

RYHMÄMUOTOINEN ELINTAPOHJAUS TERVEYDENHOITAJAN  
TYÖMENETELMÄNÄ

Anne Riihimäki  
Opinnäytetyö, syksy 2013  
Diakonia-ammattikorkeakoulu  
Diak, Helsinki  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Terveystyön  
suuntautumisvaihtoehto  
Terveystyöntekijä (AMK)

## TIIVISTELMÄ

Anne Riihimäki. Ryhmämuotoinen elintapaohjaus terveydenhoitajan työmenetelmänä. Helsinki: syksy 2013, 74 sivua, 2 liitettä. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Helsinki. Hoitotyön koulutusohjelma. Terveydenhoitotyön suuntautumisvaihtoehto.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata ryhmämuotoista elintapaohjausta kirjallisuuskatsauksen avulla. Kirjallisuuskatsauksen tuloksia voidaan hyödyntää yhteistyökumppanini, Diakonia-ammattikorkeakoulun Helsingin toimipaikan, terveydenhoitajakoulutuksessa syvennettäessä ryhmäohjauksen ja terveydenhoitajatyön menetelmäosaamista tai sairaanhoitajaopiskelijoiden terveyden edistämisen opinnoissa.

Kirjallisuuskatsauksen aineisto on haettu pääasiallisesti Medic-tietokannasta, mutta hakua on täydennetty Cinahl- ja PubMed-tietokannoilla, sekä manuaalista hakua käyttäen. Aineisto koostuu kolmesta väitöstutkimuksesta, yhdestä katsausartikkelista ja 11 tutkimuksesta. Aineisto on pääosin suomalaista tutkimustietoa, mutta mukana on yksi australialainen ja yksi saksalainen tutkimus.

Aineisto analysointiin sisällön analyysia käyttäen. Analysoinnin tuloksena esiin nousi, että ryhmämuotoinen elintapaohjaus perustuu etukäteen suunniteltuun ryhmäohjausmalliin, ja menetelmällä on mahdollista saavuttaa maltillisia parannuksia osallistujien elintavoissa. Toiminnassa hyödynnetään ryhmädynamiikkaa ja vertaistukea. Menetelmää käyttämällä voidaan säästää ohjausresursseissa. Ryhmämuotoisen elintapaohjauksen onnistumista tukevat organisaation taustatuki, ohjaajan osaaminen, sekä osallistujan motivaatio, oma toiminta ja riittävät voimavarat. Onnistumista voivat vaikeuttaa organisaation puutteellinen taustatuki, ongelmat ohjauksen suunnittelussa, ohjaajan puutteellinen osaaminen ja osallistujan sitoutumattomuus, motivaation ja voimavarojen puute.

Lisää tutkimustietoa ryhmämuotoisen elintapaohjauksen vaikuttavuudesta ja tehokkaimmista käyttäytymisen muuttamisen tekniikoista tarvitaan, jotta olemassa olevat resurssit voidaan käyttää tehokkaasti ja saavuttaa mahdollisimman suuri joukko elintapaohjausta tarvitsevia.

Asiasanat:

ryhmäohjaus, elintavat, terveyden edistäminen

## ABSTRACT

Riihimäki, Anne. Group-based lifestyle counseling as a working method of a Public Health Nurse. 74p., 2 appendices. Language: Finnish. Helsinki, Autumn 2013. Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing. Option in Health Care. Degree: Public Health Nurse.

The aim of this thesis was to describe group-based lifestyle counseling as a working method of a public health nurse. This thesis is a literature review. The results of this literature review can be utilized by Diaconia University of Applied Sciences, in the education of health care students.

The data was collected mostly from Medic database, but also from Cinahl and PubMed databases and manually. The data consisted of 3 dissertations, 1 literature review and 11 studies. The data was mostly Finnish, but one study has been made in Australia and one in Germany.

The data was analyzed using content analysis. As a result of the analysis came up that the group-based lifestyle counseling is based on a group advising model which is planned in advance. It is possible to achieve moderate improvements in the participants' lifestyle by using this method. Group dynamics and peer support are utilized in the process as well. By using this method, it is possible to save counseling resources. The success of group-based lifestyle counseling is promoted by the support of organization and a competent counselor and a motivated participant, by the participant's own activity and sufficient resources. The lack of support of the organization, problems in planning, incompetent counselor or an uncommitted participant, the lack of motivation and resources, are the things that can make the success difficult.

Further research is needed on the impact of group-based lifestyle counseling and the most effective behavior change techniques. Thus the existing resources could be used effectively and reach more people who need lifestyle counseling.

Keywords: Group advising, life style behavior, health promotion

## Sisällys

1 JOHDANTO .....	6
2 TERVEYDEN EDISTÄMINEN .....	8
2.1 Terveystenhoitajan työ terveyden edistämässä .....	8
2.2 Elintavat.....	9
2.3 Ryhmämuotoinen elintapaohjaus .....	11
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET.....	13
4 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTUS.....	14
4.1 Kirjallisuuskatsauksen aineiston haku ja valintaprosessi.....	14
4.2 Aineiston kuvaus .....	22
4.3 Aineiston analysointi sisällön analyysillä .....	23
5 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET.....	25
5.1 Ryhmämuotoisen elintapaohjauksen keskeiset piirteet.....	25
5.1.1 Ryhmämuotoinen elintapaohjaus perustuu ryhmänohjausmalliin.....	25
5.1.2 Ohjauksella voidaan vaikuttaa osallistujien elämäntapoihin.....	28
5.1.3 Ryhmädynamiikkaa ja vertaistukea hyödyntävä työmenetelmä.....	31
5.1.4 Ohjausresursseja säästävä työmenetelmä .....	32
5.2 Ryhmämuotoisen elintapaohjauksen onnistumista tukevat tekijät.....	33
5.2.1 Organisaation taustatuki .....	34
5.2.2 Ohjaajan osaaminen.....	36
5.2.3 Osallistujaan liittyvät tekijät .....	41
5.3 Ryhmämuotoisen elintapaohjauksen onnistumista vaikeuttavat tekijät.....	42
5.3.1 Organisaation puutteellinen taustatuki.....	43
5.3.2 Ongelmat ohjauksen suunnittelussa.....	44
5.3.3 Ohjaajaan ja osallistujaan liittyvät tekijät.....	45
6 POHDINTA .....	47
6.1 Luotettavuus ja eettiset kysymykset.....	47

6.2 Tulosten yhteenveto ja johtopäätökset .....	48
6.3 Opinnäytetyön tavoitteet ja ammatillinen kasvu prosessin aikana.....	52
LÄHTEET.....	55
LIITTEET.....	60
LIITE 1: Kirjallisuuskatsauksen aineiston esittely.....	60
LIITE 2: Ryhmämallien toteutus.....	74

## 1 JOHDANTO

Suomalainen väestö ikääntyy ja terveydenhuollon menot ovat jatkuvasti kasvaneet. Vuonna 2011 terveydenhuollon menot olivat 17,1 miljardia euroa, mikä on 9% bruttokansantuotteesta ja 3 165 euroa asukasta kohden. Myös lääkekorvausmenot ovat kasvaneet, lääkkeet ja lääkinnälliset kuntoutustarvikkeet olivat terveydenhuollon kokonaiskustannuksista 13,2%. (Matveinen & Knappe 2013.) Terveellisillä elintavoilla voidaan ehkäistä monia yhteiskunnalle kalliiksi tulevia sairauksia, ja elintapojen muutos terveellisemmäksi voi vähentää lääkehoidon tarvetta jo sairastuneilla. Elintavoilla on merkitys esimerkiksi kakkostyypin diabeteksen, lihavuuden, ateroskleroosin eli valtimonkoveutumataudin, kohonneen verenpaineen, osteoporoosin ja syöpien ehkäisyssä (Mustajoki 2009). Terveyden ja toimintakyvyn edistäminen on määritelty yhdeksi neljästä sosiaali- ja terveystieteiden strategisesta linjauksesta (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006).

Terveydenhuollossa on mahdollista tavoittaa merkittävä osa elintapamuutoksista hyötyvistä ihmisistä, ja elintapaohjauksella on mahdollista saada aikaan muutoksia elintavoissa (Absetz & Hankonen 2011, 2265). Ohjauksen antaminen vaatii kuitenkin riittävää osaamista. Suomalaistutkimuksessa haastateltiin 301 julkisen terveydenhuollon piirissä työskentelevää lääkäriä, sairaanhoitajaa tai terveydenhoitajaa. Tiedon jakaminen, motiivointi ja rohkaisu elintapojen muutokseen koettiin osaksi terveystieteiden ammattilaisten perustehtävää, mutta vain hieman yli puolet lääkäreistä ja hoitajista koki, että heillä on riittävästi osaamista elintapojen ohjaukseen. (Jallinoja ym. 2007.)

Terveydenhoitaja on terveyden edistämisen ammattilainen ja myös ryhmätömenettelmien hallinta ja valmius ryhmien ohjaamiseen kuuluu terveydenhoitajan osaamisvaatimukseen (Opetusministeriö 2006). Elintapaohjausta antavat toki myös esimerkiksi sairaanhoitajat. Terveyden edistäminen on keskeinen osa myös sairaanhoitajan ammatillisesta osaamisesta, ja esimerkiksi ravitsemus- ja liikuntaohjaus kuuluu myös sairaanhoitajien tehtäviin (Opetusministeriö 2006). Sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien antaman elintapaohjauksen kustannuksissa voidaan säästää, kun samaan aikaan ohjausta saa useampi henkilö (Absetz ym. 2007, 2469). Ryhmämuotoinen elintapaohjaus voi toteutua yksittäisenä neuvontakertana, mutta useimmiten sillä tarkoitetaan pidempiaikaista ohjausta (Honkanen & Mellin 2008, 259). Silloin ryhmä kokoontuu tietyn etukäteen sovitun

määrän tapaamiskertoja sovitussa ajassa. Ajanjaksolla käydään läpi muutosprosessi esimerkiksi painonhallintaan liittyen. (Vertio 2009.) Ryhmä voi tukea osallistujan elintapamuutosprosessin onnistumista. Ryhmässä mahdollistuu esimerkiksi vertaiskokeusten vaihtaminen, ja ryhmässä keskusteleminen tukee saadun tiedon käsittelyä. (Marttila, Himanen, Ilanne-Parikka & Hiltunen 2004, 6).

Ryhmämuotoista elintapaohjausta ei kuitenkaan vielä yleisesti mielletä osaksi perustyötä terveysalalla (Heinonen & Turku 2005, 27; Jallinoja ym. 2006, 3750). Terveysalan ammattilaisille tehdyn haastattelututkimuksen mukaan osa henkilökunnasta epäilee ryhmäohjauksen kuormittavan entisestään tiukkoja aikatauluja terveyskeskuksissa, eikä koe sitä kokonaistyömäärää helpottavana menetelmänä. Asenteiden muuttamiseksi myös muutkin kuin ryhmien ohjaukseen osallistuvat terveysalan ammattilaiset tarvitsevat tietoa esimerkiksi ryhmämuotoisen elintapaohjauksen vaikuttavuudesta ja sisällöistä. (Jallinoja ym. 2006, 3750.) Ryhmien ohjaajille on usein tarpeellista tarjota täydennyskoulutusta (Heinonen & Turku 2005, 29; Jallinoja ym. 2006; 3750), sillä ryhmäohjaus koetaan usein melko vaativana työmenetelmänä (Marttila ym. 2004, 6; Oommen ym. 2010).

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kuvata ryhmämuotoista elintapaohjausta kirjallisuuskatsauksen avulla. Yhteistyötahoni on oma oppilaitokseni, Diakonia-ammattikorkeakoulun Helsingin toimipaikka. Työni tuloksia voidaan hyödyntää terveydenhoitajakoulutuksessa syvennettäessä ryhmäohjauksen ja terveydenhoitajatyön menetelmäosaamista tai sairaanhoitajaopiskelijoiden terveyden edistämisen opinnoissa. Työni lukemalla terveysalan opiskelijat tai muut aiheesta kiinnostuneet voivat saada tietoa ryhmämuotoisesta elintapaohjauksesta, ja perustietämyksen lisääntyessä toivottavasti olla osaltaan juurruttamassa ryhmämuotoista elintapaohjausta osaksi perustyötä terveysalalla.

Aiheen valintaa ohjasi myös oma kiinnostukseni. Tavoitteenani on muun muassa saada osaamista kirjallisuuskatsauksen tekemiseen ja aineiston analysointiin. Tavoitteenani on saada lisää tietoa ryhmämuotoisesta elintapaohjauksesta ja sen vaikuttavuudesta, ja valmiuksia ohjauksen suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin.

## 2 TERVEYDEN EDISTÄMINEN

Terveyden edistämisen yksiselitteinen määrittäminen on vaikeaa, koska se on niin laaja ja monenlaista toimintaa sisältävä ala. Se on Maailman terveysjärjestö WHO:n määritelmän mukaan toimintaa, joka pyrkii lisäämään ihmisten mahdollisuuksia ja kykyjä parantaa omaa ja ympäristönsä terveyttä (WHO 2009). Terveyden edistämisen keskuksen määritelmän mukaan se on arvoihin perustuvaa tavoitteellista ja välineellistä toimintaa, joka pyrkii lisäämään ihmisten terveyttä ja hyvinvointia ja ehkäisemään sairauksien syntyä (Savola & Koskinen-Ollonqvist 2005, 8).

Terveyden edistäminen toteutuu yhteiskunnan, yhteisön ja yksilön tasoilla. Yhteiskunnan tasolla terveyden edistämisen tavoitteenaan väestön terveyden lisääntymistä ja sairauksien ehkäisyä, sekä väestöryhmien terveyserojen kaventumista (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 15). Terveyserojen kaventumisella tarkoitetaan sitä, että terveydeltään heikommassa asemassa olevien terveyden tila paranisi lähemmäksi paremman terveyden saavuttaneiden tasoa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008, 17). Yhteiskunnan tason terveyden edistämisen yhteydessä käytetään usein käsitettä kansanterveys. Kansanterveydellä tarkoitetaan koko väestön terveyttä, sekä terveyden taso että terveyden jakaantuminen huomioon ottaen. (Ejlertsson & Andersson 2009, 21.) Kansanterveyslakiin kirjatun määritelmän mukaan kansanterveystyöllä tarkoitetaan yksilöön, väestöön ja ympäristöön kohdistuvaa terveyden edistämistä ja siihen sisältyvää sairauksien ja tapaturmien ennaltaehkäisyä, sekä sairauksien hoitoa. Kansanterveystyöstä voidaan käyttää nimitystä perusterveydenhuolto. (Kansanterveyslaki 2010/1)

### 2.1 Terveydenhoitajan työ terveyden edistämässä

Opetusministeriön määritelmän mukaan terveydenhoitaja (AMK) on hoitotyön, erityisesti terveydenhoitotyön, terveyden edistämisen ja kansanterveystyön asiantuntija elämänkulun eri vaiheissa. Terveydenhoitajan työ on yksilöiden, perheiden, yhteisöjen, koko väestön ja ympäristön terveyttä ja hyvinvointia edistävää, ylläpitävää sekä saira-

uksia ehkäisevää työtä, jolla pyritään vahvistamaan asiakkaiden voimavaroja ja edistämään itsehoitoa. (Opetusministeriö 2006.)

Terveydenhoitajien nelivuotinen koulutus antaa perusvalmiudet terveydenhoitajan työn tekemiseen eri toimintaympäristöissä. Osaamisen haasteet painottuvat eri tavoin sen mukaan, missä toimintaympäristössä ja työtehtävissä terveydenhoitaja toimii. (Haarala & Tervaskanto-Mäentausta 2008, 30,33.) Laadukas työn toteutus vaatii hyvän peruskoulutuksen lisäksi täydennyskoulutusta, tutkivaa työtettä ja asennoitumista elinikäiseen oppimiseen. (Jakonen, Ruoranen & Heljälä 2003, 854.)

Terveydenhoitajan keskeiset ammatillisen osaamisen alueet ovat Opetusministeriön määritelmän mukaan eettinen toiminta terveydenhoitotyössä, terveyden edistäminen ja kansanterveystyö, yhteiskunnallinen ja monikulttuurinen terveydenhoitotyö, tutkimus- ja kehittämistyö sekä johtaminen terveydenhoitotyössä ja terveydenhoitotyö elämänsä eri vaiheissa. Terveyden edistämiseen ja kansanterveystyöhön liittyen terveydenhoitajan osaamiseen kuuluu erilaisia terveydenhoitotyön ja terveyden edistämisen työmenetelmiä. Osana näitä menetelmiä, terveydenhoitajan tulee muun muassa hallita ryhmätyömenetelmiä ja omata valmiudet vertaisryhmien ohjaamiseen. Terveydenhoitajan tulee myös osata käynnistää ja toteuttaa erilaisia terveyden edistämisen hankkeita ja projekteja, ja kyetä arvioimaan niitä. (Opetusministeriö 2006.)

## 2.2 Elintavat

Suomalaisten elintavoissa on viime vuosina tapahtunut muutoksia sekä parempaan että huonompaan suuntaan. Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen teettämän Suomalaisen aikuisväestön terveystyötyminen ja terveys –tutkimuksen mukaan pitkällä aikavälillä tupakointi on vähentynyt ja ravitsemustottumukset ovat muuttuneet enemmän ravitsemussuosituksen suuntaisiksi. Kuitenkin alkoholinkäyttö ja ylipainoisuus on lisääntynyt. Myöskään terveyseroja eri koulutusryhmien välillä ei ole saatu riittävästi kavennettua, vaan alimmassa koulutusryhmässä on edelleen eniten ylipainoisia ja tupakoijien määrä on kasvussa. Ylimmässä koulutusryhmässä ravitsemussuosituksia noudatetaan parhaiten, tosin naisten keskuudessa erot

koulutusryhmien välillä ravitsemuksessa ovat pienentyneet. (Helakorpi, Holstila, Virtanen & Uutela 2012, 4.)

Toinen merkittävä suomalaistutkimus väestömme terveyden nykytilaan liittyen on viiden vuoden välein tehtävä FINRISKI –tutkimus, jossa on seurattu sydän- ja verisuonitautien riskitekijöitä väestötasolla jo vuodesta 1982. Viimeisimmän tutkimuksen mukaan vuosikymmeniä jatkunut suomalaisten kolesteroliarvojen lasku on kääntynyt nousuun. Syinä arvioidaan olevan viime vuosina mediassa käyty runsas keskustelu ravitsemuksesta, erilaisista dieeteistä ja kritiikki tyydyttyneiden rasvoja ja kolesteroliarvoja koskevia suosituksia kohtaan. Yksittäisten ihmisten mielipiteet ja väittelyt esimerkiksi tyydyttyneiden rasvojen terveysvaikutuksista ovat voineet saada aikaan vaikutelman, että asiantuntijatkin ovat erimielisiä ravitsemussuosituksista. Esimerkiksi voion myynti on lisääntynyt selkeästi parina viime vuotena. Väestön kolesterolitasojen nousulla on selkeä yhteys sydän- ja verisuonitauteihin sairastumisen ja kuolleisuuden kasvuun. Lähivuosien kehitykseen vaikuttavat luonnollisesti myös muiden riskitekijöiden ja hoitomuotojen kehittyminen. (Vartiainen ym. 2012.)

Elintavoilla on selkeä yhteys useisiin sairauksiin ja kuolleisuuteen. Epäterveellinen ravitsemus, tupakointi, vähäinen liikunta ja runsas alkoholinkäyttö lisäävät riskiä sairastua erityisesti sydän- ja verisuonitauteihin. Epäterveellisten elintapojen kasaantuessa samalle henkilölle, ennenaikaisen kuoleman riski kasvaa nelinkertaiseksi ja elinikä lyhenee keskimäärin 14 vuotta terveellisiä elintapoja noudattaviin verrattuna (Khaw ym. 2008, 39). Yksittäisen elintavan muutoksella voidaan vaikuttaa monen sairauden vaaraan. Vaikka vaikutus olisi pieni yhtä sairautta ajatellen, voi sillä olla suuri merkitys koko yksilön terveyden kannalta. (Mustajoki 2009.)

Erityisesti tutkimusolosuhteissa elämäntapamuutosohjelmien eli –interventioiden vaikuttavuudesta elintapoihin on saatu vahvaa näyttöä. Elämäntapamuutoksella tarkoitetaan käyttäytymisen muutosta, luovutaan vanhasta tavasta ja omaksutaan uusi, terveellisempi tapa. (Absetz & Hankonen 2011, 2265.) Esimerkkinä suomalainen diabeteksen ehkäisy tutkimus DPS (2001), missä osoitettiin, että tyyppin kaksi diabetes on ehkäistävissä elintapamuutoksilla. Tutkimukseen osallistui 522 keski-ikäistä tyyppin kaksi diabetesriskissä olevaa henkilöä, jotka satunnaistettiin tehostettuun tai tavanomaiseen neuvontaryhmään. Tehostetussa ryhmässä diabetesriski aleni 58%

elintapojen muututtua terveellisemmiksi tehostetun ravitsemus- ja liikuntaohjauksen myötä. (Tuomilehto ym. 2011.) Neljä vuotta kestäneen ohjauksen tulokset olivat nähtävissä vielä 13 vuoden seurannassa eroina kontrolliryhmän ja tehostettua ohjausta saaneen ryhmän välillä. Interventoryhmässä sairastuvuus tyypin 2 diabetekseen oli 39% pienempi kuin kontrolliryhmässä. Lisäksi ryhmien väliset erot näkyivät osallistujien painoissa, verensokeriarvoissa ja ruokavalioiden terveellisyydessä. (Lindström ym. 2013.)

### 2.3 Ryhmämuotoinen elintapaohjaus

Ryhmämuotoinen elintapaohjaus on yleistynyt viime vuosina, koska ohjausta tarvitsee yhä suurempi joukko ihmisiä, ja samaan aikaan terveysalan kuluja pyritään jatkuvasti karsimaan (Turku 2007, 87). Esimerkiksi tyypin kaksi diabetes yleistyy. Hoidon piirissä olevia diabeetikkoja on Suomessa noin 300 000. Arviolta noin 200 000 henkilöä sairastaa diabetesta tietämättään, ja lisäksi on vielä henkilöt, joilla on diabeteksen esiaste eli heikentynyt sokerinsietokyky tai kohonnut paastosokeri. Tyypin kaksi diabeetikoiden määrän arvioidaan kaksinkertaistuvan kymmenessä vuodessa. (Terveyden- ja hyvinvoinnin laitos 2013.) Ryhmämuotoinen elintapaohjaus on todettu vaikuttavaksi menetelmäksi, esimerkiksi aikuisten lihavuuden Käypä hoito -suosituksissa ensisijaisesti suositellaan nimenomaan ryhmämuotoista elintapahoitoa (Duodecim 2011).

Ryhmänohjaus on yleisnimitys erilaiselle ryhmässä tapahtuvalle toiminnalle. Se on laaja käsite ja pitää sisällään laajan kirjon erilaista toimintaa, ryhmäpsykoterapiasta neuvontaan. Ryhmänohjaus useimmiten käytetyssä merkityksessään keskittyy osallistujien tunteisiin, ajatuksiin ja käyttäytymiseen, ja siinä tulevat selvästi esiin ryhmän peruselementit eli yhteiset pyrkimykset ja tavoitteet, ryhmään kuulumisen tunne, vuorovaikutus ja yhteiset normit. Ryhmäneuvonta käsitettä käytetään silloin, kun ohjaus keskittyy enemmän osallistujille merkittäviin ja päätöksentekoa helpottaviin tietoihin ja taitoihin. (Honkanen & Mellin 2008, 259.)

Ryhmänohjauksella tarkoitetaan yleensä tietyille melko pienelle ryhmälle suunnattua pitkäaikaista ohjausta. Hyväksyvä ja tukeva ilmapiiri on keskeistä toimivassa ryhmässä,

turvallisessa ympäristössä osallistujat uskaltavat kokeilla uusia toimintamalleja ja asennoitumistapoja. Tiedot, asenteet ja käyttäytyminen voivat muuttua, kun ryhmä tarjoaa erilaisten ajattelu- ja toimintavaihtoehtojen valikoiman. (Honkanen & Mellin 2008, 259.) Tyypillisesti ryhmä kokoontuu tietyn etukäteen sovitun määrän tapaamiskertoja tietyssä ajassa. Sinä aikana käydään läpi prosessi liittyen esimerkiksi painonhallintaan, minkä jälkeen on mahdollisesti pidemmän ajan kuluttua seurantatapaaminen. (Vertio 2009.)

Ryhmän toimintaan vaikuttavat ryhmän ja ohjaajan välinen ja ryhmän sisäinen kommunikaatio, päätöksenteko, ongelmien käsittely sekä ristiriitatilanteiden selvittely. Yhteistyön sujuminen on ryhmän toiminnan kannalta hyvin tärkeää. Ryhmän vuorovaikutusrakenteen tulee olla sellainen, että kaikki pääsevät osallistumaan ja tulevat kuulluksi. Työskentelysopimuksen teko ryhmätoiminnan aluksi on tärkeää, sillä sopimus usein lisää osallistujien yhteenkuuluvuudentunnetta ja saa ryhmän tuntumaan turvallisemmalta. Ryhmän päätöksissä tulee pyrkiä yhteisymmärrykseen ja ohjaajan tulee puuttua mahdollisiin ryhmän toimintaa häiritseviin näkemyseroihin tai ristiriitoihin heti niiden ilmetessä. (Honkanen & Mellin 2008, 262.)

