



TUKEVA RYHMÄ

Pieni Päätös Päivässä - painonhallintaryhmään
osallistuneiden kokemuksia ryhmän vaikuttavuudesta

Annika Lundgren
Johanna Ollikainen
Juuli Toukonen

Opinnäytetyö
Lokakuu 2011
Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystieteiden
Tampereen ammattikorkeakoulu

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU

Tampere University of Applied Sciences

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Terveystieteiden suuntautumisvaihtoehto

LUNDGREN, ANNIKA, OLLIKAINEN, JOHANNA & TOUKONEN, JUULI: Tukeva ryhmä – Pieni Päätös Päivässä - painonhallintaryhmään osallistuneiden kokemuksia ryhmän vaikuttavuudesta.

Opinnäytetyö s. 59, liitteet s. 8.
Lokakuu 2011

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata Pieni Päätös Päivässä - painonhallintaryhmiin osallistuneiden kokemuksia siitä, motivoivatko ryhmät painonhallinnassa ja elämäntapamuutoksen ylläpitämisessä ryhmän jälkeen. Opinnäytetyön tavoitteena on löytää kehittämissuhteita painonhallintaryhmien ohjaajille.

Opinnäytetyössä on käytetty kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Opinnäytetyön aineisto on kerätty teemahaastatteluilla yhdeksältä PPP - painonhallintaryhmiin osallistuneilta henkilöiltä. Haastattelut on toteutettu yksilöhaastatteluina. Aineisto on analysoitu aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Pääsääntöisesti haastateltavat kokivat PPP - painonhallintaryhmän positiivisena kokemuksena. Myönteisinä asioina ryhmissä koettiin erityisesti ohjaajien toiminta, asiantuntijoiden vierailut ja ryhmistä saatu vertaistuki. Kielteisinä asioina ryhmässä koettiin erityisesti ryhmätapaamisten ja jatkoseurannan vähäisyys. Ryhmään olisi kaivattu enemmän toiminnallisuutta esimerkiksi konkreettisten liikuntakokeilujen muodossa. Tulosten pohjalta kehittämissuhteiksi nousivat ryhmien jakaminen ensikertalaisten ja painonhallintaryhmiin jo osallistuneiden kesken, ryhmätapaamisten toiminnallisuuden lisääminen ja säännöllisen jatkoseurannan lisääminen ja kehittäminen. Opinnäytetyön kehittämistehtävänä on kirjoitettu artikkeli hoitoalan lehteen.

Asiasanat: Painonhallinta, ryhmä, ohjaus, elämäntapamuutos.

ABSTRACT

Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care
Option of Public Health Nursing

LUNDGREN, ANNIKA; OLLIKAINEN, JOHANNA & TOUKONEN, JUULI:
Supporting Group – Weight Loss Group Participants' Experiences about the
Effectiveness of the Group

Bachelor's thesis 59 pages, appendices 8 pages
October 2011

The purpose of this study was to describe participants' experiences about whether the Pieni Päätös Päivässä ("a small decision every day" in English) weight loss groups motivated them to lose weight and to maintain the change in their lifestyles also after the groups had ended. The aim of this study was to find development suggestions for the instructors of weight loss groups.

The study was conducted by using a qualitative research method. The data were collected by using a theme interview. We interviewed nine participants of the PPP weight loss groups. The data were analyzed by using qualitative content analysis.

The participants' experiences of the PPP weight loss groups were mostly positive. Especially the instructors, visiting specialists, and peer support were considered positive. Negative things included the low number of group meetings and follow-ups. The participants would have wished that the group had involved for example more concrete sports tryouts. A development suggestion would be to separate novices and veterans into their own groups, and involving more activities and follow-ups. As a development work, we wrote an article for a magazine in the caring industry.

Key words: Weight loss, group, instruction, life style change.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	6
2 RYHMÄNOHJAUS OSANA TERVEYDENHOITAJAN TYÖTÄ.....	8
2.1 Terveystenhoitajan työnkuva	8
2.2 Ryhmänohjaus terveydenhoitajan työssä	9
2.3 Ryhmänohjauksen vaikuttavuus	11
3 LIHAVUUS KANSANSAIRAUTENA	15
3.1 Lihavuuden määritelmät	15
3.2 Lihavuuden yleisyys.....	16
3.3 Lihavuuden taustat	17
3.4 Lihavuuden terveysvaikutukset.....	18
4 TYYPIN 2 DIABETES	22
4.1 Yleisyys	22
4.2 Riskitekijät	23
4.3 Ennaltaehkäisy	24
4.4 Hoito	26
5 LAIHDUTTAMINEN JA PAINONHALLINTA.....	28
5.1 Laihduttaminen	28
5.2 Painonhallinta	29
5.2.1 Ruokavalio painonhallinnassa	29
5.2.2 Liikunta painonhallinnassa	32
5.3 Painonhallintaryhmä	33
6 PIENI PÄÄTÖS PÄIVÄSSÄ – PAINONHALLINTARYHMÄ.....	35

7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	37
8 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	38
8.1 Kvalitatiivinen tutkimus	38
8.2 Aineistonkeruu	39
8.3 Aineiston analyysi	40
9 TUTKIMUSTULOKSET	43
9.1 Motivoivat tekijät ryhmässä.....	43
9.2 Ryhmässä myönteisiksi koetut tekijät	43
9.3 Ryhmässä kielteisiksi koetut tekijät.....	45
9.4 Kehittämisehdotukset	46
9.5 Tulosten yhteenveto	47
10 POHDINTA	48
10.1 Opinnäytetyön eettisyys.....	49
10.2 Opinnäytetyön luotettavuus	49
10.3 Tutkimustulosten tarkastelu	50
10.4 Jatkotutkimusaiheet	53
11 KEHITTÄMISTEHTÄVÄ.....	55
LÄHTEET.....	56
LIITTEET	60

1 JOHDANTO

Ylipainon ja tyypin 2 diabeteksen esiintyvyyden lisääntyminen suomalaisessa väestössä asettaa haasteita terveydenhuollolle kehittää toimintatapojaan. Elintapaohjaus niin yksilö - kuin ryhmämuotoisenakin on toimiva tapa ehkäistä ja vähentää terveydellisiä riskitekijöitä, kuten diabetesta ja ylipainoa. (Sarimo 2010, 17.) Ohjaus ja motivointi elintapojen muutokseen tulisi sisältyä tavalla tai toisella terveydenhuollon ammattilaisten työhön. (Abzets 2010, 8.) Ryhmänohjauksen puolesta puhuvat sen kustannustehokkuus sekä ryhmästä saatava vertaistuki. Ryhmänohjaustyössä tärkeimpänä lähtökohtana käyttäytymismuutokselle on ryhmäläisen ja ohjaajan välinen suhde. Ohjaajan myönteinen ja valmentava ote edesauttavat ryhmäläisten elämäntapamuutosten onnistumisessa. (Anglé 2010, 2691.)

Pieni Päätös Päivässä eli PPP - painonhallintaryhmä on kehitetty osana Sydänliiton ja Diabetesliiton Pieni Päätös Päivässä - projektia. PPP - painonhallintaryhmä on laihduttamisen ja painonhallinnan ryhmätoimintamalli, jonka ensisijaisena kohderyhmänä ovat henkilöt, joilla on suurentunut riski sairastua tyypin 2 diabetekseen. (Diabetesliitto 2004, 75). PPP - ryhmät ovat osa diabeteksen ennaltaehkäisyn toimintamallia Tampereella.

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata Pieni Päätös Päivässä - painonhallintaryhmiin osallistuneiden kokemuksia siitä, motivoivatko ryhmät painonhallinnassa ja elämäntapamuutoksen ylläpitämisessä ryhmän jälkeen. Tavoitteenamme on löytää kehittämis ehdotuksia painonhallintaryhmien ohjaajille. Ryhmien vaikuttavuutta olemme tutkineet haastattelemalla vuonna 2009 Tampereella PPP - ryhmiin osallistuneita. Toteutimme opinnäytetyön yhteistyössä Tampereen kaupungin dehkohoitajien kanssa. Kehittämistehtävänä kirjoitimme artikkelin opinnäytetyömme tuloksista Diabetes ja lääkäri - lehteen.

Opinnäytetyömme teoriaosassa käsittelemme ryhmänohjausta osana terveydenhoitajan työtä. Selvitämme myös lihavuuden ja tyypin 2 diabeteksen

yleisyyttä ja riskitekijöitä. Lisäksi esittelemme laihduttamisen ja painonhallinnan keskeisiä piirteitä sekä PPP - painonhallintaryhmän toimintaa.

Valitsimme opinnäytetyön aiheen sen ajankohtaisuuden vuoksi. Yhteistyökumppaneillamme oli toiveena saada palautetta työstään painonhallintaryhmien ohjaajina.

Opinnäytetyön tekijät kiittävät yhteistyöstä Tampereen kaupungin dehkohoitajia.

2 RYHMÄNOHJAUS OSANA TERVEYDENHOITAJAN TYÖTÄ

2.1 Terveystenhoitajan työnkuva

Terveystenhoitaja on terveydenhuollon laillistettu ammattihenkilö, joka on suorittanut sairaanhoitaja - ja terveydenhoitajatutkinnon. Terveystenhoitaja on hoitotyön ja erityisesti terveyden edistämisen ja kansanterveystyön asiantuntija ihmisten elämäntulun eri vaiheissa. (Suomen terveydenhoitajaliitto ry). Terveystenhoitajan tehtävänä on rakentaa yhdessä muiden tahojen kanssa terveyttä edistävää toimintaa yhteiskunnassa. Terveystden edistämällä tarkoitetaan prosessia, johon vaikuttavat yksilölliset ja yhteiskunnalliset tekijät sekä vallitsevat olot. Tarkoituksena on parantaa terveysoloja ja ihmisten mahdollisuuksia vaikuttaa omaan ja ympäristönsä terveyteen. Ohjaavia arvoja terveyden edistämässä ovat ihmisarvon ja itsenäisyyden kunnioittaminen, voimavaralähtöisyys, oikeudenmukaisuus, osallistaminen, yhteistyö, kestävä kehitys ja asiakasnäkökulma sekä kulttuurisidonnaisuus. (Haarala, Honkanen, Mellin & Tervaskanto - Mäentausta 2008, 42 - 43, 51.)

Kansanterveyslaissa kansanterveystyö määritellään yksilöön, väestöön ja elinympäristöön kohdistuvana terveyden edistämisenä, mukaan lukien sairauksien ja tapaturmien ehkäisy sekä yksilön sairaanhoito. (Haarala ym. 2008, 42 - 43, 51.) Terveystden edistämisen lisäksi terveydenhoitotyössä korostuu sen preventiivinen eli ennaltaehkäisevä ja promotiivinen eli terveyttä rakentava sekä terveyden edellytyksiä tukeva puoli. Terveystenhoitajan työssä keskeistä on erilaisten kansansairauksien ennaltaehkäisy aktivoimalla väestöä itse vaikuttamaan omaan hyvinvointiinsa ja terveyden ylläpitämiseen. (Pesso 2004, 121 - 122).

Terveystenhoitaja tarvitsee työssään erilaisten työmenetelmien hallitsemista. Jokaisessa menetelmässä asiakkaan pitää tuntea tulleensa kuulluksi ja huomioituksi oman elämänsä parhaana asiantuntijana. Terveystenhoitajan työssä keskeisten työmenetelmien hallinnan lähtökohtina ovat dialoginen vuorovaikutus,

ratkaisukeskeinen työtapa ja moniammatillinen yhteistyö. Esimerkiksi asiakkaan terveyskäyttäytymisen muutoksen tukemisessa terveydenhoitajan työmenetelminä ovat muun muassa motivoiva haastattelu ja voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu. Vanhemmuuden tukemisessa keskeistä on huomioida varhaisen vuorovaikutuksen tukeminen, jossa apuna voidaan käyttää esimerkiksi vanhemmuuden roolikarttaa. Varhaisessa puuttumisessa ja puheeksi otossa toimiva työväline on mini - interventio. Yhteisön ja ryhmien terveyden edistämisen työmuotoina ovat yhteisödiagnoosi ja ryhmänohjaus. (Haarala ym. 2008, 106 - 107.)

2.2 Ryhmänohjaus terveydenhoitajan työssä

Terveydenhoitajan työhön on aina kuulunut ryhmänohjausta jossakin muodossa. Esimerkiksi varhainen neuvolatyö on ollut hyvin voimakkaasti juuri ryhmänohjausta. Koulu - ja opiskeluterveydenhuollossa ryhmänohjaus on myös näkynyt vahvasti. Työpaikoilla ja terveyskeskuksissa tapahtuvan ryhmätoiminnan tavoitteena taas on ollut usein terveyttä edistävien elintapojen noudattaminen ja terveydelle haitallisista elintavoista luopuminen. Nykyään ryhmänohjaus on jälleen yleistymässä terveydenhoitajan työmenetelmänä. Terveydenhoitajien kokemus, perehdytys ja koulutus ryhmänohjaukseen ovat hyvin vaihtelevia. Suomessa ei ole yhtenäistä ryhmänohjaajakoulutusta eikä muodollisia pätevyysvaatimuksia ryhmänohjaajille. Useat terveydenhoitajat ovat hankkineet ryhmänohjaustaitoihinsa lisäkoulutusta, mikä on hyvä, koska pelkkä teorian hallinta ei riitä pätevään ohjaustoimintaan. (Haarala ym. 2008, 258,264.)

Ryhmänohjaajan työn lähtökohtana on, että ohjaaja on sitoutunut työhönsä ja pitää sitä tärkeänä, koska vain silloin ryhmätoiminnalta voidaan odottaa vaikuttavia tuloksia. Ryhmänohjaajan on hyvä tuntee ryhmädynamiikan muodostumisen kannalta keskeiset asiat, sillä käytännössä hän kantaa vastuun ryhmän vuorovaikutuksen, kommunikaation ja työskentelyn ohjauksesta ja toimivuudesta. Ohjaajan tehtävänä on luoda hyvä ilmapiiri oppimiselle ja sitoutua myös itse oppimisprosessiin. Ryhmän jäsenet ovat vastuussa henkilökohtaisesta

kehittymisestään ryhmäprosessin aikana ja tuovat tapaamisiin mukanaan omat kokemuksensa ja tietonsa myös muille jaettaviksi oman halukkuutensa ja motivaationsa mukaan. (Haarala ym. 2008, 260 - 261.)

Ohjaajalla tulee olla hyvät viestintä - ja ongelmanratkaisutaidot sekä vahva luottamus itseensä. Hänen tulee toimia määrätietoisesti ryhmänohjaajana ja hallita painonhallintaryhmän sisältöön kuuluva teoreettinen ja kokemukseen perustuva tieto. Todella tärkeää on, että ohjaaja kokee oman työnsä merkitykselliseksi, koska tämä antaa motivaatiota ja innokkuutta tehdä työtä ryhmien parissa sekä kehittää työtä eteenpäin. Ohjaajan kannattaa asettaa myös itselleen tavoitteita ja haastaa itseään uusilla asioilla ja kokeiluilla, koska näin hänen ohjaamansa ryhmätoiminta paranee jatkuvasti laadultaan. Ryhmään osallistuneilta on hyvä pyytää palautetta, koska tätä kautta saadaan mahdollisesti kehittämisideoita jatkoa ajatellen sekä ohjaajalle konkreettista palautetta hänen työnsä vaikuttavuudesta. Hyväksi ohjaajaksi kehittyminen on jatkuva prosessi, jossa elinikäinen oppiminen ja itsensä kehittäminen on välttämätöntä. (Haarala ym. 2008, 260 - 261.)

Painonhallintaryhmässä ohjaajan keskeinen työmenetelmä on käyttäytymismuutoksen ohjaus. Muutos voi toteutua kun henkilö on valmis ja kykenevä muutokseen. Valmius ja kyky muodostuvat ohjauksessa eivätkä ole ohjauksen edellytys. Muutosvalmiuden kuvaamiseen voidaan soveltaa esimerkiksi transteoreettista mallia (muutosvaihemallia), joka on kuvattu seuraavalla sivulla (kuvio 1). Onnistuminen painonhallinnassa edellyttää aina vanhojen tottumusten muuttamista ja uusien tottumusten oppimista. Muutokset voi toteuttaa vain niihin motivoitunut henkilö itse. Keskeisiä käyttäytymismuutosten ohjausmenetelmien vaiheita ovat muutoksen toteutuksen suunnittelu, tietoisten ja selkeiden tavoitteiden asettaminen, repsahduksien uhan tunnistaminen ja hallinta, suunniteltu muutoksen seuraaminen, esimerkiksi säännöllinen punnitus, ruoka- ja liikuntapäiväkirjat ja askelmittari. (Duodecim - seura 2011.) Motivoinnin keskeiset kulmakivet ovat opittavissa ja sovellettavissa kaikessa henkilön oman toiminnan edistämiseen tähtäävässä ohjauksessa (Absetz 2010, 8.)



KUVIO 1. Muutosvaihemalli elämäntapamuutoksen kuvaamisessa Prochaskan ja DiClementen mukaan (Turku 2007, 55 - 61.)

