muut kysymykset. Tämä saattoi aiheuttaa vastaajissa hämmennystä, koska muutamien vastaajien kohdalla vastaukset olivat ääripäissä eri mittausajankohtina. Tämä on otettava huomioon tulosta tarkasteltaessa.

Kyselylomake pyrittiin pitämään kaiken kaikkiaan melko lyhyenä, jotta siihen olisi helppo vastata. Kyselylomakkeella oli kuitenkin vaikea saada tarpeeksi informatiivista aineistoa ja aineisto jäikin melko pinnalliseksi. Esimerkiksi haastatteluiden avulla olisi saatu syvällisempää tietoa sekä voitu tarkistaa epäselviä ilmaisuja. Nyt muutamiin epäselviin ilmaisiin ei saatu varmennusta. Avoimiin kysymyksiin vastattiin lyhyesti tai niihin jätettiin kokonaan vastamatta. Toisaalta samanlaisena toistuva kyselylomake antoi mahdollisuuden luotettavaan arviointiin, kun tehtiin seurantatutkimusta.

Kyselylomakkeet täytettiin ryhmätapaamisen alussa tai tapaamisen lopussa. Osa tutkimustilanteista olivat kiireisiä ja tämä saattoi vaikuttaa vastaajien keskittymiseen kyselylomaketta täyttäessä. Tällöin esimerkiksi avoimiin kysymyksiin saatettiin jättää vastaamatta. Postitse saadut kyselylomakkeet olivat selvästi tarkemmin täytettyjä, kuin ryhmätapaamisella täytetyt. Hyvänä asiana ryhmätapaamisella täytetyissä kyselylomakkeissa oli se, että lomakkeet palautuivat välittömästi tutkimuksen tekijälle sekä se, että vastaajilla oli mahdollisuus kysyä epäselviä asioita tutkimuksen tekijältä.

8.3 Johtopäätökset

Uusia palveluja suunniteltaessa tulee keskiössä olla se tuottaako palvelu ihmisille hyvinvointia. Yhteiskunnan tarkoituksena ei ole tuottaa palvelua palvelun vuoksi vaan sen aiheuttaman hyvinvoinnin vuoksi. Jotta palvelun tuottamaa hyvinvointia voitaisiin arvioida, päädytään usein tutkimaan palvelun vaikuttavuutta. Vaikuttavuuden arviointi on usein haastavaa ja vaatii pitkän arviointijakson. Elämäntapainterventioissa muutokset ihmisen käyttäytymisessä voivat olla intervention vaikutuksia. Vaikuttavuus puolestaan nähdään laajemmin siinä, miten interventio mahdollisesti vaikuttaa ihmisten elintapoihin ja terveyteen. Vaikuttavuutta voidaan myös mitata eri näkökulmista. Kun ajankäyttöä ja resursseja säästyy, saadaan palvelulle vaikuttavuutta. Tästä näkökulmasta katsottuna jää kuitenkin huomioimatta tuottaako palvelu itseasiassa hyvinvointia vai ei. Hyvinvoinnin tuottamisessa asiakkaiden oma kokemus on sen sijaan avainasemassa.

Tämä opinnäytetyö kokosi Terve Elämä -ryhmäläisten omia kokemuksia muutoksestaan ryhmätoiminnan aikana. Mikäli ryhmätoiminnan kokonaisvaikuttavuutta halutaan jatkossa arvioida, tulisi yhdistää erilaisia näkökulmia ja tehdä pitkäaikaista seuranta suurella otannalla. Terve Elämä -ryhmätoiminta on laajentunut tämän opinnäytetyön tekemisen aikana usealle terveysasemalle Helsingissä, joten myös kvantitatiivisen tutkimuksen mahdollisuus jatkossa olisi mahdollista. Jatkotutkimuksessa voitaisiin selvittää asiakkaiden kokemuksen lisäksi esimerkiksi asiakkaiden elintavoissa ja terveydessä tapahtuneita muutoksia, työntekijöiden kokemuksia ja havaintoja sekä muita työn järjestämiseen liittyviä asioita, kuten ajankäytön tai resurssien säästöjä. Vaikuttavuuden arvioinnissa voitaisiin hyödyntää myös työntekijöiden tekemää dokumentointia (esimerkiksi osallistujamäärät ja poisjääntiseuranta). Kortenien ja Borgin (2008) mukaan vaikuttavuustiedon tuottamista tulisikin yhdistää yhä enemmän käytännön työn tekemiseen. Tällöin voidaan puhua empiiriseen näyttöön perustuvista palveluista. Vaikuttavuuden seurantatietojen tuottaminen tulisi olla osa käytännön työtä ja se voitaisiin toteuttaa asiakastietojärjestelmiä kehittämällä. (Korteniemi & Borg 2008.) Tällä hetkellä Terve Elämä -ryhmistä tehdään vaikuttavuuden seuranta, joten näiden tietojen käyttäminen tutkimustarkoituksiin voisi jatkossa olla hyödyllistä.

Pystyvyyden tunteella on yhteys käyttäytymisen muutokseen (Bandura 1995, 1997). Myös pystyvyyden lisääntyminen ohjausintervention aikana ennustaa muutoksen onnistumista ja ylläpitoa (Hankonen 2011). Kuitenkin interventioista, jotka pyrkivät lisäämään pystyvyyttä on vaihtelevaa tutkimustulosta. Pystyvyyttä lisäävillä interventioilla ei ole aina ollut vaikuttavuutta käyttäytymisen muutokseen. Tämä voi johtua siitä, että pystyvyyden tunnetta on vaikea lisätä intervention avulla. Pystyvyyden tunne kehittyy koko elämän ajan ja siihen vaikuttaa myös henkilön aiemmat kokemukset ja hänen historiansa (Bandura 1995, 1997). Myös muilla käyttäytymisen muutoksen tekniikoilla on todettu olevan vaikutusta käyttäytymisen muutokseen.