Ryhmät kehittyvät yleensä tiettyjen kehitysvaiheiden kautta, jotka voidaan nimetä eri tavoin. Honkanen & Mellin (2008) nimeävät neljä eri vaihetta, jotka ovat tutustuminen ja tunnustelu, kriisi eli kuohuntavaihe, ristiriitojen rakentava käsittely ja kypsän ryhmätoiminnan vaihe. Ryhmät käyvät yleensä kaikki vaiheet läpi ja siirtyminen vaiheesta toiseen tavallisesti yhdistää ryhmää ja tehostaa työskentelyä. (Honkanen & Mellin 2008, 262.) Näitä ryhmän kehitysvaihteita kutsutaan myös ryhmäprosessiksi tai ryhmän prosessiksi. Prosessia voidaan jäsentää hieman eri tavoin, ja vaiheista voidaan käyttää eri nimityksiä. Usein ryhmän lopetus käsitetään viidentenä vaiheena. Ohjaajan tehtävät vaihtelevat eri vaiheissa ja tietenkin myös ryhmästä riippuen (Eloranta & Virkki 2011,83).

### 3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kirjallisuuskatsauksen avulla kuvata ryhmämuotoista elintapaohjausta terveydenhoitajan työmenetelmänä. Valitut tutkimuskysymykset ovat:

1. Mitä ryhmämuotoinen elintapaohjaus on?
2. Mitkä tekijät tukevat ryhmämuotoisen elintapaohjauksen onnistumista?
3. Mitkä tekijät voivat vaikeuttaa ryhmämuotoisen elintapaohjauksen onnistumista?

Tämän kirjallisuuskatsauksen tuloksia voidaan hyödyntää yhteistyökumppanini, Diakonia-ammattikorkeakoulun Helsingin toimipaikan, terveydenhoitajakoulutuksessa syvennettäessä ryhmäohjauksen ja terveydenhoitajatyön menetelmäosaamista tai sairaanhoitajaopiskelijoiden terveyden edistämisen opinnoissa.

Ammattikorkeakouluopintoihin kuuluvan opinnäytetyön ja siihen liittyvän prosessin yleisinä tavoitteina on muun muassa tukea opiskelijan ammatillista kasvua ja tutkivan työotteen kehittymistä. Tavoitteena on perehdyttää opiskelijaa tutkimukselliseen ajatteluun ja perusteluun, ja vahvistaa taitoja, jotka liittyvät tutkimuksien ja kehittämishankkeiden toteuttamiseen tai produktioiden hallintaan. Samalla tarjoutuu opiskelijalle mahdollisuus osoittaa luovuutensa prosessissa. (Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010, 23.)

Henkilökohtaisena tavoitteenani on saada lisää tietoa ryhmämuotoisen elintapaohjauksen vaikuttavuudesta ja valmiuksia suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin tulevaisuuden työpaikassani esimerkiksi työterveyshuollossa. Lisäksi harjaannun erilaisten tietokantojen käytössä ja tiedonhaussa. Saan myös osaamista kirjallisuuskatsauksen teosta ja aineiston analysoinnista.

## 4 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTUS

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus on menetelmä, jolla voidaan luoda tiivistelmä aieman tutkimustiedon olennaisesta sisällöstä tietystä aihepiiristä (Salminen 2011, 9). Kirjallisuuskatsauksella voidaan systematisoida olemassa olevaa tietoa ja siten estää uusien tarpeettomien tutkimuksien käynnistämistä. Kirjallisuuskatsaus voi myös osoittaa mahdolliset puutteet tutkimustiedossa, ja siten lisätä alkuperäistutkimusten tarvetta. Kirjallisuuskatsaus etenee vaiheittain. Vaiheet ovat tutkimussuunnitelman laatiminen, tutkimuskysymyksen laatiminen, alkuperäistutkimuksen haku, valinta ja laadun arviointi, aineiston analysointi ja tulosten esittäminen. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 37, 39, 44.) Olennaista kirjallisuuskatsauksen laadinnassa on vastata selkeään tutkimuskysymykseen, vähentää tutkimusten valintaan ja sisällyttämiseen liittyvää harhaa, arvioida valitun aineiston laatua ja referoida tuloksia objektiivisesti (Salminen 2011, 9.).

### 4.1 Kirjallisuuskatsauksen aineiston haku ja valintaprosessi

Tiedonhakuprosessini aluksi hain PORSSE- ja Helmet-aineistotietokannoista saatavilla olevia teoksia, jotka liittyivät jotenkin ryhmänohjaukseen, terveyden edistämiseen, terveydenhoitajan osaamiseen, potilasohjaukseen tai terveystietoon. Hakujen seurauksena sain käsiini kymmeniä laajaan aihepiiriin liittyviä teoksia, joita kävin läpi. Lisäksi tein internet-hakuja Google-hakukoneen kautta eri hakusanoilla luotettavia lähteitä löytääkseni. Tämän prosessin seurauksena löysin kirjallisuutta, jota muun muassa hyödynsin määritellessäni opinnäytetyöhöni liittyvät pääkäsitteet. Aineisto ei ollut alkuperäistä tutkimustietoa, vaan esimerkiksi terveyden edistämistä ja ryhmien ohjausta käsitteleviä kirjoja. Opinnäytetyöni aiheen hahmotuttua minulle paremmin aloitin varsinaiset kirjallisuushaut.

Päätin hakea pääasiallisesti suomalaista tutkimusaineistoa Medic-viitetietokannan avulla suomen, englannin tai ruotsin kielellä. Lisäksi tein täydentävää hakuja kansainvälisistä Cinahl (EBSCO)- ja PubMed-tietokannoista. Olin kiinnostunut löytämään tutkimusaineistoa liittyen erityisesti ryhmämuotoisen elintapaohjauksen vaikuttavuuteen, onnistu-

mista tukeviin ja onnistumista vaikeuttaviin tekijöihin. Heti aluksi tein seuraavat aineisto koskevat valintakriteerit:

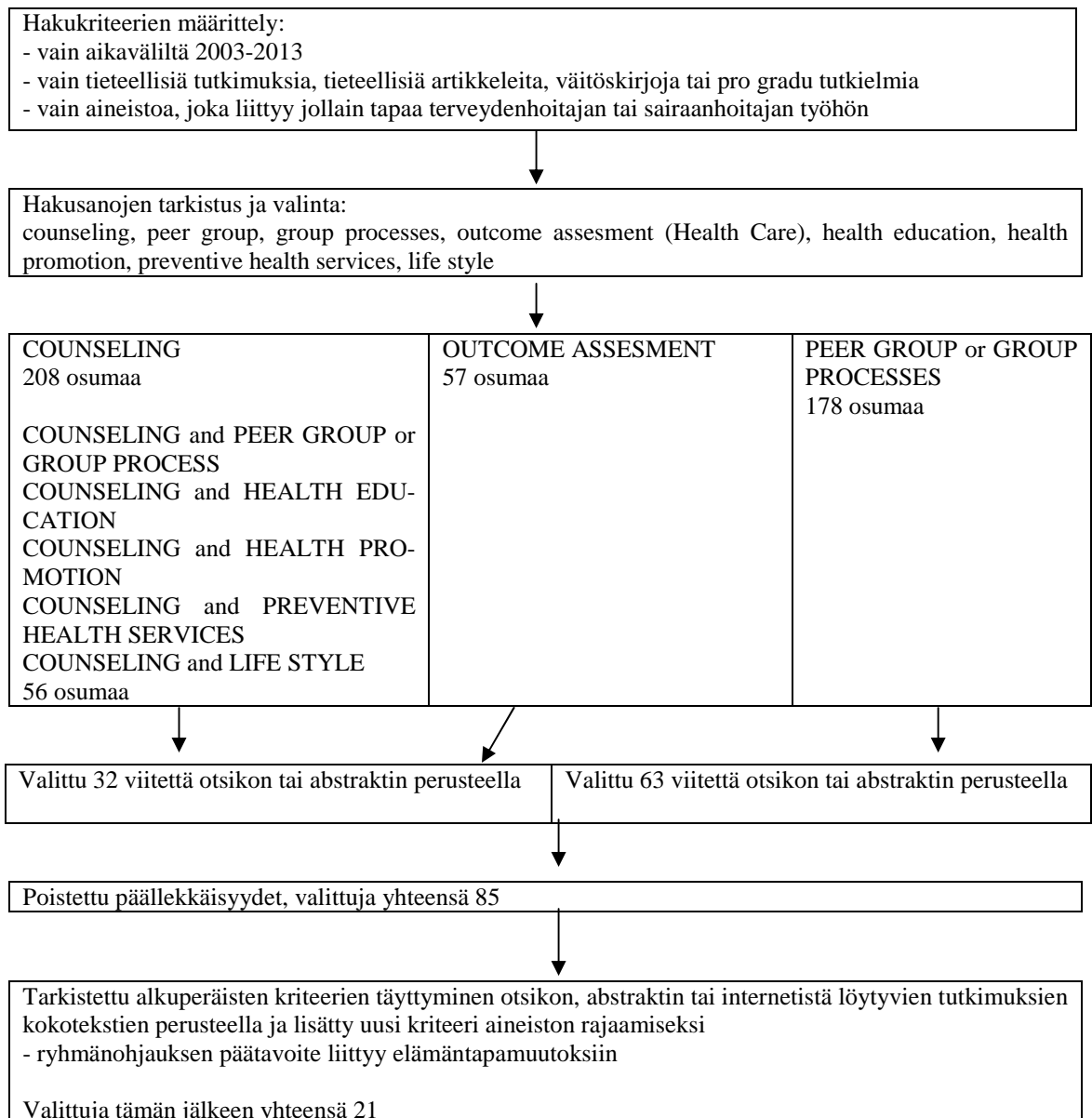
- aineistoa, joka liittyy jollain tapaa ryhmämuotoiseen elintapaohjaukseen
- aineistoa aikaväliltä 2003-2013, jotta tieto olisi riittävän tuoretta
- tieteellisiä tutkimuksia, tieteellisiä artikkeleita, väitöskirjoja tai pro gradu - tutkielmia, jotta tieto olisi luotettavaa
- vain aineistoa, joka liittyy jollain tapaa sairaanhoitajan tai terveydenhoitajan työhön, eli esimerkiksi ohjaajana tai osana moniammatillista tiimiä on sairaanhoitaja tai terveydenhoitaja, koska työ on tehty terveydenhoitajan näkökulmasta, eikä esimerkiksi suuhygienistin tai fysioterapeutin näkökulmasta.

Haut Medic- viitetietokannasta tein Medical Subject Headings- eli MeSH-asiasanoilla aikaväliltä 2003-2013. Asiasanojen synonyymit olivat käytössä, jotta esimerkiksi sanan counseling erilaiset kirjoitusasut (myös ainakin counselling) eivät vaikuta tuloksiin. Valitsemani asiasanat olivat counseling, outcome assessment (Health Care), peer group, group processes, health education, health promotion, preventive health services, life style, mutta käytännössä tarkempaan tutkiskeluun valitsemani aineiston kannalta eniten merkitystä oli hakusanoilla peer group, group processes ja outcome assessment (Health Care). Hakemalla useammilla hakusanoilla sain ryhmätoimintaan liittyvien tutkimusten lisäksi laajemman käsityksen viimeaikaisista terveysneuvontaan ja terveydenhuollon tulosten arviointiin liittyvistä tutkimuksista.

Pelkästään asiasanalla counseling tulosjoukko olisi ollut liian laaja (208 osumaa), joten tein haut yhdistämällä sanaa counseling vuorotellen jokaiseen muuhun valitsemaani asiasanaan ja valikoin kiinnostavia tutkimuksia otsikon perusteella. Esimerkiksi COUNSELING AND HEALTH EDUCATION, COUNSELING AND HEALTH PROMOTION, COUNSELING AND LIFE STYLE. Näillä sanapareilla osumia tuli yhteensä 56. Halusin erityisesti tietoa vaikuttavuudesta, joten tein haun asiasanalla Outcome assessment (Health care), jolloin osumia tuli 57, joten kokeilin samaa sanaparien yhdistämistä kuin asiasanan counseling kanssa. Osumia tuli kuitenkin vain 0-3 kappaletta sanaparia kohden, joten päädyin lukemaan kaikki 57 otsikkoa. Näillä kahdella haku-

tavalla löytyneistä osumista valitsin tarkempaan tarkasteluun otsikon ja abstraktin perusteella 32 viitettä.

Seuraavaksi halusin löytää kaikki viitteet, joiden asiasanoina on jompikumpi MeSH – asiasanaston ryhmätoimintaan liittyvä sana eli peer group tai group processes. Tein haun PEER GROUP OR GROUP PROCESSES ja sain osumia 178, joista valikoin otsikon perusteella 63. Osa oli päällekkäisiä edellisen hakuni kanssa, joten yhteensä valitsiani viitteitä oli 85 kappaletta. Luin tarkemmin otsikoita, julkaisutyyppisiä, abstrakteja tai joidenkin Internetissä saatavilla olevien aineistojen kohdalla silmäilin koko tekstin läpi ja rajasin pois viitteitä alussa kuvailemieni kriteerien perusteella. Lisäksi määritin uuden valintakriteerin rajatakseni aineistoa tarkemmin tutkimustehtävääni vastaavaksi. Jätin pois aineiston, joissa ryhmänohjauksen päätavoite ei liittynyt elämäntapamuutokseen (esimerkiksi sairastuneen omaisten tukiryhmät ja vanhusten yksinäisyyteen liittyvä ryhmätoiminta). Lisäksi kaksi tieteelliseksi olettamaani artikkelia, jotka olivat ilmestyneet ammattilehdissä, osoittautuivat tarkemmin luettuina enemmänkin aikakauslehtiartikkeleiksi, mutta artikkeleiden lähdeviitteiden avulla sain myöhemmin käsiini Cinahl (EBSCO)-tietokannasta kaksi työtä aihepiiriin kannalta hyvältä vaikuttavaa alkuperäistutkimusta. Jäljelle jäi 21 julkaisua, jotka päätin hankkia luettavakseni. Haku-prosessi on esitetty seuraavassa kuviossa 1.



KUVIO 1. Medic-viitetietokannan haut

Hakuprosessini Cinahl-viitetietokannassa käynnistyi siten, että tarkistin Cinahlin käytämät asiasanat täsmäävät Medicin asiasanojen kanssa ja tein ensimmäisen haun asiasanoilla GROUP PROCESSES OR PEER GROUP. Osumia Cinahlin (full text) ja Cinahl tietokannoista yli 10 000, kun aikarajaus oli 2003-2013, lähdetyyppi akateemiset aikakausjulkaisut ja asiasanojen synonyymit käytössä, joten muutin hakua muotoon GROUP PROCESSES AND PEER GROUP. Osumia edellä mainituilla rajauksilla tuli 144. Tein uuden haun GROUP PROCESSES AND PEER GROUP AND counseling (vapaa hakusana). Osumia tuli seitsemän, joista poimin kaksi myöhempään tarkempaan tutkiskeluun. Sitten tein haun HEALTH EDUCATION AND PEER GROUP, mutta

osumia tuli 362. Lisäsin hakuun vielä AND LIFE STYLE, löytääkseni elintapoihin liittyviä tutkimuksia. Osumat vähenivät neljään, joista poimin kaksi tarkempaan tarkasteluun.

Seuraavaksi tein haun sanoilla HEALTH BEHAVIOR AND PEER GROUP OR GROUP PROCESSES. Osumia tuli 4810, lisäsin hakuun vielä AND HEALTH PROMOTION. Osumat vähenivät 416. Käytin rajaustyökalua, jolla määrätään tekstin tärkeimmät otsikot. Valitsin otsikkoluettelosta otsikot motivaatio ja ryhmäprosessit. Osumia tuli 28, joista valitsin tarkempaan tutkiskeluun otsikon tai abstraktin perusteella kuusi viitettä. Muokkasin vielä rajaustyökalulla rajausta, määräsin tärkeimmäksi otsikkoluettelosta otsikon vertaisryhmä, jolloin osumia tuli 43, joista neljä valitsin tarkempaan tutkiskeluun.

Tein vielä haun HEALTH PROMOTION AND GROUP PROCESSES AND change AND outcomes, joista pienellä kirjoitetut sanat olivat hakusanoja, eivät asiasanoja. Osumia tuli 11, joista valitsin otsikon ja abstraktin perusteella kaksi. Otsikkojen tai abstraktien perusteella tekemiäni valintoja ohjasivat aiemmin lueteltujen rajauskriteerien lisäksi myös se, että päätin jättää pois kansainvälisistä tutkimuksista kaikki yksittäisiä etnisiä ryhmiä koskevat tutkimukset. Näin rajasin aihetta ja koin myös, että siten käyttämäni tieto on paremmin yleistettävissä koskemaan ryhmämuotoista elintapaohjausta terveydenhoitajan työmenetelmänä Suomessa, jossa osallistujat ovat kuitenkin suurimmaksi osaksi suomalaisia.

Seuraavana olevassa taulukossa 1 on esitetty hakuprosessini Cinahl-viitetietokannassa. Viimeisenä taulukossa näkyvät haut GROUP STRUCTURE ja group structure (vapaa sanahaku) tein sen jälkeen kun olin PubMed-viitetietokannassa suorittamieni hakujen aikana nähnyt erään tutkimuksen asiasanalista kyseisen asiasanan. Cinahl-viitetietokannassa GROUP STRUCTURE ei ollut asiasanaluettelossa, siksi tein haun vapaana sanahakuna, jolloin tuloksia tuli 241. Rajasin hakua valikoimalla listasta tutkimuksiin liittyviä tärkeimpiä otsikoita, jotka vaikuttivat sopivilta aihepiiriäni ajatellen. Osumia jäi jäljelle 52, joiden otsikoiden tai abstraktien perusteella poimin tarkemmin luettaviksi kaksi.

## TAULUKKO 1. Hakuprosessi Cinahl-viitetietokannassa

- GROUP PROCESSES OR PEER GROUP (osumia > 10 000)
- GROUP PROCESSES AND PEER GROUP (osumia 144)
- GROUP PROCESSES AND PEER GROUP AND counseling (7, valittu 2)
- HEALTH EDUCATION AND PEER GROUP (osumia 362)
- HEALTH EDUCATION AND PEER GROUP AND LIFE STYLE (osumia 4, valittu 2)
- HEALTH BEHAVIOR AND PEER GROUP OR GROUP PROCESSES (osumia 4810)
- HEALTH BEHAVIOR AND PEER GROUP OR GROUP PROCESSES AND HEALTH PROMOTION ( osumia 416 -> rajaustyökalun käytön jälkeen valittu 6 ja 4)
- HEALTH PROMOTION AND GROUP PROCESSES AND change AND outcomes (osumia 11, valittu 2)
- GROUP STRUCTURE (osumia 0)
- group structure (osumia 241 -> rajaustyökalun käytön jälkeen valittu 2)

-> 14 tutkimusta tarkempaan tutkiskeluun otsikon tai abstraktin perusteella (4 pois, eivät täyttäneetkään kriteereitä otsikon tai abstraktin perusteella tai olivat löytyneet aiemmin)

PubMed-viitetietokannassa tein asiasanojen täsmävyyden tarkistamisen jälkeen haut MesH -asiasanoilla kliinisten tutkimusten ja katsausartikkelien joukosta aikaväliltä 2003-2013 ensin asiasanalla GROUP PROCESSES, jolloin osumia tuli 12 462. Liian monen osuman vuoksi lisäsin ensin hakuun AND HEALTH PROMOTION (2107 osumaa), sitten AND LIFE STYLE (165 osumaa) ja sitten AND PEER GROUP. Tällöin osumia jäi jäljelle 8, mutta mikään ei vaikuttanut sopivalta aiheeseeni nähden, peer group -hakusana rajasi tulokset koskemaan vain vertaisten pitämiä ryhmiä.

Tein uuden haun hakujoukolla GROUP PROCESSES AND HEALTH PROMOTION AND LIFE STYLE CHANGES, mutta osumia tuli 0. Tein uuden haun GROUP PROCESSES AND HEALTH PROMOTION AND ASSESMENT, OUTCOME HEALTH CARE. Osumia tuli 15, joista poimin otsikon ja abstraktin perusteella tarkempaan tutustumiseen 4 viitettä.

Tein uuden haun GROUP PROCESSES AND HEALTH PROMOTION AND LIFE STYLE AND HEALTH BEHAVIOUR. Osumia tuli 93. Minulla oli tässä vaiheessa hakuprosessia jo paljon aineistoa, ja halusin ensisijaisesti alkuperäistutkimuksia, joten

rajasin pois vielä kaikki katsausartikkelit. Silloin jäljelle jäi 11 osumaa, joista poimin otsikon ja abstraktin perusteella neljä, joista kaksi oli löytynyt jo aiemmassa haussa. Tein vielä haun kliinisistä tutkimuksista asiasanoilla HEALTH PROMOTION AND COUNSELING AND GROUP PROCESSES AND LIFE STYLE, mutta se ei tuottanut kuin yhden osuman, joka oli jo aiemmin valittu. Tein vielä muutoin saman haun, mutta vaihdoin asiasanan LIFE STYLE asiasanaan HEALTH BEHAVIOR. Tutkimuksia löytyi viisi, mutta tarkempaan tutustumiseen ei päätyntä uusia tutkimuksia. Kokeilin vielä erään tutkimuksen asiasanalista huomaamaani MeSH -asiasanaa GROUP STRUCTURE. Osumia tuli kahdeksan, mutta yksikään ei päätyntä aineistooni. Seuraavassa taulukossa 2 on esitettyä PubMed-viitetietokannassa suorittamani haut.

## TAULUKKO 2. Hakuprosessi Pubmed-viitetietokannassa

- GROUP PROCESSES (osumia 12 462)
- GROUP PROCESSES AND HEALTH PROMOTION (osumia 2107)
- GROUP PROCESSES AND HEALTH PROMOTION AND LIFE STYLE (osumia 165)
- GROUP PROCESSES AND HEALTH PROMOTION AND LIFE STYLE AND PEER GROUP (8 osumaa, ei valittuja)
- GROUP PROCESSES AND HEALTH PROMOTION AND LIFE STYLE CHANGES (osumia 0)
- GROUP PROCESSES AND HEALTH PROMOTION AND ASSESMENT, OUTCOME HEALTH CARE (osumia 15, valittu 4)
- GROUP PROCESSES AND HEALTH PROMOTION AND LIFE STYLE AND HEALTH BEHAVIOUR (osumia 93 -> rajattu katsausartikkelit pois, osumia 11, valittu 4, joista aiemmin löytynyt 2)
- HEALTH PROMOTION AND COUNSELING AND GROUP PROCESSES AND LIFE STYLE (osumia 1, joka jo aiemmin valittu)
- HEALTH PROMOTION AND COUNSELING AND GROUP PROCESSES AND HEALTH BEHAVIOR (osumia 5)
- GROUP STRUCTURE (osumia 8)

-> 4 tutkimusta päätyntä otsikon tai abstraktin perusteella tarkempaan tutkiskeluun (2 pois, eivät täyttäneetkään kriteereitä otsikon tai abstraktin perusteella)

Täydennyshakujeni päätteeksi minulla oli siis tarkempaa lukemista varten otsikkojen tai abstraktien perusteella Medic-viitetietokannasta 21, Cinahl-viitetietokannasta 14 ja PubMed-viitetietokannasta neljä tutkimusta, väitöskirjaa tai tieteellistä artikkelia.

Seuraavaksi tutustuin tarkemmin valitsemieni aineistojen saatavuustietoihin. Iso osa aineistosta löytyi Nelliportaaliin kirjautumisen jälkeen eri tietokannoista vapaasti luettavina, osa oli jopa vapaasti verkossa kaikkien saatavilla. Osan aineistoista lainasin tai kopioin Terveystieteiden keskuskirjastosta tai kouluni eli Diakonia-ammattikorkeakoulun Helsingin yksikön kirjastosta. Osasta aineistoa sain kopion koulun kirjaston kaukolainapalvelun kautta. Kahta täydennyschauissani löytynyttä tutkimusta en saanut luettavakseni, koska koulun kirjastolla eikä Helsingin yliopistolla ollut voimassa olevaa lehtitilausta kyseisiin kansainvälisiin lehtiin ja aineistojen hankinta olisi tullut liian kalliiksi minulle. Kaikki pro gradu -tutkielmat rajautuivat aineistosta pois, koska samantyyppistä aihepiiriini sopivaa aineistoa löytyi myös väitöskirjoista tai alkuperäistutkimuksista.