2.3 Ryhmäohjauksen vaikuttavuus

Turun mukaan elintapaohjaus on toimiva tapa ehkäistä ja vähentää terveydellisiä riskitekijöitä, kuten diabetesta ja ylipainoa. Turku suosittelee valitsemaan ohjausmallin, joka perustuu valtakunnallisiin suosituksiin, tutkittuun tietoon ja hyviin käytännön kokemuksiin. Ohjausmallin valitsemisessa on tärkeää huomioida asiakkaan sen hetkisen elämäntilanteen tarpeet, mahdollisuudet ja motivaatio elämäntapamuutokseen. Jos asiakas suhtautuu kielteisesti ryhmätoimintaan,

ohjaus on tehotonta. Parhaat tulokset saavutetaan yhdistämällä elintapaohjauksessa yksilö - ja ryhmätapaamisia. (Sarimo 2010, 17).

Ryhmäohjauksen vaikuttavuutta on tutkittu vertaamalla sitä yksilöohjaukseen. Italialaisessa tutkimuksessa verrattiin hyvin pitkäkestoista strukturoitua ryhmäohjausta yksilöohjaukseen. Tutkimuskohteena olivat tyypin 2 diabeetikot, jotka jaettiin ryhmä - ja yksilöohjaukseen. Seuranta - aika oli neljä vuotta. Ryhmäohjaukseen osallistuneiden henkilöiden diabeteksen hoitotasapaino kohentui ja elintavat muuttuivat terveellisemmiksi. Yksilöohjauksessa olleilla muutokset eivät olleet yhtä merkitseviä. Tutkimuksen johtopäätöksenä on, että ryhmämuotoinen ohjaus on yksilöohjausta tehokkaampi tapa estää diabeteksen eteneminen. (Trento, Passera, Bajardi, Tomalino, Grassi, Borgo, Donnola, Cavallo, Bondonio & Porta 2002, 1231 - 1239.) Iso-Britanniassa tehdyssä järjestelmällisessä tutkimus - katsauksessa verrattiin ryhmä- ja yksilöohjauksen tehoa aikuisten lihavuuden hoidossa. Kaikissa tutkimuksissa osallistuneiden painoindeksi oli yli 28 kg/m² ja ryhmä - ohjauksen kesto vähintään yksi vuosi. Tutkimukset osoittivat, että ryhmämuotoinen lihavuuden hoito tuottaa parempia tuloksia painonhallinnan suhteen kuin yksilö - hoito erityisesti naispuolisilla osallistujilla. (Paul - Ebhohimhen & Avenell 2009, 17 - 24.)

Aikuisten lihavuuden Käypä hoito - suosituksen mukaan ryhmä - ja yksilöneuvonta saattavat olla yhtä tehokkaita lihavuuden hoidossa. Suomalaisessa satunnaistetussa tutkimuksessa verrattiin ryhmä - ja yksilöneuvonnan vaikutusta sairaalloisesti lihaviin painoon (alkupaino keskimäärin 127 kg). Tutkimuksen kesto oli kaksi vuotta. Ryhmäneuvonta sai laihtumisen paremmin alkuun, mutta yksilöneuvonta tuotti paremman ja pysyvämmän laihtumistuloksen erityisesti miehillä. Ryhmäneuvontaa saaneista vuoden kuluttua painoi alkupainoa vähemmän 93 % ja yksilöneuvontaa saaneilla vastaava lukema oli 94 %. Pitkällä aikavälillä yksilöneuvonta näyttää tutkimuksen mukaan olevan tuloksellisempaa kuin ryhmäneuvonta. (Duodecim - seura 2011.) Samankaltaisia tuloksia on saatu myös vuonna 1999 KASDIA- projektin yhteydessä tehdyssä tutkimuksessa, jossa verrattiin yksilö- ja ryhmäohjauksen tehoa sepelvaltimotaudin vaaratekijöiden

alentamisessa. KASDIAn - eli Kangasalan seudun diabetesprojektin tarkoituksena on ehkäistä diabeetikkojen ateroskleroottisia sairauksia. Tutkimukseen osallistui tyyppin 2 diabeetikoita. Tutkimus osoitti, että yksilö- ja ryhmäneuvonta eivät ole toisiaan poissulkevia vaan toisiaan täydentäviä. Molempia tarvitaan toistuvana ja pitkäjänteisenä toimintana. (Tuominen, Rintamäki, Jussila, Kotisaari, Sipilä & Oksa 2001, 4727- 4731.)

Multanen ja Kovanen ovat tutkineet PPP - painonhallintaryhmiin osallistuneiden kokemuksia onnistumisista. Haastatellut yhdeksän henkilöä olivat osallistuneet PPP - painonhallintaryhmiin Keski-Suomessa vuosina 2004 - 2005. Haastatelluista kaikki olivat naisia ja oman näkemyksensä mukaan onnistuneet tavoitteissaan. Tuloksissa esiin nousi sosiaalisen tuen merkitys onnistumisessa. Tässä aineistossa sosiaalinen tuki muodostui ryhmästä tulevasta tuesta sekä ryhmänohjaajan toiminnasta. Haastateltavat kokivat ryhmän voimavarana, koska ryhmän ilmapiiri oli luottamuksellinen ja tuttavallinen. Haastatelluista muutamat olivat tyytymättömiä ohjaajien tai koko ryhmän toimintaan. He kokivat ryhmän esteenä painonhallinnan onnistumiselle, ryhmät myös loppuivat heidän mielestään liian aikaisin. Tutkimukseen osallistuneet henkilöt onnistuivat yhtä henkilöä lukuun ottamatta pysäyttämään painonnousunsa. Seitsemän yhdeksästä onnistui painonsa alentamisessa. Heistä kuitenkin vain muutama oli saavuttanut useamman kilon painonlaskun. (Kovanen & Multanen 2006, 25 - 26, 34, 37, 39 - 40.)

Suomen Diabetesliiton ja Suomen Sydänliiton yhteisen Pieni Päätös Päivässä - projektin ohella kehitetyn painonhallintaohjelman vaikuttavuutta on tutkittu kyseisen projektin seurantatutkimuksessa. Tutkimuksessa suoritettiin kysely PPP-painonhallintaryhmien ohjaajille, jotka arvioivat ryhmän vaikuttavuutta. Ohjaajat arvioivat ryhmiä toimiviksi. 80,5 % ohjaajista arvioi ryhmäläisten saaneen ryhmistä melko tai erittäin paljon eväitä pitkäjänteiseen painonhallintaan. 92 % ohjaajista oli seurannut ryhmien tuloksia, muun muassa painonkehitystä, systemaattisesti. Ryhmäläiset olivat ryhmään osallistumisensa aikana laihtuneet keskimäärin 3,2 kg. PPP - ohjelman vaikuttavuutta ei voida tässä tutkimuksessa arvioida yksittäisen

ryhmäläisen näkökulmasta, koska niin sanottuja väliin tulevia muuttujia on paljon. Seurantatutkimuksessa keskityttiinkin yleisemmällä tasolla PPP - ohjelman toimivuuteen ja tuloksellisuuteen ohjaajien näkökulmasta. (Turku & Heinonen 2005.)

3 LIHAVUUS KANSANSAIRAUTENA

3.1 Lihavuuden määritelmät

Lihavuus tarkoittaa elimistön liiallista rasvakudoksen määrää. Sitä voidaan arvioida määrittämällä painoindeksi ja mittaamalla vyötärönympäryys. (Duodecim - seura 2011.) Painoindeksi ilmoittaa kehon painon ja pinta - alan suhteen. Painoindeksi eli BMI (Body Mass Index) saadaan jakamalla paino (kg) pituuden (m) neliöllä. Painoindeksi on lähes riippumaton pituudesta ja se korreloi hyvin rasvakudoksen määrää, mutta ei anna kuvaa sen jakautumisesta kehossa. (Haglund, Huupponen, Ventola & Hakala - Lahtinen 2010, 159.) Normaali painoindeksi on 18,5 - 25 kg/m². Kun painoindeksi ylittää 25, puhutaan ylipainosta, liikapainosta tai lihavuudesta. (Mustajoki 2007, 81.) Alla olevassa taulukossa on esitetty painoindeksin perusteella luokitellut lihavuuden vaikeusasteet.

TAULUKKO 1. Lihavuuden luokittelu painoindeksin perusteella. (Duodecim - seura 2011).

BMI	Painoluokka
18,5-24,9	Normaali paino
25,0-29,9	Liikapaino (ylipaino)
30,0-34,9	Lihavuus
35,0-39,9	Vaikea lihavuus
40 tai yli	Sairaalloinen lihavuus

Painoindeksin lisäksi lihavuuden arvioinnissa voidaan käyttää vyötärönympärysmittaa (Mustajoki 2007, 84). Vyötärön mittaaminen täydentää painoindeksin määrittämistä erityisesti lievässä ja merkittävässä lihavuudessa

(Haglund ym. 2010, 159). Vyötärölihavuuden raja - arvot kuitenkin vaihtelevat eri lähteissä. Aikuisten lihavuuden Käypä hoito - suosituksessa raja-arvot ovat miehillä 100 cm ja naisilla 90 cm. Kun nämä mitat ylittyvät, puhutaan vyötärölihavuudesta. (Duodecim - seura 2011.) Vyötärönymppäryksen mittaaminen tulisi tehdä aina samalla tavalla, jotta tulokset olisivat luotettavia ja vertailukelpoisia (Mustajoki 2007, 85).

3.2 Lihavuuden yleisyys

Ensimmäistä kertaa ihmisen historiassa on tultu tilanteeseen, jossa suurempi osa väestöstä on liikapainoisia kuin alipainoisia (Fogelholm 2008, 21). Myös Suomessa ylipainosta on tullut kasvava ongelma. Kansallinen FINRISKI 2007 - terveystutkimus on Kansanterveyslaitoksen, nykyisen Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL), väestötutkimussarjan osa. Tutkimuksen tarkoituksena on seurata sydän- ja verisuonitautien sekä muiden kansantautien ja näiden riskitekijöiden tasoa ja muutosta Suomessa. Tutkimustulosten mukaan merkittävästi lihavia oli miehistä 19 % ja naisista 21 %. Painoindeksin keskiarvo oli miehillä 27,0 kg/m² ja naisilla 26,5 kg/m². Vyötärönymppäryys on kasvanut tasaisesti sekä miehillä että naisilla vuodesta 1987 lähtien. (Peltonen, Harald, Männistö, Saarikoski, Peltomäki, Lund, Sundvall, Juolevi, Laatikainen, Alden - Nieminen, Luoto, Jousilahti, Salomaa, Taimi & Vartiainen 2008, 19 - 20.) WHO:n maailmanlaajuisen tietokannan mukaan vuonna 2010 ylipainoisia (BMI ≥ 25 kg/m²) oli naisista 43,6 % ja miehistä 55,8 %. Merkittävästi lihavia (BMI ≥ 30 kg/m²) oli naisista 16,0 % ja miehistä 15,4 %. Painoindeksien keskiarvot olivat naisilla 25,9 kg/m² ja miehillä 26,8 kg/m². (WHO 2010.) Näiden tutkimusten tulokset eivät ole täysin vertailukelpoisia, koska FINRISKI- tutkimuksen kohteena oli 25 - 74-vuotias väestö, kun taas WHO:n tulokset perustuvat yli 15 - vuotiaaseen väestöön.

Lihavuuden yleisyyden vertailu maiden välillä on hankalaa, koska tilastointitavat ja ajankohdat vaihtelevat. Tällä hetkellä suomalaiset miehet ovat lihavuustilastoissa Euroopan keskitason yläpuolella ja naiset ovat lähellä keskitasoa. (Mustajoki 2007,

115.) Verrattaessa muihin Pohjoismaihin, Suomi on lihavuustilastojen kärjessä (Fogelholm 2008, 21). Suomessa lihavuus lisääntyy iän karttuessa. Miehillä lihavuus on yleisintä eläkeiän kynnyksellä ja naisilla hieman myöhemmin. (Mustajoki 2007, 113.) Myös sosioekonomisella asemalla on vaikutusta lihavuuden esiintyvyyteen. Ylipainoisten osuus on suurin alimmassa koulutusryhmässä ja erot ovat suuremmat naisilla kuin miehillä. (Helakorpi, Laitalainen & Uutela 2010, 27.)

3.3 Lihavuuden taustat

Lihavuus johtuu energian saannin ja kulutuksen epätasapainosta. Vuoden 2002 lukujen perusteella energiantarve on vajaassa sadassa vuodessa vähentynyt miehillä noin 1800 ja naisilla yli 1100 kilokaloria päivässä. (Mustajoki 2007, 10.) Energian kulutuksen vähenemisen tärkein syy on tekninen kehitys ja siitä johtuva liikkumattomuus ja lihasten käytön vähentyminen. Energiankulutuksen välttäminen on ihmiselle luontaista, joten liikkumattomuuteen tottuu helposti. Viestintävälineiden kehitys on entisestään lisännyt fyysistä passiivisuutta. (Fogelholm 2008, 33.) Tilastokeskuksen vuonna 2009 tekemän ajankäyttötutkimuksen mukaan suomalaiset viettivät television ääressä keskimäärin 2 tuntia päivässä (Tilastokeskus 2009).

Ruokailutottumukset ovat merkittävä osatekijä lihavuuden yleistymiselle. Pitkällä aikavälillä suomalaisten ruokailutottumukset ovat menneet painonhallinnan kannalta hyödylliseen suuntaan. Kasvisten ja hedelmien huomattava lisääntyminen on muutoksista tärkein, huomattava on myös siirtyminen vähärasvaisiin tai kokonaan rasvattomiin maitotuotteisiin. Vaikka ruokailutottumuksissa on tapahtunut positiivisia muutoksia, on tiettyjen lihavuutta lisäävien ruoka-aineiden käyttö lisääntynyt. (Mustajoki 2007, 12 -13.) Näitä ovat ensisijaisesti rasvaiset ja makeat välipalat sekä virvoitusjuomat ja alkoholi (Männistö, Lahti - Koski, Laatikainen & Vartiainen 2004, 777). Lisäksi ruoka-annokset ovat suurentuneet ja ateriointivat muuttuneet. Vuonna 2009 THL: n teettämän Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys - kyselytutkimuksen mukaan ruokatottumukset

ovat pitkällä aikavälillä kehittyneet ravintosuositusten mukaiseen suuntaan kun taas liikunnan määrä ei täytä suosituksia. Vain 11 % työikäisestä väestöstä liikkui UKK- instituutin terveyslääkintäsuosituksen mukaisesti. (Helakorpi ym. 2010, 27.)

Edellä mainittujen tekijöiden lisäksi myös perintötekijöillä on osuutta ylipainon ja lihavuuden syntyyn. Perimä koostuu useista tekijöistä, näitä ovat erityisesti elimistön energiatehokkuus, energian varastoituminen ja sen käytön jakautuminen rasvojen ja hiilihydraattien välillä sekä nälän ja kylläisyyden säätely (Fogelholm 2008, 26). Usein lihavuus johtuu perimän ja ympäristötekijöiden yhteisvaikutuksesta. Tätä on selvitetty esimerkiksi kaksos- ja adoptiotutkimuksilla. (Mustajoki, Fogelholm, Rissanen & Uusitupa 2006, 86.) Myös erilaisilla psykososiaalisilla ongelmilla, kuten univajeella, stressillä ja masennuksella on vaikutusta lihavuuden kehittymisessä.

3.4 Lihavuuden terveystvaikutukset

Lihavuus johtaa moniin terveyshaittoihin ja lisää merkittävästi useiden sairauksien ja oireyhtymien vaaraa. Sairauksien vaaran suuruus riippuu lihavuuden määrästä. (Duodecim - seura 2011.) Keskivartalolle painottuva ja vatsaontelon sisäinen rasvakudos, eli niin sanottu omenavartalo, on terveydelle haitallisempi kuin lantion ja reisien alueelle kertyvä rasvakudos, eli niin sanottu päärynävarasto. Pääasiassa perimä säätelee kertykö rasva vyötärölle, mutta myös elintavoilla voi siihen vaikuttaa. Tupakointi, runsas alkoholin käyttö sekä vähäinen liikunta lisäävät rasvan kertymistä vyötärölle. Vyötärölihavuus on miehillä hieman yleisempää kuin naisilla. Tärkeimpiä vyötärölihavuuteen liittyviä sairauksia ovat tyypin 2 diabetes, verenpaineen kohoaminen, unihäiriöt, veren rasvahäiriöt sekä sydänsairaudet. (Mustajoki 2010a.) Useimmat näistä johtuvat aineenvaihdunnan häiriöistä, joita vyötärölihavuuteen liittyvä runsas vatsaontelon sisäinen rasva aiheuttaa. Kun aineenvaihdunnan muutokset yhdistyvät vyötärölihavuuteen, puhutaan metabolisesta oireyhtymästä (Mustajoki 2007, 96). Metabolinen oireyhtymä tarkoittaa tilaa, jossa samalla henkilöllä on useita terveyttä uhkaavia häiriöitä.

Metaboliseen oireyhtymään liittyy selvästi suurentunut valtimotaudin riski, sydän- ja verisuonisairauksien vaara on 2 - 3 kertaa suurempi kuin terveillä. (Mustajoki 2010b.)

