

INTERAKTIIVINEN RYHMÄOHJAUS NUORTEN YLIPAINON JA LIHAVUUDEN HOIDOSSA

Terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksia ja
kehittämisehdotuksia

Laura Reinikainen

Opinnäytetyö
Joulukuu 2013

Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma, ylempi AMK
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala





Tekijä(t) Reinikainen, Laura	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 16.12.2013
	Sivumäärä 115	Julkaisun kieli Suomi
		Verkkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi INTERAKTIIVIINEN RYHMÄOHJAUS NUORTEN YLIPAINON JA LIHAVUUDEN HOIDOSSA - TERVEYDEN- HUOLLON AMMATTILAISTEN KOKEMUKSIA JA KEHITTÄMISEHDOTUKSIA		
Koulutusohjelma Klininen asiantuntija (ylempi AMK)		
Työn ohjaaja(t) Punna, Mari Hopia, Hanna		
Toimeksiantaja(t) Interaktiivinen ryhmäohjaus nuorten ylipainon ennaltaehkäisyssä ja lihavuuden hoidossa (IIRO- projekti)		
Tiivistelmä Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tietoa interaktiivisen ryhmäohjausmenetelmän soveltuvuudesta nuorten ylipainon ja lihavuuden hoitoon terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmasta. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millaisia kokemuksia ja kehittämisehdotuksia terveydenhuollon ammattilaisilla (n=7) oli interaktiivisen ryhmäohjausmenetelmän käytöstä nuorten ylipainon ja lihavuuden hoidossa. Opinnäytetyö toteutettiin Jyväskylän ammattikorkeakoulun Hyvinvointiyksikön hallinnoimassa projektissa: Interaktiivinen ryhmäohjaus nuorten ylipainon ennaltaehkäisyssä ja lihavuuden hoidossa (IIRO-projekti). Opinnäytetyö toteutettiin teemahaastatteluina, jotka nauhoitettiin ja litteroitiin jälkeenpäin. Analyysimenetelmänä käytettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Opinnäytetyön tuloksia ovat, että ryhmäohjauskertojen toteutumiseen vaikutti teknologian toimivuus, sillä ne toteutuivat joko suunnitellusti videoneuvotteluyhteyden avulla tai videoneuvotteluyhteysohjelmien vuoksi osittain tai kokonaan kontaktitapaamisina. Valmiiksi suunniteltuihin alku- ja loppukontaktitapaamisiin oltiin motivoitumisen ja ryhmäytymisen kannalta tyytyväisiä. Ryhmät koostuivat pääsääntöisesti kahdesta kuuteen motivoituneesta ala- tai yläkouluikäisestä nuoresta ja vanhempien rooli ja osallistuminen ryhmään nuorten painonhallinnassa koettiin tärkeäksi. Interaktiivinen ryhmäohjausmenetelmä oli usealle ryhmäohjaajalle uusi työmenetelmä. Heidän kehittämisehdotuksia interaktiiviseen ryhmäohjaukseen olivat teknologian toimivuuden varmistaminen, osallistujien ikä- ja sukupuolijakauman huomioiminen, sisällön toiminnallisuuden lisääminen, materiaalin kohdentaminen nuorten elämäntilanteeseen, välikontaktitapaaminen motivaation ja ryhmäytymisen ylläpitämiseksi. Lisäksi kehittämisehdotuksena nousi esille ryhmäohjauksen kokonaiskeston pidentäminen ja sen ajoittaminen niille nuorille, jotka eivät vielä ole hoitokontaktissa. Toiveena oli myös ryhmäohjaajien työresurssien ja työajan parempi huomiointi ryhmäohjauksen suunnittelussa ja toteuttamisessa. Terveydenhuollon ammattilaisten kokemusten ja kehittämisehdotusten näkökulmasta interaktiivinen ryhmäohjausmenetelmä soveltuu kehiteltynä nuorten ylipainon ja lihavuuden hoitoon. Interaktiivista ryhmäohjausmenetelmää voidaan mahdollisesti hyödyntää myös muiden aihealueiden ryhmä- ja yksilötyössä sekä erikäisten ja eri elämäntilanteissa olevien asiakasryhmien hoidossa.		
Avainsanat (asiasanat) interaktiivinen, ryhmäohjaus, nuoret, ylipaino, lihavuus, ammattilaiset, kokemukset, IIRO-projekti		
Muut tiedot		



Author(s) Reinikainen, Laura	Type of publication Master's Thesis	Date 16122013
	Pages 115	Language Finnish
		Permission for web publication (X)
Title INTERACTIVE GROUP COUNSELING IN TREATMENT OF ADOLESCENT OVERWEIGHT AND OBESITY – THE HEALTH CARE PROFESSIONALS' EXPERIENCES AND SUGGESTIONS FOR DEVELOPMENT		
Degree Programme Master's Degree Programme in Advanced Nursing Practice		
Tutor(s) Punna, Mari Hopia, Hanna		
Assigned by Interactive group counseling in preventing obesity and in treatment overweight of adolescent (IIRO- project)		
Abstract The aim of this thesis was to provide information about the suitability of interactive group counseling for the treatment of adolescent overweight and obesity from health care professionals' perspective. The purpose of this thesis was to examine what kind of experiences and development proposals health care professionals (n=7) had about using interactive group counseling in the treatment of adolescent overweight and obesity. The thesis was carried out in a project called 'Interactive group counseling in preventing obesity and in treating adolescent overweight (the IIRO-project)'. JAMK University of Applied Sciences in the field of welfare supervised the project. The thesis was carried out as theme interviews which were recorded and transcribed. The method of analysis was an inductive content analysis. Results of the thesis are that the group counseling occasions were greatly dependent on the working order of the technology used in them because they were carried out by using video conference technology. However, because of the challenges with the connections, some meetings had to be arranged either partly or completely on a face-to-face basis. The professionals found the planned initial and final face-to-face meetings of the group counseling process useful because they helped with motivation and team-building. The groups consisted of 2-6 motivated children or adolescents attending the lower or upper grades of comprehensive school and parents' role and attendance to the groups were considered important with regard to weight management. Interactive group counseling was a new work method to several group counselors. Their development proposals included ensuring the working order of technology, paying attention to the age and gender of the group participants and to the activating elements of the content, tailoring the counseling material for adolescents and children, adding one face-to-face meeting in the middle of the process to enhance motivation and team-building and extending the total duration of the group counseling process and timing the group counseling for those adolescents not yet within the sphere of treatment. Furthermore, also more work resources and working hours should be allocated to the planning and implementing of group counseling. According to the professionals' experiences and development proposals, interactive group counseling is suitable for the treatment of adolescent overweight and obesity. Interactive group counseling can possibly also be used in group and individual counseling and other areas with clients of different ages and in different life situations.		
Keywords interactive, group counseling, adolescent, overweight, obesity, professionals, liro-project		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	4
2 IIRO-PROJEKTI - INTERAKTIIVINEN RYHMÄOHJAUS NUORTEN LIHAVUUDEN ENNALTAEHKÄISYSSÄ JA YLIPAINON HOIDOSSA	6
3 NUORTEN YLIPAINO JA LIHAVUUS	9
3.1 Nuoruuden, ylipainon ja lihavuuden määrittelyä.....	9
3.2 Ylipainon ja lihavuuden esiintyvyys nuorilla.....	12
3.3 Ylipainon ja lihavuuden taustatekijät nuorilla.....	13
3.3.1 Ylipainon ja lihavuuden syitä nuorilla	13
3.3.2 Ylipainon ja lihavuuden seurauksia nuorilla	17
3.4 Nuorten ylipainon ja lihavuuden hoito.....	19
4 NUORTEN YLIPAINON JA LIHAVUUDEN INTERAKTIIVINEN RYHMÄOHJAUS.....	24
4.1 Ohjaamisen taustaa	24
4.2 Ryhmäohjaus nuorten ylipainon ja lihavuuden hoidossa	27
4.3 Interaktiivinen ryhmäohjaus ylipainon ja lihavuuden hoidossa.....	32
5 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TEHTÄVÄT	36
6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	37
6.1 Opinnäytetyön laadullisen tutkimusmenetelmän kuvaus	37
6.2 Opinnäytetyön kohderyhmän kuvaus	37
6.3 Opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmä	38
6.3.1 Haastattelu laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmänä.....	38
6.3.2 Teemahaastattelu tutkimusaineiston keräämisen menetelmänä.....	39
6.3.3 Teemahaastattelujen toteuttaminen.....	40
6.4 Opinnäytetyön haastatteluaineiston litterointi ja analysointi	43
7 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	47
7.1 Haastateltavien taustatiedot.....	47
7.2 Terveystieteiden ammattilaisten kokemukset interaktiivisen ryhmäohjausmenetelmän käytöstä nuorten ylipainon ja lihavuuden hoidossa	47
7.2.1 Teknologian osuus interaktiivisessa ryhmäohjauksessa	48
7.2.2 Interaktiivisen ryhmäohjauksen toteutuminen	50

7.2.3 Nuorten osallistumiseen liittyvät tekijät interaktiivisessa ryhmäohjauksessa	56
7.2.4 Perheiden osallistuminen interaktiivisiin ryhmäohjauksiin	63
7.2.5 Uuden työmenetelmän käyttöönottoon liittyvät asiat interaktiivisessa ryhmäohjauksessa	66
7.3 Terveysthuollon ammattilaisten kehittämissuodukset interaktiivisen ryhmäohjauksen käytöstä nuorten ylipainon ja lihavuuden hoidossa	70
7.3.1 Interaktiivisen ryhmäohjauksen toteutukseen liittyvät kehittämissuodukset	71
7.3.2 Interaktiivisen ryhmäohjauksen aikatauluun liittyvät kehittämissuodukset	74
7.3.3 Interaktiivisen ryhmäohjauksen osallistujiin liittyvät kehittämissuodukset	76
7.3.4 Interaktiivisen ryhmäohjauksen kehittämissuodukset ohjaajan näkökulmasta	78
8 POHDINTA	81
8.1 Opinnäytetyöprosessin tarkastelua	81
8.1.1 Opinnäytetyön luotettavuus	81
8.1.2 Opinnäytetyön eettisyys	84
8.2 Opinnäytetyön tulosten tarkastelua	88
8.2.1 Terveysthuollon ammattilaisten kokemukset interaktiivisen ryhmäohjauksen toteutumisesta nuorten ylipainon ja lihavuuden hoidossa	88
8.2.2 Terveysthuollon ammattilaisten kehittämissuodukset interaktiivisen ryhmäohjausmenetelmän käytöstä nuorten ylipainon ja lihavuuden hoidossa	96
8.3 Johtopäätökset	100
8.4 Jatkotutkimusaiheet	102
LÄHTEET	103
LIITTEET	112
Liite 1. Haastattelurunko	112
Liite 2. Haastattelukutsu	113
Liite 3. Suostumuslomake	115

KUVIOT

Kuvio 1. Projektissa toteutuneet ryhmät.....	8
Kuvio 2. Esimerkki aineiston analyysin etenemisestä.....	46
Kuvio 3. Terveysthuollon ammattilaisten kokemuksen interaktiivisen ryhmäohjauksen toteutumisesta nuorten ylipainon ja lihavuuden hoidossa.....	48
Kuvio 4. Terveysthuollon ammattilaisten kehittämissuhteet interaktiivisen ryhmäohjauksen käytöstä nuorten ylipainon ja lihavuuden hoidossa.....	71

TAULUKOT

Taulukko 1. Ylipainon ja lihavuuden rajat lapsilla ja nuorilla.....	11
Taulukko 2. Esimerkki ryhmittelystä alkuperäisilmauksien ja pelkistysten avulla....	45

1 JOHDANTO

Viimeisen kolmen vuosikymmenen aikana ylipainon ja lihavuuden esiintyvyys on noussut. Maailmanlaajuisesti arvioidaan ylipainoisia alle 18-vuotiaita olevan 170 miljoonaa. Kymmenen prosenttia maailman kouluikäisistä lapsista arvioidaan olevan ylipainoisia ja heistä neljänneksen olevan lihavia. Useissa maissa ylipainoisten ja lihaviin nuorten osuus kasvaa puolesta yhteen prosenttiin vuosittain. Joissakin maissa ylipainoisten lasten määrä on kolminkertaistunut 1980-luvulta lähtien. (Lobstein, Baur & Uauy 2004, 1; World Health Organisation 2012, 11.) Sama tilanne on suomalaisten lasten ja nuorten ylipainon ja lihavuuden kohdalla (Kautiainen 2008, 12). Kouluterveyskyselyn (2013) mukaan 16 prosenttia peruskouluikäisistä nuorista on ylipainoisia. Työtöillä ylipainoa esiintyy 13 prosenttia ja pojilla 20 prosenttia.

Suomessa on kehitelty valtakunnallisia ohjelmia väestön terveyden edistämiseksi kuten Terveys 2015-ohjelma, jossa lapset ja nuoret mainitaan. Terveys 2015-ohjelma tähtää lasten ja nuorten hyvinvoinnin lisääntymiseen ja terveydentilan parantamiseen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001.) Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisen kehittämissuunnitelman (2008–2011) tavoitteena on ylipainoisen väestön osuuden palauttaminen vuosien 1998–2001 tasolle ehkäisten kansansairauksien syntymistä. Kaste-ohjelman (2012–2015) yhtenä tavoitteena on hyvinvointi- ja terveyserojen kaventuminen, joka tähtää painopisteen siirtämistä ongelmien hoidosta näiden ehkäisemiseen koko väestössä ja hyvinvoinnin lisäämiseen. Yksi kuudesta osaohjelmasta koostuu lasten, nuorten ja lapsiperheiden palvelujen uudistamisesta säädosuudistuksen ja suositusten merkeissä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2012, 4.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos (THL) on kehitellyt kansallisen lihavuusohjelman 2012–2015, jonka päätavoitteena on lihavuuskehityksen pysäyttäminen. Lasten ja nuorten kohdalla tavoitteeseen päästään, mikäli entistä harvemmasta lapsesta ja nuoresta kasvaa lihava aikuinen ja lihavuuteen liittyvien sairauksien vuoksi korkeassa

riskissä olevat henkilöt laihtuvat tai eivät liho edelleen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013.)

Ylipainon ja lihavuuden hoitoa tulee jatkossa toteuttaa terveydenhuollossa erilaisin työmenetelmin. Alueellisesti Keski-Suomen maakuntaohjelmassa (2011–2014) mainitaan hyvinvointipalveluiden saatavuuden turvaaminen muun muassa tietotekniikkaa hyödyntäen sähköisessä asiointissa. Maakunnissa ja maaseudulla voi olla pitkiäkin etäisyyksiä kodin ja hoitoyksikköjen välillä. (Keski-Suomen Liitto 2010.) Jyväskylän ammattikorkeakoulu vastaa maakuntaohjelman haasteeseen hallinnoimalla IIRO-projektia yhteistyössä Keski-Suomen sairaanhoitopiirin ja Keski-Suomen seututerveyskeskuksen kanssa. Projektissa kehitetään interaktiivinen ryhmäohjausmenetelmän malli nuorten ylipainon ennaltaehkäisyyn ja lihavuuden hoitoon Keski-Suomen alueelle. Interaktiivisen ryhmäohjausmenetelmän kehittämistä voidaan hyödyntää osittain terveyserojen sekä eriarvoisuuden kaventamiseen tähtääviin Terveys 2015-ohjelman tavoitteisiin. (EAKR-projektisuunnitelma 2012, 6; Sosiaali- ja terveysministeriö 2001.)

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa interaktiivisen ryhmäohjausmenetelmän soveltuvuudesta nuorten ylipainon ja lihavuuden hoitoon terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmasta. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, millaisia kokemuksia ja kehittämis ehdotuksia terveydenhuollon ammattilaisilla on interaktiivisen ryhmäohjausmenetelmän käytöstä nuorten ylipainon ja lihavuuden hoidossa.

2 IIRO-PROJEKTI - INTERAKTIIVINEN RYHMÄOHJAUS NUORTEN LIHAVUUDEN ENNALTAEHKÄISYSSÄ JA YLIPAINON HOIDOSSA

Interaktiivinen ryhmäohjaus nuorten ylipainon ennaltaehkäisyssä ja lihavuuden hoidossa (IIRO-projekti) on kehittämisprojekti, jonka tavoitteena on luoda interaktiivisen ryhmäohjauksen toimintamalli nuorten ylipainon ennaltaehkäisyyn ja lihavuuden hoitoon. IIRO-projektia hallinnoi Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Yhteistyökumppaneina ovat Keski-Suomen sairaanhoitopiiri ja Keski-Suomen seututerveyskeskus. Päärahoittajana projektissa toimii Keski-Suomen Liitto ja Euroopan aluekehitysrahasto (EAKR) rahoittaa myös projektia. (EAKR-projektisuunnitelma 2012, 3-5; IIRO 2013.)

Interaktiivista ryhmäohjausmenetelmää tarvitaan pitkien etäisyyksien vuoksi, sillä pienempien kuntien nuorilla on eriarvoinen asema kaupungissa asuviin nuoriin verrattuna tulla hoitoyksikköön tai ryhmätapaamisiin. Etäohjauksen avulla nuorten on mahdollista saada ohjausta terveydenhuollon ammattilaisilta ja vertaistukea ikätovereiltaan. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri ja Keski-Suomen seututerveyskeskus kehittävät projektin aikana interaktiivisen ryhmäohjauksen toimintamallin. (EAKR-projektisuunnitelma 2012, 1; IIRO 23.2.2013.)

Interaktiivisella ryhmäohjauksella tarkoitetaan projektissa ja opinnäytetyössä terveydenhuollon ammattilaisten eli ryhmäohjaajien ja asiakkaiden (nuoret ja heidän vanhempansa) välillä tapahtunutta vuorovaikutteista tietokonevälitteistä etäohjausta. Terveydenhuollon ammattilaiset ovat tässä projektissa ryhmiin valittuja ohjaajia, jotka työskentelevät ylipainoisten ja lihaviin nuorten parissa Keski-Suomen seututerveyskeskuksen tai Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella. Anonymiteetin säilyttämisen vuoksi ohjaajia ei opinnäytetyössä eritellä tarkemmin. Terveydenhuollon ammattilaisia kutsutaan jatkossa opinnäytetyössä ryhmäohjaajiksi. (EAKR-projektisuunnitelma 2012, 12.)

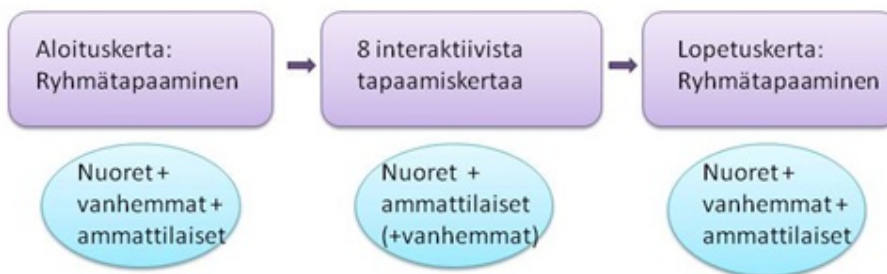
Etäohjaus toteutetaan videoneuvotteluyhteyden avulla ammattilaisen työpaikan ja nuoren kodin välillä. Nuorilla ja heidän perheillään on kotonaan käytössä omalle tietokoneelleen asennettu Jabber Video-ohjelma suojatussa yhteydessä sekä webkamera, mikrofoni ja kuulokkeet. Kotipäätteen avulla asiakas (nuori ja hänen vanhempansa) on yhteydessä ryhmää ohjaaviin terveydenhuollon ammattilaisiin ja muihin samassa tilanteessa oleviin nuoriin. Interaktiivinen ryhmäohjaus koostuu videoneuvotteluyhteyden kautta järjestetyistä kerroista sekä suunnitelluista kontaktitapaamisista.

Interaktiivisia ryhmäohjauksia järjestetään projektissa neljässä eri ryhmässä helmittoukokuun 2013 aikana, joihin osallistuu noin 12–16-vuotiata ylipainoisia tai lihavia nuoria perheineen (ks. kuvio 1). Keski-Suomen sairaanhoitopiiristä muodostetaan kaksi viiden hengen ryhmää, jotka toteutetaan kuudella noin 90 minuutin verkko-ohjauksella, joiden lisäksi on projektin aloitus- ja lopetuskerrat kontaktitapaamisina. Seututerveyskeskuksen alueelta puolestaan rekrytoidaan saman ikäisiä nuoria perheineen kahteen noin kymmenen hengen ryhmään. Ryhmät toteutuvat Jyväskylän seututerveyskeskuksen alueen kunnissa, joita ei anonyymiteetin vuoksi sen tarkemmin opinnäytetyössä eritellä. Interaktiivinen ryhmäohjaus toteutuu seututerveyskeskuksen puolella kahdeksan kertaa, 90 minuuttia kerrallaan ja kahtena kontaktitapaamisena aloitus- ja lopetuspäivinä. (IIRO 2013.)

Sairaanhoitopiirin ryhmät 1 ja 4:



Seututerveyskeskuksen ryhmät 2 ja 3:



Kuvio 1. Projektissa toteutuneet ryhmät

Ryhmäohjauksen aiheet keskittyvät osallistujien tarpeiden mukaan ravitsemukseen, liikuntaan, unen ja levon merkitykseen, syömisen hallintaan sekä erilaisten valintojen tekemiseen arkipäivän elämässä. Ryhmäohjauksen ohella nuorille ja heidän perheilleen laaditaan välitehtäviä elämäntapamuutoksen tueksi. IIRO-projektille on avattu omat www-sivut Jyväskylän ammattikorkeakoulun sivuille, joista myös ryhmään osallistuvat ja ryhmän ulkopuoliset henkilöt voivat käydä lukemassa projektista tarkemmin. Internet-sivuille on koottu materiaalia liittyen ryhmäohjauksiin. (IIRO 2013.)

Opinnäytetyö on projektissa mukana interaktiivisen ryhmäohjauksmallin kehittämisessä. Projektin tavoitteena on kehittää interaktiivista ryhmäohjauksmallia, jotta sitä voitaisiin käyttää tulevaisuudessa myös muiden ryhmien ohjauksessa. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa interaktiivisen ryhmäohjauksmenetelmän soveltuvuudesta nuorten ylipainon ja lihavuuden hoitoon terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmasta. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, millaisia kokemuksia ja kehit-

tämisehdotuksia terveydenhuollon ammattilaisilla on interaktiivisen ryhmäohjausmenetelmän käytöstä nuorten ylipainon ja lihavuuden hoidossa. Opinnäytetyö on rajattu käsittelemään nuorten ylipainon ja lihavuuden hoitoa, sillä ryhmiin osallistuvat nuoret ovat ylipainoisia tai lihavia. Opinnäytetyön osuus projektissa toteutuu vuoden 2013 aikana.

3 NUORTEN YLIPAINO JA LIHAVUUS

3.1 Nuoruuden, ylipainon ja lihavuuden määrittelyä

Nuoruus

Tässä opinnäytetyössä tarkastellaan 12-16-vuotiaita ylipainoisia ja lihavia nuoria. Tämä ikävaihe kuuluu Aalbergin ja Siimeksen (2007, 67-68) nuoruusvaiheiden jaotteen mukaan sekä varhaisnuoruuteen (12-14-vuotiaat) että varsinaiseen nuoruuteen (15-17-vuotiaat). Nuoruusiän kehitystä ohjaa biologiset, psykologiset, sosiaaliset ja yhteiskunnallisetkin tekijät. Nuoruusvaiheen alkuun kuuluu biologista kasvua ja kehitystä murrosiän alkaessa. Pituuskasvu kiihtyy nuorilla selkeästi ja sisäerityksessä sekä hormonoiminnassa tapahtuu myös muutoksia, joiden vuoksi sukupuolten väliset ulkoiset merkit alkavat näkyä. (Lyytinen, Hietakangas & Lyytinen 2008, 162.)

Nuorten elinympäristöllä on vaikutusta biologisiin muutoksiin kuten murrosiän alkamisen aikaistumiseen. 1800-luvun puolivälistä 1900-luvun puoliväliin mennessä tyttöjen kuukautisten alkamisikä laski 17:sta vuodesta 14:sta vuoteen. Aikuisten keskipituus on noussut 1-3 cm jokaista vuosikymmentä kohden. Suurin syy väestön kasvuun on ravitsemuksen paraneminen ja väestön yleisen terveydentilan paraneminen. (Sinkkonen 2010, 28-29.)

Ylipaino ja lihavuus

Ylipainolla ja lihavuudella tarkoitetaan kehon rasvakudoksen liian suurta määrää kehossa. Liiallinen rasvakudos muodostuu, kun energian saannin ja kulutuksen välillä on epäsuhda. (Daniels, Arnett, Eckel, Gidding, Hayman, Kumanyika, Robinson, Scott, St Jeor & Williams 2005.) Puberteetti käynnistyy nuorilla yhä aiemmin, johon nuorten lihominen voi olla yhteydessä. Tutkimusten mukaan on todettu murrosiän alkamisen ja rasvakudoksen välillä yhteyttä, sillä rasvakudos erittää peptidihormonia leptiiniä, joka vaikuttaa hypotalamukseen säätelemällä gonadotropiinia. Gonadotropiini on hormoni, joka vaikuttaa murrosiän käynnistymiseen. Leptiinillä voi tutkimusten mukaan olla vaikutusta murrosiän alkamiseen ja murrosiän kasvuun. (Kaplowitz 2008; Shalitin & Philip 2003.)

Ylipainon ja lihavuuden määrittelyssä on käytetty kliinisessä työssä pituuspainokäyrästä. Pituuspaino määritellään Suomessa nykyään uudistettujen kasvukäyrien perusteella, joiden kasvuaineisto on kerätty vuonna 1983–2008 syntyneiden lasten kasvutiedoista. Uudistus oli tarpeen lasten muuttuneen kasvun myötä. Nykyiset käyrät vastaavat enemmän nykyistä pituuden kehitystä. (Dunkel 2010, 2799, 2801.) Ylipainoa katsotaan olevan, kun yli 7-vuotiaalla pituuspainoprosentti on käyrästä 20–40 % . Lihavuus on kyseessä, kun pituuspainoprosentti on yli 40 % (ks. taulukko 1). Pituuspainoprosentilla tarkoitetaan poikkeamaa samaa sukupuolta olevien samanpituisten lasten keskipainosta. (Lasten kasvukäyrien uudistaminen 2011; Saari, Sankilampi & Dunkel 2010.)

Kansainvälisesti on käytetty enemmän ylipainon ja lihavuuden määrittelyssä painoindeksin (body mass index, BMI) laskemista, joka ottaa huomioon lapsilla kehon rasvamäärän. Suomessa uudistettujen kasvukäyrien käytössä suositellaan ottamaan painoindeksikäyrästä mukaan painon seurantaan kahden ikävuoden jälkeen. Suomessa olevat käyrästä eroavat hieman kansainvälisistä ja niitä suositellaan käyttämään vain Suomessa. Lapsilla ja nuorilla kehon koostumus, rasvan määrä ja BMI:n viitearvot vaihtelevat iän mukaan. Painoindeksikäyrää tulee käyttää BMI-arvon mukaan, sillä käyrän perusteella on helpompi arvioida poikkeavuuksia kuin pelkän arvon pe-

rusteella. Ylipainon ja lihavuuden määrittelyssä käytetään BMI-kasvukäyrillä iän ja painon mukaista BMI-persentiilirajoja, jotka on laadittu aikuisten (yli 18-vuotiaiden) BMI-raja-arvoista, joissa ylipaino on BMI:n ollessa 25-30 kg/m² ja lihavuus yli 30 kg/m². (Cole, Bellizzi, Flegal & Diez 2000; Lasten kasvukäyrien uudistaminen 2011; Saari, Sankilampi, Hannila, Kiviniemi, Kesseli & Dunkel 2011.)

Lapsen BMI-arvo voidaan muuttaa vastaamaan aikuisten painoindeksiä, jolloin sitä sanotaan ISO-BMI:ksi. ISO-BMI kuvaa sitä painoindeksiä, joka lapsella tulee olemaan aikuisiällä, jos hänen painonsa pysyy samalla painoindeksillä kuin nuoruusiässä. ISO-BMI:n viitearvot ovat kansainvälisesti samat kuin aikuisilla. Ylipainon rajana on 25kg/m² ja 30 kg/m² välillä ja lihavuuden rajana yli 30kg/m² (ks. taulukko1). (Lasten kasvukäyrien uudistaminen 2011)

Taulukko 1. Ylipainon ja lihavuuden rajat lapsilla ja nuorilla

Ikä	Ylipaino	Lihavuus
Pituuspaino ≥ 7-vuotiaat	20-40 %	> 40 %
ISO-BMI ≥ 2-18-vuotiaat	25-30 kg/m ²	> 30 kg/m ²

Nuoren vyötärön ympäryksen mittaamisella voidaan arvioida keskivartalolihavuutta ja viskeraalisen eli sisäelinten ympäröivän rasvakudoksen määrää, jonka on tutkimuksissa todettu aiheuttavan insuliiniresistenssiä sekä valtimotautien riskitekijöitä. Suomalaisilla lapsilla ei ole toistaiseksi ollut käytössä vyötärön ympäryksen viitearvoja, joten käytössä on kansainvälinen keskivartalolihavuuden arviointi vyötärön ympäryksen ja pituuden suhteella, jonka normaalilukema on alle 0.5 cm. (Browning, Hsieh, Ashwell 2010; Mokha, Snirivasan, Dasmahapatra, Fernandez, Chen, Zu & Berenson 2011.)

Suomessa nuorten ylipainoon ja lihavuuteen on otettu kantaa valtakunnallisesti Lihavuus (lapset): Käypä Hoito -suosituksessa (2012), johon on koottu keskeistä tutkimus-

tietoa tukemaan nuorten ylipainon ja lihavuuteen liittyviä päätöksentekotilanteita sekä klinisen hoidon avuksi. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueella on tehty lasten ja nuorten ylipainon ja lihavuuden hoitoketjun vuokaaviomalli, joka ohjaa nuorten ylipainon ja lihavuuden hoitoa Keski-Suomen alueella. (Lasten lihavuuden hoitoketju 2013.)

3.2 Ylipainon ja lihavuuden esiintyvyys nuorilla

Johdannossa todettiin kansainvälisesti ja kansallisesti ylipainon ja lihavuuden lisääntyneen runsaasti edeltävien vuosikymmenten ajan. Kautiaisen (2008, 12.) tutkimuksen mukaan ylipainon valitsevuus on lisääntynyt nimenomaan vuosien 1977 ja 1999 välillä, jonka aikana myös painoindeksi-arvot kasvoivat enemmän painoindeksikauman yläpäässä verrattuna alapäähän. Tutkimuksen mukaan myös ylipainon ja lihavuuden yleistyminen jatkui 2005 vuoteen saakka. Vuorelan, Sahan ja Salon (2011) mukaan Suomessa vuosien 1974–2001 välisenä aikana ylipaino ja lihavuus yleistyi merkittävästi 12-vuotiaiden nuorten kohdalla molemmilla sukupuolilla. Pojilla ylipainon ja lihavuuden esiintyvyys nousi myös 15-vuotiaana.

Mäen, Sippolan, Kaikkosen, Pietiläisen & Laatikaisen (2012, 767) raportoiman THL:n LATE-hankkeen yhteydessä toteutetun tutkimuksen mukaan vuosina 2007–2009 3–12-vuotiaista lapsista oli 18 % ylipainoisia ja pituuspainon perusteella 16 %. Lihavia näistä edellä mainituista oli 4 %. Ylipainoisten määrä murrosiässä 14–15-vuotiasta pojista 23 % oli ylipainoisia ja tytöistä 20 % painoindeksin mukaan.

Kouluterveyskyselyiden mukaan vuosina 2000–2009 ylipainoisten yläkouluikäisten (8. ja 9.luokkalaisten) osuus kasvoi vuosiin 2006–2007 saakka, mutta on sen jälkeen pysynyt samoissa. Vuosina 2008–2009 ylipainoisia oli ikäryhmästä 15 % (Luopa, Lommi, Kinnunen & Jokela 2010, 26). Erottelussa poikiin ja tyttöihin on saatu vuosina 2010–2011 kouluterveyskyselyssä peruskoulun poikien ylipainon osuudeksi 19 % ja tyttöjen osuudeksi 12 %. Ylipainoisten poikien osuus on pysynyt samoissa vuodesta 2008 asti,

mutta tyttöjen ylipainon osuus on noussut prosentilla edellisestä tutkimuksesta valtakunnallisesti. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2013.)

Vuorelan (2011, 11) mukaan maaseudulla asuvilla nuorilla on enemmän ylipainoa kuin kaupungissa asuvilla. Tämä on nähtävissä kouluterveyskyselyssä, jossa projektin kohdealueella Keski-Suomen seututerveyskeskuksen kuntien alueella on ylipainoa nuorilla 16 % nuorten keskuudessa 8.-9.luokilla kouluterveyskyselyn mukaan. Vuosien 2009–2011 aikana erityisesti ylipainoisten poikien osuus kasvoi ikäluokassa. (Lommi, Luopa, Puusniekka, Vilkki, Jokela, Kinnunen & Laukkarinen 2011.)

Ylipainon ja lihavuuden esiintyvyyttä voidaan mitata kasvukäyrien perusteella. Lisäksi monissa tilastoissa on otettu käyttöön nuoren kokema ylipaino ja lihavuus sekä vanhempien kokema nuoren ylipaino ja lihavuus. Välimaan (2000) väitöskirjassa käytettiin WHO:n koululaistutkimuksen aineistoa, jossa todettiin poikien olevan tyytyväisempiä painoonsa. 78 % pojista piti painoaan sopivana ja 22 % piti itseään lihavana. Tytöistä 43 % piti itseään lihavana. Taulun (2010) tutkimuksessa pyydettiin ylipainon ja lihavuuden hoidon interventioon osallistuneiden vanhempien arvioimaan lastensa ylipainoa. 68,2 % vanhemmista arvioi lapsellaan olevan hyvin lievää, lievää tai kohtalaista ylipainoa. 31,8 % arvioi lapsensa painon lähtötilanteessa normaaliksi ja kukaan ei arvioinut lastaansa vaikeasti lihavaksi. Lähtötilanteessa kriteerien mukaisesti lihavuuden rajan ylittäviä lapsia oli tutkimuksessa 75,7 %. 45 % kaikista tutkimukseen osallistuneista vanhemmista arvioi lastensa painon normaaliksi.

3.3 Ylipainon ja lihavuuden taustatekijät nuorilla

3.3.1 Ylipainon ja lihavuuden syitä nuorilla

Lihavuus (lapset): Käypä hoito -suosituksessa (2012) kehoitetaan havaitsemaan muutos nuoren painokäyrässä mahdollisimman varhain, sillä jatkuva nousu painokäyräs-

tössä viittaa lihomiseen. Lapsen varhaisen painoindeksin kääntyminen nousuun ja ylipainon rajan ylittäminen ennustaa ylipainon riskiä myöhemmällä iällä. Péneau, Thibaultin ja Rolland-Chacheran (2009) mukaan painoindeksi muuttuu lapsen kasvun iän ja kehityksen myötä, sillä 2-vuotiaana painoindeksi yleensä pienenee ja kääntyy sen jälkeen leikki-iässä kasvuun. Painon kehitystä tulisi seurata koko lapsuuden ja nuoruuden ajan.