Se, että interventio perustuu käyttäytymisen muutoksen teorioihin ja useampaan vaikuttavaan käyttäytymisen muutoksen tekniikkaan, on merkitystä intervention vaikuttavuuteen.

Vaikuttavan elämäntapaohjausintervention kehittäminen on kuitenkin haasteellista. Michien ym. (2008) mukaan vaikuttavien elämäntapaohjaustekniikoiden tunnistamisen tulisi edetä kolmessa vaiheessa. Ensimmäiseksi tulisi tunnistaa käyttäytymisen osatekijät eli ne tekijät mihin interventiolla pyritään vaikuttamaan. Toiseksi tulisi tunnistaa käyttäytymistä muuttavat tekniikat ja kolmanneksi tunnistaa tekniikoiden ja osatekijöiden välinen yhteys. (Michie ym. 2008.) Terve Elämä -ryhmätoiminnalla halutaan vaikuttaa ryhmäläisten pystyvyyden tunteeeseen eli pystyvyyden tunne on käyttäytymisen muutoksen osatekijä. Terve Elämä -ryhmässä käytetään pääasiassa tekniikoina tavoitteen asettamista, toimintasuunnitelman tekoa, oman käyttäytymisen seuranta, testituloksia omaan terveyteen liittyen sekä vertaistukea. Ryhmätoiminnan vaikuttavuuden lisäämiseksi jatkotutkimuksena voitaisiin selvittää tieteellinen näyttö siitä, kuinka paljon kyseiset Terve Elämä -ryhmätoiminnassa käytetyt tekniikat vaikuttavat pystyvyyteen.

Lähteet

Painetut lähteet

Absetz, P. & Hankonen, N. 2011. Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa: vaikutta-vuus ja keinot. Lääketieteellinen aikakausikirja Duodecim 2011, 127 (21), 2265-72.

Anttila, P. 2007. Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittämistyö. Hamina: Akatiimi.

Ashford, S., Edmunds, J. & French, D.P. 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* 2010, Vol. 15, Issue 2, 265- 288.

Avery, L., Flynn, D., Wersch, A., Sniehotta, F. & Trenell, M. 2012. Changing Physical Activity Behavior in Type 2 Diabetes. A Systematic review and meta-analysis of behavioral interventions. *Diabetes Care* 35, 2681-2689.

Bandura, A. (Edit.) 1995. *Self-Efficacy in changing Societies*. Cambridge: Cambridge University Press.

Bandura, A. 1997. *Self-Efficacy: The Exercise of Control*. New York: W. H. Freeman cop.

Benyamini, Y., Geron, R., Steinberg, D.M., Medini, N., Valinsky, L. & Endevelt, R. 2013. A Structured Intentions And Action-Planning Intervention Improves Weight Loss Outcomes in a Group Weight Loss Program. *American Journal of Health promotion* 2013, Vol. 28, No. 2, 119-127.

Dahler-Larsen, P. 2005. *Vaikuttavuuden arviointi. Hyvät käytännöt menetelmä-käsikirja*. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus, Stakes.

Dombrowski, S.U., Endevelt, R., Steinberg, D.M. & Benyamini, Y. 2016. Do more specific plans help you lose weight? Examining the relationship between plan specificity, weight loss goals, and plan content in context of a weight management programme. *British Journal of Health Psychology*. Vol. 21, Issue 4, 989-1005.

Elfeddali, I., Bolman, C., Candel, M.J.J.M, Wiers, R.W. & De Vries, H. 2012. The role of self-efficacy, recovery self-efficacy and preparatory planning in predicting short-term smoking relapse. *British Journal of Health Psychology* 2012, 17, 185-201.

Epping-Jordan, J.E., Pruitt, S.D., Bengoa, R. & Wagner, E.H. 2004. Improving the quality of health care for chronic conditions. *Qual Saf Health Care* 2004, 13, 299-305.

Guillaumie, L., Godin, G., Manderscheid, J-C., Spitz, E. & Muller, L. 2012. The impact of self-efficacy and implementation intentions-based interventions on fruit and vegetable intake among adults. *Psychology and Health*, Vol. 27, No. 1, 30-50.

Hankonen, N. 2011. *Psychosocial processes of health behaviour change in a lifestyle intervention. Influences of gender, socioeconomic status and personality*. Academic Dissertation. University of Helsinki. National institute for Health and Welfare (THL).

Hankonen, N. 2012. Millaiset psykososiaaliset prosessit johtavat elämäntapamuutoksen onnistumiseen? *Sosiaalilääketieteellinen aikakausilehti* 49, 75-78.

Hankonen, N., Sutton, S., Prevost, A.T., Simmons, R.K., Griffin, S.J., Kinmonth, A.L. & Harde-man, W. 2015. Which Behavior Change Techniques are Associated with Changes in Physical Activity, Diet and Body Mass Index in People with Recently Diagnosed Diabetes? *Annals of Behavioral Medicine* 2015, Vol.49, Issue 1, 7-17.