Tärkein lihavuuden aiheuttama sairaus on tyypin 2 diabetes. Keski-ikässä sen vaara on normaalipainoisiin verrattuna yli kymmenkertainen, jos ylipainoa on 12 - 15 kiloa tai enemmän. (Mustajoki 2010c.) Tyypin 2 diabeetikoista jopa 80 - 90 % on ylipainoisia (Mustajoki 2006, 33). Lihavuuteen liittyvä insuliiniresistenssi eli insuliinin tehottomuus aiheuttaa suurentunutta riskiä sairastua tyypin 2 diabetekseen (Mustajoki 2007, 96). Rungas ylipaino lisää myös kohonneen verenpaineen ja nivelrikon vaaran kolminkertaiseksi (Mustajoki 2010d). Pitkään koholla ollut verenpaine rasittaa sydäntä, koska sydän joutuu työskentelemään jatkuvasti normaalia enemmän. Tämä aiheuttaa sydänlihaksen paksunemista ja lopulta väsymistä, jonka seurauksena tulee sydämen vajaatoiminta. Ylipainoiset voivat vaikuttaa kohonneen verenpaineen hoitoon pudottamalla 4-8 % painostaan, joka laskee sekä ylä- että alapainetta noin 3 - 4 "pykälää". (Mustajoki 2010e.)

Nivelriikko on maailman yleisin nivelsairaus ja sitä esiintyy eniten polvissa, lonkissa, sorminivelissä ja selkänikamien välisissä nivelissä. Ylipainon lisäksi nivelrikolle altistaa ikääntyminen ja perimä. Ylipainoisille nivelrikkopotilaille tärkeimmät hoitomuodot ovat vähäenerginen ruokavalio ja harjoittelu. Suositeltavia harjoitusmuotoja ovat kävely, pyöräily ja vesijumppa. Lisäksi noin 5 kilon laihtuminen ylipainoisilla vähentää oireisen polvinivelrikon vaaraa 50%. (Pohjolainen 2010.)

Lisäksi lihavuuteen liittyy vaara sairastua uniapneaoireyhtymään, veren rasva-arvojen häiriöihin, sepelvaltimotautiin, kihtiin, sappikiviin ja naisilla hedelmättömyyteen. Uniapneassa hengitysteiden ahtaudesta johtuva sisäänhengityksen aiheuttama alipaine tukkii unen aikana kokonaan ilman virtaamisen sisäänhengityksen aikana hetkellisesti. Katkos voi kestää muutamasta sekunnista jopa yli puoleen minuuttiin. Ylipainon lisäksi uniapneaoireyhtymälle

altistaa mm. lyhyt ja paksu kaula. Uniapnean tärkein itsehoito on laihdutus. (Ilanne-Parikka 2010.)

Triglyseridejä eli veren rasvoja elimistön solut käyttävät energianlähteenään ja lisäksi muihin tarkoituksiin. Elimistö saa triglyseridejä kahdella tavalla, ravinnosta ja valmistamalla itse. Normaalisti veri-plasmassa on triglyseridejä alle 2,0 mmol/litrassa. Jos tulos ylittää tämän raja - arvon on kyseessä veren rasva-arvojen häiriö. Vyötärölihavuus ja siihen liittyvä maksan rasvoittuminen on yksi merkittävistä kohonneeseen triglyseridi arvoon johtavista tekijöistä. Vyötärölihavilla tärkein itsehoito on laihduttaminen ja painonhallinta. Ruoasta saadun energiamäärän vähentäminen kaventaa vyötäröä ja jo muutaman kilon pudotus näkyy veriarvoissa. (Mustajoki 2010f.) Myös veren kolesteroli arvoihin voi vaikuttaa elämäntavoilla. Vyötärölihavuus vähentää hyvän eli HDL - kolesterolin määrää, mikä on haitallista, koska valtimotaudin vaara kasvaa. Kuntoliikunnalla pystyy lisäämään HDL - kolesterolin määrää. (Mustajoki 2010g.)

Sepelvaltimoiden ahtautuminen aiheuttaa sepelvaltimotautia. Sepelvaltimot huolehtivat sydänlihaksen hapensaannista ja ravitsemuksesta. Sepelvaltimotaudin riskitekijöistä tärkeimpiä ovat tupakointi, kohonnut veren kolesteroli ja verenpaine sekä diabetes. Taudin etenemistä voi tehokkaasti ehkäistä kiinnittämällä huomiota riskitekijöihin. (Mustajoki 2011h.)

Yleisin sairastumisikä kihtiin on noin 60 - vuotta ja 80 - 90 % sairastuneista on miehiä. Kihti johtuu uraatin eli virtsahapon kiteytymisestä niveliin ja joskus myös muihin kudoksiin. Uraattikiteet aiheuttavat nivelissä kivuliaan tulehdusreaktion. Kihti syntyy kun elimistön uraattimäärä suurenee liikaa. Uraattia voidaan saada liikaa ravinnosta tai sen muodostuminen kiihtyy aineenvaihduntahäiriöiden seurauksena. Kihdin syntyyn vaikuttavia tekijöitä on mm. runsas alkoholin kulutus, ylipaino ja nesteenoisto lääkkeiden käyttö. Tärkeä hoitomuoto on ylipainon vähentäminen. Tutkimusten mukaan pelkkä laihdutus vähentää veren uraattipitoisuutta yhtä tehokkaasti kuin hyvin toteutettu kihtiruokavalio. (Mustajoki 2010i.)

Kun sapen aineosat alkavat kiteytyä sappirakossa seisovassa sappinesteessä, syntyy sappikiviä. Lihavuus ja sappirakontyhjenemishäiriöt lisäävät riskiä saada sappikiviä. Sappikivitaudin tyypillisin oire on äkillisesti alkava ylävatsakipu, joka usein säteilee selkään, myös pahoinvointia ja oksentelua saattaa esiintyä. Koska lihavuus altistaa sappikivitaudille, painonhallinnalla sitä voidaan ehkäistä. Nopeaa ja voimakasta laihduttamista ei suositella, koska etenkin hyvin vähärasvaisella ruoalla laihduttaminen lisää sappikivien riskiä. Yleissääntönä on, että laihduttaessa paino ei saisi laskea yli 1 kg/viikko. Liikunnan lisäämisellä on todettu olevan hyviä vaikutuksia sappikivien aiheuttamiin oireisiin. Tutkimuksen mukaan miesten liikuntaharrastus 30 minuuttia kerrallaan viidesti viikossa vähensi vaivoja yhden kolmasosan verran. (Mustajoki 2010j.)

Sairauksien lisäksi runsas ylipaino heikentää toimintakykyä päivittäisissä askareissa. Lihavuuteen liittyy usein myös erilaisia mielenterveyden ongelmia. (Mustajoki 2010d.) Koska lihavuus lisää vaaraa sairastua monille sairauksille, myös kuolemanriski on suurentunut ylipainoisilla ihmisillä. Laihduttamalla voidaan lihavuuteen liittyviä sairauksia ehkäistä ja hoitaa tehokkaasti.

4 TYYPIN 2 DIABETES

4.1 Yleisyys

Suomessa tyypin 2 diabeteksen yleisyys on ollut viime vuosina kasvusuuntaista. On arvioitu, että sen esiintyvyys on puolessa vuosisadassa kymmenkertaistunut ja sairastuneiden määrä yli kolmekymmenkertaistunut (taulukko 2). Vuonna 2007 Suomessa oli yli 245 000 diagnosoitua ja hoidossa olevaa tyypin 2 diabeetikkoa. Lisäksi väestössä on suuri määrä oireettomia diabeetikkoja, joiden sairautta ei ole vielä diagnosoitu (Koski 2011, 6). Naisilla tyypin 2 diabetes on yleisintä Itä- ja Pohjois- Suomessa, miehillä ei esiinny suuria alueellisia eroja. On arvioitu, että lähivuosina tyypin 2 diabeteksen esiintyvyys jatkaa kasvuaan, johon vaikuttaa niin väestön ikääntyminen kuin muuttuneet elämäntavatkin. Tyypin 2 diabeteksen yhä yleistyessä, joutuu terveydenhuollon voimavarat koetukselle. Ensisijaisesti on korostettava omahoitoa ja keskityttävä primaariehkäisyyn, jonka kulmakiviä ovat lihavuuden ehkäisy ja väestön fyysisen aktiivisuuden lisääminen. (Mustajoki 2010d).

TAULUKKO 2. Tyypin 2 diabetesta sairastavien esiintyvyyden ja määrän kehitys 30 vuotta täyttäneiden keskuudessa 1942 - 2001. (Mustajoki 2010d).

	1942	1970	1980	2001
Esiintyvyys %	0,3	2,1	3,6	4,9
Määrä	4 500	63 000	110 000	163 000

4.2 Riskitekijät

Lihavuus on merkittävä tekijä monien kansansairauksien synnyssä ja sillä on myös erityisen selvä yhteys 2 tyypin diabeteksen ilmaantuvuuteen. Painoindeksin ylittäessä 30 kg/m^2 , nousee keski-ikäisen henkilön vaara sairastua diabetekseen kymmenkertaiseksi verrattaessa normaalipainoisen sairastumisriskiin. Etenkin vyötärölihavuuden on todettu ennakoivan selvästi 2 tyypin diabeteksen ja metabolisen oireyhtymän vaaraa. Lihavuus on ollut viime aikoina lisääntyvä terveysongelma myös Suomessa ja sitä kautta myös siihen liittyvien sairauksien, kuten 2 tyypin diabeteksen esiintyvyys on lisääntynyt. Lihavuuteen liitettyjen sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa ei voida onnistua ennen kuin lihavuus tunnustetaan merkittäväksi terveysvaaraksi. Ennaltaehkäisyyn ja varhaiseen puuttumiseen tulisi panostaa, koska ne ovat kaikkein inhimillisimmät ja kustannustehokkaimmat tavat hoitaa ongelmaa. (Suomen Diabetesliitto ry 2004, 20 - 21).

Tyypin 2 diabetekseen sairastuva on usein ylipainoinen ja hänellä on kohonnut verenpaine tai rasva-aineenvaihdunnan häiriö. Mikäli henkilöllä on sekä kohonnut verenpaine että rasva-aineenvaihdunnan häiriö, puhutaan metabolisesta oireyhtymästä. Tämä aineenvaihduntaan liittyvä oireyhtymä tarkoittaa tilaa, jossa henkilöllä esiintyy samanaikaisesti useita terveydelle haitallisia tekijöitä. Myös perimällä ja ympäristötekijöillä on suuri vaikutus tyypin 2 diabetekseen sairastumisessa. (Duodecim - seura 2009.) Riski sairastua tyypin 2 diabetekseen on 40 % jos toisella vanhemmalla on sairaus ja 70 % jos molemmilla vanhemmilla on sairaus. Vuonna 2005 Suomessa tehdyssä Botnia - tutkimuksessa tarkoituksena oli selvittää ravinto- ja geneettisten tekijöiden yhteisvaikutuksia glukoosiaineenvaihdunnan häiriöihin. Tutkimuksen mukaan painoindeksin ollessa yli 30 kg/m^2 ja paastoglukoosiarvon ollessa lievästi suurentunut (vähintään $5.5 \text{ mmol/litrassa}$), diabeteksen esiintyessä suvussa riski sairastua tyypin 2 diabetekseen on 16-kertainen. Myös glukoosiarvojen ollessa viitealueella, diabeetikkojen lähisukulaisilla on todettu häiriöitä sekä insuliinin erityksessä että insuliinivälitteisessä glukoosinkäytössä. Myös perheenjäsenten samankaltaiset

elintavat voivat osaltaan selittää tyypin 2 diabeteksen esiintyvyyttä keskitetysti tietyissä perheissä ja suvuissa. (Groop, Lyssenko & Tuomi 2007: 123(12): 1449 - 55.)

Tyypin 2 diabetesriskin seulontaan voidaan käyttää Kansanterveyslaitoksella vuonna 2001 Dehko - yhteistyöprojektina kehitettyä riskitestiä. Riskitesti perustuu FINRISKI -87 ja FINRISKI -92- tutkimuksista poimittuun satunnaisotantaan. Riskitestilomake (liite1) sisältää kahdeksan pisteytettyä kysymystä ja yhteenlasketut pisteet kertovat todennäköisyyden sairastua tyypin 2 diabetekseen seuraavan kymmenen vuoden aikana. (Suomen Diabetesliitto ry 2005, 21.)

Riskiryhmään kuuluvat kaikki, jotka saavat testissä yli 15 pistettä, joilla on ollut sydäninfarkti tai muu valtimotapahtuma tai gestatiidiabetes, sekä ne joilla on todettu heikentynyt sokerinsietokyky tai kohonnut paastosokeri. Testi on nopea ja helppo tehdä muutamassa minuutissa esimerkiksi terveydenhuollon vastaanottokäyntien yhteydessä tai omatoimisesti internetissä. (Suomen Diabetesliitto ry 2004a, 24.)

4.3 Ennaltaehkäisy

Tyypin 2 diabetes on mittava ongelma perusterveydenhuollossa, jossa sen hoito suurimmaksi osaksi toteutetaan. Tyypin 2 diabeetikoiden määrän nopea kasvaminen vaatii yhä enemmän resursseja ja kustannukset tulevat voimakkaasti lisääntymään. Jotta tämänkaltainen kehityssuunta saataisiin pysähtymään, on kiinnitettävä huomiota tyypin 2 diabeteksen vaaratekijöiden tunnistamiseen ja sen hoidon tehostamiseen. Yksilötasolla tyypin 2 diabeteksen ennaltaehkäisyssä ensisijaisena keinona ovat terveelliset elintavat ja ylipainon välttäminen.

Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämisohjelma (DEHKO) on vuosina 2000 - 2010 toteutettu kokonaissuunnitelma, jonka painopisteenä on tyypin 2 diabetes. Tämän Suomen kansallisen diabetesohjelman päätavoitteena on tyypin 2 diabeteksen ehkäisy. Lisäksi ohjelman tavoitteena on muun muassa kehittää

diabeteksen hoidon laatu järjestelmää, luoda toimivia hoitoketjuja ja parantaa hoidonohjausta. (Diabetesliitto 2008, 9). Dehkoon sisältyi tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma eli 2D-hanke. Hanke pyrki kehittämään ehkäisevän terveydenhuollon toimintakäytäntöjä (taulukko 3). Hanketta oli toteuttamassa viisi sairaanhoitopiiriä, Pirkanmaa mukaan lukien. (Suomen Diabetesliitto ry 2004b, 11)

TAULUKKO 3. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman sisältö. (Suomen Diabetesliitto ry 2004b, 26, 41, 48.)

Strategia	Tavoite	Keinot
<i>Väestöstrategia</i>	Tyypin 2 diabetekseen vaikuttavien riskitekijöiden, metabolisen oireyhtymän ja lihavuuden ehkäisy koko väestössä.	Terveellisten elintapojen edistäminen viestinnän, koulutuksen, elintapaohjauksen sekä laajan palveluverkoston avulla.
<i>Korkean riskin strategia</i>	Ehkäistä tai siirtää tyypin 2 diabeteksen puhkeaminen henkilöille, joilla on suuri sairastumisriski.	Henkilökohtaisen diabetesriskin arviointi, suunnattu verensokerin seulonta ja seuranta, sydän- ja verisuonisairauksien tunnistaminen ja hoito, ravitsemus- ja liikuntaohjaus, tehokas lihavuuden hoito.
<i>Varhaisen diagnoosin ja hoidon strategia</i>	Riskiryhmien seulonnassa ja seurannassa diagnosoitujen diabeetikkojen saaminen mahdollisimman nopeasti hoitoon ja seurantaan.	Järjestelmällinen ravitsemus- ja liikuntaohjauksen sisältävä elintapahoidon jakso, asianmukaiset tutkimukset, lääkehoidon arvio ja toteutus, hoitovälineet ja seuranta.

Dehkoa toteuttivat käytännössä perusterveydenhuolto, erikoissairaanhoito, työterveyshuolto, sairaanhoitopiirit ja diabetesliitto. Dehkon tuloksia on arvioitu vuoden 2011 alussa järjestetyssä päätöstilaisuudessa. Dehko - ohjelman aikana

tyypin 2 diabeetikoiden hoitotasapaino parantui merkittävästi. Myös sydän- ja verisuonisairastavuus ja amputaatiot ovat vähentyneet. 2D-hankkeen tavoitteista parhaiten onnistui tyypin 2 diabeteksen riskin arviointi, jossa käytössä ollut diabeteksen riskitesti (liite 1) osoittautui erittäin tehokkaaksi työvälineeksi. Vaikka Dehko tuotti paljon hyviä tuloksia, se osoitti myös että diabeteksen hoidossa terveyserot ovat suuret. Noin neljännesmiljoonalla diabeetikolla hoitotulokset ovat nyt paremmat kuin vuosikymmen sitten, mutta samaan aikaan lähes sama määrä tyypin 2 diabeetikoita ovat tietämättömiä sairaudestaan ja siten vailla asianmukaista hoitoa. (Diabetesliitto 2011a.)