Perimä

Perimä selittää huomattavan osan nuoren painonvaihtelusta. Lisäksi se vaikuttaa syömisikäyttäytymisen ja liikunnallisuuteen todetuissa kaksos- ja adoptiotutkimuksissa. Tutkimuksissa 4-vuotialla hieman yli 40 %:lla selittyy painonvaihtelu perimän kautta ja 17-vuotialla yli 70 % tytöillä ja yli 80 % pojilla selittyy perimästä. (Hawort, Carnell, Meaburn, Davis, Plomin & Wardle 2008; Silventoinen, Rokholm & Kaprio 2010; Wardle, Carnell, Haworth & Plomin 2008.) Lihavuudelle altistavat yksittäiset geenimuutokset ovat harvinaisia, mutta saattavat olla mahdollisia vaikeasti lihavilla nuorilla (den Hoed, Ekelund, Brage, Grontved, Zhao, Sharp, Ong, Wareham & Loos 2010).

Vanhemman lihavuus

Nuoren lihavuuden taustalla merkittävä tekijä on vanhemman lihavuus. Ennen raskautta ja sen jälkeen ilmenevä lihavuus tai lihominen joko äidillä tai molemmilla vanhemmilla lisäävät lapsen ylipainon riskiä. Pohjoissuomalaisessa seurantatutkimuksessa vuosina 1966–1997 todettiin lihaviä äitien lasten BMI:n olevan 1-, 14- ja 31-vuoden iässä olevan korkeampi kuin niiden vanhempien, joilla oli normaalipainoinen lapsi. (Jääskeläinen ym. 2011; Laitinen, Powel, Järvelin 2001.) Vahvan perinnöllisyyden vuoksi suositellaan Lihavuus (lapset): Käypä Hoito -suosituksessa (2012) tunnistamaan lihavuudelle alttiit lapset ja nuoret.

Vanhemman terveiskäyttäytyminen

Vanhempien terveiskäyttäytyminen vaikuttaa lihavuuteen ennen syntymää ja sen jälkeen. Oken, Levitan ja Gillman (2008) ovat kirjallisuuskatsauksessa ja meta-analyysissä todenneet, että äidin tupakointi raskausaikana lisää lapsen ylipainon ris-

kiä 3-33 vuoden iässä verrattuna niihin lapsiin, joiden äidit eivät tupakoineet raskausaikana. Äitien imettämisen on todettu vauvaiässä vähentävän lasten ja nuorten ylipainoisuuden ja lihavuuden riskiä kirjallisuuskatsauksien ja meta-analyysien mukaan verrattuna korvikeruokittuihin lapsiin. (Arenz, Rückerl, Koletzko & Von Kries 2004; Ip, Chung, Raman, Trikalinos & Lau 2009.) Lisäruokien aloittamisella varhain rintaruokinnasta riippumatta saattaa olla lihavuutta edistävä yhteys (Schack-Nielsen, Sorensen, Mortensen & Michaelsen 2010). Liikunnallisesti passiivisten vanhempien lapset liikkuvat keskimäärin vähemmän ja näiden lapsilla on suurentunut ylipainon ja lihavuuden riski. Vanhemman terveystyöskäytymisellä on vaikutusta lasten syömiseen. Tutkimuksen mukaan vähemmän kontrolloivamman vanhemman lapsilla ja nuorilla oli epäterveellisemmin syövä lapsi tai nuori. (Arredondo, Elder, Ayala, Campbell, Baquero & Duerksen 2006.)

Vanhemman sosioekonominen asema

Vanhempien sosioekonomisella asemalla on yhteys nuorten ylipainon ja lihavuuden esiintymiseen. Alhaisimmissa sosio-ekonomisissa ryhmässä olevien vanhempien lapsilla on ylipainoa ja lihavuutta enemmän kuin muissa sosio-ekonomisissa ryhmissä. (Stamakis, Wardle & Cole 2010.) 35:n eri maan välisessä vertailussa todettiin, että 11-, 13-, ja 15-vuotiaiden nuorten kohdalla ylipainon esiintyvyys oli korkeampaa vähävaraisemmissa perheissä. Kroatiassa, Virossa ja Latviassa oli varakkaammissa perheissä ylipainon riskiä nuorten kohdalla. Puolassa, Liettuassa, Makedoniassa ja Suomessa taas tytöillä oli enemmän ylipainoa vähävaraisemmissa perheissä. (Due, Damsgaard, Rasmussen, Holstein, Wardle, Merlo, Currie, Ahluwalia, Sørensen & Lynch 2009; HBSC Obesity Writing Group, Borraccino, Borup, Boyce, Elgar, Gabhainn, Krølner, Svastisalee, Matos, Nansel, Al Sabbah, Vereecken & Valimaa. 2009.)

Nuoren ja perheen elintavat

Syömistottumukset ovat yhteydessä ylipainon ja lihavuuden esiintymiseen. Wekerin (2006) kirjallisuuskatsauksessa todettiin epäterveellisten ruokailutottumusten olevan yksi perheissä kulkeviin ja ympäristöön liittyviin asioihin, joka vaikuttaa nuorten ylipainoon ja lihavuuteen. Jennings, Welch, van Sluijs, Griffin, Cassidy (2011) toteavat

tutkimuksessaan, että ruokavalion hyvällä koostumuksella on painoa vähentävä vaikutus. Australiassa tutkittiin 4-16-vuotiaiden nuorten ravitsemusta ja tutkimuksessa todettiin ravinnon hyvällä koostumuksella olevan yhteyttä alhaisempaan energiansaantiin, energiatihyteen, rasvojen saantiin, sokerin saantiin ja ravintoaineiden saantiin. Davisin, Alexanderin, Venturan, Toledo-Corralin ja Goranin (2009) tekemän tutkimuksen mukaan lasten ruoan kuitupitoisuus suositusten mukaan saattaa suojata nuorta ylipainolta.

Szajewska ja Ruszczyński (2010) toteavat kirjallisuuskatsauksessa, että aamiaisen syöminen vähentää ylipainon ja lihavuuden riskiä. Lisäksi Euroopassa todettiin samaisessa kirjallisuuskatsauksessa myös nuorten BMI-arvon olevan matalampi, jotka söivät aamupalan. Nuorten sokeripitoisten juomien nauttiminen on todettu lisäävän ylipainon ja lihavuuden riskiä Vartanian, Schwartz, Brownell (2007) kirjallisuuskatsauksessa ja meta-analysissä. Sokeripitoisten juomien nauttimisen todettiin liittyvän kasvavaan energiansaantiin ja painoon. Sokeripitoisten juomien nauttiminen vähensi maidon juontia tutkimuksissa ja näin ollen kalsiumin yms. ravintoaineiden saanti jäi vähäisemmäksi.

Koko perheen yhteinen ateriointi vähentää nuorten ylipainoa Veugelers ja Fitzgerald (2005) tutkimuksessa. Pikaruokien tiheä käyttö edistää nuorten ylipainon kehittymistä (MacFarlane A, Cleland V, Crawford, Campbell & Timperio 2009). Taveras, Berkey, Rifas-Shiman, Ludwig, Rockett, Field, Colditz ja Gillman tutkimustulosten (2005) mukaan pikaruokia enemmän syövät nuoret ovat painavampia, he saavat enemmän energiaa ja heidän ruoanlaatu on huonompaa. Lihavuus (lapset): Käypä hoito -suositusten (2012) mukaan napostelun yhteydestä nuorten ylipainoon on saatu ristiriitaista tutkimusnäyttöä.

Liikkumattomuudella on vaikutusta ylipainon kehittymiseen. Fyysisen aktiivisuuden lisäämisellä on suojeleva vaikutus ylipainon kertymiseen ja lihavuuteen nuorten kohdalla kirjallisuuskatsauksen mukaan. (Jiménez-Pavón, Kelly & Reilly 2010.) Unen määrällä on myös vaikutusta ylipainoon. Patel & Hun (2008) kirjallisuuskatsaus osoittaa,

että nuorten kohdalla vähäisellä unen määrällä on vahvasti yhteys nykyiseen ylipainoon ja tulevaisuudessa lihomiseen. Vähäinen nukkuminen altistaa ylipainolle.

Television katselun ja tietokoneen käytön on todettu vaikuttavan ylipainoon ja lihavuuteen. Kautiaisen, Koivusillan, Lintosen, Virtasen ja Rimpelän (2005) tekemän mukaan lisääntynyt ajankäyttö television ja tietokoneen äärellä on yhteydessä ylipainon lisääntymiseen nuorten kohdalla. Tutkimuksessa verrattiin muun muassa tyttöjä, jotka viettivät alle 1h päivässä, 1-3 h päivässä ja yli 4h päivässä aikaa television äärellä. Ylipainon esiintyvyys kasvoi tuntimäärien mukana tietokoneella vietetyn ajan suhteen. Vastaavat tulokset saatiin poikien kohdalla. Boulos, Vikre, Oppenheimer, Chang, Kanarek (2012) ovat listanneet television katselun ja ylipainon välistä yhteyttä: television katselu korvaa istumalla fyysistä aktiivisuutta, ruokamainokset houkuttelevat enemmän käyttämään vähäravinteisia ja runsaskalorisia ruokia sekä television katselun ajatellaan olevan yhteydessä päämäärättömään syömiseen. Lastenohjelmien yhteydessä esitettävät ruokamainokset lisäävät myös energiatiheiden ruokien miellyttävyyden tunnetta lapsilla ja ovat yhteydessä ylipainon yleisyyteen. (Boylan, Harrold, Kirkham, Corker, Cuddy, Evans, Dovey, Lawton, Blundell & Halford 2011; Lobstein & Dobb 2005.)

Nuorten terveysvalintoihin vaikuttavia tekijöitä ovat ympäristö- ja kulttuuritekijät kuten harrastukset, televisio, Internet ja mainokset. Uutta tietoa tulee jatkuvasti erilaisten tiedotuskanavien kautta muoti-, elämis-, ruokailu-, ja harrastusmalleihin, joihin nuoret voivat samaistua. Nuoren itsetunto ja vuovaikutus- ja sosiaaliset taidot vaikuttavat siihen, miten nuori uskaltaa olla joissain valinnoissa esimerkiksi terveytensä suhteen eri mieltä kuin kaverit. (Pietilä 2002, 276.)

3.3.2 Ylipainon ja lihavuuden seurauksia nuorilla

Psykososiaaliset seuraukset

Nuorten kehitystehtäviin kuuluu varhaisnuoruudessa (12–14-vuotiaana) puberteetin alkamisen myötä psyykkisten muutosten lisäksi fyysisten kehon muutoksia. Nuori

saattaa tässä vaiheessa elää ristiriitojen keskellä eikä hallitse vielä täysin omaa kehoaan. Varsinaisen nuoruuden aikana (15–17-vuotiaana) nuori alkaa sopeutua muuttuneeseen ruumiinkuvaansa. (Aalberg & Siimes 2007, 68). McCabe ja Ricciadelli (2004a ja 2004b) tutkivat 12–17-vuotiaiden nuoren murrosiän alkua ja tyytyväisyyttä omaan kehoonsa sekä tarvetta ja halua muuttaa ja manipuloida kehoaan. Tytöt olivat poikia tyytymättömämpiä kehoonsa ja aikaisin kypsyvät tytöt ja myöhään kypsyvät pojat olivat muita tyytymättömämpiä kehoonsa. Aikaisin kehittyneet pojat halusivat kasvattaa lihasmassaa, kun taas aikaisin kehittyneet tytöt olivat tyytymättömiä kehonkuvaansa, vaikka he olivat suosittuja poikien silmissä ja olivat urheilullisia, mutta halusivat pudottaa painoaan.

Griffiths, Parsons ja Hill (2010) tekemän kirjallisuuskatsauksen mukaan fyysiseen suoriutumiseen tai ulkomuotoon ja liikunnallisuuteen liittyvä itsetunto saattaa olla huonompi lihavilla nuorilla kuin heidän ikätovereillaan. Lisäksi yleinen elämänlaatu koetaan lihavien nuorten kohdalla huonommaksi kuin ikätovereilla. Terveysteen, fyysisen ja sosiaaliseen toimintakykyyn sekä ulkomuotoon liittyvät elämänlaadun osa-alueet koetaan heikoimmaksi lihavilla nuorilla, mutta koulunkäyntiin, perheeseen tai psykologiseen hyvinvointiin liittyvä elämänlaatu ei juuri poikkeaa normaalipainoisista.

Ylipainolla ja lihavuudella on yhteyttä tutkimusten mukaan mielialaan. Murrosiän alkamiseen voi liittyä psyykkisiä muutoksia kuten hämmennystä ja levottomuutta. Dockray, Susman, Dorn (2009) poikkileikkaustutkimuksen mukaan 8-13-vuotiailla nuorilla todettiin masennuksen ja painoindeksin välillä positiivista yhteyttä. Rofey, Kolko, Iosif, Silk, Bost, Feng, Szigethy, Noll Ryan, Dahl (2006) tekemän pitkittäistutkimuksen mukaan ahdistuneisuus on 8-18-vuotiailla yhteydessä suurentuneeseen painoindeksiin. Tyttöillä todettiin samassa tutkimuksessa masentuneisuuden ja painoindeksin välillä suurentunutta yhteyttä. Lihavuuden ja psyykkisten ongelmien välillä voi olla kahtiajakoa Puderin & Munsch (2010) mukaan, sillä nuoren psykologiset vaikeudet saattavat vaikeuttaa painonhallintaa, mutta lihavuus taas saattaa johtaa psykososiaalisiin ongelmiin. Puhlin, Latnerin ja Stigman (2007) mukaan lihavuuden ja psykososiaalisten ongelmien yhteyttä saattaa selittää syrjintä ja leimaaminen, jota

ylipainoiset ja lihavat nuoret kokevat paljon painonsa vuoksi. Ylipaino ja lihavuus voivat haitata kaverisuhteiden syntymistä ja kaveripiirien ulkopuolelle jäämistä. Tang-Péronardin ja Heitmannin (2008) mukaan ylipainoiset tytöt kokevat useammin tulevana kiusatuksi ja sosiaalisesti eristetyksi. Kokemus kavereiden ja perheenjäsenten kiusaamiseksi tulemisesta on nuorten kohdalla yleistä.

Fyysiset seuraukset

Lihavuus lisää monien sairauksien syntymisen riskiä. Nuorten lihomiseen liittyy aineenvaihdunnallisia muutoksia, jotka voivat aiheuttaa sydän- ja verisuonitauteja. Aikuisiän metabolista oireyhtymää ennakoi lihavuus ja nuoruusiässä todettu korkea triglyseridi-, insuliini- ja CRP-pitoisuus. Edellä mainittujen sairauksien riskitekijät lisääntyvät lihavuuden myötä. Kolmasosalla nuorista on todettavissa useita valtimotaudin ja metabolisen oireyhtymän riskitekijöitä. (Friedemann, Heneghan, Mahtani, Thompson, Perera, Ward 2012; Mattson, Rönnemaa, Juonala 2008.)

Skinner, Mayer ML, Flower (2009) mukaan lihavilla nuorilla on kohonnutta verenpainetta painon lisääntyessä, veren lipiditasoissa tapahtuu nousua ja verensokeriarvoissa tapahtuu nousua. Lihavuus (lapset): Käypä hoito -suositukseen (2012) on listattu lihavuuden mahdolliset vaikutukset astmaan, rasvamaksaan ja unenaikaisiin hengityshäiriöihin ja uniapneaan vaihtelevin tutkimustuloksien.

3.4 Nuorten ylipainon ja lihavuuden hoito

Lihavuus (lapset): Käypä hoito -suositukseen (2012) on laitettu nuoren ylipainon ja lihavuuden hoidon edellytykseksi, että nuori on lihava tai hänellä on ylipainoa ja paino on jatkuvassa nousussa tai nuoren paino on nousussa ja sukuanamneesissa on alttiutta lihavuuden lisäsairauksille. Ylipainon ja lihavuuden hoito toteutetaan yleensä ryhmähoitona, yksilöhoitona tai niiden molempien yhdistelmänä, sillä ei ole todettu minkään yksittäisen hoitomuodon olevan muita vaikuttavampaa. (Oude Luttikhuis, Baur & Jensen 2009.)

Motivoituminen ja halukkuus hoitoon

Hoidon onnistumisen edellytyksenä on lapsen tai nuoren sekä hänen perheensä on halukas ja motivoitunut tulemaan hoitoon. Lihavuus (lapset): Käypä hoito -suosituksessa kehoitetaan huomioimaan elintapojen henkilökohtaisuus ja painoaiheen arkuus keskusteluaiheena. Haskardin, Zolnierekin ja DiMatteon (2009) mukaan nuoreen ja perheeseen tulisi muodostaa hyvä vuorovaikutussuhde, jolla voidaan parantaa hoitohalukkuutta. Ammattilaisen antamalla tuella ja myönteisyydellä on positiivista vaikutusta nuoren ja vanhempien halukkuuteen jatkaa hoitoa Stewartin, Chapplen, Hughesin, Poustien ja Reillyn (2008) tekemän laadullisen tutkimuksen mukaan. Hoitoon osallistuvalla ammattilaisella tulee olla riittävä näyttöön perustuva osaaminen elintavoista, jotka edistävät painonhallintaa sekä terveystyöskäytymiseen vaikuttavista menetelmistä. (Stewart, Reilly & Hughes 2009.)

Asiakaslähtöisyys ja perhekeskeisyys

Hoidon tulisi olla myös asiakaslähtöistä ja perhekeskeistä, jolloin tehdään yhteiset tavoitteet lyhyelle ja pitkälle aikavälille yhdessä perheen kanssa. Lapsen ikä, lihavuuden aste ja lihavuuden aiheuttamat riskit otetaan huomioon. Perheen valmiudet, voimavarat ja tarpeet huomioidaan tavoitteista sovittaessa. (Daniels, Arnett, Eckel, Gidding, Hayman, Kumanyika, Robinson, Scott, St Jeor & Williams 2005.) Perhekeskeisessä näkökulmassa korostetaan sitä, että perhe on asioidensa asiantuntijana ja vanhemmat omien lastensa asiantuntijoina. Perhekeskeisyydessä pyritään nuoren lisäksi auttamaan koko perhettä. (Vilen, Leppämäki & Ekström 2005, 147, 154.)

Kitzmann, Dalton, Stanley, Beech, Reeves, Buscemi, Egli, Gamble & Midgett (2010, 96) meta-analyysissä käsiteltiin muun muassa vanhempien mukaanottoa nuorten elintapainterventioihin useissa tutkimuksissa. Tutkimustulokseksi saatiin, että vanhempien osallistuminen hoitoon tukee nuoria emotionaalisesti ja siitä on myös hyötyä hoidossa. Vanhempien omalla muutosvalmiudella oli vaikutusta nuorten hoitoon elintapoihin liittyvissä asioissa. Young, Northern & Lister (2007) selvittivät meta-analyysissään, että perheen käyttäytymismuutosta tukevat interventiot toivat suuremmat vaikutukset nuorten painoon kuin muunlaiset interventiot. Taulun (2010, 8)

kvasikokeellisen interventiotutkimuksen tulokset osoittivat, että vanhempien ravitsemustietouden paraneminen ennakoii lasten ylipainon ja lihavuuden ehkäisyä.

Verkostokeskeinen näkökulma on merkittävä perhekeskeisyyden lisäksi ja se tarkoittaa, että ihmisen sosiaalinen verkosto otetaan huomioon kaikissa tilanteissa. Verkostolla tarkoitetaan asiakkaan elämäntilanteeseen kuuluvia ihmisiä: perhettä, sukulaisia ja muuta verkostoa, joiden kaikkien voimavarat voidaan ottaa huomioon työskentelytavassa. (Vilén ym. 2005, 147, 154.) Perhekeskeisyyden lisäksi verkostokeskeisyyden Sacherin, Kolotoroun, Chadwickin, Colen, Lawsonin, Lucasin ja Singhalin (2010) tutkimuksen mukaan monialaisella ja moniammatillisella työskentelytavalla on hyötyä nuorten ylipainon ja lihavuuden hoidossa.

Pitkäaikaisuus

Ylipainon ja lihavuuden hoidon tulisi olla tutkimusten mukaan pitkäaikaista. Kitzmann ym. meta-analyysin (2010, 96) mukaan pienelläkin elintapainterventiolla saadaan tuloksia parempaan painonhallintaan. Meta-analyysin mukaan merkittäviä vaikutuksia saadaan ohjelmilla, jotka kestävät alle 4 kuukautta, mutta näissä saatiin tulokset usean kuukauden ajan hoidon jälkeen. Pysyvämpiä vaikutuksia saatiin kuitenkin ohjelmilla, jotka kestivät yli 8 kuukautta. Pidempien elintapainterventio-ohjelmat tuovat asteittain tapahtuvaa elintapamuutosta ja tuovat eniten hyötyä ylipainoisille lapsille, nuorille ja heidän vanhemmilleen. Oude Luttikhuis, Baur ja Jansen Cochrane-katsauksen (2009) mukaan hoitointerventioiden tulisi kestää vähintään puoli vuotta. Tutkimuksessa todettiin ylipainon vähenemistä 6 ja 12 kuukauden seurannassa. Reihnerin, Kleberin, Lassin & Toschken (2010) vuoden kestäneessä kontrolloimattomassa elintapainterventiotutkimuksessa todettiin 4-16-vuotiaiden laihtuvan vuoden seuranta-aikana ja vielä seuraavan neljän vuoden aikana. Onnistunut hoitotulos ennusti tutkimuksessa pitkäaikaistuloksia.

Elintapojen muuttamiseen liittyvän käyttäytymisen tukeminen

Pääperiaatteena ylipainon ja lihavuuden hoidossa on nuoren ja hänen perheen kohdalla pysyviin elintapamuutoksiin liittyvän käyttäytymisen tukeminen. Ensisijaisesti

pyritään kiinnittämään huomiota ruokailutottumuksiin, fyysiseen aktiivisuuteen, ruutuajan vähentämiseen, riittävän levon turvaamiseen sekä lapsen hyvinvointiin ja terveyteen. (Barlow & Expert Committee 2007.)

Elintapaohjauksen sisältönä ruokailutottumuksissa tämä voi tarkoittaa kiinnittämällä huomiota ateriarhythmiin ja pyrkimällä säännöllisyyteen. Ruokavalion laatuun ja energiansaantiin tulisi kiinnittää huomiota välttämällä energiatiheitä ruokia, runsaan rasvan tai proteiinin lähteitä. Lisäksi kiinnittäminen huomiota nykyisiin syömistapoihin leivonnaisten, makeisten, pikaruokein, vähäiseen kasvisten ja hedelmien syöntiin, liian isoihin annoskokoihin, naposteluun ja valmisruokiin voi parantaa ruokailutottumuksia. Tavoitteisiin kuuluu myös sokerilla makeutettujen virvoitusjuomien välttäminen. (Oude Luttikhuis, Baur & Jansen 2009.) Ohjauksen perustana käytetään nykyisiä elintapoja ja kohdistetaan yksilöllinen ohjaus tarpeiden mukaan esimerkiksi kylläisyyden tunteen ja nälän tunnistamiseen ja ruoan tuottaman nautinnon korvaamiseen muilla mielihyvää tuovilla asioilla. (Golley, Hendrie, Slater & Corsini 2011; Lihavuus (lapset): Käypä hoito –suositus 2012.)

Martins & MCNeilin kirjallisuuskatsauksen (2009) mukaan motivoivan haastattelun avulla voidaan edistää terveyskäyttäytymistä. Elintapoihin liittyvän käyttäytymisen muutosta tuetaan nuoren ja hänen perheensä kohdalla itsemääräämisoikeuden avulla tarjoamalla vaihtoehtoja ja valinnanvapautta. Perheiden kanssa asetetaan yhteisiä tavoitteita. Hoidossa kiinnitetään myös huomioita niihin elintapoihin, jotka ovat hyvällä mallilla. Jatkuva palautteen antaminen kuuluu käyttäytymismuutosten edistymisestä.

Painotavoitteet ja lisäsairauksien ehkäiseminen

Hoidon toissijaisia tavoitteita ovat yksilölliset painotavoitteet ja lihavuuden lisäsairauksien ehkäiseminen. Usein lapsille riittää painon pitäminen samoissa lukemissa, jolloin lapsi hoikistuu luonnollisesti pituuskasvun kautta. Vaikea-asteisessa lihavuudessa tai liitännäissairauksissa tavoitteena on painon hidas laskeminen, joka tarkoit-

taa 6-11-vuotiailla enintään 0.5 kg kuukaudessa ja yli 12-vuotiailla enintään 1kg kuukaudessa. (Barlow & Expert Committee 2007.)

Harvoissa tapauksissa voidaan nuorten ylipainoa ja lihavuutta hoitaa lääkkeellisin menetelmin. Käytössä olleita lääkointerventioita nuorten ylipainon lihavuuden hoidossa on elintapainterventioiden lisäksi ollut metformiini, siburtamiini ja orlistatiini. Cochrane-katsauksen (1/2009) mukaan 6-12 kuukauden seurannassa lasten ylipaino väheni elintapainterventioiden kautta ilman tai siburtamiinin ja orlistatiinin kautta. Katsauksen tuloksena saatiin, että nuorten kohdalla on tehokas hoitokeino käyttäytymiseen vaikuttavien interventioiden yhdistäminen tavalliseen hoitomuotoon, itsehoitoon tai harkitusti lääkkeelliseen hoitoon, jonka käyttöönotto tarvitsee kuitenkin harkintaa myös lääkaineiden mahdollisista haittavaikutuksista. (Oude Luttikhuis, Baur, Jansen, Shrewsbury, O'malley, Stolk & Summerbell 2009.)

Ylipainon ja lihavuuden hoidolla voidaan lisätä lasten elämänlaatua, itsetuntoa ja itsearvostusta ja vähentää masentuneisuutta. Näihin edellä mainittuihin asioihin voidaan tutkimusten mukaan vaikuttaa ilman painonmuutoksiakin (Griffiths, Parsons & Hill 2010; Oude Luttikhuis ym. 2009.)

4 NUORTEN YLIPAINON JA LIHAVUUDEN INTERAKTIIVINEN RYHMÄOHJAUS

4.1 Ohjaamisen taustaa

Ohjaaminen osana terveyden edistämistä

Ohjaaminen on yksi terveyden edistämisen keinoista. Terveyden edistäminen on määritelty uudistuneessa terveydenhuoltolaissa (2010/1362), jossa se on nimetty-osaksi kuntien toimintaa yksilön, väestön, yhteisön ja elinympäristön tasolla. Perusterveydenhuollossa terveyden edistäminen on osa terveysneuvontaa ja terveystarkastuksia. Terveyden edistämisen laatusuosituksessa on mainittu kuntien terveyden edistämisen osaamisen tarjoamisvelvollisuuden kuntalaisille. Sitä tulisi antaa terveysneuvonnan ja ohjauksen muodossa yksilöllisesti eri elämänvaiheissa ymmärrettävästi, tieteellisesti pätevästi ja perustellusti terveyden edistämiseksi ja sairauksien ehkäisyksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 24–25.)

Ohjauksen perustana voidaan pitää lakia asiakkaan oikeuteen terveytensä ja hoitonsa tietämiseen. Suomessa on paljon laatukriteerejä, -suosituksia ja oppaita, joilla kootaan yhtenäisen toiminnan linjat ja arvioinnit. Ne antavat suuntaa laadunarviointiin ja kehittämiseen, mutta eivät määritä ohjauksen laatua. Ohjauksen laadusta ei ole yleisessä keskustelussa hyväksytyjä kriteereitä, mutta sen tulee olla yhtä laadukasta kuin muu asiakkaan hoidon osa-alue. Laadukkaan ohjauksen on koettu olevan asianmukaista ja hyvää hoitoa asiakkaalle. Asiakkaan osallistuvuuden painottaminen lähete ohjauksen laadunmäärittelystä ja toteutumiskriteereiden asettamisesta. (Kynge, Käriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 20.)

Ohjaaminen määritellään asiakkaan ja terveydenhuollon ammattilaisen väliseksi aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi, joka on yhteydessä heidän taustatekijöihinsä ja tapahtuu vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa. Laadukas ohjaaminen vaatii Kä-

riäisen (2007) tutkimuksen mukaan molempien osapuolten taustatekijöiden lisäksi tiettyjä resursseja, joita ovat henkilöstö, aika, tilat ja ammattilaisten ohjaustaidot. (Kyngäs ym. 2007, 21.; Kääriäinen 2007, 133–134.)

Ohjaaminen nuoren ylipainon ja lihavuuden hoidossa

Ohjausta voidaan toteuttaa tavoitteellisesti, sisällöllisesti ja menetelmällisesti (Onnismaa 2007, 21–25). Nuorten ylipainon ja lihavuuden hoidossa ohjaus on tavoitteellista. Asiakkaan ja ohjaajan taustatekijät voidaan jakaa neljään osaan, jotka vaikuttavat ohjaajan tarvitsemiin tietoihin ja taitoihin sekä asennoitumiseen. Fyysisillä ominaisuuksilla tarkoitetaan asiakkaan osalta ikää, sukupuolta, sairauden kestoa ja laatua sekä sen vaikutusta arkielämään ja ohjaustarpeisiin, joita opinnäytetyössä käsitellään nuorten ylipainon ja lihavuuden hoitoa koskeviksi. Psykkisillä taustatekijöillä tarkoitetaan motivaatiota, terveysuskomuksia ja kokemuksia, mieltymyksiä, odotuksia, tarpeita sekä oppimistyyliä ja -valmiuksia. Sosiaalisilla taustatekijöillä tarkoitetaan sosiaalisia, kulttuurisia, uskonnollisia ja eettisiä tekijöitä, jotka vaikuttavat asiakkaan toimintaan. Muita ympäristötekijöitä ajatellaan olevan sellaiset asiat, jotka vaikuttavat ohjaustilanteeseen tai ovat esteenä ja häiriötekijänä ohjauksessa. Paras fyysinen ympäristö voi olla sellainen, jossa asiakas pystyy häiriöttömästi keskittymään ohjaukseen, kokee olonsa turvalliseksi ja jossa on materiaali saatavilla. (Kääriäinen & Kyngäs 2013.)

Ohjaus on asiakkaan oma-aloitteisuuteen ja kykyyn parantaa oma elämänsä vaikuttamista. Nuoren lihavuuden ja ylipainon hoidossa pyritään pääosin elintapamuutosten tukemiseen terveyskäyttäytymisessä, jossa nuori on siis aktiivinen osapuoli ja pulman ratkaisija yhdessä perheensä kanssa. Ohjaus eroaa muista keskusteluista siinä, että se on suunnitelmallisempaa ja sisältää osittain tiedon antamista. Tuloksellinen ohjaus vaatii useita ohjauskertoja. (Kyngäs ym. 2007, 26-27.) Edellä mainitussa kappaleessa todettiin hoidon kestolla ja painonmuutoksella olevan positiivinen yhteys (Kitzmann ym. 2010). Ohjaussuhde on usein tasavertaista (Kyngäs ym. 2007, 27).

Ohjaus on asiakaslähtöistä ja motivoivan työskentelytavan mukaista nuorten ylipainon ja lihavuuden hoidossa. Swartzin (2010) mukaan motivoiva haastattelu on tehokasta nuorten ylipainon ja lihavuuden hoidossa ja sitä voisi ohjauksessa suosia. Anglén (2010) mukaan motivoivassa työskentelytavassa on kuunteleminen tärkeää, nuoren ja hänen perheensä valinnanvapauden ja oman vastuun korostaminen ratkaisukeskeisesti. Liialliset neuvot estävät tasavertaisen suhteen syntyvän ja ohjattava ei kykene tällöin itse voimaantua tekemään omia ratkaisuja. Ohjauksessa ohjattava osallistuu aktiivisesti esittämiensä ongelmien ratkaisemiseen, sillä hänen tavoitteen- ja tulkintansa ovat työskentelyn lähtökohtana. Ohjaustilanteissa korostetaan jaettua asiantuntijuutta, sillä ohjattava on oman tilanteensa ja ratkaisujensa asiantuntija ja ohjaaja on ohjausprosessin asiantuntija. (Onnismaa 2007, 25-27.) Reihnerin (2005) mukaan nuorten ylipainon ja lihavuuden hoidossa voi käyttää voimavarakeskeistä työskentelytapaa, jossa keskitytään nuoren vahvuuksiin ja huomataan pienet muutokset, joista kiitellään. Lisäksi voimavarakeskeisessä ohjaustavassa keskitytään syö- misen joustavuuteen, vaihtoehtojen tarjoamiseen ja tiedon soveltamiseen käytän- töön nuoren ja perheen arkeen.

Ohjaajan taidot

Ohjaajan tehtävä on vahvistaa ohjattavan toimintakykyä ja välttää valmiiden ratkai- sumallien tarjoamista (Onnismaa 2007, 25-26). Ohjaajalla tulee olla hyvät vuorovai- kutus- ja johtamistaidot, sillä hän käynnistää ja vie eteenpäin ohjausta. Kyvyllä hallita erilaisia prosesseja kuten oppimista, tiedonhankintaa ja päätöksentekoa on hyötyä. Ohjaajan tulee tukea asiakkaan omiin kykyihin luottamista ja oma-aloitteisuutta. (Kyngäs 2007, 34-35.)

Tavoitteen asettaminen ja toiminnan suunnittelu ovat ohjaajan toiminnallisia taitoja. Keskustelun välineitä taas ovat kysyminen, selventäminen ja tarkentaminen. Näillä ohjaaja yrittää ymmärtää ohjattavan toimintaa ja nykyhetkeä. Ohjaaja voi kohdentaa keskustelua, jolloin kiinnitetään huomiota johonkin yksityiskohtaan tai uuteen asi- aan. Keskustelua myös rajoitetaan. Konkretisoimalla tunteita, uskomuksia ja ajatuksia muutetaan ymmärrettävämmäksi tekstiä. Ohjaaja voi kannustaa ohjattavaa tai ohjat-

tavia havaitsemaan vahvuuksia. Konfrontointi (näkemysten, sanojen tai tekojen vastakkainasettelu) taas sopii tilanteisiin, jossa arvioidaan ohjattavan kanssa hänen toimintaansa. (Kyngäs 2007, 34-35.)

Ohjauksessa käytetään sanallista ja sanatonta viestintää. Viestin tulisi olla selkeää ja yksiselitteistä sanallisessa muodossa, mutta sanaton viestintä tukee, painottaa, täydentää, kumoaa ja korvaa osittain sanallista viestintää. Sanattoman viestinnän väliaineet ovat eleet, ilmeet, teot ja kehon kieli. Ohjaustavoilla hoitaja voi tukea asiakkaan aktiivisuutta. (Kyngäs 2007, 43-44.) Ohjaajan tulisi kiinnittää huomiota sanattoman ja sanallisen viestinnän yhteensopivuuteen. Ohjaukseen kuuluu hiljaisuus ja tauot. Keskustelun kokoaminen on hyödyllistä keskustelun eri vaiheissa. (Onnisma 2007, 30-32.) Kettunen (2000) tutki potilaiden ja ammattilaisen välistä terveysneuvontaa ja keskustelua. Hänen tutkimuksensa perusteella ammattilaisen herkkyyttä potilaan viestien vihjeille ja vuorovaikutuksessa tapahtuvien muutosten suhteen tulisi kehittää. Tutkimuksen mukaan potilaat voivat olla keskustelun aktiivisia osapuolia ja voivat ottaa haltuun keskustelun. Hoitajien kyky havaita potilaiden kielellisiä vihjeitä on puutteellinen. Tutkimuksessa todetaan, että mikäli potilas kokee, että hänellä on yhtä lailla mahdollisuus hallita ohjauskeskustelua ja osallistua omaa terveyttä koskevaan päätöksentekoon voi hänen itsetuntonsa kohentua. Ammattilaisen tulisi Kettusen mukaan käyttää pienetkin tilanteet tukeakseen potilaan päätöksen tekoa.