Tässä vaiheessa hyödynsin vielä hieman manuaalista hakua. Medicin kautta löytämäni Riikka Turun kirjoittaman Diabetes- ja lääkäri -lehdessä julkaistun seurantatutkimusartikkelin vaihdoin alkuperäiseen Diabetesliiton tutkimusraporttiin, jotta kirjallisuuskatsaukseni aineisto koostuisi mahdollisimman pitkälti ensikäden tutkimustiedosta. Raportin löysin seurantatutkimusartikkelissa olleiden tietojen avulla Dehkon julkaisuista Internetistä, vaikka sitä ei Medicin avulla löytynytäkään.

Kokotekstien perusteella valitsin kirjallisuuskatsaukseni aineistoksi 11 tutkimusta, väitöskirjaa tai tieteellistä artikkelia Medicistä, kaksi Cinahlistaa ja yhden Pubmedistä. Koko valitsemani aineisto on esitelty työni liitteenä olevassa taulukossa (LIITE1). Taulukossa on kerrottu aineiston tekijät, aihe, ilmestymisvuosi ja paikka, tarkoitus, tutkimusaineisto ja analyysi ja tärkeimmät tulokset.

Aineiston valinnassa jouduin pohtimaan myös otanko mukaan kaikki kolme tutkimusta ja väitöskirjan, mitkä hyödynsivät samaa Ikihyvä Päijät-Häme -intervention aineistoa. Valitsin ne kaikki kuitenkin mukaan, koska tutkimukset olivat luotettavia, kaikilla tutkimuksilla oli erilainen tarkoitus ja tutkimusten otanta oli laaja, 385 osallistujaa 36 ryhmässä.

Pohdin myös pitkään voinko ottaa mukaan Absetzin ja Hankosen (2011) kirjallisuuskatsauksen, jossa selvitettiin vaikuttavuutta ja keinoja elämäntapamuutoksen tukemiseen

terveydenhuollossa. Katsauksessa ei eritelty oliko vertailluissa tutkimuksissa ollut kyseessä ryhmämuotoinen vai yksilöohjaus. Hyvin esitellyt vaikuttavimmat teoriat ja käytetyt menetelmät olivat kuitenkin samoja kuin aineistoni ryhmämuotoisissa interventiossa, joissa teorioita tai tekniikoita ei läheskään kaikissa avattu, vaan esitettiin enemmänkin luettelonomaisesti. En myöskään löytänyt yhtään tutkimusta, jossa olisi vertailtu laajemmin eri teoriataustaan ja tekniikoihin perustuvien ryhmämuotoisten interventioiden vaikuttavuutta. Sen vuoksi koin, että tämän katsauksen on hyvä olla osa aineistoani.

#### 4.2 Aineiston kuvaus

Valittu aineisto, 15 julkaisua, on pääasiallisesti suomalaisia tutkimuksia ja väitöskirjoja, mutta mukana on myös yksi australialainen satunnaistettu kontrolloitu interventiotutkimus ja yksi saksalainen kontrolloitu interventiotutkimus. Aineistosta pääosa on suomenkielistä, mutta mukana on myös kolme englanninkielistä interventiotutkimusta ja kaksi väitöskirjoista on englanninkielisiä.

Aineisto muodostuu kolmesta väitöskirjasta, yhdestä katsausartikkelista, kahdesta kyselytutkimuksesta, kahdesta kehittämishankkeesta, joissa pyrittiin luomaan ryhmäohjausmalli, ja seitsemästä interventiotutkimuksesta, joissa kolmessa tutkimusaineisto oli kerätty Ikihyvä Päijät-Häme elintapaohjausryhmistä. Myös yksi kolmesta väitöskirjasta hyödynsi Ikihyvä Päijät-Häme elintapaohjausryhmien aineistoa. Aineistosta 10 tutkimusta on kvantitatiivisia eli määrällisiä tutkimuksia, yksi on kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus ja kolmessa tutkimuksessa on kerätty sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista aineistoa. Aineistoon kuuluvan katsausartikkelin tutkimusaineisto on kvantitatiivista. Kirjallisuuskatsauksen aineisto on esitelty tarkemmin liitteenä olevassa taulukossa (LIITE1). Taulukossa on kerrottu aineiston tekijät, aihe, ilmestymisvuosi ja paikka, tarkoitus, tutkimusaineisto ja analyysi ja tärkeimmät tulokset.

Aineiston valinnassa kiinnitin huomiota aineiston laatuun ja siten aineiston luotettavuuteen. Aineiston hakutavat tukivat tieteellisen tiedon löytymistä ja mukaan valikoitui suomalaisia väitöskirjoja ja tieteellisissä tai ammattilehdissä julkaistuja tutkimuksia. Kyseiset lehdet olivat Hoitotiede, Diabetes Care, Duodecim, Suomen lääkärilehti, Journal of Clinical Epidemiology, Patient Education and Counseling ja Sosiaalilääketieteel-

linen aikakauslehti. Muita julkaisijoita oli Suomen Diabetesliitto ja Miina Sillanpään säätiö. Aineiston kirjoittajat olivat terveysalan ammattilaisia tai tutkijoita ja yleisesti ottaen aineiston keruu, analysointi ja tulosten raportointi oli esitetty tarkasti. Tuloksia ja niihin vaikuttaneita tekijöitä arvioitiin, ja tuloksia verrattiin aiempaan tutkimustietoon. Tehdyt johtopäätökset olivat loogisia. Tekijät myös arvioivat tutkimuksen luotettavuutta kahta tutkimusta lukuun ottamatta. Nämä kaksi tutkimusartikkelia oli julkaistu Suomen lääkärilehdessä ja kirjoittajien joukossa oli kolme professoria, erikoislääkäri, Tampereen yliopiston tutkija ja muita terveysalan ammattilaisia. Artikkelit täyttivät myös muilta osin tieteellisen tiedon tunnusmerkit. Aineistooni valituissa teksteissä lähdeviitteet ja lähdeluettelot oli tehty asianmukaisesti.

#### 4.3 Aineiston analysointi sisällön analyysillä

Sovelsin aineistoni analysoinnissa sisällön analyysia. Sisällön analyysi on menettelytapa, jolla voidaan analysoida aineistoa järjestelmällisesti ja objektiivisesti. Sisällön analyysi voi olla aineistolähtöistä eli induktiivista tai teorialähtöistä eli deduktiivista. Aineistolähtöisessä sisällön analyysiprosessissa aineistoa pelkistetään, ryhmitellään ja abstrahoidaan eli muodostetaan yleiskäsitteiden avulla kuvaus tutkimuskohteesta. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.) Analysointiprosessissani on kuitenkin toisaalta myös deduktiivisen analyysin piirteitä, koska olin valmiiksi määritellyt tutkimuskysymykseni perusteella luokittelurungon, jonka sisälle muodostin aineistosta kategorioita induktiivisen sisällön analyysin periaatteita noudatellen.

Sisällön analyysi lähtee aina liikkeelle analyysiyksikön määrittämisestä, joka voi olla esimerkiksi yksi sana, sanayhdistelmä, lause, lausuma tai ajatuskokonaisuus, joka voi koostua useammasta kuin yhdestä lauseesta. Analyysiyksikön valinta riippuu tutkimustehtävästä ja aineiston laadusta. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5.) Valitsin analyysiyksiköksi ajatuskokonaisuuden.

Lähdin liikkeelle lukemalla uudelleen valitsemiani tekstejä. Luin tekstit yksitellen useampaan kertaan ja alleviivasin kohdat, joissa käsiteltiin tutkimuskysymyksiini liittyviä asioita eli mitä ryhmämuotoinen elintapaohjaus on, mitkä tukevat sen onnistumista ja mitkä tekijät voivat vaikeuttaa sen onnistumista. Kirjoitin marginaaliin alleviivauksien

kohdalle pelkistettyjä ilmauksia kuten esimerkiksi ”organisaation tuki”. Aina kunkin tekstin luettuani ja alleviivattuani tein vielä lyhyen tiivistelmän tai muistilappusen kyseisen tekstin oleellisista asioista tutkimuskysymyksieni kannalta.

Tämän jälkeen kokosin kolme luetteloa tutkimuskysymyksieni perusteella. Kävin koko aineiston yksitellen läpi ja kirjoitin kuhunkin luetteloon löytämäni kyseiseen kysymykseen vastaavat pelkistetyt ilmaukset. Tulostin ilmaukset paperisuikaleille ja etsin löytämäistäni pelkistetyistä ilmauksista yhtäläisyyksiä ja erilaisuuksia ja asettelin mielestäni yhteen kuuluvia tai samankaltaisia ilmauksia samaan ryhmään lattiolla. Ryhmittelyn jälkeen mietin kullekin ryhmälle eli alakategorialle sopivan nimen. Yhdistelin alakategorioita ja muodostin niistä yläkategorioita. Yläkategorioista muodostuneet pääkategoriat olivat:

Ryhmämuotoisen elintapaohjauksen keskeiset piirteet

Ryhmämuotoisen elintapaohjauksen onnistumista tukevat tekijät

Ryhmämuotoisen elintapaohjauksen onnistumista vaikeuttavat tekijät

Alla olevassa kuviossa on esimerkki alkuperäisilmaisusta johdetusta pelkistetystä ilmauksesta ja luokittelusta alakategoriaan, yläkategoriaan ja pääkategoriaan.

<u>Alkuperäisilmaus</u>	<u>Pelkistetty ilmaus</u>	<u>Alakategoria</u>
”Ohjauksessa kannattaa ohjata osallistujat asettamaan omia realistisia ja mitattavia tavoitteita. On hyvä asettaa sekä lyhyen ja pitkän aikavälin tavoitteet.”	ohjaus tavoitteiden asettamiseen	ohjaajan käyttäytymisen muutostekniikoihin liittyvä osaaminen

<u>Alakategoria</u>	<u>Yläkategoria</u>	<u>Pääkategoria</u>
ohjaajan käyttäytymisen muutostekniikoihin liittyvä osaaminen	ohjaajan osaaminen	ryhmämuotoisen elintapaohjauksen onnistumista tukevat tekijät

KUVIO 2. Esimerkki analyysin etenemisestä

## 5 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET

### 5.1 Ryhmämuotoisen elintapaohjauksen keskeiset piirteet

Kirjallisuuskatsaukseni perusteella aineistostani nousi ryhmämuotoisen elintapaohjauksen keskeisinä piirteinä, että ohjaus perustuu ryhmänohjausmalliin ja ohjauksella voidaan saada aikaan muutoksia osallistujien elintavoissa. Ohjauksessa hyödynnetään ryhmädynamiikkaa ja vertaistukea, ja työmenetelmää käyttämällä voidaan säästää ohjausresursseissa.

#### 5.1.1 Ryhmämuotoinen elintapaohjaus perustuu ryhmänohjausmalliin

Keskeisenä ryhmämuotoisen elintapaohjauksen piirteenä aineistostani nousi, että ohjaus perustuu strukturoituun ryhmänohjausmalliin. Ohjaus on siis etukäteen mallinnettua, ja suunniteltaessa on yleensä määritelty toiminnan tavoitteet, mallin kehittämistä ohjaava teoriatausta ja teoriaan pohjautuen käytettävät käyttäytymisen muutostekniikat, ohjauksen kohderyhmä ja ryhmän koko, tapaamisten ajallinen rakenne, ohjaustapaamisten sisältö, ohjaajien lukumäärä ja esimerkiksi mahdolliset ulkopuoliset luennoitsijat. (Absetz ym. 2007, 2466; Dzator ym. 2004, 611; Laaksonen, Kolu, Pitkänen & Lahdensuo 2003, 2847; Tulokas, Ojanen, Koivisto & Pasternack 2005, 894; Turku & Heinonen 2005, 15–16; Kurki, Hemiö, Lindström & Jaakkola 2008, 17–18; Reusch, Ströbl, Ellgring & Faller 2011, 188; Marttila ym. 2004, 11; Kalavainen 2011, 21; Alahuhta 2010, 42.)

Absetzin ja Hankosen (2011, 2268) katsauksen mukaan keskeisimmät käyttäytymisen muutokseen tähtäävät teoriat tai teoriaan perustuvat mallit ovat muutosvaihemalli, kognitiivis-behavioraalinen terapia, sosiaalis-kognitiivinen teoria, tavoitteellisen toiminnan malli ja itsemääräytymisteoriaan perustuva motivoiva haastattelu. Seuraavana olevassa taulukossa 3 on esitetty teorioiden tai mallien keskeisimmät piirteet.

TAULUKKO 3. Keskeiset muutosteorioiden tai teoriaan perustuvat mallit (Absetz & Hankonen 2011, 2268.)

Muutosvaihemalli	Muutosvaihemallin ydinajatus on, että muutos etenee viiden eri vaiheen kautta. Ensimmäisessä vaiheessa muutos ei ole vielä edes tullut mieleen, toisessa vaiheessa muutostarve on heräämässä, kolmannessa vaiheessa muutosta suunnitellaan, neljännessä vaiheessa muutosta on kokeiltu ja viidennessä vaiheessa muutos on vakiintunut pysyväksi tottumukseksi. Vaiheissa eteneminen vaatii esimerkiksi hyötyjen ja haittojen vertailua ja pysyvyyden tunteen vahvistumista.
Tavoitteellisen toiminnan malli	Tavoitteellisen toiminnan mallissa ihmisen toiminta nähdään itsesäätelymekanismin käyttöön perustuvana. Ohjauksessa keskitytään osallistujan aiemmasta toiminnasta nousevien tavoitteiden asettamiseen ja toteutuksen suunnitteluun.
Kognitiivis-behavioraalinen terapia	Kognitiivis-behavioraalisisessa terapiassa keskeistä on, että käyttäytyminen on opittua ja siitä voidaan oppia pois. Käyttäytymiseen vaikuttavat ympäristökäijät, omat tunteet ja ajatukset. Ohjauksella pyritään opettamaan osallistujaa työstämään omia haitallisia ajatus- ja toimintamalleja
Sosiaalis-kognitiivinen teoria	Sosiaalis-kognitiivisessa teoriassa puolestaan keskeistä on, että sosiaaliset mallit ja pystyvyyden tunne yleisesti ja tilannekohtaisesti vaikuttavat yksilön toimintaan. Ohjauksessa hyödynnetään mallioppimista ja pyritään vahvistamaan pystyvyyden tunnetta erilaisin keinoin.
Itsemääräytymisteoriaan perustuva motivoiva haastattelu	Keskeistä on osallistujan oma rooli motivaationsa synnyttäjänä ja ylläpitäjänä. Ohjauksessa on tärkeää käyttää ohjaustapoja, jotka vahvistavat osallistujan itsemääräämisen kokemusta.

Näistä teorioista selkeimmin aineistostani esiin nousi muutosvaihemalli, joka oli ainakin yhtenä taustateorian Kalavaisen (2011, 6), Alahuhan (2010, 37), Kurjen ym. (2008, 17), Reuschin ym. (2011, 186) ja Laaksosen ym. (2003, 2848) ryhmämalleissa. On myös tutkittu, että teoriaan pohjautuvat elintapamuutosohjelmat saavat aikaan parempia tuloksia kuin ne, joilla teoriapohjaa ei ole määritelty (Hankonen 2011, 91). Eri teorioissa tai niiden pohjalta laadituissa malleissa painotetaan eri tekijöitä ja ne sisältävät osittain erilaisia keinoja käyttäytymisen muuttamiseksi. Usein elintapaohjauksessa käy-

tään tekniikoita useista eri teorioista tai malleista. (Absetz & Hankonen 2011, 2268, 2271.)

Erityisesti tavoitteellisen toiminnan malliin kuuluvat tekniikat olivat käytössä aineistoni tutkimuksissa. Mallin keskeisiä tekniikoita ovat oman käyttäytymisen seuranta (esimerkiksi ruoka- tai liikuntapäiväkirjan avulla), erojen tunnistaminen elintapoihin liittyvän nykytilanteen ja tavoitetilan välillä, tavoitteiden asettaminen, toiminnan suunnittelu, retkahdusten ehkäisy tai niiden kääntäminen oppimiskokemuksiksi, arviointi ja onnistumisista palkitseminen (Absetz & Hankonen 2011, 2268). Vähintään yhtä näistä tekniikoista kuvattiin käytetyn Absetzin ym. (2007, 2466), Kurjen ym. (2008, 18), Dzatorin ym. (2004, 611-612), Reuschin ym. (2011, 188), Marttilan ym. (2004, 18), Kalavaisen (2011, 20-21) ja Alahuhdan (2010, 43) tutkimuksien ryhmätoiminnassa.

Aineistossani ryhmämuotoisen elintapaohjauksen kohderyhmät olivat hyvin erilaisia. Kohderyhminä oli tyypin 2 diabeteksen riskissä olevat työikäiset (kaksi eri toteutusta; Absetz, ym. (2007, 2466) ja Alahuhta (2010, 41)), tyypin 2 diabeetikot (Marttila ym. 2003, 17), nuoret tyypin 1 diabeetikot, jotka olivat siirtymässä lasten yksiköstä sisätautipoliklinikan asiakkaiksi (Tulokas ym. 2005, 894), tupakoivat pitkäaikaista keuhkosairautta sairastavat aikuiset (Laaksonen ym. 2003, 2847), ylipainoiset lapset ja heidän vanhempansa (Kalavainen 2011, 16–17), hiljattain yhteen muuttaneet nuoret pariskunnat (Dzator ym. 2004, 611), kuntoutusklinikan diabetesta, tuki- ja liikuntaelin tai sydän- ja verisuonisairauksia sairastavat potilaat (Reusch ym. 2011, 187) ja työterveyshuollon asiakkaat, joilla oli metabolinen oireyhtymä (Kurki ym. 2008, 23).

Ryhmien koko, tapaamisten kesto, tiheys ja koko ohjausprosessin pituus olivat hyvin vaihtelevia ryhmämalleissa. Toteutuneiden ryhmien koko vaihteli 3-17 henkilön välillä ja tapaamiset kestivät 50 minuuttia – 3 tuntia. Tapaamisia ryhmissä oli 3-15 ja ne järjestettiin useimmiten aluksi tiheämmin esimerkiksi viikon välein ja prosessin loppuvaiheessa harvemmin, tai ensin tiheämmin ja viimeinen tapaaminen pidemmän ajan kuluttua niin sanottuna seurantatapaamisena. Pisin väli tapaamisilla oli 1 vuosi. Ohjausprosessit kestivät kolmesta viikosta kahteen vuoteen, yleisimmin 6-9 kuukautta. Liitteenä olevassa taulukossa (LIITE2) on esitelty tarkemmin kyseiset tiedot kustakin ryhmämallista.

Osana ryhmämuotoisen elintapaohjauksen sisältöä on myös terveellisiin elämäntapoihin liittyvän tiedon välittäminen. Laajemmin terveellisiä elämäntapoja käsiteltiin ohjauksessa Absetzin ym (2007, 2466), Dzatorin ym. (2004, 611), Kurjen ym. (2008, 18), Reuschin ym. (2011, 188), Kalavaisen (2011, 21), Alahuhdan (2010, 43) ja Marttilan ym. (2004, 14) tutkimuksissa. Laaksosen ym. (2003, 2847) ryhmissä käsiteltiin elintapojen osalta vain tupakoinnin vaikutusta terveyteen, ja Tulokkaan ym. (2005) tutkimuksessa elintapoja käsiteltiin nuorten osallistujien diabeteksen hoitotasapainon kannalta. Kyseisessä tutkimuksessa ryhmissä ratkaistiin ohjaajan esittämiä ongelmatilanteita, jotka olivat käytännönläheisiä ja nuorten elämään liittyviä. Diabeteksen hoitotasapainoa tukevat tiedot opittiin ongelmien ratkaisun kautta. (Tulokas ym. 2005, 894.) Ryhmämuotoinen elintapaohjaus voi siis olla myös ongelmalähtöistä oppimista ryhmässä.

Ryhmämuotoinen elintapaohjaus toteutuu usein moniammatillisena yhteistyönä. Moniammatillista yhteistyötä hyödynnettiin Absetzin ym. (2007, 2466), Kurjen ym. (2008, 18), Tulokkaan ym. (2005, 894), Dzatorin ym. (2004, 612), Marttilan ym. (2004, 16) ja Reuschin ym. (2011, 188) ryhmämalleissa. Esimerkiksi Ikihyvä -mallissa projektiin oli palkattu ravitsemusterapeutti, joka oli ohjaajien käytettävissä. Ravitsemusterapeutti myös antoi ravitsemusneuvontaa yhdessä tapaamisessa tai kommentoi kirjallisesti osallistujien ravitsemuspäiväkirjoja. Lisäksi paikalliset liikunta-alan ammattilaiset ohjasivat ryhmille yhden liikuntatuokion. (Absetz ym. 2007, 2466) Diabetesliiton mallissa ryhmätapaamisten lisäksi oli kolme foorumia, joissa luennoivat lääkäri, ravitsemusasiantuntija ja liikunnanohjaaja (Marttila ym. 2004,18). Ohjaus saattoi toteutua myös moniammatillisena ohjaajaparina, esimerkiksi nuorten diabeetikkojen ryhmiä ohjasivat lääkäri ja hoitaja yhdessä (Tulokas ym. 2005, 894).

### 5.1.2 Ohjauksella voidaan vaikuttaa osallistujien elämäntapoihin

Ryhmämuotoisella elintapaohjauksen tavoitteet vaihtelivat ryhmämallista riippuen. Ryhmissä saavutettiin maltillisia tuloksia. Kaikki ohjauksen tavoitteet eivät välttämättä toteutuneet. Esimerkiksi Tulokkaan ym. (2005, 896–897) tutkimuksella ei ollut vaikutusta nuoruuteen liittyvään riskikäyttäytymiseen, vaan osallistujien alkoholinkäyttö ja tupakointi lisääntyivät tutkimuksen aikana. Kurjen ym. (2008, 26) tutkimuksessa ohjauksella ei ollut vaikutusta osallistujien verenpaineeseen, tutkijoiden arvion mukaan syy-

nä oli osallistujien verenpainelääkityksen käyttö. Ainoastaan Kalavaisen (2011, 7) tutkimuksessa tavoite hoidon pitkäaikaisesta vaikuttavuudesta jäi niin merkittävältä osin saavuttamatta, että mallin mukaista tiivistä ryhmähoitoa (14 tapaamista erikseen vanhemmille ja lapsille ja lisäksi yksi yhteinen tapaaminen kahden vuoden ajalla) ei nähty jatkossa kannattavaksi lähestymistavaksi lasten lihavuuden hoidossa.

Esimerkkinä ryhmien tavoitteista ja niiden saavuttamisesta toiminnan aikana on seuraavana olevassa taulukossa esitetty kolmen aineistoni tutkimuksen tavoitteet elintapojen muutoksen suhteen ja keskeiset osallistujien elintavoissa tapahtuneet muutokset. Esimerkkien on myös tarkoitus konkretisoida aikaan saatujen muutosten suuruusluokkaa. Tietoa muista aineiston tutkimuksista ja niiden tärkeimmistä tuloksista löytyy työn liitteenä olevasta taulukosta (LIITE1).

TAULUKKO 4. Esimerkkejä keskeisimmistä muutoksista osallistujien elintavoissa kolmen aineistoni tutkimuksen mukaan

<p>Absetz ym 2007, 2466, 2469.</p>	<p>Tavoitteet elintapojen muutoksissa olivat</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. &lt;30% kokonaisenergiasta rasvasta</li> <li>2. &lt;10% kokonaisenergiasta tyydyttyneestä rasvasta</li> <li>3. Vähintään 15g kuitua/1000kcal</li> <li>4. Vähintään 4h/vko kohtuullisen rasittavia fyysisiä aktiviteetteja</li> <li>5. Painonpudotus &gt; 5%</li> </ol>	<p>Tavoitteiden saavuttaminen ja ylläpitäminen vuoden seurannassa kunkin elintapamuutoksen kohdalla prosentteina kaikista osallistujista (n=352)</p> <ol style="list-style-type: none"> <li>1. 48%</li> <li>2. 34%</li> <li>3. 52%</li> <li>4. 66%</li> <li>5. 12%</li> </ol> <p>Neljä viidestä tavoitteesta saavutti 20% osallistujista</p>
<p>Alahuhta 2010, 5, 37, 51.</p>	<p>Tutkimuksen tavoite oli kuvata tyyppin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluvien työikäisten osallistujien painonhallinnan ja elintapa-muutoksen tunnuspiirteitä. Ohjattavien elintapamuutostavaiheissa etenemistä voidaan kuitenkin pitää ohjauksen vaikuttavuuden mittarina, vaikkakaan muutos ei aina etene suoraviivaisesti. Myös osallistujien painon ja painoindeksin (BMI) kehitystä seurattiin.</p>	<p>Tutkittavien (n=73) elintapamuutostavaiheiden prosenttiosuudet ohjauksen alussa (A) ja lopussa (L)</p> <p>Esiharkintavaiheessa A=9% L=2%  Harkintavaiheessa A=68% L=24%  Valmistautumisvaiheessa A=9% L=33%  Toimintavaiheessa A=14% L=41%</p> <p>Elintapamuutostavaiheessaan edistyi 40, pysyi ennallaan 18 ja taantui 5 henkilöä.</p> <p>Osallistujien painon ja BMI:n keskiarvot eivät merkittävästi muuttaneet ohjauksen aikana, 1,5 vuotta ohjauksen päättymisestä osallistujien painot olivat jopa aavistuksen nousseet.</p>
<p>Kurki ym. 2008, 15, 25–30.</p> <p>Huomautuksena, että osallistujat saivat kuntoutusjaksoilla myös yksilöohjausta.</p>	<p>Kuntoutusprojektilla oli laajat tavoitteet MBO:n hoidossa; vähentää taustalla olevia tekijöitä eli lihavuutta ja liian vähäistä liikuntaa ja hoitaa kaikkia valtimotaudin vaaratekijöitä eli verenpainetautiä, diabeetistä, korkeaa kolesterolia ja tupakointia.</p>	<p>Neljännes osallistujista pudotti lähtöpainostaan vähintään 5%, Keskimääräinen painonpudotus oli naisilla 2,6kg ja miehillä 3kg kahden vuoden kohdalla.</p> <p>Vyötärön ympäryksen pieneni keskimäärin naisilla 5,7cm ja miehillä 4,1cm 6kk kuntoutuksen alusta ja muutos säilyi tutkimuksen loppuun asti.</p> <p>Myös ravitsemustottumukset muuttuivat lähemmäksi suosituksia, veriarvoissa tapahtui suotuisia muutoksia, liikunnan määrä lisääntyi ja kuntotesteissä tulokset paraniivat. Terveystien liittyvän elämälaadun arvio (RAND-36) parani.</p>

Ohjauksen tavoitteiden saavuttamista myös arvioitiin, ja tulosten perusteella käytetyn mallin mukainen ryhmäohjaus todettiin jatkossakin käyttökelpoiseksi Absetzin ym. (2007, 2465), Dzatorin ym. (2004, 618) ja Tulokkaan ym. (2005, 898) tutkimuksissa.

