

Anu Sorvali

RYHMÄMUOTOISEN ELINTAPOHJAUKSEN
TOIMINTAMALLIN KEHITTÄMINEN KANKAANPÄÄN
AIKUISNEUVOLAAN

Terveyden edistämisen koulutusohjelma

Ylempi AMK

2018

RYHMÄMUOTOISEN ELINTAPOHJAUKSEN TOIMINTAMALLIN KEHITTÄMINEN KANKAANPÄÄN AIKUISNEUVOLAAN

Sorvali, Anu
Satakunnan ammattikorkeakoulu
Terveyden edistämisen koulutusohjelma, ylempi AMK
Maaliskuu 2018
Sivumäärä: 75
Liitteitä: 6

Asiasanat: elintavat, elintapaohjaus, ryhmäohjaus

Tässä kehittämistehtävässä toteutettiin elintapaohjausryhmä ja arvioitiin sitä. Tarkoituksena oli tuottaa Kankaanpään aikuisneuvolaan ryhmämuotoisen elintapaohjauksen toimintamalli. Tavoitteena oli yhtenäistää työntekijöiden toimintatapoja toimintamallin avulla, tukea ryhmään osallistuvien elintapamuutosten saavuttamista sekä arvioida osallistujien elintapamuutoksia ja saatua tukea ryhmäohjauksen aikana.

Kehittämistehtävä toteutettiin toimintatutkimuksena. Elintapaohjauksen toimintamalli kehitettiin neljän syklin avulla. Ensimmäisessä syklissä perehdyttiin kirjallisuuskatsauksen avulla aikaisempiin kokemuksiin elintapaohjausryhmistä. Toisessa suunniteltiin toimintamalli ja kutsuttiin osallistujat ryhmään. Kolmannessa syklissä toteutettiin suunniteltu elintapaohjausryhmä ja neljännessä arvioitiin elintapaohjauksessa saatuja tuloksia ja kehitettyä toimintamallia.

Määrällistä aineistoa kerättiin osallistujilta (N=13) haastattelulomakkeella. Lisäksi määrällisiä mittaustuloksia saatiin laboratoriotuloksista sekä painosta ja vyötärön ympäryksestä. Laadullinen aineisto saatiin palautelomakkeen avoimista kysymyksistä ja tutkimuspäiväkirjaan merkityistä havainnoista.

Saadut tulokset vastasivat asetettuihin tavoitteisiin. Tämä kehittämistehtävä tuottaa tietoa elintapaohjausryhmästä, jossa liikunnalla on keskeinen merkitys. Tuotettu toimintamalli jäsentää pitkäaikaissairauksien ryhmämuotoista ennaltaehkäisyä ja hoitoa. Ryhmään osallistuminen edisti elintapamuutoksen toteutumista. Muutoksia ei tapahtunut painon ja painoindeksin suhteen, mutta liikunnan määrä lisääntyi ja vyötärön ympäryksen pieneni lähes jokaisella osallistujalla. Ryhmästä saadut kokemukset tuen saamisesta elintapamuutoksiin olivat positiivisia. Yhteenkuuluvuuden tunne, kokemusten jakaminen, ryhmästä saatu vertaistuki ja hyvä, avoin ryhmähenki koettiin tärkeiksi. Jatkotapaamisia ja -seuranta kaivattiin.

Toimintamalli tukee asiakkaan vastuunottoa elintavoistaan. Mallin mukainen yhteistyö liikuntatoimen kanssa on aloitettu ja jatkossa mallin mukaisia ryhmiä toteutetaan kaksi kertaa vuodessa. Jatkotutkimusaiheena tulisi selvittää jääkö liikunnasta elämäntapa, kun liikkumista tuetaan riittävästi alkuvaiheessa. Toisena jatkotutkimuksen aiheena voisi olla ryhmädynamiikan ja positiivisen ryhmäpaineen tutkiminen, koska ryhmällä on selkeästi tukea antava ja voimaannuttava rooli.

DEVELOPING A GROUP-BASED LIFESTYLE COUNSELLING MODEL FOR THE KANKAANPÄÄ ADULT HEALTH CLINIC

Sorvali, Anu

Satakunnan ammattikorkeakoulu, Satakunta University of Applied Sciences

Master's Degree Programme in Health Promotion

March 2018

Number of pages: 75

Appendices: 6

Keywords: lifestyle, lifestyle counselling, group counselling

The purpose of this thesis was to implement group-based lifestyle counselling and to assess it. The aim was to create a model for group-based lifestyle counselling to help unify the employees' different ways of carrying out the work. Furthermore, the purpose was to support the lifestyle changes of those participating in the group, as well as assessing the said changes, and the support the participants received during group counselling.

The thesis was carried out using an action research method. The model for lifestyle counselling was developed through a four-stage cycle. The first stage consisted of a literary review, in which previous studies on lifestyle counselling were researched. A model was planned, and participants were invited to take part in the group in the second stage of the cycle. The group-based lifestyle counselling was implemented in third stage. The results and the model were assessed in the fourth.

Quantitative material was gathered from the participants (N=13) through a questionnaire form. Further quantitative measurements were collected through laboratory tests, as well as weight and waist size measurements. Qualitative data was gathered through a set of open questions in a feedback form as well as from observations written down in a research diary.

The goals of the research were reached. This developmental study generates information regarding a group-based lifestyle counselling method, in which exercise plays a central role. The model created through the study helps understand how a group-based counselling method can be used to prevent and treat long-term illnesses. Participating in the group contributed to the implementation of changes in the participants' lifestyle. No changes occurred in terms of weight or weight index, but the amount of exercise was increased and almost every participant's waist size was reduced. Experiences gained from the support provided by the group in terms of changes in lifestyle were positive. The feeling of togetherness, sharing experiences, peer support as well as a good, open group spirit were considered important factors.

The model supports the clients' responsibility for their lifestyle. A cooperation with municipal sports services has begun, and group counselling according to the model will be implemented twice a year. Further research should be carried out to find out whether the clients continue to lead an active lifestyle, when it is sufficiently supported in the early stages. Further research could also be done on the effects of group dynamics and positive peer pressure, because the group clearly had an encouraging and empowering a role.

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS.....	8
3	KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT.....	9
3.1	Terveyden edistäminen	9
3.2	Elintavat ja sairastuminen	10
3.2.1	Ylipainoon ja lihavuuteen liittyvä sairastuminen.....	11
3.2.2	Liikunta ja vähäiseen liikkumiseen liittyvä sairastuminen.....	13
3.2.3	Alkoholin riskikäyttö ja sairastuminen.....	16
3.2.4	Tupakointi ja sairastuminen	17
3.2.5	Uni ja sairastuminen	17
3.2.6	Stressi ja sairastuminen	18
3.3	Sairauksien ennaltaehkäisy	19
3.3.1	Elintapaohjaus	19
3.3.2	Yksilöohjaus	20
3.3.3	Ryhmäohjaus	21
3.3.4	Elintapojen muutosvaiheen prosessimalli	23
3.3.5	Motivoiva haastattelu elintapaohjauksen tukena.....	25
3.4	Yhteenveto teoreettisista lähtökohdista	27
4	KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TARKOITUS JA TAVOITTEET	29
5	KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TOTEUTUS	30
5.1	Toimintatutkimus.....	30
5.2	Ensimmäinen sykli: Kuvaileva kirjallisuuskatsaus elintapaohjausryhmän vaikutuksista	34
5.2.1	Tiedonhaun kuvaus.....	34
5.2.2	Elintapaohjausryhmän toteuttaminen ja vaikuttavuus.....	36
5.2.3	Yhteenveto elintapaohjausryhmän vaikuttavuudesta	38
5.3	Toinen sykli: Elintapaohjausryhmän suunnittelu, aineisto ja menetelmät... 40	
5.3.1	Elintapaohjausryhmään osallistujat ja sisältö.....	40
5.3.2	Aineiston kerääminen	41
5.3.3	Aineiston analysointimenetelmät	45
5.4	Kolmas sykli: Elintapaohjausryhmän toteutuksen kuvaus.....	46
5.5	Neljäs sykli: Elintapaohjausryhmän tulokset ja toimintamallin luominen .. 52	
5.5.1	Elintapaohjausryhmässä saavutetut muutokset	52
5.5.2	Elintapaohjausryhmässä koettu tuki	60
5.5.3	Yhteenveto tuloksista	62
5.5.4	Kehitetyn toimintamallin esittely	64

6	POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	66
6.1	Tulosten tarkastelu	66
6.2	Kehittämistehtävän luotettavuus	69
6.3	Toimintatutkimuksen eettisyys	71
6.4	Kehittämistehtävän prosessin arviointi	73
6.5	Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset.....	74
	LÄHTEET	76
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Suomi on sitoutunut YK:n päätöslauselmaan, jonka perusteella on syntynyt WHO:n toimintaohjelma tarttumattomien sairauksien ehkäisystä. Sen tavoitteet kohdistuvat liikuntaan, ravitsemukseen, lihavuuteen, tupakointiin, alkoholin käyttöön sekä kohonneen verenpaineen ja korkean kolesterolin hoitoon. Tavoitteisiin pääseminen edellyttää sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan painopisteen keskittämistä ongelmien toteamisesta ja hoidosta niiden ehkäisyyn. Liikuntamahdollisuuksia ja liikuntaa tulee lisätä järjestelmällisesti. Ravitsemusohjausta tulee vahvistaa ja terveellistä ravitsemusta tukea. (Konsensuslausuma 2017, 4.)

Terveydenhuoltolaissa (1326/2010, 3 §, 16 §) määritellään terveyden edistäminen joko yksilöön, väestöön, yhteisöön tai elinympäristöön kohdistuvaksi toiminnaksi, jonka tavoitteena on terveyden ylläpitäminen ja sen parantaminen. Maailman terveysjärjestön raportin (WHO 2017) mukaan elintapasairaudet aiheuttavat vuosittain 38 miljoonan ihmisen kuoleman. Näistä kuolemista lähes puolet, noin 16 miljoonaa, tapahtuu ennen 70 ikävuotta. Sydän- ja verenkiertoelimistön sairaudet aiheuttavat kuolemia arviolta 17,5 miljoonaa, diabeteksen aiheuttamiksi arvioidaan 1,5 miljoonaa kuolemaa vuosittain.

Liikunta, terveellinen ruokavalio sekä tupakoinnin ja alkoholinkäytön vähentäminen ovat tunnettuja keinoja, joihin vaikuttamalla voitaisiin aikaansaada merkittäviä muutoksia yksilön terveydentilassa (Seppälä 2016, 11). Kroonisten sairauksien yleistyessä elintapaohjauksen ja omahoidon merkitys väestön terveyden edistämässä ja hoidossa kasvaa. Valtaosa väestöstä ei kuitenkaan noudata liikunta- ja ravitsemussuosituksia. (Absetz & Hankonen 2017, 1015.)

Elintapaohjauksella tarkoitetaan terveysalan ammattilaisen tarjoamaa monipuolista painonpudotukseen tai -hallintaan liittyvää käyttäytymismuutosta tukevaa ohjausta, jonka tavoitteena ovat terveelliset elintavat ja painonlasku. Elintapaohjaus sisältää

liikunta- ja ravitsemusneuvontaa sekä ajatuksiin ja asenteisiin painottuvaa otetta. (Lihavuus: Käypä hoito -suositus, 2013.) Ryhmämuotoinen elintapaohjaus kohdistuu kerällä suureen joukkoon. Se on todettu vaikuttavaksi ja kustannustehokkaaksi tavaksi elintapaohjauksessa. (Loveman ym. 2011; Lihavuus: Käypä hoito -suositus, 2013.) Ryhmä mahdollistaa näkökulmien ja kokemusten jakamisen (Burlingame, McClen- don & Alonso 2011). Ryhmämuotoisen elintapaohjauksen muina tärkeinä tekijöinä nähdään samassa tilanteessa olemisen ja yhteenkuuluvuuden tunteet ja verkostojen muodostuminen (Paul-Ebhohimhen & Avenell 2009; Tuomarla & Sarlio-Lähteen- korva 2009).

Tässä kehittämistehtävässä toteutetaan elintapaohjausryhmä ja arvioidaan sitä. Elintapaohjausryhmässä liikunta on keskeisessä osassa ryhmän toimintaa. Kohderyhmänä on kolmetoista (N=13) kasvaneen pitkäaikaissairausriskin omaavaa tai jo sairastunut, vähän liikkuvaa henkilöä. Kehittämistehtävän tarkoituksena on tuottaa Kankaanpään aikuisneuvolaan ryhmäohjauksen toimintamalli elintapaohjauksen lisäämiseksi ja arvioida toteutettua mallia. Kehittämistehtävän tavoitteena on elintapaohjausryhmän toimintamallin avulla yhtenäistää aikuisneuvolan työntekijöiden toimintatapoja. Lisäksi tavoitteena on tukea elintapaohjausryhmään osallistuneiden elintapamuutosten saavuttamista sekä arvioida toteutuneita elintapamuutoksia ja kokemuksia elintapaohjausryhmän antamasta tuesta. Kehittämistehtävä toteutetaan toimintatutkimuksena. Työn aihe on ajankohtainen, elintapaohjauksen yksi tavoite on lisätä vähän liikkuvien henkilöiden liikuntaa terveysongelmien ehkäisemiseksi.

2 TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS

Kehittämistehtävässä tuotetaan Kankaanpään aikuisneuvolaan elintapaohjausryhmän toimintamalli. Aikuisneuvola on osa Pohjois-Satakunnan peruspalvelukuntayhtymän (PoSa) perusterveydenhuoltoa. Palvelut on suunnattu pääasiassa työikäiselle aikuisväestölle. Aikuisneuvolan toimintaan kuuluu terveystarkastukset ja ennaltaehkäisevä terveystarkastus, pitkäaikaissairauksien ohjaus, hoito ja seuranta, sairaanhoidolliset toimenpiteet, hoitotarvikkeiden jakelu ja käytön ohjaus, diabetes-, reuma- ja tartuntatautihoitotyö, jalkojenhoito, rokotustoiminta, matkailijoiden terveystarkastus ja ryhmätoiminta. Lisäksi aikuisneuvolassa toteutetaan seulontatutkimuksina mammografiat, kohdunkaulan seulonnat ja silmäpohjakuvaukset. (PoSa www-sivut 2017.)

Kehittämistehtävän tekijä on työskennellyt terveydenhoitajana Kankaanpään aikuisneuvolassa vuodesta 2012. Aikuisneuvolassa toteutetaan elintapaohjausta sekä yksilöllisesti että ryhmässä. Yksilöohjaus toteutetaan mm. kohdunkaulan seulontatutkimukseen osallistuville, pre-diabeetikoille ja diabeteksen seurantakäyntiin osallistuville. Vastasairastuneille tyypin 2 diabeetikoille tarjotaan elintapaohjausta terveydenhoitajan vastaanotolla. Ohjauksessa käsitellään pääasiassa ruokavalio- ja painonhallinta-asioita, liikuntaohjaus on vähäisempää.

Pohjois-Satakunnan peruspalvelukuntayhtymän (PoSa) aikuisneuvolassa aloitetaan diabeteksen ensitietoryhmä neljästi vuodessa. Tähän kolmesti kokoontuvaan ryhmään ohjataan henkilö, jolla on todettu tyypin 2 diabetes. Aikuisneuvolassa alkaa lisäksi kahdesti vuodessa viidesti kokoontuva tupakan vieroitusryhmä. Ryhmään osallistuminen on ollut vaihtelevaa. Kuitenkin jokaisesta ryhmästä ainakin yksi henkilö on onnistunut lopettamaan tupakoinnin. Painonhallintaryhmiä on toteutettu muutamia kertoja. Uutena ryhmämuotona on alkanut uniryhmä.

3 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

3.1 Terveyden edistäminen

Terveyden edistämällä tarkoitetaan toimintoja, joilla parannetaan sekä kansalaisten mahdollisuuksia vaikuttaa omaan terveyteensä että edistetään kansalaisten terveyttä. Terveyden edistämiseen kuuluvat paitsi yksilöiden terveyskäyttäytymiseen liittyvät toiminnot myös ne toiminnot, joilla pyritään muuttamaan sosiaalisia, taloudellisia ja ympäristöön liittyviä olosuhteita terveyttä edistäviksi. Terveyden edistämisen primaaripreventiolla tarkoitetaan taudin tai sairauden ehkäisyä, joka kohdistetaan terveisiin. Sekundaaripreventioon kuuluvat ehkäisytoimet, jotka kohdennetaan jo sairastuneisiin. Sekundaaripreventio on osa hyvää hoitoa. (Kiiskinen, Vehko, Matikainen, Natunen & Aromaa 2008, 19.)

Terveyden edistäminen on prosessi, johon vaikuttavat yksilölliset ja yhteiskunnalliset tekijät sekä vallitsevat olot. Tässä prosessissa ihmisille luodaan edellytyksiä hallita, ylläpitää ja parantaa terveyttään. (Liimatainen 2002, 22.) Terveyden edistäminen on terveyteen sijoittamista. Sillä pyritään tietoisesti kohdentamaan voimavaroja ja vaikuttamaan terveyden taustatekijöihin. Terveyden edistäminen on sekä terveydenhuollon että muiden toimialojen, kansalaisjärjestöjen ja elinkeinoelämän toimintaa väestön terveyden ja toiminta- ja työkyvyn ylläpitämiseksi ja parantamiseksi, sairauksien ehkäisemiseksi ja väestöryhmien välisten terveyserojen vähentämiseksi. Terveyden edistämällä tarkoitetaan toimia, jotka joko parantavat ihmisten mahdollisuuksia vaikuttaa omaan terveyteensä tai ehkäisevät sairauksien syntyä. (STM 2006, 13-16).

Terveydenhuoltolaki määrää kansalaisten terveyden edistämiseen tähtäävistä toimista. Lain tarkoituksena on edistää ja ylläpitää väestön terveyttä ja hyvinvointia. Tarkoituksena on myös kaventaa väestöryhmien välisiä terveyseroja, toteuttaa väestön tarvitsemien palveluiden yhdenvertaista saatavuutta, vahvistaa terveydenhuollon palveluiden asiakaskeskeisyyttä sekä vahvistaa perusterveydenhuollon toimintaedellytyksiä. Terveyden edistämällä tarkoitetaan niitä kaikkia yksilöön, väestöön, yhteisöön ja elinympäristöön kohdistuvia toimia, joiden tarkoituksena on terveyden ja toimintakyvyn ylläpitäminen ja parantaminen. (Terveydenhuoltolaki 2010.)

3.2 Elintavat ja sairastuminen

Elintavoilla eli terveyskäyttäytymisellä tarkoitetaan yleisimmin liikuntaa, ruokatottumuksia, alkoholinkäyttöä ja tupakointia. Elintavat ovat yhteydessä sairastuvuuteen ja kuolleisuuteen. Neljä alussa mainittua elintapaa ovat erityisesti keskeisten suomalaisien kansantautien riski- ja suojatekijöitä. (THL 2017.) Kansantaudeilla tarkoitetaan yleisesti sellaisia sairauksia, joilla on suuri merkitys koko väestön terveydentilalle, kansanterveydelle. Suomessa kroonisiksi kansantaudeiksi lasketaan sydän- ja verisuonitaudit, diabetes, astma ja allergia, krooniset keuhkosairaudet, syöpäsairaudet, muistisairaudet, tuki- ja liikuntaelimestön sairaudet ja mielenterveyden ongelmat. Kansantaudit muuttuvat ajassa. Tartuntatautikuolemien vähennyttyä nopeasti Suomessa, krooniset eli pysyvät tai pitkäaikaiset sairaudet ja tapaturmat nousivat tärkeimmiksi ennenaikaisen kuolleisuuden aiheuttajiksi. Kansantauteja esiintyy yleisesti väestössä ja lisäksi ne ovat yleisiä kuolleisuuden aiheuttajia. Kansantautien hoito vaatii terveydenhuollon palveluita ja niillä on vaikutus ihmisten työkykyyn. Kansantaudeilla on siis suuri vaikutus myös kansantaloudelle. (THL 2015.)

Perusterveydenhuollon katsotaan olevan maailmanlaajuisesti se taho, jonka tehtäviin erityisesti kansantautien ennaltaehkäisyn ajatellaan kuuluvan. Myös laajan tutkimusyhteenvedon pohjalta elintapojen puheeksi ottaminen juuri perusterveydenhuollossa on arvioitu tulokselliseksi. (Seppälä 2016, 29-30.) Terveystieteiden tutkimus on saanut aikaan sairastumisvaarassa olevien tai jo sairastuneiden keskuudessa merkittäviä vaikutuksia suhteellisen vähäisillä toimilla (Absetz & Hankonen 2011, 2265).

Sairauksien riskitekijöitä on tutkittu paljon ja niitä tunnetaan hyvin. Elintapasairauksilla tarkoitetaan sellaisia sairauksia, joita pystytään ehkäisemään elintavoilla. Vääränlainen ravitsemus, liikkumattomuus, tupakan ja alkoholin liikakäyttö, stressi, masennus ja univaje ovat kaikki tekijöitä, joihin vaikuttamalla voitaisiin saada aikaan merkittäviä muutoksia yksilön terveydentilassa. Elintavat ovat ensisijaisena tekijänä sydän- ja verisuoniterveyden ylläpitämisessä, edistämässä ja sairausriskin pienentämisessä sekä tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä ja hoidossa. (Ylimäki 2015, 23; Seppälä 2016, 11.)

Maailmanlaajuisena terveysuhkana on väestön lihavuus ja sen seurauksena erityisesti sydän- ja verisuonisairaudet sekä tyypin 2 diabetes. Lihavuuden kansanterveydellinen merkitys on huomattava. (Fogelholm & Kaukua 2013, 426.) Diabetes on nopeimmin yleistyviä kansansairauksia (Koski 2015, 6). Suomessa on noin 350 000 diagnosoitua hoidossa olevaa diabeetikkoa, joista noin 50 000 tyypin 1 ja noin 300 000 tyypin 2 diabeetikkoa. Tämän lisäksi arviolta 150 000 suomalaista sairastaa tietämättään tyypin 2 diabetesta. Suomessa ei ole vuosittain tai edes muutaman vuoden välein päivittyvää tilastoa diabeetikoiden määrästä. Kelan tiedot diabeteksen erityiskorvausoikeuden myöntämisestä kertovat diabeetikoiden kokonaismäärästä, mutta luvuista ei näe esimerkiksi tyypin 1 ja tyypin 2 diabeetikoiden määriä. (Kela 2016.)

3.2.1 Ylipainoon ja lihavuuteen liittyvä sairastuminen

Lihavuudella tarkoitetaan normaalia suurempaa kehon rasvakudoksen määrää. Liikaravasta suurin osa kertyy ihon alle, mutta sitä kertyy myös muualle, esimerkiksi vatsaonteloon. Ylipainoisten osuus on kasvanut Suomessa pitkällä aikavälillä. Suomalaisista aikuisista miehistä ylittää normaalipainon kaksi kolmasosaa ja naisista yli puolet. Lihavuuden astetta arvioidaan parhaiten mittaamalla, paljonko henkilöllä on ylimääräistä rasvaa. Käytännöllisin lihavuuden arviointimenetelmä on painoindeksi, joka lasketaan painosta ja pituudesta. Normaalipainon alue 18,5–25 kg/m² on valittu sillä perusteella, että tällä alueella kuolleisuus ja sairastuvuus ovat pieniä. Toinen tapa arvioida lihavuutta on mittaamalla vyötärön ympärys. Se antaa käsityksen keskivartalolihavuudesta, joka lisää monien sairauksien vaaraa. (Fogelholm & Kaukua 2013, 423–424, 427.)

Vatsaonteloon kertyvä rasva on aineenvaihdunnallisesti aktiivisempaa kuin lantiolle ja reisiin kertyvä rasva. Tämän vuoksi se on vaarallisempaa terveydelle. Kansainvälisessä kirjallisuuden mukaan merkittävänä vyötärölihavuuden raja-arvona käytetään naisilla arvoa 88 cm ja miehillä 102 cm. (Painoindeksi ja vyötärönympärys: Käypä hoito -suositus, 2010.) Miehistä ja naisista on kaksi kymmenestä vähintään merkittävästi lihavia (painoindeksi vähintään 30 eli vähintään 15 kilon ylipaino). Joskus painoindeksin perusteella ollaan vielä normaalipainon alueella (painoindeksi alle 25), mutta vatsaonteloon on kertynyt kuitenkin liikaa rasvaa. Vyötäröympäryksen

pienentäminen muutaman kilon laihduttamisella on tällöin terveyden kannalta hyödyllistä. (Mustajoki 2017.)

Ylipaino ja lihavuus johtuvat aina siitä, että kaloreiden saanti ruoasta on pitkällä aikavälillä suurempi kuin energiankulutus. Yhteiskunnassa tapahtuneet muutokset viimeisten 50 vuoden aikana ovat johtaneet siihen, että tämä epätasapaino syntyy aikaisempaa herkemmin. Ruumiillisen työn ja arkiliikunnan väheneminen ovat pienentäneet energiankulutusta. Lisäksi istuva elämäntapa television ja tietokoneen ääressä sekä autossa on lisääntynyt. Kaloreita saadaan aikaisempaa enemmän johtuen monien ruokien suuresta rasvamäärästä, napostelukulttuurin lisääntymisestä ja perheen yhteisten kotiaterioiden vähenemisestä. Lisäksi lihavuutta edistävät muun muassa kiireiseen elämään liittyvä stressi, erilaiset psyyken häiriöt ja vähentynyt yöuni. Väestön lihavuuden lisääntyminen on selitettävissä edellä mainituilla elämäntapojen muutoksilla. Yksittäisten ihmisten kohdalla lihavuus on osittain perimän säätelemää ja alttius lihomiseen vaihtelee. (Männistö, Laatikainen & Vartiainen 2012; Mustajoki 2017.)

Elintason nousu ja elintapojen muuttuminen ovat vaikuttaneet ylipainoisuuden ja lihavuuden yleistymiseen. Lihavuudesta on tullut kansanterveydellinen ongelma. Lihavuuden ehkäisy on nostettu monien ohjelmien ja strategioiden painopistealueeksi. Ensisijainen keino estää ylipainon kertymistä on terveellinen ruokavalio ja liikunta. (THL 2013, 13.) Lihavuudella on yhteys useisiin sairauksiin, kuten sydän- ja verisuonisairauksiin, maksasairauksiin, uniapneaan, syöpään, tukielinsairauksiin ja tyypin 2 diabetekseen (Alahuhta 2010, 20). Sairauksien lisäksi lihavuus heikentää toimintakykyä ja elämänlaatua. Lihavuuden ja masennuksen yhteyttä on myös tutkittu ja merkittävä yhteys on todettu ainakin vaikean lihavuuden ja masennuksen välillä. (Seppälä 2016, 25.)

Lihavuuden aiheuttamista sairauksista tärkein on tyypin 2 diabetes (Seppälä 2016, 25). Sen vaara keski-ikäisillä on normaalipainoisiin verrattuna yli kymmenkertainen, jos ylipainoa on 12–15 kiloa tai enemmän (painoindeksi yli 30). Samankaltainen ylipaino lisää kohonneen verenpaineen ja polvien nivelrikon vaaran kolminkertaiseksi. Lihavuuteen liittyviä sairauksia voidaan tehokkaasti ehkäistä ja hoitaa painoa pudottamalla. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyssä tehokkain keino on ylipainon ja lihavuuden torjunta sekä laihduttaminen. Ylipainoisilla viiden prosentin painonlasku pienentää

diabetesriskiä noin 70 prosenttia verrattuna henkilöihin, joiden paino pysyy ennallaan. (Koski 2015, 12.) Diabeteksen lisäksi myös verenpaineen, veren rasvahäiriöiden ja muiden sairauksien voidaan todeta paranevan huomattavasti jo viiden prosentin painonlaskun myötä. Laihduttaessa vatsaontelon haitallinen sisäinen rasva vähenee suhteellisesti enemmän kuin ihonalainen rasva. Se tehostaa laihduttamisen terveellistä vaikutusta. Hyvin haitallinen maksan rasvoittuminen vähenee vielä tehokkaammin, muutaman kilon painonpudotus voi puolittaa maksan rasvamäärän. (Mustajoki 2017.)

Elintapaohjauksen tavoitteena on ehkäistä ja hoitaa lihavuuteen liittyviä tai lihavuuden vuoksi pahenevia sairauksia sekä parantaa toimintakykyä ja elämänlaatua. Tavoitteet voidaan saavuttaa myönteisillä elintapojen muutoksilla, painon riittäväällä pienemmisellä sekä mahdollisimman pysyvillä tuloksilla. Normaalipainon tavoittelu ei aina ole tarpeellista tai realistista, erityisesti vaikeasti ja sairaalloisen lihaviin kohdalla. Painon alentamisen ohella ohjauksessa tulee kiinnittää huomiota lihavuuden liitännäissairauksien ja niiden vaaratekijöiden hoitoon, terveellisten elintapojen omaksumiseen sekä toimintakyvyn ja kunnan ylläpitoon. Ohjaus tähtää käyttäytymisen muutokseen ja sen tulee olla asiakaslähtöistä, asiakkaan voimavaroja hyödyntävää ja vahvistavaa sekä lisäksi teoreettisesti perusteltua. (Lihavuus: Käypä hoito -suositus, 2013.) Laihduttamisen jälkeen on tärkeää estää painon takaisinnoisuus. Siitäkin syystä pysyvien, terveellisten elintapojen omaksuminen on olennainen osa kaikkea lihavuuden hoitoa. (Pietiläinen & Mustajoki 2015, 17.)

3.2.2 Liikunta ja vähäiseen liikkumiseen liittyvä sairastuminen

Liikunnalla on keskeinen merkitys terveyden ja hyvinvoinnin edistämässä sekä sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa. Liikunta myös edesauttaa kuntoutumista ja toimintakyvyn ylläpitämistä. (Husu ym. 2014.) Liikkumattomuuden riskit koskevat jokaista. WHO:n mukaan liikkumattomuus on jo neljänneksi suurin itsenäinen kuoleman riskitekijä. Liikunnalla on selviä terveystuoksia, mutta silti liikkumattomuus väestössä lisääntyy. Nykyiset elämäntavat ja elinympäristö eivät kannusta fyysiseen aktiivisuuteen. Teknologian kehittyminen, kaupungistuminen, passiivisten liikkumismuotojen yleistymisen ja yleinen vaurastuminen vähentävät eri tavoilla fyysisen aktiivisuuden tarvetta. Nykyään puhutaan jo liikkumattomuuden pandemiasta, johon liittyvät

ylipaino ja lihavuus sekä lisääntynyt elintapasairauksien riski. Vapaa-ajan liikunnan puutteen lisäksi runsaalla istumisellakin näyttää olevan muista elintavoista riippumaton, negatiivinen vaikutus terveyteen. Lihavuus ja elintapasairaudet sekä niiden aiheuttamat kustannukset kasvavat yhtä aikaa liikkumattomuuden kanssa. (Helajärvi ym. 2015.)

Terveyttä edistävän liikunnan suositukset väestölle perustuvat kansainvälisiin suosituksiin. Niiden mukaan aikuiset tarvitsevat kohtuukuormitteista kestävyysliikuntaa kuten reipasta kävelyä vähintään 150 minuuttia viikossa tai raskasta kestävyysliikuntaa kuten juoksua 75 minuuttia viikossa sekä lihaskuntoa ja kehon hallintaa kohentavaa harjoittelua kahdesti viikossa. (UKK-instituutti 2017.) Liikunnan Käypä hoito -suositus laadittiin ensimmäisen kerran vuonna 2008. Tammikuussa 2016 suositusta päivitettiin. Suosituksen tavoitteena on edistää liikunnan käyttöä aikuisten hyvinvoinnin ja terveyden edistämiseksi sekä sairauksien ehkäisyssä, hoidossa ja kuntoutuksessa. Päivitys korostaa säännöllisen liikunnan merkitystä pitkäaikaissairauksissa. (Liikunta: Käypä hoito -suositus, 2016.)