- Jepson, R.G., Harris, F.M., Platt, S. & Tannahill, C. 2010. The effectiveness of interventions to change six health behaviours: a review of reviews. *BioMedCentral Public Health* 2010, 10, 538.
- Julkunen, I., Lindqvist, T. & Kainulainen, S (toim.) 2005. Realistisen arvioinnin ensimmäiset askeleet. Helsinki: Stakes.
- Kaisla, S., Kilponen M-R. & Männistö, P. 2005. Vaikuttavuutta etsimässä - sosiaalityö vanhuk- sen omaishoitoperheessä. Teoksessa Julkunen, I., Lindqvist, T. & Kainulainen, S. (toim.) 2005. Realis- tisen arvioinnin ensimmäiset askeleet. Helsinki: Stakes, 68.
- Kiiskinen, U., Vehko, T., Matikainen, K., Natunen, S. & Aromaa, A. 2008. Terveyden edistämi- sen mahdollisuudet: vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:1. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Kivipelto, M. 2008. Osallistava ja valtaistava arviointi: johdatus periaatteisiin ja käytäntöihin. Sta- kesin työpapereita 17/2008. Helsinki: Stakes.
- Koivisto, J. 2006. Sosiaalialan näyttökeskustelu: miten sosiaalisten interventioiden vaikutta- vuus osoitetaan? *Janus* vol. 14 (1), 53- 60.
- Konu, A., Rissanen, P., Ihantola, M. & Sund, R. 2009. ”Vaikuttavuus” suomalaisissa terveyden- huollon tutkimuksissa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2009, 46, 285-297.
- Korkiakangas, E.E., Alahuhta M.A., Husman, P.M., Keinänen-Kiukaanniemi, S., Taanila, A.M & Laitinen, J.H. 2011. Motivators and barriers to exercise among adults with a high risk of type 2 diabetes - a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2011, 25, 62-69.
- Korteniemi, P. 2005. Realismi ja realismin sovellus. Teoksessa Julkunen, I., Lindqvist, T. & Kai- nulainen, S (toim.) 2005. Realistisen arvioinnin ensimmäiset askeleet. *FinSoc työpapereita* 3/2005. Helsinki: Stakes. 17-33.
- Korteniemi, P. & Borg, P. 2008. Kohti näyttöön perustuvaa ammatillista käytäntöä? Stakesin työpa- pereita 23/2008. Helsinki: Stakes.
- Koskinen-Ollonqvist P., Pelto-Huikko A., Rouvinen-Wilenius P. (toim.) 2005. Näkökulmia vai- kutta- vuuteen: vaikuttavuuden arvioinnin mahdollisuudet terveyden edistämässä. Helsinki: Terveyden edistämisen keskus.
- Kurki, M., Hemiö, K., Lindström, J., Jaakkola, L. 2008. Ryhmämuotoinen elintapaohjaus meta- bolisen oireyhtymän hoidossa. *Miina Sillanpään Säätiön julkaisusarja A:7*. Helsinki: Vam- malan Kir-japaino Oy.
- Kwasnicka, D., Dombrowski, S.U., White, M. & Sniehotta, F. 2016. Theoretical explanations for maintenance of behaviour change: a systematic review of behaviour theories. *Health Psychology review*. 2016. Vol. 10, No. 3, 277-296.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Reinfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Porvoo; Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.
- Lara, J., Evans, E.H., O’Brien, N., Moynihan, P.J., Meyer, T.D., Adamson, A.J., Errington, L., Sniehotta, F.F., White, M. & Mathers, J.C. 2014. Association of behaviour change techniques with effectiveness of dietary interventions among adults of retirement age: a systematic re- view and meta-analysis of randomised controlled trials. *BioMed Central Medicine* 2014, 12, 177.
- Lenz, E. R. & Shortridge-Baggett, L. 2002. *Self-Efficacy in Nursing: Research and Measure- ment Perspectives*. Springer Publishing Company.

Luszczynska, A., Schwarzer, R., Lippke, S. & Mazurkiewicz, M. 2011. Self-efficacy as a moderator of the planning-behaviour relationship in interventions designed to promote physical activity. *Psychology and Health*, Vol. 26, No. 2, 151-166.

McDermott, M.S., Oliver, M., Iverson, D. & Sharma, R. 2016. Effective techniques for changing physical activity and healthy eating intention and behaviour: A systematic review and meta-analysis. *British Journal of health psychology*, Vol. 21, 14, 827-841.

Michie, S. & Abraham, C. 2004. Interventions to change health behaviours: Evidence-based or evidence-inspired? *Psychology and Health*, vol. 19, no. 1, 29-49.

Michie, S., Johnston, M., Francis, J., Hardeman W. & Eccles, M. 2008. From Theory to Intervention: Mapping Theoretically Derived Behavioural Determinants to Behaviour Change Techniques. *Applied Psychology: An International Review* 2008, 57, 4, 660-680.

Michie, S., Abraham, C., Whittington, C., McAteer, J. & Gupta, S. 2009. Effective Techniques in Healthy Eating and Physical Activity Interventions: A Meta-Regression. *Health Psychology* 2009, Vol. 28, No.6, 690-701.

Michie, S., Richardson, M., Johnston, M., Abraham, C., Francis, J., Hardeman, W., Eccles, M.P., Cane, J. & Wood, C.E. 2013. The Behavior Change Technique Taxonomy (v1) of 93 Hierarchically Clustered Techniques: Building an International Consensus for the Reporting of Behavior Change Interventions. *The Society of Behavioral Medicine* 2013. *ann. behav. med.* 2013, 46, 81-95.