4.2 Ryhmäohjaus nuorten ylipainon ja lihavuuden hoidossa

Ryhmäohjauksen määrittelyä

Ryhmäohjaus on yksi ohjauksen muodoista, joilla nuorten ylipainon ja lihavuuden hoitoa voidaan toteuttaa. Ryhmäohjausta annetaan kootuissa ryhmissä, jotka voivat olla erikokoisia ja eri tarkoitusta varten. Ryhmien tavoitteet vaihtelevat ryhmäläisten tarpeiden ja tavoitteiden mukaan. Jäsenille ryhmässä oleminen voi tarkoittaa voimaannuttamista, joka auttaa jaksamaan ja tukee tavoitteiden saavuttamisessa. Ohjauksen avulla ryhmässä voi joskus saavuttaa parempia tuloksia kuin yksilöohjauksel-

la. Ohjaus voi lisäksi olla taloudellisempaa, sillä ohjausta voidaan tällöin antaa suuremmalle ihmismäärälle. (Kyngäs ym. 2007, 27, 104.)

Ryhmän määritelmä riippuu ryhmän tyypistä ja ryhmän kiinnostuksen kohteista, tarpeista ja tavoitteesta. Ryhmä saattaa toisinaan olla koottu vain yhtä tilaisuutta varten, mutta usein ryhmä kokoontuvat säännöllisesti tietyllä kokoonpanolla, jossa voi olla toisilleen entuudestaan tuttuja ihmisiä. Ryhmän jäsenet hyötyvät jollain tavalla toisistaan ja ryhmän jäsenet vaikuttavat toisiinsa. Ryhmään voi kuulua erilaisten motiivien kautta ja jäsenillä voi olla erilaisia kiinnostuksen kohteita. Terveystieteissä näitä ryhmiä voivat olla itsehoitoryhmät, terapiaryhmät ja vanhempainryhmät. Ryhmän koko vaikuttaa ryhmän toimintaan ja ryhmädynamiikkaan. (Kyngäs 2007, 105; Kauppila 2005, 85.)

Ryhmäidentiteetti

Ryhmäidentiteetti kehittyy yleensä ryhmäytymisen ja ryhmän kiinteyden avulla. Kiinteyden avulla ryhmä saavuttaa helpommin yhteiset sovitut tavoitteet. Ryhmädynamiikka kehittyy erilaisten prosessien avulla, joita saavat aikaan tunnetilat, impulssit, sosiaaliset ärsykkeet ja ympäristö. Ryhmän dynamiikan ja vuorovaikutuksen kautta ryhmään syntyy erilaisia rooleja, jotka määräytyvät ryhmän tavoitteiden mukaan. (Kauppila 2005, 86, 94.)

Ryhmäläisten välillä vallitsee vuorovaikutus, joka voi olla sanallista ja sanatonta. Se voi olla kasvokkain tai tapahtua verkon tai muun sähköisen laitteen avulla. Yhteisen tavoitteen asettaminen lisää ryhmään kuuluvuuden tunnetta ja sitoutumista ryhmään. Fyysiset rajat kuten tila, aikataulu ja osallistujat kuuluvat ryhmään psyykkisten rajojen lisäksi. Psyykkiset rajat vaikuttavat siihen, millainen toiminta sallitaan, hyväksytään ja mikä on ryhmän mukaista. Ryhmän tavoitteen, tehtävän ja rajojen tietäminen tukee turvallisuuden tunnetta ryhmässä, joiden lisäksi rajat tukevat ryhmän luovuutta ja vuorovaikutusta. Toisten ryhmäläisten tunteminen lisää turvallisuuden ja luottamuksen syntymistä ryhmässä. (Kyngäs ym. 2007, 105-106.)

Nuorten kohdalla asenteisiin ja arvoihin vaikuttavat sosiaaliset verkostot merkittävästi kuten kaverit, harrastukset ja koulu. Kaveripiirissä lapsi voi saada erilaisia kokemuksia kuin kotona ja tämä voi olla perheen ja yhteisön arvojen vastaista tai mukaista. Lapsen itsetunto ja vuorovaikutus- ja sosiaaliset taidot vaikuttavat siihen, miten lapsi uskaltaa olla joissain valinnoissa esimerkiksi terveytensä suhteen eri mieltä kuin kaverit. (Pietilä 2002, 276.) Nuoren elämässä ovat ystävät ja kaverit ovat keskeisessä roolissa nuoren elämässä, sillä irrottautuessaan vanhemmistaan nuori hakee tukea ja turvaa kavereiltaan. Nuoret auttavat toisiaan minuuden rakentamisessa ja yhdessä kavereiden ja ystävien kanssa. Ryhmässä koetaan yhteenkuuluvuuden tunnetta ja siellä voi kokeilla rajojaan sekä ilmaista itseään. Nuoren yksilön kehityksessä ryhmään kuuluminen on yksi välttämätön vaihe elämässä ja mikäli nuori jää ryhmän ulkopuolelle, on siitä hänen psyykkiselle kehitykselle haittaa. Varhaisnuoruudessa ratkaistaan riippuvuuden vaihetta kuulumalla ryhmään, sillä vielä ei olla täysin valmiita itsenäistymään vanhemmista. (Aalberg & Siimes 2007, 71-73.)

Ryhmäytyminen

Ryhmän toimintaan kuuluu erilaisia kehitysvaiheita. Ensimmäisessä vaiheessa ryhmäläiset ovat toisiaan kohtaan tarkkaavaisia ja tutkivat tilannetta. Ryhmä alkaa vasta muotoutua ja pelisääntöjä laaditaan. Roolit alkavat muodostua, kun ryhmän jäsenet havainnoivat aktiivisten ja puheliaimpia ihmisiä ja odottavat toisilta aloitteita ja etsivät omaa paikkaansa ryhmässä. Ryhmäytyminen luo mahdollisuuden ryhmähenkeen. Toisessa vaiheessa ollaan kuohunta- eli konfliktivaiheessa, jossa jäsenillä voi olla erilaisia näkemyksiä ja jäsenet voivat olla erilaisia. Tunteet ovat herkemmin esillä. Kolmannessa vaiheessa ryhmä on yhteistoiminnan syntymisen vaiheessa, jossa ryhmä vakiintuu ja yhteenkuuluvuus muotoutuu. Neljäs vaihe on kypsän toiminnan vaihe, jossa on syntynyt selvä työnjako jäsenten välille ja ryhmän toiminta on vakiintunut. Viidennessä vaiheessa ryhmän toiminta hajoaa, sillä ryhmä on päässyt toiminnassa loppuun ja päässyt tavoitteeseen. Tähän vaiheeseen on monesti varauduttu. Ryhmän vaiheet etenevät vaihtelevasti, sillä ryhmän kehitys voi muuttua sisäisten ja ulkoisten tekijöiden vuoksi. Aiempiin kehitysvaiheisiin voidaan palata. Toimivan ryhmän edelly-

tys on, että tapaamisia tai kontaktikertoja on tiheästi. (Kauppila 2005, 97-99; Kyngäs ym.2007, 106-109.)

Nuorten ikä vaikuttaa ryhmäohjauksessa ryhmäytymiseen ja roolien omaksumiseen, joita ryhmäohjaajan tulisi ottaa huomioon. 7-12-vuotiaana on itsereflektioivaa vaihetta, jolloin ymmärretään paremmin toisten näkemyksiä ja heijastellaan niitä toisiin. Nuori voi kokeilla uusia rooleja ja eläytyä mielikuviin. 10–15-vuotialla on keskinäisen roolin ottamisen vaihe, jonka kautta kehittyy kyky ymmärtää useiden ihmisten näkemyksiä ja toimintoja sekä eläytyä toisen rooliin. Tässä iässä nuori pystyy myös itse edustamaan itseään yhä vaativammissa rooleissa. Hän pystyy heijastamaan omia näkemyksiään ryhmätilanteessa. Yli 14-vuotiaana nuori alkaa ottaa sosiaalistuneen roolin, jossa nuori ymmärtää ihmisten toimintoja syvällisemmällä tasolla ja voi alkaa jakaa rooleja toisten kanssa. Hän kykenee ilmaisemaan empatiaa ja tunteita. (Kauppila 2005, 94.)

Ryhmäohjaajan taidot

Ryhmäohjaajan on tärkeää saada ryhmä toimimaan. Työskentelyn aloittamisessa voi ohjaaja antaa omalla toiminnallaan mallia, jota ryhmä seuraa. Ensimmäisellä kerralla on hyvä purkaa tulotilanne, tutustuttaa ryhmässä olijat toisiinsa ja sopia ryhmän kanssa erilaisista ryhmää koskevista rajoista. Ryhmäyttämistä käytetään keinona silloin, kun jäsenet eivät tunne toisiaan entuudestaan. Ryhmätyöskentelyn purkamista käytetään ryhmän toiminnassa ja prosessoinnissa apuna. (Kyngäs ym. 2007, 110-114.)

Ryhmässä tulee olla aina joku, joka ohjaa ja huolehtii ryhmästä. Terveystieteidenhuollossa ryhmäohjaajan rooli on ohjaustilanteissa yleensä ulkoapäin annettua ja perustuu terveystieteidenhuollon ammattilaisen asiantuntijuuteen ja tiedonhallintaan. Tämän lisäksi ohjaajalla on oltava ryhmäohjaustaitoja, sillä hän toimii suunnannäyttäjänä, vuorovaikutuksen huolehtijana, ryhmän työnjaon organisoinnista, resurssien huolehtimisesta, tiedonvälittämisestä ja palautteen antamisesta. Ohjaajan vastuulla on myös

keskustella ryhmäläisten kanssa heidän oppimansa asian siirtämisestä jokapäiväiseen elämäänsä. (Kyngäs ym. 2007, 106-109.)

Ryhmäohjaus nuorten ylipainon ja lihavuuden hoidossa

Tutkimusten mukaan ryhmäohjaus soveltuu nuorten ylipainon ja lihavuuden hoitoon. Nuorten kohdalla ryhmämuotoista ohjausta on tutkittu muun muassa kvasikokeellisen interventiotutkimuksen muodossa. Taulu (2010) on toteuttanut kuusi kuukautta kestäneen ravitsemus- ja liikuntainterventiot pienryhmämuotoisen interventiotutkimuksen aikana, jonka 12 kuukauden seuranta-aikana saatiin suotuisia muutoksia lasten ja vanhempien ravitsemustottumuksissa. Lisäksi lasten nousujohteinen painonkehitys saatiin laskuun. Taulun tutkimustulosten perusteella voidaan todeta ryhmämuotoisen intervention soveltuvan myös lasten ja heidän vanhempiansa hoitoon.

Kalavainen, Korppi & Nuutinen (2007) toteuttivat 15 ryhmähoitokerran 7-9-vuotiaille lapsille. Tutkimustuloksissa saatiin puolen vuoden hoidon ja puolen vuoden seurannan ajalta parempia tuloksia kuin kahden yksilöhoitokerran ajalta. Perhekeskeistä käyttäytymisterapiaa soveltavaa ryhmähoitoa on tutkinut Kalavainen (2011) ja tutkimuksessaan hän on verrannut ryhmähoitoa tavanomaiseen yksilöhoitoon. Hänen tutkimuksensa mukaan puolen vuoden intervention jälkeen saatiin tehokkaampia tuloksia pituuspainoon ja BMI-SDS (painoindeksin keskihajontaan) ryhmäohjauksella kuin yksilöohjauksella. Lasten vyötärö/pituussuhde myös laski. 2- tai 3-vuoden seurannassa ei edellä mainituissa tuloksissa ollut eroja ryhmäohjauksen ja yksilöohjauksen välillä, sillä molemmissa ohjelmissa BMI-SDS laski maltillisesti ja pituuspainossa ei ollut eroja. Kalavainen (2011) suosittaa tutkimuksessaan tehokkaampien menetelmien kehittämistä tulevaisuudessa pitkäaikaisvaikutuksien saamiseksi.

Ryhmäohjauksen kustannustehokkuutta nuorten ylipainon ja lihavuuden hoidossa on tutkittu mm. Kanadassa (Goldfield, Epstein, Kilanowski 2001), jossa 8-12-vuotiaiden ryhmähoitoa ja yhdistettyä yksilö- ja ryhmähoitoa ylipainon ja lihavuuden hoidossa vertailtiin. Tulokseksi saatiin, että ryhmähoito tuotti suuremman prosentuaalisen lihavuuden vähenemisen tuotettua dollaria kohti kuin yhdistetty hoito. Suomessa

vastaavia tutkimuksia on tehty (Kalavainen, Karjalainen & Martikainen 2009), jossa todettiin lasten pituuspainon alenemaa ryhmähoidon jälkeen enemmän kuin yksilöhoidon jälkeen. Kustannukset olivat kuitenkin korkeammat ryhmähoidon kuin yksilöhoidon suhteen. Käypä hoito-suositus (2012) suosittaaakin nuoren lihavuuden kustannustehokkuuden arvioimista paikallisesti.

4.3 Interaktiivinen ryhmäohjaus ylipainon ja lihavuuden hoidossa

Interaktiivisuuden määrittelyä

Interaktiivisuus on vuorovaikutteista viestintää, jota voidaan käydä esimerkiksi tietokoneen välityksellä. Rinnakkaisterminä puhutaan virtuaalisuudesta, joka tarkoittaa yleensä tietokoneen välityksellä ilman fyysistä kontaktia tapahtuvaa toimintaa. Virtuaalisesti voidaan koota useampi osallistuja samaan paikkaan. Kokousjärjestelmissä ja web-luennoilla on yleisesti ollut käytössä ryhmään kokoontuminen virtuaalisesti ja interaktiivinen kommunikointi tätä kautta. Virtuaalisissa tapaamisissa voidaan käydä keskustelua pikaviestinnässä ja lähettää toisille viestejä tekstimuodossa ns. chat-toiminnolla. Internet-välitteisessä puhelussa voidaan myös jakaa videon välityksellä kuvaa itsestä muille ja tiedostojen jakaminen on myös mahdollista. Tallentaminen on myös mahdollista. (Mäkitalo & Wallinheimo 2012, 44.)

Kasvokkain keskustellessa tulkitsemme toistemme ilmeitä, eleitä ja äänensävyjä, mutta virtuaaliympäristössä kaikki aistit eivät aina ole välttämättä käytettävissä ja toisten tuki voi olla keskustelun eri vaiheissa oleellista. (Mäkitalo & Wallinheimo 2012, 45.) Verkko-ohjauksella tarkoitetaan ihmisten, organisaatioiden ja teknologian välisiä verkkoja ja verkostoita. Verkkoympäristöllä tarkoitetaan taas muun muassa ryhmätyöohjelmia, teknologiaa ja medioita, jotka mahdollistavat Internet-välitteisen koulutuksen, opetuksen tai ohjauksen. (Koli 2008, 15.)

Interaktiivinen ohjaaminen ylipainon ja lihavuuden hoidossa

Nykytekniikan välineistä kuten tietokoneesta on saatu tutkimuksissa lisätukea ylipainon ja lihavuuden hoitoon. Fordin, Berghin ja Söderstenin (2009) tutkimuksessa käytettiin 9-17-vuotiaiden nuorten elintapaohjauksessa apuna tietokonepohjaisia menetelmiä, joka tunnisti aterian aikana syömisnopeuden, syömisen määrän ja antoi niistä palautetta. Tietokonepohjaisesta menetelmästä oli apua, sillä tuki syömiskäyttäytymisen muutosta pienempiin aterioihin ja sai aikaan painonlaskua lihavien nuorten kohdalla verrokkiryhmään verrattuna.

Interaktiivista ohjaamista on tutkittu ylipainon hoidossa muun muassa Wieland, Falzon, Sciamma, Trudeau, Brodney, Folse, Schwartz & Davidson (2012) Cochrane-katsauksessa, jossa saatiin selville, että kuudessa kuukaudessa tietokonepohjaiset interventiot saivat aikaan suuremman painonpudotuksen kuin pienemmät interventiot. Kuudessa kuukaudessa interaktiiviset interventiot olivat parempia pienempiin interventioihin verrattuna rajoittamaan painon takaisin tulemistä, mutta paremmaksi koettiin henkilökohtaiset interventiot kontrolliryhmien välillä painonpudotus tai -hallintatutkimuksissa. Kolme painonpudotustutkimusta arvioi, että tietokonepohjaiset interventioiden kustannuksia perinteiseen hoitoon. Verrattuna intervention puutteeseen tai minimaaliseen interventioon (esitteet, perinteinen hoito) tietokonevälikteisellä interaktiivisella interventiolla on tehokas vaikutus painonpudotukseen ja -hallintaan eri mittareilla mitattuna ja kustannustehokkuutta arvioituna. Verrattuna henkilökohtaiseen interventioon interaktiiviset interventiot toivat kuitenkin alhaisempia painonpudotustuloksia tässä tutkimuksessa.

Interaktiivista ryhmäohjausta on tutkittu Suomessa vähemmän kuin kansainvälisesti. Suomessa interaktiiviset painonhallintaryhmät ovat lisääntymässä terveydenhuollon osa-alueena ja erilaisia hankkeita painonhallintaryhmien toteuttamiseen verkossa on toteutettu. Etelä-Savon sairaanhoitopiirissä on aloitettu keväällä 2013 Mikkelissä interaktiiviset painonhallintaryhmät verkossa suunnattuna 20–30-vuotiaille nuorille aikuisille. Painonhallintaryhmässä käytetään verkkomateriaalia, yksilöohjausta ja ryhmäohjausta apuna. Taustalla on VerkkoPuntari eHealth-hanke (2011–2013), jonka

avulla koulutetaan terveydenhuollon ammattilaisista ohjaajia verkkopohjaiselle painonhallintakursseille ja käynnistetään Satakunnan sydänpiirin alueella verkkopainonhallintaryhmiä. Hankkeen tavoitteena on luoda pysyviä, kustannustehokkaita ja ekologista tapaa ohjata ja toteuttaa painonhallintaryhmiä.

Tuorein toteutunut laajempi hanke on ollut Terveempi Pohjois-Suomi (2009–2011) osahanke Oulunkaareissa, jossa testattiin videoteknologian avulla etäohjauksen mahdollisuuksia ryhmäohjauksessa. Etäyhteys otettiin terveyseskusten ryhmätilanteista keskussairaalan ravitsemusterapeuttiin. Interventiosta saatiin hyviä tuloksia aikuisten painonhallintaryhmässä. Melkein puolet osallistujista onnistui painonpudotuksessa vuoden kestävässä seurannassa. Painonpudotuksessa onnistuneiden painotavoitteet olivat maltillisempia kuin toisten. Painonpudotuksessa onnistuneilta henkilöiltä lähti keskimäärin yli 5 kg. Vyötärön ympäryksestä kaventui yli 7 cm. Ryhmäläisten elintavoissa tapahtui positiivisia muutoksia, vaikka paino ei muuttunut. Videopuhelinteknologian todettiin soveltuvan painonhallinnan ryhmäohjauksiin. Osallistujat suhtautuivat myönteisesti uuteen menetelmään videopuhelimen välityksellä. (Konsta 2011, 2.)

Terveempi Pohjois-Suomi-hankkeen aikana todettiin, että elintapamuutokseen vaikuttaa merkittävästi oma motivaatio, muutosvalmius, elämäntilanne sekä vertaistuki. Hankkeessa todettiin, että asiakasrekrytointiin on syytä kiinnittää huomiota ja valita ryhmään sellaiset osallistujat, joilla on hyvät valmiudet, riittävä motivaatio elämäntapamuutoksen ja jotka hyötyvät ohjauksesta eniten. Interaktiivisen ryhmäohjausmenetelmän avulla voidaan saada palveluja pitkien välimatkojen päähän harvaan asutuille ja haja-asutusalueille, joka on opinnäytetyön taustalla olevan projektin tarkoitus. Terveempi Pohjois-Suomi (2009–2011) hankkeen tulosten on ajateltu hyödyttävän muuallakin terveydenhuollossa tapahtuvan etäohjaukseen maaseudulla ja kaupungeissa ja mahdollistavan vaihtoehdoisen tavan organisoida painonhallintaohjelmaa pitkien välimatkojen alueilla kuten maaseudulla, mutta on sovellettavissa kaupunkiympäristössä (esimerkiksi useat samanaikaiset etäohjaukset eri pisteissä). (Konsta 2011, 2.)

5 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE, TARKOITUS JA TEHTÄVÄT

Opinnäytetyön tavoite

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa interaktiivisen ryhmäohjausmenetelmän soveltuvuudesta nuorten ylipainon ja lihavuuden hoitoon terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmasta.

Opinnäytetyön tarkoitus

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, millaisia kokemuksia ja kehittämisehdotuksia terveydenhuollon ammattilaisilla on interaktiivisen ryhmäohjausmenetelmän käytöstä nuorten ylipainon ja lihavuuden hoidossa.

Opinnäytetyön tehtävät:

1. Millaisia kokemuksia terveydenhuollon ammattilaisilla on interaktiivisen ryhmäohjausmenetelmän käytöstä nuorten ylipainon ja lihavuuden hoidossa?
2. Millaisia kehittämisehdotuksia terveydenhuollon ammattilaisilla on interaktiivisen ryhmäohjausmenetelmän käytöstä nuorten ylipainon ja lihavuuden hoidossa?

6 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

6.1 Opinnäytetyön laadullisen tutkimusmenetelmän kuvaus

Opinnäytetyö toteutetaan laadullisena tutkimuksena, sillä siinä kuvataan jotain tapahtumaa, ilmiötä tai ymmärretään tiettyä toimintaa todellisesta elämästä. Opinnäytetyössä pyritään kuvaamaan interaktiivisen ryhmäohjausmenetelmän soveltuvuutta nuorten ylipainon ja lihavuuden hoitoon terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmasta. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71.) Laadullisen tutkimuksen pyrkimyksenä on löytää tosiasioita olemassa olevien väittämien todentamisen sijaan, joita opinnäytetyössä on aiemmissa kappaleissa kuvattu. Tutkimuksen kohdetta pyritään kuvaamaan mahdollisimman kokonaisvaltaisesti, jota varten opinnäytetyössä hankitaan ja kootaan aineisto todellisissa tilanteissa sellaisilla menetelmillä. Opinnäytetyössä kerätään tieto laadulliselle tutkimukselle tyypillisellä tavalla suoraan ihmisiltä keskustelujen kautta enemmän kuin muilla mittausvälineellä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 156, 160, 172.)

6.2 Opinnäytetyön kohderyhmän kuvaus

Laadullisessa tutkimuksessa valitaan kohdejoukko tarkoituksenmukaisesti ja tutkimukseen valitaan henkilöt, joilla on kokemusta tutkittavasta ilmiöstä tai tietoa aiheesta, sillä tavoitteena on ymmärtää tutkimuskohdetta (Hirsjärvi ym. 2007; Tuomi & Sarajärvi 2009, 73-74). Opinnäytetyössä kohdejoukoksi on valittu IIRO-projektissa interaktiivisia ryhmäohjauksia pitävät terveydenhuollon ammattilaiset eli ryhmäohjaajat. Tutkimukseen pyydetään osallistumaan kaikki projektiin osallistuneet ryhmäohjaajat (9 henkilöä). Tutkimusjoukko on ennalta määriteltävissä, kun ammattilaisten määrä oli projektiin osallistuessa selvillä. Tutkittavien määrä voi vaihdella sen mukaan, kuinka monta tutkimukseen näistä ryhmäohjaajista haluaa osallistua. Laadulli-

sessä tutkimuksessa tutkimussuunnitelma muotoutuu tutkimuksen edetessä ja sitä toteutetaan joustavasti ja tarvittaessa muutetaan tilanteiden mukaan, mikä otetaan opinnäytetyössä huomioon. Laadullisessa tutkimuksessa korostuu tutkijan omat valinnat, jotka vaikuttavat tutkimuksen etenemiseen. (Hirsjärvi ym. 2007, 160.)

6.3 Opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmä

6.3.1 Haastattelu laadullisen tutkimuksen aineistonkeruumenetelmänä

Opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmäksi on valittu haastattelu, sillä laadullisessa tutkimuksessa käytetään sellaisia metodeja, joissa tutkittavan näkökulma ja ääni pääsee esille ja haastattelu on yksi tällainen menetelmä. Aineisto kerätään itse haastatteleamalla, sillä halutaan selvittää, mitä tutkittava ihminen ajattelee tai miksi hän toimii tietyllä tavalla, joten haastattelu on tähän luontevin keino. Haastattelija tekee suulliset kysymykset ja merkitsee haastateltavan vastaukset muistiin tai nauhoittaa ne. Haastattelun etuja on joustavuus, sillä haastattelijalla on mahdollisuus toistaa kysymyksensä, oikaista väärinymmärrykset, selvittää sanamuodot ja keskustella tiedonantajan kanssa. Joustavuutta haastatteluihin tuo kysymysten esittäminen tutkijan haluamassa järjestyksessä. (Tuomi, 71- 73, 85; Hirsjärvi ym. 2007, 160.)

Haastattelijana opinnäytetyön tekijä pystyy ohjaamaan haastattelua haluamaansa suuntaan metodinvalinnan mukaisesti ja laittamaan keskusteluja alulle. Haasteena on haastateltavien motivointi sekä motivaation ylläpitäminen. Rennon tunnelman luominen haastattelun alussa on tärkeää. Haastattelija tuntee yleensä roolinsa. Haastateltavan on voitava luottaa siihen, että annettuja tietoja käsitellään luottamuksellisesti ja tästä asiasta tullaan tekemään vaitiolovelvollisuussopimukset. (KVALIMOTV 2013.)

Haastattelun huonoina puolina voidaan pitää sitä, että se vie aikaa ja vaatii huolellista suunnittelua. Haastattelijan rooliin ja tehtäviin perehtyminen vie aikaa. Tätä prosessia tehdään koko opinnäytetyöprosessin ajan. Haastatteluun voi liittyä monia virhelähteitä, jotka voivat johtua haastattelijasta, haastateltavasta tai haastattelutilanteesta. (Hirsjärvi ym. 2007, 201-202.)

6.3.2 Teemahaastattelu tutkimusaineiston keräämisen menetelmänä

Haastattelutyyppiä on opinnäytetyössä valittu teemahaastattelu, sillä se korostaa ihmisten tulkintoja asioista, heidän asioille antamia merkityksiä ja merkitysten syntymistä vuorovaikutuksessa. Tuomen & Sarajärven (2009, 75) mukaan teemahaastattelu on puolistrukturoitu haastattelun muoto, jossa edetään teemojen ja niihin liittyvien tarkentavien kysymysten myötä. Se antaa tilaa myös vapaalle keskustelulle teemarungon mukaisesti, mutta pitää haastattelun aiheessa. Tutkija saa päättää, esitetäänkö tiedonantajille kaikki suunnitellut kysymykset, pitääkö kysymykset olla tietyssä järjestyksessä ja pitääkö sanamuotojen olla jokaisessa haastattelussa sama. (Tuomi 2009, 75.) Opinnäytetyössä esitetään kaikille samat kysymykset haastattelurungon mukaisesti, mutta haastattelurungon järjestyksestä voidaan poiketa, mikäli keskustelu ajautuu aiemmin toiseen teemaan ja palata takaisin haastattelurungon mukaiseen teemaan, kun kyseessä oleva asia on käsitelty.

Teemahaastattelulla pyritään löytämään vastauksia tutkimuksen tarkoituksen ja tutkimustehtävän mukaisesti. Opinnäytetyössä on tärkeä käydä läpi ennalta määrätyt teemat, jotta opinnäytetyön pääkysymyksiin saadaan vastaus parhaalla mahdollisella tavalla. Etukäteen valitut teemat perustuvat tutkimuksen teoreettiseen viitekehykseen. Teemahaastattelussa oletetaan, että haastateltavat ymmärtävät käsitteet samalla tavalla, joten haastatteluissa kerrataan käsitteet, joissa haastatteluissa tarvitaan. (Tuomi 2009, 75,77)

Teemahaastattelujen määrää toteutuu haastatteluihin suostuvien ryhmäohjaajien mukaan. Ryhmäohjaajat työskentelevät joko yksin tai pareittain interaktiivisten ryh-

mien parissa. Koska pääpaino tässä työssä ei ole parityöskentelyn onnistuminen, vaan työmenetelmän soveltuminen käytäntöön tulevaisuudessa, tehdään haastattelut yksilöhaastatteluina. Näin saadaan jokaisen henkilökohtainen näkemys julki ja haastattelut ovat mahdollisimman tasavertaisessa asemassa, sillä kaikkia ryhmiä ei ole välttämättä ohjannut useampi ammattilainen. Aikataulullisesti yksilöhaastattelut sopivat parhaiten aikatauluun, jotta saadaan haastattelut sovittua noin kahden viikon päähän ryhmäohjauksien loppumisesta, jotta kokemukset ovat tuoreimmassa muistissa ja aikataulut sovitaan vain yhden ryhmäohjaajan kanssa kerrallaan.

6.3.3 Teemahaastattelujen toteuttaminen

Teemahaastattelurungon rakentaminen ja testaaminen

Teemahaastattelun etuna on se, että se on ennalta suunniteltua, sillä tutkimuksen kohteeseen liittyvään teoriaan ja käytäntöön on tutustuttu etukäteen ja nostettu sieltä asioita haastatteluun. Opinnäytetyön teoreettisessa viitekehyksessä on tutustuttu nuorten ylipainon ja lihavuuden hoitoon sekä interaktiiviseen ryhmäohjaukseen nuorten ylipainon ja lihavuuden hoidossa. Opinnäytetyön haastattelurunko (ks. liite 1) on laadittu aiempaa tutkittua tietoa ja opinnäytetyön teoreettista viitekehystä hyödyntäen ja siinä on otettu myös huomioon projektissa toteutuvien interaktiivisten ryhmäohjausten toteutumiseen vaikuttavat tekijät esimerkiksi projektin www-sivujen kautta, joissa on kerrottu muun muassa ryhmäohjauksien toteutuksesta ja sisällöstä. (IIRO 2013.)

Haastattelurungon pääkysymykset toimitetaan ennen haastatteluja haastateltaville, sillä haastattelussa on tärkeää saada mahdollisimman paljon tietoa halutusta aiheesta. Hirsjärven ym. (2007, 206) mukaan on perusteltua antaa haastattelukysymykset tai aiheet tutkittaville henkilöille etukäteen, jotta he voivat tutustua kysymyksiin, teemoihin ja aiheisiin. Lisäksi haastateltavat saattavat puhua haastattelutilanteessa eri tavoin kuin toisessa tilanteessa, minkä vuoksi haastattelurungon pääkysymysten saamisen jälkeen haastateltavat voivat laittaa muistiinpanoja ylös ennen haastattelu-

ja, jotta asiat olisivat tuoreimmassa muistissa haastattelujen aikana. Ryhmäohjaaja saattaa muistiinpanojen kautta kertoa enemmän kokemuksistaan ja kehittämisehdoksistaan (haastattelun pääkysymykset) kuin mitä pelkässä haastattelutilanteessa tulisi mieleen. Haastateltavilta pyydetään täyttämään projektissa päiväkirjaa ryhmäohjauksien ajalta, jotta he voisivat ryhmien loputtua haastatteluun mennessä palata ajatuksiin ja kokemuksiin ryhmäohjauksien suhteen. (Tuomi 2009 & Sarajarvi, 71–73.)

Hirsjärven ym. (2007, 206) mukaan haastattelijan tulee varautua erilaisiin haastattaviin ja suositellaan koehaastattelujen tekemistä ennen varsinaisia haastatteluja. Opinnäytetyössä on suunniteltu tehtävän esihaastattelu ennen varsinaisia ryhmäohjauksia ryhmään osallistuneelle ryhmäohjaajalle. Esihaastattelun avulla voidaan harjoitella haastattelun onnistumista ja haastatteluteemojen toimivuutta. Esihaastattelun jälkeen voidaan tarvittaessa vielä muuttaa esimerkiksi haastatteluteemojen järjestystä tai ottaa huomioon muita haastatteluun vaikuttavia tekijöitä kuten teknistä osaamista. (Tuomi 2009, 78-79.)

Haastatteluajkojen sopiminen haastateltavien kanssa

Haastateltavat ryhmäohjaajat rekrytoitiin projektin henkilökunnan avulla. Henkilökunta oli saanut haastateltavilta luvan luovuttaa heidän sähköpostiosoitteensa opinnäytetyön tekijälle. Ryhmäohjaajille lähetettiin sähköpostitse haastattelupyynnö, jossa kerrottiin projektin aihealueeseen liittyvästä opinnäytetyöstä. Haastattelupyynnön liitteenä oli tiedote haastattelusta (ks. liite 2) sekä suostumuslomake haastatteluun (ks. liite 3). Ne ryhmäohjaajat, jotka suostuivat haastatteluun, vastasivat sähköpostiin. Vastauksia tuli seitsemältä ryhmäohjaajalta. Heidän kanssaan sovittiin sähköpostitse haastatteluajankohdat ehdottamalla tiettyjä viikonpäiviä haastattelupäiviksi. Haastattelupäivät saatiin sovittua ryhmäohjaajan työpäivän ohjelman mukaisesti heille sopivaan ajankohtaan. Haastattelun ajankohta pyrittiin sijoittamaan viimeistään kahden viikon päähän ryhmien loppumisesta, jotta haastateltavilla olisi mahdollisimman tuoreessa muistissa ryhmäohjaukseen liittyvät asiat.

Haastattelujen käytännön toteutus

Haastattelut toteutettiin kasvotusten kontaktitapaamisena haastateltavien työpaikoilla, sillä haastatteluajat oli näin helpoin järjestää, kun opinnäytetyön tekijä liikkui paikasta toiseen. Suurin osa haastateltavista ryhmäohjaajista oli varannut työhuoneen haastattelun ajaksi käyttöön, jolloin haastattelutilanne oli mahdollisimman rauhoitettu muulta toiminnalta. Haastattelussa käytettiin apuna digitaalista nauhuria, joka laitettiin päälle haastattelun alussa ja sammutettiin haastattelun loppumisen jälkeen.

Teemahaastatteluun käytetään tavallisesti aikaa yhdestä kahteen tuntiin (Hirsjärvi ym. 2007, 201-202). Haastateltaville henkilöille oli haastattelupyynnössä olevassa tiedotteessa pyydetty järjestämään aikaa yhdestä puoleentoista tuntiin haastattelun toteutumiseen. Lyhin haastattelu kesti 26,20 sekuntia ja pisin haastattelu kesti 52,37 sekuntia.

Haastattelun etuna on, että voi käyttää nauhoitusta apuna, sillä siten voi myöhemmin palata haastattelun jälkeen tallennettuun puheeseen, mitä haastateltavat ovat sanoneet ja kuinka se sanotaan. Nauhuri pidettiin auki koko haastattelun ajan, mutta muutamassa haastattelussa nauhoitus katkaistiin välillä, sillä huoneeseen saattoi tulla välissä joku toinen henkilö, jolloin nauhoitus aloitettiin välittömästi uudelleen henkilön poistumisen jälkeen. Osassa haastatteluista nauhoitus saatettiin jo lopettaa haastattelun päättymisen jälkeen, mutta arvokasta keskustelumateriaalia saattoi vielä tulla haastattelun jälkeen, jolloin nauhuri laitettiin uudelleen päälle ja pyydettiin haastateltavaa toistamaan vielä kyseessä olevat lauseet. Nauhoitusta käytetään apuna, jotta voidaan keskittyä haastateltaviin henkilöihin, jottei huomio mene muistiinpanojen tekemiseen. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 71-73.)