Terveysliikunnalla on useita myönteisiä vaikutuksia elimistön toimintoihin. Se parantaa heikentynyttä sokeriaineenvaihduntaa, vahvistaa luustoa, helpottaa stressinhallintaa, alentaa kohonnutta verenpainetta ja korkeaa kolesterolia sekä pienentää ylipainoa. Terveysliikunta ehkäisee sydän- ja verisuonisairauksia, tyypin 2 diabetesta sekä tuki- ja liikuntaelinten sairauksia. Kohtuullisesti kuormittava liikunta tehostaa elimistön puolustusreaktioita. Säännöllinen liikunta vaikuttaa suotuisasti myös mielenterveyteen ja henkiseen hyvinvointiin, se parantaa mielialaa ja ehkäisee masennusta. (Helajärvi ym. 2013, 52; Liikunta: Käypä hoito -suositus, 2016.) Liikunnan puute on yhteydessä huonoon unen laatuun ja päiväväsyykseen. Liikunta, ravinto ja lihavuus kietoutuvat toisiinsa monella tavalla. Liikunta on osa ravitsemusta ja ravitsemus on osa liikuntaa. Ylipainosta pääsee eroon parhaiten, kun liikkuu enemmän ja syö vähemmän. Lihavuuden aiheuttamia terveystahittoja voi vähentää liikkumalla riittävästi, jos laihduttaminen ei onnistu jostain syystä. Myös vaihtokauppa on mahdollista, runsaasti liikkuva voi syödä vapaammin lihomatta. (Huttunen 2015.)

Eri liikuntamuodot vaikuttavat eri tavoin elimistön toimintoihin. Kestävyyslajit, kuten kävely, hölkkä, hiihto, uinti ja pyöräily, kuluttavat energiaa, alentavat verenpainetta ja

veren kolesterolia ja parantavat sokerinsietoa. Voima- ja kuntosaliharjoittelu tehostaa sokeriaineenvaihduntaa ja vahvistaa luustoa. Pallopelit ja aerobic vahvistavat myös luustoa ja parantavat tasapainoa. Riittävä terveystaso voidaan saavuttaa useimpien liikuntamuotojen avulla. Tärkeintä on valita liikuntamuoto, joka on itselle mieluisa. Terveysliikunnan suositeltava määrä on energiakulutus, jonka määrä on noin 1 000 kilokaloria viikossa. Tämän saavuttaa noin puolen tunnin kohtuullisesti kuormittavalla liikunnalla (esim. reipasta kävelyä) 5–7 päivänä viikossa tai kuormittavalla liikunnalla (esim. hölkkää) 20–60 minuuttia kolmasti viikossa. Päivittäisen liikunnan voi jakaa osiin. Kolme kertaa 10 minuuttia päivässä tuottaa terveyden kannalta saman hyödyn kuin kerran 30 minuuttia. Liikunnan terveysvaikutus saavutetaan kohtuullisella määrällä. Sen jälkeen fyysistä kuntoa voi edelleen parantaa, mutta terveyshyöty kasvaa enää hitaasti. (Huttunen 2015.)

Liikunnan vaikutuksia lihavuuden hoidossa on tutkittu runsaasti. Liikunnalla voidaan edistää painonhallintaa. (Liikunta: Käypä hoito -suositus, 2016.) Pitkä yhtäjaksoinen liikkumattomuus aiheuttaa elimistössä aineenvaihdunnallisia muutoksia, jotka saavat aikaan sokeri- ja rasva-aineenvaihdunnan huononemista. Sen sijaan jo lyhytkestoinen ja kevyt aktiivisuustason lisäys vaikuttaisi näihin arvoihin suotuisasti. (Seppälä 2016, 24.) Liikuntatottumusten selvittäminen ennen laihduttamista on yhtä tärkeää kuin ruokapäiväkirjan pito ruokatottumuksia muutettaessa (Fogelholm & Kaukua 2013, 435).

Terveyden kannalta vähäinkin säännöllinen liikkuminen on parempi kuin täysi liikkumattomuus. Liikunnan merkitys ja vaikutukset terveyden ja hyvinvoinnin edistämisessä on erittäin hyvin tunnettuja. Viimevuosina on myös lisääntynyt tieto liikkumattomuuden ja runsaan istumisen haitallisista vaikutuksista. Yhdeksi terveystalouden tavoitteeksi on nostettu fyysisen aktiivisuuden lisääminen ja paikallaan olon vähentäminen kaikissa elämänvaiheissa ja väestöryhmissä. (STM 2013, 22.) Liikkumattomuuden itsenäinen merkitys väestön terveydelle on vasta viime vuosien aikana tunnistettu (Husu ym. 2014).

Kunnilla on keskeinen rooli terveyttä edistävän liikunnan lisäämisessä. Kaikilla hallinnon aloilla voidaan vaikuttaa kuntalaisten liikuntamahdollisuuksiin ja -ympäristöön. Sosiaali- ja terveydenhuollon tehtävänä on tukea liikunnallista elämäntapaa sekä vahvistaa ohjatun liikunnan lisäksi myös omaehtoista liikuntaa ja aktiivisuutta arjessa.

Luonnossa toimimista ja kansalaisten yhteyttä luontoon tulisi edistää. Luonnolla on monia terveyttä ja hyvinvointia edistäviä ja sairautta ehkäiseviä vaikutuksia. (STM 2013, 33.)

3.2.3 Alkoholin riskikäyttö ja sairastuminen

Yhteiskuntamme yksi merkittävistä terveysuhkista on alkoholiongelma. Suomessa arvioidaan olevan noin 500 000 alkoholin riskikäyttäjää. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen (STM) mukaan alkoholin ongelmakäyttäjistä naispotilaista noin 10 prosenttia ja miespotilaista lähes 20 prosenttia. (Alho 2015.) Alkoholin käyttöä voidaan karkeasti luokitella. Kun riskikäytön rajat ylittyvät, puhutaan ongelmakäytöstä. Korkean riskin taso terveelle, keskikokoiselle miehelle on 23-24 alkoholiannosta viikossa tai noin kolme annosta säännöllisesti päivittäin juotuna. Naisille vastaavat luvut ovat 12-16 annosta viikossa tai kaksi annosta säännöllisesti päivittäin. Kohtalaisen riskin tasona pidetään miehillä 14 annosta ja naisilla seitsemän annosta viikossa. (Alho 2015; Seppä 2015.) Alkoholi-juomien kokonaiskulutus Suomessa vuonna 2016 oli 10,8 litraa sataprosenttista alkoholia 15 vuotta täyttäneeltä asukasta kohti. Alkoholi-juomien tilastoitu kulutus oli noin 8,4 litraa sataprosenttisena alkoholina 15 vuotta täyttäneeltä asukasta kohti. Tilastoimaton kulutus arvioitiin noin 2,3 litraksi. Tilastoimaton kulutus muodostuu ulkomailta tuodusta alkoholista. (Findikaattori 2016.)

Runsas alkoholin käyttö aiheuttaa vakavia terveysongelmia. WHO:n mukaan alkoholin käytöllä on yhteyksiä ainakin 60 sairauteen. Jo lyhytaikainen runsas alkoholin käyttö voi aiheuttaa haittoja, mutta pääosa vakavista haitoista johtuu pitkäaikaisesta käytöstä. Kohtuullisesti käytettynä alkoholilla voi olla myös myönteisiä vaikutuksia, mutta väestötasolla alkoholinkäytön terveyshaitat ylittävät kuitenkin moninkertaisesti sen mahdolliset myönteiset vaikutukset. Runsas alkoholikäyttö aiheuttaa haittaa sydän- ja verisuoniterveydelle. Alkoholi kohottaa verenpainetta ja runsaampi käyttö lisää sydämen rytmihäiriöitä. Humalajuomiseen liittyy huomattava sydäninfarkti-, äkki-kuolema- ja aivoverenkierron häiriön vaara. Runsas alkoholin käyttö aiheuttaa lihomista ja sen seurauksena usein metabolisen oireyhtymän kaikkine seurannaisvaikutuksineen. (Alkoholiongelmaisen hoito 2015.)

3.2.4 Tupakointi ja sairastuminen

Tupakointi on useiden sairauksien riskitekijä ja pahentaa jo todettuja sairauksia (Murto ym. 2017). Tupakoinnin vaikutukset sydän- ja verenkiertoelinten sairauksiin on tunnettu jo vuosikymmenten ajan. Tupakansavu vahingoittaa verenkiertoelimistöä. Nikotiini lisää sydämen työmäärää supistamalla verisuonia ja samaan aikaan kiihdyttämällä sydämen sykettä. Tupakka aiheuttaa haitallisen kolesterolin lisääntymistä veressä sekä haittaa verihiihtaleiden toimintaa. Tällä tavalla se lisää verisuonten seinämiin kertyvien plakkien muodostumista. Tupakan sisältämät kemikaalit aiheuttavat elimistössä jatkuvan tulehdustilan, joka edesauttaa verenkiertoelinten sairauksia, tupakoivalla on kaksinkertainen riski sydäninfarktiin ja aivoinfarktiin. Valtimonkovettumistautia tupakointi pahentaa. Tupakkatuotteiden käyttö altistaa myös aikuistyyppin diabetekselle, koska nikotiini haittaa insuliinin toimintaa elimistössä. (Patja 2016: Tuisku 2016, 25-26.)

Miesten tupakointi on pitkällä aikavälillä tarkasteltuna Suomessa vähentynyt. Vuonna 2016 miehistä kertoi tupakoivansa päivittäin 16 prosenttia ja naisista 13 prosenttia. Tupakka aiheuttaa Suomessa joka viidennen kuoleman aikuisiällä eli vuosittain noin 5000 suomalaista kuolee tupakan aiheuttamiin sairauksiin. Syöpäkuolemista joka kolmas on tupakan aiheuttama, ja sydän- ja verenkiertoelinten sairauksista joka viides aiheutuu tupakoinnista. Tupakointi lyhentää elämää keskimäärin kahdeksan vuotta. (Murto ym. 2017.)

3.2.5 Uni ja sairastuminen

Uni on keskeinen osa terveyttä. Suuri osa suomalaisista kuitenkin nukkuu liian vähän, ja erityisesti tilapäiset univaikeudet ovat lisääntyneet merkittävästi 1970-luvulta tähän päivään. Liian vähäisellä unen saannilla on todistetusti haitallisia vaikutuksia tiedonkäsittelykykyyn, psyykkiseen hyvinvointiin ja terveyteen. (Työterveyslaitos 2017.) Unettomuus määritellään toistuvaksi vaikeudeksi nukahtaa, vaikeudeksi pysyä unessa, liian varhaiseksi heräämiseksi aamulla tai huonolaatuiseksi yöuneksi tilanteessa, jossa henkilöllä on mahdollisuus nukkua. (Partinen 2017.) Kroonisesta unettomuudesta kärsii lähes 12 prosenttia aikuisista ja naiset kärsivät unettomuudesta enemmän kuin

miehet (Tarnanen ym. 2016). Huonolla unella, unettomuusoireilla ja lyhyellä unen kestolla on yhteys painonnousuun. Epäterveellinen syömisellä ja unettomuusoireilla on myös todettu olevan yhteys. (Haario 2014, 8, 19.)

Viime vuosina on saatu runsaasti näyttöä siitä, että huonolaatuinen tai riittämätön uni on yhteydessä lisääntyneeseen keskivartalolihavuuteen, tyypin 2 diabetekseen, verenpaine-
tautiin, depression ja moneen muuhun sairauteen. Nämä terveyshaitat ilmenevät sitä selvemmin, mitä suurempi univelka on. Univelkaa on mahdollista nukkua pois ja unen tuloa voi oppia houkuttelemaan. Unihäiriöitä osataan tunnistaa ja hoitaa yhä paremmin. Interventioita unen kohentamiseksi tulisi kuitenkin lisätä kansanterveyden edistämiseksi. (Partonen 2017, 761.)

Unettomuushäiriön ehkäisyssä keskeistä on normaali hyvästä terveydestä huolehtiminen. Hyvä uni liittyy hyvään terveyteen, ja terveyttä vaarantavat elintavat heikentävät unta. Hyvää unta voidaan edistää yksilöön itseensä ja ympäristöön kohdistuvilla toiminnoilla, joita ovat esimerkiksi terveydentilasta huolehtiminen ja sairauksien hoito, säännölliset elämäntavat, ravitsemus ja liikunta, nautintoaineiden kohtuukäyttö, työn ja levon suhde sekä säännölliset nukkumisajat. (Unettomuus: Käypä hoito -suositus, 2017.)

3.2.6 Stressi ja sairastuminen

Stressillä tarkoitetaan sellaista tilannetta, jossa ihmiseen kohdistuu niin paljon haasteita ja vaatimuksia, että käytettävissä olevat voimavarat sopeutumiseen ovat tiukoilla tai ylittyvät. Stressi ei ole aina haitallista. Se vaikuttaa, onko stressi tilapäistä vai jatkuvaa. Ihminen kestää määrääikaista stressiä paljon paremmin. Lyhytaikainen stressi saa ihmiset tekemään parhaansa. Pitkäaikainen stressi voi taas olla monin tavoin vaarallista. (Mattila 2010.)

Stressin kokeminen vaikeuttaa elintapojen hallintaa. Stressi on kokemuksena kiireen ja riittämättömyyden tunnetta, paineen ja vaatimusten alla olemisen kokemusta, hermostuneisuutta ja jännittyneisyyttä. Mielen kuormittuessa velvollisuuksista tai oman selviytymisen ylläpitämisestä, itsestä huolehtimiselle ei tunnu jäävän tilaa. Stressaava elämänvaihe vaikuttaa myös unen laatuun heikentävästi, mikä taas altistaa lihomiselle.

Painonhallinnan ja yleisen elämänhallinnan kannalta stressinhallinnan keinot ovat tärkeitä. Elintapamuutoksen voi aloittaa tarttumalla stressinhallintaan. (Anglé 2015, 121-122.)

3.3 Sairauksien ennaltaehkäisy

3.3.1 Elintapaohjaus

Elintapaohjaus määritellään terveystammattilaisen ja korkeassa riskissä olevan henkilön väliseksi vuorovaikutusprosessiksi. Prosessin päämääränä on edistää riskihenkilön terveyttä ja hyvinvointia tukemalla hänen mahdollisuuksiaan muuttaa omia elintapojaan. Elintapaohjaus on nykyään keskeinen menetelmä monessa Käypä hoito -suosituksessa. Elintapaohjaus ihmisen omia voimavaroja hyödyntävänä toimintana ja varsinaisena interventiona on todettu tehokkaaksi keinoksi edesauttaa elintapamuutosprosessia. Elintapaohjausta käytetään ennaltaehkäisyn keinona. (Salmela 2012, 19.) Elintapaohjauksessa keskeistä on ohjauksen suunnitelmallisuus, tavoitteellisuus ja vuorovaikutuksellinen luonne. Elintapaohjauksesta hyötyvät eniten sairastumisvaarassa olevat ja jo sairastuneet, joiden osalta voidaan saada aikaan merkittäviä vaikutuksia suhteellisen vähäisillä toimilla. (Kivimäki & Toropainen 2017, 5.)

Elintapaohjauksessa tulee huomioida tekijät, jotka vaikuttavat elintapojen muutoksiin. Näitä ovat henkilön sisäiset tekijät, henkilöön liittyvät tekijät ja henkilöstä riippumattomat tekijät. Henkilön sisäisistä tekijöistä on esimerkkinä persoonallisuus ja kognitiiviset toiminnot, henkilöön liittyvistä tekijöistä elämäntilanne sekä henkilöstä riippumattomista tekijöistä lainsäädäntö. Nämä tekijät vaikuttavat usein yhdessä. Pelkkä myönteinen asenne muutoksen tekemiseen ei riitä, vaan muutoksen täytyy olla myös käytännössä mahdollinen, ja henkilöllä tulee olla riittävät voimavarat muutoksen toteuttamiseen. (Alahuhta 2010, 3.) Elintapaohjauksessa ohjaajan ja ohjattavan välille syntyy vuorovaikutusprosessi, jonka aikana asiakasta voidaan aktivoida arvioimaan muutostarpeitaan, tiedon tasoaan ja jäsentämään muutostoimintaansa (Kauronen 2016, 28).

Elintapaohjaus ryhmässä tai yksilöohjauksena on usein terveydenhuollossa toteutettavan hoidon perustana. Vaikka ohjauksen toteuttamistapa on erilainen, ovat ne yhtä tehokkaita. Ryhmäohjaus on lähes kaikille sopivaa. Se on yksilöohjausta huomattavasti halvempaa ja siksi ensisijainen menetelmä terveydenhuollon elintapaohjauksessa. (Pietiläinen 2015, 15-18.) Ohjauksen voimavarat tulee kohdentaa väestöryhmiin, joissa epäterveelliset elintavat ja lihavuus ovat yleisimpiä. Moniammatillinen yhteistyö on keskeistä toimintatapojen suunnittelussa ja toteutuksessa. (Seppälä 2016, 23.) Elintapaohjaus on yleisesti käytetty interventio terveystyöntekijöiden käytännön työssä. Se auttaa asiakasta tekemään terveystavoitteita ja muuttamaan elintapojaan. Ohjauksen tulokset näkyvät yksilön parantuneena terveystilana ja hyvinvointina. (Kivimäki & Toropainen 2017, 5.)

3.3.2 Yksilöohjaus

Yksilöohjausta voidaan toteuttaa usealla eri tavalla. Ohjaus voi olla muutaman kerran neuvontapainotteinen tapaaminen tai yli kymmenen kertaa jatkuva ohjaus. Yksilöohjaus etenee vaihe kerrallaan. Se alkaa tilannekartoituksella, käyttäytymisen tarkastelulla ja muutosten hahmottamisella. Ennen muutoksiin ryhtymistä on tärkeää asettaa sopiva tavoite ja sen toteuttamista tukevat osatavoitteet. Yksilöohjauksessa olennaisista on yhteistyön tekeminen. (Lappalainen & Lappalainen 2015, 208.) Yksilöllisessä elintapaohjauksessa ohjaajan ja ohjattavan välille syntyy reflektiivinen vuorovaikutusprosessi, jonka aikana asiakasta voidaan aktivoida arvioimaan muutostarpeitaan, tiedon tasoaan ja jäsentämään muutostoimintaansa (Kauronen 2016, 28).

Yksilöohjausta annetaan yleensä suullisesti, koska vuorovaikutusta pidetään yksilöohjauksen kulmakivenä. Vuorovaikutuksen ollessa kaksisuuntaista, asiakkaalla on mahdollisuus esittää kysymyksiä, oikaista väärinkäsityksiä ja saada tukea hoitajalta. Yksilöohjaus mahdollistaa asiakkaan tarpeista lähtevän ohjauksen, motivaation tukemisen, jatkuvan palautteen antamisen sekä vapaamuotoisen ilmapiirin. (Kyngäs ym. 2007, 26-27, 74.) Ohjausprosessi aloitetaan määrittämällä ohjaustarve. Ohjaustarpeen määrään vaikuttaa asiakkaan omat olemassa olevat tiedot ja odotukset ohjaukselta. Seuraavaksi asetetaan tavoitteet. Tavoitteiden tulee olla realistiset ja asiakkaan elämäntilanne tulee huomioida. Konkreettiset välitavoitteet ylläpitävät motivaatiota. Ohjausta

suunnitellessa on tärkeä, että asiakas ja hoitaja ovat samaa mieltä siitä, mitä tietoa ja taitoja ohjattava tarvitsee. Ohjaus tulee ajoittaa ja mitoittaa yksilöllisesti. Ohjauksessa käytetään sanallista, sanatonta ja tunneviestintää. Ohjausprosessin aikana tulee arvioida ohjauksen onnistumista. Kirjaaminen on olennainen osa hoitotyötä ja ohjausta. Ohjauksen kirjaaminen on tärkeää. Se vähentää päällekkäisen ohjauksen antamista. (Eloranta & Virkki 2011, 25-32.) Yksilöohjauksen pääpaino on nykyhetkessä ja tulevaisuudessa, ei menneisyydessä (Lappalainen & Lappalainen 2015a, 208-209). Yksilöohjauksessa suurimpana haittana on sen vaatima resurssimäärä.

3.3.3 Ryhmäohjaus

Ryhmäohjauksella tarkoitetaan esimerkiksi elintapoihin liittyvien ongelmien perusteella muodostettua, ohjaajan johdolla säännöllisesti kokoontuvaa osallistujajoukkoa, jonka tavoitteena on auttaa sen jäseniä elintapoihin liittyvissä muutosprosesseissa. Ryhmäohjaus sisältää ohjaajien ja osallistujien välisiä vuorovaikutusprosesseja, jotka edistävät muutosta. Elintapojen muutos etenee ohjauksessa riskitekijöiden ja muutostarpeiden havaitsemisen, aikomusten ja motivoitumisen kautta tavoitteiden asettamiseen, suunnitelman laatimiseen, sen toteuttamiseen ja seurantaan sekä saavutetun muutoksen ylläpitämiseen. Tähän sovelletaan useita, toisiaan lähellä olevia motivaatio- ja muutosteorioita. (Kauronen 2016, 29.)

Sosiaalisella verkostolla ja sosiaalisella tuella on todettu olevan merkitystä terveyskäyttäytymiseen. Sosiaalinen tuki on ihmissuhteiden hoitamista ja tarkoituksellista vuorovaikutusta ihmisten välillä sekä vuorovaikutuksen välittämää perustarpeen tyydytystä, kuten pysyvyyden, yhteenkuuluvuuden ja turvallisuuden tunnetta. (Alahuhta 2010, 32.) Ryhmämuotoisessa elintapaohjauksessa ammattilaisen ja ohjausryhmäläisten toimiva vuorovaikutus on tärkeä osa elintapamuutoksen onnistumista (Salmela 2012). Ryhmäkeskustelut mahdollistavat erilaisten näkökulmien esiintulon, joita ei mahdollisesti yksilöohjauksessa ilmenisi. Ryhmäkeskustelu sopii hyvin myös arkaluonteisten asioiden esille ottamiseen, koska samankaltainen ryhmä rohkaisee. Toisaalta ryhmä voi myös estää rehellisen ja avoimen keskustelun arkaluonteisina pidettävistä aiheista. Ryhmäkeskustelussa ongelmana voivat olla sekä hiljaiset että

dominoivat henkilöt. (Alahuhta 2010, 64.) Sosiaalinen tuki ja vertaistuki motivoivat osallistujia elintapamuutokseen ruuan ja liikunnankin suhteen (Savolainen 2008, 29).

Ryhmän toiminnan onnistumisen kannalta merkittävää on positiivisen ja avoimen ilmapiirin luominen sekä luottamuksen synnyttäminen. Tämän vuoksi ryhmän ensimmäisten tapaamisten tärkein tavoite onkin tutustuminen ja ryhmän työskentelyä tukevan ilmapiirin luominen. Ohjaajan tulee suhtautua avoimesti, kunnioittavasti ja rohkeasti ryhmän jäseniin. Se vaikuttaa olennaisesti ryhmän ilmapiiriin ja vuorovaikutukseen sekä toiminnan onnistumiseen ryhmässä. Ohjaajan hyvä tilannetaju auttaa ryhmän muotoutumisen ja kehittymisen havainnoinnissa. Tilannetaju auttaa myös ohjaamaan ryhmää kohti tavoitetta. Oman toiminnan reflektointi ohjaajana auttaa kehittymään samoin kuin ryhmäläisiltä saatu palaute. (Eloranta & Virkki 2011, 78-79; Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 92-93.) Ohjaajan vuorovaikutuksellinen rooli on ryhmäohjauksessa keskeistä. Motivoinnin ja haasteiden käsittelyssä tulee huomioida osallistujalähtöisyys, kumppanuus, ohjaajan innostuneisuus sekä tuki ja palaute eri muodoissaan. (Kauronen 2016, 29-30.)

Ryhmäohjaus on sopiva ohjauksen muoto pitkäaikaissairauksien, tilapäisen tarpeen tai elintapamuutoksen tukemiseen (Eloranta & Virkki 2011, 77). Ryhmäohjauksessa etuna on kustannussäästöjen lisäksi muiden samassa tilanteessa olevien tuki sekä kokemusten, tunteiden ja tekemisen jakaminen (Alahuhta & Laitinen 2011, 59). Sisältö voidaan koota niin, että kaikilla ryhmään osallistuvilla on yhteinen riskitekijä, johon pyritään vaikuttamaan. Ryhmässä voidaan vaikuttaa myös useampaan riskitekijään, jolloin jokainen osallistuja valitsee yhden riskitekijän mitä haluaa muuttaa. Lähtökohdiana on, että osallistuja itse tunnistaa riskitekijät ja hyväksyy ne. (Ylimäki 2015, 30-31.) Muutoksen toteutuminen edellyttää osallistujilta valmiutta ja kykyä muuttaa elintapojaan, mitä pyritään tukemaan ja vahvistamaan ohjauksessa. Ryhmäohjaus on paljon käytetty ohjausmenetelmä terveydenhuollossa yksilöohjauksen ohella. Ryhmän dynamiikka tukee parhaimmillaan motivaatiota ja uuden oppimista. (Kyngäs ym. 2007, 104; Turku 2007, 87-88.) Ryhmä- ja yksilöohjaus yhdistelmänä on erityisen hyödyllinen, jos ryhmään osallistujalla on muitakin kuin elintapamuutokseen liittyviä käsiteltäviä asioita. (Lappalainen & Lappalainen 2015b, 228.)

3.3.4 Elintapojen muutosvaiheen prosessimalli

Yksilön oma valmius muutokseen liittyy elämäntilanteeseen. Virinnyt muutostarve ei ole vielä merkki muutosvalmiudesta vaan matka pysyvään elintapamuutokseen on siinä vaiheessa alkamassa. Muutos etenee vaihe kerrallaan ja tämän huomiointi on tärkeää terveysneuvonnassa. (Kurki, Hemiö, Lindström & Jaakkola 2008, 13-14.) Terveyskäyttäytymisellä tarkoitetaan sellaista yksilön toimintaa ja käyttäytymistä sekä niitä valintoja, joilla on joko negatiivisia tai positiivisia vaikutuksia hänen terveyteensä. Elintapojen muutos on terveyskäyttäytymisen muuttumista. (Lääketieteen sanasto 2011; Salmela 2012, 24.) Yksi tunnetuimmista ja käytetyimmistä elintapamuutosten prosessia kuvaavista malleista on Prochaskan muutosvaihemalli, joka tunnetaan myös nimellä transteoreettinen malli. Malli sisältää esiharkinta-, harkinta-, suunnittelu-, toiminta-, ylläpito-, päätös- ja repsahdusvaiheen. Malli on kehitetty alun perin kuvaamaan tupakanpolton lopettajilla havaittuja vaiheita. Sittemmin sitä on sovellettu kuvaamaan esimerkiksi painonhallintaan ja liikuntaan liittyviä käyttäytymismuutoksia. (Turku 2007, 35-36.) Muutosvaihemallissa yksilön käyttäytymisen muutos tapahtuu prosessimaisesti siihen sisältyvien vaiheiden kautta. Vaiheet kuvaavat yksilön asenteita, aikomuksia ja käyttäytymistä riippuen hänen muutosvalmiudestaan. (Kauronen 2016, 21.)

Esiharkintavaiheessa oleva henkilö ei pidä muutoksen toteuttamista itselleen mahdollisena tai hän ei ole edes tietoinen muutostarpeesta. Hän saattaa kieltää tai vähätellä käyttäytymiseensä liittyviä riskitekijöitä. Aikaisemmat epäonnistuneet yritykset ovat aiheuttaneet kokemuksen, että muutos on mahdoton. Henkilö ei ole valmis muutokseen lähitulevaisuudessa, seuraavan kuuden kuukauden aikana. Häneen voi kuitenkin kohdistua ympäristöstä muospaineita. Esiharkinnassa olevaa henkilöä voi tukea eteenpäin kiinnittämällä huomiota muutoksen tarpeellisuuteen. (Marttila 2010; Turku 2007, 56.)

Harkintavaiheessa henkilö myöntää muutoksen tarpeellisuuden jostakin itselleen tärkeästä syystä. Motivaatio muutokseen käynnistyy ja hän pohtii sen etuja ja haittoja sekä omia mahdollisuuksiaan sen toteuttamiseen. Harkitsevaa henkilöä voi tukea tunnistamaan muutoksen etuja ja mahdollisia haittoja. Mahdollisuus muutokseen on käynnistynyt ajattelu- ja tunnetasolla. Muutoksen aloittamista harkitaan usein noin

puolen vuoden ajan. Muutoksen vaikeus ja hankaluudet tuntuvat suuremmilta kuin siitä saatavat hyödyt, ohjaaja voi auttaa löytämään käytännöllisiä mahdollisuuksia muutoksen toteuttamiseen. (Marttila 2010; Prochaska 1992, 1104.)

Suunnitteluvaiheessa ollaan askel lähempänä muutosta, mutta pohditaan edelleen eri vaihtoehtoja sekä niiden sopivuutta itselle. Hyödyt alkavat tuntua haittoja suuremmilta ja mielikuvissa vahvistuu muutoksen käynnistyminen. Uutta toimintatapaa on saatettu jo kokeillakin, ajallisesti muutokseen ollaan valmiita lähiviikkoina. Pysyvää muutokseen on vielä matkaa jäljellä, mutta henkilö on valmis työskentelemään ohjaajan kanssa ja voi olla innostunutkin tulevan muutoksen mahdollisuuksista. (Marttila 2010; Prochaska 1992, 1104.)

Toimintavaiheessa puhe ja suunnittelu siirtyvät toiminnan ja tekojen tasolle. Muutoksesta alkaa tulla positiivisia ja negatiivisia muutoksia ja riski taantumaan eli vanhaan malliin palaa. Ohjauksessa tulee kannustaa löytämään käytännöllisiä ratkaisuja ja realistisia tavoitteita, mutta samalla pitää huomioida muutosten riittävyys. Esimerkiksi laihduttajat saattavat pettyä maltilliseen painonpudotusvauhtiin. Alussa helposti pudonnut paino ei enää jatkossa kevenekään samalla tavalla. (Marttila 2010; Turku 2007, 57.)

Ylläpitovaiheessa käyttäytymisen muutos on jo vakiintunut ja kestänyt puolisen vuotta ja enemmänkin. Elämäntapojen muutos aletaan nähdä yhä enemmän elämänmittaisena prosessina, eikä lyhytaikaisena muutosyrityksenä. Takapakkeja vältetään, koska hyödyt tuntuvat itsestään selviltä. Luottamus omiin kykyihin ja pystyvyyteen ennustaa pysyvää käyttäytymisen muutosta. Läheskään kaikki muutoksen tekijät eivät pääse pysyvään muutokseen asti. (Marttila 2010; Turku 2007, 59.)

Muutosvaihemallissa oleellinen osa muutosprosessia ovat repsahdukset, joko väliaikaisesti tai pysyvästi. Repsahdus on normaali osa prosessin kehitystä kohti pysyvää muutosta ja voi ajoittua alkuvaiheeseen, keskivaiheeseen tai vasta ylläpitovaiheeseen. Silloin kun repsahdus tulkitaan normaaliksi osaksi muutosprosessia, voidaan sitä tutkia oppimiskokemuksena ja harjoitella uusia tapoja päästä eteenpäin. Repsahduksesta saatava tieto antaa tärkeää informaatiota niistä tilanteista, jotka ovat itse kullekin uuden toimintatavan oppimisen paikkoja. (Marttila 2010; Turku 2007, 60-61.)