Mickwitz, P. 2005. Terveyden edistämisen vaikuttavuuden arviointi ympäristöpolitiikan arvioinnin näkökulmasta = Reflections on evaluating the effectiveness of health promotion based on evaluations of environmental policies. Teoksessa Koskinen-Ollonqvist P., Pelto-Huikko A., Rouvinen-Wilenius P. (toim.) 2005. Näkökulmia vaikuttavuuteen. Vaikuttavuuden arvioinnin mahdollisuudet terveyden edistämässä. Helsinki: Terveyden edistämisen keskus.

Mäki-Opas, J. 2009. Pystyvyyden tunteen yhteys terveyttä määrittäviin tekijöihin. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto, yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Kuopio.

Noar, S.M., Benac, C.N. & Harris, M.S. 2007. Does Tailoring Matter? Meta-Analytic Review of Tailored Print Health Behavior Change Interventions. *Psychological Bulletin*, Vol. 133, no. 4, 673-693.

Obara-Golebiowska, M. & Brycz, H. 2015. Strategies of return to self-regulation among obese people: Implementation of goal's intention and motivation to weight reduction. *Baltic Journal of Health and Physical Activity*, 7 (2), 59-65.

Olander, E.K., Fletcher, H., Williams, S., Atkinson, L., Turner, A. & French, D. 2013. What are the most effective techniques in changing obese individuals' physical activity self-efficacy and behaviour: a systematic review and meta-analysis. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity* 2013, 10, 29.

Ovaskainen, M-L., Tapanainen, H., Laatikainen, T., Männistö, S., Heinonen, H. & Vartiainen, E. 2015. Perceived health-related self-efficacy associated with BMI in adults in a population-based survey. *Scandinavian Journal of Public Health*, 43, 197-203.

Parviainen, H., Mäkinen, E., Nyrhinen, M., Rouvinen-Wilenius, P. & Savolainen, N. 2008. Terveyden edistämisen barometri 2008. Ajankohtaiskatsaus kuntien ja järjestöjen terveyden edistämiseen. Terveyden edistämisen keskuksen julkaisuja 2/2008. Helsinki: Trio-Offset.

Pawson, R. & Tilley, N. 1997. *Realistic Evaluation*. London: SAGE.

- Pennanen, M., Haukkala, A., De Vries, H. & Vartiainen, E. 2011. Academic achievement and smoking: Is self-efficacy an important factor in understanding social inequalities in Finnish adolescents? *Scandinavian Journal of Public Health* 2011, 39, 714-722.
- Pohjola, A., Kemppainen, T., Väyrynen, S. 2012. Sosiaalityön vaikuttavuus. Rovaniemi: Lapin yli-opistokustannus.
- Prestwich, A., Kellar, I., Parker, R., MacRae, S., Learmonth, M., Sykes, B., Taylor, N. & Castle, H. 2014. How can self-efficacy be increased? Meta-analysis of dietary interventions. *Health Psychology Review*, Vol. 8, No. 3, 270-285.
- Rimpelä, M., Saaristo, V., Wiss, K & Ståhl, T. (toim.) 2009. Terveyden edistäminen terveyskeskuksissa 2008. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Raportti 19/2009. Helsinki: Terveyden ja hyvinvoinnin laitos.
- Robson, C. 2001. Käytännön arvioinnin perusteet. Opas evaluaation tekijöille ja tilaajille. Suomentanut työryhmä: Lindqvist, T., Maaniittu, M., Niemi, E., Paasio, P. & Paija, L. Helsinki: Tammi.
- Rostila, I & Mäntysaari, M. 1997. Tapauskohtainen evaluointi sosiaalityön välineenä. Stakesin Raportteja 212. Helsinki: Stakes.
- Salmela, S., Kettunen, T. & Poskiparta, M. 2010. Vaikuttavan elintapaohjausinterventio suunniteltu - helpommin sanottu kuin tehty? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2010, 47, 208-218.
- Sulkunen, P. 2005. Vaikuttavuus tutkimuksen rivien välissä = Efficiency between the lines in research. Teoksessa Koskinen-Ollonqvist P., Pelto-Huikko A., Rouvinen-Wilenius P. (toim.) 2005. Näkökulmia vaikuttavuuteen: vaikuttavuuden arvioinnin mahdollisuudet terveyden edistämässä. Helsinki: Terveyden edistämisen keskus.
- Schwarzer, R., Lippke, S. & Luszczynska, A. 2011. Mechanisms of Health Behavior Change in Persons With Chronic Illness or Disability: The Health Action Process Approach (HAPA). *Rehabilitation Psychology* 2011. Vol. 56, No. 3, 161-170.
- Teixeira, P.J., Carraca, E.V., Marques M.M., Rutter, H., Oppert, J-M., De Bourdeaudhuij, I., La-kerveld, J. & Brug, J. 2015. Successful behavior change in obesity interventions in adults: a systematic review of self-regulation mediators. *BioMed Central* 2015, 13, 84.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 11., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Tuovinen, E-L., Saarni S.E., Kinnunen, T.H., Haukkala, A., Jousilahti, P., Patja, K., Kaprio, J. & Korhonen, T. 2015. Associations of Weight Concerns With Self-Efficacy and Motivation to Quit Smoking: A Population-Based Study Among Finnish Daily Smokers. *Nicotine & Tobacco Research* 2015, Vol. 17, No. 9, 1134-1141. Original investigation Advance Access publication 2014.
- Turku, R. 2007. Muutosta tukemassa: valmentava elämäntapaohjaus. Helsinki: Edita.
- Uutela, A., Absetz, P., Nissinen, A., Valve, R., Talja, M & Fogelholm, M. 2004. Health Psychological Theory in Promoting Population Health in Päijät-Häme, Finland: First Steps toward a Type 2 Diabetes Prevention Study. *Journal of Health Psychology*, 2004, Vol.9(1), 73-84.
- Valli, R. 2015. Paperinen kyselylomake. Teoksessa Valli, R. & Aaltola, J. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. 4., uudistettu ja täydennetty painos. Jyväskylä: PS-kustannus, 84-108.