6.4 Opinnäytetyön haastatteluaineiston litterointi ja analysointi

Laadullisessa tutkimuksessa tapauksia käsitellään ainutlaatuisina ja tulkitaan aineistoa sen mukaan. Kerätyn aineiston analyysi, tulkinta ja johtopäätökset ovat tutkimuksen ydintä, sillä analyysin avulla saadaan vastausta tutkimusongelmiin. (Hirsjärvi ym 2007, 216.) Kylmän & Juvakan (2006, 110) mukaan aineistonkeruun yhteydessä kertyy tutkimusaineiston lisäksi muuta tietoa. Tutkijalle kerääntyä muun muassa perustiedot tutkittavista henkilöistä kuten tässä opinnäytetyössä on projektin aikana jo tapahtunut ja tutkimuksen tekijä kirjaa omia ajatuksiaan ylös. Reflektioiva päiväkirja on käytössä opinnäytetyössä ja reflektointia tullaan käyttämään opinnäytetyön raportoinnissa. Päiväkirjaan kirjataan tiedot heti tutkimustilanteiden jälkeen.

Haastattelun tiedot tarkistetaan virheellisyyksien ja puutteellisten tietojen osalta, tietoja täydennetään tarvittaessa ottamalla yhteyttä jälkikäteen haastateltaviin ja tiedot järjestellään analysointia varten. Aineisto kirjoitetaan puhtaaksi sanasanaisesti litteroinnin avulla mahdollisimman pian aineiston keräämisen jälkeen, jotta haastattelutilanne olisi tuoreimmassa muistissa. Aineistonkäsittely on tärkeä vaihe, sillä haastattelutilanteen moniulotteisuus voi olla hankala saada käännettyä kirjoitettuun muotoon. Todellinen haastattelutilanne ja sen pohjalta kirjoitettu teksti eivät täysin vastaa toisiaan, mutta todellisuuden mahdollisimman tarkka säilyttäminen on tavoitteena. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 160.)

Haastattelumateriaali litteroitiin noin kuukauden sisällä haastattelujen toteutumisesta, jolloin kuunneltiin nauhat läpi nauhurin avulla. Haastattelumateriaalit oli tallennettu nauhurin lisäksi opinnäytetyön tekijän tietokoneelle kukin haastattelu omaan tekstinkäsittelytiedostoon. Lähes kaikki haastattelumateriaalin lauseet saatiin litteroitua puhtaaksi eikä epäselviä sanoja haastattelumateriaaliin jäänyt. Tekstinkäsittelytiedostoja oli yhteensä 7 kappaletta. Tiedostojen fontti oli Calibri, koko 12 pt, rivinväli 1 ja vasen marginaali 2cm. Yhteensä tekstinkäsittelytiedostoja oli 63 sivua. Tarvittaessa nauhoitettua haastattelumateriaalia kuunneltiin useampaan kertaan, mikäli jostain sanasta ei saanut selvää, jolloin nauhaa kelattiin edestakaisin. Haastattelut

numeroitiin, mutta haastattelut sekoitettiin ja arvottiin numerot kullekin haastattelulle, joten numerointijärjestys ei ole sama kuin haastattelujärjestys.

Aineiston analyysimenetelmänä käytettiin sisällönanalyysia, joka on systemaattinen analyysimenetelmä. Sen avulla kuvataan analyysin kohteena olevaan tekstiä järjestelmällisesti ja kuvauksellisesti. Laadullisessa sisällönanalyysissa sisältöä kuvaavien luokkien annetaan ohjautua aineistosta käsin. (Bryman 2004.) Suurin syy, miksi aineistolähtöinen sisällönanalyysi on valittu opinnäytetyön analyysimenetelmäksi, on sen mielenkiinnon keskittyminen tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtäviin koko aineiston käsittelyn sijaan. Analyysimenetelmässä luokitellaan tekstin sanoja ja niissä korostuvia ilmaisuja niiden teoreettisen merkityksen perusteella. Sen lisäksi tunnistetaan väittämiä, jotka ilmaisivat jotain tutkittavasta ilmiöstä. Aineistolähtöisen analyysimenetelmän kautta saadaan eniten hyötyä tutkimuksen tavoitteeseen: tuottaa tietoa, siitä miten interaktiivinen ohjausmenetelmä soveltuu nuorten ylipainon ja lihavuuden hoitoon terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmasta. (Kylmä & Juvakka 2007, 112-113.)

Aineistolähtöinen sisällönanalyysi on prosessi, jossa aineisto puretaan ensin osiin ja yhdistetään nämä osat sitten samankaltaisten kanssa yhteen. Samankaltaiset asiat pyritään laittamaan samalle tekstinkäsittelysivulle. Sen jälkeen tiivistetään aineisto kokonaisuudeksi, joka vastaa tutkimuksen tarkoitusta ja tutkimuskysymyksiä mahdollisimman tiiviissä muodossa. Ensimmäisessä vaiheessa analysoidaan aineisto ja toisessa vaiheessa tulkitaan aineistoa, minkä kautta saadaan aineisto kertomaan oma tarina aineistosta. (Kylmä & Juvakka 2007, 112-113.)

Litteroitu haastattelumateriaali luettiin neljään kertaan läpi kokonaiskuvan saamiseksi. Haastattelumateriaalia lukiessa alkoi tietyt aihealueet nousta esiin aineistosta. Haastattelurunkoa hyödynnettiin näiden aineistosta nousevien aihealueiden luomisessa. Alkuperäisilmauksia alettiin kerätä taulukkomuotoon tekstinkäsittelytiedoston sivulle tutkimuskysymysten mukaan. Haastattelumateriaali värjätettiin Word-tiedostoissa eri värein. Toiseen tekstitiedostoon kerättiin alkuperäisilmauksia liittyen

terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksiin interaktiivisen ryhmäohjauksen käytöstä nuorten ylipainon ja lihavuuden hoidossa. Toiseen tekstitiedostoon kerättiin alkuperäisilmauksia terveydenhuollon ammattilaisten kehittämisehdotuksista interaktiivisten ryhmäohjauksista nuorten ylipainon ja lihavuuden hoidossa. Alkuperäisilmauksien keräämisen jälkeen alettiin alkuperäisilmauksia pelkistää (ks. taulukko 2). Tuomen & Sarajärven (2009, 109) mukaan pelkistämällä tarkoitetaan auki kirjoitetun haastatteluaineiston pelkistämistä niin, että aineistosta karsitaan tutkimukselle epäolennainen tieto pois ottaen huomioon pelkistämisessä tutkustehtävälle olennaiset ilmaukset. Pelkistämisvaiheessa pidettiin haastattelujen numerot mukana. Alkuperäisilmaukset ja pelkistykset koottiin taulukkomuotoon.

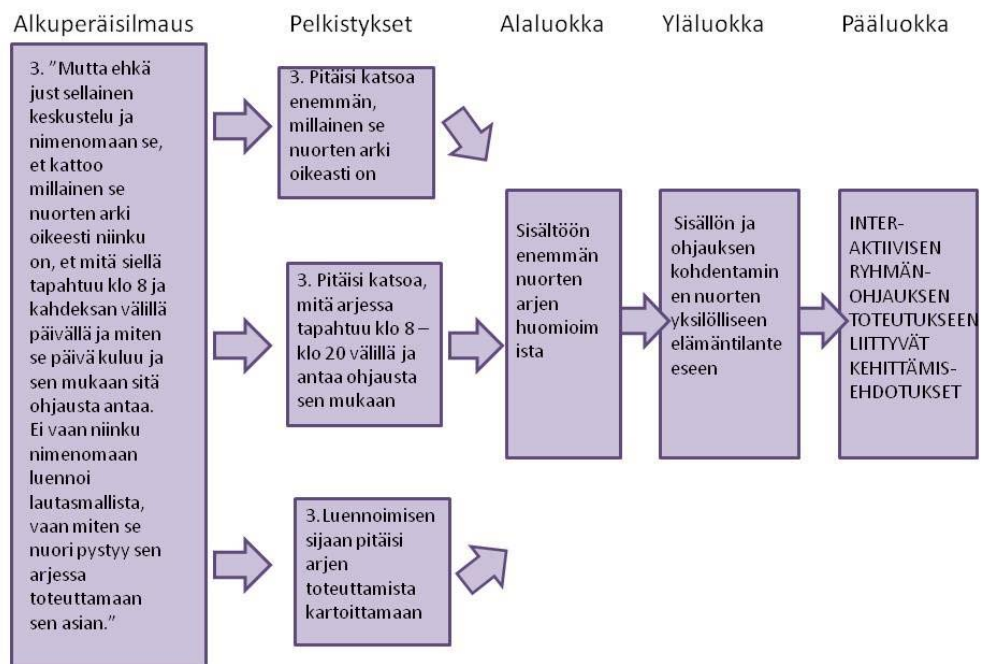
Aineiston klusteroinnin eli ryhmittelyn avulla alkuperäisilmaukset käydään tarkasti läpi ja aineistosta etsitään samankaltaisuuksia tai eroavaisuuksia kuvaavia tekijöitä. Samaa tarkoittavat käsitteet kerätään samaksi ryhmäksi ja yhdistetään luokaksi, joita nimetään niiden sisältöä kuvaavilla ilmauksilla. Luokittelussa aineisto tiivistyy, sillä yksittäiset tekijät sisällytetään yleisimpiin käsitteisiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 110.) Alkuperäisilmauksista saaduille pelkistyksille alettiin opinnäytetyössä luoda alaluokkia kuvamaan pelkistyyksiä ja alkuperäisilmauksia (ks. taulukko 2).

Taulukko 2. Esimerkki ryhmittelystä alkuperäisilmauksien ja pelkistysten avulla

ALKUPERÄISILMAUS	PELKISTETTY ILMAUS	ALALUOKKA
1. Ei ollut varmaankaan yhtään sellaista. Mä pidin siinä ykköskerralla kaksi ryhmää nuorilla ja yhden kerran vanhemmille ja niistä ei yksikään ei toiminut niin, että oisi voinut vetää läpi sillä menetelmällä eli yhteys ei toiminut	1. Yhtäkään ryhmäkertaa ei voitu vetää läpi sillä menetelmällä.	Ryhmäkertojen epäonnistuminen teknologian vuoksi (1,3,7)
1. Ei siinä ryhmäkeskusteluja tullut sitten käyttäen sitä. Elikkä sit sen yhden nuoren kanssa tuli ihan hyviäkin keskusteluja videovälitteisesti, mutta aina ne sitten päätty siihen et puto tai liitty uudestaan sitten.	1. Ryhmäkeskusteluja ei tullut videovälitteisesti	
1. Ainoa et meidän piti lopettaa tosi lyhyeen ja sit kaikki ei pystynyt kuulemaan tai näkemään tai muuta.	1. Ryhmäkertojen lopettaminen lyhyeen	
3. Joo. Et se oli sillein epäonnistunut.	3. Kertaakaan kaikki ei	

Ei ollu kertaakaan kaikki linjoilla yhtä aikaa. 7. Oli kuitenkin vaan pari kertaa, missä se ohjaus ei toiminut, vaan ne hyppi sieltä linjoilta pois ja muuta että.	ollut linjoilla yhtä aikaa. 7. Parilla kerralla ohjaus ei toiminut	
---	---	--

Aineiston abstrahoinnilla tarkoitetaan käsitteellistämistä, jonka avulla edetään alkuperäisilmauksista teoreettisiin käsitteisiin. Abstrahointi etenee yhdistelemällä luokituksia niin kauan kuin se sisällön näkökulmasta on mahdollista. Kuviossa 2 on esimerkki aineiston analyysin etenemisestä luokittelemalla yhtä alkuperäisilmausta. Abstrahoinnissa yhdistyy useampi pelkistys samaan alaluokkaan, useampi alaluokka samaan yläluokkaan, useammasta yläluokasta yksi pääluokka. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin eteneminen toteutuu yhdistelemällä käsitteitä ja hakemalla vastauksia tätä kautta tutkimustehtäviin, jotka pidetään analyysin eri vaiheissa mielessä. (Tuomi 2009, 111-112.)



Kuvio 2. Esimerkki aineiston analyysin etenemisestä

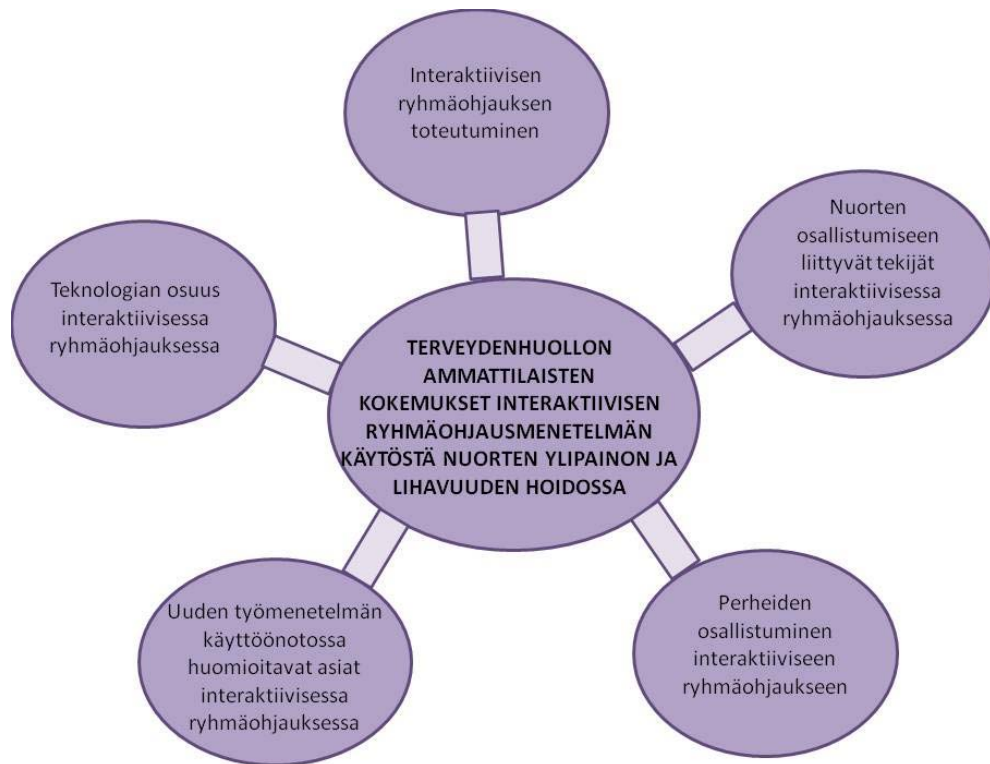
7 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

7.1 Haastateltavien taustatiedot

Opinnäytetyön haastatteluihin osallistuneet seitsemän terveydenhuollon ammattilaista eli IIRO-projektissa interaktiivisten ryhmien ryhmäohjaajat työskentelevät Keski-Suomen sairaanhoitopiirin tai Keski-Suomen terveystieteiden alueella sosiaali- ja terveysalalla. Heidän työpaikkojaan tai ammattinimikkeitä ei tulla tässä opinnäytetyössä tarkemmin raportoimaan anonymiteetin suojaamisen vuoksi. Haastateltavien taustatiedoista kyseltiin ikään ja työkokemukseen liittyviä asioita. Haastateltavien henkilöiden keski-ikä oli 30,5 vuotta ja heidän keskimääräinen työkokemusvuotensa oli viisi vuotta haastattelujen aikana.

7.2 Terveystieteiden ammattilaisten kokemukset interaktiivisen ryhmäohjausmenetelmän käytöstä nuorten ylipainon ja lihavuuden hoidossa

Ensimmäisen tutkimuskysymyksen tuloksia tarkasteltiin kuvion 3 mukaisesti. Tulokset ryhmiteltiin viiden alaotsikon kautta erillisiin taulukoihin. Terveystieteiden ammattilaisten kokemukset jaettiin teknologian osuuteen interaktiivisessa ryhmäohjauksessa, interaktiivisen ryhmäohjauksen toteutumiseen, nuorten osallistumiseen liittyviin tekijöihin interaktiivisessa ryhmäohjauksessa, perheiden osallistumiseen interaktiivisessa ryhmäohjauksessa sekä uuden työmenetelmän käyttöönotossa huomioitaviin asioihin interaktiivisessa ryhmäohjauksessa.



Kuvio 3. Terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksen interaktiivisen ryhmäohjauksen toteutumisesta nuorten ylipainon ja lihavuuden hoidossa

7.2.1 Teknologian osuus interaktiivisessa ryhmäohjauksessa

Teknologiaa edistävät tekijät interaktiivisessa ryhmäohjauksessa

Ryhmää ohjanneilta terveydenhuollon ammattilaisilla oli ryhmäohjauksen teknologian toimivuudesta erilaisia kokemuksia. Videoneuvotteluyhteyttä ja teknologiaa oli testattu onnistuneesti ennen ryhmäohjauksia. Varsinaisessa ryhmäohjauksessa saatiin kokemuksia sekä toimivasta teknologiasta että teknologian toimimattomuudesta. Hyvät kokemukset tulivat niistä ryhmistä, joista teknologia pelasi ongelmitta. Menetelmän toimivuudesta tuli osalle ohjaajista tunne, että pystyi hyvin keskustelemaan menetelmän avulla ja kuin olisi ollut fyysisesti läsnä nuoren kanssa. Osa ohjaajista sanoi, ettei tullut tilannetta, että olisi toivonut videovälitteisessä ohjauksessa kasvokkain näkemistä.

”Et se oli oikeestaan niinku tosiaan tuli sellainen tunne ku ois ollu ryhmässä fyysisesti livenä, läsnä niiden lasten kanssa.” (haastattelu 5)

Teknologian haasteet interaktiivisessa ryhmäohjauksessa

Onnistuneiden kokemusten lisäksi suurin osa ohjaajista sai kokemuksen teknologian toimimattomuudesta. Tämä ilmeni pääsääntöisesti yhteysongelmissa. Videoneuvotteluyhteydessä oli ongelmia. Osallistujat saattoivat pudota linjoilta ja liittyä uudelleen hetken kuluttua. Ohjaajat varmistivat puhelimitse yhteydenottamista. Osalla nuorista yhteys toimi ja suurimmalla osalla ei. Yhteysongelmat saattoivat ilmetä, että osalla nuorista ääni kuului, mutta kuvaa ei näkynyt videoneuvotteluyhteydessä. Moni ammattilainen koki videovälitteisessä ohjauksessa olleen paljon ongelmia.

”Mut et tavallaan siinä kävi niin just niinku sitä pelkäs. Mitäs jos se ei toimi, niin mitä sitten? Ja sithän siinä kävi niin, ettei se toiminu.” (haastattelu 1)

Teknisten ongelmien vuoksi joissain ryhmissä yhtäkään ryhmäohjauksetta ei voitu pitää videovälitteisellä menetelmän avulla. Toisilla ohjaajilla ryhmäkerrat lopetettiin lyhyeen tai ryhmäkeskustelua ei saatu toteutumaan videovälitteisesti. Toisissa ryhmissä muutamalla kerralla ryhmänohjaus ei onnistunut videovälitteisesti. Toisissa ryhmissä kaikki eivät olleet kertaakaan samaan aikaan linjoilla.

”Mut et kyl me siinä ryhmässä yritettiin käydä joka siis mehän pidettiin joka kerta. Vaikka se ei toiminu. Ainoo et meidän piti lopettaa tosi lyhyeen ja sit kaikki ei pystyny kuulemaan tai näkemään tai muuta.” (haastattelu 1)

Videoneuvotteluyhteyttä oli projektin alussa testattu, mutta yhteys ei toiminut, kun ryhmäläiset yrittivät osallistua ryhmään. Ne osallistujat, jotka pääsivät testaamaan yhteyttä, kokivat sen olleen luonteva tapa keskustella. Teknologista tukea ammattilaiset kokivat saaneensa riittävästi projektin aikana.

7.2.2 Interaktiivisen ryhmäohjauksen toteutuminen

Interaktiivisen ryhmäohjauksen järjestäminen

Videovälitteiset ryhmäohjaukset koostuivat kuulumiskierroksesta, välitehtävien läpikäymisestä, tietokoneruudun kautta esitetyistä diaesityksistä ja erilaisista harjoituksista. Ryhmäohjaajien mukaan tavoitteena oli esitysten ja videoiden jakaminen. Ohjausmenetelmä mahdollisti erilaisia mahdollisuuksia ryhmäohjaukselle ohjaajien kertoman mukaan.

Ryhmäkerrat pidettiin toisissa ryhmissä teknologian toimimattomuudesta huolimatta. Joissain ryhmissä kokeiltiin videoneuvottelua ja päädyttiin kontaktitapaamisiin. Toiset ryhmät päätyivät toteuttamaan ryhmäohjaukset kontaktitapaamisina, jolloin otettiin osallistajat ammattilaisten luo.

”Sithän me otettiin ne osallistajat tähän meidän luo ja pidettiin tässä sitten ne tapaamiset. Et yhden kerran sitä kokeiltiin, mutta kun ei yhteyttä saatu, niin sitten päädyttiin siihen et he tuli tähän.” (haastattelu 3)

Ryhmäohjauksien toteutus tapahtui tällöin kasvokkain. Kontaktitapaamisissa pidettiin ryhmäkerrat sellaisinaan tai tiivistettiin niitä käyntikertojen vähentämiseksi. Tällä pyrittiin vähentämään perheiden matkustamista ammattilaisten luo. Kontaktitapaamisia saatettiin yhdistää siten, että vanhemmat ja nuoret tulivat samalla käynnillä ja ammattilaiset jakautuivat eri ryhmiin. Kontaktitapaamiskerroilla ohjausmenetelmä koettiin toimivaksi. Kontaktitapaamisten toteutuminen oli ohjaajien mielestä hyvä asia niissä ryhmissä, joissa videoneuvottelut eivät toteutuneet. Ammattilaisten luo tuleminen lisäsi ryhmäohjaajien mukaan liikuntaa. Heidän ryhmäänsä osallistuivat sellaisia nuoria, jotka eivät harrasta muuta kuin tietokoneella olemista.

”Mut toisaalta sitten, kun ne on niin paljon muutenkin koneella, niin toisaalta me oltiin onnellisia et tää menikin näin. Et he joutu liikkumaan

tänne. Siitä tuli jo liikunta ja sitä semmosta ja sitten täällä yhdessä puhuttiin asioista että.” (haastattelu 4)

Suunniteltujen videoneuvottelukertojen lisäksi alku- ja lopputapaamiset toteutuivat nuorten ja perheiden kanssa kasvotusten. Nämä tapaamiset koettiin ammattilaisten mukaan hyväksi.

Interaktiivisen ryhmäohjauksen materiaali ja sisältö

Terveystieteiden ammattilaisille oli annettu valmis materiaalirunko ryhmäohjaukseen. Teemarunko todettiin hyväksi. Valmis runko säästi ammattilaisten mukaan aikaa, kun sitä ei tarvinnut itse kehittää. Materiaalirunkoa muokattiin ohjaajan näköiseksi ja lisättiin oman kokemuksen kautta asioita mukaan ohjaukseen. Yksi ohjaaja koki, ettei välttämättä tarvitse valmiista runkosta, vaan ohjaus sujuu tilanteiden mukaan. Joissain ryhmissä teemat oli jaettu ohjaajien kesken. Ohjaajat itse päättivät, mitä teemarungosta otettiin ohjaukseen ja mitä jätettiin pois. Ohjaajat käyttivät runkoa oman ajattelun ja ohjauksen tukena projektissa.

”Nojoo, kyllä, et on sellainen ikään kuin valmis runko, et ei tartte ite käyttää niin paljon aikaa siihen. Et voi ite käyttää aikaa siihen auttamiseen ja siihen ryhmään niinku panostaa. Eikä niinkään siihen, et suunnittelee ihan ite alusta lähtien kaikki.” (haastattelu 5)

Ohjaajat kokivat terveysneuvonnan mielekkääksi ryhmäohjauksen aiheeksi. Aihealueen jakaminen eri osiin koettiin hyväksi ja tämä auttoi ryhmäohjauksen etenemisessä. Painonhallintateemojen koettiin olevaan hyviä. Ravitsemus ja liikunta muodostivat ohjaajien mukaan suurimman osan ryhmäohjauksesta. Tärkeäksi teemaksi koettiin itsetunto, joka olisi ohjaajien mukaan tärkeä sisällyttää mukaan jatkossa. Jotkut ohjaajat kokivat, ettei itsetuntoaihe kiinnostanut nuoria yhtä paljon kuin esimerkiksi liikunta-asiat. Itsetunto koettiin henkilökohtaisemmaksi aihealueeksi ja siitä oli vaikeampi saada keskustelua aikaan joissain ryhmissä. Toiset ohjaajat kokivat teemat riittäviksi ylipainon ja lihavuuden hoitoon.

”Teemat oli ihan hyvät, mutta mä aika paljon muokkasin sit niitä sisältöjä. Ja sen mukaan, mitä ne nuoret toi, niin sen mukaan mentiin sitten.” (haastattelu 1)

Toiset ohjaajat kokivat, että aihealue oli nuorille tuttua entuudestaan terveystiedon tai liikunnan tunneilta ja nuorille tuli paljon kertausta. Ryhmäohjaajien kokemusten mukaan esimerkiksi ruokaympyrä saattoi olla nuorelle uusi asia, vaikka siitä on peruskoulun ajan ollut puhetta. Ryhmäohjaajat eivät jääneet kaipaamaan muita teemoja.

Ohjaajat kertoivat materiaalin olleen hyvä, mutta he huomasivat, että osa materiaalista ei motivoinut nuoria. Monet ohjaajat muokkasivat materiaalia oman näköiseksi. Muutama ohjaaja kertoi, ettei ollut aikaa muokata materiaaleja, vaan käytettiin ainoastaan annettua materiaalia. Materiaalin koettiin orientoivan ryhmäohjaukseen, kun materiaaliin tutustuttiin ennen ryhmäohjauksia. Materiaalia muokattiin ryhmäohjauksen etenemisen mukaan. Nuoret saivat joissain ryhmissä vaikuttaa toiveillaan sisältöön.

Terveystiedon ammattilaiset kehittivät sisältöä ja materiaalia, sillä osa ryhmäohjaaja koki, että annettu materiaali ei ollut optimaalinen. Monet aihealueet olivat nuorille tuttua jo entuudestaan esimerkiksi terveystiedosta. Ammattilaiset pyrkivät kääntämään käsiteltävät asiat nuoren omaan arkeen joissain ryhmissä. Toivottiin esimerkiksi lautasmallista saarnaamisen sijaan keskittyttäväsi siihen, miten nuori sitä arjessa oikeasti toteuttaa.

”Materiaali tuntui osittain ihan hyvältä, osittain ehkä semmoselta, mikä ei motivoinut nuoria. Sit ehkä semmoselta, että osa tehtävistä. Ne pisti sen niinku leikiksi. Niitä mielikuvaharjoitteita ja kaikkia tämmösiä. Niin ei ne.” (haastattelu 4)

Osan ohjaajien mukaan ryhmäohjausten avulla pystyi toteuttamaan eri asioita kuin yksilöohjauskerroilla. Videoneuvottelussa jaettiin PowerPoint-esitysdioja osallistujien tietokoneruuduilta. Kontaktitapaamisissa osallistajat katsoivat samalta ruudulta dioja. Diojen avulla sai jakaa tietoa. Keskustelun aikana pystyi ohjaajien mukaan valmistautumaan seuraaviin dioihin videoneuvotteluissa. Joissain ryhmissä diaesityksiä ei saanut näytettyä koneelta videoneuvottelussa, mutta tehtäviä pystyttiin näyttämään. Materiaaleissa oli myös videomateriaalia. Youtube-videot olivat ammattilaisten mielestä hyviä. Ohjaajat kertoivat niiden olleen muutaman minuutin mittaisia ja nuorista hyvin mielenkiintoisia. Ne auttoivat havainnoimaan jotain asiaa vielä paremmin. Kaikissa ryhmissä ei videot kuitenkaan auennut kunnolla. Ne linkit, jotka eivät auenneet videoneuvottelussa, näytettiin livekerroilla. Toiset ohjaajat kokivat, etteivät omat tietoteknisen taidot riittäneet nettimateriaalin toimimattomuuden selvittelyyn.

Osallistujille annettiin väli- ja etätehtäviä seuraaville kerroille. Ohjaajien kokemusten perusteella osa oli tehnyt tehtävät huolellisesti ja joka kerralle. Joissakin ryhmissä ammattilaisille jäi kokemus, että nuoret eivät olleet tehtäviä hirveästi lukenut. Tehtävien teko jäi nuorilla oman motivaation varaan. Kotitehtäviä ei saatu kaikissa ryhmissä näkyviin videoneuvottelupöydälle, joten ohjaajille jäi kokemus, että ne jäivät irralliseksi. Kotitehtävät lähetettiin sähköpostitse perheille kotiin. Yhdessä ryhmässä nuoret pistivät tehtävien tekemisen leikiksi. Nuoret olisivat halunneet tehdä tehtävät jo livetapaamisessa. Ohjaajille jäi kokemus, että ei ole paras vaihtoehto laittaa nuoria tekemään valvovien silmien alle tehtäviä. Ammattilaiset kokivat kuitenkin kotitehtävät tärkeiksi.

Terveystenhuollon ammattilaiset kertoivat nuorten ja perheiden kaivanneen enemmän toiminnallisuutta ryhmäohjauksissa. Ammattilaisten mukaan toiminnallisuus jäi vajavaiseksi. Askelmittarit jaettiin ryhmäohjausten alussa, mutta sen käytön innokkuus loppui jossain kohtaa. Osan ammattilaisten mukaan olisi tarvinnut muuta toiminnallisuutta. Kun nuorilta kysyttiin esimerkiksi toiveita kertojen sisällölle, toivoivat he toiminnallista ohjelmaa.

”Varmaan niinku semmoset, niiden pitäis olla vähän toiminnallisia, et ne tukis sit sitä motivaatiota.” (haastattelu 2)

Interaktiivisen ryhmäohjauksen kesto

Ryhmäohjauksen kokonaiskestosta jäi ammattilaisille kokemus sen olevan melko lyhyt. Useat ohjaajat totesivat kahden, kolmen kuukauden olevan liian lyhyt aika painonpudotuksessa. Ohjaajien mukaan ohjauksetta voisi olla enemmän, ei ainakaan vähemmän. Päinvastaisia kokemuksia saatiin myös ohjaajilta, joiden mukaan tämä muutama kuukausi oli riittävän pitkä aika. Ohjaajat epäilivät, ettei nuorten motivaatio riittäisi pitempään ryhmäohjaukseen.

”Et niinku ku aattelee et oli kuitenkin useamman kuukautta, kun tuo kesti, niin sillein lyhyt aika päästä vaikuttaa et se paino ois kauheesti pudonnut.” (haastattelu 5)

”On se joo varmaan riittävän pitkä, et ehtii pidemmällä aikavälillä seurata onko muutoksia tai muuta.” (haastattelu 3)

Ohjauksetta todettiin olevan noin kerran viikossa. Ohjauksen kesto koettiin sopivaksi. Useat ohjaajat kertoivat ohjauksen kestäneen 1-1,5 tuntia. Tämä oli monien mielestä sopiva kesto, sillä nuorten mielenkiinto ei olisi välttämättä riittänyt pidemmäksi aikaa. Ohjauksen kesto vaikutti osallistujien määrään, sillä jos osallistujia oli vähemmän, saattoi ryhmäkerta kestää vähemmän aikaa. Ohjauksen alkuajankohdasta vaihteli ohjaajien kokemusten mukaan koulun jälkeisestä ajasta noin iltapäivän kello puoli kolmesta illan kello kuuteen. Osassa ryhmistä oli ajateltu sen olevan kätevä alkaa suoraan koulun jälkeen ja toisissa ryhmissä oli ajateltu nuorten ensin rauhoittuvan kotona rauhassa ja sitten vasta ryhmäohjauksen alkavan.

Ryhmäohjaajien järjestäytyminen interaktiivisessa ryhmäohjauksessa

Ryhmäohjauksia toteutettiin ohjaajien kesken fyysisesti samassa huoneessa samalta ruudulta tai eri huoneista eri ruuduilta. Livelä ohjaajat olivat joko samassa tilassa tai erkaantuivat eri ryhmiin, esimerkiksi vanhempien ja nuorten ryhmiin. Työn-

jako ryhmäohjaajien välillä muodostui ryhmissä eri tavoin. Vetovastuu saattoi olla jaettu vuoronperään ohjaajien kesken. Ryhmät saatettiin vetää yksin, mutta molemmat ohjaajat olivat ryhmäkerroilla paikalla. Suunnittelu oli joissain ryhmissä jaettu vuoronperään joka toiselle kerralle. Ryhmässä saatettiin pyrkiä siihen, että toinen oli taka-alalla ja nuoret saivat mahdollisimman paljon puhua ja vaihtaa kokemuksia. Vetovastuu saattoi olla ryhmistä kokonaan toisella ohjaajalla ja toinen tuurasi häntä silloin, kun ohjaaja ei päässyt paikalle. Välillä tuli ohjauskertoja joissa ammattilainen veti ryhmää yksin esimerkiksi sairastumisen vuoksi. Jossain ryhmässä ohjaajien vetovastuukerrat jaettiin sen mukaan, kumpi pystyi jäämään vetämään ryhmää. Jossain ryhmässä oli selkeä työnjako ohjaajien kesken, että toinen oli varsinainen vetäjä ja toinen purki tehtäviä ja antoi välitehtäviä. Toinen ohjaaja saattoi olla myös joillain ryhmäohjauskerroilla enemmän tarkkailijana.

”No musta on hyvä systeemi et pareittain. Toisaalta se toi tukea ja sit sellainen suunnittelumahdollisuus ja toisaalta sen ryhmäkertojen jälkeen joko tässä tai sit puhelimesta puhuttiin, et miten meni ja käytiin läpi sitä.” (haastattelu 5)

”Niin mä olin, mä vedin sen, mut meillä oli se toinen ohjaaja, joka sitten me tehtiin niin että tai se suunnitelma oli niin, että hän aina purki ja antoi välitehtävät.” (haastattelu 2)

Osalla ammattilaisista tuli kokemus, että yksinohjaaminen olisi paras keino käydä videovälitteisesti läpi ryhmäohjausta. Haasteeksi monet ammattilaiset kuitenkin kokivat yksinohjaamisessa, että samaan aikaan ei voi vetää ryhmää ja selvittää mahdollista teknistä ongelmaa. Yksinohjaamisessa ei voi olla samaan aikaan videoneuvottelun ja puhelimen kautta yhteydessä osallistujiin. Tällöin pitäisi olla varma teknologian toimivuudesta. Kontaktitapaamisina toteutuneiden ryhmien kohdalla osa ammattilaisista oli sitä mieltä, että yksin ja parin kanssa tuli saman tulos ryhmäohjauksesta.

”No mulle periaatteessa oli ihan sama. Sama tulos ehkä yksin ja parin kanssa. Siinä varmaan ois yksin ollu paras. Siinä tavallaan jos ois ol-

*lu toinenkin, niin yks ois ollu vetovastuussa ja sit ois ollu ne nuoret.”
(haastattelu 4)*

Suurin osa ryhmää ohjanneista ammattilaisista oli sitä mieltä, että parityöskentelyssä oli useita hyötyjä. Monet ohjaajat listasivat hyödyksi teknologian toimimattomuuden yhteydessä toisesta ohjaajasta olevan hyötyä ja tukea. Toinen ohjaaja pystyy vetämään ryhmää ja toinen selvittämään mahdollista teknistä ongelmaa.