Elintapaohjauksessa muutosvaiheen tunnistaminen ja huomioon ottaminen on tärkeää, koska eri muutosvaiheissa olevat henkilöt tarvitsevat erilaista tukea ja ohjausta. Muutosvaiheen tunnistaminen säästää myös resursseja. Se auttaa ehkäisemään ohjaajan ja asiakkaan turhautumista, koska käyttäytyminen muuttuu vasta sitten, kun henkilö on valmis muutokseen ja kokee muutoksen myönteisenä. Elintapamuutoksen teko ei etene aina suoraviivaisesti, vaan siirtymistä voi tapahtua prosessin aikana molempiin suuntiin. Muutos saattaa myös pysähtyä johonkin vaiheeseen ilman, että se koskaan etenee esimerkiksi toiminta- tai ylläpitovaiheeseen. (Alahuhta ym. 2009, 149.)

3.3.5 Motivoiva haastattelu elintapaohjauksen tukena

Motivoivan haastattelun avulla asiakas motivoituu itse toteuttamaan tarpeellisia muutoksia elintavoissa. Tavoitteena on, että asiakas ottaa itse enemmän vastuuta terveydestään ja hyvinvoinnistaan. Myönteinen palaute motivoi, kun se on aitoa. Motivoiva haastattelu on vaikuttava menetelmä ja vaatii vain pienen panostuksen. Se sopii lähes kaikille asiakkaille ja kaikkiin elintapoihin. Motivoiva haastattelu on hyödyllinen keino erityisesti motivaation herättelyssä ja sitoutumisen kasvattamisessa; se ei edellytä potilaan aiempaa motivoituneisuutta tai sen mittaamista. Keskeistä motivoivassa haastattelussa on välttää tuomitsevaa asennetta sekä suostuttelua, joilla molemmilla on psykologisia haittavaikutuksia. Asiakas tulisi sen sijaan ohjata itse puhumaan muutoksen tarpeesta ja mahdollisuuksista. (Absetz & Hankonen 2011, 2271.)

Motivoiva haastattelu on yksi käytetyimpiä vuorovaikutuksellisia menetelmiä elintapaohjauksen haasteisiin vastaamiseksi. Sen avulla pyritään saamaan potilas huomaamaan omien arvojensa ja toimintansa välinen ristiriita, suostuttelua ja vastakkainasettelua välttäen. Motivoiva haastattelu liittyy läheisesti myös transteoreettiseen muutosvaihemalliin. Motivoiva haastattelu on ammattilaisen ja asiakkaan väliseen yhteistyöhön perustuva, asiakaskeskeinen ohjausmenetelmä, jonka avulla pyritään löytämään ja vahvistamaan asiakkaan motivaatiota elintapamuutokseen. (Anglé 2010, 2691.) Ihmisillä on lähtökohtaisesti motivaatio elää terveellisesti. Käytännössä terveitä elintapoja voi olla kuitenkin vaikea toteuttaa. Elintapojen muuttaminen vaatii rutiinien rikkomista eikä se aina ole helppoa. Ihmisen motivaatiota voidaan herättää, kasvattaa ja

vahvistaa taitavan kommunikaation avulla. Asiakkaan omat arvot, tavoitteet, tavoiteltavan muutoksen merkitys ja käytettävissä olevat resurssit tulee selvittää, sillä juuri nämä tekijät ohjaavat potilaan motivoitumista. (Järvinen 2014.)

Motivaation syntyyn vaikuttaa riittävän selkeä tavoite, asiakkaan omat onnistumisodotukset sekä sopiva tunnetila. Tavoite tulee kuvata konkreettisesti. Tavoitteen tulee olla tekemistä, ei vain tekemisen lopputulos tai seuraus. Onnistumisodotus liittyy asiakkaan käsitykseen siitä, pystyykö ja osaako hän tehdä sovitut asiat. Sopiva tunnetila liittyy asiakkaan elämäntilanteeseen, miten häntä on kuunneltu ja ymmärretty omassa tilanteessa. (Kynäs ym. 2007, 32.) Muutosprosessin eteneminen riippuu siitä, onko potilas jo vahvasti motivoitunut elintapamuutokseen ja sitä kautta kaipaa tukea konkreettiseen toimintaan vai onko motivaatio vielä herättelyvaiheessa ja kaipaa vahvistusta. Tietoinen, etukäteen harkittu motivaatio koostuu toimintaa ja sen tuloksia koskevista odotuksista ja omaa itseä koskevista käsityksistä. (Absetz & Hankonen 2017.) Ryhmäohjauksessa ohjaaja ja ohjattava ryhmä voivat oikeilla kysymyksillä ja keskustelulla sekä herätellä että vahvistaa yksilön muutospuhetta ja siten edistää muutoksen toteuttamista (Miller & Rollnick 2002, 35).

Yksi keskeisimmistä ja myös vaikeimmista motivoivan haastattelun perustaidoista on asiakkaan puheen reflektointi eli heijastava kuuntelu. Heijastavassa puheenvuorossa työntekijä tarkistaa, että hän kuulee ja ymmärtää asiakasta ja hänen näkökulmaansa oikein ja samalla hän voi tarkentaa ja vahvistaa kuulemaansa. Työntekijä voi reflektoida asiakkaan puheesta myös ilmaisematta jääneitä tai epäsuorasti kerrottuja asioita, kun hän osaa asettua asiakkaan asemaan. Tällainen oikein kohdennettu, asiakkaan ajatuksen, kokemuksen ja tunteen kohtaava reflektio on myös hyvin keskeinen tapa viestiä empatiaa. Oikein kohdistetut reflektiot lujittavat asiakkaan ja työntekijän välistä luottamusta ja yhteistyötä. Se puolestaan vahvistaa merkittävästi asiakkaan hoitoon sitoutumista ja ennakoi positiivista muutosta. Reflektioita voidaan tehdä yksinkertaisesti toistamalla joitakin asiakkaan sanoja tai ilmaisemalla sama asia toisin sanoin. Reflektioivien yhteenvetojen avulla työntekijä kokoaa asiakkaan puheesta muutoksen kannalta keskeisimmät asiat. Keskeisten asioiden yhteen kerääminen mahdollistaa asiakkaan tarkastelemaan omaa muutosmotivaatiotaan ja tavoitettaan kokonaisuutena. (Rakkolainen 2017, 20-21.)

Motivoivassa haastattelussa on tärkeää ajatus siitä, että motivaatiota tarkastellaan vuorovaikutuksen yhtenä elementtinä, johon työntekijä pyrkii omalta osaltaan vaikuttamaan positiivisesti, muutosta edistäen. Ymmärtäen vuorovaikutuksen yhteyden asiakkaan motivaatioon, työntekijä ei reagoi asiakkaan muutosvastaisuuteen pyrkimällä voittamaan häntä puolelleen, vaan lähestyy tilannetta ymmärtäen asiakkaan käyttäytymistä tämän sisäisten tunteiden ristiriidan näkökulmasta. Näin asiakkaan ongelmaa perusteleva puhe tai muutoksen vastustus muodostuu voimavaraksi, jota voidaan hyödyntää muutoksen toteuttamisessa. Kun työntekijä hyväksyy asiakkaan senhetkisen ristiriidan, hän voi tutkia asiakkaan kanssa yhdessä vallitsevan tilanteen ja muutoksen eri puolia. Siten asiakkaan sisäinen ristiriita ei siirry asiakkaan ja työntekijän väliseen vuorovaikutukseen, vaan pysyy asiakkaan kokemuksena ja ilmiönä, johon hän pystyy omilla valinnoillaan vaikuttamaan. (Rakkolainen 2017, 17.)

3.4 Yhteenvedo teoreettisista lähtökohdista

Suomalaisten suurin terveyden menettämisen syy on edelleen tarttumattomat taudit. Tarttumattomien tautien synnyssä merkittävässä roolissa ovat elintavat. Terveellisten elintapojen toteuttaminen on keskeistä monien sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa. Terveellisten elintapojen avulla säilytetään ja lisätään työ- ja toimintakykyä. Elintavat, joilla on vahva yhteys terveyteen ja työ- ja toimintakykyyn ovat ravitsemus, liikunta, alkoholi, tupakointi, psykososiaaliset tekijät, kuten stressin kokeminen ja uni. Elintavat ovat arjessa tapahtuvia valintoja ja tekoja, jotka toistuvat usein ja vaikuttavat terveyteen. Terveydenhuollolla on mahdollisuus edistää ihmisten terveyttä vaikuttamalla huonoihin elintapoihin ja kannustamalla ihmisiä kohti hyviä elintapatottumuksia. Elintapaohjausta tarvitaan sekä sairauksien ennaltaehkäisyssä että olemassa olevien sairauksien hoidossa.

Jotta elämäntapojen tukevia toimenpiteitä voidaan kohdistaa oikeisiin tekijöihin ja ajoittaa oikeaan aikaan, tulee asiakkaiden elintavat tunnistaa ja elintapojen muutostarpeet huomioida mahdollisimman aikaisin. Tärkeää on, että asiakas kiinnostuu elintapamuutoksesta itse ja sitoutuu muutokseen. Muutoksen toteuttaminen edellyttää pysyvyyttä sekä neuvoihin ja ohjeisiin sitoutumista. Tärkeää on myös ammattilaisten osaaminen elintapojen puheeksi ottamisessa. Elintapamuutos on uusien asioiden

omaksumista ja poisoppimista vanhoista tavoista. Elintapamuutos etenee prosessimaisesti erilaisten vaiheiden kautta ja vaatii onnistuakseen aikaa.

Ryhmäohjausta annetaan tiettyä tarkoitusta varten kootuissa ryhmissä. Tavoitteena on ryhmissä etsiä tukea ja keinoja terveellisiin elintapoihin ja valintoihin sekä saada vahvistusta yksilöllisten muutosten tekemiseen. Keskeistä ryhmän toiminnalle on vuorovaikutus ja tuen saaminen muilta samassa tilanteessa olevilta. Ryhmäohjaus voi olla tehokkaampi terveyden edistämisen käynnistäjä kuin yksilöohjaus. Ryhmäohjaus on myös yksilöohjausta taloudellisempaa, sillä siinä voidaan jakaa tietoa kerralla suuremmalle ryhmälle.

4 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TARKOITUS JA TAVOITTEET

Kehittämistehtävän tarkoituksena on tuottaa Kankaanpään aikuisneuvolaan elintapaohjauksen ryhmämuotoinen toimintamalli.

Kehittämistehtävän tavoitteena on:

1. Perehtyä ryhmämuotoiseen elintapaohjaukseen.
2. Yhtenäistää aikuisneuvolan työntekijöiden toimintatapoja toimintamallin avulla.
3. Tukea ohjauksella ryhmään osallistuvien elintapamuutosten saavuttamista.
4. Arvioida osallistujien elintapamuutoksia ja koettua tukea ryhmäohjauksen aikana.

5 KEHITTÄMISTEHTÄVÄN TOTEUTUS

5.1 Toimintatutkimus

Kehittämistehtävä toteutetaan toimintatutkimuksena. Toimintatutkimuksen päämääränä on samanaikaisesti luoda uusia ratkaisumalleja käytännön tilanteeseen sekä lisätä ratkaistavaan haasteeseen liittyvää tieteellistä ymmärrystä. Tutkimusmenetelmän on todettu soveltuvan erityisen hyvin organisaatioiden toiminnan kehittämiseen. Toimintatutkimus pyrkii saattamaan yhteen teorian ja käytännön sekä tutkijan ja käytännön edustajat. (Kuusela 2005, 10, 16.) Toimintatutkimuksen valinta tämän kehittämistehtävän tutkimusmenetelmäksi on perusteltua siksi, että tarkoituksena on tuottaa työpaikkaan uusi ryhmäohjauksen toimintamalli. Kehittämistehtävässä tutkija ohjaa elintapaohjausryhmän. Ryhmään osallistuneet henkilöt toimivat osana tutkimusta, osallistuen sekä tiedolliseen- että liikuntaryhmään sekä määrällisiin ja laadullisiin kyselyihin. Ohjaaja pitää koko ryhmän ajan päiväkirjaa, jossa reflektoidaan ryhmää.

Toimintatutkimuksessa tutkimus kytketään toiminnan kehittämiseen. Toimintatutkimuksen avulla pyritään kehittämään toimintaa tarpeita vastaavaksi. (Heikkinen 2008; 27-36; Metsämuuronen 2009, 234-238.) Päämääränä on käytännön hyöty ja kehittäminen. Tavoitteena ei ole uuden teorian löytäminen, vaan ennemminkin käyttökelpoisen tiedon lisääntyminen. (Heikkinen 2015, 214.) Laajassa mielessä mikä tahansa vuorovaikutukseen ja ihmisten sosiaaliseen toimintaan liittyvä tutkimus voi siis olla toimintatutkimusta, jos se käy vuoropuhelua kohdeyhteisönsä kanssa ja pyrkii vaikuttamaan yhteisön toimintaan. Pienimmillään toimintatutkimus on oman työn kehittämistä. Toimintatutkimuksessa voi olla piirteitä useasta eri tutkimusperinteestä ja sen rajat ovat usein melko häilyvät. (Heikkinen & Jyrkämä 1999, 55-56; Linnansaari 2004, 114-115.)

Perinteisessä tutkimuksessa tutkija tulkitsee kohdetta tietyn välimatkan päästä, jolloin tieto on objektiivista. Toimintatutkimuksessa tutkija on mukana yhteisössä, jota hän tutkii. Tutkija tekee myös itse aloitteita ja vaikuttaa kohdeyleisössään. Toimintatutkijan saama tieto ei voi olla varsinaisesti objektiivista. Toimintatutkimuksessa onkin tarkoituksena nostaa tutkija prosessin keskiöön. Tutkija ottaa kuitenkin kertomuksessaan

huomioon myös muut mukana olijat. Toimintatutkimuksen yhtenä keskeisenä piirteenä on prosessin yhteisöllisyys. (Heikkinen 2015, 214.)

Toimintatutkija keskustelee toiminnan aikana osallistujien kanssa ja tuo esille omia havaintoja ja kyselee mielipiteitä osallistujilta. Tutkija pyrkii huomioiden avulla edistämään vuoropuhelua, jonka avulla kaikkien toimijoiden näkemykset otetaan huomioon. (Heikkinen 2008, 28–30.) Yksi toimintatutkimuksen lähtökohdista on reflektiivinen ajattelu. Reflektoidessa ihminen etäännyttää itsestään ja katsoo omaa toimintaansa ja ajatteluansa uudesta näkökulmasta. Samalla ihminen pyrkii ymmärtämään, miksi ajattelee niin kuin ajattelee ja miksi toimii, kuten toimii. (Heikkinen 2015, 211.) Reflektiivisiä havaintoja tutkija kirjoittaa tutkimuspäiväkirjaan. Tutkimuspäiväkirjan avulla tutkija jäsentää ajatuksiaan. Kenttätapahtumisen lisäksi päiväkirjaan kerätään tietoa tutkimuksen etenemisestä ja tunnelmista. Tutkimuspäiväkirja sisältää tutkijan saamaa palautetta ja omaa toimintaa koskevia havaintoja. Tutkimuspäiväkirja on tarpeellinen väline aineiston talletukseen ja ajatusten jäsentämiseen. (Huovinen & Rovio 2008, 103–109.)

Toimintatutkimuksessa tarkoituksen muotoilu alkaa tutkimuksen tehtävän määrittelystä, koska toimintatutkimuksessa haetaan käytäntöön sovellettavaa ja hyödynnettävää tietoa käytänteiden kehittämiseksi (Heikkinen 2015, 209). Tässä kehittämistehtävässä tehtävän määrittelyä auttoi se, että tarve toiminnan kehittämiseen tuli työyhteisöstä ja organisaatio oli tutkijalle tuttu. Katsaus aikaisempaan empiiriseen tutkimukseen ja teorioihin tekee lähestymisen tutkittavaan ilmiöön mielekkäämmäksi. Tätä karotetaan systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla. Tarkastelu kohdentuu vähitellen ja kertoo, mitä tutkimuksessa on tarkoitus saada aikaan. Se auttaa muodostamaan tutkimustehtävän ja tutkimusongelmat. Aineiston keräämisen ja tuloksien analysoinnin kautta edetään pohdintaan ja johtopäätöksiin. Tällöin pohditaan mitä annettavaa juuri tällä tutkimuksella on käytänteiden kehittämiseksi. (Heikkinen 2015, 209.) Toimintatutkijana perehdyin kirjallisuuskatsauksen avulla siihen, millaisia kokemuksia liikuntaa sisältävistä elintaparyhmäohjauksista on saatu.

Toimintatutkimuksen sykli

Kehittäminen toimintatutkimuksessa tapahtuu syklinä. Lähtökohtana voi olla arkisessa toiminnassa havaittu ongelma, jota ryhdytään kehittämään. Tutkimus alkaa jonkin

toiminnan ihmettelystä ja reflektioivasta ajattelusta, mikä sitten johtaa laajempiin ja yleisempiin kysymyksiin. Uuden toimintatavan kehittäminen suunnitteluvaiheessa ja kokeilun arviointi jälkikäteen vaativat ajatustyötä ja keskustelua. Itse toiminta painottuu kenttätyöhön. (Heikkinen, Rovio & Syrjälä 2007, 78.) Syklin yksi kierros on perusta seuraavalle ja tarkoituksena on jatkuvasti tarkastella sitä suhdetta, joka muodostuu aikaisemman syklin havainnoinnista (Anttila 2015; Heikkinen 2015, 211-213). Toimintatutkimusta ei kuitenkaan voida arvioida syklien määrän mukaan. Jo yksi ainutkertainen kokeilu saattaa tuottaa uutta ja merkittävää tietoa, joka auttaa kehittämään käytänteitä. Toimintatutkimuksen perusidean, suunnittelun, toiminnan ja arvioinnin toteuttaminen on syklien määrää tärkeämpää. (Heikkinen ym. 2007, 82.) Tämän toimintatutkimuksen lähtökohtana oli tarve lisätä liikuntaa pitkäaikaissairaille tai sairastumisriskissä oleville henkilöille.

Toimintatutkimuksen keskeiset vaiheet ovat tilanteen kartoitus ja lähtökohtien selvittäminen, toiminnan ideointi, toiminnan käynnistäminen ja toteuttaminen, vaikutusten seuranta ja havaintojen teko sekä arviointi. Lopuksi tulee vielä jälkihoito, eli uusimuotoisen toiminnan mahdollinen juurruttaminen tai korjaaminen. Aluksi siis määritellään ongelma tai asetetaan tavoitteet. Mikä tarvitsee kehittämistä tai minkälaisen uuden ratkaisun tulisi olla. Sen jälkeen tehdään katsaus kirjallisuuteen tai muuhun lähdemateriaaliin, jotta voidaan todeta, onko aiemmin kohdattu saman tyyppisiä ongelmia tai saavutettu kuvattujen kaltaisia tavoitteita. Testattavat ongelmat tai lähestymistavat määritellään selvästi, tarkasti ja käytännöllisesti. Mietitään erityiset seikat, joita tutkimusprosessissa tulee toteuttaa, jotta tavoitteet saavutetaan. Määritellään arviointikriteerit, mittausmenetelmät ja muut tarvittavat palautteen saamisen muodot. Analysoidaan koottu tietoa ja arvioidaan tulokset. (Anttila 2015.) Toimintatutkimuksen sykli on onnistunut, jos ongelma onnistutaan poistamaan tai vaikutuksia pienentämään. (Kananen 2014, 137.)

Tässä kehittämistehtävässä elintapaohjauksen toimintamalli kehitetään neljän syklin avulla. (Taulukko 1.) Ensimmäisessä syklissä perehdytään kirjallisuuskatsauksen avulla aikaisempiin kokemuksiin liikuntaa sisältävistä ryhmäohjauksista ja niiden vaikutuksista elintapaohjauksessa. Toisessa syklissä suunnitellaan toimintamalli ja kutsutaan osallistujat ryhmään. Kolmannessa syklissä toteutetaan suunniteltu

elintapaohjausryhmä ja neljännessä syklissä arvioidaan elintapaohjausryhmässä syntyneitä tuloksia ja esitellään kehitetty toimintamalli.

Taulukko 1. Kehittämistehtävässä toteutuneet syklit

1. sykli	Kirjallisuuskatsaus elintapaohjausryhmistä
2. sykli	Elintapaohjausryhmän suunnittelu, aineisto ja menetelmät
3. sykli	Elintapaohjausryhmän toteuttaminen 4 kuukauden ajan
4. sykli	Elintapaohjausryhmän tulokset ja toimintamallin luominen

Toimintatutkimuksen tiedonkeruu ja analyysimenetelmät

Toimintatutkimus on sekoitus kvalitatiivisiä ja kvantitatiivisiä tutkimusmenetelmiä, ja usein sitä pidetäänkin tutkimusstrategiana. Tutkimusstrategiassa tutkimusongelma, tiedonkeruumenetelmät ja kerätyn tiedon analysointi voivat vaihdella tilanteen mukaan. Toimintatutkimuksessa on mahdollista käyttää myös kvantitatiivisen tiedonkeruun menetelmiä. Toimintatutkimuksen tiedonkeruumenetelmiä voivat olla havainnointi, haastattelu, kyselyt ja kirjalliset lähteet. (Kananen 2014, 77.) Tämän kehittämistehtävän toimintatutkimus aloitetaan suunnittelulla, jolloin hahmotellaan tutkimuksen tarkoitusta ja tehtäviä. Tämän jälkeen tutustutaan kirjallisuuteen ja aikaisempiin tutkimuksiin. Määrällistä aineistoa kerätään haastattelulomakkeella. Lisäksi määrällisiä mittaustuloksia saadaan laboratoriotuloksista sekä painosta ja vyötärön ympäryksestä. Laadullinen aineisto saadaan palautelomakkeen avoimista kysymyksistä ja tutkimuspäiväkirjaan merkityistä havainnoista. Kyselylomakkeella saatava määrällinen tutkimusaineisto analysoidaan ja tulokset kuvataan pylväsdiagrammeina. Avoimet kysymykset analysoidaan käyttämällä sisällönanalyysia.

Toimintatutkimuksen arviointi

Toimintatutkimuksessa tutkimuksen luotettavuutta ja laatua arvioidaan kokonaisvaltaisesti. Jotta lukija voi arvioida toimintatutkimusta, raportin tulee sisältää tiedot tutkimukseen osallistujista ja kehitettävästä ilmiöstä. Raportista tulee ilmetä tutkimuksen lähtökohdat, koetut ongelmat ja kehittämistavoitteet sekä tutkimuksen kulku. Aineiston kokoaminen ja analysointi tulee selvittää ja aineisto ja johtopäätökset pitää tarkistaa esimerkiksi trianguloinnin avulla. (Suojanen 2014.) Triangulaatiossa käytetään

yhtä useampaa tiedonkeruumenetelmää, joka lisää luotettavuutta (Kananen 2014, 135). Toimintatutkimuksessa kyselyt soveltuvat erityisesti kehittämisprosessin alkukartoitusvaiheeseen ja vaikutusten arvioinnin mittaamiseen (Kananen 2014, 102-103). Toimintatutkimus voidaan nähdä onnistuneena, jos sen tuloksena on luotu parempi käytäntö, joka on toimiva ja käyttökelpoinen työyhteisössä (Heikkinen & Syrjälä 2008, 149-161). Tässä kehittämistehtävässä toteutetaan menetelmätriangulaatio. Tiedonhankintamenetelminä käytetään sekä laadullisia että määrällisiä tapoja luotettavuuden lisäämiseksi.

5.2 Ensimmäinen sykli: Kuvaileva kirjallisuuskatsaus elintapaohjausryhmän vaikutuksista

5.2.1 Tiedonhaun kuvaus

Aikaisemman tutkimustiedon esille saamiseksi sovellettiin kuvailevaa kirjallisuuskatsausta. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli etsiä vastauksia kysymyksiin, mitä ilmiöstä tiedetään tai mitkä ovat ilmiön keskeiset käsitteet ja niiden väliset suhteet. Se keskittyi tutkimuksen kannalta olennaiseen kirjallisuuteen, kuten aikausartikkeleihin, tutkimuselosteisiin ja muihin keskeisiin julkaisuihin. Tarkoituksena oli tarkastella, mistä näkökulmista ja miten aihetta on tutkittu aiemmin ja miten tekeillä oleva kehittämistehtävä liittyy jo olemassa oleviin tutkimuksiin. (Kangasniemi ym. 2013, 294.)

Kirjallisuuskatsaus aloitettiin muodostamalla tutkimuskysymys kehittämistehtävän tarkoituksen perusteella. Kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymyksenä oli:

- Millaisia kokemuksia liikuntaa sisältävistä elintaparyhmäohjauksista on saatu?

Kirjallisuushaut toteutettiin elektronisesti ja tehtiin tieteellisiin tietokantoihin, käyttäen erilaisia hakusanoja, niiden yhdistelmiä ja MeSH-termejä. Haut tehtiin Medic ja PubMed tietokantoihin. Tavoitteena oli saada viimeaikaista tietoa, jonka vuoksi haut rajattiin vuosille 2007–2017. Hakuun otettiin sekä suomalaisia että englanninkielisiä, tieteellisiä artikkeleja. Artikkeleissa tuli olla tiivistelmä saatavilla. Tiedonhakua

täydennettiin manuaalisella haulla, josta otettiin yksi tutkimusartikkeli mukaan katsaukseen. (Taulukko 2.) Artikkelit valittiin vaiheittain otsikoiden, tiivistelmien ja kokotekstien perusteella. Katsaukseen valittiin seitsemän kriteerit täyttävää tutkimusta. Informaatikko opasti hakulauseiden ja hakukoneiden käytössä, mutta lopullinen haku tehtiin itsenäisesti.

Taulukko 2. Tiedonhaku kirjallisuuskatsauksessa

Tietokanta	PubMed	Medic	Manuaalinen haku
Hakusanat	"health promotion" "physical activity" "group intervention" adult	liikun* elinta* AND oh- jau*	lehtiartikkelin perusteella: Scandinavian journal of medicine and science in sports
Osumia	8	96	1
Otsikoiden lukemisen jälkeen	6	16	1
Rajaukset	last 10 years best match	2007-2017	2007-2017
Tiivistelmien lukemisen jälkeen	3	10	1
Koko artikkelin lukemisen jälkeen	3	3	1

Kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden parantamiseksi elektronisissa kirjallisuushauissa käytettiin aikaa parhaiten kuvaavien hakusanayhdistelmien löytymiseksi. Tutkimusilmioistä pyrittiin saamaan mahdollisimman kattava aineisto. Haku toteutettiin sekä kotimaisiin että kansainvälisiin aineistoihin. Hakujen täsmällisyyden parantamiseksi hakulauseet ja elektroniset haut toteutettiin yhteistyössä informaatikon kanssa. Aikarajaus oli käytössä, koska haluttiin keskittyä viimeaikaisiin tutkimustuloksiin. Tutkimusten laatua arvioitiin CASP (Critical Appraisal Skills Programme) -menetelmällä. (CASP 2017.) Tutkimukset saivat laatupisteitä välillä 14-20/20. Arviointipisteet ovat suuntaa antavia, eikä arvioinnin perusteella hylätty mukaan otettuja tutkimuksia. Tutkimustulokset rajattiin vastaamaan aiheen tutkimuskysymykseen. Kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta lisäsi se, että mukaan valittiin sellaisia tutkimuksia, jotka on julkaistu tieteellisissä lehdissä. Kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta heikentää se, että tutkimusten valinnat ja laadunarvioinnit toteutettiin yksin. Tutkimuksen eettisyyttä

vahvistettiin sillä, että kaikissa tutkimuksen vaiheissa noudatettiin rehellisyyttä ja tarkkuutta.

5.2.2 Elintapaohjausryhmän toteuttaminen ja vaikuttavuus

Kirjallisuuskatsauksen tarkoitus oli selvittää aikaisemman tutkimuksen valossa, millaisia kokemuksia liikuntaa sisältävistä ryhmäohjauksista on saatu elintapaohjauksessa. Otsikoiden ja abstraktien perusteella valittiin lähempään tarkasteluun tieteellisiä artikkeleita ja väitöskirjoja. Valitut tutkimukset tarkasteltiin yksitellen. Tutkimuksista poimittiin seuraavat tiedot: tekijä(t), julkaisuvuosi, maa, tutkimusasetelma, tutkimuksen tarkoitus, aineisto, tutkimusmenetelmät ja keskeiset tulokset. Kirjallisuuskatsauksen tuloksena löydettyjä tutkimuksia ja tieteellistä kirjallisuutta käytetään elintapaohjauksen ryhmämuotoisen toimintamallin luomisessa. Kehittämistehtävään kirjallisuuskatsauksella etsityt ja mukaan otetut tutkimukset sekä hyväksytyjen tutkimusten keskeiset tulokset ja laadun arviointipisteet esitetään liitteenä. (Liite 1.)

Schultz ym. (2015) tutkimuksen kohteena oli kävelyinterventio, jossa ryhmät kokoontuivat kolme kertaa viikossa ja kävelivät yhdessä 45-90 minuuttia. Tarkoituksena oli lisätä kardiovaskulaarisen riskien omaavien henkilöiden fyysistä aktiivisuutta. Ryhmän kokonaiskesto oli 32 viikkoa. Ryhmiin osallistuneiden askelmäärä lisääntyi merkittävästi ja lisääntynyt fyysinen aktiivisuus paransi osallistuneiden systolista verenpainetta, paastosokeria, kolesterolia, vyötärön ympärysmittaa ja painoindeksiä.

Andersenin ym. (2014) tutkimuksen tavoitteena oli arvioida vapaa-ajan jalkapalloharjoittelun vaikutusta lihaksiin, verensokeriin, ruumiin rakenteeseen ja maksimaaliseen hapenottokykyyn. Ryhmät kokoontuivat kahdesti viikossa 60 minuutin ajan. Ryhmän kokonaiskesto oli 24 viikkoa. Säännöllinen harjoittelu paransi hapenottokykyä ja alensi kehon kokonaisrasvamäärää. del Roy ym. (2013) tutkimuksen tavoitteena oli määrittää miten seitsemän viikkoa ryhmässä toteutettu liikuntaohjelma vaikuttaa 12 kuukauden jälkeen. Ohjattua liikuntaa toteutettiin kolme kertaa viikossa seitsemän viikon ajan. Tulokset osoittivat, että liikuntaohjelman avulla toteutettu interventio kannustaa jatkamaan harjoittelua myös sen jälkeen, kun ohjattu ryhmä loppuu.

Yu ym. (2014) tutkimuksessa tutkittiin yhteisöpohjaisen elämäntapaintervention vaikutusta diabetekseen ja korkean verenpaineen ennaltaehkäisyyn. Ryhmän kokonaiskesto oli 3 kuukautta. Osallistujat tavattiin ensimmäisen kuukauden aikana viikoittain ja toisen ja kolmannen kuukauden aikana kahden viikon välein. Ryhmäläisten liikunta-aktiivisuutta seurattiin aktiivisuusrannekkeiden avulla. Lisäksi osallistujat pitivät ateriapäiväkirjaa tiettyinä päivinä. Tulosten perusteella osallistujat saivat yksilöllisen liikunta- ja ravitsemussuunnitelman. Tutkimuksen tuloksena saatiin lähtökohtaan verrattuna merkittävä lisääntyminen liikunnan suorittamisessa ja väheneminen päivittäisessä kalorien saannissa.

Kaasalaisen, Tilles-Tirkkosen, Kasilan, Poskiparran & Vähäsarjan (2016) tutkimuksen tavoitteena oli arvioida luontoliikuntaohjelmaa painonhallinnan tukena. Ohjelma sisälsi puolen vuoden aikana yhteensä kahdeksan tapaamiskertaa. Tapaamiset sisälsivät luontoliikuntaa, ruuanvalmistusta ja elintapaohjausta. Tutkimukseen osallistuneiden ryhmäläisten liikunta-aktiivisuudessa ei tapahtunut muutoksia ja elintapamuutosten laajuudessa oli suuria yksilökohtaisia eroja. Sjögrenin, Haapakosken, Hännisen & Mustosen (2010) tutkimuksen tavoitteena oli selvittää työpaikalla tapahtuvat liikuntaharjoittelun vaikutusta työkykyyn. Tutkimus kesti 15 viikkoa, jolloin harjoittelua tapahtui viisi kertaa viikossa. Fyysisellä harjoittelulla todettiin olevan positiivinen vaikutus koettuun työkykyyn.