Osassa tutkimuksia ryhmänohjausmallille suositeltiin jatkossa jonkinlaista muokkausta, kuten ryhmäkoon pienentämistä (Marttila ym. 2004, 17) ja tapaamisten tihentämistä (Kurki ym. 2008, 35.). Lisäksi suositeltiin ohjausprosessin pidentämistä (Reusch ym. 2011, 190; Laaksonen ym. 2003, 2848.) ja yksittäisten tapaamisten keston pidentämistä (Reusch ym. 2011, 190.). Näiden lisäksi Kalavaisen (2011, 33) tutkimuksessa suositeltiin jopa kokonaan lähestymistavan muuttamista, jotta olisi saavutettu pysyvämpiä tuloksia lasten lihavuuden hoidossa.

### 5.1.3 Ryhmädynamiikkaa ja vertaistukea hyödyntävä työmenetelmä

Ryhmämuotoinen elintapaohjaus on toimintaa, jossa hyödynnetään ryhmän vuorovaikutusta ja vertaistukea. Ryhmän keskusteluilla oli tärkeä rooli Marttilan ym. (2004, 11), Reuschin ym. (2011, 188), Hankosen (2011, 51–52), Tulokkaan ym. (2005, 895) ja Laaksonen ym. (2003, 2848) ryhmämalleissa. Esimerkiksi Ikihyvä –mallissa ryhmäkeskustelut olivat tärkeässä roolissa esimerkiksi repsahdusten ehkäisyssä ja aiempien epäonnistumisien analysoinnissa (Hankonen 2011, 51–52.). Toisten kokemuksista kuulemalla ja toimintaa havainnoimalla osallistujan pystyvyyden tunne voi vahvistua (Alahuhta 2010, 60; Absetz & Hankonen 2011, 2268; Kurki ym. 2008, 13). Pystyvyyden tunteella tarkoitetaan yksilön omaa arviota kyvystään suorittaa tietty toiminta ja uskosta siitä, että kyseinen toiminta johtaa toivottuun lopputulokseen. Pystyvyyden tunteen lisääntyminen tukee elintapamuutoksen onnistumista. (Alahuhta 2010, 60.)

Ryhmämuotoinen elintapaohjaus voi olla myös psyykkistä selviytymistä tukeva toimintatapa. Tulokkaan ym. (2005) mukaan vertaistuki voi lieventää erilaisuuden kokemusta ja auttaa kestämaan sairauden aiheuttamaan stressiä esimerkiksi liitännäissairauksiin liittyen. Tutkimuksessa selvisi, että yksilöohjauksen osallistuneet nuoret diabeetikot arvioivat terveytensä huonommaksi kuin ryhmänohjaukseen osallistuneet. Ryhmänohjaukseen osallistuneiden arvio terveydestään oli samanlainen kun vertailussa olleiden terveiden nuorten. (Tulokas ym. 2005, 897). Myös Kurjen ym. (2008) tutkimuksessa vertaisryhmän tuki ja kannustus nähtiin psyykkisesti merkittäväksi. Osallistujat kokivat tärkeäksi mahdollisuuden jakaa ylipainosta ja aiemmista epäonnistumisista johtuvia syyllisyyden tunteita muiden osallistujien kanssa (Kurki, ym. 2008, 31).

Ryhmämuotoinen elintapaohjaus on usein osallistujille mieleinen toimintatapa. Korkea osallistumisaktiivisuus kertoo ryhmäohjauksen toimivuudesta ja ryhmäläisten sitoutuneisuudesta ja viihtymisestä. Suurimmassa osassa tutkimuksia raportointiin korkeasta osallistumisaktiivisuudesta (Absetz ym. 2007, 2469; Tulokas ym. 2005, 895; Kurki ym. 2008, 33; Kalavainen 2011, 33; Marttila ym. 2004, 16). Poikkeuksena oli tupakasta vieroitusryhmät, joissa 25% osallistujista keskeytti ensimmäisen tai toisen tapaamisen jälkeen (Laaksonen ym. 2003, 2848). Esimerkiksi nuorten diabeetikkojen ryhmissä 430 käynnistä vain noin 7% jäi toteutumatta. Poissaolojen syyt liittyivät lähinnä koulunkäyntiin. Osallistujia ei myöskään haitannut, että heiltä käynteihin kului paljon enemmän aikaa kuin yksilöohjauksiin. (Tulokas ym. 2005, 895.) Ikihyvä –ryhmissä ohjaajat raportoivat yleisesti, että ryhmissä viihdyttiin. Ilmapiiiri oli hyvä, ryhmäläiset luottivat toisiinsa eikä ryhmäläisillä ollut kiire kotiin. (Absetz ym. 2008, 253). Verrattaessa ryhmätuokioita ja avoimia luentoja, joissa molemmissa oli sama tietosisältö, ryhmätuokioihin osallistujat olivat tyytyväisempiä. Kokemusten vaihtaminen, luottamuksellinen ilmapiiiri ja vuorovaikutukselliset työtavat saivat erityistä kiitosta näissä ryhmissä. (Reusch ym. 2011, 188, 190.) Ryhmistä voi saada myös uusia ystäviä esimerkiksi seuraksi liikuntaa harrastamaan. Osassa ryhmiä ryhmäläiset jatkoivat tapaamisia vielä ohjauksen päätyttyä. (Kurki ym. 2008, 31; Marttila ym. 2004, 16.)

#### 5.1.4 Ohjausresursseja säästävä työmenetelmä

Ryhmämuotoinen elintapaohjaus on ohjaajan työaikaa säästävä menetelmä (Tulokas ym. 2005, 895; Jallinoja ym. 2006, 3748; Marttila ym. 2004, 6). Esimerkiksi nuorten diabeetikkojen ryhmäohjaukseen kului 2/3 ajasta, joka kului yksilöohjaukseen, kun molemmissa ohjausmuodoissa käsiteltiin samat aihepiirit. Ryhmiä ohjasi samaan aikaan lääkäri ja hoitaja, joten mikäli aiheet olisi jaettu lääkärin ja hoitajan kesken, olisi ohjaajien aikaa kulunut vielä vähemmän. (Tulokas ym. 2005, 895.)

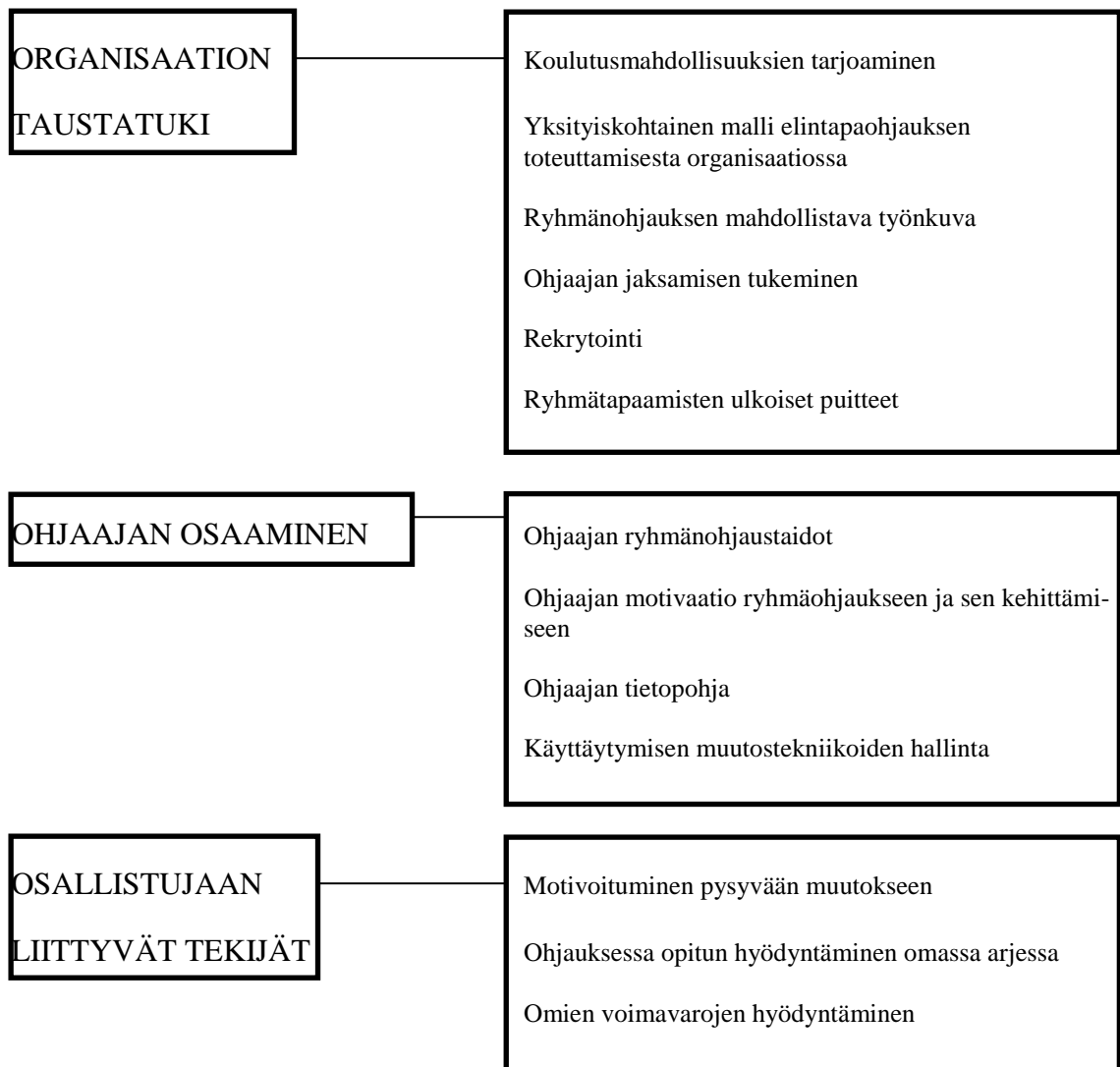
Aineistossa todettiin ohjauksetojen vähenevän hoitajaa kohden, kun esimerkiksi kohonneeseen verenpaineeseen liittyvä elintapaohjaus järjestetään ryhmässä (Jallinoja ym. 2006, 3748). Kun käytössä olevat resurssit ovat niukat, koettiin ryhmäohjauksen vastaavan paremmin ohjauksen tarpeeseen. Tutkimuksessa todettiin, että kun ryhmässä 11

henkilöä saa hoitajan ohjausta 12 tuntia, hoitajan aikaa kuluu saman verran kuin jokainen ryhmäläinen saisi 1,6 tuntia yksilöohjausta. (Absetz ym. 2007, 2469.)

Ryhmämuotoisen elintapaohjauksen kustannustehokkuutta selvitettiin aineistossani vain Dzatorin ym. (2004, 618) ja Kalavaisen (2011, 24) tutkimuksissa. Australialaisessa Dzatorin ym. (2004) tutkimuksessa verrattiin kahta nuorille aikuisille pariskunnille suunnattua interventiota (lisäksi mukana oli kontrolliryhmä ilman interventiota). Matalan tason interventiossa tutkimukseen osallistuville lähetettiin kuusi ravitsemusta, liikuntaa ja terveellisiä elämäntapoja käsittelevää tietopakettia postitse. Korkean tason interventiossa osallistujat saivat kolme tietopaketeista postitse ja kolme käsiteltiin osallistavissa ryhmätilanteissa. Ryhmätoimintaa hyödyntänyt interventio todettiin kustannustehokkaammaksi, mutta vain mikäli ryhmäkoko pysyy yhtä suurena kuin ohjelman alussa, eli keskimäärin kahdeksan pariskuntaa ryhmässä. (Dzator ym. 2004, 610, 618.) Ryhmämuotoinen elintapaohjaus ei ollut kustannustehokasta Kalavaisen (2011) väitöstudiumissa, jossa verrattiin kahden lasten lihavuuden hoito-ohjelman, tiiviin ryhmähoidon ja tavanomaisen hoidon, vaikuttavuutta ylipainoisten kouluikäisten lasten painoon. Tutkimuksessa todettiin, että ryhmähoito maksoi 392 euroa ja tavanomainen hoito 94 euroa lasta kohden, eikä pitkäaikaistuloksissa ollut eroa. (Kalavainen 2011, 24–27.)

## 5.2 Ryhmämuotoisen elintapaohjauksen onnistumista tukevat tekijät

Kirjallisuuskatsaukseni aineiston perusteella ryhmämuotoisen elintapaohjauksen onnistumiseen vaikuttaa moni tekijä. Organisaation taustatuki on edellytys ohjauksen mahdollistumiselle. Ryhmämuotoisen elintapaohjauksen onnistumiseen ja siten myös osallistujan elintapojen muuttumiseen vaikuttavat ohjaajan osaaminen ja osallistujan itseensä liittyvät tekijät. Seuraavassa kuviossa on esitetty ryhmämuotoiseen elintapaohjauksen onnistumista tukevat tekijät. Vasemmalla näkyvät yläkategoriat ja oikealla alakategoriat, joista yläkategoriat muodostuvat. Kategorioiden sisältö avataan tarkemmin seuraavissa alaluvuissa.



KUVIO 3. Ryhmämuotoisen elintapaohjauksen onnistumista tukevat tekijät

### 5.2.1 Organisaation taustatuki

Koulutusmahdollisuuksien tarjoaminen on osa organisaation taustatukea. Elintapaohjaus on erityisosaamisen alue ja vaatii riittävää koulutusta ja myös täydennyskoulutusta ohjauksen eri alueilta (Absetz ym. 2008, 255; Turku & Heinonen 2005, 29). Ohjaustoitinnan käynnistämistä ja suunnittelua helpottaa koulutuksen kautta saatu ryhmäohjausmalli ja yksityiskohtainen suunnitelma mallin toteutuksesta organisaatiossa (Marttila ym. 2004, 15; Jallinoja ym. 2006, 3750). Esimerkiksi Diabetesliiton mallissa ohjaajat osallistuivat työpajatyöskentelyyn, jossa he saivat valmistellun ryhmäohjausmallin ja suunnittelivat sen toteutuksen kokeneiden ohjaajien tuella (Marttila ym. 2004, 15).

Valmiissa ryhmäohjausmallissa on usein määritelty ohjauksen tarkoitus ja tavoitteet, taustateoria, ohjauksessa käytettävät menetelmät, ohjauksen sisältö ja käytännön toteutukseen liittyviä asioita, kuten tapaamisten kesto, tiheys ja ohjausprosessin pituus. Valmiskin ohjausmalli vaatii kuitenkin toiminnan yksityiskohtien suunnittelua käytännön tasolla esimerkiksi aikataulujen, tilojen käytön ja osallistujien tarkan lukumäärän ja valintaprosessin suhteen.

Käytännön toteutuksen suunnitelman tulee ryhmän toiminnan tarkoitusta ja tavoitteita. Esimerkiksi tupakkavieroituksessa nähtiin onnistumisen kannalta keskeiseksi käytännön toteutuksessa ryhmän riittävän pieni koko (ryhmissä oli 3-7 henkilöä) ja riittävän ajan varaaminen keskusteluille (Laaksonen ym. 2003, 2849). Nuorten diabeetikkojen ryhmäohjauksessa puolestaan nähtiin tärkeäksi, että ryhmätapaamiset olivat osallistujien kontrollikäyntien yhteydessä, etteivät nuoret koe tiheämpiä käyntejä rasittaviksi (Tulokas, ym. 2005, 897.) Alkuperäinen ryhmäohjausmalli voi myös erota organisaation käytännön toteutuksen suunnitelmasta huomattavasti. Esimerkiksi Turun ja Heinosen (2005) seurantatutkimuksessa ilmeni, että vaikka Pieni päätös päivässä –ryhmämallissa ohjausprosessin kestoksi oli suositeltu noin 12 kuukautta, toteutuneiden ryhmien (142 ryhmää) kestot vaihtelivat kahdesta kuukaudesta kahteen vuoteen (Turku & Heinonen 2005, 15).

Ohjaajan työnkuvan tulee olla sellainen, että se mahdollistaa ryhmäohjauksen suunnittelun ja toteuttamisen. Ryhmäohjauksen suunnittelu ja toteuttaminen vaativat työaikaa, ja ryhmäohjausmallista huolimatta jokainen tapaaminen vaatii etukäteissuunnittelua (Marttila ym. 2004, 15). Turku ja Heinonen (2005) suosittelevat painonhallintaohjauksen toteutumisen edellytyksiä käsitelleen seurantatutkimuksensa perusteella, että perustyöaikaan tulisi sisältyä esimerkiksi kaksi tuntia suunnittelu-aikaa tapaamiskertaa kohden. Osa tutkimuksessa haastatelluista ohjaajista kertoi joutuneensa suunnittelemaan tapaamiset omalla ajallaan. Myös itse tapaamisille tulee voida varata riittävästi aikaa, Turun ja Heinosen tutkimuksen mukaan vähintään 1,5 tuntia. Lisäksi ilta- ja ylitöykorvausperiaatteiden tulisi olla sellaiset, että ne tukevat ohjaajan sitoutumista työhön. (Turku & Heinonen 2005, 19, 29.)

Ohjaajan jaksamisen kannalta nimetyin vastuutiimin tai moniammatillisen taustatuen järjestäminen ohjaajalle on tärkeää. Osallistujilla voi olla monenlaisia terveydellisiä tai mielenterveydellisiä ongelmia, joiden käsittelyssä konsultaatio- ja työnohjausapu voi olla merkittävä tuki. Ryhmän vuorovaikutuksen hallinnassa voi myös tulla haastavia tilanteita, joiden purkaminen työnohjauksessa on suositeltavaa. Jos organisaatiossa ei ole vastuutiimiä, vähintäänkin ulkopuolisen työnohjauksen tarjoaminen on perusteltua. Tämä korostuu etenkin silloin kun ohjaajalla ei ole ohjaajaparia. (Turku & Heinonen 2005, 29). Tutun ja sitoutuneen ohjaajaparin koettiin helpottaneen ohjaajien työtä Marttilan ym. (2004) tekemissä haastatteluissa. Ohjaajaparilla ei kuitenkaan ollut vaikutusta ryhmän tuloksiin Absetzin ym. (2008) tutkimuksessa.

Organisaation taustatuki näyttäytyy myös asianmukaisten tilojen tarjoamisessa (Marttila ym. 2004; Turku & Heinonen 2005, 29) ja oheismateriaalin käyttömahdollisuuksissa (Turku & Heinonen 2005, 29). Organisaation tukea voidaan tarvita myös osallistujien löytymisessä, mikä on luonnollisesti edellytys toiminnan onnistumiselle. Esimerkiksi Diabetesliiton ryhmiin osallistujat oli löydetty helposti ohjaajien omista tai työtovereiden asiakkaista (Marttila ym. 2004, 15), mutta Ikihyvä –mallissa 462 osallistujaehdokkaalle tehtiin erilaisia testejä ja mittauksia ennen ohjauksen alkua, minkä perusteella mukaan ryhmänohjaukseen valittiin 389 osallistujaa (Absetz ym. 2007, 2466). Mikäli ryhmämalliin kuuluu ulkopuolisten asiantuntijoiden vierailuja, kuten Diabetesliiton mallissa, organisaation tuki tarvitaan myös asiantuntijoiden rekrytointiin (Marttila ym. 2004, 15).

### 5.2.2 Ohjaajan osaaminen

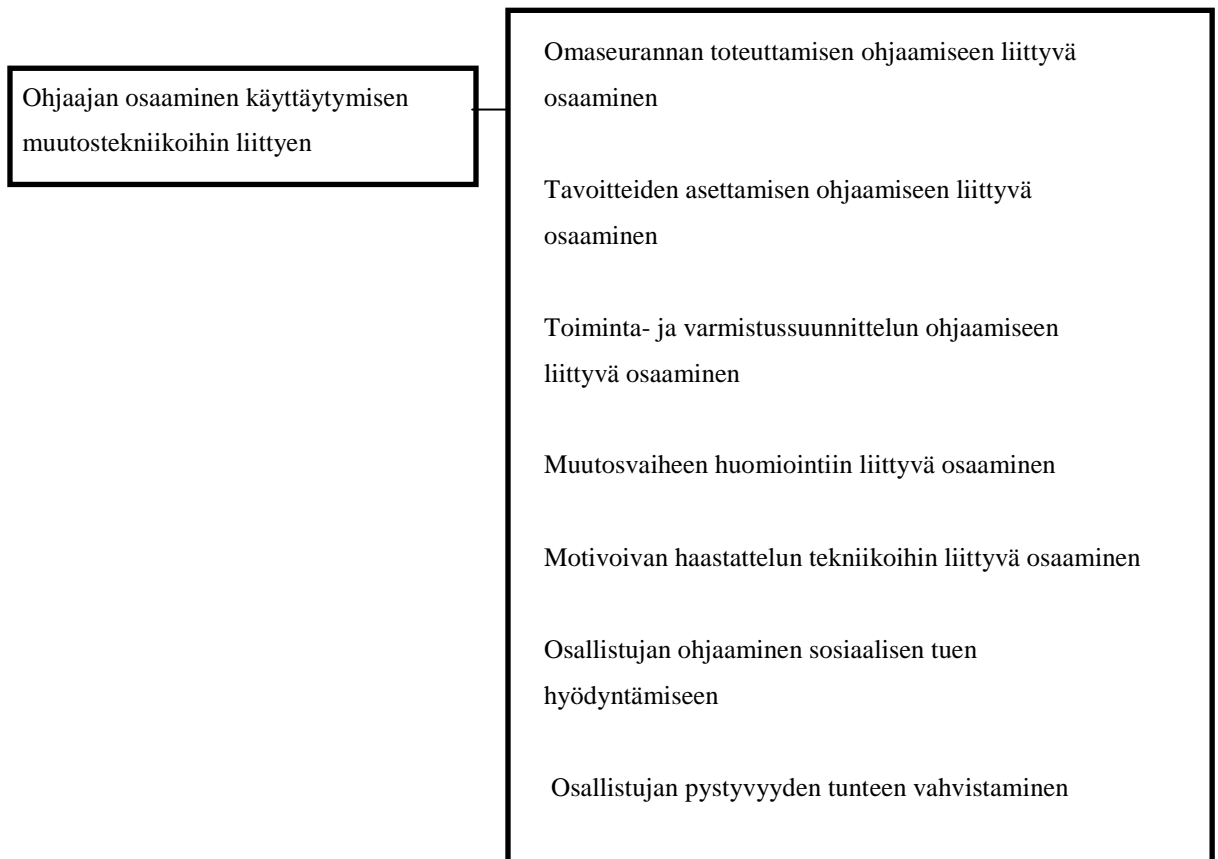
Ohjauksen onnistumiseksi ohjaajalta edellytetään ryhmänohjaustaitoja, kykyä ryhmädynamiikan eli ryhmän sisäisen vuorovaikutuksen säätelyyn (Turku & Heinonen 2005, 20). Laaksosen ym. (2003) tutkimuksessa ryhmänohjaajan rooli nähtiin keskeisenä ryhmätapaamisten onnistumisessa. Yhtenäisen ja vapautuneen ryhmän syntyyn vaikuttaa ohjaajan ryhmädynamiikan tuntemus ja kyky luoda keskusteleva ilmapiiri. (Laaksonen ym. 2003, 2849). Myös perustietämys painonhallintaohjauksen lääketieteellisestä, ravitsemustieteellisistä ja ravitsemuspsykologisesta pohjasta ja liikunnanohjauksen perus-

teiden hallinta nähtiin Heinosen ja Turun tutkimuksessa (2005, 29) onnistuneen painonhallintaohjauksen edellytyksinä.