”Varmuuden vuoksi kannattais aina olla se kaks ihmistä, kunnes saadaan varmaks se homma” (haastattelu 2)

Parin kanssa ohjaaminen koettiin myös mukavaksi ja ammattilaisten mukaan oli helppo lähteä mukaan, kun oli toinenkin vetäjä. Toisen ohjaajan mukanaolosta koettiin saavan tukea ja suunnittelumahdollisuutta enemmän. Toinen ohjaaja saattoi olla ryhmänohjauksissa taustatukena esittäen tarvittaessa kysymyksiä ja lisäkommentteja. Hiljaisen hetken sattuessa koettiin hyväksi, että oli toinen ohjaaja.

Ryhmäkertojen jälkeen ohjaajat pystyivät parityöskentelyssä käymään läpi ryhmäkertojen onnistumisen ja miettimään seuraavaa kertaa. Ryhmäkerran läpikäyminen oli ohjaajan mukaan helpompaa käydä toisen ohjaajan kuin sellaisen henkilön kanssa, joka ei ollut mukana ryhmässä lainkaan. Parityöskentely toi jakamista, mielipiteen ja ajatusten vaihtoa. Asema koettiin tasavertaiseksi parin kanssa ohjatessa.

7.2.3 Nuorten osallistumiseen liittyvät tekijät interaktiivisessa ryhmänohjauksessa

Nuorten rekrytoinnin osuus interaktiivisen ryhmäohjauskokemuksen muodostumisessa

Terveystieteiden ammattilaisten kokemusten mukaan nuorten rekrytoinnilla oli osuutta interaktiivisen ryhmäohjauskokemuksen muodostumisessa. Rekrytoinnin osalta kokemukset muodostuivat rekrytoinnin haasteista, rekrytointia edistävästä tekijöistä, rekrytoinnin onnistumisesta sekä rekrytoitujen nuorten painotilanne ryh-

mänöhjauksessa. Rekrytoinnin haasteissa osa ammattilaisista kertoi, ettei ollut mukana rekrytoinnissa. Ne, jotka olivat mukana, kertoivat heidän yrittäneen rekrytoida ryhmiin sopivia nuoria. Usea ammattilainen oli yllättynyt, miten vähän nuoria oli saatu rekrytoitua ryhmänohjauksiin mukaan. Ryhmäohjaajat olisivat odottaneet enemmän osallistujia ryhmiin. Haasteeksi muodostuivat myös nuorten poissaolot tai keskeyttämiset. Ammattilaiset arvelivat yhteysongelmien vaikuttaneen poissaoloihin, unohduksiin ja muihin menoihin ryhmäohjauksen aikana.

”Mehän haettiin tavallaan enemmänkin niihin, mutta ryhmästä sitten, yks mitä me haastateltiin ei halunnut tai hän haastatteluissa ilmoitti ettei hän tuu et yks sitten haastattelujen jälkeen keskeytti.” (haastattelu 1)

Rekrytointia edistäviä tekijöitä nuorten kohdalla saattoivat ammattilaisten mukaan olla ryhmänohjauksen tietokonevälitteisyys, jonka vuoksi tietyt nuoret olivat valmiita lähtemään mukaan ja osallistumaan. Ryhmässä olevat nuoret tykkäsivät osan ammattilaisten mukaan pelata tietokoneella ja he pitivät siitä ajatuksesta, että saavat tietokoneen välityksellä apua. Nuorten rekrytoinnissa koettiin osassa ryhmissä onnistumisia ammattilaisten mukaan.

”Ikäluokassa on paljon netin käyttäjiä, niin voi olla luontevaa puhua ja toimia netin välityksellä.” (haastattelu 6)

Ammattilaisten mukaan osallistuneilla nuorilla oli nousujohteinen painonkehitys ryhmäohjaukseen osallistuessa. He kokivat, että joidenkin nuorten kohdalla interventio voisi olla jo aiemminkin. Interventio aiemmin voisi avata silmiä ja tilanteeseen voisi puuttua, ennen kuin painoa tulee enemmän. Joillain nuorilla ei ollut aiempaa hoitokontaktia, mutta he tiesivät asioista paljon. Toisissa ryhmissä ammattilaisilla oli ollut hoitokontakti nuoriin jo vuosia.

Ryhmäkoon hahmottuminen interaktiiviselle ryhmäohjausmenetelmälle sopivaksi

Ammattilaisten kokemukset sopivasta ryhmäkoosta, ryhmäkoon pienuudesta, ison ryhmän haasteista, sisarusten osallistumisesta ryhmään ja ryhmäkeskustelun haasteista nuorten kohdalla muodostivat ryhmäkoon hahmottumisen interaktiiviselle ryhmäohjausmenetelmälle sopivaksi analyysin perusteella. Ammatillaiset kertoivat ryhmiin osallistuneen kahdesta kuuteen nuorta. Osa osallistujista tippui heidän ryhmäohjauksen aikana pois ryhmästä. Suurin osa ohjaajista koki, että ryhmässä voisi olla enemmän osallistujia, kuin mitä toteutuneissa ryhmissä oli. Osa koki sopivaksi kolmen nuoren muodostaman ryhmän, mutta tätä pienempää ryhmää ei toivottu. Toiset ohjaajat kertoivat viisi tai kuusi olevan vähimmäisosallistujamäärä vastaavaan ryhmäohjaukseen. Joihinkin ryhmiin osallistui pelkästään samaa sukupuolta olevia nuoria. Osa ryhmäohjaajista kertoi, että nuoretkin kaipasivat lisää osallistujia ryhmiin.

”Isompaa ryhmää olis helpompi ohjata.” (haastattelu 6)

Ryhmäkoon pienuudesta oli useita kokemuksia. Koettiin, että kaksi tai kolme oli liian vähän osallistujia. Sen todettiin olevan haavoittuvainen luku. Ohjauskerta saattoi ryhmäohjaajan mukaan mennä paljon nopeammin, kun paikalla oli vähemmän nuoria. Joissain ryhmäohjauksissa saattoi olla paikalla vain yksi nuori. Eräs ryhmäohjaaja totesi, ettei tuntunut ryhmäohjaukselta, kun oli niin vähän nuoria. Ison ryhmän haasteiksi interaktiivisessa ryhmäohjauksessa koettiin, ettei kaikki olisi puhuneet niin paljoa, jos osallistujia olisi ollut enemmän. Muutaman osallistujan kanssa ohjaajat kokivat saaneensa hyvän keskustelun, kokemusten ja tehtävien jaon aikaan. Alun perin ryhmiin haettiin 10 osallistujaa, mutta osa ryhmäohjaajista koki sen olevan liian iso ryhmäkoko. Ammatillaiset kokivat, ettei ryhmässä pysty kovin kattavasti keskustelemaan eikä voi kovin henkilökohtaisia asioita kysellä.

”Et alun perin oli ajatuksena et ois kymmenen nuorta. Mut täytyy sanoa, et jos ois kymmenen nuorta, niin ois ollu ryhmäkoko liian iso. Aina-kin niinku tässä porukassa. Et tuntu et se oli just sopiva, että sit ei ois

kaikki puhunut niin paljo ja lähtenyt ääneen niin paljon, jos ois ollut vielä isompi.” (haastattelu 5)

Sisarusten mukana olo interaktiivisessa ryhmäohjauksessa

Kokemuksia sisarusten mukana olosta interaktiivisessa ryhmäohjauksessa tuli useammalta ohjaajalta. Sisarukset osallistuivat yhdessä samalta tietokoneelta ja pöytä-mikrofonilta. Ohjaajat kokivat, että sisarukset voivat vahvistaa toinen toisiaan ryhmäohjauksessa, mutta ryhmäohjaus olisi voinut toimia paremmin, jos he olisivat olleet eri huoneissa. Sisarukset saattoivat nahistella ryhmäohjauksen ajan ja olla mahdollisesti häiriöksi muille. Sisarukset koettiin myös hiljaisemmiksi osallistujia kuin muut.

Kokemukset nuorten iästä interaktiivisessa ryhmäohjauksessa

Nuorten ikähaitari koostui ammattilaisten mukaan alakouluikäisistä lukioikäisiin nuoriin. Nuorimmat osallistujat olivat joissain ryhmissä alakoulun ensimmäisiltä luokilta. Alakoululaisten osallistujien koettiin kuitenkin pysyneen ryhmässä mukana. Useammassa ryhmässä ikähaitari oli laaja ja heterogeeninen. Joissain ryhmissä ikäero ei ollut niin suuri, vaan osallistujat koostuivat esimerkiksi alakoulun ylimmiltä luokilta ja yläkoulun alimmilta luokilta. Sisarusten mukana olo ryhmässä tasasi ikäeroa myös joidenkin ohjaajien mukaan.

Nuorten iän sopivuudesta interaktiiviseen ryhmäohjaukseen oltiin eri mieltä. Kohde-ryhmän koettiin toisissa ryhmissä olevan oikein mitoitettu, vaikka ikäeroa oli. Toiset ohjaajat kokivat, että alakouluikäiset ovat vielä liian nuoria. Sopivammaksi iäksi katsottiin yläkouluikä.

”Liian nuorelle eivät välttämättä mene ohjeet ja opastukset, kun ei ole tarvetta siihen.” (haastattelu 6)

Toiset ohjaajat kokivat myös yläkouluikä haastavaksi, sillä murrosikä tuo joidenkin ohjaajien mukaan haasteita ohjaukseen, jolloin luennointi ei välttämättä ole paras

tapa lähestyä nuorta tai nuorta ei välttämättä kiinnosta jotkut terveysaiheet kuten lautasmalli. Toisaalta murrosikä koettiin paremmaksi ajankohdaksi kuin nuorempana.

Nuorten motivaatio interaktiiviseen ryhmäohjaukseen osallistumiseen

Nuorten motivaatio interaktiiviseen ryhmäohjaukseen osallistumiseen jakautui kah-
tia. Toisaalta ohjaajat kokivat nuorten motivaation näkyneen eri tavoin ryhmäoh-
jauksissa, mutta toisaalta toisissa ryhmissä nuorten motivaation puuttuminen näkyi.
Motivaatio näkyi nuorten innokkuutena osallistua. Nuoret olivat toiveikkaita osallis-
tumisen suhteen. He olivat sovittuna aikana paikalla ja heille ei tarvinnut soitella.
Nuoret sitoutuivat tekemään asioita ja kotitehtävät oli tehty, kun niitä seuraavalla
kerralla käytiin läpi. Motivaation puuttuminen näkyi unohduksina ja myöhästymisinä.
Osan ohjaajista piti soittaa nuorten perään. Motivaatiota estäviä tekijöitä saattoi
ohjaajien mukaan olla se, kun kaikki eivät olleet samaan aikaan paikalla. Lisäksi joil-
lain nuorilla saattoi olla perussairaus, joka vei motivaatiota ryhmäohjauksen aihee-
seen. Alemmin motivoituneissa ryhmissä ammattilaiset kokivat suuren ikähaitarin
olevan motivaatioon vaikuttava tekijä nuorilla. Osa ohjaajista epäili videoneuvottelun
epäonnistumisella olevan vaikutus nuorten motivaatioon. Osa ohjaajista kertoi sen
olleen pettymys nuorelle, kun menetelmä ei toiminut. Nuorten mieleen ei välttämät-
tä ollut tulla paikan päälle kontaktitapaamisiin videoneuvottelun sijaan.

*”Osallistujista näkyi alussa, ettei motivaatio ollut huipussaan, kun alku-
peräinen idea ei toteutunut. Teini-ikäisten raahautuminen ammattilais-
ten luo ei se oo sama asia kuin tietokoneen kautta käytäisiin sitä asiaa
läpi.” (haastattelu 3)*

Nuorten motivaatiota tuettiin ryhmäohjauksissa eri tavoin ammattilaisten kertoman
mukaan. Alkumotivoivassa haastattelussa mietittiin omia tavoitteita. Alku- ja loppu-
tapaamiset kasvotusten koettiin hyväksi motivaation kannalta. Ohjaajien mielestä
tärkeä oli, että aihealue ja asia tulee käytyä läpi, ettei lue vain pelkkää artikkelia ai-
heesta. Nuorten kanssa läsnä oleminen koettiin myös tärkeäksi keinoksi tukea moti-

vaatiota. Motivaatiota tuettiin säännöllisillä tapaamiskerroilla, jolloin tuettiin ja kannustettiin nuoria eri tavoin.

”Mutta tota ne oli noin tiheesti, niin ei ainakaan päässyt siinä välillä unohtamaan. Koko ajan oli siinä mukana muutenkin.” (haastattelu 7)

Ohjaajien mukaan välitehtävien ja kotitehtävien antamisella tuettiin motivaatiota. Tehtävien kautta nuorten omaa pohdintaa nettikeskustelun lisäksi pyrittiin hakemaan. Motivaatiota heräteltiin sähköpostimuistutuksilla. Välimotivointi koettiin tärkeäksi ja sitä monet ohjaajat olisivat kaivanneet lisää. Joissain aihealueissa kuten itse-tunto-osuudessa koettiin, että pystyttiin tukemaan enemmän motivaatiota. Joissain ryhmissä mietittiin myös tavoitteita 10–20 vuoden päähän, jolla heräteltiin nuoria. Ryhmäohjauksessa koettiin myös tärkeäksi, että nuorille on joku ihminen, joka neuvoo, opastaa ja kuuntelee.

Nuorten yksilöllisestä tilanteesta tuli myös kokemuksia motivoimisen haasteena.

”Jokaisella nuorella on eri perhetilanne ja me ei tiedetty riittääkö voimavarat tällä hetkellä painonhallintainterventioon.” (haastattelu 6)

Joissain ryhmissä käsiteltiin motivaatiota miettimällä, millaista heidän elämä on ja perustiedon kautta käytiin läpi, miten se käytännössä toteutuu. Nuorten motivaatiota heräteltiin myös keskustelemalla heidän lähtökohdistaan. Eräänkin ohjaajan mukaan nuorten pitäisi itse saada asiat käytäntöön. Nuorten sitoutumisesta hoitoon tuli erilaisia kokemuksia. Toisten ohjaajien mukaan nuoret sitoutuivat ryhmäohjauksen aikana, mutta epäselvää oli, sitoutuivatko he kotona. Toisten ohjaajien mukaan taas nuoret sitoutuivat koko ryhmäohjaukseen hyvin. Nuorten sitoutuminen ilmeni sillä, että he yrittivät muuttaa tapojaan, ruokavalioasioita ja säännöllisyyttä.

Nuorten ryhmäytyminen interaktiivisessa ryhmäohjauksessa

Interaktiivisten ryhmäohjauksien ajan ryhmäytymisen haasteiksi ammattilaiset kokivat yhteyksien toimimattomuuden, jonka vuoksi ei tullut jakamista tai yhteystietojen vaihtamista. Toisen kuuleminen myös hankaloitui yhteysongelmien vuoksi ja kommunikointi vaikeutui, mikä esti ryhmäytymistä.

*”Käytännössä se oli siinä ryhmässä et mä kysyin jokaiselta ja ne vuoro-
tellen vastas, mikä ei oo ehkä mun käsitys ryhmäkeskustelusta sellase-
naan.”(haastattelu 1)*

Joissain ryhmissä osa ryhmän jäsenistä ryhmäytyivät hyvin, mutta koko ryhmälle ei tullut ryhmäytymisen kokemusta ammattilaisten mukaan. Lisäksi joissain ryhmissä saattoi olla yksi nuori, joka ei halunnut ryhmäohjauksen ulkopuolista ryhmäytymistä. Ryhmäytymistä saattoi vaikeuttaa, ettei ryhmä ollut alun perin motivoitunut. Ryhmäytymistä edistäviä tekijöitä saattoi ammattilaisten mukaan olla nuorten samankaltainen tilanne toisten nuorien kanssa ja yhteisten ongelmien jakaminen liikumattomuuden ja ruokavalioasioiden suhteen. Aloituspäivän näkeminen koettiin ryhmäytymistä edistäväksi tekijäksi, jolloin nuoret näkivät minkä näköinen toinen on ja se edesauttoi tutustumista. Suurin osa ohjaajista koki, että ryhmä lähti ryhmäytymään hyvin. Sisarusten koettiin auttavan ryhmäytymisessä. Jotkut ryhmäohjaajat kertoivat ryhmän olleen tiivis ja ryhmän mukana oppivan, mitä se tarvitsee. Ohjaajat yrittivät tukea ryhmäytymistä yhteisten harrastuksia keksimällä.

Nuoret sosiaalistuivat keskenään osassa ryhmissä. Näissä ryhmissä esimerkiksi ryhmän kaksi nuorta saattoivat ystäväystyä enemmän samanlaisten kokemusten ja ongelmien kautta. Puhelinnumeroita ja muita yhteystietoja vaihdettiin joissain ryhmissä viimeisillä kerroilla. Nuorilla saattoi olla aikomuksena nähdä ryhmän jälkeen. Osalle ryhmäohjaajille jäi kaverisuhteiden syntyminen epäselväksi.

7.2.4 Perheiden osallistuminen interaktiivisiin ryhmäohjauksiin

Perheiden osallistumista edistävät tekijät

Perheiden motivoituminen ryhmäohjaukseen oli perheen osallistumista edistävä tekijä. Perheen motivoituminen näkyi vanhempien innokkaana osallistumisena ja motivoitumisena ryhmäohjauksiin. Vanhemmat lähtivät innokkaasti mukaan keskusteluihin jo alkutapaamisissa. Ohjaajille jäi kokemus, että vanhemmat yrittivät tukea nuorta ryhmäohjaukseen. Vanhempien kanssa pystyy eräänkin ohjaajan mukaan hyvin työskentelemään. Vanhemmilta tuli livetapaamisissakin selkeästi enemmän keskustelua, kuuntelua ja jakamista. Vanhemmilta löytyi enemmän vertaistukea. Vanhemmat olivat lukeneet tehtävät, joita heille oli sähköpostitse lähetetty ryhmäohjauksetojen välissä. Vanhemmat noudattivat tehtäviä tunnollisemmin. Vanhemmat tiedostivat ongelmat ja halusivat puuttua niihin. Vanhemmat toivoivatkin ryhmäohjauksilta työkaluja, miten puuttua ongelmiin. Ryhmätapaamisilla ammattilaiset kertoivat vanhempien mieltivät ja keskustelemaan asioiden parantamisesta arjessa. Perheet toivoivat, että muutosta tulisi ja he olivat toiveikkaita tulevaisuuden suhteen.

”Ryhmätapaamisella oli kyllä motivaatiota mieltä ja keskustella asioiden parantamiseksi.” (haastattelu 3)

”Vanhemmilla saattoi olla enemmän innokkuutta osallistua kuin nuorella.” (haastattelu 7)

Perheistä osallistui toinen vanhemmista tai molemmat vanhemmat. Muutamalla keralla oli vain puolet vanhemmista paikalla yhdessä ryhmässä. Yhdessä ryhmässä koko perhe osallistui aloitus- ja lopetuspäiviin. Vanhemmille järjestettiin aloitus- ja lopetuspäivien lisäksi ryhmäohjauksen keskellä yksi kerta, joka toteutui ryhmästä riippuen livenä tai videoneuvotteluna.

Perheen sitoutuminen ryhmäohjaukseen ilmeni vanhemmilla nuorten tukemisena ryhmäohjauksen ajan. He pitivät huolta, että nuoret osallistuvat. Vanhemmat kuljet-

tivat nuoria fyysisesti paikalle ryhmäohjauskerroille. He tukivat nuoria ja lisäsivät käytännössä kaikkea perheen arkeen. Jotkut vanhemmat pyrkivät asettamaan rajoja, lisäämään liikuntaa, järjestämään ruokataloutta ja säännöllistämään peliaikoja. Eräässä perheessä vanhemmallakin tapahtui positiivisia muutoksia elintavoissa ammattilaisen mukaan.

”Ne ihan aktiivisesti ihan muutamassakin perheessä, mitä ne tässäkin sit kerto, niin kyl ne niinku, perhe tuki sitä lasta ja ne lisäs kaikkee kaikkee tota niinku et ihan käytännössä houkutteli et lähetään liikkumaan ja vähän niinku tätä ruokatalouttakin järjesteli sen mukaan, että että niinku sen lapsen painonhallinnan mukaan ja oikeesti tukivat.” (haastattelu 2)

Vanhemmat tekivät myös hyvin kotitehtäviä ja osallistuivat perheen yhteisiin tehtäviin. Perheet osallistuivat konkreettisesti muun muassa aamupalan laittamistehtävään ostamalla tarvittavia ruokia ja toteuttamalla tehtävää.

Perheen osallistumista rajoittavat tekijät

Perheen osallistumiseen rajoittaviin tekijöihin liittyy tiettyjä haasteita interaktiivisen ryhmäohjauksen toteutumisessa. Ohjaajien mukaan joillain vanhempien kerroilla oli teknisiä ongelmia paljon, jotka rajoittivat vanhempien osallistumista videoneuvottelussa. Vanhemmat saattoivat näissä ryhmissä olla kyllästyneitä ja turhautuneita, kun oli niin paljon teknisiä ongelmia eikä yhteys toiminut. Vanhempien kerralla saattoi olla myös poissaoloja, jotka rajoittivat osallistumista. Jotkut ohjaajat olisivat toivoneet vanhemmilta myös enemmän ryhmäytymistä ja kokemusten jakamista. Vanhemman sitoutumattomuus vaikuttaa ohjaajan mukaan osallistumiseen. Toisessa ryhmässä vanhemmat koettiin aktiivisiksi osallistujiksi ja ohjaajat kertoivat, että välillä piti palauttaa vanhempia aiheeseen, sillä olisi muuten menty syvällisemmin heidän asioihinsa.

Perheen rooli nuorten tukena interaktiivisessa ryhmäohjauksessa

Ammattilaisten kokemuksista nousi vanhempien rooli nuorten tukemisessa ryhmäohjauksissa. Ohjaajien mukaan nuoret ovat vanhempien vastuulla. Vanhemmat tulisi sitouttaa ryhmäohjaukseen ja painonhallinnan hoitoon. Vanhemmat tekevät ne päätökset esimerkiksi ruokataloutta koskien kotona ostaen ja laittaen ruokaa. Vanhemmat vastaavat perheen kulttuurista. Vanhemmat tulisi ottaa vielä enemmän huomioon nuoren painonhallinnassa. Vanhempien tulee osata asettaa rajoja nuorille. Ohjaajien mukaan vanhemmuus tulisi saada kuntoon, sillä joissain perheissä nuoret saattavat määrätä vanhempia.

Perheen tukeminen interaktiivisessa ryhmäohjauksessa toteutui konkreettisten käytännön asioiden läpikäymisenä. Ohjaajien kokemusten perusteella keskustelua olisi hyvä olla mahdollisimman paljon. Vanhempien kerralla oli paljon kuuntelua ja yhteisten kokemusten löytämistä. Joissain ryhmissä koettiin toisella kerralla pääsevän vanhempien kanssa syvällisempään keskusteluun. Vanhempien esimerkin huomiointi terveellisissä elintavoissa, sillä vanhempia tukemalla pystytään vaikuttamaan ohjaajien kokemusten perusteella nuorten ruokailuun ja herkutteluun sekä liikuntaan.

Ryhmäohjaukokemus perheelle ohjaajan näkökulmasta

Osa nuorista ja vanhemmista tulivat paikan päälle ammattilaisten luo videoneuvotteluyhteysongelmien vuoksi. Syrjäseudulla on ohjaajien mukaan haastetta, että saadaan järjestelmät toimimaan, mutta toimivana menetelmä voisi helpottaa nuorten kuljettamista vanhempien osalta. Menetelmän avulla on mahdollisuuksia perheille enemmän. Kotona korostuvat osan ohjaajien mukaan ne voimavarat, joita perhe pystyy ryhmäohjauksessa käyttämään ja ne realisoituvat parhaiten, kun perheet miettivät niitä itse kotona. Toisten ohjaajien mielestä taas muutos on hankalaa tehdä, kun on opitut mallit.

” Tossa vaiheessa on vaikee mennä mitään muuttaa, ku on monta vuotta ollut opitut mallit. Vanhempien pitäisi muuttua, jos lapsi muuttuisi. ”
(haastattelu 4)

Ryhmäohjaajien näkökulmasta vanhemmat ja nuoret olivat ryhmäohjauksen jälkeen sitä mieltä, että saivat eväitä tulevaisuuteen. Lyhyessä ajassa ei ohjaajien mukaan pysty paljoo tapahtuman, mutta he voivat jatkaa ryhmäohjauksen jälkeen terveellisillä elintavoilla. Ohjaajat epäilivät, että ryhmäohjauksen aikana perheissä keskusteltiin elintavoista ja käsiteltiin asioista. Nuorille saattoi jäädä mieleen ryhmäohjauksessa käytyjä asioita. Nuoret saivat ohjaajien mukaan tiedon terveellisistä elintavoista, liikunnan ja unen merkityksestä sekä itsetunnosta. Paino ei pudonnut nuorilta ryhmäohjauksen aikana joissain ryhmissä, mutta nuorten koettiin saaneen eväitä tulevaisuuteen.

”Nuorilta kysyttäessä he sanoivat saaneensa jatkaa jotain.” (haastattelu 5)

”Jatkossa näkyy perheen elämässä heräsiivätkö ajattelemaan asioita.” (haastattelu 3)

7.2.5 Uuden työmenetelmän käyttöönottoon liittyvät asiat interaktiivisessa ryhmäohjauksessa

Ryhmäohjaajan odotukset interaktiivista ryhmäohjausta kohtaan

Ryhmäohjaajilla oli erilaisia ajatuksia interaktiivista ryhmäohjausmenetelmää kohtaan. Ryhmäohjausaihe (nuorten ylipaino ja lihavuus) koettiin kiinnostavaksi ja ajankohtaiseksi. Toisaalta taas jonkun ohjaajan mukaan aihe oli vaikea. Toiset ohjaajat kertoivat asiasisällöstä olevan varmempi olo kuin menetelmästä ja teknologiasta. Ohjaajat kertoivat myös uuden menetelmän jännittäneen, sillä se oli useammalle uusi työmenetelmä. Jotkut ohjaajat kertoivat lähtökohdistaan myös sen, etteivät työskentele kouluterveydenhuollossa tai ryhmäohjaukseen osallistuneiden ikäisten nuorten kanssa perustyössä.

”Oli mukava lähteä mukaan uuteen juttuun.” (haastattelu 7)

”Kyllä sinänsä ihan mielenkiinnolla lähdin mukaan.” (haastattelu 3)

Terveydenhuollon ammattilaisten oma motivaatio interaktiivista ryhmäohjausta kohtaan oli vaihtelevaa. Toiset ohjaajat kertoivat lähteneensä mielellään mukaan ja toiset kertoivat motivaation olleen epäilevä. Ohjaajat kertoivat, että motivaatio olisi voinut olla parempi, mikäli he olisivat olleet alusta lähtien mukana. Osalla ohjaajista myöskään ajankohta tai oma motivaatio ei ollut parhain.

”Sinänsä parempi ois ollu motivaatio, jos ois ollu enemmän aikaa. Jos mä oisin ollu alusta lähtien mukana tässä touhussa.” (haastattelu 4)

Ryhmäohjaajan kokemukset interaktiivisesta ryhmäohjauksesta

Ammattilaiset kokivat interaktiivisen ryhmäohjauksen eri tavoin. Onnistumisen kokemuksia tuli usealta ryhmäohjaajalta. Ohjaajat olivat saaneet nuorilta hyvää palautetta ryhmäohjauksien aikana.

”Kaikki meni hyvin. Nuorilta saatiin hyvää palautetta.” (haastattelu 5)
”Hyvä menetelmä, paljon kehitettävää.” (haastattelu 4)

Joillekin ohjaajille jäi päällimmäiseksi huonot kokemukset interaktiivisen ryhmäohjauksen toteutumisesta. Syynä huonoihin kokemuksiin saattoi olla teknologian toimimattomuus, josta seurasi turhautumista ja interaktiivisuuden poisjäämistä. Ohjaajat kokivat myös kunnollisen ryhmäohjauksen puuttumista, kun osallistujia oli vähän.

”Ei ollut vetäjälle helppoo, kun se menetelmä ei toiminut.” (haastattelu 1)

Ryhmäohjaajilla oli vaihtelevia aiempia kokemuksia ryhmäohjauksesta ennen projektia. Toiset ohjaajat olivat ohjanneet työssään useita ryhmiä ja saaneet ryhmäohjauskokemusta tätä kautta. Toisille ohjaajille ei ollut tullut ryhmäohjauskokemusta omasta työstään paljoakaan. Ohjaajat kertoivat ryhmäohjaustaitojen karttuneen opiskelun ja työskentelyn kautta. Toisille nuorten kohtaaminen on ollut tuttua ja sen vuoksi oli

helppo lähteä mukaan. Ryhmäohjaustaitoja pystyy ohjaajien mukaan kehittämään ryhmäohjausten aikana.

”Kokemusta on toiselta puolelta ryhmäohjauksesta, mutta ryhmät on erilaisia ohjata ja vetää.” (haastattelu 5)

Osa ohjaajista koki, ettei resursseja ollut tarpeeksi varattu interaktiivisten ryhmien toteutukseen. Asiakastyön rinnalla koettiin, ettei ollut tarpeeksi aikaa ohjata ryhmiä tai kehittää uusia menetelmiä. Toisille ammattilaisille oli varattuna työaikaa ryhmäohjauksen toteuttamiseen ja toisille ei. Osa ryhmäohjaajista koki, että ryhmäohjaus ei tuonut paljoa uutta interaktiivisen menetelmän lisäksi omaan työhön. Suurin osa ryhmäohjaajista koki ryhmäohjaustaitojen lisääntyneen ryhmien toteutumisen jälkeen. Ammattilaiset ovat hyödyntäneet ryhmäohjausten materiaalia myös omassa työssä.

”Tästä sai paljon työkaluja omaan työhön.” (haastattelu 6)

”Kaikki tämmönen kasvattaa ja opettaa.” (haastattelu 3)

Toimivuuden varmistamisesta tulisi erään ohjaajan mukaan parempi tulos interaktiivisessa ryhmäohjauksessa. Kaiken kaikkiaan suurimmalle osalle ohjaajista jäi hyvä kokemus interaktiivisesta ryhmäohjauksesta. Ryhmäohjauksia oli ohjaajien mukaan mukava pitää ja he lähtisivät tarvittaessa uudelleen mukaan ohjaamaan. Interaktiivinen ryhmäohjaus nähtiin tulevaisuuden työmenetelmänä.

”Mahdollisuuksia on tätä kautta enemmän.” (haastattelu 5)

”On ollut mielenkiintoinen kokemus nähdä ihan erilaista. Tämä on varmasti tulevaisuutta.” (haastattelu 7)

Terveystieteiden ammattilaisten kokemuksen ryhmäohjauksen kestosta nuorten kannalta käsiteltiin kappaleessa 7.1.3, jossa todettiin keston olleen pääsääntöisesti hyvä nuorten kannalta. Ryhmäohjaus ammattilaisen kannalta on kuormittavampaa

toteuttaa. Ammatillaiset kertoivat käyttäneensä aikaa ryhmien suunnitteluun ja toteutukseen työajan ulkopuolella viikonloppuisin tai iltaisin työpäivien jälkeen. Ammatillaisen työpäivä saattoi pidentyä ryhmäohjauksen vuoksi. Hyvänä asiana kuitenkin koettiin se, että ryhmäohjauksia oli tiheästi ja nuoria kohtasi usein.

”Päivätyöntekijältä vaatii järjestelyjä aikatauluun.” (haastattelu 7)

Kommunikoinnin sujuminen interaktiivisessa ryhmäohjauksessa ohjaajan kannalta

Ammatillaiset kokivat useita haasteita interaktiivisessa ryhmäohjauksessa. Useat ohjaajat kokivat, että vuorovaikutus on mahdollista videovälitteisen menetelmän kautta. Kommunikaatio ja vuorovaikutus eivät kuitenkaan saisi ohjaajien mukaan kovin keskeytyä. Haasteena nähtiin kommunikaation keskeyttäminen.

”Siis se on ainakin ohjaajan kannalta se on aika ongelma et jos mä sanon jotain ja ihminen alkaa vastata ja mun pitää sanoa et odota hetki, toiset ei kuule nyt tai nyt putos joku langalta.”(haastattelu 1)

Interaktiivisissa ryhmäohjauksissa koettiin, ettei pystytty yhtä syvällisiin keskusteluihin kuin kasvokkain tapahtuvissa tilanteissa. Kommunikaation sujuminen sanattomasti ja sanallisesti koettiin helpommin tapahtuvaksi livetapaamisissa kuin videovälitteisissä tapaamisissa. Kasvokkain pystyi ohjaajien mukaan paremmin seuraamaan viestintää ja kommunikointia. Livetapaamisissa pystyttiin helpommin kontrolloimaan nuoria. Ohjaajat kertoivat videovälitteisessä kuvassa näkyvän kasvot ja kädet. Tausalla olevista tapahtumista eivät ammatillaiset olleet tietoisia ryhmäohjauksen aikana. Sitä ei myöskään ryhmäohjauksen aikana tiennyt, tekikö nuori jotain muuta samalla kuin oli kuvaruudun ääressä.

”Ei tiedä näpytteleekö tietokonetta, katsoo kännykkää tai kuuntelee musiikkia.” (haastattelu 1)

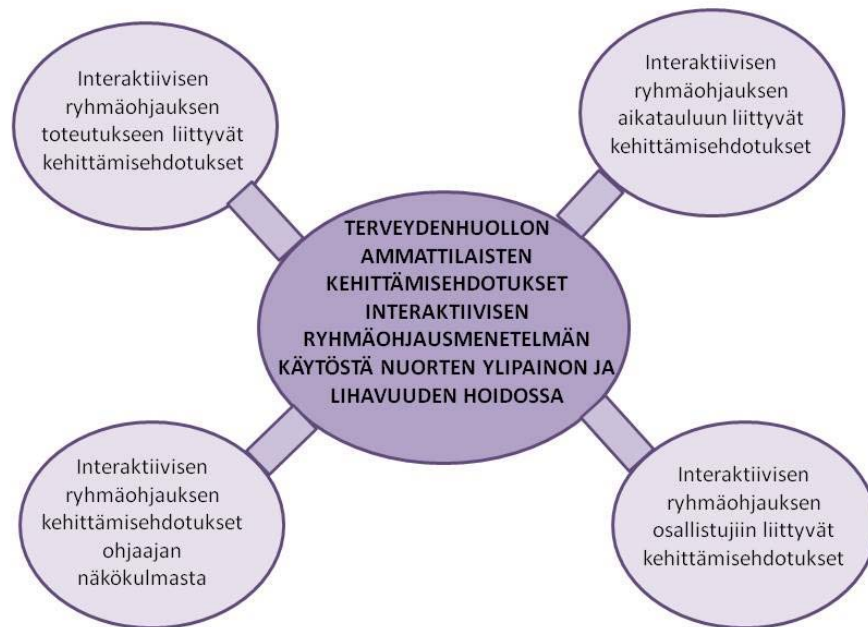
Interaktiivisessa ryhmäohjauksessa näytettiin materiaalit tietokoneruuduilta nuorille, jolloin nuorten kuva ei välittynyt ohjaajille. Sanaton viestintä koettiin hankalammaksi menetelmän kautta, sillä asiakkaan reaktiota ei ohjaajan mukaan pysty aina näkemään. Joissain ryhmissä päästiin aitoihin kokemuksiin, sillä ohjaaja saattoi kokea, ettei tietokonetta ollut nuoren ja ammattilaisen välissä ollenkaan.