Absetz ym. (2008) tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, voidaanko diabeteksen ehkäisy tutkimuksessa saavutettuja tuloksia toistaa ryhmämuotoisena. Ryhmän kokonaiskesto oli 12 kuukautta ja sisälsi kuusi tapaamista, joista viisi kahden viikon välein ja kuudes puolen vuoden kuluttua viidennestä. Mittareina käytettiin sokerirasitusta, rasva-arvoja, mittauksia ja kyselylomaketta. Ruokavaliotavoitteet saavutettiin hyvin. Osallistuneista 83 prosentilla oli normaali glukoosinsieto seurantakäynnillä vuoden kuluttua ryhmän alkamisesta. Liikunnan lisääntyminen olisi vaatinut yhteistyön lisääntymistä liikuntatoimen ja terveydenhuollon välillä. Tuloksena todettiin, että perusterveydenhuollossa voidaan ryhmäneuvonnan avulla saavuttaa samanlaiset muutokset ruokavaliossa kuin yksilöneuvonnassa.

5.2.3 Yhteenvedo elintapaohjausryhmän vaikuttavuudesta

Katsaukseen valittujen tutkimusten ryhmät kokoontuivat vaihtelevasti. Pisin ryhmäkesto oli 24 viikkoa jatkuva jalkapalloharjoittelu. Tämä harjoitteluryhmä kokoontui kahdesti viikossa 60 minuutin ajan. (Andersen ym. 2014.) Lyhyin liikuntainterventio jatkui seitsemän viikon ajan, liikuntakertoja sisältyi kuitenkin tähän Espanjassa ylipainoisille naisille toteutettuun liikuntainterventioon yhteensä 21 eli liikuntaa harrastettiin kolme kertaa viikossa. (del Roy ym 2013.) Ryhmien vaikutusten seuranta tehtiin lyhyimmillään kolmen kuukauden kuluttua (Yu ym. 2014) ja pisimmillään vuoden kuluttua (del Roy ym. 2013, Absetz ym. 2008) ryhmän alkamisesta. Tiheimmin liikuntaa harrastettiin Sjögrenin ym. (2010) tutkimuksessa, jossa tehtiin kevyttä lihasvoimaharjoittelua työpaikalla päivittäin. Liikunnan kesto oli keskimäärin vain seitsemän minuuttia kerralla. Muissa tutkimuksissa ryhmien kesto jatkui kuudesta kahdeksaan kuukauteen ja kokoontumistiheys oli kerran viikossa, joka toinen viikko tai kuukauden välein. Usein yksi seurantakerta oli noin kuuden kuukauden kuluttua viimeisestä kokoontumisesta.

Osassa interventioita oli käytetty myös vertailuryhmää (Schulz ym. 2015, Yu ym. 2014, Absetz ym. 2008). Interventioista testattiin yleisesti samaa tutkimusta usealle eri ryhmälle joko samaan aikaan tai peräkkäin. Ryhmien koot vaihtelivat eikä kaikista kansainvälisen aineiston artikkeleista löytynyt selkeää tietoa yksittäisen ryhmän koosta. Osassa interventiot tehtiin samassa maassa eri paikkakunnille, osassa toteutettiin samassa kaupungissa useampi ryhmä yhtä aikaa eri henkilöiden toimesta. Suurimassa osassa tutkimusartikkelien ryhmistä myös liikunta toteutettiin ryhmässä. Kaasalaisen ym. (2016) luontoliikuntaohjelmassa oli tarkoitus motivoida miehiä lisäämään fyysistä aktiivisuuttaan luontoliikunnan avulla. Toteutus pyrki vastaamaan niiden miesten tarpeeseen, jotka etsivät tukea elintapamuutoksille, mutta jotka mahdollisesti vierastavat kunto- ja liikuntasalipainotteisiin painonhallintaryhmiin osallistumista. Sjögrenin ym. (2010) tutkimuksessa toteutettiin kevyt lihasvoimaharjoittelu työpäivän aikana. Työntekijät tekivät yhdellä harjoituskerralla jokaista liikettä yhden sarjan, joka sisälsi 20 toistoa. Harjoituskertoja oli kolmen päivän aikana. Andersenin ym. (2014) tutkimuksessa keskityttiin jalkapalloharjoitteluun ja Schulz ym. (2015) tutkimuksessa kävelyharjoitteluun. del Royn ym. (2013) tutkimuksessa ei eritelty mitä liikuntaa yhteiset ohjatut liikuntakerrat sisälsivät.

Absetz ym. (2008) tutkimuksessa kuntien liikuntatoimi osallistui ryhmän toimintaan mm. esittelemällä paikallisia liikuntamahdollisuuksia tai tutustuttamalla ryhmän johonkin lajiin, joka kiinnosti ohjattavia. Säännöllisiä yhteisiä liikuntahetkiä ei ollut. Yu ym. (2014) tutkimuksessa ryhmäläiset ohjattiin harrastamaan liikuntaa. Yhteistä liikuntaryhmää ei ollut. Liikunnan toteutumista seurattiin aktiivisuusmittareille, joka lisäsi liikunnan määrää merkittävästi. Ryhmäohjauksessa saadut tulokset olivat myönteisiä. Elintapaohjaus interventioilla vaikutettiin sekä liikunnan lisääntymiseen, että mittaustulosten parantumiseen. Liikuntakertojen ollessa viikoittaisia tai useita kertoja viikossa, jatkettiin liikuntaa vielä viimeisellä seurantakerralla. Samoin mittaustuloksiin saatiin tiheämmillä ryhmätapaamisilla paremmat tulokset. (Schulz ym. 2015; Andersen ym. 2014; del Roy ym. 2013; Yu ym. 2014.) Kaasalaisen ym. (2016) tutkimuksessa elintapaohjausryhmä kokoontui kuukauden välein. Tähän ryhmään osallistuneilla ei tapahtunut liikunta-aktiivisuudessa muutoksia ja elintapamuutosten laajuudessa oli suuria yksilökohtaisia eroja.

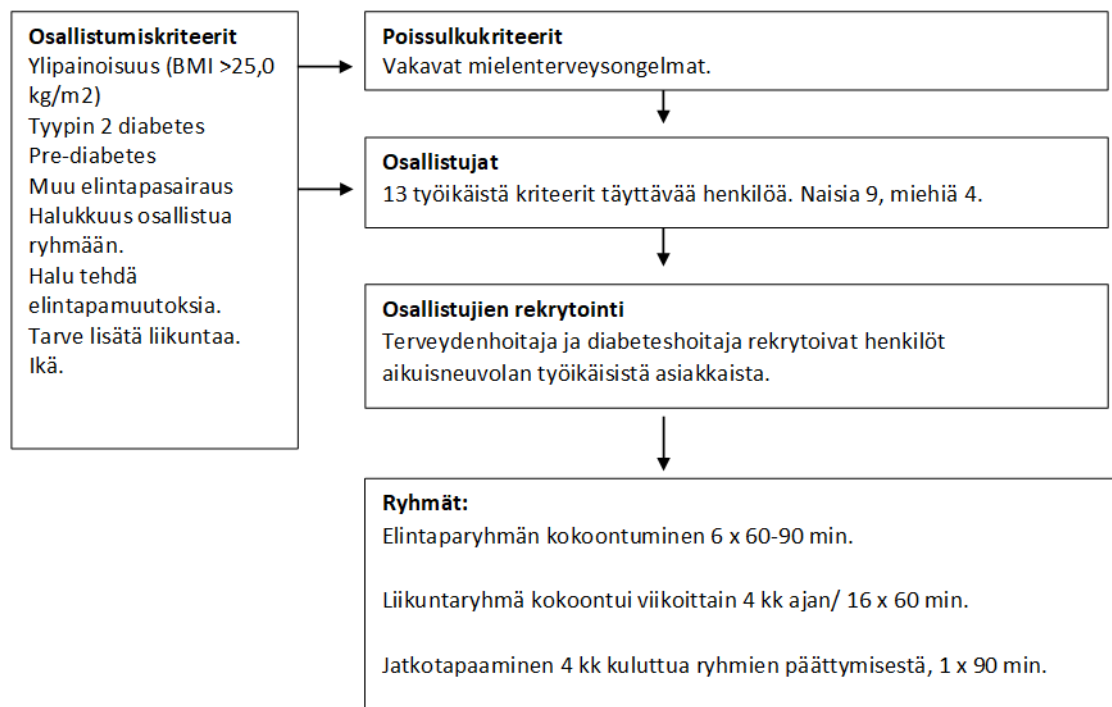
Elintapaohjausryhmän jäsenten säännöllinen seuranta ja ryhmäliikunnan järjestäminen tiheästi vaikuttivat myönteisesti systoliseen verenpaineeseen, kokonaiskolesteroliin, paastosokeriin, vyötärön ympärykseen, painoindeksiin ja hapenottokykyyn. (Schulz ym. 2015; Yu ym. 2014; Andersen ym. 2014; del Roy ym. 2013.) Sjögrenin ym. (2010) tutkimuksessa tulokset tukivat käsitystä, että työpaikalla tehtävällä fyysisellä harjoittelulla on positiivinen vaikutus koettuun työkykyyn. Absetz ym. (2008) tutkimuksessa testattiin diabeteksen ehkäisy tutkimuksessa tehtyä intensiivistä yksilöohjausta ryhmämuotoisena. Tutkimuksessa saavutettiin ruokavaliotavoitteet yhtä hyvin tai paremmin kuin alkuperäisessä ehkäisy tutkimuksessa. Tulosten mukaan ryhmäneuvonta on yhtä tehokasta kuin yksilöneuvonta, mutta liikunnan lisääminen vaatii lisää yhteistyötä liikuntatoimen kanssa.

5.3 Toinen sykli: Elintapaohjausryhmän suunnittelu, aineisto ja menetelmät

5.3.1 Elintapaohjausryhmään osallistujat ja sisältö

Elintapaohjausryhmän alkamisesta tiedotettiin aikuisneuvolan diabeteshoitajaa ja terveydenhoitajia, äitiysneuvolan terveydenhoitajia ja lääkäreitä ylilääkärin kautta. Ryhmä oli tarkoitettu työikäisille, vähän liikkuville asiakkaille, joilla oli suurentunut riski sairastua tai he olivat jo sairastuneet johonkin elintapasairauteen. Lisäksi toivottiin, että osallistuja oli motivoitunut muutosprosessiin ja halusi itse elintapojen muutosta. Ryhmään ei otettu henkilöitä, joilla oli vakava mielenterveysongelma. Ryhmäläisille kerrottiin kutsuttaessa suullisesti, että ryhmä on osa kehittämistehtävää. He saivat samalla myös tietoa ryhmätapaamisten aikatauluista ja sisällöistä. Tarkennettu ohjelma jaettiin ensimmäisellä tapaamiskerralla. (Liite 2.)

Elintapaohjausryhmään kutsuttiin vähän liikkuvia työikäisiä henkilöitä, joilla on vaara sairastua kansansairauksiin tai heillä oli jo todettu sairaus esimerkiksi pre-diabetes, tyypin 2 diabetes, verenpainetauti, ylipaino tai metabolinen oireyhtymä. Ryhmäläiset kutsuttiin henkilökohtaisesti vastaanoton yhteydessä tai puhelimitse. Lisäksi he saivat kirjallisen kutsun. (Liite 3.) Ryhmään kutsuttiin yhteensä 15 henkilöä (kuvio 1). Osallistujat valikoituivat ryhmään terveydenhoitajan ja diabeteshoitajan kautta. Lääkärien tai äitiysneuvolan kautta ei ohjautunut asiakkaita. Ryhmään osallistui lopulta 13 (N=13) henkilöä, kaksi henkilöä perui osallistumisensa. Ryhmäläisten keski-ikä oli 51 vuotta (vaihteluväli 39 – 63 vuotta).



Kuvio 1. Ryhmään osallistujat ja ryhmäkokoontumiset.

Elintapaohjausryhmä sisälsi elintapaohjausta ja liikuntaryhmän. Elintapoja käsittelevä ryhmä kokoontui yhteensä kuusi kertaa. Jokainen ryhmäkerta kesti tunnista puoleentoista tuntia. Kokoontumiset olivat jaoteltu pitkin kevättä. Aluksi tavattiin hieman tiheämmin ja loppua kohti elintapakokoontumisia harvennettiin. Lisäksi toteutettiin seurantakäynti neljän kuukauden kuluttua viimeisestä ryhmäkerrasta. Kehittämistehtävänkijä piti itse tiedolliset elintapaohjausryhmät lukuun ottamatta muutokseen motivointi ryhmäkertaa, jonka piti psykiatrinen sairaanhoitaja. Ryhmän liikkumisosuus pidettiin viikoittain koko ryhmäohjauksen ajan, yhteensä kuusitoista kertaa. Jokainen liikkumiskerta kesti yhden tunnin. Liikunnan vetäjänä oli kuntokeskuksen liikuntaohjaaja.

5.3.2 Aineiston kerääminen

Kehittämistehtävän aineisto koostui ryhmään osallistuneilta kerätyistä laboratoriotuloksista, paino- ja vyötärön ympärysmittauksista, painoindeksistä, alku- ja loppuhaastattelukyselyistä, havainnointimerkinnöistä ja palautekyselyistä. (Kuvio 2.) Ryhmäläiset saivat ryhmään kutsun yhteydessä lähetteen laboratoriotutkimuksiin. Verikokeilla

mitattiin seerumin kokonaiskolesteroli (fP-Kol), HDL- (fP-Kol-HDL) ja LDL-kolesteroli (fP-Kol-LDL) sekä plasman glukoosi (fP-Gluk). Paino ja vyötärönympäryys mitattiin sekä painoindeksi laskettiin ensimmäisellä ja viimeisellä tapaamiskerralla.

<p>Tutkimusaineisto</p> <p><i>Laadullinen aineisto:</i></p> <p>Havainnot elintapa- ja liikuntaryhmistä sekä jatkoseurantakäynniltä. (7 x 60-90 min + 12 x 60 min)</p> <p>Palautelomake toukokuu 2016. (n=9)</p> <p><i>Määrällinen aineisto:</i></p> <p>Alkuhaastattelulomake, helmikuu 2016. (n=12)</p> <p>Loppuhaastattelulomake, toukokuu 2016. (n=9)</p> <p>Paino, vyötärönympäryys ja BMI; 0 kk ja 4 kk.</p> <p>Laboratoriomittaukset: paastosokeri ja lipidit; 0 kk ja 4 kk.</p>
--

Kuvio 2. Kehittämistehtävän aineisto

Kyselylomake

Alkuhaastattelulomake täytettiin ensimmäisellä tapaamiskerralla ja toistettiin viimeisellä tapaamiskerralla. Loppuhaastattelulomake oli sama kuin alkuhaastattelulomake. Osallistujat arvioivat lomakkeessa omia liikunta- ja ruokailutottumuksia, omaa toimintakykyä ja nukkumista sekä alkoholin käyttöä ja tupakointia. Lomakkeessa myös arvioitiin muutoshalua kyseisissä tottumuksissa. (Liite 4.) Kyselylomakkeen tarkoitus oli kuvata ryhmän aikana tapahtunutta muutosta kysytyissä asioissa. Kyselylomakkeet sisälsivät strukturoituja monivalinta- ja asteikkokysymyksiä. Monivalinta- ja asteikkokysymykset mahdollistavat vastausten vertailun. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 201.) Alkuhaastattelulomakkeen pohjana oli Lounais-Suomen liikunta ja urheilu ry:n (Liiku ry) liikuntaneuvojille suunnattu haastattelulomake, jonka käyttöön saatiin lupa Liiku ry:ltä. Lomake on alun perin suunniteltu yksilövastaanoton rungoksi. Joitakin kysymyksiä muokattiin paremmin ryhmäkäyttöön sopiviksi. Alkoholin käyttöön liittyvät kysymykset olivat suoraan WHO:n kehittämästä AUDIT testistä, Alcohol Use

Disorders Identification Test (Päihdelinkki 2016). Haastattelulomake testattiin ennen varsinaista kyselyä toteuttamista neljällä työntekijällä. Tällä testauksella varmistettiin kysymysten ymmärrettävyys. Esitestauksen perusteella ei noussut tarvetta muuttaa lomaketta.

Kyselylomakkeen ensimmäisessä kysymyksessä ryhmäläisiä pyydettiin arvioimaan keskimääräistä liikkumisen määrää viikon aikana. Ohjeena oli, että jokaisesta kymmenen minuutin mittaisesta liikkumisesta sai yhden pisteen. Esimerkiksi kahdesta 12 minuutin liikkumisesta sai kaksi pistettä, samoin kuin yhdestä 20 minuutin mittaisesta liikkumisesta. Toisen kysymyksen aiheena oli ravitseminen. Tässä osiossa kartoitettiin syömistottumuksia, lautasmallin käyttöä sekä ateriarytmiä. Lisäksi kartoitettiin kuinka usein syö hedelmiä, marjoja, kasviksia, vihanneksia ja salaattia. Toimintakykyä, vireystilaa ja unta arvioitaessa käytettiin asteikkoa 0-10. Toimintakykyä arvioitaessa nolla tarkoitti täysin toimintakyvyttömyyttä ja kymmenen toimintakykyä parhaimmillaan. Vireystilaa arvioitaessa nolla tarkoitti alhaista vireystilaa ja kymmenen vireystilaa parhaimmillaan. Uniosiossa nolla kuvasi huonoa nukkumista ja kymmenen erittäin hyvää nukkumista.

Kysymys tupakoinnista oli jaoteltu neljään eri luokkaan. Kaavioon viettäessä luokat pisteytettiin yhdestä neljään. Alle 10 savuketta tupakoiva sai yhden pisteen, 11-20 savuketta tupakoiva kaksi pistettä, 21-30 savuketta tupakoiva kolme pistettä ja yli 30 savuketta tupakoiva neljä pistettä. Kysymyksellä muutoshalusta selvitettiin ryhmäläisten omaa halua tehdä tällä hetkellä muutoksia nykyisiin tottumuksiin. Muutoshalukkuutta arvioitiin asteikolla, jossa nolla tarkoitti, ettei halua muutosta kyseiseen tottumukseen ja kymmenen, että haluaa ehdottomasti muuttaa kyseistä tottumusta.

Kyselyä käytettiin myös palautekaavakkeessa. (Liite 5). Tällä pyydettiin palautetta ryhmän onnistumisesta. Palautekaavakkeessa oli strukturoidut kysymykset ryhmään osallistumisen hyödyllisyydestä ja avoimia kysymyksiä ryhmien sisällöistä. Avoimet kysymykset antavat vastaajille mahdollisuuden kertoa asiat juuri, miten ne ovat heidän mieleissään (Hirsjärvi ym. 2009, 201). Avoimet kysymykset analysoitiin sisällön analyysin avulla.

Osallistuva havainnointi

Toimintatutkimuksessa tärkeimpiä tiedonkeruumenetelmiä ovat osallistuva havainnointi, havainnoinnin pohjalta kirjoitettu tutkimuspäiväkirja ja haastattelu. Osallistuvassa havainnoinnissa tutkija on fyysisesti läsnä tutkimustilanteessa. Osallistuvan havainnoinnin asteita voidaan erottaa sen mukaan, mikä rooli tutkijalla on. Yleensä tutkija osallistuu toimintaan. (Kananen 2014, 80-81.) Havainnoista voidaan pitää tutkimuspäiväkirjaa, joka yksi tehokkaimmista tapahtumien dokumentointitavoista. Ennen päiväkirjan kirjoittamista tulisi selvittää mihin kirjoitettua tietoa käytetään. Tietenkään aina ei etukäteen voida tietää varmasti mitä tietoa jälkikäteen tarvitaan. Kirjaaminen edellyttää havainnointia ja päiväkirjaa voi käyttää myös itsearvioinnin tai reflektoinnin välineenä. (Kananen 2014, 82.) Kenttätapahtumien lisäksi toimintatutkija tallettaa tutkimuspäiväkirjaansa tietoa toiminnan etenemisestä, tunnelmia ja vaikutelmia, palautetta, omaa toimintaa koskevia havaintoja, kysymyksiä ja hämmennyksen aiheita. Toimintatutkija jäsentää tutkimuspäiväkirjaan tallennettujen aineistojen avulla ajatuksiaan. Toimintajakso on teorian, empirian ja kokemusten vuoropuhelua. Aineistoa kuvaillaan, luokitellaan, analysoidaan ja tulkitaan lomittain. Toimintapäivän päätteeksi tulisi istua alas ja täydentää tietoja: Mitä ryhmässä tapahtui? Mistä keskusteltiin? Mitä oleellista tutkija havaitsi? (Heikkinen ym. 2007, 107-108.)

Tässä kehittämistehtävässä päiväkirjaa täytettiin ryhmätapaamisten jälkeen. Kehittämistehtävän tekijä oli osa ryhmää vetäjän roolissa ja osassa liikuntaryhmiä osallistujana ja havainnoijana. Havaintoja kirjattiin vihkoon jokaisen ryhmäkerran jälkeen, mahdollisimman pian. Reaktioita ei saatu heti kirjattua, koska samalla piti viedä ryhmäkertaa eteenpäin. Tutkimuspäiväkirja sisälsi paljon itsereflektointia ryhmän pitämisestä ja sisällöstä sekä tunnelmia ryhmätapaamisista. Tutkimuspäiväkirjaa täytettiin aluksi hyvin tarkasti. Ryhmän loppua kohden havaintojen määrä jonkun verran väheni. Tämän vuoksi ryhmän seurantakäynti päätettiin äänittää. Ennalta oli tiedossa, etteivät kaikki pääse osallistumaan tilaisuuteen. Sairastumisen ja työesteen vuoksi seurantakäynnillä osallistujia oli lopulta neljä, kaksi miestä ja kaksi naista. Ryhmäläisiltä kysyttiin lupa tilanteen äänittämiseen.

5.3.3 Aineiston analysointimenetelmät

Aineiston analyysissä käytettiin sekä kvantitatiivisen että kvalitatiivisen tutkimuksen menetelmiä. Määrällinen aineisto purettiin Excel-taulukkolaskentaohjelman avulla. Aineistosta tehtiin graafisia pylväitä kuvastamaan muutoksia alku- ja loppumittausten välillä. Alku- ja loppuhaastattelussa käytettiin samaa kyselykaavaketta. Vastauskaavakkeet numeroitiin henkilöittäin niin, että jokaisella numerolla oli vastaustiedot ryhmän ensimmäiseltä ja viimeiseltä kerralta. Tarkasteluun otettiin vain ne henkilöt, jotka olivat täyttäneet sekä alku- että loppuhaastattelukaavakkeen. Näitä henkilöitä oli yhteensä yhdeksän (n=9).

Päiväkirjamerkinnoista syntyi puhtaaksi kirjoitettua tekstiä kaksi sivua. Teksti kuvasi ryhmäläisten tunnelmia ja kehittämistyöntekijän itsereflektiota ryhmän pitämisestä. Teemoja, jotka nousivat esiin tutkimuspäiväkirjasta, olivat esimerkiksi yhdessä ja yksin tekeminen, osallistuminen, tunnelmat, kehittämistehtävän tekijän roolin haasteellisuus ja vuorovaikutus. Seurantakäynti äänitettiin, koska havaintojen tekeminen kevään tapaamisissa väheni. Seurantakäynnin pituus oli puolitoista tuntia. Äänitetty materiaali kirjoitettiin puhtaaksi. Tässä kehittämistehtävässä äänitteen purkamisessa tekstimuotoon käytettiin yleistason litterointia, koska se koettiin riittäväksi litteroinnin tasoksi tämän kehittämistehtävän tarkoitukseen. Yleiskielisessä litteroinnissa tekstistä on poistettu puhekielen ilmaisut ja täytesanat (Kananen 2014, 106). Litteroinnin suoritti kehittämistyön tekijä. Litterointimateriaalia kertyi yhteensä neljä ja puoli sivua. Tekstinkäsittelyasetuksina oli riviväli yksi ja fonttikoko 11. Litteroidusta tekstistä voitiin tehdä sisällön analyysi.

Sisällönanalyysissä aineistoa tarkastellaan eritellen, etsien yhtäläisyyksiä ja eroja. Sisällönanalyysi on tekstianalyysia, jossa tarkastellaan jo valmiiksi tekstimuotoisia tai sellaiseksi muutettuja aineistoja. Tutkittavat tekstit voivat olla esimerkiksi kirjoja, päiväkirjoja, haastatteluja, puheita ja keskusteluja. Sisällönanalyysin avulla pyritään muodostamaan tutkittavasta asiasta tiivistetty kuvaus, joka kytkee tulokset ilmiön laajempaan kontekstiin ja aihetta koskeviin muihin tutkimustuloksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 105.)

Sisällönanalyysillä voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Sisällönanalyysin tavoite on kuvailla tutkittavaa ilmiötä. Analyysin avulla voidaan muodostaa tutkittavaa ilmiötä kuvaavia kategorioita, käsitteitä, käsitejärjestelmä, käsitekartta tai malli. Sisällönanalyysin onnistuminen edellyttää, että aineisto voidaan pelkistää ja siitä voidaan muodostaa käsitteet, jotka kuvaavat luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. Sisällönanalyysiä käytetään laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmänä ja määrällisessä tutkimuksessa avointen vastausten analysoinnissa. (Kyngäs, Elo, Pölkki, Kääriäinen & Kanste 2011, 139.) Palautekyselyn avoimet vastaukset kirjoitettiin sanasta sanaan auki. Osassa kaavakkeita kysymyksiin oli vastattu vain yhdellä sanalla, toisissa vastaukset olivat runsaita.

Tutkimuksen aineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä ja analyysin tarkoituksena on luoda tutkittavasta ilmiöstä sanallinen ja selkeä kuvaus. Sisällönanalyysillä pyritään järjestämään aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon sen sisältämää informaatiota kadottamatta. Laadullisen aineiston analysoinnin tarkoituksena on informaatioarvon lisääminen. Hajanaisesta aineistosta pyritään luomaan mielekästä, selkeää ja yhtenäistä informaatiota. Analyysin avulla voidaan tehdä tutkittavasta ilmiöstä selkeitä ja luotettavia johtopäätöksiä. Analyysissa aineisto hajotetaan aluksi osiin, käsitteellistetään ja kootaan uudella tavalla loogiseksi kokonaisuudeksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 108.)

5.4 Kolmas sykli: Elintaparyhmäohjauksen toteutuksen kuvaus

Elintapaohjausryhmän tavoitteena oli tiedostaa oma syömiskäyttäytyminen ja muut painonhallintaan vaikuttavat elintavat sekä ryhtyä tekemään terveyden ja sairauksien ennaltaehkäisyn kannalta tärkeitä muutoksia niissä. Tavoitteena oli myös oppia taitoja ja toimivia ratkaisuja syömisestä hallinnan lisäämiseksi eri tilanteissa sekä saada ryhmässä tukea muilta samassa tilanteessa olevilta henkilöiltä. Säännöllinen viikoittainen liikunta oli osa ryhmän toimintaa. Tämän tavoitteena oli tutustuttaa ryhmäläiset erilaisiin liikuntamuotoihin ja lisätä liikunnan määrää myös ryhmän päättymisen jälkeen. Tavoitteena oli madaltaa kynnystä liikunnan aloittamiseen. Elintapaohjausryhmien sisällöt ja osallistujamäärät on esitelty taulukkomuodossa liitteenä. (Liite 6.)

Ensimmäinen tapaaminen

Ensimmäinen ryhmätapaaminen aloitettiin esittelykierroksella. Esittelykierroksella jokainen kertoi, miksi osallistui ryhmään ja mitä odotti ryhmään osallistumiselta. Osallistujat toivoivat saavansa vinkkejä ja tukea eri liikuntamuotoihin ja painonhallintaan. Omasta hyvinvoinnista oli syntynyt huoli ja ymmärrys, että jotain pitää tehdä. Ensimmäisellä kerralla jokainen ryhmään osallistuja punnittiin, heiltä laskettiin painoindeksi ja mitattiin vyötärön ympäryys. Punnitus järjestettiin erillisessä huoneessa, etteivät muut ryhmäläiset nähneet mittaustilannetta. Mittaustilanteen yhteydessä kerrottiin laboratoriotulokset ja ne sai halutessaan tulosteena mukaan. Mittaustilanteen aikana muut ryhmäläiset täyttivät alkuhaastattelulomaketta. Ryhmän ohjaaja oli mittaushuoneessa, joten haastattelulomakkeen täyttöön ei saanut tukea, jos kysymyksissä oli epäselvyyttä. Tilanteessa olisi auttanut ohjaajaparin olemassaolo.

Ensimmäisellä tapaamiskerralla kerrattiin vielä ryhmän ja kerätyn aineiston olevan osa ryhmän vetäjän kehittämistehtävää. Mittausten jälkeen käytiin läpi Liikunnan vaikutukset terveyteen UKK-instituutin [www-sivuston](http://www.sivuston) avulla (UKK-instituutti 2015). Kuvista nähtiin, miten liikunnan aloittaminen ja säännöllinen liikunta vaikuttavat terveyden eri osatekijöihin. Ryhmätapaamisen lopuksi sovittiin tapaamisaika samalla viikolla alkavan liikuntaryhmän tiloihin. Kehittämistehtävän tekijä lupasi olla vastassa ryhmäläisiä. Ryhmäläiset saivat vielä mukaansa viiden ensimmäisen kerran liikuntaohjelman ja UKK-instituutin kuntokortin, jossa näkyi tapaamisessa käsitelty liikunta-piirakka. Kääntöpuolelle sai kerätä omia liikuntasuorituksia.

Ensimmäisellä ryhmäkerralla sai halutessaan kokeiluun kahden viikon ajaksi sykemittarin ja sykevyön. Mittarit saapuivat ryhmän vetäjälle vasta ryhmän alkamispäivänä, jonka vuoksi mittareita ei voitu paremmin hyödyntää ryhmän toiminnassa. Halutessaan ryhmäläiset pystyivät kuitenkin seuraamaan mittareiden avulla omaa liikkumista ja sykevaihteluja. Mittari ei ollut varsinaisesti aktiivisuusranneke, joka olisi antanut tietoa liikkumisesta myös ryhmän vetäjälle. Sykemittareiden käytön opastukseen ja ohjelmointiin saatiin avuksi diabeteshoitaja.

Toinen tapaaminen

Toinen ryhmätapaaminen aloitettiin keskustelulla siitä, miltä liikuntaryhmä oli tuntunut. Liikunta oli koettu melko raskaana ja tästä luvattiin antaa palaute liikuntaryhmän

vetäjälle. Osa kertoi olevansa rapakunnossa, mutta liikunta oli kuitenkin tuntunut inostavalta. Toisen tapaamisen aiheena oli ravitsemussuositukset, jotka on uudistettu viimeksi vuonna 2014. Suositukset ohjeistavat ravintoaineiden hyvistä saantitasoista, ja ruokasuositukset ohjeistavat arjen valintoja. Tapaamisella käsiteltiin kasvisten, marjojen ja hedelmien sekä täysjyväviljan päivittäistä käyttöä, vähärasvaisen lihan kohtuullista käyttöä, kasviöljyn suosimista, vähärasvaisten tai rasvattomien maitovalmisteiden ja vähäsuolaisten tuotteiden valintaa sekä vähän energiaa sisältävien elintarvikkeiden valintaa. Näitä valitsemalla saadaan riittävästi terveyttä edistäviä ravintoaineita, kuten vitamiineja, kivennäisaineita ja rasvahappoja. Terveyden kannalta edullisessa ruokavaliossa tulisi karsia tyydyttynyttä rasvaa ja sokeria. Ruokavalion kokonaisuus ratkaisee, yksittäiset ruoka-aineet eivät edistä tai heikennä terveyttä. Ryhmäläisille kerrottiin olemassa olevasta tutkimusnäytöstä, että suositeltava ruokavalio edistää terveyttä ja pienentää lukuisien sairauksien riskiä. Terveyttä edistävän ruokavalion kokoamiseksi on kehitetty ruokakolmio, joka kertoo miten terveyttä edistävä ruokavalio kannattaa koostaa. Lautasmallin avulla voi hahmottaa ruokavalion kokonaisuutta yksittäisellä aterialla. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014, 11-12.)