4.4 Hoito

Diabeteksen hoidon tavoitteena on ehkäistä diabeteksen komplikaatioita ja taata potilaan oireettomuus sekä hyvä elämänlaatu. Yksilöllisten hoidon tavoitteiden asettamisen lähtökohtana on kokonaisriskin arvioiminen. Hoidon tavoitteissa kiinnitetään huomiota glukoositasapainoon, veren kolesteroliin, verenpaineeseen, ruokavalioon, liikuntaan ja painonhallintaan. Tyypin 2 diabeteksen hoidonohjauksesta vastaavat lääkäri ja diabeteshoitaja. Moniammatillinen yhteistyö on myös tärkeää hoidon toteutuksessa, johon osallistuvat tarvittaessa jalkaterapeutti, ravitsemusterapeutti, psykologi ja sosiaalityöntekijä. Yksilöohjauksen ohella voi myös ryhmäohjaus olla hyödyllistä. Sen etuna ovat vertaistuki ja monen toimijan työpanoksen yhdistäminen usealle henkilölle yhtä aikaa. Hoidonohjauksen tavoitteena ovat suunnitelmallisuus, potilaslähtöisyys ja jatkuvuus. Päävastuu hoidosta on kuitenkin diabeetikolla itsellään. Siksi on tärkeää, että diabeetikko tuntee sairautensa ja että hänellä on riittävästi tietoa ja taitoa hoidon toteuttamiseen. Verensokerin omamittaukset ovat tärkeä osa hoidon toteutusta ja diabeetikko vastaa niistä itse. Mittausten avulla saadaan tietoa ruokavalion ja mahdollisen lääkehoidon vaikuttavuudesta. (Duodecim - seura 2009.)

Tyypin 2 diabeteksen hoidon aloituksessa arvioidaan insuliinihoidon tarpeellisuus. Mikäli henkilöllä esiintyy vahvat oireet ja vakava hyperglykemia, on lääkehoito aiheellinen. Kuitenkin hyperglykemian korjautuessa insuliinin tarve vähenee huomattavasti. Usein hoidon alkuvaiheessa pyritään hoitotasapainon ylläpitämiseen elintapamuutosten, erityisesti ruokavalion, avulla lääkehoidon sijaan. Jos muutokset elintavoissa eivät riitä pitämään yllä hyvää hoitotasapainoa, on insuliinihoidon aloittaminen perusteltua. Lääkehoito toteutetaan yksilöllisten tarpeiden ja taudinkuvan mukaisesti. (Duodecim - seura 2009.)

Diabeteksen hoitoa tulee seurata tarpeellisiksi katsotuin väliajoin. Hyvässä hoitotasapainossa olevia diabeetikoita seurataan 3-6 kuukauden välein. Jos hoitotasapainoa ei ole vielä saavutettu, seurantaa suositellaan vähintään 2-4 kuukauden välein. Seurannassa kiinnitetään huomiota erityisesti omahoidon toteutumiseen, glukoositasapainoon ja elintapoihin. (Duodecim - seura 2009.)

5 LAIHDUTTAMINEN JA PAINONHALLINTA

5.1 Laihuttaminen

Laihduttamisella tarkoitetaan ihmisen tietoista toimintaa painon laskemiseksi. Ylipaino aiheuttaa erilaisia terveyshaittoja ja voi heikentää elämänlaatua. Paino nousee yleensä vähitellen ja huomaamatta, jolloin ihminen sopeutuu siihen. Moni ryhtyykin pudottamaan painoaan vasta, kun ylipaino aiheuttaa havaittavia oireita tai rajoittaa elämää liikaa. (Fogelholm 2008, 103.) Laihduttamisen tarvetta arvioidaan määrittämällä painoindeksi (BMI) ja vyötärönympärys. Jo 5-10 % pysyvä laihtuminen voi parantaa terveydentilaa vähentämällä lihavuuden liitännäissairauksien, kuten tyypin 2 diabeteksen, riskiä. Aina normaalipainoa ei edes lähdetä tavoittelemaan ja painon nousun pysäyttäminenkin on jo muutos myönteiseen suuntaan. (Duodecim - seura 2011.) Laihduttaminen voidaan tehdä monella tapaa. Lihavuuden hoitomenetelmän valinnassa otetaan huomioon lihavuuden vaikeus, rasvakudoksen jakautuminen, liitännäissairaudet, diagnoosin ajankohta ja henkilön ikä (Haglund, Huupponen, Ventola, & Hakala - Lahtinen 2010, 163). Aikuisten lihavuuden Käypä hoito - suosituksen mukaan lihavuuden hoitomenetelmät ovat elintapaohjaus, niukkaenerginen ruokavalio (ENE - dieetti), lääke- ja leikkaushoito.

Elintapaohjaus on ensisijainen lihavuuden hoitomuoto, joka toteutetaan suunnitelmallisesti joko yksilö- tai ryhmäohjauksena. Ohjauksessa keskitytään ruokavalioon ja liikuntaan sekä ihmisen ajatuksiin ja asenteisiin niistä. Pyrkimyksenä on ihmisen elintapojen muuttaminen vähitellen ja pysyvästi. Elintapaohjausta tukevinä hoitomenetelminä voidaan käyttää niukkaenergistä ruokavaliota (ENE - dieetti) sekä lääke- tai leikkaushoitoa. ENE - dieetissä nautitaan vain vähän energiaa (alle 800kcal/vrk) sisältävää ravintovalmistetta, joka sisältää kaikki tarvittavat suojaravintoaineet. Dieettiä voi käyttää kun painoindeksi on yli 30 kg/m². Lääkehoito ei ole ensisijainen laihdutusmenetelmä, mutta sitä voidaan käyttää elintapamuutosten tukena, kun painoindeksi on yli 30 kg/m² tai yli

28 kg/m² henkilöllä, jolla on liitännäissairaus. Tällä hetkellä Orlistaatti on ainoa lihavuuden hoitoon käytetty lääke Suomessa. Se estää haiman lipaasientsyymin toimintaa, jolloin noin 30 % syödystä rasvasta jää imeytymättä. (Duodecim - seura 2011.) Leikkaushoitoa tulee tarjota potilaille, joille konservatiivinen hoito ei ole tuottanut tulosta ja jotka täyttävät leikkaushoidon kriteerit. Kriteereinä ovat yli 40 kg/m² painoindeksi tai yli 35 kg/m² painoindeksi niillä, joilla on liitännäissairauksia ja muut hoidot ovat epäonnistuneet. Leikkaushoidolla pyritään joko vähentämään ravinnon imeytymistä tai rajoittamaan ravinnon nauttimista. Leikkaushoito vaatii pysyviä elämäntapamuutoksia. (Mustajoki ym. 2006, 253, 257.)

5.2 Painonhallinta

Lihavuuden hoito jaetaan laihdutusvaiheeseen ja painonhallintavaiheeseen. Laihdutusvaiheessa painoa pudotetaan yksilöllisen tarpeen mukaan ja painonhallintavaiheessa tavoitteena on säilyttää saavutettu paino. Painonhallinta perustuu pysyviin elintapamuutoksiin, joilla pyritään oman terveyden, toimintakyvyn, hyvinvoinnin ja elämänlaadun ylläpitoon ja parantamiseen, ei niukkuuteen ja kurjuuteen. Muutosten on oltava konkreettisia, jotta niiden toteutumista voidaan seurata. Tieto saavutetuista tuloksista ja kokemus niiden myönteisistä vaikutuksista kannustaa muutoksen ylläpitoon. (Duodecim - seura 2011.) Uusien tapojen ja tottumusten omaksuminen on pitkä ja monivaiheinen prosessi. Laihduttaneen henkilön on opittava ja omaksuttava elintavat, joiden avulla energiansaanti pysyy tasapainossa vähentyneestä energiantarpeesta huolimatta. Elintapamuutosten vakiintuminen voi kestää pitkään ja henkilö tarvitsee paljon tukea ja kannustusta tämän prosessin aikana. (Mustajoki ym. 2006, 263.)

5.2.1 Ruokavalio painonhallinnassa

Ruokavaliolla on keskeinen osa laihduttamisessa ja painonhallinnassa. Ruokavalion sisällön lisäksi painonhallinnassa tulisi kiinnittää huomiota kohtuullisiin

annoskokoihin sekä säännölliseen ateriarytmiin. Ruokavalion sisältö perustuu yleisiin ravitsemussuosituksiin, jotta laihtuminen ja painonhallinta olisivat terveydelle suotuisaa ja turvallista (Mustajoki ym. 2006, 167). Suomalaiset ravitsemussuositukset perustuvat pohjoismaisiin suosituksiin, jotka on laadittu tieteellisten tutkimusten pohjalta ja yksityiskohtaisesti perustellen. Ravitsemussuositusten tavoitteena on parantaa suomalaisten ruokavaliota ja edistää heidän terveyttään. Suositukset sopivat sellaisenaan myös tyypin 2 diabeetikoille ja henkilöille, joilla verenpaine tai veren rasva-arvot ovat koholla. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 7.) Alla olevassa taulukossa on esitetty edellytykset ravitsemussuositusten tavoitteiden toteutumiseksi.

TAULUKKO 4. Ravitsemussuositusten tavoitteiden toteutumisen edellytykset. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 8).

- Energian saannin ja kulutuksen tasapainottaminen
- Tasapainoinen ja riittävä ravintoaineiden saanti
- Kuitupitoisten hiilihydraattien saannin lisääminen
- Puhdistettujen sokerien saannin vähentäminen
- Kovan rasvan (tydyttyneet ja transrasvahapot) saannin vähentäminen ja osittainen korvaaminen pehmeillä rasvoilla (tydyttymättömät)
- Suolan (natriumin) saannin vähentäminen
- Alkoholin kulutuksen pitäminen kohtuullisena

Energian tarve on se määrä energiaa, joka pitää kehon painon, koostumuksen ja fyysisen aktiivisuuden hyvää terveyttä ylläpitävällä tasolla (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 11). Painonhallinnan kannalta olennaisinta on, että energian saanti ja kulutus ovat tasapainossa. Tärkeää on myös, että syöty ruoka on mahdollisimman ravintotiheää, jotta vähemmästä määrästä energiaa saadaan kaikki tarvittavat ravintoaineet. Kuitupitoisten hiilihydraattien saannin lisääminen on tärkeää, koska ne pitävät yllä kylläisyyden tunnetta kauemmin kuin

niukasti kuitua sisältävä hiilihydraatti. Lisäksi se edistää aineenvaihduntaa ja suolen toimintaa (Mustajoki ym. 2006, 170). Ruoan runsas sokeripitoisuus lisää ruokavalion energiapitoisuutta ja pienentää ravintoainetiheyttä. Rasvan saannissa tulisi kiinnittää huomiota sekä määrään että laatuun. Tyydyttymättömiä rasvoja suositellaan käytettäväksi niiden sisältämien välttämättömien rasvahappojen vuoksi. Sen sijaan tyydyttyneitä rasvoja tulisi käyttää kohtuudella, koska ne nostavat huonoa kolesterolia (LDL) ja siten kasvattavat sydän- ja verisuonitautien riskiä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 33 - 34.)

Myös runsas natriumin käyttö lisää sydän- ja verisuonitautien riskiä kerryttämällä elimistöön nestettä ja nostamalla verenpainetta. Alkoholista saadaan runsaasti energiaa, joten kohtuullinenkin käyttö lisää lihavuuden riskiä. Runsa ja pitkäaikainen käyttö heikentää ravintoaineiden imeytymistä ja lisää niiden menetystä virtsaan. Alkoholin käyttö vääristää usein ruokatottumuksia siten, että rasvan osuus ruokavaliossa lisääntyy ja hiilihydraattien osuus vähenee. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2005, 33 - 34.)

Hiilihydraattien ja proteiinien suhteesta ruokavaliossa on ristiriitaisia tutkimustuloksia. Viime aikoina aihe on ollut paljon esillä myös julkisuudessa. EU:n rahoittaman Diogenes - tutkimuksen mukaan painonhallinnassa parhaat tulokset saadaan käyttämällä ruokavaliossa runsaasti proteiinia ja välttämällä huonoja hiilihydraatteja. Tähän viitaten nykyiset ravitsemussuositukset ovat riittämättömät pysyvän painonhallinnan kannalta (The Medical News 2010). Sen sijaan Suomen Akatemian terveyden tutkimuksen yksikönjohtaja dosentti Mikael Fogelholm esitteli vuonna 2009 valtakunnallisilla ravitsemuspäivillä katsauksen vuosina 2005 - 2009 tehtyihin painonhallintatutkimuksiin, jotka tuovat esille toisenlaisia johtopäätöksiä. Fogelholmin mukaan painonhallinnan kannalta ei voida osoittaa jotain tiettyä energiaravintoaineiden suhdetta joka olisi selvästi muita parempi. Näiden tutkimusten mukaan siis proteiinien ja hiilihydraattien suhteella ruokavaliossa ei olisi merkitystä painonhallinnassa. (Korpela - Kosonen 2009.)

5.2.2 Liikunta painonhallinnassa

Ruokavalion ohella myös liikunta on tärkeä osa painonhallintaa. Liikunta parantaa kehonkoostumusta vähentämällä rasvakudosta ja lisäämällä lihasmassaa. Lihasmassan lisääntymisen myötä aineenvaihdunta vilkastuu ja energiankulutus lisääntyy. (UKK - instituutti 2008.) UKK - instituutti on kehittänyt liikuntapiirakan, joka sisältää terveysliikunta suositukset 18 - 64-vuotiaille (kuvio 2). UKK - instituutti on terveysliikunnan tutkimus- ja asiantuntijakeskus, joka tuottaa tietoa liikunnan terveysvaikutuksista ja edistämisestä. Liikuntapiirakka on alun perin julkaistu vuonna 2004 ja se on yleisesti käytössä perusterveydenhuollossa sekä liikuntaneuvonnassa. Liikuntapiirakka koostuu kestävyys- ja lihaskunnan sekä liikehallinnan osa-alueista. Kestävyysliikunta kehittää hengitys- ja verenkiertoelimistön kuntoa sekä edistää sydämen, keuhkojen ja verisuonten terveyttä. Myös veren sokeri- ja rasvatasapaino paranevat ja painonhallinta helpottuu.

Aloittelijalle ja terveysliikkujalle riittää reipas liikkuminen vähintään kaksi ja puoli tuntia viikossa. Sopivia liikkumismuotoja ovat esimerkiksi kävely, pyöräily, hiihto, uinti sekä koti- ja pihatyöt. Liikunnan on hyvä olla säännöllistä ja vähäinenkin liikkuminen on parempi kuin liikkumattomuus. Kestävyysliikunnan lisäksi tarvitaan vähintään kaksi kertaa viikossa lihaskuntaa ja liikehallintaa sekä tasapainoa kehittävää liikuntaa. Lihasvoimaa kehittäviä lajeja ovat esimerkiksi kuntosaliharjoittelu ja kuntopiiri. Liikehallintaa ja tasapainoa kehittävät esimerkiksi tanssiliikunta ja pallopelit. Säännöllinen venyttely on tärkeää lihasten kehittymisen ja palautumisen kannalta (UKK - instituutti 2011).



KUVIO 2. UKK - instituutin liikuntapiirakka. (UKK - instituutti 2011.)

5.3 Painonhallintaryhmä

Painonhallintaryhmällä tarkoitetaan joukkoa ihmisiä, jotka ovat kokoontuneet yhteen pudottaakseen tai hallitakseen painoaan omien tavoitteidensa mukaisesti. Ryhmässä saadaan tietoja ja taitoja, jotka edesauttavat pysyvien elämäntapamuutosten muotoutumisessa. Ryhmään hakeudutaan joko terveydenhuollon ammattihenkilön ohjaamana tai oma-aloitteisesti.

Painonhallintaryhmää kootessa lähtökohtana on viihtyisä ilmapiiri ja toimiva kokonaisuus. Tavoitteena on luoda mahdollisimman homogeeninen ryhmä, jossa osallistujien lihavuuden aste, ikä ja sukupuoli eivät poikkea suuresti toisistaan. Sopiva ryhmäkoko on 10 - 15 henkilöä, huomioon ottaen että osallistujista osa voi keskeyttää ryhmän. (Mustajoki ym. 2006, 275 - 276.) Painonhallintaryhmän tulisi olla niin sanottu suljettu ryhmä, jossa kaikki aloittavat sen samaan aikaan eikä uusia jäseniä oteta myöhemmin. Tapaamiskertoja on yleensä 10 - 20 ja ne ovat kestoltaan 75 - 90 minuuttia. Luonteva ryhmäistuntojen väli on noin yksi viikko,

jonka jälkeen olisi hyvä järjestää seurantakäyntejä esimerkiksi kuukauden välein. Seurantakäyntien ajatuksena on antaa tukea pitempään, jotta tulosten pysyvyys paranisi. (Mustajoki & Lappalainen 2001, 31 - 37.)