Vastamäki, J. 2015. Kyselylomaketutkimus: tutkimusasetelman ja mittareiden valinta. teoksessa Valli, R. & Aaltola, J. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. 4., uudistettu ja täydennetty painos. Jyväskylä: PS-kustannus. 121-132.

Virtanen, P. 2007. Arviointi. Arviointitiedon luonne, tuottaminen ja hyödyntäminen. Helsinki: Edita.

Vuori, I. 2015. Elintapojen terveystaikutukset. *Duodecim* 2015, 131, 729-736.

Vänskä, K., Laitinen-Väänänen, S., Kettunen, T. & Mäkelä, J. 2011. Onnistuuko ohjaus?: sosiaali- ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen. Helsinki: Edita.

Ylimäki, E-L. 2015. Ohjausintervention vaikuttavuus elintapoihin ja elintapamuutokseen sitoutumiseen. Väitöskirja. Oulun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta. Oulu.

Warner, L.M., Schüz, B., Wolff, J.K., Parschau, L., Wurm, S. & Schwarzer, R. 2014. Sources of Self-Efficacy for Physical Activity. *Health Psychology*, Vol. 33, No. 11, 1298-1308.

Warner, L.M., Wolff, J.K., Ziegelmann, J.P., Schwarzer, R. & Wurm, S. 2016. Revisiting self-regulatory techniques to promote physical activity in older adults: null-findings from a randomized controlled trial. *Psychology and Health*, 2016. Vol. 31, No. 10, 1145-1165.

Williams, S.L. & French D.P. 2011. What are the most effective intervention techniques for changing physical activity self-efficacy and physical activity behavior - and are they the same? *Health Education Research*, Vol. 26, No. 2, 308-322.

Wu, S-F.V., Lee, M-C., Liang, S-Y., Lu, Y-Y., Wang, T-J. & Tung, H-H. 2011. Effectiveness of a self-efficacy program for persons with diabetes: A randomized controlled trial. *Nursing and Health Sciences*, 13, 335-343.

Wu, S-F.V., Huang, Y-C., Lee, M-C, Wang, T-J., Tung, H_H & Wu, M-P. 2013. Self-efficacy, self-care behavior, anxiety and depression in Taiwanese with type 2 diabetes: A cross-sectional survey. *Nursing and Health Sciences*, 15, 213-219.

Sähköiset lähteet

Hyvä Potku- esite. Viitattu 7.4.2016.

<https://www.innokyla.fi/documents/1789866/e54f08e9-8903-403b-9ea6-d53430757aec>.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma - Kaste. Viitattu 7.4.2016. www.stm.fi/kaste.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, THL 2016. Terveyden edistäminen. Viitattu 14.3.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/terveyden-edistaminen>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. THL 2017a. Elintavat ja ravitsemus. Viitattu 31.07.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/elintavat-ja-ravitsemus/elintavat>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, THL 2017b. Kansantaudit. Viitattu 31.07.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/yleistietoa-kansantaudeista>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, THL 2017c. Vaikutukset ja vaikuttavuus. Viitattu 31.07.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/terveyden-edistaminen/perustelut/vaikutukset-ja-vaikuttavuus>

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, THL 2017d. Vaikutusten ja vaikuttavuuden seuranta. Viitattu 31.07.2017. <https://www.thl.fi/fi/web/terveyden-edistaminen/perustelut/vaikutukset-ja-vaikuttavuus/vaikutusten-ja-vaikuttavuuden-seuranta>

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2013. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa 2012. Viitattu 4.4.2016. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf

Julkaisemattomat lähteet

Ahlblad-Mäkinen, N-C. 2016. Terveysasemakokous 15.1.2016. Kallion Terveysasema. Helsinki.

Ahlblad-Mäkinen, N-C. 2017. Sähköposti 16.6.2017.

Hoitosuunnitelma. Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen työpapereita 2016.

Huolenpito- ja terveyshyötyasiakkaiden prosessikaari Terve Elämä-ryhmässä 2.2.2016. Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen työpapereita 2016.

Linna, A. 2016. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen kokous 15.1.2016. Kallion Terveysasema. Helsinki.

Linna, A. 2017. Henkilökohtainen tiedonanto 11.4.2017. Vuosaaren terveystieteiden tutkimuskeskuksen työpapereita 2016.

Terve Elämä -ryhmän kuvaus. Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen työpapereita 2016.

THK Vastuuhenkilömallin prosessi (1.2.2016). Helsingin sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskuksen työpapereita 2016.