Ruokavalionsuositukset käytiin läpi Kuluttajaliiton Syö hyvää -sivuston esityksen pohjalta (Syö hyvää 2016). Ryhmätapaamisen lopuksi jokainen sai itselleen Syö hyvää -oppaan. Ruokavalioasiat herättivät keskustelua ja vuorovaikutusta syntyi paljon. Ryhmäläiset kertoivat toisilleen vinkkejä omista hyvistä valinnoista. Ryhmän ilmapiiri oli rennompi, kun ryhmä oli jo tavannut muutaman kerran. Tapaamisen lopuksi kerättiin sykemittarit takaisin. Puolet mittarin kokeiluun ottaneista oli kokenut sen tarpeelliseksi. Kalorikulutuksen ja sykkeen seuraaminen liikuntasuorituksen aikana oli ollut kiinnostavaa.

Kolmas tapaaminen

Kolmannen ryhmätapaamisen aiheena oli muutokseen motivointi ja sen piti psykiatri-nen sairaanhoitaja. Tapaamisen aluksi aivot aktivoitiin pienellä liikejumpalla. Ohjaaja kertasi ryhmäläisiltä syitä ryhmään osallistumisesta. Ryhmäläiset toivoivat saavansa ryhmästä tukea painonpudotukseen, vinkkejä elämänrytmin löytymiseksi ja liikuntamahdollisuuksia. Luento aloitettiin tavoitteen asettamisella. Ryhmäläisiä ohjattiin kirjoittamaan oma tavoite paperille. Tavoitteen tuli olla pieni ja realistinen. Tavoitteen täsmällisyyttä korostettiin. Tavoite ohjattiin myös visualisoimaan, näkemään mielessä,

millaista elämä on tavoitteen toteuduttua. Tavoitteelle pyydettiin asettamaan päivämäärä, johon mennessä haluaa sen tapahtuvan. Tavoite ohjattiin lukemaan usein, aamulla heti heräämisen jälkeen tai illalla juuri ennen nukahtamista. Tapaaminen jatkui keskustelulla, miten motivoitutaan muutoksen tekemiseen. Elintapamuutoksen vaiheet käytiin läpi muutosvaihemallin avulla. Ryhmän lopuksi jaettiin jokaiselle muutosvaihemalli. Lisäksi ryhmäläiset saivat muutosjanan, johon sai arvioida omaa muutosvaihetta.

Neljäs tapaaminen

Neljännellä ryhmätapaamisella jatkettiin ravitsemusasioden käsittelyä. Kuulumisten jälkeen käsiteltiin pakkausmerkintöjen ravintoainetietoja. Pakkausselosteiden avulla arvioitiin tuotteiden ravitsemuksellista laatua. Hyvästä laadusta kertovia tekstejä on esimerkiksi täysjyväviljan osuus valmistuksessa käytetystä viljasta, vähäsuolaisuus, lisätyn sokerin puuttuminen, korkea kuitupitoisuus ja suuri lihapitoisuus. Pakkausmerkintöjä tutkittiin Syö hyvää -sivuston tuotevertailupankissa. Toisena aiheena oli rasvat. Keskusteltiin hyvän levitteen ominaisuuksista ja pehmeiden rasvojen tärkeydestä elimistön rasva- ja sokeriaineenvaihdunnalle. Eri levitteitä vertailtiin konkreettisesti. Kuiduista keskusteltiin jo toisella tapaamiskerralla ja nyt pohdittiin lisää kuitujen terveysvaikutuksista. Kuidut alentavat kolesterolia ja tasapainottavat vatsan toimintaa ja verensokeria. Lisäksi kuidut auttavat painonhallinnassa lisäämällä kylläisyyden tunnetta.

Eri leipälaatuja ja merkkejä on markkinoilla paljon, ryhmässä käsiteltiin konkreettisesti mitä tietoja ostoksilla kannattaa etsiä leivän pakkauksesta. Terveellisen leivän tulisi sisältää kuitua ainakin kuusi grammaa 100 grammaa kohti ja jyviä ja siemeniä sisältävät leivät ovat terveellisempiä. Eri leipämerkkien vertailussa käytettiin apuna Leipätiedotus -sivustoa (Leipätiedotus 2016) sekä Syö hyvää -sivuston tuotevertailusivustoa, josta voitiin tarkastella omassa käytössä olevan leivän kuitu- ja suolapitoisuus sekä täysjyväjauhon osuus. Lopuksi kerrattiin vielä aikaisemmin käsitelty ateriarunko sisältöineen ja jaettiin osallistujille mukaan vinkkilista kymmenestä asiasta, jotka tulisi toteutua syömisessä.

Edellisellä kerralla aiheena ollut tavoitteen muodostaminen kerrattiin ja ryhmäläisille teetettiin harjoitus, jossa piti arvioida muutoksen edut ja haitat. Esimerkkinä oli

”Liikunnasta saamani edut ja haitat”. Jokainen sai päättää itselleen sopivan aiheen ja pohtia asiaa kotona. Tarkoitus oli pohtia, mitä etuja tai haittoja on nykyisessä tavassa toimia ja mitä etuja tai haittoja olisi vaihtoehtoisessa tavassa toimia. Lopuksi kuunneltiin Oivamieli sivustolta harjoitus Matkustajat bussissa, jonka tavoitteena oli opettaa huomaamaan ajatuksia, jotka estävät toimimasta omien arvojen mukaisesti. (Oivamieli 2016.)

Tällä tapaamiskerralla syntyi paljon keskustelua. Ravitsemuksesta tehtiin hyvin tarkkoja kysymyksiä. Vastauksia pohdittiin yhdessä. Ryhmän ohjaaja korosti vielä ajatusta, että syömällä ravitsemussuositusten mukaisesti, ei tarvitse olla huolissaan yksittäisen ravintoaineen saantimäärästä. Kokonaisuus ratkaisee. Muutoksia ruokavaliossa oli jo tehty ja näistä ryhmäläiset kertoivat toisilleen. Keskustelu oli hedelmällistä. Loppuharjoitus koettiin raskaana. Asiaa oli tullut jo paljon ja äänitteen kuunteleminen alkoi väsyttää. Tarinan tarkoitus kuitenkin avautui ryhmäläisille.

Viides tapaaminen

Viidennen tapaamisen aiheena oli järki vai tunteet, tunnesyömisestä tietoiseen syömiseen ja uni osana hyvinvointia. Aluksi keskusteltiin siitä, miten tunnesyömisestä erottaa todellisesta nälästä. Tärkeää on syödä riittävästi joka päivä ja erityisesti syödä kunnolla jo päivällä. Liian vähäinen syöminen päiväsaikaan kostautuu makeanhimona. Ruuan laatu saattaa vaikuttaa verensokerin heilahtelujen kautta, tämän vuoksi syömisestä tekeminen parantaminen on tärkeää. Itselle pitää antaa lupa syödä ruokaa nälän vaatimäärä. Lihottavia ovat ajoittaiset liikasyömisestä kohtaukset. Luonnollisen näläntunteen löytymiseen voi kulua pitkä aika ja vasta sen jälkeen tunnesyömisestä ongelmat vähenvät ja pysyvä laihtuminen voi alkaa. Syömisestä hallinta alkaa miettimällä missä ja miten syö, varautumalla mielihaluihin ja päättämällä itse mitä ja milloin syö. Lipsahdukset ja repsahdukset opettavat. Itselle tulee olla armollinen ja muistaa, ettei syömisestä hallinta tarkoita kaikkea hyvästä kieltäytymistä.

Toisena aiheena oli uni. Riittävä uni vaikuttaa hyvinvointiin. Uni on parasta rasvanpolttoa, hillitsee makeanhimoa ja ylläpitää sekä fyysistä terveyttä että mielenterveyttä. Unirytmit ovat yksilöllisiä ja liikunnalla, ruuan laadulla, unihygienialla ja ergonomialla voidaan parantaa unenlaatua. Unta häiritseviä tekijöitä ovat esimerkiksi stressi

sekä television ja matkapuhelimen sininen valo, jonka vuoksi nämä laitteet tulisi sammuttaa hyvissä ajoin ennen nukkumaan menoa.

Tapaamisen lopuksi kuunneltiin unimusiikkinäytteitä, jotka voivat auttaa nukahtamisessa. Uneen liittyvät asiat synnyttivät paljon keskustelua. Osalle nukkuminen ja säännöllinen unirythmi olivat jo nyt hyvin tärkeitä. Nukkuminen oli kuitenkin usean kohdalla katkonaista tai häiriintyi joistakin tekijöistä. Lähes kaikki kokivat, ettei unen määrä ollut tällä hetkellä riittävää.

Kuudes tapaaminen

Viimeisellä tapaamiskerralla keskusteltiin kokemuksista elintapaohjausryhmään osallistumisesta, täytettiin loppuhaastattelukaavake ja toistettiin alussa tehdyt painon, painoindeksin ja vyötärön ympäryksen mittaukset. Lisäksi kerättiin kirjallinen palaute ryhmään osallistumisesta. Ryhmäläiset saivat ohjeet laboratoriokokeissa käymiseen. Laboratorio lähetteenä oli tehty valmiiksi. Palautteen laboratoriokokeista ryhmäläiset saivat puhelimitse tai sähköpostin välityksellä, jos osallistuja näin itse toivoi.

Ohjaaja oli tämän tapaamisen aikana pääasiassa viereisessä huoneessa mittauksia tekemässä. Havaintojen kerääminen tästä kerrasta jäi vähäiseksi. Lopuksi kaikkia ryhmäläisiä kannustettiin jatkamaan liikuntaa kesän aikana. Seurantakäynti sovittiin syksyille. Viimeiselle kerralle oli kerätty runsaasti materiaalia kotiin vietäväksi. Tartu tilaisuuteen, ota tavaksi! -oppaan avulla sai vinkkejä pysyvien elintapamuutosten kautta painonhallintaan ja liikunnallisempaan arkielämään. Oppaasta löytyi 32 viikon liikuntaohjelma sekä tietoa hyvästä ruokavaliosta, liikunnasta, arkiaktiivisuudesta, ongelmatilanteiden kohtaamisesta ja viisaista valinnoista. Jaossa oli myös Matka hyvään kuntoon -opas, joka on jaettu kolmeen neljä viikkoa kestävään jaksoon. Oppaan avulla voi lisätä liikuntaa arkeen työmatka- ja hyötyliikunnan, erilaisten kotijumppien, kuntosaliharjoittelun ja monipuolisten lajikokeilujen avulla. Oppaasta löytyy myös helposti toteutettavia liikkuvuusharjoituksia. Itselleen sai ottaa myös liikuntakortin ja ateriarvotmimallin. Kaikki ryhmäläiset keräsivät materiaalia kotiin vietäväksi.

Seurantakäynti

Seurantakäynti järjestettiin neljän kuukauden kuluttua elintapaohjausryhmän päättymisestä. Seurantakäynnin päivämäärä sovittiin jo kuudennella tapaamisella ja siitä

muistutettiin tekstiviestillä viikkoa ennen tapaamista. Tälle tapaamiselle osallistui neljä henkilöä. Koska kevään päiväkirjahavainnot ryhmäkerroista olivat vähentyneet jonkin verran ryhmän edetessä, päätettiin tämä tapaaminen äänittää ryhmäläisten luvalla. Tällä tapaamisella keskusteltiin miten muutokset syömisessä ja liikkumisessa olivat pysyneet ryhmän päättymisen jälkeen. Lisäksi kerrattiin muutosvaihemallia ja mietittiin missä vaiheessa muutosvaihetta tällä hetkellä oltiin. Keskustelua ohjasi pylväskaavioihin viedyt tulokset ryhmän aikana tapahtuneista muutoksista, mutta keskustelu ryhmässä eteni vapaasti. Keskustelua syntyi paljon.

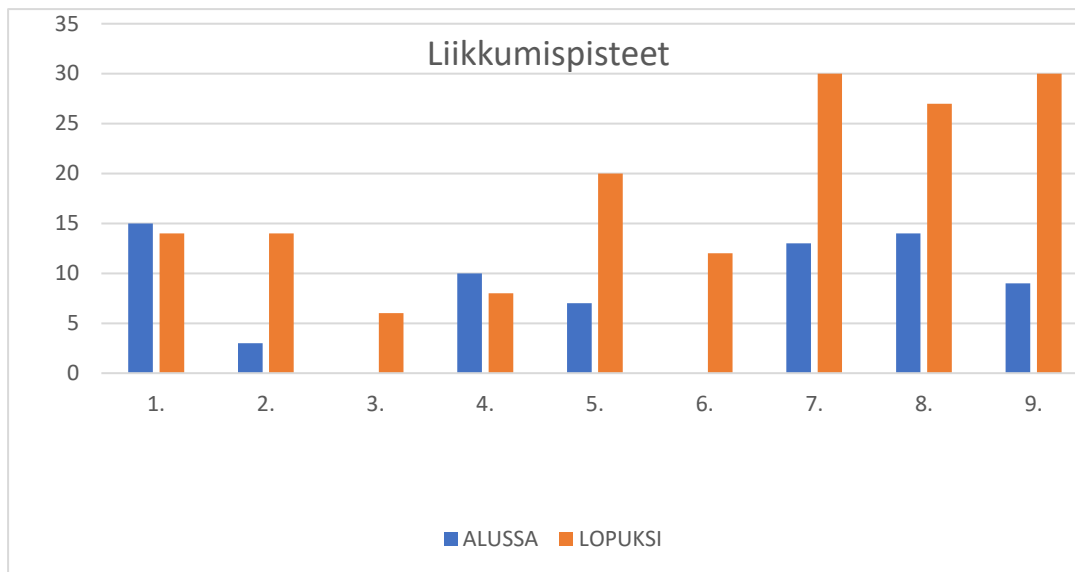
Liikuntaryhmä

Liikuntaryhmä kokoontui viikoittain keskiviikkoisin kello 15-16 koko elintapaohjausryhmän ajan, yhteensä kuusitoista kertaa. Liikunnan ohjaajalle kerrottiin etukäteen osan ryhmäläisistä olevan hyvin vähän tai vähän liikkuvia. Haastetta ryhmäsuunnitteluun toi se, että ryhmäläiset olivat hyvin eritasoisia ja osalla oli enemmän liikuntataustaa. Liikuntaryhmät suunniteltiin niin, että jokainen pystyi osallistumaan omalla tasollaan ja korvaavia liikkeitä oli mahdollista tehdä, jos suunnitellut liikkeet eivät onnistuneet. Liikuntaryhmät päättyivät yleensä lattialla tapahtuvaan loppuvenyttelyyn, toisinaan lattiatasoon siirtyminen toi haasteita, jolloin venyttelyn sai tehdä seisten tai tuolilla istuen. Ryhmä oli toisiaan kannustava eivätkä haasteet saaneet lannistumaan. Liikuntaryhmään osallistuminen vaihteli jonkin verran. Osa osallistui jokaiseen liikuntakertaan, toiset satunnaisemmin. Enimmillään ryhmäläisiä oli paikalla samalla kertaa yksitoista, vähimmillään kolme henkilöä.

5.5 Neljäs sykli: Elintapaohjausryhmän tulokset ja toimintamallin luominen

5.5.1 Elintapaohjausryhmässä saavutetut muutokset

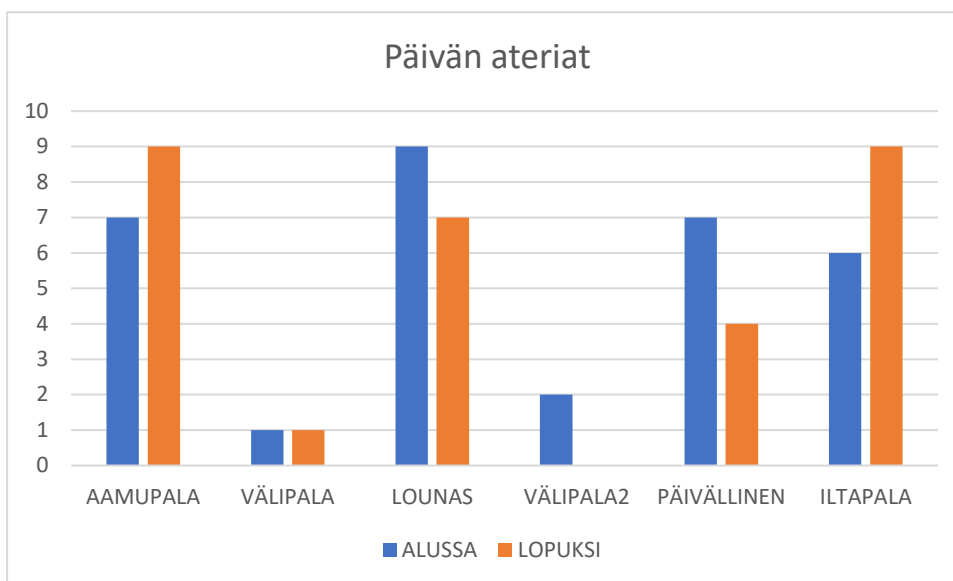
Alkuhaastattelu suoritettiin ensimmäisellä kerralla ja viimeisellä ryhmätapaamisella sama kysely toistettiin. Haastattelulomakkeen ensimmäinen kysymys kartoitti liikkumisen määrää. Osa oli vastannut kysymykseen pisteillä, jossa oli vaihteluväliä. Tällöin laskettiin pisteiden keskiarvo (esimerkiksi 2-4 pistettä = 3 pistettä, 6-7 pistettä = 6,5 pistettä). (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Liikkumisen pistemäärät ryhmän ensimmäisellä ja viimeisellä kerralla.

Elintapaohjausryhmä oli suunnattu nollaliikkujille tai vähän liikkuville henkilöille. Osa ryhmäläisistä liikkui kuitenkin jo ryhmän alkaessa viikon aikana yli kaksi tuntia. Toisilla liikkuminen oli vähäistä tai liikkumista ei tullut lainkaan. Ryhmän päättyessä liikkumisen kokonaismäärä lisääntyi seitsemällä henkilöllä lähtötilanteesta. Kahdella henkilöllä liikkumisen määrä oli ryhmän aikana hieman vähentynyt.

Eri ruoka-aineiden ja aterioiden hyödyllisyyttä laihduttamisessa ja painonhallinnassa on tutkittu paljon. Säännöllisen ateriarytmin tärkeydestä keskusteltiin sekä ensimmäisessä että kolmannessa ryhmätapaamisessa. Tapaamisessa suositeltiin syömään ainakin kolme ateriaa päivittäin ja kannustettiin aloittamaan päivä aamuateriaalla. (Kuvio 4).

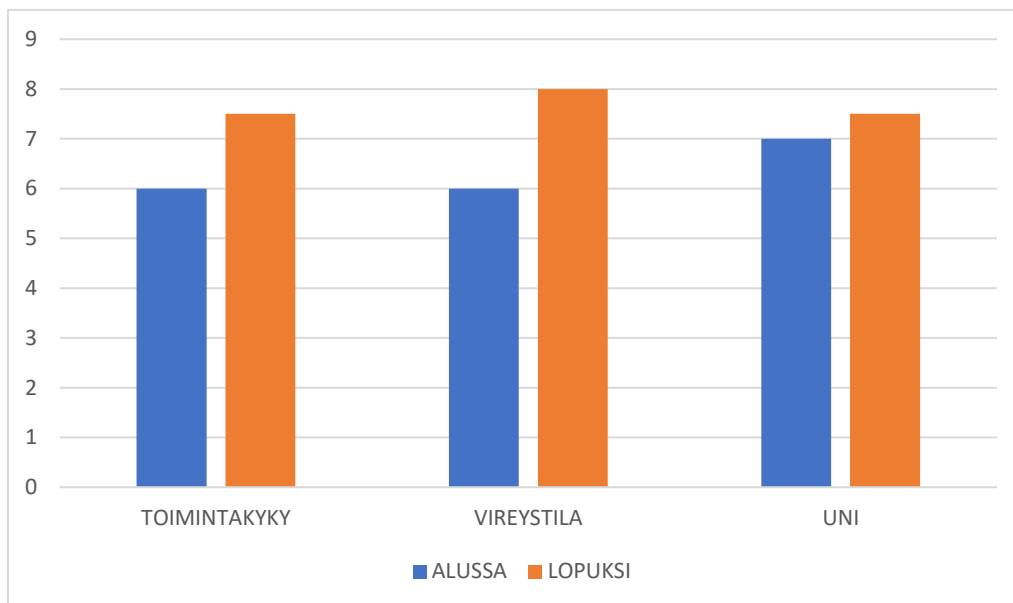


Kuvio 4. Päivän ateriat

Viimeisellä ryhmätapaamisella kaikki vastanneet söivät sekä aamu- että iltapalan. Sen sijaan lounasta ja päivällistä ei syöty yhtä säännöllisesti kuin ryhmän alkaessa.

Lautasmalli oli ensimmäisellä tapaamisella käytössä kolmella henkilöllä, yksi vastasi käyttävänsä lautasmallia joskus ja neljällä lautasmalli ei ollut käytössä. Yksi oli jättänyt vastauskohdan tyhjäksi. Viimeisellä kerralla lautasmallia käytti kuusi henkilöä ja kolme oli jättänyt vastauksen tyhjäksi. Kysymyksen asettelussa olisi ollut hyvä olla vaihtoehto ajoittain. Marjojen ja hedelmien samoin kuten kasviksien, vihannesten ja salaatin syömisessä ei tapahtunut juurikaan muutosta ryhmän aikana.

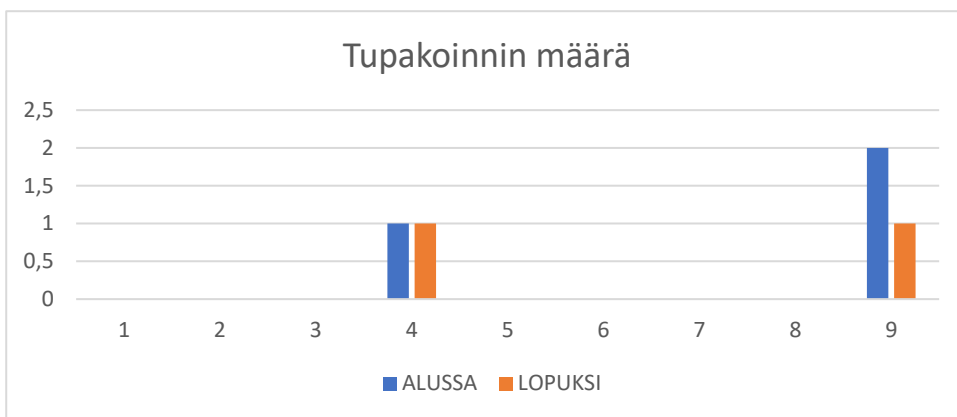
Ryhmään osallistuneiden arvio omasta toimintakyvystä, vireystilasta ja unesta oli ryhmän alkaessa melko hyvä. (Kuvio 5.)



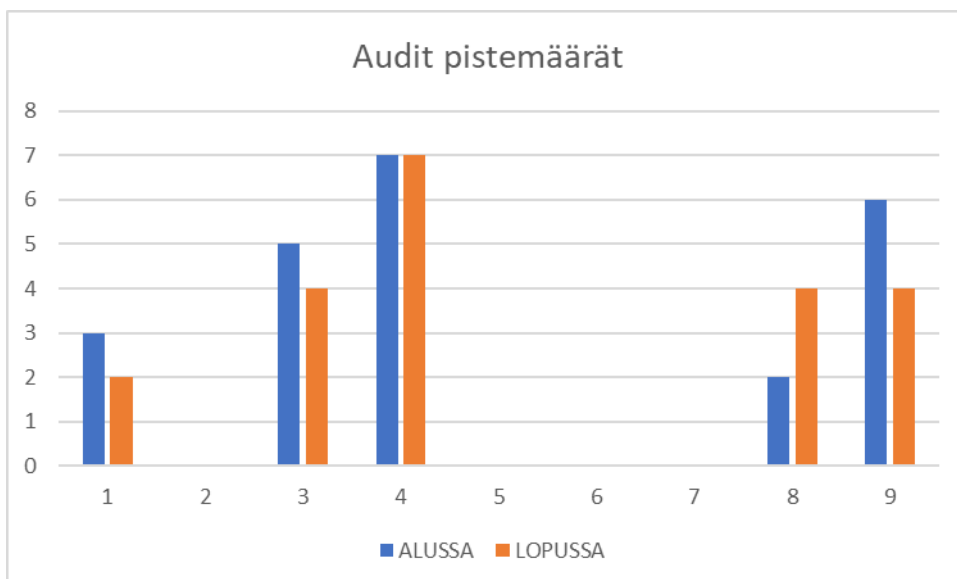
Kuvio 5. Toimintakyvyn, vireystilan ja unen tuntemusten muutokset

Ryhmän viimeisellä kerralla toimintakyky, vireystila ja uni olivat parantuneet entisestään. Tähän vaikutti todennäköisesti lisääntynyt liikunta sekä huomion kiinnittäminen terveellisiin elintapoihin.

Ryhmässä oli vain kaksi tupakoitsijaa, joista toinen tupakoi ryhmän alkaessa alle 10 savuketta päivässä ja toinen 11-20 savuketta päivässä. (Kuvio 6.) Alkoholinkäyttöä kuvattiin Audit-testillä, josta saadut pisteet vietiin kaavioon. Pistemäärät kuvaavat riskiä saada alkoholin käytöstä haittoja. Pisteiden ollessa 0-7, riskit ovat vähäisiä. Pisteillä 8-10 riskit ovat lievästi kasvaneet ja pisteillä 11-14 selvästi kasvaneet. Pistemäärä 15-19 kertoo suurentuneesta riskistä saada haittoja alkoholinkäytöstä ja pisteiden ollessa yli 20, ovat riskit jo erittäin suuria. Ryhmään osallistuneista henkilöistä kolme ei käyttänyt lainkaan alkoholia. (Kuvio 7.) Tupakointia ja alkoholinkäyttöä koskevat määrät tuotiin kuvioihin henkilöittäin, koska osa ryhmäläisestä ei tupakoinut tai käyttänyt alkoholia lainkaan.



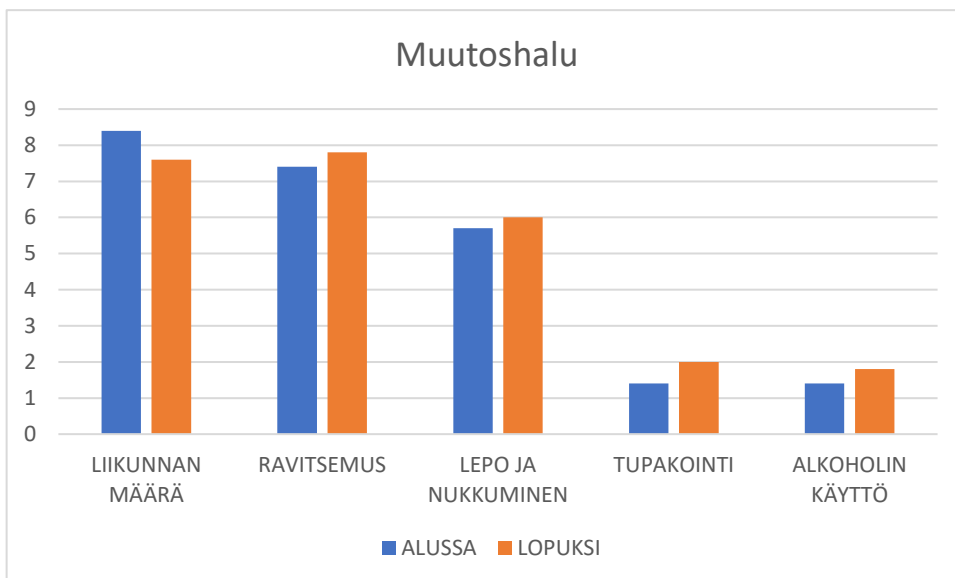
Kuvio 6. Tupakoinnin määrä henkilöittäin



Kuvio 7. Audit pistemäärä henkilöittäin

Ryhmän päättyessä molemmat tupakoitsijat tupakoivat alle 10 savuketta päivässä. Tupakointi ja alkoholinkäyttö olivat ryhmään osallistuneilla vähäistä ja vähentyi entisestään ryhmän aikana.

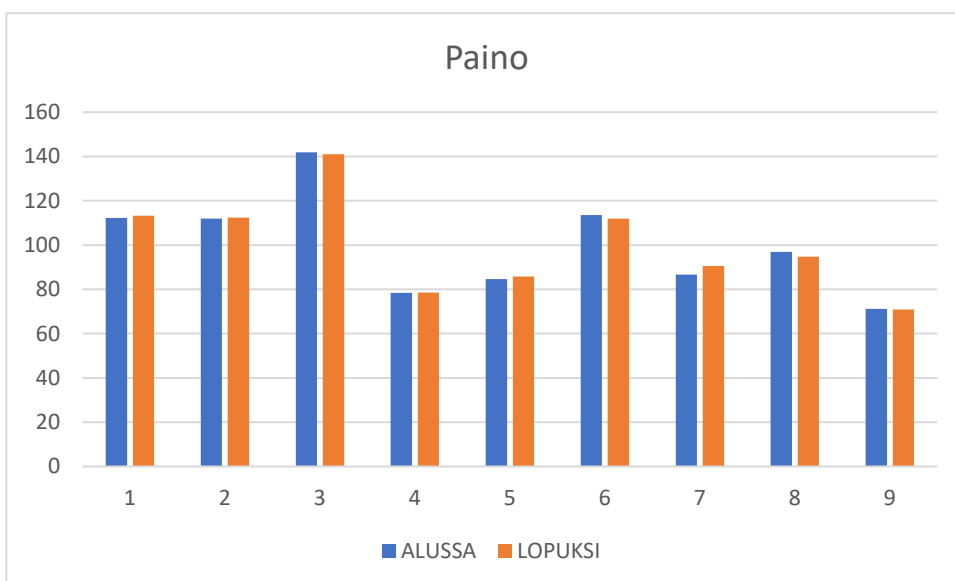
Muutoshalukkuutta koettiin eniten liikunnan, ravitsemuksen ja levon ja nukkumisen suhteen sekä ensimmäisellä että edelleen viimeisellä ryhmätapaamisella. (Kuvio 8).



Kuvio 8. Muutoshalu ryhmän alussa ja loppuksi.

Liikuntaa harrastettiin säännöllisesti koko ryhmän ajan. Lähes jokaisella ryhmään osallistuneella liikunnan määrä lisääntyi ryhmän aikana. Ravitsemuksesta, levosta ja nukkumisesta keskusteltiin paljon ryhmän aikana. Ryhmän lyhyen kokonaiskeston vuoksi näissä ei ehditty tehdä vielä suuria muutoksia, joten muutoshalu näiden asioiden toteuttamiseen lisääntyi ryhmän aikana.