Painonhallintaryhmässä on monia etuja verrattaessa yksilöohjaukseen. Ryhmässä voidaan käyttää monia menetelmiä, kuten ryhmätyöt, harjoitukset ja keskustelut. Ihmiset voivat jakaa kokemuksiaan ja oppia niiden kautta, yhdessä tekemällä motivaatio ja yrittäminen kasvavat. Ryhmäohjaus on taloudellisesti kannattavampaa kuin yksilöohjaus, koska se vaatii vähemmän resursseja terveydenhuollolta. Ryhmäohjaukseen liittyy myös joitakin haittoja. Ryhmässä ihmisen yksilöllisiä tarpeita ei pystytä huomioimaan samalla tavoin kuin yksilöohjauksessa. Onnistunut painonhallinta edellyttää joskus omien henkilökohtaisten asioiden käsittelyä. Ryhmätoiminta ei siksi sovi niille henkilöille, jotka eivät pysty avautumaan henkilökohtaisista ongelmistaan ryhmässä. Painonhallintaryhmän haasteisiin kuuluu myös se, että ryhmässä edetään tietyn ohjelman mukaisesti eivätkä kaikki aiheet tai alueet kosketa jokaista osallistujaa. (Mustajoki & Lappalainen 2001, 32 - 35.)

6 PIENI PÄÄTÖS PÄIVÄSSÄ - PAINONHALLINTARYHMÄ

Pieni Päätös Päivässä eli PPP - painonhallintaryhmä on osa Sydänliiton ja Diabetesliiton kolmivuotista (2000 - 2003) Pieni Päätös Päivässä projektia. Projektin lähtökohtana on tyypin 2 diabeteksen sekä sydän- ja verisuonisairauksien riskitekijöiden, ylipainon ja metabolisen oireyhtymän ehkäisy. Suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämisen Toimenpideohjelma sekä Dehkon 2D - hanke ovat myös projektin lähtökohtina. (Diabetesliitto 2004, 75.) PPP - painonhallintaryhmä on laihduttamisen ja painonhallinnan ryhmätoimintamalli, jonka ensisijaisena kohderyhmänä ovat henkilöt, joilla on suurentunut riski sairastua tyypin 2 diabetekseen. PPP -ajattelussa keskeistä on, että tehdään pieniä, painonhallintaa tukevia muutoksia arjessa.

PPP - ryhmät ovat osa diabeteksen ennaltaehkäisyn toimintamallia Tampereella. Ryhmään pääsemiseksi on asetettu tietyt kriteerit (taulukko 5). Jos henkilö täyttää nämä kriteerit tietyiltä osin, voidaan hänelle suositella PPP - ryhmään hakeutumista. Alle 66 - vuotiaat voivat hakeutua ryhmiin dehkohoitajan vastaanotolla ja yli 66 - vuotiaat aikuisneuvolan terveydenhoitajan tai omalääkärin kautta. Ryhmiin haetaan erillisellä hakulomakkeella, joita saa kaikilta terveysasemilta ja aikuisneuvoloista. Hakulomakkeen voi tulostaa myös itse internetistä. Hakijat haastatellaan henkilökohtaisesti ennen ryhmien alkua. Ryhmät kokoontuvat kymmenen kertaa puolen vuoden aikana. Tämän lisäksi järjestetään seurantatapaaminen puolen vuoden kuluttua ryhmän loppumisesta. Ryhmiä ohjaa useimmiten työparina kaksi terveydenhoitajaa sekä fysioterapeutti, joka on mukana kolmella kerralla. Lisäksi ryhmään pyritään saamaan erityisasiantuntijoiksi ravitsemusterapeutti ja lääkäri. (Tampereen kaupunki 2011.) Ryhmien kokoontumiskertojen teemoja ovat mm. muutokseen valmennus sekä sen tukeminen, ruokailutottumukset ja syömisen hallinta, liikuntakokeilut, lääkärin tai hoitajan luento metabolisesta oireyhtymästä.

TAULUKKO 5. Painonhallintaryhmään pääsyn edellytykset. (Tampereen kaupunki 2011.)

- Hakijalla on suuri riski sairastua tyyppin 2 diabetekseen.
- Tiedät kuuluvasi riskiryhmään, jos
 - olet sairastanut raskausdiabeteksen
 - olet sairastanut jonkin valtimotapahtuman
 - verensokerisi on ollut joskus koholla
 - saat tyyppin 2 diabetesriskin arviointilomakkeesta pisteitä 15 tai enemmän
- Hakijalla on huomattava ylipaino ja/tai keskivartalolihavuutta.
- Hakija on valmis tekemään pysyviä muutoksia omassa ruokailu- ja liikuntatottumuksissaan edistääkseen omaa terveyttään.

PPP - ryhmätoimintamallin lisäksi projektin osana on kehitetty myös terveydenhuollon ammattilaisille suunnattu painonhallintaryhmien ohjaajakoulutus, joka on edelleen osa Diabetesliiton ja Sydänliiton vakituista koulutustarjontaa. Koulutusmallin ovat luoneet Sydänliiton ja Diabetesliiton ravitsemuksen, liikunnan ja psykologian asiantuntijat. Koulutus on suunnattu hoitajille, ravitsemusterapeuteille, fysioterapeuteille ja liikunnanohjaajille, jotka tapaavat työssään ylipainoisia ihmisiä. Koulutuksen sisältö koostuu neljästä osa-alueesta, jotka ovat lääketieteellinen perusta, painonhallinnan perusta, liikunnan perusta ja ryhmänohjauksen perusta. Ryhmänohjaajan koulutuksessa painotetaan erityisesti psykologista, valmentavaa otetta ohjauksessa ja kokemuksellista oppimista. Koulutus koostuu lähi- ja etäopiskelusta. (Diabetesliitto 2004b, 75 - 76.)

7 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata Pieni Päätös Päivässä - painonhallintaryhmiin osallistuneiden kokemuksia siitä, motivoivatko ryhmät painonhallinnassa ja elämäntapamuutoksen ylläpitämisessä ryhmän jälkeen.

Opinnäytetyömme tavoitteena on löytää kehittämissuhteita painonhallintaryhmien ohjaajille.

Tutkimustehtävät:

1. Motivoiko ryhmä painonhallinnassa ja elämäntapamuutoksen ylläpitämisessä?
2. Mitkä tekijät ryhmässä vaikuttavat myönteisesti painonhallinnassa ja elämäntapamuutoksen ylläpitämisessä?
3. Mitkä tekijät ryhmässä vaikuttavat kielteisesti painonhallinnassa ja elämäntapamuutoksen ylläpitämisessä?
4. Millaisia kehittämissuhteita haastattelujen pohjalta nousee esille?

8 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

8.1 Kvalitatiivinen tutkimus

Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen. Tutkittavaa kohdetta pyritään tarkastelemaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157.) Ihmisten omien kuvauksien oletetaan sisältävän asioita, jotka ovat heille merkityksellisiä ja tärkeitä, kuten oman elämän kulkua tai omaan elämään pidemmälle jaksolle sijoittuvaa asiaa. Tutkittavan kokemukset eivät koskaan tule tyhjentävästi ymmärretyiksi, koska tutkijan ja tutkittavan tulkinnat saattavat erota toisistaan. (Vilka 2007, 97-98.)

Laadullisen tutkimusmenetelmän erityispiirteenä voisi todeta, että tällä tutkimusmenetelmällä tehdyn tutkimuksen tavoitteena ei ole niinkään totuuden löytäminen, kuten kvantitatiivisessa tutkimuksessa, vaan tulkintojen tekeminen tutkittavasta asiasta. (Vilka 2007, 98.) Tutkimusmenetelmien luotettavuutta käsitellään yleensä validiteetin (tutkimuksessa on tutkittu sitä, mitä on luvattu) ja reliabiliteetin (tutkimustulosten toistettavuus) käsittein. Laadullisessa tutkimuksessa käsitteiden käyttöä on kritisoitu siitä, että ne ovat syntyneet määrällisen tutkimuksen tarpeisiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 136.)

Tämän opinnäytetyö on laadullinen eli kvalitatiivinen, koska tavoitteenamme on kuvata haastateltavien kokemuksia PPP - painonhallintaryhmistä. Tutkimuksen haastateltaviksi voitiin valita kohderyhmä, jolla oli omakohtaisia kokemuksia tutkittavasta asiasta. Tavoitteenamme ei ollut niinkään tutkittavan asian yleistäminen vaan haastateltavien kokemusten selvittäminen.

8.2 Aineistonkeruu

Kvalitatiivisella tutkimusmenetelmällä toteutetussa tutkimuksessa voi tutkimusaineistoa kerätä monella tavalla. Usein tutkimusaineistoksi valitaan ihmisten kokemukset puheen muodossa, eli aineisto kerätään haastatteluina. (Vilkkä 2007, 100.) Haastattelu on ainutlaatuinen tiedonkeruumenetelmä, koska siinä ollaan suorassa kielellisessä vuorovaikutuksessa tutkittavan kanssa, toisin kuin esimerkiksi kyselyssä. Haastattelun etuina pidetään joustavuutta aineistoa kerätessä sekä mahdollisuutta tavoittaa haastateltavat myöhemmin esimerkiksi seurantatutkimusta varten. Haastatteluun tiedonkeruumenetelmänä liittyy myös ongelmia. Haastattelu vie aikaa ja vaatii etukäteissuunnittelua. Virhelähteiden mahdollisuus on myös olemassa ja luotettavuutta saattaa heikentää myös se, että haastattelussa ihmiset antavat usein sosiaalisesti suotavia vastauksia. (Hirsjärvi ym. 2007, 200 - 201.)

”Teemahaastattelu on lomake- ja avoimen haastattelun välimuoto. Teema - haastattelussa on tyypillistä, että haastattelun aihepiirit eli teema - alueet ovat tiedossa, mutta kysymysten tarkka muoto ja järjestys puuttuvat” (Hirsjärvi ym. 2007, 203). Teemahaastattelussa tutkimusongelmasta poimitaan keskeiset aiheet tai teema-alueet, joihin haastattelussa olisi keskeistä vastata (Vilkkä 2007, 101). Haastattelussa korostetaan ihmisten tulkintoja asioista ja heidän asioille antamia merkityksiä (Hirsjärvi ym. 2007, 48).

Tämän opinnäytetyön tutkimusaineisto kerättiin teemahaastattelumenetelmällä haastattelemalla yhdeksää PPP- painonhallintaryhmiin osallistunutta, jotka valittiin satunnaisesti kolmesta eri ryhmästä. Ryhmät toimivat vuoden 2009 aikana Tampereen itäisellä, eteläisellä ja läntisellä alueella. Aineisto kerättiin syksyllä 2010 yksilöhaastatteluina haastateltavien toiveiden mukaan, joko heidän kotonaan tai koululla. Osallistujille lähetettiin etukäteen tietoa opinnäytetyöstämme (liite 2) sekä kirjallinen suostumus allekirjoitettavaksi (liite 3).

Jokaiseen haastatteluun varattiin aikaa noin yksi tunti. Toteutimme haastattelut pareittain, jossa toinen esitti kysymykset ja toinen seurasi haastattelun kulkua ja

teki tarvittaessa lisäkysymyksiä. Haastattelut etenivät saman kysymysrunгон (liite 4) mukaan, josta joustettiin tilanteen mukaan, jotta haastateltavan kokemukset tulisivat mahdollisimman kattavasti esille. Haastattelut nauhoitettiin myöhempää sisällönanalyysia varten. Kirjoitimme nauhoitetut haastattelut puhtaaksi ja sivuja kertyi 61.

8.3 Aineiston analyysi

Sisällönanalyysi on aineiston perusanalyysimenetelmä jota käytetään useissa eri kvalitatiivisen tutkimuksen menetelmissä ja lähestymistavoissa. Sisällönanalyysin tavoitteena on ilmiöiden laaja mutta tiivis esittäminen, jonka tuloksena syntyy käsiteluoituksia, käsitejärjestelmiä, malleja tai käsitekarttoja. Sisällönanalyysin vahvuuksia ovat muun muassa sisällöllinen sensitiivisyys ja tutkimusasetelman joustavuus. (Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2009, 133 -134.)

Sisällönanalyysi voi olla induktiivista eli aineistolähtöistä tai deduktiivista eli teorialähtöistä. Deduktiivisessa analyysissä lähtökohtana ovat teoria tai teoreettiset käsitteet, joiden ilmenemistä tarkastellaan käytännössä. Teorialähtöisessä analyysissä teoria voi toimia apuna analyysin etenemisessä ja aikaisempi tieto ohjaa analyysiä luokittelujen vuoksi. (Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2009, 135.) Induktiivisessa analyysissä pyritään luomaan tutkimusaineistosta teoreettinen kokonaisuus. Analyysiyksiköt valitaan aineistosta tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävänasettelun mukaisesti. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 95.) Aineiston analyysi etenee pelkistämisen, ryhmittelyn ja abstrahoinnin mukaan vaiheittain ja raportointi on aineistolähtöistä. (Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2009, 135.)

Analyysin tekninen vaihe alkaa aineiston alkuperäisilmaisujen pelkistämisestä. Aineistoista tunnistetaan asiat, joista tässä tutkimuksessa ollaan kiinnostuneita ja näitä lauseita pelkistetään yksittäisiksi ilmaisuiksi. Tämän jälkeen ilmaisut

ryhmitellään yhtäläisten ilmaisujen joukoksi. Samaa tarkoittavat ilmaisut yhdistetään samaan kategoriaan ja annetaan sisältöä kuvaavat nimet. Analyysiä jatketaan yhdistämällä samansisältöisiä alakategorioita toisiinsa ja muodostamalla niistä yläkategorioita. Lopulta kaikki yläkategoriat yhdistetään yhdeksi kaikkia kuvaavaksi kategorioiksi. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 101 - 102.)

Opinnäytetyössämme analyysimenetelmänä käytimme aineistolähtöistä sisällönanalyysiä. Aloitimme litteroimalla eli kirjoittamalla puhtaaksi nauhoitetut haastattelut, jonka jälkeen teimme aineistonanalyysin. Perehdyimme litteroituihin haastatteluihin lukemalla ne useaan kertaan läpi ja alleviivaamalla työmme tutkimustehtäviin vastaavat ilmaukset. Näistä valitsimme parhaiten työtämme palvelevat ilmaukset, jotka muokkasimme pelkistettyyn muotoon. Tämän jälkeen yhdistimme yhteensopivat pelkistetyt ilmaukset alaluokiksi ja siitä edelleen yläluokiksi. Seuraavalla sivulla on esimerkki opinnäytetyömme sisällönanalyysistä (taulukko 6).

TAULUKKO 6. Esimerkki sisällönanalyysistä.

Ryhmässä myönteisiksi koetut tekijät

Osa alkuperäisistä ilmauksista:

"Mun mielestä tärkeää on ryhmän tuki ja sitten se, että sitä tukea on pitkäaikaisesti."

"Siellä tuotiin esiin paljon hyvää alan kirjallisuutta."

"Lääkäarin esitelmä se oli tavattoman hyvä, koska sieltä sai konkreettista uutta tietoa."

"Mittaukset tehtiin henkilökohtaisesti ja hienotunteisesti."

"Täydestä sydäimestä ohjaajat oli asialla."

"Monille siellä varmaan tulikin uutta asiaa, kun siellä oli semmosiakin jotka oli ekaa kertaa painonhallintaryhmässä."

"Ohjaajat kykenivät puhumaan maanläheisesti, omakohtaisesti ja armeliaasti."

"Kontrolli oli ehdottomasti hyvä, siellä näki miten on päässyt kiinni siihen asiaan mitä siellä opetetaan."

Pelkistetyt ilmaukset	Alaluokat	Yläluokat
ryhmän tuki ryhmän vertaistuki ryhmäläisten sitoutuneisuus keskustelut kilpailuhenki sosiaalisuus alan kirjallisuus ryhmässä jaettu materiaali faktatieto käytännön ohjeet ravinto- oppi lääkäarin luento ravintoterapeutti fysioterapeutti pätevä ammattitaitoiset ohjaajat auktoriteettinen ohjaaja omistautuneet ohjaajat ohjaajien ymmärrettävä puhe kannustavat ohjaajat mittausten henk.koht. ja hienotunteisuus ei painostusta uusia asioita ensikertalaisille kontrollikäynti hyödyllinen pitkäaikainen tuki	ryhmän tuki sosiaalinen kanssakäyminen faktatieto käytännönläheinen tieto asiantuntijaluennot osaavat ohjaajat suvaitsevaisuus seuranta	ryhmän tuki monipuolinen tieto moniammatillisuus asiantuntevat ohjaajat

9 TUTKIMUSTULOKSET

9.1 Motivoivat tekijät ryhmässä

Haastateltavat kokivat, että he olivat motivoituneita painonhallintaan vain ryhmän toiminnan ajan. Ryhmä auttoi pääsemään alkuun elämäntapamuutoksissa, mutta ne eivät olleet pysyviä. Suurin osa palasi entisiin tottumuksiinsa ryhmän jälkeen. Myös ryhmän aikana pudotetut kilot palasivat melko pian ryhmän loppumisen jälkeen.

” Alussa sitä oli innokkaampi, mutta ajankuluessa se palautu taas siihen vanhaan”

” Kyllä mun elämäntavat muuttu sillä hetkellä, mut ei ne oo kyllä pysyneet sitte”

Haastateltavien elämäntilanteet ja muutokset terveydentilassa vaikuttivat osaltaan painonhallinnan ja elämäntapamuutosten ylläpitämiseen. Muun muassa sairaudet ja liikuntarajoitteet vähensivät osalla haastatelluista liikunnan harrastamisen mahdollisuutta.