Ohjaajan motivaatio ryhmäohjaukseen ja ohjauksen kehittämiseen tukee ryhmämuotoisen elintapaohjauksen onnistumista. Absetz ym. (2008) tutkivat ohjaajan roolin ja käsitysten yhteyttä osallistujien onnistumiseen elintapamuutoksessa. Tutkimuksessa ilmeni, että suurempi painonpudotus oli yhteydessä ohjaajan viihtymiseen ryhmässä. Onnistuneissa ryhmissä ohjaajat olivat useammin kokeneet ohjauksen helpoksi ja voimia antavaksi. Onnistuneissa ryhmissä ohjaajat näkivät usein osallistujat toistensa innostajina, ja kokivat, että ryhmästä ja muista osallistujista oli ollut hyötyä osallistujan tavoitteiden saavuttamisessa. Tosin tutkijat arvioivat, että suoran vaikutuksen sijaan kyseessä on vuorovaikutusprosessi, jossa hyvät tulokset syntyvät innostuneen ohjaajan ja innostuneen ryhmän yhteistyönä. (Absetz, ym. 2008, 253, 256.) Ohjaajan sitoutuneisuus pitkäjänteiseen muutosprosessiin, ryhmien tulosseurannan hyödyntäminen ohjauksen kehittämisessä ja valmiudet ohjauksen ja ohjausasetteiden reflektointiin ja muuttamiseen tarvittaessa tukevat ryhmämuotoisen elintapaohjauksen onnistumista (Heinonen & Turku 2005, 29)

Ryhmämuotoinen elintapaohjaus on työmenetelmä, jonka käyttäminen jakaa ohjaajien mielipiteitä. Ryhmien ohjaajat kokivat elintapaohjausryhmien ohjaamisen eri tavoin, mihin ohjaajan käsitys omasta osaamisestaan vaikuttanee. Toisaalta aineistossa ilmeni, että elintapaohjausryhmien ohjaamisen koettiin olevan piristävä uusi työsisältö, joka katkaisee rutiineja (Marttila ym. 2004, 16.), antaa voimia ja kehittää ammatillisesti (Absetz ym. 2008, 253). Jotkut ohjaajat näkivät ryhmäohjauksen olevan eräänlainen kilpailuvaltti, sen parantavan yksikön itsetuntoa ja julkisuuskuvaa. Organisaation resurssien nähtiin lisääntyneen koulutuksen, kokemuksen ja parantuneen moniammatillisen yhteistyön vuoksi, vaikka ryhmäohjauksen käynnistäminen aiheuttaisikin kustannuksia. (Marttila ym. 2004, 16). Toisaalta osa ohjaajista piti ryhmäohjausta voimia vievänä ja haastavana, ja kokivat, että heidän roolinsa oli pitää keskustelu aiheessa (Absetz ym. 2008, 253).

Käyttäytymisen muutostekniikoiden hallinta on tärkeä ohjaajan osaamisen alue. Aineistoni nousi esiin seuraavassa kuviossa oikealla esitetyt käyttäytymisen muutostekniikoihin liittyvät ohjaajan osaamisen alueet. Osaamisalueita käsitellään kuvion jälkeen.



KUVIO 4. Ohjaajan osaaminen käyttäytymisen muutostekniikoihin liittyen

Omaseurannan toteuttamiseen ohjaaminen on tehokkain yksittäinen tekniikka liikunta- ja ravitsemuskäyttäytymisen muutoksissa Absetzin & Hankosen (2011) tekemän kirjallisuuskatsauksen mukaan. Elintapojen tiedostaminen omaseurannan avulla nähtiin yhtenä tärkeimmistä elintapamuutosta tukevista tekijöistä myös Alahuhdan (2010) väitöstudkimuksessa, ja siten omaseurantaan ohjaaminen on ohjaajan merkittävä tehtävä. Omaseurannan toteutumisen tukemiseksi ohjaajan tulisi ohjauksessa perustella omaseurannan tärkeyttä, käydä läpi erilaisia omaseurannan välineitä ja keskustella niiden sopivuudesta kullekin osallistujalle. Ohjaajan tulee ohjata osallistujaa elintapamuutosvaiheen mukaiseen omaseurantaan. Muutoksen alkuvaiheessa omaseuranta voi olla esimerkiksi motivaation ja asenteiden seuranta, loppuvaiheessa käyttäytymisen omaseuranta. Omaseurannan tulee myös olla yhteydessä toiminnan tavoitteisiin. (Alahuhta 2010, 70.) Omaseurantaan ohjattiin myös Marttilan ym. (2004); Kurjen ym. (2008), Dzatorin ym. (2004); Kalavaisen (2011) tutkimuksissa, sekä Ikihyvä –mallissa (esim.

Absetz ym 2007, 2466), mutta niissä ei selkeästi arvioitu omaseurantaan ohjaamisen merkitystä elintapaohjauksen onnistumiselle.

Tavoitteiden asettamiseen ohjaaminen tukee elintapamuutoksessa onnistumista. Ohjattavan tavoitteiden tulisi olla ohjattavan omasta elämästä nousevia, konkreettisia ja toiminnallisia. (Absetz & Hankonen 2011, 2268.) Alahuhdan mukaan osallistujat tulee ohjata asettamaan omia, realistisia ja mitattavia tavoitteita lyhyelle ja pidemmälle aikavälille. Ohjauksessa on myös hyvä keskustella tavoitteiden taustalla olevista asioista. Ihmisillä saattaa olla tavoitteiden taustalla epärealistisia odotuksia, jotka eivät toteudu, vaikka tavoite saavutettaisiin. (Alahuhta 2010, 59, 71.) Tavoitteiden asettaminen oli osa ohjaussisältöä myös Kalavaisen (2011), Kurjen ym. (2008), Dzatorin ym. (2004), Marttilan ym. (2004) ja Ikihyvä –mallin (Absetz ym. 2007, 2466) tutkimuksissa, mutta sen vaikutusta ohjauksen onnistumisen tukemisessa ei arvioitu.

Ohjaaminen asetettujen tavoitteiden toteuttamisen tarkkaan suunnitteluun tukee elintapamuutoksen onnistumista (Absetz & Hankonen 2011, 2269). Toimintasuunnitelmilla konkretisoidaan minkälaista toimintaa tavoitellaan, ja missä ja milloin toiminta toteutetaan (Absetz ym. 2008, 251). Varmistussuunnittelulla tarkoitetaan muutoksen esteiden tunnistamista ja repsahdusten ehkäisyä. Myös Hankosen (2011) väitöstutkimuksen mukaan ohjaus toiminta- ja varmistussuunnitelmien tekemiseen on ohjauksessa tärkeää. Toimintasuunnittelun lisääntyminen ohjauksen aikana oli yhteydessä lisääntyneen liikunnan määrään ohjauksen päätyttyä. Erityisen tärkeää liikunnan suunnitteleminen oli naisille. Suunnitelmat terveellisten ruokailutottumuksien ylläpitämiseksi tukivat rasvan saannin vähentämistä vuoden seurannassa. (Hankonen 2011, 7.) Toiminta- tai varmistussuunnittelu oli osa ohjaussisältöä myös Reuschin ym. (2011), Dzatorin ym. (2004), Kurjen ym. (2008), Laaksosen ym. (2003), Kalavaisen (2011) ja Alahuhdan (2011) tutkimuksissa.

Muutosvaiheen huomiointiin liittyvää ohjaajan osaamista pidettiin tärkeänä Turun & Heinosen (2005, 29), Laaksosen ym. (2003, 58) ja Alahuhdan (2010, 37) tutkimuksissa. Muutosvaiheen tunnistaminen on tärkeää, koska eri vaiheissa olevat osallistujat tarvitsevat erilaista ohjausta ja tukea (Alahuhta 2010, 37). Esimerkiksi tupakoitsijat, jotka eivät vielä harkitse muutosta, voidaan ohjauksella saada siirtymään vain harkintavaiheeseen. Harkintavaiheessa olevia osallistujia puolestaan ohjataan toimintavaiheeseen.

(Laaksonen, ym. 2003, 58.) Vaiheen tunnistaminen säästää ohjaajan resursseja ja estää osallistujan turhautumista. Käyttäytymisen muuttaminen vaatii myös asenteiden ja ajattelun muutosta, joten ohjaajan ei tule kiirehtiä osallistujaa toimintaan esiharkinta- tai harkintavaiheessa, vaan antaa riittävästi pohdinta-aikaa. Ohjaajan tulee huomioida, että osallistuja voi olla eri vaiheissa eri elämäntapojen suhteen. Ohjaaja voi arvioida osallistujan muutosvaihetta esimerkiksi mahdollistamalla osallistujien kertomukset kokemuksistaan ja käyttäytymisestään tai hyödyntämällä erilaisia kyselylomakkeita. (Alahuhta 2010, 37, 45, 71.) Muutosvaihemalli oli yhtenä taustateorioista myös Kurjen ym. (2008) ja Reuschin ym. (2011) tutkimuksissa.

Ohjaajan osaaminen motivoivan haastattelun tekniikoihin liittyen voi tukea elintapaohjauksen onnistumista erityisesti keinoina osallistujan motivaation herättelyssä ja sitoutumisen kasvattamisessa (Absetz & Hankonen 2011, 2271). Myös Alahuhta (2010, 70) suosittelee motivoivan haastattelun tekniikoiden käyttöä muutoshalun vahvistamisessa erityisesti muutosprosessin alussa. Motivoivan haastattelun keskeisiä tekniikoita ovat motivoivat vuorovaikutustavat eli aktiivinen kuuntelu, avoimet kysymykset ja yhteenvetojen tekeminen ohjattavan puheesta. Keskeistä on muutosvastarinnan käsittely ja ohjattavan muutospuheen tukeminen. Ohjattavaa ohjataan puhumaan itse muutoksen tarpeellisuudesta ja mahdollisuuksista, punnitsemaan muutoksen ja nykytilanteen haittoja ja hyötyjä. (Absetz & Hankonen 2011, 2268, 2270–2271.)

Sosiaalinen tuki auttaa elintapamuutoksissa onnistumisessa esimerkiksi Hankosen (2011, 28) ja Alahuhdan (2010) väitöstutkimuksien mukaan. Alahuhta suosittelee, että ohjauksessa kannustetaan ja opetellaan hakemaan sosiaalista tukea elintapamuutosten ylläpitoon (Alahuhta 2010, 71). Myös Ikihyvä -ryhmissä ohjaajat kannustivat osallistujia rohkaisemaan toisiaan (Hankonen 2011, 51). Sosiaalisen tuen hyödyntäminen on erityisen tärkeää muutosprosessin toiminta- ja ylläpitovaiheessa. Harkinta- ja valmistautumisvaiheessa se voi olla luopumista sellaisista sosiaalisista suhteista, jotka ylläpitävät epäterveellisiä elintapoja. (Alahuhta 2010, 61.) Sosiaalisen tuen arvioidaan vaikuttavan elintapamuutoksissa onnistumiseen siten, että saatu tuki vaikuttaa epäsuorasti osallistujan pystyvyyden tunteeseen (Hankonen 2011, 28.)

Pystyvyyden tunteen vahvistaminen on keskeinen keino käyttäytymismuutosten aikaansaamisessa useissa interventiotutkimuksissa aineistooni kuuluneen Absetzin ym. (2011,

2267) tekemän kirjallisuuskatsauksen mukaan. Pystyvyyden tunnetta voi vahvistaa muun muassa tiedon lisääntyminen ja onnistumisen kokemusten saaminen (Alahuhta 2010, 60). Pyrkimys pystyvyyden tunteen vahvistamiseen näkyi osana ohjausta myös Reushin ym. (2011, 187), Kurjen ym. (2008, 35), Alahuhdan (2010, 72) ja Ikihyvämallin ryhmätoimintaan perustuneissa tutkimuksissa (Hankonen 2011, 51; Hankonen & Absetz 2012, 164).

Positiivinen palaute lisää voimavaroja ja pystyvyyden tunnetta, parantaen tuloksia ja auttaen motivaation herättämisessä ja ylläpitämisessä (Alahuhta 2010, 62). Sen vuoksi ohjaajan on tärkeää osata antaa osallistujille muutosta tukevaa palautetta. Esimerkiksi Alahuhdan (2010, 62) väitöskirjassa ohjaajan rohkaisu, kannustaminen ja positiivinen palaute toiminnasta koettiin onnistumista edistävänä tekijänä. Myös MBO-ryhmissä ohjaajan rohkaisu ja tuki repsahduksista huolimatta oli osallistujille tärkeää ja auttoi jatkamaan kohti tavoitteita (Kurki ym. 2008, 35).

Ohjaajan positiivisen palautteen lisäksi osallistujien aiempia epäonnistumisia ja onnistumisia käsiteltiin, ja annettiin osallistujille luettavaksi elintapamuutoksissa onnistuneiden kertomuksia (Hankonen 2011, 51). Pystyvyyden tunnetta pyrittiin vahvistamaan myös käsittelemällä prosessin aikana tapahtuneita repsahduksia ja kääntämällä ne epäonnistumisesta oppimiskokemukseksi ja prosessiin kuuluviksi (Hankonen 2011, 51; Alahuhta 2010, 70). Myös vertaisten kokemuksista ja toiminnan havainnoinnista oppimisella haettiin vahvistusta osallistujan pystyvyyden tunteelle. Vertaisen onnistuessa voi muidenkin pystyvyyden tunne vahvistua. (Alahuhta 2010, 60; Absetz & Hankonen 2011, 2268; Kurki ym. 2008, 13.)

### 5.2.3 Osallistujaan liittyvät tekijät

Osallistujan motivoituminen pysyvään muutokseen on edellytys elintapaohjauksen ja elintapamuutoksen onnistumiselle. Osallistujan sitoutuminen on keskeinen tekijä elintapamuutoksissa onnistumisessa (Absetz, ym. 2008, 253). Muutosprosessin käynnistyminen edellyttää riittävää motivaatiota ja sen ylläpitämistä prosessin ajan, onnistuminen tietoisuutta toiminnan elinikäisyydestä, itseuria ja vastuunottoa omasta toiminnasta (Alahuhta 2010, 69–70). Osallistujan omaa vastuuta ja valintoja eli itsenäistä roolia ko-

rostettiin myös Kurjen ym. (2008) ja Absetzin ym. (2008) tutkimuksissa onnistumisen edellytyksenä.

Ohjauksessa opitun hyödyntäminen omassa arjessa eli osallistujan oma toiminta on avainasemassa elintapamuutoksissa onnistumisessa. Alahuhdan väitöstutkimuksessa korostui tavoitteiden asettaminen, omaseurannan toteuttaminen koko muutosprosessin ajan ja elintapamuutoksen ongelmien ratkaiseminen (Alahuhta 2010, 69, 71). Hankosen (2011, 7) väitöskirjassa korostui osallistujan oman toiminnan osalta varmistus- ja toimintasuunnitelmien tekeminen. Terveellisistä elämäntavoista saadun tiedon soveltaminen arkeen, esimerkiksi tuoteselosteiden tarkempaan tutkimiseen ja terveydelle edullisempien vaihtoehtojen valintana, oli merkittävää Kurjen ym. (2008, 31) tutkimuksessa osallistujien mielestä.

Myös osallistujan voimavarat vaikuttavat elintapamuutoksessa onnistumiseen. Alahuhdan väitöstutkimuksessa onnistumista tukevin voimavaroina nähtiin sosiaalinen tuki, positiivinen mieliala ja sopiva elämäntilanne (Alahuhta 2010, 70). Hankosen (2011) väitöskirjassa korostui osallistujan pystyvyyden tunteen vahvistuminen ja sosiaalisen tuen vaikutus erityisesti naisilla. Naisten riittävä määrätietoisuus, itseohjautuvuus ja toimintasuuntautuneisuus tukivat naisten painonpudotusta, koska naisten elintapamuutoksia hankaloittavat usein sosiaalisen roolin vaatimukset. Tällä tarkoitetaan, että naisen omat painonpudotustavoitteet kilpailevat usein perheen vaatimusten ja sosiaalisten velvollisuuksien kanssa. Naiset saivat tutkimuksessa hieman miehiä vähemmän sosiaalista tukea. (Hankonen 2011, 78.) Kurjen ym. (2008) tutkimuksessa osallistujat kokivat onnistumisensa kannalta psyykkisesti merkittäväksi ryhmältä saadun vertaistuen, kannustuksen ja ylipainoon liittyvien syyllisyyden tunteiden jakamisen. Sosiaalista tukea muutosprosessiin oli saatu myös läheisiltä, ystäviltä, työtovereilta ja terveydenhuollon henkilöstöltä. Ohjaajien rohkaisu ja kannustus oli ollut myös tärkeää. (Kurki, ym. 2008, 31.)

### 5.3 Ryhmämuotoisen elintapaohjauksen onnistumista vaikeuttavat tekijät

Kirjallisuuskatsaukseni aineistosta nousseet ryhmämuotoista elintapaohjauksen onnistumista vaikeuttavat tekijät liittyivät organisaation puutteelliseen taustatukeen, ongel-

miin ryhmänohjauksen suunnitelmassa, sekä ohjaajaan ja osallistujaan liittyviin tekijöihin.

### 5.3.1 Organisaation puutteellinen taustatuki

Organisaation puutteellinen taustatuki vaikeuttaa ryhmämuotoisen elintapaohjauksen onnistumista. Yhtenä ongelmana ryhmämuotoisen elintapaohjauksen käynnistämisessä nähtiin yleisesti henkilökunnan tiedon puute ryhmämuotoiseen elintapaohjaukseen liittyen (Jallinoja ym. 2006, 3750; Marttila ym. 2004, 15). Jallinojan ym. (2006, 3750) ja Turun ja Heinosen (2005, 27) tutkimuksien mukaan ryhmänohjausta ei vielä yleisesti mielletä osaksi perustyötä terveysalalla. Jallinojan ym. (2006, 3750) mukaan osa terveydenhuoltoalan henkilökunnasta ei koe ryhmänohjauksen olevan kokonaistyömäärää helpottava työmenetelmä, vaan kokee sen vain kuormittavan entisestään tiukkoja aikatauluja terveyskeskuksissa. Ryhmätoiminta jää helposti kokeiluksi. Kurjen ym. (2008) tutkimuksessa yhtenä tavoitteena oli kehittää avoterveydenhuollon rinnalle elintapojen pysyvää muutosta tukeva kuntoutusmuoto. Tutkijat kokivat, että olisi tarvittu rakenteellisia tai jopa lainsäädännöllisiä toimia, että yhteistyö avoterveydenhuollon kanssa olisi toiminut. Tavoitteessa ei sen vuoksi onnistuttu. (Kurki, ym. 2008, 37.)

Myös terveysalan henkilökunnan käsitykset ryhmämuotoisen elintapaohjauksen sopivuudesta eri sairauksien hoitoon voivat vaikeuttaa toiminnan käynnistämistä erityisesti tiettyjen sairauksien kohdalla. Jallinojan ym. (2006) tutkimuksessa 301 Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin lääkäriä, terveydenhoitajaa tai sairaanhoitajaa vastasi kyselyyn, jossa selvitettiin heidän näkemyksiään lääkehoidon, elintapahoidon ja ryhmäneuvonnan sopivuudesta tiettyjen sairauksien hoidossa. Ryhmäneuvonta sopi haastateltujen mielestä parhaiten kakkostyyppin diabeteksen ja aikuisten lihavuuden hoitoon. Hoitajat pitivät ryhmäneuvontaa eri sairauksien hoidossa selkeästi sopivampana kuin lääkärit. Erityisesti eri terveysalan ammattilaisten mielipiteitä jakoi ryhmäneuvonnan sopivuus tupakasta vieroitukseen, ja lääkäreiden kesken ryhmäneuvonnan sopivuus kohonneen verenpaineen ja dyslipidemian eli rasva-aineenvaihdunnan häiriön hoidossa. (Jallinoja, ym. 2006, 3747, 3749–2750.)

Jallinojan ym. (2006, 3750) mukaan myös konkreettisen tuen, eli esimerkiksi koulutuksen ja ryhmänohjausmallin puute voi vaikeuttaa ryhmänohjauksen suunnittelua ja toteuttamista. Koulutuksen tai ryhmänohjausmallin puutteesta ei kuitenkaan raportoitu aineistoni interventioissa. Sen sijaan kirjallisuuskatsauksen mukaan vaikeuksia ilmeni ohjaajaparin, tai ohjaajaparin yhteisen suunnittelu- ja arviointiajan, löytymisessä (Marttila ym. 2004, 15).

### 5.3.2 Ongelmat ohjauksen suunnittelussa

Myös ongelmat ryhmänohjauksen suunnitelmassa ja tavoitellun kohderyhmän valinnassa voivat vaikeuttaa ohjauksen onnistumista. Aineistossani ohjausta vaikeutti ryhmien heterogeenisuus eli osallistujien keskinäinen erilaisuus. Ongelmia oli esimerkiksi osallistujien muutosvaiheen huomioinnissa (Laaksonen ym. 2003, 2848; Reusch ym. 2011, 190). Tupakasta vieroitusryhmissä syynä oli, että tapaamisten ohjaussisällöt oli suunniteltu vain toimintavaiheessa olevia ajatellen. Neljäsosa osallistujista keskeytti ohjauksen, ja ohjaajien arvion mukaan syynä oli se, etteivät kyseiset osallistujat olleet vielä toimintavaiheessa. (Laaksonen ym. 2003, 2848). Reuschin ym. (2011) ryhmämallissa ei huomioitu osallistujien yksilöllistä muutosvaihetta, vaan ainoastaan esiteltiin ryhmän tasolla erilaisia toimintasuunnitelmia eri vaiheissa oleville. Niistä kukin osallistuja valitsi itselleen sopivimman. Myös osallistujien diagnoosit olivat erilaisia, samassa pienryhmässä oli diabetesta, tuki- ja liikuntaelinsairauksia, sekä sydän- ja verisuonisairauksia sairastavia, eikä ohjauksessa kyetty ottamaan huomioon osallistujien diagnooseista johtuvia erilaisia tarpeita. Tutkijat epäilivät näitä tekijöitä osasyiksi vähäisiin tuloksiin. (Reusch ym. 2011, 188, 190.)

Marttilan ym. (2004) tutkimuksessa osa mallin mukaisia pilottiryhmiä ohjanneista ohjaajista oli kokenut vaikeaksi osallistujien karsimisen. Ohjaajat kokivat, että osallistujat olisi kannattanut valita tarkemmin esimerkiksi vastasairastuneista, eikä tarjota tiivistä ohjausta niille, joiden diabeteksen omahoito sujui jo hyvin. Suurimman ryhmän ohjaajat kokivat ryhmän koon (14 henkilöä) vaikeuttaneen toteutusta. (Marttila ym. 2004, 15.)

Myös kohderyhmän heterogeenisuus koulutusryhmän suhteen voi aiheuttaa haastetta intervention suunnittelulle. Hankonen (2011) toteaa väitöskirjassaan, että vaikka Ikihy-

vä –mallin mukaisella pystyvyyden tunteen vahvistumiseen ja suunnittelun lisäämiseen pyrkivällä ryhmämuotoisella elintapaohjauksella voidaan tutkimuksen mukaan saavuttaa pääasiallisesti samanlaisia vaikutuksia osallistujan koulutusryhmästä riippumatta, voi erityyppisellä ohjauksella tai yksittäisten tekniikoiden vaikuttavuudella olla koulutusryhmäkohtaisia eroja. (Hankonen 2011, 79–80.) Esimerkiksi terveyden lukutaidossa on koulutusryhmäkohtaisia eroja, joten terveyteen liittyvän tiedon antaminen ohjausmenetelmänä voi vaikuttaa eri tavoin eri koulutusryhmiin kuuluviin. Alempiin koulutusryhmiin kuuluvat saavat myös usein vähemmän sosiaalista tukea ympäristöltään. (Hankonen 2011, 79–80; Hankonen & Absetz 2012, 167.)

Intervention suunniteltu kesto voi myös osoittautua liian lyhyeksi ja heikentää ohjauksen onnistumista. Tupakasta vieroitusryhmissä ohjaus päättyi noin kuusi viikkoa tupakoinnin lopetuksen jälkeen, minkä suunnittelijat totesivat liian aikaiseksi. Osallistujat olisivat myös toivoneet pidempää kestoja, ja suunnittelijat arvioivat, että pidempi kesto olisi voinut lisätä pysyvästi lopettaneiden määrää. (Laaksonen ym. 2003, 2848.) Myös Reusch ym. (2011) arvioivat ohjauksen heikkojen tuloksien osasyynä olleen, että ohjauksen suunniteltu kesto, eli kolmen viikon ajalla viisi 50 minuutin tapaamista, oli liian lyhyt aika suhteessa ohjauksen tavoitteisiin (Reusch ym. 2011, 190).