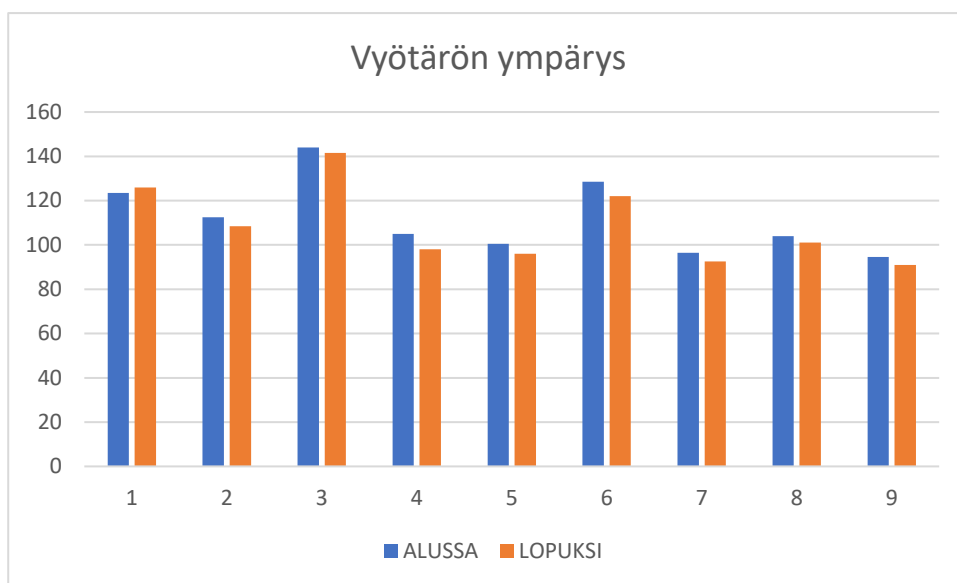
Ryhmäläisten keskipaino oli ryhmän aloitusvaiheessa 99,7 kiloa ja ryhmän viimeisellä kerralla neljän kuukauden kuluttua 99,9 kiloa. (Kuvio 9.)



Kuvio 9. Muutos painossa

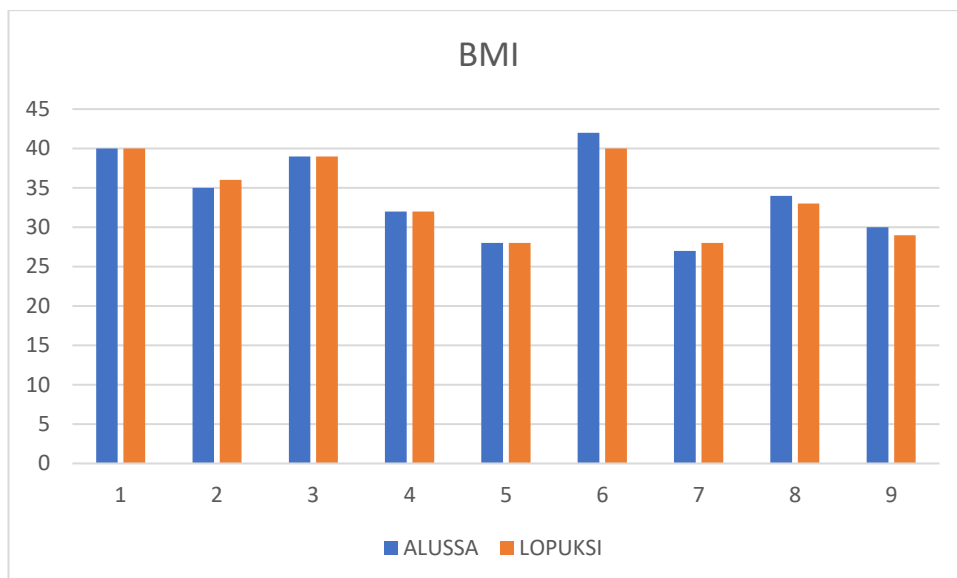
Tämän elintapaohjausryhmän tavoitteena oli suotuisa painonkehitys, jonka osallistuja pystyy säilyttämään. Ryhmän lyhyen kokonaiskeston vuoksi ei tavoiteltu suurta painonpudotusta. Ryhmäläisistä kolmella paino oli noussut, kahdella pysynyt ennallaan ja neljällä paino oli laskenut.

Ryhmäläisten vyötärön ympäryksen suhteen kehitys oli suotuisaa. Vyötärön ympäryksen keskiarvo oli ryhmään osallistuneilla aloitusvaiheessa 112,1 cm ja ryhmän viimeisellä kerralla 108,5 cm. (Kuvio 10.)



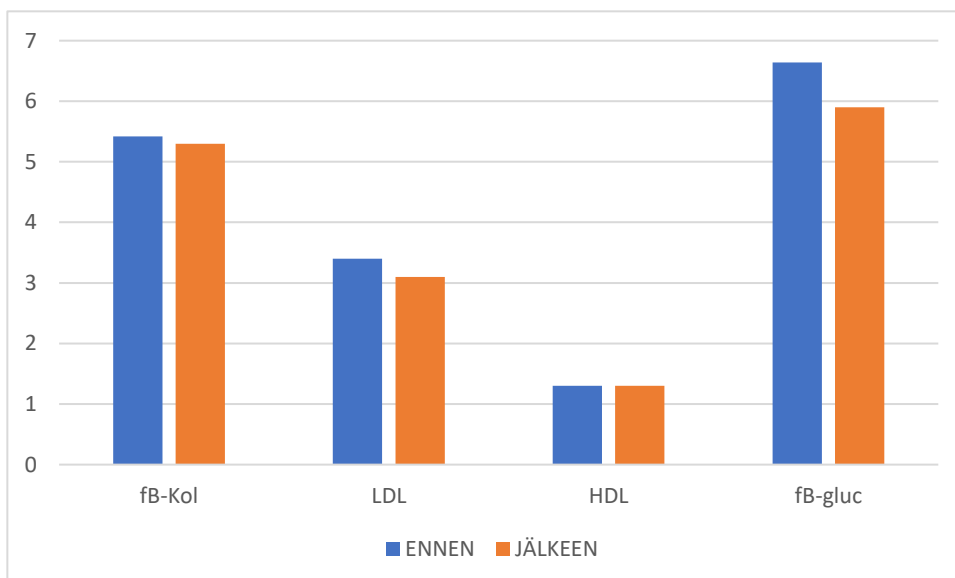
Kuvio 10. Muutos vyötärön ympäryksessä

Vyötärön ympäryys oli pienentynyt kahdeksalla henkilöllä ja suurentunut yhdellä henkilöllä. Liikkumisen lisääntyneellä määrällä ja vyötärön ympäryksellä oli nähtävissä yhteys. Painoindeksissä (BMI) ei tapahtunut juurikaan muutoksia neljän kuukauden aikana. (Kuvio 11.)



Kuvio 11. Muutos painoindeksissä

Veren rasva-arvojen, lipidien ja verensokerin muutoksia ryhmässä haluttiin seurata ryhmäläisten henkilökohtaisten muutoshyötyjen vuoksi. Ryhmäläisistä kaikki kävivät alkumittauksissa, mutta vain viisi kävi laboratoriotuloksissa heti ryhmän päättymisen jälkeen henkilökohtaisista syistä johtuen. Kahdelle näistä henkilöistä oli tehty ryhmän aikana laboratoriotuloksiin vaikuttavia lääkitysmuutoksia. Kuviossa esitellään muutokset mittaustuloksissa näiden viiden osallistujan osalta (n=5). (Kuvio 12.)



Kuvio 12. Muutos laboratoriotuloksissa.

Seerumin kokonaiskolesteroli ja LDL-kolesteroli laski ryhmään osallistuneilla. Samoin paastoverensokeri oli osallistuneilla neljän kuukauden kuluttua matalampi. HDL-kolesteroli pysyi ennallaan.

5.5.2 Elintapaohjausryhmässä koettu tuki

Palautekyselyssä jokainen osallistuja oli sitä mieltä, että järjestettyyn elintapaohjausryhmään osallistuminen kannatti. Kaikki vastanneet olivat saaneet ryhmistä itselleen hyötyä. Ryhmään osallistujien näkemyksistä tuen saamisesta elintapamuutoksiin muodostettiin sisällönanalyysin tuloksena kolme yläluokkaa ja kahdeksan alaluokkaa, jotka kuvasivat ryhmästä saatua tukea. Ensimmäinen yläluokka, tiedollinen tuki, muodostettiin kahdesta alaluokasta, 1) tiedon monipuolisuus 2) asiantuntevuus. Toinen yläluokka, vertaistuki, muodostettiin kolmesta alaluokasta 1) vuorovaikutus, 2) luottamus ja 3) avoin ilmapiiri. Kolmas yläluokka, motivoituminen, muodostettiin kolmesta alaluokasta 1) suunnitelmallisuus, 2) säännöllisyys ja 3) ryhmän tuki. Ryhmään osallistuneiden kuvaamat pelkistetyt ilmaisut ja pelkistettyjä ilmaisuja vastaavat luokat sekä luokkien muodostuminen on esitetty taulukossa. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Aineiston käsitteellistäminen

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Paljon tietoa ruokavalioon liittyen Ohjauksessa huomioitu eri elintavat Opastus asiantuntevaa Hyödyllinen tieto Vinkit ryhmäläisiltä	Tiedon monipuolisuus Asiantuntevuus	Tiedollinen tuki
Mahdollisuus esittää kysymyksiä ja saada vastauksia Muiden kokemukset Turvallinen ryhmä Ryhmän tuki Ryhmähenki Kannustus	Vuorovaikutus Luottamus Avoin ilmapiiri	Vertaistuki
Etukäteen suunnittelu Liikkumisen säännöllisyys Rytmi elämässä Yhdessä tekeminen Tuen saaminen itsestä huolehtimiseen	Suunnitelmallisuus Säännöllisyys Ryhmän tuki	Motivoituminen

Ryhmään osallistuneiden näkemysten mukaan tuen saaminen elintapamuutoksiin edisti muutoksen onnistumista.

Tiedollinen tuki

Ryhmäläisten mukaan ohjaajilta saatu tieto oli asiantuntevaa ja monipuolista. Ryhmässä sai monipuolista tietoa ja valinnanmahdollisuuksia. Palautteissa ryhmän sisältö koettiin tarpeita vastaavaksi.

”Sai paljon tietoa ruokavalioon liittyen ja kuuli muilta heidän ideoita syömisen ja liikumisen suhteen.”

”Sai esittää kysymyksiä ja sai hyviä vastauksia.”

”Sai monipuolisesti tietoa eri elintavoista.”

”Liikunnassa sai tutustua eri lajeihin ja oppi tunnistamaan omia rajoja.”

”Ohjaajat olivat ammattitaitoisia.”

Vertaistuki

Ryhmäläiset kokivat ryhmän ilmapiirin avoimena ja turvallisena, mikä mahdollisti kysymysten esittämisen ja paransi vuorovaikutusta. Ryhmäläiset miettivät omia keinoja, jotka helpottavat arjen valinnoissa. Ryhmässä jaettiin tietoa ja kokemuksia, jolloin muut ryhmäläiset saivat vinkkejä toisen ryhmäläisen kokemuksen kautta.

”Ryhmähenki oli hyvä.”

”Sai keskustella muiden kanssa.”

”Sai vinkkejä muilta ryhmäläisiltä.”

”Ryhmä oli turvallinen.”

Motivoituminen

Ryhmässä oleminen lisäsi motivaatiota muutoksen tekemiseen. Keskustelu arjen toiminnoista ja niihin liittyvistä muutoksista lisäsi motivaatiota. Ryhmäläiset saivat ryhmän sisällöistä ja toisiltaan, tukea ja kokemuksia, jotka lisäsivät motivaatiota.

”Yksin se on puurtamista.”

”Ryhmän kanssa tekeminen on helpompaa.”

”Pitää olla suunnitelmallista, vaikeaa, jos säännöllisyys puuttuu elämästä.”

Ryhmäläiset olivat tyytyväisiä ryhmien sisältöön. Muutoksia toivottiin vain aikataulun suhteen. Elintapa-asioissa kokoontunut ryhmä alkoi kello 15.30 ja liikuntaryhmä kello 15.00. Palautteen mukaan liikunnan harrastaminen on helpompaa, kun liikuntaa on päässyt kokeilemaan käytännössä.

Seurantakäynnillä neljän kuukauden kuluttua ryhmän päättymisestä keskusteltiin ovatko muutokset pysyneet ja missä vaiheessa muutosvaihetta ryhmään osallistuneet ovat nyt. Säännöllinen liikunta oli ryhmän päättymisen jälkeen vähentynyt, mutta liikuntaa toteutettiin kuitenkin jossakin muodossa. Lisäksi liikuntaa vietiin myös muille. Yksi ryhmäläisistä liikkui iäkkään tädin kanssa, yksi lasten kanssa ja yksi oli mukana lisäämässä liikuntaa oman työpaikan asiakkaille. Yhdellä oli alkanut säännöllinen viikoittainen liikuntaharrastus. Ryhmän tukea liikunnan harrastamiseen kaivattiin edelleen. Keskusteluissa tuli ilmi, ettei liikkuminen yksin ole aina onnistunut.

”Yksin se on puurtamista ja keksii tekosyitä, ettei tule lähdettyä”.

Ruokailun suhteen oli ryhmässä opittuja asioita otettu käytäntöön. Kaikki söivät edelleen monipuolisen aamupalan. Lisäksi lautasmalli oli aterioilla käytössä. Tällä tapaa-
misella kerrattiin myös aiemmin käsitellyt muutoksen vaiheet. Jokainen arvioi missä vaiheessa muutosta tällä hetkellä on. Ryhmän jäsenet arvioivat olevansa jonkinlaisessa toteutusvaiheessa. Toteutusta häiritsi elämänrytmin epäsäännöllisyys. Yksi arveli olevansa suunnittelu-toteutusvaiheessa. Keskustelua syntyi siitä, että motivaatiota lisäisi esimerkiksi työnantajan kannustus liikuntaan.

5.5.3 Yhteenveto tuloksista

Kehittämistehtävässä selvitettiin elintapaohjausryhmään osallistuneiden muutoksia painon, painoindeksin ja vyötärön ympäryksen osalta. Lisäksi kartoitettiin elintapaohjausryhmästä saatuja kokemuksia tuen saamisesta elintapamuutoksiin. Laboratoriotulosten ennen-jälkeen vertailua tehtiin niiden viiden ryhmäläisten osalta, jotka kävivät laboratorionkokeissa.

Ryhmään osallistujat halusivat alkuhaastattelun mukaan tehdä eniten muutoksia liikunnan määrän suhteen, ravitsemukseen ja lepoon sekä nukkumiseen. Ryhmän päätyttyä, haluttiin näitä muutoksia edelleen jatkaa. Elintapaohjausryhmän aloittamisvaiheessa ryhmään osallistuneista kahdella ei kertynyt kymmentäkään minuuttia yhtäjaksoista liikuntaa viikon aikana eli heidän liikuntapisteiden määrä oli nolla. Liikuntapisteiden määrä ryhmän alkaessa oli keskimäärin 7,9 ja ryhmän viimeisellä kerralla 17,9. Painonlaskussa ei tapahtunut muutosta, mutta vyötärön ympärysmitta pieneni keskimäärin 3,6 cm. Tupakointi ja alkoholin käyttö olivat vähäistä jo ryhmän alkaessa ja väheni vielä ryhmän aikana. Jokainen ryhmään osallistunut oli sitä mieltä, että ryhmään osallistuminen kannatti. Ryhmäohjauksessa osallistuvat saivat muilta ryhmäläisiltä tukea. Myönteisenä pidettiin yhdessä tekemistä ja kokemusten ja tunteiden jakamista.

Elintapa-asioissa ryhmä kokoontui yhteensä kuusi kertaa ja lisäksi järjestettiin seurantakäynti neljän kuukauden kuluttua ryhmän päättymisestä. Jokaisella ryhmäkerralla oli ennalta määritelty sisältö. Seurantakäynnillä kerrattiin aikaisempien käyntien asioita. Liikuntaryhmä kokoontui säännöllisesti viikoittain neljän kuukauden ajan, yhteensä 16 kertaa. Molempiin ryhmiin sitoutumisessa oli jonkin verran ongelmaa puolivälin kohdalla.

Ohjauksen sisältö käsitti perusasiat painonhallintaan liittyvistä asioista. Ohjauksessa käsiteltiin ruokavalioasioita, ruokavaliosuosituksia, ylipainon merkitystä terveydelle, liikunnan teoriaa ja elintapamuutoksen psyykkistä puolta, kuten repsahduksia osana muutosta. Liikuntaan tutustuttiin erilaisten harjoitusten avulla. Ryhmäläisille painotettiin pienten muutosten merkitystä kokonaisuudelle. Ryhmäläisten motivaatio ryhmän aikana vaihteli. Osa kävi säännöllisesti jokaisessa tapaamisessa, osan osallistuminen vaihteli paljon. Motivaatiota ilmaisi ryhmässä mukana olo, aktiivinen osallistuminen keskusteluun, kysyminen, muiden kannustaminen, omien tavoitteiden asettaminen ja niiden saavuttaminen. Elintapaohjausryhmän henki oli hyvä.

5.5.4 Kehitetyn toimintamallin esittely

Elintapaohjauksen toimintamalli luo toimintatavan pitkäaikaissairauksien ennaltaehkäisyyn ja hoitoon PoSan alueen perusterveydenhuollossa. Sosiaali- ja terveystoimijat tunnistavat terveytensä kannalta liian vähän liikkuvan tai elintavoiltaan heikossa kunnossa olevan henkilön. Nämä ammattilaiset ohjaavat asiakkaan ryhmään lähettämällä ryhmän ohjaajalle tiedon ryhmään suositellusta asiakkaasta. Ryhmänohjaaja ottaa yhteyttä asiakkaaseen ja arvioi soveltuuko ryhmäohjaus asiakkaan tarpeeseen. Toimintamalli tukee asiakkaan vastuunottoa elintavoistaan. Toimintamalli sopii käytettäväksi tyyppiin 2 diabeteksen ehkäisyyn sekä ylipainon, veren rasva-arvojen ja kohonneen verenpaineen elintapaohjaukseen. Ohjaus tapahtuu noin kymmenen hengen ryhmissä. Ryhmän ohjaajana toimii terveydenhoitaja joko yksin tai parina esimerkiksi diabeteshoitajan tai toisen terveydenhoitajan kanssa. Elintapaohjausryhmä voidaan toteuttaa tässä kehittämistehtävässä kehitetyn toimintamallin mukaan (versio A) tai samansisältöisenä, mutta ajallisesti lyhennettynä versiona (versio B).

Kehitetyn toimintamallin mukainen elintapaohjausryhmä kestää neljä kuukautta. Siihen sisältyy kuusi puolentoista tunnin mittaista ryhmätapaamista, joista kaksi ensimmäistä pidetään kahden viikon välein, seuraavat kolme kolmen viikon välein ja kuudes kerta neljän kuukauden kuluttua ensimmäisestä. Lisäksi järjestetään seurantakäynti noin neljän kuukauden kuluttua viimeisestä tapaamisesta. Seurantakäynnillä kannustetaan asiakkaita jatkamaan muutosta. (Taulukko 4.) Tässä elintapaohjausryhmässä liikunta on olennainen osa ryhmän toimintaa ja sitä toteutetaan viikoittain koko ryhmän ajan. Liikunnan sisällön suunnittelee liikunnanohjaaja yhteistyössä ryhmän vetäjän kanssa.

Taulukko 4. Elintapaohjausryhmän toimintamalli versio A

Viikko	Elintapaohjausryhmän sisältö	Liikuntaryhmän sisältö
1	Esittely, alkuhaastattelulomake, mittaukset, labratulokset, liikunnan vaikutus terveyteen.	Kevyttä liikuntaa
2		Liikuntaa
3	Muutokseen motivointi. Tavoitteen asettaminen.	Liikuntaa
4		Liikuntaa
5		Liikuntaa
6	Ruokavaliosuositukset, ateriarytmi ja lautasmalli.	Liikuntaa
7		Liikuntaa
8		Liikuntaa
9	Lisää ravitsemuksesta. Pakkausmerkinnät, vinkkejä hyviin valintoihin. Ateriarunko. Kerrataan tavoite.	Liikuntaa
10		Liikuntaa
11		Liikuntaa
12	Järkeä vai tunteet, tunnesyömisestä tietoiseen syömiseen. Uni ja stressinhallinta osana hyvinvointia.	Liikuntaa
13		Liikuntaa
14		Liikuntaa
15		Liikuntaa
16		Liikuntaa
17	Loppuhaastattelu. Loppumittaukset. Palaute. Labralähteet.	
4 kk ryhmän päätyttyä	Jatkotapaaminen. Jatkuiko opitut elintavat ja liikunta ryhmän päätyttyä.	Motivointi

Tämä elintapaohjausryhmä voidaan toteuttaa myös tiivistetyssä muodossa. (Taulukko 5.) Tällöin elintapaohjausryhmän elintapaohjaus ja liikuntaharjoittelu yhdistetään samalle kerralle. Ryhmäkerta aloitetaan elintapaohjaus-asioilla ja liikunta toteutetaan sen jälkeen. Liikunta voi olla samansisältöistä elintapaohjauksen kanssa, esimerkiksi puhuttaessa unesta ja stressinhallinnasta, voi liikunta olla rentoutusta. Ryhmän kokonaiskesto on lyhyempi esimerkiksi kahdeksan viikkoa. Ryhmän lyhyen kokonaiskeston vuoksi on tärkeää, että liikunnanohjaaja ohjaa ryhmän päätyttyä ryhmäläisen jonhonkin toiseen liikuntaryhmään tai itsenäisesti harrastamaan liikuntaa. Tällaisia elintapaohjausryhmiä olisi mahdollista järjestää perusterveydenhuollossa useampi vuoden aikana. Myös tässä versiossa tavataan muutaman kuukauden kuluttua ryhmän päättymisestä. Tällöin kartoitetaan muun muassa sitä, onko liikunta jäänyt tavaksi.

Taulukko 5. Elintapaohjausryhmän toimintamalli versio B

Viikko	Elintapaohjausryhmän sisältö	Liikuntaryhmän sisältö
1	Esittely, alkuhaastattelulomake, mitaukset, liikunnan vaikutus terveyteen.	Liikuntaa
2	Muutokseen motivointi. Tavoitteen asettaminen.	Liikuntaa
3	Ruokavaliosuositukset, ateriarytmi ja lautasmalli.	Liikuntaa
4	Tavoitteen tarkistaminen.	Liikuntaa
5	Lisää ravitsemuksesta. Pakkausmerkinät, vinkkejä hyviin valintoihin.	Liikuntaa
6	Järki vai tunteet, tunnesyömisestä tietoiseen syömiseen.	Liikuntaa
7	Uni ja stressinhallinta osana hyvinvointia.	Liikuntaa
8	Loppuhaastattelu. Mittaukset. Palautteen antaminen.	Liikuntaa
2-3 kk kuluttua	Jatkotapaaminen. Nykytilanne.	

Toimintamallin versiossa B ei oteta laboratoriomittauksia ryhmän lyhyen kokonaisuuden vuoksi. Liikunta järjestetään jatkossa yhteistyössä Kankaanpään liikuntatoimen kanssa. Ryhmäohjauksen toimintamalli säästää terveydenhuollon resursseja. Elintapaohjausryhmän ohjauksessa käytettävä materiaali on tuotettu tässä toimintamallissa ja tätä materiaalia voidaan käyttää molemmissa esitellyissä malleissa. Jatkossa ryhmien sisältöjen suunnittelu ei vie niin paljon aikaa.

6 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

6.1 Tulosten tarkastelu

Tämän kehittämistehtävän tarkoituksena oli toteuttaa elintapaohjausryhmä ja luoda Kankaanpään aikuisneuvolaan ryhmämuotoisen elintapaohjauksen toimintamalli. Kehittämistehtävän tavoitteena oli perehtyä ryhmämuotoiseen elintapaohjaukseen, yhteinäistää aikuisneuvolan työntekijöiden toimintatapoja toimintamallin avulla, tukea

ryhmään osallistuvien elintapamuutosten saavuttamista ja arvioida osallistujien elintapamuutoksia mittaustulosten avulla sekä kokemuksia tuen saamisesta.

Ryhmään valittiin ylipainoisia, vähän liikkuvia henkilöitä, joilla oli riski sairastua tai he olivat jo sairastuneet johonkin pitkäaikaissairauteen. Ryhmäläiset kutsuttiin elintapaohjausryhmään henkilökohtaisesti nopean alkamisajankohdan vuoksi. Kehittämistehtävän tekijä valitsi ryhmäläiset yhdessä diabeteshoitajan kanssa aikuisneuvolan asiakkaista. Ryhmään kutsuttiin yhteensä 15 henkilöä. Lopulta ryhmässä oli kaksitoista henkilöä. Kaksi perui ryhmään osallistumisen ja yksi muutti ensimmäisen kuukauden jälkeen eri paikkakunnalle.

Kehittämistehtävän tekijän ja liikunnan ohjaajien kokemukset ryhmästä olivat positiivisia. Elintapaohjausryhmä on hyvä, resurssia säästävä tapa antaa elintapaneuvontaa. Sitoutumista ryhmään olisi parantunut, jos ryhmään olisi ollut erillinen haku ja ryhmäläiset olisi valittu haastattelun perusteella. Hyvä ryhmäkoko tämän kokemuksen perusteella on noin kymmenen hengen ryhmä. Tuki ja kannustus muilta ryhmäläisiltä motivoivat ryhmäläisiä. Elintapaohjausryhmän toteuttamista olisi parantunut ohjaajaparin olemassaolo. Tämä olisi helpottanut ryhmien suunnittelua, auttanut havaintojen tekemisessä ja kirjaamisessa sekä mahdollistanut laajemman reflektoinnin ryhmän onnistumisesta. Tämä elintapaohjauksen toimintamalli siirtää painetta pois yksilövastaanotolta sekä säästää resursseja. Kaikille ryhmämuotoinen elintapaneuvonta ei kuitenkaan sovellu eikä se poista kokonaan yksilöohjauksen tarvetta.

Aiemman tutkimustiedon perusteella (Moore ym. 2011) elintapaohjaus auttaa pienentämään vyötärön ympärystä ja painoindeksiä. Lyhyessä kuuden kuukauden ryhmäohjauksessa vyötärön ympäry on pienentynyt keskimäärin 2,49 cm. Painoindeksin arvo on pienentynyt lyhyen ryhmäohjauksen aikana 0,94 ja paino laskenut 2,59 kg. Tämän kehittämistehtävän elintapaohjausryhmässä painossa ja painoindeksissä ei tapahtunut juurikaan muutoksia. Vyötärön ympäry pieneni yhtä ryhmäläistä lukuun ottamatta kaikilla osallistujalla. Liikunnalla onkin todettu olevan vähentävä vaikutus sisäelinten ympärillä sijaitsevaan rasvakudokseen. Vyötärön ympäryksen pienentyminen on esimerkiksi diabeetikoille ensisijaisen tärkeää. Elintapaohjausryhmän jäsenten säännöllinen seuranta ja ryhmäliikunnan järjestäminen tiheästi vaikuttivat myös aikaisemmissa

tutkimuksissa myönteisesti vyötärön ympärykseen. (Schulz ym. 2015; Yu ym. 2014; Andersen ym. 2014; del Roy ym. 2013.)

Aikaisemmissa tutkimuksissa liikunnan määrä ja terveellinen syöminen ovat lisääntyneet elintapaohjaukseen osallistuneilla (Absetz ym. 2007, Moore ym. 2011). Tämän kehittämistehtävän elintapaohjausryhmässä liikuntamäärä lisääntyi kahta lukuun ottamatta kaikilla ryhmäläisillä. Ryhmään osallistuneiden ateriarytmi oli parantunut, mutta marjojen ja hedelmien samoin kuten kasviksien, vihannesten ja salaatin syömisessä ei tapahtunut juurikaan neljän kuukauden aikana.

Ryhmäohjauksen järjestäminen on nykyisen tutkimustiedon perusteella kannattavaa. Ryhmäohjauksen on todettu olevan ainakin yhtä vaikuttavaa diabeteksen ennaltaehkäisyssä kuin yksilöohjauksen (Paul-Ebhohimhen & Avenell 2009; Absetz ym. 2007). Ryhmäohjauksen järjestämisessä etuna on kuitenkin vertaistuki ja yksilöohjausta pienemmät kustannukset (Lindgren ym. 2007). Ryhmäohjaus on myös koettu yleensä positiivisena (Absetz ym. 2008, 2069). Ryhmäohjauksella voidaan saavuttaa useita hyötyjä, esimerkiksi diabetesriskissä olevien henkilöiden motivaatio muutokseen paranee ja terveellinen syöminen sekä fyysinen aktiivisuus lisääntyvät (Moore ym. 2011).

Tavoitteellisen toiminnan ryhmämalli tuntuu soveltuvan hyvin terveydenhuollon elintapaohjaukseen. Ryhmäläiset viihtyvät hyvin ryhmissä hyvin. Elintapamuutosten ylläpitäminen on kuitenkin haasteellista. (Absetz ym. 2008, 2069.) Tämän kehittämistehtävän tapaisia interventioita on tarpeellista saada perusterveydenhuollon arkeen, koska yhdellä ohjauksella saa useampi riskiryhmäläinen tietoa ja tukea elintapamuutoksen toteuttamiseen. Ryhmäohjauksen etuna on taloudellisuus ja sen avulla voidaan myös hyödyntää vertaistukea ja ryhmäprosessia (Turku & Heinonen 2005, 11).

Kehittämistehtävän tulosten perusteella ryhmän yhteenkuuluvuutta lisäsi ryhmästä saatu vertaistuki sekä koettu ryhmähenki. Ryhmäilmapiiri oli avoin, positiivinen, vuorovaikutuksellinen ja ryhmäläisiä tukeva. Yhteenkuuluvuuden tunne, samojen asioiden kanssa painiminen ja ryhmässä viihtyminen edistivät elintapamuutoksessa onnistumista, mikä on tullut esille myös aikaisemmissa tutkimuksissa (Tuomarla & Sarlio-Lähteenkorva 2009; Östberg, Wikstrand & Bengtsson Boström 2011).

Kehittämistehtävän tuloksissa korostui ryhmän tuen merkitys elintapamuutoksessa onnistumisessa. Yhteinen tekeminen aktivoi ryhmäläisiä.

Ryhmäohjauksessa intensiiviset ja pitkäkestoiset ohjaukset ovat yleistyneet, mutta tuloksissa pitkä- ja lyhytkestoisten ohjausten välillä ei ole havaittu eroja. Myös lyhytkestoisista interventioista on saatu hyviä tuloksia. Sen sijaan tiheät kokoontumiskerrat ovat edistäneet ryhmän vuorovaikutusta. (Kauronen 2016, 29-30, 32.) Ryhmään osallistuneet toivoivat ryhmän jatkumista ainakin liikunnan osalta. Jatkuvuuden puute oli suurin ryhmätoimintaan liittyvä epäkohta. Jatkuvuuden merkitys on todettu myös aikaisemmassa tutkimuksessa (Hardcastle & Hagger 2011).

Tällä hetkellä on vain vähän tutkimustietoa siitä, miten ryhmäohjaus tulisi järjestää ja miten sen vaikuttavuutta voitaisiin lisätä. Ryhmäohjauksen toteuttamistapa ja siihen käytetty aika vaikuttavat elintapaohjauksessa saavutettaviin tuloksiin. Ryhmäohjaus, joka sisältää enemmän ohjausta, hajautettuna 6-10 kuukauteen tai 6-10 tapaamiskertaan saattaa menestyä parhaiten (Steinsbeek, Rygg, Lisulo, Rise & Fretheim 2012). Tämän kehittämistehtävän elintapaohjausryhmä toteutetaan jatkossa kehitetyn mallin mukaan tai tiivistettynä siten, että elintapaohjaus ja liikunta yhdistetään samalle kerralle ja ryhmä kokoontuu viikoittain kahdeksan kertaa.