Sanallinen viestintä toimi paremmin kuin sanallinen interaktiivisessa ohjausmenetelmässä ohjaajien mukaan. Nuoret lähtivät keskusteluihin ammattilaisten mukaan. Aiemmat tapaamiset ja kontaktikerrat tukivat sanallista viestintää ammattilaisten mukaan. Osa ohjaajista koki ohjauksen olevan ohjaajavetoista. Sanallisen viestinnän haasteena koettiin muun muassa äänensävyt.

”Sanallista viestintää ei pysty saada selville tai äänensävyä.” (haastattelu 6)

7.3 Terveysthuollon ammattilaisten kehittämisehdotukset interaktiivisen ryhmäohjauksen käytöstä nuorten ylipainon ja lihavuuden hoidossa

Toisen tutkimuskysymyksen tuloksia tarkasteltiin kuvion 4 mukaisesti. Tulokset ryhmiteltiin aineistosta nousevan neljän alaotsikon kautta erillisiin taulukoihin. Terveysthuollon ammattilaisten kehittämisehdotukset jaettiin interaktiivisen ryhmäohjauksen toteutukseen, aikatauluun, osallistujiin liittyviin kehittämisehdotuksiin sekä interaktiivisen ryhmäohjauksen kehittämisehdotuksiin ohjaajan näkökulmasta.



Kuvio 4. Terveydenhuollon ammattilaisten kehittämissihtotukset interaktiivisen ryhmäohjauksen käytöstä nuorten ylipainon ja lihavuuden hoidossa

7.3.1 Interaktiivisen ryhmäohjauksen toteutukseen liittyvät kehittämissihtotukset

Teknologian kehittäminen toimivaksi

Eräässä haastattelussa tuli ilmi, että ryhmäohjaaja suosittelee teknisen tuen olemassa oloa ryhmäohjauksien aikana. Teknisen ongelman selvittäjän toivotaan olevan ryhmäohjauksen aikana joku muu kuin ryhmäohjaaja. Teknistä tukea toivottiin niin asiakkaille kuin ammattilaisille.

”Jatkossa olisi hyvä tietää, mitä tekee, kun tulee tekninen ongelma ja kuka sitä selvittää.” (haastattelu 1)

Teknisen tuen lisäksi kaivattiin yhteyden testaamista jo ryhmien suunnitteluvaiheessa teknisten ongelmien poissulkemiseksi. Myös eri tahojen huomiointi suunnitteluvaiheessa olisi tärkeää. Tietotekniikan toivottiin toimivan jatkossa paremmin, niin että yhteydet toimisivat. Menetelmä nähtiin yhtenä vaihtoehtona tulevaisuuden työskentelytavoissa, mutta sitä ei saisi tekniset ongelmat häiritä.

”Ammattilaisen energia tulee jatkossakin mennä vuorovaikutusasioihin eikä menetelmä saa sitä häiritä.” (haastattelu 1)

Kehittämisehdotuksena nousi myös menetelmän kehittäminen sellaiseksi verkko-työskentelyalustaksi, jossa nuoret voisivat keskustella ja vaihtaa kokemuksia Teknologin vaikutus ryhmäohjaukseroihin nousi esiin myös ammattilaisten kehittämisehdotuksissa, joissa ehdotettiin ryhmäohjaukseroien järjestämistä puoliksi livetapaamisina ja puoliksi videovälitteisesti. Lisäksi ajatuksena nousi osallistujien kokoaminen samaan paikkaan esimerkiksi yleisiin tiloihin kuten terveydenhoitajan vastaanotolle, jonka arveltiin tuovan varmuutta yhteyksiin.

Sisällön ja ohjauksen kohdentaminen nuorten yksilölliseen elämäntilanteeseen

Interaktiivisen ryhmäohjauksen sisältöön ja ohjaukseen toivottiin enemmän nuorten arjen huomioimista. Osa ryhmäohjaajista koki, että teorian luennoimisen lisäksi tai sijaan olisi hyvä kartoittaa nuoren arjen sisältöä ja kohdentaa ohjaus niihin asioihin. Materiaalien toivottiin olevan sisällöltään enemmän nuorille kohdennettua ja konkreettisempaa.

”Tutun teorian tiedon käsiteltäisiin asiat niin, että saadaan nuoret ymmärtämään käytännössä asian.” (haastattelu 3)

Osa ohjaajista toivoi teoriaosuuden säilyvän ryhmäohjauksissa, sillä asioiden kertauksen koettiin olevan hyvä asia. Joissain ryhmissä vanhemmat olivat toivoneet tietosuutta.

Materiaalin toivottiin olevan enemmän ylipainoisille ja lihaville nuorille suunnattua. Ylipainoisien ja lihavien nuorten kohdalla olisi ryhmäohjaajan mukaan tärkeää käydä läpi muun muassa aamupalan tärkeyden ja kouluateriaan liittyviä asioita. Näihin aihealueisiin pohjautuen voisi ryhmäohjaajan mukaan olla enemmän materiaalia ryhmäohjauksessa. Ammatillaiset kaipasivat myös tehtäviä enemmän.

” Nuoret tietävät teoria-asiat, enemmän pitäis olla tehtäviä.” (haastattelu 2)

Ohjaajat toivoivat enemmän materiaaleista lähteviä välitehtäviä, joissa nuorten pitäisi miettiä käytännön asioita. Välitehtäviä toivottiin lisää motivaation ylläpitämiseksi. Ohjaajat toivoivat myös mahdollisuutta pitää motivaatiota yllä muistuttamalla esimerkiksi sähköpostitse suoraan nuoria ryhmäohjauksien aikana muun muassa tehtävistä. Ryhmäohjaaja koki tärkeäksi, että huolehditaan, että nuoret tekevät tehtäviä. Eräs ohjaaja kaipasi myös enemmän yksilöllisyyttä ryhmäohjauksen toteutukseen.

Ammatillaiset huomioivat myös interaktiivisen ryhmäohjauksen kohdalla olevat riskit, ettei sidottaisi nuoria enempää tietokoneelle, mitä he siellä jo ovat. Jatkossa tulisi turvata, että interaktiivinen työmenetelmä tukee painonhallintaa, mutta ei heikennä sitä.

”Kiinnitetään huomiota, että saadaan nuoret ylös tuolista ja koneelta ja mahdollisimman vähän ruutuaikaa.” (haastattelu 1)

Toiminnallisempaa ja käyttäytymiseen vaikuttava sisältöä interaktiiviseen ryhmäohjaukseen

Ryhmäohjaajat toivoivat jatkossa interaktiiviseen ryhmäohjaukseen toiminnallisuutta esimerkiksi liikunnan, ruokailun tai kaupassa käynnin osalta. Toiveina olisi lähteä yhdessä liikkumaan nuorten kanssa. Videoneuvottelukertojen lisäksi voisi järjestää ammattilaisten mukaan toiminnallisia ja liikunnallisia kertoja esimerkiksi yhteistyössä eri oppilaitosten kanssa opiskelijoita hyödyntäen. Osa ohjaajista ehdotti, että van-

hempien kerroilla voisi myös kokeilla toiminnallisia asioita joko videovälitteisesti tai kontaktitapaamisina.

”Lukemalla ei varmaan ikäryhmän nuorten kanssa pääse pitkälle, mutta tekemällä ja kokeilemalla.” (haastattelu 1)

Toiminnallisuuden lisäksi muutama ryhmäohjaaja ehdotti käyttäytymisterapeuttista otetta interaktiiviseen ryhmäohjauksen toteutukseen. Ammattilaisten mukaan voisi saada uutta lähestymistapaa ohjaukseen miettimällä, miten asioita voisi tehdä toisin. Ongelmanratkaisukeskeistä näkökulmaa voisi myös miettiä.

”Voisi panostaa enemmän painon ja syömisen miettimisen sijaan siihen, mistä tulee hyvä mieli. Voisi miettiä, mitä tekemistä tilalle, jos tekee mieli syödä sipsiä yms.” (haastattelu 2)

Perheen hyötyminen interaktiivisesta ryhmäohjauksesta

Interaktiivisen ryhmäohjauksen toteutuksesta arveltiin tulevaisuudessa olevan hyötyä niille perheille, joilla on pitkät välimatkat hoitopaikkoihin. Ohjaajat arvelivat menetelmän olla motivoivampaa heille, joilla on pitkät välimatkat. Interaktiivisen ohjauksen kautta säästyy aikaa.

7.3.2 Interaktiivisen ryhmäohjauksen aikatauluun liittyvät kehittämis ehdotukset

Interaktiivisen ryhmäohjauksen tapaamisiin liittyvät kehittämis ehdotukset

Muutama ryhmäohjaaja toivoi ryhmäohjauksen keskivaiheeseen yhtä kontaktitapaamiskertaa lisää. Ammattilaiset kertoivat heidän kaivanneen yhteistä tapaamista ryhmäohjauksen keskellä, jotta ryhmän kanssa olisi voinut tavata, lisätä ryhmäytymistä ja motivaatiota. Myös aloitus- ja lopetustapaamiset koettiin tärkeiksi ryhmäohjauksen toteutuksessa ja ne tulisi jatkossakin säilyttää. Ryhmäohjauksetojen väliin toivottiin myös lisäksi yhteydenpitomahdollisuutta nuoriin.

”Keskivaiheen tapaaminen olisi voinut motivoida enemmän loppurutiinukseen.” (haastattelu 6)

Interaktiivisen ryhmäohjauksen keston liittyvät kehittämissuositukset

Suurin osa ryhmäohjaajista toivoi, että interaktiivinen ryhmäohjaus kestäisi pidempään kuin mitä projektissa toteutunut ryhmäohjaus oli. Ammattilaisten mukaan ryhmäohjauskertoja voisi olla enemmänkin, mutta ei vähemmän. Toiset ohjaajat olivat sitä mieltä, että tapaamiskertoja ei välttämättä tarvitsisi olla enempää, mutta kertojen välistä aikaväliä voisi pidentää. Toisen ohjaajan mielestä ryhmäohjauskertojen väliä voidaan pidentää vain, mikäli on välitehtäviä. Osa ohjaajista ehdottaa ryhmäohjauksen kestoksi vuoden. Muutama ohjaaja on sitä mieltä, että pari kuukautta pidempi ryhmäohjaus voisi olla hyvä.

Pidemmän ryhmäohjauksen etuna ammattilaiset kokivat, että saadaan käyttäytymisen muutoksia aikaan. Yksi ryhmäohjaaja muistutti, että kasvuikäisellä nuorella pituuskasvu hoitaa lihavuutta eikä tavoitteena ole painon pudotus vaan painon pysyminen samana.

”Oli hyvä varata aikaa käyttäytymisen muutokselle, sillä se ei tapahdu viikossa eikä kuukaudessa.” (haastattelu 1)

Pidemmän ryhmäohjauksen keston hyötynä nähdään myös välitapaamisten mahdollistuminen ja mahdollisten muutosten näkeminen nuorissa ja heidän perheissään. Eräs ryhmäohjaaja koki, että ryhmäohjaus voisi olla lyhempi ja tiheämmillä seurannoilla, jos halutaan tuloksia.

Yhden ryhmäohjauskerran kehittämissuositukseksi annettiin yhden ohjauskerran keston pidentäminen.

”Livetapaamisessa pitää olla keston 1,5h, mikäli ryhmässä on yli 6 henkilöä.” (haastattelu 6)

Toisaalta ammattilainen koki, että ohjauksen kesto vaikuttaa ryhmäkoko, joten jatkossa tämä tulisi huomioida. Toisissa ryhmissä koettiin koulun jälkeinen aloitusajankohta tulevaisuudessakin parhaimmaksi, toisissa ryhmissä taas ilta-aika ammattilaisten kertomana.

7.3.3 Interaktiivisen ryhmäohjauksen osallistujiin liittyvät kehittämissuositukset

Interaktiiviseen ryhmäohjaukseen osallistuvien nuorten ominaisuuksia

Terveystieteiden ammattilaisten mukaan ryhmiin osallistuvien nuorten ikää voisi katsoa tarkemmin. Ala- ja yläkoululaisten sijoittamista samaan ryhmään ei suositeltu jatkossa. Laajuudeltaan noin kolmen vuoden ikäeroja suositeltiin jatkossa. Sopivin ikä ryhmäohjaukselle todettiin olevan yläkouluikäiset, mikäli pyritään tuloksiin.

”Elämäntyylit ovat niin erilaisia, joten kolmen vuoden välit kuten 1-3 luokkalaiset, 4-6 luokkalaiset ja yläkouluikäiset voisivat olla omassa ryhmässään.” (haastattelu 2)

Osa ohjaajista antoi kehittämissuositukseksi toisilleen tutun ryhmän kokoamisen. Tällä tavoin nuoret voisivat tukea toisiaan paremmin ja ryhmäytyminen voisi olla helpompaa. Ryhmiin toivottiin molempien sukupuolten nuoria.

Ryhmäkoon huomiointi interaktiivisessa ryhmäohjauksessa

Sopiva ryhmäkoko interaktiivisiin ryhmäohjauksiin koettiin olevan isompi kuin projektissa toteutuneet interaktiiviset ryhmät. Sopivaksi ryhmäkooksi jatkossa suositeltiin 5-7 osallistujaa. Useamman nuoren ryhmästä koettiin saavat enemmän keskustelua aikaiseksi. Ryhmäytymisen kannalta toivottiin myös hieman isompia ryhmiä. Osa ryhmäohjaajista kertoi myös isompaa ryhmää olevan mielekkäämpää ohjata. Ryh-

mäohjaajien mukaan sopivan ryhmäkokoon vaikuttaa myös osallistuvien nuorten ominaisuudet sekä heidän sitoutuminen ryhmään.

”Useammalta osallistujalta saisi enemmän irti, jos olisi useampi samassa elämäntilanteessa oleva.” (haastattelu 6)

”Isompi ryhmä olisi parempi, kun ei voi hirveen henkilökohtaisia asioita kuitenkaan ryhmässä kysellä.” (haastattelu 3)

Rekrytoinnissa huomioitavat asiat interaktiivisessa ryhmäohjauksessa

Useat terveydenhuollon ammattilaiset ehdottivat interaktiivisiin ryhmiin osallistuneiden nuorten olevan jatkossa vastaavissa ryhmässä hoidon aloitusvaiheessa tai tulleen hoidon piiri lähiaikoina. Ajankohdan etuna voisi olla ryhmäohjauksen jatkuminen interaktiivisen ryhmäohjauksen jälkeen.

”Ne asiakkaat, jotka tulevat ylipainon tai lihavuuden hoidon piiriin, voisivat hyötyä ryhmäohjauksesta eniten.” (haastattelu 2)

Ryhmäohjaajien mukaan ryhmään ottamisen kriteereitä voisi tarkentaa ennen ryhmäohjauksen aloittamista. Kaikkien osallistujien tulisi pystyä toimia ryhmässä ja rekrytoinnissa näihin asioihin voitaisiin vielä kiinnittää huomiota. Rekrytointivaiheessa voitaisiin varmistaa vielä, että nuorella olisi vähintään yksi vanhempi tukemassa ryhmäohjauksen ajan. Vanhempien tuki koettiin ammattilaisten mukaan tärkeäksi jatkossakin.

”Nuorilla olisi hyvä olla edes yksi vanhempi tukena ryhmäohjauksessa.” (haastattelu 1)

7.3.4 Interaktiivisen ryhmäohjauksen kehittämisehdotukset ohjaajan näkökulmasta

Työsuunnittelu interaktiivisessa ryhmäohjauksessa tulevaisuudessa

Terveydenhuollon ammattilaiset suosittelivat jatkossakin parityöskentelyä interaktiivisen ryhmäohjausmenetelmän käytössä. Kahden ohjaajan osallistuminen olisi parempi teknisen ongelman ilmaantuessa. Työtä pystyisi helpommin jakamaan kahden ohjaajan osallistuessa.

”Siinä mielessä voisi olla ihan hyvä, että siinä olisi kaks, että se olisi 100 % varma se systeemi.” (haastattelu 2)

Osa ryhmäohjaajista toivoi, että olisi enemmän aikaa perehtyä ryhmäohjauksen aiheeseen ja suunnitteluun. Suunnitteluun ja toteutukseen toivottiin enemmän työaika jatkossa. Työnantajan tukea toivottiin myös ryhmäohjausten toteuttamiseen. Ajankäytön suunnittelua suositeltiin jatkossa enemmän. Osa ryhmäohjaajista toivoi, että työn resursseihin kiinnitettäisiin huomiota, että ryhmäohjausta voisi toteuttaa työajalla ilman ylitöiden kertymistä. Kohderyhmän ja aiheen tarkentamista toivottiin myös jatkossa enemmän.

”Toteutus tapahtui ektemporee, joten jatkossa voisi panostaa enemmän valmistautumiseen ja sitoutumiseen.” (haastattelu 4)

Osa ryhmäohjaajista, joilla ei jatkunut hoitosuhde nuoriin ryhmäohjauksen jälkeen, toivoivat jatkumoa ohjaukseen.

”Käyntien jatkuminen olisi hyvä, sillä muutos lähti käyntiin, niin on hyvä seurata.” (haastattelu 1)

”Mikäli olisin ollut kouluterveydenhuollossa töissä, olisi tullut hyvä jatkumo sinne.” (haastattelu 4)

Ryhmäohjaajan tulevaisuuden visiot interaktiivisen ryhmäohjausmenetelmän käytöstä

Ryhmäohjaajat miettivät haastatteluissa interaktiivisen ryhmäohjausmenetelmän käyttöä omassa työssään. Osa ryhmäohjaajista koki, ettei voisi kokonaan siirtyä ohjaamaan interaktiivisen menetelmän avulla, mutta menetelmä voisi olla yksi lisä omassa työssä. Osa ryhmäohjaajista oli motivoituneita jatkamaan työtä interaktiivisen ryhmäohjausmenetelmän parissa. Osa ammattilaisista oli jo hyödyntänyt ja aikoo jatkossa hyödyntää interaktiivisen ryhmäohjauksen materiaalia omassa työssään.

”Jatkossa halutaan kehittää ja kokeilla uudestaan.” (haastattelu 2)

Interaktiivisen ryhmäohjausmenetelmän koettiin lisäävän aluksi työmäärää, mutta jatkossa se voisi helpottaa työmäärää pidemmällä aikavälillä, jos menetelmä saadaan toimimaan. Osa ryhmäohjaajista ajatteli päiväaikaan olevan mahdollista pitää useita ryhmäohjauksia, mutta ilta-aikaan tapahtuvia ryhmäohjauksia voisi olla n. 1-2 vuodessa.

Osa ryhmäohjaajista kertoi, että ryhmäohjausmenetelmä voisi soveltua hyvin omaan työhön lasten ja nuorten parissa. Interaktiivinen ryhmäohjausmenetelmä koettiin myös olevan sopiva muihin asiakasryhmiin, mikäli heidän tietotekniset taidot ovat hyvät.

”Voisi soveltua omaan työhön, sillä aikuisten ja nuorten kanssa käydään samoja asioita lävitse.” (haastattelu 3)

Interaktiiviselle ryhmäohjausmenetelmälle sopiviksi asiakasryhmiksi koettiin tulevaisuudessa myös aikuiset, lapset ja nuoret, perussairautta kuten diabetesta sairastavat nuoret ja aikuiset, lapsiperheiden ja lasta odottavien perheiden vanhemmat, työttömät ja iäkkäät ihmiset. Lisäksi interaktiivisen ryhmäohjausmenetelmän käyttöä ehdotettiin muun muassa perhevalmennuksissa, vertaistukiryhmissä, allergiaohjauksissa ja painonhallintaryhmissä. Ohjausmenetelmän koettiin toimivan erityisesti motivoin-

nin tukena erilaisten aihealueiden parissa. Interaktiivisen ohjausmenetelmän koettiin myös toimivan mahdollisesti yksilötyössä tulevaisuudessa.

*”Menetelmää voisi käydä diabetesnuorten kanssa työskentelyyn, sillä heillä on samat käyttäytymisenongelmat diabeteksen hoitoon liittyen.”
(haastattelu 1)*

”Kiinnostaisi jatkossa kokeilla joidenkin muidenkin kanssa.” (haastattelu 6)

8 POHDINTA

8.1 Opinnäytetyöprosessin tarkastelua

8.1.1 Opinnäytetyön luotettavuus

Opinnäytetyön tekemiseen oli varattu riittävästi aikaa, mikä on laadullisen tutkimuksen luotettavuuteen liittyvä asia. Opinnäytetyö oli osa kehittämisprojektia, jolla oli omat aikataulunsa, mutta opinnäytetyötä tehtiin tekijän oman aikataulun mukaan ja sen tekemiseen paneuduttiin huolella koko opinnäytetyöprosessin ajan. Opinnäytetyöprosessi suoritettiin huolella ja raportoimalla julkisesti vaihe vaiheelta tehdyt ratkaisut, niin että tutkijakollegat kykenevät arvioimaan prosessia. Opinnäytetyön eri vaiheista pidettiin tutkimuspäiväkirjaa ja kirjallisuuskatsauksessa käytetyt tietokannat ja niiden osumat kirjoitettiin ylös. Opinnäytetyön tekijän työvälineenä oli tutkimustaulukko, johon keskeisimpien tutkimusten tieto koottiin myöhempää tarkastelua varten. Opinnäytetyössä pyrittiin käyttämään mahdollisimman tuoreita lähteitä. Luotettavuuden lisäämisessä olisi ollut mahdollista tutkimuksen tiedonantajien tekemä arviointi tulosten ja johtopäätösten osuvuudesta, joka opinnäytetyössä toteutui sen esittämisvaiheessa, jolloin esitysseminaarin oli kutsuttu tiedonantajat paikalle. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 142.)

Luotettavuuden arvioinnissa tutkijan pitää kuvata avoimesti tutkijan ja tutkimuskohteen välillä olevan yhteyden. Tutkijan tuottaessa yleistettävää tietoa hänen tulee pyrkiä eristämään mahdollisimman hyvin muodostamansa tiedolliset löydökset muusta kokemuksestaan. (Metsämuuronen 2006, 198-199.) Tähän kiinnitettiin huomiota siinä, että vaikka tutkijan taustat ovat terveydenhuoltoalalta, niin opinnäytetyössä pyrittiin pitämään omat mahdolliset kokemukset ryhmäohjaajana toimimisesta poissa ja pyrittiin suhtautumaan objektiivisesti interaktiivisen ryhmäohjauksen teemaan. Projektiin sekä haastatteluihin osallistuvat henkilöt eivät olleet haastatteli-

jalle entuudestaan tuttuja, joten heitä kohtaan ei ollut henkilökohtaista yhteyttä tai sidettä.

Kylmä & Juvakka (2007, 130-133) ovat listanneet luotettavuuden kriteereiksi tutkimusten eri vaiheessa muun muassa tutkittavan ilmiön tunnistaminen ja selkeä nimeäminen, joka on tehty opinnäytetyön alkuvaiheessa. Tutkimuksen merkitys tulisi olla perusteltu sisällöllisesti, menetelmällisesti ja eettisesti. Sisällöllisesti tutkimus perusteltiin ajankohtaisella ja kansainvälisellä tutkimustietoon pohjautuvalla teoriatiedolla terveystieteiden kannalta, lakien ja säädöksen osalta sekä erilaisten laatusuosituksen kautta. Laadullisen tutkimuksen tarve ja luonne on kuvattu. Aiheen eettisyyttä on käsitelty. Tutkimusten tavoite, tarkoitus ja tutkimustehtävät ovat nimettyinä. Opinnäytetyössä on tietoisesti huomioitu, että laadullisen tutkimuksen tutkimustehtävät saattavat tarkentua ja täsmentyä vielä tutkimusprosessin aikana ja tästä mahdollisesta täsmentymisestä tullaan raportoimaan.

Aineistonkeruun kuvaus tulisi olla kuvattu kattavasti käyttäen useampia aineistonkeruumenetelmiä, kohderyhmän tulisi olla kuvattuna ja kerättynä henkilöiltä, joilla eniten kokemusta ilmiöstä ja menetelmä tulisi olla sopiva, aineiston luotettavuuteen ja riittävyteen tulisi olla kiinnitetty huomiota. Haastattelut toteutettiin ennalta suunnitellusti. Haastattelujen toteutus pyrittiin kuvamaan opinnäytetyössä mahdollisimman tarkasti. Haastattelujen toteutuspaikat ovat kerrottu siltä osin, kun ne voidaan paljastaa ja lisäksi on kerrottu haastatteluihin käytetty aika. Teemahaastattelussa haastattelijan persoona voi vaikuttaa haastattelujen etenemiseen ja tuloksiin. Haastattelija onnistui omasta mielestään luomaan suhteellisen rennon tunnelman haastatteluihin ja kuunnella sekä esittää lisäkysymyksiä tarvittaessa haastattelujen edetessä. Jatkokysymysten esittämistyylillä ja -määrällä voivat vaikuttaa tutkimustulokseen ja joku toinen haastattelija olisi voinut esittää erilaisia lisäkysymyksiä ja päästä eri tuloksiin haastattelumateriaalin avulla. Reliaabeliudella tarkoitetaan tutkimuksessa mittatulosten toistettavuutta, jota opinnäytetyössä voidaan parantaa tarkan raportoinnin kautta kertomalla opinnäytetyön eri vaiheet tarkasti. Validiutta eli pätevyyttä opinnäytetyössä voidaan arvioida, onko tutkimusmenetelmän avulla mitattu sitä, mitä on pitä-

nyt. Haastatteluissa haastateltavat voisivat mahdollisesti kertoa muuta kuin on kysytty. Haastattelijana aiheet palautettiin kuitenkin haastattelun teemarungon mukaisesti, kun keskustelu ajautui aiheesta pois.

Haastattelun luotettavuuteen voi lisäksi vaikuttaa se, että haastateltava antaa sosiaalisesti suotuisia vastauksia ja antaa tietoa joistain aiheista, vaikkei niistä kysyttäisiinkään. Haastattelussa on tärkeää, miten haastattelija tulkitsee haastattelijan vastauksia hänen merkityksmaailmassaan. (Hirsjärvi ym. 2007, 201-202.) Litteroinnin yhteydessä opinnäytetyön tekijä huomasi muutamassa tilanteessa keskeyttäneensä haastateltavan, vaikka tarkoituksena oli, ettei vastaavia tilanteita pääsisi muodostumaan, vaan haastateltava saisi rauhassa kertoa asiansa loppuun ja haastattelija tarpeen mukaan ohjaisi keskustelua haastattelurungon mukaisesti. Haastattelurunko laadittiin teoreettisen viitekehyksen perusteella ohjaajien avustuksella. Toinen opinnäytetyön tekijä olisi voinut päätyä toisenlaiseen haastattelurunkoon tai tuloksiin.

Opinnäytetyön tekijä litteroi itse aineiston eikä ulkopuolista apua käytetty. Nauhuri oli uusi, joten ongelmia nauhurin kuuluvuudessa ei ollut. Lähes kaikki haastateltavan kertomat asiat saatiin tallennettua ylös usean kuuntelukerran avulla. Aineistolähtöistä sisällönanalyysia käytettiin analyysimenetelmänä. Mikäli olisi valittu toinen analyysi, olisi ehkä voitu päätyä toisenlaisiin ja erilaisia asioita painottaviin tuloksiin. Opinnäytetyön tekijänä tulee olla tarkka, että suhtautuu kerättyyn aineistoon objektiivisesti. Omat henkilökohtaiset odotukset ja näkemykset tulisi pitää loitolla. Analyysin edetessä kiinnitettiin huomioita, että saadut tulokset ovat aineistolähtöisiä eikä ennalta odotettuja. Tutkimuspäiväkirjaa hyödynnettiin analyysin tekemisessä, kun palautettiin haastattelujen jälkeisiin muistiinpanoihin.

Laadullisen tutkimuksen aineistonkeruussa puhutaan myös saturaatiosta, joka tarkoittaa aineiston kylläntymistä. Aineistoa katsotaan olevan riittävästi, kun ei tule uutta tietoa ja asiat alkavat kertaantua. Tämän katsotaan myös lisäävän laadullisen tutkimuksen luotettavuutta. Opinnäytetyössä haastattelumateriaaleista alkoi nousta

samoja aiheita ja asioita, joten aineiston määrää voidaan pitää osittain riittävänä. (Hirsjärvi ym. 2007, 176-177.)

Aineiston analyysin tulisi olla valittu suhteessa tutkimustehtäviin ja prosessi kuvattu selkeästi alkuperäislainauksia hyväksikäyttäen. Aineiston analyysin onnistuneisuutta tulisi käsitellä muun muassa käyttämällä tutkimuksen osallistujia tulosten arvioinnissa, vertaisarvioinnin avulla ja tekijän oman panoksen kautta. Näitä hyödynnettiin opinnäytetyön analysointivaiheessa. Tutkimustuloksia raportoidessa kiinnitettiin huomiota tutkijan lähtökohtiin, tutkimuksen raportoinnin selkeyteen ja luettavuuteen, tutkijan päätelmien seuraamiseen lukijan näkökulmasta, lukijan mahdollisuuden tavoittaa ilmiö ja ymmärtää sekä arvioida itse sitä, aineiston, tulosten ja päätelmien selkeä suhde toisiinsa, tulosten hyödynnettävyys terveydenhuoltoon on käsitelty sekä eettisyyden ja luotettavuuden arviointi. Edellä mainittujen asioiden tiedostaminen aloitettiin jo opinnäytetyöprosessin alkuvaiheessa. (Hirsjärvi ym. 2007, 216.)

8.1.2 Opinnäytetyön eettisyys

Opinnäytetyön eettistä suuntaa ohjaavat Tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012) ohjeet hyvästä tieteellisestä käytännöstä. Eettisesti hyväksyttävän tutkimuksen katsotaan olevan kyseessä silloin, kun tutkimuksessa on käytetty eettisesti kestäviä menetelmiä hyvää tieteellistä käytäntöä kunnioittaen. Keskeisiä asioita siinä ovat rehellisyyden, huolellisuuden ja tarkkuuden noudattamista tutkimustyössä, tulosten tallentamisessa, esittämisessä ja arvioimisessa. Tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmien tulee olla eettisesti kestäviä ja tutkijan tulee olla avoin ja vastuullinen tutkimusta esiteltäessä. Muiden tutkijoiden työtä tulee kunnioittaa heihin viitatessa omassa tutkimuksessa. Tutkimuksen suunnittelu, toteutus ja raportointi tehdään asiallisella tavalla. Tutkimusluvut haettiin opinnäytetyössä Keski-Suomen sairaanhoitopiiriltä asianmukaisesti ja tutkimuslupa myönnettiin opinnäytetyölle keväällä 2013 ennen haastattelujen toteutusta.

Eettinen ennakoarviointi tehtiin ajoissa opinnäytetyösuunnitelman aikana. Tutkimushankkeessa sovitaan kaikkia osapuolia koskevat periaatteet, vastuut ja velvollisuudet ennen tutkimusprosessia. Tietosuojalliset asiat otetaan huomioon, rahoituslähteet ja muut sidonnaiset ilmaistaan tutkimuksessa. Näihin seikkoihin tulen kiinnittämään huomiota omassa tutkimuksessani ja avaa näitä asioita seuraavissa kappaleissa. (Hyvä tieteellinen käytäntö 2012.)

Anonymiteetti opinnäytetyön toteutuksessa

Suurin eettinen haaste opinnäytetyössä on pienen aineiston aiheuttama anonymiteetin suojaaminen. Pienen aineiston riski on projektin interventioon kuuluvien ryhmäohjaajien helppo tunnistettavuus. Laadullisen tutkimuksen pienet aineistot tuovat anonymiteetin säilyttämiseen haasteita, sillä nimettömyys ei pelkästään riitä, vaan tunnistamiseen liittyvät tiedot on poistettava raportista. Tämä on tehty jo opinnäytetyösuunnitelmassa, jossa ei mainitse, minkä alan terveydenhuollon ammattilaisista on kyse miltäkin alueelta ja analysointivaiheessa käytetään nimien sijaan numeroita. Opinnäytetyön alkuperäisilmaisuissa ei mainita ryhmiin osallistujista tai ryhmäohjaajista paljastavia yksityiskohtia, vaan esimerkiksi ohjaajan nimi tai nuoren sukupuoli on vaihdettu neutraaliksi käsitteeksi. (Kylmä & Juvakka 2007, 153.)

Vaitiolovelvollisuus ja luottamuksellisuus

Tutkijaa sitoo vaitiolovelvollisuus ja tutkimusaineiston suojele ulkopuolisilta henkilöiltä. Tutkimuksen eettisyyden ongelmakohtia on, että kokemukset eivät olisi tunnistettavissa ja kokemukset kuvattaisiin siten, ettei tutkimukseen osallistuneiden ohella kukaan muu voisi sen perusteella häntä näiden perusteella tunnistaa. (Janhonen & Nikkinen 2003, 125-126.) Tutkimuksen myötä esille tulevat asiat tulisivat raportoida siten, että ne palvelevat uuden tiedon tuottamisen, luottamuksellisuuden sekä kunnioituksen periaatteita. Raportoinnissa ei kerrota, minkä ryhmäohjaajan kommentti oli mikäkin tai mikä ryhmä oli kyseessä, jotta nuoret, heidän perheensä tai ryhmäohjaajat eivät olisi tunnistettavissa. (Kylmä & Juvakka 2007, 151.) Vaitiolovelvollisuutta kunnioittaen tutkimusten aineisto säilytetään tutkimuksen ajan niin, ettei se

päädy ulkopuolisten käsiin sekä hävitetään asianmukaisella tavalla tutkimuksen jälkeen.

Tutkijan vastuu

Tutkijan vastuu on suuri tutkimusta tehdessä, sillä hänen on määriteltävä suhteensa tutkimuskohteeseen ja ihmisiin tarkasti, joiden elämästä hän hankkii aineistoa. Saman henkilön elämästä voi saada erilaisia tulkintoja siitä näkökulmasta, mistä asiaa tarkastellaan ja mitä varten kerää tietoa. Tutkimukseni aikana säilytetään opinnäytetyössä tutkijan rooli ja olla ulkopuolinen tarkastelija ryhmäohjaukseen liittyen. Ei anneta oman työkokemuksen tai muun taustatekijän johdatella keskustelua, vaan pyritään saamaan mahdollisimman paljon irti haastatteluista tutkimuksen näkökulmasta. Toki tutkijan täytyy tehdä reflektoinnin kautta itselle tietoiseksi oma näkemys ja suhde tutkittavaan ilmiöön. Tämä raportoidaan opinnäytetyössä lukijalle.

(Janhonen & Nikkinen 2003, 125-16.)

Tutkija voi vuorovaikutuksellisella suhtautumisellaan luoda tunnelman, joka mahdollistaa aidon kokemuksen tavoittamisen muun muassa asenteen sulkeistamisella ja empaattisella suhteella haastateltaviin (Janhonen & Nikkinen 2003, 126). Ryhmähaastattelun onnistumiseen panostetaan tekemällä esihaastattelu, jossa harjoitellaan taitoja haastattelijana, jotta pystyn varsinaisessa haastattelussa luomaan todelliset asetelmat mahdollisimman monipuolisen ja objektiivisen tiedon saamiseksi valitulla yksilöhaastattelun menetelmällä.