### 5.3.3 Ohjaajaan ja osallistujaan liittyvät tekijät

Ohjaajan puutteellinen osaaminen ilmeni vaikeutena ryhmämuotoisen elintapaohjauksen käynnistämisessä Marttilan ym. (2004) tutkimuksessa. Vaikeudet liittyivät ohjaajien uskoon omaan kykyihinsä ryhmäohjaajana. Vaikeaa oli ollut myös perustella ryhmäohjauksen mielekkyyttä asiakkaille ja työkavereille ja tukea osallistujia yksilöllisissä tavoitteiden asettamisessa ja tunteiden ilmaisussa. (Marttila, ym. 2004, 15.) Myös osa Absetzin ym. (2008, 253) tutkimuksen ohjaajista piti ryhmäohjausta voimia vievänä ja haastavana sekä kokivat, että heidän roolinsa oli pitää keskustelu aiheessa.

Aineistossa ilmeni myös osallistujaan liittyviä elintapaohjauksen onnistumista vaikeuttavia tekijöitä. Näitä elintapamuutoksen riskitekijöitä olivat sitoutumattomuus muutosprosessiin ja sitä tukevaan toimintaan sekä motivaation ja voimavarojen puute. Muutosprosessiin sitoutumattomuus näkyi omaseurannan toteuttamatta jättämisenä, tavoitteiden

puuttumisena, epäterveellisinä elintapoina, arkiselityksinä (kuten esimerkiksi ”lihavuus on sukuvika”), huonona itseluottamuksena, itsekurin puutteena ja periksi antamisena. Vähäiset voimavarat ilmenivät erityisesti sosiaalisen tuen puutteena, hankalana elämäntilanteena ja negatiivisena mielialana. (Alahuhta 2010, 54–56). Naisilla myös sosiaalisen roolin vaatimukset voivat vaikeuttaa tavoitteiden saavuttamista (Hankonen 2011, 78).

## 6 POHDINTA

### 6.1 Luotettavuus ja eettiset kysymykset

Työhöni liittyvät eettiset kysymykset koskevat nimenomaan työni luotettavuutta, koska kohderyhmänäni ei ollut ihmisiä. Pyrin Tutkimuseettisen neuvottelukunnan määrittelemään hyvän tieteellisen käytännön mukaiseen toimintaan eli rehellisyyteen, yleiseen huolellisuuteen ja tarkkuuteen koko prosessin aikana. Tulosten esittämisessä on pyritty avoimuuteen ja vastuullisuuteen, muiden tutkijoiden työ on huomioitu merkitsemällä lähdeviitteet asianmukaisella tavalla. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.)

Kirjallisuuskatsauksen on osoitettu olevan luotettavimpia tapoja yhdistää aiempaa tutkimustietoa, mutta sen toteuttaminen edellyttää menetelmän teoreettisten perusteiden tuntemusta (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 44). Tutustuin menetelmään metodikirjallisuuden avulla ja aiemmin tehtyjä kirjallisuuskatsauksia selailemalla ennen kirjallisuuskatsauksen aloittamista. Kirjallisuuskatsaus noudattaa tieteellisen tutkimuksen periaatteita, eli se perustuu tutkimussuunnitelmaan, on toistettavissa ja pyrkii välttämään systemaattista harhaa eli tutkimusprosessissa tapahtuvaa virhettä, joka muuttaa tutkimustuloksia tai johtopäätöksiä (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39, 44). Pyrin toiminnassani järjestelmällisyyteen ja toistettavuuteen, ja hakeuduin ennen kirjallisuushakujen suorittamista informaation ohjaukseen. Valitettavasti hakuprosessini ei kuitenkaan ollut kovin selkeä etenkin täydennyshakujeni osalta. Hakuprosessi olisi mahdollisesti ollut selkeämpi, mikäli olisin tehnyt alustavia hakuja ennen varsinaisen hakuprosessin suorittamista ja tutkimusten valintaa, ja miettinyt vielä tarkemmin hakustrategiaa etukäteen.

Kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden kannalta on tärkeää kiinnittää huomiota valittavien alkuperäistutkimuksien laatuun (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 42). Arvioin aineiston riittävän laadukkaaksi ja luotettavaksi työhöni Aineiston kuvaus –luvussa esittämieni piirteiden perusteella. Luotettavuutta olisi kuitenkin lisännyt, mikäli laadun olisi arvioinut vähintään kaksi toisistaan riippumatonta henkilöä ja arvioinnissa olisi käytetty systemaattisesti jotain valmista tai itse laadittua ennalta testattua aineiston laadun arviointilomaketta (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 42).

Aineiston analyysissä pyrin noudattamaan sisällön analyysin periaatteita. Alkuperäinen aineisto oli koko prosessin ajan käsilläni, jotta pystyin esimerkiksi välttämään laatimieni pelkistettyjen ilmauksien virheellistä tulkintaa. Sisällön analyysin luotettavuuden kannalta on tärkeää, että yhteys tuloksen ja aineiston kannalta on nähtävissä (Kyngäs & Vanhanen 1999, 10), ja tämän varmistin selkeillä lähdeviitteillä. Luotettavuutta olisi myös lisännyt, mikäli tekijöinä olisi ollut kaksi toisistaan riippumatonta henkilöä tai mikäli tulokset olisi esitetty kyseisen ilmiön asiantuntijalle ennen julkaisua (Kyngäs & Vanhanen 1999, 10–11). Osa aineistosta oli englanninkielistä, joten vieraskielisyydestä johtuvaa virheellistä tulkintaa ei voida täysin sulkea pois. Saatavillani oli kuitenkin useita sanakirjoja, ja käytin niitä tekstejä lukiessani ja varmistamassa kääntämieni pelkistettyjen ilmauksien oikeellisuutta.

## 6.2 Tulosten yhteenveto ja johtopäätökset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata ryhmämuotoista elintapaohjausta terveydenhoitajan työmenetelmänä. Tutkimuskysymyksien avulla selvitettiin valitsemastani aineistosta mitä ryhmämuotoinen elintapaohjaus on, ja mitkä tekijät voivat tukea ja mitkä vaikeuttaa sen onnistumista.

Aineistosta nousi ryhmämuotoisen elintapaohjauksen keskeisinä piirteinä, että toimintaa ohjaa etukäteen suunniteltu ryhmänohjausmalli. Ohjaus perustuu muutosteorioihin pohjautuvien käyttäytymisen muutostekniikoiden käyttöön, kuten tavoitteiden asettamiseen ja niiden toteutumisen suunnitteluun, ja terveellisiin elintapoihin liittyvän tiedon jakamiseen. Menetelmää käytetään monenlaisille kohderyhmille, ja ryhmien toteutus on erilaista. Ohjaus toteutetaan usein ainakin joiltain osin moniammatillisena yhteistyönä.

Ryhmämuotoisella elintapaohjauksella on mahdollista saavuttaa maltillisia parannuksia osallistujien elintavoissa, vaikka kaikki ohjauksen tavoitteet eivät aina toteutuneetkaan. Ryhmässä on myös muita etuja osallistujan kannalta. Ryhmästä voi saada esimerkiksi vertaistukea ja vahvistusta omalle pystyvyyden tunteelle. Ryhmämuotoinen toimintatapa on myös usein osallistujille mieleinen. Ryhmämuotoinen elintapaohjaus säästää ohjaajan aikaa, ja resurssien ollessa niukat osallistujat saada ajallisesti enemmän ohjausta

ryhmässä. Menetelmän käyttö ei kuitenkaan välttämättä aina ole kustannustehokasta kaikille ryhmille.

Keskeisinä onnistumista tukevina tekijöinä aineistostani nousi organisaation taustatuki, ohjaajan osaaminen ja osallistujaan liittyvät tekijät. Organisaation taustatuki muodostuu koulutusmahdollisuuksien tarjoamisesta, ryhmänohjausmallista ja sen tarkoitusta ja tavoitteita tukevasta käytännön toteutuksen suunnitelmasta. Keskeistä on myös, että ohjaajan työnkuva mahdollistaa ryhmänohjauksen toteuttamisen osana perustyöaikaa. Ohjaajan jaksamista tulee myös tukea vähintäänkin tarjoamalla mahdollisuus työnohjaukseen. Osallistujien rekrytointi onnistuu paremmin organisaation tuella, ja rekrytointi voi vaatia myös organisaation resursseja. Myös ohjausta tukevien ulkoisten puitteiden järjestäminen, eli asianmukaiset tilat ja oheismateriaalin käyttömahdollisuudet, on osa organisaation taustatukea.

Ryhmämuotoisen elintapaohjauksen onnistumista tukeva ohjaajan osaaminen muodostuu ryhmänohjaustaidoista, riittävästä tietoperustasta, riittävästä motivaatiosta ryhmänohjauksen toteuttamiseen ja kehittämiseen liittyen ja käyttäytymisen muutostekniikoiden hallinnasta käytännön ohjaustyössä. Osallistujaan liittyvät tekijät muodostuvat osallistujan motivoitumisesta pysyvään muutokseen ja sen mukaisesta toiminnasta. Onnistumista tukevat myös riittävät voimavarat, kuten sosiaalinen tuki ja sopiva elämäntilanne.

Ryhmämuotoisen elintapaohjauksen onnistumista vaikeuttavina tekijöinä aineistostani nousivat esiin puutteet organisaation taustatuessa, ongelmat ohjauksen suunnittelussa, puutteet ohjaajan osaamisessa ja osallistujaan liittyvät tekijät. Puutteellinen organisaation taustatuki ilmeni lähinnä yleisesti muun henkilökunnan tiedon puutteena. Ryhmämuotoinen elintapaohjaus jakaa terveysalan ammattilaisten mielipiteitä. Sitä ei vielä välttämättä mielletä osaksi terveysalan perustyötä, ja sen soveltuvuudesta eri elintapojen hoitoon ollaan terveysalan henkilökunnan kesken erimielisiä. Tämä voi vaikeuttaa erityisesti ryhmämuotoisen elintapaohjauksen käynnistämistä.

Ohjauksen suunnitelma ei aina tukenut toteutusta, eikä suunnitelmassa aina oltu määriteltä riittävän tarkasti kohderyhmää. Osa valituista osallistujista ei ollut tavoiteltua kohderyhmää tai osallistujat olivat kovin erilaisia esimerkiksi muutosvaiheen tai diagnoosi-

en suhteen, mikä hankaloitti ohjauksen kohdentamista. Myöskään intervention suunniteltu kesto ei aina ollut riittävä suhteessa toiminnan tavoitteisiin.

Ohjaajan osaamisen puutteita ilmeni vain yhdessä tutkimuksessa, ja ne liittyivät ohjaajan uskoon kyvyistään ryhmäohjaajana, kykyyn perustella ryhmäohjauksen mielekkyyttä osallistujille tai muulle henkilökunnalle ja vaikeuksiin ryhmäläisten yksilöllisessä tukemisessa. Jotkut ohjaajat myös kokivat ryhmäohjauksen haastavana ja voimia vievänä. Osallistujaan liittyviä tekijöitä oli sitoutumattomuus muutosprosessiin ja sitä tukevaan toimintaan, sekä motivaation ja voimavarojen puute.

Johtopäätöksenä voidaan sanoa, että ryhmämuotoinen elintapaohjaus on hyvä menetelmä terveydenhoitajan työhön, mutta toteutuakseen se vaatii taustaorganisaatiolta tukea ja resursseja ja ohjaajan riittävää osaamista. Varsinaisten elintapamuutosten aikaansaamiseksi osallistujan motivoituminen ja oma toiminta on luonnollisesti avainasemassa. Ryhmämuotoinen elintapaohjaus ei kuitenkaan välttämättä ole paras vaihtoehto kaikille ryhmille. Aineistossani Kalavaisen (2011, 7) tutkimuksen tiivis ryhmämuotoinen elintapaohjaus (15 tapaamista) ei ollut pidemmällä aikavälillä sen parempi lähestymistapa kuin kaksi kouluterveydenhoitajan yksilötapaamista. Ryhmämuotoinen ohjaus ei myöskään sovi kaikille ihmisille yhtä hyvin, joten ryhmään osallistumisen tulee olla vapaaehtoista (Vertio 2009). Ryhmämuotoisen elintapaohjauksen ei ole tarkoitus täysin korvata yksilöohjausta, vaan molempia tarvitaan (Marttila ym. 2004, 11; Honkanen & Mellin 2008, 260).

Ohjaajan kannattaa hakeutua ryhmäohjaajakoulutukseen. Koulutuksia ryhmämuotoiseen elintapaohjaukseen liittyen järjestää esimerkiksi Sydänliitto, tällä hetkellä terveydenhoitajillekin suunnattuja kursseja on esimerkiksi PPP-painonhallintaryhmän ohjaajakoulutus ja valtimotautipotilaiden ryhmäohjaukseen eväitä antava Tulppa-ohjaaja koulutus. (Sydänliitto 2013.)

Ohjaukselle tulee olla määritelty selkeä ryhmäohjausmalli, ja sen toteuttaminen yksikössä käytännön tasolla tulee suunnitella tarkkaan. Ryhmäohjausmallin laatimista helpottaa koulutus. Ryhmätapaamisille on tärkeää varata vähintään 1,5 tuntia aikaa ja ohjausprosessin tulee kestää riittävän kauan. Alle kaksi kuukautta kestäneet ohjausprosessit todettiin aineistossani liian lyhyiksi, ja toinen pitkäkestoisimmista eli kaksi vuotta kes-

täneistä koettiin hyväksi, tosin siinäkin vuosi viimeisten tapaamisten välillä koettiin liian pitkäksi. Tuloksia saavutettiin kuitenkin myös lyhyemmissä interventioissa.

Aineistoni interventioissa ryhmätapaamisia järjestettiin 3-15. Aineistosta ei ilmennyt, että tapaamisten määrällä olisi ollut selkeä yhteys ryhmän tuloksiin. Dzatorin ym. (2004) tutkimuksessa, jossa ryhmätapaamisia oli vain 3, ryhmätapaamisten välillä osallistujat saivat 3 kirjallista tietopakettia postitse. Interventio todettiin kustannustehokkaaksi ja käyttökelpoiseksi. (Dzator ym. 2004, 611, 618.) Sen sijaan Kalavaisen (2011, 7) tutkimuksessa, jossa ryhmätapaamisia oli eniten eli 15, tuloksissa jäätin niin kauas suhteessa tavoitteeseen pitkäaikaisesta vaikuttavuudesta, että tutkimuksessa suositeltiin toisenlaista lähestymistapaa lasten lihavuuden hoitoon. Absetzin (2010) mukaan tyypin kaksi diabetesriskissä oleville tarkoitetun D2D -intervention ensimmäinen ja toinen ryhmätapaaminen vaikuttivat osallistujien painonpudotukseen yhtä paljon pelkkä Diabeteksen riskitestin ja alkumittauksien tekeminen, mutta kolmannen tapaamisen jälkeen painonpudotuksessa onnistuneiden määrä kaksinkertaistui. Myöhemmät tapaamiset lisäsivät vain onnistuneiden painonpudotusta, mutta eivät enää lisänneet onnistuneiden määrää. Optimaalisin intervention intensiteetti riippuu todennäköisesti yksilöstä. (Absetz 2010, 2390.) Elintapamuutokset tehdään usein intervention alkupuolella, mutta niiden ylläpitämiseen tarvitaan usein tukea (Kurki ym. 2008, 40; Absetz 2010, 2390). Interventiota suunniteltaessa olisi hyvä pohtia miten osallistujat saavat tukea myös intervention päättymisen jälkeen. Ohjausprosessin keston valinnassa ohjauksen tavoitteiden lisäksi tulee ottaa organisaation resurssit huomioon.

Osallistujia oli aineistoni ryhmissä oli 3-17. Pienin ryhmäkoko johtui osallistujien keskeyttämisistä, tavoitteena oli ollut saada kyseiseen ryhmään 7 osallistujaa (Laaksonen ym. 2003, 2847). Turku (2007, 87) suosittelee elämäntapaohjausta käsittelevässä kirjassaan, että elämäntapaohjaukseen suuntautuneissa ryhmissä, joissa pyritään saamaan kunkin osallistuja motivoitumaan työskentelyyn ja ottamaan vastuuta omista elintavoistaan, ryhmän koko olisi 8-12 henkilöä. Eloranta & Virkki (2011, 78) suosittelevat kirjassaan ryhmäkooksi 5-12 henkilöä. Aineistossani ilmeni, että Marttilan ym. (2004) tutkimuksessa 14 henkilön ryhmäkoko koettiin ohjausta hankaloittavaksi erityisesti keskustelun rönsyilyn vuoksi. Muissa suurissa ryhmissä ei raportoitu ryhmän kokoon liittyvistä ongelmista. Turun (2007) mukaan ryhmän koko vaikuttaa merkittävästi vuorovaihtuksen laatuun. Mikäli ryhmä on liian suuri, ohjaus jää ikään kuin kasvottomaksi ja

yksittäisen ryhmäläisen huomiointi ei onnistu. (Turku 2007, 87.) Ryhmän kokoa päätettäessä kannattaa siis pohtia, minkälaista ryhmän vuorovaikutuksen toivoisi olevan.

### 6.3 Opinnäytetyön tavoitteet ja ammatillinen kasvu prosessin aikana

Opinnäytetyön tavoitteena ei ollut tuottaa uutta tutkimustietoa, vaan koota luotettavaa tietoa aiemmista tutkimuksista kuvaukseksi ryhmämuotoisesta elintapaohjauksesta terveydenhoitajan työmenetelmänä. Mielestäni saavutin tavoitteen. Opinnäytetyöni lukemalla voi lukija saada hyvän yleiskuvan ryhmämuotoisesta elintapaohjauksesta ja sen onnistumiseen vaikuttavista tekijöistä. Tätä kuvausta voidaan hyödyntää yhteistyökumppanini, Diakonia-ammattikorkeakoulun, terveydenhoitajaopiskelijoiden ryhmänohjauksen ja terveydenhoitotyön menetelmäosaamista syvennettäessä. Lisäksi sitä voidaan hyödyntää myös sairaanhoitajaopiskelijoiden terveyden edistämisen opinnoissa.

Opetusministeriön (2006) laatiman terveydenhoitajan osaamiskuvauksen mukaan ryhmänohjaus kuuluu terveydenhoitajan osaamisvaatimukseen, mutta ryhmänohjauksen opetus terveydenhoitajakoulutuksessa on vain pieni osa nelivuotista koulutusta, eikä etenkin opetusta ryhmämuotoiseen elintapaohjaukseen liittyen kokemukseni mukaan koulutuksessa liiemmin ole. Keräsin myös vapaamuotoisesti kokemuseräistä tietoa kahdeksalta vastavalmistuneelta terveydenhoitajaopiskelijoilta opinnäytetyöprosessini alkuvaiheessa. Kaikki olivat samaa mieltä kanssani, että opetusta ryhmämuotoisesta elintapaohjauksesta olisi hyvä olla enemmän.

Alun perin idea ryhmämuotoista elintapaohjausta kuvaavaan opinnäytetyöhön heräsi harjoittelujeni aikana terveystasemalla avoterveydenhuollon terveydenhoitajan vastaanotolla ja työterveyshuollossa. Koin etenkin terveystasemalla elintapaohjauksen henkilökohtaisena haasteenani ja tuolloin ajatuskin ryhmämuotoisen elintapaohjauksen suunnittelusta ja toteuttamisesta tuntui vaikealta. Esitin aihetta yhteistyötahoni Diakonia-ammattikorkeakoulun Helsingin yksikön edustajalle, ja teimme ensin suullisen yhteistyösopimuksen, myöhemmin aiheen ja metodin tarkennuttua myös kirjallisen yhteistyösopimuksen. Opinnäytetyö valmistui noin vuosi aiheen löytymisen jälkeen.

Opinnäytetyöprosessini on tukenut ammatillista kasvuani. Teoreettiset tietoni ryhmämuotoiseen elintapaohjaukseen liittyen ovat lisääntyneet ja ymmärrän nyt mielestäni paremmin elintapamuutoksien tekemisen prosessinomaisuutta ja taustalla vaikuttavia tekijöitä, kuten yksilön pystyvyyskäsitteiden vaikutusta elämäntapamuutoksessa onnistumiseen. Huomaan siirtäneeni käyttäytymisen muutostekniikoita myös omaan elämäni, olen esimerkiksi tehnyt toimintasuunnitelmia liikunnan lisäämiseksi. Kiinnostus ryhmien ohjaamiseen esimerkiksi työterveyshuollossa on toden teolla herännyt.

Sain myös osaamista kirjallisuuskatsauksen teosta, aineiston analysoinnista ja tulosten raportoinnista. Kirjallisuuskatsaus ja sisällön analyysi olivat minulle menetelminä vieraita. En myöskään ole esimerkiksi aiemmin osannut hyödyntää viitetietokantoja tiedonhaussa. Nämä taidot olisivat hyödyttäneet aiempien opiskeluuni liittyvien tehtävien tekemisessä, toivottavasti voin hyödyntää näitä jatkossa työelämässä esimerkiksi tietojeni päivittämisessä. Opinnäytetyö ja esimerkiksi siihen liittyvät tutkimuksien etsiminen, lukeminen ja analysoiminen on tukenut tutkivan työotteeni kehittymistä.

Huomaan myös teksteissäni selkeän eron ensimmäisten versioiden ja valmiin työn välillä, olen mielestäni kehittynyt asioiden selkiyttämässä. Jos tekisin opinnäytetyöni uudestaan, käyttäisin enemmän aikaa eri metodeihin perehtymiseen ja hyvin tarkkan tutkimussuunnitelman ja tutkimuskysymyksien laadintaan, ennen kun ryhtyisin varsinaiseen tiedonhakuprosessiin ja kirjoittamiseen. Koen omien tavoitteideni kuitenkin toteutuneen. Opinnäytetyöprosessini oli siis opettavainen, mutta hyvin raskas. Elämäntilanteeni kolmen pienen lapsen äitinä toi siihen erityiset haasteensa.

Hienoa olisi, mikäli tämä työ herättäisi kiinnostusta ryhmämuotoista elintapaohjausta kohtaan erityisesti kohderyhmän, terveysalan opiskelijoiden, joukossa. Terveysalan opiskelijat tai muut terveysalan ammattilaiset voisivat työmenetelmästä kiinnostuttuaan jakaa tietoa ja ehdottaa nykyisessä tai tulevassa työpaikassaan toiminnan käynnistämistä. Siten voitaisiin olemassa olevilla resursseilla tarjota ohjausta laajemmalle joukolle elintapaohjausta tarvitsevia.

Jatkotutkimuksia ryhmämuotoisen elintapaohjauksen vaikuttavuudesta ja tehokkaimmista käyttäytymisen muuttamisen tekniikoista tarvitaan, jotta olemassa olevat resurssit

voitaisiin hyödyntää mahdollisimman tehokkaasti parhaita tekniikoita käyttäen ja siten saavuttaa mahdollisimman suuri joukko elintapaohjausta tarvitsevia.