Kuviot

Kuvio 1: Pystyvyyden tunteeseen vaikuttavat tekijät sekä pystyvyyden tunteen vaikutus ihmisen toimintaan (mukailtu tekstistä) (Bandura 1995)	15
Kuvio 2: Health Action Process Approach, HAPA-malli (mukaillen Schwarzer, Lippke & Luszczynska 2011)	17
Kuvio 3: Ryhmätoiminnan arviointi	23
Kuvio 4: Realistinen arviointisykli (mukaillen Pawson & Tilley 1997, 85).....	26
Kuvio 5: Opinnäytetyön arviointiasetelma (ABB-asetelma)	32
Kuvio 6: Pystyvyyden tunteen kehitys ryhmätoiminnan aikana.....	42
Kuvio 7: Tavoitteiden etenemistä kuvaavat luvut	43
Kuvio 8: Tavoitteiden etenemisen kehitys ryhmätoiminnan aikana	45
Kuvio 9: Tekijät, jotka tukevat ryhmäläisten elämäntapamuutostavoitteiden edistämistä	50

Taulukot

Taulukko 1: Arviointisyklin komponentit (mukaillen Kaisla, Kilponen, Männistö 2005,68) .	29
Taulukko 2 : Kyselylomakkeen aihealueet: Terveysteen liittyvät odotukset ja pystyvyyden tunne (mukaillen Mäki-Opas 2009).....	34
Taulukko 3: Aineiston kokoaminen tapauskohtaisesti	37
Taulukko 4: Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot.....	39
Taulukko 5: Tutkimukseen osallistuneiden tavoitteet Terve Elämä -ryhmässä	40
Taulukko 6: Pystyvyyden tunteen nousu tutkimukseen osallistuneilla	41
Taulukko 7: Pystyvyyden tunteen ennallaan pysyminen tutkimukseen osallistuneilla	41
Taulukko 8: Pystyvyyden tunteen lasku tutkimukseen osallistuneilla	41
Taulukko 9: Tavoitteiden etenemisen kehitys Terve Elämä -ryhmässä	44
Taulukko 11: Tavoitteita tukevat menetelmät Terve Elämä -ryhmässä.....	46
Taulukko 10: Pystyvyyden tunteen yhteys tavoitteiden etenemiseen.....	49

Liitteet

Liite 1: Tutkimuslupa	67
Liite 2: Suostumuslomake tutkimukseen osallistumiseen	69
Liite 3: Kyselylomake	70
Liite 4: Aineiston analysointi	75

Liite 1:Tutkimuslupa



Helsingin kaupunki
Sosiaali- ja terveysvirasto
Terveys- ja päihdepalvelut
Terveysasemat ja sisätautien poliklinikka
Terveysasemien johtajalääkäri

Pöytäkirjanote

1 (2)

2.9.2016

Elina Peltola-An

16 §

Päätös tutkimuslupahakemuksesta HEL 2016-007973

HEL 2016-007973 T 13 02 01

Päätös

Terveysasemien johtajalääkäri päätti myöntää tutkimusluvan Elina Peltola-Anin tutkimukselle "Terve Elämä -ryhmätoiminnan vaikutukset asiakkaan pystyvyyteen" tässä päätöksessä ilmenevin ehdoin todeten, että johtava ylilääkäri Marja-Liisa Lommi antoi tutkimuslupahakemuksesta puoltavan lausunnon 30.8.2016. Terveysasemien johtajalääkäri nimeää tutkimukseen viraston yhteyshenkilöksi ylihoitaja Nina Ahlblad-Mäkisen.

Tutkimusluvan ehdot ovat seuraavat:

- Sosiaali- ja terveysviraston yhteyshenkilö on ylihoitaja Nina Ahlblad-Mäkinen
- Yhteyshenkilön tehtävänä on valvoa, että tutkimus toteutetaan sosiaali- ja terveysvirastossa suunnitelman ja lupaehtojen mukaisesti
- Ennen tutkimuksen aloittamista tutkija korjaa saatekirjeessä lausetta: "eikä mitään nimeä tai mitään tietoja tule tutkijan käyttöön." Suostumuslomake tulee lisäksi otsikoida oikein ja tutkimukseen osallistujalle tulee jäädä siitä oma kappale
- Tutkimuksesta ei saa aiheutua kustannuksia sosiaali- ja terveysvirastolle
- Tutkimuksessa syntyvä henkilörekisteri hävitetään tai arkistoidaan henkilötietolaissa edellytetyllä tavalla
- Tutkimusraportista ei ole yksilöitävissä tutkimukseen osallistunutta henkilöä

Postiosoite
PL 6000
00099 HELSINGIN KAUPUNKI
sosiaalijaterveys@hel.fi

Käyntiosoite
Toinen linja 4 A
Helsinki 53
www.hel.fi/sote

Puhelin
+358 9 310 5015
Faksi
+358 9 310 42504

Y-tunnus
0201256-6

Tilinro
FI1880001200052430
Alv.nro
FI02012566



Helsingin kaupunki
Sosiaali- ja terveysvirasto
 Terveys- ja päihdepalvelut
 Terveysasemat ja sisätautien poliklinikka
 Terveysasemien johtajalääkäri

Pöytäkirjanote

2 (2)

2.9.2016

- Tutkija saapuu pyydettyä maksutta esittelemään tutkimuksen tuloksia Helsingin sosiaali- ja terveysvirastoon

- Tutkimuksen valmistuttua tutkimusraportti tai sähköinen osoite, josta se on luettavissa, toimitetaan sosiaali- ja terveysviraston käyttöön (osoite Helsingin kaupunki, Kirjaamo, Sosiaali- ja terveysvirasto, PL 10, 00099 Helsingin kaupunki)

Lisätiedot

Juha Nyman, erityissuunnittelija, puhelin: 310 70198
 juha.nyman(a)hel.fi

Liitteet

- 1 Tutkimuslupahakemus 8.6.2016
- 2 Tutkimussuunnitelma

Muutoksenhaku

Oikaisuvaatimusohje, sosiaali- ja terveyslautakunta

Otteet

Ote	Otteen liitteet
Hakija	Oikaisuvaatimusohje, sosiaali- ja terveyslautakunta
Viraston yhteyshenkilö	Liite 1
Valmistelija	Liite 2

Pöytäkirjanote on lähetetty asianosaiselle 12.9.2016.