Tutkimusetiikassa on kyse valinta- ja päätöksentekotilanteista, joissa tutkijan on ratkaistava tutkimusprosessin eri vaiheissa. Nürnbergin säännösten mukaan lääketieteellistä tutkimusta rajaavan eettisen ohjeen mukaan kokeeseen osallistuvan on oltava vapaaehtoisesti suostunut tutkimukseen, tutkimuksesta on saatava hyötyä yhteiskunnalle, tutkimuksen tulee olla aiempien tutkimustulosten mukaan oikeutettu, tarpeetonta kärsimystä on vältettävä, koe on voitava lopettaa missä vaiheessa tahansa sekä tutkimuksesta vastaavien henkilöiden tulee olla tieteellisesti päteviä.

(Kylmä & Juvakka 2007, 138.)

Tutkimusaiheen valinta on jo eettinen kysymys, sillä tutkimuksen aiheen tulisi perustua aiempaan tutkimustietoon, jota on käsitelty teoreettisessa viitekehyksessä.

Nürnbergin mukaan myös tutkimuksesta on oltava hyötyä yhteiskunnalle. Tämä hyöty on opinnäytetyössä tuotettu tieto siitä, soveltuuko interaktiivinen ryhmänohjausmenetelmä nuorten ylipainon ja lihavuuden hoitoon jatkossa terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmasta tässä interventiossa. Tämä tieto on oman tieteenalan kannalta tärkeä, mutta myös yhteiskunnan kannalta. Nuorten saama hyöty interventiosta arvioidaan projektissa nuorten kokemana, mutta tässä työssä terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmasta. (Kylmä & Juvakka 2007, 144.)

Steinken (2004) mukaan tutkimuksen toteuttamisessa terveystieteissä on otettava huomioon tutkittavan sensitiivisyys ja haavoittuvuus. Tässä tutkimuksessa tutkittavina ovat ryhmäohjaajat, joten tutkijana ei opinnäytetyössä koeta, että aihe olisi ammattilaisille niin herkkä kuin mitä ylipainon ja lihavuuden hoitoon liittyvät asiat voisivat olla kyseisille nuorille. Kuitenkin tutkimusaihekin voi olla sensitiivinen, kuten mielestäni ylipainoon ja lihavuuteen liittyvät asiat ovat. Tutkija ja tutkittavat henkilöt voivat olla aiheen sensitiivisyydestä eri mieltä, mutta sensitiivisyyden mahdollisuuksien tulee huomioida tutkimusta suunniteltaessa. Usealla ihmisellä on kokemusta nuorten ylipainosta ja lihavuudesta, joten se voi nostaa terveydenhuollon ammattilaisellekin omakohtaisia kokemuksia esiin niin asiakkaan (nuoren ja/tai hänen perheensä näkökulmasta) tai ammattilaisen näkökulmasta, johon voisi liittyä mahdolliset omat aiemmat kokemuksen nuorten ylipainon ja lihavuuden hoitoon liittyvistä asioista aiemmassa työhistoriassa. (Kylmä & Juvakka 2007, 145.)

Tutkimusmenetelmän valinnassa tehtyä ratkaisuja tulee myös arvioida etiikan näkökulmasta, sillä on tärkeää selvittää, saadaanko valitulla menetelmällä haluttu tieto ja ovatko menetelmät eettisesti oikeutettuja. Teemahaastattelu yksilöhaastattelun keinolla antaa lähteiden pohjalta tietoa yksilön näkökulmasta halutusta aiheesta, mutta kuten tutkimuksen toteuttamiskappaleessa on kuvattu, voi haastattelutilanteessa saada myös sellaista tietoa, jota ei muussa tilanteessa saisi. Haastattelu on eettisesti kestävä tutkimusmuoto. Myös tutkimuskysymysten muodostamiseen ja aineiston

hankintaan on kiinnitettävä huomiota haitan välttämisen, ihmisoikeuksien kunnioittamisen, oikeudenmukaisuuden, rehellisyyden, luotettavuuden ja kunnioituksen periaatteiden kautta. Tietoisesti tulee kiinnittää huomiota, miten tutkijana turvaan tutkimuksen toimijan aseman eettisen toiminnan kannalta. Tietoiset suostumukset on tutkittavilta saatu projektin kautta, tutkimuskysymysten kohdalla on eettisiä puolia otettu huomioon sekä tutkijan suhde terveysalan ammattilaisten rooliin on tiedostettu tutkimusprosessissa. Tärkeä seikka opinnäytetyössä on se, että tutkija työskentelee eri sairaanhoitopiirissä, joten on tässä tutkimuksessa ulkopuolinen tarkastelija eikä esimerkiksi saman työyhteisön jäsen, vaikka tutkitaan kollegojen kokemuksia. Opinnäytetyö pyritään toteuttamaan niin, ettei se loukkaa kenenkään yksityisyyttä. Haastattelutilanteen lopussa voi kysyä tutkittavan henkilön kokemusta ja tuntemusta tilanteesta. (Kylmä & Juvakka 2007, 145.)

8.2 Opinnäytetyön tulosten tarkastelua

8.2.1 Terveydenhuollon ammattilaisten kokemukset interaktiivisen ryhmäohjauksen toteutumisesta nuorten ylipainon ja lihavuuden hoidossa

Teknologian osuus interaktiivisessa ryhmäohjauksessa

Terveydenhuollon ammattilaisten kokemukset jakautuivat kahtia teknologian toimivuuden osalta. Toisilla ryhmäohjaajilla videoneuvotteluyhteys oli toiminut ja interaktiiviset ryhmät oli saatu toteutettua suunnitellulla tavalla. Toisilla ryhmäohjaajilla videoneuvotteluyhteys oli toiminut vain osittain tai ei ollenkaan, jolloin ryhmäohjaukset oli toteutettu kontaktitapaamisina tai videoneuvotteluyhteyden lisäksi osittain kontaktikertoina, joita ei ollut alun perin suunniteltu. Nämä asiat saattoivat vaikuttaa tulosten muodostumiseen. Osalla ryhmäohjaajista oli enemmän kokemusta interaktiivisen ryhmäohjauksen toteutumisesta, kun he olivat päässeet toteuttamaan ryhmiä interaktiivisella menetelmällä. Toiset ohjaajat olivat saattaneet päästä vain testaamaan yhteyttä, mutta varsinaisessa ryhmäohjauksessa ei menetelmä toiminut

kunnolla ja kokemus interaktiivisesta ryhmäohjauksesta jäi vajaaksi. Teknologian toimivuudella oli siis tässä opinnäytetyötutkimuksessa merkittävä osa.

Interaktiivisen ryhmäohjauksen toteutuminen

Ryhmäohjaajien onnistuneet ryhmäohjaukset videoneuvottelun avulla mahdollistivat monipuolisen lähestymistavan ohjaukseen keskustelun, tehtävien teon ja teorian jakamisen kautta. Videoneuvottelun sijaan järjestettävät kontaktitapaamiset mahdollistivat kasvokkain tapahtuvan ohjauksen, jossa samat asiat käytiin läpi, mutta interaktiivisuus jäi pois ammattilaisten kokemuksista. Ryhmäohjaajat, joiden ryhmät toteutuivat kontaktein, olivat tyytyväisiä kontaktitapaamisiin, sillä ryhmä toimi heidän mielestään hyvin kyseisellä tavalla. Tutkimusten mukaan ryhmäohjaus soveltuu nuorten ylipainon ja lihavuuden hoitoon, sillä esimerkiksi Taulun (2010) kvasikokeellisen kuusi kuukautta kestäneen ravitsemus- ja liikuntaintervention pienryhmämuotoisen interventiotutkimuksen aikana saatiin 12 kuukauden seuranta-aikana muutoksia lasten ja vanhempien ravitsemustottumuksiin ja lasten nousujohteiseen painonkehitykseen. Taulun tutkimustulosten perusteella voidaan todeta ryhmämuotoisen intervention soveltuvan lasten ja heidän vanhempiansa hoitoon. Projektissa toteutuneet ryhmät kontaktitapaamisina interaktiivisen ohjaamisen sijaan lisäsi nuorten liikumista ohjaajien mukaan, kun nuoret tulivat ammattilaisten luo. Valmiiksi suunniteltuihin alku- ja lopetustapaamisiin kontakteina oltiin kaikissa ryhmissä tyytyväisiä.

Ammattilaisille oli annettu valmis materiaali ja teemarunko ryhmäkertojen ohjaukseen. Pääsääntöisesti ammattilaiset olivat tyytyväisiä valmiiseen materiaaliin, jota pystyivät resurssien puitteissa muokkaamaan mieleisekseen. Ryhmäohjaukselle suunniteltuihin teemoihin oltiin tyytyväisiä. Erityisesti itsetuntoaihe nostettiin tärkeäksi, mutta lähestymistavaltaan vaikeammaksi aiheeksi kuin muut painohallinnan teemat. Kaikki materiaali ei kuitenkaan kiinnostanut nuoria, mutta joissain ryhmissä materiaalia muokattiin nuorten toiveita huomioiden. Ryhmän osallistujista ja ominaisuuksista riippuen ryhmäohjauksen sisällön mielekkyyden kokeminen saattoi vaihdella eri ryhmissä.

Hyväksi asiaksi koettiin monipuolisen ohjausmateriaalin käyttö interaktiivisen ryhmäohjausmenetelmän kautta. Dia- ja videomateriaalia oli mahdollista käyttää apuna ryhmäohjauksessa. Tietokonepohjaisia menetelmiä nuorten elintapaohjauksessa on käytetty apuna myös Fordin, Berghin ja Söderstenin (2009) tutkimuksessa, jossa käytettiin 9-17-vuotiaiden, ohjauksessa ohjelmia, jotka tunnistivat aterian aikana syömisnopeuden, syömisen määrän ja antoi niistä palautetta. Tietokonepohjaisesta menetelmästä oli apua, sillä tuki syömiskäyttäytymisen muutosta pienempiin aterioihin ja sai aikaan painonlaskua lihaviin nuorten kohdalla verrokkiryhmään verrattuna. Tällaista materiaalia ei ollut projektin ryhmäohjauksissa tarjolla, mutta ammattilaisten kokemusten mukaan nuoret olivat kiinnostuneita ryhmäohjausten aikana interaktiivisesta ohjausmateriaalista. Ryhmäohjauksen toteutukseen kaivattiin enemmän toiminnallisuutta tukemaan ohjausta. Barlow & Expert Committee (2007) tutkimuksen mukaan fyysiseen aktiivisuuteen huomion kiinnittäminen onkin tärkeää lasten ja nuorten painonhallinnassa muiden terveystäyttämisen ohella.

Ryhmäohjauksen kestosta saatiin kahdenlaisia kokemuksia. Suurin osa ohjaajista koki ryhmäohjauksen olleen liian lyhyt ja he toivoivat pidempää ryhmäohjausta. Usean ryhmäohjaajan kokemus oli, että kahden, kolmen kuukauden kestävä painonhallintainterventio on liian lyhyt aika nuorille. Ylipainon ja lihavuuden hoidon tulisi olla tutkimusten mukaan olla pitkäaikaista. Kitzmann ym. meta-analyysin (2010, 96.) mukaan pysyvämpiä vaikutuksia ja asteittain tapahtuvaa elintapamuutosta tuovat ne painonhallintaohjelmat, jotka kestävät yli 8 kuukautta. Oude Luttikhuis ym. Cochrane-katsauksen (2009) mukaan hoitointerventioiden tulisi kestää vähintään puoli vuotta. Tutkimuksessa todettiin ylipainon vähenemistä 6 ja 12 kuukauden seurannassa. Reihnerin ym. (2010) vuoden kestäneessä kontrolloimattomassa elintapainterventiotutkimuksessa todettiin 4-16-vuotiaiden laihtuvan vuoden seuranta-aikana ja vielä seuraavan neljänkin vuoden aikana.

Osa ryhmäohjaajista kuitenkin koki, että kesto voisi olla lyhyempi, jos halutaan saada tuloksia. Kitzmannin ym. (2010, 96) meta-analyysin mukaan lyhyemmät alle neljän

kuukauden interventiot toivat tehokkaita tuloksia, mutta pysyvämmät vaikutukset tulivat pidemmistä ohjelmista.

Ohjaukset pidettiin ryhmäohjauksissa 1-2 viikon välein ja yhden ohjauksen kesto oli keskimäärin 1,5 tuntia, mikä oli useamman ryhmäohjaajan mielestä hyvä kesto. Ryhmäohjaajista ja osallistujien johtuen ryhmäohjauksen aloitusajankohta oli koulun jälkeen tai illalla. Ryhmäohjauksen ajankohdan valintaan ja sen onnistumisen kokemukseen saattoi vaikuttaa ryhmäohjaajien omakohtainen kokemus sopivasta ajankohdasta nuorten elämäntilanteen huomioiden.

Ryhmiä todettiin muokkaantuneen ryhmäohjauksien ajan ja ryhmän koko ja osallistujien aktiivisuus vaikutti ryhmäohjauksen keston. Lihavuus (lapset): Käypä hoito -suosituksessa kehoitetaan huomioimaan elintapojen henkilökohtaisuus ja painonvaihteluun arkuus keskustelun aiheena, millä voi olla vaikutusta ryhmäohjauksen sisältöön ja keston. Nuorten yksilölliset ominaisuudet voivat mahdollisesti vaikuttaa kokemusten jakamiseen ja rohkeuteen puhua omista asioista. Kyngäs (2007, 26-27) toteaa myös että tuloksellinen ohjaus vaatii useita tapaamiskertoja. Nuorten ylipainon ja lihavuuden hoito on suunnitelmallista ohjausta.

Ryhmäohjauksia toteutettiin ammattilaisten kannalta eri tavoin. Suurimassa osassa ryhmissä ryhmäohjaukset toteutettiin pareittain ja se koettiin hyväksi menetelmäksi. Joissain ryhmässä ryhmäohjaajat työskentelivät pareittain samassa työhuoneessa samalta tietokoneelta, toisissa ryhmäohjauksissa ryhmäohjaajat olivat fyysisesti eri huoneissa ja eri tietokoneilla. Ryhmäohjauksen pitämisen vastuu oli saatettu jakaa vuorotellen toteuttavaksi, mutta ohjaajat olivat samaan aikaan paikalla. Toisissa ryhmissä ryhmiä saatettiin vetää osittain pareittain ja osittain yksin. Ohjauksen aihealueet oli jaettu ja ohjaajat vastasivat omasta osastaan. Toisissa ryhmissä toinen ohjaaja saattoi olla vastuuvetäjä ja toinen tarkkailijana. Parityöskentelyn etuna koettiin toisen tuki. Osa ohjaajista suosi yksinohjaamista ja koki siitä tulevan yhtä hyvää tulosta. Interaktiivisuuden onnistumisen kokemuksella voi tässä olla merkitystä. Osa ryhmäohjaajista toteutti ryhmät interaktiivisesti, mutta osalla tämä ei onnistunut.

Nuorten osallistumiseen liittyvät tekijät interaktiivisessa ryhmäohjauksessa

Terveydenhuollon ammattilaisten mukaan nuorten rekrytoinnilla interaktiivisiin ryhmäohjauksiin oli merkitystä ryhmäohjaukokemuksen muodostumiseen, sillä rekrytoinnissa koettiin haasteina muun muassa nuorten vähäinen kiinnostus interaktiivista ryhmäohjausta kohtaan, sillä useampia osallistujia olisi toivottu ryhmiin. Lisäksi rekrytoiduista nuorista osa saattoi olla poissa ryhmäohjauksista tai unohdella asioita. Osa saattoi jättää ryhmäohjauksen myös kesken. Hoidon onnistumisen edellytyksenä Lihavuus (lapset): Käypä Hoito -suosituksen (2012) mukaan on merkitystä sillä kuinka halukas ja motivoitunut nuori on tulemaan hoitoon. Haskard Zolnerek ja DiMatteo (2009) mukaan nuoreen ja perheeseen tulisi muodostaa hyvä vuorovaikutussuhde, jolla voidaan parantaa hoitohalukkuutta. Mahdollisesti ammattilaisen aiemmalla hoitokontaktilla nuoreen ja hänen perheeseensä olisi voinut olla vaikutusta nuorten ja heidän perheidensä rekrytointiin.

Osa ryhmäohjaajista koki, että nuoret voitaisiin rekrytoida ryhmään jo, ennen kuin ylipaino tai lihavuus on päässyt muodostumaan ja voitaisiin puuttua ryhmäohjauksinterventiolla asiaan. Lihavuus (lapset): Käypä hoito -suosituksessa (2012) suositellaan mahdollisimman varhaista puuttumista lasten ja nuoren painotilanteeseen, mikäli siinä on tapahtunut nousua. Nyt osalla ryhmäohjaukseen osallistuneista nuorista oli jo todettu painokäyrästön nousua ylipainon tai lihavuuden rajan ylittämistä.

Usea ryhmäohjaaja koki toteutuneet ryhmät melko pieniksi. Ryhmiin kaivattiin lisää osallistujia niin ammattilaisten kuin nuortenkin puolesta. Suurimmassa osassa ryhmistä oli 2-3 osallistujaa, mutta useampia osallistujia oli. Hankalaksi koettiin nuorten poissaolot, jotka vähensivät ryhmäohjaukokemuksen muodostumista, kun paikalla oli vähemmän nuoria. Nuorten osallistujien ikähaitari oli myös laaja, sillä samassa ryhmässä saattoi olla alakouluikäisestä lukioikäiseen. Ryhmään saattoi osallistua myös sisarusia tai pelkästään samaa sukupuolta olevia nuoria. Ryhmien homogeenisyys tai heterogeenisyys saattoi ryhmäohjaajilla vaikuttaa myös ryhmäohjauksen kokemukseen sopivasta ryhmästä. Osa nuorista oli lisäksi ammattilaisille ennestään

tuttuja tai osassa ryhmistä saattoi nuoret olla ammattilaiselle uusia asiakkuuksia, millä voi olla vaikutusta ryhmäohjauskokemukseen.

Kokemukset nuorten motivaatiosta jakoutuivat kahtia. Toisaalta nuorten motivaatio näkyi muun muassa innokkuutena osallistua ja tehdä tehtäviä. Toisaalta osa nuorista saattoi ammattilaisten mukaan unohtella tehtäviä ja olla poissa ryhmäohjauskerroilta. Motivaatiota laskevaksi tekijäksi arveltiin tekniset ongelmat ja osallistujien suuri ikäero. Terveempi Pohjois-Suomi (2009–2011) osahankkeessa Oulunkaareissa testattiin videoteknologian avulla etäohjauksen mahdollisuuksia ryhmäohjauksessa. Hankkeessa todettiin, että elintapamuutokseen vaikuttaa merkittävästi oma motivaatio, muutosvalmius, elämäntilanne sekä vertaistuki. Hankkeessa todettiin, että asiakasrekrytointiin on syytä kiinnittää huomiota ja valita ryhmään sellaiset osallistujat, joilla on hyvät valmiudet, riittävä motivaatio elämäntapamuutoksen ja jotka hyötyvät ohjauksesta eniten. Tämä saattaa olla projektissa toteutuneiden ryhmäohjauksen kohdalla mahdollista nuorten motivaation osalta. Nuorten motivaatiota tuettiin välitehtävien, kontaktitapaamisten, kannustuksen ja kuuntelun muodossa interaktiivisissa ryhmäohjauksissa.

Nuorten ryhmäytymisestä saatiin erilaisia kokemuksia. Toisaalta joissain ryhmissä nuoret ryhmäytyivät hyvin keskenään, toisissa ryhmissä vain muutama nuori ryhmäytyi keskenään ja osassa ryhmistä ei tapahtunut ammattilaisten mukaan kunnan ryhmäytymistä. Ryhmäytymiseen koettiin vaikuttavan muun muassa tekniset ongelmat. Ryhmäytymiseen voivat herkästi vaikuttaa myös nuorten ominaisuudet ja vertaistukseen liittyvät asiat. Kauppila (2005, 94) mukaan nuorten ikä voi vaikuttaa ryhmäytymiseen ja roolien omaksumiseen. Esimerkiksi yli 14-vuotias katsotaan olevan sosiaaliturvavaiheessa, jolloin pystyy ymmärtämään toisia ihmisiä syvällisemmin. Tätä nuoremmilla voi tämä vaihe olla kesken. Tämä voi olla yksi selittävä tekijä toteutuneiden ryhmien ryhmäytymisessä, kun osallistujat saattoivat olla eri-ikäisiä ryhmän sisällä.

Perheiden osallistuminen interaktiivisiin ryhmäohjauksiin

Perheiden osallistumista edistäviä tekijöitä olivat vanhempien innokkuus osallistua ja motivoituminen ryhmäohjauksiin. Perheistä osallistui yleensä vähintään toinen vanhemmista. Vanhempien kerroilla tuli paljon keskustelua, kuuntelua ja jakamista. He saivat vertaistukea. Vanhemmat halusivat ammattilaisten mukaan tehdä muutoksia arjessa asioiden parantamiseksi. Ammattilaiset kokivat vanhemman roolin ja tuen tärkeäksi nuoren painonhallinnassa. Tutkimukset vahvistavat myös vanhempien osallistumisen merkitystä nuorten painonhallinnassa. Kitzmann ym. (2010, 96) meta-analyysissä tutkimustulokseksi saatiin, että vanhempien osallistuminen hoitoon tukee nuoria emotionaalisesti ja siitä on hyötyä hoidossa. Vanhempien omalla muutosalmiudella oli vaikutusta nuorten hoitoon elintapoihin liittyvissä asioissa. Young, Northern, Lister ym. (2007) meta-analyysissä selvitettiin, että perheen käyttäytymismuutosta tukevat interventiot toivat suuremmat vaikutukset nuorten painoon kuin muut interventiot. Lisäksi Taulun (2010, 8) kvasikokeellisen interventiotutkimuksen tulokset osoittavat, että vanhempien ravitsemustietouden paraneminen ennakoii lasten ylipainon ja lihavuuden ehkäisyä.

Yhteydenpito vanhempiin ryhmäohjauksien aikana on tärkeää ammattilaisten mukaan. Vanhempien osallistumisen haasteet interaktiivisissa ryhmäohjauksissa oli tekniset ongelmat, jotka rajoittivat videoneuvottelun toteutumista. Kontaktitapaamiskerrat vanhempien kanssa sujuivat ja vanhemmat olivat paikalla aloitus- ja lopetustapaamisissa. Sisaruksia oli myös paikalla. Vanhemmat saattoivat joillain kerroilla olla ammattilaisten mukaan aktiivisia osallistujia, että välillä oli palautettava keskustelu takaisin nuoriin. Ammattilaisille jäi kokemus, että perheet saivat painonhallintaan useita neuvoja kotiin toteutettavaksi.

Uuden työmenetelmän käyttöönottoon liittyvät asiat interaktiivisessa ryhmäohjauksessa

Ryhmäohjaajilla oli erilaisia odotuksia interaktiivista ryhmäohjausmenetelmää kohtaan ennen ryhmäohjausten alkamista. Toisia ohjaajia jännitti uusi työmenetelmä. Osa ohjaajista oli varma asiasisällöstä, mutta teknologista oli epävarmuutta. Useam-

malla ryhmäohjaajista motivaatio oli hyvä, mutta osalla motivaatiota vähensi aikaresurssit. Ryhmäohjaajat tulivat eri lähtökohdista. Toiset ohjaajat olivat saaneet olla suunnittelussa mukana ja toiset ohjaajat olivat tulleet nopealla aikataululla mukaan. Tämä voi vaikuttaa ryhmäohjaajan odotuksiin ja ennakkoluuloihin uutta työmennettelmää kohtaan. Osa ryhmäohjaajista työskentelee lasten ja nuorten parissa ja osa ei.

Ryhmäohjauskokemukseen vaikutti teknologian toimivuus. Niillä ohjaajilla, joilla teknologia oli toiminut, saattoi kokemukset ryhmäohjauksesta olla parempia. Toimimattomuus aiheutti turhautumista ja uuden toteutustavan luomista videoneuvotteluista kontaktitapaamisiin. Ryhmäohjauskokemukseen saattoi myös vaikuttaa ryhmäohjaajan aiemmat kokemukset ryhmäohjauksesta. Osalla ohjaajista oli aiempaa kokemusta opiskelun ja työpaikan kautta. Osalla ohjaajista ei ollut vielä ryhmäohjauksesta kokemusta. Suurin osa ohjaajista kuitenkin ohjaa työssään liikunta- ja ravitsemusasioita, joten aihealue oli monelle tuttu ennestään, mikä saattoi helpottaa ryhmäohjausten pitämistä. Ryhmäohjauskokemusta ei välttämättä koettu tarvittavan, kun interaktiivista ryhmäohjausta lähdettiin toteuttamaan.

Ryhmäohjaajat toivoivat työajan huomiointia vastaavissa projekteissa tai ryhmäohjauksissa. Osa ryhmäohjaajista sai käyttää työaikaa suunnitteluun ja toteutukseen. Osalle ryhmäohjaajista ei ollut työaikaa suunniteltu erikseen ryhmäohjauksen toteutukseen. Osa ryhmäohjaajista koki ryhmäohjauksen keston olevan pitkä työntekijän kannalta, sillä voi olla kuormittava tekijä työntekijälle tehdä ilta- ja viikonlopputöitä. Nämä työresursseihin liittyvät asiat saattavat olla myös yksilöllisiä ja työolosuhteisiin liittyviä. Mahdollisesti työajan huomioinnilla voi olla myönteistä vaikutusta ohjaajan motivaatioon ja ryhmäohjauskokemukseen.

Kommunikaation koettiin sujuvan interaktiivisen ryhmäohjausmenetelmän kautta. Sanatonta kommunikointia koettiin heikommin pystyvän interaktiivisen ohjausmenetelmän kautta käymään läpi. Ammatillaiset eivät voineet tietää, tekikö nuori jotain muuta tai oliko huoneessa muitakin henkilöitä. Osalle ohjaajista jäi kokemus, että nuoren ja ammattilaisen välinen tietokone unohtui ja välillä tuntui, että olisi ollut

samassa tilassa. Sanallisen viestinnän koettiin toteutuvan paremmin kuin sanattoman viestinnän interaktiivisen ohjausmenetelmän avulla. Osa ammattilaisista saattaa käyttää enemmän elekieltä ja kommunikoida eri tavoilla ohjaustilanteissa. Kettunen (2000) tutkimuksensa perusteella ammattilaisen herkkyyttä potilaan viestien vihjeille ja vuorovaikutuksessa tapahtuvien muutosten suhteen tulisi kehittää, sillä muun maussa hoitajien kyky havaita potilaiden kielellisiä vihjeitä on puutteellinen ja ammattilaisen tulisi käyttää pienetkin tilanteet tukeakseen potilaan päätöksen tekoa. Ryhmäohjaajan omasta persoonasta ja luontevuudesta olla tietokoneen kanssa on luultavasti vaikutusta, miten kommunikointi tietokoneen kautta koetaan.

8.2.2 Terveysthuollon ammattilaisten kehittämisehdotukset interaktiivisen ryhmäohjausmenetelmän käytöstä nuorten ylipainon ja lihavuuden hoidossa

Interaktiivisen ryhmäohjauksen toteutukseen liittyvät kehittämisehdotukset

Terveysthuollon ammattilaisten kokemusten mukaan teknologiaa tulisi kehittää toimivaksi. Teknistä tukea toivottiin ryhmäohjausten toteutumisen ajalle, jolloin mahdollista teknistä ongelmaa voisi selvittää joku muu kuin ryhmäohjaaja ja olisi hyvä tietää, kuka ongelma selvittää. Suunnitteluvaiheeseen toivottiin moniammatillista yhteistyötä interaktiivisen ryhmäohjauksen toimimiseksi, jotta voitaisiin huomioida sellaiset asiat kuten verkkoyhteydet eri seuduilla. Menetelmän toimivuuden parantamista toivottiin uuden työmenetelmän käyttöönottamisen vuoksi. Työmenetelmä nähtiin potentiaalisena vaihtoehtona, mutta teknologian koettiin olevan yksi tärkeimmistä asioista työmenetelmän toimivuudessa. Vastaavissa ryhmäohjaustilanteissa on varmasti perehdytyksellä, teknisellä tuella ja ammattilaisen henkilökohtaisilla teknisillä taidoilla ja ongelmatilanteisiin suhtautumisella vaikutusta ryhmäohjauksissa.

Kontaktitapaamisia suositeltiin jatkossa teknologian toimivuuden parantamiseksi. Ammattilaiset ehdottivat esimerkiksi nuorten keräämistä samaan paikkaan kuten kouluterveydenhoitajan vastaanotolle, josta voisi ottaa etäyhteyden toiseen ammattilaiseen ja pitää ryhmälle yhdellä kertaa ryhmäohjausta. Tämän kaltaista etäyhteyttä

hyödynnettiin Terveempi Pohjois-Suomi (2009–2011) hankkeessa, jossa toteutettiin etäyhteyden avulla ryhmäohjausta terveyskeskuksen tiloihin kerätyn ryhmän ja toisella paikkakunnalla olevan ammattilaisen välille. Lisäksi toimivuuden varmistamiseksi ehdotettiin ryhmäkertojen pitämistä osittain kontaktitapaamisina ja osittain interaktiivisina kertoina. Suurin osa ohjaajista oli kuitenkin tyytyväinen nykyinen toteutukseen.

Sisällön ja ohjauksen kohdentamiseen nuorten yksilölliseen elämäntilanteeseen oli yksi ammattilaisten kehittämissuunnitelmista ryhmäohjausten toteutusta koskien. Useimmat ohjaajat toivoivat sisällön kohdentamista nuorten elämäntilanteeseen, jossa huomioitaisiin yksilöllisesti ja ryhmän kesken, mitä nuoret oikeasti tekevät päivisin ja millaista ohjausta he tarvitsisivat. Luennointityylisen teorian välittämisen sijaan toivottiin jatkossa erilaista työskentelyotetta nuorten ikä huomioiden. Ammattilaiset ehdottivat huomioimaan ylipainoisten ja lihaviin nuorten haastekohdat kuten terveyskäyttäytymisessä aamupalan väliin jättämisen huomiointi. Materiaalissa voitaisiin huomioida ryhmäohjaajien kokemusten mukaan nuorten ikä. Tehtäviä toivottiin enemmän motivaation ylläpitämiseksi.

Osa ryhmäohjaajista pohti myös toteutuksen olevan riski ylipainoisille ja lihaville nuorille ja toivottiin jatkossa kehitettävän sellainen runko ryhmäohjaukselle, joka aktivoisi nuoria enemmän eikä sitoa nuoria enempää tietokoneen ääreen. Toisaalta tietokonevälitteisyys koettiin hyväksi nuorten vuoksi.

Interaktiivisen ryhmäohjauksen kehittämissuunnitelmasena oli myös toiminnallisemman ja käyttäytymiseen vaikuttavan sisällön lisäämistä ryhmäohjauksen sisältöön. Golleyn ym. (2011) mukaan ohjauksen perustana käytetään nykyisiä elintapoja ja kohdistetaan yksilöllinen ohjaus tarpeiden mukaan esimerkiksi kylläisyyden tunteen ja nälän tunnistamiseen ja ruoan tuottaman nautinnon korvaamiseen muilla mielihyvää tuovilla asioilla. Ryhmäohjaajien kehittämissuunnitelmassa oli mieltä esimerkiksi napostelun tilalle jotain muuta mielihyvää tuottavaa tekijää kuin syöminen. Liikuntaan ja syömiseen liittyviä toimintamalleja toivottiin enemmän olevan ohjauksessa. Toimin-

nallisempaa sisältöä myös ryhmäohjauksiin toivottiin esimerkiksi liikunnan muodossa videovälitteisesti tai kontaktitapaamiskertoina. Ryhmäohjauksen sisällön kehittämiseen voi vaikuttaa nuorten osallistujien ominaisuudet ja kiinnostuksen kohteet. Näitä asioita kartoittamalla voitaisiin mahdollisesti kehittää ohjausta.

Interaktiivisen ryhmäohjauksen aikatauluun liittyvät kehittämissuhteet

Tapaamiskertoihin liittyviin kehittämissuhteisiin interaktiivisessa ryhmäohjauksessa oli ammattilaisten kokemusten mukaan aloitus- ja lopetuspäivien kontaktitapaamisten säilyttäminen. Lisäksi toivottiin yhtä kontaktitapaamista lisää ryhmäohjauksen välille. Ryhmäohjauksen kokonaisuuteen toivottiin pidennystä mahdollisen seurantaajan pitenemisen ja nuorten ja perheiden muutosten mahdollistamisen vuoksi, mutta ristiriitaisia ajatuksia oli, sillä osa koki lyhyemmän keston olevan parempi ryhmäohjaajan kannalta. Kalavaisen ym. (2007) tutkimuksessa ryhmähoitokertojen todettiin puolen vuoden hoidon ja puolen vuoden seurannan ajalta saaneen parempia tuloksia kuin kahden yksilöhoitokerran ajalta. Lisäksi Kitzmann ym. (2010) meta-analysissä suositeltiin pidempää ryhmäohjauksen kestoa pidempien vaikutusten saamiseksi.

Ryhmäkerran keston kehittämissuhteena oli osalla ryhmäohjaajista, että ohjauskertaa voisi mahdollisesti pidentää, mutta ei ainakaan lyhentää. Yhden ryhmäohjauskerran kestosta oli ryhmäohjaajilla erilaisia kokemuksia ryhmän koon ja osallistujien mukaan. Nämä varmasti ovat sellaisia tekijöitä, jotka voivat vaihdella suunnitelmasta riippumatta.

Interaktiivisen ryhmäohjauksen osallistujiin liittyvät kehittämissuhteet

Nuorten osallistumista koskevat kehittämissuhteet olivat ryhmäohjaajilla nuorten sopivaan ikään liittyen. Osa ohjaajista koki, että ala- ja yläkoululaisista ei pitäisi jatkossa muodostaa yhteistä ryhmää. Osa ohjaajista ehdotti korkeintaan kolmen vuoden ikäeroa ryhmään osallistujien välille. Osa ohjaajista ehdotti interaktiivisen ryhmäohjauksen kohdentamista tämän rungon mukaisesti yläkouluikäisille.

län tarkastamisen lisäksi kehittämisehdotuksena oli myös toisilleen tutun ryhmän kokoaminen esimerkiksi saman luokan nuorten ryhmänmuodostaminen. Osallistujien sukupuolijakauma ehdotettiin myös huomioitavan jatkossa, jotta ryhmä olisi heterogeenisempi ja ryhmässä olisi tyttöjä ja poikia. Kokemusten mukaan ryhmäytymistä tuli ryhmissä melko hyvin, mutta voisiko sillä ollut olla vaikutusta, kun ryhmissä oli saman sukupuolen edustajia.

Ryhmäkoon kehittämisehdotuksena oli isomman ryhmän rekrytointi interaktiiviseen ryhmäohjaukseen. Toivottiin noin 6-7 nuoren ryhmää, jotta ryhmäohjaus onnistuisi parhaalla mahdollisella tavalla. Ryhmäkoon kokemiseen saattoivat vaikuttaa ryhmässä tulleet poissaolot, jotka pienensivät ryhmäkokoja ja saattoivat näin vaikuttaa ryhmäohjaajan kokemukseen ryhmäkoon toimivuudesta. Isomman ryhmän haasteena voisi olla myös ammattilaisten mukaan toisten ryhmäläisten jääminen ulkopuolelle. Ryhmäohjaajan tehtävänä onkin hallita ryhmäkokoja ja saattaa olla yksilöllistä, kuinka isoa ryhmää ammattilainen kykenee ohjaamaan luontevasti.