## LÄHTEET

- Absetz, Pilvikki 2010. Mikä on diabeteksen ehkäisyhankkeiden todellinen vaikuttavuus? *Lääkärilehti* 65 (26), 2390–2391.
- Absetz, Pilvikki; Valve, Raisa; Oldenburg, Brian; Heinonen, Heikki; Nissinen, Aulikki; Fogelholm, Mikael; Ilvesmäki, Vesa; Talja, Martti & Uutela, Antti 2007. Type 2 Diabetes Prevention in the "Real World" One-year results of the GOAL Implementation Trial *Diabetes Care* 30 (10), 2465–2470.
- Absetz, Pilvikki; Yoshida, Sachiyo; Hankonen, Nelli & Valve, Raisa 2008. Ryhmänohjaajan roolin ja käsitysten yhteys ohjattavien onnistumiseen elintapamuutoksessa. *Hoitotiede* 20 (5), 248–257.
- Absetz, Pivikki & Hankonen, Nelli 2011. Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa: vaikuttavuus ja keinot. *Duodecim* 127, 2265–2272.
- Alahuhta, Maija 2010. Tyypin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluvien työikäisten henkilöiden painonhallinnan ja elintapamuutosten tunnuspiirteitä. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta, Terveystieteiden laitos, *Hoitotiede*. Väitöskirja 2010
- Diakonia-ammattikorkeakoulu 2010. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä: Opas Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Duodecim 2011. Lihavuus (aikuiset). Käypä hoito –suositus 1.12.2011. Viitattu 25.9.2012  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi24010>
- Dzator J.A; Hendrie D; Burke V; Gianguilio N; Gillam H.F; Beilin L.J & Houghton S.A Randomized trial of interactive group sessions achieved greater improvements in nutrition and physical activity at a tiny increase in cost. *Journal of Clinical Epidemiology* 57, 610–619.
- Ejlertsson, Göran & Andersson Ingemar 2009. *Folkhälsa som tvärvetenskap – möten mellan ämnen*. Unkari: Studentlitteratur
- Eloranta, Tuija & Virkki, Sari 2011. *Ohjaus hoitotyössä*. Helsinki: Tammi
- Haarala, Päivi & Tervaskanto-Mäentausta, Tiina 2008. *Terveydenhoitaja ammattina*. Teoksessa Päivi Haarala, Hilikka Honkanen, Oili-Katriina Mellin & Tiina

- Tervaskanto-Mäentausta (toim.) Terveydenhoitajan osaaminen. Helsinki: Edita Prima, 13–40.
- Hankonen, Nelli & Absetz, Pilvikki 2012. Ennustaako koulutustausta naisen elämäntapamuutoksia tyypin 2 diabeteksen ehkäisyinterventiossa? *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 49, 162–169.
- Hankonen, Nelli 2011. Psychosocial Processes of Health Behaviour Change in a Lifestyle Intervention. National Institute for Health and Welfare (THL), Research 51/2011. Väitöskirja 2011
- Helakorpi, Satu; Holstila, Anna-Leena; Virtanen, Suvi & Uutela, Antti 2012. Suomalaisen aikuisväestön terveystietäytyminen ja terveys, kevät 2011. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitoksen raportti 45/2012. Viitattu 11.9.2013. <http://www.julkari.fi/>
- Honkanen, Hilikka & Mellin, Oili-Katriina 2008. Terveyden edistämisen työmenetelmiä terveydenhoitajan työssä. Teoksessa Päivi Haarala, Hilikka Honkanen, Oili-Katriina Mellin & Tiina Tervaskanto-Mäentausta (toim.) Terveydenhoitajan osaaminen. Helsinki: Edita Prima, 105–272.
- Jakonen, Sirkka; Ruoranen Maritta & Heljälä, Leena 2003. Terveydenhoitajan käytännön rooli terveyden edistämisessä. Teoksessa Kimmo Koskenvuo & Harri Vertio (toim.) Sairauksien ehkäisy. Helsinki: Duodecim, 854–859.
- Jallinoja, Piia; Kuronen, Risto; Absetz, Pilvikki & Patja, Kristiina 2006. Lääkehoidon, elintapahoidon ja ryhmäneuvonnan asema elintapasairauksien hoidossa. Tutkimus lääkäreiden ja hoitajien näkemyksistä Päijät-Hämeessä. *Suomen lääkirilehti* 61 (37), 3747–3751.
- Jallinoja, Piia; Absetz, Pilvikki; Kuronen, Risto; Nissinen, Aulikki; Talja, Martti; Uutela, Antti & Patja, Kristiina 2007. The dilemma of patient responsibility for lifestyle change: Perceptions among primary care physicians and nurses. *Scandinavian Journal of Primary Health Care* 25 (4), 244–249.
- Kalavainen, Marja 2011. Treatment of Obesity in Children: a Study on the Efficacy of a Family-based Group Program compared with Routine Counselling Itä-Suomen yliopiston julkaisuja. Väitöskirja kliinisen ravitsemustieteen alalta 2011.
- Kansanterveyslaki 30.12.2010 1§
- Khaw, Kay-Tee; Wareham, Nicholas; Bingham, Sheila; Welch, Ailsa; Luben, Robert; Day, Nicholas 2008. Combined Impact of Health Behaviours and Mortality-

- ty in Men and Women: The EPIC-Norfolk Prospective Population Study. *PLoS Medicine*, 5: e12.
- Kurki, Merja; Hemiö, Katri; Lindström, Jaana & Jaakkola, Laura 2008. Ryhmämuotoisen elintapaohjaus metabolisen oireyhtymän hoidossa. *Miina Sillanpään säätiön julkaisuja A:7*, 2008
- Kyngäs, Helvi & Vanhanen Liisa 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11 (1), 3–12.
- Kääriäinen, Maria & Lahtinen, Mari 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* 18 (1), 37–45.
- Laaksonen, Kirsi; Kolu, Tuija; Pitkänen, Maija-Riitta & Lahdensuo, Aarne 2003. Keuhkopoliklinikkapotilaan tupakasta vieroitus ryhmäohjauksen avulla. *Suomen lääkirilehti* 58 (25–26), 2847–2849.
- Lindström, Jaana; Peltonen, Markku; Eriksson, Johan; Ilanne-Parikka, Pirjo; Aunola, Sirkka; Keinänen-Kiukaanniemi, Sirkka; Uusitupa, Matti & Tuomilehto, Jaakko 2013. Improved lifestyle and decreased diabetes risk over 13 years: long-term follow-up of the randomised Finnish Diabetes Prevention Study (DPS). *Diabetologia* 56 (2), 284–293.
- Marttila, Jukka; Himanen, Outi; Ilanne-Parikka, Pirjo & Hiltunen, Liisa 2004. Tyypin 2 diabeetikoiden ryhmäohjausmalli terveydenhuollon käyttöön. Pilottiraportti: Mallin toteutettavuus ja hyväksyttävyyys. *DEHKO-raportti 2004:2*. Suomen Diabetesliitto ry. 2004.
- Matveinen, Petri & Knape, Nina 2013. Terveydenhuollon menot ja rahoitus 2011. Terveyden- ja hyvinvoinnin laitoksen tilastoraportti. Viitattu 11.9.2013  
[http://www.thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/2013/Tr06\\_13.pdf](http://www.thl.fi/tilastoliite/tilastoraportit/2013/Tr06_13.pdf)
- Mustajoki, Pertti 2009. Terveyden turvaamisen ydinkysymyksiä. Viitattu 11.9.2013  
<http://www.terveyskirjasto.fi/>
- Oommen, Hanna; Rantanen, Anja; Kaunonen, Marja; Nieminen, Irmeli; Aho, Hanna & Åstedt-Kurki, Päivi 2010. Ryhmäohjaustaidot terveydenhoitajien työvälineeksi. *Terveydenhoitaja* 43 (4-5), 22–25.
- Opetusministeriö 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. Viitattu 8.1.2013.  
<http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf?lang=fi>

- Reusch, Andrea; Ströbl, Veronika; Ellgring, Heiner & Faller, Hermann 2011. Effectiveness of small-group interactive education vs. lecture-based information-only programs on motivation to change and lifestyle behaviours. A Prospective controlled trial of rehabilitation inpatients. *Patient Education and Counseling* 82, 186–192.
- Salminen, Ari 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyypeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Viitattu 13.10.2013. [http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn\\_978-952-476-349-3.pdf](http://www.uva.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf)
- Savola, Elina & Koskinen-Ollonqvist, Pirjo 2005. Terveiden edistäminen esimerkein: Käsitteitä ja selityksiä. Terveiden edistämisen keskus ry:n julkaisuja. Viitattu 12.9.2012. [http://www.tekry.fi/web/pdf/publications/2005/2005\\_001.pdf](http://www.tekry.fi/web/pdf/publications/2005/2005_001.pdf)
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön strategiat 2015 - kohti sosiaalisesti kestäväää ja taloudellisesti elinvoimaista yhteiskuntaa. Viitattu 14.11.2013. <http://pre20090115.stm.fi/hm1157622687947/passthru.pdf>
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2006. Terveiden edistämisen laatusuositus. Viitattu 12.9.2012. <http://pre20090115.stm.fi/pr1158139777250/passthru.pdf>
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2008. Kansallinen terveysterojen kaventamisen toimintaohjelma 2008-2011. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sydänliitto 2013. Sydänliiton koulutusta ammattilaisille. Viitattu 13.10.2013. [www.sydänliitto.fi/koulutus](http://www.sydänliitto.fi/koulutus)
- Terveiden- ja hyvinvoinnin laitos 2013. Diabetes. Viitattu 11.11.2013 [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/aiheet/tietopaketit/diabetes](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopaketit/diabetes)
- Tulokas, Sirkku; Ojanen, Markku; Koivisto, Anna-Maija & Pasternack, Amos 2005. Nuorten diabeetikkojen ohjaus ongelmalähtöisen oppimisen menetelmällä – tulokset paremmat kuin perinteisellä yksilöohjauksella. *Suomen lääkäri-lehti* 60 (8), 893–898.
- Tuomilehto, Jaakko; Lindström, Jaana; Eriksson, Johan; Valle, Timo; Hämäläinen, Helena; Ilanne-Parikka, Pirjo; Keinänen-Kiukaanniemi, Sirkka; Laakso, Mauri; Louheranta, Anne; Rastas, Merja; Salminen, Virpi; Aunola, Sirkka; Cepaitis, Zygimantas; Moltchanov, Vladislav; Hakumäki, Martti; Manninen, Marjo; Martikkala, Vesa; Sundvall, Jouko & Uusitupa, Matti 2001.

Prevention of Type 2 Diabetes Mellitus by Changes in Lifestyle among Subjects with Impaired Glucose Tolerance. *New England Journal of Medicine* 344, 1343–1350.

Turku, Riikka 2007. *Muutosta tukemassa: valmentava elämäntapaohjaus*. Helsinki: Edita.

Turku, Riikka & Heinonen, Liisa 2005. Pieni päätös päivässä –projektin seurantatutkimus - Ryhmämuotoisen painonhallintaohjauksen edellytykset. DEHKO-raportti 2005:7. Viitattu 18.9.2013. <http://www.diabetes.fi/d-kauppa/dehko/dehko-raportit>

Vartiainen, Erkki; Borodulin, Katja; Sundvall, Jouko; Laatikainen, Tiina; Peltonen, Markku; Harald, Kennet; Salomaa, Veikko & Puska, Pekka 2012. FIN-RISKI-tutkimus: Väestön kolesterolitaso on vuosikymmenien laskun jälkeen kääntynyt nousuun. *Suomen lääkärilehti* 67 (35), 2364–2368.

Vertio, Harri 2009. Terveysneuvonnan periaatteet. Artikkeliterveyskirjastossa Internetissä, pohjautuu teokseen Kimmo Koskenvuo & Vertio Harri (toim.) *Sairauksien ehkäisy*. Helsinki : Duodecim. Viitattu 24.9.2012. <http://www.terveyskirjasto.fi/>

WHO 2009. Milestones in health promotion: Statements from global conferences. Viitattu 22.1.2013. [http://www.who.int/healthpromotion/Milestones\\_Health\\_Promotion\\_05022010.pdf](http://www.who.int/healthpromotion/Milestones_Health_Promotion_05022010.pdf)

## LIITE 1 Kirjallisuuskatsauksen aineiston esittely

Tekijä, vuosi, aihe paikka	Tarkoitus	Aineisto ja analyysi	Tärkeimmät tulokset	Muuta
<p>1. Absetz P, Valve R, Oldenburg B, Heinonen H, Nissinen A, Fogelholm M, Ilvesmäki V, Talja M, Uutela A 2007.</p> <p>Type 2 Diabetes Prevention in the "Real World" One-year results of the GOAL Implementation Trial</p> <p>Diabetes Care 30 (10), 2465-2470.</p>	<p>Alkuperäistutkimus, jossa selvitettiin, voidaanko terveydenhuollon normaalissa toiminnassa saavuttaa yhtä hyviä tuloksia kuin tyyppin 2 diabeteksen ehkäisy tutkimuksissa (Suomalainen Diabeteksen ehkäisy tutkimus DPS)</p>	<p>Kvantitatiivinen interventiotutkimus, johon osallistui yhteensä 352 keski-ikäistä suomalaista, joilla oli diabeteksen riskitekijöitä. Heidät rekrytoitiin terveyskeskuksista osallistumaan Ikihyvä Päijät-Häme elämäntapainterventioon, joka koostui kuudesta noin 2h mittaisesta hoitajan ohjaamasta ryhmätapaamisesta. Jokaisessa ryhmässä oli 10-12 osallistujaa, ja ryhmiä yhteensä 36. Ohjaus kesti 8kk ja osallistujille tehtiin mittaukset ennen ohjauksen alkua ja vuosi intervention aloituksen jälkeen. Kliiniset riskitekijät mitattiin hoitajan toimesta, mutta muutokset elintavoissa perustuivat itseraportointiin (liikunta- ja ravitsemuspäiväkirjat) eli tutkimus ei perustu kliinisten kokeiden kontrolloituun asetelma.</p>	<p>Ravitsemustavoitteissa onnistuttiin vähintään yhtä hyvin kuin DPS-tutkimuksessa, mutta liikuntatavoitteissa ja painon pudotuksessa huonommin. Jotkin kliiniset riskitekijät vähenivät erityisesti miehillä.</p> <p>Tutkimus osoittaa, että elintapaneuvonta voi olla tehokasta ja toteuttamiskelpoista 2 tyyppin diabeteksen riskiryhmälle myös julkisen terveydenhuollon niukemmilla resursseilla.</p>	<p>Medicistä löytyi Suomen lääkärilehden artikkeli, jonka lähdeviitteiden avulla löysin Cinahl(EBSCO):sta alkuperäisen tutkimusartikkelin</p>

Tekijä, vuosi, aihe paikka	Tarkoitus	Aineisto ja analyysi	Tärkeimmät tulokset	Muuta
<p>2. Absetz P, Yoshida S, Hankonen N, Valve R 2008.</p> <p>Ryhmäohjaajan roolin ja käsitysten yhteys ohjattavien onnistumiseen elintapamuutoksessa.</p> <p>Hoitotiede 20 (5), 248-257.</p>	<p>Tutkittiin ryhmäohjaajan merkitystä elintapamuutoksen onnistumisessa kohonneessa tyyppin kaksi diabetesriskissä olevien ryhmäohjaukseen osallistuneiden ja heitä ohjanneiden ohjaajien keskuudessa.</p>	<p>Kvantitatiivisessa tutkimuksessa selvitettiin Ikihyvä Päijät-Häme elintapamuutos intervention ohjaajien roolin ja käsitysten yhteyttä ryhmän tuloksiin painonpudotuksessa. Ohjaajina oli 24 hoitajaa ja 6 fysioterapeuttia, jotka vastasivat kyselyyn 8kk kestäneen ohjauksen päätyttyä. Osallistujat punnittiin toiminnan alussa ja vuoden seurannassa.</p>	<p>Ryhmien alkupainot eivät eronneet toisistaan, mutta loppupainoissa oli selkeitä eroja.</p> <p>Ohjaajien kokemukset ryhmätoiminnasta olivat positiivisia, mutta ryhmissä, joissa vähintään puolet ryhmäläisistä lisäsi painoaan yli 0,5kg, ohjaajat pitivät ryhmää hyödyttömämpänä ja omaa onnistumistaan vähäisempänä, saivat ohjaamisesta vähemmän voimia ja viihtyivät ryhmässään huonommin.</p> <p>Ohjaajan motivaatiolla näyttää olevan merkitystä elintapamuutosten oppimiseen, todennäköisesti suoran vaikutuksen sijaan kyseessä on vuorovaikutusprosessi, jossa ryhmän hyvät tulokset ovat seurausta innostuneen ohjaajan ja ryhmän toiminnasta.</p>	<p>Medic</p>
<p>3. Absetz P, Hankonen N 2011.</p> <p>Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa: vaikuttavuus ja keinot.</p> <p>Duodecim 127, 2265-2272.</p>	<p>Katsauksen aiheena on elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa, vaikuttavuus ja keinot.</p>	<p>Katsauksessa tarkastellaan systemoitujen katsausten ja meta-analyysien pohjalta terveydenhuollon lääkkeettömien interventioiden vaikuttavuutta ja tehokkaimpia keinoja elämäntapamuutoksien aikaansaamiseksi.</p>	<p>Motivoiva haastattelu, ohjaaminen oman käyttäytymisen seurantaan täydennettynä muilla tavoitteellisen toiminnan elementeillä, ja potilaan omien testitulosten käyttö ovat vaikuttavia tekniikoita. Seuranta ja palautteenanto osana rutiinikäyntejä lisäävät niiden vaikuttavuutta.</p>	<p>Medic</p>

Tekijä, vuosi, aihe paikka	Tarkoitus	Aineisto ja analyysi	Tärkeimmät tulokset	Muuta
<p>4. Alahuhta M 2010.</p> <p>Tyypin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluvien työikäisten henkilöiden painonhallinnan ja elintapamuutosten tunnuspiirteitä.</p> <p>Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta, Terveystieteiden laitos, Hoitotiede. Väitöskirja 2010</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata tyypin 2 diabeteksen riskiryhmään kuuluvien työikäisten henkilöiden painonhallinnan ja elintapamuutoksen tunnuspiirteitä.</p>	<p>Kvantitatiivista ja kvalitatiivista aineistoa hyödyntäneeseen tutkimukseen osallistui 74 työikäistä diabetesriskissä olevaa. Heidät jaettiin kahteen ryhmään, toisista muodostettiin 5 etäryhmää, jotka osallistuivat ravitsemusohjaukseen, jossa ohjaus tapahtui videolaitteiden välityksellä. Toisista muodostettiin 6 ryhmää, jossa ohjaus tapahtui tavanomaisena lähiohjauksena. Ryhmissä oli 5-9 osallistujaa.</p> <p>Tutkimusaineisto koostui videohaastatteluista, kyselylomakkeista ja punnituksista tutkimuksen alussa, ohjauksen päätyttyä ja 1,5vuoden seurannassa.</p>	<p>Tutkittavista 40 edistyi elintapamuutosvaiheessaan, 18 pysyi ennallaan ja 5 taantui ohjausprosessin aikana.</p> <p>1,5v seurannassa noin puolet tutkittavista oli ylläpitovaiheessa jonkun elintavan suhteen.</p> <p>Elintapamuutoksen hyötynä nähtiin terveyden ja toimintakyvyn paraneminen.</p> <p>Elintapamuutoksen tekeminen vaatii vaivaa ja voimavaroja, ja painonhallinnan onnistuminen edellyttää omaa toimintaa, motivaatiota ja voimavaroja. Painonhallintaa vaikeuttavat sitoutumattomuus omaan toimintaan, tavoitteiden, itsekurin ja motivaation puute.</p>	<p>Medic</p>

Tekijä, vuosi, aihe paikka	Tarkoitus	Aineisto ja analyysi	Tärkeimmät tulokset	Muuta
<p>5. Dzator J.A, Hendrie D, Burke V, Gianguilio N, Gillam H.F, Beilin L.J, Houghton S 2004.</p> <p>A Randomized trial of interactive group sessions achieved greater improvements in nutrition and physical activity at a tiny increase in cost.</p> <p>Journal of Clinical Epidemiology 57, 610-619. (Australia)</p>	<p>Tutkimuksen tarkoitus oli vertailla vaikuttavuutta ja kustannuksia, kun ravitsemus ja liikunta -ohjausta annettiin alle kaksi vuotta sitten yhteen muuttaneille pariskunnille postitse tai yhdistelmänä kirjeitä ja osallistavia ryhmätuokioita.</p>	<p>Kvantitatiivinen satunnaistettu kontrolloitu tutkimus, johon osallistui 137 pariskuntaa. Pariskunnat satunnaistettiin kolmeen ryhmään, matalan ja korkean tason interventoryhmiin ja kontrolliryhmään. Ohjelma kesti 16 viikkoa ja koostui kuudesta eri moduulista, jotka käsittelivät ravitsemusta, fyysistä aktiivisuutta ja terveellisiä elämäntapoja. Matalan tason ryhmälle lähetettiin yhden ryhmätapaamisen jälkeen aineisto postitse 2-3 viikon välein. Korkean tason ryhmä sai 3 moduuleista postitse ja 3 käytiin läpi osallistavissa ryhmätuokioissa (noin 8 pariskuntaa/ryhmä). Toteutusvaihtoehdot vuorottelivat. Kontrolliryhmä osallistui vain mittauksiin ja sai moduulien aineiston tutkimuksen loputtua. Tiedot kerättiin hoitajan suorittamilla mittauksilla alussa, 12 viikon kuluttua ja vuoden päästä, sekä ravitsemus- ja liikuntapäiväkirjoilla eri aikoina riippuen siitä, mihin ryhmään henkilö kuului.</p>	<p>Ohjelman suoritti loppuun 111 pariskuntaa ja seurantamittauksiin osallistui 81 pariskuntaa.</p> <p>Tulokset paranivat molemmissa interventoryhmissä ja osa saavutuksista säilyi 12 kk seurannassa. Korkean tason ryhmässä saavutettiin tilastollisesti merkittävästi parempia tuloksia erityisesti liittyen kolesteroliarvoihin, verenpaineeseen, rasvan saantiin ja liikuntaan. Tutkijoiden laskelmien perusteella kustannustehokkuus on parempi korkean tason ryhmässä. Interventoryhmien kustannustehokkuuteen vaikuttaa heikentävästi keskeyttäneiden lukumäärä.</p> <p>Kontrolliryhmässä tulokset huononivat ajanjaksolla, joten tämä tukee tutkijoiden oletusta siitä että kumpi vain interventio on parempi kuin ei mitään.</p>	<p>Pubmed</p>

Tekijä, vuosi, aihe paikka	Tarkoitus	Aineisto ja analyysi	Tärkeimmät tulokset	Muuta
<p>6. Hankonen N &amp; Absetz P 2012.</p> <p>Ennustaako koulutustausta naisen elämäntapamuutoksia tyypin 2 diabeteksen ehkäisyinterventiossa?</p> <p>Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti no 49, 162-169.</p>	<p>Tutkimuksessa tarkasteltiin Ikihyvä Elämäntapaneuvonnan tyypin 2 diabeteksen ehkäisyintervention tuloksia naisosallistujien koulutustason mukaan.</p>	<p>Kvantitatiivisen tutkimuksen otos koostuu Ikihyvä elämäntapaneuvontaan osallistuneiden 265 naisen tuloksista. Osallistujille tehtiin mittaukset ja kyselytutkimukset intervention alussa ja vuoden seurannassa. Tuloksia vertailtiin koulutustasojen: 1=peruskoulutus/ei ammatillista tutkintoa, 2= ammattikoulututkinto, 3= ammatillinen opistotutkinto tai korkeakoulututkinto mukaan.</p>	<p>Osanottajista 42% kuului ryhmään 1, 26% ryhmään 2. ja 28% ryhmään 3. 4% ei vastannut kysymykseen.</p> <p>Alussa 1 tai 2 ryhmään kuuluvat liikkuvat todennäköisemmin suosituksen mukaan. Ravitsemuksella tai BMI:llä ei eroja.</p> <p>Vuoden seurannassa saavutettiin intervention tavoitteen suuntaisia tuloksia, mutta ne eivät riippuneet koulutustaustasta.</p> <p>Korkeammin koulutetut saavuttivat saman liikuntatason, mutta koulutuksella ei ollut muita vaikutuksia elämäntapa- tai riskitekijämuutoksiin vuoden seurannassa.</p> <p>Hyöty on siis yhtä suuri kaikille koulutusryhmille, tärkeää taata yhtäläinen pääsy kaikille.</p>	<p>Medic</p>

Tekijä, vuosi, aihe paikka	Tarkoitus	Aineisto ja analyysi	Tärkeimmät tulokset	Muuta
<p>7. Hankonen N 2011.</p> <p>Psychosocial Processes of Health Behaviour Change in a Lifestyle Intervention.</p> <p>National Institute for Health and Welfare (THL), Research 51/2011.</p> <p>Väitöskirja 2011.</p>	<p>Tutkimuksessa selvitettiin ennustavatko 3kk elämäntapaohjauksen aikana pystyvyysuskomuksissa sekä toiminta- ja varmistussuunnittelussa tapahtuneet muutokset liikunta- ja ruokailutottumusten paranemista heti ohjauksen päättyessä ja 1v seurannassa, sekä laihtumista 1 ja 3 vuoden kuluttua. Lisäksi selvitettiin ovatko elämäntapamuutosta tukevat mekanismit samanlaiset sukupuolesta ja koulutuksesta riippumatta ja ennustavatko ne muutoksia samoin eri ihmisryhmissä ja mikä on erilaisten persoonallisuuspiirteiden rooli laihtumisessa.</p>	<p>Väitöskirja koostuu neljästä eri kvantitatiivisesta tutkimuksesta. Tutkimuksiin osallistui yhteensä 385 Päijät-Hämeläistä, 352 tyypin 2 diabetes riskissä olevaa, ja 33, joilla todettiin tyypin 2 diabetes tutkimuksen alussa. Nämä 33 on rajattu pois osasta tutkimuksia. Tutkittavat osallistuivat Ikihyvä Päijät-Häme interventioon, joka koostui kuudesta hoitajan ohjaamasta ryhmätapaamisesta. Tapaamiset kestivät noin 2h kerrallaan ja osallistujia oli 10-12 kussakin ryhmässä. Alkumittauksesta kolmen vuoden seurantaan sisältyi neljä tutkimuskertaa, joilla kartoitettiin psykososiaalisia tekijöitä, persoonallisuuspiirteitä ja liikunta- ja ruokailutottumuksia. Myös vyötärönympäryys ja paino mitattiin.</p>	<p>Pystyvyyden lisääntyminen ohjauksen aikana ennusti liikunnan lisääntymistä 3kk ja 1 vuoden ajalla sekä laihtumista vielä 3 vuoden kohdalla.</p> <p>Liikunnan suunnittelun lisääminen vaikutti liikunnan määrään heti ohjauksen päättyttyä.</p> <p>Ruokailuun liittyvä varmistussuunnittelu auttoi rasvan vähentämisessä vuoden seurannassa.</p> <p>Naiset saivat lähipiiristään miehiä vähemmän tukea elämäntapamuutokseen, mutta suunnittelu auttoi erityisesti naisia liikunnan lisäämisessä.</p> <p>Pystyvyyden tunteen lisääntymisen ja suunnittelun vaikutukset käyttäytymisen muutokseen olivat pääosin samanlaiset naisilla ja miehillä koulutusryhmistä riippumatta.</p> <p>Persoonallisuustekijöillä ei ollut vaikutusta laihtumiseen 3 vuoden seurannassa.</p>	<p>CinahL(EBSCO)</p>