Elintapaohjausryhmän tuloksia voisi olla mahdollista parantaa kiinnittämällä entistä enemmän huomiota yksilön käytöksen muutoksen kohteen selvittämiseen ja siihen sopivan muutostekniikan hyödyntämiseen. Näin voitaisiin selvittää tarkemmin, miksei annettuja elintapaohjeita noudateta ja miten elintapamuutoksia voitaisiin tukea parhaiten. (Salmela, Kettunen & Poskiparta 2010.)

6.2 Kehittämistehtävän luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan yleensä validiteetin eli pätevyyden ja reliabiliteetin eli luotettavuuden käsitteillä. Validiteetilla tarkoitetaan sitä, miten valittu menetelmä sopii juuri sen ilmiön tutkimiseen, jota sillä on tarkoitus tutkia. Reliabiliteetilla eli luotettavuudella arvioidaan tulosten pysyvyyttä ja myös alttiutta satunnaisvaihtelulle. Toimintatutkimuksessa validiteetti ja reliabiliteetti ovat hankalia määrittellä.

Tulkinnat rakentavat sosiaalista todellisuutta, joka tekee validiteetin hankalaksi. Toimintatutkimus myös pyrkii muutoksiin eikä niiden välttämiseen, joten samaa tulosta ei pyritä saavuttamaan uusintamittauksilla. Tämä tekee reliabiliteetin määrittämisen mahdottomaksi. (Heikkinen ym. 2007, 147-148; Hirsjärvi ym. 2009, 231-232.)

Lähtökohtana tutkimustulosten luotettavuuden arvioinnille on aina tulosten, menetelmien ja tiedonkeruun riittävän tarkka dokumentaatio, muuten ulkopuolisen arvioitsijan on mahdotonta päätellä tutkimuksen luotettavuudesta mitään. Myös toimintatutkimuksessa tulosten yleistettävyyden perustuu dokumentaatioon, sillä tutkimustulosten siirrettävyyttä voidaan tarkastella tutkimuksen lähtökohtatilanteen ja kuvauksen pohjalta. Tulosten voidaan olettaa olevan siirrettävissä, jos lähtökohtaoletukset vastaavat uutta tilannetta. (Kananen 2014, 134.)

Toimintatutkimus pyrkii ymmärtämään ja selittämään ilmiötä. Toimintatutkimuksen periaatteisiin kuuluu, että arvioinnin suorittavat ne, joita asia koski eli jotka olivat mukana kehittämisprosessissa. Tuloksellisuuden kannalta on tärkeää, että mittarit ovat yksiselitteisiä ja mittaavat muutosta. Tulosten arviointi edellyttää yleensä ennen-jälkeen mittaus. (Kananen 2014, 134, 137.) Kehittämistehtävässä käytettiin ennen-jälkeen mittaus. Luotettavuuden lisäämiseksi tietoa kerättiin määrällisen aineiston lisäksi myös tutkimuspäiväkirjaan tehdyillä havainnoilla ja avoimia kysymyksiä sisältävällä palautelomakkeella.

Kehittämistehtävässä käytetyt laboratoriomittaukset ja muut mittaukset ovat terveydenhuollossa päivittäin käytössä, ja mittaukset suoritti terveydenhuollon ammattilainen. Ennen-jälkeen-mittaus mittarin tavoitteena oli mitata muutosta. Ryhmätapaamisten arvioinnissa käytettiin menetelmänä osallistuvaa havainnointia. Näiden lisäksi kerättiin palautetta ryhmän onnistumisesta kyselylomaketutkimuksella. Useampaa arviointimenetelmää käyttämällä haluttiin vahvistaa tutkimuksen pätevyyttä.

Tässä kehittämistehtävässä luotiin uusi elintapaohjauksen ryhmämuotoinen toimintamalli, jossa liikunta on keskeisessä osassa. Kehittämistehtävän tekijä piti elintaparyhmät ja näistä tapaamisista pidettiin päiväkirjaa. Lisäksi kehittämistehtävän tekijä osallistui havainnoijana liikuntaryhmään, jonka piti liikunnan ohjaaja. Myös näistä ryhmätapaamisista pidettiin päiväkirjaa. Elintapaohjausryhmän jatkotapaamiskerta

äänitettiin osallistujien luvalla luotettavuuden lisäämiseksi. Tämä johtui siitä, että havaintojen kirjaaminen ryhmän pitämisen yhteydessä havaittiin välillä haastavaksi. Kehittämistehtävästä ei voida tunnistaa ryhmään osallistujia, tutkittavien suojaan liittyvät asiat huomioitiin kaikissa vaiheissa. Toimintatutkimuksen kulku pyritään kuvaamaan kehittämistehtävässä mahdollisimman tarkasti. Ryhmän sisältö, tulokset ja tulosten arviointi kerrotaan tarkasti, huolellisesti ja rehellisesti.

Kehittämistehtävän kaikissa vaiheissa pyrittiin varmistamaan tutkimuksen luotettavuus. Tutkimuksen jokaisessa vaiheessa on noudatettu tarkkuutta ja huolellisuutta. Tutkimuksen dokumentointi on tehty niin, että lukija kykenee arvioimaan tutkimuksen sekä sen tulosten luotettavuutta. Tutkimusmenetelmä on valittu niin, että sen avulla kyetään vastaamaan tutkimustehtäviin.

6.3 Toimintatutkimuksen eettisyys

Eettisellä ajattelulla tarkoitetaan kykyä pohtia sekä omien että yhteisön arvojen kautta sitä, mikä on eri tilanteissa oikein ja väärin. Tutkimusprosessissa etiikka moraalisisina valintoina ja päätöksinä kattaa kaiken aiheen valinnasta tulosten vaikutuksiin saakka. Eettiset kysymykset voivat liittyä tutkimuskohteen ja menetelmän valintaan, aineiston hankintaan, tieteellisen tiedon luotettavuuteen, tutkittavien kohteluun ja tutkimustulosten vaikutuksiin. (Kuula 2006, 11, 21.)

Kehittämistehtävä voi olla eettisesti hyväksyttävä ja luotettava sekä sen tulokset uskottavia vain, jos se on suoritettu hyvän tieteellisen käytännön edellyttämällä tavalla. Hyvää tieteellistä käytäntöä koskevien ohjeiden soveltamisen määrittelee lainsäädäntö. Tutkimusetiikan näkökulmasta keskeinen hyvän tieteellisen käytännön lähtökohta on se, että tutkimuksessa noudatetaan rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tutkimustulosten arvioinnissa. Kehittämistehtävässä tulee soveltaa kriteerien mukaisia ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä. Tutkimuksen toteutuksessa tulee noudattaa avoimuutta ja vastuullisuutta. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012-2014, 6.)

Tutkittavien suojaan kuuluu se, että tutkija selvittää osallistujille tutkimuksen tavoitteet, menetelmät ja mahdolliset riskit tavalla, jonka he pystyvät ymmärtämään. Tutkittavien suojaan kuuluu myös osallistumisen vapaaehtoisuus. Tutkimukseen osallistuminen ei saa aiheuttaa osallistujalle vahinkoa ja osallistujan hyvinvointi menee aina tutkimuksen edelle. Tutkimuksen yhteydessä saatuja tietoja ei saa luovuttaa ulkopuolisille eikä tietoja saa käyttää muuhun kuin luvattuun tarkoitukseen. Tutkijan tulee noudattaa lupaamiaan sopimuksia, eikä tutkimuksen rehellisyyttä saa vaarantaa. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 145-146.) Kehittämistehtävän suorittamista varten tarvitaan lupa organisaation johdolta.

Tämä kehittämistehtävä toteutettiin kehittämistehtävän tekijän työpaikalla. Tutkimuksen suorittamista varten saatiin tutkimuslupa organisaation johtoryhmältä. Ryhmään osallistujille kerrottiin jo kutsuvaiheessa elintapaohjausryhmän olevan osa opintoihin liittyvää kehittämistehtävää. Ryhmäläisille varmistettiin ensimmäisellä ja viimeisellä ryhmäkerralla suullisesti, että haastattelulomakkeita, laboratorio- ja mittaustuloksia käytetään kehittämistehtävän aineistona. Ryhmään ja tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Haastattelulomakkeet ja mittaustulokset ovat vain kehittämistehtävän tekijän tiedossa. Lisäksi mittaustulokset ja ryhmään osallistuminen kirjattiin Efficajärjestelmään asiakkaan omiin tietoihin. Kerätessä mittaustuloksia varmistettiin yksilön suoja. Punnitus ja vyötärön mittaaminen tehtiin erillisessä huoneessa, etteivät muut ryhmään osallistuneet kuulleet tuloksia.

Kehittämistehtävää tehdessä on käytetty eettisesti kestäviä tiedonhankintamenetelmiä. Viitattaessa muiden tutkijoiden teksteihin, se on tehty ohjeiden mukaisesti, heidän tekemää työtä kunnioittaen. Kaikessa tekemisessä on pyritty huolelliseen suunnitteluun, toteutukseen ja raportointiin. Tarvittava tutkimuslupa hankittiin ja ryhmän alkamisesta informoitiin työyhteisössä laajasti, kuitenkin niin, että ryhmäläisten tietosuoja koskevat kysymykset huomioitiin. Ryhmän ajankohta valittiin sellaiseksi, että ryhmäläisten olisi siihen mahdollisimman vaivatonta osallistua. Samalla huomioitiin se, ettei ryhmän toteuttaminen aiheuta haittaa työyhteisölle. Kehittämistehtävää tehdessä on noudatettu rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta ryhmäläisten valinnassa, elintaparyhmän sisältöjä valmistellessa ja kehittämistehtävää kirjoittaessa. Syntyneitä havaintoja ja tuloksia ei ole missään vaiheessa paranneltu tai vääristelty.

6.4 Kehittämistehtävän prosessin arviointi

Kehittämisprosessi eteni tarkoituksenmukaisesti. Kehittämiskohteen tunnistamisen jälkeen mietittiin alustavia tavoitteita. Aiheenvalinnan jälkeen perehdyttiin kirjallisuuden ja määriteltiin kehittämistehtävän tutkimusmenetelmä sekä tarkoitus ja tavoitteet. Kehittämistehtävässä käytettiin tarkoituksenmukaisia tiedonkeruu- ja analysointimenetelmiä. Osallistujien kokemuksia saatiin arvioitua avoimien kysymyksien avulla. Kirjallisuuskatsaus keskittyi sellaisten ryhmien tarkasteluun, jossa liikunta oli osana ryhmän toimintaa. Tuloksia tarkastellessa etsittiin tietoa myös muista elintapaohjausryhmistä ja niiden vaikutuksista tuloksiin.

Kehittämistehtävä toteutettiin toimintatutkimuksena. Toimintatutkimus menetelmä sopii tähän kehittämistehtävään, koska tarkoituksena on kehittää työpaikalle uusi ryhmäohjauksen toimintamalli. Yksikössä on jo aikaisemmin totuttu käyttämään ryhmäohjausta. Toinen tärkeä asia toimintatutkimuksen kannalta on, että tarve ryhmän kehittämiseen on tullut omasta organisaatiosta. Toimintatutkimuksen valinta tutkimusmenetelmäksi on perusteltua siksi, että toimintatutkimuksen on tarkoitus synnyttää toimintaa, joka pohjaa nykyisiin käytäntöihin, mutta pyrkii muuttamaan niitä tulevaisuudessa. Toimintatutkimuksessa tutkitaan ihmisten toimintaa ja kehitetään käytäntöjä entistä paremmiksi järkeä käyttämällä. Yleensä toimintatutkimus on ajallisesti rajattu kehittämisprojekti, jossa suunnitellaan ja kokeillaan uutta toimintatapaa. Toimintatutkimuksessa pyritään valamaan uskoa ihmisten omiin kykyihin ja toimintamahdollisuuksiin. Toimintatutkija osallistuu toimintaan aktiivisena vaikuttajana ja toimijana. (Heikkinen ym. 2007, 16, 19-20.) Nämä määritelmät toteutuvat tässä kehittämistehtävässä. Kehittämistehtävässä saadut tulokset vastasivat asetettuihin tavoitteisiin.

Tulosten, menetelmien ja tiedonkeruun raportointi on tehty huolellisesti ja tarkasti, joten tältä osin tämän toimintatutkimuksen voidaan sanoa olevan luotettava. Tutkimusraportissa kuvataan, miten ja millä menetelmillä tuloksiin on päästy. Kehittämistehtävän aihe syntyi organisaation tarpeesta ja organisaatio hyötyy tässä kehittämistehtävässä toteutetusta toimintamallista.

6.5 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Tässä kehittämistehtävässä toteutettu elintapaohjauksen toimintamalli esitellään työyhteisölle yhteisessä kehittämispäivässä. PoSa on mukana SATA-LIPAKE ja VESOTE -hankkeissa, joiden tavoitteena on kannustaa vähän liikkuvia lisäämään arkiaktiivisuuttaan ja löytämään itselleen mieluisia liikkumismuotoja sekä syömään terveellisesti. SATA-LIPAKE -hanke on suunniteltu tukemaan erityisesti niitä terveydenhuollon asiakkaita, jotka eivät ole vielä sairastuneita, mutta joille ylipaino ja liikkumattomuus aiheuttavat riskin terveydelle ja hyvinvoinnille. VESOTE hankkeen kohderyhmänä ovat jo sairastuneet henkilöt. Kehittämistehtävän tekijä on käynyt molempiin hankkeisiin liittyvän koulutuksen. Hankkeisiin liittyvä pilotointi toteutetaan asiakkaille yksilöohjauksen lisäksi myös ryhmämuotoisena tämän kehittämistehtävän toimintamallin mukaisesti. Toimintamalliksi valikoitui lyhytkestoisempi versio B. (Taulukko 5.) Tutkimustulosten mukaan pitkä- ja lyhytkestoisten ryhmäohjausten välillä tuloksissa ei ole havaittu eroja. Lyhytkestoisen ryhmän etuna on myös se, että sen voi toteuttaa useamman kerran vuoden aikana, jolloin tavoitetaan useampia ihmisiä. Myös lyhytkestoisen ryhmän kokemuksesta aiotaan kerätä tietoa. Liikuntaryhmän toteuttamisesta vastaa jatkossa liikuntatoimi ja ensimmäinen ryhmä on sovittu alkavaksi syyskuussa 2018.

Olemassa on paljon tutkimusnäyttöä siitä, että elintavoilla ja liikkumattomuudella on yhteys useisiin pitkäaikaissairauksiin. Ryhmätoiminnalla on elintapamuutosten onnistumisen suhteen merkittävä ja voimaannuttava rooli. Asioiden ja kokemusten jakaminen ja vertailu sekä ymmärryksen ja kannustuksen saanti vertaistuen muodossa auttavat elintapamuutosten tekemisessä. Ryhmähenkeä voi kasvattaa luomalla positiivinen, avoin ja luotettava ilmapiiri, jossa on toimiva vuorovaikutuskulttuuri. Ryhmätoiminnan jälkeen osallistuja jää usein ilman tukea, johon ratkaisuna voisi olla jatkoryhmän järjestäminen ainakin liikunnan harrastamiseen.

Tämä kehittämistehtävä antaa kokemuksen elintapaohjausryhmästä, jossa liikunnalla on keskeinen merkitys. Tulevissa ryhmissä tavoitteena on liikunnan jatkuvuus elintapaohjausryhmän päättymisen jälkeen. Alkava ryhmä on suunniteltu niin, että ryhmän päätyttyä jokaiselle osallistujalle mietitään joko liikkumisen jatkoryhmä tai jokin yksilöllinen tapa liikkua.

Jatkossa olisi mielenkiintoista selvittää jääkö liikunta tavaksi, kun liikkumista tuetaan riittävästi alkuvaiheessa. Toisena jatkotutkimuksen aiheena voisi olla ryhmädynamiikan ja positiivisen ryhmäpaineen tutkiminen, koska ryhmällä on selkeästi tukea antava ja voimaannuttava rooli. Olisi tärkeää selvittää, miten ryhmistä saataisiin mahdollisimman toimivia ja miten ohjaaja voi tähän vaikuttaa.

LÄHTEET

- Absetz, P. & Hankonen, N. 2011. Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa: vaikuttavuus ja keinot. Helsinki: Duodecim, 127, 2265–2272. Viitattu 24.8.2017. Saatavissa <http://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo99873.pdf>
- Absetz, P. & Hankonen, N. 2017. Miten auttaa potilaita omaksumaan ja ylläpitämään terveellisiä elämäntapoja? Helsinki: Duodecim, 2017;133(10), 1015-21. Viitattu 28.9.2017. Saatavissa <http://duodecimlehti.fi/lehti/2017/10/duo13734>
- Absetz, P., Valve, R., Oldenburg, B., Heinonen, H., Nissinen, A., Fogelholm, M., Ilvesmäki, V., Talja, M. & Uutela, A. 2007. Type 2 diabetes prevention in the “real world”. One-year results of the GOAL implementation trial. *Diabetes care* 2007;30(10), 2465-2470. Viitattu 8.11.2017. Saatavissa <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17586741>
- Absetz, P., Valve, R., Oldenburg, B., Heinonen, H., Nissinen, A., Fogelholm, M., Ilvesmäki, V., Talja, M. & Uutela, A. 2008. Elintapainterventiolla saavutettiin osa diabeteksen ehkäisytyökimpuksen tuloksista. *Suomen lääkärilehti - Finlands läkartidning* 2008 vol. 63 no. 22, 2065-2070. Viitattu 3.10.2017 Saatavissa <http://www.laakari-lehti.fi/lillukka.samk.fi/pdf/2008/SLL222008-2065.pdf>
- Alahuhta, M. & Laitinen, J. 2011. Kuka onnistuu painonhallinnassa? *Työterveyslääkäri* 2011: 29, 59–61.
- Alahuhta, M. 2010. Tyypin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluvien työkäisten henkilöiden painonhallinnan ja elintapamuutoksen tunnuspiirteitä. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Viitattu 6.11.2017. Saatavissa <http://jultika oulu.fi/files/isbn9789514263552.pdf>.
- Alahuhta, M., Korkiakangas, E., Jokelainen, T., Husman, P., Kyngäs, H. & Laitinen, J. 2009. Miten henkilöt, joilla on kohonnut tyypin 2 diabeteksen riski kuvaavat elintapamuutostaan ja painonhallintaansa? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 2009: 46, 148–158. Viitattu 6.11.2017. Saatavissa <file:///C:/Users/HP/Desktop/muutosprosessi%20artikkeli.pdf>
- Alho, H. 2015. Päivitetty Käypä hoito -suositus: Alkoholin käytön aiemmat riskirajat liian korkeat, nyt rajoja on tiukennettu. Viitattu 4.9.2017. Saatavissa <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50028>
- Alkoholiongelmaisen hoito. 2015. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim, 2015. Viitattu 26.10.2017. Saatavissa <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50028#K1>
- Andersen, T. R., Schmidt, J. F., Thomassen, M., Hornstrup, T., Frandsen, U., Randers, M. B., Hansen, P. R., Krstrup, P. & Bangsbo, J. 2014. A preliminary study: Effects of football training on glucose control, body composition, and performance in men with type 2 diabetes. *Scandinavian Journal of Medicine & Science in sports*. Volume 24, Issue S1. August 2014, 43–56.

Anglé, S. 2010. Piilevän motivaation jäljillä: ratkaisukeskeinen elämäntapojen ja painonhallinnan ohjaus. Suomen lääkärilehti 2010 vol. 65 no. 34, 2691-2696.

Anglé, S. 2015. Psykkiset voimavarat ja painonhallinta. Teoksessa K. Pietiläinen, P. Mustajoki & P. Borg (toim.) Lihavuus. Helsinki: Duodecim, 118-126.

Anttila, P. 2015. Toimintatutkimus. Ylemmän AMK-tutkinnon metodifoorumi. Virtuaaliammattikorkeakoulu. Viitattu 14.8.2017. Saatavissa <https://www2.amk.fi/digma.fi/www.amk.fi/opintojaksot>

Borg, P. & Heinonen, O. 2014 Liikunnan merkitys lihavuuden ehkäisyssä ja hoidossa. Viitattu 12.8.2017. Saatavissa <http://www.terveysportti.fi/lil-lukka.samk.fi/dtk/pit/koti>

Burlingame, GM., McClendon, DT. & Alonso, J. 2011. Cohesion in group therapy. Psychoter 48 (1), 34–42. Viitattu 14.11.2017. Saatavissa <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21401272>

CASP.2017. Critical Appraisal Skills Programme. Viitattu 15.11.2017. Saatavissa <http://www.caspuk.net/casp-tools-checklists>

del Rey-Moya, LM., Castilla-Álvarez, C., Pichiule-Castañeda, M., Rico-Blázquez, M., Escortell-Mayor, E., Gómez-Quevedo, R.; Camina Group. 2013. Effect of a group intervention in the primary healthcare setting on continuing adherence to physical exercise routines in obese women. J Clin Nurs. 2013 Aug;22(15-16), 2114-2121. Viitattu 16.11.2017. Saatavissa <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23829402>

Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Tammi.

Findikaattori. 2016. Alkoholien kokonaiskulutus. Viitattu 16.10.2017. Saatavissa <http://findikaattori.fi/fi/55>

Fogelholm, M. & Kaukua, J. 2013. Lihavuus. Teoksessa I. Vuori, S. Taimela & U. Kujala (toim.) Liikuntalääketiede. Helsinki: Duodecim, 423-437.

Haario, P. 2014. Sleep, health behaviours and weight among ageing employees. Väitöskirja. University of Helsinki. Faculty of Medicine. Viitattu 16.11.2017. Saatavissa <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/152633/sleephea.pdf?sequence=1>

Hardcastle, S. & Hagger, MS. 2011. “You can’t do it on your own”: Experiences of a motivational interviewing intervention on physical activity and dietary behavior. Psychol Sport Exerc 12 (3), 314-323. Viitattu 16.11.2017. Saatavissa <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1469029211000021?via%3Dihub>

Heikkinen, H. & Jyrkämä, J. 1999. Siinä tutkija missä tekijä. Toimintatutkimuksen perusteita ja näköaloja. Toim. Heikkinen, H., Huttunen, R. & Moilanen, P. Juva: WSOY.

Heikkinen, H. & Syrjälä, L. 2008. Tutkimuksen arviointi. Teoksessa H. Heikkinen, E. Rovio & L. Syrjälä (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 3. korjattu painos. Helsinki: Hansaprint Direct Oy, 144–162.

Heikkinen, H. 2008. Toimintatutkimuksen lähtökohdat. Teoksessa H. Heikkinen, E. Rovio & L. Syrjälä (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Hansaprint Direct Oy, 16–38.

Heikkinen, H. 2015. Ikkunoita tutkimusmetodeihin 1. Toim. Valli, R. & Aaltola, J. Jyväskylä: PS-kustannus.

Heikkinen, H., Rovio, E. & Syrjälä, L. 2007. Toiminnasta tietoon: Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. Helsinki: Kansanvalistusseura.

Helajärvi, H., Lindholm, H., Vasankari, T. & Heinonen O. 2015. Vähäisen liikkumisen terveystaitat. Duodecim 2015; 131, 1713–1718. Viitattu 12.10.2017. Saatavissa <http://www.duodecimlehti.fi/lehti//duo12430>

Helajärvi, H., Pahkala, K., Raitakari, K., Tammelin, T., Viikari, J. & Heinonen, O. 2013. Artikkelissa Istu ja pala! – Onko istuminen uusi terveystaito? Duodecim 2013; 129, 51–56. Viitattu 12.8.2017. Saatavissa <http://www.teveysportti.fi/lil-lukka.samk.fi/xmedia/duo/duo10707.pdf>

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Huovinen, T. & Rovio, E. 2008. Toimintatutkija kentällä. Teoksessa H. Heikkinen, E. Rovio & L. Syrjälä (toim.) Toiminnasta tietoon. Toimintatutkimuksen menetelmät ja lähestymistavat. 3. korjattu painos. Helsinki: Hansaprint Direct Oy, 94–113.

Husu, P., Suni, J., Vähä-Ypyä, H., Sievänen, H., Tokola, K., Valkeinen, H., Mäki-Opas, T. & Vasankari, T. 2014. Suomen lääkirilehti - Finlands läkartidning 2014 vol. 69 no. 25-32, 1860-1866. Viitattu 19.9.2017. Saatavissa <http://www.laakarilehti.fi/lil-lukka.samk.fi/tieteessa/katsausartikkeli/suomalaisten-aikuisten-kiihtyvyyksimittarilla-mitattu-fyysinen-aktiivisuus-ja-liikkumattomuus/>

Huttunen, J. 2015. Terveysliikunta – kuntoa, terveyttä ja elämänlaatua. Lääkirikirja Duodecim. Viitattu 30.8.2017. Saatavissa http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=tta00060

Järvinen, M. 2014. Motivoiva haastattelu. Viitattu 28.9.2017. Saatavissa <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix02109>

Kaasalainen, K., Tilles-Tirkkonen, T., Kasila, K., Poskiparta, M. & Vähäsarja, K. 2016. Metsästä motivaatiota liikuntaan ja painonhallintaan? Monimetodinen tutkimus miesten luontoliikuntaohjelmasta. Liikunta & Tiede 53, (4), 72-80.

Kananen, J. 2014. Toimintatutkimus kehittämistutkimuksen muotona. Miten kirjoitat toimintatutkimuksen opinnäytetyönä? Jyväskylä: Juvenes Print.

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, SM., Pietilä, AM., Jääskeläinen, P. & Liikanen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon. Hoitotiede 25 (2013): 4, 291-301.

Kauronen, M-L. 2016. Ohjaajien toiminta elintapamuutosten tukemisessa tyypin 2 diabeteksen ehkäisyn ryhmäohjauksessa. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto. Studies in sport, physical education and health 236. Viitattu 1.11.2017. Saatavissa https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/49111/978-951-39-6572-3_vai-tos13042016.pdf?sequence=1

Kela 2016. Raportit Kela. Viitattu 23.10.2017. Saatavissa http://raportit.kela.fi/ibi_apps/WFServlet.

Kiiskinen, U., Vehko, T, Matikainen, K., Natunen, S. & Aromaa, A. 2008. Terveysten edistämisen mahdollisuudet. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:1. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Kivimäki, S. & Toropainen, E. 2017. Liikuntaneuvonta osana elintapaneuvontaa. Terveyslääkintäauutiset 2017. Tampere: UKK-instituutti, 5-6.

Konsensuslausuma 2017. Painopiste preventioon. Konsensuslausuma tarttumattomien sairauksien ehkäisystä 2017. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim ja Suomen Akatemia. Viitattu 27.8.2017. Saatavissa <https://www.duodecim.fi/wp-content/uploads/sites/9/2017/04/Konsensuslausuma-2017.pdf>

Koski, S. 2015. Diabetesbarometri 2015. Suomen diabetesliitto Oy. Viitattu 23.10.2017. Saatavissa <https://www.diabetes.fi/files/6203/barometri2015.pdf>.

Kurki, M., Hemiö, K., Lindström, J. & Jaakkola, L. 2008. Ryhmämuotoinen elintapaohjaus metabolisen oireyhtymän hoidossa. Miina Sillanpään Säätiön julkaisusarja A:7. Helsinki: Miina Sillanpään Säätiö.

Kuula, A. 2006. Toimintatutkimus. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. Tampere: Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto, 40-42. Viitattu 14.8.2017. Saatavissa <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>

Kuusela, P. 2005. Realistinen toimintatutkimus? Helsinki: Edita Prima Oy.

Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Hoitotiede 2011, 23 (2), 138–148.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Lappalainen, R. & Lappalainen, P. 2015a. Laihduttamisen yksilöohjaus ja keinot oman toiminnan muuttamiseen. Teoksessa K. Pietiläinen, P. Mustajoki & P. Borg (toim.) Lihavuus. Helsinki: Duodecim, 207-226.

Lappalainen, R. & Lappalainen, P. 2015b. Painonhallintaryhmät. Teoksessa K. Pietiläinen, P. Mustajoki & P. Borg (toim.) Lihavuus. Helsinki: Duodecim, 226-238.

Leipätiedotus. 2016. Viitattu 27.9.2016. Saatavissa <http://www.leipätiedotus.fi/tieto-leivasta/>.

Lihavuus: Käypä hoito -suositus. 2013. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäri-seura Duodecim, 2013. Viitattu 1.11.2017. Saatavissa <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi24010#K1>

Liikunta: Käypä hoito -suositus. 2016. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito -johtoryhmän asettama työryhmä. Päivitetty 13.1.2016. Viitattu 15.10.2017. Saatavissa <http://www.terveysportti.fi/xmedia/hoi/hoi50075.pdf>.

Liimatainen, L. 2002. Kokemuksellisen oppimisen kautta kohti terveyden edistämisen asiantuntijuutta. Hoitotyön ammattikorkeakouluopiskelijoiden terveyden edistämisen oppiminen hoitotyön harjoittelussa. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto. Studies in sport, physical education and health 90. Viitattu 15.10.2017. Saatavissa <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/13498/9513913511.pdf?sequence=1>

Lindgren, P., Lindström, J., Tuomilehto, J., Uusitupa, M., Peltonen, M., Jönsson, B., de Faire, U. & Hellénus, ML. 2007. Lifestyle intervention to prevent diabetes in men and women with impaired glucose tolerance is cost-effective. Int J Technol Assess Health Care 2007;23: 177-183. Viitattu 8.11.2017. Saatavissa <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/17493303>

Linnansaari, H. 2004. Toimintatutkimus – tutkimus muutoksen palvelussa. Teoksessa Opetuksen tutkimuksen monet menetelmät. Toim. Kansanen, P. & Uusikylä, K. Jyväskylä: PS-kustannus.

Loveman, E., Frampton, GK., Shepherd, J., Picot, J., Cooper, K., Bryant, J., Welch, K. & Clegg, A. 2011. The clinical effectiveness and cost-effectiveness of long-term weight management schemes for adults: a systematic review. Health Technol Assess 15 (2). Viitattu 14.11.2017. Saatavissa <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK56859/>

Lääketieteen sanasto. 2011. Terveyskäyttäytyminen. Duodecim Terveyskirjasto. Viitattu 7.11.2017. Saatavissa http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=ltt03441

Marttila, J. 2010. Muutosvalmius. Viitattu 17.9.2017. Saatavissa <http://www.kaypa-hoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=nix01668>

Mattila, A. 2010. Stressi. Viitattu 15.11.2017. Saatavissa https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00976

Metsämuuronen, J. 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä 4. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Miller, W. & Rollnick, S. 2002. Motivational Interviewing: Preparing People for Change. New York: The Guilford Press. Viitattu 15.11.2017. Saatavissa http://journals.lww.com/jhqonline/Citation/2003/05000/Motivational_Interviewing_Preparing_People_for.13.aspx

Moore, SM., Hardie, EA., Hackworth, NJ., Critchley, CR., Kyrios, M., Buzwell, SA. & Crafti, NA. 2011. Can the onset of type 2 diabetes be delayed by a group-based lifestyle intervention? A randomised control trial. *Psychol Health* 26(4): 485–499. Viitattu 8.11.2017. Saatavissa <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20945253>

Murto, J., Kaikkonen, R., Pentala-Nikulainen, O., Koskela, T., Virtala, E., Härkänen, T., Koskenniemi, T., Jussmäki, T., Vartiainen, E. & Koskinen, S. 2017. Aikuisten terveys-, hyvinvointi- ja palvelututkimus ATH:n perustulokset 2010-2017. Viitattu 26.10.2017. Saatavissa www.thl.fi/ath

Mustajoki, P. 2017. Lihavuus. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 30.8.2017. Saatavissa www.terveyskirjasto.fi

Männistö, S., Laatikainen, T. & Vartiainen, E. 2012. Suomalaisten lihavuus ennen ja nyt. Tutkimuksesta tiiviisti 4. Helsinki: Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 30.8.2017. Saatavissa http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90885/TutkimuksestaTiiviisti4_lihavuus.pdf

Oivamieli. 2016. Viitattu 27.9.2017. Saatavissa http://oivamieli.fi/matkustajat_bussissa.php.