Risto Mäkinen
 vs. terveysasemien johtajalääkäri

Postiosoite
 PL 6000
 00099 HELSINGIN KAUPUNKI
 sosiaaliterveys@hel.fi

Käyntiosoite
 Toinen linja 4 A
 Helsinki 53
 www.hel.fi/sote

Puhelin
 +358 9 310 5015
Faksi
 +358 9 310 42504

Y-tunnus
 0201256-6

Tilinro
 FI1880001200052430
Alv.nro
 FI02012566

Liite 2: Suostumuslomake tutkimukseen osallistumiseen

Suostumuslomake tutkimukseen osallistumiseen

Tämä kyselylomake on osa Laurea Ammattikorkeakoulussa tehtävää ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyötä. Kyselylomake on suunnattu teille, Terve Elämä -ryhmätoimintaan osallistujille. Opinnäytetyössäni olen kiinnostunut siitä, miten te koette tavoitteidenne edistyvän ryhmätoiminnan aikana.

Saatte kyselylomakkeen kolme kertaa kolmen kuukauden välein. Kyselylomakkeen lisäksi opinnäytetyöhön tarvitaan seuraavat terveyteenne liittyvät tiedot: pituus, paino ja vyötärönympäryys, verenpaine, masennus- ja alkoholinkäyttötestien tulokset sekä tieto tupakoinnista. Nämä tiedot kerätään teiltä ryhmätoiminnan alkaessa ja kuuden kuukauden kuluttua ryhmän aloittamisesta.

Tutkimus suoritetaan nimettömästi. Kyselylomakkeeseen merkitään koodi, jonka avulla teidän vastaamanne kolme kyselylomaketta on yhdistettävissä nimettömästi. Tutkimusaineisto käsitellään luottamuksellisesti ja aineisto hävitetään tutkimuksen päätyttyä. Tämä suostumuslomake säilytetään terveysasemalla. Saatte siitä myös oman kappaleen.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Toivottavaa olisi, että pystyisitte vastaamaan kaikkiin kolmeen kyselyyn. Osallistumisenne on hyvin arvokasta, jotta voisimme yhdessä kehittää ryhmätoimintaa. Kyselylomake toimii teille myös oman terveydenseurannan välineenä.

Suostun osallistumaan kyselyyn sekä annan luvan seuraavien terveyteeni liittyvien tietojen käyttöön opinnäytetyössä (pituus, paino ja vyötärönympäryys, verenpaine, masennus- ja alkoholinkäyttötestien tulokset, tupakointi):

aika ja paikka

Asiakkaan allekirjoitus ja nimenselvennys

Vastuuhenkilön/ryhmäkoordinaattorin allekirjoitus

Ystävällisin terveisin,

Elina Peltola-An

elina.peltola-an@student.laurea.fi

Laurea Ammattikorkeakoulu, Tikkurila

Liite 3: Kyselylomake

koodi: _____

päivämäärä: _____

KYSELY

TERVE ELÄMÄ

-RYHMÄÄN OSALLISTUVILLE

Tämä kysely on suunnattu teille, Terve Elämä -ryhmään osallistuville. Kysely on osa ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyötä. Kyselylomake toimii teille myös itsearvioinnin välineenä edistäessänne omia tavoitteitanne.

Kysely toteutetaan kolme kertaa, kolmen kuukauden välein. Kiitos vastauksistanne!

Aluksi ympyröikää taustatiedot:

Sukupuoli:	nainen	mies			
ikä:	alle 20	20- 30	31-40	41-50	51-60
	61-70	yli 70			
Siviilisääty:	avio-tai avoliitto	naimaton	eronnut tai leski		
Työllisyystilanne:	töissä	työtön	eläkeläinen	opiskelija	
Koulutus:	perusaste*	keskiaste*	korkea-aste*		

*Perusaste: kansakoulu, keskikoulu, peruskoulu

*Keskiaste: lukio, ammatillinen koulutus

*Korkea-aste: ammattikorkeakoulu, opistotaso, akateeminen tutkinto

2. Miten hyvin seuraavat väittämät pitävät paikkaansa teidän kohdallanne?

Olkaa hyvä ja rastittakaa jokaisen kohdalla se vaihtoehto, joka parhaiten vastaa teidän omaa mielipidettänne