”Nyt on sitte nää elämäntilanteet ollu sellaset että ei se oikeen oo ollu mahollista”

” Liikunta jäänyt vähemmälle vamman takia”

” Sit siinä tuli kesä ja grillimakkara”

9.2 Ryhmässä myönteisiksi koetut tekijät

Haastateltavat kokivat ryhmäläisten tuen ja yhteishengen keskeiseksi osaksi ryhmän toimivuutta. Haastatteluissa korostuivat ryhmässä luodut sosiaaliset

suhteet, jotka vaikuttivat myönteisesti ryhmän sitoutuneisuuteen. Monet kokivat keskustelut ja vertaistuen tärkeiksi, toisille taas ryhmästä nouseva kilpailuhenki vaikutti myönteisesti tavoitteen saavuttamiseen.

"Kyllä ryhmällä on aina suuri merkitys kun se on semmonen sosiaalinen tapahtuma"

"No kyllä mä tykkäsin, että parasta oli ne keskustelut ja niiden asioiden läpikäyminen, että miltä tuntuu"

"Kyllä sillä ryhmällä on merkitystä justiin sen kilpailuhengen mielessä"

Kaikki kokivat saaneensa ryhmästä tarpeeksi tietoa painonhallinnasta. Tieto oli ymmärrettävää ja käytännönläheistä. Osalle ryhmässä jaettu tieto oli jo ennestään tuttua, mutta kokivat kertauksen hyödylliseksi. Ryhmässä jaettiin kirjallista materiaalia, jota suurin osa ei kuitenkaan ole hyödyntänyt ryhmän jälkeen.

"Se oli faktaa se tieto mitä puhuttiin"

"Aikaisemmat tiedot taas kerran jäsenyi enemmän semmosiks käytännön ohjeiksi"

"Ryhmässä oli parasta se materiaali mitä siellä jaettiin"

"Siellä tuotiin esiin paljon hyvää alan kirjallisuutta"

Haastateltavat kokivat arvokkaana lisänä ryhmän toiminnassa eri alojen asiantuntijoiden luennot ja vierailut. Lääkärin luennolle osallistuneet pitivät sitä hyödyllisenä ja tarpeellisenä osana ryhmän sisältöä. Ravintoterapeutti antoi lisätietoa ravitsemuksesta ja fysioterapeutti liikunnasta painonhallinnassa. Fysioterapeutin ohjaamat liikuntakokeilut koettiin erittäin mielekkäiksi.

"Lääkärin esitelmä se oli tavattoman hyvä, koska sieltä sai konkreettista uutta tietoa"

"Se ravintoterapeutti oli ihan hyvä, sai jotain uutta"

"Fysioterapeutti oli myös hyvin pätevä"

Kaiken kaikkiaan ohjaajia pidettiin ammattitaitoisina ja miellyttävinä. Haastateltavien mielestä ohjaajat olivat perehtyneet asiaan ja omistautuneita ryhmän toimintaan. Ohjaajat puhuivat asioista ymmärrettävästi ja arkikielellä. Ohjaustapa oli kannustava ja suvaitsevainen. Tavoitteisiin pyrittiin positiivisuuden kautta.

"Ohjaajat oli ihan ammattilaisia"

"Ohjaajan tietomäärä oli suuri"

"Täydestä sydäimestä ohjaajat oli asialla"

"Ohjaajat kykenivät puhumaan maanläheisesti, omakohtaisesti ja armeliaasti"

"Pidin hienona hommana, että ohjaaja oli kaupassa ihan merkkikohtaisesti tuotteita bongannut"

9.3 Ryhmässä kielteisiksi koetut tekijät

Haastateltavat kokivat ryhmän tapaamiskertojen määrän liian vähäiseksi. Monet olisivat toivoneet pitempiaikaista tukea painonhallintaan ja elämäntapamuutosten ylläpitämiseen. Osa olisi toivonut saavansa ryhmässä enemmän yksilöllistä tukea ja kannustusta. Repsahdustilanteiden ennakoimiseen ja läpikäymiseen olisi myös toivottu käytettävän enemmän aikaa.

"Ryhmä ois voinu kestää pitempään"

"Olisin toivonut enemmän henkilökohtaista kannustusta"

"Repsahduksiin ei saanut konkreettista tukea"

Haastateltavat kritisoivat konkreettisten liikuntakokeilujen vähäisyyttä. Erilaiset lajikoikeilut olisivat voineet motivoida ja kannustaa liikkumaan. Ryhmäläiset kokivat, että yhdessä liikkuminen auttaa innostumaan ja hakeutumaan liikunnan pariin myös uudestaan.

”Kritisoisin sitä, että oli vaan yks tunti sitä liikuntaa sisätiloissa”

”Ehkä joku liikunta yhdessä olis ollu sitten tehokkaampaa kuin omin nokkineen”

”Ryhmässä ei kokeiltu mitään liikuntalajia. Kuntosalillakin käytiin vaan kattomassa laitteita mutta ei koitettu. Ei innostanut liikkumaan”

Osa haastateltavista koki, että ohjaajat olisivat saaneet olla puheliaampia ja heidän ulosantinsa sujuvampaa. Myös ohjaajien kokemusta painonhallintaryhmien vetäjinä kritisoitiin. Ohjaustapoihin olisi kaivattu uusia menetelmiä luennoinnin sijaan. Osalla haastateltavista on jo aikaisempaa kokemusta painonhallintaryhmistä ja heille ryhmästä saatu tieto oli jo suurelta osin tuttua. Sen sijaan ensi kertaa painonhallintaryhmään osallistuneet kokivat saaneensa uutta tietoa ryhmästä.

”Ne oli aika hiljaisia tyttöjä ne jotka sitä veti, olis saanu olla rohkeempia”

”Mun mielestä ohjaajat eivät olleet ihan perehtyneet siihen koko asiaan, paljon oli kalvoja ja muuta”

”Tieto oli jo ihan tuttua juttua”

”Monelle meistä jotka oli aikaisemmin oltu painonhallintaryhmissä, paljon oli jo vanhaa tuttua asiaa, että oltais ootettu jotain uutta ja maata kaatavaa”

9.4 Kehittämisehdotukset

Haastattelujen pohjalta nousi esille ehdotuksia PPP - painonhallintaryhmän kehittämiseksi. Ryhmässä oli sekä ensikertaa painonhallintaryhmään osallistuvia että jo aiemmin painonhallintaryhmissä olleita. Tämän vuoksi tiedon kohdistaminen ryhmäläisten erilaisia tarpeita vastaavaksi oli haastavaa. Jo aiemmin

painonhallintaryhmiin osallistuneille ryhmästä saatu tieto oli jo ennalta tuttua. Koska ensikertalaiset ja uudelleen painonhallintaryhmiin osallistuvat hyötyvät erilaisesta tiedosta ja ohjauksesta, voisi osallistujien jakaminen omiin ryhmiinsä olla avuksi tiedon kohdentamisessa.

Haastateltavat kaipasivat ryhmään lisää toiminnallisuutta ja käytännönläheisyyttä. Toiminnallisuutta voitaisiin lisätä konkreettisten liikuntakokeilujen muodossa. Olisi tärkeää huomioida myös liikuntarajoitteiset ryhmäläiset ja kannustaa heitä liikkumaan. Ravitsemusneuvonnan muuttaminen käytännönläheisemmäksi voisi lisätä mielenkiintoa ja helpottaa tiedon omaksumista. Esimerkiksi tuotteisiin tutustuminen yhdessä ruokakaupassa ja reseptivinkit toisivat konkreettisuutta ravitsemusohjaukseen.

Koska suurin osa ryhmäläisistä palasi vanhoihin elämäntapoihinsa pian ryhmän päättymisen jälkeen, voisi säännöllisen jatkoseurannan järjestäminen tukea elämäntapamuutoksen ylläpitämisessä. Ryhmän päättymisen jälkeen kontrolleja voisi järjestää yksilöllisten toiveiden ja tarpeiden mukaan joko yksilö- tai ryhmätapaamisena.

9.5 Tulosten yhteenveto

Kaiken kaikkiaan haastateltavat kokivat Pieni Päätös Päivässä – ryhmän positiivisena kokemuksena. Myönteisinä asioina ryhmässä koettiin erityisesti ohjaajien toiminta, asiantuntijoiden vierailut ja muun ryhmän antama tuki.

Ryhmäläisten elintapamuutokset eivät olleet pysyviä, sillä ryhmän päättymisen jälkeen monet palasivat takaisin vanhoihin tottumuksiinsa. Ryhmän toivottiin jatkuvan pidempään ja tapaamisten päättymisen jälkeen kaivattiin enemmän seurantaa. Tämä olisi voinut auttaa elintapamuutosten ylläpitämisessä.

Pääsääntöisesti ohjaajat saivat haastateltavilta positiivista palautetta. Osa haastateltavista toivoi ohjaajilta vaativampaa ja tavoitteisiin pyrkivämpää otetta. Asiantuntijaluennot koettiin hyvänä lisänä ryhmän toiminnassa. Lääkäriin,

fysioterapeutin ja ravitsemusterapeutin lisäksi olisi toivottu vielä psykologin vierailua, koska painonhallinnassa myös psyykkiset tekijät ovat tärkeässä roolissa.

Alla olevassa taulukossa on esitetty yhteenveto keskeisimmistä tutkimustuloksista (taulukko 7).

TAULUKKO 7. Tutkimustulosten yhteenveto.

Motivoivat tekijät ryhmässä	Ryhmässä myönteisiksi koetut tekijät	Ryhmässä kielteisiksi koetut tekijät	Kehittämissuhteet
<p>Ryhmäläiset olivat motivoituneita painonhallintaan vain ryhmän toiminnan ajan</p> <p>Ryhmä auttoi pääsemään alkuun elämäntapamuutoksissa</p>	<p>Vertaistuki ja yhteishenki</p> <p>Ymmärrettävä ja käytännönläheinen tieto</p> <p>Asiantuntija - luennot</p> <p>Ohjaajat</p>	<p>Tapaamiskertojen vähyyys</p> <p>Puutteellinen tuki repsahdustilanteisiin</p> <p>Liikuntakokeilujen vähyyys</p> <p>Ohjaustavat</p>	<p>Ryhmään osallistuvien jakaminen omiin ryhmiinsä: ensikertalaiset ja uudelleen osallistuvat</p> <p>Toiminnallisuuden ja käytännönläheisyyden lisääminen</p> <p>Jatkoseurannan lisääminen</p>

10 POHDINTA

10.1 Opinnäytetyön eettisyys

Jo tutkimusaiheen valinta on tutkijan tekemä eettinen ratkaisu. Tutkijan on pohdittava onko aihe yhteiskunnallisesti merkittävä ja sen vaikutusta tutkimukseen osallistujille. Tutkimuksen periaatteena ja lähtökohtana on sen hyödyllisyys. Hyöty ei aina kohdistu tutkittavana olevaan henkilöön, vaan tutkimustuloksia voidaan joskus hyödyntää vasta tulevaisuudessa uusiin henkilöihin. Tärkeä lähtökohta tutkimukseen osallistumisessa on tutkittavien itsemääräämisoikeus ja tutkimuksen vapaaehtoisuus. Anonymiteetti on keskeinen asia tutkimustyössä, mikä tarkoittaa, ettei tutkimustietoja luovuteta kenellekään tutkimusprosessin ulkopuoliselle. (Kankkunen & Vehviläinen - Julkunen 2009, 177 - 179.)

Opinnäytetyömme aihe on ajankohtainen ja toivomme, että tuloksiamme voidaan hyödyntää tulevien painonhallintaryhmien toiminnassa. Saimme tutkimusluvan opinnäytetyöllemme Tampereen kaupungilta. Yhteistyökumppanimme Tampereen kaupungin dehkohoitajat selvittivät etukäteen PPP - ryhmäläisiltä kuinka moni olisi kiinnostunut osallistumaan haastatteluun. Tästä joukosta satunnaisesti valituille osallistujille lähetimme etukäteen tietoa opinnäytetyöstämme sekä pyysimme kirjallisen suostumuksen. Korostimme, että haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista ja että heidän henkilöllisyytensä ei paljastu tutkimuksen missään vaiheessa. Tutkimusaineisto on vain opinnäytetyön tekijöiden hallussa.

10.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioimiseksi ei ole määritelty selkeitä kriteereitä. Laadullisessa tutkimuksessa korostuu aina tutkijan persoonallinen näkemys, hänen omat tunteensa ja intuiotensa. Koska tulkinnot ovat yksilöllisiä, ne eivät ole toistettavissa eivätkä siirrettävissä muuhun yhteyteen.

Vaikka yleisesti hyväksytyt arviointikriteerit puuttuvatkin, on laadullista tutkimusta mahdollista arvioida. Arviointi kohdistuu tutkimusaineiston keräämiseen, aineiston analysointiin ja tutkimuksen raportointiin. (Paunonen & Vehviläinen - Julkunen 1998, 215 - 216.)

Haastatteluista suurin osa toteutettiin haastateltavien kotona, joka loi ilmapiiristä vapautuneen ja luotettavan. Tämä osaltaan lisää haastatteluista saatujen tulosten luotettavuutta. Toivoimme, että haastateltavat puhuisivat kokemuksistaan spontaanisti ja totuutta kaunistelematta, jonka vuoksi emme lähettäneet haastattelukysymyksiä heille etukäteen nähtäväksi. Valitsimme tiedonkeruumenetelmäksemme teemahaastattelun, jotta tarvittaessa kysymyksiä voitiin tarkentaa ja esittää lisäkysymyksiä. Haastattelun kysymykset etenivät luontevassa järjestyksessä ja ne olivat selkeitä ja ymmärrettäviä.

Opinnäytetyön luotettavuutta saattaa vähentää se, että PPP - painonhallintaryhmän loppumisesta oli kulunut haastatteluhetkellä noin vuosi, jonka vuoksi kokemusten palauttaminen mieleen saattoi olla vaikeaa. Osa haastateltavista oli osallistunut useampaan eri painonhallintaryhmään, jolloin kokemukset saattoivat sekaantua toisiinsa. Osa haastateltavista koki haastattelun nauhoittamisen jännittävänä, joka mahdollisesti vaikutti vastausten totuudenmukaisuuteen.

10.3 Tutkimustulosten tarkastelu

Keskitymme tulosten tarkastelussa ryhmiin osallistuneiden kokemuksiin PPP-painonhallintaryhmien vaikuttavuudesta. Tutkimustuloksista nousi esiin niin hyviä, kuin huonojakin kokemuksia PPP - painonhallintaryhmistä. Tulosten avulla esittelemme kehittämissuhteita havaittuihin epäkohtiin. Tavoitteena on antaa ehdotuksia painonhallintaryhmien ohjaajille, jotta ryhmien vaikuttavuus lisääntyisi.

Opinnäytetyön tulokset osoittivat että haastateltavat kokivat motivaation ylläpitämisen haastavana ryhmätapaamisten loppumisen jälkeen. Ryhmän aikana osallistujat olivat jossain määrin motivoituneita painonhallintaan ja onnistuivat muuttamaan elämäntapojaan, mutta ryhmän jälkeen hyvin suuri osa palasi entisiin tottumuksiinsa. Mustajoen (2006) mukaan elintapamuutosten vakiintuminen kestää usein pitkään ja henkilö tarvitsee paljon tukea ja kannustusta onnistuakseen. Ryhmäläisten motivaation ja elintapamuutosten jatkuvuuden tukemiseksi olisi tärkeää lisätä ja kehittää säännöllistä jatkoseurantaa yksilöllisten tarpeiden mukaan ryhmän jälkeen.

Painonhallintaprosessin etenemistä voidaan tarkastella Prochaskan ja DiClementen luoman muutosvaihemallin avulla (kuvio 1, s.11). Muutosvaihemallin eri vaiheet kuvaavat myös motivaation tasoa elämäntapamuutoksen toteuttamisessa. Kaikki haastateltavat olivat tiedostaneet tarpeen elämäntapamuutokselle ja hakeneet apua ryhmästä. Ryhmäläiset olivat muutosprosesseissaan eri vaiheissa ja kukaan heistä ei ole onnistunut ylläpitämään elämäntapamuutoksiaan pysyvästi.

Pääsääntöisesti ryhmäläiset kokivat PPP - painonhallintaryhmän toiminnan myönteisenä. Erityisesti korostettiin vertaistuen merkitystä tavoitteiden saavuttamisessa. Sosiaaliset suhteet sitoutuivat osallistujia ryhmän toimintaan ja loivat ryhmätapaamisista mielekkäitä. Myös Kovanen ja Multasen (2006, 25) tutkimustuloksissa korostui sosiaalisen tuen merkitys, vaikka osa haastateltavista kokikin ryhmän jopa esteenä painonhallinnassa onnistumiselle.

Ohjaajat saivat haastateltavilta pääosin positiivista palautetta. Heitä pidettiin ammattitaitoisina ja asiaan perehtyneinä. Lisäksi ohjaustavat koettiin kannustaviksi ja toimiviksi. Haastateltavat kokivat tärkeänä, että ryhmässä vieraili eri alojen asiantuntijoita. Lääkäriin, ravitsemusterapeutin ja fysioterapeutin lisäksi olisi toivottu vielä psykologin vierailua. Psykkiset tekijät ovat merkittävässä osassa painonhallinnassa. Ihmisen henkilökohtaiset asiat ja ongelmat voivat joskus olla

ylipainon taustalla. Näiden asioiden käsittelyssä voisi psykologin ammattitaidosta olla hyötyä.