Painoindeksi ja vyötärönympäryys: Käypä hoito -suositus. 2010. Viitattu 17.9.2017. Saatavissa <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=nix00163>

Partinen, M. 2017. Mitä unettomuus on? VESOTE-hanke: Verkkokoulutuksen luentomuistiinpanot 5.2.2018.

Partonen, T. 2017. Terveyspyramidiin kuuluu myös uni. *Suomen lääkirilehti* 12, 761.

Patja, K. 2016. Tupakka ja sairaudet. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 1.9.2017. Saatavissa www.terveyskirjasto.fi.

Paul-Ebhohimhen, V. & Avenell, A. 2009. A systematic review of the effectiveness of group versus individual treatments for adult obesity. *Obesity Facts* 2009;2, 17–24. Viitattu 8.11.2017. Saatavissa <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20054200>

Pietiläinen, K. 2015. Lihavuus – elämä pienoiskoossa. Teoksessa K. Pietiläinen, P. Mustajoki, & P. Borg (toim.) *Lihavuus*. Helsinki: Duodecim, 8-14.

Pietiläinen, K. & Mustajoki, P. 2015. Lihavuuden hoidon tavoitteet ja lähtökohdat. Teoksessa K. Pietiläinen, P. Mustajoki, & P. Borg (toim.) *Lihavuus*. Helsinki: Duodecim, 15-18.

Posa. 2017. Pohjois-Satakunnan peruspalvelukuntayhtymä, aikuispalvelut. Viitattu 12.9.2017. Saatavissa <http://www.eposa.fi/palvelut/aikuispalvelut-2/>

Prochaska, J., DiClemente, C. & Norcross, J. 1992. In search of how people change. *Am Psychol* 1992;47, 1102-1114. Viitattu 3.11.2017. Saatavissa http://psycdwebb.weebly.com/uploads/3/5/2/0/3520924/in_search_of_how_people_change.pdf

Päihdelinkki. 2016. AUDIT. Viitattu 4.9.2017. Saatavissa www.paihdelinkki.fi

Rakkolainen, M. 2017. Motivoivan haastattelun toteutuminen päihdehoidon alkuta-
paamisissa ja yhteys asiakkaan päihdehaittojen vähenemiseen. Väitöskirja. Tampe-
reen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta Viitattu 6.11.2017. Saatavissa
[https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/101802/978-952-03-0504-8.pdf?se-
quence=1](https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/101802/978-952-03-0504-8.pdf?sequence=1).

Salmela, S., Kettunen, T. & Poskiparta, M. 2010. Vaikuttavan elintapaohjausinterven-
tion suunnittelu – helpommin sanottu kuin tehty? Sosiaalilääketieteellinen aikakaas-
lehti 2010; 47, 208–218.

Salmela, S-M. 2012. Elintapaohjauksen lähtökohtia korkeassa diabetesriskissä ole-
villa henkilöillä Tyyppin 2 diabeteksen ehkäisyyn toimeenpanohankkeessa (D2D).
Elintapaohjaus ennen D2D-hanketta, koettu ohjaustarve ja sovitut interventiomuodot.
Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto. Studies in Sport, Physical Education and Health.
Viitattu 24.10.2017. Saatavissa [https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/han-
dle/123456789/40377/978-951-39-4906-8.pdf?sequence=3](https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/40377/978-951-39-4906-8.pdf?sequence=3).

Savolainen, S. 2008. Ryhmäohjausta raskausdiabeteksen sairastaneille naisille. Seu-
ranta ei saisi loppua synnytykseen. Diabetes ja lääkäri. 4/2008. Vol. 37. Syyskuu.
Suomen diabetesliitto. 28-29.

Schulz, AJ., Israel, BA., Mentz, GB., Bernal, C., Caver D., DeMajo, R., Diaz, G.,
Gamboa, C., Gaines, C., Hoston, B., Opperman, A., Reyes, AG., Rowe, Z., Sand, SL.
& Woods S. 2015. Effectiveness of a walking group intervention to promote physical
activity and cardiovascular health in predominantly non-Hispanic black and Hispanic
urban neighborhoods: findings from the walk your heart to health interven-
tion. Health Educ Behav. 2015 Jun;42(3), 380-392. Epub 2015 Mar 27. Viitattu
16.11.2017. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25819980>

Seppä, K. 2015. Juomisen riskirajat. Viitattu 4.9.2017. Saatavissa [www.paihde-
linkki.fi](http://www.paihde-
linkki.fi)

Seppälä, T. 2016. Elämänlaadun ja elämäntapojen huomioon ottaminen perustervey-
denhuollossa. Väitöskirja. Turun yliopiston julkaisuja sarja C osa 436. Viitattu
24.8.2017. Saatavissa [https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/134482/Anna-
lesC436Sepp%C3%A41%C3%A4.pdf?sequence=2](https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/134482/Anna-
lesC436Sepp%C3%A41%C3%A4.pdf?sequence=2)

Sjögren T., Haapakoski M., Hänninen A. & Mustonen K. 2010. Kevyen lihasvoima-
harjoittelun vaikutus toimistotyöntekijöiden kokemaan työkykyyn. Ryhmätasolla sa-
tunnaistettu kontrolloitu vaihtovuorokoe. Liikunta & Tiede 47 (1), 43 – 48.

Steinsbekk A, Rygg L, Lisulo M, Rise MB, Fretheim A. 2012. Group based diabetes
selfmanagement education compared to routine treatment for people with type 2 dia-
betes mellitus. A systematic review with meta-analysis. BMC Health Services Re-
search 2012;12, 213. Viitattu 16.11.2017. Saatavissa [https://bmchealthservres.bio-
medcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-12-213](https://bmchealthservres.bio-
medcentral.com/articles/10.1186/1472-6963-12-213)

STM. 2006. Terveiden edistämisen laatusuositus. Viitattu 15.9.2017. Saatavissa
http://stm.fi/documents/1271139/1359643/terveydenlaatusuositus_1.pdf

STM. 2013. Muutosta liikkeellä! Valtakunnalliset yhteiset linjaukset terveyttä ja hyvinvointia edistävään liikuntaan 2020. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2013:10. Tampere: Juvenes Print.

Suojanen, U. 2014. Toimintatutkimus ammatillisen kehittymisen välineenä. Viitattu 6.11.2017. Saatavissa <https://metodix.fi/2014/05/19/suojanen-toimintatutkimus/>

Syö hyvää. 2016. Viitattu 27.9.2017. Saatavissa <http://syohyvaa.fi/>

Tarnanen, K., Partinen, M., Mäkinen, E. & Tuunainen, A. 2016. Unettomuus vaivaa välillä meitä kaikkia. Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 17.11.2017. Saatavissa http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00075

Terveydenhuoltolaki 2010. L. 30.12.2010 / 1326. Viitattu 1.9.2017. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2010/20101326#Pidp4304736>

THL 2013. Lihavuus laskuun. Hyvinvointia ravinnosta ja liikunnasta. Kansallinen lihavuusohjelma 2012-2015. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, Kansallisen lihavuusohjelman ohjausryhmä. Tampere: Juvenes Print – Suomen yliopistopaino Oy.

THL 2015. Yleistietoa kansantaudeista. Viitattu 27.8.2017. Saatavissa <https://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/yleistietoa-kansantaudeista>

THL 2017. Elintavat. Viitattu 28.8.2017. Saatavissa <https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/elintavat>

Tuisku, A. 2016. Tobacco and health. A study of young adults in Northern Finland. Väitöskirja. University on Oulu. Faculty of medicine. Viitattu 15.11.2017. Saatavissa <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526211565.pdf>

Tuomarla, H. & Sarlio-Lähteenkorva, S. 2009. Ravintoa ja syömistä käsittelevä puhe laihdutusryhmissä. Sosiaalilääketieteellinen 46, 23-36. Viitattu 14.11.2017. Saatavissa <file:///C:/Users/HP/Downloads/1779-1-6637-1-10-20100419.pdf>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. 8. painos. Helsinki: Tammi.

Turku, R. & Heinonen, L. 2005. Pieni Päätös Päivässä –projektin seurantatutkimus. Ryhmämuotoisen painonhallintaohjauksen edellytykset. Dehko-raportti 2005:7. Tampere: Suomen Diabetesliitto ry.

Turku, R. 2007. Muutosta tukemassa. Valmentava elämäntapaohjaus. Keuruu: Edita publishing oy.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012-2014. Hyvä tieteellinen käytäntö. Verkko-dokumentti. Viitattu 15.9.2017. <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta>

Työterveyslaitos 2017. Suomalaisten univaikeudet ovat lisääntyneet. Viitattu 15.11.2017. Saatavissa <https://www.ttl.fi/suomalaisten-uni-on-lyhentynyt-30-vuodessa-noin-20-minuuttia/>

UKK-instituutti 2017. Terveysliikunnan suositukset. Viitattu 15.10.2017. Saatavissa <http://www.ukkinstituutti.fi/liikuntapiirakka>

UKK-instituutti. 2015. Liikunnan vaikutukset. Viitattu 15.10.2017. Saatavissa http://www.ukkinstituutti.fi/tietoa_terveysliikunnasta/liikunnan_vaikutukset

Unettomuus: Käypä hoito -suositus. 2017. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Unitutkimusseura ry:n asettama työryhmä. Viitattu 15.11.2017. Saatavissa <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50067#s10>

Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014. Terveyttä ruoasta – Suomalaiset ravitsemussuositukset 2014. Tampere: Juvenes Print – Suomen Yliopistopaino Oy

WHO 2017. Noncommunicable diseases, Fact sheets, updated June 2017. Viitattu 24.9.2017. Saatavissa <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs355/en/>

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. Viitattu 12.9.2017. Saatavissa <file:///C:/Users/HP/Desktop/ylimäki%20ohjaus.pdf>

Yu, R., Yan, LL., Wang, H., Ke, L., Yang, Z., Gong, E., Guo, H., Liu, J., Gu, Y. & Wu, Y. 2014. Effectiveness of a community-based individualized lifestyle intervention among older adults with diabetes and hypertension, Tianjin, China, 2008-2009. Viitattu 16.11.2017. Saatavissa <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24831288>

Östberg, A. L., Wikstrand, I. & Bengtsson Boström, K. 2011. Group treatment of obesity in primary care practice: A qualitative study of patients' perspectives. Scand J Public Health 39, 98-105. Viitattu 16.11.2017. Saatavissa <http://journals.sagepub.com.lillukka.samk.fi/doi/pdf/10.1177/1403494810391524>

LIITE 1.

Tekijät, vuosi, maa	Tutkimuksen tarkoitus	Kohderyhmä	Interventio / vertailuinterventio	Käytetyt mittarit / aineiston keruu	Keskeiset tulokset	Laadun arviointipisteet
1 Schulz ym. 2015	Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida Walk Your Heart to Health (WYHH) -intervention vaikutuksia. Intervention tavoitteena on fyysisen aktiiviteetin lisääminen ja kardiovaskulaaristen tautien riskin vähentäminen.	Ei-latinalaisamerikkalaisen musta väestö ja latinalaisamerikkalaisen väestö Detroitissa, Michiganissa.	WYHH oli 32-viikkoinen kävelyryhmäinterventio, jonka mahdollisesti yhteisön terveyttä edistävät tahot. Ryhmät tapasivat kolme kertaa viikossa yhteisöllisissä tai uskoon liittyvissä organisaatioissa, ja käveli 45 minuutista 90 minuuttiin (lisääntyen ajan myötä).	Tutkimuksessa käytettiin klusterisatunnais-tettua kontrollisuunnitelmaa, jonka avulla arvioitiin WYHH:n vaikuttavuutta, ja jossa osallistujat jaettiin satunnaisesti interventioryhmään ja viivästetyn intervention ryhmään (kontrolliryhmään). Psykososiaalista, kliinistä sekä antropometrista tietoa kerättiin tutkimuksen alussa, kahdeksan viikon kohdalla sekä 32 viikon kohdalla.	Interventioryhmään osallistuneiden askelmäärä lisääntyi merkittävästi enemmän ensimmäisten 8 interventioviikon aikana verrattuna kontrolliryhmään. Lisääntynyt fyysinen aktiiviteetti liitettiin systolisen verenpaineen, paastosokerin, kokonaiskolesterolin, vyötärön ympärysmittan sekä painoindeksin laskuun kahdeksan viikon kohdalla, ja se pysyi yllä myös 32 viikon kohdalla.	14/20

<p>2 Andersen ym. 2014</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena oli arvioida 24 viikkoa kestävän vapaa-ajan jalkapalloharjoittelun vaikutusta lihaksiin, verensokeriin, ruumiinrakteeseen ja maksimaaliseen hapenotto-kykyyn.</p>	<p>21 keski-ikäistä T2DM:a sairastavaa ruotsalaista miestä, joista 12 kuului harjoitteluryhmään ja 9 inaktiiviseen kontrolliryhmään.</p>	<p>Harjoitteluryhmässä oleville järjestettiin viikottain 2 x 60 minuuttia kestävä ohjattu jalkapallotreenit. Kontrolliryhmä jatkoi vähän liikkuvaa elämäntapaa.</p>	<p>Kaikille osallistuneille (21) tehtiin testit viikoilla 0, 12 ja 24. Testit sisälsivät lihasbiopsian, verikokeita, pyöräilykokeen.</p>	<p>24 viikkoa kestävä vapaa-ajan jalkapalloharjoittelu paransi hapenotto-kykyä ja alensi kehon kokonaisrasvamäärää harjoitteluryhmään osallistuneilla. Jalkapalloharjoittelu voi olla houkutteleva panostus T2DM:n hoitoon.</p>	<p>18/20</p>
----------------------------	--	--	---	--	---	--------------

<p>3 del Roy ym. 2013</p>	<p>Määrittää seitsemän viikkoa kestävä, ryhmässä toteutetun, sairaanhoitajan tarkkaileman liikuntaohjelman vaikutuksia liikalihavien naisten liikuntaohjelman noudattamiseen 12 kuukauden jälkeen.</p>	<p>174 naista Madridin alueelta (Espanjasta) iältään ≥ 45 vuotta, joiden BMI on ≥ 30.</p>	<p>Naiset osallistuivat 21:en tunnin pituiseen ohjattuun liikuntasessioon (kolme viikossa) seitsemän viikon aikana, alkaen helmikuussa 2009. Eikontrolliryhmää (ennen-jälkeen) -interventiotutkimus.</p>	<p>Liikuntaohjelmaa hyödyntäneiden naisten määrää dokumentoitiin Nursing Outcome Classification:in avulla ennen interventiota sekä kuuden ja kahdentoista kuukauden päästä intervention jälkeen. Tietoa kerättiin haastattelemalla tutkittavia. Sen jälkeen suoritettiin bivaari- (McNemar ja Student t-testit) ja multivariaattianalyysit</p>	<p>Tulokset osoittavat, että liikuntaharjoitteluohjelman avulla toteutettu interventio voi rohkaista liikalihavia naisia jatkaamaan harjoittelua edelleen sen jälkeen, kun interventio loppuu. Tämän tyyppinen interventio voi olla arvokas keino, kun halutaan auttaa naisia painonpudotuksessa ja terveydentilan parantamisessa. Sillä saattaa olla myös tärkeää taloudellista hyötyä terveydenhuollolle. Tulosten vahvistamiseksi tarvitaan vielä kliinisiä kokeiluja, joiden seuranta-ajat ovat pidempiä, ja niitä tulee suorittaa muillekin väestöryhmille.</p>	<p>15/20</p>
-------------------------------	--	---	--	--	--	--------------

<p>4 Yu ym. 2014</p>	<p>Yhteisöpohjaisen elämäntapaintervention vaikutus diabeteksen ja korkean verenpaineen ennaltaehkäisyyn.</p>	<p>Tutkimuksen kokeilu suoritettiin viidellä yhteisökllinikalla Tianjinissa, Kiinassa. maakunnan 5 julkista terveydenhuoltoyksikköä. Osallistujat 45-75 vuotiaita. Yhteensä 273 osallistujaa kahdessa ryhmässä. 1. ryhmä, 175 osallistujaa. 2. ryhmä 98 osallistujaa.</p>	<p>3 kuukautta kestävä elämäntapa interventio: aktiivisuusmittareilla seurattiin liikku-mista. Kontrolliryhmällä tavalliset seurantakäynnit. Yksilökäynnillä ladattiin tiedot tietokoneelle, samoin ravitsemustieto kirjattiin. Tulosten perusteella tehtiin yksilöllinen liikunta- ja ravitsemussuunnitelma.</p>	<p>Mittarista saatiin vastaanotolla tieto liikun-taan käytetystä ajasta ja aktiivisuudesta. Osallistujat pitivät ateriapäiväkirjaa tiettyinä päivinä. Osallis-tujat tavattiin yksilö-vastaanotolla 1 kk aika-na viikoittain ja 2. ja 3. kk aikana 2 viikon välein. Valittuja omi-naisuuksia näiden kahden ryhmän välillä verrattiin y(2)-tes-teillä, jatkuvien muut-tujien parillisilla t-tes-teillä ja itsenäisillä t-tes-teillä.</p>	<p>Lähtökohtaan verrat-tuna tapahtui merkit-tävä lisääntyminen lii-kunnan suorittamisessa ja merkittävä vähenemi-nen päivittäisessä kalo-rien saannissa. Tulokset olivat merkittäviä kont-rolliryhmään verrattuna myös painon, vyötärön, verenpaineen, sokerira-situksen 2 h arvon suh-teen ja HbA1c:n suhteen (pienenivät).</p>	
----------------------	---	---	---	--	--	--

<p>5 Kaasalainen ym. 2016</p>	<p>Tavoitteena oli arvioida luontoliikunta-ohjelman soveltuvuutta työikäisten miesten painonhallinnan tueksi.</p>	<p>Kuusi tapaamiskertaa sekä aloitus- ja päätöstapaamiset kahdessa ryhmässä (N=12 ja N=8). Tapaamisiin kuului luontoliikuntaa, ruoanvalmistusta nuotiolla sekä elintapaohjausta.</p>	<p>Miehille joilla oli ylipainoa tai metaboli- sena oireyhtymän riskitekijöitä. Osallistujille maksuton. Ohjauksesta vastasivat Kuntoliikunnan ohjaaja ja laillistettu ravitsemusterapeutti. Ohjelman tavoitteena oli motivoida miehiä lisäämään fyysistä aktiivisuuttaan luontoliikunnan avulla, sekä kannustaa terveellisiin ruokailutottumuksiin.</p>	<p>Ohjelman vaikutuksia arvioitiin keräämällä tietoa osallistujien liikunta- ja ruokailutottumuksista ja osallistujakokemuksista kyselylomakkeella sekä mittaamalla kehon koostumusta (Inbody 720) ja kestävyyskuntoa (VO2max) polkupyörätestillä (Fitware) tutkimuksen alussa ja lopussa. Lisäksi tutkitavat täyttivät tavoitepäiväkirjaa.</p>	<p>Loppuun jatkaneiden (n=16) liikunta-aktiivisuudessa ei tapahtunut muutoksia, vaikka päivittäin liikkuvien määrä lisääntyi ja kuntoluokka parani seitsemällä miehellä. Elintapamuutosten laajuudessa oli suuria yksilökohtaisia eroja.</p>	
<p>6 Sjögren ym. 2010</p>	<p>Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää työpaikalla tapahtuneen kevyen lihasvoimaharjoittelun vaikutusta 90 toimistotyöntekijän työkykyyn</p>	<p>90 vapaaehtoista työntekijää [Keski-ikä 46, naisia 66 %], jotka tekivät fyysisesti kevyttä työtä.</p>	<p>Interventio sisälsi 15 viikon harjoittelun ja harjoittelun ohjauksen sekä 15 viikon seurantajakson, jolloin työntekijät eivät harjoitelleet tai saaneet ohjausta. Harjoittelu toteutettiin kerran /pv 5 viikon ajan, sen jälkeen 1-2 krt/pv. Fysioterapeutin ohjaus 3 krt, 5 viikon välein.</p>	<p>Tilastolliset analyysit SPSS ja SAS-tilasto-ohjelmilla. Analysoitiin lihasvoimaharjoittelun vaikutusta työkykyindeksiin kolmeen osakysymykseen: Työkyky verrattuna itse arvioituun elinaikaiseen parhaimpaan tilaan sekä työkyky työn ruumiillisten ja henkisten vaatimusten kannalta.</p>	<p>Fyysisellä harjoittelulla työpaikalla on positiivista vaikutusta työntekijöiden koettuun työkykyyn. Tarvitaan lisää satunnaistettuja ja kontrolloituja tutkimuksia, joissa fyysisen aktiivisuuden ja harjoittelun annosvastesuhteet on huomioitu.</p>	<p>20/20</p>

<p>7 Absatz ym.2008</p>	<p>Tarkoitus oli selvittää, voidaanko DPS-tutkimuksessa (diabeteksen ehkäisy tutkimus) saavutetut tulokset toistaa terveydenhuollon normaalissa toiminnassa ilman mittavaa lisäpanostusta. Kesto 12 kk. 6 tapaamista, joista viisi 2 vko:n välein ja 6. puolen kuluttua viidennestä.</p>	<p>Th:t rekrytoi tk:ssa selälaiset 50-65 vuotiaat potilaat, joilla oli jo aiemmin todettu dm-riskitekijöitä. Yhteensä 352 potilasta, 36 ryhmässä.</p>	<p>Suomalainen DPS johti kolmivuotisessa seurannassa merkittäviin elintapamuutoksiin. Kontrolloidun koeasetelman siirtäminen kohtuullisena ryhmäneuvontainterventiona terveydenhuollon arkikäyttöön.</p>	<p>Verrattiin koeryhmän saavuttamia tuloksia elintapamuutosten osalta DPS-tutkimuksen tuloksiin. Mittauksina sokerirasitus, rasva-arvot, kliiniset mittaukset, ruokapäiväkirja, kyselylomake 0 ja 12 kk. Riskitekijöiden muutokset analysoitiin SPSS-analyysillä.</p>	<p>Ruokavaliotavoitteet saavutettiin yhtä hyvin tai paremmin kuin DPS:ssa. Liikunta- ja laihtumistavoitteet eivät toteutuneet yhtä hyvin. Elintapamuutoksissa onnistuneista 83 %:lla glukosinsieto oli normaali vuoden seurannassa. Liikunnan lisääminen vaatii terveydenhuollon ja liikuntatoimen yhteistyön kehittämistä. Perusterveydenhuollossa voidaan ryhmäneuvonnan avulla saavuttaa samantyyppiset muutokset ruokavaliossa kuin kontrolloitujen tutkimusten intensiivisessä yksilöneuvonnassa.</p>	
-------------------------	--	---	--	---	--	--



LIIKUNTA- JA ELINTAPARYHMÄ

Kokoontumiset elintapa-asioissa

Hyvinvointikeskus, Torikatu 4

1. tapaaminen maanantaina 6.2.2017 klo 15.30

- Tapaamisessa käydään läpi mm. alkuhaastattelulomake, alkumittaukset, labrat

2. tapaaminen, maanantai 20.2 klo 15.30

- Ruokavaliosuositukset

3. tapaaminen, maanantai 13.3 klo 15.30

- Muutokseen motivointi, Terttu Männistö

4. tapaaminen, maanantai 3.4 klo 15.30

- Lisää ravitsemuksesta

5. tapaaminen, maanantai 24.4 klo 15.30

- Järkeä vai tunteet, tunnesyömisestä tietoiseen syömiseen
- Uni ja stressinhallinta osana hyvinvointia

6. tapaaminen, maanantai 29.5 klo 15.30

- Loppumittaukset ja palaute



Liikuntakerrat keskiviikkoisin klo 15.00 – 16.00

Kuntokeskus Combi, Torikatu 15

LIIKUNTAKERROILLE ON HYVÄ OTTAA MUKAAN:

- pieni "hikipyyhe"
- vesipullo
- kengät (sisäkengät, lenkkarit), jos kengät on olleet ulkokäytössä, puhdista pohjat



Terveydenhoitaja Anu Sorvali
Puh 044 577 3429
anu.sorvali@epo sa.fi





LIIKUNTA- JA ELINTAPARYHMÄ

Tervetuloa mukaan!

Liikunta- ja elintaparyhmä on maksuton ja tarkoitettu henkilölle, joilla on vaara sairastua kansansairauksiin tai heillä on jo todettu sairaus esim. verenpainetauti, metabolinen oireyhtymä, diabetes tai ylipaino.

Ensimmäinen tapaaminen elintapa-asioissa:

Maanantaina 6.2.2017 klo 15.30

Hyvinvointikeskus, Torikatu 4

- Tapaamisessa käydään läpi mm. alkubaastattelulomake, alkumittaukset, labrat
- Elintaparyhmä kokoontuu aluksi 2 vkon välein, sitten 3 vkon välein. Tarkemmat ajankohdat selviävät myöhemmin.

Ensimmäinen liikkumiskerta:

Keskiviikkona 8.2.2017 klo 15.00 – 16.00

Kuntokeskus Combi, Torikatu 15

- HUOM! Liikuntaryhmä kokoontuu tästä eteenpäin 15 kertaa, keskiviikkoisin klo 15-16.



- *Sinä voit liikkumisella vaikuttaa* -

* Elämänlaatuun
* Verenpaineeseen * Sokeritasapainoon * Kolesteroliarvoihin
* Astman ja muiden hengityssairauksien hoitoon * Tuki- ja liikuntaelimestön kuntoon
* Mielenhuoltoon * Työssä- ja vapaa-ajalla jaksamiseen
* Painonhallintaan, ulkonäköön * Unen määrään ja laatuun * Ihmissuhteisiin
* Rentoutumiseen, virkistäytymiseen

Jos kiinnostuksesi heräsi, ota yhteyttä tammikuun loppuun mennessä!



Terveydenhoitaja Anu Sorvali
Puh 044 577 3429
anu.sorvali@eposa.fi



Pohjois-Satakunnan
peruspalvelukuntayhtymä

ALKUHAASTATTELULOMAKE

NIMI _____

1. LIIKKUMINEN

Jos 10 minuutin yhtäjaksoisesta liikkumisesta saa yhden pisteen, kuinka monta pistettä keskimäärin saat liikkumalla kasaan viikossa (esim. 2 x 12 min = 2 pistettä tai 1 x 20 min = 2 pistettä).

Viikossa: _____ pistettä

2. RAVITSEMUS

- A. Käytätkö lautasmallia? kyllä / en / mikä se on
- B. Ympyröi päiväsi ateriat aamupala – välipala – lounas – välipala – päiväl-
linen – iltapala
- C. Syön marjoja ja hedelmiä päivittäin / joka toinen päivä / 2 x viikossa / har-
voin
- D. Syön kasviksia, vihanneksia ja salaattia päivittäin / joka toinen päivä / 2 x viikossa / har-
voin

3. TOIMINTAKYKY

- A. Onko sinulla selkävaivoja tai muita tuki- ja liikuntaelinten pitkäaikaisia tai usein tois-
tuvia vaivoja, jos on niin
mitä? _____
- B. Arvioi päivittäistä toimintakykyäsi asteikolla 0=täysin toimintakyvytön, 10 =toimin-
takyky parhaimmillaan
0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10
- C. Arvioi vireystilaasi asteikolla 0=alhainen vireystila, 10 =vireystila parhaimmillaan
0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10

4. UNI

Arvioi tämän hetkistä nukkumistasi asteikolla 0=nukkuminen huonoa, 10=nukun
erittäin hyvin

0.....1.....2.....3.....4.....5.....6.....7.....8.....9.....10

5. TUPAKOINTI (jos et tupakoi, siirry seuraavaan kysymykseen)
Jos tupakoit, niin kuinka monta savuketta poltat vuorokaudessa
alle 10, 11-20, 21-30, yli 30

6. ALKOHOLI, täytä erillinen AUDIT C- kaavake
_____ AUDIT pistettä

7. MUUTOSHALU
Arvioi asteikolla 0..-..10 halusi muuttaa tottumuksiasi, 0= en halua, 10=haluan ehdottomasti

Liikunnan määrän suhteen

0...1...2...3...4...5...6...7...8...9...10

0...1...2...3...4...5...6...7...8...9...10

Ravitsemustottumusten suhteen

Levon ja nukkumisen suhteen

0...1...2...3...4...5...6...7...8...9...10

0...1...2...3...4...5...6...7...8...9...10

Tupakoinnin suhteen

Alkoholin käytön suhteen

0...1...2...3...4...5...6...7...8...9...10

Mitä ajatuksia liikunta sinussa herättää, voit vastata yhdellä sanalla tai lauseella.

KIITOS VASTAUKSESTASI!

PALAUTEKYSELY, LIIKUNTA- JA ELINTAPARYHMÄ 2017

	samaa mieltä	en osaa sanoa	eri mieltä
Ryhmään kannatti osallistua	_____	_____	_____
Sain elintaparyhmistä hyödyllistä tietoa	_____	_____	_____

Elintaparyhmässä oli hyvää?

Liikuntaryhmässä oli hyvää?

Muutos- ja kehitysideoita tuleviin ryhmiin?

Jäitkö kaipaamaan ryhmän ohjelmaan jotain mitä siinä ei ollut mukana?

Mitä ryhmissä esiin tulleita tai opittuja asioita aiot tulevaisuudessa hyödyntää?

Vapaa sana:

LIITE 6.

Viikko	Elintapaohjausryhmän sisältö	Liikuntaryhmän sisältö	Osallistujamäärät (n)	Muuta huomioitavaa toteutuksessa
1	Esittely, alkuhaastattelulomake, mittaukset, labratulokset, liikunnan vaikutus terveyteen.	Sisäpyöräily ja kehonhuolto	8 9	6 otti kokeiluun sykemit-tarin. Havainnointi.
2		Niska/selkä ja venyttelyt	11	Havainnointi
3	Ruokavaliosuositukset, ateriarytmi ja lautasmalli	Kahvakuula ja venyttelyt	8 11	Sykemittareiden palautus. Havainnointi
4		Lihaskuntaa keskivartalolle ja jaloille ja venyttelyt	7	
5		Kuntosalilla harjoittelua	9	Havainnointi
6	Muutokseen motivointi. Muutosvaihemalli. Tavoitteen asettaminen.	Vesiliikuntaa uimahallissa	8 6	Ryhmän piti psyk. sh. Ryhmän vetäjä ha-vainnoi. Havainnointi.
7		Kuntopiiri salissa	3	
8		Lihaskuntaa ja venyttelyt	7	Havainnointi
9	Lisää ravitsemuksesta. Pakkausmerkinnät, vinkkejä hyviin valintoihin. Ateriarunko. Tavoitteesta vielä.	Kuntosalilla kiertoharjoit-telu	7 7	Havainnointi
10		Niska/selkä ja venyttelyt	8	Havainnointi
11		Pilates ja venyttelyt	6	
12	Järki vai tunteet, tunnesyömi-sestä tietoiseen syömiseen. Uni ja stressinhallinta osana hyvinvointia.	Sisäpyöräily ja rullaus	5 7	Havainnointi
13		Vesiliikunta	4	Havainnointi
14		Kuntosalilla kiertoharjoit-telu	6	Havainnointi
15		Ulkoliikunta	3	
16		Venyttelyä ja rentoutusta	7	Havainnointi
17	Loppuhaastattelu. Mittaukset. Palautteen antaminen. Labralähetteet.		9	
33	Jatkotapaaminen. Ryhmähaastattelu. Missä mennään muutosvaiheessa. Elintavat nyt.		4	4 kuukautta ryhmän päät-tymisestä