Tekijä, vuosi, aihe paikka	Tarkoitus	Aineisto ja analyysi	Tärkeimmät tulokset	Muuta
<p>8. Jallinoja P, Kuronen R, Absetz P; Patja K 2006.</p> <p>Lääkehoidon, elintapahoidon ja ryhmäneuvonnan asema elintapasairauksien hoidossa. Tutkimus lääkäreiden ja hoitajien näkemyksistä Päijät-Hämeessä.</p> <p>Suomen lääkirilehti 61 (37), 3747-3751.</p>	<p>Tutkimuksessa selvitetään lääkäreiden ja hoitajien näkemyksiä lääkehoidon, elintapamuutosten ja ryhmäneuvonnan sopivuudesta aikuisten tupakoinnin, lihavuuden, kohonneen verenpaineen, dyslipidemian ja tyyppin 2 diabeteksen hoidossa.</p>	<p>Kvantitatiivinen kyselytutkimus, jossa lomakkeet lähetettiin yhteensä 301 Päijät-Hämeen sairaanhoitopiirin perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa työskenteleville lääkäreille, sairaanhoitajille ja terveydenhoitajille. Lomakkeessa oli kysymyksiä elintapoihin liittyvistä hoitosuosituksista, elintapamuutoksista ja -neuvonnasta.</p>	<p>Erityisesti lääkärit kannattivat vahvasti lääkehoitoa, hoitajien keskuudessa oli enemmän sellaisia henkilöitä, joiden mielestä lääkehoito oli harvoin keskeinen osa hoitoa. Elintapamuutoksia pidettiin keskeisenä osana hoitoa. Ryhmäneuvontaa kannatettiin eniten tyyppin 2 diabeteksen ja lihavuuden kohdalla. Ryhmäneuvonta tupakoinnista vieroituksessa jakoi molemmat ammattiryhmät lähes puoliksi. Lääkärit epäilivät ryhmäneuvonnan sopivuutta myös kohonneen verenpaineen ja dyslipidemian hoidossa.</p>	<p>Medic</p>
<p>9. Kalavainen M 2011.</p> <p>Treatment of Obesity in Children: a Study on the Efficacy of a Family-based Group Program compared with Routine Counseling</p> <p>Itä-Suomen yliopiston julkaisuja. Väitöskirja kliinisen ravitsemustieteen alalta 2011.</p>	<p>Väitöstutkimuksessa verrattiin kahden lasten lihavuuden hoito-ohjelman, tiiviin ryhmähoidon ja tavanomaisen hoidon, vaikuttavuutta ylipainoisten kouluikäisten lasten painoon.</p>	<p>Kvantitatiiviseen tutkimukseen osallistui 70 7-9 -vuotiasta ylipainoista lasta ja heidät satunnaistettiin kahteen hoito-ohjelmaan. Ryhmähoidossa tapaamisia lapsille ja vanhemmille oli yhteensä 15 kahden kuukauden aikana, tavanomaisessa hoidossa lapsi tapasi kouluterveydenhoitajan kaksi kertaa puolen vuoden aikana. Lasten painot ja pituudet mitattiin alussa, 6kk intervention jälkeen sekä 2- ja 3-vuotisseurannassa. Lisäksi lasten kehon koostumus ja metaboliset mittarit mitattiin ennen interventiota ja sen jälkeen.</p>	<p>Ryhmähoito oli tehokkaampaa tavanomaiseen hoitoon verrattuna 6kk seurannassa, mutta 2- ja 3-vuoden seurannassa eroja ei enää näkynyt. Molempien ryhmien lasten painoindeksi BMI-SD oli hieman laskenut 3-vuotisseurannassa, pituuspainosuhteessa ei ollut huomattavaa eroa.</p> <p>Ryhmähoito oli huomattavasti kalliimpaa, eikä se ollut kuitenkaan pitkällä aikavälillä tehokkaampaa. Tarvitaan uusia lähestymistapoja parantamaan tilannetta.</p>	<p>Medic</p>

Tekijä, vuosi, aihe paikka	Tarkoitus	Aineisto ja analyysi	Tärkeimmät tulokset	Muuta
<p>10. Kurki M, Hemiö K, Lindström J, Jaakkola L 2008.</p> <p>Ryhmämuotoinen elintapaohjaus metabolisen oireyhtymän hoidossa.</p> <p>Miina Sillanpään säätien julkaisuja A:7, 2008.</p>	<p>Kehittämishanke, jossa suunniteltiin elintapojen muutosmalli työterveyshuoltojen toiminnan rinnalle metabolisen oireyhtymän (MBO) kuntoutukseen.</p>	<p>Kyseessä on pitkittäistutkimus ilman vertailuryhmää. Tutkimuksessa käytettiin sekä kvantitatiivista että kvalitatiivista aineistoa. Tutkimukseen valittiin 96 henkilöä Etelä-Suomen työterveyshuoltojen yli 30-vuotiaista elämäntapamuutokseen motivoituneista asiakkaita, joilla täyttyivät vähintään kolme tutkimusryhmän määrittelemistä MBO-kriteereistä.</p> <p>Tiedot kuntoutuksen tuloksista kerättiin laboratoriotutkimuksista, fysioterapeutin suorittamista kuntotesteistä, kyselylomakkeilla ja liikunta- ja ruokapäiväkirjoilla. Kuntoutusprosessi kesti 2 vuotta ja sisälsi viisi 3-5vrk lähijaksoa Siuntion hyvinvointikeskuksessa. Lähijaksot sisälsivät fysioterapeutin, kuntoutuslääkärin, psykologin ja ravitsemusterapeutin ryhmätapaamisia. Osallistujat saivat myös yksilöneuvontaa kurssin aikana.</p>	<p>Osallistumisaktiivisuus erittäin hyvä, yli 90% osallistui vähintään neljälle jaksolle. Neljännes kuntoutujista pudotti painoa vähintään 5% (keskimääräinen painonpudotus 2v aikana miehillä -3kg ja naisilla -2,6kg), ja muutokset säilyivät prosessin loppuun asti.</p> <p>Ravitsemus muuttui terveellisemmäksi ja HDL-kolesteroliarvot, triglyseridiarvot ja paastoverensokeriarvo, tosin vain miehillä, paranivat. Myös liikuntamäärä lisääntyi ja tulokset liikuntatesteissä paranivat.</p> <p>Terveystieteiden osastolla muutosten seuranta tehostui, lääkehoitoa arvioitiin ja muutettiin tehokkaammin.</p> <p>Naiset arvioivat terveyteen liittyvän elämänlaatunsa parantuneen.</p> <p>Ryhmäläiset saivat vertaistukea ja pystyvyyden ja hallinnan tunteet elintapamuutoksissa vahvistuivat.</p> <p>Kuntoutus jäi irralliseksi avoterveydenhuollosta, tavoitteet eivät toteutuneet tältä osin.</p>	<p>Medic</p>

Tekijä, vuosi, aihe paikka	Tarkoitus	Aineisto ja analyysi	Tärkeimmät tulokset	Muuta
<p>11. Laaksonen K, Kolu T, Pitkänen M-R, Lahdensuo A 2003.</p> <p>Keuhkopoliklinikkapotilaan tupakasta vieroitus ryhmäohjauksen avulla.</p> <p>Suomen lääkirilehti 58 (25-26), 2878-2849.</p>	<p>Alkuperäistutkimus, jossa selvitettiin tupakoivien, pitkäaikaista keuhkosairautta sairastavien ryhmävieroituksen onnistumista.</p>	<p>Kvantitatiiviseen interventiotutkimukseen osallistui 36 keuhkopoliklinikan asiakasta, jotka tupakoivat vähintään 10 savuketta päivässä säännöllisesti. Potilaat osallistuivat vieroitusohitajan pitämiin 7 ryhmätapaamiseen. Tapaamiset kestivät 2-3 tuntia ja osallistujia oli 3-7. Vieroitusjakso kesti kuusi viikkoa ja tupakointi sovittiin lopetettavan toisen ryhmätapaamisen jälkeen. Jokainen osallistuja aloitti yksilöllisen nikotiinikorvaushoidon. Vuoden päästä aloituksesta järjestettiin seurantatapaaminen.</p>	<p>Vieroituksen keskeytti 8 ensimmäisen tai toisen kokoontumisen jälkeen, loppuun asti jatkaneista 96% oli tupakoimattomia ryhmätapaamisten päättyessä, 42% heistä oli tupakoimattomia vielä vuoden kuluttua.</p> <p>Tupakoinnin uudelleen aloittaneista lähes kaikki (12/14) olivat merkittävästi vähentäneet päivittäisten savukkeiden määrää alkutilanteeseen verrattuna.</p>	<p>Medic</p>

Tekijä, vuosi, aihe paikka	Tarkoitus	Aineisto ja analyysi	Tärkeimmät tulokset	Muuta
<p>12. Marttila J, Himanen O, Ilanne-Parikka P, Hiltunen L 2004.</p> <p>Tyypin 2 diabeetikoiden ryhmäohjausmalli terveydenhuollon käyttöön. Pilottiraportti: Mallin toteutettavuus ja hyväksyttävyyys.</p> <p>DEHKO-raportti 2004:2. Suomen Diabetesliitto ry. 2004.</p>	<p>Vuonna 2001 käynnistetyn projektin tavoitteena oli kehittää empowerment- eli voimaantumisperusteinen, terveydenhuollon voimavarat huomioon ottava ryhmäohjausmalli tyypin 2 diabeetikkojen ohjaukseen eri terveydenhuollon toimipisteissä.</p>	<p>Tutkimuksessa hyödynnettiin kvalitatiivista aineistoa.</p> <p>Mallin kehittäminen alkoi pilottivaiheella, pilottiryhmien vetäjät koulutettiin vertaisryhmissä Diabeteskeskuksen työpajoissa. Työpajoja järjestettiin 3 eri vaiheissa toimintaa ja ensimmäiseen, ennen toiminnan aloitusta järjestettyyn työpajaan osallistui 19 ohjaajaa, toiseen toiminnan aikana järjestettyyn työpajaan 9 ja viimeiseen mallin kehittämiseen keskittyneeseen työpajaan 5 ohjaajaa.</p> <p>1-2 ohjaajan vetämiä pilottiryhmiä järjestettiin 6. Ryhmät kokoontuivat 8-11 kertaa ja niissä oli 6-10 osallistujaa, paitsi yhdessä ryhmässä 14. Ryhmissä hyödynnettiin moniammatillista tiimiä.</p> <p>Tiedot ryhmäohjaajien koulutuksen kehittämiseen kerättiin työpajoista suullisesti ja kirjallisena kyselynä. Tiedot itse mallin arviointiin ja kehittämiseen kerättiin ohjaajien tekemistä ryhmäohjaussuunnitelmista ja ohjaajien ryhmäohjauspäiväkirjoista.</p> <p>Ohjaajat arvioivat</p>	<p>Ohjaajilta ja ryhmistä saadun palautteen perusteella mallia tarkennettiin kolmannessa työpajassa.</p> <p>Ryhmämalli on tarkoitettu työikäisille alle 65-vuotiaille tyypin 2 diabeetikoille. Ryhmän koko on 6-10 henkilöä (maksimikokoa pienennettiin). Ryhmä kokoontuu 8 kertaa säännöllisesti viikon välein ja yksi kokoontuminen kestää 1,5-2h. Viikoittaisten tapaamisten jälkeen järjestetään 1 seurantatapaaminen 4kk kuluttua eli noin 6kk ryhmäohjauksen alkamisesta. Tapaamisten välille on tehtäviä ja ryhmäläiset täyttävät osallistujan päiväkirjaa. Lisäksi malliin kuuluu 3 foorumin järjestäminen joko avoimina tilaisuuksina tai asiantuntijan alustamina keskusteluinä. Mallin mukaisten foorumien asiantuntijat ovat lääkäri, ravitsemusasiantuntija ja liikunnanohjaaja.</p> <p>Ryhmäohjausmallin mukaisten arvioitavien ryhmien toteuttamisen edellytyksenä on osallistuminen Diabeteskeskuksen järjestämiin työpajoihin ja yhden mallin mukaisen ryhmän ohjaaminen työpajojen yhteydessä. Koulutus on maksullinen.</p> <p>(Huomautus: tällä hetkellä Diabetesliitto järjestää ryhmäohjaajakoulutusta vain painonhallintaryhmien ohjaajille.</p>	<p>Medic</p>

		<p>vapaamuotoisesti ryhmäänsä ja ohjauksen toteutumista ennen toista työpajaa. Toisessa työpajassa ohjaajat arvioivat toteutettua toimintaa pääasiassa kolmesta aihepiiristä: ryhmän perustaminen, ryhmän toteuttaminen ja ryhmän merkitys. Palaute saatiin 5/6 pilottiryhmästä.</p> <p>Osasta ryhmiä saatiin myös osallistujien palaute sellaisenaan tai koosteena.</p>	<p>Siinä käytössä on Diabetes- ja sydänliiton yhteinen PPP-eli Pieni päätös päivässä –ryhmäohjausmalli.</p>	
--	--	--	---	--

Tekijä, vuosi, aihe paikka	Tarkoitus	Aineisto ja analyysi	Tärkeimmät tulokset	Muuta
<p>13. Reusch A, Ströbl V, Ellgring H, Faller H 2011.</p> <p>Effectiveness of small-group interactive education vs. lecture-based information-only programs on motivation to change and lifestyle behaviours. A Prospective controlled trial of rehabilitation inpatients.</p> <p>Patient Education and Counseling 82,186-192. (Saksa)</p>	<p>Tutkimuksessa vertailtiin potilaskeskeisen, osallistavan pienryhmäohjelman ja vain informaatiota tarjoavien luentojen vaikuttavuuden eroja potilaiden muutosmotivaation tasoon ja elintapojen muutoksiin lääketieteellisessä kuntoutusprosessissa.</p>	<p>Kvantitatiiviseen kontrolloituun interventiotutkimukseen osallistui 1266 kolmen saksalaisen kuntoutusklinikan sisäänkirjoitettua potilasta, jotka sairastivat diabetesta, tuki- ja liikuntaelinsairauksia tai sydän- ja verisuonisairauksia.</p> <p>Pienryhmäohjelmassa olevat osallistuiivat 3 viikon aikana 5 ryhmätuokioon, jotka kestivät noin 50min ja osallistujia oli keskimäärin 8 (vaihtelu 4-17). Ohjaajia ryhmissä oli 3. Vertailuryhmällä oli luentoja 3 viikon ajalla 4, ne kestivät n. 50minuuttia ja olivat kaikille avoimia.</p> <p>Tiedot motivaation tasosta ja terveyskäyttäytymisestä liittyen liikuntaan, terveelliseen ravintoon ja rentoutumiseen, kerättiin kyselylomakkeilla tutkimuksen alussa, ohjelman lopussa, 3kk ja 12kk ohjelman päättymisestä. Lisäksi kartoitettiin esim. masennusta ja terveyteen liittyvää elämänlaatua. 223 potilasta vastasi myös tyytyväisyyskyselyyn saamastaan ohjelmasta.</p>	<p>753 osallistujaa antoi tietonsa kaikkina neljänä mittausajankohtana.</p> <p>Tulokset alkutilanteessa ja seurantamittauksessa olivat parantuneet molemmissa ryhmissä.</p> <p>Kuntoutuksen lopussa pienryhmässä olleet olivat motivoituneempia terveellisten elämäntapojen ja liikunnan suhteen, noudattivat terveellisempää ruokavaliota sekä 3kk että 12kk seurantamittauksessa, tekivät enemmän rentoutusharjoituksia 3kk mittauksessa, ja olivat motivoituneempia harrastamaan liikuntaa 12kk mittauksessa.</p> <p>Pienryhmän tehokkuus tuli vain osittain todistettua. Tutkijoiden mukaan olisi vaadittu ehkä pidemmät tuokiot, yhtenäisemmät diagnoosit osallistujilla, yhtenäisempi motivaation taso ryhmän jäsenillä aloitustilanteessa ja sen huomiointi ohjauksessa, ja jatkuva tavoitteiden saavuttamisen arviointi, jotta olisi päästy lähemmäksi odotettuja tavoitteita</p>	<p>CinahL(EBSCO)</p>

Tekijä, vuosi, aihe paikka	Tarkoitus	Aineisto ja analyysi	Tärkeimmät tulokset	Muuta
<p>14. Tulokas S, Ojanen M, Koivisto A-M, Pasternack A 2005.</p> <p>Nuorten diabeetikkojen ohjaus ongelmalähtöisen oppimisen menetelmällä – tulokset paremmat kuin perinteisellä yksilöohjauksella.</p> <p>Suomen lääkärilehti 60 (8), 893-898.</p>	<p>Alkuperäistutkimus, jossa selvitettiin ongelmalähtöisen oppimismenetelmän (Problem-based learning eli PBL) soveltuvuutta, taloudellisuutta ja tehoa nuorten Taysin lasten yksiköstä sisätautiklinikkaan siirtyvien diabeetikkojen hoidonohjauksessa.</p>	<p>Kvantitatiiviseen interventiotutkimukseen otettiin 86 nuorta diabetespotilasta, jotka jaettiin pareihin sukupuolen ja diabeteksen keston mukaan. Parit satunnaistettiin joko PBL-pienryhmään tai yksilöohjaukseen.</p> <p>Pienryhmissä oli 4-7 osallistujaa ja ryhmätuokit järjestettiin kontrollikäyntien yhteydessä 2-3kk välein, ja ryhmätapaamiset kestivät 1-1,5h kerrallaan. Ryhmät pysyivät samoina tutkimuksen ajan eli 2 vuotta.</p> <p>Tiedot kerättiin kliinisen tutkimuksen, laboratorioarvojen ja kyselylomakkeiden avulla.</p> <p>Vertailuryhminä toimi yksilöohjaukseen osallistuneiden (43 henkilöä) lisäksi kaksi ryhmää terveitä paikallisia nuoria; ryhmä, jossa oli 1. luokkalaisia kahdesta ammattikoulusta ja kolmesta lukiosta ja toinen ryhmä, jossa oli 3. luokkalaisia samoista kouluista (yhteensä 364 tervettä verrokkiä).</p>	<p>PBL-ryhmäohjaus toimi hyvin ja oli taloudellisempaa kuin yksilöohjaus. Sokeritasapaino ja hoitokäytännöt paranivat sekä yksilöohjauksessa että ryhmäohjauksessa mukana olleilla nuorilla.</p> <p>Yksilöohjauksen osallistuneet nuoret diabeetikot arvioivat terveytensä huonommaksi kuin ryhmäohjaukseen osallistuneet. Ryhmäohjaukseen osallistuneiden arvio terveydestään oli samanlainen kun vertailussa olleiden terveiden nuorten.</p> <p>Ohjauksella ei ollut vaikutusta nuoruuteen liittyvään riskikäyttäytymiseen.</p>	<p>Medic</p>

Tekijä, vuosi, aihe paikka	Tarkoitus	Aineisto ja analyysi	Tärkeimmät tulokset	Muuta
<p>15. Turku, R &amp; Heinonen, L 2005. Pieni päätös päivässä – projektin seurantalutkimus Ryhmämuotoisen painonhallintaohjauksen edellytykset</p> <p>Suomen Diabetesliiton DEHKO raportti 2005:7</p>	<p>Diabetesliiton ja Sydänliiton metabolisen oireyhtymän ehkäisyyn keskittyvän PPP eli Pieni päätös päivässä –hankkeen kaksivaiheisessa seurantalutkimuksessa selvitettiin PPP-ryhmäohjelman levinneisyyttä ja vaikuttavuutta ohjaajien arvioimana. Lisäksi kartoitettiin ryhmämuotoisen painonhallintaohjelman onnistumisen edellytyksiä.</p> <p>Tutkimuksella haluttiin myös selvittää, miten ohjaajat olivat soveltaneet ja kehittäneet työssään PPP-ryhmäohjelmaa, ja siten kuvata toimivia ohjauskäytäntöjä muidenkin ohjaajien hyödynnettäviksi.</p> <p>Perimmäinen tutkimuksen tavoite on parempien ohjauskäytäntöjen kehittäminen terveydenhuoltoon.</p>	<p>Kvalitatiivinen kyselytutkimus tehtiin vuonna 2005 kaikille 2001-2003 PPP-koulutuksen käyneille ohjaajille, kyselyyn vastasi 250 ohjaajaa (palautusprosentti 67). Vastanneista seulottiin jatkoahaastattelututkimukseen ne, jotka olivat koulutuksen jälkeen soveltaneet PPP-ohjelmaa työssään ja joiden ohjauksen arvioitiin täyttävän tietyt kriteerit. Haastattelussa kerättiin kvalitatiivista aineistoa.</p>	<p>Ryhmäohjaajakoulutuksen hankkineet olivat pääosin tyytyväisiä saamaansa koulutukseen, ja suuri osa heistä oli pystynyt hyödyntämään oppimaansa käytännössä.</p> <p>Käytännön toteutusmahdollisuuksissa oli huomattavaa vaihtelua, 1/3 vastaajista kertoi ryhmien olevan vakituista toimintaa, 1/5 vastasi, ettei toimintaa ole lainkaan vielä. 1/3 toimi suosituksen mukaisesti osana moniammatillista tiimiä. Resurssit arvioitiin keskimäärin kohtalaisiksi: Ryhmämuotoista painonhallintaa ei useinkaan mielletty osaksi perustyötä ja osa joutui valmistelemaan ryhmätapaamiset omalla ajallaan tai iltaryhmät ohjattiin normaalin työajan jälkeen ilman lisäkorvausta.</p> <p>Tutkimuksessa löytyneistä hyvistä ohjauskäytännöistä nostettiin esiin kolme mallia.</p> <p>Ryhmämuotoisen painonhallintaohjauksen perusedellytyksinä korostuivat organisaation näkökulmasta riittävä resursointi ja tuki, ja ohjaajan näkökulmasta erityisosaaminen ja ohjausideologia tai -asenne.</p>	<p>Medicin kautta löytyi seurantalutkimusartikkeli, Diabetesliiton internet sivustolta alkuperäinen tutkimusraportti</p>

## LIITE 2 Ryhmämallien toteutus

<u>Tekijät</u>	<u>Ryhmäkoko</u>	<u>Tapaamisten kesto ja määrä</u>	<u>Tapaamisten tiheys</u>	<u>Ohjauksen kesto</u>
Absetz ym. (2007)	10-12	n. 2h, 6 tapaamista	5 tapaamista n. 2 viikon välein, viimeinen tapaaminen 8 kk aloituksesta	8kk
Laaksonen ym. (2003)	3-7 (poisjäätien vuoksi)	n. 2-3h, 7 tapaamista	6 tapaamista n. viikon välein, viimeinen tapaaminen kahden viikon päästä edellisestä	n. 2kk
Tulokas ym. (2005)	4-7	1-1,5h, lukumäärää ei ilmoitettu	2-3kk välein	2 vuotta
Kurki ym. (2008)	ei ilmoitettu	ei ilmoitettu	ryhmätapaamisia oli osana viittä 3-5 päivän kuntoutusjaksoa, jotka järjestettiin 2kk, 4kk, 6kk ja 1 vuoden välein toisistaan	2 vuotta
Dzator ym. (2004)	n. 8 pariskuntaa	3	3 ryhmätapaamista ja 3 postitse lähetettyä terveysneuvontamateriaalipakettia vuorottelivat 16 viikon ajalla	16 viikkoa
Kalavainen (2011)	ei ilmoitettu	kesto ei ilmoitettu, tapaamisia 15	14 tapaamista erikseen lapsille ja vanhemmille, yksi yhteinen 6 kk ajalla	6 kk
Alahuhta (2010)	5-9	1,5h, 5 tapaamista	4 tapaamista 2 viikon välein, viimeinen 6kk aloituksesta	6kk
Reusch ym. (2011)	4-17 (keskimäärin 8)	50min, 5 tapaamista	5 tapaamista jaettiin 3 viikon ajalle	3 viikkoa
Turun & Heinosen (2005) mallin mukaan	ei ilmoitettu, (esimerkki toteutuksissa 10-14, 12 ja 16 henkilöä)	kesto ei ilmoitettu, 20 tapaamista	Intensiivijaksolla 14 tapaamista viikon välein, ylläpitojaksolla 6 tapaamista kahden viikon välein välissä usein lomatauko	n. 9kk
Marttila ym. (2004) mallin mukaan	6-10	1,5-2h, n. 9 tapaamista	8 tapaamista viikon välein viimeinen tapaaminen 4 kk edellisestä. Joko tapaamisten yhteydessä tai erillisinä kaikille avoimina tilaisuuksina kolme foorumia, joissa lääkärin, ravitsemusasiantuntijan ja liikunnaohjaajan alustukset.	6kk