Tuloksissa nousi esille myös negatiivisia asioita ryhmästä. Osa ryhmäläisistä olisi toivonut repsahdustilanteiden käsittelyyn käytettävän enemmän aikaa. Repsahdustilanteiden kohtaamiseen ja niistä selviämiseen olisi toivottu lisää työkaluja. Repsahdus on luonnollinen osa painonhallintaprosessia ja se voi tulla eteen missä sen vaiheessa tahansa. Painonhallintaryhmän ohjaajan on tärkeä korostaa, että repsahdus ei ole merkki epäonnistumisesta, vaan se on yksi vaihe muutosprosessissa.

PPP - painonhallintaryhmissä yhden tapaamiskerran teemana oli liikunta ja sen merkitys painonhallinnassa. Ryhmäläiset kokivat tapaamiskerran hyödyllisenä. Liikunta-aiheisia tapaamisia ja konkreettisia liikuntakokeiluja olisi toivottu enemmänkin, sillä se olisi voinut innostaa ja motivoida ryhmäläisiä hakeutumaan liikunnan pariin myös oma - aloitteisesti. Liikunta on ruokavalion ohella tärkeä tekijä painonhallinnassa ja myös diabeteksen ennaltaehkäisyssä ja hoidossa. UKK - instituutin (2011) mukaan sopivia liikkumismuotoja painonhallinnassa ovat esimerkiksi kävely, pyöräily, hiihto, uinti sekä koti - ja pihatyöt.

PPP - painonhallintaryhmiä ohjasi työparina kaksi terveydenhoitajaa. Painonhallintaryhmien ohjaus on kansansairauksia ennaltaehkäisevää työtä, jolla on keskeinen osa terveydenhoitajan työssä. (Pesso 2004, 120 - 121). Ryhmäohjaus on tulevaisuudessa mahdollisesti yhä yleistävämpi terveydenhoitajan työmuoto terveydenhuollon pyrkiessä kustannustehokkaampiin toimintatapoihin. Trenton ym. (2002, 1231) tutkimustulosten mukaan ryhmäohjaus on tehokasta myös tyypin 2 diabeteksen hoidossa. Ryhmämuotoinen ohjaus yksinään ei kuitenkaan välttämättä aina vastaa yksilön tarpeisiin, kuten opinnäytetyömme tuloksista käy ilmi. Ryhmäohjauksen tuloksellisuuteen vaikuttavat terveydenhoitajan kokemus ryhmien ohjaamisesta sekä myös ryhmäläisten muutoshalukkuus ja motivaatio. (Haarala ym. 2008, 258 - 261).

Osa haastateltavista ei ollut täysin tyytyväisiä ohjaajien toimintatapoihin. Ohjaustavat koettiin liian luentomaisina ja toiminnallisuutta kaivattiin lisää. Ryhmäläiset saivat mielestään riittävästi tietoa painonhallinnasta, mutta osalle tieto oli jo ennestään tuttua. Samoissa ryhmissä oli mukana sekä ensikertalaisia että jo useaan painonhallintaryhmään osallistuneita, jonka vuoksi tiedon kohdistaminen oli hankalaa. Jotta painonhallintaryhmäläiset saisivat tarpeisiinsa vastaavaa ohjausta, tulisi ryhmien olla mahdollisimman homogeenisia (Mustajoki ym. 2006, 275 - 276.) Tämän vuoksi ryhmiin osallistujat voisi olla hyvä jakaa yksilöllisten lähtökohtiensa ja tietotasojensa mukaan omiin ryhmiinsä.

Kokonaisuudessaan tulokset osoittavat, että PPP - painonhallintaryhmät antoivat myönteisiä kokemuksia osallistujille. Monet olivat onnistuneet tekemään pieniä muutoksia elintavoissaan pysyvästi, mutta suuremmat ryhmän aikana saavutetut tulokset eivät olleet pysyviä. PPP - painonhallintaryhmien vaikuttavuutta voidaan arvioida monella eri tasolla. Arvioitaessa ryhmän vaikuttavuutta laihdutus- ja painonhallintatulosten kannalta, eivät ryhmän avulla saavutetut tulokset ole merkittäviä. Ryhmäläiset kokivat saaneensa tietoa ja valmiuksia painonhallintaan ja elämäntapamuutoksen käynnistämiseen. Tulevaisuutta ajatellen haastateltavilla on nyt tarvittava tieto ja taito elämäntapamuutoksen toteuttamiseen oman sisäisen motivaation herättyä. Tältä kannalta ryhmän vaikuttavuutta tarkasteltaessa on PPP - painonhallintaryhmä toimiva menetelmä painonhallinnassa. Tutkimusten mukaan yksilö - ja ryhmänohjaus eivät ole toisiaan poissulkevia vaan lisäävät yhdessä elintapaohjauksen vaikuttavuutta. (Duodecim - seura 2011 ; Tuominen ym. 2001, 4727 - 4731.) PPP - ryhmän vaikuttavuutta saattaisi lisätä yksilöohjauksen yhdistäminen ryhmänohjauksen tueksi. Tämän voisi toteuttaa käytännössä esimerkiksi ryhmän loppumisen jälkeen seuranta - tapaamisilla terveydenhoitajan vastaanotolla.

10.4 Jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyömme tulosten pohjalta nousi esille jatkotutkimusaiheita. Tutkimustuloksissamme ilmeni että, kaikki PPP - ryhmiin osallistuneet eivät saaneet tarpeisiinsa vastaavaa tietoa ryhmistä. Jatkotutkimusaiheena voisi selvittää, miten PPP - painonhallintaryhmien sisältöjä voisi kehittää niin, että jokainen ryhmäläinen saisi omien lähtökohtiensa mukaista tietoa. Samalla ryhmien vaikuttavuus voisi lisääntyä.

Toisena jatkotutkimusaiheena voisi haastatella PPP - ryhmien ohjaajia ja selvittää heidän kokemuksiaan ryhmänohjaamisesta. Haastattelun avulla voisi selvittää, antaako PPP - ryhmänohjaajakoulutus tarpeeksi valmiuksia ryhmien ohjaamiseen ja miten koulutuksen sisältöä voisi kehittää. Tutkimustulosten avulla voisi pyrkiä parantamaan ohjaajien valmiuksia ryhmien ohjaamiseen.

11 KEHITTÄMISTEHTÄVÄ

Opinnäytetyön kehittämistehtävän tarkoituksena on kirjoittaa artikkeli (liite 5) hoitoalan lehteen. Kehittämistehtävän tavoitteena on esitellä lyhyesti opinnäytetyön tulokset ja antaa kehittämisaiheita hoitoalan ammattilaisille, jotka toimivat painonhallintaryhmien ohjaajina.

Artikkeli julkaistaan Diabetes ja lääkäri -lehdessä. Diabetes ja lääkäri - lehti on diabeteksen hoidon ammattilaisille suunnattu julkaisu. Artikkelien kirjoittajat ovat ansioituneita suomalaisia diabetestutkijoita, kokeneita diabeteslääkäreitä ja muita diabetesammattilaisia. Diabeteshoitajilla on lehdessä oma palsta. Lehden artikkelit käsittelevät mm. uusinta tietoa diabeteksen käytännön hoidon eri osa-alueilta, tukea ravitsemusneuvontaan ja muuhun hoidonohjaukseen sekä työkaluja diabeteksen hoidon laadun kehittämiseen. Diabetes - ja lääkäri - lehti ilmestyy viisi kertaa vuodessa Diabetes - lehden liitteenä. (Diabetesliitto 2011b)

Artikkeli kirjoitettiin Diabetes ja lääkäri - lehden toimituksesta saatujen kirjoitusohjeiden mukaisesti. Kaikissa lehden artikkeleissa on tavoitteena sujuva ilmaisu ja käytännönläheisyys. Artikkelin pituus tuli olla noin 5000 merkkiä. Tarvittaessa tekstiä muokataan toimituksessa ja kieliasu tarkistetaan.

LÄHTEET

Absetz, P. 2010. Miten ohjaan ja motivoin elintapamuutokseen? Terveystoimittaja. 1/2010, 8-12.

Anglé, S. 2010. Piilevän motivaation jäljillä – Ratkaisukeskeinen elämäntapojen ja painonhallinnan ohjaus. Suomen lääkäri-lehti. 34/2010, 2691-2696.

Diabetesliitto. 2011a. Ajankohtaista dehkosta. Luettu 7.4.2011.
<http://www.diabetes.fi>

Diabetesliitto. 2011b. Diabetes ja lääkäri - lehti. Luettu 10.8.2011.
<http://www.diabetes.fi>

Duodecim - seura. 2011. Aikuisten lihavuuden hoito. Käypä hoito. Luettu 11.2.2011. <http://www.kaypahoito.fi>

Duodecim - seura. 2009. Diabetes. Käypä hoito. Luettu 20.2.2011.
<http://www.kaypahoito.fi>

Fogelholm, M. 2008. Keventäjän kirja. Helsinki; Tammi

Groop, L., Lyssenko, V. & Tuomi, T. 2007. Tyypin 2 diabeteksen genetiikka selviämässä. Taustalla monen heikkotehoisen alttiusgeenin yhteispeli. Duodecim. Luettu 26.3.2011. <http://www.duodecimlehti.fi>

Haarala, P., Honkanen, H., Mellin, O-K. & Tervaskanto- Mäentausta, T. 2008. Terveystoimittajan osaaminen. Helsinki: Edita.

Haglund, B., Huupponen, T., Ventola, A-L. & Hakala-Lahtinen, P. 2010. Ihmisen ravitsemus. 10.uudistettu painos. Helsinki: WSOY pro Oy.

Helakorpi, S., Laitalainen, E. & Uutela, A. 2010. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2009. THL. Raportti 7/2010. Helsinki: Terveystoimittajan ja hyvinvoinnin laitos. Luettu 10.2.2011. <http://www.thl.fi>

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Ilanne-Parikka, P. 2011. Diabetes ja uniapnea. Duodecim. Luettu 15.3.2011.
<http://www.terveyskirjasto.fi>

Kankkunen, P. & Vehviläinen - Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1.painos. Helsinki: WSOY.

Kansanterveyslaitos. 2004. Botnia-tutkimus. Luettu 23.3.2011. <http://www.ktl.fi>

Korpela-Kosonen, K. 2009. Laihdutuksessa ratkaisee se miten syö, eikä se mitä syö. Ruokatieto yhdistys ry. Päivitetty 6.10.2009. Luettu 10.3.2011.

<http://www.ruokatieto.fi>

Koski, S. 2011. Diabetesbarometri 2010. Suomen diabetesliitto ry. Kehitys Oy

Kovanen, E-L. & Multanen, K. 2006. Kokemuksia onnistumisesta PPP – painonhallintaryhmässä. Haastattelut Pieni Päätös Päivässä – painonhallintaryhmäläisten kokemuksista. Pro gradu - tutkielma. Terveystieteiden laitos. Jyväskylän yliopisto.

Mustajoki, P. 2007. Ylipaino - Tietoa lihavuudesta ja painonhallinnasta. 1.painos. Helsinki; Duodecim.

Mustajoki, P. 2010a. Vyötärölihavuus. Duodecim. Luettu 15.3.2011.

<http://www.terveyskirjasto.fi>

Mustajoki, P. 2010b. Metabolinen oireyhtymä. Duodecim. Luettu 15.3.2011.

<http://www.terveyskirjasto.fi>

Mustajoki, P. 2010c. Diabetes. Duodecim. Luettu 15.3.2011.

<http://www.terveyskirjasto.fi>

Mustajoki, P. 2010d. Lihavuus. Duodecim. Luettu 15.3.2011.

<http://www.terveyskirjasto.fi>

Mustajoki, P. 2010e. Kohonnut verenpaine. Duodecim. Luettu 15.3.2011.

<http://www.terveyskirjasto.fi>

Mustajoki, P. 2010f. Kolesterolit. Duodecim. Luettu 15.3.2011.

<http://www.terveyskirjasto.fi>

Mustajoki, P. 2010g. Kihti. Duodecim. Luettu 15.3.2011.

<http://www.terveyskirjasto.fi>

Mustajoki, P. 2010h. Sappikivi. Duodecim. Luettu 15.3.2011.

<http://www.terveyskirjasto.fi>

Mustajoki, P. 2011a. Sepelvaltimotauti. Duodecim. Luettu 15.3.2011.

<http://www.terveyskirjasto.fi>

Mustajoki, P. 2011b. Veren triglyseridit. Duodecim. Luettu 15.3.2011.

<http://www.terveyskirjasto.fi>

Mustajoki, P., Fogelholm, M., Rissanen, A. & Uusitupa, M. 2006. Lihavuus - Ongelma ja hoito. 3.uudistettu painos. Helsinki; Duodecim.

Mustajoki, P. & Lappalainen, R. 2001. Painonhallinta: Ohjaajan opas. Helsinki: Duodecim.

Sarimo, S. 2010. Muutos vaatii sitoutumista. Tehy 14/2010, 17.

Männistö, S., Lahti-Koski, M., Laatikainen, T. & Vartiainen, E. 2004. Lihavuus ja sen taustat Suomessa - Liikakilot kasvavana haasteena. Suomen lääkirilehti. 8/2008, 777.

Niemi, M. & Winell, K. 2005. Diabetes Suomessa; Esiintyvyys ja hoidon laadun vaihtelu. Diabetesliitto. Helsinki: Stakes. Luettu 15.3.2011. <http://www.stakes.fi>

Tampereen kaupunki. 2011. Painonhallintaryhmät. Päivitetty 14.1.2011. Luettu 8.2.2011. <http://www.tampere.fi>

Paul-Ebhohimhen, V. & Avenell, A. 2009. A systematic review of the effectiveness of group versus individual treatments for adult obesity. Obesity Facts – The European Journal of Obesity. 2009/2, 17-24.

Paunonen, M., Vehviläinen -Julkunen, K. 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1.-2. Painos. Juva: WSOY.

Peltonen, M., Harald, K., Männistö, S., Saarikoski, L., Peltomäki, P., Lund, L., Sundvall, J., Juolevi, A., Laatikainen, T., Alden-Nieminen, H., Luoto, R., Jousilahti, P., Salomaa, V., Taimi, M. & Vartiainen, E. 2008. Kansallinen FINRISKI 2007 – terveystutkimus: Tutkimuksen toteutus ja tulokset. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 34/2008. Helsinki: Kansanterveyslaitos. Luettu 11.2.2011. <http://www.ktl.fi>

Pesso, K. 2004. Terveystieteiden viitekehys tutkimuskohteena. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Pohjolainen, T. 2010. Nivelrikko. Duodecim. Luettu 15.3.2011. <http://www.terveyskirjasto.fi>

Suomen Diabetesliitto ry. 2008. Diabeteksen ehkäisyn ja hoidon kehittämissuunnitelma 2000-2010. Tampere: Kirjapaino Hermes Oy.

Suomen Diabetesliitto ry. 2004 a. Suunnitelma Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelman toteuttamiseksi. Projektisuunnitelma 2003-2007. 2. painos. Tampere: Kirjapaino Hermes Oy.

Suomen Diabetesliitto ry. 2004 b. Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyohjelma 2003-2010. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Suomen terveydenhoitajaliitto ry. Terveystieteen viitekehys. Luettu 19.4.2011. <http://www.terveydenhoitajaliitto.fi>

The Medical News. 2010. Diogenes study investigates optimum diet composition for preventing, treating obesity. Luettu 29.11.2011. <http://www.news-medical.net>

Tilastokeskus. 2009. Ajankäyttötutkimus 2009. Päivitetty 17.2.2011. Luettu 19.2.2011. <http://www.stat.fi>

Trento, M., Passera, M., Bajardi, M., Tomalino, M., Grassi, G., Borgo, E., Donnola, C., Cavallo, F., Bondonio, P. & Porta, M. 2002. Lifestyle intervention by group care

prevents deterioration of Type 2 diabetes: a 4 - year randomised controlled clinical trial. *Diabetologia* 45/2002, 1231 - 1239.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5. uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Tuominen, P., Rintamäki, T., Jussila, M., Kotisaari, S., Sipilä, A-L. & Oksa, H. 2001. Tehoaako ryhmäneuvonta tyyppin 2 diabeetikkojen hoidonohjauksessa? *Suomen lääkirilehti* 46/2001, 4727-4731.

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

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

UKK-instituutti. 2008. Arkiliikunta painonhallinnan tukena. Luettu 14.2.2011. <http://www.ukkinstituutti.fi>

UKK-instituutti. 2011. Liikuntapiirakka. Luettu 14.2.2011. <http://www.ukkinstituutti.fi>

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2005. Suomalaiset ravitsemussuositukset – Ravinto ja liikunta tasapainoon. Helsinki: Edita. Luettu 23.1.2011. <http://www.ravitsemusneuvottelutoimikunta.fi>

Vilka, H. 2007. Tutki ja havainnoi. 2. painos. Helsinki: Tammi.