Ryhmäohjaajilta tuli myös kehittämisehdotuksia rekrytointiin liittyen. Rekrytointivaiheessa toivottiin otettavan huomioon nuorten motivoituminen ja sopiminen ryhmään. Lisäksi toivottiin, että voitaisiin rekrytoida vastaaviin ryhmäohjauksiin sellaisia nuoria, joilla ei vielä ole hoitokontaktia ylipainon ja lihavuuden vuoksi, mikä olisi Lihavuus (lapset): Käypä hoito- suosituksen (2012) mukaan tärkeä puuttua ajoissa nuorten ylipainoon ja lihavuuteen.

Vanhempien roolin koettiin olevan tärkeä säilyttää jatkossa myös interaktiivisissa ryhmäohjauksissa. Vanhempien osallistumista nuorten ylipainon ja lihavuuden hoitoon painotetaan myös useissa tutkimuksissa hoidon ja ohjauksen onnistumiseksi. (Kitzmann ym. 2010; Taulu 2010; Young ym. 2007.)

Interaktiivisen ryhmäohjauksen kehittämisehdotukset ohjaajan näkökulmasta

Ohjaajan näkökulmasta kehittämisehdotuksia olisi työsuunnittelussa ryhmäohjaajien kokemusten mukaan. Suurin osa ohjaajista koki parityöskentelyn olevan jatkossa

interaktiivisen ryhmäohjauksen ohjaustapa. Usea ryhmäohjaaja koki myös, että olisi hyvä olla enemmän aikaa perehtyä ryhmäohjauksen sisältöön syvällisemmin. Ajanvaraaminen suunnitteluun ja toteutukseen riittävästi koettiin tärkeäksi jatkossa, sillä interaktiivinen ryhmäohjaus koettiin sitovaksi oman työn ohella. Toivottiin työajan huomiointia ryhmäohjauksen toteuttamisessa. Osa ryhmäohjaajista kertoi haastattelussa tulleen mukaan nopealla aikataululla, millä saattaa olla myös vaikutuksia ryhmäohjauskokemuksiin ja kehittämisehdotuksiin.

Ryhmäohjaajilla oli erilaisia tulevaisuuden visioita interaktiivisen ryhmäohjausmenetelmän käytöstä jatkossa. Osa ohjaajista koki, että jatkumo ohjattaviin nuoriin olisi hyvä jatkua, sillä muutosta olisi hyvä seurata. Tämä ei ollut usealle ryhmäohjaajalle mahdollista, sillä he saattoivat työskennellä eri paikassa kuin nuoret. Työmenetelmä koettiin mahdolliseksi omassa työssä tulevaisuudessa. Usea ryhmäohjaaja koki olevansa jatkossa motivoitunut ohjaamaan menetelmän avulla, mikäli se työpaikalla on mahdollista. Interaktiivisen ryhmäohjausmenetelmän koettiin aluksi lisäävän työmäärää, mutta sen nähtiin myös jatkossa mahdollisesti helpottavan sitä. Uuden työmenetelmän käyttöönotto jatkossa omassa työssä voi olla yhteydessä työresursseihin sekä ammattilaisesta itsestä riippumattomista syistä. Motivoituminen työmenetelmään ja halukkuus sen käyttöön jatkossa voivat kuitenkin olla merkittäviä tekijöitä, joihin voi vaikuttaa omassa työssä.

8.3 Johtopäätökset

Terveystieteiden ammattilaisten kokemusten mukaan ja opinnäytetyön tekijän aineiston perehtyneisyyden perusteella voidaan todeta, että interaktiivinen ryhmäohjaus soveltuu kehiteltynä nuorten ylipainon ja lihavuuden hoitoon. Kehitettäviä kohteita ovat muun muassa teknologian toimivuuden varmistaminen. Interaktiivisen ryhmäohjausmenetelmän tulisi olla toimiva videoneuvotteluyhteyden osalta. Yhteyttä tulisi testata asiakkaisiin jo ennen ryhmäohjauksen alkamista. Interaktiivisia ja kontaktiryhmäohjaustapaamisia voisi yhdistää motivoitumisen, ryhmäytymisen ja

toiminnallisuuden mahdollistamisen vuoksi. Mikäli ryhmäohjaus toteutetaan kokonaan videoneuvotteluyhteyden kautta, tulisi siihen sisällyttää toiminnallisuutta videoneuvottelun kautta. Osallistujien ikä- ja sukupuolijakauman tulisi huomioida ja sisällön toiminnallisuuteen kiinnittää huomiota.

Interaktiivisen ryhmäohjauksen sisältö ja materiaali tulisi kohdentaa enemmän nuorten elämäntilanteeseen ja käyttäytymisen muutoksen tähtäävään suuntaan. Kontaktivälitapaaminen voitaisiin järjestää interaktiivisen ryhmäohjauksen keskivaiheille motivaation ja ryhmäytymisen ylläpitämiseksi. Ryhmäohjauksen kokonaiskeston pidentäminen voisi olla kehittämiskohteena ja interaktiivisen ryhmäohjauksen ajoittaminen niille nuorille, jotka eivät vielä ole hoitokontaktissa.

Nuorten rekrytointiin tulisi panostaa ja varata aikaa. Tulisi varmistaa nuoren sopiva elämäntilanne ryhmäohjaukseen ja tehdä varasuunnitelma, mihin ohjata nuori, jos ryhmä ei ole sopiva. Ryhmän muodostamiseen tulisi kiinnittää huomiota ja miettiä esimerkiksi ikäjakauma, sukupuolijakaumaa ja sisarusten osallistumisen toteutusta ryhmään.

Ammattilaisten toiveet ja työntekijän yksilölliset ominaisuudet tulisi huomioida työn suunnittelussa. Parityöskentelyä suositellaan jatkoksi, mutta osalle ohjaajista saattaa soveltua paremmin yksintyöskentely. Työajan huomioiminen ammattilaisen kannalta ryhmäohjauksen toteutumisessa olisi suositeltavaa jatkossa ja ryhmäohjauksen toteutumisen suunnittelu ryhmäohjaajan näkökulmasta.

Terveystieteiden ammattilaisten kehittämissuositusten mukaan voitaisiin kehittää interaktiivista ryhmäohjausmenetelmää niin, että sitä voitaisiin hyödyntää myös muiden eri-ikäisten asiakasryhmien hoidossa eri aihealueiden parissa yksilö- ja ryhmäohjauksessa terveydenhuollossa. Interaktiivista ryhmäohjausmenetelmää voitaisiin hyödyntää muun muassa lasten, nuorten, aikuisten, työttömien, iäkkäiden, lasten odottavien vanhempien ja lapsiperheiden ohjauksessa. Interaktiivista ryhmäohjaus-

menetelmää voisi hyödyntää ylipainon ja lihavuuden hoidon lisäksi vertaistukiryhmissä, allergiaohjauksissa ja eri kansansairauksien hoidossa kuten diabeteksen hoidossa.

8.4 Jatkotutkimusaiheet

Interaktiivinen ryhmäohjaus nuorten ylipainon ja lihavuuden hoidossa on aihealue, jota tullaan luultavasti tulevaisuudessa hyödyntämään vielä enemmän tieteellisessä tutkimuksessa. Tässä projektissa aineisto oli suhteellisen pieni, joten mikäli työmenetelmä saadaan tulevaisuudessa käyttöön laajemminkin, voisi tehdä laajemman tutkimuksen aiheesta ja sen toteutumisesta.

Opinnäytetyön tutkimuksen kohteena olleet terveydenhuollon ammattilaisten kokemukset ja kehittämissuhteet voisivat jatkossa olla tutkimusaiheena. Haastattelujen aikana oli epäselvää, tuleeko projektissa toteutuneisiin ryhmiin vielä seuranta-tapaaminen puolen vuoden päähän ryhmäohjauksen toteutumisesta. Mikäli tapaamiset toteutuivat, voisi tutkia niistä tulleita kokemuksia ja kehittämissuhteita. Interaktiivisen ryhmäohjausmenetelmän käytön jatkuminen ryhmäohjaajien omassa työssä tulevaisuudessa oli aineistonkeräämisen aikana myös epäselvää. Voisi olla jatkotutkimusaiheena selvittää, miten interaktiivista ryhmäohjausmenetelmää on hyödynnetty omassa työssä projektissa toteutuneiden ryhmien jälkeen.

LÄHTEET

Aalberg, V. & Siimes, M. 2007. Lapsesta aikuiseksi: nuoren kypsyminen naiseksi tai mieheksi. Helsinki: Kustannusyhtiö Nemo.

Anglé, S. 2010. Piilevän motivaation jäljillä. Ratkaisukeskeinen elämäntapojen ja painonhallinnan ohjaus. *Suomalainen Lääkärilehti* 65, 2691-2696.

Arenz, S., Rückerl, R., Koletzko, B & Von Kries, R. 2004. Breast-feeding and childhood obesity - a systematic review. *International journal of obesity and related metabolic disorders : journal of the International Association for the Study of Obesity* 28, 1247-1256.

EAKR-projektisuunnitelma. 2012. Projektin nimi: Interaktiivinen ryhmänohjaus nuorten ylipainon ennaltaehkäisyssä ja lihavuuden hoidossa. EURA 2007-järjestelmä. Viitattu 28.3.2013.

Barlow, S.E & Expert Committee. 2007. Expert committee recommendations regarding the prevention, assessment, and treatment of child and adolescent overweight and obesity: summary report. *Pediatrics* 120 (4), 164-192.

Boulos, R., Vikre, EK., Oppenheimer, S., Chang, H., Kanarek, R.B. 2012. ObesiTV: how television is influencing the obesity epidemic. *Physiology & Behavior* 107(1), 46-53.

Boyland, E.J., Harrold, J.A., Kirkham, T.C, Corker, C., Cuddy, J., Evans, D., Dovey, T.M., Lawton, C.L., Blundell, J.E. & Halford, J.C. 2011. Food commercials increase preference for energy-dense foods, particularly in children who watch more television. *Pediatrics* 128, 93-100.

Browning, L.M., Hsieh, S.D. & Ashwell, M. 2010. A systematic review of waist-to-height ratio as a screening tool for the prediction of cardiovascular disease and diabetes: 0.5 could be a suitable global boundary value. *Nutrition Research Reviews* 23 (2), 247-269.

Cole, T.J., Bellizzi, M.C., Flegal, K.M. & Dietz, W.H. 2000. Establishing a standard definition for child overweight and obesity worldwide: international survey. *British Medical Journal* 320(7244), 1240-1243.

Daniels, S.R., Arnett, D.K., Eckel, R.H., Gidding, S.S., Hayman, L.L., Kumanyika, S., Robinson, T.N., Scott, B.J., St Jeor, S. & Williams, C.L. 2005. Overweight in children and adolescents: pathophysiology, consequences, prevention and treatment. *Circulation* 111(15), 1999-2012.

Davis, J.N., Alexander, K.E. & Ventura, E.E. 2009. Inverse relation between dietary fiber intake and visceral adiposity in overweight Latino youth. *American Journal of Clinical Nutrition* 90, 1160-1166.

Due, Damsgaard, Rasmussen, Holstein, Wardle, Merlo, Currie, Ahluwalia, Sørensen & Lynch. 2009. Socioeconomic position, macroeconomic environment and overweight among adolescents in 35 countries. *International Journal of Obesity* 33, 1084-1093.

Ford, A.L., Bergh, C. & Södersten, P. 2009. Treatment of childhood obesity by retraining eating behaviour: randomised controlled trial. *British Medical Journal* 340.

Friedemann, C., Heneghan, C., Mahtani, K., Thompson, M., Perera, R. & Ward, A.M. 2012. Cardiovascular disease risk in healthy children and its association with body mass index: systematic review and meta-analysis. *British Medical Journal* 25, 345.

Goldfield, G.S., Epstein, L.H. & Kilanowski, C.K. 2001. Cost-effectiveness of group and mixed family-based treatment for childhood obesity. *International journal of obesity and related metabolic disorders: journal of the International Association for the Study of Obesity* 12, 1843-1849.

Golley, R.K., Hendrie, G.A. & McNaughton, SA. 2011. Scores on the dietary guideline index for children and adolescents are associated with nutrient intake and socio-economic position but not adiposity. *Journal of Nutrition* 141, 1340-1347.

Golley, R.K., Hendrie, G.A., Slater, A. & Corsini, N. 2011. Interventions that involve parents to improve children's weight-related nutrition intake and activity patterns - what nutrition and activity targets and behaviour change techniques are associated with intervention effectiveness? *Obesity Reviews* 12, 114-130.

Griffiths, L.J., Parsons, T.J. & Hill, A.J. 2010. Self-esteem and quality of life in obese children and adolescents: a systematic review. *International Journal of Pediatric Obesity* 5, 282-304.

Haworth, C.M., Carnell, S., Meaburn, E.L., Davis, O.S., Plomin, R. & Wardle, J. 2008. Increasing heritability of BMI and stronger associations with the FTO gene over childhood. *Obesity* 12, 2663-2668.

Haskard Zolnierok, K.B., DiMatteo, M.R. 2009. Physician communication and patient adherence to treatment: a meta-analysis. *Medical Care* 47, 826-834.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2000. Tutkimushaastattelu. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

IIRO. 2013. Interaktiivinen ryhmänohjaus nuorten lihavuuden ennaltaehkäisyssä ja ylipainon hoidossa. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Päivitetty 29.1.2013. Viitattu 23.2.2013. <http://www.jamk.fi/tutkimus/projekteja/iiro/etusivu>

- Ip, S., Chung, M. & Raman, G. 2009. A summary of the Agency for Healthcare Research and Quality's evidence report on breastfeeding in developed countries. *Breastfeed Medicine* 4 (1), 17-30.
- Janhonen, S. & Nikkonen, M. 2003. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. 2.uudistettu painos. Juva: WSOY.
- Jennings, A., Welch, A., van Sluijs, E.M., Griffin, S.J. & Cassidy, A. 2011. Diet quality is independently associated with weight status in children aged 9-10 years. *Journal of Nutrition* 141, 453-459.
- Jiménez-Pavón, D., Kelly, J. & Reilly, J.J. 2010. Associations between objectively measured habitual physical activity and adiposity in children and adolescents: Systematic review. *International Journal of Pediatric Obesity* 5, 3-18.
- Jääskeläinen, A., Pussinen, J., Nuutinen, O., Schwab, U., Pirkola, J., Kolehmainen, M., Järvelin, M.R. & Laitinen, J. 2011. Intergenerational transmission of overweight among Finnish adolescents and their parents: a 16-year follow-up study. *International Journal of Obesity* 35 (10), 1289-1294.
- Kalavainen, M.P., Korppi, M.O. & Nuutinen, O.M. 2007. Clinical efficacy of group-based treatment for childhood obesity compared with routinely given individual counseling. *International Journal of Obesity* 31, 1500-1508.
- Kalavainen, M., Karjalainen, S. & Martikainen, J. 2009. Cost-effectiveness of routine and group programs for treatment of obese children. *Pediatrics International* 51, 606-611.
- Kanste, O. 2011. Terveempi Pohjois-Suomi-hanke (2009-2011). Oulunkaaren osahankkeen loppuraportti. Viitattu 28.1.2013.
http://sp.terps.foral.fi/Hankkeen_tulokset_ja_loppuraportti/Loppuraportit%20TerPS1/TerPS%20Oulunkaaren%20loppuraportti%2014.10.2011.pdf
- Kaplowitz, PB. 2008. Link between body fat and the timing of puberty. *Pediatrics* 121 (3), 208-217.
- Kauppila, R. A. 2005. Vuorovaikutus- ja sosiaaliset taidot. Vuorovaikutusopas opettajille ja opiskelijoille. Keuruu: Ps Kustannus Oy.
- Kautiainen, S. 2008. Overweight and obesity in adolescent. Secular trends and associations with perceived weight, sociodemographic factors and screen time. Tampereen yliopistopaino: Tampere.
- Kautiainen S, Koivusilta L, Lintonen T, Virtanen SM, Rimpelä A. 2005 Use of information and communication technology and prevalence of overweight and obesity among adolescents. *International Journal of Obesity* 8, 925-933.

- Keski-Suomen maakuntaohjelma 2011-2014. 2010. Keski-Suomen Liitto. Jyväskylä. Viitattu 23.4.2013. http://www.keskisuomi.fi/filebank/11829-Maakuntaohjelma_2010_www.pdf
- Kitzmann, K. M., Dalton, W. T., Stanley, C. M., Beech, B. M., Reeves, T. P., Buscemi J., Egli, C. J., Gamble, H. L. & Midgett, E. 2010. Lifestyle Interventions for Youth Who Are Overweight: A Meta-analytic Review. *Health Psychology* 29, 91-101.
- Koli, H. 2008. Verkko-ohjauksen käsikirja. Helsinki: Oy FINN LECTURA Ab.
- Kouluterveyskysely. 2013. Ylipaino. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 22.11.2013 http://www.thl.fi/attachments/kouluterveyskysely/Tulokset/Indikaattorit/taulukot/kouluterveyskysely_ylipaino.xls
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. 1. painos. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kyngäs, H., Kääriäinen M., Poskiparta, M., Johansson K., Hirvonen & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1.painos. Helsinki: WSOY.
- Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. *Acta Universitatis Oulensis. Medica D 937*. Oulu: Oulun yliopisto.
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2013. Ohjaus – tuttu, mutta epäselvä käsite. Sairaanhoidaja-liiton www-sivut. Viitattu 2.3.2013. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/10_2006/muut_artikkelit/ohjaus-tuttu_mutta_epaselva_ka/
- Laitinen J, Power C, Järvelin MR. 2001. Family social class, maternal body mass index, childhood body mass index, and age at menarche as predictors of adult obesity. *Am J Clin Nutr*. 2001 Sep;74(3):287-94.
- Lasten kasvunseurannan uudistaminen. 2011. Asiantuntijaryhmän raportti. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, 49/2011. ISSN 1798-0070 (painettu). ISSN 1798-0089 (PDF).
- Lasten lihavuuden hoitoketju. 22.3.2013. Hoitoketjut. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. Terveysportti.
- Lihavuus (lapset): Käypä hoito- suositus .2012. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Lastenlääkäriyhdistys ry:n asettama työryhmä. Päivitetty 4.6.2012. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksentaytaartikkeli/.../hoi50034> Viitattu 23.4.2013

Lobstein, T., Baur, L. & Uauy R. 2004. Obesity in children and young people: a crisis in public health. *Obesity reviews*, 5 (1), 4-85.

Lobstein, T. & Dobb, S. 2005. Evidence of a possible link between obesogenic food advertising and child overweight. *Obesity Reviews* 6, 203-208.

Lommi, A., Luopa, P., Puusniekka, R., Vilkki, S., Jokela, J., Kinnunen, T. & Laukkanen, E. 2011. Kouluterveyskysely 2011. Keski-Suomen raportti. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki.

Luopa, P., Lommi, A., Kinnunen, T. & Jokela J. 2010 Nuorten hyvinvointi Suomessa 2000-luvulla. Kouluterveyskysely 2000–2009. Raportti. Helsinki: Yliopistopaino.

Lyytinen, P., Korhonen, M. & Lyytinen, H. 2008. Näkökulmia kehityspsykologiaan. Kehitys kontekstissaan. Helsinki: WSOY.

Mattsson, N., Rönkä, T. & Juonala, M. 2008. Childhood predictors of the metabolic syndrome in adulthood. The Cardiovascular Risk in Young Finns Study. *Annals of Medicine* 40, 542-552.

Metsämuuronen, J. 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. 1.painos. Helsinki: Gummerus Kirjapaino.

Metsämuuronen, J. 2008. Tutkimuksen perusteet ihmistieteissä: 2. 4.uudistettu painos. Helsinki: International Methelpo Oy.

McCabe, M.P. & Ricciardelli, L.A. 2004a. A longitudinal study of pubertal timing and extreme body change behaviors among adolescent boys and girls. *Adolescence*, 39(153), 145-166.

McCabe, M.P. & Ricciardelli, L.A. 2004b. Body image dissatisfaction among males across the lifespan: a review of past literature. *Journal of Psychosomatic Research* 56(6), 675-685.

MacFarlane, A., Cleland, V., Crawford, D., Campbell, K. & Timperio, A. 2009. Longitudinal examination of the family food environment and weight status among children. *International Journal of Pediatric Obesity* 4, 343-352.

Mokha, J.S., Srinivasan, S.R., Dasmahapatra, P., Fernandez, C., Chen, W., Xu, J. & Berenson, G.S. 2010. Utility of waist-to-height ratio in assessing the status of central obesity and related cardiometabolic risk profile among normal weight and overweight/obese children: the Bogalusa Heart Study. *BioMed Central Pediatrics* 11, 10-73.

Mäki, P., Sippola, R., Kaikkonen, R., Pietiläinen, K. & Laatikainen T. 2012. Lasten ylipaino ja sen määrittämisen ongelmat. *Suomen lääkäri* 67 (10), 767-774.

- Mäkitalo, E. & Wallinheimo, K. 2012. Virtuaaliset ympäristöt – Innostava oppiminen, tehokas koulutus. Vantaa: Talentum.
- Oken, E., Levitan, E.B. & Gillman, M.W. 2008. Maternal smoking during pregnancy and child overweight: systematic review and meta-analysis. *International Journal of Obesity* 32, 201-210.
- Onnismaa, J. 2007. Ohjaus- ja neuvontatyö. Aikaa, huomiota ja kunnioitusta. Helsinki: Gaudeamus.
- Oude Luttikhuis, H., Baur, L., Jansen, H., Shrewsbury, V.A., O'Malley, C., Stolk, R.P. & Summerbell, C.D. 2009. Interventions for treating obesity in children (Review). *The Cochrane Library* 1.
- Patel, S.R. & Hu, F.B. 2008. Short sleep duration and weight gain: a systematic review. *Obesity* 16, 643-653.
- Péneau, S., Thibault, H. & Rolland-Cachera, M.F. 2009. Massively obese adolescents were of normal weight at the age of adiposity rebound. *Obesity* 17, 1309-1310.
- Pietilä, A-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen E-M. & Sirola, K. 2002. Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. 1.painos. Juva: WSOY.
- Puhl, R.M. & Latner, J.D. 2007. Stigma, obesity, and the health of the nation's children. *Psychological Bulletin* 133, 557-580.
- Puder, J.J. & Munsch, S. 2010. Psychological correlates of childhood obesity. *International Journal of Obesity* 34, 37-43.
- Reinehr, T., Kleber, M., Lass, N. & Toschke, A.M. 2010. Body mass index patterns over 5 years in obese children motivated to participate in a 1 year lifestyle intervention: age as a predictor of long-term success. *American Journal of Clinical Nutrition* 91, 1165-1171.
- Rofey, D.L., Kolko, R.P., Iosif, A.M., Silk, J.S., Bost, J.E., Feng, W., Szigethy, E.M., Noll, R.B., Ryan, N.D. & Dahl, R.E. 2009. A longitudinal study of childhood depression and anxiety in relation to weight gain. *Child Psychiatry and Human Development* 40, 517-526.
- Saari, A., Sankilampi, U. & Dunkel, L. 2010. Uudet työkalut osaksi tietojärjestelmiä. On aika uudistaa suomalaisten lasten kasvukäyrät. *Duodecim* 126, 2799-2809.
- Saari, A., Sankilampi, U., Hannila, M.L., Kiviniemi, V., Kesseli, K. & Dunkel, L. 2011. New Finnish growth references for children and adolescents aged 0 to 20 years: Length/height-for-age, weight-for-length/height, and body mass index-for-age. *Annals of Medicine*. 43(3), 235-248.

Sacher, P.M., Kolotourou, M. & Chadwick, P.M. 2010. Randomized controlled trial of the MEND program: a family-based community intervention for childhood obesity. *Obesity* 18 (1), 62-68.

Schack-Nielsen, L., Sørensen, T.I., Mortensen, E.L. & Michaelsen, K.F. 2010. Late introduction of complementary feeding, rather than duration of breastfeeding, may protect against adult overweight. *American Journal of Clinical Nutrition* 91, 619-627.

Schwartz, R.P. 2010. Motivational interviewing (patient-centered counseling) to address childhood obesity. *Pediatric Annals* 39, 154-158.

Shalitin, S. & Phillip, M. 2003. Role of obesity and leptin in the pubertal process and pubertal growth—a review. *International of Journal Obesity Related Metabolic Disorder* 27(8), 869-874.

Silventoinen, K., Rokholm, B., Kaprio, J. & Sørensen, T.I. 2009. The genetic and environmental influences on childhood obesity: a systematic review of twin and adoption studies. *International Journal of Obesity* 34(1), 29-40.

Sinkkonen, J. 2010. Nuoruusikä. Juva: WSOY.

Skinner, A.C., Mayer, M.L. & Flower, K. 2009. Using BMI to determine cardiovascular risk in childhood: how do the BMI cutoffs fare? *Pediatrics* 124, 905-912.

Stamatakis, E., Wardle, J. & Cole, T.J. 2010. Childhood obesity and overweight prevalence trends in England: evidence for growing socioeconomic disparities. *International Journal of Obesity* 34, 41-47.

Stewart, L., Reilly, J.J. & Hughes, A.R. 2009. Evidence-based behavioral treatment of obesity in children and adolescents. *Child and Adolescent Psychiatric Clinics of North America* 18, 189-198.

Stewart, L., Chapple, J., Hughes, A.R., Poustie, V. & Reilly, J.J. 2008. Parents' journey through treatment for their child's obesity: a qualitative study. *Archives of Disease in Childhood* 93(1), 35-39.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2001.. Terveys 2015-kansanterveysohjelma. Esitteitä 2001, 8. Viitattu 29.1.2013.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=42733&name=DLFE-6215.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2006. Terveiden edistämisen laatusuositus. Julkaisuja 2006, 19. Helsinki. Viitattu 23.2.2013.
http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-9303.pdf

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma Kaste 2012–2015. Julkaisuja 2012:1. Helsinki. Viitattu 29.1.2013. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=5197397&name=DLFE-18303.pdf

Szajewska, H. & Ruszczynski, M. 2010. Systematic review demonstrating that breakfast consumption influences body weight outcomes in children and adolescents in Europe. *Critical Reviews in Food Science and Nutrition* 50, 113-119.

Tang-Péronard, J.L. & Heitmann, B.L. 2008. Stigmatization of obese children and adolescents, the importance of gender. *Obesity Reviews* 9, 522-534

Taalu, A. 2010. Pienryhmämuotoinen ravitsemus- ja liikuntainterventio lasten ylipainon ja lihavuuden ehkäisyssä. Kvasikokeellinen interventiotutkimus. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.

Taveras, E.M., Berkey, C.S., Rifas-Shiman, S.L., Ludwig, D.S., Rockett, H.R., Field, A.E., Colditz, G.A. & Gillman, M.W. 2005. Association of consumption of fried food away from home with body mass index and diet quality in older children and adolescents. *Pediatrics* 116, 518-524.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2012. Kasvun kumppanit. Koulu – ja opiskeluterveydenhuoltoa koskevat suositukset ja oppaat. Lapset, nuoret ja perheet, Kasvun kumppanit, Lait ja oppaat, Koulu- ja Opiskeluterveydenhuolto, Suositukset ja oppaat.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Tutkimus ja kehittäminen. Ohjelmat. Kansallinen lihavuusohjelma 2012-2015. Viitattu 29.1.2013. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/ce091dbf-eae0-4d89-b14d-3182e87d2790>

Terveydenhuoltolaki 30.12.2010/1326. Viitattu 1.3.2013 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveydenhuoltolaki>

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 9. uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Vartanian, L.R., Schwartz, M.B., Brownell, K.D. 2007. Effects of soft drink consumption on nutrition and health: a systematic review and meta-analysis. *American Journal of Public Health* 97, 667-675.

Veugelers, P.J. & Fitzgerald AL. 2005. Prevalence of and risk factors for childhood overweight and obesity. *Canadian Medical Association Journal* 173, 607-613.

Vilén, M., Leppämäki, P. & Ekström, L. 2005. Vuorovaikutuksellinen tukeminen sosiaali- ja terveysalalla. 1.-2.painos. Helsinki: WSOY.

Vuorela, N. 2011. Body Mass Index, Overweight and Obesity Among Children in Finland. A Retrospective Epidemiological Study in Pirkanmaa District Spanning Over Four Decades. Tampere: Tampereen yliopisto.

Vuorela, N., Saha, M.T. & Salo, M.K. 2011. Change in prevalence of overweight and obesity in Finnish children - comparison between 1974 and 2001. *Acta Paediatrica* 100(1), 109-115.

Väestöliitto. 2013. Väestöliiton etusivu. Seksuaalisuus. Tietoa seksuaalisuudesta. Ammatillaiset. Tietopankki. Nuoruuden kehitystehtävät. 2013. Viitattu 24.1.2013. http://www.vaestoliitto.fi/seksuaalisuus/tietoa-seksuaalisuudesta/ammattilaiset/tietopankki/nuoruuden_kehitystehtavat/

Välimaa, R. 2000. Nuorten koettu terveys kyselyaineistojen ja ryhmähaastattelujen valossa. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Wardle, J., Carnell, S., Haworth, C.M. & Plomin, R. 2008. Evidence for a strong genetic influence on childhood adiposity despite the force of the obesogenic environment. *American Journal of Clinical Nutrition* 87(2), 398-404.

Weker, H. 2006. Simple obesity in children. A study on role of nutritional factors. *Medycyna Wieku Rozwojowego* 10(1), 3-191.

World Health Organisation. 2012. Prioritizing areas for action in the field of population-based prevention of childhood obesity. A set of tools for member states to determine and identify priority areas for action. Viitattu 29.1.2013. http://www.who.int/dietphysicalactivity/childhood/Childhood_obesity_modified_4june_web.pdf

Young, K.M., Northern, J.J. & Lister, K.M. 2007. A meta-analysis of family-behavioral weight-loss treatments for children. *Clinical Psychology Reviews* 27, 240-249.

LIITTEET

Liite 1. Haastattelurunko

1. MILLAISIA KOKEMUKSIA TERVEYDENHUOLLON AMMATTILAISILLA ON INTERAKTIIVISEN RYHMÄOHJAUSMENETELMÄN KÄYTÖSTÄ NUORTEN YLIPAINON JA LIHAVUUDEN HOIDOSSA?

- *Teknologia, ohjausväline, yksin/parityöskentely*
- *Ryhmä (koko, ryhmäytyminen, ryhmäidentiteetti), osallistujat(ikä, nuoret + vanhemmat), nuorten ja vanhempien sitoutuminen hoitoon*
- *Nuorten motivaation tukeminen, perheen voimavarojen vahvistaminen, ratkaisukeskeinen ote*
- *Oma osaaminen ja motivaatio ryhmänohjaajan(sanaton, sanallinen viestintä yms.)*
- *Hoidon teemat menetelmän avulla (ravitseminen, liikunta, uni, ruutu-aika, itsetunto yms?)*
- *Ohjausmateriaalin käytössä, virtuaalinen materiaali ohjauksen tukena*
- *Hoidon kesto*

2. MILLAISIA KEHITTÄMISEHDOTUKSIA TERVEYDENHUOLLON AMMATTILAISILLA ON INTERAKTIIVISEN RYHMÄOHJAUSMENETELMÄN KÄYTÖSTÄ NUORTEN YLIPAINON JA LIHAVUUDEN HOIDOSSA?

- *Menetelmän*
- *Aikataulun*
- *Toteutuksen*
- *Keston*
- *Vanhempien mukaanoton*
- *Sisällön suhteen*
- *Omaan työhön soveltuminen*

Liite 2. Haastattelukutsu



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Hyvä terveydenhuollon ammattilainen,

Olette osallistuneet interaktiivisten ryhmien ohjaukseen nuorten ylipainon ja lihavuuden hoidossa. Pyydän Teitä osallistumaan opinnäytetyöhöni: Interaktiivinen ryhmänohjaus nuorten ylipainon ja lihavuuden hoidossa – terveydenhuollon ammattilaisten kokemuksista.

Olen Jyväskylän ammattikorkeakoulun Kliininen asiantuntija koulutusohjelman YAMK-opiskelija. Teen opinnäytetyötä Jyväskylän ammattikorkeakoulun hallinnoimassa projektissa: Interaktiivinen ryhmänohjaus nuorten ylipainon ennaltaehkäisyssä ja lihavuuden hoidossa (IIRO-projekti). Projekti toteutetaan yhteistyössä Keski-Suomen sairaanhoitopiirin ja Keski-Suomen seututerveyskeskuksen kanssa.

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, millaisia kokemuksia ja kehittämisehdotuksia terveydenhuollon ammattilaisilla on interaktiivisen ryhmänohjausmenetelmän käytöstä nuorten ylipainon ja lihavuuden hoidossa.

Opinnäytetyössä tietoa kerätään teemahaastattelulla yksilöhaastatteluina. Olen saanut yhteystietonne projektin yhteyshenkilön Mari Punnan kautta annettuanne hänelle luvan yhteystietojenne luovutukseen. Osallistuminen opinnäytetyön haastatteluihin on vapaaehtoista ja siitä voi kieltäytyä missä vaiheessa tahansa. Haastatteluajat tullaan sopimaan sähköpostitse toukokuun 2013 aikana. Haastattelu pyritään järjestämään haastateltavien työpaikoille niin, että se olisi mahdollisimman helppo järjestää työpäivän oheen interaktiivisten ryhmänohjauksien loppumisen jälkeen. Haastatteluun olisi hyvä varata aikaa noin 1-1,5 tuntia.

Haastatteluaineisto käsitellään luottamuksellisesti. Opinnäytetyössä ei mainita ryhmänohjaajien henkilötietoja, ammatteja tai työpaikkoja anonymiteetin säilyttämiseksi. Haastattelut nauhoitetaan. Haastattelumateriaali käsitellään ja säilytetään asianmukaisesti. Raportoinnin jälkeen haastattelumateriaali hävitetään asianmukaisesti.

Lisätietoja opinnäytetyöstä saa kysymällä alla olevien yhteystietojen kautta.

Ystävällisin terveisin,

Laura Reinikainen

Jyväskylän ammattikorkeakoulu

Ylempi ammattikorkeakoulu

Kliininen asiantuntija koulutusohjelma

G7134@student.jamk.fi

Liite 3. Suostumuslomake



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

SUOSTUMUSLOMAKE YLEMMÄN AMMATTIKORKEAKOULUTUTKINNON OPINNÄY- TE TYÖHÖN OSALLISTUMISESTA

OPINNÄYTETYÖ:

INTERAKTIIVINEN RYHMÄNOHJAUS NUORTEN YLIPAINON JA LIHAVUUDEN HOIDOSSA – TERVEYDEN-
HUOLLON AMMATTILAISTEN KOKEMUKSIA

Minua on pyydetty osallistumaan yllämainittuun opinnäytetyöhön. Olen saanut kirjallista ja suullista tietoa tutkimuksesta sekä mahdollisuuden esittää siitä opinnäytetyön tekijälle kysymyksiä.

Minulla on ollut riittävästi aikaa perehtyä tutkimukseen ja päättää osallistumisestani. Ymmärrän, että osallistuminen on vapaaehtoista. Minulla on oikeus kieltäytyä ja perua suostumukseni tutkimukseen osallistumisesta milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän, että tiedot käsitellään luottamuksellisesti.

Paikka & aika

Paikka & aika

Suostun osallistumaan
opinnäytetyöhön:

Suostumuksen vastaanottaja:

Henkilön allekirjoitus

Opinnäytetyön tekijän allekirjoitus

Nimenselvennys

Nimenselvennys

Työyksikkö

Työyksikkö