Kuinka varma olette siitä, että	Hyvin epävarma 1	Melko epävarma 2	Melko varma 3	Täysin varma 4
...terveellisillä elintavoilla voi ehkäistä sellaisten vakavien sairauksien kuten sydänsairauksien, syövän tai sokeritaudin syntymistä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...jos ihminen on jo sairastunut, elintapojen muuttaminen terveellisimmiksi ei enää kannata	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...pystytte itse vaikuttamaan useimpiin omaa sairastumisriskiänne lisääviin tai vähentäviin tekijöihin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... pystytte ottamaan terveystarkkailut huomioon, kun suunnittelette elämääne ja teette sitä koskevia päätöksiä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...jaksatte noudattaa tekemiänne päätöksiä uuden, terveellisemmän elämän aloittamisesta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...jaksatte noudattaa terveellisiä elintapoja, vaikka muut ihmiset ympärillänne eivät välittäisi niistä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...pystytte vastustamaan houkutuksia, kun tiedätte niiden olevan haitallisia terveydellenne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
... jaksatte välittää siitä onko jokin asia terveydelle haitallista vai ei, vaikka olisitte kiireinen, väsynyt tai kovan paineen alla	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...pystytte ottamaan terveystarkkailut huomioon, vaikka se olisi epämukavaa tai joutuisitte sen takia luopumaan muista teille tärkeistä asioista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...pystytte olemaan tupakoimatta, vaikka muut seurassanne tupakoisivat (vastaa vain mikäli tupakoit)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
...pystytte käymään säännöllisesti terveystarkastuksissa vaikka se aiheuttaisi teille vaivaa tai toimenpiteet olisivat epämukavia	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3. Mitä haluaisitte saavuttaa vuoden aikana? (Omat tavoitteenne ja suunnitelmanne tällä hetkellä)

4. Missä vaiheessa koette olevanne tällä hetkellä tavoitteidenne saavuttamista?
(Ympyröikää sopiva luku janalta)

0= En ole vielä tehnyt mitään edistääkseni tavoitteitani

100= Olen saavuttanut tavoitteeni

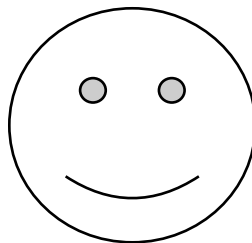
0 10 20 30 40 50 60 70 80 90 100

4. Mitkä tekijät Terve Elämä -ryhmätoiminnassa ovat auttaneet teitä edistäessänne tavoitteitanne? (Ympyröikää kolme tärkeintä tekijää)

1. Tavoitteen asettaminen
2. Toimintasuunnitelman teko
3. Ohjaajan tuki/kannustus
4. Oman käyttäytymisen seuranta/ työkirja
5. Testitulokset omaan terveyteen liittyen (esim. verenpaineen mittaus)
6. Ryhmäläisten tuki/esimerkki/kokemukset
7. Sähköinen yhteydenpito
8. En ole saanut ryhmästä apua tavoitteissani
9. Muu,mikä? _____

7. Mitkä muut tekijät elämässänne ovat auttaneet teitä edistäessänne tavoitteitanne?

KIITOS!



Liite 4: Aineiston analysointi

1. Aineiston pelkistäminen ja ryhmittely

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria
”On enemmän aikaa itselle” ”On aikaa”	Aikaa itselle	ELÄMÄNTILANNE
”Olen aloittanut vesijump- paa” ”Käsitöiden ja taiteen harras- tus liikunnan ohella”	Harrastus	ELÄMÄNTILANNE
”Ylimääräisiä stressejä ei ole ollut” ”Suuret murheet ja huolet ovat välttäneet minua. Iloja on ollut enemmän” ” Vakaa elämäntilanne”	Vakaa elämäntilanne	ELÄMÄNTILANNE
”Koko perheen hyvinvointi- ettei ainakaan muilla ole sai- rauksia kuten itsellä ...”	Perheen hyvinvointi	ELÄMÄNTILANNE

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria
”Asenteiden/ajatusten muut- taminen positiivisemmiksi” ”Positiivinen elämänsenne”	Positiivisuus	OMAT VOIMAVARAT
”Kun lupaa ryhmässä jotain... niin on itselle tärkeää, että pystyy pysymään lupaukses- saan” ”Päätäväisyys”	Päätäväisyys	OMAT VOIMAVARAT
”Painon pudotus jo kolmen edellisen vuoden aikana n. 15 kg”	Aikaisempi onnistuminen	OMAT VOIMAVARAT
”Motivaatio kohdallaan”	Motivaatio	OMAT VOIMAVARAT
”Kiinnostus terveyteen”	Kiinnostus	OMAT VOIMAVARAT
” Liikunta, terveelliset elä- mäntavat, ruokavalio”		

”Sokerista luopuminen” ”Treeni” ”Tulee lähdettyä säännöllisesti liikkumaan” ”Liikunta on tullut tavaksi” ”Liikunnan aloittaminen kuntosalilla”	Terveelliset elämäntavat	OMAT VOIMAVARAT
--	--------------------------	-----------------

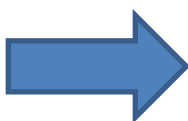
Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria
”Miehen tuki ja auttaminen kotioiloissa” ”Vaimo”	Perhe	SOSIAALINEN TUKE
”Ystävien tuki”	Ystävät	SOSIAALINEN TUKE
”Nivelklubin vertaistuki nettissä” ”AA-ryhmät/vertaistuki”	Muu vertaistuki	SOSIAALINEN TUKE

Alkuperäisilmaus	Pelkistetty ilmaus	Alakategoria
”Iän myötä tullut erilaisia vaivoja, joten olen katsonut tarpeelliseksi kiinnittää huomiota terveempiin elämäntapoihin” ”Tiedostaminen, toiminta” ”Herätys”	Huomio omista vaivoista	TIETOUS
”2-tyyppin diabeteksen puhkeaminen”	Sairastuminen	TIETOUS
”Yleinen tietous” ”Tietoisuus ylipainon ja vaivojen yhteydestä”	Yleinen tieto	TIETOUS

2. Aineiston abstrahointi

Alakategoriat

Elämäntilanne
Omat voimavarat
Sosiaalinen tuki
Tietous

**Yläkategoria**

Onnistunut elämäntapamuutos