World Health Organization. 2010. Finland: health profile. Luettu 11.2.2011. <http://www.who.int>

Suomen Diabetesliitto ry

TYYPIN 2 DIABETEKSEN SAIRASTUMISRISKIN ARVIOINTILOMAKE

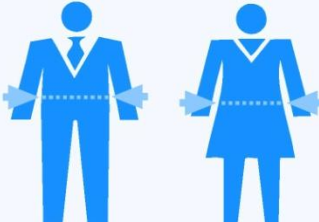
Rengasta oikea vaihtoehto ja laske pisteet yhteen.

1. Ikä
0 p. Alle 45 v.
2 p. 45 – 54 v.
3 p. 55 – 64 v.
4 p. Yli 64 v.

2. Painoindeksi
(katso taulukosta kääntöpuolelta)
0 p. Alle 25 kg/m²
1 p. 25 – 30 kg/m²
3 p. Yli 30 kg/m²

3. Vyötärönympäryys mitattuna kylkiluiden alapuolelta (yleensä navan kohdalta)

MIEHET	NAISET
0 p. Alle 94 cm	Alle 80 cm
3 p. 94 – 102 cm	80 – 88 cm
4 p. Yli 102 cm	Yli 88 cm



4. Sisältyykö jokaiseen päivääsi yleensä vähintään puoli tuntia liikuntaa työssä ja/tai vapaa-ajalla ns. arkiliikunta mukaan lukien?
0 p. Kyllä
2 p. Ei

5. Kuinka usein syöt kasviksia, hedelmiä tai marjoja?
0 p. Päivittäin
1 p. Harvemmin kuin joka päivä


6. Oletko koskaan käyttänyt säännöllisesti verenpainelääkkeitä?
0 p. En
2 p. Kyllä

7. Onko verensokerisi joskus todettu olevan koholla (esim. terveystarkastuksessa, jonkin sairauden yhteydessä, raskauden aikana)?
0 p. Ei
5 p. Kyllä

8. Onko perheenjäsenilläsi tai sukulaisillasi todettu diabetesta (tyypin 1 tai 2 diabetesta)?
0 p. Ei
3 p. Kyllä: isovanhemmilla, vanhempien sisaruksilla tai serkuilla (mutta ei omilla vanhemmilla, sisaruksilla tai lapsilla)
5 p. Kyllä: vanhemmilla, sisaruksilla tai omilla lapsilla

Riskipisteitä yhteensä

[]	Riski sairastua tyypin 2 diabetekseen kymmenen vuoden kuluessa on
alle 7	Pieni: arviolta yksi sadasta sairastuu
7 – 11	Jonkin verran lisääntynyt: arviolta yksi 25:stä sairastuu
12 – 14	Kohtalainen: arviolta joka kuudes sairastuu
15 – 20	Suuri: arviolta joka kolmas sairastuu
yli 20	Hyvin suuri: arviolta puolet sairastuu



Käännä! →

Testin suunnittelu: Professori Jaakko Tuomilehto, Helsingin yliopiston kansanterveystieteen laitos ja ETM Jaana Lindström, Kansanterveyslaitos.



Suomen Diabetesliitto ry

MITÄ VOIT TEHDÄ SAIRASTUMISRISKIN PIENENTÄMISEKSI?

Et voi vaikuttaa ikääsi, etkä perinnölliseen alttiuteen. Sen sijaan muut diabetekselle altistavat tekijät: liikapaino, vatsakkuus, vähäinen liikunta, ruokatottumukset ja tupakointi ovat omia valintojasi. Elämäntapoihisi liittyvillä valinnoilla voit joko kokonaan ehkäistä tai ainakin siirtää tyypin 2 diabetesta mahdollisimman myöhäisiin vuosiin.

Jos suvussasi on diabetesta, ole erityisen tarkka sinä, että painosi ei pääse vuosien mittaan nousemaan. Erityisesti vyötärönmitan kasvaminen merkitsee riskin lisääntymistä. Kiintoallinen ja säännöllinen liikunta laskee diabetesriskiä. Kiinnitä huomiota myös ruokavalioosi: nauti päivittäin runsaasti kuitupitoisia viljatuotteita ja kasviksia. Jätä pois ylimääräiset kovat rasvat ja suosi pehmeitä kasvirasvoja.

Tyypin 2 diabetes ei alkuvaiheessa yleensä aiheuta mitään oireita. Jos sait testissä 7 – 14 pistettä, sinun kannattaa pohtia liikunta- ja ruokatottumuksiasi ja kiinnittää huomiota painoosi estääksesi diabeteksen kehittymistä. Ota yhteyttä terveyskeskukseen tai työterveyshuoltoon saadaksesi lisäneuvoja.

Jos sait testissä 15 – 20 pistettä, hakeudu terveyden- tai sairaanhoitajan tai työterveyshoitajan vastaanotolle sairastumisriskisi tarkempaan arviointiin.

Jos sait testissä yli 20 pistettä, hakeudu ensi tilassa terveyden- tai sairaanhoitajan tai työterveyshoitajan vastaanotolle verensokerin mittaukseen (sekä paastoarvo että sokerirasituksen tai aterian jälkeinen arvo) mahdollisen oireettoman diabeteksen toteamiseksi.

PAINOINDEKSI

Normaalipainon arvioinnissa käytetään painoindeksiä, joka lasketaan siten, että paino jaetaan pituuden neliöllä. Esimerkki: jos pituutta on 165 cm ja painoa 70 kg, on painoindeksi

$$\frac{\text{Paino (kg)}}{\text{Pituus (m)}^2} = \frac{70}{1,65 \times 1,65} = 25,7$$

Kun painoindeksi on 25–30, laihduttamisesta on hyötyä, ja erityisesti kannattaa huolehtia, ettei paino ainakaan nouse. Kun painoindeksi on yli 30, lihavuuden terveydelliset haitat alkavat selvästi lisääntyä ja laihduttaminen on tärkeää.

PAINOINDEKSITAU LUKKO

Pituus (cm)	50	55	60	65	70	75	80	85	90	95	100	105	110	115	120	125	130	135	140	145	150	155	160	165	170	175	180	185	190	195	200	
150	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	
155	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42
160	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43
165	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44
170	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45
175	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46
180	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47
185	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48
190	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49
195	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50
200	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	32	33	34	35	36	37	38	39	40	41	42	43	44	45	46	47	48	49	50	51

normaalipaino lievä lihavuus merkittävä lihavuus vaikea lihavuus sairautta lisäävä lihavuus

Paino (kg) ←

HYVÄ PAINONHALLINTARYHMÄÄN OSALLISTUNUT

Kiitos suostumuksestanne osallistua opinnäytetyöhömme liittyvään haastatteluun.

Olet osallistunut vuonna 2009 PPP-painonhallintaryhmään ja olisimme kiinnostuneita kuulemaan kokemuksiasi ryhmästä ja sen vaikutuksista painonhallintaan.

Opiskelemme Tampereen ammattikorkeakoulussa terveydenhoitajiksi. Teemme opinnäytetyötä, jonka tarkoituksena on selvittää PPP – eli Pieni Päätös Päivässä – painonhallintaryhmiin osallistuneiden kokemuksia siitä, motivoivatko ryhmät painonhallinnassa ja mikä auttaa ylläpitämään elämäntapamuutosta ryhmän jälkeen.

Tutkimuksen tuloksia käytetään vain tässä opinnäytetyössä sekä siihen liittyvissä julkaisuissa. Osallistumalla haastatteluun autat kehittämään painonhallinryhmien toimintaa tulevaisuudessa.

Opinnäytetyöhön liittyvä haastattelu toteutetaan yksilöhaastatteluna. Haastattelu äänitetään kasetille myöhempää tarkastelua varten. Haastatteluun osallistuminen on vapaaehtoista.

Henkilöllisyyttä ei paljasteta missään tutkimustulosten käsittely- tai raportointivaiheessa. Osallistuessanne tutkimukseen, pyydämme teiltä kirjallisen luvan haastattelun nauhoittamiseen.

Yhteistyöterveisin

Terveydenhoitaja-opiskelijat

Juuli Toukonen

Johanna Ollikainen

Annika Lundgren

PPP - PAINONHALLINTARYHMÄÄN OSALLISTUNEEN SUOSTUMUS

Osallistuessani tutkimukseen, jonka tarkoituksena on selvittää PPP-painonhallintaryhmiin osallistuneiden kokemuksia ryhmien vaikuttavuudesta

minä _____

annan luvan nauhoittaa minulle tehtävän haastattelun ja käyttää siinä esille tulevia kokemuksia opinnäytetyössä.

Näitä aineistoja käytetään opinnäytetyön tutkimusaineistona. Tutkimus on vapaaehtoinen eikä siihen osallistumisesta aiheudu mitään kuluja. Anonymiteetti taataan osallistujille kaikissa tutkimuksen vaiheissa.

Paikka ja aika

Allekirjoitus

HAASTATTELUN TEEMAT

Taustatiedot

- Miten tulit mukaan PPP- painonhallintaryhmään?
- Oletko ollut aiemmin muissa painonhallintaryhmissä?

Painonhallinnan tavoitteet

- Mikä oli tavoitteesi tullessasi ryhmään?
- Muuttuiko tavoite ryhmän edetessä?
- Miten tavoitteen saavuttamista seurattiin?
- Mikä auttoi juuri sinua tavoitteen saavuttamisessa?
- Oliko vaikeuksia pitää itselle asetetut tavoitteet?

Ryhmän merkitys

- Mikä merkitys ryhmällä ja ohjaajalla oli tavoitteen saavuttamisessa?
- Mikä oli ryhmässä parasta?
- Mitä ryhmän toiminnassa olisi voinut olla toisin?
- Miten repsahduksiin ja ongelmatilanteisiin sai tukea?

Elämäntapamuutokset

- Mitä uutta tietoa sait ryhmässä?
- Saitko riittävästi tietoa painonhallinnasta?
- Muuttuivatko elämäntavat ryhmässä ollessasi esim. liikunta ja ruokailu ?
- Miten muutosta tuettiin? (Kysytään jos muutosta tapahtunut)

Ryhmän jälkeen

- Oletko nyt tavoitteessasi?
- Oletko tyytyväinen saavuttamaasi tulokseen?
- Oletko pystynyt ylläpitämään elämäntapamuutostasi ryhmän jälkeen?
- Osallistuitko puolen vuoden jälkeen järjestetyille kontrollikäynnille?
- Koitko kontrollin hyödyllisenä?
- Mitkä ovat tavoitteesi jatkossa?

LIITE 5: 1 (2)

Pieni Päätös Päivässä - painonhallintaryhmä auttaa elämäntapamuutoksen alkuun

Painonhallinta on haastava ja jatkuva prosessi. Elämäntapamuutoksen ylläpitäminen vaatii pitkäjänteisyyttä ja ihmisestä itsestään lähtevää motivaatiota. PPP - painonhallintaryhmä on laihduttamisen ja painonhallinnan ryhmätoimintamalli, jonka tavoitteena on auttaa ja tukea elämäntapamuutoksen toteutuksessa. PPP – ryhmä voi auttaa alkuun elämäntapamuutoksessa. Muutosten ylläpitämiseen kaivataan tukea säännöllisellä seurannalla myös ryhmän jälkeen.

Ylipainon ja tyypin 2 diabeteksen esiintyvyyden lisääntyminen Suomessa asettaa haasteita terveydenhuollolle kehittää toimintatapojaan. Vuonna 2010 Suomen väestöstä ylipainoisia ($BMI \geq 25 \text{ kg/m}^2$) oli naisista 43,6 % ja miehistä 55,8 %. Painoindeksien keskiarvot olivat naisilla $25,9 \text{ kg/m}^2$ ja miehillä $26,8 \text{ kg/m}^2$. (1) Vuonna 2007 Suomessa oli diagnosoituja ja hoidossa olevia tyypin 2 diabetesta sairastavia henkilöitä yli 245 000. Esiintyvyys on kymmenessä vuodessa kaksinkertaistunut. (2)

Elintapaohjaus on toimiva tapa ehkäistä ja vähentää terveydellisiä riskitekijöitä, kuten diabetesta ja ylipainoa (3.) Ohjaus ja motivointi elintapojen muutokseen tulisi sisältyä tavalla tai toisella terveydenhuollon ammattilaisten työhön (4.) Ohjaus voidaan toteuttaa joko yksilö- tai ryhmämuotoisena. Ryhmäohjauksen hyötyinä voidaan nähdä sen kustannustehokkuus ja vertaistuen mahdollistuminen. Tutkimustulosten mukaan yksilö- ja ryhmäohjaus eivät ole toisiaan poissulkevia vaan toisiaan täydentäviä. Molempia tarvitaan toistuvana ja pitkäjänteisenä toimintana (5, 6).

Opinnäytetyömme aihe käsittelee Pieni Päätös Päivässä – painonhallintaryhmiä. Tarkoituksena oli kuvata ryhmiin osallistuneiden kokemuksia siitä, motivoivatko ryhmät painonhallinnassa ja elämäntapamuutoksen ylläpitämisessä ryhmän jälkeen. Tavoitteenamme oli löytää kehittämissuhteita painonhallintaryhmien ohjaajille. Haastattelimme yhdeksää Tampereella vuonna 2009 PPP - painonhallintaryhmiin osallistunutta henkilöä.

Ryhmän sosiaalinen tuki

Tulostemme mukaan PPP - painonhallintaryhmät koettiin kaiken kaikkiaan myönteisenä kokemuksena. Ohjaajat saivat haastateltavilta pääosin positiivista palautetta. Heitä pidettiin ammattitaitoisina ja asiaan perehtyneinä. Lisäksi ohjaustavat koettiin kannustaviksi ja toimiviksi. Ryhmissä vieraili eri alojen asiantuntijoita, joiden roolia osana ryhmänohjausta pidettiin tärkeänä. Erityisesti korostettiin vertaistuen merkitystä tavoitteiden saavuttamisessa. Sosiaaliset suhteet sitouttivat osallistujia ryhmän toimintaan ja loivat ryhmätapaamisista mielekkäitä.

(jatkuu)

LIITE 5: 2 (2)

Huomio repsahduksiin

Osa ryhmäläisistä olisi kaivannut repsahdustilanteiden käsittelyyn käytettävän enemmän aikaa. Repsahdustilanteiden kohtaamiseen ja niistä selviämiseen olisi toivottu lisää työkaluja. Kaikki haastateltavat eivät olleet täysin tyytyväisiä ohjaajien toimintatapoihin. Ohjaustavat koettiin liian luentomaisina ja toiminnallisuutta kaivattiin lisää, etenkin konkreettisten liikuntakokeilujen muodossa. PPP - ryhmiin osallistui sekä ensikertalaisia että jo aiemmin painonhallintaryhmissä olleita. Kaikki ryhmäläiset saivat mielestään riittävästi tietoa painonhallinnasta, mutta osalle tieto oli jo ennestään tuttua.

Kehittämisehdotuksia

Haastattelujen pohjalta nousi esille ehdotuksia PPP - painonhallintaryhmien kehittämiseksi. Suurin osa ryhmäläisistä palasi entisiin elämäntapoihinsa pian ryhmän päättymisen jälkeen, joten säännöllisen jatkoseurannan järjestäminen voisi tukea elämäntapamuutoksen ylläpitämisessä. Seuranta voisi olla henkilökohtaisten tarpeiden mukaan joko yksilö- tai ryhmämuotoista.

Koska ensikertalaiset ja uudelleen painonhallintaryhmiin osallistuvat hyötyvät erilaisesta tiedosta ja ohjauksesta, voisi osallistujien jakaminen omiin ryhmiinsä helpottaa tiedon kohdentamista ryhmäläisten tarpeita vastaavaksi. Haastateltavat kaipasivat ryhmiin lisää toiminnallisuutta ja käytännönläheisyyttä. Toiminnallisuutta voitaisiin lisätä konkreettisilla liikuntakokeiluilla. Olisi tärkeää huomioida myös liikuntarajoitteiset ryhmäläiset ja kannustaa heitä liikkumaan. Ravitsemusneuvonnan muuttaminen käytännönläheisemmäksi voisi lisätä mielenkiintoa ja helpottaa tiedon omaksumista, esimerkiksi tutustumalla yhdessä tuotteisiin ruokakaupassa.

Artikkelin lähteet:

1. World Health Organization. 2010. Finland: health profile. Luettu 11.2.2011. <http://www.who.int>
2. Koski, S. 2011. Diabetesbarometri 2010. Suomen diabetesliitto ry. Kehitys Oy.
3. Muutos vaatii sitoutumista. 2010. Tehy 14/2010, 17
4. Absetz, P. 2010. Miten ohjaan ja motivoin elintapamuutokseen? Terveystieteiden tutkimuskeskus. 1/2010, 8-12.
5. Tuominen, P. Rintamäki, T., Jussila, M., Kotisaari, S., Sipilä, A-L. & Oksa, H. 2001. Tehoaako ryhmäneuvonta tyyppin 2 diabeetikkojen hoidonohjauksessa? Suomen lääkärilehti 46/2001, 4727-4731.
6. Duodecim -seura 2011. Aikuisten lihavuuden hoito. Käypä hoito. Luettu 11.2.2011. <http://www.kaypahoito.fi>

